

Atopický ekzém – teorie i praktické rady

MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.

Dermatovenerologické oddělení, Nemocnice Jihlava, p. o.

Atopický ekzém je velmi časté onemocnění. Nejčastěji se vyskytuje u kojenců a malých dětí. V článku jsou popsány epidemiologie, etiopatogeneze, klinický obraz a léčba atopické dermatitidy. Je zdůrazněno, že ani nejúčinnější léky nedokáží odstranit vrozený sklon k nemoci, který přetrvává celý život. Je však možné při pečlivém dodržování preventivních a léčebných opatření odhoyit příznaky onemocnění a tím dostat průběh ekzému pod kontrolu. K dlouhodobému zvládnutí atopické dermatitidy patří tedy prevence včetně režimových opatření, pravidelná a individualizovaná péče o kůži a dobrá spolupráce mezi pacientem a jeho lékařem. Zásadním předpokladem úspěšnosti terapie je podrobná edukace pacienta, respektive celé jeho rodiny. Velmi důležitá je mezioborová spolupráce obvodního lékaře, dermatologa, alergologa, klinického imunologa a dle potřeby i psychologa a pedagoga. V závěru článku jsou popsány odpovědi na nejčastější dotazy rodičů stran atopické dermatitidy.

Klíčová slova: atopický ekzém, léčba, provokující faktory, nejčastější dotazy.

Atopic dermatitis – theory and practical guidelines

Atopic dermatitis is a very common disease. Most commonly it affects sucklings and young children. In the article, epidemiology, ethiopathogenesis, clinical picture and treatment of atopic dermatitis are described. It is put the stress on the fact, that even the most effective medicines cannot eliminate a hereditary disposition to the disease because this lasts for the whole life. However, it is possible by a careful observation of preventive and therapeutic arrangements to heal disease signs and so to get eczema's course under control. The far-reaching management of atopic dermatitis is based on the prevention methods, regular individualized care of the patient's skin and good compliance between a doctor and a patient. The basic premise of successful therapy is a detailed education of a patient and his family. A cooperation between practitioner, dermatovenereologist, allergologist, clinical immunologist and sometimes also psychologist and pedagogue is necessary. In the article most common parents' questions concerning atopic dermatitis are answered.

Key words: atopic dermatitis, therapy, aggravating factors, most common questions.

Pediatr. praxi 2015; 16(2): 89–96

Atopický ekzém (AE) (syn. atopická dermatitida, prurigo Besnier, neurodermatitis atopica) je multifaktoriální neinfekční zánětlivé onemocnění kůže chronicky recidivujícího charakteru (1). Je to onemocnění převážně dětského věku, ale vyskytuje se i u dospělých pacientů. Z klinického hlediska je charakteristická triáda projevů: dermatitida, xeróza a pruritus. Klinický obraz je velmi variabilní a mění se v závislosti na věku pacienta. Slovo „atopie“ pochází od řeckého slova „atopos“ (podivný, nezvyklý). V roce 1982 Besnier jako první popsal souvislost mezi AE, alergickou rinitidou a astmatem. O desetiletí později termín „atopie“ použili Coca a Cooke pro charakterizaci triády symptomů: ekzém, alergická rinitida a astma. V roce 1930 Hill a Sulzberger stanovili kritéria pro diagnózu AE a sjednotili koncept této kožní choroby (2).

Epidemiologie

AE je onemocněním převážně kojeneckého a dětského věku. Celková prevalence AE ve střední Evropě je okolo 10 % (3). Ve vyspělých zemích prevalence AE v posledních letech rapidně vzrůstá (4). V České republice trpí AE 16 % dětí do 1 roku života, 12 % dětí do 15 let věku a 3 % dospívajících nad 16 let. AE s prvními projevy v dětství, s maximem v kategorii do tří let, se na-

zývá tzv. časné vzniklý AE („early onset AE“), který přetrvává do dospělosti až u 30 % případů. Mezi prognosticky špatné ukazatele patří: pozitivní rodinná anamnéza, těžší průběh AE v dětství a přítomnost respirační atopie, vysoké hodnoty IgE v pupečníkové krvi a nulová alela genu pro filagrin (5). U části pacientů může AE vzniknout de novo v dospělosti. Je to forma „late-onset AE“. Mezi těmito pacienty je část bez prokázané senzibilizace zprostředkované IgE protilátkami. Tito jedinci mají hladiny IgE v normě, negativní rodinnou anamnézu, nemají žádné další známky atopie a průběh AE je mírnější (6).

Etiopatogeneze

Etiopatogeneze AE je velmi složitá a multifaktoriální. Jedná se o geneticky komplexní chorobu, vznikající jednak v důsledku interakce mezi samotnými geny navzájem a jednak mezi geny a zevním prostředím. V etiopatogenezi se uplatňuje porucha bariérové funkce kůže. Defekt kožní bariéry se považuje za primární. Jeho hlavní příčiny jsou: mutace genů pro filagrin, ivolukrin a lorikrin vedoucí k poruše maturace keratinocytů a integrity kožní bariéry (7), změněný profil spektra ceramidů, jenž vede ke snížené funkci intercelulárních lipidů, a vysoká koncentrace kožních serinových proteáz vedou-

cí k předčasné ztrátě soudržnosti keratinocytů a deskvamaci. Následkem bariérové poruchy kůže je její zvýšená náchylnost ke kolonizaci kmeny *Staphylococcus aureus*. Ta přispívá ke vzniku, intenzitě a udržování atopického zánětu a také k senzibilizaci. Je histologicky prokázáno, že i v nepostižené kůži atopiků je určitá reziduální dermatitida vždy přítomna. Tento fakt opodstatňuje význam udržovací léčby. Porušená bariéra může být vstupní branou pro vznik senzibilizace, což umožňuje vývoj atopického zánětu. Hlavní příčiny vzplanutí nebo zhoršení ekzému a „spouštěči záchvatů svědění“ jsou přehledně uvedeny v tabulce 1.

Klinický obraz

Prvním a zřetelným symptomem je pruritus. Projevy AE jsou velmi variabilní a mění se v závislosti na věku pacienta. Tři formy atopického ekzému jsou: kojenecká, dětská a mladistvých a dospělých. **Kojenecká forma** začíná většinou mezi 2. a 6. měsícem věku. Charakteristickou oblastí kojenecké formy AE je obličej s bilaterálním postižením tváří, na kterých se vyskytují silně svědivé papulky, občas i puchýřky, dochází k mokvání a povrch se pokrývá stroupky a šupinami. Nález se může šířit na celý obličej (obrázek 1), trup a končetiny. Na vlasaté části hlavy se čas-

Tabulka 1. Hlavní příčiny vzplanutí nebo zhoršení ekzému a „spouštěči záchvatů svědění“ (dle 13)

1. Zvýšená suchost pokožky ekzematika – atopika	
2. Iritací („dráždivé“) podněty	mýdla, saponáty, prací a čistící prostředky, dezinfekční látky (např. chlór v bazénech), kontakt s vlnou, dráždivé chemické látky v pracovním prostředí, kontakt s pískem a hlinou, častý kontakt s vodou
3. Kontaktní a vzdušné alergen	roztoci, domácí prach, zvířecí alergen, pyl, domácí a venkovní plísň
4. Potravinové alergen	mléko, vejce, ryby, některé druhy ovoce a zeleniny, luštěniny, sója, bílkoviny v obilovinách, ořechy, kakao, čokoláda, med
5. Mikroorganizmy	bakteriální infekce (především zlatý stafylokok), virové infekce (virová onemocnění horních cest dýchacích, opary, plané neštovice), plísňové infekce (především kvasinky)
6. Ostatní	růst zoubků, očkování, psychické změny (hlavně stres), horko a zapocení (nejčastější příčina zhoršení ekzému!), sezónní a klimatické změny, hormonální změny (dospívání, menstruační cyklus)

to objevují mastné šupiny bílé barvy (tzv. „crusta lactea“). Často dochází k bakteriální superinfekci a impetiginizaci ložisek. Dítě je neklidné, plačtivé, pro svědění špatně spí. Průběh onemocnění je nepředvídatelný co do rozsahu a dalšího vývoje. Ekzém se může během druhého roku života zcela zhojit nebo může plynule přejít do další vývojové fáze (8). **Dětská forma AD** bývá v období od 3 do 10 let (9). Postižené bývají nejčastěji ohybové partie končetin: loketní a podkolenní jamky (obrázek 2), krk, zápěstí, nártý a často i prsty rukou a nohou, může vzniknout onychodystrofie (změny na nehtech). Klinicky je kůže zhrubělá, místy až lichenifikovaná, s výraznými hlubokými kožními rýhami. Typická je asteatóza. Při akutním zhoršení kůže zčervená, jsou přítomny papulky a exkoriace po škrábání projevů. Kůže obličeje bývá ve srovnání s kůží ostatního těla bledá. Naopak bývá tmavší a zhrubělá kůže očních víček a zdvojení záhybu pod očima (tzv. Dennieho-Morganiho infraorbitální řasa) (8). Zvrátovým momentem pro průběh AE je věk začátku školní docházky či puberty, kdy se průběh zmírňuje nebo nastává dlouhodobá až celoživotní remise, a to až v 75 % případů

(10). **Dospělá forma** se může vyskytnout jako první projev onemocnění i u pacientů, kteří dříve ekzémem netrpěli. Obvykle však předchází kojenecká a dětská forma choroby či astma (11). Projevy se vyskytují nejčastěji na obličeji, krku, horní části hrudníku, na ramenou, nad velkými klouby končetin a na rukou. Může být postižena i kštice, bývá výrazné svědění, šupení, vlasy jsou řídké a suché (11). Kůže dospělých pacientů je více lichenifikovaná a pruritus je intenzivnější. Velmi často se u dětí i dospělých vyskytují pouze frustní (minor) formy atopického ekzému. Jedná se o kožní projevy ohraničené na jednu část těla. Jejich charakter je dosti odlišný od typických projevů AE. Pityriasis alba jsou neostře ohraničené, hypopigmentované skvrny, s mírným olupováním, vyskytující se hlavně na obličeji a na končetinách. Keratosis pilaris je projevem folikulární hyperkeratózy na zevních plochách paží, na hýždích, předních plochách stehien a u dětí i na tvářích. Ekzémové projevy mohou být i jen v periorbitálních krajinách (obrázek 3). Při cheilitidě má pacient suché, popraskané rty a nebo koutky. Dále se často vyskytuje dermatitida bradavek, bříšek prstů rukou a nohou (pulpitis

sicca) a ušních boltců. Xeróza kůže, tj. abnormální suchost kůže, se vyskytuje u 80 až 98 % pacientů s AE. Palmoplantární hyperlinearita znamená zmnoženou kresbu rýh na dlaních a na ploskách. Dennieho-Morganiho rýha je zvýrazněná rýha pod dolním víčkem. Vyskytuje se symetricky pod oběma očima hlavně u kojenců a dětských pacientů. Nezřídka ji doprovází periorbitální edém, lichenifikace a tmavé kruhy pod očima. Hertoghovo znamení se projevuje chybením laterálního okraje obočí. Odlišná je i reakce krevních cév kůže na mechanická podráždění (bílý dermatografismus), což je výsledkem paradoxní vazokonstrikční reakce na tlak.

Nejčastější komplikace atopického ekzému

Děti s AE jsou velmi náchylné ke kožním infekcím různého typu. Nejčastější jsou bakteriální infekce, které jsou způsobeny většinou zlatým stafylokokem. Zdrojem může být samo nachlazené dítě nebo kdokoliv z okolí. Je vhodné provést výtěr z nosu a eventuální pozitivní nálezy eliminovat. Velmi nebezpečná je infekce virem oparu (herpes simplex virem). Může způsobit

Obrázek 1. Kojenecká forma AE (obličej)**Obrázek 2.** Dětská forma AE (loketní ohbí, zápěstí)**Obrázek 3.** Minor forma AE (oblast kolem očí)

závažný stav s horečkami. Je nutná okamžitá léčba antivirotyky. Osoby, které mají opar, by neměly být v kontaktu s dítětem postiženým ekzémem. Pokud samo dítě s AE postihne opar, je nutno ho okamžitě přeléčit. Dále mají děti s AE častěji bradavice a moluska. Léčba je často obtížná a zdoluhavější než u zdravých dětí (12).

Diagnostika

Základem stanovení diagnózy AE je velmi pečlivá a podrobná osobní i rodinná anamnéza. Důležité je se zaměřit na různé formy atopie v širokém pokrevním příbuzenstvu, na objektivní i subjektivní obtíže pacienta. Dále by mělo následovat pečlivé morfologické vyšetření pacienta. Při nejisté diagnóze může být provedena probatorní excize a histopatologické vyšetření. V běžné praxi obvykle nečiní stanovení diagnózy AE problém a je založeno na klinickém obraze. Zde je pro diagnostiku zásadní trias: dermatitida, xeróza, pruritus. Je nutno pátrat po frustních formách a stigmatu kožní atopie (viz výše). Z laboratorních výsledků může diagnózu AE podpořit zvýšená hladina celkových IgE a eozinofilie. Pomoci může i nález bílého dermatografismu. Stanovení diagnózy podle přesně stanovených kritérií má v současné době charakter spíše výukový, a proto zde není uváděno.

Léčba atopického ekzému. AE je choroba, jehož podkladem je vrozená dispozice k zánětlivé reakci kůže. Ta má na genetickém podkladě i lehce odlišnou stavbu. **Ani nejúčinnější léky nedokáží odstranit vrozený sklon k nemoci, který přetrvává celý život. Je však možné, při dobré informovanosti rodičů a pečlivém dodržování preventivních a léčebných opatření, odhojit příznaky onemocnění a tím dostat průběh ekzému pod kontrolu.** To vyžaduje velkou trpělivost celé rodiny (hlavně rodičů), vypořádání a eliminaci zhoršujících faktorů a zavedení vhodné životosprávy dítěte. Věkem se pak (při správné péči o kůži) příznaky onemocnění zmírňují a u většiny dětí i zcela vyhasínají (13).

Trendem v posledních letech je tzv. „self management“, což znamená zvládání choroby a jejího průběhu samotným pacientem (14). Základním předpokladem úspěšnosti terapie je podrobná edukace pacienta (respektive jeho rodiny) před zahájením léčby. **Compliance, tzn. spolupráce mezi pacientem (jeho rodinou) a lékařem, je podstatou úspěchu terapie.** Důvěra rodičů k lékaři a ochota ke spolupráci

je nezbytná. Lékař by měl poskytnout informace o podstatě onemocnění, jeho prevenci a možnostech léčby. Bylo prokázáno, že průměrný rodič si zapamatuje pouze 5–10% všech lékařem sdělených informací (15). Proto se dobrými pomocníky mohou stát připravené informační letáčky, brožury, jasné vysvětlující základní pojmy i nejčastější otázky pacientů.

Taktiku léčby AE lze shrnout do 4 bodů (13):

1. Léčba akutních vzplanutí ekzému v době zhoršení „záchrannými“ léky.
2. Předcházení dalším vzplanutím onemocnění vypořádáním a minimalizací nebo kompletním odstraněním provokačních faktorů.
3. Zabezpečení dlouhodobé péče o kůži pomocí zvláčňujících přípravků.
4. Dlouhodobá příznivá modifikace celkového průběhu onemocnění prevencí a systematickou léčbou.

Základem terapie pacienta s AD je **lokální léčba**. Výběr vhodného zevního léku se řídí nejen diagnózou, ale i stadiem a rozsahem onemocnění, věkem dítěte, ošetřovanou lokalitou, přítomností infekce, roční dobou a v neposlední řadě i zkušeností lékaře. Základem veškeré léčby je pravidelné **promazávání kůže** zvláčňujícími krémy a mastmi (ty se nazývají emolienca). Tyto prostředky promašťují a hydratují kůži a obnovují kožní bariéru. Chrání kůži před nadměrným vysycháním a před nepříznivými faktory zevního prostředí. Tím se často zmenší plochy ekzému a svědění. Na trhu je velmi široký výběr promazávacích prostředků. Pro každého pacienta je potřeba nalézt takový prostředek, který mu nejlépe vyhovuje. Emolienca se vtírají nejen do ložisek ekzému, ale i všude tam, kde je kůže suchá. Krému se aplikuje jen tolik, aby se v krátké době dobře vstřebal, nadměrná množství jsou nevhodná! Je možno kombinovat i více druhů emolencií: pak jsou voleny masti a mastné krémy na velmi suchá místa a na noc, méně mastné prostředky na velké plochy a na den. Důležité je aplikovat emolienca i v klidových stadiích, je to hlavní preventivní opatření (13). Mezi emolienca se řadí i **koupelové a sprchové oleje**, které mají velký význam pro udržování správné hygieny atopické pokožky. Tvoří okluzivní film na celém těle pacienta (ten chrání kůži před transepidermální ztrátou vody), mají hydratační a promašťující efekt. Některé obsahují i dezinfekční protibakteriální látky. Koupel i sprcha by měly být krátké, maximálně do 10 minut. Důležité je po koupeli či sprše kůži lehce osušit potukáváním („píjčkováním“)

a následně promazat mastným základem. Významné je „pravidlo 3 minut“: kůži je nutno ošetřit do tří minut po koupeli, dokud je ještě vlhká. Jinak si nezachová hydrataci, voda se odpaří a dojde ke kontrakci rohové vrstvy, popraskání a dalšímu přesušení atopické kůže (16). V případě oživení AE je vhodné vyzkoušet některou z **tradičních přírodních přísad**, jako je koupel z ovesných vloček, z pšeničných otrub, koupel ve škrobu, ovesnou koupel či bylinné koupele (především řepíkovou). V akutní fázi se k intervenční terapii používají **lokální kortikosteroidy**. Využívá se jejich silný protizánětlivý, vazokonstrikční, antiproliferační, immunosupresivní a antipruriginózní účinek. Jejich efekt nastupuje velmi rychle. Kortikoidy se užívají jen krátce k překonání kritických obtíží. Ošetřují se především místa, kde je ekzém nejhorší, obvykle večer po koupeli či sprše, ale naopak před ošetřením kůže emolienca. Později se frekvence aplikace kortikosteroidů snižuje (event. se zcela vysazují) a nahrazují se léčivými, které mají za úkol udržet onemocnění v klidovém nebo přijatelném stavu. Pauza v užívání by měla být nejméně tak dlouhá, jak byl lék užíván, později raději dvojnásobná (tedy třeba 3 dny s kortikoidy a 3 dny bez, později 3 + 6 dnů) (13). Je také možné užívání 2–3 dny v týdnu v režimu např. v pondělí a čtvrtek nebo pondělí, středa a pátek. K dispozici jsou moderní léky s výborným bezpečnostním profilem. Při správném užívání se rodiče užívání kortikoidů nemusí v žádném případě obávat. Při výrazném zhoršení AE by bylo naopak chybou je neužívat. Jako účinná alternativa léčby lokálními kortikosteroidy se jeví **lokální imunomodulační prostředky** (topical immunomodulators, TIM, inhibitory kalcineurinu). Mechanismem účinku se tyto léky výrazně liší od lokálních kortikosteroidů. Jedná se o immunosupresiva nové generace, jejichž základním mechanismem účinku je inhibice kalcineurinu s následnou supresí transkripce cytokinových genů (16). Jsou to protizánětlivé léky, které zmírňují zánět i svědění v ložiscích. Jsou vhodné k akutnímu ošetření míst, kde je kůže jemná a tenká (obličej, krk, oblast přirození, záhyby končetin). Nejdříve jsou aplikovány 2× denně, po zhojení preventivně 2× týdně do míst, kde se ekzém nejčastěji vrací. Mohou se aplikovat i na ostatní místa těla, zde po předchozím zklidnění lokálními kortikosteroidy. Jsou určeny pro děti od 2 let věku. Při zhoršení ekzému s mokváním jsou vhodné **obklady**, které mají zklidňující a vysušující účinek. Nejčastěji je užíván Jarischův roztok (má

protizánětlivý účinek). Nemá být užít na větší plochy u malých dětí (obsahuje kyselinu boritou)! Pro impetiginizovaná ložiska lze použít slabý roztok hypermanganu (barvy růžového pijáku). Při velmi silném mokvání jsou vhodné obklady připravené ze silného černého čaje (1 kávová lžička čaje na 1/4 litru vody). Čaj obsahuje tříslovinu, která má silně stahující a mírně protizánětlivý účinek. K přípravě obkladů je možno užít i řepík lékařský pro příznivý obsah protizánětlivých látek (1 čajová lžička na 1/4 litru převařené vody). Obklady přikládáme teplé (nikoliv horké) a po zchlazení obměňujeme. Opakujeme po dobu 10 minut asi 3x denně. Nikdy neprodyšně nezavazujeme ani nepřikládáme igelitové fólie (13). K dohojení lokálního nálezu a na prostřídání se silnějšími léky jsou často používány **barevné a bílé pasty**. Nejčastější jsou zinková, taninová, endiaronová, dehtová nebo ichtyolová, vhodné jsou moderní přípravky s odbarveným dehtem. Pasty musí být nanášeny opatrně „poťukáváním“ ve velmi malém množství, neboť vysušují. Proto je vhodné postižená místa nejdříve ošetřit promazáváním a teprve po 5 až 10 minutách aplikovat pastu. Pastu je vhodné odstranit z kůže nikoliv vodou, ale olejem. Ošetřené plochy nezavazujeme. Při užívání past s dehtem nesmí dítě na slunce během ošetřování a ještě asi týden po ukončení aplikace (13). I přes rozsáhlé možnosti lokální terapie stále zůstává skupina pacientů, u kterých je vzhledem k závažnosti onemocnění anebo častým exacerbacím nutná **systémová terapie**. Celková terapie u závažných forem AE je součástí komplexní terapie. Mnohdy je to kombinace různých protialergických a imunosupresivních či imunomodulačních léků. **Antihistaminika** jsou pro svůj protisvědčivý účinek jedním z nejdůležitějších léků v terapii AE. Jejich trvalé podávání je indikováno v případech, kde je pozitivní rodinná anamnéza, u pacienta jsou laboratorní známky probíhajícího alergického zánětu, a závažných formách AE (16). Antihistaminika snižují vazodilataci, permeabilitu a pruritus. Antihistaminika I. generace (bisulepin, dimetinden) mají větší sedativní a protisvědčivý efekt, a proto je využíváme zejména u kojenců, u starších pacientů doplňkově jako noční dávku. Od ukončení jednoho roku věku pak standardně volíme v léčbě antihistaminika II. a III. generace, která mají komplexnější efekt: protialergický, protizánětlivý a imunomodulační (např. cetirizin, loratadin, levocetirizin, desloratadin). **Systémové kortikosteroidy** jsou užívány

jen pro torpidní a zcela výjimečné případy, ve fázi mimořádné exacerbace a krátkodobě. **Cyklosporin A**, původně využívaný jako hlavní imunosupresivum u pacientů po transplantacích, má prokázaný velmi příznivý účinek v léčbě AE, k dlouhodobému užití je preferován před kortikoidy (indikován je např. u postižení kůže celého těla, obrázek 4). **Světloléčba** (fototerapie) představuje další formu terapie AE. Může být užita u dětí nad 6 let věku (13). Výrazně snižuje pruritus. Nejlepšího efektu je dosaženo v terapii subakutních a chronických forem AE. Doporučuje se úzkopásmové UVB záření o vlnové délce 311 nm, ideální je UVA1 záření. Doplňkovou formou léčby AE může být **léčebný pobyt u moře, v lázních či vysokohorský pobyt**, které dokážou zmírnit příznaky AE a prodloužit dobu remise. Slunění musí být rozumné, mimo polední intenzivní svit. Preferován je pobyt ve vodě. Příznivý léčebný efekt je komplexní (vliv ultrafialového záření, termální či mořské vody, vyloučení z domácího a školního prostředí, relaxace, nízké množství inhalovaných alergenů a další příznivé vlivy) (13).

Psychika. Kůže je orgánem, který citlivě reaguje na duševní stav jedince a naopak, stav choroby ovlivňuje psychiku. To platí i pro AE. Zvláště u dětí je nutný citlivý a chápatelý přístup, zejména ze strany rodičů a učitelů. Podle věku a vnímavosti dítěte je nutné mu situaci vysvětlit a poukázat na zlepšování v budoucnu – pokud bude o kůži pečovat. Je důležité chovat se k dítěti přirozeně, udělat si na něj čas, přistupovat k němu vlídně a laskavě, povzbuzovat ho, učit jak se o kůži pravidelně starat. Pozornost se ale nesmí přehánět, aby u dítěte nedošlo k nezdravé fixaci na chorobu, pocitům méněcennosti nebo k zneužívání nemoci k citovému vydírání. V individuálních případech je vhodné vyhledat pomoc klinického psychologa (17). Praxe ukazuje, že řada dětí reaguje na psychosociální rodinnou zátěž a nepochopení ve škole zhoršením AE a rozvojem „atopického pochodu“ do dospělosti. Lze tedy předpokládat, že bez psychosomatického přístupu k pacientovi a rodičům není edukace dostatečně účinná.

Mezioborová spolupráce. Přístup k pacientovi s AE musí být komplexní. Měl by být řešen základně jedním lékařem – nejlépe praktickým. Ten by měl spolupracovat s dalšími odborníky. V diagnostice a následné dietní, režimové, farmakologické a psychologické intervenci musí mít nezastupitelné místo dermatolog, alergolog, klinický imunolog, dle potřeby i psycholog a pedagog. Jen tak se může pacient dočkat co

nejoptimálnější stabilizace choroby a zlepšení kvality života.

Nejčastější dotazy rodičů (zpracováno především na základě zdrojů 12 a 13 a zkušeností autorky)

Lze odhadnout riziko vzniku atopického ekzému? Hlavní vliv má genetická dispozice. Pokud alergií netrpí žádný z rodičů, je riziko vzniku alergie 5–15 %. Pokud má alergické onemocnění jeden z rodičů, je u dítěte riziko vzniku alergie 20–40 %. Pokud trpí alergií sourozenec, je riziko vzniku alergie u dalšího dítěte (společných rodičů) 25–35 %. Pokud jsou alergici oba rodiče, je riziko vzniku 40–60 %. Pokud oba rodiče trpí alergií se stejnou orgánovou manifestací (např. oba mají atopický ekzém), je riziko u dítěte 60–80 %. Dále se negativně uplatňují výživa – nekojení nebo předčasně ukončení kojení (před 6. měsícem věku) nebo brzké zavádění cizorodých bílkovin do stravy a vliv životního prostředí (domácí prach, roztoči, kouření, kontakt s domácími zvířaty aj.).

Dá se předejít rozvoji atopického ekzému u dítěte s alergickou rodinnou zátěží? U atopického ekzému platí, že nejlepší léčbou je prevence. Během prvního roku je nutno dodržovat tzv. protialergický režim. Jeho hlavní zásady jsou: 1. Co nejdelší doba kojení (viz níže). 2. Podávání speciálních mléčných přípravků se sníženým obsahem alergenů – hypoalergenní (HA) mléka, pokud matka nemůže kojit nebo kojí nedostatečně. 3. Zavádění prvního nemléčného příkrmu až v 6. měsíci (vybírat jen nealergizující potraviny – viz tabulka 2). 4. Eliminace alergenů z okolí dítěte (nekouřit, omezit prašnost, vyloučit peří, zabránit styku s domácími zvířaty, co nejvíce pobývat mimo oblasti se znečištěným ovzduším).

Je atopický ekzém vyléčitelný? Atopický ekzém je chorobou s vrozenou dispozicí. Není proto možné při současných znalostech a možnostech medicíny dítě tohoto onemocnění zbavit. „Zázračný“ lék neexistuje. Je však možné při pečlivém dodržování všech léčebných a preventivních opatření „dostat ekzém pod kontrolu“. Vyžaduje to velkou trpělivost a spoustu času celé rodiny. Příznaky ekzému naštěstí slábnou s přibývajícím věkem. Do devíti let se spontánně zhojí až 80 % postižených dětí. U většiny ostatních nemocných vymizí do 20. roku života a jen v nejtěžších případech přetrvává do dospělého věku.

Jaký význam má kojení pro dítě se zvýšeným rizikem vzniku alergie? Mateřské mléko je nejpřirozenější a nejučinnější výživou. Obranné látky předávané mateřským mlékem chrání děti před většinou infekcí. Pro děti z atopických rodin je význam kojení mnohem větší než pro

Obrázek 4. Atopická erytrodermie, na kůži patrný bílý dermatografismus



kojenice bez atopické zátěže. Alergická reakce na bílkovinu kravského mléka (kterým bývá kojení nahrazována) je poměrně častá: 3–7 %. Do 6. měsíce nepotřebuje plně kojené dítě čaj ani jiný přídatek. Matka by měla dodržovat nedráždivou dietu s vyřazením potravin, které nejčastěji působí svědění a zarudnutí kůže a potravin, na které je sama alergická. Od přísných radikálních diet u žen v době těhotenství a kojení se ustupuje, protože neexistují žádné přímé důkazy o efektu jakékoliv diety matky na vzniku alergického onemocnění u potomka. Plné kojení snižuje riziko manifestace atopických příznaků u disponovaného kojence, eventuálně je oddaluje na pozdější dobu.

Nejvhodnější dieta pro dítě s atopickým ekzémem. Význam potravinové alergie v etiopatogenezi AE zejména u malých dětí je podstatný. U kojenců a malých dětí se potravinová alergie v současné době vyskytuje ve 20–50 % případů. Přitom platí, že AE spojený s potravinovou alergií má těžší průběh (27). Pro dítě v kojeneckém věku představuje potravinový alergen nejvýznamnější alergen zevního prostředí. Vliv potravinové alergie na aktivaci AE se udává okolo 35 % (18). Nejčastějšími dětskými alergeny jsou kravské mléko, vaječný bílek i žloutek, pšeničná mouka, arašídý a sója. Správně nastavená dieta může vést k významnému zklidnění projevů AE. Po třetím roce věku obvykle tyto alergie vyhasínají. V prvním roce života dítěte je úprava výživy významná. Později význam diety slábne a je spíše individuální. V prvních 6 měsících je velice důležité kojení dítěte. Pokud matka kojit nemůže, nebo kojila jen krátce, je nutné převést kojence na hypoalergenní (HA)

přípravky kojenecké výživy. Pokud se prokáže u dítěte alergie na bílkovinu kravského mléka, podávají se přípravky, jejichž základem je bílkovinný hydrolyzát s vysokým stupněm štěpení. První nemléčný příkrm by měl být zahájen postupně od ukončení 6. měsíce věku. K jeho přípravě jsou vhodné potraviny, které mají malé riziko alergizace a takové, které nezpůsobují svědění a zarudnutí kůže přímou cestou. Tato doporučená výživa by měla být podávána do 1 roku. Potraviny, které je vhodné do 1 roku z jídelníčku vynechat, jsou uvedeny v tabulce 2. Po 12. měsíci je možno pomalu přejít k běžné stravě batolat, ale nejsou vhodné potraviny, které nejčastěji vyvolávají alergické reakce a svědění kůže (kakao, čokoláda, ořechy, mandle, mák, citrusy, kiwi, rajčata, papriky, plísňové sýry, koření, kyselé a pikantní potraviny – hořčice, kečup, nakládaná zelenina). Z mléčných výrobků jsou nejvhodnější tvrdé sýry a kysané mléčné výrobky jogurtového typu, jejich množství je vhodné navyšovat postupně. Obecně u kojenců a batolat již nejsou doporučovány přísné diety, protože se zdá, že právě v tomto věku by si dítě mělo na některé základní potraviny pomalu přivykat, aby je později lépe tolerovalo. U větších dětí je nutno postupovat individuálně a mohou konzumovat všechny potraviny, které přímo ekzém nezhoršují.

Jak správně mýt pacienta s atopickým ekzémem? K očištění dítěte je vhodná 3x týdně vanová olejová koupel a v ostatní dny jen rychlé osprchování s pomocí koupelových nebo sprchových olejů nebo mycími prostředky určenými pro ekzém, nejlépe zakoupenými v lékárně. Při zhoršení ekzému je vhodné nahradit olejovou lázeň koupelí z ovesných vloček, v bramborovém škrobu, otrubách nebo řepíku (podrobněji viz léčba AE).

Jak zacházet s promašťovacími krémy? Důležitá je zásada: čím méně krému a čím častěji, tím lépe, jinak kůže „nemůže dýchat“. Krém je aplikován tolikrát denně, kolikrát je dítěti příjemné, a dále aby bylo vidět, že je kůže vláčná. Zpočátku je často nutné promazávání i 10x denně, později (většinou po 2–3 týdnech) jen 2–3x denně. Každou novou předepsanou mast je nut-

no vyzkoušet na malou plochu nejméně 3 dny (např. na končetině). Teprve když je jisté, že dítě promazávací toleruje, je možné ho aplikovat na celé tělo. Mezi nejlépe tolerované přípravky patří doma vyškvařené nesolené sádlo, Indulona A64 nebo v lékárně zakoupený slunečnicový či olivový olej. Jinak je celá řada kvalitních přípravků, ze kterých je možno vybírat. Lepší je koupit je v lékárně. Pravidelným promazáváním se zlepší funkce kůže. Péče o suchou kůži je v celé komplexní péči o ekzém nejdůležitější.

Je vhodný pobyt na slunci, zářiče či biolampy? Horské slunce obsahuje některé nevhodné paprsky, které nelze odfiltrovat. Proto není vhodné ho užívat. Mnohem účinnější a bezpečnější je ozařování lampami s užším spektrem UV záření, které je možno užít ambulantně nebo za hospitalizace v některých kožních zařízeních. Ozařování laserem může mít efekt pouze u pacientů s ohraničenými formami ekzému (např. puchýřkové projevy na rukou a nohou). Ozařování v soláriích není vhodné. Biolampy se hodí k ošetřování malých ložisek ekzému. Je nutno provádět několikrát denně 10–15 dnů. Efekt je většinou jen přechodný.

Co způsobuje svědění u pacientů s atopickým ekzémem? Záchvatovitě svědění kůže patří k základním projevům atopického ekzému. Ke specifickým provokačním faktorům patří především některé látky, na které je pacient alergický a které vdechne (pyl, prach, roztoči) nebo které sní (některé druhy potravin – příliš ostrá, kyselé a kořeněná jídla, mléko, vejce, ryby, čokoláda, někdy ořechy, aromatické ovoce). Mezi nespecifické provokační faktory patří hlavně změny v teplotě a vlhkosti ovzduší, zapocení a psychický stres. Svědění bývá velmi kruté. Úlevu často přinese až rozškrábání svědivých míst. Děti jsou pláčtivé a mrzuté, většinou špatně spí a bývají pak během dne unavené.

Jak je možno omezit svědění a zabránit škrábání u dítěte? Při záchvatu svědění je vhodné zkusit zaměřit pozornost dítěte na jinou činnost (vyprávění, zajímavou hru...). Je vhodné snížit teplotu v místnosti vyvětráním. Na svědivá místa je možné aplikovat chladicí obklad nebo je promazat vychlazeným krémem z ledničky.

Tabulka 2. Potraviny, které je vhodné vynechat v kojeneckém jídelníčku (dle 13)

■ všechny citrusové plody, kiwi, ananas, mango	■ exotické koření (např. vanilka, skořice, kari), řepicha, bazalka, kečup, hořčice
■ bobulovité ovoce (rybíz, angrešt, jahody, maliny, ostružiny)	■ kravské mléko (nahrazujeme HA mlékem), individuálně povolujeme jogurty a tvrdé sýry eidamského typu dle snášenlivosti a stavu ekzému
■ med, sladkosti (bonbóny), čokoláda, kakao	■ vejce jako samostatný pokrm (podáváme jen „skrytá“ v pečivu nebo jídle)
■ rajčata, papriky, celer, petržel, ředkev, ředkvičky, křen	■ ryby, mořské produkty, uzeniny vepřové a hovězí maso
■ kyselé zelí, nakládaná zelenina, luštěniny, česnek, cibule	

Obdobně zlepši svědění i chladná koupel nebo vycházka za chladného počasí. Škrábání je vhodné nahradit jinou mechanickou činností, např. kreslením. Od svědění pomáhá tření břichy prstů nebo jemné štípání kůže. V noci pomůže vhodné oblečení s rukavičkami či zašitými rukávky (viz níže). Od svědění v těžších případech pomáhá samozřejmě vhodně zvolená lokální léčba či protialergické perorální léky.

Jak správně oblékat pacienta s atopickým ekzémem? Nejvhodnější jsou měkké, spíše světlé, bavlněné materiály. Oblečení nesmí být příliš těsné ani příliš tuhé. Nevhodná je vlna a všechny materiály, které jsou hrubé a mají vlas. Pokud je dítě chováno v náručí, chovající osoba by neměla mít vlněný nebo hrubý svetr. Nový oděv pro dítě je vhodný vždy vyprat a řádně vymáchat, je vhodné odstranit všechny etikety z vnitřních stran oděvů. Pokud mají děti závažnější projevy AE, je možno zakoupit speciální overaly s rukavičkovými „pacičkami“ a dupačkami. Overaly je možno užít na noc i na hraní během dne. Obdobně je možno pro větší děti koupit speciální dvoudílné bavlněné pyžamko, jehož stříh rovněž znemožňuje škrábání.

Jsou vhodné plenkové kalhotky na jedno použití? Nové typy jednorázových plen jsou většinou vhodné i pro kojence s ekzémem. Nesmí být ale ponechány na kůži příliš dlouho. Umělý materiál kalhotek potom snadno kůži podráždí a usnadní zachycení bakterií ze stolice v ložiscích ekzému. Proto je u dětí s ekzémem nutno měnit jednorázové pleny častěji, než je běžné. Někdy jsou vhodnější klasické bavlněné pleny.

Jaké prostředky používat k praní prádla? Nejlepší je používat zakoupené mýdlové vložky. Lze také nastrohat mýdlo s jelenem. Prádlo musí být řádně máchané (nejméně 5x). Přidávání aviváže není vhodné. Je lepší práť vždy menší množství prádla. Po ukončení máchání je možné přidat do pračky 3 lžice octa a celý máchací cyklus zopakovat.

Jak nejlépe upravit byt, kde pobývá dítě s atopickým ekzémem? Velmi důležité je omezit prašnost. Preferovány jsou podlahy bez kobereců. Nejsou vhodné těžké závěsy, záclony a čalouněný nábytek, zejména v ložnici dítěte. Matrace lůžka a příkrývky by měly být zakryty snímatelnými povlaky, které je nutno minimálně 2x měsíčně práť při 60 °C. Teplota v bytě by měla být spíše nižší a vlhkost 40–50 %. Je nutno

pravidelně větrat. V okolí dítěte nesmí nikdo kouřit. Domácí zvířata jsou nevhodná.

Je možné očkovat děti s atopickým ekzémem? U dětí s AE je potřeba postupovat s očkováním opatrněji. Jednotlivé složky očkovacích látek totiž mohou (i když velmi vzácně) vyvolat u některých atopických dětí reakce přecitlivělosti. Děti by měly být očkovány v době, kdy jsou v optimální zdravotní kondici – nesmějí se očkovat při známkách akutní infekce, v době rekonvalescence ani při aktivních projevech ekzému. I přesto je běžné, že se stav ekzému po očkování (zejména po očkování živými očkovacími vakcínami) zhorší. Zhoršení se objevuje několik dnů po očkování a trvá většinou 3 týdny. Závažné pacienty, kteří nemají období klidu, je vhodné odeslat do speciálních očkovacích středisek (např. v Praze v Motole nebo ve FN Hradec Králové).

Smí pacient sportovat? Pacient většinou může provozovat ve fázi minimálních kožních obtíží všechny druhy sportu, ale spíše rekreačně. Negativním faktorem bývá zapocení. Plavání ve volné přírodě a v moři ekzém spíše zlepší, častý pobyt v chlorovaných bazénech je naopak nevhodný. Je možno povolit účast na základním plaveckém výcviku 1x týdně (s řádným ošetřením kůže před i po plavání).

Volba povolání. Pracovní zařazení by mělo odpovídat psychickým schopnostem, nadměrný stres je zcela nevhodný. Dále pacient nesmí vykonávat práci v prašném, horkém a vlhkém prostředí. Nesmí přijít do kontaktu s chemikáliemi, barvami, laky, ředidly a oleji. Není vhodné povolání, kde je nutné časté mytí rukou. Zcela nevhodné jsou profese jako kadeřnice, automechanik, kuchař, zedník, zahradník, ošetřovatel zvířat, zdravotník, zámečnický, textilní dělník a pekař.

Závěr

Atopický ekzém je velmi častým onemocněním, jehož incidence stále stoupá. Cílem léčby atopického ekzému je zlepšení kvality života jak samotného pacienta, tak i jeho rodiny. Základem úspěšné terapie je dobrá spolupráce mezi pacientem a jeho rodinou a lékařem a velmi komplexní a individuální přístup lékaře ke každému pacientovi. Velmi důležitá je mezinoborová spolupráce obvodního lékaře, dermatologa, alergologa, klinického imunologa a dle potřeby i psychologa a pedagoga. Za dodržení

všech zásad preventivních i léčebných opatření může být dosaženo minimalizace či kompletního ústupu příznaků choroby, a tím zlepšení kvality života pacienta i celé jeho rodiny.

Literatura

1. Lam J, Friedlander SF. Atopic Dermatitis: A Recent Advances in the Field. *Pediatr Health* 2008; 6(2): 733–747.
2. Remitz A, Reitamo S. The clinical manifestations of atopic dermatitis. In: Reitamo S, Luger TA, Steinhoff M. *Textbook of Atopic Dermatitis*. 1st ed, Informa UK 2008: 1–12.
3. Bieber T. Mechanism of disease: atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2008; 14(358): 1483–1495.
4. Olesen AB. Atopic dermatitis- has the epidemic stopped or just begun? *EADV Congress News* 2006: 4.
5. Hercogová J. Topical anti-itch therapy. *Dermatol Therapy* 2005; 4(18): 341–343.
6. Christophers E, Folster-Hotz R. Atopic versus infantile eczema. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 4–6.
7. Sandilands A, et al. Prevalency and rare mutations in gene encoding flaggrin cause ichthyosis vulgaris and predispose individuals to atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 2006; 126: 1770–1775.
8. Vosmik F. Ekzémy. In: Štork J, et al. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén 2008: 149–174.
9. Du Vivier A, McKee PH. Atopic dermatitis. In: Du Vivier A, McKee PH. *Atlas of clinical dermatology*. Philadelphia: Elsevier Science 2002: 38–47.
10. Hautmann G, Hercogová J, Lotti T. Regulation of inflammatory reactions in local microenvironments by neuropeptides: psychoimmunologic models of psychosomatic dermatoses. *Int J Immunopathol Pharmacol (Section Dermatol)* 2006; 6(13): 391–414.
11. Schmiedbergerová R. Eczema atopicum. *Pediatr. praxi* 2005; 4: 145–150.
12. Čapková Š, Špičák V, Vosmik F. Atopický ekzém. Galén 2009 (čtvrté, přepracované vydání).
13. Čapková Š. Jak pečovat o dítě s atopickým ekzémem. Informační leták gsk. Mediforum.
14. Mohrenschlager M, Darsow U, Schnopp C, et al. Atopic eczema: What is new? *J EADV* 2006; 20: 503–511.
15. Hercogová J. Léčebné možnosti u atopické dermatitidy. *Komentář. Medicína po promoci* 2007; 3(8): 44–45.
16. Čapková Š. Možnosti léčby atopické dermatitidy v roce 2008. *Farmakoterapie* 2008; Supl. 3: 22–31.
17. Benáková N. Atopická dermatitida. In: Benáková N. *Ekzémy a dermatitidy, průvodce ošetřujícího lékaře*. Třetí rozšířené vydání. *Farmakoterapie pro praxi/Sv. 59*, ISBN 978-80-7345-331-2, Maxdorf 2013.

Článek doručen redakci: 1. 3. 2015
Článek přijat k publikaci: 23. 3. 2015

MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.
Dermatovenerologické oddělení
Nemocnice Jihlava, p. o.
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava
znevoralova@atlas.cz

