

(5). Tuto jednotku způsobují teploty mezi 43 a 47 stupni. Moderní laptopy generují teplotu v těchto rozmezích. Laptopy s výkonnějšími procesory mohou dosáhnout teploty až 50 stupňů a mohou způsobit až popáleniny. Poloha laptopu na stehnech dovoluje přímý kontakt s ohřívacím prvky počítače, které zahrnují centrální zpracovací jednotku a grafiku zpracovávající jednotku. Byla popsána řada kazuistických sdělení s postižením převážně na levém stehně (6, 7, 8).

- EAI může být klasickým nálezem u chronické pankreatitidy a může být přítomno i u osob s hypothyreoidismem a lymfedémem.
- Je popsána kazuistika EAI u ženy z Taiwanu, která prodělala mnohočetné čínské léčebné koupele nohou za užití horké vody (9) a dále vznik EAI po odstranění ochlupení pomocí diodového laseru (10).

Epidemiologie

Erythema ab igne bývalo dříve pozorováno hlavně u starších osob, které pobývaly blízko tepelných zdrojů. Nyní je pozorováno u starších i mladších osob. U žen je vyšší incidence než u mužů. Po zavedení centrálního topení došlo ke snížení výskytu této jednotky, stále ale můžeme erythema ab igne pozorovat po expozici některých zdrojů tepla: láhvi s teplou vodou, ohřívacích podložek nebo malých topidel či elektronických přístrojů. V riziku jsou pacienti s chronickou bolestí, kteří si aplikují lokální teplo ke zmírnění bolestí (11).

Klinický nález

Nález na kůži bývá spíše náhodný při prohlídkách u všeobecného lékaře. Na postižených partiích je patrná retikulární nebo síťovitá plocha modrošedého zbarvení spojená s erytémem. Erytém je nejdříve blednoucí, později nebledne a pigmentace je výraznější. Postižení je asymptomatické, jen někdy je přítomno pálení nebo píchání (3, 12). Lokalizace je v místě expozice tepla.

Vyšetření

Většinou jde jen o klinickou jednotku a není třeba dalších vyšetření. V anamnéze je typická expozice některému ze zdrojů tepla (viz výše). Při dlouhotrvajícím nálezem, přítomnosti

vředů, hyperkeratóz či bul je indikováno dermatologické vyšetření pro vzácnou možnost maligní transformace. Pokud je příčinou aplikace tepla chronická bolest, je nutné vyšetření pro tuto bolest a její léčba jinými prostředky než teplem. Velmi vzácně je nutné odeslání ke specialistovi při podezření na souvislost s celkovou chorobou (chronická pankreatitida, hypothyreóza, lymfedém).

Histopatologie

Mikroskopické změny v kůži jsou způsobeny dlouhodobou a kumulativní expozicí infračervenému záření. Změny jsou také závislé na zdroji tepla. Biopsie jsou relativně nespecifické a může být přítomna řada nálezů zahrnujících epidermální atrofii, depozita hemosiderinu, teleangiektazie, hyperkeratózu, inkontinenci pigmentu a lichenoidní dermální infiltrát. Většinou je přítomna dermální elastóza a různé změny keratinocytů od lehké atypie po karcinom (1). Biopsie je tedy důležitá spíše k vyloučení přítomnosti závažných jednotek, jako jsou spinocelulární a Merkelův karcinom. Pigmentace je dobře histopatologicky zdůvodněna přítomností zvýšeného množství melaninu v epidermis v důsledku zvýšené melanogeneze, v koriu v důsledku hydropické degenerace stratum basale epidermis, hemoglobinu v extravazálních erythrocytech a depozitech hemosiderinu v důsledku chronické kapilaritidy. Vedlejší nález hyperkeratózy lze vysvětlit reaktivním procesem podobným keratóze v důsledku jiných fyzikálních vlivů (např. chladu, větru, UV záření). Dyskeratóza keratinocytů je podobná té, která je způsobena aktinickým zářením (13).

Diferenciální diagnóza

Je nutno odlišit jiné síťovité pigmentované dermatózy, jako jsou: livedo reticularis, livedoidní vaskulitida (idiopatická nebo symptomatická forma u kolagenózy) (14), poikiloderma atrophicans vasculare, cutis marmorata teleangiectatica congenita, panikulitidu (15, 16) a vedlejší efekty některých léků (amantadin, memantin) (14). Klíčovým rysem k odlišení je u EAI expozice tepla, zatímco u livedo reticularis a cutis marmorata je často přítomnost chladu a u ostatních diagnóz v anamnéze kontakt s teplem není (4). Pacienti s pankreatitidou mají livedo reticularis na břiše a/nebo

na hrudníku a stehnech. To je zapříčiněno trypsinem-indukovaným postižením podkožních venózních pletení. Jde o tzv. Walzelovo znamení (17).

Léčba

Základem léčby je přerušení kontaktu se zdrojem tepla. Pokud bylo postižení jen mírné s lehkým erytémem, může dojít ke zhojení do několika měsíců. V případě závažného postižení kůže s pigmentacemi a atrofií k resorpci většinou nedojde. Je zde riziko vzniku spinocelulárního nebo Merkelova karcinomu v ložisku, klinicky bývá patrná rostoucí rezistence v určité části projevu (18). Pak je nutná probatorní excize a eventuální odpovídající léčba tumoru. Při prekancerózních změnách je také nutné adekvátní léčba. Abnormální pigmentace může přetrvávat roky, jizvení je trvalé. Chronické případy mohou být léčeny lokálními retinoidy, 5-fluorouracilem, Nd-YAG, rubínovým nebo alexandritovým laserem (19, 20), mohou pomoci antihistaminika.

Popis případu

Pacientkou byla šestnáctiletá dívka. Byla sledována pro asthma, spastickou paraparezu dolních končetin, zelený zákal. Od desíti do čtrnácti let byla léčena pro hypertenzi, byla jí diagnostikována Leidenská mutace. Pravidelně užívala kombinaci budesonid a formoterol fumarát inhalačně 1 vdech ráno, při dechových obtížích navíc inhalačně salbutamol. Neudávala žádné alergie. Fyziologické funkce byly v normě, abúzus popírala. Do kožní ambulance přišla s matkou na doporučení praktického lékaře pro děti a dorost. Nevěděla, jak dlouho projevy trvaly, všimla si jich až den před vyšetřením u dětského lékaře (ve stejný den byla vyšetřena i na naší ambulanci). V posledních týdnech výrazně zhubla, „začalo jí být zima“, a proto se velmi často opírala o teplý radiátor. V kontaktu s radiátorem byly zadní plochy obou dolních končetin (DKK) a spodní partie hýždí. **Objektivní nález při prvním vyšetření** (obr 1 a, b): Na spodních plochách obou hýždí a na zadních plochách obou DKK byla přítomna ložiska retikulárního charakteru hnědovinové barvy, světlejší na bérkách, výraznější na stehnech. Nejvýraznější postižení bylo na spodní straně hýždí a pod hýžděmi,