

na extenzorových partiích dolních a horních končetin, výjimečně na trupu. Obličej může být, na rozdíl od dospělých, též postižen. Může se jednat o solitární ložisko (Obr. 1), velikosti 1–10 cm. Obvykle bývá ložisek více a pokud jsou diseminovaná, bývá distribuce ložisek symetrická (Obr. 2). Pruritus může být mírný, což je nezřídka důvodem pro záměnu s jinými chorobami, které mají také numulární či anulární konfiguraci. Numulární ekzém se může hojit pozánětlivou hypo- nebo hyperpigmentací, ve formě bělavých či světle hnědých makul v místě původních ložisek (1, 2, 3, 4).

U dospělých vzniká numulárně mikrobiální ekzém nejčastěji na bérkách, obvykle v již predisponovaném terénu s porušenou kožní bariérou v důsledku exsikace či jiné chronické iritace, venostázy či atrofie kůže. Prevalence se v populaci udává od 0,1–9% (2). Postihuje častěji osoby středního až staršího věku (2). Další častou lokalizací jsou dorza rukou a předloktí a také mukokutánní přechody, včetně okolí chronických ran. Projevy jsou silně svědicí. Průběh bývá chronicky recidivující (1, 2, 3, 8).

U dětí se numulární ekzém patrně vyskytuje častěji než se v odborné literatuře udává, zřejmě v důsledku podhlášenosti (nemá svůj kód v MKN). Publikace na toto téma u dětí jsou sporadické a spíše kazuistické. Tento ekzém se objevuje převážně ve skupině předškolních a školních dětí, častěji u děvčat (5). V etiopatogenezi se kromě infekcí uplatňují jako kofaktory také iritační vlivy jako je tření či vysušování, proto se častěji vyskytuje v zimě a na jaře. Podobně jako u dospělých jsou i u dětí rizikovými faktory suchá kůže a atopická diatéza. Průběh a prognóza numulárního ekzému u dětí bývají obvykle příznivé (1, 2, 7). Může se jednat ale i o projev kontaktní alergie anebo o numulární formu atopického ekzému (3, 5, 6). Nepřítomnost zvýšeného celkového IgE, specifických IgE, atopických chorob v rodinné či osobní anamnéze nevylučuje diagnózu atopického ekzému. U atopiků bývá průběh úpornější.

## Diagnostika

V ordinaci pediatra je při vyšetření dítěte s numulárními projevy třeba diferenciatně diagnosticky odlišit především tinea (Obr. 3), neboť se zde prevence a léčba diametrálně liší. Tinea léčená jako ekzém (*tinea incognito*)

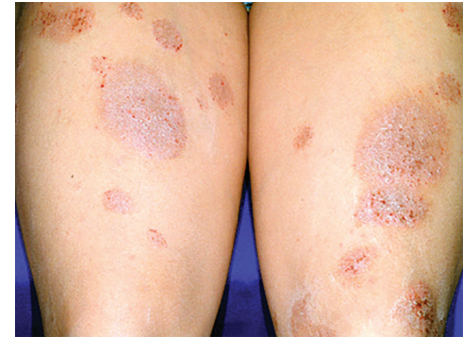
**Obr. 1.** Numulární ekzém bérce – detail (z fotoarchivu Dermatovenerologické kliniky 1. LF UK Praha)



**Obr. 3.** Tinea bérce, původce *Microsporum canis* (z fotoarchivu doc. Kuklové, Dermatovenerologická klinika 1. LF UK Praha)



**Obr. 2.** Numulární ekzém bérků dítěte (z fotoarchivu Dr. Čapkové, Dětské kožní odd. FN Motol Praha)



**Obr. 4.** Fixní polékový exantém (z fotoarchivu Dermatovenerologické kliniky 1. LF UK Praha)



**Tab. 1.** Základní diferenciatní diagnózy numulárního ekzému u dětí

Výskyt		Vodítka	Poznámka
Časté	tinea	ložisko obvykle solitární, naválitý lem, pomalu se zvětšuje, šíří se na periferii a hojí od centra, jen mírně svědicí; vícečetná ložiska nemají symetrickou lokalizaci; postižení sourozenců či rodičů; zdrojem často domácí mazlíčci (morče, králík aj.) a tzv. kontaktní sporty	mykologie, ev. histologie s barvením na PAS (periodic acid-Schiff)
	atopický ekzém	silně svědicí, v anamnéze často flexurní ekzém ± atopické choroby v osobní či rodinné	ev. alergologie
	neurodermitis circumscripta	lichenifikovaná ložiska, šedavá (hyperkeratóza) či hyperpigmentovaná (pozánětlivá pigmentace), silně svědicí; predilekce – předloktí, lokty, bérce, kolena, šije	ev. histologie
	pityriasis rosea	trup, výjimečně končetiny; předchází primární ložisko (při vyšetření často již zhojené), do 3–4 týdnů se vysévají četná ložiska v čarách štěpitelnosti kůže, nesvědicí či jen mírně; jaro/podzim	atypický obraz či průběh, diagnostické pochybnosti – histologie
Méně časté	kontaktně alergický ekzém	obvykle izolované ložisko/ložiska, silně svědicí, perzistuje či recidivuje ve stejném místě	epikutánní testy
	seboroická dermatitida a seborrhoic dermatitis-like	spíše kojenci a batolata, výrazný erytém a deskvamace; predilekce – kštice, hlava, trup ■ při neprospívání – susp. deficity komplementu ■ při současném postižení mukokutánních přechodů – susp. acrodermatitis enteropathica	■ imunologie ■ zinek v séru
	psoriáza a parapsoriáza	■ infiltrovaná erytematoskvamózní ložiska, nesvědicí či mírně, bez vezikul; predilekce – kštice, lokty, kolena ■ diseminovaná gutátní až numulární ložiska na trupu a končetinách, často předchází respirační infekci	výtěry krk + nos ev. histologie
	fixní polékový exantém	solitární ložisko, lividní či hnědavé centrum, oj. i mnohočetná ložiska (Obr. 4); typicky recidivuje ve stejném místě (u intermitentně užívaného léku)	léková anamnéza, včetně občasných léků

vede ke zkreslení klinického obrazu, zhoršení diagnostiky a léčby, jak ukázala též kazuistika publikována v tomto časopise v roce 2008 (7). Při diagnostických pochybnostech nebo refrakternosti vůči zavedené léčbě je vhodné provést mykologické vyšetření mikroskopické

a kultivační, případně i s citlivostí na antimykotika. Další diferenciatně diagnostické jednotky jsou uvedené v tabulce 1. U dospělých k tomu přistupují závažné diagnózy jako jsou především lymfomy z T-buněk a lues secundaria (1, 3, 4).