

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA A LÉČBA ALERGICKÝCH PROJEVŮ NA RUKOU

MUDr. Zuzana Kulíková

Dermatovenerologická klinika FN Královské Vinohrady, Praha

Projevy na rukou všeobecně představují pro mnohé pacienty, zvláště v produktivním věku, stresující faktor. Je celá řada onemocnění, která se projevují pouze na rukou nebo v souběžných lokalizacích i jinde na kůži těla. Jednou ze skupin onemocnění, které se zde manifestují, jsou onemocnění na imunoalergickém podkladě.

V článku jsou uvedena onemocnění na imunoalergickém podkladě, projevující se v různých lokalizacích na rukou, s uvedením jejich klinického obrazu, patogeneze, možnostech diagnostiky, prognózy a léčby.

Dermatol. prax 2007; 3–4: 160–162

Alergické projevy na rukou mohou mít různé příčiny. Můžeme sem zařadit některá ekzémová onemocnění, proteinovou dermatitidu, kontaktní urtikárii a idové reakce. Projevy na rukou představují pro mnohé pacienty stresující faktor, protože často ovlivňují pracovní aktivitu a společenský život.

Onemocnění na rukou typu ekzému

Pod název „ekzémy“ zařazujeme v středoevropském názvosloví dermatitidy na imunoalergickém podkladě. Patří mezi velmi častá onemocnění. Typický je pro ně sklon k diseminaci a vleklý, chronicko-recidivující průběh. Společným znakem je morfolgie, histologie a průběh onemocnění.

Rozdíl je v etiologii, patogenezi a prognóze.

Onemocnění na rukou, která se projevují ekzémovým charakterem a mají imunoalergický podklad:

- kontaktní alergická dermatitida a její varianta fotoalergická dermatitida
- mikrobiální dermatitida
- dyshidrotická dermatitida
- akirální forma atopické dermatitidy
- proteinová dermatitida

Společné znaky: morfolgie a histologie jsou podobné, liší se pouze podle fáze jednotlivých onemocnění.

V akutní fázi jsou klinickým projevem většiny dermatitid papuly, vezikuly, erytém, edém, madidace a krusty. Histologicky nacházíme intraepidermální puchýřek, spongiózu a perivaskulární infiltrát.

V subakutní fázi je klinickým projevem erytematosquamózní vzhled a histologicky nacházíme akantózu a perivaskulární infiltrát.

V chronické fázi vidíme v klinickém obraze hyperkeratózu, raghady, lichenifikaci a desquamaci. Histologicky pak hyperkeratózu, akantózu, eventuelně i papilomatózu, parakeratózu a dermální infiltrát.

Kontaktní alergická dermatitida

Etiologie: onemocnění je vyvolané zevními alergeny malé molekulární hmotnosti (do 500 d). Bylo již popsáno přibližně 3 000 kontaktních alergenů. Mezi nejčastější patří kovy (nikl, kobalt), látky přírodní povahy – fragrance, Peru balzám, propolis, éterické oleje, plastické hmoty (epoxidové, akrylátové pryskyřice atd.), alergeny gumy, PPD a další.

Mezi aktuální alergeny patří i ketoprofen (také významný fotoalergen) a kortikosteroidní substance.

U fotoalergické kontaktní dermatitidy nestačí ke vzniku dermatitidy kontakt s alergenem, ale je nutná také expozice UV záření.

Patogeneze: alergická reakce IV. typu dle Coombse a Gella.

Chemické látky s malou molekulární hmotností jsou zpracovány Langerhansovými buňkami, které se nacházejí v suprabazální vrstvě epidermis. Antigen je pak prezentován CD4+ T lymfocytům (pomocné T buňky). Jedná se o složitý imunologický proces, při kterém se uplatňují další buněčné elementy, adhezivní molekuly a humorální mediátory.

Počáteční senzibilizační fáze trvá u velmi silných alergenů přibližně 10–14 dnů, u slabých i několik let.

Diagnostika: anamnéza, klinický obraz, lokalizace a průběh. K potvrzení diagnózy jsou klíčové pozitivní epikutánní testy (dále pouze ET).

Prognóza: záleží na odstranění vyvolávajícího alergenu.

U některých alergenů (např. chrom, thiuram-mix) je patrný sklon k mikrobializaci a chronickému průběhu onemocnění.

Léčba: u většiny kontaktních alergických dermatitid a fotoalergických dermatitid vystačíme s lokální kortikoidní léčbou. Samozřejmostí je eliminace kontaktu s alergenem.

U fotoalergických ekzémů, hlavně po ketoprofenu, je nutná dlouhodobá fotoprotekce, protože projevy často recidivují po expozici slunci i po několika týdnech po vymizení kožního onemocnění.

Mikrobiální dermatitida rukou

Onemocnění může být lokalizováno primárně na rukou, nejčastěji na hřbetech rukou a prstů. Často dochází k diseminaci projevů na ruce a předloktí z primárních ložisek na bérkách nebo sekundárně nasedá na již poškozenou kůži.

Etiopatogeneze: není zcela jasná, předpokládá se alergická reakce IV. typu dle Coombse a Gella. Kontaktními alergeny jsou zřejmě produkty bakterií (hlavně streptokoky, stafylokoky, enterobakterie a další).

Diagnostika: anamnéza, klinický obraz, lokalizace a průběh, ET k vyloučení kontaktní přecitlivělosti.

Prognóza: onemocnění má výrazný sklon k diseminaci a chronicko-recidivujícímu průběhu.

Léčba: lokální kortikoidy k ovlivnění zánětlivé složky kombinujeme s antibiotiky (lokálními nebo systémovými) nebo externy s antibakteriálním účinkem (např. Endiaron nebo Septonex event. další).

Dyshidrotická dermatitida

Onemocnění se projevuje ve formě vezikul ve dlaních a na laterálních stranách prstů, někdy na erytematózním podkladě. Při subakutním a chronickém průběhu nabývá ráz subakutního a chronického ekzému (viz výše).

afloderm[®]

ALKLOMETAZÓN DIPROPIONÁT

...účinný a bezpečný ^{1 2 5}
...má nízky atrofogénny potenciál ^{3 5}
...afloderm krém výborne hydratuje ⁴



Skrátená informácia o lieku:

AFLODERM krém, masť, alclometasoni dipropionas

Zloženie: 1 gram krému obsahuje alclometasoni dipropionas 0,5mg, čo zodpovedá alclometasonum 0,392 mg. 1 gram masti obsahuje alclometasoni dipropionas 0,5mg, čo zodpovedá alclometasonum 0,392 mg. **Indikácie:** Afloderm krém/ masť sú určené na liečbu dermatóz, citlivých na lokálnu liečbu kortikosteroidmi: atopická dermatitída, kontaktná dermatitída, psoriáza, iritačná dermatitída, popáleniny a obareniny I. a II.stupňa. Afloderm krém / masť sú vhodné najmä na liečbu dermatóz, ak sa nachádzajú na citlivých častiach tela (tvár, intertriginózne oblasti), u pacientov s citlivou pokožkou (deti a staršie osoby), na liečbu veľkých povrchov kože, najmä u detí pre minimálnu systémovú resorpciu. **Kontraindikácie:** precitlivenosť na alklometazón alebo na niektorú z pomocných látok, vírusové, bakteriálne, mykotické a parazitárne infekcie kože, periorálna dermatitída, acne, rosacea, pyodermia. **Dávkovanie:** Dávkovanie a dĺžku liečby určuje lekár. Potrebné množstvo krému/ masti sa nanáša na postihnutý povrch kože dva až tri razy denne v tenkej vrstve a jemne sa votrie do kože. Po dosiahnutí remisie sa musí liečba Aflodermom prerušiť. **Upozornenie:** Afloderm krém/ masť sa nesmú nanášať do očí a periorbitálnej oblasti pre možnosť vzniku glaukómu alebo katarakty. **Interakcie:** Nie sú známe. **Nežiaduce účinky:** Nežiaduce účinky pri lokálnej aplikácii alklometazónu v terapeutických dávkach sú zriedkavé a mierne. Pri lokálnej aplikácii sa môže u 1-2% pacientov objaviť svrbenie, pálenie, erytém alebo suchosť kože, iritácia a papulárna vyrážka. **Balenie:** Tuba s obsahom 20 g masti alebo krému. **Spôsob skladovania:** Uchovávať pri teplote do 30 C. **Dátum revízie textu:** november 2005

Liek sa vydáva len na lekársky predpis. Pred preskripciou si pozorne prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku.

- ¹ Duke, E.E., Maddin, S., Aggerwal, A.: Alclometasone Dipropionate in Atopic Dermatitis: A clinical study, Curr. Ther. Res. 1983; 33 (5): 769-774
- ² Lassus, A.: Clinical Comparison of Alclometasone Dipropionate Cream 0,05% with Hydrocortisone Butyrate Cream 0,1% in the Treatment of Atopic Dermatitis in Children, J. Int. Med. Res. 1983; 11 (5): 315-319
- ³ Lutsky, B.N.: Chemistry and Pharmacology of 7-Halogenated Corticosteroids for Local Use, Allergologie 1980; 3 (4): 199-203
- ⁴ Duchkova, H., Haskova, M.: Skin Hydration after Application of Afloder cream, Congress of EADV, Florence 2004
- ⁵ Kuokkanen, K., Sillantaka, I.: Alclometasone dipropionate 0,05% vs hydrocortisone 1,0% potencial to induce cutaneous atrophy in children, Clin. Ther. 1987; 9 (2): 223-3

Podrobnejšie informácie o lieku nájdete na adrese zastúpenia spoločnosti:

BELUPO s.r.o., Cukrová 14, 813 39 Bratislava, tel.: 02/5932 4330, fax: 02/5932 4331, e/mail: belupo@belupo.sk

Patogeneze: polyetiologická dermatóza. Pod tímto obrazem se skrývá často kontaktní alergická dermatitida, akirální forma atopického ekzému, proteinová dermatitida nebo idové reakce. Dyshidrotická dermatitida je ale známá i jako samostatná jednotka, jejíž etiopatogeneze není dosud známá.

Diagnostika: anamnéza, klinický obraz, lokalizace a průběh, mykologické vyšetření k vyloučení mykózy, alergologické vyšetření k vyloučení atopie.

Prognóza: často sezónní recidivy (jaro, podzim).

Léčba: koupele rukou (LAAT – liquor aluminii acetotartrici), lokální kortikoidy, při závažnějším průběhu nasazujeme i celkově.

Akrální forma atopické dermatitidy

Frustrní forma atopické dermatitidy, která se vyskytuje izolovaně na rukou u atopického jedince. Běžné je i současné postižení kůže v jiných lokalitách, hlavně na končetinách. Klinický obraz je velmi rozmanitý. Na rukou mohou mít projevy charakter dyshidrózy s postižením laterálních stran prstů. Běžné jsou i projevy erytematosquamózní v lokalizaci dlaňové nebo hřbetní, taktéž s postižením prstů rukou. Projevy se však může pouze jako pulpitis sicca pouhým drobným olupováním kůže na bříšcích prstů.

Etiopatogeneze: není dosud zcela jasná. V dnešní době rozlišujeme formu alergickou (extrinická AD) a nealergickou (intrinická AD). Alergická složka má rysy reakce IV. a I. typu dle Coombse a Gella. Onemocnění spočívá na genetickém podkladě (předpokládá se polygenní dědičnost).

Diagnostika: anamnéza, klinický obraz, lokalizace a průběh, alergologické vyšetření, dermatografismus, hlavní a vedlejší kritéria atopické dermatitidy.

Prognóza: sklon k chronicko-recidivujícímu průběhu a k sekundárním infekcím. Spouštěcími mechanismy kožních projevů jsou kontaktní nebo tzv. atopické alergeny (aeroalergeny), některé potravinové alergeny, infekce, psychosomatické vlivy, ale také pouze nespecifická nadprahová iritace včetně častého kontaktu s vodou.

Léčba:

- lokální: kortikoidní externa, často v kombinaci s protibakteriálními látkami nebo antiseptiky
- systémová: antihistaminika, eventuelně antibiotika při výraznější impetiginizaci
- fyzikální: psoralen UVA
- doplňková: nutná režimová opatření, aplikace emoliencí, event. koupele rukou

Celková léčba kortikoidy, imunosupresivy, imunomodulacii se týká spíše generalizace projevů atopické dermatitidy, léčba lokálními imunomodulátory je limitována na lokalizaci obličej a krk.

Proteinová kontaktní dermatitida

Klinický obraz odpovídá chronickému ekzému s rychlou urtikarielní nebo vezikulózní reakcí po kontaktu s alergenem. Projevy jsou lokalizované hlavně v dyshidroziformní lokalizaci na laterálních stranách prstů rukou. Popisované nálezy jsou ale velmi různorodé a byl publikován i obraz chronického paronychia.

Patogeneze: onemocnění je stále diskutována. Nejspíše se jedná o kombinaci I. a IV typu alergické reakce. Alergeny tohoto onemocnění jsou vysokomolekulární látky proteinové povahy (rostlinného, živočišného původu, enzymy). Senzibilizaci usnadňuje jakékoliv porušení kožní bariery, což umožňuje snadnější prostup vysokomolekulárních látek do kůže.

Diagnostika: anamnéza, klinický obraz, lokalizace a průběh, ET skarifikační, testy vetřením, prick testy, specifické IgE protilátky.

Prognóza: vzhledem k tomu, že až v 50 % případů nacházíme v anamnéze atopický ekzém, bývá průběh chronicko-recidivující.

Léčba: eliminace kontaktu s alergenem, lokálně kortikoidy, celkově antihistaminika.

Kontaktní urtikárie

V klinickém obraze nacházíme erytém, urtikarielní pomfy, eventuelně vezikuly.

Patogeneze: může se jednat o imunologické, neimunologické nebo kombinované reakce.

Imunologické reakce jsou na podkladě I. typu alergické reakce dle Coombse a Gella.

Alergenem mohou být např. rostlinné (ovoce, zelenina, latex), živočišné látky (maso, zvířecí srst), léčiva (PNC).

Diagnostika: anamnéza, klinický obraz, lokalizace a průběh, otevřený ET, testy vetřením, prick testy, specifické IgE protilátky.

Prognóza: projevy vznikají vteřiny až hodiny po kontaktu s alergenem a mizí spontánně do několika hodin až dnů po eliminaci alergenu. Při opakovaných expozicích alergenu může přejít v proteinovou dermatitidu. Někdy se může přidružit i slizniční reakce (rhinitis, konjunktivitida, astma a event. i anafylaktický šok).

Léčba: eliminace kontaktu s alergenem, lokálně kortikoidy, celkově antihistaminika, v některých případech je nutná i celková terapie kortikosteroidní, zvláště s přidruženou slizniční reakcí při spastické reakci dýchacích cest, eventuelně adrenalin. Při šokovém stavu je nutná léčba na ARO nebo JIP.

Při prokázané přecitlivělosti na vosy a včely musí pacient u sebe nosit pohotovostní balíček obsahující potřebné léky pro první pomoc (p.o. antihistaminika, p.o. kortikoidy, adrenalin).

Idové reakce (autoekzemizace)

Jedná se o kožní reakci na různé stimuly, např. mykotické (dermatofytid) nebo bakteriální (bakterid), eventuelně jiné zánětlivé procesy v organizmu.

Na rukou klinicky nacházíme hlavně vezikuly (zvláště na laterálních stranách prstů).

Patogeneze: není zcela jasná.

Teorie:

1. abnormální imunitní reakce na autologní kožní alergen
2. zvýšená stimulace T lymfocytů alterovanými složkami kůže
3. diseminace infekčního antigenu se sekundární odpovědí
4. hematogenní diseminace cytokinů z primárního ložiska
5. nízký iritační práh

Diagnostika: anamnéza, klinický obraz, lokalizace a průběh, mykologické vyšetření, vyšetření fokusů.

Prognóza: záleží na odstranění primární příčiny.

Léčba: lokálně kortikoidy, terapie primárních projevů.

Literatura

1. Benáková N. Ekzémy a dermatitidy, farmakoterapie pro praxi. Jessenius Maxdorf. Praha 2006.
2. Henk B. van der Walse. Skin and occupation, Yamanouchi Europe B.V., 1999.
3. Křemenová S, Novák M. Ekzém/dermatitida ruky – crux pacientů a lékařů. Prakt. Lék. 82, 2002; 2: 62–72.
4. Matthew P Evans, MD, www.emedicine.com. Id Reaction (Autoeczematization).
5. Viktorinová M. Koprivka a angioedém. Galén Praha 2001.

MUDr. Zuzana Kulíková

Dermatovenerologická klinika FN
Šrobárova 50, 100 38 Praha 10, Královské Vinohrady
e-mail: zuzanakulikova@seznam.cz