

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3

Reg. č. a/004/038

Kontaktní ekzém - dermatitida

Autor: MUDr. Eliska Dastychová, CSc.

Gesce: Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP

Oponenti: Prof. MUDr. Vladimír Rešl, CSc.
MUDr. Radovan Matoušek

Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu
IGA MZ ČR 5390-3 Copyright © 2001, ČLS JEP.

Jiné užití než pro vlastní potřebu návštěvníků [www stránek ČLS JEP](http://www.cls.cz)
(<http://www.cls.cz/dp>) není dovoleno.

I.

❖ **Charakteristika předmětu doporučeného postupu:**

Kontaktní ekzém (alergická kontaktní dermatitida) je klinickým vyjádřením přecitlivělosti IV. typu dle Coombse a Gella. Předpokladem vzniku kontaktního ekzému je senzibilizace v předchozím období kontaktním alergenem. Po novém kontaktu s příslušným alergenem dochází ke vzniku akutní, subakutní nebo chronické zánětlivé reakce kůže.

Iritiční dermatitida může být klinicky těžko odlišitelná od kontaktního ekzému. Akutní iritační dermatitida vzniká většinou jednorázovým exogenním působením obligátně toxických, tzn. primárně kůži silně poškozujících látek bez ohledu na individuální funkční vlastnosti kůže. Chronická iritační dermatitida vzniká většinou sumací více faktorů fyzikálně chemických slabší intenzity při jejich opakovaném exogenním působení na kůži. Při jejím vývinu se uplatňují individuální funkční vlastnosti bariéry kožní. V obou případech se jedná o zánětlivé kožní změny s nápadným poškozením epidermis, za které nejsou patogeneticky zodpovědny alergické pochody.

Vyskytují-li se vyvolávající faktory kontaktního ekzému – alergen, či vyvolávající faktory iritační dermatitidy – iritancia na pracovišti pacienta, posuzují se obě onemocnění za splnění patřičných kritérií jako onemocnění z povolání.

❖ **Hlavní epidemiologické charakteristiky dle aktuálního stavu:**

Prevalence kontaktního ekzému se pohybuje v populaci mezi 1,5 – 3%. Incidence kontaktního ekzému, tj. nový výskyt dříve nepostižené populace, se pohybuje mezi 5 – 10 případy na 1000 osob ročně. Kontaktní ekzém tvoří 5 – 15% všech dermatóz. Podíl kontaktního ekzému u pacientů s ekzémem rukou je udáván kolem 25%.

Mezi kožními chorobami z povolání je kontaktní ekzém nejčastějším onemocněním, tvoří až 90% všech hlášených profesionálních dermatóz. Nejčastěji se vyvíjí profesionální kontaktní ekzém v kovoprůmyslu, ve zdravotnictví, v chemickém průmyslu a ve stavebnictví.

Iritiční dermatitida je častější než kontaktní ekzém, i když ve statistických údajích se objevuje méně často. Velká část pacientů se dostaví k vyšetření až v období kontaktní senzibilizace, tedy již s obrazem kontaktního ekzému, kterému ve velké většině případů iritační dermatitida předchází (dvojfázový vznik ekzému).

❖ **Podstata strukturálních a funkčních změn:**

Kontaktní ekzém je vyjádřením individuálně získané specifické přecitlivělosti na kontaktní alergen. Podle klasifikace dle Coombse a Gella jde o 4. typ reakce, tedy o opožděnou přecitlivělost s významnou rolí celulárního imunitního systému.

Histologie - akutní kontaktní ekzém: rozšíření cév ve stratum papillare a horním stratum reticulare dermis, celulární zánětlivá reakce s nahromaděním lymfocytů, monocytů, méně polynukleárních neutrofilů a eozinofilů. V epidermis intercelulární edém – spongióza, vcestování lymfocytů do intercelulárního prostoru (exocytóza). Rupturou intercelulárních desmozonálních spojení dochází k vývoji intraepidermálních puchýřků. Při regeneraci je patrné přechodné rozšíření epidermis (akantóza) a porucha rohovatění (parakeratóza).

Chronický kontaktní ekzém: více infiltrativně zánětlivé pochody a výrazná akantóza, hyperparakeratóza.

Akutní iritační dermatitida: intenzita poškození kůže je ovlivněna chemickou povahou noxy, její koncentrací a délkou působení na kůži. Dochází k poškození buněk epidermis, případně koria s obrazem akutního zánětu kůže. Zpravidla vzniká dříve než za 24 hodin po působení noxy.

Histologicky: akutní zánět s intercelulárním edémem (spongióza) a intraepidermální tvorba puchýřků v epidermis, v horním korigu rozšíření kapilár, perivaskulární edém, kulatobuněčná infiltrace s exocytózou do epidermis, často s hojnou přítomností neutrofilních leukocytů.

Chronická iritační dermatitis: vyvíjí se po dlouhodobém nebo opakovaném působení primárně netoxických látek u disponovaných jedinců. Ve vývinu chronické iritační dermatitidy má význam: neutralizační kapacita kožního povrchu, hydratace rohové vrstvy, lipoidní film na kožním povrchu.

Po vyčerpání obranných schopností kožního povrchu mohou i slabě koncentrované noxy proniknout do hlubších vrstev epidermis a vyvolat chronický zánět.

Histologicky: akantóza, hyperkeratóza, dle klinického obrazu může být v epidermis spongióza, v korigu lehká papilomatóza se zánětlivou převážně perivaskulární lymfocytární infiltrací.

II.

❖ **Klinický obraz onemocnění:**

Kontaktní ekzém: klinický obraz souvisí se stupněm senzibilizace pacienta. V průběhu času dochází v klinickém obraze k dynamickému vývoji. Při vysokém stupni senzibilizace vzniká po kontaktu s alergenem obraz kontaktního ekzému akutního, jeví se obecně morfami charakteristickými pro akutní ekzém, tj. papuly, vesikuly, event. mokvání, erytematózní plochy, event. edém. Schematicky lze rozlišovat: stadium erytematózní a edematózní - stadium vesikulózní a bulózní - stadium madidující - stadium krustózní - stadium squamózní (regenerace epidermis s olupováním). Typické je neostré ohraničení ploch, subj. svědění.

Obraz chronického kontaktního ekzému se může vyvinout primárně po opakovaném kontaktu s alergenem s nízkým senzibilizačním potenciálem nebo ekzém klinicky akutní přechází do chronicity (v případech, kdy alergen není zcela odstraněn, či je ekzém udržován nespecifickými faktory). Jedná se o chronicko zánětlivé postižení kůže s klinicky nejčastěji erythemosquamosními plochami, s plochami lichenifikovanými s rhagádami. Mohou být nalézány rovněž eroze, krusty, arteficiální škraby. Subjektivně je charakteristické svědění.

Akutní iritační dermatitida: klinicky jde o zánětlivě-exudativní reakci lokalizovanou v místě působení noxy, jeví se erytémem a edémem kůže, dle intenzity noxy event. puchýřky až bulami. Po stržení puchýřů či bul vznikají eroze, mokvání, dále tvorba krust, následná regenerace epidermis je spojena s olupováním. Všechna stadia nemusí být vyjádřena. Subjektivně pálení až bolest.

Chronická iritační dermatitis: nejčastěji plochy suché olupující se kůže, event. rhagády. V meziprstích rukou zánětlivě zarudlé plochy, event. s puchýřky, klinicky odpovídají termínu dermatitis irritativa subacuta. Na volárních stranách předloktí bývají erythemosquamosní plochy.

Klinický obraz onemocnění profesionálních jak ekzémů tak dermatitid se neliší od klinického obrazu onemocnění neprofesionálních. Na profesionalitu může upozornit lokalizace – nejčastěji postiženy ruce, předloktí, event. obličej (výpary) a pracovní anamnéza.

❖ **Postup při péči poskytované na počátku a v průběhu onemocnění**

Při vyšetření pacienta a úvaze o dalším způsobu poskytování léčebné péče je rozhodující: rozsah, charakter a lokalizace postižení kůže a účast mikrobiální flóry.

Praktický lékař indikuje dermatologické ambulantní vyšetření:

- dle rozsahu - při postižení kůže > 10 %
- dle charakteru - obraz akutní až perakutní (edém, vezikuly, bully, mokvání)
- dle lokalizace - obličej, genitál
- při účasti mikrobiální flóry - vždy
- neschází-li klinický obraz jednoznačně pro ekzém či dermatitidu
- při recidivách onemocnění ve stejné nebo jiné lokalizaci – nutné vyšetření epikutánními testy (provádí dermatovenerolog)
- nedochází-li ke zlepšení klinického obrazu do dvou týdnů

Praktický lékař indikuje hospitalizaci na dermatovenerologickém oddělení, nelze-li konzultovat ambulantního dermatovenerologa (dále DV) a neschází-li řešení stavu odkladu:

- akutní ekzém či dermatitida při rozsahu než > 30 %
- akutní ekzém či dermatitida i menšího rozsahu u pacientů s dg diabetes mellitus a u pacientů s dalšími závažnými onemocněními interního charakteru a při graviditě
- akutní ekzém či dermatitida s mikrobiální komponentou i menšího rozsahu
- akutní ekzém či dermatitida s nebo bez účasti mikrobiální flóry při lokalizaci v obličejí nebo na genitálu

- při pracovní neschopnosti trvající 1 měsíc a nedošlo-li k podstatnému zlepšení klinického obrazu i přes odbornou dermatovenerologickou péči, pokud pacienta na lůžkové oddělení neodešle odborný lékař a nepředpokládá-li se skončení pracovní neschopnosti do dvou týdnů

❖ Diagnostika, diferenciálně diagnostický postup

I. vyšetření klinické – anamnéza:

Rodinná – dermatologická onemocnění v rodině, zejména onemocnění ekzémová, zaměřeni na výskyt onemocnění počítaných k atopickému syndromu (atop. dermatitida, alergická rhinitida, konjunktivitida, asthma bronchiale, mukózní kolitida, migréna) – z dif. dg důvodů.

Osobní – předchozí všechna dermatologická onemocnění v průběhu života, zaměřeni na atopickou dermatitidu v dětském věku či pozdějších letech, další onemocnění počítaná k atopickému syndromu, podrobná anamnéza alergologická (včetně nežádoucích projevů po lécích a potravinách). Všechna závažná onemocnění v anamnéze pacienta interního charakteru (diabetes, kardiovaskulární, onkologická apod.)

Nynější onemocnění – časově vznik onemocnění, původní lokalizace, šíření, klinický charakter původních morf, subj. pocity, frekvence recidiv, souvislost s výkonem zaměstnání či jinou činností. Zaměřeni na možné kontaktní alergeny a iritancia v domácím a pracovním prostředí, s ohledem na lokalizaci onemocnění .

Pracovní – podrobně při podezření na možnou souvislost s výkonem povolání.

Farmakologická – (nutná k event. vyloučení lékových reakcí ekzémového typu), celkově i lokálně používaná terapeutika. Lékové reakce v předchozích letech.

Vyšetření klinické se zhodnocením klinického obrazu s diferenciálně diagnostickou rozvahou, vyloučení dermatologických onemocnění jiné etiologie (viz klinický obraz). Určení fáze onemocnění (akutní, chronické), účast složky mikrobiální, event. mykotické. Dle lokalizace úvaha o možných vyvolávajících alergenech, či iritancích.

Nejčastější alergeny a iritancia v některých odvětvích:

Kovoprůmysl: iritancia: oleje, mazadla, chladicí emulze, odmašťovadla. Alergeny: konzervantia olejů, mycích past, kovy – chrom, nikl (z obráběných legovaných ocelí, z chromočiněné kůže pracovních rukavic), gumárenské chemikálie (hadice, držadla, gumové rukavice).

Zdravotnictví: iritancia: dezinfekční prostředky, tenzidy, mýdla. Alergeny: dezinfekční prostředky, guma (pryžové chirurgické a pracovní rukavice), léčiva (lokální anestetika, antibiotika), akryláty (stomatologie).

Stavebnictví: iritancia: vápno, cement. Alergeny: chrom (stopy v cementu, chromočiněná kůže pracovních rukavic).

Chemický: alergeny: plastické hmoty: epoxidové, fenolformaldehydové, polyesterové pryskyřice, akryláty.

Zemědělství: živočišná výroba: iritancia: desinfekční prostředky, tenzidy. Alergeny: guma (holínky, hadice, rukavice), desinfekční prostředky, srst; rostlinná výroba: alergeny: pesticidy, rostliny (možná účast fotosložky).

Nejčastější kontaktní alergeny dle lokalizace kontaktního ekzému:

Obličej: kosmetické přípravky respektive jejich obsahové součásti, oční kapky, obruby brýlí, výpary na pracovišti, rostlinné alergeny, laky na nehty.

Krk: bižuterie (nikl), barvy na vlasy.

Axily: kosmetické přípravky, spray, barvy textilií.

Ruce: alergeny z domácího a pracovního prostředí – široká škála, ochranné pracovní rukavice, obsahové součásti kosmetických přípravků.

Nohy: obuv – guma, chromočiněná kůže, obsahové součásti dermatologických extern (kosmetických přípravků) při ošetřování např. dermatomykóz.

Bérce: obsahové součásti dermatol. extern při ošetřování varikozního komplexu, guma (holínky), barvy textilií.

Trup: barvy textilií, obsahové součásti kosmetických přípravků.

Vyšetření laboratorní:

Bakteriologické vyšetření - otisková kultivace (v případě impetiginizace). Mykologické: mikroskopické a kulturační v odůvodněných případech z diferenciatně diagnostických důvodů při podezření na sekundární infekci.

Diferenciální diagnostika:

Kontaktní ekzém akutní: v dif. dg. nutné odlišení od akutní iritační dermatitidy (anamnéza, ostré ohraničení, subj. pálení, bolestivost), u ekzému ohraničení neostře, spíše svědění.

Erysipel, erysipeloid, při lokalizaci v obličeji také erythematodes, dermatomyositis, fotoalergické či fototoxické reakce medikamentosní.

Chronický kontaktní ekzém: dif. dg. odlišit chronickou iritační dermatitidu, atopický ekzém, event. tineu, psoriázu, lichen.

Podobně u akutní iritační dermatitidy dif. dg. odlišit akutní kontaktní ekzém, erysipel, erysipeloid, při lokalizaci v obličeji erythematodes, dermatomyositis, fototoxické a fotoalergické reakce medikamentosní.

Chronická iritační dermatitis: odlišit dif. dg. kontaktní ekzém, atopickou dermatitidu, tineu.

❖ **Léčebný postup:**

1. Zevní terapie – obecná pravidla

akutní kontaktní ekzém, akutní iritační dermatitida:

obklady (sol. Jarisch, sol. acidi borici 3%, fyziologický roztok apod.)
zinkové oleje, lokální kortikosteroidy ve formě lotií, pěn.

Stadium subakutní: smývateľné pasty, lotia, pěny, krémy o/v.

Stadium subchronické: nesmývateľné pasty, krémy v/o.

Stadium chronické: masti.

Při impetiginizaci ve všech stádiích antimikrobiální komponenty.

Používaná externa dle účinných látek – obecně (dle účelné farmakoterapie),

steroidní externa s ohledem na klinický obraz a místo lokalizace odpovídající účelné farmakoterapii (praktický lékař kortikosteroidy I. skupiny a většinu II. skupiny, tj. dexamethazonacetát, hydrokortizonacetát, prednizolon flumethazonpivalát, hydrokortizonbutyrát, triamcinolonacetonid, ostatní pouze na doporučení DV)
kombinované přípravky – steroid + antimikrobiální, antimykotická komponenta,
lokální antibiotika,
externa obsahující steroid + dehet (pouze na doporučení DV)
externa obsahující dehet (pouze na doporučení DV)
externa obsahující ureu,
externa obsahující salicyl,
emolientia,
léčebné koupelové přípravky.

2. Systémová terapie – odpovídající účelné farmakoterapii –
antihistaminika,
antibiotika při mikrobiálních komplikacích (na doporučení nebo po konzultaci DV)
sedativa,
kortikosteroidy a další imunosupresivní terapie pouze za hospitalizace.
fototerapie - indikace a léčba DV

3. Podpůrná terapie
dietní opatření,
psychologické vyšetření – psychoterapie v odůvodněných případech.
lázeňská léčba – v indikovaných případech – indikuje DV

4. Poučení pacienta – způsob ošetřování, mytí, odívání, dieta, při zjištění vyvolávajícího alergenu - poučení o jeho výskytu, o prevenci recidiv ekzému (provede DV).

III.

❖ Prognóza:

Kontaktní ekzém: prognóza souvisí s charakterem vyvolávajícího kontaktního alergenu, jeho senzibilizačním potenciálem daným chemickou strukturou (možnost vzniku skupinové přecitlivělosti – např. paraaminosloučeniny), mírou rozšíření alergenu v životním prostředí a se včasným či pozdním zjištěním příčiny kontaktního ekzému epikutánními testy (vyšetřuje DV).

Je-li alergen vyvolávající kontaktní ekzém zjištěn krátce po vzniku ekzému a jedná-li se o alergen, kterému se lze snadno vyhnout v běžném denním životě (např. – epoxidové pryskyřice), ekzém se většinou zhojí (nedojde-li navíc k senzibilizaci na antigeny mikrobiální) i když senzibilizace je většinou celoživotní (tzn. ekzém může i po letech při setkání s příslušným alergenem recidivovat).

V případě kontaktních alergenů běžně rozšířených (např. nikl, chrom, guma) lze se nadát recidiv.

Dermatitis irritativa acuta: po odstranění příčiny, která je u akutní dermatitidy vždy známá, dochází ke zhojení.

Chronická iritační dermatitida se při vhodně zvolené terapii a za dodržování preventivních opatření (např. ochranné pracovní rukavice), může zcela zhojit.

❖ Prevence:

Používání ochranných pracovních pomůcek – pracovní rukavice (dle charakteru práce kožené či gumové, podvlékané nítěnými) při práci s iritanciemi a alergeny jak v domácím, tak při výkonu profese.

Používání ochranných pracovních krémů ke zlepšení funkční zdatnosti kožní bariéry.

Výběr pracovníků do profesí se zvýšeným rizikem z dermatologického hlediska (práce s iritanciemi, alergeny) s ohledem na dermatologickou anamnézu pacienta.

Informace pacienta o rizikových faktorech jeho pracovního prostředí a ochraně před nimi.

Včasně odhalení a vyšetření již počínajícího poškození kůže.

❖ Eventuální posudková hlediska:

Vystavení pracovní neschopnosti se řídí klinickým obrazem kontaktního ekzému (akutní, chronický) či dermatitidy, rozsahem a lokalizací onemocnění a profesí pacienta.

- akutní ekzém či dermatitida vždy (až na výjimky při nepatrném rozsahu a s ohledem na charakter zaměstnání)
- ekzém či dermatitida subakutní či chronická s ohledem na rozsah, lokalizaci a charakter profese
 - při rozsahu > než 30% kožního povrchu, nedochází-li při pracovní činnosti a ambulantní odborné dermatologické terapii ke zlepšení (zpravidla na doporučení dermatologa)
 - při lokalizaci na ruku, dochází-li pracovními vlivy ke zhoršování onemocnění
 - při lokalizaci v obličeji, dochází-li vlivy klimatickými nebo pracovními ke zhoršování onemocnění a také při výkonu profese spojené s neustálým kontaktem s dalšími osobami též z psychologického hlediska (učitelé, herci apod.)
 - je-li ekzém či dermatitida komplikována mikrobiální komponentou
 - u pacientů s dg diabetes mellitus a dalšími závažnými onemocněními interního charakteru a dále u gravidních je třeba posoudit každý případ individuálně

Frekvence kontrol u akutního ekzému 1x – 2x týdně, u chronického 1x za 2 týdny při větším rozsahu, při malém rozsahu za 3 – 4 týdny.

Dispenzarizace profesionálních onemocnění: Eczema contactum a dermatitis irritativa uznaná jako onemocnění z povolání dispenzarizovat u příslušného dermatovenerologa s průběžnou kontrolou a za spolupráce s praktickým lékařem.

❖ **Literatura:**

Frosch, P., J., Rustemeyer, Th., Schnuch: Kontakt-dermatitis. Hautarzt 1996, 47, s. 874-882.

Frosch, P., J., Rustemeyer, Th., Schnuch: Kontakt-dermatitis. Hautarzt 1996, 47, s. 945-961.

Orfanos, C., E., Garbe, C.: Therapie der Hautkrankheiten. Springer 1995, s. 1226-1240.

Braun-Falco, O., Plewig, G., Wolff H., H., Burgdorf, W., H.: Dermatology. Springer-Verlag Berlin, 2000, s. 457-520.

Novotný F. a kolektiv: Ekzémová onemocnění v praxi. Grada Avicenum Praha, 1993.