

Idová reakce po impetiginizované kontaktní dermatitidě

MUDr. Anna Hrazdírová

Pediatrická klinika, FN Brno a LF MU v Brně

Idová reakce (autosenzitizační dermatitida) je generalizovaná, imunologicky podmíněná kožní reakce, která vzniká sekundárně na podkladě vzdáleného primárního ložiska. Typicky se vyskytuje u pacientů s ekzémem či mykotickými a bakteriálními infekcemi kůže, avšak v praxi bývá často opomíjena nebo mylně diagnostikována. Pro úspěšné zhojení je zásadní terapie primární léze a symptomatická léčba idové reakce. V kazuistice popisujeme případ 12letého pacienta s impetiginizovanou kontaktní dermatitidou levého kolene po traumatu, komplikovanou vznikem idové reakce na trupu, krku a v axilách. Onemocnění bylo provázeno výraznou periferní eozinofilií. Vzhledem k rozsahu projevů byla indikována kombinovaná lokální a systémová léčba, která vedla k ústupu primárních i sekundárních kožních lézí. Kazuistika podtrhuje nutnost včasného rozpoznání idové reakce, adekvátního mikrobiologického vyšetření a cílené léčby primárního ložiska. Zároveň upozorňuje na riziko záměny s lékovým exantémem.

Klíčová slova: idová reakce, autosenzitizační dermatitida, kontaktní dermatitida, impetiginizace, eozinofilie.

Id reaction following impetiginized contact dermatitis

An id reaction (autosensitization dermatitis) is a generalized, immunologically mediated skin response that develops secondarily as a result of a distant primary focus. It typically occurs in patients with eczema or fungal and bacterial skin infections, yet in clinical practice it is often overlooked or misdiagnosed. Successful resolution depends on adequate treatment of the primary lesion together with symptomatic management of the id reaction. We present the case of a 12-year-old patient with impetiginized contact dermatitis of the left knee following trauma, complicated by the development of an id reaction on the trunk, neck and axillary regions. The condition was accompanied by peripheral eosinophilia. Owing to the extent of the skin involvement, a combination of topical and systemic therapy was initiated, leading to regression of both the primary and secondary skin lesions. This case highlights the importance of quick recognition of id reactions, appropriate microbiological assessment and targeted treatment of the primary focus. It also emphasizes the risk of misdiagnosis as a drug-induced exanthema.

Key words: id reaction, autosensitization dermatitis, contact dermatitis, impetiginization, eosinophilia.

Úvod

Idová reakce (autosenzitizační dermatitida, autoekzematizace) je sekundární imunologicky podmíněná kožní erupce, která vzniká jako odpověď na vzdálené primární ložisko –

nejčastěji infekční, ekzematózní (1) či stasis dermatitis (2, 3). Mechanismem je přehnaná imunitní reakce organismu na zánět v jiném místě kůže, což vede k výsevu morfologicky odlišných kožních projevů mimo původní lézi.

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: *Dermatol. praxi.* 2026;20(1):36-38
<https://doi.org/10.36290/der.2026.001>

Článek přijat redakcí: 1. 12. 2025

Článek přijat k tisku: 15. 12. 2025

MUDr. Anna Hrazdírová

hrazdirova.anna2@fnbrno.cz

Nejčastějšími spouštěči jsou povrchové mykózy (zejména *tinea pedis* a *tinea capitis*) (4), méně často bakteriální, virové nebo parazitární infekce či exacerbace chronického ekzému. U *tinea capitis* se mohou drobné symetrické papuly objevit na hlavě a krku krátce po zahájení systémové antimykotické léčby a bývají mylně považovány za polékovou reakci (1).

Patofyziologicky se předpokládá, že k autoekzemizaci dochází aktivací T-lymfocytů v místě primární reakce v důsledku prozánětlivých cytokinů (thymic stromal lymphopietin, IL-25 a IL-33) (2) uvolňovaných keratinocyty. Tyto aktivované T-buňky se pak šíří systémově prostřednictvím hematogenního šíření. Šíření aktivovaných T-lymfocytů vyvolává ekzematózní reakci v sekundárních lokalitách vzdálených od primárního místa (2).

Klinicky se idová reakce projevuje náhle vzniklými, symetrickými, edematózními papulami až papulovezikulami. Častými lokalitami pro časnou idovou reakci jsou místa předchozího kožního traumatu – jako jsou dermatózy, jizvy a popáleniny. V pozdějších stádiích se vezikuly šíří na nohy, paže a trup, kde se papuly seskupují a tvoří až nummulární ložiska. Tyto léze mohou být extrémně svědivé. Svědění může být tak intenzivní, že narušuje každodenní činnosti a zhoršuje schopnost usnout nebo zůstat spát (2).

Základem léčby je ošetření primární příčiny a současně symptomatická terapie sekundárních projevů (lokální kortikosteroidy, systémově antihistaminika). Při těžkém nebo rezistentním průběhu lze krátkodobě zvážit systémově kortikosteroidy. Po zvládnutí primární dermatitidy projevy idové reakce obvykle spontánně ustupují; relapsy se však mohou objevit při reaktivaci původního ložiska (1).

Popis případu

Dvanáctiletý chlapec byl na naší ambulanci akutně vyšetřen pro přibližně pětidenní impetiginizaci odřenin na levém kolenu po pádu při fotbale. V osobní anamnéze udával popálení tavnou pistolí v roce 2021 na pravém předloktí, kde se od té doby občasně tvoří papulky.

Alergologická vyšetření na dvou pracovištích byla bez průkazu atopie či alergií.

Klinicky byl patrný erytém pokrývající přední plochu kolenního kloubu s medovými až hemoragickými krustami a žlutavým exsudátem. Byla provedena kultivace ze stěru z ložiska. Empiricky zahájena lokální terapie antiseptickými obklady, chloramfenikolovou masťou a adstringentiem (Tanin KMC).

Z kultivace byl masivně prokázán *Streptococcus alfa-haemolyticus* a střední nárůst *Staphylococcus aureus* se zachovanou citlivostí na oxacilin a většinu běžných antibiotik. Proto byla zahájena perorální antibiotická léčba cefuroximem (Zinnat) 250 mg 2× denně na 5 dnů.

Při ambulantní kontrole 10. den od začátku léčby dominovaly na trupu, axilách a šíji četné drobné svědivé papuly odpovídající idové reakci. Na levém kolenu přetrvával erytém s macerací a deskvamací, s přesahy na proximální část bérce. Pro progresi stavu byl pacient přijat k hospitalizaci.

Při příjmu byla v krevním obraze zjištěna eozinofilie 23,4 % (abs. $2,18 \times 10^9/l$); ostatní laboratorní hodnoty byly v normě. Byla zahájena intravenózní antibiotická terapie amoxicilinem/kyselinou klavulanovou 1,2 g 3× denně, antihistaminika a jednorázově byl podán dexamethason 8 mg i. v. Lokálně byla prováděna antiseptická očista, aplikace krytí se stříbrem a kombinovaného kortikosteroidního přípravku do okolí (betamethason/gentamicin).

Postupně docházelo k ústupu idové reakce i impetiginizace, ložiska zasychala, nová se netvořila. Čtvrtý den hospitalizace byl pacient převeden na perorální antibiotika – amoxicilin/kys. klavulanová 3× 1 g/D. Hospitalizace proběhla bez komplikací, chlapec byl při dobrém celkovém stavu propuštěn pátý den hospitalizace s doporučením dokončit desetidenní antibiotickou terapii a pokračovat v lokálním antiseptickém ošetření.

Při následné ambulantní kontrole bylo původní ložisko na kolenu zcela zhojeno. Na krku a dekoltu se nacházely pouze minimální reziduální projevy idové reakce. Další kontroly na naší ambulanci již nebyly nutné. Pacient se aktivně věnuje pravidelnému sportu.

Diskuze

Předložený případ naplňuje klinická kritéria idové reakce: akutní vznik drobných symetrických papul na trupu a přilehlých oblastech

Obr. 1. Impetiginizovaná dermatitida levého kolene (archiv rodičů)



Obr. 2. Symetrické papulovezikulární projevy na trupu (archiv rodičů)



v návaznosti na exacerbaci primárního ložiska (5) (impetiginizovaná dermatitida levého kolene po traumatu). Odlišení od lékového exantému je klíčové (4) – v našem případě časová souvislost, morfologie a rychlá regrese po kontrole primární infekce svědčí pro idovou reakci. Výrazná eozinofilie může doprovázet hypersenzitivní stavy a v praxi přispívá k mylnému podezření na lékovou etiologii; bezpečné je proto pokračovat v kauzální antiinfekční léčbě při současně pečlivé klinické observaci.

Patofyziologicky se uvažuje o T-lymfocyty zprostředkované odpovědi s uvolněním cytokinů a chemokinů z primární léze a následném vzdáleném kožním projevu (2). Idové reakce jsou klasicky popisovány u dermatofytových infekcí (tinea pedis/capitis) (4), ale vznikají i při bakteriálních infekcích kůže, jak ukazuje tento případ. Diagnostický postup by měl zahrnovat

pečlivé zhodnocení primární léze, mikrobiologickou verifikaci (včetně cílené kultivace) a vyloučení jiných příčin generalizovaného exantému (polékový exantém, virové/parainfekční exantémy, atopie, kontaktní generalizace).

Terapeuticky je zásadní kontrola primárního ložiska (u nás cílená ATB terapie dle kultivace), symptomatická léčba idové reakce (antihistaminika, topické kortikosteroidy) a racionální volba systémových kortikosteroidů (1). V našem případě vedla krátká jednorázová systémová dávka ke zmírnění symptomů, ale rozhodující byla eradikace infekčního ložiska.

Kazuistika ilustruje běžné úskalí péče: široká a častá změna lokálních přípravků před definitivní diagnostikou může zhoršovat kožní stav a maskovat klinický obraz. Standardizovaný protokol (antiseptikum,

vhodné krytí, omezení mechanické iritace, indikace kortikosteroidů, event. fotoprotekce) a včasná mikrobiologie zlepšují výsledky.

Závěr

Idovou reakci je třeba aktivně zvažovat u generalizovaných papulovezikulárních erupcí, které následují po lokální infekci či dermatitidě. Klinická diagnóza, mikrobiologická verifikace a cílená léčba primárního ložiska jsou stěžejní. Diferenciální diagnostika vůči lékovému exantému je nezbytná, aby nedošlo k ukončení efektivní antiinfekční terapie. Včasné rozpoznání zkracuje dobu léčby a snižuje riziko hospitalizace. Prognóza je obvykle příznivá, projevy ustupují po zvládnutí primárního ložiska. Recidivy jsou možné při reaktivaci infekce, což potvrzuje potřebu dlouhodobé kontroly primárního ohniska.

LITERATURA

1. Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB. Autosensitization dermatitis (Id reaction). In: Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021;(73):468-471.
2. Bertoli MJ, Schwartz RA, Janniger CK. Autoeczematization: A Strange Id Reaction of the Skin. *Cutis*. 2021 Sep;108(3):163-166. doi:10.12788/cutis.0342.
3. Ferree SD, Yang C, Kourosh AS. Autosensitization derma-

- titis: A case of rosacea-like id reaction. *JAAD Case Rep*. 2019 Apr 20;5(5):410-412. doi:10.1016/j.jdc.2019.02.029.
4. Treat JR. Tinea capitis: Clinical features and diagnosis. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): Wolters Kluwer. [cited 2025 Nov 11].
5. Ilkit M, Durdu M, Karakaş M. Cutaneous id reactions: a comprehensive review of clinical manifestations, epidemiology,

- etiology, and management. *Crit Rev Microbiol*. 2012 Aug;38(3):191-202. doi:10.3109/1040841X.2011.645520.
6. Zabawski EJ Jr, Elston DM. Id Reaction (Autoeczematization). In: Medscape [Internet]. Updated Feb 25 2025. [cited 2025 Nov 11].
7. Vignes S, Raffalli-Gregó H. Allergic contact dermatitis: Clinical features and diagnosis. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): Wolters Kluwer. [cited 2025 Nov 11].