

Chronický ekzém rukou a jeho léčba v dermatologické praxi

MUDr. Linda Vavříková, MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Chronický ekzém rukou je multifaktoriální onemocnění, které může výrazně ovlivnit kvalitu života a pracovní schopnost. V populaci je běžný, častější incidence je u některých profesí. V následujícím sdělení se věnujeme klasifikaci ekzému na základě etiologie a morfologických znaků a základním vyšetřovacím a terapeutickým postupům.

Klíčová slova: ekzém rukou, kontaktní dermatitida, klasifikace, etiologické subtypy.

Chronic hand eczema and its treatment in dermatological practice

Chronic hand eczema is a multifactorial disease that significantly affects quality of life and work ability. It is common disease in general population and especially in certain professions. We focus on the classification of eczema based on etiology and morphological features, as well as its examination and therapy.

Key words: hand eczema, contact dermatitis, classification, etiological subtypes.

Úvod

Ekzém rukou je zánětlivé onemocnění kůže, postihuje dlaně a hřbety rukou, prsty a zápěstí. Ve 20–30 % postihuje současně i plosky (1). Subjektivně je přítomno svědění, v některých případech až bolestivost. Dle délky trvání a odezvy na léčbu rozdělujeme ekzém na akutní a chronický.

Akutní ekzém trvá méně než 3 měsíce a k exacerbaci dochází maximálně 1× ročně.

Chronický ekzém rukou je multifaktoriální onemocnění. Jedná se o častý zdravotní problém, který může výrazně ovlivnit kvalitu života, pracovní schopnost i psychickou pohodu postiženého. Více než polovina případů je spojena s profesní expozicí. Je definován délkou trvání déle než 3 měsíce, průběh je rekurentní. Během roku dojde nejméně ke dvěma vzplanutím po předchozím zhojení (1, 2). Prevalence onemocnění je 9,1 %, častěji jsou postiženy ženy (2, 3).

Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory ekzému rukou řadíme atopickou dermatitidu v dětství, přetrvávající atopickou dermatitidu, ženské pohlaví,

kontaktní alergie, kontakt s iritancii (voda, detergenty, rozpouštědla, minerální oleje, hygienické prostředky, chemikálie), chladné a studené prostředí, nízkou vlhkost v místnosti, kouření, stres, nižší socioekonomický status (1, 5).

Ekzém rukou se častěji vyskytuje u některých profesí, např. kadeřnice, uklízečky, zdravotníci, pracovníci v průmyslu. Téměř polovina případů chronického ekzému rukou je asociována s expozicí alergenům a iritancím v pracovním prostředí (1, 2, 3, 4).

Klinický obraz

Akutní ekzém rukou je charakterizován erytémem, edémem, výsevem papul, vezikul až bul (Obr. 1).

U chronického ekzému klinicky nacházíme lichenifikaci, hyperkeratózu, krusty, olupování, fisury (Obr. 2) (4).

Histologický obraz závisí na stadiu choroby. V akutní fázi je přítomna výrazná spongióza. V chronickém stadiu převládá akantóza epidermis s hyper- a parakeratózou, v dermis bývá přítomen perivaskulární lymfocytární infiltrát (5).

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):6-10

<https://doi.org/10.36290/der.2026.008>

Článek přijat redakcí: 26. 2. 2026

Článek přijat k tisku: 11. 3. 2026

MUDr. Linda Vavříková

Linda.Vavrikova@fnol.cz

Klasifikace

Chronický ekzém rukou je heterogenní onemocnění, dělíme jej na základě etiologických a klinických subtypů. Morfologie nemusí nutně odrážet etiologii a základní patofyziologie je společná pro všechny subtypy. Klinický obraz se může v průběhu času měnit (1, 2, 3). Nejčastější příčinou ekzému rukou je iritační dermatitida, alergická kontaktní dermatitida, atopická dermatitida (až třetina pacientů), méně často proteinová dermatitida a kontaktní urtikárie. Často je etiologie smíšená (1, 2, 3, 4, 5).

Etiologické subtypy

Iritační kontaktní dermatitida je nejčastější typ chronického ekzému rukou, ženy jsou postiženy častěji než muži. Postiženy jsou extenzory a laterální strany prstů a dorza rukou. Klinicky je přítomna deskvamace, bolestivé fisury, subjektivně je přítomno svědění. V anamnéze se potvrdí expozice iritanciím v pracovním nebo domácím prostředí. Diagnóza se stanoví na základě anamnézy a po vyloučení kontaktní senzibilizace.

Alergickou kontaktní dermatitidou (Obr. 3) jsou častěji postiženi muži, kteří jsou exponováni relevantním alergenům. Kontaktní senzibilizaci potvrzujeme epikutánními testy. Klinicky jsou postižena místa vystavená alergenům – bříška prstů nebo dlaně, kde je přítomno zarudnutí, puchýřky, subjektivně je přítomno svědění.

Atopický ekzém rukou (Obr. 4) začíná obvykle v mladém věku, možná je ale i pozdní manifestace. Postižena jsou dorza rukou, dlaně a přilehlé oblasti zápěstí, meziprstní prostory. V anamnéze je atopická dermatitida

v raném dětském věku, v pubertě, či souběžná atopická dermatitida. Má dvě klinické varianty: vezikulární typ – s puchýřky ve dlaních a meziprstních prostorech se zarudnutím. Lichenoidní/ekzémový typ vykazuje zarudnutí meziprstních prostorů zejména na dorzech rukou a na vnitřních stranách zápěstí.

Kontaktní urtikárie vzniká na základě expozice proteinům, které vyvolají reakci I. typu, postižení je charakterizováno kopřivkovým výsevem, erytémem, následně olupováním. Postižené jsou oblasti kontaktu, ale může dojít i k šíření za tuto oblast. Kožní projevy se objeví několik minut po kontaktu s alergenem. Pokud je expozice kontinuální nebo opakovaná, rozvine se **proteinová dermatitida**. Je vyvolána I. typem alergické reakce – IgE protilátkami, pouze v některých případech IV. typem hypersenzitivní reakce. Mezi spouštěče patří rostlinné a zvířecí bílkoviny obsažené v potravinách (10). Ohrožené jsou osoby pracující s potravinami a se zvířaty (ošetřovatelé v zoo, veterináři) (2, 3, 5, 6). Epikutánní testy jsou obvykle negativní, diagnostikuje se testy skarifikačními, nebo prick testy s podezřelým alergenem (10).

Klinické subtypy

Hyperkeratotický ekzém rukou je častější u mužů, postihuje oblast dlaní, kde často vznikají bolestivé fisury. Je popisována souvislost s kouřením tabáku. Epikutánními testy se nepotvrdí kontaktní senzibilizace.

Akutní rekurentní vezikulární ekzém rukou postihuje mladé ženy, projevuje se cyklickým výsevem vezikul zejména na prstech a ve dlaních. Současně bývá přítomna akrocyanóza a hyperhidróza, je přítomno svědění.

Numulární ekzém rukou postihuje dorza rukou svědicími numulárními ložisky. Je asociovan s atopickou dermatitidou. Obvykle se prokáže kontaktní senzibilizace v epikutánních testech. Klinicky vidíme suchou kůži, ekzémová ložiska na dorzech rukou, subjektivně je přítomno svědění.

Atopická dermatitida se projeví svěděním, suchou kůží, ekzémovými projevy na dorzech rukou. Je popsána expozice alergenům.

K **pulpitidě** dochází v důsledku expozice iritanciím, alergenům, svědění je mírné, postihuje oblast bříšek prstů rukou, atrofická kůže je drsná.

U smíšené formy je přítomen více než jeden etiologický a klinický subtyp, např. kontaktní iritační dermatitida se často vyskytuje současně s kontaktní alergickou dermatitidou nebo dermatitidou atopickou (2, 3).

Diagnostika ekzému rukou

Při **vyšetření** zhodnotíme anamnézu průběhu a trvání onemocnění, příznaky, posoudíme exacerbaci a remisi, podrobně se dotazujeme na pracovní anamnézu a anamnézu volnočasovou.

Klinické vyšetření se zaměřuje na posouzení nálezu na rukou, ale je třeba vyšetřit celý kožní povrch včetně nehtů, kštice i genitálií, kde se může projevit obraz kontaktní alergické dermatitidy.

Ekzém rukou je objektivně podrobně zhodnocen pomocí skórovacího systému HECSI (Hand Eczema Severity Index), který kvantifikuje rozsah postižení a intenzitu morfologických projevů (1, 3, 4).

Obr. 1. Akutní ekzém



Obr. 2. Palmoplantární pustulóza



Obr. 3. Atopická dermatitida



Obr. 4. Alergická kontaktní dermatitida na akrylátu



Obr. 5. Chronický ekzém



Obr. 6. Svrab



Obr. 7. Svrab



Obr. 8. Tinea manum



Vyšetření epikutánními testy je zlatým standardem pro diagnostiku kontaktní alergie. Epikutánní testy jsou indikovány u pacientů s ekzémem trvajícím déle než 3 měsíce nebo nereagujících na adekvátní terapii. Negativní výsledek zcela nevylučuje kontaktní senzibilizaci (může být falešně negativní). Pozitivní reakce je posuzována s ohledem na její klinickou relevanci a význam (1, 2, 3, 4, 7).

Mikrobiologické vyšetření provádíme při podezření na sekundární infekci, v některých případech je vhodné provést kultivaci mykologickou.

Kožní biopsii s histologickým vyšetřením provádíme např. při podezření na psoriázu, lichen planus, lymfom.

Prick testy a vyšetření specifických IgE protilátek využijeme u proteinové dermatitidy (1, 2, 3, 4).

Diferenciální diagnostika

V diferenciální diagnostice je třeba vyloučit jiná kožní onemocnění.

U **psoriázy** (Obr. 5) je erytém výraznější, ložiska jsou ostře ohraničená, provádíme podrobné vyšetření kožního povrchu (vlasy, nehty, kožní záhyby, genitálie), dotazujeme se na rodinnou anamnézu lupénky.

Palmoplanární pustulóza (Obr. 6) tvoří žlutavé pustuly s červeným haló a žlutohnědé makuly postihující dlaně a plosky.

Tinea manum (Obr. 7) vykazuje zpravidla jednostranné postižení dlaní, typický je jakoby pomoučený vzhled, současně je často přítomna onychomykóza a tinea pedis.

Svrab (Obr. 8) postihuje zejména mezi-prstí a zápěstí, přítomny jsou papulovezikuly, u dětí i pustuly, současně jsou postiženy i další predilekční lokality. V anamnéze zjišťujeme postižení rodinných příslušníků a spolubydlících, projevy jsou refrakterní na léčbu ekzému.

Lichen planus tvoří ostře ohraničené nafialovělé papuly nebo plaky s retikulárními striemi nebo kompaktní hyperkeratózou. Projevy se nachází i na předloktcích a zápěstích, současně může být přítomno postižení ústní sliznice.

Pro **pityriasis rubra pilaris** je typická červenoořechová až lososovitá barva eflorescencí, dlaně jsou lesklé, na těle jsou folikulárně vázané papuly a hyperkeratotická ložiska.

Palmoplantární keratodermie (Obr. 9) jsou vrozené či získané symetrické hyperkeratózy na dlaních a ploskách.

Při podezření na **sekundární syfilis** doplníme venerologickou anamnézu, sledujeme projevy sekundarismu i mimo oblast palmoplantární (1, 2, 4).

Terapie

Terapie ekzému závisí na míře postižení, etiologii, komorbiditách. Důležitá je identifi-

Obr. 9. *Tinea pedis*Obr. 10. *Onychomykóza*

kace potenciálních alergenů a iritancí s vyloučením či snížením jejich expozice v pracovním i domácím prostředí. Preventivní opatření ke snížení expozice jsou tříступňová.

Primární prevence je zaměřena na zdravou populaci, edukace probíhá prostřednictvím vzdělávacích programů, cílí na snížení počtu nových případů ve snaze k omezení expozice rizikovým faktorům, poradenství o volbě povolání.

Sekundární prevence je zaměřena na pacienty s mírnými příznaky ekzému rukou k zabránění progresi onemocnění a následných relapsů.

Terciární prevence cílí na pacienty s příznaky těžké formy ekzému k zabránění přechodu do chronicity a vyvarování se následkům pracovní neschopnosti (1, 2, 5).

Režimová opatření

Režimová opatření jsou zásadní při práci s iritačními látkami, doporučuje se používání ochranných rukavic v domácnosti i v práci, dále omezení mytí rukou, k odstranění zjevného za-

špinění se doporučuje použití šetrných mycích prostředků a omytí vlažnou vodou. Emoliencia je třeba používat často a pravidelně, zejména po práci a před spaním, vhodný je výběr prostředků bez parfemace. Při práci se doporučuje nenosit na ruce prsteny a jiné šperky (1, 4).

U akutního ekzému rukou je léčba rychlá, čímž se zabrání přechodu do chronicity.

Kombinuje se protizánětlivá terapie s emoliencii.

Zevní terapie

Emoliencia se používají u všech forem ekzému rukou k hydrataci, pro zlepšení kožní bariéry a regeneraci kůže.

Ichtamol, stejně jako **tanin**, **zinek**, lze aplikovat při mírném až středně těžkém postižení. Někdy je vyžadována aplikace antiseptických prostředků s antiseptickou složkou: karbopendecín, chlorhexidin, oktenidin, polyhexanid, stříbro.

V případech hyperkeratóz je vhodné použít keratolytické preparáty s obsahem kyseliny salicylové nebo s ureou.

Lokální kortikosteroidy se využívají v 1. linii léčby ke krátkodobé aplikaci. Vhodná je aplikace kortikosteroidů II. až IV. třídy 1× denně do zklidnění, následuje postupné sesazení, může být zvážena aplikace intervalová. Pokud nevidíme odpovídající odezvu na terapii, musí být zvážena kontaktní alergie na topické kortikosteroidy nebo jejich vehikulum, přestože není častá.

Topické kalcineurinové inhibitory (takrolimus, pimekrolimus) jsou registrované pro terapii atopické dermatitidy, ale ne u hyperkeratotického ekzému jiné etiologie, je možné je

Obr. 11. *Psoriáza*Obr. 12. *Palmoplantární keratodermie*Obr. 13. *Palmoplantární keratodermie*

použit off label. Na počátku terapie se může objevit svědění a pálení. Molekuly kalcineurinového inhibitoru lépe penetrují do kůže na dorzech rukou (1, 2, 4, 5, 8, 9).

Fyzikální terapie

Fototerapii lze využít pro pacienty refrakterní na topické kortikosteroidy. Doporučuje se krátkodobá aplikace 4–8 týdnů. Preferováno je úzkopásmové UVB 311 nm v podobě lokálních zářičů (1, 2, 4).

Systémová terapie

Retinoidy mají pozitivní účinek na patologicky porušenou keratinizaci.

Acitretin je lék registrovaný pro psoriázu, ale může se použít u hyperkeratotického ekzému. Obvyklá dávka je 15–30 mg denně, je vysoce teratogenní.

Systémové kortikosteroidy mohou být velmi efektivní, ale jejich využití se vyhrazuje u akutních forem ke krátkodobé terapii.

Dávkování je 0,5–1 mg/kg/den ekvivalentu prednisolonu.

Cyklosporin je kalcineurinový inhibitor s imunosupresivními a protizánětlivými účinky. Je registrovaný u pacientů s atopickou dermatitidou, jeho podávání vyžaduje monitoraci, může být asociováno s potenciálním rizikem nefrotoxicity, hypertenze, zvýšené riziko infekce, s potenciálním rizikem malignity při dlouhodobém užívání. Pokud nevidíme efekt po 8 týdnech, měla by být terapie ukončena. Dávka je 3 mg/kg denně.

Azathioprin je imunosupresivum s protizánětlivými účinky, není registrovaný na ekzém rukou. Mezi nežádoucí účinky patří zejména lymfopenie popř. až útlum krvetvorby.

Methotrexát je antagonist kyseliny listové s protizánětlivým a imunosupresivním účinkem. Lze jej zvážit v terapii hyperkeratotického ekzému, používá se v dávce 7,5 mg týdně, která může být navýšena až do dávky 25 mg týdně.

V případě atopické etiologie, kdy je ekzém rukou součástí těžké formy atopické dermatitidy, je možné po selhání konvenční imunosupresivní léčby zvážit léčbu biologickými preparáty (dupilumab, lebrizumab), případně JAK inhibitory (baricitinib, abrocitinib, upadacitinib).

V brzké době je očekávána registrace **delgocitinibu**, který patří mezi moderní terapeutické možnosti s indikací v léčbě chronického ekzému rukou dospělých u středně těžkého a těžkého postižení. Jedná se o lokální prostředek, JANUS kinázový inhibitor, aplikuje se 2× denně (1–6, 8, 9).

Závěr

Ekzém rukou je chronické multifaktoriální onemocnění, které má významný dopad nejen na kvalitu života pacienta, ale i na pracovní schopnost a sociální fungování. Terapie je dlouhodobá a vyžaduje komplexní přístup.

LITERATURA

1. Benáková N, Dastychová E. Ekzém rukou 1. část: subtypy, epidemiologie, diagnostika, prevence a léčba. Československá dermatologie. 2025;100(4):151-168.
2. Thyssen Jacob P, Schuttelaar Marie LA, Alfonso Jose H, et al. Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema. Contact Dermatitis. 2022;86(5):357-378.
3. Bauer A, Brans R, Brehler R, et al. S2k guideline diagnosis, prevention, and therapy of hand eczema. JDDG. 2023;21(9):1054-1074.
4. Weidinger S, Novak N. Hand eczema. 2024;404(10470):2476-2486.
5. Weisshaar E. Chronic hand eczema. American Journal of Clinical Dermatology. 2024;25:909-926.
6. Bissonnette R, Warren RB, Pinter A, et al. Efficacy and safety of delgocitinib cream in adults with moderate to severe chronic hand eczema (DELTA 1 and DELTA 2): results from multicentre, randomised, controlled, double-blind, phase 3 trials. Lancet. 2024;404:461-473.
7. Dastychová E, Benáková N. Ekzém rukou 2. část: kontaktní alergie a kontaktní alergen. Čes-slov Derm. 2025;100(5):185-208.
8. Benáková N. a kol. Moderní farmakoterapie v dermatologii. 2. doplněné vydání. Praha: Maxdorf; 2023:135-199.
9. Hercogová J, et al. Klinická dermatovenerologie 1. díl. Praha: Mladá fronta; 2019:159-161.
10. Loddé B, Cros P, Roguedas-Contios AM, et al. Occupational contact dermatitis from protein in sea products: who is the most affected, the fisherman or the chef? Journal of Occupational Medicine and Toxicology. 2017;12:(4).