

Tab. 1. Rozlišení AKD a IKD

	Iritační kontaktní dermatitida	Alergická kontaktní dermatitida
<b>Patogeneze</b>	Cytotoxické působení bez specifické imunitní odpovědi	Senzibilizace alergenem, aktivace specifických T-lymfocytů
<b>Výskyt postižení</b>	Všichni po kontaktu se škodlivinou, děti i dospělí	Individuální, častěji dospělí než děti
<b>Klinický obraz</b>	<b>Akutní</b>	Výrazný erytém, vezikuly, buly, monomorfní morfologie
	<b>Chronický</b>	Erytém, deskvamace, ragády, xeróza
<b>Lokalizace</b>	Ostré ohraničení na místo kontaktu, nejvíce obličej, ruce	Neostré ohraničení, maximum v místě kontaktu, šířící se i mimo něj, nejvíce obličej, ruce
<b>Průběh</b>	Maximum krátce po kontaktu, postupem času slábne, tzv. <i>decrecendo</i> typ reakce	Vznik po prvním kontaktu nejdříve po 7 dnech, po opakovaném za 1–2 dny, postupem času zesiluje, tzv. <i>crescendo</i> typ reakce
<b>Symptomy</b>	Spíše pálení, svědění následně	Výrazné svědění
<b>Epikutánní testy</b>	Negativní, popř. iritační reakce	Pozitivní

### Iritační kontaktní dermatitida

IKD je nespecifický lokalizovaný zánět kůže vzniklý jako reakce na vnější působení širokého spektra cytotoxicky působících látek – iritantů, které jsou chemické nebo fyzikální povahy. IKD je nejčastější profesionální kontaktní dermatitidou a nejčastější příčinou ekzémů dlaní (4, 5), nejvíce jsou postiženy profese ve vlhkém prostředí (kadeřníci, uklízečky, zdravotnický personál aj.) (2, 4, 6). Vzhledem k četnosti expozice bývají více postiženy ženy (4, 5). IKD se vyvíjí u všech osob, které se dostanou do kontaktu s dráždivou látkou v závislosti na individuální odolnosti a reaktivitě kůže, míře koncentrace a iritačnímu potenciálu dráždivé látky a době jejího působení. Vyšší výskyt IKD je v dětském věku, u fototypu I–II nebo u atopiků (5). Reakce na dráždivé látky odráží také rozdíly v tloušťce rohové vrstvy a bariérové funkci. Více náchylné lokality k podráždění jsou proto dorsa rukou, prsty nebo obličej (4, 5). Ve vývoji přispívají i vnější klimatické vlivy, jako např. teplota, vlhkost a proudění vzduchu nebo okluze (4, 5).

V patogenezi IKD nedochází k aktivaci T lymfocytů a tudíž se nevyvíjí specifická imunitní odpověď organismu. V iniciační fázi dochází působením iritantů k poškození epidermální kožní bariéry a porušení hydrolipidové vrstvy, následnému zvýšení permeability kůže, transepidermální ztrátě vody (TEWL) a redukci přirozeného zvlhčujícího faktoru (NMF – natural moisturising factor). V dalším průběhu jsou cytotoxickým vlivem poškozeny buněčné membrány keratinocytů, uvolňují se zánětlivé cytokiny – interleukin (IL) 1-alfa, IL-1-beta, IL-6 a tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- $\alpha$ ) a signalizují uvolnění prozánětlivých chemokinů, např. CCL20, CCL21 nebo CXCL8. Tím se aktivují mechanismy vrozené imunitní reakce kůže, dochází k migraci mononukleárů a polymorfonukleárů do místa poškození a vzniku zánětu (3, 5).

### KLINICKÝ OBRAZ

Je velmi různorodý. Dle doby působení, povahy a stupně zředění látek vzniká klinický obraz s akutním, subakutním až chronickým průběhem. Typické pro IKD je zřetelné ohraničení projevů a lokalizace na místa, kde škodlivina působila (2). Udávanými subjektivními vjemy jsou spíše pálení až palčivost, svědění se přidává druhotně. V nejmírnější formě jsou přítomny pouze dysestezie (pálení, píchání, mravenčení, bodání), označované jako *senzorická iritace* (3). První známky zánětu jsou patrné jako suchost, olupování, zarudnutí (3). *Akutní a subakutní IKD* vznikají v krátkém čase po styku kůže se silnou dráždivou látkou, po kterém se vyvíjí erytém, edém, vesikuly až buly, v závažných případech i nekrózy (dermatitis toxica např. po kontaktu se silnými kyselinami nebo louhy) (4). Eflorescence jsou monomorfní a postupem času slábnou, tzv. *decrecendo* typ reakce (1, 3, 4). Vývoj akutní IKD závisí spíše na koncentraci, míře iritačního potenciálu škodliviny a době expozice než na individuální odolnosti kůže. Vzniká u všech exponovaných osob za stejných podmínek již při prvním kontaktu s látkou a poměrně rychle se hojí po odstranění škodliviny (5, 7). *Chronická IKD* (Obr. 1) se oproti tomu vyvíjí postupně při dlouhodobém opakovaném vystavení méně koncentrovaným látkám s mírným iritačním potenciálem (mýdla, voda, dezinfekční prostředky, minerální oleje aj.).

Obr. 1. Chronická iritační kontaktní dermatitida

