

závažné komplikace představují korneální hydrops, infekce po operačních intervencích, odchlípení sítnice (4).

Čím je AD závažnější, tím je vyšší pravděpodobnost i očních komorbidit. Tuto skutečnost potvrzuje i rozsáhlá dánská studie (5), kde oproti běžné populaci bylo riziko konjunktivitidy u těžké AD téměř 2× vyšší, riziko keratitidy 3,5× vyšší a riziko keratokonu dokonce 10× vyšší.

### Atopická keratokonjunktivitida

Jedna z nejčastějších komorbidit s nejzávažnějšími komplikacemi (3, 4, 5, 6) je atopická keratokonjunktivitida (AKC). Postihuje spojivku, rohovku a také víčka. Postihuje mladé jedince (30–50 let), ženy 2× častěji. Prevalence se u AD pohybuje 20–77%. Onemocnění je chronické, často refrakterní, průběh je celoroční, bez sezónního průběhu. Čím časnější nástup a delší doba trvání, tím vyšší je závažnost. Neléčená může vést k ireverzibilním komplikacím až slepotě, proto jsou včasná diagnostika a léčba tak zásadní (4, 7).

AKC bývá řazena k alergickým konjunktivitidám, u níž se uplatňuje alergická reakce I. a IV. typu. Vzhledem k novým poznatkům o očním mikrobiomu oka a poruše bariérových proteinů na ni lze pohlížet jako na mukokutánní obdobu AD. Někteří autoři označují AKC přímo jako mimokožní formu AD (extracutaneous atopic dermatitis) (8).

Víčka jsou u AKC ztlustělá, zarudlá, často i s otoky. S chronickým průběhem se objevuje deskvamace, lichenifikace a melanoza víček. Spojivky jsou překrvené, dochází ke zbytnění papil. Keratitida může vyústit až v rohovkový vřed. Hojení bývá komplikované, může skončit jizvou a vaskularizací celé rohovky s následkem trvalého snížení zrakové ostrosti. Subjektivně si pacienti stěžují na svědění, pálení, slzení, sekreci, zastřené vidění, pocit cizího tělesa, při postižení rohovky i bolest a fotofobie. V diferenciální diagnóze je třeba vyloučit ostatní jednotky s podobným klinickým obrazem („červené oko“) (9, 10).

Léčba AKC je dlouhodobá a podobně jako u AD je dlouhodobým cílem především stabilizovat průběh a zabránit komplikacím a jejich progresi. Nezbytnou součástí léčby AKC jsou režimová opatření a tzv. oční hygiena (umělé slzy), označovaná také jako „basic

eye care“, což odpovídá bazální léčbě pomocí emoliencií u AD.

Zevní léčbu lze rozdělit dle závažnosti AKC na tři linie:

1. linie: **lokální antihistaminika a stabilizátory mastocytů** – olopatadin, azelastin, levokabastin; kromoglykát, ketotifen aj.
2. linie: **lokální kortikoidy** s vhodným bezpečnostním profilem (malá penetrace a rychlá inaktivace) – fluorometolon, loteprednol, prednisolon acetát apod.
3. linie: **lokální imunomodulátory** – cyklosporin A 0,05% oph. eml. a takrolimus 0,03–0,1% oph. susp./ung. U těžších případů je zapotřebí dlouhodobější a proaktivní léčby; i při dvouletém používání se takrolimus v oční suspenzi ukazuje jako bezpečný a účinný lék (11). Takrolimus není v ČR v očních formách jako HVLP dostupný.

U velmi těžkých případů se přidává celková imunosupresivní léčba – krátce celkové kortikoidy a dále cyklosporin A. Trendem je neotálet se zahájením celkové léčby, a tak předejít vzniku či zpomalit progresi komplikací. Chirurgická léčba, včetně transplantace rohovky, se provádí u závažných komplikací (9, 12, 13).

### Atopický ekzém očních víček

Signálem atopické keratokonjunktivitidy může být ekzém víček, zejm. v kombinaci s pruritem, resp. mnutím víček. Vyšetřování a léčba ekzému víček jsou doménou dermatologa. Postižení víček v kombinaci s konjunktivitidou je ale situací vyžadující mezioborovou spolupráci oftalmologa a dermatologa, příp. i alergologa – jak ve vyšetřování, tak v léčbě.

Léčba ekzému víček by měla být včasná, dostatečně účinná a dlouhodobě bezpečná. Při zvažování léčby a prevence je třeba si uvědomit určitá specifika:

- víčka umožňují vyšší penetraci iritancí, alergenů i léčiv (tenká kůže)
- mají vyšší atrofogenní potenciál při léčbě kortikoidy (tenká kůže + vyšší koncentrace steroidních receptorů)
- vyšší pohotovost ke vzniku edémů (tenké podkoží a bohatá cévní síť)
- sklon k úpornosti a častým exacerbacím (nemožnost úplné ochrany před zevními vlivy)

Optimální je využít strategii sekvenční léčby:

1. Při akutní exacerbaci a k předlčení jsou zásadními léky vhodné **lokální kortikoidy** (nehalogenované, jako je hydrokortison butyrát či metylprednisolon aceponát) ke krátké, úlevové léčbě.
2. Po zklidnění je vhodné přejít co nejdříve na **lokální imunomodulátory** (0,03% takrolimus, při intoleranci i 1% pimekrolimus) k dlouhodobější, udržovací léčbě. Dle průběhu se používají buď jen k intermitentní, reaktivní léčbě, nárazově, dle potřeby. Anebo k souvislé, denní léčbě, kdy se po stabilizaci klesá na interval 2× týdně dle zásad proaktivní léčby. Při dlouhodobé léčbě atopického ekzému víček takrolimem často dochází i ke zlepšení AKC (12, 13).

V léčbě je záměrem ztlumit nejen zánět, ale i pruritus víček. Pruritus s následným mnutím až škrábáním víček je jedním z přímých patogenetických faktorů u očních komorbidit a komplikací AD. K tlumení pruritu a současně i zlepšení kožní bariéry víček jsou prospěšná speciální emolencia, vhodná pro ekzém a oblast víček (nedráždivé vehikulum, bez přísad s kontaktně iritačním či senzibilizačním potenciálem). Dále je důležitá velmi šetrná hygienická péče o kůži víček a minimalizace kosmetiky, zejm. dekorativní. Příznivě působí též zatmavené brýle s UV filtrem.

Dermatolog by měl pacienta také naučit, jak svou chorobu léčit a zvládat, tedy opakovanou edukací ho přivést k osvojení si znalostí, dovedností a návyků, které jsou k tomu zapotřebí.

Při úpornosti ekzému víček je třeba pátrat po příčině:

- **compliance** – prověřit, zda pacient léčbu provádí správně, zda používá emolencia pravidelně a dodržuje preventivní a režimová opatření
- **iritační vlivy** – probrat s pacientem potenciální spouštěče: doma, práce, volný čas
- **kontaktní alergeny** – vyloučit kontaktní senzibilizaci pomocí standardních a speciálních epikutánních testů: častými alergeny zde bývají kovy, konzervancia, lokální antibiotika, parfemace (kosmetika) a anti-septika používaná v očních externech a prostředcích pro oční čočky (thiomersal, benzalkonium chlorid) (14)