

V důsledku toho může být rozpoznání a odlišení od jiných závažných onemocnění v dětství v některých případech náročné.

Nemoc rukou, nohou a úst a enterovirové exantémy

Nemoc rukou, nohou a úst (HFMD) je vysoce nakažlivé virové onemocnění, které obvykle postihuje děti mladší 5 let. Po mnoho let byly nejčastějšími příčinami propuknutí HFMD na celém světě enteroviry typu 71 a coxsackievirus (CV)-A16; od roku 2008, kdy bylo v Asii, Americe a Evropě hlášeno několik propuknutí HFMD způsobených těmito novými viry, však dochází k nárůstu výskytu onemocnění podobných HFMD způsobených viry CV-A6 a CV-A10.

Mezi příznaky patří horečka, která může být doprovázena bolestí v krku až pocitem nevolnosti.

Mezi hlavní projevy patří tvorba bolestivých až puchýřnatých lézí do velikosti 3–5 mm na jazyku, dásních a vnitřní straně tváří. Dále pak dominuje vyrážka na dlaních, chodidlech a někdy i na hýždích. Vyrážka může svědit, zejména u batolat. Často se objevují také poruchy spánku, zejména v prvních dnech infekce.

Terapie je symptomatická, eventuálně dle potřeby terapie doprovodných febrilií.

Gianottiho-Crostiho syndrom

Několik virů ze zcela odlišných skupin může způsobit imunitní reakci vedoucí k dobře charakterizované exantematické kožní erupci nazvané papulózní akrodermatitida dětského věku nebo Gianottiho-Crostiho syndrom. Syndrom byl původně popsán v roce 1955 Ferdinandem Gianottim (1920–1984) a Agostinem Crosti (1896–1988) v italském Miláně a bylo zjištěno, že souvisí s infekcí. Jedná se o papulózní exantém, který převážuje na extenzorových stranách končetin, na obličeji a hýždích.

Typické jsou erytematózní, obvykle splývající lichenoidní papuly nebo papulovezikuly, které obvykle nesvědí (3).

Papulózní purpurový syndrom rukavic a ponožek

Papulární purpurový syndrom rukavic a ponožek (PPGSS) je akutní akralní exantém, který nejčastěji postihuje mladé dospělé,

ale byl hlášen i u dětí. Jako první byl jako původce tohoto syndromu identifikován parvovirus B19, který zůstává nejčastějším asociovaným virem. Je to vzácná akutní dermatóza charakterizovaná pruritickými erytematózními a mírně papulózními lézemi na rukou a nohou v rozložení „rukavice a ponožky“ spojenými s orálními aftoidními lézemi a horečkou (4).

APEC syndrom (Acral periflexural exanthema of childhood)

Jednostranný exantém, známý také jako asymetrický periflexurální exantém dětského věku, nejčastěji postihuje děti mezi 1. a 5. rokem věku a začíná v blízkosti axil. Exantém se skládá z diskretních erytematózních papul. Během 2. týdne se exantém centrifugálně rozšiřuje v rámci trupu a proximální části horní, event. dolní končetiny a někdy získává skarlatiniformní či morbiliformní charakter. Může až ke generalizaci, přičemž unilaterální predominance primárně postižené strany zůstává zachována. Méně často začíná v tříselech, aby se následně rozšířil centrifugálně a zůstal jednostranný, s mnohem menším postižením kontralaterálně. Byla pozorována převaha u dívek a typický je vrchol v jarním období.

Terapie parvirových exantémů obvykle nevyžaduje systémovou terapii, pouze v úvodu je nutno někdy zvláště u batolat podat antihistaminika.

Lokální terapie je také pouze symptomatická, dle stavu bývá aplikován tekutý pudr s taninem, eventuálně velmi výjimečně kortikosteroidy 2. třídy (např. hydrocortison butyras) na omezenou dobu 3–4 dnů, v aplikaci 1× denně (5).

Důležité je rodiče informovat o benigní povaze exantému a upozornit na délku trvání, která nezřídka bývá 3.–6. týdnů, v ojedinělých případech až do 12 týdnů.

Polékové exantémy u dětí

Nežádoucí léková reakce byla WHO definována jako nezamýšlená reakce na lék, která se vyskytuje v dávkách běžně používaných u lidí pro profylaxi, diagnostiku nebo léčbu onemocnění nebo pro změnu fyziologických funkcí (1).

Skutečné exantematické reakce na léky u dětí jsou vzácné a nadměrně diagnostiko-

Obr. 1. Toxoalergický exantém



Obr. 2. Parvirový exantém s vaskulitickou složkou



vané. Léky mohou způsobit exantém buď v důsledku vyvolání imunitní reakce, nebo v důsledku interakce s viry, pokud jsou léky užívány v průběhu virové infekce.

Prevalence je u dětí méně častá než u dospělých, pohybuje se v rozmezí mezi 2,9–10,8 % (6).

Pro rozlišení obou exantémů je velmi důležité odebrat podrobnou farmakologickou anamnézu, ale také anamnézu rozvíjející se polékové kožní reakce. Fyzikální vyšetření, které zahrnuje popis a distribuci exantému, může omezit nadměrnou diagnostiku polékového exantému a podpořit správnou diagnózu.

U polékových exantémů se na vzniku nejčastěji podílejí betalaktamová antibiotika a nesteroidní protizánětlivé léky (NSAID). Tyto reakce zaujímají asi 0,1–4 % všech polékových reakcí.

Původci kopřivek bývají nejčastěji penicilinová antibiotika, nesteroidní antiflogistika, analgetika, jodové kontrastní látky. Kopřivky jsou způsobeny alergickou reakcí I. typu, ale i dalšími pochody (pseudoalergické reakce po jodových kontrastních preparátech, intole-