

rance acylpyrinu a nesteroidních antiflogistik při inhibici cyklooxygenázy 1 aj.) Mohou být potencovány i potravinovými vlivy (zkřížené reakce s potravinovými barvivy, kombinace léků s vínem, mořskými plody apod.).

Klinický obraz lékových exantémů je velice pestrý. Makulózní a makulopapulózní exantémy jsou generalizované exantémy, které typicky začínají v tzv. embolizační lokalizaci (vnitřní strany paží, stehna, boky, u ležících pacientů místa tlaku), postupně se rozšiřují na celé tělo a splývají. Primární morfou je obvykle červená nebo růžová makula, velikosti 1–10 mm. Pokud je přítomen i edém v korigu, exantém má makulourtikariální nebo makulopapulózní charakter (7, 8).

Podle charakteru exantému můžeme rozlišovat morbiliformní, skarlatiniformní nebo rubeoliformní exantém.

Lékové exantémy typicky nastupují 8.–9. den po nasazení léku, mohou být subfebrilní, horečky jen vzácně; ovšem u pacienta již alergického na daný lék se lékový exantém objeví za 1–3 dny; infekční exantémy jsou typické pro děti a adolescenty, pacienti mají klinické a laboratorní známky infekčního onemocnění, infekční nemoci dětského věku mají svůj klinický a sezónní průběh (9).

Projevy infekce a lékové reakce se mohou kombinovat. Velmi časté jsou exantémy u adolescentů s infekční mononukleózou. Tito pacienti užívají pro tonzilitidu aminopenicilinová antibiotika a 3.–4. den po nasazení léčby u nich dochází k výsevu makulopapu-

Tab. 1. Klinické rozdíly mezi paravirovým a toxoalergickým exantémem (upraveno dle Tsabouri et al.)

| | Paravirový exantém | Polékový exantém |
|-----------------------------|--|---|
| Prodromální příznaky | Horečka, malátnost | Pruritus |
| Nástup potíží | Náhle | Po expozici léčivu |
| Oblast výskytu | Nejprve unilaterálně, následně generalizovaně | Embolizační lokalizace, následně generalizovaně |
| Svědění | Ne | Ano |
| Exantém | | |
| ■ Barva | Růžová | Živě červená |
| ■ Palpace | Ne | Ano |
| ■ Petechie | Ano/ne | Ne |
| Vývoj | Odezní bez léčby Někdy protrahovaný průběh několik týdnů | Odezní do 14 dnů, léčba obvykle nutná |
| Komplikace | Bakteriální superinfekce | Závažná generalizovaná reakce |

lózního exantému. Pomocným klinickým znakem je tonzilitida, lymfadenopatie krčních uzlin eventuálně i erytém obličeje. V laboratorním vyšetření pak bývá elevace jaterních testů a změny v diferenciálním počtu leukocytů (10).

Sérologické vyšetření pak prokáže pozitivitu EB virů. Mechanismus reakce není zcela objasněn, EB viry působí jako kofaktor, pacienti zpravidla nezískají přecitlivělost na dané antibiotikum (7).

Pacienty s rozsáhlými reakcemi, systémovými reakcemi či anafylaktickými reakcemi v anamnéze je nutno sledovat až do odeznění reakce, případně hospitalizovat.

Vhodné je následně alergologické vyšetření, které odběrem na specifické IgE protilátky může pomoci diagnostiku toxoalergického exantému potvrdit, ve sporných případech pak eventuálně vyvrátit.

Léčba je opět symptomatická a je velmi podobná léčbě paravirového exantému. Častěji jsou však děti hospitalizovány, a poté je nutné podat přechodně systémové kortikosteroidy, obvykle intravenózně.

Závěr

Virové exantémy v dětském věku představují polymorfní spektrum kožních lézí, od klasických virových exantémů až po většinu neobvyklých nebo atypických projevů, které mohou napodobovat nevírová onemocnění. Modifikované projevy u imunokompromitovaných pacientů mohou být pro diagnostiku jejího lékaře ještě větší výzvou. K potvrzení virové etiologie může přispět laboratorní virologické vyšetření nebo sérologické testy, ale nejcennějším nástrojem je vysoký index klinického podezření, podrobná anamnéza a přidružené příznaky.

LITERATURA

1. Kahay J, Haid J, Kočíšová M. Nežiadúce účinky liekov na kožu. Martin: Osveta; 1992.
2. Braun Falco O, Plewig G, Wolff H, et al. Liekové exantémy. In: Dermatológia. Martin: Osveta; 2001:317-336.
3. Haug S, Schnopp J. Gianotti-Crosti Syndrom nach Impfung. Hautarzt. 2002;53:683-685.
4. Bilenchi R, De Paola R. Papular-purpuric „gloves and socks“ syndrome. G Ital Dermatol Venereol. 2012;147(1):119-121.
5. Hrnčíř E. Asymmetric perilesional exanthem in childhood.

Pediatr. praxi. 2013;14(3):195.

6. Litt JZ. Litt's Drug eruption reference manual. Londýn: Taylor&Francis, 11. vydání; 2005.

7. Jedličková H. Lékové exantémy. In: Programy kvality a standardy léčebných postupů. Dermatol. praxi. 2008;2(3):126-129.

8. Kidon M, Blanca-Lopez N, Gomes E, et al. EAACI/ENDA Position Paper: Diagnosis and management of hypersensitivity reactions to non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in children and adolescents. Pediatr Allergy Immu-

nol. 2018;29(5):469-480.

9. Sharma K, Perrett KP, Wood N. Yellow Fever Vaccination In EGG-Allergic Children. Pediatr Infect Dis J. 2020;39(6):e76-e78.

10. Rukasin CRF, Norton AE, Broyles AD. Pediatric Drug Hypersensitivity. Curr Allergy Asthma Rep. 2019;19(2):11.

11. Tsabouri S, Atanaskovic-Markovic M. Skin eruptions in children: Drug hypersensitivity vs viral exanthema. Pediatr Allergy Immunol. 2021;32(5):824-834. doi: 10.1111/pai.13485. Epub 2021 Mar 12. PMID: 33621365.