

vané IgE a IgG autoprotilátkami. Reakce, při kterých se účastní IgE autoprotilátky proti autoantigenům, jsou označovány jako autoalergie. Jedná se o první typ přecitlivělosti. Po navázání IgE autoprotilátky na receptory na mastocytech dochází jejich degranulaci a uvolnění vazoaktivních mediátorů. Nejvýznamnějšími autoantigeny jsou interleukin 24, thyreoperoxidáza, dvouvláknová DNA, tkáňové hemokoagulační faktory.

II. typ přecitlivělosti, tzv. typ reakce II b, je označován jako autoimunita.

Endogenní protilátky IgG proti IgE nebo proti receptorům pro IgE na mastocytech se naváží na antigen na cílových buňkách a tím způsobí degranulaci, při které jsou uvolněny vazoaktivní mediátory, zejména histamin, což vede k vazodilataci, dráždění sensorických nervů zvýšené cévní propustnosti (3). To má za následek migraci eozinofilů, Th lymfocytů a bazofilů do kůže. Mastocyty a další imunitní buňky, epiteliální buňky a sensorické nervy interagují prostřednictvím uvolněných cytokinů, mezi které patří interleukiny 4, 13, 31, thymický stromální lymfopoetin, eozinofilní proteiny, neuropeptidy. K další aktivaci mastocytů dochází prostřednictvím Mas-related G protein-coupled receptor X2 (2).

CSU může být spuštěna nebo je její průběh modifikován různými faktory, mezi které patří léky zejména nesteroidní antiflogistika s výjimkou paracetamolu a inhibitorů cyklooxygenázy 2. Také stres a infekce horních i dolních dýchacích cest, dentální infekce, infekce *Helicobacter pylori*, střevní parazitózy, virové infekce (hepatitidy B, C, covid-19) a další mohou být příčinou exacerbace CSU stejně jako chronické zánětlivé procesy: gastritida, ezofagitida, cholecystitida a jiné. I když je pacientům doporučována dieta s nízkým obsahem pseudoalergenů a nízkohistaminová dieta, chybí studie, které by jednoznačně potvrdily význam dietních opatření.

V diferenciální diagnostice je třeba zvažovat zejména chronickou indukovatelnou kopřivku např. chladovou, tepelnou, urticarií a další, u kterých bývají pozitivní provokační testy. Pro urtikariální vaskulitidu je charakteristické přetrvávání pomfů déle než 24 hodin. Pokud je provedena probatorní excize, je histologicky pro tuto diagnózu typická

Tab. 1. Hodnocení denního skóre aktivity kopřivky (tzv. UAS)

Skóre	Počet pomfů	Intenzita pruritu
0	Žádný	Žádný
1	Mírný (< 20 pomfů / 24 hodin)	Mírný (přítomen, ale není obtěžující)
2	Střední (20–50 pomfů / 24 hodin)	Střední (obtěžující, ale neovlivňující denní aktivitu a spánek)
3	Intenzivní (> 50 pomfů / 24 hodin nebo splývající do velkých ploch)	Intenzivní (těžké svědění znemožňující normální denní činnost a spánek)

vaskulitida. Urtikariální a silně svědivé léze se mohou vyskytnout i v iniciální fázi bulózního pemfigoidu. V diferenciální diagnostice angioedémů je třeba odlišit hereditární angioedém s pozitivní rodinnou anamnézou a angioedém při užívání inhibitorů angiotenzin-konvertujícího enzymu (2).

Mezi nejběžnější komorbiditami CSU patří jeden nebo více typu chronické indukovatelné kopřivky (tlaková, chladová, cholinergní, urticaria factitia...), což se vyskytuje u více než 10 % pacientů (4). Běžnou komorbiditou jsou autoimunitní onemocnění (nejčastěji autoimunitní tyreoiditida, revmatoidní artritida, diabetes mellitus 1. typu, Sjogrenův sy, systémový lupus erythematosus), které se mohou vyvinout i během 10 let od diagnostikované CSU (5).

CSU má výrazný dopad na kvalitu života. Dochází k ovlivnění běžných denních činností, pracovních a volnočasových aktivit i společenských funkcí.

Výrazné, i když prchavé projevy (pomfy a/nebo angioedémy) na viditelných částech těla, nepředvídatelný průběh onemocnění, pruritus, narušení spánku vedou k anxietě, depresi a výraznému snížení kvality života (2).

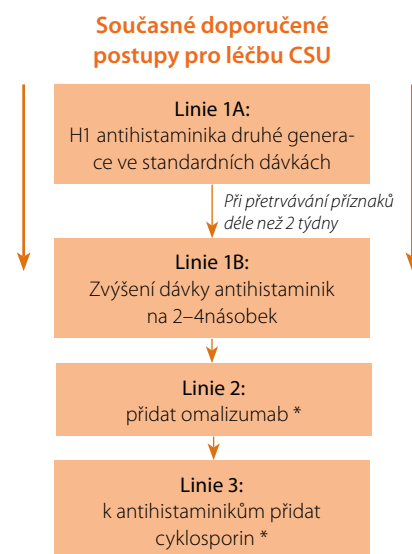
Pro sledování závažnosti kopřivky, volbu adekvátní terapie a ke sledování efektu léčby jsou používána různá kritéria. V denní praxi je nejběžnější tzv. skóre aktivity kopřivky – urticaria activity score (UAS).

Pacient denně počítá množství pomfů a hodnotí intenzitu svědění na stupnici od 0 do 3, výsledkem je denní UAS, které dosahuje hodnot 0–6 (Tab. 1). Součtem denních skóre po 7 následujících dnů je týdenní UAS 7, které dosahuje hodnot od 0 do 42. Pokud je týdenní skóre UAS 7 menší nebo rovno 6, jedná se o kopřivku dobře zvládatelnou, UAS 7 v rozmezí 7–15 znamená mírnou kopřivku, UAS 7 16–27 kopřivku středně těžkou. V případě UAS 7 nad 28 se jedná o kopřivku těžkou (Tab. 2) (1).

Tab. 2. Hodnocení závažnosti kopřivky podle týdenního skóre aktivity kopřivky (tzv. UAS 7)

Hodnota UAS 7	Závažnost kopřivky
0–6	Dobře zvládatelná kopřivka
7–15	Mírná kopřivka
16–27	Středně těžká kopřivka
28–42	Těžká kopřivka

Tab. 3. Současné doporučené postupy pro léčbu chronické spontánní kopřivky



Vyšetření

- Základem diagnostiky je klinické vyšetření a strukturovaná anamnéza, případně laboratorní vyšetření.
- Doporučené postupy upřednostňují co nejméně vyšetření, základem je pátrání po zánětlivých chorobách (vyšetření krevního obrazu, C reaktivního proteinu a sedimentace krve).
- Rozšířený panel vyšetření se provádí u pacientů s těžkou chronickou či úpornou kopřivkou, a to cíleně (fokální infekce, včetně *Helicobacter pylori* a střevních parazitů, thyreopatie, atopické a autoimunitní choroby, vyšetření komplementu, humorální imunity).
- Při podezření na urtikariální vaskulitidu je provedeno histologické vyšetření.