

Nejčastějšími spouštěči jsou povrchové mykózy (zejména tinea pedis a tinea capitis) (4), méně často bakteriální, virové nebo parazitární infekce či exacerbace chronického ekzému. U tinea capitis se mohou drobné symetrické papuly objevit na hlavě a krku krátce po zahájení systémové antimykotické léčby a bývají mylně považovány za polékovou reakci (1).

Patofyziologicky se předpokládá, že k autoekzematizaci dochází aktivací T-lymfocytů v místě primární reakce v důsledku prozánětlivých cytokinů (thymic stromal lymphopietin, IL-25 a IL-33) (2) uvolňovaných keratinocyty. Tyto aktivované T-buňky se pak šíří systémově prostřednictvím hematogenního šíření. Šíření aktivovaných T-lymfocytů vyvolává ekzematózní reakci v sekundárních lokalitách vzdálených od primárního místa (2).

Klinicky se idová reakce projevuje náhle vzniklými, symetrickými, edematózními papulami až papulovezikulami. Častými lokalitami pro časnou idovou reakci jsou místa předchozího kožního traumatu – jako jsou dermatózy, jizvy a popáleniny. V pozdějších stádiích se vezikuly šíří na nohy, paže a trup, kde se papuly seskupují a tvoří až nummulární ložiska. Tyto léze mohou být extrémně svědivé. Svědění může být tak intenzivní, že narušuje každodenní činnosti a zhoršuje schopnost usnout nebo zůstat spát (2).

Základem léčby je ošetření primární příčiny a současně symptomatická terapie sekundárních projevů (lokální kortikosteroidy, systémově antihistaminika). Při těžkém nebo rezistentním průběhu lze krátkodobě zvážit systémově kortikosteroidy. Po zvládnutí primární dermatitidy projevy idové reakce obvykle spontánně ustupují; relapsy se však mohou objevit při reaktivaci původního ložiska (1).

Popis případu

Dvanáctiletý chlapec byl na naší ambulanci akutně vyšetřen pro přibližně pětidenní impetiginizaci odřenin na levém kolenu po pádu při fotbale. V osobní anamnéze udával popálení tavnou pistolí v roce 2021 na pravém předloktí, kde se od té doby občasně tvoří papulky.

Alergologická vyšetření na dvou pracovištích byla bez průkazu atopie či alergií.

Klinicky byl patrný erytém pokrývající přední plochu kolenního kloubu s medovými až hemoragickými krustami a žlutavým exsudátem. Byla provedena kultivace ze stěru z ložiska. Empiricky zahájena lokální terapie antiseptickými obklady, chloramfenikolovou masťou a adstringentiem (Tanin KMC).

Z kultivace byl masivně prokázán *Streptococcus alfa-haemolyticus* a střední nárůst *Staphylococcus aureus* se zachovanou citlivostí na oxacilin a většinu běžných antibiotik. Proto byla zahájena perorální antibiotická léčba cefuroximem (Zinnat) 250 mg 2× denně na 5 dnů.

Při ambulantní kontrole 10. den od začátku léčby dominovaly na trupu, axilách a šíji četné drobné svědivé papuly odpovídající idové reakci. Na levém kolenu přetrvával erytém s macerací a deskvamací, s přesahy na proximální část bérce. Pro progresi stavu byl pacient přijat k hospitalizaci.

Při příjmu byla v krevním obraze zjištěna eozinofilie 23,4 % (abs. $2,18 \times 10^9/l$); ostatní laboratorní hodnoty byly v normě. Byla zahájena intravenózní antibiotická terapie amoxicilinem/kyselinou klavulanovou 1,2 g 3× denně, antihistaminika a jednorázově byl podán dexamethason 8 mg i. v. Lokálně byla prováděna antiseptická očista, aplikace krytí se stříbrem a kombinovaného kortikosteroidního přípravku do okolí (betamethason/gentamicin).

Postupně docházelo k ústupu idové reakce i impetiginizace, ložiska zasychala, nová se netvořila. Čtvrtý den hospitalizace byl pacient převeden na perorální antibiotika – amoxicilin/kys. klavulanová 3× 1 g/D. Hospitalizace proběhla bez komplikací, chlapec byl při dobrém celkovém stavu propuštěn pátý den hospitalizace s doporučením dokončit desetidenní antibiotickou terapii a pokračovat v lokálním antiseptickém ošetření.

Při následné ambulantní kontrole bylo původní ložisko na kolenu zcela zhojeno. Na krku a dekoltu se nacházely pouze minimální reziduální projevy idové reakce. Další kontroly na naší ambulanci již nebyly nutné. Pacient se aktivně věnuje pravidelnému sportu.

Diskuze

Předložený případ naplňuje klinická kritéria idové reakce: akutní vznik drobných symetrických papul na trupu a přilehlých oblastech

Obr. 1. Impetiginizovaná dermatitida levého kolene (archiv rodičů)



Obr. 2. Symetrické papulovezikulární projevy na trupu (archiv rodičů)

