

Možnosti léčby atopické dermatitidy

Atopická dermatitida (AD) je chronické, recidivující, svědivé kožní onemocnění, které se vyznačuje suchou kůží a zánětlivou reakcí. Podobně jako u jiných alergií se jedná o nepřiměřenou reakci imunitního systému organismu na jinak zcela neškodné látky či podněty ze zevního prostředí včetně potravy. U atopického ekzému je situace ještě dále komplikovaná souběžným porušením bariérové funkce kůže.

V rodinách atopiků se často vyskytuje AD spolu s migrérou, astmatem nebo alergickou rýmou. Pro všechna tato onemocnění se používá termín atopie. Odhaduje se, že počet atopiků v populaci je okolo 30–40%, tedy v České republice žije 1,2 milionu pacientů s alergickou rýmou, 0,8 milionu osob s AD a 0,6 milionu astmatiků. Přetrvává mylná domněnka, že AD je převážně nemocí dětského věku. V řeči absolutních čísel v populaci u nás převažují výrazně dospělí – 260 000 oproti 175 000 dětských ekzematiků. Pravděpodobně zde hraje roli skutečnost, že AD u dětí je poddiagnostikována nebo vedena pod jinými diagnózami u nedermatologů, proto jsou hodnoty prevalence AD u dospělých v České republice vyšší.

Atopická dermatitida: klinika, diagnostika a diferenciální diagnostika

Průvodním jevem AD je kromě suchosti kůže též nesnesitelné svědění, nutící ke škrábání, a rozškrábaná kůže je pak konečným, sekundárním projevem AD. AD někteří autoři proto považují spíše za chorobu virtuální, respektive arteficiální, protože nemá vyhraněný klinický obraz. To, co na kůži vidíme, lze považovat pouze za sekundární změny, které vznikají intenzivním škrábáním za podpory eventuální sekundární infekce. Současné pojetí klinického obrazu AD považuje jeho pestré a variabilní morfologické projevy a věkové manifestace přece jen za spektrum projevů jedné choroby a již se striktně nerozlišují formy jako kojenecká, dětská, u dospělých atp.

V diagnostice je zásadním vodítkem klinický obraz včetně cíleného hledání markerů atopie či frustrních lokalizací. Důležitá je i pátrání po rodinné a osobní anamnéze atopie. Až u 80% pacientů bývají zvýšené hodnoty IgE, které ale nemusejí korelovat se závažností onemocnění. Atopické epikutánní testy nejsou zatím díky obtížnosti standardizace obvyklou vyšetřovací meto-

dou. V krevním obraze bývá eozinofilie, která spolu se zvýšením eozinofilního kationického proteinu (ECP) s tíží choroby koreluje. Častým nálezem ve stěrech z kůže, ale i z respiračního traktu, je *Staphylococcus aureus*, který díky svému superantigennímu působení může být příčinou protražovaného průběhu a také nižší klinické odpovědi na léčbu lokálními kortikosteroidy.

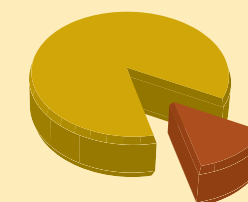
Diferenciálně diagnosticky je nutno odlišit především seboroickou dermatitidu, psoriázu, tineu a skabies.

Atopická dermatitida: terapie v přehledu

Základem léčby AD je udržení a obnova kůže jako přirozené bariéry proti škodlivým vnějším vlivům. K tomu se používají emoliencia neboli promazávací látky, která zvláčňují kůži. Vždy by měla být preferována taková emoliencia, která obsahují tukové látky podobného složení, jako jsou tukové součásti lidské kůže

Prevalence atopického ekzému

Některé studie ukazují, že atopickým ekzémem je postiženo 14–24 % populace



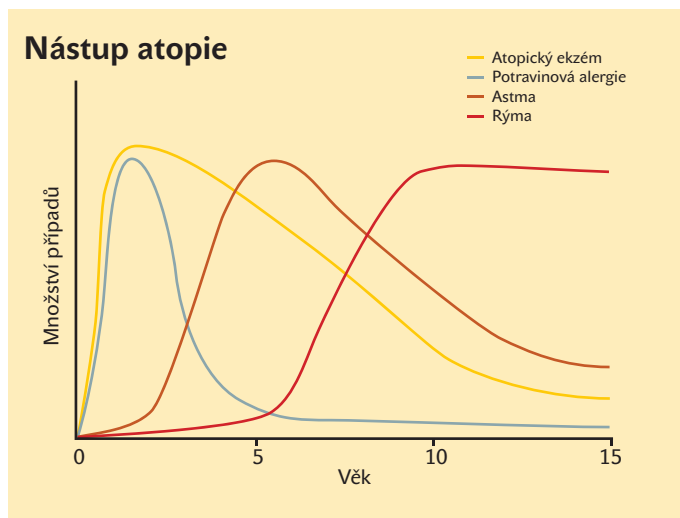
Prevalence atopického ekzému je mnohem větší u dětí (10–20 %) než u dospělých (1–3 %)

Prioritou je *udržení a obnova kůže* jako přirozené bariéry

(obsah ceramidů, kyseliny linolenové, cholesterolu), neboť zvyšují a dlouhodobě udržují hydrataci kůže a tím zlepšují i kožní bariéru; navíc má řada z nich i reparační účinky.

V akutní fázi onemocnění přicházejí na řadu topické kortikosteroidy, které zmírňují projevy atopického ekzému, tlumí zánětlivou reakci a zabraňují spolu s promazáváním kůže rozvoji chronických změn na kůži. Nicméně by místní kortikosteroidy měly být používány jen krátkodobě kvůli svým nežádoucím účinkům. Ty se snažíme eliminovat správným používáním. Aplikujeme je pouze v době největšího zhoršení a k překonání kritických obtíží. Léčbu zahajujeme silnějšími nebo středně silnými preparáty po nezbytně nutnou dobu do zlepšení, pak aplikujeme preparáty slabší (sestupná či odstupňovaná léčba) nebo redukuje frekvenci aplikace (ústupová léčba). V léčbě chronického atopického ekzému využíváme režim intervalové terapie, kdy se kortikosteroidy aplikují na kůži obvykle jednou denně tři dny po sobě, a ty jsou pak následovány třídenní nesteroidní léčbou.

Topické imunomodulátory (TIM) jsou léky druhé volby. Pimekrolimus 1% je určen pro mírnou a středně těžkou formu atopického ekzému, takrolimus 0,1% je vyhrazen pro léčbu středně těžké a těžké formy atopického ekzému v případě selhání léčby lokálními kortikosteroidy. Jsou bezpečné, nevykazují nežádoucí účinky lokálních kortikosteroidů a využívají se především k dlouhodobé kontrole atopického ekzému. Cílem dlouhodobé aktivní léčby AD je prevence exacerbací AD navozením dlouhodobé, kontinuální kontroly subklinického zánětu, a to dokonce i po odeznění klinických známek exacerbace AD. Léčba takrolimem je schválena k udržovací léčbě středně těžké a těžké AD v dávce dvakrát týdně (tzv. proaktivní terapie AD) k prevenci exacerbace a prodloužení doby remise u dospělých a dětských pacientů s AD, u kterých dochází ke čtyřem a více exacerbacím AD ročně a kteří zaznamenali přízni-



vou odpověď na úvodní léčbu akutní exacerbace přípravkem s obsahem takrolimu v režimu dvakrát denně po dobu šesti týdnů. U takto proaktivně léčených dospělých pacientů došlo k významnému prodloužení délky období remise: medián doby do první exacerbace byl 142 dní versus 15 dnů ve srovnání se skupinou pacientů, u kterých byla exacerbace AD léčena

Nezbytnou součástí léčby jsou preventivní opatření

takrolimem dvakrát denně do vymizení projevů. Proaktivní terapie takrolimem dvakrát týdně umožňuje dlouhodobou kontrolu AD, brání vzniku exacerbací a prodlužuje období remise u pacientů s AD.

V léčbě atopického ekzému lze využít také fototerapii ultrafialovým světlem – fototerapie úzkopásmovým UVB zářením (311 nm) má velmi slušný terapeutický efekt. Spektrum UVA1 (340–400 nm) má rovněž slibné léčebné výsledky, s jeho léčebným rozšířením se však čeká z důvodů zhodnocení dlouhodobé bezpečnosti. Fototerapie není léčbou první volby, spíše se využívá jako kortikosteroidy šetřící metoda.

Z celkové léčby je možno využít kortikosteroidy, antihistaminika, antibiotika a cyklosporin A. Celková antibiotika, doporučována při postižení 50–80% tělesného povrchu atopickým ekzémem, ovlivňují kolonizaci atopické kůže stafylokoky.

Nezbytnou součástí léčby, respektive pro ovlivnění průběhu a dlouhodobé zvládnutí choroby, jsou obecná preventivní, takzvaná režimová opatření. Pokud se nám podaří identifikovat konkrétní alergen či jiný provokativní faktor, snažíme se jej z prostředí pacienta eliminovat. ■

Vývoj atopického ekzému

Atopický ekzém je příkladem choroby kombinující genetické a environmentální zatížení

