

Akutní urtikárie a léčba zubního fokusu

MUDr. Eva Pospíšilová

Kožní ambulance Kroměřížské nemocnice, a. s., Kroměříž

Akutní urtikárie je časté onemocnění různé etiologie, charakterizované vznikem pomfů – urtik, pruritu, otokem postižené oblasti a jiných celkových příznaků. Článek popisuje případ 34leté ženy se vznikem akutní urtikárie po užívání analgetik při léčbě akutní pulpity a kariézního zubu.

Klíčová slova: akutní urtikárie, analgetika, akutní pulpita, karies.

Acute urticaria and treatment of dental focus

Acute urticaria is a frequent disease various etiology characterized by sudden appearance of wheals – urticaria, swelling of the affected area and other general symptoms. The article describes the case of a 34 years old woman with the emergence of acute urticaria after taking analgesics for the treatment of acute pulpitis and tooth caries.

Key words: acute urticaria, analgesic, acute pulpitis, tooth caries.

Úvod

Akutní urtikárie (z latinského *urtica* – kopřiva) je jedním z nejčastějších typů kopřivek (1). Dvacet až třicet procent populace je v životě alespoň jednou postiženo výsevem kopřivky (2), přičemž k výsevu dochází častěji u atopiků, a to především u dětí a mladých dospělých (3). Projevy jsou akutně vzniklé a netrvají déle než 6 týdnů, přičemž k ústupu dochází zpravidla během 1–2 týdnů (4). Typickým projevem je kopřivkový pomfus, polotuhý, plochý, prchavý, svědící či nesvědící pupen, barvy bílé nebo růžovo-červené s bílým haló okolo (1). Počet pomfů je variabilní od několika projevů po generalizovaný výsev. Také velikost je různá od drobných po gigantické pupeny. Mezi další projevy akutní urtikárie patří otok v okolí pomfů. Pokud je kopřivka vyvolána anafylaktickým typem přecitlivělosti, jsou postiženy především sliznice a z toho vyplývají také další příznaky, jako je nevolnost, zvracení, průjem, bolesti břicha, zvýšená teplota, polykací obtíže, dušnost, cirkulační poruchy vedoucí až k šokovým reakcím (1). U kopřivek dochází k aktivaci a degranulaci mastocytů s ná-

sledným uvolněním působících látek, například histaminu, prostaglandinu D2, leukotrienů C4, B4, proteoglykanů a dalších, které mají vazodilatační působení, a tedy zvyšují permeabilitu cévní stěny a stimulují nervová zakončení (2). Vazodilatace nejprve vede ke vzniku erytému, zvýšená permeabilita způsobí edém koria a tím elevaci léze, která dostává obraz typického pomfu (5). K degranulaci mastocytů dochází imunologickou či neimunologickou aktivací (5). V patogenezi kopřivky se tedy uplatňují mechanismy imunologické (nejčastěji I. typ anafylaktický – styk alergenů s IgE protilátkami navázanými na membráně mastocytů nebo v bazofílech v periferní krvi, dále III. typ imunokomplexový non-IgE zprostředkovaný – degranulace je vyvolána cirkulujícími imunokomplexy, které se ukládají ve tkáních a stěnách cév a následně aktivují komplement uvolněním anafylatoxinů C3a a C5a (2), v etiologii se zde uplatňují především potraviny, léky, inhalované, mikrobiální, virové či parazitární antigeny), dále mechanismy neimunologické – neboli intoleranční, pseudoalergické, anafylaktoidní, nealergické (tři mechanismy vzniku:

a) porucha enzymu odbourávající histamin, dochází tedy k hromadění histaminu v oběhu po delší dobu; b) prostřednictvím substance působící jako histaminoliberátor – teplo, chlad, tlak, substance P, neuropeptidy; c) genová porucha metabolismu kys. arachidonové s následným uvolněním většího množství vazoaktivních mediátorů ze skupiny leukotrienů (2), v etiologii se v těchto případech nejčastěji uplatňuje intolerance na kyselinu acetylsalicylovou, nesteroidní antiflogistika, potravinářská aditiva (6)), a také různé modulující faktory, které působí jako provokující podněty zvyšující reaktivitu mastocytů k uvolňování vazoaktivních mediátorů (5) (stres, virové infekce, endokrinní poruchy, emocionální podněty, dlouhotrvající psychická zátěž) (1).

Akutní kopřivka provází infekce (virové – respirační, infekční mononukleóza, infekční hepatitida, bakteriální – chlamydie, pyogenní streptokoky, parazitární – oxyuriáza, toxokaróza), potravinové alergie (nejčastější – mléko, vejce, ořechy, ryby, ovoce, zelenina), potravinové intolerance (potravinářská aditiva), alergie na léky (prakticky všechny

léky mohou vyvolat vznik kopřivky), intolerance na některé typy léků, jako je aspirin, NSAID, opiáty, sukcinylcholin a některá antibiotika (polymyxin, ciprofloxacin, rifampin, vankomycin, některé beta-laktamy), může způsobit kopřivku nealergickým mechanismem spíše než IgE-zprostředkovanou přecitlivělostí (3), alergie na poštípání hmyzem (vosy, včely, sršni, čmeláci, mravenci, blechy, štěnice, komáři, ovádi), medúzy, sasanky, inhalační alergie (prach pšeničné mouky, dřevěný prach, skořicové silice, prach z chlupů zvířat, částice latexu, pylu). Přičemž kopřivka při alergii na léky postihuje především dospělé, naproti tomu u dětí je nejčastější příčinou vzniku urtikárie virová infekce horních cest dýchacích a alergie na potraviny (1). 17% akutních kopřivek u dětí je způsobeno streptokokovou infekcí (3). Prognóza akutní kopřivky je dobrá, většinu případů se daří vyřešit již během několika dní, přesto způsobuje pacientům velký dyskomfort (3). Diagnostika se opírá především o pečlivou anamnézu (včetně anamnestického dotazníku), rutinní laboratorní vyšetření krevního obrazu, sedimentace, biochemické vyšetření moči, klinické somatické vyšetření včetně kožního dermatografismu. Dle zjištěných anamnestických informací pokračujeme, je-li to třeba, v dalších již cílenějších vyšetřeních (cílené laboratorní, parazitologické, vyšetření fokálních infekcí, kožní testy s alergenem). Čím déle kopřivka trvá, tím je naděje na objasnění příčiny menší (1), a pokud se ji nepodaří nalézt a odstranit, může přejít do chronického stadia. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit především urtikariální vaskulitidu, kdy se jedná o leukocytoklastickou vaskulitidu z cirkulujících imunokomplexů, kde kromě poškození kůže může dojít i k poškození vnitřních orgánů (2). Pomfy, které pálí a bolí, přetrvávají déle než 24 hodin a mohou zanechávat pigmentace (2). Dále diferenciální diagnostika zahrnuje multiformní erytém, dermatitis herpetiformis Dühring, pemfigoid, kontaktní dermatitidu a další kožní onemocnění, která mohou v určitém svém stadiu probíhat pod obrazem kopřivky (1). V terapii je důležitá eliminace vyvolávajících noxy (okamžité vysazení a náhrada některých léků či potravin, sanace fokálního infektu) a symptomatická léčba projevů. Z dlouhodobé medikace je vhodné vysadit salicyláty a nesteroidní antirevmatika, jelikož mohou působit nejen jako spouštěč kopřivky, ale mohou její projevy také zhoršovat (7). Lékem první volby jsou nesedativní H1-antihistaminika 2. generace (bilastin, cetirizin, desloratadin, fexofenadin, levocetirizin, loratadin,

Obr. 1–4. Výsev akutní urtikárie



rupatadin) v běžném dávkování, a v dávkování až čtyřnásobném jako lék druhé volby (8). Navýšení dávky na čtyřnásobek je doporučováno používat přednostně před kombinací různých druhů H1-antihistaminik (8). Další možnou léčbou je léčba celkovými kortikosteroidy, ale pouze krátkodobá,

po dobu maximálně 10 dní (8). U dětí je používána a bezpečná léčba H1-antihistaminiky 2. generace jako u dospělých s úpravou dávky dle tělesné hmotnosti, není doporučeno používání antihistaminik 1. generace (8). Jsou vhodná také dietní opatření k eliminaci alergenů (potravinové alergie

Obr. 5. Drobnopapulózní folikulitida

IgE-zprostředkované) a častěji pseudoalergenů (složky potravy a potravinářské látky vyvolávající non-IgE-zprostředkované reakce) ze stravy (8). Lokální terapie zmírňuje svědění a má významný psychoterapeutický efekt (9), používají se vysychavé přípravky, tekuté pudry, antihistaminické gely, kortikoidní externa.

Popis případu

34letá žena byla poprvé vyšetřena na naší kožní ambulanci v lednu 2016 pro výsev různých pomfů s bílým haló, lokalizovaných na obou dolních končetinách – obou lýtkách, obou stehnech do 1/2 (obrázek 1–4). Projevy trvaly tři dny. Urtiky byly velikostně drobné do 4–5 mm, nesvědivé a prchavé, objevily se vždy ráno a mizely asi za čtyři hodiny. Současně byl

přítomen lehký otok na obou končetinách. Po výsevu zůstala na postižených místech drobnopapulózní folikulitida (obrázek 5). Žádné celkové příznaky či potíže pacientka neudávala. Dříve podobný výsev nikdy neměla. V osobní anamnéze byla dispenzarizována u endokrinologa pro strumu nodosu, bez léčby, u psychiatra byla dispenzarizována pro panickou-úzkostnou poruchu, také bez léčby. V alergické anamnéze měla alergii na tramadol, pyl, prach. Tři dny před objevením výsevu byla pacientka ošetřena v zubní ambulanci pro akutní pulpiditu prvního dolního pravého moláru, kdy bylo provedeno ošetření dezinfekční vložkou a dočasnou plombou, zároveň byl zjištěn karies na prvním horním levém moláru. Pro silnou bolestivost pacientka užívala 3× denně nesteroidní antiflogistikum ibuprofenum (Ibuprofen) a opioidní analgetikum paracetamol + kodein (Korylan). Námi byly provedeny základní laboratorní odběry, které byly bez patologie, a klinicky jsme zjistili červený dermatografismus. Od dalších cílených laboratorních, zorbazovacích vyšetření a vyšetření na fokální infekce jsme již z důvodů poměrně jasné etiologie vzniku

urtikárie upustili. Byla nasazena celková léčba nesesedativním antihistaminikem 2. generace, bilastinem (Xados) v doporučené dávce 1 tbl. 20 mg za den (10) a lokálně pacientka aplikovala vysychavé lotio. V dalším průběhu pacientka docházela nadále k dalším zubním ošetřením pulpitydy i kariézního zubu. Bolesti již neměla, tutíž bylo antiflogistikum i analgetikum vysazeno. Výsevy pomfů byly stále mírnější a během týdne byla pacientka zcela bez projevů a do nynější doby bez recidivy.

Závěr

Akutní urtikárie je velmi časté onemocnění mnoha etiologií, přesto s příznivou prognózou. Klinická diagnóza bývá ve většině případů snadná, naproti tomu objasnění vyvolávajících příčin mnohdy velmi obtížné (1). Nejdůležitější zůstává důsledně provedená anamnéza. Jednou z možných vyvolávajících příčin je i fokální dentální infekce a následná intoleranční reakce na nesteroidní antiflogistika, jak ukázal i tento případ. Je tedy důležité dodržovat pravidelné návštěvy u dentisty a u nejasného vzniku urtikárie neopomíjet vyšetření zubních fokusů.

LITERATURA

1. Viktorínová M. Kopřivka a Angioedém. Praha, Galén, 2001; 10–93.
2. Brodská P. Kopřivka-klasifikace, diagnostika, léčba. Česko-slovenská dermatologie 2014; 89(2): 55–57.
3. Henry K, Wong MD. Acute Urticaria, Sep 13, 2016. Dostupný z: <http://emedicine.medscape.com/article/137362-overview#a5>
4. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH. Dermatológia a venerológia. Martin, Osveta, 2001; 339.

5. Maršálková A. Diagnostika a léčba kopřivky. Postgraduální medicína, 02/2013. Dostupný z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/diagnostika-a-lecba-koprivky-469157>
6. Viktorínová M. Kopřivky vyvolané neimunologickými mechanismy. Dermatologie pro praxi 2008; 2(4): 167–168.
7. Dostupný z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/04/02.pdf>.
8. Brodská P. Kopřivka-klasifikace, diagnostika, léčba. Česko-slovenská dermatologie 2014; 89(2): 61.

9. Alexandrová P, Zelenková D, Hercogová J. Akutní a chronická kopřivka. Česká dermatovenerologie 2015; 5(2): 103–106.
10. Viktorínová M. Kopřivka a angioedém 2. část. Postgraduální medicína, 08/2013.
11. Dostupný z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgraduální-medicína/koprivky-a-angioedem-2-část-472477>.
12. SÚKL. Databáze léků. Aktualizace 2. 12. 2015.
13. Dostupný z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0148673&tab=texts>.