

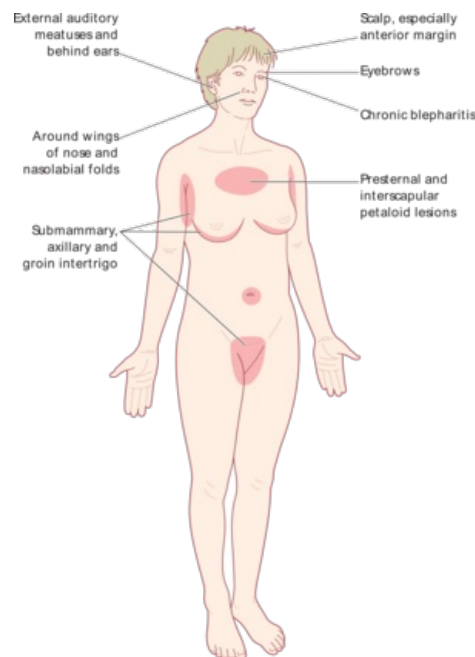
Dermatitis seborrhoica

Seboroická dermatitida (SD) je časté **papuloskvamózní kožní onemocnění** neznámé etiologie se subakutním až chronickým průběhem. Postihuje především tzv. seboroické lokalizace, tedy okrsky kůže bohaté na přítomnost mazových žláz, konkrétně oblast obličeje (nazolabiální rýhy, obočí, víčka, čelo), vlasaté části hlavy, horní části trupu a intertriginózní oblasti. Je charakterizována olupováním v mastných žlutavých šupinách a zarudnutím různé intenzity. Postihuje v různých formách novorozence a kojence, ale také dospělé okolo 4. decenia, většinou mužského pohlaví. Výskyt v dospělé populaci se odhaduje na 3–5 %. V léčbě SD se používají především lokální antimykotika a kortikosteroidy.^{[1][2]}

Etiopatogeneze

Etiopatogeneze není v současné době zcela objasněna. Za predisponující faktory se považuje:

- zvýšená činnost mazových žláz s nadprodukcí kožního mazu – tzv. seborrea či status seborrhoicus;
- hormonální vlivy (zejm. působení androgenů);
- pomnožení lipofilních kvasinek rodu *Malassezia* (neboli *Pityrosporum sp.*), které tvoří běžnou kožní mikroflóru;^{[3][4][5]}
- hyperhidróza;
- zevní aplikace olejových přípravků, systémová aplikace kortikosteroidů či imunosupresiv;
- klimatické faktory (zhoršení projevů v zimních měsících, naopak ústup obtíží v létě, na horách a u moře);
- endogenní vlivy: dědičnost (familiární výskyt pozorován, ale vliv dědičnosti nebyl potvrzen)^[6], obezita, Cushingova nemoc, diabetes mellitus, hypovitaminóza B, Parkinsonova nemoc, mozková mrtvice, klimakterium, emoční stres a snížená buněčná imunita;
- HIV pozitivita (častý výskyt těžkých forem SD).^[2]



Typické lokalizace seboroické dermatitidy u dospělých

Klinické formy

Dermatitis seborrhoica infantum (SD kojenců)

Více než 2/3 kojenců ve věku 3 týdnů až 3 měsíců je postiženo seboroickou dermatitidou. Projevy tedy nastupují dříve, než u atopické dermatitidy.

Typické manifestace:

1. drobné žlutohnědé šupinky na bleděružové spodině ve kštici (zejména frontálně a parietálně);
2. popraskaný žlutošedý nebo žlutohnědý pevně lpící nános mazlavých šupin v oblasti velké fontanely – „cradle cap“.^[1]

Ze kštice se může šířit do obočí a střední části obličeje ve formě ostře ohraničených světle červených ložisek s olupujícími se jemnými mastnými žlutými šupinami. Těžší formy se šíří i do intertriginózních oblastí ve formě infiltrovaných nemokvajících erytematoskvamózních ložisek. Mezi komplikace patří přidružení kvasinkové infekce.^{[7][8][1]} Závažnější průběh bývá u pastózních kojenců na umělé výživě.^[1]

Patogeneze: zvýšená aktivita mazových žláz vlivem dočasné vysoké endogenní produkce androgenů kůrou nadledvin; alterované poměry nenasycených mastných kyselin; dočasné změny funkce enzymu δ -6-desaturázy (konverze linolenové a arachidonové kyseliny do dlouhých řetězců nenasycených mastných kyselin); imunologické abnormality, aktivace komplementu a kolonizace lipofilními kvasinkovitými organismy typu *Malassezia* (*Pityrosporum ovale*). U kojenců se seborrhoickou dermatitidou je zjišťována ve stolici a na kůži *Candida albicans*.^[6]

U imunodeficitních dětí může přejít v erythrodermii (*erythrodermia desquamativa Leiner*) s výrazným lamelózním olupováním kůže celého těla, horečkou, průjemem a zvracením s dehydratací a metabolickou acidózou.^{[6][2]}

V dětství následně klinické projevy SD mizí nebo jsou jen velmi mírné, podobně jako u dospívajících.^[1]

Tinea amiantacea (asbestina)

Tinea amiantacea (*asbestina*) je forma SD u školních dětí. Projevuje se ve formě ohraničených nezánětlivých, olupujících se ložisek ve kštici – šupiny se střechovitě překrývají a vzhledem i barvou připomínají azbest nebo dermatomykózu.^{[9][10][1]}

Erythema paranasale

Erythema paranasale je forma SD u dospívajících. Projevuje se ostře ohraničeným erytémem se seboroickými šupinami v nasolabiálních a nasofaciálních rýhách. Velmi odolává běžné léčbě. Dlouhodobá či opakovaná léčba lokálními kortikosteroidy vede ke vzniku periorální dermatitidy.^[1]

Dermatitis seborrhoica capitis

Dermatitis seborrhoica capitis je forma SD, která se často objevuje u dospívajících a dospělých.^[1]

Pityriasis simplex capiti

Pityriasis simplex capiti neboli běžné lupy patří podle některých zdrojů mezi nejčastější formu SD. Podle jiných zdrojů se však jedná o samostatné onemocnění.^[1]

Dermatitis seborrhoica adultorum (SD dospělých)

V základní formě postihuje seboroická místa. Tvoří zde ložiska ostře ohraničená, žlutavě růžová, olupující se mastné šupinky. Ve kštici se vrství ve větší nános.

Rozlišuje se několik charakteristických forem: *retroauricularis*, *mediothoracica*, *intertriginosa* aj. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit: lupénku, pityriasis rosea, mycosis fungoides a další.^[6]



Akutní forma seboroické dermatitidy

Léčba

Léčba bývá zdlouhavá díky chronicky recidivujícímu průběhu. V prvních 2 týdnech léčby lze použít **kombinované preparáty kortikoidů s antimykotiky** a následně dlouhodobou monoterapii lokálními antimykotiky.^[1] Lze použít lokálně aplikovaná azolová antimykotika s obsahem flutrimazolu, etoconazolu, econazolu.^[6]

SD ve kštici kojenců od 6. měsíce – salicylový olej (*Rp. Ac. salicylici 3,0; Ol. olivarum ad 100,0*). Doporučuje se 2× týdně napustit ložiska se šupinami alespoň 3 hodiny před koupáním ke změkčení šupin a následně vyčesat jemným kartáčem a vymýt šamponem. U kojenců a malých dětí je riziko perkutánní resorpce toxických množství kyseliny salicylové.^[1]

SD mladších kojenců – mechanické odstraňování šupinek jemnou masáží prsty nebo měkkým kartáčkem při mytí hlavičky dětským šamponem; popř. hodinu před mytím hlavy aplikovat do vlasů minerální olej a zabalit kštici teplou mokrou látkou^{[1][2]}; lze také aplikovat krémy a lotia s ureou (i denně).^[1]

Mírné formy **SD ve vlasech u dětí a dospívajících** – volně prodejné šampony s antiseboroickými přísadami (dehty, kyselina salicylová, organické sloučeniny síry, antimykotika, antimikrobiální látky, zinkpyrithion, oktopirox a další). Efekt nastupuje až po 6–8 týdnech užívání. Závažnější ložiskové postižení vlasové oblasti – šampony s antiseboroickými přísadami + intervalové ošetřování lokálními kortikosteroidy (roztoky, gely, lotia – často kombinované s kys. salicylovou).^[1]

Intertriginózní oblasti u kojenců – antimykotika v pastách, měkké zinkové pasty. **Mimo intertriginózní oblasti** – magistraliter měkké pasty či krémy s kortikoidy a antibakteriálními látkami (kloroxin - endiaron) či dehtovými přísadami (tinctura carbonis detergens, ichtamol).^[1]

Odkazy

Reference

1. ČAPKOVÁ, Š. Nejčastější kožní choroby v dětském věku a jejich léčba. *Dermatol. praxi* [online]. 2009, roč. 3, vol. 3, s. 122-123, dostupné také z <<http://www.solen.cz/pdfs/der/2009/03/03.pdf>>.
2. VIKTORINOVÁ, Marie. Seboroická dermatitida. *Medicína pro praxi* [online]. 2005, roč. 2, no. 4, s. 161-166, dostupné také z <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2005/04/06.pdf>>. ISSN 1803-5310.
3. Danby FW, Maddin WS, Margesson LJ, Rosenthal D. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of ketoconazole 2% shampoo versus selenium sulfide 2,5% shampoo in the treatment of moderate to severe dandruff. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 1008-1012
4. Heng MCY, Henderson ChL, Barker DC, Habberfelde G. Correlation of Pityrosporum ovale density with clinical severity of seborrheic dermatitis as assessed by a simplified technique. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 82-86.
5. Shuster S. The aetiology of dandruff and the mode of action of therapeutic agents. *Brit J Derm* 1984; 111: 235-242.
6. SALAVEC, M. Seborrhoická dermatitida, lupovitost. *Medicína po promoci 5/2010* [online]. 2010, roč. -, vol. 5, s. -, dostupné také z <<https://www.tribune.cz/clanek/20102>>.
7. Moises-Alfaro CB, Caceres-Rios HW, Rueda M, et al. Are infantile seborrheic and atopic dermatitis clinical variants of the same disease? *Int J Dermatol* 2002; 416: 349-351.
8. Mimouni K, Mukamel M, Zeharia A, et al. Prognosis of infantile seborrheic dermatitis. *J Pediatr* 1995; 127: 744-746.
9. Junášek M. Seboroická dermatitida v přehledu. *Trendy v medicíně*, 2003; 5 (4): 25-30.

10. Kojanová M, Šuková T, Štork J. Dermatitis seborrhoica. Čes. -slov. Derm. 2005, 80 (5): 261–269.
11. Johnson BA, Nunley JR. Treatment of seborrheic dermatitis. Am Fam Physician 2000; 61(9): 2703–2714.