

Obličejové dermatózy – přehled a léčba (II. část)

doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.

Dermatovenerologická klinika, FN Brno

V navazujícím pokračování druhé části publikace o obličejových dermatózách je věnována pozornost hlavně těm onemocněním, která se vyskytují nejen v ambulantní praxi dermatologů, ale i jiných oborů. Jedná se především o rosaceu, demodikózu, periorální dermatitidu a seboroickou dermatitidu. Současně jsou uvedeny osvědčené terapeutické postupy jak lokálními, tak celkovými léky.

Klíčová slova: rosacea faciei, demodicosis, dermatitis perioralis, dermatitis seborrhoica, etiopatogenetické faktory, terapie.

Facial dermatoses – review and treatment (part II)

The following second part of the article about facial dermatoses focuses mainly on those diseases that occur not only in dermatology clinics but also in other specialties. Rosacea, demodicosis, perioral dermatitis and seborrheic dermatitis belong to those diseases. Effective local and systemic therapeutic strategies are discussed.

Key words: rosacea faciei, demodicosis, dermatitis perioralis, dermatitis seborrhoica, etiopathogenetic factors, therapy.

Interní Med. 2009; 11 (1): 34–35

Úvod

Častým onemocněním postihujícím obličej jsou kromě acne vulgaris dermatózy, které svým chronickým průběhem vedou ve velkém počtu případů i k psychické traumatizaci pacienta. Na jejich chronicitě a exacerbacích se podílí nejen převážně multifaktoriální etiopatogeneze, ale také dosti provokačních faktorů. Z tohoto hlediska musí být terapeutické zaměření komplexní a propojující nejen terapeutickou složku, ale také edukační a preventivní hledisko.

Charakteristika nejčastějších obličejových dermatóz

Rosacea faciei (růžovka)

Růžovka je chronické zánětlivé onemocnění s lokalizací převážně ve střední části obličeje (1, 11). Postihuje obě pohlaví, častěji však ženy mezi 30.–50. rokem věku s fototypem I. a II. stupně.

Oční postižení je popisováno v 30–50 % případů. Je doprovázeno subjektivními příznaky, jako je fotofobie, pocit cizího tělíska, bolestivost očí. Mezi objektivní klinické projevy patří blefaritis, conjunctivitis, keratoconjunctivitis sicca, iridocyklitis (2, 7). Oční symptomy jsou však v 5–58 % často nerozpoznané a pouze jako jediný příznak rosacey mohou předcházet kožní příznaky o mnoho let. Mají chronický, progresivní charakter.

Na vzniku rosacey se podílí řada **etiopatogenetických faktorů**, jako je genetická dispozice, vaskulární hyperaktivita, zvýšená pohotovost k zánětu, mikrobiální vlivy (chronická infekce *Helicobacter pylori* v zažívacím traktu,

osídlení kůže roztočem *Demodex folliculorum*) a některá onemocnění (např. hypertenze, hepatopatie, gastropatie, cholecystopatie) (1, 7, 11). Zvýšená cévní reaktivita – aktivní vazodilatace – vzniká vlivem různých zevních a vnitřních příčin (endorfiny, bradykinin, substance P aj.). Degenerativní změny pojivových složek kůže jsou důsledkem nejen působení ultrafialové složky slunečního záření, ale pravděpodobně i infračerveného záření. Poškození endotelu cév se zvýšenou permeabilitou umožňuje působení potenciálních mediátorů zánětu v dermis (7, 8). U rosacey se tak dá hovořit o „bludném kruhu“ etiopatogeneze: opakované zánětlivé kožní změny vazodilatací přispívají ke vzniku přetrvávajících erytémů a teleangiektázií. Prohlubují poškození pojivové tkáně hlubších vrstev kůže a následně mohou vést ke zbytnění měkkých tkání až k lymfedému postižených oblastí (2, 9).

Onemocnění zhoršuje celá řada **provokačních faktorů**, mezi které patří: káva, alkohol, horké nápoje, koření, aromatické potraviny, klimatické a profesní vlivy (horko, mráz, vlhkost, prašnost, UV záření), emoce, stres (11). Také fyzické aktivity spojené s pocením, tlakem, třením, horkou koupelí či saunou zhoršují projevy onemocnění. Z léků, které mohou rosaceu potencionovat, jsou nikotináty, vazodilatační a některá antihypertenziva. Nevhodné je používat kosmetiku s obsahem alkoholu, acetonu, kyseliny sorbové, dále abrazivní či peelingové látky i laky na vlasy.

Dle klinického obrazu a průběhu se rozlišují tři stadia rosacey.

■ První časně stadium – **vaskulární forma** (syn. erytróza, rubeóza, kuperóza) se proje-

vuje z počátku prchavými erytémy (flushing), později se však mění v trvalé zarudnutí doprovázené teleangiektáziemi (2, 7).

■ Druhé stadium – **zánětlivá forma středně těžká**, charakterizovaná vznikem papul až papulopustul na zarudlé kůži.

■ Třetí stadium – **těžká, hyperplastická forma** je typická tvorbou rozsáhlých zánětlivých ložisek, hrbolů, abscesů. Kůže je prosáklá s velkými póry. Opakované záněty vedou ke zmnožení vaziva a zvětšení mazových žláz. Výsledkem je seborea, ztlustění kůže až květákovité zbytnění (zejména na nose – rhinophyma) (1, 9).

V rámci **diferenciální diagnostiky** v úvahu připadá akné, periorální dermatitida a demodicosis, seboroická dermatitida, emocionální erytém (blushing), klimakterický flushing, karcinoidní sy, ale také infiltrace obličeje při leukémii a kožním T-lymfomu.

Terapie

Léčba rosacey musí být komplexní zahrnující edukaci pacienta, prevenci provokačních vlivů, vhodnou hygienickou a kosmetickou péči až po vlastní léčbu, která je specifikována dle stadia růžovky (2).

Léčba I. stadia

K lokální aplikaci se využívá především speciální dermokosmetiky (adstringencia, antiflogistika, dekongescencia) a léčebné kosmetiky. Dále jsou nezbytná fotoprotektiva (SPF nad 20, UVB, UVA). Z terapeutik se využívá zejména aplikace metronidazolu a kyseliny azelaové (4, 12).

Léčba II. stadia

K místní aplikaci se využívá protizánětlivých účinků metronidazolu, lokálních antibiotik (tetracyklinu, erytromycinu, klindamycinu), kyseliny azelaové, retinoidů, ichthamolu i síry (3).

Celková léčba se volí dle průběhu, morfologie a závažnosti, přičemž se využívá léků podávaných v třetím stadiu. Pozitivní zprávy jsou také o výsledcích léčby pulzním dye laserem (2, 7).

Léčba III. stadia

Lokální terapie je obdobná léčbě II. stadia. K celkovému užití je možná volba dle průběhu a chronicity onemocnění tetracyklinovými antibiotiky, metronidazolem, azitromycinem. V těžkých případech je úspěšná léčba isotretinoinem. U pacientů s výslednými stavy zbytnělé phymatózní kůže lze využít chirurgické intervence, laseru či dermabrazu (1, 7).

Nezbytnou součástí terapie je prevence recidiv rosacey spočívající zejména v eliminaci provokačních faktorů a případně speciálních masáží na postižených místech obličeje (až po úplném vyhojení zánětlivých projevů).

Demodicosis

Demodikóza se projevuje folikulárně vázanými papulami, pustulami až granulomatózními projevy lokalizovanými především na tvářích, většinou unilaterálně. **Etiopatogenetickým faktorem** je podle všech předpokladů roztoč *Demodex folliculorum*, který se běžně vyskytuje na kůži. Onemocnění není vázáno na věkovou skupinu. Pouze *Demodex blepharitis* se vyskytuje spíše až kolem 50.–70. roku věku (7, 11).

Terapie

Lokální léčba je obdobná terapeutickému postupu běžnému u rosacey, nejvíce účinné jsou lokální přípravky s obsahem metronidazolu, lokální antibiotika a v některých případech antiskabiézní preparáty (11). **Celková terapie** bývá volena s ohledem na častou kombinaci onemocnění s akné nebo rosaceou.

Dermatitis perioralis

Periorální dermatitida je relativně časté onemocnění postihující zejména oblast kolem úst či kolem očí. V těžších případech se může rozšířit na nosolící rýhy, tváře až celý obličej. Morfologicky je klinický obraz tvořen drobnými, živě růžovými pupínky na zarůžovělé spodině. Na povrchu je patrné jemné olupování.

Etiopatogeneze tohoto onemocnění je dosud nevyjasněná, v důsledku čehož je terapie obtížná a nepřesně definována. Faktory zapříčínující či přispívající vzniku této dermatózy mohou být některé složky kosmetik, fluorizované zubní pasty, mechanická iritace, UV záření, rozmanité zubní výplně s obsahem rtuti (7, 11). Zejména lokální steroidy již po 10–14denní aplikaci na kůži obličeje mohou vyvolat projevy periorální dermatitidy a vést k prodlouženému a tíživému průběhu (5).

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit akné, rosaceu, demodikózu, seboroickou dermatitidu a atopický ekzém.

Terapie

Léčba je zdlouhavá a problematická, neboť pokožka postižená periorální dermatitidou je velice citlivá. Proto je dosti častá nesnášenlivost **lokálních terapeutik** a přistupuje se k tzv. „nulové terapii“. Zpočátku je vhodné aplikovat vychavé obklady a indiferentní krémy. Z lokálních prostředků bývá úspěšný metronidazol, pimecrolim, tetracyklinová či ichthamolová pasta (8). U závažných případů má dobrý efekt 1–3měsíční **celková léčba** tetracyklinovými antibiotiky nebo metronidazolem. Důležité je poučení nemocného o vynechání kosmetik, kortikoidních extern, fluorizovaných zubních past. Důležitou součástí léčby je i ochrana před sluncem.

Dermatitis seborrhoica

Seboroická dermatitida patří mezi multifaktoriální onemocnění, na **etiopatogenezi** se podílí zvýšená sekrece mazových žláz, pomnožení kvasinek *Pityrosporum ovale* a *Candida*, poruchy keratinizace, porušení kyselého ochranného filmu, zvýšená pohotovost k zánětu, gastroenterologické potíže, neurologické a cévní vlivy, dědičnost. Nejnovější reference uvádí jako hlavní příčinný faktor infekci *Malassezia furfur* ve spojení s abnormální imunní odpovědí pacienta na kvasinky přítomné na kůži (10). Patrná je také závislost na klimatických podmínkách (v létě zlepšení, v zimě zhoršení) a na psychických vlivech (zhoršení ve stresovém údobí). Vzácně může být i jedním z projevů HIV pozitivitu (6).

V **klinickém obraze** u dospělých jedinců dominují ostře ohraničené zarudlé makuly s drobnými lamelózními šupinkami v obočí, nazolabiálně, perinazálně, retroaurikulárně a ve kštici. Poměrně často se projevy nacházejí také na víčkách, přičemž mohou být jako blepharitis chronica eczematosa jediným projevem seboroické dermatitidy. Ve kštici mohou vznikat ložiska s nánosy šupin. Kojenci a malé děti mají charakteristické zarudlé makuly s nánosem šupin až krustoskvam zejména ve kštici a na obličeji, v kožních záhybech i v oblasti plenek. Onemocnění vzniká obvykle v prvních čtyřech měsících života a může ge-

neralizovat po celém těle. Průběh má chronický charakter se střídáním remisí a exacerbací.

V **diferenciální diagnóze** je třeba odlišit především atopický ekzém, mikrobiální ekzém, psoriázu, mykózy, ale také první stadia mycosis fungoides.

Terapie

Základní léčbou je **lokální aplikace** slabších kortikoidů v kombinaci s antimykotiky, antibakteriálními přípravky, metronidazol. V poslední době jsou popisovány i velmi dobré výsledky léčby po aplikaci pimecrolimu či tacrolimu, zejména také u pacientů HIV pozitivních (6). V těžkých a torpidních případech je nutné nasadit **celkovou léčbu** systémovými antimykotiky.

Literatura

1. Conde JF, Yelverton CB, Balkrishnan R, et al. Managing rosacea: a review of the use of metronidazole alone and in combination with oral antibiotics. *Journal of Drugs in Dermatology* 2007; 6 (5): 495–498.
2. Dakovic Z, Vesic S, Vukovic J, et al. Ocular rosacea and treatment of symptomatic *Helicobacter pylori* infection: a case series. *Acta Dermatovenereologica Alpina, Panonica et Adriatica* 2007; 16 (2): 83–86.
3. Elewski BE, Fleischer AB, Pariser DM. Comparison of 15% Azelaic Acid Gel and 0,75% Metronidazole Gel in the Topical Treatment of Papulopustular Rosacea. Results of a Randomized Trial. *Arch Dermatol.* 2003; 139: 1444–1450.
4. Gupta AK, Gover MD. Azelaic acid (15% gel) in the treatment of acne rosacea. *International journal of Dermatology* 2007; 46 (5): 533–538.
5. Chu Cy. An open – label pilot study to evaluate the safety and efficacy of topically applied pimecrolimus cream for the treatment of steroid-induced rosacea-like eruption. *Journal of the European Academy of Dermatology et Venerology* 2007; 21 (4): 484–490.
6. Moraes AP, Arruda EA, Vitoriano MA, et al. An open-label efficacy pilot study with pimecrolimus cream 1% in adults with facial seborrheic dermatitis infected with HIV. *Journal of the European Academy of Dermatology et Venerology* 2007; 21 (5): 596–601.
7. Plewig G, Kligman AM. *Acne and Rosacea*, 3rd Completely Revised and Enlarged Edition. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, 2000: 744 s.
8. Rodriguez-Martin M, Saez-Rodriguez M, Carnerero-Rodriguez A, et al. Treatment of perioral dermatitis with topical pimecrolimus. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2007; 56 (3): 529–530.
9. Sanchez JL, Berlinger-Ramos AC, Dueno DV, et al. Granulomatous rosacea. *American Journal of dermatopathology* 2008, 30 (1): 6–9.
10. Swinyer LJ, Decroix J, Langner A, et al. Ketoconazole gel 2% in the treatment of moderate to severe seborrheic dermatitis. *Cutis* 2007; 79 (6): 475–482.
11. Štokr J. Akné a příbuzné dermatózy. In Štokr J. et al. *Dermatovenerologie*. Galén Karolinum Praha 2008: 291–296.
12. Zuuren EJ, Gupta AK, Gover MD, et al. Systematic review of rosacea treatments. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2007; 56 (1): 10.

doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.

Dermatovenerologická klinika FN
Jihlavská 20, 625 00 Brno
j.rulcova@fnbrno.cz