

Seboroická dermatitida, diferenciální diagnostika a léčba v praxi

MUDr. Naděžda Vojáčková

Dermatovenerologická ambulance Praha

Seboroická dermatitida patří mezi běžné dermatitidy s chronicky recidivujícím průběhem, lokalizací nejčastěji na obličeji a ve vlasaté části hlavy. V diferenciální diagnostice musíme odlišit periorální dermatitidu, rosaceu, atopický ekzém, psoriázu, mikrobiální ekzém, mykózy a další méně časté jednotky. Terapie je zpravidla lokální, využíváme externa s antimykotickým, antimikrobiálním a protizánětlivým účinkem.

Klíčová slova: dermatitis seborhoica, diferenciální diagnostika, terapie.

Seborrhoeic dermatitis, differential diagnosis and treatment in the practice

Seborrhoeic dermatitis is among common skin conditions with a chronically recurrent course, most frequently occurring in the face and hairy part of the head. The differential diagnosis must include perioral dermatitis, rosacea, atopic eczema, psoriasis, microbial eczema, mycoses, and other less frequent entities. The treatment is usually local using external agents with antifungal, antimicrobial, and anti-inflammatory effects.

Key words: seborrhoeic dermatitis, differential diagnosis, treatment.

Úvod

Seboroická dermatitida patří mezi časté diagnózy v ambulantní dermatologické praxi. Jedná se o onemocnění nezávažné, ale vzhledem k typické lokalizaci na obličeji může pro pacienta znamenat velký psychosociální problém. Léčba může být vzhledem ke známé chronicitě obtížná. Seboroická dermatitida má řadu synonym (seboroický ekzém, morbus Unna, dysseboroická dermatitida), řadí se podle klasifikace z posledních let do skupiny ekzémů. V naší literatuře se používá označení seboroická dermatitida, protože se jedná o nealergický zánětlivý kožní proces. Lokalizována je nejčastěji v oblastech bohatého výskytu mazových žláz a v oblastech intertriginózních, na obličeji, ve vlasaté části hlavy, na hrudníku a zádech, v axilách a inguinách. V rozdílných formách se vyskytuje u kojenců a dospělých. U kojenců mezi 3. týdnem a 3. měsícem věku, u dospě-

lých mezi 30. a 60. rokem, přičemž může začít již v pubertě, mírně převažují muži. Incidence v populaci nezátížené dalším onemocněním s vyšším výskytem seboroické dermatitidy se udává 3–5 %. Zvláštní skupinu tvoří HIV pozitivní pacienti, u kterých je incidence vysoká, podle různých zdrojů 31–85 %, a těžká k terapii rezistentní seboroická dermatitida může být někdy prvním signálem choroby (1).

Etiopategeneze není dosud zcela objasněna. Je prokázán vliv androgenů a predispozice k zvýšené sekreci mazových žláz (seborea). S tím souvisí výskyt v určitých věkových skupinách a typická lokalizace. Zvažuje se porušení kyselého ochranného pláště kůže a vliv mikrobiálních faktorů. Důležitá role je připisována lipofilním kvasinkám – *Malassezia* sp., které se ve zvýšené míře vyskytují v oblastech nakupení mazových žláz. Mohou být i na zdravé kůži, vlivem různých faktorů dochází k jejich přeměně z rezidentních

blastospor v hyfální stadia, a tím k uplatnění jejich patogenity. K rozvoji zánětu přispívá také tvorba mastných kyselin v důsledku lipázové aktivity malasezií (2).

Důležité predispoziční faktory pro rozvoj seboroické dermatitidy jsou hyperhidróza, lokální aplikace extern na bázi olejů, celkové podávání kortikosteroidů, častěji je výskyt u diabetiků, u Parkinsonovy nemoci, u obezních pacientů. Významně se uplatňují klimatické faktory, zlepšení v létě, u moře, a naopak zhoršení v zimních měsících. Zlepšení v létě se připisuje inhibici růstu malasezie UVA a UVB zářením. Mezi další vlivy se řadí emoční stres, vlivy životního stylu, nutriční faktory, poruchy metabolismu esenciálních mastných kyselin a hypovitaminóza B.

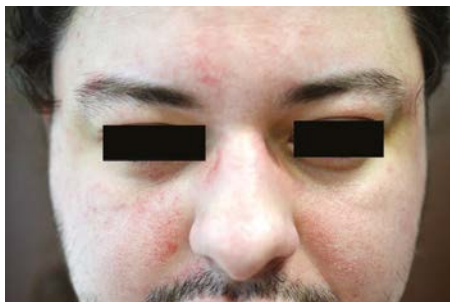
Diagnóza bývá zpravidla stanovena na podkladě anamnézy a klinického obrazu. Při diferenciálně diagnostických pochybnostech



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Naděžda Vojáčková
nadezda.vojackova@andelpoliklinika.cz, Dermatovenerologická ambulance
Poliklinika Anděl, Karla Engliše 2, 150 00 Praha 5

Cit. zkr: Dermatol. praxi 2016; 10(1): 24–27
Článek přijat redakcí: 29. 1. 2016
Článek přijat k publikaci: 21. 2. 2016

Obr. 1. Seboroická dermatitida na obličeji



Obr. 2. Ložiska v oblasti nazolabiální rýhy



Obr. 3. Seboroická dermatitida ve kštici



můžeme provést biopsii kůže, nově se také využívá vyšetření dermatoskopem. Parametry v dermatoskopickém obraze, které slouží k odlišení zánětlivých kožních chorob, jsou: morfologie cévních struktur a jejich uspořádání, barva a folikulární abnormality. Dermatoskop je užitečný v odlišení seboroické dermatitidy a psoriázy ve kštici, které jsou si klinicky velmi podobné. Dermatoskopické znaky typické pro psoriázu ve kštici jsou dilatované a vinuté kapiláry s větším průměrem, homogenní červené globule, tečkovité hemoragie. U seboroické dermatitidy se naopak popisují kapiláry s menším průměrem a zachovalou lokální mikroangioarchitekturou, dále nepravidelně uspořádané červené tečky a červené linie, bezstrukturní okrsky (3). Diferenciální diagnóza u dospělých zahrnuje periorální dermatitidu, rosaceu, atopický ekzém, psoriázu, premykotické stadium mycosis fungoides, povrchovou tineu či pityriasis versicolor, pityriasis rosea, intertrigo. U dětí připadá v úvahu atopický ekzém, odlišení není někdy jednoduché a navíc je

známo, že u některých dětí jsou v kojeneckém věku typické příznaky pro seboroickou dermatitidu a později se vytvoří ložiska naopak typická pro atopický ekzém. Seboroická dermatitida zpravidla začíná dříve, nesvědčí, není pozitivní rodinná anamnéza, první projevy jsou na temeni hlavy, trvá několik týdnů (4).

Léčba

Cílem léčby je redukce až vymizení viditelných projevů na kůži a potlačení subjektivních příznaků, především svědění. Nejčastější lokalizací je obličej a kštice, nutná je současná léčba obou lokalit. Vzhledem k chronicitě a sklonu k recidivám je léčba dlouhodobá, v mezidobí je nutná léčba udržovací a preventivní s nutností vyhnout se spouštěcím faktorům. Léčba je vždy individualizovaná, přizpůsobená projevům a potřebám pacienta. Pacient na druhou stranu musí být poučen o chronickém průběhu choroby a nutnosti dodržování léčebného plánu a vyvarování se spouštěcích faktorů.

Léčba vlasaté části hlavy u dětí

K odstranění šupin se používají krémy a mléka s ureou, která se může aplikovat každý den. U starších kojenců (6 měsíců) lze využít keratolytický potenciál salicylové kyseliny ve formě salicylového oleje, aplikace se doporučuje pouze 2x v týdnu pro možnost vstřebání a systémového účinku. Olej, krémy a mléka se nanášejí na postižené oblasti 3 hodiny před mytím vlasů, poté se jemným kartáčkem vyčesávají a vymývají dětským šampónem. U mírných forem je možno použít volně prodejné šampóny s antiseboroickými přísadami (kyselina salicylová, organické sloučeniny síry, antimykotika, zinkpyrithion, oktopirox) (Tab. 1). Při závažném ložiskovém postižení je nutné léčbu šampóny kombinovat s intervalovou léčbou kortikosteroidními externy ve formě roztoků, gelů, lotií, samostatně nebo se salicylovou kyselinou nebo antimikrobiální přísadou (1, 4, 5).

Tab 1. Antiseboroické šampóny

| | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Ketokonazol | Nizoral, Mediket |
| Ciclopirox | Stieprox, Kelual DS |
| Zinkpyrithion | Kelual DS, Neutrogena Daily Control Dundruff, Nodé DS, Medidet Ictamo |
| Selenium disulfid | Dercos, Ducray |
| Thiosalicylát zinku | Kertyol |
| Piroktonolamin | Kerium, Mediket plus, Nodé DS, Eucerin dermocapilare, Topicrem PV. |
| Klimbazol | Eucerin dermocapilare, Mediket plus, Clinderm |
| Ichthamol | Ichtyo care |

Léčba vlasaté části u dospělých

Z praktických důvodů se nejvíce používají léčebné šampóny s antimykotiky nebo keratolytiky nebo s jejich kombinací. Za vhodný a účinný je považován šampón s obsahem ketokonazolu, u kterého se předpokládají kromě protiplísňového působení účinky protizánětlivé. Další antiseboroické šampóny obsahují různé účinné látky: zinkpyrithion, selenium disulfid, thiosalicylát zinku, ichthamol a jiná antimykotika (flutrimazol, klotrimazol, piroktonolamin) (Tab. 1). Šampónová pěna se doporučuje ponechat ve styku s pokožkou 3–10 minut, poté vymýt vodou. Antiseboroické šampóny se mají používat 2x týdně až měsíc, při zmírnění projevů 1x týdně, následně 1x za 2 týdny do vymizení příznaků.

U středně těžkých a těžkých forem je nutné použít roztoky, gely či lotia s obsahem kortikosteroidů a keratolytik, případně antimykotik v kombinaci. Aplikují se v sestupném režimu nebo intervalově jednou denně na ložiska, vždy po nezbytně nutnou dobu. Nově dostupný kortikosteroidní šampón s klobetazolem je v ČR indikován k léčbě psoriázy kštice, účinek u seboroické dermatitidy byl popsán, ale jedná se o off label použití (5, 6).

Lokální léčba jiných lokalizací

Využívají se preparáty s antimykotickým, protizánětlivým a keratolytickým účinkem v různých galenických formách, samostatně nebo v kombinaci. Za velmi účinné lokální antimykotikum je považován 2% ketokonazol v krému, aplikovaný 2x denně po dobu 4 týdnů, přičemž jeho účinky ve studiích dosahují k účinkům kortikosteroidů při menších nežádoucích účincích (6, 7). V současné době není v ČR k dispozici. Ciclopirox je považován také za vhodné antimykotikum, aplikuje se 2x denně, doba léčby je zpravidla 4 týdny. Další účinná antimykotika jsou bifonazol, flutrimazol, terbinafin (8, 9) (Tab. 2).

Při těžkém průběhu, velkém rozsahu či pomalé odezvě se doporučuje krátkodobá či

intervalová léčba mírně až středně potentními kortikosteroidy. Dochází k redukci šupení, zarudnutí, papul i svědění. S výhodou se doporučují kombinované preparáty: kortikosteroidy s antimykotiky a kyselinou salicylovou (10).

Protizánětlivý a imunomodulační účinek mají také kalcineurinové inhibitory. V ČR jsou k dispozici takrolimus a pimekrolimus, které jsou u nás určeny k terapii atopického ekzému, jejich použití v případě seboroické dermatitidy je tedy off label. Z provedených studií vyplývá, že účinek kalcineurinových inhibitorů je srovnatelný s účinkem kortikosteroidů (11).

K udržovací terapii a v rámci intervalové a kombinované léčby se doporučuje používání léčebné kosmetiky. Tyto dermatokosmetické preparáty obsahují antimikrobiální složky, které pomáhají redukovat nežádoucí mikrobiální osídlení i produkci mazu. Mezi nové preparáty, které jsou u nás k dispozici, patří Topicrem PV mycí gel s účinnou látkou 1% piroktonolamin a 0,1% allantoin. Bylo provedeno klinické pozorování u pacientů se seboroickou dermatitidou, kdy doslo k významnému snížení zarudnutí i svědění.

Tab 2. Lokální antimykotika

| | |
|-------------|-----------------------------------------------------------|
| Ketokonazol | Nizoral crm, Xolegel gel (není aktuálně v ČR k dispozici) |
| Ciclopirox | Batrafen crm, liq |
| Bifonazol | Canespor crm, liq |
| Flutrimazol | Micetal gel, crm, spr |
| Terbinafin | Lamisil crm, sol, spr, Terbistad crm |

Doporučená aplikace je jedenkrát denně po dobu 3 týdnů a dále udržovací nebo preventivní terapie dvakrát týdně.

Do léčebného schématu seboroické dermatitidy je možno zařadit fototerapii UVB 311, která je bezpečná a účinná (12).

Pokud selže lokální léčba nebo je nedostatečná, také v případech, kdy pro rozsah a chronicitu onemocnění je lokální léčba pro pacienta dyskomfortní, se zahajuje léčba celkově. V celkové terapii se používají léky s antifungálním účinkem. Vhodnou volbou je terbinafin pro své antimykotické a protizánětlivé účinky, který se doporučuje podávat v dávce 250 mg/den po dobu 4 týdnů (13). Ve srovnávací studii s flukonazolem, který má široké antimykotické spektrum, v dávkování 300 mg/týdně 4 týdny byly zjištěny podobné výsledky ve smyslu zlep-

šení lokálního nálezu a redukce svědění kůže (14). Byly provedeny také studie s itraconazolem s dobrým efektem. Doporučené dávkování bylo 200 mg/den po dobu jednoho týdne, dále první 2 dny v měsíci následující 3 měsíce. Zlepšení lokálního nálezu bylo pozorováno na konci druhého týdne léčby. Většina pacientů byla ke konci léčebného cyklu zhojena či výrazně zlepšena. Itraconazol je bezpečný a účinný lék nejenom k akutní léčbě, ale i v režimu udržovací léčby (15, 16).

Závěr

Seboroická dermatitida je častou diagnózou v ambulanci dermatologa. Jde o onemocnění, které může ovlivnit kvalitu života a zároveň pro chronický průběh a úpornost některých jeho forem může být terapeutickým problémem.

LITERATURA

- Kojanová M, Šuková T, Štork J. Dermatitis seborrhoica. Čes-slov Derm 2005; 80(5) p. 261–269.
- Buchvald D. Lipofilné kvasinky rodu *Malassezia* a choroby kože I. Seboroická dermatitida. Epidemiol. Mikrobiol. Imunol. 2010; 59(3): 119–125.
- Lallas A, Giacomel J, Argenziano G, et al. Dermoscopy in General Dermatology: Practical Tips for the Clinician. Br J Dermatol, 2014; 170(3) p. 514–526.
- Čapková Š. Nejčastější kožní choroby v dětském věku a jejich léčba. Derm pro praxi, 2009; 3, p. 119–124.
- Naldi L, Diphooorn J. Seborrhoeic dermatitis of the scalp. BMJ Clin Evid, 2015; 27, pii: 1713.
- Katsambas A, Antoniou CH, Frangouli E, et al. A double-blind trial of treatment of seborrhoeic dermatitis with 2% ketoconazole cream compared with 1% hydrocortisone cream. Br J Dermatol. 1989; 121: p. 353–357.
- Elewski B, Ling MR, Phillips TJ. Efficacy and safety of a new once-daily topical ketoconazole 2% gel in the treatment

- of seborrhoeic dermatitis: a phase III trial. J Drugs Dermatol. 2006; 5(7): p. 646–650.
- Rosso JD. Adult Seborrhoeic Dermatitis. A Status Report on Practical Topical Management. Clin Aest Derm, 2011; 4(5): p. 32–38.
- Goldenberg G. Optimizing Treatment Approaches in Seborrhoeic Dermatitis. Clin Aest Derm, 2012; 6(2): p. 44–49.
- Viktorinová M. Přehled lokálních kortikosteroidů v dermatologii 2. Rozdělení lokálních kortikosteroidů registrovaných v ČR podle terapeutické účinnosti. Klin Farmakol Farm 2007; 21: 36–41.
- Kim HO, Yang YS, Ko HC. Maintenance Therapy of Facial Seborrhoeic Dermatitis with 0,1 % Tacrolimus Ointment. Ann Dermatol, 2015; 27(5): p. 523–530.
- Pirkhammer D, Seeber A, Hönigsmann H, et al. Narrow-band ultraviolet B (ATL-01) phototherapy is an effective and safe treatment option for patients with severe seborrhoeic dermatitis. Br J Dermatol, 2000; 143(5): p. 964–968.

- Vena GA, Micali G, Santoianni P, et al. Oral terbinafine in the treatment of multi-site seborrhoeic dermatitis: a multicenter, double-blind placebo-controlled study. Int J of immunopathology and pharmacology 2005; 18(4): p. 745–753.
- Alizadeh N, Monadi Nori H, Golchi J, et al. Comparison of the Efficacy of Fluconazole and Terbinafine in Patients with Moderate to Severe Seborrhoeic Dermatitis. Dermatol Res Prac, 2014, Article ID 705402, 5 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/705402>.
- Kose O, Erbil H, Gur AR. Oral itraconazole for the treatment of seborrhoeic dermatitis: an open, noncomparative trial. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005; 19(2): p. 172–175.
- Ghods SZ, Abbas Z, Abedeni R. Efficacy of Oral Itraconazole in the Treatment and Relapse Prevention of Moderate to Severe Seborrhoeic Dermatitis: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. Am J Clin Derm, 2015; 16(5): p. 431–437.