

Seborrhoická dermatitida ve vlasech

MUDr. Kateřina Klauzová

Asklepon, Klinika a institut estetické medicíny, Praha

Seborrhoická dermatitida je chronické recidivující erytematoskvamózní onemocnění postihující v určité formě velké množství populace. Může se projevit v kterémkoliv věku a postihuje oblasti se zvýšenou tvorbou mazu, nejčastěji oblast kštice. Etiopatogeneticky hrají stěžejní roli kvasinky rodu *Malassezia*. Nejedná se většinou o závažné onemocnění, ale může snížit kvalitu života. Diagnostika se opírá zejména o klinický obraz. Zejména v oblasti kštice může imitovat psoriázu. V diferenciální diagnostice může pomoci i neinvazivní dermatoskopické vyšetření, kde byly popsány pro seborrhoickou dermatitidu zcela typické obrazy. Terapie vychází zejména z aplikace antimykotických extern.

Klíčová slova: seborrhoická dermatitida, *Malassezia*, erytém, antimykotika, dermatoskop.

Seborrheic dermatitis of the scalp

Seborrheic dermatitis is a chronic relapsing papulosquamous disorder affecting in particular form a large number of the population. Disease may occur at any age and affects sebum-rich areas, the most common area is the scalp (dandruff). Etiopathogenetically *Malassezia* yeasts play main role in dermatitis seborrhoica (SD). Dermatitis seborrhoica is not usually a serious disease, but may reduce quality of life. Diagnosis is based primarily on the clinical picture and histology examination, but specially in the area of scalp can SD imitate psoriasis. There is dermatoscopic noninvasive examination, which can be helpful for the differential diagnosis psoriasis and SD. The therapy is based primarily on the application of antifungal extern.

Key words: seborrheic dermatitis, *Malassezia*, erythema, antimycotic extern, dermatoscopy.

Úvod

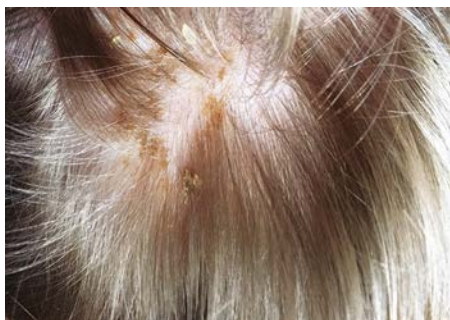
Seborrhoická dermatitida (SD) je řazena mezi chronické papuloskvamózní kožní onemocnění charakterizované výsevem recidivujících erytematózních kožních lézí se šupením na povrchu. Postihuje 1 až 5 procent celkové populace a má často chronický, recidivující průběh. Onemocnění se může projevit v jakémkoli věku, od kojenců po dospělé. Projevy jsou lokalizovány v oblastech kůže, které jsou bohaté na přítomnost mazových žláz. Nejčastěji se vyskytují na obličeji, ve vlasaté části hlavy a na horní části trupu. Jedná se většinou o mírné poškození, ale onemocnění se může i generalizovat až do obrazu exfoliativní erytrodermie (1). Lupy, které postihují v některém období života až 50 % celosvětové populace, bez ohledu na pohlaví nebo etnickou příslušnost, jsou považovány za mírnou formu seborrhoické

dermatitidy. Lupy mohou být bělavé suché (obr. 1), ale i mastné žlutavé (obr. 2).

Vznik seborrhoické dermatitidy může být spojen s mnoha faktory, jako je stres, hormonální změny nebo nemoci. Zhoršující vliv mohou mít i dráždivé látky, jako jsou určité detergenty, rozpouštědla, chemikálie a mýdla. Obecně lze říci, seborrhoická dermatitida je o něco častější u mužů než u žen. Pacienti s určitými chorobami, které ovlivňují imunitní systém (jako je HIV/AIDS, stav po transplantaci, při alkoholické pankreatitidě, u některých nádorů) a nervového systému, jako je Parkinsonova choroba nebo deprese, jsou také vystaveni zvýšenému riziku vzniku seborrhoické dermatitidy. Seborrhoická dermatitida je častější i u pacientů se srdečním selháváním, u diabetiků, při obezitě a při terapii některými celkovými léky.

Obr. 1. Bělavé šupiny ve kštici – lupy



Obr. 2. Mastné žlutavé šupiny ve kštici

Seborrhoická dermatitida neohrožuje celkové zdraví pacienta a komplikace či těžší postižení jsou naštěstí velmi vzácné, nicméně může mít dopad na kvalitu života a emocionální pohodu.

Etiologie/patogeneze

Etiologie onemocnění není známa. S onemocněním je ale spojována řada faktorů – hormonální vlivy, kvasinkové infekce, deficity ve výživě (seborrhoická dermatitida u dětí), neurogenní faktory apod. Predispozičním faktorem je zvýšená činnost mazových žláz. V patogenезi se vedle zvýšené aktivity mazových žláz objevují i imunologické abnormality, aktivace komplementu a kolonizace lipofilními mykotickými organismy typu *Malassezia* a narušené poměry nenasycených mastných kyselin.

Malassezia spp. (zejména *Malassezia globosa* a *M. restricta*), jsou považovány v současnosti za stěžejní etio-patogenetický faktor SD, který ovšem hraje roli i u dalších dermatologických poruch, jako je pityriasis versicolor a atopická dermatitida (1). *Malassezia* se živí kožním mazem a produkuje proto lipolytické enzymy, které štěpí složky kožního mazu (triacylglyceroly) a uvolňují z něj zánětlivě působící volné mastné kyseliny a jsou i schopny alternativní cestou aktivovat komplement. V patogenезi SD se uvažovalo i o alergické reakci IV. typu dle Coombse a Gella. (1). Proliferace komenzální populace *Malassezie* silně koreluje s zvýšenou aktivitou mazových žláz a symptomatologií, jako je zánět pokožky hlavy, svědění a odlupování, a je spojena se zvýšenou deskvamací stratum corneum.

Sekrece mazu a výskyt *Malassezie* je nejvyšší na hlavě, obličej, hrudníku a zádech.

Nejčastěji se nacházejí na lidské kůži ve spojitosti se SD *Malassezia globosa* a *Malassezia restricta* (*M. restricta* více převládá v asijské populaci) (2).

Lipázy *malassezie* interagují s lipidy ve stratu corneu kůže a jsou spouštěči patogenních procesů. Lipázy jsou proto považovány za významné terapeutické cíle pro léčbu seborrhoické dermatitidy (SD).

Kožní maz

Kožní maz (sebum) je produkován kožními mazovými žlázami. Mazové žlázy se nachází po celém těle s výjimkou dlaní a chodidel. Kožní maz je specifický svým složením. Na povrchu kůže se mísí s produkty potních žláz a vytváří ochranný kožní film o pH 4–6, což funguje jako ochranná bariéra i proti některým patogenům. Maz snižuje ztráty vody z kůže, a zabraňuje tím jejímu vysychání a udržuje ji vláčnou. Mimo to funguje jako elektrický dipól a má mnoho dalších ochranných funkcí. Maz obsahuje přibližně 45% triglyceridů, 25% vosků, 12% skvalenu, 10% volných mastných kyselin, 4% cholesterolu a esterů sterolů, 2% diglyceridů.

Diagnostika

Diagnostika onemocnění je založena na anamnéze a především na klinickém obrazu onemocnění s lokalizací typických změn ve specifických seborrhoických predilekcích. K vyloučení dermatomykózy lze provést mykologické kultivační vyšetření, biopsie s histologickým vyšetřením by byla indikována u osob s exfoliativní erytdermií. Mikroskopický obraz ale není vždy příliš specifický. Zjišťovány jsou hyperkeratóza, akantóza, zvýrazněné rete ridges, exocytóza, parakeratóza a zánětlivý lymphohistiocytární infiltrát.

Rozlišení psoriázy kštice a seborrhoické dermatitidy je obtížné jak klinicky, tak mnohdy i histopatologicky. Při rozlišení těchto dvou onemocnění může být nápomocen dermatoskop.

Některé studie popsaly poměrně charakteristické dermatoskopické nálezy, které jsou typické pro seborrhoickou dermatitidu a pro psoriázu.

Pro psoriázu jsou typické nálezy atypických červených cévek, červených teček a globulí (red dots and globules – RDG), cévek připomínajících pečetní prsten (signet ring vessels – SRV), bezstrukturních červených oblastí a skrytých vlasů (hidden hair – HH). Pro seborrhoickou dermatitidu jsou typické kroucené červené klíčky a čárkované cévy (comma vessels – CV) a větvené červené linie (4).

Terapie SD v oblasti kštice

Hlavním těžištěm léčby seborrhoické dermatitidy kštice je zevní terapie.

Šampony jsou jednou z nejoblíbenějších a nejběžnějších galenických forem pro terapii SD kštice. U dětí volíme nejprve šampony klasické bez přídavku antimykotik, selže-li léčba, pak s přídavkem 2% ketokonazolu. U dospělých jsou vhodné šampony s obsahem keratolytika, antimikrobiálních substancí či antimykotik, případně jejich kombinace. Léčba se může doplnit u středně těžkých stavů ve kštici aplikací kortikosteroidních roztoků a lotií, u těžších forem pak aplikací okluzí s krémem, případně i mastí.

Gely jsou vzhledem ke své galenické příjemnosti (nemastí) velmi oblíbené. Do kštice se aplikují poměrně snadno.

Pomocí **olejů** lze dobře odstranit silné nánosy šupin, doporučuje se je aplikovat teplé. Po několika hodinách po aplikaci se vymyjí ze kštice pomocí vhodného šamponu. Eventuelně pro zvýšení efektu lze do oleje přidat keratolytikum – 3–5% salicylovou kyselinu. U kojenců je třeba zvláštní opatrnosti pro riziko perkutánní resorpce salicylové kyseliny, proto je bezpečnější u nich použít krémy či lotia s ureou.

Lokální **kortikosteroidy** je do vlasové části hlavy lépe aplikovat ve formě roztoků či mastí. Výrazným rizikem při jejich dlouhodobé aplikaci je atrofie pokožky a i recidivy nemoci jsou při jejich aplikaci mnohem častější, neboť tyto

preparáty nelikvidují vyvolávající patogenní mikroflóru. Používají se především k potlačení zánětlivé složky nemoci, v léčbě se pak pokračuje antimykotickým přípravkem či přípravkem kombinovaným (kortikosteroidy a antimykotikum, antibiotikum).

Antimykotika imidazolového a alylamino-ového typu mají velmi dobrou účinnost (na malassezie), dobrou snášenlivost, nízký senzibilizační a iritační potenciál. Jejich léčebný efekt trvá déle než u lokálních kortikosteroidů, neboť působí na redukci mikrobiálního osídlení léčených ploch. V koncentraci 1–2 % se aplikují ráno a večer až do klinického vyléčení. Mezi další lokální antimykotika patří přípravky obsahující cyklopiroxolamin, který má zároveň i antibakteriální účinky, obdobně i triclosan a octenidin.

Vhodné jsou krémy či lotia se 4% ureou.

V prevenci recidiv je důležité vyloučení dráždivých vlivů, šetrná osobní hygiena (neutrální nebo slabě kyselé mycí prostředky bez obsahu natrium lauryl sulfátu, který dráždí a vysušuje pokožku)

Dermokosmetické přípravky s obsahem antimikrobiálních složek pomáhají po skončení léčby redukovat jak nežádoucí mikrobiální osídlení, tak produkci kožního mazu. Používají se v průběhu léčby steroidními přípravky či antimykotiky jako přípravky k jejich prostředání (intervalová terapie) a po skončení léčby jako prevence recidiv.

Vnitřní terapii používáme v léčbě seborrhoické dermatitidy velmi uváženě. U rozsáhlejších a těžších forem se osvědčila aplikace celkové podávaných antimykotik – itrakonazolu (200 mg/den po dobu 7 dnů), k prevenci recidiv (200 mg/den první 2 dny každého měsíce, cca 1 rok), ter-

binafin (250 mg denně po dobu 4 týdnů) nebo itrakonazol (200 mg/den po dobu 7 dnů) (3).

Užití vlasové kosmetiky ve formě vlasových sprejů, tužidel a pomád by mělo být omezeno.

Souhrn

Seborrhoická dermatitida (lupy) křtice je recidivující onemocnění, postihující celosvětově velké množství populace a které může psychosociálně velmi pacienta traumatizovat. Léčba vyžaduje trpělivost a spolupráci pacienta. Stěžejní je v léčba místní, ale při těžších či rozsáhlejších projevech je vhodné podat léčbu celkovou. Rozlišení od jiných onemocnění, zejména od lupenky, je stěžejní pro nastavení vhodné léčby. Při diferenciální diagnostice je možno nyní využít vyjma histologie i neinvazivní dermatoskopické vyšetření.

LITERATURA

1. Salavec M. Dermatitis seborrhoica, Dermatol. praxi 2010; 4(4): 186–219.
2. Sommer B, Overy DP, Kerr RG. Identification and characterization of lipases from *Malassezia restricta*, a causative agent

of dandruff, FEMS Yeast Res. 2015; 15(7).

3. Junášek M. Seborrhoická dermatitida. Pediatr. prax, 2006; 5: 242–248.

4. Kibar M, Aktan S, Bilgin M, Dermoscopic Findings in

Scalp Psoriasis and Seborrhoic Dermatitis; Two New Signs; Signet Ring Vessel and Hidden Hair, Indian J Dermatol. 2015; 60(1): 41–45.