

Periorálna dermatitída

MUDr. Klaudia Péčová

Dermatovenerologická klinika UNM, Martin

Typickým klinickým obrazom tejto tvárovej dermatózy sú perioficiálne lokalizované papuly, papulovezikuly a pustuly na erytémovom podklade. Najčastejšími pacientami sú ženy v mladom dospelom veku, no musíme myslieť i na možnosť POD v detskom veku. Pre diagnózu a zároveň úspešnú liečbu je dôležitá aj pedantná anamnéza pacienta, predovšetkým s ohľadom na známe spúšťacie faktory ochorenia – na používané liečebné a kozmetické externá. V liečbe je po ich eliminácii prvou líniou lokálna terapia 1 % metronidazolom, pri nutnosti systémovej liečby u dospelých je voľbou doxycyklín.

Kľúčové slová: periorálna dermatitída, klinický obraz, liečba.

Perioral dermatitis

The typical clinical picture of this facial dermatosis with periorificial distribution are papules, papulovesicles and pustules on an erythematous base. The most common patients are women in young adult age, but may occur also in childhood. To the diagnosis and also successful treatment is important history of the patient especially with respect to the known trigger factors of the disease – on used medical and cosmetic external. In the treatment after their elimination is the first line local therapy 1 % metronidazole, in systemic treatment in adult patients doxycycline.

Key words: perioral dermatitis, clinics, treatment.

Definícia a príčiny ochorenia

Periorálna dermatitída (POD), tiež známa ako periorificiálna dermatitída, je relatívne častou zápalovou papulopustulózou tvárovou dermatózou. Postihuje asi 0,5–1 % populácie, nielen dospelých, ale i deti. Typickými pacientmi sú však až v 90 % ženy vo veku 15–45 rokov, s maximom v tretej dekáde života (1).

Presná patogenéza ochorenia nie je známa. Hlavným rizikovým faktorom je dlhodobé používanie kortikosteroidných extern. Okrem kortikosteroidov vo forme dermálnych extern je v anamnéze nutné myslieť i na používanie kortikosteroidných inhalačných sprejov. Ďalším dôležitým rizikovým faktorom ochorenia je nadmerná aplikácia hydratačných krémov, alebo hutných výživných krémov. Hydratačné krémy pri dlhodobom používaní zapríčiňujú poškodenie bariérovej funkcie kože a zvýšenú transepider-

Obr. 1. Periokulárne postihnutie pri POD



málnu stratu vody, čo vedie následne k zvýšenej suchosti kože a jej zápalu (1). Masti s parafrínovým základom a s obsahom isopropyl myristate môžu byť príčinou vďaka svojim oklúznym vlastnostiam (1). Dalšími možnými spúšťacími faktormi sú hormonálna antikoncepcia, gravidita, fluorizované zubné pasty, emocionálny stres a fyzikálne faktory (UV žiarenie, klimatizácia). U mnohých pacientov je v anamnéze zároveň konštitučne daný sklon k suchšej pokožke, eventuálne anamnéza ľahkých prejavov atopickej dermatitídy (2).

Kultivačné nálezy kvasinky, *Demodex folliculorum* či fuziformných baktérií sú sekundárnymi a v prípade POD majú malú klinickú relevantnosť (1).

Klinický obraz a diferenciálna diagnostika

Klinickým obrazom tejto subakútne až chronicky prebiehajúcej tvárovej dermatózy je kombinácia akneiformných a ekzematózných prejavov. Patognomickými sú početné 1–2 mm papuly, papulovezikuly a pustulácie na erytémovú spodinu, na ktorej je prítomná i jemná deskvamácia. Typickým je periorálny postih, avšak s vynechaním kože v blízkom okolí kontúr pier, bez prítomnej cheilitídy. Často sa vyskytuje i ďalšia periorificiálna tvárová lokalizácia – perinazálne a periokulárne – v tomto prípade s maximom na laterálnej strane dolnej mihalnice. Subjektívne pacienti udávajú pocit pnutia a pálenia pokožky, menej často pruritus.

Špecifickou je granulomatózna forma POD, je raritnou a predominantne sa vyskytuje v prepubertálnom období u Afroameričanov (3).

Diagnóza POD je založená na klinickom obraze a anamnestických údajoch rizikových faktorov, pri pochybnostiach je možné doplniť kultivačné vyšetrenie z papuliek po expresii, mykologické vyšetrenie šupín či epikutánne testy.

V diferenciálnej diagnostike zvažujeme najčastejšie rosaceu – pri nej však dominuje centrofaciálna lokalizácia (nos, líca) a prítomnosť teleangiektázií, ďalej akné s prítomnosťou komedonov, ktoré pri POD absentujú. Nakoľko okrem akneiformných prejavov je pri POD typická erytémová spodina s jemnou deskvamáciou, v diferenciálnej diagnostike zvažujeme často i tvárové ekzém-dermatitídy: seboroickú dermatitídu – s prevahou deskvamácie a erytému bez prítomnosti papulovezikúl a pustuliek, s postihom predilekčne tiež retroaurikulárne a v kapiácii, kontaktnú alergickú, iritačnú dermatitídu či

Obr. 2. POD – typický nález – erytémová spodina s papulami, bez postihu nutia nad kontúrou pier



Obr. 3. Pacient s prevahou papulopustulóznej zložky, so slabou odozvou na systémovú antibiotickú liečbu doxycyklínom



atopickú dermatitídu – pri ktorej zápalová zložka prechádza až ku kontúre pier, zároveň je prítomná cheilitída. Hlavne u detí je diagnóza POD opomínaná, prejavy nesprávne diagnostikované ako atopická či iritačná kontaktná dermatitída a liečené kortikosteroidnými externami. Ďalej diferenciálne môžeme zvažovať angiofibrómy, erupzívne syringómy či milie v periorificiálnych lokalitách tváre.

Pri granulomatóznej forme treba vylúčiť granuloma faciale, sarcoidosis, lupus miliaris disseminatus faciei, lupus vulgaris.

Terapia

Prvým a nevyhnutným krokom k úspešnej liečbe je edukácia pacienta s ohľadom na vylúčenie hlavných rizikových faktorov. Avšak prístup „nulovej terapie“, iba s vysadením všetkých koz-

Obr. 4. Po 3 mesiacoch systémovej liečby izotretinoínom a lokálne 1% metronidazolom



metík a čakaním na pomalú regresiu prejavov je pre pacientov psychicky náročný. Pokiaľ je POD indukovaná používaním kortikosteroidných extern, má ich nárazové vysadenie logicky za následok „rebound fenomén“, o ktorom musí byť pacient poučený. Niektorí autori odporúčajú stratégiu postupného znižovania frekvencie používania kortikosteroidného externa či prechod na 1% hydrokortizon (3).

Zlatým štandardom liečby dospelých i detí je lokálna liečba 1 % metronidazolom. Pri výraznej zápalovej zložke, početných papulóznych prejavoch či nedostatočnej odpovedi na lokálnu liečbu je neefektívnejšou systémovej prolongovaná liečba doxycyklinom. U detských pacientov pri nutnosti systémovej medikácie volíme azytromycín.

Lokálna liečba

Metronidazol

Lokálna liečba 1 % metronidazolom po obdobie 8 týždňov je prvou líniou liečby POD u dospelých i detí. Táto lokálna liečba je rovnako účinná v porovnaní so systémo-

vou liečbou tetracyklínom, čo však neplatí pre POD so silnou papulóznu zložkou a granulomatóznu formu, pri ktorej je systémovej liečba nevyhnutná (4). Štandardom je 1 % koncentrácia. Vyššia koncentrácia metronidazolu nemá preukázateľný efekt, ani neskracuje dĺžku liečby (3).

Erytromycín a klindamycín

Vychádzajúc z randomizovanej prospektívnej štúdie z 90. rokov, je 1 % lokálny erytromycín efektívny v liečbe POD (5). V prípade klindamycínu chýbajú klinické štúdie, avšak v praxi je účinný. Obe antibiotiká vo forme extern majú svoje miesto v liečbe POD predovšetkým pri netolerancii systémovej antibiotickej liečby a neefektívnosti lokálnej liečby metronidazolom.

Ostatné externá

I napriek štúdiami preukázanej efektívnosti lokálnych kalcineurínových inhibítorov ostáva pimekrolimus a takrolimus off-label terapeutickou možnosťou POD. Pre svoj masťový základ a oklúzny efekt je takrolimus logicky nevhodnou voľbou.

V klinickej praxi sa využívajú i adapalén a kyselina azelaová. Pri oboch je však častým nežiaducim účinkom iritácia kože a deskvamácia, pocit pálenia.

Z nových extern sa v liečbe POD javí efektívny i 1 % ivermektín – aplikovaný 1x denne po období 3 mesiacov (6).

Systémová liečba

Tetracyklíny

Tetracyklíny sú prvou líniou v systémovej liečbe POD a ich vysoká účinnosť sa preukázala vo viacerých štúdiách (3). Efektívnosť je daná skôr antiinflamačným ako antibiotickým mechanizmom účinku. Z tetracyklínového radu je u nás k dispozícii doxycyklin. V indikácii POD je na mieste nízka dávka v dlhodobej schéme. Dávka 100 mg 1x denne sa odporúča prolongovane počas 3–4 mesiacov. Pri dlhodobej liečbe u mladých žien treba myslieť na jeho teratogenitu pri eventuálnom otehotnení, ďalej fotosenzibilizačný potenciál a možnú hepatotoxicitu. U detí do 11. roku života sú tetracyklíny kontraindikované.

U detských pacientov, pri intolerancii či pozitívnej alergickej anamnéze je prvou systémovej voľbou azitromycín. U detí v dávke s ohľadom na ich váhu, u dospelých v dávke 500 mg na deň počas 3 dní a následne po pauze 5–7 dní schému možno opakovať. V literatúra sú údaje i o efektívnosti betalaktámových antibiotík a systémovej liečby metronidazolom hlavne u pediatrických pacientov (7, 8).

Pri dominancii papulopustulózných prejavov a slabej efektívnosti systémovej antibiotickej liečby je možnou off-label indikáciou systémovej liečba z izotretinoínom. V liečbe POD postačuje dávka 0,2 mg/kg v úvode, ktorú následne redukuje na 0,1–0,05 mg/kg (1).

Záver

Periorálna dermatitída je relatívne častou tvárovou dermatózou. Jej klinický obraz s kombináciou akneiformných a ekzematózných prejavov často sťažuje diagnostiku. Liečba pri prítomnosti hlavných rizikových faktorov, ako dlhodobé používanie lokálnych kortikost a kozmetiky, vyžaduje trpezlivosť pacienta.

LITERATURA

1. Lipozenc J, Ljubojevic Hadžavic S. Perioral dermatitis. Clinics in Dermatology 2014; 32, 125–130.

2. Dirschka T, Tronnier H, Fölster-Holst R. Epithelial barrier function and atopic diathesis in rosacea and perioral dermatitis. Br J

Dermatol 2004; 150: 1136.

3. Tempark T, Shwayder T.: Perioral dermatitis: A review of the

Condition with special attention to treatment options. Am. J. Clin. Dermatol. 2014;15: 101–113.

4. Veien NK, Munkvad JM, Nielsen AO, et al. Topical metronidazole in the treatment of perioral dermatitis. J Am Acad Dermatol 1991; 24: 258.

5. Weber K, Thurmayr R, Meisinger A. A topical erythromycin preparation and oral tetracycline for the treatment of

perioral dermatitis: a placebo controlled trial. J Dermatol Treat 1993; 4: 57.

6. Noguera-Morel L, Gerlero P, Torrelo A, Hernández-Martín Á. Ivermectin therapy for papulopustular rosacea and periorificial dermatitis in children: A series of 15 cases. J Am Acad Dermatol 2017; 76: 567.

7. Rodríguez-Caruncho C, Bielsa I, Fernández-Figueras MT,

Ferrándiz C. Childhood granulomatous periorificial dermatitis with a good response to oral metronidazole. Pediatr Dermatol 2013; 30: e98.

8. Ishiguro N, Maeda A, Suzuki K, et al. Three cases of perioral dermatitis related to fusobacteria treated with β -lactam antibiotics. J Dermatolog Treat 2014; 25: 507.