

Periorální dermatitida u dětí

MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.

Akné poradna, Kožní oddělení, Nemocnice Jihlava

Periorální dermatitida (syn. nemoc letušek) je chronická obličejová dermatóza charakterizovaná drobnými papulami a pustulkami na zarudlé a někdy šupinaté kůži typicky postihující oblast nosolících rýh a brady s vynecháním úzké oblasti kolem rtů. Projevy mohou být i perinazálně a laterálně od obou očí. Subjektivní symptomy zahrnují štípání a pálení, svědění je vzácné. Nejčastější příčinou u dětí je nadměrné užívání zubních past s fluorem, různých promazávacích a lokálních kortikoidů. Pro zhojení periorální dermatitidy je třeba odstranění vyvolávajících faktorů a lokální léčba. Systémová léčba je u dětí užívána zcela výjimečně. Léčba méně závažných forem je možná u dětského lékaře, pokud jsou tito dobře obeznámeni s touto diagnózou. Léčba závažných forem patří vždy do rukou dermatologa.

Klíčová slova: periorální dermatitida, děti, příznaky, provokační faktory, léčba.

Dermatitis perioralis with children

Perioral dermatitis is a chronic facial dermatosis characterized by small papules and pustules on a red, sometimes scaled skin typically affected area of nasobuccal sulci and a of a chin, with sparing a narrow area round lips. It can be manifested also perinasal and at lateral parts of both eyes. Subjective symptoms include tingling and burning, pruritus is rare. Causative agents at children are most often overusage of tooth-pastes with fluor, various emollients and local corticoids. For healing an elimination of causative agents and local treatments are necessary. Peroral treatment with children is used only exceptionally. Less severe forms of perioral dermatitis can be treated by a general practitioner as far as this physician has a good knowledge of this diagnosis. More severe forms have to be treated by a dermatologist.

Key words: perioral dermatitis, children, symptoms, causative agents, therapy.

Periorální dermatitida (POD) (nemoc letušek) je stále častěji se vyskytující chronická obličejová dermatóza charakterizovaná drobnými papulami a pustulkami na zarudlé a někdy šupinaté kůži typicky postihující oblast nosolících rýh a brady s vynecháním úzké oblasti kolem rtů. Projevy mohou být i perinazálně a laterálně od obou očí. Subjektivní symptomy zahrnují štípání a pálení, svědění je vzácné.

Epidemiologie a patogenese

POD postihuje hlavně ženy ve věku 15–45 let, stále častěji ale i děti v každém věku. U mužů je méně častá. Přesná příčina choroby není dosud známa. Předpokládá se kombinace genetické dispozice, vlivů prostředí a odpovědi na nejrůznější stimuly. Je spojena s poruchou epidermální barié-

ry, aktivací vrozeného imunitního systému, porušenou kožní mikroflórou a přítomností folikulárních fusiformních bakterií. Pro vznik POD má podle některých autorů význam nadměrná hydratace rohové vrstvy epidermis způsobená aplikací hydratačních krémů nebo naopak okluzivních mastí. Určitou roli může hrát i kožní intolerance (atopie, konstitučně suchá kůže, používání vysušujících extern, např. benzoylperoxidu, tretinoinu, lokálních alkoholových preparátů atp.). Mikrobiologickou kauzální příčinu se zatím nepodařilo prokázat. Předpokládá se však možnost přidružené kvasinkové a bakteriální infekce i možnost uplatnění roztoče *Demodex folliculorum* (1). U malých dětí je úloha *Demodex* problematická, neboť ještě nemají zcela vyvinuté mazové žlázy. Metodou

PCR byla prokázána i přítomnost fragmentů bakterie *Bacillus oleronius*.

POD mohou indukovat následující příčiny

Léky: lokální steroidy – neexistuje jasná korelace mezi rizikem vzniku POD a silou nebo délkou užívání lokálního steroidu. POD může vzniknout i po nazálním, inhalačním nebo perorálním užívání kortikoidů. Nově může být příčinou i dlouhodobé užívání pimekrolimu a především takrolimu. Nelze vyloučit též vznik POD po užívání fluoridových tablet.

Kosmetika: Fluorované zubní pasty, masti a krémy určené k péči o kůži, zejména s vazelinovým nebo parafinovým základem. Tyto jsou maminkami stále častěji užívány u dětí ve snaze vylepšit stav kůže a zlepšit kvalitu



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D., nevoralovaz@nemji.cz
Akné poradna, Kožní oddělení, Nemocnice Jihlava
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava

Převzato z: *Pediatr. praxi* 2020; 21(3): 156–159
Článek přijat redakcí: 8. 2. 2020
Článek přijat k publikaci: 14. 2. 2020

zubů. U dětí mohou být příčinou POD i fyzikální sunscreens. Další možné příčiny jsou dentální výplně, žvýkací gumy, parfémované kapesníčky a zanedbávání mytí obličeje.

Fyzikální faktory: POD zhoršují UV záření, horko a vítr. Mechanickou příčinou může být u adolescentek tření způsobené kontaktem s vousy partnera, u malých dětí okusování nehtů. Mikrobiální faktory: Z ložisek POD byly izolovány *Fusiformní spirilla* bakterie, *Candida species* a jiné houby.

Ostatní: Vzhledem k pozorovanému premenstruálnímu zhoršení se předpokládá i podíl hormonálních faktorů. Příčinou může být i perorální antikoncepce a těhotenství. POD se vyskytuje často u pacientů s Crohnovou chorobou a s myasthenia gravis. Některé příčiny se mohou kombinovat.

Klinický obraz POD

Charakteristické rysy POD jsou:

- jednostranná nebo oboustranná erupce na bradě, horním rtu a očních víčkách v periorální, perinazální a periokulární distribuci
- periorální výbled, není postižena oblast kolem nosních vchodů a na očních víčkách
- shluky 1–2 mm velkých růžových papulek až papulopustulek
- suchý povrch kůže
- pálení kůže

Na kůži jsou patrné folikulárně uspořádané malé červenavé papuly, papulovezikuly až papulopustuly na zarudlém podkladě s tendencí ke splývání (obr. 1 a 2). Papuly a pustuly mají primárně periorální distribuci. Další postižené oblasti mohou být nasolabiální rýhy, oblast laterálně od očí a pod dolními víčky. U dětí bývá větší pravděpodobnost k rozšíření do perinazálních a periorbitálních oblastí (2). U mladých žen bývá 20% pravděpodobnost postižení jiné než periorální lokalizace. Obecně jen v nejtěžších případech se může postižení rozšířit na tváře až celý obličej. Komedony ani teleangiektazie nejsou znakem choroby. POD neprovází zvýšený mazotok. Kožní změny nejsou příznakem systémového onemocnění. Extrémní varianta choroby se nazývá granulomatózní POD, kde granulomatózní infiltráty prosvítají při diaskopii žlutavě. Léze splývají do dobře definovaných ploch ohraničených nasolabiálními rýhami a bradou (3).

Tab. 1. Určování PODSI (upraveno dle 4)

Stupeň	1	2	3
Erytém (barva)	růžová	načervenalá	tmavě červená
Papuly	málo, drobné	několik	četné
Olupování	mírné, jemné	zřetelné	výrazné

Mohou být užity mezistupně 0,5; 1,5 a 5

Hodnocení: Stupeň 0 je bez POD, 0,5–2,5: lehká POD, 3,0–5,5: středně těžká POD: a 6,0–9,0: závažná POD

Tab. 2. Souhrn léčebných opatření u periorální dermatitidy

Děti, lehké případy, těhotné a kojící ženy	<ul style="list-style-type: none"> ■ nulová léčba, vyloučení provokačních faktorů, vyloučení mastí ■ indifferenční pasty, mikronizovaný talek, zinek a TiO₂ v mastovém základu ■ antimikrobiální léky (např. metronidazol, ivermektin, erytromycin) ■ pimekrolimus krém off label ■ adapalen nebo kyselina azelaová
Závažné formy	<ul style="list-style-type: none"> ■ všechna opatření viz výše + systémová léčba: <ul style="list-style-type: none"> ■ u dětí: perorální erytromycin (není nyní v ČR k dispozici), u dospívajících výjimečně doxycyklin, metronidazol nebo azitromycin ■ u neodpovídajících a granulomatózních forem – perorální izotretinoin

Perioral Dermatitis Severity Index (PODSI) – ke kvantifikaci objektivního nálezu a symptomů u POD vytvořili a v roce 2005 publikovali mnichovští autoři Wollenberg a Oppel Perioral Dermatitis Severity Index (PODSI, 4). Hodnoceny jsou erytém, papuly a olupování. Všechny 3 parametry mohou mít skóre 0–3. PODSI je součtem individuálních skóre pro erytém, papuly a šupinatění. Dle celkového součtu jednotlivých skóre je určen stupeň (grade) POD. Stupeň 0 je bez POD, stupeň 0,5–2,5 znamená lehkou POD, stupeň 3,0–5,5 středně těžkou POD a stupeň 6,0–9,0 závažnou POD. Blíže je stanovení skóre popsáno v tabulce 1. Hodnocení PODSI je nejjednodušším prostředkem k určení závažnosti, sledování klinického průběhu a pro hodnocení efektu léčby každého pacienta. Je rychlé a jednoduché a může být proto lehce užito v každodenní praxi.

Laboratorní a histologické vyšetření

Diagnóza POD je stanovena na základě klinického obrazu. Běžně není třeba provádět žádné laboratorní odběry a vyšetření. V případě podezření na přidruženou bakteriální nebo mykotickou infekci lze provést stěr na mikroskopické a kulturační vyšetření. Demodexa lze prokázat vyšetřením obsahu folikulu (po seškrábnutí) v louhovém preparátu. V histopatologických nálezech bývá ve všech stadiích POD přítomen lymfohistiocytární infiltrát v perifolikulární a perivaskulární lokalizaci. Pokud jsou dominantním klinickým nálezem pustuly a papuly, bývá zřetelný granulomatózní zánět a příležitostně mohou být přítomny i perifolikulární abscesy.

Diferenciální diagnóza

Diferenciálně diagnosticky je u dětí třeba odlišit především akné, demodikózu, seboroickou dermatitidu a atopický ekzém. Pro acne vulgaris je typická mastná kůže a přítomnost komedonů. U demodikózy (infekce způsobená *Demodex folliculorum*) se vyskytují folikulárně vázané papuly a pustuly, lokalizace je spíše jen jednostranná. Atopická dermatitida bývá přítomna i na jiných částech těla, většinou je pozitivní atopická diatéza. U seboroické dermatitidy jsou přítomny mastné šupiny. Důležité je odlišení POD a periokulární kontaktní alergické či iritativní dermatitidy (zejména na víčkách a kolem víček). Projevy POD

Obr. 1. Periorální a periokulární POD – lehká forma (PODSI 2,5)



a dermatitid se mohou i kombinovat. Navíc klinické symptomy periorbitální i periorální dermatitidy mohou být indukovány i některými faktory ze zevního prostředí nebo lokálními léky (kortikoidy, vzácně i lokální imunomodulátory, zejména takrolimem) aplikovanými při jiném základním onemocnění, jako jsou atopická nebo seboroická dermatitida. V diferenciální diagnostice je nutno myslet i na acrodermatitis enteropatica (projevy bývají i jinde na těle, v laboratoři je nízká hladina zinku) a na Haberův syndrom, neboli rozacea – like dermatózu. Je to vzácná genodermatóza, která začíná v dětství. Je typická intraepidermálními epiteliomy, keratotickými plaky a jizvami.

Léčba POD

Léčba méně závažných forem je možná u dětského lékaře, pokud jsou tyto dobře obeznámeni s touto diagnózou. Léčba závažných forem patří vždy do rukou dermatologa. Existuje řada doporučení k léčbě POD (5, 6 a další), v tomto textu jsou využita doporučení JDDG z roku 2011 (7) a informace prezentované Reichenbergem v roce 2015 (8). V tabulce 2 je v přehledu uveden souhrn léčebných opatření pro děti, lehké případy, těhotné a kojící ženy a dále postup při řešení závažných forem POD. U dětí a dospívajících jsou závažné stavy málo pravděpodobné. Pokud by nastaly, musí být řešeny velmi individuálně dermatologem. Po zhojení příznaků POD je u dětí u závažnějších forem podobně jako u akné vhodná následná udržovací léčba, pro ni jsou nejvhodnější kyselina azelaová či adapalen.

Jednotlivá léčebná opatření s přípravky k léčbě POD

Nulová léčba (zero-therapy) je založena na myšlence, že vyloučením veškerých lokálních léčiv i kosmetiky bude vyloučen i příčinný faktor POD. Tato forma léčby je vhodná u velmi komplikovaných pacientů. Může být účinná především u případů spojených s užitím steroidů, kde je předpokládána intolerance kosmetik.

Lokální léčba

U dětí je vhodné nejdříve doporučit indifferenční měkké pasty nebo mikronizovaný talek, zinek a TiO_2 ve vhodném mastovém základu. Teprve při nelepšení je možno zku-

Obr. 2. Periorální POD – závažná forma (PODSI 7,5)



sit další preparáty. Vždy je nutno vzít v úvahu věkovou hranici, od které je možno daný lék užit. Metronidazol (antiparazitikum) se užívá 0,75% gel nebo 1% krém 2× denně, ve formě pasty pak nejlépe na noc. Lokální metronidazol patří mezi bezpečné a účinné léky, je vhodný na jakékoliv formy POD. Ivermektin v krému je lék schválený pro léčbu papulopustulózní formy růžovky. Pro jeho antiparazitický účinek (snižuje počty roztoče *Demodex folliculorum*) a protizánětlivý účinek se dá předpokládat efekt i u POD. Je vhodné ho užívat 1× denně na noc, ideálně (dle úvodní závažnosti stavu) ještě alespoň několik týdnů po vymizení papul (osobní pozorování). Velmi dobře jsou tolerovány sirné preparáty (zásyp, při větších papulkách možno opatrně i pastu) 2× denně. Erytromycin v koncentraci 2–4 % je v České republice nyní nedostupný jako HVL, lze připravit magistraliter do vhodného základu (krém, lotio). Užívá se 2× denně po dobu až 3 měsíců. Lokální imunomodulátory (off label pimekrolimus 1% krém, na úhradu pacienta) by měl být aplikován 2× denně, je vhodný zejména u kortikoidy indukované POD (9). Je dětmi velmi dobře snášen a efekt nastupuje většinou rychle. Pozor! Takrolimus 0,03% se vyrábí jen v masti, jeho okluzivně působící mastový základ může zvýšit riziko vzniku POD, tento proto není zejména u dětí k léčbě POD vhodný. K dohazovací nebo udržovací léčbě při déletrvající POD lze zejména při souběhu s akné s dobrým efektem použít adapalen (10). Krém je třeba aplikovat velmi opatrně až po zklidnění akutních projevů,

zprvu na malou plochu a krátkou dobu, později při dobré toleranci možno plochu a dobu aplikace navyšovat. Kyselina azelaová (v ČR 20% v krému) má být aplikována 1–2× denně dle tolerance. Nenavozuje bakteriální rezistenci a je dobře tolerována (11). Výjimečně je možné užití lokálního antimykotika ve vhodném základu (nejčastěji při kombinaci POD a seboroické dermatitidy). Klotrimazol ve formě pasty dobře kryje kožní projevy, a tím zároveň pozitivně ovlivňuje psychiku adolescentů. U těch je výjimečně možno užití 2% ichtyol v měkké zinkové pastě. Při počátečním zhoršení po předchozím dlouhodobém užívání silných lokálních kortikoidů, může být léčba zcela výjimečně zahájena pomalým „vysazením“ steroidů malými dávkami 0,1–0,5% hydrokortizonu krému k prevenci výrazného zhoršení. Jinak hrozí, že pacienti se opět vrátí k původně užívaným silným lokálním kortikoidům (12). Jinak jsou ale lokální kortikoidy u POD kontraindikovány.

Systémová léčba

Je u dětí užívána zcela výjimečně při velmi závažných stavech. Vždy má být vedena dermatologem. Je možno užit antibiotika, antiparazitika, výjimečně retinoidy či kortikoidy. Opět je nutno vzít v úvahu věkovou hranici, od které je možno daný lék doporučit. Z antibiotik má být u dětí první volbou erytromycin, v České republice není ale nyní k dispozici. Jinak nejlépe působí antibiotika tetracyklinové řady, především doxycyklin, alternativně může být užit i te-

tracyklin v způsobené dávce. U dětí je ale kontraindikován pro ukládání do zubů a kostí. Minocyclin není v současné době v České republice k dispozici. Z makrolidových antibiotik je možno užít i azitromycin v pulzním režimu po dobu 1–2 měsíců. Při intoleranci či kontraindikacích cyklinů i klaritromycin 250 až 500 mg 2× denně po dobu 1–2 měsíce. Metronidazol (antiparazitikum) je imidazolové antibiotikum účinné vůči různým anaerobním bakteriím a prvokům, má i efekt protizánětlivý a antioxidační. Redukuje počet papul, papulopustul a snižuje zarudnutí. Perorálně se užívá v různých režimech, déle trvající aplikace se doporučuje jen s velkou opatrností. Izotretinoin (retinoid) je indikován k léčbě dlouhotrvajících a refrakterních případů a granulomatózní formy POD. Kortikoidy lze užít naprosto výjimečně u výrazně zánětlivých a torpidních stavů nárazově ve formě krátkodobé pulzní terapie.

LITERATURA

1. Dolenc-Voljc M, Pohar M, Lunder T. Density of Demodex folliculorum in perioral dermatitis. *Acta Derm Venereol* 2005; 85(3): 211–215.
2. Kihiczak GG, Cruz MA, Schwartz RA. Periorificial dermatitis in children: an update and description of a child with striking features. *Int J Dermatol* 2009; 48(3): 304–306.
3. Baratli J, Megahed M. Lupoid perioral dermatitis as a special form of perioral dermatitis: Review of pathogenesis and new therapeutic options. *Hautarzt* 2013; 64(12): 888–890.
4. Wollenberg A, Oppel T. Scoring of skin lesions with the perioral dermatitis severity index (PODSI). *Acta Derm Venereol* 2006; 86(3): 251–252.

Průběh a prognóza POD

Trvání POD je různé, u dětí bývá ve srovnání s dospělými spíše krátkodobější (týdny, měsíce). Péče zahrnuje úvodní edukaci rodičů (eventuálně i pacienta) včetně zvolení vhodné léčby, dále pravidelné kontroly dodržování léčebných a preventivních opatření a hodnocení efektu terapie. Uklidnění rodičů (pacienta) a jejich důsledné poučení stran možných provokačních faktorů a přesné vysvětlení léčby jsou velmi důležité. Nezbytné je vysvětlení zákazu použití lokální kosmetiky a všech dalších přípravků kromě předepsaných. Ačkoliv je POD omezena na kůži a neohrožuje život, může způsobit emoční obtíže pro postižení obličeje zejména u adolescentů. Choroba může recidivovat. Pokud jsou zřejmé provokující faktory, potom by měly být dlouhodobě vyloučeny. Tato opatření minimalizují možnost recidivy choroby. Obecně je možno předcházet vzniku POD vynecháním užívání lokálních kortikoidů na obličej a vyne-

cháním ošetřování okluzivními obličejovými krémy. Užití lokálních kortikoidů na obličej je obecně kontraindikováno. Pokud je jejich užití nezbytné, měly by být aplikovány pouze na postiženou oblast, co nejméně potentní typ, pokud možno ne denně a léčba musí být ukončena ihned po zhojení exantému (13).

Závěr

Periorální dermatitida se může vyskytnout i u dětí a mladistvých. Počty postižených narůstají především v důsledku nadužívání zubních past s fluorem a přehnané péče o dětskou pokožku. Pro zhojení je třeba odstranění vyvolávajících faktorů a lokální, zcela výjimečně i systémová léčba. K prevenci recidiv je nutné dlouhodobé vyloučení známých provokujících faktorů a někdy i následná udržovací léčba. Jen kombinace všech uvedených opatření může vést ke zlepšení až zhojení všech příznaků periorální dermatitidy.

5. Tempark T, Shwayder TA. Perioral dermatitis: a review of the condition with special attention to treatment options. *Am J Clin Dermatol* 2014; 15(2): 101–113.
6. Duchková H. Trendy v léčbě periorální dermatitidy. *Dermatol praxi* 2016; 10(1): 16–19.
7. Wollenberg A, Bieber T, Dirschka T, et al. Perioral dermatitis. *JDDG* 2011; 9(5): 422–427.
8. Hall CS, Reichenberg J. Evidence based review of perioral dermatitis therapy. *G Ital Dermatol Venereol*. 2010 Aug; 145(4): 433–444.
9. Oppel T, Pavicic T, Kamann S, Brautigam M, Wollenberg A. Pimecrolimus cream (1%) efficacy in perioral dermatitis - results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled study in 40

- patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21(9): 1175–1180.
10. Jansen T. Perioral dermatitis successfully treated with topical adapalene. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16(2): 175–177.
11. Del Rosso JQ, Hafeez ZH. The use of topical azelaic acid for common skin disorders other than inflammatory rosacea. *Cutis* 2006; 77(2 Suppl): 22–24.
12. Hafeez ZH. Perioral dermatitis: an update. *Int J Dermatol* 2003; 42: 514–517.
13. Nevoralová Z. Periorální dermatitida. In: Nevoralová Z, Rulcová J, Benáková N. *Obličejové dermatózy*, Mladá fronta 2018.