

# Seboroická dermatitida v ambulanci pediatra a obvodního lékaře

**MUDr. Kateřina Radoušová**

Privátní dermatovenerologická ambulance, Poliklinika Klášter Liberec

Seboroická dermatitida (synonyma seboroický ekzém, dysseboroická dermatitida, morbus Unna, seborrhoides Brocq, eczematides Darieri, eczéma flannelaire) se řadí mezi velmi častá kožní onemocnění postihující oblasti kůže bohaté na mazové žlázy a intertriginózní oblasti. Vyskytuje se až u 2/3 kojenců v období mezi 3. týdnem a 3. měsícem po porodu a v dospělé populaci se výskyt odhaduje na 3–5 %. Zvláštní skupinu pacientů tvoří pacienti HIV pozitivní, u nichž se vyskytuje až v 85 % a může být i prvním projevem možné HIV positivity. Více jsou postiženi muži. Onemocnění má recidivující subakutní až chronický průběh s polymorfními kožními projevy.

**Klíčová slova:** seboroická dermatitida, Pityrosporon ovale, cradle cap, morbus Leiner, eczéma flannelaire, Reyeův syndrom.

## Seborrheic dermatitis at paediatrician's and general practice

Seborrheic dermatitis (synonyms eczema seborrhoeic, dysseboroická dermatitis, morbus Unna, seborrhoides Brocq, eczematides Darier, eczema flannelaire) ranks among the most common skin disease that affects skin areas rich in sebaceous glands and intertriginous areas. It occurs in up to 2/3 of infants between 3<sup>rd</sup> weeks and 3 months after birth and in the adult population, the incidence is estimated at 3–5%. A special group of patients consists of patients with HIV, of which occurs in up to 85% and may even be the first manifestation of HIV positivity. More men are affected. The disease has relapsed subacute to chronic course with polymorphic cutaneous manifestations.

**Key words:** seborrheic dermatitis, pityrosporon ovale, cradle cap, morbus Leiner, eczema flannelaire, Reye's syndrome.

## Úvod

Z hlediska etiopatogeneze není jasná příčina známa. Jedná se pravděpodobně o kombinaci strukturálních a funkčních abnormalit kůže s možným genetickým podílem. Důležitým podkladem je zejména zvýšená aktivita mazových žláz, hormonální vlivy a změny v mikrobiální flóře kůže. Na hormonální vliv poukazuje rozvoj nemoci v období dospívání, zhoršení během menstruace a u novorozenců, kdy endogenní produkce androgenů kůrou nadledvin a jejich vyšší hladina stimuluje mazové žlázy ke zvýšené produkci mazu v prvních 3 měsících života, což přispívá ke vzniku dermatitidy. Z mikroorganismů má na vznik nejvýznamnější vliv lipofilní kvasinka *Pityrosporon ovale* (*Malassezia furfur*), která je jinak běžným komenzálem kůže. Její

zvýšený výskyt je v oblastech s vyšší produkcí mazu a oblastech intertriginózních. Bylo již zjištěno více humánních typů a tyto hrají víceméně role v dalších kožních onemocněních jako jsou atopická dermatitida, pityriasis versicolor, intertrigo, některé typy folikulitid, ale i některé septické stavy u předčasně narozených dětí. Mechanismy působení nejsou jednoznačné. Seboroická dermatitida může vznikat jako zánětlivá odpověď na toxiny či mediátory produkované malasseziemi. Dále mají malassezie lipázovou aktivitu, která vede k uvolnění mastných kyselin, jež penetrují skrze stratum corneum a porušují funkci kožní bariéry a následně je indukována hyperproliferace s odezvou zvýšené sekrece kožního mazu. A tato zvýšená produkce je dále živnou půdou pro další růst malassezií. Možná je

též abnormální imunitní odpověď na samotnou přítomnost těchto kvasinek. Z dalších faktorů jsou zmiňovány stavy s poruchami imunity, jak pozorujeme např. u HIV pacientů a dále vliv nervového systému, kdy pozorujeme zvýšený výskyt onemocnění např. u epilepsie, parkinsonismu, stavech po CMP, u parézy n. facialis, syringomyélií, při stavech po traumatu CNS apod.

## Klinické formy a projevy onemocnění

Onemocnění má různé klinické formy vzhledem k věku pacientů. Jejimi predilekčními lokalizacemi jsou oblast kštice, nazolabiální rýhy, obočí, víčka, čelo, vlasová hranice, střed hrudníku, zad a intertriginózní oblasti jako podpaží, třísla či kožní záhyby.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Kateřina Radoušová  
kozniambulance-liberec@seznam.cz, Privátní dermatovenerologická ambulance,  
Poliklinika Klášter Liberec, Klášterní 117/2, 460 01 Liberec

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2016; 17(6): 362–366  
Článek přijat k publikaci: 31. 10. 2016  
Článek přijat redakcí: 5. 12. 2016

U kojenců jako dermatitis seborrhoides infantum se onemocnění nejčastěji objevuje v průběhu 4 týdnů, případně až do 1,5 roku života, v oblasti frontální a parietální ve formě žlutohnědavých šupinek na bleděružové spodině až v rozsáhlých plochách a někdy se objevuje pevně lpící nános mazlavých šupin nad velkou fontanelou, skrze který procházejí vlasy (tzv. crusta lactea, cradle cap – čepička z kolébky). Tyto projevy se mohou šířit do dalších částí obličeje, nejvíce na obočí a střední části obličeje. Další projevy mohou být v kožních záhybech na krku, na hrudníku a v intertriginózních řasách (axily, anogenitální rýhy, plenková oblast, oblast pupku a retroaurikulární oblast) jako nemokvající infiltrované erytematoskvamózní plochy. Často dochází k sekundární impetiginizaci projevů bakteriemi (*St. aureus*, *Ps. aeruginosa*) či mykotickými organismy (*C. albicans*, *Ep. floccosum*). V tomto případě je vhodné vyšetření stolice na enterální kandidózu. Vzácně dochází ke splývání ložisek až ke generalizaci a může se rozvinout sekundární erytrodermie – erytrodermie desquamativa (morbus Leiner) s celkovými příznaky jako jsou horečka, anémie, průjem a zvracení s následnou metabolickou acidózou s kožními projevy ve formě mastných skvam zejména na hlavě a v centropacíální oblasti. Tato forma se rozvíjí akutně, kde příčinou je nejspíše masivní osídlení trávicího traktu kvasinkami a může být projevem těžké kombinované imunodeficiency nebo defektu C5 nebo C3 složky komplementu. Při nasednutí bakteriální či mykotické superinfekce může končit až letálně. Morbus Leiner se nyní považuje za společný fenotyp řady onemocnění: např. defekt nebo dysfunkce komplementu, těžká kombinovaná imunodeficiency, Brutonova agamaglobulinemie aj.

V pozdějším dětství bývají projevy minimální spíše ve formě lupů ve vlasové části s lehčím klinickým průběhem. Někdy nacházíme ve kštici ohraničená nezápovědná olupující se ložiska s šupinami na kůži i ve vlasech střechovitě se překrývajícími a vzhledem připomínajícími azbest nebo dermatomykózu. Tato forma je označována jako tinea amiantacea (asbestina).

U dospívajících občas nalézáme v oblasti nasolabiálních a nasofaciálních rýh neostře ohraničené erytémy se seboroickými šupinami. Toto označujeme jako erythema paranasale, která se obtížně léčí. Nezřídka vzhledem k aplikaci lokálních kortikosteroidů vede ke vzniku ještě

úpornějšího kožního onemocnění, a tím je periorální dermatitida.

Nejběžnějším typem, který vidáme u dospívajících i dospělých pacientů, je dermatitis seborrhoica capilitii, jejíž nejčastější formou je pityriasis simplex capilitii označovaná též jako běžné lupy. Někdy dochází k rozšíření projevů až do oblasti za boltci (dermatitis seborrhoica retroauricularis) projevující se často oboustranně ostře ohraničenými ložisky s mokváním a s obtížně hojícími se fisurami se sklonem k impetiginizaci. Nebo i samostatně dochází k obdobnému postižení zevních zvukovodů. Občas se objevují i perifolikulární zarudnutí s olupováním ve formě zprvu v malých skvamách a postupně s rozšířením a splýváním do větších ložisek se zarudnutím a infiltrací s nánosy mastných žlutavých šupin připomínající až psoriázu, zde se jedná o dermatitis seborrhoica psoriasiformis, kterou někdy označujeme jako sebopsoriázu. Méně pozorujeme neostře ohraničené chorobné plochy se zarudnutím a olupováním na trupu a končetinách, tedy dermatitis seborrhoica corporis. Jako dermatitis seborrhoica mediothoracica (figurata) nazýváme obdobná polycyklická ložiska nad sternem nebo na zádech v „potní rýze“. V oblasti presternální se setkáváme s tzv. eczéma flanelaire, kdy pozorujeme ohraničené světle až sytě červené plochy s různě výraznou deskvamací, a to nejčastěji v zimních měsících, kdy vzniká následkem omezeného odpařování kůže oděvy. Velká erytematoskvamózní ložiska na kůži trupu a končetin někdy připomínají až premykotické stadium mycosis fungoides (dermatitis seborrhoica erythematosa corporis). Intertriginózní seboroická dermatitida (dermatitis seborrhoica intertriginosa) je forma tvořená ostře ohraničenými erytémy s deskvamací a postižením axil, ingvin, perianální a perigenitální oblasti, může být též pod prsy či v pupku. Ložiska mohou splývat do ploch, mohou mokvat a může dojít k mykotické či bakteriální superinfekci s projevy ragád, zarudnutím a edémem. Úpornou formou s častou rezistencí vůči léčbě je blepharitis seborrhoica, kdy jsou okraje víček začervenalé, mohou se olupovat a mohou být přítomny krusty. Při vzniku akutního postižení bez jasné příčiny se vznikem nových zánětlivých exsudativních ploch či po podráždění již vyskytujících se ložisek (např. po solární expozici či jako projev intolerance léčby)

může dojít k rozšíření projevů až do oblastí velkých kloubů a vzniká obraz diseminované seboroické dermatitidy (dermatitis seborrhoica disseminata), kdy zánětlivě zarudlá ložiska splývají do velkých ploch, dochází k mokvání a tvorbě krust často se sekundární infekcí bakteriemi a kvasinkami. Obraz může připomínat kontaktní dermatitidu, psoriázu a kandidové infekce. Při exacerbaci diseminované formy, často při intoleranci zevní léčby či kontaktní sensibilizaci, vzniká až obraz seboroické erytrodermie. Na toto je nutné myslet zejména v souvislosti s možnou HIV infekcí a je možnou známkou její progresy.

## Diferenciální diagnostika

V rámci diferenciální diagnostiky zejména v kojeneckém věku je pro dermatologa obtížné odlišit toto onemocnění od atopické dermatitidy. Ta má většinou první projevy po 3. měsíci věku dítěte, objevují se spíše papulky na erytematózní spodině zejména v oblasti hlavičky, často je pozitivní rodinná anamnéza a pacient je dle rodičů neklidný pro pruritus projevů. Dále můžeme u kojenců pozorovat erytematózní ložiska v oblasti hýždí s nánosy šupin nereagujícími na běžnou terapii a zde se může jednat o plenkovou psoriázu. Ta se objevuje nejčastěji mezi 6. měsícem až 3. rokem života dítěte a ustupuje většinou tehdy, když dítě přestane nosit pleny. Projevy jsou spíše ukazatelem dispozice k vulgární psoriáze či mohou být i jejím prvním projevem. Lokalizace je dána dlouhodobou traumatizací dermo-epidermálního systému pleny v rámci Koebnerova fenoménu.

Dále řada až život ohrožujících kožních onemocnění v dětském věku mohou mít v počátku obdobný obraz jako u seboroické dermatitidy. Patří sem např. histiocytóza z Langerhansových buněk, kdy projevy jsou ve formě splývajících drobných papul často s petechiální složkou a mohou erodovat až ulcerovat. Diagnosticky je vhodné provedení biopsie, kde nacházíme proliferaci vyzrálých histiocytů. Tato nemoc je řazena WHO klasifikací krevních chorob do skupiny maligních histiocytárních chorob. Další závažnou chorobou je acrodermatitis enterophthica. Jedná se o vzácné kožní onemocnění spojené s nedostatkem zinku, kdy můžeme pozorovat až rozsáhlé projevy charakteru erytému s puchýři, pustulami a krustami vznikající zejména v oblasti anogenitální a na dolních končetinách, mnohdy

sekundárně s infekcí. Též bývá přítomna alopecie a průjmovité projevy s možnou dekompenzací celkového stavu. Může být geneticky podmíněná s rozvojem od časného dětství nebo vzniká v dospělosti při těžkém nedostatku zinku. Na tato onemocnění musíme zvláště myslet a přizpůsobit jim daná vyšetření pacienta, kdy správná a časná diagnóza může rozhodovat o další prognóze pacienta. Z těch méně závažných kožních onemocnění může být seboroická dermatitida zaměněna s mikrobiálním či numulárním ekzémem, parapsoriázou, mycosis fungoides, s dermatomykózami, s pityriasis rosea Gibert, dále s intertriginózní kandidózou nebo s intertrigem, ale také s projevy sekundární syfilis.

V obličeji je nutno odlišit projevy lupus erythematodes, rosacey, kontaktní iritační dermatitidy či kontaktního alergického ekzému. V dospělosti je dále nutné myslet na projevy impetigo contagiosa zvláště v dětském věku, periorální dermatitidy, acné vulgaris, demodicosis či mikrobiální dermatitidy. U seboroické erythrodermie může jít dále o projevy u Sézaryho syndromu či HIV infekce.

## Terapie

Terapie seboroické dermatitidy je vzhledem k jejímu chronickému průběhu a sklonu k recidivám poměrně obtížná a často bývá dlouhodobou záležitostí. Rozhodující je věk pacienta, rozsah projevů, zda se jedná o formu lokalizovanou, diseminovanou či generalizovanou, dále je důležitá lokalita daných projevů a v neposlední řadě je třeba uvažovat o případné superinfekci, a to jak bakteriální, tak mykotické. Je nutné si uvědomit, že většina projevů reaguje na úvodní terapii počátečním zlepšením, ale následné recidivy např. po obnovení dispozičních faktorů či při špatně předvídatelné reakci na dříve efektivní terapii, jsou velmi časté. Proto se snažíme recidivám předejít vysokou, ale šetrnou osobní hygienou, nošením volného oděvu nejlépe z přírodních vláken a tím předcházíme následkům většího zapocení a iritace pokožky. Dále doporučujeme pestrou a vyváženou stravu s dostatečným přísunem vitaminů a vlákniny s omezením cukrů a živočišných tuků.

Rodiče kojenců se závažnými formami seboroické dermatitidy trápí nevzhlednost projevů, které jsou na viditelných místech, např. na hlavičce a ještě před návštěvou lékaře se snaží projevy ve formě šupinek mechanicky snést,

což vede k traumatizaci dítěte jistě s bolestivostí, může dojít k vytvoření mokvajících ploch a významnou komplikací může být zanesení sekundární infekce do raných ploch. Teprve pak se rodiče dostaví k lékaři a hledají pomoc. Zde je nutná především důsledná edukace o možných příčinách, o projevech onemocnění a zejména o šetrném ošetřování daných projevů. A dále pak je nutná trpělivost vzhledem k časté úpornosti onemocnění a jejímu dlouhému trvání i přes adekvátní léčbu. Efekty léčby totiž bývají často patrné až po 6–8 týdnech pravidelné terapie. Na mokvavé plochy rodičům doporučujeme slabý studený výluh z černého čaje, který se přikládá po nasátí na gázu na pár minut několikrát denně, nebo mohou být použity jemná dermatokosmetická lotia jako např. Cicalfate lotion či Cicabio lotion. Následně k jemnému a hlavně postupnému odstraňování šupinek doporučujeme nejlépe lotia či krémy s nízkým obsahem urey jako např. Excipial U lipolotio, Kelual DS crm. či Kelual DS emulze, Eucerine 5% urea complete repair mléko, ABCDerm Babysquam, Cradle cap gel apod. Pro hojení následných ploch po traumatizaci jsou vhodné přípravky k urychlení epitelizace jako např. Bepanthen, Cicalfate crm. réparatrice, Cicaplast Balzám B5 5% Panthenol a další. Při podezření či projevech superinfekce bakteriemi používáme antibiotické látky nejlépe v krémech jako např. Fucidin crm. a při mykotické superinfekci krémy s lokálním antimykotikem jako např. Canesten crm. 1–2x denně v tenké vrstvě na zarudlé plošky. U starších dětí můžeme použít i oleje s 3% salicylem (Acidi salicylici 3,0, Ol. olivarium ad 100,0), který vetřeme do pokožky hlavy pod vlasy min. 3 hodiny před mytím vlásků, následně omyjeme jemným šamponem např. Kelual DS šampon, ABCDerm Gel Moussant a ne-násilně jemným dětským hřebem vyčeseme odloučené šupinky. Salicylové preparáty podáváme ale pouze max. 2krát týdně na velmi malé plochy u dětí starších nejlépe 1 roku z důvodu toho, že kyselina salicylová prochází snadno i neporušenou pokožkou, je zde pak riziko perkutánní resorpce toxických množství u kojenců a malých dětí a mohlo by dojít k intoxikci nebo až k případnému vzniku Reyeova syndromu. Jedná se o velmi vzácné a velmi závažné ne-zánětlivé onemocnění malých dětí postihující mozek s následnou encefalopatií a postižením jater s jejich následnou tukovou přeměnou. Proto spíše volíme preparáty bez salicylátů např.

šampony a krémy s obsahem organických sloučenin síry, antimykotickými a antimikrobiálními látkami, se zinkpyrithionem, oktopiroxem aj. Při závažnějším postižení vlasové oblasti přidáváme k ošetření lokální kortikosteroidní přípravky ve formě roztoků, gelů a lotií nejlépe v intervalové terapii, jako např. Locoid Crelo či Clarelux pěna, u starších pacientů často kombinovaně s kyselinou salicylovou, jako např. Belosalic sol., Clarelux pěna apod. Do intertriginózních lokalit volíme antimykotika nejlépe v pastách jako např. Imazol crm.pst., při pruritu či výraznějším erytému krátce antimykotické krémy s obsahem kortikosteroidů jako např. Imacort crm. či Pimafucort crm. Při postižení ostatních oblastí na těle ošetřujeme nadále dermatokosmetickými přípravky a dle rozsahu a stupně postižení případně léčbu doplňujeme krátkodobě lokálními kortikosteroidními přípravky na malé plochy např. Locoid crm. a na větší plochy připravované krémy s 0,01–0,02% dexamethazonem v základu. Musíme myslet zejména na to, že dlouhodobá aplikace kortikoidních preparátů může vést k jejich nežádoucím účinkům a po jejich vysazení se mohou poměrně záhy objevovat recidivy onemocnění. Proto třídu účinnosti a hlavně délku terapie volíme uváženě, snažíme se vynechat aplikaci do oblasti obličeje pro riziko vzniku periorální dermatitidy nebo do míst intertriginózních pro vyšší resorpci účinné látky. Vhodné je používat preparáty s antimykotickým účinkem, jako např. Imacort crm., Pimafucort crm., a po zklidnění ponechat pouze preparáty s antimykotickým efektem, např. Canesten crm., Pevaryl crm. aj. Dále myslíme na to, že vzhledem k nutnosti odpocování a odmašťování pokožky nejsou vhodné přípravky ve formě mastí.

Celkovou léčbu volíme pouze u torpidních forem nereagujících na lokální terapii a u rozsáhlých a závažných forem. Nejčastěji užíváme celkově antimykotika, např. flukonazol, vzhledem k jeho nižší hepatotoxicitě oproti ketokonazolu, a to v dávce u dětí starších 4 týdnů 3 mg/kg/den, u starších a dospělých 50 mg/den po dobu 7–10 dní. Možné je též užívání terbinafinu s dávkou 250 mg/na dobu 28 dní. Při sekundární bakteriální superinfekci nasazujeme celkově antibiotika nejlépe dle stanovené citlivosti z provedeného stěru postižené pokožky, např. Doxycyklin 200 mg/den na 7–14 dní. U diseminovaných forem a u závažných stavů až charakteru erythrodermie volíme celkově kortikosteroidy s pečlivým celkovým vyšetřením,

lékem volby může být např. Prednison ve středních dávkách 40–60 mg/den. Dále někdy přináší zlepšení celkové užívání metronidazolu a k méně používaným látkám patří derivát vitaminu A isotretinoin, kdy je vhodnou dávkou 0,1 mg/kg po dobu 4 týdnů.

Jako podpůrnou terapii volíme opatrné slunění, ozařování v UVA a UVB spektru při dobré klinické odpovědi. Dále je vhodná suplementace organicky vázaným zinkem. V literatuře jsou již popsány dobré výsledky s lokálními imunomodulátory jako jsou pimekrolimus (Elidel crm.)

a takromimus (Protopic ung.), ale pro tuto diagnózu nejsou přímo indikována, ale jeví se jako možná nesteroidní alternativa v léčbě seboroické dermatitidy. Oba typy imunomodulátorů se u nás běžně používají pro léčbu obličejových forem u dětí a dospělých, jedná se však o off-label indikaci a léčbu indikuje pouze dermatolog.

## Závěr

Seboroická dermatitida je často chronické onemocnění s četnou prevalencí. Onemocnění vyžaduje důsledné vyšetření pacienta a zejména

spolupráci pacienta s lékařem. Léčba je volena vždy aktuálně dle stavu, formy a lokality projevů s ohledem na věk pacienta. U závažnějších stavů provádíme celkové vyšetření a neopomíjíme i provedení vyšetření HIV protilátek se souhlasem pacienta. Snažíme se o co nejkonzervativnější terapii např. dermatokosmetiky, kterou je možné aplikovat dlouhodobě a léčebná ošetření s účinnějšími přípravky je vhodné zkrátit vzhledem k možným vedlejším a nežádoucím účinkům na minimum. Stále ale platí, že je nutné, aby byl pacient trpělivý a spolupracující.

## LITERATURA

1. Braun Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatologia a venerologia, 2001: 393–399.
2. Junášek M. Seboroická dermatitida v přehledu. Trendy v medicíně, 2003/04; 5: 25–35.
3. Kojanová M, Šuková T, Štork J. Dermatitis seborrhoica Čes-slov Derm, 2005; 80(5): 261–269.
4. Čapková Š. Dermatitis seborrhoica v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Příloha Postgraduální medicíny 2006/03: 72–77.
5. Benáková N. Ekzémy a dermatitidy v lékařské praxi, 2006: 44–46, 71–72, 89–94.
6. Štork J, et al. Dermatovenerologie učebnice, 2008: 166–167.
7. <http://www.toplekar.cz/nemoci/reyuv-syndrom.html>.
8. <http://www.prolekare.cz/atopicka-dermatitida-novinky/lecebne-postupy-u-seborhoicke-dermatitidy-6901>, [cit 2016-10-10].
9. Nevoralová Z, Rulcová J, Benáková N. Obličejové dermatózy, 2016: 153–174.