

KOŽNÍ CHOROBY V TĚHOTENSTVÍ – I. ČÁST

MUDr. Marie Košťálová

Klinika nemocí kožních a pohlavních FN a LF UK Hradec Králové

Článek předkládá přehled fyziologických kožních změn v těhotenství, současnou klasifikaci specifických těhotenských dermatóz a stručně vliv těhotenství na některá vybraná kožní onemocnění.

Klíčová slova: těhotenství, těhotenské dermatózy, pemphigoid gestationis, PUPPP, intrahepatální cholestáza v těhotenství, atopické erupce v těhotenství.

SKIN DISEASES IN PREGNANCY

The paper presents outline of physiological skin changes in pregnancy, update classification of specific dermatoses in pregnancy and briefly the impact of pregnancy to some cutaneous diseases.

Key words: pregnancy, dermatoses of pregnancy, pemphigoid gestationis, PUPPP, intrahepatic cholestasis, atopic eruptions in pregnancy.

Dermatol. praxi 2008; 2(5–6): 224–225

V průběhu těhotenství dochází v organismu k zásadním metabolickým, hormonálním a imunologickým změnám, které s sebou přináší změny i na kůži a sliznicích. Imunologicky je těhotenství stavem imunologické tolerance s převahou Th2 nad Th1 imunitní odpovědi (3). Některé z těchto změn jsou pozorovány u většiny těhotných, a proto se na ně nahlíží jako na fyziologické, těhotenstvím podmíněné. Jiné, vzácně se vyskytující symptomy, jsou definovány jako onemocnění kůže vyvolané těhotenstvím, tedy tzv. specifické těhotenské dermatózy. Kromě toho je znám vliv těhotenství na řadu kožních chorob, které může zhoršovat nebo zlepšovat.

FYZIOLOGICKÉ

KOŽNÍ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Změny pigmentace

Hyperpigmentace

Jsou mimořádně časté (až u 90 % těhotných) (9) zejména v oblasti prsních dvorců, axil, vulvy, v anální oblasti, periumbilikální oblasti, linea alba, tzn. v lokalitách s větší hustotou melanocytů. Objevují se zhruba v polovině těhotenství a postpartálně zcela ustupují. Větší tendenci k hyperpigmentacím pozorujeme u tmavých ras.

Chloasma gravidarum

(chloasma uterinum, melasma)

Jsou symetrické, tmavohnědé, ostře ohraničené hyperpigmentace obličeje lokalizované centrofaciálně (čelo, tváře, nosní hřbet, horní ret, brada) zejména u žen s tmavými vlasy a s vysokou incidencí (70 %). Příčinou je zmožnění melaninu v bazálních buňkách epidermis a ojediněle i v horních vrstvách dermis pod vlivem zvýšené stimulace estrogeny a progesteronem a také pravděpodobně α a β MSH, není vyloučen i podíl prolaktinu (4). Pigmentace blednou v šestinedělí a u 70–80 % těhotných 4–6 týdnů po porodu zcela mizí. U 20–30 % perzis-

tují a představují kosmetický problém vyžadující léčbu (9). Kromě těhotenství se může melazma objevit u pacientek užívajících kontraceptiva, u onemocnění ledvin, hyperthyreózy, nutričního deficitu a jako foto-toxická reakce po kosmetice a lécích.

Preexistující pigmentové změny kůže

Ephelides, lentigines a névoculární névy mohou také během těhotenství více pigmentovat nebo mohou vzniknout nové melanocytární névy. Při dalším těhotenství nebo při užívání hormonální antikoncepcce s estrogenní složkou (HAK) dochází zpravidla k recidivám, zejména v preexistujících pigmentacích.

Léčba zahrnuje preventivní opatření během těhotenství a případnou poporodní terapii. Jako prevence působí důsledná intenzivní ochrana před UV zářením v těhotenství i po porodu (5). Při přetrvávajících hyperpigmentacích po porodu lze užít depigmentační chemikálie, např. **hydrochinon** 2–4% a **kyselinu retinovou** v 0,05–0,1% koncentraci, dále také **lokální kortikosteroidy** (např. 1% **hydrocortison**) nebo **kyselinu azelainovou** ve 20–25% koncentraci (5). Jinou léčebnou možností jsou také operativní postupy: **dermabraze**, **chemický peeling** a **laserové techniky** (5).

Vaskulární a hematologické změny

Erytém v obličeji, palmární erytém, pavoučkovité névy, hemangiomy, teleangiektázie

Palmární erytém se vyskytuje u 2/3 těhotných a objevuje se v 1. trimestru jako důsledek 6násobného průtoku touto oblastí. Může být způsoben také jaterní cirhózou, systémovým lupus erythematosus, hyperthyreózou. Hojí se po porodu. Odpovědné jsou vyšší hladiny estrogenů, zvýšená vazomotorická reaktivita cév kůže a jejich proliferace (erythema e pudore, zesílení erytému v obličeji a také palmární erytém na thenaru a hypothenaru). Cévní anastomózy, jinak bez přívodu krve, zůstávají v těhotenství otevřené.

Vlivem takto spojeného žilního průtoku dojde ke zvýraznění žilní kresby v oblasti hrudníku a břicha.

Pavoučkovité névy (až u 70 % těhotných), hemangiomy (2.–3. trimestr asi u 5 % těhotných) a teleangiektázie se objevují zejména v obličeji, na krku, na pažích a na hrudníku, a to mezi 6.–9. měsícem těhotenství (9).

Léčba není nutná. Cévní změny spontánně mizí, v případě přetrvávání lze použít na poslední zmiňované **argonový a barvivový laser** i v průběhu těhotenství (5). Recidivy bývají i přesto časté.

Varixy, hemoroidy

Metličkové nebo kmenové varixy jsou pro těhotenství typické, zejména v oblasti vulvy, pochvy, konečníku a na dolních končetinách. Postihují zhruba 40 % těhotných (7). Jsou důsledkem částečné obstrukce žilního řečiště způsobené gravidní dělohou, stejně jako sníženého cévního tonusu. Trombóza je častější na hemoroidálních vénách (7). Se vznikem varixů souvisí i rozvoj stázou podmíněné purpury na dolních končetinách a pozitivní Rumpel-LEEduv test (test zvýšené kapilární permeability). Fragilita cév v těhotenství je zvýšená. Varixy po porodu mizí jen zčásti.

Léčba během těhotenství je spíše symptomatická s využitím **kompresivních punčoch, elevace končetin, polohování na levém boku** a s **vyloučením dlouhého sezení nebo stání**. U hemoroidů můžeme očekávat příznivý efekt **sedacích koupelí, laxativ, čípků** a **lokálních anestetik**. Lze podat některé **léky zpevňující stěnu cévní a snižující její permeabilitu**. Přetrvávající varixy lze odstranit **skleroterapií, laserem** nebo **operativně**.

Kožní nádory

Fibromy

Zvýšený počet měkkých pendulujících fibromů v oblasti krku, axil a pod prsy patří mezi časté změny v graviditě.

Změny na sliznicích

Gingivitida, pyogenní granulom (granuloma gravidarum, epulis)

Zmnožením kapilár dásní dochází ke vzniku těhotenské epulis, která se může v průběhu gravidity zhoršovat (7). Vyskytuje se přibližně u 2 % těhotných (8). Jedná se o rychle se tvořící, solitární, jasně červenou přisedlou nebo pendulující papulku, v barvě prosvítající ztenčené epidermis na spodině, vyskytující se kdekoli na kůži nebo sliznicích. Rychle roste a často krvácí. Podkladem je kapilární proliferace a smíšený zánětlivý infiltrát, nejspíše jako abnormální reakce na trauma. Většinou po porodu spontánně mizí, někdy je nutná **chirurgická excize**. V léčbě postačí důsledná **ústní hygiena** s vyloučením traumatizace gingivy.

Změny žláзовé aktivity

Časně dochází ke značnému vystupňování sekrece ekkrinních a apokrinních žláz a zesílení tělesného pachu. Hyperhidróza, tvorba milíí a dyschrotrický ekzém se mohou během těhotenství také vyskytnout.

V polovině těhotenství se zvyšuje sekrece mazových žláz, vzácně dochází k jejímu snížení (5). Přetrvávající akné se v průběhu gravidity zlepšuje, naproti tomu těhotenská akneiformní folikulitida (acne gravidarum) se objevuje ve 3. měsíci těhotenství a přetrvává až do puerperia. Příčina je nejasná.

U 30–50 % těhotných nacházíme v oblasti prsních dvorců hnědé Montgomeryho papulky jako důsledek hypertrofie mazových žláz prsů. Tyto změny mizí po porodu (7).

Léčba akné není nutná, zásadně se vyhýbáme podávání celkových retinoidů i jejich derivátů při lokální aplikaci pro možný teratogenní účinek (5). Místně lze použít např. **erythromycin 1–2%**, **vysušující přípravky**, **peelingové krémy**, **kyselinu azelaiovou**, **benzoylperoxid** (5). K léčbě hyperhidrózy je dostačující např. **20% aluminiumchlorid** v alkoholovém roztoku (5).

Změny růstu vlasů a nehtů

Ve 2.–3. měsíci těhotenství dochází vlivem působení většího množství estrogenů ke stimulaci růstu vlasů ve smyslu prodloužení anagenní fáze

až na 90–95 % (5). Postpartálně (nejvíce do 6. týdne) dochází potom vlivem prudkého snížení koncentrace estrogenů k převaze telogenní fáze růstu vlasů a tudíž k telogennímu effluviu (průměrně vypadne 2–3x více vlasů než je norma, tzn. 200–300/den). Stav se upravuje spontánně do 6–15 měsíců po porodu (6). K výpadu vlasů přispívá také vyčerpání organismu matky, vlastní porod a stresová zátěž v těhotenství.

O postpartální alopecii mluvíme v případě, kdy telogenní effluvium neustupuje 6 měsíců po porodu, přechod do androgenního typu alopecie je možný. Vyšetření by v tomto případě mělo být zaměřeno na změny funkcí štítné žlázy a hladin železa.

Během těhotenství není léčba nutná. Po porodu podáváme **léky podporující prokrvení kůže**, dále se doporučují **masáže kůže vlasaté části hlavy**, **celkově užívané aminokyseliny** a **kontraceptiva** v případě androgenní alopecie (5).

Mírný hirsutismus postihuje těhotné zejména na obličej i také na končetinách, méně často na břicho. Odpovědný se zdá být placentární androgen (6). Nevžaduje léčbu, ale v těžké formě a v kombinaci s virilizací zasluhuje podrobnější vyšetření k vyloučení přítomnosti androgeny-produkujícího tumoru (onemocnění ovarii – maligní tumory, syndrom polycystických ovarii, luteom, hyperreaktivní corpus luteum, onemocnění nadledvin, geneticky podmíněný deficit fetální aromatázy) (2, 6).

Změny na nehtech

Od 6. týdne těhotenství je růst nehtů urychlen. Změny pozorované na nehtech zahrnují onychoschisis, onychorhexis, distální onycholýzu. Léčba je pouze symptomatická.

Striae distensae (striae albicans, striae atrophicae gravidarum)

U téměř 90 % těhotných se během 2. trimestru gravidity objevují červené až světle fialové těhotenské jizvy v oblasti břicha, prsů a stehů. Do konce těhotenství se mohou rozšiřovat na paže a spodní polovinu zad. Patogeneticky se kromě hormonálního vlivu (estrogeny, gestageny, kortikosteroidy) uplatňují také mechanické faktory (5, 9). Hormony navozují narušení kolagení matrix dermis a zeslabení elastických vláken (9). Nejvíce postižené jsou ženy

s fototypem I a II, méně ženy s tmavou pletí a asiaticky (5). Po porodu přetrvávají kosmeticky rušivé, světlé, atrofické jizvičky.

Léčba spočívá v profylakticky důsledném a pravidelném **provádění masáží** v průběhu celého těhotenství, a to oblastí vystavených maximálnímu rozpětí např. oleji nebo hydrofilními mastovými základy. Také sprchování se střídáním studené a teplé vody jako „cvičení kožních cév“ se jeví jako smysluplné. Možná je také poporodní aplikace lokálních přípravků s obsahem **kyseliny retinové** nebo **585 nm pulzního dye laseru** (1).

Pruritus s nebo bez kožních změn

Lokalizovaný pruritus je relativně častým symptomem těhotenství a vyskytuje se asi u 20 % všech žen v průběhu pozdní fáze gravidity, nejdříve však od 3. měsíce, a to nejvíce na dlaních a ploskách. Příležitostně se může vyskytnout pruritus v oblasti vulvy nebo perianálně, který je podmíněn zvýšeným vaginálním fluorem nezřídka spojeným s kolpidou, vulvitidou nebo bývá podmíněný výskytem vulvárních varixů a hemoroidů.

Otoky

Retence sodíku a tekutin způsobená hormonálními změnami a výraznými změnami hemodynamiky v období gravidity vede ke vzniku otoků lokalizovaných na víčcích, kolem kotníků, na chodidlech a rukou. Otoky se zmenšují v průběhu dne a při fyzické aktivitě a po porodu rychle ustupují.

Seznam zkratk

DK – dolní končetina

DNA – deoxyribonukleová kyselina

HAK – hormonální antikoncepce

α MSH, β MSH – melanocyty stimulující hormon α , β

UV – ultrafialové záření

MUDr. Marie Košťálová

Klinika nemocí kožních a pohlavních, FN a LF UK
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
e-mail: kostamar@volny.cz

Literatura

1. Alster TS. Laser treatment of hypertrophic scars, keloids, and striae. *Dermatol. Clin.* 1997; 15: 419.
2. Holt HB, Medbak S, et al. Recurrent severe hyperandrogenism during pregnancy: a case report. *J. Clin. Pathol.* 2005; 58: 439–442.
3. Jedličková H. Těhotenské dermatózy. *Čes.-slov. Derm.* 2007; 82(4): 173–183.
4. Lawley TJ, Yancey KB. Skin changes and diseases in pregnancy. In: Freedberg IM, Eisen AZ, et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw-Hill, 2003: 1361–1366.

5. Orfanos CE, Garbe C, et al. *Therapie der Hautkrankheiten*. Springer, 1995: 1150–1159.
6. Stambuk R, Colven R. Dermatologic disorders. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies*. Churchill Livingstone 2002; 4: 1283–1292.
7. Větr Z. Dermatózy v těhotenství. In: Hájek Z, a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada 2004; 1: 215–220.
8. Winton GB, Lewis CW. Dermatoses of pregnancy. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1982; 6: 977.
9. Wong RC, Ellis CN. Physiologic skin changes in pregnancy. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1984; 10: 929.