

DERMATITIS PERIORALIS

MUDr. Hana Duchková, DrSc.

Kožní sanatorium s. r. o., Ústí nad Labem

Patogeneze periorální dermatitidy není známá. Onemocnění se vyskytuje často u mladých žen. Papuly a pustuly na zarudlé a někdy šupinaté kůži jsou na kůži brady a na kůži nazolabních rýh. Někteří autoři předpokládají, že periorální dermatitida je způsobená kožní intolerancí vázanou na konstitučně suchou kůži. Může být vyvoláno pravidelnou aplikací hydratačních krémů. Často předepisovaná lokální antibiotika nejsou příliš účinná.

Klíčová slova: definice, etiologie, diferenciální diagnostika, léčba.

DERMATITIS PERIORALIS

The pathogenesis of perioral dermatitis is unknown. The disease occurs often in young women. Papules and pustules on an erythematous and something scaling base are confined to the chin and nasolabial folds. Some of authors proposed that the perioral dermatitis is a cutaneous intolerance reaction linked to constitutionally dry skin. It is precipitated by the regular use of moisturizing creams. Local antibiotics are frequently prescribed but are not very effective.

Key words: definition, etiology, differential diagnosis, therapy.

Dermatol. praxi 2008; 2(2): 85–87

Definice onemocnění

Dermatitis perioralis je chronické recidivující kožní onemocnění, které je charakterizované tvorbou papul, papulovezikul, někdy pustul nebo papulopustul. Primární projevy bývají na zánětlivě změněné kůži. Onemocnění je lokalizované periorálně, centropaciálně, někdy periorbikulárně. Kožní změny vynechávají nepostižený proužek kolem úst. Po odeznění akutního stadia onemocnění zůstávají přechodné pozánětlivé pigmentace. Periorální dermatitidu neprovází zvýšený mazotok, není také primárním onemocněním vázaným na folikuly. V diferenciální diagnostice je třeba odlišit akné, rosacea a seboroickou dermatitidu (15).

Incidence a morbidita

Onemocnění postihuje hlavně ženy mezi 20. a 30. rokem života. U starších jedinců je větší incidence u mužů. Onemocnění se může vyskytovat sporadicky i u dětí. Morbidita se odhaduje na 0,5–1 %.

Etiopatogeneze

Častý výskyt onemocnění bez zjevného systémového onemocnění svědčí pro to, že jde převážně o zevní látky, které onemocnění provokují, udržují a také i zhoršují. Předpokládají se různé příčiny periorální dermatitidy, z nichž největší význam mají pravděpodobně kosmetika, lokální kortikosteroidy a suchá kůže.

Nadměrné zvlhčení kůže po aplikaci hydratačních krémů může způsobit poškození buněk rohové vrstvy, jejich nadměrné bobtnání, což vede k vyplavení přirozených lipidů kožní bariéry, a tím k následnému zvýšení vnímavosti kůže k zevním vlivům. Navíc fyziologická mikrobiální flóra v tomto prostředí může pronikat do nižších etáží kůže a vyvolat zánět.

Kortikosteroidy potlačují zánětlivou reakci. Jejich vazokonstrikční efekt snižuje mobilizaci obran-

ných mechanismů, což se klinicky projeví maskováním infekce, která je obtížně diagnostikovatelná, přestože existuje (20).

Onemocnění se často vyskytuje u jedinců s vrozeně suchou kůží, u atopiků a také po dlouhodobé aplikaci extern, která kůži vysušuje.

Mikrobiologickou kauzální příčinu onemocnění se zatím nepodařilo prokázat. Předpokládá se však možnost přidružené kvasinkové a bakteriální infekce, i možnost uplatnění roztoče (*Demodex folliculorum*) (19).

Diferenciální diagnostika

Rosacea

Dominantní lokalizací rosacey je obličej, i když se choroba může vyskytovat také na jiných částech těla, kůže krku. Klinický obraz je charakterizovaný centropaciálním erytémem, zprvu přechodným, později trvalým, papulami, pustulami a cévními ektázemi. Mezi další symptomy patří edémy a postižení očí (ophthalmo rosacea, blepharitis). Příčina onemocnění není jasná. Určitou roli hrají poruchy v oblasti trávicího traktu (6, 7, 17).

Seboroická dermatitida

Seboroická dermatitida je chronické zánětlivé onemocnění nealergického původu. Šupinaté plošky jsou lokalizované ve kšticí, v nazolabních rýhách, paranasálně, na bradě, očních víčkách a v retroaurikulárních oblastech. Obvykle se vyskytuje také na trupu. Postihuje kůži se zvýšeným množstvím mazových žláz. Typická je symetrie výskytu projevů v obličejí. Vyvolavatelem onemocnění je kvasinka *Malassezia* sp.

Akné

Diagnóza akné je obvykle snadná. Onemocnění je charakterizované tvorbou komedonů, papul, pustul, hrbolů, cyst, jizev.

Demodikóza (syn. pityriasis folliculorum)

Vyvolavatelem onemocnění je roztoč *Demodex folliculorum*. Typická je jednostranná lokalizace na tváři, tím je vyloučena rosacea. Onemocnění je charakterizované folikulárně vázanými papulami, někdy papulopustulami. Diagnóza je potvrzena přítomností roztočů vytlačených z folikulů. Roztoče lze prokázat v histologických řezech.

Další diagnózy

Tinea superficialis faciei

(povrchové plísňové onemocnění)

Onemocnění je charakterizované unilaterálním postižením kůže obličeje, kde jsou přesně ohraničená šupinatá, oválná ložiska. Mykologické vyšetření potvrdí diagnózu.

Sycosis barbae

Vyskytuje se u mužů ve vousaté části obličeje. Jedná se o folikulárně vázané papulopustuly. Nejčastějším vyvolavatelem onemocnění jsou stafylokoky.

Kontaktní alergický ekzém

Nepatrně šupinaté plošky na obličejí mohou být projevem ekzému. Ekzém může být způsoben kontaktními alergeny. Diagnózu lze potvrdit kožními epikutánními testy (1).

Gram-negativní folikulitida

Vzniká po dlouhodobé aplikaci antibiotik. Je charakterizovaná náhlým vznikem povrchních pustul. Bývá lokalizovaná v obličejí a často na zádech. Vyvolavatel onemocnění: *Escherichia aerogenes* a *coli*, *Proteus mirabilis*, *Serratia marcescens*.

Léčba

1 – „nulová“, 2 – celková, 3 – místní.

Obrázek 1. Rosacea



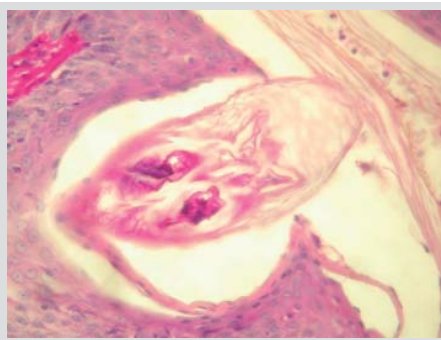
Obrázek 2. Před léčbou periorální dermatitidy



Obrázek 3. Po léčbě periorální dermatitidy



Obrázek 4. Demodex folliculorum – histologický obraz
Foto Eva Sticová



„Nulová“ terapie

Standardní terapeutický postup spočívá v přerušení aplikace lokálních kortikosteroidů a veškeré kosmetiky.

Celková léčba

Lékem první volby je metronidazol, i když někteří autoři dávají přednost antibiotikům.

1. antibiotika: tetracykliny (doxycyklin, minocyklin), makrolidy (erythromycin, azithromycin)
2. nitroimidazoly – metronidazol
3. kortikosteroidy
4. retinoidy (isotretinoin).

Antibiotika

Antibiotika se mohou aplikovat krátkodobě nebo dlouhodobě. Krátkodobá aplikace širokospektrých antibiotik znamená jejich podávání do vymizení pustul. Udržovací dlouhodobější léčba je určená pro zbytkové symptomy onemocnění. Neměla by přesáhnout 4–5 týdnů. Makrolidy se většinou aplikují krátkodobě – azithromycin 3 nebo 6 dní (12).

Metronidazol

Metronidazol je chemoterapeutikum z látkové skupiny nitroimidazolů s velmi selektivním účinkem na obligatorní anaerobní bakterie. Má antibakteriální a antiprotozoální účinky proti širokému spektru patogenních mikroorganismů. Aplikuje se maximálně 5–10 dnů. Déletrvající terapie se nedoporučuje pro vedlejší nežádoucí účinky (vliv na centrální nervový systém, zažívací potíže, leukopenie) (2, 3).

Kortikosteroidy

Krátkodobá perorální aplikace kortikosteroidů v pulzním systému se doporučuje u výrazně závažných a torpidních stavů. Vhodná je kombinace s antibiotiky.

Isotretinoin

Isotretinoin je doporučen pro léčbu těžkých forem periorální dermatitidy, u případů, které neodpovídají na standardní terapii systémovými antibiotiky ani na zevní terapii. Kontraindikací je současná aplikace tetracyklinů. Léčbu by měl monitorovat dermatolog.

Místní léčba

V zevní léčbě se používají externa s obsahem metronidazolu, erythromycinu, klindamycinu, klotrimazolu, ichtamolu a dalších účinných látek (14). Ve stadiu klinických zkoušek jsou lokální imunomodulátory a fotodynamická léčba.

Metronidazol

Metronidazol je účinný u některých výrazně zánětlivých forem periorální dermatitidy. Krém nebo gel se nanáší na postižená místa 2x denně v tenké vrstvě. Před nanesením léku se kůže musí pečlivě omýt a osušit. Při topickém užití metronidazolu byly ve 3% pozorovány mírné lokální nežádoucí účinky – pálení, svědění, zhoršení onemocnění. Pustulózní forma onemocnění vyžaduje kombinaci metronidazolu s celkově aplikovanými antibiotiky.

Lokální antibiotika (erythromycin, klindamycin)

Terapeutická účinnost lokálně aplikovaných antibiotik je podstatně menší než při jejich perorálním podání. Dlouhodobá aplikace navozuje bakteriální rezistenci.

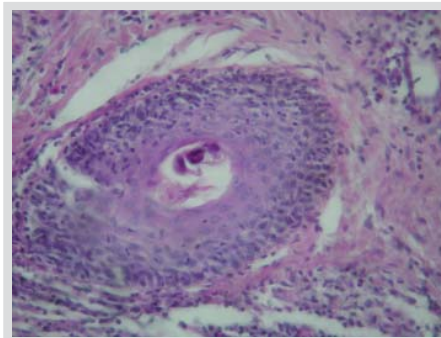
Obrázek 5. Rosacea HD



Obrázek 6. Demodicosis HD



Obrázek 7. Demodex folliculorum – histologický obraz
Foto Eva Sticová



Lokální antimykotika

Natamycin, nystatin, klotrimazol, ketokonazol, terbinafin, ciklopiroxolamin. Lokální antimykotika se většinou kombinují s jinými postupy. Ketokonazol je vhodný při současně probíhající periorální a seboroičké dermatitidě.

Lokální imunomodulátory (pimecrolimus a tacrolimus)

Podobně jako fotodynamická léčba jsou u periorální dermatitidy ve stadiích klinických zkoušek.

Diskuze

Patogeneze periorální dermatitidy je nejasná. V etiologii onemocnění se může uplatnit více faktorů, které se mohou kombinovat.

Frumes a Lewis (1957) označovali periorální dermatitidu jako „Light-sensitive seborrheid“. Vychá-

Obrázek 8. Gramnegativní folikulitida



Obrázek 9. Dermatitis seborrhoica faciei prezentace HD



zeli z poznatku, že onemocnění souvisí s expozicí slunečního světla a seboréou (9). Hypotéza nebyla potvrzena.

Powell (2000) se domnívá, že periorální dermatitida je abortivní formou rosacey, nebo že se jedná o rosaceiformní seboroický ekzém. Proti tomuto názoru svědčí mj. histologické nálezy. Pro rosaceiformní projevy na tvářích jsou charakteristické změny cévní, povrchní lymfédem a aktinická elastóza odpovídající vyššímu věku pacientů s rosaceou. U periorální dermatitidy je ekzematoidní histologický obraz se spongiózou v epidermis.

Na průběh rosacey mají vliv některé dráždivé potraviny včetně alkoholu. U některých pacientů bývá v zažívacím traktu přítomna bakterie *Helicobacter*

pylori produkující vazoaktivní látky (gastrin a penta-gastrin), které ovlivňují erytém v obličeji. Postižení očí je u rosacey časté. Uvedené faktory periorální dermatitidu neovlivňují.

Dlouhodobé používání steroidních krémů se skládalo více než 30 let za primární příčinu periorální dermatitidy. V posledních letech však většina žen tyto preparáty nepoužívá, přesto počet onemocnění stoupá. Hledají se jiné souvislosti.

Převládají názory, že periorální dermatitida je výsledkem kožní intolerance související s konstitučně suchou kůží a s používáním vysušujících látek, jako je benzoyl peroxid, tretinoin a lokální alkoholové preparáty. Jedná se o léky často používané pro léčbu akné. V některých případech se akné intenzivně léčené vysušujícími preparáty „přeměňuje“ v periorální dermatitidu. Onemocnění také často navazuje na atopickou dermatitidu, kde dominantním symptomem je suchá kůže (7).

Pro vznik periorální dermatitidy má podle některých autorů význam nadměrná hydratace rohové vrstvy epidermis způsobená aplikací hydratačních krémů. Permanentní hydratace rohové vrstvy snižuje bariérové funkce kůže s následnou proliferací kožní flory. Aplikace hydratačních krémů na noc zvyšuje riziko periorální dermatitidy několikanásobně. Zdá se tedy, že by klíčovou úlohu v etiologii periorální dermatitidy mohly mít kosmetické preparáty (14).

Mezi standardní léčebné postupy patří kromě „nulové“ terapie celková aplikace antibiotik a lokální aplikace metronidazolu. Širokospektrá antibiotika způsobují někdy zažívací potíže. Někteří lékaři dávají přednost azithromycinu, u něhož je snášenlivost dobrá, většinou se přesto nezabrání recidivám. Léčba se musí opakovat (12).

Mezi moderní metody prověřované v klinických studiích patří aplikace lokálních imunomodulátorů. Mezi tyto nehormonálně, imunosupresivně působící léky patří pimecrolimus a tacrolimus. Pimecrolimus krém se dosud aplikoval u nemocných s atopickou

dermatitidou a u jiných zánětlivých onemocnění lokalizovaných na obličeji (iritativní faciální dermatitida, seboroická dermatitida a rosacea indukovaná steroidy). Oppel (2007) rozšířil indikační spektrum o periorální dermatitidu, kde dosáhl relativně dobrých výsledků (11, 16). Takrolimus v masti způsobil u některých nemocných s periorální dermatitidou rosaceiformní dermatitidu. Nežádoucí reakce byla pravděpodobně způsobená okluzivním působením masťového základu (4, 10).

Rochet (2006) a LE Bryld (2007) použili fotodynamickou léčbu při léčení rosacey i periorální dermatitidy. Novou metodu je nutné prověřovat přes optimistické závěry autorů. Fotodynamická léčba spočívá v kombinovaném použití fotodynamické aktivní látky – fotosenzibilizátoru a viditelného světla (630–700 nm) (5, 8, 13, 18).

Závěr a stručné doporučení

Přestože periorální dermatitida neohrožuje život, je příčinou psychických problémů. Lékař by si měl uvědomit, že je nutné pacientům trpělivě vysvětlovat nutnost „nulové“ terapie a příčinu dlouhodobé a někdy opakované léčby. Dále jim musí vysvětlit, že vysazení kosmetických preparátů a lokálních kortikosteroidů je nutné.

Mezi účinné léčebné postupy patří aplikace metronidazolu a antibiotik systémově a lokální aplikace metronidazolu. Lokální antibiotika nejsou tak účinná jako systémově aplikovaná antibiotika.

V případě neúčinnosti standardních postupů se doporučuje léčba isotretinoinem. Tuto léčbu by měl řídit dermatolog.

MUDr. Hana Duchková, DrSc.

Kožní sanatorium s. r. o.

Stará 2520/A45, 400 11 Ústí nad Labem

e-mail: duchkova@koznisanatorium.cz

Literatura

- Ashton R et al. Differential Diagnosis in Dermatology. Oxford: Radcliffe Press Ltd, 1993, 2nd edition.
- Bitar A et al. A double-blind randomised study of metronidazole 1% cream in the treatment of acne rosacea: a placebo-controlled study. Drug. Invest. 1990; 4(2): 242–248.
- Bleicher PA et al. Topical metronidazole therapy for rosacea. Arch. Dermatol., 1987; 123: 609–614.
- Bornhövd EC et al. Immunomodulatory macrolactams for topical treatment of inflammatory skin diseases. Curr Opin Investig Drugs: 2002; 3: 708–712.
- Bryld LE et al. Photodynamic therapy in series of rosacea patients (original article) JEADV 2007; 21: 1199–1202.
- Duchková H. Rosacea; Trendy v medicíně, ročník 5, 2003/04: 31–35.
- Elewski BE. A novel treatment for acne vulgaris and rosacea. J. Acad. Derm. Venerol. 2000; 14: 424.
- Ettler K. Fotodynamická terapie v dermatologickém použití. Další rozvoj metody. Časopis Lékařů Českých, 2006; 145(3): 184–187.
- Frumes GM, Lewis HM. Light-sensitive seborrhea. Arch Dermatol 1957; 57: 245–248.
- Goldman D. Tacrolimus ointment for the treatment of steroid – induced rosacea: preliminary report. J Am Acad Dermatol 2001; 44(6): 995.
- Chu CY. The use of 1% Pimecrolimus cream for the treatment of steroid-induced rosacea. Br J Dermatol 2005; 152: 396–399.
- Jedličková A. Antimikrobiální terapie, 2. rozšířené vydání; Praha: Maxdorf, 1996: 2004.
- Maisch T et al. Antibacterial photodynamic therapy in dermatology. Photochem Photobiol Sci 2004; 3: 907–917.
- Malik R et al. Topical applications and perioral dermatitis. Aust. J Dermatol. 2000; 4(1): 34.
- Mihan R, Ayres SJ. Perioral dermatitis. Arch Dermatol 1964; 89: 803–805.
- Oppel T et al. Pimecrolimus cream (1%) efficacy in perioral dermatitis – results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled study in 40 patients. JEADV 2007; 21: 1175–1180.
- Powell FC. What's going on rosacea? J. Acad. Derm. Venerol. 2000; 14: 351–352.
- Richey DF et al. Photodynamic therapy for perioral dermatitis. J Drugs Dermatol 2006; 5 (2 Suppl.): 12–16.
- Ruffi T et al. Demodex folliculorum: Zur Ätiopathogenese und Therapie der Rosacea und perioralen Dermatitis. Dermatologica 1981; 162: 12–26.
- Viktorinová M. Přehled lokálních kortikosteroidů v dermatologii. Klin Farmakol Farm 2006; 20: 202–210.