

Dermatitis seborrhoica

MUDr. Martina Grycová

Dermatovenerologické oddělení, Vojenská nemocnice Olomouc

Seboroická dermatitida je chronická zánětlivá, často recidivující dermatóza, která sice patří mezi běžná a nezávažná onemocnění, ale svými projevy a lokalizací má nepříznivý společensko-sociální dopad. Článek popisuje případ pacientky s výraznou akcentací tohoto onemocnění v souvislosti s psychickou zátěží.

Klíčová slova: seboroická dermatitida, klinický obraz, terapie, psychický stres.

Seborrheic dermatitis

Seborrheic dermatitis is a chronic relapsing inflammatory skin disorder which is a common and mild disease. However, it could result in negative social impact due to its signs and distribution. The article describes a severe seborrheic dermatitis case related to and induced by psychological stress.

Key words: seborrheic dermatitis, clinical presentation, therapy, psychological stress.

Dermatol. praxi 2015; 9(2): 77–78

Úvod

Seboroická dermatitida patří mezi často se vyskytující dermatózy, bývá řazena do skupiny ekzémových dermatóz, i když nemá alergický podklad (1). Je charakterizována výskytem erytematoskvamózních kožních lézí v predilekcích bohatých na mazové žlázy a v intertriginózních lokalitách (2). Za předstupeň je považována zvýšená lupovitost kůže bez zánětlivých změn (cca 15 až 20 % populace), která bývá často označována spíše jako tzv. občasná norma než chorobná jednotka (1).

Zvýšený výskyt lze pozorovat u kojenců v období prvních 3 měsíců věku, dále v pubertě a dospělosti s maximem okolo 40. roku života (3 až 5 % populace), přičemž onemocnění převažuje u mužů (3). Zvláštní skupinu tvoří HIV pozitivní pacienti, u kterých se toto onemocnění vyskytuje až v 83 % případů a je velmi rezistentní na léčbu. Může být rovněž vůbec prvním signálem HIV positivity (4).

Etiopatogeneze není dosud zcela jednoznačně známa. Je prokázán vliv androgenů, s čímž souvisí výskyt v určitých věkových skupinách. Predispozičním faktorem je sklon ke zvýšené činnosti mazových žláz, tzv. *status seborrhoicus*, ale i změna kvality séba, což usnadňuje pomnožení mikroorganismů (důležitou roli hraje lipofilní kvasinka *Malassezia*) (5). Z dalších faktorů je to např. hyperhidróza, iritační a senzibilizační potenciál mikroorganismů, karenci stavy, metabolické změny, poruchy nervového systému, emoční či fyzický stres, klimatické podmínky (6).

Popis případu

61letá pacientka byla odeslána do naší ambulance ke konziliárnímu vyšetření z interního

oddělení pro svědivé eflorescence v obličeji. Pacientka udávala, že se tyto obtíže pravidelně vyskytují v návaznosti na psychickou zátěž – nyní exacerbace při několika denní hospitalizaci na interním oddělení naší nemocnice, kam byla odeslána pro 4 dny trvající kolikovitě bolesti břicha s vomitem a přechodně i febriliemi, původně v návaznosti na dietní chybu. Laboratorní vyšetření prokázala elevaci jaterních a pankreatických enzymů s mírnou elevací C-reaktivního proteinu. Rentgenový snímek břicha vstoje byl bez patologického nálezu, ultrasonografické vyšetření břicha prokázalo cholecystolithíazu bez dilatace žlučových cest se známkami lehké iritace pankreatu. Internisté stanovili diagnózu biliární pankreatitidy.

Pacientka se dlouhodobě léčí s hypertenzí korigovanou amlodipinem, dále pro vertebrogení algický syndrom páteře. V roce 1987 při operaci pravého ramenního kloubu prodělala cévní mozkovou příhodu (dále CMP), následně v roce 1994 pacientku postihla druhá ataka CMP – je dispenzarizována v neurologické ambulanci. V osobní anamnéze dále uvádí reaktivní anxiózně depresivní syndrom po sebevraždě manžela. Pacientka byla krátkodobě v dispenzarizaci psychiatrické ambulance. I přes důkladnou edukaci psychiatrem užívání antidepressiv odmítala z důvodu obavy ze vzniku závislosti. Pro potíže s nespavostí medikovala několik měsíců levomepromazin s přechodným efektem. Další psychiatrickou péčí následně odmítla, i když insomnie nadále trvá. Rodinná anamnéza je bez pozoruhodností. Pacientka uvádí alergii na diklofenak. Žije sama, je vdova, nekouří, alkohol pije sporadicky.

Následující den po přijetí na interní oddělení docházelo v oblasti obočí a glabely

k rozvoji ostře ohraničených erytematózních makulopapul s mastnými žlutavými šupinami. Ložiska se postupně šířila na laterální partie nosu a nazolabiální rýhy. Při vlasové hranici nad čelem a na temeni se vytvořily hojné běložlutavé mastné skvamy na erytematózní spodině. Pacientka si stěžovala na úporný pruritus obličeje i kůže.

Pacientka zaznamenala první kožní potíže v obličeji před rokem po suicidiu manžela. Vyskytovaly se intermitentně v souvislosti s psychickým stresem, čehož si byla pacientka sama vědoma. Na kožní ambulanci dosud vyšetřena nebyla. Při exacerbaci onemocnění na ložiska aplikovala krémy z lékárny (zřejmě dermokosmetiku – přesné názvy neví) s postupným odezníváním kožních projevů při pravidelné péči o pleť a s ústupem psychické tenze.

Nyní nastala rychlá exacerbace kožního onemocnění v jednoznačné souvislosti s psychickým stresem při hospitalizaci. Pacientka je plačtivá, obává se budoucnosti a plánované cholecystektomie. Současně je stresovaná progredujícím erytémem obličeje se šupinami, na který okolí reaguje negativně. Při první návštěvě naší ambulance jsme doporučili šetrné mytí obličeje bez mýdla, na ložiska aplikovat 2x denně hydrokortison-butyrát v krému, k promazání ambiderman, do kůže ke zmírnění erytému a pruritu 1x denně večer triamcinolon acetonid ve formě emulze, 2x týdně dermokosmetický šampon s obsahem zinkpyrithionu a cyklopiroxolaminu. Doporučili jsme celkově antihistaminika a edukovali jsme nemocnou o režimových opatřeních, úpravě životosprávy a možnosti konzultace s psychologem. Pacientka tuto nabídku opakovaně odmítla i přes naše důrazné doporučení a upozorně-

ní, že psychický stres je jedním z významných spouštěčů tohoto onemocnění.

Z důvodu dimise z interního oddělení byla pacientka odeslána na kontrolní konziliární vyšetření již za 4 dny. Subjektivně byla pacientka spokojenější, bez psychické tenze, udávala výrazné zmírnění pruritu a všimla si i pozitivnějších reakcí okolí. Pozorovali jsme zmírnění erytému obličeje i kštice se zbytkovými šupinami s maximem postižení při vlasové hranici nad čelem. Vzhledem ke klinickému stavu jsme snížili aplikaci kortikosteroidního externa (dále KS externa) 1x denně v kombinaci se střídavě podávaným flutrimazolem v krému. Pacientku jsme pozvali ke kontrolnímu vyšetření za 3 týdny, při kterém jsme konstatovali další regresi kožních projevů – zbytkový erytém v nazolabiálních rýhách a odloučení šupin včetně kštice. Subjektivně byla pacientka spokojená, bez pruritu. K udržovací terapii byla doporučena dermokosmetika.

Diskuze

Základem terapie seboroické dermatitidy je lokální léčba s cílem regulovat tvorbu kožního mazu, snížit nadměrné mikrobiální osídlení a zmírnit pruritus. Do kštice používáme šampony či gely, při postižení obličeje lotia či krémy s obsahem antimykotik (imidazolová antimykotika, cyklopiroxolamin...) (7). V lehčích případech jsou dostačující volně prodejné dermokosmetické šampony a krémy s obsahem různých účinných látek (zinkpyrithion, selenium disulfid, ichtamol, thiosaliclát zinku, glycyl, piroctonolamin...). Lze je využít samostatně k prevenci recidiv nebo v úvodu terapie do kombinace s antimykotickými či KS externy. V případě intenzivního erytému, často doprovázeného pruritem, indikujeme mírně účinná KS externa v kombinaci s antimykotickou či antimikrobiální složkou (1, 2). Výhodou této terapie je rychlé potlačení zánětlivé složky seboroické dermatitidy, nevýhodou pak častější recidivy po jejich vysazení. Lze je využít krátkodobě v tzv. sestupném režimu (pozvolný přechod na KS externa s nižší účinností s postupným vysazením a nahrazením indierentními externy) nebo později v tzv. režimu intervalovém (3–4 dny aplikovat KS externum, poté střídát s antimykotikou, dermokosmetikou či indierentními přípravky) (1). Jako off-label indikaci lze využít přípravky s inhibitory kalcineurinu (pimecrolimus, tacrolimus). Systémovou léčbu antimykotiky využíváme v případě diseminované seboroické dermatitidy či při úporném postižení kštice nereagujícím na léčbu (7).

I když seboroická dermatitida patří mezi běžná a nezávažná onemocnění, má výrazný vliv na kvalitu života pacientů a významný společensko-sociální dopad. Jedním ze spouštěčů choroby je (pacienty často podceňovaný) emoční stres, ale i onemocnění samotné svými projevy a lokalizací zpětně zvyšuje psychickou zátěž pacienta. K tomu se přidávají negativní reakce okolí. Dochází k rozvoji „začarovaného kruhu“. Je prokázána vyšší prevalence seboroické dermatitidy (7–10 %) u osob nad 65 let věku v souvislosti s vyšším výskytem depresí při snížené soběstačnosti (8).

Chronický a často recidivující průběh onemocnění i přes moderní léčebné metody a kosmetické přípravky často vede k frustraci a nedůvěře pacienta v úspěch léčby. Důležitá je proto volba kosmeticky přijatelného externa s ohledem na lokalitu výskytu (do kštice se doporučují roztoky, gely, lotia, pěny, na obličej lotia a krémy) (1). Musíme přihlídnout i k tomu, že léčba je dlouhodobá a pokožka postižená seboroickou dermatitidou má sklon k iritaci a senzibilizaci (4). Velmi důležitou součástí komplexní terapie je i důkladná edukace pacienta o povaze onemocnění a režimových opatření – šetrná hygiena, omezení pocení, úprava životosprávy, redukce psychického i fyzického stresu. Podstatné je pacienta motivovat, podpořit a odbourat zábrany k návštěvě psychologa či psychoterapeuta.

Závěr

Stejně jako u jiných kožních onemocnění i léčba seboroické dermatitidy vyžaduje komplexní přístup lékaře k pacientovi a úzkou spolupráci a trpělivost obou zúčastněných i případnou kooperaci s dalšími obory.

Literatura

1. Obstová I. Dermatitis seborrhoica capillitii. Referátový výběr dermatovenerologie 2014; 2: 27–34.
2. Štork J, et al. Dermatitis seborrhoica. Dermatovenerologie. 2. vydání, Galén 2013: 166–167.
3. Salavec M. Seboroická dermatitida, lupovitost. 2010: <http://www.tribune.cz/clanek/20102>.
4. Fritsch PO, Reider N. Seborrheic dermatitis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, et al. Dermatology Volume One. Mosby, 2003: 215–218.
5. Salavec M. Dermatitis seborrhoica. Dermatologie pro praxi 2010: 186–191.
6. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Seborrheic dermatitis. Dermatology. Second, completely revised edition, Springer-Verlag 2000: 487–490.
7. Williams J, Coulson I. Seborrheic eczema. In: Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I. Treatment of skin disease. Saunders Elsevier 2010: 694–696.
8. Buchvald D. Seboroická dermatitida. Dermatológia pre praxi 2009: 98–101.

Obrázek 1. 1. návštěva v naší ambulanci



Obrázek 2. Kožní nález při kontrolním vyšetření



Obrázek 3. 1. návštěva v naší ambulanci



Obrázek 4. Kožní nález při kontrolním vyšetření



Článek přijat redakcí: 15. 12. 2014
Článek přijat k publikaci: 13. 1. 2015

MUDr. Martina Grycová
Dermatovenerologické oddělení,
Vojenská nemocnice Olomouc
Sušilovo nám. 5, 771 11 Olomouc
grycovamartina@seznam.cz

