

Akné a atopická dermatitida v ordinaci pediatra

MUDr. Lucie Růžičková Jarešová

Dermatovenerologické oddělení FN Motol, Praha

Akné je kožní, chronické, neinfekční zánětlivé onemocnění mazových žláz a vlasových vývodů. Postihuje obě pohlaví, nezávisle na věku, nejčastěji však v období od 11 do 25 let. Asi u 10–15 % pacientů mohou vznikat projevy i v pozdějším věku. Atopický ekzém je silně svědivé zánětlivé chronické kožní onemocnění. Výskyt onemocnění má progresivní trend. V České republice je prevalence přibližně 5–10 %. Pozitivní rodinná anamnéza zvyšuje pravděpodobnost výskytu choroby u dětí.

Klíčová slova: pilosebaceózní jednotka, komedony, papuly, pustuly, noduly, cysty, antibiotika (ATB), benzoylperoxid, retinoidy, kyselina azelaová.

Acne and atopic dermatitis in a paediatrician's surgery

Acne is a chronic, noninfectious, inflammatory skin disease of the sebaceous glands and hair follicles. It affects both sexes regardless of age; however, it is most common between 11 and 25 years of age. In about 10–15% of patients, manifestations may occur at older age. Atopic eczema is an intensely itchy, chronic inflammatory skin condition. The incidence of the disease has a progressive trend. In the Czech Republic, the prevalence is approximately 5–10%. A positive family history increases the likelihood of development of the disease in children.

Key words: pilosebaceous unit, comedones, papules, pustules, nodules, cysts, antibiotics (ATB), benzoyl peroxide, retinoids, azelaic acid.

Pediatr. praxi 2011; 12(5): 309–312

Akné

Akné je chronické, neinfekční zánětlivé onemocnění mazových žláz a vlasových vývodů. Je postižena pilosebaceózní jednotka tvořená vlasovým folikulem, do kterého ústí mazová žláza produkující olejovitou hmotu, sebum. Maz je vylučován na povrch kůže a podílí se na vzniku ochranného hydrolipidového filmu kůže. Mazové žlázy se vyskytují na celém těle s maximem v oblasti obličeje, horní polovině zad a dekoltu.

Etiopatogeneze

Na vzniku akné se podílí více faktorů. Nejvýznamnější jsou zvýšená tvorba mazu, zvýšená a zrychlená produkce zrohovatělých buněk, přemnožení bakteriální flóry, především *Propionibacterium acne*, *Staphylococcus epidermidis* a lipofilních kvasinek *Pityrosporum ovale*. Genetická predispozice, hormonální změny (dihydrotestosteron), psychický stav, mechanické dráždění, ale i užívání některých léků (léky – např. kortikosteroidy, jód, bróm, lithium, barbituráty, vitaminy B, anabolika) jsou dalšími podpůrnými složkami (1).

Klinický obraz a klasifikace akné

V klinickém obraze mohou být přítomny zánětlivé nebo nezápětivé projevy. Častá je kombinace obou. Mezi nezápětivé léze patří *komedony*. Vznikají z důsledku zvýšené tvorby mazu, zvýšené a zrychlené produkce zrohovatělých buněk. Tyto buňky brání odtoku mazu, který stagnuje a folikulární ústí se uzavírá. Vzniká anaerobní prostředí, které je ideální k pomnožení a růstu bakterií, především *Propionibacterium acne* (P. A). P. A. produkuje chemické látky a chemotaktické faktory, které

Tabulka 1. Klasifikace akné (upraveno dle 2)

Stupeň	Acne comedonica počet komedonů na 1/2 obličeje	Acne papulopustulosa počet papul/pustul na 1/2 obličeje	Acne conglobata počet cyst či infiltrátů na 1/2 obličeje
I.	méně než 10	méně než 10	mírné 3–5
II.	10–25	10–20	
III.	25–50	20–30	těžké > 5
IV.	nad 50	nad 30	

vyvolávají zánět. Vznikají zánětlivé projevy – *papuly*, *pustuly*, *noduly*, *cysty*. Podle převažujících projevů a klinického nálezu se akné dělí na tři nejčastější základní formy – *acne comedonica*, *acne papulopustulosa*, *acne conglobata* (tabulka 1).

Lokální a celková terapie

Lokální terapie je dlouhodobá a je nutné pacienta upozornit, že účinek nastupuje až po 4.–6. týdnu aplikace. Cílem je snížení produkce mazu, odstranění komedonů, zánětlivých změn a zabránění jejich tvorby. Přechodné zhoršení projevů v počátku léčby není důvodem k přerušení terapie. Mezi lokální aknéterapeutika patří antibiotika (ATB), benzoylperoxid, adapalen, retinoidy a kyselina azelaová. ATB se aplikují 2x denně na postižené místo. Jedna účinná látka by se neměla používat déle než 3 měsíce vzhledem k možnosti vzniku rezistence. Benzoylperoxydy jsou silná oxidační činidla. Působí proti zánětu a zlepšují uvolňování komedonů. Některé oblečení nebo ložní prádlo z barevných vláken může být odbarveno, stejně tak i vousy, obočí nebo vlasy. Aplikují se 1–2x denně na zánětlivá ložiska nebo plošně. Lokální retinoidy mají účinek olupující a stimulují proces obnovování kožních buněk. Jejich základním efektem je

primární komedolytický účinek, který je nejvíce vyjádřen u adapalenu. Také jsou důležité v kombinované léčbě s antibiotiky, či benzoylperoxydy. Další jejich využití je v léčbě udržovací a preventivní v zabránění recidiv akné. Jsou kontraindikované v graviditě a při kojení, opatrnost je nutná při pobytu na slunci – možnost podráždění kůže. Aplikují se 1x denně nejčastěji na noc, na očištěnou a osušenou kůži. Kyselina azelaová působí protizánětlivě, komedolytický a antimikrobiálně, snižuje nepatrně tvorbu mazu. Může se používat v době těhotenství, při kojení. Nezvyšuje citlivost kůže vůči UV záření. Monoterapie je často málo účinná, proto je výhodnější kombinace léků, nejčastěji ATB s jinou účinnou látkou (např. lokální retinoid, azelaová kyselina, benzoylperoxid). Na začátku léčby se může objevit drobné podráždění pokožky charakterizované suchostí, olupováním, svěděním nebo pálením kůže. V této fázi je nutná dostatečná hydratace kožního povrchu a snížení frekvence aplikace léku nebo optimální zkrácení doby expozice. Tento stav by měl být kontrolován ošetřujícím lékařem, který rozhoduje v pokračování nebo ukončení terapie.

Při zhoršení nebo přetrvávání projevů je možnost celkové léčby. K regresi zánětlivých projevů

jsou nejčastěji používána antibiotika tetracyklinového typu nebo makrolidy. Celková terapie ATB trvá 3 týdny až 3 měsíce dle efektu a typu použité účinné látky. Pro zvýšení účinku lokální léčby je u žen doporučováno užívání hormonální antikoncepce. U závažných forem akné se podávají retinoidy – *isotretinoin*, s velmi dobrým terapeutickým efektem. U žen ve fertilním věku je však při této léčbě nutná spolehlivá antikoncepce, nejlépe kombinované orální kontraceptivum doplněné ještě mechanickou antikoncepcí, neboť isotretinoin patří mezi léky s těžkými teratogenními účinky. Jako doplněk léčby je možná aplikace dermokosmetických výrobků, fototerapie, terapie pomocí laserů, kryoterapie a chemický peeling.

Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika může být někdy obtížná.

Atopický ekzém – suchá, erytematózní, olupující se ložiska v obličeji, ale často se vyskytují i jinde na těle. Vedlejším nálezem může být prořídle obočí laterálně (Hertogheovo znamení) a tmavé periorbikulární zabarvení (halonové oči) (3, 5).

Rosacea – „růžovka“ patří mezi častější kožní onemocnění, které je charakterizováno začervenaním obličeje, nejčastěji v oblasti nosu a tváří s tvorbou teleangiektázií a erytematózních papul. Komedony nejsou přítomny. Ke zhoršení projevů dochází např. při teplotních změnách, UV záření, požití dráždivých potravin, kávy a alkoholu (2, 3).

Periorální dermatitida je onemocnění charakterizované tvorbou projevů, nejčastěji papul, někdy pustul. Kůže bývá postižena v oblasti kolem úst, vzácněji očí. Vyvolávajícím faktorem mohou být např. kosmetické přípravky, fluorizované zubní pasty, externa s obsahem kortikoidů. Léčba je zdlouhavá (3, 4).

Seborhoická dermatitida – na čele v oblasti glabely, v obočí, v nazolabiálních rýhách, při vlasové hranici vznikají erytematózní ložiska, olupování kůže, mohou být přítomny mastné, žluté šupiny. Tyto projevy se mohou nacházet také v oblasti sternu (5).

Demodikóza – parazitární kožní onemocnění způsobené parazitem *Demodex folliculorum*. Způsobuje zánět v oblasti folikulu, důsledkem je vypadávání vlasů v postižené oblasti nebo tvorba zánětlivých projevů v obličeji nebo i jinde na těle. Parazit se množí přímo na hostiteli a má několik vývojových stadií (vajčko, larva nymfa a dospělec).

Folikulitida – je bakteriální infekce způsobená *Staphylococcus aureus*, méně často *Staphylococcus epidermidis*. V oblasti vlasového folikulu vzniká pustula s úzkým červeným lemem v okolí, mohou být přítomny eroze, krusty.

Onemocnění často recidivuje. Léčí se lokálně antiseptickými nebo antibiotickými externy.

Závěr

Akné není pouze kosmetický problém, ale má všechny atributy chronického onemocnění. Včasné zahájení terapie, vhodná kombinace léků a udržovací místní léčba je velmi důležitá. Projevy bývají nejčastěji lokalizovány v obličeji a mnohdy vyvolávají psychické změny u pacientů. Pokud není lokální nebo celková terapie účinná, projevy se hojí jizvou nebo jsou rozsáhlé, je nutné včas odeslat pacienta k odbornému kožnímu lékaři.

Atopický ekzém

Atopický ekzém je silně svědivé zánětlivé chronické kožní onemocnění. První projevy mohou vzniknout v kterémkoliv věku, ale všeobecně se u 2/3 pacientů vyskytnou do 2 let věku života. V České republice je prevalence přibližně 5–10% (4). Výskyt má progresivní trend. Obraz choroby je výsledkem interakce genetické zátěže jedince a vlivu životního prostředí. Silná genetická dispozice a pozitivní rodinná anamnéza patří mezi důležitá diagnostická kritéria (tabulka 2).

Klinický obraz a diagnóza

Neexistuje známý laboratorní, biologický marker ani specifický histopatologický obraz pro atopický ekzém. Na stanovení diagnózy se používá řada klinických znaků, symptomů a údajů z anamnézy. Mezi hlavní kritéria patří pruritus (svědění), typický projev v typické lokalizaci (lichenifikace, zhrubění kůže, erytém, vezikuly, papuly, olupování kůže), chronický nebo chronicko-recidivující zánět kůže, pozitivní osobní nebo rodinná anamnéza (pozn. – výskyt senné rýmy a astmatu je řazen mezi pozitivní osobní anamnézu). Seznam vedlejších kritérií je rozsáhlý, např. včasný začátek onemocnění, zvýšené IgE v séru, pozitivní kožní testy, bílý dermografismus, cheilitida, halonové oči, nesnášenlivost vlněných oděvů, náchylnost ke kožním infekcím. Důležitý diagnostický význam má též suchá kůže jako projev porušení bariérové funkce. Primární je pruritus a viditelné projevy na kůži (exkoriace, eroze, hemoragické krusty, atrofické jizvičky) jsou jeho následkem. Ložiska bývají symetrická, erytematózní, často rozsáhlá. Někdy je možné pozorovat

Tabulka 2. Pravděpodobnost vzniku atopické dermatitidy (AD)

	Riziko vzniku AD
Negativní rodinná anamnéza	5–15 %
Pozitivní rodinná anamnéza, 1 rodič s projevy AD	20–40 %
Pozitivní rodinná anamnéza, oba rodiče s projevy AD	30–60 %
Pozitivní rodinná anamnéza, oba rodiče s totožnými projevy AD	60–80 %
Pozitivní rodinná anamnéza, sourozenec s projevy AD	25–35 %

vat serózní exsudaci, mokvání a světležluté krusty. Častou komplikací je následná infekce, nejčastěji způsobená stafylokoky nebo streptokoky.

Formy atopické dermatitidy

Kojenecká fáze: 1.–2. rok života

První projevy se vyskytují v období 2.–6. měsíce po narození. Klinicky se atopický ekzém projevuje suchou, drsnou kůží, zčervenáním nejčastěji v oblasti tváří, čela, hlavy, okolo uší, na krku. Později se začínají ložiska objevovat v oblasti flexorových ploch končetin. Onemocnění má tendenci generalizovat. Pravidlem je fluktuace a náhlé vzplanutí. Svědění kůže u dítěte vyvolává nespavost, neklid, pláč, od 3. měsíce jsou viditelné škrábance. Nejčastějším vyvolavatelem jsou potravinové alergenů (např. kravské mléko, vejce, citrusové plody). Zhoršení ekzému může být též vyvoláno prořezáváním zoubků, očkováním, infekcí. Mezi 9.–12. měsícem nastává zhoršení (6).

Dětská fáze: 2–12 let

Kolem druhého roku života nastává výraznější fáze transformace projevů s maximem výskytu v loketních a podkoleních jamkách. Ekzémové projevy bývají též výraznější v oblasti krku, šíje, zápěstí a na prstech. Kůže je hrubá, drsná, erytematózní, začíná být přítomna lichenifikace. Pokožka obličeje je bledá. Typickým projevem jsou tmavší a zhrubělá oční víčka, chybění zevní 1/3 obočí, někdy i řas. Nehty mohou být vyhlazené, lesklé z důvodu dlouhodobého škrábání. Forma může být primární nebo přechází z kojenecké fáze. V tomto období se 75 % dětí zhojí (6, 7).

Adolescentní a dospělá fáze: nad 12 let

Atopický ekzém může po pubertě oslabit svou intenzitu a projevy mohou být diskrétnější. Lokalizace se mění. Kromě flexur bývají postiženy ruce, prsty, plosky, tváře, okolí rtů, očí, prsních bradavek. V popředí je zhrubění – lichenifikace kůže.

Nepříznivé faktory

Mezi nepříznivé faktory patří např. časté mytí mýdlem, kontakt se saponáty, chlorovaná voda, vlněné tkaniny, látky s vlasem, horká voda, prašné prostředí (např. pískoviště, hlína), dráždivé chemikálie, plyšové hračky.

Léčba

Terapie atopického ekzému je lokální a celková. Primární je svědění kůže a projevy vznikají následkem škrábání. Je proto nutné omezit tyto spouštějící mechanismy. Velmi důležité je upoutat pozornost dítěte jinou činností. Doporučuje se snížení teploty v místnosti, časté větrání, ostříhání nehtů a naučení dítěte se spíše hladit bříšky prstů. Na noc používat bavlněné rukavice nebo uzavřené rukávy. Lokální terapie je nezbytnou a základní léčbou k obnovení poškozené bariérové funkce kůže. Dobře zvolené externum tiší svědění, hydratuje, promašťuje, zmírňuje zánět. Na mokvající, živě červené, podrážděné okrsky kůže se aplikují obklady, které mají zklidňující a vysušující účinek, např. Jarischův roztok, slabě růžový roztok hypermanganu, odvar z černého čaje. Provádí se gázou, která se namočí v roztoku, poté se vymačká a přiloží na postižená místa, po zchlazení (1–2 min.) obvazu je nutná výměna. Celková doba obkladování se doporučuje 10–15 min. Opakujeme 3× denně. Ložiska se nesmí neprodyšně zakrývat z důvodu možnosti zhoršení ekzému. V terapii se osvědčují též léčebné koupele např. s obsahem mořské soli, dubové kůry, slabě růžového roztoku hypermanganu. Promašťování kůže je základem správné terapie. Spotřeba masti, krému za 1 měsíc by měla být u kojence 500 g, u většího dítěte až 2 kg. Je nutné poučit pacienta a rodiče, že správné ošetřování spočívá v nanášení menšího množství krému nebo masti, ale čím častěji, tím lépe (6). Při zhoršení ekzému je nutné promazávání několikrát denně (při začátku cca 10×, po 2–3 týdnech 2–3× denně). Různé kosmetické prostředky mohou kůži dráždit z důvodu obsahu konzervačních látek a parfémových složek, ale zhoršení může nastat též po aplikaci „přírodní“ kosmetiky (heřmáněk a jiné byliny). Dětská kosmetika musí zvlhčovat, promašťovat, nedráždit. Na erytematózní ložiska se aplikují krémy s obsahem kortikosteroidů (KS) a nebo imunomodulátorů. Používání KS je bezpečné, pokud jsou dodržována pravidla jejich aplikace. Působí protisvědívě a mají protizánětlivé účinky. Zklidňují projevy ekzému, ale neodstraňují příčinu. Léčba by měla být intervalová. Je doporučována aplikace 1–2× denně jen na místa postižená (aplikace za ½ hodiny po promaštění, na noc), doba léčby je individuální. Celkově se užívají nejčastěji antihistaminika. Homeopatická léčba je metoda alternativní medicíny. Jsou používány zředěné přírodní látky. Podávaný přípravek neobsahuje prokazatelné množství účinné látky a účinek není vědecky prokázán.

Očkování a atopický ekzém

Očkovací látky jsou účinné a bezpečné. Při aplikaci musí být ekzém v klidové fázi, bez akutního zhoršení. Zhoršení ekzému po očkování je časté a trvá cca 3 týdny. Pokud je dítě bez období zlepšení AD, doporučuje se jeho odeslání do specializovaných očkovacích center, popř. je možné aplikovat očkovací látku za hospitalizace (7).

Prevence

Preventivní opatření spočívají v zabránění výskytu vyvolávající příčiny. Dítě je nutné přiměřeně oblékat, aby nedocházelo k zapocení. Používat prodyšné, jemné tkaniny, světlé barvy, čepice a rukavice podšité bavlněným materiálem, oblečení nesmí nikde dráždit. Při chování dítěte nenosit chlupaté svetry. Do konce prvního roku vynechat některé potraviny, např. vejce, mléko, mléčné výrobky, citrusové plody, kiwi, ananas, mango, broskve, meruňky, ořechy, mandle, pistácie, slunečnicová, dýňová semínka, sladkosti, med, rajčata, celer, papriku, ředkvičky, křen, luštěniny, kyselé zelí (7).

Diferenciální diagnostika

V diferenciální diagnostice je třeba odlišit seboroickou dermatitidu, perorální dermatitidu, rosaceu, iritační kontaktní nebo alergický kontaktní ekzém, lupénku, ale také počínající stadia kožního lymfomu.

Psoriasis vulgaris – chronické neinfekční kožní onemocnění. Může se objevit v jakémkoliv věku, ale existují dva vrcholy výskytu: v dětství – na začátku dospívání a po 40. roce života. Ložiska jsou erytematózní, červenohnědá, ostře ohraničená, často se symetrickým výsevem. Na povrchu lézí se vyskytují stříbřité šupiny. Po jejich sloupenutí je viditelné krvácení. Typická lokalizace projevů je na loktech a kolenou, ale mohou se vyskytovat kdekoli na těle.

Iritační kontaktní ekzém – vzniká následkem přímého poškození kůže chemickými (kyseliny, louhy, detergenty) nebo fyzikálními vlivy. Změny jsou pouze v místech, kde látka působila. V klinické obraze dominuje zarudnutí, otok, puchýře, strupy, suchost kůže.

Alergický kontaktní ekzém – vzniká při opakovaném používání přípravku, vývoj ekzému probíhá ve dvou fázích. V akutní fázi vzniká zarudnutí, otok, puchýře, v chronické fázi je kůže suchá, popraskaná, červená.

Lymfom – nespecifické kožní projevy: svědění, erytematózní ložiska, solitární uzlíky, nejčastější lokalizace na končetinách, trupu.

Tinea faciei – povrchní mykóza lokalizovaná v obličejí. V obličejí vznikají makulózní lo-

žiska s akcentovaným erytematózním okrajem a centrálním výbledem, na povrchu ložisek jsou viditelné šupiny.

Závažná komplikace

Eczema herpeticum

Herpetický ekzém je velmi nebezpečnou komplikací atopické dermatitidy nejen v dětském, ale i v dospělém věku. Vyvolavatelem jsou herpetické viry HSV 1, HSV 2. Zdrojem herpetické superinfekce může být sám pacient nebo jeho okolí. Přenos může být auto- nebo heteroinokulací. V klinickém obraze dominuje náhlý, masivní výskyt milimetrových papulovezikul s herpetiformním uspořádáním. Papulovezikuly bývají v centru vpáčeny. Typické je plošné šíření, někdy bolestivost. Onemocnění bývá doprovázeno horečkou, lymfadenitidou, celkovou schváceností. Velmi nebezpečné je též postižení oka s jizvením, poruchou vízu. Závažnou komplikací může být rozvoj aseptické meningoencefalitidy (6). Eczema herpeticum je nutné považovat za onemocnění, které ohrožuje pacienta na životě. Příčinou úmrtí bývá selhání organismu a rozvoj diseminované intravaskulární koagulace (DIC). Lékem první volby je acyklovir, který se podává intravenózní aplikací, hospitalizace je nutná.

Závěr

Atopický ekzém patří mezi nejčastější kožní onemocnění dětského věku. Neexistuje „záračný“ lék k úplnému vyléčení. Základem úspěšné terapie je spolupráce pacienta, rodiny, ale také včasné odeslání pacienta do specializované kožní ambulance.

Literatura

1. Rulcová J. Dermatologie – dvouměsíčník pro praktické lékaře a pediatri 2007; 1(2): 46–50.
2. Šafářová K. Dermatologie – dvouměsíčník pro praktické lékaře a pediatri 2007; 1(2): 64.
3. Vokurka M, Hugo J, et al. Velký lékařský slovník. 6. vydání. Praha: Maxdorf 2006; (p. 704, 811).
4. Kučerová R. Dermatologie – dvouměsíčník pro praktické lékaře a pediatri 2007; 1(2): 57.
5. Nieder R, Alder Y. Kožní choroby – kapesní obrazový atlas. Praha: Triton 2005; 105: 112.
6. Chromej I. Atopický ekzém. Banská Bystrica: Dali – BB, 2007.

Článek doručen redakci: 22. 7. 2011

Článek přijat k publikaci: 30. 9. 2011

MUDr. Lucie Růžičková Jarešová
Dermatovenerologické oddělení
FN Motol, Praha
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
lucie.jaresova@centrum.cz

