DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA KOŽNÍCH CHOROB NA OBLIČEJI

doc. MUDr. Marie Viktorinová, CSc.
Klinika chorob kožních a pohlavních FN a LF UP, Olomouc

Je uveden přehled klinického obrazu častěji se vyskytujících akutních a chronických kožních chorob v oblasti obličeje, se kterými se může ve své ordinaci setkat praktický lékař, jejich léčba a diferenciální diagnostika. Důraz je kladen na klinické symptomy a vyvolávající příčiny angioedému, dermatitidy kontaktní, atopické a seboroické, různých dermatóz vyvolaných nebo zhoršovaných UV zářením, herpetických kožních infekcí, pyodermií, akné, rosacey, periorální dermatitidy a pigmentací v obličeji.
Klíčová slova: dermatózy, obličej, léčba, diferenciální diagnóza.

Med. Pro Praxi 2006; 5: 226–234

Většina kožních chorob se může projevit také vyrážkou v obličeji, např. kožní lékové reakce, kopřivka, různé dermatitidy, herpetické virové infekce, veruky, psoriáza, névy a nádory. Různé výsevy na kůži obličeje mohou být také jedním ze symptomů systémových chorob např. systémového erytematodu. Jiné patří mezi tzv. paraneoplázie, které mohou provázet maligní nádory vnitřních orgánů nebo hemoblastózy. Predilekčně postihuje obličej rosacea, periorální dermatitida, akné a seboroická dermatitida. V článku jsou uvedeny jen některé klinické jednotky akutních i chronických dermatóz, s nimiž se může praktický lékař setkat, jejich léčba a diferenciální diagnostika.

Akutní dermatózy s erytémem, otokem, papulami a ložisky

Angioedém (synonymum Quinckeho edém)

Je charakterizován bledým otokem lokalizovaným obvykle na očních víčkách nebo v oblasti rtů (obrázek 1). Subjektivně nesvědí, pacient má pocit napětí kůže. Vzácné současné postižení jazyka a hrtanu může vést k těžkému, život ohrožujícímu stavu. Otok začíná náhle a po vyloučení vyvolávající příčiny odeznívá do 12 až 24 hodin. Pokud je provázen výsevem kopřivky na jiných místech těla, je diagnóza snadná, obtížnější může být zjištění vyvolávající příčiny – reakce na léky, potraviny, současně probíhající infekce apod.

Kauzální léčba předpokládá eliminaci všech prokázaných vyvolávajících faktorů ve smyslu profylaxe expozice. V případech, že je angioedém pouhým symptomem jiného onemocnění organizmu, je nutné léčit všechny zjištěné patologické nálezy. Základem symptomatické léčby jsou antihistaminika, perorálně se nejčastěji používá cetirizin (Zyrtec, Zodac aj.) nebo loratadin (Claritine, Flonidan aj.), z injekčních Dithiaden, Prothazin nebo Tavegyl. U angioedému obličeje s anafylaktickými symptomy je nutná zvyklá protišoková léčba.

Samostatný **angioedém bez výsevu kopřivky** v jiných lokalitách je symptomem vzácného hereditárního nebo získaného angioedému, jehož příčinou je vrozený deficit nebo insuficience inhibitoru C1 esterázy. Získaný angioedém může provázet lymfoproliferativní choroby, nebo je následkem nežádoucího účinku antihypertenziv ze skupiny ACE inhibitorů, přitom může začít po několika týdnech i měsících od zahájení léčby. V každém případě je nutné u nemocných při příznacích angioedému vysadit léky ze skupiny ACE inhibitorů. Antihistaminika ani kortikosteroidy nejsou účinné. Při podezření na hereditární i získaný angioedém by měl být pacient odeslán k vyšetření a léčbě na imunologické pracoviště.

Diferenciální diagnóza: podobný obraz může mít také reakce na bodnutí vosou nebo včelou.

Erysipel se projevuje ohraničeným otokem červené barvy a současně celkovými symptomy – horečkou, nauzeou, zvracením a bolestivým zvětšením regionálních lymfatických uzlin. K léčbě erysipelu jsou nutné dostatečně vysoké dávky antibiotik (bývají často poddávkovaná) – penicilin nebo ampicilin, při přecitlivělosti na penicilinová antibiotika erytromycin nebo jiné antibiotikum dle citlivosti. Důležitá je dostatečně dlouhá doba léčby, která se řídí klinickým stavem; i u nekomplikovaného erysipelu by měla trvat minimálně 10 dnů. Lokálně se používají chladivé obklady, event. protizánětlivé masti s ichtamolem nebo polysanem.

Akutní dermatitida (ekzém)

Projevuje se zarudnutím a papulkami, které splýváním vytvářejí ložiska, může být postižen celý obličej, subjektivně svědí nebo pálí. Po několika dnech se kůže jemně olupuje. Jindy se tvoří erodované plošky, které vznikají z drobných puchýřků. Nejčastější příčinou je kontaktní alergický ekzém (viz dále).

Polymorfní světelná erupce

Začíná obvykle na jaře nebo po příjezdu k moři, v průběhu léta má tendenci se zlepšovat (tzv. hardening fenomén), může recidivovat více let. Postihuje dvakrát častěji ženy, obvykle středního věku, na místech vystavených UV záření – obličej, krk, oblast dekoltu a horní končetiny, přitom nemusejí být současně postiženy všechny lokality. Projevuje se náhlým výsevem svědících papulek velikosti do 5 mm – pruriginózní typ, nebo papulkami, puchýřky, mokváním a olupováním – ekzematózní typ (obrázek 2). Vzácný je typ diskoidní s in-

Obrázek 1. Angioedém rtů

Obrázek 2. Polymorfní světelná erupce

Obrázek 3. Fototoxická léková reakce po tetracyklinu

filtrovanými erytémovými ložisky, které připomínají diskoidní erytematodes.

Léčba je svízelná, kromě důsledné fotoprotekce se u těžších forem celkově zkoušejí antimalarika, betakaroten, kortikoidy, azathioprin. Nejlepších výsledků je nově dosahováno fotochemoterapií (PUVA) prováděnou brzy na jaře. Lokálně se používají ke zklidnění kožních projevů kortikosteroidy (KS) ve formě lotia nebo krému.

Diferenciální diagnóza: fototoxické a fotoalergické exantémy jsou lokalizované na nekrytých místech těla u pacientů, kteří nejsou exponováni intenzivnímu slunečnímu záření. Příčinou bývají nejčastěji tetracyklinová antibiotika (obrázek 3), chlorpromazin, thiazidová diuretika a psoraleny. Provokující lék je nutno vysadit a nahradit lékem z jiné chemické skupiny. Zevně postupujeme jako u jiné akutní dermatitidy – vysychavé obklady, krátkodobě KS.

Fotokontaktní ekzém vyvolávají lokálně aplikované léky či kosmetika na kůži obličeje, např. psoraleny v opalovacích krémech, parfémy, případně náhodná kontaminace dehtem. Projevy nebývají na horních víčkách, kolem uší a pod bradou. Důležitá je anamnéza zaměřená na užívání léků a lokální aplikaci různých přípravků na obličej. Diagnózu lze ověřit fotoepikutánními testy.

Erythema infectiosum (pátá nemoc)

Onemocnění převážně dětského věku vyvolané parvoviry se projevuje výsevem červených papulek, které během několika hodin splývají do symetrických temně červených edematózních ložisek na obličeji, přitom šetří nasolabiální rýhy a oční víčka (obrázek 4). Může být provázen zvýšenou teplotou, nevýrazným svěděním a mírnou bolestí v krku, u dospělých také otoky kloubů. Exantém na obličeji odeznívá do 4 dnů, avšak do 48 hodin od počátku projevů v obličeji dochází k výsevu skvrnitého erytému podobnému krajce na proximálních částech končetin, později se rozšíří na trup a celé končetiny. Kožní projevy odeznívají během 6–14 dnů. Diagnózu lze ověřit sérologicky (PCR). Léčba není nutná, doporučuje se klid na lůžku.

Obrázek 4. Erythema infectiosum

Diferenciální diagnóza: spalničky, zarděnky, enterovirové infekce, u dospělých lékové exantémy.

Akutní dermatózy s erytémem, puchýřky, erozemi, mokváním a strupy

Impetigo contagiosa a impetiginizace

Impetigo je povrchová, velmi nakažlivá infekce postihující především malé děti. Onemocnění vyvolává *Staphylococcus aureus* nebo *Streptococcus pyogenes*. Začíná výsevem puchýřů, které praskají, sekret na erodovaných plochách zasychá v medově žluté krusty. Stafylokokové impetigo míva puchýře s pevnější krytbou. Onemocnění je nakažlivé až do tvorby krust, proto musí být dítě vyřazeno z dětského kolektivu. V okolí dítěte je třeba pátrat po zdroji infekce (výtěry z krku a nosu). Při rozsáhlejších projevech a rychlém šíření při streptokokové infekci může dojít k postižení ledvin, proto je po léčbě nutná kontrola moče v odstupu několika týdnů.

Zevní léčba spočívá v mechanickém odstranění krytby puchýřů a krust pomocí teplé vody a mýdla a následném opláchnutí slabým roztokem hypermanganu. Potom se aplikují lokální antibiotika mupirocin (Bactroban) nebo kyselina fusidová (Fucidin). Chybou by bylo použití KS extern, protože zvyšují náchylnost kůže k infekci. U rozsáhlejších projevů vyvolaných streptokoky je nutná celková léčba antibiotiky dle citlivosti – penicilin, ampicilin, erytromycin, cefalosporiny.

K sekundární infekci – **impetiginizaci** – může dojít u každé dermatitidy, nejčastěji u atopického ekzému, kdy je povrch kůže narušen škrabáním (obrázek 5). V těchto případech se podávají systémová antibiotika dle citlivosti.

Obrázek 5. Impetiginizace u dítěte s atopickou dermatitidou

Obrázek 6. Eczema herpeticatum

Diferenciální diagnóza: herpes simplex recidivans (viz dále).

Herpes simplex, eczema herpeticatum

Primární infekce virem herpes simplex I. typu postihuje obvykle ústní sliznici (gingivostomatitis herpetica) v prvních 5 letech života. **Recidivující infekce** bývá lokalizovaná na rtech a kolem úst, vzácně na jiných místech obličeje nebo těla. Krátce před výsevem pacient často cítí pálení, svědění nebo mravenčení, potom dochází k tvorbě seskupených bolestivých puchýřků na zánětlivé spodině. V průběhu jednoho týdne puchýřky zasychají v krusty, které se odloučí. Mezi provokující faktory recidivujících oparů patří UV záření, horečka, menstruace i stres.

K léčbě oparů jsou vhodná vysušující externa s antimikrobiální složkou k zamezení sekundární bakteriální infekce, např. Imazol krémpasta. Aplikace lokálních antivirotik, např. acyklovir (Herpesin, Zovirax), má význam pouze v prodromální stadiu choroby, při prvních subjektivních potížích po-

tlačí nebo zmírní průběh onemocnění, u vyvinutých puchýřků se již jejich účinek neuplatní.

Herpes simplex může být závažnou infekcí u novorozenců, osob se sníženou imunitou a pacientů s atopickým ekzémem. U atopiků dochází k herpetické infekci při současném oparu na rtech nebo nákazou od jiné osoby – **eczema herpeticatum** (obrázek 6). Protože kůže postižená atopickým ekzémem má sníženou bariérovou schopnost, onemocnění má většinou těžký průběh s horečkami a alterací celkového stavu, může dojít k meningoencefalitidě i herpetické sepsi. Proto je nutné co nejdříve zahájit systémovou léčbu acyclovirem (Zovirax, Herpesin) v perorální nebo injekční formě.

Diferenciální diagnóza: impetigo postihuje především malé děti, nemá lokální prodromální symptomy, puchýřky rychle praskají a zasychají v krusty.

Od eczema herpeticatum je někdy třeba odlišit **impetiginizovaný atopický ekzém**.

Herpes zoster

Postihuje lidi, kteří prodělali plané neštovice, vyvolavatelem je virus *Varicella zoster*. Po primoinfekci se mohou, při imunosupresi nebo u starších lidí, přežívající viry ve spinálních gangliích znovu aktivovat a šířit podél příslušných senzitivních nervů, v obličeji jsou to oblasti všech větví trigeminu. Kožním projevům obvykle předcházejí parestézie nebo jednostranná silná bolest, která může imitovat onemocnění ucha nebo zubů. Potom teprve dochází k výsevům puchýřků na zánětlivé spodině. Puchýře bývají seskupeny do skupinek, mohou mít hemoragický obsah, nebo jejich spodina nekrotizuje. Typické pro herpes zoster je jednostranné postižení kůže v oblasti příslušného nervu, nepřesahující střední čáru. Jen vzácně mohou být projevy diseminované. Při postižení 1. větve trigeminu bývá výrazný otok očních víček, projevy se mohou rozšířit na spojivku a rohovku, takže je vždy nutné oční vyšetření. Onemocnění trvá 2–3 týdny, ale po zhojení kožních projevů mohou přetrvávat tzv. postherpetické neuralgie. Protože herpes zoster patří mezi paraneoplastické dermatózy je nutné vyloučit maligní onemocnění, zejména u starších osob.

Lokální terapie závisí na fázi onemocnění, puchýřky se ošetřují obdobně jako u herpes simplex. Vzhledem k možným komplikacím (herpetická meningoencefalitida, paréza faciálního nervu, poškození rohovky) je nutné herpes zoster v obličeji vždy léčit systémovými antivirotiky (acyklovir, valacyklovir). Pokud je léčba zahájena do 3 dnů od výsevu puchýřků, může zabránit postherpetickým neuralgiím.

Diferenciální diagnóza: herpes simplex, impetigo.

Akutní solární dermatitida (spálení sluncem)

Vzniká za 6–8 hodin po expozici UV záření, maxima dosahuje za 14–36 hodin, potom spontánně odeznívá. Projevuje se ostře ohraničeným erytémem, event. s puchýřky nebo edémem víček, stejné projevy jsou také jinde na těle na místech vystavených slunečnímu záření bez fotoprotektivních krémů. Subjektivně vyvolává pálivou bolest a pocit horka. Postiženi jsou především lidé se světlou kůží a pihami.

Léčba: k urychlení hojení se používají středně účinné KS ve formě lotia (např. Triamcinolon, Locoid). S výhodou je lze kombinovat např. se zinkovým olejem nebo polysanem.

Diferenciální diagnóza: u fototoxické dermatitidy je doba latence mezi expozicí UV záření a vznikem kožních projevů delší.

Kontaktní dermatitidy se vyvíjejí bez působení UV záření (viz dále).

Kontaktní alergický ekzém (synonymum kontaktní alergická dermatitida)

Začíná obvykle náhle zarudnutím, otokem a puchýřky, výrazný edém bývá především na očních víčkách (obrázek 7). Je provázen svěděním, projevy jsou lokalizované obvykle symetricky s maximem v místě kontaktu s vyvolávajícím alergenem, ohraničení je neostré. Vyskytuje se především u žen, vyvolávající příčinou jsou alergeny ze zevních léků (např. neomycin, peruánský balzám), hygienických nebo kosmetických přípravků, které obsahují lanolin, konzervační látky (parabeny) a různé parfémy. Oční přípravky vyvolávají konjunktivitidu a akutní dermatitidu na víčkách. Vzácnou příčinou mohou být alergeny přenášené vzduchem, např. prach z cementu, který obsahuje chrom. Diagnózu lze potvrdit epikutánními kožními testy, které provádějí dermatologická oddělení.

Kauzální léčba spočívá ve vyloučení vyvolávající příčiny. Pacient dostane letáček, v němž je uvedené, na kterou látku je přecitlivělý a čemu se musí vyhýbat. Symptomaticky se doporučuje indiferentní léčba (vysychavé obklady s borovou vodou, polysan s olejem) a KS externa bez obsahu konzervačních látek, lanolinu a parfémů, např. Advantan mléko. Celkově antihistaminika cetirizin (Zyrtec, Zodac aj.), event. loratadin (Claritine, Loratadin aj.).

Diferenciální diagnóza: fototoxické dermatitidy, seboroická dermatitida (viz dále).

Chronické dermatózy s erytémem a ložisky

Kapilární hemangiom

Je přítomný již při narození na čele nebo očních víčkách, může však být kdekoliv na těle. Projevuje se

Obrázek 7. Kontaktní alergická dermatitida

Obrázek 8. Solární keratózy

intenzivně červenými ložisky (event. s drobnými noduly), které po zatlačení vyblednou. To svědčí o tom, že příčinou jsou dilatované kožní cévy. Doporučuje se vyčkat spontánní remise, obvykle tyto projevy mizí během prvních roků života. Při lokalizaci blízko oka je však léčba nutná, protože by mohlo dojít k ireverzibilnímu poškození zraku.

Diferenciální diagnóza: Naevus flammeus (synonyma oheň, skvrna portského vína) je ostře ohraničené lividní ložisko přítomné již při narození a zvětšující se s růstem dítěte. Nemá tendenci ke spontánní regresi ani k zastavení růstu. Obvykle je lokalizované na jedné straně obličeje. Jde o vrozenou poruchu vývoje povrchových kapilár a venul kůže, které jsou dilatované.

Chronické dermatózy s erytémem, ložisky a šupinami

Solární keratózy (synonyma aktinické, senilní)

Jsou lokalizované na místech po dlouhý čas vystavovaných přímému slunečnímu záření, počáteční projevy v obličeji mohou být zaměněny za dermatitidu. Vznikají obvykle ve věku nad 50 let u lidí se světlou kůží a modrýma očima, kteří se na slunci snadno spálí. Postihují zemědělce, námořníky, horské vůdce a lidi, kteří se hodně často slunili a pobývali u moře. Projevují se trvale červenými na povrchu drsnými ložisky, která se zvětšují až do průměru 1–2 cm (obrázek 8) nebo je jejich povrch hyperkeratotický, nažloutlý, špinavě hnědý nebo šedočerný (po odloučení rohových vrstev zarudlý). Některá ložiska solární keratózy mohou přejít po mnoha letech ve

spinocelulární karcinom, proto je třeba tyto pacienty dispenzarizovat – solární keratózy se řadí k prekancerózám. Tento přechod se projeví zejména infiltrací spodiny ložisek. Může se vytvořit také **cornu cutaneum**, kožní výrůstek (připomíná zvířecí roh), který překrývá dysplastickou epidermis.

Léčba: jednotlivé aktinické keratózy lze odstranit kyretáží chirurgickou lžičkou, pomocí kryoterapie tekutým dusíkem nebo aplikací 5-fluorouracilu. Cornu cutaneum je nutné excidovat. Důležitá je důsledná ochrana před slunečním zářením, používání fotoprotektivních krémů s vysokým filtrem, nošení klobouku apod.

Solární keratózy bývají provázené **solární elastózou** jako projev poškození kůže sluncem. Projevuje se nažloutlou dyskolorací kůže s rozšířeným ústím mazových žláz a výraznými vráskami na obličeji a krku, u mužů také na lysých místech kštice.

Diferenciální diagnóza: superficiální bazaliom, ložiska diskoidního erytematodu (viz dále). Počínající cornu cutaneum je třeba někdy odlišit od vulgární nebo seboroické veruky.

Seboroická dermatitida (synonymum seboroický ekzém)

Seboroická dermatitida obličeje se projevuje erytémem a olupováním s nažloutlými šupinami různého stupně. Postihuje vnitřní část obočí, kořen nosu, okraj kštice, nasolabiální rýhy, u těžkých forem také bradu, tváře a submandibulární oblast. Může být provázena seboroickou blefaritidou, projevující se zarudnutím i olupováním okrajů víček, subjektivně svěděním, pálením, slzením a pocitem cizího tělesa v oku. Často je postižena také kštice, sternální oblast nebo záda.

Léčba se řídí klinickým obrazem, na šupinatá nezánětlivá ložiska je vhodné aplikovat olej se sírou, na zánětlivé projevy krátkodobě KS externa ve formě lotia, např. Triamcinolon, Elocom, Locoid, Advantan nebo KS s antimykotickou složkou, např. Imacort crm.

Diferenciální diagnóza seboroické dermatitidy obličeje nečiní obvykle potíže. Erytém, olupování, občasné svědění a chronický průběh se zlepšením po vhodné léčbě a zhoršením po jejím vysazení charakterizují klinický obraz někdy obtížně léčitelných projevů.

U diseminovaných a těžkých forem je nutné myslet na možnost HIV infekce.

Psoriáza v oblasti obličeje je vzácná. Infiltrovaná ložiska s nánosem bělavých šupin na povrchu mohou být na okraji kštice na čele, na spáncích a před ušima. Diagnózu usnadní přítomnost stejných projevů ve kštici nebo jinde na těle. K léčbě ložisek psoriázy v obličeji se používají především KS externa, v případě většího nánosu šupin v kombinaci s kyselinou salicylovou, např. Triamcinolon S nebo Diprosalic mast.

Obrázek 9. Typické projevy atopické dermatitidy

Atopický ekzém (synonymum atopická dermatitida)

V oblastech nekrytých oděvem, exponovaných vzduchu a světlu, jako je obličej krk a dekolt, bývají červené papuly, šupinky a exkoriace (po škrabání). Pacienti s atopickou dermatitidou mívají suchou kůži, která výrazně svědí. Typickými symptomy v obličeji jsou prořídlá zevní část obočí (Hertoghovo znamení), tmavé periorbikulární zbarvení a zmnožení kožních řas pod víčky (Dennie-Morganova linie) (obrázek 9).

Tvorba puchýřků, mokvání a krusty jsou známkou akutní exacerbace, žlutavé zbarvení svědčí pro sekundární infekci stafylokoky – impetiginizaci (viz výše).

Léčba atopické dermatitidy zahrnuje především podpůrnou péči o suchou kůži s cílem obnovení narušené kožní bariéry. K tomu se používají emoliencia, která obnovují kožní bariéru, kůži hydratují a promašťují. Kromě vlastního masťového základu obsahují často další látky – ureu, kyselinu salicylovou, nenasycené mastné kyseliny aj. Z hromadně vyráběných přípravků sem patří např. Excipial, Linola, Lipobase, Lipikar, Vitella, Dove; z magistraliter masťové základy Synderman, Cutilan, Leniens, Ambiderman a Neoaquasorb.

Při akutní exacerbaci jsou základními léky lokální KS. Vzhledem k nežádoucím účinkům se doporučují na obličej KS slabé a středně účinné – např. prednisolon (Linola-H-Fett N), hydrokortison butyrát (Locoid), alklometazon propionát (Afloderm); ze skupiny silně účinných KS IV. generace, které mají nízký výskyt nežádoucích účinků, např. metylprednisolon aceponát (Advantan) nebo mometazon furoát (Elocom). Celková doba léčby by neměla přesáhnout 2 týdny. K zamezení časných recidiv po přerušení léčby se doporučuje u akutních projevů aplikovat na postižené lokality nezbytně nutné množství KS 2× denně po dobu 2–3 dnů, potom 1x denně ráno KS a večer emoliencia, později postupně snižovat frekvenci aplikace KS na každý 2., 3. nebo 4. den až do jejich vysazení – tzv. sestupná (ústupová) léčba. Jinou možností je intervalová léčba – 3 dny KS, další 1–3 dny emoliencia.

Na mírné subakutní a chronické stavy je vhodný 2% ichtamol (pouze magistraliter) nebo bílý ichtamol v 1–2% koncentraci (přípravky z řady I-care).

Jako účinná alternativa KS se pro některé pacienty jeví nové imunomodulační prostředky, které mají protizánětlivé a antipruriginózní účinky na úrovni slabě až středně silných KS extern. K dispozici jsou dvě makrolidová antibiotika (inhibitory kalcineurinu) s imunosupresivním působením: takrolimus a pimekrolimus. Takrolimus v 0,1% koncentraci (Protopic ung.) se používá od 16 let věku k léčbě středně těžké až těžké atopické dermatitidy. Pimekrolimus v 1% koncentraci (Elidel crm.) je určen k léčbě lehčí a středně těžké formy atopické dermatitidy od dvou let věku. Oba přípravky jsou vhodné ke krátkodobé (i opakované) léčbě, především projevů v obličeji a na krku; jsou vázané na předpis dermatovenerologa.

Celková léčba antihistaminiky má nezastupitelné místo v léčbě atopické dermatitidy pacientů, u nichž je prokázána alergická složka onemocnění. Pro dlouhodobou léčbu jsou vhodná antihistaminika 2. generace (cetirizin, loratadin) a 3. generace (levocetirizin – Xyzal; desloratadin – Aerius), která nemají sedativní účinek. Pokud je v popředí obtíží silné záchvatovité svědění, které znemožňuje spánek, doporučují se sedativní antihistaminika 1. generace na noc (Dithiaden, Fenistil, Tavegyl, Atarax).

Výjimečně se u torpidních případů používají systémové glukokortikoidy nebo imunosupresivum cyklosporin A. U některých pacientů se závažnými a rozsáhlými subakutními nebo chronickými projevy atopické dermatitidy se osvědčuje fototerapie s použitím ultrafialových zářičů.

Diferenciální diagnóza: v akutní fázi onemocnění je někdy třeba odlišit kontaktní alergickou dermatitidu, při negativní anamnéze atopie také různé fotodermatózy.

Chronické dermatózy s ohraničenými infiltrovanými ložisky a šupinami

Diskoidní erytematodes

Je to benigní kožní forma erytematodu, zhoršující se vlivem slunečního záření, bez současného systémového onemocnění. Častěji jsou postiženy ženy ve věku 25–40 let. Projevuje se ostře ohraničenými erytémovými infiltrovanými ložisky, která mohou mít na povrchu pevně lpějící našedlé šupiny, jindy jsou ložiska hladká s minimální tvorbou šupin (obrázek 10). Predilekční lokalizací je obličej a kštice. Některá ložiska mají sklon k atrofii kůže, jizvení nebo k depigmentacím, jiná k rozsevu především na trup. Diagnózu lze stanovit histologickým a imunofluorescenčním vyšetřením.

Obrázek 10. Diskoidní erytematodes

K zevní léčbě diskoidního erytematodu se používají silně účinné KS ve formě mastných krémů nebo mastí – betametametazon dipropionát (Diprosone, Beloderm, Kuterid), fluocinolon acetonid (Flucinar), klobetazol propionát (Dermovate) aj. Vždy je nutná důsledná ochrana před slunečním zářením fotoprotektivními krémy. U těžkých diseminovaných forem celkově antimalarika (Plaquenil, Delagil) za průběžných biochemických a oftalmologických kontrol.

Diferenciální diagnóza: mykotická infekce – **tinea** – postihuje jen vzácně obličej, ale pokud mají ostře ohraničená kruhovitá ložiska vyvýšený šupinatý okraj, zatímco ve středu dochází k oploštění a výbledu, je nutné na ni myslet. Ložiska bývají pouze na jedné straně obličeje nebo jsou výrazně asymetricky lokalizované. Diagnózu lze potvrdit mykologickým mikroskopickým a kultivačním vyšetřením. V kožní excizi lze plísně prokázat jen pomocí speciálního barvení. K léčbě obvykle postačuje aplikace lokálních antimykotik.

Psoriáza v oblasti obličeje je vzácná (viz výše).

Systémový erytematodes – v klinickém obraze dominují celkové symptomy – horečka, artralgie a postižení různých orgánů. Na kůži bývá motýlovitý erytém s infiltrací na obou tvářích a nose, projevy se zhoršují vlivem UV záření.

Chronické dermatózy s erytémem, papulami, ložisky, noduly, pustulami

Akné

První projevy akné začínají v časném období puberty, většinou odeznívají mezi 20.–25. rokem, nejtěžší formy u mužů mohou přetrvávat do

Obrázek 11. Acne abscedens

35–40 let. Jsou vázané na pilosebaceózní jednotku. V patogenezi se uplatňují genetické vlivy, retenční hyperkeratóza vývodů mazových žláz, zvýšená sekrece mazu podmíněná hormonálně (převaha androgenů), bakterie *Propionibacterium acnes* a stafylokoky a imunitní mechanizmy.

Predilekční lokalizací je obličej, u těžších forem také oblast sterna a záda. Počátečními projevy jsou nezánětlivé komedony, které mohou být uzavřené (drobné žlutavé papulky) nebo otevřené (malé papulky s černým středem) – acne comedonica. Zánětlivé změny se projeví tvorbou červených papul a papulopustul – acne papulopustulosa. Ruptura mazových žláz vede ke vzniku rozsáhlejších zánětlivých projevů, tj. indurací a abscesů – acne indurativa a abscedens (obrázek 11). Tyto projevy po odeznění zánětu zanechávají jizvy.

Léčba: u lehkých forem akné vystačíme se zevní léčbou, pacienty s diseminovanými projevy a těžšími formami akné je vhodné odeslat na dermatologické pracoviště k celkové léčbě. Přípravky k zevní léčbě se volí podle převládajícího typu lézí. U nezánětlivých forem (acne comedonica) se používá deskvamativní léčba – tretinoin nejčastěji v 0,05% koncentraci (Airol, Locacid, Retin A), adapalen (Differine) a přípravky s kyselinou azelainovou (Skinoren, Aknoren). U papulopustulózní formy se uplatňují přípravky s benzoylperoxidem v gelu, nejčastěji v 5 a 10% koncentraci (Aknefug-oxid, Akneroxid, Eclaran). Antibakteriální přípravky – antibiotika erytromycin (Aknefug-EL, Aknemycin, Eryfluid, Zineryt) a klindamycin (Dalacin T) i Imazol krémpasta působí příznivě díky redukci bakteriálního osídlení folikulů. S výhodou lze využít také kombinaci retinoidu s erytromycinem (Aknemycin Plus, Isotrexin).

Celková léčba je nutná u indurativní, abscedující a diseminované papulopustulózní akné. Nejčastěji se používají tetracyklinová antibiotika doxycyklin (Doxybene, Doxycyklin AL, Doxyhexal, Deoxymykoin) a minocyklin, méně často erytromycin, azithromycin a klindamycin. Doxycyklin se používá dlouhodobě po dobu 3–6 měsíců v úvodní dávce 100–200 mg denně s následným snižováním denní dávky na 50 mg.

Racionální léčbou středně těžkých forem akné je imunomodulační terapie lokálně vyráběnými perorálními vakcínami, které se užívají dle schématu. Lze je podávat i několik let, dlouhodobá léčba brání zhoršování akné, které je časté po přerušení léčby antibiotiky.

U nejtěžších forem se používá isotretinoin (Roaccutane, Aknenormin) s pravidelnou kontrolou biochemických parametrů, zejména krevních lipidů. Vzhledem k vysokému teratogennímu riziku je nutné u žen zajistit spolehlivou antikoncepci měsíc před zahájením léčby, v jejím průběhu a nejméně 1 měsíc po léčbě.

Hormonální léčbu lze použít jen u žen, indikována je u pacientek s premenstruální formou akné a klinickými známkami zvýšené sekrece androgenů ve spolupráci s gynekologem a endokrinologem. Nejčastěji se používá antiandrogen cyproteronacetát v kombinovaném přípravku s estrogeny (Diane 35, Minerva, Chloe).

Diferenciální diagnóza: klinický obraz acne vulgaris je nezaměnitelný. Podobné projevy však může vyvolat mnoho jiných chorob, jejichž etiopatogeneze je odlišná. Zde jsou uvedeny jen ty, které se vyskytují častěji.

Acne venenata vzniká působením různých chemických látek, které vyvolávají ucpání folikulů a perifolikulární zánět, často jde o profesionální dermatózu. Jsou přítomné na partiích těla, kde dochází opakovaně ke kontaktu vyvolávající látky s kůží. Mezi nejčastější příčiny patří ropné produkty (vazelína a minerální oleje) – acne oleosa, obdobou je acne cosmetica v důsledku nadměrného používání kosmetických krémů a make up. Dehet vyvolává projevy u asfaltérů a kominíků – acne picea. Nejzávažnější jsou současně hepatotoxicky a nefrotoxicky působící chlorované uhlovodíky (přítomné v insekticidech a fungicidech) a sloučeniny chloru v chemických provozech – acne chlorina (chlorakné), které vyvolávají tvorbu rozsáhlých otevřených komedonů s tmavě pigmentovanými čepy.

Acne tropicalis (Malorka akné) se projevuje výsevem papul a pustul nebo zhoršením akné při pobytu v horkém vlhkém prostředí u moře. Na jejím vzniku se podílí zvýšená keratinizace kůže v důsledku UV záření, případně zvýšené pocení a nevhodné mastné fotoprotektivní krémy a oleje. Na vině je také možná přítomnost nafty v mořské vodě.

Akneiformní erupce (acne medicamentosa) – na rozdíl od acne vulgaris začíná náhle, primárně jako zánětlivé papuly nebo folikulární pustulky, lokalizované jsou v obličeji i na trupu a všechny projevy jsou stejně velké, monomorfní. Pokud pacient nemá současně akné, nejsou přítomny komedony. Nejčastější příčinou je dlouhodobá systémová léčba glukokortikoidy, androgeny, halogeny (sloučeniny jodu a bromu), lithiem, vitaminem B_6 a B_{12} a izoniazidem. Vyvolávají je také některá orální kontraceptiva. Po vysazení léku odeznívají spontánně.

Obrázek 12. Folliculitis simplex barbae

Obrázek 13. Erytematoteleangiektatická forma rosacey

Gramnegativní folikulitida vzniká jako komplikace dlouhodobé léčby akné tetracyklinovými antibiotiky. Příčinou je pomnožení gramnegativních bakterií – *Escherichia coli*, *Enterobacter sp.* a *Proteus*, které jsou rezistentní k tetracyklinu. Projevuje se výsevem recidivujících drobných folikulárně vázaných pustulek s nažloutlým obsahem. Je nutné kultivační vyšetření a změna antibiotika podle citlivosti gramnegativní flory.

Folliculitis simplex barbae postihuje vousatou oblast obličeje dospělých mužů, vyvolavatelem je *Staphylococcus aureus.* Projevuje se živě červenými papulopustulami se žlutozeleným obsahem, jejichž středem prochází chlup (obrázek 12). Doporučuje se dočasný zákaz holení a epilace chlupu postiženého folikulu, jinak léčba jako u stafylokokového impetiga. Při chronickém průběhu se osvědčuje, podobně jako u akné, perorální vakcína; celková léčba antibiotiky nezabrání recidivám.

Papulopustulózní typ rosacey (viz dále).

Rosacea

Postihuje obě pohlaví ve věku 40–50 let. Začíná obvykle prchavým nebo přetrvávajícím erytémem na konvexních partiích obličeje (tváře, brada, čelo) s vynecháním oblasti kolem úst a očí. Později jsou ve středu obličeje přítomny teleangiektázie, červené papuly a pustuly, subjektivně bývá někdy pocit pálení. Především u mužů se může po letech vyvinout rinofyma (květákový nos) s proliferací mazových žláz a vaziva. Jindy dochází k očním komplikacím a fotofobii. Novější práce dělí rosaceu do 4 podtypů:

- erytematoteleangiektatický – erytém nejvýraznější ve středních partiích obličeje (obrázek 13);
- papulopustulózní – centrální erytém, papuly a pustuly (obrázek 14);
- fymatózní – zřetelné ztluštění kůže s uzly v oblasti nosu;
- oční – nejčastěji konjunktivitida a blefaritida.

Obrázek 14. Papulopustulózní forma rosacey

Mezi provokační faktory rosacey patří UV záření, alkohol, kořeněná jídla a káva (vedou k dilataci kožních cév). Rosacea může být provázena seboreou a s ní spojenou folikulitidou vyvolanou *Pityrosporum ovale* nebo roztočem *Demodex folliculorum.* Častá bývá současně gastritida, vyvolaná infekcí *Helicobacter pylori.*

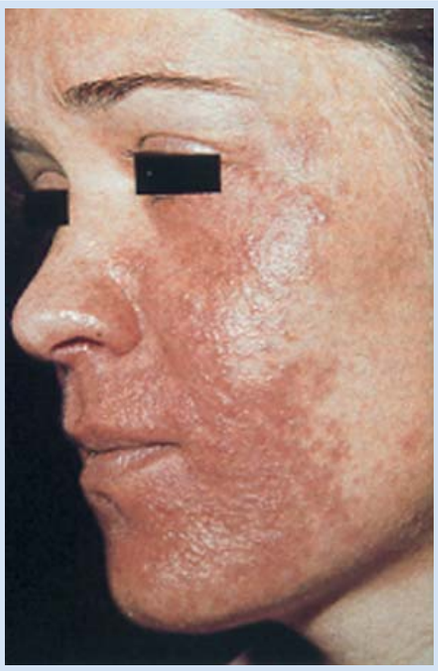
K lokální léčbě jsou vhodné gely nebo krémy s metronidazolem (Rosalox, Rozex) nebo ichtamol, používá se také kryoterapie (ošetření „sněhem“ CO_2) a elektrokoagulace teleangiektázií. Z celkové léčby antibiotikum doxycyklin, metronidazol (Entizol) a u těžkých rezistentních forem isotretinoin (Roaccutane). Zevní aplikace KS extern, zvláště fluorovaných, je kontraindikována pro potenciaci erytémů, angiektázií, atrofii kůže a pro silné, těžce terapeuticky ovlivnitelné exacerbace po jejich vysazení. Vzhledem k postižení kožních kapilár se doporučuje ochrana před tepelnými inzulty a vazodilatačními vlivy (vyhýbat se slunění, sauně, alkoholu, horkým nápojům apod.).

Obrázek 15. Steroidní rosacea

Diferenciální diagnóza: steroidní rosacea – aplikace silně účinných KS extern na obličej může vyvolat projevy podobné jako u rosacey, ale s výraznějším erytémem a teleagiektáziemi, zatímco papuly a pustuly bývají drobnější (obrázek 15). Projevy jsou reverzibilní, ale léčba je dlouhodobá, nutné je přerušení aplikace KS.

Acne papulopustulosa – mladší věk, nejsou přítomny teleangiektázie, vždy jsou přítomné komedony.

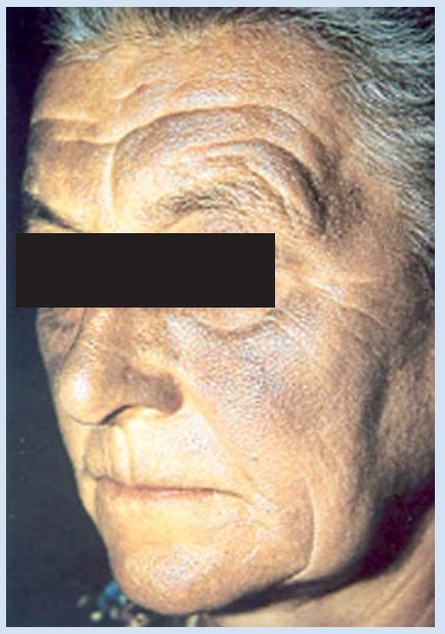
Obrázek 16. Periorální dermatitida



Obrázek 17. Lentigo maligna

Obrázek 18. Chloasma

Obrázek 19. Modrošedé pigmentace po amiodaronu



Seboroická dermatitida – šupiny na erytémových ložiscích, jiná lokalizace. Není však vzácná současná kombinace seboroické dermatitidy s akné.

Periorální dermatitida – jiná lokalizace kožních projevů, jen velmi malé papulky a ojedinělé drobné pustulky, v anamnéze používání lokálních KS a hydratačních krémů.

Systémový erytematodes – motýlovitý erytém na tvářích a nose, ale nejsou přítomny papuly a pustuly.

Periorální dermatitida (synonymum rosaceiformní dermatitida)

Postihuje častěji ženy mladšího věku, které mají sklon k suché kůži. V anamnéze bývá dlouhodobá aplikace silnějších KS extern (déle než 2 týdny) na banální projevy v obličeji, ale také používání hydratačních nebo fotoprotektivních krémů, líčidel a fluorovaných zubních past. Na bradě, kolem úst i okolo očí (**periorbikulární dermatitida**), někdy také na tvářích se tvoří velmi malé (1 mm) papuly i papulopustuly. Okolo rtů je vynechám úzký lem zdravé kůže (obrázek 16). Subjektivně projevy vyvolávají pálení nebo svědění.

Léčba: základem je vysazení veškerých kosmetických přípravků a zákaz aplikaci KS extern, což většinou vede k přechodné exacerbaci po jejich vysazení – rebound fenoménu. Zevně se používají vysýchavé obklady z borové vody, Jarischova roztoku, masky s polysanem a slunečnicovým olejem, Imazol krémpasta, metronidazol. U těžších forem se podává celkově doxycyklin nebo metronidazol. Prognóza je dobrá, při správném ošetřování pleti dochází po vyléčení k recidivám jen velmi vzácně.

Diferenciální diagnóza: rosacea, akné, lékový exantém, kontaktní alergická dermatitida.

Pigmentovaná ložiska

Ephelides (pihy)

Jsou to drobné početné hyperpigmentace bez výraznějšího ohraničení (vzhled sněhové vločky), jejich barva koreluje s intenzitou UV záření. Predilekčně jsou lokalizované symetricky ve střední části obličeje. Začínají již v dětském věku, postihují obě pohlaví, spíše světlovlasé jedince. Neexistuje spolehlivá a bezpečná léčba.

Diferenciální diagnóza: lentiginózy (především Peutz-Jeghersův syndrom) mají jinou lokalizaci a nezvýrazňují se vlivem slunečního záření.

Lentigo senilis (synonyma lentigo solaris, stařecké skvrny)

Ostře ohraničené, hladké světle hnědé pigmentované skvrny se začínají tvořit u obou pohlaví ve středním věku na chronicky exponovaných partiích UV záření, především v obličeji a na hřbetech rukou. Histologicky jde pouze o zmnožení pigmentu v bazální vrstvě epidermis. Senilní lentigo je benigní projev, pokud se vytvoří, je trvalé a nezmizí.

Léčba: doporučuje se kosmetické krytí, zkouší se „bělící krémy“ (Uniton 4) nebo slupování ovocnými AH kyselinami, kryoterapie, event. odstranění pulzním rubínovým laserem.

Lentigo maligna (melanosis circumscripta praecancerosa Dubreuilh), preinvazivní stadium maligního melanomu (melanoma in situ)

Ve srovnání se senilním lentigem je obvykle větší než 2 cm, má nepravidelné okraje a nestejnoměrně pigmentovaný strakatý vzhled (obrázek 17). Vzniká pouze na sluncem poškozené kůži, zejména na tváři starších osob a pomalu se zvětšuje po desetiletí. Po mnoha letech může bodovitě nebo kompletně přejít v **lentigo maligna melanom**, proto je nutná dispenzarizace. Maligní zvrat je provázen změnou velikosti, tvaru, barvy a vertikálním růstem.

Léčba: při podezření na maligní lentigo by měl být pacient odeslán k dermatologovi, který diagnózu potvrdí a zajistí léčbu, je nutná totální excize.

Diferenciální diagnóza: lentigo senilis, maligní melanom, pigmentovaná seboroická veruka – je lehce vyvýšená nad okolí a má drsný povrch.

Chloasma (melasma)

Obvykle velké, ostře ohraničené, žlutohnědé hladké skvrny, které mají bizardní tvar a mohou splývat do větších ložisek. Jsou lokalizované symetricky na čele, tvářích a bradě u žen. Mezi vyvolávající příčiny patří těhotenství – **chloasma uterinum**, hormonální antikoncepce, fotosenzitivní složky v kosmeticích (např. bergamotový olej) a léky, např. hydantoin a chlorpromazin (obrázek 18). Vzácně mohou provázet ovariální nádory.

Léčba: nutná je důsledná eliminace slunečního záření, fotoprotektivní krémy s vysokým filtrem, make-up. Pokusně se používají bělicí krémy, slupování pomocí AH kyselin, 20% kyselina azelainová.

Diferenciální diagnóza: difuzní pigmentace obličeje bývají symptomem chronické kožní porfyrie, často je také vyvolávají některé léky, např. amiodaron (obrázek 19) a minocyklin.

doc. MUDr. Marie Viktorinová, CSc.
Klinika chorob kožních a pohlavních FN
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
e-mail: viktorinova@fnol.cz

Literatura

1. Ashton R, Leppard B. Differential diagnosis in dermatology. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd 1993. 300 s.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatológia a venerológia. Martin: Osveta 2001. 1475 s.
3. Buechner SA. Rosacea: an update. Dermatology 2005; 210(2): 100–108.
4. Mikroverze automatizovaného informačního systému léčivých přípravků (AISLP) [computer program]. Verze 3, 2006.
5. Niedner R, Adler Y. Kožní choroby, kapesní obrazový atlas. Praha: Triton 2005. 259 s.
6. Rulcová J. Diferenciální diagnostika akné a akneiformních erupcí. Trendy v medicíně 2002; 4(5): 4–8.
7. Viktorinová M. Kortikosteroidy pro lokální léčbu kožních chorob. Remedia 2003; 13(4): 266–282.
8. Viktorinová M. Seboroická dermatitida. Medicína pro praxi 2005; 3(4): 32–35.
9. Záruba F, Vosmík F. Diferenciální diagnostika kožních chorob. Praha: Avicenum 1988. 250 s.