

Pityriasis versicolor

MUDr. et MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Černošice

V článku je popsána velmi častá povrchová mykóza mladších lidí – Pityriasis versicolor. Je objasněn název choroby, popsána její etiopatogeneze, současná nejúčinnější terapie a nezbytná preventivní opatření.

Klíčová slova: Pityriasis versicolor, Malassezia furfur.

Pityriasis versicolor

The article describes pityriasis versicolor, a very common type of skin surface mycosis in younger people. The article clarifies its name, its etiopathogenesis, the most effective therapy currently available and the necessary preventive measures.

Key words: Pityriasis versicolor, Malassezia furfur.

GENEZE NÁZVU CHOROBY

Dvouslovný název choroby **Pityriasis versicolor** popisuje přiléhavě její klinický obraz. *Pityron* znamená v řečtině *otruba*, příměr k šupinkám olupující se kůže. Latinské slovo *versicolor* znamená v překladu *různobarevný*, skládá se ze slov *vertere* – *obracet a color* – *barva*. Ložiska choroby působí jinou barvou v létě a jinou v zimě. V letním období působí postižená ložiska světlejší barvou oproti nepostižené kůži. Okolní kůže je totiž zbarvená pigmentem vyvolaným UV zářením. Naopak v zimním období, kdy dojde k výbledu pokožky, se postižená ložiska jeví výraznější než okolní zdravá kůže. Velmi zajímavý je důvod hypopigmentace postižených ložisek. Vyvolávající kvasinky rodu *Malassezia* produkují jako svůj metabolit kyselinu azelaovou, která inhibuje enzym tyrosinázu a tím snižuje produkci melaninu. V terapii se této schopnosti kyseliny azelaové využívá při léčbě melasmat či pozánětových hyperpigmentací, např. po popáleninách.

HISTORIE

Prof. Carl Ferdinand Eichstedt (*17. září 1816 in Greifswald; †31. prosince 1892 tamtéž) byl německý gynekolog a dermatolog (obr. 1). Identifikoval kvasinkového původce **Pityriasis versicolor** a tuto chorobu poprvé pojmenoval (1). V dermatologii kladl důraz na význam mikroskopu při detekci nemocí. V roce 1846 vyšla jeho publikace *Pilzbildung in der Pityriasis versicolor*, díky níž se stal jedním z nesmrtelných autorů v dermatologické literatuře.

DEFINICE

Jedná se o velmi častou povrchovou mykózu u mladších dospělých vyvolanou lipofilními kvasinkami rodu *Malassezia* projevující se pityriaziformně se olupujícími makulami lokalizovanými zpočátku na ramenou a posléze i na trupu nemocného.

PŮVODCE A VYVOLÁVAJÍCÍ FAKTORY

Chorobu vyvolávají kvasinky rodu *Malassezia* (dříve označované jako *Pityrosporon*), nejčastěji *Malassezia globosa* (50–60 %), *Malassezia sympodialis* (3–59 %) a *Malassezia furfur* a *Malassezia slooffiae* (1–10 %), které jsou za normálních okolností běžnými kožními saprofyty (2).

Infekce je vyvolána přechodem malassézií z kvasinkové do miceliální fáze (2). Těto přeměně napomáhají různé vnější i vnitřní faktory. Nejdůležitějšími vnějšími faktory jsou teplo a vlhko. Proto se příznaky typicky objevují v tropickém počasí. Postižené části kůže bývají ty, které jsou zakryté oděvem, zvláště pokud se jedná o časté nošení více vrstev oblečení z umělých nebo směsových materiálů. Práce v horkých provozech může být také predisponujícím faktorem.

Mezi vnitřní faktory podporující vznik kožních projevů je nadměrná potivost – hyperhidróza, zvýšená tvorba mazu – seborrhea (nejčastěji se jedná o dědičné vlivy), imunosuprese, léčba celkovými i lokálními kortikoidy a Cushingův syndrom (3).

KLINICKÝ OBRAZ A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Základní eflorescencí choroby jsou makuly (obr. 2), s diskrétně se olupujícími okraji, které většinou nesvědčí, nicméně výjimečně se vyskytují i u pacientů s mučivým pruritem (*pozn. autor*). Ložiska bývají vícečetná, ostře ohraničená, od bělavých přes červené, hnědočervené až hnědé. U téhož pacienta se mohou barevně odlišné projevy kombinovat. Typické umístění je na šíji a ramenou (obr. 3), na zádech (obr. 4, 5, 6), nad hrudní kostí, u žen mezi prsy (obr. 7), pod prsy a v loketních ohbích. Po poškrábání s patrnou jemnou pityriaziformní deskvamací (4). Tím lze onemocnění spolehlivě odlišit od vitiliga. U pacientů se vyskytují jemné „suché“ lupy v kapilitu, podobné cigaretovému popelu, na rozdíl od větších, „mastných“ lupů při seborrhoické dermatitidě.

DIAGNÓZA

Klinický obraz je většinou charakteristický. Při mikroskopickém vyšetření louhového preparátu jsou viditelné typické do hroznů uspořádané shluky pučících spor. Při vyšetření ve Woodově světle projevy žlutavě fluoreskují (2, 4). Malassezie nelze prakticky kultivovat, stěry na mykologii tedy nejsou relevantní (5).

TERAPIE

U pacientů s Pityriasis versicolor bývá konstitučně vyšší počet mazových žláz a tím zvýšená sekrece kožního mazu (6). Jejich maz má navíc složení, které kvasinky dobře metabolizují a tím je dán **celoživotní sklon** k chorobě! I po dobře vedené léčbě existuje tendence k brzké exacerbaci.

U tohoto onemocnění je terapie často podceněná a nedostatečná. Dále se často zapomíná na edukaci, kterou musí každý pacient dostat proto, aby uměl sám předjet exacerbaci choroby. Ty jsou bez následných opatření a nutné změny hygienických návyků prakticky **neodvratitelné**. Většinou se pacienti dostaví do ambulance s již dlouhodobými příznaky a ložiska postihují velkou plochu těla. V těchto případech je jedinou účinnou terapií **kombinovaná terapie** celkovými plus lokálními **antimykotiky** v kombinaci s **ichtamolovými šampóny**.

Antimykotika působí přímo na eliminaci kvasinek. **Ichtamol** má několik účinků, působí protisvědivě, protizánětlivě, keratoplasticky, slabě antisepticky a antiseboroicky (6). Svým antiseboroickým účinkem zabraňuje přemnožování kvasinek tím, že **snižuje množství mazu**, na kterém **jsou kvasinky metabolicky závislé**.

Celkově se podává itraconazol v dávce 200 mg 1x denně po dobu 7 dnů po sobě jdoucích. V prvním týdnu se současně indikuje každodenní aplikace antimykotického šamponu (např. s flutrimazolem nebo s ketokonazolem) a šamponu s **tmavým ichtamolem** (6). Šampóny se aplikují **střídavě** ob den. Je nezbytné nutně aplikovat šampóny na postiženou pokožku a zároveň je vetřít **i do kštice**! Nechají se působit **5 min.** a poté se opláchnou vodou. Od druhého týdne se přechází na režim aplikace šampónů **2x týdně** – např. antimykotický šampon v úterý a ichtamolový šampon v pátek. Šampóny se používají až do jejich spotřebování, minimálně **3 týdny**.

Po ukončení terapie **nedojde ihned k vymizení** depigmentovaných ložisek, barevné změny vymizí až po následné pigmentaci pokožky UV zářením.

PREVENCE

Ihned po terapii nastupují nezbytná preventivní opatření. Doporučuje se používat ichtamolový šampón dlouhodobě, v podstatě celoživotně, **alespoň 1x týdně**. Ichtamol má antiseboroické účinky, které trvají při lokálním podání přibližně týden, po této době se začíná opět produkovat větší množství kožního mazu a dochází k opětovnému přemnožení, jinak saprofytických, kvasinek, a tím exacerbaci onemocnění. Tento biologický cyklus je důvodem nutnosti **dlouhodobého používání** ichtamolového šampónu.

Druhým klíčovým článkem prevence je používání **bezulfátových syndetů**. Sulfáty, hlavně sodium lauryl sulfát (SLE) a sodium laureth sulfát (SLES) destruuji kožní biofilm a napomáhají množení kvasinek na pokožce. Je nutné tyto produkty zcela opustit a nahradit zcela bezsulfátovými syndety, které lze použít na mytí kůže i vlasů (např. Cutosan mycí gel). Toto opatření platí taktéž celoživotně!

Pacientům se doporučuje nosit oblečení ze 100% bavlny, volné, prodyšné.

RESUMÉ

Pityriasis versicolor je onemocnění, kterým trpí převážně pacienti s geneticky podmíněným sklonem ke zvýšenému mazotoku a charakteristickým složením mazu. Exacerbace onemocnění je **bez dodržování preventivních opatření** prakticky jistá!

Obr. 1. Prof. Carl Ferdinand Eichstedt



Obr. 2. Pityriasis versicolor – primární eflorescence – detail (archiv autora)



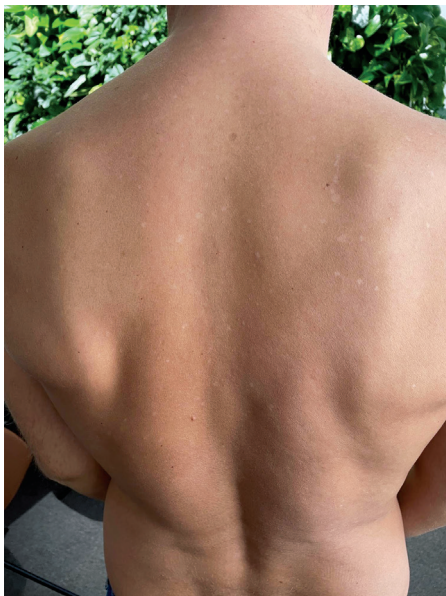
Obr. 3. Pityriasis versicolor – šíje a ramena (archiv autora)



Obr. 4. Pityriasis versicolor – trup (archiv autora)



Obr. 5. Pityriasis versicolor – trup (archiv autora)



Obr. 6. Pityriasis versicolor – trup (archiv autora)



Obr. 7. Pityriasis versicolor – prsa (archiv autora)



LITERATURA

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf H. Dermatolgia a venerolgia. Osveta, s.r.o., Martin; 2001.
2. Benáková N, et al. Moderní farmakoterapie v dermatologii, Praha: Maxdorf; 2020.

3. Baker H. Clinical dermatology, fourth edition, London: Baillière Tindall. 1989:70-71 s.
4. Štork J, et al. Dermatovenerologie. Praha: Galén; 2008: 78-79 s.

5. Danda V, et al. Vybrané kapitoly z dermatovenerologie, Hradec Králové: VLVDÚ; 1979.
6. Fadrhonicová A. Farmakoterapie kožních nemocí, Praha: Grada, 1999:364-365 s.