

Akné z pohledu pediatra

MUDr. Jan Štěpán

Dětské oddělení, Nemocnice Nový Jičín

Akné vulgaris představuje jedno z problémových onemocnění, se kterými se dermatolog nebo pediatr v běžné praxi setkávají. Vyskytuje se v nejrůznějších věkových kategoriích a má celou řadu podob. Pro pacienta je klíčovým bodem nejen správná volba terapie, ale i nalezení účinné mezioborové spolupráce, bez které si lze maximální úspěch jen těžko představit. Nestojíme totiž jen před problémem lokálního kožního nálezu, ale před komplexem potíží, které toto multifaktoriální onemocnění mazových žláz a přílehlé kůže pacientům přináší. Rovina estetických problémů a sociálně psychologická je mnohdy tiživější než samotné onemocnění z pohledu klinického.

Klíčová slova: akné vulgaris, komplexní přístup, psychologické problémy.

Acne from perspective of pediatrician

Acne vulgaris represents one of problematic disorders that dermatologist or pediatrician can come in contact with. This disease occurs in various age groups and has a variety of forms. The key is not only the right choice of therapy but also effective comprehensive approach, without which a success can be hardly achieved. During treatment we deal not only with local skin image. It is actually a complex multifactorial disease of sebaceous glands and nearby skin that affects a patient. Besides clinical point of view, it is serious estetical and social-psychological problem.

Key words: acne vulgaris, comprehensive approach, psychological problems.

Akné představuje onemocnění postihující pilosebaceózní jednotku. Charakteristické eflorescence nalézáme nejen v oblasti obličeje, ale také ramen, horní části hrudníku či zad. Přestože nelze pominout multifaktoriální patogenezi s klíčovou rolí genetiky, je v podstatě způsobeno čtyřmi faktory: folikulární epidermální hyperproliferací (s následným ucpáním folikulu), nadměrnou produkcí mazu (způsobenou zvýšenými hladinami androgenů), aktivitou saprofytických bakterií (*Propionibacterium acnes*) a nakonec přistupuje zánětlivá složka. Kauzální terapie se tedy zaměřuje na potlačení výše uvedených faktorů.

Projevy akné v různých věkových kategoriích

Novorozenecké akné: Objevuje se až u 20 % novorozenců. Otázkou zůstává, zda jde skutečně o projevy akné či zda se nejedná o novorozeneckou pustulózu. V patogenezi tohoto onemocnění hraje roli bakterie rodu *Malassezia* nebo naopak přecitlivělost na přemnožené kvasinky. Jako etiopatogenetický faktor se udávají i androgenní hormony předané matkou. Lokalizace projevů je shodná s výsevem akné u dospívajících. Výrazné novorozenecké projevy vyžadují další podrobná vyšetření. V pozadí se totiž může skrývat rozličná patologie – endokrinologické abnormity, tumory, poruchy gonád aj.

Akné kojenců: Projevuje se komedony stejně jako zánětlivými eflorescencemi zahr-

nujícími zejména papuly a pustuly. Postihuje častěji chlapce. V tomto období je stejně tak jako u novorozeneckého akné potřebné zhodnocení základních auxologických parametrů nejlépe v časové ose, přítomnosti hirsutizmu či pubického ochlupení, rozvoje prsou, klitoridomegalie. Posuzujeme také objem varlat a případně i nárůst svalové hmoty. Je zde vhodná spolupráce s dětským endokrinologem, který mimo jiné zhodnotí kompletní hormonální profil (především FSH, LH, testosteron, DHEA) a kostní věk. V případě negativních endokrinologických nálezů se zvykle dále v diagnostice nepokračuje. Většina těchto onemocnění totiž spadá do kategorie self-limited a není většinou způsobena hormonální patologií.

Mid-childhood akné: Týká se věkové skupiny 1–7 let. V tomto období života děti zvykle neprodukují významná množství adrenálních či gonadálních androgenů, a proto u nich akné vidáme zřídka. V případě objevení se akné je tedy bezpodmínečně nutné provedení endokrinologického vyšetření. Do úvah o etiologii musíme zahrnout patologie nadledvin či gonád, ev. tumor těchto orgánů. Jako neklamné známky zvýšené produkce androgenů slouží akcelerace růstu a vyšší kostní věk.

Akné u preadolescentů: Akné může být první známkou nástupu puberty. Pro stále nižší věk adrenarché a menarché lze očekávat i dřívější nástup akné. Eflorescence charakteru komedonů s minimem zánětlivých lézí se charakteristicky vyskytují na čele a v oblasti nosu. Anamnéza

a fyzikální vyšetření zde zcela postačují. Další vyšetřování nejsou nutností, pokud neshledáme známky nadměrné produkce androgenů – hirsutismus, nebo nezvykle vážné akné s malou či žádnou odpovědí na léčbu. Tehdy se jako nejčastější patologie objevuje tzv. syndrom polycystických ovarií. V tomto věkovém období musíme k rozvaze připojit i hlediska psychologická a sociální s cílem co nejlépe odhadnout náhled pacienta na onemocnění. Náзор rodičů či okolí pacienta se může od vlastního vnímání problému výrazně lišit.

Klinické formy

Mezi nejběžnější klinické formy patří komedonické a papulopustulózní akné. Můžeme se však setkat se závažnějšími projevy v podobě konglobátní či dokonce fulminantní formy. Z dalších uvádím ještě akné keloidalis nuchae.

Konglobátní akné: Tato nozologická jednotka se vyskytuje zřídka. Projevuje se bolestivými propojenými a provalujícími se abscesy spolu s následnými keloidálními či atrofickými jizvami. Komedony se objevují v malých skupinkách, cysty obsahují silně zapáchající hnis. Distribuce je (kromě té u akné vulgaris) také na hýždích a stehnech. Konglobátní akné může být způsobeno zhoršením již stávající papulopustulózní formy akné.

Akné fulminans: Tomuto onemocnění se dříve říkalo akné maligna. Je charakteristické vážnými (často ulcerujícími) nekrotizujícími akneiformními projevy, rychlým nástupem,

horečkou a polyartritidou typicky postihující kyčelní a kolenní klouby. Pacient může pro bolestivost kloubů zaujímat pozici v předklonu. Souběžný výskyt kožních a kostně-klobových projevů se označuje jako SAPHO syndrom. V krevních odběrech je patrna leukocytóza s převahou neutrofilů, anemie a zvýšené hodnoty sedimentace erytrocytů. Někdy můžeme nalézt také cirkulující imunokomplexy a proteinurii. Zároveň zjistíme selhání léčby antimikrobiálními preparáty, zatímco debridement s celkovými kortikoidy vykazuje dobrý efekt.

Akné keloidalis nuchae: Někdy bývá nazýváno folliculitis keloidalis. Z jejích názvů vyplývá postižení zadní části krku a okcipitální oblasti hlavy. Projevuje se lehce svědivými papulami a pustulami, které v chronickém stadiu přecházejí v jizvy vzhledu keloidů. Ve vážnějších případech dochází i ke vzniku abscesů. Onemocnění připomíná spíše folikulitidu vlasaté části hlavy a krku, komedony nejsou přítomny.

Diferenciální diagnostika

Akné vulgaris je třeba odlišit od mnoha podobně se projevujících kožních nálezu.

Akneiformní erupce: Tyto eflorescence vznikají jako následek infekcí nebo hormonálních či metabolických abnormit. Uvažuje se také o genetických predispozicích a aknézních projevech vyvolaných přímým účinkem či interakcemi léčiv. Léze nabývají různého vzhledu od papulopustul přes noduly až k cystám. Na rozdíl od klasického akné nenalézáme komedony, onemocnění se projevuje rychlým nástupem, jednotným vzhledem eflorescencí, distribucí mimo zvyklou lokalizaci akné vulgaris a někdy také vznikem mimo charakteristické věkové období.

Folikulitida: Ve srovnání s akné je infekční folikulitida charakterizována vcelku rychlým nástupem papul a pustul někdy doprovázená pruritem. Při hlubší lokalizaci folikulitidy udávají pacienti i bolestivost a dochází k hnisavé sekreci. Nalézáme ji často na holených místech. Kromě tváře ji najdeme např. ve vlasaté části hlavy, na stehnech, v axile, v inguinální oblasti – prakticky všude, kde se nacházejí vlasové folikuly.

Periorální dermatitida: Vyvolávajícím faktorem tohoto frekventního onemocnění je u dětí především používání nevhodných kosmetických přípravků a dudlíků. Pacient pocituje zejména pálení a svědění, nicméně někteří bývají i bez subjektivních příznaků. Jak název

napovídá, výsev se projeví okolo úst načervenalými papulami, příp. papulovezikulami či papulopustulami. Jako jiné možnosti distribuce se udává nazolabiální rýha a laterální část spodních víček. U dětí bývají častější než u dospělých eflorescence v oblasti kolem očí (1). U malých děvčátek s periorální dermatitidou se dokonce popisuje postižení vulvy. Onemocnění často přechází do chronicity.

Rosacea: Toto u dětí vzácné onemocnění se projevuje známým začervenaním tváře, kde případně nalézáme teleangiektázie, papuly a pustuly. Na rozdíl od dospělých je u dětí častější oční forma, která existuje samostatně nebo v kombinaci s kožním postižením (1). Společný vzhled eflorescencí s akné představují zánětlivé papulopustuly.

Syngrom: Označuje se také jako hidradenom. U dětí postižených Downovým syndromem se s ním setkáváme poměrně často. Projevuje se malými papulkami (většinou do 3 mm) barvy kůže či lehce zažloutlými, které se mnohdy objevují ve shlucích. Zvykle postihují horní část tváře i dolní víčka, nicméně se nevyhýbají ani axilám, hrudníku, bříchu a genitáliím.

Tuberózní skleróza: Toto onemocnění je autozomálně dominantně dědičné nebo vzniká jako následek nových mutací. Většinou bývá diagnostikováno mezi 2.–6. rokem věku. Již v porodnici si někdy lze všimnout popelavě zbarvené makuly. Angiofibromy ve tváři a nehtové fibromy se mohou rozvinout v období konce adolescence. V rámci onemocnění je třeba pomyslet na postižení srdce (rhabdomyosarkom), ledvin (angiomyolipom), sítnice (hamartomy), CNS (astrocytom) aj.

Psychosomatické aspekty akné

Psychosomatika jako komplexní pohled na člověka a jeho zdraví nalézá uplatnění u řady kožních nemocí. Namátkou možno jmenovat akné, atopickou dermatitidu, psoriázu nebo alopecii. Projevy patologie v psychosociální oblasti samozřejmě netvoří nutný předpoklad pro manifestaci onemocnění. Představují však integrální součást procesu vedoucího k narušení kvality života, které bývá u řady dermatóz pro pacienta klíčové. Ve svém výsledku pak dochází k nežádoucím interakcím, kdy psychické faktory indukují klinické projevy a zhoršení klinických projevů pak zintenzivňuje psychosociální dopad vlastního onemocnění. Pro pacienta se tato situace stává začarovaným kruhem, ve kterém bez multidisciplinární pomoci beznadějně uvázne. Sama dermatologická onemocnění

k tomu přidávají ještě faktor dlouhodobých projevů – život neohrožujících, ale velmi úporných příznaků.

Postižení pacienti trpí v první fázi poruchou kontaktu s okolím. Je potřeba si uvědomit, že verbální komunikace tvoří pouze několik procent toho, co vnímáme. Většinu představují mimoslovní projevy, kde podstatnou roli hraje vzhled viditelných částí těla – zejména obličej a ruku. Nežádoucí pozornost okolí rychle navozuje pocit nejistoty a sociální stigmatizace. Pokud v tomto okamžiku nenabídneme pacientovi kromě lokální terapie i přístup a pomoc psychologickou, pokračuje narušení kvality života dalšími projevy. Zvětšování rozsahu eflorescencí a narůstání času stráveného denně péčí o pleť dále prohlubuje pocity beznaděje, které mohou vyústit až do úzkostných a depresivních stavů. Často jsou tyto stavy daleko závažnější než vlastní kožní projevy.

Z výše uvedeného vyplývá, že k léčbě akné neodmyslitelně patří pacientova spolupráce a nalezení společné vize s lékařem. Důležitá je i práce s žebříčky hodnot a stanovováním reálných a dosažitelných cílů při léčebném procesu. Individuální přístup je samozřejmostí. Psychoterapeutická intervence má za úkol podpořit osobní potenciál plnohodnotného uplatnění ve svém okolí a nalezení motivačních prvků. Tato intervence se může odehrávat jak v rovině individuální, tak v rámci rodinné či skupinové psychoterapie.

Terapie

V terapii klademe za cíl použití co nejméně agresivní terapie k dosažení požadovaného výsledku. Nesmíme také zapomínat na informování pacienta i rodiny o pravdivých možnostech účinku daných léků a zmínit se o nežádoucích reakcích. To vše zlepšuje důležitou compliance. Lokální terapie se řídí klinickou formou akné. Tvoří ji kombinace léčiv – lokální antibiotika s retinoidy, benzoyl peroxid s topickými retinoidy, nebo lokální antibiotika s benzoylperoxidem, či lokální antibiotika a kyselina azelaová, kterou je možno aplikovat i v těhotenství a během kojení (2).

U vážnějších projevů akné se používají celková antibiotika – především druhá generace tetracyklinů (doxycyklin) a makrolidy (azitromycin). Nesmíme zapomenout, že tetracykliny jsou u dětí pod 8 let kontraindikovány. Při dlouhodobém užívání celkových antibiotik musíme brát v úvahu riziko vzniku vaginální kandidózy. Jako velmi slibná se nově v rámci terapie objevila kombinace clindamycinu 1%

a tretinoidu 0,025% gel bez benzoylperoxidu. Hormonální terapii používáme ve druhé linii. Je však třeba užívat kombinovanou kontracepci složenou z etinylestradiolu a jako progestinovou složku cyproteronacetát, norgestimát či drospirenon. Indikující lékař by měl anamnesticky zjistit možné projevy trombembolizmu v rodině a zda pacientka kouří. Poněvadž polovina kostní hmoty naroste v období dospívání, docházejí někteří experti k tvrzení, že pro správný růst kostí by se s antikoncepcí (zejména s nízkými dávkami etinylestradiolu) nemělo začínat před 18. rokem věku, nebo nejdříve rok po menarché. K terapii těžkých forem akné se používají systémové retinoidy. Pro jejich teratogenní účinek musíme vyloučit těhotenství. Použití této léčby podmiňují dva negativní těhotenské testy před započítím kúry a dále se neobejdeme bez spolehlivé ochrany před početím během terapie a po

jejím ukončení (3). Pokračování v antikoncepci po doužívání novějších preparátů retinoidů by mělo činit alespoň jeden měsíc. Nasazení retinoidů je optimální v období menstruace, nejlépe třetí den cyklu. Zároveň monitorujeme lipidový metabolismus, jaterní transaminázy a krevní obraz. Pacient musí počítat s případnou suchostí kůže, rtů, očí, příp. epistaxí, bolestí svalů a hlavy. Při jejich medikaci se vzácně popisují i depresivní nálady a suicidální myšlenky.

Závěr

V mnoha případech může být akné v základních projevech úspěšně léčeno lékaři bez dermatologické specializace. Je však potřebné kontinuální zvyšování povědomí o aktuálních možnostech terapie. V případě pochybností či vážnějších projevů je tedy nejistější svěření vedení terapie do rukou dermatologa.

Literatura

1. Polášková S. Obličejové dermatózy u dětí. *Dermatologie pro praxi*, 2011; 5(3): 134–138.
2. Štork J, et al. *Dermatovenerologie*. 1. vyd., Praha: Galén, 2008; 291–294, ISBN 978-80-7262-371-6.
3. Bienová M, Kučerová R. Léčba akné. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2009; 23(1): 19–23.

Článek přijat redakcí: 20. 1. 2015

Článek přijat k publikaci: 9. 2. 2015

Převzato a upraveno
z *Dermatol. praxi* 2015; 9(1): 21–24

MUDr. Jan Štěpán

Dětské oddělení, Nemocnice Nový Jičín
Purkyňova 2 138/16, 741 01 Nový Jičín
stepan.jan@centrum.cz

