

Dětské zimní dermatózy

MUDr. Martina Neradová Richterová

DermaConcept s.r.o. Kuřim, Medicom clinic Brno

Autorka ve svém sdělení uvádí přehled dětských dermatóz, se kterými se dermatolog a praktický dětský lékař setkává v zimním období nejčastěji. Jde o skupinu chronicky probíhajících dermatóz s obdobím exacerbace a remise (atopická dermatitida, seborrhoická dermatitida, psoriasis vulgaris), další skupinu tvoří sezónní virová exantémová onemocnění, třetí skupinu pak kožní onemocnění způsobená účinkem chladu a nakonec funkční angiopatie.

Klíčová slova: dermatózy v zimním období, atopická dermatitis, seborrhoická dermatitis, psoriasis vulgaris, virové exantémové dermatózy, dermatózy vyvolané působením chladu, funkční angiopatie.

Paediatric dermatitides in winter time

The author presents an overview of paediatric dermatitides most commonly encountered by the dermatologist and general paediatrician in the winter time. They include the group of chronic dermatitides with periods of exacerbation and remission (atopic dermatitis, seborrhoeic dermatitis, psoriasis vulgaris); another group consists of seasonal viral exanthem conditions, another one of skin diseases caused by cold, and, finally, there are functional angiopathies.

Key words: dermatitides in winter time, atopic dermatitis, seborrhoeic dermatitis, psoriasis vulgaris, viral exanthem conditions, dermatitides caused by cold, functional angiopathies.

Pediatr. praxi 2015; 16(6): 386–388

Chladné měsíce roku představují v ordinacích pediatriů větší výskyt některých dermatóz. Setkáváme se především s exacerbací nebo provovýsevem chronicky probíhajících ekzémových chorob (atopická dermatitida), psoriázy, ev. jejich superinfekcí, sezónními virovými dermatózami, kožními chorobami způsobenými chladem a parainfekčními dermatózami.

Díky klimatickým změnám (chlad, vlhko, vítr, přechody chlad-teplo) se častěji setkáváme s přesušenou pokožkou u jinak dermatologicky zdravých jedinců.

Dermatózy s chronickým průběhem s exacerbací či vznikem v chladných měsících roku

Atopický ekzém

Atopická dermatitida (AD) je jedno z nejčastějších kožních onemocnění u dětí, prevalence v prvních 10 letech života je 10–20 %, incidence dramaticky narůstá v posledních desetiletích.

Průběh AD je chronický se střídáním remisí a exacerbací. Klinická manifestace AD je výsledkem působení mnoha etiologických faktorů: polygenního typu dědičnosti, poruch imunologických, metabolických, neuroendokrinních, vlivů infekčních a působení zevních faktorů. Defekt epidermální bariérové funkce (výsledkem je zvýšená transepidermální ztráta vody, porucha integrity kůže, možnost snadnějšího průniku alergenů ze zevního prostředí a bakteriální kolonizace kůže) a kožní zánět jsou dvě základní charakteristické známky AD.

Zhoršení ekzému často předznamenává počínající bakteriální či virové onemocnění.

Klinické projevy AD jsou velmi rozmanité a mění se mimo jiné i podle věku dítěte, proto je z praktického hlediska stále používané rozdělení AD na fázi kojeneckou, dětskou, dospívající a dospělých.

Pro jednotlivá věková období jsou typické i jiné *provokační faktory* – v kojenecké fázi nejčastěji potraviny, v předškolním a školním věku infekce (zhoršení ekzému často předznamenává počínající bakteriální či virové onemocnění), v pubertě hormonální změny.

Pro všechny kategorie je výrazným provokačním faktorem stres, nešetrné zacházení s kůží (odmašťování, neprodyšné oblečení, chladné počasí).

Kojenecká fáze AD – začíná většinou mezi 3.–6. měsícem života, charakteristickým příznakem je nesnesitelné svědění. AD začíná většinou ve křtici a na tvářích – na zarudlé spodině vznikají drobné puchýřky, které splývají, praskají, objevují se jantarové krustoskvamy a je výrazný sklon k impetiginizaci, často jsou postiženy extenzorové plochy předloktí a bérků, trup. Generalizovaná suchost kůže je důležitým znakem pro potvrzení diagnózy.

Dětská fáze AD – predilekcí jsou flexury, krk, volární plochy zápěstí, často jsou postiženy kotníky, hýždě a stehna dorzálně. Ložiska jsou zarudlá, neostře ohraničená, suchá, často s krustami a exkoriacemi. Děti mívají často pozánětlivé hypo- a hyperpigmentace, které se ztrácejí za několik týdnů či měsíců po zklidnění ekzému.

AD dospívajících se často lokalizuje zpět na obličej, krk a trup, typickým projevem je licheni-

fikace a suchost kůže, v obličejí je patrná bledost centrálních partií.

Komplikace jsou nejčastěji virového původu. Obávanou komplikací je infekce herpetickým virem – *Eczema herpeticatum*. U dětí se jedná často o primoinfekci po kontaktu s osobou s herpes simplex. V místech ekzému se objevují drobné herpetické puchýřky, které se rychle šíří i na zdravou kůži, může dojít k impetiginizaci, mohou být přítomny příznaky herpetické encefalitidy nebo pneumonie. Včasná diagnóza a léčba je velmi důležitou prevencí komplikací, vyžaduje vždy hospitalizaci. Onemocnění je indikací k okamžitému zahájení masivní parenterální terapie acyklovirem, v některých případech je vhodné současné podávání širokospektrých ATB.

Mollusca jsou velmi častou komplikací u dětí s AD, infekce je způsobena pox virem, které se většinou šíří vodou a pronikají poškozenou epidermální bariérou. Tyto děti jsou zdrojem infekce pro další a navíc při dlouhém trvání dochází k bakteriální superinfekci. Nejúčinnější metodou léčby je abraze kyretou. Obdobně častou virovou infekcí jsou *vulgární bradavice (eczema verrucatum)*, jsou většinou mnohočetné, je třeba opakované kryoterapie, lokální terapie (Verrumal liq.) nebo destrukce laserem.

Impetiginizace bývá způsobena *Staphylococcus aureus*, kolonizace atopické kůže je vysoká (93 % v postižené a 73 % v nepostižené kůži, na rozdíl od 10 % ve zdravé kůži). Projevuje se exkoriacemi s vysokými krustami, zarudnutím v okolí, popř. mokváním, časté je zduření regionálních

lymfat. uzlin. U lehčích případů postačí lokální léčba – kombinované kortikosteroidy s antibiotiky (Fucidin H, Belogent crm., ung.), po zklidnění jsou vhodné pasty s antiseptickým účinkem (Endiaron pst.). celková ATB terapie je indikována při neúspěchu lokální terapie, u rozsáhlé impetiginizované AD a při regionální lymfadenopatii (viz níže).

Léčba je dlouhodobá a komplikovaná:

Režimová opatření – odstranění všech možných provokačních faktorů, u dětí s AD do 1 roku je vhodná hypoalergenní dieta s vynecháním nejčastějších potravinových alergenů (mléko, vejce, ořechy, ryby, citrusy, koření apod.), po 2. roce začínají převažovat faktory zevního prostředí a vliv infekcí, dieta má nadále zásadní význam (ovlivní až 70 % lehčích projevů atopické dermatitidy).

Lokální léčba je základem dermatologické léčby.

Lokální kortikosteroidy (KS) mají nezastupitelnou úlohu při akutním zhoršení AD (dle stavu lze KS I. a II. třídy dát i zcela malým kojencům). Při léčbě používáme většinou intervalové schéma: KS aplikujeme několik dní, poté následuje dvojnásobně dlouhá pauza, během níž používáme emolencia nebo pasty bez KS. Při aplikaci na obličej používáme vždy preparátů nehloženových. S výhodou lze použít i kombinovaných extern, která mají současně účinek antimikrobiální (Fucidin H, Belogent krém a mast, Triamcinolon E ung.).

Emolencia – jsou hlavní součástí terapie AD, doplňkem léčby akutních forem a základem udržovací terapie. Pomáhají udržet a obnovit porušenou bariérovou funkci kůže a restituovat kožní lipidový plášť. Aplikace nejméně 2x denně, nejlepší účinek mají při použití bezprostředně po koupeli či sprše při aplikaci do 3 min.

olejové koupele – vhodné zejména v zimních měsících, jde o různé druhy olejů (parafinový, sojový, mandlový), které na kožním povrchu vytvářejí jemný film zabraňující transepidermální ztrátě vody a tím zlepšují hydrataci kůže.

Antibiotická externa – používáme při impetiginizaci, např. acidum fucidicum, mupirocin.

Lokální imunomodulancia – patří do rukou dermatologa, zasahují přímo do imunitních reakcí v kůži, tacrolimus (Protopic mast) a pimecrolimus (Elidel krém).

Celková terapie je indikována krátkodobě nebo dlouhodobě.

Celk. antibiotika – jsou indikována u rozvinutých klinických projevů impetiginizované AD, při regionální lymfadenopatii a neúspěchu lokální terapie, účinné jsou penicilinázo-rezistentní peniciliny (Oxacicilin), v případě alergické reakce na PNC je alternativou podávání cefalosporinů I. a II. generace (Duracef, Zinnat).

Antihistaminika – ordinujeme podle věku, tíže AD a individuální snášenlivosti. Jsou vhodná k dlouhodobější léčbě.

Systémové kortikosteroidy, imunomodulancia a imunosupresiva – patří do rukou odborného kožního lékaře.

Fototerapie a fotochemoterapie se provádí u těžkých případů se subakutní a chronickou formou AD na specializovaných pracovištích.

Seborrhoická dermatitis

Je chronická dermatóza s recidivujícím průběhem vyskytující se především v lokalizacích bohatých na mazové žlázy. Má dvě věková maxima – kojenci do 3 měsíců a pak dospělí mezi 40.–70. rokem. Výrazná je závislost na klimatických podmínkách (zhoršení v zimních měsících, zlepšení v létě, u moře) a na psychických vlivech (stres). Objevuje se nejčastěji v prvních třech měsících života (nejčastěji ve 3. nebo 4. týdnu) jako ohraničená erytematoskvamózní ložiska s nánosy žlutavých skvam či krustoskvam, a to zejména ve křtici, kde se může vytvořit až souvislá vrstva – cradle cap, v obličej, v intertriginózních a ve flexorových lokalitách. Obvykle nesvědčí, nemokvá, ale často se může přidružit sekundární kvasinková, méně často bakteriální superinfekce, do 8–12 měsíců spontánně odeznívá, někdy přetrvává do 3 let. Do období puberty nerekidivuje. U adolescentů se vyskytuje v predilekci (křtice, obočí, nasolabiální rýhy, oblast nad sternem, mezi lopatkami).

Léčba u malých dětí a kojenců – stačí mnohdy aplikace dermokosmetického přípravku (ABCDerm baby Squam Bioderma, Kélual emulze Ducray), u *dospívajících* při exacerbaci volíme kombinované preparáty kortikosteroidu s antimykotikem (Imacort crm., Pimafucort krém), po několika dnech a zklidnění se přechází na udržovací terapii čistým antimykotikem (Imazol krémpasta apod.). Důležitou součástí je vhodný výběr dermatokosmetiky (denní krém Sensibio DS+ Bioderma, léčebné dermatokosmetické šampony).

Psoriasis vulgaris

Psoriáza je chronické zánětlivé, neinfekční, onemocnění, které postihuje 1–3 % populace. Jde o chorobu multifaktoriální, která se projevuje u predisponovaných jedinců působením různých spouštěcích faktorů. Psoriáza tvoří 4 % kožních nemocí u dětí do 16 let, zhruba u 10 % pacientů se psoriáza projevuje do 10 let věku.

Provokující faktory u geneticky predisponovaných jedinců se podílejí na manifestaci psoriázy. Jsou to *faktory zevní*: fyzikální tlak, tření, spálení kůže, trauma a chemické (iritace kůže detergenty), *vnitřní faktory* vedou k manifestaci

nebo exacerbaci onemocnění: infekční nemoci, endokrinní faktory, metabolické vady (obezita), léky (kortikosteroidy, antimalarika...), stres, u mladistvích alkohol, nikotin.

Dětská psoriáza začíná nejčastěji mezi osmým až dvanáctým rokem.

Formy dětské psoriázy

Psoriasis guttata bývá často prvním projevem psoriázy u dětí, eflorescence jsou kapkovité, okrouhlé nebo oválné 2–3 mm, obvykle mají symetrickou distribuci, velmi často je spouštěcím faktorem infekce streptokokem A v oblasti nasofaryngu nebo perianální oblasti. U 2/3 pacientů předchází 1–3 týdny infekce HCD. U výsevu guttátní psoriázy nebo při exacerbaci ložiskové psoriázy způsobené beta-hemolyt. streptokokem volíme ATB s citlivostí na streptokoky, u chronických tonsilitid je dop. TE.

Psoriáza lokalizovaná na obličej je u dětí častější než u dospělých, nejčastěji je postižena periorbitální oblast, mohou být zasaženy i nasolabiální rýhy a periorální oblast. Ložiska jsou na rozdíl od AD jasněji ohraničená, méně svědí a mívají anulární tvar, asi u 5 % dětí se překrývají klinické známky AD a psoriázy.

Psoriasis capillitii – bývá také často prvním projevem lupénky, typická jsou ostře ohraničená zarudlá ložiska s nánosem ulpívajících stříbřitých šupin *překračujících vlasovou hranici*. Variantou psoriázy ve křtici je tinea amiantacea – nemá vztah k mykotické infekci, začíná obvykle v pubertě a ve 2–15 % progreduje do typické psoriázy.

Psoriasis glutealis – manifestuje se pouze v plenkové oblasti, tuto formu je třeba odlišit od plenkové dermatitidy, seborrhoické dermatitidy... Ložiska jsou ostře ohraničená, živě červená, lesknoucí se, s velkými suchými šupinami.

Ložisková (plaková) psoriáza – postihuje 30–60 % dospívajících s psoriázou. Typická psoriatická ložiska jsou okrouhlá, zarudlá, ostře ohraničená, pokrytá šedavými nebo stříbřitými šupinami. Eflorescence často začínají jako drobné, načervenalé tečkovité papuly, na povrchu s jemnou šupinkou. Papuly splývají do ložisek nebo infiltrovaných ploch měřících i několik centimetrů. Typickou predilekci je křtice, lokty, kolena, lumbosakrální a anogenitální oblast.

Psoriasis pustulosa a psoriatická erythrodermie jsou nejtěžší formou dětské psoriázy, pacienti jsou ohroženi bakteriální septikémií a vyžadují hospitalizaci.

Psoriatická erythrodermie se u dětí vyskytuje vzácně.

Pustulosní psoriáza byla ojedinele popsána i u novorozenců, u dětí v předškolním a školním věku jde o generalizovanou pustulosní psoriázu,

ale může být omezena pouze na dlaně a plosky. Obě formy mohou být doprovázeny sterilními osteolytickými ložisky v kostech DKK, páneve a klíčních kostí. Průběh generalizované formy bývá velmi rychlý, klidná psoriatická ložiska nebo zdravá kůže zarudnou a velmi rychle se objevují hustě uspořádané droboučké povrchní pustuly vel. špendlíkové hlavičky. Časté je postižení sliznice dutiny ústní a jazyka. Na rozdíl od dospělých je tato forma častou první manifestací onemocnění.

Léčba

Toto chronické onemocnění vyžaduje často doživotní terapii. U dětí vystačíme převážně s lokální terapií, jen výjimečně případy vyžadují kombinovanou terapii s celkovou.

Lokální terapie je základem pro lehké, ale i středně těžké a těžké formy psoriázy. V komplexní lokální léčbě máme k dispozici **diferentní léky** (**lokální kortikosteroidy** – jsou lékem první volby pro rychlý efekt, volíme LK středně účinné, při nezlepšení silně účinné, ale pouze na 2 týdny, *analoga vit. D3* v kombinaci s lok. KS tvoří zlatý standard léčby i u dětí, plocha aplikace nemá být větší než 30 %), dále **léky podpůrné** (keratolytika a emolienta – vhodné jsou lipofilní krémy s ureou: do 10 let předepisujeme 3,5% ureu, u dětí starších lze 10% ureu, na obličej ne více než 3% ureu), důležitá je vhodná hygienická péče o kůži, užívání specifických mycích prostředků na kůži a kštic (olejové koupele, dermokosmetické šampony).

Celková terapie je u dětí vyhrazena převážně pro erytrodermickou formu, pustulosní psoriázu nebo těžkou ložiskovou psoriázu nereagující na lokální léčbu (methotrexát, cyklosporin, retinoidy, biologická léčba).

Virová exantémová onemocnění

Pityriasis rosea Gibert

Akutní exantémové onemocnění, převaha výskytu v dospívání a u mladých jedinců, výskyt zejména na podzim a v zimě.

Etiologie není známa, zvažován HHV 6 a HHV 7. Dochází k výsevu erytematoskvamózní oválné plaky o vel. 2–6 cm (tzv. mateřská morfa), v průběhu 1–2 týdnů vznikají menší léze zejména na trupu a HKK, typická lokalizace exantému je v liniích štěpitelnosti kůže, subj. někdy svědění. Onemocnění trvá 3–6 týdnů, někdy mohou ložiska perzistovat až 2 měsíce.

Terapie – antihistaminika při svědění, lokálně aplikujeme kortikosteroidní externa ve formě lotia nebo krému, při zvýšené frekvenci osobní hygieny je možná ekzematizace. Doporučujeme klidový režim.

Lékové exantémy představují všechny vedlejší účinky léků projevující se změnou ve struktuře kůže, kožních adnex či sliznic.

Vzhledem k vyšší medikaci ATB a jiných léčiv se v zimním období častěji můžeme setkat s lékovými exantémy.

Poškození kůže vlivem chladu

Omrzlina – omrzliny vyvolává působení mrazu (spolupůsobí zde délka expozice, síla větru a vlhkost prostředí) po delší dobu. Postiženy bývají akralní partie (prsty rukou, nohou, ušní lalůčky, špička nosu a místa tlaku obuvi či rukavic). U I. stupně dochází ke zblednutí a následnému zarudnutí kůže, které je provázeno silnou bolestivostí, u II. stupně se tvoří hemoragické puchýře a u III. stupně nekrózy. Léčba spadá do oboru chirurgie. Prevence spočívá v chránění zejména aker vhodným oděvem, jemné masáže a tření ohrožených partií.

Oznoheniny (perniones): kožní změny způsobené chladem, vznikají hlavně na kůži rukou po opakovaném dlouhodobém vystavení chladu (teplot nad bodem mrazu), projevem jsou lividní ev. mírné edematózní ložiska, která při přechodech počasí úporně svědí až bolí.

Funkční angiopatie

Akrocyanóza

Často familiárně se vyskytující vazoneuróza, vzniká obvykle v dětství, nejvýraznější bývá v pubertě, později ustupuje. Projevuje se chladnou, modrofialově zbarvenou, někdy až edematózní kůží rukou, nohou, boltců, nosu, tváří, popř. gluteální oblasti. Pacienti obvykle trpí hyperhidrózou a mívají pocity menší citlivosti kůže. V dif. dg. je třeba odlišit perniones, Raynaudovu chorobu, acrodermatitis chronica atrophicans. Terapie: teplé ev. střídavě teplé a studené koupele, cévní rytmika, sauna, sportování, prevencí je omezení působení chladu, zejm. za spoluúčasti vlhka (teplé oblečení).

Formou akrocyanózy u silnějších dívek je *erythrocytosis crurum puellarum*, kdy se objevují fialovočervené, neostře ohraničené dyskolorace, někdy s prosáknutím kůže. Vznikají v zimě, podle způsobu oblékání zejm. na vnitřních plochách stehien, kolen, bérků a na hýždích. Působení chladu provokuje nepříjemně palčivé pocity v postižených oblastech, někdy mohou hrát roli hormonální dysbalance.

Livedo

Skrvnitá cyanóza kůže s modravým prosvítáním v důsledku stázy v hlouběji uložených dilatovaných kapilárách. Projevy s jemnou síťovitou kresbou zejm. nad extenzory končetin jsou běž-

ným nálezem u zdravých dětí a mladistvých – cutis marmorata, zvyrazňují se působením chladu, v teple mizí. Dif. dg. livedo racemosa – livedo vasculitis s nepravidelně velkými oky bizarních síťovitých projevů červenofialové barvy, vyskytuje se při systémových chorobách, která je nutno vyloučit.

Závěr

Zimní dětské dermatózy mohou dětem i jejich rodičům znepříjemnit toto chladné období roku. Vlivem chladu se snižuje produkce mazu v mazových žlázách, kůže ztrácí vlhkost. Zejména rychle se vysušuje kůže rukou, nohou a v obličeji, dochází k jejímu popraskání. Tyto klimatické faktory působí nejen exacerbaci či vznik výše uvedených dermatóz u predisponovaných jedinců, ale představují zátěž i pro normální, zdravou dětskou pokožku.

Je velmi důležité v tomto období dodržovat preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika vzniku těchto zimních kožních komplikací.

Při pobytu venku za chladného počasí je vhodné používat tzv. cold krémy, které chrání pleť před mrazem a větrem díky vysokému podílu tuků, ke koupeli vysadit klasická mýdla a nahradit je speciálními mycími dermatokosmetickými oleji. Po koupeli či sprše ideálně do 3–5 minut vetřít vhodný emolientní přípravek k obnově hydrolipidového kožního filmu. Děti vhodně a adekvátně oblékat (používat prodyšné, jemné materiály, u dětí s AD není vhodný kontakt dráždivého oblečení – vlna s pokožkou, děti nenavlékat). Důležitá je také prevence infekcí (výběr vhodného sportu, častý pobyt na čerstvém vzduchu, zdravá strava), důkladné přeléčení a doléčení infekcí, zejm. HCD, včasné rozpoznání infekčních chorob ev. infekčních superinfekcí stran zabránění dalšímu šíření mezi dětmi.

Literatura

1. Benáková N. Atopická dermatitida, Česko-slovenská dermatologie 2008; 65–85.
2. Polášková S. Atopická dermatitida u dětí, Referátový výběr z dermatovenerologie 2009(3): 10–20.
3. Schachner LA, Hansen RC. Pediatric dermatology. Mosby 2003; 361: 151–160.
4. Bučková H, Polášková S. Psoriáza u dětí, Česko-slovenská dermatologie, 2013: 59–71.
5. Salavec M, Hamáková K. Virová exantémová onemocnění v dětském věku, Referátový výběr, 2005: 20–28.
6. Stork J, et al. Dermatovenerologie 2013; 36–37: 162–165.

Článek doručen redakci: 28. 10. 2015

Článek přijat k publikaci: 23. 11. 2015

MUDr. Martina Neradová Richterová
DermaConcept s.r.o.
Blanenská 982, 664 31 Kuřim
dermaconcept@dermaconcept.cz

