

Seboroická dermatitida

doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.

Klinika nemocí kožních a pohlavních, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Článek se v přehledu věnuje klinickému obrazu, patogenezi a terapeutickým možnostem seborhoické dermatitidy.

Klíčová slova: seboroická dermatitida, etiopatogeneze, klinický obraz a léčba.

Seborrhoeic dermatitis

The article reviews clinical presentation, pathogenesis and therapeutical approaches in seborrhoeic dermatitis.

Key words: seborrhoeic dermatitis, ethiopathogenesis, clinical depiction and therapy.

Úvod

Seborhoická dermatitida je charakterizována jako papuloskvamózní onemocnění kůže postihující oblasti s hustou denzitou mazových žláz kůže, obličej a trupu. Vedle zvýšené produkce kožního mazu jsou v etiologii významné další faktory, jako je např. osídlení kvasinkami *Malassezia*, imunologické abnormality a aktivace komplementu.

Prevalence onemocnění se v USA udává okolo 3–5 %. Postihuje všechny rasy i pohlaví (u mužů horší průběh). Obvykle začátek onemocnění pozorujeme v období puberty, vrchol onemocnění pak okolo 40 let věku. U malých dětí a kojenců dětí se vyskytuje jako lpicí nános mastných šupin (*crusta lactea*, *cradle cap*, Obr. 1) v lokalizaci nad velkou fontanelou. Vzácně pak jako erupce projevů flexurálně či ve formě erythrodermie.

Závažnost onemocnění kolísá od lehkých forem lupovitosti (poměrně časté, odhady u 15–20 % populace) až k závažným projevům exfoliativní dermatitidy.

Klasifikace onemocnění

Dle klinických forem onemocnění a nástupu projevů i lokalizace projevů se seborhoická dermatitida rozděluje do řady klinických forem:

- Seborhoická dermatitida kojenců

- Seborhoická dermatitida dospělých
- Seborhoická dermatitida kůže
- Intertriginózní forma
- Retroaurikulární forma
- Diseminovaná forma
- Erythrodermická forma
- Seborhoická blefaritida

Patogenetické aspekty

Kvasinky typu *Malassezia* nejsou pravděpodobně příčinou vzniku onemocnění, spíše působí jako kofaktor přítomné T buněčné deprese, zvýšené seborhey a aktivace alternativní cesty komplementu. Zani et al. (7) prokázal, že i při antimykotické léčbě nedochází ke snížení počtu *Malassezia* agens. Podíl *Malassezia* species na vzniku onemocnění je spíše dán aktivitou jejich lipáz s uvolněním zánětlivých volných mastných kyselin a z jejich schopnosti aktivovat alternativní cestu komplementu. U nemocných inklinujících k tomuto onemocnění mohou být prokázány i dysfunkce kožního bariérového systému. Seborhoická dermatitida může být indukována i řadou léčivých přípravků, jako např. chlorpromazinem, buspironem, cimetidinem, fluorouracilem, haloperidolem, deriváty zlata, přípravky typu TNF-alfa, methyldopa, léků s obsahem lithia, psoraleny apod. (2, 6).

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: *Dermatol. praxi.* 2025;19(1):11-15

<https://doi.org/10.36290/der.2025.002>

Článek přijat redakcí: 8. 1. 2025

Článek přijat k tisku: 20. 2. 2025

doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.

salavecm@lfhk.cuni.cz

Anamnéza, klinický obraz a asociovaná onemocnění

V anamnéze pacienti udávají aktivní projevy se šupením, subjektivně pak pálení či svědění. Období aktivních vzplanutí se střídá s fázemi remise. Aktivita onemocnění souvisí i s klimatickými vlivy. Zhoršení je pozorováno v zimních měsících a v časných jarních měsících (agrovace změnou vlhkosti prostředí), zatímco v letní době se kožní nález zklidňuje. V době akutních projevů může být stav komplikován sekundárními infekcemi lokalizovanými v intertriginózních oblastech. V lézích může docházet k přerůstání kandidových původců (kojenecká plenková dermatitida). Vzácně se pak mohou vyskytnout závažné projevy typu generalizované seborhoické erythrodermie. Zhoršení lze pozorovat i při lokálních traumatech (škrábání) či při emocionálním stresu. Závažnější projevy vidáváme také u některých neurologických jednotek, např. u Parkinsonovy choroby a dále u onemocnění AIDS, kongestivního srdečního selhávání a u imunosuprimovaných nezralých novorozenců.

Klinické projevy jsou typické šupením od mírného stupně po rozsáhlé, lpící krusty. Změny se mohou šířit z oblasti kštice (Obr. 2) na čelo, zadní partie šíje a na oblasti retroaurikulární (Obr. 3). Kožní eflorescence se

Obr. 1. *Cradle cap – crusta lactea u kojenců*



Obr. 2. *Dermatitis seborrhoica capilitii*



manifestují jako mastné šupení na erytemové, zánětlivé kůži, objevuje se i mokvání (podezření na sekundární infekci) a nezávisle se může vyvinout i blefaritida. Distribuce lézí je typicky v seborhoických, ovlášených partiích hlavy a krku (skalp, čelo, obočí, linie řas, vousatá část obličeje, nasolabiální rýhy a retroaurikulární krajina, Obr. 4). U seborhoické dermatitidy kštice pozorujeme infiltrovanou, šupící se ložiska s olupováním. Postižení kštice probíhá chronicky s recidivami. Klinicky zjišťujeme přítomnost papulek a skvam a erytému. Subjektivně se objevuje svědění až pálení, ale i pocity pnutí.

Méně často se setkáváme s nešupícími se projevy v okolí pupku, v axilách, pod prsy a ve tříslích, na perineu a anogenitálně. Nejčastějším typem v konfiguraci bývá anulární nebo geografické šupení, vzácněji pak pityriasiformní postižení trupu a šíje s periferním šupením ovoidních ložisek (napodobuje pityriasis rosea).

Diagnostika

Diagnostika obvykle spočívá na hodnocení klinických projevů a na anamnéze. Histologické vyšetření může být významné u nemocných s projevy exfoliativní dermatitidy.

V diagnóze musíme pomýšlet i na řadu dalších možných kožních klinických jedno-

Obr. 3. *Dermatitis seborrhoica retroauricularis*



tek – chronická granulomatózní onemocnění, xerotické ekzémové projevy, seboriáza, tinea amiantacea, tinea versicolor, deficiency vitamínu B a zinku, stafylokokové blefaritidy, onemocnění Letterer-Siwe (akutní diseminovaná histiocytóza) apod.

Diferenciální diagnostika (5)

- Akutní kožní lupus erythematosus (ACLE)
- Alergická kontaktní dermatitida
- Asteatotický ekzém
- Kutánní kandidózy
- Kožní manifestace gastrointestinálních chorob
- Kožní manifestace glukagonomového syndromu
- Lékové exantémy
- Erythrasma
- Léky indukované fotosenzitivita
- Extramamární Morbus Paget
- Impetigo
- Intertriginózní dermatitidy
- Iritiční dermatitidy
- Lichen simplex chronicus
- Histiocytóza z Langerhansových buněk
- Numulární ekzémy
- Pemphigus foliaceus a pemphigus erythematosus
- Pityriasis rosea
- Tinea capitis, tinea corporis, tinea cruris a tinea versicolor
- Dermatitis perioralis
- Atopická dermatitida u dětí
- Omenn syndrome (familiární retikuloendotelioza s eozinofilií, těžká kombinovaná imunodeficience s hypereozinofilií)

Laboratorní vyšetření

Nejsou nutná. Diagnóza je většinou stanovena na základě anamnézy a klinického obrazu. Bioptické vyšetření může být vý-

Obr. 4. *Dermatitis seborrhoica faciei*



INZERCE

hodné při projevech exfoliativní dermatitidy. Mykologické vyšetření může vyloučit onemocnění typu tinea.

Histologický nálezný seborhoické dermatitidy není specifický. V akutní fázi zjišťujeme zánětlivý proces perifolikulárně a perivaskulárně, dále známky spongiózy a psoriasiformní hyperplazie a parakeratózu okolo folikulárního ústí. Neutrofilů jsou přítomné v krustách při okrajích. U chronických projevů mohou být nálezy obdobné psoriáze (u psoriáze ovšem akantosis, tenké rete ridges, exocytóza, parakeratóza a absence spongiózy).

Terapie

Terapii je doporučeno zahájit již u časných vzplanutí. Cílem užití farmakoterapeutických přípravků je redukovat morbiditu a zabránit komplikacím.

Dle závažnosti klinického nálezu je možné užít lokální i systémové formy terapie. U lokální terapie je doporučeno využití šetrných a neiritujících extern. Lokálně aplikované nízkopotentní kortikoidy jsou vhodné k aplikaci v oblastech obličeje. Lokální kortikoterapie je asociována se vznikem teleangiektázií a s atrofizací epidermálních struktur. U akutních vzplanutí a u torpidních kožních změn lze indikovat nízkopotentní lokální kortikoidy ve formě krémů, lotií a roztoků.

V indikaci lokálně aplikovaných kortikoidů řadíme následující účinné látky a přípravky:

- **Hydrocortison butyrát** – Locoid lotio[®], Locoid krém[®], Locoid Crelo[®]
- **Methylprednisolon aceponát** – Advantan mléko[®]
- **Prednisolon + kyselina salicylová** – Alpicort roztok[®]
- **Betamethason dipropionas 0,1%** – Beloderm[®], Diprosone[®]
- **Prednisolon acetát + klotrimazol** – Imacort krém[®]

Tyto preparáty jsou tedy především indikovány u akutních vzplanutí onemocnění.

Lokálně aplikované léčebné přípravky doporučované u seborhey a seborhoické dermatitidy s přítomností lupů mohou obsahovat i další typy účinných látek jako např. následující:

- **Pyrithion zink** – Head & Shoulders šampon, Nodé D.S.
- **Selenium disulfid** – Dercos DS

- **Thiosalicylát zinku** – Ducray Kertyol PSO šampon keratoredukční[®], Sabal

- **Ciklopirox olamin a pirokton olamin** – Ducray Kelual DS[®] šampon (navíc s obsahem kyseliny B-glycyrrhetinové a Keluamidu s keratolytickým účinkem), Nodé DS[®], Kerium[®]

- **Antimykotika imidazolová** – s ketokonazolem jako např. Nizoral šampon[®], Mediket Plus šampon[®], s flutrimazolem – Micetal gel[®]

- **Ichтамol** – Ichтамol šampon[®], Ichtopic krém[®] (podpůrně)

- **Urea a kyselina salicylová v kombinaci** – Dekeral ung.[®], Emocrust lotio[®]

I když četnost osídlení kvasinkami *Malassezia* nekoreluje se závažností seborhoické dermatitidy, je antimykotická léčba doporučována jako léčba 1. linie. Indikovány jsou přípravky s ketokonazolem, ciklopiroxem.

Alternativně lze indikovat i přípravky typu inhibitorů calcineurinu, jako např. pimekrolimus (vynikající odpověď, zlepšení až u 80 %, off-label use) (4) a takrolimus, ale i přípravky s obsahem síry. V zahraničí jsou k dispozici i lokální přípravky typu inhibitoru PDE-4 (roflumilast).

Bikowski et al. (1) doporučují užití léčiv s obsahem kyseliny azaleové (15% gel).

U závažných a terapeuticky neodpovídajících stavů je doporučeno i užití systémově podávaných antimykotik (azolové deriváty – flukonazol a itrakonazol v dávkách do 200 mg krátkodobě a dále i terbinafin v dávce 250 mg až po dobu 1 měsíce).

Všeobecně se doporučuje užití kombinovaných typů terapie.

Lupovitost a projevy onemocnění v oblasti kapilitia lze ovlivnit užitím řady šampónů. Doporučuje se i zákaz užití vlasových sprejů a pomád. Účinnými látkami šampónů jsou většinou kyselina salicylová, dehtové deriváty, selenium, síra nebo pyrithion zinek. Šampóny s obsahem selenium sulfidu (2,5 %), ketokonazolu a ciklopiroxu mohou redukovat osídlení kvasinkami *Malassezia*. Šampóny jsou indikovány zejména u seborhoické dermatitidy v oblasti kštice (některé přípravky již uvedeny výše). Tyto šampóny lze užít i na postiženou oblast trupu a do vousatých krajín, jejich aplikace na obličej

a do intertriginózních lokalizací může indukovat podráždění.

V oblasti dermokosmetické péče se dále uplatňují řady přípravků.

Jsou to např. produkty jako jemný zklidňující šampon DS Hair[®] s patentovanou technologií TLR2-Regul v kombinaci s termální vodou Uriage a protěží, keratoredukční šampon DS Hair (obsahuje i 1% kyselinu salicylovou, a pirocton olamin a laktát zinku), šampon proti lupům DS hair anti-dandruff[®] – vše produkty formy Uriage.

Je možné využít i produkty výrobce Bioderma, např. Nodé DS+ šampon[®] s obsahem patentovaného komplexu DSactive[™], jenž zaručuje dvojitou účinnost díky biologickému působení na příčinu vzniku šupin. Omezuje množení kvasinek *Malassezia*, které jsou zodpovědné za vznik lupů a zabráňuje recidivám tím, že minimalizuje vylučování kožního mazu, který způsobuje šíření *Malassezie*. Silné keratoregulační látky odstraňují silné lupy a zabráňují jejich návratu. Šampon Nodé DS+ obohacený o zklidňující látky okamžitě a dlouhodobě zmírňuje svědění vlasové pokožky. Patentovaný přírodní komplex D.A.F pak zvyšuje práh snášenlivosti citlivé vlasové pokožky.

Přípravky firmy Dercos s účinnou látkou selenium disulfid výrazným způsobem snižují množství *Malassezia restricta* a *Staphylococcus epidermidis* a obnovují rovnováhu mikrobiomu. Tento typ terapie vykázal efekt nejen jako doplňková terapie, ale i v rámci monoterapie.

Důležité je i povědomí o správné aplikaci léčebných šampónů. V akutní fázi se doporučuje aplikace 3x týdně po dobu 4 týdnů, poté ve fázi udržovací 1x týdně nebo 1x za 2 týdny. Je nutné šampóny nanést na mokré vlasy a vmasírovat do pokožky hlavy. Působení by mělo být dostatečně dlouhé (až do 10 minut).

Užití přípravků Dercos DS v terapii seborhoické dermatitidy kštice s obsahem disulfidu selenia může z vlastní zkušenosti vést k významnému poklesu recidivujících změn v oblasti kštice. Dostupné jsou i preparáty s obsahem uvedené účinné látky a derivátu kyseliny hyaluronové k hloubkové péči o vlasový stvol (hydratace).

Novinkou v ovlivnění symptomů klinických i rozsahu postižení je užití ošetřujícího séra Dercos 10 v bezoplachové péči o pokož-

ku hlavy. Účinné látky obnovují rovnováhu mikrobiomu pokožky hlavy, hydratují a vedou ke zklidnění a k obnově kožní bariérové funkce. Indikací je doplňková péče či přítomnost lupů, dále u projevů seboroické dermatitidy kštice. V klinickém sledování došlo k redukci více než 64 % lupů do 1 měsíce. Efekt byl prokázán i na subjektivní obtíže typu pruritu a pálení.

V literatuře byly dokumentovány i případy odpovědi na systémovou nízkou dávkovanou léčbu isotretinoinem (3) a dále i efekty při užití metronidazolu u klinicky závažných stavů.

LITERATURA

1. Bikowski J. Facial seborrheic dermatitis: a report on current status and therapeutic horizons. *J Drugs Dermatol.* 2009 Feb;8(2):125-33. PMID: 19213227.
2. Brodell EE, Smith E, Brodell RT. Exacerbation of seborrheic dermatitis by topical fluorouracil. *Arch Dermatol.* 2011 Feb;147(2):245-6. doi: 10.1001/archdermatol.2010.420. PMID: 21339458.
3. de Souza Leão Kamamoto C, Sanudo A, Hassun KM, Baga-

Kortikosteroidy systémově mohou být užity výjimečně spíše pouze u rozsáhlých disseminovaných forem postižení s náchylností k recidivám a u erythrodermických projevů (dávky maximálně do 60 mg/den ekvivalentu prednisonu).

Užití systémově podaných antibiotik lze doporučit jen u sekundárních bakteriálních infekcí.

Závěr

Seborhoická dermatitida je poměrně často se vyskytující onemocnění s komplex-

ními projevy. V řadě případů jde o chronické onemocnění. V terapii je velmi žádoucí compliance pacientů. Dle klinického posouzení a průběhu onemocnění indikujeme lokální, systémovou a podpůrnou terapii. U závažných a recidivujících případů je nutné komplexní vyšetření pacientů. Řada terapeutických postupů by mohla vést k iritačním komplikacím kůže. V diferenciální diagnostice musíme pomyslet i na řadu dalších možných kožních stavů. Závažnější projevy mohou souviset s neurologicky definovanými nemocemi či s HIV infekty a jinými imunosupresivními stavy.

- tin E. Low-dose oral isotretinoin for moderate to severe seborrhea and seborrheic dermatitis: a randomized comparative trial. *Int J Dermatol.* 2017 Jan;56(1):80-85. doi: 10.1111/ijd.13408. Epub 2016 Oct 25. PMID: 27778328.
4. Goldust M, Rezaee E, Raghifar R. Treatment of seborrheic dermatitis: comparison of sertaconazole 2 % cream versus pimecrolimus 1 % cream. *Ir J Med Sci.* 2013 Dec;182(4):703-6. doi: 10.1007/s11845-013-0960-8. Epub 2013 May 29. PMID:

23715821.

5. Handler MZ. Seborrheic dermatitis. [Internet] Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1108312-overview?>
6. Litt JZ, Powlak WA. *Drug Eruption Reference Manual.* 5th ed. Cleveland, Ohio: Wal-Zac Enterprises. 1966; 465.
7. Zani MB, Soares RC, Arruda AC, et al. Ketoconazole does not decrease fungal amount in patients with seborrheic dermatitis. *Br J Dermatol.* 2016 Aug;175(2):417-21.