

Obvykle je subjektivně asymptomatická, ale může být pro pacienta kosmeticky velmi stresující. Existují tři typické vzorce distribuce: centrofaciální (63 %), malar (21 %) a mandibulární (16%), často bývá bilaterálně symetrická. Epidermální povrchový typ melazma má tendenci být světle hnědá, což se zvýrazní při vyšetření Wood Lamp. Hluboký dermální typ melazma má šedavo tmavě hnědý zbravení a často je velmi odolná vůči terapii.

V terapii melazma se využívá zejména kombinace metod ošetření. Aplikaci lokálních depigmentačních přípravků kombinujeme s dalšími více invazivními ošetřeními, chemickými peelingsy, světelnou a laserovou terapií.

Mezi lokální depigmentační přípravky řadíme kyselinu askorbovou, niacinamid, rutinol, melatonin, arbutin, kyselinu kojovou, retinoidy, alfa hydroxy kyseliny a další (Tab. 4).

5% niacinamid zmírňuje zánět a posiluje přirozenou fotoprotekci pokožky, zpomaluje produkci melaninu a transfer melanosomů do keratocytů. Použitím kyseliny glykolové a aktivních peelingsových látek, které podporují přirozenou exfoliaci (urea, hepes), dosáhneme rychlejší sjednocení tónu pleti a odstranění hyperpigmentací. Antioxidační, protizánětlivá a antipigmentační efekt mají i vitaminy C a askorbyl glukosid (vitamin CG), ovlivňují produkci a difuzi melaninu. Lokálně aplikované retinoidy při pravidelné aplikaci zmírňují tvorbu vrásek i hyperpigmentace.

Léčba na bázi světla pomocí laserů nebo zdrojů intenzivního pulzního světla (IPL) může cílit na hlubší pigmentaci spolu s vaskulární složkou melasmy, která je mnohem výraznější, než se dříve myslelo. Při podrobném zkoumání melazmatických skvrn lze často pozorovat velmi drobné teleangiektázie. Tyto cévy byly kdysi považovány za výsledek toho, co pacienti používali k léčbě, dnes je známo, že jsou součástí spektra melazma (3, 5, 9).

Fotoprotektivní krémy jsou nevyhnutnou součástí léčebného procesu a ponechávají se u pacientů s melazma často celoživotně (Obr. 1).

Solární lentiga (lidově jaterní skvrny) jsou makulární, 1 až 3 cm, hyperpigmentované, dobře ohraničené léze na sluncem exponovaných místech kůže. Liší se od světle žluté až po tmavě hnědou a často mají pestrý vzhled.

Obličej, ruce, předloktí, hrudník, záda a holeně jsou nejčastějšími místy (Obr. 4). Častěji jsou postiženi běloši a asiáté.

Solární lentiga vyplývají z lokální mírné proliferace bazálních melanocytů z akutní a chronické ultrafialové expozice a následného zvýšení melanizace. Liší se od efelidů (pih), které jsou důsledkem zvýšené produkce melaninu. Diferenciální diagnostika zahrnuje ephelides (pihy), skvrny typu café au lait, pigmentované aktinické keratózy a lentigo maligna. Biopsii je potřeba provést vždy v případě rychlého růstu nebo změny léze, u symptomatologických lézí (např. bolest, svědění, snadné krvácení, špatné hojení), atypických lézí nebo lézí s rysy podobnými melanomu.

Léčba se skládá z topických přípravků (např. hydrochinon, retinoidy) a ablativních metod (např. chemických peelingsy, kryoterapie, intenzivní pulzní světlo, lasery). Místní terapie solárních lentiginů jsou konzistentně nejúčinnější léčbou. Hydrochinon je účinný, ale může způsobit přecitlivělost a akneiformní erupce. Chemické peelingsy s 30% až 35% roztokem kyseliny trichloroctové nebo kryoterapie s kapalným dusíkem vedly k významnému zesvětlení lentiginů, ale recidivy jsou časté. Kryoterapie je spojena s bolestí a rizikem hyperpigmentace. Krátká kryoterapie (méně než pět sekund) s opakovanými ošetřeními je upřednostňována před intenzivnější jednorázovou léčbou. Účinných je také více světelných a laserových modalit, ale je pravděpodobnější, že způsobí pozánětlivou hyperpigmentaci a obvykle vyžadují dermatologické doporučení s vyloučením suspekce na malignitu (3, 5, 9).

Prevence vzniku solárních lentig vyžaduje omezení expozice slunci, pravidelné používání opalovacích krémů, zejména u pacientů se světlou pletí (typy I až III) a prevence prudkého spálení kůže sluncem, zejména po 20. roku života (Obr. 2).

Ephelides (pihy) jsou malé, 1 až 2 mm, ostře definované makulární léze jednotné barvy, nejčastěji se vyskytují na obličeji, krku, hrudníku, pažích a nohou. Barva se může lišit od červené po opálenou až světle hnědou a počet varíruje od několika málo projevů až do stovek pih. Obvykle vznikají v dětství po pobytu na slunci. Tyto léze je třeba odlišit od mladistvých lentiginů (2 až 10 mm), které se

objevují v raném dětství, a solárních lentiginů (2 až 20 mm), které se obvykle objeví v pozdním věku. Efelides jsou asymptomatické a léčba není nutná. V případě nutnosti lze nežádoucí léze léčit podobně jako solární lentiginu pomocí kryoterapie, hydrochinonu, kyseliny azelaové, peelingsů kyseliny glykolové a laserových a jiných světelných terapií (Obr. 4).

Obr. 2. *Lentigo solaris*



Obr. 3. *Berloque dermatitida, pozánětlivá dermatitida (PIH po kontaktu s parfémem)*



Obr. 4. *Ephelides (pihy)*

