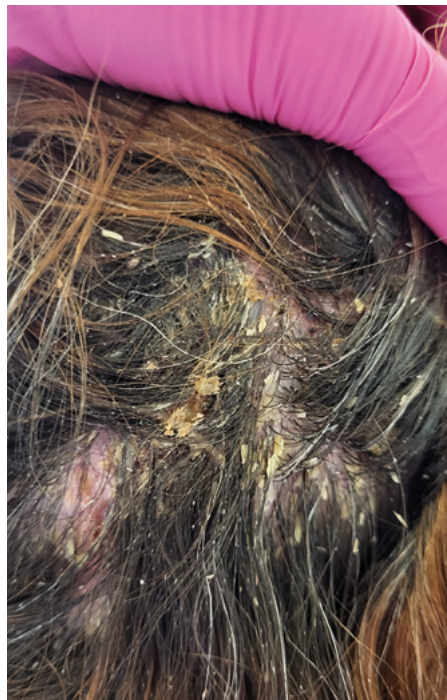


Obr. 1. Rozsáhlé alopetické atrofické ložisko s chybějícími vlasovými folikuly a místy rozsáhlými erozemi a žlutohnědými pevnými krustami



Obr. 2. Šlůky pevných lepících žlutých krust – tinea amiantacea



Obr. 3. Stav po nasazení léčby – zhojení eroze, lesklá atrofická pokožka, místy zbývající pevné žluté krusty



nění nánosu krust. Nicméně snížení frekvence užívání léků znovu vedlo k relapsu onemocnění, ale v menší míře. Následně byl předepsán krém s obsahem tacrolimus namísto kortikoidů a nově zahájen doxycycline 200 mg/den s postupným snižováním dávek. Pro netoleranci z kosmetických důvodů pacientka sama vysadila tacrolimus. Doxycycline pacientka brala dva měsíce, tolerovala dobře a vedl k dočasnému zlepšení stavu – po vysazení znovu došlo k recidivě. Proto byl v březnu 2024 nasazen isotretinoin v dávce 10 mg/den, který po měsíci vedl k remisi onemocnění (Obr. 3). Následně byla ponechána jako udržovací dávka 10 mg 3x týdně. Lokální kortikoid byl vysazen a nahrazen hydrofilním gelem obsahující polymer. Dále po celou dobu léčby pacientka používala šampon s obsahem ichtyolu, kyseliny salicylové, celastrolu a vederine.

Diskuze

EPDS byla poprvé popsána v roce 1979. EPDS postihuje především starší osoby ve věku 60–80 let, i když byly hlášeny případy u mladých pacientů. Vyskytuje se častěji

u bělochů a převažují ženy. Přesná příčina EPDS zatím není známá, ale se často vyskytuje u atrofované kůže sekundárně poškozené aktinickým zářením nebo vystavené lokálnímu traumatu.

EPDS je chronické, recidivující onemocnění. Klinicky je charakterizována povrchovými, sterilními pustuly, které snadno praskají, což vede k tvorbě erozí a žlutých nebo žlutohnědých krust. Krusty jsou poměrně silné a přiléhající. Subjektivně pacienti často pociťují bolest. Progrese onemocnění může vést k výraznému zjizvení a atrofii vlasové pokožky.

Před zahájení léčby je vhodné provést stěr na kultivaci k vyloučení sekundární infekce. Dále by bylo vhodné provést i biopsie, ne k potvrzení diagnózy, ale k vyloučení malignity, např. spinocelulární karcinom. Histopatologické nálezy u EPDS jsou nespecifické.

Popisuje se zánětlivý infiltrát, který může být tvořen lymfocyty, plazmatickými buňkami, obrovskými buňkami cizích těles a neu-

trofily. Dále lze pozorovat parakeratotické a ortokeratotické šupiny.

Léčba EPDS je náročná vzhledem k její chronické povaze a tendenci k recidivám. Neexistuje jednoznačná léčba EPDS. K první volbě patří vysoce účinné lokální kortikosteroidy, na kterých často dojde k výraznému a rychlému zlepšení stavu. Lokálně se může použít také i tacrolimus nebo calcipotriol. V těžkých případech mohou napomoci například perorální retinoidy, dapsone a imunosupresiva, jako jsou perorální kortikoidy a cyclosporine. Důležité je také se zaměřit na odstranění krust. Vyhýbání se úrazům a ochrana před sluncem mají zásadní význam pro prevenci vzplanutí.

Velmi důležité je poučit pacienty, že i přes účinnou léčbu a prevenci EPDS často recidivuje.

Závěr

V této kazuistice popisují případ EPDS u 32leté pacientky na základě Pseudopelade de Brocq a vlivem intenzivního UV zářením, která byla úspěšně léčena isotretinoinem.

LITERATURA

1. Starace M, Alessandrini A, Baraldi C, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp: challenges and solutions. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2019 Sep 12;12:691–698. doi: 10.2147/CCID.S223317. PMID: 31571969; PMCID: PMC6747878.

2. Karanfilian KM, Wassef C. Erosive pustular dermatosis of the scalp: causes and treatments. Int J Dermatol. 2021 Jan;60(1):25–32. doi: 10.1111/ijd.14955. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32516510.

3. Junejo MH, Kentley J, Rajpopat M, et al. Therapeutic options for erosive pustular dermatosis of the scalp: a systematic review. Br J Dermatol. 2021 Jan;184(1):25–33. doi: 10.1111/bjd.19026. Epub 2020 May 26. PMID: 32163590.