

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 imunodeficiencie 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*

