

Etiologia i leczenie łojotokowego zapalenia skóry głowy

Seborrheic dermatitis of scalp – aetiology and treatment

lek. Aleksandra Szybist¹, lek. Katarzyna Adamczyk¹, lek. Piotr Kapica²,
prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło^{1,3}

¹ Oddział Dermatologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Kierownik Oddziału: prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

² Oddział Dermatologiczny Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie

Ordynator Oddziału: lek. Barbara Kucharczyk

³ Katedra i Klinika Dermatologii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

PDF TEXT www.gabinetprywatny.pl

■ **Słowa kluczowe:** łojotokowe zapalenie skóry, wyprysk łojotokowy, etiologia, terapia. **Streszczenie:** Łojotokowe zapalenie skóry (ŁZS), wyprysk łojotokowy (WŁ) jest przewlekłą chorobą skóry, dotykającą ok. 3% populacji. Podstawowe objawy, do których należą rumieniowo-łuszczące wykwity, często pokryte strupami, zlokalizowane najczęściej na twarzy, stanowią niekiedy poważny problem estetyczny dla pacjentów, wpływając niekorzystnie na ich jakość życia. Schorzenie najczęściej dotyka osoby młode, ale może wystąpić w każdej grupie wiekowej. Zmiany lokalizują się w okolicach skóry najbardziej obfitych w gruczoły łojowe (twarz, skóra owłosiona głowy, plecy). Rozpoznanie stawia się na podstawie charakterystycznego obrazu klinicznego. Etiologia schorzenia nie jest jednoznacznie wyjaśniona, ale istnieje szereg czynników predysponujących – zaburzenia aktywności gruczołów łojowych, zaburzenia odporności, kolonizacja bakterii i grzybów czy nieodpowiednia dieta. Terapia ŁZS jest dużym wyzwaniem dla lekarzy, gdyż nie ma jednego leku przynoszącego trwałe wyleczenie. Pod względem skuteczności i bezpieczeństwa stosowania prym wiodą preparaty miejscowe o działaniu przeciwzapalnym i przeciwgrzybiczym. Według konsensusu postępowania terapeutycznego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego główną rolę w leczeniu wyprysku łojotokowego skóry owłosionej głowy odgrywają szampony zawierające ketokonazol, cyklopiroksolaminę lub pirytonian cynku, a zmiany zlokalizowane na skórze twarzy powinny być kontrolowane pochodnymi kalcineuryny. W artykule omówiono etiologię, obraz kliniczny oraz najnowsze informacje dotyczące leczenia WŁ.

■ **Keywords:** seborrheic dermatitis, seborrheic eczema, etiology, therapy **Abstract:** Seborrheic dermatitis (seborrheic eczema) is a chronic and recurrent skin disease. It occurs about 3% of population. It is characterized by the presence of exfoliating erythematous exanthemas and eschars on face, what causes an aesthetic problem for patients and makes their quality of life worse. Young people are in risk group, but it occurs in every age group. It is characterized by the presence of exfoliating erythematous exanthemas in areas abundant with the sebaceous glands – face, scalp, back. Diagnosis is based on a characteristic clinical picture. The pathogenesis of the disease is not explained, but there is a number of predisposing factors – sebaceous gland disorders, lowering of immunity, colonization of bacteria and fungi, deficient diet. The treatment is very difficult, as no single and radical cure for seborrheic dermatitis has been found yet. Polish Association of Dermatologists presents the therapeutic guidelines for this condition - shampoos containing ciclopirox, ketoconazole or zinc pyrithione are recommended. Calcineurin inhibitors are the best option for face lesions. The article presents aetiology, clinical presentation and treatment of seborrheic eczema.

■ Wprowadzenie

Etiologia

Etiopatogeneza łojotokowego zapalenia skóry nie jest jednoznacznie określona. Schorzenie częściej występuje u mężczyzn. Najnowsze doniesienia naukowe podają, że ŁZS występuje z częstością 1-3% w populacji ogólnej, 3-5% u młodych dorosłych i aż u 40-80% zakażonych wirusem HIV [4]. Pierwsze objawy pojawiają się najczęściej w okresie pokwitania, gdyż gruczoły łojowe są wtedy nadmiernie aktywne. Drugi szczyt zachorowalności przypada po 50. r.ż. [1,3,5]. Wydzielanie łoju podlega znacznym wahaniom w różnych okresach życia – stymulacja pikiem androgenowym pochodzenia matczynego wzmacnia aktywność wydzielniczą skóry noworodków, powodując powstawanie ciemieniuchy. Teoria ta tłumaczy również nasilenie łojotokowego zapalenia skóry u nastolatków w wieku dojrzewania. Nadmierny łojotok częściej dotyka pacjentów z zaburzeniami endokrynologicznymi przebiegającymi z podwyższeniem stężenia androgenów, np. zespołem policystycznych jajników. Nie bez znaczenia pozostaje fakt adrenergicznej stymulacji mięśni przywłosnych do wydzielania łoju na powierzchnię skóry pod wpływem stresu i zimna.

Ogromne znaczenie w etiopatogenezie choroby przypisuje się lipofilnemu grzybowi *Malassezia furfur* (*Pityrosporum ovale*), głównie ze względu na dobrą odpowiedź na leczenie dostępnymi lekami z grupy imidazoli oraz korelację poprawy stanu miejscowego z redukcją kolonii grzyba. Drożdżak ten wnika do warstwy rogowej naskórki, uwalniając lipazę, która doprowadza do tworzenia się wolnych kwasów tłuszczowych i zapoczątkowania procesu zapalnego [5].

Nowością wśród teorii na temat etiologii ŁZS jest wynik badania klinicznego z 2017 r., które wykazało wpływ nadmiernej kolonizacji *Staphylococcus epidermidis* oraz zaburzenia funkcji barierowej skóry na rozwój schorzenia [7]. Choroba może być traktowana jako stan przedłuszczykowy. Biorąc pod uwagę główne objawy kli-

niczne, jak rumień i drobne złuszczenie, obie jednostki są do siebie podobne – stąd popularnie używany jest termin *sebopsoriasis*. Co więcej, wystąpienie ŁZS, poprzez podrażnienie skóry, może nasilić objawy u pacjentów z wcześniej rozpoznaną łuszczycą [3,5].

Nowe doniesienia naukowe podają udział IL-1 w patogenezie łojotokowego zapalenia skóry. *Malassezia* spp. aktywując szlak cytokinowy, powoduje wzrost jej uwalniania, a to z kolei doprowadza do aktywacji neutrofilów i nasilenia stanu zapalnego oraz objawów choroby. Blokowanie receptorów dla IL-1 wydaje się mieć obiecujące znaczenie w patogenezie choroby i leczeniu [8]. Badanie kliniczne z 2016 r. wykazało związek między występowaniem zespołu metabolicznego a nasileniem ŁZS. Zauważono, że u pacjentów ze współistniejącymi objawami jednostkami chorobowymi poziom frakcji osoczowej HDL jest znacząco niższy niż w grupie pacjentów z odosobnionym zespołem X. Badanie donosi, że obecność ŁZS może poprzedzać wystąpienie zespołu metabolicznego [9]. Łojotokowe zapalenie skóry związane jest z zaburzeniami immunologicznymi, co potwierdza częstsze występowanie dermatozy u osób z AIDS (oporne na leczenie zapalenie skóry może nasuwać klinicyście podejrzenie infekcji wirusem HIV) [3].

Czynnikami mogącymi nasilić zmiany chorobowe w przebiegu łojotokowego zapalenia skóry są m.in.: nieprawidłowa dieta (alkohol, niedobór cynku, selenu i witamin z grupy B), zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia), leki (np. psolareny, haloperidol, buspiron) oraz nieprawidłowa pielęgnacja (nadmierne usuwanie warstwy łojowej, źle dobrane produkty kosmetyczne) [2,3,5].

■ Obraz kliniczny

ŁZS ma charakter przewlekły i nawrotowy. Wykwity w przebiegu WŁ mogą przybierać formę nieregularnych plam rumieniowych z nawarstwionymi żółtymi strupami. W obrębie twarzy ogniska rumieniowe lokalizują się na czole,

w fałdach nosowo-wargowych i na brwiach, tworząc lepkie strupy. Zmiany na szyi przybierają kształt obrączkowaty – tzw. płatkowe łojotokowe zapalenie skóry, często mylnie diagnozowane jako zakażenie grzybicze.

Na owłosionej skórze głowy może występować tylko delikatne złuszczenie. W zaawansowanych stadiach wyschnięta warstwa martwego naskórka i łoju może tworzyć trudną do usunięcia skorupę. Nasilony świąd skóry głowy wywołuje duży dyskomfort w życiu codziennym, a uporczywe drapanie powoduje uszkodzenia mechaniczne włosów oraz ich przerzedzenie.

W piśmiennictwie opisywany jest szereg odmian łojotokowego zapalenia skóry – postać łupieżopodobna, *seborrheic erythroderma*, łojotokowe zapalenie powiek (*seborrheic blepharitis*) oraz łojotokowe zapalenie skóry niemowląt. *Seborrheic blepharitis* towarzyszące zmianom rozsianym najczęściej objawia się rumieniem, świądem i delikatnym złuszczeniem naskórka powiek. Jeśli jednak zmiany występują jedynie w tej okolicy, stanowi to problem diagnostyczny.

Łojotokowe zapalenie skóry niemowląt występuje niemalże u każdego nowo narodzonego dziecka. Nie zagraża jego zdrowiu, jednak stanowi problem kosmetyczny. *C. albicans* występuje na skórze oraz w stolcu niemalże każdego oseska z wykwitami skórnymi, dlatego przypuszcza się, że drożdżak ten może indukować pojawienie się choroby. Kolejnym istotnym czynnikiem etiologicznym jest zwiększone wytwarzanie łoju pod wpływem męskich hormonów płciowych pochodzenia matczyne. Objawy pojawiają się najczęściej przed 10. tygodniem życia. Zmiany obserwowane są głównie na owłosionej skórze głowy, w okolicy fałdów oraz w okolicy przylegania pieluszki. W obrębie zmian rumieniowo-złuszczających występują grudki przymieszkowe lub nadżerki. Na skórze owłosionej głowy zmiany przybierają formę nawarstwionych żółtych miękkich łusek (tzw. ciemieniucha) [3,5,6].

■ Leczenie

Leczenie zmian na owłosionej skórze głowy

Niemal każdy chory może być z dobrym efektem leczony za pomocą leków miejscowych. Podstawą terapii są preparaty w postaci szamponów, płynów, żeli i kremów. W swoim składzie zawierają substancje przeciwgrzybicze, keratolityczne, kortykosteroidy o bardzo małej sile działania oraz inhibitory kalcyneuryny. Leczeniem z wyboru według wytycznych rekomendowanych przez PTD jest cyklopiroksolamina w postaci szamponu. Ma działanie grzybobójcze, eradykując grzyby z rodzaju *Malassezia*, ponadto przeciwzapalne oraz przeciwbakteryjne. Badania naukowe sugerują, że najlepsze efekty daje stosowanie jej 3 razy w tygodniu w formie 1% szamponu przez ok. 4 tygodnie [10,11].

Większość pacjentów wymaga częstego mycia głowy z powodu nadmiernego łojotoku. Na co dzień przy łagodnej postaci choroby stosuje się dostępne bez recepty szampony przeciwłupieżowe, zawierające siarczek selenu, pirotynian cynku lub dziegcie. Ich działanie polega na przywróceniu prawidłowego procesu odnowy komórek warstwy rogowej, ale efekt działania jest krótkotrwały. W celu uzyskania długotrwałej kontroli objawów skuteczny jest szampon przeciwgrzybiczy zawierający ketokonazol, flutrimazol lub klotrimazol, zmniejszający liczbę *Malassezia furfur* oraz odczyn zapalny. Należy go używać 2 razy w tygodniu. Ważne jest, aby szampon pozostawić na skórze głowy przez przynajmniej 5 minut. W cięższych przypadkach zapalenia owłosionej skóry głowy korzystne jest stosowanie glikokortykosteroidów, jednak zbyt długa terapia obarczona jest ryzykiem wystąpienia skutków ubocznych.

Przy nasilonych objawach można zalecić chorym stosowanie preparatów o bogatej konsystencji (maści) na noc i zmywanie ich rano. W celu zmniejszenia nasilenia stanu zapalnego i świądu można użyć fluocynolonu w postaci roztworu albo betametazonu w postaci pian-

ki. W przypadkach zapalenia umiarkowanego i ciężkiego ostre objawy może opanować klobetazol w postaci szamponu o stężeniu 0,05%, stosowany 2 razy w tygodniu na zmianę z 2% ketokonazolem – taki schemat leczenia wydaje się być skuteczniejszy od monoterapii jedynie lekiem przeciwgrzybiczym [1,2,12,14].

W przypadku niemowląt ciemieniuchę można usunąć domowymi sposobami – przed każdym myciem główki smarować ją oliwką dla dzieci lub oliwą z oliwek. Można też zastosować delikatny peeling z namoczonych płatków owsianych lub otrębów pszennych. Taką papką smarujemy główkę dziecka przed każdą kąpielą. Twardą skorupę można zmiękczyć ciepłymi okładami z oliwą salicylową, a po umyciu ewentualnie zastosować krem z hydrokortyzonem, ketokonazolem lub pimekrolimusem [6,16,17].

Łojotokowe zapalenie skóry powiek

Seborrheic blepharitis stanowi szczególną odmianę ŁZS, często wymagającą konsultacji z lekarzem okulistą. W przypadkach o niewielkim nasileniu można łagodnie usuwać strupy w godzinach porannych za pomocą gazików nasączonych rozcieńczonym wodą szamponem dla dzieci lub przemywać powieki podczas mycia włosów szamponem zawierającym ketokonazol. Przy większym nasileniu zmian znaczną poprawę daje stosowanie kortykosteroidów o niskiej sile działania, jednak obarczone jest to narażeniem na pojawienie się trądziku posteroïdowego czy jaskry. W przypadku podejrzenia etiologii bakteryjnej pomocne mogą być kremy z antybiotykami. Stosowanie pochodnych imidazolowych, działających przeciwbakteryjnie jest najbezpieczniejsze, gdyż obarczone jest najmniejszym ryzykiem wystąpienia skutków ubocznych [3,5].

Zmiany na skórze twarzy

Terapia ŁZS powinna być przede wszystkim ukierunkowana na ograniczenie nadmiernego wydzielania łoju, odczynu zapalnego, podrażnienia i poprawę wyglądu estetycznego skóry.

Dobór leczenia uzależniamy od nasilenia zmian, gdyż zbyt agresywna terapia może zwiększyć objawy, jak również od ich lokalizacji. Zmiany na twarzy z powodzeniem mogą być leczone inhibitorami kalcyneuryny oraz kortykosteroidami, które działają szybciej, jednak pacjenci często mają obawy przed stosowaniem ich na delikatną skórę twarzy (ryzyko atrofii skóry i teleangiektazji). W takim przypadku najlepiej traktować je jako leki drugiego rzutu, zalecać preparaty o najniższej sile działania oraz prowadzić terapię przerywaną [3,10].

W najnowszym randomizowanym badaniu z podwójnie ślepą próbą stwierdzono, iż stosowanie 2% kremu z sertakonazolem może być dobrą alternatywą dla 1% hydrokortyzonu. Ze względu na przewlekły przebieg ŁZS i potrzebę długoczasowego leczenia, sertakonazol (lek o działaniu przeciwgrzybiczym i przeciwbakteryjnym) jest korzystniejszym rozwiązaniem, związanym ze zredukowanym prawdopodobieństwem wystąpienia skutków ubocznych [18]. Inhibitory kalcyneuryny stosowane miejscowo (1% pimekrolimus w kremie i 0,1% lub 0,03% takrolimus w maści) są tak samo skuteczne jak leki przeciwgrzybicze lub glikokortykosteroidy, przy czym również charakteryzuje je korzystniejszy profil działań ubocznych [12-14].

Leczenie ogólne

W skrajnych przypadkach wyjątkowo dużego nasilenia objawów można wdrożyć leczenie ogólne, podając krótki kurs itrakonazolu lub flukonazolu oraz retinoidu w niskiej dawce (10-20 mg na dobę do 10 mg 3 razy w tygodniu), celem zmniejszenia łoju. Stosując doustny kwas 13-cis-retinowy, kobiety w wieku rozrodczym powinny zabezpieczyć się środkami antykoncepcyjnymi. W przypadku uogólnienia choroby zastosowanie znajduje krótkotrwała steroidoterapia. Postaci choroby o łagodniejszym przebiegu można leczyć doustnym itrakonazolem w dawce 200 mg na dobę przez 1-2 tygodnie [1,2,5,10].

Zmiany nawracające, terapia podtrzymująca i profilaktyka

Lekarz powinien poinformować chorego o konieczności długoczasowego leczenia. Ustąpienie objawów często jest krótkotrwałe. W czasie poprawy stanu skóry pacjenci powinni zapobiegawczo stosować przez kilka miesięcy szampony z cyklopiroksolaminą lub ketokonazolem raz w tygodniu.

W obrębie twarzy najczęściej stosuje się preparaty o działaniu miejscowym w postaci kremów, żeli i maści. Dobrze jest stosować preparaty zawierające substancje o odmiennych mechanizmach działania, aby zapobiec tachyfilaksji. Jeżeli dany preparat nie przynosi poprawy po 4 tygodniach leczenia, powinno się zmienić go na lek o odmiennym składzie chemicznym. Ważne jest, by lekarz podkreślił istotne znaczenie przestrzegania higieny i odpowiedniej pielęgnacji skóry skłonnej do łojotoku i podrażnień [1,2,10,12].

Podsumowanie

ŁZS jest przewlekłą chorobą skóry, która występuje u ok. 3% populacji. Leczenie tego schorzenia stanowi wyzwanie dla lekarzy, ponieważ nie ma jednego leku przynoszącego trwałe skutki terapeutyczne. W leczeniu wykorzystuje się preparaty miejscowe o działaniu przeciwzapalnym i przeciwgrzybiczym. Według konsensusu postępowania terapeutycznego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego główną rolę w leczeniu wyprysku łojotokowego skóry owłosionej głowy odgrywiają szampony z ketokonazolem, cyklopiroksolaminą lub pirytonianem cynku. Zmiany na skórze twarzy należy kontrolować pochodnymi kalcyneury. Pacjenci powinni pamiętać o codziennej pielęgnacji skóry odpowiednimi preparatami. © P

Piśmiennictwo:

1. Brzezińska-Wcisło L, Wcisło-Dziadecka D, Lis-Święty A, Trzmiel D. Łupież i łojotokowe zapalenie owłosionej skóry głowy-patogeneza, obraz kliniczny oraz aspekty terapeutyczne. *Post Dermatol Alergol.* 2007;2:59-64.
2. Brzezińska-Wcisło L. Co nowego w etiopatogenezie i leczeniu łojotokowego zapalenia skóry. *Post Dermatol Alergol.* 2005;1:10-13.
3. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WCH. *Dermatologia.* Tom 2. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004:462-467.
4. Mameri ACA, Carneiro S, Mameri LMA et al. History of Seborrheic

5. Dermatitis: Conceptual and Clinico-Pathologic Evolution. *Skinmed.* 2017;15(3):187-194.
6. Klaus W, Richard A, Arturo P. Fitzpatrick Atlas i zarys dermatologii klinicznej. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2014:43-35.
7. Gary W, Clark, Sara M et al. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *American Family Physician.* 2015;91(3):185-190.
8. An Q, Sun M, Qi RQ, Zhang L. High *Staphylococcus epidermidis* Colonization and Impaired Permeability Barrier in Facial Seborrheic Dermatitis. *Chin Med J (Engl).* 2017;130(14):1662-1669.
9. Fenini G, Contassot E, French LE. Potential of IL-1, IL-18 and Inflammasome Inhibition for the Treatment of Inflammatory Skin Diseases. *Front Pharmacol.* 2017;8:278.
10. Imamoglu B, Hayta SB, Guner R, Akyol M: Metabolic syndrome may be an important comorbidity in patients with seborrheic dermatitis. *Arch Med Sci Atheroscler Dis* 2016;1(1):e158-e161.
11. Baran E, Szepletowski J, Maleszka R et al. Łojotokowe zapalenie skóry i łupież: konsensus postępowania terapeutycznego. Wytyczne rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Dermatologiczne. *Dermatol Klin.* 2006;8:229-234.
12. Abeck D. Rationale of frequency of use of ciclopirox 1% shampoo in the treatment of seborrheic dermatitis: Results of a double-blind, placebo-controlled study comparing the efficacy of once, twice, and three times weekly usage. *Int J Dermatol.* 2004;43(suppl. 1):13-16.
13. Waldroup W, Scheinfeld N. Medicated hampoons for the treatment of seborrheic dermatitis. *J Drugs Dermatol.* 2008 Jul;7(7):699-703.
14. Elewski BE, Abramovits W, Kempers S et al. A novel foam formulation of ketoconazole 2% for the treatment of seborrheic dermatitis on multiple body regions. *J Drugs Dermatol.* 2007;6(10):1001-1008.
15. Danby FW, Maddin WS, Margesson LJ, Rosenthal D. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of ketoconazole 2% shampoo versus selenium sulfide 2.5% shampoo in the treatment of moderate to severe dandruff. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:1008-1012.
16. Fatsini-Blanch V, Martínez-González MI, Heras-González SA, de Quintana-Sancho. RF-itraconazole Pulse Therapy for Seborrheic Dermatitis: A Treatment Approach to Consider. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108(6):583-584.
17. Hay RJ. Malassezia dandruff and seborrheic dermatitis: an overview. *Br J Dermatol.* 2011;165 (suppl. 2):2-8.
18. Bukvic Mokos Z, Kralj M, Basta-Juzbasic A, Lakos Jukic I. Seborrheic dermatitis: an update. *Acta Dermatovenol Croat.* 2012; 20:98-104.

Autor korespondujący:
lek. Aleksandra Szybist
aleksandra.pniak@gmail.com

Nadesłano: 06.05.2019; Copyright© Medyk Sp. z o.o.