

Choroby łojotokowe

Łojotokowe zapalenie skóry

Etiopatogeneza

- Wzmoczone wydzielanie łoju;
- Przewlekły, miernie wyrażony stan zapalny;
- Infekcja *Pityrosporum ovale*.

Objawy

- Rumieniowe ogniska z widocznym drobnopłatkowym złuszczeniem;
- Niekiedy nawarstwienie wysyconych łojem żółtoszarych łusek.

Lokalizacja

- Owłosiona skóra głowy;
- Okolica uszu;
- Fałdy nosowo-wargowe;
- Okolica przedmostkowa;
- Rynna łojotokowa między łopatkami;
- Rzadziej fałdy pachowe, pachwinowe, międzypośladkowe.



Ryc. 8.1. Zapalenie łojotokowe (ze zbiorów Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu)

Nasilona postać łojotokowego zapalenia skóry, często nawracająca i słabo lecząca się, występuje u osób chorych na AIDS.

Zmiany zlokalizowane na twarzy i owłosionej skórze głowy mają tendencję do nawrotów.

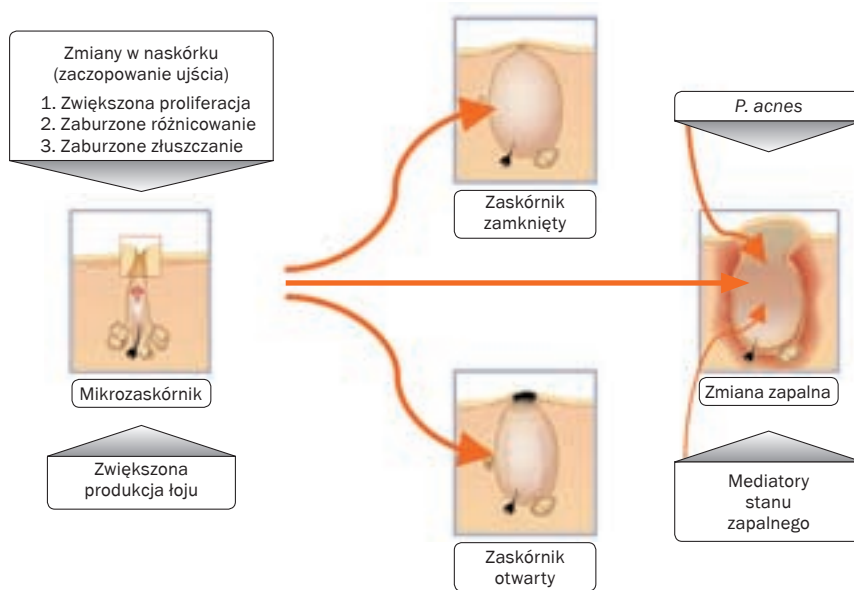
Leczenie

- Miejscowo:
 - preparaty kortykosteroidowe,
 - preparaty przeciwdrożdżakowe w postaci szamponów, maści i kremów,
 - fototerapia ultrafioletem (UVA).

Trądzik zwykły

Etiopatogeneza

- Nadmierna aktywność gruczołów łojowych – uwarunkowana genetycznie i pozostająca pod kontrolą hormonów;
- Nadmierne rogowacenie przewodów wyprowadzających gruczołów łojowych;
- Udział *Propionibacterium acnes* – bakterii beztlenowych wytwarzających enzymy powodujące rozkład łoju; produkty rozpadu łoju powodują migrację w okolice gruczołu łojowego leukocytów wielojądrzastych, komórek odpowiedzialnych za reakcję zapalną;
- Nadkażenie bakteriami innych rodzajów; często są to paciorkowce lub gronkowce, a nawet gronkowiec złocisty;
- Obecność grzybów lipofilnych, m.in. *Pityrosporum ovale*;
- Nadmierna aktywność androgenów – za tym czynnikiem etiologicznym przemawiają następujące argumenty:



Ryc. 8.2. Trądzik zwykły – progresja zmian (źródło: Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu, adaptacja)

- gruczoły łojowe mają receptory dla androgenów;
- preparaty antyandrogenowe zmniejszają wydzielanie łoju;
- androgeny zaostrzają trądzik, zwłaszcza u kobiet;
- trądzik nie występuje przed okresem pokwitania oraz u eunuchów.

Objawy

- Wykwit pierwotny – tzw. zaskórnik;
Wyróżniamy dwa typy zaskórników:
 1. Zaskórnik otwarty – ujście mieszka włosowego jest widoczne, wypełnione utlenioną na powierzchni keratyną, nadającą mu czarny kolor;
 2. Zaskórnik zamknięty – ujście mieszka włosowego jest niewidoczne, wokół mieszka obecny jest stan zapalny.

Lokalizacja

- Na twarzy – tzw. strefa T (czoło, nos, broda);
- Okolica nadmostkowa;
- Rynna łojotokowa między łopatkami.

Odmiany trądziku

- Zaskórnikowy – przeważają zaskórniki otwarte, mało wyrażony stan zapalny, pojawia się w okresie dojrzewania, po paru latach samoistnie znika;
- Grudkowo-krostkowy – obok zaskórników występują grudki i krostki;
- Guzkowo-cystowy – zaskórniki, zapalne guzy i guzki tworzące kanały oraz podskórne ropne przetoki; ta postać trądziku pozostawia po sobie głębokie, zazwyczaj zanikowe blizny;
- Bliznowcowy – wykwity j.w.; po ustąpieniu zmian powstałe blizny przerastają i tworzą się bliznowce, tzw. keloidy.
- O ostrym przebiegu z objawami ogólnymi, tzw. piorunujący – występuje wyłącznie u młodych mężczyzn; zmianom trądzikowym towarzyszą ogólne objawy grypopodobne: gorączka, złe samopoczucie, bóle stawowe, leukocytoza;
- Wywołany czynnikami zewnętrznymi:
 - trądzik zawodowy – kontakt z chlorem, olejami, dziegciami (stosowane w leczeniu łuszczycy);
 - trądzik polekowy – po stosowaniu leków, przede wszystkim kortykosteroidów, preparatów litu, fenytoiny, bromu, jodu, hormonów androgenowych;



Ryc. 8.3A. Trądzik zwykły (ze zbiorów Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu)



Ryc. 8.3B. Trądzik zwykły (Shahbaz A. Janjua, MD © DermAtlas; <http://www.DermAtlas.org>)



Ryc. 8.3C. Trądzik zwykły (ze zbiorów Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu)

- trądzik kosmetyczny – wywołany przez preparaty czopujące ujście mieszków włosowych – mocno kryjące, matujące pudry i podkłady;
- trądzik niemowlęcy – wywołany działaniem hormonów przekazywanych przez matkę lub na podłożu złej pielęgnacji;
- trądzik z samouszkodzenia – występujący u osób młodych, związany z uporczywym drapaniem zmian skórnych.

Leczenie

W leczeniu należy uwzględnić wszystkie czynniki przyczyniające się do powstania zmian skórnych. Leczenie trądziku zwykłego dzielimy na: zewnętrzne, ogólne, wspomagające oraz pielęgnację.

Leczenie zewnętrzne

Poniżej podano przykłady preparatów stosowanych w leczeniu zewnętrznym trądziku pospolitego. Warto zwrócić uwagę na połączenie w niektórych produktach substancji o różnym punkcie uchwytu:

- *Zineryt* (połączenie soli cynku z erytromycyną);
- *Aknefug* (zawiera hormon estrogenowy);
- *Isotrex* (izotretynoina – pochodna wit. A);
- *Retin A*, *Atrederm*, *Differin* (retinoid – kwas wit. A);
- *Aknemycin Plus* (połączenie retinoidu z erytromycyną);
- *Benzacne* (zawiera nadtlenek benzoilu);
- *Skinoren* (kwas azelainowy);
- *Duac* (klindamycyna, nadtlenek benzoilu).

Leczenie ogólne

Antybiotyki z grupy tetracyklin – poza redukcją szczepów *Propionibacterium acnes* wywierają efekt przeciwwzapalny: zmniejszenie odpowiedzi neutrofilów, uwalnianie czynników chemotaktycznych oraz zwiększenie degradacji *Propionibacterium* przez makrofagi. Czas terapii: zwykle 3–8 miesięcy. Zalecane obecnie dawki tetracykliny: początkowo 0,75–1,5 g/dobę, po uzyskaniu poprawy dawka podtrzymująca 0,25–0,5 g/dobę. Lek należy przyjmować przed jedzeniem.

- Doksycyklina, minocyklina są to tetracykliny syntetyczne; dawkowanie: 100–200 mg/dobę, 1–2 razy dziennie.

Tetracykliny należą do substancji światłouczulających. Mogą powodować natychmiastowe reakcje fototoksyczne, powstawanie przebarwień. Podczas ich stosowania należy unikać naświetlania.

Antybiotyki z grupy makrolidów

- Erytromycyna – początkowo dawka 1,0–1,2 g/dobę, stopniowo zmniejszana do 0,2–0,6 g/dobę.
- Azytromycyna – dawki: 500 mg 1 raz dziennie przez 3 dni, następnie 500 mg 1 raz na 7 dni.

Leczenie hormonalne (tylko u kobiet z zaburzeniami poziomu hormonów płciowych) – polega na stosowaniu u kobiet preparatów o działaniu antyandrogenowym, a więc pochodnych progesteronu i estradiolu; efektem działania tych związków jest znaczne zmniejszenie łojotoku oraz komedoliza.

Przed rozpoczęciem terapii hormonalnej należy oznaczyć poziom poszczególnych hormonów, co pozwoli dobrać lek o właściwym dla danej pacjentki składzie.

- Spironolakton – lek moczopędny o działaniu antyandrogenowym; mechanizm jego działania opiera się na blokadzie receptorów androgenowych oraz hamowaniu aktywności 5-alfa-reduktazy. Zalecany dla kobiet po 30 r.ż., w terapii trądziku, hirsutyizmu oraz nadmiernego łojotoku. Najczęstsze dawki to 50–100 mg/dobę. Preparat stosowany zarówno w monoterapii, jak i w połączeniu z innymi lekami.

Podczas leczenia spironolaktonem należy monitorować stężenie potasu w surowicy.

Pochodne witaminy A

- Izotretynoina – działa keratolitycznie, przeciwzapalnie (hamuje chemotaksję leukocytów), pośrednio przeciwbakteryjnie; ogranicza łojotok. Dawkowanie: 0,5–1,0 mg/kg m.c./dobę, do łącznej dawki przynajmniej 120 mg/kg m.c. Po ustąpieniu zmian chorobowych zalecane kontynuowanie terapii przez 2 miesiące.

Działania niepożądane retinoidów:

- Suchość skóry i błon śluzowych,
- Działanie teratogenne,
- Hipertriglicydemia,
- Zaburzenia funkcji wątroby.

W czasie kuracji należy kontrolować gospodarkę lipidową organizmu, stosować skuteczną antykoncepcję oraz dbać o nawilżenie i natłuszczenie skóry.

Kortykosteroidy i niesteroidowe leki przeciwzapalne stosowane są jedynie w ciężkich postaciach trądziku, np. trądziku piorunującym.

Leczenie wspomagające

- Duże dawki witamin z grupy B;
- Naświetlanie UVA – hamuje rozwój stanu zapalnego.

Częstym – i kontrowersyjnym – tematem poruszonym przez pacjentów z trądzikiem jest dieta wspomagająca leczenie schorzenia. Doniesienia z piśmiennictwa przeczą, że wpływa ona na ciężkość schorzenia, niemniej jednak należy w niej uwzględnić dodatkową podaż witamin z grupy B, związków cynku i siarki.

Pielęgnacja

W pielęgnacji wykorzystujemy substancje chemiczne, działające wspomagająco w procesie leczenia schorzenia:

- Witamina A, witaminy z grupy B, siarka – działanie sebastatyczne;
- Kwas salicylowy, mocznik, witamina A, rezorcyna – działanie keratolityczne;
- Wielonienasycone kwasy tłuszczowe;
- Witamina C, skwalen, flawonoidy, garbniki – działanie bakteriostatyczne;
- Cynk, alantoina, d-pantenol – działanie przeciwzapalne.

Osoby cierpiące na trądzik zwykły nie powinny:

- Stosować preparatów zawierających mydła o zasadowym pH oraz alkoholu;
- Usuwać samodzielnie zmiany;
- Stosować peelingów ziarnistych;
- Nadmierne korzystać ze słońca i solarium.

Trądzik różowaty

Etiologia

Etiologia tego schorzenia nie jest do końca wyjaśniona. Bierze się pod uwagę kilka możliwych hipotez.

Hipoteza naczynioruchowa

Na rozwój schorzenia mogą mieć wpływ zaburzenia naczynioruchowe, związane z nadwrażliwo-

ścią układu nerwowego na bodźce zewnętrzne. Wśród nich wymienia się przede wszystkim:

- Promieniowanie UV – długotrwałe przebywanie na słońcu, solarium;
- Wysoka temperatura – gorące kąpiele, sauna;
- Warunki atmosferyczne: wiatr, mróz, duża wilgotność, wahania temperatur;
- Przyjmowane pokarmy: gorące napoje, pikantne potrawy, alkohol;
- Leki stosowane miejscowo: kortykosteroidy;
- Kosmetyki zawierające alkohol, aceton, mentol;
- Stres.

Hipoteza zaburzeń hormonalnych

Za udziałem w etiopatogenezie trądziku różowatego zaburzeń hormonalnych przemawia występowanie zmian skórnych lub ich nasilenie po gestagenowych środkach antykoncepcyjnych. Obserwuje się zmienność objawów w zależności od fazy cyklu miesięczkowego. Zmiany naczyniowe często pojawiają się lub nasilają przed i w okresie klimakterycznym.

Hipoteza zaburzeń jelitowo-żołądkowych

U osób z trądzikiem różowatym częste są zaburzenia procesu trawienia, w tym nieżyt żołądka, przewlekłe zaparcia, a zaostrzenia zmian skórnych występują niejednokrotnie po błędach dietetycznych.

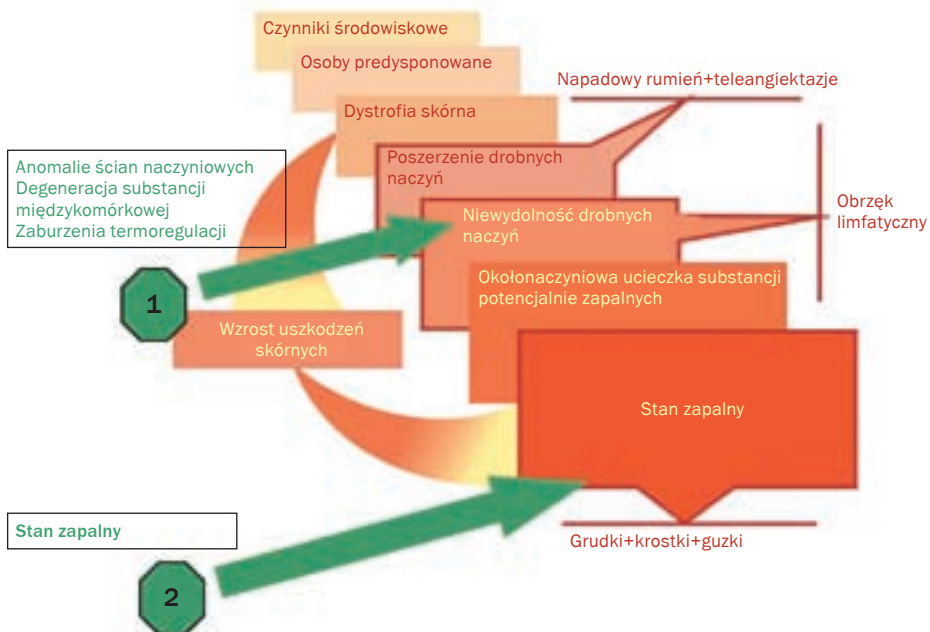
Zakażenie *Helicobacter pylori* – najprawdopodobniej obecność tego czynnika zakaźnego sprzyja produkcji cytokin o działaniu prozapalnym, które mogą powodować zaostrzenie zmian naczyniowych.

Hipoteza infekcyjna

Nużeniec (*Demodex folliculorum*) jest często izolowany ze skóry osób chorych na trądzik różowaty. Prawdopodobnie przyczynia się on do nasilenia stanu zapalnego.

Lokalizacja

- Czoło,
- Policzki,
- Grzbiet nosa,



Ryc. 8.4. Etiologia trądziku różowatego – schemat

- Szyja,
- Dekolt.

Przebieg choroby

W przebiegu trądziku różowatego można wyróżnić cztery stadia, które nie muszą następować kolejno po sobie. Wykwity chorobowe umiejscowione są symetrycznie, rzadziej jednostronnie.

• Stadium *prerosacea*

To wstępne stadium, poprzedzające wystąpienie zmian typowych dla trądziku różowatego, określane jest często jako *cera naczynkowa*. W stadium tym widoczne są dyskretne zmiany rumieniowe, okresowo pojawia się „rumieniec”. Rzadko występują teleangiektazje.

Stadium to często utożsamiane jest ze zmianami charakteryzującymi osoby młode, zdrowe. Nic bardziej błędnego. Każda skóra mająca tendencje do okresowego *flushingu*, a więc zaczerwieniania się, może być podłożem do rozwoju zmian właściwych dla omawianego schorzenia. Zmiany te, oprócz twarzy, często można zaobserwować również na szyi i dekolcie.

• I stadium

Etap ten charakteryzuje się gwałtownym, okresowym pojawianiem się intensywnego zaczerwienienia twarzy, najczęściej pod wpływem bodźców fizycznych lub emocjonalnych. Dochodzi wtedy do rozszerzenia naczyń krwionośnych z towarzyszącym odczuciem pieczenia, świądu, nadmiernego ucieplenia skóry. Napady te trwają na ogół ok. 10 min, następnie naczynia powoli obkurczają się.

• II stadium

Zmiany naczyniowe ulegają utrwaleniu, przybierają postać zlewnych rumieni, widoczne są liczne teleangiektazje. Naczynia krwionośne pozostają trwale rozszerzone, nie powracają do pierwotnego kształtu.

• III stadium

W kolejnym stadium choroby na podłożu rumieniowym rozwijają się zmiany o charakterze grudek i krostek. Dochodzi także do tworzenia się przewlekłego obrzęku. W stadium tym często pojawiają się również zmiany zapalne w obrębie narządu wzroku – przewlekłe zapalenie spojówek (*conjunc-*



Ryc. 8.5A. Trądzik różowaty, obraz kliniczny (Eric Ehram, MD © DermAtlas; <http://www.DermAtlas.org>)



Ryc. 8.5B. Trądzik różowaty, obraz kliniczny (ze zbiorów Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu)

tivitis), zapalenie brzegów powiek (*blepharitis*) oraz rogówki (*keratitis*).

• IV stadium

Do rozwoju tego stadium choroby dochodzi tylko u pacjentów płci męskiej. Polega ono na przeroście tkanki łącznej miękkich części twarzy, najczęściej nosa (*rhinophyma*).

Postacie trądziku różowatego

- Rumieniowa z teleangiektazjami,
- Grudkowo-krostkowa,
- Przerostowo-naciekowa,
- Oczna,
- Piorunująca.

Istnieje możliwość nakładania się objawów kilku postaci trądziku, a także przejście jednej postaci w drugą.

Leczenie

Aby wdrożyć odpowiednie postępowanie terapeutyczne, należy kierować się przede wszystkim sta-

dium klinicznym choroby. W stadium pierwszym, wstępnym, poprzedzającym wystąpienie zmian skórnych, wystarczająca jest właściwie dobrana pielęgnacja. Należy też unikać wszystkich czynników powodujących pojawienie się rumienia.

W stadium I choroby należy stosować leki uszczelniające ściany naczyń krwionośnych, oparte na połączeniu witaminy C z garbnikami, związkami pochodnymi węglowodanów. Skuteczna jest również escyna, związek pozyskiwany z kasztanowca zwyczajnego, będący połączeniem garbników, flawonoidów i saponin, a więc wszystkich pochodnych cukrowców mających wpływ na funkcje włosowatych naczyń krwionośnych.

Stan naczyń poprawiają także zabiegi wzmacniające ich ściany, oparte m.in. na naprzemiennym działaniu ciepła i zimna.

W stadium II należy rozpatrzyć możliwość zabiegowego zamknięcia naczyń krwionośnych, wykorzystującego działanie lasera, elektrokoagulację, skleroterapię oraz kontynuować leczenie farmakologiczne.

W III stadium rozwoju choroby, kiedy to najczęściej pacjenci zwracają się po pomoc dermatologiczną, właściwe jest wdrożenie antybiotykoterapii opartej na preparatach tetracyklin, metronidazolu, minocykliny oraz ampicyliny. Kontynuowana powinna być terapia wzmacniająca naczynia krwionośne. W leczeniu miejscowym stosuje się preparaty identyczne jak w przypadku terapii trądziku pospolitego: erytromycynę (w stężeniu 0,5–2,5%), klindamycynę 1%, metronidazol 0,75–1%, retinoidy (tretynoina 0,025–0,05%, adapalen 0,1%, kwas azelainowy 20%). Ze względu na częste współistnienie infekcji drożdżakowej na skórze wskazane są imidazole, takie jak ketokonazol i terbinafina.

W IV stadium choroby niezbędne jest przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego, polegającego na usunięciu przerosłych fragmentów tkanki podskórnej.

Pielęgnacja „cery naczynkowej”

Pielęgnacja tego typu skóry opiera się na doborze właściwych preparatów, jak również wypracowaniu właściwego stylu życia, diety, sposobu spędzania wolnego czasu. Stosowanie się do zaleceń gwarantuje pacjentowi nie tylko poprawę wyglądu

skóry, ale także opóźnienie, a czasem nawet wyeliminowanie pojawienia się zmian skórnych charakterystycznych dla dalszych stadiów choroby. Właściwe postępowanie musi być skorelowane z postępowaniem dermatologicznym i kosmetologicznym, ponieważ jedynie uzupełniające się działania zapewniają sukces.

Zalecenia dla pacjenta

- Ochrona skóry przed UV (preparaty SPF>40, z przewagą substancji o charakterze filtrów fizycznych, np. tlenku cynku, dwutlenku tytanu);
- Dieta – wyłączenie alkoholu, ostrych przypraw, kawy, mocnej herbaty, gorących płynów, ograniczenie soli;
- Opanowanie emocji;
- Wyłączenie hormonoterapii;
- Eradykacja *Helicobacter pylori* – kuracja farmakologiczna.

Zasady codziennej pielęgnacji

- Mycie twarzy letnią wodą, używanie płynnych zmywaczy (opartych na syndetach, niezawierających mydeł alkalicznych), niestosowanie myjek, gąbek; delikatne osuszanie, bez pocierania;
- Indywidualny dobór preparatów pielęgnacyjnych;
- Dermokosmetyki poprawiające kondycję naczyń włosowatych;
- Unikanie silnego masażu wzmagającego grę naczyniową.

Dobierając preparaty kosmetyczne, należy zwrócić uwagę na zawartość składników łagodzących rumień, pieczenie, a także wspomagających funkcje naczyń krwionośnych:

- Alantoina – pochodna białkowa będąca produktem przemian biochemicznych zachodzących w szybko dzielących się komórkach; ma właściwości kojące, przyspieszające gojenie;
- D-pantenol – prowitamina B5, substancja rozpuszczalna w wodzie, przyspieszająca gojenie, regulująca gospodarkę wodną naskórka;
- Mukopolisacharydy – połączenia cukrowców z resztami aminowymi; mają działanie nawilżające; wchodzi w skład substancji międzykomórkowej;

- Witamina C (kwas askorbinowy) – rozpuszczalna w wodzie, odpowiedzialna za strukturę naczyń włosowatych;
- Witamina PP (nikotynamid) – rozpuszczalna w wodzie substancja regulująca czynność rozkurczową naczyń krwionośnych;
- Witamina K (filochinon) – jest odpowiedzialna za syntezę czynników układu krzepnięcia; stosuje się ją w celu przyspieszenia resorpcji wylewów krwawych;
- Garbniki – pochodne węglowodanów będące połączeniem glukozy i kwasów uronowych; uszczelniają naczynia krwionośne, działają przeciwzapalnie, stabilizują witaminę C;
- Dwutlenek krzemu (krzemionka) – związek nieorganiczny będący nośnikiem tlenu; uszczelnia naczynia krwionośne, a z uwagi na zielony kolor jest również składnikiem preparatów kamuflujących rumień.

Makijaż kamuflujący

Podstawą kamuflażu jest stosowanie korektorów o barwie zielonej, tuszujących rumień, oraz unikanie preparatów kolorowych i odzieży w barwach podkreślających zaczerwienienie.