

## LIJEČENJE SEBOREJIČKOG DERMATITISA U DJECE

KARMELA HUSAR\*

*Seborejički dermatitis je bolest nedovoljno razjašnjene etiologije koja se pojavljuje u prvih 6 mjeseci života a poslije nestaje. Klinička slika se ispoljava u tzv. "seborejičkoj regiji", po čemu je bolest dobila i ime. Etiologija bolesti je slabo razjašnjena. U dojenačkom periodu često zahvaća pelensku regiju. Širenja promjena na tijelo iz pelenske regije je tipično. Pridruženi znaci su jaki eritem i masne ili seborejičke ljuške u vlasištu te u aksilama, što pomaže u dijagnozi. Stav o potpunoj odijeljenosti od atopijskog dermatitisa je izmijenjen, jer oko 50% tipičnih slučajeva seborejičkog dermatitisa dojenačke dobi može prijeći u atopijski dermatitis dojenačke dobi. U većini slučajeva se liječenje sastoji od vodenih krema, blagih i razblaženih steroidnih krema te steroidno-antibiotskih kombinacija, kada su lezije vrlo eksudativne. Candida često kolonizira lezije u pelenskoj regiji. Ponekad seborejički dermatitis dojenačke dobi može podsjećati na psorijazu (napkin psoriasis).*

Ključne riječi: seborejički dermatitis, djeca, liječenje.

*Seborejički dermatitis (SD) je nedovoljno razjašnjena kožna bolest koja se pojavljuje u prvih šest mjeseci života i potom nestaje (1,2). Također se pojavljuje u adolescenata i mlađih odraslih osoba, a u starijih znatno rjeđe. Promjene se pojavljuju na tzv. "seborejičkim područjima" (područja bogata sebacealnim žlijezdama) kao što su vlasište, obrve, paranazalna područja, po čemu je bolest i dobila ime (1).*

Etiologija bolesti je kompleksna. Brojnim istraživanjima nije nađena veća učestalost SD-a dječje dobi s kasnijim prijelazom u SD odraslih (1). Međutim, stav da je ova bolest potpuno odijeljena od atopijskog dermatitisa, danas je izmijenjen. Naime, oko 15-50% djece sa tipičnom slikom seborejičkog dermatitisa može razviti kliničku sliku atopijskog dermatitisa (2). Bolje bi bilo reći da ova djeca imaju kliničku sliku obje bolesti i ponekad ih je teško razlučiti

jednu od druge. Takve promjene bismo mogli nazvati *sebo-atopy promjenama*.

*Seborejički dermatitis u djece često nastaje u prvim tjednima ili mjesecima života, ranije od atopijskog dermatitisa, ali može početi i kasnije u dojenačkom periodu (1-3). Karakteristična je zahvaćenost pelenske regije, sa kasnijim širenjem u aksile, vrat, retroaurikularne regije, periumbilikalno, na kožu vlasišta, a potom i trupa. Na licu su prisutne bjelkaste masne ljuške centrofacijalno, zahvaćajući često i mentolabijalnu brazdu, odnosno sve nabore. U vlasištu, promjene mogu biti jače izražene (intenzivnije ljuštenje, jače i deblje ljuške) što se naziva *crusta lactea* ili tjemenaica. Nakon uklanjanja ljušaka vidi se crvenilo i vlaženje. Svrbež obično nije veliki problem. Pojedinačne promjene mogu biti poput malih papula i papulovezikula kao u atopijskom dermatitisu. Neki autori vjeruju da je seborejički dermatitis u djece varijanta atopijskog dermatitisa (1). Općenito nema obiteljske podloge bolesti (1). Tijek bolesti je dobar. Ona prolazi nakon nekoliko tjedana ili mjeseci.*

U većini slučajeva liječenje se sastoji od vodenih krema, blagih ili razrijeđenih kortikosteroidnih krema ili masti, samih ili u kombinaciji sa antibiotikom, kod promjena koje su vrlo eksudativne

(vlažne). Dobro djeluju kupke sa dodatkom maslinovog ulja ili pranje u običnoj vodi, a sapune i detergencije nije uputno primjenjivati. Jako je važno u svakodnevnoj njezi obratiti pozornost na mjesta gdje se koža prislanja jedna na drugu (pregibi), te ih pažljivo premazati neutralnim pripravcima više puta dnevno, da se koža zaštiti od trenja, vlaženja i iritacije odjeće. Promjene u vlasištu je ponekad dovoljno natopiti dobro dječjim uljem te mehanički skinuti naslage, a na rezidualni eritem kratkotrajno primijeniti blagi nefluorirani kortikosteroidni lokalni pripravak. U slučajevima gdje su izražene naslage u vlasištu, može se primijeniti lokalni keratolitik, 3-5% salicilna kiselina u maslinovom ulju ili svinjskoj masti, što je vrlo učinkovito a ne dovodi do nuspojave u vidu salicilinizma jer se primjenjuje na malu regiju i kratkotrajno.

*Candida albicans* često naseli sekundarno u seborejička područja, te nastaje vlaženje i crvenilo na mjestima gdje se naslanja koža na kožu, osobito u pelenskoj regiji (1,2). Karakteristične kožne promjene u tom slučaju su, osim difuznog crvenila i ljuškanja, također i eritematozne papule u vidu satelitskih lezija u blizini ovih promjena. Ona može pogoršati izgled osipa i zahtijeva lokalnu primjenu antimikotskih pripravaka. Lje-

\* Klinički bolnički centar i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Klinika za kožne i spolne bolesti

Adresa za dopisivanje:  
Dr. Karmela Husar  
Klinički bolnički centar i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Klinika za kožne i spolne bolesti  
10000 Zagreb, Šalata 4

koviti pripravci, pa tako i antimikotska mast, nanose se dva puta dnevno. Međutim, svakako treba napomenuti da je u pelenskoj regiji izuzetno važno pelene promijeniti više puta dnevno uz višekratno nanošenje neutralnih masti za zaštitu ove regije od urina i fecesa, odnosno stalnog vlaženja, što tako izmijenjenoj koži može dodatno smetati. Međutim, ima mišljenja da je *Candida* ona koja je bitna u inicijalnoj pojavi osipa (2). Također su vrlo česte i sekundarne bakterijske infekcije (1). Klinički znaci infekcije kože su vlaženje, pucanje kože i žute kruste uz eventualno prisutne znakove infekcije od strane respiratornog trakta, ili u području pupka kod dojenčadi, te konjunktivalna injekcija i žučkasti sekret u uglovima vjeđa. Kod promjena u pelenskoj regiji treba isključiti i sekundarnu bakterijsku infekciju kože zbog uroinfekta ili bakterijske, odnosno *Candida*-infekcije iz crijevne sluznice. Pojačana kolonizacija *Candidom* u crijevnoj flori pojavljuje se osobito kod djece u imunodeficijenciji, te kod djece koja su često na antibiotskoj terapiji (3). Što se liječenja tiče, kod pojave ekscudacije i ekcematizacije u pelenskoj regiji, u prvim danima liječenja, bez obzira da li se radi o gljivičnoj ili miješanoj (bakterijsko-gljivičnoj) infekciji, oblozi 0,9% NaCl biti će od najveće pomoći, uz primjenu neutralnih masti. Napominjem da oblozi ne smiju ostati u peleni preko noći, dakle ne kroz duži period. Terapijski se u prva dva dana može primijeniti u slučajevima jače inflamacije, uz obloge i kombinacija nefluoriranog blagog kortikosteroidnog pripravka sa lokalnim antimikotskim i prema potrebi i antibiotskim pripravkom. Zapaženo je, naime, da lokalni antimikotski pripravci primijenjeni sami na inflamiranoj koži dovode do naglog pogoršanja kliničke slike, pa i u slučajevima gdje je mikotička infekcija evidentna (2).

Ponekad je seborejički dermatitis u djece nalik promjenama kod psorijaze (*napkin psoriasis*). Smatra se da oko 28% djece sa seborejičkim dermatitisom ima sliku psorijaziformnog seborejičkog dermatitisa (4). To je erupcija kožnih promjena nalik seborejičkom dermatitisu. Također se širi iz pelenske regije, međutim, kasnije pojedinačne promjene mogu izgledati poput promjena psorijaze u odraslih. Ove promjene relativno brzo

prolaze na jednostavnu lokalnu terapiju, ali kasnije se mogu ponovno pojaviti u djetinjstvu u vidu tipične psorijaze kod oko 10-20% bolesnika sa Napkin psoriasis (4). Svakako treba upozoriti roditelje da je tijekom bolesti recidivirajući te da je konačno ozdravljenje krajnji rezultat. Stoga ne treba biti suviše revnosan u terapiji, tj. ne primjenjivati fluorirane kortikosteroidne pripravke, pogotovo ne kroz dulje vrijeme, a zbog recidivirajućeg tijeka, treba se čuvati i od kumulativnog učinka istih i njihovih nuspojava u vidu stanjenja kože, telangiektazija, i drugih znakova steroidnog dermatitisa, kao i od pojačane i kumulirajuće resorpcije ovih lijekova sa svim posljedicama kod primjene lijeka na većim dijelovima tijela. Napkin psoriasis se ponekad objašnjava kao seborejički dermatitis u djece sa sklonošću ka psorijazi (4).

*Syndroma Leiner*, entitet koji se nekada svrstavao u eritrodermijski oblik seborejičkog dermatitisa u djece, danas je zaseban entitet (5,6). Radi se o bolesti koju je prvi puta opisao 1908. godine Carl Leiner, pedijatar iz Beča. Bolest je karakterizirana teškom ekfolijativnom eritrodermijom, teškim proljevima, recidivirajućim gram-negativnim i *Candida*-infekcijama i nenapredovanjem u prvih pet mjeseci života (6). Kod ovog sindroma promjene su vrlo slične seborejičkom dermatitisu, ali se vrlo brzo generaliziraju i zahvaćaju cijelo tijelo. Stoga koža postaje edematozna, a svrbež nije prisutan. Djeca su neuhranjena, sklona proljevima i velikom riziku od sepse. Česte su upale pluća, meningitisi i septikemije u toj grupi bolesnika. Ako ova stanja ne dovedu do fatalnog ishoda, djeca se kroz neko vrijeme oporave. Nema specifičnog laboratorijskog testa za dijagnozu ovog sindroma. Vjerojatno je posljedica imunodeficijencije. Snižena razina serumskih proteina i anemija nađu se u nekim slučajevima. Danas se zna da postoji funkcionalna abnormalnost C5 frakcije komplementa, mada je opsonizacija C5-deficijentnog seruma normalna. Kemotaksija neutrofila može biti poremećena (6).

Seborejički dermatitis kod djece u pubertetu i mladih odraslih pojavljuje se na koži koja je pojačano masna. Kod takvih osoba je pojačana aktivnost sebacealnih žlijezda, a javlja se kod oba

spola podjednako. Povećana produkcija masti na površini kože naziva se sebum (7). U posljednje se vrijeme dovodi u vezu sa umnažanjem kvasca *Malassezia furfur* (*Pityrosporum ovale*) (7,8). Ona je uobičajeni "stanovnik" u vlasištu, a koja se u određenih dermatoza, kao što je seborejički dermatitis, zatim psorijaza dječje dobi kod koje promjene mogu biti prisutne i na licu, te u bolesnika s atopijskim dermatitisom, mogu dodatno umnožiti i pogoršati kliničku sliku navedenih dermatoza, a za seborejički dermatitis ima izvješća da je i direktno odgovorna u etiopatogenezi same bolesti. Poznato je da navedene dermatoze dovode do smanjene otpornosti na *Malassezia furfur*, a ponekad povezano sa stresom, umorom, sezonskim promjenama ili općim bolestima. Dijagnoza prisutnog kvasca (*Malassezia furfur*) se postavlja nativnim preparatom strugotine s površine kože u KOH, gdje se mikroskopiranjem vide nakupine stanica kvasca i duge hife koje podsjećaju na špagete, a potvrđuje se kulturom (7). Liječenje bolesnika koji imaju pridruženu infekciju ovim kvascem je još teže. Lokalno se primjenjuju antimikotski pripravci (ketokonazole krema 1× dnevno/ 2-4 tjedna) ali se može primijeniti i peroralno fluconazole u dozi od 50 mg dnevno tijekom 5 dana ili 150 mg tjedno u vidu jednokratne primjene. Kod jače prisutne inflamacije prinuđeni smo primijeniti i blaži nefluorirani kortikosteroidni pripravak (hydrocortisone 1% krema 1-2× dnevno tijekom 5-7 dana, no uvijek je potrebno upozoriti bolesnike i roditelje da primjenjuju lijek strogo prema uputama liječnika, a nikako samoinicijativno ponavljati primjenu, pogotovo ne kroz dulje vrijeme zbog mogućeg nastanka steroidnog dermatitisa. U liječenju seborejičkog dermatitisa praćenog sekundarnom bakterijskom infekcijom, uz lokalni antibiotski pripravak, kod djece starije od 14 godina, u terapiji se uspješno mogu primijeniti i tetraciklini peroralno (7). Liječenje promjena u vlasištu može se provoditi primjenom medicinskih šampona koji sadrže ketokonazol, selenium disulphid, zinc pyrithione, katrane i salicilnu kiselinu dva puta dnevno, najmanje kroz mjesec dana. Lokalna primjena kortikosteroidnog preparata u vlasištu je intermitentna i ovisna o kliničkoj slici, a preparat je u obliku gela

ili otopine. Ne bismo trebali zanemariti činjenicu da svaki seborejički dermatitis u svom ekscesivnom obliku, koji je nastao naglo, osobito u osoba koje su starije dobi od očekivane za ovu bolest, može značiti i potencijalnog bolesnika sa HIV infekcijom (8). Promjene su opsežnije zbog imunosupresije u kojoj su bolesnici radi osnovne bolesti. U tim slučajevima treba učiniti potrebne pretrage za isključenje, odnosno dokazivanje HIV infekcije.

#### LITERATURA

1. Leyden JJ. Diaper dermatitis. *Ped Dermatol*, 1986; 4: 23-8.
2. Champion RH. Eczema and psoriasis. Update, 1983; 5: 7-8.
3. Glover MT, Atherton DJ, Levinsky RJ. Syndrome of erythroderma, failure to thrive diarrhea in infancy: A manifestation of immunodeficiency. *Pediatrics*, 1988; 81: 66-72.
4. Champion RH. Eczema and psoriasis. Update, 1983; 5: 26.
5. Hoeger PH, Harper JJ. Neonatal erythroderms: differential diagnosis and management of the "red baby". *Arch Dis Child*, 1998; 79: 186-91.
6. Hebert AA. Laboratory evaluation of the child with recalcitrant eczema. In Rapini RP. *Use of the Laboratory in Dermatology*. *Derm Clin*, 1994; 12: 117.
7. Zouboulis CC, Xia L, Akamatsu H, Seltmann H, Fritsch M, Hornemann S, Rühl R, Chen W, Nau H, Orfanos CE. The human sebocyte culture model provides new insights into development and management of seborrhoea and acne. *Dermatology*, 1998; 196: 21-31.
8. Moehrle M, Dennenmoesera B, Schlagenhauß B, Thomma S, Garbe C. High prevalence of seborrhoeic dermatitis on the face and scalp in mountain guides. *Dermatology*, 2000; 201: 146-7.

#### Summary

#### TREATMENT OF INFANTILE SEBORRHOEIC DERMATITIS

K. Husar

*Seborrhoeic dermatitis is a poorly understood process that tends to occur in the first 6 months of life and then disappears. The tendency toward expression of this dermatitis in the "seborrhoeic" areas accounts for the name. The etiology of this condition remains obscure. When this process occurs in infants, it commonly involves the diaper area. Heavy involvement in body creases in the diaper area is typical. Associated findings of intense erythema and a greasy or seborrhoeic scale on the scalp and occasionally the axilla are useful signs in helping to make this diagnosis. Its distinction from atopic dermatitis is challenged by some, and about one-fifth of cases of typical infantile seborrhoeic dermatitis may change into infantile atopic dermatitis. For most cases management should err towards undertreatment, e.g. aqueous cream, weak or diluted steroids, with a steroid-antibiotic combination when the lesions are very exudative. Candida frequently colonizes the most lesions in the napkin area. Sometimes infantile seborrhoeic dermatitis may take on features of psoriasis (napkin psoriasis).*

Key words: seborrhoeic dermatitis, children, therapy