

Dermatózy tváre u novorodencov a dojčiat

MUDr. Klára Martinásková, PhD.

Dermatovenerologické oddelenie, Fakultná nemocnica J. A. Reimana, Prešov

Problematika dermatóz tváre u novorodencov a dojčiat zahŕňa rozsiahlu skupinu rôznych klinických jednotiek, ktorá by si vyžadovala samostatnú monografickú publikáciu. Pre niektoré z nich je lokalizácia prejavov ochorenia na tvári typická, dokonca má diagnostickú cenu. Pre iné však lokalizácia na tvári je iba sprievodným znakom ochorenia ako jedna z ďalších možných prejavov dermatózy. Z uvedených dôvodov sme sa v tejto publikácii zamerali iba na niektoré klinické jednotky, ktoré považujeme za dôležité. Diferenciálnu diagnózu niektorých dermatóz pre aktuálnosť a závažnosť problematiky uvádzame v tabuľkách.

Kľúčové slová: dermatózy tváre, klinický obraz, diferenciálna diagnostika, novorodenci, dojčatá.

Facial dermatoses in the newborns and infants

Facial dermatoses in the newborns and infants are concerning a large group of different clinical units that would deserve a monothematic book publication. The localization on the face is typical for some of them, even with the high diagnostic value. However, for another of them, the localization on the face is just accompanying marker of the disease, representing one of the possible manifestations of the disorder. Due to these reasons we focused in this paper on the most important dermatological diseases of the newborns and infants. The differential diagnosis of some of them is presented in the form of tables because of their actuality and importance.

Key words: facial dermatoses, clinical picture, differential diagnosis, newborns, infants.

Dermatol. prax, 2009, 3(2): 50–59

Úvod

Kožné zmeny na tvári u detí sú časté.

Vyplyvajú z fyziologických zvláštností kože dieťaťa aj celého organizmu. Majú svoje **špecifiká podľa jednotlivých vekových období**.

V diagnostike dermatóz na tvári dieťaťa je preto nutné zohľadniť (1):

- vek dieťaťa;
- typ vyrážky - morfológiu a usporiadanie;
- charakter kožných zmien (akútne, intermitentne recidivujúce, chronické, perzistujúce od narodenia);
- dynamika a premenlivosť kožných zmien;

- pridruženú symptomatológiu (plač, nepokoj, svrbenie, pálenie a iné sprievodné prejavy);
- ostatnú orgánovú symptomatológiu (dispenzarizáciu v odborných poradniach);
- výskyt kožných ochorení v rodine aj v kolektívnom zariadení;
- výskyt hereditárnych ochorení;
- u novorodenca priebeh tehotenstva matky, febrilné ochorenia matky, kontakt s infekčným ochorením v tehotenstve, spôsob pôrodu, dĺžku trvania ruptúry amniotických blán, prítomnosť mekónia, pla-

centárne abnormality. U samotného novorodenca gestačný vek, Apgarovej skóre, anatomické abnormality, aktuálne ťažkosti (teplota, plač, nepokoj, podráždenosť a pod.).

V stručnom podaní nie je možné referovať o všetkých dermatologických ochoreniach, pri ktorých sú kožné prejavy na tvári prítomné, preto sa v článku uvádzajú tie, ktoré dominujú na tvári dieťaťa v podmienkach Slovenska ktoré je potrebné v praxi diferencovať. Spoznanie klinického obrazu dermatózy dieťaťa na tvári je z terapeutického hľadiska dôležité.

Špecifiká novorodeneckého obdobia

Novorodenecké obdobie dieťaťa má svoje špecifiká. Tvár aj povrch celého tela je pokrytý ihneď po narodení *vernix caseosa* – šedo-belavým povlakom zloženým z epiteliálnych buniek, mazu s obsahom ceramidov a niekedy aj lanuginózných vlasov. Povlak obsahuje antimikrobiálne peptidy aj lipidy, ktoré chránia plod v prenatálnom období pred amniotickou tekutinou. Zároveň zabezpečujú hydrataciu kože a prirodzenú bariérovú funkciu. Ošupovanie kože u donosených novorodencov sa prejavuje deskvamáciou v jemných šupinkách do 24 až 48 hodín, u prenosných detí pretrváva 2 – 3 týždne po narodení. Pri pretrvávajúcom dlhodobjšom ošupovaní je potrebné odlíšiť fyziologickú deskvamáciu od patologickej (2).

Tabuľka 1. Prechodné kožné zmeny na tvári u novorodencov a dojčiat.

Diagnóza	Začiatok	Morfológia	Distribúcia	Iná klinika	Diagnostika
erythema toxicum neonatorum	24 – 48 hod., do 2 týždňov	erytematózne makuly, pustuly, urtiky	tvár postupne okrem dlaní a chodidiel	donosené deti	klinický obraz, nález eozinofilov
neonatálna pustulózná melanóza	od narodenia	pustuly bez erytému, rýchle praskajú, hyperpigmentácie	tvár, čelo, uši, akra, generalizácia	donosení novorodenci, čierna rasa	v pluzgieroch eozinofily, bunečný detritus
miliaria crystalina	od narodenia	vezikuly bez erytému, erytém	tvár, čelo, ramená, horná časť trupu	prehriatie a teplota	klinika, Tzankov test negat.
miliaria rubra	prvé dni života	erytematózne papuly a pustuly	tvár, čelo, horná časť trupu	prehriatie a teplota	klinika, Tzankov test negat.
neonatálne akné	dni až týždne po narodení	papuly, pustuly, komedá nie sú prítomné	líca, čelo, kapilícium	nie je prítomná	spóry pliesní, farbenie podľa Giemsa negat.
perinatálne traumy	od narodenia, prvé týždne	erózie, sufúzie, hematómy	tvár, čelo, kapilícium	forceps, vakuum extraktor	klinika

Prechodné kožné zmeny na tvári

Miliá

Miliá dominujú na tvári ale aj vo vlasovej časti. V klinickom obraze sú prítomné biele 2 mm papulky v priemere, hladkého povrchu v počte od niekoľkých až po viacpočetné. Môžu sa vyskytovať od narodenia a pretrvávajú až do neskorého dojčenského veku. Neonatálne miliá sú zvyčajne **primárne**

Obrázok 1. Acne infantilis, 10-mesačné dieťa.



Obrázok 2. Scabies, 5-mesačné dieťa.



Obrázok 3a. Dermatitis seborrhoica, 6-týždňové dieťa.



Obrázok 3b. Dermatitis seborrhoica (po antibakteriálnej a antimykotickej liečbe), 8-týždňové dieťa.



ne a súvisia s pilosebaceóznou jednotkou *infundibula* velúsového vlasu. **Sekundárne** vznikajú v dôsledku traumy a pochádzajú z epiteliálnych štruktúr (vlasové folikuly, potné žľazy a mazové žľazy). Dôležitá je diferenciálna diagnostika milií od sebaceózne hyperplázie, ktorá sa tiež vyskytuje na tvári novorodenca na lícach, aj okolo nosa, na obočích, má žltavé sfarbenie a plošné usporiadanie so zápalovým lemom. Novorodenecké miliá pretrvávajú

Obrázok 4. Keratosis pilaris, 10-mesačné dieťa.



Obrázok 5. Psoriasis, névoidná forma, 10-mesačné dieťa.



Obrázok 6. Dermatitis seborrhoica – psoriasis, 6-týždňové dieťa.



vajú niekoľko mesiacov a potom regresujú, nevyžadujú liečbu. Môžu sa vyskytovať izolovane a aj ako súčasť niektorých závažných hereditárnych dermatóz, v miestach hojajúcich sa lézií u junkčnej *epidermolysis bullosa* aj pri orofaciálnom-digitálnom syndróme typu I sú na tvári početné a perzistujúce.

Sebaceózna hyperplázia

Sebaceózna hyperplázia je spôsobená hormonálnou androgénnou stimuláciou *in utero* a spôsobuje hypertrofiu mazových žliaz. Postihuje asi polovicu zdravých novorodencov. V klinickom obraze nachádzame žltobelavé pupence zoskupené do plôch s erytémovým lemom najmä na koreni nosa, okolo úst, aj nad obočím. Diferencujeme ich od epidermoidných cyst, ktoré sú solitárne, bielej farby a aj od milií (2).

Miliária

Miliária sú najčastejšie prítomné u novorodencov, ktorí sú vystavení teplému klimatickému prostrediu alebo prehriatiu pri horúčke. Drobné, 1 mm v priemere pľuzgieriky sú spôsobené obštrukciou ekkrinných vývodov. Klinická manifestácia nadväzuje na hlboký uzáver vývodov žliaz. Pri obštrukcii duktálnej v *stratum corneum*, alebo subkorneálne vznikajú *miliaria crystalina* (sudamina). Zvyčajne sú prítomné od prvých dní po narodení a patria medzi kongenitálne lézie, ktoré ustupujú v procese deskvamácie. Niektorí autori uvažujú o obštrukcii vývodov extracelulárnou polysacharidovou substanciou *Staphylococcus epidermidis*. Diagnóza sa stanovuje na základe klinického obrazu, diferenciálne diagnostickou chybou je považovať miliária uvedeného typu za vážne pľuzgieriaté ochorenie herpetické, alebo za pustulóznu dermatózu (3).

Miliaria rubra

Miliaria rubra sa vyskytujú rovnako u novorodencov pri prehriatí, alebo s febrilitami. V klinickom obraze dominujú 1 – 3 mm papulky v priemere, alebo papulopustulky s lokalizáciou na tvári, vo vlasovej časti, rovnako aj na trupe. Kožné lézie nie sú viazané na folikul. Potné žľazy sú u *miliaria rubra* uzatvorené hlbšie, dosahujú dermoepidermálnu junkciu, ale proces je stále intradermálny (4).

Milia profunda

Milia profunda sú prejavom najhlbšej obštrukcie potných žliaz novorodencov pod dermoepidermálnym spojením. Rovnako ako predošlé formy miliária imitujú kvasinkové a herpetické infekcie (4).

Erythema toxicum neonatorum

Erythema toxicum neonatorum je benígnou erupciou asi u polovice zrelých novorodencov. Vyskytuje sa asi v 21 – 41 % prípadov. Prvé prejavy vznikajú po pôrode o 24 až 48 hodín najprv na tvári a pretrvávajú asi 1 týždeň. Ochorenie sa nevyskytuje u prematúrnych novorodencov s pôrodnou váhou pod 2 500 g. Klasický výsev žltavých papúl aj pustúl 1 – 3 mm v priemere je obkolesený makulami, vzniká v centre makúl a erytémových pomfusov 1 – 3 cm veľkosti. Kožné lézie imitujú uštipnutie hmyzom a prvé z nich sa objavujú na tvári, ďalšie sa šíria na trup a končatiny. Nepostihujú dlane a chodidlá, čo vysvetľuje folikulárnu lokalizáciu kožných zmien. Etiológia ochorenia nie je presne známa. Staršie teórie hovoria o odpovedi na mechanické podnety alebo traumy po pôrode, iné popisujú vznik kožných prejavov *erythema toxicum neonatorum* ako dôsledok imunitnej odpovede na bakteriálne osídlenie vlasového folikulu. V etiológii ochorenia dominuje názor, že by mohlo ísť o *graft versus host* reakciu proti lymfocytom matky. Histologický obraz ukazuje subkorneálne pustulky lokalizované intrafolikulárne, nad vývodom sebaceózných žliaz s množstvom eozinofilov v rôznych úrovniach *dermis*. V krvnom obraze býva eozinofília až u 15 – 18 % postihnutých. Diferenciálne diagnosticky treba odlišiť ostatné neonatálne pustulózy, bakteriálne, herpetické, kvasinkové infekcie, *incontinentia pigmenti*. Z benígnych prejavov *miliaria rubra*, *acropustulosis infantum*, tranzitóznou neonatálnu pustulóznou melanózu a eozinofilnú pustulóznou folikulitídu.

Tranzitórna neonatálna pustulózná melanóza

Tranzitórna neonatálna pustulózná melanóza je ochorením, ktoré bolo popísané prvýkrát v roku 1976, aj keď prvé zmienky sú známe už od roku 1961, keď sa ochorenie nazývalo „*lentiginis neonatorum*“. Tranzitórna neonatálna pustulózná melanóza je benígne vezikulopustulózne a pigmentové ochorenie, ktoré postihuje častejšie tmavé rasy. Typickým prejavom sú mnohopočetné kožné zmeny na tvári najmä na čele a brade, ale aj na chrbte a iných častiach tela. Prítomné sú 2 – 10 mm v priemere fragilné pustulky lokalizované subkorneálne. Niektoré vznikajú už intrauterinne a po pôrode pri čistení *vernix caseosa* praskajú, vytvárajú na okraji golierik hladkých šupiniek a napokon zanechávajú hyperpigmentové makuly. Kožné zmeny trvajú týždne až mesiace. Etiológia ochorenia nie je presne známa,

Obrázok 7a. Atopická dermatitída. IgA deficiencia, 6-mesačné dieťa.



Obrázok 7b. Eczema herpeticum, u rovnakej pacientky.



Obrázok 7c. Eczema herpeticum, po liečbe acyklovírom.



Obrázok 8a. Periorálna dermatitída po 1-ročnej liečbe atopickým steroidom, 1,5-ročné dieťa.



Obrázok 8b. Periorálna dermatitída po liečbe, steroidy vynechané, 1,5-ročné dieťa.



Obrázok 9. Acrodermatitis enteropathica, 3-mesačné dieťa (a – tvár, b – perigenitálna oblasť, c – pravá dolná končatina.)



niektorí autori považujú toto ochorenie za včasné štádium toxického erytému u novorodencov, obe jednotky sa môžu vyskytovať súčasne. Diferenciálne diagnosticky odlišujeme neonatálne pustulózne dermatózy ako pri *erythema toxicum neonatorum*. Histologické vyšetrenie potvrdzuje prítomnosť subkorneálnych pustúl s obsahom neutrofilov, fibrínu

Obrázok 10. Wiscot-Allrichov syndróm, ekzémovo hemoragické zmeny, imitujúce impetigo, 3-mesačné dieťa (a – tvár, b – pravá dolná končatina).



Obrázok 11. TORCH syndróm, 6-týždňové dieťa.



Obrázok 12. Histiocytóza z Langerhansových buniek, 8-mesačné dieťa.



a ojedinele eozinofilmi. Ochorenie nevyžaduje špecifickú liečbu (5).

Neonatálne akné

Neonatálne akné sa môžu objaviť v druhom až treťom týždni života na líkach, aj na čele s tvorbou papúl a papulopustúl, niekedy sa ochorenie označuje termínom „neonatálna cefalická pustulóza“. Kožné lézie sa šíria na čelo a do kapilícia,

Obrázok 13. Vrodený syfilis – erymatoskvamózne prejavy imitujúce seboroickú dermatitídu na tvári a typický exantém na chodidlách, 4-týždňové dieťa.



Obrázok 14. Vrodený syfilis, stigmy na tvári (vysoké čelo, sedlovitý nos), to isté dieťa, 2-ročné.



typickým znakom je chýbanie komeda. Klinicky sa nedajú odlišiť od *miliaria rubra*. Histologické odlišenie je možné, ale vzhľadom na prechodné benígne zmeny nie je potrebné. Etiológia vzniku papulopustúl v prvých mesiacoch života sa pripisuje zápalovej reakcii na *Pityrosporum species* (*Malassezia furfur* a *Malassezia sympodialis*; 6).

Obrázok 15 a, b. Mastocystóza, 10-mesačné dieťa.



Obrázok 16 a. Segmentálny hemangióm, 4-týždňové dieťa.



Obrázok 16 b. Segmentálny hemangióm, po systémovej liečbe steroidmi, vek dieťa 1 rok.



Acne infantilis

Acne infantilis zahŕňa perzistujúce papulopustulky na lícach aj čele po druhom a treťom mesiaci života s typickými akneiformnými léziami (otvorené aj uzatvorené komedo, papulky, pustulky, noduly). V období od šiesteho do dvanásteho mesiaca života môžu spontánne ustúpiť, ale vzhľadom na androgénnu stimuláciu zvyčajne vyžadujú liečbu. Niektoré závažné formy *acne infantilis* okrem topických retinoidov v nízkych koncentráciách (0,01 až 0,025 %) vyžadujú aj systémovú liečbu izotretinoínom.

Kongenitálne ektázie

Kongenitálne ektázie (*nevus simplex, salmon patch*) patria k erytematóznym, makulóznym a miernym vaskulárnym anomáliám, ktoré postihujú kožu glabely, okolie očí, oblasť nad koreňom nosa. Ide o plošné ektatické kapilárne lézie v hornej dermis s normálnou, neporušenou kožou. Zároveň sú prítomné aj obdobné lézie v nuchálnej oblasti na záhlaví. Uvedené kožné zmeny miznú v priebehu prvého roka života dieťaťa, len zriedkavo pretrvávajú až do dospelosti. Príčinou uvedených kapilárnych zmien je autozomálne dominantná dedičnosť (5). Diferenciálnu diagnostiku prechodných kožných zmien tváre u novorodenca uvádza tabuľka 1.

Vezikulózne, pustulózne, bulózne, erozívne a ulcerózne dermatózy

Vezikulopustulózne a bulózne dermatózy s prejavmi na tvári sú najčastejšími **dermatologickými ochoreniami novorodeneckého veku**, ktoré predstavujú viac ako 100 rozličných klinických jednotiek. Niektoré z nich už od svojho začiatku priamo ohrozujú život novorodenca alebo spôsobujú vážne komplikácie. Z nich vo viac ako 50 % prípadoch ide o infekcie kože tváre, ale aj iných častí tela. Ide predovšetkým o impetigo, ďalej scabies a vírusové infekcie. Vznikajú ešte počas fetálneho života transplacentárnym prenosom infekcie z matky na plod, počas pôrodu, ako aj v popôrodnom období primárnou infekciou novorodenca (často nozokomiálnou), ako aj sekundárnou infekciou už existujúcej dermatózy. Pre rozsah a zložitosť tejto problematiky ich diferenciálnu diagnostiku uvádzame v tabuľkách 2, 3, 4, 5.

Mastocystóza

Mastocytosis. Už v prvých týždňoch života sa na koži celého trupu, tvárovú časť nevynímajúc, objavujú v podstate tri formy ochorenia: diskrétné noduly (*mastocytoma*), mnohopočetné papuly a ložiská (*urticaria pigmentosa*) a plošné rozsiahle infiltrácie kože (difúzna kožná mastocytóza). Mastocytárne

lézie majú hladký povrch s bronzovo hnedou farbou. Po mechanickom dráždení sa ich povrch, ako aj koža na okolí menia na oranžovo červenú farbu, ide o tzv. Darierov symptóm, vzniknutý histaminoliberáciou, po degranulácii mastocytov. Pri rozsiahlom postihnutí organizmu dieťaťa s mastocytózou s infiltráciou okrem kože aj kostnej drene, pečene, sleziny, lymfatických uzlín ako aj sliznice gastrointestinálneho traktu, môže v dôsledku masívneho uvoľnenia histamínu a ďalších mediátorov náhle vzniknúť klinicky závažná bulózna reakcia kože, poruchy koagulácie, hnačky, hypotenzia až

šokový stav. Pre detský vek je typická spontánna regresia mastocytárných prejavov s ústupom infiltrácie viscerálnych orgánov mastocytmi (3, 7).

Histiocytóza X z Langerhansových buniek

Histiocytosis X z Langerhansových buniek môže byť kongenitálnou formou ochorenia, môže ísť aj o vznik lézií kože v priebehu prvých niekoľkých týždňov života novorodenca. Dendritické, antigén prezentujúce Langerhansove bunky (imunohistochemicky detegované S 100 proteínom a CD1a) sú bunky pochádzajúce z kostnej drene,

Tabuľka 2. Diferenciálna diagnostika vezikulopustulóznych zmien na tvári u novorodencov a dojčiat.

Ochorenie	Začiatok	Morfológia	Distribúcia	Iná klinika	Diagnostika
Streptokok. A infekcie	krátko po narodení až týždeň	izolované pustuly "medové chrasty"	tvár, aj diseminovane	celulitída, pneumónia, meningitída	kultivácia G+ baktérií
Streptokok. B infekcie	od narodenia	vezikuly, buly s "medovými chrastami"	tvár, aj diseminovane	pneumónia, bakteriémia, meningitída	kultivácia G+ baktérií
Hemophilus infuena infekcie	od narodenia až prvé dni	vezikuly, aj chrasty	tvár, aj diseminovane	baktériová meningitída	kultivácia G- baktérií
Pseudomonádová infekcia	prvé dni až týždeň	erytém, pustuly, buly, nekrotické ulcerácie	periorificiálne, aj diseminovane	ochorenie do 4. týždňa	kultivácia G- baktérií
Vrodená kandidóza	od narodenia a prvých dní	erytém papulky pustulky	tvár, aj dlane, chodidlá, diseminovane	často prenatálna novorodenci	pozit. mykolog. vyšetrenie
Neonatólna varicela	0 – 14 dní	vezikulky na erytémovej spodine	diseminovane	matka chorá 7 dní pred a počas pôrodu	Tzankov test virolog. vyšetrenie
Neonatólny herpes simplex	5 – 14 deň	vezikuly pustuly chrasty	tvár, kapilícium sliznice, diseminovane	podráždenosť, často sepsa diseminovane	Tzankov test PCR, virologické vyšetrenie
Scabies	v 3. až 4. týždni života	papuly, noduly pomfy	tvár a diseminovane	pruritus	

Tabuľka 3. Zriedkavé vezikulopustulózne dermatózy novorodencov a dojčiat.

Ochorenie	Začiatok	Morfológia	Distribúcia	Iná klinika	Diagnostika
Eozinofilná pustulózna folikulitída	od narodenia až po týždňoch	pustulky	tvár, kapilícium, ojedinele trup, končatiny	svrbenie	biopsia kože
Incontinentia pigmenti	od narodenia a prvé dni života	vezikulky, hyperkeratózy, lineárne	hlava, trup, končatiny	pozitívna rodinná anamnéza	eozinofilná spongióza a dyskeratóza
Hyper IgE syndróm	dni až mesiace po narodení	pustuly, vezikuly, chrasty	tvár, kapilícium, horná časť hrudníka	zvýšené IgE eozinofília po 4. týždni	intraepidermálne vezikuly s eozinofilmi
Neonatólny morbus	prvý týždeň	orálne a genitálne	slizničné zmeny	u matky	klinika a pozitívna
Bechcet	života	ulcerácie, nekrózy	ústa, okolie genitálu	ochorenie	anamnéza
Pustulózna psoriáza	prvé týždne života	pustulky generalizované až erythrodermia	tvár aj diseminovane	instabilita teploty	biopsia kože, prítomnosť mikroabscesov, parakeratóza, dilatované kapiláry

Tabuľka 4. Vezikulopustulózne dermatózy u novorodencov a dočiat.

Ochorenie	Vznik	Morfológia	Distribúcia	Iná klinika	Diagnostika
SSS-Stafylokokový syndróm kože	niekoľko dní po narodení	generalizované fragilné buly a erózie	periorificiálne, aj diseminovane	instabilita termoregulácie	biopsia – odľučovanie v granulárnej vrstve, <i>St.aureus</i> kultivačne
Streptokok. B sk. infekcia	prvé dni po narodení	vezikuly, buly, "medové chrasty"	tvár, aj diseminovane	pneumónia, bakteriémia, meningitída	kultivačný nálež, bakteriologické vyšetrenie
Pseudomonádová infekcia	dni až týždne po narodení	erytém, buly, hemorágie, ulcerácie	periorificiálne, ruky, nohy	ochorenie do 4. týždňa života	kultivačne G-baktérie, hemokultúry pozit.
Vrodený syfilis	od narodenia až prvé dni	buly, erózie	tvár (periorificiálne), ruky, nohy	orgánové zmeny	sérologické vyšetrenia, biopsia, orgánové vyšetrenia
Aspergilové infekcie	dni až týždne po narodení	pustuly, ulcerácie	diseminovane	extrémne u prenatálnych detí	biopsia kože, mykologické vyšetrenia
Trichosporosis	dni až týždne po narodení	vezikuly, pustuly, erózie	diseminovane	nie je	biopsia kože, kultivačný nálež
Intrauterinný herpes simplex	od narodenia	vezikuly, pustuly, erózie, ulcerácie	diseminovane	teploty v gravidite, nízka pôrodná váha	Tzankov test, PCR, virologické vyšetrenia
Fetálna varicella	od narodenia	erózie, ulcerácie	diseminovane, končatiny	u matky v prvom trimestri varicella	Tzankov test, PCR, virologické vyšetrenia

Tabuľka 5. Zriedkavé bulózne dermatózy tváre novorodencov a dočiat.

Ochorenie	Vznik	Morfológia	Distribúcia	Iná klinika	Diagnostika
Epidermolysis bulosa	od narodenia	fragilné buly, erózie (koža, sliznice), milia	diseminovane	bolesť, iritabilita, anémia, GIT a respiračné ťažkosti	biopsia kože, TEM, DIF
Mastocytózy	od narodenia až mesiace	lokalizované noduly buly	diseminovane	flushing, iritabilita, diarhoe	biopsia kože, prítomnosť mastocytov
Chronická bulózna dermatóza	neskorý dojčenský vek	párkovité buly a jazvy	diseminovane, sliznice, aj okolie úst	nie je	biopsia kože, PIF
Toxická epidermálna nekrolýza	od 6 týždňov veku a staršie deti	erytém, erózie, buly, postihnutie slizníc	náhly vznik, diseminovane	Gram negatívna sepsa	biopsia kože, nálež subepidermálnych búl, epidermálna nekroza v celej hrúbke dermis
Bulózne pemfigoid	od 2 mesiacov života a staršie deti	hemoragické buly na nezápalovej spodine	diseminovane	viac akralná oblasť	biopsia kože, nálež subepidermálnych búl, DIF, lineárne depozity, DEJ
Lineárna porokertóza	od narodenia	lineárne erózie	tvár, predkončatiny	risk spinocelulárneho karcinómu	biopsia kože
Porfýrie		vezikuly buly	diseminovane, miesta insolácie	iné hemolytické ochorenia	porfyríny v plazme, v stolici
Neonatálna purpura fulminans	dni po narodení	celulitída podobné prejavy, purpura až nekrotické buly ulcerácie	diseminovane	ostatné prejavy, DIC	poruchy koagulácie, nízke hladiny C a S proteínu
Acrodermatitis enteropatica	týždne mesiace	vezikuly, buly, plošné erózie	periorálne a periorificiálne, ruky, nohy	znížené hladiny zinku	klinika a znížené hladiny zinku pod 50 ug/ml

Vysvetl.: DIF – priama imunofluorescencia; TEM – transmisná elektrónová mikroskopia, DEJ – dermoepidermálna juncčia, DIC – diseminovaná intravaskulárna koagulopatia.

ktoré tvoria infiltráty *dermis* a *epidermis*, ako aj lymfatického systému, pečene, sleziny, kostí. Podľa rozsahu ochorenia rozlišujeme monoorgánovú a multiorgánovú formu ochorenia. Ochorenie sa prejavuje tvorbou charakteristických erytematóznych papúl, papúl vzhľadu hemangiómov, nodúl, pustúl, vezikul, búl, nekrotických a hemoragických búl, diskretných erózií, rozsiahlych infiltrovaných inflamovaných ložísk a ulcerácií (3).

Neonatálny lupus erythematosus

Neonatálny lupus erythematosus je zriedkavé ochorenie vzniknuté transplacentárnym prenosom autoantigénov SS-A (Ro), SS-B (La), a RNP matky. U novorodencov vznikajú rozsiahle erózie kryté chrastami, ktoré sa postupne menia na atrofické diskoidné lézie kože. Biopsia kože novorodenca, ako aj diagnóza ochorenia u matky a vyšetrenie sérových hladín autoprotilátok SS-A, SS-B, RNP, ako aj diferenciálneho krvného obrazu, sedimentácie erytrocytov a pečňových testov určí rozsah a závažnosť ochorenia (3).

Vaskulárne nádory a malformácie – hemangiómy

Kapilárne, venózne, lymfatické, arteriálne a artériovenózne malformácie sa vyskytujú samostatne alebo vo vzájomnej kombinácii. Všetky majú typický histopatologický obraz. Hemangiómy novorodencov obyčajne nie sú v období tesne po narodení klinicky manifestné. Vyznačujú sa však rýchlym postnatálnym rastom. Väčšina z nich v nasledujúcom období involuje, sú však aj neinvoluujúce klinické formy ochorenia, nezriedka na povrchu s exulceráciou, ktoré majú tendenciu ku hemorágiám. Uvedené lézie sa často lokalizujú v tvárovej časti dočiat, čo pre dieťa, rodičov aj okolie nezriedka znamená veľký problém aj kozmetický. Jednotlivé formy vaskulárnych lézií vyžadujú dôkladné vyšetrenie a zváženie liečebného postupu.

Erytematózne a papuloskvamózne dermatózy tváre

Diagnostické špecifiká

Diagnostika seboroickej dermatitídy, atopickej dermatitídy a psoriázy v útlom novorodeneckom a dojčenskom veku je ťažká, pričom názory na etiopatogézu seboroickej dermatitídy novorodencov sa rozchádzajú. Uvažuje sa, že seboroická dermatitída môže byť samostatným ochorením, ochorením mnohorakej príčiny a aj veľmi skorým štádiom atopickej dermatitídy. Gelmetti a Frasier (8) zhrnuli vývoj názorov na túto problematiku za posledných 50 rokov do nasledovných poznatkov: definícia seboroickej dermatitídy útleho veku

doteraz nie je jednoznačná a jasne definovaná. Popis klinického obrazu seboroickej dermatitídy v mnohých prípadoch nekoreluje s klinickou praxou. Kritériá diferenciálnej diagnózy seboroickej a atopickej dermatitídy nie sú jasne zadefinované. Niektorí pacienti s klinicky infantílnou psoriázou sú nesprávne klasifikovaní ako seboroická dermatitída. Gelmetti a Frasin (8) vyslovili názor, že v prípade, ak by lepšie znalosti problematiky atopickej dermatitídy umožnili skorú diagnózu atopickej dermatitídy a psoriázy už v prvých mesiacoch života dieťaťa, v tom okamihu by infantílna seboroická dermatitída vymizla z klinickej praxe detského dermatológa.

Seboroická dermatitída tváre

Seboroická dermatitída tváre je ochorenie nejasnej etiológie. Prvou postihnutou oblasťou je kapilícium, predovšetkým temeno. Na rozsiahlych ložiskách variabilného erytému sa tvoria mastné, žlté šupiny. Podobné kožné prejavy sa tvoria aj retroaurikulárne, na čele, glabele, očných mihalniciach, v nazolabiálnych ryhách, vo vonkajšom zvukovode. V priebehu niekoľkých dní kožné lézie komplikuje kvasinková infekcia (*Candida albicans*, *Pityrosporum ovale*, 8).

Psoriáza tváre

Zo všetkých prípadov **psoriázy detského veku** asi iba v 2 % prípadov ochorenie začína skôr, ako dieťa dovŕši dva roky. Kongenitálna forma psoriázy je veľmi zriedkavá. Klinický obraz psoriázy u detí je pestrý a premenlivý v závislosti od veku dieťaťa. V detskom veku sa psoriáza najčastejšie začína eruptívno-exantematickým výsevom.

Psoriatické erythrodermie sú v detskom veku veľmi zriedkavé. Psoriatické erythrodermie v dojčenskom veku pripomínajú klinický obraz *erythrodermia ichthyosiformis congenita*.

Prejavy infantilnej a juvenilnej **pustulóznejs psoriázy** nadväzujú na seboroickú dermatitídu a zriedkavejšie na psoriatickú erythrodermiu. Na tvári sa tvoria erytematózne ložiská pokryté drobnou šupinou a pustulami.

Psoriáza tváre v periorbitálnej lokalizácii sprevádza ložiskovú aj exantematickú psoriázu u detí. Klinický obraz ochorenia tvoria ostro ohraničené erytematoskvamózne zmeny, na okraji s výrazným lemom a jemným olupovaním a sú zvyčajne lokalizované centrofaciálne a periorbitálne. Môžu postihovať aj okolie úst a bradu.

Psoriasis in Blaschko line je zriedkavou formou, ktorá sa vyskytuje od prvých týždňov života. Kožné prejavy sú hnedočervené, pásovité, a mierne infiltrované lézie sú pokryté

striebriou šupinou, sledujú Blaschkove línie. Na tvári imitujú sabaceózne névus. Tento typ psoriázy sa predpokladá za prejav mutácie keratinocytov počas prvých týždňov intrauterinného života (9).

Atopická dermatitída

Diagnóza **atopickej dermatitídy** najčastejšie vychádza z kliniky ochorenia. Klinický obraz atopickej dermatitídy v prvých mesiacoch života dieťaťa je veľmi podobný iným erytematoskvamóznym ochoreniam, preto v diferenciálnej diagnostike je potrebné najčastejšie uvažovať aj o: seboroickej dermatitíde, kontaktnej dermatitíde (alergickej aj iritačnej), o svrabe, psoriáze, *ichthyosis vulgaris* a *keratosis pilaris*. Okrem toho o atopickej dermatitíde dočítaj je potrebné uvažovať diferenciálne diagnosticky aj pri viacerých zriedkavých dermatózach, ktoré sa klinicky prejavujú už u novorodencov (tabuľka 6) (10).

Pre atopickú dermatitídu sú formulované **základné klinické diagnostické kritériá**, zaradené do skupín podľa dôležitosti:

- **základné kritériá** (musia byť prítomné): pruritus, ekzematózna dermatitída (akútna, subakútna, chronická) – typické morfológické zmeny a zmeny špecifické pre vekové skupiny, anamnestické údaje o chronicite, alebo relapsoch dermatitídy;
- **potrebné kritériá** (prítomné u väčšiny prípadov, podporujú diagnózu): včasný vek začiatku ochorenia, atopia (osobná a rodinná anamnéza, IgE reaktivita), xeróza;
- **asociované kritériá** – klinické prejavy (pomáhajú pri podozrení na atopickú dermatitídu, sú však nešpecifické, majú význam pri rozsiahlych epidemiologických štúdiách): atypické vaskulárne reakcie, *keratosis pilaris*, hyperlinearita dlaní, *ichthyosis*, očné a periorbitálne zmeny, iné miestne nálezy, perifolikulárna akcentácia zmien, lichenifikácia, pruriginózne zmeny (8, 3, 11).

Iné typy dermatitíd

Periorálna dermatitída

Dermatitis perioralis je zápalové ochorenie vyskytujúce sa u detí a dospelých. V klinickom obraze ochorenia u detí dominujú zápalové papuly zhlukujúce sa v okolí úst, periorikulárne aj perinazálne. Etiológia ochorenia nie je známa, predpokladá sa vplyv rozličných exogénnych faktorov (lokálne podávané kortikosteroidy, inhalačné kortikosteroidy, systémovo podávané kortikosteroidy, zubné pasty,

rôzne antiseptiká, kloktadlá, kontaktné alergény a pod.). Diferenciálne diagnosticky je potrebné uvažovať o kontaktnej alergickej aj iritačnej dermatitíde, atopickej dermatitíde, *acne*, *Demodex folliculitis*, metabolických ochoreniach (*acrodermatitis enteropathica*) a podobne (12).

Metabolické/nutričné/genetické ochorenia

Enteropatická akrodermatitída

Acrodermatitis enteropathica je autozomálne recesívne vrodené ochorenie so začiatkom v prvých týždňoch až mesiacoch života novorodenca, nie však pred štvrtým týždňom veku. Ochorenie vyvoláva mutácia ligandového transmembránového proteínu pre transport zinku (hZIP4), lokalizovaná na q ramene 8 chromozómu (8q, SLC39A4), čo má za následok zinkom navodenú malabsorbciu. Klinický obraz charakterizuje triáda prejavov ako sú akralna a periorálna – periorificiálna dermatitída v podobe erytemových psoriaziformných lézií na povrchu so šupinami a chrastami, alopecia a hnačky. *Acrodermatitis enteropathica* často začína rašom a hnačkami, alopecia je v tomto štádiu akrodermatitídy prítomná raritne. Klinický obraz *acrodermatitis enteropathica* ešte dotvára anorexia, retardácia rastu, zmeny nálad, neurologická symptomatológia a rekurentné infekcie (kandidóza). Aj keď väčšina prípadov reaguje na liečbu zinkom, sérová hladina zinku nie je vždy diagnostickým kritériom. Dokonca

Tabuľka 6. Diferenciálna diagnóza atopickej dermatitídy: zriedkavé ochorenia u novorodencov a dočítaj (10).

Metabolické/nutričné/genetické ochorenia

- *acrodermatitis enteropathica*
- deficiencia zinku (nezrelosť, deficit zinku v materskom mlieku, cystická fibróza)
- iné nutričné deficiencie (biotín, esenciálne mastné kyseliny)
- Netheronov syndróm
- fenylketoúria
- Omennov syndróm
- deficiencia prolidázy
- glutén-senzitívna enteropatia
- eozinofilná gastroenteritída
- Hurlerov syndróm

Poruchy imunity

- syndróm hyperimunoglobulinémie E
- ťažké kombinované imunodeficientné ochorenia
- Wiskott-Aldrichov syndróm
- agamaglobulinémia
- ataxia-teleangiektázia
- neonatálny lupus erythematosus

Proliferatívne ochorenia

- histiocytosis X z Langerhansových buniek

sú diagnostikované aj raritné prípady *acrodermatitis enteropathica* s normálnymi sérovými hladinami zinku a s typickou klinickou symptomatológiou ochorenia. Predpokladá sa, že za takúto formy enteropatickej akrodermatitídy je zodpovedné defektné uvoľňovanie zinku v tkanivách organizmu. V takýchto prípadoch sa diagnostikuje nízka hladina sérovej alkalické fosfatázy (ALP) a zink depentného metaloenzýmu (13, 3).

Záver

Dermatózy s prejavmi na tvári sú rozsiahlou problematikou, vyžadovali by samostatné kapitoly, najmä v problematike syndromológie a genodermatóz, vaskulárnych ako aj ostatných tumorov s hereditárnou etiológiou, vírusových ochorení, imunodeficientných stavov a pod. V obrazovej prílohe sú uvedené niektoré dermatózy novorodencov a dojčiat z našej klinickej praxe, ktoré názorne dopĺňajú časť uvedenej problematiky.

Literatúra

1. Martinásková K. Novšie vírusové exantémy detského veku – komplexný pohľad na problematiku. *Čes-slov Derm* 2008; 83: 191–202.
2. Polášková S. Kožní profey u novorozencu. Ref výběr z *Dermatovenerolog* 2005; III: 7–12.
3. Howard R, Frieden IJ. Vesicles, pustules, bullae, erosions and ulcerations. In: Eischenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB. *Neonatal dermatology*. 2nd Ed. Saunders Elsevie, UK/USA 2008: 131–158.
4. Rutter KJ, Judge MR. Profuse congenital milia in a family. *Pediat Dermatol* 2009; 26: 62–64.
5. Lucky AW. Transient benign cutaneous lesions in the newborn. S. In: Eischenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB. *Neonatal dermatology*. 2nd Ed. Saunders Elsevier UK/USA 2008: 85–97.
6. Dinulos JHG, Pace NC. Bacterial infections. In: Eischenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB. *Neonatal dermatology*. 2nd Ed. Saunders Elsevier UK/USA 2008: 173–191.
7. Maurer M. Mastocytosis. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. *Braun-Falco's Dermatology*, 3rd Ed Springer Medizin Verlag Berlin Germany 2009: 1671 s.
8. Gelmetti C, Frasin AL. Infantile seborrheic dermatitis: a disappearing disease. *Eur J Pediat Dermatol* 2008; 18: 155–156.
9. Martinásková K, Danilla T, Fetisovová Ž, Minariková E. Psoriáza v detskom veku. In: Pěč J, Chromej I, Martinásková K, Chrbíková I, Danilla T. *Chronická ložisková psoriáza*. Dali Banská Bystrica 2006: 91–99.

10. Bernard LA, Eischenfield LF. Eczematous and papulosquamous disorders. S. In: Eischenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB. *Neonatal dermatology*. 2nd Ed Saunders Elsevier UK/USA 2008: 229–244.
11. Kunz BIF, Ring J. Clinical features and diagnostic criteria of atopic dermatitis. S. 227 – 245. In: Harper J, Oranje A, Prose N. *Textbook of pediatric dermatology*. 2nd Ed Blackwell Oxford UK 2006: 227–245.
12. Yan AC, Wahrman JE, Honig PJ. Clinical features and differential diagnosis of napkin dermatitis. In: Harper J, Oranje A, Prose N. *Textbook of pediatric dermatology*. 2nd Ed Blackwell Oxford UK 2006: 161–172.
13. Tabanoglu D, Ersy-Evans S, Karaduman A. Acrodermatitis enteropathica – like eruption in metabolic disorders: Acrodermatitis dysmetabolica is proposed as a better term. *Pediat Dermatol* 2009; 26: 150–154.

MUDr. Klára Martinásková, PhD.

*Dermatovenerologické oddelenie
Fakultnej nemocnice J. A. Reimana
Hollého 14, 080 01 Prešov
kaja.martin@post.sk*



Viac informácií nájdete na

www.dermatologiapreprax.sk

Sympóziom praktickej neurológie

Neurológia PRE PRAX

4. – 5. september 2009
Hotel Permon, Podbanské

3.
ročník

www.solen.sk