

HYPERPIGMENTACE U ŽEN STŘEDNÍHO VĚKU

MUDr. Martina Bienová, Ph.D., MUDr. Renata Kučerová, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Přehledný článek se týká melaninových hyperpigmentací, které se mohou vyskytnout u žen středního věku. Podle etiologie a podle rozsahu postižení jsou jednotlivé klinické jednotky rozděleny do tří základních skupin na vrozené lokalizované, získané lokalizované a získané difúzní hyperpigmentace. Je rovněž zmíněna etiopatogeneze a léčebné možnosti hyperpigmentací.

Klíčová slova: melanin, hyperpigmentace, etiologie, léčba.

Med. Pro Praxi 2007; 2: 80–82

Hyperpigmentace je charakterizována jako porucha tvorby nebo distribuce pigmentu, při které dochází ke ztmavnutí kůže. Změny se týkají nejčastěji základních fyziologických barviv – melaninu, hemoglobinu (oxyhemoglobinu, karboxyhemoglobinu) a karotenu. Méně často se jedná o pigmenty, které jsou produktem patologického procesu (hemosiderin, bilirubin, biliverdin, kyselina homogentisová). Na vzniku hyperpigmentací se mohou podílet i exogenní pigmenty – stříbrné a zlaté soli, bismut, amiodaron, rtuť nebo barviva aplikovaná při tetování (1, 5).

U žen středního věku se nejčastěji vyskytují melaninové hyperpigmentace. Kožní pigment melanin je nejdůležitějším faktorem pro výslednou barvu kůže. Je syntetizován dendritickými buňkami v bazální vrstvě epidermis – melanocyty. U tmavých ras není přítomen větší počet melanocytů, ale dochází k výrazně vyšší a intenzivnější tvorbě melaninu. Kožní fototyp (tabulka 1) je určován podle stupně pigmentace (6). Větší riziko vzniku hyperpigmentací je u jedinců s vyšším fototypem.

Melaninové hyperpigmentace lze rozdělit podle etiologie na vrozené a získané a podle rozsahu na lokalizované a difúzní.

Vrozené lokalizované hyperpigmentace

Ephelides (pihy)

Jde o geneticky podmíněné, ostře ohraničené pigmentové skvrny, někdy bizarních tvarů, které se vyskytují zejména u rusovlasých nebo světlavých jedinců (tzv. keltský typ). Typickou lokalitou jsou centrální partie obličeje, paže, horní třetina hrudníku a zad. Příčinou vzniku je zmožnění melaninu v bazálních buňkách epidermis (5).

Tabulka 1. Kožní fototyp	
Fototyp kůže	Reakce na oslnění
I	Vždy se spálí, nikdy neopálí
II	Obvykle se spálí, někdy opálí
III	Někdy se spálí, vždy opálí
IV	Hnědá rasa
V	Černá rasa

Peutz-Jeghersův syndrom

Toto autozomálně dominantní onemocnění s familiárním výskytem se objevuje většinou před 30. rokem věku. Typické jsou světle až tmavě hnědé makuly v periorální a periorbitální oblasti. Rovněž může být postižena orální mukóza a spojivka. Současně se vyskytuje střevní polypóza, u žen se v některých případech zjišťují nádory prsu nebo ovarií (1).

Získané lokalizované hyperpigmentace

Chloasma (melasma)

Kosmeticky velmi obtěžující hyperpigmentace s ostrým ohraničením se vyskytují v obličeji u jedinců s vyšším fototypem. V některých případech mají maskovitý vzhled. Nejčastěji jsou postiženy ženy mezi 20. a 40. rokem věku. U centropaciálního typu vznikají mapovité pigmentace v centrální partii obličeje, tedy na tvářích, čele, horním rtu, bradě a nosu (obrázek 1). Pro tzv. malární typ je charakteristické izolované postižení tváří. Nejméně častou formou je typ mandibulární. Výjimečně mohou pigmentace vznikat i na krku a pažích (8).

Chloasmata lze členit následovně:

Podle hloubky pigmentací:

1. **Epidermální typ** – světle hnědé pigmentace, postiženy jsou pouze horní vrstvy kůže, histologicky se nachází melaninová depozita v bazální a suprabazální vrstvě epidermis. Projevy dobře reagují na léčbu.
2. **Dermální typ** – pigmentace šedomodrého zbarvení, uložené v hlubokých vrstvách kůže, histologicky je typická přítomnost makrofágů s melaninem v celé dermis. Projevy nelze léčebně ovlivnit.
3. **Smíšený typ** – přechodná forma, tmavě hnědé zbarvení. Reakce na léčbu je částečná. U fototypů IV a V jsou léze viditelné pouze na denním světle (5).

Podle příčiny vzniku:

1. **Chloasma gravidarum (uterinum)** – velmi častý znak těhotenství, způsobený hormonálními změnami (estrogeny). Závisí i na rase a expozici

slunečnímu záření. Současně vznikají hyperpigmentace v oblasti linea alba, prsních areol a genitálu. Ve většině případů mizí spontánně po porodu. Pokud pigmentace přetrvávají delší dobu, jsou označovány jako chloasma gravidarum perstans.

2. **Chloasma hormonale** – vzniká u netěhotných žen vlivem hormonálních poruch nebo u nádorů ovarií. Další příčinou může být pravidelné užívání hormonální antikoncepce (HAK), přičemž melanogenezi stimuluje estrogeny i gestageny složka přípravku. K vývoji chloasmat dochází u 10–20 % žen užívajících HAK.
3. **Chloasma cosmeticum** – hyperpigmentace v obličeji vyvolané působením některých složek v kosmetických krémech, jako jsou vazelína nebo fotosenzibilizující látky (např. bergamotový olej).
4. **Chloasma medicamentosum** – mohou se vyvinout zejména na tvářích při dlouhodobém užívání léčiv obsahujících hydantoin nebo chlorpromazin. Tyto hyperpigmentace jsou smíšené etiologie. Za primární příčinu je považována přítomnost ložiska snadněji stimulovatelných klonů melanocytů v kůži (1).
5. **Chloasma cachecticum** – centropaciální pigmentace, které se objevují u pacientů s tuberkulózou nebo malignitami vnitřních orgánů.

Periokulární hyperpigmentace

Tyto světle až tmavě hnědé splývající makuly v periorbitální oblasti se nejčastěji vyskytují u brunelek. Může jít o symptom cholelitiázy nebo hyperthyroidismu, ale také o geneticky predisponovanou poruchu bez vyvolávajícího onemocnění.

Pretibiální pigmentové skvrny

Hnědé makuly nad extenzory bérů v terénu diabetické mikroangiopatie předcházejí manifestnímu diabetu nebo retino-neuro-nefropatii (1).

Riehlova melanóza

Je označována za zánětlivou melanózu a je spojena s malnutricí při jednostranné výživě s nedostatkem vitaminů nebo s endokrinní poruchou. Častěji

jsou postiženy ženy, u nichž vznikají nejprve červené makuly, postupně se měnící v šedavé až tmavě hnědé pigmentace s maximem na čele, spáncích, tvářích a šíji, tedy v místech chronicky vystavovaných UV záření (5). Současně se vyskytují perifolikulární a folikulární keratózy a lichenoidní papuly. Prognóza je nepříznivá.

Berloque dermatitis (přívěsková dermatitida)

Prchavý erytém a následně trvalejší pigmentace na krku, tvaru přívěsků k řetízku, vznikají po aplikaci parfémů a jiné kosmetiky s obsahem éterických olejů (ol. bergamoti, ol. citrici, ol. aurantii aj.), jejichž hlavní složkou jsou furokumariny (2).

Melanodermitis toxica

V místech exponovaných UV záření (obličej, krk a výstřihy) vznikají nejprve zánětlivé papuly a vezikuly a následně hnědavě fialové makuly. Vyskytuje se u jedinců, kteří dlouhodobě přicházejí do styku s mazacími oleji nebo kosmetickými přípravky, které obsahují vazelinu nebo fotosenzibilizační látky.

Poikiloderma Civatte

Nejčastěji se vyskytuje u žen středního věku. Charakteristické jsou červenohnědé makuly, teleangiektazie a lehká atrofie v oblasti tváří a krku. Může se vyskytovat jako fotokontaktní dermatitis nebo vzniká na podkladě endokrinního onemocnění (1).

Erythromelanosus interfollicularis faciei et colli

Jedná se o teleangiektatický erytém s hyperpigmentací lokalizovaný v obličeji (preaurikulárně, na tvářích) a na krku (obrázek 2). Etiologie projevů je neznámá, úspěšná léčba neexistuje (3).

Melanosus perioralis et peribucalis Brocq

Velmi jemná, světle hnědá periorální hyperpigmentace je způsobená fotodynamickou noxou (kosmetické přípravky), může postihovat i spánky a tváře. Nejčastěji se vyskytuje u žen ve středním věku.

Lentigo senilis

V důsledku chronické expozice UV záření (aktinické lentigo) a stárnutí kůže se postupně vyvíjejí ostře ohraničené hnědé makuly na hřbetech rukou, předloktích a obličeji (obrázek 3). Nejčastěji vznikají ve 4. dekádě. Histologicky lze prokázat lehkou akantózu a zvýšené množství melaninu v bazální vrstvě epidermis.

Sekundární hyperpigmentace

Vyvíjejí se na podkladě známé příčiny.

1. **Mechanické hyperpigmentace** – aktivita procesu melanogeneze je zvýšena chronickou me-

chanickou stimulací (škrábáním, třením, tlakem) v mechanicky namáhaných kožních lokalitách. Vzniká např. v oblasti tlaku opasku nebo spodního prádla, příčinou bývá i škrábání u svědivých dermatóz (např. u atopického ekzému).

2. **Tepelné hyperpigmentace (melanosus ab igne, Buschkeho tepelná dermatóza)** – vznikají po dlouhodobém přímém kontaktu s horkými tělesy. Tvoří se obloukovité retikulární pigmentace, které jsou výsledkem zvýšené tvorby melaninu a tepelné elastózy. Postupně spontánně mizí.
3. **Chemické hyperpigmentace** – jsou vyvolány toxickou kontaktní nebo fotokontaktní dermatitidou.
4. **Aktinické hyperpigmentace** – tvoří se fyziologicky po UV záření, patologicky po ozáření alfa, beta a gama paprsky.
5. **Pozánětlivé hyperpigmentace** – výsledný stav po proběhlých kožních onemocněních, jako jsou např. lichen simplex chronicus, ekzémy, psoriasis vulgaris, pemfigus, pemfigoid, diskoidní lupus erythematosus, lékové exantémy, erythrasma, acné excoriata apod.

Získané difúzní hyperpigmentace

Endokrinní hyperpigmentace

U Addisonovy choroby vznikají difúzní hyperpigmentace na sliznicích i na kůži v místech exponovaných UV záření a v oblastech nad lokty, kolena a drobnými klouby rukou. Příčinou je zvýšená produkce melanocyty stimulujícího hormonu (MSH) v předním laloku hypofýzy v důsledku potlačení tlumivého vlivu při poškození kůry nadledvin (tuberkulóza, tumory). Rovněž jsou časté hyperpigmentace u pacientek s Cushingovým syndromem a hypertyreózou. Podobně i tumory hypofýzy nebo jiných orgánů s tvorbou adrenokortikotropního hormonu (ACTH) a MSH mohou způsobit difúzní hyperpigmentace (1).

Hyperpigmentace u vnitřních chorob

Vyskytují se spíše u predisponovaných jedinců jako reakce na dané onemocnění. Příčinou mohou být choroby infekční (malárie, tuberkulóza), neurologické (encefalitida, hepatolentikulární degenerace, ependymom), dále morbus Hodgkin, porfyrie, malabsorpční syndromy, hepatobiliární cirhóza nebo hemochromatóza, přičemž dochází ke zvýšení tvorby melaninu ve stratum basale (5).

Hyperpigmentace u kožních chorob

Typický je výskyt u kolagenóz (systémová sklerodermie, dermatomyositis, systémový lupus erythematosus). U erythrodermií různé etiologie vzniká difúzní hyperpigmentace následkem chronické zánětlivé reakce kůže a označuje se jako melanoerythrodermie.

Obrázek 1. Chloasma na horním rtu



Obrázek 2. Erythromelanosus interfollicularis colli



Obrázek 3. Lentigo senilis



Polékové hyperpigmentace

Často vznikají na obličeji kolem úst. Příčinou může být užívání např. minocyclinu, sulfonamidových antibiotik, chlorochinu, hydrochlorochinu, thiazidových diuretik, amiodaronu, perorálních anti-diabetik, antiepileptik, alopurinolu, solí zlata aj. Při vzniku pigmentací je vhodné dle možnosti přerušit podávání léku, eventuálně změna dané terapie.

Léčba hyperpigmentací

Pro zvolení optimálního léčebného postupu je nutné nejprve určit charakter hyperpigmentací, zejména typ barviva a dle možností i příčinu vzniku. Optimální je kauzální léčba (normalizace metabolických změn, přerušit podávání léku apod.). K léčbě melaninových hyperpigmentací lze použít následující metody.

Fotoprotekce – účinná fotoprotekce, hlavně v letním období, je nezbytným režimovým opatřením. Vhodné jsou sunscreensy s fyzikálními nebo chemickými filtry s SPF 50, zejména pro aplikaci na obličej a dekolť.

Kamufláž – barevný make-up v kombinaci s fotoprotektivními krémy lze použít k překrytí hyperpigmentací a k mechanické ochraně pleti.

Chemické bělení – používají se látky, které zasahují do metabolismu melaninu, např. hydrochinon, kyselina kojová, kyselina azelainová, kyselina retinová, kyselina askorbová. K chemickému peelingu se používají kyselina glykolová, trichloroctová, salicylová a resorcin (7).

Fyzikální metody – používanými metodami je kryalizace („mražení“) sněhem CO₂ nebo kapalným dusíkem, dermabrazie a laserová terapie, která v dnešní době zaujímá významné místo. Používají se tzv. Q-switched lasery, které způsobí fotodisrupci (rozstřelení) melaninu nebo barviva, vzniklé částečky jsou následně fagocytovány. Některé pigmentové léze lze vaporizovat CO₂ laserem (5). Nejčastěji

používané lasery k odstraňování pigmentových lézí jsou Q-switched Nd:YAG (532 nm), Q-switched ruby (694 nm), Q-switched alexandrite (755 nm) nebo intenzivní pulzní světlo (IPL) (4).

MUDr. Martina Bienová, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních

LF UP a FN Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20

e-mail: martina.bienova@fnol.cz

Literatura

1. Braun-Falco O. Dermatolgia a venerologia. Martin: Osveta 2001: 831–842.
2. Ditrichová D. Fotodermatózy. In: Buček M. Kapitoly z dermatovenerologie, část A, Olomouc 2003: 5–9.
3. Ertam I, Unal I, Alper S. Erythromelanosis follicularis faciei et colli: Report of involvement in two female patients. Dermatology Online Journal 11 (2): 23.
4. Chaloupecká J. Lasery v korektivní dermatologii. Referátový výběr speciál 1/2006: 32–37.
5. Kykalová K. Hyperpigmentace. Referátový výběr speciál 1/2006: 10–19.
6. Malina L. Fotodermatózy, Praha: Maxdorf 1999: 59.
7. Šeda O. Chemický peeling. Čes.–Slov. Dermatol. 75, 2000; č. 3: 128–134.
8. Yoshimura K, Sato K, Aiba-Kojima E, Matsumoto D, Machino C, Nagase T, Gonda K, Koshima I. Repeated treatment protocols for melasma and acquired dermal melanocytosis. Dermatol Surg 2006; 32 (3): 365–371.