

OPIS PRZYPADKU

Agnieszka Markiewicz, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar J. Placek

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Zapalenie okołoustne wywołane miejscowym stosowaniem glikokortykosteroidu

Dermatitis perioralis provoked by topical use of glycocorticosteroids

Streszczenie

Zapalenie okołoustne (*perioral dermatitis*) jest częstą zapalną dermatozą dotyczącą głównie młodych kobiet. Choć etiologia nie jest do końca poznana, uważa się, że większość przypadków ma charakter jatrogeny i powstaje na skutek przewlekłego stosowania glikokortykosteroidów miejscowych. W pracy zaprezentowano opis przypadku pacjentki z rozpoznaniem zapaleniem okołoustnym oraz dyskusję dotyczącą możliwości leczenia tej choroby.

Słowa kluczowe

dermatitis perioralis, działania niepożądane, glikokortykosteroidy

Abstract

Perioral dermatitis is a common inflammatory dermatosis affecting mainly young women. Although its aetiology is not yet clear, it is said to be, in most cases, a iatrogenic disease caused by abuse of topical glycocorticosteroids. We present a case report of a patient with perioral dermatitis, and a discussion concerning therapeutic possibilities.

Key words

perioral dermatitis, side effects, glycocorticosteroids

Wstęp

Glikokortykosteroidy to leki o działaniu przeciwzapalnym, immunosupresyjnym, szeroko stosowane w dermatologii zarówno w postaci miejscowej, jak i uogólnoustrojowej. Są to leki wyjątkowo skuteczne w wielu zapalnych dermatozach. Często jednak obserwuje się ich nadużywanie. Dotyczy to szczególnie preparatów w postaci miejscowej. Nierzadko stosowane są, gdy inne, celowane leczenie okazuje się nieskuteczne. Niestety oprócz doskonałych właściwości przeciwzapalnych leki z tej grupy mają także wiele działań niepożądanych, a ich nadużywanie może powodować poważne powikłania.

Pomimo faktu, że są to leki względnie bezpieczne, mogą powodować także szereg zmian w miejscu ich stosowania: scieżnienie skóry, hipertrychozę, rozstępny, rumień, trądzik. Szczególnym powikłaniem po stosowaniu miejscowym glikokortykosteroidów jest okołoustne zapalenie skóry.

Omówienie przypadku

Pacjentka, lat 24, została przyjęta na Oddział Dermatologii z powodu zmian rumieniowych z obecnością drobnych krost i strupów oraz delikatnym złuszczeniem w okolicy ust (ryc. 1). Kilka miesięcy wcześniej skarżyła się na nawracający rumień i suchość okolicy ust. Z tego powodu przez ok. 3 miesiące stosowała maść z furoinianem mometazonu. Po odstawieniu tego preparatu obserwowała nasilenie się rumienia oraz wysiew krostek. Zastosowano leczenie limescykliną 300 mg/dobę przez 10 tygodni z niewielką poprawą. Przy przyjęciu na oddział na

podstawie obrazu klinicznego rozpoznano zapalenie okołoustne (*dermatitis perioralis*). W wykonanych badaniach laboratoryjnych nie obserwowano istotnych nieprawidłowości. Zastosowano leczenie preparatem miejscowym takrolimus 0,1%, uzyskując znaczną poprawę po 2 dniach (ryc. 2). Zalecono kontynuację leczenia miejscowego, a po ustąpieniu zmian terapię proaktywną (2 razy w tygodniu).

Dyskusja

Określenie *dermatitis perioralis*, czyli okołoustne zapalenie skóry, zostało wprowadzone w 1964 r. przez Mihan i Ayres. Schorzenie to jest częstą, przewlekłą dermatozą, nierzadko oporną na leczenie, występującą głównie u kobiet młodych i w średnim wieku, rzadziej u dzieci. Objawy choroby mogą prowadzić do znacznego obniżenia jakości życia pacjentów [1]. Etiologia choroby nie jest do końca poznana. Obserwuje się natomiast częstsze występowanie objawów po przewlekłym stosowaniu glikokortykosteroidów miejscowo, szczególnie ich fluorowanych postaci, środków drażniących oraz fizycznych filtrów przeciwsłonecznych [2–4]. Opisano również przypadki wywołane stosowaniem past do zębów zawierających związki fluoru [5]. Niektórzy autorzy uznają tę chorobę za wariant trądziku różowatego [6].

W obrazie histopatologicznym dominują nacieki limfohistiocytarne dookoła naczyń i mieszków włosowych oraz przerost gruczołów łojowych – podobnie jak w trądziku różowatym [7]. W diagnostyce różnicowej choroby należy uwzględnić trądzik



Rycina 1.



Rycina 2.

różowaty, łojotokowe zapalenie skóry i kontaktowe zapalenie skóry.

Metodą leczenia uznawaną za najskuteczniejszą jest tzw. *zero therapy*, czyli niestosowanie żadnych leków, a jedynie emolientów. Gdy takie podejście nie przynosi poprawy, wskazane jest stosowanie miejscowo takrolimusu, pimekrolimusu, erytromycyny lub metronidazolu. W cięższych przypadkach, gdy zmiany skórne mają charakter grudek i krostek, zaleca się doustne stosowanie antybiotyków z grupy tetracyklin. W przypadku dzieci poniżej 12. roku życia stosuje się jedynie preparaty miejscowe [8]. Nie należy obawiać się stosowania pimekrolisu i takrolimusu u dzieci, gdyż badania udawniają, że wbrew wcześniejszym doniesieniom, lek ten w postaci miejscowej nie zwiększa ryzyka zachorowania na nowotwory [9].

Wnioski

Prezentowany przypadek ma przestrzec przed długotrwałym stosowaniem glikokortykosteroidów, zwłaszcza fluorowanych, na skórze twarzy. Dopuszcza się stosowanie silnych steroidów na twarz jedynie przy pewnym rozpoznaniu tocznia rumieniowatego oraz słabych steroidów przy pewnym rozpoznaniu łojotokowego zapalenia skóry twarzy. Znacznie bezpieczniejsze wydaje się stosowanie inhibitorów kalcyneuryny (takrolimus, pimekrolimus) jako preparatów przeciwzapalnych.

Piśmiennictwo

1. Monders SM, Lucky AW. Perioral dermatitis in childhood. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 688.
2. Clementson B, Smidt AC. Periorificial dermatitis due to systemic corticosteroids in children: report of two cases. *Pediatr Dermatol* 2012; 29: 331-332.
3. Mokos ZB, Kummer A, Mosler EL i wsp. Perioral dermatitis: still a therapeutic challenge. *Acta Clin Croat* 2015; 54: 179-185.
4. Tempark T, Shwayder TA. Perioral dermatitis: a review of the condition with special attention to treatment options. *Am J Clin Dermatol* 2014; 15: 101-113.
5. Peters P, Drummond C. Perioral dermatitis from high fluoride dentifrice: a case report and review of literature. *Aust Dent J* 2013; 58: 371-372.
6. Burkhart CG. A patient-oriented approach to acne, rosacea, perioral dermatitis, and isotretinoin with working patient informational/instructional sheets and a review of pathophysiology and mechanisms of therapeutic agents. *Open Dermatology Journal* 2008; 2: 36-43.
7. Lipozenčić J, Hadžavdić SL. Perioral dermatitis. *Clin Dermatol* 2014; 32: 125-130.
8. Hall CS, Reichenberg JG. Evidence based review of perioral dermatitis therapy. *Ital Dermatol Venereol* 2010; 145: 433-444.
9. Margolis DJ, Abuabara K, Hoffstad O i wsp. No significant association between malignancy and topical use of pimecrolimus. *JAMA Dermatol* 2015; 151: 594-599.

Adres do korespondencji:

dr Agnieszka Markiewicz
Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie
ul. Wojska Polskiego 30
10-229 Olsztyn
e-mail: agaen@wp.pl