

ONEMOCNĚNÍ KŮŽE V GRAVIDITĚ

FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY KŮŽE V GRAVIDITĚ

K často se vyskytujícím fyziologickým změnám v graviditě patří různě lokalizované **hyperpigmentace** – hormonálně podmíněné nakupení melanocytů v kůži, jež po porodu spontánně mizí. Zvláštní formu hyperpigmentací tvoří tzv. **chloasma gravidarum**, lokalizované na obličejí, na čele, nose či bradě. U většiny žen vymizí spontánně, v některých případech přetrvává. V graviditě mohou vzniknout nové pigmentové névy, popřípadě zvýraznit se névy, pihy či mateřská znaménka existující již před otěhotněním. K prevenci vzniku či zvýraznění hyperpigmentací je důležitá ochrana před slunečním zářením.

K dalším fyziologickým změnám v graviditě patří **palmární erytém**. Vzniká často v první třetině těhotenství díky zvýšené hladině estrogenů a zvýšeného prokrvení. Obdobnou etiologii mají také tzv. **pavoučkovité névy a teleangiectazie**. Tyto změny obvykle spontánně mizí, a pokud nezmizí, lze je odstranit laserem. V graviditě se někdy objevuje kolem 3. měsíce **akneiformní folikulitida**. K léčbě lze využít lokálně např. benzoylperoxid, erythromycin, kyselinu azelainovou. U většiny těhotných se od 4. měsíce gravidity objevují načervenalé jizvy na břichu, stehnech a prsech – **striae atrophicae gravidarum** –, které často přetrvávají po porodu. V terapii se používají kromě masáží po porodu kyselina retinová a pulsní dye laser.

SPECIFICKÉ TĚHOTENSKÉ DERMATÓZY

Pemphigoid gestationis je horečnaté autoimunitní onemocnění, při kterém se objevují od 2. trimestru do šestinedělí svědivé kožní léze, měnící se od erytémů přes edematózní papuly k puchýřům. Začínají kolem pupku, rozšiřují se na trup a končetiny. Koncem gravidity se stav může přechodně zlepšit. Diagnostika je založena na typickém klinickém a histologickém nálezu. Onemocnění se může přenést na plod. V léčbě se užívají lokální kortikosteroidy (KS), anestetika, polidokanol, lokální antiseptika. Systémově antihistaminika – mebhydrolin, klemastin (během laktace jsou kontraindikována) a výjimečně krátkodobě KS. Pokud po porodu celkové KS ke zvládnutí onemocnění nestačí, lze použít (pokud pacientka nekojí) krátkodobě např. dapson nebo azathioprin.

Pruritické urtikariální papuly a plaky v těhotenství (PUPPPP) představují častou svědivou dermatózu, která se objevuje obvykle u primigravid ve 3. trimestru, a po porodu ustupuje. Projevy začínají jako erytémové papuly ohraničené výbledem, které splývají v urtikariální plaky,

MUDr. Pavel Kostiuik, CSc. Edukafarm, Praha

V období těhotenství probíhají v organismu ženy významné změny v endokrinní, imunologické a metabolické oblasti. Jedním z orgánů, na kterých se tyto změny projevují, je kůže. Gravidita může měnit již preexistující kožní choroby, ale mohou vznikat i onemocnění nová. Kožní změny způsobené graviditou u žen, které před otěhotněním kožní chorobou netrpěly, se obvykle rozdělují do dvou podskupin. Kožní projevy, které se vyskytují u většiny těhotných žen, se označují jako fyziologické změny. Kožní poruchy, které nejsou běžné s graviditou spojeny, se považují za onemocnění a označují se jako specifické těhotenské dermatózy.

na nichž se mohou tvořit vezikuly. Lokalizovány bývají v oblastech břišních stří s vynecháním pupku, mohou se šířit např. na obličej a končetiny. Diagnóza se opírá o klinický obraz a imunohistologické vyšetření. V etiopatogenezi hraje roli alergická reakce pozdního typu. V léčbě se užívají lokální protisvědivé přípravky, v případě neúspěchu lokální KS, kde ani toto nedostačuje, systémová antihistaminika a KS.

Intrahepatální cholestáza v těhotenství (ICP) se projevuje svěděním, které je zpočátku omezeno na břicho a končetiny, ale postupně se svědivé projevy generalizují, přičemž na kůži nejsou viditelné změny. Svědění začíná náhle koncem 2. trimestru, zesiluje v noci a je doprovázeno nauzeou, zvracením, bolestmi v epigastriu. Obvykle mizí po porodu. Plod je ohrožen, jeho játra jsou přetížena zvýšenou hladinou žlučových kyselin od matky. Příčinou onemocnění je vrozená dispozice k intrahepatální cholestáze, ke které přispívají i zvýšené hladiny estrogenů a gestagenů. Důsledkem je hyperbilirubinemie, depozita bilirubinu dráždí nervová zakončení v kůži, vzniká svědění. V laboratorním nálezu jsou zvýšené jaterní enzymy. Léčebně se užívají tekuté pudry, lokální anestetika, UV záření, při nedostatečné odezvě sedativa, trankvilizéry, barbituráty, sedativní antihistaminika. Dále se podává cholestyramin, který zabraňuje vstřebávání žlučových kyselin ze střeva. V 1. trimestru by se celková léčba neměla používat. Barbituráty a benzodiazepiny jsou kontraindikovány během perinatální fáze a po porodu. Při ICP je plod ohrožen, a proto se doporučuje ženy s ICP sledovat a (při průkazu zralosti plodu) popřípadě vyvolat porod.

Do skupiny dermatóz označovaných jako **atopické erupce v těhotenství (AEP)** patří dříve samostatně definované stavy jako prurigo, pruritická folikulitida a papulózní dermatitida. Jsou nejčastějšími těhotenskými dermatózami. U většiny postižených žen je přítomna atopická predispozice. Nejčastěji se tyto dermatózy projevují v 1.–2. trimestru jako svědivý atopický ekzém, někdy jako papulózní výsev a prurigo. Lokálně lze použít antipruriginóza (mentol, kafr, lokální anestetika), kombinaci lokálního KS (hydrokortison) a antihistaminika, málokdy i celková antihistaminika se zvažováním přínosu/rizika pro plod, výjimečně systémové KS.

Impetigo herpetiformis (IH) je vzácnou, ale nejzávažnější těhotenskou dermatózou, s celkovými symptomy (horečka, zimnice, třesavka, zvracení, průjem, tetanické křeče). V etiopatogenezi se předpokládá porucha imunity. Mezi 16. a 18. týdnem gravidity se objevují nesvědivé 1–2 mm velké pustuly na erytémové spodině, nejčastěji lokalizované na břicho, stehnech, v intertriginózních oblastech, na sliznicích. Histopatologický obraz připomíná pustulózní ps oriázu. Po porodu projevy zpravidla ustupují. Plod je ohrožen, letalita matek je okolo 75%. Léčebně se užívá lokálních vysušujících extern, antibiotik (lokálně i celkově), lokálních KS. Systémová terapie je zaměřena na často přítomnou insuficienci příštinných tělísek, dále se užívají systémové KS nebo substituce ACTH. V těžkých případech je indikováno předčasné ukončení gravidity císařským řezem.

Erythema nodosum gravidarum je bolestivá dermatóza, která začíná v 1. trimestru a spontánně mizí ke konci 2. trimestru. V léčbě se doporučují bolest mírnící obklady, popřípadě systémově paracetamol či kyselina acetylsalicylová, výjimečně je možno užít KS.

ZÁVĚR

Je třeba zdůraznit důležitost správné diagnostiky a včasné léčby těhotenských dermatóz. Adekvátní léčba matky je často podmínkou fyziologického vývoje a úspěšného donošení plodu.

Literatura

Ambros-Rudolph CM, Mullegger RR, et al. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: Result of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:395–404.

Košťálová M. Kožní choroby v těhotenství. I. část: *Dermatol praxi* 2008;2: 224–225, II. část: *Dermatol praxi* 2009;3:23–28.

Další literatura u autora.

