

a black dots (čierne bodky, kadaverózne vlasy – pigmentované, ulomené alebo inak zničené vlasy). Ak existuje podozrenie na autoimunitné stavy, celiakiu či ochorenia štítnej žľazy, je vhodné doplniť krvné testy. Zhruba u polovice pacientov v detskom veku sa udáva spontánny opätovný rast vlasov do jedného roka. „Watch and wait“ – čakať a sledovať, môže byť racionálnym terapeutickým prístupom hlavne u malých detí. Nízky vek pri prvých klinických prejavoch AA, zmeny nechťových platničiek (bodkovité depresie) a prítomnosť nevus flammeus v okcipitálnej oblasti sa spájajú s horšou prognózou, relaps je možný aj napriek predchádzajúcemu úspechu liečby (1, 20).

Pri voľbe terapeutických prístupov musíme zohľadniť nie len vek, ale predovšetkým sociálne a psychologické dopady na deti, ktoré sú často vystavené sociálnej izolácii, ponižovaniu rovesníkmi, šikane, nízkemu sebavedomiu, úzkosti a depresii. Pediatrická alopecia má významný vplyv aj na rodinu ako celok, vhodná je psychoterapeutická podpora. Nezriedka môže byť spúšťačom autoimunitných zápalových ochorení stres, napätie doma, nezdravé vzťahy či neprimeraná záťaž v škole.

V liečbe sa uplatňujú topické kortikosteroidy (KS), imunomodulátory, intralezionálna aplikácia kortikoidov, systémová imunosupresívna liečba vrátane inhibítorov Janusových kináz (1, 21, 22).

Tinea capitis

Tinea capitis je bežná dermatofytová infekcia, ktorá primárne postihuje deti vrátane dojčiat. Medzi najčastejších pôvodcov infekcie patrí *Microsporium canis* (šíri sa na človeka z domácich zvierat) a *Trichophyton tonsurans* (šíri sa z človeka na človeka). Po priamej inokulácii dermatofyty napádajú vlasový folikul, čo vedie k akútne nerovnomernému vypadávaniu vlasov s rôznym stupňom erytému, svrbenia a šupinatena (Obr. 9). Keriony sú infiltrované, niekedy hnisavé plaky, ktoré naznačujú prítomnosť zvýšeného zápalu (23, 24).

Diagnózu tinea capitis podporuje prítomnosť zlomených chlčkov v léziách, výrazný erytém, šupinatena a cervikálna lymfadenopatia, definitívnu diagnózu stanovujeme na základe kultivácie z kože a mykologického mikroskopického a kultivačného vyšetrenia z lézií (vlasy, šupiny). Liečba spočíva v podávaní celkových

antimykotických prípravkov (napr. terbinafín) v kombinácii lokálnymi antimykotickými prípravkami, ako je ketokonazol. Mnoho detí do 1 roka môže byť adekvátne liečených lokálnymi azolmi, doplnkové môžu byť keratolytiká. Vzhľadom na kontagiozitu je potrebné vyhnúť sa zdieľaniu hrebeňov, čiapok a ozdôb na vlasy medzi blízkymi kontaktmi. Niekedy je vhodné preventívne použitie 2% ketokonazolového šampónu u príbuzných (23, 24).

Perifolliculitis capitis abscondens et suffodiens

Perifolliculitis capitis abscondens et suffodiens (PCAS) je chronická recidivujúca folikulitída pokožky hlavy, ktorá progreduje do tvorby abscesov a sínusových traktov a v pokročilom štádiu vedie až k jazviacej alopecii (Obr. 10). Zvyčajne sa vyskytuje u mladých dospievajúcich mužov a môže byť súčasťou tzv. akné triády (acne conglobata, hidradenitis suppurativa, PCAS) a akné tetrády (acne conglobata, hidradenitis suppurativa, sinus pinoidalis, PCAS) (25).

hidradenitis suppurativa, inak označované aj ako acne inversa, je chronické rekurentné zápalové ochorenie kože. Ochorenie sa začína typicky v postpubertálnom období, predilekčne v inverzných lokalizáciách, najčastejšie ide o axily, perianálnu a inguinálnu oblasť, submamárny priestor, zasiahnutý býva aj genitál. Etiopatogenetickým podkladom ochorenia je imunologicky mediovaný zápal pôsobiaci na keratinocyty vo výstelke ústia folikulu. Autoinflamácia vedie k oklúzii folikulu, klinicky sa tvorí nodozita či absces a následne dochádza k jeho ruptúre a postupnej tvorbe fistulácií a sínusových traktov.

V začiatkových štádiách ochorenia PCAS sa pozoruje folikulárna hyperkeratóza s upchávaním a dilatáciou folikulu. Neskôr vzniká perifollikulitída so zápalovým infiltrátom zloženým z neutrofilov, lymfocytov a histiocytov, tvoria sa abscesy, ktoré vedú k deštrukcii pilosebaceózných štruktúr a adnexov. V hojajúcich sa oblastiach sa vyskytuje rozsiahla fibróza, zriedkavo sú hlásené komplikácie, ako je osteomyelitída lebečných kostí a rozvoj spinocelulárneho karcinómu (25).

Liečba spočíva v dlhodobej aplikácii celkových antibiotík (klindamycín 2 × 300 mg, tetracyklín 2 × 100 mg v dĺžke 10 – 16 týždňov), po-

Obr. 7. Alopecia areata (zdroj: archív Kliniky dermatovenerológie UNLP Košice)



Obr. 8. Alopecia areata (zdroj: archív Kliniky dermatovenerológie UNLP Košice)



Obr. 9. Tinea capitis (zdroj: archív Kliniky dermatovenerológie UNLP Košice)



dávajú sa retinoidy (isotretionín 0,5 – 1 mg/kg počas 3 – 12 mesiacov), v literatúre sú dostupné údaje aj o úspešnej liečbe adalimumabom, infliximabom a chirurgickej liečbe vrátane CO₂ laserovej ablácie (27, 28).