

Prikaz primera / Case report

PITYRIASIS ALBA

PITYRIASIS ALBA

U. Tomec Kosec¹, V. Dragoš²

(1) Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija

(2) Dermatovenerološka klinika Ljubljana, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija

IZVLEČEK

Pityriasis alba (PA) je pogosta benigna kožna bolezen otrok, za katero lahko zbolijo tudi odrasli. Za bolezen so značilne slabo omejene, okrogle, suhe, drobno luščiče in hipopigmentirane lise, ki so najpogostejše na obrazu. Te postopno izginejo, hipopigmentirani predeli kože pa se počasi normalno obarvajo. Etiologija in patogeneza bolezni sta še vedno nejasni. Specifičnega zdravila ni. Bolezen je benigne narave, zato zadostujejo ukrepi za nego suhe kože.

Ključne besede: *pityriasis alba, hipopigmentacija kože, otrok.*

ABSTRACT

Pityriasis alba (PA) is a common benign skin disorder in children, although it can also be found in adults. It is characterized by the presence of ill-defined, usually circular, dry, scaly, faintly erythematous patches that most often occur on the face. These lesions eventually disappear, leaving hypopigmented areas, which then slowly return to normal pigmentation. The aetiology and pathogenesis of this disorder are still unclear. There is no known specific treatment. Treatment consists primarily of good general care for dry skin and education of a young patient's parents about the benign nature of this self-limited disorder.

Key words: *pityriasis alba, skin hypopigmentation, child.*

UVOD

Pityriasis alba (lat. *pityriasis* – luščič se, *alba* – bel (1)) je pogosta benigna kožna sprememba, ki se največkrat pojavlja pri otrocih med 3. in 16. letom starosti, nekoliko pogosteje pri dečkih (2–5). Pogostejša je pri svetlopoltih posameznikih, zaradi izrazitejšega kontrasta pa so lise jasneje opazne pri temnejše obarvanih. Razširjenost (prevalenco) bolezni v različnih tujih raziskavah ocenjujejo na 1–31 % (6–14). V ZDA pojavnost bolezni znaša 5 % (15). V Sloveniji raziskav o razširjenosti bolezni za zdaj ni, saj bolezen poteka benigno, vodenje pa je razpršeno.

Izsledki brazilske raziskave kažejo (16), da so spremembe pogosteje pojavljajo pri posameznikih z atopijo ter ljudeh s suho kožo, z atopijskim dermatitisom (spremembe uvrščamo tudi med pomožna merila atopijskega dermatitisa (17, 18)), astmo, senenim nahodom in nižjim socialnoekonomskim statusom.

Etiologija in patogeniza bolezni sta še vedno precej nepoznani. Bolezen ni nalezljiva in je ne povzroča infektivni povzročitelj (2). Vodilne teorije kot morebitne vzroke navajajo atopijo in spremembe, ki se pojavljajo po vnetju (19, 20). Po eni izmed teorij je vzrok hipopigmentacij pitiriacin, ki ga tvori gliva *Malassezia* in deluje kot naravna obramba pred soncem (2). V eni izmed raziskav (21) ugotavljajo atrofijo lojnih žlez, v drugi (19) pa anemijo zaradi pomanjkanja železa; vendar klinična pomembnost anemije zaenkrat ni znana. Zelo suha koža, suho in hladno okolje, prekomerno in nezaščiteno izpostavljanje soncu, slabe higienske navade na eni strani in pogosto umivanje oziroma kopanje na drugi strani ter okoljski dejavniki (npr. višje temperatura, vlažnost in nadmorska višina) naj bi prav tako pripomogli k razvoju opisanih sprememb (16, 19, 20). Dermatopatohistološke spremembe kažejo značilnosti blago izraženega ekcematoidnega dermatitisa z različno izraženim znotrajceličnim edemom in motnjo prenosa melanosomov iz melanocitov v ke-

ratinocite (19–24), medtem ko razlik v številu melanocitov v prizadeti in neprizadeti koži pri istem bolniku ni (23).

KLINIČNA SLIKA

Spremembe se pogosto pojavijo na obrazu (v polovici primerov samo na obrazu), najpogosteje na licih, v 20 % pa tudi na zgornjih udih, vratu in ramenih (2–5) (Slika 1 in Slika 2). Lise so največkrat okrogle, ovalne ali nepravilne oblike ter rdečkaste, rožnate ali kožne barve. Največkrat je lis več, celo več kot 20. Na površini se nekoliko luščijo. Proti zdravi koži so neostro razmejene in redko dvignjene nad ravnino kože ter navadno s premerom 0,5–5 cm. V večini ne povzročajo nikakršnih simptomov in le redko rahlo srbijo. Pogosteje se razvijejo v zimskem času, bolj opazne pa postanejo spomladi in poleti. Luske preprečujejo, da bi koža pod vplivom sonca potemnela, kar vodi v nastanek psevdolevkoderme (2–5, 25–28).

Klinično razlikujemo med tremi razvojnimi stopnjami spremembe (2):

- papularna eritematozna sprememba z blagim, pogosto nezaznavnim eritemom;
- papularna hipokromna sprememba;
- gladka hipokromna sprememba.

Nove spremembe nastajajo v intervalih, vztrajajo od enega meseca do več let, v povprečju leto dni (25).

Po razsežnosti prizadete kože razlikujemo med običajno PA in obsežno PA. O obsežni PA govorimo, če so simetrično prizadeti obsežni predeli kože, ki pa se v primerjavi z običajno PA manj luščijo in so manj pordeli (eritematozni) ter ne povzročajo nikakršnih simptomov. Navadno so bolj trdovratni in pogosteje prizadenejo trup. Obsežna PA se pogosteje pojavlja pri ženskah (30).



Slika 1. Pityriasis alba na roki.
Figure 1. Pityriasis alba on the arm.

DIFERENCALNA DIAGNOZA

Hipopigmentirane lise se pojavljajo pri mikozah (*tinea versicolor*, *tinea faciei*, *tinea corporis*), po predhodnih vnetjih katere koli etiologije (t. i. postinflatorna hipopigmentacija), pri idiopatskih motnjah pigmetacije (vitiligo) in malignomih (*mycosis fungoides*). Lahko gre tudi za sekundarno nastale posledice lokalne uporabe zdravil, kot so retinojska kislina, benzoil peroksid ali lokalni kortikosteroidi.



Slika 2. Pityriasis alba na obrazu.
Figure 2. Pityriasis alba on the face.

ZDRAVLJENJE OZIROMA UKREPI

PA mine spontano, zato specifično zdravljenje ni potrebno (25–28). V večini zadostujejo ukrepi za nego suhe kože.

Za nego suhe kože svetujemo (29):

- redno uporabo negovalne kreme večkrat dnevno, zlasti takoj po tuširanju oziroma kopanju;
- kopeli ali oljne kopeli (le ob odsotnosti znakov vnetja);
- uporabo kozmetičnih negovalnih pripravkov brez dišav;
- uporabo blagih pralnih sredstev brez mehčalca in dvojno izpiranje perila;
- obvezno pranje novih oblačil (pred uporabo) v pralnem stroju;
- izogibanje pretiranemu miljenju, zlasti uporabi tekočih mil in odišavljenih pripravkov;
- izogibanje oblačilom iz sintetičnih materialov in volne;
- izogibanje stiku kože z dražječimi snovmi iz okolja (pesek, zemlja, kreda, barve, lepilo ipd.).

Pri vnetih srbečih spremembah avtorji svetujejo uporabo nizkopotentnih lokalnih kortikosteroidov (30–32), ki zmanjšajo eritem in morebitno srbečico ter morda celo pospešijo ponovno pigmentacijo. Objavljenih izsledkov raziskav o učinkovitosti in varnosti tovrstnega zdravljenja pri PA za zdaj ni. Pri otrocih se je kot varen in učinkovit način zdravljenja atopijskega dermatitisa (tj. ene najbolj preiskovanih vnetnih kožnih sprememb) izkazala uporaba novejših lokalnih nizkopotentnih kortikosteroidov (npr. metilprednizolonaceponata) (33–36). Varnost njihove uporabe je povezana s trajanjem zdravljenja, površino in mestom prizadete kože ter otrokovo starostjo. V literaturi lahko zasledimo tudi starejše objave o posameznih in redkih, včasih celo resnih neželenih učinkih zdravljenja z lokalnimi kortikosteroidi pri otrocih, predvsem ob uporabi lokalnih kortikosteroidov starejše generacije (tj. betameta-zonskih pripravkov) (37, 38).

Pri bolnikih s PA je predvsem pomembno, da starše poučimo o benigni naravi bolezni, ki sicer lahko vztraja tudi več mesecev, a mine sama od sebe in povsem brez posledic. Z redno uporabo negovalnih in zaščitnih mazil v času izpostavljenosti sončnim žarkom lahko pomembno vplivamo na manjšo pojavnost PA.

Opisujejo tudi primere uspešnega zdravljenja PA s pripravki z dodatkom katrana (2), s psoralenom in PUVA (39) ter s takrolimusom in pimekrolimusom (40, 41), vendar zdravljenje z nobenim od naštetih načinov zaradi samoomejujočega in benignega poteka bolezni za zdaj ni uveljavljeni način zdravljenja.

ZAKLJUČEK

Pytiasis alba je benigna kožna bolezen, ki jo najpogosteje srečamo pri otrocih in adolescentih z atopijskim dermatitisom. Poteka benigno in mine sama od sebe. Za lajšanje simptomov bolezni svetujemo redno izvajanje ukrepov, namenjenih negi suhe kože, in uporabo mazil, ki varujejo pred sevanjem

sončnih žarkov. Ob morebitnem pojavu blago izraženega vnetja za krajši čas svetujemo uporabo nizkopotentnih lokalnih kortikosteroidnih mazil.

LITERATURA

1. Pinto FJ, Bologna JL. Disorders of hypopigmentation in children. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38 (4): 991-1017.
2. Rashid MR, Abdallah FM. Pityriasis alba (citirano 22. junija 2015); (6 screens). Dosegljivo na: URL: <http://emedicine.medscape.com/article/910770-overview>
3. Lin RL, Janniger CK. Pityriasis alba. *Cutis* 2005; 76: 21-4.
4. Leung AK, Feingold M. Pityriasis alba. *Am J Dis Child* 1986; 140: 379-80.
5. Galan EB, Janniger CK. Pityriasis alba. *Cutis* 1998; 61: 11-3.
6. Dogra S, Kumar B. Epidemiology of skin diseases in school children: a study from northern India. *Pediatr Dermatol* 2003; 20 (6): 470-3.
7. Faye O, N'Diaye HT, Keita S, Traoré AK, Hay RJ, Mahé A. High prevalence of non-leprotic hypochromic patches among children in a rural area of Mali, West Africa. *Lepr Rev* 2005; 76 (2): 144-6.
8. Bechelli LM, Haddad N, Pimenta WP, Pagnano PM, Melchior E, Fregnan RC et al. Epidemiological survey of skin diseases in schoolchildren living in the Purus Valley (Acre State, Amazonia, Brazil). *Dermatologica* 1981; 163 (1): 78-93.
9. Abdel-Hafez K, Abdel-Aty MA, Hofny ER. Prevalence of skin diseases in rural areas of Assiut Governorate, Upper Egypt. *Int J Dermatol* 2003; 42 (11): 887-92.
10. Popescu R, Popescu CM, Williams HC, Forsea D. The prevalence of skin conditions in Romanian school children. *Br J Dermatol* 1999; 140 (5): 891-6.
11. Inanir I, Sahin MT, Gündüz K, Dinç G, Türel A, Oztürkcan S. Prevalence of skin conditions

- in primary school children in Turkey: differences based on socioeconomic factor. *Pediatr Dermatol* 2002; 19 (4): 307-11.
12. Fung WK, Lo KK. Prevalence of skin disease among school children and adolescents in a Student Health Service Center in Hong Kong. *Pediatr Dermatol* 2000; 17 (6): 440-6.
 13. Sori T, Nath AK, Thappa DM, Jaisankar TJ. Hypopigmentary disorders in children in South India. *Indian J Dermatol* 2011; 56 (5): 546-9.
 14. Walker SL, Shah M, Hubbard VG, Pradhan HM, Ghimire M. Skin disease is common in rural Nepal: results of a point prevalence study. *Br J Dermatol* 2008; 158 (2): 334-8.
 15. Kim D, Lockey R. Dermatology for the allergist. *World Allergy Organ J* 2010; 3 (6): 202-15.
 16. Blessmann Weber M, Sponchiado de Avila LG, Albaneze R et al. Pityriasis alba: a study of pathogenic factors. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16: 463-8.
 17. Brenninkmeijer EE, Spuls PI, Legierse CM, Lindeboom R, Smitt JH, Bos JD. Clinical differences between atopic and atopiciform dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58 (3): 407-14.
 18. Watkins DB. Pityriasis alba: a form of atopic dermatitis. A preliminary report. *Arch Dermatol* 1961; 83: 915-9.
 19. Vinod S, Singh G, Dash K, Grover S. Clinico epidemiological study of pityriasis alba. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002; 68 (6): 338-40.
 20. Martin RF, Lugo-Somolinos A, Sanchez JL. Clinicopathologic study on pityriasis alba. *Bol Asoc Med P R* 1990; 82 (10): 463-5.
 21. Vargas-Ocampo F. Pityriasis alba: a histologic study. *Int J Dermatol* 1993; 32 (12): 870-3.
 22. Urano-Suehisa S, Tagami H. Functional and morphological analysis of the horny layer of pityriasis alba. *Acta Derm Venereol* 1985; 65: 164.
 23. In SI, Yi SW, Kang HY, Lee ES, Sohn S, Kim YC. Clinical and histopathological characteristics of pityriasis alba. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34 (5): 591-7.
 24. Zaynoun ST, Aftimos BG, Tenekjian KK et al. Extensive pityriasis alba: a histological histochemical and ultrastructural study. *Br J Dermatol* 1983; 108 (1): 83-90.
 25. Goldstein BG, Goldstein AO. Approach to the patient with macular skin lesions (citirano 27. avgusta 2015). Dosegljivo na: URL: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-macular-skin-lesions>
 26. Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. Atopic dermatitis. Contact dermatitis. In: Braun-Falco's Dermatology. 3rd ed. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009: 457-520.
 27. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV et al. Papulosquamous and eczematous dermatoses. In: Dermatology. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Limited; 2012: 203-18.
 28. du Toit MJ, Jordaan HF. Pigmenting pityriasis alba. *Pediatr Dermatol* 1993; 10(1): 1-5.
 29. Dragoš V, Tlaker Žunter V. Dermatoze pri atopijskem dermatitisu. Osnove otroške dermatologije za pediatre: Zbornik tečaja. Ljubljana: Dermatovenerološka klinika, Univerzitetni klinični center, 2010: 20-5.
 30. Harper J. Topical corticosteroids for skin disorders in infants and children. *Drugs* 1988; 36 Suppl 5: 34-7.
 31. Jorizzo J, Levy M, Lucky A et al. Multicenter trial for long-term safety and efficacy comparison of 0.05% desonide and 1% hydrocortisone ointments in the treatment of atopic dermatitis in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33 (1): 74-7.
 32. Queille C, Pommarede R, Saurat JH. Efficacy versus systemic effects of six topical steroids in the treatment of atopic dermatitis of childhood. *Pediatr Dermatol* 1984; 1 (3): 246-53.

33. Svensson A, Chambers C, Ganemo A, Mitchell SA. A systematic review of tacrolimus ointment compared with corticosteroids in the treatment of atopic dermatitis. *Curr Med Res Opin* 2011; 27: 1395-406.
34. Brazzini B, Pimpinelli N. New and established topical corticosteroids in dermatology: clinical pharmacology and therapeutic use. *Am J Clin Dermatol* 2002; 3: 47-58.
35. Blume-Peytavi U, Wahn U. Optimizing the treatment of atopic dermatitis in children: a review of the benefit/risk ratio of methylprednisolone aceponate. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25: 508-15.
36. Schmitt J, von Kobyletzki L, Svensson A, Apfelbacher C. Efficacy and tolerability of proactive treatment with topical corticosteroids and calcineurin inhibitors for atopic eczema: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Dermatol* 2011; 164: 415-28.
37. Weaver J. Postmarketing safety review—PID D010141. Drugs: Topical corticosteroids. FDA Web site. 2001 (citirano 9. Julija 2001). Dosegljivo na: URL: http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/03/briefing/3999B1_21_Weaver-Memo%2007-09-01.pdf
38. Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 1-15.
39. Di Lernia V, Ricci C. Progressive and extensive hypomelanosis and extensive pityriasis alba: same disease, different names? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19 (3): 370-2.
40. Rigopoulos D, Gregoriou S, Charissi C, Kontochristopoulos G, Kalogeromitros D, Georgala S. Tacrolimus ointment 0.1% in pityriasis alba: an open-label, randomized, placebo-controlled study. *Br J Dermatol* 2006; 155 (1): 152-5.
41. Fujita WH, McCormick CL, Parneix-Spake A. An exploratory study to evaluate the efficacy of pimecrolimus cream 1% for the treatment of pityriasis alba. *Int J Dermatol* 2007; 46 (7): 700-5.

Kontaktna oseba / Contact person:

Urška Tomec Kosec, dr. med.
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja
Japljeva ulica 2
1000 Ljubljana
E-pošta: urska.tomec@gmail.com

Prispelo/Received: 16. 12. 2014**Sprejeto/Accepted: 24. 11. 2015**