

## ТРИХОСКОПИЯ ПРИ СЕБОРЕЕН ДЕРМАТИТ НА КАПИЛИЦИУМА

Аргир Аргиров, Илко Бакърджиев

*Катедра по инфекциозни болести, паразитология и дерматовенерология,  
Медицински колеж, Медицински университет - Варна*

## TRICHOSCOPY AND SEBORRHEIC DERMATITIS OF THE SCALP

Argir Argirov, Ilko Bakardziev

*Department of Infectious Diseases, Parasitology and Dermatovenereology,  
Medical College, Medical University of Varna*

### РЕЗЮМЕ

Себорейният дерматит (СД) е често срещано хронично заболяване, което засяга предимно капилициума и лицето. Могат да бъдат засегнати и различни възрастови групи. Известни са няколко етиопатогенетични механизми, но все още въпросът е дискутабилен. Диференциалната диагноза на СД включва редица заболявания и поставянето на правилната и навременна диагноза помага за избор на съответната терапия.

Дерматоскопията на капилициума (трихоскопията) все повече навлиза в съвременната дерматологична практика поради своята приложимост и ефективност. Характерните трихоскопски белези при себорейен дерматит на капилициума (СДК) са жълтеникавите сквами и тънките „arborizing” съдове, които го отличават от социално значими заболявания като псориазиса.

**Ключови думи:** себорейен дерматит, трихоскопия, жълтеникави сквами, тънки „arborizing” съдове

### ABSTRACT

Seborrheic dermatitis (SD) is a common chronic form of dermatitis that mainly affects the scalp and the face. Different age groups can be affected as well. The cause of seborrheic dermatitis is not completely understood and it is still debated. There are many diseases in the differential diagnosis of SD which should be considered for the correct diagnosis and the most appropriate treatment option.

Dermoscopy of the scalp (trichoscopy) is a modern option used in the dermatological practice based on the easy performance and effectiveness. The characteristic trichoscopical features in seborrheic dermatitis on the scalp (SDS) are yellowish desquamation and thin arborizing vessels, which can help for it to be distinguished from socially significant skin diseases such as psoriasis.

**Keywords:** seborrheic dermatitis, trichoscopy, yellowish desquamation, thin “arborizing” vessels

Себорейният дерматит (СД) е често срещано възпалително състояние на кожата с хроничен ход, мултифакторна и неясно дефинирана етиопатогенеза. Заболяването засяга предимно богати на мастни жлези области като скалпа, централната част на лицето и предната част на гърдите. Клинично се характеризира с еритем, десквамация и рядко са налице еритемни папули (1, 2, 3). Най-често се засягат млади хора, предимно от мъжкия пол. В световен мащаб заболяването е с честота 2.3-11% (4, 5). Смята се, че роля в патогенезата на СД играят нарушената кератопоеза, както и връзката ѝ с *Malassezia spp.* (6), който е кофактор, свързан с Т-клетъчна инхибиция, увеличаване на себумната секреция и активация на алтернативни пътища на комплемента. Различни медикаменти могат също да причинят заболяването (7, 8). Клиничните форми на СД варират от леко изразен пърхут до ексфолиативна еритродермия. Известни са няколко клинични класификации на заболяването, от които най-често използвани са според възрастта на пациента (у деца, в зряла възраст и в напреднала възраст) и според локализацията на засегнатата кожна повърхност (капилициум, лице и трункус). По капилициума са представени от леко изразени еритемни участъци, покрити с фина десквамация, до наслоени сквамо-крусти на широка основа. При ненавременно лекувано заболяване лезиите могат да ирадиират към кожата на челото, врата и ретроурикуларните зони. Себорейният дерматит понякога може да бъде първата клинична изява на развиващо се подлежащо системно заболяване (напр. при болните от HIV, Паркинсон, епилепсия, периферни парализи, депресивни състояния и много други).

В диференциалнодиагностично отношение на СД се включват много заболявания, които се делят в 3 категории – най-чести, чести и редки (Табл. 1).

В тази широка гама от диференциални диагнози много важно за поставяне на диагнозата СД е изборът на правилния диагностичен и терапевтичен подход.

Диагнозата себорейен дерматит обикновено се поставя въз основа на клиничната картина, анамнезата и диагностични методи като микология, хистология и дерматоскопия.

Микологичното изследване се извършва за изключване на *tinea capitis*, която е рядка при възрастни. Хистологичното изследване е необходимо предимно при ексфолиативната форма на еритродермия и се характеризира с хиперкератоza, акантоза, фокална спонгиоза и паракератоza.

Sebopsoriasis е overlap синдром между две отделни състояния – себорейен дерматит и псориазис. Понякога често се използва за описание на псориазисформен обрив в себорейна зона, когато клиниката не е ясна. В такива случаи както хистологията, така и дерматоскопията имат своето място за поставяне на диагнозата.

Един от съвременните диагностични методи при себорейния дерматит на капилициума (СДК) е дерматоскопията, наречена трихоскопия.

Rakowska и кол. описват предимствата ѝ при различните кожни заболявания, което я превръща в актуална тема, обсъждана и проучвана и до днес (9). Неинвазивността, лесният достъп до косъма и скалпа и минималният дискомфорт за пациента я правят особено полезна и достъпна в клиничната практика и позволяват избягването на кожна биопсия. От друга страна чрез този метод може да се проследява и степента на ефективност при употребата на различни локални продукти.

Най-често изследваните области по капилициума са фронталната, окципиталната и двете париетални области. Изследването може да бъде извършено със или без имерсия (с видима или поляризирана светлина). За оглед на скалпа

Табл. 1. Диференциална диагноза на себорейния дерматит

Най-чести	Чести	Редки
1. Psoriasis vulgaris	1. L.E. chronicus capilitii	1. Langerhans histiocytosis
2. Dermatitis atopica	2. Pemphigus foliaceus	2. Glucagognoma syndrom
3. Dermatomycoses	3. Pemphigus seborrhoicus	3. Syphilis secundaria
4. Pyodermia chronica	4. Pityriasis rosea	4. M.Hailey- Hailey
5. Diper dermatitis	5. Erythrodermiae	5. Syndroma Sezary (M. Fungoides)
6. Dermatitis perioralis	6. Dermatitis medicamentosa	
	7. Rosacea	

и преброяване на космите се препоръчва увеличение 60-100x, а за изследване на структурата и дебелината на космените стъбла се използва увеличение 400x.

При трихоскопията на СДК трябва да се имат предвид някои отличителни белези като цвят на сквамите и вид и големина на съдовата компонента. Жълтеникавите сквами са определящ трихоскопски критерий за СДК, което го отличава от псориазиса, при който цветът им е белезникав. Друг характерен трихоскопски белег е наличието на множество фини дървовидни („arborizing“) съдове (по-тънки от косъм), които обикновено са налице при здрави индивиди, но при пациенти със себореен дерматит техният брой е значително увеличен. В диференциалната диагноза трябва да се имат предвид заболявания като псориазис, при който характерна находка са кръвоносни съдове във вид на сферичните линии и пръстени, дискоиден лупус еритематозус и базоцелуларен карцином – във вид на дебели „arborizing“ съдове (по-дебели от косъм) (10,11,12,13).

Срещана при СДК е и мултикомпонентната съдова трихоскопска находка от полета с пунктирани, запетайковидни, линейрни и много малки разклонени кръвоносни съдове.

За улесняване на диагностичния подход при СД и псориазис на скалпа Rakowska и кол. предлагат следния трихоскопски алгоритъм (9):

Табл. 2. Диференциалнодиагностичен трихоскопски алгоритъм между псориазис и себореен дерматит (Rakowska и кол., 2012)

Характеристики	Псориазис	Себореен дерматит
Десквамация	дифузно, интерфоликуларно, бели сквами	дифузно, интерфоликуларно, жълтеникави сквами
Вид кръвоносни съдове	гломерулоподобни	тънки „arborizing“
Мултикомпонентна съдова находка	кълъсти от различни по форма и големина кръвоносни съдове (гломерулоподобни подредени линейрно или пръстеновидно)	налична, но неспецифично подредена
Екстравазация	често – овална форма	рядко – линейрна форма

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трихоскопията е лесен и бърз метод за диагностициране на редица кожни заболявания, локализирани по капилициума. Поради избягване вземането на биопсия от кожата на скалпа, трихоскопията все повече навлиза в ежедневната дерматологична практика. В крайна сметка най-важната задача на клинициста е поставянето на точната диагноза, от което зависи и провеждането на адекватна терапия. А постигането

на добри терапевтични резултати от своя страна значително подобрява качеството на живот на пациентите.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Naldi L, Rebora A. Clinical practice. Seborrheic dermatitis. N Engl J Med. 2009;360(4):387–96. ;
2. Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK. Seborrheic dermatitis: an overview. Am Fam Physician. 2006;74(1):125–30.;
3. Olsen EA, Callender V, McMichael A, Sperling L, Anstrom KJ, Shapiro J, et al. Central hair loss in African American women: incidence and potential risk factors. J Am Acad Dermatol. 2011;64(2):245–52.
4. Breunig Jde A, de Almeida Jr HL, Duquia RP, Souza PR, Staub HL. Scalp seborrheic dermatitis: prevalence and associated factors in male adolescents. Int J Dermatol. 2012;51(1):46–9. ;
5. Palamaras I, Kyriakis K, Stavrianeas N. Seborrheic dermatitis: lifetime detection rates. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26(4):524–6.
6. Zisova LG. Malassezia species and seborrheic dermatitis. Folia Med (Plovdiv). 2009 Jan-Mar. 51(1):23-33.,
7. Litt JZ, Powlak WA. Drug Eruption Reference Manual. 5th ed. Cleveland, Ohio: Wal-Zac Enterprises; 1966. 465.
8. Brodell EE, Smith E, Brodell RT. Exacerbation of seborrheic dermatitis by topical fluorouracil. Arch Dermatol. Feb 2011. 147(2):245-6.]
9. Rakowska A, Rudnicka L, Olszewska M. Atlas of trichoscopy: Algorithm in trichoscopy, 2012, pp 453-7.)
10. Kim GW, Jung HJ, Ko HC, Kim MB, Lee WJ, Lee SJ, et al. Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrheic dermatitis. Br J Dermatol. 2011;164(3):652–6. ;
11. Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. J Am Acad Dermatol. 2006;55(5):799–806.;
12. Rosina P, Zamperetti MR, Giovannini A, Girolomoni G. Video-capillaroscopy in the

differential diagnosis between psoriasis  
and seborrheic dermatitis of the scalp.  
*Dermatology*. 2007;214(1):21–4.;

13. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A,  
Slowinska M. Trichoscopy update 2011. *J  
Dermatol Case Rep*. 2011;5(4):82–8).