

616.513.7-02-08

K ETIOLOGII A LÉČBĚ PITYRIASIS ROSEA GIBERT

MUDr. Vlastimil PROCHÁZKA, Ústřední vojenská nemocnice, kožní odd.

Pityriasis rosea je erytematoskvamózní dermatóza, jíž její postupný vývoj, její tendence ke spontánnímu zhojení a imunita, kterou zanechává, dávají charakter skutečné eruptivní choroby. Klinický průběh afekce byl poprvé popsán Gibbertem (1860). Její etiologie zůstává však dodnes nevyřešena. Výskyt pityriasis rosea je častý, činí 1 % z celkového výskytu dermatóz podle statistiky Nilse a Klumppa z r. 1940. Vyskytuje se obzvláště na jaře a na podzim, postihuje obvykle mladá individua, mírně preferuje ženské pohlaví. Počátečním symptomem nemoci je primární solitární skvrna. Obvyklá její lokalizace je trup, řidčeji se vyskytuje na krku či na pažích. Je oválná nebo kruhovitá, její okraje jsou svěže červené, mírně zvednuté, pokryté jemnými adherujícími šupinkami. Skvrna se pomalu šíří do periférie, zatímco v centru se dekoluruje (Brocq).

Není výjimkou vidět primární erupci, která je tvořena dvěma či třemi skvrnami stejného charakteru. V tomto období uniká choroba často pozornosti a překvapí nemocného teprve tehdy, když dojde ke generalizaci procesu, kdy vidíme typický výsev pravidelně rozestých skvrn hlavně na bočních partiích trupu, které někdy zasahují až na kůži hrdla, vzácněji, při velmi silné erupci, jdou přes mandibulu na tváře. Výsev ložisek přichází po etapách, uzdravení nastává spontánně, obvykle v několika týdnech. Zřídka přetrvávají hnědě pigmentové skvrny. Pravidelnost tohoto průběhu může být narušena podrážděním kůže, ekzematizací.

Etiologie

Etiologie onemocnění je až dosud neznámá. Někteří badatelé se domnívají, že jde o infekční

onemocnění, a tento svůj názor opírají především o generalizaci onemocnění cestou lymfatickou a krevní, kontagiózu, i když minimální, pozorovaný familiární výskyt, ojedinělý epidemický výskyt (Chevalier), takřka nikdy nepřicházející recidivu. Tato hypotéza není všeobecně přijímána.

Tak např. Du Bois u pityriasis rosea našel mikroskopicky plíseň, podobné nálezy učinil i Joyeux, Burnier a Duché. Gougerot proto považoval onemocnění za plísňové. Périeu zdůrazňoval streptokokový původ podle pozitivních intradermálních reakcí antistreptokokové vakcíny. Konečně bývá pityriasis rosea řazena mezi dermatózy, u kterých Lennhof (1948) našel *spirocheta brevis*, kterou se podařilo kultivovat Hollstroemovi (1948). Kaposi si onemocnění rovněž vykládal jako zevní infekci plísními z prádla, zvláště vlněného, a mnozí vážní dermatologové to dosud připouštějí, ač se ze šupinek nedá nic vypěstovat.

Tato nejednotnost názorů na etiologii pityriasis rosea, kdy jedni tvrdí, že jde o onemocnění kožní, jehož původcem je plíseň, a druzí, že je celkovým onemocněním infekčním s projevy na kůži, nás přivedla na myšlenku, ověřit si vlastním pozorováním a novou léčebnou metodou, která hypotéza je reálnější, a tím se pokusit o objasnění etiologie.

Bezprostředním podnětem k tomuto pozorování bylo sdělení Pokorného v časopise *Hautarzt* v r. 1956, který si všiml, že u nemocného s pityriasis rosea došlo k nápadnému vyblednutí ložisek a k jejich rychlému zhojení po vysoké teplotě při abscesu kůže, který se u něj náhodně vyvinul. To ho přivedlo na myšlenku, že by mohl dojít ke zhojení pityriasis rosea uměle vyvolanou horečkou. Řadě nemocných s touto chorobou aplikoval intravenózně Pyrifer bez jakékoli lokální léčby a došel k překvapujícím výsledkům. Již po několika dnech docházelo k vyblednutí ložisek, jejich olupování a obvykle do týdne ke zhojení. Vyslovil proto také názor, že příčinou onemocnění je dosud neznámé infekční agens, které je termolabilní, takže každé zvýšení teploty organismu vede k jeho zničení a tím k vyléčení choroby.

V letech 1957–1960 jsme léčili touto metodou 51 nemocných, dalších 18 nemocných bylo léčeno lokálně až dosud běžnými prostředky jako kontroly. Pyrifer jsme podávali v množství 50 j. intravenózně v jediné injekci bez jakékoli lokální terapie. Druhý nebo třetí den jsme pozorovali zřetelné vyblednutí ložisek a jejich olupování, do sedmi až deseti dnů byla ložiska již natolik zhojena, že nemocní mohli být propuštěni. Zajímavé bylo, že čím vyšší byla teplota, tím rychleji docházelo k vyblednutí skvrn a k jejich zhojení. V těch případech, kde teplota nevystoupila přes 38° C, docházelo ke zhojení pomaleji a bylo nutno podat další dávku Pyriferu v množství 50–100 j. Pak došlo obvykle k rychlému zhojení. U všech 51 nemocných ani jednou Pyrifer neselhal. Dokonce u 1 pacienta s těžkou generalizací, kdy jsme se obávali Pyrifer aplikovat,

došlo k překvapujícímu zhojení po dvou intravenózních injekcích Pyriferu. Z laboratorních vyšetření jsme prováděli vyšetření FW, KO, moče, BWR a elektroforézu bílkovin. Jen ojediněle byla mírně zvýšena FW a ojediněle mírná leukocytóza. Je-li pravdivá hypotéza o infekčním původu pityriasis rosea, domnívali jsme se, že se imunobiologický děj organismu musí někde zobrazit. Zaměřili jsme proto svou hlavní pozornost na rozbor bílkovin séra krevního. Podle shodných názorů mnoha badatelů v tomto směru jsou specifické protilátky obsaženy v gama-globulinové frakci séra. Je známo, že hladina sérových globulinů vzrůstá (Marrack), jsou-li zvířata imunizována. Podle Boyda a Bernarda jsou všechny globuliny séra protilátkami. Tento názor se rovněž opírá o zjištění, že mladá zvířata, která dosud nevytvářejí žádné protilátky, mají v séru málo globulinu. Během imunizace se hladina gama-globulinů zvyšuje. Sledovali jsme u našich nemocných elektroforézu bílkovin séra krevního, kdy nám nešlo ani tak o to, jaká je jejich úchylnost od běžného standardu, jako spíše o to, jak se mění vzájemný poměr mezi albuminy a globuliny po aplikaci Pyriferu. Za normální hodnoty jsme považovali stav sérových bílkovin po odeznění procesu, poněvadž nemocní k nám přicházeli v různých obdobích vývoje choroby, kdy nebylo možno spolehlivě tento standard určit. U většiny těchto nemocných jsme zjistili, že po podání Pyriferu docházelo za 24–48 hod. k prokazatelnému zvýšení hladiny gama-globulinu za současného snížení albuminů. Tomuto zvýšení gama-globulinu odpovídalo i výrazné klinické zlepšení příznaků choroby. Po vysazení Pyriferu a vymizení kožních příznaků došlo opět k poklesu gama-globulinů a zvýšení hladiny albuminů. Kontrolní vyšetření u 13 zdravých lidí byla obdobná. Po aplikaci Pyriferu zvýšení gama-globulinů a snížení albuminů, po odeznění účinku Pyriferu opět snížení gama a zvýšení albuminů k výchozím normálním hodnotám.

Závěr

Z našeho klinického pozorování, léčení a laboratorních výsledků vyplývá, že infekční etiologie pityriasis rosea Gibert, jako celkového infekčního onemocnění s kožními příznaky, je velmi pravděpodobná. U všech 51 nemocných jsme ani jednou během 1 roku nepozorovali recidivu či reinfekci. Léčba Pyriferem, tak jak jsme ji prováděli, je velmi jednoduchá, i když na organismus poněkud náročnější. Domníváme se, že je kauzálnější i účinnější než léčba lokální, i když nemůžeme říci, že by byla specifická. Je totiž známo i úspěšné léčení penicilínem, vizmutem, Neosalvarsanem, gama-globulinem, Coli vakcínou, antidyferickou vakcínou, sérem rekonvalescentů, antityfoidní vakcínou. Mechanismus účinku Pyriferu spočívá pravděpodobně v tom, že podněcuje organismus k tvorbě protilátek a tím ke zdolání infekce, nebo tak, že vysoká teplota ničí předpokládané termolabilní agens. Průměrná ošetřovací doba u všech našich nemocných

léčených Pyriferelem byla 9,4 dne, u 18 léčených lokálními prostředky byla 14,2 dne, zatímco spontánní hojení trvá až několik týdnů.

Komplikace nebyly, tendence ke generalizaci či ekzematizaci nebyla námi rovněž pozorována.

Závěrem bychom chtěli podat ještě zprávu o posledním léčebném pokusu u dvacetiletého muže, který měl pityriasis rosea trvající asi 10 dnů. Jedenáctého dne od začátku onemocnění jsme mu podali intravenózně 150 ccm plazmy, získané odběrem krve u jiného nemocného, jenž měl právě generalizovanou pityriasis rosea trvající asi 16 dnů. Asi za 24—48 hod. po infúzi se u příjemce staly dosavadní eflorescence výraznější, červenější a objevily se i nové na horních končetinách. V dalších dnech však začalo zře-

telné jejich vyblednutí, olupování a desátého dne od infúze plazmy eflorescence zcela vymizely.

Přechodné klinické zhoršení s následným poměrně rychlým odhojením by se dalo vyložit možnou superinfekcí a současným přenosem hotových antilátek. Mohlo ovšem jít i o nespecifický účinek. Objasnění vyžaduje ovšem kontrolní pokus s aplikací plazmy z osoby zdravé, která pityriasis neprodělala, na nemocného. Další vyjasnění v otázce etiologie může přinést pokus o přenos onemocnění na zdravého jedince.

Písemnictví

- P. De Graciansky et S. Boule: Atlas de Dermatologie, Paris 1952.
Gürün H (Istambul): ref. Excerpta, 187, 1953.
Konopík J.: Detoxikační mechanismus kožních zánětů, Stát. zdrav. nakl., Praha 1957.
Niles H. D., Klump M. M.: Arch. Dermat. Syph. 41, 265—94, 1940.
Pokorný A.: Hautarzt 7/8, 367-8, 1956.