

КЛИНИЧНА ПРАКТИКА – ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКАТА

ПИГМЕНТЕН КОЗМЕТИЧЕН ДЕРМАТИТ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ И ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Р. Дърленски¹ и Ж. Казанджиева²

¹Отделение по дерматология и венерология, Токуда Болница София

²Катедра по дерматология и венерология, Медицински факултет, Медицински университет – София

PIGMENTED COSMETIC DERMATITIS – CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

R. Darlenski¹ and J. Kazandjieva²

¹Department of Dermatology and Venereology, Tokuda Hospital Sofia, Bulgaria

²Department of Dermatology and Venereology, Medical Faculty, Medical University – Sofia, Bulgaria

Резюме: Пигментният козметичен дерматит е рядка, неекземна форма на контактна реакция, която трябва да бъде своевременно диагностицирана и адекватно лекувана. Описва се клиничен случай на пигментен контактен дерматит от козметичен продукт. Изтъкнати са различните причинители на заболяването, както и поведението на лекаря при такъв тип реакции.

Ключови думи: козметика, екзема, дисхромия, пигментен дерматит, пач-тест

Адрес за кореспонденция: Д-р Развигор Дърленски, дм, бул. "Н. Вапцаров" 51Б, 1407 София, тел.: 00359 882 933713, e-mail: darlenski@abv.bg

Summary: Pigmented contact dermatitis is a rare non-eczematous contact reaction which must be properly diagnosed and treated. Herein a case of pigmented dermatitis caused by cosmetic product is described. The different etiological factors as well as the diagnostic and therapeutic approach are discussed.

Key words: cosmetic, eczema, dyschromia, pigmented dermatitis, patch test

Address for correspondence: Razvigor Darlenski, MD, PhD, 51B Nikola Vaptsarov Blvd., Bg – 1407 Sofia, tel.: 00359 882 933713, e-mail: darlenski@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Контактният дерматит е най-честата дерматоза в индустриализираните страни и е на второ място след инфекциозните кожни заболявания в развиващите се държави [1]. Многообразието на агентите, които играят роля на контактни алергени, както и влиянието на допълнителни екзогенни и ендогенни фактори, определя и широкия клиничен спектър на контактните реакции. Разпространето извън клиничната картина на екзема налага и познаването на нетипичните клинични форми на контактните алергични реакции, към които се причислява и пигментният контак-

тен дерматит (ПКД). ПКД следва да се разграничава от постлезионална хиперпигментация при екземен процес. В тази статия е описан клиничен случай на пигментен контактен дерматит от козметичен продукт. В обсъждането са изтъкнати различните причинители на заболяването, както и поведението на лекаря при такъв тип реакции.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Пациентка на 36 години с ромски етнически произход се представя с хиперпигментни патологични кожни промени в периоралната

област (фиг. 1). Болната не съобщава за предхождащ еритем в засегнатата кожна зона. Измененията се появили седмици след включването на нов козметичен крем за лице, който е

с неизвестен състав и произход (фиг. 2). Пациентката прилагала крема с цел хидратация поради изразена сухота на кожата в третираната област.



Фиг. 1. Слабо изразена дифузна пигментация по кожата на периоралната област



Фиг. 2. Козметичният продукт, прилаган от пациентката и вероятен етиологичен причинител на заболяването

Болната е в добро общо състояние, не приема и не е приемала медикаменти по време на поява на измененията. Личната и фамилната анамнеза за кожни и системни заболявания е негативна.

При пациентката се проведе епикутанно тестване с Европейска стандартна серия, целева серия "Козметика" (и двете – Chemotechnique, Sweeden), както и с козметичния крем на болната (as is). Резултатите показаха иритативна реакция към перувиански балсам (фиг. 3 – долу, дясно) и положителна реакция към козметичния крем (фиг. 3 – горе, ляво). Въз основа на резултата, анамнестичната връзка и дерматологичния статус се постави диагнозата – пигментен, алергичен контактен дерматит. Хистологично изследване не бе осъществено поради отказа на пациентката.



Фиг. 3. Резултат от епикутанното алергологично тестване при пациентката ден 2 (вж. детайли в текста)

Употребата на хидратиращия продукт с неясен състав се преустанови. Проведе се лечение с депигментиращ козметичен крем, съдържащ коджикова киселина и фотопротективен крем. Не се осъществи дългосрочно проследяване на резултата от терапията поради неявяване на пациентката.

ОБСЪЖДАНЕ

ПКД е състояние, което е описано за първи път през 1917 година, когато Riehl съобщава няколко случая на пигментации по кожата на челото, зигоматичната област и бузите [9, 15]. По-късно в негова чест заболяването е наречено Riehl's melanosis. Авторът не успява да установи причинителите на заболяването, като предполага, че това са субстанции, използвани във военната промишленост и получили широко разпространение по време на Първата световна война. По-късно Pierini установява контактна алергия към анилинови бои в козметичната пудра за лице при 20 пациенти с Riehl's melanosis [13]. За първи път понятието ПКД е използвано от датския дерматолог Osmundsen, който описва серия случаи на ПКД към химикал (Tinopal Ch 3655), използван в перилен препарат [9]. Само при част от пациентите епикутанното тестване с материала е довело до развитие на екземна реакция на мястото на контакт с алергена и чак след това се е появила хиперпигментация. При другата част от пациентите се е наблюдавала директна поява на пигментация след тестването.

Понастоящем диагнозата Riehl's melanosis се използва като синоним на ПКД. Характеристиката на ПКД включва появата на пигментация на кожата, най-често без предшестващи белези на екзематизация, на мястото на контакт с предполагаемия алерген [9, 15].

За етиологичен агент на заболяването най-често се приемат съставки на различни козметични продукти [13]. В етиологично отношение, два са решаващите фактори за развитието на ПКД – естеството на контактния алерген и конституционалната пигментация на индивида [2, 15, 16]. Най-честите етиологични агенти са козметични съставки или алергени, намиращи разпространение в обработката на текстил [3, 5-7, 11, 12, 14]. Списък на веществата, които могат да индуцират ПКД, е представен в табл. 1.

Таблица 1. Алергени, които предизвикват пигментен контактен дерматит

Произход		Алерген
Козметика	Аромати	benzyl salicylate, hydroxycitronellal, cinnamic alcohol, geraniol, musk-ambrette, methoxycitronellal, ylang-ylang, jasmine, cananga, lavender, sandal wood oil, benzyl alcohol, eugenol, isoeugenol, geraniol, balsam Peru
	Консерванти	biochek 60, живачни соли, irgasan, CF3, trichlorocarbaniide
	Пигменти	D & C Red 31, Red 225, D & C Yellow, No. 11 & 10, kumkum, бои за коса
	Други	phenyl-azo-naphthol, никел, хромат, dipentaerythritol fatty acid ester
Растителни алергени		зелен чай, Clematis chinensis Osbeck, Plathymenia foliosa
Текстилни бои и химикали		азо-бои (disperse blue 106,124); Blue 19 (Brilliant Blue), Naphtol AS, Tinopal Ch 3655
Лекарствени вещества		diphenylcyclopropenone, minoxidil, kojic acid, pseudoephedrine, ricinoleic acid
Други		никел, хромат, paratertiary-formaldehyde

От съществено значение за развитие на ПКД е и конституционалната пигментация. Доказано е, че индивиди с по-тъмен цвят на кожата са предразположени към развитието на ПКД [2]. Такъв е представеният от нас случай – пациентката е от етническа група с по-изразена конституционална пигментация.

Механизмите на възникване на ПКД не са напълно изяснени. Osmundsen предполага, че това е реакция на идиосинкразия [9]. Експериментални проучвания показват увеличен брой, размер и ензимна активност на меланоцитите [10]. Възможно е алергенът да има афинитет към меланоцитите и възпалителната реакция да е минимална и субклинична поради ниската концентрация на алергена (характерно за козметичните алергени) [8]. Ниската концентрация на алергена е недостатъчна да предизвика спонгиозен дерматит в епидермиса, а само изменения в базалния слой и изтърсване на пигмент в дермата. Това отговаря и на хистологичната характеристика на ПКД, която включва интерфейс дерматит и инконтиненция на пигмент [15].

Клинично ПКД се проявява на мястото на контакт с алергена, най-често лицето, но са описани и случаи на air-borne дерматит, при който алергенът е бил диспергиран във въздуха [4].

Диференциалната диагноза е широка и включва различни системни и кожни заболявания: болест на Addison, ochronosis, melasma, erythema fixum, постлезионални хиперпигментации и др.

Алергологичното тестване е от решаващо значение при изграждането на диагнозата. Тестуване със стандартна и специализирана серия (козметични или текстилни целеви серии) е задължително. При негативен или съмнителен резултат е желателно фотоепикутанно тестване. В диагностичния процес намира място и отвореният тест с многократно приложение на продукта (ROAT), като провокирането на екземна реакция не е задължително, а понякога директно може да се наблюдава хиперпигментация [16].

Липсва единен консенсус за лечение на ПКД. От съществено значение е прекратяването на контакта с предполагаемия алерген и приложението на фотопротекция. Употребата на локални стероиди и избелващи средства е под въпрос и се решава индивидуално при всеки случай.

В заключение, представеният клиничен случай обогатява литературата по въпроса за ПКД, причинен от козметични средства. Пигментният козметичен дерматит е рядка, неекземна форма на контактна реакция, която трябва да бъде своевременно разпознавана, диагностицирана и адекватно лекувана.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Basketter, D., R. Darlenski et J. W. Fluhr. Skin irritation and sensitization: mechanisms and new approaches for risk assessment. – *Skin Pharmacol. Physiol.*, **21**, 2008, № 4, 191-202.
2. Berardesca, E. et H. Maibach. Ethnic skin: overview of structure and function. – *J. Am. Acad. Dermatol.*, **48**, 2003, № 6, Suppl., S139-S142.
3. Garcia-Gavin, J. et al. Pigmented contact dermatitis due to kojic acid. A paradoxical side effect of a skin lightener. – *Contact Dermatitis*, **62**, 2010, № 1, 63-64.
4. Hayakawa, R., K. Matsunaga et Y. Arima. Airborne pigmented contact dermatitis due to musk ambrette in incense. – *Contact Dermatitis*, **16**, 1987, № 2, 96-98.
5. Ido, T. et al. Pigmented contact cheilitis from dipentaerythritol fatty acid ester. – *Contact Dermatitis*, **59**, 2008, № 2, 117-118.
6. Komericki, P. et al. Pigmented purpuric contact dermatitis from disperse blue 106 and 124 dyes. – *J. Am. Acad. Dermatol.*, **45**, 2001, № 3, 456-458.
7. Leow, Y. H., S. H. Tan et S. K. Ng. Pigmented contact cheilitis from ricinoleic acid in lipsticks. – *Contact Dermatitis*, **49**, 2003, № 1, 48-49.
8. Nakayama, H., R. Harada et M. Toda. Pigmented cosmetic dermatitis. – *Int. J. Dermatol.*, **15**, 1976, № 9, 673-675.
9. Osmundsen, P. E. Pigmented contact dermatitis. – *Br. J. Dermatol.*, **83**, 1970, № 2, 296-301.
10. Papa, C. M. et A. M. Kligman. The behavior of melanocytes in inflammation. – *J. Invest. Dermatol.*, **45**, 1965, № 6, 465-473.
11. Parish, D. H. et R. Wolf. Avoiding unnecessary fragrance-induced pigmented contact dermatitis: the 'pulse point' myth. – *Dermatology*, **216**, 2008, № 1, 85-86.
12. Patrizi, A. et al. Pigmented and hyperkeratotic napkin dermatitis: a liquid detergent irritant dermatitis. – *Dermatology*, **193**, 1996, № 1, 36-40.
13. Rorsman, H. Riehl's melanosis. – *Int. J. Dermatol.*, **21**, 1982, № 2, 75-78.
14. Shah, S. A. et A. D. Ormerod. Pigmented purpuric clothing dermatitis due to disperse dyes. – *Contact Dermatitis*, **43**, 2000, № 6, 360.
15. Shenoj, S. D. et R. Rao. Pigmented contact dermatitis. – *J. Dermatol. Venereol. Leprol.*, **73**, 2007, № 5, 285-287.
16. Trattner, A., E. Hodak et M. David. Screening patch tests for pigmented contact dermatitis in Israel. – *Contact Dermatitis*, **40**, 1999, № 3, 155-157.

Постъпила – 10 февруари 2011 г.