



lek. med. Paulina Kubasik

Klinika Kolasiński, Swarzędz-Nowa Wieś

Atopia – syndrom XXI wieku

Alergie są obecnie uważane za chorobę cywilizacyjną XXI wieku. Na przełomie ostatnich lat stwierdzono znaczny wzrost częstotliwości ich występowania, która w krajach wysokorozwiniętych wynosi obecnie 20-30%. Narastająca częstość alergii stanowi poważny problem epidemiologiczny, a ich leczenie niejednokrotnie wiąże się trudnościami terapeutycznymi.

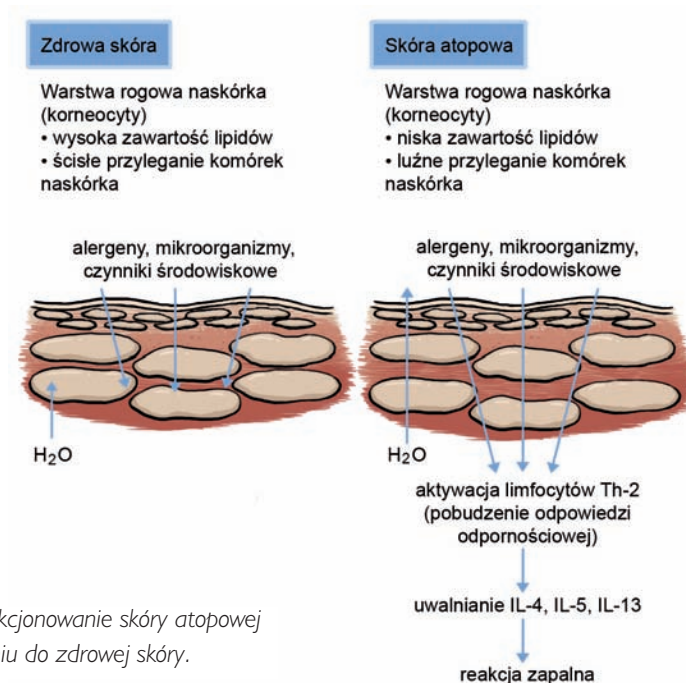
Atopia to termin stworzony przez Coca i Cooke'a w 1923 roku, nie mówiący o chorobie, lecz oznaczający osobniczą, genetyczną skłonność do produkcji przeciwciał IgE w odpowiedzi na niskie dawki alergenów. Atopia może się manifestować pod postacią: astmy, zapalenia błon śluzowych nosa i spojówek oraz atopowego zapalenia skóry. Wyniki badania Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP) szacują występowanie nieżytów nosa u ok. 22% populacji dzieci w wieku 6-7 lat. Na astmę natomiast choruje obecnie ok. 4% respondentów. Zmiany skórne występują u 43%. Znacznie wyższą częstotliwość zachorowań oraz atopię w stosunku do większej liczby alergenów odnotowuje się u dzieci, które mieszkają w miastach, w porównaniu z dziećmi pochodzącymi ze środowisk wiejskich.

Przyczyny wzrostu występowania atopii nie są do końca wyjaśnione. Przypuszcza

się, że oprócz czynników genetycznych oraz zwiększonej wykrywalności dzięki doskonalszym metodom diagnostycznym, znaczenie może mieć także wzrost zanieczyszczenia środowiska, wyższy poziom ekonomiczny i edukacji rodziny, palenie tytoniu, zwiększony poziom higieny oraz spadek tolerancji na czynniki indukujące alergię. Atopia w różnych stadiach życia może się manifestować za pomocą trzech podstawowych jednostek chorobowych: atopowego zapalenia skóry, kataru siennego oraz astmy. Proces progresji zmian alergicznych od atopowego zapalenia skóry w dzieciństwie, do kataru siennego i astmy w wieku dorosłym, nazwano „marszem alergicznym”.

Atopowe zapalenie skóry

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest chorobą charakteryzującą się świądem, zapaleniem oraz przewlekłymi lub nawracają-



Ryc. 1. Funkcjonowanie skóry atopowej w porównaniu do zdrowej skóry.

cymi zmianami wypryskowatymi skóry. AZS jest jedną z częstszych dermatoz, które wykrywa się u dzieci i dorosłych na całym świecie. Szacuje się, że cierpi na nią od 1 do nawet 20% populacji. 90% zachorowań rozpoczyna się przed ukończeniem 5. roku życia. Atopowe zapalenie skóry jest uwarunkowane wieloma czynnikami, wśród których do najistotniejszych należy predyspozycja genetyczna.

Patogeneza

Zaburzenia, wynikające z mutacji genów kodujących białka strukturalne, prowadzą do zakłócenia funkcjonowania bariery naskórkowej, przyczyniając się do zwiększonej utraty wody (wzrost TEWL – *transepidermal water loss*) oraz nadmiernej suchości skóry, która, w wyniku spadku elastyczności, jest bardziej podatna na uszkodzenia. Upośledzenie bariery naskórkowej, potęgowane przez niedobór inhibitora proteaz LEKT1,

ułatwia kolonizację skóry pacjentów chorych na AZS przez gronkowca złocistego (*Staphylococcus aureus*) oraz przenikanie jego toksyn w głąb skóry, co indukuje nasilone niespecyficzną odpowiedź immunologiczną. Zaburzenie funkcjonowania limfocytów T u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry powoduje wzrost ryzyka infekcji wirusowych (m.in. *Herpes Simplex Virus*), bakteryjnych oraz grzybiczych (*Malassezia sp.*).

Objawy kliniczne

Do charakterystycznych objawów atopowego zapalenia skóry zaliczamy: świąd, nawrotowy przebieg choroby, wywiad atopowy w rodzinie, początek choroby w dzieciństwie, suchość skóry. Istotne jest także stwierdzenie czynników w postaci alergenów powietrzno pochodzących tj. alergenów: kurzu domowego, pyłku roślin, pochodzących od zwierząt (obecnych w sierści, naskórku, pierzu, moczu, ślinie), bakte-

Tab. 1. Kryteria diagnostyczne AZS wg Hanifina i Rajki

Duże kryteria AZS
<ul style="list-style-type: none"> • Świąd • Typowa morfologia i lokalizacja zmian • Przewlekły i nawrotowy przebieg • Dodatni wywiad atopowy u pacjenta i/lub jego rodziny
Małe kryteria AZS
<ul style="list-style-type: none"> • Nietolerancja pokarmów • Nadmierna nadwrażliwość na czynniki drażniące (np. wełna, pot) • Zaostrzenie po stresie • Nawracające zapalenie skóry • Dodatnie skórne testy punktowe • Wzrost stężenia IgE w surowicy • Stożek rogówki • Zaćma podtorebkowa przednia • Bładość lub rumień twarzy • Przebarwienia skóry wokół oczu • Fałd oczny (objaw Dennie-Morgana) • Zapalenie czerwieni wargowej • Nawrotowe zapalenie spojówek • Przedni fałd szyjny • Początek zmian w dzieciństwie • Poronna rybia łuska • Xerosis – sucha skóra • Wyprysk dłoni i stóp • Wyprysk sutków • Łupież biały • Uwydatnienie mieszków włosowych • Biały dermografizm

Tab. 1 wg Nowicki R i wsp. Atopowe zapalenie skóry w praktyce. Cornetis 2013 ; s. 73.

ryjnych oraz grzybów pleśniowych i drożdżopodobnych, które mogą indukować i zaostrzać zmiany skórne. Do czasu wprowadzenia kryteriów diagnostycznych Hanifina i Rajki w 1980 roku, rozpoznanie AZS opierało się na jedynie na badaniu fizykalnym oraz dokładnym wywiadzie o przebiegu zmian skórnych. Obecnie, według autorów, występowanie 3 kryteriów dużych oraz 3 małych upoważnia do rozpoznania choroby.

Zmiany powstające w przebiegu atopowego zapalenia skóry są zależne od wieku pacjenta. Typowo lokalizują się w obrębie zgięć stawów łokciowych i kolanowych oraz na skórze twarzy (u niemowląt cechą charakterystyczną są szorstkie i błyszczące policzki, tzw. policzki lakierowane). Pod wpływem długotrwałych dolegliwości dochodzi do lichenifikacji, czyli pogrubienia naskórka. Skóra traci swoją gładkość i elastyczność, staje się szorstka z widocznym bruzdowaniem oraz może dochodzić do przebarwień. Dodatkowo obecność objawu Dennie-Morgana (trzeci fałd skóry w obrębie powieki dolnej), zmian wypryskowatych na powiekach i w okolicy sutków oraz objawu Hertoghe'a (ubytek włosów bocznej części brwi) mogą sugerować rozpoznanie atopowego zapalenia skóry.

Leczenie

W terapii AZS konieczne jest holistyczne podejście do pacjenta, opierające się na odpowiedniej pielęgnacji skóry, diecie (polegającej na eliminacji składników pokarmowych, które nasilają przebieg choroby) oraz szybkim podjęciu leczenia w przypadku zaostrzenia zmian skórnych.

Podstawowe znaczenie w leczeniu atopowego zapalenia skóry ma odpowiednie nawilżanie oraz natłuszczenie skóry. Emolienty, zawierające substancje okluzyjne, humektanty oraz lipidy, powodują uszczelnienie bariery naskórkowej, ograniczającej przenikanie czynników alergizujących i infekcyjnych oraz mają właściwości nawilżające. Są one podstawą w pielęgnacji i leczeniu skóry atopowej. Ich systematyczne stosowanie 3-4 razy dziennie zmniejsza nasilenie świądu, zwiększa nawilżenie i elastyczność skóry, ogranicza TEWL oraz wydłuża okres remisji. Miejscowe glikokortykosteroidy (mGKS) są szeroko stosowaną grupą leków

w terapii zaostrzeń atopowego zapalenia skóry. Wykazują one działanie przeciwzapalne, immunosupresyjne oraz antyproliferacyjne, powodując szybkie ustąpienie dolegliwości. Niestety ich przewlekła aplikacja niesie za sobą poważne konsekwencje, doprowadzając do atrofii skóry, trwałego rozszerzenia naczyń krwionośnych w postaci teleangiektazji, rozstępów, odbarwień oraz wzrostu ryzyka infekcji bakteryjnych i grzybiczych. Dlatego ich stosowanie jest ograniczone i musi przebiegać pod ścisłą kontrolą dermatologiczną. Przełomem w terapii AZS było wprowadzenie do leczenia miejscowego inhibitorów kalcyneuryny (mIK) w postaci takrolimusu oraz pimekrolimusu. Dużą zaletą mIK jest szybka poprawa stanu klinicznego, dzięki działaniu przeciwzapalnemu, a także wysokie bezpieczeństwo długotrwałego stosowania, nawet w okolicach wrażliwych, tj. skóry twarzy i szyi oraz okolic intymnych (zarówno u osób dorosłych, jak i dzieci). Inhibitory kalcyneuryny pozbawione są działań niepożądanych w postaci ścieńczenia naskórka, trądziku posteroიდowego oraz niszczenia bariery ochronnej skóry. Głównym ograniczeniem ich stosowania jest wiek pacjenta – leki przeznaczone są dla chorych powyżej 2. roku życia.

Nie zaleca się także łączenia terapii z naswietlaniem UVB oraz PUVA ze względu na ryzyko kancerogenezy. Duże znaczenie w zapobieganiu nawrotów objawów atopowego zapalenia skóry odgrywa terapia proaktywna, polegająca na aplikacji 2 razy w tygodniu leków przeciwzapalnych na skórę pozornie zdrową, na której przed uzyskaniem remisji były obecne zmiany o charakterze wyprysku atopowego. Terapia proaktywna opiera się na istnieniu u pacjentów z AZS stanu zapalnego skóry bez obecności objawów klinicznych. Stosowanie mIK 2 razy w tygodniu pozwala na lepszą kontrolę przebiegu choroby, zapobiegając nawrotom dolegliwości oraz zwiększając tym samym komfort życia pacjentów. W przypadku nadkażeń skóry, konieczne jest włączenie miejscowych leków przeciwbakteryjnych (erytromycyny, mupirocyny lub kwasu fusydowego) i/lub przeciwgrzybiczych. U pacjentów z ciężkim przebiegiem AZS konieczne jest leczenie ogólnoustrojowe, opierające się na stosowaniu leków przeciwhistaminowych (które wykazują działanie przeciwświądowe oraz przeciwzapalne), GKS doustnych oraz leczenia immunosupresyjnego (cyklosporyny, metotreksatu oraz azatiopertyny).


KLINIKA KOLASIŃSKI
H a i r C l i n i c P o z n a ń

Klinika Kolasiński - Hair Clinic Poznań
62-020 Swarzędz - Nowa Wieś, ul. Staszica 20A
tel: (+48 61) 81 87 550, fax: (+48 61) 81 87 551

www.klinikakolasinski.pl

Podsumowanie

Atopia jest obecnie uważana za epidemię XXI wieku. Stanowi znaczny procent chorób wśród dzieci, młodzieży oraz dorosłych. Wpływa na obniżenie jakości ich życia, samoocenę, stosunki społeczne oraz sytuację ekonomiczną rodzin. Częste konsultacje lekarskie oraz hospitalizacje najmłodszych chorych rzutują na relacje z rówieśnikami oraz obowiązki szkolne. Edukacja rodziców i pacjentów, dotycząca odpowiedniej pielęgnacji w celu przywrócenia funkcji bariery naskórkowej, unikania czynników powodujących nasilenie zmian oraz skutecznego, racjonalnego leczenia, a także stała opieka dermatologiczna i poradnictwo zawodowe to warunki niezbędne dla lepszej kontroli przebiegu choroby z wydłużeniem okresów remisji oraz poprawy jakości życia chorych.

Rysunek: Weronika Kolasińska

Piśmiennictwo:

1. Nowicki R i wsp.: Atopowe zapalenie skóry w praktyce. Cornetis, Wrocław 2013.
2. Cieścińska C, Zegarska B, Romańska-Gocka K, Czajkowski R: Rola emolientów w terapii chorób zapalnych skóry. *Dermatologia Praktyczna* 2/2015, 31-36.
3. Braun-Falco.: *Dermatologia*. Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH i wsp. Tom I. Czelej, Lublin 2010:425-441.
4. Woldan-Tambor A, Zawilska JB: Atopowe zapalenie skóry - problem XXI wieku. *Farm Pol*, 2009, 65(11): 804-811.
5. Mack Correa MC, Nebus J: Management of patients with atopic dermatitis: the role of emollient therapy. *Dermatol Res Pract*. 2012; 2012: 836931.
6. Mallory SB, Bree A, Chern P: *Dermatologia pediatryczna Diagnostyka i leczenie*. Czelej, Lublin 2007: 51-57.
7. Elias PM, Schmutz M: Abnormal skin barrier in the etiopathogenesis of atopic dermatitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2009 Oct; 9(5): 437-446.
8. Badanie Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce prowadzone przez Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z inicjatywy Ministra Zdrowia. Opublikowane na www.ecap.pl.