

## Pacjenci z AZS

Dr n. med. Małgorzata Słowik, Klinika Dermatologii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

### Przypadek kliniczny I

Pacjent lat 15 z rozpoznaniem w pierwszych miesiącach życia atopowym zapaleniem skóry. W wywiadzie alergiczny nieżyt nosa. Uczulenie na pyłki traw, brzozę, babkę lancetowatą, dąb, topolę, pleśń, sierść zwierząt, roztocza kurzu domowego, testy skórne (w 2006 i 2011 roku), testy pokarmowe 2012 – ujemne. Pierwsze zmiany skórne pojawiały się w okolicach zgięć łokciowych, kolanowych, na twarzy w postaci ognisk rumieniowych z okresowym sączeniem. W pierwszych latach trwania choroby zmiany były dość ograniczone i dotyczyły typowej lokalizacji. Od dwóch lat, w okresie dojrzewania, zmiany znacznie się uogólniły. Rumień zaczął zajmować okresowo większą część ciała. Pojawiła się lichenifikacja skóry szyi, przedramion, ud. Zaznaczył się bardziej objaw Dennie-Morgana (podwójnej dolnej powieki) i zasinienie wokół oczu. Pacjent leczony był w warunkach ambulatoryjnych w Poradni Alergologicznej i Dermatologicznej z częściową poprawą. W marcu 2014 roku hospitalizowany na oddziale dermatologicznym, gdzie zastosowano intensywne leczenie miejscowe, włączono fototerapię NB-UVB z dobrą tolerancją. Pacjent kontynuował nasświetlania w warunkach ambulatoryjnych przez okres ponad 2 miesiące. Niestety nie uzyskano zadowalających efektów leczenia, EASI zmniejszone o około 50%. W czerwcu 2014 roku z powodu ponownego zaostrzenia zmian skórnych i z powodu znacznego obniżenia jakości życia pacjenta zdecydowano o włączeniu cyklosporyny A. Pacjent ważył 45 kg, włączono dawkę 150 mg/dz., czyli 3,3 mg/kg/mc./dz. W badaniach kontrolnych wykonanych ambulatoryjnie przed leczeniem bez odchyień, chory bez dodatkowych infekcji, zęby wyleczone. Pacjent dobrze tolerował leczenie. Niestety sama terapia ogólna nie przynosiła zadowalających efektów terapeutycznych, musiała być wspomagana terapią miejscową i lekami przeciwświądowymi. Chory dodatkowo stosował leki przeciwhistaminowe z powodu okresu pylenia różnych alergenów i leczenie miejscowe: terapię proaktywną ze steroidami miejscowymi w miejscach typowych zaostrzeń (aceponian metyloprednizolonu, furoinian mome-tazonu) i takrolimusem. Po miesiącu leczenia z powodu kolejnego zaostrzenia zmian skórnych zwiększono dawkę leku na 4,4 mg/kg/mc./dz. We wrześniu 2014 roku po około 2,5 miesiącach leczenia lek odstawiono z powodu niezado-

Fot. 1

Redukcja stanu zapalnego po leczeniu miejscowymi GKS i emolientami, nadal pojedyncze nadżerki



Fot. 2

Lichenifikacja w okolicy nadgarstków, stan zapalny zmniejszony po leczeniu okładami mokrymi



Fot. 3

Skóra pleców, poprawa po intensywnym leczeniu miejscowym





walających efektów leczenia i obniżonego poziomu neutrofilii. Rozważane jest ponowne włączenie fototerapii NB-UVB przy możliwości fizycznej kontynuacji naświetlań. Niestety metoda ta nie jest powszechnie dostępna dla pacjentów, nie tylko chorych na AZS, ale również dla osób chorych na łuszczycę. W niektórych województwach w Polsce w ogóle nie jest dostępna w warunkach pozaszpitalnych lub niesie za sobą duże koszty dojazdu i finansowania zabiegów prywatnie. Pacjent dodatkowo w okresie dużych zaostrzeń włączył dietę bezglutenową na okres trzech miesięcy, która nie przyniosła żadnych efektów, jeśli chodzi o skórę. Wiemy, że w niektórych przypadkach wprowadzenie diety bez glutenu znacznie przyczynia się do redukcji zmian atopowych, ale nie jest to regułą. Jeśli u dziecka z AZS dochodzi alergii pokarmowa, to wskazane jest dopasowanie odpowiedniej diety w konsultacji z dietetykiem, dobrze zbilansowanej, chroniącej dziecko przed niedoborami i niedożywieniem.

W przypadku prezentowanego pacjenta obserwuje się bardzo duży wpływ emocjonalny na powstanie zmian skórnych. Kilkakrotnie próbowano włączyć leczenie psychologiczne lub skonsultować pacjenta psychiatrycznie, ale nie uzyskano zgody. Pacjent jest w trudnym okresie dorastania, wieku szkolnego. Ma trudne warunki w szkole, trudne środowisko uczniów w klasie. Czasami z powodu zmian skórnych jest stygmatyzowany w swoim otoczeniu. Również relacje z rodzicami (ojcem dziecka) są okresowo bardzo napięte. Chory zamyka się w sobie, próbuje odizolować się od otoczenia. Wskazane jest leczenie psychologiczne nie tylko dla pacjenta, ale również dla całej rodziny, pomagające zrozumieć głębiej chorobę i pacjenta.

W grudniu br. pacjent ponownie był hospitalizowany z powodu uogólnionego rumienia na całym ciele, silnego świądu skóry. Przed przyjęciem na oddział stosował metodę mokrych opatrunków, pod które zalecone były maści steroidowe i antybiotykowe w miejscach najsilniejszych zmian rumieniowych, maści natłuszczające (cholesterolowa, witaminowa). Dzięki zastosowaniu danej metody uzyskano częściową poprawę w obrębie zmian skórnych, zahamowanie sączenia i nadkażania skóry.

Metoda mokrych opatrunków jest popularna w Niemczech, Holandii, Wielkiej Brytanii. Po uprzedniej aplikacji emolientu bandażuje się skórę wilgotnymi opatrunkami. Następnie stosuje się warstwę suchą. Znajduje to zastosowanie w ostrych stanach zapalnych ze względu na efekt chłodzący, przeciwzapalny i przeciwświądowy.

Niezależnie od wieku, głównym objawem AZS jest świąd, który występuje u każdego pacjenta, prowadzi często do zaburzeń snu dzieci i ich rodziców, trudności w koncentracji, wpływa na zachowanie dziecka, jego wyniki w szkole, inicju-

je i podtrzymuje zaostrzenia AZS, przyczynia się do znacznego obniżenia jakości życia. Leki przeciwhistaminowe I generacji (hydroksyzyna) działają uspokajająco, leki przeciwhistaminowe II generacji są zalecane u osób, u których występują dodatkowo inne obawy alergii (ANN, astma, pokrzywka). W prezentowanym przypadku świąd często nasilał zmiany skórne u pacjenta i leki przeciwhistaminowe II generacji

Fot. 4

**Lichenifikacja skóry okolicy oczu, przebarwienia w okolicy powiek**



Fot. 5

**Redukcja uogólnionego stanu zapalnego twarzy, pozostał niewielki rumień na policzkach i pojedyncze przeczosy**



Fot. 6

**Nasilone zmiany zapalne na skórze okolicy podkolanowej, obecnie bez sączenia, po leczeniu opatrunkami mokrymi**



nie były skuteczne (cetyryzyna, feksofenadyna, lewocetyryzyna). Podawanie na noc hydroksyzyny (czasowo) dodatkowo zmniejszało uczucie świądu. Również w okresach zaostrzeń stosowanie krótkich kąpeli z nadmanganianem potasu lub z dodatkiem preparatów odkażających z octenidyną (Octenisan) pomagało zmniejszyć świąd skóry.

Właściwe zabiegi pielęgnacyjne są podstawą leczenia AZS, zarówno w fazie zaostrzenia, jak i w trakcie remisji zmian skórnych. Odpowiednia pielęgnacja skóry ma na celu poprawę funkcjonowania bariery naskórkowej. Dodatkowym elementem pielęgnacji skóry atopowej jest systematyczne i regularne nawilżanie i natłuszczenie skóry. Leczenie jest dostosowane do poszczególnych stadiów rozwoju AZS. Emolienty stanowią pierwszy krok w leczeniu i są stosowane jako leczenie podtrzymujące na wszystkich etapach rozwoju choroby. W zależności od natężenia choroby mGKS i inhibitory kalcyneuryny są dodawane do leczenia. GKS są związane z potencjalnymi działaniami niepożądanymi i leczenie

nimi może wywierać długotrwały niekorzystny wpływ; w szczególności wielu rodziców dzieci z AZS jest niechętnych stosowaniu miejscowych GKS. Zastosowanie preparatu miejscowego z ektoiną (Dermaveel), która chroni komórki przed utratą wody poprzez wzrost jej akumulacji, chroni skórę przed wnikaniem alergenów, redukuje stan zapalny i skutecznie łagodzi świąd, również pomagało w pielęgnacji skóry omawianego pacjenta. Po wyciszeniu stanu zapalnego miejscowymi GKS leczenie Dermaveelem było kontynuowane.

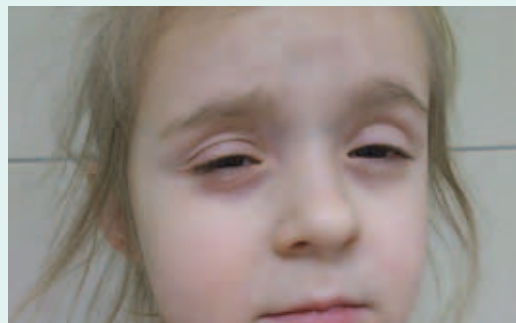
Prezentowany przypadek pacjenta przedstawia najcięższą postać AZS, obarczoną częstymi nasilonymi nawrotami zmian skórnych w postaci wyprysku atopowego, z trudnym procesem terapeutycznym i trudną współpracą z pacjentem. Idealnym rozwiązaniem byłoby stworzenie ośrodków, w których tacy pacjenci mogliby kompleksowo korzystać z porady dermatologa, alergologa, psychologa klinicznego i dietetyka w celu osiągnięcia jak najlepszych wyników leczenia.

### Przypadek kliniczny II

Pacjentka lat 5 z rozpoznaniem w pierwszych dniach życia atopowym zapaleniem skóry. W rodzinie dalszej wyprysk alergiczny. Rodzice dziecka zdrowi. W pierwszym roku zmiany bardzo nasilone, obecne w postaci zmian rumieniowo-grudkowych, okresowo sączących na dekolcie, szyi, twarzy, skórze owłosionej głowy. Pacjentka leczona miejscowo w momentach zaostrzeń kąpielami z dodatkiem nadmanganianu potasu, kremami, emulsjami steroidowymi, emolientami, z okresową poprawą w obrębie zmian skórnych. Dziecko karmione piersią do 6. miesiąca życia, następnie z powodu nasilania się zmian skórnych zdecydowano o włączeniu mleka modyfikowanego. Z roku na rok zmiany pojawiały się w miejscach typowych: zgięciach łokciowych i dołach podkolanowych, na twarzy. Zmianom towarzyszył silny świąd skóry, przeczasy po zadrapaniach, sucha skóra. Obecnie znacznie uwidoczniiony fałd Dennie-Morgana, zasinienie wokół oczu, lichenifikacja w obrębie nadgarstków, kończyn dolnych, szyi. Znaczne zaostrzenie zmian skórnych występuje po pokarmach: czekolada, cytrusy, soki owocowe, orzechy. Wykluczono te pokarmy z diety. Okresowo rodzice prowadzą kalendarz nowych produktów wprowadzanych do diety dziecka i obserwują skórę w kolejnych dwóch dniach celem monitorowania podłoża pokarmowego. Testy skórne nie były do tej pory wykonywane, jak i IgE całkowite. Obecnie w wieku 5 lat zmiany występują rzadziej i są mniej agresywne w stosunku do pierwszych 2-3 lat. Pacjent-

Fot. 1

Lichenifikacja okolicy powiek, wysuszenie skóry twarzy i powiek, zacienienie w okolicy oczu



Fot. 2

Częściowa redukcja stanu zapalnego okolicy pośladków, zmiany z wydrapania





ka jest pod stałą kontrolą Poradni Dermatologicznej. Pielęgnacją skóry w większości zajmuje się babcia pacjentki, która skrupulatnie stosuje się do zaleceń lekarskich.

Wiemy, że około 30% pacjentów nie stosuje się do zaleceń po wyjściu z gabinetu, kolejne 30% stosuje częściowo zaleczone preparaty. Ważne jest angażowanie rodziny małego pacjenta w leczenie i systematyczną pielęgnację jego skóry.

W wywiadzie, w miesiącach letnich następuje znaczna poprawa po kąpielach słonecznych, ale również często występują ograniczone zaostrzenia po kontakcie ze zwierzętami (kontakt ze zwierzętami przydomowymi: kot, pies), roślinami zielonymi (koszona trawa), po zabawie, np. w piaskownicy. W okresie zaostrzeń stosowane są miejscowe GKS i inhibitory kalcyneuryny, które następnie pacjentka aplikuje w terapii proaktywnej z bardzo dobrym efektem.

W ostatnich miesiącach, w okresach niewielkich zaostrzeń aplikowany jest preparat z ektoiną, który bardzo dobrze pielęgnuje skórę całego ciała, redukuje świąd. Nie obserwowano podrażnień po zastosowaniu preparatu Dermaveel. Obecnie pacjentka jest w trakcie diagnostyki pulmonologicznej z powodu podejrzenia astmy. Można powiedzieć, że

atopowe zapalenie skóry rozpoczęło tak zwany marsz alergiczny u prezentowanej pacjentki. Z roku na rok zmiany skórne występują znacznie rzadziej. Systematyczna kontrola dermatologiczna chorej, stanowi pewną formę edukacji pacjenta/dziecka i jego rodziny. Pozwala lepiej kontrolować efekty leczenia i pozwala czuć się pacjentowi bezpieczniej, jeśli jest pod systematyczną kontrolą lekarza prowadzącego.

## Piśmiennictwo

1. Diagnostyka różnicowa atopowego zapalenia skóry. prof. hab. n. med. Magdalena Czamecka-Operacz, lek. Med. Anna Sadowska-Przytocka. Dermatologia po Dyplomie 2014/04.
2. Występowanie astmy oskrzelowej u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych w Polsce w świetle badania ECAP. Prevalence of asthma in children, adolescents and young adults in Poland. Bolesław Samoliński, Adam J. Sybilski, Filip Raciborski, Aneta Tomaszewska, Piotr Samel-Kowalik, Artur Walkiewicz, Adam Lusawa, Jacek Borowicz, Joanna Gutowska-Ślesik, Liliana Trzpił, Justyna Marszałkowska, Nina Jakubik, Edyta Krzych, Jarosław Komorowski, Agnieszka Lipiec, Tomasz Gotlib, Urszula Samolińska-Zawisza, Zbigniew Hałat. Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
3. Epidemiology of atopic dermatitis in Poland according to the Epidemiology of Allergic Disorders in Poland (ECAP) study. J Dermatol. 2014 Dec 6. doi: 10.1111/1346-8138.12731. Sybilski AJ, Raciborski F, Lipiec A, Tomaszewska A, Lusawa A, Samel-Kowalik P, Walkiewicz A, Krzych-Fałta E, Samoliński B.
4. Fluocinolone acetonide 0.01% in peanut oil: safety and efficacy data in the treatment of childhood atopic dermatitis in infants as young as 3 months of age. Pediatr Dermatol. 2009 May-Jun; 26(3): 262-8. doi: 10.1111/j.1525-1470.2008.00856.x. Dohil MA, Alvarez-Connelly E, Eichenfield LF.
5. Three times weekly tacrolimus ointment reduces relapse in stabilized atopic dermatitis: a new paradigm for use. Pediatrics. 2008 Dec; 122(6): e1210-8. doi: 10.1542/peds.2008-1343. Epub 2008 Nov 17. Paller AS, Eichenfield LF, Kirsner RS, Shull T, Jaracz E, Simpson EL; US Tacrolimus Ointment Study Group.
6. Intermittent therapy for flare prevention and long-term disease control in stabilized atopic dermatitis: a randomized comparison of 3-times-weekly applications of tacrolimus ointment versus vehicle. J Am Acad Dermatol. 2008 Jun; 58(6): 990-9. doi: 10.1016/j.jaad.2008.02.008. Epub 2008 Mar 21. Breneman D, Fleischer AB Jr, Abramovits W, Zeichner J, Gold MH, Kirsner RS, Shull TF, Crowe AW, Jaracz E, Hanifin JM; Tacrolimus Ointment Study Group.
7. Efficacy of a lipid-based barrier repair formulation in moderate-to-severe pediatric atopic dermatitis. J Drugs Dermatol 2009 Dec; 8(12): 1106-11. Sugarman JL, Parish LC.
8. Optymalizacja wyników leczenia atopowego zapalenia skóry u dzieci LF Eichenfield, C Totri, Pediatric and Adolescent Dermatology, Rady Children's Hospital, San Diego, CA, USA; School of Medicine, University of California, San Diego, CA, USA.

Fot. 3

Zmiany z wydrapania po stronie prostowników, sucha skóra kończyn



Fot. 4

Zredukowany stan zapalny okolicy podkolanowej

