

Skuteczne i bezpieczne leczenie AZS w codziennej praktyce dermatologicznej

Lek. med. Elżbieta Rutkowska specjalista dermatolog-wenerolog, Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Dermatologiczno-Wenerologiczna, ul. Wypiańskiego 12/1, 43-300 Bielsko Biała

Streszczenie

Atopowe zapalenie skóry jest najczęstszą chorobą skóry okresu niemowlęcego i wczesnego dzieciństwa, stanowiącą trudny problem terapeutyczny o charakterze przewlekłym i nawrotowym. W opisie przedstawiono przypadek nastoletniej pacjentki z nawrotem zmian w przebiegu AZS, wywołanych prawdopodobnie nieprawidłową pielęgnacją skóry, złą dietą i stresem. Nasilenie zmian skórnych upośledziło codzienne funkcjonowanie pacjentki, w znacznym stopniu obniżyło jakość snu oraz pogorszyło relację z rodziną i przyjaciółmi. Na podstawie tego przypadku zwrócono uwagę na istotną rolę, jaką w leczeniu AZS odgrywają ścisła współpraca lekarza z rodzicami i pacjentem, edukacja, unikanie czynników zaostrzających chorobę oraz odpowiednia pielęgnacja naskórka. W zastosowanym leczeniu główną uwagę zwrócono na właściwą terapię emolientową, która ponownie przywróciła zaburzone funkcje naskórka, zredukowała świąd i suchość skóry, poprawiając jakość życia pacjentki. Jednocześnie pozwoliło to ograniczyć leczenie przeciwzapalne do miejscowych słabych glikokortykosteroidów, inhibitorów kalcyneuryny i leków antyhistaminowych. Podkreślono wartość odpowiednio dobranej diety oraz unikania innych czynników drażniących. Ta bezpieczna i skuteczna terapia była dobrze tolerowana przez pacjentkę, co w istotny sposób przyczyniło się do poprawy jakości życia jej i jej rodziny.

Słowa kluczowe: atopowe zapalenie skóry, emolienty, świąd, Dermaveel

Wprowadzenie

Atopowe zapalenie skóry to przewlekła i nawrotowa choroba zapalna dotycząca naskórka i skóry właściwej, charakteryzująca się świądem, określoną lokalizacją i typową morfologią zmian skórnych. Często współwystępuje lub poprzedza rozwój innych chorób o podłożu atopowym: astmy oskrzelowej, alergicznego nieżytu nosa, alergicznego zapalenia spojówek oraz wyprysku kontaktowego. Atopowe zapalenie skóry najczęściej występuje u dzieci, w 60% przypadków pojawia się przed ukończeniem 1. roku życia, a w 90% przypadków przed ukoń-

zeniem 5. roku życia. W etiologii i patomechanizmie atopowego zapalenia skóry współistnieją predyspozycje genetyczne oraz narażenie na czynniki środowiskowe. Wśród czynników genetycznych wymienia się: zaburzenia funkcji barierowej skóry związane z nieprawidłowością składu lipidów naskórkowych, zaburzenia immunologiczne predysponujące do utrzymywania się przewlekłego stanu zapalnego skóry, zaburzenia neurowegetatywne powodujące nasilenie się choroby pod wpływem stresu oraz niski próg świądu.

Do czynników środowiskowych zalicza się:

- alergeny pokarmowe (mleko krowie, białko jaja kurzego),
- alergeny powietrzno pochodne (roztocza kurzu domowego, pyłki roślinne, alergeny odzwierzęce, pleśnie),
- antygeny bakteryjne, w mniejszym stopniu wirusowe i grzybicze,
- nieswoiste czynniki drażniące (detergenty) – zanieczyszczenia środowiska.

W obrazie klinicznym wyróżniamy:

- zmiany ostre: silne swędzące rumieniowe grudki i pęcherzyki,
- zmiany podostre: rumień, przeczosa i złuszczenie,
- zmiany przewlekłe: zgrubiała skóra i zwłókniałe grudki.

W zależności od wieku w przebiegu AZS wyróżniamy trzy fazy:

- wyprysk atopowy okresu niemowlęcego – do 2. roku życia,
- wyprysk atopowy typu późnego dzieciństwa – do 12. roku życia,
- wyprysk atopowy okresu młodzieńczego i dorosłych.

Sposób leczenia zależy przede wszystkim od wieku pacjenta i nasilenia stanu zapalnego skóry. W stanach o łagodnym i podostrym przebiegu główną rolę odgrywa prawidłowa pielęgnacja skóry (stosowanie syndetów, emolientów, unikanie czynników drażniących i wysuszających) z możliwością dołączenia okresowo miejscowych preparatów glikokortykosteroidowych, inhibitorów kalcyneuryny oraz leków antyhistaminowych, a w razie objawów zakażenia – antybiotykoterapii.

Cel pracy

Poniżej przedstawiono typowy przypadek nastolatki z zaostrzeniem w przebiegu AZS z praktyki własnej, w którym indywidualnie dobrane zalecenia lecznicze, edukacja, po-

wrót do prawidłowej pielęgnacji, zminimalizowanie wpływu szkodliwych czynników oraz zmiana trybu życia zredukowały nawrót choroby.

Wywiad

16-letnia pacjentka zgłosiła się do gabinetu z powodu zaostżenia zmian skórnych, zlokalizowanych głównie w zgięciach stawowych, oraz silnego świądu całego ciała. Dodatkowo matka pacjentki skarżyła się na gorszą jakość snu u córki i utrzymujące się rozdrażnienie. W wywiadzie atopowe zapalenie skóry rozpoznane w 1. r.ż., alergia wieloważna: wziewna (brzoza, bylica, roztocza), pokarmowa (żółtko i białko jaja, mąka pszenna, kiwi, orzechy laskowe i ziemne). Pacjentka dotychczas okresowo leczona miejscowymi glikokortykosteroidami, inhibitorami kalcyneuryny, emolientami, lekami antyhistaminowymi oraz 2-krotnie glikokortykosteroidami ogólnie. Od 14. r.ż. do chwili obecnej obserwowano okres remisji, bez aktywnych zmian zapalnych z utrzymywaniem się suchej skóry całego ciała. Obecny nawrót zmian powiązано przyczynowo z zaniechaniem odpowiedniej pielęgnacji skóry, ekspozycją na alergeny pokarmowe oraz czynniki stresowe.

Stan dermatologiczny

Aktualnie podczas badania dermatologicznego stwierdzono zmiany rumieniowo-naciekowe w zgięciach łokciowych, kolanowych i okolicy karku, lichenizację w okolicach zgięć nadgarstkowych oraz zliszajowacenie i rumień w okolicy ust, powiek górnych i kątów zewnętrznych oczu z towarzyszącym świądem i suchością skóry całego ciała. Na całym ciele widoczne liczne ślady po zadrapaniach. Na podstawie wywiadu oraz aktualnego stanu dermatologicznego rozpoznano zaostżenie zmian skórnych w przebiegu atopowego zapalenia skóry.

Zastosowane leczenie

Wizyta pierwsza – grudzień 2015 r.

Zwalczanie suchości skóry jest podstawowym elementem leczenia. Ze względu na widoczną nasiloną suchość skóry zlecono kąpiele lecznicze z emolientami – z preparatem Emolium – oraz smarowanie kremem o właściwościach przeciwzapalnych i nawilżających Dermaveel 2 x dz. Na ogniska zapalne w zgięciach stawowych zastosowano Cutivate krem 2 x dz. przez 7 dni, następnie 1 x na noc zamiennie z preparatem Dermaveel krem 1 x na dz. Na powieki i kąćki zewnętrzne oczu zlecono Elidel krem 1 x na noc i krem nawilżający do oczu Toleriane ultra doraźnie w razie potrzeby. Doustnie preparat antyhistaminowy Aeries 1 x 1 tabletki na noc oraz suplementację preparatem Oeparol.

Zlecono redukcję ekspozycji na alergeny pokarmowe. Z powodu wyraźnej zależności nasilenia schorzenia od trybu życia zalecono okresową rezygnację z zajęć na basenie i ponowny powrót do stosowania delikatnych proszków do prania, specjalnie opracowanych dla alergików.

Wizyta druga – po 2 tygodniach

Miejscowo w badaniu dermatologicznym stwierdzono wyraźną poprawę – zdecydowane zmniejszenie nacieku zapalnego w zgięciach stawowych. Niewielki rumień oraz świąd nadal był odczuwalny przez pacjentkę. Zmiany na twarzy w postaci zliszajowacenia były widoczne, ale bez podłoża rumieniowego. Świąd całego ciała był wyraźnie mniejszy, nadal zauważano suchość skóry. Pacjentka zgłosiła lepszą jakość snu oraz mniejszą nerwowość. Utrzymano doustnie Aeries w dawce 1 x 1 tabletki na noc, Cutivate krem kontynuowano w cyklu 1 x na noc przez trzy dni w tygodniu, nadal nawilżanie ciała kremem Dermaveel 2 x dziennie. Kontynuacja diety pokarmowej oraz przerwa w zajęciach na basenie.

Wizyta trzecia – po kolejnych 2 tygodniach

Stan ogólny pacjentki bardzo dobry. Podaje lepsze ogólne samopoczucie, dużo lepszą jakość snu, odczuwalny świąd całego ciała dużo mniejszy. W badaniu miejscowym brak zmian rumieniowych w zgięciach stawowych, widoczne nieznacznie przebarwione ogniska zejściowe. Bez świeżych zmian zapalnych. Duża poprawa nawilżenia i elastyczności skóry całego ciała. W leczeniu miejscowym odstawiono Cutivate krem, nadal utrzymano Dermaveel krem 2 x dziennie. Ogólnie utrzymano Aeries 1 tabl. 1 x na noc oraz suplementację preparatem Oeparol. Nadal kontynuowana była dieta restrykcyjna oraz stosowanie emolientów do codziennej higieny.

Komentarz

Opisany przypadek pacjentki wskazuje na złożoność choroby, a tym samym na codzienne funkcjonowanie pacjenta z atopowym zapaleniem skóry. W przebiegu AZS można obserwować kilkutygodniowe utrzymywanie się zmian skórnych, które może zwiększyć ryzyko wtórnych infekcji skórnych. Dodatkowo upośledza codzienne funkcjonowanie, pogarsza jakość snu, zmusza do rezygnacji z wielu dodatkowych zajęć, co może w dalszej perspektywie prowadzić do stopniowej izolacji od otoczenia i skutkować gorszymi relacjami z rodziną i przyjaciółmi. Nie bez znaczenia jest też niemały koszt terapii. Współistnienie towarzyszących alergii nasila częstość zaostżeń, może także stanowić istotny czynnik ograniczający możliwość swobodnego wyboru zawodu.

Wnioski

Opisany przypadek pokazuje, że podczas leczenia chorych z atopowym zapaleniem skóry należy indywidualnie dobrać zalecenia lecznicze i pielęgnacyjne. Należy pamiętać, że w kontekście wieloletniego przebiegu choroby w celu uniknięcia nawrotów i powikłań szczególną uwagę pacjentów zwracamy na intensywną i ciągłą pielęgnację skóry emolientami, przestrzeganie diety, unikanie czynników drażniących, stosowanie suplementów diety oraz diagnostykę alergologiczną.

Piśmiennictwo

1. B.A. Cohen, Dermatologia pediatria, Wrocław 2007.
2. R. Kurzawa, Atopowe zapalenie skóry. Poradnik dla lekarzy, Kraków 2009.
3. J. Szczepanowska, A. Reich, J. Szepietowski, Emollients improve treatment results with topical corticosteroids in childhood atopic dermatitis: a randomized comparative study, *Pediatr Allergy Immunol* 2008.
4. W. Sterry, R. Paus, W. Bulgdorf, *Dermatologia*, Lublin 2009.
5. W. Silny, M. Czarnecka-Operacz, W. Gliniski, Z. Samochocki, D. Jenerowicz, *Postępy Dermatologii i Alergologii* (2010).
6. W. Gliniski, J. Kruszewski, W. Silny, Postępowanie diagnostyczno-lecznicze w atopowym zapaleniu skóry. Konsensus grupy roboczej specjalistów krajowych ds. dermatologii i wenerologii oraz alergologii, *Postępy Dermatol. Alergol.* 2004.
7. A. Górkiewicz-Petkow i wsp., Ocena kliniczna działania preparatów nawilżających, *Dermatol Estetyczna* 1999.
8. W. Placek, Rola podłoży i emolientów w profilaktyce i przywracaniu bariery naskórkowej, *Dermatol Estetyczna* 1999.

Fot. 1

Przed leczeniem



Fot. 2

Po leczeniu

