

# Az atópiás dermatitis napjainkban

Szalai Zsuzsanna

**A**z atópiás dermatitis egyre gyakoribb napjainkban. Ez az öröklött hajlamon – atópiás alkat – alapuló krónikus bőrgyulladás bőrszárazsággal, gyulladással, intenzív viszketéssel, gyakori fellángolásokkal jár. Leggyakrabban csecsemő- vagy kisdedekben jelentkezik. Az atópiás alkat önmagában nem betegség, de megnyilvánulhat atópiás dermatitis, bronchitis obstructiva, asthma bronchiale formájában, s e betegségek társulhatnak egymással.

Az atópiás dermatitis előfordulása különösen a fejlett, civilizált országokban gyakoribb. Ennek okaként felvetették az iparosodott városok fokozott környezetszennyezését, a detergenset, a különböző illat- és színezőanyagok kiterjedt használatát.

Az atópiás betegek 50%-ában a klinikai tünetek az első életévben, 80%-uknál az első öt életév során jelennek meg; az öt év alatti gyermekek 10–15%-a, az iskoláskorúak 7–17%-a lehet érintett. A betegség nagymértékben befolyásolja az életminőséget, az esztétikai problémák következtében beilleszkedési zavarokat, pszichés megterhelést jelent a betegek és az őket gondozó család számára.

## Életkori sajátosságok és tünetek

A tünetek változnak az életkorral, de a bőrszárazság és a viszketés a betegség állandó jellemzője. Csecsemőkön elsősorban az arcon, majd a törzsön jelennek meg vörös, viszkető, hámló foltok, de nem ritka a nedvedző, helyenként összefolyó bőrkiütés sem. Gyakori a hajas fejbőr érintettsége. Kisdedektől a tünetek egyre inkább a térd- és könyökhajlatban, a nyakon jelennek meg, de az arcbőr és a szemhéjak vörössége és hámlása is gyakori.

A tünetek fokozatosan alakulnak át. Az ifjúkori formában az idült, hajlati bőrgyulladás mellett a tenyerek, talpak érintettsége, valamint a végtagokon látható, erősen viszkető, vörös beszűrt területek a jellemzőek.

A súlyosság meghatározásához az erythema, az infiltráció, az excoriatio és a lichenificatio mértékét értékeljük (1).

## Terápia

A könnyen diagnosztizálható betegség kezelése nehéz, mert nem ismerjük a kórfolyamat alapját, a bőr szárazságának okát és kialakulását. Az allergiás kóreredet bizonyított, kétségtelen a bőr megváltozott és túlzott reakciója, ugyanakkor többnyire nem sikerül konkrét, a folyamatot kiváltó vagy befolyásoló allergént igazolni. Króni-

kus állapotról van szó; a megfelelő gyermek-szülő-orvos kapcsolat nélkül eleve reménytelen minden próbálkozás. Sőt! Amint a szülő meghallja az ekcéma szót, máris a legrosszabbra gondol, és az ebből eredő bizalmatlanság tág teret ad a különböző paramedikális eljárásoknak és kezeléseknak. Erre a későbbiekben még kitérek.

## Bőrszárazság elleni kezelés

Ósi alapelv: a bőrbeteget kenni kell! Már ennek az elvnek a megvalósítása is sok nehézséggel jár, mert akut időszakban az objektív panaszok miatt még bekenik a gyermeket, de a tünetek enyhülésével a kezelési frekvencia is csökken.

Hidratálásra kezdetben és enyhe esetekben hatásos az Unguentum emolliens FoNo. Hatására a bőr regenerálódik, a víz visszajut a szarurétegbe és csökkenti a berepedéseket. Az egyes komponensek pótolják a hiányzó lipideket. Az emolliens kenőcs megelőzésre is használható.

A lokális szteroidok alkalmazása forradalmasította a bőrgyógyászati kezelést. Az elmúlt közel 50 esztendő eredményei mellett megismertük a mellékhatásokat is, ezekről gyakran hamarabb szerez tudomást a beteg, mint áldásairól. A glükokortikoidok helyi terápiás hatása rendkívül széles körű. Gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatásuk egyik legfontosabb következménye a viszketés csökkentése, s ez már önmagában is indokolja alkalmazásukat. A mellékhatások az alkalmazott szer koncentrációjától, a kezelt felület nagyságától és a kezelés gyakoriságától függenek. Ezeket szem előtt tartva jó eredményeket érhetünk el (2, 3). Különböző kezelési stratégiák ismertek. Az erősebb hatású szteroidkezelést kisebb erősségűvel folytatjuk vagy intermittáló kezelést alkalmazunk. Máskor az intenzív kezelést hidratáló, zsírozó, puhító kezeléssel folytatjuk és szükség esetén visszatérünk a szteroidokhoz. Az atópiás betegek hajlamosak a bakteriális kolonizációra, ezért egyidejűleg helyi antiszeptikumok használata is szükségessé válhat (4). Nincsen általánosan elfogadható szabály; minden esetben egyénileg kell dönteni, figyelembe véve a szülők és gyermekek együttműködési készségét és egyéb, szociális és kulturális tényezőket.

A lokális immunmodulátorok – pimecrolimus, tacrolimus – specifikus, a gyulladással járó bőrbetegségek kezelésére kifejlesztett új gyógyszerek, ma már az atópiás dermatitis komplex kezelésének fontos részét képezik. A hidratáló, visszazsírozó szerek alkalmazását követően jól csökkentik a gyulladást, hosszútávú alkalmazás esetén megelőzik a tünetek fellángolását. Az át-

Levelezési cím: dr. Szalai Zsuzsanna, Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály, H-1089 Budapest, Üllői út 86.

meneti mellékhatásként egyes esetekben előforduló égő érzés megelőzhető, illetve megszüntethető hidratálókezeléssel (5–8). Hosszú követési periódus után megfigyelhető az atópiás fellángolások számának csökkenése. A hatásmechanizmus alapja, hogy kalcineurininhibitorok blokkolják az aktivált T-sejtek mediálta citokintranszkripciót. A lokális immunmodulátorok alkalmazása során az epidermalis sejtek száma nem csökken, a Langerhans-sejtek érése, funkciója nem változik, és nem alakul ki a Langerhans-sejtek apoptózisa. Ennek következtében alkalmazásuk során nem jön létre bőratrofia. A bőrrel elhanyagolható mértékben szívódnak föl, így nem kell általános tünetekkel számolni (9, 10).

## Antihisztaminkezelés

Az antihisztaminok a bőrgyulladás és a viszketés miatt kapnak fontos szerepet. A hisztamin hatását kompetitíven gátolják az erek és a simaizmok receptorain. Antikolinerg, antiadrenerg és antiszerotonin hatással kell számolni. Egyéenként értékelendő – és ennek megfelelően állítandó be a terápia –, hogy adott esetben monoterápia, kombinált kezelés, röviden vagy hosszantartó szer jön-e szóba, illetve a szedatív hatás, az éjszakai nyugalom elérése-e a fontos, vagy éppen az iskolai teljesítmény miatt nem szedatív készítmény szükséges.

## Kombinált fürdő-fény kezelés

Az elmúlt években kiszélesedtek a fototerápiás lehetőségek, magukba foglalva a PUVA-, a kombinált UVA- és UVB-, valamint a narrow-band (keskeny spektrumú) UVB-kezelési eljárásokat. A fényérzékenyítő anyag nélkül használatos UVA1 (340–400 nm) lámpák hatékonyak a kezelésben. Szisztémás fotokemoterápiát (orális PUVA) atópia kezelésében gyermekkorban szinte sohasem, lokális fotokemoterápiát kivételesen – makacs elhúzódó esetekben, szigorú kórházi körülmények között – alkalmazunk. A PUVA-fürdő terápia előnye az orális PUVA-val szemben, hogy kiküszöbölhető a psoralenek szisztémás hatása, és sokkal kisebb a terápia kumulatív UVA-dózisa. Az UVB-kezelések közül a klinikai gya-

korlatban többféle terápiás eljárás ismert. Ilyen a tradicionális vagy broad-band (széles spektrumú) UVB-fényterápia, ahol a kezelésnél használt lámpák emissziós spektruma 280–320 nm. A szelektív UVB-fototerápia (SUP) esetében 305 és 325 nm-en van az emissziós csúcs, ez a forma hatásosabb a hagyományos UVB-terápiánál. Végül a keskeny hullámsávú UVB-fototerápia, a 295–313 nm közötti tartományon belül 313 nm-es csúccsal a leghatékonyabb. A balneofototerápia esetén a beteg 20 percig fürdőkezelést kap, ezt fényexponáció követi. Saját tapasztalatunk szerint a sós fürdő tovább szárítja a beteg bőrét, ezért különböző fürdőszereket, fürdőolajat használunk (11, 12).

## Gondozás

Az atópia eredményes kezelésének alapja a tartós gondozás, a megfelelő orvos-gyermek-szülő kapcsolat kialakítása. A felvilágosítómunkának talán a legfontosabb része a bizalom megszerzése és megtartása. Az ekcémás gyermekkel sokszor és sokat kell orvoshoz menni. A recepteket meg kell újítani, a kezelést időnként módosítani és évekig folytatni kell. Ezért biztosítani kell, hogy a gyermekek várakozás nélkül jussanak az orvosukhoz. Fontos, hogy a szülők és maga a gyermek is kapjon pontosabb ismereteket a betegségről, játékos körülmények között tanulja meg kezelni magát, és érezze, hogy saját magát kezelve idővel jobb állapotba kerülhet. Az atópiaskola azoknak a családoknak nyújt segítséget, akik e betegségben szenvedő gyermeket nevelnek, hasonlóak a gondjaik, s többet szeretnének tudni a betegség okairól, a kezelés lehetőségeiről, a gyógyulás módjáról és kihatásairól. Határozottan és erélyesen tudatosítani kell, hogy az úgynevezett természetes gyógymódok, a homeopátia, a növényi kivonatok egy része nemcsak haszontalanok, de ártalmasak is lehetnek, és ezenfelül nagyon drágák is. A laikusok hiszékenységgel visszaélve a „természetes” növényi kivonatként hirdetett készítményeket gyakorta dúsítják szteroidokkal – ezt nem jelezve a csomagoláson –, és ezért átmenetileg igen jó hatásúak (13).

A gyermekkori ekcéma terápiaja összetett, az orvos-szülő-gyermek jó együttműködése nélkülözhetetlen az eredményes kezeléshez (14).

## IRODALOM

- Hanifin JM, Rajka G. The diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Venereol (Stockh)* 1980;92(5):44-7.
- Bakos N, Minker E, Cserni I. A lokális kortikoszteroid-kezelés elmélete és gyakorlata. *Útmutató* 2002;6:327-33.
- Lane AT. Efficacy and safety of topical steroids in paediatric atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 1997;8:24-7.
- Török L. Helyi kortikoszteroidkezelés. *Gyógyszereink* 1999;49:63-7.
- Kapp A, Papp K, Bingham A, et al. Long-term management of atopic dermatitis in infants with topical pimecrolimus, a nonsteroid anti-inflammatory drug. *J Allergy Clin Immunol* 2002;110: 277-84.
- Khandpur Suhay, Sharma VK, Sumanth K. Topical immunomodulators in dermatology. *J Postgrad Med* 2004;50:131-9.
- Paller A, Eichenfield LF, Leung DY, et al. A 12-week study of tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:547-57.
- Smith JS, Brodell RT. Improved therapy for atopic eczema. New immunomodulators clear the rash with few side effects. *Postgrad Med* 2004;115:35-7.
- Nghiem P, Pearson G, Langley RG. Tacrolimus and pimecrolimus: from clever prokaryotes to inhibiting calcineurin and treating atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:228-41.
- Stuetz A, Grassberger M, Meingassner JG. Pimecrolimus is more cell selective than corticosteroids. *Semin Cutan Med Surg* 2001; 20:233-41.
- Abeck D, Schmidt T, Fesq H, et al. Long term efficacy of medium-dose UVA1 phototherapy in atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:254-7.
- Grundmann-Köllmann M, Behrens S, Podda M, et al. Phototherapy for atopic eczema with narrow-band UVB. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:995-7.
- Ramsay HM, Goddard W, Gill S, Moss C. Herbal creams used for atopic eczema in Birmingham, UK, illegally contain potent corticosteroids. *Arch Dis Child* 2003;88:1056-7.
- Lerda S, Angelini G. Psychosomatic conditions in atopic dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics* 2004;5:5-11.