

# Az atópiás dermatitis kezelése

DR. SZALAI ZSUZSANNA ZSÓFIA,  
BARNA ZSÓFIA

Az atópiás dermatitis kezelése összetett feladat, melynek fő alap-pillérei: a bőrbarrier helyreállító hidratáló kezelés, lokális szteroidok, calcineurin-inhibitorok, antihisztaminok, balneo-fototerápia és pszichoterápia. Emellett kiemelkedő jelentőségűek a különböző betegedukációs programok is.

DR. SZALAI ZSUZSANNA ZSÓFIA, Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztály, BARNA ZSÓFIA, Semmelweis Egyetem ÁOK, V. évf., Budapest

Az atópiás dermatitis, más néven atópiás ekcéma krónikus bőrgyulladás, mely bőrszárazsággal, intenzív viszketéssel, gyulladással, gyakran fellángoló tünetekkel jár. Az egyik leggyakrabban előforduló gyermekkori bőrbetegség, melynek alapja örökölt hajlam. Ez az úgynevezett „atópiás” alkat, mely azt jelenti, hogy a bőr fokozott reakcióval reagál külső és belső ingerekre. Provokáló faktorai lehetnek a fizikai és emocionális stressz egyaránt. Előfordulási gyakorisága országonként változó. A genetikai háttér különböző, több mint húszféle gén ismert Európában, míg az afrikai populációban csak néhány mutatható ki ezek közül. Legjellemzőbb tünete a viszketés, emellett bőrszárazság, erythemás, viszkető, hámló maculák, nedvedző, összefolyó, beszűrt területek jelentkezhetnek a súlyosságtól függően. Az atópiás alkat atópiás dermatitisre, asthmára, obstruktív bronchitisre hajlamosít, mely betegségek együttesen is jelentkezhetnek. A genetikai és környezeti hatások egyaránt hatással vannak a betegség kialakulására. Prognosztikai szempontból új adat, hogy a köldökvér alacsony úgynevezett „Treg” sejtszáma előre jelezheti a későbbi atópiás betegségek kialakulását. A kiterjedés megítélésére szolgál a súlyossági index, melynek megállapításához a testfelszín négy

területre (fej-nyak régió, törzs, felső és alsó végtag) osztva vizsgáljuk az infiltráció, az erythema, az exkoriáció és a lichenifikáció mértékét. A diagnosztikai eljárások között a szérum IgE-szintjének meghatározása, a Prick-teszt mellett fontos diagnosztikai eszköz az „atopia patch teszt” (APT), amely jól alkalmazható, különösen megfelelően kontrollált tesztanyagok alkalmazása mellett.<sup>1</sup>

A kezelésben legfontosabb a gondozás, ápolás, a bőrszárazság megszüntetése.<sup>2</sup> A legújabb szakirodalmi adat az atópiás dermatitis kezelésére az evidenciákon alapuló irányelv, amely a kezelések tudományos értékét mérve ad útmutatást.<sup>3,4</sup> A nyugat-európai és amerikai statisztikák szerint növekszik a napi fürdetést elhagyók száma. Bár a hosszú ideig tartó, forró fürdő káros, mert kimossa a bőr sejtjeit összekötő lipideket, ugyanakkor akár egészséges, akár bőrbeteg gyermekről van szó, mindenképp ajánlott a napi gyors, kézmeleg tisztító zuhany a kórokozók és az allergének bőréről történő eltávolítása, a kolonizáció megelőzése szempontjából is. A megfelelő öltözködés, a külső allergének kerülése elengedhetetlen. Irritatív folyamatot indíthat el gyermekeknél a száj körül a gyümölcsök savtartalma, ezért ezeket is le kell mosni. A táplálékallergének kerülése különösen a csecsemő életének első hónapjaiban fontos, súlyt kell helyezni az anyatejtáplálásra.<sup>5</sup>

• *Hidratáló kezelés:* száraz bőrré a krémek és kenőcsök napi többszöri használatát javasoljuk. Az emolliens kezelés után a bőr regenerálódik, a víz visszajut a szarurétegbe és csökkenti a berepedéseket. Az emolliens kezelést megelőzésre is használjuk. Az akut tünetek jelentkezésekor a hidratáló kezelés már nem elegendő.

• *Dezinficiens* tartalmú oldatok, krémek, kenőcsök a felülfertőzések megelőzésére, illetve kezelésére használatosak. Egyes esetekben elengedhetetlen a szisztémás antibakteriális, illetve antivirális kezelés is.

• *Lokális szteroidok:* a szteroidok alapvető hatékonysága a fellángolások tekintetében mára evidenciává vált, különösen az úgynevezett „thymus stromális lipoprotein” (TSLP) szerepének ismeretében. A TSLP egy IL-7-szerű citokin, amely a Th2 polarizációján keresztül fontos szerepet játszik az atópiás dermatitis fellángolásának kialakításában, a folyamat propagációjában. A szteroidok a TSLP gátlása révén fejtik ki hatásukat. A glükokortikoidok a TSLP-t gátolják, ezért exacerbáció esetén első választandó szerként tartjuk számon. A TSLP a myeloid dendritikus sejtek induktora, elősegíti a citokinválasztást és az AD kialakulását. A glükokortikoidok szteroidreceptorhoz való kötődése következtében immunszuppresszív hatás érvényesül, valamint a lipokortinszintézis foszfolipáz A2 csökkentő hatása révén gátolja a gyulladáshoz vezető mediátorok termelődését.



dését. A szteroidmolekula a sejtmembránhoz kapcsolódva direkt fizikokémiai hatást is kifejt, a perifériás leukocyták számát, funkcióját, valamint a proszttaglandinok és leukotriének szintézisét befolyásolja. Nagy dózisban a késői típusú immunválasz csökkenésére lehet számítani. A gyulladáscsökkentő hatás a vazokonstriktió révén, az exsudáció gátlása révén, valamint az infiltráció csökkentése által jön létre.<sup>6</sup> A lokálisan használt kortikoszteroidok kontakt szenzibilizációt válthatnak ki krónikus bőrbetegségekben. A nazálisan, bronchiálisan és orálisan alkalmazott készítmények flush-szerű tüneteket, urticariát idézhetnek elő, illetve anaphylaxiás reakció is kialakulhat. Epikután (vagy Patch-) teszttel diagnosztizálhatjuk; késői értékelésre van szükség az esetlegesen még fennálló immunosuppresszív hatás miatt. A kortikoszteroid-érzékenység klinikai tüneteinek felismerését nehezíti, hogy a szteroidallergia és a kezelt bőrbetegség tüneteinek többszörre megegyeznek vagy hasonlóak, bár a betegek irritatív bőrreakciókat is jeleznek. Jellemző, hogy a bőrtünetek gyógyulása elhúzódóbb, mint várható volna. A kortikoszteroid-kontaktallergia klinikai kép alapján felállítható diagnózist nehezíti, hogy a tüneteket a beteg által használt kortikoszteroid externák vivőanyaga (propilénglikol), segédanyagai, konzerválószer (szorbinsav) szintén provokálhatja.<sup>7</sup>

- **Calcineurin-inhibitorok:** a lokális immunmoduláns szerek (tacrolimus, pimecrolimus) specifikusan a gyulladással járó bőrbetegségek kezelésére kifejlesztett gyógyszerek, amelyek az atópiás dermatitis komplex kezelésének fontos részét képezik. A külső hidratáló szerek alkalmazását követően a gyulladással járó folyamatokat csökkentik, hosszú távú alkalmazás esetén megelőzik a tünetek fellángolását. Átmeneti mellékhatásként kialakulhat égő érzés, mely hidratáló kezelés alkalmazásával szüntethető. Hatásukat az aktivált T-sejtek által mediált citokintranszkripció blokkolásával fejtik ki. Az alkalmazás során nem alakul ki bőratrofia, mert az epidermális

sejtek száma nem csökken, a Langerhans-sejtek érése nem változik és nem alakul ki a Langerhans-sejtek apoptózisa. Az említett készítmények a fenntartó kezelés fontos alappilléreivé váltak.<sup>8,9</sup>

- **Antihisztaminok:** a bőrgyulladás és a viszkető érzés miatti vakarás rontja a folyamatot, ekkor szerepet kapnak az antihisztamin szerek, melyek hatásukat az erek és simaizmok receptorain a hisztaminhatás gátlásával váltják ki. A terápiát annak megfelelően kell beállítani, hogy a szedatív hatás, az éjszakai nyugalom elérése vagy éppen az iskolai teljesítmény miatt nem szedáló készítményre van-e szükség. A klinikai evidencia az alkalmazással kapcsolatban vita tárgya, azonban mára a napi kezelés részévé vált.

- Az atópiás dermatitis kezelése során megfigyelték az asthma kezelésére alkalmazott egyes szerek (pl. leukotriénreceptor-antagonisták) pozitív hatását a tünetek fellángolásának csökkentésére. A témával kapcsolatban egyelőre ellentmondó adatok találhatók a szakirodalomban.

- **Balneo-fototerápia:** a fototerápiás lehetőségek az elmúlt években jelentősen kiszélesedtek. Az atópiás dermatitis kezelésében eredményesen alkalmazhatók a kombinált UVA és UVB, valamint narrow-band UVB kezelések, illetve az UVA1 lámpák. Orális PUVA terápiát (szisztémás fotokemoterápiát) a gyermekkori atópia kezelésében szinte sohasem alkalmazunk, lokális fotokemoterápiát is csak kivételes alkalommal, kórházi körülmények között. Az UVB kezelések közül az atópiás dermatitis terápiájában a szelektív UVB fototerápia (SUP) és a narrow-band (keskeny hullámhossz) UVB fototerápia bizonyult leghatékonyabbnak.

A balneo-fototerápia esetén a beteg fürdőkezelést kap fürdőszerrel, fürdőolajjal 20 percig, melyet fényexpozíció követ szoros orvosi kontroll mellett. Az egyéb fényterápiás próbálkozások nélkülülzik a klinikai evidenciákat, az átmeneti hatékonyság háttérben a pszichés faktorok játszanak szerepet.

Atópiás dermatitis esetén nagy hangsúlyt kell fektetni a prevencióra. Ennek fontos eszköze az allergének kerülése, mivel a házipor, illetve egyes háziál-

latok tartása (macska) nagyobb kockázatot jelent a betegség kialakulása szempontjából. Az anyatej fogyasztása minden esetben javasolt a tejfehérjékkel szemben. A probiotikumok alkalmazása, az úgynevezett „higiénia hipotézis”-en alapul. Az ekcémás betegek Bifidobacterium-kolonizációja eltolódik a Staphylococcus-kolonizáció javára a székletben. A cereáliák, zöldségek és más élelmiszerek (szója, csokoládé, hal stb.) tekintetében az általánosan elfogadott elv szerint 6 hónapos korig az anyatejtáplálás ajánlott, az erős allergéneket (tojás, mogyoró stb.) csak 2-3 éves kor körül vezessük be az étrendbe.

- **Gondozás:** az orvos-gyermek-szülő jó együttműködése elengedhetetlen az eredményes kezeléshez. Különböző betegkutató programok állnak rendelkezésre (pl. atópia-iskola, ekcémás betegek klubja, előadások, vitafórumok, relaxációs technikák, demonstrációk, filmek, kiadványok), melyek célja új ismeretek megszerzése, a kezeléssel kapcsolatos készségek elsajátítása.

Ekcéma esetén jelentős pszichés és traumás hatással is számolnunk kell a serdülőkorúak többségénél. A pubertáskor amúgy is a legsérülékenyebb időszakot jelenti, a betegség károsan hat az önbizalom és a hangulati élet alakulására, az iskolai és társadalmi életre, a társas kapcsolatok kialakítására. A tünetek gyakori fellángolása miatt a beteg visszahúzódóvá válik, ruhával takarva próbálja tüneteit elfedni. Egy 125 serdülőkorú beteg bevonásával végzett nemzetközi felmérés eredményei szerint 36%-uk állítja, hogy a betegség hatással van az önbizalmukra, 39%-ukat csúfolták ekcémájuk miatt, 52%-uk általában lehangoltnak érzi magát, 76%-uk alvászatvarban szenved. E hatások ellenére a fiatalok 66%-a nem osztotta meg érzéseit orvosával. Az ekcéma jelentős hatással van a kapcsolatteremtő képességre; a betegek 26%-át befolyásolja a közösségi életben, 23%-uk aggódik amiatt, hogy a betegség megnehezíti egy párkapcsolat kialakítását. Az atópia az iskolai teljesítményre is negatív hatással van, a gyermekek 37%-a az összpontosítási képesség nehézségéről számol be.<sup>3</sup>

Hazai viszonylatban a Heim Pál Gyermekórházban évtizedes hagyománya van a betegoktatásnak, 2000-től úgynevezett „atópia-iskola” indult, rendszeres oktatóprogramokkal, melyek keretében lehetőség van az orvos-beteg találkozáson túl a betegek egymás közötti tapasztalatcseréjére is. Gyermek számára is szerveződnek gyakorlati foglalkozások, melynek célja, hogy a gyermek is ismerje meg saját betegségét, képes legyen saját maga a kezelése kivitelezésére, és értse, mi történik vele.<sup>10</sup>

Az utóbbi években országos hálózat alakult, a betegoktató programok ország-szerte elérhetőek. Fontos volna e megelőző tevékenységek finanszírozási hátterének megteremtése, amelyre számos országban már jó példát találhatunk (pl. Németország, Dánia). A megelőző tevékenységnek a ma oly sokszor előtérbe kerülő költséghatékonyaság miatt is fontos szerepe van.

#### HIVATKOZÁSOK

1. Szalai Zs, Szamosújvári J. Újdonságok az atopiás dermatitis kapcsán. *Gyermekorvos Továbbképzés*. 2012;11:52–55.
2. Molnár K, Szalai Zs. Mindennapi problémánk a száraz bőr és annak ápolása. *Gyermekorvos Továbbképzés*. 2003;2:187–190.
3. Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, Gieler U, Lipozencic J, Luger T, Oranje AP, Schäfer T, Schwennesen T, Seidenari S, Simon D, Ständer S, Stingl G, Szalai S, Szepletowski JC, Taieb A, Werfel T, Wollenberg A, Darsow U, For the European Dermatology Forum EDF and the European Academy of Dermatology and Venereology EADV the European Task Force on Atopic Dermatitis ETFAD European Federation of Allergy EFA the European Society of Pediatric Dermatology ESPD and the Global All Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26:1176–1193.
4. Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, Gieler U, Lipozencic J, Luger T, Oranje AP, Schäfer T, Schwennesen T, Seidenari S, Simon D, Ständer S, Stingl G, Szalai S, Szepletowski JC, Taieb A, Werfel T, Wollenberg A, Darsow U.

- Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26:1045–1060.
5. Szalai Zs. A táplálékallergia bőrtünetei. In: Barna M (szerk.). *Magyar Táplálékallergia és Táplálékintolerancia Adatbank: A táplálékallergiáról mindenkinek*. Tempus-Phare ZOO-VITA Kft., Budapest, 2000:122–126.
  6. Kassay E, Szalai Zs. Lokális kortikoszteroid-terápia a családorvosi gyakorlatban. *Magyar Családorvosok Lapja*. 2010;6:25–33.
  7. Soós Gy, Baló-Banga JM, Bata Zs, Husz S, Károlyi Zs és mtsai. Corticosteroid kontakt szenzibilizáció magyarországi multicentrikus vizsgálata. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*. 2004;4:203–208.
  8. Kósa J, Hunyadi J, Szalai Zs, Körmendy M, Kaló Z. Az atopiás dermatitis új terápiás lehetősége: a pimecrolimus kezelés hazai költséghatékonyasági elemzése. *Lege Artis Medicinæ*. 2004;14:683–689.
  9. Hofman T, Cranswick N, Kuna P, Boznanski A, Latos T, Gold M, Murrell D F, Gebauer K, Behre U, Machura E, Ólafsson J, Szalai Z. Tacrolimus ointment does not affect the immediate response to vaccination, the generation of immune memory, or humoral and cell-mediated immunity in children. *Arch Dis Child*. 2006;91:905–910.
  10. Szalai Zs. Az atopiás dermatitis napjainkban. *Lege Artis Medicinæ*. 2005;15:218–219.