

Allergiás bőrbetegségek

Dr. Soós Gyöngyvér és Kovács Ida Juszti

Valamivel több, mint 100 évvel ezelőtt, 1901-ben használta Pirquet először az *allergia* kifejezést a szervezetet érő külső kémiai „ingerekre” (antigén = allergén) adott „túlzott” immunológiai válaszreakcióra. Ez a túlérzékenység szöveti gyulladásban és funkciózavarban nyilvánul meg. A kialakuló betegség tünetei lehetnek lokalizáltak (egy-egy szervet érintők) vagy szisztémásak, több szervet párhuzamosan befolyásolók.

A betegségeket osztályozzák az immunológiai reakció mechanizmusa, továbbá az allergének jellege [inhalatív, szájon át vagy parenterálisan bejutott (bevitt), bőrrel érintkező (kontakt)] és ennek függvényében az elsődlegesen érintett szerv-szervrendszer szerint (légúti, bőr, gastrointestinalis).

Az immunológiai reakciók a lymphocyák közvetítésével alakulnak ki, az antigéneknek/allergéneknek részben T-sejtekkel, részben a B-sejtek produktumaival, az ellenanyagokkal (antitest: IgM, IgG, IgE) való kapcsolódását követően.

Az immunológiai reakció és a jellemző klinikai tünetek párhuzamba állítása Coombs és Gell munkásságának köszönhető. Rendszerük a Coombs-Gell séma alapvetően ma is érvényes és kiváló támpont, gondolkodási rendszer a klinikusok számára:

- I. típus: IgE-közvetített (reagin) reakciók (pl. atopiás betegségek, anaphylaxia),
- II. típus: antigén-antitest (IgM, IgG) közvetített reakciók (pl. haemolyticus anaemia),
- III. típus: immunkomplex reakciók (pl. szérumbetegség),
- IV. típus: T lymphocyták által közvetített reakciók (pl. kontakt dermatitis, tuberculin reakció).

Az ember és környezete közötti megváltozott kölcsönhatás következtében az immunológiai, allergiás betegségek/betegek száma folyamatosan nő és ezzel párhuzamosan nőnek a betegségekkel együtt járó egyéni és társadalmi terhek is.

Atopiás dermatitis – csecsemő/tej ekzema, hajlati ekzema

Az „atopia” veleszületett allergiás túlérzékenységi hajlamot jelent, amely környezeti hatásokra aktiválódik. Ismétlődő allergén expozíció, az allergénnel való sorozatos érintkezés hatására I. típusú azonnali immunválaszban, illetőleg atopiás betegségekben (allergiás rhinitis, rhino-conjunctivitis, asthma, atopiás dermatitis/ekzema) nyilvánul meg.

Az atopiás bőrgyulladás (dermatitis) csecsemő- vagy kisgyermekkorban kezdődik, gyakran társul más

atopiás tünetekkel; asztmával, gastrointestinalis túlérzékenységgel, rhinitissel. Jellemző a tünetek családi halmozódása. A bőrtünetek a különböző életkorokban eltérő jelleggel, különböző lokalizációban jelentkeznek, de erős, kínzó viszketés mindig jelen van. Csecsemőkön általában vérbő, nedvező, viszkető, 1-5 cm átmérőjű, szabálytalan jelenségek, amelyek összefolyhatnak. Nemritkán az arcon, hajas fejbőrön jelentkeznek, ezt a típust hívták főleg tejekzemának. Jellemző még ebben a korcsoportban a kéz érintettsége is.

Kisgyermek- és gyermekkorban a tünetek időltté válnak, a bőr száraz, korpázva hámló, körülírt beszűrődésekkel, melyek főleg a térd- és könyökhajlatban, de az arcon is, jellemzően a szemek körül láthatók. Akut gyulladásos fellángolások, következményes pigmentáció, időszakos javulás/romlás jellemzi a betegséget.

A bőr természetes védekezőképességének csökkenése, valamint az alkalmazott kezelések egyaránt hozzájárulnak ahhoz, hogy mikrobás (baktérium, vírus, sarjadzó gomba) felülfertőződés nemritkán fordul elő.

A bőrtünetek az érintettek felénél iskoláskorig, további 30-40%-ánál pubertásig elmúlnak. A betegek 10%-ánál azonban felnőttkorban is megmaradnak a jellemző krónikus, időről-időre fellángoló gyulladt bőrelváltozások.

Kezelés

A kezelés a tünetek jellegének megfelelően változik, de az atopiás bőr alapvetően folyamatos speciális bőrápolást igényel.

Ezeknek a betegeknek a mindennapi ellátásában fontos kérdés a tisztálkodás: az atopiás bőr alapvető jellegzetessége a rendkívüli szárazság és ebből adódó fokozott irritabilitás. Ezért a tisztálkodási mód megválasztásánál ezekre figyelemmel kell lenni. Nem ajánlható a mindennapi melegvizes kádfürdő, még ha speciális „visszazsírozó” adalékkal egészül is ki. A melegvizes fürdő a folyamat romlásához, illetve fellángolásához vezethet. Előnyösebb a testhőmérsékletű vízzel történő zuhanyozás és a testhajlatok mosása hypoallergen, savanyú pH-jú szappannal. Az Unguentum emulsificans és hydophilicum a hazai gyakorlatban a legtöbbet használt mosakodó szer.

Ugyancsak a mindennapi, folyamatos bázisterápiához sorolandók az emollientek, a hidratáló készítmények, amelyeknek nagy szerepe van a bőr természetes nedvesítőfaktor-hiányának pótlásában, valamint lipidkomponenseik révén a bőr gát-funkciójának (barrier) javításával mérséklék az epidermális vízvesztést

(TransEpidermal Water Loss). Ezáltal ugyancsak javul a hidratáltság.

Ezekon kívül, nem ritkán válik szükségessé a helyi gyulladáscsökkentés, amely ezeken a betegeken egyértelműen lokális kortikoszteroid alkalmazást jelent. Csakis az enyhe és mérsékelt erős készítmények jöhetnek számításba, mivel a krónikus alkalmazás miatt a helyi mellékhatások kialakulására számítani lehet. A kortikoszteroidot a ténylegesen tünetes bőrterületen kell csak használni, kerülendő a hidratálók komponenseként való mindennapi, „preventív” alkalmazása.

A kortikoszteroidok mellett az utóbbi években bevezetett lokális immunmodulánsok, calcineurin antagonisták (tacrolimus, pimecrolimus) igen hatékony terápiás eszközök, de áruk erősen korlátozza széles körű elterjedésüket.

A viszketés – mint jellemző, aktivitást jelző klinikai tünet – mérséklése igen gyakran szükséges. A szedatív hatású, első generációs antihisztaminok (prometazin, dimetinden, klórpíramin, hidroxizin) az éjszakai nyugalom biztosítása szempontjából előnyösek. A napi aktív életvitelt kevésbé akadályozzák, ugyanakkor viszketést csillapító hatásuk megfelelő a második generációs, nem szedatív készítményeknek is (cetirizin, loratadin, fexofenadin, levocetirizin).

A felülfertőzésre való fokozott hajlam miatt gyakran válik szükségessé Gram pozitív, gennykeltő cocci-elleni antibiotikum, ill. candidaellenes antimikotikum helyileg, súlyosabb esetben szisztémás antibiotikum alkalmazására is sor kerülhet. Ebben a tekintetben az alacsony szenzibilizációs tulajdonságú, többnyire jól tolerálható makrolid származékok (roxitromicin, klaritromicin, azitromicin) jöhetnek számításba.

Az adekvát fenntartó és epizódkezelés ellenére a betegség súlyos, külső (és belső viszketéscsillapító) kezeléssel nem tünetmentesíthető állapotokat is előidézhet. Ilyenkor átmeneti szisztémás kortikoszteroid vagy immunszuppresszív terápia (cyclosporin A) válhat elkerülhetetlenné, kiegészítve a megfelelő szupportív szerekekkel.

Kontakt ekzema

A kontakt ekzema napjainkban a leggyakoribb bőrbetegség. *Jadassohn* elsőként 1895-ben bizonyította, hogy a bőrre önmagában ártalmatlan kémiai anyagok ekzemás bőrgyulladást válthatnak ki. Az allergiás kontakt ekzema pathomechanizmusáról ma már tudjuk, hogy IV. típusú allergiás reakció és a sejt-közvetített immunválaszon alapul. Kiváltásában a bőrrel ismételt érintkezésbe kerülő anyagok, allergének szerepelnek.

Az ekzema az allergénnel való érintkezés helyén kialakuló, nem éles szélű, szóródásra is hajlamos nedvező (akut), vagy száraz hámló (krónikus) bőrgyulladás. Gyakran jár viszketéssel.

Az allergiás kontakt ekzema klinikai képét a kontakt allergén szenzibilizáló potenciálja, a szervezet túlérzékenysége foka és a bőr helyi anatómiai, funkcionális adottságaiból származó tényezők határozzák meg. Potens allergénnel történő egyszeri kontaktus erős túlérzékenységi állapot mellett heveny bőrgyulladást, akut allergiás kontakt ekzemat okoz. Enyhébben szenzibilizáló anyagok ismételt és tartós kontaktusa kis fokban szenzibilizált betegeken elhúzódó gyulladásos reakció – krónikus allergiás kontakt ekzema – kifejlődéséhez vezet.

Akut allergiás kontakt ekzema

Nagy potenciálú allergénnel való érintkezést követően, allergiára hajlamos személyeknél 24-48 órás reakcióidő után kifejlődő heveny klinikai tünetek: erős bőrgyulladás apró vizes bennékű hólyagcsákkal (seropapula). Fontos megemlíteni az akut allergiás kontakt ekzema kifejezett szóródásra való hajlamát. Ha az antigént sikerül megtalálni és eliminálni, recidíva nélküli gyógyulás várható.

Krónikus allergiás kontakt ekzema

Kialakulhat primeren vagy az akut formából az ismétlődő antigén kontaktus hatására. Ismétlődő, fel nem ismert kontakt allergének tartják fenn, ezért kisfokú a spontán gyógyulási hajlama, különösen ha a beteg individuális vagy familiáris allergiás hajlammal rendelkezik. Gyulladt, infiltrált (mély gyulladás), hámló, sokszor berepedő, tartósan fennálló bőrelváltozás. Időnként akut, nedvező fellángolások előfordulnak.

Kezelés

Alapvetően fontos a kiváltó ágens, az allergén megtalálása. Erre szolgál az epicutan teszt (I. lejjebb) és az allergénnel való érintkezés elkerülése. A bőrgyulladás csillapításában a hagyományos gyulladáscsökkentők – Burow és tannin oldat –, bevezető, hűsítő borogatásként használhatók, amelyet a közepes és erős potenciálú lokális kortikoszteroid kezelés követ. Akut esetekben vízzel lemosható krém formában, krónikus folyamatoknál zsíros, okkluzív tulajdonságú kenőcsben ajánlott az alkalmazás. Felülfertőződés gyanújánál az antiszeptikus kombinációs készítmények javasolhatók.

Nagy kiterjedésű, akut esetben rövid ideig tartó belső szteroid kezelés is indokolt lehet, főleg kórházi körülmények között.

Mint említettük, viszketés kísérheti a bőrtüneteket, ezért a viszketéscsillapító szisztémás antihisztamin gyakori kiegészítője a gyulladáscsökkentő helyi terápiának.

Tünetmentesítés, gyógyulás után rendkívül fontos a másodlagos prevenció, a recidívák elkerülése. Ebben alapvetően fontos a megismert allergén elkerülése és a bőr fiziológiás állapotának fenntartása, a helyes bőrápolás.

Epicutan bőrpróba

Az epicutan bőrpróba az allergiás reakció kimutatását célzó, a kontakt allergén megtalálását, bizonyítását szolgáló, rendszeresen végzett klinikai vizsgálati eljárás. A módszer elve, hogy a gyanúsított ágenssel (allergénnel) a beteg tünetmentes bőrén – rendszerint a háton – miniatűr ekzemat provokálnak. A vizsgálatot nemzetközileg standardizált módon végzik: a standardizálás a vizsgált allergénfajtákra, azok koncentrációjára, a vivőanyagra, a felvitel és értékelés módjára egyaránt kiterjed. A standard sorozatban 30-féle részben környezeti, részben terápiás allergén szerepel. A beteg anamnézise alapján speciális kiegészítő teszteleket is végeznek.

Környezeti allergének közül ma a leggyakoribb a nikkkel és az illatkeverék, a terápiás anyagok közül pedig a konzervánsként alkalmazott benzooesav észterek szerepelnek.

Pelenka dermatitis (erythema gluteale infantum)

A csecsemőknél leggyakrabban előforduló irritatív ill. allergiás kontakt dermatitis. A neve onnan adódik, hogy a kiváltásában elsősorban a pelenka anyagai vagy a pelenkázott területre alkalmazott ápoló szerek szerepelnek.

A combokon, combhajlatban, a gluteuson élénk-vörös vérbőség, nedvezés, hámlás jellemzi. Oka az állandó nedvesség maceráló és a jelenlévő anyagok irritáló hatása. Legtöbbször felülfertőződik a székletből származó *Candida albicans*-sal, amint erre korábbi közleményünkben már utaltunk. Kezelése megegyezik a felnőttkori allergiás kontakt ekzémával, de a felülfertőződés állandó veszélye miatt a gyulladás-csökkentőt mindig antiszeptikummal kombinálva kell alkalmazni.

Urticaria – csalánkiütés

A bőrön rohamszerűen jelentkező, különböző nagyságú, heves viszketést okozó rózsaszínű vagy fehér csalánfoltok. Nagyon gyakori. Fennállási ideje néhány óra, azután spontán eltűnik. Súlyos formája az angioneuroticus (Quincke) oedema, amelyet nagyobb kiterjedésű, erős duzzadással járó tünetek jellemeznek.

Mechanizmusát tekintve I. típusú allergiás reakció; az immunológiai reakció következtében a hízósejtekből hisztamin, esetleg más mediátorok szabadulnak fel, amelyek vascularis permeabilitást fokozó, illetőleg egyéb hatásaik révén kiváltják a klinikai tüneteket.

Megjegyzendő, hogy a hisztamin nem kizárólag immunmechanizmus révén szabadulhat fel a szerve-

zetben, hanem vannak ún. direkt urticariogen anyagok (pl. morfin, tiramin, kinin, bizonyos toxinok), amelyek ugyancsak csalánkiütést provokálnak (pseudoallergia). A tünetek általában viszonylag gyorsan elmúlnak, ismételt expozícióra azonban újra megjelennek. Amennyiben három hónapnál hosszabb időn keresztül a tünetek napi rendszerességgel jelentkeznek, krónikus urticariáról beszélünk. Leggyakoribb okok: élelmiszerek/élelmiszeradalékok, gyógyszerek, kozmetikumok. Emésztési panaszok hajlamosítanak urticaria kialakulására.

Kezelésében legfontosabb lépés a kiváltó ok megtalálása lenne, azonban ez maximum az esetek felénél sikerül. Rendkívül fontos a betegek önmegfigyelése, pontos naplővezetés. A megoldás tehát túlnyomóan tüneti, azaz második generációs antihisztamin készítmények orvosi előírás szerinti alkalmazása.

Angioneuroticus oedema – ritkán örökletes formája is előfordul – esetén átmeneti szisztémás kortikoszteroid kezelés is szükségessé válhat.

Összegzés

A fentiekben leírt betegségek kórismézése alapvetően szakorvosi feladat, a diagnózis ismeretében azonban a gyógyszerész sokat segíthet az optimális terápia megtalálásában, kivitelezésében és a betegek együttműködő készségének javításában. Tünetmentes állapotban kulcsfontosságú a bőr barrier funkciójának fenntartása, javítása, amelyhez helyes bőrápolási és életvezetési tanácsokkal lehet segítséget nyújtani.

Rendkívül lényeges az allergiás betegségek kezelése során a helyes kortikoszteroid alkalmazás. E rendkívül értékes gyógyszercsoportot illetően abúzus és fóbia egyaránt jelen van a betegek között és mindkettő nem kívánatos következményekhez vezet. A helyes gyógyszerészeti tanács segíthet e probléma megoldásában, legyőzésében.

IRODALOM

1. Gell P.G.H., Coombs R.R.A.: Clinical aspects of immunology. Blackwell, London, 1963. – 2. Király, Rác, Török: Bőr- és nemibetegségek. Medicina, Budapest 1979. – 3. Hunyadi J.: Urticaria. in Petrányi: Klinikai Immunológia. Medicina, Budapest 2000. – 4. Tierney L.M., McPhee S.J., Papadakis M.A.: Korszerű orvosi diagnosztika és terápia 2000. Melania, Budapest 2000. – 5. Török L.: Ekzémás betegségek. Medicina, Budapest 1989.

G y. S o ó s a n d I. J. K o v á c s: *Allergic skin diseases.*