

PRACA POGLĄDOWA

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY U NIEMOWLĄT

ATOPIC DERMATITIS IN INFANTS

✉ LIDIA RUSZKOWSKA

Oddział Dermatologii Dziecięcej Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie



Lidia Ruszkowska
Oddział Dermatologii Dziecięcej
Międzyleski Szpital Specjalistyczny
ul. Bursztynowa 2, 04-749 Warszawa
Tel.: 22 473 52 11
lidia.ruszkowska@wp.pl

Wpłynęło: 04.06.2018
Zaakceptowano: 03.07.2018
Opublikowano on-line: 28.08.2018

Cytowanie: Ruszkowska L. Atopowe zapalenie skóry u niemowląt. *Postępy Neonatologii* 2018;24(1):65–68.
doi: 10.31350/postepyneonatologii/2018/1/PN2018004

Copyright by MAVIPURO Polska Sp. z o.o., Warszawa, 2018.
Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej publikacji nie może być powielana i rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób bez zgody wydawcy.

STRESZCZENIE:

Atopowe zapalenie skóry jest zapalną chorobą skóry na podłożu atopii. Częściej występuje u małych dzieci. Podstawowym leczeniem AZS jest leczenie miejscowe. W leczeniu zaostrzenia objawów stosuje się miejscowe GKS. W okresach remisji stosuje się emolienty i odpowiednią pielęgnację skóry.

SŁOWA KLUCZOWE: atopowe zapalenie skóry, atopia, miejscowe GKS, emolienty

ABSTRACT:

Atopic dermatitis is an inflammatory skin disease atopy. It is more common in young children. The main treatment for AD is local treatment. In the treatment of exacerbation of symptoms, local GKS are used. In periods of remission, emollients and proper skin care are introduced.

KEY WORDS: atopic dermatitis, atopy, topical GKS, emollients

AZS jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry, rozwijającą się na podłożu atopii. Przebiega z okresami zaostrzeń i remisji, a towarzyszy jej uciążliwy świąd. Pierwsze objawy AZS mogą wystąpić w każdym wieku, lecz w większości przypadków choroba ma początek we wczesnym dzieciństwie (od 3 m.ż.), ponadto częściej występuje w rodzinach obciążonych atopią. Mogą jej towarzyszyć choroby alergiczne innych narządów (ANN, astma alergiczna, pokrzywka) [1, 2].

Obraz zmian skórnych AZS jest bardzo charakterystyczny i nie powinien sprawiać trudności w jej rozpoznaniu, mimo to często inne choroby skóry, takie jak: dziecięce łojotokowe zapalenie skóry, nadmierne rogowacenie przymieszkowe, świerz, wyprysk u podrażnienia, infekcje wirusowe

skóry czy kontaktowe zapalenie skóry, są błędnie rozpoznawane jako AZS. Skutkuje to zastosowaniem niewłaściwego leczenia zarówno miejscowego, jak i ogólnego [1, 2].

W przebiegu AZS wyróżnia się trzy okresy choroby:

1. niemowlęcy i wczesnodziecięcy (3 m.ż. do 4 r.ż.);
2. dziecięcy (4–12 lat);
3. w wieku dojrzewania i u dorosłych (powyżej 12 lat) [1].

U niemowląt i małych dzieci choroba występuje częściej niż w innych grupach wiekowych. Według literatury medycznej u 4,7–9,2% małych dzieci pojawiają się objawy AZS. Dotyczy to zwłaszcza dzieci z krajów wysoko uprzemysłowionych. Również w tej grupie wiekowej przebieg AZS jest cięższy niż w późniejszym wieku [3].

Etiopatogeneza AZS jest złożona i niecałkowicie wyjaśniona. Istotną rolę w rozwoju objawów chorobowych odgrywa defekt bariery naskórkowej. Badania przeprowadzone w ostatnich latach udowodniły zaburzenia produkcji filagryny oraz niedobór wewnątrzkomórkowych lipidów naskórkowych, głównie cholesterolu, kwasów tłuszczowych i ceramidów. Nieprawidłowości te są przyczyną wzrostu przepuszczalności naskórka dla alergenów oraz zwiększenia się przeznaskórkowej utraty wody. Niedobór filagryny jest odpowiedzialny za podwyższenie pH naskórka, czego następstwem jest nadmierna kolonizacja skóry przez *Staphylococcus aureus* i zapoczątkowanie reakcji zapalnej Th2 zależnej [1]. Jest to szczególnie istotne w wypadku niemowląt i małych dzieci. Skóra w tym okresie fizjologicznie jest bardziej przepuszczalna (luźny układ komórek warstwy rogowej), a wymienione anomalie jeszcze nasilają ten proces.

OBRAZ ZMIAN SKÓRNYCH

Pierwotnym objawem choroby jest rumień, któremu towarzyszy świąd. W ciągu kilku godzin w obrębie rumienia pojawia się obrzęk skóry, a na jego powierzchni pojawiają się grudki i pęcherzyki. Pękające pęcherzyki obnażają powierzchowne warstwy naskórka, czego objawem są nadżerki – taki obraz nazywamy wypryskiem. Pojawiający się równoległe z rumieniem świąd zmusza dzieci do drapania. Nawet 4-miesięczne dzieci potrafią się drapać: pocierają nogą o nogę lub kręcąc się, trą skórą o podłoże. Objawem świądu jest również niepokój dziecka, płacz i zaburzenia snu [1, 2].

U niemowląt zmiany skórne mogą występować na całej skórze i w tym wieku nie można mówić o charakterystycznej lokalizacji zmian skórnych, najczęściej jest zajęta duża powierzchnia skóry z wyjątkiem okolicy podpieluszkowej.

Do szóstego m.ż. bardzo trudno jest rozpoznać AZS na podstawie wyglądu zmian skórnych, ponieważ w tym okresie występują również objawy znacznie częstszego dziecięcego łojotokowego zapalenia skóry. Charakter zmian skórnych łojotokowego zapalenia skóry bardzo przypomina AZS. Ważną cechą różnicującą oba schorzenia jest niewystępowanie świądu w początkowym okresie rozwoju łojotokowego zapalenia skóry [4, 5, 6].

Leczenie AZS jest trudnym procesem, zależnym od takich czynników, jak:

- wiek dziecka;
- stopień nasilenia się zmian skórnych;
- lokalizacja zmian skórnych;
- status ekonomiczny pacjenta.

Najbardziej istotne w planowaniu terapii jest indywidualne podejście do każdego pacjenta. Uzyskanie od rodziców/opiekunów dokładnych informacji co do przebiegu choroby i reakcji na dotychczasowe leczenie umożliwia ustalenie strategii terapeutycznej. Podczas pierwszej wizyty zaleca się

rodzicom/opiekunom prowadzenie dzienniczka przebiegu choroby i reakcji skóry na czynniki, które według rodziców/opiekunów powodują zaostrzenie się zmian skórnych [6].

Niemal wszyscy pacjenci z objawami AZS w wieku niemowlęcym wymagają jedynie leczenia miejscowego. Celem tego leczenia jest opanowanie stanu zapalnego skóry, redukcja świądu, zapobieganie nadkażeniom bakteryjnym i wirusowym oraz poprawienie kondycji bariery naskórkowej.

Miejscowymi lekami z wyboru są glikokortykosteroidy (mGKS), które zmniejszają stan zapalny skóry. Wykorzystuje się ich działanie przeciwzapalne, antyproliferacyjne i immunosupresyjne. Redukcja stanu zapalnego skóry powoduje zmniejszenie świądu. Preparaty te określa się jako leki ratunkowe. Zaleca się stosowanie mGKS przez kilka dni, następnie należy zastosować miejscowe preparaty przeciwzapalne, najczęściej na bazie cynku. Niestety, możliwości leczenia za pomocą mGKS są ograniczone ze względu na występowanie miejscowych objawów ubocznych oraz objawów ogólnych. Objawy uboczne częściej pojawiają się w miejscach, gdzie naskórek jest najcieńszy, takich jak: twarz, szyja, zgięcia łokciowe i kolanowe, pachy oraz okolica krocza. U niemowląt najczęstszym objawem niepożądanym jest odbarwienie skóry, a w następnej kolejności rumień, teleangiektazje, ścięczenie naskórka i zaniki skórne. W przypadkach leczenia za pomocą mGKS dużych powierzchni skóry i/lub stosowania u niemowląt i małych dzieci silnych mGKS dochodzi do przenikania leku do krwiobiegu oraz wystąpienia objawów ogólnych: zahamowania osi przysadkowo-nadnerczowej i supresji kory nadnerczy. Według doniesień naukowych u dzieci bezpieczny okres stosowania GKS to cztery tygodnie. Z moich obserwacji wynika, że zmiany posterydowe mogą wystąpić już po 14 dniach leczenia, zwłaszcza u dzieci z cienką, jasną skórą. Długotrwałe stosowanie preparatów sterydowych sprzyja wtórnym zakażeniom, głównie bakteryjnym. U niemowląt są zalecane mGKS zgodnie z rekomendacjami wiekowymi, czyli z I grupy Europejskiej Klasyfikacji mGKS (grupa hydrokortizonu). U pacjentów, u których zaostrzenia są częste, można zastosować terapię podtrzymującą. Polega ona na smarowaniu dwa razy w tygodniu lub w leczeniu weekendowym tych miejsc, w których najczęściej pojawiają się zaostrzenia. Racjonalne i zgodne z zasadami stosowanie mGKS jest skuteczne i nieobciążone występowaniem objawów ubocznych [4, 5].

GKS stosowane miejscowo mogą powodować alergię kontaktową. Objawia się ona pogorszeniem się stanu skóry i zwiększeniem świądu w trakcie takiej terapii. Potwierdzeniem będzie wynik testów (patch test) z określonym lekiem [7].

W przebiegu leczenia może się ujawnić zjawisko tachyfilaksji. Preparat do tej pory stosowany przestaje wykazywać działanie terapeutyczne [7]. Następną niepożądaną reakcją jest pogorszenie się zmian skórnych po gwałtownym odstawieniu GKS (efekt z odstawienia). Dlatego jest wskazane

powolne zmniejszanie częstości stosowania preparatu (raz dziennie, potem co 2–3 dni).

Porównywalną z mGKS skuteczność w zmniejszaniu stanu zapalnego skóry mają miejscowe inhibitory kalcyneuryny. Niestety, są dopuszczone do leczenia zmian skórnych w przebiegu AZS u dzieci w wieku powyżej 2 lat.

Jeżeli dojdzie do nadkażenia skóry, czyli pojawienia się zmian sączących, nadżerek czy strupów (lichenifikacja), zaleca się stosowanie miejscowych preparatów łączonych: GKS/antybiotyk. Leki te mają dwojake działanie: GKS ogranicza stan zapalny, natomiast antybiotyk zmniejsza populację bakterii. W AZS głównym patogenem wywołującym nadkażenie zmian skórnych jest gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*). Również w obrębie pozornie zdrowej skóry liczba kolonii gronkowca złocistego jest większa niż na skórze zdrowej populacji [8]. Dla niemowląt do roku życia jest zalecany tylko jeden preparat złożony: hydrocortison/neomycyna/natamycyna. Jeśli leczenie nie jest skuteczne, można zastosować mGKS raz dziennie, a kwas fusydynowy lub mupirocynę raz dziennie. Pozostałe łączone preparaty są zalecane dla dzieci od pierwszego roku życia i starszych.

Miejscowe antybiotyki są wskazane w leczeniu nadkażeń bakteryjnych przebiegających z niewielkim stanem zapalnym skóry. Nie należy jednak nadużywać antybiotyków miejscowych, ponieważ ich częste stosowanie prowadzi do powstania lekooporności bakterii.

U pacjentów, u których opisane leczenie nie jest skuteczne, zaleca się wykonanie posiewu bakteriologicznego ze zmian skórnych i skorygowanie terapii stosownie do wyniku badania [6].

Miejscowe leki przeciwwirusowe i przeciwgrzybicze są rekomendowane tylko do leczenia objawów zakażenia wirusowego (np. wyprysku opryszczkopodobnego Kaposiego) lub zakażenia dermatofitami, stwierdzonego na podstawie badania mikologicznego. Nie wykazano ich działania profilaktycznego.

Znaczącą rolę w leczeniu AZS odgrywają emolienty. A właściwie są one podstawą terapii zmian alergicznych zarówno jako preparaty wspomagające leczenie zaostrzeń, jak i stosowane w okresach remisji. Jednak nieprawidłowe stosowanie emolientów może być również przyczyną zaostrzeń. Bardzo często rodzicom/opiekunom zaleca się stosowanie emolientów bez wyjaśnienia, jakie, jak często i na jakie zmiany skórne. Znajomość rynku emolientowego jest warunkiem dobrego i skutecznego leczenia. Rolą emolientów jest uzupełnienie lipidów naskórkowych, poprawa nawilżenia skóry, zmniejszenie stanu zapalnego i ograniczenie świądu.

W okresie zaostrzenia objawów emolienty można aplikować 15–30 minut przed nałożeniem mGKS. Uważa się, że takie postępowanie tworzy w naskórku rezerwuariaterydu, więc można go stosować raz dziennie zamiast dwa razy.

Kontrowersję wywołuje częstość stosowania emolientu. Spotykam się z zaleceniami, aby nakładać go na skórę „w razie potrzeby” lub wręcz kilka razy dziennie. U niemowląt takie postępowanie skutkuje podrażnieniem i przetłuszczeniem skóry, co nasila rumień i świąd. Ponadto zbyt intensywna aplikacja prowokuje objawy dziecięcego zapalenia skóry.

W naszym ośrodku zalecamy stosowanie lekkich (nawilżających) emolientów maksymalnie dwa razy na dobę. Zalecamy również, aby nie smarować zdrowej skóry. Badania nad AZS nie udowodniły, że profilaktyczne stosowanie emolientów na zdrową skórę zapobiega występowaniu objawów AZS u dzieci z obciążonym wywiadem.

Następną metodą leczenia zaostrzeń AZS jest metoda mokrych opatrunków (wet wrapping dressings). Polega ona na nakładaniu mokrych opatrunków na skórę posmarowaną emolientem czy mGKS. Parowanie wody uśmierza świąd [9, 10]. Moim zdaniem u niemowląt metoda mokrych opatrunków nie spełnia oczekiwań. Natomiast specjalistyczna, lecznicza odzież zdobywa coraz więcej zwolenników. Na rynku są dostępne dwa rodzaje takiej odzieży: wykonana z tkaniny z jonami srebra oraz wykonana z jedwabiu. Srebro dodane do tkanin ma działanie bakteriobójcze, a w tkaninach jedwabnych jest zastosowany związek chemiczny, który zapobiega kolonizacji bakteriami [5].

Ważnym elementem terapii jest prawidłowa higiena chorej skóry. Kąpiel dzieci ze skórą atopową powinna się odbywać w temperaturze 35–37°C i trwać maksymalnie 10 minut. Nie zaleca się kąpieli codziennych, bo woda kranowa wysusza skórę. Na około 3 minut przed końcem kąpieli do wody należy wlać natłuszczającą emulsję do kąpieli. Po kąpieli trzeba w ciągu 10 minut posmarować skórę emolientem lub lekiem. Zalecane są też kąpiele lecznicze z dodatkiem krochmalu, siemienia lnianego czy KMnO₄. Niewskazane jest używanie mydeł przeciwbakteryjnych i zasadowych. W przypadku dużego stanu zapalnego skóry zaleca się krótką kąpiel prysznicową (letnią wodą) i umycie ciała syndetem (mydło bez mydła) lub mydłem dla dzieci w postaci kostki, żelu lub płynu [7].

LECZENIE OGÓLNOsystemowe

Lekiem ogólnym pierwszego rzutu w przypadkach ciężkiego AZS u dzieci jest cyklosporyna. Nie jest rekomendowane leczenie sterydami systemowymi. W mojej praktyce nie było nigdy konieczności zastosowania leczenia systemowego u niemowląt z AZS.

Leki przeciwhistaminowe u niemowląt nie wykazują spodziewanego działania terapeutycznego. U niektórych pacjentów zaleca się stosowanie preparatów hydroksyzyny ze względu na ich działanie pogłębiające sen [3, 6].

Skóra niemowlęcia jest delikatna i łatwiej reaguje na czynniki zewnętrzne. Objawy AZS dodatkowo czynią

ją bardziej podatną na tkaniny ubraniowe, farby czy środki piorące. Zaleca się, aby ubrania były z materiałów naturalnych i w jasnych kolorach. Niewskazane są aplikacje na ubraniach. Środki piorące powinny mieć atest stwierdzający bezpieczeństwo stosowania ich u dzieci.

W artykule zostały omówione główne wytyczne dotyczące leczenia i pielęgnacji niemowląt z AZS, zgodne z najnowszymi standardami europejskimi. O tej chorobie narosło wiele mitów przekazywanych w Internecie i często lekarzowi jest trudno przekonać rodziców, że nie wszystkie wiadomości internetowe są zgodne z prawdą.

Większość zmian skórnych u niemowlęcia pierwotnie jest rozpoznawanych jako alergia, skaza białkowa czy uczulenie na mleko. Niestety, takie rozpoznanie skutkuje nie tylko natychmiastowym włączeniem diety bezmlecznej u karmiącej matki i u dziecka, ale również zaleceniem odstawienia od piersi. Według literatury medycznej tylko 5% niemowląt wykazuje objawy uczulenia na białka mleka krowiego, a tylko 20% dzieci, u których jest potwierdzone AZS, ma reakcje skórne po spożyciu białek mleka krowiego. Ponadto jest zalecane smarowanie skóry kilka razy dziennie tłustymi emolientami (maść cholesterolowa, maści na bazie lanoliny, parafiny i inn.). A ponieważ prowokują one objawy przetłuszczenia skóry (nasilenie rumienia) i pogorszenie stanu skóry, więc zaleca się eliminowanie z diety innych produktów. Powstaje błędne koło.

Leczenie niemowląt z AZS jest długotrwałym i trudnym procesem. Podstawą dobrego leczenia jest dobry kontakt rodziców/opiekunów z lekarzem dermatologiem.

KONFLIKT INTERESÓW: nie zgłoszono.

PIŚMIENNICTWO

1. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M i wsp. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I, JEADV 2018;32(5):657–682 [doi: 10.1111/jdv.14891].
2. Leung DYM, Bieber T. Atopic dermatitis. Lancet 2003;361(9352):151–160 [doi: 10.1016/S0140-6736(03)12193-9].
3. Nowicki R (red.). ABC atopowego zapalenia skóry. Termedia; Poznań 2015.
4. Trzeciak M, Nowicki R. Terapia podstawowa atopowego zapalenia skóry. Terapia 2013;21:49–52.
5. Akdis CA, Akdis M, Biber T i wsp. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults. European Academy of Allergology and Clinical Immunology/PRACTALL Consensus Report. J Allergy Clin Immunol 2006;118(1):152–69 [doi: 10.1016/j.jaci.2006.03.045].
6. Nowicki R, Trzeciak M, Wilkowska A, Sokołowska-Wojdyto M, Ługowska-Umer H i wsp. Atopowe zapalenie skóry – aktualne wytyczne terapeutyczne. Stanowisko ekspertów Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Postępy Dermatologii i Alergologii 2015;32(4):239–249 [doi: 10.5114/pdia.2015.53319].
7. Weber AS, Haidinger G. The prevalence of atopic dermatitis in children is influenced by their parents' education: results of two cross-sectional studies conducted in Upper Austria. Pediatr Allergy Immunol 2010;21(7):1028–1035 [doi: 10.1111/j.1399-3038.2010.01030.x].
8. Hanifin JM, Cooper KD, Ho VC i wsp. Guidelines of care for atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2004;50(3):391–404 [doi: 10.1016/j.jaad.2003.08.003].
9. Huang JT, Abrams M, Tlougan B, Rademaker A, Paller AS. Treatment of *Staphylococcus aureus* colonization in atopic dermatitis decreases disease severity. Pediatrics 2009;123(5):e808–e814 [doi: 10.1542/peds.2008-2217].
10. Devillers AC, Oranje AP. Wet-wrap treatment in children with atopic dermatitis: a practical guideline. Pediatr Dermatol 2012;29(1):24–27 [doi: 10.1111/j.1525-1470.2011.01691.x].
11. Oranje AP, Devillers AC, Kunz B i wsp. Treatment of patients with atopic dermatitis using wet-wrap dressings with diluted steroids and/or emollients. An expert panel's opinion and review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol 2006;20(10):1277–1286 [doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01790.x].