

Atopowe zapalenie skóry u dzieci. Program ALERNI

Atopic dermatitis in children and the ALERNI programme

STRESZCZENIE

Atopowe zapalenie skóry to zapalna, przewlekła i nawrotowa choroba skóry, w której wiodącym objawem podmiotowym jest uporczywy i mocno nasilony świąd, a zmiany skórne mają typowy obraz i lokalizację. Występuje w trzech zasadniczych fazach: niemowlęcej, dziecięcej oraz dotyczącej młodzieży i osób dorosłych. Opisywane czynniki, które wywołują lub zaostrzają atopowe zapalenie skóry to: alergen pokarmowy, wziewne, kontaktowe, kolonizacja bakteryjna skóry, środki drażniące, klimat, stres, infekcje. Istnieje silny związek między alergią pokarmową zależną od immunoglobuliny E i atopowym zapaleniem skóry. Jednym z najczęściej wymienianych alergenów pokarmowych jest białko mleka krowiego.

Program ALERNI jest europejskim programem edukacyjnym dotyczącym alergii na białko mleka krowiego u dzieci. Skierowany jest do lekarzy pediatrów, dermatologów, alergologów, pielęgniarek oraz dietetyków.

Forum Medycyny Rodzinnej 2009, tom 3, nr 5, 367–371

słowa kluczowe: atopowe zapalenie skóry, alergia pokarmowa, dzieci

ABSTRACT

Atopic dermatitis is an inflammatory, chronic and recurrent skin disease in which the main subjective symptoms are a persistent and ever more intense pruritus and skin changes which have a characteristic appearance and location. The condition appears in three basic phases: in infancy, in childhood and during adolescence and adulthood. Factors which trigger or aggravate atopic dermatitis are identified as follows: allergens, whether digested, inhaled or touched, bacterial colonisation of the skin, irritants, climate, stress and infection. There is a strong link between food allergy related to IgE and atopic dermatitis. One of the food allergens most often referred to is cows' milk protein. ALERNI is a European educational programme concerning cows' milk protein allergy in children and is aimed at doctors — paediatricians, dermatologists, allergists, nurses and dieticians.

Family Medicine Forum 2009, vol. 3, nr 5, 367–371

key words: atopic dermatitis, food allergy, children

Barbara Kamińska,
Katarzyna Plata-Nazar

Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii,
Hepatologii i Żywienia Dzieci
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Barbara Kamińska
Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii,
Hepatologii i Żywienia Dzieci GUMed
ul. Nowe Ogrody 1/6, 80–803 Gdańsk
tel./faks: (058) 302–25–91
e-mail: bkam@amg.gda.pl

Copyright © 2009 Via Medica
ISSN 1897–3590

”
Atopowe zapalenie skóry (AZS) to zapalna, przewlekła i nawrotowa choroba skóry, w której wiodącym objawem podmiotowym jest uporczywy i mocno nasilony świąd, a zmiany skórne mają typowy obraz i lokalizację

”
W diagnostyce AZS w pierwszej kolejności powinny być zlecone testy skórne oraz stężenie swoistych IgE

Program ALERNI jest europejskim programem edukacyjnym dotyczącym alergii na białko mleka krowiego u dzieci. Obejmuje on różne aspekty oraz postacie kliniczne alergii i skierowany jest do lekarzy pediatrów, dermatologów, alergologów, pielęgniarek oraz dietetyków.

Celem programu, któremu patronuje firma Mead Johnson Nutrition i która objęła program grantem naukowym, jest edukacja w zakresie alergii na białko mleka krowiego u dzieci. W przyszłości ma to ułatwić prawidłową profilaktykę, diagnostykę i leczenie. Formuła programu opiera się na prowadzeniu systematycznych spotkań warsztatowych, gdzie dominuje interaktywna forma prezentacji, zachęcająca słuchaczy do dyskusji i omawiania poszczególnych problemów. Dodatkowym walorem jest jednoczesna realizacja wybranych zagadnień programu w całej Polsce oraz Europie.

Jako pierwszy w programie omawiano problem atopowego zapalenia skóry u dzieci. Kolejnymi zaplanowanymi tematami były: alergia pokarmowa u niemowląt karmionych piersią, anafilaksja wywołana alergią na białko mleka krowiego, alergia na białko mleka krowiego zależna od immunoglobuliny E (IgE, *immunoglobulin E*), postępowanie w mniej typowych objawach alergii na białko mleka krowiego: niepokój i ciągly płacz dziecka oraz uporczywe ulewianie, alergia pokarmowa u starszych dzieci.

Atopowe zapalenie skóry (AZS) to zapalna, przewlekła i nawrotowa choroba skóry, w której wiodącym objawem podmiotowym jest uporczywy i mocno nasilony świąd, a zmiany skórne mają typowy obraz i lokalizację [1].

Mimo wielu przeprowadzonych badań mających na celu ustalenie etiologii choroby, nadal pozostaje ona niejasna. Wiadomo, że dużą rolę w rozwoju choroby odgrywa genetycznie uwarunkowana reakcja, polegająca na nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej na małe dawki antygenów, w wyniku której dochodzi do nadmiernego

wytwarzania przeciwciał klasy IgE skierowanych głównie przeciwko wybranym alergenom [2].

Choroba może wystąpić już w pierwszych tygodniach życia, jak również w wieku późniejszym. Występuje w trzech zasadniczych fazach: niemowlęcej, dziecięcej oraz dotyczącej młodzieży i osób dorosłych [1].

Faza pierwsza, niemowlęca zwykle rozpoczyna się około 3.–4. miesiąca życia. Obraz kliniczny przedstawia się jako ostry stan zapalny skóry, występują zmiany grudkowo-pęcherzykowe na podłożu rumieniowym, a następnie dokonuje się ewolucja wykwitów w nadżerki i strupy. Zmiany zlokalizowane są głównie na policzkach i skórze owłosionej głowy, przy czym w postaci klinicznie ciężkiej mogą zajmować również skórę twarzy, głowy, pośladków, tułowia oraz wyprostnych części kończyn.

W grupach etnicznych (azjatyckiej, czarnej karaibskiej, czarnej afrykańskiej) AZS może dotyczyć powierzchni prostowników, a nie zgięć, częściej o mniej typowym wykwicie pierwotnym (grudka sącząca, pęcherzyk) niż u dzieci rasy białej.

Ponieważ odruch drapania pojawia się około 1. roku życia, objawami dominującymi w tej grupie wiekowej są: niepokój, rozdrażnienie, zaburzenia snu. Jako przyczynę AZS dla tej grupy wiekowej podaje się głównie występowanie alergii pokarmowej.

W fazie drugiej (dziecięcej) rozwój AZS przekształca się z fazy niemowlęcej wypryskowo-wysiękowej lub pojawia *de novo*.

Typowa lokalizacja zmian na skórze u dzieci to: zgięcia łokci, kolan, nadgarstków, skóra karku, grzbiety dłoni i stóp (ryc. 1–3). Obraz kliniczny tworzą nieostro odgraniczone ogniska rumieniowe z drobnymi grudkami, nadżerkami, przeczosami oraz strupy. Towarzyszy temu ogromny świąd oraz lichenifikacja (skóra wygląda jak oglądana przez szkło powiększające — pogrubiała, pogłębione bruzdowanie). Jako czynnik sprawczy podaje się u dzieci powyżej 3

roku życia przede wszystkim alergeny powietrzopochodne.

Dla fazy trzeciej — dzieci po 12. roku życia, młodzież i dorośli — najbardziej charakterystyczne są zmiany zlokalizowane symetrycznie: na skórze twarzy, szyi, obręczy barkowej, biodrowej, w górnej części klatki piersiowej, na dłoniach. Skóra staje się zaczerwieniona, zgrubiała, występuje lichenifikacja, nadżerki, przeczosy, strupy, czemu również towarzyszy świąd.

Diagnozowanie ułatwiają kryteria opracowane przez Hanifina i Rajkę, według których pacjent, u którego rozpoznaje się AZS, powinien spełniać co najmniej trzy kryteria duże i trzy małe. Testy alergiczne i badanie histopatologiczne mają znaczenie pomocnicze.

Do kryteriów dużych (głównych) zaliczane są: świąd, przewlekły, nawrotowy przebieg choroby, dodatni wywiad atopowy pacjenta lub rodzinny, typowa morfologia i lokalizacja zmian na skórze.

Kryteria małe (dodatkowe) to: suchość skóry, rybia łuska, rogowacenie mieszkowe, biały dermografizm, skłonność do niespecyficznego stanu zapalnego dłoni i/lub stóp, świąd po poceniu, nietolerancja pokarmów, nietolerancja wełny, zaostrzenie po stresie, natychmiastowe reakcje skórne, podwyższone IgE w surowicy. U chorych występuje również skłonność do nawrotowych zakażeń skóry, zapalenie czerwieni wargowej, zaciemnienie wokół powiek, nawrotowe zapalenie spojówek. Rzadziej występujące objawy to: zaćma, stożek rogówki, łupież biały, wyprysk sutków, rumień na twarzy, akcentacja mieszków włosowych.

Czynniki, które wyzwalają lub zaostrzają (AZS) to najczęściej: żywność, alergeny wziewne, alergeny kontaktowe, kolonizacja bakteryjna skóry, środki drażniące, klimat, stres, infekcje [3, 4].

Najczęstsze alergeny to alergeny pokarmowe (mleko, jaja, orzeszki ziemne, orzechy, mąka, ryby, skorupiaki, kiwi, gorczyca, soja, sezam, owoce i warzywa) oraz alerge-



Rycina 1. Zmiany skórne zlokalizowane na stopach u dziecka z atopowym zapaleniem skóry



Rycina 2. Zmiany zlokalizowane na dłoniach dziecka z atopowym zapaleniem skóry



Rycina 3. Nasilone zmiany skórne w okolicy nadgarstków u dziecka z atopowym zapaleniem skóry



Nie obserwuje się ścisłych zależności między stwierdzonymi objawami skórnymi a rodzajem spożytego pokarmu. Wykwity skórne identyczne morfologicznie mogą być wywołane przez wiele różnych pokarmów

ny wziewne (roztocza kurzu, naskórek kota, psa, innych zwierząt, pyłki traw, pleśnie).

Alergia pokarmowa częściej występuje u młodszych dzieci — około 30% chorych to dzieci w wieku poniżej 3 lat, z tego u 25–60% występują AZS i alergia przewodu pokarmowego. Istnieje silny związek między alergią pokarmową zależną od IgE i AZS w tej grupie wiekowej [5–9].

Podejrzenie AZS u niemowlęcia należy stwierdzać w przypadku pojawiania się okresowo po posiłkach zmian pokrzywkowych na skórze. Należy pamiętać, że nie obserwuje się ścisłych zależności między stwierdzonymi objawami skórnymi a rodzajem spożytego pokarmu.

Wykwity skórne identyczne morfologicznie mogą być wywołane przez wiele różnych pokarmów.

Istnieją pewne dowody na udział alergii pokarmowej w patogenezie AZS u niemowląt.

Identyfikacja i eliminacja alergenów pokarmowych prowadzi do poprawy klinicznej (poprawa stanu skóry) oraz wpływa na normalizację niektórych wykładników odpowiedzialni immunologicznej.

Ponowna prowokacja pokarmowa wyzwała zmiany skórne i zaburza wykładniki immunologiczne towarzyszące AZS. Obserwuje się dodatnie wyniki testów skórných z alergenami pokarmowymi oraz wysokie miana swoistych IgE dla alergenów pokarmowych.

W diagnostyce AZS w pierwszej kolejności powinny być zlecone testy skórne oraz stężenie swoistych IgE. Badania w kierunku alergii są uzasadnione u dziecka z AZS w przypadkach, gdy zmiany skórne nasilają się i nie reagują na leczenie, którym towarzyszą brak przyrostu masy ciała oraz objawy sugerujące alergię pokarmową, alergię oddechową, alergię kontaktową. Alergia pokarmowa występuje częściej w ciężkich postaciach AZS.

Kryteria *International Contact Dermatitis Research Group* (ICDRG) zmodyfikowane przez *European Task Force on Atopic Dermatitis* (ETFAD) pozwalają prawidłowo

odczytać i interpretować atopowe testy płatkowe (APT, *atopy patch tests*), w których ocenie poddawane są: rumień, naciek, grudki i pęcherzyki. Obecność samego rumienia nie wystarczy, aby zinterpretować APT jako pozytywny [10–13]. Istnieją pewne ograniczenia w interpretacji wyników APT związane z wiekiem badanego dziecka. Dla przykładu dodatni wynik APT u dzieci z alergią na mleko krowie otrzymano: u 44% dzieci poniżej 6. miesiąca życia, 59% niemowląt w wieku 6.–12. miesiąca życia, u 82% dzieci w 2. roku życia, u 89% dzieci powyżej drugiego roku życia. Warto jednak zaznaczyć, że u małych dzieci, diagnozowanych w kierunku alergii na białko mleka krowiego, APT wykazują większą swoistość niż inne testy skórne oraz swoiste IgE. Istotą testów alergologicznych wykonanych we wczesnym dzieciństwie jest ich wartość predykcyjna transformacji w kierunku astmy.

Atopowemu zapaleniu skóry mogą towarzyszyć inne choroby atopowe, najczęściej są to: alergiczny nieżyt nosa, astma oskrzelowa. Szacuje się, że u 35–66% pacjentów z rozpoznaniem AZS rozwinię się alergiczny nieżyt nosa, a u 30–60% pacjentów z AZS rozwinię się astma oskrzelowa [7]. U części pacjentów może wystąpić zjawisko tak zwanego marszu alergicznego: od alergii pokarmowej, poprzez AZS, po astmę oskrzelową.

Przebieg kliniczny chorób atopowych zależy od wielu czynników, między innymi sprawności układu immunologicznego, dojrzałości przewodu pokarmowego, sposobu karmienia dziecka. W profilaktyce chorób atopowych zaleca się obecnie zachowanie optymalnego czasu karmienia piersią, czyli 4–6 miesięcy i unikanie wprowadzania pokarmów stałych przed 6 miesiącem życia. Prawidłowo prowadzona terapia, a przede wszystkim odpowiednie działania profilaktyczne w tej dziedzinie mają największe znaczenie w grupie pacjentów w wieku dziecięcym, wówczas bowiem powinien zostać przezwany tak zwany marsz alergiczny [8, 14, 15].



Atopowemu zapaleniu skóry mogą towarzyszyć inne choroby atopowe, najczęściej są to: alergiczny nieżyt nosa, astma oskrzelowa

Fotografie pochodzą z materiałów archiwalnych Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersy-

tetu Medycznego. Autorki pracy serdecznie dziękują za ich udostępnienie.

PIŚMIENNICTWO

1. Johansson S.G.O., Bieber T., Dahl R. i wsp. Revised nomenclature for allergy for global use: report of the Nomenclature Review committee of the world Allergy Organization, October 2003. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004; 113: 832–836.
2. Host A., Andrae S., Charkin C. i wsp. Allergy testing in children: why, who, when and how? *Allergy* 2003; 58: 559–569.
3. Werfel T., Breuer K. Role of food allergy in atopic dermatitis. *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* 2004; 4: 379–385.
4. Darsow U., Lubbe J., Taïeb A. i wsp. Position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *JEADV* 2005; 19: 286–295.
5. Hill D.J., Hosking C.S. Food allergy and atopic dermatitis in infancy: an epidemiologic study. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2004; 15: 421–427.
6. Olendzka-Rzepecka E., Kaczmarek M. Rola wybranych czynników środowiskowych na przebieg atopowego zapalenia skóry u dzieci. *Nowa Pediatria* 1999; 14: 48–52.
7. Nowicki R. Nowe koncepcje leczenia atopowego zapalenia skóry. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007; 1 (4): 340–347.
8. Rosińska A., Stajkowska I., Cichy W. Rola alergenów pokarmowych w etiopatogenezie atopowego zapalenia skóry. *Post. Dermatol. Alergol.* 2007; XXIV (5): 224–232.
9. Kaczmarek M., Wasilewska J., Olendzka-Rzepecka E. Atopowe zapalenie skóry u dzieci — etiopatogenetyczna rola nadwrażliwości pokarmowej. *Alergia* 2001; 1/8.
10. Turjanmaa K., Darsow U., Niggemann B. i wsp. EAACI/GA2LEN position paper: present status of the atopy patch test. *Allergy* 2006; 61: 1377–1384.
11. Heine R.G., Verstege A., Mehl A. i wsp. Proposal for a standardized interpretation of the atopy patch test in children with atopic dermatitis and suspected food allergy. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2006; 17: 213–217.
12. Mehl A., Rolinck-Werninghaus C., Staden U. i wsp. The atopy patch test in the diagnostic workup of suspected food-related symptoms in children. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2006; 118: 923–929.
13. Cudowska B., Kaczmarek M. Atopowe testy płatkowe w diagnostyce alergii na mleko krowie niemowląt i małych dzieci. *Alergia Astma Immunologia* 2005; 10: 133–138.
14. November E., Cianferoni A., Lombardi E. i wsp. Natural history of intrinsic atopic dermatitis. *Allergy* 2001; 56: 452–463.
15. Werfel T., Ballmer-Weber B., Eigenmann P. i wsp. Eczematous reactions to food in atopic eczema: position paper of the EAACI and GA2LEN. *Allergy* 2007; 62: 723–728.