

PÉČE O KŮŽI U ATOPICKÉ DERMATITIDY

MUDr. Alena Machovcová, MBA

Dermatovenerologické oddělení, FN Motol, Praha

Článek se zabývá možnostmi léčby atopické dermatitidy (AD). Důraz je kladen na dodržování režimových opatření a vyhledávání provokujících faktorů. V místní léčbě je zdůrazněna nezbytnost aplikace emoliencí, správného zacházení s lokálními kortikosteroidy a topickými imunomodulátory. Protože se jedná o chronické recidivující onemocnění, není léčba AD rozhodně jednoduchou a krátkodobou záležitostí.

Klíčová slova: atopická dermatitida, režimová opatření, možnosti léčby.

SKIN CARE IN CONSTITUTIONAL DERMATITIS

The review article discusses the ways of treatment of constitutional dermatitis. Life style changes and evaluation of possible causes are underlined. In local therapy the application of emollients, correct use of local corticosteroids and topical immunomodulators are essential. Because it is a chronic and recurrent disease, the treatment of constitutional dermatitis is not a simple and short term matter.

Key words: constitutional dermatitis, life style changes, treatment options.

Pediatr. pro Praxi, 2007; 2: 100–105

Atopická dermatitida (AD) je chronické zánětlivé kožní onemocnění. V rozvinutých zemích patří mezi nejčastější dětské choroby. Prevalence AD pro dospělé se v evropské populaci udává kolem 3%, pro děti mladší 4 let 16% a pro děti předškolního věku 12%. Protože se jedná o chronické recidivující onemocnění,

jsou kladeny specifické požadavky na léčbu. AD patří zatím stále mezi trvale nevyléčitelné, komplikované, obtížně léčitelné onemocnění. Vhodně zvolené léčebné postupy a principy spolu s prevencí spouštěcích mechanismů mohou vzplanutí onemocnění kontrolovat a zlepšit průběh choroby u většiny pacientů. Dobrá

spolupráce a komunikace lékaře s rodinou je nezbytnou podmínkou léčebného úspěchu u AD.

Typicky se ekzém manifestuje v časném dětství, nejvíce obtíží přináší v předškolním a školním věku. V dospělosti asi ve 40% přechází do kompletní remise. U těchto osob však pozorujeme nadměrně

suchou kůži s poruchou bariérové funkce. Kůže je snadno drážditelná běžnými látkami z pracovního i životního prostředí, nepřiměřeně reaguje na změny klimatu, počasí nebo emocionální podněty.

AD, jejímž podkladem je vrozená dispozice, klade speciální požadavky na léčbu. Efektivní terapie musí zahrnovat opatření, která se řídí věkem dítěte, rozsahem a tíží onemocnění. V počátečním hodnocení AD se zaměřujeme na anamnézu a klinický obraz onemocnění, což je nezbytné ke stanovení diagnózy. Získané informace poté poskytují přehled o možných provokujících faktorech a dosavadní léčbě. Mezi zhoršující faktory patří infekce, chyby v očištění kůže, vystavení vlivu iritačních a alergických látek, teplo, zapocení, emoční vypětí aj. (2, 4, 5, 7, 12).

Je třeba si uvědomit, že na AD neexistuje univerzální, natož ideální léčebný prostředek, popř. režim. Léčebný postup pro každého atopika musí být „ušit na míru“, tedy zcela individuální. Skládá se z kombinace režimových opatření, léčby pomocné (podpůrné) a diferentní. Tu můžeme rozdělit na léčbu místní a celkovou, fyzikální, popř. jednotlivé metody vzájemně kombinovat (2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 14).

Režimová opatření

Režimová opatření zahrnují eliminaci řady vlivů a faktorů z domácího i pracovního prostředí. Důležité je volit i mimoškolní aktivity. Po provokačních vlivech je třeba aktivně pátrat a odstraňovat je. Jsou totiž stejně významné jako faktory genetické.

- **podráždění a kontakt s látkami iritační povahy** – atopici mají nižší práh dráždivosti a poruchu kožní bariéry. Musí se proto dlouhodobě a opakovaně vyvarovat látek, jako jsou mýdla, detergenty, saponáty a další chemikálie. Abnormální stratum corneum je přítomné u atopika dokonce i u nepostižené kůže a přispívá k difuzním ztrátám vody. K podráždění a ke ztrátám vody dochází hlavně v prašném, vlhkém, přesušeném nebo přetopeném prostředí a v zimním období. Zakouřené prostory mají prokázaný negativní vliv, stejně jako oblékání směsovců, syntetických materiálů, oblečení z vlny, kožešiny. Sport a mimoškolní aktivity je třeba vybrat s ohledem na kožní projevy. Nevhodné je např. plavání v bazénu, keramika aj. S ohledem na průběh onemocnění je nezbytné velmi pečlivě vybírat budoucí povolání dítěte. Z tohoto pohledu nejsou vhodné např. práce s dlouhodobým nebo opakovaným kontaktem s vodou, saponáty, chemikáliemi (kadeřník, uklízečka, zdravotnické profese), práce s potravinami (kuchař, pekař, řezník, prodáváčka potravin), některé dělnické profese (automechanik, zedník, seřizovač, strojník) a další. Řešením nebývá používání

pryžových rukavic, protože kromě jejich iritačního efektu může dojít po určité době k rozvoji kontaktní alergie na chemikálie pryže, popř. na bílkoviny latexu (3, 8, 10, 13, 14).

- **alergeny** – v co největší míře je vhodné odstranit z prostředí aeroalergeny (prach, roztoče, peří, zvířecí alergeny a další). Snižují se tím nejen provokační vlivy, ale i potenciální riziko rozvoje dýchacích chorob. Totéž platí i o potravinových alergenech. Vhodné je dále vyloučit kontakt kůže s častými kontaktními alergeny (bižuterie, piercing, spony, vonné látky, kosmetické přípravky, externa s obsahem neomycinu aj.) (7, 14).
- **infekce** – u více než 80 % dětí s AD kulturně prokazujeme na kůži zlatého stafylokoka, v postižených lokalitách ve kvantitativně vyšším množství než v ostatních lokalitách. U poloviny z nich byly zjištěny kmeny produkující enterotoxiny a u těchto pacientů byly projevy ekzému závažnější. Pokusy o kompletní eradikaci nebyly úspěšné. Opakovaná kolonizace kůže zlatým stafylokokem vede k udržování chronického zánětu. Specifické IgE proti stafylokokovým enterotoxinům A nebo B koreluje s celkovou hladinou celkových IgE a se závažností choroby. Enterotoxiny mohou snadno proniknout přes porušenou epidermální bariéru, váží se na IgE receptory na povrchu mastocytů a uvolňují další prozánětlivé mediátory, které vyvolávají pocity svědění. Důsledkem je mechanické podráždění kůže, opětovné narušení epidermální bariéry a uzavření bludného kruhu chronicity onemocnění. Terapeutické intervence v podobě antibiotik se doporučují v případech mokvajících a impetiginizovaných erodovaných ploch. Celkové příznaky stafylokokové infekce jsou málo časté, ojediněle se setkáváme s regionální lymfadenitidou. Virové infekce mohou být závažnou komplikací AD. Atopická kůže je vhodným terénem k šíření virových infekcí (herpes simplex, mollusca contagiosa, verrucae vulgares). K šíření viru herpes simplex dochází kromě kontaktu i vzdušnou cestou. Zdrojem infekce bývají lidé v kontaktu s atopikem. Puchýřky se rychle šíří nejprve v ekzémových ložiscích, později i do nepostižených míst (eczema herpeticum Kaposi). Posléze praskají a vytvářejí mnohočetné krusty. Dochází k sekundární impetiginizaci bakteriálními patogeny. Může dojít k šíření infekce na rohovku a stále zůstává tato infekce závažnou komplikací AD. K dalším virovým komplikacím patří eczema molluscatum, popř. eczema verrucatum. Obě virové komplikace se snadno získávají po návštěvách bazénů, kde se viry úspěšně šíří vodou a do macerované kůže snadněji pronikají. Škrá-

báním se roznášejí i na zdravou kůži. O všech těchto komplikacích musí být rodiče podrobně informováni a náležitě poučeni (2, 7, 12, 14).

- **potraviny** – u dětí se může jednat o pravou alergii nebo o intoleranci. Obě reakce mohou vést k aktivaci ekzémových projevů. Mezi časté potravinové alergeny u dětí patří bílkovina kravského mléka, vejce, lepek, ořechy, ryby, citrusy aj. Základem je snaha o eliminaci daného alergenu z potravy. Rodiče je třeba upozornit na zkříženou alergii mezi potravinami a aeroalergeny (alergie na pyl břízovitých zkříženě reaguje s ovocem – jablko, kiwi, hruška, nektarinka, brokev, se zeleninou – mrkev, celer, rajská jablka, hrášek, s ořechy – lískovými, vlašskými, kešu, arašidy, mandle aj.). Totéž platí i o džusech a dalších potravinách, které mohou obsahovat alergeny ve stopách. Kromě dostatečných informací od lékařů je důležité monitorování stavu ekzému v závislosti na jídelníčku, jehož písemné vedení je vhodné a žádoucí (7, 13, 14, 15).
- **probiotika** jsou látky, jež obsahují živé nepatogenní mikroorganismy, které mají pozitivní vliv na střevní mikroflóru a ovlivňují imunitní regulaci. Patří mezi ně např. některé druhy rodu *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus thermophilus* a další. Jejich imunomodulační efekt souvisí s udržováním rovnováhy mezi produkcí cytokinů Th2 a Th1 lymfocyty. Stimulují tvorbu Th1 lymfocytů, produkci sekrečního IgA, podporují mechanismy přirozené imunity, orální toleranci na potravinové alergeny a další. Jejich příznivým vlivem se snižuje i přecitlivělost na potravinové alergeny a příznivě ovlivňují dysfunkci střevní sliznice. U dětí s AD a alergií na kravské mléko došlo při jejich podávání ke zlepšení stavu po osmi týdnech. Podávání kojícím matkám s atopickou anamnézou snížilo riziko rozvoje AD u jejich dětí na polovinu (7, 13, 14, 15).
- **psychické faktory** – duševní vypětí, nadměrný stres, nevyspání a nedostatek relaxace mohou být dalšími provokujícími vlivy.
- **ostatní faktory** – hormonální, sezónní, klimatické mohou být dalšími významnými provokujícími faktory AD, jsou však zcela individuální.

Místní podpůrná léčba

Léčba místní podpůrná patří mezi základní a hlavní léčebná opatření. Suchá kůže atopika je vyvolána dysbalancí ve spektru ceramidů, resp. změněným poměrem ceramidů k cholesterolu v epidermis. Klinicky se projevuje jako hyperproliferační epidermis spojená s lichenifikací, ichthyózou provázenou keratosis pilaris a hyperlinearity dlaní. Rohová vrstva nemá takovou schopnost vázat vodu

jako u zdravých osob. Proto je nutné o kůži náležitě pečovat (7, 14).

- **koupele** – koupelová aplikace splňuje dva významné předpoklady pro fyziologické uplatnění léčebného účinku zevních léčiv: nanáší zevní léčiva v rovnoměrné vrstvě na celý kožní povrch a zvýšením obsahu vody v povrchové rovině ovlivňuje průnik a resorpci zevních léčiv. Kromě očisty se koupele využívají léčebně s přísadou léčiv s různým účinkem (např. protizánětlivými, antibakteriálními, antipruriginózními účinky). U pacientů s AD využíváme kromě léčebných koupelí i koupele k aplikaci léčiv upravujících porušené fyziologické vlastnosti celého kožního povrchu. Využívají se proteinové hydrolyzáty (ovesné vločky, pšeničné otruby, bramborový škrob aj.), bylinné extrakty (koupele v řepíku lékařském, řebříčku obecném apod.). Koupelové oleje jsou nejvhodnějším způsobem očisty pokožky spojené s promaštěním, resp. zvláčením. Zanechávají ochranný okluzivní film na kožním povrchu, zabezpečují velkoplošné promaštění a zamezují transepidermálnímu ztrátám vody. Při koupání je nutné se zdržet používání „běžných“ mýdel, sprchových gelů a tekutých mýdel. Pokud se nejedná o koupelovou léčbu, je pro ekzematiky vhodnější sprchování s použitím speciálních mýdel nebo mycích gelů (s neutrálním nebo kyselým pH), popř. provádění očisty zcela bez mýdla. Kůži doporučujeme netřít, spíše osušit nebo nechat oschnout. Vlhkou kůži promastíme (9, 14, 16).
- **promašťovadla (emolencia)** – u ekzematiků se upřednostňují hydrofobní masťové základy, např. vazelína. U pacientů není příliš oblíbená, přesto je jedním z nejúčinnějších hydratačních prostředků. V letním období je možné ji nahradit mastnými krémy. V rámci magistraliter připravovaných přípravků se do ní vpravují přísady dezinfekční, protizánětlivé a další. Emolencia je nutné aplikovat nejméně 2x denně. Pro každého ekzematika je nutné najít vhodnou promazávací látku. K dispozici jsou v současné době kvalitní hromadně vyráběné léčivé prostředky v rámci tzv. dermatokosmetiky určené k pravidelnému ošetřování ekzémové kůže. Dobře zvolená emolencia zmírní svědění suché pokožky a zlepší bariérovou funkci kůže. Platí pravidlo čím mastnější jsou emolencia, tím jsou účinnější, ale současně se zhoršuje jejich akceptovatelnost ze strany pacientů (6, 10, 11, 13).

Diferentní místní léčba

- **kortikosteroidy (KS)** se staly běžným standardem léčby AD v době vzplanutí akutních příznaků. Mají protizánětlivé, imunosupresivní,

vazokonstrikční a antiproliferační účinky, efekt nastupuje rychle. Jejich zavedení znamenalo rychlou úlevu pro pacienty. V poslední době panuje mezi pacienty a rodiči „fobie“ z užívání lokálních KS. Je třeba si být vědom jejich nežádoucích účinků a používat je nárazově, protože příznaky AD neléčí, ale potlačují (morbidity efekt). Rozdíly v účinku mezi jednotlivými sloučeninami jsou dány molekulárními vlastnostmi (farmakodynamikou), schopností pronikat kožní bariérou (farmakokinetikou), na které se podílí i vlastnosti nosného vehikula. Konečný terapeutický efekt závisí na aktuálním stavu kůže, věku nemocného, místě a způsobu aplikace. U dětí (zejména kojenců a malých dětí) je vhodné používat nehologenizovaných KS skupiny I–II (např. hydrocortison butyrát aj.), popř. kombinované s antibakteriální přísadou. Na vybrané lokality u větších dětí můžeme krátkodobě použít nehologenizované KS (např. betamethason, momethason furoát) a popř. KS skupiny III (např. metylprednisolon aceponát) maximálně na 7–10 dnů (krátkodobá aplikace). Vhodnější je volit intervalový (intermitentní) režim aplikace, popř. kombinovaný se snižující se silou KS (sestupný režim). Všechny tyto režimy aplikace KS zajišťují dostatečný efekt léčby s minimem vedlejších účinků léčby (1, 2, 3, 5, 6, 8, 12, 14).

- **lokální imunomodulační prostředky** – se jeví jako účinná alternativa léčby lokálními KS. Pro léčbu dětí od 2 let věku s projevy lehčí a střední AD je k dispozici pimeroclimus (derivát ascomycinu) v 1% koncentraci v krémovém základu. Působí selektivní inhibici zánětlivých cytokinů. Pro děti od 16 let věku a dospělé se středně těžkými a těžkými projevy AD je určen tacrolimus. Registrován u nás je v 0,1% koncentraci v masťovém základu. Mechanismus účinku je inhibice kalcineurinu. Topické imunomodulátory (TIM) snižují do týdne pruritus v postižených lokalitách a snižují i intenzitu příznaků AD až o 70%. Využívají se ke krátkodobé léčbě při akutním vzplanutí AD, je možné je kombinovat s lokálními KS. V dlouhodobé léčbě je užíváme v intermitentním režimu. Výskyt nežádoucích účinků je nízký, převážně se jedná o přechodné pálení a štipání v místě aplikace. Ošetřované lokality je nutné chránit před slunečním zářením, nelze je proto kombinovat s fototerapií. Léčba TIM je vyhrazena dermatologům (1, 2, 4, 6, 8, 13, 14).
- **další protizánětlivé prostředky** – léčba dehtovými preparáty, taninem, kyselinou salicylovou, ureou vyžaduje praktické zkušenosti a dokonalou znalost vedlejších účinků těchto látek. Jsou

dobrou alternativou KS v rotační léčbě AD v subakutním a chronickém stadiu. Akutní, mokvající a podrážděná ložiska se ošetřují obklady z černého čaje, růžového roztoku hypermanganu („barvy vypraného masa“), Jarischova roztoku, řepíku lékařského, 0,1% roztokem Rivanolu (5, 6, 12).

Fyzikální léčba

Fyzikální léčba se používá pro pacienty s rozsáhlými, závažnými subakutními nebo chronickými projevy AD. Používá se monochromatické UVB (311 nm) nebo UVA-1 (340–400 nm) záření. Fotochemoterapie (PUVA) se u dětí využívá méně (2, 14).

Vnitřní léčba

Vnitřní léčba je určena pro pacienty, u kterých ani kombinovanou lokální léčbou nedokážeme dosáhnout stabilizace ekzémových projevů. Lokální léčbu doplňujeme antihistaminiky k potlačení alergické složky onemocnění a ztlumení záchvatovitěho svědění. Torpidní, generalizované varianty ekzému se léčí krátkodobě podávanými KS celkově nebo cyklosporinem A (1, 8, 13, 14).

Závěr

Léčba AD není v žádném případě jednoduchou a krátkodobou záležitostí. Komplexem popsáných léčebných opatření se snažíme omezit závažné příznaky onemocnění, předcházet dalším recidivám AD nebo omezit jejich závažnost. Po zvládnutí akutních projevů je nevyhnutelně kontinuálně pokračovat v zevní léčbě, resp. v pečlivém ošetřování kůže celého těla s cílem prodloužit období remise. Pacient sám i jeho okolí musí onemocnění přijmout, vyrovnat se s ním a účinně s onemocněním, bojovat. Mnohdy se stane, že při opakovaných vzplanutích onemocnění rodiče léčbu odborníků vzdají a uchylují se k alternativním léčebným postupům, k „radám svého okolí“, experimentují s řadou zevních extern dle rady jiných. To vede nikoliv k získání kontroly nad příznaky onemocnění spíše k opaku. Rodiče dítěte s AD potřebují dostatek času, dostatek informací k zabezpečení dlouhodobého léčebného plánu. Společným cílem všech musí být zlepšení stavu a získání kontroly nad onemocněním.

Podporováno VZ FNM č. MZO 00064203/6904.

MUDr. Alena Machovcová, MBA

Dermatovenerologické oddělení, FN v Motole
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
e-mail: alena.machovcova@fnmotol.cz

Literatura

1. Abels C. Therapy of atopic dermatitis. *Hautarzt* 2006; 57 (8): 711–723.
2. Arenberger P. Eczema atopicum. *Zdravotnické noviny – Lékařské listy* 2006; 11: 12–16.
3. Boguniewicz M. Topical treatment of atopic dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am* 2004; 24 (4): 631–644.
4. Boguniewicz M. Atopic Dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118 (1): 40–43.
5. Čapková Š. Atopická dermatitida v dětském věku – přehled léčebných možností. Referátový výběr speciál III-2005; 32–36.
6. Čapková Š. Současné možnosti léčby atopické dermatitidy v dětském věku a poučení rodičů. Referátový výběr speciál I-2004; 5–12.
7. Gibson LE. Atopic Dermatitis. *Mayo Clin Proc* 2005; 80 (1): 107.
8. Hanifin JM, Tofte SJ. Update on therapy of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 1999; 104 (3 Pt 2): S123–125.
9. Hon KLE, Leung TF, Wong GY, So HK, Li AM, Fok, TF. A survey of bathing and showering practices in children with atopic eczema. *Clinical and Experimental Dermatology* 2005; 30: 351–354.
10. Machovcová A. Péče o kůži v dětském věku. *Pediatric pro praxi* 2006; 5, příloha časopisu, 50 s.
11. Marks R. Emollients. *Martin Dunitz* 1997, 44 s.
12. Polášková S. Atopická dermatitida. *Practicus* 2005; 8, 303–309.
13. Schneider LC. New treatment for atopic dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am* 200; 22, 1.
14. Veien NK. Atopic Dermatitis. *LeoCasebook* 2005, 120 s.
15. Williams HC Two "positive" studies of probiotics for atopic dermatitis: or are they? *Arch Dermatol* 2006; 142 (9): 1201–1203.
16. Záhejský J. Zevní dermatologická terapie a kosmetika. Praha: Grada Publishing 2006, 133 s.