

SZEMELVÉNYEK ÉS ÉRDEKESSÉGEK A BŐRGYÓGYÁSZATI-ALLERGOLÓGIA TERÜLETÉRŐL

**Csoma Zsanett Renáta dr.^{1,2},
Belső Nóra dr.¹, Nagy Géza Róbert dr.¹**

*¹Szegedi Tudományegyetem,
Szent-Györgyi Albert
Orvostudományi Kar,
Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika,
Szeged*

*²Szegedi Tudományegyetem,
Egészségtudományi és Szociális
Képzési Kar, Egészségmagatartás
és -fejlesztés Szakcsoport,
Szeged*



A cikk online változata
megtalálható a
www.olo.hu weboldalon.

AZ ALLERGIA KIALAKULÁSÁNAK OKAI

Az allergia kialakulásában genetikai és környezeti tényezők egyaránt szerepet játszanak. Azoknál, akiknek családjában előfordult allergia, nagyobb a hajlam a betegség kialakulására. A környezeti tényezők, mint a légszennyezés, a dohányzás vagy a túlzott higiénia, szintén növelik az allergia kockázatát. Az egyébként ártalmatlan allergénekkal szemben azonnali vagy krónikus válaszreakció alakul ki, ez a gyulladáshoz vezető folyamat lokális vagy szisztémás funkciózavart okoz.

KIVIZSGÁLÁS

A kivizsgálás első lépése a megfelelő, részletes és célzott anamnéziszavétel. Az allergia diagnosztikájának felvetése az alapellátás vagy a társ szakmák feladata, a kivizsgálás és a diagnózis felállítása az allergológiában gyakorlott szakorvosok (allergológus, tüdőgyógyász, fül-orr-

A mindennapi bőrgyógyászati praxisban – mind a gyermekek, mind a felnőttek betegellátása során – igen gyakran találkozhatunk allergológiai kérdésekkel. Szinte valamennyi bőrtünet, bőrbetegség hátterében felmerül valamely allergén potenciális kiváltó szerepe a beutaló kollégák és a betegek részéről. Az allergia napjaink egyik leggyakoribb egészségügyi problémája, amely a világ lakosságának jelentős részét érinti; Magyarországon a népesség 20-25%-ára tehető az allergiás betegek száma. Az allergia túlzott immunválasz, amelynek hátterében bonyolult és összetett immunológiai folyamatok és mechanizmusok állnak. Igen gyakran találkozhatunk az ún. I., vagy azonnali típusú túlérzékenységi reakcióval, amely során az allergének IgE-termelést indukálnak; a következő találkozáskor klinikai tüneteket okozó allergiás reakció alakul ki. A leggyakoribb allergének a pollenek, a háziporatká és a méh- vagy a darázsvenom. Az allergiás reakciók különféle tünetekkel járhatnak, beleértve a tüszögést, az orrfolyást, az orr- és szemviszketést, a bőrkütiéseket, illetve súlyosabb esetekben az asztmát vagy az anafilaxiás sokkot.

gégész, bőrgyógyász, gyermektüdőgyógyász) kompetenciája (1).

A diagnosztikában alkalmazott tesztek szűrésre nem használhatóak, csak az anamnézissel egyezőséget mutató pozitív reakciókkal együtt értékelhetők, a diagnózis felállítása csak az allergénre vonatkozó tünetek és a pozitív teszt-együttes fennállása esetén mondható ki (1).

Hazánkban az inhalatív allergének beazonosítása céljából elsősorban a prickteszt, a hagyományos, extraktumalapú, specifikus IgE- és a molekuláris IgE-vizsgálatok jönnek szóba.

Nutritív allergia esetében a prickteszt és a specifikus IgE-meghatározás javasolt, kimondottan jó érzékenységgel a specifikus IgE-alapú molekuláris allergia teszt (komponensalapú diagnosztika), amelyek a keresztallergének meghatározásában is segítenek. Fontos kiemelni az eliminációs diétát, amelyet a beteg otthonában tart, táplálkozási naplót vezet, amelyben részletesen leírja az élelmiszer fogyasztása után jelentkező tüneteit.

A venomallergia kivizsgálásánál fontos a heteroanamnézis és a dokumentáció megtekintése, mert a beteg gyakran nem emlékszik a csípést

követő történésekre. Az allergén beazonosításában a specifikus, IgE-alapú vizsgálatokat használjuk, illetve az intracután bőrtesztet, amely mára felváltotta a korábban alkalmazott pricktesztet. Az intrakután bőrteszt során a terápiában használt hígított venomot a bőr alá fecskendezzük, és a reakciót 20 perc múlva értékeljük. Elérhető a komponensalapú diagnosztika is a venomallergének esetén: ennek elvégzése azért lehet fontos, mert a venom-immunterápiás készítmények összetétele nem azonos, így lényeges, hogy a beteg a saját érzékenységének megfelelő terápiás készítményt kapja.

Gyógyszerallergia kivizsgálásakor tisztázni kell, hogy mire szedte a beteg a gyógyszert, mennyi ideig alkalmazta, mennyi idővel az alkalmazás után jelentkeztek a tünetek, és pontosan milyen bőrtünetek alakultak ki. Így leszűkíthető a gyanús gyógyszerek köre, gyakran már ekkor tisztázható, hogy pseudoallergiás vagy allergiás reakció zajlott le. Ha allergiás reakció áll a háttérben, akkor javasolt első lépésként a lymphocytatranszformációs teszt elvégzése. Ez a teszt pozitív megerősítő értékkel bír, sem szűrésre, sem egyedüli diagnosztikára nem alkalmas. Ha a teszt negatív, akkor a következő lépés a bőrtesztelés (prick és intrakután), majd a gyógyszerterhelés. Ez utóbbi vizsgálatok olyan intézményben végezhetőek el, amelyekben biztosított az intenzív osztályos ellátás (2). Penicillinallergia esetén elérhető a komponensalapú bőrteszt, amely nagy jelentőségű a betegeknek a gyermekkorban felállított penicillinallergia tisztázásában, a penicillinallergia stigmatizációjának feloldásában (3).

Az allergiás kontakt dermatitis kivizsgálása céljából az epikután tesztet alkalmazzuk. A tisztított, standardizált allergénanyagok felhelyezése után 48, 72 órával, valamint 1 héttel később történik a leolvasás, a reakciók értékelése. A magyar standard tesztsor mellett már számos specifikus tesztsor is elérhető, pl. fogászati, fém-, fodrászati, műköröm-, fertőtlenítő sor, szteroid- és antibiotikumsor. A leolvasást arra képzett szakember végzi.

KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK

Az allergiák kezelésének három fő pillére van: az allergének kerülése, a tüneti gyógyszeres terápia és az immunterápia. Az allergének elkerülése hatékony megelőzési módszer, azonban sok esetben nehezen kivitelezhető. A pollenallergiás betegeknek pl. nehéz elkerülni a polleneket a tavaszi-nyári időszakban. A tüneti kezelések, például az antihisztaminok, az orrsprék

vagy a szemcseppek alkalmazása enyhíthetik a panaszokat, de nem szüntetik meg az allergia kiváltó okát.

IMMUNTERÁPIA: A HOSSZÚ TÁVÚ MEGOLDÁS

Az immunterápia, vagy más néven allergénspecifikus immunterápia, ígéretes megközelítés az allergiás betegségek kezelésére. Lényege, hogy az allergént fokozatosan, kontrollált dózisban juttatják a szervezetbe, ezzel hozzászoktatva az immunrendszert és csökkentve a túlzott immunválaszt. Az immunterápia formái közé tartoznak a szubkután injekciók (SCIT), valamint a szublingvális oldatok és tabletták (SLIT).

A kezelés különösen hatékony pollen-, poratka-, állatszőr-, valamint rovarcsípés-allergia esetén. A készítmények elérhetőek szublingvális oldatok, tabletták formájában, 6 fűkeverék és rovarcsípés-allergia esetén szubkután injekció útján. A szublingvális oldatok és tabletták teljes áron érhetőek el, a szubkután injekció támogatott formában. Ételallergiában földimogyoró esetében áll rendelkezésre terápiás készítmény, ezt a kezelést az összes többi immunterápiával szemben 17 éves korig javasolják. Polivalens allergia esetében a legerősebb tüneteket kiváltó, és a kivizsgálások során releváns major allergén pozitivitást mutató allergénnel végezzük a kezelést. A terápia időtartama általában 3-5 év, és az eredmények hosszú távon is fennmaradhatnak.

A terápia során az allergénspecifikus IgE szintje csökken, és neutralizáló hatású, specifikus IgG4 és/vagy IgA termelődik (4). Az immunterápia csökkentheti az allergiás betegségek, például az asztma kialakulásának esélyét is, illetve a stabil, jól kontrollált asztma esetében a GINA-protokoll alapján annak kiegészítő terápiájaként is alkalmazható (5).

A terápia hatékonyságának igazolásához jelenleg korlátozott mértékben állnak rendelkezésre vizsgálatok. Javasolt a terápia befejezésekor az allergénspecifikus IgE-szint ismételt meghatározása, a kiindulási értékkel való összehasonlítása, illetve a prickteszt ismétlése. Amennyiben a terápia indikációja súlyos szisztémás, anafilaxiás reakció vagy sokk volt, érdemes lehet az első allergénnel való terhelést az orvosi rendelőben elvégezni.

Különösen jó hatékonyságú atópiás dermatitis betegeknek a háziporatka-deszenzibilizálás, amely nemcsak a légúti tüneteket szünteti meg, hanem az atópiás bőrtüneteket is szignifikánsan javítja (6).

BIZTONSÁG ÉS MELLÉKHATÁSOK

Az immunterápia biztonságos, de nem minden beteg számára alkalmas. Alkalmazását mindig részletes orvosi vizsgálat előzi meg. Minden beadott SCIT és az első SLIT beadása után 30 perces megfigyelés szükséges az egészségügyi intézményben: bármely fokú mellékhatás kezelésére fel kell készülni. A mellékhatások SCIT esetében igen széles spektrumon mozoghatnak (lokális reakció, bőrpír, az asztma súlyosbodása, urticaria, esetleg anafilaxia kialakulásával kell számolni), míg SLIT esetében a szájban, az ajkakon érezhető viszketés, torokkaparás, ajak vagy nyelv alatti duzzanat, ritkán csalánkiütés. Az enyhe mellékhatások preventív antihisztamin adásával megelőzhetők.

Az allergia az életminőséget jelentősen rontó probléma, amely megfelelő kezeléssel kontrollálható. Az immunterápia hatékony és tartós megoldást nyújt a tünetek enyhítésére és a betegségek megelőzésére. A háziorvosok szerepe kiemelkedő az allergia felismerésében és a kezelési lehetőségek ismertetésében, ezzel hozzájárulva a páciensek életminőségének javításához.

ÉRDEKES ALLERGIOLÓGIAI ESETEK A BŐRGYÓGYÁSZATI RENDELÉSEN

Két érdekes, jelentős differenciáldiagnosztikai problémát okozó kázust ismertetnek itt a szerzők.

AZ ARCI ÖDÉMA DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJA

Ezen relatíve gyakori tünettan etiológiájának feltérképezését a szerzők két eset kapcsán szemléltetik. A részletes heteroanamnézis felvétele mellett az egyéb bőrtünetek megléte vagy azok hiánya alapján állíthatóak fel a lehetséges diagnózisok, ugyanis nem minden arci ödéma köthető allergiás mechanizmushoz (főleg akkor, ha azokhoz egyéb bőrtünetek nem társulnak). Ilyen esetekben az egyéb belgyógyászati kórképek megfontolása is esszenciális, hiszen vena cava superior szindróma vagy nefrózis szindróma is állhat a háttérben, amelyeknél azonban a konvencionális allergia ellenes gyógyszerekre elmarad a terápiás válasz. Mindezek figyelembevételére fontos a megfelelő terápia kiválasztásában és a helyes kivizsgálások megszervezésében.

- Az első eset egy 17 éves nőbeteg, akinél menstruációs fájdalmak miatt számos

analgetikum (ibuprofén, diklofenák, metamizol-nátrium, naproxén) alkalmazását követően szem körüli eritéma és ödéma jelentkezett. Korábbi ismert allergia vagy egyéb komorbiditás nem szerepelt a kórelőzményben, állandó gyógyszert nem szedett. A beteg elmondása szerint évekkel korábban is alkalmazott megegyező hatóanyagú készítményeket, amelyekre semmilyen tünete nem jelentkezett. További kérdés során a beteg ugyancsak elmondta, hogy az arci ödéma a gyógyszerek bevitelét követően 24 órán belül jelentkezik, és a gyógyszerek abbahagyását követően a tünetek spontán megszűnnek. A periorbitális panaszokat urticaria, egyéb lokalizációban megjelenő ödéma, illetve nyelési nehezítettség, gombócérzés nem kísérte, anafilaxiára utaló egyéb klinikum sem fordult elő. Allergia-iránydiagnózissal a betegnél, a beutaló kolléga, lymphocytatranszformációs tesztet kért a felmerülő gyógyszerekkel, amely negatív eredménnyel zárult. Ezt követően, a további kivizsgálás céljából, fekvőbetegosztályra előjegyeztük, bőrtesztet és – tekintettel arra, hogy a heteroanamnézis és a tünetek alapján nem IV-es típusú allergiás reakcióról volt szó – gyógyszerterhelés elvégzése céljából.

A feltüntetett valamennyi gyógyszerrel (ibuprofén, diklofenák, metamizol-nátrium, naproxén) legelőször pricktesztet, majd intrakután bőrtesztet végeztünk. Mindkét *in vivo* teszt ugyanakkor negatív eredményt mutatott. Mindezek alapján a következő kivizsgálási lépcső a gyógyszerterhelés elvégzése volt, amelyet per os tablettákkal kivitelezünk, két óránként emelve azok dózisait. A legelső készítmény az ibuprofén volt, amelynél sem az ¼ tablettánál, sem a két óra múlva bevett ½ tablettánál nem jelentkeztek tünetek; ugyanakkor a további két óra hossza múlva bevett, gyógyszerterhelést komplettáló 1 tableta után másfél órával mindkét szemhéjon eritéma és ödéma alakult ki. A tünetek az obszerváció során spontán regrediáltak. A többi analgetikummal elvégzett terheléses tesztek negatív eredménnyel zárultak.

Összességében, figyelembe véve mind az *in vivo* bőrtesztet, mind a gyógyszerterhelési eredményeket, a betegnél valódi allergia (azon belül is egy I-es típusú, hisztaminmediált hiperszenzitivitás) fennállása nem volt valószínűsíthető. A bevitt gyógyszer dózisdependenciája és a bőrtünetek alapján egy

leukotriénmediálta folyamatot állapíthatunk meg, amely egyben azt is magyarázza, hogy a periorbitális ödéma miért csak az analgetikumok excesszív alkalmazása kapcsán jelentkezett. A betegnek a nem szteroid gyulladáscsökkentő (NSAID-) gyógyszerek dózisének csökkentését, valamint paracetamol alkalmazását javasoltuk, amely utóbbi esetben a perifériás prosztoglandinszintézis csak kisebb mértékben gátolt, így alacsonyabb a tünetek kiújulásának esélye is. Ezen javaslatokat betartva a beteg a továbbiakban tünet- és panaszmentes volt. A szerzők az NSAID-k farmakológiai mechanizmusa által okozott leukotriénmediálta ödéma kialakulását az 1. ábrán szemléltetik.

- ▶ A második eset egy 59 éves nőbeteg, akinél arcra és nyelvre lokalizált angioödéma jelentkezett. A panaszok kialakulását megelőzően, fogászati ellátás kapcsán, a lokális anesztéziaként beadott lidokaint követően epilepsziás rohama zajlott. A beavatkozást megelőzően semmilyen egyéb gyógyszert nem vett be. Kiemelendő az is, hogy angiotenzinkonvertáló enzimblokkoló antihipertenzívumot sem szedett, amely bradikinin által mediált folyamat révén okozna ödémát. A betegnél egyéb bőrtünet, anafilaxiára utaló klinikum nem volt, légúti veszélyeztettség nem állt fenn. Az akut ellátása részeként, allergiás válaszreakciót feltételezve, kortikoszteroid- és antihisztamininterápiában részesült, így az allergológiai irányú kivizsgálásának lehetősége késlekedett. A betegnél ugyanakkor terápiazisztensnek bizonyultak a tünetek, az antihisztamin és a kortikoszteroid adásának folytatását követően is, azok több napon át változatlanul perzisztáltak. Ezen terápiás válasz elmaradása alapján már elvethetőnek bizonyult a valódi allergiás reakció fennállása. Kifejezetten fontos a hereditár angioödéma (HANO) megemlítése.

se is ebben a kontextusban, ugyanis ezen betegségben szenvedők körében trauma vagy kisebb sebészeti beavatkozás is kiválthatja az angioödémás rohamot, amely esetben – bradikinin által mediált folyamat révén – hatástalan az antihisztamin- és a kortikoszteroid-terápia. A HANO irányában ugyanakkor negatívnak bizonyult a heteroanamnézis és a kivizsgálás is a betegnél. A fogászati góc lehetőségére való tekintettel szájszűrés szakkonzultáció történt, amely mandibuláris szubluxációt igazolt a panaszok háttérében. Az állkapocscsont repozícióját követően a beteg tünetei regredáltak, és azok később nem ismétlődtek. A mandibulaszubluxációt nagy valószínűséggel a lezajlott epilepsziás roham okozhatta.

Ezen eseteink messzemenően rávilágítanak az allergológiai kivizsgálás komplexitására és a tünetek háttérében álló okok precíz, alapos felderítésének szükségességére.

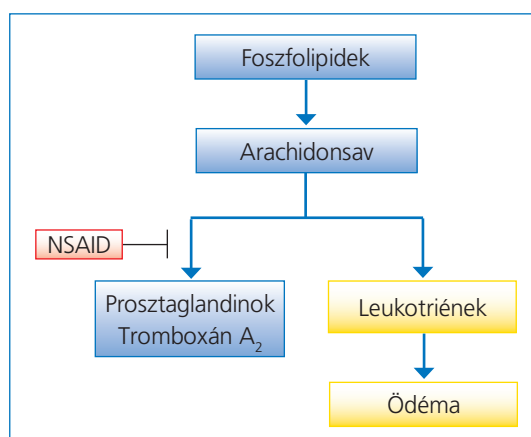
ALLERGOLÓGIAI KÉRDÉSEK A GYERMEKBŐRGYÓGYÁSZATI SZAKRENDELÉSEN

A gyermekbőrgyógyászat a dermatológia rendkívül izgalmas szakterülete. Újszülöttkortól egészen a fiatal felnőttkor kezdetéig érkeznek hozzánk a betegek, gyakorlatilag a teljes bőrgyógyászati betegségspektrum „megjelenik” az ellátás során. Ennek megfelelően, természetesen, számos allergológiai vonatkozású kórkép diagnosztizálására és kezelésére nyílik lehetőségünk. E fejezetben néhány gyakori kérdéssel, problémával foglalkoznak a szerzők.

GENERALIZÁLT, MAKULOPAPULÓZUS EXANTÉMA

A kiterjedt, eritémás, makulopapulózus exantémák igen gyakoriak gyermekkorban, főleg a kisdetek körében (2. ábra). A típusos betegtörténet a következőképpen írható le: a kisgyermek néhány napja felső légúti hurutos tüneteket mutat (torokfájás, köhögés, orrfolyás, hőemelkedés vagy láz). A betegség kezelése céljából szisztémás antibiotikumkezelésben részesül, majd néhány nappal, egy héttel a gyógyszeres kezelés indulását követően monomorf bőrkiütés alakul ki. A bőrtünetek háttérében gyakran felmerül az antibiotikum lehetséges kóroki szerepe, sok esetben az antibiotikum örökre „tiltólistára” kerül. A gyermekorri makulopapulózus exantémák

1. ábra:
Az NSAID-k által gátolt arachidonsav lebontás miatt a prosztoglandin-útvonal helyett a leukotriének kerülnek túlsúlyba, amelyek vazodilatáció révén ödémát okoznak



2. ábra:
Generalizált,
nem specifikus,
makulopapulózus
exantéma
gyermekkorban;
a tünetek háttérében
vírusinfekció
igazolódott



háttérében, az esetek túlnyomó többségében, vírusos eredet áll; a fertőző ágensek vagy direkt, vagy indirekt immunológiai mechanizmus útján okozzák a bőrtünetek kialakulását. A kóroki eredet tisztázásában jelentős segítséget nyújt a megfelelő anamnéziszfelvétel. A tünetek gyakran szezonális jellegűek; a téli, kora tavaszi időszakban a felső légúti, a nyári időszakban a gasztrointesztinális fertőzésekhez társultan fordulnak elő. A bőrtünetek anatómiai eloszlása, morfológiája, az enantéma, a prodromális tünetek megléte, a vakcinációs státusz, a fertőzött személyekkel (családtag, közösség) való érintkezés lehetőségének tisztázása igen lényeges. A vírusos eredetű, nem specifikus makulopapulózus exantémák általában 1-15 napos inkubációs idő után manifesztálódnak, a diagnózis során vírusserológiai és PCR-vizsgálatok elvégzése jöhet szóba. Speciális bőrgyógyászati terápia általában nem szükséges, benignus, kiváló spontán gyógyhajlamú kórképekről van szó (7–10).

A korábban leírtaknak megfelelően azonban igen gyakori kázus, hogy a gyermek az infekció miatt gyógyszeres terápiában is részesül egyidejűleg. A makulopapulózus exantéma háttérében a vírus és a gyógyszer együttes immunológiai reakciója is állhat (EBV, HH6, CMV). Az esetek kevesebb mint 10%-ában találkozhatunk valódi gyógyszerallergiával az exantéma háttérében, a leggyakrabban a béta-laktám típusú antibiotikumok és a nem szteroid gyulladáscsökkentők felelősek az allergiás reakció kiváltásáért.

Gyermekekben az adverz gyógyszerreakciók közel 35%-a morbilliform exantéma, azaz eritémás, gyakran konfluáló, makulopapulózus bőrkiütésként jelentkezik. A tünetek a fej-nyaki régióban indulnak, majd fokozatosan a törzs és a végtagok érintettsége is megfigyelhető lesz. Az adverz reakció patomechanizmusában a IV. típusú túlérzékenységi reakció játszik szerepet, így a bőrtünetek általában 4-21 nappal a gyógyszer bevezetése után manifesztálódnak. Kísérő tünetként láz, ritkán nyálkahártya-érintettség társulhat; a bőrléziók posztinflammatorikus hiperpigmentáció hátrahagyásával gyógyulhatnak. A penicillinszármazékok és a nem szteroid gyulladáscsökkentők mellett karbamazepin, antiepileptikumok, szulfonamidok, fenobarbitál szedése szerepelhet a gyógyszeres anamnézisben. A gyógyszerallergia diagnosztizálásában a következő módszerek említendők: lymphocytatranszformációs teszt, specifikus IgE-meghatározás (ELISA, RAST), prickteszt, epikután patch teszt, fénnel kombinált epikután patch teszt. A kivizsgálás aranystandardjának a gyógyszer-provokációs vizsgálat tekinthető, ezt azonban csak intézeti körülmények között lehet elvégezni (10–13).

Fontos megjegyezni, hogy a gyógyszerallergia gyermekkorban jelentősen „túldiagnosztizált”, a rendelkezésre álló *in vivo* és *in vitro* vizsgálatok elvégzése és megfelelő anamnézis nélkül (gyakran a szülők hónapokkal, évekkel később hozzák el gyermeküket az orvoshoz a panaszszal) is viszonylag könnyen rákerül a páciensre a „gyógyszerallergia-bélyeg”.

ATÓPIÁS EKCÉMA ÉS ÉTELALLERGIA

Az atópiás ekcéma igen gyakori, multifaktoriális, krónikus bőrbetegség, amelynek jellegzetes tünetei közé tartozik a bőrszárazság, a kifejezett bőrviszketés, valamint az akut és a krónikus gyulladással járó tünetek jelenléte. Kialakulásában a genetikai hajlam, az immunológiai eltérések, a bőr védő funkciójának károsodása, valamint a mikrobiális egyensúlyi állapot felborulása egyaránt szerepet játszik. A betegség lefolyását, a klinikai tünetek fellángolását jelentősen befolyásolja számos külső és belső környezeti körülmény, így hormonális, emocionális, éghajlati tényezők, infekciók, belélegzett allergének, kontakt allergének, bizonyos élelmiszerek. Az epidemiológiai vizsgálatok eredményei alapján a betegség előfordulási gyakorisága a fejlett országokban folyamatosan emelkedik, a gyermekpopuláció közel 20-25%-át, míg a felnőtt lakosság 3-10%-át érinti. Külön kiemelésre érdemes az esetek 45%-ában 6 hónapos kor előtt, 60%-

ában 1 éves kor előtt, míg 85%-ában 5 éves kor előtt indulnak a jellegzetes klinikai tünetek. A betegség gyakorisága, krónikus lefolyása és az életminőségre gyakorolt jelentős hatása révén szignifikáns terhet jelent a betegek, a családok és a társadalom számára egyaránt (14–17).

A bőrtünetek elhelyezkedése és megjelentése jellegzetes az egyes korcsoportokban. Csecsemőkorban gyakran a nedvedző bőrjelenségek dominálnak, vörös színű, viszkető foltok, nedvedző göbcsék és hólyagos tünetek alakulnak ki az arcon, a fejbőrön, a törzsön és a végtagok fesztítő felszínén. Gyermekkorban már jellegzetes a nagyhajlatok érintettsége, igen gyakran a könyök- és a térdhajlatok, a csuklók felett alakulnak ki ekcémás bőrtünetek, de emellett a kéz- és a lábfejek, a szemhéjak is gyakran érintettek. Akut fellángolások alkalmával haragos vörös, hevesen viszkető, gyakran bakteriálisan másodlagosan felülfertőződött göbcsék és foltok alakulnak ki. A krónikus bőrvizketés miatt a bőr megvastagszik, utcakövezetszerű rajzolatot mutat (lichenifikáció). Serdülő és fiatal felnőtt korban leginkább a bőrszárazság dominál, az arcon, a száj és a szemek környékén, a nyakon, a háton és a nagyhajlatokban száraz felszínű, vörös színű, beszűrt, hámló felszínű gyulladással járó bőrtünetek láthatók. A bőr védőfunkciójának elsődleges és másodlagos (vakarás okozta hámsérülések) károsodása miatt gyakran találkozhatunk kiterjedt vírusos, bakteriális és mycotikus bőrfertőzésekkel betegeink körében.

A gyulladással járó bőrtünetek jellegzetes morfológiája és anatómiai lokalizációja miatt csecsemő-, kisgyermek- és serdülőkorban nem jelent nagy kihívást az atópiás dermatitis különböző súlyossági formáinak felismerése. A diagnózis felállítása a jellegzetes klinikai tüneteken alapul; a bőrszárazság, a kénzó bőrvizketés jelentősen rontja a betegek életminőségét. Az atópiás ekcémához hasonlóan az atópiás betegségek közé sorolható az allergiás szénanátha, az allergiás kötőhártya-gyulladás, az allergiás asztma és az ételallergia bizonyos típusai. Atópiás menetelésnek nevezzük az allergiás betegségek azon láncolatát, amelynek során a különböző szerveket

érintő atópiás megbetegedések egymást követően jelennek meg az életkor előrehaladtával. A családi anamnézisben gyakran megtalálhatjuk a felsorolt kórképeket.

A mindennapi betegellátásban, az atópiás ekcémában szenvedő gyermekek és betegek kivizsgálása, gondozásba vétele során gyakran találkozunk, főként a szülők részéről, a következő kérdésekkel: „Mire allergiás a gyermek? Mi okozza az ekcémás bőrtüneteket? Az atópiás ekcéma valójában ételallergia?” Rendkívül fontos elmagyarázni az atópiás dermatitis kialakulásában szerepet játszó tényezőket, és hangsúlyoznunk kell, hogy egy igen jól ismert, krónikus, éveken át fennálló, hullámzó lefolyású gyulladással járó bőrbetegséggel állunk szemben. Enyhe vagy mérsékelt súlyos esetekben elegendő a megfelelő helyi kezelés beállítása, a testápoló és gyulladáscsökkentő kezelés rendszeres alkalmazása, nem indokolt a részletes allergológiai kivizsgálás elvégzése. Az atópiás ekcéma és az ételallergia közé nem rakhatunk egyenlőségjelet, az ekcémát nem az ételek okozzák, azonban bizonyos ételek (tej, tojás, szója) fogyasztása ronthatja a klinikai tüneteket. A közepesen súlyos és súlyos atópiás ekcémában szenvedő gyermekek 30-40%-ában kimutatható valamilyen étel- (és egyéb) allergia. Ezen allergiák nem okai, sokkal inkább következményei a gyulladással járó bőrbetegségnek. Amennyiben a bőrtünetek nem gyógyulnak megfelelően a bőrgyógyászati kezelés hatására, vagy a gyermek, a beteg kórtörténetében súlyos allergiás reakció szerepel, illetve akkor, ha egyértelmű valamilyen étel, vagy egyéb allergén bőrtüneteket provokáló hatása, természetesen javasolt a megfelelő allergológiai vizsgálatok elvégzése (14–17).

Gyakori probléma, hogy az ekcémás tünetek jelentkezésekor, a bőrbetegség kezelését megelőzően, szinte azonnal diéta beállítására kerül sor (pl.: tej-, tojás-, szója- stb. mentes diéta). A diéta alkalmazása csak igazolt allergia esetén indokolt, és minden esetben táplálkozási tanácsadóval kell átbeszélni a gyermek táplálását, étkeztetését a hiánybetegségek, a növekedés, a fejlődés elmaradásának megelőzése érdekében.

RÖVIDÍTÉSJELEK:

SCIT (SUBCUTANEOUS IMMUNOTHERAPY) = SZUBKUTÁN IMMUNTERÁPIA; SLIT (SUBLINGUAL IMMUNOTHERAPY) = SZUBLINGVÁLIS IMMUNTERÁPIA; HANO (HEREDITER ANGIONEUROTIKUS OEDEMA) = HEREDITER ANGIOÖDÉMA

IRODALOM

Az irodalomjegyzék megtalálható a szerkesztőségben, valamint a www.olo.hu oldalon.