

Alergiczny wyprysk kontaktowy u dzieci

Radosław Śpiewak

Wydział Farmaceutyczny UJ, Kraków
Instytut Dermatologii, Kraków

Alergiczny wyprysk kontaktowy (synonim: alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, ang. *allergic contact dermatitis*, ACD) jest częstą chorobą dzieci, która w wielu przypadkach jest błędnie diagnozowana jako atopowe zapalenie skóry. Na częste występowanie wyprysku kontaktowego u dzieci zwracano uwagę już 70 lat temu,¹ jednak fakt ten nadal wydaje się umykać wielu pediatrom i alergologom, którzy widząc dziecko z wypryskiem poprzestają na poszukiwaniu alergii pokarmowej.

„Zbyt wiele dzieci z wypryskiem skazuje się na dietę, podczas gdy prawdziwą przyczyną jest coś, z czym skóra styka się od zewnątrz.”

Lewis Webb Hill, 1959²



Fot. 1

Alergiczny wyprysk kontaktowy na tle alergii na żywicę syntetyczną u 9-letniej dziewczyny. Są to kolejne okulary, przy których noszeniu występowały te charakterystyczne zmiany.

ACD może pojawiać się już w okresie noworodkowym,³ u dzieci 7-letnich jego częstość jest porównywalna z częstością wyprysku atopowego, zaś u nastolatków jest już najczęstszą formą wyprysku.⁴ Częstą przyczyną pomyłek diagnostycznych jest fakt, że wyprysk atopowy i ACD mogą współwystępować, obie te choroby mogą także współistnieć z innymi przewlekłymi dermatozami zapalnymi, takimi jak wyprysk łojotokowy czy wyprysk z podrażnienia.

Najbardziej prawdopodobną sekwencją zdarzeń wydaje się stopniowe wygasanie wyprysku atopowego z jednoczesnym rozwojem ACD – również na tle jatrogennej alergizacji na glikokortykosterydy, emolienty i inne preparaty miejscowe stosowane w leczeniu wyprysku.⁵

Wyprysk atopowy i alergiczny wyprysk kontaktowy (ACD) mogą u dzieci współistnieć lub następować po sobie. Możliwe jest również wystąpienie ACD jako pierwszej choroby już u małych dzieci.

Wśród głównych przyczyn niedostatecznej rozpoznawalności ACD i zarazem zbyt częstego rozpoznawania wyprysku atopowego u dzieci można wymienić:

1. Niewystarczającą świadomość tematu alergii kontaktowej i wyprysku kontaktowego wśród specjalistów pediatrów i alergologów, a co za tym idzie brak motywacji i umiejętności niezbędnych do wykonywania przez alergologów i pediatrów testów płatkowych, które są podstawą rozpoznania ACD.
2. Utratę zainteresowania wykonywaniem testów płatkowych przez dermatologów, którzy posiadają stosowne wyszkolenie, jednak coraz bardziej ograniczają zakres diagnozowania i leczenia chorób skóry na rzecz bardziej dochodowej kosmetologii i medycyny estetycznej.

W programie szkolenia specjalizacyjnego, a także na konferencjach alergologicznych uderza dysproporcja między uwagą poświęcaną zagadnieniom ACD u dzieci (chorobowość życiowa 6,1-17,7%),^{4,6} a uwagą dedykowaną innej chorobie alergicznej o porównywalnej częstości u dzieci – astmie oskrzelowej (7,7-9,6%).⁷

Rozpoznawanie ACD u dzieci

Dużą trudność diagnostyczną sprawia fakt, że rozróżnienie między wypryskiem atopowym a ACD często nie jest możliwe tylko na podstawie cech morfologicznych. Podstawą rozpoznania ACD u dziecka jest stwierdzenie dodatniego i klinicznie istotnego wyniku testu płatkowego,⁸⁻¹⁰ dlatego lekarz nie wykonujący testów płatkowych nie jest w stanie rozpoznać tej choroby. W takiej sytuacji nierzadko pada rozpoznanie wyprysku atopowego, op-

arte na błędnych przesłankach, takich jak stwierdzenie atopii u danego dziecka, czy też bezkrytycznie rozpowszechniane informacje o rosnącej w nieskończoność częstości wyprysku atopowego u dzieci (np. badania ISAAC). Jednak atopia dotyczy 30-50% ogólnej populacji dzieci i z porównywalną częstością występuje wśród dzieci z ACD.¹¹ Nie wolno również zapominać o ograniczonej wiarygodności badań ISAAC: za pomocą kilku prostych pytań zawartych w kwestionariuszu nie da się rozróżnić między wypryskiem atopowym, ACD, a także innymi chorobami skóry. Dlatego wyniki badań ISAAC w istocie nie opisują częstości wyprysku atopowego ani żadnej innej określonej choroby skóry, a co najwyżej określają odsetek dzieci, które twierdzą, że mają problemy skórne (Ryc. 1). Jedyną wiarygodną podstawą rozpoznania wyprysku atopowego nadal pozostają kryteria Hanifina i Rajki,¹² przy czym spełnienie tych kryteriów potwierdza wprawdzie obecność wyprysku atopowego, ale nie wyklucza współistnienia innych zapalnych dermatoz, w tym ACD. Dlatego zgodnie z obowiązującymi zasadami, u każdego

chorego z przewlekłym wypryskiem lub lichenizacją należy wykonać testy płatkowe. Wynika to z faktu, że alergia kontaktowa może być nie tylko przyczyną, lecz także powikłaniem wyprysku (uczulenie wtórne, w tym jatrogenne).

wyprysk + atopia ≠ wyprysk atopowy

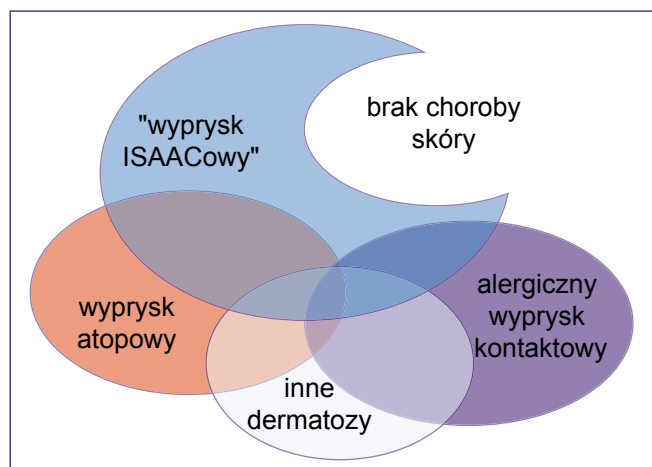
Niebezpieczeństwo rozpoznania wyprysku atopowego „na skróty” (według błędnego rozumowania „wyprysk + atopia = wyprysk atopowy”) ilustrują następujące badania przeprowadzone w Krakowie: wśród dzieci spełniających kryteria „wyprysku ISAACowego” oraz wykazujących cechy atopii (dodatkowo testy punktowe) obecność alergii kontaktowej stwierdzono u 67% siedmiolatków oraz 58% szesnastolatków.¹³ Zwraca uwagę bardzo wysoka częstość alergii kontaktowej na propolis (Tab. 1), podobną częstość dodatnich odczytów na propolis (15%) obserwujemy również u dorosłych.¹⁴

REKLAMA



Fot. 2

Wyprysk stóp u 12-letniego chłopca ograniczony do miejsc przylegania obuwia do skóry wymaga wykonania testów płatkowych z serii podstawową oraz serią materiałów obuwia.



Ryc. 1

Nie da się odróżnić wyprysku atopowego od alergicznego wyprysku kontaktowego oraz innych chorób skóry za pomocą kwestionariusza ISAAC. Schemat przedstawia hipotetyczny udział różnych chorób w puli „wyprysku ISAACowego”

www.chemotechnique.pl

IQ Ultimate®

Pierwsze wodoodporne testy płatkowe

Tab. 1

Alergia kontaktowa wśród 7-letnich polskich dzieci z cechami atopii i „wypryskiem ISAACowym”¹³

Przynajmniej jeden dodatni odczyn w testach z Europejską Serią Podstawową (EBS)	48,5% (95%CI: 41,5-55,5)
Przynajmniej jeden dodatni odczyn w testach z EBS rozszerzoną o propolis i tiomersal	67,0% (57,9-76,1)
Nikiel	35,9% (26,7-45,2)
Propolis*	16,5% (9,3-23,7)
Tiomersal**	11,7% (5,5-17,8)
Kobalt	9,7% (4,0-15,4)
Chrom	6,8% (1,9-11,7)
Mieszanka zapachowa I	6,8% (1,9-11,7)
Mieszanka zapachowa II	5,8% (1,3-10,3)
Neomycyna	4,9% (0,7-9,0)

* Propolis nie występuje w EBS. W związku z częstotścią dodatnich odczynów u dzieci i dorosłych (ok. 15% testowanych), propolis został uwzględniony w polskiej, rozszerzonej wersji Europejskiej Serii Podstawowej (POL-1000)

** Dodatnie testy z tiomersalem z reguły nie mają znaczenia klinicznego, a jedynie odzwierciedlają przestrojenie układu odpornościowego na skutek stosowania szczepionek profilaktycznych zawierających ten konserwant. W związku z tym nie zaleca się rutynowego wykonywania testów płatkowych z tiomersalem.

Bardzo wysoka częstość alergii kontaktowej na propolis u dzieci i dorosłych wskazuje na konieczność włączenia tej substancji do rutynowych testów płatkowych w Polsce.

Na podstawie przytoczonych danych można sobie łatwo wyobrazić, że gdyby pediatra lub alergolog zamiast testów punktowych rutynowo wykonywał u dzieci z wypryskiem testy płatkowe, to zapewne w większości przypadków rozpoznawałby alergiczny wyprysk kontaktowy, a nie, jak obecnie, wyprysk atopowy. Jednak sprawa nie jest tak prosta: tak jak dodatni wynik testu punktowego nie jest podstawą rozpoznania wyprysku atopowego, tak samo dodatni wynik testu płatkowego nie wystarcza (choć jest jednym z koniecznych warunków) rozpoznania ACD. Drugim warunkiem jest potwierdzenie, że kontakt z daną substancją faktycznie wywołuje objawy chorobowe (wykazanie istotności klinicznej).⁹

Dodatni wynik testu punktowego nie wystarcza do rozpoznania wyprysku atopowego!
Dodatni wynik testu płatkowego nie wystarcza do rozpoznania alergicznego wyprysku kontaktowego!

Wykonywanie testów płatkowych u dzieci

W literaturze można znaleźć propozycje specjalnych serii testowych przeznaczonych dla dzieci, mają one jednak głównie znaczenie lokalne lub historyczne. Praktyką obecnie najczęściej stosowaną jest testowanie dzieci tymi samymi seriami, co u dorosłych. Aktualnie pod patronatem EAACI toczą się prace, które w ciągu 2-3 lat mogą zaowocować opracowaniem nowej serii testowej dla dzieci. Do tego czasu zaleca się testowanie dzieci tak jak dorosłych.

Podstawą rozpoznania alergicznego wyprysku kontaktowego u dziecka jest stwierdzenie dodatniego wyniku testu płatkowego i potwierdzenie jego istotności klinicznej.



Najbliższe szkolenia:

2 października 2010

Kurs „Wyprysk: Spektrum kliniczne, diagnostyka, postępowanie” - 2. edycja

5 marca 2011

Praktyczny Kurs „Testy płatkowe: techniki wykonania i zasady interpretacji” - 13. edycja

Szczegółowe informacje i formularze zgłoszeniowe na: www.medukacja.biz



Fot. 3

12-letnia dziewczyna zgłosiła się ze świeżą blizną pozapalną w miejscu nietrwałego („malowanego”) tatuażu na łopatkę. Testy płatkowe wykazały alergię kontaktową na parafenylenodiaminę (+). Osiem miesięcy później rozwinął się u niej alergiczny wyprysk kontaktowy powiek po zastosowaniu tuszu do rzęs.

Testy należy rozpocząć od serii podstawowej, np. polskiej rozszerzonej wersji Europejskiej Serii Podstawowej (POL-1000, Chemotechnique), a także uwzględnić indywidualne narażenia, np. środki do pielęgnacji dzieci, emolienty, leki zewnętrzne, kosmetyki i perfumy rodziców („wyprysk z przeniesienia”), itd. Więcej na temat testowania z substancjami własnymi można znaleźć we wcześniejszym opracowaniu.¹⁵ Technice wykonywania i interpretacji testów płatkowych poświęcony był poprzedni numer czasopisma,¹⁰ dostępny na stronie www.alergologia.biz.pl.

Częstość alergicznego wyprysku kontaktowego u dzieci jest porównywalna do wyprysku atopowego.

Piśmiennictwo

- 1) Hill LW. The classification of eczematoid eruptions in children with especial reference to contact dermatitis. *J Pediatr* 1942;20:537-48.
- 2) Hill LW. The importance of contact eczema in children. *Pediatrics* 1959;23:797-801.
- 3) Bruckner AL, Weston WL, Morelli JG. Does sensitization to contact allergens begin in infancy? *Pediatrics* 2000; 105: e3.
- 4) Czarnobilska E, Obtulowicz K, Dyga W, Wsołek-Wnęk K, Śpiewak R. Contact hypersensitivity and allergic contact dermatitis among school children and teenagers with eczema. *Contact Dermatitis* 2009;60:264-9.
- 5) de Waard van der Spek FB, Oranje AP. Patch tests in

children with suspected allergic contact dermatitis: a prospective study and review of the literature. *Dermatology* 2009; 218: 119-25.

- 6) Mortz CG, Lauritsen JM, Bindslev-Jensen C, Andersen KE. Contact allergy and allergic contact dermatitis in adolescents: prevalence measures and associations. *Acta Derm Venereol* 2002;82:352-8.
- 7) Liebhart J, Małolepszy J, Wojtyniak B, Pisiewicz K, Piśa T, Gładysz U. Prevalence and risk factors for asthma in Poland: Results from the PMSEAD study. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2007;17:367-74.
- 8) Śpiewak R. Wyprysk kontaktowy. *Post Dermatol Alergol* 2009;26:375-7.
- 9) Śpiewak R. Patch testing for contact allergy and allergic contact dermatitis. *Open Allergy J* 2008;1:42-51.
- 10) Śpiewak R. Testy płatkowe. alergologia.biz.pl 2009;1:1-4.
- 11) Śpiewak R. Atopy and contact hypersensitivity: a reassessment of the relationship using objective measures. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005;95:61-5.
- 12) Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl* 1980; 92: 44-7.
- 13) Czarnobilska E, Obtulowicz K, Dyga W, Śpiewak R. The most important contact sensitizers in Polish children and adolescents with atopy and chronic recurrent eczema as detected with the expanded European Baseline Series. *Pediatr Allergy Immunol* (w druku).
- 14) Piętowska J, Czarnobilska E, Śpiewak R. The most frequent contact sensitizers and atopic diseases among consecutive patients of a Polish patch test clinic. *Allergy* 2008; 63 (Suppl. 88): 320.
- 15) Śpiewak R. Alergia kontaktowa - diagnostyka i postępowanie. *Alergia Astma Immunologia* 2007;12:109-26.

REKLAMA

photoallergy & photopatch test course on DVD

Polskie napisy

Ponad 6 godzin nagrań wykładów

Kurs diagnostyki fotoalergii na DVD

Wykłady uznanych specjalistów: Derk P. Bruynzeel (Amsterdam), James Ferguson (Dundee), Alastair Kerr (Dundee), Cezary Kowalewski (Warszawa), Percy Lehmann (Wuppertal), Joanna Narbutt (Łódź), Peter Schmid-Grendelmeier (Zurych), Radosław Śpiewak (Kraków).

Wszystkie wykłady opatrzone napisami w języku polskim i angielskim!

Szczegółowe informacje i formularz zamówienia na www.photopatch.eu

alergologia.biz.pl • czasopismo alergologów praktyków • ISSN 2081-4232 (Druk) • ISSN 2081-4240 (Online)

© Instytut Dermatologii sp. z o.o., ul. Władysława Łokietka 294A, 31-334 Kraków

Nakład 2000 egz. • Zamówienia, reklamy: tel. 12 416 62 62 • Ukazuje się 2 razy w roku • Druk: CD Graf, Kraków
Redaguje zespół • Redaktor naczelny: dr hab. med. Radosław Śpiewak • Numery archiwalne: www.alergologia.biz.pl

Niniejsza publikacja przeznaczona jest wyłącznie dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. z późniejszymi zmianami i rozporządzeniami