

AZ EKCÉMÁK KEZELÉSE

Irinyi Beatrix dr.

Debreceni Egyetem OEC,
Bőrgyógyászati Klinika,
Bőrgyógyászati
Allergológiai Tanszék,
Debrecen



A cikk online változata
megtalálható a
[www.olo.hu weboldalon](http://www.olo.hu/weboldalon).

Az ekcéma többnyire exogén, de elsődlegesen nem fertőző ágens hatására kialakuló, veleszületett vagy szerzett individuális reakciókészségen alapuló gyulladásos reakció. A bőrbetegségek 20-30%-át teszi ki, és a foglalkozási betegségek között az 1. helyen áll. Az ekcémára jellemző bőrtünetek sokszínűsége miatt a kezelésük is komplex feladat, kihívást jelent orvosnak és betegnek egyaránt. A kezelést mindig egyénre szabottan, a bőrtünetek fennállási idejétől (akut, szubakut, krónikus), lokalizációjától, kiterjedésétől és a beteg életkorától függően kell meghatározni. A gyógyulást követően, a tünetmentes állapotban pedig fontos feladat a kiváltó ok felderítése, amelyre az epikután teszt sokszor választ adhat.

Változatos bőrtünetekkel és legtöbbször kínzó viszketéssel jár az egyik leggyakoribb betegségcsoport, az ekcéma. Megjelenésére a sokféleség jellemző: vörös, elmosott szélű, viszkető kiütések vagy apró, nedvező hólyagocskák, illetve érdes tapintatú, hámló elváltozások megjelenése a test bármely részén. A kiváltó okok feltárása kihívást jelent a betegnek és az orvosnak egyaránt.

allergénre vagy egyéb hatásra, a következő ekcémaformák megjelenése jellemző: akut kontakt dermatitis, mikrobiális ekcéma, nummuláris ekcéma, illetve seborrheoes- és atópiás dermatitis.

Az ekcéma kezelésében legfontosabb feladata a beteg tüneteinek csökkentése és megszüntetése, majd második lépésként a gyulladást előidéző ok(okok) kiderítése és szanálása.

AZ EKCÉMÁK OSZTÁLYOZÁSA

Az ekcémákat, azaz dermatitist több szempont szerint osztályozhatjuk. Általában kialakulásuk függvényében csoportosítjuk a kórképet. Megjelenésének külső és belső, valamint ismert és ismeretlen okai lehetnek.

A köztudatban az ekcémákat allergiás reakciónak tartják, de gyakran külső behatások (mechanikai, fizikai, kémiai, biológiai), vagy a kültakaró károsodása, illetve egyéb belső faktorok hatására alakul ki az ekcéma. Ilyen belső (egyéni jellemző) okok lehetnek a bőr barrier funkciójának individuális károsodása, melynek következtében alakulhat ki, egy adott külső tényező provokáló hatására, a degeneratív ekcéma, a kiszáradásos ekcéma, a tenyéri-talpi hiperkeratotikus ekcéma és az intertriginózus dermatitis, valamint a pelenka dermatitis. A bőr védekezőképességének és az immunrendszer fokozott válaszkészségének együttes jelenléte esetén az adott külső

KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK

Az ekcémára jellemző bőrtünetek sokszínűsége miatt a kezelésük is komplex feladat. Mindig a klinikai tünetek lokalizációja, fennállási ideje, a beteg életkora és a klinikai tünetek súlyossága alapján egyénre szabott terápiát javasolunk. Bár léteznek általános irányelvek a kezelési sémákra vonatkoztatva, de érdemes a felállított diagnózisnak megfelelő célzott terápiát kiválasztani.

A későbbiekben a leggyakoribb ekcémák: az allergiás kontakt dermatitis és az atópiás dermatitis kezelését ismertetem.

LOKÁLIS KEZELÉS

LOKÁLIS SZTEROID EXTERNÁK

A lokális tünetekre a megjelenésük szerint gyulladáscsökkentő krémet, hűsítő rázókeve-



réket vagy hámlasztó, illetve hámképződést segítő kenőcsöt javasolunk. Az ekcémák akut tüneteinek gyógyításában kiváló hatékonysággal rendelkeznek a lokális kortikoszteroid externák, amelyek időszakos alkalmazása központi szerepet jelent a mindennapi gyógyító munkában. Ezen széles spektrumú immunmoduláló szerekkel történő gyógykezelés gyors és hatékony tüneti enyhülést okoz az akut gyulladások esetében.

Európában a lokális szteroidokat 4 hatástani csoportba sorolják (1. táblázat). Az I-es csoportba a leggyengébb hatású, a IV-es csoportba az igen erős készítmények tartoznak. A felosztás a vazokonstriktós teszt alapján meghatározott relatív hatékonyságon alapul, figyelembe kell azonban venni, hogy a gyógyszerforma és a vivőanyag is befolyásolhatja egy készítmény hatékonyságát, így egy osztályon belül is jelentős hatáserősségbeli különbségek fordulhatnak elő.

A helyi kortikoszteroidok használatakor azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni néhány jelentős kockázati tényezőt, különösen, ha folyamatosan alkalmazzuk ezeket. A lehetséges mellékhatások, amelyek a lokális kortikoszteroidok alkalmazásakor jelentkezhetnek a következők: bőrrátrófia, hajszálértágulat, hipopigmentáció, szteroid akne, fokozott szőrnövekedés. Mindezek ismeretében a helyi kortikoszteroidok alkalmazásának időtartamát és intenzitását tekintve szigorú szabályokat kell betartani – különösen gyerekek esetében és olyan érzékeny bőrterületeken, mint az arc, a nyak és a hajlatok. A betegnek mindig részletesen magyarázzuk el, hogy hogyan végezze a kezelést. Célszerű meghatározni a lokális szteroidkezelés várható időtartamát, megszabni, hogy mekkora mennyiséget használjon egy ke-

nés során, illetve, hogy naponta hányszor ismételheti meg a terápiát. A helyileg alkalmazott szteroidokat elegendő naponta 1× használni, mert nincs terápiás előnye a naponta többszöri alkalmazásnak (2).

A betegben tudatosítsuk, hogy csak a beteg bőrfelületet kezelje. A kezelőorvosnak a terápiás protokollt előre meg kell terveznie, és rendszeresen ellenőriznie kell a beteget, szükség esetén módosítania kell a terápián, hiszen a javulás vagy a bőrtünet változása esetén érdemes enyhébb, illetve más készítményt használni (3).

Érdemes továbbá figyelembe venni a lokális gyulladáscsökkentő kiválasztásakor, hogy az ekcémás bőrfolyamat mekkora bőrfelületre terjed ki. Kisebb, 1-5%-nyi területek esetén tömény szteroidkészítmények is használhatók, de 5%-nál nagyobb bőrfelület kezelése során a szteroid externákat gyakran hígítva, magisztrális báziskenőcsökben rendeljük (4). A lokális szteroidok penetrációja, így hatékonysága, nagymértékben függ a kezelt testtájéktól. Ezért fontos, hogy a test faggyúmirigyekben gazdagabb bőrterületein, mint scrotum, szemhéjak, arc és hajlatok, csak gyenge hatású, illetve modern, minimálisan atrofizáló hatással rendelkező készítmények alkalmazhatók, mert ezen felületekről a lokális kortikoszteroidok felszívódása akár többszöröse is emelkedhet (5). Ugyancsak erőteljesebb lehet a felszívódás a sérült hámról is, gondoljunk erre erősen kivakart ekcémás bőrnél. A beteg életkorát sem szabad figyelmen kívül hagynunk, amikor effektív gyulladáscsökkentő kezelést igyekszünk választani. Fokozott óvatosság szükséges csecsemők, kisgyermek és idősek kezelésénél is. Csecsemőknél a felszívódás gyorsabb, a testfelszín a testsúly-



1. táblázat:
A lokális szteroidok
4 hatástani
csoportja

HATÁSERŐSSÉG	KÉMIAI SZERKEZET	GYÁRI NÉV
1. Gyenge hatású szteroid	hydrocortison prednisolon	Hydrocortison kenőcs Prednisolon kenőcs
2. Mérsékelten erős szteroid	hydrocortison-butirát triamcinolon flumetason	Locoid krém, kenőcs, oldat; Laticort krém, kenőcs, külsőleges oldat; Ftorocort kenőcs, Alkcema kenőcs; Lorinden A kenőcs
3. Erős hatású szteroidok	mometason fluticason propionat betametason budesonid fluocinolon acetamid metilprednizolon-aceponát	Elocom kenőcs, krém, oldat Cutivate krém, kenőcs Diprosalic kenőcs, oldat Apulein kenőcs, krém, oldat Flucinar kenőcs, krém Advantan krém, kenőcs, zsíros kenőcs, oldat
4. Igen erős szteroidok	clobetasol	Dermovate kenőcs, krém, oldat; Cloanazol krém, kenőcs





hoz viszonyítva nagyobb, ezért nagy testfelszínen végzett lokális kezelés egyenlő lehet egy szisztémás terápiával, amikor is annak ismert mellékhatásaival kell számolni (3).

LOKÁLIS NEM SZTEROID TÍPUSÚ GYULLADÁSCSÖKKENTŐK

Az atópiás dermatitis lokális kezelésében már a lokális kortikoszteroidok mellett ekvivalens készítményként használhatók a lokális nem szteroid tartalmú gyulladásgátló készítmények, a makrolaktám származékok (tacrolimus, pimecrolimus), amelyeket kifejezetten a gyulladásos bőrbetegségek kezelésére fejlesztettek ki. Szelektíven gátolják a gyulladásos citokinek és mediátorok felszabadulását. Biztonságos és hatékony terápiás lehetőségnek bizonyultak az atópiás dermatitis betegek kezelésében – csecsemőknél, gyerekeknél és felnőtteknél egyaránt (6).

EGYÉB LOKÁLISAN ALKALMAZHATÓ KÉSZÍTMÉNYEK: HIDRATÁLÓK, BARRIER REGENERÁLÓK

Az ekcémás bőrpanaszok javulást követően szteroidmentes terápia alkalmazható karbamid, linolsav, ceramid tartalmú készítményekkel, vagy lipidekben gazdag krémekkel, kenőcsökkel. Az ekcémás léziók teljes megszűnése után a hidratáló készítmények rendszeres használatáról ne feledkezzünk meg, a kültakaró védőrétegének megóvása miatt. A hátsó mechanizmusukat alapul véve a hidratáló szereknek különböző osztályai léteznek: abszorbeáló, nedvesítő és puhító externák. A puhítók hidratáltan tartják a bőrt és csökkentik a vízvesztést.

SZISZTÉMÁS TERÁPIA

ANTIHIŠTAMINOK

A szubjektív panaszok, mint égő érzés, viszketés csillapítására allergia ellenes gyógyszert

(antihisztamint) javasolunk. Az ekcémás betegnek először monoterápiában első, vagy második generációs antihisztamint érdemes javasolni. Amennyiben erre a kezelésre nem reagálnak panaszai, kombináltan alkalmazhatunk két antihisztamint: szedáló és nem szedáló H_1 -receptor blokkolót. A szedáló antihisztaminok minden olyan intenzív bőrvizsketés esetén alkalmazhatók, melyek alvászavart okoznak (1).

SZISZTÉMÁS KÉSZÍTMÉNYEK

A lokális terápia sikertelensége esetén, valamint a testfelszín jelentős érintettségekor, esetleg progresszió alkalmával szisztémás kortikoszteroidot indíthatunk átlagosan 0,5-1 mg/tskg/nap dózisban néhány hétig, majd fokozatosan csökkentjük a gyógyszert. A szájon át bevehető antibiotikumok időszakos használata akkor indokolt, ha bakteriális szuperinfekció azt szükségessé teszi. Ilyenkor a bőrön akut dermatitis tünetei jelennek meg, majd nedvedzés jelentkezik. Ilyen esetekben a lokális kortikoszteroid tartalmú gyulladáscsökkentők helyett lokális antibiotikumok, fertőtlenítő ecsetelők, valamint hűsítő rázókeverékek vagy hámosító kenőcsök használata javasolt.

EGYÉB TERÁPIÁS JAVASLATOK

Krónikus ekcémás folyamat esetén, amikor klinikailag barnásvörös gyulladás, illetve diszkrét vagy jelentős hámlás észlelhető, hámlasztó és/vagy hámosító kenőcsök használatát szorgalmazzuk. A fénynek kitett területekre (arc, nyak, kéz hátak) fényvédőt indikálunk, hogy napfény hatására ne alakuljanak ki maradványtünetek (barna foltok, hegek) az ekcémás gyulladt terület helyén. Ezzel szemben fototerápia alkalmazható terápiás céllal egyes ekcéma-formák (atópiás dermatitis bizonyos eseteiben) kezelésében, pl. ha a bőrléziók nem reagálnak a lokális kortikoszteroid kezelésre,

CEP név	hatóanyag	rendeltetés	kezelési ár* (Ft.)	támogatás (Ft.)	térítési díj (Ft.)	környeg, **	utb. előírások dátuma	
Laticort	LATICORT EMULG. KENŐCS 1%g, 15g, 30g	hidrokortizon-butirát	✓	438	110	328	igen - referencia gyógyszer	2008.12.09
Alkema	LATICORT EMULG. KENŐCS 1%g, 15g, 30g	hidrokortizon-butirát	✓	584	146	438	igen	2009.03.26
Lorinden A	ALKEMA KENŐCS 2%g	triamcinolon + klórhexidin	✓	1566	-	1566		2009.09.30
Flucinar	LORINDEN A KENŐCS 1%g	flumetaszom	✓	730	183	547	igen	2008.05.26
Flucinar N	FLUCINAR KENŐCS 1%g, 15g, 30g	fluocinolon	✓	699	175	524	igen	2011.09.26
Flucinar N	FLUCINAR N KENŐCS 1%g	fluocinolon + neomicin	✓	621	-	621	igen	2011.09.26
Closanasol	CLOSANASOL KENŐCS 2%g, 15g, 30g	clobetasol	✓	645	161	484	igen - referencia gyógyszer	2006.10.30

* közfinanszírozással megelőzhető ár ** környeg/ellátás rendelkezhető V= kizárólag vényre rendelhető

A fenti táblázat a 2012.06.01-étől érvényes adatok tartalmazza. Az árak időközönként változhatnak a www.egsz.gov.hu honlapon, illetve az Egészségügyi Szolgáltatási Szolgáltatások közzétételét követően.

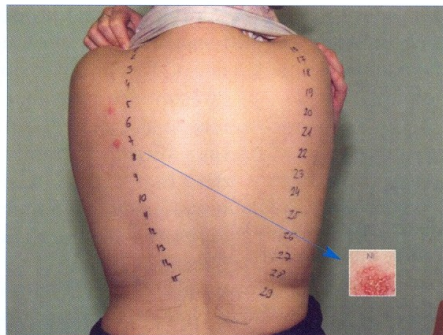




* ártáblázat a 2012.06.01-ig érvényes árakat tartalmazza. Az árak időközönként változnak a www.valeant.hu honlapon, illetve az Egységizhatszámok Kódjában közzétett nyomtatott táblázat alapján.
A gyógyszer rendelése előtt olvassa el a részletes alkalmazási előírást! DER-HU1205-03. Létrejött dátuma: 2012.06.04



1. ábra:
Epikután teszt



vagy ha a betegség nagy bőrfelületet érint. Leggyakrabban, akár heti több alkalommal is a keskeny hullámhosszúságú UVB fototerápiát javasoljuk.

ALLERGÉN KUTATÁS

Oki kezelésként legfontosabb feladat az ekcémát kiváltó allergén felderítése. Erre tünetmentes és gyógyszermentes időszakban van lehetőség. A kontakt allergénnel szembeni túlérzékenység csak az epikután teszt (rátevési próba) elvégzésével igazolható egyértelműen (1. ábra). Elengedhetetlen azonban a részletes és pontos anamnézis-felvétel, amely az epikután próbánál alkalmazott tesztanyagok (tesztsor) kiválasztásában és a provokáló allergén felkutatásában nyújt segítséget, különösen allergiás kontakt ekcémában. Az atópiás dermatitis diagnosztikájában alkalmazott hasonló rátevési próba az ún. atopy patch teszt, amely segítségével az azonnali típusú reakciót kiváltó allergének (inhalatív és nutritív allergének) tesztelése történik vazelinben oldva, epikután teszt formájában.

Az anamnesztikus adatoknak ki kell térni a tünetek megjelenési idejére, a munkahelyi és otthoni provokációk lehetőségére, a családi anamnézisre, esetleges gyógyszerelésre, paramedicinális-, és tisztálkodó szerek, illetve kozmetikumok használatára, valamint a klinikai tünetek pontos behatárolására.

A provokáló ágens keresésekor azt is szem előtt kell tartanunk, hogy az adott lokalizációban milyen allergénnek lehet kiemelt szerepe. A fejtetőn, a szemhéjakon és az arcon leggyakrabban hajfestékek, kozmetikumok, és a levegőben terjedő anyagok okozhatnak elváltozást. A nyakon ékszerek és parfümök, a törzsön és a végtagokon testápolók és a ruházat anyaga válthat ki hasonló tüneteket. A kezek izolált dermatitisre többnyire foglalkozási eredetű vagy háztartási, kozmetikai szerek okozta betegség. A szájnálkahártyán főleg a fogászatban használt anyagok és eszközök provokálnak. Végül a generalizált bőrkiütések a környezetben állandóan jelenlévő allergének, illó vegyi anyagok és külsőleg alkalmazott gyógyszerek hatására, illetve korábban külsőleg szenzibilizált egyénnél belső reexpozíció – az anyag felszívódása – után alakulnak ki.

Endogén ekcéma esetén fontos a szervezetben rejlő probléma feltárása. Bizonyos ekémaformák, mint másodlagos betegség hívják fel a figyelmet a szervezetben zajló krónikus gyulladás(ok)ra.

Részletes laborvizsgálat és a szervezet gócpontjainak (fogak, tonsillák, gyomor-, és béltraktus, kismedence) alapos vizsgálata segíthet a góc megtalálásában. A krónikus gócok szanálása ezt követően feltétlenül fontos feladat.

ÖSSZEGRZÉS

Az ekcéma makacs, kiújulásra hajlamos, nehezen kezelhető bőrbetegség, amely sokszor a beteg életminőségét is negatívan befolyásolja. Sőt sokszor nem is gyógyítható, mivel az adott allergizáló anyaggal való szenzibilizáció miatt a szervezet „emlékszik” az irritáló anyagra. Ez azt jelenti, hogy az érzékenységet okozó anyagokkal való kontaktus újra bőrgyuladást vált ki, ezért ha csak lehet kerülni kell a provokáló faktort egy életen át.

IRODALOM

1. Irinyi B, Hunyadi J. Az atópiás dermatitis újabb terápiás lehetőségei. *Családorvosi Fórum* 2004; 9: 16–20.
2. Lagos BR, et al. Frequency of application of topical corticosteroids: an overview. *British J Dermatol* 1998; 139: 763–6.
3. Irinyi B, Szegedi A. Lokális szteroid terápia a XXI. században. *Bőrgyógyász Info* 2008; 4 (4): 139–143.
4. Török L. Helyi kortikoszteroid kezelés. *Gyógyszereink* 1999; 49: 63–67.
5. Kemény L. Helyi kortikoszteroid kezelés a bőrgyógyászatban. *Medicus Universalis* 2003; 5: 203–207.
6. Ellis C, Luger T, Abeck D, et al. International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): clinical update and current treatment strategies. *Br J Dermatol* 2003; 148 (Suppl 63): 3–10.