

# Urticaria és atópiás dermatitis

• Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium •

## URTICARIA

### Definíció és alapvető megállapítások

Az urticaria vagy csalánkiütés az irha felső részében kialakuló lokális ödéma, ami a kapillárisok átmeneti tágulata és fokozott permeabilitása következtében jön létre. Legtöbbször különböző mediátor (elsősorban hisztamin) hízósejtekből vagy basophil granulocytákból történő felszabadulása váltja ki korai allergiás mechanizmuson keresztül.

### Gyakoriság

Az élet során a populáció 20%-ában fordul elő. Gyermekeknél gyakrabban fordul elő, mint felnőtteknél. Az urticaria előfordulása gyakoribb lányoknál.

### Kiváltó okok

- enterális allergének;
- gyógyszerek;
- inhalációs allergének;
- fertőzések;
- kontaktallergének;
- rovarcsípés;
- helminthiasis;
- parenteralisan adott idegen fehérje.

### Típusai

- Akut: hirtelen kialakuló, generalizált (6 hétnél kevesebb ideig tart).
- Akut intermittáló: napok, hetek kihagyásával jelentkező csalánkiütés.
- Krónikus: 6 hétnél tovább fennálló, naponta jelentkező csalánkiütések.

## Speciális formák

- fizikai urticariák (urticaria factitia);
- kolinerg urticaria;
- hideg urticaria;
- aquagen urticaria;
- urticaria solaris;
- hereditær angioneurotikus ödéma (HAO);
- szisztémás betegségekhez társult forma (autoimmun kötőszöveti betegségek, vasculitis, malignitas).

## Tünetek

A betegséget az allergén szervezetbe jutása után rövid időn belül kialakuló, a bőrön rohamszerűen jelentkező, halványvörös vagy porcelánszínű, éles szélű, a környezetből kiemelkedő, girlandos, különböző nagyságú, erősen viszkető bőrjelenségek (urtica) jellemzik. Az urticák akut módon, csoportosan, rövid, egymást követő időszakokban jelentkezhetnek, s ellephetik az egész testet. Gyorsan el is tűnhetnek. Ha az ödéma a laza kötőszövetes területeken (gége, larynx, szemhéj stb.) a subcutisra is áttérjed, angioneurotikus vagy Quincke-ödémáról beszélünk.

## Diagnosztika

Az urticaria diagnózisa a klinikai képen alapul. Néhány kivételtől eltekintve nincs olyan laboratóriumi teszt, ami kizárja vagy megerősíti az urticaria diagnózisát.

Az etiológiai diagnózis a legfontosabb az akut intermittáló, ill. a krónikus urticariában. Az anamnézis gondos elemzése, ismételt felvétele után célszerűen a következő vizsgálati lehetőségek jöhetnek szóba:

- Laboratóriumi vizsgálatok (fvs, minőségi vérkép, CRP).
- Gasztroenterológiai vizsgálatok (székletvizsgálatok a bélférgesség irányában, aciditás, felszívódási zavarok, H. pylori kilégzési teszt).
- Góckutatás.
- Diéta (bizonyos táplálék megvonása utáni provokációval, étel, ételadditívek).

- Fizikai urticariatesztek.
- Allergológiai vizsgálatok:
  - epikután teszt (speciális sorokkal is);
  - Prick-teszt (étel-gyógyszer-pollen stb.);
  - specifikus IgE-vizsgálatok (étel-gyógyszer-pollen).
- Immunológiai vizsgálatok:
  - C1 észteráz inhibitor szint- és funkcióvizsgálat (HAO);
  - Immunglobulinszintek;
  - C3-, C4-szint;
  - keringő antitestek;
  - IgE FcI receptor elleni antitest.

## Kezelés

- Akut urticaria: kiváltó tényező eliminációja, iv., ill. per os szteroid (prednisolon, metilprednisolon), tonogen sc., antihisztaminok.
- Akut intermittáló: mint fent.
- Krónikus: diéta, per os chromoglycat, ketotifen.
- Speciális formák:
  - Herediter angioneurotikus ödéma: roham esetén C1 észteráz inaktivátor iv., fenntartó kezeléskor: danazol.
  - Autoimmun urticaria: szteroid, IVIG, plasmapheresis.
  - Fizikai urticariák: urticaria factitia (II. generációs antihisztamin).
  - Urticaria e frigore (terbutaline + aminophylline, II. generációs antihisztamin, cyproheptadine).

## ATÓPIÁS DERMATITIS

### Definíció

Az atópiás dermatitis veleszületett hajlam alapján kifejlődő, viszketéssel, száraz bőrrrel járó recidiváló bőrbetegség. Multifaktoriálisan öröklődik, amelyben a külső környezeti tényezők (klíma, allergének, ruházat, irritánsok) mellett multiplex, genetikailag meghatározott anyagcsere (arachidonsavak, esszenciális zsírsavak) és immunológiai eltérések játszanak szerepet (a lymphocytá Th<sub>1</sub>/Th<sub>2</sub> alosztály egyensúlyzavara, a mastocyták fokozott degranulációs hajlama és a Langerhans-sejtek fokozott antigénprezentációja). A kórképben fokozott az IgE-képzés, az ennek következtében kialakuló I. típusú allergiás reakciók, valamint a celluláris immunitás

bőrre lokalizálódó deficienciája mutathatók ki. Atópiás betegek 80%-ában 5–10-szeres IgE-koncentrációk mutathatók ki. Az atópiás dermatitisben szenvedő csecsemők fokozottan betegednek meg allergiás rhinitisben és asthma bronchialéban.

## Gyakoriság

A csecsemők és a gyermekek leggyakoribb bőrgyógyászati megbetegedése, a lakosság 5–10%-a hajlamos e betegségeire.

## Kiváltó tényezők

Kiváltó tényezők között bizonyos ételek szerepelnek, hiszen a betegek 20–30%-ában étel okozta hiperszenzitivitás mutatható ki (tehéntej, búza, szója, földimogyoró, hal, tojás). A magas IgE-koncentrációval rendelkezőknél 50–90%-ban a fenti enterális allergének provokálják a tüneteket.

## Tünetek

A tünetek a csecsemőkorban kezdődnek (általában a 2-3. hónap során). A klinikai kép a betegek 60%-ban az 1. életévre, 90%-ban az 5. évre fejlődik ki.

A korai bőrjelenségek általában az arcon jelentkeznek erythemás, nedvedző foltok formájában, amelyek később a teljes arcra, nyakra, csuklóra, kézre, hasra és a végtagok extensor felszínére terjednek ki. A nagy ízületek flexiós felszíne általában később érintett, bár az antecubitalis és a poplitealis bőrtünet mint első manifesztáció is gyakorta előfordul. A viszketés jelentős tünet, s a vakarások miatt fokozott nedvedzés és pörkképződés, ill. másodlagos fertőzés, valamint ekcémás elváltozás következik be. Jellemző, hogy bizonyos ételallergének provokálják a tünetek megjelenését.

## Diagnózis

Intenzív pruritus és jellemző bőrtünetek esetén a diagnózis felállítása könnyű. Az alábbiak nyújtanak segítséget:

- családi anamnézis (allergiás rhinitis, asztma, szénanátha),
- bőrelváltozások életkorfüggő lokalizációja és formája,
- humorális immunitás vizsgálata (szérum össz IgE: a betegek többségénél kórosan emelkedett, azonban a normál IgE-szint sem zárja ki),
- eozinofília jelenléte (hiánya nem zárja ki),
- vegetatív idegrendszer funkciózavara (fehér dermografizmus).

**Az atópiás dermatitis diagnosztikus kritériumai****Az atópiás dermatitis major tünetei**

- Pruritus.
- Bőrelváltozások típusos elhelyezkedése és megjelenése (faciális és extensor lokalizáció).
- Krónikus lefolyás relapsusokkal.
- Családi vagy egyéni pozitívitas: asztma, allergiás rhinitis, atópiás dermatitis.

**Az atópiás dermatitis minor tünetei**

- Xerosis.
- Ichtyosis, palmaris hiperlinearitás, keratosis pilaris.
- Azonnali típusú (I.) bőrteszt-reaktivitás.
- Emelkedett szérumszintű IgE-koncentráció.
- A betegség korai kezdete.
- Bőrfertőzésekre való fokozott hajlam.
- Nem specifikus kéz- és lábdermatitisre való fokozott hajlam.
- Cumi okozta ekcéma, cheilitis.
- Ételallergia.
- Fehér dermografizmus.
- Rekurrens conjunctivitis.
- Keratoconus, elsőfajú szubkapszuláris katarakta.
- Emocionális tényezőkre rosszabbodás.
- Izzadáskor fokozott viszketés.

**Differenciáldiagnózis**

- egyéb dermatitisek (seborrhoeás, primer irritatív, seborrhoeás, fertőzőes ekcematoid dermatitis);
- psoriasis;
- scabies;
- histiocytosis;
- Wiskott–Aldrich-szindróma;
- X-hez kötött agammaglobulinaemia;
- acrodermatitis enteropathica;
- ataxia teleangiectasia.

## Kezelés

*Allergénelimináció:* (az élet első hónapjaiban atópiás hajlam esetén a táplálék allergének kerülése, anyatejtáplálás, ill. szükség esetén speciális tápszerek segítségével).

*Lokális kezelés:* a bőrszárazság leküzdése, bőr zsírozása, habfürdők és forró víz kerülése, fürdés után hidratálók, testápoló tejek alkalmazása, szappan helyett Unq. Hydrophycum non ionicum FoNo, gyapjú, moher és más dörzsölő textilféleségek kerülése.

- Akut nedvező stádiumban: borogatás, adsztringensek.
- Szubakut stádiumban: bőr zsírozása, gyenge és mérsékelten erős szteroidok (I–II. csoport) lokális intermittáló alkalmazása. Az arcbőrt kímélni! Cave! Fluorozott szteroidok!
- Impetiginizált forma: O/V emulzió és lokális dezinficiens.
- Lichenifikált stádium: bőr zsírozása, lokális szteroidkészítmények. (Gyenge és mérsékelten erős csoport, III. csoport mérlegelhető. Cave! IV. csoport és fluorozott szteroidok!)

*Szisztémás kezelés:* második generációs antihisztaminok, bőrfertőzés esetén célzott antibiotikus, antimikotikus, antivirális terápia, a szisztémás kortikoszteroid gyermekkorban kerülendő, csak súlyos erythrodermás formákban, átmenetileg jöhet szóba. Cyclosporinnal kevés a tapasztalat, csak súlyos erythrodermás esetekben.

*Egyéb:* pszichoterápia, frusztrációs szakasz elkerülésére, klímaterápia.

## Prognózis

Az atópiás dermatitis remissziós hajlamot mutat 3–5 éves korban. Az esetek többségénél 5 éves kor után a tünetek enyhe vagy középsúlyos ekcéma formájában perzisztálnak az antecubitalis és a poplitealis régióban. A kor előrehaladtával azonban az érintett területeken a bőr fokozott szárazsága és megvastagodása észlelhető, lichenifikációval és hiperpigmentációval, az arcon fokozott kapillaris permeabilitással és következményes ödémával. Hosszan tartó remisszió csak a 4–5. évtized után várható.

A legrosszabb prognózist azok a gyermekek mutatják, akiknél

- a betegség az I. életév előtt jelentkezett;
- súlyos dermatitis áll fenn;
- családi halmozódás figyelhető meg;
- allergiás rhinitis vagy asztma kíséri.