

Wyprysk kontaktowy

Contact eczema

Radostaw Śpiewak

Instytut Dermatologii sp. z o.o. w Krakowie,
dyrektor naukowy Instytutu: dr hab. n. med. Radostaw Śpiewak

Post Dermatol Alergol 2009; XXVI, 5: 375–377

Słowa kluczowe: alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia, proteinowe kontaktowe zapalenie skóry, wyprysk powietrzno pochodny, pokrzywka kontaktowa.

Abstract

Contact eczema is one of the most common clinical pictures seen in general practice. This is not a defined disease, but rather an umbrella term for a group of diseases with various aetiology that share common features in the clinical picture and course of the disease. The term itself implies that the causative factor provokes disease through direct contact with the skin. The following diseases fit into the spectrum of contact eczema: 1) Allergic contact eczema (allergic contact dermatitis), in which a low-molecular weight chemical compound (hapten) penetrates into the skin, and binds to an autologous protein to form an antigen that can be processed and recognized by cells of the immune system. Hapten-specific hypersensitivity of an individual is a prerequisite for this reaction. The orchestrators and major players in allergic contact eczema are effector T lymphocytes. 2) Irritant contact dermatitis (toxic dermatitis), in which the cumulative damage by various irritant factors leads to initiation of the inflammatory reaction and disruption of the skin barrier. The majority of people chronically exposed to irritants will eventually develop the disease. Individual susceptibility of the exposed person may play a role in the case of weak irritants, whereas most people will react with eczema upon exposure to strong irritants. 3) Protein contact dermatitis (also referred to as “atopic contact eczema”), in which an inflammatory reaction of the skin is provoked by contact with large molecular weight proteins (full allergens, in contrast to haptens in ACD). Typically, this form of contact eczema is seen in atopic individuals handling proteins (chefs, sandwich makers, etc.). Protein contact dermatitis is related to immunological contact urticaria, which can precede, accompany or replace eczema. Whichever disease of this spectrum is suspected, all others must be included in the differential diagnosis. Moreover, co-existence of these diseases is not rare.

Key words: allergic contact dermatitis, irritant contact dermatitis, protein contact dermatitis, airborne contact dermatitis, contact urticaria.

Wprowadzenie

Wyprysk kontaktowy to jeden z najczęstszych obrazów chorobowych spotykanych w ogólnej praktyce lekarskiej. Nie jest to jednostka chorobowa, lecz zbiorcze określenie chorób o zróżnicowanej etiologii, które wykazują podobieństwa obrazu klinicznego i przebiegu. Pojęcie „wyprysk kontaktowy” wskazuje, że czynnik chorobotwórczy prowokuje powstawanie objawów chorobowych poprzez bezpośredni kontakt ze skórą. Do spektrum wyprysku kontaktowego zalicza się następujące choroby: alergiczny wyprysk kontaktowy, wyprysk kontaktowy z podrażnienia

(toksyczny), wyprysk proteinowy wraz z pokrzywką kontaktową.

Alergiczny wyprysk kontaktowy

Alergiczny wyprysk kontaktowy (alergiczne kontaktowe zapalenie skóry – ACD) to choroba, którą wywołują związki drobnocząsteczkowe (hapteny). Hapteny penetrują do skóry, gdzie łączą się z białkami własnymi organizmu, w wyniku czego powstaje antygen, który może być przetwarzany i rozpoznawany przez komórki układu immunologicznego. Wiele nieporozumień wokół ACD bierze

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Radostaw Śpiewak, Instytut Dermatologii sp. z o.o., ul. Lentza 6/17, 31-312 Kraków, tel./faks +48 12 416 62 62, e-mail: spiewak@onet.eu

się z ignorowania faktu, że w ACD reakcję alergiczną wywołują hapteny, a nie alergeny. W odróżnieniu od alergenów, hapteny nie wykazują cech immunogennych. Alergen rozpoznawany przez swoiste limfocyty jest wytwarzany w organizmie z haptenu i białek własnych chorego. Fakt ten determinuje zasadniczą cechę kliniczną ACD – rozwój odczynu po kilkunastu, kilkudziesięciu godzinach od ekspozycji oraz brak reakcji natychmiastowych. Alergiczny wyprysk kontaktowy rozwija się wyłącznie u osób z alergią kontaktową, czyli nabytą swoistą nadwrażliwością na dany haptenu. Substratem pamięci immunologicznej niezbędnej do rozpoznania haptenu, a zarazem osiowymi komórkami odczynu zapalnego w ACD są swoiste limfocyty T.

Podstawą rozpoznania ACD jest test płatkowy, który uznaje się za metodę z wyboru i „złoty standard”. Wykonanie testów płatkowych polega na aplikacji określonej ilości haptenu na skórę na 48 godz. i obserwacji reakcji w ściśle określonych odstępach czasowych, zwykle po 2, 3 i 4 dniach. Dodatkowy odczyt po 7 dniach może ujawnić 10% odczynów dodatnich, które we wcześniejszych odczytach były ujemne. Wykonanie testów płatkowych u chorych z podejrzeniem ACD obniża koszty leczenia, poprawia jakość życia chorych, zwiększa odsetek osób, u których możliwe jest ustalenie ostatecznego rozpoznania, a ponadto ponaddwudziestokrotnie skraca czas oczekiwania na ostateczne rozpoznanie (przeciętnie ze 175 do 8 dni). Wyniki testów płatkowych pomagają unikać zidentyfikowanych uczulających haptenu, a tym samym pomagają ograniczyć objawy chorobowe. Podobnie jak w pozostałych chorobach alergicznym, skuteczne unikanie odpowiedzialnego haptenu gwarantuje powrót do zdrowia. Jeżeli całkowita izolacja od haptenu nie jest możliwa, pozostaje leczenie farmakologiczne (głównie zewnętrzne glikokortykosteroidy) i natłuszczenie. W przypadku zmian rozsianych lub szczególnie opornych na leczenie godna rozważenia jest fototerapia. Leki przeciwhistaminowe w ACD są nieskuteczne.

Wyprysk kontaktowy z podrażnienia

Wyprysk kontaktowy z podrażnienia (w przypadku ostrego przebiegu określane jako toksyczny wyprysk kontaktowy) to zapalna choroba skóry, będąca efektem działania nieswoistych czynników drażniących. Pod ich wpływem dochodzi do uszkodzenia bariery skórnej oraz wydzielania prozapalnych cytokin z uszkodzonych keratynocytów. Odczyn ma charakter nieswoisty, co oznacza, że większość osób narażonych na wystarczająco dużą dawkę czynników drażniących prędzej czy później rozwinię odczyn zapalny. Indywidualna wrażliwość osoby narażonej może mieć znaczenie w przypadku czynników o słabym działaniu drażniącym, natomiast substancje silnie drażniące (żrące) w krótkim czasie spowodują ostry wyprysk toksyczny u większości narażonych. Przewlekły wyprysk z podrażnienia szczególnie często dotyczy osób, których zawód wymaga częstego moczenia rąk (pielęgniarki, kucharze, tokarze, gospodynie domowe, sprzątacze itd.).

Rozpoznanie „wyprysk kontaktowy z podrażnienia” jest diagnozą z wykluczenia, co oznacza, że nie ma testów potwierdzających tę chorobę, niezbędne okazuje się natomiast wykluczenie innych chorób, które mogłyby przybierać podobny obraz kliniczny. Fakt ten jest częstą przyczyną nieporozumień, szczególnie w orzecznictwie chorób zawodowych, gdzie niedoinformowani inspektorzy sanitarni domagają się testów potwierdzających związek przyczynowo-skutkowy na podobieństwo testów płatkowych w ACD. Niezrozumienie to prowadzi do znaczącego zaniżania statystyki rozpoznań. W leczeniu najważniejsze jest unikanie czynników drażniących (chemicznych, fizycznych), intensywne natłuszczenie z przywróceniem bariery skórnej. W stanach ostrych pomocne są steroidy.

Proteinowy wyprysk kontaktowy

Proteinowy wyprysk kontaktowy (proteinowe kontaktowe zapalenie skóry, określane niekiedy również jako „atopowy wyprysk kontaktowy”) jest prowokowany przez białka wielkocząsteczkowe (alergeny, w odróżnieniu od haptenu prowokujących ACD). Tę odmianę wyprysku obserwuje się głównie u osób ze skazą atopową mających stały kontakt z produktami białkowymi (np. kucharze, osoby przygotowujące kanapki itp.). Proteinowy wyprysk kontaktowy wiąże się ściśle z pokrzywką kontaktową – bąble pokrzywkowe mogą poprzedzać, współwystępować lub następować po fazie wyprysku – zarówno na przestrzeni życia pacjenta, jak i w trakcie jednego rzutu choroby. Diagnostyka proteinowego wyprysku kontaktowego opiera się na teście otwartym (nałożenie fragmentu podejrzanego produktu na skórę i obserwacja w 1. godz. oraz po 6, 24 i 48 godz.). Pomocne mogą być atopowe testy płatkowe oraz oznaczenie IgE swoistego.

Wyprysk powietrzno pochodny

Wyprysk powietrzno pochodny (powietrzno pochodne kontaktowe zapalenie skóry) to wyprysk kontaktowy wywołany przez substancje zawieszone w powietrzu, takie jak pyły organiczne, nieorganiczne, aerozole lub rozpuszczone w powietrzu lotne olejki eteryczne. Substancje te osadzają się na skórze odsoniętych okolic ciała, powodując typowy obraz wyprysku kontaktowego. Określenie „wyprysk powietrzno pochodny” nie implikuje patomechanizmu, który może być alergiczy, podrażnieniowy lub proteinowy kontaktowy. Wyprysk powietrzno pochodny twarzy może sprawiać trudności rozpoznawcze, szczególnie łatwo pomylić go z trądzikiem różowatym oraz fotoalergicznym kontaktowym zapaleniem skóry.

Podsumowanie

W przypadku stwierdzenia klinicznego obrazu wyprysku kontaktowego należy zawsze rozważyć i potwierdzić lub wykluczyć następujące choroby: alergiczy wyprysk

kontaktowy, wyprysk kontaktowy z podrażnienia oraz proteinowy wyprysk kontaktowy. Należy ponadto sobie uświadomić, że choroby te mogą współistnieć.

Piśmiennictwo

1. Czarnobilska E, Obtulowicz K, Dyga W, et al. Contact hypersensitivity and allergic contact dermatitis among school children and teenagers with eczema. *Contact Dermatitis* 2009; 60: 264-9.
2. Piętowska J, Śpiewak R. Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry – wpływ wykonania testów płatkowych na jakość życia chorych. W: Współczesna terapia dermatoz alergicznych. Nowicki R (red.). AS Consulting, Gdańsk 2008; 105-9.
3. Śpiewak R. Allergische Kontaktdermatitis im Kindesalter. Eine Übersicht und Meta-Analyse. *Allergologie* 2002; 25: 374-81.
4. Śpiewak R. Atopy and contact hypersensitivity: a reassessment of the relationship using objective measures. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005; 95: 61-5.
5. Śpiewak R. Patch testing for contact allergy and allergic contact dermatitis. *Open Allergy J* 2008; 1: 42-51.