

# Najnowsze wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne AZS

## Konieczna zmiana dotychczasowego podejścia do leczenia



**prof. dr hab. n. med. dr h.c. Roman J. Nowicki** - specjalista dermatolog i alergolog, kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (PTA) i Oddziału Morskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (PTD), przewodniczący Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Chorób Atopowych (PTCA), ekspert kampanii „Zrozumieć AZS”

Atopowe zapalenie skóry jest jedną z najczęściej występujących chorób atopowych. Dotyka zarówno dzieci, jak i dorosłych, a jej przewlekły charakter i stale utrzymujący się świąd istotnie obniżają jakość życia pacjentów i ich najbliższych. U osób zmagających się z AZS często występują inne groźne dla zdrowia i życia choroby: u ok. 34% dochodzi do rozwoju alergicznego nieżytu nosa, u 20-35% do rozwoju astmy, a u 15% do wystąpienia klinicznych objawów alergii pokarmowej. Wśród chorób towarzyszących AZS coraz częściej obserwuje się również zespół metaboliczny, zespół jelita drażliwego, choroby sercowo-naczyniowe, psychiczne, neurologiczne, czy szereg innych chorób immunologicznych, takich jak SM, Hashimoto, łysienie plackowate czy reumatoidalne zapalenie stawów. To całe spektrum różnych schorzeń występujących w połączeniu z atopowym zapaleniem skóry wymaga od lekarzy interdyscyplinarnego podejścia do leczenia pacjentów.  **Dlatego najnowsze rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne zostały opracowane przez specjalistów Polskiego Towarzystwa Dermato-**

**logicznego, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Pediatricznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej [1,2].**

AZS jest przewlekłą dermatozą alergiczną, która każdego roku dotyka coraz większej liczby osób. Zachorowalność w Polsce wynosi 4,7–9,2% wśród dzieci, a wśród osób dorosłych 0,9–1,4% [3]. Co ważne, zauważono wzrost występowania AZS szczególnie w dużych miastach. Choroba ta jest wynikiem złożonych interakcji czynników genetycznych, epigenetycznych, środowiskowych i immunologicznych. Głównymi objawami atopowego zapalenia skóry są: uporczywy świąd, suchość skóry, rumieniowe zapalne stany skórne, liszajowacenie i łuszczenie naskórka. Są one często przyczyną zaburzeń snu, absencji w szkole czy pracy, izolacji społecznej, a w konsekwencji stanów depresyjnych, czy nawet myśli samobójczych.

### Interdyscyplinarne podejście do leczenia AZS

W poprzednich wytycznych skupialiśmy się głównie na dermatologicznych i alergologicz-

nych aspektach AZS i prowadzeniu terapii właśnie w zakresach tych specjalności. Jednak specyfika tej choroby i jej wieloaspektowość wymaga od nas, lekarzy, nowego podejścia zarówno do leczenia, jak i do samego pacjenta. Najnowsze wytyczne podzielone zostały na dwie części – pierwsza zawiera informacje na temat profilaktyki, leczenia miejscowego i fototerapii, druga zaś dotyczy leczenia ogólnego i nowych metod terapeutycznych.

Mnogość i różnorodność problemów, z jakimi muszą mierzyć się pacjenci z AZS sprawiła, że niezbędne jest interdyscyplinarne i holistyczne traktowanie pacjenta, jeśli chodzi o dobór metod leczenia. Oprócz standardowej opieki alergologa i dermatologa konieczne mogą okazać się również konsultacje psychologiczne, endokrynologiczne, neurologiczne czy okulistyczne. **Bardzo ważną rolę w terapii odgrywają również specjaliści pediatrii i medycyny rodzinnej, którzy są często na pierwszej linii kontaktu z pacjentem.**

Należy także zaznaczyć, że niektóre terapie stosowane u pacjentów z umiarkowanym i ciężkim przebiegiem mogą nieść za sobą szereg działań niepożądanych. W zależności od stosowanej terapii mogą to być zaburzenia żołądkowo-jelitowe, czynności wątroby, niewydolność nerek, co również wymaga konsultacji i kontroli doświadczonych specjalistów.

### **Codzienna higiena i pielęgnacja w domu**

Każdego pacjenta z atopowym zapaleniem skóry traktujemy indywidualnie, jednak podstawowe zasady dotyczące oczyszczania skóry pozostają dla wszystkich takie same. Należy to robić w sposób dokładny, ale delikatny. Woda, w której pacjent się kąpie, powinna utrzymywać się w temperaturze 27-30°C, a kąpiel trwać nie dłużej niż 5 minut. Środki myjące i maści nie powinny zawierać haptenów powodujących alergię kontaktową (np.

substancji zapachowych, w tym olejków eterycznych, konserwantów, takich jak metyloizotiazolinon, lanoliny, czy alkoholi wełny owczej). Po osuszeniu skóry należy w ciągu 3 minut posmarować ciało emolientem. Warto również zadbać o odpowiednią temperaturę w domu. Nie powinna ona przekraczać 20°C, gdyż wyższa może powodować wysuszenie naskórka i zaostrzenie objawów chorobowych.

### **Terapia podstawowa**

Elementy terapii podstawowej pozostają niezmiennie. Po pierwsze, konieczna jest edukacja pacjentów i ich rodzin na temat choroby oraz metod jej leczenia. Pomoże to zrozumieć, z jakim problemem będziemy się mierzyć i podkreślić, że niezbędnym elementem sukcesów terapeutycznych jest zaangażowanie i współpraca zarówno lekarza, jak i pacjenta. Po drugie, podstawowym elementem terapii są emolienty dobierane indywidualnie do każdego pacjenta. Tradycyjnie zawierają one substancje okluzyjne (wazelina, parafina, oleje mineralne), które zmniejszają przesnaskórkową utratę wody, nawilżające (np. mocznik, sorbitol, glicerol, kwas mlekowy) oraz lipidy uszczelniające barierę naskórkową (ceramidy, cholesterol, wielonienasycone kwasy tłuszczowe).

Obecnie mamy do dyspozycji tzw. emolienty plus, wzbogacone w dodatkowe aktywne substancje, takie jak flawonoidy, saponiny i lizaty bakteryjne z *Aquaphilus dolomiae* lub *Vitreoscilla filiformis*. Działają one przeciwzapalnie, przeciwświądowo, wspomagają odporność wrodzoną, nie zaburzają składu flory bakteryjnej, przywracają homeostazę zaburzonego mikrobiomu skóry w AZS.

Emolienty należy stosować 2-3 razy dziennie, 200 g tygodniowo u małych dzieci i 500 g tygodniowo u dorosłych. Ważne, aby terapia ta trwała nieprzerwanie, niezależnie od tego, czy w danym momencie występuje zaostrzenie i wzmożony świąd, czy też nie. Warto terapię zademonstrować lub szczegółowo omówić

z pacjentem, a zalecenia przypominają przynajmniej raz w roku.

### Mokre opatrunki

Najmłodszym pacjentom (od 6 miesięcy do 10 lat) z umiarkowanym lub ciężkim przebiegiem AZS zalecamy niekiedy tzw. mokre opatrunki, stosowane na noc. Metoda ta polega na nałożeniu dwóch warstw opatrunków.

Pierwsza – wilgotna warstwa – nakładana jest bezpośrednio na skórę posmarowaną emolientem, proponianem flutikazonu lub furioinianem mometazonu w odpowiednim rozcieńczeniu. Następnie na mokrą warstwę nakłada się drugą – suchą. Taką terapię można stosować maksymalnie 14 dni pod ścisłą opieką lekarza. Mokre opatrunki działają chłodząco, przeciwzapalnie i przeciwświądowo, a dodatkowo zabezpieczają dziecko przed trudnym do opanowania drapaniem.

### Pozostałe formy leczenia i innowacyjne terapie

U pacjentów, u których nie wystarcza terapia emolientowa, wdrażane są inne formy leczenia. Przy łagodnym przebiegu AZS wprowadzamy miejscowe glikokortykosteroidy (mGKS), miejscowe inhibitory kalcyneuryny (mIK) oraz antyseptyki. U pacjentów z umiarkowanym przebiegiem choroby może to być klimatoterapia, fototerapia i terapia proaktywna. Zaś w przypadkach ciężkich postaci AZS stosujemy najczęściej w warunkach szpitalnych odpowiednią terapię systemową, czyli cyklosporynę A (CyA), doustne GKS (maksymalnie 7-10 dni), metotreksat (MTX), mykofenolan mofetylu (MMF), azatioprynę (AZA) oraz leczenie biologiczne.

Obecnie w leczeniu AZS mamy już zarejestrowany **nowy lek biologiczny, przeciwciało monoklonalne**, które hamuje szlak interleukiny 4 i 13, na który zarówno my – lekarze, jak i środowiska pacjentów czekamy. Wiemy i obserwowaliśmy to podczas badań klinicz-

nych, że zarejestrowany w naszym kraju lek biologiczny do leczenia ciężkiego i średnio nasilonego AZS już w ciągu pierwszego tygodnia stosowania przywraca naszym pacjentom radość życia i zdolność do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Dostępne dane wskazują również na jego długoterminową skuteczność i bezpieczeństwo. Poza tym w fazie badań klinicznych znajduje się wiele nowych leków do terapii AZS, w tym również leki biologiczne, antagoniści i inhibitory fosfodiesterazy 4 (PDE4) oraz inhibitory kinaz białkowych JAK.

Podstawą powodzenia terapii, a tym samym poprawy jakości życia pacjenta jest ścisła współpraca z lekarzem, a także wsparcie rodziny, edukacja w zakresie profilaktyki i stosowania terapii, unikanie czynników powodujących zaostrzenie choroby. Pacjenci zmagający się z AZS i chorobami towarzyszącymi, zarówno atopowymi, jak i nieatopowymi, często wymagają wielospecjalistycznej opieki. Bardzo ważne jest zatem, aby podczas wywiadu z pacjentem dopytywać również o zaburzenia, które według niego mogą być niezwiązane z AZS.

Szczególnie ważnym krokiem w leczeniu umiarkowanego i ciężkiego atopowego zapalenia skóry, który będzie jednocześnie szansą na poprawę jakości codziennego funkcjonowania chorych, jest dostęp do nowoczesnych form terapii, takich jak leczenie biologiczne.

© ®

### Piśmiennictwo:

1. Roman J. Nowicki, Magdalena Trzeciak i inni, Atopowe zapalenie skóry. Interdyscyplinarne rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Pediatricznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Część I. Profilaktyka, leczenie miejscowe i fototerapia, *Dermatol Rev/Przegl Dermatol* 2019, 106, 354–371.
2. Roman J. Nowicki, Magdalena Trzeciak i inni, Atopowe zapalenie skóry. Interdyscyplinarne rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Pediatricznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Część II. Leczenie ogólne oraz nowe metody terapeutyczne, *Dermatol Rev/Przegl Dermatol* 2019, 106, 475–485.
3. Kruszewski J. Definicja, epidemiologia i genetyka atopowego zapalenia skóry. W: Gliński W, Kruszewski J, red. Atopowe zapalenie skóry u dzieci i dorosłych. Stanowisko Panelu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Warsaw: Medycyna Praktyczna; 2012. p. 11–13.