

medicus universalis XXXVIII/4–5. 2005.



eredeti közlemény

EGYESÜLT EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK. 7621 PÉCS, MUNKÁCSY U. 19.

## ELOCOMMAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

SOMOS ZSUZSANNA

### Bevezetés

Johansson és mtsai (1) 2001.-ben revideálták az atopiás dermatitis (a továbbiakban AD) Hanifin és Rajka (2) szerinti kritérium-rendszert, és megalkották az atopiás eczema/dermatitis syndroma (a továbbiakban EADS) fogalomkörét.

Erre az újításra azért volt szükség, mert e bőrbetegség nem egy egyszerű tünetet takar (hisz gondoljunk csak a betegség korábbi szinonimáira: neurodermatitis/neurodermitis, prurigo diathetica, prurigo Besnier, endogen ekcéma, exsudatív ekcematoid, asztma-ekcéma), hanem különböző betegségek aggregációját.

Johansson és mtsai (1) megalkották az **atopia definícióját** is, miszerint: „**az atopia az egyéni vagy családi anamnézisben kimutatható IgE-termelésre való hajlamot jelent kis dózisu (rendszerint protein-természetű) allergén jelenlétében. A folyamat eredménye asthma, rhinoconjunctivitis, vagy ekcéma/dermatitis**”.

Az atópia fogalmának a gyakorlatban való használata előtt minden esetben **vizsgálni kell az IgE-szenzitívítást (prick teszt, IgE teszt)**. Ilyenkor jelölni kell a betegnél, hogy pl. prick teszt pozitív/IgE teszt pozitív.

Ez lehetőséget ad arra, hogy a betegségeket tovább csoportosítsuk:

1. **extrinsic** (az esetek 70–85%-ában), és
2. **intrinsic** (az esetek 15–30%-ában) formára, az asthmához hasonlóan (3).

Ráadásul újabban az AEDS esetében kimutattak **antigén-specifikus T-sejtválaszt** (4), valamint **autoimmun jelenségeket** (5) is.

Az AEDS definíciója: egy krónikus lefolyású, relapszussal tarkított, nagy fokban viszkető gyulladásoos bőrbetegség, amely általában gyermekkorban kezdődik.

Az AEDS klinikai tüneteit illetően a gyakorlatban nincs különbség.

Az AEDS klinikai képe:

**A típus: pruritus, eczema (acut, subacut, vagy krónikus),**

**B típus: fiatalkori kezdet, atópiás alkat, xerosis,**

**C típus: – atipusos vasculitis** (pl. facialis pallor, fehér dermografizmus),  
– **keratosis pilaris/hyperlineáris tenyér-rajzolat/ichthyosis,**  
– **szemtünetek** (pl. keratoconus),  
– **perioralis/periauricularis dermatitis**  
– **a bőrtünetek perifollicularis lokalizációja/lichenificatio/prurigo.**

### Anyag és módszer

A betegek kiválasztására az AEDS kritérium-rendszert alkalmaztuk.

132 betegből választottuk ki azt az 54 beteget (38 nő és 16 férfi) (átlagos életkor 42 év), akiknél a prick teszt (Pangramin sor, Alk-Abello) pozitív volt (1. táblázat), azaz betegeink az intrinsic típusú AEDS-be tartoztak.

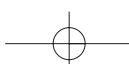
1. táblázat

#### A prick teszt pozitív (3+, vagy 4+) (betegszám n=54): a vizsgált allergének előfordulása

allergének	nők (n=38)	férfiak (n=16)
parlagfű	n=14	n=12
fekete üröm	n=9	n=13
házipor	n=12	n=13
fűkeverék	n=8	n=13
korai fák	n=9	n=8
lándzsás útifű	n=7	n=12
rozs	n=7	n=5
egyéb allergének	n=16	n=18

Minden egyes betegünknel az A típusra jellemző tünetek (pruritus és eczema) voltak jelen.

Az atópiás alkatú betegek (n=54) 2/3-ában (n=34) a betegség tünetei a gyermekkorban kezdődtek (B típus).



A C típus 5 tünetcsoportjának egyik, vagy másik tünete ugyancsak jelen volt minden egyes betegünknl.

Vizsgáltuk a betegeket kontakt szenzitivitás irányába is: patch teszteléssel („magyar” std sorozat, Brial Allergen GmbH) (2. táblázat).

2. táblázat

**A patch teszt eredménye (3+, vagy 4+) (betegszám n=54): a vizsgált allergének pozitivitása**

allergének	nők (n=38)	férfiak (n=16)
nikkel	n=22	n=1
kobalt	n=16	n=11
króm	n=5	n=14
formalin	n=3	n=5
illatanyag	n=11	n=6
lanolin	n=6	n=5
higanyvegyületek	n=5	n=2
PPD	n=5	n=2
egyéb allergének	n=21	n=18

**Kezelési stratégia**

Minthogy minden egyes AEDS-betegünk az extrinsic típusba tartozott, és kontakt szenzitivitást is mutatott, a kezelésben **szisztémás (per os) és lokális készítmény egyidejű alkalmazását kívántuk megvalósítani.**

Így választásunk a **loratadinre (Claritine)** esett, mivel második generációs antihisztamin, és nincs központi idegrendszeri-, cardiális-, vagy anticholinerg hatása. Az irodalmi adatok szerint (6) csökkenni a hámsejtek és Langerhans sejtek citokin-expresszióját. Gátolja továbbá az eozinofilek aktivációját, a kemotaxist és a reaktív oxigen gyökök felszabadulását (7).

A corticosteroidok 1952 óta tartó, a népességben elterjedt és sokszor ellenőrizhetetlen alkalmazása miatt visszafordíthatatlan mellékhatásokat eredményeztek. A leggyakoribb mellékhatások a következők: bőratrophia, teleangiectasiák, a bőr rugalmasságának elvesztése, égető érzés, striák, és szekunder fertőzések, valamint hypertrichosis.

A lokális kezelést illetően így választásunk az irodalmi adatok szerint is a legkevesebb mellékhatással és a legnagyobb terápiás hatással rendelkező **mometasone furoat (Elocom)**-készítményekre esett (8, 9, 10, 11). E szerrel kapcsolatban a legkritikább a kontakt szenzitivitás megjelenése.

Hasonló jó eredményeket értek el hazai szerzők is e szer alkalmazása során (12, 13, 14).

A mometasone furoat (Elocom) a steroid-készítmények közül kiemelkedik hatásereőségében (15, 16): az alapmolekula C17 olallancának észterezése csökkenti a mellékhatásokat, bár a hatásereőséget nem. A C17 atomhoz kötött furoát észter oldallanc fokozza a molekula steroid-receptorhoz való affinitását, így erőssége eléri a fluorozott készítményekét. Az alapmolekulába

beépített klór atom a mellékhatásokat tovább csökkenti. Mindezen által az így létrejött molekula az **„erős” hatású készítmények csoportjába tartozik**, ugyanakkor **mellékhatása igen csekély**: az epidermában koncentrálódik, miáltal lehetséges a napi egyszeri felvitele. A penetrálóképessége minimális, így a dermisbe nem jut be, ezért szisztémás mellékhatása sincs. Ennek tulajdonítható, hogy alkalmazása során nincs bőratrophia, teleangiectasia, a dermis megvékonyodása.

Krónikus, hosszú ideig tartó steroid-kezelés esetén - mint amilyen az AEDS - célszerű az **intermittáló adagolás** alkalmazása: Hybye és mtsai (8) három egymást követő héten át folyamatosan, naponta egyszer alkalmazták betegeiken a készítményt, majd a következő három héten csak heti három egymást követő napon. A köztes napokon, de a folyamatos adagoláskor is, napi egy alkalommal emollienseket kaptak a betegek.

**Eredmények**

(3. táblázat) - A betegek csoportba sorolása és kezelése tehát a prick teszt pozitivitása alapján történt meg, így betegeink az extrinsic típusú AEDS-be tartoztak.

54 AEDS betegnél az alábbi kezelést alkalmaztuk a betegeknél: reggel 1 tableta loratadine (Claritine á 10 mg), valamint mometasone furoát (Elocom) kenőcs/krém ugyancsak reggel az érintett bőrfelzínre (**1. kúra**). Este emollientet használt a beteg (3. táblázat). A következő három héten (**2. kúra**) alkalmazott kezelés intermittáló jelleggel folyt: hetente három egymást követő napon.

3. táblázat

**Mometasone furoát (Elocom) hatása az idő függvényében extrinsic típusú AEDS-betegen (n=54) bőrén**

az érintett bőr állapota	3 hét után	6 hét után
tünetmentes	n=16	n=23
jelentős javulás	n=30	n=25
közepes javulás	n=4	n=6
kis javulás	n=4	n=0
változatban	n=0	n=0
visszaesés	n=0	n=0

A kezelés első három hete után a mometasone furoátot (Elocomot) használó csoport 54 tagjából 46 betegnek megszűntek a tünete, vagy jelentősen javultak (**1. kúra**). A következő három héten (**2. kúra**) alkalmazott intermittáló kezelés eredményeként a betegek csaknem 90%-a (48 beteg) gyógyult, illetve jelentősen javult. A hat hét eltelte után csak 6 beteg tanúsított a kezelésre közepes javulást.

Betegeink a kezelés során mellékhatást nem jeleztek. Egy beteg panaszkodott a mometasone furoát (Elo-

com) krém szárító hatásáról. Utóbbit kenőcsre cseréltük át és megszűnt a panasz.

Figyelemre méltó 2 beteg kórese, amelyet ismeretünk:

**1. beteg:** K. A.-né 36 éves nőbeteg blepharitis miatt jelent meg a rendelésen. Előadta, hogy háziorvosa szemvizsketésére Elocom cseppet adott, amely hatására tünetei progrediáltak.

**2. beteg:** I. Á. 44 éves nőbeteg rosacea teleangiectatica miatt háziorvosától Elocom oldatot kapott. Ennek alkalmazása után bőrtünetei progrediáltak.

**Mindkét betegnél elvégzett patch teszt propilén-glikol-allergiát (4+) mutatott ki.**

### Megbeszélés

54 extrinsic típusu EADS beteg bőrtünete napi egyszer alkalmazott loratadine (Claritine á 10 mg) és ugyancsak napi egy alkalommal használt mometasone furoát (Elocom) kenőcs alkalmazása után **(1. kúra: 3 hét)** jelentősen javult, vagy meggyógyult, amely a további három héten át intermittáló adagolás hatására **(2. kúra: 3 hét)** a betegek csaknem 90%-ában gyógyulást eredményezett *(3. táblázat)*.

Egyetlen betegnél sem észleltünk mellékhatást.

A betegek szívesen alkalmazták a fenti modalitást, mert a napi egyszeri kenés, ill. tablettá-bevétel nem okozott felesleges terhet számukra.

Két beteg esetében a mometasone furoát (Elocom)-oldat használata utáni progresszió miatt elvégzett patch teszt kontakt allergiát igazolt propilén-glikollal szemben, amely az oldat-készítmény alkotóeleme.

Multicentrikus vizsgálatokkal (17) 320 betegnél mometasone furoáttal (Elocom) elvégzett patch tesztelés során csak 8 személy esetében észleltek lokális corticosteroid-érzékenységet (kontakt allergiát).

### Konklúzió

A helyi corticosteroid készítmények korunk dermatológiai kezelésében nélkülözhetetlenek.

A mometasone furoát (Elocom) kezelés biztonságos, a beteg számára egyszerűen kivitelezhető, igen hatásos.

A napi egyszeri alkalmazás, illetőleg a krónikus betegségekben, mint amilyen az AEDS, intermittáló adagolással a corticosteroid mellékhatás létrejötte minimalizálható.

Hatékony szerként való alkalmazásuk nemcsak a bőrgyógyász kezében fegyver, hanem a családorvosban is.

**Kulcsszavak:** atópiás dermatitis (AD), atópiás ekcema dermatitis szindróma (AEDS), extrinsic típusú AEDS, mometasone furoát intermittens kezelés.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző ismerteti az atópiás dermatitis Rajka-Hanifin-féle kritériumrendszer helyett 2001 óta ajánlott atópiás ekcema dermatitis szindróma (AEDS) fogalmát és annak bevezetési körülményeit, szükségességét. – 54 extrinsic típusú AEDS-beteget kezelt napi 10 mg loratadine (Claritine) mellett két kúrában mometasone furoát (Elocom)-tal: az első kúra napi egyszeri felvitelt jelentett 3 hétig, a 2. kúra utóbbi interkurrens alkalmazását: 3 hétig hetente 3 napon keresztül. Ismerteti eredményeit, amelyek a hazai és nemzetközi irodalommal interferálnak.

## IRODALOM

1. Johansson SGO, Hourihane JOB, Bousquet J et al: A revised nomenclature for allergy. Position paper. *Allergy* 2001, 56:813-824. – 2. Hanifin JM, Rajka G: Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatovenereol Suppl* 1980. 92: 44-47. – 3. Bardana Jr EJ: Immunoglobulin E (IgE) and non-IgE-mediated reactions in the pathogenesis of atopic eczema/dermatitis syndrome (AEDS). *Allergy*, 2004. 59: (Suppl 78): 25-29. – 4. Akdis CA, Akdis M, Simon D et al: T cells and cytokines in the intrinsic form of atopic dermatitis. *Curr. Probl. Dermatol.* 1999. 28: 37-44. – 5. Valenta R, Natter S, Seiberler S. et al: Molecular characterization of an autoallergen Hom S1, identified by serum IgE from atopic dermatitis patients. *J Invest Dermatol.* 1998. 111: 1178-1183. – 6. Simon D, Borelli S, Braathen R, Simon HU: Peripheral blood mononuclear cells from IgE- and non-IgE-associated allergic atopic eczema/dermatitis syndrome (AEDS) demonstrate increased capacity of generating interleukin-13 but differ in their potential of synthesizing interferon-g. *2002. Allergy*, 57: 431-435. – 7. Simon D, Braathen LR, Simon HU: Eosinophils and atopic dermatitis. *Allergy*, 2004. 59: 561-570. – 8. Hybye S, Müller SB, de Cunha Bang F et al: Continuous and intermittent treatment of atopic dermatitis in adults with mometasone furoate versus hydrocortisone 17-butyrate. *Curr Ther Re.* 1991. 50:67-72. – 9. Pralash A, Benfield P: Topical mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. *Drugs*, 1998, 55:148-163. – 10. Brasch J: Das atrophogene Potential von Mometason-Furoat im klinischen Langzeitversuch. *Z Hautkr.* 1991. 66: 785-787. – 11. Smith CL, Breutner W: In vitro Glucocorticoid Receptor Binding and Transcriptional Activation by Topically Active Glucocorticoids. *Arzneim-Forsch/Drug Res*, 1998. 48: 956-960. – 12. Simola M: Elocommal szerzett tapasztalataink. *Med Univ*, 2001. 6: 339-342. – 13. Molnár L: Antihisztamin és lokális szteroid együttes alkalmazása különböző bőrbetegségekben. *Med Univ.* 2002. 5: 249-253. – 14. Bakos N: A lokális kortikosteroid-kezelés elmélete és gyakorlata. *Orvostovábbképző Szemle* 2000. jan: 1-7. – 15. Szegedi A: Ajánlás a lokális kortikosteroid kezeléséről. *Med Univ*, 2001. 2: 105-108. – 16. Kemény L: Helyi kortikosteroid kezelés a bőrgyógyászatban. *Med Univ*, 2003, okt: 203-208. – 17. Soós Gy. és mtsai: Corticosteroid kontakt szenzibilizáció magyarországi multicentrikus vizsgálata. *Bőrgyógy. Vener Szle* 2004. 4: 203.208.