

Kontaktni dermatitis – prikaz pacijenta

Contact dermatitis – case report

Kristina Sambol, Tatjana Cikač

Sažetak

Dermatitis je upala kože koja nastaje nakon kontakta s tvarima koje mogu nadražiti kožu ili izazvati alergijsku reakciju. Praćen je simptomima koji uključuju svrbež, osip, crvenilo, otok, a mogu se javiti i bule koje pucaju te kraste koje predstavljaju sasušeni sadržaj puknutog mjehurića. Promjene su obično oštro ograničene i javljaju se na otkrivenim dijelovima tijela, naročito šakama. Prema mehanizmu djelovanja razlikujemo dva tipa kontaktnog dermatitisa: kontaktni nealergijski koji se javlja u 80% slučajeva i kontaktni alergijski koji čini oko 20% svih slučajeva. Cilj liječenja je djelovati na postojeću upalu (obično lokalnom primjenom kortikosteroida), obnoviti kožnu barijeru i izbjeći ponovnu pojavu kontaktne upale kože. U ovom radu prikazano je na koji način pristupiti pacijentu sa simptomima kontaktnog dermatitisa.

Ključne riječi: kontaktni dermatitis, dijagnoza, liječenje, obiteljska medicina

Summary

Dermatitis is a general term that describes an inflammation of the skin and appears after a contact with a substance that can irritate the skin or cause an allergic reaction. Symptoms include itching, rash, redness, swelling. Skin affected by dermatitis may blister, ooze and develop a crust. Changes are usually clearly limited and appear on the exposed parts of the body, especially hands. Dermatitis may have many causes and occurs in many forms. There are two types of contact dermatitis: non-allergic which occurs in 80% of cases and allergic which

comprises about 20%. The goal of the treatment is to affect the existing inflammation (usually with topical corticosteroids), restore the skin barrier and prevent reappearance of dermatitis. This paper describes the approach to the patient with symptoms of contact dermatitis.

Keywords: contact dermatitis, therapy, diagnosis, family medicine practitioner

Uvod

Kontaktni dermatitis je upala koju uzrokuje dodir s određenom tvari¹. Osip je ograničen na određeno područje i najčešće ima jasno određene granice¹. Dvije glavne skupine u okolišu koje uzrokuju kontaktni dermatitis su alergeni i iritansi. Simptomi kontaktnog dermatitisa kreću se od blagog i prolaznog crvenila pa do teškog nateknuća i mjehura². Najčešća područja gdje se razvije kontaktni dermatitis su šake, vrat, ruke, lice i noge³. Utvrditi uzrok dermatitisa nije uvijek lako jer su mogućnosti mnogobrojne. Iritantni kontaktni dermatitis se dijagnosticira utvrđivanjem tvari kojima je koža bila izložena. Za dijagnozu alergijskog kontaktnog dermatitisa koristi se epikutani test². Osnovni način liječenja je pronaći uzrok te njegovo uklanjanje ili smanjenje kontakta s njim. Za ublažavanje simptoma blagog kontaktnog dermatitisa koriste se kortikosteroidne kreme ili masti dok je za teže oblike potrebno dati kortikosteroide per os². Primjena antihistaminika može ublažiti svrbež. Alergijski kontaktni dermatitis se nešto češće javlja kod žena nego u muškaraca⁴. Razlog tome je alergija na nikal (nakit) koja se javlja kod 10 % žena⁴. Kod osoba starijih od 70 godina češće se javlja dermatitis kao posljedica primjene topičkih lijekova⁴.

Prikaz slučaja

K.Š. je stara 42 godine i radi kao obučar već 10 godina. Zabrinuta je jer joj se u proteklih pola godine povremeno javlja osip na dorzumu i prstima obje šake koji je praćen svrbežom i osjećajem stezanja. Osip traje do tjedan dana, a nakon što počne koristiti zaštitne rukavice na poslu i češće maže ruke hidratantnom kremom on se povuče. Sada se javila u ambulantu jer se osip proširio i na podlakticama, desno izraženije. Uz to je koža postala crvena, ljuskava i upaljena. Na prstima joj povremeno puca koža i krvari, osjeća neznatno olakšanje nakon što namaže ruke kremom. Do sada nije teže bolovala. Navela je da ima alergiju na neke trave i pelud no s obzirom da simptomi nikad nisu jako izraženi nije zbog toga tražila pomoć liječnika. Nikada nije napravila alergološko testiranje. Ona inače ima suhu kožu, naročito to zamjećuje u zimskim mjesecima kada i koristi losione za tijelo. Oba roditelja su joj živa i koliko zna ne boluju od težih bolesti. Otac povremeno uzima nešto protiv bolova, a majka ima problema s tlakom, sestra i brat nemaju zdravstvenih tegoba. Ne puši, alkohol pije vrlo rijetko. Svakodnevno je dosta fizički aktivna jer puno vremena provodi nakon posla u vrtu i na polju. Živi sa suprugom i dvoje djece u obiteljskoj kući u selu nedaleko od Varaždina. Djeca pohađaju srednju školu, a suprug radi kao automehaničar. Inače se osjeća dobro, ne navodi nikakve promjene na tjelesnoj težini, smetnje s disanjem, mišićno-koštane tegobe. Nije promijenila ništa u prehrani kao ni sredstva za osobnu higijenu ili za pranje rublja. Njezin arterijski tlak je bio 135/75 mm Hg, težina 62kg i visina 168 cm, ITM 22 kg/m². Ostali klinički pregled je bez osobitosti. Na prstima, podlakticama i dorzumu obje šake prisutan je crvenkast osip te brojne ekskoriacije. Prisutan je i osip u obliku ljuskavog plaka, izraženije na desnoj podlaktici. Na oba palca i kažiprstima prisutne su površinske ragade, a između prstiju ekskoriacije. Dlanovi su suhi uz ljuštenje kože. Na ostalim dijelovima tijela koža je uredna. Pacijenticu sam zamolila da donese opis radnog mjesta kako bih vidjela s kakvim je tvarima

svakodnevno u kontaktu. Poslana je na analizu i strugotina kože da se isključi gljivična infekcija. Kako su bili prisutni znakovi upale u terapiju sam prvo uvela kroz sedam dana kortikosteroide u obliku masti uz dodatak antibiotika. Nakon toga je uključen razblaženi kortikosteroid u neutralnoj podlozi do 20%. Savjetovala sam pacijentici da koristi preparate za neutralnu njegu te nastavi sa domazivanjem ruku hidratantnim kremama. Zbog svrbeža uvela sam i desloratadin u dozi od 5 mg jedan put dnevno. Na kontrolnom pregledu za sedam dana svrbež je nestao, isto tako su se povukle ragade na prstima i eritem. Zaostalo je još ljuštenje kože na prstima i dlanovima. U opisu radnog mjesta stajalo je da svakodnevno radi sa štafvljenom kožom i ljepilima. Na temelju tih podataka i anamneze zaključila sam da se radi o kontaktnom dermatitisu, u ovom slučaju profesionalnom. Nakon tri tjedna nalaz strugotina kože na gljive bio je negativan, a kožne promjene su se u potpunosti povukle. Pacijentici sam savjetovala da izbjegava bilo kakve iritanse, koristi više puta dnevno hidratantne kreme i kod rada PVC rukavice sa pamučnom postavom. Nije željela daljnju obradu vezano uz utvrđivanje profesionalne bolesti.

Diferencijalno dijagnostički kod pacijentice bi u obzir dolazili lichen simplex chronicus, psorijaza, dermatomikoze, impetigo. Lichen simplex chronicus karakteriziraju dobro ograničeni plakovi sa kožom koja je lihenificirana zbog grebanja ili nadraživanja². Promjene su prisutne na stražnjem dijelu vrata, dorzumu stopala ili pretibijalno. Psorijaza, kronični upalni poremećaj s oštrom, ograničenim žarištima koja su pokrivena ljuskama, jedna je od najčešćih kožnih bolesti. Predilekcijska mjesta su koljena, laktovi, šake, stopala i vlasište¹. Kožne promjene u pacijentice, za razliku od psorijaze, nisu suhe lezije sa oštrom ograničenim rubovima koje pucaju na pritisak. Dermatomikoze su gljivične infekcije uzrokovane sojevima *Trichophyton*, *Microsporum* i *Epidermophyton*¹. Prisutne su lezije na koži s perifernim eritemom dok se u središnjem djelu koža ljušti. Kod tinee se mogu vidjeti eritem i ljuskanje kože između prstiju, a prisutan je i svrbež. Zbog

sličnih promjena na šakama pacijentice upućena je na analizu strugotina kože na gljive. Impetigo je površinska upala kože uzrokovana streptokokima ili stafilokokima². U početku na koži nastaju pustule ili bule koje pucaju, a na njihovom mjestu nastaje krasta boje meda. Ozljeda zbog trljanja i grebanja može dovesti do erozija.

Rasprava

Dermatitis su kožne promjene praćene pojavom crvenila, vezikula, svrbeža i perutanja kože. Ovisno o kliničkoj slici kod kontaktnog dermatitisa razlikujemo alergijski i nealergijski koji mogu biti akutni i kronični. Akutni nealergijski kontaktni dermatitis (dermatitis irritativa) nastaje nakon kontakta sa iritativnim sredstvom (kemikalije, otopine). Promjene nastaju samo na mjestu kontakta, oštro su ograničene i zahvaćaju samo epidermis⁵. Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze i kliničke slike. U liječenju se koriste oblozi fiziološke otopine, a prvih pet do sedam dana kortikosteroidi u obliku kreme, a nakon toga razblaženi (do 20%) kortikosteroidi u neutralnim podlogama⁵. Za domazivanje se preporučuju neutralne kreme, a preporučljivo je koristiti neutralne sapune za osobnu higijenu. Kronični nealergijski kontaktni dermatitis (iritativni dermatitis) nastaje nakon dugotrajnog djelovanja iritansa na kožu i sačinjava 80% svih uzroka kontaktnog dermatitisa. Oni uzrokuju nestajanje lipidnog zaštitnog sloja, promjene pH kože i gubljenje normalne bakterijske flore². Promjene su najizraženije na prstima i šakama. Koža je suha, ljušti se te je sklona pucanju pri čemu nastaju ragade. Diferencijalno dijagnostički potrebno je isključiti gljivičnu infekciju¹. Liječenje je vrlo slično kao i kod akutnog nealergijskog kontaktnog dermatitisa s time da oblozi nisu potrebni, a na mjesto ragada se stavlja antibiotik u obliku masti⁵. Radi se o kroničnoj bolesti kod koje se izmjenjuju faze poboljšanja i pogoršanja te je nužno izbjegavati svaku iritaciju i upotrebljavati neutralne preparate za osobnu njegu. Kontaktni alergijski dermatitis nastaje unutar 24 do 48 sati od kontakta sa alergenom⁴.

Radi se o alergijskoj reakciji staničnog tipa (tip IV)². Među alergene koji uzrokuju ovaj tip dermatitisa ubrajaju se krom, kobalt, formaldehid, deterdženti, kozmetička sredstva, prašina drveta⁵. Promjene u obliku eritema javljaju se na izloženim dijelovima tijela. Dijagnoza se postavlja na temelju epikutanog ili patch testa. Terapija je jednaka kao i kod nealergijskog dermatitisa s time da će se promjene uvijek ponovno javiti nakon kontakta s alergenom. Stoga je važno izbjegavati kontakt s alergenom na koji je kožni test bio pozitivan. Epikutani test se izvodi na koži leđa, a očitava se nakon 48 i 72 sata¹. Radi se o biološkom testu kojim se određuje prisutnost kasne alergijske reakcije na određene alergene. U testiranje su uključeni najčešći alergeni prema svjetskim podacima, a prema potrebi se mogu dodati alergeni s radnog mjesta ukoliko se ne nalaze u standardnoj seriji. To je ciljani test koji se radi kada pacijent dostavi dopis iz poduzeća sa svim tvarima s kojima dolazi u kontakt. Profesionalni kontaktni dermatitis je posljedica kontakta sa alergenom isključivo na radnom mjestu. Promjene se pogoršavaju u radnom procesu, a nakon prestanka izloženosti vrlo brzo nestaju čak i uz blagu terapiju. Neke od profesija su više izložene: zidari, frizeri, radnici u kožarskoj ili kemijskoj industriji i slično. Uvjetovan je vrstom posla i uvjetima rada, duljinom trajanja rada i učestalosti kontakta s iritansom. Dijagnoza se postavlja na temelju epikutanog testa, a u liječenju se koriste oblozi fiziološke otopine, lokalno kortikosteroidi pet do sedam dana, neutralne kreme za domazivanje te mjere zaštite⁶. Ukoliko se radi o mlađoj osobi potrebna je promjena radnog mjesta ili prekvalifikacija da ne bi došlo da jačih oštećenja kože i razvoja invaliditeta⁵.

Zaključak

Kontaktni dermatitis je vrlo česta bolest u općoj populaciji. U radno aktivnih kožne bolesti su na trećem mjestu profesionalnih bolesti, a među njima je kontaktni dermatitis najčešći, u 70-90% slučajeva⁷. Dermatitis može imati značajan utjecaj

na kvalitetu života i svakodnevno funkcioniranje. Kod svih pacijenata koji su radno aktivni, a jave se u ambulantnu zbog kontaktnog dermatitisa treba uzeti podatke o radnom mjestu, materijalima/sredstvima s kojima dolaze u kontakt, mjestu gdje se osip javlja te povezanost pojavnosti osipa u vrijeme kad su na poslu. Dijagnozu je potrebno potvrditi epikutanim (patch) testom. Uz lokalnu primjenu kortikosteroida, s ili bez antibiotika u obliku masti, treba savjetovati pacijenta o korištenju neutralnih preparata za osobnu njegu, objasniti mu povezanost kožnih promjena s izloženosti alergenima na radnom mjestu te ga do oporavka uputiti na bolovanje⁴. Liječnici obiteljske medicine (LOM-i) su vrlo često, nakon postavljanja dijagnoze profesionalnog kontaktnog dermatitisa, jedini koji upoznaju pacijente s njihovom bolesti i načinu liječenja. Oni mogu, uz suglasnost bolesnika, pomoći i tako da poslodavca upoznaju s njegovim zdravstvenim problemom i izraze sumnju na uzrok. Poslodavac bi tada trebao prilagoditi radne uvjete pacijentu te ukoliko je potrebno zatražiti pomoć stručnjaka. Glavna prepreka u provođenju ovih smjernica su poteškoće u postizanju efektivne komunikacije između LOM-a, specijalista medicine rada i poslodavaca.

Literatura

1. Basta-Juzbašić A. i sur. Dermatovenerologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
2. Ivančević Ž. MSD priručnik dijagnostike i terapije. 2. hrv. izd. Split: Placebo; 2010.
3. Collier J, Longmore M, Turmezei T, Mafi AR. Oxford handbook of clinical specialties. Oxford: Oxford University Press; 2010.
4. Hogan DJ. Allergic contact dermatitis. Dostupno na: <http://emedicine.medscape.com/article/1049216-overview>
5. Gregurek Novak T. Svi kontaktni dermatitisi. Vaše zdravlje. 2004;(37). Dostupno na: <http://www.vasezdravlje.com/printable/izdanje/clanak/457/>
6. Šebetić K. Profesionalni kontaktni dermatitis. Dostupno na: <http://www.zdravobudi.hr/11201/profesionalni-kontaktne-dermatitis>
7. Peternel S. Novije spoznaje o etiopatogenezi kontaktnog dermatitisa. U: 5th Congress of Croatian Dermatovenereologists with International Participation. Abstract book. Zagreb, 2014.