

Algorytm rozpoznawania przewlekłego wyprysku rąk: pomoc w klasyfikacji w praktyce klinicznej

Sonja Molin, Tomas L. Diepgen,* Thomas Ruzicka, Joerg C. Prinz

Department of Dermatology and Allergology, Ludwig Maximilian University, Monachium, Niemcy,
*Department of Social Medicine, Occupational and Environmental Dermatology, University of Heidelberg, Heidelberg, Niemcy

Adres do korespondencji:
Dr Sonja C. Molin,
Department of Dermatology and Allergology, Ludwig Maximilian University, Frauenlobstrasse 9-11, D-80337, Munich, Niemcy

e-mail: sonja.molin@med.uni-muenchen.de

Clinical and Experimental Dermatology,
2011;36:595-601

Dermatologia po Dyplomie 2012;3(1):24-32

WPROWADZENIE

Etiologiczna i kliniczna różnorodność sprawia, że klasyfikacja przewlekłego wyprysku rąk (chronic hand eczema, CHE) jest poważnym wyzwaniem klinicznym i taksonomicznym.

CEL

Opracowanie algorytmu diagnozowania i klasyfikacji CHE.

METODY

Dobrze zdefiniowane kryteria etiologiczne, kliniczne i morfologiczne CHE graficznie uszczegółowiono w hierarchie diagnostycznej i oceniono w grupie 137 pochodzących z Niemiec chorych na wyprysk rąk.

WYNIKI

W algorytmie wyróżniono przewlekły wyprysk rąk spowodowany alergią kontaktową, podrażnieniem lub ich współwystępowaniem, z atopią lub bez niej, a także atopowy wyprysk rąk oraz idiopatyczny wyprysk rąk bez uchwytnego czynnika przyczynowego. Zajęcie stóp pomogło w odróżnieniu idiopatycznego wyprysku rąk od wyprysku rąk z podrażnienia. Każdy podtyp mógł charakteryzować się postacią hiperkeratocytoceno-szczelinowatą, dyshydrotyczną lub mieszaną, niektóre podtypy wyprysku cechowały się dominacją konkretnych postaci klinicznych.

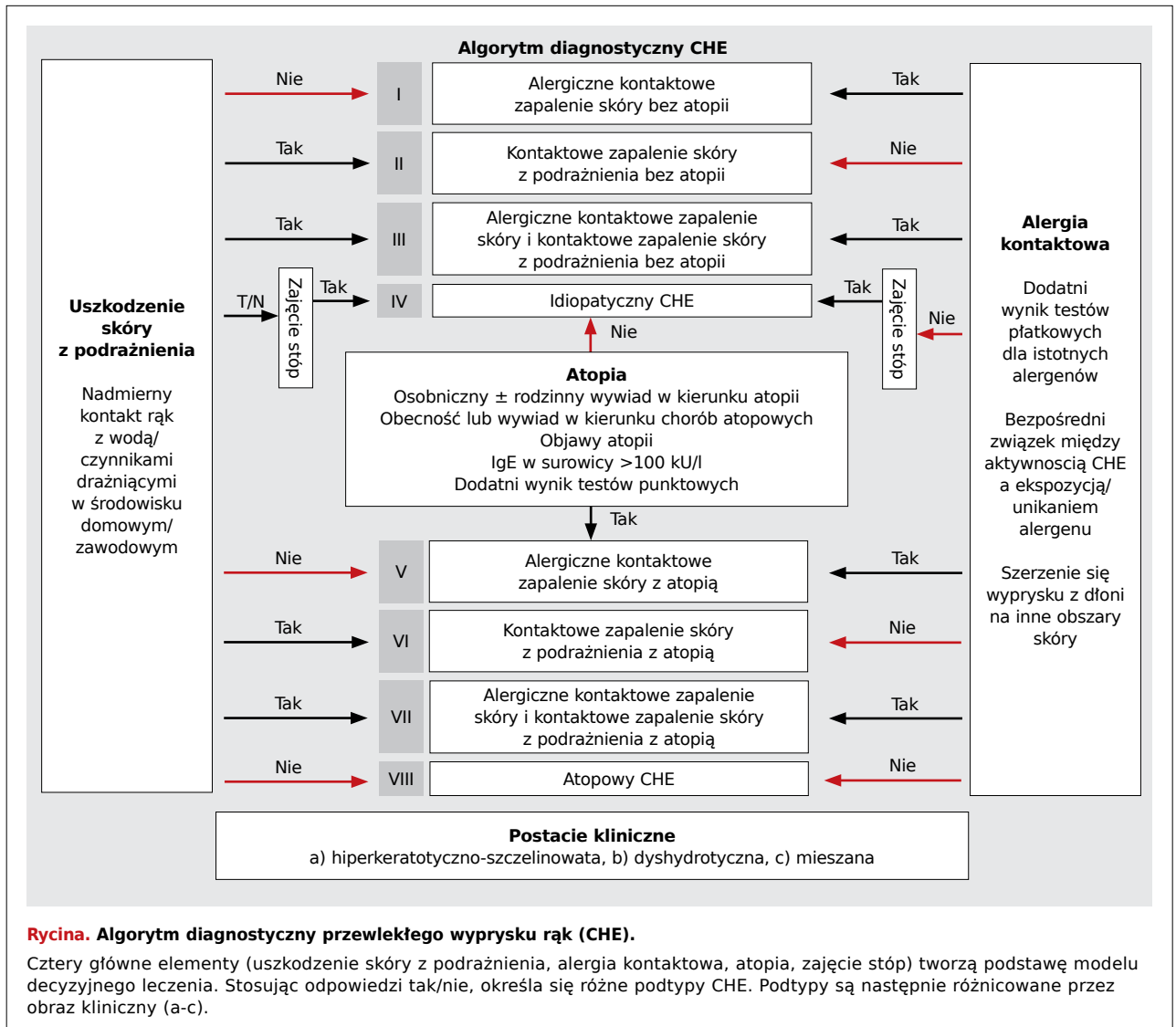
PODSUMOWANIE

Dzięki dokładniejszym definicjom klinicznym algorytm diagnostyczny może poprawiać klasyfikację i taksonomię podtypów wyprysku rąk, prowadząc do racjonalniejszych decyzji klinicznych i umożliwiając lepszą analizę wyników leczenia.

Wprowadzenie

Przewlekły wyprysk rąk definiuje się jako przetrwały, niezwiązany z zakażeniem stan zapalny skóry rąk. Roczna częstość występowania choroby szacowana jest na nawet 10%, a przeciętna długość utrzymywania się zmian wynosi ponad 10 lat.^{1,2} Przewlekły wyprysk rąk wiąże się z dużym obciążeniem społeczno-ekonomicznym i często prowadzi do długotrwałych zwolnień lekarskich lub bezrobocia.

Rozpoznanie kliniczne CHE obejmuje różnorodną etiologicznie grupę chorób, ale jego nomenklaturze brakowało powszechnie akceptowanej klasyfikacji. Rozpoznanie opierało się na etiologii, jeśli było to możliwe, i na morfologii zmian, jeśli była taka potrzeba.³⁻⁶ Niedawno, Diepgen i wsp.⁷ przedstawili klasyfikację według etiologii wyróżniającą atopo-



wyprysk rąk, alergiczne kontaktowe zapalenie skóry (allergic contact dermatitis, ACD) oraz kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia (irritant contact dermatitis, ICD), zarówno w postaciach izolowanych, jak i w połączeniu oraz CHE złożony z atopowego wyprysku rąk i ICD. W przypadkach bez ewidentnych czynników przyczynowych lub etiologicznych CHE był klasyfikowany według morfologii zmian.⁷

Trudność w wyróżnieniu odrębnych podtypów etiologicznych CHE pozostaje wyzwaniem klinicznym.⁷⁻¹² Dokładna klasyfikacja CHE u danego pacjenta jest istotna przy wyborze właściwego postę-

powania. Aby ułatwić bardziej systemowe podejście do rozpoznawania podtypów CHE, autorzy połączyli kryteria etiologiczne, kliniczne i morfologiczne w hierarchię diagnostyczną i ocenili ich przydatność u 137 chorych z wypryskiem rąk.

Metody

Badanie zostało dopuszczone przez lokalną komisję etyczną i zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Wszyscy chorzy wyrazili pisemną świadomą zgodę na udział w badaniu.

Tabela 1. Definicje istotnych kryteriów klasyfikacji podtypów CHE oraz algorytmu

Kryterium	Opis
Uszkodzenie skóry z podrażnienia	Nadmierny kontakt rąk z wodą lub czynnikami drażniącymi zarówno w środowisku domowym, jak i zawodowym
Alergia kontaktowa	Dodatnie wyniki testów płatkowych w kierunku istotnych alergenów lub unikanie alergenów skuteczne w zapobieganiu zaostrzeń lub szerzeniu się wyprysku
Atopia	Wywiad rodzinny atopii lub wywiad atopii (alergiczny nieżyt nosa lub astma) lub IgE w surowicy >100 kU/l lub dodatnie wyniki testów punktowych, obecność chorób atopowych. Stygmaty atopii
Zajęcie stóp	Tak lub nie
Morfologia zmian (postaci)	Hiperkeratotyczno-szczelinowata (a) lub dyshydrotyczna (b) lub mieszana (c)

KLASYFIKACJA WYPRYSKU PRZEWLEKŁEGO RĄK ORAZ OPACOWANIE ALGORYTMU

Obecne kryteria klasyfikacji CHE obejmują uszkodzenie skóry z podrażnienia, alergię kontaktową lub atopię. Te trzy główne kryteria zostały wykorzystane w graficznym algorytmie z odpowiedziami Tak/Nie (ryc. 1). Zajęcie stóp było cechą różniącą idiopatyczny wyprysk, w przypadku gdy nie stwierdzono alergii kontaktowej i atopii, a wyprysk podeszew nie mógł być tłumaczony podrażnieniem (tab. 1). Było ono stosowane tylko jako kryterium diagnostyczne idiopatycznego CHE, jeśli żadne inne kryteria nie mogły być przyczynami zajęcia stóp. Obraz kliniczny został wykorzystany jako cecha opisowa, z trzema postaciami: hiperkeratotyczno-szczelinowata, b) dyshydrotyczną lub c) mieszaną, mającą cechy obu powyższych.

PACJENCI I BADANIA

Łącznie do badania zakwalifikowano 137 chorych na CHE, którzy zgłosili się na oddział dermatologii szpitala LMU w Monachium (64 mężczyźni, 73 kobiety; średnia wieku \pm SD 47,8 \pm 16,4 roku, zakres 21-78 lat). Każdy pacjent został poddany badaniu klinicznemu oraz zebrano od niego szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu, zmienności choroby w zależności od pory roku, wykonywanej pracy i ekspozycji na niektóre czynniki, wpły-

wu wody i innych środków drażniących, a także ich ilościowej ekspozycji powodującej zmiany oraz obecności atopii i alergii kontaktowej.

Na podstawie powyższej klasyfikacji pacjenci byli oceniani pod kątem pięciu kryteriów (wymienionych szczegółowo poniżej). Badanie kliniczne oceniało dystrybucję oraz obraz kliniczny zmian typu CHE, zajęcie stóp, obecność wyprysku atopowego oraz oznak atopii zgodnie z kryteriami Hanifina i Rajki.¹³

Wszyscy pacjenci zostali poddani badaniom przesiewowym w kierunku alergii typu I lub IV, przeprowadzono u nich testy punktowe z powszechnymi alergenami (np. sierścią kota, roztocami kurzu domowego, pyłkami traw), badanie stężenia IgE w surowicy oraz testy płatkowe z wykorzystaniem europejskiego zestawu standardowego oraz dodatkowych zestawów zgodnych z osobniczą ekspozycją, nakładanych na skórę w komorach fińskich.¹⁴

Przewlekły wyprysk rąk uznawano za atopowy CHE, jeśli obecne były objawy atopii, dodatnie wyniki testów oraz cechy zewnątrz- i wewnątrzpochodnej atopii, przy braku innych oczywistych przyczyn wyprysku. Częste rozpoznania różnicowe CHE wykluczano przez badanie kliniczne i mikrobiologiczne, wywiad, a w przypadkach niejasnych badanie histopatologiczne. Pacjentów oceniano z użyciem kryteriów opisanych poniżej.

Uszkodzenie skóry z podrażnienia

Podrażnienie skóry jest często związane z CHE. Kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia obserwuje się częściej niż alergiczne kontaktowe zapalenie skóry (ACD).⁷ Zawodowa lub domowa ekspozycja skóry na warunki wilgotne, nadmierny kontakt z wodą lub częstymi czynnikami drażniącymi, takimi jak detergenty, rozpuszczalniki organiczne lub ciecze obróbkowe, predysponuje do rozwoju ICD. Czynnikiem drażniącym może być również pot. Za pracę w warunkach wilgotnych uznaje się częstą ekspozycję skóry na wodę lub noszenie okluzyjnych rękawic dłużej niż dwie godziny dziennie. Mycie rąk ponad 20 razy dziennie było dawniej uważane za częste. W ICD ręce cechują się stałą nadwrażliwością na czynniki fizyczne, chemiczne lub wodę, i dużo mniejsza ekspozycja na te czynniki może podtrzymywać zmiany w porównaniu z ekspozycją wywołującą zmiany.¹⁵ Dlatego próg wrażliwości na uszkodzenie skóry z podrażnienia może być zmienny osobniczo.

Istotne alergię kontaktowe

Alergia kontaktowa jest istotnym czynnikiem wywołującym CHE. Jest to przebiegająca z udziałem limfocytów T reakcja typu IV opóźnionego. Istotnymi alergenami

Tabela 2. Różnicowanie podtypów CHE według algorytmu i jego istotnych kryteriów

Typ	Rozpoznanie	Podrażnienie	Alergia kontaktowa	Atopia	Zajęcie stóp
I	ACD bez atopii	-	+	-	NI
II	ICD bez atopii	+	-	-	-
III	AICD bez atopii	+	+	-	NI
IV	Idiopatyczny CHE	+	-	-	+
		-	-	-	±
V	ACD z atopią	-	+	+	NI
VI	ICD z atopią	+	-	+	-
VII	AICD z atopią	+	+	+	NI
VIII	Atopowy CHE	-	-	+	NI

ACD – alergiczne kontaktowe zapalenie skóry; AICD – alergiczne kontaktowe zapalenie skóry i kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia; CHE – przewlekły wyprysk rąk; ICD – zapalenie skóry z podrażnienia; NI – nieistotne

mi w rozwoju CHE są metale, gumy, kleje, konserwanty, barwniki lub alergeny roślinne cechujące się zdolnością penetracji przez skórę. Również lateks lub białka pokarmowe są istotne w rozwoju ACD.¹⁶ Rozpoznanie ACD opiera się na dodatnim wyniku testów płatkowych oraz na bezpośrednim związku między CHE a ekspozycją na alergen lub unikaniem alergenu. Często cechą kliniczną ACD jest rozsiew zmian wypryskowych poza obszarem pierwotnej ekspozycji na okolice nieekspozowane. Dlatego szerzenie się wyprysku może pomocne w ustaleniu rozpoznania.

Atopia

Atopia jest często obserwowana u pacjentów z CHE. Określa się ją jako wrodzoną predyspozycję do wytwarzania przeciwciał IgE skierowanych przeciwko alergenom środowiskowym, co prowadzi do rozwoju chorób, takich jak atopowe zapalenie skóry, alergiczny nieżyt nosa i astma. Atopia jest uważana za główny osobniczy czynnik ryzyka rozwoju i utrzymywania się CHE.^{1,17} Atopia może występować u około jednej trzeciej do połowy chorych na CHE. Kryteriami atopii u pacjentów leczonych przez autorów artykułu były obecność lub wywiad w kierunku chorób atopowych, cechy atopii według kryteriów Hanifina i Rajki,¹³ zwiększone stężenie IgE lub dodatnie testy punktowe w kierunku powszechnych alergenów. Atopowy CHE był rozpoznawany u chorych z objawami atopii, przy braku podrażnienia i alergii kontaktowej.

Zajęcie stóp

Zajęcie stóp uważane jest za nowe kryterium rozróżniające podtypy CHE. Może ono występować w ACD,

w warunkach okluzji lub w atopowym CHE. Jeśli zajęcie stóp było obserwowane u pacjentów bez alergii kontaktowej, atopii lub uszkodzenia spowodowanego podrażnieniem na podszewkach, było kryterium rozpoznania idiopatycznego CHE, niezależnie od ekspozycji rąk na czynniki drażniące w wywiadzie.

Obraz kliniczny

Morfologia i lokalizacja zmian same, bez uwzględnienia etiologii nie pozwalały na rozpoznanie konkretnej postaci CHE.¹⁸ Autorzy wyróżnili u chorych na CHE trzy opisane powyżej wzorce zmian. W algorytmie obraz kliniczny został wykorzystany jedynie jako cecha opisowa, jednak może mieć istotne znaczenie przy wyborze leczenia zewnętrznego i dlatego zawsze powinien być uwzględniany w diagnostyce CHE.

Wyniki

TYPY PRZEWLEKŁEGO WYPRYSKU RĄK WYRÓŻNIONE W ALGORYTMIE.

W algorytmie wyróżniono 8 głównych typów CHE (tab. 2): ACD (I, V), ICD (II, VI), typ składający się z ACD i ICD (AICD) (III, VII), każdy z atopią lub bez niej; idiopatyczny CHE (IV) oraz atopowy CHE (VIII). Główne kliniczne podtypy CHE mogą być modyfikowane w zależności od opisanej wcześniej morfologii zmian (a-c).

OCENA PRZYDATNOŚCI ALGORYTMU U PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYM WYPRYSKIEM RĄK

Szczegółowy opis pacjentów z CHE został przedstawiony w tabelach 3 i 4. Pokazują one różnorodność CHE

Tabela 3. Rozkład podtypów CHE według algorytmu

Klasyfikacja według algorytmu	Pacjenci n (%)	Postać hiperkeratotyczno-szczelinowata		Postać dyshydrotyczna		Postać mieszana	
		Z atopią	Bez atopii	Z atopią	Bez atopii	Z atopią	Bez atopii
Typy							
ACD	31 (23)	5	3	7	3	10	3
Podtyp		Va	Ia	Vb	Ib	Vc	Ic
ICD	29 (21)	9	3	2	3	7	5
Podtyp		VIa	IIa	VIb	IIb	VIc	IIc
AICD	27 (20)	7	2	7	3	5	3
Podtyp		VIIa	IIIa	VIIb	IIIb	VIIc	IIIc
Idiopatyczny CHE	26 (19)	ND	16	ND	7	ND	3
Podtyp			IVa		IVb		IVc
Atopowy CHE	24 (17)	8	ND	12	ND	4	ND
Podtyp		VIIIa		VIIIb		VIIIc	
Łącznie	137 (100)		53		44		40

ACD – alergiczne kontaktowe zapalenie skóry; AICD – alergiczne kontaktowe zapalenie skóry i zapalenie skóry z podrażnienia; CHE – przewlekły wyprysk rąk; ICD – kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia; ND – nie dotyczy

oraz potwierdzają znane fakty na temat cech klinicznych, przebiegu choroby i wpływów środowiskowych.

Dzięki algorytmowi każdy chory mógł być łatwo przypisany do danego typu CHE. Liczebności grup ACD (typy I i V: 31/137), ICD (II i VI; 29/137) oraz AICD (III i VII: 27/137) były porównywalne. U nieco mniejszej liczby badanych stwierdzono idiopatyczny CHE (26/137; typ IV) lub atopowy wyprysk rąk (24/137; typ VIII). U 21 (68%) z 31 chorych z ACD stwierdzono atopię (typ V), a u 10 z 31 (32%) nie (typ I); atopia występowała u 18 z 29 osób

z ICD (62%) (typ VI), a u 11 (38%) nie (typ II), u 19 (70%) z 27 chorych z AICD stwierdzono atopię (typ VII), a u 8 (30%) nie (typ III). Jeśli chodzi o podtypy morfologiczne – u 52 chorych występował typ hiperkeratotyczno-szczelinowaty (a), u 44 – dyshydrotyczny (b), a u 40 – mieszany (c) (tab. 3).

ZWIĄZEK PODTYPÓW I OBRAZU KLINICZNEGO

W analizie wyróżniono kilka charakterystycznych cech poszczególnych postaci CHE (tab. 3). ICD (typy II, VI)

Tabela 4. Charakterystyka kliniczna populacji badanej z CHE

Klasyfikacja zgodna z algorytmem	Pacjenci, n (%)	Płeć			Pogorszenie po kontakcie z wodą	Przewlekły przebieg	Nawrotowy przebieg
		M	K	Świąd			
ACD bez atopii/z atopią (I/IV)	31 (23)	12	19	27	8	15*	15*
ICD bez atopii/z atopią (II/VI)	29 (21)	10	19	23	19	20	9
AICD bez atopii/z atopią (III/VII)	27 (20)	11	16	21	12	13*	13*
Idiopatyczny CHE (IV)	26 (19)	13	13	20	9	21*	4*
Atopowy CHE (VIII)	24 (17)	18	6	18	10	9	13

ACD – alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, AICD – alergiczne kontaktowe zapalenia skóry i zapalenia skóry z podrażnienia, CHE – przewlekły wyprysk rąk,

częściej cechowały się postacią hiperkeratoczynno-szczelinową (12/29; 41,38%) lub mieszaną (12/29; 41,38%) niż postacią dyshydrotyczną (5/29; 17,24%), szczególnie przy predyspozycji do atopii. ACD (typy I, V) częściej był związany z typem mieszanym (13/31; 41,93%). W idiopatycznym CHE (typ IV) dominował fenotyp hiperkeratoczynno-szczelinowaty (16/26; 61,54%) częściej niż dyshydrotyczny (7/26; 26,92%) lub mieszany (3/26; 11,54%) (tab. 3). W przypadku ICD (II, VI) częstszy był przewlekły (20/29; 68,97%) niż nawrotowy przebieg choroby (9/29; 31,03%) i częściej zmiany ulegały pogorszeniu po kontakcie z wodą (19/29; 65,52%) (tab. 4). Przebieg choroby u większości pacjentów z idiopatycznym CHE też był przewlekły (21/26; 80,77%; 5 badanych nie udzieliło informacji o przebiegu choroby). Zażycie stóp było główną cechą idiopatycznego CHE (IV; 16/26; 61,54%) (tab. 4).

Nadmierny kontakt z wodą lub substancją drażniącą był opisywany przez wszystkich badanych z ICD (II, VI; 29/29; 100%) lub AICD (III, VII; 27/27; 100%), podczas gdy w przypadku idiopatycznego CHE (IV) nadmierny kontakt z wodą zgłosiło 8 z 26 badanych (30,77%) (tab. 4). U wszystkich ośmiu badanych stwierdzono również wyprysk podeszew, którego nie można było wyjaśnić kumulacyjną ekspozycją skóry na substancję toksyczną.

Zgodnie z definicją u wszystkich badanych z ACD (31/31; 100%) lub AICD (27/27; 100%) stwierdzono istotne alergie kontaktowe (tab. 4). U nieco większej liczby badanych z atopowym CHE (11/24; 45,83%) lub AICD (10/27; 37,04%) stwierdzono zwiększone stężenie IgE w porównaniu z innymi podtypami CHE. Dodatkowo wyniki testów punktowych były obecne u mniej licznej grupy pacjentów z ACD (4/31; 12,9%) w porównaniu do innych podtypów. Świąd był częstym objawem wszystkich podtypów CHE (tab. 4).

Omówienie

W celu ułatwienia klasyfikacji CHE autorzy opracowali algorytm diagnostyczny, który integruje wcześniej stosowane klasyfikacje⁷ oraz kryteria diagnostyczne w całościowy model decyzyjny. Przy wykorzystaniu algorytmu CHE został skategoryzowany u pacjentów leczonych przez autorów według cech klinicznych i morfologicznych oraz czynników przyczynowych. Analiza wykazała, że do postawienia dokładnego rozpoznania potrzebny był wywiad, badanie kliniczne oraz badania laboratoryjne, w szczególności wywiad ekspozycji na czynniki drażniące i alergeny, oznaki kliniczne i stygmaty atopii, wyniki testów płatkowych i punktowych, stężenie IgE, zajęcie stóp oraz obraz kliniczny zmian. Po ujęciu tych kryteriów w drzewo decyzyjne wyłoniono 8 głównych podtypów CHE: ACD bez atopii i z atopią (typy I i V, obecne u 23% pacjentów), ICD bez atopii lub z atopią (typy II i VI, 21%) oraz AICD z atopii lub bez atopii (typy III i VII, 20%), wyprysk idiopatyczny (typ IV, 19%) oraz wyprysk atopowy (typ VIII, 17%). Wykorzystując ten algorytm autorzy mogli przydzielić danego pacjenta do danego podtypu CHE. Po dodaniu morfologii zmian jako cechy opisowej (postać hiperkeratoczynno-szczelinowata, dyshydrotyczna lub mieszaną) pewne typy okazały się częściej związane z poszczególnymi cechami klinicznymi. Przykładowo CHE spowodowany kontaktowym zapaleniem skóry z podrażnienia rzadko cechował się fenotypem dyshydrotycznym, podczas gdy w przypadku alergii kontaktowej przeważały zmiany dyshydrotyczne i hiperkeratoczynne.

W badaniu zajęto się też nazewnictwem CHE u chorych z niejasną etiologią zmian. W tych przypadkach nie stwierdza się atopii, alergii kontaktowej ani kontaktu z wodą lub czynnikami drażniącymi lub też nie ma on znaczenia, a morfologia zmian ma tylko charakter opi-

Atopia

Zażycie stóp	Obecne	W wywiadzie	Związek z zawodem	Istotna alergologia kontaktowa	Dodatnie wyniki testów punktowych	IgE > 100 kU/l	Nadmierny kontakt z wodą lub substancją drażniącą
15	9	11	5	31	4	9	0
0	9	8	17	0	11	6	29
10	9	6	23	2	8	10	27
16	0	0	0	0	0	0	8
15	19	8	0	0	5	11	4

ICD – kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia. * Pięciu badanych nie umiało odpowiedzieć na pytania dotyczące przebiegu CHE

Co już wiadomo na ten temat?

- Klasyfikacja przewlekłego wyprysku rąk jest skomplikowana ze względu na złożoność etiologiczną i morfologiczną zmian.
- Szczególnie w codziennej praktyce klinicznej, gdzie rozpoznanie wpływa na decyzje terapeutyczne, potrzebne jest przejrzyste rozróżnienie podtypów wyprysku rąk.

Co wnosi to badanie?

- Przedstawią krótki i nowy algorytm graficzny, który jest przydatny jako narzędzie diagnostyczne w rozpoznawaniu przewlekłego wyprysku rąk w praktyce klinicznej.

sowy. Ten podtyp może być określany jako idiopatyczny CHE. Takie rozpoznanie można postawić również u chorych z zajęciem stóp, u których nie stwierdza się innych czynników przyczynowych mogących wyjaśniać obecność zmian w tej okolicy. Określenie „idiopatyczny” odzwierciedla to, że powstawanie tego podtypu CHE nie może być wyjaśnione żadnymi znanymi czynnikami etiologicznymi. Zajęcie stóp w przypadkach nieatopowego niealergicznego CHE może być wyrazem predyspozycji genetycznej niezależnej od czynników alergicznych, atopowych i drażniących. Co ciekawe, idiopatyczny CHE często miał postać hiperkeratotyčno-szczelinowatą.

Przedstawiony tu algorytm to proste narzędzie decyzyjne w rozpoznawaniu CHE w praktyce klinicznej. Jednocześnie może być pomocny w określaniu podtypów wywołanych przyczynami innymi niż alergia kontaktowa, uszkodzenie skóry z podrażnienia czy atopia.¹⁹⁻²⁷ Autorzy uważają, że algorytm może służyć jako narzędzie diagnostyczne w praktyce klinicznej, przypisujące każdego pacjenta do danego podtypu CHE i może również ulepszyć klasyfikację i nazewnictwo CHE, pozwalając na dokładniejszą analizę wyników leczenia i perspektyw rokowniczych.

Konflikt interesów: SM była wykładowcą i konsultantem oraz otrzymywała granty na podróże oraz honoraria od firmy Basilea Pharmaceutica. TD był głównym badaczem oraz otrzymywał wynagrodzenia za prowadzenie wykładów i konsultacje od firmy Basilea Pharmaceutica. TR był głównym badaczem, wykładowcą oraz konsultantem firmy Basilea Pharmaceutica.

© Copyright 2011 The Authors. Journal Compilation © 2011 British Association of Dermatologists. This translation of the article Diagnosing chronic hand eczema by an algorithm: a tool for classification in clinical practice by S. Molin, T. L. Diepgen, T. Ruzicka and J. C. Prinz from *Clinical and Experimental Dermatology* 2011; 36: 595-601 is reproduced with permission of John Wiley&Sons, Inc.

Piśmiennictwo

1. Coenraads PJ. Hand eczema is common and multifactorial. *J Invest Dermatol* 2007;127:1568-70.

2. Agner T, Andersen KE, Brandao FM et al. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. *Contact Dermatitis* 2008;59:43-7.
3. Veien NK, Menné T. Treatment of hand eczema. *Skin Therapy Lett* 2003;8:4-7.
4. Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Hand eczema: causes, course, and prognosis II. *Contact Dermatitis* 2008;58:335-9.
5. Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Hand eczema: causes, course, and prognosis I. *Contact Dermatitis* 2008;58:330-4.
6. Meding B, Alderling M, Albin M et al. Does tobacco smoking influence the occurrence of hand eczema? *Br J Dermatol* 2009;160:514-18.
7. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol* 2009;160:353-8.
8. Meding B, Swanbeck G. Consequences of having hand eczema. *Contact Dermatitis* 1990;23:6-14.
9. Hald M, Berg ND, Elberling J, Johansen JD. Medical consultations in relation to severity of hand eczema in the general population. *Br J Dermatol* 2008;58:773-7.
10. Diepgen TL, Agner T, Aberer W et al. Management of chronic hand eczema. *Contact Dermatitis* 2007;57:203-10.
11. Lerbaek A, Kyvik KO, Ravn H et al. Clinical characteristics and consequences of hand eczema – an 8-year follow-up study of a population-based twin cohort. *Contact Dermatitis* 2008;58:210-16.
12. Bryld LE, Hindsberger C, Kyvik KO et al. Risk factors influencing the development of hand eczema in a population-based twin sample. *Br J Dermatol* 2003;149:1214-20.
13. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1980;92:44-7.
14. Andersen KE, White IR, Goossens A. Allergens from the standard series. In: *Contact Dermatitis*, 4th edn (Frosch PJ, Menne T, Lepoittevin JP, eds). Berlin: Springer, 2006:453-92.
15. Keogh SJ, Gawkrödger DJ. Persistent post-occupational dermatitis: report of five cases. *Acta Derm Venereol* 2006;86:248-9.
16. Nielsen NH, Linneberg A, Menné T et al. The association between contact allergy and hand eczema in 2 cross-sectional surveys 8 years apart. *Contact Dermatitis* 2002;47:71-7.
17. Lerbaek A, Kyvik KO, Mortensen J et al. Heritability of hand eczema is not explained by comorbidity with atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 2007;127:1632-40.
18. Meding B, Wrangsjö K, Järholm B. Hand eczema extent and morphology – association and influence on long-term prognosis. *J Invest Dermatol* 2007;127:2147-51.
19. Lerbaek A, Kyvik KO, Ravn H et al. Incidence of hand eczema in a population-based twin cohort: genetic and environmental risk factors. *Br J Dermatol* 2007;157:552-7.
20. Stutz N, Becker D, Jappe U et al. Nurses' perceptions of the benefits and adverse effects of hand disinfection: alcoholbased hand rubs vs. hygienic handwashing: a multicentre questionnaire study with additional patch testing by the German Contact Dermatitis Research Group. *Br J Dermatol* 2009;160:565-72.
21. Lind ML, Albin M, Brisman J et al. Incidence of hand eczema in female Swedish hairdressers. *Occup Environ Med* 2007;64:191-5.
22. Montnémy P, Nihlén U, Löfdahl CG et al. Prevalence of hand eczema in an adult Swedish population and the relationship to risk occupation and smoking. *Acta Derm Venereol* 2005;85:429-32.
23. Skoet R, Olsen J, Mathiesen B et al. A survey of occupational hand eczema in Denmark. *Contact Dermatitis* 2004;51:159-66.
24. Heydorn S, Menné T, Johansen JD. Fragrance allergy and hand eczema – a review. *Contact Dermatitis* 2003;48:59-66.
25. Kang YC, Lee S, Ahn SK, Choi EH. Clinical manifestations of hand eczema compared by etiologic classification and irritation reactivity to SLS. *J Dermatol* 2002;29:477-83.
26. Thomson KF, Wilkinson SM, Sommer S, Pollock B. Eczema: quality of life by body site and the effect of patch testing. *Br J Dermatol* 2002;146:627-30.
27. Meding B, Wrangsjö K, Järholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: persistence and consequences. *Br J Dermatol* 2005;152: 975-80.

KOMENTARZ



**Prof. dr hab. n. med.
Zbigniew Samochocki**

Katedra i Klinika Dermatologii WUM

➤ W większości przypadków kliniczne rozpoznanie wyprysku rąk nie stwarza problemów. Natomiast bardzo często trudno jest ustalić jego etiopatogenezę.

Molin i wsp. w swojej publikacji przedstawili algorytm postępowania diagnostycznego służący ustaleniu przyczyny choroby. Ponieważ nie wszyscy chorzy na wyprysk rąk mogą być diagnozowani w ośrodkach alergologicznych, zaprezentowany schemat może być bardzo pomocny w codziennej praktyce lekarza der-

matologa. Należy jednak zwrócić uwagę na kilka istotnych aspektów praktycznych.

Dodatkowo wyniki testów płatkowych z haptenami sugerują rolę IV mechanizmu immunologicznego w rozwoju choroby. Standardowo wykonuje się je z alergenami prowokującymi wyprysk u co najmniej 1% populacji (metale, składniki gumy, para-grupa, żywice epoksydowe, leki zewnętrzne, podłoża maściowe, konserwanty, substancje zapachowe). W ostatnich latach zestaw ten uzupełniono o miejscowo aplikowane glikokortykosteroidy. Ośrodki alergologiczne mają możliwość badania nadwrażliwości na rzadziej uczulające związki. Natomiast diagnostyka w kierunku alergenów związanych z narażeniem zawodowym wymaga współpracy ze specjalistycznymi ośrodkami medycyny pracy. W interpretacji wyniku testu należy uwzględnić jego trafność, czyli zgodność obserwowanej nadwrażliwości z wynikami badania podmiotowego i przedmiotowego. Często wykazanie związku

eliminacji alergenu z poprawą kliniczną bywa trudne. Może to być związane z możliwością reakcji krzyżowych, szerokiego rozpowszechnienia danego alergenu w środowisku, szczególnie w tzw. źródłach ukrytych, lub nakładania się reakcji z podrażnienia. Skóra zmieniona zapalnie na skutek nadwrażliwości kontaktowej jest bowiem skłonna do nieswoistej reakcji zapalnej. Natomiast uszkodzenie bariery naskórkowej w wyniku przewlekłego drażnienia ułatwia penetrację haptenu i z czasem u chorych na wyprysk z podrażnienia rozwija się kontaktowy, alergiczny wyprysk rąk. Stąd też ściśle rozdzielenie wyprysku kontaktowego i z podrażnienia bywa zawodne, tym bardziej że liczba testowanych haptenu jest ograniczona.

Wyprysk rąk obserwuje się u około 80% chorych na AZS, u połowy jest on dominującym objawem choroby. Autorzy zaprezentowanego algorytmu wykorzystują jako stygmaty atopii cechy AZS wg Hanifina i Rajki. Żadne z tych 27 kryteriów (czterech podstawowych i dwudziestu trzech mniejszych) nie jest patognomiczne dla wyprysku atopowego, a ich częstość jest bardzo zróżnicowana. Osobnicze lub rodzinne współistnienie chorób atopowych dróg oddechowych (dwukrotnie częściej alergicznego nieżyty nosa niż astmy) stwierdza się u ponad 80% chorych na AZS. Zwiększone stężenie całkowitego IgE i dodatnie wyniki testów płatkowych (u dorosłych głównie z alergenami powietrzno pochodnymi) obserwuje się

u około 70% chorych, ale także u 20% populacji osób zdrowych. Doświadczenie kliniczne pokazuje, że kolejnymi istotnymi i łatwymi do zdefiniowania kryteriami klinicznymi zaproponowanymi przez Hanifina i Rajkę, mogący wskazywać na atopowy charakter wyprysku rąk jest: występowanie zmian wypryskowych w dzieciństwie, ich lokalizacja w obrębie skóry zgięć łokciowych i kolanowych oraz nietolerancja zgieć łokciowych i kolanowych oraz nietolerancja wełny i potu. Interpretacja wyników prób kontaktowych u chorych na wyprysk atopowy jest trudna i budzi wiele kontrowersji. Część autorów ich dodatnie wyniki, które obserwuje się u około 40% badanych, interpretuje jako reakcje z podrażnienia. Testy zakładane są bowiem na skórze pozornie niezmienionej, ale z uszkodzoną barierą naskórkową i cechami subklinicznego zapalenia. Potwierdza to obserwacja braku korelacji częstości występowania wyprysku rąk u chorych na AZS z dodatnimi wynikami prób płatkowych z haptenu. Chociaż dodatnie wyniki mogą wskazywać na źródło potencjalnych czynników drażniących.

Reasumując należy stwierdzić, że przedstawiony algorytm bardzo jasno wyznacza kierunki postępowania diagnostycznego u dorosłego chorego na wyprysk rąk, chociaż jest pewnym uproszczeniem. U tych chorych bowiem różne mechanizmy prowokujące zwykle nakładają się na siebie, co powoduje, że leczenie i profilaktyka schorzenia są niezwykle trudne.