

PRZYPADKI ALERGII NA METALE SĄ CZĘSTE W KAŻDYM WIEKU

Krzysztof Buczyłko

NZOZ Centrum Alergologii w Łodzi

Epidemiologia i klinika. Układowy Zespół Alergii Niklowego (UZAN) może stanowić ważny stan alergologiczny. Własna praktyka autora (KB) wskazuje na bardzo częste współistnienie objawów skórnych oraz jelitowych. Najczęściej odnotowywano objawy gastroenterologiczne, następnie skórne oraz inne symptomy uogólnione. Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry w populacji dziecięcej jest znacznie częstsze niż wcześniej sądzono, a ostatnie doniesienia wskazują, że pozytywne odczyny płatkowe dotyczą od 14 do 70% badanych w wieku 1-18 lat.

Patogeneza: Nikiel (Ni) jest główną przyczyną alergii kontaktowej na metale. Wzbudza in vitro produkcję cytokin zarówno typu Th1 jak i Th2, podobnie jak inne metale: kobalt-Co, chrom-Cr, pallad-Pd, złoto-Au.

Diagnostyka. Emocje budzi wiek, w jakim wolno diagnozować alergię kontaktową. Heine i wsp., opisali 87 dzieci w śr. wieku 2-3 lat, najmłodszy pacjent miał 6 miesięcy. My diagnozujemy od 2 m-ca!

Przypadki: 1) W.P. lat 79 złamanie przezkrętarzowe kości udowej lewej zespolone płytą kątową i śrubami AO. Test: Ni +++++, wyprysk w wycinku śródoperacyjnym – typ IV. Zrost: brak. Odczyn skóry- bz. 2) KB lat 10, wyprysk uogólniony. Z wywiadu: nienawidzi owsianki i kakao, nie lubi czekolady, ani mocnej herbaty, nie czyta gazet. Test Ni+++ . Co++. 3) B.J. lat 7 odczulany skutecznie podjęzykowo trawy, w CA zgłosił swędzące wysypki bez zajęcia zgięć stawowych. TRUE test: Co+++ i neomycyna+ +. 4) ANTOŚ 10 mcy. Pierwotne dng AZS końcowe AKZS Ni+++.

Wnioski: Główne fenotypy alergii kontaktowej na nikiel wg K Buczyłko: Miejscowe kontaktowe zapalenie skóry, Rozsiane kontaktowe zapalenie skóry, Układowy zespół alergii niklowej.

OBLICZA ATOPII- NOS

Krzysztof Buczyłko

NZOZ Centrum Alergologii w Łodzi

Występowanie alergicznego nieżytu nosa(ann) dotyczy 18,2% populacji, a w połączeniu z zapaleniem spojówek-20,5% [Cibella 2015] W Polsce wartość ta jest nieco wyższa. Gdy objawy ann występują cały rok badamy roztocza (RKZ), naskórki lub zespół pyłkowo-pokarmowy. W alergii roztoczowej, pleśniowej, odzwierzęcej, zawodowej 74% ma umiarkowaną lub ciężką postać, 97% - co najmniej dwa objawy, 36%

cierpi na astmę. W Europie dominują RKZ 55,8%, pyłek traw (33,3%), karaluch (18,5%), sierść kota (12,5%), psa (10,7%), pyłek drzew (5,9%), pleśnie (3,5%). Zapalenie spojówek to zarazem u 54.2% ann, 39% świsty (u 17% astma) 7,6% wyprysk ostry, 14% przewlekły [Naidoo 2014]. Ann jest ściśle związany z innymi chorobami atopowymi. Filagryna (FLG) zwiększa ryzyko astmy i ann. Ziyab et al. (2014) wykazali zależność między FLG, wypryskiem a astmą, lecz bez istotnego wpływu na ann. Wykazano rolę polimorfizmu ADAM 33 T1, T2, V4 oraz Q-1, jako czynników ryzyka rozwoju ann (Xu 2014).

Donosowo skuteczność połączenia propionianuflutikazonu (PF) i azelastyny (A), okazała się 2 razy wyższa niż samego PF w łagodzeniu objawów nosowych i ocznych, w tym blokady nosa, początek działania po 30 minutach. U 7/10 pacjentów z przewlekłym ann, leczonych połączeniem PF+A objawy ustąpiły całkowicie w ciągu miesiąca, przy zachowaniu bezpieczeństwa porównywalnego do leczenia standardowego. Można uznać połączenie PF+A (Dymista) za lek z wyboru w leczeniu przewlekłego i okresowego ann, podobnie jak combo w astmie. Doustnie w ann stosujemy antyhistaminica. Odczulanie SCIT przewyższa SLIT w redukcji objawów oraz leków ratunkowych u dorosłych i dzieci. Brak różnic SCIT i SLIT w redukcji objawów ann, zużycia leków oraz jakości życia. SLIT- mniej reakcji systemowych.

Rola wybranych czynników środowiskowych na przebieg atopowego zapalenia skóry w wieku rozwojowym. Retrospektywna analiza pediatryczna.

Maciej Kaczmarek¹⁾ ²⁾, Elżbieta Olendzka- Rzepecka³⁾ ⁴⁾, Małgorzata Lasota³⁾

¹⁾ Uniwersytet Medyczny w Białymstoku w latach 1992-2014 ²⁾ Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku (obecnie)

³⁾ Dziecięcy Szpital Kliniczny w latach 1992-1995, ⁴⁾ Gabinet Dermatologiczny w Białymstoku (obecnie)

³⁾ Szpital Powiatowy w Sejnach

Streszczenie

Atopowe zapalenie skóry, jako przewlekła, nawrotowa dermatoza zapalna z towarzyszącym świądem i charakterystyczną morfologią zmian skórnych, jest chorobą występującą głównie w wieku dziecięco młodzieżowym. Jest schorzeniem o złożonej wieloczynnikowej etiologii i nie do końca poznanej patogenecie. W rozwoju atopowego zapalenia skóry istotną rolę odgrywa podłoże genetyczne (konstytucja atopowa, współistniejące zaburzenia funkcji filagryny), współodpowiedzialne za defekt ektodermalny skóry i predyspozycję osób chorujących do nadmiernej produkcji przeciwciał IgE (asIgE) na wiele alergenów środowiskowych (pokarmowych, kontaktowych powietrzno-pochodnych). Równie ważny udział w wyzwalaniu i zaostrzaniu procesu chorobowego mają inne czynniki środowiskowe, z którymi spotyka się chory z a.z.s. Są

to: środki pielęgnacyjno-higieniczne (czyszcząco-piorące, zmywające), odzież infekcje (grzybicze, bakteryjne, wirusowe), czynniki psychoemocjonalne (stres), wysiłek fizyczny i wzmożona potliwość, czynniki klimatyczne (wilgotność, temperatura, nasłonecznienie) i inne.

Cel pracy i badana grupa chorych:

W grupie 140 chorych w średnim wieku 3,5 roku (6 miesięcy - 13 lat), leczonych w latach 1992-1995 oraz w grupie 49 chorych w średnim wieku 4 lata (1 miesiąc – 10 lat) z ciężkim atopowym zapaleniem skóry, leczonych w latach 2005-2013 - dokonano porównawczej, retrospektywnej analizy dotyczącej roli: czynnika genetycznego i wybranych czynników środowiskowych na: rozwój, przebieg i proces leczenia choroby. Udział etiopatogenetyczny czynnika genetycznego rozpatrywano w oparciu o: występowanie chorób atopowo/alergiczych w rodzinie leczonego pacjenta oraz podwyższoną wartość surowiczego stężenia immunoglobuliny E (total IgE).

Rolę wybranych czynników środowiskowych oceniano uwzględniając: miejsce zamieszkania chorego, status ekonomiczno-społeczny rodziny chorego (warunki domowe oraz nawyki higieniczne, narażenie na dym tytoniowy), czas urodzenie pacjenta (pora roku), sposób odżywiania się matki podczas ciąży i w trakcie laktacji (konsumpcja mleka), sposób żywienia dziecka po urodzeniu (do momentu zachorowania) oraz w trakcie choroby, narażenie na alergenów środowiskowe (roztocza, pyłki drzew, krzewów, zboża, traw, chwastów), na alergenów zwierząt domowych (sierść, naskórek) oraz inne (pierz, wełna).

W dwu badanych grupach chorych (analiza w odstępie 10 lat) oceniano: nasilenie procesu chorobowego (w oparciu o skalę SCORAD), sposób leczenia farmakologicznego (miejscowego, ogólnego), sposób żywienia (pod kątem nadwrażliwości pokarmowej) oraz efektywność kompleksowego postępowania. Uzyskane wyniki stanowią przedmiot prezentacji ustnej.

ANAFILAKSJA

Prezydent PTA prof. B. Samoliński (Warszawa)

„Przygotuj się na wstrząs!” to ogólnopolski program edukacyjno-informacyjny, objęty patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, dotyczący problemu anafilaksji. Celem Programu jest edukacja społeczeństwa, pacjentów i ich rodzin na temat przyczyn anafilaksji oraz zasad postępowania w sytuacji wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego. Kampania ma pomóc w szybkim i trafnym rozpoznawaniu objawów, w poprawnym określaniu czynników