

Wykorzystanie cyklosporyny w leczeniu zespołu atopowego wyprysku/zapalenia skóry powiek – opis przypadku

The use of cyclosporine in the treatment of eyelid skin atopic eczema/dermatitis syndrome – A case report

MARTA CHEŁMIŃSKA

Klinika Alergologii Katedry Pneumonologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

W przypadku atopowego zapalenia skóry o ciężkim przebiegu wykorzystuje się leczenie immunosupresyjne cyklosporyną. W prezentowanej pracy przedstawiono przypadek 51-letniej kobiety obciążonej zespołem atopowego wyprysku/zapalenia skóry powiek, u której poprawę stanu zdrowia uzyskano dopiero po zastosowaniu cyklosporyny miejscowo.

Słowa kluczowe: *atopowe zapalenie skóry, wyprysk kontaktowy, cyklosporyna*

Summary

Cyclosporine immunosuppressive therapy is used to treat severe atopic dermatitis. The paper presents a case of a 51-year-old woman with eyelid skin atopic eczema/dermatitis syndrome, in whom improvement was obtained only after the application of topical cyclosporine.

Keywords: *atopic dermatitis, contact eczema, cyclosporine*

© Alergia Astma Immunologia 2014, 19 (2): 92-94

www.alergia-astma-immunologia.eu

Przyjęto do druku: 07.04.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr hab. n. med. Marta Chełmińska

Klinika Alergologii Katedry Pneumonologii i Alergologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny
80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7
tel./fax: (58) 3492625

WSTĘP

Leczenie zespołu atopowego wyprysku/zapalenia skóry uzależnione jest od wieku pacjenta oraz od lokalizacji i nasilenia dolegliwości. Początkowo stosuje się miejscowo inhibitory kalcyneuryny (pimekrolimus, takrolimus) lub kortykosteroidy. U chorych, u których występują ciężkie do opanowania objawy wykorzystuje się doustne kortykosteroidy lub leki immunosupresyjne (cyklosporyna, imuran). Cyklosporyna działa stabilizująco oraz blokuje prezentację antygenów przez komórki Langerhansa limfocytom T i ich aktywację. Jest głównie stosowana u chorych po przeszczepach w celu zapobiegania reakcjom odrzucania. W przypadku wykorzystania cyklosporyny w leczeniu atopowego zapalenia skóry wykorzystuje się dawkę 5mg/kg/dobę.

OPIS PRZYPADKU

Chora lat 51 zgłosiła się 15 lutego 2011 roku do Poradni Alergologicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego (UCK) w Gdańsku z powodu nasilonego łzawienia, świądu i zaczerwienienia spojówek, obrzęku, zaczerwienienia i świądu skóry powiek a także nieznaczących objawów nieżyty błony śluzowej nosa (wydzielina). Dolegliwości pojawiły się kilka tygodni przed zgłoszeniem do tutejszej Poradni. Pacjentka była od wielu lat leczona z powodu ja-

skry obu oczu Alphaganem i Xalatanem, a od stycznia 2011 roku jedynie Alphaganem. Ponadto w wywiadzie zgłaszała zaburzenia rytmu serca (blok przedsionkowo-komorowy II stopnia), z powodu których była zakwalifikowana do wszczepienia stymulatora.

Przed wizytą w Poradni Alergologicznej chorą konsultowano okulistycznie (4-02-2011). Konsultujący okulista rozpoznał: egzemę skóry powiek, obrzęk powiek, zapalenie brzegów powiek, podejrzenie nużycy oraz alergiczne zapalenie spojówek. Konsultant zalecił chorej stosowanie złożonej maści na nużeńca, Blephasol, Dexafree, Ciloxan, Opatanol, Telfast i Hylo-Comod. Dodatkowo zamiennie z Telfastem chora stosowała inne leki przeciwhistaminowe – Zyrtec, Alerteq, Zyx. Następnego dnia chora wykonała badanie w kierunku nużeńca, które wypadły ujemnie.

W trakcie wizyty w Poradni Alergologicznej na podstawie badania podmiotowego oraz przedmiotowego (znaczny obrzęk i zaczerwienienie spojówek oraz skóry powiek, łuszczenie) wysunięto podejrzenie zespołu atopowego wyprysku/zapalenia skóry twarzy, zwłaszcza okolicy powiek oraz alergicznego zapalenia błony śluzowej nosa i spojówek. Włączono chorej Telfast, Sinquair, Opatanol oraz miejscowo na skórę Protopic i Diprobase, co spowodowało krótkotrwałą poprawę, następnie doszło do po-

nownego nasilenia dolegliwości. W związku z powyższym zalecono chorej konsultację okulistyczną oraz dermatologiczną. Konsultujący okulista (22-02-2011) rozpoznał jaskrę obu oczu, wyprysk kontaktowy powiek i alergiczne zapalenie spojówek. Zalecił utrzymanie leczenia Alphaganem i Opatanolem, dodatkowo do terapii włączył Hyabak i Vidisic żel. Konsultujący dermatolog (23.02.2011) rozpoznał alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, zalecił odstawienie wszystkich leków p/histaminowych oraz preparatów stosowanych miejscowo, a do pielęgnacji skóry zalecił stosowanie wyłącznie preparatów hipoaergicznym Avene. Chorej zalecono przeprowadzenie diagnostyki w kierunku nadwrażliwości na preparaty okulistyczne. W związku z powyższym chora przerwała terapię Telfastem, co umożliwiło po 7 dniach w czasie hospitalizacji w Klinice Alergologii UCK (2-7 marca 2011) wykonanie testów naskórkowych natywnych ze stosowanymi lekami p/jaskrowymi stosowanymi miejscowo, testów naskórkowych z wybranymi zestawami (Standard 1 i Standard 2, Kosmetyki, Żyvice) oraz testów skórnych punktowych (SPT) z powszechnymi aeroalergenami. W trakcie hospitalizacji zlecono chorej wykonanie badań bakteriologicznych i mykologicznych wydzieliny z obu oczu, badań laboratoryjnych (morfologia z rozmazem, glukoza, OB, CRP, TSH, fT3, fT4, bilirubina, transaminazy, FALK, GGTP, kwas moczowy, Na, K, lipidogram, kreatynina, LDH, proteinogram, p/ciała p/jądrowe, swoiste przeciwciała klasy E z wybranymi alergenami całorocznymi (*Dermatophagoides farinae*, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Acarus siro*, *Lepidoglyphus destructor*, *Tyrophagus putrescentiae*, *Penicillium notatum*, *Cladosporium herbarium*, *Aspergillus fumigatus*, *Candida albicans*, *Alternaria tenuis*, nablonek psa, sierść psa), badania ogólnego moczu oraz kału na obecność jaj pasożytów. Testy naskórkowe z lekami stosowanymi z powodu jaskry oceniono ujemnie. W toku przeprowadzonej diagnostyki stwierdzono wyniki dodatnie dla niklu, kobaltu, pyłków traw/zbóż, drzew, sierści psa i piór. Badania bakteriologiczne i mykologiczne były negatywne, wszystkie wykonane badania laboratoryjne nie wykazywały odchyłań od normy.

Odstawienie przed diagnostyką leków przeciwhistaminowych spowodowało u chorej nasilenie dolegliwości, których redukcję uzyskano po ich ponownym włączeniu (Zyrtec, Aeries) oraz zastosowaniu sterydów (Dexaven, następnie Encorton w dawkach malejących). Ze względu na brak istotnej poprawy chorą ponownie konsultowano okulistycznie 25 marca 2011 roku. Konsultujący okulista rozpoznał obrzęk alergiczny powiek obu oczu i zalecił Travatan, Alphagan i ew. Cortineff miejscowo na skórę powiek.

Ze względu na stale nawracający obrzęk i zaczerwienie powiek chorą ponownie konsultowano dermatologicznie (lipiec 2011). Konsultujący dermatolog dodatkowo rozpoznał trądzik różowaty, zalecił Unidox i Izotek. Po uzyskaniu remisji trądziku różowatego zalecił włączenie do leczenia cyklosporyny (2 x dziennie po 25 mg doustnie przez 3 tygodnie), w trakcie podawania której doszło do przejściowej zwyczajki stężenia enzymów wątrobowych (gamma-glutamylotranspeptydaza, GGTP i aminotransferaza alaninowa, ALAT). Z tego powodu a także ze względu na brak istotnej poprawy po stosowaniu cyklosporyny od leczenia odstą-

piono we wrześniu 2011. Podjęto próbę leczenia Imuranem (brak informacji o stosowanej dawce, czas leczenia 3 tygodnie), jednakże ze względu na brak poprawy od leczenia odstąpiono.

Przez cały czas trwania dolegliwości chora była systematycznie konsultowana przez prowadzącego okulistę. We wrześniu 2011r. chorą skierowano do Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki, który utrzymał dotychczasowe leczenie.

W listopadzie 2011 roku przeprowadzono u chorej test z surowicą autologiczną, który oceniono dodatnio, co spowodowało podjęcie decyzji o rozszerzeniu diagnostyki o dodatkowe badania immunologiczne. Z tego powodu chorą skierowano na konsultację do Poradni Immunologicznej i Poradni Chorób Tkanki Łącznej. Konsultanci wysunęli podejrzenie choroby tkanki łącznej i zlecieli wykonanie następujących badań: czynnik reumatoidalny (ang. *rheumatoid factor*, RF), profil przeciwciał przeciw cytoplazmie neutrofilów (ang. *antineutrophil cytoplasmic antibodies*, ANCA), przeciwciała przeciwjądrowe (ang. *antinuclear antibodies*, ANA) oraz przeciwciała przeciw komórkom śródbłonna naczyń (ang. *antiendothelial cell antibodies*, AECA). Wykonane badania wykazały podwyższone stężenie przeciwciał przeciwproteinazie 3 cytoplazmy neutrofilów (ang. *proteinase 3 antineutrophil cytoplasmic antibodies*, PR3-ANCA). Konsultujący reumatolog zalecił uzupełnienie diagnostyki o wykonanie oznaczenia IgM i IgGp/*Chlamydia pneumoniae* oraz proteinogramu. Nie stwierdzono odchyłań w powyższych badaniach. Wykonano także oznaczenie p/ciał IgG w kierunku toksokarozy ocznej, uzyskując miano wątpliwie dodatnie (1:10?), co nie upoważniało do rozpoznania przebytego zakażenia.

Ze względu na utrzymujące się w tym czasie objawy zapalenia błony śluzowej nosa włączono poza lekami p/histaminowymi miejscowo Avamys oraz zlecono rtg zatok obocznych nosa, które wykazało przymglenie prawej zatoki szczękowej. Zlecono uzupełniające badanie TK zatok obocznych nosa, które wykazało zmiany zapalne w prawej zatoce szczękowej. Konsultujący laryngolog nie zmienił stosowanego leczenia (Telfast, Singulair, Avamys).

W marcu 2012 roku doszło do nasilenia dolegliwości kardiologicznych (blok przedsionkowo-komorowy II/III stopnia) zmuszających do wszczęcia stymulatora w trybie przyspieszonym. Ze względu na stwierdzone wcześniej u chorej dodatnie testy naskórkowe z niklem i kobaltem sprawdzono dla chorej rozrusznik nie zawierający ww. metali. Przed wszczęciem zdecydowano o wykonaniu testów naskórkowych natywnych ze wszystkimi elementami stymulatora (tab. I). Ponownie odstawiono leki p/histaminowe i po 7 dniach wykonano badanie, które oceniono ujemnie. Stymulator wszczęto 9 marca 2012 roku bez powikłań.

W kwietniu 2012 roku skierowano chorą do Kliniki Chorób Ocu w Katowicach (pobyt 24/04-01/05/2012) gdzie rozpoznano górne rąbkowe zapalenie spojówki i rogówki, jaskrę oka prawego, atopowe zapalenie skóry. W trakcie hospitalizacji chorą leczono prednisolonem, cyklosporyną, Xalatanem, Alphaganem, tearsNaturale, Corneregel, Cortineff miejscowo na powieki. W stanie poprawy pacjentkę

Tabela I. Elementy stymulatora MedtronicRelia REDR01

1. Polyurethane 80A
2. Polyurethane 75D
3. Siliconerubber MDX-70
4. Siliconerubber ETR-50
5. Silicone Medical Adhesive
6. Titanium
7. Parylene Coated Titanium
8. Platinum Irridium
9. PolysulfoneAmber
10. PolysulfoneBeige
11. SiliconeRubber MED. 4719
12. BariumSulfateFilled

wypisano do domu zalecając codzienne stosowanie miejscowe cyklosporyny (krople 2 x dziennie) oraz utrzymano pozostałe leki miejscowe (Alphagan, Xalatan, Hyabac, Corneregel), które utrzymano do lutego 2014 roku. Pomimo jaskry obu oczu chora okresowo otrzymywała preparat Dexafree (ostatnio jesienią 2013 roku). Wykonywane w tym czasie badania okulistyczne nie wykazywały wzrostu ciśnienia śródgałkowego. Ze względu na znaczną redukcję objawów zalecono aktualnie stosowanie cyklosporyny na żądanie w razie wystąpienia dolegliwości.

Komentarz

Aktualnie chora nie zgłasza dolegliwości ze strony błony śluzowej nosa i spojówek, stale utrzymuje się nieznaczny świąd skóry powiek. W badaniu przedmiotowym stwierdza się znaczną suchość skóry powiek i łuszczenie. Poza tym badanie przedmiotowe bez zmian. Przewlekłe stosuje p/jaskrowo Alphaga oraz miejscowo Lipobase. Poprawę stanu skóry powiek uzyskano po miejscowym włączeniu cyklosporyny. Wydaje się, że początkowy brak poprawy po zastosowaniu cyklosporyny doustnie związany był ze zbyt małą dawką zastosowaną u chorej (50 mg/dobę).