

درمان درماتیت آتوپیک در اطفال

Treatment of Atopic Dermatitis in Children

نویسنده مسئول:
دکتر سید محمد هادی امیریان

Seyed Mohammad Hadi Amirian; MD
E-mail: amirianmh@mums.ac.ir

استاد بیماری‌های کودکان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران



مقدمه

درماتیت آتوپیک، که گاه اگزما سرشتی خوانده می‌شود، یک بیماری التهابی مزمن پوست با نقص ژنتیکی در پروتئین‌هایی است که موجب تقویت سد اپیدرم می‌گردند. بیماری فوق‌العاده شایعی است که تأثیر نامطلوبی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا دارد. تقریباً ۲۰-۵٪ اطفال در کل دنیا را در برمی‌گیرد.^۱

طبقه شاخی (Stratum Corneum) خارجی‌ترین لایه پوست است که نقش کلیدی در پاتوژنز درماتیت آتوپیک دارد. این طبقه یک ماتریکس متراکم از لیپید-پروتئین است که مانع از دست دادن آب از طریق اپیدرم می‌شود و بمنوان یک سد در مقابل محرک‌ها، آلرژنها و ارگانسیم‌های عفونی عمل می‌کند. اما در بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک طبقه شاخی پوست حساس به آسیب محیطی و نفوذ آلرژنها از طریق پوست است.

درماتیت آتوپیک در ۶۰٪ موارد در سال اول زندگی و تقریباً در ۸۵٪ موارد تا سن ۵ سالگی اتفاق می‌افتد و در نزدیک به ۴۰٪ بیماران در بزرگسالی از بین می‌رود. با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعه درازمدت در ۷۰۰۰ کودک مبتلا به درماتیت آتوپیک مشخص شده است نشانه‌های بیماری تا سنین نوجویی مداومت می‌یابند. لازم به توجه است که در مقایسه با ۴۰ سال قبل شیوع درماتیت آتوپیک ۲-۳ برابر شده است. تا ۸۰٪ اطفال مبتلا به درماتیت آتوپیک دچار آسم و رینیت آلرژیک در اواخر طفولیت می‌شوند. کپیر یا انتقال‌کسی حاصل از مواد غذایی در ۲۰-۱۰٪ بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک در مقایسه ۱-۳٪ جمعیت معمول اتفاق می‌افتد.

این بیماری در شیرخواران در نقاط خاصی از بدن نظیر صورت، گردن و نواحی فلکسور (نظیر پشت زانو و جلو آرنج) و در اطفال و بالغین در دست‌ها مشخص می‌گردد.^۱ در درماتیت آتوپیک شدید، هر قسمتی از بدن ممکن است مبتلا گردد. وجود ضایعات در زیر بغل، ناحیه سرین یا کشاله ران غیر معمول است و در صورت وجود ضایعات در این نواحی باید تشخیص‌های دیگری نظیر پسوریازیس را در نظر داشت.

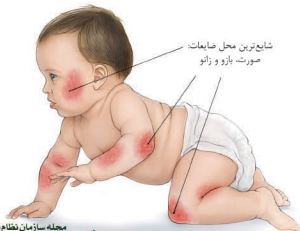
درمان: هدف عمده درمان، کاهش علامت (خارش و التهاب)، جلوگیری از تشدید و به حداقل رساندن خطرات درمانی است. درمان استاندارد در این بیماران مبتنی بر اصول زیر است:^{۲،۳}

- اجتناب از عوامل تشدیدکننده نظیر محرک‌های شیمیایی، گرما، تعریق، کمی رطوبت
- استفاده از ترکیبات ضد التهابی موضعی و نرم کردن پوست
- درمان عفونت‌ها نظیر استافیلوکوک طلائی و تب خال ساده
- استفاده از آنتی‌هیستامین‌ها برای تسکین خارش
- درمان استرس و اضطراب

غذاهایی که موجب تشدید این بیماری می‌گردند شامل تخم مرغ، شیر، گندم، پروتئین گیاهی و بادام زمینی هستند. محدود کردن رژیم غذایی به‌طور گسترده بندرت لازم خواهد بود. شروع زودتر درماتیت آتوپیک در سن کمتر از سه ماه و درماتیت آتوپیک شدید همراه با میزان بالای IgE مرتبط با تخم مرغ، شیر و بادام زمینی است.

باید از پوشیدن لباس‌هایی که از پشم یا الیاف مصنوعی محرک تهیه شده‌اند اجتناب گردد. آب داغ در جریان دوش گرفتن یا استحمام، همین طور قرار گرفتن در معرض نور خورشید در تحریک پوست سهیم هستند. سایر محرک‌های معمول شامل صابون، شوینده‌ها، حلال‌ها، اسید و قلیا هستند.

حفظ هیدراتاسیون (رطوبت) پوست جزء عمده درمان را در برمی‌گیرد. لوسیون‌ها که حاوی آب زیاد و روغن کمی هستند، موجب تشدید خشکی از طریق تبخیر و تشدید وخامت بیماری می‌گردند. اما در مقایسه، کرم‌های غلیظ نظیر Eucerin، Cetaphil، Neutraderm که آب کمی دارند یا پمادها نظیر Petroleum، Vaseline، Aquaphor که آب ندارند پوست را در مقابل خشکی بهتر محافظت می‌کنند. در یک بررسی اتفاقی در شیرخواران مبتلا به درماتیت آتوپیک مشخص گردید که در شیرخوارانی که از نرم‌کننده‌های Emollients استفاده کرده بودند نیاز به استروئیدهای موضعی با قدرت متوسط تا بالا در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته بود.



موارد تشدید یافته در پوست من جمله اطراف دهان و اطراف چشم استفاده کردند. خارش گزران و اریتم شایع ترین عوارض سوء هستند که معمولا در خلال ۲-۳ روز سوزش از بین می رود. در مطالعات اخیر هیچ گونه افزایش خطر بدخیمی یا وقفه ایمنی مشخص نشده است.

توصیه های FDA در مورد استفاده از وقفه دهنده های کلسی

نورین موضعی: ۱. بعنوان خط دوم درمان در بیماریانی که به سایر درمانها پاسخ ن داده یا عدم تحمل دارند استفاده کردند. ۲. استفاده از این داروها در سنین کمتر از ۲ سال اجتناب شود (در مطالعات بالینی میزان بیشتری از عفونت های تنفسی فوقانی در اطفال دارای سن کمتر از ۲ سال درمان شده با Pimecrolimus دیده شده است). ۳. باید کوتاه مدت و با حداقل میزان لازم برای کنترل علائم استفاده کردند و از استفاده مداوم اجتناب شود. ۴. استفاده مداوم در بیماریانی که نقص ایمنی دارند، اجتناب شود.

حفظ و پیشگیری از عود: پس از فروکش کردن علائم بیماری (Remission) در پاسخ به درمان با کورتیکوستروئید موضعی یا

وقفه دهنده های کلسی نورین موضعی، درمان متناوب با کورتیکوستروئیدهای با قدرت متوسط تا بالا (گروه ۳-۵) توصیه می گردد. باید استروئید یک بار و روز به مدت ۲ روز متوالی در هفته در نواحی از پوست که قبلا مبتلا بوده اند استفاده گردد و ممکن است ۱۶ هفته ادامه یابد. نرم کننده را می توان چندین دفعه در روز با مقادیر زیاد استفاده نمود.

درمان عفونت: مبتلا به درماتیت atopیک در خطر عفونت های میکروبی، ویروسی و قارچی هستند. استفاده طولانی در ضایعات پوستی ۱۰۰-۷۶٪ بیماران در مقایسه با ۲۵-۲٪ افراد سالم دیده می شود. در بیماریانی با علائم بالینی عفونت من جمله ترشح، پوستول یا کروت زرد رنگ یا تشدید درماتیت با شکست در پاسخ به درمان از پماد ۲٪ Mupirocin ۲ بار در روز به مدت یک تا دو هفته توصیه می گردد. در بیماران با عفونت وسیع تر درمان با آنتی بیوتیک خوراکی با سفالوسپورین ها یا پنی سیلین های مقاوم به پنی سیلینز به مدت ۲ هفته توصیه می گردد. با توجه به بررسی سیستماتیک شواهد کافی مبنی بر استفاده از آنتی بیوتیک های خوراکی در درمان درماتیت atopیک در غیاب عفونت بالینی وجود ندارد.

لازم به ذکر است مکمل های غذایی نظیر ویتامین ها، روغن ماهی و اسیدهای چرب ضروری مشتق از گیاهان در درمان درماتیت atopیک تأثیر مشخصی ندارند. اما در یک بررسی انجام شده مشخص شد در بیماران مبتلا به درماتیت atopیک با سطوح سرمی (OH)D 25 پایین تر، عفونت های میکروبی پوست بیشتر بود.^{۱۱} سالیان درازی است که داروهای گیاهی چینی در درمان درماتیت atopیک استفاده می شوند ولی مؤثر بودن و ایمن بودن آنها در اطفال کاملا بررسی نشده است.

کنترل خارش: شایع ترین علامت درماتیت atopیک که کمتر قابل تحمل است خارش است که در شب و در خلال خواب مکررا تشدید می یابد. آنتی هیستامین ها بطور وسیعی بعنوان درمان الحاقی در بیماران مبتلا به درماتیت atopیک برای درمان خارش و تحریک چشم استفاده می گردند. آنتی هیستامین های آرام بخش نظیر دیفن هیدرامین، هیدروکسیزین و سیپروهیدین بیشتر از همه مؤثر هستند. آنتی هیستامین های نسل دوم نظیر سیتیزین یا لوراتادین مخصوصا چنانچه کپیر هم وجود داشته باشد ممکن است ندرتا مؤثر باشند. Doxepin موضعی که یک ضد اسفردگی سطحی و با خصوصیات بلوک گیرنده های H₁ و H₂ است چنانچه سایر داروها مؤثر نباشند ممکن است بعنوان خط دوم درمان استفاده گردد. درمان با کورتیکوستروئیدهای موضعی و وقفه دهنده های کلسی نورین (Calcineurin) معمولا موجب تسرع بهبود خارش می گردند. از تجویز آنتی هیستامین های موضعی بعلت حساسیت بالقوه باید اجتناب گردد.

کورتیکوستروئیدهای موضعی: کورتیکوستروئید با قدرت پایین بصورت کرم یا پماد (بعنوان مثال 0.05% Dexamethasone، هیدروکورتیزون ۱٪ یا ۲.۵٪) در درماتیت atopیک خفیف یک یا ۲ دفعه در روز به مدت ۲-۴ هفته توصیه می گردد. باید نرم کننده ها به میزان زیاد چندین بار در روز همراه با کورتیکوستروئیدهای موضعی استفاده گردد. در بیماران با درماتیت atopیک متوسط کورتیکوستروئیدهای با قدرت متوسط تا بالا (بعنوان مثال فلوسیتلون ۰.۰۵٪، تریامیسینولون ۰.۱٪) بنامتازون دیپروپیونات ۰.۰۵٪) دو دفعه در روز در ضایعات روی تنه تا بهبود ضایعات توصیه می گردد. باید دقت صورت و چین های پوستی در خطر بالای آتروفی متعاقب استفاده از کورتیکوستروئیدها هستند. درمان اولیه در این نواحی باید با استروئید با قدرت پایین شروع گردد. معمولا باید از استفاده کورتیکوستروئیدهای با قدرت بالا در چین های پوستی و صورت اجتناب گردد. البته مصرف محدود (۵-۷ روز) کورتیکوستروئیدهای موضعی با قدرت بالا ممکن است موجب پاسخ سریع گردد که پس از آن می توان به ترکیبات با قدرت پایین تر تبدیل نمود و پس از بهبود استروئید قطع می گردد. کاناراک تائوی در درماتیت atopیک در ۵۰-۲۵٪ بالغین اتفاق می افتد اما در سنین نوجوانی و بالغین جوان نادر است. پس از دپلنت، میبوی و گلوکوم استفاده از استروئید چهارمین عامل خطر کاناراک تائوی است و ۴۱٪ از موارد تمام کاناراک را در بر می گیرد.

وقفه دهنده های کلسی نورین موضعی: ترکیبات غیر استروئیدی که تولید سایتوکاین ها را مهار می کنند و متناوبا در درمان درماتیت atopیک بعنوان خط دوم درمان استفاده می گردند. این داروها شامل کرم ۱٪ Pimecrolimus، و ۰.۰۳٪ تا ۰.۱٪ Tacrolimus است. با توجه به اینکه این داروها موجب آتروفی پوست نمی شوند ممکن است در درمان

لغتفا به این مقاله از ۲۰ تا ۱ امتیاز دهید.

کد این مقاله: ۶۶-۸

شماره پیامک مجله: ۳۰۰۰۷۸۸

نحوه امتیازدهی: امتیاز شماره مقاله

نمونه صحیح امتیازدهی (چنانچه امتیاز شما ۲۰ باشد): ۶۶-۸-۲۰

Reference:

- Weston WL, Howe W. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of atopic dermatitis (eczema) [Internet]. UpToDate; 2014 [Updated 2014 Dec].
- Margolis JS, Abuabara K, Bilker W, et al. Persistence of mild to moderate atopic dermatitis. JAMA Dermatol. 2014;150:593-600.
- Ricci G, Dondi A, Patrizi A, et al. Systemic therapy of atopic

- dermatitis in children. Drugs. 2009;69:297-306.
- Nicol NH. Efficacy and safety considerations in topical treatments for atopic dermatitis. Pediatr Nurs. 2011;37:295-301.
- Sarnochocki Z, Bogaczewicz J, Jeziorowska R, et al. Vitamin D effects in atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2013;69:238-44.