PANDEMIA COVID 19 A WŁAŚCIWA PIELĘGNACJA RĄK

CZĘSTSZE MYCIE I DEZYNFEKCJA RĄK ZWIĄZANE Z ZAPOBIEGANIEM ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ PANDEMII COVID 19 PROWADZI DO NASILENIA OBJAWÓW WYPRYSKU RĄK I DO POJAWIENIA SIĘ TEJ CHOROBY U OSÓB DOTYCHCZAS ZDROWYCH. W PONIŻSZYM ARTYKULE CHCĘ KRÓTKO PRZEDSTAWIĆ PRZYCZYNY TEGO ZJAWISKA I SPOSOBY ZAPOBIEGANIA MU.

DR HAB. N. MED. BARTŁOMIEJ KWIEK; PROF. UŁA
KLINIKA AMBROZIAK DERMATOLOGIA

CO TO JEST WYPRYSK RĄK?

Wyprysk rąk, lub egzema rąk (ang. hand dermatitis, hand eczema) to choroba, która objawia się szeregiem objawów i zmian skórnych na rękach wymienionych w tabeli 1.

OBJAW	OPIS	
RUMIEŃ	Zaczerwienienie skóry.	Rozszerzone naczynia krwionośne skóry: 1. układ odpornościowy skóry ma dzięki temu lepszy kontakt z układem odpornościowym całego organizmu, 2. Zwiększone zapotrzebowanie energetycznego chorej skóry.
GRUDKI	W przypadku wyprysku drobne lub bardzo drobne, czerwonawe grudki, mogące zlewać się w większe uniesione obszary.	Związane z wchodzeniem do skóry i szczególnie do naskórka komórek układu odpornościowego.
PĘCHERZYKI	Najczęściej bardzo drobne, często prawie niezauważalne bez lupy, mogą pojawić się w obrębie Rumienia lub na szczycie grudek lub na skórze, wyglądającej na zdrową. W ostrych stanach mogą być dość duże, kilkumilimetrowe. Zawierają przezroczystą treść surowiczą, która może wtórnie zropieć.	Związane z niszczeniem przez komórki układu odpornościowego (limfocyty) komórek naskórka.
ZŁUSZCZANIE	łuski różnej wielkości, białawe lub żółtawe.	Efekt niszczenia naskórka przez układ odpornościowy oraz efekt nieprawidłowego rogowacenia czyli szybkiej i nieprawidłowej odnowy niszczonego naskórka.
HIPERKERATOZA	Pogrubienie warstwy rogowej naskórka (gruby, żółtawy naskórek).	Próba „naprawy” uszkodzonej bariery naskórkowej przez jej pogrubienie a nie uszczelnienie – szybkie dzielenie się komórek naskórka.
NADŻERKI	Ubytki naskórka– powstałe na skutek drapania zmienionej skóry lub pęknięcia pęcherzyków.	Niszczenie komórek naskórka przez układ odpornościowy chcący pozbyć się substancji traktowanych jako „obce” i „groźne”.
SZCZELINY I PĘKNIĘCIA	W obrębie przewlekle zmienionych zmian z pogrubiałą przez przewlekły stan zapalny skórą i naskórkiem, widoczne szczególnie nad stawami międzypaliczkowymi i śródręcznopaliczkowymi , ale także na opuszkach palców i na wałach paznokciowych.	Skóra ogarnięta przewlekłym stanem zapalnym staje się gruba i nieelastyczna. Hiperkeratoza dodatkowo zmniejsza elastyczność skóry.
OBRZĘK	Zwykle w ostrych i nasilonych fazach choroby.	Silne przekrwienie powoduje wychodzenie wody z naczyń krwionośnych.
LICHENIZACJA	Wzmożone „poletkowanie” skóry, skóra wygląda jak przez szkło powiększające. Objaw ten jest szczególnie wyraźny w obrębie nadgarstków.	Podobnie jak przy powstaniu grudki, tylko proces powstania jest przewlekły a nie ostry.
ZMIANY PAZNOKCIOWE	Związane z ostrym lub przewlekłym zajęciem wypryskiem wału paznokciowego co uciska macierz i uszkadza rosnący paznokieć, prowadząc do szeregu niespecyficznych zmian, czasem bardzo nasilonych.	Zmiany są wtórne do zajęcia skóry okolicy aparatu paznokciowego.
ŚWIĄD I LUB PIECZENIE SKÓRY	Bardzo charakterystyczny objaw.	Niektóre substancje zapalne drażnią zakończenia nerwowe odpowiedzialne za świąd.
BÓL I SZCZYPANIE	W przypadku pęknięć i szczelin skóry.	Drażnienie zakończeń bólowych przez substancje zapalne i urazy mechaniczne.

Nasilenie poszczególnych objawów i proporcje mogą się bardzo różnić bardzo między pacjentami a u tego samego pacjenta zmieniają się w zależności od fazy choroby. Choroba ma zwykle przebieg przewlekły poprzedzony ostrą fazą pojawienia się zmian z okresami zaostrzeń z lub bez faz remisji między nimi.

Wszystkie te objawy są wspólne dla innych chorób wypryskowych (atopowe zapalenie skóry, kontaktowe zapalenie skóry) i są związane z mechanizmem biologicznym powstawiania zmian. Specyfiką wyprysku rąk jest jego lokalizacja, uwarunkowania anatomiczne i środowiskowe.

Do wyprysku rąk dochodzi podobnie jak do innych odmian wyprysku: substancja drażniąca lub alergizująca musi wniknąć do naskórka przez warstwę rogową i zostać rozpoznana przez układ immunologiczny jako „obca" i „groźna". Może też połączyć się z białkiem skóry i w tym połączeniu stać się „obca" i „groźna" dla układu odporności skóry. Dlatego też szczelność warstwy rogowej ma podstawowe znaczenie dla rozwoju wyprysku. Szczelność ta jest uwarunkowana genetycznie i dlatego osoby z atopowym zapaleniem skóry, a więc z genetycznie uwarunkowanym defektem bariery naskórkowej, są predysponowane do rozwoju wyprysku rąk. Najłatwiej zrozumieć barierę naskórkową jako odpowiednio ułożone „dachówki" twardych komórek warstwy rogowej, zaimpregnowanej żelem z tłuszczy (lipidów). Jeżeli ten impregnat będzie często moczony, szczególnie w gorącej wodzie i lub w mydle (czy innych detergentach), to zostanie wypłukany i naskórek stanie się „dziurawy". Tym samym substancje „obce" i „groźne" będą wnikać do skóry i staną się widoczne dla układu odpornościowego. Zaalarmowany układ odpornościowy może rozpocząć walkę z intruzem. Jest to zwykle związane z tzw. mechanizmem opóźnionej reakcji immunologicznej, dla której charakterystyczna jest długa droga decyzji czy substancja jest groźna czy nie? Na końcu tej opóźnionej reakcji komórki układu odpornościowego (w tym przypadku limfocty T) zbierają się w naskórku aby walczyć z „obcym" i niszczą ten naskórek wywołując objawy choroby (patrz Tabela 1) i WTÓRNIE PSUJĄC BARIERĘ NASKÓRKOWĄ, co naraża skórę na wnikanie nowych alergenów i substancji drażniących. Ponieważ reakcja ta jest opóźniona, może pojawić się w kilka dni po kontakcie z substancją wywołującą. Jeżeli do tego dodamy to, że uszkodzenia wywołane przez stan zapalny goją się minimum 6 tygodni (czas dojrzewania plus prawidłowego złuszczania się naskórka), to łatwo zrozumieć dlaczego tak trudno jest opanować raz rozpoczętą chorobę. Trudno bowiem w czasie 1 - 2 miesięcy nie tylko uniknąć ponownego kontaktu z „obcym" (np. alergenem), ale unikać wszystkich substancji które będą drażnić tak odsłoniętą skórę. W ciężkich zaostrzeniach wyprysku, bariery naskórkowej praktycznie nie ma (nadżerki). Na tak odsłoniętą skórę, niemal wszystko działa drażniąco, a nawet minimalne ilości alergenów (dużo mniejsze niż te, które wywołały chorobę) będą stanowiły problem.

CO ZATEM NALEŻY ROBIĆ? PROFILAKTYKA

Profilaktyka pierwotna, a więc zapobieganie pojawieniu się wyprysku rąk, jest szczególnie ważna w grupach ryzyka (Tabela 2.)

Tabela 2. Wybrane grupy ryzyka rozwoju wyprysku rąk

chorzy i rodziny chorych na atopowe zapalenie skóry
osoby zaburzeniami rogowacenia (np. rybia łuska, suchość skóry, nadmierne pobruzdowanie rąk, acral pealing skin syndrome)
personel medyczny
kucharze i pracownicy przemysłu spożywczego, kosmetolodzy, fryzjerzy i inne grupy zawodowe często myjące ręce
pracownicy budowlani
personel sprzątający
gospodynie domowe
inny zawodowy kontakt z substancjami uczulającymi (kasjerzy, garbarze, przemysł żywic epoksydowych etc.

Profilaktyka wtórna, dotycząca osób u których wyprysk wystąpił w przeszłości a obecnie są zdrowe w jest podobna, przy czym oczywiście osoby o znanym uczuleniu kontaktowym na dane substancje powinny ich unikać. W niniejszym opracowaniu pominiemy aspekty bezpieczeństwa pracy, zakazowi stosowania niektórych substancji w przemyśle i sprawy doradztwa zawodowego. Pominiemy również kwestię diagnostyki alergologicznej wyprysku, jako że wymaga ona oddzielnego opracowania. Skupimy się na właściwej pielęgnacji i dbaniu o dobry stan bariery naskórkowej, gdyż to postępowanie ma kluczowe znaczenie dla każdej odmiany wyprysku rąk. ▹

Po pierwsze nie należy tej bariery niszczyć. Należy zatem:

1. Unikać mycia i moczenia rąk! Ponieważ w czasach pandemii takie stwierdzenie jest mocno dyskusyjne (a i przed pandemią w ustach lekarza brzmi co najmniej groźnie), wymaga komentarza. Można bowiem tak planować postępowanie, aby zminimalizować konieczność mycia czy moczenia rąk i robić to tylko w sytuacjach niezbędnych higienicznie, np. po skorzystaniu z toalety. Jeżeli można jednak uniknąć zmywania naczyń to należy to zrobić, czy poprzez zakup zmywarki, czy poprzez rozdzielenie obowiązków domowych. W przypadku wyprysku **LECZENIE JEST ZAWSZE TRUDNIEJSZE NIŻ PROFILAKTYKA!** Ponadto, jeżeli myjemy ręce to ich nie dezynfekujemy i odwrotnie. Łączenie tych zabiegów nie poprawia skuteczności higienicznej mycia rąk (a w sytuacji rozcieńczenia alkoholu ją pogarsza), a bardzo mocno uszkadza barierę naskórkową!!

2. Ponieważ punkt 1. często jest niemożliwy do zrealizowania, w punkcie 10 i 11 zaproponuję rozwiązania alternatywne.

3. Unikać gorącej wody, jeżeli mycie jest konieczne - gorąca woda skutecznie zabiera naturalne tłuszcze z powierzchni naskórka.

4. Unikać dezynfekcji rąk! Podobnie jak punkt pierwszy, jest trudne, ale każde zmniejszenie ekspozycji na alkohole pozwoli zmniejszyć ryzyko uszkodzenia bariery naskórkowej.

5. NIE STOSOWAĆ MYDŁA W ROZUMIENIU CHEMICZNYM tj. z pH zasadowym! Dla utrzymania właściwej jakości tłuszczowego „impregnatu" naskórka niezbędne jest kwaśne pH (ok. 5,5)

6. Unikać detergentów. Detergenty działają jak odtłuszczacze i tym samym niszczą barierę naskórkową. Stosujemy je tylko w niezbędnych higienicznie sytuacjach!

7. W miarę możliwości starannie spłukać detergent letnią wodą. Ze względu na swoją budowę, cząsteczki detergentów wiążą się z naskórkiem bardzo mocno i długotrwale, i pozostając tam drażnią skórę nasilając stan zapalny. Zostało to udowodnione dla „zwykłego" (szarego) mydła i dla detergentów opartych na SLS, ale jest możliwe dla wszystkich substancji z tej grupy.

8. W miarę możliwości używać miękkiej wody. W Polsce szczególnie w rejonach miejskich woda jest twarda, co sprzyja silnemu łączeniu się detergentu z naskórkiem.

9. ZAWSZE PO MYCIU, MOCZENIU, DEZYNFEKCJI użyć emolientu aby poprawić stan bariery naskórkowej przez swego rodzaju protezę!! Ponadto emolient może „zabierać" cząsteczki detergentu pozostawione na skórze, a w przypadku dezynfekcji rozcieńcza depozyty pozostałego dezynfektanta, które zbierają się w przestrzeniach międzypalcowych, od których często zaczyna się wyprysk.

10. Jeżeli planujesz moczenie, mycie lub dezynfekcję rozważ założenie rękawiczek nitrylowych lub winylowych. Nawet w zaleceniach dla służb medycznych dopuszcza się w pandemii dezynfekcję rękawiczek (3). Czyli, jeżeli idziemy do apteki i wiemy, że zostaniemy poproszeni o dezynfekcję rąk przed wejściem, a sami będziemy chcieli zdezynfekować ręce ▹

po wyjściu, to najpierw załóżmy rękawiczki nitrylowe! Podobnie, jeżeli nie ma nas kto wyręczyć w wyjmowaniu prania z pralki, załóżmy rękawiczki nitrylowe. UWAGA! Długie noszenie rękawiczek nitrylowych może pogorszyć stan wyprysku! Na pewno nie należy dopuścić do spocenia się rąk!! Pot drażni skórę i sam może wywołać wyprysk u osób z zaburzeniami bariery naskórkowej. Jeszcze dłuższe noszenie rękawiczek może spowodować tzw. maceracje naskórka (zebranie wilgoci w warstwie rogowej), która osłabi barierę naskórkową. Dobrym sposobem na zmniejszenie ryzyka tych problemów jest użycie emolientu kilka minut przed nałożeniem rękawiczek nitrylowych. Bardzo dobrym sposobem przy dłuższej pracy w rękawiczkach jest noszenie pod spodem rękawiczek bawełnianych.

11. Jeżeli planujesz mycie, moczenie lub dezynfekcję użyj przedtem emolientu, najlepiej o cechach tzw. kremu barierowego. Dla przykładu: po wstaniu z łóżka, zazwyczaj idziemy do toalety. Wiadomo, że po toalecie będziemy myć ręce. Dlatego też idąc do toalety nasmarujmy ręce emolientem barierowym, tak aby później myjąc ręce zmyć bakterie wraz z powłoką emolientu ale nie niszcząc bariery własnej. Oczywiście nie zwalnia nas to z dalszej pielęgnacji (punkt 9.). Takie postępowanie należy stosować np. przed myciem zębów, pracą w kuchni, czy nawet pójściem pod prysznic. Pod prysznicem, przy myciu głowy, to właśnie ręce narażone są na najdłuższą ekspozycję na detergent i jego największe stężenie.

12. Smarowanie rąk przed myciem i dezynfekcją nie znajduje się w oficjalnych zaleceniach dla służb medycznych, bo nie została potwierdzona skuteczność w zapobieganiu rozprzestrzenianiu drobnoustrojów. Jest to jednak sposób w mojej obserwacji niezwykle skuteczny a wręcz niezbędny w sytuacji, kiedy choroba się już rozwinie.

13. Smarowanie rąk emolientami zawsze gdy są tylko są suche, a najlepiej nie dopuszczanie do objawu suchości. Suchość skóry rąk jest objawem wskazującym na to, że bariera była niesprawna dłuższy czas, i woda zdążyła odparować z naskórka. W międzyczasie mogło dojść już do wniknięcia przez nieszczelną barierę szkodliwych substancji. Ponadto, sucha skóra ma nieprawidłowy metabolizm i mówiąc obrazowo „walczy o życie" i nie jest w stanie tworzyć skutecznej własnej bariery.

LECZENIE WYPRYSKU

1. W leczeniu wyprysku rąk kluczowe jest dbanie o barierę naskórkową i do czasu jej odtworzenia „protezowanie" bariery. Dlatego wszystkie punkty omówione w zaleceniach dotyczących profilaktyki są nie tylko równie ważne, ale nawet z powodu pogorszonego chorobą stanu bariery jeszcze ważniejsze. Dodatkowym krokiem pielęgnacyjnym w trakcie leczenia, który nie jest niezbędny w profilaktyce, jest stosowanie tzw. okluzji po nałożeniu emolientu, szczególnie w godzinach nocnych. Najbezpieczniejszą formą wytworzenia tego zjawiska jest założenie rękawiczek bawełnianych na zastosowany na noc emolient tak aby mógł on głębiej wnikać do naskórka i działać dłużej. W leczeniu nie może jednak zabraknąć ograniczenia stanu zapalnego. Nie chodzi tu jedynie o zmniejszenie dokuczliwych objawów: świądu, pieczenia i „brzydko" wyglądających rąk. Dopóki jest stan zapalny, dopóty bariera naskórkowa jest psuta od środka przez nasz własny organizm!!! Stosowanie leków przeciwzapalnych musi być nadzorowane przez dermatologa. Podstawowe leki z tej grupy to miejscowe glikokortykosteroidy („sterydy"). Dobór siły użytego sterydu i czasu trwania aplikacji jest kluczowy dla leczenia. Zbyt słabe postępowanie zmniejszy jedynie objawy a mikrostan zapalny będzie nadal niszczył barierę naskórkową a komórki układu odpornościowego będą tylko czekać na pojawienie się alergenu czy innej „obcej" substancji. Zbyt długie stosowanie miejscowych glikokortykosteroidów samo może uszkadzać barierę naskórkową, co pacjenci często określają jako: „steryd przestał działać". Umiejętne użycie glikokortykosteroidów jest szczególnie ważne w wyprysku rąk, jako że niesterydowe leki z grupy miejscowych inhibitorów kalcyneuryny (takrolimus, pimekrolimus) mają ograniczoną skuteczność w tej chorobie.

2. Leki ogólne w wyprysku rąk mają również ograniczone zastosowanie. W oczywisty sposób są stosowane u pacjentów z towarzyszącym wypryskiem rozsianym i atopowym zapaleniem skóry o umiarkowanym lub dużym nasileniu, ale ich omówienie przekracza ramy niniejszego opracowania. Często stosowane w tej chorobie leki przeciwhistaminowe nie mają udowodnionego działania i można ich spróbować w objawowym leczeniu towarzyszącego świądu.

3. Obecnie trwają badania kliniczne (także w Polsce) nad nowymi miejscowymi lekami przeciwzapalnymi nie ▹

zawierającymi glikokortykosteroidów (inhibitory JAK) u pacjentów z niezadawalającą odpowiedzią na miejscowe kortykosteroidy jak również próby terapii lekami biologicznymi, stosowane ogólnie u najcięższych pacjentów, nieodpowiadających na leczenie standardowe.

PODSUMOWANIE

Zachowania higieniczne w pandemii w połączeniu z opóźnionym kontaktem z dermatologiem przyczyniły się do zwiększenia zachorowalności na wyprysk rąk i nasilenia się objawów u pacjentów z rozpoznaną wcześniej chorobą. Właściwe zachowania profilaktyczne w tym szczególnie właściwa pielęgnacja rąk oraz adekwatne leczenie pod opieką dermatologa są warunkiem odwrócenia tego niepokojącego zjawiska.

SŁOWNICZEK:

Emolient – kremy, maści, lotiony i inne preparaty których celem jest wspomaganie bariery naskórkowej poprzez zastosowanie w nich lipidów. Potocznie mówi się o nich jako o środkach nawilżających i natłuszczających
Emolient/krem barierowy – taki emolient, którego głównym zadaniem jest wytworzenie warstwy lipidowej na powierzchni skóry, a w mniejszym stopniu uzupełnienie brakujących lipidów warstwy rogowej.

Bariera naskórkowa: niezwykle szczelna mechaniczna, ale przede wszystkim chemiczna bariera wytworzona przez warstwę rogową naskórka. Jest ona niemal nieprzepuszczalna dla wody i substancji chemicznych, a tym bardziej dla drobnoustrojów (grzybów, bakterii i wirusów)

Limfocyt T: komórka układu odpornościowego człowieka, nieobecna w zdrowym naskórku. W wyprysku wnika do naskórka chcąc walczyć z alergenem, i wywołuje zniszczenie komórek naskórka co uszkadza barierę naskórkową.

Glikokortykosteroidy miejscowe: popularnie nazywane sterydami. Podstawowe leki stosowane miejscowo w leczeniu wyprysku zawsze równolegle z właściwą pielęgnacją. Istnieją dziesiątki preparatów „sterydowych" na rynku, których siła różni się czasem 1000 krotnie. Ma to kluczowe znaczenie dla balansowania między leczniczym działaniem glikokortykosteroidówow (zmniejszenie niszczenia bariery naskórkowej przez limfocyty T, zmniejszeniem świądu i objawów choroby) a ich działaniami niechcianymi w wyprysku (osłabienie bariery naskórkowej przez długotrwałe nieprzerwane stosowanie silnych glikokortykosteroidów) ●

1.Reinholz M, Kendziora B, Frey S, Oppel EM, Rueff F, Clanner-Engelshofen BM, et al. Increased prevalence of irritant hand eczema in health care workers in a dermatological clinic due to increased hygiene measures during the SARS-CoV-2 pandemic. Eur J Dermatol. 2021;31(3):392-5.
2.Singh M, Pawar M, Bothra A, Choudhary N. Overzealous hand hygiene during the COVID 19 pandemic causing an increased incidence of hand eczema among general population. J Am Acad Dermatol. 2020;83(1):e37-e41.
3.Yan Y, Chen H, Chen L, Cheng B, Diao P, Dong L, et al. Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for health-care workers fighting against coronavirus disease 2019. Dermatol Ther. 2020;33(4):e13310.

DR HAB. N. MED. BARTŁOMIEJ KWIEK, PROF. U. ŁA.J

Jest wieloletnim wykładowcą akademickim. Prowadził wykłady dla studentów Wydziału Lekarskiego, Stomatologii, Farmacji i Podyplomowych Studiów Dermatologii Estetycznej. Od ukończenia I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w roku 2000 do 2020 był związany z Kliniką Dermatologiczną WUM, gdzie odbył szkolenie specjalizacyjne i studia doktoranckie pod kierownictwem Prof. Andrzeja Langnera w dziedzinie Dermatologii i Wenerologii. W 2004 roku odbył roczny staż w Klinice Dermatologicznej Uniwersytetu w Bonn pod kierownictwem Prof. Thomasa Biebera i Prof. Nataliji Novak w ramach Stypendium Otto Braun-Falco. Ponadto był stypendystą Euroderm Excellence (Stypenium Szkoleniowe w Rzymie w 2006 roku) i American Academy of Dermatology (Stypenium Szkoleniowe w Waszyngtonie w 2004 roku).
Jest autorem ponad 50 publikacji naukowych z zakresu dermatologii (leczenie trądziku, łuszczycy, atopowego zapalenia skóry, chorób włosów) i dermatologii estetycznej oraz rozdziałów podręczników w języku polskim i angielskim. Jego prace publikowane w prestiżowych pismach polskich i obcojęzycznych, w tym także w najbardziej prestiżowym piśmie alergologicznym na świecie (Journal of Allergy and Clinical Immunology – organ stowarzyszenia Amerykańskiej Akademii Alergii, Astmy i Immunologii), za którą to pracę otrzymał Nagrodę Ministra Zdrowia. Jest członkiem European Society for Dermatological Research, European Academy of Dermatology and Venerology i Polskiego Towarzystwa Dermatologii i Wenerologii.
Obecnie jest związany z Kliniką Ambroziak Dermatologia, której jest dyrektorem naukowym. Ponadto jest Przewodniczącym Fundacji Prof. Langnera, która zajmuje się promocją badań naukowych w dermatologii.