

# Wyprysk skóry rąk w dobie pandemii COVID-19

## Zalecenia profilaktyczne

Hand eczema during the COVID-19 pandemic. Preventive recommendations

### S U M M A R Y

The outbreak of the COVID-19 pandemic made it necessary to wash and disinfect hands more frequently in order to reduce the spreading of Sars-Cov-2 virus. This led directly to a rapid development of contact eczema, especially in medical personnel. This paper aims to present the prophylactic and therapeutic recommendations regarding the dermatosis itself and the ways, in which the frequency and intensity of it can be significantly reduced.

Wybuch pandemii COVID-19 spowodował konieczność częstego mycia i dezynfekcji rąk w celu ograniczenia transmisji wirusa SARS-CoV-2. W wyniku tych zachowań doszło do gwałtownego rozwoju wyprysku kontaktowego, głównie u pracowników personelu medycznego. W pracy przedstawiono zalecenia profilaktyczno-terapeutyczne dotyczące tego zagadnienia celem których jest ograniczenie częstości i nasilenia tej dermatozy

Kręcis B.: Wyprysk skóry rąk w dobie pandemii COVID-19. Zalecenia profilaktyczne. Alergia, 2020, 4; 39-40

**W**yprysk rąk (WR) jest niejednorodną etiologicznie i klinicznie zapalną nieinfekcyjną dermatozą, która w swym spektrum zawiera: kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia, kontaktowe alergiczne zapalenie skóry, atopowe zapalenie skóry, wyprysk proteinowy, wyprysk potnicowy i wyprysk hiperkeratotyczny.

### Objawy kliniczne

WR uwarunkowany jest czynnikami genetycznymi, środowiskowymi (alergizującymi i drażniącymi) oraz atopią. Przyczyny te mogą współistnieć lub też zmieniać się wraz z przebiegiem choroby. WR może występować w różnym stopniu nasileniu od postaci łagodnych do ciężkich.

- Przyjmuje się, że w postaci łagodnej następuje szybka poprawa kliniczna pod wpływem właściwego leczenia dermatologicznego oraz dobrej współpracy pacjenta.
- Natomiast przypadki z dużym nasileniem zmian skórnych, obecnością nacieku zapalnego, lichenifikacją, głębokimi pęknięciami naskórka i opornością na leczenie miejscowe silnymi glikokortykosteroidami określane są jako postać ciężka.

Ze względu na czas trwania i nawrotowość zmian wyróżnia się wyprysk ostry i podostry, w którym pojedyncze epizody pojawiają się nie częściej niż raz w roku i trwają mniej niż 3 miesiące. W przypadkach częstszych nawrotów tj. dwóch lub więcej epizodów w ciągu roku, utrzymujących się powyżej 3 miesięcy rozpoznaje się wyprysk przewlekły [1]. Do czynników ryzyka powstania WR zaliczono atopowe zapalenie skóry, alergię kontaktową i pracę w środowisku mokrym [2,3]. Wśród grup zawodowych obciążonych zwiększoną częstością rozwoju WR obserwuje się

między innymi pracowników ochrony zdrowia, fryzjerów, pracowników przetwórstwa żywności, kucharzy, personel firm sprzątających [4, 5]. Należy podkreślić, że osoby cierpiące na WR a w szczególności ten o ciężkim przebiegu doświadczają różnego rodzaju problemów związanych z wykonywaną pracą, życiem społecznym i zdrowiem psychicznym. W badaniu Ahmed A i wsp. [6] wykazano, że wśród 1023 chorych na WR, 89% doświadcza wstydu i poczucia zażenowania w związku ze swoją chorobą, 79% twierdzi, że choroba ma negatywny wpływ na nastrój, 74% podaje odczuwanie skutków choroby w sferze aktywności zawodowej/edukacyjnej. Doświadczenia te w znaczący sposób wpływają na obniżenie jakości życia na poziomie stwierdzanym u pacjentów z chorobą wieńcową, astmą oskrzelową czy cukrzycą.

### Wpływ pandemii COVID 19

A zatem można się zastanowić czy spowodowana pandemią COVID 19 konieczność częstego mycia i dezynfekcji rąk w celu ograniczenia transmisji wirusa SARS-CoV-2 wpłynęła na stan skóry rąk? [7].

Najwięcej doniesień dotyczy personelu medycznego. Autorzy irlandzcy w okresie od kwietnia do maja 2020 roku przeprowadzili badanie ankietowe wśród 270 pracowników jednego ze szpitali pytając o stosowanie środków ochrony osobistej, częstość mycia rąk i pojawienie się objawów kontaktowego zapalenia skóry rąk. Wśród ankietowanych 82,6% zgłaszało objawy kontaktowego zapalenia skóry a w 76,5% przypadków wskazano na lokalizację w obrębie rąk. 99,3% podało zdecydowane zwiększenie częstotliwości mycia i dezynfekcji rąk. 75,4% zgłaszało objawy nadmiernej suchości skóry a jednocześnie 45% nie używało



Prof. dr hab. n. med.  
**Beata Kręcis**  
ORCID  
0000-0002-3454-9785

Kierownik Kliniki Dermatologii,  
Dyrektor Instytutu Nauk Medycznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego Kielce

**Słowa kluczowe:**  
pandemia COVID-19,  
wyprysk kontaktowy,  
profilaktyka

**Key words:**  
COVID-19 pandemic,  
contact eczema,  
prevention

żadnych emolientów [8]. Podobne wyniki uzyskali badacze niemieccy. Wśród 114 ankietowanych w okresie pandemii COVID-19 pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w jednym ze szpitali w Monachium, ponad 90% zgłaszało objawy ostrego kontaktowego zapalenia skóry i wszyscy potwierdzili znaczący wzrost częstości mycia i dezynfekcji skóry rąk [9].

## Rekomendacje Amerykańskiego Towarzystwa Wyprysku Kontaktowego

Aby ograniczyć negatywne skutki zdrowotne tych koniecznych zachowań, Amerykańskie Towarzystwo Wyprysku Kontaktowego wydało rekomendacje dotyczące prawidłowej higieny rąk [10]. Do najistotniejszych zaleceń należy:

### W zakresie mycia i pielęgnacji skóry:

1. mycie rąk z zastosowaniem letniej wody i koniecznością jak najszybszej aplikacji preparatów nawilżających
2. stosowanie detergentów zawierających jednocześnie substancje nawilżające
3. aplikowanie na skórę rąk preparatów nawilżających przed założeniem rękawiczek ochronnych
4. stosowanie na noc pod okluzję preparatów nawilżających
5. stosowanie kremów barierowych

### W zakresie dezynfekcji rąk z użyciem środków odkażających na bazie alkoholu:

1. stosowanie preparatów zawierających co najmniej 60% alkoholu
2. preferowanie preparatów pozbawionych uczulających środków powierzchniowoczących, konserwujących, zapachowych i barwników
3. używanie preparatów zawierających jednocześnie środki nawilżające skórę

### W zakresie terapii:

1. identyfikacja czynników wywołujących i konsekwentne ich unikanie
2. konsultacja dermatologiczna i kwalifikacja do przeprowadzenia testów płatkowych, w tym z alergenami środowiska pracy
3. leczenie miejscowe z zastosowaniem glikokortykosteroidów i emolientów
4. w przypadkach o przebiegu ciężkim dodatkowo: fototerapia, leczenie systemowe i modyfikacja środowiska pracy

### Do najważniejszych czynników ryzyka rozwoju wyprysku rąk zaliczono:

1. częste mycie rąk z zastosowaniem bardzo ciepłej lub bardzo zimnej wody
2. używanie chusteczek dezynfekcyjnych
3. aplikowanie na skórę preparatów zawierających związki o znanym potencjale uczulającym i drażniącym
4. współistniejące dermatozy

#### Prace nadesłano

10.12.2020

#### Zaakceptowano do

druku 14.12.2020

Konflikt interesów nie występuje.  
Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz aktualnymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

**Piśmiennictwo:** 1. Dipgen TL, Elsner P, Schliemann S. i inni.: Guideline of Hands Eczema ICD-10 Code: L20, L23, L24, L25, L30. JDDG, Supl.3 2009. 2. Bryld L.E., Hindsberger C., Kyvik K.O., i inni.: Risk factors influencing the development of Hand eczema in population-based twin sample. Br J Dermatol 2003; 149:1214-20 3. Meding B., Wrangsjök., Jarvholm B.: Fifteen-year follow-up of hand eczema: predictive factors. J Invest Dermatol 2005; 124:893-7. 4. Kieć-Swierczyńska M., Kręciś B.: Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry u pracowników służby zdrowia 2001(71-2) 5. Kieć-Swierczyńska M., Kręciś B., Chomiczewska D.: Zawodowe kontaktowe zapalenie skóry u fryzjerów. Med. Pr. 2009; 60:377-82 6. Ahmed A., Shah R., Papadopoulos L i inni.: An ethnographic study into the psychological impact and adaptive mechanisms of living with hand eczema. Clin Exp Dermatol 2015; 40:495-501. 7. WHO Interim Recommendation. 2020. <https://www.int/dos/default-source/inaugural-who-partners-forum/who-interim-recommendation-on-obligatory-hand-hygiene-against-transmission-covid-19.pdf> 8. Kily L.F., Moloney E., O'Sullivan J.A. i inni.: Irritant contact dermatitis in healthcare workers as result of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Clinical and Experimental Dermatology. doi:10.1111/ced.14397 9. Guertler A., Moellhoff N., Schneck T.L. i inni.: Onset of occupational hand among healthcare workers during the SARS-CoV-2 pandemic: Comparing a single surgical site with a COVID-19 intensive care unit. Contact Dermatitis 2020, 83, 108-114 10. Rundle Ch.W., Presley C.I., Militello M. i inni.: Hand hygiene during COVID-19: Recommendation from the American Contact Dermatitis Society. J Am Acad Dermatol. 2020, 83, 1730-1737.

**Piśmiennictw ze str 42:** 1. Abajian, M., Mlynek, A., Maurer, M. Physical Urticaria. Curr. Allergy Asthma Rep. 2012; 12:281-287. 2. Katsarou-Katsari A, Makris M, Lagogianni E. i wsp. Clinical features and natural history of acquired cold urticaria in a tertiary referral hospital: a 10-year prospective study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008; 22:1405-1411. 3. Wanderer A. Cold urticaria syndromes: historical background, diagnostic classification, clinical and laboratory characteristics, pathogenesis, and management. J Allergy Clin Immunol. 1990; 85:965-981 4. Wanderer, A.A.; Hoffman, H.M. The spectrum of acquired and familial cold induced urticaria/urticaria like syndromes. Immunol. Allergy Clin. North Am. 2004; 24:259-286. 5. Neittaanmaki H. Cold urticaria: clinical findings in 220 patients. J Am Acad Dermatol. 1985; 13:636-644 6. Costanzi JJ, Coltman CA, Donaldson VH. Activation of complement by a monoclonal cryoglobulin associated with cold urticaria. J Lab Clin Med 1969; 74:902-10. 7. Kaplan AP, Garofalo J. Identification of a new physically-induced urticaria: cold induced cholinergic urticaria. J Allergy Clin Immunol 1981; 68:438-41. 8. Johnstone RF, Dolen WK, Hoffman HM. A large kindred with familial cold autoinflammatory syndrome. Ann Allergy Asthma Immunol 2003; 90:233-7. 9. Morais-Almeida M, Marinho S, Gaspar A, Arede C, Loureiro V, RosadoPinto J. Cold urticaria and infectious mononucleosis in children. Allergol Immunopathol (Madrid) 2004; 32:368-71. 10. Ito A, Kazama T, Ito K, Ito M. Purpura with cold urticaria in a patient with hepatitis C virus infection-associated mixed cryoglobulinemia type III: successful treatment with interferon-beta. J Dermatol 2003; 30:321-5. 11. Lin RY, Schwartz RA. Cold urticaria and HIV infection. Br J Dermatol 1993; 129:465-7. 12. Doeglas HMG, Rijntjen WJ, Schroder FP, Schirm J. Cold urticaria and virus infections: a clinical and serological study in 39 patients. Br J Dermatol. 1986; 114:311-318. 13. Alangari AA, Twarog FJ, Shih MC, et al. Clinical features and anaphylaxis in children with cold urticaria. Pediatrics. 2004; 113: 313-317. 14. Ormerod AD, Kobza Black A, Dawes J, Murdoch RD, Koro O, Barr RM, et al. Prostaglandin D2 and histamine release in cold urticaria unaccompanied by evidence of platelet activation. J Allergy Clin Immunol 1988; 82:586-9. 15. Houser DD, Arbesman CE, Ito K, Wicher K. Cold urticaria: immunologic studies. Am J Med 1970; 49:23-33. 16. Maltby NH, Ind PW, Causon RC, Fuller RW, Taylor GW. Leukotriene E4 release in cold urticaria. Clin Exp Allergy 1989; 19:33-6. 17. Lewis ST. Observations on some normal and injurious effects of cold upon the skin and underlying tissues. BMJ. 1941; ii:795-797. 18. Kaplan AP, Garofalo J, Sigler R. i wsp. Idiopathic cold urticaria: in vitro demonstration of histamine release upon challenge of skin biopsies. N Engl J Med. 1981; 305(18):1074-7. 19. Wanderer AA, Grandel KE, Wasserman SI. i wsp. Clinical characteristics of cold-induced systemic reactions in acquired cold urticaria syndromes: recommendations for prevention of this complication and a proposal for a diagnostic classification of cold urticaria. J Allergy Clin Immunol. 1986; 78:417-423 20. Van Der Valk PGM, Moret G, Kiemeny LALM. The natural history of chronic urticaria and angioedema in patients visiting a tertiary referral center. Br J Dermatol. 2002; 146:110-113 21. Kivity S, Schwartz Y, Wolf R. i wsp. Systemic cold-induced urticaria—clinical and laboratory characterization. J Allergy Clin Immunol. 1990; 85:52-54 22. Moller A, Henning M, Zuberbier T. i wsp. Epidemiology and clinical aspects of cold urticaria. Hautarzt. 1996; 47:510-514. 23. Koeppel MC, Bertrand S, Abitan R. i wsp. Cold urticaria: clinical findings in 104 patients. Ann Dermatol Venereol. 1996; 123:627-632. 24. Brandes K. Cold urticaria and swimmer's death. Zeitschrift fur Allgemeinmedizin 1970; 46:1219-20 25. C.Palczyński, P. Łacwik, I. Kupryś-Lipińska i wsp. 35-letni mężczyzna z dusznością i łódów owocowych. Med. Prakt., 2018; 2: 86-90 26. Magerl M, Abajian M, Krause K. i wsp. An improved Peltier effect-based instrument for critical temperature threshold measurement in cold- and heat-induced urticaria. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015:2043-5. 27. Koeppel MC, Bertrand S, Abitan R. i wsp. Cold urticaria: clinical findings in 104 patients. Ann Dermatol Venereol. 1996; 123:627-632 28. Bonadonna P, Lombardi C, Senna G. i wsp. Treatment of acquired cold urticaria with cetirizine and zafirlukast in combination. J Am Acad Dermatol 2003; 49:714-6. 29. Kobaz-Black A, Keahey TM, Eady RAJ. i wsp. Dissociation of histamine release and clinical improvement following treatment of acquired cold urticaria by prednisone. Br J Clin Pharmacol. 1981; 12:327-331 30. Boyce JA. Successful treatment of cold-induced urticaria/anaphylaxis with anti-IgE. J Allergy Clin Immunol 2006; 117:1415-8. 31. Hani N, Hartmann K, Casper C i wsp. Improvement of cold urticaria by treatment with the leukotriene receptor antagonist Montelukast. Acta Derm Venereol. 2000; 80:229 32. Marsland AM, Beck MH. Cold urticaria responding to systemic ciclosporin. Br J Dermatol. 2003; 149:214-5. 33. Muraro A, Roberts G, Worm M. i wsp.: Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy, 2014; 69:1026-1045