

# DERMATITE ATOPICA

## Cosa è?

La Dermatite Atopica (DA), o Eczema Atopico, è un'affezione infiammatoria cutanea pruriginosa a carattere cronico recidivante. La DA colpisce fino al 25% dei bambini con ripercussioni anche notevoli sulla qualità della vita. L'esordio avviene più frequentemente nel primo anno di vita in particolare tra i 3 e i 6 mesi di vita, nel 90% dei casi entro il quinto anno, raramente dopo l'adolescenza. La maggior parte dei bambini va incontro a remissione spontanea entro l'età adulta. Il principale **fattore di rischio** è rappresentato da storia familiare positiva per atopìa (70%). L'**Eziopatogenesi** è multifattoriale. Sulla base di una predisposizione genetica e della presenza di un'alterata funzione della barriera cutanea, intervengono fattori immunitari (disregolazione, allergeni) e non immunitari (irritanti, condizioni ambientali, stress) generando infiammazione e danno cutaneo. **Comorbidità:** asma, rinite e rino-congiuntivite allergica, allergie alimentari, disturbi del sonno.

### Come si presenta:

Le **manifestazioni cliniche** della dermatite atopica variano con l'età. Il prurito è un sintomo costante e caratteristico.

- Primi due anni di vita: lesioni eczematose: macule eritematose, talvolta essudanti, ricoperte da squamo-croste. Sono localizzate al volto (guance, mento, fronte) o anche a tronco, aree estensorie degli arti, regioni retroauricolari. Frequenti le sovrainfezioni da *Staphylococcus Aureus*.
- Epoche successive: lesioni maggiormente circoscritte di aspetto lichenificato (ispessimento cutaneo, colore grigiastro), talvolta fissurate ed essudanti, a carico delle regioni flessorie di gomiti e ginocchia, collo, capo, dorso delle mani, polsi e caviglie.

**Segni associati:** secchezza cutanea, lesioni da grattamento, dermatografismo bianco, pitiriasi alba, rugosità del palmo della mano e dei piedi, pieghe a livello delle palpebre inferiori, cheratosi pilare nelle regioni estensorie delle braccia.

**Infezioni:** le infezioni batteriche sono caratterizzate da essudazione sierosa accentuata o francamente purulenta e mancata risposta al trattamento. Sospettare eczema erpetico se: eritema dolente in rapido peggioramento, presenza di vescicole in clusters e/o piccole erosioni tendenti alla

coalescenza, talvolta febbre, sonnolenza, peggioramento delle condizioni generali. Il mollusco contagioso e le verruche volgari sono lievemente più frequenti nei soggetti con DA. Le infezioni fungine possono essere prolungate e recidivanti.

La **diagnosi** della dermatite atopica è clinica. Si basa su l'anamnesi, l'esame fisico e la presenza di sintomi associati.

La DA può essere diagnosticata in un bambino con affezione cutanea pruriginosa associata a 3 o più dei seguenti:

- Presenza di dermatite coinvolgente le flessure cutanee (o tronco e/o aree estensorie nei bambini fino a 18 mesi);
- Storia personale di dermatite coinvolgente le flessure cutanee (o tronco e/o aree estensorie nei bambini fino a 18 mesi);
- Storia personale di secchezza cutanea negli ultimi 12 mesi;
- Storia personale di asma o rinite allergica (o storia di malattie atopiche in un parente di primo grado nei bambini sotto i 4 anni);
- Esordio delle manifestazioni cliniche entro i 2 anni (non valido nei bambini sotto 4 anni).

La **diagnosi differenziale** si pone principalmente con: scabbia, dermatite seborroica (non pruriginosa, talvolta evolve in DA),

dermatite da contatto irritativa o allergica (può associarsi a DA), dermatiti fotosensibilizzanti, psoriasi, deficit immunologici, ittiosi, linfoma cutaneo a cellule T, eritrodermia.

### Quali esami fare:

La diagnosi e la valutazione della severità sono cliniche, non è indicato effettuare esami di routine.

- Test allergologici in vitro (IgE totali e specifiche - RAST -) e/o in vivo (prick test, patch test, test di provocazione orale, diete di esclusione) sono positivi nel 50-80% dei casi ma non sono indicati nella DA di lieve/media entità non essendo utili nella diagnosi né nel management della patologia (assenza di relazione di casualità).
- La biopsia cutanea raramente può essere utile nell'esclusione di patologie cutanee simili o associate.

### Come trattarlo in PS:

Anamnesi:

- Epoca di esordio; pattern; severità della patologia; storia familiare e personale di patologie atopiche;
- Risposta ai trattamenti in corso e precedenti;
- Possibili fattori scatenanti:
  - a. **irritanti** (quali saponi o detergenti);
  - b. **infezioni cutanee**;

## ESAME FISICO ED APPROCCIO TERAPEUTICO A STEP IN BASE ALLA SEVERITÀ:

SEVERITÀ	OBIETTIVITÀ	TERAPIA (ECZEMA A VOLTO E COLLO)	TERAPIA (ECZEMA AL CORPO)
<b>LIBERO DA MALATTIA</b>	Cute normale	1. Emollienti	1. Emollienti
<b>LIEVE</b>	Aree di xerosi; prurito infrequente (con o senza eritema)	1. Emollienti 2. Emollienti associati o meno a CTS di media potenza	1. Emollienti 2. Emollienti associati o meno a CTS di media potenza
<b>MODERATA</b>	Aree di xerosi; prurito frequente; zone eritematose (con o senza escoriazione e fissurazioni)	1. Emollienti 2. CTS di media potenza (o moderata potenza per 3-5 gg) 3. Inibitore della calcineurina topico 4. bendaggi	1. Emollienti 2. CTS di moderata potenza* 3. tacrolimus 4. bendaggi
<b>GRAVE</b>	Aree di xerosi; prurito incessante; zone eritematose (con o senza escoriazione, fissurazioni, essudato, sanguinamento, alterazioni della pigmentazione)	1. Emollienti 2. tacrolimus 3. bendaggi occlusivi con emollienti e CST** 4. Fototerapia 5. Terapia sistemica	1. Emollienti; 2. CTS elevata potenza* 3. tacrolimus 4. bendaggi occlusivi con emollienti e CST** 5. Fototerapia 6. Terapia sistemica

CTS= Corticosteroidi topici

\*non più di 7-14 gg su inguine e ascelle.

\*\*non più di 7-14 giorni, non usare su aree infette.

### c. allergeni:

**da contatto** (quando sospettare: buona risposta ai trattamenti topici; aggravamento di un eczema prima controllato);

**alimentari** (quando sospettare: reazione immediata a cibi; DA moderata/grave non controllata nonostante management ottimale e presenza di dismotilità intestinale e/o deficit di crescita);

**inalanti** (quando sospettare: ricorrenza stagionale dell'eczema; presenza di asma, rinite allergica o lesioni al volto dopo i 3 anni);

d. **stress, umidità, temperature estreme** (il loro ruolo non è chiaro).

- Impatto sulla qualità della vita del paziente e dei familiari (deve essere considerato nel valutare la severità della patologia);
- Alimentazione;
- Crescita e sviluppo.

**Emollienti:** Importanti nel controllo della xerosi cutanea e del prurito.

- Devono essere usati regolarmente anche nei periodi liberi da malattia e in concomitanza con altri trattamenti (se topici

aspettando almeno qualche minuto tra le diverse applicazioni).

- APPLICARE 2-4 volte al giorno in particolare durante o dopo il bagno, anche nelle zone libere da dermatite.
- È possibile offrire una varia scelta essendo disponibili molti prodotti e associazioni in forma di unguenti e creme (da preferire) o lozioni. (es. Cetafil crema, Crema base Essex, Nutraplus crema, Neribase crema).
- Utilizzare al posto di saponi e detergenti schiumogeni (e dello shampoo fino a 12 mesi). (es. detergenti sintetici: Emulave fluido, Oilatum sapone, Cetafil fluido; oli da bagno: Balneum Hermal, Dermana olio da bagno, Oilatum bagno).

**Corticosteroidi Topici (CST).** Principale mezzo terapeutico nelle riacutizzazioni e nella prevenzione delle recidive.

- EVITARE CTS di elevata potenza: nelle aree delicate come viso, collo e flessure; nella zona del pannolino ed altre aree con bendaggi o vestiti ad effetto occlusivo; nei bambini sotto i 12 mesi senza supervisione dello specialista dermatologo.
- Nei pazienti con DA moderata/grave con frequenti ricadute dovrebbe essere presa in considerazione una terapia di mantenimento con due applicazioni settimanali in giorni consecutivi.
- APPLICARE 1 volta al giorno (o 2 se la risposta è inadeguata)

solo sulla cute interessata da dermatite (anche se escoriata) nella minima quantità sufficiente.

Un modo semplice per applicare CST in quantità sicura è la "finger-tip unit" (FTU), consiste nell'estrarre la quantità di crema o unguento sufficiente a coprire la falange distale del dito indice e corrisponde circa a ½ gr. Numero di FTU approssimativamente richieste per l'applicazione sulle varie parti del corpo alle diverse età (tabella):

Numero di FTU approssimativamente richieste per l'applicazione sulle varie parti del corpo alle diverse età

ETÀ	FACCIA E COLLO	UN ARTO SUPERIORE E MANO	UN ARTO INFERIORE E PIEDE	TORACE ANTERIORE E ADDOME	DORSO E GLUTEI
<b>3-6 MESI</b>	1	1	1,5	1	1,5
<b>1-2 ANNI</b>	1,5	1,5	2	2	3
<b>3-5 ANNI</b>	1,5	2	3	3	3,5
<b>6-10 ANNI</b>	2	2,5	4,5	3,5	5

- Scegliere il CST in base alla severità dell'eczema, l'età del paziente e la zona da trattare:

- Bassa potenza: Idrocortisone acetato: **Lenirit 0.1% - 2.5%**;
- Media potenza: Aclometasone dipropionato: **Legederm 0.05% - 0-1%**; Clobetasone butirato: **Eumovate 0.05%**; Flucinolone acetoneide: **Localyn 0.006% - 0.25%**;
- Moderata/elevata potenza: Mometasone furoato: **Elocon 0.1% - Altosone 0.1%**; Idrocortisone butirato: **Locoidon 0.1%**; Betametasona valerato: **Ecoval 0.1%**; Betametasona dipropionato: **Diprosone 0.05%**; Diflucortolone valerato: **Nerisona 0.1%**; Fluticasone propionato: **Flixoderm 0.05%**; Triancinolone acetoneide: **Ledecot a/10 pomata, crema**;
- Elevata potenza: Alcinonide: **Halci-derm 0.1%**; Clobetasolo propionato: **Clobesol 0.05%**; Diflucortolone valerato: **Dermaal crema 0.3%**.

**Inibitori della calcineurina topici.** Considerare solo per brevi periodi, nell'eczema moderato-grave quando un'adeguata terapia con CST di massima potenza indicata non ha raggiunto gli effetti desiderati o vi sono seri rischi di effetti collaterali gravi da CST.

- MAI: sotto 2 anni, come primo trattamento, in aree cutanee escoriate (evitare zone coperte da bendaggi o vestiti ad effetto occlusivo).
- APPLICARE solo su aree eczematose. Sono disponibili: Tacrolimus (Protopic unguento 0,03%, 2 applicazioni/die) DA severa; Pimecrolimus (Eliden crema 1%, 2 applicazioni/die) DA moderata su viso e collo.

**Antistaminici sistemici.** Di limitata effi-

cacia nella DA. Il loro utilizzo routinario è controindicato.

- Hanno indicazione nelle riacutizzazioni con DA severa o media-moderata con disturbi del sonno o prurito e/o orticaria gravi.
- Preferire unica somministrazione giornaliera prima di andare a dormire.
- Preferire molecole non sedative (es: Cetirizina - Zirtec gtt: 1gt=0,5mg; scir 1mg=1ml: 0,2 mg/kg/die).
- Si può consigliare in caso di disturbi del sonno debilitanti, sopra 6 mesi di vita, antistaminico ad azione sedativa per 7-14 giorni (es: Idrossizina - Atarax scir 1ml=2mg; cpr 25 mg: 2 mg/kg/die in 3-4 somministrazioni).

**Corticosteroidi sistemici.** Considerare per brevi periodi di tempo nell'eczema severo con importanti ripercussioni sulla qualità della vita quando le altre terapie hanno fallito. (es: Deflazacort - **Flantadin gtt: 1gt=1 mg, cpr 6 mg e 30 mg**: 1,2 - 2,4 mg/kg/die in 1-2 somministrazioni; Betametasona - **Bentelan cpr effervescenti 0,5 mg e 1 mg**: 0,1-0,2 mg/kg/die).

**Dieta.** Non è raccomandato intraprendere diete di eliminazione in assenza di allergia alimentare confermata. Gli allergeni maggiormente coinvolti sono quelli dell'uovo, quindi latte vaccino, cereali, arachidi, sesamo. Su consiglio dell'allergologo è possibile impostare una prevenzione alimentare.

#### Trattamento delle infezioni

- Nel sospetto di eczema erpetico iniziare subito terapia con aciclovir e consultare lo specialista dermatologo.
- In caso di sovrainfezione batterica eseguire un tampone dell'essudato se si sospetta un patogeno diverso dallo S. Aureus o che questo abbia un'elevata resistenza agli antibiotici. Altrimenti utilizzare antibiotici sistemici attivi contro S. Aureus e Streptococchi (per 1-2 settimane) nelle infezioni diffuse, e antibiotici topici (per massimo 2 settimane) nelle infezioni localizzate.

#### Quali sono le indicazioni al ricovero:

Salvo condizioni concomitanti che lo indichino la DA non presenta indicazioni al ricovero. Il consulto specialistico può essere indicato:

- Dermatologo: eczema erpetico, diagnosi incerta, scarso controllo nonostante appropriata terapia topica, infezioni cutanee ricorrenti, condizioni che comportano ripercussioni psicologiche o disturbi del sonno.
- Psicologo: la sintomatologia risponde a terapia ma non vi è miglioramento della qualità della vita e del benessere psicosociale.
- Allergologo: forte sospetto di allergia alimentare.

### Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

- Spiegare come riconoscere riacutizzazioni e sovrainfezioni e come trattarle (vedi sopra).
- Informare (in forma verbale e scritta) sulle modalità, i tempi e i dosaggi dei trattamenti (vedi sopra).
- Avisare: molti trattamenti fitoterapici potrebbero non essere sufficientemente sicuri/controllati e/o possedere effetti collaterali (es: le erbe cinesi possono causare tossicità epatica).
- Raccomandare un uso quotidiano regolare di emollienti (può essere di beneficio applicare con massaggi).
- Consigliare l'utilizzo di biancheria di cotone bianco ed imbottiture anallergiche per materasso e cuscino.

### BIBLIOGRAFIA

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Atopic eczema in children: management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. Clinical Guideline 2007.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of atopic eczema in primary care. Clinical Guideline 2011.
3. Co-chair, Lawrence F. Eichenfield, MD, Wynn L. Tom, MD, Sarah L, et al.. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2014;70:338-51.
4. Eichenfield LF, Hanifin JM, Luger TA, Stevens SR, Pride HB. Consensus conference on pediatric atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2003;49:1088-95.
5. Bieber T. Atopic dermatitis. N Engl J Med 58:483-1494, 2008.

