

Dermatite atopica, una patologia molto complessa

La dermatite atopica colpisce a tutte le età, anche se con maggiore incidenza nei primi anni di vita. Patologia con un forte impatto sul paziente e la famiglia, presenta un andamento cronico-recidivante. La terapia prevede nelle fasi acute l'utilizzo di antinfiammatori topici (corticosteroidi, immunomodulanti), integrata nel caso da terapie sistemiche e costantemente accompagnata dall'uso di emollienti e idratanti, per ripristinare la funzionalità della barriera cutanea

Elisabetta Torretta

La dermatite atopica (DA) è una dermatite cronica eczematosa, non contagiosa, caratterizzata da un intenso prurito e da xerosi della pelle: eritema, desquamazione, vescicole e lichenificazione della pelle sono le caratteristiche comuni di questa malattia cronica recidivante. L'origine della dermatite atopica è sconosciuta anche se si osserva una complessa interazione tra diverse cause (ambientali, genetiche, immunologiche e fattori biochimici); i fattori genetici che predispongono alla dermatite atopica insieme all'inefficienza del sistema di barriera cutanea sono cause in grado di determinare flogosi cutanea che, a sua volta, può favorire una sensibilizzazione allergica. Nella malattia è spesso pre-

sente una familiarità, rilevata nel 70% dei casi.

L'infiammazione da dermatite atopica, seppure curata adeguatamente, tende a ripresentarsi a causa del carattere genetico e recidivante della malattia. Nei pazienti con dermatite atopica, il cemento intercellulare è alterato per la mancanza, o meglio per un difetto, di contenuto lipidico e di una disorganizzazione cellulare risultato di un deficit nella filaggrina, proteina essenziale alla costituzione di uno schermo proteico di protezione corneo. Fattori scatenanti possono essere l'esposizione eccessiva della cute all'acqua, ai detergenti comuni, tessuti di lana e fibre sintetiche, eccessiva sudorazione, ecc, ma anche fattori psico-emozionali.

Figura 1

Dermatite atopica



Quadri clinici di differente gravità

► Incidenza e classificazione

Relativamente rara negli anni '60 – allora l'incidenza era del 3-5% – la dermatite atopica è passata al 20% negli ultimi anni nei paesi più freddi. È la malattia dermatologica più diffusa nei bambini (in Italia colpisce 1 bambino su 10 a partire dal periodo neonatale) e riguarda il 3% degli adulti.

La malattia viene classificata comunemente a seconda dell'età dei pazienti in fase infantile, fase pediatrica e dell'adulto.

La dermatite atopica ha una pesante ricaduta sulla qualità della vita di chi ne soffre e delle loro famiglie: il prurito intrattabile, le lesioni da grattamento che a questo conseguono, il dolore, la perdita del sonno finiscono con l'incidere sulla vita sociale del soggetto. In effetti il prurito può essere costante, insopportabile, da impedire il sonno, la concentrazione nello studio e nel lavoro. I bambini hanno la tendenza ad aggrapparsi, ad essere più paurosi, a voler stare in braccio; possono essere presenti problemi comportamentali e di disciplina, compresi iperattività, irrequietezza, tendenza a grattarsi in maniera esasperata.

► Diagnosi e manifestazioni cliniche

La diagnosi è essenzialmente clinica (*figura 1*), valutando la presenza di arrossamenti della cute, con micro desquamazioni e lesioni cutanee, a volte accompagnate da essudazione superficiale, prurito intenso e un forte disagio permanente (*tabella 1*). La pelle secca predispone maggiormente al prurito. Nei bambini colpisce la zona delle guance e del mento, la piega del collo, le gambe e le braccia. Un campanello d'allarme per la mamma è la comparsa della

“crosta latte” o dermatite seborroica del lattante, che a volte precede la comparsa della dermatite atopica. L'epidermide del bambino è ancora molto sottile e non in grado di fornire un'efficace protezione come nell'adulto. Dato che la sudorazione è insufficiente e il pH cutaneo non sufficientemente acido risulta facilitata l'aggressione da parte di batteri

e sostanze estranee che provocano frequentemente problemi di varia natura e intensità.

La dermatite atopica è un problema che si manifesta con maggiore frequenza con chiazze rosse, molto pruriginose. Una pelle più vulnerabile alla penetrazione di sostanze e agenti chimici è più soggetta a dermatiti da contatto irritative.

Tabella 1

Segni e sintomi per la diagnosi di dermatite atopica

Elementi principali*

- Prurito
- Eruzione eczematosa con distribuzione tipica in relazione all'età (>4 anni: superfici flessorie, comprese fosse ante-cubitali e poplitea, caviglia, collo; <4 anni: guance, fronte, esterno degli arti)
- Decorso clinico cronico e recidivante
- Tendenza alla xerosi o a cute sensibile
- Storia personale di asma o rinite allergica (o storia familiare di atopia in pazienti <4 anni di età)
- Età di comparsa sotto i 2 anni (pazienti di oltre 4 anni di età)

Elementi minori o associati

- Ittiosi
- Iperlinearità palmare
- Reperti follicolari (cheratosi pilare, accentuazione perifollicolare)
- Linee di Dennie-Morgan (pieghe infraorbitali)
- Scurimento periorbitale
- *Pityriasis alba*
- Lichenificazione, lesioni pruriginose
- Influenze ambientali
- Intolleranza alla lana
- Tendenza alla dermatite in localizzazioni corporee specifiche (mani, piedi, capezzoli, labbra)
- Elevate immunoglobuline E sieriche
- Tendenza alle infezioni cutanee
- Risposte vascolari abnormi (pallore facciale, impallidimento ritardato, dermatografismi bianchi)
- Modificazioni oculari (cheratocono, cataratta subcapsulare anteriore, congiuntiviti ricorrenti)
- Intolleranze alimentari

*Per la diagnosi è necessaria la presenza del prurito e di altre 3 caratteristiche

Walling HW, Swick BL. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2010; 3:99-117

► Prevenzione e terapia

La dermatite atopica deve essere principalmente prevenuta evitando tutte le cause di peggioramento: fondamentale è evitare l'uso eccessivo dell'acqua e il contatto con saponi; altrettanto importante è l'uso frequente delle creme emollienti – semplici e prive di sostanze potenzialmente irritanti – che contrastando la secchezza cutanea riducono la possibilità delle recidive. Un elemento da considerare è la stagionalità della malattia, che ha il suo picco di comparsa in concomitanza con la primavera in quanto la prolungata esposizione alla temperature rigide dell'inverno contribuisce a compromettere le protezioni della pelle. È quindi utile non trascurare opportune misure preventive proprio durante questa stagione. La terapia deve essere personalizzata e tener conto di vari fattori quali gravità, localizzazione della malattia, intensità del prurito, grado di secchezza cutanea, età.

Dopo la stabilizzazione della malattia, si modificherà la terapia adottando trattamenti di mantenimento per prolungare la guarigione o ridurre al minimo i sintomi.

Al fine di ridurre la frequenza e l'intensità delle recidive è necessario mantenere le misure preventive descritte. Anche nei casi più resistenti, a lungo decorso o con frequenti ricadute, una terapia mirata consente di superare agevolmente i momenti più critici.

Attualmente il ventaglio di possibilità terapeutiche è ampio e comprende numerose opzioni (tabella 2).

✓ **Corticosteroidi** - Rappresentano la terapia di riferimento per l'eczema atopico.

✓ **Immunomodulatori topici** - Di più recente introduzione nella terapia dell'eczema atopico, sono fondamentali quando la dermatite ato-

Tabella 2

Opzioni terapeutiche per la dermatite atopica

Interventi sullo stile di vita

- Emollienti, modalità per l'igiene, umidificazione, evitare sostanze esacerbanti

Terapia topica

- Corticosteroidi topici (prima linea)
- Inibitori topici della calcineurina (seconda linea): tacrolimus, pimecrolimus
- Creme di barriera

Fototerapia

- UVB a banda stretta (311 nm)
- UVB a banda larga (280–315 nm)
- UVA (315–400 nm)
- UVA I (340–400 nm)
- UVA psoralene
- Fotochemioterapia extracorporea

Terapie sistemiche tradizionali

- Corticosteroidi
- Ciclosporina
- Azatioprina
- Metotressato
- Mofetil micofenolato

Terapie sistemiche biologiche

- Interferone- γ
- Inibitori IgE/interleuchina-5: omalizumab, mepalizumab
- Immunoglobuline intravenose
- Inibitori del Tumor necrosis factor- α : infliximab, etanercept
- Inibitori cellule-B e T: alefacept, rituximab

Terapie ancillari

- Antistaminici per il controllo del prurito
- Antibiotici (orali, topici) per il controllo delle infezioni secondarie

pica colpisce le zone della cute più delicate come viso e collo.

✓ **Terapie sistemiche** - Nei casi più impegnativi, è necessario ricorrere a terapie sistemiche, che si avvalgono di: antistaminici orali, corticosteroidi orali, ciclosporina.

✓ **Fototerapia** - Le radiazioni UV (ultraviolette) hanno un effetto benefico sulla pelle atopica, che migliora con l'esposizione solare nella maggior parte dei casi.

✓ **Idratanti ed emollienti** - Si accostano alle terapie farmacologiche per restituire l'idratazione e il nutrimento che la pelle è in grado di produrre autonomamente. È inoltre necessario modificare costantemente le abitudini legate alla pulizia e idratazione della cute, compresa la scelta dei prodotti più adatti.

✓ **Antibiotici locali e/o per via generale** - La possibile presenza di sovrainfezione può suggerire l'uso di antibiotici locali e/o per via generale. Inoltre, dove non vi sia un controllo completo dei sintomi, oltre a terapie mediche più impegnative, si va alla ricerca di possibili alternative terapeutiche che variano dall'uso di indumenti/tessuti particolari (seta, cotone con fibre di argento, eccetera), all'utilizzo di "fitopreparati speciali", all'omeopatia, alla medicina alternativa.

Bibliografia disponibile su richiesta

www.qr-link.it/video/0312



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code