

Terapia della dermatite atopica (Parte Terza)

GIORGIO BARTOLOZZI

Membro della Commissione Nazionale Vaccini

Indirizzo per corrispondenza: bartolozzi@unifi.it

La **dermatite atopica** è una delle più comuni affezioni del bambino: la sua prevalenza va dal 10 al 20%.

Una recente pubblicazione sul *Pediatrics* di ottobre 2008 (Krakowski AC, Eichenfield LF, Dohil MA. Management of atopic dermatitis in the pediatric population. *Pediatrics* 2008;122:812-24) riguarda lo STATO DELL'ARTE. La sua lettura offre considerazioni teoriche e pratiche di grande interesse, anche per chi sia già uso a trattare la dermatite atopica del bambino.

USO LOCALE DEI CORTICOSTEROIDI E DEGLI INIBITORI DELLA CALCINEURINA

Sia il trattamento delle riacutizzazioni, sia la cura complessiva della malattia deve essere ritagliata sul singolo paziente, tenendo conto della gravità della malattia.

Come trattamento iniziale di pazienti con ripresa della sintomatologia gli Autori hanno adottato l'uso di steroidi topici di media o forte potenza, applicati due volte al giorno per 7-10 giorni, seguito da un attento riesame del paziente. Dopo aver ottenuto il controllo, gli Autori passano a un regime di mantenimento con creme idratanti. Nel mantenimento si può utilizzare uno steroide a media potenza con un'applicazione da due a tre volte per settimana. I pazienti con una storia di ricorrenza di ricadute dopo la sospensione dei corticosteroidi topici possono beneficiare del passaggio alla terapia con inibitori della calcineurina. Alcuni medici preferiscono l'uso della monoterapia con inibitori della calcineurina per controllare le riprese della malattia, limitando l'esposizione per lungo tempo alla terapia con corticosteroidi.

Senza tener conto della strategia impiegata, i medici dovrebbero controllare il decorso della malattia del paziente a 2, 6 e 12 settimane, per valutare l'efficacia e la tollerabilità della terapia. Questa valutazione include un giudizio dell'uso del medicamento (tipo, quantità usata, tipo di farmaco usato e altro). L'unità "**punta di dito**" (FTU) è definita come la quantità di medicamento presente dalla punta del dito alla prima articolazione dal lato palmare: questa unità è una guida per valutare la quantità di medicamento locale necessaria per coprire questa area: con un FTU si copre la mano o l'inguine, due FTU per la faccia o un piede, tre FTU per un braccio, sei FTU per gamba e quattordici FTU per il tronco.

TERAPIA AGGIUNTIVA

Il **prurito** è uno degli aspetti della dermatite atopica; con il grattamento porta a escoriazioni, spesso infettate, sanguinanti, con lichenificazione e/o interessamento linfoghiandolare. Inoltre il prurito può causare disturbi del sonno e interessare la qualità della vita del paziente e dei genitori. È quindi necessario ridurre il prurito. I farmaci antistaminici sistemici sedativi, come l'idrossizina (*Atarax*) e la difenilidramina, possono migliorare il sonno dei pazienti. Gli antistaminici di seconda generazione sono poco utili per trattare il sintomo prurito della dermatite atopica. È stato usato anche un antidepressivo tricyclic con effetti ansiolitici, riservato a pazienti con gravi manifestazioni.

AGENTI ANTIMICROBICI

Le lesioni della dermatite atopica sono un ambiente favorevole per la colonizzazione e la proliferazione batterica: *Staphylococcus aureus* può essere isolato in più del 90% delle lesioni

cutanee. Pazienti con dermatite atopica possono presentare esacerbazioni improvvise, dovute alla forte crescita dello stafilococco. Le croste color miele, le follicoliti e il pioderma sono segni d'infezione aperta, ed è indicata la terapia antibiotica, locale o generale, di breve durata, per evitare lo sviluppo di resistenza batterica. Bagni ripetuti rappresentano un trattamento antinfettivo, che può aiutare a ridurre il numero delle infezioni cutanee locali e a ridurre la necessità di antibiotici sistemici in pazienti con dermatite atopica, fortemente colonizzati e/o con cute superinfetta.

Pazienti con dermatite atopica sono predisposti anche alle infezioni virali ricorrenti, forse per un difetto locale della funzione delle cellule T. Il *Molluscum contagiosum*, una comune infezione virale cutanea può spesso manifestarsi come una piccola papula emisferica, che mostra in modo caratteristico un'ombelicazione centrale. Esse si ritrovano tipicamente al tronco, all'ascella, alla parte anteriore del gomito, al cavo del poplite e nelle aree crurali.

L'**eczema erpetico**, detto anche **eruzione varicelliforme di Kaposi**, è un rischio grave nei pazienti con dermatite atopica diffusa: esso può essere erroneamente considerato come una superinfezione batterica. Dopo un periodo d'incubazione di 5-12 giorni questi pazienti possono presentare lesioni multiple, pruriginose, vescicolo-papulari, disseminate e dolorose, con erosioni a timbro che non rispondono al trattamento antibiotico orale. Prima del trattamento le infezioni erpetiche vanno documentate (con la coltura o con l'anticorpo diretto fluorescente): poi la terapia antivirale va iniziata il prima possibile.

Le infezioni fungine da *Trichophyton rubrum* sono relativamente comuni nei pazienti con dermatite atopica.

COPERTA BAGNATA

Pazienti con grave dermatite atopica o malattia refrattaria al trattamento locale possono richiedere il trattamento con la "coperta bagnata", che fu reclamizzata come un trattamento relativamente sicuro ed efficace oltre 20 anni fa. Questa tecnica aumenta l'idratazione della cute e serve come una barriera efficace per ridurre il trattamento e aiutare a dormire tranquilli. Agirebbe come una barriera occlusiva che promuove la penetrazione dei corticosteroidi nella pelle e aumenta la quantità di farmaco liberato nelle aree di cute infetta e infiammata. L'applicazione può essere fatta una volta al giorno usando i corticosteroidi. Il trattamento può causare macerazione della cute e infezione secondaria se è stato fatto un uso esagerato o non corretto. Paradossalmente la cura può determinare secchezza della cute se non viene usata una quantità sufficiente di emollienti.

TERAPIE SISTEMICHE

Terapie sistemiche immunomodulanti come la fototerapia, la ciclosporina, l'azatioprina e il micofenolato hanno guadagnato spazio nella cura della dermatite atopica.

La **fototerapia**, basata sui buoni risultati dell'esposizione della dermatite atopica alla luce nei mesi estivi, è un tipo di terapia efficace, anche se sono richiesti trattamenti ripetuti. Fra gli effetti collaterali vanno ricordati gli eritemi, il prurito e le modificazioni della pigmentazione. D'altra parte è noto che i raggi ultravioletti sono causa d'invecchiamento della cute e di tumori della pelle. Sebbene siano necessari ulteriori studi pediatrici, sembra che la fototerapia sia un'opzione terapeutica efficace e sicura nei bambini, nei quali il quadro clinico non migliori con gli altri trattamenti.

La **ciclosporina** può essere usata per trattamenti di breve durata, o come un ponte verso altri trattamenti, per non usare gli steroidi. L'efficacia del trattamento della dermatite atopica nell'adulto è stata ben dimostrata, sebbene l'ipertensione e la tossicità renale rappresentino limitazioni al suo impiego.

L'**azatioprina**, in dosi calcolate sulla base del genotipo/livelli di tiopurina-metiltransferasi, può essere efficace in monoterapia: l'esame emocromocitometrico e le prove per la funzionalità epatica debbono essere monitorate strettamente. L'ipersensibilità al farmaco e i disturbi gastrointestinali vanno monitorati strettamente.

Il **mofetil micofenolato**, un inibitore della sintesi delle purine, ha un buon profilo di sicurezza e rappresenta un'alternativa terapeutica sicura nelle forme gravi e refrattarie di dermatite atopica; sono necessari ulteriori studi per il suo uso in età pediatrica.

INVIO ALLO SPECIALISTA

Poiché la dermatite atopica è un problema di cattivo funzionamento della barriera cutanea e di infiammazione, l'obiettivo primario del trattamento deve essere un trattamento che comprenda la cura della pelle e la riparazione della barriera cutanea. La consulenza di un dermatologo

pediatra può essere utile sotto questo riguardo.
Può essere utile richiedere la consulenza per:

1. pazienti con diagnosi di dermatite atopica moderata a grave
2. pazienti che non rispondono al trattamento standard, compresi quelli trattati con corticosteroidi di media o elevata potenza
3. pazienti con malattia persistente e/o frequenti ricadute
4. pazienti che sono stati ricoverati in ospedale per la loro dermatite atopica
5. pazienti che hanno richiesto un trattamento generale per le ricadute o per il mantenimento.

In generale **le prove allergiche non sono da richiedere come esami di prima linea**. Anche **la consulenza con un allergologo pediatra** può essere utile, quando la cura appropriata della cute non dia risultati o quando il quadro clinico indirizzi fortemente per un scatenante specifico. La consultazione di un **immunologo** o di un **gastroenterologo** può essere utile rispettivamente se vi sono frequenti infezioni sistemiche o quando si sospetti una gastroenterite/esofagite eosinofila in un piccolo bambino con inappetenza/difficoltà nella deglutizione.

CONCLUSIONI

La dermatite atopica è una comune malattia cronica della cute, che inizia precocemente nella vita e può influenzare negativamente la salute e sullo sviluppo del bambino. I **corticosteroidi topici rimangono la pietra miliare della terapia**: recenti studi continuano a rassicurarci sui loro effetti a lungo termine, specialmente nei bambini più piccoli.

I farmaci inibenti la calcineurina (tipo tacrolimus) offrono un'alternativa efficace, risparmiante i corticosteroidi per pazienti particolari, soprattutto per quelli che abbiano frequenti ricadute e richiedano trattamenti in aree sensibili della cute. Non sono farmaci di prima scelta.

In associazione a questi trattamenti farmacologici, la cura complessiva va completata:

1. educando alle caratteristiche croniche della dermatite atopica, il cui decorso non è prevedibile, caratterizzato da ricadute, che insorgono nonostante i più strenui sforzi;
2. dando il giusto valore alla barriera cutanea compromessa e all'importanza di cure appropriate della cute;
3. cercando di evitare accuratamente le ricadute, riconoscendo che la dermatite atopica è una malattia multifattoriale;
4. prevedendo per i casi difficili un approccio con competenze professionali multidisciplinari.

Vuoi citare questo contributo?

G. Bartolozzi. TERAPIA DELLA DERMATITE ATOPICA (PARTE TERZA). *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2009; 12(1)
http://www.medicoebambino.com/?id=OS0901_10.html