

# IL PRURITO ATOPICO

ERNESTO BONIFAZI

Cattedra di Dermatologia Pediatrica, Università di Bari

## ATOPIC ITCHING

(M&B 9, 583-586, 1997)

### Key words

Atopic dermatitis, Itching, Skin diseases

### Summary

Atopic dermatitis is the most frequent skin disease characterized by severe itching. The treatment of atopic itching should start from the evaluation of its severity. An itching score based on the number of crises during daytime, the period of waking up during the night and the extension of scratch marks is suggested. The parents must be trained to prevent the crises of itching and to stop them as soon as possible. Finally, the indications and effectiveness of symptomatic treatments of pruritus such as emollients, corticosteroid creams and oral antihistamines are reviewed.

Il prurito atopico è una sensazione spiacevole che stimola il grattamento; in francese infatti il prurito si traduce "démangeaison", cioè richiesta di grattamento. È probabile che il prurito sia il corrispettivo delle sensazioni che provocano starnuti, tosse, secrezione di muco, e che serva a eliminare ipotetici corpi estranei e parassiti. Ma come esiste una tosse secca, inutile o addirittura dannosa, così esiste un grattamento che non serve a nulla, anzi peggiora il decorso di alcune malattie, in questo caso della dermatite atopica (DA).

Il prurito può accompagnarsi a qualsiasi malattia cutanea e dipende non soltanto dalla malattia che lo provoca, ma anche dalla personalità del soggetto ammalato. Il bambino in genere ha una più alta soglia del prurito: l'orticaria, pruriginosa nell'adulto, può decorrere senza prurito nel bambino. Quando però il bambino si gratta, lo fa spesso in maniera più intensa e irrazionale dell'adulto.

## Valutazione "obiettiva" del prurito

Prima di consigliare un trattamento sintomatico è necessario eseguire una valutazione quanto più obiettiva possibile del prurito e non fermarsi a quello che dice la madre, che qualifica spesso il prurito con aggettivi come "terribile" o "pazzesco".

Per valutare obiettivamente il prurito si consigliano tre parametri (Tabella I):

1. numero di crisi di prurito durante il giorno;
2. tempo in cui il bambino sta con gli occhi aperti durante la notte;
3. numero e gravità delle lesioni da grattamento.

1. Anche se la madre dice spesso che il bambino si gratta di continuo, in realtà il prurito interviene a crisi. Queste sono

più frequenti quando il bambino va a letto, dorme, si sveglia, si veste e si spoglia, quando suda, è stanco e nervoso, vuole ottenere qualcosa. Le crisi sono quindi favorite dalle variazioni termiche, dalle stimolazioni meccaniche e da stimoli psicologici.

Diverso è il significato di due o tre crisi di prurito rispetto a dieci o più crisi durante il giorno. Nella valutazione del prurito si assegna 1 punto a ogni crisi di prurito.

2. Il tempo in cui il bambino sta sveglio e fa rimanere sveglia la madre durante la notte è ancora più importante, ma anche più difficile da valutare. La mamma quasi sempre dice che il suo bambino con DA non dorme mai durante la notte, ma spesso si riferisce al fatto che il bambino ha un sonno agitato, specie dopo le prime due o tre ore, si gira e si rigira, si gratta pur continuando a dormire. Ma un bambino che si gratta mentre dorme è diverso da un bambino che sta seduto sul letto con gli occhi aperti per molte ore durante la notte. È importante quindi precisare per quanto tempo durante la notte il bambino è effettivamente sve-

### VALUTAZIONE DEL PRURITO

1. Numero di crisi durante il giorno (1 punto per ogni crisi)
  2. Tempo di veglia durante la notte (1 punto per ogni 30 minuti di veglia)
  3. Lesioni da grattamento (1 punto per ogni 10 cm<sup>2</sup> di cute con segni di grattamento)
- Se 1+2+3 = < 5: prurito lieve, non necessita di sedazione
- Se 1+2+3 = > 10: prurito grave, deve essere sedato

Tabella I

glio. Nella valutazione "obiettiva" del prurito si assegna 1 punto per ogni 30 minuti di veglia notturna legata alla DA e al grattamento.

**3.** Le lesioni da grattamento possono intervenire su cute apparentemente normale o su preesistenti lesioni spontanee. Su cute sana si presentano come tre o quattro linee parallele, nelle sedi dove le mani possono arrivare: può trattarsi di lesioni in diverso stadio evolutivo, da eritematose a crostose, erosive, discromiche o cicatriziali. Le lesioni da grattamento su precedenti lesioni spontanee sono più difficili da valutare, a meno che non si abbia a che fare con lesioni non essudative, come quelle di una cheratosi follicolare, che normalmente non sono crostose e che in caso di grattamento appaiono come tante croste uniformi, spesso emorragiche. Il carattere emorragico delle croste e l'associazione con lesioni da grattamento su cute sana facilitano il riconoscimento delle lesioni eczematose escoriate. È importante non soltanto il numero delle lesioni da grattamento, ma anche la loro gravità. Più gravi sono le lesioni da grattamento profonde, che lasciano degli esiti cicatriziali, in genere atrofici, cioè sottolivellati rispetto alla cute normale. Nella valutazione "obiettiva" del prurito si assegna 1 punto per ogni 10 cm<sup>2</sup> di cute grattata. Sommando i punteggi delle crisi diurne, della veglia notturna e dei segni di grattamento, si ottiene il punteggio finale, in base al quale si valuta la gravità del prurito. Se il punteggio globale è inferiore a 5, il bambino non ha bisogno di sedativi del prurito; se invece è superiore a 10, il prurito deve essere sedato.

### Come sdrammatizzare il prurito atopico

Una volta fatta una valutazione "obiettiva" del grattamento, bisogna decidere il tipo di intervento terapeutico. È necessario innanzitutto verificare se c'è una proporzionalità tra la descrizione fatta dalla madre, l'entità delle lesioni eczematose spontanee e l'intensità del prurito e del grattamento.

Il primo punto è fondamentale. Molte mamme non tollerano che il loro bambino con DA si gratti, per la persistenza di pregiudizi ancestrali legati all'esistenza in passato di malattie cutanee, come la lebbra, gravi e contagiose. Molte mamme non accettano per questo motivo la presenza di una malattia cutanea pruriginosa persistente e soprattutto non tol-

lerano le conseguenze del grattamento, in particolare il sanguinamento delle lesioni escoriate. I pregiudizi, la mancanza di esperienza di mamme che spesso hanno un unico figlio, fanno sì che esse spesso sopravvalutino l'intensità del prurito e del grattamento del loro bambino con DA ed entrino in uno stato ansioso-depressivo.

Queste turbe psicologiche sono aggravate dalla riduzione delle ore di sonno e dai pareri contrastanti che una malattia visibile e cronica suscita non solo in parenti e amici, ma anche in persone sconosciute che vedono le lesioni e istintivamente si allontanano, non senza prima aver propinato alla madre le proprie opinioni. Ancora più grande è lo sconcerto suscitato nelle madri dai pareri diffusi, o addirittura in netto contrasto, che ricevono dai diversi esperti, pediatri, dermatologi, allergologi, omeopati, erboristi, farmacisti, ognuno dei quali, formatosi in differenti ambienti culturali, vede una malattia multifattoriale e proteiforme come la DA con il proprio bagaglio culturale.

La risposta del medico al prurito non può essere la stereotipata prescrizione di un antistaminico. Innanzitutto non è sempre necessario sedare il prurito. Se il bambino ha soltanto due o tre crisi di prurito al giorno, se non sta sveglio durante la notte e se si gratta in maniera discreta senza procurarsi gravi lesioni, se cioè il punteggio globale nella valutazione obiettiva del prurito è inferiore a 5, non è utile somministrare sedativi del prurito. È utile invece in questi casi sdrammatizzare il significato del grattamento e la maniera migliore è di dire semplicemente alla mamma che il bambino può grattarsi tranquillamente, in attesa della regressione spontanea della DA. Per sdrammatizzare la gravità della DA è utile anche dire alla madre che la malattia, per quanto lungo possa essere il suo decorso, guarirà certamente e che, quando guarirà, la cute del suo bambino ritornerà perfettamente normale senza alcuna cicatrice, a differenza di altre malattie pruriginose, magari di breve durata, come la varicella. Si insisterà anche nel dire che la DA non è contagiosa e ancor meglio lo si dimostrerà accarezzando il bambino durante la visita. Infine si tranquillizzerà la madre dicendo che la DA è la più frequente dermatite del bambino.

Se invece il bambino ha un punteggio globale superiore a 10, cioè ha più di dieci crisi di prurito al giorno e/o sta sveglio di notte e/o ha segni di gratta-

mento su tutto l'ambito cutaneo, allora è necessario insegnare alla madre il corretto modo di comportarsi con il grattamento e ricorrere a una terapia farmacologica sintomatica del prurito.

### Come prevenire le crisi di prurito

Il corretto modo di comportarsi con il prurito e il grattamento viene dall'osservazione del bambino con DA. Abbiamo detto che questi si gratta in seguito a stimolazioni termiche, meccaniche e psicologiche, che si verificano soprattutto quando il bambino viene cambiato, si veste, si spoglia, quando suda, si sveglia, si addormenta, nel letto, quando è stanco, quando vuole ottenere qualcosa. Tenendo presente questo dato, analizzeremo i comportamenti idonei a prevenire la crisi di prurito e a interrompere il più rapidamente possibile la crisi in atto.

È utile che il bambino con DA non abbia a disposizione ampie zone di cute da grattare. Deve cioè essere spogliato e vestito il meno frequentemente possibile; il cambio del pannolino deve essere effettuato il più rapidamente possibile, meglio se da due persone, una delle quali attragga l'attenzione del bambino con qualcosa che lo interessi. Se il bambino fa un bagno quotidianamente, la medicazione deve essere effettuata rapidamente dopo il bagno prima di vestirlo. Il bambino con DA non deve vivere in ambienti troppo caldi che favoriscano la sudorazione, la vasodilatazione e il conseguente prurito. La camera da letto in particolare deve essere fresca e il pigiama deve essere, anche dopo i primi anni, di quelli non facilmente penetrabili dalle mani del bambino, con abbottonatura posteriore, mani e piedi incorporati, di cotone liscio con cuciture rivoltate all'esterno. Come abbiamo detto, uno dei momenti più frequenti in cui il bambino atopico si gratta è quando sta a letto, soprattutto prima di addormentarsi, ma anche quando si sveglia e quando il sonno diventa meno profondo. In particolare il rituale di addormentamento, che è fatto di gesti ripetitivi, nel bambino con DA consiste quasi sempre in una energica e più o meno prolungata grattata. Allora è utile tagliare i periodi di riposo pomeridiano e portare a letto il bambino quando gli occhi gli si chiudono. Infine il bambino con DA capisce ben presto che grattandosi attira l'attenzione della mamma e può ottenere più facilmente quello che vuole: per questo motivo il

grattamento si accompagna o sostituisce talora il pianto nel bambino con DA. Il comportamento più comune dei genitori è di tipo iperprotettivo, per cui il bambino con DA è spesso più coccolato e viziato degli eventuali fratelli, creando spesso squilibri psicologici familiari. I genitori devono invece stare attenti a trattare il bambino con DA alla stessa stregua di un bambino normale.

### Come interrompere le crisi di prurito

La crisi di grattamento manda spesso in "tilt" la madre, specialmente se vede uscire del sangue. La madre spesso perde la calma e si comporta in maniera irrazionale, dando una serie di risposte sbagliate al grattamento (*Tabella II*). Perdere la calma, urlare, rimproverare il bambino, tenergli le mani, è quanto di peggio possa fare perché il bambino di conseguenza si innervosisce, piange e si gratta ancora più intensamente. La madre che si fa prendere dal panico equivale a una hostess che si spaventa se l'aereo incappa in un vuoto d'aria: i passeggeri pusillanimità spesso si tranquillizzano invece proprio osservando la serenità e la sicurezza della hostess, che sa che l'aereo riprenderà presto il suo volo regolare. La madre deve nello stesso modo rappresentare per il bambino che si gratta un punto di riferimento sereno e tranquillo e per far questo deve aver fiducia nella guarigione del suo bambino, guardando oltre il momento transitorio della dermatite. Un altro comportamento del tutto sbagliato è quello di spogliare il bambino e lavarlo, fargli frizioni, massaggiarlo, applicargli impacchi, spalmargli creme emollienti o cortisoniche nel tentativo di interrompere la crisi di prurito: tutte queste manovre rassomi-

gliano al correre all'impazzata, magari nella direzione sbagliata, di una folla impaurita da un disastro di cui non conosce esattamente le cause. Tutte queste manovre rappresentano stimolazioni termiche e meccaniche che aumentano il prurito e il grattamento, anche perché mettono a disposizione delle mani del bambino ampie superfici da grattare. Il peggio è però che, quando prima o poi la crisi di prurito cessa, la madre crede di aver contribuito con le sue manovre insensate alla cessazione della crisi e il bambino si abitua a ricevere e a richiedere quel tipo di risposta alle crisi successive. E di rado succede che il bambino, diventando adulto, perda per strada la sua dermatite, ma conservi il suo rituale di addormentamento, che la madre deve talvolta insegnare al partner del bambino-adulto.

Per interrompere la crisi di prurito il più presto possibile è invece necessario che la madre conservi la sua calma e tragga i dovuti insegnamenti dall'osservazione del bambino. Nel caso del bambino al di sotto dell'anno di vita molte mamme imparano a interrompere la crisi di prurito portando il bambino in un ambiente più fresco o anche fuori di casa, facendogli ascoltare una musica rilassante o cantandogli una canzoncina. Nel caso del bambino al di sopra dei due anni, il miglior modo per interrompere la crisi di grattamento è di tirar fuori un giocattolo, un video o qualsiasi cosa che interessi e attragga la sua attenzione. Bisogna comunque evitare di spogliare il bambino e di medicarlo al momento della crisi.

### Farmaci sintomatici per il prurito

I più comuni rimedi sintomatici del prurito sono gli emollienti, le creme cortisoniche e gli antistaminici "per os". Ma è del tutto erroneo prescrivere questi rimedi a tutti i bambini con DA e ancor più erroneo è prescriberli contemporaneamente.

Gli emollienti, cioè quelle sostanze che rendono morbida la pelle, sono in genere delle sospensioni olio/acqua, che diminuiscono la sensazione soggettiva di pelle "tirata" e il segno obiettivo di cute ruvida, che si vede non senza difficoltà all'ispezione e si sente alla palpazione. La pelle "tirata" e ruvida è più frequente nelle donne, nei vecchi e nelle popolazioni delle regioni fredde. Il bambino che non vive in alta montagna non

ha una pelle secca. La cute del bambino con DA è solo apparentemente secca, è in realtà solo una cute infiammata: quando la flogosi è lieve, la vasodilatazione del derma induce, come in alcuni esantemi, una più rapida divisione delle cellule epidermiche dello strato basale e quindi una maggiore quantità di cellule che desquamano; sono queste squame in eccesso che danno la sensazione di ruvidezza della cute. Gli emollienti facilitano la rimozione delle squame, ma non ne riducono la produzione.

È difficile dire se e quando gli emollienti sono utili nella DA. Secondo alcuni sono di fondamentale importanza nel trattamento della DA<sup>1</sup> ma non tutti sono d'accordo. Basti pensare che in una riunione della Task Force europea per l'elaborazione dello SCORAD<sup>2</sup>, cioè di un sistema di valutazione della gravità della DA, la maggiore discrepanza nella valutazione dei segni obiettivi della DA si verificò appunto a proposito del segno "xerosi cutanea". Certamente le creme emollienti piacciono alle mamme perché le utilizzano per se stesse e sono teoricamente innocue. Purtroppo la loro azione, cioè la sensazione di pelle più morbida, dura molto poco: questo significa che secondo alcuni andrebbero applicate ogni ora; significa quindi che ogni ora bisognerebbe spogliare il bambino e quindi indurre quelle stimolazioni termiche e meccaniche che mantengono il prurito. Inoltre alcune creme emollienti fanno arrossare la pelle del bambino con DA, che spesso non ama farsi spalmare creme di qualsiasi tipo. Da non sottovalutare infine l'aspetto economico: una crema emolliente costa sempre di più, talvolta sei o sette volte di più di una crema terapeutica antinfiammatoria.

Fatte queste premesse, le creme emollienti possono essere usate sul volto e sulle mani, cioè in sedi non coperte, a patto che non provochino arrossamento e siano ben accette al bambino. Per le parti coperte dai vestiti, le creme emollienti sono indicate durante il bagno del bambino, per rimuovere le squame, e, in caso di ittiosi concomitante, anche dopo il bagno, prima di rivestire il bambino.

Le creme cortisoniche sono più efficaci degli antistaminici "per os" sul prurito provocato da lesioni essudanti di DA, localizzate a meno del 10% dell'ambito cutaneo. Nei casi di prurito atopico "sine materia", cioè senza evidenti lesioni spontanee, sono invece poco utili. Nei casi con lesioni essudanti molto estese le creme cortisoniche trovano indicazione solo nelle lesioni più gravi, general-

#### REAZIONI DELLA MADRE AL PRURITO DEL BAMBINO

##### Reazioni sbagliate:

- Perde la calma
- Spoglia il bambino
- Lo lava
- Lo massaggia
- Lo friziona con alcool
- Gli fa impacchi freddi
- Gli applica creme emollienti

##### Reazioni giuste:

- Lo porta al fresco
- Lo distrae

Tabella II

mente presenti in sedi classiche, cioè il volto nel primo anno di vita e le pieghe dei gomiti e delle ginocchia in seguito, e comunque sempre su superfici non superiori al 10% dell'ambito cutaneo.

Quando il loro uso è indicato, le creme cortisoniche devono essere usate una volta al giorno, durante il bagno o quando il bambino va a coricarsi e deve quindi spogliarsi per altri motivi. Per ulteriori informazioni sul corretto uso di queste creme e sui pregiudizi che le circondano, rimandiamo ad altre pubblicazioni sull'argomento<sup>3</sup>.

Gli antistaminici per os trovano la loro indicazione principale nel prurito atopico che non si accompagna a lesioni spontanee evidenti, a patto che il punteggio del prurito sia superiore a dieci. Devono anche essere utilizzati nelle forme essudanti e/o estese a oltre il 20% dell'ambito cutaneo, che non possono essere trattate ovunque con creme cortisoniche.

Gli antistaminici ad azione sedativa, ad esempio il cloruro di idrossizina, so-

no più indicati prima del riposo notturno, quando il bambino sta sveglio molte ore durante la notte e sono invece controindicati nel bambino in età scolare, per non diminuire l'efficacia delle sue prestazioni. Come per qualsiasi terapia sintomatica, creme cortisoniche e antistaminici devono essere usati in presenza di sintomi da attenuare e la loro efficacia è tanto maggiore quanto più intensa è la sintomatologia. Devono essere usati a patto che si dimostrino efficaci, e che i loro effetti collaterali non siano più importanti dei sintomi da contrastare: segnaliamo per gli antistaminici la possibilità di un effetto paradossale, cioè un aumento del prurito e dell'eccitabilità del bambino. Infine, come per qualsiasi terapia sintomatica, creme cortisoniche e antistaminici "per os" devono essere sospesi quando i sintomi scompaiono e ripresi quando i sintomi ricompaiono, anche per prevenire la progressiva riduzione della loro efficacia a seguito di uso continuo. Numerosissime sono le creme emollienti, le creme cortisoniche e gli

antistaminici per os. Ogni medico ha le sue preferenze, ma deve ricordare che un bambino può essere diverso dai precedenti che hanno risposto con successo a una determinata terapia. Infine, in una malattia che dura spesso mesi o anni, non è corretto prescrivere fin dall'inizio contemporaneamente tutti i farmaci sintomatici cui abbiamo accennato, se si vuol capire l'effetto dei singoli farmaci nel caso in questione.

#### Bibliografia

1. Atherton DJ: *Eczema in childhood. The facts*. Oxford Medical Publications, Oxford, 1994.
2. Stalder JF, Taïeb A, Atherton DJ, Bieber T, Bonifazi E et al: Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. *Dermatology* 186, 23-31, 1993.
3. Bonifazi E: Vesicles. II. Atopic dermatitis. *Eur J Pediatr Dermatol* 7, 241-56T, 1996.



Associazione Culturale Pediatri  
 A.N.M.I.R.S. (Associazione Nazionale Medici Istituti Religiosi Spedalieri)  
 Dipartimento di Pediatria - Università Federico II di Napoli  
 "Medico e Bambino"  
 Dipartimento di Pediatria e Neonatologia - Ospedale Fatebenefratelli di Benevento

## XII GIORNATA PEDIATRICA SANNITA

### Auditorium Giovanni Paolo II, Seminario Arcivescovile

### Benevento, 17 gennaio 1998

9.00: SALUTO AI PARTECIPANTI  
 fra Alberto Angeletti o.h., Priore Ospedale "Sacro Cuore di Gesù"  
 Fatebenefratelli di Benevento

**PRIMA SESSIONE** - Moderatore F. Panizon

9.30 DALLA SCIENZA ALLA PRATICA IN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA  
 (S. Auricchio)

10.00: Discussione

10.30: CASI CLINICI

10.45: VACCINI COMBINATI: DTPA + EPATITE B (G. Bartolozzi, S. Salmaso)

11.15: Discussione

12.00: LA FEBBRE: UN'INTRODUZIONE ACCADEMICA (F. Panizon)  
 L'ESPERIENZA DEL PEDIATRA DI BASE E QUELLA DEL PEDIATRA OSPEDALIERO  
 (N. Cicchella, F. Sellitto)

12.45: Discussione

**SECONDA SESSIONE** - Moderatore A. Rubino

15.15: PROBLEMI GINECOLOGICI IN PEDIATRIA (I. Ardovino, G. Bartolozzi)

16.00: Discussione

16.30: LA BASSA STATURA (A. Tenore)

17.00: Discussione

17.30: LETTURA MAGISTRALE (G.R. Burgio)  
 Trapianto di cellule staminali emopoietiche:  
 dove siamo e dove andiamo

**PRESIDENTE:** Fulvio Sellitto

**DIRETTORE DEL CORSO:** Franco Panizon

**SEGRETERIA SCIENTIFICA:**  
 Angelo M. Basilicata, Fulvio Sellitto, Elziario Varricchio  
 Pediatria e Neonatologia, Ospedale Fatebenefratelli di Benevento  
 viale Principe di Napoli - Tel. 0824 - 71300 - 71318  
 Dario Scrocco - Responsabile Scientifico A.N.M.I.R.S. - Benevento  
 Luigi Pazienza - Direttore "Impegno Ospedaliero"