

La dermatite atopica: guida alla diagnosi, al trattamento topico e consigli pratici

Definizione

L'atopia è una predisposizione genetica per una risposta esagerata cutanea o mucosa a una varietà di stimoli ambientali. I fenomeni principali di atopia sono l'Asma, l'Atopia, la Rinocongiuntivite Atopica, la Dermatite Atopica. (1)

La Dermatite Atopica (DA) è un disordine cutaneo di tipo cronico con riacutizzazioni che inizia nel periodo neonatale o nell'infanzia e che può perdurare nell'età adulta. Pertanto le fasi della DA si dividono in Neonatale, Infantile e dell'Adulto. Nel 1808 Robert Willan per primo descrisse la DA (2); nel 1892 Besnier definì questo quadro come prurito diatesico e per molti anni la DA è stata chiamata Prurigo di Besnier. Nel 1923 Coca and Cook usarono il termine di atopia come nome collettivo per un gruppo di malattie che comprendevano l'Asma, la Rinocongiuntivite e la Dermatite in individui che avevano una storia familiare per questi disturbi (3).

Il termine DA fu invece coniato nel 1933 (4) sempre da Cook.

Incidenza

Nei paesi occidentali attualmente il 20% della popolazione dimostra qualche elemento di Atopia (5). L'incidenza invece della DA è aumentata dal 3 al 10-15% negli ultimi 50 anni a causa dell'aumento dell'esposizione ad inquinanti, allergeni domestici e alla riduzione dell'allattamento al seno. L'incidenza globale della DA è oggi stimata tra il 5-20% nell'età infantile e tra il 2-10% nell'età adulta (6). La DA rimane persistente o ha recidive nel 60% degli individui. La Rinocongiuntivite atopica e l'Asma si manifestano nel 30-80% dei pazienti con DA. La DA è normalmente la prima manifestazione della malattia atopica. Essa si manifesta nell'80% dei casi già intorno al terzo mese di vita. Entro i 4 anni di vita il 95% degli individui ha avuto un episodio di DA. La DA è più comune nel sesso maschile, caucasico, nelle classi socioeconomiche più elevate e nelle aggregazioni urbane.

La DA incide per il 10-20% delle visite di medicina generale anche se 2/3 dei pazienti con DA non richiedono terapia medica.

Eziologia

Fattori Ereditari-Genetici : la DA si basa su fattori genetici anche se un gran numero di fattori esterni può modificare la sua espressione. Nel 60% dei casi di DA si può dimostrare una storia familiare per Atopia, in altre parole se un genitore ha una diatesi atopica vi sono il 60% delle possibilità che i figli siano atopici. Se entrambi i genitori sono atopici la percentuale aumenta fino all'80%. Attualmente in una famiglia non atopica, le probabilità di avere un figlio atopico è di circa il 20%.

Fattori Immunologici : i fattori immunologici presi in considerazione nell'eziologia della DA sono : l'allergia agli alimenti, gli allergeni e irritanti da contatto, gli aeroallergeni, le anomalie dell'immunoregolazione e la microbiologia cutanea.

- *Allergia agli alimenti* : è ancora oggi un punto controverso; vengono comunemente ritenuti cibi allergenici l'uovo, le farine, gli agrumi e le fragole, anche se nella maggioranza dei casi di DA l'allergia alimentare non è comprovata scientificamente.

- *Allergeni ed irritanti da contatto* : le anomalie della funzione barriera epidermica nella DA può favorire la penetrazione di allergeni da contatto e di irritanti capaci di scatenare la dermatite. I principali indiziati sono il nichel, il latex, le profumazioni, i preservanti, gli emulsionanti.
- *Aeroallergeni* : gli allergeni inalanti possono penetrare la barriera epidermica alterata nei pazienti con DA. I più rilevanti aeroallergeni sono oltre i pollini, le polveri domestiche, le forfore animali, le muffe.
- *Anomalie dell'immunoregolazione* : una teoria ritiene che le cause della DA siano da imputare ad un inadeguato livello di cAMP circolante . Per questo motivo le cellule infiammatorie hanno una risposta esagerata agli irritanti , agli agenti infettivi ed agli antigeni con aumento della produzione di Interleuchina 4 , di IgE, di Monociti secernenti per Interleuchina 10 e per eccesso di rilascio di istamina dai Mastioci e dai Basofili.
- *Microbiologia Cutanea* : diversi microrganismi ed in particolare lo Stafilococco aureo sono stati implicati nella patogenesi della DA . In questa dermatite si ha un'intensa colonizzazione di Stafilococco aureo e la dermatite può migliorare diminuendo la carica di Stafilococco aureo.

Ambiente

Poiché la DA ha una fluttuazione stagionale si può ritenere che fattori climatici influenzino positivamente o negativamente la DA. In generale l'estate e il sole ha un'azione preventiva e l'ambiente freddo umido un'azione peggiorativa sulla DA. Tuttavia la sudorazione eccessiva può esacerbare la malattia.

Criteri Diagnostici

La diagnosi di DA è essenzialmente clinica non esistendo un preciso marker di laboratorio. Di volta in volta sono stati proposti vari criteri per la diagnosi della DA . Nella tabella 1 sono riportati i criteri proposti da Hanifin (7).

Tabella 1: Criteri diagnostici per la Dermatite Atopica (valutazione nel bambino)

- | |
|---|
| <p>1. Una condizione di prurito cutaneo</p> <p>+ 3 o più dei seguenti criteri :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insorgenza prima dei 2 anni di vita • Aumento delle pieghe palpebrali • Storia di cute secca generalizzata • Storia personale di altre manifestazioni atopiche • Dermatite visibile alle flessure |
|---|

Aspetti Clinici

Prurito: il prurito è il più importante evento nella DA. Il grattamento produce lichenificazione con ispessimento cutaneo dovuto all'ipercheratosi. La lichenificazione cutanea produce prurito così che si verifica un circolo vizioso tra prurito e grattamento.

Dermatite: il termine dermatite di per sé è generico e significa semplicemente infiammazione della cute. Nella DA si possono osservare clinicamente tre forme di dermatite.

La *Dermatite Acuta* caratterizzata da intenso prurito, papule eritematose o vescicole, importante essudato e spesso escoriazioni evidenti.

La *Dermatite Subacuta* è caratterizzata da papule eritematose escoriate e desquamanti.

La *Dermatite Cronica* è caratterizzata da placche cutanee ispessite cioè lichenificate e da papule fibrotiche (prurigo nodulare) . Nella forma cronica della DA spesso coesistono nello stesso individuo tutti e tre gli aspetti sopracitati.

La localizzazione delle reazioni cutanee nella DA cambia a seconda dell'età del paziente e dell'attività della malattia. Vi sono infatti tre distinte fasi cliniche di DA che possono sovrapporsi o essere separate da periodi di remissione.

1. Prima Fase Infantile : fino ai 2 anni di età
 2. Seconda Fase Infantile : dai 2 anni fino alla pubertà
 3. Fase dell'adulto : dalla pubertà in poi
1. Durante la prima infanzia la DA è di solito più acuta e inizia alle guance, al capillizio e alla faccia estensoria degli arti inferiori, anche se altre aree possono essere interessate. L'area del pannolino è di solito risparmiata . Le lesioni nelle aree colpite sono simmetriche, maldefinite, desquamanti, eritematose ed essudanti con crostificazioni. Vi può essere una marcata linfadenopatia. Il prurito può interferire con il sonno. Il bambino spesso si pinza la cute e si gratta contro oggetti rigidi. La DA in questa fase si svolge con fluttuazione di gravità che varia a seconda di fattori quali la dentizione, le infezioni respiratorie, i disagi emozionali e i cambi climatici.
 2. Nella seconda infanzia si osserva la DA come forma cronica con lichenificazione e localizzazione preferenziale alle pieghe flessurali degli arti. Può apparire anche al collo , alle flessure dei polsi e delle caviglie. Le unghie possono apparire più lucide e arrotondate per il reiterato grattamento.
 3. Nella fase dell'adulto la DA si accentua al volto, al collo e alla parte alta del tronco con desquamazione e lichenificazione. Anche le parti non coinvolte dalla dermatite appaiono secche e desquamanti.

Forme particolari di DA sono : vi è una variante inversa in cui è coinvolta la faccia estensoria invece che flessoria ai gomiti e alle ginocchia ; la forma discoide; la forma disidrosica; la forma nummulare; la dermatite plantare; la cheilite da leccatura; la blefarite.

Tabella 2 : La Dermatite Atopica e gli stadi relativi all'età

Dermatite Atopica	Sede di coinvolgimento	Tipo di lesione
Prima Fase Infantile	Guance, gambe	Eritemato essudativa
Seconda Fase Infantile	Pieghe flessorie dei gomiti e delle ginocchia, collo	Rash eritematosi e placche lichenificate
Fase dell'Adulto	Faccia, collo, parte alta del tronco	Placche lichenificate

Disordini Cutanei Associati

Il disordine associato più frequentemente alla DA è la cute secca che prende il nome scientifico di Xerosi. In questa condizione vi è un aumento della perdita d'acqua transepidermica per anormale costituzione della Funzione Barriera dello strato corneo. Alla DA si possono associare anche l'Ittiosi volgare, la Cheratosi pilare, la Pytiriasi alba, il Dermografismo bianco, il Lichen spinuloso e la Dermatite seborroica infantile. Inoltre i pazienti con DA sono a maggior rischio di sviluppare dermatiti irritative da contatto e di sensibilizzarsi a una varietà di allergeni da contatto inclusi i corticosteroidi e il lattice. Anche l'Alopecia Areata è più frequente nei soggetti atopici. Le complicazioni associate agli occhi comprendono la Dermatite delle palpebre, la Blefarite cronica, la Cheratocongintivite atopica, il Distacco retinico, il Cheratocono, l'Herpes Simplex oculare e la Cataratta.

Complicanze

Le infezioni batteriche : sono comuni nella DA e il 90% delle lesioni cutanee sono colonizzate da Stafilococco aureo (verso il 5% degli individui non atopici). Lo Stafilococco aureo si ritrova nel 75% dei casi anche su cute non interessata da dermatite e nel 80% nella fossa nasale. Anche lo Streptococco può essere ritrovato da solo o in associazione con lo Stafilococco. Le infezioni cutanee nella DA appaiono come reazioni eczematose crostificate e difficilmente sono presenti le pustule. Si ritiene che la colonizzazione batterica eccessiva sia uno dei fattori di peggioramento.

Le infezioni virali : la DA può essere complicata da Herpes Simplex, Mollusco contagioso e da Papilloma virus anche se non si conosce il motivo della maggior suscettibilità alle infezioni virali.

Le infezioni fungine e da lieviti : le infezioni fungine di superficie sono più comuni nei soggetti atopici e possono contribuire ad esacerbare la DA. L'infezione da Trichophyton rubrum è tre volte maggiore nell'atopico. Anche il Pytirosporum ovale è stato associato con la DA del volto e del collo.

Diagnosi Differenziale

La DA è di solito di facile diagnosi per le sue caratteristiche cliniche peculiari, tuttavia a volte può essere confusa con altri disordini caratterizzati dal prurito come la scabbia, la dermatite seborroica, le dermatiti allergiche da contatto, la dermatite irritativa da contatto, etc.

Trattamento Topico

Concetti Generali

Prima di decidere il tipo di trattamento topico occorre prendere in considerazione una serie di variabili, esse sono:

- la gravità della malattia
- l'età di insorgenza
- le sedi colpite
- le condizioni socio economiche

Occorre poi informare il paziente sulla natura della malattia e sugli obiettivi che il trattamento topico può raggiungere. Il successo del trattamento topico dipende anche dall'identificazione ed eliminazione dei fattori stimolanti quali irritanti, allergeni, agenti infettivi, stress emozionali, terapia topica corticosteroidica. Infine la terapia topica può essere associata alla terapia sistemica.

Eliminazione dei fattori stimolanti e aggravanti

I soggetti affetti da DA sono molto suscettibili agli irritanti, la riduzione dell'esposizione o l'eliminazione di questi fattori è indispensabile per il buon risultato del trattamento.

L'acqua

Il principale fattore da eliminare è l'acqua. I soggetti con DA hanno una Funzione Barriera parzialmente alterata con aumento della perdita d'acqua transepidermica, questo fatto è dovuto ad una diminuzione dei ceramidi o di un'alterata composizione di essi nel contesto dei lipidi interlamellari (8). Ogni volta che vi è il contatto con l'acqua, lo strato corneo poco impermeabilizzato dai lipidi interlamellari, si gonfia d'acqua con alterazione delle cheratine. All'evaporazione dell'acqua la cute diviene ancora più secca e tende a fissurarsi.

L'uso di detergenti

L'uso di detergenti è considerato il maggior fattore irritante per la DA. Infatti l'uso del detergente è di solito ben tollerato dagli individui normali ma mal tollerato da quelli affetti da DA. Si ritiene che i detergenti agiscano sottraendo lipidi interlamellari in pazienti nei quali questi lipidi sono già deficitari. A questo proposito occorre utilizzare detergenti specifici (vedi nei trattamenti) e a volte è necessario sospendere temporaneamente l'uso dei detergenti.

L'esposizione alle polveri ambientali e agli aeroallergeni

L'esposizione alle polveri ambientali provoca di per sé irritazione nei soggetti affetti da DA. Se nelle polveri ambientali sono presenti componenti allergeniche quali acari della polvere domestica e forfore animali, l'azione irritante può essere maggiore. Lo stesso si può dire per le esposizioni agli aeroallergeni ambientali quali muffe e pollini. Non vi è di solito relazione tra positività al RAST per pollini, polveri e forfore e DA.

L'uso di indumenti di lana o sintetici

L'uso degli indumenti di lana agisce come irritante da contatto per cui questi vanno portati al di sopra di indumenti di cotone; l'uso di indumenti sintetici è anch'esso irritante probabilmente per via della mancata aerazione della cute che si imbibisce di sudore. Cotone, lino e seta sono i tessuti ideali per gli affetti da DA.

L'uso di creme cosmetiche

Come per l'acqua anche l'uso di creme provoca irritazione. Infatti una crema (emulsione) contiene circa il 70% d'acqua e quindi svolge un'azione bagnante per la cute con gli effetti già citati per l'acqua. L'uso di unguenti provoca una occlusione con mancata traspirazione cutanea quindi macerazione con effetti simili all'applicazione di creme. Inoltre molti componenti delle creme (emulsionanti, conservanti, profumi etc) sono particolarmente irritanti per i soggetti con DA in atto.

L'umidità ambientale

L'esposizione all'ambiente umido peggiora la condizione di DA esattamente come i lavaggi.

Gli alimenti

Alcuni alimenti possono provocare maggior irritazione e quindi prurito nei pazienti affetti da DA. Non si tratta di allergia agli alimenti, ma di una semplice risposta causa/effetto.

Per riconoscere se un alimento è peggiorativo per la DA occorre sospenderlo e reintrodurlo per più volte notando se esso esacerba o meno la dermatite. E' infatti comune che un cibo sia ritenuto un aggravante della DA solo su presupposti aneddotici. Non vi è relazione tra DA ed eventuale positività al RAST per alimenti.

Lo stress

Lo stress non è certo la causa della DA ma può esacerbare la malattia. Nei bambini la reazione tra stress e aggravamento della malattia è più evidente che negli adulti. Ad esempio la nascita di un fratellino può essere causa di esacerbazione. Negli adulti si verifica spesso un circolo vizioso per cui lo stress emozionale aggrava la DA e l'ansietà, la frustrazione e il disappunto generate dall'aggravamento della DA esacerbano ancora di più la DA stessa. Nel bambino occorre considerare che il mancato riposo dovuto al grattamento può condizionare un cattivo rendimento scolastico e che questo può essere motivo di stress e quindi di aggravamento della DA.

L'uso di farmaci

I soggetti affetti da DA possono peggiorare la malattia se sottoposti a trattamenti con farmaci che possono stimolare la reattività cutanea come ad esempio beta-bloccanti e serotoninergici. Gli stessi pazienti possono sviluppare violente reazioni indesiderate all'uso di farmaci comuni. L'uso degli antistaminici, topici o sistemici, non è indicato nella DA.

L'uso del cortisone

L'uso del cortisone è controindicato nella DA sia perché induce solo una temporanea remissione sia perché favorisce lo sviluppo batterico sia perché causa dipendenza dalla dermatite dall'uso dello steroide stesso, sia perché non sono infrequenti reazioni allergiche ad esso.

Impiego di farmaci topici

I Corticosteroidi

Nonostante gli effetti collaterali anche gravi, in alcune condizioni e per tempi limitati si può utilizzare il cortisone o derivati per via topica.

In questi casi occorre che per prima cosa il paziente sia informato sul ruolo della terapia steroidea nella DA, sui risultati che si possono ottenere e sui potenziali effetti collaterali.

Per un miglior risultato occorre valutare i seguenti fattori:

- Potenza dello steroide
 - Durata d'applicazione
 - Veicolo dello steroide
 - Quantità da applicare
 - Reazioni avverse
 - Effetto rebound
 - La Tachifilassi
 - La dipendenza steroidea
- Potenza - I Corticosteroidi topici vengono classificati in quattro gruppi a seconda della loro potenza. La potenza assoluta dipende dalla formula del farmaco e quella relativa dalla concentrazione, dal veicolo, dall'area di somministrazione, dall'assorbimento. In generale i corticosteroidi ad alta potenza possono essere usati per brevi periodi solo sulle aree lichenificate dove l'assorbimento è minore.

Quelli a media potenza possono essere usati per periodi più lunghi in aree come il tronco e gli arti . Quelli a bassa potenza possono essere usati per tempi limitati anche sul volto o nelle pieghe. Gli stessi possono essere impiegati per il trattamento dei bambini.

La tabella 3 riporta la potenza relativa di alcuni corticosteroidi usati topicamente.

POTENZA	FARMACO	% D'USO
Molto Alta	Betametasone dipropionato	0.05
	Clobetasolo propionato	0.05
	Albetasolo propionato	0.05
Alta	Betametasone Valerato	0.1
	Fluocinonide Acetonide	0.2
	Triamcinolone Acetonide	0.5
Media	Fluticasone propionato	0.05
	Fluocinolone Acetonide	0.025
Bassa	Desonide	0.05
	Fluocinolone	0.01
	Acetonide Idrocortisone	0.5 – 1.0

- Durata di applicazione – la durata di applicazione deve essere la minore per indurre remissione dello stato acuto della dermatite. Tuttavia il cortisone topico tende a destabilizzare la DA. Pertanto , oltre l'effetto rebound, si ha difficoltà nel calcolare la durata di un corso di terapia steroidea.
- Veicolo dello steroide – il veicolo è scelto a seconda della sede coinvolta dalla dermatite e dalle potenzialità di assorbimento del farmaco. Gli unguenti aumentano gli assorbimenti rispetto alle creme ma devono essere preferiti nelle zone lichenificate. I gel e le lozioni per la loro azione essiccante sono anche irritanti e il loro uso è limitato all'area del capillizio.
- Quantità da applicare – Per coprire l'intera superficie corporea di un adulto (1.8 m²) occorrono circa 30 grammi di prodotto pertanto la quantità di prodotto da applicare ogni volta è pari a 30 moltiplicato per la percentuale di cute coinvolta e diviso per 100. Ad esempio per un coinvolgimento del 10% , occorre applicare 3 grammi di prodotto (30x10:100) . Il numero ottenuto va moltiplicato per il numero dei giorni di trattamento previsti e il numero delle applicazioni al giorno. Si ottengono così i grammi di prodotto da somministrare al paziente per corso di terapia.
- Reazioni avverse – Le reazioni avverse sono in diretta relazione con la potenza del corticosteroide, il veicolo e la durata d'uso. Gli effetti collaterali avversi possono verificarsi sulla cute (follicoliti, ipertricosi, dermatite da contatto, atrofia cutanea, telangectasie permanenti, striae distensae) o essere sistemici (cataratta, glaucoma, soppressione asse ipofiso-surrenalico, iperglicemia/diabete, aumento ponderale, osteoporosi)

- **Effetto Rebound** – L'effetto rebound è il più temuto nel trattamento della DA . Si tratta di una improvvisa recrudescenza di DA alla sospensione del trattamento steroideo. Le cellule epidermiche sono in grado di immagazzinare gli steroidi all'interno per poi utilizzarlo quando non viene più somministrato. In questo modo un trattamento steroideo continua a “funzionare” per 7-10 giorni dalla sospensione . Al termine di questi giorni, essendo esaurite le scorte cellulari, si ha una esacerbazione della DA.
- **La Tachifilassi** - Nella DA trattata con steroide topico frequentemente si instaura una dipendenza steroidea. La dipendenza steroidea si manifesta con la necessità di aumentare la potenza dello steroide per ottenere il controllo della DA o aumentare la frequenza di applicazione. Inoltre nei trattamenti discontinuati la tachifilassi si manifesta come necessità di accorciare i tempi di sospensione del trattamento steroideo.
- **La Dermatite Steroidea e la Crisi d'Astinenza** – La Dermatite Steroidea si manifesta con una dermatite del tutto simile alla DA alla quale si sovrappone non più rispondente all'aumento dello steroide. Questo stato si definisce Dermatite da Steroide ed è considerata una intossicazione da farmaco. Al tentativo di diminuire la somministrazione di steroide o di sospenderla, compare la Crisi di Astinenza da Steroide. Dopo 7-10 giorni dalla sospensione dello steroide si assiste ad una improvvisa esacerbazione della dermatite con violento prurito, eritema, edema ed essudazione. La dermatite da crisi di astinenza da steroide perdura per 15-30 giorni e non risponde ad alcun trattamento se non alla somministrazione di steroide stesso.

Per tutti questi motivi il trattamento della DA con corticosteroidi topici, se ritenuto necessario, va eseguito solo sotto stretto controllo medico o solo nel periodo di ricovero.

L'uso ambulatoriale di steroidi topici non andrebbe mai intrapreso poiché vi è una tendenza all'autoprescrizione continua del farmaco.

Tacrolimus

Il Tacrolimus (FK-506) è un macrolide prodotto dallo *Streptomyces tsukubaensis* a potente azione immunosoppressiva. E' considerato un antinfiammatorio topico efficace nella DA anche grave. (9) La sua azione sarebbe paragonabile a quella di un potente corticosteroide con il vantaggio di essere minimamente assorbito per via transcutanea e non dare pertanto effetti collaterali sistemici (10) . Negli studi a lungo termine fino a 12 mesi sia pediatrici sia adulti, l'effetto più comune riportato è stato l'irritazione locale. Tuttavia sono state segnalate infezioni cutanee per indebolimento delle difese soprattutto per applicazioni prolungate e ritorno della dermatite alla sospensione del trattamento. Inoltre il farmaco è disponibile solo sotto forma di unguento, quindi non ideale per trattare la DA

Pimecrolimus (ASM 981)

Il Pimecrolimus (ASM 981) è un derivato macrolattamico dell'ascomicina. Questo prodotto, a differenza del Tacrolimus, avrebbe una minore azione immunosoppressiva, tuttavia applicato sulla cute esercita un'azione antinfiammatoria. L'assorbimento è scarso e non si hanno fenomeni di tossicità sistemica. E' meglio tollerato del Tacrolimus ma ha dato gli stessi inconvenienti già segnalati per il Tacrolimus.

Impiego di prodotti naturali topici

Prima ancora dell'uso degli steroidi la DA veniva trattata con l'impiego di sostanze naturali per via topica in grado di ridurre i sintomi. Queste sostanze si dividono in antinfiammatori / riducenti naturali e in astringenti. Tra i primi si utilizzano i catrami e gli ittioli, tra i secondi gli ossidi di zinco, magnesio silicato e il permanganato di potassio. Considerando gli inconvenienti nell'uso dei cortisonici o degli immunosoppressivi topici, i prodotti topici naturali sono spesso da preferirsi all'uso dei farmaci soprattutto nell'età pediatrica.

Le preparazioni con catrame

Come catrame si utilizza il catrame minerale o Coal Tar che dimostra possedere un'azione antipruriticica e antinfiammatoria paragonabile a quella di uno steroide di bassa / media potenza. Nella pratica il Coal Tar al 4% si prepara a caldo in un'emulsione base tipo Cetomacrogol. E' sufficiente una sola applicazione quotidiana data la grande affinità del Coal Tar per la cute. La somministrazione viene effettuata di solito la sera per via dell'odore caratteristico e della tingibilità degli indumenti. Rispetto ai cortisonici il trattamento con il Coal Tar ha il vantaggio di non provocare effetti collaterali locali o sistemici, di non creare rebound, tachifilassi o dipendenze. L'inconveniente principale è la marcata fotoattività dinamica che il Coal Tar possiede per cui il suo uso è limitato nei mesi che vanno da ottobre a marzo. I catrami di origine vegetale sono invece irritanti e non vanno utilizzati.

Le preparazioni con Ittiolo

Per il trattamento della DA si utilizza un Ittiolo Solfonato estratto dai sedimenti marini alla concentrazione del 5% in apposita emulsione. L'Ittiolo Solfonato ha un'azione antinfiammatoria inferiore a quella del Coal Tar ma ha il vantaggio di non essere fotoattivo quindi di poter essere utilizzato in associazione con la fotoprotezione. Inoltre questo Ittiolo possiede una spiccata azione antimicrobica. Anch'esso si applica preferenzialmente la sera. Il maggior inconveniente è il costo elevato del principio attivo.

Le preparazioni con astringenti

L'Ossido di Zinco e il Magnesio Silicato in polvere micronizzata sono i principali astringenti utilizzati nel trattamento della DA. Essi svolgono una discreta azione antipruriginosa / antinfiammatoria e sono ottimamente tollerati quando la cute non è essudante. In pratica si utilizza l'Ossido di Zinco alla concentrazione del 3% in emulsione con l'aggiunta del 3% di Magnesio Silicato. Si ottiene così un'emulsione ad azione astringente e assorbente l'umidità. Utile nel trattamento della DA lieve o come preventivo dopo esposizione ad agenti irritanti (lavaggio, vento, sudorazione).

L'utilizzo del $KMnO_4$ in soluzione

Una soluzione di permanganato di potassio allo 0.025% o più esercita, sulla cute, un'azione astringente e antibatterica riducendo la componente infiammatoria e pruriginosa. Il $KMnO_4$ in soluzione può essere utilizzato per l'igiene corporea nella tecnica chiamata "del lavaggio a secco". L'applicazione di un telo inumidito di soluzione di $KMnO_4$ è l'unico trattamento possibile quando la DA è in fase essudativa. Con il lavaggio a secco si evita l'azione pro-dermatitica dei detergenti o della sola acqua.

Terapia Sistemica

Gli Antistaminici

Il prurito e l'infiammazione della DA non rispondono al trattamento con antistaminici. Questi possono tuttavia produrre un leggero stato di sedazione utile per aumentare il riposo durante le ore notturne. Sono invece efficaci per contrastare la Rinocongiuntivite Atopica.

Quanto detto per gli antistaminici vale anche per i Cromoglicati.

Gli Antibiotici

L'ipercolonizzazione cutanea batterica, come detto può esacerbare la DA. L'uso dell'antibiotico sistemico o topico è indicato tuttavia solo quando vi siano concomitanti segni d'infezione cutanea dovuti al grattamento o all'azione immunosoppressiva dello steroide.

I Corticosteroidi

Per i corticosteroidi sistemici vi sono le stesse controindicazioni dei corticosteroidi topici. In pratica essi dovrebbero essere utilizzati solo in casi di particolare gravità, per breve tempo e solo in regimi di ospedalizzazione. L'uso di corticosteroidi sistemici per evitare di perdere tempo con le cure topiche è inaccettabile.

La Ciclosporina A

Questo farmaco anti rigetto d'organo è stato utilizzato nelle forme gravi di DA e sono stati riportati in letteratura risultati soddisfacenti. Tuttavia gli effetti collaterali superano di gran lunga i benefici ottenibili. Questo farmaco peraltro non ha alcuna attività se usato per via topica. (11)

Terapie Aggiuntive

Vengono considerate terapie aggiuntive l'esposizione al sole, ai raggi ultravioletti e l'ospedalizzazione.

La terapia con i raggi solari

L'esposizione ai raggi solari o elioterapia, soprattutto se svolta in ambiente marino durante l'estate, provoca una rapida e duratura remissione della DA. Tuttavia per trarre benefici dalla elioterapia occorre iniziare le esposizioni con la cute in relativo buono stato e senza che sia stata usata in precedenza una terapia steroidea.

La terapia con raggi ultravioletti

Quando non si può sfruttare l'elioterapia si può ricorrere alla fototerapia con raggi ultravioletti. Oggi si utilizzano prevalentemente i raggi UVB a banda stretta (311 nm) che hanno dato migliori risultati rispetto all'uso dei raggi UVA da soli o in associazione con gli psoraleni.(12)

La terapia con raggi UV è tuttavia di minore efficacia rispetto all'elioterapia.

L'ospedalizzazione

Nei casi gravi e resistenti alla terapia domiciliare si può ricorrere all'ospedalizzazione. Questa misura, oltre che permettere un corretto trattamento anche intensivo, ha azione terapeutica di per se infatti allontana il paziente dall'ambiente domestico e dagli stress emozionali. Inoltre il regime di ricovero viene sfruttato per una completa educazione del paziente e per assicurarsi la sua collaborazione.

I Prodotti topici dedicati per chi soffre di DA

Per prevenire la riaccensione di DA nei periodi di remissione è opportuno utilizzare prodotti specifici. Per il lavaggio del corpo si suggerisce l'utilizzo di Base Lavante. Si tratta di una crema da lavaggio non schiumogena capace di lavare il corpo senza sottrarre i lipidi mantenendo quindi la cute morbida e protetta.

Per il lavaggio dei capelli si suggerisce l'utilizzo di shampoo medicato all'ititolo solfonato. Questo particolare shampoo previene la secchezza del cuoio capelluto e la comparsa del prurito.

Se la cute diviene particolarmente secca e si formano delle fissurazioni, come spesso capita in inverno, si può rimediare applicando, dopo i lavaggi, l'unguento emolliente estremo. Questo unguento è stato studiato per reidratare la cute pur mantenendo la traspirazione.

Se la secchezza appare alle labbra, si consiglia di utilizzare l'apposito stick che, a parità dell'unguento emolliente estremo, permette la traspirazione cutanea.

I Consigli per i Genitori dei bambini atopici

Accertata la condizione di DA in un infante o bambino, il procedimento pratico generale è:

- convincere i genitori a sospendere i lavaggi tradizionali con acqua e detergente
- se la DA è lieve/media far lavare il bambino con sola acqua e diradare i lavaggi il più possibile
- se la DA è medio/grave lavare solo con soluzione di permanganato di potassio allo 0.025% utilizzando un telo di cotone imbevuto nella soluzione e strizzato.
- asciugare a fondo per assorbire le tracce di umidità dalla cute
- lavare i capelli con shampoo medicato all'ititolo solfonato separatamente nel lavandino in modo da evitare il contatto dello shampoo con il resto della cute e asciugare a fondo i capelli
- utilizzare la soluzione di $KMnO_4$ per la pulizia cutanea delle mani, della zona periorale e della zona genitale ogniquale volta queste aree sono coinvolte da sporco (unto, cibo, urine, feci)
- in caso di iniziale arrossamento, segni di irritazione cutanea applicare la crema lenitiva a base di ossido di zinco e magnesio silicato
- in caso di dermatite in atto, applicare il prodotto riducente, coal tar o ititolo solfonato una volta al giorno preferibilmente la sera, con molto massaggio fino ad assorbimento completo.
- programmare per quanto possibile un soggiorno estivo in ambiente marino
- allontanare per quanto possibile ogni fonte di stress nell'ambiente domestico o scolastico

Cose da evitare per il bambino affetto da DA

- evitare l'uso prodotti cosmetici quali: creme emollienti, oli, unguenti, gel o lozioni anche se la cute appare secca e desquamante. Le cre e emulsioni "bagnano" la cute, gli oli o unguenti occludono e macerano, i geli e lozioni seccano di più.
- evitare l'uso di creme contenenti prodotti vegetali che possono allergizzare il bambino
- evitare di somministrare gli antistaminici se non a scopo sedativo la sera
- agire per bonificare l'ambiente domestico dall'eccesso di polveri (tendaggi, coperte di lana, materassi vecchi, moquette, tappeti, peluches, etc.)
- allontanare gli animali domestici dall'ambiente frequentato dai bambini
- scegliere per i bambini sport praticabili in ambiente non polveroso. Ad esempio

sci, tennis, vela, atletica leggera piuttosto che judo, pallacanestro, etc.

- non privare l'alimentazione di cibi ritenuti "allergizzanti" a meno di una comprovata documentazione di risposta peggiorativa per la DA dopo assunzione di un determinato cibo
- non far giocare i bambini all'aperto dove è presente ghiaia o terriccio polveroso
- non fare avvicinare i bambini ai piccioni urbani
- non fare accarezzare ai bambini cani, gatti e cavalli

Principali cause ed effetti nei bambini con DA

La gelosia

Uno dei fattori di aggravamento della DA infantile è l'instaurarsi nell'ambiente domestico di stress emozionali. Tipico è il conflitto che si può creare tra bambino e madre quando nasce un nuovo fratellino. Anche uno stato di litigiosità tra i coniugi provoca disagio e accentuazione della DA. A volte l'allontanamento del bambino dall'ambiente domestico, esempio dai nonni, è migliorativo per la dermatite.

La scarsa resa scolastica

Il bambino atopico riposa male durante la notte a causa dei frequenti risvegli provocati dal prurito. Durante il giorno quando è richiesta attenzione per lo svolgimento dell'attività scolastica, il bambino può apparire svogliato, disattento. Spesso viene giudicato dagli insegnanti come un bambino con difficoltà di apprendimento, in realtà il livello intellettuale degli atopici è di solito superiore alla norma. Occorre avvertire gli insegnanti dello stato di atopia.

L'agitazione

Spesso il bambino atopico è ipercinetico e con uno sviluppo psichico superiore rispetto ai bambini di pari età. Questa condizione è dovuta al prurito, al grattamento al riposo scadente. Occorre non stimolare ulteriormente il bambino atopico.

Il parlare con la cute

Per gli psicosomatisti la DA è un modo che alcuni bambini esercitano per trasmettere messaggi agli adulti. Il bambino infatti incapace di un eloquio completo preferisce esprimersi con la dermatite. La condizione dermatitica infatti, fastidiosa o dolorosa, ha i suoi vantaggi: attrae l'attenzione della madre verso il piccolo "malato" a discapito degli altri membri della famiglia. La medicazione quotidiana è vissuta come un piacevole accarezzamento della cute. Spesso il piccolo atopico, inconsciamente, non desidera guarire.

Referenze

1. Hanifin JM, Tofte S. Patient education in the long-term management of atopic dermatitis. *Dermatol Nurs.* 1999;11:284-289.
2. Holden CA. Atopic dermatitis. *Med Int.* 1992;102:4298-301
3. Besnier E. Premiere note et observations preliminaires pour servir d'introduction a l'etude diathesques. *Ann Dermatol Syphiligr.* 1892;4:634.
4. Coca AF, et al. On the classification of the phenomena of hypersensitiveness. *J Immunol.* 1923;8:163.
5. Hill LW, et al. Evolution of atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1935;32:451.
6. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 1980;92:44-47.
7. Hanifin JM. Diagnostic criteria for atopic dermatitis: consider the context. *Arch Dermatol.* 1999;135:151.

8. Imokaura G, Abe A, Lim K, et al. Decreased level of ceramides in stratum corneum of atopic dermatitis: an etiologic factory in atopic dry skin? *J Invest Dermatol.* 1991;96:523-6.
9. Nakagawa H, et al. Tacrolimus ointment for atopic dermatitis (letter). *Lancet.* 1994;344:883.
10. Ruzick T, et al. A short-term trial of tacrolimus ointment for atopic dermatitis. European Tacrolimus Multicenter Atopic Dermatitis Study Group. *N Engl J Med.* 1997;337:8-16.
11. De Rie MA, et al. Lack of efficacy of topical cyclosporin A in atopic dermatitis and allergic contact dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 1991;71:452.
12. George SA, et al Narrow band (TL-O1) UVB phototherapy for chronic severe adult atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 1993;128:49.