



Eritema

Prurito

Edema

Secchezza

Con la supervisione del
Prof. GIAMPIERO GIROLOMONI
Presidente Società Italiana di
Dermatologia (SIDeMaST)

DERMATITE ATOPICA

Quick Reference Guide

Tipi di eczema
Prevalenza
Segni e sintomi
Profilo della dermatite atopica
Dermatite atopica infantile
Dermatite palpebrale
Criteri diagnostici
Diagnosi

nuovo

osmin TOP PALPEBRALE

Sollievo da Irritazioni e Prurito



Coadiuvante Dermo-Cosmetico



BIOGENA
Ricerca italiana

Coadiuvante Dermatite Palpebrale (lieve e moderata)

osmin TOP PALPEBRALE

GP-Inositol ad alta concentrazione
Estratto di Perilla Frutescens
Ceramidi
Fitosteroli



15 ml
Coadiuvante Dermo-Cosmetico

Coadiuvante Fase acuta Dermatite Atopica (lieve e moderata)

osmin TOP UNGUENTO

GP-Inositol ad alta concentrazione
Estratto di Perilla Frutescens
Aci grassi Omega 3, 6, 9
Ceramidi
Fitosteroli



75 ml
Coadiuvante Dermo-Cosmetico

Definizione (1-5)

La dermatite atopica (DA, o eczema atopico) è una malattia infiammatoria cutanea multifattoriale, cronica e recidivante. La DA ha una forte impronta genetica e non è contagiosa in quanto non può essere trasmessa da una persona all'altra. La parola dermatite significa infiammazione della cute. Il termine atopica si riferisce a un gruppo di patologie con una forte tendenza geneticamente determinata a sviluppare allergie nei confronti di allergeni ambientali, come asma e rinite allergica.

Dermatite atopica (guance) (1,2,4,6)



Tra i tanti tipi di eczema, la dermatite atopica è il più comune.

Tipi di eczema (3-5)

Eczema allergico/dermatite allergica da contatto: reazione caratterizzata da lesioni eritemato-vescicolose, pruriginose con infiltrati infiammatori nel punto in cui la cute è venuta a contatto con una sostanza (per esempio metalli, profumi) verso cui si è stabilita una risposta immunitaria cellule-mediata.

Dermatite atopica: eczema cronico a forte impronta genetica caratterizzata da cute pruriginosa e infiammata.

Eczema da contatto irritativo: reazione localizzata che induce rossore, prurito e bruciore nel punto in cui la cute è venuta a contatto con una sostanza irritante come un acido, alcoli o sostanze detergenti.

Eczema disidrosico: eczema vescicoloso o bollosa della pelle sui palmi delle mani e sulle piante dei piedi che causa prurito e bruciore.

Neurodermatite: chiazze lichenificate e squamose su testa, porzione inferiore delle gambe, polsi o avambracci, causate da prurito localizzato ma molto intenso e persistente che diventano fortemente irritate se grattate. Certe neurodermatiti sono espressione di dermatite atopica.

Eczema nummolare: chiazze di eczema della forma di una moneta (nella maggior parte dei casi localizzate su braccia, schiena, natiche e porzione inferiore delle gambe), che possono presentarsi coperte di croste, squamose ed estremamente pruriginose. Spesso espressione di dermatite atopica.

Eczema seborroico: chiazze di pelle squamose, con squame giallastre e oleose su cuoio capelluto, viso e occasionalmente altre parti del corpo.

Dermatite da stasi: eczema cronico sulla porzione inferiore delle gambe, generalmente correlato a insufficienza venosa cronica.

Prevalenza (1,2,7,8)

La DA è molto comune. Colpisce sia uomini che donne ed è responsabile del 10-20% di tutte le visite dermatologiche. Sebbene possa presentarsi a qualunque età, compare più frequentemente durante l'infanzia. Il 65% dei pazienti accusa sintomi nel primo anno di vita e il 90% entro i 5 anni. L'insorgenza dopo i 30 anni è meno comune.

Circa il 30% dei bambini affetti da DA sviluppa forme d'asma, mentre nel 35% si rileva la comparsa di una rinite allergica.

Cause (1,2,7,9)

Non si conosce la causa della DA, ma la malattia sembra essere il risultato di una combinazione di fattori genetici (ereditari) e ambientali.

Vari studi mostrano che l'eziologia della DA è complessa, per via dell'attivazione di molteplici meccanismi immunologici e infiammatori. Sono state individuate almeno due forme di DA: una forma estrinseca associata a sensibilizzazione IgE-mediata, che interessa il 70-80% dei pazienti e una forma intrinseca in assenza di sensibilizzazione IgE-mediata, che colpisce il 20-30% dei pazienti.

Fisiopatologia (1,2,9-13)

La patogenesi della DA è multifattoriale e include primariamente una difettosa barriera epidermica su base genetica, a cui sopravvengono una disregolazione della sintesi delle IgE, anomalie nella risposta immunitaria cellululo-mediata della cute, un'aumentata suscettibilità alle infezioni cutanee. Le risposte allergiche IgE-mediate non sono la causa della malattia, ma la conseguenza delle alterazioni della barriera epidermica che permettono una maggior penetrazione di allergeni associate a una tendenza a produrre più facilmente e in maggior quantità IgE verso questi. Le alterazioni della barriera hanno un ruolo chiave nella patogenesi della DA (cosiddetto modello "outside-inside-outside"). Infatti, la disfunzione della barriera innesca dei segnali che da una parte tendono a riparare la barriera ma dall'altra innescano l'infiammazione. Pertanto, idratare la pelle è essenziale nella prevenzione e terapia della DA.

Fattori scatenanti (1,2,9-12,14)

Infezioni: batteriche, virali o fungine

Stress emotivo

Sudorazione e prurito

Sostanze irritanti: detergenti, alcoli, sostanze irritanti, eccipienti alcolici

Condizioni climatiche estreme: umidità eccessiva, sechezza ambientale, esposizione a raggi ultravioletti

Gli allergeni hanno un ruolo dimostrabile solo in pochi casi, probabilmente esacerbando dermatiti preesistenti. Sono da considerare nelle forme gravi soprattutto gli alimenti (uova, arachidi, latte, pesce, soia, grano) e gli aeroallergeni (acari nelle polveri domestiche, polline, forfora animale e muffe).

Segni e sintomi (1-3,5,7,9,15-17)

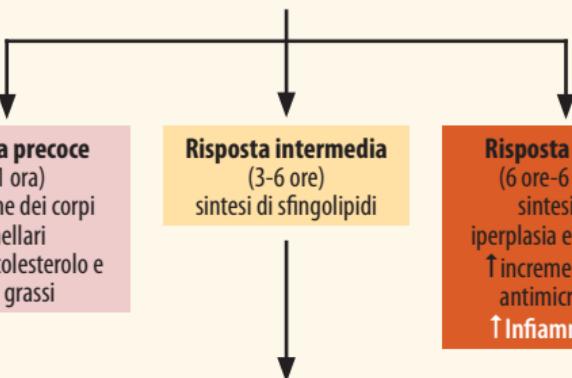
La DA è una malattia cronica con periodi di remissione e altri di peggioramento. Esistono tre fasi legate all'età: la fase del lattante (fino a 2 anni), la fase dell'infanzia (da 2 a 12 anni) e la fase dell'adulto (dalla pubertà in poi). Le manifestazioni variano a seconda dell'età, anche nello stesso paziente. Tutte le fasi sono caratterizzate da xerosi e prurito intenso. Nelle fasi acute le lesioni sono eritematosi e vescicolose con ossidazione sierosa. Nelle fasi croniche la cute è eritematosa e squamosa, con fessurazioni e aree di lichenificazione. Il principale fattore di differenziazione è la zona interessata. La DA può manifestarsi come eczema nummulare o dermatiti irritabile recidivanti (mani) o aree di neurodermatite. Il prurito associato alla DA è spesso molto intenso da interferire con il sonno, le attività quotidiane, lo studio e le capacità lavorative.

Modello della patogenesi della DA indotto dalla disfunzione della barriera epidermica, cosiddetto "outside-inside-outside" ^(2,10-13)

Disfunzione della barriera epidermica

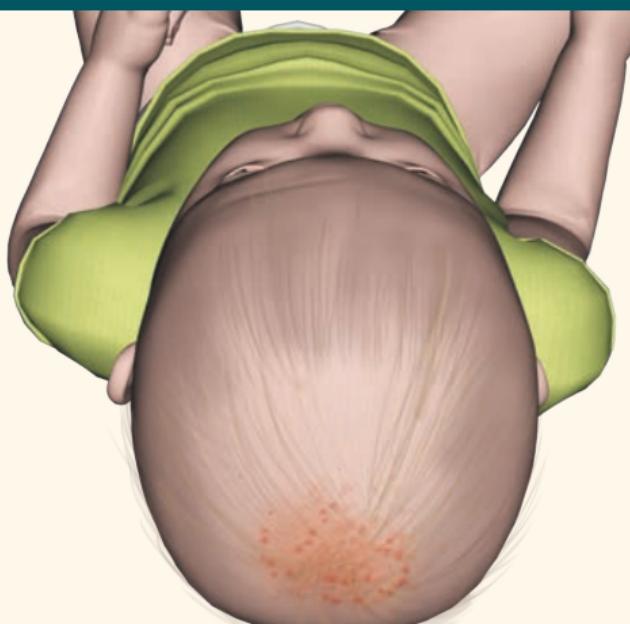


aumentata perdita di acqua (TEWL), deplezione di ioni (Ca^{2+} , K^+), aumento del pH, attivazione di proteasi, sintesi di citochine, chemochine e fattori di crescita (TGF- α , NGF, AR, GM-CSF, TNF- α , IL-1 α/β , IL-1ra, IL-6, IL-8, RANTES)



Riparazione della barriera (riduzione della TEWL)

Dermatite atopica: coinvolgimento del cuoio capelluto ^(1-3,6,17)



Definizione (1-3,16)

La fase del lattante è caratterizzata da aree eczematose arrossate a volte ossidanti e molto pruriginose sulle guance e sulle superfici estensorie degli arti. Nei lattanti è comune il verificarsi di un'impigginizzazione secondaria, con formazione di croste color miele. Il coinvolgimento del cuoio capelluto può risultare simile alla dermatite seborroica. La zona del pannolino non è in genere interessata.

La fase dell'infanzia è caratterizzata principalmente da una dermatite eczematosa a volte paludosa che interessa le superfici flessorie, in particolar modo le fosse antecubitale e poplitea, i polsi, le caviglie e il collo. È frequente la comparsa di placche lichenificate e ispessite con presenza di escoriazioni. Nei bambini con una pelle più pigmentata, l'unica manifestazione della malattia può essere rappresentata da papule follicolare o desquamazione. Possono residuare ipopigmentazione a limiti sfumati (o più raramente iperpigmentazioni), le quali possono causare una forte ansia nei genitori. Spesso si notano sintomi di pitiriasi alba, caratterizzata da chiazze squamose e ipopigmentate sul viso. La parte posteriore degli arti superiori e la parte anteriore delle cosce sono generalmente interessate da cheratosi pilare o formazione di papule a livello dei follicoli piliferi.

La DA è malattia comune negli adulti. La fase dell'adulto è imprevedibile. I pazienti colpiti possono aver sperimentato solo alcuni episodi a partire dalla prima infanzia, oppure possono aver mostrato un'evoluzione cronica e recidivante. La dermatite delle mani è frequente e può essere l'unica manifestazione della DA dell'adulto, che può portare a un'invalidità significativa. Come i bambini, anche gli adulti riportano generalmente lichenificazione sulle superfici flessorie e dermatite facciale.

Profili della dermatite atopica (1-3,6,16)



Lattante

Generalmente lesioni facciali
Irregolare in altre regioni del corpo



Bambino

Lesioni circoscritte all'interno dei gomiti, dietro alle ginocchia, sui polsi e sulle caviglie



Adolescente

Può scomparire, persistere o cambiare pattern

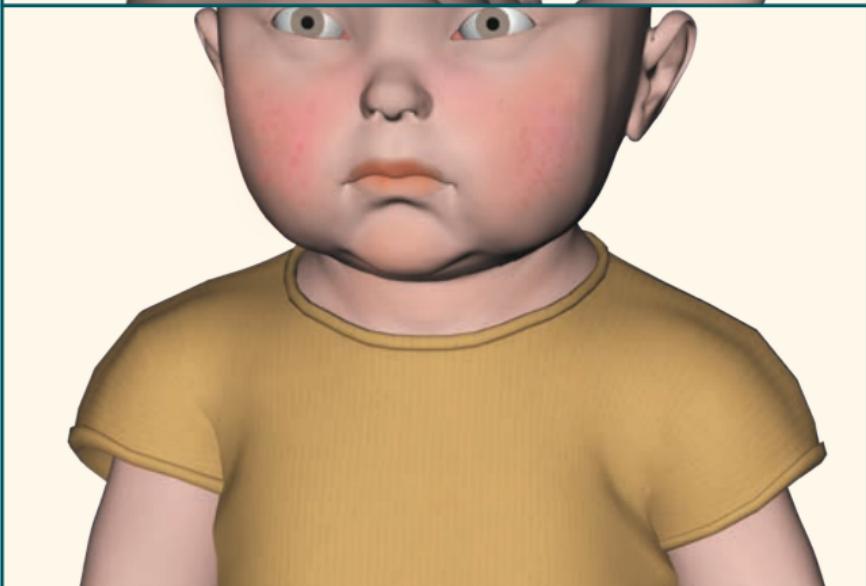
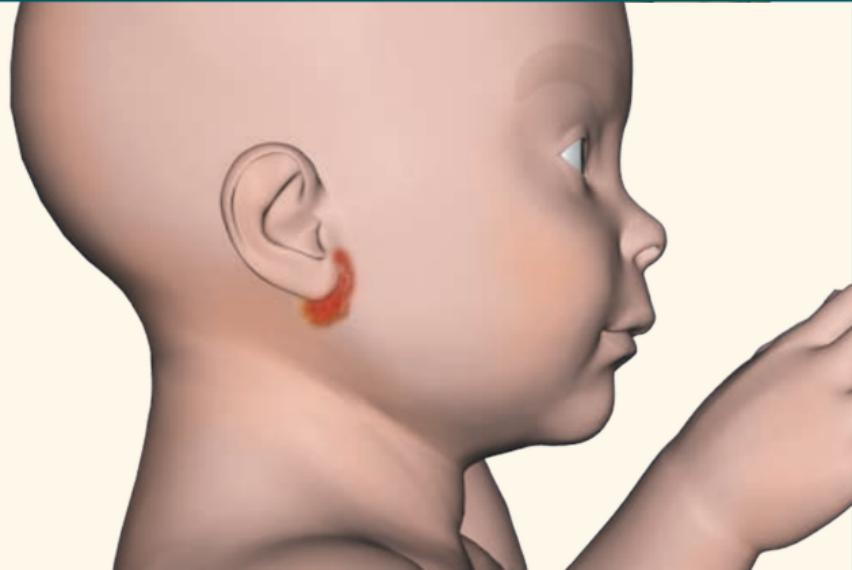
Eczema localizzato alla mano provocato da sostanze irritanti

Eczema diffuso moderato-grave

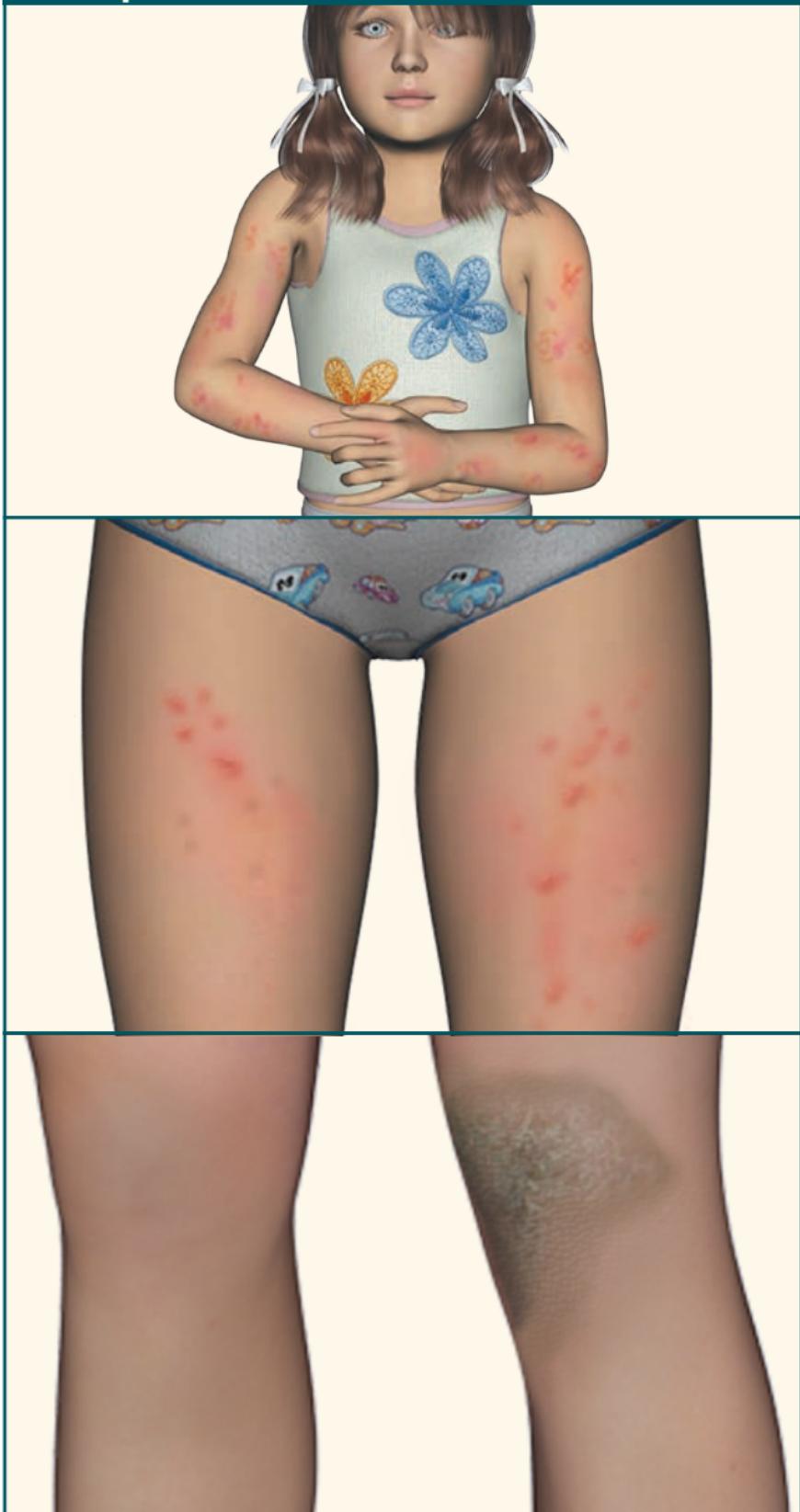
Eczema confinato alle superfici flessorie degli arti

Secchezza cutanea persistente con pelle sensibile

Dermatite atopica infantile (1-3,6,16,18)



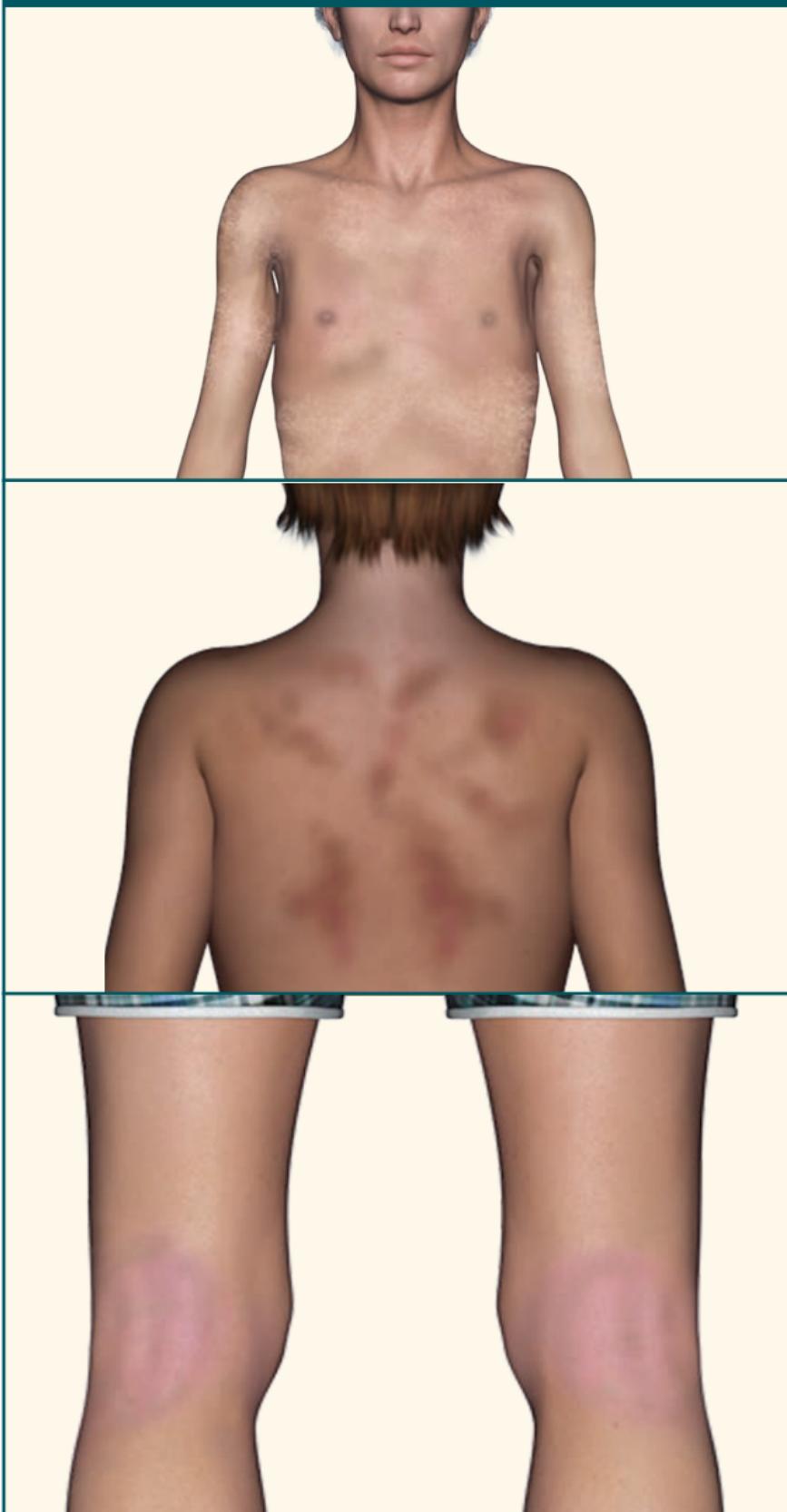
Dermatite atopica nei bambini di età prescolare^(1-3,6,16)



Dermatite atopica nei bambini di età scolare^(1-3,6,16)



Dermatite atopica negli adulti^(1-3,6,16)



Dermatite atopica persistente (1-3,6,16)



Caratteristiche della pelle associate alla dermatite atopica ^(1-3,7,16-18)

Piega atopica (piega di Dennie-Morgan): un'ulteriore piega di pelle che si sviluppa sotto l'occhio.
Cheilitis: infiammazione della pelle sopra e attorno alle labbra.
Iperlinearità palmare: incremento nel numero delle linee della pelle sui palmi delle mani.
Dermatite palpebrale: palpebre che diventano arrossate e nel tempo di colore più scuro grigio brunastro a causa dello sfregamento cronico.
Ittiosi volgare: squame secche e rettangolari sulla pelle. Malattia genetica dovuta a deficit di filaggrina. Il deficit di filaggrina è spesso presente anche nella DA.
Cheratosi pilare: piccole papule ruvide, generalmente su viso, parte superiore delle braccia e cosce.
Lichenificazione: pelle spessa e coriacea derivante da grattamento e sfregamento continui.
Papule: piccole protuberanze sporgenti che, se grattate, possono ulcerarsi, coprirsi di croste e infettarsi.

Dermatite palpebrale ^(1-3,6,7,16,17)



Dermatite atopica che interessa le palpebre (plica di Dennie-Morgan) ^(1-3,6,7,16,17)



Dermatite atopica (1-3,6,7,16,17)

Erosioni lineari superficiali sul collo e sulla parte superiore del torace coerenti con escoriazioni



*Placche xerotiche
lichenificate sul
dorso del piede*

*DA che
interessa le
ascalie*



Eczema nummulare come manifestazione di dermatite atopica (1-3,6,7,16,17)



Criteri diagnostici di Hanifin e Rajka^(1-3,6,7,16,17)

Caratteristiche principali (ne sono necessarie tre):

Prurito

Morfologia e distribuzione tipiche

- Coinvolgimento del viso e delle superfici estensorie durante la prima infanzia

- Lichenificazione e linearità sulle superfici flessorie entro l'adolescenza

Dermatite cronica o cronica recidivante

Anamnesi personale o familiare di malattie atopiche (asma, rinocongiuntivite allergica, DA)

Caratteristiche secondarie/meno specifiche:

Xerosi

Fissurazioni preauricolari

Ittiosi / iperlinearità palmare / cheratosi pilare

Reattività IgE mediata della cute / IgE elevate

Dermatite delle mani/dei piedi

Cheilitis

Dermatite del cuoio capelluto (crosta lattea)

Suscettibilità alle infezioni cutanee (per esempio, *Staphylococcus aureus* e *Herpes simplex*)

Accentuazione perifollicolare (specialmente nelle razze più pigmentate)

Diagnosi della dermatite atopica^(1-3,6,7,16,17)

La biopsia della pelle non è di grande utilità nella diagnosi della dermatite atopica, la quale si basa piuttosto sulle caratteristiche cliniche. L'esame istologico può essere utile in situazioni particolari per escludere altre malattie.

Criteri per la diagnosi della DA:

Per la diagnosi sono necessari segni evidenti di dermatite pruriginosa (o segnalazioni di grattamento e sfregamento da parte dei genitori) insieme a tre o più dei seguenti elementi:

Storia clinica di interessamento cutaneo a livello delle pieghe della pelle (per esempio, la parte posteriore delle ginocchia, la parte anteriore dei gomiti e delle caviglie e le zone intorno al collo o agli occhi).

Storia clinica di asma o rinite allergica (oppure di dermatite atopica in un parente di primo grado, se il bambino è di età inferiore ai 4 anni).

Storia clinica di pelle generalmente secca nell'ultimo anno.

Insorgenza in un bambino al di sotto dei 2 anni d'età (criterio non utilizzato se il bambino è di età inferiore ai 4 anni).

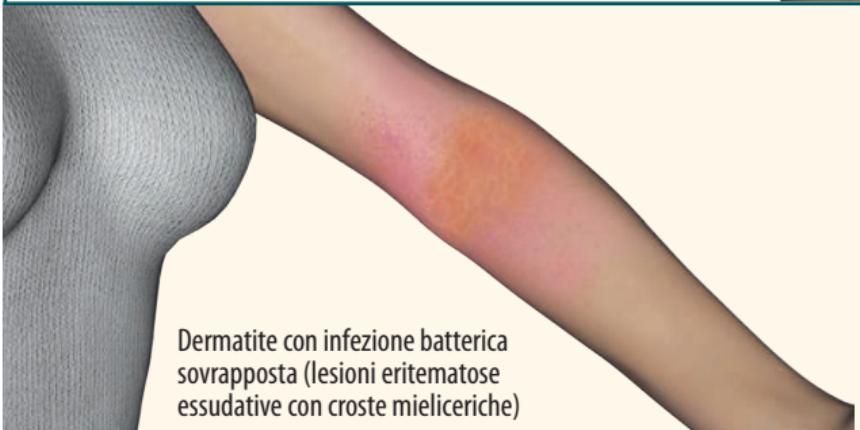
Dermatite visibile sulle superfici flessorie (inclusa la dermatite che interessa le guance o la fronte e la parte esterna degli arti nei bambini di età inferiore ai 4 anni).

Caratteristiche diverse della dermatite atopica (1,3,5-7,16,17)

Dermatite subacuta



Dermatite cronica con lichenificazione



Dermatite con infezione batterica sovrapposta (lesioni eritematoso-essudative con croste mieliceriche)



Dermatite essudativa acuta

Diagnosi differenziale della dermatite atopica^(1,7,16-18)

Diagnosi	Descrizione
Dermatite seborroica del lattante	Chiazze eritematoso-lucide, dai bordi relativamente ben definiti, che interessano generalmente la zona del pannolino, si manifestano nei lattanti al di sotto dei 4 mesi. Possono essere interessati anche il basso ventre e le ascelle; può verificarsi anche la desquamazione del cuoio capelluto (crosta lattea). Il lattante sembra star bene. Tale condizione guarisce in pochi mesi.
Dermatite seborroica dell'adulto	Chiazze eritemato-squamose associate a crescita eccessiva o ipersensibilità ai funghi del genere Malassezia presenti nelle zone seborroiche (lati del naso, sopracciglia, condotto uditivo esterno, cuoio capelluto, parte anteriore del torace, ascelle e pieghe dell'inguine).
Dermatite da contatto irritante	Sono presenti danni cumulativi alla barriera cutanea causati da sostanze irritanti, per esempio saponi e detergenti. Le manifestazioni cliniche possono essere identiche a quelle della DA, ma la localizzazione nei punti di massima esposizione (per esempio le dita) può essere utile nella formulazione della diagnosi. Un certo grado di dermatite da contatto irritante è comune nei pazienti affetti da DA (per esempio, nei bambini, intorno alla bocca, per via della saliva e del cibo umido, e nella zona del pannolino, a causa dell'urina).
Dermatite allergica da contatto	Si verifica una reazione di ipersensibilità in seguito alla sensibilizzazione a sostanze specifiche (per esempio bigiotteria contenente nichel, guanti di gomma, pelle delle calzature). La localizzazione può essere un indizio per giungere a questa diagnosi, ma per poterla formulare con certezza è necessario effettuare un patch test. Questa diagnosi può coesistere con quella della DA.
Condizioni cutanee esogene	
Scabbia	L'infestazione può portare ad alterazioni eczematose non specifiche su tutto il corpo. La presenza di solchi e pustole sui palmi delle mani, sulle piante dei piedi, sui genitali e tra le dita può contribuire alla formulazione della diagnosi.
Oncocercosi	La fase cronica può essere accompagnata da prurito diffuso e lichenificazione della pelle simili a quelli osservati nei casi di DA cronica.
Punture d'insetti	Alterazioni eczematose secondarie possono svilupparsi nella zona delle punture, specialmente sugli arti, e possono essere scambiate per una DA.
Altre malattie cutanee	
	Occasionalmente, diverse malattie cutanee anche gravi possono essere confuse con la DA. Tra queste la psoriasi, le micosi superficiali, la dermatite erpetiforme, i linfomi cutanei a cellule T, malattie genetiche (epidermolisi bollore, ittiosi rare), e le manifestazioni cutanee associate a rare sindromi da immunodeficienza.

Trattamento della dermatite atopica (1,2,4,7,15,19)

L'obiettivo della terapia è tenere sotto controllo l'infiammazione della pelle, il prurito, l'infezione secondaria e ripristinare la barriera cutanea.

Attualmente, non esiste alcuna cura definitiva per l'eczema atopico.

Il trattamento include una combinazione di terapia adiuvante di base (emollienti e detergenti specifici), farmaci antinfiammatori e l'identificazione dei fattori scatenanti al fine di evitarli.

Raccomandazioni chiave nella pratica clinica (1,2,4,15,19)

Consiglio clinico	Valutazione degli elementi a sostegno
Gli emollienti hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione e nella terapia di mantenimento per la DA.	Coerenti
I corticosteroidi topici possono essere usati nel trattamento di prima linea dei pazienti colpiti da riacutizzazioni della DA.	Coerenti
Gli antistaminici sono indicati per il trattamento della DA in pazienti che riportano disturbi del sonno e condizioni allergiche concomitanti.	Coerenti
Gli antibiotici dovrebbero essere riservati per il trattamento di lesioni infette associate alla DA.	Coerenti
Gli inibitori topici della calcineurina possono essere usati nel trattamento di riacutizzazioni della DA delle zone sensibili (viso e collo) e nella terapia di mantenimento.	Coerenti

Trattamenti (1, 2,4,7,15,19,20)

Bagni ed emollienti

I bagni contribuiscono a calmare il prurito e rimuovere le croste. Dovrebbero essere tiepidi e avere una durata massima di 10 minuti. Evitare i saponi: utilizzare un prodotto sostitutivo (per esempio, una crema acquosa o una pomata emulsionante). Utilizzare detergenti molto delicati formulati specificamente per la DA.

Le creme idratanti funzionano bene nel ridurre la secchezza della pelle trattenendo l'acqua e riducendone la evaporazione. Dovrebbero essere applicate sia sulla pelle sana che su quella malata. Dovrebbero essere applicate almeno due volte al giorno, più spesso nei casi gravi. Gli emollienti funzionano meglio se applicati dopo un bagno.

Tipologia di emollienti ^(1,15,19,21)

Creme e pomate emollienti	Questi prodotti vanno applicati e lasciati sulla pelle senza risciacquarla. Le creme vengono assorbite dalla pelle più velocemente delle pomate.
Prodotti detergenti emollienti sostitutivi del sapone	Questi prodotti contengono ingredienti emollienti ed emulsionanti molto leggeri. Sono usati al posto del sapone e di altri detergenti.
Oli da bagno emollienti semi-solubili	Contengono oli ed emulsionanti che favoriscono la dispersione dell'olio nell'acqua. Questa combinazione ha un effetto detergente se applicata delicatamente sulla pelle.
Oli da bagno emollienti non solubili	Contengono oli senza sostanze emulsionanti. L'olio forma sulla superficie dell'acqua uno strato che si deposita sulla pelle quando si esce dall'acqua.
Prodotti emollienti adiuvanti	Alcuni prodotti emollienti contengono ingredienti aggiuntivi, per esempio sostanze antipruriginose e antisettiche.
Prodotti specifici per le zone perioculari	Prodotti emollienti ad alta tollerabilità specificamente studiati per la zona perioculare.

Tecnica d'applicazione ^(1,15,19,21)

Bagni ed emollienti

Si dovrebbe consigliare ai pazienti di applicare gli emollienti abbondantemente e di frequente (almeno 1-3 volte al giorno). È particolarmente importante utilizzare gli emollienti durante o dopo il bagno.

Bisogna prescrivere una quantità sufficiente di emollienti.

L'emolliente deve essere applicato delicatamente nella direzione generale di crescita dei peli, al fine di evitare che si accumuli alla base del pelo, favorendo una predisposizione alla follicolite.

Gli emollienti possono essere contaminati da batteri. Se l'emolliente si presenta in un vasetto, la quantità desiderata deve essere prelevata con un cucchiaino o una spatola puliti. Non si devono infilare le dita nel vasetto. Gli emollienti non devono essere condivisi con altre persone.

Corticosteroidi topici ^(1,15,19,21)

I corticosteroidi topici sono il pilastro del trattamento della DA. Gli steroidi topici sono spesso prescritti a intermittenza per brevi periodi di trattamento reattivo delle riaccutizzazioni e sono integrati dagli emollienti.

La scelta dipende dall'equilibrio tra efficacia ed effetti collaterali. Più potente è lo steroide, più numerosi saranno gli effetti collaterali. Gli steroidi potenti possono essere utilizzati all'inizio, ma solo per brevi periodi o a intermittenza. Evitare di interrompere il trattamento all'improvviso per prevenire l'effetto rebound. Utilizzare steroidi più leggeri su viso, superfici flessorie e cuoio capelluto. Nelle fasi acute, le creme steroidee contenenti eccipienti alcolici possono provocare bruciore anche intenso. Preferire quindi topici privi di alcoli o sostanze irritanti. Le lesioni lichenificate e croniche vanno curate con pomate o unguenti.

Quantità di corticosteroidi topici adeguata per il trattamento della dermatite atopica^(5,15,21)

Quantità di corticosteroidi topici necessaria (g)

Sito anatomico	Lattanti	Bambini	Adulti
Viso e collo	10	15	30
Mano	5	7,5	15
Braccio	10	15	30
Gamba	20	30	60
Corpo	100	150	300

Da notare che questi numeri rappresentano la quantità di crema necessaria per un ciclo di trattamento di 10 giorni con applicazione due volte al giorno.

Panoramica delle terapie più comuni a base di corticosteroidi topici^(1,15,19,21)

Terapia	Classe di potenza relativa*	Preparato
Betametasone dipropionato 0,05%	6	Crema
Betametasone dipropionato 0,05%	2	Pomata
Betametasone valerato 0,1%	5	Crema
Betametasone valerato 0,1%	3	Pomata
Clobetasolo propionato 0,05%	1	Crema, pomata
Clobetasolo propionato 0,05%	1	Crema, pomata
Diflucortolone valerato 0,3%	1	Crema, unguento
Fluocinolone acetonide 0,01%	6	Crema, soluzione
Fluocinonide 0,05%	2	Crema, pomata, soluzione in gel
Fluticasone propionato 0,005%	3	Pomata
Fluticasone propionato 0,05%	5	Crema
Idrocortisone da 0,5 a 2,5%	7	Crema, pomata, lozione
Idrocortisone butirrato 0,1%	5	Crema, pomata, soluzione
Idrocortisone valerato 0,2%	5	Crema
Idrocortisone valerato 0,2%	4	Pomata
Metilprednisolone aceponato 0,1%	5	Crema, pomata, lozione
Mometasone furoato 0,1%	4	Crema, pomata, lozione
Triamcinolone acetonide da 0,025 a 0,1%	5	Crema
Triamcinolone acetonide 0,1%	4	Pomata
Triamcinolone diacetato 0,5%	3	Crema

*La classe di potenza più elevata è 1, la più bassa è 7.

Terapia sistemica^(1,4,7,15,19)

Consiste in

Sollievo dal prurito

Trattamento dell'infiammazione dei casi refrattari

Trattamento dell'infezione secondaria

Sollievo dal prurito

Antiistamici

Nei casi resistenti dell'adulto considerare: triciclici (amitriptilina e nortriptilina), serotonnergici (paroxetina); e anticonvulsivanti (pregabalin) o antagonisti degli oppiacei (naltrexone) nei casi di prurito neuropatico

Trattamento dell'infiammazione dei casi refrattari

Corticosteroidi sistematici (0,3-1 mg/kg) per periodi limitati (15-30 giorni)

Ciclosporina 3-5 mg/kg per alcuni mesi

Azatioprina 2-3 mg/kg per molti mesi

Methotrexate 7,5-15 mg/ settimana per molti mesi

Trattamento dell'infezione secondaria

L'infezione cutanea batterica secondaria è comune e potrebbe causare un peggioramento acuto dell'eczema. L'agente patogeno principale è lo *S. aureus*. Gli antibiotici topici sono sufficienti nelle forme limitate, mentre quelli sistematici sono necessari nel caso in cui ci sia evidenza di un'infezione diffusa.

Antibiotici topici:

- Acido fusidico
- Bacitracina
- Retapamulina

Antibiotici sistematici:

- Amoxicillina/clavulonato
- Cloxacillina
- Cefalosporine
- Macrolidi

L'infezione secondaria può essere determinata dal virus dell'*herpes simplex* che causa l'*eczema herpeticum*. Può essere necessario un trattamento a base di antivirali, per esempio Aciclovir e altri derivati guanosinici.

Il trattamento della dermatite atopica nei lattanti e nei bambini^(1,7,15,19)

Fare bagni tiepidi

Applicare un emolliente immediatamente dopo il bagno

Tenere le unghie delle mani del bambino corte

Prediligere tessuti in soffice cotone nella scelta degli indumenti

Considerare la possibilità di utilizzare antistaminici sedativi per favorire il sonno e ridurre il grattamento durante la notte

Tenere il bambino al fresco; evitare le situazioni di eccessiva umidità

Imparare a riconoscere le infezioni cutanee e iniziare tempestivamente il trattamento

Cercare di distrarre il bambino con delle attività per trattenerlo dal grattarsi
Identificare ed eliminare sostanze irritanti

Tenere sotto controllo la dermatite atopica^(1,4,7,15,19)

Evitare grattamento o sfregamento laddove possibile

Proteggere la pelle da umidità eccessiva, sostanze irritanti e indumenti ruvidi

Mantenere una temperatura fresca e stabile e livelli di umidità costanti

Limitare l'esposizione a polvere, fumo di sigaretta, polline e forfora animale

Riconoscere e limitare lo stress emotivo

Prevenzione (1,15,19)

L'aspetto più importante del trattamento consiste nel controllo del bisogno di grattarsi attraverso la riduzione della tendenza della pelle a sviluppare prurito. Ciò è spesso conseguenza di una pelle secca o di una maggiore tendenza all'irritazione causata da diverse sostanze che si trovano comunemente nell'ambiente.

Norme generali per ridurre la sensazione di prurito:

- | | |
|-----------------|---|
| • fare un bagno | • fare un bagno o una doccia con acqua tiepida o fredda (non calda) |
|-----------------|---|

Utilizzare un trattamento emolliente

Dopo ogni bagno o doccia, applicare un emolliente (crema idratante) su tutto il corpo entro 3 minuti dal termine dell'asciugatura. È importante applicarlo immediatamente dopo l'asciugatura per mantenere la pelle idratata.

Gli emollienti con una componente oleosa ricca in ceramidi, omega 3, omega 6, omega 9 e fitosteroli sono i migliori.

Se la pelle rimane secca o pruriginosa per il resto della giornata, applicare pomate, creme o lozioni idratanti ogni qualvolta sia necessario, per mantenere la pelle morbida e idratata. Mantenere la pelle ben lubrificata è la parte più importante della terapia. Ciò contribuirà a ridurre la sensazione di prurito.

Abbigliamento	Evitare indumenti in lana o acrilico a contatto con la pelle. Generalmente, il cotone è il tessuto più tollerato. Risciacquare accuratamente gli indumenti dopo il lavaggio.
Clima	Bisognerebbe evitare il più possibile condizioni eccessivamente secche o umide. Tuttavia, alcuni pazienti mostrano dei miglioramenti se abbandonano un clima umido con notevoli variazioni di temperatura e si spostano in un clima caldo secco.
Emozioni	Ansia, rabbia e frustrazione possono causare direttamente l'insorgenza del prurito. Se questi sentimenti risultano essere un problema, la loro risoluzione può spesso essere utile per tenere sotto controllo la malattia della pelle.
Altro	Evitare qualunque altra cosa che cau si prurito o irritazione della pelle (per esempio creme specifiche, trucco o profumi). Tenere le unghie delle mani corte al fine di ridurre il danno alla pelle causato dal grattamento.

Bibliografia

1. Giménez JCM. Atopic dermatitis. Alergol Inmunol Clin.2000;15:279-95.
2. Leung DYM. Boguniewicz M, Howell MD, Nomura I, Hamid QA. New insights into atopic dermatitis. J Clin Invest. 2004 ;113:651-57.
3. NIAMS. Atopic dermatitis. Md, USA: U.S. Department of health and human services, National Institutes of Health. 2003 Apr. 40 p. Report no.: 03-4272.
4. Atopic dermatitis. Gerolzhofen,DE: Klinik am Steigerwald;2002.
5. Nelson FP et al. Dermatology, Medical Student Guide. CA, USA: University of California, San Diego; 2005. 89 p.
6. Illustrations by Built by Doctors, Ltd.
7. Williams HC. Atopic Dermatitis. N Engl J Med. 2005;352:2314-24.
8. Williams H et al. Epidemiology of skin diseases in Europe. Eur J Dermatol. 2006;16:209-14.
9. Guedes A, Serra-Baldrich E, Alomar A. Role of superantigens in atopic dermatitis. Touch Brief. 2008;19-21.
10. Bergboer JGM, Zeeuwen PLJM, Schalkwijk J. Pathogenesis of Atopic Dermatitis and Psoriasis: Focus on the Epidermal Differentiation Complex. Open Dermatol J. 2010;4:48-51.
11. Mamessier E, Magnan A. Cytokines in atopic diseases: revisiting the Th2 dogma. Eur J Dermatol. 2006;16:103-13.
12. Elias PM, Steinhoff M. 'Outside-to-Inside' (and Now Back to 'Outside') Pathogenic Mechanisms in Atopic Dermatitis. J Investig Dermatol. 2008;128:1067-70.
13. Berard F, Marty J, Nicolas J. Allergen penetration through the skin. Eur J Dermatol. 2003;13:324-30.
14. Lee A, Thomson J. Drug-induced skin reactions. Adverse Drug Reactions. 2nd ed. Pharmaceutical Press; 2006. 32p.
15. Buys LM, Treatment option for atopic dermatitis. Am Fam Physician. 2007;75:523-28.
16. Werfel T. Classification, Clinical Features and Differential Diagnostics of Atopic Dermatitis. Pediatr Adolesc Med. 2011;15:1-10.
17. Krol A, Krafchick B. The differential diagnosis of atopic dermatitis in childhood. Dermatol Ther. 2006;19:73-82.
18. Ring J, Alomar A, Bieber T et al. European Dermatology Forum (EDF); European Academy of Dermatology and Venereology (EADV); European Federation of Allergy (EFA); European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD); European Society of Pediatric Dermatology (ESPD); Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN). Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012;26:1045-60.
19. Ring J, Alomar A, Bieber T et al. European Dermatology Forum; European Academy of Dermatology and Venereology; European Task Force on Atopic Dermatitis; European Federation of Allergy; European Society of Pediatric Dermatology; Global Allergy and Asthma European Network. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26:1176-93.
20. Eichenfield LF, Tom WL1 Berger TG et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol. 2014 ;71:116-32.
21. Roekevisch E, Spuls PI, Kuester D et al. Efficacy and safety of systemic treatments for moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic review. J Allergy Clin Immunol. 2014;133:429-38.

Avviso

L'autore(i) e l'editore hanno fatto tutto il possibile per rendere questo libro accurato, aggiornato e in accordo con gli standard accettati al momento della pubblicazione. L'autore(i) e l'editore non sono responsabili di eventuali errori od omissioni, o per le conseguenze derivanti dall'applicazione del libro e non offrono alcuna garanzia, espresa o implicita, in relazione ai contenuti del libro. Qualsiasi pratica descritta in questo libro dovrebbe essere applicata dal lettore in conformità con gli standard professionali di cura utilizzati, rispetto alle circostanze esclusive che si possono applicare in ogni situazione. Si consiglia al lettore di verificare sempre le informazioni riportate sui prodotti (fogli illustrativi) rispetto alle modifiche e nuove informazioni relative alla dose e alle controindicazioni, prima di somministrare qualsiasi farmaco. Si raccomanda particolare attenzione quando si utilizzano farmaci nuovi o prescritti raramente. L'autorizzazione a fotocopiare gli articoli per uso interno o personale, o l'uso interno o personale di clienti specifici, è concessa dalle Edizioni Minerva Medica. È stato adottato il massimo impegno possibile per acquisire le concessioni sul materiale protetto da copyright utilizzato in questo testo e per riconoscere eventuali mancanze in merito. Eventuali errori e omissioni richiamati all'attenzione dell'editore saranno corretti nelle stampe future.

Edizione originale

Atopic Dermatitis - Quick Reference Guide

© built by doctors™

Autore: Tetyana Bereziak, MD;

Correzione bozze: Beatriz Braga e Ana Patrício;

Revisione finale e bibliografia: Madan Raghavan, MD;

Progetto grafico: Vanessa Augusto, João Freitas e Carla Paulo;

Illustrazioni: Raquel Freitas.

©2015 Edizioni Minerva S.p.A.

C.so Bramante 83/85 - 10126 Torino - tel. 011.678282 - fax 011.674502

Sito Internet: www.minervamedica.it - E-mail: minervamedica@minervamedica.it

Tutti i diritti riservati. Fermi restando tutti i diritti di cui sopra in merito ai diritti d'autore riservati, nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, memorizzata o inserita in un sistema di riproduzione, o trasmessa, in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo (elettronico, meccanico, fotocopiativa, registrazione o altro), senza preventiva autorizzazione scritta della casa editrice.

Coadiuvante Fase remissiva
Dermatite Atopica

osmin TOP CREMA

GP-Inositolo

Estratto di Perilla Frutescens
Acidi Grassi Omega 3, 6 e 9
Ceramidi
Fitosteroli



175 ml

Coadiuvante Dermo-Cosmetico

Detersione quotidiana
Cute Atopica

osmin TOP GEL DETERGENTE

GP-Inositolo

Estratto di Perilla Frutescens



250 ml

La linea Coadiuvante Proattiva Osmín Top



UNA SCELTA SICURA

NO profumi - NO paraffine - NO SLES
NO allergeni riconosciuti - NO Nickel (< 1ppm)

UNA SCELTA INTELLIGENTE

- **SI** assenza degli effetti collaterali tipici dei corticosteroidi
- **SI** riduzione del numero e intensità rebound flare



Palpebrale - Unguento - Crema - Gel Detergente



La ricerca italiana
per il benessere della cute