**La dermatite atopica**

**LA MALATTIA**

La **dermatite atopica** - conosciuta anche come eczema atopico - è una **patologia cutanea cronica** che colpisce la pelle del viso e del corpo di neonati, bambini e adulti. L'incidenza è aumentata negli ultimi 30 anni, in particolare nel mondo occidentale.

Negli adulti, le lesioni cutanee tendono a investire le zone del collo, décolleté, la parte interna dei gomiti, il retro delle ginocchia, le mani, i piedi, il viso e il cuoio capelluto. I sintomi e le aree colpite sono diversi quando si tratta di neonati e bambini.

Le persone con dermatite atopica manifestano solitamente anche altre problematiche, quali insonnia, stress, discriminazione e sfiducia in loro stesse e spesso soffrono di altre patologie su base allergica, come l’asma bronchiale.

Recentemente, si è sempre più compreso come la dermatite atopica sia non solo una malattia cutanea ma una **malattia a impatto sistemico**, in grado di coinvolgere organi diversi. Questo è dimostrabile considerando che il cosiddetto “difetto di barriera epidermica” (le lesioni sulla pelle), presente nella dermatite atopica, può essere il punto di inizio per una successiva sensibilizzazione respiratoria e condurre a quella che è definita “marcia atopica”: una proporzione consistente dei pazienti svilupperà asma e rinite allergica nel corso della vita. Inoltre, la dermatite atopica si presenta come malattia sistemica tramite l’associazione con molteplici altre malattie: dalla congiuntivite sino, in alcuni casi, a compromissione renale, coinvolgimento gastrointestinale o sindrome metabolica.

**LE CAUSE**

La dermatite atopica è una **sindrome multifattoriale con una componente genetica**, associata ad altre malattie di natura allergica come rinite, asma, orticaria, congiuntivite allergica e gastroenteriti allergiche. All’origine della malattia, vi sono **fattori immunologici e non immunologici**. I primi sono costituiti da allergeni alimentari, inalanti o da contatto, i secondi da irritanti esterni, infezioni, disturbi neurovegetativi, disturbi del metabolismo lipidico, sudorazione e stress.

In sintesi, i principali fattori alla base della malattia sono:

1. **Fattori genetici**: la dermatite atopica è la forma più comune di eczema ed è strettamente collegata all’asma e alla febbre da fieno. Se uno o entrambi i genitori soffrono di una di queste patologie, si ha una maggiore probabilità di sviluppare la malattia. Il rischio cresce in maniera direttamente proporzionale se entrambi i genitori hanno una di queste patologie;
2. **Clima e area geografica**: le zone con climi particolarmente freddi sembrano aumentare il rischio di sviluppare questa malattia così come le città particolarmente inquinate;
3. **Genere**: le donne hanno una tendenza leggermente superiore degli uomini a sviluppare la dermatite atopica;
4. **Età della madre**: i bambini nati da madri in fase avanzata della vita fertile hanno un rischio maggiore di quelli nati da madri più giovani.

**I SINTOMI**

La dermatite atopica può manifestarsi in modi diversi. Sintomi tipici sono: arrossamento, prurito intenso, desquamazione e lesioni cutanee, a volte accompagnate da essudazione superficiale.

Il quadro clinico della malattia può cambiare in relazione all’età della persona. Nei primi anni di vita sono prevalentemente colpite le zone delle guance e del mento, la piega del collo, le braccia e le gambe. Dopo il primo anno di età la dermatite atopica interessa maggiormente il volto, le mani, le pieghe dei gomiti e delle ginocchia.

Nelle forme tardive, cioè nell’**età adulta**, questa malattia cutanea può interessare specialmente le regioni palpebrali e periorale, il collo e, ancora, le mani, caso quest’ultimo che si riscontra soprattutto nelle persone che eseguono lavori domestici, a contatto con sostanze che risultano particolarmente irritanti.

Anche il cambiamento stagionale può influire sull’andamento della dermatite atopica: spesso tende a riacutizzarsi nella stagione primaverile e a migliorare o regredire nella stagione estiva.

Nei bambini così come negli adulti, il **prurito** è il sintomo fondamentale della dermatite atopica: un sintomo particolarmente irritante che provoca nella persona un bisogno continuo di grattarsi, con conseguenti escoriazioni e accentuazione dei solchi della pelle.

Mentre risultano sconosciuti i meccanismi legati a questo fastidioso sintomo, si sa che tra i fattori legati all’insorgenza del prurito vi è un alterato funzionamento del sistema nervoso vegetativo: da qui, per la dermatite atopica, l’ulteriore definizione di **neurodermatite** (neuro = nervo, dermatite = malattia irritativa della pelle). Poiché, nella malattia, il fattore che maggiormente predispone al prurito è la particolare secchezza della pelle, per combattere lo stesso sintomo di prurito è necessario utilizzare degli specifici emollienti/idranti che ripristinano la barriera cutanea.

La diagnosi della dermatite atopica è nella maggior parte basata sull’evidenza clinica e mancano, al momento, veri e propri criteri diagnostici standardizzati: generalmente il medico si basa una storia clinica accurata e l’attenta osservazione della cute della persona che ne è affetta. Tuttavia, trattandosi di una malattia che frequentemente interessa soggetti geneticamente predisposti alle allergie, può talvolta essere necessaria l’esecuzione di test allergologici in vivo (pelle) e in vitro (esami del sangue) per identificare eventuali ipersensibilità, che però non vanno automaticamente considerate causa della dermatite atopica. La diagnosi deve comunque essere molto accurata, perché in alcuni individui la dermatite atopica può essere confusa con altre patologie, come scabbia, micosi o linfomi cutanei; in questi casi è necessario procedere a diagnosi differenziali talvolta complesse e indagini diagnostiche strumentali quali la biopsia cutanea.

**PREVALENZA, INCIDENZA ED EPIDEMIOLOGIA**

La dermatite atopica è una tra le condizioni dermatologiche più problematiche nei Paesi industrializzati: colpisce il 20% dei bambini e il 3% degli adulti.

Generalmente, la dermatite atopica si manifesta con arrossamento e prurito a livello del viso, delle gambe e del tronco. Se compare da bambini, crescendo tende a colpire le stesse aree, però la cute appare più secca e tende a desquamarsi. Durante l’adolescenza, nel 60% dei casi tende a scomparire spontaneamente; negli altri casi tende a persistere e nel 50% si possono avere recidive in età adulta.

Se la dermatite persiste anche dopo la pubertà, nell'**adulto** la situazione potrebbe peggiorare esponenzialmente, intaccando le palpebre, la testa e gli angoli della bocca: in queste aree, la malattia si caratterizza per la comparsa di gonfiore, secchezza e prurito, spesso permanente e implacabile.

I fattori che predicono la persistenza della patologia nell’età adulta sono: una malattia severa con esordio entro i primi 2 mesi di vita, l’associazione ad asma bronchiale e rinocongiuntivite allergica, una storia familiare di dermatite atopica.

L’**esatta epidemiologia in Italia non è del tutto chiarita**, ma la dermatite atopica nelle sue forme di varia gravità colpisce un numero significativo di persone, circa il 2-5% della popolazione in età adulta. Una recente indagine sui **centri di dermatologia italiani** ha individuato circa **30 mila pazienti seguiti in Italia**, di cui **7 mila pazienti affetti dalla forma grave della malattia**. Inoltre, appaiono frequenti anche in questa indagine, le comorbidità: soprattutto asma e rinocongiuntivite allergica - componenti della cosiddetta “marcia atopica” - ma anche altri problemi immunologici e metabolici.

**L’IMPATTO SULLA QUALITÀ DI VITA**

Nella dermatite atopica la **componente emotiva** gioca spesso un ruolo significativo, sia perché i fattori legati alla sfera psico-emozionale (lo stress in particolare) possono scatenare e peggiorare la malattia, sia perché gli stessi sintomi della malattia, come il **prurito intenso**, le **escoriazioni**, i **forti arrossamenti** della pelle, possono condizionare anche molto negativamente la vita personale e le relazioni sociali, con conseguenti ricadute sulla qualità della vita e quindi sulla sfera psicologica della persona che ne è affetta.

* + - *Il prurito associato alla DA è spesso così intenso da interferire con il sonno, le attività quotidiane, lo studio e le capacità lavorative.*
			* *Nello studio di Simpson et al. il* ***61% dei pazienti con DA moderata-grave ha riportato una severità del prurito intensa tale da essere insopportabile.***
			* *Nell’****86%*** *dei casi, i pazienti con DA grave hanno riportato sintomi di* ***prurito tutti i giorni****, di questi, il* ***63%*** *dei pazienti ha riportato sintomi di prurito* ***per almeno 12 ore al giorno****.*
			* *Il 36,1% dei pazienti ha dichiarato di avere* ***disturbi del sonno ogni notte***
			* ***Più del 50% degli adulti con DA ha riportato depressione e/o ansia, le percentuali maggiori sono state riscontrate nei pazienti con DA grave***

Molteplici sono le evidenze del pesante carico che la malattia rappresenta per i pazienti con dermatite atopica. Per esempio, è stato dimostrato che i pazienti con dermatite atopica hanno una maggiore probabilità rispetto a persone sane di essere disoccupati, con costi sociali notevoli. Questi sono ulteriormente incrementati se si pensa al fatto che circa la metà dei pazienti presenta problemi di **produttività lavorativa** o assenteismo proprio a causa dello stress correlato alla malattia. È anche importante notare che, a causa della **deprivazione di sonno per il prurito notturno**, i pazienti vanno più frequentemente incontro a incidenti di varia natura o infortuni lavorativi. In generale, soprattutto a causa del prurito persistente, della difficoltà a dormire e degli ovvi problemi estetici, ogni attività quotidiana è fortemente compromessa, anche familiare o ricreativa, e si registra anche un impatto decisivo sulla scelta dei percorsi di carriera o studio da parte dei pazienti, con importanti limitazioni.

**LE TERAPIE ATTUALI**

Le attuali terapie sono prevalentemente di natura topica e tendono a non interferire col meccanismo patogenetico di base della malattia. Nei casi più difficili è possibile utilizzare terapiesistemiche ad azione

immunosoppressiva. Tuttavia, in molti casi di natura da moderata a grave, continua a persistere una risposta non adeguata, con notevole impatto sulla qualità di vita dei pazienti.

Attualmente, alla base della terapia vi sono:

1. antinfiammatori e immunomodulatori topici: glucocorticoidi in pomata sono alla base della terapia topica (tuttavia il loro uso prolungato presenta diverse controindicazioni) oppure altri immunosoppressori in pomata;
2. farmaci immunomodulatori sistemici;
3. antistaminici orali: per calmare il prurito;
4. catrami e coloranti: efficaci ma il loro uso prolungato potrebbe provocare problemi alla cute;
5. cura della pelle secca con ricostituenti dermici idratanti
6. idroterapia e climaterapia (montagna/mare);

È anche consigliato evitare fattori scatenanti, ad esempio il contatto con acari, e adottare una dieta specifica in caso di allergie alimentari.

**REFERENZE BIBLIOGRAFICHE E SITI**

* De Bruin Weller MS, Rockmann H, Knulst AC, Bruijnzeel-Koomen CA. Evaluation   of the adult patient with atopic dermatitis. Clin Exp Allergy. 2013 Mar;43(3):279-91.
* Ellis CN, Mancini AJ, Paller AS, Simpson EL, Eichenfield LF. Understanding and managing atopic dermatitis in adult patients. Semin Cutan Med Surg. 2012 Sep;31(3 Suppl):S18-22.
* Simon D, Bieber T. Systemic therapy for atopic dermatitis. Allergy. 2014 Jan;69(1):46-55.
* Garritsen FM, Brouwer MW, Limpens J, Spuls PI. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with implications for practice and research. Br J Dermatol. 2014 Mar;170(3):501-13.
* Schmitt J, Schmitt N, Meurer M. Evaluation Cyclosporin in the treatment of patients with atopic eczema - a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007 May;21(5):606-19.
* Deo M, Yung A, Hill S, Rademaker M. Methotrexate for treatment of atopic dermatitis in children and adolescents. Int J Dermatol. 2014 Aug;53(8):1037-41.
* Whiteley J et al. Curr Med Res Opin 2016;1–7
* Simpson E et al. Chronicity, comorbidity, and life course impairment in atopic dermatitis: Insights from a cross-sectional study in US adults. EADV Annual Congress 2016.
* Simpson EL et al. J Am Acad Dermatol 2016;74:491–498.
* Darlenski et al. clinics in Dermatology, Atopic Dermatitis as a systemic disease. 2014, 32, 409-413.
* Carlo Gelmetti,Giampiero Girolomoni, Annalisa Patrizi, *Revisione critica di linee guida e raccomandazioni pratiche per la gestione dei pazienti con dermatite atopica*, 2016-2017, Pacini Editore.
* <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/it>
* http://www.atopici.it/forum/