

Perché nei bambini con Dermatite Atopica è importante utilizzare lo steroide topico in caso di riacutizzazione.

La Dermatite Atopica (DA) è una malattia infiammatoria cronicorecdivante della cute caratterizzata da xerosi, prurito, lesioni eritematose, erosioni/escoriazioni, essudazione superficiale con formazione di escare e nella fase cronica ispessimento della cute (lichenificazione). Con una prevalenza del 20%¹, rappresenta una delle patologie cutanee più frequenti in età pediatrica e può rendersi clinicamente evidente sin dai primi mesi di vita.

La fisiopatologia della DA è complessa e multifattoriale (fattori genetici, immunitari, infettivi e ambientali). I primi a sostenere che alla base dell'insorgenza della DA ci fosse un difetto della barriera cutanea furono Elias e Taieb nel 1999. L'alterazione della barriera cutanea si associa ad aumentata perdita transepidermica di acqua (Transepidermal Water Loss, TEWL) responsabile della cute secca, aumento della colonizzazione batterica (*Staphylococcus aureus*) e della penetrazione di microrganismi, allergeni ed irritanti.

Garantire l'integrità della barriera cutanea rappresenta uno degli obiettivi cardine della terapia della DA², la quale deve essere personalizzata in base all'età del soggetto, alla localizzazione e alla severità delle lesioni e allineata alle necessità ed aspettative del bambino e della sua famiglia³. Nei casi lievi e moderati, la terapia topica (emollienti e antinfiammatori) è sufficiente per un buon controllo della malattia, tuttavia la gestione terapeutica ottimale deve assicurare anche una corretta educazione e l'allontanamento dei fattori scatenanti.

Se l'uso sistematico di emollienti è fondamentale nel trattamento e nella prevenzione della DA, i corticosteroidi topici (CST) sono considerati (dalla sintesi dell'idrocortisone avvenuta negli anni cinquanta ad oggi) il fulcro del trattamento farmacologico della DA e di numerose malattie cutanee infiammatorie e spesso non possono essere sostituiti da altri composti. I CST sono suddivisi in 4 diversi gruppi in base alla potenza, il gruppo I ha potenza minore e il gruppo IV ha potenza maggiore² e sono disponibili in diverse formulazioni quali unguenti, creme, gel, lozioni, soluzioni, shampoo e schiume. Il veicolo e la formulazione determinano la potenza dei corticosteroidi topici. I preparati più potenti sono contenuti in veicoli molto grassi (unguenti) e quelli meno potenti in emulsioni olio in acqua (creme). Tutti i corticosteroidi sono efficaci per via topica.

La DA è altamente sensibile e responsiva ai corticosteroidi a bassa e media potenza. Nei bambini non è indicato l'uso di corticosteroidi potenti e superpotenti. I corticosteroidi più utilizzati sono il mometasone, il fluticasonepropionato ed il metilprednisoloneaceponato che sono efficaci e sicuri anche nella terapia proattiva. La scelta del CST deve considerare diversi fattori quali l'età del bambino, il tipo di lesione, la sede di applicazione, l'accettabilità del veicolo e la potenza del corticosteroide. Generalmente, nella fase acuta lo steroide topico può essere applicato più volte al giorno, mentre nella fase di mantenimento si preferisce la mono-somministrazione. Ciò permette di migliorare l'aderenza del paziente alla terapia e di ridurre il rischio di effetti collaterali.

La terapia va iniziata ai primi segni di peggioramento delle lesioni cutanee (arrossamento, escoriazione) e sospesa non appena la cute si sfiamma. Questo tipo di approccio (terapia proattiva) garantisce il miglior controllo delle lesioni con un minor consumo di crema al cortisone. I CST vanno applicati sulle lesioni in quantità adeguata, massaggiando delicatamente fino al completo assorbimento della crema. Attualmente per l'applicazione corretta dello steroide topico si fa riferimento alla cosiddetta "unità polpastrello (FTU, Finger Tip Unit)": una FTU (cioè la quantità di crema che copre l'ultima falange distale del dito indice di un adulto) è pari a 0,5 gr e serve a coprire una superficie cutanea corrispondente a due mani di un adulto, comprese le dita. La FTU equivale grossolanamente al 2% della superficie corporea. Nei bambini di età inferiore ai 3-5 anni la dose deve essere dimezzata. Spesso non viene data indicazione sulla quantità di farmaco da usare e i genitori applicano quantità troppo modeste per sortire effetti benefici, soprattutto a causa della diffusa "corticofobia". Nonostante negli ultimi anni siano state sviluppate nuove molecole con profili di sicurezza e di efficacia maggiori rispetto alle precedenti, si registra un aumento della paura dell'utilizzo dello steroide topico nella popolazione generale. Tale fenomeno sostenuto, dalla scarsa conoscenza sull'attività degli steroidi, dalle informazioni incomplete sulle modalità di applicazione e dalle notizie errate generate dai mass-media, porta alla riduzione dell'aderenza al trattamento e dell'efficacia della terapia consigliata.

Concludendo, i corticosteroidi topici sono farmaci antinfiammatori essenziali nel trattamento di diverse malattie infiammatorie cutanee come la DA. Se utilizzati in maniera adeguata, dopo una diagnosi corretta, la

scelta oculata sia della molecola steroidea che del veicolo considerando le caratteristiche dei diversi farmaci a disposizione e una corretta educazione al paziente, offrono senza dubbio una elevata sicurezza d'impiego ed efficacia nella DA.

Lucia Diaferio

BIBLIOGRAFIA

1. Eichenfield LF, Tom WL, 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;7:116-32.
2. Galli E, Neri I, Ricci G, et al. Consensus conference on clinical management of pediatric atopic dermatitis. *Ital J Pediatr* 2016;42:26.
3. Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W et al. S2k guideline on diagnosis and treatment of atopic dermatitis – short version. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016:92-105.