

## **Traitements topiques et photothérapie dans la dermatite atopique: Topical treatments and phototherapy in atopic dermatitis**

Darrigade AS. Traitements topiques et photothérapie dans la dermatite atopique: Topical treatments and phototherapy in atopic dermatitis. Ann Dermatol Venereol. 2019 Dec;146(12S3):12S85-12S95. French. doi: 10.1016/S0151-9638(20)30018-1. PMID: 31997737.

Recensione a cura di Gamberale Sara, specializzanda in Allergologia e Immunologia Clinica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

La dermatite atopica (DA) è una malattia cutanea infiammatoria cronica caratterizzata da riacutizzazioni ricorrenti, dovute a un'alterazione della barriera cutanea — spesso legata a mutazioni della filaggrina — e a una risposta immunitaria disfunzionale. Clinicamente si manifesta con eritema, vescicole, croste e soprattutto intenso prurito, che genera un circolo vizioso prurito-lesioni-peggioramento della qualità di vita. La DA rappresenta spesso la prima tappa della “marcia atopica”, la rottura della barriera cutanea infatti favorisce lo sviluppo di altri disturbi allergici nella prima infanzia: allergia alimentare, asma e rinite allergica; intervenire precocemente favorisce una minore evoluzione verso forme severe. Il trattamento mira a ripristinare la barriera cutanea e ridurre l'infiammazione, combinando norme igieniche, idratazione ed uso corretto dei topici.

La detersione deve evitare sostanze irritanti, in particolare il sodium lauryl sulfate, preferendo syndet, soluzioni acquose o oli non profumati. Nei lattanti sono consigliati bagni brevi, con acqua tiepida e, se necessario, bleach bath diluiti nei casi selezionati.

L'emolliente va applicato subito dopo il bagno e deve contenere umettanti (preferibilmente glicerolo) e agenti occlusivi come la vaselina: rappresenta un pilastro terapeutico, riducendo frequenza e intensità delle riacutizzazioni, diminuendo la dose di cortisone necessaria. L'uso quotidiano, 1–2 volte al giorno, è essenziale per l'efficacia, infatti nei neonati ad alto rischio riduce del 50% l'incidenza di DA, ma sono necessari quantitativi significativi (100–500 g/settimana a seconda dell'età), con impatto economico importante.

I trattamenti topici costituiscono la prima linea nelle riacutizzazioni: dermocorticoidi di classe II–III o inibitori della calcineurina (tacrolimus e pimecrolimus).

La potenza dei cortisonici va scelta in base a sede, età e gravità: molecole più forti sono riservate a aree lichenificate, nei bambini e sul volto si impiegano potenze moderate. I dermocorticoidi riducono rapidamente l'infiammazione ma possono causare effetti avversi locali (atrofia, teleangectasie, smagliature) o sistemici se usati impropriamente. L'applicazione segue uno schema d'attacco (1

volta/die fino a remissione) seguito da uno schema “proattivo” di mantenimento bisettimanale sulle aree colpite, associato all'uso continuativo di emollienti.

Gli IC rappresentano un'alternativa non cortisonica efficace, soprattutto per il mantenimento e per sedi delicate come volto e collo. Tacrolimus e pimecrolimus riducono l'infiammazione senza causare atrofia, motivo per cui sono preferiti per prescrizioni a lungo termine nelle palpebre, nella regione periorale e nelle zone genitale, ascellare o inguinale. Gli effetti avversi più comuni sono invece bruciore e pizzicore transitori e pur avendo ricevuto un “black box warning” dalla FDA per un rischio teorico di linfomi, gli studi clinici non hanno confermato un aumento reale di rischio.

Un'adeguata educazione terapeutica del paziente e dei caregiver è cruciale per migliorare aderenza, efficacia e ridurre corticofobia e uso scorretto dei trattamenti.

In caso di fallimento o risposta insufficiente alla terapia topica, quindi in seconda o terza linea, troviamo la fototerapia, infatti la maggior parte dei pazienti con DA migliora durante il periodo estivo: il 74% dei soggetti con DA lieve-moderata è completamente migliorato, il 16% parzialmente e solo il 9% non mostra modificazioni dell'intensità della DA, confermando la stagionalità di questa patologia. Inoltre, le vacanze al mare consentono un miglioramento significativamente maggiore rispetto alla montagna (risoluzione completa nel 91% vs 11%). L'elio-terapia naturale e la climatoterapia hanno quindi dimostrato efficacia nella DA. Tuttavia, tale effetto varia in funzione del luogo di residenza del paziente; per questo motivo si utilizza la fototerapia con raggi ultravioletti A (UVA) o B (UVB) come seconda linea dopo il fallimento delle cure locali. In fase acuta la fototerapia non è raccomandata o è limitata agli UVA1; invece, per le forme croniche, pruriginose e lichenificate, in pazienti che migliorano durante la stagione estiva, è indicata.