

DERMATITA ATOPICĂ

Dr. Irina-Cristina Ștefănescu
Dispensarul Apusului

Dermatita atopică (DA) este o afecțiune inflamatorie cutanată, cronică, cu evoluție ondulantă, ce debutează mai ales în primul an de viață, având localizări și aspecte clinice diferite, în funcție de vârsta pacientului și de stadiul evolutiv al bolii. Reprezintă expresia cutanată a atopiei (alături de rinita alergică și astmul bronșic).

Atopia este actual definită ca o hipersensibilitate familială a pielii și mucoaselor la factorii de mediu, asociată cu o producție crescută de IgE și/sau reactivitate farmacologică alterată.

Dermatita atopică este una dintre cele mai răspândite afecțiuni ale sugarului și copilului mic și este de reținut ca, la peste 60% dintre cazurile cu debut precoce, manifestările clinice persistă și după pubertate, iar la circa 20% și în viața adultă. D.A. poate avea și un debut clinic tardiv într-un procent mult mai mic dintre cazuri, situație în care semnele clinice caracteristice sunt remarcate abia după vârsta de 18-20 de ani.

Patogenia dermatitei atopice este multifactorială, având ca factori predominanți cel genetic, de mediu și un răspuns imun sensibilizat, care fiecare în parte, pe căi diferite, duce la modificarea permeabilității barierei cutanate și hiperreactivitate la stimulii inflamatori.

Numeroși factori de mediu pot modula sensibilizarea IgE-mediată față de alergeni, iritanți, bacterii, virusuri sau fungi. Există suspiciuni că prezența dermatitei atopice ar constitui factor de risc pentru apariția astmului infantil (o treime dintre copiii cu DA pot dezvolta astm bronșic sau rinita alergică.)

Este acceptată o clasificare a dermatitei atopice în D.A. *pură* – fără acuze respiratorii – și DA *mixtă* – care asociază și manifestări respiratorii ale atopiei. DA pură (numai cu manifestări cutanate), la rândul ei poate fi *intrinsecă* – cu nivelul IgE normal (10-45% din cazuri) – și *extrinsecă* – IgE totale crescute, IgE specifice crescute.

Dermatita atopică poate avea un impact sever asupra morbidității și calității vieții. Copiii pot fi afectați de prurit, privarea de somn asociată, stigmatul social al unei afecțiuni de piele vizibilă și

nevoia de a aplica permanent medicația topică și de a face vizite la medic. Alte probleme semnificative care apar la copiii cu dermatită atopică sunt legate de iritabilitate, oboseală în timpul zilei, dependența de corticoizi și schimbări de dispoziție.

În lipsa unei analize de laborator care să poată constitui un marker al bolii, diagnosticul de DA se face în principal clinic. Utile în practică sunt criteriile lui **Hanifin și Rajka**. Diagnosticul de D.A. se pune în prezența a cel puțin **trei criterii majore din patru**, și anume prurit, morfologie și distribuție specifică a leziunilor cutanate, evoluție cronică cu remisiune și recurență, istoric personal sau/și familial de DA, precum și **trei criterii minore**:

- pityriasis alba;
- faldurile infra-orbitale Dennie-Morgan;
- keratozis-ul pilar;
- debutul în copilărie;
- conjunctivita;
- faldurile la nivelul regiunii anterioare a gâtului;
- xerosis-ul;
- intoleranța la dulce;
- hiperlinearitatea palmară;
- creșterea IgE;
- intoleranța la lână;
- keratoconus-ul;
- reactivitate cutanată de tip I;
- intoleranța alimentară;
- cataracta subcapsulară anterioară;
- infecții cutanate;
- hiperpigmentare orbitală;
- perifoliculita;
- dermatita mâinii/piciorului;
- eritem/paloare facială;
- disregrări de răspuns la factorii de mediu;
- eczema unghiilor;
- dermografism alb și răspuns alb întârziat;
- ihtioza.

Principalii factori declanșatori ai puseului de DA (flare factors) sunt infecțiile, stress-ul, expunerea la alergeni, creșterea temperaturii ambiante, transpirația și iritanții de contact.

Diagnosticul diferențial în DA trebuie să aibă în vedere următoarele grupe de afecțiuni:

1. *Afecțiuni congenitale:*

- sindromul Netherton;
- keratosis-ul pilar, forma familială;

2. *Dermatoze cronice:*

- ichtioza;
- dermatita seboreică;
- dermatita de contact (iritativă sau alergică, frecvent asociate cu dermatita atopică);
- psoriazis-ul;

3. *Infecții și infestări:*

- sarcoptes scabiae;
- HIV;
- dermatofiți;

4. *Afecțiuni maligne:*

- limfomul cutanat cu celule T (sindromul Szezary sau mycosis fungoides);
- boala Letterer-Siwe.

5. *Boli autoimune:*

- dermatita herpetiformă;
- pemfigus;
- dermatomiozită;
- reacția grefă contra gazdă;

6. *Afecțiuni metabolice:*

- deficiența în Zinc;
- deficiența de pyridoxina și niacina;
- deficiența multiplă de carboxylază;
- phenylketonuria.

7. *Imunodeficiențe:*

- **sindromul Wiskott-Aldrich** (manifestare X-linkată, cu transmisie recesivă caracterizată pe lângă leziunile cutanate asemănătoare D.A prin infecții recurente severe, anormalități diferite de imunitate umorală și celulară și trombocitopenie);
- **sindromul de imunodeficiență severă combinată -SCIDX1, gc** (absența aproape totală atât a limfocitelor T cât și NK, cu păstrarea capacității de dezvoltare a limfocitelor B, implicând limfopenie <2000 elemente/ μ L, număr redus de limfocite circulante CD3+, valori aproape nedetectabile de imunoglobuline serice, răspuns proliferativ la mitogeni foarte redus sau absent, în asociere cu următoarele aspecte clinice: istoric familial x-linkat

de consanghinitate parentală, debut în primele 4-6 luni de viață, diaree severă, infecții respiratorii grave, candidoze, rash cutanat/eritrodermie);

- **sindromul Hiper IgE** (niveluri mari/foarte mari ale IgE, deficiențe în funcțiile limfocitelor T și B, infecții cutanate profunde/abcese) cu caracter recidivant, cauzate în special de *Staphylococcus aureus* și dermatofiți rezistenți la tratament);

Principalele **complicații** ale dermatitei atopice sunt infecțiile (bacteriene, fungice, virale), dermatita exfoliativă, complicațiile oculare (blefarita cronică, keratoconjunctivita atopică, cataractă), dezvoltarea în timp a unei dermatite cronice iritative nespecifice a mâinilor, precum și implicațiile psihologice datorită unei calități alterate a vieții.

Tratamentul dermatitei atopice ca și diagnosticul acesteia vor fi asigurate de o echipă multidisciplinară. Aceasta va include: pediatrul/medicul de familie, precum și alergologul-imunologul clinician și dermatologul, ale căror sfaturi sunt mai mult decât utile în formele de boală rezistente la tratament, ca și în cele complicate/asociate cu alte afecțiuni atopice sau dermatologice.

Tratamentul, individualizat pentru fiecare subiect afectat de D.A., va urmări:

- a) asigurarea hidratării cutanate;
- b) farmacoterapia (glucocorticoizi, inhibitorii de calcineurina, antihistaminice orale, iradierea cu UVB, antibioterapia topică și sistemică sau terapie antimicotică).
- c) identificarea și îndepărtarea, în măsura posibilului, a factorilor inductori ai sensibilizării, precum și a celor agravanți, astfel încât să poată fi realizate:
 - intervenția precoce, încă de la primele semne ale bolii;
 - remisiunea puseului acut;
 - menținerea remisiunii;
 - asigurarea profilaxiei trigger-ilor și a recăderilor (acutizărilor).

Deși standardizat, tratamentul D.A. se aplică în acord cu particularitățile evolutive individuale.