



Dermatite atopica con manifestazione di prurigo in gravidanza: descrizione di un caso clinico

Castello M., Berardi L., Vascellaro A., Vignini M., Mosca M., Antoninetti M.

*Clinica Dermatologica, Università degli Studi di Pavia, Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo, Pavia, Italia*

INTRODUZIONE

La dermatite atopica (eczema atopico, eczema allergico costituzionale, prurigo di Besnier) è una dermatosi infiammatoria ad evoluzione cronicorecidivante con aspetti clinico-morfologici e di distribuzione topografica caratteristici per ogni singola età.

La prevalenza va dal 10-15% della popolazione generale; nel 70% dei casi l'esordio avviene entro i 5 anni, con rapporto M:F di 1: 1,5 e con persistenza di malattia in adolescenza dell' 82% ed oltre i 22 anni del 72% [1].

L'eziologia è multifattoriale in quanto è determinata sia da fattori genetici (predisponenti) [2] che da fattori ambientali (scatenanti). Il meccanismo fisiopatologico alla base della patologia risulta duplice: da un lato l'alterazione dei lipidi dello Strato Corneo (ceramidi) con conseguente alterazione della permeabilità che comporta clinicamente la comparsa di

xerosi cutanea e desquamazione; dall'altro lato si assiste ad uno squilibrio immunologico tra i linfociti Th1/Th2 a favore dei Th2 (IL-4, IL-5, IL-13) con conseguente innalzamento dei livelli di IgE totali e specifiche [3].

Si accompagna a prurito intenso in pazienti con storia personale o familiare di atopica (50-70% un parente atopico); inoltre si associa in un'elevata percentuale dei casi a manifestazioni atopiche extracutanee quali rinocongiuntiviti ed asma.

L'esordio avviene per lo più in età infantile dove le lesioni assumono un aspetto eczematoso e sono prevalentemente localizzate al volto, ma anche al tronco e agli arti; quando esordisce in età adolescenziale si accompagna sempre ad intensa sintomatologia pruriginosa, assume aspetto lichenificato e si localizza elettivamente alle pieghe del gomito e del ginocchio.

La terapia si avvale di farmaci topici e di farmaci sistemici. Tra i farmaci topici ricordiamo quelli capaci di controllare l'infiammazione quali i corticosteroidi e gli inibitori della calcineurina [4]; questi ultimi sono da preferire nei trattamenti a lungo termine in quanto si sono rivelati molto efficaci ed inoltre privi degli effetti collaterali che l'uso protratto dei cortisonici topici può dare. Importante risulta anche l'uso di emollienti topici capaci di controllare la xerosi cutanea e di migliorare la sintomatologia.

Tra i farmaci sistemici ricordiamo gli antistaminici i quali non hanno effetto a lungo termine sulla prevenzione delle crisi di dermatite atopica, ma sono utili se usati per brevi cicli in caso di prurito intenso [5]. Altre terapie sistemiche che è possibile effettuare sono la fototerapia (PUVA, UVA1, UVB-nb) e la ciclosporina per i suoi effetti immuno-modulanti ed anti-infiammatori con rapida risposta sul prurito e sulla qualità della vita.

CASO CLINICO

È giunta alla nostra osservazione una donna ucraina di 29 anni alla 28esima settimana di gestazione presentatasi in P.S. per una grave riacutizzazione di dermatite atopica conseguente all'interruzione della terapia allergologica alla scoperta della gravidanza.

La paziente riferiva già all'età di 1 anno la comparsa di bronchite asmatica trattata per 6 mesi con cicli di antibiotici fino alla diagnosi di asma allergico dopo esecuzione dei test allergologici risultati positivi per gli acari della polvere. Successivamente, all'età di 6 anni, riferisce la comparsa di dermatite atopica, con riduzione degli episodi asmatici e persistenza della rinite. Dai 15 ai 18 anni la donna aveva eseguito una vaccino terapia per acari ed altri allergeni non specificati; riferiva inoltre di aver effettuato una dieta ipoallergenica con miglioramento della dermatite. La remissione si mantiene fino all'età di 27 anni quando giunta in Italia assiste ad un peggioramento della dermatite con ripresa della sintomatologia respiratoria; la paziente, riconoscendo la sintomatologia, si cura da sola con antistaminici, cortisonici topici e per via inalatoria al bisogno, con miglioramento della sintomatologia in particolare nel periodo estivo. Alla scoperta della gravidanza la donna aveva sospeso la terapia con ulteriore peggioramento della dermatite.

È ormai noto che la dermatite atopica è una delle dermatosi influenzate dalla gravidanza in modo variabile e imprevedibile; infatti durante la gravidanza ci può essere sia un miglioramento che un peggioramento. Questo fatto non deve spaventare, ma occorre agire tempestivamente scegliendo la terapia migliore.

I farmaci sistemici utilizzabili in gravidanza senza rischio certo per il feto sono pochi. I più utilizzati, quali i corticosteroidi e gli inibitori della calcineurina, sono farmaci di cui non si conosce il rischio fetale umano in quanto gli effetti

sugli studi animali danno risultati variabili; per tale motivo il loro uso rimane estremamente limitato in gravidanza. Viceversa molto usati sono gli antistaminici per i quali non è stato evidenziato nessun rischio fetale umano.

La terapia topica resta la prima scelta nella cura di patologie dermatologiche in gravidanza.

Nel nostro caso, a causa dello stato avanzato della gravidanza e per problemi logistici si è optato per una terapia topica domiciliare con visite di controllo ogni 10 giorni: betametasone valerato crema (classe IV) diluito in ossido di zinco (10/100) al corpo e *tacrolimus* unguento 0.1% 1 volta al *die* per 7 giorni al volto. La paziente effettuava inoltre una terapia sistemica con antistaminici (loratadina) 1 cp/die per 15 giorni.

Al controllo il quadro clinico cutaneo era notevolmente migliorato con risoluzione delle lesioni già presenti, riduzione del prurito e mancata comparsa di nuove lesioni.

DISCUSSIONE

La dermatite atopica è una patologia estremamente comune nella popolazione generale, che insorge più tipicamente in età infantile in soggetti predisposti; la storia naturale di questa patologia si caratterizza per la presenza di recidive legate a fattori scatenanti diversi a seconda dell'eziologia e dell'età del paziente con assunzione di un andamento cronico-recidivante della patologia.

È ormai nota l'influenza che il ciclo ormonale femminile ha su numerose affezioni cutanee. La gravidanza influenza in maniera variabile ed imprevedibile la dermatite atopica potendo subire questa dei miglioramenti o dei peggioramenti.

Quando si assiste ad un peggioramento il problema principale è la scelta terapeutica essendo molti dei farmaci utilizzati rischiosi per il feto. Per tale motivo si preferisce utilizzare terapie topiche come farmaci di prima scelta e se necessario si può ricorrere all'utilizzo di antistaminici.

Nel nostro caso la terapia topica con cortisone e *tacrolimus* topici in associazione con un antistaminico *per os* ha permesso la guarigione delle lesioni presenti, la scomparsa della sintomatologia pruriginosa e ha consentito la mancata comparsa di nuove lesioni.

RIASSUNTO

Riportiamo il caso di una donna di 29 anni affetta da dermatite atopica che presentava un peggioramento del quadro clinico a seguito della sospensione della terapia dopo la scoperta di una gravidanza. Durante la gravidanza si può assistere a variazioni dell'andamento della patologia; se la gravidanza influenza negativamente sulla patologia occorre effettuare una terapia senza danneggiare il feto. Per tale motivo si preferisce somministrare farmaci topici come prima scelta e se necessario si ricorre all'utilizzo di antistaminici per via sistemica.

SUMMARY

We report a case of a 29 years old woman affected by atopic dermatitis who presented a worsening of the clinical after discontinuation of therapy after discovering she is pregnant. During the pregnancy you can attend to changes of evolution of disease; if we assist with worsening should be a therapy without adversely affecting the fetus. So is preferable to administer topical medications as first choice; if necessary you can administer systemic antihistamines.

BIBLIOGRAFIA

1. Ozkaya E. Adult-onset atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:579-582
2. Schmid-Grendelmeier P, Simon D, Simon HU et al. Epidemiology, clinical features and immunology of the “intrinsic” (non -IgE-mediated) type of atopic dermatitis (constitutional dermatitis). *Allergy* 2001;56:841-849
3. Novak N, Bicher T, Leung DY. Immune mechanisms leading to atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*; 2003;112(suppl.1):S128-139
4. Hauk PG, Leung DYM. Tacrolimus (FK506): new treatment approach in superantigen-associated disease like atopic dermatitis?. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:391-392
5. Klein PA, Clark RA. An evidence-based review of the efficacy of antihistamines in relieving pruritus in atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1999;135:1522-1525