

Η αντιμετώπιση της Ατοπικής Δερματίτιδας στα παιδιά

Μανθούλα Βαλάρη

Διευθύντρια τμήματος Παιδιατρικής Δερματολογίας

Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή

Η ατοπική δερματίτιδα είναι μία χρόνια κνησμώδης δερματοπάθεια που προσβάλλει άτομα με γενετική προδιάθεση. Στην οξεία φάση της χαρακτηρίζεται από ερύθημα, οίδημα, ορορροή και εφελκίδες ενώ στη χρόνια το δέρμα είναι λειχνοποιημένο. *Ατοπικό έκζεμα* και *ατοπική δερματίτιδα* είναι όροι συνώνυμοι.

Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Η ατοπική δερματίτιδα είναι η πιο συχνή δερματοπάθεια της παιδικής ηλικίας. Μελέτες από βιομηχανικές χώρες αναφέρουν ότι η συχνότητα της ατοπικής δερματίτιδας στα παιδιά κυμαίνεται από 5% έως και 20%. Περίπου το 60% των παιδιών με ατοπική δερματίτιδα εκδηλώνουν τη νόσο κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής τους και το 85% μέχρι την ηλικία των 5 ετών.

Παθογένεια

Η αιτιολογία της ατοπικής δερματίτιδας θεωρείται ότι είναι σύμπλεγμα αλληλεπίδρασης γενετικής ευαισθησίας, ανοσολογικής διαταραχής και δυσλειτουργίας του φραγμού της επιδερμίδας. Η ατοπία και η ατοπική δερματίτιδα φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής κληρονομικότητας με αλληλεπίδραση κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η ξηροδερμία, σε ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα, οφείλεται στη διαταραχή του λειτουργικού φραγμού του δέρματος με αποτέλεσμα τη διαδερμική απώλεια νερού. Αυτή η ξηρότητα εκθέτει το υποκείμενο δέρμα σε

διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως, ερεθιστικές ουσίες (σαπούνια, σαμπουάν απορρυπαντικά, επαφή με νάιλον και μάλλινα), κλίμα (χειμώνας και χαμηλή υγρασία), άγχος, τροφικά αλλεργιογόνα (αυγά, γάλα, ξηροί καρποί, ψάρι και δημητριακά), εισπνεόμενα αλλεργιογόνα (άκαρι της οικιακής σκόνης, γρασίδι, τρίχωμα από κατοικίδια ζώα), μικρόβια (χρυσίζων σταφυλόκοκκος, πιτυρόσπορο), οι οποίοι προκαλούν έξαρση της νόσου. Η πλειοψηφία των παιδιών, με ήπιας ή μέτριας βαρύτητας ατοπική δερματίτιδα, δεν έχουν κλινικά σχετικές αλλεργίες. Μερικές περιπτώσεις ασθενών με βαριά ατοπική δερματίτιδα, που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία, θα πρέπει να ελέγχονται για αλλεργιογόνα.

Αντιμετώπιση της Ατοπικής Δερματίτιδας

Η ατοπική δερματίτιδα είναι μία χρόνια νόσος και η επιτυχής θεραπεία της περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των επεισοδίων έξαρσης, με σκοπό τη μείωση της φλεγμονής και του κνησμού, και την πρόληψη των εξάρσεων, με τη σωστή φροντίδα του δέρματος και την αποφυγή των παραγόντων επιδείνωσης.

Φαρμακευτική θεραπεία της οξείας μορφής της Ατοπικής Δερματίτιδας

Δύο μεγάλες κατηγορίες θεραπευτικών παραγόντων χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ατοπικής δερματίτιδας, που είναι τα τοπικά κορτικοστεροειδή και οι τοπικοί αναστολείς της καλσινευρίνης. Και οι δυο κατηγορίες των παραγόντων αναστέλλουν τη συνοδό φλεγμονώδη αντίδραση μέσα από διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης.

Τοπικά κορτικοστεροειδή

Τα τοπικά στεροειδή είναι η επικρατούσα θεραπεία της ατοπικής δερματίτιδας για περισσότερο από 4 δεκαετίες, παρέχοντας αποτελεσματικό έλεγχο των εξάρσεων. Τα ισχυρά στεροειδή πρέπει να αποφεύγονται στα βρέφη και δεν πρέπει να εφαρμόζονται στο πρόσωπο και την περιγεννητική περιοχή. Όταν γίνεται λογική χρήση, οι παρενέργειες των τοπικών στεροειδών

στα παιδιά, τοπικές ή από τη συστηματική απορρόφηση, είναι ελάχιστες, με συχνότερη την ανεπαρκή πρόσληψη ύψους (χαμηλό ανάστημα).

Τοπικοί αναστολείς της καλσινευρίνης

Οι δύο (2) αναστολείς της καλσινευρίνης, tacrolimus και pimecrolimus, είναι μια εναλλακτική θεραπεία, στη θεραπεία με τα τοπικά κορτικοστεροειδή. Έχουν εγκριθεί από το FDA σαν *δεύτερης γραμμής* παράγοντες για βραχυχρόνια και όχι μακροχρόνια θεραπεία της μέτριας και βαριάς μορφής ατοπικής δερματίτιδας, σε μη ανοσοκατασταλμένους ασθενείς ηλικίας άνω των 2 ετών. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του tacrolimus και pimecrolimus έχει καταδειχθεί σε πολλές μικρής διάρκειας (έως 6 εβδομάδες) αλλά και μακροχρόνιες (έως 2 έτη) κλινικές μελέτες. Οι τοπικοί αναστολείς της καλσινευρίνης είναι χρήσιμοι για ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα, στους οποίους η νόσος επιμένει ή παρουσιάζει συχνές εξάρσεις. Επίσης, εφαρμόζονται σε ασθενείς που πάσχουν σε ευαίσθητες δερματικές περιοχές, όπως γύρω από τα μάτια, πρόσωπο, τράχηλο και περιγεννητική περιοχή. Ασθενείς που εμφανίζουν υποτροπή μετά τη διακοπή ή τη μείωση των τοπικών στεροειδών μπορεί να ωφεληθούν με τη μετάβαση σε θεραπεία με τοπικούς αναστολές της καλσινευρίνης.

Αντιισταμινικά

Εάν το παιδί κοιμάται λίγο και έχει έντονο κνησμό, τα παλαιότερα αντιισταμινικά που προκαλούν υπνηλία, όπως η Hydroxyzine, χορηγούνται 1 ώρα προ του ύπνου. Αντιισταμινικά νεότερης γενιάς όπως η Levocetirizine μπορεί να χορηγηθούν σε μεγάλα παιδιά.

Αντιμικροβιακή θεραπεία

Οι ασθενείς που πάσχουν από ατοπική δερματίτιδα παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευπάθεια σε δευτερογενείς μικροβιακές ή ιογενείς λοιμώξεις του δέρματος, πιθανόν λόγω της καταστροφής της ακεραιότητάς του και της υποκείμενης ανοσολογικής δυσλειτουργίας.

Η πιο συχνή επιπλοκή της ατοπικής δερματίτιδας στα παιδιά είναι η λοίμωξη με *S aureus*. Αποικισμός του δέρματος με *S aureus* υπάρχει στο 90%

των ασθενών με ενεργή νόσο. Ξαφνική επιδείνωση της ατοπικής δερματίτιδας, που εκδηλώνεται με την εμφάνιση ορορροής, εφελκίδων ή φλυκταινιδίων, είναι ένδειξη λοίμωξης με *S aureus* όμως συστηματική προσβολή και μικροβιαμία είναι ασυνήθης.

Εάν υπάρχει μικροβιακή επιμόλυνση, ενδείκνυται συνήθως η συστηματική χορήγηση αντιβιοτικού, στο οποίο να είναι ευαίσθητος ο σταφυλόκοκκος για 7 έως 14 ημέρες. Σε μία πρόσφατη μελέτη βρήκαμε ότι περίπου το 88% των σταφυλόκοκκων, που απομονώθηκαν από παιδιά με δερματικές λοιμώξεις, ήταν ανθεκτικοί στην πενικιλίνη, 10% στην οξακιλλίνη (μεθικιλίνη), 8% στην ερυθρομυκίνη, 4% στην κλινταμυκίνη και 2% στο φουσιδικό οξύ. Αντιβιοτικά δραστικά, κυρίως εναντίον του χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου, μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης ανθεκτικών μικροβίων. Εάν η λοίμωξη είναι εντοπισμένη, ενδείκνυται και είναι αποτελεσματική η θεραπεία με τοπικά αντιβιοτικά σε μορφή κρέμας, όπως το φουσιδικό οξύ.

Παιδιά με ενεργό ατοπική δερματίτιδα, όταν μολυνθούν με τον ιό του απλού έρπητα, μπορεί να αναπτύξουν ένα εκτεταμένο φλυκταινώδες εξάνθημα, γνωστό σαν ερπητικό έκζεμα, μια κατάσταση που σπάνια μπορεί να απειλήσει τη ζωή του ασθενούς. Το εξάνθημα χαρακτηρίζεται από μεγάλες ομφαλωτές φουσαλίδες, που αργότερα γίνονται φλύκταινες. Πριν την έναρξη της θεραπείας, η ερπητική λοίμωξη θα πρέπει να επιβεβαιώνεται εργαστηριακά και αντιϊκή θεραπεία θα πρέπει να ξεκινά το συντομότερο δυνατόν.

Οι μυρμηκίες και η μολυσματική τέρμινθος είναι επίσης συχνές λοιμώξεις σε παιδιά με ατοπική δερματίτιδα.

Φροντίδα του δέρματος

Βασικό μέρος κάθε θεραπείας είναι η σωστή φροντίδα του δέρματος. Συνιστάται μπάνιο καθημερινά σε χλιαρό νερό με την προσθήκη ειδικού λαδιού μπάνιου. Ενυδατικές κρέμες συνιστάται να εφαρμόζονται 2 έως 3 φορές ημερησίως, για να διατηρείται το ξηρό δέρμα μαλακό. Οι λοσιόν δεν

προσφέρουν ικανοποιητική ενυδάτωση ενώ οι αλοιφές μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό και δεν είναι ανεκτές σε ζεστά κλίματα.

Αποφυγή περιβαλλοντικών παραγόντων που προκαλούν έξαρση της ατοπικής δερματίτιδας.

Ερεθιστικές ουσίες, όπως, ζεστό νερό, σαπούνια, σαμπουάν, αφρόλουτρα, απορρυπαντικά, απολυμαντικά, καθώς και η άμεση επαφή με μάλλινα, νάιλον, στενά ρούχα πρέπει να αποφεύγονται. Επίσης πρέπει να γίνεται προσπάθεια καθαρισμού του περιβάλλοντος από τα εισπνεόμενα αλλεργιογόνα, όπως απομάκρυνση της σκόνης, αποφυγή του καπνίσματος και απομάκρυνση των κατοικίδιων ζώων από το σπίτι.

Η αποφυγή αλλεργιογόνων τροφών στα βρέφη με παράταση του θηλασμού και καθυστέρηση της έναρξης χορήγησης στερεών τροφών, μπορεί να καθυστερήσει ελαφρώς την έναρξη της ατοπικής δερματίτιδας, αλλά δεν προλαβαίνει την επακόλουθη ανάπτυξη της.

Τον Ιανουάριο του 2008 η American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition and Section on Allergy and Immunology δημοσίευσε νέες οδηγίες για το θηλασμό που αντικατέστησαν τις προηγούμενες. Η επιτροπή αναφέρει ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις που να υποστηρίζουν ότι οι διαιτητικοί περιορισμοί της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του θηλασμού έχουν σημαντικό ρόλο στην ατοπική δερματίτιδα. Η επιτροπή επίσης αναφέρει ότι για τα βρέφη που είναι υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ατοπικής νόσου, ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για τουλάχιστον 4 μήνες (συγκρινόμενος με τα γάλατα αγελάδας για βρέφη) μειώνει τη συχνότητα της ατοπικής δερματίτιδας τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής. Αποκλειστικός θηλασμός πέραν αυτής της χρονικής περιόδου δεν φαίνεται να έχει επιπρόσθετο όφελος στη συχνότητα της ατοπικής δερματίτιδας.

Επίσης η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition and Section on Allergy and Immunology) δημοσίευσε οδηγίες το 2008, στις οποίες αναφέρεται ότι δεν υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η καθυστερημένη έναρξης χορήγησης στερεών

τροφών πέραν της ηλικίας των 4 έως και 6 μηνών έχει σημαντική προστατευτική επίδραση στην ανάπτυξη ατοπικής νόσου.

Εκπαίδευση ασθενούς και γονέων

Σημαντικό μέρος της αντιμετώπισης είναι να καταλάβουν οι γονείς, ότι η ατοπική δερματίτιδα, είναι μία χρόνια νόσος και ότι τα συμπτώματα τις περισσότερες φορές μπορεί να ελεγχθούν με την σωστή θεραπευτική φροντίδα του δέρματος. Η εκπαίδευση ασθενούς και γονέων του και η καλή επικοινωνία ιατρού - ασθενούς αποτελούν το κλειδί της αποτελεσματικής αντιμετώπισης της ατοπικής δερματίτιδας.