



DERMATITA ATOPICĂ LA COPIL

Dermatita atopică (DA) este o maladie cronică alergică, ce se dezvoltă la persoanele cu predispunere ereditară către atopie, are o evoluție recidivantă cu un șir de particularități clinice de vîrstă și se manifestă prin erupții exsudative și/sau lichenoidale, nivel înalt de IgE serică și hipersensibilitate către iritații specifice (alergice) și nespecifice.

Codul bolii (CIM 10): L20
L 20.0 Dermatitis atopică
L 20.8 Alte dermatite atopice
L 20.9 Dermatitis atopică neconcretizată

Clasificarea clinică

În funcție de vîrstă

- DA infantilă (pînă la 2 ani).
- DA a copilului (pînă la 12 ani).
- DA a adolescentului (după 12 ani).

În funcție de suprafața afectată

- Forma localizată**, cînd suprafața afectării constituie mai puțin de 5% din țesutul tegumentar.
- Forma răspîndită**, cînd suprafața afectării se extinde de la 5% la 50% din țesutul tegumentar.
- Forma difuză**, cînd suprafața afectării depășește 50% din totalul țesutului tegumentar.

În funcție de stadiul maladiei

- Stadiul acut** (eritem, papulă, veziculă, erozie, cojițe, excoriație).
- Stadiul subacut** (papulă, excoriație, lichenificare).
- Stadiul cronic (lichenificare, papule fibrinoase).

În funcție de severitate

- Evoluție lejeră** (hiperemie, exsudație și excoriație neînsemnată a pielii (suprafață < 5%); papule, vezicule unice; prurit ușor ce nu afectează somnul copilului; limfadenopatie neînsemnată; nu mai mult de 2 acutizări per an).
- Evoluție grav-medie** (ragaje, cojițe hemoragice; suprafața afectării pînă la 50%; prurit care afectează somnul copilului; limfadenopatie moderată; nu mai mult de 4 acutizări per an).
- Evoluție severă** (focare masive de exsudație sau lichenificare, pe suprafața > 50%; eroziuni, fisuri, cruste hemoragice; prurit marcant, paroxismal; inverse a somnului; limfadenopatie marcantă; mai mult de 4 acutizări per an).

Profilaxia primară

Profilaxia primară include un șir de măsuri ce au drept scop prevenirea apariției DA la copiii cu predispunere ereditară către maladiile atopice.

Consilierea părinților privind:

- Evitarea tabagismului în perioada sarcinii.
- Evitarea tabagismului pasiv la copiii mici (în special, mama fumătoare) și evitarea tabagismului activ la adolescenți.
- Îmbogățirea rației alimentare a mamei în timpul sarcinii.
- Alăptarea la sîn.
- Reducerea poluării locuințelor.
- Prevenirea infecțiilor respiratorii virale acute și a altor maladii infecțioase la copil.
- Prevenirea sensibilizării alergice (atopiei, ce probabil deține cel mai important rol în dezvoltarea DA) în perioada pre- și postnatală.

Profilaxia secundară

Profilaxia secundară este efectuată copiilor sensibilizați (IgE înalt, alte maladii alergice) și are drept scop preîntîmpinarea dezvoltării DA.

- Evitarea contactului cu alergenul (alergenele) cauzal, după posibilități.
- Respectarea de către mamă a unui regim alimentar hipoalergic în perioada alăptării.
- Îmbogățirea rației alimentare a mamei în timpul lactației, cît și a rației copilului în primele 6 luni de viață cu *Lactobacillus* spp.
- Folosirea amestecurilor hipoalergice, în caz de imposibilitate a alimentației naturale în primele luni de viață.

Factorii de risc

- Contactul cu animalele cu blană.
- Fumul de țigară.
- Contactul cu substanțele chimice casnice, poluante.
- Contactul cu polenul și mușcagul din exterior.
- Alimentația artificială precoce, dereglările în alimentație.
- Antibioticoterapia în timpul sarcinii, lactației, cît și terapia cu antibiotice în perioada de sugar a copilului.
- Carențele în îngrijirea pielii.
- Maladiile respiratorii frecvente.
- Dereglările funcționale ale tractului digestiv.

Manifestările clinice

Manifestări comune:

- Prurit.
- Morfologie și localizare tipică.
- Debut precoce al bolii.
- Evoluție cronică cu recidive.
- Antecedente familiale sau personale de atopie.

Manifestări frecvente (observate în majoritatea cazurilor):

- Infecții cutanate.
- Nivel crescut de IgE serică.
- Dermatită nespecifică pe mîini și pe picioare.
- Rezultate pozitive la testele alergologice cutanate.
- Xeroză cutanată.
- Hiperpigmentare periorbitală.

Manifestări ocazionale (nespecifice)

- Eritem facial.
- Intoleranță la unele alimente.
- Ihtioză.
- Pliu infraorbital Dennie Morgan.
- Keratocon.
- Eczemă a mamelonului.
- Pitiriazis alba.
- Conjunctivită recurentă.
- Intoleranță la lînă.
- Prurit la transpirație.

Notă: Diagnosticul necesită trei manifestări comune și alte trei manifestări frecvente sau ocazionale.

Examenul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui

Tratamentul

Tratamentul nemedicamentos

- Modificarea stilului de viață, permite evitarea acutizărilor și menținerea controlului adecvat al DA.
- Asistență educațională pacientului și familiei acestuia.
- Controlul mediului.
- Dieta de eliminare.

Tratamentul medicamentos

DA, fiind o maladie cronică, necesită tratament atît în perioada de acutizare, cît și în perioada de remisiune.

Scopul terapiei - diminuarea manifestărilor clinice ale maladiei, micșorarea frecvenței acutizărilor, ameliorarea calității vieții pacientului, prevenirea complicațiilor infecțioase.

Tratamentul

Principiile generale de tratament medicamentos în DA

- Tratamentul topic este un compartiment obligatoriu și important al terapiei complexe a DA.
- GCST sunt remediile de primă linie în tratamentul acutizărilor DA.
- GCST prezintă medicația de start a DA cu evoluție grav-medie și gravă.
- În caz de complicații infecțioase sunt indicate preparatele combinate de uz topic – cu conținut de glucocorticosteroizi, antibiotice și antimicotice.
- Inhibitorii de calciuneurină se folosesc în formele leger sau grav-medii, sau în ameliorarea stării (după tratamentul cu GCST) în formele severe de DA.
- Preparatele antiinflamatoare fără conținut de glucocorticosteroizi anterior folosite (dohot, naftalană, ihtiol), la moment, din cauza eficacității reduse și capacității înalte de fotosensibilizare a pielii, practic nu se folosesc.
- Remediile emoliente se folosesc în mod obligatoriu în terapia DA pentru ameliorarea funcției de barieră a dermei și pentru restituirea stratului lipidic epidermal.
- Terapia antihistaminică sistemică, atât cu remedii sedative, cât și nonsedative, este terapia de bază a DA.
- Tratamentul antibacterian sistemic e indicat doar pacienților cu infecții bacteriene dermice grave, însoțite de febră, intoxicație, dereglări ale stării generale.

Forme severe de DA,
ce nu cedează la tratament

Manifestări moderate
sau exprimate ale DA

Manifestări leger sau
moderate ale DA

Xeroză dermică

Curățarea pielii

Intensitatea

Terapia în trepte a DA la copii

TREAPTA IV

TREAPTA III

TREAPTA II

TREAPTA I

Eliminarea triggerilor, imunosupresori sistemici, GCST, antihistaminice sistemice de generația 2, fototerapie (copii >12 ani).

Eliminarea triggerilor, antihistaminice sistemice de generația 2, GCST cu potență medie și mare (linia 1), la stabilizare (diminuarea simptomelor) - inhibitori ai calciuneurinei (linia 2).

Eliminarea triggerilor, antihistaminice sistemice de generația 2, GCST cu potență scăzută și medie (linia 1), inhibitori ai calciuneurinei (linia 2).

Terapia de bază: eliminarea triggerilor, remedii emoliente, hidratante.



Notă: Dacă tratamentul conform treptei II nu asigură controlul DA, este necesară intensificarea activității terapiei cu trecerea la treapta III. Terapia de treptele III-IV se indică de medicul alergolog/dermatolog și se efectuează sub supravegherea permanentă a medicului de familie și sub supravegherea periodică a specialistului.

Remediile emoliente

Acest grup de remedii include preparate tradițional folosite (Lanolină, Dexapantenol) și cosmetice curative contemporane (Pirocton olamină cu zinc, etc.).

Regulile de administrare:

- Se folosesc zilnic, nu mai puțin de 2 ori pe zi.
- Se administrează în ansamblu cu GCST și cu inhibitorii de calciuneurină și în perioada de remisiune, în lipsa simptomelor bolii.
- Pentru evitarea tahifilaxiei este necesară substituirea preparatelor în fiecare 3-4 săptămâni.

Imunomodulatorii de uz topic (inhibitorii de calciuneurină)

Inhibitorii de calciuneurină - medicație antiinflamatoare nonsteroidă (cremă 1% Pimecrolimus).

Regulile de administrare:

- Se administrează copiilor > 3 luni.
- Se aplică pe orice porțiuni ale pielii.
- Se indică în DA lejeră și medie severă sau la ameliorarea stării (după finalizarea curei de GCST) în DA severă.
- Riscul dezvoltării infecției secundare a pielii este mai scăzut la pacienții tratați cu Pimecrolimus, comparativ cu pacienții tratați cu GCST.
- Pacienților care administrează Pimecrolimus li se recomandă minimizarea expunerii la razele solare.

Remediile antihistaminice folosite în terapia DA la copii

		Vîrsta copilului (în ani)														
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	>12	
Remediile de generația 1 (sedative)																
Dimetinden	picături 0,1%-20 ml	3-10 pic. x 3 ori	10-15 pic. x 3 ori			15-20 pic x 3 ori										
Hifenadin	compr. 10 mg; 25 mg	—	5 mg x 2-3 ori			10 mg x 2-3 ori				10-15 mg x 2-3 ori				25 mg x 2-3 ori		
Clemastin	compr. 1 mg; fiole 1 mg/ml	—	0,25 mg x 2 ori						0,5 mg x 2 ori						1 mg x 2 ori	
Cloropiramin	compr. 25 mg	3-10 mg x 2-3 ori	5-15 mg x 2-3 ori						15-25 mg x 2-3 ori						ca la maturi	
Cloropiramin	fiole 2% 1-2 ml	i/m – 0,5-1,0 mg/kg; i/v – 1/3 din doză i/m														
Cyproheptadin	compr. 4 mg; sirop 0,4 mg/ml – 100 ml	de la 6 luni: 0,4 mg/kg x 3 ori	6 mg/zi						12 mg/zi				ca la maturi			
Remediile de generația 2 (nonsedative)																
Loratadin	compr. 10 mg;susp. 5 mg/5 ml - 120 ml	—	< 30 kg – 5 mg x 1 dată;						> 30 kg – 10 mg x 1 dată						10 mg x 1 dată	
Dezloratadin	compr. 5 mg	—						2,5 mg x 1 dată						5 mg x 1 dată		
Dezloratadin	sirop 0,5 mg/ml - 100 ml	de la 6 luni: 2 ml x 1 dată	2,5 ml x 1 dată						5 mg x 1 dată				10 mg x 1 dată			
Cetirizin	compr. 10 mg	—						10 mg x 1 dată						10 mg x 1 dată		
Cetirizin	picături 10 mg/10 ml (1 ml = 20 pic)	de la 6 luni: 5 pic. x 1 dată	5 pic. x 2 ori		5 pic. x 2 ori sau 10 pic. x 1 dată				20 pic. x 1 dată							
Levocetirizin	compr. 5 mg; picături 5 mg/20 ml (1 ml = 20 pic)	—		5 pic. x 2 ori				20 pic. x 1 dată sau 1 compr. X 1 dată						120-180 mg x 1 dată		
Fexofenadin	compr. 30 mg; 120 mg; 180 mg	—						30 mg x 2 ori						120-180 mg x 1 dată		

Referirea la specialist

- Necesitatea confirmării diagnosticului (cazurile atipice ale maladiei).
- Necesitatea examinării specifice aprofundate.
- Ineficiența medicației administrate (cazurile torpide la terapia standard indicată).

Criteriile de spitalizare

- Acutizarea DA, însoțită de dereglări ale stării generale.
- Procesul dermic răspîndit, însoțit de infecție secundară (bacteriană, herpetică).
- Infecții dermice recurente.
- DA în asociere cu alte maladii atopice cu evoluție gravă.
- Ineficiența terapiei standard efectuate.

Supravegherea

- Pacienții revin la consultația medicului la 2-4 săptămîni după prima vizită, iar ulterior fiecare 3 luni.
- Odată stabilit controlul asupra DA, rămîn esențiale vizitele regulate de întreținere.
- Numărul vizitelor la medic și aprecierea nivelului de control depinde atât de severitatea inițială a patologiei la un anumit pacient, cât și de gradul de școlarizare a pacientului privitor la măsurile necesare pentru menținerea controlului DA.
- Nivelul controlului trebuie să fie apreciat în anumite intervale de timp atât de medic, cât și de pacient.

Prognosticul

- În 60% cazuri simptomele DA cu timpul dispar, în rest se mențin sau recidivează pe parcursul întregii vieți.
- Copiii cu DA și sindrom bronhobstructiv recidivant în 50% cazuri cu timpul desfășoară simptome de AB.

Abrevierile folosite în document:

AB - astmul bronșic

DA - dermatita atopică

GCST - glucocorticosteroizi topici

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 879 din 05.08.2013 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie „Dermatita atopică la copil”
Implementat de Ministerul Sănătății în cadrul Proiectului „Servicii de Sănătate și Asistență Socială” cu suportul Băncii Mondiale și Centrului Strategii și Politici de Sănătate

Elaborat în baza Protocolului Clinic Național „Dermatita atopică la copil” (PCN -79)
Elaborat: august 2013