

816.5  
⑦ 33

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
*NICOLAE TESTEMIȚANU*

**Catedra Pediatrie nr.1 FR și SC**

# **DERMATITA ATOPICĂ LA COPII**

**Indicații metodice**

**Chișinău  
2010**

016.5  
233

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
*NICOLAE TESTEMIȚANU*

**Catedra Pediatrie nr.1 FR și SC**

**Florin CENUȘA Tatiana GORELCO  
Tatiana CULEȘIN Petru MARTALOG**

# **DERMATITA ATOPICĂ LA COPII**

**Indicații metodice**

691978

Universitatea de Stat de  
Medicină și Farmacie  
«Nicolae Testemițanu»  
*Biblioteca Științifică Medicală*

88

**Chișinău**  
**Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina***  
**2010**

CZU 616.5-053.2 (076.5)

D 33

Aprobat de Consiliul Metodic Central al USMF *Nicolae Testemițanu*,  
proces-verbal nr.1 din 18.02.2010

**Autori:** *Florin Cenușa* – dr. med., conferențiar universitar  
*Tatiana Gorelco* – dr. med., șef al secției Alergologie  
ICȘDOSM și C  
*Tatiana Culeșin* – dr. med., medic alergolog-pediatru  
principal al MSRM  
*Petru Martalog* – dr. med., conferențiar universitar

**Recenzenți:** *Susana Șit* – conferențiar universitar, dr. med.,  
*Petru Martalog* – conferențiar universitar, dr. med.

*Indicațiile metodice sunt adresate medicilor-rezidenți*

**Redactor:** *Lidia Căssa*

**Machetare computerizată:** *Silvia Safaleru*

#### **DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII**

**Dermatita atopică la copiii:** Indicații metodice / Florin Cenușa, Tatiana Gorelco, Tatiana Culeșin, Petru Martalog, [et al.]; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, catedra Pediatrie nr.1 FR și SC. – Ch.: CEP „Medicina”, 2010. – 26 p.

Bibliogr.: p. 26 (12 tit.). – 50 ex.

ISBN 978-9975-4106-7-0.

616.5-053.2 (076.5)

D 33

ISBN 978-9975-4106-7-0

© CEP *Medicina*, 2010

© F. Cenușa și alții, 2010

## INTRODUCERE

### *Principiile de bază*

- Dermatita atopică (DA) este o maladie cronică alergică, la baza căreia se află inflamația IgE-dependentă și hiperreactivitatea tegumentelor.
- DA se dezvoltă la persoanele cu atopie (predispunere genetică către dezvoltarea reacțiilor de hipersensibilitate) sub acțiunea factorilor externi și interni și este una din manifestările precoce ale atopiei sistemice.
- Manifestările clinice tipice ale DA (răspândite sau localizate) sunt: pruritul cutanat, hiperemia persistentă sau eritemul tranzitoriu, erupțiile papulo-veziculare, exudație, tegumente uscate, descuamare, excoriații, lichenificare.
- DA debutează, de regulă, în primele luni de viață și se caracterizează prin evoluție recidivantă.

### *Definiția*

*Dermatita atopică* (DA) este o maladie cronică alergică, care se dezvoltă la persoanele cu predispunere ereditară către atopie, are o evoluție recidivantă cu un șir de particularități clinice de vârstă și se manifestă prin erupții exudative și/sau lichenoide, nivel înalt de IgE serice și hipersensibilitate către iritații specifice (alergice) și nespecifice.

*Maladiile cutanate fenotipic apropiate de DA, dar care nu au la baza patogeniei atopia nu se consideră DA.*

Termenii folosiți înainte – „eczema atopică”, „eczema endogenă”, „eczema infantilă”, „neurodermita atopică Brok”, „neurodermita difuză”, „prurigoeczema” – conform clasificării contemporane se includ în noțiunea de DA. De menționat, că eczema atopică și neurodermita atopică reprezintă forme și stadii de dezvoltare ale unui și același proces patologic – DA. Diagnosticul DA trebuie să fie folosit chiar și în caz de prezență a simptomelor minime. Aceasta permite alegerea unei tactici corecte de tratament și evitarea unor manifestări mai severe a atopiei.

## EPIDEMIOLOGIA DA

### *Principiile de bază*

- Maladiile alergice la copii ocupă primul loc în structura tuturor maladiilor noninfecțioase.
- În structura maladiilor alergice la copii dermatitei atopice îi revine locul principal – 50–70% din maladiile alergice.
- În țările dezvoltate DA se depistează la 10–20% din numărul total al populației infantile.
- Manifestarea simptomelor DA la copii se remarcă: la vârsta de până la 6 luni – în 60% din cazuri, până la 1 an – în 75%, până la 7 ani – în 80–90% din cazuri.
- În ultimele decenii se observă o creștere substanțială a morbidității prin DA, se agravează evoluția bolii, crește invalidizarea precoce.
- DA se asociază frecvent cu alte maladii alergice: cu astmul bronșic – în 34%, rinita alergică – în 25%, laringotraheita recidivantă – în 10%, polinoza – în 8% din cazuri.
- DA influențează substanțial calitatea vieții, conduce la o formare psihopatologică a personalității, creează dificultăți în alegerea profesiei și crearea familiei.
- Morbiditatea reală a DA depășește datele oficiale statistice de 5–10 ori. Acest fapt este cauzat de folosirea diferitor terminologii la stabilirea diagnosticului.

*Maladiile alergice mai ușor pot fi preîntâmpinate decât tratate. Tratamentul manifestărilor precoce ale DA este cu mult mai eficient în raport cu tratamentul formelor avansate.*

## FACTORII DE RISC ÎN DEZVOLTAREA DERMATITEI ATOPICE LA COPII

### *Principiile de bază:*

- Rolul principal în dezvoltarea DA la copii aparține *factorilor endogeni* (ereditatea, atopia, hiperreactivitatea pielii, dereglarea proceselor funcționale și biochimice în tegumente),

care în combinație cu diferiți *factori exogeni* (alergici și nonalergici) conduce la dezvoltarea tabloului clinic al DA.

- La baza dezvoltării DA se află particularitatea genetic determinată (tipul poligenic multifactorial de ereditare) a răspunsului imun la contactul cu alergenii.
- Răspunsul imun al copiilor atopici se reflectă prin predominarea helperilor T-2, hiperproducerea IgE totale și ale anticorpilor IgE-specifici.
- Hiperreactivitatea tegumentelor este factorul de bază în riscul dezvoltării DA.
- În familiile, unde părinții sunt sănătoși, riscul apariției DA constituie 10–20%, în familiile, unde unul din părinți suferă de maladii sau reacții alergice, acesta constituie 40–50%, dacă ambii părinți sunt alergici, riscul constituie 80–90%.
- Determinarea factorilor de risc al DA este necesară pentru profilaxia optimă și prognosticul individual al maladiei.
- Unii factori exogeni (eforturi psihoemoționale, schimbarea meteosituației, fumul de țigară, adaosurile alimentare, diferite substanțe poluante) pot cauza acutizarea DA.
- La copiii de vârstă fragedă cauza principală a dezvoltării DA o constituie alergiile alimentare, la copiii de la 3 la 7 ani crește însemnătatea etiologică a antigenelor habituale și a alergenilor fungice, în perioada pubertată se mărește influența factorilor psihoemoționali.
- Efectuarea vaccinației (mai ales DTP ) la unii copii fără evidența statutului clinico-imunologic și profilaxia corespunzătoare constituie un factor trigger în dezvoltarea DA.

### **Produsele alimentare etiologice însemnate pentru copiii de 1 an de viață suferinzi de DA:**

<b>Produsul alimentar</b>	<b>Alergenul (antigenul)</b>	<b>Frecvența manifestării</b>
Laptele de vaci	Cazeina Albumina serică bovină β-lactalbumina α-lactalbumina	79 89%

Ouăle	Ovalbumina Ovomucoidul	65–70%
Cerealele	Glutena Gordeina	30–40%
Soia	Proteina S	20–25%
Peștele	Paralbumina M	90–100%
Legumele și fructele de culoare roșie sau oranj	Haptene	40–45%

**Produsele alimentare – factorii etiologici ai alergiei alimentare  
(după gradul de activitate alergizantă)**

Grad înalt	Grad mediu	Grad slab
Laptele de vaci, peștele, carnea de găină, ouăle, căpșunele, zmeura, fragii, coacăza neagră, murele, strugurii, ananasele, zămoșii, hurma, nucile, mierea de albine, ciupercile, muștarul, roșiile, morcovii, sfecla, țelina, grâul, secara	Carnea de porc, de curcan, de iepure, cartofii, mazărea, piersicile, caisele, coacăza roșie, bananele, ardeiul verde, porumbul, hrișul, răchițelele, orezul	Carnea de cal, berbec (degresată), dovleceii, dovleacul turcesc, ridichea, bostanii de culori deschise, merele verzi și galbene, cireșele albe, coacăza albă, agrișul, prunele, harbujii, migdalele, castreții verzi

**CLASIFICAREA DERMATITEI ATOPICE**

O clasificare unanim acceptată a DA nu este elaborată. Totodată, majoritatea clinicilor folosesc clasificarea maladiei în funcție de vârsta copilului, suprafața ariei afectate, severitatea, perioada maladiei (9).

*Clasificarea DA în funcție de vârstă:*

- DA infantilă;
- DA a copilului (până la 12 ani);
- DA a adolescentului (după 12 ani);

### *Clasificarea DA în funcție de suprafața afectată:*

- forma localizată, când suprafața afectării constituie mai puțin de 5% din țesutul tegumentar;
- forma răspândită, când suprafața afectării se extinde de la 5% la 50% din țesutul tegumentar;
- forma difuză, când suprafața afectării depășește 50% din totalul țesutului tegumentar.

### *Clasificarea DA după severitate:*

- evoluție lejeră (ușoară);
- evoluție de gravitate medie;
- evoluție severă

Severitatea evoluției DA se determină în funcție de simptomele clinice ale maladiei:

Pentru evoluția lejeră sunt caracteristice: hiperemie, exudație și excoriație ne semnificativă a pielii (suprafața < 5%); papule, vezicule unice; prurit ușor care nu afectează somnul copilului; limfadenopatie ne semnificativă; nu mai mult de 2 acutizări pe an.

Pentru evoluția de gravitate medie sunt caracteristice: ragaje, cojițe hemoragice; suprafața afectării până la 50%; prurit, care afectează somnul copilului; limfadenopatie moderată; până la 4 acutizări pe an.

Pentru evoluție severă sunt caracteristice: focare masive de exudație sau lichenificare, pe suprafața > 50%; eroziuni, fisuri, cruste hemoragice; prurit marcant, paroxysmal; inversia somnului; limfadenopatie marcată; mai mult de 4 acutizări pe an.

### *Clasificarea DA în funcție de stadiul (perioada) maladiei:*

- stadiul acut (eritem, papulă, veziculă, eroziune, cojițe, excoriație);
- stadiul subacut (papule, excoriație, lichenificare);
- stadiul cronic (lichenificare, papule fibrinoase).

Totodată, există un șir de scheme (indicii): SCORAD, EASI, SASSAD, în baza cărora poate fi determinată severitatea manifestărilor clinice ale DA. Cel mai frecvent la noi în țară se utilizează scala SCORAD. Rezultatul final al indexului SCORAD se calcu-



lează după formula:  $\text{index SCORAD} = A/5 + 7B/2 + C$ , unde literele A, B și C reprezintă:

A. Răspândirea – suprafața de răspândire a procesului (%). Calcularea ariei afecțiunii cutanate se efectuează conform „legii cifrei 9”: capul și ceafa – 9%; suprafața anterioară și posterioară – câte 18%, membrele superioare – 9%; membrele inferioare – 18%; regiunea perineală și organele genitale – câte 1%.

B. Intensitatea manifestărilor clinice se stabilește în baza a șase simptome: eritem, edem/papulă, cruste/zemuire, excoriație, lichenificare, xeroză dermică. Determinarea lor se efectuează în baza ariilor cu manifestare clinică maximă, xeroza – pe sectoarele neafectate. Gradul de exprimare a fiecărui simptom se determină după scara de 4 puncte: 0 – absent; 1 – slab exprimat; 2 – moderat exprimat; 3 – puternic exprimat.

C. Simptome subiective – prurit și tulburări de somn. Se propune pacientului de a arăta pe o riglă de 10 cm intensitatea pruritului și a tulburărilor de somn în ultimele 3 zile. Fiecare simptom se apreciază cu 0 – 10 puncte.

Pentru determinarea intensității manifestărilor clinice la copiii mai mici de 7 ani poate fi folosită modificarea schemei SCORAD – schema TIS, care se calculează la fel ca indicele SCORAD, însă în baza doar a parametrilor A și B conform următoarei formule:  $A/5 + 7B/2$ .

Parametrul C la copiii până la 7 ani nu se stabilește, deoarece copiii acestei categorii de vârstă nu sunt apti de a determina corect asemenea parametri subiectivi cum ar fi pruritul și nivelul dereglării somnului. Punctajul total al indicelui SCORAD poate varia de la 0 la 103 puncte.

### **Determinarea severității DA în funcție de valorile indicelui SCORAD**

<b>Valorile indicelui</b>	<b>Severitatea evoluției DA</b>
Până la 20 puncte	Evoluție lejeră
De la 20 până la 40 puncte	Evoluție severă medie
Peste 40 puncte	Evoluție severă

## CLINICA DERMATITEI ATOPICE

### *Anamneza*

În cadrul suspecției la DA trebuie să fie examinate următoarele aspecte:

- A avut pacientul eritem toxic marcant în perioada neonatală a vieții?
- Este deranjat pacientul de prurit?
- A avut pacientul reacții alergice la vaccinuri?
- A avut pacientul erupții cauzate de unele dereglări în alimentație?
- Se micșorează gradul de exprimare a simptomelor după înlăturarea din alimentație a produselor alimentare cu un potențial alergic înalt, celor cu acțiune histaminoliberatoare, a produselor cu conținut înalt de histamină?
- Se micșorează manifestările clinice la administrarea remediilor antialergice?

Pentru evaluarea antecedentelor personale și ereditare se recomandă elucidarea următoarelor momente:

- prezența erupțiilor cutanate pruriginoase, cu localizare caracteristică și evaluarea condițiilor de ameliorare ale acestora;
- antecedente familiale de DA sau de alte maladii atopice;
- erupții apărute ca urmare a unui factor declanșator (expunerea la un alergen, stresul etc.);
- factori personali, familiali, de mediu;
- factori de risc;
- fumul de țigară;
- contactul cu animalele cu blană;
- contactul cu substanțele chimice casnice, poluante;
- contactul cu polen și mușgai din exterior;
- alimentație artificială precoce;
- dereglări în alimentație;
- antibioticoterapie în timpul sarcinii și lactației, precum și terapia cu antibiotice în perioada de sugar;

- dereglări în îngrijirea pielii;
- maladii respiratorii frecvente;
- dereglări funcționale ale tractului digestiv.

### ***Examenul fizic***

*Criteriile de diagnostic ale DA (1,2,10):*

Manifestările 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 seric;
- dermatită nespecifică pe mâini și pe picioare;
- rezultate pozitive la testele alergice cutanate;
- xeroză cutanată;
- hiperpigmentare periorbitală.

Manifestări ocazionale (nespecifice):

- eritem focal;
- intoleranță la unele alimente;
- ihtioză;
- pliu infraorbital Dennie-Morgan;
- keratocon;
- eczemă a mamelonului;
- pitiriazis alba;
- conjunctivită recurentă;
- intoleranță la lână;
- prurit la transpirație.

Diagnosticul necesită trei manifestări comune și trei manifestări frecvente sau ocazionale.

### ***Investigații paraclinice în dermatita atopică***

Investigații paraclinice obligatorii:

- hemoleucograma;
- nivelul seric al IgE;

- nivelul de IgE-anticorpi față de anumite alergene;
- testarea alergologică cutanată (alergolog);
- dieta de eliminare.

Investigații paraclinice recomandabile:

- teste de provocare (cu anumite alergene);
- sumarul urinei;
- indicii biochimici serici (proteina totală, glicemia, creatinina și ureca, lactatdehidrogenaza, aspartataminotransferaza, alaninaminotransferaza, bilirubina și fracțiile ei);
- ionograma (Na, K, Ca, Cl).

*Hemoleucograma* în unele cazuri arată eozinofilie, care poate servi drept semn nespecific al maladiei; în caz de infecție secundară a focarelor, este posibilă leucocitoza neutrofilică.

*Determinarea nivelului seric al IgE* nu este o probă specifică pentru dermatita atopică. Nivelul scăzut al IgE totale în ser nu indică lipsa atopiei și nu prezintă criteriu de excludere a diagnosticului dermatitei atopice.

*Testarea alergologică cutanată (prik - test, probe de scarificare)* se efectuează de către alergolog și are drept scop depistarea reacțiilor alergice IgE-induse. Se efectuează, de obicei, prin metoda de scarificare: scarificarea tegumentară de 4-5 mm cu aplicarea unei picături de alergen standard în concentrație de 5000 U/ml (1 unitate = 0,00001 mg azot proteic/1 ml).

### **Determinarea reacției alergice prin testul cutanat de scarificare**

<b>Determinarea testului</b>	<b>Semnul convențional</b>	<b>Imaginea vizuală a reacției alergice</b>
Negativ	-	Este identică cu testul de control
Incert	+/-	Hiperemie locală, fără edem
Slab pozitiv	+	Edem papulos, cu diametrul 2-3 mm și hiperemie peripapulară
Pozitiv	++	Edem papulos, cu diametrul >3 mm<5 mm și hiperemie peripapulară

Intens pozitiv	+++	Edem papulos, cu diametrul 5-10 mm, hiperemie peripapulară și pseudopodii
Exagerat pozitiv	++++	Edem papulos, cu diametrul > 10 mm, hiperemie peripapulară și pseudopodii

Determinarea reacțiilor se efectuează peste 20 min, în lipsa manifestărilor acute ale dermatitei atopice. Administrarea remediilor antihistaminice, antidepresante, neuroleptice diminuează sensibilitatea receptorilor cutanați, drept urmare rezultatele pot avea un caracter fals-negativ. Din aceste considerente preparatele numite necesită a fi excluse pentru o perioadă de 3-7 zile în ajun de examinare.

*Determinarea nivelului de IgE-anticorpi* față de alergene concrete în serul sangvin se indică pacienților:

- cu forme difuze de dermatită atopică;
- care nu pot fi lipsiți de terapia antihistaminică, cu antidepresante, neuroleptice;
- cu rezultate dubioase ale testării alergologice cutanate sau în lipsa corelării între manifestările clinice și rezultatele testelor cutanate;
- cu risc înalt de dezvoltare al reacțiilor anafilactice la un oricare alergen în cadrul efectuării testării cutanate;
- de vârstă sugară;
- în lipsa alergenelor pentru testarea alergologică cutanată și existența acestora pentru examinarea *in vitro*.

*Indicarea dietei de eliminare și efectuarea testului de provocare* cu anumite alergene este efectuată de către medicul specialist (alergolog).

## **CRITERIILE DE SPITALIZARE A PACIENȚILOR CU DERMATITĂ ATOPICĂ**

- Acutizarea dermatitei atopice, însoțite de tulburări ale stării generale.
- Proces dermic răspândit, însoțit de infectare secundară (bacteriană, herpetică).
- Infecții dermice recurente.
- DA în asocieră cu alte maladii atopice cu evoluție severă.
- Ineficiența terapiei efectuate standard.

## **PRINCIPIILE GENERALE DE TRATAMENT MEDICAMENTOS ÎN DERMATITA ATOPICĂ**

- Tratamentul topic (local) este un compartiment obligatoriu și important al terapiei complexe a dermatitei atopice.
- Glucocorticosteroizii topici (GCST) sunt remediile de primă linie în tratamentul acutizărilor de DA.
- GCST reprezintă medicația de start a dermatitei atopice cu evoluție medie severă și severă.
- 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 lejere sau în cele medii-severe, sau la ameliorarea stării (după tratamentul cu GCST) în formele severe de DA.
- Preparatele antiinflamatoare fără conținut de glucocorticosteroizi anterior folosite (dohot, naftalină, ihtiol), la moment din cauza eficacității reduse și a 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 epidermic.
- Terapia antihistaminică sistemică, atât cu remedii sedative, cât și cu cele nonsedative este terapia de bază a DA la copii.

- Tratamentul antibacterian sistemic este indicat doar pacienților cu infecții bacteriene dermice severe, însoțite de febră, intoxicație, dereglări ale stării generale.
- Terapia de imunosupresie se folosește în cazurile deosebit de severe ale DA, la ineficiența altor metode de tratament. Se recomandă cure de scurtă durată de glucocorticoizi sistemici, ciclosporină, azatioprină.
- Terapia de hiposensibilizare specifică nu se recomandă pacienților cu DA. Totodată, poate fi înalt eficientă în caz de astm bronșic, rinoconjunctivită alergică asociate.

*Glucocorticoizii topici* se indică copiilor cu forme medii severe, severe sau continuu recidivante ale dermatitei atopice, în cazul rezistenței la alte forme de tratament (1, 2, 3, 4). În funcție de potența terapeutică, GCST se divizează în câteva clase (sau grupuri), în Europa evidențiindu-se 4 clase.

#### **Clasificarea europeană a GCST (1, 2, 9, 11):**

<b>Clasa</b>	<b>Denumirea preparatului</b>
I – potență scăzută	Hidrocortizonă acetat de 0,5%,1%,2,5% Prednisolon de 0,5%
II – potență medie	Mazipredon clorhidrat de 0,25% Hidrocortizonă 17 - butirat de 0,1% Fluocinolonă acetonid de 0,025% Flumetazonă pivalat de 0,02% Fluocortolon de 0,25%
III – potență înaltă	Betametazonă valerat de 0,1% Triamcinolonă acetonid de 0,1% Metilprednisolon aceponat de 0,1% Budesonid de 0,025% Halometazonă monohidrat de 0,05% Mometazonă furoat de 0,1%
IV – superpotență	Clobetazol propionat de 0,05% Halcinonid de 0,1%

### **Regulile de administrare ale GCST:**

1. Nu se folosesc cu scop de profilaxie a DA.
2. GCST contemporani pot fi administrați în orice regiune a tegumentelor (în afară de zona periorbitală).
3. Se preferă remediile cu eficiență înaltă, acțiune de lungă durată.
4. Tratamentul să fie început cu glucocorticosteroizi de potență mare (3-5 zile), apoi continuat cu remedii de potență medie și scăzută
5. GCST se folosesc până la lichidarea simptomelor maladiei (inclusiv a pruritului).
6. Durata tratamentului poate alcătui de la 3-5 zile până la 1 lună de administrare zilnică (în caz de necesitate, e posibilă o cură mai îndelungată, în mod intermitent).
7. Copiilor în vârstă de până la 2 ani li se indică remedii ne-fluorurate.
8. Complicațiile infecțioase necesită a fi sanate până la indicarea GCST.
9. Nu se recomandă administrarea remediilor de clasa IV (foarte active) copiilor sub 14 ani.

### **Contraindicații pentru administrarea glucocorticosteroizilor topici**

1. Tuberculoza sau *luesul* cutanat.
2. Infecțiile virale (varicela, *herpesul simplex*).
3. Sensibilizarea înaltă a pacientului față de componentele preparatului.

### **Glucocorticosteroizii topici folosiți mai frecvent în tratamentul DA la copii**

Preparatul	Vârsta de la care se permite administrarea	Frecvența administrării preparatului
Hidrocortizon acetat	De la naștere	2 ori în 24 ore
Prednisolon	De la 1 lună	2 ori în 24 ore
Metilprednisolon aceponat	De la 6 luni	1 dată în 24 ore



Hidrocortizon 17-butilat	De la 6 luni	1–2 ori în 24 ore
Mometazonă fuorat	De la 6 luni	1 dată în 24 ore

*Efecte adverse în administrarea de lungă durată a GCST:*

*Locale*

- atrofia pielii;
- erupții cutanate, acnee, strii;
- hipertrihoză;
- infectare secundară a pielii (bacteriană, fungică);
- dereglări de pigmentare a pielii;
- tahifilaxie.

*Sistemice:*

- supresiunea axului adrenal-hipotalamic-pituitar;
- retenție în creștere;
- dezvoltarea sindromului Kuşing.

*Cauzele efectelor adverse ale GCST:*

- administrarea necontrolată a GCST, îndeosebi a celor fluorurați;
- folosirea metodei de dizolvare a GCST;
- folosirea GCST în perioada de remisiune a bolii;
- folosirea GCST pe porțiuni masive ale pielii (>20%).

*Imunomodulatoarele de uz topic (inhibitorii de calciuneurină)* reprezintă o medicație antiinflamatoare nonsteroidă. În practica medicală se folosesc două remedii: crema „Pimecrolimus” și unguentul „Tacrolimus” (2,8). În RM este înregistrată crema „Pimecrolimus” de 1%, care:

- se administrează copiilor mai mari de 3 luni;
- se aplică pe orice porțiuni ale pielii;
- e indicată copiilor cu DA lejeră și grav-medie sau la ameliorarea de stare (după finalizarea curei de GCST) în dermatitele severe;
- riscul dezvoltării infectării 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 topice cu efecte antibacterian și antimicotic* sunt eficiente în terapia pacienților cu DA complicată cu infecții bacteriene sau fungice ale pielii (9, 11). Pentru evitarea extinderii infecției fungice pe fundal de terapie antibacteriană este indicată administrarea preparatelor combinate, cu conținut de bacteriostatice și antifungice (de exemplu, natamicină + neomicină + hidrocortizonă sau betametazonă + gentamicină + clotrimazol).

*Remediile emoliente*, datorită faptului că diminuează inflamația și relaxează țesuturile tegumentare, sunt incluse în standardele terapeutice de ultimă oră a dermatitei atopice (2, 3, 7, 9). Acest grup de remedii include preparatele tradițional folosite (lanolină, dexapantenol) și preparatele cosmetice curative contemporane.

*Regulile de administrare ale emolientelor*

- Se folosesc zilnic, nu mai puțin de 2 ori în 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 la fiecare 3–4 săptămâni.

Cu scop de curățare a pielii se recomandă:

- băi zilnice;
- folosirea produselor igienice (săpun, șampon, gel) cu pH neutru;
- evitarea buretelor.

*Tratamentul sistemic* include folosirea preparatelor antihistaminice, antibacteriene, imunodepresive.

*Remediile antihistaminice* sunt preparatele cele mai frecvent folosite în terapia dermatitei atopice (1, 2). Se indică imposibilitatea eliminării alergenelor din mediul habitual al bolnavului, în contactul permanent cu alergenele eliminate, pentru diminuarea și suprimarea inflamației alergice a pielii, a pruritului cutanat. Terapia cu antihistaminice sedative și nonsedative (generațiile 1 și 2) se califică drept terapie de bază în dermatita atopică la copii.

Remediile de generația 1 (sedative)	Remediile de generația a 2-a (nonsedative)
Dimetinden	Loratadină
Quifenadină	Desloratadină
Clemastină	Cetirizină
Cloropiramină	Levocetirizină
Ciproheptadină	Fexofenadină

### **Antihistaminicele sedative**

- Nu se utilizează timp îndelungat, continuu.
- Se utilizează doar în acutizări, în cure de scurtă durată înainte de somn.
- Nu se recomandă pacienților cu DA, în asociere cu astmul bronșic sau rinită alergică.

Efecte adverse: tahifilaxie, somnolență, deprimare a funcțiilor cognitive, efecte M-colinolitice.

### **Antihistaminicele nonsedative**

- Se utilizează timp îndelungat pentru jugularea pruritului nocturn și diurn.
- Aproape nu manifestă efecte sedative, posedă efect antiinflamator.
- Se utilizează în tratamentul pacienților cu DA, în asociere cu astmul bronșic sau rinită alergică.

**Antibioticele sistemice** (spiroamicină, azitromicină, cefuroxim, ceftriaxon) se recomandă pacienților cu infecții bacteriene dermice severe, confirmate. Nu se utilizează în lipsa simptomelor de infecție dermică. Nu influențează evoluția dermatitei atopice. Administrarea de lungă durată în alte scopuri (de exemplu, terapia formelor rezistente în tratamentul standard) nu este recomandabilă (10).

**Glucocorticosteroizii sistemici (prednisolon, dexametazonă)** se indică în cure de scurtă durată (1, 3, 6).

- Se utilizează în formele severe de dermatită atopică, rezistente la tratamentele cu glucocorticosteroizi – topic și antihistaminic.

- Se administrează în sindromul pruriginos agresiv pe fundal de afectare difuză a pielii.
- În caz de administrare îndelungată, au efecte adverse semnificative.

### ***Imunodepresoare***

Ciclosporina A, azatioprina sunt eficiente în dermatitele atopice severe care nu cedează la alte modalități de tratament (5). Din motivul toxicității și al multiplelor efecte secundare, utilizarea lor este foarte limitată. Mai frecvent se folosește ciclosporina în cure scurte, cu durata medie de 8 săptămâni.

***Managementul adecvat*** al dermatitei atopice are următoarele obiective:

- simptome minime sau inexistente;
- episoade minime de acutizare;
- lipsa vizitelor de urgență la medic sau la spital;
- lipsa complicațiilor;
- efecte secundare minime sau inexistente cauzate de medicație.

***Monitorizarea continuă*** este esențială în atingerea scopurilor terapeutice. În timpul acestor vizite se analizează și se modifică schemele de tratament, medicațiile și controlul nivelului de tratament.

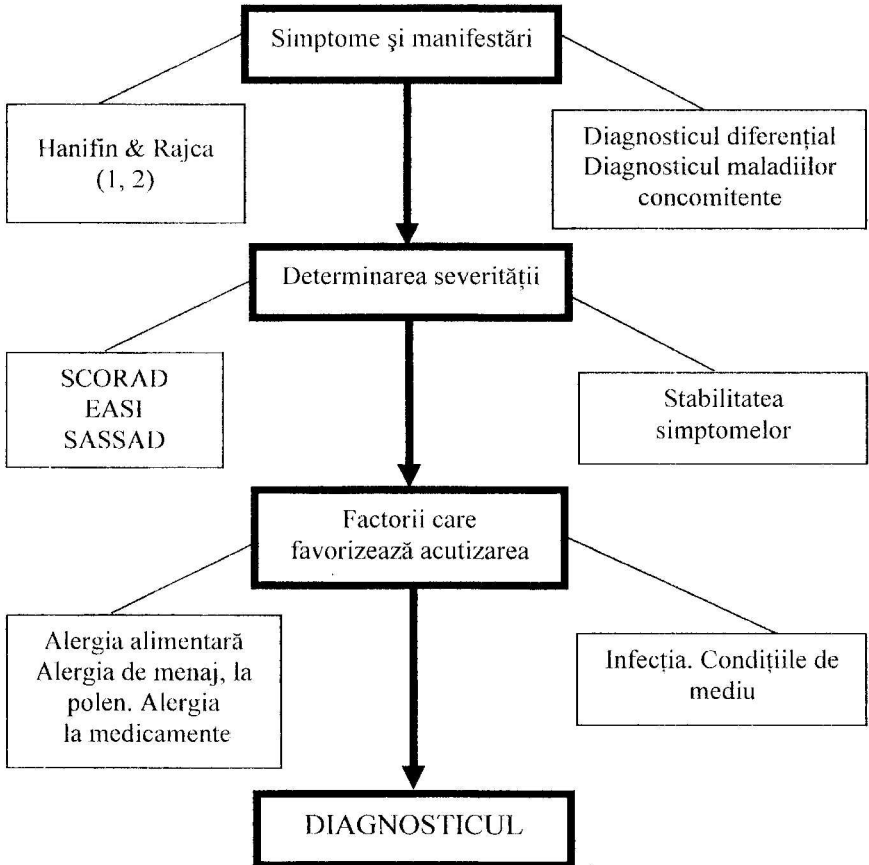
### ***Supravegherea pacienților cu dermatită atopică.***

- Pacienții revin la consultația medicului la 2–4 săptămâni după prima vizită, iar ulterior – în fiecare 3 luni.
- Controlul asupra DA, odată stabilit, rămân esențiale vizitele regulate de întreținere.
- Numărul vizitelor la medic și determinarea nivelului de control depinde de severitatea inițială a patologiei la un anumit pacient și de gradul de școlarizare a pacientului privitor la măsurile necesare pentru menținerea controlului DA.
- Nivelul controlului trebuie să fie stabilit în anumite intervale de timp de către medic, dar și de către pacient.

## ANEXE

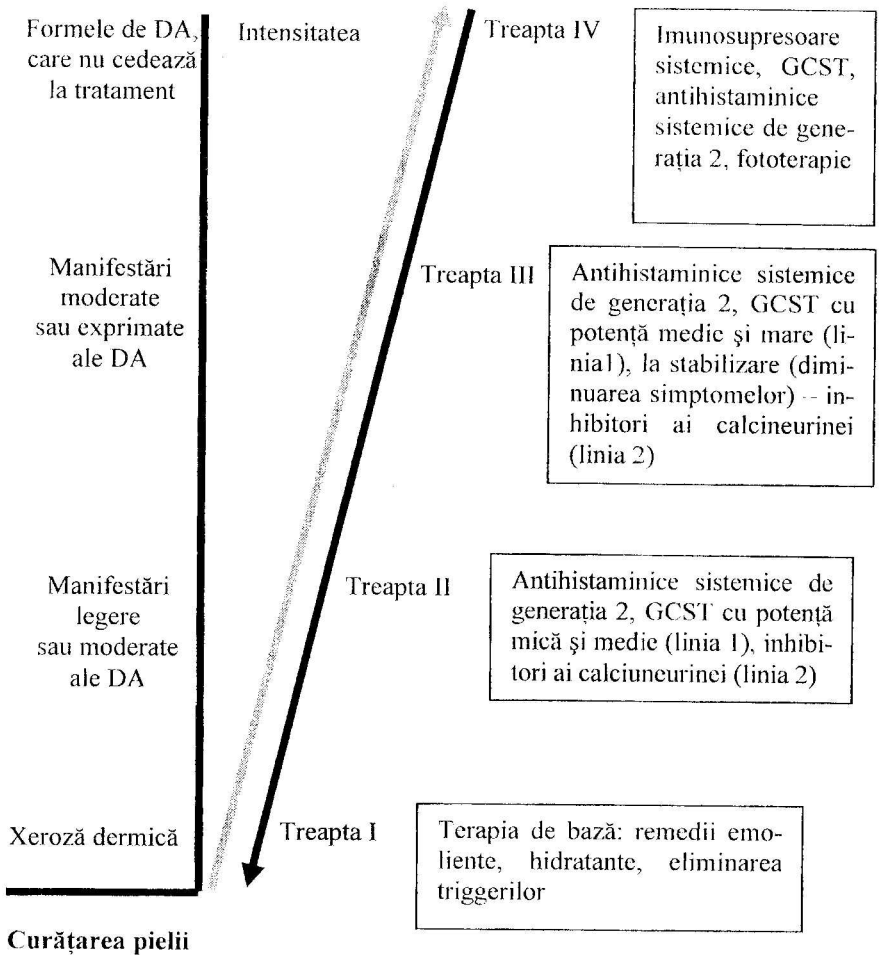
### Anexa 1

#### Algoritmul diagnostic în dermatita atopică



## Anexa 2

### Terapia în trepte a dermatitei atopice la copil



### Anexa 3

#### Medicamente utilizate în terapia dermatitei atopice

Medicamente (în paranteze -- denumirea comercială)	Dozajul	Doza zilnică/24 ore	Numărul de administrări zilnice
---	---------	------------------------	---------------------------------------

#### Medicamente antihistaminice sistemice

##### *Antihistaminicele sedative (generația I)*

Dimetinden (fenistil)	Picături, 1 ml (20 de picături), 1 mg – 10 ml	Până la 1 an – 3–10 pi- cături; de la 1 până la 3 ani – 10–15 picături; peste 3 ani – 15–20 pi- cături	3
Quifenadină (fencarol)	Comprimate – 0,01 g, 0,025 g; pulbere, 0,01 g	De la 1 până la 3 ani 0,005 g; 3–7 ani – 0,01 g; peste 12 ani – 0,025 g	2 – 3
Clemastină (clemastină, tavegil)	Comprimate – 0,001 g; fiole – 2,0 ml (1 g/ml)	De la 1 până la 6 ani – 0,25 mg; de la 6 până la 12 ani – 0,5 mg; peste 12 ani – 0,001 g	2
Clorpiramină (suprastin)	Comprimate – 0,025 g; fiole de 2%, câte 1,0– 2,0 ml	Până la 1 an – 0,002 – 0,005 g; de la 1 până la 6 ani – 0,005 – 0,015 g; de la 6 până la 12 ani – 0,015 – 0,025 g. Intra- muscular – câte 0,5 – 1,0 mg/kg greutate. In- travenos – 1/3 din doza intramusculară	2 – 3
Ciproheptadină (ciproheptadină, peritol)	Comprimate – 0,004 g; sirop – 0,4 mg/ml (2 mg/5ml) – 100 ml	De la 6 luni la 2 ani – 0,4 mg/kg; 2–6 ani 6 mg/zi; 6 –14 ani 12 mg/zi	3

*Antihistaminice nonsedative (generația a 2-a)*

Loratadină (agistam, clarisens, claritin, erolin, flonidan, klarifer, lomilan, Lora-10, Lora-derm-KMP, Loratadin 10-SL)	Comprimate – 10 mg; suspensie buvabilă – 5 mg/5ml – 120 ml	De la 2 până la 12 ani, cu greutatea corporală sub 30 kg – 5 mg; peste 30 kg – 10 mg.	1
Cetirizină (cetirizină SL, letizen, par-lazin, zyrtec)	Picături – 1 ml (20 picături) 10 mg–10 ml; picături – 1 ml (20 picături) 10 g – 20 ml; comprimate – 10 mg	De la 6 luni până la 1 an – 5 picături o dată ; de la 1 până la 2 ani – 5 picături de 2 ori; de la 2 până la 6 ani – câte 5 picături de 2 ori sau 10 picături o dată în zi; peste 6 ani – 20 picături sau 1 comprimat o dată în zi	1–2
Dezloratadină (aerius)	Sirop – 0,5 g/ml 100 ml; comprimate – 5 mg.	De la 6 luni până la 1 an – 2 ml; de la 1 până la 6 ani – 2,5 ml; de la 6 până la 12 ani – 5 ml; peste 12 ani – 10 ml sau 1 comprimat	1
Levocetirizină (xyzal)	Picături – 1 ml (20 picături), 5 mg – 20 ml, comprimate – 5 mg	De la 2 până la 6 ani – 5 picături de 2 ori; peste 6 ani – 1 comprimat sau 20 de picături o dată în zi	1-2
Fexofenadin (telfast)	Comprimate – 30 mg, 120 mg, 180 mg	De la 6 până la 12 ani – 30 mg de 2 ori; peste 12 ani – 120 mg sau 180 mg o dată în zi	1-2



## Remedii corticosteroide

### Glucocorticoizii sistemici

Metilprednisolon	Comprimate – 4 mg; fiole – 40 mg/ml	0,25–0,2 mg/kg/zi	1–3
Prednisolon	Comprimate – 5 mg; fiole – 25 mg/1ml sau 30 mg/ml	1–2 mg/kg/zi pen- tru 3 –10 zile (ma- ximum 60 mg/zi)	1–3
Dexametazonă	Comprimate – 4 mg; fiole – 4 mg/ml	0,15–0,45 mg/kg/zi pentru 3–10 zile	1–2

### Glucocorticoizi topici

Hidrocortizon acetat	Unguent de 1% – 35 g și 50 g; cremă de 2,5% – 10 g	Local, de la naștere	2
Prednisolon ace- tat	Unguent de 0,5% – 10 g și 20 g	Local, de la vârsta de 1 lună	2
Metilprednisolon aceponat (advan- tan)	Unguent de 0,1% – 15 g; cremă 0,1% – 15 g	Local, de la 6 luni	1
Hidrocortizon 17-butilrat (locoid)	Unguent de 0,1% – 20 g	Local, de la 6 luni	1–2
Mometazonă furoat (elocom)	Unguent 0,1%–15 g; cremă 0,1%–15 g	Local, de la 6 luni	1

### Preparate combinate

Natamicină+ Neomicină+ Hidrocortizon (pimafucort)	Cremă – 15 g; unguent – 15 g.	Local, de la 1 an	2
Betametazonă+ Gentamicină+ Clotrimazol (triderm, aciderm GC)	Cremă – 30 g	Local, de la 2 ani	2

### **Inhibitori de calciuneurină**

Pimecrolimus (elidel)	Cremă de 1% – 15 g și 30 g	Local, de la 3 luni	2
-----------------------	----------------------------	---------------------	---

### **Preparate cu efect de imunosupresie**

Ciclosporină sandimmun, sandimmun neoral)	Capsule – 25 mg; 50 mg; 100 mg	2,5 – 5,0 mg/kg greutate	2
---	--------------------------------	--------------------------	---

## BIBLIOGRAFIE

1. *Consensus Conference on Pediatric Atopic Dermatitis* J. Am. Acad. Dermatol. 2003; 49: 1088, 1095.
2. Consensus Report EAACI/AAAAI/PRACTALL *Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults*. J. Of Allergy and Clin. Immunol. and Allergy, 2006: (61): 969–987.
3. Ellis C., Luger T., Abeck D. Et al. *International consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): clinical update and current treatment strategies*. Br. J. Dermatol., 2003 May; 148 Suppl. 63:3–10.
4. Hanifin J. M., Gupta A. K., Rajagopalan R. *Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk relapse in atopic dermatitis patients*. Br. J. Dermatol., 2002; 147(3): 528–537.
5. Harper J.I., Ahmed I., Barclay G. Et al. *Cyclosporin for severe childhood dermatitis: short course versus continuous therapy*. Br. J. Dermatol., 2000: 142(1): 52–58.
6. Hoare C., Li Wan Po A., Williams H. *Systematic review of treatments for atopic dermatitis*.//Health. Technol. Assess. 2000; Vol.4, P. 1–191.
7. Shav J. C. *Atopic dermatitis*. Up To Date December 29, 2003.
8. Wahn U., Bos J. D., Goodfield M. et al. *Efficacy and Safety of Pimecrolimus Cream in the Long-Term Management of Atopic Dermatitis in Children*.// Pediatrics, 2002, Vol. 110(el).
9. *Аллергология и иммунология*. Под ред. Баранова А.А. и Хайтова Р.М. Москва, 2008, с.10–74.
10. Минаева Н.В., Корюкина И.П. *Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение, профилактика*. Пермь, 2007, 32 с.
11. *Педиатрия. Клинические рекомендации*. Под ред. Баранова А.А. — М.: «ГОЭТАР-Медиа». — 2007, с.17 – 35.
12. *Dermatita atopică la copil*. Protocolul clinic național (PCN – 79). Chișinău, 2008.

## CUPRINS

<i>Introducere</i> .....	3
Epidemiologia DA.....	4
Factorii de risc în dezvoltarea dermatitei atopice la copii.....	4
Clasificarea dermatitei atopice.....	6
Clinica dermatitei atopice.....	9
Criteriile de spitalizare a pacienților cu dermatită atopică.....	13
Principiile de tratament medicamentos în dermatita atopică...	13
<i>Anexe</i> .....	20
<i>Bibliografie</i> .....	26