

Dermatite atopica dell'adulto: quattro elementi da non trascurare

Piercarlo Salari

Medico e divulgatore medico scientifico – Milano



Introduzione

Sottovalutare o affrontare in maniera superficiale la dermatite atopica nell'adulto sarebbe un errore grossolano per tre importanti ragioni, di ordine epidemiologico (elevata prevalenza), fisiopatogenetico (multifattorialità e complessità della fenomenologia infiammatoria) e clinico (impatto sulla qualità di vita). In relazione a quest'ultimo aspetto, posta la diagnosi, il medico di medicina generale dovrebbe prestare attenzione a quattro dettagli fondamentali, per un adeguato follow-up del paziente.

Sottovalutare o affrontare in maniera superficiale la dermatite atopica (DA) nell'adulto sarebbe un errore grossolano per tre importanti ragioni, rispettivamente di ordine epidemiologico, fisiopatogenetico e clinico. La prima considerazione, infatti, riguarda **l'elevata prevalenza della malattia**, stimata tra circa l'1% e il 10% (in Italia intorno all'8%) della popolazione adulta, nella quale può perdurare dall'infanzia, manifestarsi *ex novo* oppure ripresentarsi.

Per quanto riguarda le dinamiche fisiopatologiche, sono stati definiti vari fenotipi accomunati dall'alterazione della barriera cutanea, che rappresenta il mediatore cardine delle complesse interazioni tra i principali elementi coinvolti nell'innescò della fenomenologia infiammatoria:

- **l'assetto genetico**, rappresentato paradigmaticamente da mutazioni della filaggrina, proteina chiave della funzione barriera;
- l'orientamento e dunque la **reattività del sistema immunitario**;
- la **composizione del microbiota cutaneo**, caratterizzato da una ridotta biodiversità e da una maggiore colonizzazione da parte di *Staphylococcus* e *Malassezia*, specie già in sé responsabili di un danno diretto alla barriera cutanea;
- il **profilo di esposizione ambientale** dell'individuo.

Il substrato patogenetico della DA è dunque costituzionale, il che spiega la possibilità di un esordio del tutto inatteso anche nel soggetto adulto e, potenzialmente, in qualsiasi fascia d'età.

La terza motivazione, già anticipata, è sostenuta dall'**impatto altamente invalidante della DA** e in particolare delle sue forme moderate-severe, caratterizzate da lesioni eczematose ricorrenti, prurito, elevato rischio di comorbidità e riduzione della qualità di vita, come sarà a breve illustrato.

Gli aspetti da considerare e approfondire

In aggiunta a quanto già premesso, è importante **ricordare al medico di medicina generale alcune insidie** che potrebbero falsare un inquadramento completo del paziente. Un primo elemento da discutere con lui è la sintomatologia: come infatti evidenzia la letteratura, soltanto la metà degli adulti segnala il **prurito**, la secchezza e l'arrossamento cutaneo come i sintomi più gravosi, che soprattutto nella DA moderata-grave tendono a essere sminuiti e relegati in secondo piano.

In stretta relazione al prurito va poi indagato il **dolore**, segnalato da oltre il 60% degli adulti, in oltre metà dei quali con frequenza settimanale e in un quarto dei casi di intensità elevata (oltre 7 sulla scala VAS), con dei connotati assimilabili a quelli del dolore neuropatico.

La **qualità del sonno** rappresenta poi un terzo ambito rilevante: è infatti opportuno valutarla in funzione non soltanto del disagio – rappresentato, in particolare, dal prurito – avvertito dal paziente, ma anche del rapporto bi-direzionale con lo stato infiammatorio sistemico e delle ricadute sul tono dell'umore, sull'equilibrio psicofisico, sulle capacità attentive (rischio di incidenti) e sulla produttività.

Un quarto elemento da considerare sono le **comorbidità**: a prescindere da allergopatie, quali asma e rinite, è stata documentata – con differenti livelli di significatività ed evidenze non sempre conclusive – un'associazione tra DA e ansia, depressione, stanchezza, disturbo da deficit di attenzione e iperattività, abuso di sostanze, osteoporosi ed eventi cardiovascolari (infarto miocardico e ictus).

Spunti di management clinico

Oltre che nei bambini, tra i quali si manifesta la maggioranza dei casi, è segnalato un aumento della DA negli adulti, per quanto riguarda sia le forme di nuova insorgenza sia quelle cronico-ricidivanti a esordio infantile. Per questa ragione per il medico di medicina generale è innanzitutto **fondamentale tenere presente i tre fattori associati a una maggiore probabilità di DA severa** (esordio entro i primi due mesi di vita, concomitanza di bronchiale e rinoconguntivite allergica, familiarità per DA). Un altro suggerimento pratico, soprattutto al primo episodio, è ovviamente ricordare che nell'adulto è

più comune e sospetto il riscontro di lesioni lichenificate, croniche, fisse e classicamente localizzate alla testa, al collo, alle mani e alle regioni flessorie e che si possono anche rilevare manifestazioni atipiche, con lichenificazione invertita sulla superficie estensoria di gomito e ginocchio. La **collaborazione con il dermatologo** è auspicabile non soltanto per il primo inquadramento clinico e per la diagnostica differenziale, ma anche e soprattutto per la gestione dei pazienti complessi, per i quali l'avvento delle terapie biologiche ha radicalmente modificato il decorso e la prognosi.

In conclusione, a fronte dei numerosi bisogni insoddisfatti dei pazienti e della sua eterogeneità clinica, la DA pone spesso al medico una sfida sin dalla diagnosi. Oltre alla personalizzazione del trattamento, mirato al controllo dell'infiammazione e dei sintomi correlati, nella presa in carico del paziente è essenziale **una ricerca sistematica delle molteplici potenziali comorbidità e condizioni spesso occulte e insospettabili**, ma non per questo meno importanti e meritevoli di una valutazione meticolosa e circostanziata.

Bibliografia di riferimento

- Bylund S, Kobyletzki LB, Svalstedt M, et al. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol* 2020;100:adv00160. <https://doi.org/10.2340/00015555-3510>
- Stefanovic N, Irvine AD. Filaggrin and beyond: New insights into the skin barrier in atopic dermatitis and allergic diseases, from genetics to therapeutic perspectives. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2024;132:187-195. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2023.09.009>
- Lobefaro F, Gualdi G, Di Nuzzo S, et al. Atopic Dermatitis: Clinical Aspects and Unmet Needs. *Biomedicines* 2022;10:2927. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10112927>
- Cai XC, Wang SH, Wang CX, et al. Epidemiology of mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis: An analysis of global trends from 1998 to 2022. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2024;38:496-512. <https://doi.org/10.1111/jdv.19686>
- Megna M, Napolitano M, Patruno C, et al. Systemic Treatment of Adult Atopic Dermatitis: A Review. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2017;7:1-23. <https://doi.org/10.1007/s13555-016-0170-1>
- Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, et al. American Academy of Dermatology Guidelines: Awareness of comorbidities associated with atopic dermatitis in adults. *J Am Acad Dermatol* 2022;86:1335-1336.e18. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.01.009>

© Copyright by Pacini Editore Srl

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>