

caso clinico

Esiste ancora il dilemma dell'uovo e della gallina ...

Nadia Severini, Carmela Giancotta, Sara Esposito, Elena Carboni, Elisa Anastasio

U.O.C Pediatria, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro

Francesco, 6 mesi, giunge alla nostra osservazione nel gennaio 2013 per dermatite atopica.

Ha praticato allattamento misto dalla nascita fino al primo mese di vita quando, in seguito a comparsa di dermatite atopica, su prescrizione del suo pediatra di famiglia è passato ad una formula di soia, presentando poco dopo una reazione di tipo IgE-mediato, con rash, prurito e peggioramento della dermatite, senza coinvolgimento del tratto gastrointestinale.

Il suo pediatra, presupponendo un'allergia al latte, prescrive una formula a base di aminoacidi liberi con lieve, seppur transitorio, miglioramento del quadro clinico. L'anamnesi familiare non è contributoria per allergopatie ed entrambi i genitori non sono fumatori.

La madre reca in visione il referto di esami ematici effettuati il mese precedente che evidenziano ipereosinofilia (20% nella formula leucocitaria) e aumento delle IgE totali (205 U/ml), con IgE specifiche per alfa-lattoalbumina 0,73 kU/L (classe II), beta-lattoglobulina 1,05 (classe II) e caseina 0,51 (classe I).

All'EO il piccolo si presenta in condizioni generali discrete con soddisfacente accrescimento staturo-ponderale. È estremamente irritabile per il prurito intenso e continua a presentare dermatite atopica nelle sedi tipiche, più accentuata al volto. SCORAD Index: 65 – DA moderata-grave (Fig. 1).

Innanzitutto iniziamo lo svezzamento introducendo gradualmente le proteine del latte e sospendendo l'utilizzo di formula a base di aminoacidi liberi che non aveva prodotto risultati. Prescriviamo idratazione cutanea con emollienti associata ad applicazione topica di cortisonico potente sulle parti interessate, terapia con antistaminico di seconda generazione, integrazione di acidi grassi essenziali, vitamina D e Lactobacillus salivarius.

Consigliamo inoltre una profilassi ambientale antiacaro e abbigliamento in maglia di seta.

Nelle settimane successive la corretta esecuzione della terapia e l'ottima bonifica ambientale migliorano la sua sintomatologia (lo SCORAD Index scende a 37,5) pur persistendo il prurito notturno.

Esegue tampone cutaneo, positivo per Staphylococcus aureus.

Prescriviamo antibioticoterapia sistemica, toccature con eosina, detersione di breve durata con aggiunta di clorexidina diluita e continuiamo cortisonico topico. Dopo qualche giorno passiamo allo step successivo con la prescrizione di pimecrolimus, off label in questa fascia d'età.

Dopo tre settimane di terapia la dermatite migliora (SCORAD Index: 22) (Fig. 2) e tale regressione perdura nel tempo, sebbene vengano segnalati episodi di lieve entità specie in corrispondenza delle variazioni climatiche. Le IgE totali sono 684,8 UI/ml e le IgE specifiche per inalanti sono negative.

All'età di **due anni** Francesco torna in ambulatorio presso il nostro centro: ha iniziato da qualche mese a frequentare l'asilo nido e riferisce frequenti episodi di broncospasmo post virale e di tosse da sforzo. Prescriviamo cicli di fluticasone propionato e montelukast, come da linee guida. Non eseguiamo prick per la presenza di lesioni a livello cutaneo e facciamo un controllo laboratoristico che evidenzia IgE totali elevate (567,5 UI/ml) ed IgE specifiche positive per graminacee.



Figura 1. Tempo 0 (SCORAD Index: 65).

Dosiamo anche il TSLP sierico, che risulta elevato (3,9 ng/ml – v.n. 0,10-0,50).

Con il successivo anno scolastico riprendono gli episodi di broncospasmo post-infettivo dopo completo benessere nei mesi estivi sia dal punto di vista respiratorio che dermatologico.

All'età di **quattro anni** si aggiunge broncospasmo in primavera e anche in pieno benessere: eseguiamo i prick test che mostrano polisensibilizzazione verso acari, graminacee, olivo e parietaria (8 x 4 mm). Quest'ultimo nel Sud Italia è considerato un allergene perenne.

Tra il dire e il fare ...

Quello di Francesco è sicuramente un caso clinico che spesso si presenta alla nostra osservazione, ma prendiamo spunto per determinate considerazioni.

Un bambino con dermatite atopica va messo a dieta solo quando si dimostra indiscutibilmente (TPO positivo verso l'alimento) che l'allergia alimentare sia la causa effettiva della sintomatologia cutanea.

Nei pochi bambini in cui la dermatite atopica è la principale

- manifestazione dell'APLV, la formula sostitutiva di prima scelta è l'eHF anche se, a parità di costi, l'AAF può essere proposto.
- Il latte di soia, pur ammesso nella DA da allergia al latte vaccino, non è consigliato al di sotto dei sei mesi per l'elevato rischio di sensibilizzazione allergica.
- In alcuni studi la supplementazione con probiotici si è dimostrata efficace nei bambini con DA moderata o severa.
- Per quanto riguarda la profilassi anti-acaro, in particolare copri-cuscino e copri-materasso, è fortemente raccomandata nei pazienti sensibilizzati, anche dalle linee guida americane.
- Il tampone nasale non è stato eseguito perché l'antibiotico per os è risultato efficace nell'eradicazione dell'infezione stafilococcica e anche in considerazione dell'età < 12 mesi.
- Per quanto riguarda l'utilizzo di immunomodulatori topici, essi sono indicati in bambini con età superiore ai due anni non responsivi alla terapia corticosteroidea topica e che necessitino di un trattamento di lunga durata.
- Il TSLP è una citochina pro infiammatoria membro della famiglia dell'IL-2 in grado di promuovere la differenziazione dei linfociti virando verso una risposta di tipo Th2. Vari studi hanno dimostrato tramite biopsia cutanea un'espressione significativa del TSLP nelle lesioni acute e croniche di pazienti con dermatite atopica; pochi sono invece in letteratura gli studi effettuati su siero.

Francesco è rientrato in uno studio sulla correlazione tra valori sierici e malattie allergiche in corso c/o il nostro centro. Il valore francamente elevato del TSLP avrebbe potuto prevedere l'evoluzione verso l'asma? La familiarità era negativa ma le IgE totali erano elevate fin dall'età di quattro mesi. Quest'ultimo dato, sebbene molto discusso, potrebbe essere associato ad un elevato rischio di sviluppare asma.

Ulteriori studi sono necessari per individuare biomarkers validi e in grado di prevedere quali pazienti andranno incontro alla marcia atopica fornendo altresì indicazioni per strategie terapeutiche personalizzate.

Bibliografia di riferimento

Fiocchi A, Dahda L, Dupont C, et al. Cow's milk allergy: towards an update of DRACMA guidelines. World Allergy Organ J 2016;9:35.

Galli E, Neri I, Barone M, et al. Consensus Conference Italiana "La gestione clinica della dermatite atopica in età pediatrica". RIAP 2015;29(Suppl. 2):1-43.

Kim J, Kim BE, Lee J, et al. Epidermal thymic stromal lymphopoietin

predicts the development of atopic dermatitis during infancy. J Allergy Clin Immunol 2016;137:1282-5.e1-4.

Niccoli AA, Artesi AL, Candio F, et al. Preliminary results on clinical effects of probiotic Lactobacillus salivarius LSO1 in children affected by atopic dermatitis. J Clin Gastroenterol 2014;48:S34-S36.

Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. J Am Acad Dermatol 2014;71:327.



Figura 2. Post trattamento con pimecrolimus (SCORAD Index 22).