

DERMATITE DELLE MANI (Tesina riassuntiva)

La dermatite delle mani è un problema molto diffuso, e si stima che colpisca dal 2 al 9% della popolazione generale. Inoltre rappresenta la causa più comune di malattia cutanea professionale: (le mani sono la sede colpita nell'80% delle malattie cutanee professionali), e rappresenta il 40% di tutte le malattie professionali. E' stato valutato che dal 5% al 7% dei pazienti presentino sintomi cronici o severi e che dal 2% al 4% dei casi severi siano refrattari ai trattamenti topici tradizionali.

Spesso la malattia non risponde, malgrado le adeguate misure preventive e il trattamento, e tende a divenire cronica o recidivante, con numerose conseguenze. Dato che le mani sono un importante organo di espressione e comunicazione e sono necessarie per svolgere le attività domestiche e lavorative, l'alterazione del loro aspetto e i disagi nello svolgimento delle proprie attività possono portare a severo disagio psicologico associato a cattiva qualità di vita. Vari studi hanno dimostrato l'impatto psicosociale dell'eczema cronico delle mani sulla vita del paziente come pure il suo peso per la società, per le prolungate assenze dal lavoro per malattia, i cambi di lavoro o il precoce pensionamento. Inoltre la qualità di vita ha dimostrato una correlazione negativa con la severità della malattia.

La dermatite delle mani è una malattia infiammatoria pruriginosa, caratterizzata nella fase acuta da eritema, edema e talvolta vescicole, mentre nella fase cronica le alterazioni predominanti sono infiltrazione, desquamazione e ragadi, che possono causare dolore. Non ha un quadro clinico univoco ma si manifesta in un continuum di severità con variazioni nella morfologia.

La dermatite delle mani può essere dovuta a:

- dermatite da contatto irritante che è la forma prevalente
- dermatite allergica da contatto
- eczema atopico delle mani

Altri fattori favorenti sono il contatto frequente e prolungato con acqua e detersivi, l'uso di guanti di gomma, la bassa umidità ambientale, l'usura delle mani da sfregamento, lo stress psicologico, il basso status socio-economico. Certe professioni, come gli operatori sanitari, i meccanici, gli addetti alle pulizie, le parrucchiere e le estetiste sono a più alto rischio

La presenza concomitante di molti fattori causali è frequente e ai fini del trattamento e della prevenzione è importante determinarne la natura e il ruolo

L'eczema cronico delle mani ha un decorso imprevedibile con riacutizzazioni intermittenti e imprevedibili, ed il paziente deve esserne edotto perché la terapia deve essere prolungata e deve essere accompagnata da misure di cura e protezione della pelle ed attenzione ad evitare i fattori causali

PATOGENESI

Lo strato corneo della pelle forma una barriera nei confronti dei fattori ambientali e previene la perdita di acqua da parte dei tessuti. Questo strato superficiale è formato da cellule immerse nel film

idrolipidico, una miscela di ceramidi, acidi grassi e colesterolo con un contenuto di acqua fra il 20% e il 35%. Quasi tutte le forme di dermatite delle mani implicano una alterazione dello strato corneo che è abitualmente seguita, ma in alcuni casi preceduta, da una risposta infiammatoria locale. La perdita di integrità dello strato corneo, con penetrazione di sostanze estranee, richiama cellule infiammatorie. La reazione infiammatoria e la perdita di acqua, derivante dalla compromissione della funzione di barriera, portano a secchezza, maggiore fragilità e risposta infiammatoria locale. I lipidi dello strato corneo sono altamente idrosolubili e il contatto con l'acqua esterna (nei cosiddetti "lavori umidi"), tende a eliminare ulteriormente i lipidi. Questo spiega il paradosso che l'acqua rende le mani più secche e giustifica l'uso degli emollienti nel trattamento. L'effetto essiccante, apparentemente paradossale, dell'acqua sulla pelle alterata può essere meglio compreso pensando al fondo arido, duro e pieno di profonde crepe del letto dei fiumi in secca. La perdita di acqua dallo strato corneo lo rende più rigido e friabile, facendogli perdere la capacità di adattarsi alle sollecitazioni meccaniche. Ciò porta a ragadi, screpolature e quindi ulteriore compromissione della funzione di barriera.

L'alterazione del film idrolipidico nella **dermatite irritativa** delle mani si verifica quando esso è esposto a detergenti, saponi e altre sostanze chimiche o irritanti. L'infiammazione deriva da un irritante che può essere potente ma anche debole, però a contatto con la pelle per un periodo sufficiente a erodere la barriera. L'esposizione concomitante a più sostanze debolmente irritanti esplica un effetto cumulativo e sinergico per cui anche sostanze apparentemente innocue possono indurre il danno. Esposizioni severe o ripetute arrivano agli strati più profondi della pelle. Si arriva così a un circolo vizioso di dermatite cronica e/o severa.

Nei soggetti con **dermatite atopica** sono presenti deficit costituzionali nella barriera lipidica che favoriscono la perdita transepidermica dell'acqua, l'indebolimento della barriera e un abbassamento della soglia di attivazione dell'infiammazione. Ne deriva che questi pazienti hanno una pelle più secca e sono più vulnerabili ai vari fattori scatenanti, sia irritanti che allergenici.

Nella **dermatite allergica da contatto** è implicato un meccanismo diverso, cioè una reazione di ipersensibilità ritardata di IV tipo. Vi è processo di induzione che si verifica quando gli allergeni penetrano nella pelle e sono elaborati dalle cellule di Langerhans. Gli allergeni si coniugano con proteine carrier a formare antigeni completi e migrano ai linfonodi regionali, dove si realizza la sensibilizzazione. Quando la pelle torna a contatto con l'allergene i linfociti T di memoria liberano linfocine che inducono la risposta infiammatoria.

CONSIDERAZIONI DIAGNOSTICHE

E' importante inquadrare le caratteristiche della malattia in ogni paziente e tutti i fattori che provocano esacerbazioni, quindi la diagnosi si basa sulla storia del paziente e sull'esame fisico.

L'anamnesi deve considerare la professione, precedenti di dermatite atopica, attività con esposizione frequente e prolungata all'acqua, esposizione ad altri irritanti o a sostanze potenzialmente allergizzanti.

I sintomi variano secondo il tipo di dermatite delle mani. I sintomi acuti nella dermatite da contatto, per esempio, tipicamente consistono in vescicole, con essudazione e croste, ed intenso prurito. Le

fasi subacute spesso mostrano eritema e desquamazione, che possono evolvere in lichenificazione, ragadi e ispessimento della pelle, quando la condizione diviene cronica.

La distribuzione e la morfologia delle lesioni vanno considerate, ma non sono espressione di uno specifico tipo di dermatite. In alcuni casi, tuttavia, l'area di infiammazione può riprodurre esattamente la zona di contatto con un allergene o un irritante.. E' importante cercare lesioni cutanee in altre sedi per identificare possibili dermatosi sistemiche, come la psoriasi.

I test epicutanei, l'esame microscopico delle squame e gli esami colturali per batteri e miceti possono essere necessari per una diagnosi corretta

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Disordini della cheratinizzazione: Psoriasi, Pityriasis rubra pilaris
- Lichen planus
- Pemfigoide bolloso
- Scabbia
- Tinea manuum
- Acrodermatite enteropatica
- Cheratodermie

EZIOLOGIA

- Dermatite atopica delle mani
- Dermatite irritativa da contatto
- Dermatite allergica da contatto

MORFOLOGIA

- Pompholyx
- Dermatite palmare secca (dermatite delle casalinghe)
- Dermatite ipercheratosica delle mani
- Eczema nummulare delle mani
- Pulpite secca
- Eczema interdigitale

Dermatite atopica delle mani

Precedenti di dermatite atopica sono un fattore di rischio per lo sviluppo di eczema delle mani in età adulta. I pazienti atopici presentano un rischio molto elevato di sviluppare una dermatite professionale e rappresentano una categoria ad alto rischio per lo sviluppo di reazioni allergiche o irritative.

Elementi di diagnosi comprendono dermatite delle mani in giovane età e una pelle secca e pruriginosa nell'età adulta. I sintomi tendono a svilupparsi sul dorso delle mani e delle dita e possono estendersi ai polsi.

Dermatite irritativa da contatto

E' il tipo più comune di dermatite delle mani e deriva dall'esposizione a sostanze esogene che abradono, irritano o danneggiano lo strato corneo. Può essere colpito chiunque. I sintomi comprendono prurito, bruciore e sensibilità nella sede di esposizione agli irritanti. Il palmo delle mani, sebbene presenti uno strato corneo più spesso, è frequentemente coinvolto. L'esposizione ad agenti irritanti come i "lavori umidi", oli minerali, solventi organici e usura della pelle sono noti fattori di rischio, specialmente nei soggetti con concomitante dermatite atopica.

Protein contact dermatitis

Si presenta come dermatite cronica o ricorrente. Le dita sono comunemente coinvolte. Il contatto della pelle con la proteina incriminata (frutti, vegetali, spezie, piante, proteine animali, cereali e enzimi) può provocare eruzioni caratterizzate da lesioni vescicolari o orticarioidi entro pochi minuti dal contatto. Il paziente avverte sensazione puntoria, bruciore o prurito. Le reazioni da contatto alle proteine sono orticarioidi e durano da 30 minuti fino a 3 ore. Con le esposizioni ripetute può svilupparsi l'eczema. Chi manipola i cibi, i cuochi, i ristoratori e le casalinghe sono a rischio. Si tratta di una reazione di ipersensibilità di tipo I mediato da IgE allergene specifiche in una persona sensibilizzata. La diagnosi si fa con i prick test con materiale fresco o con reagenti commerciali.

Dermatite allergica da contatto

La dermatite allergica da contatto è un tipo di ipersensibilità ritardata in cui la generazione di cellule T di memoria nei confronti di un antigene può generare una risposta infiammatoria ad ogni nuova esposizione all'antigene. Le sostanze ad alto potenziale di sensibilizzazione comprendono nichel, additivi della gomma, profumi, cobalto, balsamo del Perù, potassio bicromato, antibiotici topici, colofonia. Queste sostanze contengono composti lipofili a basso peso molecolare che penetrano nella pelle. La diagnosi viene confermata coi test epicutanei, che consistono nell'applicazione sulla cute di una piccola quantità della sostanza sospetta per evocare la locale comparsa della dermatite.

Le varie forme morfologiche comprendono:

1. Pompholyx

Il termine pompholyx è spesso usato come sinonimo di eczema disidrosico perché in questi pazienti è presente una maggiore intensità di emissione di sudore alle mani. Si presenta con la comparsa di vescicole sulle superfici laterali delle dita, preceduta da prurito intenso. Le vescicole persistono da 2 a 4 settimane prima di regredire e ricorrono a vari intervalli

Cause di pompholyx
1. Atopia 2. Oli solubili 3. Allergeni da contatto (a diretto contatto col palmo delle mani): potassio bicromato, nichel, cobalto, benzoisotiazolinone, isopropilparafenilendiamina, primina, profumi, essenze, balsamo del perù.

4. Allergeni ingeriti: nichel, cromo, cobalto, neomicina.
5. Allergeni delle calzature: la reazione allergica a livello dei piedi può indurre la dermatite alle mani.
6. L'infezione micotica in altre sedi (piedi) può indurre l'eruzione vescicolosa palmare (micide).
7. Infezioni batteriche focali (batteride pustoloso)
8. Aspirina, contraccettivi orali, fumo di sigaretta.

2. Eczema delle mani ragadizzato (Sinonimi: dermatitis palmaris sicca, dermatite delle casalinghe)

È un eczema secco con desquamazione e ragadi e scarse aree ipercheratosiche. Manca l'essudazione e il prurito è minimo. Si osserva nell'eczema delle mani di vecchia data che persiste per mesi o anni.

3. Eczema ipercheratosico delle mani

È una malattia cronica che consiste in accumuli di squame secche e aderenti sulle superfici palmari, senza desquamazione o formazione di vescicole. Può interessare le piante dei piedi ed è molto comune nelle persone anziane. La causa spesso non è identificabile, ma può essere il risultato di allergia o irritazione cronica. Il decorso è cronico e stabile e può essere refrattario al trattamento

4. Eczema nummulare

Si presenta con lesioni circolari o ovalari ben circoscritte, confinate al dorso delle mani o delle dita e caratterizzate da eritema, vescicole ed essudazione nella fase acuta, intensamente pruriginose. Col tempo l'infiammazione diventa subacuta o cronica e può assumere un aspetto psoriasiforme. Questa forma di eczema è frequentemente colonizzata dallo *Stafilococco aureo*. L'atopia è di frequente riscontro in questi pazienti e lesioni analoghe possono manifestarsi nella dermatite atopica.

5. Eczema dei polpastrelli; pulpitis

È un eczema ipercheratosico dei polpastrelli con ragadi dolorose. Quando sono coinvolte tutte le dita, soprattutto quelle della mano dominante, con aggravamento nei climi freddi, in genere si tratta di una dermatite irritativa da accumulo dove giocano un ruolo trauma e agenti sgrassanti. Quando è localizzata solo alle prime 3 dita, soprattutto della mano dominante, si deve sospettare una dermatite professionale (irritante o allergica). La mano non dominante è coinvolta quando si tengono in questa mano vegetali o altri prodotti utilizzati in cucina (es. tagliare aglio, cipolla)

6. Eczema interdigitale

Eritema e desquamazione interessano gli spazi interdigitali, raramente compare vescicolazione

La gestione della dermatite delle mani si articola in 3 punti

- Diagnosi (anamnesi e accertamenti) volta soprattutto a identificare le cause
- Misure di prevenzione e di protezione
- Trattamento

Il paziente ha un ruolo chiave in tutte queste fasi.

- Nella diagnosi perché dipende dalla sua precisione e accuratezza nel rispondere alle domande il corretto inquadramento della natura della dermatite e dei fattori causali.
- Nella prevenzione perché solo la costanza e l'attenzione del paziente possono renderla efficace
- Nel trattamento per la corretta applicazione della terapia.

1) Diagnosi

- Storia di atopia (dermatite atopica, asma, rinite). Fra questi la dermatite atopica è fortemente correlata con l'eczema delle mani. Tenere conto di precedenti episodi di dermatite, fattori di aggravamento, remissioni.
- Luogo di lavoro: esposizione ad allergeni, irritanti (lavori umidi, oli minerali), frizione della pelle, generi alimentari.
- Lavori domestici e hobby: allergeni o irritanti
- Relazione della dermatite delle mani con precedenti esposizioni. Accertamenti già eseguiti/diagnosi di allergie già documentate.
- Precedenti trattamenti
- Accertamenti:
 - Test epicutanei
 - Prick test
 - RAST
 - Spot test sui materiali sospetti per nichel, cromo, cobalto
 - Test per la formaldeide nei prodotti.

Lavori umidi: le seguenti condizioni possono indurre dermatite da contatto irritante delle mani:

- Mani umide per più di 2 ore al giorno
- Frequente lavaggio delle mani (più di 20 volte al giorno)
- Indossare guanti stretti per più di 2 ore al giorno

2) Misure Preventive e Protettive

Misure Preventive

I gruppi ad alto rischio come quelli con storia di dermatite atopica, le parrucchiere, le professioni sanitarie, gli alimentaristi e quelli che lavorano con solventi o oli da taglio vanno identificati e istruiti.

Nelle malattie professionali lo screening occupazionale e l'educazione riducono l'incidenza della dermatite delle mani. Le informazioni sulle sostanze chimiche pericolose, il loro potenziale rischio e come ridurre l'esposizione sono molto utili. I test epicutanei prima dell'assunzione identificano gli allergeni cui il soggetto è già sensibilizzato nel 7% dei soggetti.

Molte ore di lavoro umido e bassa umidità ambientale aumentano il rischio di dermatite.

Misure Protettive

Nel luogo di lavoro la protezione della pelle può essere attuata mediante

1. Creme protettive (crema barriera) da usare sulla pelle integra prima e durante il lavoro
2. Pulizia delle mani durante e dopo il lavoro con detergenti delicati per rimuovere i residui dei materiali potenzialmente irritanti o allergizzanti.
3. Cura della pelle dopo il lavoro con emollienti, idratanti e umettanti. Questi prodotti sono utili per recuperare la funzione barriera della pelle. Sono da preferire le preparazioni senza coloranti e conservanti

Guanti Protettivi

I guanti forniscono una efficace protezione nei confronti di molti irritanti. Nessun tipo di guanto protegge da tutte le varie cause di dermatite e la scelta di un guanto inadatto può aumentare il rischio di danno o di aggravamento della dermatite, oltre a ridurre l'efficienza durante il lavoro. Certi materiali dei guanti sono permeabili ad alcune sostanze chimiche e quindi non proteggono da questa esposizione. Il potere occlusivo del guanto che ostacola la traspirazione della pelle, l'allergia al lattice e l'allergia da contatto a altri additivi della gomma limitano il loro uso.

I guanti disponibili sono una gamma estremamente vasta (vedi tabella)

Protective Gloves (PG)	Material	Medical Gloves (MG)
+	Natural Rubber latex (NR)	+
	Synthetic rubber materials	
+	Butyl Rubber (BR)	-
+	Chloroprene / Neoprene (CR)	+
+	Flour Rubber / Viton (V)	-
+	Polyisoprene rubber / Isolex P/R	+
+	Nitrile rubber / N-Dex, Nitrilite (NI)	+
-	Styrene butadiene/Elastyrene (SBR)	+
-	Styrene ethylene butadiene/Tactylon	+
-	Styrene isoprene	+
	Plastic polymeric materials	
+	Ethylene methacrylate (EMA)	+
+	Polyethylene (PE)	+
+	Polyvinyl alcohol (PVA)	-
+	Polyvinyl chloride (PVC)	+
+	Polyurethane	-
+	E+Ethylen vinyl alcohol EVOH+ PE/Laminate, 4-H glove	+
+	Leather	-
+	Textiles (silk, cotton, nylon)	-
	Special cut resistant fibres	
+	Kevlar	-
+	Lycra	-
+	Spectra fibre	-

Newer Protective Gloves (Hypoallergenic gloves, Semi-permeable gloves, Rip-up gloves)

e sono classificati in base al tipo di impiego cui sono destinati.

1. Category I: Gloves of simple design - minimal risk
2. Category II: Gloves for intermediate risk
3. Category III: Gloves for irreversible / life-threatening risks

I guanti sono sottoposti a test per verificare alcune proprietà:

Penetrazione è il passaggio di sostanze chimiche attraverso pori macroscopici. Possibili cause sono errori nella produzione o nella conservazione

Permeazione è la migrazione di sostanze chimiche attraverso il guanto a un livello molecolare dalla superficie esterna a quella interna a contatto della mano

Biocompatibilità sono le segnalazioni di effetti collaterali riportate dagli operatori sanitari

Degradazione cioè il processo spontaneo di denaturazione del materiale con perdita delle proprietà protettive.

I guanti protettivi più recenti comprendono:

1. Guanti semipermeabili: come GoreTex o Sympatex che permettono il trasporto del vapore acqueo dall'interno all'esterno, ma prevengono la penetrazione dell'acqua dall'esterno. Prevengono i danni dell'occlusione provocati sulla pelle. Tuttavia non forniscono adeguata protezione nei confronti delle sostanze chimiche
2. Guanti ipoallergenici sono quelli che non contengono acceleranti del processo di vulcanizzazione.
3. Rip-up gloves (guanti che si strappano facilmente) sono usati per proteggere dagli oli da taglio (che contengono allergeni come colofonia e monoetanolamine) nell'industria metalmeccanica dove i guanti non sono permessi per il rischio di essere intrappolati dalle macchine rotanti.

Effetti indesiderati dei guanti

1. Il guanto deve essere scelto in base alle sostanze da manipolare. Se non è idoneo il falso senso di protezione aumenta il rischio
2. La contaminazione interna con sostanze chimiche si verifica se vi sono alterazioni macroscopiche dell'integrità del guanto o aumentata permeabilità. L'impiego non corretto, **s predispone alla contaminazione anche in assenza di difetti strutturali del guanto.**
3. L'occlusione (cioè l'ostacolo alla traspirazione della pelle) può esitare in dermatite da contatto irritante. I guanti di gomma possono esacerbare la dermatite delle mani. Ciò può essere evitato indossando guanti di cotone sotto i guanti di gomma
4. L'orticaria da contatto al lattice dei guanti (Allergia di tipo I)
5. La dermatite allergica da contatto a componenti dei guanti. La lista degli allergeni comprende:
 - a. Tiurami
 - a. Ditiocarbamati, mercaptobenzotiazolo e derivati
 - b. Difenilguanidina
 - c. Nei guanti in PVC (polivinilcloruro) i principali allergeni sono bisfenolo A, formaldeide e benzotiazolinone
 - d. Lattice di gomma naturale (raramente causa di ipersensibilità di tipo IV)

----- Dermatite delle mani. Istruzioni per il paziente.

La dermatite delle mani è molto ostinata. È importante che la protezione sia continuata anche dopo che la manifestazione sembra guarita perché occorre del tempo per permettere alla pelle di recuperare la sua funzione di barriera. Le creme e le pomate vanno riapplicate ogni volta che ci si lava le mani.

- Lavaggio delle mani:
usare acqua tiepida e sapone senza profumi, coloranti e altri additivi. Asciugare accuratamente, senza strofinare, soprattutto gli spazi fra le dita.
- Nei lavori umidi indossare guanti di cotone sotto i guanti di gomma (o plastica se si è allergici alla gomma). Cercare di non usare acqua troppo calda e interrompere il lavoro per togliere i guanti ogni 15 minuti. Usare acqua corrente se possibile.
- Portare i guanti nella stagione fredda e nei lavori polverosi.
- Usare solo i topici prescritti
- Evitare:
 - Shampo
 - Lucidi di tutti i tipi
 - Solventi come alcol e trementina
 - Lozioni, creme e coloranti per capelli

- Detergenti e sostanze per pulire forti
 - Sostanze chimiche sconosciute
 - Non sbucciare con le mani frutti e vegetali, soprattutto agrumi
- Usare emollienti e idratanti per contrastare la secchezza della pelle

-
- Usare regolarmente emollienti per le mani ed evitare il contatto frequente con irritanti come acqua, sapone e detergenti sono i pilastri della terapia
 - I guanti di gomma possono esacerbare la dermatite delle mani sia per il loro effetto occlusivo, che, ostacolando l'evaporazione del sudore, provoca macerazione della pelle, sia per la possibilità che inducano allergia al lattice di gomma o agli additivi della gomma in essa contenuti. Ciò può essere evitato indossando guanti di cotone sotto i guanti di gomma.
 - L'allergia da contatto è responsabile della dermatite delle mani in più del 47% dei casi e in tutti i pazienti andrebbe valutata l'opportunità di eseguire i test epicutanei per identificare allergeni rilevanti. Uno studio recente ha dimostrato la persistenza della sensibilizzazione da contatto in oltre il 74% dei pazienti con eczema delle mani seguiti per 8 anni, sottolineando l'importanza di continuare ad evitare l'esposizione agli allergeni cui sono sensibilizzati a tempo indeterminato.

TERAPIA

La terapia deve essere individualizzata e varia a seconda delle fasi acute o croniche della dermatite. Indipendentemente dal tipo di dermatite delle mani **la riparazione della barriera epidermica è essenziale.**

Idratazione

Evitare il contatto con sostanze irritanti, con lavori umidi, non lavare troppo le mani, usare emollienti aiuta a riparare la normale barriera cutanea, indipendentemente dal tipo di dermatite delle mani. L'uso regolare di creme barriera e di emollienti protegge dalla secchezza e dalla irritazione chimica. Probabilmente l'uso di emollienti contenenti lipidi affini a quelli spontanei della pelle può accelerare la riparazione della barriera. L'adeguata idratazione cutanea è anche estremamente importante per la prevenzione nei pazienti con malattia cronica, anche quando i sintomi sembrano ben controllati. Gli emollienti vanno applicati subito dopo aver lavato le mani per bloccare in sede l'acqua della pelle.

I vari trattamenti utilizzati per curare la dermatite influenzano diversamente la riparazione della barriera. I cortisonici topici o sistemici, i retinoidi controllano l'infiammazione ma hanno un effetto negativo sulla riparazione della barriera. Gli inibitori topici della calcineurina permettono una normale riparazione, mentre la fototerapia con UV esercita un effetto benefico "indurendo" la pelle e rendendola meno sensibile agli agenti irritanti.

Identificazione delle cause ed evitamento

I test epicutanei sono importanti per identificare possibili allergie da contatto a certe sostanze. Alcuni soggetti sono costretti a cambiare lavoro se i sintomi sono severi e se

nell'ambiente di lavoro non riescono ad evitare il contatto con gli allergeni cui sono sensibili. Gli agenti irritanti sono tali nei confronti di tutti i soggetti e quindi non necessitano esami specifici per riconoscere il loro ruolo scatenante nel singolo paziente. E' importante quindi l'informazione perché il paziente possa rendersi conto di quali fattori siano presenti nella sua attività per evitarne il contatto.

Trattamenti Topici

Corticosteroidi

Sono considerati come la prima linea di trattamento nella dermatite delle mani per il controllo dell'infiammazione. La scelta del prodotto, sulla base della sua potenza, è influenzata da fattori come la severità dell'eczema e la superficie cutanea coinvolta; la scelta del veicolo dalla natura della dermatite: creme nelle forme acute, unguenti nelle forme inveterate ed ipercheratosiche. L'uso prolungato per più di 3-4 settimane è sconsigliato per la possibilità di effetti collaterali come l'atrofia della pelle. Anche la tachifilassi (cioè la perdita di efficacia del trattamento) è più probabile con l'uso prolungato. Gli steroidi topici possono indurre anch'essi allergia da contatto sia al principio attivo che all'eccipiente e questa possibilità va tenuta presente di fronte alla refrattarietà o all'aggravamento della dermatite durante il trattamento

Immunomodulatori

Gli inibitori della calcineurina (tacrolimus e pimecrolimus) sono topici che inibiscono il rilascio di citochine infiammatorie. A differenza degli steroidi topici non provocano atrofia cutanea e possono essere utili per il trattamento di aree sensibili e nelle malattie croniche della pelle. Gli effetti collaterali più importanti sono prurito e bruciore nella sede di applicazione, mentre il rischio di assorbimento sistemico e immunosoppressione è trascurabile. La risposta è più lenta che per gli steroidi topici.

L'efficacia per via topica è ben documentata nel trattamento della dermatite atopica, mentre il loro ruolo nella dermatite delle mani attualmente, anche se appare promettente in studi aperti, non è stato ancora valutato in trials randomizzati, in doppio cieco.

Data la natura cronica della dermatite delle mani questi prodotti possono essere utili come terapia di mantenimento fra le fasi di riacutizzazione. Il loro ruolo sembra limitato alle forme non ipercheratosiche.

Fototerapia

La fototerapia è uno dei trattamenti più efficaci per la dermatite delle mani

Ultravioletti B (UVB)

Dai pochi studi controllati gli UVB a banda stretta e a banda larga appaiono efficaci come la PUVA terapia nel trattamento della dermatite cronica delle mani, senza i rischi di fototossicità e dispigmentazione

PUVA

Vari studi hanno dimostrato risultati positivi nel trattamento della dermatite cronica delle mani. La PUVA può essere il trattamento di scelta per l'eczema ipercheratosico delle mani data la capacità degli UVA, dotati di maggiore lunghezza d'onda, di penetrare profondamente nella pelle.

UVA-1

La terapia con UVA-1 ha dimostrato di essere efficace nel trattamento dell'eczema disidrosico

Radiazioni Ionizzanti

Le cellule coinvolte nell'eczema sono altamente radiosensibili, tuttavia il rischio di radiodermite e carcinogenesi limitano l'uso della radioterapia a casi severi e refrattari alle altre terapie.

Trattamenti Sistemici

Terapia Immunosoppressiva

La terapia sistemica immunosoppressiva va considerata per i casi di dermatite delle mani refrattari agli steroidi topici e alla fototerapia.

I cortisonici sistemici sono in genere efficaci nel trattamento delle fasi acute, tuttavia i loro effetti collaterali ne sconsigliano l'uso nel trattamento a lungo termine. Anche l'utilità della ciclosporina sembra limitata al breve periodo.

Agenti come metotrexate e micofenolato mofetile paiono molto promettenti per il controllo a lungo termine dell'eczema severo delle mani, in particolare quello disidrosico.

Retinoidi

Retinoidi sistemici come etretinato e acitretina hanno mostrato effetti benefici nel trattamento dell'eczema delle mani, in particolare nell'eczema ipercheratosico.

Alitretinoin (9-cis-retinoic acid) (Toctino®, Basilea Pharmaceuticals) è un retinoide orale attualmente approvato per il trattamento degli adulti con severo eczema delle mani refrattario agli steroidi topici potenti.

Tossina Botulinica

L'iperidrosi è un fattore aggravante nell'eczema disidrosico delle mani. La tossina botulinica è un trattamento efficace della iperidrosi palmare e si è dimostrato un trattamento adiuvante dello steroide topico molto efficace.

Ionoforesi

L'iperidrosi, noto fattore di rischio per la dermatite delle mani, risponde bene alla ionoforesi. L'eczema disidrosico ha dimostrato una risposta nettamente migliore se il trattamento con steroide topico era abbinato a ionoforesi, probabilmente per la riduzione della secrezione di sudore e per il migliorato assorbimento della terapia topica.

Conclusioni

Il trattamento della dermatite delle mani resta un compito difficile perché la maggior parte dei pazienti non ottiene adeguati benefici dai molteplici trattamenti.

Indipendentemente dal tipo di dermatite delle mani **la riparazione della barriera epidermica è essenziale**. Dopo un episodio di dermatite occorrono settimane o mesi per riparare la barriera cutanea. Si spiegano così le frustranti ricadute dopo un apparente periodo di remissione dei sintomi: la pelle resta estremamente vulnerabile e bastano anche modeste riesposizioni ai fattori irritanti per far precipitare la situazione. Se la causa della dermatite è di natura allergica, come si riscontra nel 47% dei casi, la memoria della sensibilizzazione persiste per tempi lunghissimi ed ogni nuovo contatto con l'allergene scatena la ricaduta. Sono quindi essenziali le misure di prevenzione, per evitare il contatto con tutti i possibili agenti irritanti e le sostanze chimiche cui il soggetto è allergico. La terapia farmacologica può servire a domare l'infiammazione, ma se non si permette alla pelle di ripristinare la sua barriera non si può ottenere la guarigione.