

# DA<sup>2.0</sup>

## Dermatologia Ambulatoriale 2.0

Organo ufficiale  
dell'Associazione Italiana  
Dermatologi Ambulatoriali

Anno 2014 - n. 0  
maggio - settembre 2014

# TOUCH

## In questo numero



*semplicità  
aggiornamento  
novità  
luce  
dermoscopia  
mi interessa  
innovazione  
laser  
digitale  
aziende  
professionalità  
diversità  
avanguardia  
noi  
tecnologia  
consapevolezza  
condivisione  
partecipazione  
engagement*

LA REDAZIONE

# Dermatologia Ambulatoriale 2.0

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali

Anno 2014 - n. 0  
maggio - settembre 2014

ISSN:

*Rivista in attesa di registrazione  
presso il Tribunale di Lecce*

## Direttore responsabile

Alessandro Martella, Tiggiano (LE) [rivista@aida.it](mailto:rivista@aida.it)

## Vice-direttore

Valerio Cirfera, Copertino (LE)

## Direttore Scientifico

Gian Luigi Giovane, Perugia

## Comitato di redazione

Saturnino Gasparini (Terni)

Giovanni Menchini (Pisa)

Vito Pietrantonio (Bari)

Domenico Piccolo (L'Aquila)

Carlo Bertana (Roma)

## Responsabile Marketing

Paolo Silvestris (Roma) [paolo.silvestris@fastwebnet.it](mailto:paolo.silvestris@fastwebnet.it)

## Progettazione grafica

Borè S.R.L.

Via Roma, 73 - 73039 Tricase (LE) - Italy

[www.boresrl.com](http://www.boresrl.com)



Unione Stampa  
Periodica Italiana



# SOMMARIO

## EDITORIALI

- *Alessandro Martella*
- La domanda nasce spontanea di *Vito Pietrantonio*
- AIDA corre verso il nuovo che avanza di *Cecilia Pravettoni*

## L'ANGOLO DELL'ESPERTO

- Norme assicurative professionali di *V. Cirfera - C. Prete - G. Muci*
- Utilizzo della Luce Pulsata rodaminata per il trattamento delle telangiectasie del volto di *Piccolo D., Crisman G., Cannarozzo G., Sannino M., Russo N., Listro G.*
- Ento(mo)dermoscopia di *G. Scanni*



## CRUCIDERMA

## IL CASO

- Caso Clinico/Dermoscopico di *Saturnino Gasparini*
- La Ragazza con l'Orecchino di Perla di *Eugenio Romanello*

## NOVITÀ

- I fili di sostegno di *Maurizio Benci*
- Studio clinico sull'utilizzo di AKTUVA crema e compresse come adiuvanti nella terapia fotodinamica di *Giovanni Menchini*

## APPROFONDIMENTO

- Dalle "tuniche di pelle" a Pelle d'Asino di *Nerella Petrini*
- Nati per correre di *Agostino Specchio*

## COME È FATTO E COME FUNZIONA

- Quando il dermatologo prescrive il cosmetico per il viso di *Alessandro Martella*

## LA MIA RICETTA PER...

- Tricologia Pediatrica - Alopecia Areta nel bambino... ciglia e sopracciglia di *Lucia Villa e Roberto D'Ovidio*

## DERMATOGOLIA & WEB

- INVERSA ONLUS
- INDERMA il futuro del medico è social



# I DERMATOLARI



**Alessandro Martella**  
Dermatologo 2.O, ideatore, autore e responsabile di [www.myskin.it](http://www.myskin.it)  
Scatto per passione quando fotografo e per hobby quando corro



**Eugenio Romanello**  
Dermatologo  
Fondatore dell'associazione [ami.pel](http://blog.libero.it/assoamipel/)  
<http://blog.libero.it/assoamipel/>



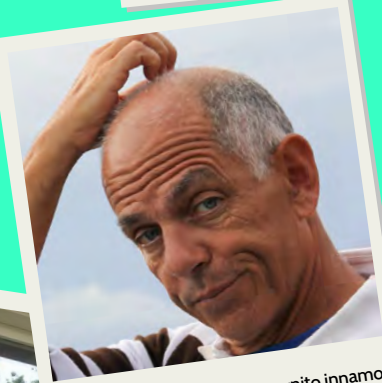
**Domenico Piccolo**  
Quarantacinque anni ben portati.  
Amante del lavoro e della famiglia. Appassionato di sport e tifosissimo della Juventus al punto di aver scelto di avere una figlia bianca ed uno nero. Il suo più grande pregio è la tenacia, il suo più grande difetto la testardaggine. Come tutti gli abruzzesi può essere definito "forte e gentile".



**Agostino Specchio**  
Endocrinologo



**Federico Bardazzi**  
Dermatologo eclettico, dalla personalità travolgente e dalla battuta pronta, amante degli animali, dell'arte e dei viaggi.



**Bertana**  
Dermatologo (a volte), in incognito innamorato dell'estetica, fotografo e viaggiatore



**D'Ovidio** dermatologo maestro in tricologia: tutto sul crine e dintorni



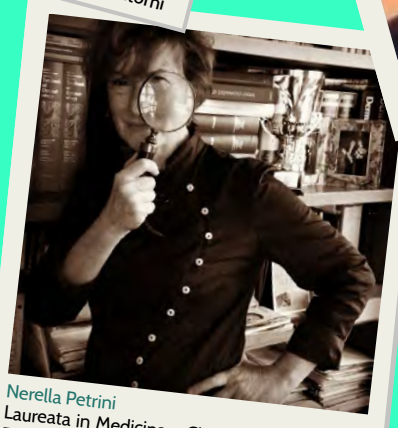
**Saturnino Gasparini**  
Appassionato ed esperto di dermatoscopia, oncologia e chirurgia dermatologica



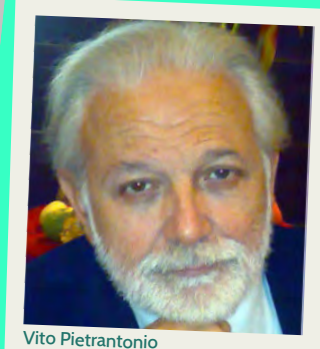
**Giovanni Menchini**  
Specializzato a Siena, dermatologo volontario a Firenze, Libero professionista a Pisa. C'è chi indaga dei lati oscuri delle cose, io in controtendenza preferisco quelli migliori di occupazione se non la vitiligine dunque!!  
Adoro la socialità e la nostra professione, per questo ho costruito INderma il primo professional network in dermatologia e medicina estetica, se non ci sei non puoi sapere cosa ti perdi.



**Maurizio Benci**  
Quando non vado in bicicletta mi dedico alla dermatologia, ma solo nei giorni feriali.  
mi trovate su [www.mauriziobenci.it](http://www.mauriziobenci.it)



**Nerella Petrini**  
Laureata in Medicina e Chirurgia, specialista in Dermatologia e Venereologia  
E-mail: [nerellapetrini@gmail.com](mailto:nerellapetrini@gmail.com)



**Vito Pietrantonio**  
Dermatologo, socio fondatore AIDA



**Pravettoni**  
Dermatologa, sarta e pittrice. Ha iniziato giocando in AIDA come Coordinatore Regionale per la Lombardia nel 1996. Dal 2006 nel Consiglio Direttivo. Ha curato per 8 anni la Segreteria Scientifica dei congressi AIDA. Lavora come Specialista Ambulatoriale da 30 anni presso gli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano. Presidente AIDA per il biennio 2013-14.



**Tani Scanni**  
Gaetano Scanni (1956) Bari, per gli amici Tani. Hobby preferito: Bugs watching (open club). Missione: speculare sui trucchi degli insetti e di qualsiasi altro commensale della cute umana. Strumentazione: dermatoscopi ufficiali o preferibilmente assemblati per l'uso.  
Condivisioni: parlo di entodermoscopia ma anche di altro su [www.gaetanoscanni.it](http://www.gaetanoscanni.it)  
[www.entodermoscopy.net](http://www.entodermoscopy.net)



**Valerio Cirfera** unendo insieme la professione di dermatologo e la passione per le tematiche legali è un esperto di dermatologia legale.



**Villa Lucia**  
"dermatologa con la valigia e tanta voglia di imparare: chi più sa più dubita".



## Cheratosi Rubra Pilare

Eritema di fondo diffuso ed esteso alle guance e multiple papule di minute dimensioni conseguenti ad ipercheratosi in corrispondenza degli orifizi dei follicoli.

Tipica del periodo invernale la Cheratosi Rubra Pilare, manifestazione asintomatica, tende a migliorare durante l'estate per poi recidivare. Tende a migliorare con il passare dell'età



## Granuloma Anulare

Singole o multiple le manifestazioni del granuloma anulare sono asintomatiche. Più frequenti prima dei 30 anni si manifestano maggiormente nel sesso femminile.

Nella forma classica papule e placche dermiche, lisce, traslucide confluiscono insieme e si dispongono ad cerchi completo (anulare) o a semicerchio (arciforme).

Possibile la risoluzione spontanea anche se a volte dopo anni così come la recidiva.







## Malattia di Darier

Manifestazioni cutanee ma anche a carico delle unghie dovute all'alterazione del complesso de-smosoma-tonofilamenti.

Tipico l'aspetto sudicio a tratti ruvido della pelle, interessanti le zone seborroiche e caratterizzato dalla presenza di papule cheratosiche - a volte anche di fissazioni in alcune sedi di piega e dell'orecchio - ma anche di ispessimenti, striature e bande longitudinali rosse alternate ad altre bianche con intaccatura del bordo libero della lamina ungueale.

Depressioni (pits) o ipercheratosi filiformi, invece le manifestazioni localizzate a livello palmo-plantare e papule bianche, a volte estese fino a formare un "aspetto ad acciottolato" gli aspetti, invece, presenti a livello della mucosa orale

Alessandro  
Martella

# EDITORIALE

HEALTH

MEDICAL  
SISTANCE

**S**iamo appena nati e il **TOCCARE** è la nostra prima esperienza relazionale con la mamma, con la sua pelle.

Dapprima con le mani e poi, successivamente, portando gli oggetti alla bocca impariamo a conoscere tutto ciò che ci circonda.

Il **TOCCARE** segna il confine tra noi e gli altri e il dermatologo conosce molto bene la sua rilevanza tanto che la palpazione delle lesioni e manifestazioni cutanee di un paziente è un momento importante della visita a volte cruciale per orientarsi nella diagnosi differenziale.

I recettori recepiscono delle informazioni fisiche le quali codificate in segnali viaggiano lungo dedicati circuiti neuronali fino a raggiungere specifiche aree del cervello che li decodificano nella sensazione finale del toccare.

La foto non è in grado di attivare tale circuito non è in grado di evocare la sensazione cerebrale del toccare l'oggetto o la manifestazione ripresa con lo scatto ma in futuro la realtà aumentata potrebbe ridefinire il confine e il toccare.

Alessandro  
Martelli



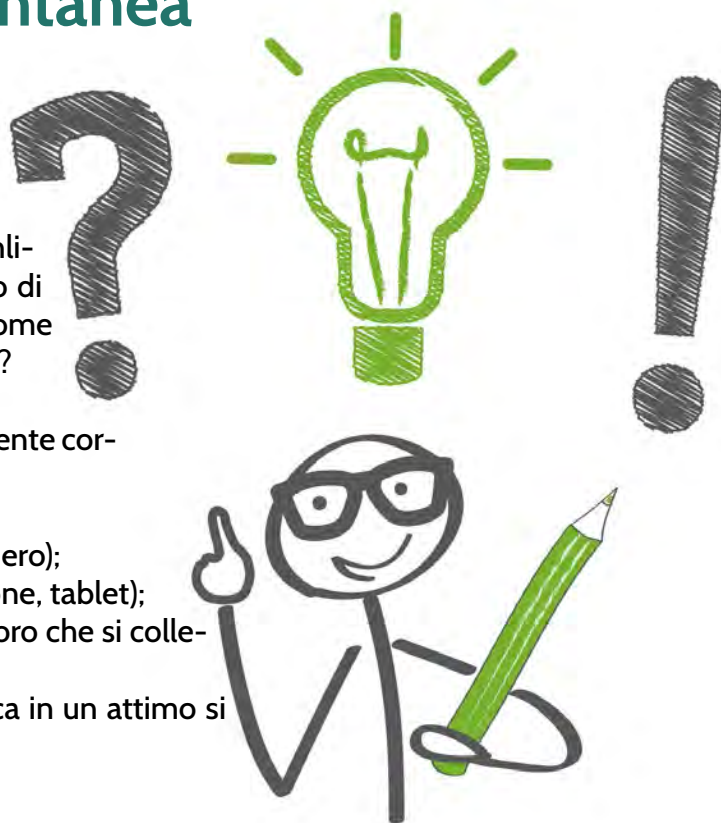
# La domanda nasce spontanea

*Cari amici,*

comincia qui l'avventura della nuova Rivista DA online; per la prima volta in Italia una Rivista organo di una Società scientifica va in rete. La domanda, come diceva un noto comico, nasce spontanea: perché?

Le motivazioni sono molteplici e tutte "politicalmente corrette":

- ecologica (risparmio di quintali di carta a numero);
- facilità di consultazione (computer, smartphone, tablet);
- non riservata ad indirizzari fissi ma a tutti coloro che si collegano;
- di facile consultazione (con la funzione ricerca in un attimo si può trovare quello che si cerca);
- etc. etc.



Ma, al di là di tutto questo, perché AIDA ha voluto rompere schemi considerati "immutabili e consacrati da che mondo è mondo"?

Bene, sarà il destino o, più probabilmente, è nel suo DNA quello di intraprendere nuovi percorsi e nuovi interessi per la Dermatologia italiana: malattie della pelle nera, dermatologia estetica, laserdermatologia, dermatologia legale, corsi monotematici, sito web, etc. Naturalmente, oggi sono un minimo comun denominatore di quasi tutti i Congressi e di tutte le Società Scientifiche (anzi, c'è chi ci ha fatto carriera!) ma pur rivendicando questo nostro primato siamo ben consci che non abbiamo fatto altro che il nostro semplice dovere: stimolare i propri associati nel proprio campo professionale. Infatti, il compito di una Società scientifica non è quello di organizzare il Congresso più bello o con più partecipanti, ma vigilare sulla correttezza e scientificità delle informazioni fornite e stimolare a nuove e migliori procedure per il benessere del paziente (fermo restando il proprio campo professionale di competenza: ricerca per gli universitari, diagnosi e terapia per gli ambulatoriali).

Last but not least il notevole risparmio economico rispetto alla carta stampata sia da parte della nostra Società sia da parte delle Aziende sponsor che negli anni hanno supportato la Rivista DA, limitandone le perdite. Sì perché le riviste sono tutte in perdita (tranne quelle generaliste), prova ne è il fatto che a fronte di un numero di Società scientifiche che ormai è diventato imbarazzante vi è un numero di Riviste scientifiche da contarsi sulle dita di una sola mano. La Rivista online permetterà (o dovrebbe permettere) un pareggio di bilancio per la nostra Società ed un impegno economico nettamente inferiore per le Aziende sponsor che, inoltre, avranno anche una platea molto più numerosa e di conseguenza un maggior ritorno di immagine.

La domanda "nasce spontanea" e' così soddisfatta!

Ora dalla domanda passiamo alla risposta: con questo primo numero di DA online.

Buona lettura e, tra un anno, risentiamoci per le analisi del caso.



# AIDA corre verso il nuovo che avanza!

*Cari amici,*

più un anno di presidenza è volato e in questi mesi abbiamo lavorato febbrilmente.

Avete certamente avvertito il vento di rinnovamento che spira da poppa e ci spinge verso nuovi lidi. AIDA sta cambiando alla velocità della luce.

Cosa c'è di nuovo?

- Un nuovo sito interattivo e innovativo, un contenitore ma anche un mezzo di comunicazione tra noi, voi, le Aziende e i pazienti che è stato ideato dallo spumeggiante e infaticabile Alessandro Martella e da Fabio Cannillo che ha curato la parte tecnica.
- Un grande servizio per tutti voi: la Polizza di Responsabilità Civile a prezzo competitivo, esaustiva, particolareggiata e personalizzabile dedicata ai Soci AIDA creata per tutti noi da un uomo straordinario: Valerio Cirfera!
- Una nuova Rivista: DA on line. La prima e unica rivista italiana 2.0 di Dermatologia diretta da Alessandro Martella con l'aiuto dell'insostituibile Vito Pietrantonio creatore/direttore della nostra rivista e del sito AIDA fin dagli anni novanta.
- Nuovi argomenti al prossimo Congresso che si terrà a Catania dal 21 al 24 maggio prossimi. Parleremo di follia, delle mille facce del rosso, dei tranelli del web, di mastocitosi, di dermopatie del viaggiatore, di dermatologia "zerododici", di idrosadenite suppurativa, di grandi cellule Melanociti e Mastociti, di patologie del lato B e concluderemo con l'altra demoscopia, quella non melanocitaria. In mezzo a questi grandi argomenti di tutto un po' e moltissimi corsi interessanti: cosmetologia, laser, micologia, tricologia, patologia delle labbra, dermatologia professionale e dermatologia legale.

E non mi sembra poco.....

In fretta e furia siamo arrivati alle porte del prossimo Congresso nazionale ed ho l'impressione che non mi basti il tempo per fare tutto. In un soffio il mio incarico sarà concluso, ma ho già la sensazione forte che le strade intraprese sono quelle giuste e sono certa che

il prossimo Presidente Domenico Piccolo continuerà a percorrere, con l'aiuto del nuovo Direttivo, la rotta tracciata con competenza e con la mia stessa determinazione.

Non ho lavorato da sola, la nostra come dice Paolo Silvestris "non è una Repubblica Presidenziale", ma ho avuto accanto a me un team fantastico ed amici cari, efficienti e motivati. Voglio ringraziare perciò il Direttivo tutto che mi ha supportata, incoraggiata e sopportata e che mi ha dato l'opportunità di essere un Presidente orgoglioso e fiero!

Voglio anche ringraziare tutti i Coordinatori che lavorano per AIDA e con AIDA con impegno e dedizione e la mia fantastica donna... Annamaria Gubbini che coordina i Regionali! Voglio ringraziare tutte le Aziende generose e disponibili, che ci aiutano e sostengono in qualità di sponsor dandoci la possibilità di realizzare tutti gli eventi e i progetti della nostra Società ma soprattutto le ringrazio per la fiducia che mi hanno accordata.

Voglio ringraziare tutti voi, voi dermatologi, voi soci, che con la vostra partecipazione fate di AIDA una delle maggiori Società del panorama dermatologico italiano.

Un ringraziamento speciale va, infine, a Paolo Silvestris, Vito Pietrantonio, Gianluigi Giovane e Nino Gasparini! senza il loro appoggio mi sarei persa.....

Vi aspetto numerosi al prossimo congresso! Mi correggo... so che saremo tantissimi perché ho avuto delle indiscrezioni.....

Vi aspetto numerosissimi !!! e sarò lieta di abbracciarvi tutti a Catania

.....uno per uno .... AIDA SIAMO NOI !

Un saluto caloroso dal vostro Presidente





The Code of Excellence

# SmartXide

MEDICINA ED ESTETICA

**Sistemi Laser a CO<sub>2</sub> SMARTXIDE:**  
la linea completa per le esigenze  
di tutti i professionisti.



**SMARTXIDE<sup>2</sup> DOT/RF**



**SMARTXIDE JUNIOR**



**SMARTXIDE DOT**



Segui DEKA su



[www.dekalaser.com](http://www.dekalaser.com)



Scopri di più: QR code





## **Il dermatologo incontra il medico di medicina generale: focus sui tumori della pelle e sul melanoma**

**Crediti ECM assegnati: 7**

**14 giugno 2014 - Castrignano del Capo (LE)**

Centro Socio Riabilitativo, Provincia della Natività B.V.M. (Via Pirandello)

**Promosso da:**

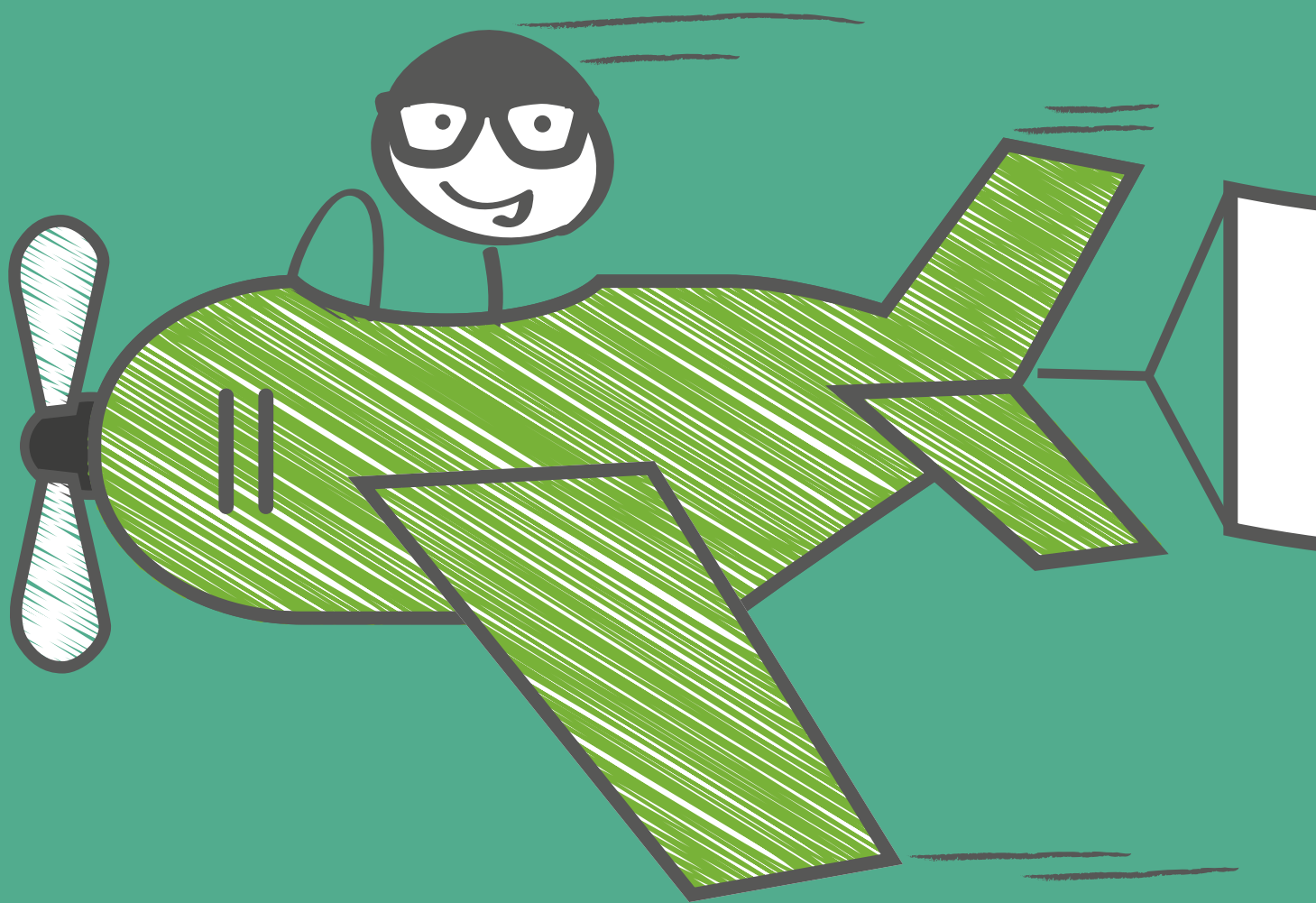


**Con il Patrocinio di:**

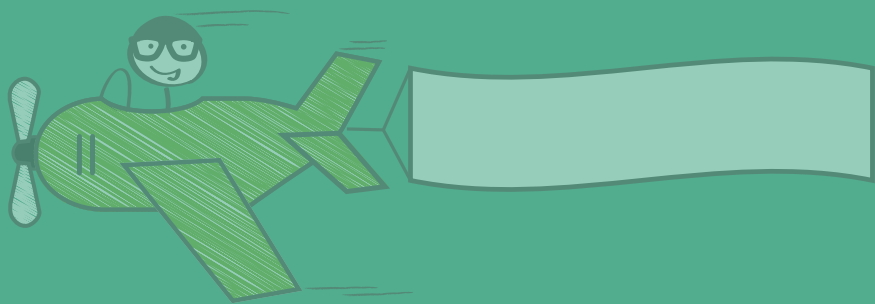


Segreteria Organizzativa: **Joining People Srl**

Tel. +39 06/2020227 - Fax +39 06/20421308 - [info@joiningpeople.it](mailto:info@joiningpeople.it)







*novità*



# I FILI DI SOSTEGNO

un nuovo aiuto alla dermatologia estetica del volto.

MAURIZIO BENCI

Di recente sono entrati in uso dei fili che, introdotti sotto la pelle e precisamente nel grasso sottocutaneo, riescono a sollevare le strutture del volto che tendono ad un iniziale cedimento, avvicinando in sostanza le strutture cutanee e sottocutanee tra di loro. I fili pian piano si riassorbono, dando vita ad una lenta fibrosi che stabilizzerà la retrazione.

Beninteso, le tecniche estetiche che prevedono l'uso di fili risalgono al 1956 e addirittura nel 2003 un tipo di questi fili di sostegno è stato approvato dalla FDA. Si parla quindi di tecniche consolidate, ma che hanno negli ultimi anni avuto una accelerazione tecnologica.

L'innovazione consiste nel fatto che i nuovi fili sono del tutto riassorbibili, perché costruiti con del materiale che noi ben conosciamo, l'acido polilattico, già utilizzato come iniettabile riassorbibile e in grado di stimolare una congrua neosintesi di collagene. Inoltre la struttura dei fili stessi è innovativa, infatti i precedenti, di concezione russa, si avvalevano di spine contrapposte, mentre questi ultimi si avvalgono di coni mobili contrapposti.

Deve essere chiaro che questa metodica non può essere paragonata ad un lift chirurgico, infatti sarebbe impossibile avere un risultato accettabile in grandi lassità, in quanto non c'è nessuna asportazione di tessuto né ricollocazione di strutture profonde. Invece in situazioni di piccoli cedimenti del volto in zone chiave, come per l'angolo mandibolare, "I bargigli" intorno alla bocca, la zona delle guance e del collo, possiamo avere ottimi risultati.

La grande novità è che questo trattamento si va a collocare in una zona d'ombra, dove non avevamo armi terapeutiche ambulatoriali come il contorno della mandibola e il collo.

Infatti, abbiamo sufficienti armi per le rughe del terzo superiore del volto, per aumentare il volume degli zigomi e per le zampe dio gallina. Riusciamo a migliorare le rughe della bocca e a ridare loro turgore, ma eravamo quasi inermi per zone dove la forza di gravità la faceva da padrona.

Per poter procedere con questa tecnica dobbiamo assolutamente selezionare accuratamente il paziente per conseguire un buon risultato. L'importante, come al solito, è non creare false e impossibili aspettative. Si tratta di una tecnica non chirurgica che vedrà il massimo del risultato a distanza di qualche mese per essere mantenuto per almeno un anno, il tempo che ci vuole per il completo assorbimento dei piccoli fili. Non è possibile avere un risultato innaturale o artefatto, ma piuttosto un risultato non soddisfacente, soprattutto da parte del paziente non adeguatamente selezionato. Inoltre, possiamo dire che questo trattamento è assolutamente adatto anche agli uomini con gli stessi problemi di lassità. Qualora non avessimo dei risultati non soddisfacenti possiamo aggiungere altri fili per migliorare la trazione del punto che non ne ha avuta a sufficienza e poi possiamo utilizzare in combinazione tutte le tecniche iniettive che già usavamo, come i filler o la tossina botulinica, per valorizzare il risultato. Comunque è anche possibile toglierli con un piccolo uncino, ma non è mai necessario.

Il risultato che deriva alla fine del periodo di permanenza dei fili è dovuto in gran parte alla lenta stimolazione fibrosa che avviene da parte dell'acido polilattico che costituisce il filo stesso. Sappiamo che tutte le sostanze iniettabili danno una lieve reazione, mi riferisco all'acido ialuronico o altro, con un riassorbimento totale della so-



stanza e la formazione di un residuo fibroso fatto appunto di collagene. In questo caso, visto che la sostanza che compone i fili viene riassorbita in circa dodici mesi, e questo rimodellamento porterà alla stabilizzazione di un risultato, ringiovanendo quindi il volto. Questo avverrà per tutta la lunghezza e intorno alla zona dove risulta inserito il filo. In questo caso si parla di fili che hanno una lunghezza media di 10-12 cm.

Il trattamento non è chirurgico, anche se prevede delle serie norme di sterilità. Vengono praticate delle piccole anestesi nei punti di entrata e di uscita dei fili. Si praticano in tutto tre piccoli forellini con un ago per posizionare un filo.

Il foro di entrata si pratica con un ago di 18 gauge, mentre i fori di uscita vengono effettuati con l'ago che è premontato sul filo che è del diametro del 23 gauge.

È necessario mantenere una ottima asepsi del campo lavorativo ed è bene utilizzare guanti ste-

ril. A mio avviso è meglio dare al paziente anche una copertura antibiotica per os.

I pazienti possono immediatamente ritornare alla loro vita di relazione dopo aver fatto il trattamento badando bene, nella prima settimana, a non fare attività fisica o massaggiarsi il viso. Gli effetti collaterali più frequenti sono dei lividi nei punti di entrata, piccoli gonfiori, lievi disestesie e dolore lungo il tragitto e in alcuni casi delle piccole irregolarità sulla superficie cutanea sottesa dai fili che si distenderà da sola in 2-3 giorni.

Il trattamento è consigliabile per un miglior risultato a donne mediamente giovani con iniziali cedimenti nelle zone classiche, linea del mento, collo, guance. Anche gli uomini possono avere un miglioramento soprattutto nelle pieghe delle guance. Non lo farei mai in pazienti con lassità estreme ai quali consiglierei un intervento chirurgico.

## STUDIO CLINICO SULL'UTILIZZO DI AKTUVA CREMA E COMPRESSE COME ADIUVANTI NELLA TERAPIA FOTODINAMICA

GIOVANNI MENCHINI

MEDICO CHIRURGO - DERMATOLOGO

“La terapia fotodinamica è considerata il trattamento “gold standard” delle cheratosi attiniche e nella prevenzione degli epitelomi. Tuttavia il numero di sedute di terapia fotodinamica necessari per ottenere un buon risultato terapeutico, a volte, scoraggia pazienti e medici. Per questo motivo da alcuni anni sono nati prodotti che possano incrementare l'effetto della terapia fotodinamica.

I prodotti Aktuva sono stati disegnati a questo scopo. Questo studio è una prima valutazione clinica proprio sulla loro efficacia in questo campo.

### Introduzione

Già migliaia di anni fa, antiche civiltà come quella egizia, la cinese e indiana utilizzavano la luce del sole da sola od in combinazione con unguenti, per curare varie malattie come la psoriasi, il rachitismo, la vitiligine e varie forme di carcinoma della cute [1-3]. Tuttavia, è solo agli inizi del 20 ° seco-

lo che il termine ‘ foto azione dinamica ‘ è stato coniato da Tappeiner e colleghi per descrivere le reazioni chimiche che consumano ossigeno indotte da fotosensibilizzazione in biologia [4-5]. Negli ultimi 100 anni, la PDT si è sviluppata con successo per il trattamento di malattie in vari campi, tra cui urologia (cancro della vescica), gastroenterologia

(stomaco e cancro esofageo), medicina respiratoria (cancro polmonare) e oculistica (degenerazione maculare), così come la dermatologia.

La fortuna della PDT in dermatologia è dovuta alla facilità con cui la cute può essere esposta alla luce e la semplicità dell'uso delle sostanze topiche fotosensibilizzanti. Alla fine del 1970, Thomas Dougherty



*Il sulforafano deriva dalla Brassica oleracea italica*

ha avviato i primi test clinici umani di PDT con un derivato emoporfirinico (HPD) per il trattamento delle metastasi tumorali cutanee, comprese le BCC e SCC [6-8]. Tuttavia, ci sono diverse limitazioni e gli effetti collaterali associati al trattamento con PDT con fotosensibilizzanti HPD, principalmente per la loro fototossicità prolungata. La PDT ha ripreso vita dal 1990 grazie a Kennedy et al. che per primo introdusse l'acido 5 - aminolevulinico (ALA) , un precursore topico della porfirina che porta all'accumulo locale del fotosensibilizzatore endogeno, la protoporfirina IX ( PpIX ) senza significativa fototossicità prolungata [9].

La PDT è considerata il trattamento "gold standard" delle cheratosi attiniche e nella prevenzione degli epitelomi. Il numero di sedute di terapia fotodinamica necessari per ottenere un buon risultato, a volte, scoraggia pazienti e terapeuti. Per questo motivo da alcuni anni sono nati prodotti che possano incrementare l'effetto della terapia fotodinamica. I prodotti Aktuva sono stati disegnati a questo scopo. Questo studio è una prima va-

lutazione clinica proprio sulla loro efficacia in questo campo. Sia Aktuva crema che compresse sono stati prodotti cercando di utilizzare prodotti che potessero agire sulla terapia della che-

ratosi attinica ed in particolare favorevoli della terapia fotodinamica.

Da un punto di vista formulativo, infatti, l'utilizzo del sulforafano, proveniente dall'estratto di brassica oleracea italica è indicato in letteratura internazionale come in grado di aumentare la produzione di protoporfirina IX durante la PDT [10], e dunque di potenziare l'azione della singola seduta PDT.

Questo studio clinico cerca di verificare se l'utilizzo di Aktuva crema e compresse induca un miglior risultato clinico della singola seduta di PDT.

## Materiali & metodi

Sono stati utilizzati 30 pazienti divisi in due gruppi denominati A e B (tabella 1).

Il gruppo A, composto da 15 persone di età media di 61.2 anni, veniva preventivamente sottoposto a somministrazione di 1 cpr di AKTUVA Oral (preferibilmente alla mattina) e AKTUVA Cream fatta assorbire alla sera, quotidianamente per un mese, al termine del quale veniva effettuata la seduta di PDT con acido 5 amino levulinico (5ALA). Crema e

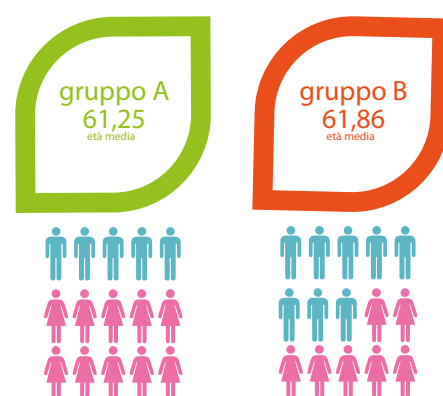


Tabella 1

compresse sono state somministrate anche il mese seguente la terapia, per un totale di 2 mesi (60 cpr).

Il gruppo B, composto da 15 persone di età media di 61,9 anni, non veniva sottoposto né prima né dopo la seduta di PDT ad altre somministrazioni o terapie.

Fotografie cliniche venivano effettuate in tutti i pazienti in 3 momenti: A) durante la prima visita, B) subito dopo l'incubazione di 5ALA con luce di Wood (fotodiagnosi) C) a distanza di un mese dal trattamento PDT.

L'illuminazione veniva effettuata a una lunghezza d'onda di 630 nanometri, dopo incubazione di 3 ore di crema 5ALA al 10% in crema base, la dose di luce utilizzata era di 100 J/cm<sup>2</sup> per ogni paziente.

Ad un mese di distanza dalla seduta di PDT si valutava, in base alle fotografie cliniche del mese precedente, il risultato clinico.

La valutazione dell'efficacia clinica veniva basata su una scala di nostra ideazione, denominata PDT Session Efficacy Score (PDTses) così graduata (Tabella 2): Venivano conferiti 0 punti in caso di peggioramento clinico, 1 punto in caso di quadro clinico invaria-



|                                                         |                    |
|---------------------------------------------------------|--------------------|
| > Totale guarigione clinica                             | <b>04</b><br>SCORE |
| > Non desquamazione, ma eritema e ridotto di dimensioni | <b>02</b><br>SCORE |
| > Non desquamazione ed eritema stesse dimensioni        | <b>03</b><br>SCORE |
| > Desquamazione ed eritema senza aumento dimensionale   | <b>01</b><br>SCORE |
| > Aumento dimensionale                                  | <b>00</b><br>SCORE |

Tabella 2

to, 2 punti in caso di scomparsa di desquamazione ma persistenza dell'eritema con le stesse dimensioni della visita pre-PDT, 3 punti in caso di scomparsa della desquamazione e diminuzione dimensionale dell'eritema, infine 4 punti alla completa guarigione clinica.

## Risultati

Tutti i pazienti hanno portato a conclusione lo studio senza effetti collaterali acuti o cronici degni di particolare attenzione o differenti da quelli

di una normale seduta di PDT. Il gruppo A (Tabella 3) ha mostrato delle risposte cliniche buone con una somma dei punteggi di PDTses di 47 ed una media di 3,13.

Il gruppo B (Tabella 4) ha dato anch'esse buone risposte cliniche ma decisamente inferiori, in particolare la somma di PDTses è stata di 34 e la media di 2,27.

Dai numeri si evince che nel gruppo A ci sono state un numero maggiore di alti punteggi rispetto al B. Addirittura nel gruppo A non vi sono state risposte cliniche nulle (PDTses 1), che nel gruppo B rappresentavano un terzo dei pazienti. In entrambi i gruppi nessuno dei pazienti ha mostrato peggioramento clinico (PDTses = 0).

In totale si sono avuti punteggi superiori nel gruppo A rispetto al B di ben il 38%. Non vi sono differenze significative di risposta fra i 2 sesso nonostante la disparità di numero.

### Gruppo A (con Aktuva)

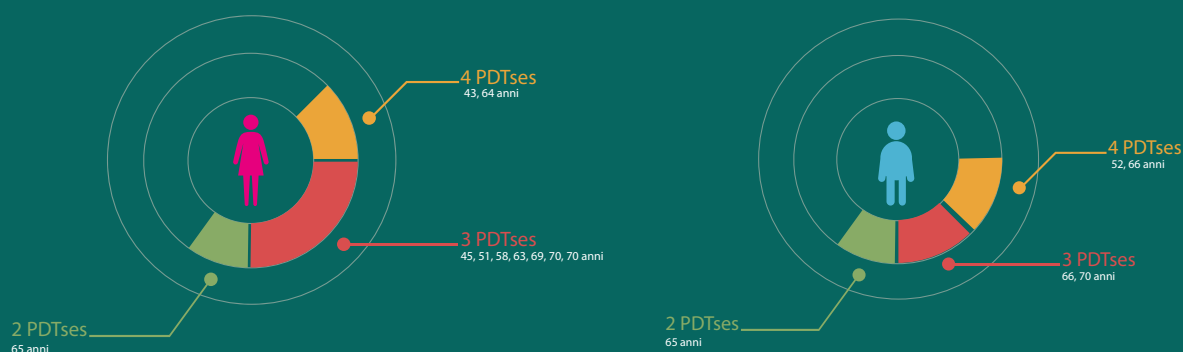


Tabella 3

### Gruppo B (senza Aktuva)

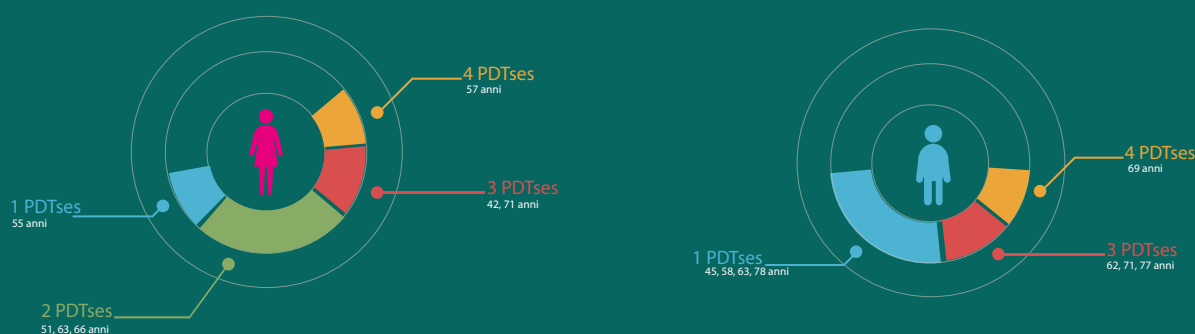


Tabella 4

## Conclusioni

Questo studio di 30 casi ha dimostrato l'utilizzo di prodotti adiuvanti nella PDT è valido e può essere decisamente di aiuto.

Il punteggio clinico ottenuto è stato migliore del 38% nei pazienti trattati con Aktuva crema e compresse rispetto al gruppo controllo.

Anche se sono necessari studi più approfonditi con una più ampia casistica sono dell'opinione che il sulforafano estratto dalla Brassicacea Oleracea variante Italica, sia un mezzo importante per aumentare il contenuto di Protoporfirina IX nell'epidermide trattata con 5ALA e dunque indurre un effetto terapeutico migliore. Personalmente ritengo questa tipologia di prodotti particolarmente utili in aree cutanee dove il prodotto 5ALA sia ostacolato dallo spessore epidermico alla sua penetrazione (soprattutto il cuoio capelluto e dorso).

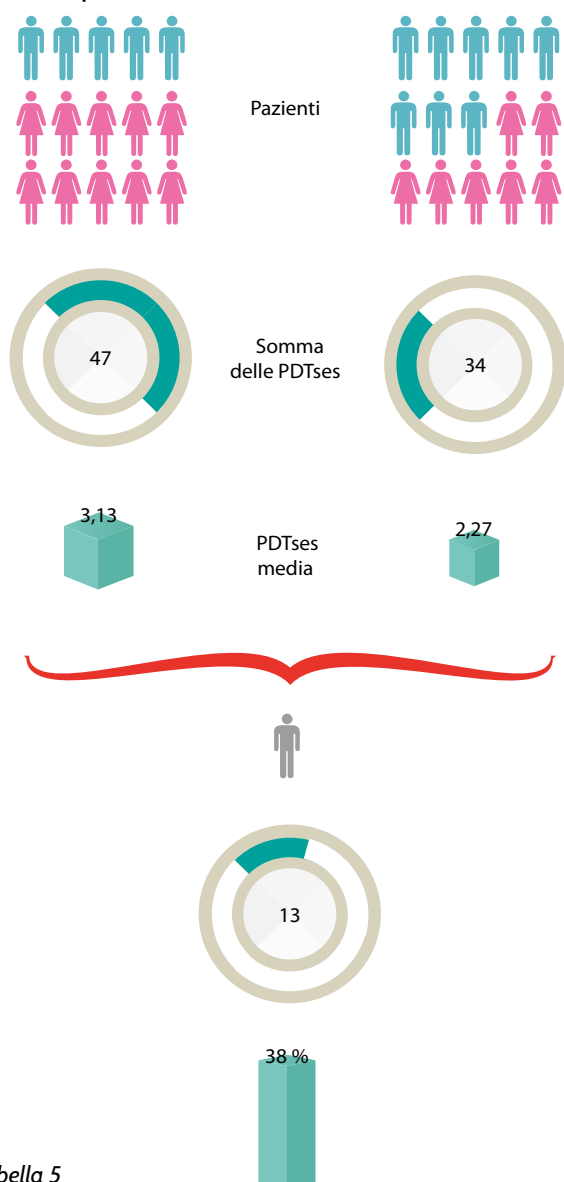


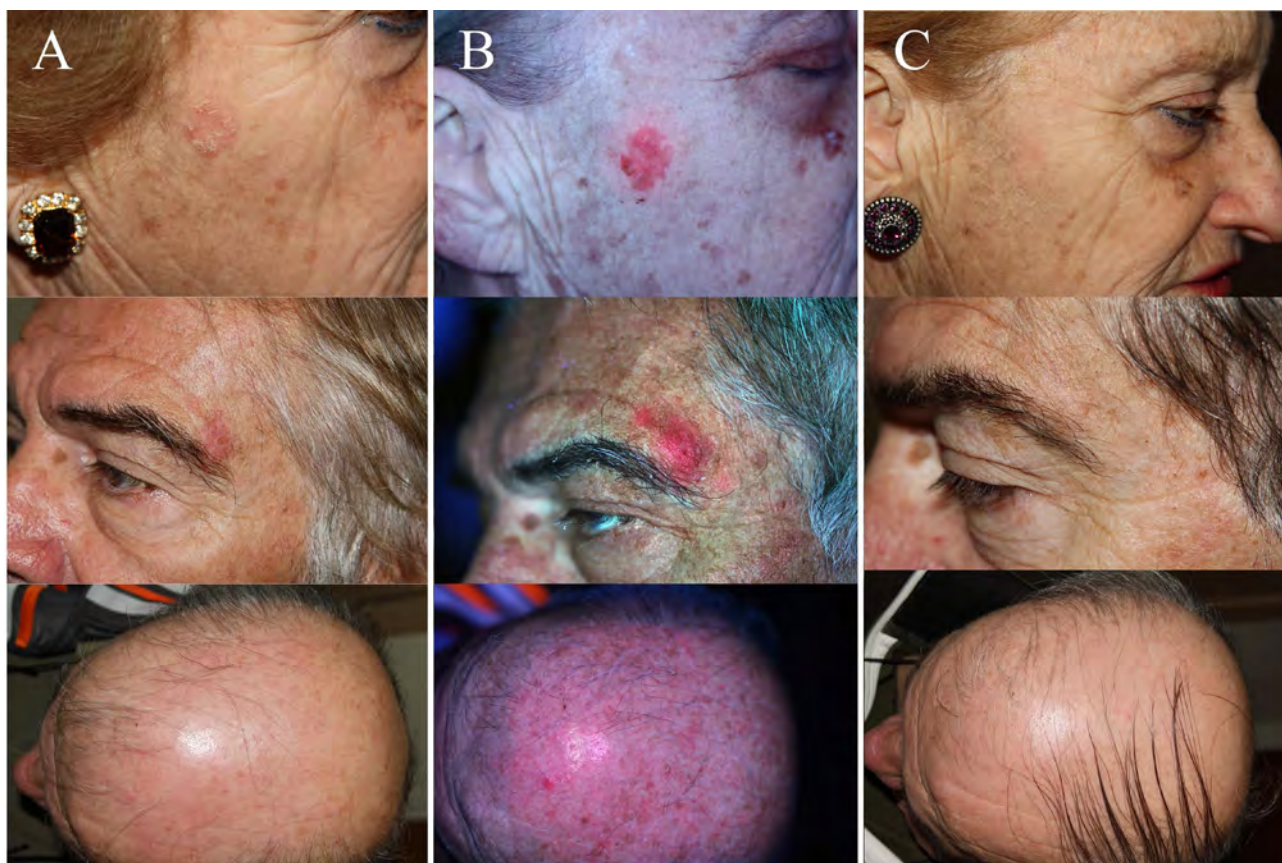
Tabella 5

Come professionista del settore ritengo che la PDT sia un mezzo di primaria importanza nella prevenzione degli epiteliomi cutanei e che dunque ogni mezzo che ne possa aumentare l'efficacia sia da sfruttare, soprattutto se privo di effetti collaterali come in questo caso.

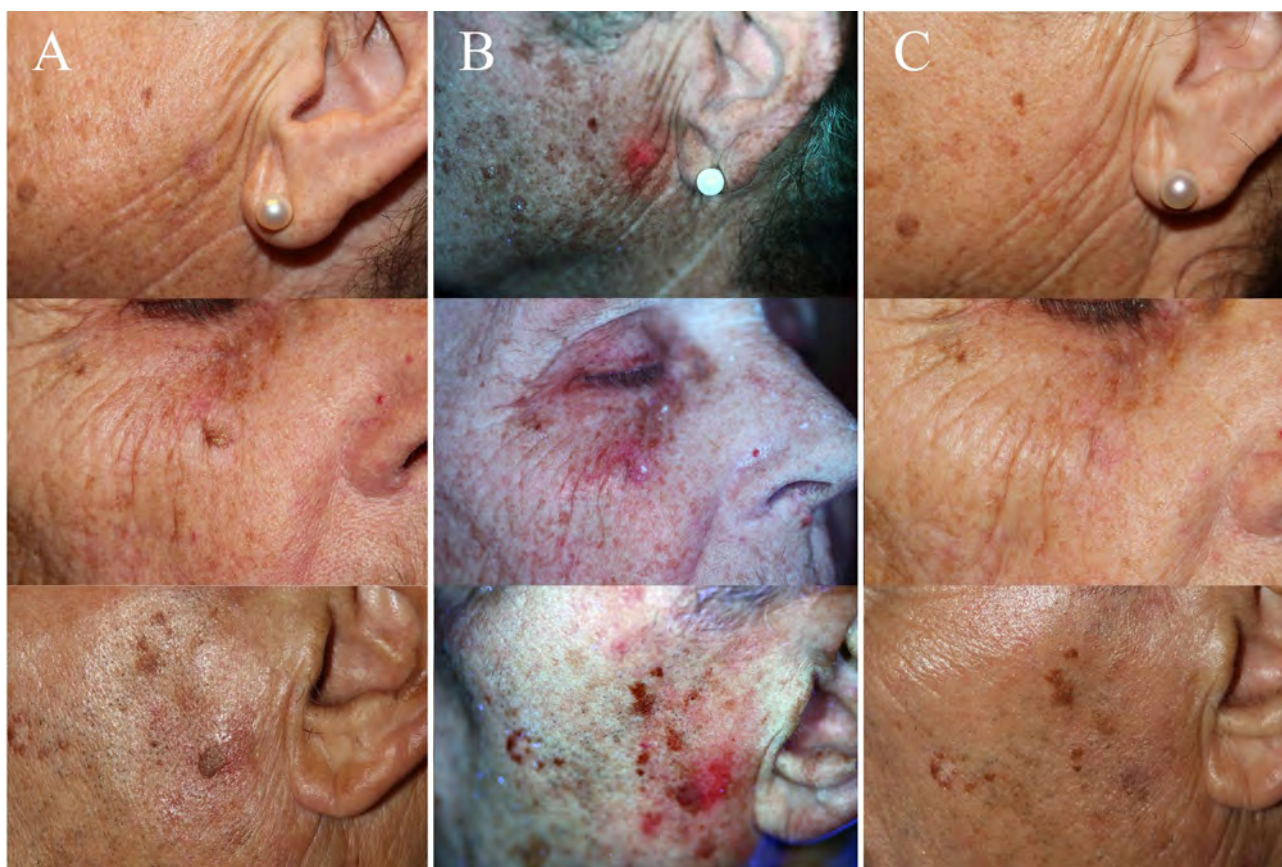
## Bibliografia

1. Ackroyd R, Kelty C, Brown N, Reed M. The history of photodetection and photodynamic therapy. *Photochem Photobiol.* 2001;74(5):656-669.
2. Daniell MD, Hill JS. A history of photodynamic therapy. *Aust NZ J Surg.* 1991;61(5):340-348.
3. Spikes JD. In: Primary Photoprocesses in Biology and Medicine. Berghausen RV, Jori G, Land EJ, Truscott TH, editors. Plenum Press; NY, USA: 1985. pp. 209-227.
4. Fitzpatrick TB, Pathak MA. Historical aspects of methoxsalen and other furocoumarins. *J Invest Dermatol.* 1959;32(2):229-231.
5. Moan J, Peng Q. An outline of the hundred-year history of PDT. *Anticancer Res.* 2003;23(5A):3591-3600.
6. Blume JE, Oseroff AR. Aminolevulinic acid photodynamic therapy for skin cancers. *Dermatol Clin.* 2007;25(1):5-14. Comprehensive review on 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy (PDT) in the treatment and prevention of skin cancer.
7. Dougherty TJ. A brief history of clinical photodynamic therapy development at Roswell Park Cancer Institute. *J Clin Laser Med Surg.* 1996;14(5):219-221.
8. Zeitouni NC, Oseroff AR, Shieh S. Photodynamic therapy for nonmelanoma skin cancers. Current review and update. *Mol Immunol.* 2003;39(17-18):1133-1136.
9. Kennedy JC, Pottier RH, Pross DC. Photodynamic therapy with endogenous protoporphyrin IX: basic principles and present clinical experience. *J Photochem Photobiol B Biol.* 1990;6(1-2):143-148.
10. Mikolajewska P(1), Juzeniene A, Moan J. Effect of (R)-L-sulforaphane on 5-aminolevulinic acid-mediated photodynamic therapy. *Transl Res.* 2008 Sep;152(3):128-33.





Immagini di pazienti con risposta clinica PDTses di 4. Colonna A alla prima visita, colonna B fotodiagnosi dopo incubazione di 5ALA e prima della esposizione ai 630 nm, Colonna C fotografia dopo un mese dalla seduta di PDT.



Immagini di pazienti con risposta clinica parziale ma buona, PDTses di 3. Colonna A alla prima visita, colonna B fotodiagnosi dopo incubazione di 5ALA e prima della esposizione ai 630 nm, Colonna C fotografia dopo un mese dalla seduta di PDT.



**mundoson<sup>®</sup>**

1 mg/g di mometasone furoato

UNA SOLA  
APPLICAZIONE  
AL GIORNO

 Almirall

**Mundoson<sup>®</sup> 1 mg/g Crema**  
Mometasone furoato

30 g Crema  
Uso esterno

Nuova formulazione di  
mometasone furoato in  
**CREMA O/A CON IL  
33% DI ACQUA**

studiata per soddisfare  
le preferenze dei pazienti<sup>1</sup>

INDICATO PER IL TRATTAMENTO SINTOMATICO  
DELLE MALATTIE CUTANEE INFIAMMATORIE  
CHE RISPONDONO AI GLUCOCORTICOIDI TOPICI,  
COME LA DERMATITE ATOPICA E LA PSORIASI

Prezzo 11,00 € (Classe C - RR)

1. Ruzicka T, et al. Efficacy and patient-reported outcomes of a new mometasone cream treating atopic dermatitis. Skin Pharmacol Physiol 2012; 25:305-12 - 2. Mundoson<sup>®</sup>. Riassunto delle caratteristiche di prodotto



**Almirall**

Solutions with you in mind

[www.almirall.com](http://www.almirall.com)

**1) DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE** Mundoson 1 mg/g crema. **2) COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Un grammo di crema contiene 1 mg di mometasone furoato (0,1% di mometasone furoato). Eccipienti: 72 mg di alcol cetostearilico (tipo A), emulsionante; 10 mg di alcol cetilico e 13 microgrammi di idrossitoluene butilato / 1 g di crema. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3) FORMA FARMACEUTICA** Crema. Una crema bianca. **4) INFORMAZIONI CLINICHE 4.1) Indicazioni terapeutiche** Mundoson 1 mg/g crema è indicato per il trattamento sintomatico delle malattie cutanee di natura infiammatoria che rispondono a un trattamento topico con glucocorticoidi, come la dermatite atopica e la psoriasi (con esclusione della psoriasi a larghe placche). **Mundoson 1 mg/g crema deve essere usato per le patologie della cute per le quali sono indicate le preparazioni topiche a base di mometasone.** **4.2) Posologia e modo di somministrazione** Per applicazione sulla pelle (uso cutaneo) **Adulti, inclusi anziani e bambini di età uguale o superiore a 2 anni** Applicare uno strato sottile di Mundoson 1 mg/g crema sulle aree cutanee interessate una volta al giorno. I corticosteroidi topici forti non devono essere usati sul viso senza lo stretto controllo del medico. Mundoson 1 mg/g crema non deve essere usato per periodi lunghi (oltre 3 settimane) o su aree cutanee estese (superiori al 20% della superficie corporea). Nei bambini di età uguale o superiore a 2 anni, si può trattare al massimo il 10% della superficie corporea e non deve essere usato in maniera occlusiva o negli spazi intertriginosi. Il periodo di trattamento deve essere limitato a un massimo di 3 settimane. L'uso di corticosteroidi meno potenti è spesso consigliabile in presenza di un miglioramento clinico. **Bambini di età inferiore a 2 anni** Mundoson 1 mg/g crema è un potente glucocorticoide del III gruppo: non è raccomandato nei bambini al di sotto dei 2 anni di età per insufficienti dati di sicurezza. **4.3) Controindicazioni** Mundoson 1 mg/g crema è controindicato nei pazienti con: • ipersensibilità al principio attivo mometasone furoato o a uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1 • rosacea al viso • acne vulgaris • dermatite periorale • prurito perianale e genitale • eruzioni da pannolino • infezioni batteriche (es. impetigine), virali (es. herpes simplex, herpes zoster, varicella) e micotiche (es. candida o dermatofiti) • tubercolosi • sifilide • reazioni alle vaccinazioni **4.4) Avvertenze speciali e precauzioni di impiego** Evitare il contatto con gli occhi e l'uso sulle palpebre. Mundoson 1 mg/g crema non deve essere applicato sulle lesioni della cute e sulle mucose. Usare cautela nei pazienti ipersensibili ad altri corticosteroidi. Se con l'uso di Mundoson 1 mg/g crema si manifesta irritazione o sensibilità, interrompere il trattamento e usare una terapia appropriata. Dovesse manifestarsi un'infezione, usare un adeguato antimicotico o antibatterico. Se non si ottiene un immediato effetto positivo, interrompere l'uso del corticosteroide finché l'infezione è adeguatamente controllata. È comune il manifestarsi di tossicità locale e sistemica in seguito a un uso prolungato su vaste zone cutanee, nelle pieghe della cute e in caso di occlusioni. È necessario usare cautela in caso di applicazioni su estese parti del corpo ed evitare un uso prolungato in tutti i pazienti, indipendentemente dall'età. In caso di psoriasi, gli steroidi topici possono essere pericolosi per varie ragioni incluse recidive dovute a sviluppo di tolleranza, rischio di psoriasi pustolosa generalizzata e sviluppo di tossicità locale e sistemica dovuta a una danneggiata funzione di barriera della pelle. È importante controllare i pazienti con psoriasi che ne fanno uso. Come con tutti i glucocorticoidi topici potenti, evitare d'interrompere improvvisamente il trattamento. Quando si interrompe l'uso prolungato di potenti glucocorticoidi, si possono manifestare recidive nella forma di dermatiti con intenso rossore, irritazione e bruciore. Ciò può essere prevenuto riducendo gradualmente il trattamento, per esempio somministrando a intermittenza il prodotto prima della sospensione definitiva. In alcuni pazienti possono manifestarsi iperglicemia e glicosuria per effetto dell'assorbimento sistemico. I glucocorticoidi possono modificare l'aspetto di alcune ferite rendendo difficile la diagnosi e possono anche ritardare la guarigione. Mundoson 1 mg/g crema contiene l'alcol cetostearilico e l'alcol cetilico che possono provocare reazioni cutanee localizzate (ad es. dermatite da contatto) e l'idrossitoluene butilato che può provocare reazioni cutanee localizzate (ad es. dermatite da contatto) o irritazione agli occhi e alle mucose. **4.5) Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** Non sono stati eseguiti studi sulle interazioni. **4.6) Fertilità, gravidanza e allattamento** Fertilità Nessun effetto noto. **Gravidanza** I corticosteroidi attraversano la placenta. Sono disponibili dati limitati sull'uso topico del mometasone durante la gravidanza. Dopo l'uso sistemico di alte dosi di corticosteroidi sono stati descritti effetti sul feto/neonato (ritardo della crescita intrauterina, soppressione corticosurrenale, palatoschisi). Studi nell'animale hanno evidenziato tossicità riproduttiva e teratogenesi (vedere paragrafo 5.3); non è noto il potenziale di rischio per l'uomo. Sebbene l'esposizione sistemica sia limitata, Mundoson 1 mg/g crema deve essere somministrato in gravidanza solo in seguito a un attento esame dei rischi e dei benefici. **Allattamento** Non è noto se il mometasone è escreto nel latte materno. Mundoson 1 mg/g crema deve essere somministrato nelle madri in allattamento solo in seguito a un attento esame dei rischi e dei benefici. Durante l'allattamento Mundoson 1 mg/g crema non deve essere applicato nell'area della mammella. **4.7) Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Mundoson 1 mg/g crema non ha effetti o ne ha trascurabili sulla capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. **4.8) Effetti indesiderati** Le reazioni avverse sono riportate nella Tabella 1 secondo la classificazione sistemica d'organo MedDRA e nel seguente ordine decrescente di frequenza: molto comune (≥1/10), comune (≥1/100 – <1/10), non comune (≥1/1.000 – <1/100), raro (≥1/10.000 – <1/1.000), molto raro (<1/10.000), non noto (la frequenza non può essere valutata sulla base dei dati disponibili). Gli effetti collaterali connessi all'uso di creme contenenti corticosteroidi includono: **Tabella 1. Reazioni avverse correlate al trattamento e riportate per sistema d'organo e frequenza**

| Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comuni                                          | Lieve/moderato bruciore al sito di applicazione, irritazione, prurito, infezioni batteriche, parestesia, foruncolosi, locale atrofia cutanea.                                                                                                                                                          |
| Non comuni                                      | Strie, irritazione, ipertricosi, ipopigmentazione, dermatite periorale, macerazione cutanea, dermatite allergica da contatto, rosacea papulosa tipo dermatite (cute del viso), reazioni acneiformi, fragilità capillare (ecchimosi), miliaria, secchezza, sensibilizzazione (mometasone), follicolite. |
| Infezioni e infestazioni                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Non comuni                                      | Infezioni secondarie.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Patologie vascolari                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Molto rare                                      | Teleangectasie.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Il rischio di effetti indesiderati locali e sistemici aumenta con l'applicazione di dosi frequenti, trattamenti su aree cutanee estese o per un lungo periodo o con bendaggio occlusivo. In seguito all'uso di steroidi, in casi isolati (rari), sono state osservate ipopigmentazione o iperpigmentazione quindi ciò può avvenire anche con Mundoson 1 mg/g crema. Effetti collaterali riscontrati con glucocorticoidi sistemici, inclusa la soppressione corticosurrenale, possono manifestarsi anche con glucocorticoidi

topici. I pazienti pediatrici possono mostrare una maggiore sensibilità rispetto ai pazienti maturi alla soppressione dell'asse ipotalamico-pituitario-surrenale e sindrome di Cushing in seguito all'uso dei corticosteroidi topici dovuta al maggior rapporto estensione cutanea / peso corporeo. La terapia cronica con corticosteroidi può interferire con la crescita e lo sviluppo dei bambini. In seguito a trattamento con corticosteroidi topici in pazienti pediatrici, si sono osservate forme di ipertensione intracranica quali fontanella sporgente, mal di testa e papilledema bilaterale. **Segnalazione delle reazioni avverse sospette** La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite l'Agenzia Italiana del Farmaco, sito web: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili>. **4.9) Sovradosaggio** L'uso prolungato eccessivo di corticosteroidi topici può portare alla soppressione della funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), provocando insufficienza corticosurrenale secondaria. In tal caso, con le precauzioni richieste in queste circostanze, è necessario ridurre la frequenza delle applicazioni o cercare di sospendere il trattamento. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1) Proprietà farmacodinamiche** Gruppo farmacoterapeutico: corticosteroidi, potenti (Gruppo III). Codice ATC: D07AC13. Mundoson 1 mg/g crema è un potente glucocorticoide, gruppo III. Il principio attivo, mometasone furoato, è un glucocorticoide di sintesi non fluorurato e con un estere furoato in posizione 17. Come altri corticosteroidi topici, il mometasone furoato ha una marcata azione antinfiammatoria e antipsoriasica nei modelli predittivi standard nell'animale. Mundoson 1 mg/g crema ha mostrato una risposta farmacodinamica (vasocostrittiva) equivalente al prodotto di riferimento contenente 1mg/g di mometasone furoato quando applicato alla cute normale. Il rapporto tra gli AUC di Mundoson 1 mg/g crema e del prodotto di riferimento è risultato essere 97,06% nei test di vasocostrizione. L'indice terapeutico (rapporto tra effetti voluti ed effetti indesiderati) riscontrato in letteratura mostra che il mometasone è un glucocorticoide topico in cui gli effetti desiderati superano ampiamente quelli non voluti. Con il test dell'olio di croton nel topo, il mometasone (ED<sub>50</sub> = 0,2 µg/orecchio) è risultato di efficacia comparabile al betametasona valerato dopo singola applicazione, e circa 8 volte più potente dopo cinque applicazioni (ED<sub>50</sub> = 0,002 µg/orecchio/giorno vs. 0,014 µg/orecchio/giorno). Nelle cavie, dopo 14 applicazioni, il mometasone è risultato circa due volte più potente del betametasona valerato nel ridurre l'acantosi indotta da malassezia ovalis (attività antipsoriasica). **5.2) Proprietà farmacocinetiche** I risultati degli studi sull'assorbimento percutaneo hanno dimostrato che è minimo l'assorbimento sistemico dopo l'applicazione topica di mometasone furoato 0,1% crema. I risultati mostrano che circa lo 0,4% della sostanza attiva è assorbita attraverso la cute intatta in 8 ore (in assenza di bendaggio occlusivo). È stato impossibile caratterizzare i metaboliti a causa delle piccole quantità presenti nel plasma ed escrete. **5.3) Dati preclinici di sicurezza Tossicità acuta**

| Tipo di animale | Tipo di applicazione | LD <sub>50</sub> (mg/kg) |
|-----------------|----------------------|--------------------------|
| Topo            | sottocutanea         | 200 - 2000               |
| Ratto           | sottocutanea         | 200                      |
| Cane            | sottocutanea         | >200                     |
| Topo            | orale                | >2000                    |
| Ratto           | orale                | >2000                    |

**Tossicità cronica** In vari studi sulla tossicità in seguito a somministrazione cronica di quantità eccessive (670 volte la dose terapeutica di principio attivo applicato per 6 mesi, sono stati rilevati solo i sintomi tipici del sovradosaggio da corticosteroidi: ridotto aumento ponderale, atrofia muscolare, distensione addominale, diminuzione dei linfociti e dei granulociti eosinofili e aumento dei leucociti neutrofili, aumento delle transaminasi sieriche (SGPT e SGOT), del colesterolo e dei trigliceridi, lipidemia, modificazioni degli organi (atrofia della milza e del timo, atrofia cutanea localizzata, aumento del peso del fegato e dei reni e ridotta osteogenesi). Generalmente, queste modificazioni sono più pronunciate e frequenti negli animali a cui era stato somministrato il farmaco di confronto, il betametasona valerato. Nessuno dei due farmaci ha presentato effetti sistemici insoliti. **Genotossicità** Gli studi sulle mutazioni genetiche hanno dato risultati negativi. Tuttavia, in vitro il mometasone induce mutazioni cromosomiche, ma solo a concentrazioni tossiche a livello cellulare. Simili effetti non sono stati osservati negli studi in vivo, pertanto il rischio di mutagenicità può essere escluso con sufficiente certezza. **Cancerogenesi** Sono stati condotti studi di cancerogenesi a lungo termine con somministrazione di mometasone furoato per via inalatoria nel ratto (2 anni) e nel topo (19 mesi). Non si è osservato un aumento significativo dell'incidenza dei tumori con dosi fino a 67 mcg/kg nel ratto o 160 mcg/kg nel topo. **Tossicità riproduttiva** Gli studi nell'animale sull'effetto del mometasone furoato sullo sviluppo embrionale nei conigli hanno mostrato diminuzioni del peso corporeo a partire da 0,15 mg/kg pc in su. Nel coniglio, dopo il trattamento topico si sono osservate varie malformazioni della prole, come zampe anteriori deformi, palatoschisi, agenesia della cistifellea ed ernia ombelicale. Nel ratto sono stati osservati effetti embriofetali a partire da 7,5 µg/kg pc (per via sottocutanea) e sviluppo ritardato a partire da 0,3 mg/kg pc (per via topica) (diminuzione del peso corporeo, ossificazione ritardata) e aumento farmaco-dipendente delle ernie ombelicali. Quando il farmaco è stato somministrato alle madri in prossimità della data del parto si sono riscontrati un travaglio più lungo e un parto più difficile. Il mometasone furoato non ha dimostrato alcun effetto sulla fertilità nei ratti. **6) INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1) Elenco degli eccipienti** Acqua purificata, Paraffina morbida bianca (contenente idrossitoluene butilato come antiossidante), Paraffina liquida, 2-metilpentano-2,4-diolo, Alcol cetostearilico emulsionante (tipo A), contenente fosfato bisodico/ idrogenofosfato di potassio per l'aggiustamento del pH), Macrogol cetostearil etere, Alcol cetilico, Glicerolo, Acido citrico anidro, Citrato sodico, Gomma xanthan. **6.2) Incompatibilità** Nel trattare i genitali o la zona anale, Mundoson 1 mg/g crema può comportare la riduzione della funzionalità dei prodotti in lattice (es preservativi, diaframmi), se usati contemporaneamente, a causa degli eccipienti paraffina morbida bianca e paraffina liquida e può quindi danneggiarne la sicurezza. **6.3) Periodo di validità** Validità del medicinale nella confezione per la vendita: 24 mesi. Validità dopo prima apertura: 6 mesi **6.4) Precauzioni particolari per la conservazione** Non conservare a temperatura superiore a 25° C. **6.5) Natura e contenuto del contenitore** La crema è contenuta in un tubo laminato di PE/alluminio con tappo a vite in polipropilene bianco, in una scatola di cartone. Confezione da 1 tubo. Tubi contenenti 10 g, 15 g, 20 g, 25 g, 30 g, 35 g, 50 g, 60 g, 70 g, 90 g e 100 g di crema. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6) Precauzioni particolari per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7) TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Almirall Hermal GmbH, Scholtzstrasse 3, 21465 Reinbek, Germania - Tel: +49 40 727 04 0 - Fax: +49 40 7229296 - e-mail: [info@hermal.de](mailto:info@hermal.de) **8) NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 042712012 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 10 G • 042712024 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 15 G • 042712036 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 20 G • 042712048 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 25 G • 042712051 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 30 G • 042712099 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 35 G • 042712063 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 50 G • 042712075 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 60 G • 042712101 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 70 G • 042712113 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 90 G • 042712087 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 100 G • **9) DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Agosto 2013 **10) DATA DI REVISIONE DEL TESTO** 12/2013



**approfondi**





mento



# DALLE “TUNICHE DI PELLE” A PELLE D’ASINO

## La cute fra cura e follia

NERELLA PETRINI

Dermatologa, Centro Surgicallaser - Pescia (PT)

Diploma di Master “Death Studies and The End of Life” - FISSP Università di Padova

Che fra pelle e psiche ci sia un *fil rouge* lo sappiamo bene a Firenze, dove nel XVIII secolo Vincenzo Chiarugi, Direttore dell'Ospedale di Bonifazio, primo Ospedale Psichiatrico del mondo, aprì le porte dei reparti ai malati dermatologici e nel 1794 arricchì la letteratura scientifica con due trattati: “Delle Malattie Cutanee Sordide” e “Della Pazzia in genere e in specie”.

Passarono anni, ma il testimone di Vincenzo Chiarugi passò nelle mani di Emiliano Panconesi e non lasciò quindi la città di Firenze, nella cui Clinica Dermatologica iniziarono a formarsi all'inizio degli anni '80 gruppi Balint, gruppi di studio e discussione ed infine un gruppo di *liaison consultation* fra dermatologi (ne ho fatto parte fin dall'inizio), psicologi e psichiatri per approcciare i pazienti più “difficili”.

Dalla collaborazione di queste varie professionalità nacque il volume di Emiliano Panconesi “Stress and Skin Diseases - Psychosomatic Dermatology” (Lippincott 1984), che penso di poter definire una pietra miliare sull'argomento (1).

L'influsso psico-somatico sulle malattie della pelle ed il loro

rebound somato-psichico quindi è indiscutibile e confermato da innumerevoli e autorevoli fonti (2) (3) (4); ma ciò su cui desidero soffermarmi è sul termine “*sordide*” con il quale Chiarugi definì le malattie cutanee.

Il dizionario italiano definisce sordido “qualcosa di così sporco da suscitare ribrezzo”, in senso figurativo sordido sta per “abbietto, spregevole”. La malattia dermatologica è di per sé sempre brutta, ma anche intoccabile - a rischio di contagio - e, perché no, moralmente deprecabile - può essere contratta per contagio sessuale o quantomeno per la sporcizia.

Riflettendo sul perché di questa terribile connotazione delle patologie della pelle, mi sono ricordata delle “*tuniche di pelle*” (*dermatinoi kitones*) che la narrazione biblica della Genesi riferisce aggiunte all'uomo in seguito alla sua caduta “e che esse non si presentano come elemento costitutivo *naturale* dell'uomo”. Secondo la teoria della doppia creazione (5) formulata da Origene e da Gregorio Da Nissa, il concetto delle tuniche di pelle descrive la condizione mortale che l'uomo rivestì a guisa di seconda natura dopo la sua caduta dall'Eden: “Dio fece le tuniche di pelle per avvolgere l'uomo nella condizione mortale” ben lontano da

“il beatamente tessuto abito divino, che l'uomo indossava prima della sua caduta” (6).

La pelle quindi potrebbe aver assunto il significato di “*mentemori*” a ricordo della perdita della natura divina e dell'acquisizione della mortale umana natura, peraltro tramite il peccato.

Sarà forse per questo che *Charles Perrault* (7) nella sua fiaba piuttosto torbida sul tema dell'incesto fa rivestire la pelle candida della Principessa con una sporca pelle d'asino che da allora le darà il nome?

IL N  
Il binomio pelle/peccato (*skin/sin* - gioco di parole per gli anglosassoni - dove *sin* è proprio trasgressione alla legge divina) si ritrova nella narrativa contemporanea: “il peccato era come una seconda pelle ...” (8) “... non ho mica la rogna - diceva - sono i peccati. Nicole si sentiva contagiare. Certe mattine credeva di avvertire il prurito (anche lei aveva peccato nella pelle) e l'idea della decadenza e della corruzione fisica la desolava.” (9)

Mi ha colpito che un maestro spirituale della levatura di Omraam Mikhaël Aïvanhov si sia occupato spesso della pelle. Riporto solo alcune frasi: “Qual è la funzione della pelle? Circo-scrivendo il nostro corpo, essa è come una frontiera dove stanno

dei doganieri che esaminano i viaggiatori e i bagagli che si presentano. Certi viaggiatori, considerati indesiderabili – così come i prodotti illeciti – non hanno il diritto di entrare. Allo stesso modo la pelle ha l'incarico di ammettere solo gli elementi benefici per la nostra salute e di eliminare quelli nocivi.

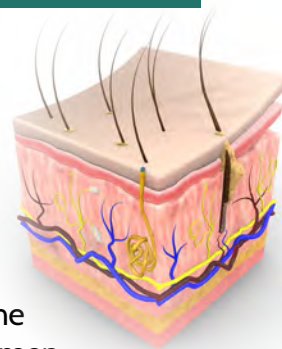
La pelle, che abbiamo l'abitudine di considerare come una semplice protezione o solamente come l'organo di tatto, ha dei prolungamenti fino al mondo spirituale, poiché essa è in grado di produrre delle secrezioni sottili che affinano le sue percezioni. Per non distruggere questa pellicola eterica e per mantenere la pelle in uno stato tale da poter captare le correnti spirituali, vi sono delle regole di vita da rispettare, **poiché tutto il nostro modo di vivere si riflette sulla pelle**" (10).

che abbassa talmente la nostra soglia di attenzione da impedirci di elaborare criticamente le notizie che riceviamo e che, se protratto a lungo, può farci ammalare. A tutto questo si aggiunge la necessità di apparire belli in forma e sempre per sconfiggere l'idea che vecchiaia e infelicità siano sinonimi.

Al grande frastuono esteriore si contrappone spesso una solitudine interiore priva di parole in grado di esprimere le emozioni più profonde, condizione per la quale Sifneos all'inizio degli anni '70 (11) coniò il termine di "alessitimia". Il soggetto alessitimico, trovando difficoltà ad esprimere gli stati d'animo attraverso il linguaggio verbale, somatizza: esprime con il disturbo psicosomatico quel che non riesce a fare con le parole. Le malattie della pelle con la loro visibilità, con il loro "essere

aiuto le Medical Humanities, la Medicina Narrativa (13) e tutte le tecniche che mirino ad incrementare le abilità di resilienza e di *coping* e che aiutino ad entrare in contatto con la realtà più intima, il "teatro interiore" (14) del paziente.

I gruppi di Winnicott (15), la tecnica della sedia vuota (16), il training autogeno (17), il *rebirth* (18), la meditazione (19), le pratiche di yoga (20), la *Mindfulness* (21), oggi praticata in tutto il mondo occidentale, la musicoterapica (22) sono solo alcuni esempi delle numerose strategie alle quali attingere per sconfiggere la vena di follia che scorre sotto pelle di pazienti e terapeuti che insieme possono crescere stabilendo un dialogo



## IL NOSTRO MODO DI VIVERE SI RIFLETTE SULLA PELLE

Ritengo fondamentale quest'ultima affermazione: *tutto il nostro modo di vivere si riflette sulla pelle*; aggiungerei: che si ammala per il nostro modo di vivere. Ma come viviamo noi e i nostri pazienti? Viviamo sempre più a lungo – l'evoluzione tecnologica della medicina ha trasformato la morte da evento naturale in sconfitta – ma siamo sempre più stressati, subiamo stimoli contraddittori, crisi materiali, economico-sociali e spirituali. Anche le variazioni climatiche imprevedibili fanno ormai parte della nostra vita, senza parlare dell'*information overload*, il sovraccarico informativo

sotto gli occhi di tutti", costituiscono un linguaggio visibile che si presta egregiamente a sostituire il linguaggio verbale deficitario.

In questo contesto, che vede peraltro un forte aumento delle patologie dermatologiche, ci sembra assolutamente opportuno mettere in atto un nuovo approccio alla malattia che nasca da un processo di umanizzazione della presa in cura globale della persona.

I tempi sono maturi per procedere ad una integrazione di linee guida e protocolli basati sull'EBM con nuove ... anzi anti che abilità del medico (12).

Per "risvegliarci" ci vengono in

autentico che è la pietra miliare della cura (23, 24).

Cura che, andando ben oltre la terapia, si pone d'accordo con Martin Heidegger come struttura dell'esistenza (25).

Queste procedure terapeutiche saranno analizzate in dettaglio nei prossimi numeri per fornire al dermatologo un bagaglio di strategie complementari alle armi terapeutiche che già possiede.

Questo articolo è scritto in memoria e ricordo del Prof. Emiliano Panconesi che ci ha lasciato a primavera di quest'anno.



# BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Panconesi E. Stress and Skin Diseases. Psychosomatic Dermatology. J B Lippincott Company, Philadelphia. 1983.
2. Obermayer M. E. Psychocutaneous medicine. Springfield IL, Charles C Thomas. 1955.
3. Rook A., Wilkinson D. S. Psychocutaneous disorders. In: Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G., eds. Textbook of Dermatology. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1979: 2023-2035.
4. Griesemer R. D., Nadelson T. Emotional aspects of cutaneous disease. In: Fitzpatrick T. B., Eisen A. Z., Wolff K. et al. eds. New York: McGraw-Hill, 1979: 1353-1363.
5. AA. VV. a cura di Bianchi V. La doppia creazione dell'Uomo. Ed: Edizioni dell'Ateneo e Bizzarri.
6. Ladner G. B. The Philosophical Antropology of Saint Gregory. NYS-SA. Pag. 88.
7. Perrault C. Pelle d'asino. 1° Ed. 1694.
8. Hegi U. Come pietre nel fiume. Feltrinelli Editore, 2000.
9. Festa Campanile P. La ragazza di Trieste. Bompiani, 1982.
10. Aïvanhov O. M. Regole d'oro per la vita quotidiana. Prosvete Edizioni.
11. Sifneos P. E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom. 1973; 22: 255-262.
12. Vettore L., Padula M. S. Confesso che ho curato. Collana di Medicina Narrativa, Athena. 2010.
13. Zannini L. Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura. Raffaello Cortina, 2008.
14. Testoni I. (2007). Autopsia filosofica. Milano: Feltrinelli-Apogeo [ISBN 88-8503-25818].
15. Abram J. Il linguaggio di Winnicott. Dizionario dei termini e dei concetti winnicottiani. Ed. Franco Angeli. 2013
16. Zamperini A., Testoni I. (2002). Psicologia sociale. Torino: Einaudi [ISBN 88-06-16179-2].
17. Schultz J. H. Il training autogeno. Feltrinelli, 1984.
18. Falzoni Gallerani F. Rebirthing Transpersonale: Usare le potenzialità del respiro per liberare l'energia, vivere meglio e rinnovarsi. Edizione Rusconi, 1996.
19. Bormolini G. «Ars moriendi. Imparare a morire per imparare a vivere» in Dinanzi al morire. Percorsi interdisciplinari dalla ricerca all'intervento palliativo. Atti del Congresso Internazionale (Padova 6-7-8 settembre. UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA), D. CAPOZZA - I. TESTONI (ed.), Padova, Padova University Press, 2012.
20. Petrini N. Yoga e Acne: le posizioni per l'acne. A Fior Di Pelle. Interaction, N° 3 Dic. 2008.
21. Capovilla E., Cason E., Giommi F. Mindfulness: un percorso di consapevolezza. In Abstract Book XI Convegno SIPO Professionalità ed innovazioni in Psiconcologia. Senigallia (AN), 1-3 Ottobre 2009.
22. Gabrieli E., Testoni I. La musica come risonanza di vita nella malattia. Dipartimento di Psicologia Applicata, Università di Padova. Atti del Convegno, Padova 28-29 marzo 2010 "Ecce Homo - ma se questo è un uomo". Master Death Studies & The End of Life.
23. M. Buber. Logos. Due discorsi sul linguaggio. tr. Donatella Di Cesare, Roma: Città nuova, 2003
24. Sclavi M. Arte di ascoltare e mondi possibili. Ed. Bruno Mondadori.
25. Heidegger M. Essere e Tempo. Trad. it. Longanesi. 1976; p. 247.



## Gli Interventi Estetici Ambulatoriali: Prevenzione, Accertamento e Valutazione del Danno alla Persona di ordine estetico

**6/7 giugno 2014**

**Hotel President - Lecce**

Con il Patrocinio di



### Venerdì 6 giugno - Ore 14.45 / 19.30

14.45 - 15.00

Saluto e Apertura dei lavori - *P. Silvestris*

15.00 - 19.30

**Sessione "Prevenzione dell'errore, del rischio e danno alla persona.  
Gestione delle complicanze"**

Moderatori: *P. Silvestris, V. Cirfera, P. Cirillo*

Filler, tossina botulinica e needling - *M. Benci*

Peeling - *V. Cirfera*

Discussione

Moderatori: *M. Benci, L. Corricciati*

Laser terapia dermatologica - *A. Martella, G. Castelluzzo*

Radiofrequenza e luce pulsata: la tecnologia al servizio della sicurezza ed efficacia  
*R. Marti, V. Cirfera*

Interventi dermo-chirurgici - *P. Cirillo*

Discussione

Moderatori: *G. Toma, M. Ciardo, C. Loré*

Informazione pre-operativa pratica e modalità di acquisizione del consenso  
*C. Prete*

Responsabilità professionale effettiva da omissione del consenso informato e sua  
prevenzione - *P. Vinci*

Prevenzione del contenzioso in medicina e chirurgia estetica - *C. Loré, V. Cirfera*

Discussione

19.30

Conclusione dei lavori della prima giornata

### Sabato 7 giugno - Ore 9.00 / 13.30

9.00 - 10.30

**Sessione "Accertamento del danno biologico"**

Moderatori: *P. Vinci, R. Carluccio, C. Prete*

Responsabilità professionale in medicina e chirurgia estetica.

Ambito civile, deontologico, penale - *G. Toma, M. Ciardo, V. Cirfera*

Accertamento di una nuova voce di danno biologico in estetica:

Il danno biologico persistente. Discromie e alopecie - *V. Cirfera, G. Muci*

10.30 - 12.15

**Sessione "Valutazione del danno biologico"**

Moderatori: *V. Cirfera, B. Causo*

Come si valuta il danno biologico persistente: tavola rotonda  
*V. Cirfera, C. Prete, M. Polo*

Discussione

Coffee break

Danno biologico permanente: cicatrici, deformazioni tessuti  
molli e granulomi. Casi pro-valutazione - *V. Cirfera, G. Toma*

12.15 - 13.15

**Sessione "La tutela assicurativa e patrimoniale del medico"**

Moderatori: *C. Loré, C. Prete*

I principi, le norme e le opportunità - *P. Vinci, V. Cirfera, S. Curzio*

Il contratto "ad hoc" per l'operatore di dermatologia e medicina estetica  
*F. Tagarelli*

13.15 - 13.30

Discussione, Test di autovalutazione finale. Conclusione dei lavori.

*P. Silvestris, V. Cirfera, C. Prete*



**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua



Crediti ECM assegnati: 9 - ID ECM N. 93804 Ed. 1



Segreteria Organizzativa: **Joining People Srl**

Tel. +39 06/2020227 - Fax +39 06/20421308 - [info@joiningpeople.it](mailto:info@joiningpeople.it)

# NATI PER CORRERE

AGOSTINO SPECCHIO  
Endocrinologo-Cerignola (FG)



Gli antichi "Ominidi" nostri antenati, milioni di anni fa vivevano nelle foreste, cibandosi di alimenti ad "alto indice glicemico" come frutti maturi e tuberi amidacei. La loro continua attività muscolare richiesta dagli spostamenti arborei, permetteva un rapido utilizzo degli zuccheri introdotti e ciò permise lo sviluppo di un fenotipo metabolico "Insulino-Sensibile". Infatti, il richiamo del glucosio da parte del muscolo in forte attività, non richiede insulina che, pertanto, rimane efficace a livelli bassi. Nel Pleistocene (circa 2.5 milioni di anni fa), forse a causa di uno sconvolgente cataclisma che interessò quella zona del corno d'Africa dove si presume abbia avuto origine la nostra specie, la

Rift Valley, si determinò uno sprofondamento della zolla tettonica di quell'area che obbligò gli ominini abitanti della foresta a migrare verso la savana e quindi verso spazi sempre più aperti e caratterizzati da differenti risorse alimentari, cui si dovette adattare. Si passò, quindi da un'alimentazione prevalentemente frugivora, ad alto indice glicemico e, praticamente, sempre disponibile grazie all'abbondanza di cui la foresta era fornita, che determinava una pressoché costante introduzione di cibo ricco di zuccheri rapidamente consumati dal perenne movimento, ad un'altra più ricca di alimenti proteici (pesce, mitili, carne che proveniva specialmente da carogne uccise da predatori ben più attrezzati alla predazione rispetto agli ominini) che richiese la selezione di geni metabolici che si dovettero adattare ad un altro tipo di nutrizione e ad un altro tipo di metabolismo del glucosio.

La graduale conversione al carnivorismo, infatti,

comporta che il glucosio passi nel sangue molto più lentamente previa trasformazione degli aminoacidi delle proteine attraverso la neoglucogenesi, processo metabolico che richiede la riduzione dei livelli di insulina e l'aumento di quelli del glucagone. Ma, la nuova condizione ambientale, poneva un altro grosso problema da risolvere: la caccia attiva o il recupero delle carni delle carogne uccise da altri predatori, richiedeva comunque spostamenti, appostamenti e digiuni prolungati (si "festeggiava" solo quando si recuperava il cibo carneo e si rimaneva "affamati" per lunghi giorni

tra una "banchetta e l'altro"-ciclo "Feast and Famine").

Ciò comportava che, comunque, bisognava mantenere la lucidità mentale per organizzarsi socialmente per la caccia e gli appostamenti e, quindi, che il glucosio continuasse ad afferrare al grosso cervello, a discapito degli organi periferici, muscolo e

fegato in primis e tessuto adiposo poi; il rischio di "Ipoglicemia" da fame, doveva quindi essere evitato.

In condizioni di digiuno avviene quindi che l'organismo riduce la produzione di insulina nei confronti della quale, gli organi di stoccaggio dell'energia, divengono "resistenti" onde permettere di far afferrare glucosio, preferenzialmente al cervello. In questi frangenti, oltretutto, il tessuto adiposo ed il fegato liberano acidi grassi che il muscolo stesso ha imparato ad utilizzare proprio in condizioni di ridotta insulinoemia, tipica del digiuno e che contribuiscono al determinismo dell'Insulino-Resistenza.

L'attività fisica (raccogliere, cacciare), anche a digiuno, fa recuperare l'insulinosensibilità al muscolo e

## Dall'insulino-resistenza all'iperandrogenismo funzionale:

riflessioni su come una condizione geneticamente determinata di adattamento ad un ambiente ancestrale, di per sé utile e favorevole, come la resistenza all'insulina, si tramuti in condizione disadattativa e foriera di molteplici problematiche metaboliche ed "estetiche" allorquando mutano le condizioni ambientali).





potenzia l'ossidazione degli acidi grassi, risparmiando ulteriormente le scarse riserve di glicogeno. Al termine dell'attività fisica, se la caccia ha avuto successo, ci si rialimenta ed il muscolo riforma le sue scorte di glicogeno.

Ma la vita degli antichi ominini era molto più perigliosa di quella dell'uomo moderno; le aggressioni parassitarie e batteriche erano sempre in agguato e le occasioni di ferirsi e morire dissanguati od in preda a setticemia, erano all'ordine del giorno; in condizioni di "stress acuto", il nostro organismo si predispone ad affrontarlo anche con la liberazioni dei tipici ormoni dello stress (glucagone, cortisolo e adrenalina), tutti capaci di incrementare i livelli glicemici e, specie il cortisolo e l'adrenalina, di aumentare la pressione arteriosa e favorire i processi della coagulazione, eventi utili alla "reazione di attacco-fuga" o alla difesa dai sanguinamenti; anche il sopraggiungere di uno stato di resistenza all'insulina e quindi di maggior insulina circolante, in tali condizioni di stress acuto, aiuta l'organismo a sopravvivere in quanto sappiamo quanto l'insulina partecipi ai fenomeni di assorbimento di sodio a livello renale (utile per mantenere la volemia e la pressione arteriosa in caso di perdite), ad innescare i fenomeni pro coagulativi, a liberare acidi grassi e ad indurre uno stato di flogosi tissutale di basso grado con liberazione di citochine infiammatorie dai macrofagi che rappresentano, secondo un'ottica di economia evolutiva utilitaristica, il veleno per avvelenare i batteri che invadevano l'organismo ferito. Ma oggi, tutti questi meccanismi appaiono ridondanti in un ambiente che non richiede più di essere raccoglitori-cacciatori, in cui il ciclo "feast and famine" viene mortificato da una persistente condizione metabolica assimilabile ad un perenne post prandium per giunta caratterizzato dall'aver ingurgitato alimenti ad alto indice glicemico e, quindi, lo stato glucotossico e lipotossico determinato dalla sedentarietà

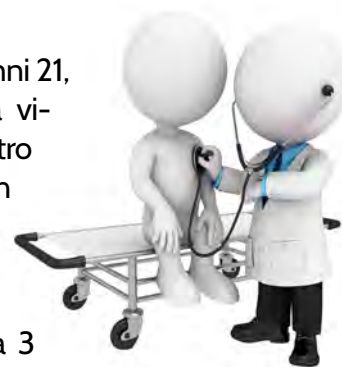
e dall'alimentazione eccessiva e superstimolante la secrezione insulinica, innescano una condizione di persistente iperinsulinismo che è responsabile delle aberrazioni metaboliche che le sono conseguenziali (Diabete, Iperensione, Ipercoagulabilità e conseguenti fenomeni trombotici, Disfunzione endoteliale, ma, anche Ipogonadismo nel maschio e Iperandrogenismo nella femmina).

La premessa si è resa necessaria per meglio rendere fruibile la presentazione di un caso clinico di una giovane donna affetta da una evidente condizione di Sindrome dell'Ovaio Policistico e da grave Ipotiroidismo onde poter speculare sulla patogenesi di alcuni segni clinici che questa donna presentava e correlarli allo stato di "Grave Insulino-Resistenza" che ella manifestava.

**Addolorata**, femmina di anni 21,

viene inviata dal curante a visita specialistica per riscontro di grave ipotiroidismo (Tsh 190>>, Ft3 1.5<, Ft4 0.4<<) in corso di indagini per Amenorrea Secondaria; la paziente era in amenorrea da 3 anni, avendo sempre manifestato indolenza e indifferenza per la sua condizione.

Erano stati dosati anche Fsh ed Lh (normali-bassi), Prolattina e Testosterone nella norma; la routine ematochimica evidenziava lieve ipertransaminasemia ed aumento Gamma-gt.



**Anamnesi familiare:** diabete materno e obesità in ambo i genitori;

**Anamnesi fisiologica:** peso alla nascita 5 kg; riscontro di diabete gestazionale nella madre proprio durante la gravidanza con cui lei fu concepita; Menarca a 12 anni con cicli sempre irregolari, sino a 18 anni, epoca di scomparsa assoluta delle mestruazioni; costante e progressivo incremento del peso corporeo dai 12 anni in poi, allorquando pesava già 80 Kg, sino all'acme a 20 anni quando il peso raggiunge e si stabilizza a 137 Kg per 167 cm di altezza (BMI 49 Kg/m<sup>2</sup>) e con circonferenza vita a 141 cm.



Anamnesi patologica: circa 2 anni fa comparsa di grosse cisti sebacee nel solco intermammario, che spesso andavano incontro a episodi di suppurazione; scarsi risultati con terapie topiche; diversi interventi di chirurgia plastica esitate in cicatrici deturpanti.

A fronte del grave stato di Ipotiroidismo, la paziente negava qualunque sintomo tipico della malattia (stanchezza, debolezza, gonfiore, stipsi ecc...), eccettuata l'amenorrea.

Esame obiettivo: Frequenza Cardiaca persistentemente sopra i 90 BPM, ritmica; distribuzione prevalentemente viscerale dell'eccesso adiposo; Pelle e capelli untuosi con esalazione di forte odore acre; aspetto quasi "ittioso" della cute che appare dappertutto ispessita, corrugata e untuosa;

Ipertricosi (Score di Ferriman e Gallway 12) con prevalente localizzazione al volto, alla regione sacrale e agli arti inferiori. Gravi manifestazioni di Acanthosis Nigricans a carico della cute dei cavi ascellari, a livello nucale, nel solco sottomammario, sulle nocche delle dita di mani e piedi, sulla fronte.

### Accertamenti Diagnostici

- Eco tiroide: grave ipotrofia, estrema disomogeneità eco-strutturale da flogosi cronica;
- Eco addome: intensa steatosi epatica. Utero apparentemente nella norma, annessi non visualizzabili.
- Sospettando forte stato di "Insulino-Resistenza" si propone curva da carico orale con 75 gr. di glucosio e determinazioni glicemiche e insulinemiche ai tempi 0'-60'-120';
- Si richiede: dosaggio anticorpi antitiroide, test di inibizione con 1 mg di desametasone over-night, progesterone, estradiolo, cortisolo libero urinario, dheas e dheas;
- Il progesterone appare basso e normale-basso l'estradiolo, compatibile con stato di anovulazione cronica, normale l'assetto surrenalico, anticorpi antitiroide molto alti e curva da carico che evidenzia forte stato di insulino-resistenza, in assenza di alterazione della tolleranza al glucosio (HOMA IR 22.5, circa 10 volte più alto della norma).

## CONSIDERAZIONI

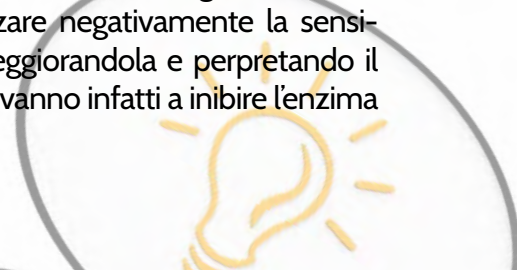
Ipofisi e Ovaio sono di norma meno sensibili all'insulina rispetto ai tessuti di stoccaggio dell'energia (muscolo e fegato), ma nelle condizioni di obesità, mantengono la sensibilità all'insulina a differenza di fegato e muscolo che diventano insulino-resistenti. Tale condizione si pensa sia implicata nella genesi della PCOS. In esperienze fatte su topi sottoposti a dieta ingrassante si manifestava insorgenza di resistenza all'insulina nelle cellule della granulosa ovarica ma non in quelle della teca, permettendo all'ovaio, quindi, di continuare a produrre ormoni androgeni a discapito degli estrogeni.

Il mantenimento della Insulino-Sensibilità in ovaio e ipofisi sembra sia la conseguenza di mancata infiltrazione macrofagica di questi due organi, rispetto all'invasione da parte di tali cellule che avviene, di contro, nelle cellule degli organi di stoccaggio dell'energia, quali fegato, muscolo e tessuto adiposo; in essi, i macrofagi liberano citochine che sono tra gli artefici dello sviluppo della resistenza all'insulina.

L'eccessiva Insulina circolante negli stati di Insulino-resistenza, fa sì che essa si comporti come il Dottor Jekyll e Mister Hyde, agendo in maniera differente in alcuni organi, ancora insulino sensibili, rispetto ad altri, che le divengono "resistenti". Infatti, l'Insulina in eccesso, attraverso l'azione delle IGF1-2, possiede un ruolo determinante nella produzione di androgeni ovarici andando a stimolare sistemi enzimatici come la P450c17alfa e la 17,20 liasi, basilari nella catena biosintetica degli androgeni.

Ma, anche a carico del surrene, l'insulina stimola l'azione degli stessi enzimi, giustificando come nella PCOS possa coesistere un eccesso di attività androgenica ovarica e surrenalica.

Inoltre, l'insulina regola negativamente la sintesi della SHBG, aumentando la disponibilità di testosterone libero nei tessuti periferici. Ma la stessa eccessiva quantità di androgeni circolanti finisce per influenzare negativamente la sensibilità all'insulina, peggiorandola e perpetuando il circolo vizioso; essi vanno infatti a inibire l'enzima



Lipoprotein-Lipasi, con l'effetto di rendere liberi maggior quantità di acidi grassi che è riconosciuto abbiano capacità di riduzione della sensibilità insulinica.

Quanto detto è parte di quei meccanismi evolutivi sviluppatasi per permettere di combattere la battaglia per la sopravvivenza dell'individuo in primis e per la prosecuzione della specie poi.

In caso di pericolo ("stress"), prima mi devo preoccupare di "sopravvivere", ma poi devo permettere la "sopravvivenza della specie", garantendo la fertilità. Per questo motivo, l'insulino resistenza risparmia l'ipofisi e l'ovaio, garantendo quel continuum di produzione ormonale che permetterà all'individuo, superata la fase di pericolo, di riorganizzarsi per la riproduzione.

Ma se lo stress persiste, i meccanismi di adattamento al pericolo non recedono e la fertilità non ricompare.



La **domanda** che ci si pone da tempo è quella se la PCOS rappresenti un fenomeno di adattamento post natale o sia già insita nei geni di chi ne è affetto.

Sappiamo che il feto in utero, seppur sia provvisto di un suo corredo genetico determinato, possa subire condizionamenti dall'ambiente esterno, in specie nutrizionali ed ormonali che influiscono in maniera determinante su come si esprimeranno i suoi geni nella sua vita futura nell'ambiente extrauterino; è il cosiddetto "Programmin in utero". L'eccesso di androgeni può rappresentare uno di quegli stimoli capaci di condizionamenti "epigenetici" forieri di generare adattamenti fenotipici extrauterini a tipo PCOS.

Le donne con PCOS partoriscono spesso feti piccoli per l'età gestazionale in quanto, l'esposizione di tali feti femmine ad eccesso di androgeni du-

rante la vita uterina, rappresenta per essi un "segnale di pericolo", capace di determinarne il basso peso alla nascita e, successivamente, espressioni fenotipiche caratteristiche di tentativi di adattamenti ad ambienti ostili ed energeticamente poveri, contrastabile con l'insulino-resistenza. Si ritorna, quindi, all'insulino-resistenza;

E' l'Insulina che preme il grilletto della Pistola approntata dall'interazione tra Ambiente e Geni. L'iperandrogenismo è, quindi, espressione di un tratto "geneticamente determinato" che rappresenta un marchio di miglior adattamento ad un ambiente ostile in cui, per sopravvivere alle scarse risorse alimentari è necessario che si sviluppi "Insulino-Resistenza".

Ma, torniamo ad Addolorata.

## DECISIONI TERAPEUTICHE



Terapia Sostitutiva con Tiroxina (si parte con 125 mcg al dì fino ad ottenere compenso con 200 mcg al dì, solo a distanza di 3 mesi da inizio terapia); Dieta Ipocalorica a Basso Indice Glicemico; Metformina, 850 mg x 3 al dì, Mioinositolo 2 gr x 2 al dì.

Risultati: S.A. perde 10 Kg in 4 mesi praticando solo dieta, riuscendo solo scarsamente a migliorare il livello di attività motoria con rapida ripresa del peso; nessun risultato sulla Acanthosis; persistente assenza di mestruazioni, nessuna percezione soggettiva di beneficio della cenestesi rispetto alla precedente situazione di grave ipotiroidismo.

Ma perché Addolorata non manifestava alcun disagio rispetto al grave stato di ipotiroidismo di cui era affetta e né beneficio dalla terapia sostitutiva con tiroxina?



La teoria della “Aquatic Ape Theory”, teoria della Scimmia Acquatica potrebbe venirci in soccorso, precisando che in letteratura, molti autori manifestano scetticismo a riguardo di tale teoria.

Questa teoria dice che quando gli ominini migrarono fuori dalle foreste pluviali a causa degli sconvolgimenti tellurici sopra menzionati, non arrivarono subito nella savana ma si trovarono a vivere in un ambiente paludoso di acqua salmastra dove impararono a cibarsi di prodotti ittici che arricchirono la loro alimentazione con iodio e Omega3, responsabili dello sviluppo del loro cervello tanto da farne poi la specie dominante sul nostro pianeta.

Solo successivamente le migrazioni, portarono gli ominini ad allontanarsi dalla palude salmastra e quindi dallo iodio e a conquistare la savana, ricca di carne ma via via sempre più povera di iodio.

Quindi, l'adattamento ad un ambiente povero di iodio è precedente a quello ad un ambiente ostile dove si sviluppò il ciclo “Feast and Famine”. E' plausibile che il forte adattamento di Addolorata allo stato di carenza iodica le permettesse di non percepire il disagio conseguente al grave Ipotiroidismo.

Xita N, Tatsoulis A. REVIEW: Fetal programming of polycystic ovary syndrome by androgen excess: evidence from experimental, clinical, and genetic association studies. Clin Endocrinol Metab. 2006; 91 (5):1660-6.

Tasoula Tsilchorozidou, Caroline Overton, Gerard S. Conway. The Pathophysiology of Polycystic Ovary Syndrome. Clin Endocrinol. 2004;60(1):1-17

The Molecular-Genetic Basis of Functional Hyperandrogenism and the Polycystic Ovary Syndrome  
Héctor F. Escobar-Morreale, Manuel Luque-Ramírez, José L. San Millán. Endocr Rev. 2005 Apr;26(2):251-82.

Barbara A. Gower, Paula C. Chandler-Laney, Fernando Ovalle, Laura Lee Goree, Ricardo Azziz, Renee A. Desmond, Wesley M. Granger, Amy M. Goss, G. Wright Bates. Favourable Metabolic Effects of a Eucaloric Lower-Carbohydrate Diet in Women With PCOS. Clin Endocrinol. 2013;79(4):550-557.

Sheng Wu, Sara Divall, Fredric Wondisford, Andrew Wolfe  
Reproductive Tissues Maintain Insulin Sensitivity in Diet-induced Obesity  
Diabetes. 2012;61(1):114-123.

Morris, Desmond (1967). The Naked Ape. McGraw-Hill. p. 29. ISBN 0-09-948201-0.

**In conclusione** è possibile speculare che, l'Armatura Genetica di cui Addolorata era fornita per resistere ad un ambiente ostile le permetteva di ridurre al minimo la percezione del disagio provocato dal grave Ipotiroidismo, a fronte di un “Caro Prezzo” da pagare in termini di danni estetici e riproduttivi.

## Gubbio



### *Summer Advanced Meeting*



**12/13 settembre 2014  
Park Hotel Ai Cappuccini**

**Dermoscopia ed Imaging Cutaneo**

*Challenge yourself*

**Testa la tua preparazione**

**Cimentati con una casistica eccezionale**

**Fai un check-up del tuo aggiornamento**



Segreteria Organizzativa: **Joining People Srl**

Tel. +39 06/2020227 - Fax +39 06/20421308 - [gubbio@joiningpeople.it](mailto:gubbio@joiningpeople.it)

## RAZIONALE SCIENTIFICO

Rispetto al semplice esame clinico ad occhio nudo, la dermoscopia (D.) permette di riconoscere più precocemente il melanoma e le altre neoplasie maligne, in virtù di una raffinata semeiotica in continuo aggiornamento, in grado di correlare con buona precisione gli aspetti dermoscopici delle differenti lesioni cutanee a quelli istopatologici. Una delle sfide più eccitanti è quella di riuscire a cogliere espressioni morfologiche "dinamiche", ovvero ben definiti criteri indicativi di crescita radiale e soprattutto di invasione in profondità, di regressione, di maturazione, di combinazione tra differenti tessuti neoplastici, etc, per una migliore interpretazione diagnostico/preoperatoria e prognostica delle lesioni melanocitarie esaminate.

A questo specifico e determinante obiettivo è dedicata la sessione inaugurale del Meeting, che vedrà alternarsi sul palco esperti dermatologi con il costante contraddittorio del dermatopatologo, al fine di arrivare ad una più profonda comprensione delle dinamiche istopatologiche che sottostanno ai cambiamenti morfologici rilevabili alla D. Tale approccio dinamico è applicabile anche a lesioni cutanee non melanocitarie, quali la cheratosi attinica e le sue forme di progressione verso il carcinoma a cellule squamose ed addirittura alle lesioni di tipo infiammatorio (psoriasi, lichen planus, etc.), per le quali la D. offre una formidabile possibilità di monitoraggio dell'attività delle terapie mediche.

Ma la principale componente del programma scientifico è quella dell'interattività, con sessioni di casistica dermoscopica strutturate come un percorso condiviso tra relatore e platea per stabilire la natura e la gestione delle lesioni e con l' "Ambulatorio Virtuale" in cui i discenti, divisi in gruppi in aule distinte, parteciperanno attivamente ad una simulazione di visite cliniche-dermoscopiche di pazienti virtuali. I Tutor, a rotazione, si alterneranno confrontandosi con i partecipanti sulle strategie gestionali di ciascuna lesione esaminata. La sessione prevede infatti simulazioni di followup digitale delle lesioni selezionate e la verifica interattiva delle scelte di management.

Alla fine dell'evento, il partecipante dovrebbe essere in grado di:

- Saper cogliere ben definiti criteri indicativi di crescita radiale, di invasione in profondità, di regressione, di maturazione, di combinazione tra differenti tessuti neoplastici, per una migliore interpretazione diagnostico/preoperatoria e prognostica delle lesioni melanocitarie esaminate.
- Applicare analoghi concetti anche a lesioni cutanee non melanocitarie, quali la cheratosi attinica e le sue forme di progressione verso il carcinoma a cellule squamose ed a lesioni di tipo infiammatorio, per il monitoraggio dell'attività delle terapie mediche.

# Quando il dermatologo prescrive il Cosmetico per il Viso

### 1) INDICAZIONI

Idratazione e protezione cutanea anche in presenza di quadri irritativi e infiammatori e come complemento o nel mantenimento della terapia dermatologica

### 2) COSTITUENTI E PRINCIPI ATTIVI

DMS  
Skinasensyl  
Coenzima Q  
Vitamina E

D Pantenolo  
Aloe vera  
Olio di Jojoba



### 4) DMS

#### DMS

Trigliceridi Caprico/Caprilico (da pianta)  
Squalene (da pianta)  
Ceramide 3 (da lievito)  
Fitosteroli (da pianta)  
Fosfolipidi (da pianta)

#### Lipidi della pelle

Trigliceridi  
Squalene  
Ceramidi  
Colesterolo  
Fosfolipidi

La base DMS® è studiata appositamente per le *pelli sensibili* e riproduce la naturale barriera lipidica della pelle nella sua composizione e struttura.

### 3) EFFETTO DEI COSTITUENTI E PRINCIPI ATTIVI

Il DMS riproduce la normale barriera lipidica della cute

Il coenzimaQ e la vitamina E uniti a vari costituenti dell'Aloe vera e dell'olio di Jojoba esercitano effetto antiossidante favorendo le normali funzioni della cute

Lo Skinasensyl diminuisce la sensibilità cutanea ed esercita effetto lenitivo

### 5) ALTRI EFFETTI

Assenza di irritazione cutanea e rispetto del pH cutaneo oltre alla capacità antirughe sono stati testati positivamente confermando una crema idonea a trattamento quotidiano prolungato del viso.

### 6) SKINASENSYL

E' un tetra-peptide di nuova generazione in grado di aumentare la soglia di tolleranza della pelle sensibile con un effetto lenitivo e di "riduzione del dolore"

Riduce il rilascio di Neuromediatori proinfiammatori, legandosi al recettore  $\mu$  per gli oppioidi delle terminazioni nervose sensoriali della pelle.





# desamix effe

0,3% + 1% crema

desametasone+clotrimazolo



**antiinfiammatorio**  
**antifungino**  
**antibatterico**

Attivo contro staphylococcus aureus  
streptococcus pyogenes

## RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

### 1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

DESAMIX EFFE 0,3% + 1% CREMA

### 2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

100 g di crema contengono: Principi attivi: DESAMETASONE 0,3 g, CLOTRIMAZOLO 1,0 g.

Eccipienti: contiene alcool cetilico.

### 3. FORMA FARMACEUTICA:

Crema.

### 4. INFORMAZIONI CLINICHE

#### 4.1 Indicazioni terapeutiche:

A scopo preventivo e curativo di infezioni sovrapposte, in tutte le malattie cutanee, per le quali

è indicata una terapia topica steroidea.

In tutte le micosi superficiali primitive o secondarie, sostenute da Epidermophyton, Trichophyton, Microsporum, Candida e Malassezia furfur: tinea pedis (piede d'atleta), tinea corporis, tinea inguinalis (eczema marginato di Hebra), candidosi (intertrigini inguinali, sottomammare, ascellari, interdigitali, boccarola), pityriasis versicolor. Nelle piodermi primitive (impetigine, ostiofollicoliti, intertrigini).

Nell'erisima (inguinale, ascellare, interdigitale).

#### 4.2 Posologia e modo di somministrazione:

Applicare la crema sulle lesioni 2-3 volte al giorno, frizionando delicatamente.

Il trattamento va protratto per almeno 5 giorni dopo il conseguimento della guarigione clinica.

#### 4.3 Controindicazioni:

Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti.

Affezioni dermatologiche quali: acne, rosacea, dermatiti periorali, lue, tubercolosi cutanea.

Malattie virali con localizzazione cutanea (ad. es. herpes simplex, varicella).

Reazioni cutanee alle vaccinazioni.

#### 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego:

Nella primissima infanzia, il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. L'applicazione epicutanea dei cortisonici nel trattamento di dermatosi estese e per periodi prolungati, può determinare un assorbimento sistemico; tale evenienza si verifica più facilmente quando si ricorra al bendaggio occlusivo. Nei neonati il pannolino può fungere da bendaggio occlusivo. L'uso, specie se prolungato, dei prodotti per uso topico può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione. In tal caso occorre interrompere il trattamento ed istituire una terapia idonea.

Analogo comportamento deve essere adottato in caso di sviluppo di microrganismi non sensibili e di infezioni secondarie. Ove debbano trattarsi lesioni estese con il bendaggio occlusivo è opportuno trattarle a zone successive onde evitare interferenze con l'omeostasi termica ed effetti sistemici dei componenti. DESAMIX EFFE non è per uso oftalmico. Questo medicinale contiene alcool cetilico. Può causare reazioni cutanee locali (ad. es. dermatiti da contatto).

#### 4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione:

Non segnalate nelle comuni terapie di pertinenza.

#### 4.6 Gravidanza e allattamento:

Nelle donne in stato di gravidanza, il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico.

#### 4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari:

DESAMIX EFFE non altera la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari.

#### 4.8 Effetti indesiderati:

In corso di terapia cortisonica epicutanea, specie per trattamenti intensi e prolungati, possono manifestarsi alcuni dei seguenti effetti collaterali: sensazione di bruciore, prurito, irritazione, dermatite allergica da contatto, secchezza della pelle, atrofia cutanea, ipertricosi, eruzione acneica, ipopigmentazione; atrofia e strie localizzate alle zone intertriginose trattate per un lungo periodo di tempo con medicazione occlusiva.

#### 4.9 Sovradosaggio:

Nell'eventualità di applicazioni prolungate su superfici estese (più del 10% della superficie corporea), su cute lesa o in presenza di bendaggio occlusivo possono manifestarsi, in seguito

ad assorbimento sistemico del desametasone, gli effetti caratteristici della corticoterapia sistemica, con inibizione dell'asse ipofisi-surrene e comparsa di ipercorticismismo.

La sindrome di Cushing e la rarissima ipertensione endocranica ne sono l'espressione clinica. La scomparsa di questi sintomi si verifica in seguito ad interruzione del trattamento che deve essere progressiva.

### 5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

#### 5.1 Proprietà farmacodinamiche:

Il DESAMIX EFFE è costituito dall'associazione di un corticosteroide sintetico: il desametasone, con un antimicotico ad ampio spettro attivo anche nei confronti dei batteri Gram positivi: il clotrimazolo.

Il desametasone presenta una elevata attività antiallergica ed antiinfiammatoria, circa 30 volte superiore a quella dell'idrocortisone e circa 5 volte superiore a quella del prednisolone.

Il clotrimazolo è un derivato imidazolico per uso topico che presenta sia in vitro che in vivo una elevata attività nei confronti di una larga varietà di miceti, lieviti e muffe fra i quali funghi patogeni appartenenti ai generi: Tricophyton, Epidermophyton, Candida, Microsporum, Coccidioides Immitis, Histoplasma Capsulatum, Aspergillus, Malassezia furfur, ecc.

E' inoltre attivo nei confronti di: Staphylococcus aureus e Streptococcus Piogenes e sviluppa azione inibitrice e fungicida sul Trichomonas Vaginalis.

#### 5.2 Proprietà farmacocinetiche:

I principi attivi presenti nel DESAMIX EFFE esercitano essenzialmente un effetto locale a livello della zona trattata e, nelle normali condizioni di impiego, il loro assorbimento è limitato a livello dell'epidermide.

#### 5.3 Dati preclinici di sicurezza:

Desametasone: Tossicità acuta: DL 50 (topo s.c.) sup. a 700 mg/kg; DL 50 (ratto s.c.) 120 mg/kg.

Clotrimazolo: Tossicità acuta: DL 50 (ratto p.o.) 708 mg/kg; DL 50 (topo p.o.) 903 mg/kg; DL 50 (coniglio p.o.) 1000 mg/kg.

Tossicità cronica: in seguito a somministrazione topica prolungata, il Clotrimazolo ha dimostrato buona tollerabilità sia a livello locale che sistemico.

#### Teratogenesi:

Desametasone: L'applicazione locale di corticosteroidi ad animali da laboratorio gravidi può indurre, in seguito ad assorbimento sistemico la comparsa di malformazioni fetali.

La trasferibilità del reperto alla specie umana non è dimostrata.

Clotrimazolo: Il Clotrimazolo non presenta, nei comuni animali da laboratorio, attività embriotossiche o teratogene.

### 6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

#### 6.1 Elenco degli eccipienti:

Eccipienti: Alcool cetilico, alcool stearilico, paraffina liquida, polisorbato 60, sorbitan stearato, sorbitolo 70% non cristallizzabile, isopropile miristato, alcool benzilico, acqua depurata.

#### 6.2 Incompatibilità:

Non pertinente.

#### 6.3 Periodo di validità:

Validità: 3 anni.

#### 6.4. Precauzioni particolari per la conservazione:

Questo medicinale non richiede alcuna particolare condizione per la conservazione.

#### 6.5 Natura e contenuto del contenitore:

Tubetto in alluminio.

Tubo 30 g.

#### 6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione:

Nessuna istruzione particolare.

### 7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

SAVOMA MEDICINALI S.p.A. - Via Baganza N. 2/A - 43125 PARMA.

### 8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

022235042

### 9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Rinnovo A.I.C. Gennaio 2011.

### 10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO Ottobre 2010

Regime di dispensazione: Classe C-RR

Prezzo al pubblico: € 9,50



TRICOLOGIA PEDIATRICA

# Alopecia Areata

nel bambino...ciglia e sopracciglia

Lucia Villa

Roberto D'Ovidio

Pur avendo negli ultimi anni acquisito una maggiore conoscenza eziopatogenetica della malattia e una maggiore sensibilità diagnostica con l'aiuto della tricoscopia, non vi è anco-

ra alcun trattamento terapeutico in grado di curare davvero l'alopecia areata. Tutti i trattamenti attualmente disponibili sono in grado di migliorare e/o di stimolare la crescita dei ca-

PELLI ma nessuno di loro può prevenire la progressione e le recidive della malattia.

Premesso ciò, l'approccio terapeutico deve essere personalizzato e plasmato sul singolo paziente, le linee guida devono tenere conto di forme che presentano una minore risposta alla terapia o di sedi particolari e specifiche dove l'approccio terapeutico diventa oltremodo difficile. L'alopecia areata che insorge in età pediatrica è una sfida terapeutica soprattutto nella localizzazione alle ciglia e alle sopracciglia.

L'alopecia areata soprattutto nel bambino può avere un impatto psicologico sia sul paziente che sui genitori con un aumento del rischio di gravi disturbi psicologici.

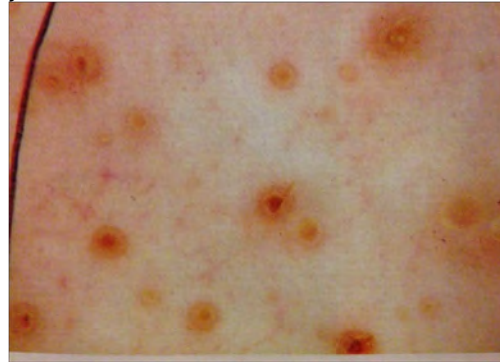
Capelli a punto esclamativo



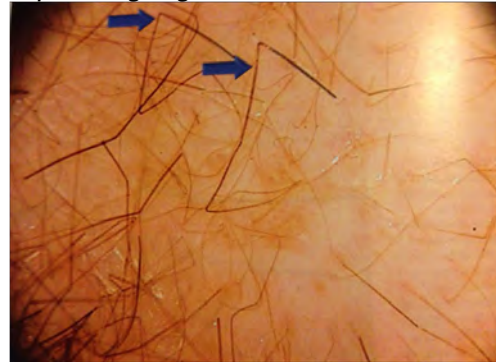
Black Dots



YellowDots



Capelli a zig-zag





## LA MIA RICETTA PER...

Anche se la malattia in sé non mette la vita del paziente in pericolo, i suoi episodi ricorrenti, a volte senza una causa apparente e la comparsa improvvisa e brutale, possono scatenare nel paziente reazioni di negazione, astio, ansia, sensi di colpa e di inadeguatezza, depressione. Il bambino alopecico in particolare sviluppa un profilo psicopatologico complesso arrivando anche all'aggressività con diminuzione della capacità di socializzazione, difficoltà di relazione, diminuzione dell'attenzione e del rendimento scolastico fino a un blocco della maturazione emotiva.

La terapia delle ciglia e delle sopracciglia può considerare l'uso di due topic: gli steroidi di classe II e il minoxidil ma, escludendo la terapia corticosteroidica intralesionale per l'effetto koebner nei bambini, entrambi possono essere considerati utili solo per brevi periodi e nella fase acuta o addirittura controindicati.

Lo steroide topico infatti può determinare a lungo termine un aumento della pressione endoculare, il minoxidil vasodilatazione, ipotensione e eczema da contatto.

### Nuovo approccio terapeutico

*Il successo terapeutico è spesso una funzione di parametri sconosciuti (A.Einstein).*

Il **latanoprost** e il **bimatoprost** sono analoghi delle prostaglandine PGF 2 alpha appartenenti alla famiglia dei prostanoidi. Vengono utilizzati in soluzione oftalmica per la cura del glaucoma e dell'ipertensione endoculare. In uno studio di Valerie Randall dell'università di Bradford pubblicato su The Faseb Journal, si è notato come "effetto collaterale" un infoltimento e un aumento della pigmentazione delle ciglia. Questi effetti hanno incuriosito i ricercatori che lo hanno testato in pazienti con alopecia. E' stato ipotizzato che il latanoprost e il bimatoprost agiscano modulando la fase di crescita dei follicoli piliferi inducendo e prolungando la fase anagen in cui i capelli e/o i peli si ispessiscono e si allungano. I farmaci però non sono in grado di far ricrescere un capello da un follicolo non più attivo, non agiscono quindi nella fase in cui non ci sono più ciglia, l'unico

effetto è quello di rafforzare e pigmentare le ciglia esistenti. La durata del trattamento è di 8/16 settimane e può essere utilizzata come terapia pulsata o di mantenimento della malattia.

**Latanoprost:** è una molecola con brevetto decaduto e quindi può essere utilizzata nell'ambito della preparazione galenica. L'utilizzo nel trattamento dell'alopecia delle ciglia e delle sopracciglia è off-label. La preparazione più adatta per la somministrazione a livello delle ciglia è un gel sieroso che è stato formulato a partire dal latanoprost. La metodica galenica permette la formulazione di un gel con le seguenti indicazioni di dosaggio:

- Latanoprost 0,005%
- Gel fluido di cellulosa q.b. a 10ml

**Bimatoprost:** non è in realtà un nuovo farmaco, è infatti in commercio sotto forma di collirio per la cura del glaucoma. Bimatoprost è autorizzato solo negli Stati Uniti (2009) e in Turchia esclusivamente per il trattamento dell'ipotricosi delle ciglia. La FDA, agenzia del







Microscopia confocale

farmaco americana, non ha approvato l'uso di Bimatoprost nella calvizia. Non è quindi disponibile in Italia o in altri paesi dell'Unione Europea.

Entrambi i farmaci devono essere applicati su cute pulita, dopo eventuale rimozione di lenti a contatto, con impiego giornaliero serale e applicatore sterile ad uso esclusivo per ciascun occhio, la sede è l'attaccatura delle ciglia e delle sopracciglia esclusivamente sulla palpebra superiore evitando quella inferiore.

Effetti collaterali: inscurimento delle ciglia (reversibile) e della zona periorbitale; possibile aumento della pigmentazione

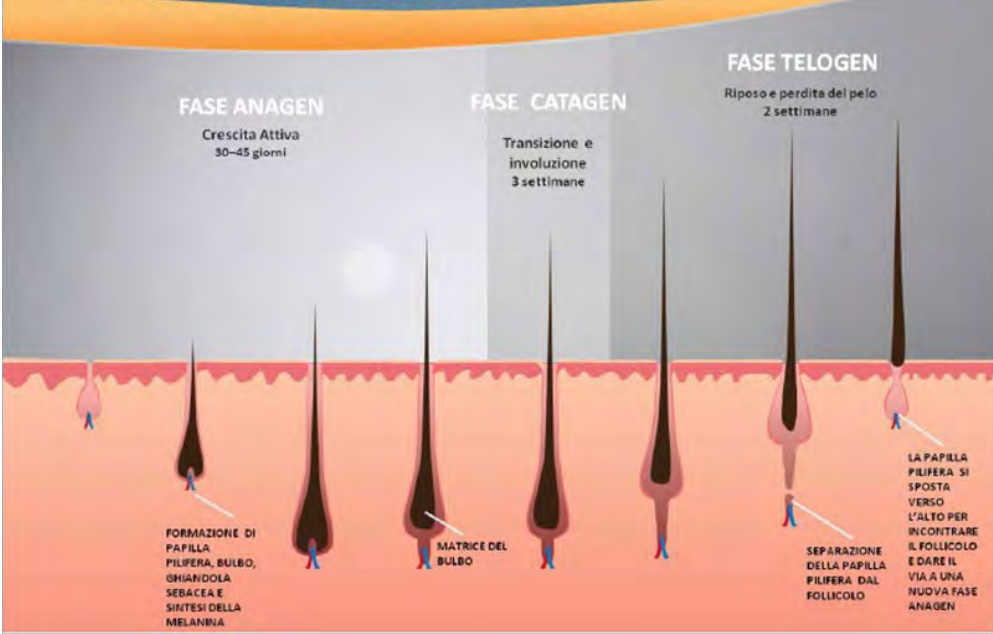
iridea (non reversibile) per cui i farmaci non possono essere usati in soggetti con occhi chiari;



prurito e arrossamento oculare. Bisogna ricordare che latanoprost e bimatoprost, come il minoxidil che agisce anche sulle PGF 2 alpha, non sono in grado di inibire recidive e/o progressione della malattia ma le percentuali di successo nella terapia di mantenimento sono maggiori.

Per concludere la preparazione galenica con latanoprost supera l'utilizzo off-label del prodotto e può essere un valido presidio terapeutico. Tuttavia Bimatoprost (Latisse) è un prodotto molto costo-

## CICLO VITALE DELLE CIGLIA



so: circa 150\$ al mese per un quantitativo sufficiente solo all'applicazione sulle ciglia, quindi nel migliore dei casi, acquistandolo in farmacie internazionali circa 110 euro al mese.

*Ringraziamenti*

*Alla cortesia del Prof. R. D'Ovidio*

commenta su: <http://goo.gl/E3eoPb>

DERMATOLOGIA

&



L'INTERVISTA

# INVERSA

l'associazione dei pazienti con idrosadenite suppurativa



Cos'è l'idrosadenite suppurativa (HS) per il paziente e perché è una patologia orfana?



L'idrosadenite suppurativa è per i pazienti una compagna di vita assidua, fastidiosa, dolorosa, vergognosa, invalidante, che comporta una compromissione alta ed altissima della qualità della vita. Ad essa si accompagnano stati d'ansia importanti legati a terapie fortemente debilitanti, alla compromissione della vita relazionale, familiare, sociale e lavorativa. È una patologia orfana perché nel paziente di idrosadenite il divario esistente tra l'esordio e la sua diagnosi è ancora di diversi anni (anche oltre un decennio) e talvolta non arriva mai. Questo costringe le persone a un notevole nomadismo. Anche la mancanza di sicure terapie risolutive e la scarsa conoscenza scientifica fa di questa patologia (la cui prevalenza secondo studi internazionali è dell'1% sulla popolazione), una patologia orfana.



Qual è stata l'idea che ha portato alla nascita di Inversa onlus?



Il bisogno di cercare e dare risposta e supporto ai pazienti. L'esigenza di stimolare la ricerca e la competenza degli specialisti per creare centri di riferimento nazionali e presidi ad essi collegati in grado di fare diagnosi precoci, assistere ed individuare trattamenti terapeutici efficaci anche se non sempre risolutivi. È emersa la necessità urgente di creare strumenti di sviluppo diretti al miglioramento della qualità della vita dei malati e certamente un'associazione pazienti può, insieme ai medici, realizzare programmi di informazione

e formazione efficaci, utili ed indispensabili per gli specialisti della cura e per le persone assistite.

In che modo internet può essere uno strumento di sensibilizzazione dell'HS?



Internet assicura una diffusione molto ampia delle informazioni, raggiunge diverse tipologie di utenti, pazienti, medici, altri media. Rappresenta anche lo strumento più economico di informazione, è anche per questo attualmente lo strumento più usato dai pazienti.



Il gruppo dei pazienti di idrosadenite riceve supporto online, si confronta con le realtà europee, americane ed australiane, utilizza anche altre risorse on and off line per la salute messe a disposizione da organismi che lavorano per/con le associazioni dei pazienti servendosi anche di risorse sanitarie e favorendo una rete di contatti personali che aiutano concretamente al governo della patologia.

Cosa può rappresentare internet per il futuro dell'HS per quanto riguarda la ricerca, l'associazione e il rapporto dermatologo-paziente?



Internet è una cassa di risonanza fenomenale. Le piattaforme web creano relazioni organismi e persone diverse lontanissime tra loro, mettono in comune idee, metodi, progetti e risultati. Abbracciano moltitudini inimmaginabili con estrema facilità. Consentono di lavorare in maniera congiunta ed immediata





# ONLUS

Associazione italiana per i pazienti affetti da Idrosadenite suppurativa

## Idrosadenite suppurativa

Alessandro Martella

intervista Giusy Pintori (Presidente di INVERSA ONLUS)

favorendo lo scambio di informazioni e l'analisi delle stesse. Questo vale per le società scientifiche e per le associazioni.

Diversi i vantaggi e le opportunità di costruire e migliorare il rapporto medico paziente. Gli studi oggi dimostrano che quanto più un utente è "multicanale" quanto più è in grado di individuare le informazioni attendibili. L'80% dei pazienti secondo una nostra stima ritorna dal medico per condividerle. Questo ultimo aspetto è molto importante per due ragioni: da un lato infatti rassicura il medico che sente preoccupazione per una sua eventuale sostituzione nel ruolo e dall'altro lato crea contatto mentale, predisposizione ad argomenti che fino a poco tempo fa erano di esclusiva competenza medica e segnavano un tipo di relazione paternalistica, escludendo il paziente da ogni ruolo attivo nella cura. Questo ha penalizzato moltissimo i pazienti di idrosadenite che sono stati esposti e sono esposti spesso a qualsiasi trattamento senza alcun razionale ed evidenza. Oggi grazie alle numerose informazioni che circolano tra i pazienti dell'associazione ci stiamo facendo un'idea, tutti insieme, di cosa serve e di cosa è inutile se non addirittura dannoso.



Quali le difficoltà maggiori che come associazione avete incontrato e che tramite internet è stato possibile gestire e/o risolvere?



Quando è nata Inversa onlus, sapevamo molto poco dell'idrosadenite. Abbiamo contato sino a nove diagnosi differenziali e ci siamo imbattuti in almeno 50 trattamenti differenti. Mettendo insieme centinaia di storie cliniche ci siamo resi conto di vivere il caos diagno-

stico e terapeutico. Abbiamo notato che i pazienti vivevano dispersi e "zingari" in tutta la penisola senza trovare approdo. Abbiamo messo a fuoco la "solitudine" in cui tutti ci trovavamo e abbiamo iniziato a conoscerci. È nata una community vera. Siamo diventati un'associazione di persone che si confrontano e relazionano con un comune obiettivo: migliorare la propria vita. Il dialogo fra i malati italiani e quello stranieri ha azzerato distanze insormontabili. Grazie alla rete oggi sappiamo che possiamo lavorare alla nostra malattia con diverse organizzazioni di tutto il mondo.

Qual è stato in assoluto il vantaggio principale raggiunto grazie ad internet e che probabilmente non sarebbe stato possibile in passato?



Dopo solo pochi anni di attività ed essendo partiti dal nulla e dall'ignoranza più totale, ostacolati e spesso snobbati perché "pochi e rompiscatole", oggi l'associazione dei pazienti è riuscita a strappare dal silenzio uomini, donne e ragazzi e ragazze che erano ingabbiati in un dolore nascosto, incomunicabile, vergognoso. Ha creato una rete di aiuto in cui le persone non si sentono più appestate, non sentono di essere casi rari e "partite perse". L'esperienza di chi è migliorato è messa a disposizione di chi ancora brancola nel buio. Totale la condivisione delle conoscenze. I malati riferiscono tutto: specialisti a cui si sono rivolti e a cui si rivolgono e approcci relazionali, terapeutici, chirurgici e consigli vari. Grazie alla comunicazione e alla messa in internet anche delle immagini delle lesioni, alla faticosa e certamente difficile esibizione delle zone malate senza abiti e dei progressi,



non ci sentiamo più malati esclusivi. Ci auguriamo che questo nostro grandissimo impegno sia ripagato dalla comunità scientifica. Certamente da soli non possiamo sperare in ulteriori progressi. È importante però che ognuno di noi, pazienti e medici ed aziende diamo il massimo. Noi grazie anche al web lo stiamo facendo con costanza, determinazione ed impegno ed estrema serietà.



**Quali i sono i trattamenti medici per HS eseguiti o prescritti riconosciuti di essere privi di ogni efficacia?**



Questo è un argomento molto delicato. Sono felice però di ricevere il quesito. Il medico nella maggior parte dei casi non accetta che il paziente possa dire la sua in merito ai trattamenti. Una giusta soluzione tuttavia non può prescindere dalla valutazione dello stadio della patologia. È anche fondamentale precisare che la risposta ai trattamenti non è uguale per tutti.

Questo ci suggerisce diverse osservazioni. Dalla nostra esperienza abbiamo capito che con tutta probabilità esistono diversi tipi di idrosadenite. Siamo portati a credere che essa è differente ad esempio tra pazienti che hanno familiarità e non. Inoltre oggi sappiamo anche che lo stato psicologico e l'alimentazione, uniti alla depilazione laser definitiva possono cambiare il quadro in modo significativo. Dopo queste fondamentali considerazioni possiamo affermare di esser in linea con la Hs foundation americana la quale a chiare lettere afferma che isotretinoina e principi attivi simili non curano e non limitano l'avanzare della patologia, così pure l'abuso sconsigliato per lunghi periodi gli antibiotici sistemici, i quali tamponano solo gli effetti secondari ma non sono terapia elettiva di idrosadenite. Sappiamo di pazienti sottoposti a tali terapie per un minimo di tre-sei mesi sino anche a tre e quattro anni. Così come a cortisone. Anche la terapia fotodinamica, spesso anche effettuata per lunghi lungo tempo e a pagamento, certamente è priva di efficacia. Un dato allarmante riguarda l'uso in diversi casi

della radioterapia e della chemioterapia. Si aggiungono a queste tutte una serie di creme, lozioni, pomate e parafarmaci dai costi elevati da sommare a esami inutili. Il sovratattamento è una realtà pesantissima che il paziente e il SSN paga in termini di costi economici di controindicazioni e danni ulteriori. Affianco a questa realtà però mettiamo in evidenza la difficoltà di accesso a farmaci off label che talvolta riscuotono successo terapeutico ma che non lasciamo traccia in studi clinici o case report.

Teniamo anche a dire che la soluzione non può essere data da decenni di drenaggi. Abbiamo pazienti che per oltre venti anni non sono mai stati curati ma solo "tagliati", senza anestesia.

Proponiamo un tavolo di lavoro tra associazione pazienti e società scientifiche. Inversa onlus è socio istituzionale e partner nel progetto promosso da Slow medicine Italia "Fare di più non significa fare meglio" a cui aderiscono moltissime società scientifiche italiane, a sua volta mutuato da quello statunitense Choosing Wisely. L'alleanza tra medici e pazienti può aprire oggi nuovi scenari e fornire spunti per un servizio migliore ai pazienti di idrosadenite. Anzi, in mancanza di ricerca, dico che questa è l'unica via appropriata per aiutare il lavoro dei medici e la salute dei malati.

**La comorbidità nei pazienti con HS: quali le associazioni più frequenti?**



Negli ultimi tempi grazie alla diffusione della conoscenza diagnostica della patologia parlo con un numero sempre maggiore di pazienti. E la realtà che si sta delineando è molto difficile. Psoriasi, Lupus, sindrome Sapho, artrite reumatoide, diabete, morbo di Chron, sclerosi multipla, tiroidite autoimmune, e molte altre patologie autoimmuni non ad esclusivo interesse dermatologico, anche se queste rappresentano le associazioni più frequenti.





Come paziente e presidente di Inversa onlus qual è il tuo consiglio per noi dermatologi quando visitiamo un paziente con HS?

La prima cosa da fare è soffermarsi sull'accoglienza, intesa proprio come ricevimento del malato che non è abituato a essere trattato con molta umanità. Poi sulla storia clinica. Questa favorisce non solo la conoscenza del progresso ma anche la relazione di fiducia. Il paziente di idrosadenite viene spesso da una storia di delusione nei rapporti con il medico e di delusione terapeutica. Spesso anche di abbandono. Il primo passo è creare empatia. Chiedere dove si è passati, dove ci si trova e cosa si vorrebbe. Esaminare la realtà personale, familiare, lavorativa, culturale e sociale del malato.

Poi valutare non solo lo stato acuto che si ha davanti agli occhi ma creare, strada facendo, un piano di governo della cronicità, senza dimenticare che in alcuni momenti il dolore e la difficoltà a muoversi mettono a dura prova la vita delle persone e rischiano di causare depressioni che se non arginate possono sfociare in importanti disagi mentali.

Prevedere inoltre un approccio interdisciplinare. Non possiamo sperare che il dermatologo da solo possa riuscire sempre ad aiutare un paziente così complesso. Dermatologo, medico di base, chirurgo generale talvolta plastico, proctologo, ginecologo, urologo, immunologo e psicologo e/o psichiatra e psicoterapeuta, dietologo, queste quasi sempre le specialità da coinvolgere anche attraverso l'utilizzo di moderne tecnologie utilizzate per altre patologie, come le cartelle cliniche elettroniche che grazie alla raccolta dati ne facilitano la competenza e la padronanza.

La presa in carico di un paziente di idrosadenite oggi passa anche per il contatto del malato con l'associazione pazienti e del medico con essa. Lavorare insieme condividendo esperienze e conoscenze può suggerire e spesso da al medico e al paziente strumenti nuovi con risposte nuove. Ognuno con le sue competenze ma sullo stesso piano e si può cambiare la vita professionale dello specialista e della persona assistita.

Sarebbe auspicabile prevedere la formazione dei medici e dei pazienti.

# INVERSA ONLUS



# INDE

il futuro del m

Quando e perché è nata INderma?



L'idea di INderma è nata nel 2002 quando, appena specializzato e fuori dai "canali" ospedalieri e universitari, mi resi conto che per lo specialista lavorare in solitudine. Non esisteva un luogo dove uno specialista poteva rivolgersi per trovare informazioni utili alla propria professione. Pensai che serviva una community che accettasse tutti i professionisti del settore e che desse le possibilità di mostrare casi o informazioni ai soli medici. Questa community doveva essere una agorà non una associazione, non verticistica ma orizzontale, non guidata da aziende farmaceutiche o società scientifiche ma libera ed indipendente. Per questo, non appena ho avuto i fondi per costruirla nel 2010 nacque la prima versione di INderma il cui acronimo significa appunto Independent Network for Dermatology and Aesthetics. Ad oggi sono iscritti oltre 2000 colleghi che hanno costruito più di 40 gruppi con decine di casi clinici e discussioni terapeutiche. (figura 1)

Perché un dermatologo dovrebbe iscriversi ad INderma?

INderma è un luogo che permette lo scambio di informazioni fra colleghi al riparo dallo sguardo dei pazienti e delle aziende farmaceutiche, è inoltre completamente libero e gratuito. INderma è l'unico al mondo che permette uno scambio così utile ed alla pari fra tutti, un servizio che non esisteva sino ad oggi ma che permette al professionista di non lavorare più solo. Ho pensato questo "luogo" senza gerarchie, ogni collega ha gli stessi diritti e doveri degli altri, indipendentemente dalla carriera o "fama".

# INDERMA

medico è social

Alessandro Martella

intervista Giovanni Menchini di INDERMA

Quali sono le esigenze dei dermatologi di INderma emerse più frequentemente?



Chiaramente la richiesta costante è quella di comprendere come i colleghi trattino alcune patologie o quando funzionino davvero apparecchiature e farmaci. Curiosamente sono anche nati gruppi di acquisto per abbassare prezzi di filler e altre piccole attrezzature per lo studio. Chi di noi può dire di aver comprato a “cuor leggero” una attrezzatura per lo studio? In INderma i colleghi chiedono se altri lo hanno fatto e come si sono trovati, a quel punto l'acquisto è decisamente più facile e conveniente. A volte esiste la necessità di chiedere informazioni anche molto “semplici” perché non le ricordiamo o perché non ci occupiamo di quello specifico settore della specialità, tuttavia ci vergogniamo a mettere in mostra questa nostra carenza, allora ho fatto nascere il gruppo “Chiedi ad INderma” dove il collega compila un form anonimo e inderma fa la domanda in sua vece, salvando l'amor proprio del collega. (figura 2)

Quali le attività che i dermatologi di INderma condividono maggiormente?

E' molto frequente la richiesta di aiuto per la diagnosi o il trattamento di casi specifici. Quando ho iniziato pensavo che i colleghi si sarebbero aiutati poco fra di loro a causa di una latente ritrosia, mi sono invece dovuto ricredere perché invece gli aiuti che arrivano sono molti e validissimi. Posso affermare che INderma ha risolto casi clinici complicati, spesso inarrivabili per i singoli professionisti.

In che modo vengono moderate le discussioni dei vari gruppi all'interno del portale?

Le conversazioni in INderma non necessitano di moderazione, sino ad oggi infatti, il clima è di reciproco rispetto e collaborazione amichevole. Tutti seguono una non scritta regola di cortesia ed educazione.

# INDE

il futuro del m

*In che modo il web ha cambiato la professione del dermatologo e cosa immagina accadrà in un futuro prossimo?*

*I pazienti ricevono da internet aiuto e nozioni (non sempre vere o calzanti) è necessario che il professionista trovi anche lui un luogo di immediato aiuto e consulenza da parte di colleghi. INderma aiuta lo spirito oltre che la professione, spesso infatti una situazione clinica in apparenza problematica si risolve con semplicità, migliorando non poco il livello d'ansia.*

*Quali i problemi attuali e futuri del web per il dermatologo?*

*Molteplici a mio modo di vedere. Internet oggi è preda di coloro che hanno i mezzi economici per costruire e governare l'informazione, il singolo professionista raramente possiede le conoscenze per difendersi o farsi conoscere. Sempre più spesso vediamo aziende del mondo farmaceutico costruire portali di informazione molto grandi, anche validi per alcuni loro aspetti, tuttavia mi sembra chiaro il conflitto d'interesse. INderma cerca di imporsi in questo caos costruendo una piccola oasi per i colleghi.*





# ERMA

medico è social

*In un futuro prossimo, quale attuale attività del dermatologo sarà maggiormente condizionata dal web?*

*Per fortuna la nostra professione non può essere eseguita attraverso internet, e la legge parla chiaro in proposito, tuttavia nascono sempre più spesso, sui social network, gruppi di pazienti che si consigliano sulla cura delle malattie e sulla scelta del professionista. E' necessario che i colleghi sappiano costruire i propri siti internet in modo da essere accessibili, senza demandare ad altre aziende questa importantissima funzione. Al prossimo congresso AIDA parlerò anche di come fare in modo molto semplice ed accessibile a tutti.*

*Quale il suo consiglio per il dermatologo 2.0?*

*Internet è più di un mezzo di informazione, consiglio a tutti i colleghi di non mettere da parte la tecnologia e impararla ad usare come i laser e i videodermatoscopi. I medici italiani sono molto indietro rispetto ai colleghi europei ma i pazienti no, diminuire questo gap è fondamentale a mio parere.*

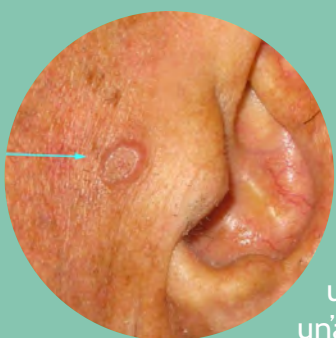
## CASO CLINICO/DERMOSCOPICO

SATURNINO GASPARINI

Coordinatore GID (Gruppo Italiano di Dermoscopia)

Uomo di 78 anni giunge alla nostra osservazione per la presenza di una neoformazione asintomatica dell'estremo cefalico localizzata in prossimità del trago dell'orecchio sx.

All'esame clinico si osserva una lesione nodulare, crateriforme, delle dimensioni di 0,4 x 0,3 cm di colore poco più intenso della cute sana circostante che appare foto danneggiata (Fig 1).



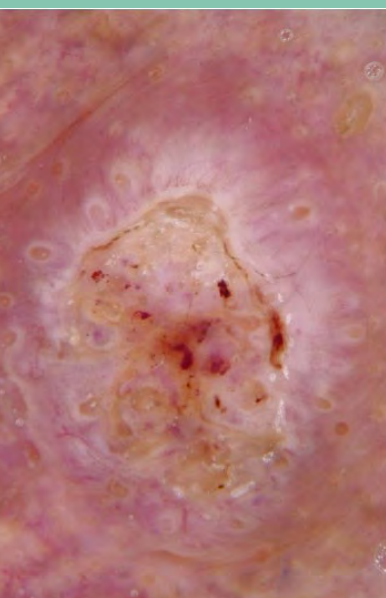
La dermoscopia mostra una lesione ovale caratterizzata da una formazione centrale costituita da strutture opache giallastre e fenomeni erosivo/ulcerativi. Ai margini è presente un'area biancastra su cui si staglia un pattern vascolare polimorfo con vasi puntiformi, a forcina, lineari irregolari e tortuosi. Sempre su quest'area biancastra periferica appaiono ben evidenti degli sbocchi follicolari ingrossati, con aspetto a bersaglio e circondati da un alone biancastro (Fig.2).

I dati clinico/dermoscopici depongono per un carcinoma a cellule squamose per cui si procede all'asportazione della lesione.

L'esame istologico conferma l'ipotesi diagnostica mostrando un carcinoma squamoso nodulare e ben circoscritto, infiltrante il derma

medio e profondo, costituito da masse solide di varia grandezza di cheratinociti atipici discheratotici, caratterizzati da cospicua cheratinizzazione e parziale necrosi (Fig.3).

Si ringrazia per la collaborazione il Dott. G. Ferranti, Responsabile del Servizio di Istopatologia dell'IDI di Roma



## BIBLIOGRAFIA

Dermoscopy of squamous cell carcinoma and keratoacanthoma.

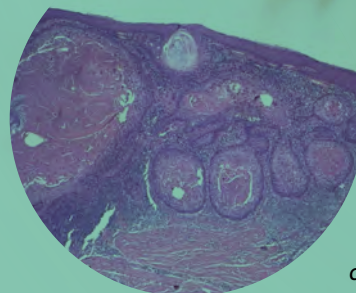
Rosendahl C, Cameron A, Argenziano G, Zalaudek I, Tschandl P, Kittler H

Arch Dermatol. 2012 Dec;148(12):1386-92

Dermatoscopy of facial actinic keratosis, intra-epidermal carcinoma, and invasive squamous cell carcinoma: a progression model.

Zalaudek I, Giacomel J, Schmid K, Bondino S, Rosendahl C, Cavicchini S, Tournalaki A, Gasparini S, Bourne P, Keir J, Kittler H, Eibenschutz L, Cattricallà C, Argenziano

G. J Am Acad Dermatol. 2012 Apr;66(4):589-97





## LA RAGAZZA CON L'ORECCHINO DI PERLA

EUGENIO ROMANELLO

La ragazza con l'orecchino di perla, conosciuto anche come Ragazza col turbante, è un dipinto ad olio molto suggestivo del 1600 di Jan Vermeer.

A tutt'oggi, non è chiara quale sia stata l'ispirazione di Vermeer che secondo alcuni potrebbe essere arrivata dall'opera del pittore Michael Sweerts (1618-1664) il quale anche lui dipinse molte figure a mezzo busto con profili intensamente illuminati; opere che Vermeer conosceva molto bene.

La perla raffigurata è grande e a quei tempi oltre ad essere rare solo i ricchi le potevano possedere. La ragazza ritratta, però, non sembra una nobel donna e tutto ciò infittisce ulteriormente il mistero circa l'ispirazione del pittore, il quale, forse, potrebbe essersi semplicemente imbattuto come è capitato a me in una ragazza con una cisti del lobo dell'orecchio.

Una cisti che nel caso della mia giovane paziente era comparsa da tempo e lentamente si stava accrescendo e il cui aspetto clinico in tutto e per tutto ricordava quello di una perla.

Vermeer potrebbe essere stato semplicemente ispirato da un caso analogo e se così fosse non sappiamo se la ragazza ritratta ha desiderato anche lei asportarla così come la mia paziente





A close-up photograph of a doctor's torso. The doctor is wearing a white lab coat over a light blue striped shirt and a blue patterned tie. A blue stethoscope is draped around their neck. They are holding a black tablet with both hands. The tablet screen is white and displays the text 'L'ANGOLO DELL'ESPERTO' in a dark green, serif font.

# L'ANGOLO DELL'ESPERTO

# NORME ASSICURATIVE PROFESSIONALI

*QUALE CONTRATTO E QUALE TUTELA*

*PER IL DERMATOLOGO E IL MEDICO ESTETICO*

Cirfera V. - Dermatologo, Direttivo Nazionale AIDA

Prete C. - Avvocato, foro di Lecce

Muci G. - Dottoressa in Legge, Copertino (Le)

CeSIDeL "Vanni Labrini" Centro Studi Italiano Dermatologia Legale

La maggiore tutela professionale del dermatologo e del medico estetico ambulatoriale è insita nello svolgimento competente, diligente e ponderato del proprio operato, riferito alle regole dello stato dell'arte condivise e a quelle normative, attualmente vigenti. Nonostante il massimo impegno profuso sulla base di quanto sopra affermato, talvolta, purtroppo, possono conseguire eventi spiacevoli ed essere contestati al sanitario uno o più presunti profili di responsabilità, sia a livello penale che civile, l'esistenza dei quali ultimi fa nascere l'esigenza di avere una buona polizza assicurativa, che dovrà essere quanto più specifica possibile, sulla base dell'attività effettivamente svolta dal medico nella sua pra-

tica quotidiana. Tenendo conto, in linea generale, di ciò che il medico esegue oppure opera nel suo ambulatorio, le norme assicurative dovranno essere rivolte alla copertura non solo del rischio generico, comune a tutti i medici, ma soprattutto al rischio specifico, correlato alle effettive prestazioni e particolari procedure che vengono poste in essere nei vari settori o campi dermatologici. Prima di rivolgersi direttamente ad una compagnia assicurativa, è bene che il sanitario si faccia consigliare da un "broker d'assicurazione" che si pone come figura interlocutoria tra il cliente e le varie offerte assicurative. Infine, non va dimenticato di chiedere al "broker" tutte le informazioni utili agli eventuali tempi di copertura assicurativa antecedenti la firma del contratto e alle clausole vessatorie, spesso misconosciute da parte del sanitario, per non aver letto con accuratezza il contratto, ovvero la polizza stessa firmata.

# UTILIZZO DELLA LUCE PULSATA RODAMINATA PER IL TRATTAMENTO DELLE TELANGIECTASIE DEL VOLTO

Piccolo D\*§, Crisman G¥, Cannarozzo G\*, Sannino M\*, Russo N\*, Listro G\*

\* Società Italiana Laser Dermatologia (SILD).

§ Incoming President Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali (AIDA)

¥ Laboratorio di Dermatopatologia, U.O. Dermatologia, Dipartimento di Medicina Specialistica, Sperimentale e Diagnostica, Università di Bologna, Bologna, Italy



## Introduzione

Le teleangiectasie del volto possono comunemente riscontrarsi in numerose patologie dermatologiche come l'acne rosacea, il lupus eritematoso, la dermatite seborroica, la psoriasi, la dermatite atopica, etc. I maggiori fattori di rischio sono rappresentati da foto-esposizioni croniche, fototipo I e II, familiarità e presenza di couperose e/o rosacea da molti anni. In presenza di evidenti teleangiectasie associate ad alterazioni cutanee complesse può essere indispensabile associare agli schemi terapeutici tradizionali, trattamenti fisici come laser o luce pulsata intensificata; questi ultimi possono ridurre i processi infiammatori, aiutare a riparare la barriera cutanea ed eliminare o ridurre i danni da foto-invecchiamento. I farmaci maggiormente utilizzati per il trattamento delle teleangiectasie del viso e della rosacea includono il metronidazolo, l'acido azelaico e la doxiciclina mentre i trattamenti cosmeceutici più efficaci, da soli o in combinazione con le terapie farmacologiche sono l'aloe vera, il bisabololo, il ginkgo biloba, il tè verde, l'allantoina, e il pantenolo (Vit. B5).

I laser più utilizzati per il trattamento delle teleangiectasie facciali sono il KTP (potassium titanyl phosphate), il Dye laser, il laser ad Alexandrite, il Nd:Yag (Neodymium Yttrium-Aluminum-Garnet) e la luce pulsata intensificata (IPL). L'efficacia di tali sistemi è dovuta alla loro capacità di raggiungere il target vascolare con un'energia sufficiente a provocare la coagulazione vasale senza causare danni ai tessuti sani circostanti. Tale meccanismo d'azione, noto come fototermolisi selettiva, permette l'assorbimento dell'energia luminosa da parte del cromoforo specifico (ossiemoglobina) in modo da provocare una distruzione selettiva dello stesso con un minimo assorbimento da parte dei tessuti adiacenti ai vasi trattati.

Scopo di questo lavoro è stato quello di verificare l'utilità e l'efficacia di un nuovo sistema di luce pulsata intensificata ottimizzata sulla stessa lunghezza d'onda del Dye laser (595 nm) basata sulla Right Light Technology (r-IPL).

## Materiali e Metodi

Trenta pazienti [21 femmine e 9 maschi; età media 43,8

anni (range 12-68); fototipo I-IV] affetti da teleangiectasie del volto sono stati arruolati e successivamente trattati. I criteri d'esclusione includevano il diabete mellito, le malattie cardiovascolari, l'uso di anti-coagulanti e pazienti precedentemente trattati con altri sistemi laser o IPL. Quindici pazienti (50%) erano affetti da teleangiectasie comuni, 5 da eritrosi facciale (16,6%), 5 da acne rosacea in fase attiva (16,6%), 3 da teleangiectasie del naso (10%) e 2 del mento (6,6%). Tutti i pazienti hanno firmato il consenso informato al trattamento e la liberatoria per l'utilizzo delle immagini fotografiche a scopo scientifico.

Il protocollo terapeutico dello studio prevedeva l'utilizzo di un nuovo sistema di luce pulsata intensificata ottimizzata sulla stessa lunghezza d'onda del Dye laser (595 nm). La tecnologia Right Light (SynchroVasQ, DekaMela, Calenzano, Italia), prevede l'uso della rodamina come colorante chimico selettivo per il target vascolare. Il manipolo utilizzato, con filtro da 595 nm, è provvisto di un sistema di raffreddamento integrato. La grandez-



za della finestra del manipolo è di 2 cm<sup>2</sup>. La fluenza massima erogabile è di 25 J/cm<sup>2</sup>, con una durata dell'impulso variabile da 3 a 24 ms.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un test di efficacia durante la prima visita e successivamente sono stati trattati ogni 2 settimane per un totale di 5 trattamenti. Il protocollo utilizzato prevedeva una fluenza variabile da caso a caso compresa tra i 18 e i 23 J/cm<sup>2</sup>, due impulsi di 8 msec ciascuno ed un ritardo tra gli impulsi di 10 msec. Non è stato necessario sottoporre i pazienti a raffreddamento dopo la seduta a parte quello incluso nel manipolo, in quanto la sensazione di bruciore riferita dai pazienti andava da lieve a moderata. Prima e subito dopo ogni trattamento i pazienti sono stati fotografati con una macchina fotografica digitale (Canon PowerShot A360, Tokyo, Giappone) collegata ad un obiettivo speciale per la dermoscopia (Dermlite Photo, 3GEN LLC, San Juan Capistrano, CA, USA). Tutte le immagini sono state salvate su un database (Nevuscreen software, Arkè, Avezzano, Italia) con lo scopo di poter verificare l'efficacia dell'r-IPL sul pattern vascolare.

In base ai risultati ottenuti i pazienti sono stati classificati in 5 categorie: C-I risultato eccellente, C-II buon miglioramento, C-III risposta parziale, C-IV risultato minimo e C-V nessun risultato o peggioramento.

## Risultati

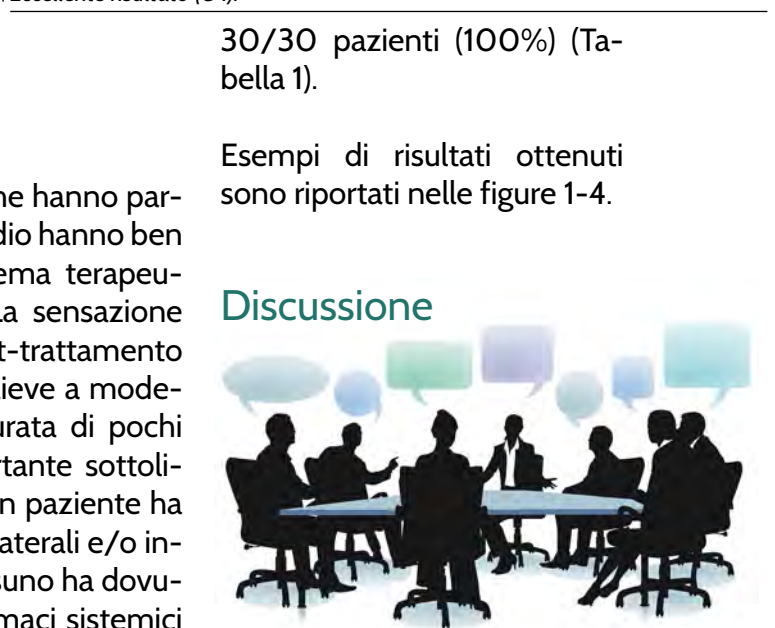
Tutti i pazienti che hanno partecipato allo studio hanno ben tollerato lo schema terapeutico proposto. La sensazione dolorosa post-trattamento era variabile da lieve a moderata con una durata di pochi minuti. È importante sottolineare che nessun paziente ha avuto effetti collaterali e/o indesiderati e nessuno ha dovuto assumere farmaci sistemici antibiotici o corticosteroidi. I risultati sono stati apprezzabili mediamente dopo 3 trattamenti ed eccellenti dopo le 5 sedute previste dallo studio. Non è stata rilevata nessuna differenza statisticamente significativa riguardo il sesso e l'età dei pazienti.

Dopo la prima seduta, C-II è stato ottenuto in 14/30 pazienti (46,6%). Dopo la terza seduta, C-I è stato ottenuto in 17/30 pazienti (56,6%). Alla fine dell'ultimo trattamento C-I è stato riscontrato in

Figura 2. Paziente con teleangiectasie del volto prima e dopo 3 r-IPL. Eccellente risultato (C-I).



Figura 3. Paziente con teleangiectasie del naso prima e dopo 5 r-IPL. Eccellente risultato (C-I).



30/30 pazienti (100%) (Tabella 1).

Esempi di risultati ottenuti sono riportati nelle figure 1-4.

## Discussione



Il trattamento delle teleangiectasie del volto viene sempre più frequentemente effettuato mediante apparecchiature laser o IPL. Il bersaglio di queste strumentazioni è rappresentato dall'ossiemoglobina che presenta 3 differenti picchi di assorbimento delle lunghezze d'onda: 418, 542 and 577 nm. Dopo un'attenta analisi, la lunghezza d'onda più efficace deve essere scelta identificando il maggiore assorbimento del cromoforo vascolare. In particolare, una maggiore lunghezza d'onda permette una migliore penetrazione così da poter arrivare alla profondità necessaria al raggiungimento

Figura 1. Paziente con acne rosacea prima e dopo 3 r-IPL con dermoscopia. Buon miglioramento (C-II).



del target. Secondo la letteratura, la luce pulsata intensificata è attualmente riconosciuta come presidio terapeutico alternativo o complementare ai laser vascolari. Nel 2003, uno studio pilota pubblicato da Mark et al., ha dimostrato una diminuzione del 30% del flusso sanguigno, un 29% di diminuzione dei vasi nell'area trattata e una diminuzione d'intensità dell'eritema dopo 5 sedute di IPL. Nel 2005, in 3 differenti lavori sono stati pubblicati risultati promettenti per il trattamento dell'acne rosacea mediante IPL.

Clementoni et al., hanno riportato una diminuzione dei vasi trattati in una percentuale variabile dal 75 al 100% dopo 1-2 sedute di IPL nel 87% dei pazienti trattati. Taub et al., hanno ottenuto una diminuzione del 83% del rossore, del 75% del flushing e del 64% delle cicatrici da acne dopo 1-7 se-

dute di IPL. Infine, Schroeter et al., hanno dimostrato l'efficacia dell'IPL nell'acne rosacea con un miglioramento del 78% e meno dell'1% di recidive dopo un periodo di follow-up di 3 anni. Nel 2009, Neuhaus et al., hanno effettuato uno studio randomizzato, controllato, paragonando una serie di pazienti che avevano trattato le teleangiectasie facciali mediante un Dye laser long pulsed 595 nm vs pazienti trattati con IPL. Entrambe le apparecchiature hanno dimostrato la stessa efficacia e sicurezza e sono state considerate dagli

autori come possibili alternative terapeutiche per questo tipo di patologie vascolari.

Numerosissimi studi hanno dimostrato l'utilità della dermoscopia per lo studio delle lesioni pigmentate cutanee, la diagnosi precoce del melanoma, dei non melanoma skin cancers e, più recentemente, nelle patologie infiammatorie e virali della cute. Recentemente, abbiamo dimostrato l'utilità della dermoscopia nei trattamenti laser e IPL. I nostri risultati hanno evidenziato come questa tecnica dovrebbe essere considerata, in questo

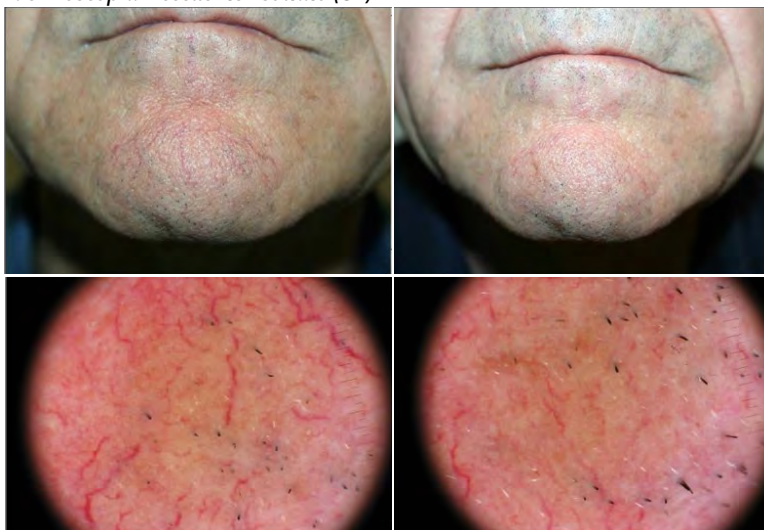
degli impulsi e la grandezza dello spot. La lunghezza d'onda scelta deve avere sufficiente penetrazione per raggiungere il bersaglio vascolare mentre la durata dell'impulso dipende dal diametro del vaso stesso.

I Dye lasers attualmente utilizzati, che usano la rodamina come mezzo attivo, permettono di produrre lunghezze d'onda variabili da 585 a 600 nm. In questo modo si possono colpire targets vascolari più profondi mantenendo comunque un'alta selettività per l'emoglobina. Gli indiscutibili

vantaggi garantiti da queste lunghezze d'onda e l'estrema selettività per il tessuto vascolare, rendono il Dye laser il gold standard per il trattamento di questo tipo di lesioni. Tuttavia, questo tipo di laser causa effetti indesiderati ai pazienti per la comparsa della

porpora e successivamente delle croste che causano fastidi che perdurano per molti giorni dopo il trattamento. In aggiunta ai laser descritti, l'innovazione tecnologica ha prodotto sistemi di luce pulsata intensificata con uno spettro di lunghezze d'onda che variano dai 390 ai 1200 nm. I vantaggi di questa tecnologia sono dovuti alla possibilità di colpire i target vascolari localizzati a profondità diverse e quindi raggiungibili con lunghezze d'onda differenti. Il limite più grande dei sistemi IPL, viceversa, è dovuto al fatto che

*Figura 4. Paziente con teleangiectasie del mento prima e dopo 5 r-IPL con dermoscopia. Eccellente risultato (C-I).*



tipo di trattamenti, sia nel pre che nel post-trattamento per identificare in maniera precisa ed accurata il bersaglio da colpire. Inoltre, in molti casi la dermoscopia si è rivelata efficace nel prevedere immediatamente i risultati dei trattamenti effettuati.

A nostro parere, prima di effettuare un trattamento laser o IPL per patologie vascolari del volto è necessario prendere in considerazione numerose variabili come la profondità e il diametro dei vasi, la lunghezza d'onda, la durata e il numero



l'energia maggiore viene rilasciata nello spettro degli infrarossi, lasciando di fatto poca energia nel visibile dove si trovano entrambi i picchi di massimo assorbimento dell'emoglobina raggiunti invece dal Dye.

La tecnologia RightLight (SynchroVasQ platform, Deka Mela, Calenzano, Italia) è un sistema di luce pulsata intensificata ottimizzata per lunghezze d'onda situate tra i 550 e i 650 nm, in modo da ottenere delle performances assimilabili a quelle di un Dye laser, evitando tuttavia gli effetti indesiderati legati a questa tecnologia e rendendo di fatto il trattamento più confortevole e accettato dai pazienti. Questa nuova IPL utilizza la rodamina come sostanza fluorescente che può assorbire le lunghezze d'onda nel range tra i 550-650 nm, con il picco della rodamina

attorno ai 570 nm. Tutto questo permette di ottenere una quota di energia che rientra nel range 550-650 nm, maggiore dei sistemi IPL tradizionali, che permette migliori performances sul pattern vascolare.

Scopo di questo lavoro è stato quello di valutare l'efficacia e la sicurezza di questa nuova IPL rodaminata (r-IPL). Il dolore durante e dopo il trattamento è stato modesto e transitorio e per questo i pazienti hanno mostrato un'ottima compliance durante tutti i 5 trattamenti previsti dal protocollo. Rispetto alle IPL convenzionali la r-IPL non ha comportato effetti collaterali e/o indesiderati degni di nota e nessun paziente è dovuto ricorrere a trattamenti farmacologici topici o sistemici. Il leggero eritema post-trattamento è stato trattato in tutti i casi con semplici

| r-IPL<br>#Pz | Sesso | Età | Fitzpatrick | I seduta | II seduta | III seduta | IV<br>seduta | V seduta |
|--------------|-------|-----|-------------|----------|-----------|------------|--------------|----------|
| 1            | F     | 54  | III         | C-II     | C-I       | C-I        | C-I          | C-I      |
| 2            | F     | 47  | III         | C-III    | C-II      | C-II       | C-I          | C-I      |
| 3            | F     | 57  | II          | C-II     | C-I       | C-I        | C-I          | C-I      |
| 4            | F     | 38  | III         | C-III    | C-III     | C-II       | C-II         | C-I      |
| 5            | F     | 52  | III         | C-III    | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 6            | F     | 22  | I           | C-II     | C-II      | C-II       | C-I          | C-I      |
| 7            | F     | 12  | III         | C-III    | C-II      | C-II       | C-II         | C-I      |
| 8            | F     | 55  | II          | C-III    | C-II      | C-II       | C-I          | C-I      |
| 9            | F     | 49  | III         | C-III    | C-III     | C-II       | C-II         | C-I      |
| 10           | F     | 45  | II          | C-II     | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 11           | F     | 49  | III         | C-II     | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 12           | F     | 35  | III         | C-II     | C-II      | C-II       | C-II         | C-I      |
| 13           | F     | 32  | III         | C-II     | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 14           | F     | 43  | III         | C-III    | C-III     | C-III      | C-II         | C-I      |
| 15           | F     | 16  | I           | C-III    | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 16           | F     | 51  | II          | C-II     | C-II      | C-II       | C-I          | C-I      |
| 17           | F     | 48  | III         | C-III    | C-III     | C-II       | C-II         | C-I      |
| 18           | F     | 39  | III         | C-II     | C-I       | C-I        | C-I          | C-I      |
| 19           | F     | 63  | II          | C-II     | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 20           | F     | 68  | II          | C-II     | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 21           | F     | 43  | II          | C-II     | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 22           | M     | 46  | II          | C-III    | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 23           | M     | 54  | III         | C-III    | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 24           | M     | 40  | III         | C-II     | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 25           | M     | 48  | III         | C-III    | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 26           | M     | 18  | III         | C-III    | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 27           | M     | 37  | II          | C-II     | C-II      | C-II       | C-I          | C-I      |
| 28           | M     | 50  | II          | C-III    | C-II      | C-I        | C-I          | C-I      |
| 29           | M     | 43  | II          | C-III    | C-III     | C-II       | C-II         | C-I      |
| 30           | M     | 60  | III         | C-III    | C-III     | C-II       | C-II         | C-I      |

Tabella 1. Sesso, età, fototipo e risultati ottenuti dopo ogni singola seduta.



creme lenitive. Questi benefici, abbinati agli eccellenti risultati ottenuti in tutti i casi dopo 5 r-I-PL giustificano ampiamente la scelta di questa nuova forma di IPL per il trattamento delle teleangiectasie facciali. L'assenza di intenso eritema e croste permette di ipotizzare l'utilizzo di maggiori fluenze per ottenere gli stessi risultati in un numero minore di trattamenti.

## Conclusioni

I risultati da noi ottenuti dimostrano che la r-I-PL rappresenta un trattamento efficace e sicuro per tutte le più comuni alterazioni vascolari e potrebbe essere anche considerato come una terapia di prima scelta per le teleangiectasie del volto. E' importante sottolineare, tuttavia, l'importanza dell'esperienza dell'operatore nella selezione dei parametri, in quanto la scelta della migliore fluenza, della durata e ritardo degli impulsi dipendono dal fototipo del paziente e dal numero e profondità dei vasi da trattare. Inoltre, la dermoscopia si è rivelata un utile strumento diagnostico e prognostico e può pertanto essere considerata come parte integrale dei trattamenti con luce pulsata rodaminata.

## References

1. Ciocon DH, Boker A, Goldberg DJ. Intense pulsed light: what works, what's new, what's next. *Facial Plast Surg* 2009 Dec;25(5):290-300. Epub 2009 Dec 18
2. Babilas P, Schreml S, Szeimies RM, Landthaler M. Intense pulsed light (IPL): a review. *Lasers Surg Med*. 2010 Feb;42(2):93-104.
3. Zoccali G, Piccolo D, Allegra P, Giuliani M. Melasma treated with intense pulsed light. *Aesthetic Plast Surg*. 2010 Aug;34(4):486-93. Epub 2010 Mar 12.
4. Myers P, Bowler P, Hills S. A retrospective study of the efficacy of intense pulsed light for the treatment of dermatologic disorders presenting to a cosmetic skin clinic. *J Cosmet Dermatol*. 2005 Dec;4(4):262-6.
5. Schroeter CA, Haaf-von Below S, Neumann HA. Effective treatment of rosacea using intense pulsed light systems. *Dermatol Surg*. 2005 Oct;31(10):1285-9.
6. Papageorgiou P, Clayton W, Norwood S, Chopra S, Rustin M. Treatment of rosacea with intense pulsed light: significant improvement and long-lasting results. *Br J Dermatol*. 2008 Sep;159(3):628-32. Epub 2008 Jun 28.
7. Taub AF, Devita EC. Successful treatment of erythemato-telangiectatic rosacea with pulsed light and radiofrequency. *J Clin Aesthet Dermatol* 2008; 1(1):37-40.
8. Menezes N, Moreira A, Mota G, Baptista A. Quality of life and rosacea: pulsed dye laser impact. *J Cosmet Laser Ther* 2009; 11(3):139-41.
9. Dahan S. Laser and intense pulsed light management of couperose and rosacea. *Ann dermatol Venereol* 2011; 138 (Suppl. 3):S219-22.
10. Bencini PL, Turlaki A, De Giorgi V, Galimberti M. Laser use for cutaneous vascular alterations of cosmetic interest. *Dermatol Ther* 2012; 25(4):340-51.
11. Erceg A, de Jong EM, van de Kerkhof PC, Seyger MM. The efficacy of pulsed dye laser treatment for inflammatory skin diseases: a systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Oct;69(4):609-615.e8.
12. Shim TN, Abdullah A. The effect of pulsed dye laser on the dermatology life quality index in erythematotelangiectatic rosacea patients: an assessment. *J Clin Aesthet Dermatol* 2013; 6(4):30-2.
13. Salem SA, Abdel Fattah NS, Tantawy SM, El-Badawy NM, Abd El-Aziz YA. Neodymium-yttrium aluminum garnet laser versus pulsed dye laser in erythemato-telangiectatic rosacea: comparison of clinical efficacy and effect on cutaneous substance (P) expression. *J Cosmet Dermatol* 2013; 12(3):187-94.
14. Erol OO, Gurlek A, Agaoglu G, Topcuoglu E, Oz H. Treatment of hypertrophic scars and keloids using intense pulsed light (IPL). *Aesthetic Plast Surg*. 2008 Nov;32(6):902-9. Epub 2008 Jun 17.
15. Piccolo D. The usefulness of dermoscopy in laser and intense pulsed light treatments. 2012; Remo Sandron Edition, Florence (Italy).

16. Sevilla A, Nagore E, Botella-Estrada R, Sanmartín O, Requena C, Serra-Guillen C, Guillen C. Videomicroscopy of venular malformations (port-wine stain type): prediction of response to pulsed dye laser. *Pediatr Dermatol*. 2004 Sep-Oct;21(5):589-96.

# ENTO(MO)DERMOSCOPIA

## LA DERMATOSCOPIA PRATICA NELLA DIAGNOSI DELLE ECTOPARASSITOSI AMBULATORIALI

G. SCANNI

*Osservatorio Parassitosi Scolastiche (OPS). Asl Bari.*

Nessuno strumento dermatologico come il dermatoscopio ha avuto nel giro di pochi anni un così vertiginoso incremento di applicazioni. L'orizzonte delle lesioni pigmentate è stato ormai abbondantemente superato raggiungendo i confini dell'entomologia nelle ectoparassitosi.

Questo articolo ricostruisce il percorso etimologico del termine entodermoscopia evidenziando le principali ricadute pratiche che essa ha avuto nella dermatologia di ogni giorno.

Fino al 2005, con una dermatoscopia che si occupava a pieno ritmo di disegnare i confini delle atipie melanocitarie, la sua applicazione in un campo così lontano come quello delle parassitosi cutanee non poteva che apparire come un "curioso" impiego del dermatoscopio.

Controllando la letteratura verificai che a questa "curiosità" corrispondeva un vuoto nomenclativo e di contenuti che

portava a successive due riflessioni: 1° trovare una definizione specifica per questo particolare sviluppo diagnostico, 2° allargare le conoscenze entomologiche del dermatologo.

Si stava per aprire una nuova opportunità nella comprensione del rapporto ospite-parassita perché per la prima volta sarebbe stato possibile osservarlo senza modificare il micro-habitat locale di cui abbiamo avuto sempre una conoscenza limitata (G. Scanni). A mio parere questo percorso ricorda quello già seguito in campo naturalistico dagli etologi che studiano il comportamento degli animali nel proprio ambiente piuttosto che in laboratori o in cattività.

Dunque bisognava delineare un nuovo concetto e una nuova parola che descrivesse il punto d'incontro tra dermatoscopia ed entomologia. Un'esigenza fino allora mai sentita da nessuno proprio per il consueto modo di vedere "outdo-

or" il rapporto tra pelle umana i suoi parassiti (vetrino + microscopio ottico)

Analizzando le diverse combinazioni fonetiche ottenibili decisi di scegliere il termine "entodermoscopia" considerando la propensione del linguaggio anglosassone ad accorciare le parole (entodermoscopy si pronuncia abbastanza facilmente a detta degli stessi colleghi di madrelingua). Questo neologismo fu da me presentato a Bari il 2005 in un congresso di dermatoscopia pediatrica e successivamente scritto per la prima volta in un lavoro con il Prof. E. Bonifazi [Scanni G. Bonifazi E. Viability of the head louse eggs in pediculosis capitis. A dermoscopy study; *Eur. J. Pediatr. Dermatol*. 2006; 16:201-204] su una rivista a quel tempo non indicizzata (quindi non visibile su Pubmed).

L'idea sembrò convincere anche un altro medico, testimone

qualificato della dermatoscopia italiana, il dott. G. Argenziano. Il neologismo diventò il titolo di una sua pubblicazione [Zalau-dek I. et All. Entodermoscopy: A New Tool for Diagnosing Skin Infections and Infestations”; *Dermatology* 2008;216:14-23] stampata su un giornale questa volta indicizzato. Va riconosciuto ad Argenziano e Zalau-dek il merito di aver citato con chiarezza all’interno del testo gli autori naturali della parola entodermoscopia anche se il significato del termine (dermatoscopia delle parassitosi) veniva nell’articolo allargato anche alle infezioni virali e batteriche. La storia delle parole è interessante perché risente di una concettualità sempre in evoluzione. Così un anno più tardi una nuova pubblicazione firmata da [Tschandl P, Argenziano G, Bakos R, et al. Dermoscopy and entomology (entomodermoscopy). *J Dtsch Dermatol Ges* 2009;7 589-96.] riprendeva il concetto della dermatoscopia nelle malattie infettive ma riformulando il neologismo nella versione di “entomodermoscopia” (entomodermoscopy).

Nulla di sostanziale sembrava essere cambiato, ma l’inserimento della radice più estesa della parola “entomologia” (entomo) conferiva al termine una maggiore univocità (che la precedente versione non aveva) al solo campo degli insetti. Invece nell’articolo venivano ancora una volta messi insieme virosi, micosi e batteriosi.

Un neologismo per sua natura è una parola nuova e non ha regole precise da rispettare ma deve soddisfare la fisiologia del linguaggio parlato e l’immediatezza con cui richiama alla mente ciò a cui vuole riferirsi. Entodermoscopia o Ento(mo)dermoscopia sono due parole che potrebbero stare tra loro come la dermoscopia sta alla dermatoscopia. Quindi la loro coesistenza è naturalmente possibile avendo entrambi lo stesso scopo indipendentemente da chi e da quando sono state proposte.

Con la comparsa di nuove pubblicazioni sulla dermatoscopia delle parassitosi (e dintorni) è nato sul web un sito dedicato agli studiosi del settore dove è possibile condividere liberamente esperienze e docu-

menti fotografici. Il sito scritto in lingua italiana ed inglese si trova al seguente URL [www.entodermoscopy.net](http://www.entodermoscopy.net)

A parte la storia delle parole, in cosa realmente il dermatoscopio ha fatto fare progressi nella diagnosi clinica e di laboratorio delle ectoparassitosi?

Secondo la mia esperienza le più beneficate sono state specialmente la Pediculosi e la Scabbia e per fortuna, visto che rappresentano la parte più consistente delle entomodermatosi ambulatoriali.

A supporto di questa opinione riporto alcune testimonianze provenienti dal mio archivio in cui la documentazione dermatoscopica integra l’esame obbiettivo o addirittura sostituisce l’esame microscopico tradizionale.

# ENTO(MO)DERMOSCOPIA

LA DERMATOSCOPIA PRATICA NELLA DIAGNOSI  
DELLE ECTOPARASSITOSI AMBULATORIALI  
LE IMMAGINI



# PEDICULOSI

## Come riconoscere la vitalità delle lendini



Fig. 01 a,b

Il criterio generale per stabilire se una lendine è vitale è quello di valutarne la distanza dal cuoio capelluto. A 10 mm di quota la lendine ha dato già alla luce una ninfa quindi non è più vitale. La dermatoscopia arricchisce la valutazione clinica codificando i markers di una lendine vitale (1a) embrione interno+opercolo e quelli di una lendine non vitale (1b) lendine vuota senza opercolo.

Fig. 02a,b

La vita di un pidocchio è scandita da numerose suzioni di sangue al giorno. Contemporaneamente dall'intestino viene evacuata una certa quantità di sangue digerito. Già segnalata come "polvere scura sui cuscini", le feci non sono mai state viste dal vivo. In dermatoscopia i markers relativi sono abbastanza tipici e riproducono prevalentemente strutture sferiche in grappoli che possono essere riconosciute sull'estremità caudale del pidocchio (2a) [coda fecale] o libere sulla cute (2b). E' proprio grazie a questa particolare forma che è possibile fare diagnosi di pediculosi attiva anche senza dimostrare direttamente l'esistenza del pidocchio. La presenza di residui fecali sulla cute costituisce una testimonianza indiretta ed è particolarmente utile nella valutazione delle fasi iniziali dell'infestazione o nel monitoraggio delle recidive quando i pidocchi sono pochi e difficilmente rintracciabili.



## Le tracce fecali del P. capitis

Fig. 03a,b

Un'altra applicazione utile dell'entodermoscopia ricorre quando si deve decidere se le lendini su capelli appartengono ad un P.capitis o ad un P.pubis se questo ha colonizzato la testa senza passare dalle ciglia o peli sessuali (succede nei bambini). Ancora una volta è possibile farlo in dermatoscopia identificando in situ una piccola parte della lendine per risalire alla sua origine. E' l'opercolo che permette questa diagnosi perchè nel P.capitis la sua forma è a cupola schiacciata (3a) mentre nel P.pubis è a cono arrotondato (3b).

Quindi possiamo ancora una volta fare diagnosi senza dover rintracciare il pidocchio ma concentrandoci solo sulla morfologia della lendine. Esistono anche altri markers di riserva che permettono l'identificazione di genere quando manca l'opercolo. L'argomento è trattato ampiamente nella pubblicazione [ G. Scanni. Ftiriasi Umana. Può la dermatoscopia realmente aiutare i dermatologi ? L' entodermoscopia: una nuova disciplina a confine con l'entomologia. G Ital Dermatol Venereol. 2012 Feb;147(1):111-7.]

## Come distinguere lendini di P. capitis da P. Pubis



# SCABBIA

## Esame a fresco versus dermatoscopia in situ



Fig. 04 a,b

L'entodermoscopia ha fatto fare passi importanti nella diagnosi della scabbia. Oggi la ricerca dell'acaro così come l'abbiamo imparata sui testi universitari si può sostituire con la dermatoscopia per almeno due ragioni.

La prima è rappresentata dal risparmio significativo del tempo, in quanto un esame a fresco tra prelievo del materiale, montaggio vetrino ed osservazione al microscopio necessita di non meno di 15-20 minuti. La seconda riguarda la pos-

sibilità di controllare più sedi anatomiche per ridurre l'inconveniente dei falsi negativi. La morfologia del cunicolo è stata codificata già da altri autori e poggia sul riconoscimento della parte cefalica dell'acaro che appare bruna a forma di una "V" arrotondata e sul riconoscimento della galleria che assomiglia ad una scia di aeroplano ad alta quota. Nella mia esperienza esistono anche altri markers che possono essere utilizzati a secondo del tipo di procedura (4 a,b) impiegata.

Fig. 05a,b

Sappiamo che in alcune situazioni i segni della scabbia possono essere confusi con altre dermatosi così come altre patologie sistemiche/cutanee possono mascherare la scabbia stessa.

Esempi comuni sono le comorbidità date dal prurito senile, da quello diabetico o da quello compulsivo.

Nell'esempio qui riportato si è verificato che la coincidenza di una sensibilizzazione già nota al Nichel (5a), abbia portato fuori pista il medico curante che attribuiva il prurito alla condizione cronica della paziente. L'esame dermatoscopico nella piega interdigitale invece restituiva il marker principale di un acaro (5b). La scabbia era stata mascherata dalla contemporanea presenza della dermatite allergica da contatto della paziente.

## Diagnosi di scabbia mascherata (in incognito)



## Diagnosi di scabbia nelle persone pulite



Fig. 06 a,b

Alcune persone praticano la pulizia del corpo in maniera molto intensiva. Se questo atteggiamento protegga dalle malattie contagiose non è del tutto chiaro. Certo è che nella scabbia i lavaggi frequenti qualche interferenza la determinano, tanto da farla rientrare in un capitolo separato definito "scabbia delle persone pulite". Nella pratica clinica questa situazione può essere molto difficile da inquadrare al primo colpo. Si tratta di pazienti che facilmente finiscono per esse-

re "trascurati" perché affetti da sintomi aspecifici in sedi non sempre tipiche.

Nell'esempio riportato una paziente che aveva una lesione lineare appena eritematosa al polso (6a) senza altri segni macroscopici di cunicolo, in dermatoscopia mostrava con chiarezza un acaro privo della scia (6b) normalmente prodotta dalla galleria. Una lesione clinica di questo genere sulla base del solo esame obiettivo sarebbe sfuggita a chiunque ritardando diagnosi e terapia. La ricerca dermatoscopica dell'acaro trova in questo esempio un'ulteriore testimonianza di utilità concreta a bassissimo dispendio di energie. Basta pensarci, logicamente.

# CONCLUSIONI

L'ento(mo)dermoscopia è una strada promettente ancora tutta da scoprire perché capace di portarci vicino ad una realtà biologica che nessun microscopio è stato mai in grado di restituirci a vantaggio non solo dei dermatologi che devono risolvere diagnosi difficili ma anche degli entomologi e di chi altro studierà la trasmissione di infezioni storicamente note (*Pediculus corporis*) o cercherà di comprendere la selettività con cui sono scelti certi ospiti piuttosto che altri.

La complessità di queste premesse è tale da intuire che un'altra scienza attende di essere scritta con il contributo di tutti i dermatologi che intendano dedicare una buona parte del loro tempo in questa ricerca.

Vi ricordate che cosa ci intrigava guardare con la lente d'ingrandimento o con il primo microscopio giocattolo avuto in regalo da piccoli? Animaletti a 6 e più zampe !

A distanza di "qualche" anno grazie alla dermatoscopia possiamo continuare ad osservare il mondo degli insetti con la stessa curiosità ma con l'emozione di misurarci con grandi prospettive future.

Gaetano Scanni

[gaetano.scanni@alice.it](mailto:gaetano.scanni@alice.it)

OPS Osservatorio Parassitosi Scolastiche (Asl Bari)

EDS [www.entodermoscopy.net](http://www.entodermoscopy.net)



# ENTO(MO)DERMOSCOPIA

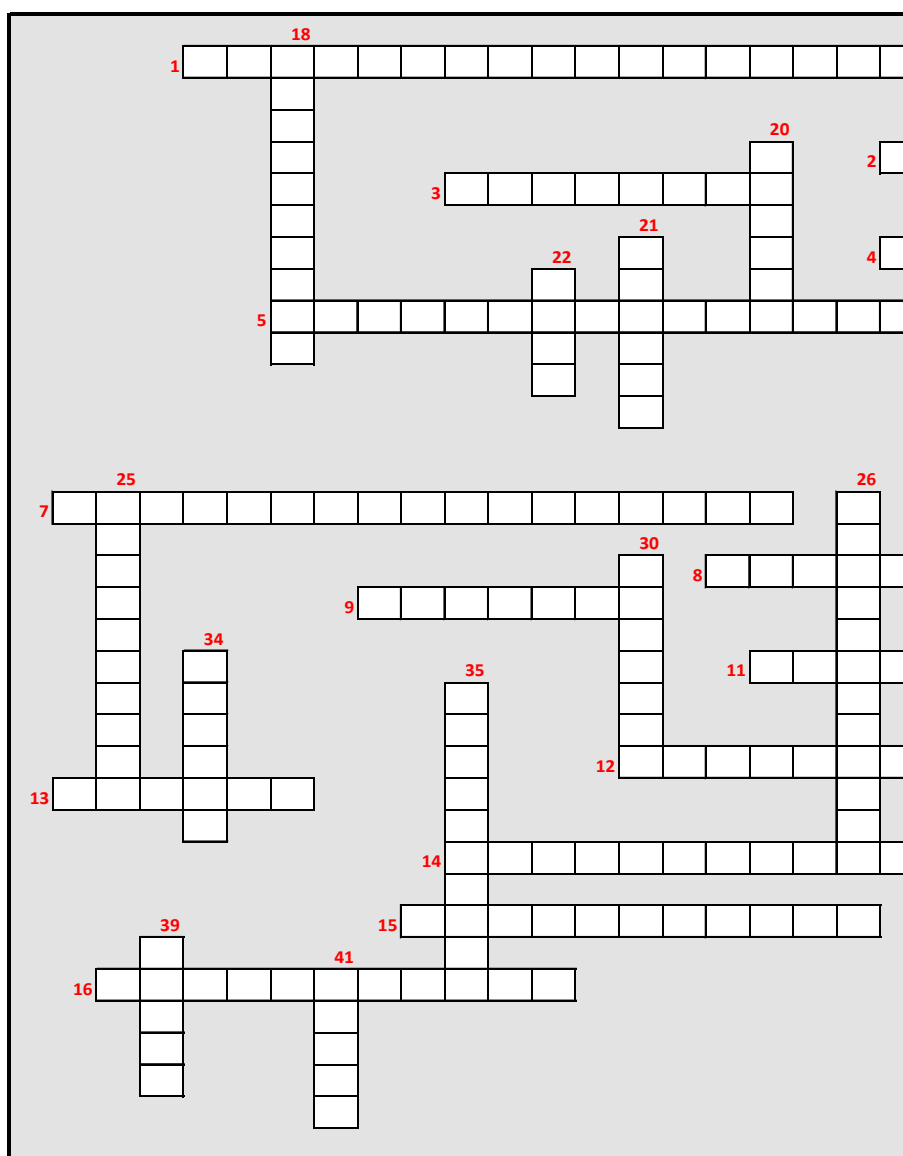
LA DERMATOSCOPIA PRATICA NELLA DIAGNOSI  
DELLE ECTOPARASSITOSI AMBULATORIALI



# CRUCI

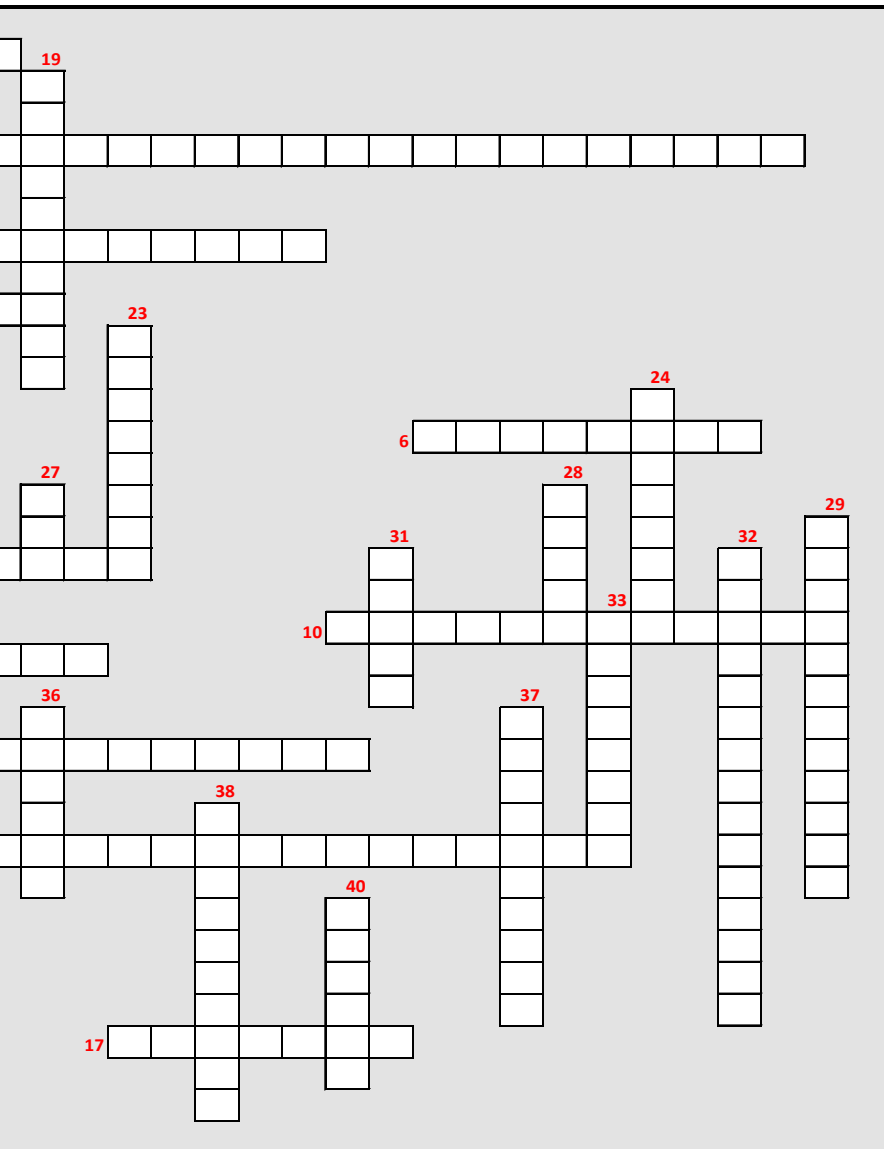
## ORIZZONTALI

1. L'enzima il cui difetto causa la ,malattia di Anderson-Fabry
2. Malattia ereditaria caratterizzata da fotosensibilità cutanea estrema alla luce ultravioletta
3. Simpaticissimo dermatologo di origine fiorentina di fama planetaria, attualmente esercitante in quel di Bologna
4. Dermatologo russo che lasciò il.....segno
5. Malattia di von Recklinghausen
6. Società dermatologica italiana
7. Batterio endoflagellato a forma di spirale
8. La malattia che "va in moto"
9. Vittorio che descrisse "l'ipercheratosi eccentrica"
10. Farmaco immunosoppressore che si estrae dai funghi trichoderma polysporum e cyclindrocarpon lucidum
11. Isola della dalmazia che da il nome ad una cheratodermia palmo-plantare
12. Dermatosi acuta febbrile neutrofila
13. Descrisse per primo quello idiopatico multiplo emorragico
14. Gold standard per la diagnosi delle bullosi autoimmune
15. Sindrome dei carcinomi a cellule basali multipli
16. Famiglia di glicoproteine coinvolte nella patogenesi del pemfigo
17. L'"abitante" dei follicoli



# DERMA

## VERTICALI



18. Proteina aggregante i filamenti di cheratina
19. Può essere causa di una caratteristica dermatosi "flagellata"
20. Figura istologica distintiva della sd di Wells
21. Dermatologo di origine ungherese, esponente di spicco della scuola dermatologica francese
22. Opera lirica in quattro atti di Giuseppe Verdi
23. Ispessimento dello strato spinoso
24. Il primate di una sindrome dermatologica
25. Immunosoppressore scoperto per la prima volta in un batterio sull'isola di Rapa Nui
26. Batterio.....dorato
27. I raggi in.....acini
28. Robert che per primo descrisse la papulosa atrofica maligna
29. Pigmentazione melanocitaria ungueale
30. La "larva con la valigia"
31. Sophie dermatopatologa americana
32. "Abitudine" di strapparsi i capelli o altri peli corporei
33. Sindrome da senescenza precoce
34. Caratteristico per l'alone
35. "Rianima" le cicatrici
36. La malattia dei gladiatori
37. "Mitico" ospedale dermatologico parigino
38. Anticorpo monoclonale anti tnf alfa
39. L'aracnide che "conia monete"
40. Howard e Hugh fratelli che descrissero quello benigno familiare
41. Si usa per cancellare.....nella sifilide



“  
*Tanti auguri da parte di AIDA  
alla neo-mamma Stefania per la nascita  
della bellissima Maria Giulia*



*tutta è presente e vicina con il suo affetto al dolore degli amici  
e colleghi Paolo Silvestris, Diego Pini e Gianni Virno  
per la recente scomparsa dei loro cari.  
Un abbraccio*