

## 10° Convegno A.S.N.

### Trattamenti per psoriasi e vitiligine: aspetti pratici e modalità di utilizzo.

Il 9 maggio 1999 si è tenuto a Milano presso l'Auditorium Formenti (via Correggio, 43) il 10° dei convegni fin qui organizzati dall'A.S.N.. Il convegno ha avuto il tradizionale patrocinio dell'Assessorato Sanità della Regione Lombardia, dell'Assessorato Servizi Sociali del Comune di Milano e dell'A.P.T. Terme di Comano. Il convegno ha avuto il seguente schema:

<p>Ore 09.30 <b>Apertura lavori</b></p> <p>Ore 09.40 <b>Prof. ALDO FINZI</b></p> <p>Dermatologo - Direttore del Centro per lo studio e la cura della psoriasi IRCCS Ospedale Maggiore di Milano <b>"Introduzione convegno"</b></p> <p>Ore 10.00 <b>Dott. GIUSEPPE ZUMIANI</b></p> <p>Primario Dermatologia Ospedale S. Maria del Carmine - Rovereto (Trento) <b>"Acqua termale di Comano: una risposta efficace nella cura della psoriasi"</b></p> <p>Ore 10.15 <b>Dott. FRANCO KOKELI</b></p> <p>Dermatologo - Dirigente medico 1° livello - Istituto clinica dermatologica Università di Trieste <b>"Terapia della Psoriasi: effetti collaterali"</b></p>	<p>Ore 10.30 <b>Dott. IGNAZIO OLIVIERI</b></p> <p>Reumatologo - Servizio di reumatologia Ospedale S. Carlo - Potenza <b>"La terapia dell'artrite psoriasica"</b></p> <p>Ore 10.45 <b>Dott. GIOVANNI ORECCHIA</b></p> <p>Dermatologo del Centro per lo studio e la cura della Vitiligine IRCCS Ospedale S. Matteo - Pavia <b>"Cosa dire e cosa dare al paziente di vitiligine che cerca il nostro aiuto"</b></p> <p>Ore 10.30 <b>Dott. CLAUDIO FRACCHIOLLA</b></p> <p>Dermatologo del Centro per lo studio e la cura della psoriasi IRCCS Ospedale Maggiore di Milano <b>"Terapie locali"</b></p>	<p>Ore 11.15 <b>Dott. NINO MOZZANICA</b></p> <p>Dermatologo del Centro per lo studio e la cura della psoriasi IRCCS Ospedale Maggiore di Milano <b>"In tema di terapie: Novità dal Congresso Internazionale della Psoriasi"</b></p> <p>Ore 11.30 <b>Dibattito</b></p> <p>Ore 12.15 <b>Prof. ALDO FINZI</b></p> <p>Dermatologo - Direttore del Centro per lo studio e la cura della psoriasi IRCCS Ospedale Maggiore di Milano <b>"Chiusura convegno"</b></p>
---	--	--

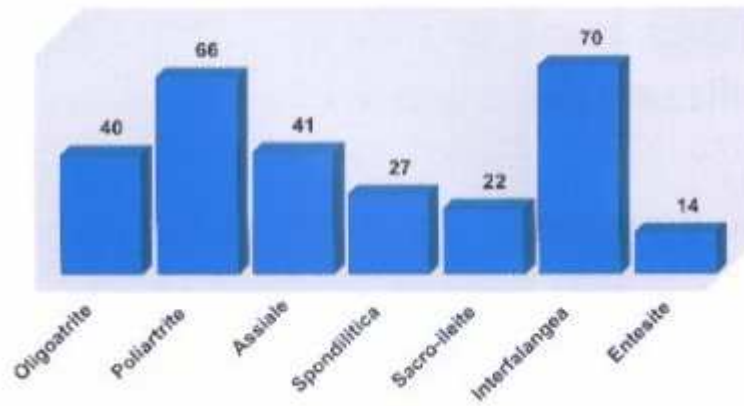
### PSORIASI TERAPIA PER L'ARTRITE PSORIASICA

Prof. Aldo F. Finzi – Direttore Istituto di Dermatologia, Università di Milano

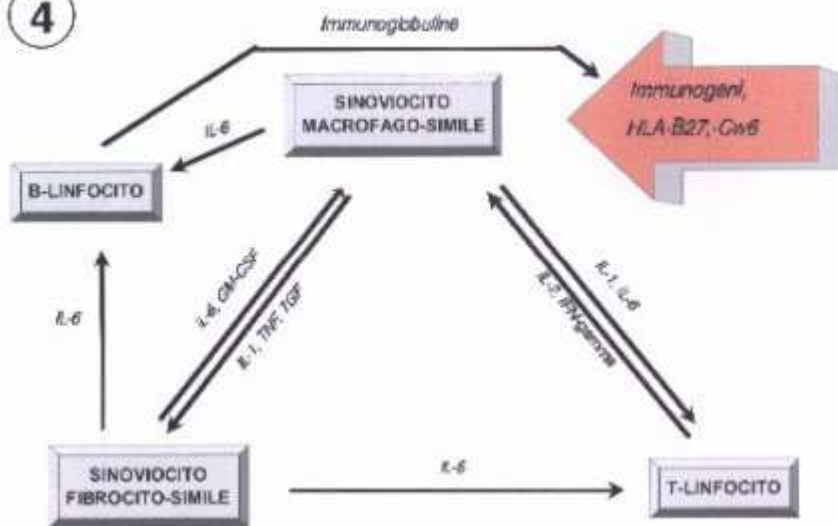
Vengono qui di seguito riportati alcuni schemi, speriamo di facile comprensione per tutti, forniti all'associazione dal Prof. Finzi, allo scopo di ricordare brevemente alcune caratteristiche della Artrite Psoriasica.

1

### Tipo artrite (126 CASI)



4



2

### Immunogenetica della Psoriasi

<i>P. volgare</i>	<i>P. a. periferica</i>	<i>P. a. assiale</i>
CW6	B38	B27
DR7	DR4	
B13	B7	
B17	A3	
B37	A26	
B57		
BW16		

5

### Artrite psoriasica

#### Terapie potenzialmente nocive sulla dermatite

- ▶ Corticosteroidi sistemici
- ▶ FANS  
(indometacina, fenilbutazone,  
ac. flufenamico ecc.)
- ▶ Chinolinici

7

### Psoriasi artropatica

#### Terapie utili sui due versanti

- ▶ Methotrexate
- ▶ Ciclosporina A
- ▶ Altri citostatici (azatioprina, idrossiurea,  
azaribina, 6-mercaptopurina ecc.)
- ▶ Retinoidi
- ▶ Vitamina D3

3

#### Artrite psoriasica

"Artropatia infiammatoria,  
periferica o spinale, sieronegativa  
ed associata alla psoriasi cutanea  
o ungueale"

6

#### Psoriasi artropatica

#### Terapie potenzialmente nocive sulla artropatia

- ▶ Elioterapia
- ▶ Raggi U.V.
- ▶ Fotochemioterapia

8

#### Artrite psoriasica

#### Terapie indifferenti per la dermatite

- ▶ Sali d'oro
- ▶ Sulfasalazina
- ▶ Nimesulide

## PSORIASI

### TERAPIA PER L'ARTRITE PSORIASICA, NUOVE ACQUISIZIONI TERAPEUTICHE

**Dott. Giovanni Ciancio e Dott. Ignazio Olivieri, Servizio di Reumatologia Ospedale S. Carlo di Potenza**  
**Dott.ssa Angela Padula, Servizio di Reumatologia Ospedale di Matera**

Con il termine "artropatia psoriasica" si definisce un processo infiammatorio che coinvolge le articolazioni (artrite) e le strutture a queste vicine (in particolare le guaine dei tendini: tenosinoviti) dei pazienti affetti da psoriasi.

La psoriasi colpisce circa il 2% della popolazione ed un'artropatia psoriasica si manifesta in circa il 6% dei pazienti affetti da psoriasi.

In alcuni casi l'artrite psoriasica può anche precedere la comparsa delle manifestazioni cutanee (artrite psoriasica sine psoriasi). In Italia l'artrite psoriasica colpisce più frequentemente i soggetti di sesso maschile. L'età di insorgenza è in genere compresa fra i 35 ed i 45 anni.

Esistono forme lievi di artropatia psoriasica, che possono essere curate efficacemente con la sola somministrazione di farmaci anti-infiammatori non steroidei (F.A.N.S.) e con infiltrazioni locali di cortisone nelle articolazioni colpite. Vi sono però anche forme gravi e progressive, che necessitano di terapie più aggressive e prolungate, dette "di fondo", che hanno lo scopo di bloccare l'evoluzione della malattia verso i danni articolari gravi e potenzialmente invalidanti.

Farmaci classicamente usati nella terapia di fondo dell'artropatia psoriasica sono gli antimalarici di sintesi (cloroquina ed idrossicloroquina), i sali d'oro e la salazopirina.

Si è però visto che l'uso dei primi due (antimalarici di sintesi e sali d'oro) è correlato al rischio di una riacutizzazione delle lesioni psoriasiche cutanee. Le ricerche sperimentali hanno invece confermato l'efficacia sulle manifestazioni articolari e, talvolta anche sulle manifestazioni cutanee, della salazopirina, che rimane uno dei farmaci maggiormente usati nella terapia di fondo dell'artropatia psoriasica.

Gli studi più recenti hanno documentato efficacia di altri due farmaci estremamente importanti nelle forme più gravi e resistenti: il methotrexate e la ciclosporina.

Il methotrexate appartiene alla famiglia dei cosiddetti farmaci citostatici o citotossici, così denominati in quanto capaci di bloccare la replicazione delle cellule in attiva crescita. Per tale motivo sono impiegati ad alte dosi nella terapia delle neoplasie. Recentemente si è però scoperto che a dosi più basse possiedono anche elevate proprietà anti-infiammatorie, il che comporta un duplice vantaggio: da un lato una notevole efficacia nel trattamento delle malattie reumatiche, dall'altro un'importante riduzione degli effetti collaterali che notoriamente dipendono dalla dose impiegata.

Anche la ciclosporina, classicamente impiegata nei trapianti di organo, ha proprietà citotossiche ma si colloca più propriamente nella categoria dei farmaci immunosoppressori, in quanto agisce inibendo specificatamente l'attivazione dei linfociti T, cellule immunitarie del nostro organismo. Nella artropatia psoriasica, come in altre malattie reumatiche è stata infatti evidenziata un'alterazione della regolazione immunitaria, con conseguente aggressione da parte dei linfociti delle strutture del corpo (in questo caso di quelle cutanee ed articolari). L'introduzione della ciclosporina nella terapia dell'artropatia psoriasica ha così determinato importanti successi anche nel trattamento delle lesioni cutanee, che spesso scompaiono durante il trattamento.

Questa associazione consente oggi di affrontare con serenità e notevole ottimismo anche le forme più dolorose e potenzialmente più gravi dell'artropatia psoriasica. E' però opportuno sottolineare che, come in tutte le malattie croniche, uno dei cardini della terapia rimane sempre il dialogo costruttivo tra il paziente ed il reumatologo, nel corso del quale potranno essere sciolti tutti i dubbi e fornite al paziente le più esaurienti

risposte, elementi indispensabili per un cammino comune verso la guarigione.

## VITILIGINE

### **CHE COSA DIRE E CHE COSA DARE AL PAZIENTE CON VITILIGINE (ovvero consigli pratici per uscire dal tunnel)**

**Dott. Giovanni Orecchia - Dermatologo - Istituto di Dermatologia, Università degli Studi di Pavia  
Centro per lo studio e la cura della Vitiligine, IRCCS Ospedale S.Matteo, Pavia**

Un paziente con la vitiligine è sempre un paziente difficile da gestire, perché si presenta già deluso dopo vari trattamenti “subiti” e già fin troppo informato sulle varie terapie disponibili.

Alcuni dermatologi, inoltre, sottovalutano il problema e prescrivono frettolosamente un trattamento classico, talvolta a dosaggi e per tempi inadeguati oppure inviano il paziente ad altri specialisti.

Il malato si aspetta, come è giusto, un po' di attenzione, ha bisogno di essere confortato per questa “sfortuna, che chissà perché doveva capitare proprio a me!”, anche se sa già che la malattia non è grave come tante altre, in quanto “questa è solo un disturbo estetico che mette non a rischio la mia vita”.

Liquidato, a volte, in malo modo, è chiaro da dove origina la diffidenza, per non dire l'astio, che questo paziente spesso nutre verso il mondo medico in generale e dermatologico in particolare, diffidenza ed astio che spetta a noi medici superare, con un atteggiamento di maggiore disponibilità.

Egli ha bisogno di essere confortato, perché la vita, già difficile di per sé, lo diventa ancora di più con questo marchio, che ti distingue dagli altri e che attira l'attenzione, non sempre benevola, di chi incontri. Le altre persone hanno magari disturbi ben più gravi, ma che spesso possono nascondere e che non richiedono pertanto giustificazioni del tipo “mi sono ustionato, mi sono ferito, sono gloriose cicatrici,...”, storie strampalate frequentemente raccontate dalle persone che soffrono di vitiligine a gente sconosciuta amorevolmente curiosa.

Ci sono cure che possono aiutare la vitiligine a “richiudersi” più o meno completamente, a seconda del tipo di vitiligine, dell'età del soggetto, della durata delle chiazze, ecc.

Vale sempre la pena tentare il trattamento, purché sia un trattamento scientifico, sperimentato. Se non altro per il benefico effetto psicologico che il paziente spesso ha quando inizia una terapia.

I risultati possono anche essere notevoli se la terapia viene fatta con cura ed assiduità, per il tempo necessario: si parla in media di due anni. Non per anni ed anni, con prospettive lontane ed irrealizzabili.

Molti pazienti chiedono semplicemente che le chiazze vengano bloccate. A queste persone bisogna ricordare che ormai le chiazze possono anche essere chiuse con una percentuale che va dai 50 all' 80% dei casi, a seconda dei diversi studi fatti in materia. In alcune zone cutanee come il viso, per chiazze di comparsa recente e in soggetti giovani, ci si può aspettare anche la scomparsa completa.

Per ogni paziente occorrerà individuare la cura più efficace.

La terapia fondamentale della vitiligine rimane sempre la fotochemioterapia, che può essere fatta con prodotti applicati localmente, più accettati dai pazienti perché non danneggiano il fegato e gli occhi, oppure assunti oralmente, per le aree più estese, prima di esporsi agli UVA o al sole. Le applicazioni vanno fatte 2-3 volte la settimana, sotto controllo medico; sono tuttavia trattamenti ormai sperimentati, che il paziente può fare anche a domicilio, dopo aver imparato ad esporsi per i tempi dovuti, senza irritare troppo la cute.

Sono sufficienti periodici controlli dal medico per aggiustamenti ed ulteriori consigli.

Oggi si punta anche molto ad un'integrazione alimentare con complessi vitaminici, finalizzati a ridurre il danno ossidativo del metabolismo corporeo o dello stesso trattamento fototerapico, così nocivo per i melanociti: viene solitamente utilizzata un'associazione di vitamina C, acido folico e vitamina E.

Nelle forme che sono stazionarie da qualche anno, si può considerare la possibilità di fare l'autotrapianto di lembi cutanei coltivati in vitro, ottenuti con un piccolissimo espianto fatto in una zona non visibile. Si può dopo pochi mesi ottenere la repigmentazione totale o quasi delle aree ammalate, evitando, in questo modo, la lunga trafila delle fotoesposizioni. La tecnica è semplice, può essere fatta ambulatorialmente, continua ad affinarsi ed è così possibile scegliere i pazienti più adatti a questo tipo di intervento.

Altro approccio alla vitiligine, sia nel caso non ci si voglia sottoporre a trattamento medico-chirurgico, sia durante il trattamento fototerapico stesso, per ridurre l'antiestetico contrasto tra cute sana e cute malata, è il camouflage: con lozioni o creme adatte si possono coprire le chiazze in pochi minuti, in modo da rendere la pelle di un colore uniforme. La persona può in tal modo non sentirsi più in imbarazzo del proprio inestetismo.

**Per ulteriori informazioni sulle terapie alternative nella vitiligine, potete consultare o richiedere all'Associazione il Notiziario ASN - N. 4 dell'Aprile 1998.**

## **PSORIASI**

### **TERAPIA DELLA PSORIASI, EFFETTI INDESIDERATI**

**Dott. Franco Kokely, Dermatologo - Istituto di Clinica Dermatologica Università degli Studi di Trieste**

Numerosissime sono le terapie sia locali che sistemiche utilizzate nel trattamento della psoriasi. Ogni farmaco però, oltre ad effetti benefici, presenta degli effetti secondari indesiderati che devono essere conosciuti e vanno sempre valutati nelle scelte del trattamento. In particolare, quando si trattano malattie croniche ma assolutamente benigne, quale la psoriasi, i pro ed i contro di ogni trattamento devono essere presi in considerazione sia dal medico che dal paziente.

Nel convegno ASN del 09/05/1999 è stata descritta l'esperienza della Clinica Dermatologica di Trieste, per quanto riguarda gli effetti collaterali dei più recenti ed usati trattamenti topici (Calcipotriolo, Tacalcitolo, Tazarotene) e sistemici (Retinoidi, Methotrexate, Ciclosporina), che contribuiscono alla priorità delle diverse scelte terapeutiche.

Si è ricordato, in particolare, come i trattamenti locali presentino abitualmente effetti indesiderati solo locali, mentre i farmaci assunti per via sistemica presentino frequenti effetti indesiderati sistemici, che richiedono un attento controllo medico e che sono, talvolta, di difficile gestione.

## PSORIASI

### TERAPIE LOCALI

Dott. Claudio Fracchiolla, Dermatologo  
Centro per lo Studio e la Cura della Psoriasi, IRCCS Ospedale Maggiore di Milano

La terapia topica è sicuramente di prima scelta nella cura delle forme di Psoriasi lievi o moderate, mentre diventa coadiuvante in corso di Psoriasi severe. Numerosi sono i prodotti di cui possiamo avvalerci (ad es. corticosteroidi, retinoidi, derivati della vitamina D<sub>3</sub>), ciascuno di essi con le proprie peculiarità, con i propri effetti collaterali e le proprie controindicazioni. L'aumento del numero di farmaci a nostra disposizione incrementa anche la quantità di informazioni che il medico specialista deve fornire al paziente, soprattutto per quanto riguarda le modalità di applicazione dei suddetti farmaci che, se non applicati correttamente, anziché apportare beneficio al paziente, possono contribuire a peggiorare l'evoluzione delle lesioni e conseguentemente rendere il paziente sempre più scettico nei confronti delle terapie proposte.

I **cheratolici** sono un gruppo di principi attivi di uso frequente. I più utilizzati fra questi sono sicuramente l'acido salicilico, l'urea e il glicole propilenico. Il più importante è l'acido salicilico che deve essere utilizzato soprattutto nelle prime fasi della terapia, la sua funzione è quella di allontanare le squame presenti sulla superficie delle lesioni. L'uso della molecola nei bambini è assolutamente controindicato, mentre negli adulti l'utilizzo deve essere circo-scritto alle sole lesioni e per un periodo di tempo il più limitato possibile.

L'acido salicilico è veicolato sia in unguenti, sia in soluzioni alcoliche, ad una concentrazione variabile dal 2 al 15%. Le numerose formulazioni presenti, ci consentono di applicare il principio attivo sulla quasi totalità della superficie corporea, ad eccezione delle pieghe, dei genitali e di zone facilmente irritabili. Sicuramente fra i farmaci di più facile utilizzo abbiamo i **corticosteroidi**, sia per le numerose formulazioni presenti che ci consentono di applicarli su tutte o quasi le superfici corporee, sia per la presenza di numerose molecole che ci permettono di utilizzare dei preparati con potenze differenti a seconda dei casi.

Questi farmaci non sono privi di effetti collaterali, sia locali (atrofia cutanea, acne, ecc.), sia sistemici (Sindrome di Cushing, diabete steroideo, ecc.). Il loro utilizzo dovrebbe essere quindi limitato nel tempo, circoscritto alle aree di lesione, utilizzando un quantitativo minimo di farmaco. Un eventuale utilizzo con bendaggio occlusivo ci consente di incrementare l'efficacia, aumentando però l'insorgenza di effetti collaterali.

Un terzo gruppo di farmaci degni di essere presi in considerazione soprattutto dal punto di vista storico sono i **catrami**. Si suddividono in catrami vegetali (ad es. catrame di conifere, di betulla, ecc.), catrami da schisti bituminosi (ad es. ittiolo) e catrami di carbon fossile (ad es. coaltar). Questi farmaci sono stati progressivamente sostituiti da altri più efficaci o di meno sgradevole utilizzo. Essi esplicano un'azione riducente, bloccando o rallentando la replicazione cellulare.

Il **ditranolo** o **antralina** o **cignolina** ha anch'esso azione riducente, viene utilizzato nel trattamento delle lesioni psoriasiche infiltrate.

Esso provoca una diminuzione della proliferazione cellulare, viene utilizzato ad una concentrazione iniziale dello 0,05 - 0,1% per testare la sensibilità soggettiva al prodotto. La concentrazione del prodotto potrà poi essere aumentata allo 0,25 - 0,5%, evitando però che sia la lesione, sia la cute perilesionale sana diventino eritematose. A questo scopo è stata istituita la **short contact therapy**, in cui il principio attivo viene applicato per pochi minuti (circa 10 - 30 minuti), per poi essere completamente rimosso: ciò consente un aumento della concentrazione del prodotto (1%).

Questa molecola deve essere utilizzata molto attentamente e con molta precisione; per evitare l'eritema, l'applicazione del prodotto non deve debordare dalla lesione. L'utilizzo del ditranolo va evitato su cute sottile, facilmente irritabile, al volto ed al capillizio. Esso inoltre tende a pigmentare la cute e a macchiare gli

indumenti, ciò rende meno accettabile al paziente il suo utilizzo.

Gli **analoghi** e i **derivati** della **vitamina D<sub>3</sub> (Calcipotriolo e Tacalcitolo)** hanno radicalmente modificato il trattamento topico della Psoriasi in questi ultimi anni. Il loro utilizzo è sicuramente di prima scelta nelle Psoriasi lievi o moderate. L'uso combinato di questi farmaci con altri topici (ad es. corticosteroidi) può determinare un miglioramento delle lesioni più rapido, mentre in caso di Psoriasi severa il loro utilizzo come coadiuvanti è auspicabile per determinare un miglioramento più veloce delle lesioni (ad es. associazione fra calcipotriolo e fototerapia o fotochemioterapia oppure ciclosporina).

Il capostipite di questa classe di farmaci è sicuramente il **calcipotriolo**, analogo di sintesi del calcitriolo (Vit. D<sub>3</sub>). Le modificazioni strutturali (da Vit. D<sub>3</sub> a calcipotriolo) garantiscono il mantenimento dell'attività biologica della molecola, minimizzando però gli effetti collaterali. Il farmaco agisce determinando un rallentamento della proliferazione cellulare dei cheratinociti associata ad una maggiore differenziazione degli stessi. Alla molecola è anche da ascrivere un'azione immunomodulante. La molecola è presente in commercio sotto forma di crema, lozione e pomata. Deve essere applicata due volte al giorno solo sulle lesioni.

La sua efficacia è equiparabile a quella di uno steroide di media potenza, senza effetti collaterali significativi. Dobbiamo però segnalare la possibilità di una irritazione in sede di applicazione, talvolta associata a bruciore e prurito. Particolare attenzione deve essere posta nel non superare il quantitativo di prodotto da applicare settimanalmente (100 g di prodotto alla settimana); un utilizzo maggiore del farmaco potrebbe determinare un aumento del metabolismo del calcio. Il farmaco, inoltre, non dovrebbe essere utilizzato in gravidanza.

Un farmaco analogo al calcipotriolo è il **tacalcitolo**, un analogo di sintesi della vitamina D<sub>3</sub>; presenta un'efficacia paragonabile a quella di un corticosteroide di media potenza.

Il farmaco è presente in commercio sotto forma di unguento, può essere applicato una sola volta al giorno, anche su lesioni localizzate alle pieghe e al volto. Il prodotto risulta ottimamente tollerato e l'assorbimento sistemico è trascurabile in caso di applicazione topica. Un giudizio più completo sulla molecola potrà essere formulato, però, solo fra qualche tempo.

È presente in commercio un altro farmaco il *tazarotene*; la molecola appartiene al gruppo dei retinoidi, la sua azione si esplica su recettori cellulari che a loro volta modulano la differenziazione e la proliferazione cellulare. L'assorbimento sistemico del farmaco in seguito ad applicazione topica è molto basso, fattore che è sicuramente importante per diminuire l'incidenza di eventuali effetti collaterali. Fra le reazioni avverse la più frequente è la comparsa di un eritema in sede di applicazione; ciò può essere evitato applicando il farmaco in quantità modesta e prestando attenzione a limitarne l'uso tassativamente entro i limiti della lesione. Il prodotto inoltre può essere utile associato a corticosteroidi topici.

Altri effetti collaterali descritti post applicazione del farmaco sono il bruciore, il prurito ed un peggioramento delle lesioni.

Controindicazioni all'utilizzo del farmaco sono la gravidanza e l'allattamento; se ne sconsiglia inoltre l'applicazione alle pieghe, al viso e nei pazienti pediatrici.

In conclusione il numero di farmaci topici in nostro possesso ci permette una vasta gamma di soluzioni terapeutiche che possono essere adattate ai singoli pazienti; ciononostante la collaborazione fra medico e paziente rimane un fattore insostituibile. Il paziente deve assolutamente evitare l'automedicazione, mentre il medico deve sempre fornire al paziente il maggior numero di informazioni riguardo l'utilizzo del farmaco. In tal modo la terapia attuata potrà dare il miglior risultato possibile, evitando così un senso di frustrazione e migliorando la qualità della vita del paziente psoriasico.

## PSORIASI

### IN TEMA DI TERAPIA, DAL JOINT-MEETING SULLA PSORIASI DI MILANO (2-5 SETTEMBRE 1998)

**Dott. Nino Mozzanica, Dermatologo - Istituto di Dermatologia, Università degli Studi di Milano  
Centro per lo Studio e la Cura della Psoriasi, IRCCS Ospedale Maggiore di Milano**

Nel corso del primo Joint Meeting sulla Psoriasi, erede unico dei due storici congressi che si tenevano a Trieste (European Congress on Psoriasis) e negli USA (International Psoriasis Symposium), presieduto dal Prof Finzi (copresidenti i proff. Maibach e Roenigk), è stato fatto il punto sulle terapie attualmente in uso nella psoriasi (terapie topiche e sistemiche) e sono state presentate le più recenti novità in tema di terapia (new and innovative therapies).

#### Terapie topiche

Il Prof Kragballe ha riferito sul meccanismo d'azione della VitD3 (e dei suoi derivati sintetici) nella psoriasi. Il Prof Ruzicka ha rivelato che FK506 topico non è risultato efficace nella psoriasi, mentre il Prof Wolff ha riferito sull'efficacia terapeutica di derivati dell'ascomicina per uso topico (5DZ281 -240). Il Prof Maibach ha confermato i dati relativi all'efficacia degli steroidi topici ed ha ricordato i rischi legati al loro uso. La Prof.ssa Brenner ha confermato i dati di efficacia della balneo ed elioterapia sul mar morto.

#### Terapie sistemiche

Il Prof Bos ha parlato di ciclosporina (CyA) e analoghi: CyAS(IMM 125), tacrolimus (FK506), ascomicine (5DZ281 -240 e SDZ ASM 981). Tutti gli analoghi, come CyA, non sono attivi topicamente. MM 125 per via sistemica è associato ad epatotossicità. FK506 per via sistemica è attivo con le stesse limitazioni di CyA. La CyA è indicata per indurre remissione e nel mantenimento in psoriasi gravi. Vanno evitati cicli di terapia di durata superiore ad un anno. Oltre che per psoriasi cronica in chiazze, la CyA è risultata efficace nella psoriasi eritrodermica, nella psoriasi pustolosa generalizzata e palmo-plantare, nella artrite psoriasica e sulla psoriasi delle unghie.

Il Prof Roenigk ha riferito le linee guida per il trattamento della psoriasi con methotrexate. Importante il monitoraggio regolare dei parametri di laboratorio durante la terapia (funzione epatica e midollare). Dopo dosi totali >4g è elevato il rischio di fibrosi o cirrosi epatica.

Il Prof Saurat ha ricordato indicazioni ed efficacia dei retinoidi Etretinato e Acitretina nella psoriasi. Recenti ricerche hanno individuato "retinoidi dissociati" con sola attività antiproliferativa di cui valutare l'eventuale attività per uso topico.

Il Prof Nicolas ha ricordato gli studi sperimentali con trattamenti antipsoriasici diretti contro i linfociti T: anticorpi anti CD3 e CD4, tossine anti IL2, IL10. Sono in corso studi per l'eventuale utilizzo di IL1 1 e di anti-CD4 sintetici.

Il Prof Mrowietz ha ricordato l'uso degli esteri dell'acido fumarico nella terapia della psoriasi, specie in Germania e Olanda. Il trattamento inizia con basse dosi del farmaco che poi viene aumentato settimanalmente fino a un massimo di 1200 mg/dì.

Il Prof Thiers ha riferito sull'uso di terapie combinate nella psoriasi, allo scopo di ridurre gli effetti collaterali legati alle terapie sistemiche. Le associazioni più utili sono la RePUVA e l'associazione di Calcipotriolo con le terapie sistemiche. Anche i trattamenti rotazionali e le terapie combinate di farmaci antipsoriasici sono utili per ridurre le complicanze a lungo termine.

## New and Innovative Therapies

Il Prof Mrowietz ha riferito i buoni risultati terapeutici di un macrolide topico derivato dall'ascomocina (SDZ A5M981 allo 0.01%).

Il Prof Kragballe ha riportato i discreti risultati clinici (ma con elevata frequenza di effetti collaterali) di uno studio su 15 pazienti con psoriasi severa trattati con Micofenolato-Mofetil (2-mor-folinoetil estere dell'acido micofenolico) per bocca.

Il Prof Altmeyer ha riferito i risultati dei più recenti studi clinici con esteri dell'acido fumarico (EAF) nella psoriasi (studi multicentrici randomizzati in doppio cieco) a breve (16 settimane) e a lungo termine (52 settimane). Dosaggi flessibili consentono di ottenere buoni risultati clinici, mentre aggiustamenti posologici permettono di rendere più tollerabili gli effetti collaterali (flushing e disturbi gastro-enterici).

Il Prof Brostoff ha riferito che nella psoriasi è attualmente in fase di studio clinico (fase II) un vaccino che contiene una combinazione di peptidi V-beta3 e V-beta 13.1 del recettore dei linfociti T (TCR).

Il Prof Sauder ha ricordato come la psoriasi sia caratterizzata da alterazioni del microcircolo ed aumentata angiogenesi in sede di lesione, ed ha riferito che è attualmente in corso uno studio clinico preliminare che utilizza un nuovo inibitore dell'angiogenesi (AE-941) in pazienti affetti di psoriasi moderata-severa.

Nel corso del meeting infine si sono svolti simposi dedicati ad: Acitretina Ciclosporina e Tazarotene. Quest'ultimo, nuovo retinoide acetilenico, in gel allo 0.1%, applicato una volta al dì, ha dimostrato buona efficacia nella psoriasi in chiazze lieve-moderata, accompagnata però da fenomeni di irritazione cutanea in sede di applicazione.

## PSORIASI

### ACQUA TERMALE DI COMANO, UNA RISPOSTA EFFICACE NELLA CURA DELLA PSORIASI

**Dott. Giuseppe Zuimiani - Primario Unità Operativa Dermatologica  
Ospedale S. Maria del Carmine - Rovereto (Trento)**

Le malattie della pelle sono sempre più frequenti, figurano infatti ai primi posti tra le malattie che colpiscono maschi e femmine in età lavorativa.

Il loro andamento spesso cronico e recidivante è motivo di disagio fisico e psicologico per il paziente. La pelle rappresenta "l'abito" con il quale ci presenta al mondo che ci circonda; è evidente che affezioni cutanee quali la psoriasi, esteticamente poco gradevoli, incidano negativamente nella vita di relazione.

Sono quindi necessari trattamenti continuativi che tuttavia, a causa del presupposto genetico che la malattia implica e per l'incompleta conoscenza dei meccanismi patogenetici, non sempre conducono a



risultati chimici significativi.

L'innegabile progresso della scienza medica ha comunque individuato farmaci ed attrezzature molto interessanti sia dal punto di vista della terapia sistemica (retinoidi, UVB, UVA, PUVA, ciclosporina, ecc.), che locale (cortisonici, calcipotriolo, tarazotene, ecc.).

I trattamenti medici più importanti non possono peraltro essere continuati indefinitamente, a causa degli effetti collaterali negativi.

Per tale motivo sempre più attuale è il concetto di "pausa farmacologica": alternare, a cicli di terapia aggressiva, trattamenti di supporto: terapie topiche emollienti, climatoterapia, talassoterapia e soprattutto il termalismo, quale espressione di cura naturale che garantisce efficacia terapeutica degli effetti collaterali.

Le Terme di Comano sono da sempre specializzate nelle malattie dermatologiche e nella psoriasi in particolare. L'acqua della fonte termale sgorga ad una temperatura costante di 27°C e si caratterizza per il contenuto in calcio-bicarbonato e magnesio e per un pH prossimo alla neutralità; essendo inoltre insapore ed inodore, può essere assunta anche come bibita.

Le peculiari caratteristiche chimico-fisiche ne assicurano tollerabilità per la pelle e conferiscono all'acqua termale effetti lenitivi, antiflogistici e decappanti. Recentemente sono state studiate per le acque bicarbonato-calcio-magnesiache le modificazioni neuroendocrine e immunologiche che verosimilmente rappresentano i reali effettori dell'alterato ricambio delle cellule nella psoriasi.

Numerosi sono stati negli ultimi 20 anni i lavori scientifici pubblicati su autorevoli riviste nazionali ed estere sull'efficacia dell'acqua termale di Comano nella cura della psoriasi.

Nel corso del '98 una sperimentazione caso-controllo validata dal Ministero della Sanità ha documentato in modo certo il ruolo favorevole della balneoterapia di Comano nella cura della psoriasi, con una percentuale di miglioramento del 68% a tre mesi dalla cura, in assenza pressoché totale di effetti indesiderati.

La sperimentazione ha altresì documentato una riduzione del consumo di farmaci nei tre mesi successivi alla cura. La terapia termale di Comano è rappresentata in 12-18 bagni quotidiani a 37°C della durata di 20 minuti, associati a terapia idropinica.

Nei casi più resistenti o nelle situazioni, in cui, all'effetto curativo e riabilitativo più evidente nel medio e lungo periodo, è richiesta una più celere risposta si possono associare cicli di fototerapia selettiva (Fotobalneoterapia). Le Terme di Comano, situate ai piedi delle Dolomiti di Brenta, offrono le proprie cure in una struttura moderna e funzionale dotata di ogni confort ed immersa nel verde di una valle incontaminata che assicura benessere e relax psicofisico.

A completamento della "proposta Comano" le Terme offrono la possibilità di associare al trattamento curativo prestazioni a carattere termale mediante idromassaggi, docce filiformi, nebulizzazioni, passeggiate flebologiche, l'utilizzo di pratiche fisiche, il ricorso ad una completa dermocosmetica "Salus per aquam" a base di acqua termale.