

12° Convegno ASNPV

PSORIASI VITILIGINE ITTIOSI: Novità dal mondo: Il Meeting internazionale sulla psoriasi Le ultime frontiere sulla vitiligine ed ittiosi.

Il 7 ottobre 2001 si è tenuto a milano presso l'Auditorium Formenti (via Correggio, 43) il 12° Convegno ASNPV. In questa edizione, oltre ai consueti aggiornamenti su Vitiligine ed Ittiosi (vedi 1° convegno ASNPV ittiosi) sono state trattate le novità sulla psoriasi emerse nel corso del [2° Joint Meeting tra l'International Psoriasis Symposium e l'European Congress on Psoriasis](#) tenuto a San Francisco tra il 19 ed il 24 giugno 2001.

Il convegno ha avuto i tradizionali patrocini dell'Assessorato Sanità delle Regione Lombardia, della presidenza della Provincia di Milano e dell'A.P.T. Terme di Comano e si è svolto, come sempre, in collaborazione con il Centro per lo studio della Psoriasi - Istituto di Dermatologia IRCCS Ospedale Maggiore - Università di Milano



La segreteria e lo stand delle Terme di Comano



Il pubblico al convegno

<p>Ore 09.30 Apertura lavori</p> <p>Ore 09.40 Prof. ALDO FINZI</p> <p>Direttore del Centro per lo studio e la cura della psoriasi IRCCS Ospedale Maggiore di Milano "Introduzione convegno"</p> <p>Ore 10.00 Dott. ANGELO CATTANEO</p> <p>Dermatologo del Centro per lo studio e la cura della psoriasi IRCCS Ospedale Maggiore di Milano "Attualità e prospettive future nella Psoriasi"</p> <p>Ore 10.15 Dott.ssa ANTONIA GALLUCCIO</p> <p>Responsabile Dermatologia e</p>	<p>Ore 10.30 Dott. IGNAZIO OLIVIERI</p> <p>Dermatologo - Servizio di reumatologia Ospedale S. Carlo - Potenza "Vitiligine e malattie reumatiche"</p> <p>Ore 10.45 Dott. GIOVANNI ORECCHIA</p> <p>Dermatologo del Centro per lo studio e la cura della Vitiligine IRCCS Ospedale S.Matteo - Pavia "Ultime frontiere nella terapia della vitiligine"</p> <p>Ore 11.00 Prof . ALBERTO GIANNETTI</p> <p>Direttore Clinica dermatologica</p>	<p>Ore 11.15 Dott. CLAUDIO FRACCHIOLLA</p> <p>Dermatologo del Centro per lo studio e la cura della psoriasi IRCCS Ospedale Maggiore di Milano "Attualità e prospettive future nella psoriasi"</p> <p>Ore 11.30 Dott. ANGELO PICCIRILLO</p> <p>Dermatologo Dirigente medico 1° livello di dermatologia Ospedale S. Carlo di Potenza "Terapia dell'ittiosi"</p> <p>Ore 11.45 Dibattito</p> <p>Ore 12.15 Prof. ALDO FINZI</p>
--	--	--

fototerapia Centro per lo studio e la cura della Psoriasi Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli di Benevento "Fototerapia: nuovi protocolli terapeutici"

Università Ospedaliera di Modena "Le associazioni dermatologiche dall'Europa ed i loro rapporti con le associazioni di ammalati"

Direttore del Centro per lo studio e la cura della psoriasi IRCCS Ospedale Maggiore di Milano "Chiusura convegno"



Alcuni dei relatori

PSORIASI

ATTUALITÀ E PROSPETTIVE FUTURE NELLA PSORIASI

dott. Angelo Cattaneo - dott. Claudio Fracchiolla Dermatologi del Centro per lo studio e la cura della psoriasi IRCCS Ospedale Maggiore di Milano

San Francisco (U.S.A.) 19-24 Giugno 2001
Congresso Mondiale sulla Psoriasi. Quali novità?
A.Cattaneo, C. Fracchiolla
Dermatologi del Centro per lo studio e la cura della Psoriasi IRCCS
Ospedale Maggiore di Milano



Dal 19 al 24 Giugno 2001 si è svolto a S.Francisco (USA) il 2° Simposio Internazionale e il Congresso Europeo sulla psoriasi presieduto dai Prof. Finzi (Milano), Maibach (S.Francisco) e Roenigh (Phoenix) che ha radunato i più importanti studiosi della materia

Il congresso si è sviluppato in sette giorni di lavori scientifici, spaziando dalle più recenti acquisizioni in campo genetico e immunopatologico, all'utilizzo di nuovi farmaci topici e sistemici e alla revisione delle terapie già in uso proponendo nuovi e sempre più efficaci protocolli terapeutici.

Genetica e Psoriasi.

Ampi e approfonditi studi su popolazioni e famiglie di pazienti psoriasici hanno evidenziato ancora una volta la grande influenza della genetica sulla insorgenza e la evoluzione della malattia attraverso la identificazione di nuovi siti genetici "psoriasici". E' stato per altro evidenziato che l'espressività genetica della malattia è complessa e coinvolge molti geni contemporaneamente.

Inoltre la presenza di altri geni meno specifici della malattia influenzano il sistema immunitario dei pazienti psoriasici, determinando così la insorgenza della malattia nelle varie età e della vita, il decorso e la gravità della malattia stessa.

La precisa determinazione dei geni responsabili della psoriasi richiederà ancora numerosi e sempre più

approfonditi studi come del resto la possibilità di arrivare in futuro ad attuare una vera "terapia genetica" di questa malattia che a tutt'oggi coinvolge nei paesi occidentali circa il 2% della popolazione.

Terapia Topica

Le sessioni scientifiche sulla terapia topica hanno riguardato essenzialmente una completa revisione dei farmaci già utilizzati nella cura della malattia. Oltre a nuove acquisizioni sul loro meccanismo di azione grande importanza è stata data alla proposta di nuove e più sicure associazioni terapeutiche. In modo particolare sono stati sottolineati alcuni punti fondamentali:

- utilizzo dei farmaci già conosciuti in associazione a terapia con Raggi ultravioletti a banda stretta (311nm) o nei casi più gravi a PUVA terapia, Methotrexate, retinoidi, Ciclosporina. Questa associazione ha evidenziato una maggiore efficacia terapeutica ed una riduzione notevole degli effetti collaterali dei farmaci utilizzati.
- Rivalutazione dei corticosteroidi ad elevata potenza in associazione ad altri topici come Calcipotriolo e tazarotene. E' stata proposta dal gruppo di S.Francisco la terapia "Flick-Flock" con l'utilizzo dello steroide ad elevata potenza durante i fine settimana utilizzando invece il calcipotriolo nei restanti 5 giorni settimanali
- Tra le nuove proposte terapeutiche sono stati presentati due importanti studi. Il primo riguardante l'utilizzo dei Macrolattoni topici (SDZ ASM 981) dotato di attività immunomodulante. Il farmaco si è dimostrato efficace soprattutto in medicazione occlusiva presentando anche buona tollerabilità. Il secondo studio è stato condotto utilizzando uno spray contenente Methotrexate allo 0.25% su psoriasi in chiazze del cuoio capelluto. Buoni risultati terapeutici si sono evidenziati nel 72% dei casi trattati.

Terapia Sistemica

La terapia sistemica della psoriasi include principi attivi già noti ed ampiamente utilizzati come il methotrexate, la ciclosporina ed i retinoidi. A questi possiamo aggiungere una nuova serie di farmaci il cui utilizzo in un prossimo futuro potrà permetterci di tenere sotto controllo la malattia sempre meglio.

Per quanto riguarda i "vecchi" farmaci, l'acquisizione di nuovi protocolli terapeutici, l'assunzione di più farmaci contemporaneamente nelle forme resistenti alle monoterapie, ci permetterà di ottimizzarne l'efficacia, riducendo al minimo gli effetti collaterali che queste terapie comportano. Questi nuovi protocolli non sono però da utilizzare come prima linea nella cura della psoriasi, bensì sono da riservare a pochi casi selezionati che non rispondono alle comuni terapie. Ad esempio l'associazione fra ciclosporina e methotrexate (in uso prevalentemente in reumatologia in corso di artrite reumatoide) deve essere utilizzata solo in rarissimi casi di artrite e psoriasi. Anche l'associazione fra ciclosporina e retinoidi è da valutare attentamente, sia per i dati contrastanti presenti in letteratura, sia per i potenziali rischi di interazione fra i due farmaci.

Alcuni nuovi farmaci (alcuni ancora in fase di studio) si affacciano all'orizzonte nella terapia della psoriasi, fra questi citiamo l'etanercept, una proteina di fusione solubile del peso di 75 kD costituita dalla porzione extracellulare del recettore per il TNF (Tumor Necrosis Factor). Questa proteina lega il TNF, inibendo così il legame fra il recettore posto sulla superficie cellulare e il TNF stesso. La mancata interazione fra queste due molecole impedisce la risposta immune e proinfiammatoria che potrebbe essere chiamata in causa nell'eziopatogenesi della psoriasi.

Un'altra molecola attualmente in fase avanzata di studio è l'infliximab, un anticorpo monoclonale chimerico contro il TNF (già in uso nel trattamento dell'artrite reumatoide e nel morbo di Crohn). Gli studi in atto hanno dimostrato per l'infliximab un'efficacia sovrapponibile a quella della ciclosporina; gioca a favore della ciclosporina la modalità di assunzione del farmaco (per os), mentre per l'infliximab la somministrazione è per infusione endovenosa.

Altro anticorpo monoclonale chimerico di un qualche interesse nella cura della psoriasi è il basiliximab, questo anticorpo è diretto contro la catena α del recettore per l'interleuchina 2 (CD25). L'azione di questa

molecola si esplica soltanto sui linfociti T attivati. L'affinità competitiva del basiliximab nei confronti del CD 25 localizzato sulla superficie dei linfociti T, impedisce il legame dell'interleuchina 2 stessa al suo recettore, impedendo così la cascata di eventi successiva. Anche in questo caso la somministrazione del farmaco è però per infusione endovenosa.

Un'altra molecola che potrà essere utilizzata (sempre per infusione endovenosa) per la cura della psoriasi è l'alefacept, è anch'essa una proteina umana di fusione che modula la risposta immune attraverso l'interazione con il recettore per il CD2. La sua azione inibitoria si esplica selettivamente sui linfociti T memoria (CD45RO+) che sembrano essere cellule chiave nell'eziopatogenesi della psoriasi.

La considerazione che si può trarre dopo questa breve e concisa trattazione di alcune fra le tante nuove molecole che sembrano avere una qualche azione nei confronti della psoriasi, è come questi nuovi farmaci abbiano un'azione più mirata nei confronti di alcune vie patogenetiche della psoriasi stessa, riducendo così gli effetti collaterali (sempre presenti nell'utilizzo dei farmaci), il dubbio resta però sulla reale efficacia di questi farmaci nella cura della psoriasi, patologia in cui numerosi fattori concorrono al suo mantenimento.

Infine, come nella migliore tradizione anglosassone, si sono svolti numero incontri tra medici e pazienti con valutazioni e impressioni sulle terapie effettuate, sulle prospettive e aspettative terapeutiche future e sulla valutazione della qualità della vita dei pazienti psoriasici.

Tutti gli studi hanno evidenziato la grande importanza psicologica e sociale della patologia. In particolare si è notato come la malattia mentre influenzi relativamente poco i rapporti interpersonali dei pazienti (con moglie, figli, amici, etc) sia di grande importanza nell'influenzare la vita "sociale" del paziente (ambiente lavorativo , esposizione delle lesioni ad "estranei").

Ancora una volta si è evidenziata la grande importanza di una stretta collaborazione tra medico e paziente per meglio gestire una malattia a forte impatto sociale come la psoriasi.

PSORIASI

FOTOTERAPIA: NUOVI PROTOCOLLI TERAPEUTICI

Dott.ssa Antonia Galluccio - Responsabile Dermatologia e fototerapia Centro per lo studio e la cura della Psoriasi Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli di Benevento

Fototerapia: nuovi protocolli terapeutici

A. Galluccio

Responsabile Dermatologia e fototerapia

Centro per lo studio e la cura della Psoriasi

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli di Benevento



Fin dall'antichità la luce solare è stata impiegata per il trattamento delle malattie dermatologiche. Ma solo alla fine del Secolo scorso la fototerapia è entrata a far parte della scienza medica, con Finsen. Nel 1890 egli introdusse l'impiego delle radiazioni ultraviolette emesse da una lampada ad arco per il trattamento del Lupus volgare. Più tardi Anderson notò che la psoriasi migliorava dopo trattamento con radiazioni ultraviolette e Goeckerman segnalò che l'effetto era migliore se il paziente applicava, prima dell'esposizione alla luce UV, del catrame minerale sulle lesioni psoriasiche. Successivamente fu introdotto l'impiego dette furocumarine

come fotosensibilizzanti.

Ma ormai l'ampia e documentata efficacia della fototerapia e della fotochemioterapia, nella terapia della psoriasi, pone questo trattamento in una posizione di primo piano nella strategia terapeutica di questa patologia.

Per molti anni furono utilizzate apparecchiature che riproponevano di riprodurre artificialmente la luce solare (l'arco voltaico e la lampada allo xenon).

Furono poi introdotte lampade a vapore di mercurio.

Oggi le lampade a fluorescenza rappresentano le sorgenti UV più moderne e versatili.

Ne esistono in commercio diversi tipi capaci di produrre rispettivamente UVB, UVAB, UVA, come tale o associata all'assunzione di farmaci fotosensibilizzanti, (psoralenici).

Parrish nel 1980 ha dimostrato, che l'optimum dell'efficacia nel trattamento della psoriasi, si trova tra 308 e 315 nm.

Uno dei principali e più sensibili bersagli è il DNA, però un DNA colpito da queste radiazioni ultraviolette non porta alla distruzione della cellula, ma impedisce solo la sua ulteriore divisione, non comportando rischi cancerogeni.

Inoltre oggi è utilizzata la fototerapia UVB a banda stretta (NARROW BAND), che nei confronti della fototerapia tradizionale presenta il vantaggio di essere più efficace e meno irritante.

L'uso delle radiazioni ultraviolette, per una maggiore efficacia, va spesso associato ad altre metodiche (TERAPIE COMBinate), anche nell'intento di ridurre la dose cumulativa di UVB e di limitare la tossicità dei farmaci attivi nella terapia della psoriasi

Sono possibili le associazioni di UVB con UVA o con PUVA e/o con farmaci.

Si utilizza la fotochemioterapia associata a:

- somministrazione sistemica di retinoidi (RePUVA)
- PUVA e METOTREXATE
- PUVA e CICLOSPORINA (nelle forme a forte componente flogistica e pruriginose).

Il timore che l'effetto immunosoppressivo della ciclosporina si traduca in un aumento del rischio oncogeno, attualmente è fugato dal registro del Collaborative Transplant Study, tenuto aggiornato dal Prof Opelz dell'Università di Heidelberg.

Questo registro raccoglie decine di migliaia di pazienti trapiantati trattati con ciclosporina o con altri farmaci.

- PUVA e STEROIDI topici,
- Bath-PUVA
- UVB e CATRAME
- UVB e CATRAME e DITRANOLO
- UVA e DITRANOLO (DUVA)
- UVA e CATRAME
- BALNEO e FOTOTERAPIA (Soluzioni saline e UVB)

La scelta di un protocollo invece di un altro si basa su alcuni parametri quali la forma di psoriasi, l'età il sesso, fattori stagionati, fattori costituzionali, e psicogeni. In ogni caso il migliore trattamento resta quello con il più alto rapporto efficacia/effetti collaterali.

Tale indice varia secondo le fasi della malattia (riacutizzazione, remissione), dello stile di vita, dei precedenti risultati terapeutici, della presenza di altre malattie, della comparsa di effetti collaterali.

Comunque, qualsiasi sia il programma scelto per il paziente, egli va monitorato con controlli clinici e/o con esami di laboratorio.

VITILIGINE

VITILIGINE E MALATTIE REUMATICHE

Ore 10.30 Dott. Ignazio Olivieri - Dermatologo - Servizio di reumatologia - Ospedale S. Carlo di Potenza

Psoriasi, Vitiligine e spondiloartriti

Ignazio Olivieri, Angela Padula, Giovanni Ciancio, Luca La Civita, Angelo Piccirillo*, Federico Ricciuti*.

**Dipartimento di Reumatologia della Regione Basilicata,
Ospedale San Carlo di Potenza ed Ospedale Civile di Matera;**

*** Unità Operativa di Dermatologia, Ospedale San Carlo, Potenza.**



Nel 1974 Moll e Wright suggerirono che alcune malattie reumatologiche considerate come varianti cliniche dell'artrite reumatoide potevano essere incluse in unico gruppo a cui diedero il nome di spondiloartriti sieronegative dalla malattia più rappresentativa: la spondilite anchilosante. I caratteri comuni alle malattie prese in considerazione erano: 1) L'assenza del fattore reumatoide e dei noduli sottocutanei, che rappresentano reperti tipici dell'artrite reumatoide. 2) L'interessamento asimmetrico di poche articolazioni periferiche. Nell'artrite reumatoide le piccole articolazioni delle mani e dei piedi, i polsi, i gomiti, le scapolo-omerale, le caviglie, le ginocchia

e le anche sono colpite in numero elevato ed in maniera simmetrica. 3) Il coinvolgimento delle articolazioni sacroiliache (sacroileite) e della colonna vertebrale (spondilite) che sono risparmiate dall'artrite reumatoide. 4) La presenza di manifestazioni cliniche extra-articolari comuni quali le lesioni cutanee psoriasiformi, la

congiuntivite, l'uveite e le ulcere orali. 5) L'aggregazione familiare. Tutte le malattie del gruppo sono più frequenti nei familiari di primo grado dei pazienti con spondiloartrite rispetto alla popolazione generale. Negli anni successivi altri ricercatori hanno dimostrato che la familiarità delle spondiloartriti è dovuta alla predisposizione genetica trasmessa dall'antigene HLA-B27.

L'artrite psoriasica fu inserita sin dall'inizio nel gruppo delle spondiloartriti sieronegative insieme alla spondilite anchilosante, la sindrome di Reiter e l'artrite reattiva e le artriti associate alla colite ulcerosa ed alla malattia di Crohn. Successivamente sono state riconosciute le forme indifferenziate di spondiloartrite e quelle ad esordio giovanile. L'inclusione fra le spondiloartriti sieronegative della sindrome di Behçet e della malattia di Whipple rimane ancora oggi sub iudice.

La spondiloartrite associata alla psoriasi è caratterizzata: 1) dall'interessamento delle articolazioni sacroiliache e del rachide tipo spondilite anchilosante; 2) dalle manifestazioni extra-vertebrali delle spondiloartriti quali l'oligoartrite asimmetrica, l'entesite, la dattilite e le tenosinoviti; 3) dalla possibile presenza delle manifestazioni extra-articolari delle spondiloartriti (uveite anteriore acuta, infiltrato polmonare sottoclaveare, insufficienza aortica e disturbi della conduzione cardiaca); 4) dalla maggiore frequenza, rispetto alla popolazione generale, dell'antigene di istocompatibilità B27.

La scoperta dei rapporti fra la vitiligine e le spondiloartriti è più recente ed è opera del nostro gruppo. Negli anni scorsi, a Pisa prima ed a Bologna dopo, ci è capitato di osservare alcuni pazienti con spondiloartrite che avevano anche la vitiligine. Ci siamo più volte chiesti se le due malattie coesistessero per caso o se vi fosse un legame fra loro. La vitiligine, è noto, può associarsi a diverse malattie autoimmuni come l'alopecia areata, il diabete mellito, la malattia di Addison, la tiroidite di Hashimoto e la sindrome di Vogt-Koyanagi-Harada. La coesistenza nello stesso paziente della vitiligine con una o più di tali affezioni non è casuale ed è, verosimilmente, dovuta a fattori di predisposizione ed a meccanismi patogenetici comuni. Al fine di chiarire i rapporti fra la vitiligine e le spondiloartriti, abbiamo deciso di studiare tutti i pazienti con spondiloartrite visti in un periodo di sei mesi nell'ambulatorio del Dipartimento di Reumatologia della Regione Basilicata. I risultati dello studio sono stati pubblicati quest'anno su un'importante rivista reumatologica internazionale (1). Oltre ai pazienti con spondiloartrite abbiamo studiato anche un gruppo di controllo. Nei sei mesi dello studio abbiamo, perciò, esaminato 234 pazienti affetti da spondiloartrite e 468 pazienti affetti da altre malattie reumatiche. Otto (3,4%) dei 234 con spondiloartrite sono risultati essere affetti da vitiligine di tipo A contro 5 (1,06%) dei 468 pazienti del gruppo di controllo. La differenza fra le due percentuali è statisticamente significativa. Degli otto pazienti con spondiloartrite e vitiligine, 4 avevano l'artrite psoriasica, 2 la spondilite anchilosante primitiva, 1 la spondilite anchilosante associata alla malattia di Crohn ed 1 una spondiloartrite indifferenziata. Le conclusioni dello studio sono state: 1) le spondiloartriti e la vitiligine non coesistono per caso nello stesso paziente. 2) Le spondiloartriti dovrebbero essere aggiunte alla lista delle malattie che hanno un'associazione con vitiligine. 3) I pazienti con vitiligine e dolore articolare dovrebbero essere valutati anche in ambiente reumatologico perché potrebbero avere una spondiloartrite.

Al fine di verificare tali risultati abbiamo deciso di eseguire un secondo studio. Questa volta abbiamo preso in considerazione tutti i pazienti con vitiligine visibile sul volto e/o sulle mani visti per la prima volta nel nostro Dipartimento. Lo scopo dello studio era determinare il motivo della consultazione e, quindi, stabilire la diagnosi o le diagnosi reumatologiche. Nel periodo 1 Gennaio 1999-31 Settembre 2001 sono giunti alla nostra osservazione 36 pazienti con vitiligine visibile. Sei di essi avevano malattie reumatologiche associate con la vitiligine. In 4 casi si trattava di spondiloartrite (artrite psoriasica e spondiloartrite indifferenziata) ed in due di artrite reumatoide. Altri 5 pazienti avevano malattie reumatologiche con rapporti dubbi con la vitiligine. Tre di essi presentavano un quadro clinico da polimialgia reumatica, uno una poliartrite cronica ed il quinto una grave entesite periferica. I restanti 26 pazienti avevano malattie reumatologiche sicuramente non in rapporto con la vitiligine (artrosi, osteoporosi, fibromialgia, condrocalcinosi, fenomeno di Raynaud, dolore lombare di tipo meccanico, osteite pubica, dito a scatto, epicondilita, spondilolistesi, ernia al disco, borsite olecranea, periartrite calcifica e sindrome del tunnel carpale). I risultati di questo secondo studio confermano i rapporti stretti esistenti fra la vitiligine e malattie reumatologiche infiammatorie quali la spondiloartrite e l'artrite reumatoide.

Bibliografia:

Padula A, Ciancio G, La Civita L, Scarano E, Ricciuti F, Piccirillo A, Olivieri I. Association between vitiligo

and spondyloarthritis. J Rheumatol 2001;28:313-4.

VITILIGINE

ULTIME FRONTIERE NELLA TERAPIA DELLA VITILIGINE

**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**

Le ultime Frontiere nella terapia della Vitiligo

G. Orecchia

Dermatologo del Centro per lo studio e la cura della Vitiligine IRCCS
Ospedale San Matteo di Pavia



Anche per la vitiligine, come per tante altre malattie, non è che le novità terapeutiche siano dietro l'angolo; e questo appare tanto più frustrante quanto più c'è attesa per un significativo cambiamento.

Tuttavia, per questa malattia occorre rilevare che negli ultimi anni sono stati fatti significativi passi avanti, che, devo dire, hanno dato notevoli soddisfazioni sia al medico curante sia, giustamente, al paziente.

Sono comparse anche in Italia le lampade UVB-311, a banda stretta, che associano a una notevole efficacia repigmentante anche i più importanti vantaggi della sicurezza (per oltre il 90% non passano l'epidermide - quindi non invecchiano la cute - e possono essere utilizzate anche nei bambini e nelle donne incinte, non essendo più necessaria l'associazione con gli psoraleni!), nonché uno scarso potere abbronzante: con un minore contrasto tra parte sana e malata, si evidenziano meno le lesioni durante il non breve periodo della cura.

Accanto a questo nuovo mezzo terapeutico, si è fatto strada anche il concetto di "associazione terapeutica", in quanto non ci si accontenta più di una sola cura, ma si cerca di portare avanti un discorso più completo, a più livelli.

Si tende ad associare una terapia immunosoppressiva, almeno a livello topico, per bloccare prontamente l'espansione della vitiligine, che può essere ancora attiva e in una fase di rapida progressione.

Infine, sia con intenti preventivi nei confronti della vitiligine stessa, che riconosce nei radicali liberi un importante momento patogenetico della malattia (dovuto anche a un insufficiente corredo enzimatico protettivo nei confronti dei radicali stessi - vedi catalasi -) sia con scopi protettivi nei confronti della fototerapia - di per sé fonte di radicali liberi seppur dotata di efficacia terapeutica - si interviene con opportuni sistemi integrativi in grado di agire a questi livelli.

DERMATOLOGIA

LE ASSOCIAZIONI DERMATOLOGICHE DALL'EUROPA ED I LORO RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI DI AMMALATI

Prof . Alberto Giannetti - Direttore Clinica dermatologica Università Ospedaliera di Modena

Il prof. Giannetti non ha potuto partecipare al congresso.

ITTIOSI

TERAPIA DELL'ITTIOSI

Dott. Angelo Piccirillo - Dermatologo Dirigente medico I° livello di dermatologia Ospedale S. Carlo di Potenza

Terapia delle ittiosi

A. Piccirillo

Dermatologo Dirigente medico I livello di dermatologia
Ospedale San Carlo di Potenza



Le ittiosi rappresentano un gruppo eterogeneo di genodermatosi con alterazione della cheratinizzazione e la più alta incidenza nella popolazione.

Le ittiosi possono essere suddivise in: ittiosi volgare, ittiosi X-linked, ittiosi congenite non bollose (ittiosi lamellare non eritrodermica e ittiosi lamellare eritrodermica), eritrodermia ittiosiforme bollosa congenita, le ittiosi complesse.

Parleremo delle terapie praticate nei primi tre tipi di ittiosi in elenco, rappresentando, i casi più frequenti.

L'ittiosi volgare viene trattata con brillanti risultati con semplici emollienti come l'urea al 10% e l'ac.lattico al 5%.

Il trattamento delle ittiosi X-linked pone maggiori difficoltà. La genodermatosi tende a migliorare nel periodo estivo, ma peggiora nel periodo invernale. L'ittiosi X-linked risponde bene all'acido lattico con concentrazioni che vanno dall'8% al 10%. I bambini rispondono all'8% e gli adulti al 10%, probabilmente perché la concentrazione di colesterolo solfato nei pazienti con ittiosi X-linked tende ad aumentare dopo la pubertà.

In letteratura viene segnalato l'utilizzo del tazarotene nell'ittiosi X-linked, ottenendo degli ottimi risultati.

La nostra esperienza non è altrettanto positiva, infatti l'abbiamo sperimentato in cinque pazienti ottenendo una più lenta risoluzione rispetto all'ac.lattico e una peggiore compliance da parte dei pazienti, i quali lamentavano bruciore.

L'ittiosi lamellare è ancora più difficile da trattare rispetto alle prime due forme, infatti agli emollienti risponde poco.

La somministrazione di retinoidi per via sistemica dà ottimi risultati, ma tale terapia è limitata da severi possibili effetti collaterali (teratogenicità, epatotossicità ed iperostosi).

Al contrario i retinoidi per uso topico non sembrano determinare effetti mutagenici, carcinogenetici, teratogenetici.

I migliori risultati sembra darli, uno degli ultimi sperimentati, il tazarotene.

Noi l'abbiamo utilizzato in quattro pazienti con ittiosi lamellare non eritrodermica e in un paziente con ittiosi lamellare eritrodermica.

I risultati sono stati ottimi in due pazienti con ittiosi lamellare non eritrodermica e buoni in due pazienti con ittiosi lamellare non eritrodermica e nel paziente con la forma eritrodermica.

In un caso di ittiosi lamellare eritrodermica abbiamo utilizzato una terapia combinata: acitretina per os nelle prime 4 settimane e terapia di mantenimento con tazarotene. Dopo sei mesi di trattamento la dermatosi risulta ben controllata.

Il tazarotene per via topica, da solo o associato ai retinoidi per os, sembra una terapia molto promettente, tuttavia è auspicabile una valutazione su un maggior numero di casi e un follow-up in tempi più lunghi.



Alcuni momenti della consegna dei diplomi da parte della Presidente Grazia Soldan



Il prof. Aldo Finzi conclude il convegno e viene premiato