Valutare in Sanità
Una voce al servizio della Salute

RIVISTA
SCIENTIFICA

NUMERO SPECIALE



Casi clinici in dermatologia

Numero speciale

VALUTARE IN SANITÀ
Rivista Scientifica
Registrazione presso il Tribunale di Bari
n.36 del 24/09/09

www.valutareinsanita.it

Direttore Responsabile
Maddalena Milone

Direzione, redazione e pubblicità
Meeting Planner s.r.l.
Via Divisione Paracadutisti Folgore, 5
70125 Bari - Italia
Tel. 080 9905360
Fax 080 9905359
e-mail: info@meeting-planner.it
website: www.meeting-planner.it

Editore
Meeting Planner s.r.l.
Via Divisione Paracadutisti Folgore, 5 - 70125 Bari

Stampa
Mediatipo s.r.l.
Via delle Margherite, 26
70026 - Modugno (BA)

La Direzione non si assume la responsabilità dei contenuti delle inserzioni pubblicitarie.
È vietata la riproduzione, anche parziale, dei testi.
D.Lgs. n.196/2003 Tutela della Privacy – Informativa: Responsabile del trattamento Meeting Planner s.r.l.
Tutte le richieste di consultazione, modifica, integrazione e cancellazione dei dati personali dovranno essere inviate a Meeting Planner s.r.l.

Numero chiuso in redazione a marzo 2018

Paziente con psoriasi artrite e epatopatia cronica HBV-correlata

Dott. Antonio Miracapillo - Specialista in Dermatologia

Introduzione

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica della cute che colpisce circa il 2-3 % della popolazione. Una percentuale significativa dei pazienti con psoriasi presenta anche un coinvolgimento articolare della malattia la cosiddetta artrite psoriasica. Inoltre la psoriasi può associarsi a diverse comorbidità quali l'obesità che rappresenta un importante fattore di rischio modificabile, la sindrome metabolica, diabete mellito, steatosi epatica e ad un aumentato rischio cardiovascolare. La terapia della psoriasi si avvale di diverse terapie inclusi farmaci topici, fototerapia e terapie sistemiche. Queste ultime includono il metotrexato, acitretina, fototerapia (PUVA, UVB-nb) e farmaci cosiddetti biologici (Etanercept, Inflixmab, Adalimumab, Ustekinumab, Secukinumab, Ixekizumab). Numerosi altri farmaci sono inoltre in fase di sviluppo per questa dermatosi. A tal proposito viene riportata l'esperienza relativa a due casi clinici del Centro Psoriasi dell'Ospedale "F.Miulli" di Acquaviva delle Fonti.

Caso Clinico

PAZIENTE CON PSORIASI, ARTRITE E EPATOPATIA CRONICA HBV CORRELATA

R.P., femmina di 49 anni, fumatrice, astemia, casalinga, affetta da psoriasi cronica in placche da circa 13 anni, con iniziale interessamento al cuoio capelluto e successivo coinvolgimento del tronco e superfici estensorie degli arti. Presentava al momento dell'osservazione, manifestazioni eritemato-squamose su gran parte dell'ambito cutaneo, con coinvolgimento del capillizio che esitavano in un PASI: 19,5 e una BSA: 45 in trattamento con Etanercept da circa 3 anni con perdita della risposta terapeutica.



Foto basale

L'anamnesi dermatologica familiare era positiva per psoriasi (sorella e nipote). L'anamnesi patologica della paziente invece evidenziava ipertensione arteriosa in trattamento con idroclorotiazide+amiloride, epatopatia cronica HBV-correlata da circa 3 anni in trattamento profilattico con lamivudina, artrite psoriasica da circa 3 anni e gastrite cronica con pregressa infezione da H. Pylori . Inoltre in passato aveva effettuato per la psoriasi terapie sistemiche con Ciclosporina A (200 mg/die a scalare), sospesa per insorgenza di episodi ipertensivi, Metotrexato (15 mg/settimana) sospeso per scarsa efficacia, fototerapia UVB-nb sospesa scarsa aderenza (incapacità a raggiungere il centro di fototerapia). Si decideva di effettuate tutti gli esami ematochimici (emocromo completo, funzionalità renale ed epatica, assetto lipidico, markers epatite B-C, HBV DNA qualitativo e quantitativo, markers neoplastici, ANA, ENA, Ab anti DNA, HIV, Quantiferon), consulenza infettivologica ed gastroenterologica ed esami strumentali (ECG, Rx Torace 2p, EGDS) che consentivano la transizione terapeutica verso Adalimumab per via s.c. al dosaggio di 80mg seguita da una dose di 40 mg somministrata a settimane alterne ad iniziare dalla settimana successiva alla somministrazione della dose iniziale. Come si può apprezzare dai vari follow-up si ottiene una remissione clinica quasi totale della psoriasi con raggiungimento del PASI 90 e un buon controllo della sintomatologia della componente articolare.



week 24

Anomala presentazione di artrite psoriasica

Dott. Antonio Miracapillo - Specialista in Dermatologia

Introduzione

La psoriasi è una patologia infiammatoria cronica che coinvolge la cute e/o articolazioni, determinando un elevato impatto sulla qualità della vita dei pazienti affetti e risultando talvolta responsabili anche di grave disabilità fisica e psichica. Sebbene l'eziopatogenesi della psoriasi non sia ancora chiarita, le recenti acquisizioni in ambito immunologico continuano a ritagliare al TNF- α, un ruolo centrale.

Caso clinico

Uomo di 39 anni, caucasico, affetto da psoriasi a placche da circa 11 anni. All'esordio della dermatosi il paziente era stato trattato con CsA (300 mg/die a scalare) interrotta dopo due mesi per rialzo dei valori pressori. In seguito il paziente era stato trattato con acitretina (50 mg/die a scalare) interrotta dopo 1 mese per elevato incremento dei trigliceridi. Inoltre era stato sottoposto a diversi cicli di metotrexato alla dose di 15 mg a settimana con contemporanea assunzione di acido folico interrotti per incremento dei valori delle transaminasi epatiche (fino a 5 volte maggiore rispetto al limite massimo di normalità). Quindi il paziente veniva sottoposto ad una accurata indagine di screening propedeutica a terapia con farmaci biologici da cui risultava nella norma e quindi idoneo a tali farmaci.

Pertanto si decise di effettuare terapia con adalimumab secondo protocollo terapeutico con remissione clinica quasi totale della dermatosi con raggiungimento del PASI 90. La psoriasi è una patologia cronica che necessita di supporto terapeutico nei periodi di attivazione e spesso una condizione moderata-grave comunque resistente a terapie topiche richiede l'utilizzo di terapie sistemiche. I vari farmaci impiegati nella cura della psoriasi vengono adottati utilizzando il metodo della terapia rotazionale allo scopo di limitare nel tempo la loro tossicità. L'avvento nell'era dei farmaci biologici comporta una nuova speranza nel controllo della patologia psoriasica con possibilità di trattamento anche nei periodi più prolungati.



Foto basale



week 24

Idrosadenite suppurativa e Sindrome di Arnold-Chiari 1

Dott.ssa Lucia Pietroleonardo - Specialista in Dermatologia

Introduzione

L'idrosadenite suppurativa (HS) è una malattia infiammatoria cronica-recidivante a partenza dall'epitelio del follicolo terminale in aree ricche di ghiandole apocrine ad evoluzione ascessuale-fistolosa e/o fibrotico-cicatriziale delle pieghe ascellari, della regione mammaria e interglutea, dell'inguine e della regione perianale. I comedoni polimorfi definiti "a doppio sbocco" sono presenti nelle aree lesionali e perilesionali. Gli ascessi possono anche ulcerare, scavare e perforare le strutture vicine e/o creare un'estensione sottocutanea che porta alla formazione di placche indurite e bande lineari spesse. L'HS presenta una prevalenza stimata del 1-4% in Europa, interessando prevalentemente il sesso femminile e l'età giovane adulta (20-30 anni). Può insorgere anche in età prepuberale, in particolare nei casi familiari, e dopo i 50 anni. Lo spettro di manifestazioni e di gravità clinica dell'HS è molto variabile: alcuni pazienti presentano l'interessamento di una singola regione corporea, principalmente delle pieghe, mentre in altri casi di malattia poli-distrettuale sono coinvolte più sedi corporee. Tra i principali fattori eziologici dell'HS vi sono il fumo di sigaretta, l'obesità, il trauma e la frizione locale a livello delle pieghe cutanee; la sovra-infezione batterica può essere rilevante nel complicare la suppurazione cutanea durante le recidive infiammatorie. La patogenesi dell'HS è tuttora sconosciuta, ma la maggior parte degli studi indica la centralità dell'ipercheratosi della porzione infundibulare del follicolo pilifero e della conseguente infiammazione dell'unità pilo-sebacea, con alterazioni nella risposta immunitaria innata e rilascio a livello tissutale di citochine infiammatorie, come il TNF-alfa e le interleuchine IL-1 beta e IL-17. La terapia di prima linea dell'HS è rappresentata da antibiotici topici o sistemici, spesso utilizzati in modo sintomatico o cronico, fino al debridement chirurgico delle lesioni cutanee. In seconda linea, nei casi moderati-severi sono utilizzate combinazioni di antibiotici sistemici (clindamicina e rifampicina), di retinoidi (acitretina), di immunosoppressori (ciclosporina), e recentemente di inibitori del TNF-alfa (adalimumab).

Caso clinico

Paziente maschio di 22 anni affetto da HS dall'età di 12 anni con lesioni fistolizzate e ascessualizzate, localizzate a livello della regione sacrale e interglutea, pieghe ascellari e inguinali, con comedoni a doppio sbocco, tragitti fistolosi ed esiti ipertrofici di natura cicatriziale, classificato come stadio Hurley III. Dall'anamnesi patologica prossima, emergeva obesità di grado moderato, anemia microcitica, sindrome di Arnold-Chiari tipo I diagnostica nel 2010 (in seguito ad un deficit visivo acuto bilaterale, pertanto il paziente è stato sottoposto ad intervento di decompressione della cerniera atlo-occipitale e posizionamento di un sistema di derivazione ventricolo-peritoneale per sintomatologia da ipertensione endocranica). Il paziente assume i seguenti farmaci: acetazolamide 250 mg, ½ cp die. Il paziente, per la grave forma di idrosadenite suppurativa di cui è affetto, era già stato sottoposto a diverse terapie sia topiche che sistemiche (antibiotici, corticosteroidi e retinoidi) e varie sedute di debridement chirurgico. Nel tempo ha riferito un graduale peggioramento della situazione dermatologica con difficoltà nella deambulazione e nelle normali attività quotidiane. Dopo valutazione neurologica, internistica e oculistica per eventuali controindicazioni all'utilizzo di farmaci anti TNF-α, il paziente è stato sottoposto a screening completo per farmaci biologici, risultando eleggibile ad iniziare terapia con Adalimumab con lo schema raccomandato per il trattamento dell'idrosadenite suppurativa attiva di grado moderato-severo. Inoltre si raccomandava al paziente di utilizzare una soluzione di lavaggio antisettica sugli ascessi e fistole drenanti essudato. Dopo 12 settimane di trattamento, il paziente mostrava notevoli miglioramenti clinici: riduzione delle lesioni infiammatorie e ascessualizzate, riduzione del dolore. Il paziente è tuttora in trattamento con Adalimumab e non ha sviluppato alcun evento avverso al farmaco.



Fig.1 - *T0, in regione inguinale presenza di noduli infiammati e comedoni a doppio sbocco*

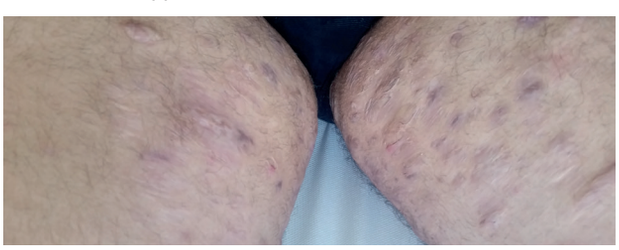


Fig.1 - *Dopo 12 settimane di trattamento con Adalimumab, riduzione del numero di ascessi e di noduli infiammatori.*

Bibliografia

1. *Jemec GBE, Kimball AB. Hidradenitis suppurativa: Epidemiology and scope of the problem. J Am Acad Dermatol. 2015 Nov;73(5 Suppl 1): S4-7.*
2. *C. C. Zouboulis, N. Desai, L. Emtestam, R.E. Hunger, D. Ioannides, I. Juhasz, J. Lapins, L. Matusiak, E.P. Prens, J. Revuz, S. Schneider-Burrus, J.C. Szepietowski, H.H. van der Zee, G.B.E. Jemec. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne. JEADV 2015, 29, 619–644*
3. *Kimball AB, Kerdel F, Adams D et al. Adalimumab for the treatment of moderate to severe hidradenitis suppurativa: a parallel randomized trial. Ann Intern Med 2012; 157: 846–855.*

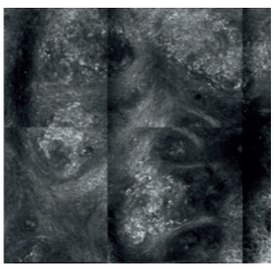
Xantomi eruttivi e pancreatite; clinica e correlazione istologia-dermoscopia-laser confocale

Dott.ssa Lucia Pietroleonardo - Specialista in Dermatologia

Paziente di 48 anni mostrava multiple lesioni giallastre a livello dei gomiti, tronco e arti inferiori, riferendo la loro comparsa da circa 6 mesi. All'esame obiettivo dermatologico, si osservavano papule gialle a grappolo con alone eritematoso di circa 3-6mm di diametro. **Fig.1.**



Le lesioni in dermatoscopia, mostravano una struttura omogenea giallastra con un pattern polimorfo vascolare dei tipi "a virgola", "a forcina" e "a cavatappi", di forma punteggiata e lineare-irregolare, circondato da un bordo eritematoso. Tali lesioni, valutate anche in microscopia laser confocale mostravano un'epidermide con normale struttura dello strato corneo, granulare e spinoso, con il tipico disegno a "nido d'ape". Nel derma superficiale, si evidenziava la presenza di cellule di grandi dimensioni nucleate, refrattive, e alcuni materiali refrattivi granulari tra i normali fasci di collagene. **Fig. 2**



È stata eseguita una biopsia cutanea che ha mostrato: nel derma, accumuli di depositi lipidici tra i fasci collagene e molti istiociti con citoplasma schiumoso e cellule giganti rare, ponendo diagnosi di xantomi eruttivi. Gli esami ematici eseguiti hanno rivelato le seguenti alterazioni: il colesterolo 531 mg/ml (v.n. <200 mg / ml), trigliceridi 2826 mg/dL (v.n. <150 mg/dL), glicemia 129 mg/dL (v.n. 65-100 mg/dL), AST 45 UI/L (v.n. 6-32), ALT 69 UI/L (v.n. 15-56 UI/L). Prescritta una dieta per ridurre i livelli di colesterolo e trigliceridi; dopo 4 mesi gli xantomi eruttivi erano scomparsi spontaneamente. Dopo 2 settimane dalla diagnosi dermatologica, il paziente riferiva un forte dolore "a barra" localizzato in regione addominale che si irradiava posteriormente, e la diagnosi di pancreatite acuta. Gli esami del sangue hanno rivelato quanto segue: colesterolo 511 mg/ml (v.n. <200 mg/mL), trigliceridi 2286 mg/dL (v.n. <150 mg / dL), glicemia 184 mg/dL (v.n. 65-100 mg / dL), colinesterasi 19.329 UI/L (v.n. 7000-9000 UI/L), AST 54 UI/L (v.n. 6-32), ALT 86 UI/L (v.n. 15-56 UI/L), amilasi totale > 1300 UI/L (v.n. 25-115 UI/L), lipasi > 3000 UI/L (v.n. 73-393 UI/L). Gli xantomi cutanei sono condizioni spesso associate a disturbi del metabolismo lipidico e con un aumentato rischio di complicazioni metaboliche e cardiovascolari. Quindi questa condizione non può essere considerata come un solo inestetismo cutaneo. È importante riconoscere queste manifestazioni cliniche come xantomi, e porre la diagnosi corretta al fine di indirizzare il paziente verso uno screening più approfondito di eventuali alterazioni metaboliche e prevenire possibili complicazioni. Gli xantomi eruttivi si manifestano più spesso nel contesto di chilomicronemia e ipertrigliceridemia causata da forme primarie e secondarie di dislipidemia. La più importante complicazione della forma grave di ipertrigliceridemia è la pancreatite acuta, che può portare alla necrosi del pancreas. Cambiamenti nello stile di vita e una riduzione delle comorbidità dovrebbero essere sempre raccomandati da soli o in combinazione con la farmacoterapia per prevenire le gravi complicazioni. Nel caso esposto, l'esame istologico, insieme alla presentazione clinica, ha condotto alla diagnosi di xantomi eruttivi. Benché il microscopio confocale non sia mai stato applicato negli xantomi eruttivi, la presenza di grandi cellule nucleate altamente refrattive e alcuni materiali refrattivi granulari tra i fasci di normale collagene potrebbero invece rappresentare dei criteri ideali per porre una diagnosi precoce proprio attraverso tale metodica. Il trattamento dello xantoma eruttivo coinvolge la restrizione dietetica, l'esercizio fisico e la terapia farmacologica per controllare l'iperlipidemia e le associate comorbidità. Di fatto, nel nostro caso, xantomi eruttivi erano associati a malattie metaboliche e disturbi della dieta. È molto importante ridurre il livello plasmatico dei trigliceridi con cambiamenti dello stile di vita e, se necessario, con la farmacoterapia. Così noi abbiamo considerato lo xantoma e la scomparsa spontanea come un fattore predittivo di pancreatite acuta o di altra complicazione sistemica. Abbiamo inoltre ipotizzato, che nel nostro caso, la scomparsa improvvisa e spontanea delle lesioni indica che i depositi di lipidi, spostati dalla cute alla circolazione sistemica, determinavano un aumento dei trigliceridi. Infine, per fare una diagnosi corretta e precoce di xantomi eruttivi, è importante combinare sia aspetti clinici che metodologie istologiche derivanti dalla dermoscopia e dalla visualizzazione in microscopia laser confocale delle lesioni.

Bibliografia

1. *Naik NS. Eruptive xanthomas. Dermatol Online J 2001;7:11.*
2. *Alberti KG, Zimmet P, Shaw J; IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome a new worldwide definition. Lancet 2005;366:1059-62.*
3. *Bounouar M, Mernissi F. Eruptive xanthomas announcing severe acute pancreatitis. Pan Afr Med J 2014;17:225.*

abbvie

L'INNOVAZIONE GUIDA LA NOSTRA SCIENZA.
LA VITA DELLE PERSONE GUIDA IL NOSTRO IMPEGNO.

Per rispondere alla domanda di salute nel mondo, AbbVie unisce lo spirito di un'impresa biotecnologica alla solidità di un'azienda farmaceutica di successo.
Il risultato è un'azienda biofarmaceutica che coniuga scienza, passione e competenza per migliorare la salute e la cura delle persone, con modalità innovative.
Incidere significativamente sulla vita delle persone è, per noi, più di una promessa.
È il nostro obiettivo.

abbvie.it



www.valutareinsanita.it