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.
Regolamento UE 679/2016 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 novembre 2018

Un caso di psoriasi cutanea in placche diffusa, in paziente obeso, trattato con Adalimumab.

Dr. Massimo Travaglini - Ospedale "A. Perrino" - Brindisi

Caratteristiche del paziente
Uomo di anni 36, di 104 Kg., autista affetto da psoriasi in placche diffusa da circa 10 anni.

Esame Obiettivo dermatologico al momento della nostra osservazione
Il paziente si presenta nel nostro centro nel mese di agosto 2017 con placche eritemato-desquamative diffuse su tutto il corpo, nonostante sia in cura presso altro ambulatorio con terapia biologica (Infliximab), l'indice PASI è pari a 43,5.

Terapie precedenti

- *Terapie non biologiche*
  Precedentemente trattato in altra sede con terapie topiche (corticosteroidi, emollienti e preparati galenici), sistemiche (Acitetrina, Ciclosporina) e PUVA senza risultati accettabili.

- *Terapie biologiche*
  Infliximab 5mg/kg: Il paziente segue tale terapia da febbraio 2017 a luglio 2017, ma con scarsi risultati.

Terapia con Adalimumab
Visionati gli esami prescritti, nel mese di novembre 2017 si prescrive Adalimumab 40 mg, somministrato come da protocollo, 80 mg sc, come dose di induzione, 40 mg sc somministrato dopo una settimana e successivamente 40 mg sc a settimane alterne come dose di mantenimento. Già dal secondo mese di trattamento è evidente un notevole miglioramento; dopo sei mesi il paziente si presenta privo di manifestazioni psoriasiche con indice PASI pari a 0. Al raggiungimento del predetto Pasi 0, sua sponte il paziente interrompe la terapia senza alcun consulto medico e, successivamente, ritorna al ns centro a causa di una recrudescenza importante della malattia.
Ripreso nuovamente il farmaco Adalimumab con nuova induzione, si riconfermano da subito, i brillanti risultati iniziali.
Ad oggi il paziente è ancora in terapia con Adalimumab ed i risultati sono eccellenti in quanto non presenta alcuna lesione.

Situazione attuale della paziente
Prima di iniziare il trattamento con Adalimumab il pazienta era sfiduciato verso qualsiasi altro approccio terapeutico ma il rapido miglioramento ottenuto in seguito al trattamento lo hanno riportato ad una condizione psicofisica ottimale con aumento evidente dell'autostima nei rapporti interpersonali, ed un miglioramento del suo rapporto con la malattia ed un notevole complessivo miglioramento della qualità della vita.

Un caso di psoriasi cutanea in placche diffusa trattato con Adalimumab.

Dr. Massimo Travaglini - Ospedale "A. Perrino" - Brindisi

Caratteristiche del paziente
Uomo di anni 45, impiegato affetto da 25 anni da psoriasi in placche diffusa e artropatia psoriasica diagnosticate in altra sede, iperteso in trattamento con antipertensivi.

Esame Obiettivo dermatologico al momento della nostra osservazione
Il paziente si presenta nel nostro centro nel mese di giugno 2017 con chiazze psoriasiche moderatamente infiltrate e desquamanti che interessano tutto il corpo e dolori articolari diffusi, maggiormente accentuati in sede lombosacrale.

Terapie precedenti

- *Terapie non biologiche*
  Trattato precedentemente con Methotrexato, Acitretina, terapia cortisonica sia sistemica che topica e PUVA.

- *Terapie biologiche*
  Etanercept 50 mg: sospeso ad ottobre 2016 per intolleranza.

Terapia con Adalimumab
Dal mese di giugno 2017 fino a febbraio 2018 si temporeggia con terapia topica, antodolorifica e PUVA. A marzo 2018 constatato un notevole peggioramento, con indice PASI pari a 14.2 e indice di RITCHIE pari a 32, si richiedono esami di controllo per iniziare nuova terapia biologica. Visionati gli esami prescritti, nel mese di marzo si prescrive Adalimumab 40 mg somministrato come da protocollo, 80 mg sc. in prima giornata, 40 mg sc. dopo una settimana e successivamente 40mg sc. a settimane alterne. Già dal primo mese di trattamento è evidente un notevole miglioramento anche dal punto di vista della sintomatologia dolorosa a livello articolare. Dopo due mesi, il paziente presenta una riduzione sia dell'indice PASI pari a 1.8 e dell'indice articolare di RITCHIE pari a 0. Ad oggi il paziente è ancora in terapia con Adalimumab e i risultati sono eccellenti in quanto non presenta manifestazioni psoriasiche.

Situazione attuale del paziente
Il paziente è monitorato nella nostra struttura con visite bimestrali, in occasione delle quali presenta esami ematici di controllo.
Il miglioramento ottenuto in questi anni ha portato il paziente ad una condizione psicofisica ottimale con aumento evidente dell'autostima dei rapporti interpersonali e un miglioramento del suo rapporto con la malattia.

Psoriasi in gemelli di età infantile: diagnosi e terapia

Dott.ssa Pietroleonardo Lucia - Specialista in Dermatologia

L'eritrodermia infantile può essere dovuta a diverse malattie ereditarie o acquisite non correlate, come la psoriasi, ittiosi, pityriasis rubra pilaris, dermatite atopica, dermatite seborroica, infezioni, malattie metaboliche farmaco-indotte o forme non identificate. L'eritrodermia è una grave malattia della cute, anche possibile causa di emergenza medica, e disturbo potenzialmente letale, che può offrire problemi di diagnosi o errori di gestione. Pazienti gemelli di tre anni, sorella e fratello, affetti da eritrodermia dall'età di 8 mesi associata a prurito, desquamazione diffusa dell'intera superficie cutanea con onicodistrofie, ed ectropion nella bambina (Fig 1). L'anamnesi familiare era positiva per psoriasi a placche e artrite psoriasica (padre e sorella paterna). Gli esami del sangue di routine e test di coltura non hanno mostrato anomalie ematologiche, biochimiche, metaboliche o infettive. La valutazione istologica di biopsie cutanee eseguite in entrambi i gemelli ha rivelato un marcato allungamento delle creste epidermiche, strato granulare quasi assente e paracheratosi dell'epidermide associato a cellule infiammatorie con vasi dilatati tortuosi nelle papille dermiche, coerenti con la diagnosi di psoriasi. Inoltre, sia la dermoscopia che la microscopia confocale (RCM) sono stati considerati per convalidare la diagnosi. RCM ha mostrato, a partire dallo strato corneo, cellule ovali nucleate brillanti con nuclei ovali scuri, descritti come cluster di leucociti polimorfonucleati, ridotto strato granulare, e il modello a "nido d'ape" dello strato di spinoso conservato. Le papille dermiche erano visibili come strutture aperte nere e allungate, aumentate in numero e diametro, all'interno elementi luminosi, corrispondente all'infiltrazione delle cellule infiammatorie (fig. 2). Le indagini genetiche eseguite su sangue hanno rivelato MHC classe 1, HLA Cw * 06 + in entrambi i gemelli e assenza di transglutaminasi-1 o corneodesmosina. Considerate tutte le indagini e le caratteristiche clinico-patologiche, la diagnosi era di psoriasi pediatrica. I gemelli erano stati precedentemente trattati con emollienti, steroidi topici e sistemici, cicli brevi di ciclosporina a basso dosaggio, senza alcun risultato. Successivamente, era stato proposto etanercept, e dopo consenso informato come trattamento off-label a causa della loro giovane età, etanercept è stato avviato con un dosaggio di 0,8 mg/kg per via sottocutanea, una volta a settimana. Dopo una breve interruzione a causa di una infezione virale del tratto respiratorio superiore in entrambi i bambini, etanercept ha dato risultati inefficaci ed è stato quindi interrotto dopo un totale di 10 iniezioni. Era stata riconsiderata la ciclosporina (dose 5 mg/kg/die) con monitoraggio degli esami ematici. Ormai raggiunti i 4 anni di età, dopo un'ulteriore valutazione, è stata iniziata terapia con adalimumab con dosaggio basato sul peso corporeo (20mg) per via sottocutanea a settimane alterne. Dopo un anno di trattamento continuo, sono stati raggiunti miglioramenti cutanei e riduzione del prurito, con significativo miglioramento del loro comportamento psicologico. Persisteva un lieve eritema del viso, più evidente nella sorella, aree eritematose lievi, in assenza di placche psoriasiformi (fig. 3). In conclusione, nei giovani pazienti affetti da grave eritrodermia della pelle, è obbligatorio stabilire procedure cliniche e strumentali corrette. Questo dovrebbe essere integrato da test genetici per determinare la terapia giusta in termini di benessere, e permettere ai pazienti e alle famiglie di svolgere attività quotidiane comuni.

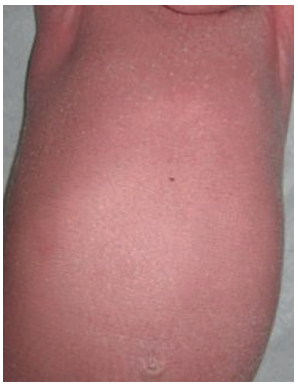


Figura 1

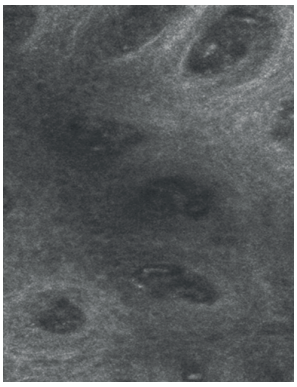


Figura 2

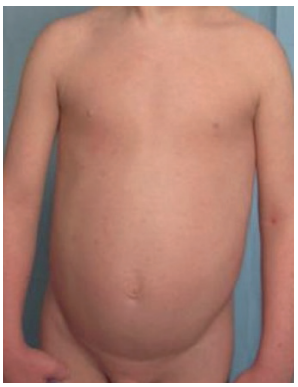


Figura 3

861 piccoli nevi…

Dott.ssa Pietroleonardo Lucia - Specialista in Dermatologia

I disordini della pigmentazione comprendono forme di ipopigmentazione e iperpigmentazione, associate o meno a difetti genetici, ormonali e terapie farmacologiche. Riportiamo il caso di un ragazzo di 15 anni che da 4 mesi riferiva la comparsa in modo progressivo ed eruttivo di oltre 800 nevi e lentiggini. Le lesioni pigmentate erano distribuite nelle aree fotoesposte del viso e del tronco ***(Figura 1-2)***. Il paziente presentava un normale sviluppo psico-fisico, e non si evidenziavano comorbidità o caratteristiche cliniche associabili a quadri sindromici noti. Le indagini eseguite sono: Ecg nella norma, ecografia cardiaca ed addominale negativa per patologia, videat oculistico e otorinolaringoiatrico nella norma. La dermatoscopia (Figura 3) delle lesioni valutate, mostrava un pattern reticolare omogeneo e zone di ipopigmentazione perifollicolari. La microscopia confocale in vivo (Figura 4): in sezione orizzontale le papille dermiche e le creste epidermiche formano le edge papille, circondate da cellule basali pigmentate, e melanofagi all'interno. Inoltre l'esame istologico di una lesione pigmentata atipica asportata mostrava iperplasia regolare epidermica, abbondante presenza di melanina, infiltrato infiammatorio cronico ricco in melanofagi. L'indagine genetica eseguita sul DNA del paziente per l'analisi del gene PTPN1, per sospetta sindrome di LEOPARD, ha dato esito negativo. Non erano inoltre presenti caratteristiche fondamentali di tale sindrome, quali anomalie di conduzione ECG, ipertelorismo oculare, stenosi dell'aorta polmonare, anomalia dei genitali e ritardo di crescita. Il paziente presentava un raro caso di nevi eruttivi multipli non associati a terapia farmacologica, immmunosoppressione o disordini genetici. Il follow-up clinico e dermatoscopico consente di monitorare nel breve e nel lungo termine l'evoluzione e la numerosità delle lesioni. L'utilizzo della microscopia confocale in vivo permette di evitare biopsie non necessarie e consente di monitorare nel tempo eventuali modifiche ultrastrutturali delle lesioni. L'identificazione di eventuali markers predittivi di aumentato rischio di melanoma potrebbe fornire dati prognostici significativi. L'esame genetico ha consentito di escludere quadri sindromici.



Figura 1



Figura 2

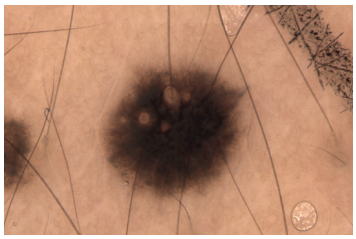


Figura 3

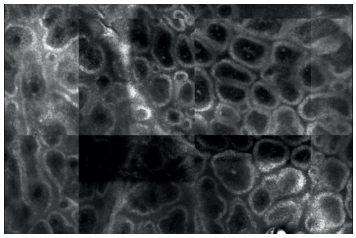


Figura 3

Bibliografia

1. K. Karaarslan ,F. Ozdemir, T. Akalin, G. Ozturk, B. g. Turk and G. Kandiloglu. Eruptive disseminated Spitz naevi: dermatoscopic features. Clinical and Experimental Dermatology, 2009. 34, e807–e810.

2. H.J. Bovenschen, M. Tjioe, H. Vermaat, D. De Hoop, B.M.J. Witteman, R.W.A. Janssens, T.J. Stoof, P.C.M. Van de Kerkhof. Induction of eruptive benign melanocytic naevi by immune suppressive agents, including biologicals. British Journal of Dermatology, 2006. 154, pp880-884.

3. A. Gelfer, K. Jason, FRCPC. Long term follow up of a patient with eruptive melanocytic naevi after Stevens-Johnson Syndrome.. Arch Dermatol. 2007. 143(12):1555-1557.

4. P. Cousem, G. Colver, I. Helbling. Eruptive melanocytic naevi following melanotan injection. British Journal of Dermatology 2009. 161, pp691-720.

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