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 ad aprile 2019

Infiltrazione neoplastica cutanea da Carcinoma ovarico

Digiuseppe Maria Donata - Specialista in Dermatologia e Venereologia - P.O. "SS: Annunziata" Taranto

Paziente di sesso femminile, di 86 anni, si ricovera per astenia, anoressia, calo ponderale e stipsi ostinata.
A livello dei quadranti addominali inferiori, la cute si presenta con un esteso eritema "a banda" a margini sfumati e di consistenza duro-lignea alla palpazione.
In anamnesi la paziente riferisce isterectomia ed annessiectomia all'età di 78 anni per carcinoma ovarico mucinoso.

Viene effettuata una biopsia cutanea con il seguente esame istologico: infiltrazione neoplastica da carcinoma scarsamente differenziato. I reperti immunoistochimici orientano per l'origine ovarica della neoplasia: CA-125 positivo e Citocheratina 20 positiva.
La biopsia endoscopica rivela un'infiltrazione neoplastica della parete del grosso intestino da carcinoma scarsamente differenziato.

La paziente è deceduta quattro mesi dopo tale diagnosi, in accordo con i dati riportati in letteratura in base ai quali molto bassa è la media di sopravvivenza dalla diagnosi del coinvolgimento cutaneo da neoplasia ovarica. *
Il coinvolgimento cutaneo è una complicanza tardiva ed abbastanza infrequente del carcinoma ovarico, in particolare del carcinoma mucinoso. *





Bibliografia

**Skin metastates in ovarian carcinoma: a report of nine cases and a review of the literature. Cormio G. and all. Gynecol Oncol 2003 Sep; 90 (3): 682-5*

Psoriasi, Vitiligine e Melanoma

Digiuseppe Maria Donata - Specialista in Dermatologia e Venereologia - P.O. "SS: Annunziata" Taranto

Paziente di 69 anni giunge presso l'ambulatorio di dermatologia per la presenza di lesioni acromiche in corrispondenza del dorso dei piedi e della superficie volare dei polsi di recente insorgenza.
In anamnesi riferisce psoriasi da circa dieci anni (gomiti, cuoio capelluto e superfici plantari).
Durante la visita, sul cuoio capelluto vengono evidenziate lesioni iperpigmentate irregolarmente disposte e confluenti in focolai multipli, associate a qualche nodulo, sovrastante un'area di 5x4 cm di cute atrofica ed ipocromica. Tale obiettività cutanea è presente da qualche anno.
Dopo la biopsia cutanea (l'asportazione chirurgica viene effettuata solo successivamente per volontà del paziente), la diagnosi istologica è la seguente: melanoma maligno a cellule epitelioidi in fase di crescita verticale infiltrante il derma reticolare. Spessore di Breslow: mm 1,85. Livello di Clark: IV.
All'indagine immunoistochimica, HMB-45 e M-A: positivi.
La ricerca del linfonodo sentinella in regione mastoidea e laterocervicale sinistra conferma la diagnosi di melanoma.
TAC Total Body negativa, PET globale corporea e cerebrale negativa.
È stata riconosciuta l'associazione statisticamente significativa tra vitiligine e melanoma, con una incidenza variabile (1,3% - 5%). *
Alcuni AA., preferiscono parlare di depigmentazione vitiligo simile, considerando così la vitiligo associata al melanoma come entità clinica distinta dalla vitiligo volgare.
L'immunoterapia probabilmente aumenta l'incidenza di vitiligine associata a melanoma. **
Nel processo patogenetico coinvolto in questa associazione si ipotizza una risposta immune T-mediata (cellule T CD8-positive) diretta contro gli Ag melanoma-associati, che sono simultaneamente espressi dalle cellule del melanoma e dai linfociti normali.
Il paziente in questione è affetto da psoriasi in accordo con i dati della letteratura in base ai quali i pz. con vitiligine associata a melanoma appartengono ad un sottogruppo caratterizzato da una aumentata prevalenza di malattie immunomediate e da una prognosi favorevole.



Bibliografia

** Byrne KT, Turk MJ "New Perspectives on the Role of Vitiligo in Immune Responses to Melanoma" – Oncotarget. 2011 Sep 10*
*** Yee C, Thompson JA et al. "Melanocyte destruction after antigen-specific immunotherapy of melanoma: direct evidence of t cell-mediated vitiligo". J Exp Med. 2000 Dec 4; 192(11):1637-44*

Un caso di psoriasi cutanea in placche diffusa trattato con Adalimumab

Dr. Massimo Travaglini - Osp.A. Perrino Brindisi - Centro per la cura della psoriasi

Caratteristiche del paziente
Donna di anni 30, impiegata affetta da psoriasi in placche diffusa da circa 5 anni, notevolmente peggiorata negli ultimi mesi.

Esame Obiettivo dermatologico al momento della nostra osservazione
La paziente si presenta nel nostro centro nel mese di maggio 2014 con lesioni psoriasiche che interessano tutto il corpo. Il valore PASI è pari a 28,9.

Terapie precedenti
- Terapie topiche: corticosteroidi, emollienti e preparati galenici.
- Fototerapia: buona risposta ma rapida recidiva dopo la sospensione della terapia.
- Acitretrina: prescritta in altra sede senza risultati soddisfacenti.
- Ciclosporina 150 mg/ die: dal mese di maggio 2014 segue la terapia prescritta con discreti risultati fino ad ottobre 2014, interrompendola per sospetta gravidanza, confermata con apposito test. Si temporeggia con sola terapia topica fin dopo la nascita del figlio avvenuta a maggio 2015. Nel mese di settembre 2015, riprende la terapia con Ciclosporina ma con scarsi benefici.

Terapie biologiche
- Infliximab 5mg/kg: la paziente segue tale terapia da gennaio 2016, presentando manifestazioni psoriasiche di lieve entità, fino a novembre 2016 quando si presenta un ulteriore peggioramento.

Terapia con Adalimumab
Si prescrive nel mese di febbraio 2018 Adalimumab fiale 40 mg somministrato come da protocollo, prima dose sottocutanea di 80 mg, 40 mg dopo una settimana e poi 40 mg ogni due settimane. Già dal primo mese di trattamento è evidente un notevole miglioramento, dopo tre mesi la paziente si presenta con minime manifestazioni psoriasiche. Ad oggi la paziente risulta libera da lesioni sul corpo. Ad inizio terapia con Adalimumab l'indice PASI è uguale a 26.6, attualmente è sceso a 1.2.

Situazione attuale della paziente
I miglioramenti ottenuti in questi mesi la completa assenza di effetti collaterali e la facilità nella somministrazione del farmaco, hanno riportato la paziente ad una condizione psicofisica ottimale con aumento evidente dell'autostima nei rapporti interpersonali e un miglioramento del suo rapporto con la malattia.

Un caso di psoriasi artropatica in paziente con comorbidità cardiovascolari trattato con Adalimumab

Dr. Massimo Travaglini - Osp.A. Perrino Brindisi - Centro per la cura della psoriasi.

Caratteristiche del paziente
Uomo di anni 62, infermiere, coniugato, affetto da 23 anni da artrite psoriasica con interessamento poliarticolare e psoriasi cutanea. Paziente iperteso trattato con antipertensivi.

Esame Obiettivo dermatologico al momento della nostra osservazione
Il paziente si presenta nel nostro centro nel mese di giugno 2017 con sintomatologia dolorosa localizzata alle mani, anche e ginocchia, presenza di importanti lesioni psoriasiche a livello del capillizio, degli arti superiori e inferiori. L'indice articolare di Ritchie è uguale a 60 e l'indice PASI è uguale a 28,4.

Terapie precedenti
Trattato precedentemente con Metotrexato, Ciclosporina e terapia cortisonica sistemica, terapie sospese per scarsa efficacia e manifestazione di effetti avversi.

Terapie biologiche
Ustekinumab 45mg: sospeso nel mese di marzo 2018 per inefficacia.

Terapia con Adalimumab
Visionati gli esami prescritti, nel mese di giugno 2018 si prescrive Adalimumab 40 mg somministrato come da protocollo, 40 mg sottocute in prima giornata, 40 mg sottocute dopo una settimana e successivamente 40 mg sottocute a settimane alterne. Già dal primo mese di trattamento è evidente un miglioramento dell'80% della sintomatologia dolorosa a livello articolare e delle manifestazioni psoriasiche con indice PASI pari a 0.9. Dopo tre mesi, il paziente riferisce l'assenza di dolori quindi azzeramento dell'indice articolare di RITCHIE. Ad oggi il paziente è ancora in terapia con Adalimumab con remissione della malattia.

Situazione attuale del paziente
La terapia con Adalimumab è stata efficace e ben tollerata. La risposta positiva ottenuta nella fase iniziale della terapia si è mantenuta stabile nel tempo, con lievi oscillazioni dell'indice di Ritchie da 0 a 6, preservando comunque una condizione psicofisica ottimale ed un rapporto più sereno con la patologia.

Le sfide più grandi. La scienza più avanzata.



Siamo impegnati nel rispondere alle sfide più grandi in tema di salute.

Mettiamo in campo innovazione e passione, dove il bisogno è maggiore.

Come azienda biofarmaceutica globale, il nostro obiettivo è avere un impatto significativo sulla vita delle persone.

È con il contributo di tutti che i progressi della scienza si traducono in farmaci per milioni di persone.
Per questo collaboriamo con università e centri di ricerca, organizzazioni governative, associazioni di pazienti e no profit.

Insieme, costruiamo la medicina del futuro.

abbvie.it

abbvie

People. Passion. Possibilities.®

IT/ABV/1018/1141

www.valutareinsanita.it