

L'IDEale

Periodico dell'Istituto Dermatologico Europeo

Vol. 1; n. 3, 2006

Direttore

Giorgio Belloni

Direttore Scientifico

Ruggero Caputo

Comitato Editoriale

Mauro Barbareschi	Sandra Lorenzi
Daniela Beretta	Silvia Pinelli
Giuliano Cainelli	Rossana Schianchi
Marcello Innocenti	M. Tretti Clementoni

Comitato Scientifico

Enzo Berardesca (Roma)	Daniele Innocenzi (Roma)
Vincenzo Bettoli (Ferrara)	Giuseppe Micali (Catania)
Giovanni Borroni (Pavia)	Paolo Daniele Pigatto (Milano)
Tullio Cainelli (Bergamo)	Marco Romanelli (Pisa)
Carlo Caravaggi (Milano)	Gianluca Tadini (Milano)
Natale Cascinelli (Milano)	Massimo Signorini (Milano)
Leonardo Celleno (Roma)	Antonella Tosti (Bologna)
Carlo Gelmetti (Milano)	Stefano Veraldi (Milano)

Segreteria Scientifica

Federica Basana

IDE Istituto Dermatologico Europeo

Viale Puglie 15 - 20137 Milano
Tel. 02.5492511 - Fax 02.54118174
www.dermatologicoeuropeo.com



Responsabile Rapporti con l'IDE

Antonio Di Maio

Professionalità, garanzie, certificazione

L'Istituto Dermatologico Europeo ha ottenuto, a partire dal 2003, la Certificazione di Qualità in linea con la Norma UNI EN ISO 9001 :2000 e ha percorso l'iter di accreditamento (decreto in fase di pubblicazione) della struttura da parte della Regione Lombardia.

Tutto questo con l'obiettivo di un continuo miglioramento della qualità delle prestazioni mediche e dei servizi.

Fra questi acquista sempre maggior valore la valutazione di attività e sicurezza di cosmetici e medical devices.

L'Istituto pone a disposizione la professionalità dei propri specialisti, ambulatori perfettamente attrezzati e apparecchiature sofisticate che permettono valutazioni strumentali computerizzate di altissima precisione a supporto del giudizio medico oggettivo.

Il servizio a 360° è in grado di offrire protocolli sperimentali accurati, valutazioni cliniche condotte in GCP e nel rispetto delle normative legislative, analisi statistiche, rapporti finali e supporto alle pubblicazioni.

Alcuni dei prodotti valutati dall'Istituto hanno ottenuto il riconoscimento da parte delle Autorità sanitarie Europee ed Americane e i relativi rapporti la pubblicazione su prestigiose riviste internazionali.

Giorgio Belloni



Sculptra®

Acido L-Polilattico



Erisipela.

Stefano Veraldi¹, Rossana Schianchi²

¹Istituto di Scienze Dermatologiche, Università di Milano, Fondazione I.R.C.C.S., Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

²Istituto Dermatologico Europeo, Milano

INTRODUZIONE

L'erisipela (o *eresipela* o, popolarmente, *risippola*) è una malattia batterica acuta del derma.

Il termine di *cellulite*, utilizzato soprattutto dagli autori anglosassoni, non è sinonimo di erisipela: per cellulite si intende infatti, genericamente, una malattia infiammatoria acuta, a eziologia infettiva o non, dei tessuti molli.

EPIDEMIOLOGIA

Nel nostro Paese, l'erisipela colpiva in passato le classi socio-economiche meno abbienti.

Negli ultimi decenni, con il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, la malattia è diventata più rara. Tuttavia, l'erisipela ha continuato a essere frequente nell'Europa dell'Est, soprattutto in Romania. Inoltre, negli ultimi anni, è stata osservata in Francia un'incidenza in costante crescita.

La malattia è più frequente nelle femmine e dopo i 60 anni.

FATTORI PREDISPONENTI

I fattori predisponenti generali sono rappresentati, secondo alcuni autori, dall'alcolismo e dal diabete insulino-dipendente. Tuttavia, è più probabile che, più che l'alcolismo in senso stretto, sia la scarsa igiene personale e dell'abitazione, molto spesso associata all'alcolismo, a predisporre all'erisipela. In uno studio di Crickx et al., l'alcolismo era presente nel 33% dei pazienti e il diabete nel 15%. Recentemente è stata data importanza anche al clima caldo-umido.

Crickx et al. hanno individuato anche una serie di fattori predisponenti locali, come l'insufficienza venosa cronica (riscontrata nel 47% dei pazienti), le intertrigini micotiche degli spazi interdigitali dei piedi (26% dei casi), le ulcere post-traumatiche e da insufficienza venosa cronica (24 e 21%, rispettivamente), dermatiti concomitanti (16%) e il linfedema (4%). In particolare, negli ultimi anni, è stata data grande importanza alla tinea pedis, subclinica o asintomatica, come porta d'ingresso dei batteri, e quindi come fattore predisponente di importanza determinante.

Fino a oggi, è stato pubblicato un unico studio caso-controllo sui fattori di rischio per l'erisipela delle gambe. In base ai risultati di questo studio, il linfedema delle gambe è il fattore predisponente più importante, seguito dall'insufficienza venosa cronica, dall'obesità, dalle intertrigini micotiche degli spazi interdigitali dei piedi e dall'assunzione degli anti-infiammatori non steroidei.

EZIOLOGIA E PATOGENESI

L'erisipela è, storicamente, una malattia streptococcica. Lo streptococco β -emolitico di gruppo A è responsabile, a seconda degli studi, del 38-67% dei casi; seguono il gruppo G (23-25%), il gruppo B (2-9%), il gruppo C (5-7%) e il gruppo D ($\leq 1\%$). In uno studio francese pubblicato nel 1995, gli streptococchi erano risultati gli agenti eziologici nel 79% dei casi (*Streptococcus pyogenes* nel 67%) e *Staphylococcus aureus* nel 31%. Negli ultimissimi anni, i casi di erisipela causata da *Staphylococcus aureus* sembrano più frequenti. Attualmente, si stima che, nei Paesi occidentali, i ca-

RILASTIL[®]

INTENSIVE

ELASTICIZZANTE

Cute disidratata e anelastica
Trattamento estetico delle cicatrici cutanee
Crinoinvecchiamenti e avvizzimenti cutanei



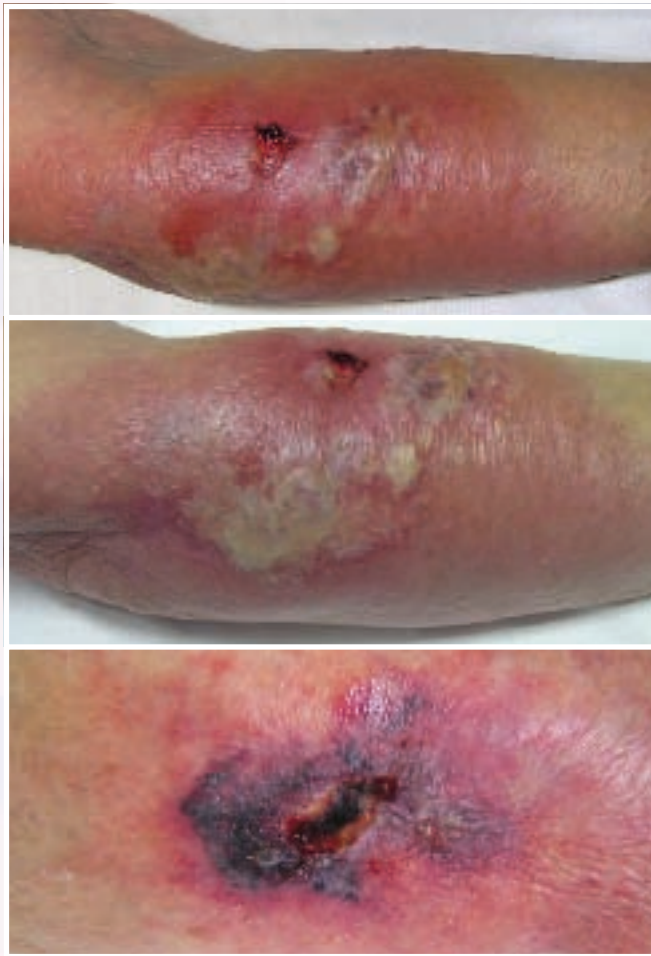
IN FARMACIA



ISTITUTO GANASSINI
di Ricerche Biomediche
QUALITÀ MAX & SERVO

si di erisipela causati dallo stafilococco, da solo o associato agli streptococchi, costituiscono almeno il 30%: gli stafilococchi sono quindi batteri emergenti nell'eziologia della malattia. Non sembra peraltro esistano differenze cliniche tra l'erisipela causata dagli streptococchi e quella dovuta agli stafilococchi.

In quasi il 20% dei casi, nonostante l'utilizzo di più metodiche diagnostiche, l'eziologia rimane sconosciuta. I batteri responsabili dell'erisipela sono solitamente saprofiti del condotto uditivo esterno (soprattutto *Pseudomonas* spp.), del faringe e delle tonsille (soprattutto gli streptococchi) e delle fosse nasali anteriori (soprattutto gli stafilococchi). Da queste sedi i batteri raggiungono con le mani la cute e vi penetrano attraverso soluzioni continue. Come riferito precedentemente, un'altra possibilità di contagio, ritenuta in questi ultimi anni di grande importanza nella patogenesi dell'erisipela degli arti inferiori, è la penetrazione dei germi attraverso le lesioni di intertrigini degli spazi interdigitali dei piedi. In questi ultimi casi, quindi, la penetrazione dei batteri è esogena, mentre nei casi precedenti è per autoinoculazione.



lore rosso acceso. I bordi sono caratteristicamente netti e regolari, "a scalino". La lesione tende rapidamente ad estendersi in senso centrifugo.

La consistenza è parenchimatosa-dura. Il paziente riferisce dolore. Nelle forme localizzate alle gambe si possono osservare lesioni purpuriche, vescicolo-bollose, pustolose, erosive. Meno frequente è lo sviluppo di vere e proprie ulcere: in questi casi si deve prendere in considerazione la possibilità di una fasciite necrotizzante.

Le sedi più colpite sono, nell'ordine, la gamba, la coscia e il volto; meno frequente è la localizzazione agli arti superiori e ai genitali; ancora più rara è la localizzazione al tronco.

Nel complesso, gli arti inferiori sono colpiti in oltre l'85% dei casi e il volto in circa il 10%.

L'erisipela può essere accompagnata da una linfangite; tuttavia, nella maggior parte dei casi, la linfangite non è clinicamente apprezzabile, in quanto sono coinvolti i linfatici profondi.

Anche l'interessamento dei linfonodi regionali, sotto forma di linfadenite, non è frequente.

CLINICA

L'erisipela è preceduta da una sintomatologia aspecifica, ma tipica, caratterizzata da astenia, febbre e brividi. La febbre è sempre presente, sebbene

possa essere di grado assai variabile e di durata altrettanto variabile.

La malattia è caratterizzata dalla comparsa acuta di una lesione eritematosa infiltrata, spesso di notevoli dimensioni, di co-

ESAMI DI LABORATORIO E STRUMENTALI

Le alterazioni di laboratorio sono aspecifiche. Solitamente si osservano leucocitosi con neutrofilia e aumento della velocità

viscontour
L'Acido ialuronico, per ridare idratazione, elasticità e tono

Viscontour®: la Stagione della Biovitalizzazione
L'Acido ialuronico naturale, la proposta integrata per la stimolazione naturale del derma!

Viscontour® Iniettabile Viscontour® Serum
Il binomio ideale a base di Acido ialuronico, per ridare idratazione, elasticità e tono alla pelle.

Produttore: **PROFI EVIDENZA** farmaceutica s.p.a. - viale dell'Industria, 10 - 00198 Roma

Distributore: **Mediata s.p.a.** viale dell'Industria, 10 - 00198 Roma

Finanziario: **Finanziario s.p.a.** viale dell'Industria, 10 - 00198 Roma

di eritrosedimentazione, della proteina C-reattiva e dell' α 1 glicoproteina acida. Si possono inoltre riscontrare iper- γ - globulinemia e aumento del titolo anti-streptolisinico o anti-stafilococchi, a seconda che gli agenti eziologici siano streptococchi o stafilococchi. Tuttavia, l'incremento di questi titoli non è frequente nè marcato.

In uno studio di Bernard et al., l'immunofluorescenza diretta era positiva nel 64% dei pazienti, l'agglutinazione su lattice nel 47%, la coltura del materiale ottenuto con l'agoaspirato nel 28%, l'incremento del titolo anti-streptolisinico nel 12% e l'emocoltura nel 5%. Risultati sovrapponibili sono stati ottenuti da altri autori.

La coltura del tampone cutaneo è sistematicamente negativa anche nelle forme localizzate alle gambe, che sono spesso caratterizzate da lesioni vescicolo-bollose, pustolose ed erosive: infatti, la localizzazione dei batteri è sempre profonda. La diagnosi di erisipela è, quindi, fondamentalmente clinica.

COMPLICANZE

Le complicanze non sono frequenti, soprattutto se una diagnosi corretta e precoce è seguita da una terapia antibiotica altrettanto precisa e rapida. Una terapia tardiva costituisce infatti la causa principale delle complicanze.

In quattro studi francesi, le complicanze erano comprese tra il 7 e il 14%.

La glomerulonefrite acuta rappresenta la complicanza sistemica più frequente (cir-



ca 1% dei casi). La sepsi e l'endocardite sono state osservate nello 0.2% dei casi. Tuttavia, è da sottolineare che la febbre che precede e/o accompagna l'erisipela non è altro che un marker clinico di sepsi: quest'ultima non può quindi essere considerata una vera complicanza dell'erisipela. Rarissima è la toxic-strep syndrome. L'ascesso costituisce la complicanza locale più frequente (6% dei pazienti): sarebbe più frequente nei pazienti con diabete insulino-dipendente e sarebbe causato soprattutto da stafilococchi resistenti alle penicilline; segue la gangrena superficiale o profonda (4%). Anche le tromboflebiti superficiali e profonde (2% dei pazienti), non sono in realtà una complicanza della malattia, bensì un fattore predisponente. La linfangite e la linfadenite regionale non sono comuni, osservandosi nel 2-3% dei pazienti. Molto più frequente è un linfed-

ma cronico (*elephantiasis nostra streptogenes*), dovuto a ripetute recidive di erisipela; è inizialmente monolaterale, ma col tempo diventa bilaterale. La cute appare ispessita, pachidermica, papillomatosa, con superficie tesa, rugosa e xerotica e consistenza dura. L'elefantiasi è talvolta di enormi dimensioni.

Frequente è lo sviluppo di ulcere con scarsa tendenza alla guarigione spontanea e, al contrario, notevole resistenza ai vari trattamenti.

La fasciite necrotizzante, considerata in passato come una possibile complicanza dell'erisipela, è ormai ritenuta come una malattia a se stante. L'erisipela è recidivante in 1/4 dei pazienti. La morte è un evento

ormai eccezionale.

DIAGNOSI

La diagnosi di erisipela è clinica e solitamente facile. I caratteri clinici più importanti per la diagnosi sono rappresentati dalle manifestazioni cutanee (singola lesione eritemato-infiltrativa a comparsa acuta e a rapida estensione centrifuga, con bordi netti e regolari, localizzata agli arti inferiori o al volto) e dalla febbre. Come riferito precedentemente, gli esami di laboratorio sono di scarso aiuto.

La malattia entra in diagnosi differenziale con altre malattie infettive o parassitarie (come la fasciite necrotizzante), malattie infiammatorie e allergiche (come la dermatite irritante/allergica da contatto, la fotodermatite tossica/allergica da contatto, l'edema di Quincke, la rosacea, le tromboflebi-

Partner del Dermatologo



Skin Smart Solution

La nostra Missione è quella di essere completamente dedicati alla dermatologia, creando valore aggiunto attraverso l'offerta di servizi, prodotti e informazioni agli Skin Care professionals.

www.difacooper.com

ti), malattie immuno-mediate (come il lupus eritematoso sistemico e la dermatomiosite).

TERAPIA

Terapia sistemica

Antibiotici. Numerosissimi sono gli studi clinici, controllati e non, relativi all'antibioticoterapia dell'erisipela. In generale, è consigliato l'utilizzo delle penicilline, come, per esempio, la penicillina G, per via intramuscolare o endovenosa, a dosaggio pieno e per almeno 10 giorni.

In alternativa si possono utilizzare i macrolidi, come la claritromicina per via orale (1 g/die per almeno 10 giorni), oppure l'associazione amoxicillina-acido clavulanico per via orale (2-3 g/die per almeno 10 giorni).

Anti-infiammatori non steroidei. Teoricamente, questi farmaci potrebbero essere utili per ridurre la flogosi e l'infiltrazione locale, favorendo quindi la penetrazione degli antibiotici, e il dolore. Tuttavia, in numerosi studi è stata ipotizzata un'associazione tra l'utilizzo di questi farmaci e la progressione di infezioni streptococciche, in particolare la fasciite necrotizzante. Sulla base di questi risultati, l'utilizzo degli anti-infiammatori non steroidei non è consigliato nella terapia dell'erisipela.

Anticoagulanti. Le eparine sono spesso utilizzate sia nella terapia sia nella prevenzione dell'erisipela localizzata agli arti inferiori, al fine di evitare le complicanze tromboemboliche, in particolare la trombosi venosa profonda. Tuttavia, un recente studio ha dimostrato che non esiste un'indicazione all'utilizzo delle eparine né

per la terapia né per la profilassi dell'erisipela.

Terapia topica

La terapia topica non è generalmente necessaria. Solamente nelle forme degli arti inferiori caratterizzate da vescicole, bolle, pustole, erosioni o ulcere, possono essere utili impacchi con permanganato di potassio (250 mg in 1.5-3 l d'acqua: 2-3 impacchi/die).

Profilassi

Numerosissimi sono gli antibiotici e gli schemi terapeutici proposti.

La penicillina benzatina per via intramuscolare ogni due settimane sembra essere il farmaco più efficace. Molto interessante è anche l'azitromicina, che può essere utilizzata secondo una terapia pulsata (500 mg/die per 3 giorni, seguiti da 4 giorni di sospensione, seguiti da 3 giorni di terapia, per due mesi).

BIBLIOGRAFIA

Bernard P, Bedane C, Mounier M, et al. Dermohypodermite bactériennes de l'adulte. Incidence et place de l'étiologie streptococcique. *Ann Dermatol Venereol* 1995; 122: 495.

Chartier C, Grosshans E. Erysipelas. *Int J Dermatol* 1990; 29: 459.

Chartier C, Grosshans E. Erysipelas: an update. *Int J Dermatol* 1996; 35: 779.

Crickx B, Chevron F, Sigal-Nahum M, et al. Érysipèle: données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques (111 observations). *Ann Dermatol Venereol* 1991; 118: 11.

Denis F, Martin C, Ploy MC. L'érysipèle: données

microbiologiques et pathogéniques. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 317.

Dupuy A. Épidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 312.

Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, et al. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *Br Med J* 1999; 318: 1591.

Granier F. Érysipèle: quelle prise en charge? *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 429.

Grosshans EM. The red face: erysipelas. *Clin Dermatol* 1993;11:307.

Grosshans E. Classification anatomo-clinique, terminologie. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 307.

Jaussaud R, Kaeppeler E, Strady C, et al. Existe-t-il une place pour le AINS/corticoïdes dans la prise en charge de l'érysipèle? *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 348.

Macario-Barrel A, Young P, Hautemanière A, et al. Influence des données météorologiques sur l'incidence des érysipèles. *Ann Dermatol Venereol* 2000; 127: 4S51.

Perrot JL, Perrot S, Laporte Simitsidis S. Existe-t-il une place pour les anticoagulants dans le traitement de l'érysipèle? *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 352.

Roujeau JC. Case-control study to evaluate the association between dermatophytosis of the foot and bacterial cellulitis of the leg. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16 (Suppl 1): 234.

Schmit JL. Enquête prospective. Érysipèle et cellulites nécrosantes: quelle prise en charge en milieu hospitalier? *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 334.

Veraldi S. Erysipela. *Scripta Medica* 2004; 7: 21.



Dalla Ricerca Dermocosmetica Eucerin: Hyaluron-Filler.
A base di Acido Ialuronico e Saponina di Soia, per riempire dall'interno anche le rughe più profonde.

Riempie le rughe con "precisione chirurgica".

Eucerin

IL PIONEIRO DELLA TERAPIA DERMATOLOGICA
LABORATOIRES L'ORÉAL

Mesoterapia.

Pinelli Silvia, Rossana Schianchi, Daniela Beretta

Istituto Dermatologico Europeo

Con il termine di "mesoterapia" s'intende un sistema per la somministrazione intradermica loco regionale di farmaci. Essa fu inventata da un medico francese, il dottor Michel Pistor nel 1952 e consiste nella somministrazione di un farmaco della farmacopea ufficiale nel derma di un'area topografica ben definita corrispondente alla proiezione cutanea di un organo o di una sua parte che è sede di processo patologico. L'iniezione viene eseguita nel derma per rallentare la diffusione del farmaco e per facilitarne l'interazione con i recettori locali.

Con questo metodo è possibile ottenere effetti terapeutici sicuramente superiori rispetto a quelli ottenibili con la somministrazione sistemica, utilizzando ad esempio un dosaggio molto inferiore a quello previsto per una terapia iniettiva intramuscolare. L'iniezione intradermica distrettuale potenzia l'effetto dei farmaci in quanto ha un meccanismo d'azione differente rispetto alla somministrazione sistemica: in pratica nella somministrazione sistemica affinché un farmaco possa esplicare la sua efficacia terapeutica, occorre che si raggiungano concentrazioni plasmatiche ottimali affinché esso pos-

sa raggiungere il sito d'azione a concentrazioni efficaci e quindi si leghi ai recettori tissutali sede della patologia. Nel caso della mesoterapia invece il farmaco diffonde lentamente in loco legandosi ai recettori dei tessuti sede di patologia senza per questo avere la necessità di raggiungere elevate concentrazioni plasmatiche. Con la mesoterapia si ottiene una prolungata persistenza nel punto di inoculazione, una lenta e progressiva diffusione nei tessuti circostanti, uno scarso passaggio del farmaco nella circolazione generale e quindi una riduzione dei dosaggi per ottenere l'effetto terapeutico. Inoltre noi sappiamo che la concentrazione recettoriale di una stessa dose di farmaco, somministrato per via sistemica, può subire delle modificazioni per cause diverse: ad esempio la costituzione genetica oppure l'età del paziente, infatti con l'avanzare degli anni si ha una riduzione delle funzioni metaboliche, ma ancora la ridotta efficienza di biotrasformazione epatica, oppure l'inefficienza dell'attività renale; a tutto ciò si aggiunge il fatto che in caso di politerapia è possibile un'interazione farmacologica non desiderata. L'intradermoterapia di-

strettuale utilizza invece piccole dosi di farmaci alle quali corrispondono rapidità ed efficacia terapeutica con assenza di effetti collaterali. Essa si dimostra particolarmente utile quando vi sono controindicazioni all'uso di farmaci per via sistemica.

Oltre alle patologie dell'apparato locomotore come le artrosi, buona indicazione trovano anche le affezioni osteoarticolari o muscolo tendinee di natura infiammatoria, degenerativa o metabolica e le lesioni traumatiche come ad esempio la piccola traumatologia dello sport. Altra importante indicazione è l'insufficienza venoso-linfatica; in campo dermatologico vengono trattati con successo cheloidi, cisti ed alopecia areata ed iperidrosi. Più di recente sono stati pubblicati lavori sul trattamento delle riniti e degli acufeni.

In medicina estetica la mesoterapia ha come maggiore indicazione il trattamento della pannicolopatia edemato-fibro-sclerotica (PEFS) e delle adiposità distrettuali (AD), e più recentemente l'invecchiamento cutaneo del volto. Lo strumento essenziale è ovviamente l'ago che normalmente è lungo 4 mm con un calibro di 27 o 30 G.

**HYPERKÉRATOSE
SÉBORRHÉE
ACNÉ**

URIAGE
EAU THERMALE

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE D'EAU THERMALE

Per la cura e l'igiene quotidiana della pelle a tendenza acneica

Hyasec Emulsione Istantanea Uriage 40 ml
Icherbante - Seboriducante - Proibattiva.
Emulsione O/A (15/15) ad-ans.
A base di Selenomi all'estratto d'Epilobio, Filofingosina.
Eau Thermale d'Uriage 100%

Hyasec Crema AHA Uriage 40 ml
Cheratolitica - Seboriducante - Legittiva.
Per pelle a tendenza acneica.
A base di AHA, selenomi all'estratto d'Epilobio,
Filofingosina e piracetone alamina.

Hyasec Gel detergente Uriage 150 ml
Syndet a detergenza per pelle grassa.
A base di piracetone alamina, estratto d'Epilobio e glicina.
Eau Thermale d'Uriage 100%

www.uriage.com

Aspetto istologico del tessuto adiposo: in condizioni normali (A) e dopo l'iniezione locale di fosfatidilcolina (B).

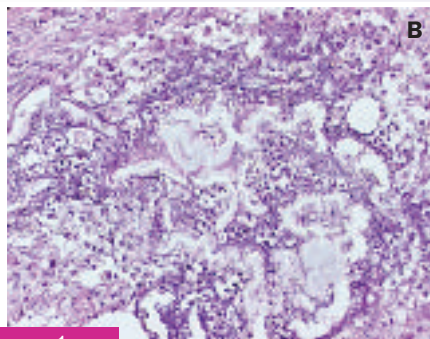
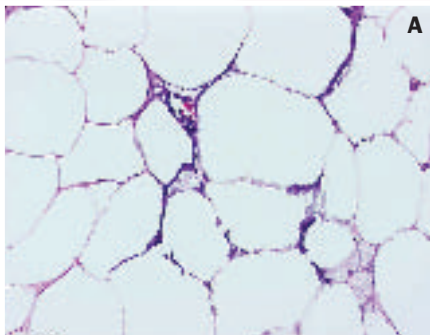


Figura 1

L'esecuzione di un'iniezione intradermica con ago da 4 mm di lunghezza è molto semplice: basta dare una giusta inclinazione all'ago secondo lo spessore cutaneo che varia a seconda delle diverse regioni corporee: dai pochi decimi di millimetro al livello della regione palpebrale, ad alcuni millimetri al livello di quella plantare. L'ago viene quindi inserito con una inclinazione variabile da 30°

a 45° sul piano cutaneo a seconda delle sedi corporee da trattare.

I farmaci dovrebbero essere somministrati a piccole dosi in quanto piccoli volumi sono poco dolorosi e alla concentrazione originale del farmaco l'interazione recettoriale è costante. La diluizione moderata del farmaco si esegue solamente quando si debbano trattare superfici cutanee molto estese. In passato si utilizzavano delle associazioni di farmaci, oggi invece la tendenza è quella di evitarle per non incorrere in interazioni medicamentose poco prevedibili e spesso dannose.

Per quanto riguarda la PEFS e le AD in mesoterapia vengono utilizzate sostanze attive nei confronti del tessuto adiposo, del tessuto connettivo e del microcircolo. Si possono utilizzare farmaci della farmacopea ufficiale o sostanze omeopatiche.

I farmaci della Farmacopea Ufficiale si dividono in lipolitici e vasoattivi.

Alcuni farmaci come la glucosamina solfato e l'aminofillina, sono utilizzati per indicazioni non descritte nella scheda tecnica, ma comunque correlabili al loro meccanismo d'azione. Nel caso il medico decidesse di servirsi di uno di questi medicinali, ha il dover di informare il paziente ed inoltre si assume ogni responsabilità per quanto riguarda l'eventuale comparsa di reazioni avverse.

Nella PEFS al 1° stadio sono indicati farmaci vasoattivi, capaci di modificare favorevolmente le alterazioni microcircolatorie. Tra questi i più noti sono l'associazione tra troxerutina e carbazocromo in cui la rutina svolge azione vasoattiva e il carbazocromo vasoprotettiva.

Il buflomedil, un vasodilatatore periferico

che si è dimostrato particolarmente attivo nella riduzione dell'edema ed infine la glucosamina solfato che, nonostante appartenga alla categoria degli antinfiammatori, trova indicazione nella insufficienza venolinfatica degli arti inferiori e nella PEFS al 1° stadio per le sue proprietà trofiche sull'endotelio dei vasi.

Negli stadi successivi della PEFS si sono rivelati utili nel limitare le conseguenze dell'insufficienza venolinfatica i glucosaminglicani (GAG), farmaci fibrinolitici ed antitrombotici.

Quando la PEFS si associa ad adiposità localizzata la mesoterapia si avvale di farmaci lipolitici per ridurre il volume degli adipociti. Il farmaco più usato è l'aminofillina, il cui principio attivo è la teofillina, un alcaloide derivato dalla xantina al pari della caffeina e della teobromina. La teofillina agisce inibendo la fosfodiesterasi con conseguente prolungamento dell'azione dell'AMP-ciclico che a sua volta attiva la lipasi intradipocitaria, l'enzima che provoca la scissione idrolitica dei trigliceridi intradipocitari in acidi grassi liberi (FFA) e glicerolo. Poiché gli FFA per essere catabolizzati all'interno dei mitocondri devono legarsi alla L-carnitina per superare la membrana mitocondriale, è utile associare alla somministrazione di aminofillina quella di L-carnitina per via intradermica o per bocca.

Per quanto riguarda le adiposità localizzate esse possono essere trattate con successo con un farmaco di recente introduzione: la fosfatidilcolina. Si tratta di un fosfolipide estratto dalla lecitina di soia normalmente presente in abbondanza nelle membrane cellulari che partecipa in maniera attiva alla formazione ed al trasporto tra



Mentor Medical Italia S.r.l.

Via Claudio, 7 - 20125 Milano - tel. 02-850776 |
mentor@mentaitalia.com - www.mentaitalia.com



le cellule. Il farmaco nasce all'origine per il trattamento delle placche ateromatose nelle malattie cardiache, delle ipercolesterolemie e delle embolie grasse. Il suo primo utilizzo a fini cosmetici è stato il trattamento locale degli xantelasmi alla fine degli anni '90 in Brasile come trattamento "off label", cioè fuori indicazione. Successivamente le indicazioni estetiche si sono estese al trattamento delle borse palpebrali, al grasso malare e sottomentoniero. Al livello del corpo il suo utilizzo è previsto per gli accumuli adiposi dell'addome, delle braccia, dei fianchi, dei trocanteri e per i piccoli residui da liposuzione.

Pur non essendo ancora stato approvato per questo uso, per mancanza di dati sulla sua sicurezza d'impiego, già vi sono lavori scientifici che ne attesterebbero sicurezza, efficacia e basso costo, purché utilizzato per piccole aree corporee.

Da un punto di vista istologico le iniezioni di fosfatidilcolina nei lobuli di grasso producono un infiltrato di linfociti ed in particolare di macrofagi: sembra che la riduzione del grasso sottocutaneo sia la conseguenza di una necrosi mediata da fattori infiammatori con conseguente riassorbimento (Figura 1).

Si ritiene comunque che siano necessari maggiori studi clinici e che la qualità dei risultati richieda valutazioni successive.

Il trattamento omeopatico o bio-mesoterapico della cellulite prevede l'uso di cocktail di farmaci miscelati in un'unica siringa e scelti in base alla caratteristica della cellulite presentata dal paziente.

I farmaci utilizzati servono per migliorare la funzionalità dell'apparato circolatorio, per migliorare il drenaggio del tessuto connettivo

e, in caso di necessità, per favorire la lipolisi e stimolare il rassodamento dei tessuti. Per quanto riguarda l'apparato circolatorio si utilizzano farmaci ad azione flebotonica a base di aesculus ippocastani o hamamelis capaci di agire soprattutto sul microcircolo con miglioramento del trofismo dei piccoli vasi e quindi della circolazione locale. Per il drenaggio del tessuto connettivo si utilizzano prevalentemente farmaci drenanti del sistema linfatico, con azione linfoga che agiscono rimuovendo gli ostacoli al deflusso linfatico, oppure farmaci con azione disintossicante che stimolano i sistemi enzimatici endocellulari; sono in pratica farmaci che migliorano la componente edematosa della cellulite.

Se necessario si possono inserire farmaci che aumentino i processi ossidativi cellulari o stimolino direttamente la lipolisi. Infine nella cellulite molle, quando cioè vi sia la necessità di rassodare, si possono utilizzare farmaci in grado di stimolare i fibroblasti e quindi di aumentare la produzione di collagene ed elastina.

Il protocollo prevede un ciclo di 10 sedute, le prime 5 settimanali, le altre quindicinali e poi una seduta mensile di mantenimento.

Nella mesoterapia omeopatica il cocktail può essere iniettato anche nei punti di agopuntura del meridiano milza-pancreas e del meridiano fegato.

BIBLIOGRAFIA

Maggiori S. *Manuale di Intradermoterapia Distrettuale*. EMSI, Roma, 2004.

Pistor M. *Les microinjections de la mesotherapie*. Maloine Editeur, Paris, 1971.

Maggiori S. *La biostimolazione cutanea*. Bollettino SIM anno 7, n.1, 2001.

Colitti M. *Aspetti biomolecolari in terapia intradermica*. Bollettino SIM anno 8, n.1, 2002.

Colonna S. *Il dolore nelle patologie dell'apparato locomotore*. InterScience Publishing Co LTD. London UK, 1999.

Curri S.B. *Adiposità localizzata e Pannicolopatia Edemato-Fibrosclerotica*. Ediz. SEPeM, Milano, 1990.

Allegra C, Bartolo M jr, Sarcinella R. *Valutazione degli effetti farmacologici di un medicamento omeopatico nei linfedemi primari tardivi degli arti inferiori mediante microinfografia e rilevazione dei radicali liberi*. Linfologia Speciale, 2001.

Bukoskyj M. *Teofillina, una sintesi*. Basi Raz Terapia 1988; 18: 691-695.

Landi A. *Il trattamento mesoterapico delle sindromi contrattuali post-distorsive cervicali*. Minerva Ortopedica e Traumatologica 1988, Volume 49.

Savastano M. *L'infiltrazione intradermica nel trattamento degli acufeni*. Bollettino SIM anno 5, n.1, 1999.

Peckitt N. *Evidence Based Practice. Phosphatidylcholine*. Jeremy Mills Publishing Limited, 2006.

Rittes P. *The use of phosphatidylcholine for correction of lower lid bulging due to prominent fat pads*. Dermatol Surg 2001; 27: 391-392.

Young V.L. *Lipostabil: the effect of phosphatidylcholine on subcutaneous fat*. Aesthet Surg J 2003; 23: 413-7.

Bates B. *"Fat dissolving" substance injects CCs of controversy*. Skin Allergy News 2003; 34: 1.

LIERAC
PARIS

Kit micro-abrasion lift

INDICAZIONI: PELLE SPENTA, GRANA IRREGOLARE, DISIDRATAZIONE, MICRO-RUGHE.

Trattamento ad uso domiciliare che associa la tecnica della micro-abrasione a base di cristalli di ossido di alluminio al 25% a un cocktail biorivitalizzante al 15%. Quindi un **esfoliante meccanico** che stimola ossigenazione e rinnovamento cellulare e un **rivitalizzante intensivo** a base di vitamine A, E, B5, B6, minerali, acido ialuronico.

Prezzo consigliato € 80,00

RISULTATI

75% > Pelle più tonica*
72% > Pelle rivitalizzata*
79% > Pori richiusi*

*Studio effettuato su 31 donne dai 30 anni in su. Tollerabilità dermatologicamente testata per una sicurezza ed una affidabilità totale.



1 seduta la settimana per 4 settimane

LABORATOIRES LIERAC INNOVAZIONE ESTETICA CORRETTIVA
ALÈS GROUPE ITALIA SPA • IN FARMACIA • Tel. 02.290.667.1 • E-mail: cvigilanza@alesgroupe.it • www.lierac.it