

JPD

JOURNAL of **PLASTIC** *and Pathology* DERMATOLOGY

Official Journal of ISPLAD

Indexed in EMBASE/SCOPUS - ISSN 2035-0686

EDITOR in CHIEF
Antonino Di Pietro

Use of intradermic injection of hybrid cooperative complexes of hyaluronic acid to counteract Skin Roughness and Laxity on the Back of the Hands

Adele Sparavigna, Franco Grimalizzi, Clara Cigni, Roberto Lualdi, Gilberto Bellia

Acral skin lesions during SARS-CoV-2 infection: a case series from a multicenter experience

Antonella Tammaro, Enza Gelormini, Camilla Chello, Ganiyat Adenike Ralitsa Adebajo, Sergio Ramirez-Estrada, Carmen Cantisani, Verdiana Zollo, Michele Pezza, Jordi Rello

Studio clinico-anatomico e per immagini delle labbra nel corretto posizionamento di acido ialuronico a fine di volumizzazione e reshaping

Giuseppe Colombo, Alessandro Garlaschi

Nuove opportunità terapeutiche nella cura di infezioni virali croniche cutanee da Papilloma virus

Elena Fiorentini, Sadek Nazar Mohey Shoukry

Guarire senza cicatrici - L'importanza di trattamenti preventivi e curativi con silconici di ultima generazione e antiinfiammatori per uso topico

L. Casula, F. Barbato, B. Brunetti, A. Caputo, F. De Natale, F. Hamerlink, E. Masturzo, E. Sammarco, A. Trischitta



Official Journal of ISPLAD
Visit JPD online
isplad.org

Powered by

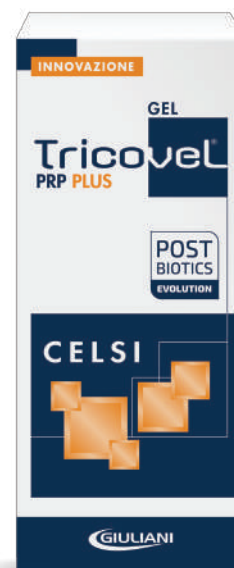


Tricovel[®]

PRP PLUS

L'ALTERNATIVA COSMETICA AL PRP AUTOLOGO

**NUOVA
FORMULA**





International-Italian Society of Plastic-Regenerative and Oncologic Dermatology



DERMOCOSM 2023

«La bellezza non può essere svincolata dalla salute. Perché un corpo sano è anche naturalmente più bello». È questo il concept che sottende un nuovo e originale evento che si svolgerà in occasione della Milano Beauty Week.

Si chiama DERMOCOSM 2023 ed è un congresso scientifico che si terrà dal 28 al 30 settembre 2023 a Milano, Palazzo Castiglioni in corso Venezia 47, ed ha come focus la pelle a 360°.

Ma qual è l'idea innovativa proposta da questo meeting che nasce in collaborazione con Cosmetica Italia ?

Sarà un congresso di Dermatologia anti-aging ad alto valore scientifico aperto non solo ai medici ma a tutti. Oggi molte informazioni vengono recepite online, ma nel mare magnum della rete si possono trovare fonti scorrette, fake che possono essere dannose per chi le segue. C'è bisogno di chiarezza e scientificità: ecco che DERMOCOSM 2023 offre a tutti e non solo agli addetti ai lavori, informazioni e aggiornamenti scientifici sulle cure anti-aging più nuove ed efficaci, notizie su innovativi dermocosmetici e principi attivi, i laser e altre apparecchiature tecnologiche di ultima generazione, i farmaci per la salute e il benessere della pelle.

Occorre raggiungere la consapevolezza che ad ogni età si può intervenire per aiutare la pelle a restare giovane.

Il messaggio che si vuole trasmettere con Dermocosm è che si può conservare quella giovinezza naturale che c'è in ogni età, rispettando la fisiologia e l'equilibrio naturale della cute. Per questo scopo si deve agire sulla rigenerazione delle cellule, migliorando la tonicità, l'elasticità, il turgore e l'idratazione. Il vero obiettivo è la bellezza naturale e autentica, diciamo basta ai volti deformi e senza espressioni !

Per conoscere il programma dettagliato del convegno:

www.dermocosm.com

Antonino Di Pietro
Founding president ISPLAD



28 – 29 – 30 Settembre 2023

**PALAZZO CASTIGLIONI
CORSO VENEZIA 47
MILANO**

I TOPICS

- Salute e benessere dei capelli e unghie
- Fattori di crescita e staminali da cellule adipose: tecniche di rigenerazione cutanea
 - Integratori: non solo vitamine
 - Dermobioma e suo ruolo nella fisiologia e nella patologia cutanea
- La barriera cutanea nelle patologie: psoriasi, dermatite atopica, cheratosi attinica
 - Dal neo in movimento al melanoma: dalla diagnosi alle nuove terapie
 - Nuove allergie e nuovi allergeni cutanei
 - Acne, rosacea, dermatite seborroica: news
 - Fotoprotezione: le novità
 - Alta tecnologia per la pelle: laser, luce pulsata, radiofrequenza
- Filler e rigeneranti cellulari: nuovo obiettivo anti-aging è “Armonia e Naturalità”
 - Cellulite e adiposità localizzate: le nuove strategie
 - Il Proteoma: una nova chiave per la ricerca anti-aging

LE TAVOLE ROTONDE

- Le Farmacie si schierano per la bellezza sana: Quali strategie?
- L'estetista e il suo ruolo importante per il benessere cutaneo
- La ricerca cosmetologica e le nuove armi per frenare l'invecchiamento cutaneo: il ruolo fondamentale delle Aziende Dermocosmetiche
- La bellezza sui social: dalle bufale alla informazione corretta, passando attraverso la pubblicità nascosta. Il ruolo delle Farmainfluencer

Per tutte le informazioni sul convegno

www.dermocosm.com

JPD

JOURNAL of
PLASTIC and Pathology
DERMATOLOGY

EDITOR IN CHIEF

Antonino Di Pietro

ASSOCIATE EDITORS

Mariuccia Bucci, Arrigo F. G. Cicero, Ornella De Pità,
Andrea Fratter, Alessandro Martella, Alessandro Miani,
Ruben Oddenino, Antonino Trischitta

BOARD

Fabio Ayala, Valerio Cirfera, Giulio Ferranti, Marco Klinger,
Sandro Lorenzi, Alda Malasoma, Giuseppe Micali, Andrea
Paro Vidolin, Elisabetta Perosino, Michele Pezza, Paolo
Pigatto, Bianca Maria Piraccini, Corinna Rigoni, Fabio
Rinaldi, Marina Romagnoli, Giuseppe Scarcella, Mario
Tomassini, Antonella Tosti, Stefano Veraldi,
Lucia Villa

MANAGING EDITOR

Antonio Di Maio



DIRETTORE RESPONSABILE
Antonino Di Pietro

ADVERTISING
GLM Media s.n.c.

DIGITAL
Be Wide s.r.l.

Total or partial reproduction by any medium of articles, illustrations and pictures is prohibited unless expressly authorised in writing by the Publisher. The Publisher does not respond to the opinion expressed by the Authors of the articles.

Pursuant to law 675/96 it is possible at any time to oppose the sending of the magazine by communicating its decision in writing to:
Fiderm S.r.l. - Via Plinio, 1 - 20129 Milan - Italy

CONTENTS

- pag. 53** Use of intradermic injection of hybrid cooperative complexes of hyaluronic acid to counteract Skin Roughness and Laxity on the Back of the Hands
Adele Sparavigna, Franco Grimalizzi, Clara Cigni, Roberto Lualdi, Gilberto Bellia
- pag. 61** Acral skin lesions during SARS-CoV-2 infection: a case series from a multicenter experience
Antonella Tammaro, Enza Gelormini, Camilla Chello, Ganiyat Adenike Ralitsa Adebajo, Sergio Ramirez-Estrada, Carmen Cantisani, Verdiana Zollo, Michele Pezza, Jordi Rello
- pag. 67** Studio clinico-anatomico e per immagini delle labbra nel corretto posizionamento di acido ialuronico a fine di volumizzazione e reshaping
Giuseppe Colombo, Alessandro Garlaschi
- pag. 73** Nuove opportunità terapeutiche nella cura di infezioni virali croniche cutanee da Papilloma virus
Elena Fiorentini, Sadek Nazar Mohey Shoukry
- pag. 77** Guarire senza cicatrici - L'importanza di trattamenti preventivi e curativi con siliconici di ultima generazione e antiinfiammatori per uso topico
L. Casula, F. Barbato, B. Brunetti, A. Caputo, F. De Natale, F. Hamerlinck, E. Masturzo, E. Sammarco, A. Trischitta



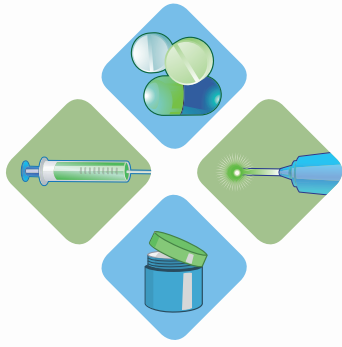
Official Journal of ISPLAD
Visit JPD online
isplad.org



Registered with the Milan Court n. 102 of 14/02/2005
Fiderm S.r.l. - Via Plinio, 1 - 20129 Milan - Italy

Annual subscription (4 issues) Euro 60,00 shipping costs excluded
For informations write to: jpd@fiderm.it

Printed by: Ancora Arti Grafiche - Via B. Crespi, 30, 20159 Milano (MI)



DERMOCOSM

VITA CUTIS

Bellezza è salute.

E la salute è una questione di pelle.

Il primo Convegno Medico-Scientifico
OPEN ACCESS

Presidente

Prof. Antonino Di Pietro

Direzione scientifica

Prof. Antonino Di Pietro

Prof.ssa Ornella De Pità



**28-30
SETTEMBRE
2023**

PALAZZO CASTIGLIONI
Corso Venezia, 47 - Milano

DERMOCOSM è un evento
all'interno dell'iniziativa



Con il patrocinio di



In collaborazione con



www.dermocosm.com

**EVENTO APERTO AL PUBBLICO
INGRESSO LIBERO GRATUITO**

Use of intradermic injection of hybrid cooperative complexes of hyaluronic acid to counteract Skin Roughness and Laxity on the Back of the Hands



Adele Sparavigna

Adele Sparavigna¹, Franco Grimolizzi², Clara Cigni², Roberto Lualdi¹, Gilberto Bellia²

ABSTRACT

Background

The demand for treatments aimed at rejuvenating ageing hands is on the rise. This study aimed to assess the effectiveness and tolerance of Prophilo Body[®], a combination of high- and low-molecular-weight hyaluronic acid, when used on the hand dorsum.

Methods

In this monocentric, open-label, not-controlled, exploratory study, the medical device was administered into the hand dorsum over a 4-month period. Using a single entry point, a fanning technique with 5 passages was implemented (0.3 mL per passage) at baseline (T0) and at the second visit 4 weeks later. At the final visit (4 months after the baseline visit), no treatment was administered but clinical and instrumental assessments were repeated.

Results

Fifty-one patients (38–65 years) were enrolled. Five patients dropped out due to reasons unrelated to the study. Statistically significant ($P < 0.05$) improvements were observed for skin laxity, resistance to pinching, roughness, wrinkle maximum depth and plastoelasticity. Although nearly all patients (88%) experienced light bruising at the injection site which faded within 5–7 days, no serious adverse events were reported. Both the investigator and 100% of patients deemed the tolerance to be either good or excellent.

Conclusions

Treatment with Prophilo Body[®] resulted in subjective and objective improvements in hand dorsum parameters. The tolerability and safety profiles were judged to be either good or excellent. These findings support the use of Prophilo Body[®], confirms its efficacy for the skin laxity treatment and represents a viable option for hand rejuvenation.

KEYWORDS

hyaluronic acid, hybrid cooperative complexes, skin laxity, hand dorsum

INTRODUCTION

Despite significant progress in facial cosmetic treatments, the revitalization of hands has received minimal attention.¹ Patients seeking cosmetic enhancements often observe the noticeable contrast between their rejuvenated faces and the aged appearance of their hands, leading to an increasing demand for procedures that rejuvenate the hands.²

Body skin laxity also affects hands and refers to the loss of firmness, elasticity, and tightness of the skin on various areas of the body.^{3,4,5} It is a common consequence of ageing but can also be influenced by external factors such as sun exposure, chemical exposure, and smoking, impacting the epidermal and dermal layers.^{3,4,5}

¹ DERMING S.r.l., Clinical Research and Bioengineering Institute, Milano, Italy.

² IBSA Farmaceutici Italia, Lodi, Italy

This can manifest as certain conditions such as actinic keratosis (a pre-malignant condition) and solar lentigines.⁶ Intrinsic ageing affects the deeper soft tissues, resulting in diminished skin elasticity, decreased volume of soft tissues (dermal and fat atrophy), and reduced dermal vascularity.⁵ Common signs of intrinsic ageing include the presence of wrinkles, translucent and lax skin, thinning skin, and the prominence of veins, joints, and tendons.⁵ One of the key mechanisms of skin ageing involves a decline in skin elasticity and firmness, primarily caused by reduced activity of fibroblasts.⁷ This diminished activity leads to a decrease in the production of dermal extracellular matrix components and hyaluronic acid (HA).⁶ HA is a polysaccharide that plays a crucial role in preserving adequate tissue hydration and creating optimal conditions for the growth and multiplication of dermal cells.⁸ L-HA stimulates the proliferation of fibroblasts and keratinocytes by binding to specific receptors, providing nourishment and deep hydration to ageing skin.^{9,10} Conversely, H-HA acts as a dermal scaffold due to its ability to bind water molecules and interact with collagen and proteoglycans.^{9,10} Profhilo Body® (manufactured and distributed by IBSA Farmaceutici Italia Srl, Lodi, Italy) combines high- and low-molecular-weight HA (H-HA and L-HA)¹¹. The inclusion of both H-HA and L-HA in a single injection solution allows for the supplementation of endogenous HA levels with well-balanced concentrations of stabilized HA hybrid complexes.¹² The HA used in this product is a highly purified sodium salt obtained through a patented thermal technology called NAHYCO® which involves stable hybrid cooperative complexes of H-HA and L-HA, without any chemical modifications.¹¹ The concentration of HA in the solution is 3.2%, with 48 mg each of H-HA and L-HA, in a buffered sodium chloride physiologic solution of 3 mL.¹¹ Importantly, Profhilo Body® is the first injectable treatment with the specific indication for use to counteract body skin laxity. In this regard, several studies already reported the efficacy of the medical device to counteract skin laxity and roughness in inner arm, abdomen and knees.¹³ However, further studies are needed to evaluate the efficacy and tolerability of this medical device for other body areas.

The aim of the following study was to investigate the aesthetic performance and tolerance of the medical device when used on the back of the hand (dorsum).

Materials and Methods

The injectable medical device evaluated in this study, is based on NAHYCO® technology and produced following the procedure described in patent application WO2011EP65633. Each non-pyrogenic prefilled syringe contained 3 mL of 3.2% HA for intradermal use (48 mg of H-HA and 48 mg of L-HA) dissolved in 3 ml of saline-buffered sodium chloride. This product is distributed by IBSA Farmaceutici Italia Srl.

Study design & patient selection

This monocentric, open-label, not-controlled, exploratory study was designed to evaluate the performance and tolerability of Profhilo Body® (3 mL) treatment in the back of the hands (dorsum) over a 4-month period. The study centre was the Derming srl, a single-member company, Clinical Research and Bioengineering Institute, Milan, Italy.

Patients aged 18–65 years who: requested hand rejuvenation; could return to the study site for post-procedural examinations; and agreed not to change their daily habits or expose their hands to strong UV irradiation during the study, were eligible to participate. Patients were excluded if they were: pregnant; lactating; smokers; or alcohol or drug abusers. Patients with certain systemic diseases, such as diabetes, cancer, endocrine disorders and renal disorders, were also excluded from the study.

Ethical and regulatory aspects

A final version of the study protocol and appendices was submitted to the Local Ethic Committee at Derming srl; in March 2022 the study was approved. This study was performed in agreement with the Declaration of Helsinki. Before the screening, all patients gave written informed consent.

Injection technique

The medical device is provided in prefilled syringes of 3 mL. 1.5 mL was administered into each hand using a blunt tip 22Gx50mm microcannula. Using a single-entry point, a fanning technique with 5 passages was implemented, injecting 0.3 mL per passage (**Figure 1**). Treatment was performed at baseline (T0) and at the second visit (T1), 4 weeks later.

Assessment

At the baseline visit, following a detailed explanation of the study procedures, patients provided their informed, written consent. Patients were then checked for inclusion and exclusion criteria, and, if eligible, enrolled in the study. The investigator clinically evaluated the roughness and laxity of the patient's hand, rating the subjects from grade 1 (no skin laxity) to grade 5 (severe skin laxity), as reported in **Table 1**. Moreover, photographs of the hand dorsum were also taken, using standardised methods to ensure comparability. For resistance to pinching, the clinician-rated patients from 1 (firm) to 5 (loose/easy to pinch).

Non-invasive instrumental evaluations assessing skin profilometry (Primos GF Messtechnik), skin plastoelasticity (Dermal Torque Meter) and water content (dielectric constant of skin and subcutaneous fat measured using the MoistureMeterD) were also performed. Once the clinical and instrumental evaluations were complete, the first injection treatment was administered.

Figure 1

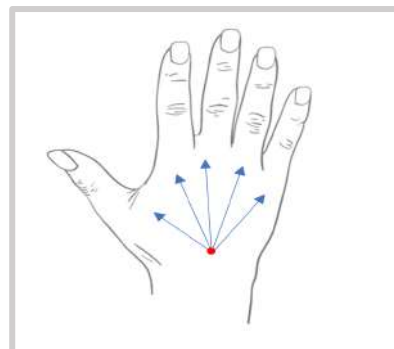


Figure 1. Injection method
Fanning technique with single entry point, 5 passages with a microcannula (22Gx50mm), 0.3 ml per passage, 1,5 ml for each hand

Patients returned for the second visit 1 month later. Clinical and instrumental assessments were repeated. A second injection treatment was then administered.

After a further 3 months (4 months after T0), patients returned for their final visit (T2). No treatment was administered but clinical and instrumental assessments were repeated for a final time. This included a self-assessment questionnaire where patients were asked to rate any improvement in skin roughness and laxity (score: very marked; marked; medium; light; absent) and treatment tolerability (score: bad; poor; good; excellent).

The assessment of safety was based on the frequency of adverse events and the evaluation of local tolerability. Adverse events were defined in the protocol according to Good Clinical Practice and treated accordingly.

Table 1

Grade	Classification	Description
1	Absent	No skin laxity or roughness; No visible veins or tendons.
2	Minimal	Minimal skin laxity; Minimal soft tissue loss; Slightly visible veins.
3	Moderate	Moderate skin laxity; Visible skin roughness; Moderate soft tissue loss; Visible veins.
4	Moderately Severe	Moderately severe skin laxity and skin roughness; Moderately severe soft tissue loss; Visible veins and tendons.
5	Severe	Severe skin laxity and roughness; Severe soft tissue loss; Extremely visible veins and tendons.

Table 1. Hands skin laxity clinical score evaluated by investigator.

Statistical methodology

The population to be analysed were all patients who completed the study according to the protocol. The statistical analysis of clinical data was carried out with a Friedman test followed by, when there was a statistically significant result, a Holm-Sidak Adjusted test. Instrumental data were analysed using a non-parametric test (Friedman test), when the normality hypothesis was rejected by the Shapiro-Wilk normality test (threshold at 5%) or a parametric test (Anova test for repeated measures), when the normality hypothesis was confirmed, followed by, when there was a statistically significant result, a Holm-Sidak Adjusted test.

Results

A total of 51 patients, aged between 38–65 years, were enrolled in the study. Both male and female patients were enrolled, all of whom were Caucasian. Five patients dropped out due to reasons unrelated to the study: 3 before T1 and 2 before T2. These patients were not included in the analyses. No major protocol deviations were observed and there were no missing data.

Efficacy results

Clinical assessments

Statistically significant ($P < 0.05$) improvements were observed for skin laxity and resistance to pinching when compared to baseline. Clinical evaluations (**Figure 2**) showed a significant improvement of skin laxity ($P < 0.05$) at T2 (4 months after beginning of the treatment).

Fig. 2

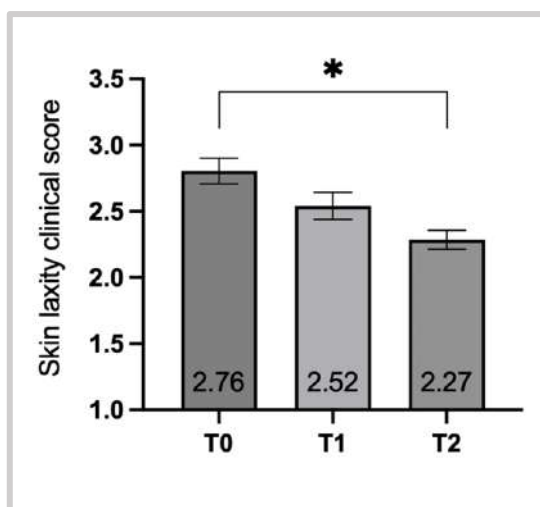


Figure 2. Skin laxity clinical score at baseline visit (T0), 1 and 4 months after first treatment (T1 and T2, respectively). From 1 (no skin laxity) to 5 (worst skin laxity); *P-value < 0.05.

Although not statistically significant, a positive trend can also be assessed at T1 (1 month after beginning of the treatment and before second injection). In contrast, a statistically significant reduction in clinical score was observed between baseline and T1 for resistance to pinching (**Figure 3**).

Fig. 3

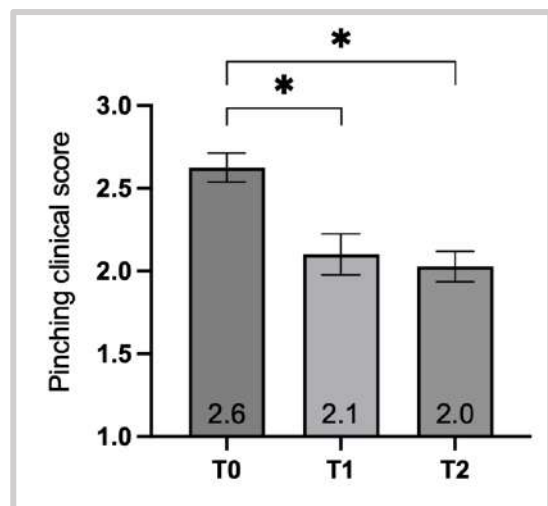


Figure 3. Pinching clinical score at baseline visit (T0), 1 and 4 months after first treatment (T1 and T2, respectively). From 1 (best result) to 5 (worst result); *P-value < 0.05

The average clinical score for resistance to pinching was 2.6 at baseline. By T1, this score had reduced by 0.5 points to 2.1 ($P < 0.05$). By T2, this score had dropped by a further 0.1 to 2.0 (0.6 total vs baseline; $P < 0.05$).

Figure 4 shows a patient’s hand dorsum before and after treatment and has been included as a real-life example of the observed improvements.

Fig. 4

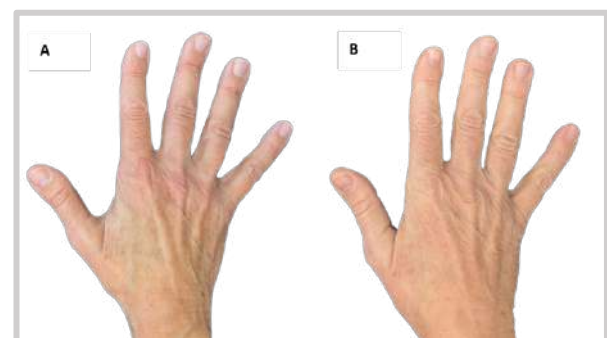


Figure 4. Real life example of patient hand dorsum (A) before treatment (T0) and (B) 4 months after first treatment (T2).

Non-invasive instrumental assessments

Image analysis of the dorsum found a statistically significant reduction ($P < 0.05$) in average roughness from baseline to T2 of $17\mu\text{m}$ (13%) overall (Figure 5a). A significant reduction ($P < 0.05$) in wrinkle maximum depth of $31\mu\text{m}$ (12.2%) was observed between baseline and T1 (Figure 5b).

Principal skin plastoelasticity parameters Ue (immediate extensibility), Uv (viscoelasticity) and Ur (immediate elastic recovery) were significantly improved ($P < 0.05$) at T2 compared to baseline. Although a numerical improvement was observed, Uf (finale extensibility) did not reach statistical significance (Figure 6).

Fig. 5

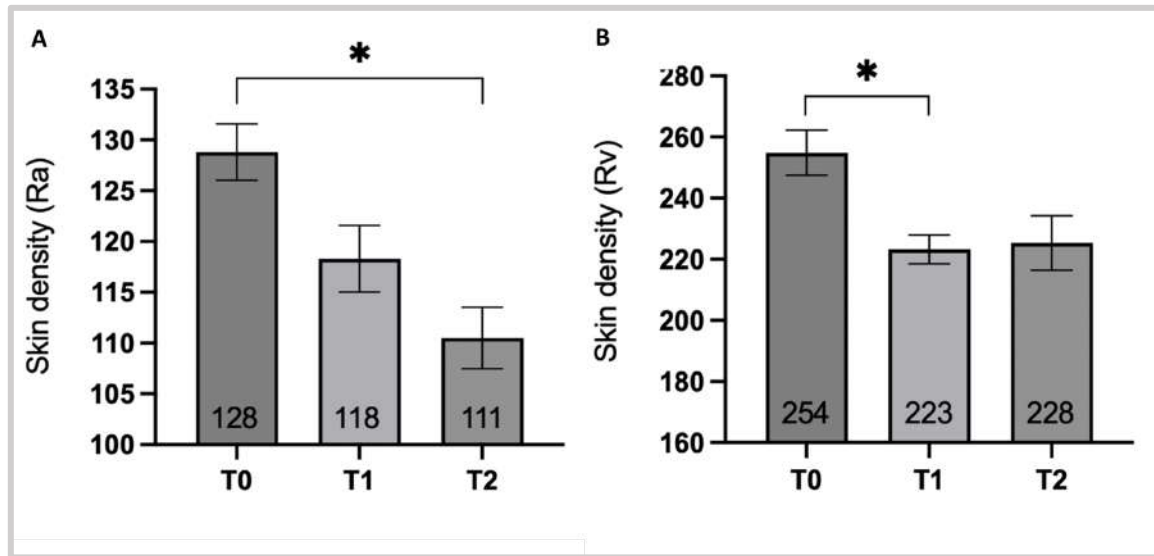


Figure 5. Skin density at baseline visit (T0), 1 and 4 months after first treatment (T1 and T2, respectively). A) Ra – average roughness B) Rv – maximum depth; *P-value < 0.05

Fig. 6

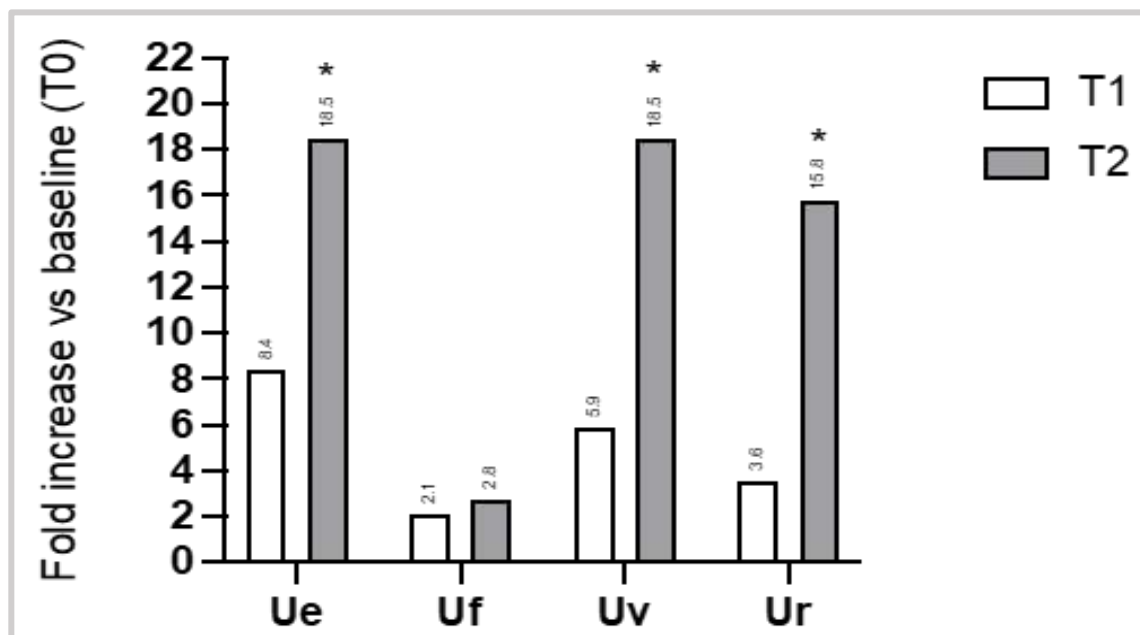


Figure 6. Skin plastoelasticity. Results were calculated as fold increase vs baseline 1 and 4 months after first treatment (T1 and T2, respectively) Fold increase vs baseline (T0); *P-value < 0.05

Ue Immediate extensibility (torque on at 0.2") Uf Finale extensibility (torque on at 9")
 Uv Viscoelasticity Ur Immediate elastic recovery (torque off at 0.2")

Patient assessment

Overall, patients provided positive feedback regarding the treatment's effectiveness, anti-wrinkle properties, and the transparency of their skin at the end of treatment.

Safety

Following the initial and/or subsequent treatment, nearly all patients (88%) reported experiencing light bruises at the injection sites on at least one occasion. However, these bruises completely faded within a span of 5–7 days. These reactions are anticipated outcomes attributable to the injection process and the presence of "non-specific skin reactivity" in individuals without known allergies or cosmetic sensitivities. Consequently, the investigator and 100% of patients deemed the tolerance either good or excellent. No patients experienced any adverse events.

Discussion

Rejuvenation of the hand dorsum has gained significant attention in recent years as patients seek comprehensive aesthetic treatments beyond facial rejuvenation.

In this study, the use of Profhilo Body® resulted in statistically significant ($P < 0.05$) improvements in skin laxity, resistance to pinching, roughness, wrinkle depth, immediate extensibility, viscoelasticity and immediate elastic recovery in the hand dorsum. Numerical improvements were also observed for final extensibility. Improvements in all clinical and instrumental assessments were observed at T1, 1 month after the first treatment. These findings improved further at T2, 4 months after the initial treatment and 3 months after the second treatment. These results highlight the rapid and enduring nature of improvements achieved with Profhilo Body®. Overall, the results from this study support the use of the studied medical device as an effective method of hand dorsum rejuvenation.

Both the patients and investigators reported good/excellent treatment tolerability. Unlike other studies where HA products were used on the back of the hand, which reported adverse events, no adverse events were reported after treatment with Profhilo Body®.¹⁴

These findings highlight the tolerability of both the

study protocol and the product itself when applied to the hand dorsum. However, it's worth noting that nearly all patients experienced light bruising at the injection site on at least one occasion. Bruising was short-lived and faded within 5–7 days. Bruising is common following any dermal filler injection and the incidence of bruising ranges between 19–68%.¹⁵ In this study, the investigators intended to reduce the risk of bruising by implementing a fanning injection technique. This technique is commonly believed to reduce the risk of bruising as there is only one entry point and the entry point is typically the site where bruises will form; however, some reports suggest that the fanning technique is actually more likely to result in bruising.¹⁶ More research directly comparing injection techniques in this setting is needed in order to come to a definitive conclusion. Moreover, when examining the occurrence of bruising after dermal filler injections, research primarily focuses on facial treatments rather than those performed on the hands.¹⁶ The thickness of the skin at the injection site contributes to the likelihood of bruising following treatment, with thinner skin being more prone to bruising.^{16,17}

This highlights the importance of comparing bruising rates within the same body location, where factors like skin thickness are more comparable. Despite those evidence and the occurrence of light bruising in the hand dorsum of the treated patients during the study, it is worth noting that these expected events disappeared within only 5–7 days. Moreover, all the patients considered these events as negligible and therefore reported the tolerability of the treatment as good or excellent.

The primary constraint of the study was the absence of a controlled trial design. However, this limitation was mitigated by the inclusion of objective instrumental efficacy outcome measures and the consistent findings observed across all assessments.

To summarise, the use of Profhilo Body® for hand dorsum rejuvenation resulted in significant improvements in various skin parameters, supporting its effectiveness. Although light bruising was a common side effect of injection, no adverse events were reported, indicating good tolerability of the medical device. Despite the absence of a controlled trial design, the study's consistent findings and objective measurements added strength to its results.

REFERENCES

1. Sylvia P B Ramirez, Gunther Scherz, and Helen Smith. Characteristics of Patients Seeking and Proceeding with Non-Surgical Facial Aesthetic Procedures. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021;14:197-207. doi:10.2147/CCID.S296970
2. Don Hoang MD, Matthew I. Orgel BA and David A. Kulber MD. Hand Rejuvenation: A Comprehensive Review of Fat Grafting. *J Hand Surg*. 2016;41(5):639-644.
3. Andrea Vierkötter and Jean Krutmann. Environmental influences on skin aging and ethnic-specific manifestations. *Dermatoendocrinol*. 2012;4(3):227-231.
4. Neil Sadick. Tissue Tightening Technologies: Fact or Fiction. *Aesthet Surg J*. 2008;28(2):180-188.
5. Shoubing Zhang and Enkui Duan. Fighting against Skin Aging. *Cell Transpl*. 2018;27(5):729-738.
6. Fragkiski Tsatsou, Myrto Trakatelli, Aikaterini Patsatsi, Konstantinos Kalokasidis, and Dimitrios Sotiriadis. Extrinsic aging. *Dermatoendocrinol*. 2012;4(3):285-297. doi:10.4161/derm.22519
7. Jung-Won Shin, Soon-Hyo Kwon, Ji-Young Choi, Jung-Im Na, Chang-Hun Huh, Hye-Ryung Choi, and Kyung-Chan Park. Molecular Mechanisms of Dermal Aging and Antiaging Approaches. *Int J Mol Sci*. 2019;20(9):2126.
8. Kevin T. Dicker, Lisa A. Gurski, Swati Pradhan-Bhatt, Robert L. Witt, Mary C. Farach-Carson, and Xinqiao Jia. Hyaluronan: A Simple Polysaccharide with Diverse Biological Functions. *Acta Biomater*. 2013;10(4):1558-1570.
9. Eleni Papakonstantinou, Michael Roth and George Karakiulakis. Hyaluronic acid: A key molecule in skin aging. *Dermatoendocrinol*. 2012;4(3):253-258.
10. Antonella D'Agostino, Antonietta Stellavato, Teresa Busico, Agata Papa, Virginia Tirino, Gianpaolo Papaccio, Annalisa La Gatta, Mario De Rosa & Chiara Schiraldi. In vitro analysis of the effects on wound healing of high- and low-molecular weight chains of hyaluronan and their hybrid H-HA/L-HA complexes. *BMC Cell Biol*. 2015;16:19. doi:10.1186/s12860-015-0064-6
11. Adele Sparavigna and Beatrice Tenconi. Efficacy and tolerance of an injectable medical device containing stable hybrid cooperative complexes of high- and low-molecular-weight hyaluronic acid: a monocentric 16 weeks open-label evaluation. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016;9:297-305.
12. Daniel Cassuto, Gilberto Bellia, and Chiara Schiraldi. An Overview of Soft Tissue Fillers for Cosmetic Dermatology: From Filling to Regenerative Medicine. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021;14:1857-1866.
13. Adele Sparavigna, Danilo Musella, Marco Cicerone, Andrea M. Giori and Gilberto Bellia. hybrid cooperative complexes of high and low molecular weight hyaluronans (96 mg/3 ml) for the treatment of skin laxity of the inner arm and abdomen. *Gazzetta Medica Ital - Arch Sci Mediche*. 2022;181(7-8):487-495.
14. Ulrich Kühne and Matthias Imhof. Treatment of the Ageing Hand with Dermal Fillers. *J Cutan Aesthet Surg*. 2012;5(3):163-169.
15. Glogau, Richard G. and Kane, Michael A. C. Effect of Injection Techniques on the Rate of Local Adverse Events in Patients Implanted with Nonanimal Hyaluronic Acid Gel Dermal Fillers. *Dermatol Surg*. 2008;34:s105-s109.
16. Martin King. The Management of Bruising following Nonsurgical Cosmetic Treatment. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2017;10(2):E1-E4.
17. Jane Sandby-Møller, Thomas Poulsen and Hans Christian Wulf. Epidermal thickness at different body sites: relationship to age, gender, pigmentation, blood content, skin type and smoking habits. *Acta Derm Venereol*. 2003;83(6):410-413.



Evento accreditato ECM

*COORDINATORI:
Giovanni Pellacani
Concetta Potenza
Severino Persechino*



CERTAMEN DI DERMATOLOGIA

Ti aspettiamo alla **SECONDA EDIZIONE** del
CERTAMEN DI DERMATOLOGIA
dal 5 al 7 Ottobre **2023**

ROMA 2023



Segreteria Organizzativa

www.meeter.it | meeter@meeter.it

Acral skin lesions during SARS-CoV-2 infection: a case series from a multicenter experience



Antonella Tammaro

Antonella Tammaro¹, Enza Gelormini¹, Camilla Chello¹, Ganiyat Adenike Ralitsa Adebajo¹, Sergio Ramirez-Estrada², Carmen Cantisani¹, Verdiana Zollo⁷, Michele Pezza³, Jordi Rello^{4,5,6}

SUMMARY

Acral skin manifestations, also known vasculitic-like, have been reported in an increasing number of patients who have been infected by the novel coronavirus SARS-CoV-2.

This paper offers additional clinical proof that cutaneous acral lesions and COVID-19 are related. Furthermore, our data imply a link between COVID-19 clinical development and the temporal evolution of cutaneous symptoms.

KEYWORDS

acral skin lesions, COVID-19, SARS-CoV-2

INTRODUCTION

Acral skin manifestations, also known vasculitic-like, have been reported in an increasing number of patients who have been infected by the novel coronavirus SARS-CoV-2(1)(2).

They appear as blisters or red, violet papulomacular lesions and are accompanied by joint pain, burning, and itching. Additionally, they frequently occur in conjunction with ischemia and cyanosis.

Acral skin lesions linked to COVID-19 have been reported in both young and old people, albeit their onset times vary between the two. In fact, it has been noted that younger patients might have

acral skin lesions without having significant systemic or pulmonary problems.

However, older COVID-19 patients often experience severe sickness symptoms when these cutaneous symptoms appear. (3) (4).

We analyzed the clinical data of 115 patients with SARS-CoV-2 infection in Rome (Italy), Benevento (Italy), Madrid (Spain) and Barcelona (Spain) between March 2020 and October 2021 and we selected 7 patients (6%) who presented with acral lesions after the infection by the novel coronavirus.

¹ Dermatology Department, Sapienza University of Rome, Rome, Italy

² Intensive Care Unit, Clinica Corachan, Barcelona, Spain

³ Casa di Cura San Francesco Telesse Terme, Benevento, Italy

⁴ Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain

⁵ Vall d'Hebron Institute of Research, Barcelona, Spain

⁶ CHRU Nîmes, Nîmes, France

⁷ ASL Benevento, Italy



Figure 1

Acral skin lesions in COVID-19 patients

(a) Chilblain-like lesions in a 40-year-old patient with COVID-19.

(b) Purpuric acral lesions on the toes of a 43-year-old COVID-19 patient.

(c) Bullous lesion with sero-hematic content at the pre-tibial area of the left leg.

Case 1

A 40-year-old male patient with SARS-CoV-2 infection was hospitalized because of fever (39°C), cough, diarrhea and ageusia. On admission he presented the following vital parameters: heart rate (HR) 98 bpm, oxyhemoglobin saturation 89% and respiratory rate (RR) 28 acts/minute.

During the stay, the patient developed sores on the first toe of the left foot that resembled chilblains (Figure 1a).

Laboratory tests showed hypoxemia, leukopenia, high acute phase protein values and elevated ferritin, D-dimer, fibrinogen and hypovitaminosis D.

He was treated with dexamethasone 6mg/day, enoxaparin 4000 IU, high flux oxygen therapy, ceftriaxone, Clarithromycin and Remdesivir, resulting in the improvement of his clinical condition.

Case 2

A 43-year-old male patient was admitted to the hospital because of confirmed COVID-19 (after a positive nasopharyngeal swab, which was later backed-up by a chest CT scan).

Upon admission, he had the following vital signs HR 95 bpm, temperature 39°C, oxygen saturations 87% and RR 31 acts/minute.

The values of the acute phase protein and leukocytes were high, with hypovitaminosis D. During the hospitalization he developed purpuric acral lesions (Figure 1b).

The therapy was as follows: dexamethasone 6mg/day until a negative swab was obtained, enoxaparin 4000 IU, azithromycin and high flow oxygen therapy.

Case 3

A 39-year-old male patient with SARS-CoV-2 infection arrived at the ER with fever (39°C) and asthenia. He had the following vital parameters: HR 85 bpm, oxyhemoglobin saturation 92% and RR 22 acts/minute. The laboratory tests showed high values of reactive Protein C, ferritin, D-dimer, fibrinogen and hypovitaminosis D. On the tenth day after admission, the patient presented a bullous lesion with serum-blood content on the left shin (Figure 1c). Dexamethasone 6 mg/day, low-flow oxygen therapy, ceftriaxone, and clarithromycin were all used in his treatment. After treatment began, the cutaneous symptoms gradually went away.



Figure 2

Acral skin lesions in COVID-19 patients

- (a) Purpuric lesions on the shins of a 55-year-old male patient.
- (b) Purpuric lesions on the foot of a 44-year-old female patient.
- (c) Chilblain-like lesions on the first finger of left foot and every finger of the right foot of a 4-year-old COVID-19 patient.

Case 4

A 64-year-old male patient arrived at the Emergency Department with high fever and asthenia. In his medical history, hypertension, dyslipidemia, and hyperuricemia were all present. Upon admission, he had the following vital parameters: HR 98 bpm, temperature 39 C°, oxyhemoglobin saturation 90% and respiratory rate of 25 respiratory acts per minute. A nasal-pharyngeal swab on the patient revealed SARS-CoV-2 infection. During the hospital stay purpuric lesions on the feet occurred with nail involvement. After receiving systemic steroids, the patients' cutaneous and respiratory symptoms improved.

Case 5

A 55-year-old male patient was visited at home by the special emergency doctors of ASL Benevento (Italy). He was complaining of cough, fever, myalgia and asthenia and his past medical history was positive for dyslipidemia. At medical examination the following vital parameters were registered: HR 98 bpm, temperature 38,7 °C, oxyhemoglobin saturation 93% and the respiratory rate 23 acts/minute.

The patient resulted positive to the infection of SARS-CoV-2 after a nasal-pharyngeal swab was performed. Purpuric skin lesions and alterations to the nails developed during the infection (**Figure 2a**).

The patient was treated with steroids, enoxaparin 4000 UI and oxygen therapy, resulting in the improvement of the cutaneous, respiratory and systemic manifestations.

Case 6

A 44-year-old obese female patient came to the attention of the USCA team of ASL Benevento because of high fever not responding to paracetamol. The vital parameters were the following: HR 108 bpm, temperature 39 C°, oxyhemoglobin saturation 92% and RR 24 acts/minute.

SARS-CoV-2 was detected in the patient's nasal-pharyngeal swab sample. During COVID-19, the patient manifested purpuric lesions on the feet (**Figure 2b**). The treatment strategy consisted in the administration of dexamethasone 6 mg/day leading to the gradual resolution of the cutaneous and respiratory symptoms.

Case 7

A 4-year-old boy with COVID-19, presented with chilblain-like lesions on his lower extremities (**Figure 2c**). No other respiratory symptoms were present. He was successfully treated with topical corticosteroids.

Discussion

The case series that we presented provided clinical evidence of the association between COVID-19 and cutaneous acral lesions.

The clinical course of the respiratory and systemic symptoms appeared to be correlated to the clinical progression of the acral skin lesions. In fact, the resolution of the former ran in parallel with healing of the lesioned skin.

According to preliminary research on the etiology of COVID-19-related acral lesions, immunological dysregulation and vascular endothelial damage are thought to play major roles in the development of these lesions (5). As it happens, transcriptomic and histological analyses revealed the activation of the complement system and angiogenetic factors (e.g., angiopoietin 2, von Willebrand factor, etc.), leading to vascular and endothelial dysfunction. Moreover, these events have been found to be intertwined with the upregulation of the cytotoxic lymphocytic response and the overproduction of type I interferon (5).

This article provides further clinical evidence of the association between COVID-19 and the appearance of cutaneous acral lesions. Moreover, our findings support the correlation between the clinical progression of COVID-19 and the temporal evolution of the skin manifestations.

Acknowledgments:

The patients in this manuscript have given informed consent to publication of their case details.

REFERENCES

- 1 Forni, G., Mantovani, A. & on behalf of the COVID-19 Commission of Accademia Nazionale dei Lincei, Rome. COVID-19 vaccines: where we stand and challenges ahead. *Cell Death Differ* 28, 626–639 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41418-020-00720-9>
- 2 Galván Casas C, Català A, Carretero Hernández G, Rodríguez-Jiménez P, Fernández-Nieto D, Rodríguez-Villa Lario A, Navarro Fernández I, Ruiz-Villaverde R, Falkenhain-López D, Llamas Velasco M, García-Gavín J, Baniandrés O, González-Cruz C, Morillas-Lahuerta V, Cubiró X, Figueras Nart I, Selda-Enriquez G, Romani J, Fustà-Novell X, Melian-Olivera A, Roncero Riesco M, Burgos-Blasco P, Sola Ortigosa J, Feito Rodriguez M, García-Doval I. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol*. 2020 Jul;183(1):71-77. doi: 10.1111/bjd.19163. Epub 2020 Jun 10.
- 3 Galli E, Cipriani F, Ricci G, Maiello N. Cutaneous manifestation during COVID-19 pandemic. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020 Nov; 31 Suppl 26 (Suppl 26):89-91. doi: 10.1111/pai.13384.
- 4 Tammaro A, Chello C, Sernicola A, Magri F, Adebajo GAR, Parisella FR, Scarabello A, Pezzuto A, Ramirez-Estrada S, Rello J. Necrotic acral lesions and lung failure in a fatal case of COVID-19. *Australas J Dermatol*. 2020 Nov;61(4):e467-e468. doi: 10.1111/ajd.13400. Epub 2020 Jul 16.
- 5 Frumholtz L, Bouaziz JD, Battistella M, Hadjadj J, Chocron R, Bengoufa D, Le Buanec H, Barnabei L, Meynier S, Schwartz O, Grzelak L, Smith N, Charbit B, Duffy D, Yatim N, Calugareanu A, Philippe A, Guerin CL, Joly B, Siguret V, Jaume L, Bachelez H, Bagot M, Rieux-Laucat F, Maylin S, Legoff J, Delaugerre C, Gendron N, Smadja DM, Cassius C; Saint-Louis CORE (COvid REsearch). Type I interferon response and vascular alteration in chilblain-like lesions during the COVID-19 outbreak. *Br J Dermatol*. 2021 Oct 5. doi: 10.1111/bjd.20707. Epub ahead of print.

SKINIUS®

COMPLESSO FOSPIDINA

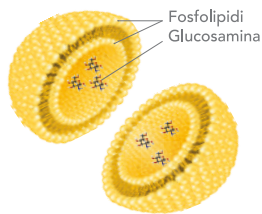
Tecnologia biomimetica liposomiale

221 volontari hanno testato con ottimi risultati tutti i prodotti dermocosmetici della linea a base di Fospidina attraverso 33 test in gruppi da 20 a 60 volontari a seconda del prodotto

La linea SKINIUS THE DOCTOR IS IN è nata per rispondere ai problemi cutanei legati all'ageing, anche in caso di pelle sensibile. Tutti i prodotti sono ideali anche per il consiglio del dermatologo in termini di efficacia, tollerabilità e dermoaffinità. Oltre ai test di base per la sicurezza previsti dal Regolamento Cosmetico Europeo, abbiamo testato a fondo le performance più mirate delle nostre formulazioni con solide prove strumentali e cliniche, sotto controllo dermatologico. Tali esami sono stati condotti su gruppi di

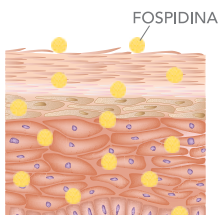
volontari con pelle sensibile. Gli ottimi risultati rendono fiduciosi della tollerabilità per un ampio numero di tipologie cutanee.

L'innovazione scientifica della linea SKINIUS THE DOCTOR IS IN è il complesso Fospidina, a base di fosfolipidi e glucosamina, messo a punto dopo oltre 30 anni di ricerche in biologia cellulare e in dermatologia. Agisce sia come attivo anti-aging che come veicolante per massimizzare le prestazioni della glucosamina, precursore dell'acido ialuronico.

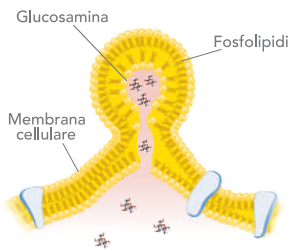


COME AGISCE

I fosfolipidi si dispongono in doppio strato a costituire una sfera cava (liposoma) all'interno della quale si posizionano le molecole di glucosamina.

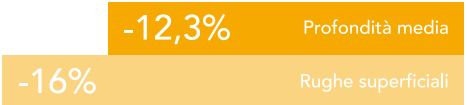


Il liposoma penetra negli strati più profondi trasportando la glucosamina, che favorirà la produzione di nuovo acido ialuronico e la fisiologica rigenerazione cellulare.

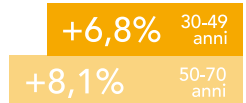


Il liposoma, che è costituito da fosfolipidi come le membrane cellulari, si integra facilmente con la membrana cellulare creando un canale attraverso cui passa la glucosamina.

RUGHE



ELASTICITÀ CUTANEA



IDRATAZIONE CUTANEA



Fonte: A. Di Pietro e I. Luppino, Journal of Plastic Dermatology, vol 10, 1, 2014
Studio sull'effetto di un gel a base di Fospidina (complesso di fosfolipidi, glucosamina, fitoestrogeni) nel miglioramento di elasticità cutanea, idratazione superficiale e profonda, rughe superficiali.
Studio specifico su 160 volontari - 130 donne e 30 uomini

Fonte: B. Mandalari e D. Tedeschi, Journal of Plastic Dermatology joined with Update in Plastic Surgery, vol 12, 2, 2016 Fosfolipidi, glucosamina, fitoestrogeni e rigenerazione cutanea

IDEALE ANCHE COME MASCHERA

PER TUTTI I TIPI DI PELLE

#cellulefelici @skinius



Nelle migliori farmacie e parafarmacie

ADECA 2023

VI Congresso Nazionale

Le Voci della **Dermatologia**
conoscere, condividere, comunicare



Towers Hotel Stabiae Sorrento Coast
Castellammare di Stabia (NA)

12 - 13 - 14 OTTOBRE 2023

PRESIDENTE
Antonino Trischitta



www.dermatologicampani.it

Studio clinico-anatomico e per immagini delle labbra nel corretto posizionamento di acido ialuronico a fine di volumizzazione e reshaping



Giuseppe Colombo

Giuseppe Colombo¹, Alessandro Garlaschi²

SUMMARY

In un mondo dove la medicina estetica e' diventata routine, dove il numero dei trattamenti a base di acido ialuronico vede un costante aumento, diventa fondamentale conoscere minuziosamente l'anatomia dei diversi distretti anatomici, in modo da evitare, se possibile, e comunque intervenire per tempo nell'eventuale comparsa di complicanze.

Scopo del nostro lavoro e' quello di evidenziare dettagliatamente il decorso anatomico dell'arteria labiale, coadiuvati da esami strumentali, poiché' i trattamenti che interessano questo distretto sono quelli che coprono la fetta percentuale maggiore tra tutti i trattamenti medico estetici eseguiti.

Questo articolo fornisce, oltre che in dettaglio il decorso dell'arteria labiale, alcuni consigli pratici su come approcciare questa unità' anatomica, mediante utilizzo di acido ialuronico, riducendo al minimo il rischio di eventuali complicanze vascolari.

KEYWORDS

Filler, acido ialuronico, ecografia, mucosa labiale, vascolarizzazione, arteria labiale, anatomia labbra

INTRODUZIONE

Negli ultimi due decenni si è osservato sempre più frequentemente un ricorso alla medicina estetica per il rimodellamento delle labbra, considerate un elemento molto importante ai fini estetici, sia per la loro posizione di chiaro impatto sia per la comunicazione verbale e non.

Le labbra essendo poste al centro del viso e da sempre simbolo di femminilità e sensualità sono oggetto di grandi attenzioni da parte dei pazienti, spinti da una costante pressione della società occidentale sul concetto di accettazione e benessere.

Basti pensare ad esempio che solo nel 2018 la Società Americana di Chirurgia Plastica ha registrato oltre 815000 iniezioni a finalità estetiche con acido ialuronico. La richiesta più frequente rivolta agli specialisti del settore riguarda sia un incremento del volume labiale sia una miglior definizione anatomica. Esistono differenti tecniche di incremento del volume delle labbra, che prendono in considerazione sia diversi materiali, che svariate tecniche di iniezione di questi filler, senza che di fatto ne esista una unanimemente convalidata.

¹ Giuseppe Colombo
Head of Plastic Surgery Service
Decus Suisse Clinic - Lugano

² Alessandro Garlaschi
Polyclinic Hospital
San Martino Genoa
Department
Radiologia Oncologica e Senologica

A nostro giudizio appare essenziale prima di tutto valutare l'anatomia della regione labiale, prendendo in considerazione tutte le sue componenti, al fine di valutare secondo alcuni parametri di partenza quale possa essere la corretta inclinazione/tecnica di esecuzione dell'iniezione.

Pertanto il presente studio ha lo scopo di analizzare, mediante l'osservazione anatomica e l'ausilio di strumentazione diagnostica ultrasonografica, l'anatomia delle labbra e di fornire uno strumento al medico idoneo ad evitare o comunque ridurre al minimo quella che è, tolta l'insoddisfazione del risultato da parte del paziente, la più grande complicanza in cui ci si può imbattere trattando con acido ialuronico tale regione, ovvero la necrosi tissutale (Biblio 1-2-3). A tal fine appare essenziale anche la valutazione in real-time della posizione dell'ago del filler, una volta superata la barriera cutanea mucosa esterna (**Fig1**).

Materiali e Metodi

Dal punto di vista prettamente esecutivo esistono diverse tecniche che possono essere utilizzate per dare volume ad un labbro sottile, come diverse possono essere le esigenze delle pazienti (per esempio la necessità di implementare il volume in toto delle labbra o piuttosto di una sola regione, oppure donare maggior definizione al vermiglio). In tale studio ci focalizzeremo in particolare su due differenti tecniche di iniezione, con la finalità di dare volume alle labbra: la Tecnica Verticale o a coni rovesciati (di recente largo impiego ed impropriamente definita "russian lips") e la Tecnica di iniezione lineare retrograda con modalità "paris lip". A tale scopo abbiamo inoltre valutato mediante l'utilizzo di sonde ecografiche ad elevata frequenza (18 Mhertz), la posizione dell'arteria nel labbro superiore ed inferiore, con acquisizione delle immagini sia prima del trattamento, che durante e nell'immediato post-trattamento (Biblio 3).

Nel nostro studio preliminare abbiamo valutato 29 volontarie pre-operatoriamente, tutte di sesso femminile, con età media di 42,2 anni, compresa tra i 22 e di 70, tale forbice di fatto è volutamente molto ampia in quanto la tipologia di utenza che ad oggi richiede tale intervento risulta essere dal punto di vista anagrafico piuttosto variegata.

Tra le pazienti arruolate si è cercato inoltre di stratificarle anche per etnia, dal momento che vi sono clinicamente differenze interrazziali a livello volumetrico. L'ecografia è stata eseguita in posizione sdraiata; per la valutazione morfologica e le misurazioni delle distanze tra mucosa più superficiale ed arterie è stato utilizzato un apparecchio ecografico (RS80, Samsung, Sud Corea) dotato di sonda lineare ad altissima frequenza (18mhertz). Le misurazioni sono state eseguite senza applicazione di pressione sulla pelle, al fine di evitare deformazioni del profilo mucoso, infatti il trasduttore è stato inserito all'interno di un copri-sonda sterile riempito gel ultrasonografico, mentre per l'esterno è stato impiegato del gel sterile. Sono state eseguite due differenti misurazioni, su piano assiale in sede paramediana sia sul labbro superiore, che su quello inferiore (**Fig. 2**), impiegando la modalità color-doppler per identificare la vascolarizzazione e per poter discriminare tra circolo venoso ed arterioso (flusso sanguigno arterioso pulsatile vs flusso sanguigno venoso continuo) (Biblio4).

Risultati

Le indagini strumentali eseguite (**vedi grafico A**) possono essere successivamente così stratificate, in base alla fascia d'età delle pazienti, della valutazione clinica della morfologia (suddivisa in labbra regolari/carnose/sottili) ed alla razza.

Fig. 1 In questa immagine ecografica si apprezza nitidamente come l'ago del filler (in alto a dx) si posiziona perfettamente tra mucosa esterna e vasi labiali, senza interessarli, e rilascia l'acido ialuronico (area iperecogena in sede centrale).



Fig. 2 La figura evidenzia lo spessore della muscolatura labiale, rima inferiore, e la posizione dell'arteria labiale.

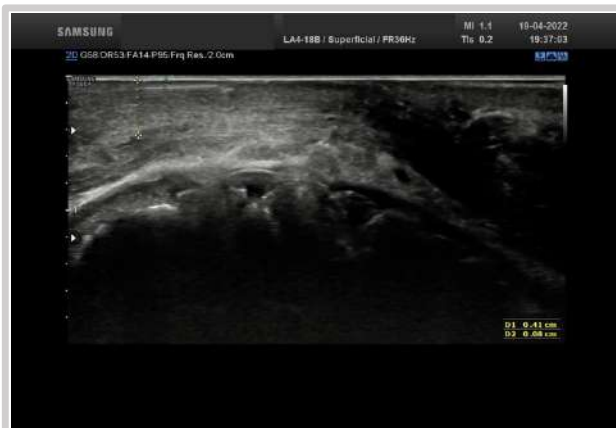


Tabella A

Sono state studiate pazienti di ogni tipo di etnia, che per quanto il numero sia esiguo evidenzia delle lievi differenze nei valori medi degli spessori rilevati tra mucosa esterna e vasi labiali hanno posto in luce le seguenti considerazioni

ETA' ANNI	TIPO LABBRA	DISTANZA MUCOSA EST ARTERIA LABBRO SUP.	DISTANZA MUCOSA EST ARTERIA LABBRO INF.	RAZZA
31	regolari	3.2mm	3mm	bianca
28	regolari	4.1mm	4mm	bianca
46	sottile	2.2mm	2.4mm	bianca
42	carnose	4.8mm	4.5mm	ispanica
36	carnose	4mm	4.1mm	bianca
22	carnose	4.7mm	4.3mm	bianca caucasica
65	sottile	2.9mm	3.3mm	bianca
48	carnose	5.1mm	5mm	africana
70	sottile	3mm	2.8mm	bianca
50	sottile	3.3mm	3.2mm	bianca
27	regolari	3.7mm	3.7mm	bianca
22	carnose	4.1mm	3.8mm	bianca
48	regolari	3.4mm	3.5mm	bianca
37	carnose	4.2mm	4.2mm	ispanica
60	sottile	2mm	2.2mm	bianca
48	regolari	3.4mm	3.2mm	ispanica
30	regolari	3.6mm	3.3mm	bianca
53	carnose	4mm	3.9mm	africana
29	carnose	3.4mm	3.4mm	bianca
47	sottile	2.7mm	3.0mm	bianca
53	sottile	3.1mm	3.2mm	bianca
28	regolari	3.2mm	3.2mm	bianca
29	carnose	4mm	3.5mm	bianca
37	regolari	3.3mm	3.4mm	bianca
48	sottili	3.1mm	3.0mm	bianca
61	sottili	3mm	2.8mm	bianca
39	regolari	3.2mm	3.2mm	bianca caucasica
48	carnose	3.6mm	3.3mm	bianca
54	carnose	3.8mm	3.1mm	ispanica

Conclusioni

Indubbiamente l'anatomia della rima labiale presenta molte variabili, ma risulta chiaro come nella maggioranza dei casi studiati la posizione dell'arteria nel labbro superiore rispetto alla mucosa esterna sia di 3,48mm, mentre per il labbro inferiore tale spessore medio sia di 3,43mm.

Questo valore-soglia consente di affermare per il labbro superiore che un'iniezione con entry-point a livello del vermiglio, oppure direttamente nel contesto della mucosa, possa evitare di intersecare il decorso dell'arteria solo ed esclusivamente se il piano in cui l'ago viene inserito non sia più in profondità di 2-3 mm dal margine superficiale, lungo tutto il decorso del labbro (Fig. 3). Per quanto concerne il labbro inferiore si può ritenere valido lo stesso discorso a patto che l'ago sia inserito ad una profondità non superiore a 2-3 mm.

Appare opportuno porre particolare attenzione ancora su due aspetti, il primo è rappresentato dall'ipotetico danno vascolare che può essere determinato o da un'iniezione intra-luminale del prodotto, piuttosto che da una compressione extra-vasale, quest' ultima risente non solo della distanza del deposito del prodotto dall'arteria ma anche dalla quantità. Maggiore è la quantità depositatasi in un punto limitrofo all'arteria, maggiore sarà il rischio di ridurre la dimensione del lume arterioso, nonostante comunque sia un dato noto che le arterie sono estensibili godendo di elasticità, tuttavia nel contesto particolare delle labbra, il continuo movimento del muscolo orbicolare, parlando o mangiando, causa compressione dell'arteria contro il cuscinetto del prodotto depositato, causando piccoli spasmi, che associati ad errate abitudini di vita (fumo) piuttosto ed a condizioni patologiche che interessano i piccoli vasi (come il diabete) possono sfociare in significative problematiche.

Nella nostra esperienza, e come ampiamente documentato in letteratura, non sempre si arriva ad una vera e propria necrosi tissutale, ma spesso si può osservare comparsa di piccole disepitelizzazioni, fastidiose per il paziente sia dal punto di vista estetico che fisicamente, per tutta la durata del processo di riepitelizzazione.



Fig. 3 La figura inerente ad un labbro superiore di una paziente con labbra regolari evidenzia chiaramente la posizione del peduncolo vascolare rispetto alla mucosa esterna ed in sede profonda.

Alla luce dell'analisi pre/durante/post operatoria, possiamo affermare che sia buona abitudine iniettare piccole dosi di prodotto in un primo appuntamento per creare una sorta di "cuscinetto" tra bordo esterno e struttura vascolare. Poi nella seconda seduta introdurre una più cospicua quantità di prodotto (normalmente a due settimane di distanza), in un piano virtuale creato dall'acido ialuronico della prima sessione, in modo tale che l'edema sia riassorbito e non rischi di falsare l'eventuale trattamento.

Tutto ciò tende a proteggerci un po' di più da eventuali rischi. Appare tuttavia sempre indispensabile un'approfondita conoscenza dell'anatomia, l'introduzione dell'ago nel corretto spazio ed il non iniettare eccessive quantità di prodotto (nonostante la moda, purtroppo, oggi, abbia un trend opposto); tutti questi accorgimenti restano i migliori strumenti per evitare le complicanze.

REFERENCES

- 1 *Anatomy of the Superior and Inferior Labial Arteries Revised: An Ultrasound Investigation and Implication for Lip Volumization.* Cotofana S, Alfertshofer M, Schenck TL, Bertucci V, Beleznay K, Ascher B, Lachmann N, Green JB, Swift A, Frank K. *Aesthet Surg J.* 2020 Nov 19;40(12):1327-1335. doi: 10.1093/asj/sjaa137.PMID: 32469050.
- 2 *Comparative ultrasonographic and histomorphologic examination of the lips.* Lefarth FL, Prescher A, Angerstein W. *HNO.* 2014 Dec;62(12):879-85. doi: 10.1007/s00106-014-2918-1.PMID: 25465078 German.
- 3 *An ultrasound investigation of the lip levator musculature.* McAlister RW, Harkness EM, Nicoll JJ. *Eur J Orthod.* 1998;20(6):713-720
- 4 *Do you know where your fillers go? An ultrastructural investigation of the lips.* Vent J, Lefarth F, Massing T, Angerstein W. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2014 Jun 20;7:191-9. doi: 10.2147/CCID.S63093. eCollection 2014.PMID: 25018646
- 5 *High frequency ultrasound imaging as a "potential" way of evaluation modality in side effects of lip augmentation - case report.* Mlosek RK, Sloboda K, Malinowska S. *J Cosmet Laser Ther.* 2019;21(4):203-205. doi: 10.1080/14764172.2018.1511910. Epub 2018 Sep 5.PMID: 30183480

13°

CONGRESSO NAZIONALE

SINut

SINut
Società Italiana di Nutrizione

14-16 settembre 2023



Bologna
Hotel Savoia Regency

**BENVENUTI AL NORD: ISPLAD INCONTRA ADECA
IL VIAGGIO NELLA DERMATOLOGIA DAI PRIMI PASSI.....AL FUTURO**

ISPLAD
International - Italian Society
of Plastic - Regenerative
and Oncologic Dermatology
www.isplad.org

ADECA
Associazione Dermatologi Europeani

2 Dicembre 2023
Milano

Enterprise Hotel Milano
Corso Sempione, 91

PRESIDENTE ISPLAD
Mariuccia Bucci

PRESIDENTE ADECA
Antonino Trischitta

RESPONSABILE SCIENTIFICO
Lucia Brambilla



Nuove opportunità terapeutiche nella cura di infezioni virali croniche cutanee da Papilloma virus



Elena Fiorentini

Elena Fiorentini, Sadek Nazar Mohey Shoukry

SUMMARY

Warts are skin growths, usually located on the palmar and / or plantar level, caused by an infection with Papillomavirus. Normally the infection is self-limiting and easily treatable, through local pharmacological therapies (keratolytic, antimetabolic or immunotherapeutic agents) or physical therapies (Cryotherapy, Curettage, Surgical Laser, Photodynamic Therapy). However, some patients present clinical forms that are resistant to the most frequently used therapies and continuously recurring. In these cases, treatment with Retinoids and supplements based on Zinc sulfate and Echinacea Angustifolia and Purpurea can become a valid therapeutic alternative, with resolution of the infection within 2-3 months.

KEYWORDS

Warts, Retinoids, Zinc, Echinacea

INTRODUZIONE

Le verruche sono escrescenze cutanee, solitamente localizzate a livello palmare e/o plantare, causate da un'infezione da Papillomavirus, solitamente di genotipo 1 (verruche semplici) o 2 (verruche plantari a mosaico e periungueali), 4 e 40.

Tra i fattori che ne favoriscono l'attecchimento: lesioni cutanee, indebolimento delle difese immunitarie, condivisione di scarpe o calze, frequentazione di ambienti collettivi caldo-umidi (piscine, spogliatoi di palestre, piatto della doccia). Normalmente l'infezione guarisce nell'arco di poche settimane con opportune terapie dermatologiche, farmacologiche o strumentali.

Esiste tuttavia una percentuale di pazienti nei quali l'infezione tende a resistere a tutte le terapie note, con conseguenti recidive e cronicizzazione.

In questi casi, può diventare risolutiva una terapia basata sull'utilizzo sistemico di Acitretina, Zinco ed Echinacea Angustifolia e Purpurea.

Materiali e Metodi

Abbiamo valutato l'efficacia della terapia combinata con Acitretina (30 mg/die), Zinco Solfato (200 mg/die) ed Echinacea Angustifolia e Purpurea (200 mg per tipo/die) in 3 casi di verruche croniche resistenti ad altre terapie.

L'Acitretina è un derivato della Vitamina A, appartenente alla classe dei Retinoidi. Agisce sui disturbi del processo di rinnovamento delle cellule epidermiche e l'utilizzo per la terapia di verruche resistenti e/o recidivanti ad altre terapie è da considerarsi attualmente off-label. Può avere effetti teratogeni, fotosensibilizzanti, alterare la funzionalità epatica e renale e la tolleranza glucidica, aumentare i livelli ematici di colesterolo e trigliceridi, causare problemi di ossificazione nei bambini, ridurre la visione notturna, aumentare la pressione arteriosa, avere interferenze con altri farmaci (Vitamina A, Tetraciclina, Metotrexato). Prima della prescrizione è quindi necessario escludere per le donne lo stato di gravidanza o allattamento, eseguire uno screening ematochimico dei profili di funzionalità epatica e renale e dei metabolismi lipidico e glucidico (da ripetere periodicamente durante la terapia) ed avvertire i pazienti di proteggersi dal sole, misurare più spesso la pressione ed usare prudenza nella guida notturna.

Lo Zinco è da tempo noto per le sue proprietà antiossidanti ed antivirali, attribuite al suo ruolo di cofattore dell'enzima superossido dismutasi (SOD) e alla sua attività stimolante la proliferazione dei granulociti neutrofili e dei linfociti Th1, l'attività dei linfociti Natural Killer e la produzione di IFN α .

L'Echinacea Angustifolia e Purpurea sono principi fitoterapici, la cui attività immunostimolante ed antivirale, è da attribuire principalmente ai polisaccaridi e alle glicoproteine contenuti nella pianta dalle cui radici vengono estratti.

Diversi studi dimostrano la capacità degli estratti alcolici delle radici di Echinacea di impedire l'adesione dei virus ai recettori delle cellule nelle fasi iniziali dell'infezione e successivamente di potenziare le risposte immunitarie attraverso un incremento dell'azione citotossica macrofagica e la promozione dell'attività delle linfocine.

CASO I: paziente D.I., 45 anni, sesso femminile, affetta da verruche plantari da 3 anni, più volte trattate con agenti cheratolitici e Crioterapia, con recidiva e peggioramento delle lesioni, aumentate sia di dimensione che di numero. Veniva trattata con il protocollo Acitretina, Zinco ed Echinacea Angustifolia e Purpurea, giungendo a risoluzione completa entro 2 mesi. Durante il trattamento non si sono manifestati effetti collaterali indesiderati di rilievo, ad eccezione di una lieve secchezza cutanea e delle mucose congiuntivali, per le quali venivano prescritti un fluido lenitivo e un prodotto oftalmico a base di lacrime artificiali.

CASO II: B.D., 51 anni, sesso femminile, affetta da verruche plantari da 10 anni, più volte trattate con agenti cheratolitici, Crioterapia, Curettage e 2 trattamenti con Laser Chirurgico, con recidiva ed aumento numerico delle lesioni.

Il protocollo terapeutico di cui sopra ha condotto a guarigione nell'arco di 3 mesi, senza effetti collaterali indesiderati, ad eccezione di marcata secchezza cutanea ai piedi e alle mani, per cui veniva prescritto un topico emolliente.

CASO III: A. P., 55 anni, sesso maschile, affetto da verruche plantari da 2 anni, più volte trattate con Crioterapia, con recidiva e peggioramento delle lesioni, aumentate sia di dimensione che di numero. Il protocollo terapeutico di cui sopra ha condotto a guarigione nell'arco di 14 settimane, senza effetti collaterali.

Discussione

L'Acitretina agisce regolando la proliferazione e favorendo la differenziazione dei cheratinociti; lo Zinco solfato esplica un'attività antiossidante ed antivirale; L'Echinacea Purpurea ha attività immunostimolante ed antivirale. L'associazione di questi 3 principi attivi favorisce la guarigione di verruche cutanee resistenti ad altre terapie e recidivanti. L'utilizzo della terapia farmacologica consente di evitare terapie fisiche dolorose ed esiti cicatriziali, giovando soprattutto in caso di lesioni numerose e/o estese.

Conclusioni

L'Acitretina si rivela efficace sulle verruche volgari resistenti ad altri trattamenti e recidivanti, pur esistendo ancora oggi pochi lavori scientifici che lo documentino. Questo principio attivo, associato ad una supplementazione di Zinco Solfato ed Echinacea Purpurica, può essere considerato, sulla base della nostra esperienza, una valida opportunità terapeutica per il Dermatologo

nella cura di verruche cutanee quando altre terapie abbiano fallito.

Essendo inoltre i Retinoidi farmaci usati da molti anni per la terapia di molte patologie cutanee, il Dermatologo non incontra particolari difficoltà nella selezione del paziente e nella prevenzione e gestione di possibili effetti collaterali indesiderati.

REFERENCES

- 1 Yun Lim Choi, Jae Hong Park, Won Serk Kim, Eil Soo Lee. *Treatment of extensive and recalcitrant viral warts with acitretin.* *J of Am Acad Dermatol* 2005; Mar; 52 (3): 63
- 2 Proietti I, Skroza N, Bernardini N, Nicolucci F, Tolino E, La Viola G, Orsini D, Zuber S, Potenza C. *Acitretin in management of diffuse common warts: a case report.* *Dermatol Ther.* 2011 Nov-Dec;24(6):581-3. doi: 10.1111/j.1529-8019.2012.01408.x.
- 3 Olguin-García MG, Jurado-Santa Cruz F, Peralta-Pedrero ML, et al. *A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of oral isotretinoin in the treatment of recalcitrant facial flat warts.* *J Dermatolog Treat* 2015; 26:78-82.
- 4 Cunningham-Rundles S, McNeeley DF, Moon A. *Mechanisms of nutrient modulation of the immune response.* *J Allergy Clin Immunol.* 2005; Jun;115(6):1119-28; quiz 1129
- 5 Al-Gurairi FT, Al-Waiz M, Sharquie KE. *Oral zinc sulphate in the treatment of recalcitrant viral warts: Randomized placebo-controlled clinical trial.* *Br J Dermatol* 2002; 146:423-31.
- 6 López-García DR, Gómez-Flores M, Arce-Mendoza AY, de la Fuente-García A, Ocampo-Candiani J. *Oral zinc sulphate for unresponsive cutaneous viral warts: Too good to be true? A double blind, randomized, placebo-controlled trial.* *Clin Exp Dermatol* 2009;34: e984-5.
- 7 Pleschka S, Stein M, Schoop R, Hudson JB: *Anti-Viral properties and mode of action of standardized Echinacea Purpurea extract against highly pathogenic avian Influenza virus (H5N1, H7N7) and swine-origin H1N1 (S-OIV).* *Virology Journal*
- 8 Sharma M, Anderson SA, Schoop R, Hudson JB: *Induction of multiple pro-inflammatory cytokines by respiratory viruses and reversal by standardized Echinacea, a potent antiviralherbal extract.* *Antiviral Res.* 2009 Aug;83(2):165-70 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.antiviral.2009.04.009>).

ALUSAC®

La prima MASCHERA DERMATOLOGICA con ARGILLA VERDE e ALUSIL per gli inestetismi della pelle impura, mista, grassa e a tendenza acneica



Per VISO e CORPO

DERMOCOSMETICO DERMATOLOGICO CONTRO L'ACNE GIOVANILE e ADULTA

RISULTATI DOPO LA PRIMA APPLICAZIONE

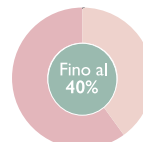
RISULTATO
OPACIZZANTE*



RISULTATO
CUTE LEVIGATA*

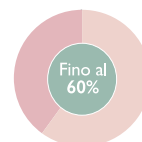


DIMINUIZIONE
SEBO**



DOPO 14 GIORNI

DIMINUIZIONE
ROSSORE CUTANEO*



COMPLESSO ALUSIL

MICROSPUGNE DI ARGENTO azione antimicrobica

ALUKINA complesso brevettato

- Allume di potassio azione sebo normalizzante dalle proprietà antisettiche
- Acido Glicirretico azione lenitiva
- Vitamina A favorisce il ricambio cellulare

COMPLETANO LA FORMULA:

ARGILLA VERDE di origine minerale, con proprietà dermopurificanti, detossinanti e adsorbenti il sebo

MORINGA OLEIFERA pianta tropicale con proprietà purificanti, l'estratto dei semi ha mostrato in vitro attività antimicrobica

MENTA PIPERITA con proprietà rinfrescanti, dermopurificanti, seboregolatrici, in grado di contribuire a ridurre le irritazioni cutanee tipiche delle pelli acneiche



ADATTA
TUTTO
L'ANNO

* Test clinico eseguito su volontari di età compresa tra i 18 e i 40 anni

** Test di efficacia strumentale eseguito su volontari di età compresa tra i 18 e i 40 anni

Guarire senza cicatrici

L'importanza di trattamenti preventivi e curativi con siliconici di ultima generazione e antiinfiammatori per uso topico



Lucia Casula

L. Casula, F. Barbato, B. Brunetti, A. Caputo, F. De Natale, F. Hamerlinck, E. Masturzo, E. Sammarco, A. Trischitta

SUMMARY

The authors report the clinical observational experience of the ADECA's group about the fundamental role of preventive and curative treatments with latest generation silicones and anti-inflammatory molecules for topical use on the skin.

KEYWORDS

Scars, silicone gels, biomimetic growth factors

INTRODUZIONE

Cicatrici ipertrofiche e cheloidi sono disturbi fibroproliferativi che possono insorgere dopo qualsiasi lesione cutanea profonda causata da traumi, ustioni e interventi chirurgici. Cicatrici ipertrofiche e cheloidi sono esteticamente problematici e, in combinazione con problemi funzionali e sintomi soggettivi, possono influenzare la qualità di vita dei pazienti.[1]

Finora, gli studi sul meccanismo di formazione delle cicatrici si sono concentrati principalmente su cellule, citochine e matrice extracellulare. Alcuni studi hanno dimostrato che i fibroblasti sono uno degli elementi più importanti nel processo di formazione della cicatrice, mentre le cellule epidermiche ed endoteliali esercitano effetti sinergici. Anche il fattore genetico non può essere ignorato nella formazione di cicatrici.[2]

Studi più recenti hanno dimostrato in modo decisivo che la perdita o il danneggiamento della struttura tridimensionale del tessuto dermico è l'iniziatore della formazione della cicatrice.

Si stima che, nei paesi in via di sviluppo, l'incidenza delle cicatrici da ustioni, da traumi e da operazioni chirurgiche, sia in aumento e che, sebbene i meccanismi alla base siano sconosciuti, i trattamenti risultano essere molto costosi e insoddisfacenti. Per tale motivo sarebbe auspicabile prevenire, oltre che curare, la formazione di cicatrici deturpanti intervenendo nei normali processi di guarigione delle ferite.[3]

Fisiopatologia

L'esperienza clinica suggerisce che la cicatrizzazione ipertrofica è una forma aberrante dei normali processi di guarigione delle ferite. Tuttavia l'eziologia della fibrosi sovraesuberante è sconosciuta. Le cicatrici ipertrofiche si distinguono dai cheloidi per i quali esistono prove più evidenti della predisposizione genetica, sebbene entrambi si presentino maggiormente in persone di discendenza asiatica e africana.[2]

I cheloidi sono caratterizzati da una crescita eccessiva di fibrosi oltre i confini della lesione originale, mentre le cicatrici ipertrofiche non si estendono oltre i confini della ferita originale. Entrambi possono anche essere differenziati da criteri istopatologici basati su densità e orientamento del collagene, vascolarizzazione, produzione di fattori di crescita e composizione della matrice extracellulare.

La fisiopatologia della formazione di cicatrici ipertrofiche implica una fase proliferativa costitutivamente attiva della guarigione della ferita. Il tessuto cicatriziale ha una composizione unica che è altamente vascolare, con cellule infiammatorie e fibroblasti che contribuiscono a una struttura della matrice abbondante e disorganizzata. Il risultato netto è che il difetto cutaneo originale viene sostituito da una massa di tessuto non funzionale.

La risposta infiammatoria è una componente normale del processo di guarigione della ferita, che funge sia da barriera immunologica dell'infezione sia da stimolo per la fibrosi a chiudere il sito della lesione. Mastociti, macrofagi e linfociti sono tutti coinvolti in questo processo.

In seguito a lesione cutanea, inoltre, si verificano danni endoteliali e aggregazione piastrinica con conseguente secrezione di citochine tra cui la famiglia del fattore di crescita trasformante (TGF), fattori di crescita piastrinici (PDGF) e fattori di crescita epidermici (EGF). Queste citochine stimolano la proliferazione dei fibroblasti, la secrezione della matrice cellulare (acido ialuronico e collagene) e reclutano leucociti, i quali amplificano la risposta antibatterica e antiinfiammatoria.

Livelli aumentati di TGF e prostaglandine sono stati associati a cicatrici ipertrofiche attraverso la iperstimolazione di cellule infiammatorie, aumento

di fibroblasti e produzione eccessiva e disorganizzata di matrice extracellulare, così come l'aumento della densità vascolare, l'ampia ostruzione microvascolare e vasi malformati.[5]

Coerentemente con queste osservazioni, gli agenti antiinfiammatori (inibitori delle citochine/farmaci biologici, corticosteroidi, interferone e metotrexato e farmaci antineoplastici quali 5-FU) sono stati utilizzati con un certo successo per ridurre la formazione di cicatrici ipertrofiche e cheloidi.

Approcci Terapeutici

MIRARE ALLE INTERAZIONI EPITELIALI-MESENCHIMALI

Le cellule epiteliali agiscono come nicchie di cellule staminali e partecipano a complesse vie di segnalazione per regolare la funzione delle cellule mesenchimali, producendo un costante rinnovamento degli strati cutanei e la deposizione e rimodellamento della matrice. Si ritiene che le cellule staminali epidermiche agiscano di concerto con le cellule mesenchimali nelle papille dermiche, reclutando nuove cellule nei siti di rigenerazione cutanea. Tuttavia, i grandi difetti traumatici della cute (es: ustioni) distruggono la popolazione di cellule staminali epidermiche residenti che non possono essere rigenerate spontaneamente.[3]

A tal proposito, gli sforzi per isolare e purificare le cellule staminali epidermiche per espanderle "ex vivo" e trapiantarle, richiedono l'identificazione di marcatori di superficie e dei fattori di crescita specifici di queste cellule. La delucidazione di questi fattori (SMAD, PI3K, TGFbeta e CTGF) è impegnativa, ma il lavoro sta progredendo.

Le cellule epiteliali stimolano i fibroblasti durante la formazione di cicatrici ipertrofiche e i fibroblasti rimangono in uno stato attivato, partecipando ai cicli autocrini delle citochine che mantengono la fibrosi. Si è, inoltre, potuto osservare che i fibroblasti cicatriziali ipertrofici hanno profili alterati di apoptosi cellulare e di produzione e degradazione di matrice, probabilmente dovuti a predisposizione genetica e a condizioni uniche presenti nell'ambiente della ferita.

MIRARE ALL'AMBIENTE FISICO

Per quanto concerne l'ambiente fisico, è noto che molte cellule, tra cui quelle della cute, sono meccanoresponsive. Sia i fibroblasti che i cheratinociti rispondono alla densità e all'orientamento del collagene e di altri componenti della matrice. E' questo delicato equilibrio che è responsabile di una risposta rapida e sana alle lesioni traumatiche e, quando disturbato da stress meccanico, porta a una guarigine aberrante della ferita. Le differenze nelle forze esogene possono agire per modificare l'attivazione cellulare nell'ambiente di guarigione della ferita; livelli elevati di stress (traumi e movimenti articolari) inducono una elevata formazione di cicatrici ipertrofiche.

Anche la tensione dell'ossigeno è un altro componente dell'ambiente fisico che può essere importante per la formazione delle cicatrici: si ritiene che i cambiamenti nei livelli dell'HIF (fattore di trascrizione inducibile dall'ipossia) durante lo sviluppo fetale della cute, siano responsabili del passaggio dalla guarigione senza cicatrici a quella cicatrizzata. Tuttavia, l'osservazione che le cicatrici sono normalmente vascolarizzate, è in contrasto con la teoria secondo cui l'ipossia aumenta la formazione di cicatrici. Ciò che è chiaro è che l'ambiente della ferita è un potente modulatore della formazione di cicatrici e potrebbe essere manipolato per ottenere un effetto terapeutico.

SCEGLIERE E FORMULARE IL PRODOTTO

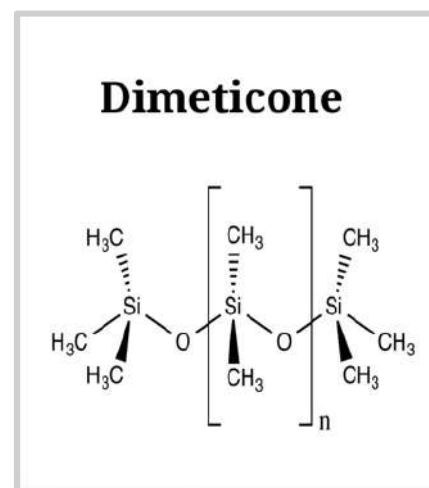
I trattamenti attuali sono empirici, inaffidabili e imprevedibili: non esistono farmaci da prescrizione per la prevenzione o il trattamento delle cicatrici cutanee.

Intanto, dagli studi emerge che, nei mammiferi, le ferite fetali guariscono perfettamente senza cicatrici, mentre le ferite degli adulti cicatrizzano. La spiegazione di ciò è nella risposta infiammatoria e nei mediatori molecolari coinvolti (diverso profilo dei fattori di crescita tra cute fetale e dell'adulto). Infatti, inibendo alcuni fattori di crescita (TGFbeta1 e 2, e PDGF) e incrementandone altri (TGFbeta3) è stato possibile "in vivo", su cavie di mammiferi adulti, ottenere una guarigione senza cicatrici.

Pertanto, con le conoscenze e l'esperienza attuale di ricercatori e clinici, si può sperare che, valutando i vari fattori del paziente (genetici, costituzionali, ambientali, etc.) e il tipo di trauma, la causa, la sede e l'epoca di formazione della cicatrice, sarà finalmente possibile stilare dei protocolli e linee guida sul trattamento di cicatrici.

Massima importanza assume lo studio dei fattori di crescita, attivanti ed inibenti, e dei presidi "fisici" necessari a proteggere e ristrutturare il tessuto cicatrizziale.

Dopo la lesione, la ferita è un ambiente complesso e meccanicamente unico, con più livelli di interazione tra le cellule e l'ambiente circostante. Ad intervenire sull'ambiente circostante si è dimostrato efficace il Dimeticone, siliconico di nuova generazione, utilizzato come filmogeno in grado di mantenere l'idratazione/umidità della cute, ridurre l'infiammazione e l'angiogenesi senza indurre ipossia, mantenere la ferita sterile e prolungare l'efficacia degli ingredienti attivi (fattori di crescita biomimetici e acido ialuronico) in esso disciolti. [7]



Il siliconico di ultima generazione, che si presenta in gel oleoso, risulta essere più maneggevole, efficace ed economico di quelli di vecchia generazione (di solito fogli o cerotti gommati a base di Polysilossani), permettendone l'uso immediatamente successivo al trauma.

Il Dimethicone può essere utilizzato da solo o in associazione a fattori di crescita o altri principi farmacologici, a seconda della sede, del tipo di trauma, della cute del paziente e del tipo e durata della cicatrice.

Sebbene, come già detto, la fisiopatologia delle cicatrici cheloidi e ipertrofiche non sia completamente nota, sono state impiegati in via sperimentale vari farmaci inibitori o attivatori delle citochine e dei fattori di crescita (IL-6, IL-8, IL-10, FC trasformante beta e FC piastrinico derivato). Nella pratica clinica, i trattamenti maggiormente responsivi ed efficaci includono: terapie convenzionali, quali antibiotici e cortisonici topici di media potenza, lamine di silicone per occlusione e compressione, exeresi chirurgica e crioterapia, e terapie adiuvanti ed emergenti come radioterapia, interferone, 5-Fluoruracile, imiquimod, tacrolimus, sirolimus, bleomicina, doxorubicina, FC trasformante beta, FC epidermico, verapamil, acido retinoico, tamoxifene, tossina botulinica A, microneedling e gel siliconici.[4] [6]

Risultati

I risultati delle suddette terapie sono stati incoraggianti, pur dipendendo da una serie di fattori variabili da individuo a individuo e da cicatrice a cicatrice.

In generale si può affermare che è necessario migliorare la diagnosi e la stadiazione della cicatrice prima di iniziare un trattamento.

In studi non recenti la Microscopia Elettronica a Scansione (SEM), ha permesso di caratterizzare la disposizione architettoneca delle fibre di collagene nella cute e nella cicatrice e la Cromatografia a scambio ionico ha determinato il grado di reticolazione intermolecolare, l'analisi degli aminoacidi ed i livelli della lisil-ossidasi, tutti elementi fondamentali da conoscere prima di stabilire un protocollo terapeutico.

Attualmente tali indagini sofisticate potrebbero essere sostituite dalla Microscopia Confocale, metodica diagnostica non invasiva volta ad accrescere sensibilmente la risoluzione spaziale del campione di cute esaminato e che consente di avere informazioni in tempo reale sul tipo di cellule che

compongono una determinata lesione cutanea, senza dover ricorrere alla biopsia che, nel caso di cicatrici ipertrofiche e cheloidi, sarebbe particolarmente dannosa.

Recenti studi di genetica molecolare hanno portato all'identificazione di elementi regolatori con differenti profili di espressione nei tessuti ipertrofici e cheloidi. L'espressione e la proliferazione di molecole della matrice extracellulare nel derma, mediate da una serie di fattori di crescita e citochine, sono un elemento fondamentale per la riparazione della ferita. La trascrizione e la traduzione di collagene 1 e 3, fibronectina, laminina, periostina e tenascina, sono tutte aumentate nel tessuto cicatriziale dermico in rilievo, mentre l'acido ialuronico, il dermatopontin e la decorina sono diminuiti e l'espressione e la localizzazione di fibrillina ed elastina del derma sono alterate. Allo scopo di sviluppare protocolli di trattamento efficaci è pertanto necessario un approccio integrato alla ricerca, focalizzato sui meccanismi di base che regolano anche geneticamente le interazioni tra le molecole della matrice extracellulare, le cellule coinvolte e ambiente in cui esse si attivano in seguito al trauma.[8]

Lo studio del Gruppo ADECA Ricerca & Innovazione è durato circa 12 mesi ed ha coinvolto 30 pazienti di entrambi i sessi e di età compresa fra 5 e 25 anni, includendo tutti i tipi di cicatrici, incluse quelle da ustioni, acne, traumi e ferite chirurgiche. Una volta "caratterizzata" (non si può ancora parlare di stadiazione!) la cicatrice, mediante la scala denominata POSAS (Patient and Observer Scar Assessment) e mediante un'accurata osservazione clinica e dermatoscopica, si è ricorsi all'uso di terapie convenzionali, adiuvanti ed emergenti (cortisonici, antibiotici, fattori di crescita e gel siliconici per uso topico) sia combinate che in monoterapia.[9] [10]

I risultati di questo studio mostrano che la terapia combinata FATTORI DI CRESCITA BIOMIMETICI E GEL SILICONICI DI ULTIMA GENERAZIONE ha ridotto e talvolta impedito, la comparsa del cheloide o della cicatrice ipertrofica (anche in soggetti geneticamente predisposti) solo se utilizzati immediatamente dopo o entro pochi mesi (circa 6) dal trauma che ha creato la cicatrice.



Nel caso di cicatrici ipertrofiche e cheloidi presenti da anni, e comunque da più di 6 mesi, solo il ricorso a terapie combinate e lunghe, ha permesso il miglioramento, ma mai la regressione completa, della lesione cicatriziale. [11]

Conclusioni

La formazione di cicatrici ipertrofiche è un grave problema clinico nelle nazioni in via di sviluppo e industrializzate e le procedure chirurgiche, insieme agli incidenti stradali e alle ustioni, possono dare origine a cicatrici esuberanti che provocano una perdita funzionale e permanente della cute e dei tessuti sottocutanei. Sebbene l'incidenza di cicatrici ipertrofiche e cheloidi non sia nota, essa è sicuramente sottostimata, così come lo sono i costi terapeutici che ricadono sul sistema sanitario e con conseguenze estetiche, funzionali e psicologiche per i pazienti.

Le cicatrici cheloidi e ipertrofiche rimangono una condizione difficile e poco studiata, tanto è che non sono mai state formulate linee guida per la prevenzione e il trattamento di tali patologie. [10] [12]

Esistono diversi presidi terapeutici che funzionano attraverso meccanismi diversi, tuttavia è improbabile che l'intera rete di fattori che promuovono la rigenerazione dei tessuti possa essere incorporata in un'unica strategia terapeutica. [13]

Solo una migliore comprensione della patogenesi consentirà in futuro lo sviluppo di terapie più nuove e più mirate soprattutto alla prevenzione a medio e lungo termine di tale patologia cutanea.

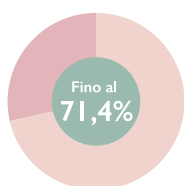
REFERENCES

1. Knapp T. et al. (1977) "Formazioni di cicatrici patologiche. Correlati morfologici e biochimici". *J Pathol* 86 (1) 47-70
2. Ferguson MWJ, O'Kane S (2004) "Guarigione senza cicatrici: dai meccanismi embrionali all'intervento terapeutico dell'adulto". *Phil Trans R Soc Lond B Biol Sci* 359 (1445): 839-50.
3. Aarabi S et al. (2007) "Formazione di cicatrici ipertrofiche a seguito di ustioni e traumi: nuovi approcci al trattamento". *PLoS Med* 4(9):e234
4. Januia SA et al. (2012) "Cheratosi follicolare ed acne cheloidale associata e follicolite". *Am J of Clin Dermatol* 9, 137-40
5. Sidgwick GP, Bayat A (2011) "Molecole di matrice extracellulare implicate in cicatrici ipertrofiche e cheloidi". *Riv Accad Europ Derm e Ven* 10.1111
6. Tan KT et al. (2011) "Caratterizzazione di ac ialuronico e STG-6 nelle cicatrici cutanee". *Riv Accad Europ Derm e Ven* 10.1111
7. Shu-liang Lu (2013) "Meccanismo di formazione della cicatrice e strategia di trattamento". *Chinese Med Ass Pub House Ltd* 29(2) 130-3
8. Arno A et al. (2014) "Nuove Strategie di gestione delle cicatrici basate sulla medicina molecolare". *J Burns* 40(4) 539-551
9. Taheri A et al. (2014) "I corticosteroidi sono efficaci per prevenire la formazione di cicatrici dopo ustioni cutanee di secondo grado?". *J Dermatol Treat* 25(4) 360-2
10. Berman B et al (2017) "Cheloidi e cicatrici ipertrofiche: fisiopatologia, classificazione e trattamento". *Dermatol Surg* 43(1) S3-S18
11. Ho Jun Lee, Yong Ju Jang (2018) "Recenti comprensioni di biologia, profilassi e strategie di trattamento per cicatrici ipertrofiche e cheloidi". *Int J Mol Sci* 19(3)711
12. Blume U et al. (2018) "Dermatologia oggi e domani: dal controllo dei sintomi alla". *Dermatol Surg* Kortner S et al. (2019) "Limitare l'angiogenesi per modulare la formazione di cicatrici". *Adv Drug Deliv Rev* 146: 170-189
13. Tran B, Wu JJ, Ratner D (2020) "Trattamento topico per cicatrici. Prodotti per ferite: una review". *Dermatologic Surgery*.

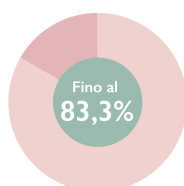
ALUSAC®

LINEA DERMATOLOGICA PER LA PELLE IMPURA, MISTA, GRASSA E A TENDENZA ACNEICA

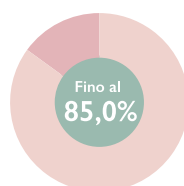
L'innovazione scientifica della linea dermocosmetica ALUSAC® è il complesso Alusil costituito da Microspugne d'Argento e Alukina (brevetto internazionale)



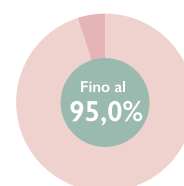
RIDUZIONE
ACNE*



RIDUZIONE
ARROSSAMENTO**



RIDUZIONE
SECCHEZZA**



RIDUZIONE
DESQUAMAZIONE**

*Studio clinico condotto con l'utilizzo congiunto di ALUSAC® Crema e Detergente

**Test di autovalutazione condotto con l'utilizzo congiunto di ALUSAC® Crema e Detergente

BOOSTER IN&OUT

ALUSAC®
Integratore Alimentare
con Biotina
per il mantenimento
di una pelle normale



ADATTA
TUTTO
L'ANNO

EADV CONGRESS



BERLIN

11-14 OCTOBER 2023

EUROPEAN ACADEMY
OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

EADVCONGRESS2023.ORG

EADV HIGHLIGHTS POSTER 2022 Milan (Italy)



→ **Initial report on the month 12 results from the Psoriasis Study of Health Outcomes (PSoHO) for patients with moderate-to-severe psoriasis treated with biologics in the real-world setting**

Costanzo A, Paul C, Carrascosa JM, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- PSoHO is a 3-year prospective, no-interventional study comparing anti-IL-17A agents with other approved biologics in psoriasis.
- In this analysis, response rates were higher for patients receiving anti-IL-17A therapies compared to other biologics.
- 61.5% of anti-IL-17A patients maintained at least

PAI90 and sPGA 0/1 at Months 6 and 12, compared to 46.3% on other biologics.

- 25.3% of those who achieved PASI100 at Week 12 maintained it to Month 12 with anti-IL-17A, compared to 13.7% with other biologics.

- Durability of effectiveness at Month 12 was highest for patients treated with anti-IL-17A: 64% compared to 49% for other biologics

PRESENTING AUTHOR

Prof. Antonio Costanzo
Dermatology IRCCS Humanitas Research Hospital,
Rozzano, Division Of Dermatology, Humanitas
Research Hospital
Pieve Emanuele, Milan, Italy



→ Individualising management of truncal acne-recommendations from Personalising Acne: Consensus of Experts (PACE)

Layton A, Andrew A, Baldwin HE, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- Truncal acne has a distinct impact, yet continues to be managed using facial acne guidelines.
- Patient-related factors such as treatment history, poor adherence, goals, and expectations and lifestyle can provide nuanced care.
- A panel of 17 experts made recommendations based on surveys and draft consensus statements.
- A more aggressive approach may be needed in the presence of nodules, deep inflammatory lesions, scarring, pain, or significant QoL impact.
- Combination therapy may be considered, using two topicals or orals with different modes of action.
- Personalized treatment approaches will improve patient outcomes and long-term management.

PRESENTING AUTHOR

Dr. Alison Layton
Hull York Medical School, University of York
York, UK
Harrogate and District NHS Foundation Trust
Harrogate, UK

→ Efficacy and safety of the Janus Kinase (JAK) 1 Inhibitor INCB054707 in patients (Pts) with hidradenitis suppurativa (HS): results from a randomized, placebo-controlled, phase 2 dose-ranging study

Kirby J, Okun MM, Alavi A, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- Povorocitinib is an oral JAK inhibitor with selectivity for JAK1.
- In this double-blind study, 209 patients with HS were randomized to povorocitinib 15, 45 or 75 mg, or placebo QD for 16 weeks.
- There was a trend towards dose-dependent efficacy, with significantly greater decrease in abscess and inflammatory nodules versus placebo (-5.2 to -6.9 versus -2.5).
- Povorocitinib also decreased the draining tunnel count,

and other key measures of HS severity.

- There was no evidence for increased toxicity at higher doses; the most common treatment-related AEs were fatigue, acne, and headache

PRESENTING AUTHOR

Dr. Joslyn Kirby
Penn State Health Milton
S. Hershey Medical Center
Hershey, PA, USA

→ Maintained Improvement With Baricitinib in Adult Patients With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis Who Were Treated for up to 104 Weeks in a Randomised Trial: Physician Assessments

Wollenberg A, Werfel T, Barbarot S, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- BREEZE-AD3 is an ongoing Phase 3 study to assess long-term safety and efficacy of the JAKi baricitinib in moderate-to-severe AD.
- This analysis evaluated maintenance of response from Week 52-104 in responders randomised to continue 4 mg or down-titrate to 2 mg.
- Patients who continued baricitinib 4 mg maintained improvements in skin, itch, and sleep for 104 weeks.
- Those who down-titrated to 2 mg maintained most of their improvement in skin, itch, and sleep.
- EASI75 response at 82% and 74% in 4 mg continuers at Week 52 and 104, respectively, and 85% and 58% in those stepping down to 2 mg.

PRESENTING AUTHOR

Dr. Andrew S Buchanan
Eli Lilly and Company
Indianapolis, USA

→ Treatment patterns of patients with alopecia areata based on physician assessed severity: results from a real-world survey in 5 European countries

Vañó-Galván S, Blume-Peytavi U, Farrant P, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session



KEY MESSAGES

- Real-world data from a survey of 218 dermatologists and their adult patients in France, Germany, Italy, Spain, and the UK.
- On average, patients were receiving 1.9 therapies, and had previously received 1.6 treatment lines.
- First-line treatment mostly relied on corticosteroids across AA severity categories.
- Use of conventional immunosuppressants, JAKi, and topical immunotherapy was more common in severe AA after treatment failure.
- Current treatment patterns by physician-defined AA were generally similar across countries.

PRESENTING AUTHOR

Prof. Bianca Maria Piraccini
University of Bologna
Bologna, Italy

→ **Lebrikizumab provides clinically meaningful responses in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis in two phase 3 monotherapy studies**

Thyssen J, Weidinger S, Thaçi D, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- Lebrikizumab is a novel, high-affinity monoclonal antibody targeting IL-13 under development for moderate-to-severe AD.
- ADvocate-1 and -2 randomised dupilumab- and tralokinumab-naïve adults and adolescents to lebrikizumab 250 or 500 mg, or placebo Q2W.
- This post hoc analysis reported the proportion of adults achieved one or more of three key responses: EASI <7, PNRS ≥4, and DLQI ≤5.
- At Week 16, 74.6% and 35.1% of lebrikizumab and placebo patients achieved ≥1 clinically meaningful response in signs, symptoms, or QoL.
- All three endpoints were achieved by 36.6%/22.7% of patients on lebrikizumab, versus 6.3%/5.3% on placebo in the ADvocate-1/-2 trials.

PRESENTING AUTHOR

Prof. Jacob Thyssen
University of Copenhagen, Bispebjerg Hospital
Copenhagen, Denmark

→ **Efficacy and safety of deucravacitinib, an oral, selective, allosteric TYK2 inhibitor, in patients with active systemic lupus erythematosus: results from a phase 2, randomized, double-blind, placebo-controlled study**

Pike M, Merrill JT, Morand E, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- PAISLEY was a Phase 2 trial of SLE patients randomized to deucravacitinib 3 mg BID, 6 mg QD, 12 mg QD, or placebo.
- There was significantly higher proportion achieving the SLE responder index (SRI-4) response versus placebo, with sustained efficacy at Week 32 and 48.
- All secondary endpoints were improved or meaningfully improved at Week 48, including BICLA, CLASI-50, and LLDAS.
- Deucravacitinib was well tolerated, with a safety profile consistent with earlier trials in psoriasis and PsA.
- This shows promise as a novel therapy for SLE, and warrants Phase 3 investigation

PRESENTING AUTHOR

Dr. Victoria P Werth
University Of Pennsylvania And The Michael J. Crescenz Va Medical Center,
Philadelphia, United States

→ **Long term response to low-dose Rituximab in bullous pemphigoid: a case series**

de Nicolas-Ruanes MB, Jimenez-Cauhe J, Suarez-Carantoña C, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- Rituximab is used in a number of autoimmune diseases at 375 mg/m² QW over 4 weeks for lymphoma, and 1000 mg 2 weeks apart for RA.
- Lower doses may be an option in some diseases such as pemphigus
- This retrospective analysis of 6 patients with BP evaluated the efficacy of low-dose rituximab (500 mg 2 weeks apart) in the long term.
- Over mean follow-up of 97 weeks, 83% sustained or improved their response over time.



• This pilot suggests response to two infusions is maintained over time; this may be an option especially for older patients where full-dose may cause unacceptable toxicity.

PRESENTING AUTHOR

Dr. Maria Belen De Nicolas Ruanes
Dermatology Department, Ramon y Cajal University Hospital, IRYCIS
Madrid, Spain.

→ Efficacy and safety of bimekizumab in patients with active psoriatic arthritis and inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: 16-week results from BE COMPLETE, a phase 3, randomised, double-blind placebo-controlled study

Warren RB, Asahina A, Gisondi P, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- Bimekizumab is a monoclonal IgG1 antibody that selectively inhibits IL-17F in addition to IL-17A.
- BE COMPLETE is a 16-week Phase 3 study of bimekizumab in 400 PsA patients with prior inadequate response or intolerance to TNFi.
- Compared to placebo, bimekizumab resulted in rapid and clinically relevant efficacy improvements at Week 16.
- The primary endpoint of ACR50 at Week 16 was achieved by 43.4% and 6.8% of bimekizumab- and placebo-treated patients, respectively.
- Bimekizumab was well tolerated, with no new safety signals observed.

PRESENTING AUTHOR

Dr. Richard B Warren
Dermatology Centre, Salford Royal NHS Foundation Trust, Manchester NIHR Biomedical Research Centre, The University of Manchester
Manchester, UK

→ Efficacy and Safety of Brodalumab, An Anti-Interleukin-17 Receptor A Monoclonal Antibody, in Japanese Patients with Palmoplantar Pustulosis: A 16 Week Results of a Phase 3, Multicenter, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study

Okubo Y, Kobayashi S, Murakami M, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- Brodalumab is a fully human IgG2 monoclonal antibody with selective binding of the IL-17 receptor.
- 126 patients randomized to brodalumab 210 mg Q2W or placebo for 16 weeks; all patients received brodalumab in the open-label extension.
- PPPASI total score change from baseline was significantly higher with brodalumab: 13.73 versus 8.45 with placebo.
- Similarly, by Week 16 16.0% versus 0.0% achieved PPPASI-90 response.
- 210 mg Q2W was effective and tolerable in Japanese PPP patients, and may provide a new treatment option.

PRESENTING AUTHOR

Dr. Yukari Okubo
Department Of Dermatology, Tokyo Medical University
Tokyo, Japan

→ A Retrospective Review on Skin Cancers in a Multi-ethnic Asian Population

Loo YP, Ab Halim SA, Loo CH, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- This was a 5-year retrospective review of 549 skin cancer diagnoses at one dermatology centre in Malaysia.
- BCC tumours were mainly on the head and neck region, especially on the nose (28%), nasolabial (9.8%), and cheek (9.5%) areas.
- 63.5% of BCC were nodular subtypes, followed by mixed (15.4%), and infiltrative (5.2%).
- Findings are comparable with regional studies that show BCC is the most common skin cancer, with predominantly nodular subtypes.
- Measures are needed to control increasing incidence and the socioeconomic burden of skin cancer.



PRESENTING AUTHOR

Yin Pin Loo

Hospital Pulau Pinang
Georgetown, Penang, Malaysia

→ **Meaningful Change Threshold for the Dermatitis Family Impact (DFI) Questionnaire for Parents/Caregivers of Children Aged 6 Months to <6 Years With Atopic Dermatitis (AD)**

Paller AS, Marron SE, Whalley D, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- The Dermatology Family Impact (DFI) questionnaire assesses the impact of AD on QoL for caregivers and family of AD-affected children.
- LIBERTY AD PRESCHOOL was a 16-week study in children 5 years and under with AD; these data were used to estimate DFI thresholds.
- Change in DFI highly correlated with change in caregiver global impression of disease and impression of change (0.67 and 0.55, respectively), confirming these are anchor measures.
- At week 16, 'a little better' and 'moderately better' correlates with DFI score change of -6.69 and -7.94, respectively.
- An individual change of 7 points on the DFI total score is an appropriate within-person threshold for young children.

PRESENTING AUTHOR

Prof. Amy S Paller

Professor of Dermatology and Paediatrics, Department of Dermatology Chair, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, U.S.A

→ **Comparative Study of Multiple Actinic Keratosis Treated with Mal and Ala in Half Time Illumination Conventional PDT and Long Term Follow Up**

Fernández Guarino M
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- PDT is effective for multiple actinic keratosis; it may be possible to lower red light dose and combine treat-

ment with methyl aminolaevulinic acid (MAL).

- This study compared half-illumination conventional PDT with MAL and aminolaevulinic acid (ALA) with long-term follow-up in 46 patients.
- No significant differences were found at 12 months, despite ALA exhibiting slightly better results at 3 months.
- In clinical practice, shorter illumination may reduce pain.
- Further studies are needed to determine the inferior point of red-light illumination without losing efficacy.

PRESENTING AUTHOR

Dr. Montserrat Fernández Guarino

Hospital Ramón Y Cajal,
Madrid, Spain

→ **Effectiveness, safety, and patient-reported outcomes from a Phase 4 study of tildrakizumab in patients with moderate-to-severe psoriasis**

Bhatia ND, Heim J, Schenkel B, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- Tildrakizumab is an anti-IL-23 p19 monoclonal antibody approved for moderate-to-severe psoriasis.
- This Phase 4, 64-week study assessed efficacy, safety, and patient-reported outcomes in 55 patients in real-world practice.
- Patients had significant improvement in measures of disease severity as early as Week 4, and 76.9% achieved PASI75 at Week 28.
- Tildrakizumab was well tolerated, with low rates of serious treatment-emergent adverse events of 5.5%.
- These real-world data demonstrate clinical and patient-reported effectiveness and safety consistent with the Phase 3 findings.

PRESENTING AUTHOR

Neal D Bhatia

TCR Medical Corporation
San Diego, USA



→ Treatment patterns among patients with palmoplantar pustulosis

Jashin JW, Gao R, Bohn RL, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- This was a retrospective cohort study using claims data from 750 people with PPP.
- Most patients with newly diagnosed PPP did not receive treatment within 1 month of diagnosis.
- Oral steroid use increased from 5.3% of patients to 18.9% from 1 to 24 months; other treatments had an increasing or stable trend over time.
- A substantial number of people – up to 72.8% – received no systemic therapy for PPP over 24 months.
- There is a lack of standardized management for people with PPP

PRESENTING AUTHOR

Dr. Jashin J Wu
Dermatology Research and Education Foundation,
Irvine, CA, USA

→ Skin manifestations in people living with hiv-a cross-sectional study

Sebald K, Todorova A, Zink A, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- Skin manifestations are common in people living with HIV – affecting more than 90% at some stage of their life.
- This cross-sectional study aimed to collect current data on the prevalence of skin manifestations and evaluate risk factors in 78 people.
- A total of 138 skin manifestations were found in 66 of the 78 subjects.
- The most common were xerosis cutis (28.2%), onychomycosis (20.5%), seborrheic dermatitis (10.3%), and asteatotic eczema (10.3%).
- Higher viral load and history of sunburn during childhood were identified as risk factors for xerosis cutis

PRESENTING AUTHOR

Dr. Kathrin Sebald
Interdisciplinary HIV Center
at Klinikum Rechts der Isar
Munich, Fraunberg, Germany

→ Predicting time to clinical remission in chronic urticaria: can it be done with a simplified model?

Pivneva I, Balp MM, Geissbühler Y, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- Chronic urticaria is associated with clinical remission independent of treatment.
- PREDICT-CU is a machine learning model to predict time to clinical remission using electronic health records.
- The model was tested in 112,443 patients to try to refine and simplify the process while maintaining accuracy.
- 176 variables were simplified into 9 key variables that can rapidly predict the time to remission of chronic urticaria.
- These include date of birth, earliest visit, and diagnosis; presence of asthma, allergic rhinitis, or chronic pulmonary disease; BMI, weight, and height.
- This could represent a flexible, portable, and user-friendly tool but it will need to be tested in other database types.

PRESENTING AUTHOR

Dr. Irina Pivneva
Analysis Group, Inc.
Montreal, Canada

→ The road to biologics in patients with hidradenitis suppurativa - a nationwide drug utilization study

Ring HC, Yao Y, Maul JT, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- HS is a chronic, inflammatory skin disease of the hair follicle defined by recurrent nodules, draining tunnels, and intertriginous scarring.
- Biologics are an important therapeutic option, but treatment is often delayed.
- This study used data from the Danish National Patient Registry to examine treatment use in 225 patients with HS.
- On average, people received systemics for 8 years before initiating a biologic – and a mean of 4 different systemics over this time.
- These findings emphasize the need for optimized im-



plementation of evidence-based guidelines, as well as the need for new treatments.

PRESENTING AUTHOR

Dr. Hans Christian Ring
Department of Dermato-Venereology & Wound Healing Centre, Bispebjerg Hospital
Copenhagen, Denmark.

- Those with extensive scalp hair loss had high likelihood of stopping treatment and were more likely to be anxious or depression.
- These findings suggest a high unmet need for approved, effective treatments for AA.

PRESENTING AUTHOR

Peter Anderson
Adelphi Real World,
Bollington, UK

→ Exacerbation of autoimmune bullous diseases after SARS-CoV-2 Vaccination

Kianfar N, Dasdar S, Salehi Farid A, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- To assess the safety profile of COVID vaccines in 441 people with autoimmune bullous diseases.
- 10.7% and 3.7% of controlled/remission patients experienced major and minor relapses, respectively.
- Among 40 patients who received the vaccine in the active phase of disease, 45% reported disease worsening.
- In fully vaccinated patients, only 4.5% developed disease exacerbation after both vaccine doses.
- Vaccination is strictly recommended for people with autoimmune bullous diseases, but preferably in a controlled or remission phase.

PRESENTING AUTHOR

Nika Kianfar
Dermatology, Tums, Tehran, Iran

→ Impact of scalp hair loss on treatment patterns and physician satisfaction with disease control for alopecia areata patients in Europe

Anderson P, Marwaha S, Piercy J, et al.
EADV Congress 2022 - Poster session

KEY MESSAGES

- Real-world data from a survey of dermatologists and adult patients in France, Germany, Italy, Spain, and the UK.
- For 1,1720 patients with AA, the main reason for choice of treatment was to reduce hair loss on the scalp.
- Off-label therapies were associated with lower satisfaction, and the opinion that better control could be achieved.



XI Congresso Nazionale S.I.Der.P. Società Italiana di Dermatologia Pediatrica

TORINO
23-25
NOVEMBRE
2023

Presidente del Congresso:

Dott.ssa Paola Coppo

AOU Città della Salute
e della Scienza di Torino,
Presidio Ospedaliero Universitario
Materno Infantile
Regina Margherita - S. Anna

Presidenti Onorari:

Prof. Pietro Quaglino

Dipartimento di Scienze Mediche,
Università di Torino, AOU Città
della Salute e delle Scienze di Torino

Dott. Vito Di Lernia

S.C. di Dermatologia,
Arcispedale S. Maria Nuova,
Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

Sede Congressuale:

STARHOTELS Majestic

C.so Vittorio Emanuele II, 54
10123 Torino

**PROGRAMMA
PRELIMINARE**



ORGANIGRAMMA DEL CONGRESSO

Presidente:

Dott.ssa Paola Coppo
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino,
Presidio Ospedaliero Universitario Materno Infantile
Regina Margherita - S. Anna

Presidenti Onorari:

Prof. Pietro Quaglino
Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino,
AOU Città della Salute e delle Scienze di Torino

Dott. Vito Di Lernia
S.C. di Dermatologia, Arcispedale S. Maria Nuova,
Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

Segreteria Scientifica:

Dott. Riccardo Cavalli (Milano)
Dott. Andrea Diociaiuti (Roma)
Dott.ssa Roberta La Selva (Torino)
Dott.ssa Michela Ortoncelli (Torino)
Dott. Michele Panzone (Torino)
Prof.ssa Annalisa Patrizi (Bologna)
Prof. Simone Ribero (Torino)
Prof. Gianpaolo Ricci (Bologna)

ORGANIGRAMMA DEL CONGRESSO

Relatori e Moderatori:

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Orsola Ametrano (Napoli) | Giuseppe Gallo (Torino) |
| Vittoria Baraldini (Milano) | Silvia Garrazzino (Torino) |
| Andrea Bassi (Lucca) | Marco Gattorno (Genova) |
| Anna Belloni Fortina (Padova) | Carlo Gelmetti (Milano) |
| Samantha Berti (Firenze) | Andrea Locatelli (Bergamo) |
| Valeria Boccaletti (Brescia) | Edoardo Marrani (Firenze) |
| Domenico Bonamonte (Bari) | Raul Mattassi (Milano) |
| Michela Brena (Milano) | Alessandro Mussa (Torino) |
| Stefano Cambiaghi (Milano) | Iria Neri (Bologna) |
| Roberta Caorsi (Genova) | Michela Ortoncelli (Torino) |
| Francesca Caroppo (Padova) | Michele Panzone (Torino) |
| Riccardo Cavalli (Milano) | Annalisa Patrizi (Bologna) |
| Cristiana Colonna (Milano) | Pietro Quaglino (Torino) |
| Paola Coppo (Torino) | Simone Ribero (Torino) |
| Mario Cutrone (Venezia) | Giampaolo Ricci (Bologna) |
| Paolo Dapavo (Torino) | Giorgio Rovatti (Modena) |
| Vito Di Lernia (Reggio Emilia) | Oriana Simonetti (Ancona) |
| Andrea Diociaiuti (Roma) | Elodie Stasi (Torino) |
| Maya El Hachem (Roma) | Maurizio Stella (Torino) |
| Cesare Filippeschi (Firenze) | Gianluca Tadini (Milano) |
| Lucretia Adina Frasin (Legnano) | |

BIOHYALUX®

Capacità di integrazione nei tessuti

Ottima dinamicità

Effetto liftante

Facilità di iniezione

Sicurezza ed efficacia

SCUBES

L'innovazione tecnologica al servizio della bellezza

La linea di filler **BioHyalux®** include quattro differenti prodotti a base di acido ialuronico: Deep Dermis, Basic, Lips e Fine Lines. La tecnologia Cross-linking conferisce al prodotto un'elevata sicurezza clinica e un'efficacia a lungo termine. Risultati naturali per la correzione delle rughe superficiali e profonde, l'idratazione delle labbra e il trattamento del codice a barre, il rimodellamento del contorno viso e il ringiovanimento cutaneo.



cdlifepharma.com

CDlifePharma
ADVANCED HEALTH SOLUTIONS

Instructions for Authors for JPD

AUTHORS' RESPONSIBILITIES

Manuscripts are accepted with the understanding that they have not been published or submitted for publication in any other journal.

The Authors must obtain permission to reproduce figures, tables and text from previously published material. Written permission must be obtained from the original copyright holder.

Publishing an article of a clinical trial sponsored or coming from a pharmaceutical company or containing the trade name of a product requires article processing charges that will be discussed with the Managing Editor of the journal.

The Authors agree to transfer the ownership of copyright to Journal of Plastic Dermatology in the event the manuscript is published.

MANUSCRIPT PRESENTATION

Authors must submit the text (MAC and WINDOWS Microsoft Word are accepted) and illustrations by e-mail.

Manuscripts must be written in English language in accordance with the "Uniform Requirements for Manuscripts submitted to biomedical journals" defined by The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE.org).

Manuscripts should be typed double spaced with wide margins. They must be subdivided into the following sections:

Title page

It must contain:

- title;
- first, middle and last name of each Author without abbreviations;
- University or Hospital, and Department of each Author;
- last name and address of the corresponding Author;
- e-mail to facilitate communication;
- list of abbreviations.

Summary

The Authors must submit a long English summary.

After the summary, three to ten key words must appear, taken from the standard MEDLINE terminology.

Text

For original articles concerning experimental or clinical studies and case reviews, the following standard scheme must be followed: Introduction - Material and methods - Results - Discussion - Conclusions - Summary - References - Tables - Legends - Figures.

Size of manuscripts

Literature reviews, Editorials and Original articles concerning experimental or clinical studies should not exceed 20 typewritten pages including figures, tables, and reference list.

References

The Author is responsible for the accuracy of the references. References must be sorted in order of quotation and numbered with arabic digits between parentheses.

Only the references quoted in the text can be listed. Journal titles must be abbreviated as in the MEDLINE.

Only studies published on easily retrieved sources can be quoted. Unpublished studies cannot be quoted, however articles "in press" can be listed with the proper indication of the journal title, year and possibly volume.

References must be listed as follows:

Journal articles

All Authors if there are six or fewer, otherwise the first three, followed by "et al." Complete names for Work Groups or Committees.

Complete title in the original language. Title of the journal following MEDLINE rules. Year of publication; Volume number: First page.

Example: Starzl T, Iwatsuki S, Shaw BW, et al. Left hepatic trisegmentectomy. *Surg Gynecol Obstet.* 1982; 155:21.

Books

Authors - Complete title in the original language. Edition number (if later than the first). City of publication: Publisher, Year of publication.

Example: Bergel DIA. *Cardiovascular dynamics.* 2nd ed. London: Academic Press Inc., 1974.

Book chapters

Authors of the chapters - Complete chapter title. In: Book Editor, complete Book Title, Edition number. City of publication: Publisher, Publication year: first page of chapter in the book.

Example: Sagawa K. The use of central theory and system analysis. In: Bergel DH (Ed), *Cardiovascular dynamics.* 2nd ed. London: Academic Press Inc., 1964; 115.

Tables

Tables must be clearly printed and aimed to make comprehension of the written text easier. They must be numbered in Arabic digits and referred to in the text by progressive numbers. Every table must be typed on a separate sheet and accompanied by a brief title. The meaning of any abbreviations must be explained at the bottom of the table itself.

Figures

(graphics, algorithms, photographs, drawings)

Figures must be numbered and quoted in the text by number.

If sent by surface mail figures must be submitted in duplicate. On the back side of each figure the following data must appear: figure number, title of the paper, name of the first Author, an arrow pointing to the top of the figure.

Please follow these instructions when preparing files:

- Do not include any illustrations as part of your text file.
- Do not prepare any figures in Word as they are not workable.
- Line illustrations must be submitted at 600 DPI.
- Halftones and color photos should be submitted at a minimum of 300 DPI.
- Power Point files cannot be uploaded.
- Save figures as either TIFF or JPEG or EPS files.
- PDF files for individual figures may be uploaded.

MANUSCRIPT REVIEW

Only manuscript written according to the above mentioned rules will be considered. All submitted manuscripts are evaluated by the Editorial Board and/or by two referees designated by the Editors. The Authors are informed in a time as short as possible on whether the paper has been accepted, rejected or if a revision is deemed necessary. The Editors reserve the right to make editorial and literary corrections with the goal of making the article clearer or more concise, without altering its contents. Submission of a manuscript implies acceptance of all above rules.

Papers submitted for publication and all other editorial correspondence should be addressed to:

Journal of Plastic and Pathology Dermatology
Via Plinio 1 - 20129 Milano
e-mail: jpd@fiderm.it

LA NOSTRA FOTOPROTEZIONE DEDICATA AD OGNI CONDIZIONE DERMATOLOGICA È SOLO SPF 50+



ACNELL 50+

Cute
Aceica

SENSIVEN 50+

Cute con
Couperose
Rosacea

DEPI 50+

Cute con
Iperpigmentazioni
Macchie Cutanee

CICANOVA 50+

Cute
Anelastica
Esiti Cicatriziali

REOXALL 100s CREMA e FLUIDO

Fotoprotezione Viso e Corpo
Spf50+
Idratante ed Antiossidante

CANOVA®

Prodotti disponibili in farmacia



Eucerin®

95%*
CONFERMA:
**MACCHIE
POST-ACNE
RIDOTTE**

NOVITÀ

**BREVETTO
THIAMIDOL**



SETTIMANA 0
PRIMA



SETTIMANA 12
DOPO**



* Prodotto testato su 100 volontari, applicato regolarmente due volte al giorno per 8 settimane.

** Studio clinico su 40 volontari, con uso regolare di siero e fluido due volte al giorno per 12 settimane. Foto di un caso, i risultati individuali possono variare.