

dermatology reports

EDIZIONE ITALIANA

2022; volume 3, n. 3

INCLUDE

*Atti del 59° Congresso Nazionale ADOI - Sessione Poster
Riccione 26-29 ottobre 2022*

Editor-in-Chief

Luigi Naldi



ASSOCIAZIONE DERMATOLOGI-VENEREOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI e della SANITÀ PUBBLICA

www.pagepress.org/journals/index.php/dr



Soluzioni assicurative per i Soci ADOI

Siamo lieti di comunicare che AON resta il nostro broker di riferimento e che potremo beneficiare delle polizze di Responsabilità Civile Professionale e Tutela Legale alle stesse condizioni in corso, con delle importanti novità per i nostri iscritti.

Polizza di RC Professionale (con estensione alla colpa grave)

Copertura per i danni causati nell'esercizio della propria professione, è dedicata a tutti gli iscritti ADOI: Specializzandi - Liberi Professionisti - Dipendenti in extramoenia- Dipendenti esclusivisti- Studi dermatologici.

- Assicuratore: Generali Italia
- Retroattività 10 anni
- Ultrattività (cd. Postuma) 10 anni
- NEW 2023: Possibilità per i Dipendenti esclusivisti di assicurarsi per la sola Colpa Grave (premi a partire da €350)
- Copertura dei fatti noti, quali comunicazioni informative ex. art. 13 Legge Gelli
- Copertura della dermatologia estetica
- Copertura operativa in caso di utilizzo di farmaci off-label
- Possibilità di estensione della copertura del rischio agli studi associati
- Testo in linea con la Legge 24/2017, cd. Legge Gelli Bianco
- Premi a partire da €590

Polizza di Tutela Legale

Difesa in ambito penale e copertura delle spese di difesa in giudizio.

È dedicata a tutti gli iscritti ADOI: Specializzandi - Liberi Professionisti - Dipendenti in extramoenia- Dipendenti esclusivisti- Studi dermatologici.

- Assicuratore: Generali Italia
- Copertura delle spese legali in caso di procedimenti penali e disciplinari
- Possibilità di estendere la copertura ai procedimenti di responsabilità amministrativo-contabile per danno erariale
- Possibilità di garanzia aggiuntiva di tipo contrattuale per chi esercita in regime libero professionale
- Libera scelta del legale

Contatti

Per fare un preventivo, rinnovare o attivare le polizze in Convenzione registrati con il codice Convenzione "ADOI" sul sito www.adoi.aon.it

Se desideri un confronto con i nostri consulenti AON chiama il numero verde **800 186 038** o inviaci una mail al seguente indirizzo: adoi@aon.it

Cosa fare in caso di sinistro? Inviare una mail a denunce.rcmedica@aon.it ; per ulteriori chiarimenti chiama il numero: +39 0287232368

Dermatology Reports

Edizione Italiana

ISSN 2036-7392

Dermatology Reports è una rivista scientifica in lingua inglese, on-line open-access, indicizzata sui principali motori di ricerca, dal 2019 di proprietà di ADOI e organo ufficiale di ADOI, IMI e SIDCO.

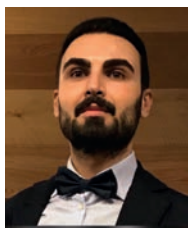
L'edizione italiana pubblica aggiornamenti scientifici, rubriche e informazioni relative a quanto di rilevante accade all'interno di ADOI e della dermatologia italiana, nonché pagine dedicate a quegli aspetti umanistici, spesso trascurati, che sono alla base delle sue origini.

COORDINATORE EDITORIALE



Francesca Sampogna
Roma

COMITATO EDITORIALE



Enzo Errichetti
Udine



Luca Fania
Roma



Marta Fusano
Milano



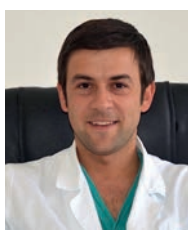
Giovanna Galdo
Avellino



Fabio Massimo Gavazzoni
Brunico (BZ)



Elena Pezzolo
Vicenza



Francesco Ricci
Roma



Francesca Romano
Napoli



Michela Venturi
Cesena

CONGRESSO NAZIONALE ADOI: LA TRADIZIONE CHE SPOSA L'INNOVAZIONE!

È da poco terminato il Congresso nazionale della nostra Associazione, arrivato oramai alla sua 59° edizione. È stato un congresso in presenza, ma ancora con la minaccia latente della pandemia da Covid 19 e il rischio concreto che potesse saltare o ridimensionarsi anche se la voglia di tutti coloro che hanno partecipato era palpabile. Voglia di rincontrarsi e vedersi dal vivo, scambiarsi informazioni, ma anche timidi abbracci e ovviamente seguire le sessioni scientifiche.

Nella preparazione del Congresso sono stato validamente consigliato e concretamente aiutato dai co-Presidenti, il Presidente Adoi, il Consiglio Direttivo con i suoi responsabili scientifici e tutto il comitato scientifico dei colleghi della Romagna. Anche molti colleghi italiani hanno collaborato con entusiasmo e portato la loro esperienza, i loro consigli e la loro competenza; tutto questo ha permesso un vero e proprio lavoro di squadra! Per tale prezioso supporto ringrazio tutti, senza dimenticare gli sponsors.

Ne è scaturito un programma scientifico molto articolato e che, ritengo, sia riuscito a coniugare la tradizione con l'innovazione e a mostrare le interfacce e gli aspetti interdisciplinari della nostra branca specialistica con diverse altre branche. La sempre maggior complessità della medicina moderna richiede sempre più interdisciplinarietà e collaborazioni. Accanto alle classiche presentazioni sono stati inseriti numerosi corsi pratici e autorevoli letture anche distanti dalla nostra disciplina ma di alto contenuto scientifico che potessero arricchire la mente e stimolare la curiosità del clinico. Un altro aspetto a cui si mirava era quello di sottolineare e nel contempo attribuire con forza al dermatologo il ruolo di specialista di organo, nello specifico l'organo cute; è un concetto che vede il dermatologo come uno specialista (in particolare quello ospedaliero) a tutto tondo nella gestione della pelle in tutte le sue patologie, dalle meno gravi alle più estreme. Da qui le sessioni chirurgiche soprattutto in ambito oncologico, di *wound care* e di ustioni. Abbiamo affrontato la *skin failure* come una problema-



Francesco Cusano, Presidente ADOI.



Ignazio Stanganelli, Copresidente del Congresso



Andrea Conti e Michela Tabanelli, Copresidenti del Congresso.



Davide Melandri, Presidente del 59° Congresso Nazionale ADOI con Luigi Naldi, Presidente del 60° Congresso Nazionale ADOI

tica sovrapponibile in termini di gravità alla insufficienza pancreatica e a quella di altri organi “nobili”. Curare un’*acute skin failure* è altrettanto impegnativo in termini di competenze, skills, risorse umane e tecnologiche ma è anche altrettanto gratificante quando si salva una vita umana. Un altro tema trattato è stato quello dell’innovazione terapeutica nelle patologie dermatologiche più comuni (psoriasi, dermatite atopica, orticaria, pemfigo, ecc) e in campo oncologico; farmaci sempre più efficaci, selettivi, precisi, ben tollerati e spesso dotati del dono dell’interdisciplinarietà. Abbiamo valutato l’impatto della Covid sull’organo cute in termini clinici e organizzativi. Altri temi toccati quello della Medicina rigenerativa che vede il dermatologo in prima linea, la teledermatologia, Internet e i social media, le fake news in campo dermatologico, l’impatto della Intelligenza Artificiale con i suoi algoritmi soprattutto, al momento, in campo diagnostico e, infine, la guerra e la dermatologia nelle zone povere, *low income* e dimenticate del nostro pianeta.

È stato una esperienza per me molto stimolante e credo che molti di questi temi verranno ripercorsi nel prossimo congresso di Vicenza organizzato dall’amico Luigi Naldi.

Davide Melandri, Presidente Esecutivo



I numeri del congresso ADOI 2022

Oltre 600 partecipanti per più di 82 ore di lavoro tra conferenze, letture, speech ed esercitazioni pratiche realizzate in 6 sale contemporaneamente, 20 corsi ECM e 31 corsi in totale, 26 pubblicazioni su stampa nazionale e locale e 33 sponsor.

I POSTER SONO PRESENTATI IN ORDINE ALFABETICO PER COGNOME DEL PRIMO AUTORE

UN CASO DI DERMATITE DA PAEDERUS IN ROMAGNA

Abbenante D., Sgubbi P.

UOC Dermatologia Ravenna Lugo Faenza - AUSL della Romagna

Introduzione. La dermatite da *Paederus* è una dermatosi esogena lineare dovuta al contatto della cute con la pederina, una sostanza vescicante contenuta all'interno di insetti del genere *Paederus*, coleotteri appartenenti alla famiglia degli stafilinidi. Questi insetti sono diffusi in tutto il mondo, con una prevalenza variabile nei differenti continenti.

Caso clinico. Un uomo di 19 anni riferiva di essere stato punto la notte precedente da un insetto mentre dormiva a terra in una tenda. Raccontava di essersi risvegliato in quanto aveva avvertito un'intensa sensazione di bruciore a livello della piega del gomito destro e di aver notato la presenza del corpo di un insetto deceduto.

All'esame obiettivo a livello della piega antecubitale destra si notava la presenza di vescicole a disposizione lineare su cute eritemato-edematosa. In considerazione dell'anamnesi e della morfologia caratteristica delle lesioni, sono state mostrate al paziente immagini tratte da internet del *Paederus*, ed il paziente ha riconosciuto questo insetto come quello rinvenuto la notte precedente.

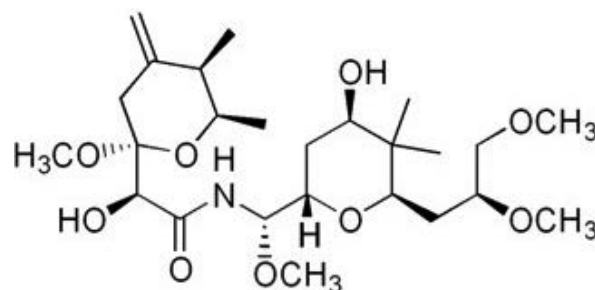
L'applicazione per 7 giorni consecutivi di una crema contenente Betametasone+Acido fusidico ha portato alla completa risoluzione della dermatite.

Discussione. La dermatite da *Paederus* (nota anche come pederosi) è una dermatite da contatto conosciuta da diversi secoli. Nei paesi tropicali, soprattutto dell'area subsariana, la pederosi è una condizione ben nota e negli ultimi 20 anni ne sono state riportate anche delle piccole «epidemie». In Italia fino ad oggi sono stati descritti solo pochi casi di dermatite da *Paederus*, ma verosimilmente i reali casi sono sottostimati.

L'insetto del genere *Paederus* contiene all'interno del liquido celomatico una potente sostanza caustica nota come pederina. L'adulto è lungo circa 1 cm e largo circa 1 mm, ha una testa rotonda di colore nero, un'elitra di piccole dimensioni ed ha una vita prevalentemente notturna. L'insetto non morde e non punge, la dermatite insorge quando il coleottero viene, in genere accidentalmente, schiacciato e strofinato sulla cute causando la fuoriuscita della pederina che a contatto con la cute determina una dermatite irritativa da contatto. Il contatto con l'insetto passa spesso inosservato, nel giro di poche ore l'area coinvolta diventa eritemato-edematosa e successivamente si formano delle lesioni vescicolo-bollose che talvolta evolvono in pustole. Si associa a intensa

sensazione di prurito e bruciore. È caratteristica l'insorgenza di lesioni "kissing", dovute allo schiacciamento dell'insetto tra due superfici contigue (ascelle, pieghe antecubitali, cavi poplitei), come osservato nel nostro caso.

Conclusioni. A causa dei mutamenti climatici caratterizzati dal progressivo aumento delle temperature, anche alle nostre latitudini è possibile diagnosticare patologie dovute ad insetti una volta ritenuti "esotici". Anche in Italia quindi il *Paederus* deve essere considerato tra le possibili cause di dermatite acuta da contatto.



ONICODISTROFIA DA LICHEN STRIATUS

Abbenante D., Carpanese M.A.

UOC Dermatologia Ravenna Lugo Faenza - AUSL della Romagna

Introduzione. Il lichen striatus è una rara dermatosi infiammatoria della cute che si presenta in particolar modo nei bambini. Si tratta di un'eruzione cutanea autolimitante e generalmente asintomatica caratterizzata da piccole papule desquamanti distribuite lungo le linee di blaschko. In rari casi può determinare un'alterazione della lamina ungueale.

Caso clinico. Un bambino di 3 anni giunge alla nostra attenzione per un'onicodistrofia della porzione laterale dell'unghia del I dito della mano sinistra. I genitori riferiscono essere insorta da circa tre mesi.

L'esame obiettivo mostra un assottigliamento della lamina ungueale, presenza di fissurazioni longitudinali e splitting distale.

Un'accurata osservazione della cute della superficie dorsale dello stesso dito evidenzia la presenza di piccole papule ipercheratosiche disposte in maniera lineare dalla radice del dito fino alla piega ungueale prossimale.

Sulla base del dato anamnestico e dell'aspetto clinico è stata formulata la diagnosi di lichen striatus. L'applicazione una volta al giorno di metilprednisolone aceponato 1% crema ha portato ad un progressivo miglioramento del quadro cutaneo con persistenza dell'onicodistrofia.



Discussione. Il lichen striatus è una rara dermatite acquisita che clinicamente appare come una banda continua o interrotta di papule piane più o meno confluenti disposte lungo le linee di blaschko. In ordine di frequenza le sedi più colpite sono gli arti, il tronco e il volto. La localizzazione è quasi sempre unilaterale ma può essere multipla. Anche se il lichen striato può comparire ad ogni età, si manifesta quasi sempre nei bambini soprattutto in età prescolare. Quando sono coinvolte le dita può associarsi l'onicodistrofia che coinvolge solo metà unghia ed è caratterizzata dall'assottigliamento della lamina, solchi e fissurazioni longitudinali, onicolisi e splitting distale. La diagnosi si basa sulla clinica. Le lesioni cutanee risolvono spontaneamente lasciando un temporaneo esito discromico, mentre le alterazioni ungueali vanno incontro a risoluzione nel giro di circa un anno.

Conclusioni. L'onicodistrofia con interessamento netto e ben delimitato della porzione laterale o mediale della lamina deve far sospettare il lichen striatus e far ricercare le lesioni cutanee tipiche di questa condizione. I genitori devono essere rassicurati sulla benignità della condizione che tende all'autorisoluzione.

Bibliografia

- Kim M, Jung HY, Eun YS, et al. Nail lichen striatus: report of seven cases and review of the literature. *Int J Dermatol* 2015; 54:1255.
- Tosti A, Peluso AM, Misciali C, Cameli N. Nail lichen striatus: clinical features and long-term follow-up of five patients. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36:908.
- Leung AKC, Leong KF, Barankin B. Lichen Striatus with Nail Involvement in a 6-Year-Old Boy. *Case Rep Pediatr* 2020; 2020:1494760.

UN BACIO VELENOSO

Addis G.

Area Socio-Sanitaria di Nuoro, Presidio Ospedaliero San Francesco, Unità Operativa Complessa di Dermatologia

Introduzione. Si presenta una piccola casistica di pazienti con morso di ragno eremita (*Loxosceles Rufescens*) osservata presso l'Unità Operativa di Dermatologia dell'ospedale San Francesco di Nuoro. Le segnalazioni di morso di ragno eremita sono in costante aumento in Italia; ciò sembra dovuto ai cambiamenti climatici che favoriscono la proliferazione di questo ragno che si è adattato bene alle nostre latitudini. Si tratta di un piccolo ragno con zampe sottili, con tre paia di occhi anziché quattro come gli altri ragni, che può infestare le nostre abitazioni, in particolare ripostigli e luoghi poco frequentati; è, infatti, un cacciatore notturno particolarmente schivo, che, escluse le prede, morde solo se si sente minacciato. Insieme alla malmignatta è l'unico ragno

Differenze fra malmignatta e ragno violino e i rispettivi morsi



Ambiente rurale
Ferita a 2 punti
Dolore immediato
Reazione locale +-
Sintomi sistemici +++



Ambiente domestico
Ferita a bersaglio
Indolore all'inizio
Reazione locale +-
Sintomi sistemici +-



in Italia capace di mordere e il cui morso può avere effetti più o meno importanti. Viene comunemente chiamato ragno violino per un disegno particolare sul cefalotorace che ricorda lo strumento musicale.

Materiali e Metodi. Differenze fra malmignatta e ragno violino e i rispettivi morsi: si vedano le foto 1 e 2.

Loxoscelismo: il morso del ragno violino è indolore per cui di solito non si avverte. I sintomi possono presentarsi dopo 2-3 ore dal morso e comprendono: comparsa di una vescicola con alone infiammatorio alla periferia (foto 1 e 2), necrosi dei tessuti circostanti nei giorni successivi (foto 3), eventuale ulcerazione entro 3-4 giorni, raramente necrosi profonda fino alla fascia muscolare per possibile sovrainfezione delle lesioni iniziali e/o inoculazione di batteri attraverso il morso. Una piccola percentuale di pazienti presenta una reazione sistemica entro 24-48 ore dal morso con febbre, malessere generale, nausea e vomito, dolori articolari e rash cutaneo (foto 4 e 5). Questi pazienti agli esami ematochimici oltre all'aumento degli indici di flogosi possono presentare screezio epatico e/o renale. La terapia è principalmente sintomatica e prevede in prima battuta antibiotici generali e locali.

Il morso del ragno violino si riconosce perché presenta un unico foro centrale circondato da alone ipocromico e ulteriore alone eritematoso (lesione a bersaglio foto 2), mentre quello della malmignatta presenta due fori contigui, ma ricordiamo che per una diagnosi eziologica inequivocabile è fondamentale l'identificazione del ragno (foto 6 e 7: i ragni portati dai pazienti alla visita dermatologica). Un quadro clinico simile, infatti, potrebbe essere dovuto alla puntura di imenotteri, altri insetti o zecche.

Casistica clinica: si vedano le foto allegate.

Conclusioni. Ogni anno in Italia aumentano le segnalazioni di morso di ragno violino. Sono stati segnalati anche alcuni decessi ma in realtà è molto difficile stabilire il morso di ragno come causa di morte: in un caso segnalato a Cagliari nel 2017 si trattava di un paziente anziano affetto da numerose comorbidità e in condizioni generali precarie e il morso sarebbe solo stato sospettato. Spesso, infatti, si tratta di segnalazioni della stampa, per il clamore che la notizia



suscita nell'opinione pubblica, difficili da controllare o verificare. Ricordiamo che il primo punto fondamentale per valutare che si tratti di una segnalazione sicura e verificabile è che il ragno venga identificato (cosa di solito non possibile) da un centro di riferimento. Come detto sopra, infatti, spesso il morso è asintomatico all'inizio e per questo l'agente eziologico passa inosservato e il morso viene sospettato a posteriori in base alle caratteristiche cliniche. Tre nostri pazienti invece hanno potuto osservare subito il ragno, catturarlo e portarlo alla visita dermatologica eseguita in urgenza tramite pronto soccorso.

UN EDEMA GIGANTE DELLA VULVA

Albano V., Carpanese M.A.

UOC Dermatologia Ravenna Lugo Faenza - AUSL della Romagna

Introduzione. L'edema vulvare può essere associato a numerose condizioni, infiammatorie, infettive, traumatiche, neoplastiche; può essere una manifestazione locale o essere spia cause sistemiche quali malattie granulomatose, sindrome nefrosica o insufficienza cardiaca congestizia.

Caso clinico. Una paziente di 16 anni si è recata in Pronto Soccorso per edema intensamente dolente del grande labbro vulvare destro associato e febbricola. Riferiva un episodio analogo l'anno precedente. La paziente negava attività sessuale. Inizialmente trattata con antibiotici a largo spettro, la paziente ha sviluppato livello del grande labbro destro un'ulcera con necrosi centrale, che è stata trattata con debridement chirurgico e medicazioni avanzate con progressiva guarigione. Ha eseguito emocolture, tamponi vaginali, visita allergologica, prick test, visita ematologica, tutti nella norma. Dopo un mese, la paziente ha rivelato di avere regolari rapporti sessuali, pertanto sono stati eseguiti anche esami MTS, negativi. Il quadro clinico è migliorato progressivamente fino a remissione completa, salvo una recidiva di edema risolto con steroide sistemico e antistaminico.



Discussione. Le diagnosi differenziali di edema vulvare sono molteplici. Una causa rara è la mastocitosi sistemica, che nella nostra paziente è stata esclusa tramite consulenza ematologica e per l'assenza di elevazione delle triptasi. Frequentemente la Candida può essere causa di edema vulvare, ma è stato escluso per l'assenza di altri sintomi correlati (prurito, perdite vaginali biancastre) e dalla negatività degli esami colturali.

Una delle cause più frequenti di edema vulvare è la dermatite allergica da contatto, che nella nostra paziente è stata

esclusa sulla base della storia clinica; sono stati comunque prescritti i test epicutanei per escluderla (ad esempio coloranti della biancheria, componenti del profilattico).

Conclusioni. Davanti ad un edema vulvare di eziologia sconosciuta, è necessario eseguire numerosi accertamenti in quanto può essere il risultato di patologie sia locali che sistemiche. È inoltre necessario un trattamento rapido in quanto può essere causa di intenso dolore e talvolta di ritenzione urinaria. È fondamentale inoltre approfondire la storia clinica della paziente, che potrebbe non rivelare dei dettagli per motivi di pudore.



EFFICACIA CLINICA DEL TRATTAMENTO CON BARICITINIB PER LA DERMATITE ATOPICA DA MODERATA A GRAVE IN ASSOCIAZIONE CON I CORTICOSTEROIDI TOPICI: UN'ANALISI POST-HOC DEGLI STUDI DI FASE 3 BREEZE-AD7 E BREEZE-AD4

Ameen M.¹, Ardern-Jones M.², Hunter H.³, Grond S.⁴, Yang F.E.⁴, Chen Y.F.⁴, McKenzie R.⁴, Irvine A.⁵, Sabatino S. (presentatore non autore)⁶

¹Royal Free London NHS Foundation Trust, London, UK;

²University Hospital Southampton, Southampton, UK;

³Salford Royal NHS Foundation Trust, Salford, UK; ⁴Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA;

⁵Trinity College Dublin, Dublin, Ireland; ⁶Eli Lilly and Company, Sesto

Fiorentino FI, Italy

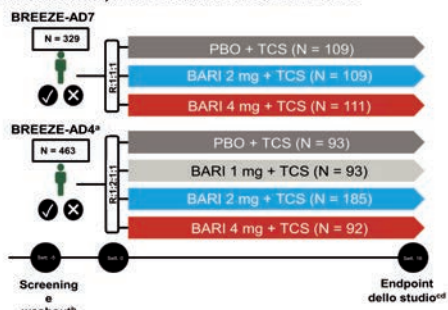
Introduzione. Baricitinib è un inibitore orale delle JAK1/JAK2 per il trattamento dei pazienti adulti con dermatite atopica (DA) da moderata a grave in Europa, valutato rispettivamente negli studi di fase 3 BREEZE-AD7 (AD7) e BREEZE-AD4 (AD4)

Materiali e Metodi. Gli studi AD7(NCT03733301) e AD4(NCT03428100) hanno valutato pazienti adulti con DA da moderata a grave con risposta inadeguata alle terapie

topiche (AD7; N=329); e che erano andati incontro a fallimento/erano intolleranti/avevano una controindicazione alla ciclosporina (AD4; N=463). In entrambi gli studi, i pazienti sono stati randomizzati a placebo o baricitinib 2-mg:4-mg; era permesso l'uso concomitante di corticosteroidi topici (TCS). Sono state descritte le analisi delle risposte parallele EASI50 e del miglioramento ≥ 4 punti del DLQI alla settimana 16, e del miglioramento ≥ 4 punti della scala di valutazione numerica (NRS) del prurito.

METODI

Disegno dello studio, BREEZE-AD7 e BREEZE-AD4



^a I pazienti nello studio BREEZE-AD4 sono stati seguiti per 52 settimane; ^b Tutti i pazienti sono stati sottoposti a un periodo di washout rispetto ai trattamenti per la DA.

^c Percentuale di pazienti che raggiungono EASI 75 (BREEZE-AD4); ^d Percentuale di pazienti che raggiungono vIGA-AD (0,1) con un miglioramento ≥ 2 punti (BREEZE-AD7). Nella presente analisi sono riportati solo BARI 2 mg e 4 mg. DA = dermatite atopica; BARI = baricitinib; PBO = placebo; TCS = corticosteroidi topici; vIGA-AD = Investigator's Global Assessment validato per DA.

Principali criteri di inclusione

- ≥ 18 anni e diagnosi di DA da ≥ 12 mesi
- DA da moderata a grave allo screening e alla randomizzazione, definita da:
 - Investigator's Global Assessment validato (vIGA) per DATM ≥ 3
 - EASI ≥ 16
 - BSA $\geq 10\%$
- Anamnesi di risposta inadeguata alle terapie topiche
- Fallimento della terapia con ciclosporina, intolleranza o controindicazioni (solo BREEZE-AD4)

Valutazioni

- Qui sono riportati i risultati di BARI 4 mg e 2 mg vs. PBO
- Gli endpoint riportati dal basale alla settimana 16 includono la percentuale di pazienti che raggiungono:
 - Un miglioramento del 50% in EASI (EASI 50) e un miglioramento ≥ 4 punti in DLQI
 - Un miglioramento EASI 50 e ≥ 4 punti in NRS prurito
 - Un miglioramento EASI 50 e ≥ 4 punti in DLQI e ≥ 4 punti in NRS prurito

Analisi statistica

- È stata applicata una regressione logistica per trattamento, regione geografica, gravità della malattia al basale (IGA) come fattori.
- I pazienti che avevano ricevuto rescue therapy o con dati mancanti sono stati considerati non responder.

Caratteristiche al basale e parametri di valutazione della malattia

	BREEZE-AD7			BREEZE-AD4		
	PBO + TCS (N = 109)	BARI 2 mg + TCS (N = 109)	BARI 4 mg + TCS (N = 111)	PBO + TCS (N = 93)	BARI 2 mg + TCS (N = 185)	BARI 4 mg + TCS (N = 92)
Età, anni	33,7 (13,2)	33,8 (12,8)	33,9 (11,4)	36,7 (13,6)	37,3 (13,6)	36,7 (13,3)
Donne, n (%)	38 (34,9)	39 (35,8)	36 (32,4)	44 (47,3)	52 (28,1)	35 (38,0)
Tempo dalla diagnosi di DA, anni	22,0 (12,2)	24,6 (14,8)	25,5 (13,2)	27,2 (15,9)	25,3 (13,7)	26,1 (15,0)
Punteggio EASI	28,5 (12,3)	29,3 (11,9)	30,9 (12,6)	30,9 (11,6)	30,6 (12,4)	32,7 (13,7)
vIGA-AD di 3, n (%)	60 (55,6)	59 (54,1)	61 (55,0)	43 (46,2)	91 (49,3)	45 (48,9)
vIGA-AD di 4, n (%)	48 (44,4)	50 (45,9)	50 (45,0)	50 (53,8)	93 (50,5)	47 (50,1)
DLQI	15,0 (7,9)	15,0 (7,7)	14,7 (7,9)	14,5 (8,9)	13,6 (7,4)	14,0 (8,1)
NRS prurito	7,4 (1,7)	7,0 (2,1)	7,0 (2,0)	7,1 (1,9)	6,7 (1,9)	6,7 (2,3)

Tabella 1: Caratteristiche al basale e parametri di valutazione della malattia per i pazienti arruolati negli studi BREEZE-AD7 e BREEZE-AD4. I dati sono valori medi (deviazione standard) dei dati disponibili, salvo dove diversamente indicato. BARI = baricitinib; DA = dermatite atopica; DLQI = Dermatology Life Quality Index; EASI = Eczema Area and Severity Index; NRS prurito = scala di valutazione numerica del prurito; PBO = placebo; TCS = corticosteroidi topici; vIGA-AD = Investigator's Global Assessment validato per la dermatite atopica.

Miglioramento in EASI 50 e DLQI ≥ 4 punti rispetto al basale

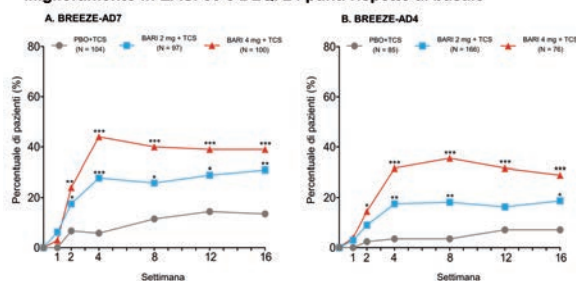


Figura 1: Percentuale di pazienti che ottengono un miglioramento EASI 50 e DLQI ≥ 4 punti dalla settimana 0 alla settimana 16 in BREEZE-AD7 (A) e BREEZE-AD4 (B), per i pazienti con DLQI basale ≥ 4 . * p $\leq 0,05$, ** p $\leq 0,01$, *** p $\leq 0,001$ vs. PBO dall'analisi di regressione logistica. BARI = baricitinib; DLQI = Dermatology Life Quality Index; EASI = Eczema Area and Severity Index; PBO = placebo; TCS = corticosteroidi topici.

Miglioramento in EASI 50 e NRS prurito ≥ 4 punti rispetto al basale

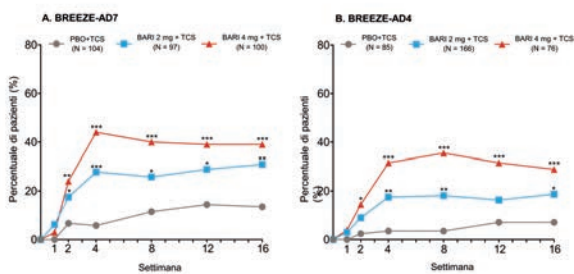


Figura 2: Percentuale di pazienti che ottengono un miglioramento EASI 50 e NRS prurito ≥ 4 punti dalla settimana 0 alla settimana 16 in BREEZE-AD7 (A) e BREEZE-AD4 (B), per i pazienti con prurito basale ≥ 4 . * p $\leq 0,05$, ** p $\leq 0,01$, *** p $\leq 0,001$ vs. PBO dall'analisi di regressione logistica. BARI = baricitinib; EASI = Eczema Area and Severity Index; Itch NRS = scala di valutazione numerica per il prurito; PBO = placebo; TCS = corticosteroidi topici.

Miglioramento in EASI 50, DLQI ≥ 4 punti e NRS prurito ≥ 4 punti rispetto al basale

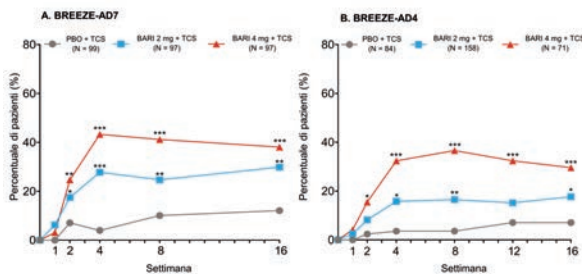


Figura 3: Percentuale di pazienti che ottengono un miglioramento EASI 50, DLQI ≥ 4 punti e NRS prurito ≥ 4 punti dalla settimana 0 alla settimana 16 in BREEZE-AD7 (A) e BREEZE-AD4 (B), per i pazienti con DLQI e prurito basali ≥ 4 . * p $\leq 0,05$, ** p $\leq 0,01$, *** p $\leq 0,001$ vs. PBO dall'analisi di regressione logistica. BARI = baricitinib; DLQI = Dermatology Life Quality Index; EASI = Eczema Area and Severity Index; NRS prurito = scala di valutazione numerica per il prurito; PBO = placebo; TCS = corticosteroidi topici.

Risultati. Nello studio AD7, il 47.6% dei pazienti trattati con baricitinib 2-mg (P=0.030) e il 61.0% dei pazienti trattati con baricitinib 4-mg (P<0.001) hanno raggiunto l'EASI50 e un miglioramento ≥ 4 punti del DLQI dal basale alla settimana (sett.) 16 vs. placebo (32.4%). Nello studio AD4, il 45.8% dei pazienti trattati con baricitinib 4-mg (P=0.042) ha raggiunto la stessa risposta dal basale alla sett. 16 vs. placebo (32.4%). La risposta EASI50, e un miglioramento ≥ 4 punti del DLQI e nella NRS del prurito dal basale alla sett. 16 vs placebo sono risultati significativi nello studio AD7 per baricitinib 2-mg (29.9%, P=0.003) e 4-mg (38.1%, P<0.001). I miglioramenti in tutti i domini sono

risultati significativi nello studio AD4 per baricitinib 2-mg (17.7%, P=0.0334) e 4-mg (29.6%, P=0.0007) vs. placebo (7.1%) alla sett. 16.

Conclusioni. In entrambi gli studi, baricitinib in associazione con TCS ha determinato un miglioramento significativo simultaneo in almeno due domini della DA vs. placebo, suggerendo un beneficio clinicamente significativo per i pazienti con DA.

DERMATITE ATOPICA E BURDEN DI MALATTIA IN REAL-LIFE: I DATI ITALIANI DELLO STUDIO INTERNAZIONALE MEASURE-AD

Argenziano G.¹, Mercuri S.R.², Savoia P.³, Amerio P.⁴, Belloni Fortina A.⁵, Bongiorno M.R.⁶, Feliciani C.⁷, Parodi A.⁸, Pimpinelli N.⁹, Stingeni L.¹⁰, Ortoncelli M.¹¹, Stinco G.¹², Gualberti G.¹³, Scuderi V.¹³, Bianchi L.¹⁴, Malara G.¹⁵

¹Dermatology Unit, Department of Mental and Physical Health and Preventive Medicine, University of Campania Luigi Vanvitelli, Naples, Italy; ²Unit of Dermatology, IRCCS San Raffaele Hospital, Milan, Italy; ³Department of Health Sciences, Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy; ⁴Department of Medicine and Aging Science and Dermatologic Clinic, University "G. d'Annunzio", Chieti-Pescara, Chieti, Italy; ⁵Unit of Pediatric Dermatology, Department of Medicine DIMED, University of Padua, Padua, Italy; ⁶Section of Dermatology, Department of Health Promotion, Mother and Child Care, Internal Medicine and Medical Specialties, University of Palermo, Palermo, Italy; ⁷Dermatologic Unit, University Hospital of Parma, Department of medicine and surgery, Parma, Italy; ⁸DiSSal Clinica Dermatologica, Ospedale-Policlinico San Martino IRCCS, Genova, Italy; ⁹Dermatology Unit, Dept. Health Sciences, University of Florence, Florence, Italy; ¹⁰Dermatology Section, Department of Medicine and Surgery, University of Perugia, Perugia, Italy; ¹¹Medical Sciences Department, Dermatologic Clinic, University of Turin, Turin, Italy; ¹²Institute of Dermatology, Department of Medicine, Santa Maria della Misericordia University Hospital, Udine, Italy; ¹³AbbVie srl, Campoverde di LT, Italy; ¹⁴U.O.S.D. of Dermatology, University of Rome "Tor Vergata", Rome, Italy; ¹⁵UOC of Dermatology, Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli", Reggio Calabria, Italy

Introduzione. La dermatite atopica, la più frequente patologia infiammatoria cronica cutanea, si caratterizza per un impatto multidimensionale, influenzando negativamente la qualità della vita e la produttività lavorativa dei pazienti.

MEASURE-AD è uno studio osservazionale, trasversale, multicentrico, condotto in 28 paesi, con l'obiettivo di valutare il burden multidimensionale associato alla dermatite atopica moderata-grave.

Obiettivo: MEASURE-AD è uno studio osservazionale, tra-

sversale, multicentrico, condotto in 28 paesi, con l'obiettivo di identificare il burden clinico della dermatite atopica (DA) moderata-grave in pazienti sottoposti o candidabili a terapia sistemica e di valutarne il burden riportato dal paziente. In questa sottanalisi si riportano i dati italiani dello studio.

Materiali e Metodi. Lo studio MEASURE-AD ha arruolato, tra dicembre 2019 e dicembre 2020, pazienti affetti da DA in una singola valutazione clinica.

I pazienti eleggibili avevano età ≥ 12 anni, una diagnosi di DA moderata-severa confermata dal medico, erano sottoposti o candidabili a terapia sistemica e avevano un'anamnesi farmacologica disponibile negli ultimi 6 mesi.

La valutazione di gravità di DA è stata effettuata mediante EASI, SCORAD, Worst Pruritus (WP)-NRS, POEM e DLQI.

In questa analisi sono stati estrapolati i dati dei pazienti arruolati nei centri italiani.

Risultati. Sono stati arruolati 121 pazienti (di cui 3 adolescenti) in 14 centri dermatologici.

Il 58,7% dei pazienti risultava affetto da dermatite atopica moderata-grave (secondo l'EASI); il 55,4% dei pazienti era in trattamento con dupilumab.

La terapia farmacologica in atto è stata ritenuta efficace per il controllo della malattia dal 57% dei pazienti.

69/121 (57%) pazienti hanno riportato almeno qualche problema di sonno nell'ultima settimana.

Dati demografici e clinici: si veda tabella.

Dati demografici e clinici

	Adulti (N=118)	Adolescenti (N=3)	Popolazione totale
Età [anni], media (DS)	37,7 (15,4)	15,0 (2,0-7)	37,1 (15,7)
Maschi, n (%)	63 (53,4)	2 (66,7)	65 (53,7)
BMI [kg/m ²], media (DS)	23,78 (3,7)	22,5 (3,1)	23,7 (3,7)
Età d'insorgenza DA [anni], media (DS) ^a	13,3 (17,9)	2,3 (3,2)	13,0 (17,8)
Età alla diagnosi di DA [anni], media (DS)	15,7 (19,0)	5,7 (5,5)	15,4 (18,8)
Storia familiare di DA, n (%)	52(44,1)	1 (33,3)	53 (43,8)
Qualsiasi comorbidità atopica, n (%)	93 (78,8)	2 (66,7)	95 (78,5)
Qualsiasi comorbidità non atopica, n (%)	40 (33,9)	2 (66,7)	42 (34,7)
Non in terapia per DA, n (%)	4 (3,4)	0	4 (3,3)
Terapia topica, n (%)	53 (44,9)	3 (100,0)	56 (46,3)
Terapia sistemica attuale, n (%)	91 (77,1)	0	91 (75,2)
Corticosteroidi sistemici	4 (4,4)	0	4 (4,4)
Ciclosporina	19 (16,1)	0	19 (15,7)
Methotrexate	4 (4,4)	0	4 (4,4)
Dupilumab	67 (56,8)	0	67 (55,4)
Fototerapia, n (%)	5 (4,2)	0	5 (4,1)
vIGA-AD, media(DS)	2,1 (1,27)	3,7 (0,58)	2,1 (1,28)
vIGA-AD severità DA, n (%)			
Assenza di lesioni (0)	14 (11,9)	0 (0,0)	14 (11,6)
Quasi totale assenza di lesioni (1)	29 (24,6)	0 (0,0)	29 (24,0)
Lieve (2)	29 (24,6)	0 (0,0)	29 (24,0)
Moderata (3)	27 (22,9)	1 (33,3)	28 (23,1)
Severa (4)	19 (16,1)	2 (66,7)	21 (17,4)
EASI ^b , media(DS)	11,2 (11,5)	50,5 (6,6)	12,1 (12,9)
EASI secondo Chopra ^a , n (%)			
Clear (0)	12 (10,2)	0 (0,0)	12 (9,9)
DA lieve (0,1 - 5,9)	38 (32,2)	0 (0,0)	38 (31,4)
DA moderata (6,0 - 22,9)	46 (39,0)	0 (0,0)	46 (38,0)
DA severa (23,0 - 72)	22 (18,6)	3 (100,0)	25 (20,7)
SCORAD, media (DS)	38,0 (24,2)	65,2 (10,7)	38,6 (24,3)
SCORAD, n (%)			
DA Lieve (< 25,0)	40 (33,9)	0	40 (33,1)
DA Moderata (25,0 - 50,0)	39 (33,1)	0	39 (32,2)
DA Severa (> 50,0)	39 (33,1)	3 (100,0)	42 (34,7)

a Chopra et al, Br J Dermatol. 2017;

DS: Deviazione Standard; EASI: Eczema Area and Severity Index; SCORAD: SCORING Atopic Dermatitis;

v-IGA-AD: Validated Investigator Global

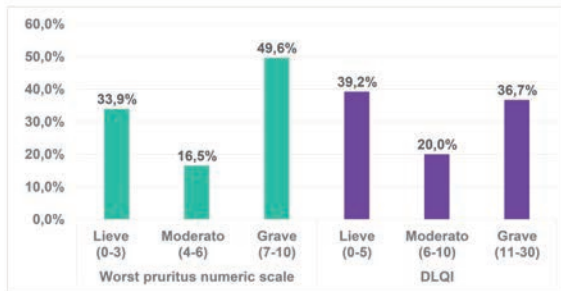
Assessment for Atopic Dermatitis

Conclusioni. I dati italiani dello studio Measure AD docu-

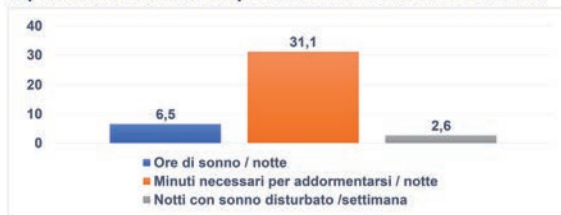
mentano un elevato burden di malattia per molti pazienti. Il prurito e l'alterazione del sonno sono le caratteristiche più impattanti sulla qualità di vita in un gran numero di pazienti con AD.

Emerge un importante bisogno insoddisfatto di avanzamento / miglioramento dello standard di cura e/o dello sviluppo di nuove terapie che possono ridurre l'impatto clinico e il burden di malattia della dermatite atopica.

Gravità del prurito e del DLQI



Impatto della dermatite atopica sul sonno nell'ultima settimana



Impatto sulle attività quotidiane e lavorative misurato tramite WPAI (Work Productivity and Activity Impairment)



Ringraziamenti: AbbVie e gli autori ringraziano i pazienti, i centri di studio e i ricercatori che hanno partecipato a questo studio clinico.

AbbVie ha finanziato lo studio, ha partecipato al disegno dello studio e alla raccolta, interpretazione, analisi e approvazione dei dati. Tutti gli Autori hanno avuto accesso ai dati e hanno partecipato alla stesura, revisione e approvazione di questo abstract. Non sono stati versati onorari o pagamenti per la partecipazione come autori dell'abstract.

Gli autori ringraziano Claudia Cornacchia di AbbVie per il project management dello studio.

Conflitti d'interesse: come dichiarati dagli autori: Valeria Scuderi e Giuliana Gualberti sono dipendenti di Abbvie e potrebbero possedere azioni di Abbvie. Anna Belloni Fortina: Sanofi, Abbvie, Amgen, Novartis, Pfizer, Janssen. Aurora Parodi: Almirall, LEO-Pharma, UCB, Novartis, Amgen, Eli-Lilly, Galderma, Sanofi, Pfizer, Abbvie, Janssen. Nicola Pimpinelli: consulenza (advisory board, relazioni ad eventi ECM), studi clinici e contratti di ricerca: ABBVIE, BMS, KYOWA KIRIN, NOVARTIS, PIERRE-FABRE, RECORDATI RARE DISEASES, SANOFI, TAKEDA. Luca Stingeni: Janssen, Abbvie, Celgene, Lilly, Novartis, Sanofi, Leo Pharma. Giuseppe Stinco: Abbvie, Novartis per relazioni a convegni. Luca Bianchi consultant o partecipato ad advisory board di Abbvie, Sanofi Genzyme, Novartis, Janssen, Almirall, UCB, Amgen, Biogen. Paolo Amerio, Paola Savoia, Giuseppe Argenziano, Santo Raffaele Mercuri, Maria Rita Bongiorno, Michela Ortoncelli, Claudio Feliciani, Giovanna Malara non hanno conflitti d'interesse da dichiarare.

Real-World Achievement of Absolute Psoriasis Area and Severity Index Thresholds With Risankizumab in Patients With Moderate to Severe Psoriasis From the CorEViTas Psoriasis Registry

April W. Armstrong¹, Laura K. Ferris², Kristina Calks Duffin³, Jud C. Janak⁴, Adam P. Sima⁴, Thomas Eckmann⁵, Manish Patel⁶, Huzefa Photowala⁷, Vjshvas Gaer⁸, Bruce E. Strober⁹
¹University of Southern California, Los Angeles, CA, USA; ²University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA; ³Department of Dermatology, University of Utah, Salt Lake City, UT, USA; ⁴CorEViTas, LLC, Waltham, MA, USA; ⁵AbbVie Inc., North Chicago, IL, USA; ⁶Yale University, New Haven, and ⁷Central Connecticut Dermatology Research, Cromwell, CT, USA

OBJECTIVE

This analysis of the CorEViTas Psoriasis Registry assessed real-world skin clearance with risankizumab 12 months after treatment initiation in North America

CONCLUSIONS



Consistent with clinical trial data, persistent 12-month risankizumab use was highly effective in achieving skin clearance, as measured by absolute Psoriasis Area and Severity Index thresholds, among patients with moderate to severe psoriasis in a real-world setting regardless of prior biologic experience



A majority of patients in all groups achieved National Psoriasis Foundation body surface area treat-to-target goals and Dermatology Life Quality Index of 0/1

AbbVie funded this analysis and participated in the interpretation of data, reviewing, and approval of the publication. This study was conducted in collaboration with CorEViTas, LLC. CorEViTas is supported through contracted subscriptions with multiple pharmaceutical companies. All authors had access to relevant data and participated in the drafting, review, and approval of this publication. No honoraria or payments were made for authorship. Medical writing support was provided by Lisa Baker, PhD, Maria Hovenden, PhD, and Janet Matsuzawa, PhD. © ICON Blue Bell, PA and was funded by AbbVie.

April W. Armstrong has served as a research investigator and/or scientific advisor to AbbVie, Amal, Arcutis, ASLAN, Beiersdorf, Bi, BMS, Dermavant, Dermira, Epi, Inche, LEO, UCB, Janssen, Lilly, Nimbus, Novartis, Orto Dermatology, Sun, Sanofi, Regeneron, Pfizer, and Medmed. L.K. Ferris has been a consultant and biologic investigator for AbbVie, Amal, Arcutis, Bi, BMS, Celgene, Dermavant, Janssen, Lilly, Novartis, Pfizer and UCB. K.C. Duffin is an investigator for and receives research grants from AbbVie, Amgen, Celgene, Bi, CorEViTas, Dermira, Lilly, Novartis, and Pfizer and serves as a consultant for AbbVie, Amgen, Celgene, Bi, BMS, CorEViTas, Janssen, Lilly, Novartis, and Pfizer. J.C. Janak, A.P. Sima, T. Eckmann, M. Patel, H. Photowala, and V. Gaer are employees of CorEViTas. B.E. Strober has served as a consultant for AbbVie, Amgen, Celgene, Bi, BMS, CorEViTas, Janssen, Lilly, Novartis, and Pfizer. B. Eckmann, E. Hovenden, M. Hovenden, J. Matsuzawa, M. J. Marano, M. J. Marano, M. J. Marano, Novartis, Orto Dermatology, Pfizer, Regeneron, Sanofi/Celgene, Sun, UCB, Ventyx, and Vt, as a speaker for AbbVie, Janssen, Lilly, Regeneron, and Sanofi/Celgene, as a scientific director (consulting fee) for CorEViTas Psoriasis Registry, as an investigator for AbbVie, Celgene, CorEViTas Psoriasis Registry, Dermira, Dermira, and Novartis, and as editor in chief (honorary) for the Journal of Psoriasis and Psoriasis Arthritis.

BACKGROUND

- Risankizumab, an interleukin (IL)-23 inhibitor, was efficacious in the treatment of moderate to severe plaque psoriasis in Phase 3 trials.^{1,2}
- Post hoc analysis of the ULIIMa-1 and ULIIMa-2 Phase 3 clinical trials and long-term data from the open-label extension study LIMMItless showed that absolute Psoriasis Area and Severity Index (PASI) thresholds of 0, ≤1, or ≤3 were achieved by 58%, 70%, and 87% of patients, respectively, at week 52 and were maintained through week 172 with continuous risankizumab treatment.³

METHODS

Data Source and Study Design

- The CorEViTas Psoriasis Registry is an independent, prospective, observational cohort of patients aged ≥18 years diagnosed with and being treated for psoriasis by a dermatologist.
- Patients in the registry were recruited from 251 private and academic clinical practices in the United States and Canada.
- Data were collected via clinician and patient questionnaires during routine visits.
- Baseline visit was defined as the day of initiation.
- The current analysis included adult patients with moderate to severe plaque psoriasis (defined as Investigator's Global Assessment [IGA] ≥3) and PASI >3 at baseline who initiated risankizumab at the baseline visit and had persistent use at the 12-month (±3 months) follow-up.

Study Outcomes

- The percentage of patients who achieved the following treatment goals 12 months after initiation of risankizumab
- Absolute PASI thresholds of 0, ≤1, or ≤3

- Improvement in PASI score from baseline
- Dermatology Life Quality Index score of 0 or 1 (DLQI 0/1)
- National Psoriasis Foundation (NPF)-defined treat-to-target skin clearance goals⁴
 - Acceptable response, defined as body surface area (BSA) ≤3% or BSA improvement ≥75% from baseline
 - Target response, defined as BSA ≤1%
- A subgroup analysis by prior biologic use (biologic-naïve and biologic-experienced) was also conducted

Statistical Analyses

- Means and SDs or frequencies and percentages were reported for baseline characteristics
- Proportions of patients (with 95% CI) achieving response at 12 months are reported
- Changes in PASI scores were assessed via paired Student t tests to estimate difference of means between index visit and follow-up visit

RESULTS

- Among 184 patients with baseline IGA ≥3 and PASI >3 who initiated risankizumab and were persistent at 12 months, 60.3% (n = 111) had prior biologic use at baseline (Table 1)
- 21.2% of patients had used ≥3 biologics before initiation of risankizumab
- The immediate prior class of targeted immunomodulator was tumor necrosis factor inhibitor for 32.0%, IL-17 inhibitor for 26.6%, phosphodiesterase-4 inhibitor for 19.5%, IL-23 inhibitor for 13.3%, and IL-12/23 inhibitor for 8.6%

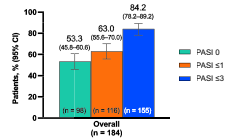
Table 1. Baseline Demographics and Clinical Disease Characteristics

Characteristics	Overall Population (N = 184)	Biologic-Naïve (n = 73)	Biologic-Experienced (n = 111)
Age, years, mean (SD)	49.0 (15.2)	45.3 (16.1)	51.4 (14.1)
Men, n (%)	112 (60.9)	50 (68.5)	62 (55.9)
White race, n (%)	143 (77.7)	58 (79.5)	85 (76.6)
Psoriasis duration, years, mean (SD)	16.6 (13.6)	12.7 (13.8)	19.1 (13.0)
PsA diagnosis, n (%)	43 (23.4)	6 (8.2)	37 (33.3)
PsA duration, years, mean (SD)	8.3 (7.1)	6.5 (7.9)	8.6 (7.1)
BSA (% involvement), mean (SD)	16.4 (15.6)	18.5 (16.7)	15.0 (14.7)
PASI score (0–72), mean (SD)	11.3 (7.1)	12.8 (7.2)	10.3 (6.9)
PASI score, n (%)			
Mild (0–5)	31 (16.8)	10 (13.7)	21 (18.9)
Moderate (>5–12)	99 (53.8)	36 (49.3)	63 (56.6)
Severe (>12–72)	54 (29.3)	27 (37.0)	27 (24.3)
IGA, n (%)			
Moderate (3)	136 (73.9)	55 (75.3)	81 (73)
Severe (4)	48 (26.1)	18 (24.7)	30 (27)
DLQI, mean (SD)	10.2 (6.5)	10.2 (5.9)	10.2 (6.9)
Prior biologic experience, n (%)			
0	73 (39.7)	73 (100)	0 (0)
1	42 (22.8)	0 (0)	42 (37.8)
2	30 (16.3)	0 (0)	30 (27.0)
≥3	39 (21.2)	0 (0)	39 (35.1)

BSA, body surface area; DLQI, Dermatology Life Quality Index; IGA, Investigator's Global Assessment; PASI, Psoriasis Area and Severity Index.
 *Does not include patient's current biologic therapy.

- After risankizumab initiation, PASI 0, ≤1, and ≤3 was achieved by 53.3%, 63.0%, and 84.2% of patients, respectively, at 12 months (Figure 1)
- Similarly, PASI 0, ≤1, or ≤3 was achieved by 65.8%, 79.5%, and 93.2% of biologic-naïve patients and 45.0%, 52.3%, and 78.4% of biologic-experienced patients, respectively, at 12 months (Figure 2)
- Patients in each group experienced significant (P < .001) improvements in PASI score over 12 months of treatment (Figure 3)
- NPF acceptable response was achieved by 89.2% of patients (biologic-naïve, 94.5%; biologic-experienced, 85.4%) and target response was achieved by 69.9% of patients (biologic-naïve, 83.6%; biologic-experienced, 60.2%) (Figure 4)
- DLQI 0/1 was achieved by 65.6% of patients (biologic-naïve, 72.3%; biologic-experienced, 61.2%) (Figure 5)

Figure 1. Proportion of Patients in the Overall Population Achieving PASI 0, ≤1, and ≤3 at 12 Months



PASI, Psoriasis Area and Severity Index.
 Presented at the 59th National Congress ADO - Rome, Italy - 26-29 October 2022

Figure 2. Proportion of Biologic-Naïve and Biologic-Experienced Patients Achieving PASI 0, ≤1, and ≤3 at 12 Months

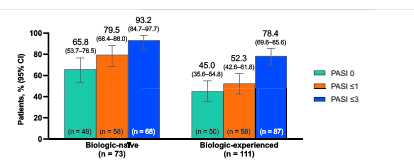


Figure 3. Change in Mean PASI Score From Risankizumab Initiation to 12 Months

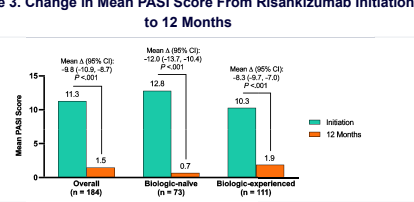


Figure 4. Proportion of Patients Achieving NPF Treat-to-Target Responses* at 12 Months

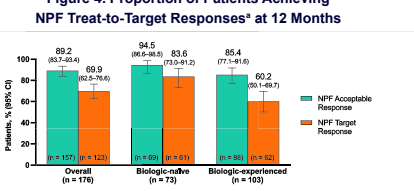
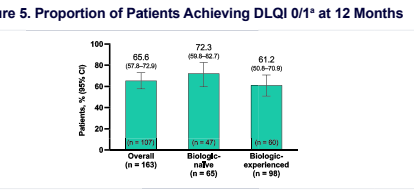


Figure 5. Proportion of Patients Achieving DLQI 0/1* at 12 Months



DLQI, Dermatology Life Quality Index.
 *Assessed in patients with DLQI ≥1 at baseline.

REFERENCES
 1. Stawert A, et al. JAMA Dermatol. 2020;166(5):649–56.
 2. Gordon KB, et al. Lancet. 2018;391(10148):850–61.
 3. Gooderham M, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36(8):855–65.
 4. Armstrong AW, et al. Ann Acad Dermatol. 2017;16(2):230–6.

STAPHYLOCOCCAL SCALDED SKIN SYNDROME IN UNA PAZIENTE ADULTA

Baraldi C., Mussi M., Zengarini C., Viviani F.

Department of Experimental, Diagnostic and Specialty Medicine (DIMES), IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Italy

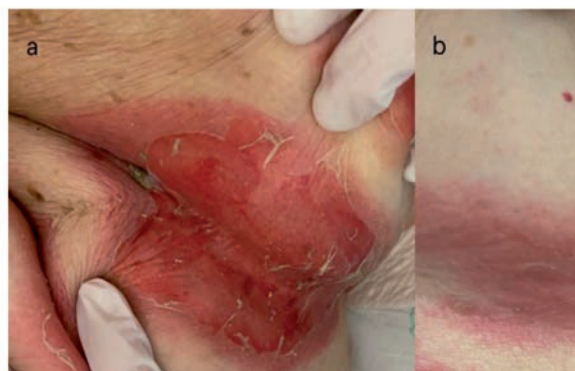
Introduzione. Le dermatosi bollose acquisite in età avanzata pongono il problema della diagnosi differenziale tra patologie autoimmuni, infiammatorie ed infettive. Un corretto iter diagnostico permette di differenziare le cause eziopatogenetiche e risulta necessario in quanto l'approccio terapeutico, nonché la prognosi del paziente cambia radicalmente. Dal punto di vista epidemiologico, le patologie autoimmuni quali pemfigo e pemfigoide risultano molto più frequenti nell'adulto e richiedono terapie cortisoniche o immunosoppressive nel lungo termine. Ugualmente reazioni farmaco indotte quali la SJS o la Lyell syndrome devono essere tenute in considerazione nel caso di pazienti con polifarmacoterapia. Al contrario, patologie bollose di origine infettiva quali la SSS syndrome o la TEN risultano molto più frequenti nell'età infantile e devono essere tenute a mente nell'iter diagnostico in quanto richiedono un approccio terapeutico e gestionale di urgenza. Presentiamo un caso di patologia bollosa dell'adulto.

Materiali e metodi. Una paziente di 92 anni, con storia di insufficienza renale e cardiopatia ischemica cronica, ricoverata per scompenso cardiaco congestizio ed una concomitante erisipela dell'arto inferiore sinistro, giungeva alla nostra osservazione per la comparsa di chiazze eritematose a livello delle pieghe addominali ed ascellari, associate a scollamento cutaneo superficiale ed erosione. La terapia cronica della paziente elencava warfarin, furosemide, metoprololo, ramipril, canrenone e piperacillina-tazobactam.

Risultati. Si veda tabella.

Tali riscontri permisero, in associazione al quadro clinico, di porre la diagnosi di Staphylococcal-Scalded-Skin-Syndrome.

Anticorpi anti demogleina 1e3	Neg
Anticorpi anti PB-180	Neg
Anticorpi anti PB-230	Neg
Tampone cutaneo batteri miceti	Neg
Emocoltura	Pos per Stafilococco aureo



Conclusioni. La StaphylococcalScalded SkinSyndrome è una manifestazione rara nell'età adulta, sebbene la sua incidenza aumenti con l'avanzare dell'età. Clinicamente è caratterizzata da eritema e bolle, sia in forma localizzata, come nel nostro caso, che in forma diffusa, dove lo scollamento coinvolge una maggiore superficie cutanea. Il segno di Nikolski è tipicamente negativo e questo può aiutare nella diagnosi differenziale con la Necrolisi Epidermica tossica (TEN) che risulta fino a 10 volte più frequente.^{1,2} Inoltre, vi è tipicamente una esfoliazione più superficiale, diversamente da quanto avviene nella TEN che risulta a tutto spessore. L'interessamento delle mucose, invece, è caratteristico del bambino e più raro nell'adulto. Le principali diagnosi differenziali includono inoltre il pemfigo volgare, il pemfigoide bolloso, l'impetigine bollosa, la DRESS o la SJS e la sindrome di Kawasaki.

La StaphylococcalScaldedSkinSyndrome è provocata dalle esotossine esfoliative A, B e D prodotte dallo Stafilococco Aureo, che causano la perdita dell'adesione cellulare grazie alla loro azione diretta sulla Desmogleina 1.

I principali fattori favorevoli nel paziente anziano sono rappresentati dall'insufficienza renale e dallo stato di immunocompromissione.² La prima in quanto non permette la corretta eliminazione delle esotossine, la seconda in quanto comporta un deficit nella produzione di anticorpi neutralizzanti anti-tossine. L'emocoltura risulta di aiuto nell'adulto in quanto tipicamente positiva, al contrario di quanto avviene nel bambino. La biopsia è utile ma non indispensabile per la diagnosi.

I pilastri del trattamento sono rappresentati dalla terapia antibiotica sistemica, dalla terapia di supporto e dalle medicazioni locali, ma nonostante questo la mortalità della StaphylococcalScaldedSkinSyndrome nell'anziano rimane molto elevata, raggiungendo fino al 63% dei casi.^{2,3} Pertanto, porre il sospetto diagnostico per l'identificazione della malattia risulta fondamentale per iniziare prontamente il trattamento in quanto permette di incrementare le possibilità di sopravvivenza.

Bibliografia

1. Lamand V, Dauwalder O, Tristan A et al. Epidemiological data of staphylococcal scalded skin syndrome in France from 1997 to 2007 and microbiological-

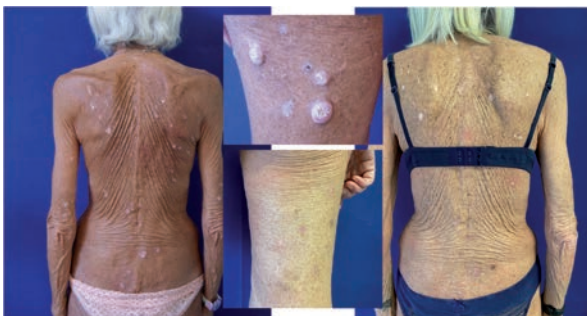
- characteristics of *Staphylococcus aureus* associated strains. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18: E514–E521.
- Cribier B, Piemont Y, Grosshans E. Staphylococcal scalded skin syndrome in adults: a clinical review illustrated with a new case. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 319–324.
 - Mockenhaupt M, Idzko M, Grosber M, Schopf E, Norgauer J. Epidemiology of staphylococcal scalded skin syndrome in Germany. *J Invest Dermatol* 2005; 124: 700–703.

UN INUSUALE EFFETTO COLLATERALE DELLA DIPENDENZA DA ABBRONZATURA

Bardazzi F.^{1,2}, Viviani F.^{1,2}, Filippi F.^{1,2}, Sacchelli L.^{1,2}, Loi C.^{1,2}

¹Department of Experimental, Diagnostic and Specialty Medicine, Division of Dermatology, S. Orsola-Malpighi Hospital, University of Bologna, Bologna; ²IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna

Caso clinico. Una paziente di 70 anni si presentava lamentando la comparsa, da circa 6 mesi, di papule e noduli pruriginosi, diffusi. L'anamnesi personale rivelava una storia di intensa fotoesposizione, ipertensione e una recente diagnosi di artrite reumatoide. L'anamnesi familiare era negativa per patologie oncologiche. All'esame obiettivo si osservavano numerose papule follicolari e noduli eritematosi con centro ipercheratosico a livello degli AASS, AAII e tronco (Figura 1); inoltre, erano presenti 8 tumori cutanei crateriformi (Figura 2a). L'esame istopatologico su biopsia cutanea di una di tali lesioni mostrava orto- e paracheratosi a livello della zona centrale e, nelle altre zone, cheratinociti atipici nell'infundibolo dei follicoli piliferi. Pertanto, è stata posta diagnosi di cheratoacantomi generalizzati eruttivi di Grzybowski (GEKA).



È stato consigliato alla paziente di evitare la fotoesposizione e di utilizzare una elevata fotoprotezione. Le lesioni di dimensioni maggiori sono state escisse chirurgicamente ed è stata iniziata una terapia con acitretina (0.5 mg/kg/die).

Data l'assenza di risposta al trattamento dopo 5 mesi, si è passati al metotrexate (15 mg/settimana) con scomparsa del prurito e della maggioranza delle lesioni nei successivi 4 mesi (Figure 2b, 3). Dopo un anno di terapia e il décalage a 10 mg/settimana, non sono state rilevate nuove lesioni.

Discussione. GEKA è una rara patologia caratterizzata da cheratoacantomi (KA) multipli, per cui sono stati proposti alcuni criteri diagnostici: eruzione generalizzata di papule e noduli ben delimitate con decorso progressivo, esordio in età adulta, anamnesi familiare negativa, istopatologia tipica e prurito severo persistente. I criteri variabili sono: interessamento mucoso, noduli crateriformi e ectropion. Tali criteri permettono di differenziarla da altre varianti come quella di Ferguson-Smith (familiare, assenza di prurito, KA multipli autolimitanti su cute fotoesposta) e la Witten-Zak (KA multipli, anamnesi familiare positiva). L'etiologia di tale patologia rimane sconosciuta, anche se si ritiene che i raggi UV agiscano come trigger. Sono colpiti più frequentemente i soggetti tra i 50 e 70 anni, senza predilezione di sesso. Il decorso è cronico e spesso la risposta alla terapia è scarsa: in prima linea sono utilizzati i retinoidi; tuttavia, non sono ancora codificate altre linee di trattamento.

Conclusioni. È fondamentale un'accurata anamnesi familiare e personale in caso di sospetto di cheratoacantomi multipli, in modo da distinguere tra le differenti forme e indirizzare il paziente verso la corretta gestione terapeutica.

MANIFESTAZIONI CLINICHE E DERMATOSCOPICHE DI DUE CASI DI INFEZIONE DA MONKEY-POX VIRUS

Bergamo S.¹, Andretta F.², Vian E.,³ Finizio L.¹, Calacione R.¹, Scaini M.¹, Schiesari L.¹, Meneguzzo A.¹, Scotton P.², Gatti A.¹

¹UOC Dermatologia, ²UOC Malattie Infettive, ³UOC Microbiologia ULSS 2 Marca Trevigiana

A luglio 2022 un paziente di 43 anni si presentava in urgenza per la comparsa di lesioni papulo-pustolose precedute da febbre fino a 38,5°C. In anamnesi segnalava solo dermatite atopica dall'infanzia per cui non effettuava terapie. Negava viaggi all'estero e rapporti sessuali a rischio, la moglie era rientrata da un viaggio in Turchia con qualche lesione sottomammaria risoltasi spontaneamente. Non era stato vaccinato per il vaiolo. Clinicamente presentava lesioni eritemato-vescicolose, alcune con ulcerazione, altre sormontate da croste localizzate al tronco, genitali, arti superiori. Alla dermatoscopia si evidenziavano pustole con collaretto ipercheratosico a disposizione non follicolare (Figura 1).



Figura 1. Immagini cliniche e dermoscopiche del paziente 1

Qualche giorno dopo, il pronto soccorso ci inviava un paziente di 38 anni che presentava isolate vescicolo-papulo-pustole, alcune con ombelicatura centrale, localizzate al torace e alle mani. L'esame dermoscopico mostrava papule circondate da eritema a disposizione non follicolare (Figura 2).

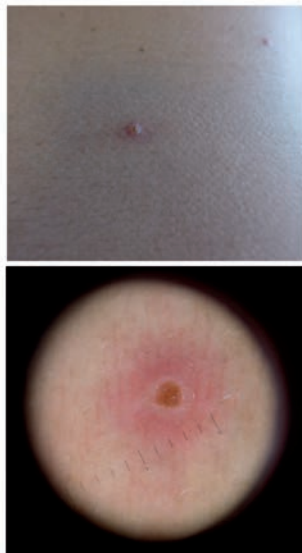


Figura 2. Lesione clinica e dermoscopia del paziente 2

Il paziente non presentava febbre né sintomi sistemici. Era in follow up presso le Malattie Infettive per infezione da HIV in terapia antiretrovirale, si segnalavano remota lue e pregresso herpes zoster correttamente trattati. Riferiva di essere rientrato dal Belgio circa dieci giorni prima dell'esordio delle lesioni. Era vaccinato per il vaiolo.

Entrambi i pazienti presentavano esami ematochimici di routine senza particolari alterazioni significative. I tamponi da vescicole risultavano positivi (real-time PCR) per MPX

e negativi per virus erpetici. Le sierologie per le comuni malattie sessualmente trasmissibili non evidenziavano infezioni recenti. Ai pazienti veniva prescritto isolamento fiduciario e monitoraggio clinico, ad entrambi veniva consigliata terapia di supporto con emollienti e astringenti con risoluzione completa delle lesioni in circa due settimane.

MPX è un virus a DNA a doppio filamento classificato nel gruppo Orthopoxvirus. L'infezione da MPX è considerata una zoonosi con reservoir costituiti da scoiattoli, ratti e scimmie, l'uomo sembra essere un ospite occasionale. La trasmissione avviene per via respiratoria (droplets di grandi dimensioni) e tramite contatto diretto con lesioni infette. L'epidemia che si sta verificando nel 2022 ha fatto emergere la possibile trasmissione sessuale della condizione. Dopo un periodo di incubazione di 7-17 giorni e prodromi quali febbre, mialgie, astenia e linfadenopatie, compare un rash con lesioni maculo-papulo-vescicolose ben demarcate con ombelicatura centrale. Solitamente la progressione è centrifuga in senso cranio-caudale. Il decorso nella maggior parte dei casi è benigno con risoluzione spontanea in qualche settimana senza terapia specifica. Raramente possono insorgere complicanze come polmonite, encefalite e sepsi. I pazienti che hanno ricevuto il vaccino per il vaiolo sembrano presentare un'infezione più lieve.

A nostra conoscenza per ora non sono stati descritti pattern dermoscopic specifici per l'infezione da MPX. A nostro giudizio la dermatoscopia può essere d'aiuto per meglio definire la papulo-pustola con il collaretto eritematoso non sempre evidente ad occhio nudo. Il dermatoscopio e la fotocamera portatili possono essere usati con sicurezza anche indossando i dispositivi di protezione individuale richiesti per visitare pazienti per cui si sospetta MPX e possono essere facilmente disinfettati dopo l'uso.

Bibliografia

Bellinato F, Gisondi P, Girolomoni G. Monkeypox virus infection: what dermatologist needs to know? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022 8:e656-658

TRATTAMENTO DI PRURIGO NODULARIS CON TALIDOMIDE NELL'ERA DEI FARMACI BIOLOGICI: ESPERIENZA DI TREVISO

Bergamo S., Finizio L., Calacione R., Scaini M., Schiesari L., Meneguzzo A., Gatti A.

UOC Dermatologia, ULSS 2 Marca Trevigiana Ospedale di Treviso

La prurigo nodulare è una patologia dermatologica cronica caratterizzata da prurito parossistico debilitante che porta alla formazione di lesioni nodulari autoindotte eritemato-brunastre di consistenza dura localizzate prevalentemente sulla superficie estensoria degli arti con tipico risparmio della regione interscapolare che risulta difficile da raggiun-

gere. Dermatite atopica, patologie psichiatriche e sottostanti patologie internistiche quali neoplasie, insufficienza renale cronica, insufficienza epatica, infezioni (es. HIV) sono riconosciuti essere fattori di rischio per lo sviluppo di prurigo nodulare. Il trattamento risulta spesso difficile e non soddisfacente. Recentemente il farmaco anti IL4/13 dupilumab si è rivelato efficace e sicuro in pazienti atopici con prurigo nodulare e presto sarà disponibile un farmaco anti IL31 (nemolizumab) con indicazione specifica per prurigo nodulare.

Presentiamo la nostra esperienza sull'utilizzo di talidomide in regime off-label in quattro pazienti donne in post-meno-pausa affette da prurigo nodulare resistente ai comuni trattamenti. Caratteristiche cliniche, posologia, dati di efficacia e sicurezza sono riportati in tabella.

Delle nostre quattro pazienti trattate, una ha ottenuto remissione completa e ha sospeso la terapia dopo un anno, una ha ottenuto buona risposta clinica, ma ha dovuto interrompere il trattamento per effetti collaterali (stipsi e gonfiore addominale), una paziente ha avuto dapprima una risposta soddisfacente, successivamente un peggioramento clinico corre-

lato a un lutto in famiglia per cui abbiamo deciso di sospendere la terapia. La paziente 4 è ancora in terapia dopo un anno e ha ottenuto una buona risposta clinica e si ritiene molto soddisfatta del trattamento. Nessuna delle pazienti ha sviluppato neuropatia. L'effetto collaterale più frequentemente riportato è stato la stipsi, che solitamente è migliorato con la riduzione della posologia a 50 mg/die.

Secondo la nostra esperienza, la talidomide, nonostante presenti un profilo di sicurezza meno ampio rispetto a dupilumab, può rappresentare una valida alternativa terapeutica se utilizzata a basso dosaggio in pazienti che presentano un fenotipo di prurigo nodularis con componente psicosomatica predominante. In attesa dell'arrivo di nemolizumab può essere considerata accettabile anche in termini di farmacoeconomia.

Bibliografia

Taefehnorooz H, Truchetet F, Barbaud A et al. Efficacy of thalidomide in the treatment of prurigo nodularis. Acta Derm Venereol 2011 91:344-5

	Paziente 1	Paziente 2	Paziente 3	Paziente 4
Età	80 anni	75 anni	67 anni	58 anni
Durata prurigo	1 anno	3 anni	5 anni	16 anni
Comorbidità	Ca mammario operato, sclerosi sistemica limitata	Asma	Sindrome ansioso-depressiva, glaucoma, isterectomia, tunnel carpale	Sindrome ansioso-depressiva, DAC Nichel, tunnel carpale
Terapia domiciliare	Idrossiclorochina, nifedipina, aspirina, vitamina D	Nessuna	Perfenazina, escitalopram, vitamina D, colliri	Duloxetina, amitriptilina
Pregresse terapie	Fototerapia, antistaminici, steroidi topici e sistemici, antidepressivi	Fototerapia, antistaminici, steroidi topici e sistemici	Fototerapia, antistaminici, steroidi topici e sistemici, pregabalin	Antistaminici, steroidi topici e sistemici, isotretinoina, limeciclina
Esami preparatori	Iperomocisteinemia	Iperomocisteinemia	Nella norma	Nella norma
Dosaggio	100 mg/die + acido folico	100 mg/die + acido folico	100 mg/die	100 mg/die
Effetti avversi	Stipsi → riduzione a 50 mg/die	Stipsi → riduzione a 50 mg/die e sospensione	Nessuno	Stipsi, cefalea → riduzione a 50 mg/die
Neuropatia	No	No	No (tunnel carpale stabile)	No (tunnel carpale stabile)
Valori Basali	DLQI 10 NRS prurito 10 lesioni > 50	DLQI 12 NRS prurito 10 lesioni > 50	DLQI 24 NRS prurito 10 lesioni > 50	DLQI 27 NRS prurito 10 lesioni > 50
Dopo 3 mesi	DLQI 3 NRS prurito 2 lesioni < 50	DLQI 1 NRS prurito 1 lesioni < 50	DLQI 20 NRS prurito 9 lesioni > 50	DLQI 12 NRS prurito 2 lesioni < 50
Termine terapia	DLQI 0 NRS prurito 0 lesioni 0	DLQI 0 NRS prurito 0 lesioni < 10	DLQI 24 NRS prurito 10 lesioni > 50	DLQI 8 NRS prurito 0 lesioni < 10
Durata terapia	1 anno (remissione)	4 mesi (buona risposta)	1 anno (inefficacia)	1 anno, in corso (buona risposta)

VISITE DERMATOLOGICHE, BIOPSIE CUTANEE E INCIDENZA E MORTALITÀ PER MELANOMA NELL'ITALIA SETTENTRIONALE: TENDENZE E CORRELAZIONI

Bucchi L., Mancini S., Zamagni F., Crocetti E., Dal Maso L., Ferretti S., Baldacchini F., Giuliani O., Ravaioli A., Vattiato R., Brustolin A., Candela G., Carone S., Carrozzi G., Cavallo R., Dinaro Y.M., Ferrante M., Iacovacci S., Mazzoleni G., Musolino A., Rizzello R.V., Serraino D., Biggeri A., Stanganelli I., Falcini F., and the AIRTUM Working Group

REGISTRO TUMORI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA - Unità Funzionale della Romagna. IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Dino Amadori", Meldola (Forlì)

Introduzione. L'aumento globale dell'incidenza del melanoma negli scorsi decenni è stato attribuito, in parte, ad una

crescente pressione diagnostica, con un potenziale fenomeno di overdiagnosi. I dati che mostrano una relazione tra tasso di biopsie cutanee e incidenza del melanoma precoce supportano questa ipotesi. Abbiamo esplorato l'associazione ecologica tra le tendenze dei tassi annui di visita dermatologica ambulatoriale, di biopsia cutanea, di incidenza del melanoma maligno cutaneo (MMC) in situ e invasivo per categoria di spessore di Breslow, e di mortalità da melanoma in Emilia-Romagna.

Materiali e Metodi. Quattro registri tumori, che coprono una popolazione di 2.696.000, hanno fornito dati per il periodo 2003-2017. Sono stati calcolati tassi annui standardizzati per età. I dati sulle visite e sulle biopsie sono stati ottenuti dall'archivio regionale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale. Le tendenze sono state descritte con la variazione percentuale media annua. Le correlazioni sono state testate con il coefficiente di correlazione di Spearman.

Risultati. La Figura 1 mostra che l'incidenza è aumentata significativamente, in modo più rapido per il melanoma in situ (variazione percentuale media annua: uomini, 10,2%;

Figura 1: Curve dei tassi annuali standardizzati per età (Europa 2013) di incidenza di MMC in situ e invasivo per spessore in millimetri e di visite dermatologiche e biopsie cutanee. A, uomini; B, donne. Regione Emilia-Romagna, 2003-2017.

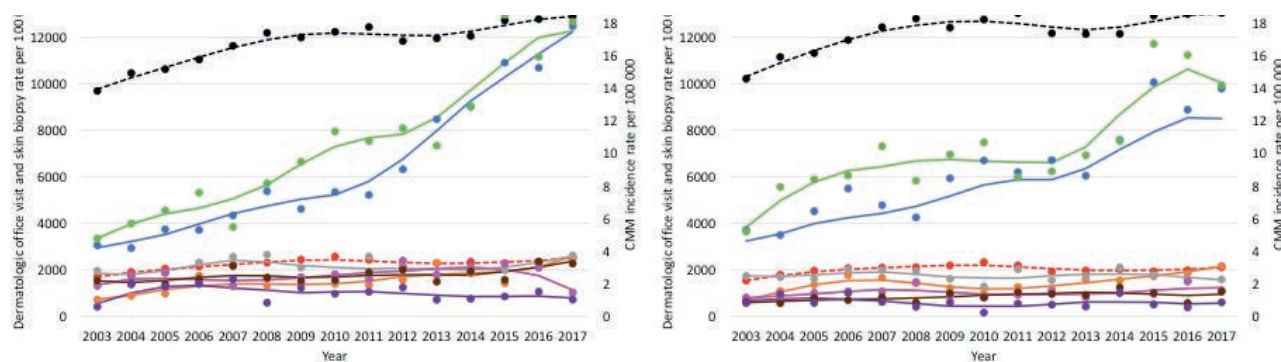
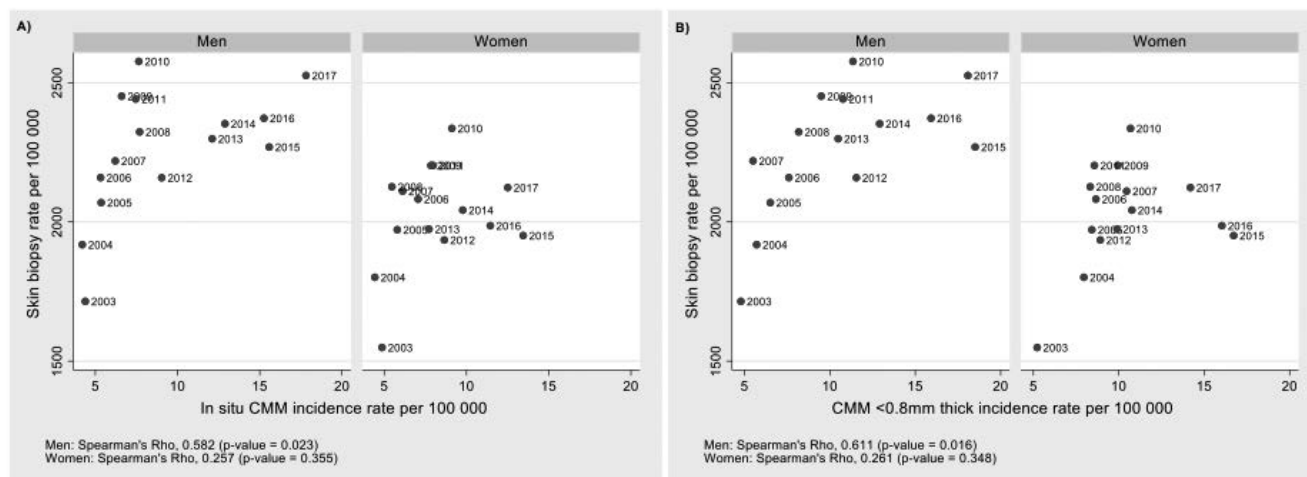


Figura 2: Scatterplot dei tassi annuali standardizzati per età (Europa 2013) di biopsie cutanee e di incidenza per sesso. A, MMC in situ; B, MMC <0.8 mm. Regione Emilia-Romagna, 2003-2017.



donne, 6.9%) seguito dal melanoma <0.8 mm (9.1%; 5.2%) e >4 mm (2.3%; 3.7%). La mortalità è diminuita significativamente tra le donne (-2.3%) e non significativamente tra gli uomini. Per il tasso di visita dermatologica, la variazione percentuale media annua è stata dell'1.7% tra gli uomini e dell'1.2% tra le donne. Per il tasso di biopsia, 1.8% e 0.9% (Figura 1). Il tasso di visita dermatologica era correlato con il tasso di biopsia in entrambi i sessi. Tuttavia, la proporzione di biopsie sulle visite è rimasta costante negli anni (range: uomini, 0.182-0.216; donne, 0.157-0.191). Il tasso annuale di biopsie cutanee è correlato positivamente con il tasso di incidenza annuale di MMC in situ e MMC invasivo precoce tra gli uomini (Figura 2).

Conclusioni. In Italia, l'aumento dell'incidenza di melanoma è, almeno in parte, un fenomeno reale. L'eventuale overdiagnosi è dovuta ad un aumento delle visite ambulatoriali e non ad un abbassamento della soglia dei dermatologi per l'esecuzione della biopsia.

L'AGOASPIRATO ECOGUIDATO A COMPLETAMENTO DELL'ITER DIAGNOSTICO NEL FOLLOW UP DEL MELANOMA

Calista D.

Unità Operativa di Dermatologia e Centro Grandi Ustionati, Ospedale Maurizio Bufalini, Cesena

Introduzione. L'agoaspirato: non sempre la semeiotica clinica e quella ecografica riescono a discriminare la benignità di una formazione nodale o cutanea.

In presenza di una lesione linfonodale sospetta, l'indagine maggiormente informativa è l'agoaspirato: il prelievo per aspirazione di materiale cellulare con un ago sottile.

L'agoaspirato può essere eseguito a mano libera per lesioni palpabili o sotto guida ecografica.

Tecnica di esecuzione: Il paziente viene invitato ad assumere posizione supina sul lettino, la sonda ecotomografica individua la lesione, si disinfetta la cute.

Si introduce quindi un ago di calibro 22-24 Gauge e, quando la lesione è raggiunta, si inizia l'aspirazione eseguita creando il vuoto con una siringa.

Durante il prelievo l'ago viene mosso ripetutamente all'interno della lesione con un movimento di va e vieni per campionare le zone più significative.

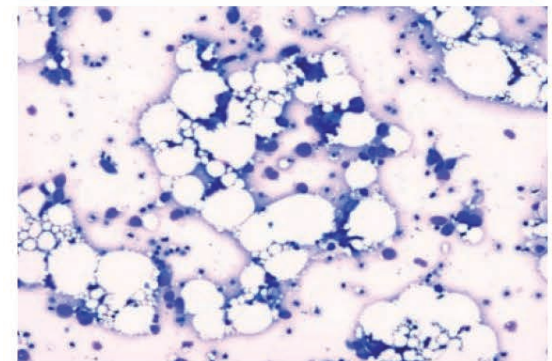
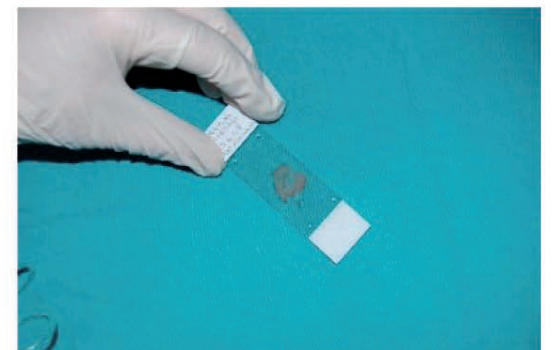
Il campione, incarcerato nel lume dell'ago, viene quindi spinto all'esterno, strisciato su un vetrino portaoggetti e fissato con uno spray a base di isopropanolo-polietilenglicole che rende stabile la colorazione Papanicolaou.

Discussione. I criteri di adeguatezza della tecnica di biopsia sono rappresentati dalla presenza di cellule linfoidi benigne o maligne che confermano che il campione è stato prelevato dal linfonodo.

Qualora il medico ritenga di non avere materiale biologico sufficiente il prelievo può essere ripetuto.

L'agoaspirato ecoguidato è una tecnica semplice con un'ac-

curatezza diagnostica del 90% essendo gravata da un 5% di prelievi inadeguati di un altro 5% di falsi negativi mentre il numero di falsi positivi è inferiore all'1%.



Bigliografia

Hall BJ, Schmidt RL, Sharma RR, Layfield LJ. Fine-needle aspiration cytology for the diagnosis of metastatic melanoma: systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Pathol* 2013;140:635-42

L'ECOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI NEL MELANOMA

Calista D.

Unità Operativa di Dermatologia e Centro Grandi Ustionati, Ospedale Maurizio Bufalini, Cesena

Introduzione. L'ecografia è un atto medico che può essere eseguito da qualunque medico abilitato alla professione che abbia eseguito un percorso di formativo teorico-pratico adeguato.¹ L'ecografia dei tessuti molli cutanei ha un importante ruolo di supporto nella stadiazione dei pazienti affetti da melanoma perché consente, in maniera non invasiva, di riprodurre in una scala di grigi le strutture anatomiche delle sedi esaminate definendone forma, dimensione, tipo di vascolarizzazione, densità dei tessuti e i rapporti anatomici con le strutture circostanti.

Materiali e metodi. Abbiamo valutato i dati acquisiti in maniera prospettica nel periodo compreso dal gennaio 2008 al dicembre 2021 relativamente alle ecografie dei tessuti molli eseguite nel nostro ambulatorio dermatologico dedicato al follow up del melanoma in una coorte di 970 pazienti. Ogni paziente è stato sottoposto all'esame clinico dell'intera superficie cutanea, all'esame palpatorio delle stazioni nodali superficiali e della cute pericatriciale e allo studio ultrasonografico delle sedi nodali tributarie con un ecografo Esaote MyLab25 munito di sonda lineare 5-12 MHz.

Risultati. Durante il periodo in esame 97 pazienti, pari al 10% dei casi, hanno avuto una progressione a carico dei tessuti molli cutanei, nodali o muscolari. Ventisei pazienti (26,8%) hanno individuato con l'autoesame periodico la recidiva della neoplasia; per 49 pazienti (50,5%), il sospetto diagnostico è sorto in occasione della visita mentre nei restanti 22 pazienti (22,7%) l'esame ultrasonografico ha permesso di rilevare una metastasi altrimenti clinicamente occulta. Le recidive hanno riguardato il 4,4% dei pazienti in T1; il 9,7% dei pazienti in T2; il 18,1% dei pazienti in T3 ed infine il 35% dei pazienti in T4. I falsi positivi sono stati complessivamente 14.

Discussione. Le recidive da melanoma a localizzazione dermica, sottocutanea o muscolare possono sfuggire all'esame clinico quando di piccole dimensioni, se insorgono in pazienti con abbondante pannicolo adiposo, con lipomatosi diffusa o qualora siano localizzate negli strati più profondi del derma o nei tessuti muscolari.^{2,3} Integrare nell'ambito della visita dermatologica lo studio ultrasonografico dei tessuti molli cutanei consente l'individuazione e l'immediata interpretazione del nodulo. L'ecografia non è un esame diagnostico ma seleziona con discreta precisione le lesioni dichiaratamente benigne da quelle che meritano un supplemento di indagine citologico o istologico.^{2,3}

Bibliografia

1. Atto medico ecografico_sirm_siumb_23.04.2018
2. Machet L, et al. Is ultrasound lymph node examination superior to clinical examination in melanoma follow-up? A monocentre cohort study of 373 patients. *Br J Dermatol.* 2005;152:66-70.
3. Catalano O, et al. Locoregional Spread of Cutaneous Melanoma: Sonography findings. *Am J Roentg* 2010;194:735-45.

Fig. 1 Recidiva nodale 6 m esi dopo un BLS negativo

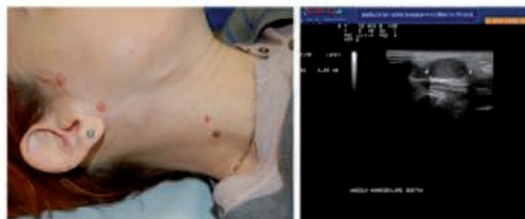


Fig. 2 Sospetta recidiva rivelatasi un fibrolipoma



Fig. 3 Sospetta recidiva nodale rivelatasi cisti sebacea

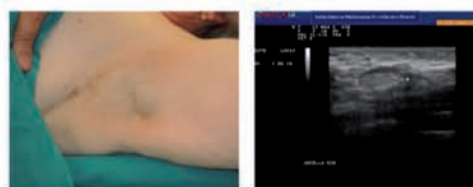


Figura 4 Recidiva da melanoma in transit

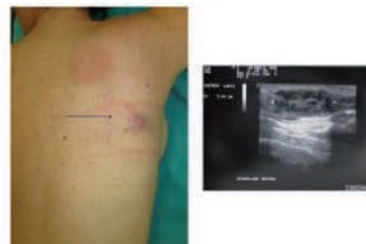


Fig. 5 Linfocele vs recidiva nodale

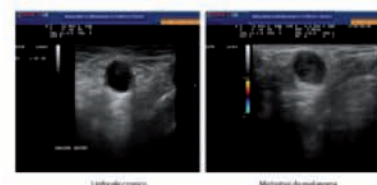


Fig. 6 Recidiva clinicamente non palpabile



I TUMORI DELLA PELLE AL TEMPO DEL COVID

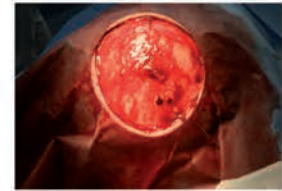
Caresana G.A., Pezzarossa E.

U.O. Dermatologia – ASST-Cremona - Ospedale di Cremona

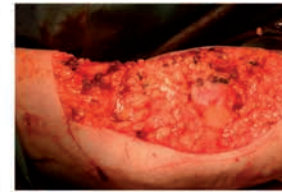
L'Ospedale di Cremona è stato l'ospedale italiano che per primo ha subito il maggior impatto di richieste di cure e di assistenza dei malati affetti da polmonite interstiziale al momento dell'agnizione dell'esplosione dell'epidemia da COVID-19 in Lombardia nel febbraio del 2020. La stragrande maggioranza dei reparti di degenza sono stati convertiti del tutto o in gran parte in reparti per pazienti COVID e il personale medico e infermieristico di tutte le branche specialistiche è stato coinvolto nella cura dei pazienti colpiti da questa nuova e inaspettata epidemia.

Le patologie oncologiche, nei confronti delle quali era attiva una rete di sorveglianza, diagnosi e cura in tutti gli ambiti specialistici, hanno subito un significativo ritardo diagnostico: non hanno fatto eccezione le neoplasie cutanee. Le cause alla base di questi ritardi sono riconducibili a molteplici ordini di fattori. Molti pazienti portatori di una neoplasia cutanea non ancora diagnosticata sono stati colpiti dall'infezione. Oppure sono stati colpiti dei loro famigliari a cui hanno dovuto prestare assistenza. Un ulteriore fattore di ritardo diagnostico e/o terapeutico è stato determinato dall'assenza di molti medici che sono stati colpiti a loro volta dall'infezione da COVID-19. L'accesso agli ospedali durante la fase di diffusione esponenziale dell'epidemia era fortemente limitato per i pazienti non-COVID. Anche superata la prima fase di massima criticità dell'epidemia molti pazienti, per timore del contagio, hanno differito nel tempo, anche di parecchi mesi, l'accesso all'ospedale. Tra le conseguenze che sono state constatate alcuni mesi dopo la fase di maggiore criticità dell'epidemia vi è stato il riscontro di neoplasie abnormemente avanzate che hanno comportato interventi chirurgici più aggressivi e demolitivi, con maggiori difficoltà ricostruttive, maggiore incidenza di secondarismi extracutanei e di esiti infausti. La valutazione clinica diretta del paziente è il gold standard imprescindibile per una corretta diagnosi. In situazioni critiche, come quelle che abbiamo sperimentato nel corso dell'epidemia da COVID-19, il ricorso alla telemedicina può essere di aiuto.

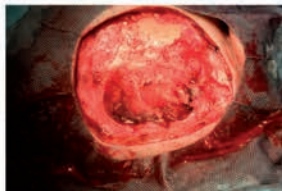
Per la diagnosi precoce delle neoplasie cutanee l'impiego di un device di telefonia mobile può, in alcuni casi, vicariare la diagnosi clinica ed evitare pericolosi se non esiziali ritardi diagnostici. Può consentire di effettuare uno screening per selezionare i pazienti da convocare per una valutazione clinica diretta tempestiva e differire la valutazione dei casi meno critici.



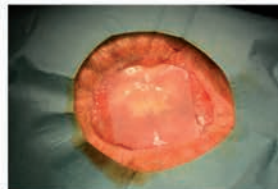
carcinoma squamoso scalpo dopo 6 mesi dall'inizio della pandemia



melanoma nodulare come si presentava dopo 15 mesi dall'inizio della pandemia



7° mese dall'inizio della pandemia: carcinoma squamoso recidivante post exeresi incompleta da parte di Chirurgo Generale diagnosticato inizialmente come cisti; il Chirurgo si è ammalato di COVID-19 e il paziente si è rivolto a noi dopo la recidiva



Impianto di sostituto dermico e successivo innesto cutaneo libero secondo Tiersch



dopo due mesi comparsa di metastasi linfonodale laterocervicale e successiva dissezione locoregionale (courtesy dr. Luca Pianta)

UN CASO DI LICHEN SCLERO-ATROFICO BOLLOSO EMORRAGICO

Carpanese M.A., Abbenante D.

UOC Dermatologia Ravenna Lugo Faenza - AUSL della Romagna

Introduzione. Il lichen sclero atrofico (LSA) è una patologia infiammatoria cronica, caratterizzata dalla comparsa di placche atrofiche, di colore bianco madreperlaceo, sia a livello genitale che più raramente extra-genitale. Una rara variante è il LSA bolloso-emorragico, la cui diagnosi sia clinica che istologica può risultare talvolta complessa.

Caso clinico. Un uomo di 67 anni è giunto alla nostra osservazione per la comparsa di una lesione rosso-violacea del glande. Alla valutazione dermatologica si osservava una bolla emorragica di colore violaceo, di circa 1 cm di diametro, a bordi sfumati, asintomatica, circondata da un alone ecchimotico. Il paziente negava traumi in tale sede e non era affetto da alcuna patologia di rilievo. Ad una ispezione accurata del pene, si notava una parziale fusione del solco balano-prepuziale, di cui il paziente riferiva di non essersi mai accorto. Nel sospetto di un lichen sclero-atrofico è stata quindi eseguita una biopsia cutanea che ha confermato la diagnosi. Al paziente è stata prescritta una terapia topica a base di clobetasolo propionato 0,05% 1 volta/die; a distanza di un mese la lesione appariva notevolmente ridotta.



Discussione. La presenza di un'ecchimosi a livello del glande in un soggetto anziano rappresenta una sfida diagnostica. Tra le diagnosi differenziali da tenere in considerazione occorre ricordare il trauma, l'eritema fisso da farmaci, disturbi della coagulazione, neoplasie. Il LSA è una rara patologia cutanea immunomediata, che può colpire entrambi i sessi con predilezione per quello femminile, ad andamento cronico recidivante. La presentazione classica nell'uomo è caratterizzata da papule e placche biancastre con aspetto atrofico ed aree eritematose, soprattutto nelle regioni del glande e solco coronario, che nel tempo possono esitare in aderenze e fimosi. Solo in rari casi alle manifestazioni descritte si associa la formazione di porpora, ecchimosi e bolle, andato a determinare la variante bolloso-emorragica di LSA

Conclusioni. Il LSA è una patologia cutanea rara che se non

trattata può andare incontro ad esiti cicatriziali permanenti e trasformazione tumorale. La forma bolloso-emorragica di LSA è una variante rara, spesso diagnosticata tardivamente. Una diagnosi e trattamento precoce possono ridurre il rischio di complicanze.

Bibliografia

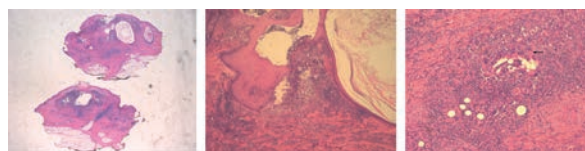
1. Phan M, Sou E, Al Sanna G, Erwin M, Sanchez R. Dermal Hemorrhage: A Clue to Lichen Sclerosus et Atrophicus. *Cureus*. 2020 Jul 22;12(7):e9343
2. Lima RSA, Maquiné GA, Schettini APM, Santos M. Bullous and hemorrhagic lichen sclerosus - case report. *An Bras Dermatol*. 2015;90 (3 Suppl 1):S118-20.

IDROSADENITE SUPPURATIVA ECTOPICA: CASE REPORT

V. Cioppa V.¹, F. Falcinelli F.¹, Vispi M.², Giubbolini G.³

¹U.O.C. Dermatologia – Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze – AOUS Siena; ²U.O.C. Dermatologia – Ospedale di Grosseto; ³U.O.C. Anatomia Patologica – Ospedale di Grosseto

Introduzione. L'idrosadenite suppurativa (HS) è una patologia cutanea follicolare infiammatoria debilitante a carattere cronico-recidivante. Solitamente colpisce donne in età fertile in regione ascellare, inguinale, sottomammaria e perianale. La diagnosi è clinica e spesso tardiva: il quadro cutaneo comprende noduli profondi dolorosi, ascessi e fistole che esitano in cicatrici deturpanti. Il trattamento varia in base alla severità.



Materiale e metodi. Presentiamo il caso di un uomo di 71 anni affetto da lesioni cutanee dolorose e pruriginose con

distribuzione circonferenziale alle cosce da circa 6 mesi. Esse apparivano pseudocistiche, purulente, ulcerate, adese ai piani superficiali e profondi, alcune sormontate da croste giallastre e circondate da segni di grattamento. In un iniziale sospetto di pidemite veniva intrapresa terapia antibiotica e corticosteroidica locale e antibiotica sistemica con amoxicillina + acido clavulanico. In mancanza di risposta clinica, veniva eseguita una biopsia cutanea che evidenziava una cisti cheratinica con reazione granulomatosa pericistica, per cui veniva modificata la terapia con Minociclina. In assenza di beneficio clinico ed al fine di escludere la presenza di uno pseudolinfoma/linfoma veniva eseguita una ulteriore biopsia che confermava il reperto precedente. Nel sospetto di una HS ectopica si iniziava trattamento con isotretinoina con regressione del quadro cutaneo e miglioramento della sintomatologia.

Risultati. Nonostante l'HS coinvolga prevalentemente zone ricche in ghiandole apocrine, in letteratura sono riportati casi di localizzazioni ectopiche, quali addome, zona di amputazione, cicatrice del cesareo, dorso del piede, ginocchio, collo, faccia posteriore della coscia, zona retroauricolare, cuoio capelluto. Riportiamo pertanto un ulteriore esempio di HS in sede non tipica (coscia).

Conclusioni. Sebbene localizzazioni ectopiche di HS siano rare e aneddotiche, si consiglia al clinico di includerle nella diagnosi differenziale qualora si presentino lesioni cutanee a carattere ciclico e persistente. La buona risposta clinica all'isotretinoina ha confermato indirettamente l'ipotesi diagnostica.

TRATTAMENTO DELLA PSORIASI IN PLACCHE IN SOGGETTI CON INFEZIONE DA HIV CON INIBITORI DELLA IL 23: DATI DI EFFICACIA E SICUREZZA NEL MEDIO-LUNGO TERMINE

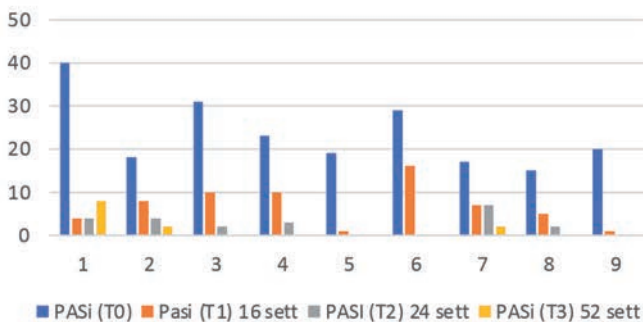
Conti A.¹, Carugno A.², Sorci M.R.¹, Pacifico A.³, Tiberio R.¹, Damiani G.⁴

¹UOC Dermatologia, Dipartimento Chirurgie Specialistiche, Ospedale Infermi, AUSL Romagna, Rimini; ²UOC Dermatologia, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo; ³UOC Dermatologia, Istituto Dermatologico San Gallicano IFO, Roma; ⁴UOC Dermatologia, Istituto Ortopedico Galeazzi e Università degli Studi di Milano

Introduzione. La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica, sistemica che interessa il 3% della popolazione esponendola ad un aumentato rischio infettivo. Numerose evidenze in letteratura hanno sottolineato l'aumentata incidenza delle patologie sessualmente trasmesse all'interno di questo subset di pazienti; in questo contesto si colloca l'infezione da HIV che costituisce una controindicazione relativa all'utilizzo di farmaci biologici nella psoriasi. Questi pazienti fragili sono esclusi ovviamente dai principali trials clinici, pertanto il loro trattamento si avvantaggia unicamente di rare e numericamente limitate casistiche che di tanto in tanto vengono pubblicate principalmente su farmaci anti TNF-alfa, anti IL 12 e 23 ed anti IL 17A. Recentemente, alcune evidenze infettivologiche hanno riaccessato l'interesse

Paziente	Sesso	Età	PsA	Durata PsO	Familiarità Pso	Precedenti terapie	Trattamento Pso	PASI (T0)	Comorbidità
1	M	55	No	20	1	NB-UVB, acitretina	Tildrakizumab	40	HBV, depressione, ipertensione
2	F	36	Si	12	0	MTX	Tildrakizumab	18	HCV e ipertensione
3	M	45	Si	19	0	NB-UVB,	Risankizumab	31	ipertensione polmonare
4	M	58	No	14	0	NB-UVB, UVA	Risankizumab	23	asma neutrofilico
5	F	47	No	5	1	acitretina, MTX	Risankizumab	19	infarto miocardico
6	M	39	Si	29	0	adalimumab	Tildrakizumab	29	miocardite
7	M	51	No	25	1	MTX, adalimumab	Guselkumab	17	alopecia areata
8	M	63	No	8	1	MTX, NB-UVB, ixekizumab	Tildrakizumab	15	nessuna
9	M	60	No	15	1	NB-UVB, CsA, acitretina, etanercept, Adalimumab, Ustekinumab	Guselkumab	20	HBV, HCV, Tentato suicidio, ipertensione arteriosa, vitiligine

Evoluzione PASI nei singoli pazienti



Evoluzione DLQI

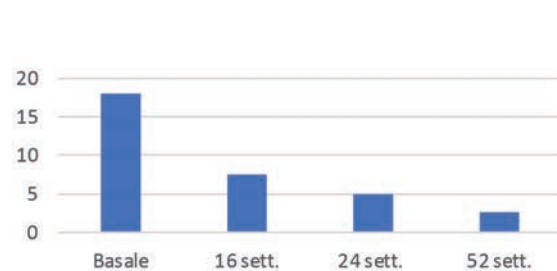


Figura 1 e 2

Nella nostra coorte di pazienti si è notato un netto miglioramento del PASI e del DLQI in tutti i time-points valutati con una persistente viremia azzerata. Non sono stati notati effetti collaterali di alcun tipo.

sull'IL 23 nell'HIV, citochina pro-infiammatorie che antagonizzata permetterebbe una miglior ripresa del sistema immunitario post-insulto virale.

Scopo dello studio: valutare nel medio-lungo termine (16, 24 e 52 settimane) l'efficacia e la sicurezza dei farmaci anti IL 23 (tildrakizumab, risankizumab e guselkumab) nel trattamento della psoriasi in placche in soggetti con infezione da HIV.

Materiali e Metodi. Nella nostra casistica retrospettiva, abbiamo incluso 9 pazienti HIV+ (7M/2F, età media: 50 anni) con psoriasi da moderata-grave (PASI medio basale: 23.5, DLQI medio basale: 18.3) attualmente in trattamento con farmaci anti IL 23 (2 casi con guselkumab, 3 casi con risankizumab e 4 casi con tildrakizumab). Questi pazienti si erano sottoposti al biologico dopo il raggiungimento di una stabile viremia zero per almeno 6 mesi con terapie in label antiretrovirali (2 casi con l'associazione dolutegravir/abacavir/lamivudina e 7 casi con emtricitabina/tenofovir disoproxil). Sono valutati gli indici clinici dermatologici (PASI e DLQI) e virali (HIV-RNA quantitativo e linfociti T CD4+) alle settimane 0, 16, 24 e 52.

Risultati. Nella nostra coorte di pazienti si è notato un netto miglioramento del PASI e del DLQI in tutti i time-points valutati con una persistente viremia azzerata. Non sono stati notati effetti collaterali di alcun tipo (Figure 1 e 2).

Conclusioni. In conclusione, i dati della nostra casistica suggeriscono una potenziale efficacia e sicurezza degli inibitori dell'IL 23 nei pazienti affetti da HIV e viremia azzerata in terapia con antiretrovirali. È importante sottolineare che la gestione di questo subset di pazienti fragili deve necessariamente essere concordata e condivisa con i colleghi infettivologi.

Bibliografia

Psoriasis in HIV infection: an update. Alpalhão M. et al. *Int J STD AIDS*. 2019 May;30(6):596-604.

Reactivation rates of hepatitis B or C or HIV in patients with psoriasis using biological therapies: a systematic review and meta-analysis. Li L. et al *Clin Exp Med*. 2022 Apr 30.

UN CASO DI REAZIONE FOTOTOSSICA A POLVERI DI METALLO

Cosetti D., Donelli C., Andreassi A., Rubegn P.

UOC Dermatologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Ospedale Santa Maria alle Scotte, Università degli Studi di Siena, Siena

Riportiamo il caso di un ragazzo di 23 anni che giungeva in Pronto Soccorso per comparsa di eritema del volto e degli arti superiori, insorto durante l'attività lavorativa. All'esame obiettivo si osservava un'eruzione eritemato-vescicolosa a bordo netto interessante il dorso del naso, le regioni malari e gli arti superiori (Figura 1).



La cute delle regioni retroauricolare e sottomentoniera risultava indenne. La dermatosi interessava quindi le uniche zone non coperte dagli indumenti o dai dispositivi di protezione individuale (guanti e mascherina) abitualmente utilizzati sul lavoro. Dal colloquio con il paziente emergeva che da pochi giorni aveva iniziato a lavorare come operaio nell'ambito dell'autodemolizione, attività prevalentemente svolta all'aperto e con frequente esposizione a polveri di metallo. Il quadro, pertanto, appariva suggestivo per una dermatosi fotoindotta. A fini diagnostici venivano dosati gli anticorpi anti-nucleo (ANA) che risultavano negativi e venivano proposti i foto-patch test a cui il paziente rifiutava di sottoporsi. Infine, veniva eseguita una biopsia cutanea. L'esame istologico evidenziava la presenza di una dermatite dell'interfaccia con cheratinociti apoptotici ed aspetti vasculopatici, confermando la diagnosi di reazione fototossica. Il paziente veniva quindi trattato con terapia corticosteroidica sistemica a scalare per 3 settimane, nicotinamide e filtro solare SPF 50+. Al controllo clinico dopo 4 settimane si osservava la completa restitutio ad integrum (Figura 2).



Le reazioni fototossiche sono condizioni frequenti ma spesso sottodiagnosticate. Un accurato esame obiettivo associato ad un'attenta anamnesi personale ed occupazionale, sono fondamentali per la diagnosi di tali disturbi e per attuare le opportune condotte di evitamento. Il trattamento non è ben codificato. Fondamentale è la fotoprotezione sia topica con schermi SPF 50+, che sistemica, a cui si può aggiungere la terapia steroidea topica. Per le forme più gravi si può optare per un ciclo di terapia steroidea sistemica.

Bibliografia

Hinton AN, Goldminz AM. Feeling the Burn: Phototoxicity and Photoallergy. *Dermatol Clin*. 2020;38(1):165-175.

Wilm A, Berneburg M. Photoallergy. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015;13(1):7-13.

REPORT INIZIALE SUI RISULTATI A 12 MESI DELLO PSORIASIS STUDY OF HEALTH OUTCOMES (PSOHO) NEI PAZIENTI CON PSORIASI MODERATA-GRAVE TRATTATI CON FARMACI BIOLOGICI IN UN CONTESTO REAL-WORLD

Costanzo A.¹, Paul C.F.², Carrascosa J.M.³, Tada Y.⁴, Brnabic A.⁵, Schuster C.^{5,6}, Reed C.⁵, Abrahamy M.⁵, Riedl E.^{5,6}, Pinter A.⁷, Miele M. (presentatore non autore)⁸

¹Division of Dermatology, Humanitas Research Hospital, Pieve Emanuele, Milan, Italy; ²Dermatology IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milan, Italy; ³Universite Paul Sabatier Toulouse III, Toulouse, France; ⁴Department of Dermatology, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma of Barcelona, IGTP, Carretera de Canyet, s/n, 08916 Badalona, Barcelona Spain; ⁵Department of Dermatology, Teikyo University School of Medicine, Tokyo, Japan; ⁶Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA; ⁷Department of Dermatology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria; ⁸Clinic for Dermatology, Venereology and Allergology, University Hospital Frankfurt, Frankfurt am Main, Germany; ⁸Eli Lilly and Company, Sesto Fiorentino FI, Italy

Introduzione. Lo PSoHO è uno studio a 3 anni, internazionale, prospettico, non-interventistico, di coorte, che confronta l'efficacia dei farmaci biologici anti-IL-17A con altri biologici approvati per la psoriasi (PsO) moderata-grave. Questa

analisi ad interim descrive i risultati fino al mese (M) 12. **Materiali e Metodi.** Questa analisi ha compreso 910 pazienti con dati non mancanti per PASI90 e/o sPGA(0/1) al M12. La coorte dei biologici anti-IL17A è stata confrontata con altre terapie biologiche alla settimana (sett.) 12, al M6 e al M12, e per ciascun singolo trattamento. L'analisi longitudinale ha utilizzato modelli misti lineari generalizzati (GLMM) basati sulla non-responder imputation. **Risultati.** In questa analisi, il 43.1% (n=392) dei pazienti sono stati trattati con ixekizumab (n=272) o secukinumab (n=120) nella coorte anti-IL-17A, e il 56.9% (n=518) con altri biologici. Al basale, il punteggio medio (deviazione standard) del sPGA era 3.2 (0.8) e i punteggi del PASI erano 14.9 (8.4) e 14.7 (8.6), rispettivamente per le coorti anti-IL-17A e altri biologici. Le differenze (p<0.05) tra coorti comprendevano l'età media (47.0 vs. 44.7 anni), la precedente terapia convenzionale (74.7% vs. 83.0%) e l'artrite psoriasica (24.5% vs. 17.6%). Il tasso di risposta nella coorte anti-IL-17A era statisticamente (p<0.05) maggiore per PASI90 e/o sPGA(0/1) alla sett. 12 e al M6, senza differenze significative al M12, e significativamente maggiore per PASI100 a tutti i tempi. Al M12, una percentuale più elevata (p<0.001) di pazienti nella coorte anti-IL-17A (64.3%) rispetto alla coorte degli altri biologici (48.6%) ha avuto un mantenimento della durata della risposta. **Conclusioni.** In questa analisi ad interim, la durata dell'efficacia del trattamento è stata elevata nei pazienti con PsO moderata-grave trattati con terapie biologiche in un contesto di real-world. Il tasso più elevato per questa variabile è stato osservato nei pazienti trattati con anti-IL-17A a 12 mesi.

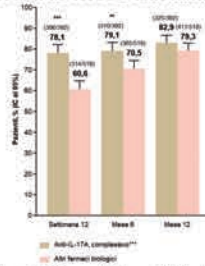
Dati demografici e caratteristiche al basale

	IXE (N = 272)	SEC (N = 120)	RIS (N = 86)	BROD (N = 29)	TILD (N = 54)	GUS (N = 155)	ADA (N = 111)	UST (N = 52)
Età, anni	48.0 (14.1)	44.6 (12.4)	43.9 (12.2)	41.1 (12.9)	45.4 (14.7)	44.7 (13.2)	45.0 (13.9)	47.8 (14.5)
Maschi, n (%)	170 (62.5)	63 (52.5)	53 (61.6)	17 (58.6)	34 (62.8)	99 (63.9)	60 (54.1)	33 (63.5)
Razza, n (%)								
Bianca	198 (72.8)	95 (79.2)	60 (69.8)	21 (72.4)	50 (92.6)	76 (49.0)	99 (88.5)	44 (84.6)
Asiatica	41 (15.1)	17 (14.2)	12 (14.0)	6 (20.7)	3 (5.6)	60 (38.7)	3 (2.7)	3 (5.8)
Non riportato	30 (11.0)	7 (5.8)	13 (15.1)	2 (6.9)	0	20 (12.9)	12 (10.8)	5 (9.6)
Altro	3 (1.1)	2 (1.7)	1 (1.2)	0	1 (1.9)	0	0	0
BMI, kg/m ²	29.0 (6.4)	28.9 (6.5)	29.0 (7.2)	27.8 (5.8)	28.9 (6.6)	28.8 (6.3)	27.9 (5.7)	28.7 (5.9)
Tra 25 e <30, n (%)	100 (36.9)	45 (37.5)	23 (27.1)	5 (17.2)	19 (35.6)	55 (35.7)	46 (42.6)	20 (38.2)
≥30, n (%)	94 (34.6)	39 (32.5)	35 (41.2)	13 (44.8)	19 (35.8)	56 (36.4)	28 (25.9)	15 (29.4)
n	271	120	85	29	53	154	108	51
Fumatore								
Mai, n (%)	244	109	81	28	39	142	95	46
Attuale, n (%)	92 (37.7)	49 (40.8)	33 (40.7)	7 (25.0)	13 (33.3)	60 (42.3)	32 (33.7)	16 (34.8)
In passato, n (%)	85 (30.9)	35 (29.1)	19 (23.5)	9 (32.1)	11 (28.2)	39 (27.5)	34 (35.8)	10 (21.7)
n	87 (35.7)	25 (22.9)	29 (36.8)	12 (42.8)	15 (38.5)	43 (30.3)	29 (29.5)	20 (43.9)
n	244	109	81	28	39	142	95	46
Diagnosi di artrite psoriasica, n (%)	74 (27.2)	22 (18.3)	10 (11.8)	6 (20.7)	11 (20.4)	34 (21.9)	18 (16.2)	8 (15.4)
Durata dell'insorgenza della PsO a placche, anni, mediana (Q1, Q3)	14.5 (7.3, 27.0)	16.5 (8.1, 22.0)	14.0 (7.2, 24.9)	14.6 (8.1, 20.2)	17.0 (7.1, 25.7)	15.8 (8.9, 24.8)	13.5 (5.7, 22.8)	15.4 (9.9, 25.9)
Punteggio PASI n	15.0 (8.5) 271	14.7 (8.2) 119	15.5 (9.6) 86	15.7 (8.3) 29	14.9 (8.1) 54	14.1 (8.1) 155	14.2 (7.8) 111	15.3 (7.3) 52
Punteggio DLQI n	12.4 (8.0) 242	12.6 (7.9) 106	10.0 (6.1) 78	13.8 (7.9) 28	11.7 (7.2) 35	10.7 (7.8) 139	12.6 (7.4) 92	11.5 (7.7) 44
% di BSA interessata n	21.8 (17.0) 288	19.3 (18.4) 115	20.8 (17.7) 87	24.8 (17.9) 29	20.8 (13.6) 54	20.7 (18.7) 154	21.9 (18.9) 107	22.0 (16.2) 46
Punteggio sPGA n	3.2 (0.8) 272	3.2 (0.8) 117	3.2 (1.0) 86	3.1 (0.8) 28	3.1 (0.9) 54	3.2 (0.8) 155	3.2 (0.8) 111	3.0 (0.7) 52
HADS-D >10, n (%) n	26 (10.8) 241	17 (15.9) 107	9 (11.7) 77	1 (3.6) 28	5 (14.7) 34	15 (10.9) 138	8 (8.7) 92	2 (4.5) 44
HADS-A >10, n (%) n	57 (23.7) 241	26 (24.3) 107	15 (19.5) 77	4 (14.3) 28	12 (35.3) 34	28 (20.3) 138	19 (20.7) 92	10 (22.7) 44
Terapia precedente con farmaci biologici, n (%) n	104 (38.4) 271	39 (32.5) 120	35 (40.7) 86	13 (44.8) 29	18 (29.6) 54	102 (65.8) 155	9 (8.1) 111	16 (30.8) 52
Eventuale terapia convenzionale precedente, n (%) n	205 (75.6) 271	87 (72.5) 120	72 (83.7) 86	25 (86.2) 29	47 (87.0) 54	114 (73.5) 155	102 (91.9) 111	42 (80.8) 52

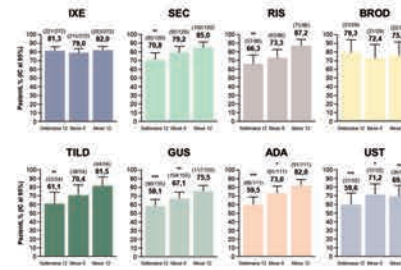
I dati sono presentati come media (DS) salvo diversa indicazione. I dati mancanti non sono inclusi

Percentuale di pazienti (NRI) che hanno raggiunto l'endpoint primario alla settimana 12 e PASI 90 e/o sPGA (0/1) ai mesi 6 e 12

Inibitori anti-IL-17A vs. altri farmaci biologici



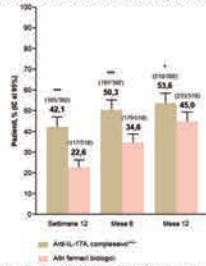
** p < 0,01; *** p < 0,001 vs. altri farmaci biologici (NRI) (GLMM)



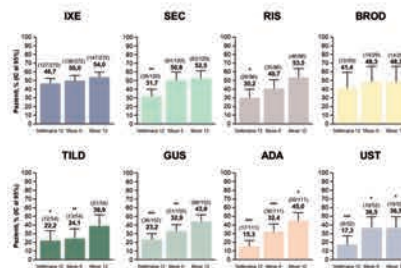
* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001 vs. IXE (NRI) (GLMM)

Percentuale di pazienti (NRI) che hanno raggiunto PASI 100 alla settimana 12 e ai mesi 6 e 12

Inibitori anti-IL-17A vs. altri farmaci biologici



* p < 0,05; *** p < 0,001 vs. altri farmaci biologici (GLMM)

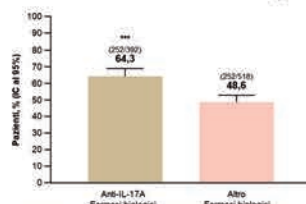


* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001 vs. IXE (GLMM)

Gli IC sono calcolati utilizzando l'approssimazione normale. I dati sono stati analizzati per un sottoinsieme di pazienti con dati non mancanti per l'outcome primario

Percentuale di pazienti (NRI) che hanno raggiunto una lunga durata dell'efficacia del trattamento al mese 12^a

Inibitori anti-IL-17A vs. altri farmaci biologici



*** p < 0,001 vs. altri biologici (regressione logistica)

Gruppi di trattamento con i singoli farmaci biologici

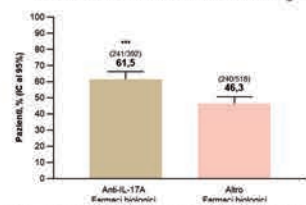


* p < 0,05; *** p < 0,001 vs. IXE (regressione logistica)

Gli IC sono calcolati utilizzando l'approssimazione normale. I dati sono stati analizzati per un sottoinsieme di pazienti con dati non mancanti per l'outcome primario
^a La durabilità dell'efficacia del trattamento era definita come la percentuale di pazienti che raggiungono PASI 90 e/o sPGA 0/1 alla settimana 12 e PASI 75 e/o un miglioramento ≥2 punti di sPGA ai mesi 6 e 12

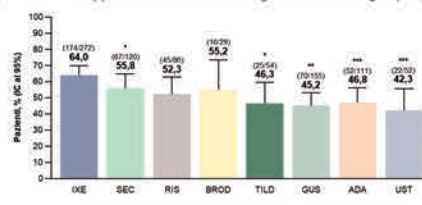
Percentuale di pazienti (NRI) che hanno mantenuto almeno PASI 90 e/o sPGA 0/1 e/o un miglioramento ≥2 punti di sPGA ai mesi 6 e 12

Inibitori anti-IL-17A vs. altri farmaci biologici (NRI)



*** p < 0,001 vs. altri biologici (regressione logistica)

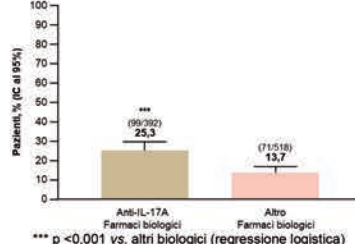
Gruppi di trattamento con i singoli farmaci biologici (NRI)



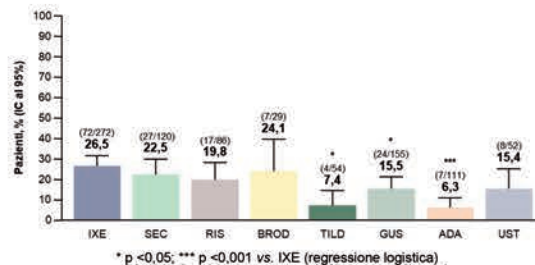
* p < 0,05; *** p < 0,001 vs. IXE (regressione logistica)

Gli IC sono calcolati utilizzando l'approssimazione normale. I dati sono stati analizzati per un sottoinsieme di pazienti con dati non mancanti per l'outcome primario

Percentuale di pazienti NRI che hanno raggiunto PASI 100 alla settimana 12 e mantenuto PASI 100 ai mesi 6 e 12



*** p < 0,001 vs. altri biologici (regressione logistica)



* p < 0,05; *** p < 0,001 vs. IXE (regressione logistica)

Gli IC sono calcolati utilizzando l'approssimazione normale. I dati sono stati analizzati per un sottoinsieme di pazienti con dati non mancanti per l'outcome primario

CELLULITE DISSECANTE DEL CUIOIO CAPELLLUTO IN PAZIENTE CON DEFICIT DI BIOTINIDASI

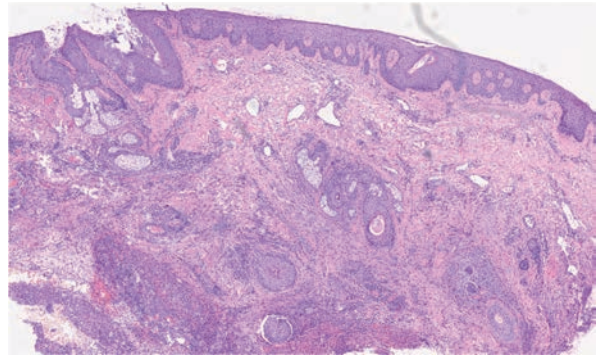
D'Acunto C.¹, Riccioni L.², Melandri D.¹

¹U.O.C. Centro Grandi Ustionati Romagna-Dermatologia Cesena (Forlì). Dip. Chirurgico e Grandi Traumi. Osp. "M. Bufalini", Cesena. AUSL della Romagna; ²U.O. di Anatomia Patologica. Osp. "M. Bufalini", Cesena. AUSL della Romagna

Paziente di razza caucasica, di 30 anni, giunto alla nostra osservazione per la presenza sul cuoio capelluto di numerose lesioni nodulari collegate da tramiti fistolosi, intervallate da aree di alopecia. Il pz riferiva che le prime lesioni nodulari erano comparse circa 10 anni prima e che progressivamente si erano risolte lasciando come esito cicatriziale delle aree di alopecia. Dall'anamnesi remota il pz risultava affetto da un deficit di biotinidasi, diagnosticato all'età di un anno ed era in terapia con biotina (30 mg/die).

La biopsia ha con alcune cellule giganti plurinmostrato: flogosi acuta ascessualizzante del derma medio-profondo con cavitazione, tessuto di granulazione e focale reazione granulomatosa ucleate; presenti nel contesto della raccolta ascessuale alcune strutture e gemme pilari. Epidermide lievemente iperplastica con lieve ectasia e cheratosi infundibolare. Non è stato riscontrato coinvolgimento flogistico delle ghiandole eccrine. Negativa la ricerca di ife fungine. Correlando il quadro istologico con quello clinico abbiamo posto diagnosi di cellulite dissecante del cuoio capelluto.

La cellulite dissecante del cuoio capelluto (DCS) è una rara e severa alopecia cicatriziale di tipo neutrofilico che colpisce prevalentemente i maschi afro-americani in un'età compresa tra la seconda e terza decade (1). I trattamenti proposti includono: antibiotici, retinoidi, corticosteroidi, inibitori del TNF e la chirurgia (2). Il nostro pz è stato trattato con isotretinoina (0,5mg/Kg/die), al termine dei 6 mesi di terapia ha mostrato notevoli miglioramenti con assenza di progressione della alopecia.



La terapia con isotretinoina consente di ottenere un notevole miglioramento nei pz con cellulite dissecante e di arrestare la progressione della malattia. Sarebbe inoltre opportuno ricercare nei pazienti con cellulite dissecante del c.c. il deficit di biotinidasi, al fine di valutare eventuali correlazioni tra le due patologie e per escludere che non si tratti solo di un riscontro occasionale, considerando che tale deficit si associa frequentemente oltre che a patologie neurologiche anche a svariate affezioni cutanee ed alopecia.

Bibliografia

1. Asemota E, Chang YC, Goldberg LJ. Innovative Management of Recalcitrant Dissecting Cellulitis With Compression Therapy. *JAMA Dermatol.* 2016 Nov 1;152(11):1280-1281.
2. Thomas J, Aguh C. Approach to treatment of refractory dissecting cellulitis of the scalp: a systematic review. *J Dermatolog Treat.* 2021 Mar;32(2):144-149.

SINDROME PARANEOPLASTICA

D'Acunto C.¹, Medri M.², Melandri D.¹, Stanganelli I.², Zago S.³

¹U.O.C. Centro Grandi Ustionati Romagna-Dermatologia Cesena (Forlì). Dip. Chirurgico e Grandi Traumi. Osp. "M. Bufalini", Cesena. AUSL della Romagna; ²Skin Cancer Unit, IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Dino Amadori", Meldola; ³Dipartimento di Anatomia Patologica, AUSL della Romagna, Ospedale S. Maria delle Croci, Ravenna

Le sindromi paraneoplastiche sono definite come disturbi clinici, biochimici, ormonali, ematologici, neurologici o dermatologici, associati a una neoplasia, ma non direttamente causati dall'invasione del tumore primario o dalle sue metastasi (1). Riportiamo un caso con manifestazioni cutanee in un paziente con condrosarcoma dello sterno.

Giunge recentemente alla nostra osservazione per controllo nevi un paziente, maschio di 78 anni, ex fumatore, in follow-up oncologico per localizzazioni ossee multiple in progresso condrosarcoma sternale (2013) e per linfoma B a grandi cellule diffuso in risposta completa a chemioterapia (2018). In corso di visita il paziente lamenta dermatite ipercheratosica pustolosa cronica della falange distale del I dito della mano destra e III dito della mano sinistra rispondente a terapia topica steroidea (Figura 1).



Fig. 1 - Dermatite ipercheratosica pustolosa cronica della falange distale del III dito della mano sinistra e conseguente onicolisi.

Per corretto inquadramento diagnostico è stata eseguita biopsia cutanea (Figura 2) che ha permesso insieme al contesto clinico di fare diagnosi di acrocheratosi paraneoplastica detta anche Sindrome di Bazex.

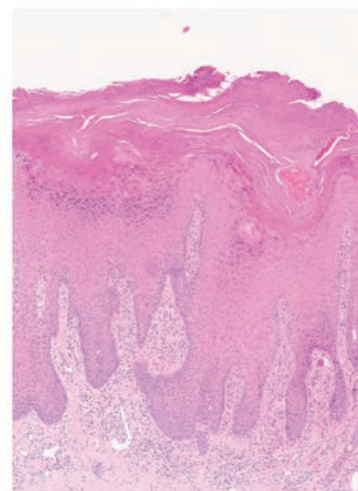


Fig. 2 - Cute iperparacheratosica con acantosi ed allungamento psoriasiforme irregolare delle creste; nel derma è presente infiltrato flogistico cronico sparso e perivascolare.

La sindrome di Bazex è una sindrome paraneoplastica rara, colpisce più frequentemente i maschi dopo i 40 anni. Le sedi maggiormente interessate sono le orecchie (79%), le unghie (75%), il naso (63%), le dita (61%), le mani (57%) e i piedi (50%). Il prurito può essere presente nel 18% dei casi (2). Le lesioni cutanee precedono i sintomi e la diagnosi di tumore maligno, che è di solito un carcinoma a cellule squamose delle vie aero-digestive superiori, pertanto, è indicata la loro valutazione completa. La patogenesi della sindrome di Bazex non è ancora nota ma potrebbe essere causata dalla produzione di fattori di crescita epidermici da parte delle cellule tumorali. La diagnosi si basa sulle evidenze cliniche e istologiche e la prognosi correla con la neoplasia presente. Nel nostro caso siamo stati facilitati a giungere a tale diagnosi in quanto il paziente era già seguito per patologie oncologiche, talora invece il quadro cutaneo può essere indicatore di una coesistente neoplasia da ricercare e poter diagnosticare con tempestività.

Bibliografia

1. Ramos-E-Silva M, Carvalho JC, Carneiro SC. Cutaneous paraneoplasia. Clin Dermatol. 2011;29:541-547.
2. [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=IT&data_id=17621&Disease\(s\)/groupofdiseases=Bazex-syndrome&title=Bazex-syndrome&search=Disease_Search_Simple](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=IT&data_id=17621&Disease(s)/groupofdiseases=Bazex-syndrome&title=Bazex-syndrome&search=Disease_Search_Simple)

L'IMPORTANZA DELL'ANAMNESI: UN CASO DI MICOBATTERIOSI ATIPICA

D'Adamio S., Sgubbi P.

U.O.C. Dermatologia e Venereologia, AUSL della Romagna distretto di Ravenna

Caso clinico. Si presenta il caso di una donna di 82 anni, ipertesa, con lesioni nodulari diffuse presenti in sede avambraccio destro senza manifestazioni sistemiche. Le lesioni, di aspetto sporotricoide, si presentano in associazione ad ascessi e sono scarsamente dolorabili. Una prima biopsia cutanea esclude la presenza di spore fungine e di lesioni di tipo neoplastico, mostra una lesione contenente cellule epitelioide e cellule giganti di Langhans con presenza di granuloma non necrotizzante.

Il dato anamnestico di possesso di acquario, e di un trauma occorso durante la pulizia dello stesso, fa propendere per una micobatteriosi da *M. marinum*. Effettuiamo dunque un esame colturale sul pezzo con crescita riscontrata del micobatterio. Impostiamo terapia con doxiciclina 200 mg/die per 6 settimane e alla rivalutazione i noduli si presentano ridotti in dimensioni e non dolenti. Alla nuova biopsia che effettuiamo dopo il trattamento le lesioni risultano sterili all'esame colturale.

Discussione. Le infezioni da *M. marinum* nell'uomo sono rare, sebbene i dati epidemiologici siano pochi e di valore limitato. Il periodo di incubazione per le lesioni causate da questo batterio è variabile da una settimana a 2 mesi (8–60 giorni). Il tempo mediano per la diagnosi è di 3,5 mesi. L'incidenza annuale è stimata in 0,27 casi ogni 100.000 persone negli USA, ma in letteratura non sono disponibili dati per l'incidenza in Italia.

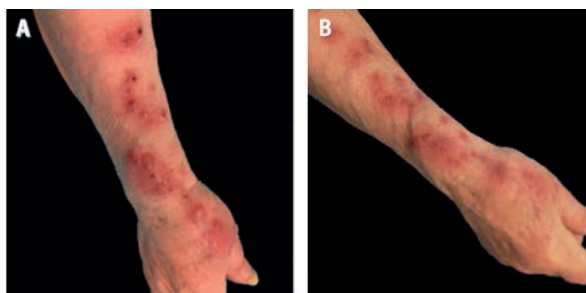


Figura 1. Paziente al baseline (A) e dopo 6 settimane di trattamento con Doxiciclina. Permangono noduli sterili non dolenti. (B)

La presentazione comune nei pazienti immunocompetenti è generalmente legata a lavori o hobby con esposizione ad acqua salata; infatti, la principale forma di inoculazione è cutanea con trauma seguito da esposizione all'ambiente marino o animali acquatici (pesci, conchiglie, acquari). Nonostante l'infezione da *M. Marinum* sia dunque indivi-

duata come 'granuloma da acquari', tale forma di inoculazione è oggi meno frequente a causa della clorazione dell'acqua.

Le infezioni da *M. marinum* possono avere diverse presentazioni cliniche, ma nessuna è considerata realmente patogenomica. Questa malattia inizia con inoculazione distale nella maggior parte dei casi a livello di mani avambracci e gomiti e può portare allo sviluppo di linfangite nodulare con andamento ascendente. In un periodo di mesi, la malattia cutanea può diffondersi ai tessuti molli più profondi, causando tenosinovite, artrite, borsite e/o osteomielite con o senza dolore rilevante. La presentazione con lesioni numerose (> 3), come nella nostra paziente, a distribuzione sporotricoide con noduli infiammatori, ascessi e granulomi non è così frequente nel paziente immunocompetente: le lesioni hanno tuttavia risposto alla monoterapia con tetracicline. Le principali condizioni immunosoppressive predisponenti alla micobatteriosi atipica sono HIV, trapianto di organi solidi (incidenza dello 0,2–2,8 % nel caso del cuore, 0,5–8 % nel caso del polmone e 0,16–0,38 % nei pazienti con trapianto di rene e terapia in atto con inibitori del TNF (infiximab, adalimumab).

Conclusioni. L'infezione da *M. Marinum* non è una infezione frequente. Tuttavia, deve essere precocemente riconosciuta per evitare un possibile coinvolgimento dei tessuti profondi o addirittura un coinvolgimento viscerale. L'anamnesi funge da indicatore molto valido e non deve essere ignorata: spesso, come nel nostro caso, orienta fortemente verso la diagnosi corretta.

La diagnosi necessita di attenta anamnesi, esame fisico e istologico e coltura microbiologica su tessuto biopsiato e conservato a fresco.

Per quanto concerne la terapia non esistono precise linee guida: se le lesioni sono limitate, possono risolversi spontaneamente o con monoterapia antibiotica (claritromicina, azitromicina, tetracicline). Si consiglia la terapia multifarmaco in infezioni più estese con il coinvolgimento delle strutture profonde o per infezioni gravi a distribuzione sporotricoide (claritromicina associata a rifampicina o etambutolo). Il trattamento è prolungato ad almeno 6 settimane e 6 mesi nei casi gravi. Il trattamento chirurgico è solitamente riservato ai casi di coinvolgimento del tessuto sottocutaneo (tendini o ossa).

Bibliografia

- Tebruegge, M., & Curtis, N. (2011). *Mycobacterium marinum* Infection. *Hot Topics in Infection and Immunity in Children VIII*, 201–210.
- Veronese F, Zavattaro E, Farinelli P et al. An unusual cutaneous infection caused by *Mycobacterium marinum*. *JMM Case Rep* 2017 Apr 12;4(4):e005088.
- Gonzalez-Santiago TM, Drage LA. Nontuberculous mycobacteria: skin and soft tissue infections. *Dermatol Clin* 2015;33:563–577.
- Jernigan JA, Farr BM. Incubation period and sources of exposure for cutaneous *Mycobacterium marinum* infec-

tion: case report and review of the literature. Clin Infect Dis 2000;31:439–443.

Bonamonte D, de Vito D, Vestita M, Delvecchio S, Ranieri LD et al. Aquarium-borne Mycobacterium marinum skin infection. Report of 15 cases and review of the literature. Eur J Dermatol 2013;23:510–516.

PEMFIGOIDE BOLLOSO AD IGA TRATTATO CON DUPILUMAB: UN CASO CLINICO

De Giacomo P.¹, Valenti M.², Valenti G.¹

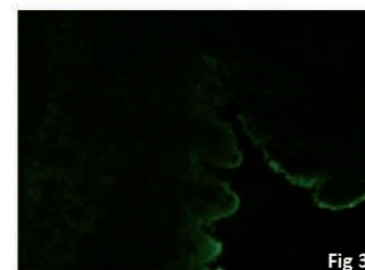
¹S.O.C Dermatologia Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio, Catanzaro; ²Dipartimento di Scienze Biomediche Università Humanitas Milano

Introduzione. Il Pemfigoide Bolloso (PB) è la più comune malattia bollosa autoimmune ed è causata da autoanticorpi rivolti contro gli antigeni situati nella zona della membrana basale (BMZ) [1]. E' considerato una patologia Th2 mediata, con una overespressione di citochine Th2 come IL-4, IL-5 e IL-13[5]. Anche se il PB è solitamente una malattia mediata da IgG, è stata dimostrata un'autoreattività per le IgA [3]. Nel PB si riscontra una positività per gli autoanticorpi BP180 e BP230 che possono essere rilevati mediante tecniche ELISA [4]. I reperti istologici tipici del PB sono spongiosi eosinofila con infiltrato dermico misto nel contesto di lesioni non bollose e distacco subepidermico con eosinofili e neutrofili nelle lesioni bollose [2].

Caso clinico. Paziente di 63 aa giunto alla nostra osservazione per una dermatosi datante da 6 mesi, intensamente pruriginosa, dalla cui anamnesi risultava una storia di dermatite atopica (AD) e rinocongiuntivite allergica. L'esame obiettivo cutaneo rivelava la presenza di bolle tese e croste disposte in maniera isolate e con aspetto figurato localizzate sul tronco, sugli arti superiori e inferiori (Figure 1). I test di laboratorio mostravano: leucocitosi (12,20 x 10³uL) con linfopenia ed eosinofilia (13,7%), IgE 1247 UI/mL, C3 0,15 g/L, IgG 7,3 g/L, IgA 1,37 g/L, IgM 0,29 g/L. Gli anticorpi anti-desmogleina 1 e 3, anti-gliadina, anti-endomisio e anti-transglutaminasi risultavano negativi.

Una biopsia cutanea di una lesione dell'arto inferiore destro mostrava aree di scollamento dermo-epidermico contenenti depositi di fibrina, aree periferiche di spongiosi basale, infiltrato granulocitario linfocitario ed eosinofilo nel derma superficiale (Figure 2). L'immunofluorescenza diretta mostrava una lieve positività per IgA, IgM e C3 a livello del distacco dermo-epidermico e una positività diffusa alla giunzione dermo-epidermica per C3 (Figure 3). Il test ELISA di immunofluorescenza indiretta risultava positivo per anticorpi circolanti contro il pemfigoide bolloso BP-180 e BP-230 (684 RU/mL e 32,58 RU/m²). Considerando l'aspetto clinico, l'istologia e l'immunofluorescenza diretta ed indiretta, abbiamo fatto diagnosi di Pemfigoide Bolloso ad IgA. Il paziente veniva trattato con metilprednisolone sistemico e azatioprina con risposta insoddisfacente e quindi iniziava una terapia con dapsonsone 100 mg/die con un migliora-

mento minimo. Successivamente veniva introdotta in terapia la colchicina al dosaggio di 3 mg/die con risposta inefficace. Considerando il prurito persistente, gli elevati livelli di eosinofili (25,5%) e IgE (1247 UI/ml), la storia di atopica e rinocongiuntivite allergica abbiamo deciso di introdurre il Dupilumab sottocute, previo consenso informato, al dosaggio di 600 mg alla settimana 0 seguito da un dosaggio di mantenimento di 300 mg ogni due settimane. Il paziente ha avuto un rapido miglioramento e l'esame obiettivo cutaneo dopo 1 mese mostrava un notevole miglioramento che è stato confermato a 3, a 6 ed a 12 mesi. (Figure 4).



Inoltre, dopo 3 mesi, gli anti BP230 erano normali (8,39 UR/mL), mentre gli anti BP180 erano ridotti ma comunque elevati (175,35 UR/mL), gli eosinofili erano del 4,3% e le IgE 198 UI/mL. Dopo 12 mesi, gli anti BP230 e gli anti BP180 risultavano negativi con valori rispettivamente di (15,0 UR/mL) e (12,0 UR/mL) con gli eosinofili (3,2%) e le IgE (153 UI/mL) normali.

Discussione. Il Pemfigoide Bolloso (PB) è la più comune malattia bollosa autoimmune ed è causata da autoanticorpi rivolti contro gli antigeni situati nella zona della membrana basale (BMZ) [1].

I reperti istologici tipici del PB sono spongiosi eosinofili con infiltrato dermico misto nel contesto di lesioni non bollose e distacco subepidermico con eosinofili e neutrofili nelle lesioni bollose [2].

Anche se il PB è solitamente una malattia mediata da IgG, è stata dimostrata l'autoreattività delle IgA [3]. Gli autoanticorpi BP180 e BP230 possono essere rilevati mediante ELISA [4]. Il PB è considerata una dermatosi Th2 mediata, con una overespressione di citochine Th2 come IL-4, IL-5 e IL-13 [5]. IL4 è implicata nel reclutamento di eosinofili che di solito sono aumentati, insieme ai livelli di IgE, nei pazienti affetti da BP [6].

Le citochine di tipo 2 sono coinvolte anche nella patogenesi della Dermatite Atopica, contribuendo alle anomalie della barriera cutanea e allo sviluppo della Dermatite Atopica.

La Terapia del Pemfigoide bolloso si avvale come prima scelta di corticosteroidi topici e sistemici o altri agenti immunomodulatori [7].

Dupilumab è un anticorpo monoclonale completamente umano diretto contro IL-4 e IL-13 tramite un blocco del recettore α dell'IL-4 approvato per la dermatite atopica, l'asma, la poliposi nasale e l'esofagite eosinofila. Dupilumab bloccando direttamente IL-4 e IL-13 e riduce i livelli di IgE. Dati preliminari sull'utilizzo del Dupilumab nel PB hanno mostrato risultati promettenti [8]. In questi pazienti le cellule produttrici di IL-4 e IL-13 sono normalmente aumentate sia nel siero che nelle bolle, ma sono ridotte dopo il trattamento, confermando un possibile legame tra la patogenesi della Dermatite Atopica ed il Pemfigoide Bolloso [9]. Nonostante questa evidenza iniziale sull'efficacia di Dupilumab nel trattamento della PB, ad oggi non sono riportati casi in letteratura sul trattamento del PB IgA con dupilumab.

Nella nostra esperienza, Dupilumab è stata una valida opzione terapeutica sia in termini di efficacia sia per il risparmio di steroidi in un paziente che ha fallito diverse terapie con immunosoppressori ed immunomodulatori, senza effetti collaterali da segnalare.

Ulteriori studi, tuttavia, sono necessari a confermare l'efficacia del Dupilumab nel Pemfigoide Bolloso ed ancor più in particolare nel Pemfigoide Bolloso ad IgA.

Bibliografia

- Schmidt E, Zillikens D. Pemphigoid diseases. *Lancet*. 2013;381:320-332
- Stavropoulos PG, Soura E, Antoniou C. Drug-induced pemphigoid: a review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014 Sep; 28(9):1133-40.
- Horváth, B., Niedermeier, A., Podstawa, E. et al. , IgA autoantibodies in the pemphigoids and linear IgA bullous dermatosis. *Experimental Dermatology*, 2010, 19: 648-653.
- Sárdy M, Kostaki D, Varga R, Peris K, Ruzicka TJ. Comparative study of direct and indirect immunofluorescence and of bullous pemphigoid 180 and 230 enzyme-linked immunosorbent assays for diagnosis of bullous pemphigoid. *Am Acad Dermatol*. 2013 Nov; 69(5):748-753
- Y. Teraki, T. Hotta, T. Shiohara. Skin-homing interleukin-4 and -13-producing cells contribute to bullous pemphigoid: remission of disease is associated with increased frequency of interleukin-10-producing cells *J Invest Dermatol*, 117 (5) (2001), pp. 1097-1102
- Messingham, H.M. Holahan, A.S. Frydman, C. Fullenkamp, R. Srikantha, J.A. Fairley Human eosinophils express the high affinity IgE receptor, FcεRI, in bullous pemphigoid *PLoS One*, 9 (9) (2014)
- Seidman, J. S, Eichenfield, D. Z, & Orme, C. M. (2019). Dupilumab for bullous pemphigoid with intractable pruritus. *Dermatology Online Journal*, 25(11).
- Abdat R., Reid A. Waldman, de Bedout V. et al., Dupilumab as a novel therapy for bullous pemphigoid: A multicenter case series, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2020 Jul;83(1):46-52.
- Wakugawa, K. Nakamura, H. Hino, et al. Elevated levels of eotaxin and interleukin-5 in blister fluid of bullous pemphigoid: correlation with tissue eosinophilia *Br J Dermatol*, 143 (1) (2000).

ANALISI REAL-WORLD IN ITALIA SUI PAZIENTI AFFETTI DA PSORIASI POTENZIALMENTE ELEGGIBILI ALLE TERAPIE BIOLOGICHE E NON ATTUALMENTE TRATTATI

Degli Esposti L.¹, Perrone V.¹, Dovizio M.¹, Sangiorgi D.¹, Di Cesare A.², Rosi E.², Peris K.³, Prignano F.²

¹CliCon s.r.l. Società Benefit, Health, Economics & Outcome Research, Bologna; ²Dipartimento di Scienza della Salute, Sezione di Dermatologia, Università di Firenze, Firenze; ³Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli – IRCCS, Roma, Italia

Introduzione e obiettivi. La psoriasi (PSO) è patologia infiammatoria cutanea immuno-mediata con decorso cronico e progressivo. Le attuali linee guida raccomandano l'uso di farmaci topici nelle forme lievi e di trattamenti sistemici in quelle moderate-gravi [1]. In caso di risposta non adeguata ai trattamenti convenzionali, sono indicati i farmaci bio-

logici [2].

La presente analisi real-world si proponeva di stimare il numero di pazienti con PSO potenzialmente eleggibili al trattamento con biologici nella pratica clinica italiana.

Materiali e metodi. È stata condotta un'analisi osservazionale *real-world* sui database amministrativi di un campione di Enti corrispondente all'11.3% della popolazione nazionale tra Gennaio 2010 e Dicembre 2020. I dati sono stati anche riproporzionati sulla popolazione italiana.

Criteri di inclusione. Nel corso di tutto il periodo di disponibilità dei dati all'interno dei database (2010-2020), i pazienti affetti da PSO sono stati identificati sulla base dei seguenti criteri, che definiscono la presenza della diagnosi: (i) almeno una prescrizione di farmaci antipsoriasici topici (codice ATC: D05A), oppure (ii) codice attivo per esenzione per PSO (codice 045.696.1), oppure (iii) almeno una ospedalizzazione per PSO in cui fosse indicato, ad ogni livello

fra le diagnosi di dimissione, il codice ICD-9-CM 696.1. La data-indice era quella di prima identificazione della PSO.

Trattamenti in analisi. Durante tutto il periodo disponibile, è stata identificata la prima prescrizione dei farmaci/trattamenti indicati per PSO (Tabella 1), suddivisi in farmaci topici, farmaci/trattamenti sistemici convenzionali e farmaci biologici [1]. In base alla presenza/assenza di almeno una prescrizione di tali farmaci (o trattamenti), i pazienti sono stati definiti come trattati o non trattati.

Criteri di eleggibilità ai biologici. I criteri di eleggibilità ai biologici, descritti in Tabella 2, erano i seguenti (non mutualmente esclusivi): *Criterio A*, fallimento ad almeno un trattamento convenzionale sistemico, *Criterio B*, co-diagnosi di artrite psoriasica (PsA). La data-indice era quella della prima identificazione della PSO, considerando la disponibilità dei dati per almeno 12 mesi di follow-up e per tutto il periodo di caratterizzazione (precedente la data-indice). I

Tabella 1. Farmaci/trattamenti indicati per la PSO, suddivisi in farmaci topici, farmaci/trattamenti sistemici convenzionali e farmaci biologici.

FARMACI TOPICI:	FARMACI BIOLOGICI:
<ul style="list-style-type: none"> ○ Antipsoriasici per uso topico (ATC codice D05A) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adalimumab (ATC codice L04AB04) ○ Apremilast (ATC codice L04AA32) ○ Brodalumab (ATC codice L04AC12) ○ Certolizumab (ATC codice L04AB05) ○ Etanercept (ATC codice L04AB01) ○ Guselkumab (ATC codice L04AC16) ○ Infliximab (ATC codice L04AB02) ○ Ixekizumab (ATC codice L04AC13) ○ Risankizumab (ATC codice L04AC18) ○ Secukinumab (ATC codice L04AC10) ○ Tildrakizumab (ATC codice L04AC17) ○ Ustekinumab (ATC codice L04AC05)
FARMACI/TRATTAMENTI SISTEMICI CONVENZIONALI:	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Acitretin (ATC codice D05BB02) ○ Ciclosporina (ATC codice L04AD01) ○ Metotrexato (ATC codici L01BA01, L04AX03) ○ Dimetil fumarato (ATC codice L04AX07) ○ Fototerapia [PUVA (codice procedura 99.82.2) e UVB a banda stretta (codice procedura 99.82.1)] 	

Tabella 2. Criteri di eleggibilità al trattamento con farmaci biologici.

CRITERI	PROXY DI IDENTIFICAZIONE
<p>A. FALLIMENTO AL TRATTAMENTO SISTEMICO CONVENZIONALE</p> <p>Definiti come pazienti con psoriasi, non in trattamento biologico con un fallimento ai farmaci/trattamenti convenzionali sistemici</p>	<p>Pazienti con precedenti farmaci/trattamenti convenzionali sistemici (sotto indicati), considerando tutto il periodo disponibile.</p> <p>➤ Farmaci convenzionali/trattamenti da considerare: Acitretin (ATC codice D05BB02); ciclosporina (ATC codice L04AD01); metotrexato (ATC codici L01BA01, L04AX03); dimethyl fumarato (ATC codice L04AX07); Fototerapia [PUVA (codice procedura 99.82.2) e UVB a banda stretta (codice procedura 99.82.1)].</p>
<p>B. PAZIENTI CON INSORGENZA DI ARTRITE PSORIASICA (PsA), SIA PRECEDENTE CHE SUCCESSIVA ALL'IDENTIFICAZIONE DI PSO</p> <p>Definiti come i pazienti che manifestano PsA, sia nel periodo precedente che successivo alla diagnosi di PSO</p>	<p>I pazienti con PsA sono stati identificati mediante:</p> <p>➤ la presenza di almeno una OSPEDALIZZAZIONE per PsA in cui sia indicata, ad ogni livello, fra le diagnosi di dimissione il codice ICD-9-CM 696.0 E/O</p> <p>➤ la presenza di un codice attivo per ESENZIONE per PsA (codice esenzione 045.696.0)</p> <p>La PsA è stata ricercata sia nel periodo precedente che successivo a quello della diagnosi di PSO.</p>

dati sono stati riproporzionali alla popolazione italiana. Sono state inoltre ricercate le patologie pregresse, in particolare malattie autoimmuni e disordini neurodegenerativi, che rappresentano controindicazioni ai trattamenti convenzionali sistemici. Il profilo di comorbidità è stato valutato con il Charlson Comorbidity Index, un indicatore costruito in base alla presenza o meno nel singolo paziente di 19 patologie traccianti, ciascuna delle quali contribuisce allo score con un punteggio che può variare da 1 a 6 [3].

Risultati. *Analisi di prevalenza stimata al 2020.* Nella casistica di questo studio, la prevalenza della PSO è stata stimata al 2% nella popolazione generale e al 2.4% negli adulti (Figura 1). Questi dati sono in linea con la prevalenza di PSO a livello nazionale. Una recente revisione sistematica ha riportato che la prevalenza della PSO nella popolazione generale italiana si colloca nel range tra l'1.8% e il 3.1% [4]. *Stima della potenziale eleggibilità al trattamento con biologici e proiezione sulla popolazione italiana.* Su tutto il periodo di disponibilità dei dati all'interno del database, sono stati identificati 161,650 pazienti con PSO: di questi, il 99% circa (N=160,124) risultavano essere in trattamento con terapie indicate per la PSO, dei quali il 4% (N=6,371) con farmaci biologici e il 95% (N=153,753) con non biologici (Figura 1A). Proiettando il dato a livello nazionale, si stima un numero di pazienti potenzialmente eleggibili alla terapia con biologici in Italia di 53,906 (Figura 1B).

Nel campione di popolazione in studio, tra i pazienti non trattati o trattati con terapie convenzionali, 6,098 (pari al 3,8% dei pazienti con PsA) hanno soddisfatto almeno un criterio di eleggibilità ai biologici. In particolare, il 25% soddisfaceva il criterio di eleggibilità A (fallimento dei trattamenti convenzionali), il 68% il criterio di eleggibilità B

(co-diagnosi di PsA) e il 7% entrambi i criteri di eleggibilità. Tra i pazienti potenzialmente eleggibili ai biologici, il 26% e il 24% presentavano rispettivamente 1 o 2 comorbidità, mentre il 30% presentava 3 o più comorbidità.

Conclusioni. La presente analisi su dati real-world in Italia ha stimato l'epidemiologia della PSO e il numero di pazienti potenzialmente eleggibili alla terapia con biologici. La prevalenza di PSO osservata nel nostro campione era in linea con i dati nazionali.

Inoltre, quasi il 4% dei pazienti con PSO, non trattati con farmaci biologici, presentava uno o più criteri di eleggibilità ai biologici, in ragione di un precedente fallimento delle terapie convenzionali o di co-diagnosi di PsA. Tra questi, quasi il 30% era caratterizzato da un profilo clinico complesso con comorbidità multiple.

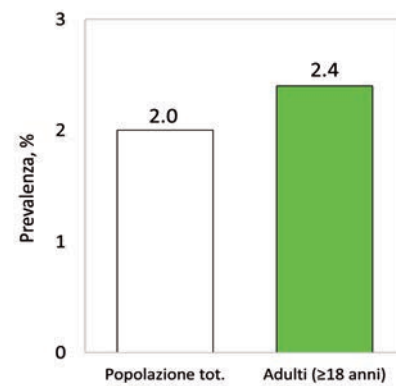


Figura 1. Prevalenza di PSO nella popolazione totale e adulta nel campione in studio.

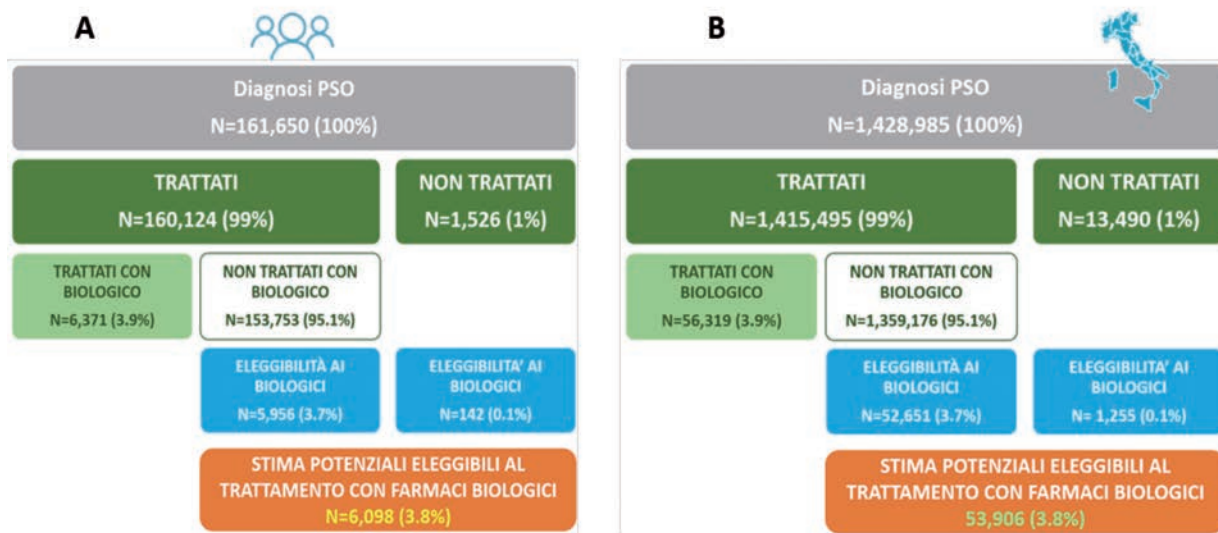


Figura 2. (A) Stima della potenziale eleggibilità al trattamento con biologici nella popolazione campione (11.3% popolazione italiana). (B) Dati proiettati sull'intera popolazione nazionale.

Bibliografia

- Gisoni P, et al. Italian guidelines on the systemic treatments of moderate-to-severe plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 May;31(5):774-790. doi: 10.1111/jdv.14114.
- Zagni E, et al. Pharmacological utilization of biologic drugs in patients affected by psoriasis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis in an Italian real-world setting. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2020 Oct;20(5):491-497. doi: 10.1080/14737167.2020.1800456.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8.
- Prignano F, et al. Epidemiology of Psoriasis and Psoriatic Arthritis in Italy-a Systematic Review. *Curr Rheumatol Rep*. 2018 May 30;20(7):43. doi: 10.1007/s11926-018-0753-1.

The Burden of Flare in Atopic Dermatitis: Results From a Multi-Country Study

Kilian Eyerich¹, Charles W Lynde², Chia-Yu Chu³, Stephen P Shumack⁴, Giuseppe Argenziano⁵, Witold Owczarek⁶, Mohammad Fatani⁷, Valeria Aoki⁸, Meijing Wu⁹, Brian M Callimlim⁹, Cristina Sancho¹⁰, Björn Fritz¹¹, Alan D Irvine¹²

¹Karolinska Institutet and Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ²Lynders Research Inc., Markham, Ontario, Canada; and Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; ³Department of Dermatology, National Taiwan University Hospital and National Taiwan University College of Medicine, Taipei, Taiwan; ⁴Department of Dermatology, Royal North Shore Hospital, St Leonards, Australia; and St. George Dermatology and Skin Centre, Kogarah, New South Wales, Australia; ⁵Department of Dermatology, University of Campania, Naples, Italy; ⁶Department of Dermatology, Military Institute of the Health Services, Warsaw, Poland; ⁷Department of Dermatology, Hera General Hospital, Makkah, Saudi Arabia; ⁸Department of Dermatology, University of São Paulo Medical School, São Paulo, Brazil; ⁹AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States; ¹⁰AbbVie, Madrid, Spain; ¹¹AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Wiesbaden, Germany; ¹²Children's Health Ireland at Crumlin, National Children's Research Centre, Crumlin, and Trinity College Dublin, Dublin, Ireland

Presented at the 59th National Congress ADOI • Riccione, Italy • 26-29 October 2022

INTRODUCTION

Atopic dermatitis (AD) is a common, chronic, relapsing systemic inflammatory skin disease¹ that manifests as a highly pruritic and painful skin eruption with significant negative physical, psychological, and economic burden.^{2,3} The burden of AD increases with disease severity and patients typically experience multiple disease flares per year over many years⁴

Gaps remain in our understanding of the impact of AD on the lives of adolescents and adults, especially those with moderate to severe disease⁵

OBJECTIVE

We characterized the real-world burden of disease, including flares, in patients with AD enrolled in MEASURE-AD

METHODS

STUDY DESIGN AND PARTICIPANTS

MEASURE-AD is a cross-sectional, multi-country study of patients (≥12 years of age) with physician-confirmed AD receiving or eligible for systemic therapy

Patients were enrolled between December 2019 and June 2020 in 28 countries, with 1500 patients planned

Participating countries by region included Western Europe/Canada: Germany, Italy, Spain, Canada, Belgium, Ireland, Israel, Austria, Greece, Portugal, Switzerland, Turkey, and the Netherlands; Asia/Australasia: Australia, China, New Zealand, and Taiwan; Eastern Europe/Middle East: Hungary, Czech Republic, Slovakia, Poland, Romania, Saudi Arabia, Kuwait, and United Arab Emirates; and Latin America: Brazil, Mexico, Argentina

Reported here are full population (n = 1558) results of 1434 enrolled adults (≥18 years of age) as well as 124 adolescents (12 to 17 years) with AD receiving or eligible for systemic therapy

OUTCOMES

Patient characteristics, treatments, and outcomes were recorded during a single office visit

The primary outcome measures included:

- Worst Pruritus Numerical Rating Scale (NRS; 0 = no itch to 10 = worst imaginable itch) assessing worst itch within the past 24 hours

Quality of life was measured by the Dermatology Life Quality Index (DLQI) and the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI)

The cDLQI[®] was assessed in children aged 12 to 15 years (n = 69) and the DLQI[®] was assessed in patients aged 16 years and over (n = 1446); higher score indicates a lower quality of life

Secondary outcome measures included:

- Patient Oriented Eczema Measure (POEM)
- Hours of sleep per night in the past week
- Minutes until falling asleep over the past week
- Sleep interfering with daily function over the past week using a Likert scale (1 = not at all to 5 = very much)
- Patient assessed disease control (defined as inadequately controlled AD, yes or no)
- Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD)
- Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis (vIGA-AD)
- Body Surface Area (BSA)
- Eczema Area and Severity Index (EASI)
- Frequency and duration of disease flares within the last 6 months
- Flare was evaluated based on patient self-report over the previous 6 months
- Flare was defined as a sudden worsening of AD with a need for treatment escalation or a need to visit a healthcare provider due to AD worsening

Mean Worst Pruritus NRS was 5.3 (median: 6) in the total population, 5.3 (median: 6) in adults and 5.1 (median: 5) in adolescents (Figure 1)

Over 43% of adult patients and one-third of adolescent patients had severe pruritus (Worst Pruritus NRS ≥7) and 66% and 55%, respectively, had moderate to severe pruritus (Worst Pruritus NRS ≥4)

Having an inadequately controlled AD was significantly associated with higher Worst Pruritus NRS (P = .0201)

Mean DLQI was 10.8 and mean cDLQI was 9.6 (Figure 1)

Eczema Area and Severity Index (EASI)

Frequency and duration of disease flares within the last 6 months

Flare was evaluated based on patient self-report over the previous 6 months

Flare was defined as a sudden worsening of AD with a need for treatment escalation or a need to visit a healthcare provider due to AD worsening

Statistical analyses

Comparisons and associations among different groups were analyzed using the Kruskal-Wallis test (continuous variables) and chi-square tests (categorical variables)

All analyses were based on observed data

Association of flares with DLQI and work productivity impairment were also analyzed

Overall work productivity impairment was measured by the Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) questionnaire

Secondary endpoints showed similar burden of disease for both adult and adolescent populations (Table 2)

Overall, 44% of adult and 36% of adolescent patients reported "somewhat to very much" sleep problems that interfered with daily function over the past week

A mean SCORAD score of 43.7 was reported for the total population

RESULTS

Among the total population (n = 1558), mean (SD) age was 37.2 (16.9) years and 52% were men (Table 1)

At the time of the study visit, patients had already a long AD disease history with an average disease duration of more than 2 decades (24 years) among adults

The time lapse between AD diagnosis until first administration of systemic treatment was particularly long (17.4 years in total population)

Prior to inclusion in the study, most patients (80%) received topical therapy as monotherapy. Three-fourths (76%) of the patients reported a suboptimal response to

monotherapy alone

In the total population, almost all patients (98.4%) were taking AD medications and more than half (56%) were on systemic medication, 15% received systemic therapy alone, and 14% received topical corticosteroids or calcineurin inhibitor alone (Table 1)

20% had continuous systemic therapy over the last 12 months

Approximately one-fourth of patients in the total and adult populations and 13% of the adolescent population reported that they had inadequately controlled disease (Table 1)

Table 1. Baseline Patient Demographics and Characteristics

	Total population (n = 1558)	Adults (n = 1434)	Adolescents (n = 124)
Age, years, mean (SD)	37.2 (16.9)	39.1 (16.3)	14.8 (1.7)
Male, n (%)	808 (51.9)	748 (52.2)	60 (48.4)
BMI, kg/m ² , mean (SD)	25.3 (5.0)	25.6 (4.9)	22.0 (4.6)
Duration of AD, months, mean (SD)	273.0 (183.9)	284.8 (186.8)	141.3 (55.9)
Inadequately controlled AD, n (%)	412 (26.4)	396 (27.6)	16 (12.9)
Employed	879 (56.4)	868 (60.5)	11 (8.9)
Current therapy, n (%)	1533 (98.4)	1411 (98.4)	122 (98.4)
Systemic therapy, alone or in combination	871 (56.9)	813 (56.7)	58 (46.8)
Systemic therapy alone	236 (15.1)	227 (15.8)	9 (7.3)
Topical therapy, alone or in combination	1224 (78.6)	1118 (78.0)	106 (85.5)
Topical therapy, alone	300 (19.3)	275 (19.2)	25 (20.2)
TCS or TC1 alone	220 (14.1)	207 (14.4)	13 (10.5)
Continuous systemic therapy over previous 12 months	317 (20.3)	297 (20.7)	20 (16.1)

AD, atopic dermatitis; BMI, body mass index; TCS1, topical calcineurin inhibitor; TC1, topical corticosteroid

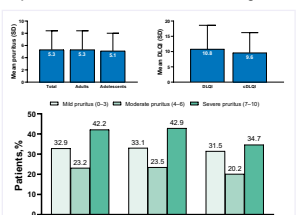
Mean Worst Pruritus NRS was 5.3 (median: 6) in the total population, 5.3 (median: 6) in adults and 5.1 (median: 5) in adolescents (Figure 1)

Over 43% of adult patients and one-third of adolescent patients had severe pruritus (Worst Pruritus NRS ≥7) and 66% and 55%, respectively, had moderate to severe pruritus (Worst Pruritus NRS ≥4)

Having an inadequately controlled AD was significantly associated with higher Worst Pruritus NRS (P = .0201)

Mean DLQI was 10.8 and mean cDLQI was 9.6 (Figure 1)

Figure 1. Mean Worst Pruritus and Mean DLQI and Proportion of Patients in Worst Pruritus Categories



Secondary endpoints showed similar burden of disease for both adult and adolescent populations (Table 2)

Overall, 44% of adult and 36% of adolescent patients reported "somewhat to very much" sleep problems that interfered with daily function over the past week

A mean SCORAD score of 43.7 was reported for the total population

The mean SCORAD score was higher among the adolescents (45.2; range: 0.0 to 90.9) than among adults (43.6; range: 0.0 to 99.4)

A categorization according to Wollenberg et al,⁶ showed that 22% of the patients suffered from a mild, 35% from a moderate, and 41% from a severe AD (Table 2)

Mean EASI score was 14.9 for adults and 16.9 for adolescents

Table 2. Disease Severity and Patient-reported Secondary Outcomes

	Total population (n = 1558)	Adults (n = 1434)	Adolescents (n = 124)
POEM	14.9 (8.0) n = 1519	15.0 (8.0) n = 1412	13.5 (8.0) n = 107
Average hours of sleep per night in the past week, mean (SD)	6.5 (1.7) n = 1539	6.4 (1.7) n = 1416	7.2 (1.7) n = 123
Average minutes needed to fall asleep per night in the past week, mean (SD)	36.4 (41.1) n = 1543	36.5 (41.4) n = 1419	35.3 (37.0) n = 124
Sleep problems interfered with daily function over the past week, n (%)			
I do not have sleep problems	88 (5.6)	81 (5.6)	7 (5.6)
Not at all	453 (29.1)	406 (28.3)	47 (37.9)
A little	335 (21.5)	311 (21.7)	24 (19.4)
Somewhat	313 (20.1)	291 (20.3)	22 (17.7)
Much	197 (12.6)	181 (12.6)	16 (12.9)
Very much	159 (10.2)	152 (10.6)	7 (5.6)
SCORAD, mean (SD)	43.7 (21.7) n = 1533	43.6 (21.8) n = 1411	45.2 (20.3) n = 122
SCORAD categories, n (%)			
Mild (<25.0)	343 (22.0)	320 (22.3)	23 (18.5)
Moderate (25.0-50.0)	548 (35.2)	505 (35.2)	43 (34.7)
Severe (>50.0)	642 (41.2)	586 (40.9)	56 (45.2)
vIGA-AD, mean (SD)	2.6 (1.1) n = 1556	2.5 (1.1) n = 1433	2.7 (1.1) n = 123
BSA, mean % (SD)	25.0 (22.7) n = 1559	24.9 (22.8) n = 1427	26.1 (22.7) n = 123
EASI, mean (SD)	15.0 (12.9) n = 1532	14.9 (12.9) n = 1428	16.9 (13.3) n = 124
EASI categories, n (%)			
Clear (0)	86 (5.5)	81 (5.6)	5 (4.0)
Mild (0.1-5.9)	390 (25.0)	364 (25.4)	26 (21.0)
Moderate (6.0-22.9)	679 (43.6)	621 (43.3)	58 (46.8)
Severe (23.0-72.0)	397 (25.5)	362 (25.2)	35 (28.2)
Number of flares in last 6 months, n (%)			
0	212 (13.6)	199 (13.9)	13 (10.5)
1-2	406 (26.1)	378 (26.4)	28 (22.6)
3-4	354 (22.7)	331 (23.1)	23 (18.5)
5-6	177 (11.4)	165 (11.5)	12 (9.7)
>6	305 (19.6)	280 (19.5)	25 (20.2)
Number of flares in the last 6 months, mean (range)	5.9 (0-200)	5.9 (0-200)	6.0 (0-30)
Average duration of flares in last 6 months, n (%)			
<2 days	299 (19.2)	282 (19.7)	17 (13.7)
3-7 days	512 (32.9)	461 (32.1)	51 (41.1)
8-14 days	268 (17.2)	250 (17.4)	18 (14.5)
≥15 days	350 (22.5)	333 (23.2)	17 (13.7)

BSA, Body Surface Area; EASI, Eczema Area and Severity Index; POEM, Patient Oriented Eczema Measure; SCORAD, Scoring Atopic Dermatitis; vIGA-AD, Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis

Of the 1434 enrolled adults, 1353 (94.4%) reported their flare frequency

Approximately 50% of patients had ≥3 flares in the last 6 months across populations (Table 2)

Patients reported an average of 5.9 AD flares in the previous 6 months (ranging from 0 to 200)

On average, flares lasted 15.3 days (adults 15.5 days and adolescents 12.6 days)

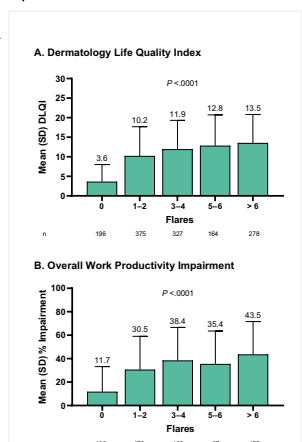
Patients with greater flare frequency had significantly (P < .0001) higher impact on quality of life and overall work productivity impairment (Figure 2)

The lowest average impairment observed in patients reporting 0 flares (11.7%) and average impairment exceeding 30% among patients reporting at least 1 flare

Of note, DLQI >10 corresponds to a large effect on a patient's life

Similarly, a 30% Work Productivity loss is equivalent to a loss of 1.5 days of a 5-day work week

Figure 2. Relationship Between the Number of Flares in the Previous 6 Months and (A) Dermatology Life Quality Index and (B) Overall Work Productivity Impairment



REFERENCES

- Langner SM, et al. *J Invest Dermatol*. 2017;137(6):1375-7.
- Kapur S, et al. *Allegry Asthma Clin Immunol*. 2018;14(Suppl 2):S2.
- Drucker AM. *Allegry Asthma Proc*. 2017;38(1):3-8.
- Aboukhan K, et al. *Dermatol Clin*. 2011;35(5):291-7.
- Simpson EL, et al. *JAMA Dermatol*. 2018;154(8):903-12.
- Children's Dermatology Life Quality Index. Available at: <https://www.carroll.ac.uk/medicine/research/quality-of-life/questionnaires/childrens-dermatology-life-quality-index>.
- Dermatology Life Quality Index. Available at: <https://www.carroll.ac.uk/medicine/research/quality-of-life/questionnaires/dermatology-life-quality-index>.
- Wollenberg A, et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(9):850-78.

CONCLUSIONS

Among adults, 43% of patients suffered from severe itch and 46% reported very large or extremely large effect on quality of life (DLQI ≥11); 35% and 41%, respectively, among adolescents

In the total population, 76% and 69% of patients had moderate to severe disease based on SCORAD and EASI, respectively

Even though more than 98% of patients were receiving treatment at study visit and 56% of them were receiving systemic therapies, the severity scores and impact on DLQI and itch was still extremely high, suggesting that disease is not adequately controlled in all patients

Moreover, only approximately 20% (based on SCORAD) and one-third (based on worst pruritus and EASI) of patients reported mild disease and "no or small" impact on quality of life, suggesting that majority of patients experience some degree of disease burden

AD flare frequency was associated with significant impairment in health-related quality of life and overall work productivity, suggesting that flare prevention is key to improving outcomes for patients with AD

Acknowledgments

We would like to thank Philip B Sugerman for his contributions to the study interpretation and the interim analyses. AbbVie funded the studies and participated in the study design, research, analysis, data collection and interpretation, reviewing, and approval of the publication. All authors had access to relevant data and participated in the drafting, review, and approval of this publication. No honoraria or payments were made for authorship. Medical writing support was provided by Jennifer Woodhouse, PhD, John E Fincke, PhD, of ICON (North Wales, PA) and was funded by AbbVie.

DISCLOSURES

Kilian Eyerich has served as a speaker, investigator, and/or advisor for AbbVie, Amnoral, Berlin Chemie, Boehringer Ingelheim, BMS, Celgene, Helsinn, Galvani, Janssen, Eli Lilly, Novartis, Sanofi, and UCB Pharma. Charles W Lynde has been a consultant, principal investigator, and/or received honoraria from AbbVie, Amgen, Basuich Health, Boehringer Ingelheim, BMS, Celgene, Eli Lilly, CSK, Janssen, LEO Pharma, Merck, Novartis, Pfizer, Regeneron, Sanofi Genzyme, Takeda, and Valeant. Chia-Yu Chu is an investigator for AbbVie, Dermis, Lilly, Novartis, Oneseis Biotech, Pfizer, Regeneron, Roche, and Sanofi; a consultant for AbbVie, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche, and Sanofi. Stephen P Shumack is an investigator and/or speaker for AbbVie, Dermis, Lilly, Novartis, Pfizer, Regeneron, LEO, and Sanofi. Giuseppe Argenziano has no conflicts of interest to declare. Witold Owczarek has worked as a consultant or speaker and participated as principal investigator or subinvestigator in clinical trials sponsored by AbbVie, Altamira, Amnoral, Biodesma, Eisai, Eli Lilly, Galenica, Galderma, Janssen-Cilag, LEO Pharma, Medac GmbH, Novartis, Pfizer, Pierre-Fabre, Roche, Sandoz, and Teva Pharmaceuticals.

Mohammad Fatani has received speaker honorarium from and/or participated in advisory boards for AbbVie, Eli Lilly, and Sanofi. Valeria Aoki has served as an investigator and/or advisor for AbbVie, Eli Lilly, Sanofi, and USK Pharma. Meijing Wu, Brian M Callimlim, Cristina Sancho, and Björn Fritz are full-time salaried employees of AbbVie and may own stock/options. Alan D Irvine is a consultant for AbbVie, Chugai Pharma, Genentech, Janssen, Novartis, Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi Genzyme, and Pfizer.

Of the 1434 enrolled adults, 1353 (94.4%) reported their flare frequency

Approximately 50% of patients had ≥3 flares in the last 6 months across populations (Table 2)

Patients reported an average of 5.9 AD flares in the previous 6 months (ranging from 0 to 200)

On average, flares lasted 15.3 days (adults 15.5 days and adolescents 12.6 days)

Patients with greater flare frequency had significantly (P < .0001) higher impact on quality of life and overall work productivity impairment (Figure 2)

The lowest average impairment observed in patients reporting 0 flares (11.7%) and average impairment exceeding 30% among patients reporting at least 1 flare

Of note, DLQI >10 corresponds to a large effect on a patient's life

Similarly, a 30% Work Productivity loss is equivalent to a loss of 1.5 days of a 5-day work week

ANGIOLEIOMIOMA SUBUNGUEALE: UN CASE REPORT

Falcinelli F.¹, Cioppa V.¹, Vispi M.², Stumpo M.³

¹U.O.C. Dermatologia – Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze -AOUS Siena; ²U.O.C. Dermatologia – Ospedale di Grosseto; ³U.O.C. Anatomia Patologica – Ospedale di Grosseto

Un uomo di 57 anni presentava da circa 2 mesi a livello della regione subungueale distale del primo dito del piede sinistro una lesione solitaria, nodulare, di colore rosa/rosso, poco dolorosa e di consistenza teso-elastica alla palpazione. La superficie cutanea non presentava alterazioni significative mentre la lamina ungueale era attraversata distalmente da una banda iperpigmentata trasversale.

L'esame dermoscopico mostrava una lesione roseo-rossastra con milky-red areas, white structures e assenza di ulcerazione.

Il pattern vascolare era caratterizzato da fini vasi lineari.

Si effettuava asportazione chirurgica della lesione per esame istologico che poneva diagnosi di angioleiomioma.

L'angioleiomioma o leiomioma vascolare è una neoplasia benigna della muscolatura liscia che si manifesta più frequentemente nelle donne di mezza età (F/M 1,7:1) la cui localizzazione subungueale è molto rara e riportata solo in casi sporadici¹⁻³.

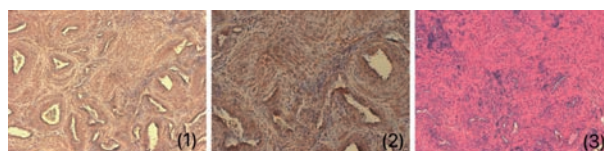
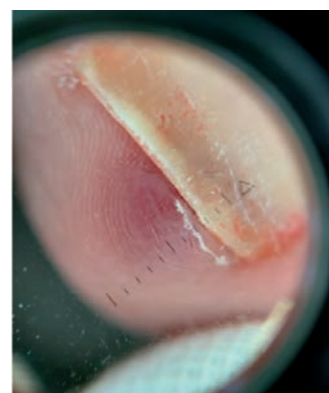
Le neoplasie muscolari cutanee spesso non vengono riconosciute a causa della loro presentazione aspecifica.

Tuttavia, questo tumore deve essere considerato nella diagnosi differenziale delle lesioni subungueali insieme a neurofibromi, schwannomi, leiomiosarcomi, tumori glomici ma anche melanomi amelanotici e la definizione di caratteristiche dermoscopiche più specifiche potrebbe aiutare nell'inquadramento diagnostico di questa neoplasia⁴.

Esame istologico: colorazione con ematossilina eosina (Figure 1 e 2) e colorazione immunoistochimica Actina (Figura 3) in cui si evidenzia la natura leiomiomatosa della lesione.

Bibliografia

- 1 Baran R, Requena L, Drapé JL. Subungual angioleiomyoma masquerading as a glomus tumour: CORRESPONDENCE. *British Journal of Dermatology* 2000; 142: 1239–1241.
2. Watabe D, Sakurai E, Mori S, Akasaka T. Subungual angioleiomyoma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2017; 83: 74.
- 3 Requena L, Baran R. Digital angioleiomyoma: An uncommon neoplasm. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1993; 29: 1043–1044. 4Zaballos P, del Pozo LJ, Argenziano G, Medina C, Lacarrubba F, Ferrer B et al. Dermoscopy of cutaneous smooth muscle neoplasms: a morphological study of 136 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33: 693–699.



APREMILAST IN PAZIENTI PSORIASICI NAÏVE A FARMACI BIOLOGICI: RISULTATI DALLO STUDIO ITALIANO DI REAL WORLD DARWIN

C. Giofrè, G. Fabbrocini², P. Gisondi³, E. Benincasa⁴, D. Guerra⁴, C. Potenza⁵, R. Tiberio⁶, L. Bianchi⁷

¹Azienda Ospedaliera Papardo – Messina; ²A.O.U. Federico II – Napoli; ³Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona – Verona; ⁴Amgen S.r.l. a socio unico – Milano; ⁵Ospedale A. Fiorini – Terracina; ⁶AUSL della Romagna – Rimini; ⁷Policlinico Tor Vergata - Roma

Introduzione. La psoriasi colpisce spesso aree visibili e sensibili; i parametri di valutazione potrebbero non cogliere l'impatto della malattia, lasciando i pazienti con patologia moderata sottotrattati.¹

Apremilast ha dimostrato efficacia e sicurezza in diversi studi, anche italiani, in pazienti con psoriasi moderata-grave sia pretrattati con terapia sistemica che *biologic-naive*.^{2,3}

Di seguito presentiamo un'analisi post-hoc dello studio

DARWIN, per descrivere l'utilizzo *real-world* di apremilast in pazienti con psoriasi, naïve a farmaci biologici.

Materiali e metodi. Lo studio osservazionale, cross-sectional, retrospettivo DARWIN [NCT04031027] ha incluso pazienti psoriasici *non-responders*, controindicati o intolleranti ad altra terapia sistemica, che avevano avviato apremilast secondo normale pratica clinica e piano terapeutico italiano, almeno 6 mesi prima dell'arruolamento.

Risultati. Dei 184 pazienti arruolati, 145 (78.8%) erano naïve ai farmaci biologici. Per la maggioranza di essi (126/145, 86.9%) apremilast era in corso all'arruolamento. All'avvio di apremilast l'età media [DS] dei pazienti era 58.3 [12.8] anni, con una durata mediana [Q1-Q3] della psoriasi di 6.1 [3.0-19.4] anni.

I valori mediani [Q1-Q3] di BSA, PASI score e DLQI total score erano rispettivamente 10.0% [5.0-18.0], 11.0 [7.0-18.0] e 10.5 [7.0-18.0].

Metà dei pazienti dell'analisi (72/145, 49.7%) aveva psoriasi localizzata in aree speciali, principalmente cuoio capelluto (30.3%), palmi (15.9%) e unghie (13.8%).

All'arruolamento, dopo una durata mediana [Q1-Q3] di trattamento di 5.9 [5.2-6.6] mesi, DLQI total score ≤ 5 è stato raggiunto dal 48.9% (64/131) dei pazienti valutabili; il 46.9% (60/128) e il 58.7% (61/104) di loro ha raggiunto rispettivamente BSA $\leq 3\%$ e PGA 0/1. Le variazioni medie [DS] di DLQI total score e BSA, rispetto al basale, erano rispettivamente -8.7 [10.4] e -8.6 [13.1].

Ventidue (15.2%) pazienti presentarono eventi avversi, coerenti con il profilo di sicurezza di apremilast.

Conclusioni. Questi dati indicano che apremilast è efficace per il trattamento della psoriasi a placche moderata anche in pazienti naïve ai farmaci biologici.

Bibliografia

1. Augustin M. et al. Br J Dermatol. 2018 Dec;179(6):1385-91;
2. Radi G. et al. A. Dermatol Ther. 2021 Nov;34(6):e15179;
3. Ioannides D. et al. A. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Apr 22. 4. Euroguiderm guideline for the treatment of psoriasis vulgaris. systemic treatment. 2022

Disclosures: LB ha partecipato ad advisory board e ha ricevuto onorari per conferenze e grant di ricerca da Almirall, AbbVie, Leo Pharma, Amgen, Biogen, UCB, Eli Lilly, Janssen, Novartis, e Sanofi Genzyme. GF è stato relatore o consulente per AbbVie, Amgen, Eli Lilly, Janssen, Leo Pharma, Almirall, Novartis, e UCB. PG è stato consulente e/o relatore per AbbVie, Biogen, BMS, Alfasigma, Almirall, Amgen, Janssen, Leo-Pharma, Eli Lilly, Novartis, Pierre Fabre, Sandoz, Sanofi, e UCB. CG è stato consulente per Janssen, Novartis, Leo-Pharma, Amgen, AbbVie, Sanofi, e Lilly. CP e RT non hanno conflitti di interesse da dichiarare. EB e DG erano dipendenti di Amgen Inc. durante la conduzione dello studio. Lo studio DARWIN è sponsorizzato da Amgen Inc. Supporto metodologico e tecnico a cura di

MediNeos S.U.R.L. - IQVIA Ltd. Supporto di medical writing è stato fornito da Lucia Simoni di IQVIA e finanziato da Amgen

Fig. 1. Condizione della psoriasi all'avvio di apremilast

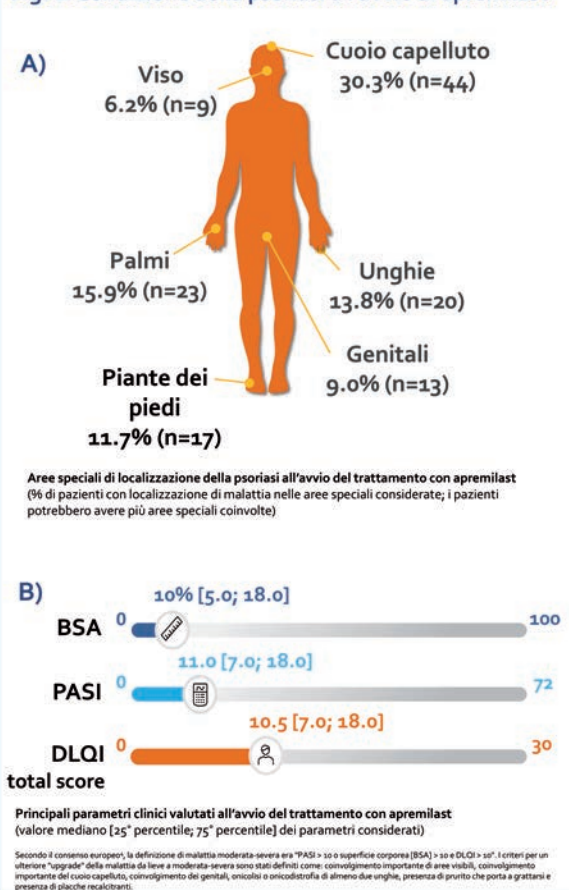
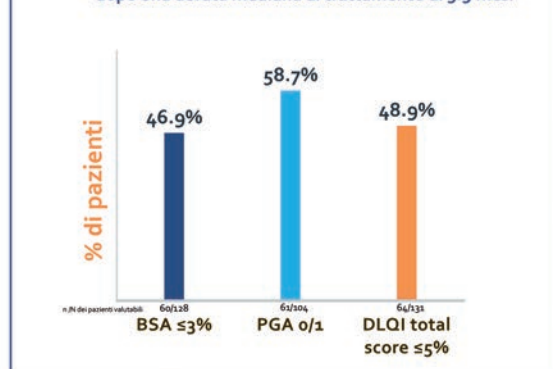


Fig 2. Outcome dei parametri principali all'arruolamento, dopo una durata mediana di trattamento di 5.9 mesi



BSA = Body Surface Area; PASI = Psoriasis Area Severity Index; PGA = Physician Global Assessment; DLQI = Dermatology Life Quality Index; TSQM-9 = Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication - 9 items; PBI = Patient Benefit Index.

LICHEN PLANUS PIGMENTOSUS INVERSUS

Landi C.¹, Lombardi A.R.², Frassetto A.¹, Sorci M.R.¹, Vichi S.¹, Tiberio R.¹, Conti A.¹

¹SC Dermatologia, Ospedale Infermi di Rimini, AUSL Romagna ²UO Anatomia Patologica, Ospedale Infermi di Rimini, AUSL Romagna

Introduzione. Il Lichen Planus Pigmentosus Inversus è una malattia ad eziologia sconosciuta, rara in Europa, mentre risulta più comune nelle popolazioni del Medio Oriente e dell'India. Solitamente esordisce tra i 30 e i 40 anni, con la comparsa di macule o papule di colore marrone o grigio ardesia, localizzate alle zone di piega ascellari, inguinali e interglutee. Le lesioni sono spesso asintomatiche o talvolta lievemente pruriginose. Il Lichen Planus pigmentoso può essere associato alle classiche manifestazioni cutanee del lichen ruber planus. La patologia tende ad avere un decorso cronico progressivo. Il trattamento delle lesioni si avvale di steroidi o inibitori delle calcineurine topici.

Caso clinico. Maschio di 62 anni, in ottime condizioni generali di salute, riferisce da circa 5 anni la comparsa progressiva di lesioni maculari pruriginose confluenti in chiazze a limiti netti e di forma policiclica, di colorito eritemato-violaceo, con orletto periferico ipercromico, localizzate in sede ascellare, inguinale e perineale (Figure 1-3).

L'esame istologico ha evidenziato la presenza di ipercheratosi con ipergranulosi, infiltrazione linfocitaria subepidermica a distribuzione lichenoidale, con aspetti di vacuolizzazione delle cellule dello strato basale con occasionali corpi di Civatte e melanofagi (Figure 4-5).

Conclusioni. Il trattamento con steroidi topici potenti e tacrolimus unguento ha determinato un miglioramento delle lesioni cutanee, determinando soprattutto con una riduzione del prurito.

Bibliografia

Lichen planus pigmentosus and its variants: review and update. Robles-Méndez JC. J.Int J Dermatol. 2018 May;57(5):505-514.

Lichen planus pigmentosus-inversus. Pock L. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001 Sep;15(5):452-4.

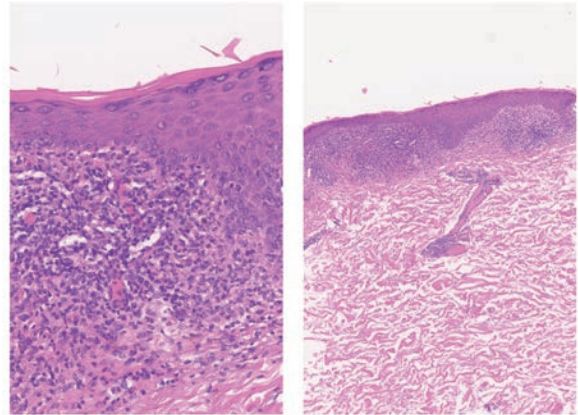


Figure 4 e 5

L'esame istologico ha evidenziato la presenza di ipercheratosi con ipergranulosi, infiltrazione linfocitaria subepidermica a distribuzione lichenoidale, con aspetti di vacuolizzazione delle cellule dello strato basale con occasionali corpi di Civatte e melanofagi.

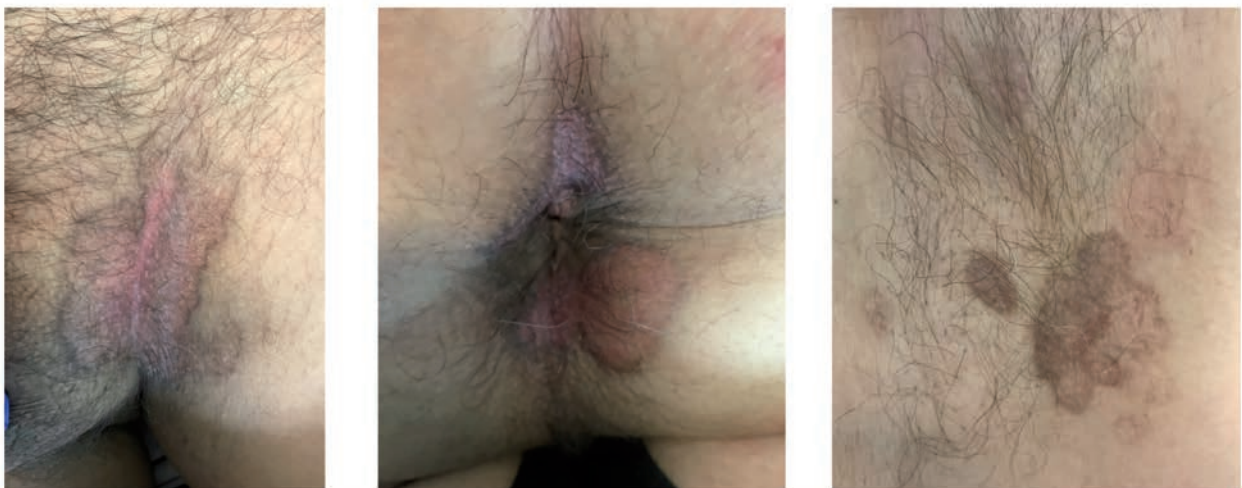


Figure 1, 2 e 3

Maschio di 62 anni, in ottime condizioni generali di salute, riferisce da circa 5 anni la comparsa progressiva di lesioni maculari pruriginose confluenti in chiazze a limiti netti e di forma policiclica, di colorito eritemato-violaceo, con orletto periferico ipercromico, localizzate in sede ascellare, inguinale e perineale.

NEVI MELANOCITICI ERUTTIVI SECONDARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MELANOTAN II

Longo R.¹, Tabanelli M.², Melandri D.¹

¹U.O.C. Centro Grandi Ustioni Romagna/Dermatologia Cesena e Forlì, AUSL Romagna; ²U.O.C. Dermatologia – Ravenna, Lugo e Faenza, AUSL Romagna

Introduzione. Con il termine nevi melanocitici eruttivi si indica la comparsa improvvisa in seguito ad un fattore scatenante di multiple lesioni melanocitarie di 1-3 mm. L'evento è stato descritto in relazione a malattie bollose gravi, a condizioni di immunodeficienza e alla somministrazione di farmaci, tra cui immunosoppressori, chemioterapici e sostanze stimolanti i melanocitici come il Melanotan (MT)¹. Sviluppato presso l'Università dell'Arizona negli anni '80 come agente foto protettivo², il MT è un potente analogo sintetico della melanocortina (MSH), la cui versione meno selettiva e con maggior effetti collaterali (MT II) non è autorizzata dall'agenzia del farmaco ed è venduta on line in maniera non regolamentata per indurre l'abbronzatura in assenza di esposizione solare. Presentiamo un caso di nevi melanocitici eruttivi in seguito ad auto somministrazione di MT II per scopi ricreativi in un paziente sano di 50 anni.

Caso clinico. M.R. si presentava c/o l'U.O. di Dermatologia per la comparsa improvvisa di numerose lesioni melanocitarie e per la rapida modifica di un nevo del dorso preesistente. Il paziente non aveva mai eseguito controlli dermatologici, l'anamnesi personale e familiare per melanoma era negativa e non riferiva ustioni solari in età giovanile. La comparsa delle lesioni era avvenuta rapidamente dopo iniezioni sottocutanee di MT per stimolare l'abbronzatura, al dosaggio di 1 mg sc al giorno per 1 mese e successivamente sospeso per episodi di erezioni involontarie. All'esame clinico si evidenziava un fototipo III e numerosissimi (>100) nevi melanocitici iperpigmentati di piccola taglia (1-3 mm), localizzati soprattutto al dorso. La lesione melanocitaria del dorso era caratterizzata da disomogeneità della pigmentazione e velo grigio blu alla dermoscopia. Per le sue caratteristiche sospette la lesione è stata completamente asportata e l'istopatologia ha evidenziato un nevo melanocitico lentiginoso con infiltrazione di melanofagi nel derma in assenza di atipie, quindi una lesione benigna.

Discussione. Il MT è un analogo sintetico della melanocortina (MSH), ormone fondamentale per una serie di processi fisiologici, inclusa la pigmentazione della cute che induce attraverso il legame con il recettore specifico MCR1. Si conoscono due versioni sintetiche di MSH: MT I e MT II. MT I è selettivo per il recettore MCR1 per cui la sua azione si limita ai melanociti¹. Per il suo ruolo foto protettivo, il MT I viene attualmente commercializzato con il nome SCENESSE® ed è utilizzato per la prevenzione di foto tossicità nella protoporfiria eritropoietica (EPP)³. MTII è invece una variante più potente e meno selettiva, in grado di legarsi ai

recettori MCR 1-3-4-5 e capace di provocare gravi effetti collaterali. Nonostante non sia approvata dalle autorità sanitarie si può reperire on line come iniezioni sottocutanee o come spray nasale ed è acquistata per stimolare l'abbronzatura, per il trattamento della disfunzione erettile e per dimagrire. Tutte queste proprietà gli hanno valso il titolo di "Barbie drug" rendendolo molto popolare nelle palestre, solarium e nei centri termali⁴. Entrambe le molecole stimolano il recettore che si trova sui melanociti MRC1 che è sovra espresso nel melanoma. In letteratura il MT è stato correlato al melanoma ma il vero il potenziale cancerogeno della sostanza rimane sconosciuto e perciò sono necessari ulteriori studi⁵. Sono numerose invece le segnalazioni di nevi melanocitici eruttivi e la modifica di lesioni melanocitarie preesistenti correlate all'utilizzo di MT⁶.



Conclusioni. A causa degli effetti collaterali tra cui nausea, ipertensione arteriosa, priapismo, insufficienza renale e per l'incertezza sulle conseguenze a lungo termine sulla proliferazione melanocitaria, le diverse autorità di regolamentazione del farmaco hanno sconsigliato ai consumatori l'uso della sostanza specialmente senza la supervisione di un medico. La reale prevalenza del suo uso è sconosciuta a causa della vendita non regolamentata e per l'insufficiente riconoscimento da parte della comunità medica ma è probabile che sia relativamente alta in alcuni ambienti quali solarium, centri fitness e palestre. Come dermatologi, dovremmo essere consapevoli dell'esistenza e utilizzo di queste molecole e del loro effetto sulla cute e sui nevi melanocitici. L'uso di MT deve essere preso in considerazione di fronte a pazienti con un'abbronzatura troppo intensa per il fototipo/

periodo dell'anno e con un quadro clinico di nevi melanocitici eruttivi, in particolare nei frequentatori di palestre e solarium. A causa dell'incerto effetto cancerogeno di queste sostanze, i pazienti che hanno sviluppato nevi melanocitici eruttivi in seguito all'utilizzo di MT dovrebbero essere seguiti nel tempo con visite periodiche per l'individuazione precoce di un melanoma. Inoltre, a causa dell'effetto stimolante i melanociti, le lesioni possono assumere un aspetto clinico e dermoscopico che li rende difficilmente distinguibili da un melanoma rendendo la diagnosi differenziale complessa.

Bibliografia

1. Perry BM, Nguyen A, Desmond BL, Blattner CM, Thomas RS, Young RJ. Eruptive nevi associated with medications (ENAMs). *J Am Acad Dermatol.* 2016 Nov;75(5):1045-1052. doi: 10.1016/j.jaad.2016.04.064. Epub 2016 May 27. PMID: 27241804.
2. Hadley ME, Dorr RT: Melanocortin peptide therapeutics: milestones storiche, studi clinici e commercializzazione. *Peptides* 2006; 27: 921-930.
3. McNeil MM, Nahhas AF, Braunberger TL, Hamzavi IH. Afamelanotide in the Treatment of Dermatologic Disease. *Skin Therapy Lett.* 2018 Nov;23(6):6-10. PMID: 30517779.
4. Evans-Brown M, Dawson RT, Chandler M, McVeigh J. Use of melanotan I and II in the general population. *BMJ.* 2009 Feb 17;338:b566. doi: 10.1136/bmj.b566. PMID: 19224885.
5. Paurobally D, Jason F, Dezfoulan B, Nikkels AF. Melanotan-associated melanoma. *Br J Dermatol.* 2011 Jun;164(6):1403-5. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10273. Epub 2011 May 13. Erratum in: *Br J Dermatol.* 2011 Nov;165(5):1156. Erratum in: *Br J Dermatol.* 2011 Sep;165(3):706. PMID: 21564053.
6. Cardones AR, Grichnik JM. alpha-Melanocyte-stimulating hormone-induced eruptive nevi. *Arch Dermatol.* 2009 Apr;145(4):441-4. doi: 10.1001/archdermatol.2008.623. PMID: 19380666.)

UN UOMO E IL SUO ACQUARIO

Longo R., Schianchi S., Melandri D.

U.O.C. Centro Grandi Ustioni Romagna/Dermatologia Cesena e Forlì, AUSL Romagna

Introduzione. La micobatteriosi atipica da *Mycobacterium Marinum* è una rara infezione cutanea che viene contratta tramite il contatto di cute non integra con piscine e acquari contaminati. Si manifesta con la comparsa di lesioni granulomatose violacee con andamento lineare simil-sporotricoide nella sede di penetrazione. La diagnosi corretta e tempestiva necessita di metodi diagnostici specifici la cui applicazione richiede un preciso sospetto diagnostico.

Caso clinico. A.A, maschio caucasico di 53 anni, giunge alla nostra attenzione per la comparsa al dorso della mano dx, da circa 3 mesi, di lesioni in placca eritemato-violacee, dolenti ed essudanti. Le lesioni si erano sviluppate in seguito ad una ferita a livello del V dito della mano dx che il paziente si era procurato mentre puliva il suo acquario, con successiva diffusione in senso centripeto all'avambraccio omolaterale. Su indicazione del MMG erano già state effettuate terapie con amoxicillina, doxiciclina, fluconazolo e metilprednisolone senza miglioramento clinico. Nel sospetto di micobatteriosi atipica si decide di eseguire una biopsia cutanea per microscopia ottica ed esame colturale a fresco. L'esame istologico evidenzia focali immagini di vasculite mentre l'esame colturale a fresco su tessuto risulta negativo. La clinica specifica e sempre più aggressiva ci impone di eseguire nuovamente la biopsia per ripetere l'istologia e l'esame colturale a fresco con tecniche di coltura adeguate. Questa volta l'istologia evidenzia un reperto istologico compatibile con la diagnosi di micobatteriosi atipica mentre l'esame colturale ha permesso di isolare il *Mycobacterium Marinum*. La terapia specifica per le micobatteriosi atipiche prevede una combinazione di rifampicina e claritromicina per 6 mesi. Nel caso del nostro paziente, a causa di controindicazioni legate alle patologie in anamnesi, si prescriveva terapia combinata con rifabutina 150 x 2/die + minociclina 100 mg /die + claritromicina 500 mg x 2/die per 2 mesi con miglioramento clinico.



Prima della terapia



Prima della terapia



Dopo la terapia

Discussione. I micobatteri atipici sono microrganismi saprofiti ubiquitari, poco patogeni per il soggetto immunocompetente e la cui trasmissione tra esseri umani non è possibile 1. I polmoni sono la sede più frequentemente interessata mentre la localizzazione cutanea è più rara e di conseguenza poco nota nella pratica dermatologica quotidiana. *Mycobacterium marinum* è la causa più frequente di micobatteriosi cutanea nei paesi europei 2. L'infezione si contrae tramite il contatto della cute non integra con acque contaminate o animali acquatici infetti. Dopo un periodo d'incubazione di circa tre settimane compaiono delle lesioni inizialmente papulose e non dolenti che si trasformano in lesioni nodulari eritematose e granulomatose che talvolta si ulcerano. È possibile la disposizione sporotricoide e le sedi più frequentemente coinvolte sono gli arti superiori e le ginocchia. Nel soggetto immunocompetente l'infezione rimane localizzata e talvolta si auto risolve mentre nel soggetto immunocompromesso il decorso può essere più grave con disseminazione sistemica. Il Gold standard per la diagnosi di micobatteriosi atipica cutanea è l'esame colturale su biopsia cutanea; il metodo di coltura utilizzato (temperatura, terreno e tempo di coltura) è specifico per la crescita del germe per cui è fondamentale informare il laboratorio sul sospetto clinico. I tempi di crescita in laboratorio sono di circa 6-12 settimane. L'esame istologico può essere aspecifico, soprattutto se eseguito troppo presto 3.

Conclusioni. La diagnosi di micobatteriosi atipica cutanea rappresenta una sfida per il dermatologo. Per una corretta diagnosi sono fondamentali un'anamnesi accurata, un attento esame obiettivo, un esame istologico e un esame colturale. L'infezione, infatti, oltre ad essere di raro riscontro nella pratica dermatologica quotidiana necessita di metodi diagnostici specifici la cui applicazione richiede un preciso sospetto diagnostico. In conclusione, bisogna aumentare la consapevolezza di questa rara infezione cutanea per ridurre il ritardo diagnostico.

Bibliografia

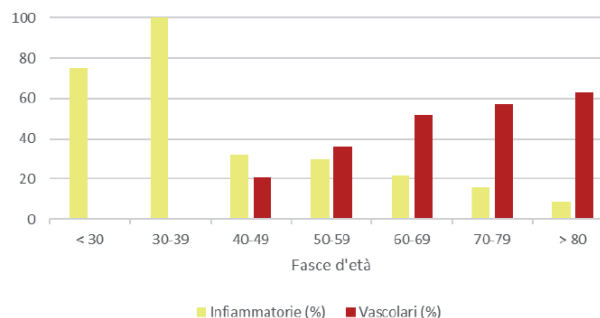
1. Petrini B. *Mycobacterium marinum*: ubiquitous agent of waterborne granulomatous skin infections. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2006;25(10):609–13.
2. Pavlik I, Ulmann V, Falkinham JO 3rd. Nontuberculous Mycobacteria: Ecology and Impact on Animal and Human Health. *Microorganisms.* 2022 Jul 27;10(8):1516. doi: 10.3390/microorganisms10081516. PMID: 35893574; PMCID: PMC9332762.
3. Canetti D, Riccardi N, Antonello RM, Nozza S, Sotgiu G. *Mycobacterium marinum*: A brief update for clinical purposes. *Eur J Intern Med.* 2022 Jul 18:S0953-6205(22)00262-X. doi: 10.1016/j.ejim.2022.07.013. Epub ahead of print. PMID: 35864075.

ULCERE CUTANEE CRONICHE DEGLI ARTI INFERIORI: UNA CASISTICA DERMATOLOGICA

Monari P.¹, Gualdi G.², Rovaris S.¹, Venturuzzo A.¹, Rovati C.¹, Calzavara-Pinton P.¹

¹Clinica Dermatologica, Spedali Civili di Brescia, Università di Brescia; ²Clinica Dermatologica Università G. D'Annunzio Chieti-Pescara

Introduzione. Le ulcere cutanee croniche degli arti inferiori rappresentano un problema socioeconomico mondiale che coinvolge circa l'1-2% della popolazione europea. Un'ulcera cronica degli arti inferiori è un segno clinico che può sottendere varie eziologie: in letteratura sono presenti diverse classificazioni patogenetiche, che riportano una prevalenza variabile anche in base al setting di raccolta dati.^{1,2,3} In particolare, nelle casistiche afferenti alle branche della chirurgia vascolare e alla branca internistica si riporta una prevalenza delle ulcere vascolari superiore all'80%, mentre le ulcere infiammatorie e neoplastiche rappresentano complessivamente meno del 5% del totale e sono definite «ulcere rare». Nelle isolate casistiche dermatologiche disponibili in letteratura, invece, le ulcere rare sono generalmente più rappresentate. Si evince quindi che, a seconda del training di formazione, ci siano differenti capacità di identificare la corretta eziologia.



Materiali e Metodi. Abbiamo condotto uno studio retrospettivo, osservazionale, arruolando 465 pazienti seguiti in un ambulatorio dermatologico di secondo livello per ulcere cutanee croniche degli arti inferiori, con almeno per 2 accessi e con una diagnosi di certezza, in un periodo che va dal 1° gennaio 2010 al 31 dicembre 2019, con il fine di rilevare l'eziologia delle ulcere cutanee croniche degli arti inferiori trattate in una clinica dermatologica specializzata.

Risultati. Dall'analisi dei dati raccolti si rileva che l'eziologia più rappresentata è: vascolare (238 pazienti, 51,2%), infiammatoria (71 pazienti, 15,3%) e traumatica (43 pazienti, 9,3%). Valutando invece una stratificazione per età, rappresentata nel grafico sottostante, la prevalenza delle ulcere vascolari si riduce notevolmente tra i pazienti più giovani e, in particolare, si evidenzia come nei pazienti under 50 siano le ulcere infiammatorie a rappresentare la prima causa di

ulcera degli arti inferiori. Complessivamente, un totale di 13 diverse entità è stato identificato come causa di ulcera cronica⁴.

Conclusioni. In conclusione, il nostro studio ridimensiona notevolmente la genesi vascolare a favore delle eziologie che notoriamente sono considerate meno frequenti, probabilmente perché non riconosciute. In particolare, le ulcere ad eziologia infiammatoria e quelle ad eziologia neoplastica costituiscono, rispettivamente, ben il 15.3% e il 3.2% del nostro campione. Si evidenzia quindi che per avere un corretto inquadramento eziologico, al fine di identificare un corretto approccio terapeutico, sia fondamentale il ruolo del dermatologo, che per training è l'esperto dell'organo cute.

Bibliografia

1. Paquette D, Falanga V. Leg ulcers. Clin Geriatr Med. (2002)
2. Sarkar PK, Ballantyne S. Management of leg ulcers. Postgrad Med J. Vasc Surg. (2000)
3. Körber A, Jockenhöfer F et al. First manifestation of leg ulcers: Analysis of data from 1000 patients. Hautarzt (2017)
4. Monari P, Gualdi G, Rovaris S, Venturuzzo A, Rovati C, Pinton PC. Etiology of Chronic Leg Ulcers in a Dermatologic Wound Clinic: A Retrospective Observational Study. Wound Manag Prev. (2022)

MODELLO DI INTEGRAZIONE SANITARIA ED ACCOGLIENZA: L'ESPERIENZA DELL'IRCSS SAN GALLICANO

Persechino F.¹, Buonomini A.R.¹, Morrone A.¹

Istituto Dermatologico San Gallicano – IRCSS Roma

Introduzione. Vi presentiamo un modello di integrazione sanitaria e accoglienza, svolto presso lo sportello Salute del SAI di Latina, nell'ambito del progetto MISA (Modello di integrazione sanitaria e accoglienza) del FAMI (Fondo Asilo Migrazione e Integrazione) che si pone la finalità di elaborare, un modello integrato per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie dermatologiche, sessualmente trasmissibili e oncologiche, rivolto ai richiedenti e titolari asilo e protezione internazionale con vulnerabilità. I fattori che condizionano la salute dei migranti sono: l'esposizione a diversi fattori di rischio di natura ambientale, sociale, infettive, divergenze culturali sul concetto di benessere, salute e prevenzione, le difficoltà fisiche e psicologiche affrontate durante il percorso migratorio e l'accesso a servizi sanitari non sempre garantito nel Paese di origine e/o di immigrazione intermedia, ma spesso nemmeno nel Paese di arrivo. Inoltre, una volta arrivati nel Paese ospitante, i migranti possono subire progressivamente un impoverimento del proprio stato di salute, se esposti a condizioni di vita precarie, per motivi economici e sociali.

Materiali e Metodi. Nel periodo 2018-2021 sono stati effettuati 10 incontri informativi per i beneficiari sulle finalità dello Sportello Salute allo scopo di instaurare un rapporto di fiducia e di confrontarsi sul concetto di salute, di prevenzione e di malattia. Sono stati effettuati 2 incontri di sensibilizzazione alla vaccinazione anti-COVID partendo dai timori, perplessità e insicurezze degli utenti per fornire risposte più complete e utili possibili. Sono state redatte in diverse lingue e diffuse brochure informative su diverse tematiche sanitarie e sulle modalità di accesso al SSN.

Successivamente alle attività di informazione sanitaria è stato offerto il servizio di screening per malattie dermatologiche, oncologiche su base infettiva e colloqui psichiatrici. Inoltre, si sono tenuti 3 incontri formativi dedicati agli operatori dei centri di accoglienza su patologie dermatologiche, malattie a trasmissione sessuale ed altre malattie contagiose per facilitare la segnalazione ai sanitari di casi patologici e la gestione delle più frequenti infezioni diffusibili nelle comunità e nei centri di accoglienza.



Risultati. Gli incontri informativi hanno favorito l'instaurarsi di un rapporto di fiducia nei confronti dei sanitari da parte dei beneficiari. Complessivamente sono state visitate 150 persone, di diversa etnia e di età compresa tra i 2 e i 75 anni. All'arruolamento veniva offerto lo screening per COVID-19 tramite test antigenico rapido. Tutte le persone hanno eseguito screening dermatologico, valutazione dello stato di benessere psichico e screening infettivologico-oncologico. Alcuni utenti hanno necessitato di visite di follow-up. Le principali patologie dermatologiche riscontrate sono state: dermatite atopica, xerosi cutanee, acne, cicatrici post-traumatiche, dermatosi virali, dermatosi batteriche, infezioni

fungine superficiali e non, acariasi, lesioni melanocitari e non. L'esecuzione dello screening infettivologico per epatiti virali e HIV ha evidenziato 1 solo caso di epatite cronica B. L'aderenza alle terapie prescritte è stata del 100% a sottolineare l'efficacia del modello sanitario proposto.

Conclusioni. Abbiamo disegnato un modello di approccio al migrante che include il conoscerne la storia di vita, il punto di vista sulla salute e sul concetto di prevenzione, attraverso la mediazione culturale, per creare un canale comunicativo, efficace e una presa in carico propositiva da parte degli operatori e al contempo che stimoli il migrante stesso ad una integrazione sociosanitaria il più possibile autonoma. Proponiamo dunque un modello di integrazione sanitaria e accoglienza, che si pone la finalità di elaborare, un modello integrato per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie dermatologiche, sessualmente trasmissibili e oncologiche, rivolto ai richiedenti e titolari asilo e protezione internazionale con vulnerabilità.

CARATTERISTICHE BASALI E RISULTATI DI mNapsi (Nail Psoriasis Severity Index modificato) ALLA SETTIMANA 12, NEI PAZIENTI CON PSORIASI A PLACCHE MODERATA-GRAVE TRATTATI CON FARMACI BIOLOGICI NELLO STUDIO PsoHO (Psoriasis Study of Health Outcomes)

Pinter A.¹, Smith S.D.², Schäkel K.³, Reich A.⁴, Reed C.⁵, Brnabic A.⁵, Hill J.⁵, Schuster C.^{5,6}, Riedl E.^{5,6}, Lynde C.⁷, Campitelli A.⁸ (non-author presenter)

¹Clinic for Dermatology, Venereology and Allergology, University Hospital Frankfurt, Frankfurt am Main, Germany; ²The Dermatology and Skin Cancer Centre, St Leonards, Sydney, New South Wales, Australia;

³Department of Dermatology, University Hospital Heidelberg, Heidelberg, Germany; ⁴Department of Dermatology, University of Rzeszow, Rzeszow, Poland; ⁵Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA; ⁶Department of Dermatology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria; ⁷Lynde Institute for Dermatology, Markham, ON, Canada; ⁸Eli Lilly and Company, Sesto Fiorentino FI, Italy

Introduzione. Lo PSoHO è uno studio a 3 anni, internazionale, prospettico, non-interventistico, di coorte. L'outcome primario confronta la percentuale di pazienti con psoriasi (PsO) a placche moderata-grave che raggiunge una risoluzione cutanea completa/quasi completa con i farmaci biologici anti-interleuchina (IL)-17A vs. altri biologici alla settimana (sett.)12 in un contesto real-world. Questa analisi ad interim descrive le manifestazioni della psoriasi ungueale (NP) al basale e alla sett.12.

Materiali e Metodi. Sono stati arruolati pazienti adulti che avevano una PsO moderata-grave da ≥ 6 mesi che avevano iniziato/erano passati a biologici/biosimilari durante il normale iter di trattamento. La NP è stata valutata mediante il Nail Psoriasis Severity Index modificato (mNAPSI) in 441/700 pazienti. I dati al basale sono stati analizzati mediante ANOVA o test esatto di Fisher, con risultati descrittivi solo per farmaci/gruppi di farmaci (≥ 20 pazienti) alla sett.12.

Risultati. La NP (mNAPSI ≥ 1) è stata valutata nel 62.6% (n=276) dei pazienti con valutazione del mNAPSI al basale, che avevano un valore medio (DS) più elevato del punteggio del Psoriasis Area and Severity Index (16.0[8.9] vs. 13.1[8.7]; p=.001) e dell'interessamento della superficie corporea (26.2% [20.1] vs 17.9% [15.7]; p<.001) rispetto ai pazienti senza NP. Al basale, il mNAPSI medio (DS) era 26.0(23.2), il 49.3% (136/276) aveva una NP moderata-grave (mNAPSI ≥ 20) e il 23.6% (65/276) una NP grave (mNAPSI ≥ 40). Al basale, il 44.2% dei pazienti (n=122) era in trattamento con biologici

Caratteristiche al basale

	Popolazione complessiva (n = 700)	mNAPSI = 0 (n = 165)	mNAPSI ≥ 1 (n = 276)	Valore P (mNAPSI = 0 vs. mNAPSI ≥ 1)
Età, anni	46,2 (13,7)	44,9 (14,3)	47,4 (12,9)	0,060
Sesso maschile, n (%)	404 (57,7)	93 (56,4)	182 (65,9)	0,054
BMI	29,5 (6,9)	30,2 (7,6)	29,6 (6,6)	0,391
Durata della malattia, anni	17,5 (13,1)	16,9 (13,3)	18,3 (12,6)	0,264
Diagnosi di PsA, n (%)	154 (22,0)	34 (20,6)	77 (27,9)	0,091
PsO genitale, n (%)	195 (27,9)	41 (24,8)	106 (38,4)	0,004
PsO del cuoio capelluto, n (%)	454 (64,9)	110 (66,7)	198 (71,7)	0,284
PsO palmo-plantare, n (%)	165 (23,6)	25 (15,2)	101 (36,6)	<0,001
Precedente terapia con farmaci biologici	268 (38,3)	70 (42,4)	100 (36,2)	0,225
PASI	14,8 (8,6)	13,1 (8,7)	16,0 (8,9)	0,001
BSA	22,6 (18,4)	17,9 (15,7)	26,2 (20,1)	<0,001
sPGA	3,2 (0,8)	3,1 (0,9)	3,3 (0,8)	0,123
DLQI	11,9 (7,6)	11,3 (7,6)	12,4 (7,4)	0,164

Tutti i risultati sono espressi come media (DS), salvo diversamente indicato.

Un totale di n = 259 pazienti non ha registrato punteggi mNAPSI al basale. Un medico ha valutato l'artrite psoriasica concomitante.

I dati sono stati confrontati utilizzando ANOVA per le variabili continue o il test esatto di Fisher per le variabili categoriche.

anti-IL-17A (ixekizumab, n=99; secukinumab, n=23) e il 5.8% (n=154) con altri biologici. Alla sett.12, il 62.0%/32.6% dei pazienti trattati con anti-IL-17A ha raggiunto mNAPSI50/mNAPSI100 (con altri biologici: 41.0%/18.0%). Alla sett.12, il 57.3%/30.8%/50.0%, e il 32.0%/5.1%/26.9% dei pazienti trattati con ixekizumab/guselkumab/adalimumab

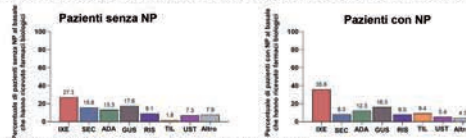
ha raggiunto rispettivamente mNAPSI50/mNAPSI100. **Conclusioni.** La psoriasi era più grave nei pazienti con NP. Percentuali elevate di pazienti trattati con anti-IL-17A hanno avuto miglioramenti della NP e almeno un terzo dei pazienti trattati con ixekizumab ha raggiunto una risoluzione della psoriasi ungueale già alla sett.12, in linea con i risultati degli studi clinici.

Punteggi mNAPSI al basale e caratteristiche NP nei pazienti con mNAPSI ≥1

mNAPSI ≥1 (n=276)	
mNAPSI medio (SD)	26.0 (3.2)
mNAPSI Q1 (Q3)	23.0 (28.0)
mNAPSI max. (%)	85 (31.0)
Primo farmaco, n (%)	265 (96.0)
Mediana (Q1, Q3)	3.4 (0.0, 14.0)
Ornamentazione generale (Pain, n (%))	242 (87.3)
Mediana (Q1, Q3)	5.4 (0.0, 15.0)
Mediana (Q1, Q3)	1.0 (0.0, 4.0)
Simmetria, n (%)	124 (44.9)
Mediana (Q1, Q3)	3.9 (0.0, 12.0)
Lentocornio, n (%)	129 (46.7)
Mediana (Q1, Q3)	4.0 (0.0, 8.0)
Ipertrofici, n (%)	114 (41.3)
Mediana (Q1, Q3)	3.0 (0.0, 6.0)
Emorragie e scheggia, n (%)	113 (41.0)
Mediana (Q1, Q3)	2.0 (0.0, 6.0)
Mascheri nati, n (%)	61 (22.1)
Mediana (Q1, Q3)	0.0 (0.0, 5.0)

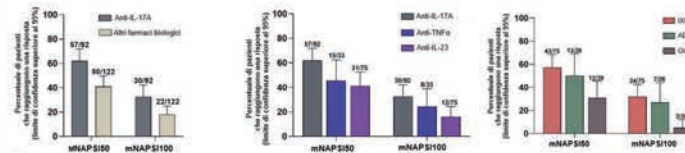
Solo i pazienti con mNAPSI ≥1 al basale sono stati inclusi nei punteggi mNAPSI. I punteggi mNAPSI ≥20 sono classificati come NP da moderata a grave e ≥40 come NP grave. I punteggi mediani (Q1, Q3) includono solo i pazienti con un punteggio al basale >0 per quella specifica caratteristica di psoriasi ungueale.

Distribuzione al basale di farmaci biologici nei pazienti con e senza NP



Al basale, vi erano 165 pazienti senza NP (mNAPSI = 0) o 276 pazienti con NP (mNAPSI ≥1). I grafici mostrano la percentuale di pazienti con e senza NP che hanno ricevuto quel farmaco biologico (o biosimilare) al basale. "Altro" include: Brodalumab (n = 10 per mNAPSI = 0 e n = 4 per mNAPSI ≥1); Certolizumab (n = 3 per mNAPSI = 0 e n = 3 per mNAPSI ≥1); Etanercept (n = 0 per mNAPSI = 0 e n = 4 per mNAPSI ≥1); Infliximab (n = 0 per mNAPSI = 0 e n = 1 per mNAPSI ≥1).

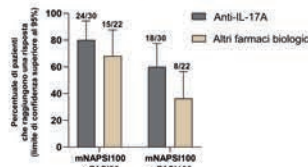
Raggiungimento di mNAPSI50 e mNAPSI100 alla settimana 12 nei pazienti con mNAPSI ≥1 al basale



■ Percentuali elevate di pazienti trattati con anti-IL-17A hanno raggiunto mNAPSI50 e mNAPSI100 alla settimana 12.

Tutti i grafici riportano limiti di confidenza superiore al 95%. Sono riportati soltanto classi di farmaci/gruppi di trattamento con ≥20 pazienti con punteggi mNAPSI. I grafici includono solo i pazienti con mNAPSI ≥1 al basale.

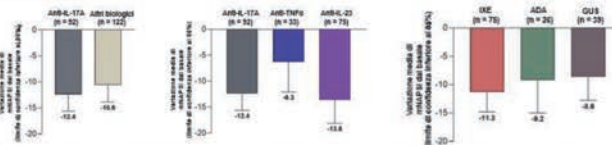
Raggiungimento di PASI90 o PASI100 nei pazienti con mNAPSI100 alla settimana 12 e mNAPSI ≥1 e PASI ≥1 al basale



■ Percentuali elevate di pazienti trattati con anti-IL-17A che hanno ottenuto l'assenza di lesioni ungueali hanno inoltre ottenuto l'assenza totale o quasi totale di lesioni cutanee.

Tutti i grafici riportano limiti di confidenza superiore al 95%. I grafici includono solo i pazienti con mNAPSI ≥1 al basale.

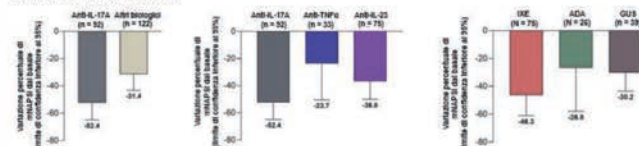
Variazione media di mNAPSI dal basale alla settimana 12 nei pazienti con mNAPSI ≥1 al basale



■ I pazienti trattati con anti-IL-17A hanno dimostrato un'elevata variazione media di mNAPSI dal basale alla settimana 12.

Tutti i grafici riportano limiti di confidenza inferiori al 95%. Sono riportati soltanto classi di farmaci/gruppi di trattamento con ≥20 pazienti con punteggi mNAPSI. I grafici includono solo i pazienti con mNAPSI ≥1 al basale.

Variazione percentuale di mNAPSI dal basale alla settimana 12 nei pazienti con mNAPSI ≥1 al basale



■ I pazienti trattati con anti-IL-17A hanno mostrato un'elevata variazione percentuale di mNAPSI dal basale alla settimana 12.

Tutti i grafici mostrano la variazione percentuale numerica di mNAPSI dal basale e i limiti di confidenza inferiori al 95%. Sono riportati soltanto classi di farmaci/gruppi di trattamento con ≥20 pazienti con punteggi mNAPSI. I grafici includono solo i pazienti con mNAPSI ≥1 al basale.

Preference for Oral versus Injectable Treatment in Adults With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Results From the Phase 3b Heads Up Clinical Trial

Vimal H. Prigopal¹, Lawrence F. Eichenfeld², Marie L.A. Schutte³, Barry Ladizeski⁴, Namita Vignat⁵, Najun Chen⁶, Brian M. Calimire⁷, Antonio Costanzo⁸

¹Division of Dermatology, Department of Medicine, University of Calgary, Calgary, AB, Canada; ²Sections of Community Pediatrics and Pediatric Rheumatology, Department of Pediatrics, University of Calgary, Calgary, AB, Canada; ³Wabash Center, Dermatology Research Institute, Calgary, AB, Canada; ⁴Proton Medical Research, Calgary, AB, Canada; ⁵Division of Pediatric and Adolescent Dermatology, Riley Children's Hospital, San Diego, CA, USA; ⁶Department of Dermatology and Pediatrics, University of California, School of Medicine, La Jolla, CA, USA; ⁷Department of Dermatology, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands; ⁸ABV37621, North Chicago, IL, USA; ⁹Dermatology Unit, Department of Biomedical Sciences, Humana Università Pieve Emanuele, Italy; ¹⁰Humanitas Clinical and Research Center, Scientific Institute for Research, Hospitalization and HealthCare, Rozzano, Italy

OBJECTIVE

Assess treatment administration preferences and investigate preference reasons among adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis (AD) with 24 weeks of oral and injection treatment experience

CONCLUSIONS

In a questionnaire administered during the Heads Up Phase 3 clinical trial, patients with moderate-to-severe AD indicated a stronger preference for a daily pill over an injection administered every 2 weeks, regardless of the option to receive the injection at the doctor's office or at home.

The most common reasons for patient preference for a daily pill were the ease of medication dosing and not having to visit the doctor's office; the most common reason for patients that preferred injection treatment was also the ease of medication dosing, as well as the less frequent dosing schedule.

Understanding the individual treatment preferences for patients with AD provides an opportunity for healthcare practitioners to offer choices tailored to each patient's unique needs.

ABV37621 participated in the study design, study research, collection, analysis, and interpretation of data, and writing, reviewing, and approving this poster. All authors had access to the data, participated in the development, review, and approval of the poster, and agreed in the decision to present this poster at AAD. ABV37621 and the authors thank all the study investigators for their contributions and the patients who participated in these studies. ABV37621 funded the research for this poster. Medical writing assistance, funded by Nancy Nigamulla, PhD, and Galie A.S. Corra, PhD, of Jil Adhis. Vignat served as a clinical study investigator for ABV37621, Amgen, Arcutis, Arena, Astora, Basch Health, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Celgene, Concert, Dermavant, Dermira, Galderma, Incyte, Janssen, LEO Pharma, Lilly, Nimbus Labs, Novartis, Pfizer, Regeneron, Sanofi, Sanofi Genzyme, UCB, and Vertex, and has served as an advisor, consultant, and/or speaker for ABV37621, Amgen, Anker, Astra, Basch Health, Boehringer Ingelheim, Celgene, Concert, Galderma, Genentech, Horizon Therapeutics, Janssen, LEO Pharma, Lilly, UCB, Medvax, Novartis, Padiopharm, Pfizer, Sanofi Genzyme, Sun Pharma, Triaclin, UCB and Vertex. LFG has served as a scientific adviser and/or clinical study investigator for ABV37621, Amgen, Amgen, Astra Biosciences, Dermavant, Dermira, Fort Biosciences, Genentech, Genentech, Incyte, Lilly, LEO Pharma, Merck, Novartis, Sanofi Dermatology, Sanofi Genzyme, Sanofi, Pfizer, Regeneron, and Sanofi Genzyme. BL, NV, NC, and BMC are employees of ABV37621, and may hold ABV37621 stock and/or stock options. AC has served as a clinical study investigator for ABV37621, has received research grants and/or speaker board honoraria from ABV37621, Amgen, Galderma, Janssen, Lilly, Novartis, Pfizer, Sanofi, and UCB, and is currently affiliated with ESOE (member), Sidemast (member), and ESOE (board member).

INTRODUCTION

- There is an unmet need for a medical treatment that provides rapid skin clearance and itch relief for patients with AD¹
- Current treatments for AD come in various forms including topical, oral, and long-acting injectable options²
- Patient preferences for oral versus injection treatments may vary based on multiple factors including convenience, pain, adherence, and frequency of dosing³⁻⁴
- In a survey administered to patients with AD, respondents preferred a daily oral pill over an injection every 2 weeks⁵
- Shared patient-physician decision-making practices that consider patient preferences may improve treatment adherence and contribute to greater patient satisfaction and overall well-being

METHODS

Patients

- Adults aged 18–75 years and candidates for systemic therapy
- Moderate-to-severe AD
- ≥10% of body surface area affected by AD
- Eczema Area and Severity Index (EASI) score ≥16
- Validated Investigator's Global Assessment for AD (vIGA-AD) score ≥3
- Worst Pruritus Numerical Rating Scale (WP-NRS; weekly average) ≥4

Study Design and Treatment¹

- The Heads Up (NCT03738397) study was a 24-week, head-to-head, Phase 3b, multicenter, randomized, double-blinded, double-dummy, active-controlled clinical trial of adults with moderate-to-severe AD
- Patients were randomized 1:1 to receive:
 - Oral upadacitinib 30 mg once daily (with a placebo prefilled syringe every 2 weeks)
 - Subcutaneous dupilumab 300 mg every 2 weeks (with an oral placebo tablet once daily) after a 600 mg loading dose at baseline
- The Heads Up study included a 35-day screening period, a 24-week double-blinded treatment period, and a 12-week follow-up visit or the option to enter an open-label upadacitinib extension study
- The primary endpoint was achievement of 75% improvement in the Eczema Area and Severity Index (EASI 75) at Week 16

Assessments

- Patients from the United States were asked to complete a questionnaire assessing preference for oral (pill) versus injection treatment
- The questionnaire was administered at Week 24, after patients experienced both oral and injection treatments in a blinded fashion
- The questionnaire consisted of multiple-choice questions with a predefined set of answers derived from a targeted literature review, or the option to choose "other" (Figure 1)
- Patients were asked about their preference of taking a daily pill or receiving an injection every 2 weeks, the strength of their preference, and the reasons for their choice
- The first set of questions asked patients about their preference of taking a daily pill or receiving injections every 2 weeks at the doctor's office, while the second set of questions

asked patients about their preference of taking a daily pill or receiving injections every 2 weeks at home

Statistical Analysis

- Differences in preferences for daily pill versus injection were tested using the 2-sided exact binomial test among patients indicating a preference for daily pill or injection
- Strength of differences in preferences for daily pill versus injection were tested using the Wilcoxon Signed-Rank test

Figure 1. Treatment Preference Questionnaire

Set 1: Do you prefer taking a pill (once daily) or injection (every 2 weeks at your doctor's office)?

Set 2: Do you prefer taking a pill (once daily) or injection (every 2 weeks at home)?

Preference

Pill (daily) Injection (every 2 weeks) No preference

Strength

Very Strongly Strongly Not strongly

Very Strongly Strongly Not strongly

Reason

Easier dosing
 I'm worried about injection site pain or welts/rash
 It's difficult to visit the doctor's office every 2 weeks
 I don't feel confident about being injected by myself or my caregiver
 I don't know about the long-term effects of having injections every 2 weeks
 Other

Less frequent dosing
 I don't have to remember or worry about forgetting to take a daily pill
 I have trouble swallowing pills
 Daily pills remind me of my illness
 Other

The questionnaire was administered at Week 24 among US patients.

RESULTS

- A total of 144 patients completed the questionnaire
- When patients with "no preference" were excluded (n = 30), most specified a preference for a daily pill (n = 79) over an injection every 2 weeks (n = 35) administered at the doctor's office (2-sided exact binomial test; $P < .0001$; Figure 2)
- Similar results were found when patients were given the option to receive the injection every 2 weeks at home; most patients preferred a daily pill (n = 72) compared with receiving an injection at home (n = 40; 2-sided exact binomial test; $P = .0025$)
- Patients indicated a stronger preference for a daily pill over an injection administered at the doctor's office every 2 weeks (Wilcoxon Signed-Rank test; $P = .0016$; Figure 3A)
- Similar results were found when patients were asked about their preference for a daily pill over an injection administered every 2 weeks at home (Wilcoxon Signed-Rank test; $P = .0419$; Figure 3B)
- The most common reasons for preferring a daily pill were the ease of dosing and knowing when and how to take the treatment (Figure 4A)
- Patients also noted that they did not have time to visit the doctor's office or expressed a lack of confidence to administer an injection at home
- The most common reasons for preferring injection treatments were not having to remember to take a pill each day or not worrying about forgetting to take a pill (Figure 4B)
- Patients also chose injections every 2 weeks because they preferred the less-frequent dosing schedule

Figure 2. Patient Treatment Preference

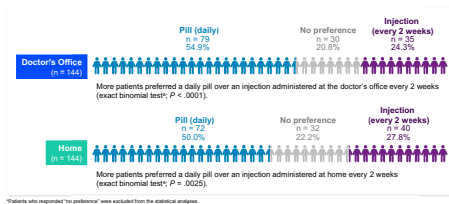


Figure 3. Patients' Strength of Treatment Preference

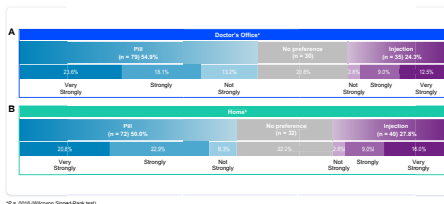
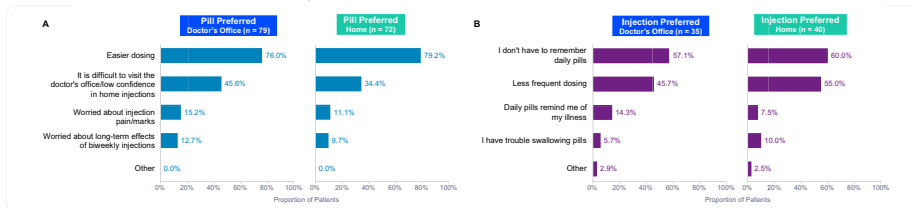


Figure 4. Patients' Reasons for Treatment Preference



REFERENCES

1. Sheeran A, et al. *JAMA Dermatol*. 2021;157:1041-55.
2. Boon M, et al. *J Dermatol Treat*. 2022;1-10.
3. Blackwood C, et al. *Patient Prefer Adherence*. 2023;14:1003-102.
4. Barua F, et al. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2020;103:101700.

Presented at the 59th National Congress ADI - Rome, Italy - 26-29 October 2022

LOCALIZZAZIONE CUTANEA DELLA MALATTIA DI ROSAI-DORFMAN

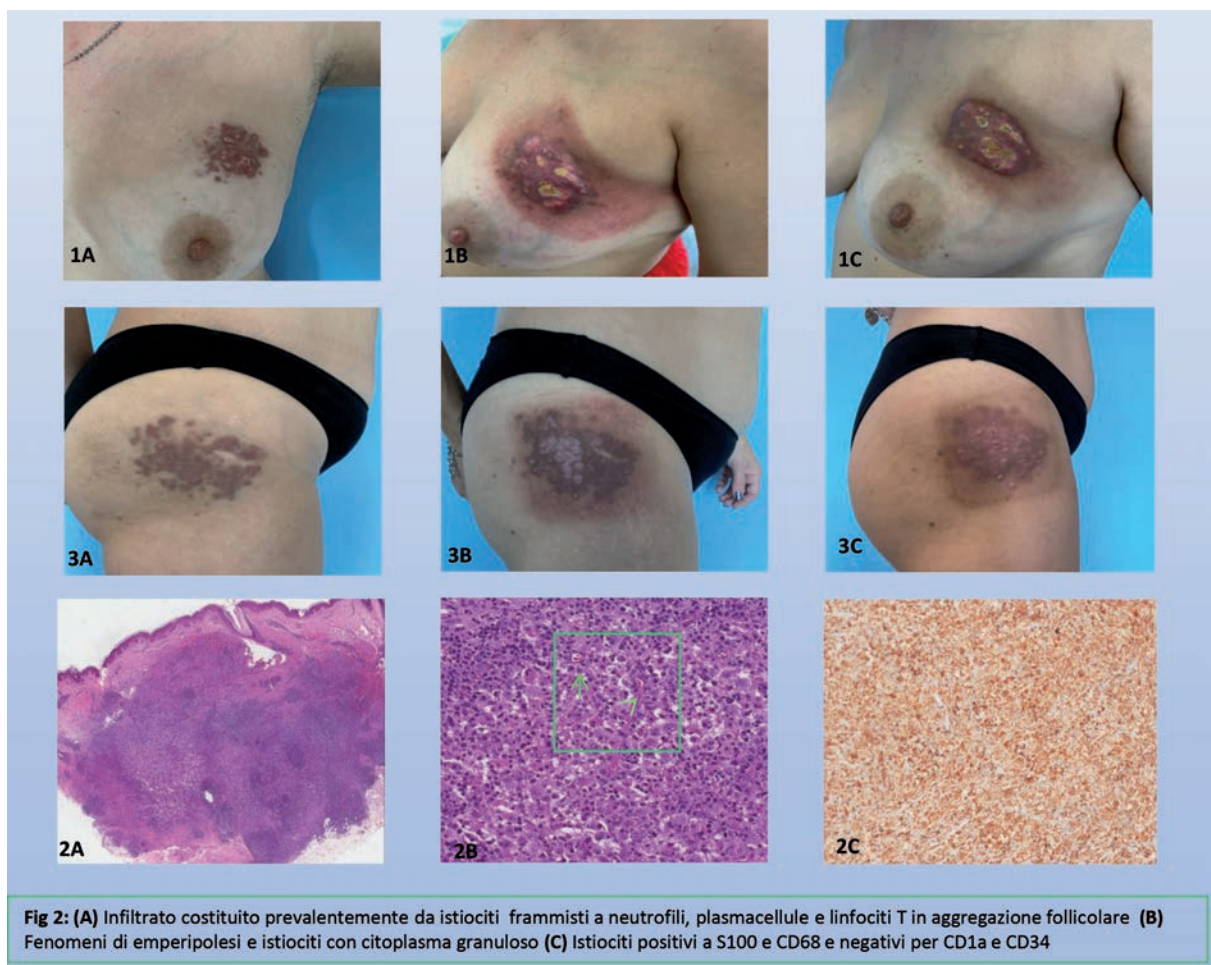
Licata G.¹, Spanò G.², Frazzitta M.¹, Pardo N.¹, Rizzo D.¹, Messina D.², Zichichi L.¹

¹UOC Dermatologia, Ospedale S. Antonio Abate ASP Trapani; ²UOC Anatomia Patologica, Ospedale S. Antonio Abate ASP Trapani

Introduzione. La malattia di Rosai-Dorfman (RDD), nota anche come *istiocitosi dei seni con linfadenopatia massiva*, è un raro disordine istiocitario caratterizzato da una proliferazione benigna di cellule istiocitarie S-100 positive all'interno dei seni linfonodali e dei vasi linfatici, la cui eziologia rimane sconosciuta. Nella sua forma tipica si presenta con linfadenopatie cervicali massive bilaterali per lo più indolenti associate a vari segni e sintomi costituzionali (febbre, leucocitosi, VES elevata, ipergammaglobulinemia). Il coinvolgimento cutaneo è presente nel 10% dei casi: la sola localizzazione cutanea isolata (CRDD) è rarissima e rappresenta circa il 3% di tutta la casistica.

Caso clinico. Riportiamo il caso clinico di una donna di 38 anni, senza precedenti anamnestici di rilievo, che si presentava alla nostra attenzione per la comparsa da circa 6 mesi

di una placca infiltrata lievemente iperpigmentata sormontata da piccoli noduli non confluenti che interessava la mammella sinistra. La paziente era già stata sottoposta a biopsia dal senologo di riferimento con la diagnosi di: tessuto fibroadiposo, caratterizzato da infiltrato flogistico linfoplasmacellulare ed istiocitario con presenza di istiociti schiumosi. Dopo circa due mesi un'analoghi lesione compariva in corrispondenza della coscia destra. Alla valutazione clinica si rilevavano numerose lesioni papulo-nodulari rosa-violacee con multiple aree bianco-giallastre simili a calcificazioni, tendenti alla confluenza, nel contesto di placche infiltrate ben circoscritte (fig. 1A-3A). La paziente non presentava sintomatologia sistemica e linfadenopatia palpabile. Si eseguiva pertanto biopsia cutanea in corrispondenza di entrambe le lesioni con conferma istopatologica di RDD (fig. 2A-B-C). L'eventuale interessamento sistemico è stato escluso mediante l'esecuzione di TC total body con e senza m.d.c, gli esami di laboratorio effettuati (emocromo, pannello metabolico, indici di flogosi, anticorpi anti-nucleo, immunoglobuline sieriche, citometria a flusso per i linfociti T) erano tutti nella norma. Questi dati permettevano di giungere alla diagnosi di CRDD senza interessamento sistemico. Pertanto, si iniziava terapia topica con clobetasolo propionato, 2 volte die per 2 mesi con scarso beneficio. Tenuto conto del successivo peggioramento del quadro clinico, si



discuteva il caso in riunione multidisciplinare con radioterapista ed oncologo medico e si decideva di trattare la paziente con radioterapia localizzata con tecnica campo diretto di elettroni a una dose di 40 Gy in 20 frazioni da 2 Gy. La paziente ha ben tollerato il trattamento radioterapico, al termine del primo mese di follow-up si osservava la scomparsa delle lesioni satelliti (fig. 1B-3B). A 2 mesi si rilevava una riduzione parziale dei noduli nel contesto delle placche e una riduzione dell'infiltrato infiammatorio soprattutto in corrispondenza della coscia destra e una quasi totale scomparsa della radiodermite (fig. 1C-3C). Si confida in un ulteriore miglioramento in corso di follow-up; tuttavia, un eventuale trattamento chirurgico è in corso di valutazione.

Discussione. CRDD è un'entità molto rara, la diagnosi può essere sospettata clinicamente ma rimane difficile e deve essere supportata dall'istologia (con immagini caratteristiche di emperipolesi, passaggio di linfociti all'interno del citoplasma degli istiociti) e dall'immunoistochimica (positività per S-100 e CD68). Attualmente non esistono linee guida standardizzate e il trattamento è individuale. Una remissione spontanea è stata osservata nel 20-50% dei casi. Tra i trattamenti a disposizione si annoverano: steroidi topici e sistemici, dapsons, talidomide, isotretinoina, imatinib, escissione chirurgica (per le forme localizzate), chemioterapia (MTX, cladribina, gli alcaloidi della vinca sono riservati ai casi gravi). Ma anche trattamenti fisici quali crioterapia, radioterapia locale e laserterapia.

Conclusioni. Il nostro caso dimostra come sia importante un approccio multidisciplinare nel trattamento delle patologie cutanee rare quale la CRDD in cui molto spesso è necessario l'utilizzo di numerosi trattamenti. La radioterapia locale è un'opzione terapeutica valida per CRDD, sia per quelle aree difficili da resecare o esteticamente sensibili, sia a scopo neoadiuvante in previsione della chirurgia. Nel nostro caso si è ottenuta una clearance parziale, tuttavia va sottolineato che il follow-up è ancora in fase iniziale.

Bibliografia

Bruce-Brand C, Schneider JW, Schubert P. Rosai-Dorfman disease: an overview. *J Clin Pathol.* 2020 Nov.

OLTRE IL BISTURI. TRATTAMENTO MEDICO DI EPITELIOMI LOCALMENTE AVANZATI: CASE REPORT

Sarracco G.¹, Paciolla I.², Errico A.¹, Grimaldi A.M.²

¹UOC di Dermatologia, ²UOC di Oncologia, A.O. San Pio di Benevento

È sempre più frequente il riscontro nei nostri ambulatori di epitelomi (baso e spinocellulari) di notevoli dimensioni non più aggredibili chirurgicamente.

Basalioma - Vismodegib: 1 cps da 150 mg/die



Basalioma - Sonidegib 1: una cps da 200 mg/die



Carcinoma Squamoso - Cemiplimab: una somministrazione e.v. ogni 4 settimane



Ca Squamoso - shaving +5fluorouracile/ac.salicilico per uso topico 1 volta al giorno per 12 settimane



La definizione di Epitelioma avanzato (baso o spino cellulare) secondo le linee guida EDF/EADO/EORTC comprende due condizioni:

- Localmente avanzato non metastatico, ma non suscettibile di trattamenti locoregionali chirurgici e/o radioterapici,
- Metastatico: presenza di metastasi loco regionali in-transit o coinvolgimento linfonodale locoregionale (stadio II-III) o presenza di metastasi a distanza (stadio IV).

Riportiamo alcuni casi da noi trattati specificando, diagnosi, farmaco e tempi.

ASPETTI DI MODIFICAZIONE CORPOREA E PROBLEMATICHES DERMATOLOGICHE: TATUAGGIO E MELANOMA

Scaini M., Bergamo S., Calacione R, Finizio L., Meneguzzo A., Schiesari L., Gatti A.

U.O.C Dermatologia, Ospedale Santa Maria dei Battuti di Cà Foncello, ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso

Introduzione. Negli ultimi anni la pratica del tatuaggio ha guadagnato una popolarità crescente in tutto il mondo, attraverso tutte le classi sociali e le fasce d'età. Questa grande diffusione comporta sempre più spesso l'incontro con pazienti sulla cui cute sono tatuati interi distretti corporei determinando una maggiore difficoltà nel portare a termine la visita dermatologica efficace soprattutto per la ricerca dei nevi atipici e dei melanomi.

Aspetti epidemiologici: dai dati dell'ISS nel 2015, in Italia ci sono 6,9 milioni di persone tatuate, ovvero il 12,8% della popolazione italiana, percentuale che sale al 13,2% se si considerano anche gli ex-tatuati.

I tatuaggi sono più diffusi tra le donne (13,8% delle intervistate) rispetto agli uomini (11,7%). Il primo tatuaggio viene effettuato mediamente a 25 anni; la fascia più rappresentativa è quella tra i 35 e i 44 anni (23,9%), con una prevalenza quasi doppia rispetto alla popolazione generale, e tra i minorenni la percentuale di tatuati è del 7,7% (12-17 anni). Emergono differenze di genere rispetto alla sede del tatuaggio: gli uomini preferiscono tatuarsi braccia, spalla e gambe; le donne soprattutto schiena, piedi e caviglie.

Il 92,2% delle persone sono soddisfatte del proprio tatuaggio, tuttavia il 17,2% ha dichiarato di volerlo rimuovere, e tra questi il 4,3% l'ha già fatto. Inoltre, il 3,3% dei tatuati dichiara di aver avuto complicanze o reazioni, ma il dato appare sottostimato. Tra le più frequenti troviamo: dolore, granulomi, ispessimento della pelle, reazioni allergiche, infezioni. In tutti questi casi, solo il 12,1% si è rivolto a un

dermatologo o al medico di famiglia (il 9,2%) e il 27,4% si è rivolto al proprio tatuatore, ma più della metà (il 51,3%) non ha consultato nessuno di questi professionisti.

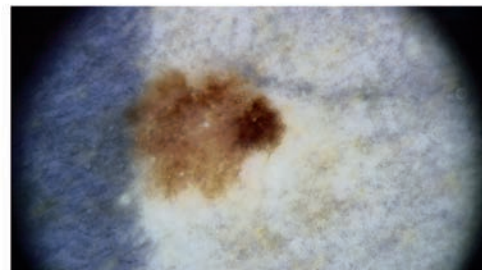
In generale, solo il 58,2% degli intervistati è informato sui rischi: la percezione sui rischi considerati più frequenti riguarda le reazioni allergiche (79,2%), l'epatite (68,8%) e l'herpes (37,4%). Mentre, soltanto il 41,7% è adeguatamente informato sulle controindicazioni alla pratica del tatuaggio.

Casi Clinici. Riportiamo qui descritti tre casi di tre pazienti il cui accesso presso il nostro servizio per visita dermatologica per valutazione nevi.

Caso n°1 uomo di 50 anni con enorme tatuaggio di tutto il dorso, durante l'esame clinico si rilevano nevi con atipie cliniche di uno si decide per l'asportazione chirurgica, l'anamnesi rileva che il nevo non era presente prima dell'esecuzione del tatuaggio.



Caso n° 1 uomo di 50 anni: fototipo I, tatuaggio di tutto il dorso, cute con aspetti di fotodanneggiamento cronico, anamnesi familiare positiva per melanoma, visite di prevenzione annuali



Caso n° 1: rilevato nevo con atipie cliniche, eseguita asportazione chirurgica (in attesa definizione istologica)

Caso n° 2 donna di 48 anni con tatuaggio della zona lombare, durante l'esame clinico si rileva la presenza di un nevo atipico fortemente sospetto per cui si procede con l'asportazione chirurgica, l'anamnesi rileva che la neoformazione atipica non era presente prima del tatuaggio.



Caso n° 2 donna di 48 anni: fototipo I-II, tatuaggio della zona lombare, cute con aspetti di fotodanneggiamento cronico, anamnesi familiare negativa per melanoma, visite di prevenzione occasionali, si rileva nevo atipico insorto sotto al tatuaggio



Melanoma pT1a insorto nel contesto del tatuaggio

Caso n° 3 donna di 26 anni con tatuaggio del braccio destro in visita dermatologica per segnalare che il nevo, già presente alla data del tatuaggio, ha subito recenti modifiche; in questo caso il tatuatore ha mantenuto, come viene sempre richiesto, un margine di sicurezza di 2 mm fra la cute sana e il tatuaggio.



Caso n° 2 donna di 48 anni: fototipo I-II, tatuaggio della zona lombare, cute con aspetti di fotodanneggiamento cronico, anamnesi familiare negativa per melanoma, visite di prevenzione occasionali, si rileva nevo atipico insorto sotto al tatuaggio



Melanoma pT1a insorto nel contesto del tatuaggio

Discussione. Il numero di persone tatuate è in continuo aumento, così come è in continuo aumento il riscontro di nuovi melanomi; nonostante le numerose ricerche non è stato rilevato il rischio carcinogenetico diretto dell'inchiostro dei tatuaggi.

Più verosimilmente possiamo considerare che il paziente tatuato adotta errate abitudini di esposizione al sole, che determinano un fotodanneggiamento cronico e di conseguenza un aumentato rischio di sviluppare il melanoma.

Tutti i pazienti devono essere istruiti ad una maggiore attenzione verso l'insorgenza di nuove neoformazioni cutanee; i pazienti portatori di tatuaggi devono essere istruiti a valutare anche la cute tatuata poiché l'inchiostro, soprattutto quello scuro, può determinare una mimetizzazione di eventuali melanomi portando ad un ritardo nella diagnosi.

Conclusioni. Edemiologicamente non è dimostrata alcuna correlazione tra tatuaggi e la formazione di neoplasie maligne, ma è necessaria una ricerca prospettica a lungo termine. Le aree tatuate devono essere ispezionate con estrema attenzione durante l'esame clinico-dermatoscopico, soffermandosi sia sui distretti corporei più a rischio sia sulle zone coperte dall'inchiostro. Sarebbe auspicabile, anche da parte dei tatuatori, sia un maggiore sensibilizzazione al problema sia una collaborazione più stretta con i dermatologi.

UN CASO DI SCABBIA CROSTOSA: QUANDO L'APPARENZA INGANNA...

Schiesari L., Bergamo S., Calacione R., Finizio L., Meneguzzo A., Scaini M.T., Gatti A.

UOC di Dermatologia ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso

Introduzione. La scabbia crostosa, detta anche Norvegese, si osserva più frequentemente in soggetti anziani o con immunodeficienza (AIDS, neoplasie, trattamento cronico con farmaci immunosoppressori). Clinicamente si presenta come una dermatite psoriasiforme, con il coinvolgimento diffuso del tronco, collo, scalpo e volto. Tale variante è facilmente trasmissibile, anche per via indiretta, a causa dell'elevato numero di acari presenti nelle lesioni. Spesso viene sottodiagnosticata per la difficile diagnosi differenziale con altre manifestazioni dermatologiche come psoriasi o dermatiti eczematose. Tuttavia, negli ultimi anni, l'utilizzo dell'entodermoscopia, cioè la ricerca del parassita mediante un comune dermatoscopio a luce polarizzata, si è rivelata una tecnica diagnostica non invasiva utile per ottenere una diagnosi corretta.

Caso clinico. Donna di 47 anni, di nazionalità italiana, si presenta alla nostra osservazione a novembre 2021 per la presenza da più di un anno di lesioni eritemato-squamose pruriginose diffuse su gran parte dell'ambito cutaneo. La paziente riferiva di aver eseguito numerose valutazioni dermatologiche con diagnosi inizialmente di dermatite da contatto e successivamente di psoriasi con conseguenti multipli

cicli di trattamento con corticosteroidi topici e sistemici senza tuttavia trarne beneficio. In anamnesi si segnala obesità, ipertensione arteriosa e sindrome depressiva in terapia medica. All'esame obiettivo presentava un quadro di eritrodermia crostosa con numerose lesioni eritemato-squamose più evidenti alla radice degli arti superiori, in regione mammaria e dorso (Figura 1). Alle mani, in sede palmare ed interdigitale, si potevano osservare multipli tragitti sinuosi lunghi alcuni millimetri (Figura 2) Riferiva intenso prurito. Gli esami ematochimici evidenziavano esclusivamente una lieve eosinofilia. Le sierologie per lue, HBV, HCV ed HIV erano negative. Alla luce del quadro clinico ed anamnestico si procedeva a valutazione con dermatoscopio a luce polarizzata ad ingrandimento 10X che evidenziava a livello delle mani i patognomonici aspetti della scabbia, ovvero delle piccole strutture triangolari marrone scuro corrispondenti alla testa dell'acaro e delle linee curve e ondulate biancastre, espressione del caratteristico cunicolo (Figura 3). Veniva, quindi, posta diagnosi di scabbia norvegese. La paziente veniva trattata con ivermectina 200 mcg/kg ai

giorni 1,2,8 e 15 e topicamente con permetrina 5% crema per 3 giorni consecutivi a settimana per 4 settimane. Durante il trattamento si sottoponeva la paziente a uno stretto follow up dermatoscopico con evidenza di assenza di lesioni dopo 2 settimane.

Discussione. La scabbia norvegese o crostosa è una forma clinica particolarmente contagiosa, che interessa prevalentemente soggetti con immunodeficienza o con disturbi neuropsichiatrici. Nel nostro caso, la presunta condizione immunosoppressiva era l'assunzione a lungo termine di corticosteroidi sistemici e topici. La scabbia norvegese è spesso poco responsiva ai trattamenti topici standard e necessita di terapie di combinazione e sequenziali con diversi agenti. Nel nostro caso è risultata efficace l'associazione tra ivermectina orale e permetrina 5% crema.

In conclusione, la scabbia crostosa deve essere sempre sospettata nei pazienti con diffuse lesioni crostose, con nota o sospetta immunodeficienza di qualsiasi causa anche iatrogena. Una diagnosi corretta e precoce può evitare il ricorso a terapie inappropriate e complicanze.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Do you know BADAS?B. Scotti^{1,2}, F. Bardazzi^{1,2}, L. Sacchelli^{1,2}, F. Filippi^{1,2}, C. Loi^{1,2}¹ Department of Experimental, Diagnostic and Specialty Medicine, Division of Dermatology, S. Orsola-Malpighi Hospital, University of Bologna, Bologna ² IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna**59 ° Congresso Nazionale Adoi - Riccione 2022**

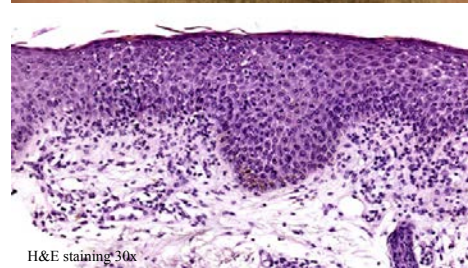
CASO CLINICO

Un uomo di 30 anni si presentava con un'eruzione cutanea non pruriginosa, insorta da circa 3 giorni, interessante la parte superiore del tronco e accompagnata da febbre e malessere. L'anamnesi personale del paziente risultava essere positiva per morbo di Crohn e tiroidite di Hashimoto.

All'EOD si apprezzavano a livello dello scollato e della parte inferiore dell'addome multiple macule e papule eritematose parzialmente confluenti in chiazze e placche.

Il paziente riferiva di aver assunto FANS alcuni giorni prima dell'insorgenza del rash a causa di una inusuale mialgia e dolore all'articolazione della spalla sinistra.

Veniva eseguita una biopsia cutanea su una delle lesioni. L'esame istopatologico rivelava paracheratosi, assenza focale dello strato granuloso, infiltrazione di neutrofili nell'epidermide senza organizzazione pustolosa, marcata vasodilatazione nel derma papillare con infiltrato linfocitario e neutrofilico perivascolare. In accordo alla storia anamnestica del paziente e ai risultati clinico-patologici, si concludeva per la sindrome BADAS.



H&E staining 30x

DISCUSSIONE

La *sindrome BADAS* (dermatite-artrite associata alle malattie infiammatorie dell'intestino) è una rara sindrome caratterizzata da eruzioni cutanee (macule, papule, papulo-pustole, noduli) di natura neutrofilica del tronco e delle estremità con artralgie, febbre, mialgie e malessere, sostenuta da una eccessiva proliferazione batterica del piccolo intestino.

La sindrome è stata descritta per la prima volta da Dicken e Seehafer 43 anni fa come "sindrome da bypass intestinale", ovvero come complicanza chirurgica nei pazienti sottoposti ad interventi restrittivi e/o malassorbitivi di chirurgia bariatrica.

Nuove condizioni patologiche intestinali non correlate a procedure chirurgiche come MICI (Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali), diverticoliti, ulcera peptica e più recentemente, fibrosi cistica risultano essere la causa della sindrome in quanto potenziali responsabili di SIBO (Small Intestinal Bacterial Overgrowth); quest'ultima determina il rilascio transmucosale di antigeni batterici (peptidoglicani), che nel circolo ematico si complessano con altre proteine e il deposito successivo degli immunocomplessi a livello delle articolazioni e della cute è responsabile dell'infiammazione sistemica. La sindrome si associa spesso a diarrea e malassorbimento.

CONCLUSIONI

Take home message Di fronte ad un paziente con sintomi simil influenzali quali artralgie, mialgie e manifestazioni cutanee aspecifiche nel contesto di una «patologia intestinale» è bene considerare in diagnosi differenziale anche la rara sindrome BADAS.

Hypertrophic lesions in Lichen Planus: when the diagnosis is not HLP

,B. Scotti^{1,2} F. Bardazzi^{1,2}, L. Sacchelli^{1,2}, F. Filippi^{1,2}, C. Loi^{1,2}

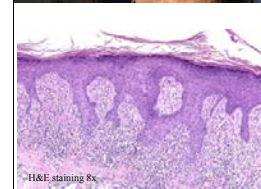
¹ Department of Experimental, Diagnostic and Specialty Medicine, Division of Dermatology, S. Orsola-Malpighi Hospital, University of Bologna, Bologna ² IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna

59 ° Congresso Nazionale Adoi - Riccione 2022

CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Paziente di 60 anni con lesioni verrucose pruriginose insorte a livello delle caviglie e poi generalizzate al resto del corpo da più di 1 anno. Mucose indenni. Eseguita una biopsia cutanea, l'esame istopatologico mostrava: ortocheratosi, irregolare iperplasia dell'epidermide, ipergranulosi wedge-shaped, infiltrato linfocitario a banda, papille dermiche ispessite e regolari.

	Clinical presentation	Type of hypergranulosis	Epidermal hyperplasia	Papillary ridges's morphology and height	Band-like infiltrate of lymphocytes (lichenoid infiltrate)	Other specific	Prognosis
HLP	Thickened, verrucous purple-red plaques/nodules	Wedge-shaped	Pseudoepitheliomatous hyperplasia +/- endophytic well-differentiated squamous epithelium extending not beyond the superficial dermis	Irregular	Present	<ul style="list-style-type: none"> - Basal cell vacuolar alteration; - Thickening of collagen fibers in the papillary dermis. 	Longer mean duration and often unremitting
SCC	Skin lesions <ul style="list-style-type: none"> - Erythematous-Verruccous plaques with tendency to ulcerate and/or depigment itself. Mucosal lesions <ul style="list-style-type: none"> - Whitish surface with elevated indurated borders; - Exophytic or endophytic growth patterns with subsequent ulcer formation. 	Wedge-not-wedge shaped	<ul style="list-style-type: none"> - Dyskeratosis; - Orthokeratosis. 	Irregular	Present	Atypical keratinocytes infiltrating into the dermis with a variable degree of differentiation: from minimal pleomorphism and horn pearl formations to high degree of atypia, squamous eddies, mitosis and few areas of keratinization	Based on staging: locally advanced, and rarely metastatic (M1)
LSC	Scaling lichenified with overlying excoriation +/- areas of hyper/hypopigmentation	Not-wedge shaped	Marked hyperplasia	Regular	Present	<ul style="list-style-type: none"> - Increased number fibrocytes; - Thickened papillary dermis. 	Good response to topical therapy
PEH	Well demarcated plaque/s or dermal nodule/s	Wedge/not-wedge shaped	<ul style="list-style-type: none"> - Elongated projections of epidermis starting from follicular infundibulum; - Ortho/parakeratosis; - Keratin pearls. 	Elongated, generally regular	Present	Few mitotic figures and not atypical	Variable: increasing in size (malignant degeneration in mL/P) or spontaneously regression
HPV	Papules with verrucous surface	Focal hypergranulosis	Iper-ortho-keratosis	Slight elongated	Present	<ul style="list-style-type: none"> - Koilocytes, a large vacuolate cells with an eccentric hyperchromatic nuclei and perinuclear cytoplasmic halos; - Dilated blood vessels in the papillary dermis. 	Worse in immunocompromised patients
LE/LP overlap	Painful bluish-red/hypopigmented plaques and progressively more verrucous	Wedge/not-wedge shaped	<ul style="list-style-type: none"> - Focal hyperplasia; - Parakeratosis; - Laminated orthokeratosis. 	Thin and irregular	Present. Severe dermal perifollicular and perivascular inflammatory cell infiltrate.	<ul style="list-style-type: none"> - Vacuolar alteration at the epidermal junction; - Thick basal cell layer, PAS positive. 	Variable



LEGENDA

Dermatological conditions in which band like infiltrate can be associated with hypertrophic lesions

HLP «Hypertrophic Lichen Planus»
 SCC «Squamous Cell Carcinoma»
 LSC «Lichen Simplex Chronicus»
 PEH «Pseudoepitheliomatous Hyperplasia»
 HPV «Human Papilloma Virus»
 LE/LP overlap «Lupus Erythematosus/Lichen Planus overlap»

DISCUSSIONE

La presunta diagnosi clinica di *lichen planus ipertrofico* è stata smentita dall'esame istopatologico, conclusivo invece per lichen ruber planus con sovrainposto lichen simplex cronico.

L'approccio diagnostico dermatologico nella *real life* è principalmente di tipo clinico. Tuttavia, considerando le similitudini tra le lesioni ipertrofiche che possono accompagnarsi ad un infiltrato lichenoidale a banda, risulta di fondamentale importanza l'analisi istopatologica di un prelievo bioptico.

Nel nostro caso, è stata quindi eseguita una revisione sistematica della letteratura sulle differenze cliniche e in particolare modo istopatologiche delle diverse lesioni ipertrofiche in grado di svilupparsi nel contesto di una dermatite a banda lichenoidale.

CONCLUSIONI

Le lesioni ipertrofiche in grado di insorgere nel contesto di un infiltrato lichenoidale sono molteplici e rappresentano oggi una sfida anche per i dermatologi più esperti. L'identificazione all'esame istopatologico degli aspetti peculiari di ciascuna di esse è essenziale per un corretto ed efficace inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente.

Achieving Incrementally Greater Skin Improvement Thresholds with Upadacitinib vs Dupilumab in Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Heads Up Study Results

Jonathan I. Silverberg¹, Kilian Eyerich², Marjolain de Bruin-Weller³, Brian M. Calimlim⁴, Andrew M. Platt⁴, Tianshuang Wu⁴, Barry Ladizinski⁴, Jacob P. Thyssen⁵

¹Department of Dermatology, The George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA; ²Department of Dermatology and Venereology, Medical Center – University of Freiburg, Freiburg, Germany; ³Department of Dermatology and Allergy, University Medical Center Utrecht, Utrecht, the Netherlands; ⁴AbbVie Inc., North Chicago, IL, USA; ⁵Department of Dermatology, Bispebjerg Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

OBJECTIVE

To compare the effects of upadacitinib vs dupilumab on the degree of skin improvement and characterize the total incremental benefit in skin improvement using data from the phase 3b Heads Up trial

CONCLUSIONS

A larger proportion of adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis (AD) achieved incrementally greater levels of skin improvement with upadacitinib 30 mg than with dupilumab 300 mg at Weeks 16 and 24

Achieving substantial levels of skin improvement with upadacitinib is likely to translate into improvements in overall quality of life for patients with AD

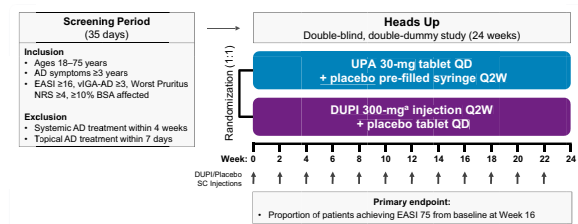
AbbVie Inc. participated in the study design, study conduct, collection, analysis, and interpretation of data and writing, review, and approval of the e-poster. All authors had access to the data, participated in the development, review, and approval of the e-poster, and agreed to the decision to submit the e-poster to the 2022 American Academy of Dermatology Annual Meeting. Data and the authors thank all the study investigators for their contributions and the patients who participated in these studies. AbbVie Inc. funded the research for this study and provided writing support for this e-poster. Medical writing assistance, funded by AbbVie, was provided by Nancy Ngudata, PhD, and Celia A.S. Conzel, PhD, of JB AbbVie. JB is an AbbVie employee. Contributions to AbbVie, Dermatology, Global by: CSK, Giovanni de Rosa, LEO Sharma, Leif Wang, Nicholas, Christopher, Dattin, Ted Robinson-Daniel, and the researchers for CSK. JB has served as a consultant or speaker or advisor for AbbVie, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Celis, Genentech, Lilly, Novartis, Pfizer, Sanofi, and UCB. JB has received research support from AbbVie, LEO, Lilly, Janssen, and UCB. Moji W. is a consultant, advisory board member, and/or speaker for AbbVie, Amgen, Astra, Astellas, Galun, Janssen, LEO, Lilly, Pfizer, Regeneron, and Sanofi. Gwyneth, BMC, AMP, TD, and EBA Barbra are employees of AbbVie Inc. and they hold AbbVie stock and/or stock options. JPT is an advisor, investigator, and/or speaker for AbbVie, Amgen, LEO, Lilly, Pfizer, Regeneron, and Sanofi. Gwyneth

INTRODUCTION

- Atopic dermatitis (AD) is a chronic, itchy, inflammatory skin disease that negatively impacts quality of life (QoL)^{1,2}
- Greater improvements in QoL were observed in patients when higher achievements were noted on the Eczema Area and Severity Index (EASI)³
- Upadacitinib (UPA), an oral, selective Janus kinase (JAK) inhibitor with greater potency for JAK1 than JAK2, JAK3, or tyrosine kinase 2,^{4,5} is currently under investigation in the United States and is approved in other countries to treat moderate-to-severe AD in adolescent and adult patients⁶
- In a pooled data analysis from 2 phase 3 trials (Measure Up 1 and Measure Up 2), a greater proportion of patients with moderate-to-severe AD achieved higher thresholds of skin improvement (measured by EASI) with once-daily administration of upadacitinib 15 mg or 30 mg vs placebo⁶
- Superior efficacy for upadacitinib 30 mg vs dupilumab for the treatment of moderate-to-severe AD was demonstrated at Week 16 as reported in the Heads Up study, a phase 3b, randomized, monotherapy clinical trial⁷

METHODS

Figure 1. Study Design



¹UPI 300-mg SC injection administered every other week starting at the Week 2 visit and until the Week 22 visit, after an initial dose of 600 mg at the baseline visit. AD, atopic dermatitis; BSA, body surface area; DUPI, dupilumab; EASI, Eczema Area and Severity Index; NRS, Numerical Rating Scale; QD, once daily; Q2W, once every 2 weeks; SC, subcutaneous; UPA, upadacitinib; vIGA-AD, validated Investigator's Global Assessment for AD.

METHODS (CONTINUED)

Study Design and Treatment¹

- Heads Up (NCT03738397) was a 24-week, head-to-head, phase 3b, multicenter, randomized, double-blinded, double-dummy, active-controlled clinical trial of adults with moderate-to-severe AD (Figure 1)
- Patients were randomized 1:1 to receive either:
 - Oral upadacitinib 30 mg once daily (with a placebo pre-filled syringe every other week)
 - Subcutaneous dupilumab 300 mg every other week (with oral placebo tablet once daily) after a 600-mg loading dose at baseline

Assessments

- Degree of skin improvement was compared between upadacitinib and dupilumab using the proportions of patients who achieved improvement on EASI from baseline:
 - ≥50% improvement in EASI (EASI 50)
 - ≥75% improvement in EASI (EASI 75)
 - ≥90% improvement in EASI (EASI 90)
 - 100% improvement in EASI (EASI 100)
- The distribution of improvement levels was assessed by mutually exclusive categories of EASI improvement thresholds from baseline:
 - EASI <50%
 - EASI 50 to <75%
 - EASI 75 to <90%
 - EASI 90 to <100%
 - EASI 100%

Statistical Analysis

- Distributions were descriptively compared and computed by sequentially calculating the total proportion of patients achieving incrementally greater degrees of skin improvement
- Differences were aggregated to determine the total proportion of patients achieving incrementally greater improvement levels
- Nonresponder imputation incorporating multiple imputation to handle missing data due to COVID-19 (NRI-C) was used for nonresponder imputation only if there were no missing data due to COVID-19

RESULTS

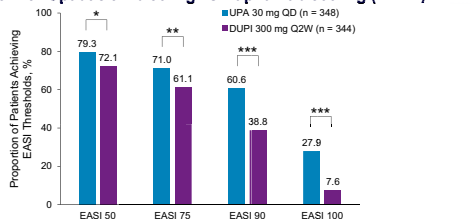
Patients

- A total of 692 patients were included in this analysis (upadacitinib 30 mg once daily, n = 348; dupilumab 300 mg every other week, n = 344)

Degree and Distribution of Skin Improvement

- A greater proportion of patients achieved skin improvements with upadacitinib than with dupilumab at Week 16 for each of the EASI categories (Figure 2)

Figure 2. Greater EASI 50, EASI 75, EASI 90, and EASI 100 Responses at Week 16 with Upadacitinib 30 mg vs Dupilumab 300 mg (NRI-C)



*P < .05, **P < .01, ***P < .001. EASI 75/90/100 were multiplicity-controlled endpoints, while EASI 50 was a post hoc analysis. EASI categories are not mutually exclusive. DUPI, dupilumab; EASI, Eczema Area and Severity Index; NRI-C, nonresponder imputation incorporating multiple imputation to handle missing data due to COVID-19; QD, once daily; Q2W, once every 2 weeks; UPA, upadacitinib.

- Distribution comparisons of EASI improvement levels at Week 16 showed that the total proportion of patients achieving incrementally greater skin improvement levels was 59.2% with upadacitinib vs dupilumab (Figure 3)

- EASI improvements among dupilumab-treated patients were numerically higher at Week 24 relative to Week 16, though the total proportion of patients who achieved incrementally greater skin improvement levels with dupilumab was 28.1% lower relative to upadacitinib

Figure 3. Incrementally Greater Skin Improvement with Upadacitinib 30 mg Compared with Dupilumab 300 mg (NRI-C)



EASI categories are mutually exclusive. DUPI, dupilumab; EASI, Eczema Area and Severity Index; NRI-C, nonresponder imputation incorporating multiple imputation to handle missing data due to COVID-19; QD, once daily; Q2W, once every 2 weeks; UPA, upadacitinib.

References

1. Silverberg JI, et al. *JAMA Dermatol*. 2021;157:1047-56.
2. Chen S, et al. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022;14:123-32.
3. Reich K, et al. Eczema Area and Severity Index (EASI) and validated Investigator's Global Assessment of Atopic Dermatitis (vIGA-AD) response are associated with improvements in other outcome measures: an analysis of phase 3 trials of dupilumab in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis (AD). *11th Global Rapid International Symposium on Atopic Dermatitis (ISAD Hybrid Meeting)*, April 19-20, 2021.
4. Wang J, et al. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2015;34:920-925.
5. Paller AS, et al. *BMJ*. 2019;365:g000000.
6. Reich K, et al. Achieving incrementally greater skin improvement thresholds with upadacitinib in moderate to severe atopic dermatitis. *Abstract analysis of two phase 3 studies (Measure Up 1 and Measure Up 2)*. 2021 RevolvingStage Atopic Dermatitis (RAD) Virtual Conference, June 10, 2021.

Effect of Upadacitinib on Hand Eczema in Patients With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Results From Two Phase 3 Trials (Measure Up 1 and Measure Up 2)

Eric L Simpson¹, Kassim Rahawi², Xiaofei Hu², Allan R Tenorio³, Chudi I Nduka², Sasha Jazayeri³, Peter Lio⁴, Charles Lynde⁵, Marie LA Schuttelaar⁶

¹Department of Dermatology, Oregon Health and Science University, Portland, Oregon, United States; ²AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States; ³Alliance Dermatology and Mohs Center PC, Phoenix, Arizona, United States; ⁴Department of Dermatology, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, Illinois; Medical Dermatology Associates of Chicago, Chicago, Illinois, United States; ⁵Lynde Institute of Dermatology and Probiy Medical Research, Markham, Ontario, Canada; ⁶Department of Dermatology, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands

Presented at the 96th National Congress SIdemaST • Milano, Italy • 22-25 June 2022

INTRODUCTION

• Hand eczema is common in patients with atopic dermatitis (AD) and may cause pain, impair function, restrict activities of daily living, worsen quality of life, and can be difficult to treat¹

• Since the etiology of hand eczema is often multifactorial, other factors, eg, irritant contact dermatitis or allergic contact dermatitis could contribute to hand eczema in patients with AD¹

• Upadacitinib (UPA) is an oral Janus kinase (JAK) inhibitor with greater inhibitory potency for JAK1 than JAK2, JAK3, and tyrosine kinase 2²

• In 3 large phase 3 randomized controlled studies³⁻⁵, UPA 15 mg (UPA15) or UPA 30 mg (UPA30) with or without topical corticosteroids for 16 weeks was superior to placebo (PBO) in adults and adolescents with moderate-to-severe AD

• The majority of patients with HECSI measurements at baseline had moderate-to-severe hand eczema

Table 2. Hand Eczema Disease Characteristics at Baseline

Baseline Hand Eczema Disease Characteristics	Measure Up 1			Measure Up 2		
	UPA 15 N = 281	UPA 30 N = 285	PBO N = 281	UPA 15 N = 276	UPA 30 N = 282	PBO N = 278
Patients with Hand Eczema at Baseline, n (%)	281 (100)	285 (100)	280 (100)	275 (99.6)	282 (100)	276 (99.3)
Baseline HECSI Score (Mean [SD])	48.4 (47.8)	48.3 (55.5)	41.6 (46.8)	43.8 (50.44)	45.1 (48.6)	40.7 (46.0)
Median [min, max]	34.0 (0-274)	26.0 (0-296)	25.0 (0-236)	29.0 (0-300)	32.0 (0-324)	25.5 (0-240)
Almost Clear (HECSI 1 to <17)	105 (37.4)	111 (38.9)	107 (38.2)	107 (38.9)	89 (31.6)	103 (37.3)
Moderate (HECSI 17 to <38)	46 (16.4)	50 (17.5)	58 (20.7)	62 (22.5)	66 (23.4)	66 (24.1)
Severe (HECSI 38 to <117)	103 (36.7)	89 (31.2)	91 (32.5)	79 (28.7)	101 (35.8)	101 (36.4)
Very Severe (HECSI ≥117)	27 (9.6)	35 (12.3)	24 (8.6)	27 (9.8)	26 (9.2)	6.5 (2.3)

HECSI, Hand Eczema Severity Index; PBO, placebo; UPA, upadacitinib.

• UPA15 and UPA30 treatment resulted in a significant reduction from baseline in HECSI score compared to PBO as early as Week 1 and through Week 16 (Figure 2) and is demonstrated in representative clinical trial photos of UPA30 treatment over time (Figure 3)

• Significantly greater proportions of patients receiving either UPA15 or UPA30 achieved HECSI 75 compared with PBO as early as Week 1 and through Week 16 (Figure 4)

• Significantly greater proportions of patients with mild (Figure 5A) and moderate-to-severe (Figure 5B) hand eczema at baseline receiving either UPA15 or UPA30 achieved HECSI 75 compared with PBO as early as Week 1 and through Week 16; numerically greater proportions of patients with moderate-to-severe baseline HECSI than mild HECSI achieved HECSI 75

OBJECTIVE

• To evaluate the effect of UPA monotherapy on hand eczema in patients with moderate-to-severe AD in the Measure Up 1 and Measure Up 2 studies

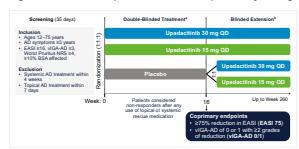
METHODS

STUDY DESIGN

• Data from 2 global, replicate randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter phase 3 studies (Measure Up 1 [NCT03569293] and Measure Up 2 [NCT03607422]) were used to assess the impact of UPA on hand eczema in adolescents and adults with moderate-to-severe AD (≥10% of affected body surface area, Eczema Area and Severity Index [EASI] ≥16, validated Investigator's Global Assessment for AD [IGA-AD] ≥3, and Worst Pruritus Numerical Rating Scale [NRS] score ≥4)

• Adolescents (12 to <18 years) and adults (18 to 75 years) with moderate-to-severe AD were randomized 1:1:1 to UPA15, UPA30, or PBO orally once daily, as monotherapy for 16 weeks (Figure 1)

Figure 1. Measure Up 1 and Measure Up 2 Study Design



*Data reported here are from the double-blind treatment period.
 †The blinded extension period is ongoing.
 AD, atopic dermatitis; EASI, Eczema Area and Severity Index; NRS, Numerical Rating Scale; QD, once daily; UGA-AD, validated Investigator's Global Assessment for AD.

ASSESSMENTS:

• Hand Eczema Severity Index (HECSI) is a widely used instrument with scores 0–360 (Table 1) and with reliability, responsiveness, and interpretability recently demonstrated⁶

Table 1. HECSI Severity Banding

HECSI Score (0-360)	Severity
0	Clear
1 to 16	Almost Clear
17 to 37	Moderate
38 to 116	Severe
≥117	Very Severe

HECSI, hand eczema severity index.

METHODS (CONTINUED)

- Percent change from baseline in HECSI (pre-specified additional endpoint)
- Overall patients (ITT population)
- Proportion of patients achieving a 75% improvement in Hand Eczema Severity Index (HECSI 75)
- Overall patients (ITT population)
- Stratified by baseline HECSI severity
- For continuous endpoints, outcomes were calculated using Mixed-Effect Model Repeat Measurement (MMRM) analysis for patients with HECSI outcome measurement
- For categorical endpoints, non-responder imputation incorporating multiple imputation to handle missing data due to COVID-19 was used (NRI-C)
- For each measurement of each study, patients with non-measurement at the specific visit and non-zero measurement at baseline were included in the analysis
- Measurements after receiving rescue were considered as missing

RESULTS

• Of the 847 and 836 patients who enrolled in Measure Up 1 and Measure Up 2, respectively, 847/847 (100%) and 833/836 (99.6%) had HECSI measurements at baseline (Table 2)

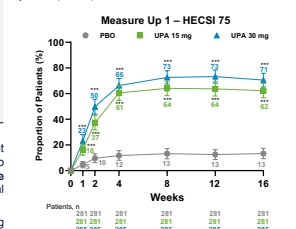
© AbbVie Inc. 2021

D. Week 16: HECSI = 2



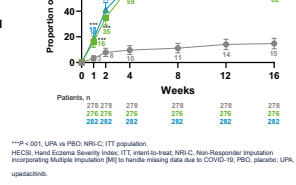
Representative patient images of hand eczema assessments over time following UPA30 treatment in Measure Up 2. A, Baseline assessment (HECSI = 97, severe); B, Week 2 assessment (HECSI = 33, moderate); C, Week 4 assessment (HECSI = 20, moderate); Week 16 assessment (HECSI = 2, almost clear).

Figure 4. Proportion of Patients Achieving HECSI 75 by Visit (NRI-C)



***P < .001, UPA vs PBO; NRI-C, ITT population. HECSI, Hand Eczema Severity Index; ITT, intent-to-treat; NRI-C, Non-Responder Imputation incorporating Multiple Imputation (MI) to handle missing data due to COVID-19; PBO, placebo; UPA, upadacitinib.

Figure 2. LS Mean Percent Change in Baseline HECSI (MMRM)



***P < .001, **P < .01, *P < .05, UPA vs PBO; MMRM, Mixed-Effect Model Repeat Measurement; PBO, placebo; UPA, upadacitinib.

Figure 3. Clinical Images of HECSI Assessment Over Time

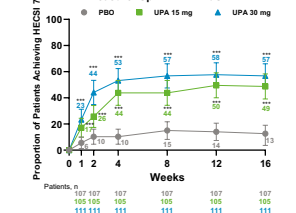
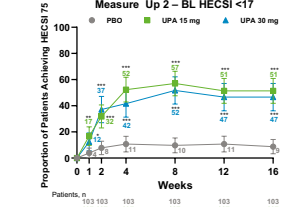
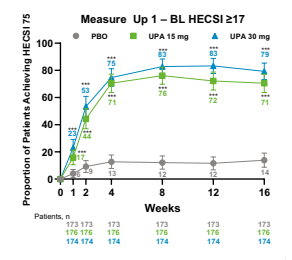


Figure 5. Proportion of Patients Achieving HECSI 75 by Visit Stratified by Baseline HECSI (NRI-C)



***P < .001, **P < .01, *P < .05, UPA vs PBO; NRI-C, ITT population. HECSI, Hand Eczema Severity Index; ITT, intent-to-treat; NRI-C, Non-Responder Imputation incorporating Multiple Imputation (MI) to handle missing data due to COVID-19; PBO, placebo; UPA, upadacitinib.

B. Baseline HECSI ≥17



***P < .001, **P < .01, *P < .05, UPA vs PBO; NRI-C, ITT population. HECSI, Hand Eczema Severity Index; ITT, intent-to-treat; NRI-C, Non-Responder Imputation incorporating Multiple Imputation (MI) to handle missing data due to COVID-19; PBO, placebo; UPA, upadacitinib.

Figure 5. Proportion of Patients Achieving HECSI 75 by Visit Stratified by Baseline HECSI (NRI-C)

Figure 5. Proportion of Patients Achieving HECSI 75 by Visit Stratified by Baseline HECSI (NRI-C)

• Over 90% of patients with AD had concomitant hand eczema at baseline, with average baseline HECSI scores consistent with severe disease

• At Week 16, a 68% and 74% mean improvement in HECSI was observed with UPA15 and UPA30, respectively, well above the minimally important change of 59%⁶

• A significantly greater proportion of patients in both dosing groups achieved HECSI 75 compared to PBO as early as Week 1 and through Week 16

• UPA15 and UPA30 treatment was effective in patients with mild as well as moderate-to-severe hand eczema, with a greater effect in patients with moderate-to-severe HECSI scores

• UPA15 and UPA30 monotherapy provided rapid and sustained improvement in hand eczema compared to PBO through Week 16 in patients with moderate-to-severe AD

• These results suggest that UPA may be an effective treatment option for hand eczema of any severity seen in patients with moderate-to-severe AD

DISCUSSION

ACKNOWLEDGMENTS

AbbVie and the authors thank all study investigators for their contributions and the patients who participated in this study. Medical writing support was provided by Priya S Mathur, PhD, of AbbVie Inc.

REFERENCES

- Silverberg, et al. *Dermatitis*. Published online 30 Sept 2020.
- Farrer, et al. *BMJ Rheumatology*. 2018;18:223.
- Gutman-Yassky, et al. *Lancet*. 2021;397(10290):2151-68.
- Reich K, et al. *Lancet*. 2021;397(10290):2169-81.
- Oosterling, et al. *Br J Dermatol*. 2020 Apr;183(4):932-9.

DISCLOSURES

EL Simpson received personal fees from AbbVie, Anacor, Bausch Health (Valeant), Boehringer Ingelheim, Dermavant, Forté Pharma, Incyte, Lilly, LEO Pharma, MedImmune, Meno Therapeutics, Pfizer, Pierre Fabre, Regeneron, Rovant, and Sanofi and received grants from AbbVie, Amgen, Celgene, Chugai, Galderma, Genentech, Kyowa Kirin, Lilly, LEO Pharma, MedImmune, Merck, Novartis, Pfizer, Regeneron, Sanofi, Toga Pharmaceuticals, and Vanda. K Rahawi, X Hu, AR Tenorio, CL Nduka are full-time employees of AbbVie Inc. and may hold AbbVie stock and/or stock options. S Jazayeri has acted as the Principal Investigator, received research funding, speaker and/or consultant for from: AbbVie, Amgen, Anaphis, Athenex, Abgenomics, Bausch Health Americas Valeant, Bellus, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb (BMS), Cohesity Biosciences, Corona, LLC, Dermavant, DermTech, Dermira, DS Biopharma, Eli Lilly and Company, Galderma, Genentech, Health Analytics, Inovavio, ILVIA Biotech, Janssen Biotech, Karlson, Kiniksa, LEO Pharmaceuticals, MC2 Therapeutics, Novartis, Novartis, Pfizer, Regeneron, Sanofi, Tolar, UCB Biopharma, Xenopoint (now Arbor Pharmaceuticals), Watson. P Lio reports research grants/funding from Regeneron/Sanofi Genzyme, ACI Biome, and AbbVie; is on the speaker's bureau for Regeneron/Sanofi Genzyme, Eli Lilly, Pfizer, and Galderma; reports consulting/advisory boards for UCB, Dermavant, Regeneron/Sanofi Genzyme, Dermira, Pfizer, LEO Pharmaceuticals, AbbVie, Kiniksa, Eli Lilly, Meno Therapeutics, Galderma, IntraDerm, Exeltis, Realm Therapeutics, C Lynde has acted as a principal investigator, speaker and/or consultant for AbbVie, Amgen, Anaphis, Avilion, Arcutis, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Cipher Genentech, Glenmark, Incyte, Janssen, LEO Pharma, Kyowa, Pfizer, and Merck. M-L Schuttelaar received research funding from Regeneron/Sanofi Genzyme and has acted as the principal investigator, advisory board member, speaker or consultant for AbbVie, Eli Lilly, Galderma, LEO Pharma, Pfizer.

AbbVie Inc. funded the research for these studies and provided writing support for this presentation. AbbVie participated in the study design; study research; collection, analysis, and interpretation of data; and writing, reviewing, and approving the abstract for submission. All authors had access to the data, participated in the development, review, and approval of the abstract, and agreed to submit this presentation to the 30th EADV Congress for consideration as an oral presentation.

PANNICULITE PANCREATICA: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Sorci M.R.¹, Landi C.¹, Lombardi A.R.², Frassetto A.¹, Vichi S.¹, Tiberio R.¹, Conti A.¹

¹SC Dermatologia, Ospedale Infermi di Rimini, AUSL Romagna, ²UO Anatomia Patologica, Ospedale Infermi di Rimini, AUSL Romagna

Introduzione. La panniculite pancreatica (PP) è una rara variante di panniculite lobulare che colpisce dallo 0,3 al 3% dei soggetti affetti da patologia pancreatica. Interessa prevalentemente donne tra 40 e 60 anni e si manifesta con noduli eritematosi sottocutanei dolenti, localizzati agli arti inferiori ed al tronco; le lesioni spesso tendono ad ulcerarsi spontaneamente. La causa di tali manifestazioni non è nota, tuttavia si ipotizza che, in corso di patologia pancreatica, il rilascio di lipasi, tripsina ed amilasi possa causare un aumento della permeabilità del microcircolo a cui farebbe seguito l'idrolisi dei trigliceridi; il glicerolo e gli acidi grassi liberi così prodotti porterebbero alla necrosi dei grassi ed alla risposta infiammatoria. L'esame istologico è caratterizzato da una panniculite lobulare senza vasculite con infiltrato neutrofilo, necrosi coagulativa del tessuto adiposo e cellule fantasma: queste ultime sono adipociti privi di nucleo con citoplasma infarcito di fine materiale granulare eosinofilo.

Caso clinico. Figure 1 e 2. Donna di 82 anni affetta da dolore addominale post-prandiale non associato a nausea e vomito. Le indagini radiologiche (ecografia dell'addome e TC) evidenziavano un aumento di volume del pancreas con edema e con lieve dilatazione

del Wirsung, del coledoco e delle vie biliari intraepatiche. Gli esami ematici evidenziavano un incremento dei valori di bilirubina, transaminasi, lipasi e PCR. Il quadro clinico è risultato compatibile con una pancreatite. A livello cutaneo erano presenti 8 noduli eritematosi asintomatici, localizzati agli arti superiori ed inferiori.

Figure 3 e 4. L'esecuzione della procedura chirurgica di biopsia per l'esame istologico mostrava la fuoriuscita di materiale brunastro oleoso; l'esame istologico evidenzia un tessuto adiposo sottocutaneo con flogosi granulocitaria neutrofila suppurativa e necrosi di tipo enzimatica con evidenza di cellule ombra. Una volta risolto il quadro di pancreatite, le lesioni hanno mostrato un progressivo miglioramento in 2 settimane, fino alla remissione completa.

Conclusioni. La Panniculite Pancreatica è una rara variante di panniculite lobulare. Nel 40% dei casi le manifestazioni cutanee precedono di mesi la sintomatologia addominale; in caso di carcinoma pancreatico occulto la panniculite può essere una spia decisiva per l'identificazione del tumore. In assenza di una terapia specifica, la risoluzione della malattia pancreatica rappresenta la chiave per ottenere la remissione delle lesioni cutanee.

Bibliografia

- Cutaneous Manifestations in Pancreatic Diseases-A Review. Miulescu R. J Clin Med. 2020 Aug 12;9(8):2611.
 Pancreatic panniculitis in a patient with pancreatic-type acinar cell carcinoma of the liver—case report and review of literature. Zundler S, Erber R. BMC Cancer. 2016 Feb 20;16:130.
 Pancreatic panniculitis. Rongioletti F.G Ital Dermatol Venereol. 2013 Aug;148(4):419-25.

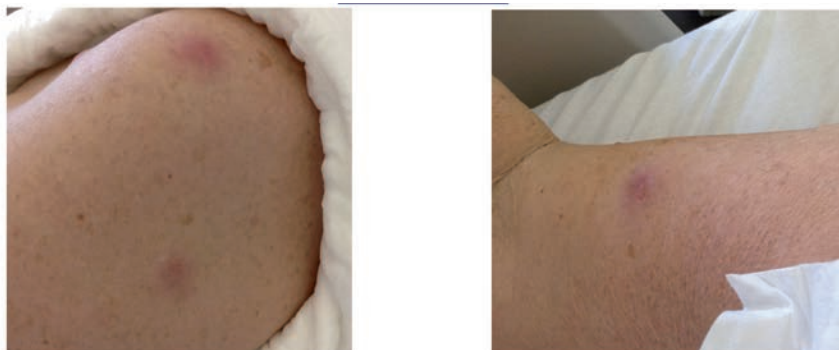


Figure 1 e 2 Donna di 82 anni affetta da dolore addominale post-prandiale non associato a nausea e vomito. Le indagini radiologiche (ecografia dell'addome e TC) evidenziavano un aumento di volume del pancreas con edema e con lieve dilatazione del Wirsung, del coledoco e delle vie biliari intraepatiche. Gli esami ematici evidenziavano un incremento dei valori di bilirubina, transaminasi, lipasi e PCR. Il quadro clinico è risultato compatibile con una pancreatite. A livello cutaneo erano presenti 8 noduli eritematosi asintomatici, localizzati agli arti superiori ed inferiori.



Figure 3 e 4 L'esecuzione della procedura chirurgica di biopsia per l'esame istologico mostrava la fuoriuscita di materiale brunastro oleoso; l'esame istologico evidenzia un tessuto adiposo sottocutaneo con flogosi granulocitaria neutrofila suppurativa e necrosi di tipo enzimatica con evidenza di cellule ombra. Una volta risolto il quadro di pancreatite, le lesioni hanno mostrato un progressivo miglioramento in 2 settimane, fino alla remissione completa.

Efficacy of risankizumab in psoriasis patients participating in the VALUE multi-country post-marketing observational study

Diamant Thaçi,¹ Mamitaro Ohtsuki,² Julia Tóth³, Mauli Andrea Szegedi,⁴ Paula C Luna,⁵ (F)Rongwei Wang,⁶ Christopher Johnson,⁷ Ahmed M. Soliman,⁸ Christian Kaufmann,⁹ Kim A. Papp¹⁰
¹Institute and Comprehensive Center Inflammation Medicine, University of Lübeck, Lübeck, Germany, ²Department of Dermatology, Jichi Medical University, Shimotsuke, Japan, ³Department of Dermatology, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland, ⁴Department of Dermatology, Faculty of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary, ⁵Servizio de Dermatologia, Hospital Aleman, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, ⁶ABBVIE Inc., North Chicago, IL, USA, ⁷UCLA, ⁸Papp Clinical Research and Proton Medical Research, Waterloo, ON, Canada

OBJECTIVE

Evaluate the efficacy of risankizumab compared to other biologics in the real world post-marketing observational study VALUE at 52 weeks

CONCLUSIONS

- Patients receiving risankizumab achieved significantly lower PASI scores and higher rates of PASI 90 and 100 achievement
- Treatment with risankizumab significantly improved health related quality of life and treatment satisfaction compared to other biologics
- Patients treated with risankizumab were significantly more likely to maintain PASI 90 and less likely to switch treatments

AbbVie and the authors thank the participants, study sites, and investigators who participated in this clinical trial. AbbVie funded this trial and participated in the trial design, research, analysis, interpretation of data, and the review and approval of the publication. All authors had access to relevant data and participated in the drafting, review, and approval of this publication. No honorarium payments were made for authorship. Medical writing support was provided by Trisha Rettig, PhD of AbbVie.
 † There has been an amendment and authors' names have been updated accordingly. The following companies/individuals provided financial support for the following companies/individuals: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Celgene, GSK, Lilly, Galapagos, Galderma, Glaxo, LEO Pharma, Janssen-Cilag, Morphoss, Novartis, Pfizer, Sanofi, Sun-Pharma, Regeneron and UCB. M. Ohtsuki has received honoraria or fees for serving on advisory boards or speakers' bureaus, fees for consulting, and grants for investigator activities from AbbVie, Amgen, BMS, Celgene, Eisai, Janssen, Kyowa Kirin, LEO, Lilly, Maruho, Mitsubishi Tanabe Pharma, Novartis, Pfizer, Sun-Pharma, Daiichi, Dai, and UCB. Dr. Wang has served as an advisor and/or received speaking fees and/or participated in clinical trials sponsored by AbbVie, Amgen, Janssen, BMS, Celgene, Eli Lilly, LEO Pharma, Janssen-Cilag, MSD, Novartis, Pfizer, Phars, Ferring, Biogen, Sanofi, UCB, A. Szegedi has received honoraria and lecture fees from Celgene, Eli Lilly, Janssen Pharmaceutical, LEO Pharma, AbbVie, Novartis, MSD, Pfizer, Galderma and Sanofi. P.C. Luna has received consulting fees, honoraria, or grant support for lecturing fees from AbbVie, Amgen, Boehringer Ingelheim, Janssen, Novartis, Pfizer, Sanofi, and Sanofi. H. Wang, C. Johnson, M. Soliman, and C. Kaufmann are full-time paid employees of AbbVie and may own stock, stock options, or contracts. A. Papp has received honoraria and lecture fees from AbbVie, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Galapagos, Galderma, Genentech, GlaxoSmithKline, Janssen, Kyowa-Hakko Kirin, Leo Pharma, MedImmune, Moll Sotika Pharma Merck-Serono, Merck Sharp & Dohme, Mitsubishi Pharma, Moderna, Novartis, Pfizer, PDL Research, Regeneron, Roche, Sanofi-Aventis, Genentech, Sun-Pharma, Takeda, and UCB.

INTRODUCTION AND METHODS

Introduction

- A variety of biologic treatments are available for the treatment of psoriasis (PsO)
- Real world studies are vital for understanding the actual usage and efficacy of these biologic treatments
- Risankizumab (RZB) is a humanized monoclonal antibody that inhibits IL-23 and is approved for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis and psoriatic arthritis (PsA)

Study Design

- VALUE [NCT03292394] is an ongoing multi-country prospective post-marketing observational study for RZB compared to other biologics approved for the treatment of PsO
- Treatment decisions were made independent of the study enrollment and patients were enrolled at a 2:1 allocation ratio of RZB to other biologics
- Patients were treated with their biologic as prescribed by their physician

Analysis

- Psoriasis Area and Severity Index (PASI) scores, Dermatology Life Quality Index (DLQI) scores, Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), static Physician's Global Assessment (sPGA), and changes to treatment were collected at baseline, week 4, and every 12 weeks thereafter. Safety is not reported in this analysis.
- Descriptive statistics were summarized for both continuous and categorical variables from an interim database lock on 11 Oct 2021
- Results are reported by modified non-responder imputation (mNRI - primary analysis) and propensity score matched (PSM - secondary analysis)
- mNRI - Patients who switched to another biologic or discontinued the initiated biologic due to lack of effectiveness or intolerability are judged as treatment failure for subsequent visits
- PSM - a 1:1 propensity score match using greedy algorithm and exact match for bio-naïve/bio-experienced status

RESULTS

Table 1. Demographics and Baseline Characteristics

	RZB 150 mg (N=1445)	Other Biologics (N=705)
Sex, female, % (n)	36.2 (521)**	44.6 (n=314)
Age, years, mean (SD)	49.0 (14.85)*	47.8 (14.49)
BMI, kg/m ² , mean (SD)	29.7 (6.96)	29.1 (6.56)
Years since diagnosis s2, % (n)	6.1 (88)	7.5 (53)
PASI, mean (SD)	15.2 (9.06)*	14.2 (9.15)
sPGA, mean (SD)	2.7 (0.74)*	2.6 (0.76)
Psoriatic Arthritis, % (n)	14.5 (210)**	28.7 (202)
BSA, mean (SD)	22.8 (18.55)*	20.6 (17.02)
DLQI, mean (SD)	12.4 (7.57)	12.5 (7.77)
Bio-experienced, % (n)	47.1 (681)**	36.2 (255)

*P-value < 0.05, ** P-value < 0.001
 BSA, body surface area; DLQI, Dermatology Life Quality Index; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; RZB, risankizumab; sPGA, static Physician's Global Assessment

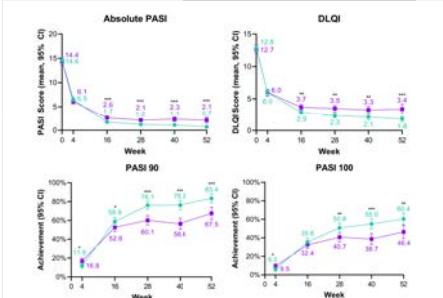
Study Demographics and Baseline Characteristics

- This ongoing study has enrolled 2150 of the estimated 2700 total patients
- Patients receiving RZB were generally older, less likely to be female or have a PsA diagnosis and more likely to be bio-experienced (Table 1)
- Patient receiving RZB had higher baseline PASI, sPGA, and BSA (Table 1)
- Baseline characteristics are similar for the 1300 1:1 PSM patients

Efficacy, Quality of Life, and Treatment Satisfaction Results

- Beginning at week 16, patients treated with RZB, compared to other biologics had significantly lower absolute PASI scores (Figure 1, Table 2)
- PASI 90 and 100 achievement rates were significantly higher in patients treated with RZB compared to those treated with other biologics (Figure 1, Table 2)

Figure 1. Treatment with RZB Significantly Improved PASI and DLQI Results Compared to Other Biologics



Results reported by propensity score match. *P-value < 0.05, ** P-value < 0.01, *** P-value < 0.001
 BSA, body surface area; DLQI, Dermatology Life Quality Index; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; RZB, risankizumab

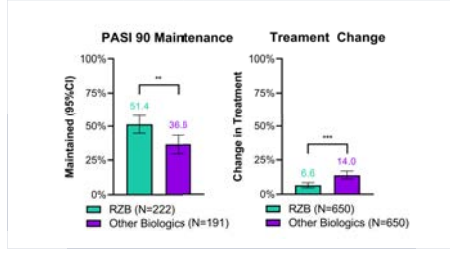
- DLQI scores were significantly higher in patients receiving RZB compared to those receiving other biologics beginning at week 16 (Figure 1, Table 2)
- Patients treated with RZB were significantly more satisfied with their treatment than those treated with other biologics at week 52 (Table 2)
- sPGA scores, beginning at week 16, were significantly higher in patients treated with RZB compared to those treated with other biologics (Table 2)

Table 2: RZB Treatment Resulted in Significantly Higher Efficacy and Satisfaction Compared to Other Biologics

	16 Weeks		52 Weeks	
	RZB 150 mg*	Other Biologics*	RZB 150 mg*	Other Biologics*
Absolute PASI score, mean, (SD)				
mNRI	2.0 (3.32)**	2.6 (4.03)	1.0 (2.15)***	2.1 (4.16)
PSM	1.7 (2.53)***	2.6 (4.10)	0.7 (1.93)***	2.1 (4.26)
DLQI Score, mean, (SD)				
mNRI	2.9 (4.29)**	3.7 (5.09)	1.9 (3.43)***	3.4 (5.36)
PSM	2.9 (4.32)**	3.7 (5.14)	1.8 (3.21)***	3.4 (5.39)
PASI 90 achievement, %				
mNRI	57.8 [595/1029]	52.9 [268/509]	77.3*** [282/494]	67.5 [135/200]
PSM	58.9 [281/477]**	52.6 [255/485]	83.4*** [191/229]	67.5 [129/191]
PASI 100 achievement, %				
mNRI	35.5 [369/1040]	32.9 [170/516]	56.6* [283/500]	47.3 [95/201]
PSM	35.6 [170/478]	32.4 [159/490]	60.4** [139/230]	46.4 [89/192]
TSQM Global Satisfaction Score, mean (SD)				
mNRI	81.3 (20.62)***	76.7 (23.01)	86.0 (18.28)**	77.6 (24.06)
PSM	84.6 (16.63)	82.6 (16.66)	88.3 (15.62)*	84.7 (16.48)
sPGA 0/1 achievement, %				
mNRI	79.5 [822/1034]**	73.8 [377/511]	86.7 [430/496]**	76.6 [154/201]
PSM	79.5 [376/473]**	73.6 [356/484]	89.6 [206/230]**	77.1 [148/192]

*P-value < 0.05, ** P-value < 0.01, *** P-value < 0.001
 mNRI, modified non-responder imputation; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; PSM, propensity score match; TSQM, Treatment satisfaction questionnaire for medication

Figure 2: Patients Treated with RZB Maintained Their Improvements



Results reported by propensity score match. ** P-value < 0.01, *** P-value < 0.001
 RZB, risankizumab

PASI 90 Maintenance and Treatment Change

- For patients achieving PASI 90 at week 16 (RZB N=650, other biologics N=650), a significantly higher proportion of patients receiving RZB (51.4% [142/276]) compared to other biologics (38.6% [70/181]) maintained PASI 90 at week 52 (Figure 2)
- Over 52 weeks, significantly fewer patients receiving RZB (6.6%) changed treatments than did those receiving other biologics (14.0%) (Figure 2)

Limitations

- A large, broader patient population is being enrolled and methodology to account for confounding is employed. However, there could be residual confounding that may have not been fully accounted for.
- The active comparison arm includes different biologics approved for psoriasis and no comparison with a single agent is made here

ORTICARIA INSORTA IN UNA PAZIENTE CON PSORIASI IN TRATTAMENTO CON ADALIMUMAB

Uzzauto M.T., Raffaella M., Vozza G., Trotta G., Donnarumma M.

UOC Dermatologia, Ospedale Tortora Pagani

AN, donna, 60 anni affetta da psoriasi da circa 20 anni, trattata con scarsi risultati con topici e metotrexate. La paziente presentava esteso coinvolgimento cutaneo con un BSA di 28 e un PASI di 21.

La paziente, sovrappeso, non presentava altre comorbidità. Pertanto si prescriveva terapia con Adalimumab biosimilare come da scheda tecnica. La paziente riferiva dopo circa 7 giorni dalla prima somministrazione la comparsa di intenso prurito e di pomfi di diverso diametro (1-5 cm) diffusi ad arti e tronco. Pertanto, nel sospetto di un orticaria, si prescriveva terapia con antistaminici e cortisonici sistemici con parziale beneficio. La paziente continuava la terapia con Adalimumab. Tuttavia presentava peggioramento delle manifestazioni con intenso dermografismo cutaneo e pomfi diffusi a tronco ed arti.



Pertanto, sebbene si fosse assistito ad un netto miglioramento clinico delle manifestazioni da psoriasi (PASI da 28 a 7), si decideva di sospendere la terapia con Adalimumab. A circa 1 mese dalla sospensione la paziente riferiva netto miglioramento della sintomatologia pruriginosa e scomparsa delle manifestazioni pomfoidi e del dermografismo. Tuttavia, si assisteva ad una riaccensione delle manifestazioni psoriasiche. Pertanto la paziente veniva trattata con GUSELKUMAB con buona tollerabilità.

Gli agenti biologici hanno rivoluzionato il trattamento della psoriasi, tuttavia il loro sempre più diffuso utilizzo ha determinato un incremento di eventuali effetti collaterali su base immunologica.

I dati in letteratura mostrano che reazioni allergiche (rash allergico, reazione anafilattoide, eritema fisso, e orticaria) sono state osservate nell'1% dei pazienti trattati con Adalimumab negli studi clinici.

L'orticaria indotta da Adalimumab sembra essere un evento raro. Tuttavia, poiché questo farmaco trova ampio utilizzo per una varietà di condizioni reumatologiche e dermatologiche è necessaria la conoscenza di questo potenziale effetto collaterale cutaneo della terapia.

PAZIENTE DI 70 ANNI CON IRC AFFETTA DA SCABBIA NORVEGESE, TRATTATA CON SUCCESSO CON IVERMECTINA

Uzzauto M.T., Manzo R., Vozza G., Trotta G., Donnarumma M.

UOC Dermatologia, Ospedale Tortora Pagani

Introduzione. C., donna di 70 anni, affetta da Insufficienza Renale Cronica (IRC) in terapia emodialitica riferiva ripetuta applicazione di scabiocidi per pregressa infezione da scabbia. La paziente presentava un'eruzione vescico-bollosa localizzata a tronco ed estremità interpretata come una reazione all'eccesso di topici applicati al domicilio. La dermatosi bollosa rientrava nell'arco di circa 10 giorni con l'applicazione di lenitivi, ma si evidenziava eritema con spesse squame biancastre diffuse a gran parte della superficie corporea come da scabbia crostosa/norvegese.

Materiali e Metodi. Data l'estensione delle manifestazioni ed i precedenti trattamenti topici effettuati, la paziente è stata trattata con ivermectina orale 3 mg, recentemente autorizzata per il trattamento della scabbia e della scabbia norvegese dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). La paziente effettuava 4 cicli di terapia (4 cp/die 1 volta a settimana).

Risultati. A circa 1 mese dell'inizio della terapia si osservava netto miglioramento clinico, con completa risoluzione delle lesioni cutanee e del prurito. La paziente non presentava alcun effetto collaterale alla terapia.

Discussione. La scabbia crostosa (o norvegese) è una forma altamente contagiosa di scabbia, causata da un'importante proliferazione del *Sarcoptes scabiei* (var.hominis) e caratterizzata da lesioni cheratosiche e crostose dovute a una risposta alterata all'infestazione. Si presenta prevalentemente in pazienti con disturbi da immunodeficienza, anziani, pazienti in terapia immunosoppressiva e HIV+.

Questa forma di scabbia presenta un'elevato rischio di morbidità e mortalità in quanto può complicarsi con infezioni batteriche e conseguente sepsi. Pertanto la diagnosi precoce e un adeguato trattamento efficace sono necessari.

Conclusioni. L'ivermectina orale, recentemente autorizzata

in Italia, rappresenta una valida alternativa nel trattamento della scabbia, in particolare in quella crostosa, nel paziente anziano con comorbidità (IRC) ed in polifarmacoterapia.



UN CASO DI LICHEN AMILOIDOSICO (LA) ASSO- CIATO A DERMATITE ATOPICA TRATTATO CON SUCCESSO CON DUPILUMAB

Uzzauto M.T., Vozza G., Manzo R., Trotta G., Donnarumma M.

UOC Dermatologia, 'Andrea Tortora', ASL Salerno, Pagani, Italy

Introduzione. G, un uomo di 64 anni presenta da quattro anni prurito intenso generalizzato e papule grigio-marroni confluenti in placche localizzate ad arti inferiori e glutei. Il paziente è affetto da dermatite atopica e rinite allergica dall'età di 14 anni. Pertanto si effettuava una biopsia compatibile con la diagnosi di Lichen Amiloidosico (LA).

Materiali e metodi. G. aveva praticato diversi trattamenti topici e sistemici a base di cortisone e azatioprina sistemica con scarsi risultati. Pertanto si prescriveva il trattamento con DUPILUMAB 600 mg per via sottocutanea e continuato a 300 mg ogni due settimane.

Risultati. In quattro settimane, G. presentava completa risoluzione del prurito ed in due mesi, miglioramento clinico delle manifestazioni con appiattimento delle placche grigio-marroni.

Dopo 3 mesi di trattamento, il punteggio dell'Eczema Area and Severity Index (EASI) è diminuito da 28 a 14, la Peak Pruritus Numerical Rating Scale (NRS) è diminuita da 9 a 4. Inoltre è stato valutato il miglioramento della qualità di vita della paziente DLQI da 21 a 15 in parallelo con il miglioramento delle manifestazioni eczematose. Il paziente continua il trattamento con dupilumab fino ad oggi (7 mesi) conservando risoluzione del prurito e miglioramento clinico delle manifestazioni.

Conclusioni. Dupilumab è un anticorpo monoclonale umano anti-interleuchina (IL)-4 recettore- α che blocca direttamente IL4 e IL13 sui neuroni sensoriali. Inibisce la produzione di IL31, da parte delle cellule T helper 2. Considerando l'efficacia di dupilumab nel trattamento della LA, potrebbe essere un trattamento di prima linea per la LA generalizzata associata a prurito.



EFFICACIA DI BARICITINIB NELLA PERDITA DI CAPELLI NEI PAZIENTI ADULTI CON ALOPECIA AREATA GRAVE: DATI DA DUE STUDI DI FASE 3, RANDOMIZZATI, CONTROLLATI

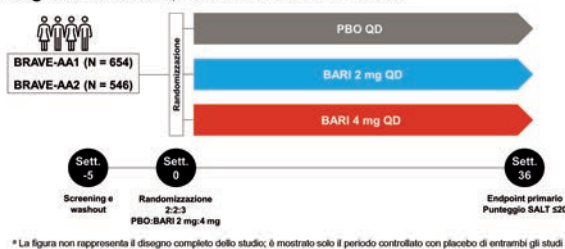
Vañó-Galván S.¹, Tsai T.F.², Reygagne P.³, Petto H.⁴, Dutronc Y.⁴, Huete T.⁴, Durand F.⁴, Foley P.⁵, Bitossi A. (non-author presenter)⁶

¹Trichology Unit, Department of Dermatology, Ramón y Cajal University Hospital, IRYCIS, University of Alcalá, Madrid, Spain; ²National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan; ³Centre Sabouraud, Hôpital Saint-Louis, Paris, France; ⁴Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA; ⁵The University of Melbourne, St Vincent's Hospital Melbourne and Skin Health Institute, Melbourne, Australia; ⁶Eli Lilly and Company, Sesto Fiorentino FI, Italy

Introduzione. Baricitinib è un inibitore orale delle JAK1/JAK2, approvato in Europa per il trattamento degli adulti con alopecia areata (AA) grave. BRAVE-AA1 e BRAVE-AA2, due studi di fase 3, randomizzati, in doppio cieco, controllati vs, placebo, avevano l'obiettivo di dimostrare l'efficacia e la sicurezza di baricitinib nei pazienti con AA grave.

Materiali e Metodi. In entrambi gli studi, pazienti adulti con AA grave (punteggio del Severity of Alopecia Tool [SALT] ≥50) sono stati randomizzati in rapporto 2:2:3 al trattamento con placebo una volta/die, baricitinib 2-mg o baricitinib 4-mg. L'endpoint primario era la percentuale di pazienti che raggiungevano un punteggio SALT ≤20 alla settimana 36 (W36). Sono anche descritte le percentuali di pazienti con miglioramento del punteggio SALT 50%/75%/90% rispetto al basale.

Disegno dello studio^a, BRAVE-AA1 e BRAVE-AA2



Risultati. Rispettivamente negli studi BRAVE-AA1 (N=654) e BRAVE-AA2 (N=546), 598 (91.4%) e 490 (89.7%) pazienti hanno completato 36 settimane di trattamento. In entrambi gli studi, le caratteristiche basali e demografiche dei pazienti erano ben bilanciate tra gruppi di trattamento. Il punteggio medio SALT al basale variava da 84.7 a 86.8, e la durata media dell'episodio corrente di AA variava da 3.5 a 4.7 anni. In entrambi gli studi, alla W36 la

percentuale di pazienti che hanno raggiunto un punteggio SALT assoluto ≤20 è stato significativamente maggiore (p<0.001) nei gruppi baricitinib 4-mg o 2-mg, vs. placebo. Gli eventi avversi più comuni comprendevano l'infezione delle vie aeree superiori, la nasofaringite, la cefalea, l'acne, l'infezione delle vie urinarie, e l'innalzamento della creatinofosfochinasi. Non vi sono stati decessi, infezioni opportunistiche, eventi tromboembolici, o perforazioni gastrointestinali in nessuno dei due studi.

Conclusioni. Dopo 36 settimane di trattamento con baricitinib (4-mg e 2-mg), pazienti con AA grave sono andati incontro a percentuali più elevate di miglioramenti nella ricrescita dei capelli vs. placebo. I risultati di sicurezza erano in linea con il profilo definito per baricitinib.

Caratteristiche al basale e parametri di valutazione della malattia

	BRAVE-AA1			BRAVE-AA2		
	PBO (N = 190)	BARI 2 mg (N = 184)	BARI 4 mg (N = 281)	PBO (N = 156)	BARI 2 mg (N = 156)	BARI 4 mg (N = 234)
Età, anni	37.4 (12.9)	38.0 (12.8)	36.3 (13.3)	37.1 (12.4)	38.0 (13.0)	38.0 (12.7)
Femmine, n (%)	109 (57.7)	109 (59.2)	165 (58.7)	98 (62.8)	103 (66.0)	144 (61.5)
Durata della AA dall'insorgenza, anni	12.6 (11.2)	12.1 (9.8)	11.8 (11.1)	11.8 (10.2)	13.1 (11.8)	11.8 (11.1)
Durata dell'episodio attuale di AA, n (%)						
<4 anni	134 (70.9)	127 (69.0)	189 (67.3)	94 (60.3)	103 (66.0)	140 (59.8)
≥4 anni	55 (29.1)	57 (31.0)	92 (32.7)	62 (39.7)	53 (34.0)	94 (40.2)
Terapia precedente, n %						
Agenti sistemici*	173 (91.5)	163 (88.6)	247 (87.9)	149 (95.5)	144 (92.3)	211 (90.2)
Immunoterapia topica	40 (23.8)	37 (21.0)	84 (29.9)	41 (26.3)	31 (19.9)	63 (26.9)
Punteggio SALT	84.7 (17.8)	86.8 (18.0)	85.3 (18.2)	85.0 (17.8)	85.4 (18.1)	84.2 (18.1)
Gravità, n (%)						
Grave (SALT ≥50)	82 (48.7)	77 (41.8)	133 (47.3)	74 (47.7)	70 (44.9)	115 (48.1)
Molto grave (SALT ≥100)	97 (51.3)	107 (58.2)	148 (52.7)	81 (52.3)	69 (45.1)	119 (50.9)

Tabella 1. Caratteristiche al basale e parametri di valutazione della malattia per i pazienti trattati con PBO, BARI 2 mg e BARI 4 mg in BRAVE-AA1 e BRAVE-AA2. *Include solo le terapie con immunosoppressori/immunomodulatori. I dati sono calcolati come media (deviazione standard) per tutti i dati disponibili, salvo diversamente indicato.

Percentuale di pazienti che raggiungono SALT 50 alla settimana 36

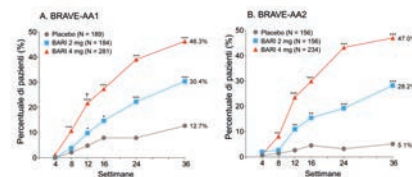


Figura 3. Percentuale di pazienti che hanno raggiunto SALT 50 nel tempo in BRAVE-AA1 (A) e BRAVE-AA2 (B). * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001 vs. PBO dall'analisi di regressione logistica. † Statisticamente significativo vs. PBO dopo aggiustamento per molteplicità negli schemi dei test grafici.

Percentuale di pazienti che raggiungono SALT 75 alla settimana 36

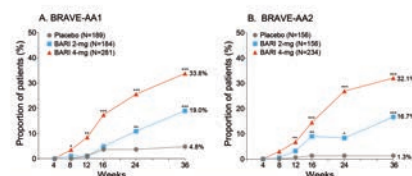


Figura 4. Percentuale di pazienti che hanno raggiunto SALT 75 nel tempo in BRAVE-AA1 (A) e BRAVE-AA2 (B). * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001 vs. PBO dall'analisi di regressione logistica. † Statisticamente significativo vs. PBO dopo aggiustamento per molteplicità negli schemi dei test grafici.

Percentuale di pazienti che raggiungono SALT 90 alla settimana 36

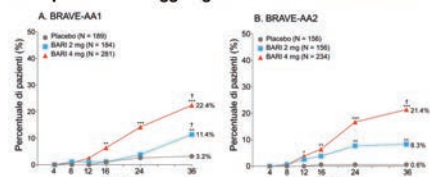


Figura 5. Percentuale di pazienti che hanno raggiunto SALT 90 nel tempo in BRAVE-AA1 (A) e BRAVE-AA2 (B). * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001 vs. PBO dall'analisi di regressione logistica. † Statisticamente significativo vs. PBO dopo aggiustamento per molteplicità negli schemi dei test grafici.

Fotografie cliniche di pazienti con alopecia areata e punteggi SALT corrispondenti al basale e dopo 36 settimane di trattamento con BARI 4 mg o 2 mg



Figura 6: Fotografie cliniche e punteggio SALT corrispondente di quattro pazienti alla settimana 0 e dopo 36 settimane di trattamento con BARI.

n (%)	BRAVE-AA1			BRAVE-AA2		
	PBO (N = 189)	BARI 2 mg (N = 183) ^a	BARI 4 mg (N = 280) ^a	PBO (N = 154) ^a	BARI 2 mg (N = 155) ^a	BARI 4 mg (N = 233) ^a
≥1 AE comparsi durante il trattamento	97 (51,3)	93 (50,8)	167 (59,6)	97 (63,0)	106 (68,4)	154 (66,1)
Gravità degli AE comparsi durante il trattamento						
Lieve	49 (25,9)	60 (32,8)	106 (37,9)	65 (42,2)	60 (38,7)	81 (34,8)
Moderato	41 (21,7)	31 (16,9)	54 (19,3)	28 (18,2)	42 (27,1)	60 (25,8)
Grave	7 (3,7)	2 (1,1)	7 (2,5)	4 (2,6)	4 (2,6)	13 (5,6)
AE gravi	3 (1,6)	4 (2,2)	6 (2,1)	3 (1,9)	4 (2,6)	8 (3,4)
AE che hanno provocato l'interruzione permanente del trattamento	2 (1,1)	3 (1,6)	5 (1,8)	4 (2,6)	4 (2,6)	6 (2,6)
AE osservati in ≥5% dei pazienti in qualsiasi gruppo						
Infezione delle vie respiratorie superiori	10 (5,3)	9 (4,9)	21 (7,5)	11 (7,1)	12 (7,7)	15 (6,4)
Cefalea	9 (4,8)	8 (4,4)	14 (5,0)	10 (6,5)	12 (7,7)	21 (9,0)
Rinofaringite	12 (6,3)	12 (6,6)	21 (7,5)	7 (4,5)	2 (1,3)	15 (6,4)
Acne	1 (0,5)	10 (5,5)	16 (5,7)	3 (1,9)	9 (5,8)	11 (4,7)
Infezione delle vie urinarie	3 (1,6)	2 (1,1)	7 (2,5)	2 (1,3)	12 (7,7)	11 (4,7)
Aumento della creatinfosfochinasi ematica	3 (1,6)	3 (1,6)	16 (5,7)	2 (1,3)	0	7 (3,0)
AE infettivi						
≥1 infezioni sviluppate durante il trattamento	53 (28,0)	46 (25,1)	88 (31,4)	45 (29,2)	58 (37,4)	69 (29,6)
Infezione seria	0	0	0	0	2 (1,3)	1 (0,4)
Herpes zoster	1 (0,5)	1 (0,5)	2 (0,7)	1 (0,6)	3 (1,9)	3 (1,3)
Herpes simplex	4 (2,1)	0	5 (1,8)	8 (5,2)	6 (3,9)	2 (0,9)
Infezioni che hanno provocato l'interruzione permanente del trattamento	0	0	0	0	1 (0,6)	0
AE di interesse speciale						
Evento avverso cardiovascolare maggiore	0	1 (0,5) ^b	0	0	0	0
Neoplasie maligne diverse da NMSC	0	0	0	1 (0,6) ^c	0	1 (0,4) ^c

Tabella 2. Panoramica degli eventi avversi. ^aIn BRAVE-AA1, 1 paziente randomizzato a BARI 2 mg e 1 paziente randomizzato a BARI 4 mg, e in BRAVE-AA2, 2 pazienti randomizzati al PBO, 1 paziente randomizzato a BARI 2 mg, e 1 paziente randomizzato a BARI 4 mg non sono inclusi nell'analisi di sicurezza sulla base della definizione di popolazione di sicurezza (definita come tutti i pazienti randomizzati che hanno ricevuto ≥1 dose del farmaco in studio e che non hanno interrotto il trattamento per il motivo "perso al follow-up" alla prima visita post-basale); ^b Si è verificato un infarto del miocardio in un paziente con molteplici fattori di rischio; ^cUn paziente che ha ricevuto il PBO ha riportato carcinoma prostatico e un paziente che ha ricevuto BARI 4 mg ha riportato un linfoma a cellule B. Nel corso della parte controllata con PBO dei due studi non vi sono stati riportati decessi, infezioni opportunistiche, casi di tubercolosi, tromboembolismo venoso, NMSC o perforazione gastrointestinale.

DERMATOMIOSITE AMIOPATICA DURANTE LA PANDEMIA DA COVID-19

F. Viviani^{1,2}, L. Sacchelli^{1,2}, F. Filippi^{1,2}, C. Loi^{1,2}, B. Raone^{1,2}, F. Bardazzi^{1,2}

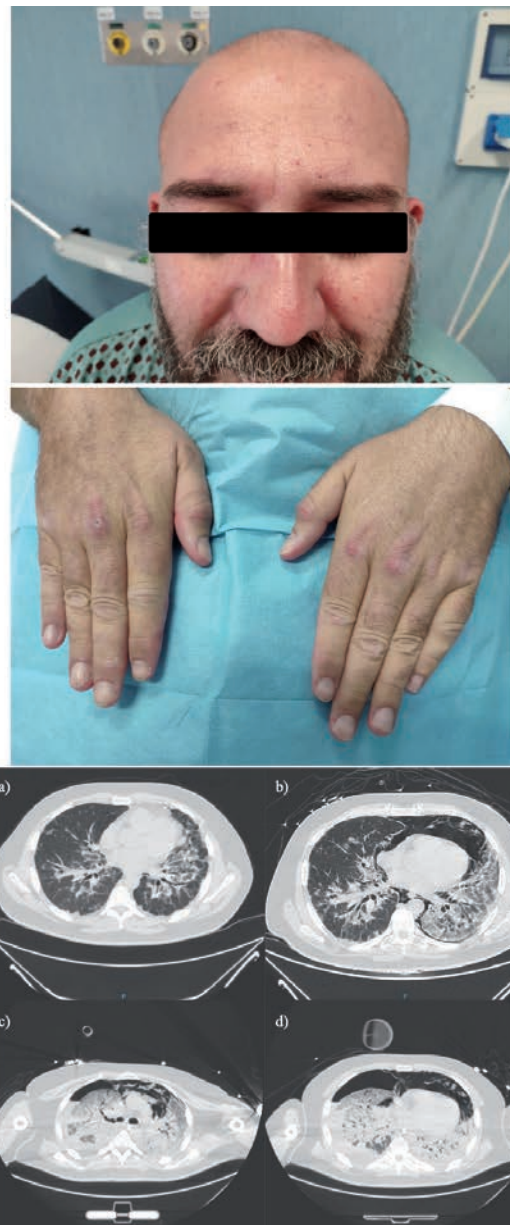
¹Department of Experimental, Diagnostic and Specialty Medicine, Division of Dermatology, S. Orsola-Malpighi Hospital, University of Bologna; ²IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Caso clinico. Un uomo di 43 anni si presentava lamentando dispnea, facile faticabilità, artralgie e febbre da circa 8 mesi. Diversi tamponi nasofaringei per SARS-CoV-2 e un lavaggio broncoalveolare erano risultati negativi. Auscultazione toracica: murmure vescicolare diminuito con crepitii bibasali; test di forza muscolare negativo. Esame obiettivo: papule e placche violacee sulle articolazioni metacarpo-falangee (Figura 2) e sui gomiti, associate a edema acrale, e un'eruzione facciale violacea con un pattern a "farfalla" (Figura 1). L'HRCT mostrava un'alterazione del parenchima bilaterale con aree di consolidamento e opacità a vetro smerigliato nel contesto di una interstiziopatia polmonare (Figura 3 a, b). Agli esami di laboratorio: proteina C reattiva 2,40 mg/dl, creatinichinasi e aldolasi normali, anticorpi antinucleo (+, 1:80), anti-ENA (+), anticorpi miosite specifici (+, anti-MDA5). Questi risultati, associati all'esame istopatologico eseguito una biopsia cutanea, hanno indicato la diagnosi di CADM (clinically amyopathic dermatomyositis). Il paziente è stato trattato con metilprednisolone 1 mg/kg/die in associazione con immunoglobuline endovena. Due settimane dopo, è stato ricoverato in terapia intensiva respiratoria per l'insorgenza di pneumomediastino e pneumotorace. L'HRCT evidenziava un quadro di interstiziopatia polmonare rapidamente progressiva (RP-ILD) (Figura 3 c, d), mentre il rapporto PaO₂/FiO₂ era 65. Nei giorni successivi l'insufficienza respiratoria è progredita e ha richiesto l'utilizzo di ECMO e il trapianto di polmone.

Discussione. Fino al 70% dei pazienti affetti da CADM presentano l'anticorpo anti-MDA5 e un quadro di RP-ILD, con un tasso di sopravvivenza a 6 mesi del 28-66%. La terapia di prima linea consiste in glucocorticoidi ad alte dosi, associati ad immunosoppressori di seconda linea e trattamenti di terza linea: immunoglobuline endovena e aferesi per immunoassorbimento. Per la diagnosi differenziale, oltre a tamponi ripetuti per PCR, il tipico rash cutaneo della dermatomiosite, le differenze cliniche non polmonari e i test immunologici possono aiutare a raggiungere una corretta diagnosi. I classici segni di infezione, linfopenia marcata e anosmia indicano un'infezione da COVID-19, mentre un vistoso aumento della creatinichinasi e/o difficoltà nella deglutizio-

ne possono indicare un peggioramento della CADM.

Conclusioni. Sfortunatamente, le analogie tra ILD associata a CADM e polmonite da SARS-CoV-2 possono ostacolare la diagnosi, ritardando l'inizio della terapia immunosoppressiva. Pertanto, è fondamentale una valutazione clinico-strumentale approfondita.



Efficacy and safety of risankizumab in psoriasis patients who had a suboptimal response to secukinumab or ixekizumab

Richard B. Warren¹, L.T. Piskorsky², Georgios Kokkalis³, Antonio Costanzo⁴, Michael Bukhalo⁵, Neil Korman⁶, Yu-Hui Huang⁷, Andrea Pinter⁸, Simone Rubant⁹, Nadia Ibrahim¹⁰, Yongwei Wang¹¹, Yanling Zhang¹², Vasilis Stakias¹³, Ahmed M. Soliman¹⁴, Diamant Thaci¹⁵

¹Dermatology Centre, Salford Royal NHS Foundation Trust, Manchester, M16 8PL, UK; ²School of Medicine, Tufts University, Tufts Medical Center, Boston, MA 02111, USA; ³Dermatology and Translational Medicine, University of Würzburg, Würzburg, Germany; ⁴University Hospital Bonn, Bonn, Germany; ⁵Corporate Member of the University of Berlin and Humboldt-University of Berlin, Berlin, Germany; ⁶Dermatology Unit, Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Pieve Emanuele, Italy; ⁷Humanitas Clinical and Research Center, Scientific Institute for Research, Hospitalization and HealthCare, Rozzano, Italy; ⁸Wilton Dermatology, Rolling Meadows, IL, USA; ⁹Department of Dermatology, University Hospitals Cleveland Medical Center and Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA; ¹⁰Department of Dermatology, Chicago General Hospital, Lincoln Branch, Taylor, IL, USA; ¹¹School of Medicine, College of Medicine, Cheng Gong University, Puyang, Puyang, Henan, China; ¹²Department of Dermatology, University of Medicine and Health Sciences, Taguig City, Philippines; ¹³Department of Dermatology, University of Illinois Chicago, Chicago, IL, USA; ¹⁴Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine, University of Lubeck, Lubeck, Germany

OBJECTIVE

Assess the outcomes of treatment with risankizumab for psoriasis patients with a suboptimal response to secukinumab or ixekizumab in the aIMM study

CONCLUSIONS

Switching to risankizumab reduced signs and symptoms of psoriasis in a difficult-to-treat population

Patients switching to risankizumab demonstrated improved health-related quality of life and improved skin symptoms

No new safety signals were reported when switching to risankizumab without a washout period

ABVE and the authors thank the participants, study sites, and investigators who participated in this clinical trial. ABVE funded this trial and participated in the trial design, research analysis, data collection, interpretation of data, and the review and approval of the publication. All authors had access to relevant data and participated in the drafting, review, and approval of this publication. No honoraria or payments were made for authorship. Medical writing support was provided by Trisha Rettig, PhD of ABVE.

RBW has received grants from AbbVie, Almiral, Amgen, Celgene, Janssen, Lilly, LED Pharma, Novartis, and Pfizer. He has received personal fees from AbbVie, Almiral, Amgen, Kyowa, Pharmaceutica, Avillion, Bristol-Myers Squibb, Boehringer Ingelheim, Celgene, Janssen, Lilly, LED Pharma, Novartis, Pfizer, Sanofi, and UCSF. LP has served as an investigator for AbbVie, Celgene, Novartis, Pharmaceutica Corporation, Janssen Biotech, Eli Lilly, Bristol-Myers Squibb, and as an advisory committee member invited lecturer for AbbVie, Janssen Biotech, Novartis, Pharmaceutica Corporation, Pfizer Inc, Decell Pharma, Eli Lilly, and Boehringer Ingelheim. GK has received honoraria for participation in advisory boards, in clinical trials and as speaker from AbbVie, Deutschland GmbH & Co. KG, Abbott GmbH (AbbVie), Pharmaceutica Ltd., Amgen GmbH, Basilea Pharmaceutica Ltd., Bayer AG, Biogen, Biogen IDEC GmbH, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Celgene GmbH, head of Janssen, Celgene GmbH, LED Pharma GmbH, Lilly Deutschland GmbH, MSD Sharp & Dohme GmbH, Novartis Pharma GmbH, Parzen International GmbH, Pfizer, Daiichi-Sankyo GmbH, Sanofi, Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, and UCB Pharma GmbH. AD has served as a clinical study investigator for AbbVie. He has received research grants and honoraria from AbbVie, Eli Lilly, Amgen, Almiral, Leo Pharma, Novartis, UCB and Pfizer, and is currently affiliated with EQR2 (Investor), Scientia (investor), and EQR (board member). MB has received honoraria or fees for advisory boards, as a speaker, as a consultant, or as an investigator from Amgen, Boehringer Ingelheim, Celgene, Leo Pharma, DUSA, Pharmaceutica, Takeda, Celgene, Leo Pharma, and Novartis. NK has served as an investigator, speaker, advisor or consultant for AbbVie, Almiral, Amgen, Ageneas, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Celgene, ChemoCentryx, Dermavant, Eli Lilly, Galderma, Janssen, Kyowa Hakko Kimi Pharma, Leo Pharma, Merck Therapeutics, Novartis, OXV Pharma, Pfizer, Prothena, Prokera, Regeneron, Pfizer, Sanofi, Sanofi, Sanofi, Sun Pharmaceutical, Takeda, UCB, and Janssen. YHW has received honoraria for participation in advisory boards, in clinical trials and as speaker from AbbVie, Janssen, Celgene, Novartis, Pharmaceutica Corporation, Pfizer Inc, Decell Pharma, Eli Lilly, and Boehringer Ingelheim. YZ has received honoraria for participation in advisory boards, in clinical trials and as speaker from AbbVie, Janssen, Celgene, Novartis, Pharmaceutica Corporation, Pfizer Inc, Decell Pharma, Eli Lilly, and Boehringer Ingelheim. VSt has received honoraria for participation in advisory boards, in clinical trials and as speaker from AbbVie, Almiral, Amgen, Asana Biosciences, Biogen, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, DS Biopharma, Galapagos, Janssen, Kyowa Kirin, Leo Pharma, Lilly, Novartis, Pfizer, Regeneron, Sanofi, Sanofi, Sanofi, and UCB. He is also involved in research for AbbVie, Leo Pharma, and Novartis.

INTRODUCTION AND METHODS

Introduction

- Psoriasis (PsO), a chronic inflammatory skin disease associated with systemic comorbidities, can be challenging to manage effectively.
- While biologic therapies have revolutionized the treatment of PsO, patients may fail to respond effectively and require a different biologic to achieve the desired treatment target.
- Risankizumab (RZB) is an interleukin (IL)-23 inhibitor that is approved to treat moderate-to-severe plaque psoriasis.
- Secukinumab (SEC) and ixekizumab (IXE) are IL-17 inhibitors.

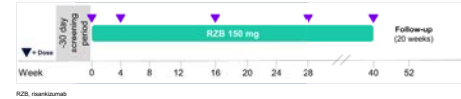
Study Design

- aIMM is an on-going phase 3b, open label, single arm study with 252 patients receiving open label RZB 150 mg at week 0, 4, and q12 weeks up to week 40 without a washout period after a suboptimal response to SEC or IXE (Figure 1).
- For inclusion, patients must have received SEC or IXE for 26 months with a static Physician's Global assessment (sPGA) score of 2 or 3 and a body surface area score (BSA) of between 3% and 10%.

Analysis

- sPGA, Dermatology Life Quality Index (DLQI), and psoriasis symptom scale (PSS) were collected at week 16 and reported by non-responder imputation (NRI).
- Psoriasis Area Severity Index (PASI) was reported through week 16 by NRI.
- Efficacy data presented here are from the 16 week cut off and safety data are presented through the Jan. 17th, 2022 data cutoff date.

Figure 1. aIMM Study Design



RESULTS

Table 1. Demographics and Baseline Characteristics

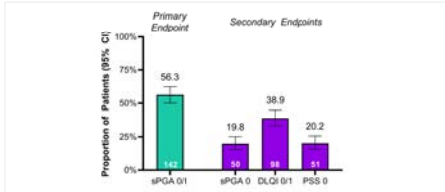
	aIMM* (N=252) % (n)	Pivotal Studies* (N=1005) % (n)
Sex (female), % (n)	27.4 (69)	30.5 (307)
Race (White), % (n)	88.1 (222)	77.1 (775)
Age (Year), median (SD)	50.0 (13.2)	49.0 (13.5)
Weight (kg), median (SD)	90.1 (22.0)	88.0 (22.9)
BMI (kg/m ²), median (SD)	29.8 (6.6)	29.9 (7.2)
sPGA, % (n)		
2	53.2 (134)	0.0 (0)
3	46.8 (118)	80.3 (807)
PASI, median (SD)	6.2 (2.8)	17.9 (7.8)
BSA, median (SD)	6.0 (2.3)	20.0 (16.2)
DLQI, median (SD)	7.0 (6.7)	12.0 (7.1) [†]
PSS, median (SD)	6.0 (3.8)	8.0 (3.8) [†]

*Subjects switched without washout period from SEC/IXE to RZB
*Includes patients originally randomized to RZB in URMMA 1, URMMA 2, and IMMHance clinical trials
*N=1000
†N=479
BSA, body surface area; DLQI, Dermatology Life Quality Index; PASI, Psoriasis Area Severity Index; PSS, Psoriasis Symptom Scale; sPGA, static Physician's Global Assessment

Demographics and Baseline Characteristics

- Due to eligibility criteria, patients enrolled in the aIMM study had lower baseline PASI, BSA, DLQI, and PSS than other RZB phase 3 studies (Table 1).
- Mean disease duration was 20.8 years with all patients receiving at least 1 biologic prior to switching to RZB.
- As of the cutoff date, 26 patients (10.3%) have discontinued the study drug
 - 4 (1.6%) discontinued due to adverse events
 - 5 (2.0%) withdrew consent
 - 1 (0.4%) was lost to follow up
 - 16 (6.3%) discontinued due to other reasons including protocol deviations (3), protocol compliance (1), eligibility violations (7), lack of efficacy or inadequate response (4), and treatment withdrawal (1)

Figure 2. Switching to RZB Decreased the Signs and Symptoms of PsO at Week 16

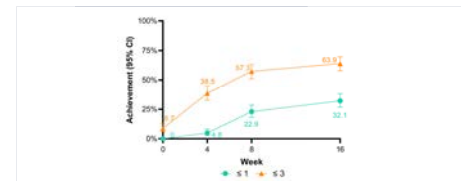


Data reported by non-responder imputation
DLQI, Dermatology Life Quality Index; sPGA, static Physician's Global Assessment; PSS, Psoriasis Symptom Scale; RZB, risankizumab.

Prior Treatments

- 59.9% (150/252) of patients had only 1 prior biologic exposure prior to receiving RZB
 - 18.3% (46/252) had 2, 10.3% (26/252) had 3, 8.3% (21/252) had 4, and 3.6% (9/252) had 5 prior biologic exposures
- 69% (107/155) of patients were treated with only SEC immediately prior to switching to RZB and 11.6% (n=18) of patients had used 2 cycles of SEC, 1 patient had used 3 cycles of SEC before receiving RZB
 - The median duration of SEC treatment was 879 days
 - 44% (43/97) were treated with only IXE prior to switching to RZB and 5.2% (n=5) of patients had used 2 cycles of IXE before receiving RZB
 - The median duration of IXE treatment was 583 days

Figure 3. Switching to RZB Decreased Absolute PASI Scores



Data reported by non-responder imputation incorporating multiple imputation to handle missing data due to COVID-19
PASI, Psoriasis Area Severity Index; RZB, risankizumab.

Treatment with RZB After Suboptimal Response to SEC and IXE Reduced Signs and Symptoms of PsO

- More than half of the patients (56.3%, 142/252) achieved clear or almost clear skin after switching to RZB (Figure 2).
- 19.8% (50/252) of patients achieved fully clear skin (sPGA 0) (Figure 2).
- At week 16, 63.9% (161/252) achieved an absolute PASI score of s3 and 32.1% (81/252) of patients achieved an absolute PASI score of s1 (Figure 3).

Table 2. Safety Summary

Treatment emergent adverse events (AE) reported as E (E/100 PY)	aIMM (n=252) (PYS=216.7)	Pivotal Studies* (N=1005) (PYS=308.9)
Any AE	327 (150.9)	899 (291.0)
AE with reasonable possibility of being drug related	76 (35.1)	160 (51.8)
Severe AE	16 (7.4)	23 (7.4)
Serious AE	17 (7.8)	29 (9.4)
AE leading to discontinuation of study drug	9 (4.2)	7 (2.3)
Adjudicated MACE	1 (0.5)	0
Serious infections	3 (1.4) [†]	6 (1.9)
Active tuberculosis	0	0
Malignant tumor [‡]	3 (1.4) [†]	5 (1.6)
Malignant tumor excluding NMCS [‡]	1 (0.5)	2 (0.6)
Serious hypersensitivity	0	0
AE leading to death	0	0
All deaths	0	1 (0.3)

There was no wash-out period between SEC/IXE and the switch to RZB
*Includes patients originally randomized to RZB in the URMMA 1, URMMA 2, and IMMHance clinical trials through week 16
†The patient with adjudicated MACE had multiple CV risk factors including 2 prior events of myocardial infarction
‡None of the events were considered drug-related
†Three subjects had treatment-emergent malignancy AEs during the study (Lung neoplasm malignant [1], basal cell carcinoma [1], squamous cell carcinoma of skin [1]). All were assessed by the investigator as having no reasonable possibility of being related to the study drug.
E, events; MACE, major adverse cardiac event; NMCS, non-melanoma skin cancer; PYS, patient years

Safety

- Safety results are similar to those reported in the RZB clinical trial program^{1,2,3}
- 151 (59.9%) patients experienced ≥1 AE
- The most frequently reported AE was nasopharyngitis (14 patients, 5.6%)
- 5 patients experienced hepatic events (6 events in total)
- 9 patients experienced non-serious hypersensitivity events
- There was no active tuberculosis, serious hypersensitivity, or death up to data cutoff

REFERENCES

- Gordon et al. Br J Dermatol. 2022;186(3):466-475
- Gordon et al. Lancet. 2018;392:650-61
- Staufer et al. JAMA Dermatol. 2020;156(6):649-658

Ricordo di Ferdinando Amerighi

Ciao Nando, anche se eri Ferdinando Amerighi, fin da quel primo giorno che ti ho conosciuto nel lontano 1978, sei sempre stato per me “Nando”. Arrivasti casualmente nella Dermatologia dell’Ospedale della Misericordia di Grosseto per il famoso tirocinio che a quei tempi andava fatto per poter accedere ai concorsi nella specialità dopo esserti laureato presso l’Università di Pisa ed aver effettuato, durante l’estate, la guardia turistica a Punta Ala come tanti altri, me compreso, appena in grado di esercitare la professione.

Nel 1979 siamo entrambi entrati di ruolo, ancora prima di aver effettuato l’ormai soppresso servizio militare, ma con tante aspirazioni e prospettive di carriera. Te, figlio dell’Università pisana, hai dovuto inizialmente frequentare la specializzazione in Idroclimatologia Termale (così voleva a quei tempi il Prof. Mian) e, nonostante la successiva specializzazione in Dermatologia conseguita a Siena, sei sempre rimasto legato al Prof. Agostini prima e poi al caro Gregorio Cervadoro partecipando a numerosi congressi in vari centri termali come San Casciano, Saturnia ecc.

A proposito della tua seconda specializzazione, ormai da tempo di ruolo qui a Grosseto, solevi raccontare di come un anno, casualmente capitato nella Clinica dermatologica di Siena, hai saputo che erano in corso gli esami e che, forse per un disguido, non ti era stata notificata la sessione. Grazie all’esperienza che avevi già acquisito sul campo hai saputo superare tutti gli esami dimostrando la tua competenza e la capacità di improvvisazione legata ovviamente alle tue conoscenze!!! e ce lo ricordavi spesso!!!

Passati gli anni sotto la direzione del Prof. Spagnoli e poi di Roberto Baiocchi nei quali eravamo sempre stati impiegati per incarichi routinari, finalmente abbiamo avuto entrambi la possibilità di esprimerci nei settori e nei compiti a noi più congeniali e te, per anni ed in modo sempre ammirevole, hai portato avanti la terapia delle lesioni ulcerative, delle ustioni (Pisa docet) e soprattutto l’ambulatorio delle Diatermocoagulazioni.

Quando c’era un problema di iperaffluenza, congestione di pazienti, allungamento delle liste o mancava improvvisamente qualche collega sei sempre stato quello che si rimboccava le maniche... “ci penso io!!!! andiamo Danila!!!!” (Danila e Patrizia sono sempre state le tue infermiere preferite!!!) ... e, dando esempio ai colleghi più giovani, smaltivi tutto quello che si era accumulato... grazie ancora Nando di quello che hai fatto e dell’esempio che hai sempre dato!!!!

Eri di Scansano, una manciata di chilometri da Grosseto, ed hai sempre portato con te la tradizione della campagna specialmente con la ricorrenza del Primo Maggio.... coprivi i turni di Natale, Pasqua, o qualunque festività pur di avere libera questa data perché la sera prima, nella tradizione agricola, dovevi andare con il tuo coro di “maggerini” per le campagne a “cantare il Maggio”. Vestito con una camicia azzurra, un cappello di paglia addobbato con fiori e nastri ed un fazzoletto rosso al collo, con tuo fratello Daniele alla chitarra, Emanuele alla fisarmonica e varie voci di contorno, sei andato la sera del 30 giugno nelle aie dei poderi della tua zona a cantare l’avvento di una prospera annata scrivendo ovviamente da te i testi delle ballate... tradizione questa ancora molto sentita nella nostra Maremma!!! ... e anche questo anno, nonostante la tua malattia, non hai voluto mancare a questa tradizione conclusa nella suggestiva cappelletta di Madre Chiesa a poche centinaia di metri dalla tua abitazione di campagna!!!!

Si, la tua voce era una colonna portante di questo e dei vari cori ed *ensemble* in cui sei stato... il tuo vocione di profondo basso (forse il migliore della Maremma) era conosciuto e ben valorizzato sia nelle prestazioni italiane che in quelle estere!!! In tutti i convegni e congressi che abbiamo organizzato qui a Grosseto e a giro per la provincia sei sempre stato il mio braccio destro, il collaboratore che non avevo bisogno di cercare perché mi era già accanto e, al di là dell’impegno scientifico,



sei stato pronto ad aiutarmi e a rendere piacevole il soggiorno in Maremma dei nostri colleghi. Quante bottiglie di vino e latine del tuo olio hai preparato, mentre io stampavo le etichette, per ricordare ai nostri ospiti quanto fosse accogliente la nostra terra e che grande piacere era accoglierli qui dove noi, spesso vestiti con abiti bizzarri o goliardici, li attendevamo con amicizia ed affetto.

Ti ricordo vestito da soldato spagnolo sul ponte levatoio del Cassero senese di Grosseto, da tritone sulla spiaggia di Ansedonia, da pirata sulla laguna di Orbetello, da Frate Tuck (io da Robin Hood) a Sticciano, da etrusco a Vetulonia, da corista greco nel foro Romano ai ruderi di Roselle e lo scorso anno da Assurancetourix (il bardo che cantava nel villaggio di Asteix)... ma lui era stonatissimo e lo imbavagliavano... te invece era un piacere sentirti cantare!!!!... e tanti altri travestimenti a cui ti sei prestato sempre con entusiasmo perché c'è stato sempre qualcosa di forte e profondo tra di noi.

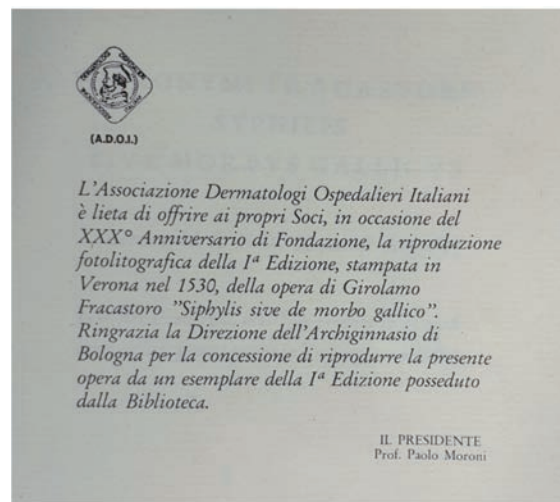
Nando,
i dermatologi italiani ti salutano,
i dermatologi toscani che hai fatto tanto divertire ti salutano,
i tuoi colleghi di Grosseto che ti hanno sempre stimato ti salutano,
Riccardo ti saluta... ciao Nando....

Riccardo Sirna

Ricordo di Paolo Moroni

All'annuncio ADOI della scomparsa del Prof. Paolo Moroni a 93 anni, da parte del Prof. Luigi Valenzano, segue questa memoria di due suoi amici tra i tanti colleghi che hanno avuto il grande dono di conoscerlo da vicino. Il ricordo non si limita alla storia della sua lunga carriera professionale ma anche al riconoscimento delle sue doti umane, alla sua estrosità ed alla sua intraprendenza organizzativa.

Nato a Sant'arcangelo di Romagna nel 1922 frequentò il Liceo Classico Galvani e nel 1946 conseguì, a pieni voti e lode, la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna. Si specializzò in Dermatologia e Venereologia, Radiologia medica e Radiodiagnostica ed in Medicina del Lavoro alla stessa Università di Bologna. Fu Tenente Medico di Complemento presso l'Ospedale Militare di Bologna nel 1943 e 1944. Nel 1948 iniziò la Carriera Universitaria presso la Clinica Dermosifilopatica di Bologna come Assistente dei Proff. Martinotti e poi Manganotti. Nel 1964 conseguì la Libera Docenza in Clinica Dermosifilopatica e dal 1965 fu Docente nella Scuola di Specialità in Dermatologia dell'Università di Bologna. Nel 1972 vinse il Concorso di Primario di Dermatologia presso l'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Nel 1985 vinse il Concorso di Primario di Dermatologia dell'Ospedale Maggiore di Bologna dove rimase fino al pensionamento nel 1992. La sua produzione scientifica consta di cento pubblicazioni su riviste italiane e straniere. Dal 1982 al 1986 è stato Presidente dell'A.D.O.I. dando un grande impulso alla vita della Società. Nel 1982 organizzò il Congresso Nazionale ADOI a Reggio Emilia, affidando a Giorgio Leigheb la prolusione su "Esoparassitosi obbligate ed occasionali dell'uomo", un vasto e ancora misconosciuto argomento dermatologico presentato con ricca documentazione iconografica e con suggerimenti di diagnostica differenziale. Nel 1984, in occasione del XXX° Anniversario di Fondazione dell'ADOI, ha offerto a tutti i soci copia della riproduzione fotolitografica della prima edizione (Verona, 1530) dell'opera di Girolamo Fracastoro "Syphilis sive de morbo gallico".

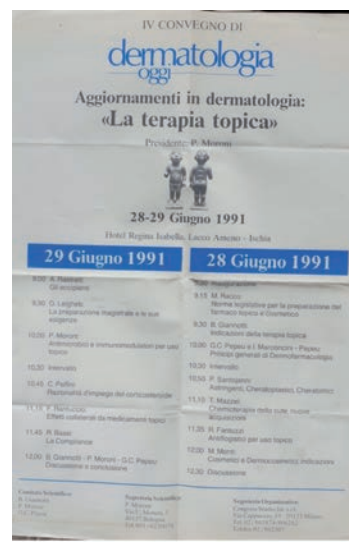
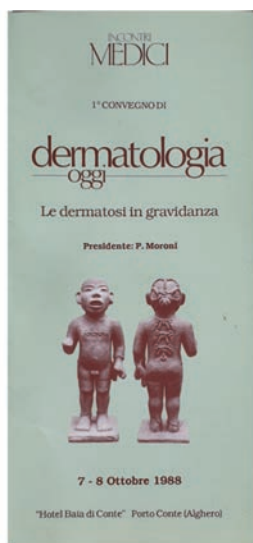
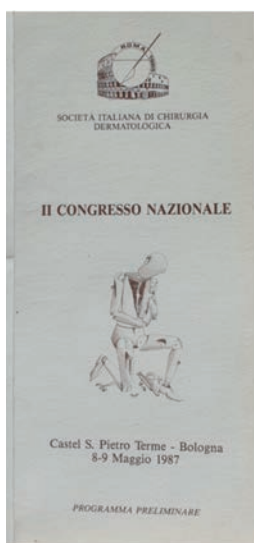
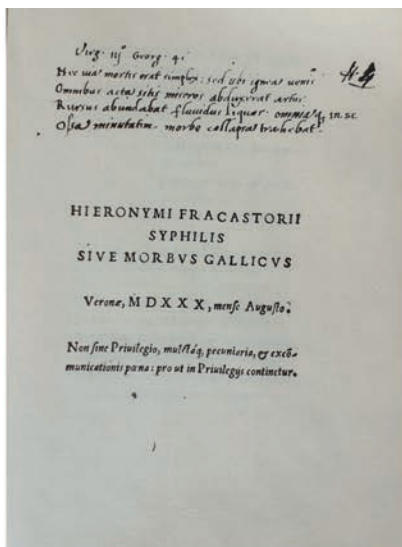


Nel 1986, Paolo fonda "Dermatologia oggi", edita da Stampa Medica, una rivista agile, di informazione dermatologica, definita "Periodico di documentazione e aggiornamento scientifico". (Foto 1° numero di Dermatologia oggi e foto di Testata su "La tecnica microtopografica di Mohs dalle origini all'impiego in Italia").

Uno dei meriti maggiori di Paolo è stato infatti quello di aver compreso che ormai era tempo che il dermatologo non potesse far ameno della dermochirurgia, non considerata invece necessaria dagli Universitari. Anche per questo ha voluto organizzare il 2° Congresso Nazionale della neonata Società Italiana di Dermochirurgia a Castel S. Pietro Terme, vicino alla sua Bologna, il 9 maggio 1987.

Da quel momento l'ADOI, con i suoi Primari e validi collaboratori divenne fautrice della diffusione ospedaliera della chirurgia dermatologica in Italia. I meriti del Prof. Moroni furono riconosciuti dalla SIDEV che gli affidò l'incarico di Vicepresidente.

La sua concezione di tracciare e trasmettere linee guida di dermatologia favorendo incontri interdisciplinari, interessi per la Dermatologia nell'arte e viaggi culturali per una cerchia ristretta di dermatologi interessati, rinsaldando piacevoli amicizie, lo indusse ad organizzare "Incontri Medici", promossi dalla rivista Dermatologia oggi. Il primo convegno (7/8 Ott.1988) avvenne a Porto Conte (Alghero) con il tema "Dermatosi in gravidanza".



Il 4° Convegno (28/29 giugno,1991) (Foto Manifesto) riguardava la "Terapia topica".

Fu l'inizio di memorabili viaggi e incontri con colleghi in Paesi stranieri e la visita ad Ospedali ed Università. Basti ricordare i viaggi in Brasile, in Guatemala, in Grecia, Malta, Creta.

Paolo non trascurava la vita sana all'aperto, al mare, con sua inseparabile moglie Lalla. Ci raccontava le sue avventure della pesca al pesce cane nell'Adriatico con grande entusiasmo suo e sorpresa nostra! Il suo spiritoso intervento non mancava mai e le sue trovate potevano stupirci: come accadde a Manaus quando navigavamo su una piroga il Rio delle Amazzoni. Il barcaiolo ci conduceva, di notte, a cercare i coccodrilli, individuati con una potente pila elettrica grazie al brillare dei loro occhi gialli nel buio. Ovviamente si avvicinavano solo gli alligatori più piccoli. Raggiunta una preda, il barcaiolo l'afferrò con un balzo per il collo, issandolo sulla imbarcazione. Mentre tutti noi ci scansavamo atterriti, rischiando il naufragio della piroga, Paolo, con freddezza, si tolse il sigaro dalle labbra e con destrezza lo infilò tra i denti del rettile a bocca spalancata mentre il pescatore gli stringeva il collo.

93 anni ben vissuti, con laboriose e diversificate attività e soddisfazioni professionali e familiari, con il dono di vedere il valente figlio Antonio continuatore della professione medica.

Con il nostro ricordo e quello dei Soci ADOI vogliamo ringraziare Paolo e non dimenticare il suo esempio!



Foto Guatemala (cortesia Prof. F.Strani): gruppo dermatologi italiani.

Giorgio Leigheb, Luigi Valenzano

Ricordo di Marco Simonacci

Caro Marco,

ci siamo conosciuti quando, ancora giovani dermatologi, verso la metà degli anni '80, abbiamo frequentato uno dei primi corsi di Dermatocirurgia organizzati da Rusciani, Tulli e gli altri del Policlinico Gemelli di Roma. Erano davvero gli albori di questa attività e le esercitazioni pratiche si eseguivano (allora ancora si poteva) sulla zampa di maiale per la similitudine della cute con quella umana... e lì, oltre alla nostra conoscenza ed amicizia, nacque il modo di dire... "lo zampetto"... ogni volta che ci siamo ritrovati ci chiedevamo sempre... "hai portato lo zampetto"?... era in nostro saluto!!!!

Ognuno di noi ha fatto la sua strada, tu sei entrato a lavorare a Macerata dove sei diventato Direttore ed hai attivamente partecipato alla crescita della nostra ADOI; sei stato socio, poi Consigliere e sei anche stato candidato alla Presidenza, ma, in questo frangente, qualcuno ti ha tradito e per tanti anni ti sei allontanato dalla società dedicandoti invece sempre più alla SIDCO dove hai organizzato più volte, e con grande successo, il congresso nazionale e della quale sei anche stato di recente ottimo Presidente. Bravo Marco!!! Ma solo qualche mese fa al congresso nazionale ADOI di Riccione sei stato di nuovo tra noi e uno dei principali docenti al corso di Dermochirurgia dedicato ai giovani colleghi... ma questa volta non c'era lo "zampetto"!!!!... ora non si può più!!!!

Ogni volta che hai organizzato incontri o convegni mi hai sempre invitato come del resto sei molto spesso intervenuto alle Giornate Maremmane e ai congressi che negli anni io ho organizzato qui a Grosseto e non solo per portare le tue notevoli conoscenze ed esperienze personali da mettere a disposizione dei dermatologi più giovani, ma anche, forse soprattutto, per stare insieme... infatti sei sempre stato pronto a ridere e scherzare, divertirti un attimo, lasciare da parte per un secondo la serietà della professione e calarsi nel divertimento e nella goliardia!!!!... e forse questo tuo lato, magari oscuro per molti, era una cosa ci accomunava!!! Scompariva per un momento il Dr. Simonacci e si scopriva il Marco allegro, giocoso, che scherzava e stava agli scherzi divertendosi e facendo divertire gli amici presenti!!!

Eri appassionato della caccia e mi ricordo che in una edizione delle Giornate Maremmane era prevista una gara di tiro con l'arco.... non hai fatto bella figura, ma mi hai prontamente detto che non te la sentivi di tirare una freccia alla mia faccia inserita nel centro del bersaglio... ma se ci fosse stato un cinghiale sicuramente lo avresti più volte centrato!!!! eri così e mi piace ricordarti così nella tua vita di tutti i giorni... un po' scanzonato, un po' sornione... uno di quelle persone che magari non vedi per mesi, ma quando lo incontri ti sembra di continuare il discorso interrotto il giorno prima!!!!

Mi sento fortunato e onorato di esserti stato vicino e spero che molti altri colleghi ed amici provino questi stessi sentimenti... forse io un pizzico di più perché ci accomunava un'altra piccola cosa... festeggiavamo un anno il mio compleanno e l'anno dopo il tuo!!!!... era lo stesso giorno!!!!...

Ciao Marco ti saluto... ma prima di lasciarti sotto sotto mi nasce spontanea una domanda... ma lì dove sei andato hai portato lo "zampetto"???



Riccardo Sirna

Ricordo di Marco Simonacci

Cari Soci,
come sapete, Marco Simonacci ci ha lasciato il 31 ottobre.

Giovedì 27 abbiamo fatto insieme il corso di dermochirurgia e venerdì, alla cena di gala del congresso ADOI, abbiamo cenato a fianco parlando un po' di dermatologia e molto di caccia; tre giorni dopo sarebbe deceduto durante una battuta in Spagna.

Vogliamo pensare che sia un privilegio lasciare questo mondo facendo ciò che più ci rende felici e per lui la caccia era una passione almeno pari alla dermochirurgia.

La notizia ha sconvolto tutti noi dermochirurghi. Ci sentiamo orfani.

La dermochirurgia italiana, e tutta la dermatologia, deve molto a Marco Simonacci che è stato nostro Presidente, organizzatore di congressi nazionali, tra cui l'ultimo SIDCO, e animatore di un'infinità di iniziative dermochirurgiche e dermatologiche. Ha condotto il reparto da lui diretto a Macerata all'eccellenza italiana e ha formato dermochirurghi bravi e disponibili che sono un riferimento per tutta la SIDCO e la dermatologia italiana. È stato attivo in tutti i campi della dermatologia chirurgica ed oncologica con una passione per l'insegnamento unica, coniugata ad una capacità di superare le difficoltà organizzative con saggezza ed umanità ammirevoli.

È stato un esempio e un appoggio sempre presente, si è prodigato per la Società in ogni occasione con grande affetto verso di essa. Stimava molto i colleghi della SIDCO ed era ricambiato da tutti noi.

Se è stato nuovamente mio il compito doloroso di ricordare un presidente SIDCO che ci ha lasciati, mi consola che Marco sono riuscito a ringraziarlo, a giugno a Recanati, al suo Congresso, per quanto mi ha insegnato in più di venti anni di amicizia, specialmente dal punto di vista umano.

Siamo e saremo sempre vicini alla famiglia, alla moglie Francesca, al figlio Francesco, collega e socio SIDCO.

Gian Marco Vezzoni e il Consiglio Direttivo SIDCO

Maurizio Lombardo, Marco dal Canton, Paolo Sbano, Giovanni Bagnoni, Carmine D'Acunto, Giuseppe Fumo, Massimo Gravante, Franco Picciotto



SAVE THE DATE: CONGRESSO NAZIONALE ADOI 2023***VICENZA, 27-30 SETTEMBRE***

Sessant'anni di riunioni congressuali sono le Nozze di Diamante per la Dermatologia Ospedaliera Italiana. Si festeggeranno a Vicenza ove si terrà il 60° Congresso Nazionale ADOI.

La dermatologia ha subito enormi cambiamenti nell'arco del periodo considerato. Il tema del Congresso, all'insegna della multidisciplinarietà, in continuità col Congresso svolto a Riccione nel 2022, vuole essere "Disegnare il futuro costruendo il presente della Dermatologia 2.0".

Nuovi farmaci e modalità di trattamento hanno rivoluzionato la gestione di molte malattie dermatologiche, riducendo l'impatto della cronicità, mentre strumenti innovativi di diagnosi e imaging si integrano con l'efficienza dell'occhio esperto del dermatologo. Ancora, il contatto tradizionale medico-paziente si fa complesso con l'ingresso di modalità di teleconsulto e telemedicina, mentre si affacciano all'orizzonte le potenzialità di terapie cellulari e medicina rigenerativa.

I grandi temi globali della sostenibilità e dell'impatto dello sviluppo sulla Salute del Pianeta non possono essere ignorati in un Mondo profondamente integrato. Con lo spegnersi della pandemia di COVID che ha messo in luce le fragilità del sistema e alle soglie di quella che si auspica sia una nuova fase di sviluppo della società italiana, è importante unire le forze per dirigere i cambiamenti.

Luigi Naldi, Presidente Esecutivo



REDAZIONE

Emanuela Fusinato, Journal Manager
emanuela.fusinato@pagepress.org

Claudia Castellano, Production Editor
Cristiana Poggi, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

PUBBLICATO DA

PAGEPress Publications
via A. Cavagna Sangiuliani, 5
27100 Pavia, Italy
Tel: +39.0382.1549020 – Fax: +39.0382.1727454
info@pagepress.org – www.pagepress.org

Direttore responsabile: dr. Camillo Porta.

Online licensee 2022 ©PAGEPress Srl, Pavia.

Stampato: Dicembre 2022
presso Grafiche Iuorio S.N.C.,
Via Gaetano Rummo 37, 82100 Benevento

