

dermatology reports

EDIZIONE ITALIANA

2023; volume 4, n. 1

INCLUDE

Dermatology Reports

Vol. 14, No 3 and 4

&

Vol. 15, No 1

Editor-in-Chief

Luigi Naldi

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



ASSOCIAZIONE DERMATOLOGI-VENEREOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI e della SANITÀ PUBBLICA



BIODERMATIN



DISPONIBILE REGOLARMENTE IN DUE FORMATI
20 mg Granulato e 5 mg Compresse

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

60° CONGRESSO
NAZIONALE
ADOI 2023



Lettera di presentazione

Sessant'anni di riunioni congressuali sono Nozze di Diamante per la Dermatologia Ospedaliera Italiana. Si festeggeranno a Vicenza ove si terrà appunto 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.

Modalità di iscrizione

Per informazioni e richieste di pre-iscrizioni invia una mail a

segreteria@nazionaleadoi.it

Quote di partecipazione*

Soci ADOI	€750,00 €650,00
Non Soci ADOI	€950,00 €850,00
Non Soci ADOI (<35 anni)	€700,00 €600,00
Specializzandi	€300,00 €250,00
Specializzandi e Giovani Dermatologi*	gratis

*Quote di partecipazione in promo fino al **30/06/2023**

Scopri il Progetto ADOI "Specializzandi e Giovani Dermatologi" anno 2023

Gli Specializzandi in Dermatologia e tutti i Dermatologi nati dopo il 31/12/1986 in regola con la quota associativa dell'anno in corso usufruiranno di iscrizione e ospitalità gratuita al 60° Congresso Nazionale ADOI di Vicenza (27/30 settembre 2023), vincolate alla presentazione di 2 abstract come da indicazioni presenti al link vicenza2023.congressiadoi.it/. Partecipazione all'assegnazione dei premi poster, alcuni dei quali riservati a Specializzandi e Giovani Dermatologi ADOI, pubblicazione dei lavori meritevoli sulla rivista Dermatology Reports.

Dermatology Reports

Edizione Italiana

2023; volume 4, n. 1

Indice

EDITORIALE

Francesco Cusano..... 1

Tralokinumab nel trattamento della dermatite atopica resistente alle terapie convenzionali: uno studio retrospettivo, in aperto, di una serie di casi

Elena Pezzolo 20

NOTIZIE ADOI

..... 3

DERMATOLOGIA E ARTE

Le unghie: tra patologie e arte visuale

Massimo Papi..... 22

STORIA DELLA DERMATOLOGIA

Il ruolo dell'Ospedale nella storia della dermatologia e venereologia: nel passato e nel presente

Luigi Valenzano, Aldo di Carlo..... 7

QUIZ CLINICI

Quiz Clinico 1 26

Quiz Clinico 2 27

MEDICINA LEGALE

Criteria medico-legali di riconoscimento di malattia professionale di ordine dermatologico

Valerio Cirfera, Flavia Bertolini..... 12

SOLUZIONI

Soluzione Quiz Clinico 1 28

Soluzione Quiz Clinico 2 29

ARTICOLI ORIGINALI E COMMENTI

Il MelanomaDay: una giornata di sensibilizzazione e screening per il melanoma

Gianluca Pistore, Giovanni Di Lella, Giulio Sonogo, Antonio Massaro, Lidia Gliottone, Marco Brusasco, Cristiana Campana, Miriam Grimaldi, Alberto Di Ruzza, Marina Ambrifi, Riccardo Pampena, Giampiero Rossi, Giovanni Rossi, Annalisa Arcese, Alessandro Annetta, Giorgio La Viola, Feliciano Ciccarelli, Luca Fania, Damiano Abeni, Francesco Ricci 17

EDITORIALE

Collegio delle Società Italiane di Dermatologia – CoSID

Benevento, 21 marzo 2023

Cari amici,

è per me un enorme piacere informarvi della nascita del **Collegio delle Società Italiane di Dermatologia (CoSID)**, organismo istituito per garantire maggiore coesione all'interno del multiforme panorama dermatologico nazionale. Al fine di meglio presidiare gli interessi dei pazienti affetti da malattie della cute, della dermatologia stessa e quindi dei singoli dermatologi, il CoSID cercherà di aumentare la forza d'impatto delle Associazioni Scientifiche Dermatologiche Italiane nei confronti di istituzioni, associazioni di pazienti, altre discipline scientifiche, aziende del farmaco e mondo dermatologico internazionale. L'organismo, non soggetto a particolari vincoli legali e/o amministrativi, almeno inizialmente assolverà al compito di raccogliere e ridistribuire all'interno del mondo dermatologico tutte le informazioni di carattere generale, normativo, politico e mediatico che riguardano la disciplina, per analizzare congiuntamente i problemi ed elaborare eventuali soluzioni e posizioni da portare all'esterno del mondo dermatologico quanto più possibile forti e unitarie. Ad esso hanno finora aderito dieci Società Scientifiche di Area Dermatologica (**ADI, ADMG, ADOI, AIDA, GISED, SIDAPA, SIDCO, SIDELEF, SIDeMAaST e SIDERP**) nella speranza che altre se ne aggiungano condividendone obiettivi e principi.

*Le tappe di un percorso appena iniziato***20 giugno 2022**

Su iniziativa di **ADOI**, i Presidenti di sei Società Scientifiche Italiane di Area Dermatologica inviano una lettera aperta agli organi direttivi della **SIDeMaST**, chiedendone la disponibilità a un incontro per valutare una possibile strategia condivisa sulle principali tematiche di potenziale interesse comune. Il principio di fondo della lettera, alla luce di ripetuti episodi che avevano coinvolto la dermatologia italiana, nasce dalla consapevolezza che solo una posizione coesa e univoca potesse far fronte alle esigenze di confronto con istituzioni e stakeholders. Il testo integrale della lettera è pubblicato come editoriale alle pagine 1-2 del n°1/2022 di *Dermatology Reports* edizione italiana ed è disponibile al seguente link: <https://www.adoi.it/wp-content/uploads/2022/09/DERMATOLOGY-REPORTS-5%C2%B0USCITA.pdf>

27 ottobre 2022

Ottenuta dal neo-eletto **Presidente SIDeMaST** la piena disponibilità a sviluppare un dialogo costruttivo con tutte le altre componenti della dermatologia italiana, la prima occasione utile per un primo importante riscontro è offerta dal **59° Congresso Nazionale ADOI**, che vede la contemporanea presenza a Riccione dei Presidenti di dieci fra le principali **Società Dermatologiche italiane**. La ghiotta occasione viene capitalizzata organizzando un breve e informale incontro la sera del 27 ottobre 2022, incontro in cui ciascun partecipante, con spirito collaborativo e in un clima generale di grande serenità, ha contribuito a delineare i principali problemi sul tappeto. L'incontro ha fornito la consapevolezza che un dialogo era non solo possibile, quanto necessario.



Nella foto: alcuni dei rappresentanti delle Società Scientifiche presenti a Riccione, a cena dopo l'incontro di giovedì 27 ottobre 2022.

21 gennaio 2023

Sabato 21 gennaio 2023 i Presidenti e/o i delegati di dieci delle principali Società Scientifiche di Area Dermatologica si sono incontrati a Roma per definire le basi della costituenda iniziativa. Nasce così il **Collegio delle Società Italiane di Dermatologia** (in breve, **CoSID**) e ne viene ipotizzata per sommi capi la struttura organizzativa così come i principali obiettivi. Tra questi, emerge quello di monitorare e affrontare le problematiche di ordine generale, politico e amministrativo, che possano essere di interesse per la nostra disciplina, al fine di poter poi interagire di conseguenza concretamente con istituzioni, associazioni scientifiche di altre discipline, associazioni pazienti.



Nella foto: Laura Miccio e Francesco Cusano (ADOI), Enrico Maria Procaccini (SIDE LF), Monica Corazza (SIDAPA), Gianmarco Vezzoni (SIDCO), Luigi Naldi (GISED), May El Hachem (SIDE RP), con Giuseppe Monfrecola (SIDE MaST) e Santo Dattola (ADMG) in collegamento.



Nella foto: Laura Miccio e Francesco Cusano (ADOI), Enrico Maria Procaccini e Valerio Cirfera (SIDE LF), Monica Corazza (SIDAPA), Marilena Laregina (ADMG), Giuseppe Menchini (AIDA), Gianmarco Vezzoni (SIDCO), Luigi Naldi (GISED), May El Hachem (SIDE RP).

NOTIZIE ADOI

Teledermatopatologia 2023

Il corso di Teledermatopatologia del 2022 **Lesioni Melanocitarie Complesse** con 36 crediti ECM, organizzato da ADOI e coordinato da Antonio Perasole e Cesare Massone ha riscosso un ottimo successo (71 patologi iscritti, 132 casi discussi), positivo feedback da parte dei partecipanti e conseguenti pubblicazioni su **Dermatology Reports**. Per tali motivi, si è deciso di proseguire ed arricchire questa esperienza.

Per il 2023, infatti, oltre a riproporre gli incontri sulla discussione delle lesioni melanocitarie difficili e incontri ECM relativi, grazie alla collaborazione nata con il Prof. Emilio Berti e il Dr. Giorgio Croci, vengono offerti incontri sui linfomi primitivi cutanei di tipo sia didattico che interattivo. Nasce quindi il primo corso di Teledermatopatologia **Incontri teorico pratici di dermatopatologia: infiltrati linfoidi, linfomi primitivi cutanei e lesioni melanocitarie complesse** che offrirà 36 crediti ECM.

Pertanto, i partecipanti potranno, oltre che acquisire crediti ECM, per gli appuntamenti previsti, sottoporre a discussione collegiale con gli esperti sia casi di lesioni melanocitarie che di linfomi cutanei primitivi.

Ulteriore novità per il 2023 è la FAD **Corso teorico-pratico di dermatopatologia, clinica e terapia: Infiltrati linfoidi e linfomi primitivi cutanei** che offre 25,5 crediti ECM, sempre in collaborazione con il Prof. Berti e il Dr. Croci.

Il numero complessivo dei crediti ECM per gli incontri mensili e la FAD è quindi di 61,5!
Inoltre, come usuale i casi più interessanti saranno pubblicati su Dermatology Reports.

Il corso è gratuito per i dermatologi in regola con la quota associativa ADOI.

Coloro che desiderano partecipare al Corso ECM sono pregati di inviare alla Segreteria Organizzativa ADOI all'indirizzo segreteria@adoi.it la scheda di preiscrizione.

Il programma dettagliato degli incontri e della FAD è disponibile sul sito ADOI.

Cesare Massone

Vicepresidente ADOI, Direttore Medico SC Dermatologia & Coordinatore Scientifico, Ospedale Galliera Genova (IT)

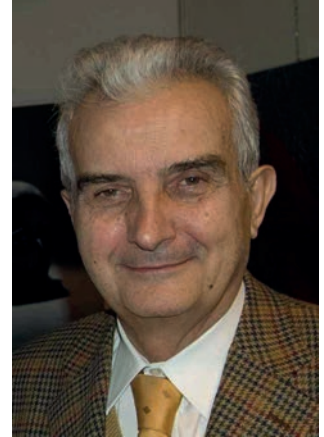
Antonio Perasole

Consulente Anatomico Patologo, Rete Diagnostica Italiana - Cerba HealthCare, Limena Padova (IT)

NOTIZIE ADOI

In Memoria del Prof. Luigi Massone

Piemontese di nascita (Castelletto d'Orba, AL, 14 giugno 1941) ma genovese d'adozione, laureatosi in Medicina e Chirurgia nel 1968 presso l'Università degli Studi di Genova, si specializzò in Dermosifilopatia nella Clinica Dermatologica diretta dal Prof. Baccaredda. Dal 1970 fu assunto presso l'E.O. Galliera nella struttura di Dermatologia diretta dal Dr Sprecher, di cui assunse la direzione dal 1982. Pioniere dell'informatizzazione della cartella clinica per la gestione elettronica dei pazienti, già nel 1988 implementò presso la SC Dermatologia dell'EO Galliera un sistema informatico di cartelle cliniche elettroniche in rete fra gli ambulatori. Negli stessi anni aprì il servizio di Allergologia, la Dermochirurgia ambulatoriale, l'ambulatorio con Laser CO₂, ed il Centro di Malattie Trasmesse Sessualmente, tutt'ora vigente. Insieme allo staff, fu autore di diverse pubblicazioni scientifiche negli anni '80 e '90. Divenne socio ADOI già dai primi anni '70, partecipando attivamente alla vita associativa e congressuale. Nel 1999 fu Presidente, insieme all'amico Bertani, del 38° Congresso Nazionale ADOI a Stresa, ove partecipò, tra gli altri, anche AB Ackerman. Nel giugno 2005 organizzò a Genova, insieme all'amico Prof. Rebora, il 2° Congresso Nazionale unificato ADOI- SIDeMaST, mentre nel 2008, insieme all'amico Prof. Nunzi, organizzarono sempre a Genova "The First Congress of Global Dermatology", congresso internazionale a cui parteciparono dermatologi dai 5 continenti. Come dermatologo, fu anche chiamato nello staff medico della U.C. Sampdoria. Nel 2002 assunse quindi l'incarico di Direttore di Dipartimento di Medicina, che ricoprì sino al pensionamento, il 30 giugno 2008. Ritiratosi nell'amata Recco nel Golfo Paradiso, si è spento serenamente il 17 aprile 2023 circondato dall'affetto dei propri cari. Arrivederci papà!



*Cesare Massone
Vice-presidente ADOI*

NOTIZIE ADOI

Il Tour Della Salute 2023

Il Tour della Salute è un evento itinerante che nasce con lo scopo di sensibilizzare i cittadini alla prevenzione primaria e secondaria con particolare riferimento ai principali fattori di rischio per le malattie croniche. Viene promosso in particolare il concetto di salute come bene globale e collettivo, da promuovere e mantenere attraverso il contrasto dei principali fattori di rischio come scorretta alimentazione e sedentarietà, fumo, alcol, obesità e/o sovrappeso ponendo attenzione non solo ad aspetti sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute.

La recente pandemia da Coronavirus ha messo sotto pressione le strutture della sanità pubblica e provocato una drastica diminuzione di tutte le attività di prevenzione e ritardi nella diagnosi di malattie più o meno importanti. Di particolare rilevanza, quindi, l'edizione 2023 del Tour, che vuole rappresentare un segnale di riavvicinamento dei cittadini e delle istituzioni ai principali concetti in tema di salute e benessere globale.

Come per le passate edizioni, ADOI sarà presente alla manifestazione per effettuare screening esemplificativi nelle piazze prescelte e divulgare, direttamente e attraverso i media, informazioni utili alla prevenzione in ambito dermatologico.

La manifestazione, patrocinata dal Ministero della Salute, si giova della collaborazione delle seguenti società scientifiche:

CREI (Collegio Reumatologi Italiani)

SIPREC (Società Italiana per la prevenzione Cardiovascolare)

ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica),

ADOI (Associazione Dermatologi- Venereologi Ospedalieri Italiani)

FNOVI (Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani)

SIOCMF (Società Italiana di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo Facciale)

FIP (Federazione Italiana Psicologi)

CENACOLO DI AUDIOVESTIBOLOGIA



Il Comitato Tecnico Scientifico Del Tour Della Salute al termine della conferenza stampa di presentazione dell'iniziativa, presso il Ministero della Salute.

Tappe del Tour Della Salute 2023

1. **PESCARA** 15-16 Aprile
2. **PORDENONE** 22-23 Aprile
3. **SESTO SAN GIOVANNI** 29-30 Aprile
4. **BOLZANO** 6-7 Maggio
5. **AOSTA** 13-14 Maggio
6. **ALESSANDRIA** 20-21 Maggio
7. **BASSANO DEL GRAPPA** 27-28 Maggio
8. **SANREMO** 3-4 Giugno
9. **RIMINI** 10-11 Giugno
10. **PISA** 17-18 Giugno
11. **ORVIETO** 24-25 Giugno
12. **ASCOLI PICENO** 1-2 Luglio
13. **CAMPOBASSO** 8-9 Luglio
14. **POTENZA** 15-16 Luglio
15. **AVELLINO** 2-3 Settembre
16. **CIVITAVECCHIA** 9-10 Settembre
17. **CAGLIARI** 16-17 Settembre
18. **LECCE** 30 Settembre - 1 Ottobre
19. **REGGIO CALABRIA** 7-8 Ottobre
20. **PALERMO** 14-15 Ottobre

STORIA DELLA DERMATOLOGIA

Il ruolo dell'Ospedalone nella storia della dermatologia e venereologia: nel passato e nel presente

Luigi Valenzano, Aldo di Carlo

È chiaro che il termine «Ospedalone» è l'appellativo dato emozionalmente dal popolo romano per sottolineare la grandezza e la magnificenza dell'Istituto Dermatologico di Santa Maria e San Gallicano, il primo ospedale in Europa dedicato completamente alle malattie della pelle e voluto da Papa Benedetto XIII in occasione del Giubileo del 1725.

Per meglio comprendere e valutare il ruolo dell'Ospedale nella storia della Dermatologia e Venereologia, è opportuno esaminare gli antefatti storici che hanno condizionato la sua costruzione, come pure il complesso contesto in cui è stato realizzato.

Si deve perciò partire da Gallicano, nome alquanto frequente in epoca imperiale ed indicativo di acquedotti e insediamenti romani nel Lazio ma anche, per quanto ci riguarda, di un eccezionale personaggio storico attorno al quale si è creato un vero e proprio mito. Glaucus Gallicanus (330-362 a.C.) è «vir et consul romanus» sotto l'imperatore Costantino I e quindi di fede cristiana. L'altro personaggio della vicenda è Giuliano, anch'egli cristiano, che però quando viene eletto imperatore ripudia la sua fede tornando a quella pagana e perciò passa alla storia come ultimo Imperatore pagano e con l'epiteto di «Giuliano l'Apostata». Come Imperatore, ritiene che un suo Console, cioè Gallicano, non possa abbassarsi fino a medicare personalmente malati, poveri e reietti addirittura ospitati nella sua villa romana. Pertanto, Giuliano intima al Console di sospendere questa inopportuna attività ma, non essendo obbedito, condanna e perseguita Gallicano costretto a trasferirsi con i suoi malati ad Ostia. Ma anche nella nuova residenza viene raggiunto dai soldati dell'Imperatore e minacciato di morte, quindi per sottrarsi all'ira imperiale, si rifugia nella remota Alessandria d'Egitto dove pensa di poter essere finalmente al sicuro assieme ai pazienti che intende assistere e curare. Però, quando i fuggitivi sbarcano nel continente africano, i sicari dell'Imperatore li uccidono. La strage dei malati e il martirio di Gallicano avvengono nel 362 d.C. e così, per l'estremo sacrificio, il Console diventa San Gallicano, celebrato il 25 giugno di ogni anno.

Questa tragica vicenda resta come archetipo di un volontariato estremo «usque ad mortem» e di una totale assistenza e protezione a malati, poveri e reietti. In tutto ciò si può già forse intravedere un primo accenno a quella che sarà la medicina sociale ed in particolare l'attività di accoglienza e cura dei malati praticate dal martire Gallicano possono essere considerate un primo passo verso il futuro ricovero ospedaliero.

Nella storia di quel periodo e dei successivi secoli avvengono grandi scoperte e geniali intuizioni, soprattutto in campo scientifico-sanitario. Una fra tante, la creazione del «Vulnerarius» voluto da Giulio Cesare per assistere e curare le ferite di soldati e reduci, e quindi per osservare e guarire la loro pelle e, se necessario, ricoverarli nei «Vulneraria». Chiaro accenno alla figura del Dermatologo e alle istituzioni ospedaliere per la cura delle malattie cutanee: tappa assai significativa nell'evoluzione della Medicina-Dermatologia.

L'attività assistenziale nei confronti dei più poveri e abbandonati, come già esercitata da San Gallicano, continua nei secoli successivi per l'impegno di molti altri devoti.

Una luce nel buio del Medioevo è la medicina monastica esercitata da religiosi (medici, specialisti, amanuensi etc.) in chiese, conventi e monasteri, con rimedi naturali e piante medicamentose raccolte in natura o coltivate appositamente negli orti, «Ortus Conclusus», nel contesto di idonee strutture e di una valida medicina «esternistica», ancora oggi praticata.¹

Da non sottovalutare in questo periodo l'importantissimo contributo arabo di grandi personaggi come Avicenna, Averroè e di molti altri famosi esponenti della cosiddetta «medicina del profeta». Questa cultura, sommata a quella ebraica, greca e romana, concorre alla realizzazione della Scuola Medica Salernitana, momento più alto nella storia della medicina medievale e da tutti riconosciuta «prima forma di insegnamento medico al mondo». Fra i suoi tanti esponenti, certamente la più carismatica è Trotula de Ruggero e le sue *Mulieres Salernitanae*: primo accenno alla medicina di genere.

All'inizio dell'era moderna (1492) Girolamo Fracastoro (1478-1553) illustra e denomina la sifilide, intravede altre malattie veneree e intuisce la presenza del «contagio vivo»: un ulteriore passo avanti nell'evoluzione della nostra disciplina.

Nel 1572 Girolamo Mercuriale redige il «primo trattato di Dermatologia al mondo»: un grande vanto per la cultura italiana. Tanti altri scienziati svolgono importanti ricerche e preziosi esperimenti.

Nonostante tutti i progressi, nel Settecento persiste ancora una medicina empirica, religiosa e talvolta anche ciarlatana e alchimistica.

D'altra parte, anche sul versante sociale, in contrasto con la fastosità settecentesca, nella popolazione vi è una grave spaccatura fra una minoranza ricca e privilegiata ed una maggioranza povera affetta da gravi malattie contagiose e comunque poco assistita e trascurata.

A Roma, anche se sono attivi molti ospizi caritatevoli ed importanti nosocomi, non sono soddisfatte le crescenti richieste della popolazione: molti malati sono costretti a vagare per le strade alla ricerca di assistenza e carità. Il problema è aggravato dalle frequenti pestilenze, specie dopo la chiusura dell'ospedale San Lazzaro, attivo come lebbrosario dal 1080. Già Alessandro VII, Papa dal 1689 al 1691, aveva ordinato agli ospedali romani, specie al Santo Spirito, di riservare letti per gli infetti isolati in specifici reparti per evitare contagi agli altri ricoverati: geniale intuizione ed appropriato comportamento alcuni secoli prima della scoperta dei germi e delle infezioni.

Chi non può essere ricoverato, si rivolge a strutture caritatevoli come quella di Don Emilio Lami che gestisce il famoso Ospizio di Santa Galla, poi trasformato in un vero ospedale.

Il Cardinale Corradini approva e condivide queste iniziative e perciò incarica Lami di trovare la sede più opportuna per un più grande ospedale. Il luogo ideale viene individuato nel cuore di Trastevere, proprio nella zona di Piazza Romana alle spalle della

¹Pippione M. Appunti di medicina "esternistica", ED. Minerva Medica, Torino, 2021.

Chiesa di San Crisogono e al di sotto della fontana dell'Acqua Paola al Gianicolo.

Il 14 marzo del 1725, Benedetto XIII (1649-1730), al secolo principe Pietro Francesco Orsini di Gravina divenuto Papa nel 1724, pone la prima pietra dell'Ospedale dedicandolo ai Santi Maria e Gallicano. L'ospedale nasce con scopi caritatevoli a favore di soggetti affetti da malattie cutanee contagiose e febbrili, è gratuito per tutti e l'assistenza per gli uomini è gestita da ecclesiastici, mentre le donne vengono curate dalle cosiddette «divote zitelle».

È l'ultimo dei cinque ospedali storici di Roma: Santo Spirito in Sassia (727), San Giovanni Laterano (1300), San Giacomo degli Incurabili (1339), Consolazione (1506), Fatebenefratelli sull'Isola Tiberina (1000).

Il nuovo grande ospedale nasce per impellenti esigenze, non solo individuali dell'utenza, ma anche per non meno importanti motivazioni politiche, socioeconomiche, sanitarie, culturali, scientifiche e artistiche, qui riportate seppur per sommi capi.

Lo Stato Vaticano è in una costante instabilità politica e Papa Benedetto XIII è afflitto dal continuo confronto e scontro con le più importanti famiglie e regnanti dell'epoca: Borboni, Asburgo, Savoia, la Serenissima e altre grandi potenze. È quindi indispensabile intraprendere risoluzioni politiche e provvedimenti per evitare attacchi e sommosse e soprattutto per soddisfare le esigenze del popolo disperato e rivoltoso.

La situazione socioeconomica è infatti disastrosa, in quanto un numero ristretto di nobili e possidenti conducono una vita agiata mentre invece la maggioranza del popolo vive in estrema povertà con pessime condizioni di salute e senza concrete soluzioni.

Le malattie, soprattutto quelle cutanee, sono assai diffuse e poco curate negli strati più poveri della popolazione. I cinque grandi ospedali romani preesistenti sono vetusti e insufficienti: i pazienti sono assistiti e curati più per motivi caritatevoli che per motivi sanitari e comunque ricoverati in ospizi sovraffollati e promiscui, in condizioni igieniche precarie e letti in comune.

In queste disastrose condizioni, sorge l'Ospedaleone «trans Tiberim», nell'intento di soddisfare molte esigenze e di risolvere varie problematiche.

La sua bellezza, originalità e funzionalità rappresentano un geniale connubio fra estetica e razionalità, secondo il parere di Giulio Carlo Argan (1909-1992) che lo definisce «*caso esemplare nel campo dell'evoluzione dell'ingegneria sanitaria tanto da essere considerato il migliore del genere nell'Europa di quegli anni quindi incredibile esempio di architettura civile e arte*».

Artefice di questo capolavoro è Filippo Raguzzini (1690-1771), architetto personale del Pontefice per il quale ha già progettato molti edifici a Benevento e a Roma.

Seguace di Borromini, è considerato «*il più originale e brioso progettista del rococò romano*». Il suo è un progetto grandioso, molto geniale e innovativo sia negli esterni che negli interni.

La struttura architettonica è complessa e di difficile descrizione: uno sviluppo longitudinale con la chiesa al centro che funge da porta d'ingresso principale onde esprimere l'accoglienza religiosa a tutti i bisognosi; ai lati dell'accesso due lunghe corsie, una a destra per gli uomini e l'altra a sinistra per le donne con servizi e alloggi per il personale posti alle estremità periferiche delle due corsie; nel cortile dell'ospedale è presente una grande spezieria per la preparazione di medicinali e topici; e persino due cimiteri che, con l'interramento delle salme all'interno della struttura, evitano la diffusione esterna dei contagi.

Molti altri particolari sono sorprendenti e difficili da riportare per cui ci si limita a quelli più originali e innovativi: assai pratica e utile è una balconata lungo la facciata esterna che permette al personale di aprire le finestre senza incomodare i pazienti e di sor-

vegliare qualsiasi contatto fra ricoverati e mondo esterno; eleganti rosoni sulle pareti esterne in alternanza con le lesene sono «sfiatatoi a rosetta» che permettono l'eliminazione di cattivi odori provenienti dai cosiddetti «sedini», ovvero dai servizi igienici ricavati nello spessore dei muri e muniti di acqua corrente che, scendendo in canali posti fra i letti, permette ad ogni ricoverato di prelevare in alto acqua potabile per bere e lavarsi ed eliminare in basso i rifiuti nelle fognature che sfociano nel vicino Tevere.

L'abbondante dotazione di acqua e il suo corretto impiego appaiono infatti indispensabili fin dal primo accesso del paziente che viene accuratamente lavato, vestito con opportuni indumenti, posto in un letto singolo pulito ed accogliente, poi sfamato con buon cibo e tante altre cordialità: primi passi indispensabili per ottenere la «sanatio nosocomialis», certamente più risolutiva dei medicinali allora disponibili. Il continuo rifornimento di acqua è assicurato dal collegamento con la monumentale fontana dell'Acqua Paola, posta sul Gianicolo alle spalle dell'ospedale, già realizzata nel 1610 da Papa Paolo V che provvidenzialmente aveva convogliato tutte le sorgenti dell'agro-braccianense particolarmente salubri: «*Pavlv̄s qv̄intvs pontifex maximvs aqvam in agro braccianensis salvberrimis e fontibvs collectam veteribvs aqvae alsietinae dvctibvs restitvtis novisqve additis*».

Si realizza così il volere di Benedetto XIII, figura grandiosa e poliedrica, custode del potere temporale in quanto «*zelante perché mai schierato con le potenze europee*», ma soprattutto grande innovatore dedicato al bene dell'umanità e che per i suoi tanti meriti è riconosciuto Beato dal 22 Febbraio del 2017. Il suo nome e il suo impegno nella realizzazione dell'ospedale restano immortalati nella Bolla di fondazione e nella targa marmorea visibile nell'atrio dell'ospedale.



In questa sono indicate le finalità istitutive e caritatevoli: «*Neglectis rejectisque ab omnibus pruriginis lepra et scabie...*», le patologie più frequenti e le difficoltà nella realizzazione. Così come anche nel monogramma «Amor Dei» è confermato l'alto valore assistenziale e sociale dell'ospedale.

Le regole per il buon andamento del nosocomio sono redatte dal Cardinale Pietro Marcellino Corradini (1658-1743), ispiratore, esecutore e controllore della grande e ambiziosa opera, di cui è nominato Protettore. Così come Don Emilio Lami (1660-1741), per la sua attività apostolica e assistenziale, viene eletto primo Priore. Per loro volere la dotazione dei posti letto per gli uomini è così articolata:

- 30 per «pruriginosis»
- 3 per «puriginosis febricitantibus»
- 6 per «puriginosis scabiosis»
- 6 per «scabiosis in capite»
- 9 per «leprosis»
- 2 per «leprosis pruriginosis»
- 4 per «leprosis non pestilentibus»
- 5 per «leprosis pestilentibus»

Lo stesso avviene per le donne che dispongono di dieci letti in più, detti «lancisiane» perché donati dall'Archiatra Giovanni Maria Lancisi (1654-1720), fondatore della gloriosa Accademia Lancisiana ancora oggi attiva.²

Le malattie di quel periodo sono molte e diverse e fra queste la più frequente e temuta è la «scabbia del capo», ovvero la tigna favosa del capillizio, bersaglio di lunghe e complesse terapie:

- Tonsura dei capelli preliminarmente e ripetuta
- Burro fresco o rancio per ammorbidire le croste
- «Carta suga» e cappellino di lino per ammorbidire e rimuovere le croste
- Incisioni sulla cute e unguenti curativi (tremetina, piombo, mercurio, salgemma, succo di limone)
- Occlusione con la permanenza di una vescica di bue
- Nei cinque/sei mesi successivi i capelli ricresciuti debbono essere strappati e unti per causare infiammazione alla radice dei capelli fino alla loro totale caduta.³

I bambini affetti da tigna, «tignoselli», sono ricoverati per lunghi periodi e anche per anni, in genere fino alla pubertà che già di per sé sappiamo essere risolutiva.

Nel 1826 Papa Leone XII edifica un monumentale Teatro Anatomico e sancisce che gli studenti di medicina devono obbligatoriamente frequentare per apprendere la Dermatologia: tappa fondamentale per l'insegnamento universitario in ambito ospedaliero.

Una grande e significativa svolta avviene con la fine dello Stato Pontificio nel 1870: anche nel San Gallicano prevale la gestione laica per cui i Priori vengono sostituiti da valenti Professori (Casimiro Manassei, Shilling, Domenico Maiocchi, Gaetano Ciarrocchi, Pierangelo Meineri e tanti altri).

Nello specifico Manassei, Direttore dal 1860 al 1867, istituisce la prima Cattedra di Dermatologia ed è primo Presidente della SIDES; Shilling dal 1867 al 1893 apre le porte dell'ospedale ai sifilitici e crea le famose Sale Celtiche per la cura e il controllo di tutte le venereopatie; Ciarrocchi dal 1893 al 1925 introduce la Rontghen terapia, rivoluzionario trattamento per molte malattie della pelle, specie per i tumori, studia e realizza topici e galenici di cui alcuni portano il suo nome e nel 1922 trasforma la spezieria in farmacia «*affinchè la spezieria potesse, nel modo migliore, assolvere ai suoi compiti e soddisfare le più disparate esigenze curative, era necessario che al suo andamento fosse preposta una persona valida e capace...*»; Meineri dal 1934 al 1953, per ostacolare la diffusione delle MST, gestisce e regola persino le problematiche della prostituzione, argomento di cui si sono occupati molti altri studiosi.⁴

Sono tante le evoluzioni sociosanitarie che avvengono in quel periodo: dapprima rivolte alle esigenze assistenziali e quindi all'accoglienza completa e fruttuosa, poi ai provvedimenti socio-terapeutici ovvero a cure ancora primordiali, non propriamente medico-scientifiche, ma comunque conformi al sapere medico dell'epoca e quindi ad una costante ricerca e realizzazione di nuove conoscenze.

In effetti in Italia nella seconda metà dell'Ottocento la Dermatologia è riconosciuta come «disciplina autonoma», analogamente a ciò che avviene in Europa durante tutto l'Ottocento, perciò detto «secolo d'oro della Dermatologia». Ne sono protagonisti

Robert William (1751-1812) che a Londra classifica le malattie cutanee; Ferdinand Von Hebra (1816-1888) che a Vienna istituisce nel 1848 la prima Cattedra di Dermatologia e Louis Alibert (1768-1837) che a Parigi dirige l'Hopital Saint Louis, ove elabora il suo *Arbre des Dermatoses*, ed è considerato «padre della Dermatologia francese ed Europea».

In conclusione, da quanto fin qui esposto a grandi tratti, si può ritenere che il molteplice e variegato contributo dell'Opedalone alla storia della Dermatologia e Venereologia, oltre al trionfo del papato e delle vocazioni religiose, alla gratuità dell'assistenza, all'evoluzione dell'insegnamento universitario, ha il precipuo merito di aver realizzato per la prima volta l'istituzione della Dermatologia ospedaliera.

Nei secoli successivi l'Opedalone, pur restando fedele alla sua primitiva vocazione, cambia volto nel senso che le motivazioni politiche, socioeconomiche, sanitarie, culturali, scientifiche e artistiche che lo hanno caratterizzato debbono adattarsi alle diverse esigenze imposte da un progresso sempre più incalzante e polimorfo.

Intorno agli anni Trenta del '900 si verificano due importanti eventi nella storia dell'Opedalone. Il primo riguarda la trasformazione del San Gallicano da ospedale assistenziale a «Regio Istituto Fisioterapico Ospitaliero di Santa Maria e San Gallicano con annessa farmacia» (1926). Finalità principale, valutare attraverso studi clinici il ruolo della radioterapia in campo dermatologico e oncologico, sotto il controllo della Direzione generale della Sanità pubblica (futuro Ministero della salute). Rimaneva peraltro immutata l'attività ospedaliera nell'ambito del Pio Istituto di S. Spirito (diventato poi Ospedali Riuniti di Roma). Al riguardo è interessante notare che l'art 7 di detto decreto precisa che gli infermi poveri sono a carico dell'Istituto, confermando in tal modo l'antica vocazione dell'ospedale (*neglectis rejectisque ab omnibus*).

Il secondo evento è del 1939, anno in cui il San Gallicano, insieme al Regina Elena e all'Istituto Tumori di Milano, viene inserito tra i primi Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), ovvero Centri specializzati di riferimento nella cura e nella ricerca per malattie di particolare rilevanza sociale.⁵

Questi due passaggi epocali costituiscono l'indubbio riconoscimento della fama raggiunta sino ad allora dal San Gallicano,⁶ alla cui origine sono da considerare diversi fattori. Anzitutto la particolare posizione dell'ospedale nel cuore della città e il facile accesso anche da fuori regione, che avevano consentito di acquisire una grande esperienza clinica associata a una rilevante casistica. Ad esempio, nel campo delle malattie sessualmente trasmesse, i numeri epidemiologici, clinici e statistici dell'ospedale erano talmente elevati da essere rappresentativi della situazione a livello nazionale. Tra il 1937 e il 1944, vennero ricoverati nelle sale celtiche in media 650 pazienti/anno, mentre negli anni '60 furono registrati in media 200 casi all'anno di sifilide primo-secondaria e 1000 casi di gonorrea. A questi dati certamente rilevanti sul piano clinico-epidemiologico, si associava il problema sociosanitario della riabilitazione delle prostitute, fortemente sostenuto dal Meineri nell'immediato dopoguerra (1947). Egli infatti si adoperò affinché nell'ambito del ricovero ospedaliero accanto a una sorveglianza discreta fosse offerta alle pazienti la possibilità di letture e varie occupazioni, sull'esempio di quanto già proposto dalla filantropa A. Ravizza a Milano alla fine dell'800.⁷

²Muscardin L. In: Gelmetti C. Storia della Dermatologia e della Venereologia in Italia, Springer-VerlagItalia, 2015.

³Meineri P.A. Come si curava la tigna due secoli orsono, Bollettino ISG, 1952.

⁴Meineri C. Origine, evoluzione e compiti dell'Ospedale San Gallicano, Bollettino ISG, 1947.

⁵Gli IRCCS sono oggi definiti: Istituti a rilevanza nazionale dotati di autonomia che operano secondo standards di eccellenza, perseguendo finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità D.L. 288/2003.

⁶G.Belli. Roma 12 febbraio 1833: [...] c'è San Spirito poi e San Giovanni che cura ammalati d'ogni fazione. Hai la tigna? Te pia San Galiganodove tajjeno auffa li capellimejjo de Rondinella er babbilano. Finarmente sce so li Bbonfratelli, ma cqui nun pò appizzacce ogni cristiano. Cuesto nun è Spedar da poverelli.

⁷Taverniti L, De Rosa F. La biblioteca storica dell'Istituto San Gallicano. Biblioteche oggi, 2016.

Un altro interessante fattore era la vicinanza dei grandi ospedali generali (San Camillo, Forlanini, Fatebenefratelli, S. Spirito, San Giovanni) che assicuravano un continuo proficuo interscambio con gli altri specialisti, in particolare di medicina generale.

Notevole anche fu l'impronta lasciata nel corso degli anni dai direttori-primari dell'ospedale quali Casimiro Manassei, Pietro Schilling, Gaetano Ciarrocchi, che descrissero molti quadri morbosi; dopo il 1926 si alternarono Pio Pediconi 1925-34, Angelo Meineri fino al 1952, Umberto Granelli fino al 1965, Paolo Nazzaro fino al 1975 e più di recente Ferdinando Ippolito, ultimo direttore-primario e primo direttore scientifico, dal 1977 al 1984.

Tra i molti specializzandi, cultori e specialisti che frequentarono l'ospedale vanno citati i futuri cattedratici Domenico Majocchi (Clinica dermosifilopatica Università di Parma) e Antonio Tosti (Università di Palermo).

Costituiscono parte integrante dell'Istituto, la storica Biblioteca medica e la Farmacia. La prima comprende circa 60 periodici correnti, 1300 monografie, 200 testi di letteratura medica della prima metà del Novecento del Fondo Granelli (significativa è la raccolta di monografie sulla sifilide) e 2063 testi umanistici del Fondo Agostini. La biblioteca digitale dispone delle risorse più importanti quali: Biomed Central Open Access, Cilea, Cochrane, Bibliosan.

La Farmacia, vanto storico dell'Istituto, ha avuto in passato una tradizionale attività di originali preparazioni galeniche con buon riscontro anche sul piano commerciale, essendo per statuto detta farmacia aperta al pubblico esterno.

A completamento, va ricordato il Servizio fotografico, prezioso per la crescente importanza della documentazione iconografica e grafica quale supporto indispensabile della ricerca dermatologica nelle riunioni congressuali e per le pubblicazioni scientifiche

Il Bollettino dell'Istituto ha una lunga storia essendo nato nel 1873 per opera del Primario Pietro Schilling, quale rendiconto annuale dell'attività clinica dell'Ospedale, con commenti sulle nuove terapie in esso sperimentate. Ai primi del Novecento il Bollettino scompare ed è merito di Pier Angelo Mieneri nel 1947 averlo riattivato con l'intento di portare l'esperienza clinica dell'Ospedale alla classe medica di allora. Umberto Granelli mantenne queste caratteristiche di divulgazione di casi clinici osservati in ospedale, tuttavia fu Paolo Nazzaro, negli anni '70 in piena evoluzione scientifica della medicina e della dermatologia, che dette alla rivista una nuova impronta, con aggiornamenti nosografici e primi studi di una nascente ricerca sperimentale.

I tempi, infatti, erano maturi e nel 1977 vennero istituiti 4 Laboratori Sperimentali diretti da valenti ricercatori, che concorsero a gettare a nuove basi per l'ulteriore sviluppo dell'Istituto. I Laboratori, rispettivamente di Fisiopatologia cutanea, Istopatologia, Microbiologia, Biochimica-Porfirie hanno infatti segnato una svolta nella storia dell'Istituto, contribuendo al passaggio dalla attività prevalente socioassistenziale alla ricerca applicata e traslazionale, con risultati scientifici di notevole prestigio in campo nazionale ed internazionale, quali ad esempio gli elevati indici bibliometrici, molto importanti ai fini del finanziamento della ricerca. Sono da ricordare nell'ambito della organizzazione di convegni e congressi, il Simposio internazionale di Dermatologia pediatrica (Dir. GW. Korting, M. Monacelli), quello sulla Porfiria Cutanea Tarda, il Simposio Nazionale sulla Toxoplasmosi, l'*International Meeting on Porphyrins and Porphyria*, il Congresso nazionale SIDEV, la riunione di Istopatologia cutanea del gruppo europeo Unna-Darier, il corso di perfezionamento in Istopatologia Dermatologica per dermatologi e patologi (in concorso con La Sapienza), il meeting nazionale sulla dermatite seborroica al CNR. Sono da menzionare anche il primo caso descritto in

Italia di porfiria epatoeritrocitaria ("Porphyrins and Porphyrias, Parigi 1985), l'isolamento farmacologico nei laboratori dell'acido azelaico, l'introduzione della teletermografia, tra i primi in Italia.

I progressi compiuti negli ultimi anni e i moderni sistemi di analisi e di *budget* hanno peraltro portato anche a modifiche gestionali dell'Istituto, in linea con le caratteristiche di un moderno IRCCS. La parte assistenziale è oggi è basata prevalentemente sul *week hospital*, *day hospital*, *day surgery* e attività ambulatoriali, con il risultato di una razionale distribuzione dei tempi di degenza ed un risparmio notevole economico. Così per patologie di comune riscontro come le dermatiti da contatto professionali e cosmetiche, che rappresentano circa il 40% di tutta la patologia cutanea, la diagnosi e la terapia sono oggi facilitate dai test epicutanei e dalla introduzione dei farmaci steroidei e biologici e pertanto non necessitano più come in passato di ricoveri o lungodegenze. Parimenti per una dermatosi molto diffusa come la psoriasi la degenza è divenuta infrequente o di breve durata a seguito della notevole efficacia di nuove metodiche farmaco-fisiche (PUVA terapia) e di farmaci sistemici innovativi (retinoidi, ciclosporina A, biologici) praticabili ambulatorialmente o in Day hospital. Anche affezioni su base batterica o micotica dopo l'avvento degli antibiotici e degli antimicotici topici e sistemici, si possono curare senza ricorrere al ricovero. Le dermatosi bollose gravi quali il pemfigo, i pemfigoidi ed il lupus eritematoso sistemico che un tempo richiedevano lunghi ricoveri oggi possono essere trattate in day hospital. Altra patologia molto diffusa, le vasculopatie ulcerative degli arti inferiori, che un tempo incidevano notevolmente sul numero dei posti-letto oggi può essere trattata ambulatorialmente od in day hospital medico o chirurgico.

L'evoluzione della Dermatologia ha poi condotto in Istituto allo sviluppo di alcune branche specialistiche quali ad esempio la Dermatologia allergologica e professionale, la Dermatologia angiologica, la Dermatologia pediatrica, la Dermatologia oncologica, la Dermatologia estetica, ed alla istituzione di Servizi ed ambulatori ad "indirizzo speciale".

Infine, il necessario aggiornamento tecnico-strumentale ha portato alla introduzione di nuove metodiche strumentali non invasive come la capillaroscopia, la teletermografia, la epiluminescenza, l'ecografia, la microscopia confocale, l'Artoscan-RMN. Il Servizio di Fotodermatologia è stato dotato di numerose aggiornate strumentazioni, dal simulatore solare al laser ad eccimeri. In campo chirurgico la tecnica del linfonodo sentinella è divenuta una metodica di routine, similmente a quanto accade in primari centri di Chirurgia oncologica.

Oggi l'attività dell'Istituto è rivolta a prestazioni di ricovero e cura di alta qualificazione e alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici aggiornati secondo linee guida nazionali ed internazionali. La parte clinica è rivolta principalmente alla diagnosi e terapia delle dermopatie infiammatorie, centrata sull'impiego di innovativi farmaci biologici, alla dermatologia infettiva con particolare riguardo agli aspetti epidemiologici clinici microbiologici ed immunologici delle MST e delle infezioni comunitarie e nosocomiali, alla dermatologia oncologica, in specie la prevenzione di NMSC e melanomi e infine alle porfirie e dermatosi rare.

Sul piano della ricerca traslazionale vanno ricordati l'individuazione biologica dell'acido azelaico da parte del laboratorio di Fisiopatologia e il suo impiego sperimentale nell'acne, melanosmi e senescenza cutanea, i cui risultati favorevoli hanno consentito la registrazione commerciale di uno specifico prodotto farmaceutico. Di particolare interesse sono gli studi rivolti alla metabolomica e lipidomica cutanea, ai nuovi marcatori in dermatopatologia, all'impiego di antiossidanti, alla fisiopatologia della pigmentazione (vitiligine, melanoma), alla sperimentazione di nuove tecniche

anche chirurgiche nella vitiligine o di nuovi farmaci in trials clinici italiani ed europei sulla psoriasi.

L'importanza di queste scelte strategiche è documentata dal riconoscimento da parte della Regione Lazio rispettivamente (del centro MST-AIDS dell'Istituto quale Struttura di III livello AIDS della Regione Lazio (1989), risultando tra i primi centri per numerosità della casistica segnalata, e di centri di riferimento regionali per Porfirie e malattie rare, e di Melanoma Unit, mentre l'Istituto Superiore di Sanità ha inservito il Servizio MST dell'Istituto quale "centro sentinella" a livello nazionale. Di particolare interesse è l'attività svolta dalla "Melanoma Unit", struttura interdisciplinare di raccordo diagnostico-terapeutico.

Nel 2000 il San Gallicano e l'Istituto Regina Elena (IFO) sono stati trasferiti dalle sedi storiche nella moderna e più funzionale struttura dell'ex San Raffaele di Roma Eur.

In conclusione, il passaggio dell'Ospedale a moderno

IRCCS ha apportato indubbi vantaggi ai fini della ricerca applicata grazie ai fondi del Ministero della Salute che si aggiungono ai finanziamenti regionali. Vanno tuttavia in generale considerati alcuni punti critici degli IRCCS, quali la scarsità dei fondi finanziari (di gran lunga inferiori ed esempio a quelli dei INSERM in Francia), la competitività nei bandi di ricerca a scapito degli Istituti dotati di minor organico, la necessità di poter disporre di personale altamente qualificato, premessa essenziale affinché i giovani dermatologi sia clinici che ricercatori possano inserirsi nel campo della Dermovenereologia a pieno titolo.

Al riguardo è tuttora in discussione il disegno di legge delega che impegna il Governo ad adottare entro quest'anno un decreto legislativo di riordino degli IRCCS, come previsto dalla Missione 6 del PNRR. Il decreto prevede la revisione dei criteri e dei tempi per la qualifica di IRCCS, la valorizzazione delle reti di IRCCS, la creazione di partnership e l'attenzione al territorio.

Criteri medico-legali di riconoscimento di malattia professionale di ordine dermatologico

Valerio Cirfera,¹ Floria Bertolini²

¹*Dermatologo, Presidente SIDeLF, Società Italiana di Dermatologia Legale e Forense, Lecce;*

²*Dermatologa, Libero-Professionista, Padova, Italia*

Abstract

Dermatological diseases represent a field of particular medical-legal interest in the sector of pathologies protected by the I.N.A.I.L. The main skin diseases in an occupational context are irritant and allergic contact dermatitis. These conditions are a very common cause of ill-health related to occupation. Despite a decrease of notifications to INAIL for occupational skin diseases in recent years, their burden is still high, so dermatologist may often be called for a consultation, giving his opinion about indemnity of the worker. This paper gives an overview of legal aspects concerning occupational dermatitis.

Key words: occupational dermatoses, indemnity, accident at work.

Introduzione

Le malattie dermatologiche rappresentano un campo di particolare interesse per la medicina legale, specialmente nel settore delle malattie professionali tutelate dall' INAIL. Distinguere la patologia intercorrente da quella di interesse lavorativo non sempre è semplice, soprattutto per le patologie causate da elementi che si trovano nell'ambiente lavorativo e nelle quotidianità.

Il motivo per cui si è ritenuto utile proporre questo lavoro dedicato alla dermatologia legale di interesse occupazionale è relativo al fatto che il lavoratore vittima di un infortunio o che abbia contratto una malattia professionale ha il diritto ad essere

indennizzato dall' I.N.A.I.L. (Istituto Nazionale per l' Assicurazione contro gli Infortuni-malattie del Lavoro) in capitale e/o in rendita, previa dimostrazione del nesso di causalità tra esposizione lavorativa e lesione o insorgenza della malattia.

Nell'ordinamento giuridico italiano esistono numerose malattie professionali riportate in tabelle (1. Testo Unico 1124/65) dove sono indicate, accanto ad ogni malattia, la tipologia di lavorazione che l'ha causata e la durata dell'indennizzabilità della patologia stessa, rispetto alla data di cessazione all'esposizione lavorativa e la comparsa della patologia stessa.

Con il D.lgs. 09 aprile 2008, il numero delle patologie nelle tabelle del Testo Unico è aumentato in modo marcato (*patologie lavorative tabellate*) ed è stata introdotta la possibilità di riconoscere, come professionali, malattie non comprese in tale Testo (*patologie lavorative non tabellate*), a condizione che ne sia provata la causa di lavoro, da parte del lavoratore. Al riguardo, è ritenuta essenziale e storica la Sentenza della Corte Costituzionale n.179 del 10 febbraio 1988, che aveva stabilito l'indennizzo anche di malattie non comprese nelle suddette tabelle.

Dermatosi professionali

Storicamente, in Italia le malattie cutanee di origine professionale (Tabella 1), sia nella loro fase acuta che cronica, sono state caratterizzate da un alto tasso di ricorrenza nell'ambito delle patologie da causa di lavoro, fino agli anni duemila, collocandosi subito dopo le ipoacusie professionali.¹⁻³

Nonostante il calo delle denunce, di malattie professionali in generale e di quelle dermatologiche in particolare all'INAIL, negli

Tabella 1. Dermatosi professionali (Sertoli A. Istituto di clinica Dermatologica Università di Firenze. 69° congresso Nazionale SIDEV. Sorrento).

1. Dermatiti da contatto con agenti chimici Irritative (DIC) Allergiche (DAC)
2. Dermatosi da agenti fisici da caldo e freddo, da esposizione solare incongrua, da radiazioni ionizzanti (radiodermi croniche)
3. Dermatosi da agenti biotici Batteri da miceti, virus e parassiti
4. Neoplasie cutanee professionali
5. Acne professionale da idrocarburi policiclici, aromatici clorosostituiti (cloracne) e da oli minerali
6. Discromie lavorative: Melanodermie e Leucodermie

ultimi due decenni il tasso di incidenza delle dermatosi professionali ha sempre rappresentato un dato di rilievo (Figure 1 e 2), per cui non è affatto infrequente che il dermatologo e il medico esperto in materia venga chiamato ad esprimere il suo parere motivato, nell'ambito di una Consulenza Tecnica, sui criteri di ammissibilità all'indennizzo della patologia cutanea, di cui può essere affetto un lavoratore.

L'odierna riduzione delle malattie professionali denunciate all'Inail è certamente merito dell'introduzione del D.Lgs n. 626/1994 (Prevenzione lavoro) - Legge Bosetti & Gatti, successivamente abrogato e sostituito dalla D.L. 81 del 2000 o Testo

Unico sulla Sicurezza, che regolamenta la sicurezza nei posti di lavoro, in attuazione ad alcune direttive della Unione Europea, che obbligano le imprese, i committenti e i datori di lavoro a gestire il miglioramento continuo delle condizioni di lavoro, ad introdurre la formazione e l'informazione sui rischi, per cui sono state create specifiche figure professionali.⁴

Prima degli anni 2000, la richiesta di indennizzo per patologie cutanee era soprattutto per dermatiti secondarie alla sensibilizzazione da contatto ad alcune sostanze impiegate nell'ambito professionale². L'uso sempre più attento di dispositivi di protezione individuale

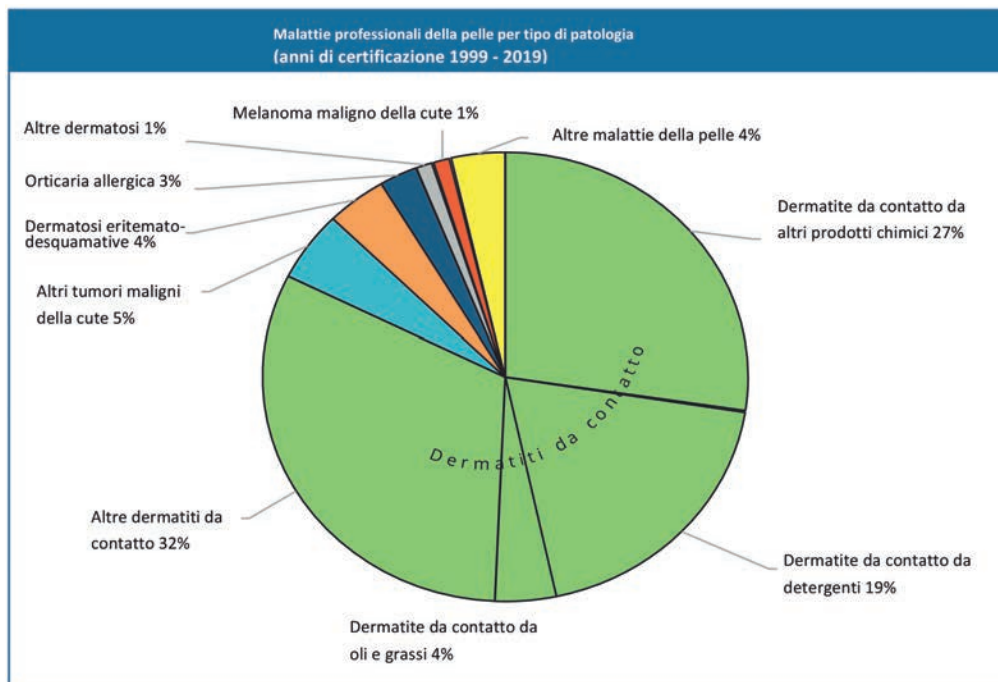


Figura 1. Da INAIL 2021 – Scheda 7 – Banca dati MALPROF.

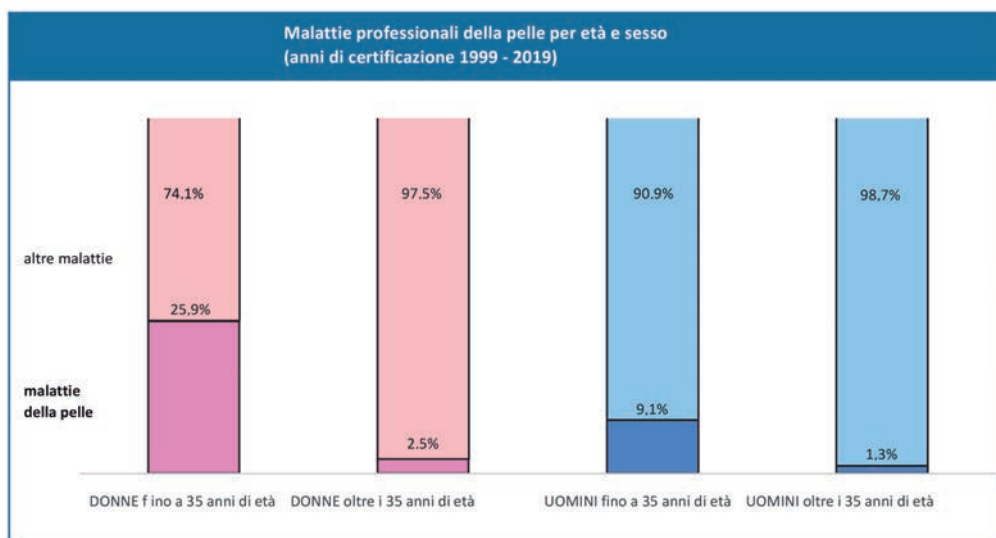


Figura 2. Da INAIL 2021 – Scheda 7. Malattie della pelle per età e sesso – Banca dati MALPROF.

(DPI) e, probabilmente, anche la riduzione dell'assegno di indennità per le dermatopatie professionali successiva al D.M. 09 Aprile 2008 sulle nuove Tabelle delle Malattie Professionali, si è riscontrata una forte riduzione di richiesta di indennizzo per esse.

Attualmente le dermatopatie cutanee, per cui viene richiesto l'indennizzo, sono, spesso, rappresentate da tumori della cute, sia neoplasie N.M.S.C., di origine cheratinocitarie (Figura 3), che neoplasie melanocitarie (M.S.C.), in zone fotoesposte, da parte dei lavoratori *outdoor* dell'agricoltura e dell'industria edile e nautica.⁴ Questo è stato favorito dall'inserimento tabellare, nel TU del 2008, dei tumori cutanei da fotoesposizione, essendo state accolte le indicazioni fornite da numerose organizzazioni internazionali, prima fra tutte l'WHO e della International Agency for Research on Cancer (IARC) e da numerosi studi della letteratura,^{4,5} che indicano le radiazioni ultraviolette (RU) come cancerogeni, ovvero dannose sul materiale genetico dei cheratinociti e melanociti, attraverso processi di ossidazione cellulare, con conseguente rischio di mutazioni.

Materiali e metodi

Per la comprovazione del nesso di causa tra occupazione lavorativa e malattia ad essa correlata, è fondamentale la ricerca e l'analisi di tre aspetti essenziali, che costituiranno il protocollo metodologico basilare dell'appropriatezza valutazione, nel caso in cui la specifica dermatosi oggetto di studio non rientri nell'elenco delle malattie tabellate.

La legge Bosetti & Gatti D.lgs., di cui sopra, n. 626/1994, prevede la valutazione del rischio nei posti di lavoro al fine della messa in atto di procedure preventive. Quindi il primo criterio utile alla comprovazione del nesso di causa riguarda lo studio del rischio lavorativo in base alla natura delle sostanze cui il lavoratore è esposto, alla intensità e alla durata dell'esposizione, a sua volta condizionate dal tipo e dalla mansione occupazionale. Sarà quindi resa nota la probabilità, fino al 100%, della sussistenza della "noxa" eventualmente responsabile della patologia.

Il secondo criterio mira a dimostrare il meccanismo attraverso cui l'agente patogeno determina la malattia, che può essere di natura irritativa o sensibilizzante nel caso delle dermatiti da contatto, ma anche di natura infettivologica e neoplastica. Nel caso di dermatite allergica da contatto, il ricorso all'applicazione dei test epicutanei standard e specifici per lavorazione è d'obbligo.⁶⁻⁷ Per la dimostrazione della dermatite allergica da contatto (DAC) professionale, non basta che essi siano positivi, ma è necessario valutarne la "rilevanza" in rapporto al rischio espositivo, alla sede delle manifestazioni, soprattutto quella d'inizio della dermatite.

Il terzo criterio accertativo è la positività del "test di

arresto/ripresa", consistente nel miglioramento clinico della dermatosi nei periodi di allontanamento del lavoratore dal posto di lavoro, con sua recrudescenza con il rientro.

Discussione

Una malattia è considerata di origine professionale se è contratta per esposizione a fattori (materiali, sostanze ed agenti) di natura chimica, fisica e/o biotica presenti nell'ambiente di lavoro, nell'esercizio e a causa della lavorazione svolta nel concreto dal lavoratore.¹ Tali fattori agiscono in modo lento e reiterato nel tempo, determinando lesioni croniche, a loro volta causa di una menomazione dell'integrità psico-fisica del lavoratore suscettibile di valutazione medicolegale quali-quantitativa, ossia di un danno permanente ai sensi dell'art. n. 13 del decreto legislativo del 23 febbraio 2000 n. 38.

Nel sistema giuridico italiano, la su esposta considerazione è, in presunzione legale d'origine, automaticamente riconosciuta per alcune malattie, cosiddette tabellate, ossia già previste, ossia preordinate, come di origine professionale, ivi incluse alcune di esse di interesse dermatologico (Tabella 2), tabelle pubblicate in Gazzetta ufficiale. In questi casi al lavoratore spetta solo allegare il suo stato patologico, la sua mansione lavorativa e indicare le sostanze o gli



Figura 3. Cheratosi Attiniche / Epiteliomi Squamocellulari multipli.

Tabella 2. Particolare delle tabelle delle malattie professionali previsto DM. 9 aprile 2008.

Malattie (icd-10)	Lavorazioni	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
Malattie causate da radiazioni solari:	Lavorazioni svolte prevalentemente	2 anni
a) Cheratosi attiniche (I57.0)		Illimitato
b) Epiteliomi cutanei delle sedi fotoesposte (c44)	All'aperto	2 anni
c) Altre malattie causate dalla esposizione professionale alle radiazioni solari (icd-10 da specificare)		Illimitato in caso di malattie neoplastiche

agenti etiologici della sua malattia.

I tumori della cute causati dalle radiazioni solari vengono indennizzati anche se compaiono molto tempo dopo la cessazione del lavoro, stante il loro meccanismo lesivo sul materiale genetico cellulare continuativo nel tempo. In particolare, la comparsa di cheratosi attiniche causate dalla esposizione professionale al sole viene riconosciuta come professionale se compare entro due anni dalla cessazione del lavoro, mentre per le neoplasie cutanee maligne conclamate, il lasso temporale di indennizzabilità è illimitato.

Per le dermatosi non tabellate, la presunzione legale che esse siano di origine occupazionale, dovrà essere comprovata, ossia dimostrato il nesso di causalità tra l'esposizione a "noxae" insite nell'ambiente, nel comparto e nel ciclo lavorativo in cui è inserito il lavoratore e dimostrare che lo sviluppo dei sintomi soggettivi ed obiettivi specifici sono comparsi successivamente all'inserimento in una determinata produzione, soprattutto se la malattia denunciata non è annoverata nel sistema tabellare del TU.

I criteri o i requisiti soddisfacenti il nesso causale sono molteplici, così come al paragrafo precedente, talvolta ardui da allegare, perché non basta che il lavoratore rappresenti le proprie sofferenze, come nel caso delle dermatiti da contatto, ovvero l'onere probatorio è molto complesso e articolato. I presupposti fondanti l'origine professionale delle DIC e delle DAC non possono essere avulsi dalla conoscenza dei dati anamnestici generali patologici ed espositivi del lavoratore, che ne condizionano il rischio professionale. È necessario puntualizzare e individuare l'occasione di lavoro, la lavorazione morbigena, la specifica mansione svolta, sua tipologia e inizio, sede del comparto e dell'ambiente professionale, le fasi del ciclo lavorativo e l'elenco delle "noxae" responsabili o presunte tali; Il rischio professionale dovrà, successivamente, essere contestualizzato in ordine al quadro clinico denunciato, la sua fase evolutiva, il momento di prima insorgenza dei sintomi e segni, la loro tipologia ed estensione, la durata di singoli episodi. Si dovrà fare attenzione alla loro secondarietà in termini di ripresa della dermatosi, ossia differenziare l'evenienza di ricaduta dalla recidiva, attendendo la prima alla riaccensione di lesioni eczematose appena migliorate, causate dalla stessa noxa responsabile del primo episodio, a cui sono legate da uno stato di sensibilizzazione, come accade nelle D.A.C., mentre la seconda è riferibile alla comparsa di nuove lesioni dovute alla stessa noxa del primo episodio completamente guarito e non ricollegabili ad esso da stato di sensibilizzazione, come accade nella D. I. C. In entrambi i casi il medico curante o il dermatologo di fiducia certificherà lo stato di malattia riacutizzata, prestazione valevole per il diritto all'inabilità temporanea assoluta e relativi benefici, previsti per legge.

Risulta fondamentale valutare in tal senso la patologia del lavoratore, essendo le dermatiti professionali patologie a decorso clinico tipicamente discontinuo, correlato a ripetuti contatti con la noxa patogena, potenzialmente irritante o allergizzante. Una volta valutata la condizione patologica in rapporto al rischio professionale, alla probabile patogenesi, alla clinica e suo decorso, comprovando come positivo il test di arresto ripresa, il passo successivo è il perfezionamento della prova dell'etiologia professionale, mediante l'effettuazione dei test epicutanei, differenziabili in standard, per specifiche lavorazioni e per sostanze da contatto di uso personale del lavoratore; saranno considerati rilevanti se validati e rapportati al caso concreto. Da questo punto di vista gli stessi dovranno essere eseguiti da personale addestrato in ambienti specializzati, dietro corretta indicazione, congrua applicazione, appropriato comportamento del lavoratore nel lasso temporale di loro applicazione; infine, il giudizio, sul loro esito, non potrà non tenere conto dei vari gradi di risposta cutanea ad essi riportata. Una volta dimostrata l'origine occupazionale della

malattia (Figure 4 e 5), la collaborazione tra clinico, medico legale e/o del lavoro è imprescindibile ed auspicabile per la corretta valutazione del danno biologico permanente in termini percentuali, passaggio necessario per la determinazione all'indennizzo.



Figura 4. A) DAC cronica - al nichel solfato - in meccanico. B) Interessamento avambraccia.



Figura 5. D.A.C. a detersivi e similari in addetta alle pulizie.

DANNO BIOLOGICO – INAIL

Tabella delle Menomazioni da Dermatiti Croniche (voci 39-43)

- 39. **Dermopatia cronica irritativa**, con alterazione della sensibilità, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni: fino a 7%
- 40. **Dermopatia cronica irritativa**, a seconda del tipo e diffusione delle lesioni, interessanti il volto e/o il collo e gli arti, con pregiudizio estetico: fino a 16%
- 41. **Stato di sensibilizzazione con risposta dermatitica ad allergene** (professionale e non), a seconda della gravità e frequenza delle riacutizzazioni: Fino a 5%
- 42. **Dermopatia cronica a genesi allergica**, con alterazione della sensibilità, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni: fino a 8%
- 43. **Dermopatia cronica a genesi allergica**, con alterazione della sensibilità e pregiudizio estetico, a seconda del tipo e diffusione delle lesioni, comunque interessanti il volto e/o il collo e gli arti: fino a 20%

Tabella 3. Danno biologico.

Benefici previsti dall'INAIL

I benefici di Legge previsti per le alterazioni e menomazioni di ordine dermatologico comprendono le Indennità Temporanee per giornate lavorative perse per malattia fino a sua guarigione e le Indennità,^{8,9} successive alla guarigione, nel caso in cui vi siano obiettivamente postumi permanenti o esiti della malattia in termini di danno biologico valutabile in tabelle percentuali (Tabella 3), oltre all' indennità da danno patrimoniale, se dimostrato.

Conclusioni

Le attuali normative in tema di prevenzione e sicurezza nel mondo del lavoro rendono l'Italia uno dei paesi all'avanguardia in tema di protezione nei posti di lavoro e nella tutela dei lavoratori, qualora vengano correttamente applicate.

Le tabelle usate all'Inail sono soggette a continui aggiornamenti, come previsto all'art. 10, comma 1 del D.lgs. 38/2000, per cui viene prevista una "commissione scientifica" per l'elaborazione e la revisione periodica delle tabelle delle malattie professionali Inail, composta da componenti in rappresentanza del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, del Ministero della sanità, del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, dell'Istituto Superiore della Sanità, del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), dell'INAIL, dell'Istituto di Previdenza per il Settore Marittimo (IPSEMA), nonché delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) su designazione dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano" permettono di recepire le indicazioni che provengono dal mondo scientifico,

L'inserimento dei tumori della cute da radiazioni solari nelle tabelle delle malattie professionali ha permesso di riconoscere queste patologie, togliendo l'onere della prova al lavoratore. Questa è una grande conquista per i nostri pazienti dermatologici.

Gli studi condotti per la prevenzione delle DAC, una volta identificato l'allergene e dalle DIC si sono rilevati particolarmente utili per i lavoratori che operano in ambienti di lavoro in cui viene osservate le disposizioni normative e molto probabilmente la riduzione dei risarcimenti richiesti dai lavoratori per questo tipo di patologia è in parte riconducibile all'applicazione delle norme.

Bibliografia

1. Decreto del Presidente della Repubblica (D.P.R.) 30 giugno 1965 n. 1124. Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Gazzetta Ufficiale n. 257, Suppl. Ordinario, 13 ottobre 1965.
2. Cirfera V., Toma G. Occupational dermatology in Pratica Medica & Aspetti Legali 2008; 2(2):91-94.
3. Criteri Medico-Legali di riconoscimento di dermatosi professionale in Pillole.org, 26 marzo 2008, categoria medicina legale.
4. Campurra G. Il Lavoro all'aperto: rischio da esposizione solare. Manuale Medicina del Lavoro 2010. Wolters Kluwer Italia S.r.l., Ed. 2010, 783.
5. Zinc A. et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. Different outdoor professions have different risks - a cross-sectional study comparing non-melanoma skin cancer risk among farmers, gardeners and mountain guides 2018 Oct;32(10):1695-1701.
6. Sartorelli P., Angelini G., Ayala F., et al. Linee Guida su dermatiti da contatto professionali. Annali Italiani di Dermatologia allergologica Clinica e Sperimentale. 2005, anno 59, supplemento al numero 1, 5 -7.
7. Sartorelli P., Angelini G., Ayala F., et al. Linee Guida su dermatiti da contatto professionali. Annali Italiani di Dermatologia allergologica Clinica e Sperimentale. 2005, anno 59, supplemento al numero 1, 11.
8. D. Lgs. n. 38 del 23 febbraio 2000, art. 13 (Danno Biologico), pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 50 dell'1/03/2000.
9. <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prestazioni/malattia-professionale.html>, 1 aprile 2015.

ARTICOLI ORIGINALI E COMMENTI

Il MelanomaDay: una giornata di sensibilizzazione e screening per il melanoma

Gianluca Pistore,¹ Giovanni Di Lella,² Giulio Sonogo,³ Antonio Massaro,⁴ Lidia Gliottone,⁵ Marco Brusasco,⁶ Cristiana Campana,⁷ Miriam Grimaldi,⁸ Alberto Di Ruzza,⁹ Marina Ambrifi,¹⁰ Riccardo Pampena,¹¹ Giampiero Rossi,¹² Giovanni Rossi,¹³ Annalisa Arcese,¹⁴ Alessandro Annetta,¹⁵ Giorgio La Viola,¹⁶ Feliciano Ciccarelli,¹⁷ Luca Fania,¹⁸ Damiano Abeni,¹⁹ Francesco Ricci²⁰

¹Presidente associazione MelanomaDay e borsista IDI-IRCCS; ²Direttore UOC Dermatologia Oncologica e Chirurgica IDI-IRCCS, Roma; ³Responsabile Chirurgia Dermatologica IDI-IRCCS, Roma; ⁴Day Surgery Dermatologico, IDI-IRCCS, Roma; ⁵Coordinamento Screening ASL Caserta; ⁶Sezione di Dermatologia, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma; ⁷UOSD Dermatologia, ASL Frosinone; ⁸UOSD Dermatologia, ASL Frosinone; ⁹Dipartimento di Scienze Radiologiche, Oncologiche e Anatomo-Patologiche, Università di Roma La Sapienza - Policlinico Umberto I; ¹⁰ASL Frosinone; ¹¹Libero professionista, Formia; ¹²Libero professionista, Sora; ¹³UOC Dermatologia Policlinico Umberto I, Roma; ¹⁴Libero professionista, Frosinone; ¹⁵ASL Latina; ¹⁶LILT, Sezione Latina; ¹⁷Primario chirurgia plastica, Casa di Cura Villa dei Fiori di Acerra; ¹⁸Responsabile ambulatorio tumori cutanei non melanocitari, IDI-IRCCS, Roma; ¹⁹Responsabile unità di epidemiologia clinica, IDI-IRCCS, Roma; ²⁰Responsabile Melanoma Unit, IDI-IRCCS, Roma, Italia

Abstract

Background. Dal 2019, ogni anno l'Associazione MelanomaDay organizza nella provincia di Frosinone una giornata di sensibilizzazione e screening chiamata "MelanomaDay".

Obiettivi. Nell'edizione del 2022 sono stati raccolti i dati dei partecipanti agli screening per analizzarne le caratteristiche e valutare l'efficacia di questa campagna di prevenzione.

Metodi. L'evento è stato preceduto da un'intensa campagna di comunicazione e divulgazione scientifica volta a sensibilizzare la popolazione sull'importanza della prevenzione primaria e secondaria. Il MelanomaDay ha offerto centinaia di screening gratuiti e tra questi 251 persone hanno fornito i dati completi per questa analisi. Ai partecipanti ai quali sono state riscontrate lesioni sospette è stata raccomandata l'asportazione chirurgica e sono stati contattati per conoscere l'esito dell'esame istologico. Tutti i partecipanti hanno espresso il consenso informato.

Risultati. 251 pazienti sono stati sottoposti a screening dermatologico. L'età media dei partecipanti è stata di 45 anni (il 65% di sesso femminile, il 35% di sesso maschile), i fototipi più diffusi tra i partecipanti sono stati il II e il III (rispettivamente 35% e 47%). Il 28% dei partecipanti ha dichiarato di non aver mai svolto uno screening dermatologico nella propria vita. Il 31,5% di non andare a controllo dermatologico da oltre 5 anni e il 21% da oltre 2 anni. Tutte le lesioni sospette per melanoma o NMSC sono state aspor-

tate ed è stato eseguito l'esame istologico. La giornata di screening ha consentito di individuare: 3 melanomi cutanei e 4 carcinomi basocellulari. Due dei tre melanomi individuati avevano uno spessore di Breslow inferiore a 0,5 mm mentre il terzo caso di melanoma presentava uno spessore di Breslow di 1,1 mm.

Conclusioni. Il MelanomaDay ha dimostrato di saper attrarre persone potenzialmente a rischio di tumori cutanei che non avevano mai svolto una visita dermatologica o che non andavano a controllo dermatologico da oltre 5 anni, questi due gruppi rappresentavano oltre il 50% dei partecipanti. L'intero campione ha mostrato grande interesse verso la diagnosi precoce e ha confermato l'attività di sensibilizzazione svolta in collaborazione con la Melanoma Unit dell'Istituto Dermopatico dell'Immacolata IDI di Roma, diretta dal Dott. Francesco Ricci. L'incidenza di melanoma cutaneo è risultata più alta di quella della popolazione generale, mentre non è stato trovato alcun carcinoma squamocellulare, probabilmente ciò è dovuto alla età media relativamente bassa dei partecipanti. I casi di melanoma individuati grazie allo screening riguardano soggetti che non presentavano particolari fattori di rischio, questo dato a nostro avviso giustifica qualche perplessità sull'accesso agli screening basato solamente sui fattori di rischio e andrebbe approfondito con ulteriori studi. I risultati del MelanomaDay dimostrano l'importanza di incentivare queste iniziative abbinate a campagne di sensibilizzazione sulla prevenzione dei tumori cutanei.

Corrispondente: Gianluca Pistore, Presidente associazione MelanomaDay.

E-mail: gianluca@gianlucaipistore.com

Introduzione

Nel 2020, sono state stimate circa 14.900 nuove diagnosi di melanoma cutaneo (uomini = 8.100; donne = 6.700).¹ Le stime per il 2021 non sono disponibili, ma sembra ci sia stato un ulteriore aumento di diagnosi del 7% con una riduzione di incidenza relativa per gli under 35.² Il melanoma cutaneo è uno dei principali tumori che insorgono nei giovani, attualmente in Italia è il terzo tumore più frequente in entrambi i sessi al di sotto dei 50 anni.³ La diagnosi precoce e la terapia chirurgica forniscono, ad oggi, la migliore prognosi poiché essa è strettamente associata allo spessore di Breslow della lesione individuata.³ Per stadi 0 o I di melanoma cutaneo è stata stimata una sopravvivenza tra il 92% e il 100%, mentre nei casi di melanoma metastatico, grazie alle più recenti terapie (l'immunoterapia e le terapie target) oltre il 50% dei pazienti può ottenere un beneficio a lungo termine.³ In questo contesto le iniziative di screening dermatologico organizzate sul territorio dalle associazioni pazienti o dalle istituzioni sanitarie possono fornire un importante contributo per sensibilizzare e avvicinare la popolazione alle buone pratiche di prevenzione primaria e secondaria. Tuttavia, non è ancora dimostrato il reale beneficio di uno screening generalizzato sulla popolazione.⁴ L'Associazione MelanomaDay in collaborazione con la Melanoma Unit dell'Istituto Dermopatico dell'Immacolata di Roma si è posta l'obiettivo di sperimentare l'azione combinata di attività di screening gratuito e sensibilizzazione per la prevenzione del melanoma cutaneo, tenendo conto anche del ritardo diagnostico accumulato nel periodo di pandemia da Covid-19 che ha prodotto un aumento della gravità dei melanomi.⁵ Durante il MelanomaDay abbiamo raccolto i dati dei partecipanti per studiarne le caratteristiche e individuare possibili strategie utili per la prevenzione del melanoma.

Materiali e Metodi

Accesso agli screening

L'accesso è stato garantito a tutti i partecipanti senza porre alcun filtro, l'unica azione richiesta per accedere è stata la registrazione su un'apposita pagina del sito www.melanomaday.it tramite la quale sono stati raccolti i dati anagrafici e anamnestici dei partecipanti. Il rimando al sito è stata anche una prima occasione formativa per le persone che si sono imbattute in contenuti a carattere divulgativo sulla prevenzione del melanoma.

Campagna informativa

Sono state sensibilizzate le farmacie e i medici di Medicina generale del territorio di Atina, Cassino e Sora (FR) nel quale si sono svolte le visite che hanno richiamato persone da varie regioni del centro Italia. L'attività di screening è stata preceduta da un convegno formativo rivolto ai Medici di Medicina generale e ad altri professionisti della salute per educare all'individuazione precoce delle lesioni cutanee sospette.

Lo screening

Presso la Casa della Salute di Atina in data 14 maggio 2022 si sono svolte le visite usufruendo degli ambulatori concessi dalla ASL di Frosinone all'Associazione MelanomaDay. Gli screening sono stati effettuati da un team di 16 dermatologi volontari.

I dati

Un team di volontari è stato posto all'ingresso per accettare i

partecipanti allo screening e verificare i dati anagrafici raccolti, durante le visite i dermatologi hanno completato il questionario predisposto fornendo informazioni cliniche e anamnestiche sul paziente. Le persone a cui è stata richiesta l'escissione della lesione hanno avuto un successivo colloquio con un medico volontario dell'associazione che li ha seguiti fino all'esito dell'esame istologico. Tutti i dati anonimizzati raccolti sono stati analizzati con metodi di statistica descrittiva.

Risultati

Descrizione dei partecipanti

In totale sono stati raccolti i dati di 251 partecipanti. L'età media è stata di 45 anni (range 5 - 86 anni). La partecipazione nei soggetti di sesso maschile è risultata inferiore (34,7%) rispetto ai soggetti di sesso femminile (65,3%), in linea con i dati dell'Euromelanoma Day organizzato in Svezia nel 2008,⁶ e più eterogenea di quanto descritto in uno studio russo,⁷ il 5,2% dei partecipanti aveva già svolto una visita dermatologica negli ultimi 6 mesi, il 14,3% non andava dal dermatologo da oltre un anno mentre il 21,1% da oltre due anni. Il 31,5% dei partecipanti ha dichiarato di non andare dal dermatologo da oltre 5 anni e il 27,9% di non esservi mai stato. L'occupazione lavorativa dei partecipanti era la seguente: 8% casalinghe, 8% operai, 9% pensionati, 12% libero professionisti, 15,8% studenti, 16,6% docenti, 24,7% impiegati dipendenti, 9% pensionati e 4,8% disoccupati.

Fattori di rischio per storia pregressa e familiare

Il 16,8% dei partecipanti ha dichiarato di avere una storia familiare di tumori cutanei, tra questi il 31% dichiarava familiarità per NMSC, il 23,81% per melanoma e il 45,2% non ricordava/non sapeva. Solo il 3,6% dei partecipanti aveva una pregressa storia di diagnosi di tumori cutanei (tra questi il 55,5% erano pregressi NMSC, il 33% pregressi melanomi, la restante percentuale non ricordava).

Fattori di rischio per esposizione scorretta ai raggi UV

Il 41,3% dei partecipanti dichiarava di aver subito scottature prima dei 15 anni e il 50,4% di averle subite dopo i 15 anni. Il 34,6% del totale dei partecipanti dichiarava di aver fatto uso di lettini abbronzanti.

Fattori di rischio fenotipici

Il colore dei capelli risultava così distribuito tra i partecipanti: 3,6% rossi, 10,4% biondi, 13,5% neri, 72,5% castani. Per il colore degli occhi: 0,8% neri, 7,2% azzurri, 21,9% verdi e 70,1% marroni. Altri dati sono stati indicati in sede di visita dai dermatologi ai quali è stato chiesto di annotare per ogni paziente il fototipo, il numero totale di nevi e la presenza di lentigo solari. Il 6% dei partecipanti è risultato fototipo 1, il 35,1% fototipo 2, il 46,8% fototipo 3, il 12,1% fototipo 4. Il 59% dei pazienti aveva un numero di nevi inferiore a 16, il 31,9% presentava tra 16 e 60 nevi, l'8,6% tra 60 e 100 nevi e lo 0,4% oltre 100 nevi. Il 46,61% dei partecipanti aveva almeno una lentigo solare sul volto e/o sul corpo.

Tipologia di pazienti sottoposti a screening

I dermatologi volontari nel 55,4% dei casi hanno dichiarato che i soggetti non presentavano un rischio complessivo elevato e non hanno trovato lesioni sospette. Nel 23,1% dei partecipanti è stato riscontrato un potenziale rischio senza alcuna lesione sospetta. Al 14% dei casi è stato raccomandato il follow up di una o più lesioni a distanza di mesi

mediante epiluminescenza digitale e in circa il 14% dei casi è stata riscontrata almeno una cheratosi attinica. Al 7,6% dei partecipanti è stata richiesta l'asportazione chirurgica con esame istologico di una lesione sospetta per melanoma cutaneo o NMSC.

Esito istologico

Tra le lesioni asportate, il 63% è risultato negativo all'esame istologico, il 15,8% si è rivelato un melanoma e il 21,2% un carcinoma basocellulare. I 3 casi di melanoma individuati sul totale dei 251 pazienti sottoposti a screening hanno mostrato un'incidenza dell'1,19%, superiore all'incidenza della popolazione generale. Tale incidenza risulta superiore rispetto ad altre campagne di screening condotte in Russia (3 casi di melanoma su 3143 pazienti), in Grecia (19 casi su 9723 pazienti) e simile ad uno studio svedese (24 melanomi su 2659 pazienti).⁸⁻¹⁰

Profilo dei casi di melanoma

L'analisi descrittiva dei dati relativi ai tre pazienti a cui è stato confermato istologicamente un melanoma cutaneo mostra che non erano stati sottoposti a recenti visite dermatologiche (un soggetto non era mai stato dal dermatologo, un altro non effettuava un controllo da oltre 5 anni e un altro da oltre 2 anni). I tre casi erano due femmine e un maschio, rispettivamente di 25, 52 e 54 anni di età. Tutti i soggetti negavano sia una storia familiare che personale di tumori cutanei, due su tre avevano subito scottature prima e dopo i 15 anni, due su tre hanno dichiarato di aver fatto uso di lettini abbronzanti. Il soggetto più giovane aveva meno di 16 nevi mentre gli altri due soggetti avevano tra 16 e 60 nevi.

Profilo dei casi di carcinoma basocellulare

Si tratta di quattro casi (2 maschi e 2 femmine) di età compresa tra 42 e 61 anni. La metà non effettuava un controllo da oltre 5 anni, l'altra metà da oltre un anno. Nessuno di essi aveva familiarità per tumori cutanei, un soggetto dichiarava di aver già avuto un melanoma in situ. Tutti hanno subito scottature prima dei 15 anni, la metà anche dopo i 15 anni. Uno su quattro ha fatto uso di lampade abbronzanti. La metà dei soggetti aveva meno di 16 nevi, l'altra metà ne aveva tra 16 e 60. Il 50% dei pazienti presentava anche cheratosi attiniche.

Profilo dei casi di cheratosi attiniche

35 pazienti (42% femmine e 58% maschi) presentavano cheratosi attiniche (età media 68 anni, il soggetto range 54-86 anni). Il 28% dei soggetti dichiarava di non essersi mai sottoposto ad una visita dermatologica, una percentuale analoga di non andare a controllo da oltre 5 anni. Il 29% dei casi presentava familiarità per tumori cutanei. Il 21% dichiarava di aver avuto una storia di tumori cutanei, principalmente carcinoma basocellulare. Il 43% dei soggetti aveva subito scottature prima dei 15 anni e dopo i 15 anni. Il 14% aveva fatto uso di lampade abbronzanti, la metà aveva meno di 16 nevi, l'altra metà tra 16 e 60. Tutti i soggetti presentavano almeno una lentigo solare. Dei 35 soggetti con cheratosi attiniche due presentavano lesioni sospette, una sospetta per melanoma (istologico negativo) e una per sospetto carcinoma basocellulare (istologico confermato).

Conclusioni

Dai dati raccolti si evince come un'iniziativa diffusa tramite i social e preceduta da un'intensa attività di sensibilizzazione sia stata in grado di avvicinare soggetti che non si erano mai sottoposti a con-

trollo dermatologico nella propria vita (28% dei partecipanti) e tra questi è stato trovato un caso di melanoma; persone che non si recavano a controllo dermatologico da oltre 5 anni (31,5%) e tra questi è emerso un ulteriore caso di melanoma cutaneo. Si può dunque affermare che l'iniziativa abbia attratto in almeno 1 caso su 2 persone che non si sottoponevano a regolari controlli dermatologici. I casi di melanomi e carcinomi basocellulari individuati riguardano soggetti che dai dati raccolti non mostravano rischio elevato, ponendo dubbi riguardo la possibilità di far accedere agli screening solo i soggetti con fattori di rischio. Ad oggi, non è possibile individuare soggetti totalmente esenti dal rischio di sviluppare un melanoma cutaneo, pertanto, è necessario investigare ulteriormente i criteri di accesso alle iniziative di screening. I limiti dello studio riguardano il campione limitato e la presenza di molti soggetti giovani (età media 45 anni) che non possono fornire una corretta rappresentazione della popolazione generale, ne è prova la ridotta presenza di NMSC notoriamente correlati all'età e alla fotoesposizione. Riteniamo, tuttavia, che sia utile l'approccio combinato di screening dermatologici e campagne di sensibilizzazione per aumentare la consapevolezza della popolazione e indurla alle buone pratiche di prevenzione primaria e secondaria, confermando quanto ipotizzato in altri studi.¹¹⁻¹⁴

References

1. I numeri del Cancro in Italia 2020, dati AIRTUM, Intermedia Editore.
2. <https://www.melanomaimi.it/105-news-home-page/1090-cs-melanoma-in-italia-7-di-casi-l'anno,-si-riduce-il-rischio-per-gli-under-35.html>
3. I numeri del Cancro in Italia 2021, dati AIRTUM, Intermedia Editore.
4. Johansson M. et al. Screening for reducing morbidity and mortality in malignant melanoma. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019.
5. Ricci F. et al. Delayed melanoma diagnosis in the COVID-19 era: increased breslow thickness in primary melanomas seen after the COVID-19 lockdown, Journal of the european academy of dermatology & venereology 2020.
6. Paoli J. et al. Results of the 'Euromelanoma Day' screening campaign in Sweden 2008, JEADV, 2009.
7. Demidov L. et al. Screening for Melanoma and Other Skin Cancer Shows a Higher Early Melanoma Incidence: Social Educational Program "Life Fear-Free", Dermatopathology, 2021.
8. Demidov L. et al. Screening for Melanoma and Other Skin Cancer Shows a Higher Early Melanoma Incidence: Social Educational Program "Life Fear-Free", Dermatopathology, 2021.
9. Stratigos A. et al. Melanoma/skin cancer screening in a Mediterranean country: results of the Euromelanoma Screening Day Campaign in Greece, JEADV, 2006.
10. Paoli J. et al. Results of the 'Euromelanoma Day' screening campaign in Sweden 2008, JEADV, 2009.
11. Vandaele M. et al. Melanoma screening: results of the first one-day campaign in Belgium ('Melanoma Monday'), JEADV, 2002.
12. Stratigos A. et al. Melanoma/skin cancer screening in a Mediterranean country: results of the Euromelanoma Screening Day Campaign in Greece, JEADV, 2006.
13. Shellenberg R. et al. Melanoma screening: A plan for improving early detection, Annals of Medicine, 2016.
14. Palkina N. et al. Melanoma Screening Day in Krasnoyarsk Krai of the Russian Federation: Results from 2015-2016, Asian Pac J Cancer Prev. 2018.

ARTICOLI ORIGINALI E COMMENTI

Tralokinumab nel trattamento della dermatite atopica resistente alle terapie convenzionali: uno studio retrospettivo, in aperto, di una serie di casi

Elena Pezzolo

Dipartimento di Dermatologia, Ospedale San Bortolo, Vicenza; Centro Studi del Gruppo Italiano di Ricerca Epidemiologica in Dermatologia (GISED), Bergamo, Italia

La dermatite atopica (DA) è una patologia infiammatoria cronica caratterizzata da un danno di barriera cutanea, che si manifesta con eczema cronico-recidivante e prurito.¹ I corticosteroidi e i farmaci immunosoppressori sistemici, che rappresentano il trattamento convenzionale per la forma severa e refrattaria di malattia, sono gravati da molti effetti collaterali.² Viceversa Dupilumab, un anticorpo monoclonale interamente umano che si lega alla subunità alfa del recettore dell'IL-4 (IL-4Ra), ha mostrato un profilo di efficacia e di sicurezza nel trattamento a lungo termine dei pazienti con DA moderata-severa, sebbene non raggiunga una risposta clinica in termini di miglioramento clinico superiore al 50% e al 75% nell'Eczema Area and Severity Index (EASI) dopo 16 settimane in una proporzione che è stata riportata essere pari al 37% ed al 55% dei casi, rispettivamente.³⁻⁵ Tralokinumab, un anticorpo monoclonale completamente umano che blocca selettivamente la citochina IL-13, rappresenta una nuova opzione terapeutica per i pazienti adulti con DA moderata-severa candidati alla terapia sistemica.⁶ In letteratura sono disponibili dati limitati riguardo ai pazienti che hanno mostrato una risposta inadeguata a precedenti terapie sistemiche. Abbiamo pertanto analizzato retrospettivamente 12 pazienti consecutivi, di età ≥ 18 anni, che erano eleggibili al trattamento con tralokinumab secondo le indicazioni approvate, per un suo uso compassionevole in un trial in aperto dopo il fallimento del trattamento per almeno 16 settimane con dupilumab, farmaco biologico approvato come trattamento di prima-linea, e che non avessero raggiunto un EASI-50 dopo 16 settimane di trattamento. Sono stati ottenuti sia l'approvazione del comitato etico sia un consenso informato scritto per ciascun paziente. Metà dei pazienti era di sesso maschile, l'età media era 42.58 (range da 19 a 82) anni e l'Indice di Massa Corporea medio era 24.49 (range da 18.57 a 35.59). Tutti i pazienti presentavano una DA severa con EASI basale medio 36.58 (range da 21 a 47) prima di iniziare qualsiasi trattamento sistemico. Circa la metà dei pazienti presentava asma e/o rino-congiuntivite, ed uno dei pazienti era affetto da rettocolite ulcerosa. Due terzi dei pazienti (8 di 12, 66.6%) presen-

tava una DA classica flessurale, due pazienti presentavano una DA di tipo prurigo nodularis (PN), un paziente presentava una DA di tipo nummulare, e un paziente presentava una DA portrait. Il paziente con eczema nummulare presentava lesioni soprattutto alle estremità inferiori che coesistevano con la DA classica. Tralokinumab ha mostrato rapida efficacia in tutti i pazienti, che hanno raggiunto l'EASI-75 entro 8 settimane e un miglioramento più marcato a 12 settimane, con una riduzione media dell'EASI da 27.58 (range da 20 a 35) a 4.67 (range da 0 a 13) (Figura 1). Similmente, si è osservato un marcato miglioramento della severità del prurito misurato attraverso il Numeric rating Scale (NRS) del prurito da 8.42 (range da 7 a 10) a 3.67 (range da 0 a 7) alla settimana 4, e a 2.92 (range da 0 a 5) alla settimana 12, così come

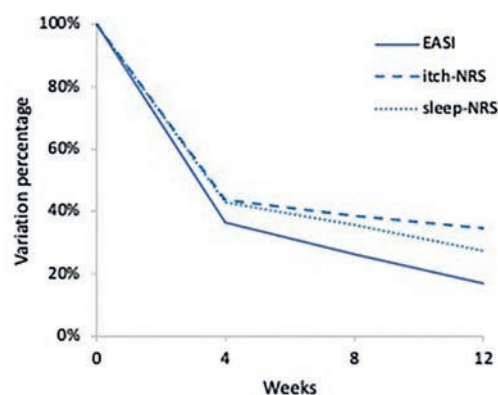


Figura 1. Variazioni nella severità della dermatite atopica stimate attraverso gli indici EASI, itch-NRS, and sleep-NRS dopo 12 settimane di trattamento con tralokinumab. I valori iniziali sono stati misurati almeno 4 settimane dopo l'interruzione del trattamento con le terapie precedenti e prima del trattamento con tralokinumab.

Corrispondente: Elena Pezzolo, Dipartimento di Dermatologia, Ospedale San Bortolo, Vicenza; Centro Studi del Gruppo Italiano di Ricerca Epidemiologica in Dermatologia (GISED), Bergamo, Italia.

E-mail: elena.pezzolo@aulss8.veneto.it

EP è stata consulente, relatore e/o ha ricevuto finanziamento personali da Almirall, AbbVie, Janssen, Leo Pharma, Novartis, and Sanofi Genzyme.

del NRS del sonno diminuito da 7.00 (range da 3 a 10) a 1.92 (range da 0 a 5) alla settimana 12 (Figura 1). Tralokinumab ha mostrato un marcato miglioramento in tutte le aree corporee, inclusi il volto e il collo, e le palpebre, e una remissione clinica completa dell'eczema delle mani e dei piedi. In particolare, 2 pazienti hanno esibito una remissione completa e marcata delle lesioni tipo PN.¹⁰ Non è stato riportato nessun evento avverso, e la congiuntivite osservata in 4 pazienti durante il precedente trattamento con dupilumab non è recidivata. Non è stata osservata nessuna variazione nei test di laboratorio di routine. In tutti i pazienti sono stati dosati i livelli di immunoglobuline Ig E, riportando una riduzione media da 620 (range da 116 a 2108) a 383 (range da 64 a 954) dopo 12 settimane di trattamento.

In conclusione, tralokinumab può essere efficace nell'ottenere un miglioramento a breve termine dei sintomi di DA nei pazienti non responsivi ad altri trattamenti sistemici incluso il dupilumab, con un buon profilo di tollerabilità.^{7,8} Una risposta clinica è stata ottenuta in pazienti che presentavano fenotipi di DA che erano particolarmente resistenti ad altri trattamenti convenzionali, come l'eczema delle mani e dei piedi, le lesioni tipo PN, e la dermatite del viso e del collo. Il nostro è uno studio in aperto di un limitato numero di casi; pertanto, sono necessari ulteriori dati di real-world per meglio collocare le varie opzioni terapeutiche della DA.

Bibliografia

1. Wollenberg A., Christen-Zach S., Taieb A., et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34:2717-44.
2. Megna M., Napolitano M., Patruno C., et al. Systemic treatment of adult atopic dermatitis: a review. *Dermatol Ther* 2017;7:1-23.
3. Gori N., Chiricozzi A., Malvaso D. et al. Successful combination of systemic agents for the treatment of atopic dermatitis resistant to dupilumab treatment. *Dermatology* 2021;237:535-41.
4. Blauvelt A., Teixeira H.D., Simpson E.L., et al. Efficacy and safety of upadacitinib vs dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatol* 2021;157:1047-55.
5. Jahn S., Fohr J., Diamanti E., et al. Treatment of atopic dermatitis with dupilumab: a retrospective cohort analysis from dermatological practice. *Hautarzt* 2021;72:1071-8.
6. Wollenberg A., Blauvelt A., Guttman-Yassky E., et al. Tralokinumab for moderate-to-severe atopic dermatitis: results from two 52-week, randomized, double-blind, multicentre, placebo-controlled phase III trials (ECZTRA 1 and ECZTRA 2). *Br J Dermatol* 2021;184:437-49.
7. Alroobaea R., Rubaiee S., Hanbazazah A.S., et al. IL-4/13 Blockade and sleep-related adverse drug reactions in over 37,000 Dupilumab reports from the World Health Organization Individual Case Safety reporting pharmacovigilance database (VigiBaseTM): a big data and machine learning analysis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2022;26:4074-81.
8. Bragazzi N.L., Riccò M., Pacifico A., et al. COVID-19 knowledge prevents biologics discontinuation: Data from an Italian multicenter survey during RED-ZONE declaration. *Dermatol Ther* 2020;33:e13508.

Le unghie: tra patologie e arte visuale

Massimo Papi

Responsabile, Gruppo di Studio ADOI Vulnologia e Dermatologia Vascolare

Le patologie delle unghie esistevano già molti secoli fa? Ed erano le stesse che noi affrontiamo oggi? La storia delle patologie ungueali, così come quella delle decorazioni delle unghie è affascinante, risale ad epoche antichissime, ma non è stata mai abbastanza approfondita sul piano patologico e antropologico.

Sappiamo che la decorazione e la pittura delle unghie inizia con le donne Cinesi, Indiane, Babilonesi ed Egiziane, ed ha momenti di alterna fortuna nel corso della storia (Tabella 1).¹

Tuttavia, nelle icone della pittura si possono individuare molti esempi di alterazioni ungueali, in parte legate all'attività professionale dei modelli utilizzati dagli artisti (traumi da lavori pesanti, residui di materiale) e, a volte, interpretabili come vere patologie.

Pertanto, attraverso le icone dell'arte possiamo tracciare una sorta di "storia" delle unghie e del significato mitologico e sociale che ad esse è stato attribuito e dare risposta ad alcune curiosità di carattere medico.

Unghie affilate e ad artiglio

Le Arpie, personaggi del mito, a metà tra donne e uccelli, possedevano unghie affilate e ad artiglio in quanto predatrici e rapitrici di anime (Dante Alighieri, XIII Canto dell'Inferno). Lo testimonia l'opera di Leoncillo Leonardi *Arpia* (1939), ceramica di grandi dimensioni esposta alla Galleria d'Arte Moderna di Roma. Leonardi, spoletino di origine, ha lavorato a lungo a Roma. Il significato negativo del termine e della forma affilata e lievemente ricurva delle unghie, è legato a questi inquietanti personaggi mitologici.

Unghie scure

Un capolavoro che ha suscitato da sempre grande devozione è il *Polittico di Isenheim* di Matthias Grunewald (1512-16).² Nella predella è rappresentata la deposizione di Cristo, che appare con molteplici segni lineari sulla pelle (danni da frusta?) e con unghie dei piedi scure. Il Cristo di Isenheim era oggetto di grande venerazione nel XV e XVI secolo da parte delle popolazioni contadine dell'Alsazia che, per motivi climatici, si nutrivano di pane e derivati di segale contaminata da funghi (segale cornuta) e si ammalavano di ergotismo (Figura 1). I sintomi erano soprattutto legati a danni del sistema vascolare, nervoso (allucinazioni) e della cute (prurito). L'ergotismo era spesso fatale e aveva sempre effetti devastanti sulle comunità che ne erano colpite. Si presentava sotto due forme prevalenti: ergotismo convulsivo, caratterizzato da sintomi neuroconvulsivi di natura epilettica, oppure ergotismo gangrenoso, che provocava cancrena alle estremità fino alla loro mummificazione.

È sospettabile, ma tutto da dimostrare, che quelle unghie scure, così come in alcune note patologie vascolari periferiche di altra origine, siano state descritte dall'Artista per creare una forte identificazione dei malati che gli chiedevano la grazia della guarigione alla figura del Cristo crocefisso.

Unghie "distrofiche" ovvero segnate da striature longitudinali

Nel *Banchetto di nozze* di Peter Bruegel (1568), nel *Mangiatore di fagioli* di Annibale Carracci (1584-6) e in varie opere di Caravaggio (*Giuditta e Oloferne*, 1598 - *Cattura di Cristo*,

Tabella 1. Breve storia delle principali tappe nella cosmesi e nell'estetica delle unghie.

5000 anni fa donne indiane (hennè)

3000 anni fa Cinesi (lacche), Egiziani (hennè)

Metà '800 smalto (pasta in polvere)

Fine '800 primo centro estetico per le unghie a New York

Dive del cinema muto > estetista Michelle Menard > nasce la «manicure»

Max Factor, Revlon > smalto

Nel 1934 Maxwell Lappe (dentista) creò le unghie finte per le persone che avevano unghie corte e poco curate, e nel 1937 fu depositato il primo brevetto per la tecnica di estensione delle unghie

1937 Fliegenbaum > estensione e ricostruzione

1981 > gel polimerizzabili per ricostruzione

1602 - *Incredulità di S. Tommaso*, 1601 - *Madonna dei pellegrini*, 1606 - *Negazione di S. Pietro* (1610) si nota che alcuni dei personaggi rappresentati hanno unghie "distrofiche" ovvero segnate da striature longitudinali o sporche di residui di terra o altri materiali. Colpisce il dettaglio delle unghie dei piedi della *Madonna dei pellegrini* che sono francamente patologiche (Figura 2).

Malattia delle unghie delle mani è anche quella che mostra Barbara Vlaenderbergh ritratta nel 1460 da Hans Memling (anemia? lichen ungueale?) (Figure 3 e 4).

Il formidabile "realismo" e l'attenzione ai dettagli dei maestri della pittura si desume anche da questi particolari.

Coilonichia

Nelle unghie i clinici possono leggere i segni di malattie siste-

miche d'organo, che vanno dai disturbi dell'alimentazione e dell'assorbimento di principi nutritivi (vitamine, aminoacidi, oligoelementi), alle anomalie della tiroide, ai danni della funzione renale o polmonare (half and half nails), alle anemie ferropive nelle quali le unghie assumono l'aspetto di un cucchiaio (coilonichia) in seguito alla formazione di un avvallamento centrale che le rende concave. Antico reperto di una patologia già presente molti secoli fa è la mano votiva in bronzo (Figura 5). L'immagine pittorica che richiama questa ultima patologia è *Il Cardinal decano* di Scipione (Gino Bonichi) (Figure 6 e 7). Affascinato dalla forza spirituale del decano, Scipione ritrae nel 1930 il cardinal Vannuttelli novantatreenne, ma ancora energico e simbolo di una Roma che forse non c'è più e nella quale tutto sta cambiando (i patti Lateranensi sono del 1929), ad eccezione del rosso dei tramonti, caro al pittore. Le mani scarse e allungate, mostrano unghie piatte o a cucchiaio e ci piace pensare che il vecchio e onorato cardinale... fosse in realtà carente di ferro.³

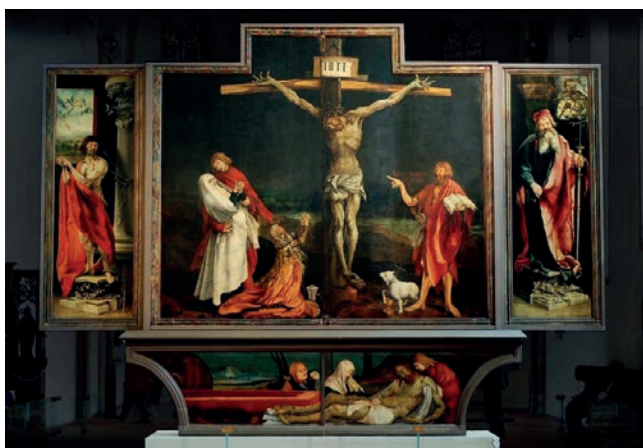


Figura 1. Grunewald. Polittico di Isenheim, 1512-16.

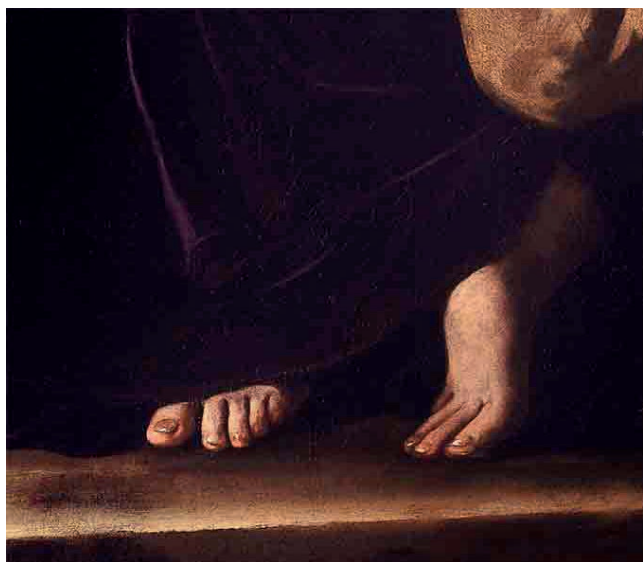


Figura 2. Unghie della Madonna dei pellegrini Caravaggio, 1606.



Figura 3. Memling. Ritratto di Barbara Vlaendenbergh, 1460.



Figura 4. Distrofia ungueale (sospetto lichen). Part.

Unghie grigie e striate

Le unghie grigie e striate che esprimono uno stato di salute approssimativo sono quelle che vediamo lunghe e affilate nell'*Autoritratto di Dalí bambino malato a Cadaques* (1920) (Figure 8 e 9) e in quelle grigio-giallastre dell'*Autoritratto di Caravaggio come Bacchino malato* (1593).



Figura 5. Coilonichia. Mano votiva del dio Sabazio (o Giove Sabazio), bronzo, III sec. d.C.



Figura 6. Bonichi. Il cardinal Decano, 1930.



Figura 7. Colilonichia. Part.

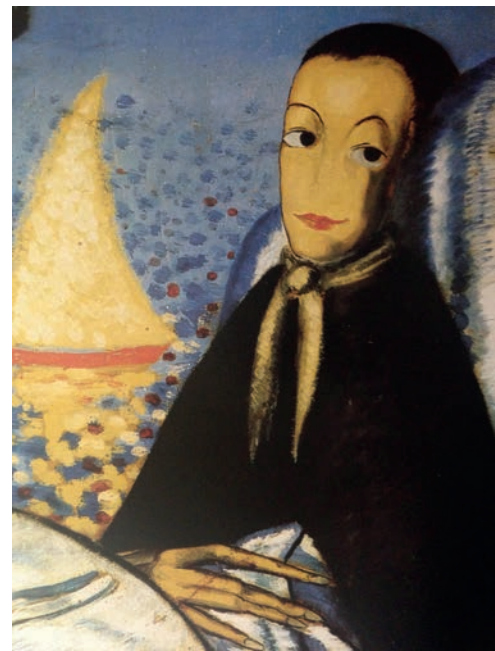


Figura 8. Dalí. Autoritratto come bambino malato a Cadaques, 1920.



Figura 9. Unghie grigie e affilate. Part.

Psoriasi e lichen planus delle unghie

La psoriasi e il lichen planus sono le malattie della pelle che si associano più spesso a danni ungueali, insieme alle alterazioni della funzione tiroidea.^{4,5} *Nudo su fondo bianco* (1927) (Figure 10 e 11) di Fausto Pirandello, mostra le unghie chiaramente patologiche della donna ritratta, che ingrandite fanno pensare alla psoriasi ungueale. Non si individuano apparentemente segni della malattia sul corpo, ma l'obesità come fattore predisponente è evidente. Il lichen si può sospettare, magari associato a uno stato di anemia, nelle modelle del maestro Hans Memling, autore di splendidi ritratti. Nel *Ritratto di Barbara de Vlanderbergh* (1460) e nel *Ritratto di Maria Portinari* (1470), le unghie appaiono distrofiche



Figura 10. Pirandello. *Nudo su fondo bianco*, 1927.



Figura 11. Psoriasi ungueale. Part.

con avvallamenti, striature e irregolarità grossolane, che a volte ritroviamo nelle unghie affette da lichen, anche in assenza di lesioni cutanee.

Unghie bianche

Le unghie di colorito biancastro, nella pratica dermatologica quotidiana sono spesso il segno dell'infezione fungina.⁶ Nelle opere d'arte dove sono rappresentate, possiamo soltanto immaginare che alcuni dei modelli ritratti avessero micosi delle unghie dei piedi e delle mani dipinte. A volte, però, il bianco è espressione di ridotto afflusso ematico ovvero soltanto un simbolo, come accade per esempio in molte opere di Egon Schiele (1890-1918) (Figura 12). Negli *Autoritratti* si dipinge spesso con le unghie bianche o color panna, ma anche i modelli/e di altre opere mostrano unghie pallide o francamente bianche. È il colore simbolo dell'assenza di sangue, del freddo e della vasocostrizione. È, infine, il simbolo della morte e delle tragedie del XX secolo, quando guardiamo alle unghie dei gesti disperati o dei frammenti degli arti dei disgraziati protagonisti di uno dei capolavori di Picasso, *Guernica* (1936).



Figura 12. Schiele. *The dead woman*, 1910.

Bibliografia

1. Shapiro SED. *The story of the modern manicure*. Prestel Ed. 2014.
2. Beguerie-De Paepe P., Haas M. *The Isenheim altarpiece*. Musee Unterlinden. 2018.
3. Papi M. *I colori sulla pelle*. Artegrafica 2018.
4. Tosti, A., Daniel III, C.R., Piraccini, B.M., Iorizzo, M. *Color Atlas of Nails*. Springer 2016.
5. Papi M. *Ma perché la pelle invecchia: solo colpa delle 4 esse?* Mazzotta Ed. Milano, 2014.
6. Piraccini BM *Nail Disorders A Practical Guide to Diagnosis and Management* 2016. Sanders.

QUIZ CLINICI

Quiz Clinico 1

Giovanna Galdo, Noè De Stefano, Gelsomina Luongo

Un paziente di 73 anni giunge alla nostra attenzione inviato dai colleghi allergologi per “sospetta follicolite”; il paziente riferisce prurito cronico-intermittente diffuso su tronco e arti, responsività ad antistaminici sistemici con recidiva alla sospensione, insorgenza della patologia da circa 3 anni con peggioramento negli ultimi mesi. In anamnesi riferita allergia al veleno di imenotteri (per la quale effettuava terapia desensibilizzante nei 5 anni antecedenti), impianto di endoprotesi su aneurisma di aorta addominale sottorenale (circa 15 anni prima), ipertensione arteriosa e dal 2011 diagnosi di MGUS IgM K. All’esame clinico e dermoscopico il paziente presenta piccole macule eritemato-brunastre, diffuse su tronco e arti, su cute ricca di teleangectasie su fondo giallo-brunastro (Figure 1-3). L’esame istologico supporta l’ipotesi clinica formulata (Figura 4).

1. Da quale patologia è affetto il paziente?
2. Esami da richiedere?
3. Quali terapie possibili?



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

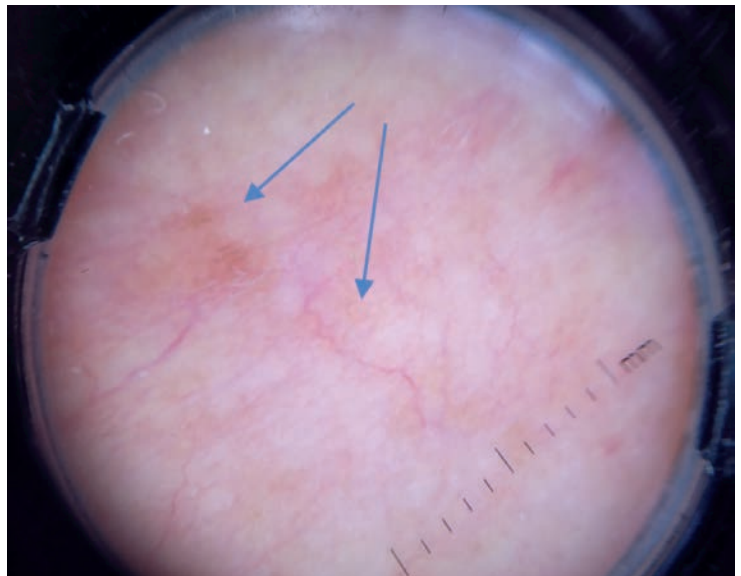


Figura 4.

QUIZ CLINICI

Quiz Clinico 2

Vittoria Cioppa, Francesca Falcinelli, Martina Vispi, Giacomo Giubbolini

Giungeva alla nostra attenzione un paziente di 71 anni che riferiva la presenza di lesioni cutanee a livello degli arti inferiori da circa 6 mesi associate a sintomatologia dolorosa e pruriginosa. Il paziente era apiretico e l'anamnesi patologica e farmacologica era muta. Indagando le abitudini del paziente, i cambiamenti dello stile di vita e i recenti viaggi, non emergeva niente che potesse associarsi allo sviluppo di questa condizione.

All'esame obiettivo dermatologico si evidenziavano lesioni pseudocistiche, purulente, ulcerate, adese ai piani superficiali e profondi, alcune sormontate da croste giallastre e circondate da segni di grattamento. Il quadro clinico presentava una peculiare ed esclusiva distribuzione circonferenziale alle cosce (Figura 1).



Figura 1. Il quadro clinico al momento della prima valutazione dermatologica: è evidente la peculiare topografia delle lesioni cutanee.

In un iniziale sospetto di piodermite veniva intrapresa terapia antibiotica e corticosteroidica locale (Gentamicina solfato e Betametasonevalerato in crema) associata a terapia antibiotica sistemica con Amoxicillina e acido clavulanico.

In mancanza di risposta clinica e al fine di escludere la presenza di uno pseudolinfoma/linfoma data dalla persistenza delle lesioni, venivano eseguite due biopsie cutanee in due tempi successivi che evidenziava un aspetto istologico aspecifico in cui riportavano la presenza di cisti cheratiniche con reazione granulomatosa peri-cistica (Figura 2). Sulla base del riscontro istopatologico, veniva modificata la terapia con Minociclina, ma senza beneficio clinico.

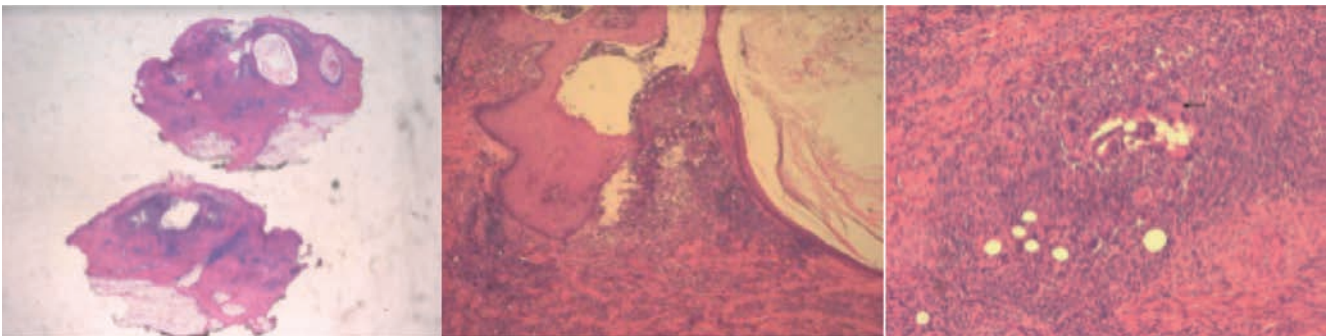


Figura 1. Il reperto istopatologico riportava la presenza di cisti con reazione granulomatosa circostante.

Soluzione Quiz Clinico 1

Da quale patologia è affetto il paziente?

Il paziente è affetto da una forma di mastocitosi cutanea conosciuta con il nome di Orticaria Pigmentosa (UP). Secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le mastocitosi cutanee (CM) sono suddivise in: orticaria pigmentosa o mastocitosi cutanea maculopapulare (UP/MPCM), mastocitosi cutanea diffusa (DCM) e mastocitoma cutaneo. La forma UP/MPCM è presente nella stragrande maggioranza dei casi di CM e si presenta con un'eruzione maculopapulare e un Darier positivo. Le tre sottovarianti di UP/MPCM sono in forma di placca, nodulare e teleangectasica, quest'ultima nota come TMEP. L'UP è più frequente nei bambini e quando si presenta negli adulti, a differenza che nei giovani, non va incontro a remissione spontanea. La diagnosi si basa solitamente su esame clinico e biopsia cutanea con immunohistochimica (Figure 5 e 6).

Esami da richiedere?

Si richiedono:

- Biopsia cutanea
- Emocromo completo
- Chimica completa
- Dosaggio triptasi sierica
- Biopsia del midollo osseo con ricerca di mutazioni per c-kit
- Stadiazione radiologica (ecografia dei distretti linfonodali e Rx torace/TC torace)

In caso di sospetto coinvolgimento sistemico utile integrare con:

- RX scheletro, MOC
- Endoscopia gastrointestinale (per sintomi del tratto gastrointestinale o diarrea)
- Biopsia tissutale (per siti coinvolti come fegato o mucosa gastrointestinale)
- Tomografia computerizzata dell'addome, del torace e/o del bacino
- Escludere altre malattie che si presentano con sintomi simili (flushing, diarrea, ipotensione), p.e. sindrome da carcinoide

Quali terapie possibili?

La terapia per la Mastocitosi Cutanea verte sul trattamento sintomatico. Si raccomanda di evitare i fattori scatenanti quali: assunzione di alcol, esercizio fisico, esposizione a temperature estreme o a veleni, trattamenti a base di aspirina, farmaci antinfiammatori non steroidei, anestesia e narcotici. Le terapie ad ultravioletti si basano su: psoraleni orali con fototerapia a UVA e fototerapia ultravioletta a banda stretta di tipo B (nb-UVB). Gli antistaminici, gli antagonisti del recettore dei leucotrieni, gli stabilizzatori dei mastociti e i corticosteroidi sistemici sono utilizzati in caso di sintomi sistemici. Gli steroidi topici possono aiutare a lenire i sintomi cutanei. In caso di SM (Mastocitosi Sistemica) sottostante, il trattamento della malattia sistemica migliora la sintomatologia cutanea.

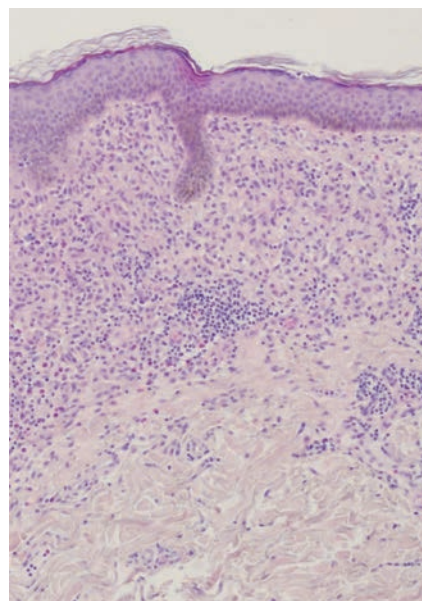


Figura 5. EE 10x: infiltrato del terzo superiore dermico con iperpigmentazione dello strato basale epidermico.

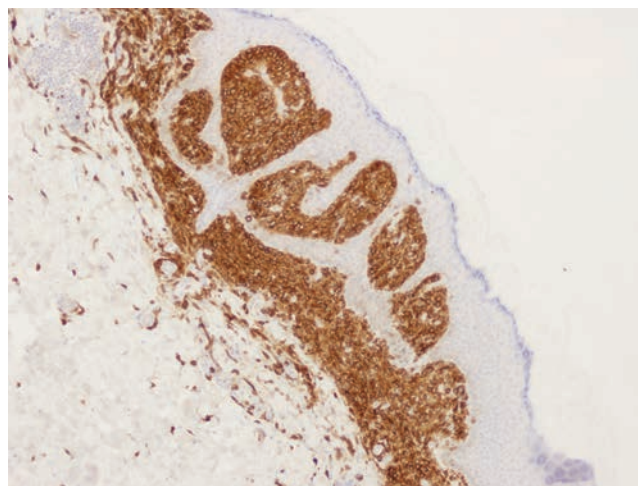


Figura 6. Immunohistochimica 10x: CD 117+.

Soluzione Quiz Clinico 2

Diagnosi: Idrosadenite suppurativa ectopica

L'idrosadenite suppurativa è una patologia cutanea follicolare infiammatoria debilitante a carattere cronico-recidivante, che colpisce prevalentemente le donne in età fertile a livello della regione ascellare, inguinale, sottomammaria e perianale. La diagnosi è clinica e spesso tardiva.

Nel caso presentato, proprio nel sospetto di una idrosadenite suppurativa ectopica veniva intrapreso trattamento orale con isotretinoina a cui faceva seguito una regressione del quadro cutaneo ed un miglioramento della sintomatologia, che quindi ha confermato a posteriori l'ipotesi diagnostica.

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

Sebbene localizzazioni ectopiche di idrosadenite suppurativa 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.

Bibliografia

1. Gutierrez N, et al. Ectopic Hidradenitis Suppurativa: Case Report and Review of Literature. *Cureus*. 2021
2. Lee E, et al. J: What is hidradenitis suppurativa?. *Can Fam Physician*. 2017
3. Goldberg S, et al: Hidradenitis suppurativa: epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol*. 2020
4. Jemec G.B.E: Hidradenitis Suppurativa. *The New England journal of medicine*. 2013
5. Goldberg S.R., et al.: Hidradenitis suppurativa: Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2020
6. Jemec G.B.E., et al.: Hidradenitis Suppurativa: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*. 2017

Dermatology Reports

2022; volume 14, n. 3

2022; volume 14, n. 4

2023; volume 15, n. 1

Full articles are available at www.pagepress.org/journals/index.php/dr

Gli articoli in extenso sono disponibili al sito: www.pagepress.org/journals/index.php/dr

Dermatology Reports

ISSN 2036-7392

Official Journal of the Italian Association of Hospital Dermatologists (ADOI - Associazione Dermatologi-Venerereologi Ospedalieri Italiani e della sanità pubblica), of the Italian Melanoma Intergroup (IMI) and of the SIDCO (Società Italiana Dermatologia Chirurgica Oncologica, Correttiva ed Estetica).

EDITOR-IN-CHIEF

Luigi Naldi (Vicenza, Italy)

ASSOCIATE EDITORS

Cesare Massone (Genova, Italy)

Francesca Sampogna (Roma, Italy)

SIDCO DEPUTY EDITOR

Giulio Gualdi (Chieti, Italy)

SECTION EDITORS

Damiano Abeni (Roma, Italy)

Pier Luca Bencini (Milano, Italy)

Vincenzo Bettoli (Ferrara, Italy)

Anna Burroni (Genova, Italy)

Eugenia Caggese (Bergamo, Italy)

Carlo Cota (Roma, Italy)

May El Hachem (Roma, Italy)

Enzo Errichetti (Udine, Italy)

Fabrizio Fantini (Lecco, Italy)

Gerardo Ferrara (Macerata, Italy)

Daniela Ferrari (Vicenza, Italy)

Giuseppe Formato (Campobasso, Italy)

Epidemiology/Clinical Research

*Procedural Dermatology and
Dermatosurgery*

Cutaneous appendages

Psychodermatology

Patient corner

Clinical Reviews

Pediatric Dermatology

Imaging in dermatology

Melanoma and Dermato-Oncology

Dermatopathology

Nursing

Patient corner

Ignacio García Doval (Vigo, Spain)

Massimo Gattoni (Vercelli, Italy)

Jean Kanitakis (Lyon, France)

Dennis Linder (Venezia, Italy)

Davide Melandri (Cesena, Italy)

Elena Pezzolo (Vicenza, Italy)

Bruno Sassolas (Brest, France)

Paolo Sena (Bergamo, Italy)

Ignazio Stanganelli (Meldola/FC, Italy)

Visnja Zaborski Breton (Ottawa, Canada)

Clinical Reviews

*Procedural Dermatology and
Dermatosurgery*

Dermatopathology

Epidemiology/Clinical Research

*Procedural Dermatology and
Dermatosurgery*

Cutaneous appendages

Case Reports

Case Reports

Melanoma and Dermato-Oncology

Patient corner

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Lucia Brambilla (Milano, Italy)

Antonio Cristaudo (Roma, Italy)

Giuseppe Cianchini (Roma, Italy)

Anna Di Landro (Bergamo, Italy)

Ornella De Pità (Roma, Italy)

Luca Fania (Roma, Italy)

Michele Fimiani (Siena, Italy)

Giovanni Ghigliotti (Genova, Italy)

Giovanna Malara (Reggio Calabria, Italy)

Aldo Morrone (Roma, Italy)

Michele Pellegrino (Grosseto, Italy)

Francesca Romano (Napoli, Italy)

Michela Venturi (Cesena, Italy)

Vito Ingordo (Taranto, Italy)

STATISTICAL ADVISOR

Simone Cazzaniga (Bergamo, Italy)



ADOI BOARD OF DIRECTORS

Francesco Cusano *President* (Benevento, Italy)

Cesare Massone *Vice-president* (Genova, Italy)

Leonardo Bianchi (Perugia, Italy)

Luca Fania (Roma, Italy)

Giovanna Galdo (Rionero in Vulture/PZ, Italy)

Paolo Iacovelli (Roma, Italy)

Davide Melandri (Cesena, Italy)

Michele Pellegrino (Grosseto, Italy)

Riccardo Sirna (Grosseto, Italy)



SIDCO BOARD OF DIRECTORS

Gian Marco Vezzoni (*President*)

Maurizio Lombardo (*Incoming President*)

Marco Dal Canton (*Past President*)

Paolo Sbanò (*Treasurer*)

Giovanni Bagnoni (*Advisor*)

Carmine D'Acunto (*Advisor*)

Giuseppe Fumo (*Advisor*)

Massimo Gravante (*Advisor*)

Franco Picciotto (*Advisor*)

Cristina Ricci (*Secretary*)



IMI BOARD OF DIRECTORS

Ignazio Stanganelli *President* (Meldola/FC, Italy)

Daniela Massi (Firenze, Italy)

Pietro Quaglino (Torino, Italy)

Corrado Caracò (Napoli, Italy)

Virginia Ferraresi (Roma, Italy)

Antonio M. Grimaldi (Benevento, Italy)

Roberto Patuzzo (Milano, Italy)

Giuseppe Palmieri (Sassari, Italy)

Mario Mandalà (Perugia, Italy)

Paola Queirolo (Milan, Italy)

Stefania Stucci (Bari, Italy)

Dermatology Reports

Focus, Scope and Objectives

Dermatology Reports is the Official Journal of the Italian Association of Hospital Dermatologists (ADOI - Associazione Dermatologi-Venerologi Ospedalieri Italiani e della sanità pubblica) and of the *Italian Melanoma Intergroup* (IMI) publishing scientific papers about skin diseases. Manuscripts dealing with research, biology, epidemiology, clinics of all skin-related diseases are welcome. **Dermatology Reports** publishes original articles, reviews, brief reports and case reports.

Peer Review Process

Our journal follows the ICMJE **Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals** and the **Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing** (joint statement by COPE, DOAJ, WAME, and OASPA)

The Editorial Board of the journal will immediately screen all articles submitted for publication in that journal. Those articles which fail to reach the scientific standards of the journal may be declined without further review. Those articles which satisfy the requirements of the Editorial Board will be sent to a maximum of three referees. These are experts in the field who have agreed to provide a rapid assessment of the article. Every effort will be made to provide an editorial decision as to acceptance for publication within 4-6 weeks of submission. Referees may request a revision of the article to be made. In this case, it is generally understood that only one revised version can be considered for a further appraisal under the peer-review system. The Editorial Board of the journal is responsible for the final selection of referees to conduct the peer-review process for that journal.

The names of referees will not be made available to authors. However, referees will be informed as to the identity of the authors whose articles are subject to review.

All members of the Editorial Board and referees are asked to declare any competing interests they may have in reviewing a manuscript. If on receiving the editorial decision concerning their manuscript authors are not satisfied they are invited to appeal to the Editorial Office. In cases in which this is considered appropriate a second opinion on the manuscript will be requested.

Publication Frequency

All papers are published as soon as they have been accepted, by adding them to the "current" volume's Table of Contents.

Open Access Policy

This journal provides immediate open access to its content on the principle that making research freely available to the public supports a greater global exchange of knowledge.

Archiving

This journal utilizes the **PKP Preservation Network**, the **Global LOCKSS Network** and **Portico** to create a distributed archiving system among participating libraries and permits those libraries to create permanent archives of the journal for purposes of preservation and restoration.

Pre- and post-prints

PAGEPress allows and encourages authors to deposit both their pre- and post-prints in Open-Access institutional archives or repositories. The primary benefit of pre- and post-print self-archiving is reaching a larger audience which enhances the visibility and impact of your research.

Publication Ethics

Editorship

PAGEPress strongly support the mission of the **COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors**; all individuals collaborating with PAGEPress are strongly invited to comply with this mission.

Ethics

All research articles published by PAGEPress journals are subject to a rigorous ethical standards. Our journals endorses the **Code of Conduct** of the Committee on Publication Ethics (COPE), as well as the **COPE International Standards for Editors and Authors Guidelines**. The Editorial Board of each journal is responsible for the form the peer review process will take; therefore, all authors in the biomedical field must adhere to the **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals**. PAGEPress endorses the **World Association of Medical Editors (WAME) Policy Statement on Geopolitical Intrusion on Editorial Decisions**, too.

Plagiarism

The Editorial Board of our journals will immediately screen all articles submitted for publication in that journal. All submissions we receive are checked for plagiarism by using online available tools as **iThenticate**[®]. Any suspected misconduct ends up with a quick rejection and is then reported to the **European Network of Research Integrity Offices** and to the **US Office of Research Integrity**. The European Federation of Academies of Sciences and Humanities (ALLEA) released a **European Code of Conduct on Research Integrity**, which is fully supported by our journals. All authors submitting papers to our journals are required to adopt these policies.

Below some online resource to help you in understanding plagiarism:

Roig, M. **Avoiding plagiarism, self-plagiarism, and other questionable writing practices: A guide to ethical writing**. St Johns University.

Long TC, Errami M, George AC, et al. **Responding to Possible Plagiarism**. Science 2009; 323:1293-1294.

Lewis J, Ossowski S, Hicks J, Errami M, and Garner HR. **Text similarity: an alternative way to search MEDLINE**. Bioinformatics 2006; 22:2298-2304.

Conflict of Interests

Conflict of interest exists when an author (or the author's institution), reviewer, or editor has financial or personal relationships that inappropriately influence (bias) his or her actions (such relationships are also known as dual commitments, competing interests, or competing loyalties). These relationships vary from negligible to great potential for influencing judgment. Not all relationships represent true conflict of interest. On the other hand, the potential for conflict

of interest can exist regardless of whether an individual believes that the relationship affects his or her scientific judgment. Financial relationships (such as employment, consultancies, stock ownership, honoraria, and paid expert testimony) are the most easily identifiable conflicts of interest and the most likely to undermine the credibility of the journal, the authors, and of science itself. However, conflicts can occur for other reasons, such as personal relationships, academic competition, and intellectual passion.

All participants in the peer-review and publication process must disclose all relationships that could be viewed as potential conflicts of interest. Disclosure of such relationships is also important in connection with editorials and review articles, because it can be more difficult to detect bias in these types of publications than in reports of original research. Editors may use information disclosed in conflict-of-interest and financial-interest statements as a basis for editorial decisions.

When **authors** submit a manuscript, whether an article or a letter, they are responsible for disclosing all financial and personal relationships that might bias their work. To prevent ambiguity, authors must state explicitly whether potential conflicts do or do not exist. Authors should do so in the manuscript on a conflict-of-interest notification page, providing additional detail, if necessary, in a cover letter that accompanies the manuscript. Increasingly, individual studies receive funding from commercial firms, private foundations, and government. The conditions of this funding have the potential to bias and otherwise discredit the research.

Scientists have an ethical obligation to submit credible research results for publication. Moreover, as the persons directly responsible for their work, researchers should not enter into agreements that interfere with their access to the data and their ability to analyze them independently, and to prepare and publish manuscripts. Authors should describe the role of the study sponsor, if any, in study design; collection, analysis, and interpretation of data; writing the report; and the decision to submit the report for publication. If the supporting source had no such involvement, the authors should so state. Biases potentially introduced when sponsors are directly involved in research are analogous to methodological biases.

Editors may request that authors of a study funded by an agency with a proprietary or financial interest in the outcome sign a statement, such as “I had full access to all of the data in this study and I take complete responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.” Editors should be encouraged to review copies of the protocol and/or contracts associated with project-specific studies before accepting such studies for publication. Editors may choose not to consider an article if a sponsor has asserted control over the authors’ right to publish.

Reviewers must disclose to editors any conflicts of interest that could bias their opinions of the manuscript, and they should recuse themselves from reviewing specific manuscripts if the potential for bias exists. As in the case of authors, silence on the part of reviewers concerning potential conflicts may mean either that conflicts exist and the reviewer has failed to disclose them or conflicts do not exist. Reviewers must therefore also be asked to state explicitly whether conflicts do or do not exist. Reviewers must not use knowledge of the work, before its publication, to further their own interests. **Editors** who make final decisions about manuscripts must have no personal, professional, or financial involvement in any of the issues they might judge. Other members of the editorial staff, if they participate in editorial decisions, must provide editors with a current description of their financial interests (as they might relate to editorial judgments) and recuse themselves from any decisions in which a conflict of interest exists.

Informed Consent

PAGEPress journals strictly follows the **ICMJE Protection of Research Participants policy**. Patients have a right to privacy that should not be violated without informed consent. When informed consent has been obtained, editors may request authors to provide a copy before making the editorial decision. Authors can find a template for the Informed Consent **here**.

Manuscripts must be reviewed with due respect for authors’ confidentiality. In submitting their manuscripts for review, authors entrust editors with the results of their scientific work and creative effort, on which their reputation and career may depend. Authors’ rights may be violated by disclosure of the confidential details during review of their manuscript. Reviewers also have rights to confidentiality, which must be respected by the editor. Confidentiality may have to be breached if dishonesty or fraud is alleged but otherwise must be honored. Editors must not disclose information about manuscripts (including their receipt, content, status in the reviewing process, criticism by reviewers, or ultimate fate) to anyone other than the authors and reviewers. This includes requests to use the materials for legal proceedings.

Obligation to Register Clinical Trials

The ICMJE believes that it is important to foster a comprehensive, publicly available database of clinical trials. The **ICMJE defines a clinical trial** as any research project that prospectively assigns human subjects to intervention or concurrent comparison or control groups to study the cause-and-effect relationship between a medical intervention and a health outcome. Medical interventions include drugs, surgical procedures, devices, behavioral treatments, process-of-care changes, etc. Our journals require, as a condition of consideration for publication, registration in a public trials registry. The journal considers a trial for publication only if it has been registered before the enrollment of the first patient. The journal does not advocate one particular registry, but requires authors to register their trial in a registry that meets several criteria. The registry must be accessible to the public at no charge. It must be open to all prospective registrants and managed by a non-profit organization. There must be a mechanism to ensure the validity of the registration data, and the registry should be electronically searchable. An acceptable registry must include a minimum of data elements (<http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/clinical-trials-registration/>). For example, ClinicalTrials.gov (<http://www.clinicaltrials.gov>), sponsored by the United States National Library of Medicine, meets these requirements.

Protection of Human Subjects and Animals in Research

When reporting experiments on human subjects, authors should indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in **2013**. If doubt exists whether the research was conducted in accordance with the Helsinki Declaration, the authors must explain the rationale for their approach and demonstrate that the institutional review body explicitly approved the doubtful aspects of the study. An Informed Consent statement is always required from patients involved in any experiments. When reporting experiments on animals, authors should indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed. Further guidance on animal research ethics is available from the World Medical Association (**2016 revision**) and from the International Association of Veterinary Editors’ Consensus Author Guidelines on Animal Ethics and Welfare. When reporting experiments on ecosystems involving non-native species, Authors are bound to ensure compliance with the institutional and national guide for the preservation of native biodiversity.

Guidelines for Authors

Manuscript will be carefully scrutinized for evidence of plagiarism, duplication and data manipulation; in particular, images will be carefully examined for any indication of intentional improper modification.

Any suspected misconduct ends up with a quick rejection and is then reported to the US Office of Research Integrity.

Ensure that your work is written in correct English before submission.

Professional copyediting can help authors improve the presentation of their work and increase its chances of being taken on by a publisher. In case you feel that your manuscript would benefit from a professional a professional English language copyediting checking language grammar and style, you can find a reliable revision service at:

Charlesworth Author Services

The Corresponding Author, multiple corresponding authors are not allowed, must submit the manuscript online-only through our Manuscript Submission System.

must submit the manuscript online-only through our Manuscript Submission System.

Authors are kindly invited to suggest potential reviewers (names, affiliations and email addresses) for their manuscript, if they wish.

Manuscript preparation

First and second pages

The first page must contain:

- I. title (lowercase), without acronyms;
- II. first name and family name of each author, separated by commas;
- III. affiliation(s) of each author (in English);
- IV. acknowledgments;
- V. full name and full postal address of the corresponding author. Phone, fax number and e-mail address for the correspondence should also be included;
- VI. three to five key words.

The second page should contain:

- I. authors' contributions, e.g., information about the contributions of each person named as having participated in the study (<http://www.icmje.org/#author>);
- II. disclosures about potential conflict of interests;
- III. further information (e.g., funding, conference presentation ...).

Tables and Figures

If *tables* are used, they should be double-spaced on separate pages. They should be numbered and cited in the text of the manuscript.

If *figures* are used, they must be submitted as *.tiff* or *.jpg* files, with the following digital resolution:

- I. color (saved as CMYK): minimum 300 dpi;
- II. black and white/grays: minimum 600 dpi;
- III. one column width (8.5 cm) or 2 column widths (17.5 cm).

A different caption for each figure must be provided at the end of the manuscript, not included in the figure file.

Authors must obtain **written permission** for the reproduction and adaptation of material which has already been published. A copy of the written permission has to be provided before publication (otherwise the paper cannot be published)

and appropriately cited in the figure caption. The procedure for requesting the permission is the responsibility of the Authors; PAGEPress will not refund any costs incurred in obtaining permission. Alternatively, it is advisable to use materials from other (free) sources.

Other

If *abbreviations* are used in the text, authors are required to write full name+abbreviation in brackets [e.g. Multiple Myeloma (MM)] the first time they are used, then only abbreviations can be written (apart from titles; in this case authors have to write always the full name).

If names of equipment or substances are mentioned in the text, brand, company names and locations (city and state) for equipment and substances should be included in parentheses within the text.

Journal Sections

Original Articles (3500 words max, abstract 180 words max, 30 references max, 3/5 tables and/or figures): In general, this kind of publication should be divided into an Abstract, Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions and References. A maximum of 10 authors is permitted and additional authors should be listed in an *ad hoc* Appendix.

Reviews (4000 words max, abstract 250 words max, minimum 40 references, 3/5 tables and/or figures): They should be introduced by a general summary of content in the form of an Abstract. Following a short introduction, putting the study into context and defining the aim, reviews will concentrate on the most recent developments in the field. A review should clearly describe the search strategy followed (key words, inclusion, exclusion criteria, search engines, ...). No particular format is required; headings should be used to designate the major divisions of the paper.

Brief Reports (about 2000 words, abstract 150 words max, 20 references max, 3 tables and/or figures): Short reports of results from original researches. They should be introduced by a general summary of content in the form of an Abstract. They must provide conclusive findings: preliminary observations or incomplete findings cannot be considered for publication.

Case Reports (about 2000 words, abstract 150 words max, 20 references max, 3 tables and/or figures): Reports describing observations on clinical cases that can be educational, including adverse effects of drugs or outcomes of a specific treatment. They should be divided into: Abstract, Introduction (optional), Case report(s), Discussion, Conclusions and References.

Letters to the Editor (800 words max): These are written on invitation, short essays that express the authors' viewpoint, may respond to published manuscripts in our journals, or deliver information or news regarding an issue related to the Journal scope. If the letter relates to a published manuscript, the authors of the original manuscript will be given the opportunity to provide a respond. Authors of Letters to the Editor should provide a short title.

Book Reviews (no abstract, no references needed): They should be a short critical analysis and evaluation of the quality, meaning, and significance of a short book which addressed at least one of main topics of the Journal (the authors should contact the Editor-in-Chief of the journal for his/her approval before submitting a Book review).

For further details on the specific layout to follow for the different types of papers published by the Journal, please refer to the **Section Policies**.

References

References should be prepared strictly according to the

Vancouver style. References must be numbered consecutively in the order in which they are first cited in the text (not alphabetical order), and they must be identified in the text by Arabic numerals in superscript. References in the main text must always be cited after dots and commas. References to personal communications and unpublished data should be incorporated in the text and not placed under the numbered references [Example: (Wright 2011, unpublished data) or (Wright 2011, personal communication)]. Where available, URLs for the references should be provided directly within the MS-Word document. References in the References section must be prepared as follows:

- I. more than three authors, cite 3 authors, et al. If the paper has only 4 authors, cite all authors;
- II. title style: sentence case; please use a capital letter only for the first word of the title;
- III. journal titles mentioned in the References list should be abbreviated according to the following websites:
 - a. ISI Journal Abbreviations Index (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations>);
 - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncifcrf.gov/research/bja>);
 - c. Medline List of Journal Titles (ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Medline.txt);
- IV. put year after the journal name;
- V. never put month and day in the last part of the references;
- VI. cite only the volume (not the issue in brackets);
- VII. pages have to be abbreviated, e.g., 351-8.

To ensure the correct citation format, please check your references in the PubMed database (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Examples:

Standard journal article

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:284-7.

Proceedings

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

Article with organization as author

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

Books

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002.

Bjørn Lomborg, ed. RethinkHIV - Smarter ways to invest in ending HIV in Sub-Saharan Africa. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. The genetic basis of human cancer. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113.

Permissions

In case extracts (text/figures/tables) from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright holder(s) and credit the source(s) in

the article, for example: 'Adapted from Kubanov et al., *Dermatol Reports* 2019;11:7675; with permission.' The editorial office of *Dermatology Reports* needs to receive a copy of the written permission before proceeding with publication.

Authorship and Contributorship

All persons designated as authors should qualify for authorship according to the ICMJE criteria. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content. Authorship credit should only be based on substantial contributions to: i) conception and design, or analysis and interpretation of data, and to ii) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and on iii) final approval of the version to be published; and iv) agreement to be accountable for all aspects of the work. Participation solely in the acquisition of funding or the collection of data does not justify authorship. General supervision of the research group is not sufficient for authorship. Authors should provide a brief description of their individual contributions.

Those who do not meet all four criteria should not be listed as authors, but they should be acknowledged. Those whose contributions do not justify authorship may be acknowledged individually or together as a group under a single heading. Authors can find detailed information on the Publisher's web site.

Changes in Authorship

If authors request removal or addition of an author after manuscript submission or during the peer-review process, the journal editors should receive a letter clearly explaining the reason for the change. Authors are also requested to sign and send to the Editors a statement of agreement for the requested change from all listed authors and from the author to be removed or added.

Please note that if your manuscript is accepted you will not be able to make any changes to the authors, or order of authors, of your manuscript once the editor has accepted your manuscript for publication.

No changes to the Authors or Corresponding Author can be made after publication of the article, either as an "Advance Online Article" or in the regular issue. Instead, a corrigendum may be considered by the journal editor.

Autorizzazione del Tribunale di Pavia
n. 16/10 del 6 marzo 2010 - Quadrimestrale.

Direttore responsabile: dr. Camillo Porta.

Online licensee ©2020 PAGEPress Srl, Pavia.

Stampato: April 2023
presso Grafiche luorio S.N.C.,
Via Gaetano Rummo 37, 82100 Benevento

2022; volume 14, n. 3

Full Table of Contents available here:

<https://www.pagepress.org/journals/index.php/dr/issue/view/611>

Reviews

Demodex: the worst enemies are the ones that used to be friends

Anon Paichitrojjana

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9339>

Demodex mites are common ectoparasites of the human pilosebaceous units. Most adults are infested with *Demodex* mites without clinical symptoms. *Demodex* mite will only become a pathogenic organism when there is an abnormal increase in the number of *Demodex* mite density. This situation happens when the equilibrium between *Demodex* mites, skin microenvironment and human immunity system changes. *Demodex* infestation can cause multiple skin disorders, which are grouped under the term demodicosis or demodicidosis. Clinical manifestations of demodicosis can mimic other known skin diseases such as folliculitis, rosacea, perioral dermatitis, which is why it is often misdiagnosed. Diagnosis criteria consists of relevant correlation of suspected clinical skin lesions, confirmed by the presence of abnormal proliferation of *Demodex* mites and by clinical cure after acaricidal treatment together with normalization of *Demodex* mite density. Dermatologists should be aware that demodicosis is not an uncommon skin disease, and there are still many unknowns about it that should be researched further.

Articles

Face mask use in the community and cutaneous reactions to them during the COVID-19 pandemic: results of a national survey in Italy

Simone Cazzaniga, Elena Pezzolo, Paolo Colombo, Luigi Naldi

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9394>

To mitigate the outbreak of coronavirus disease 2019 pandemic, many countries have imposed the public use of face masks. We investigated attitudes and skin reactions in the Italian individuals wearing face masks during the pandemic. A cross-sectional survey on a random sample (N=1001) of the Italian adult population was conducted in May 2020 by the Italian Group for Epidemiological Research in Dermatology, and the Gallup International Association. Univariable and multivariable regression analysis were used to estimate the odds ratios and their 95% confidence intervals. Most individuals (72.5%) wore a mask, 56.5% used a surgical mask and 53.0% a disposable mask. One-third changed the mask at least once a day, two-thirds kept a distance of at least one meter from each other, 50% washed their hands before wearing a mask, and 17.6% adopted multiple hygienic behaviors.

Twenty percent of individuals reported redness, swelling, itching or erosions in the skin area of mask contact; the risk of this reaction was associated with young age, the use of respirators and a history of pre-existing contact eczema, psoriasis or atopic dermatitis. Health educational programs may improve compliance with combined preventive measures and reduce skin reactions.

Immunohistochemical expression of interleukin β in papule biopsies from patients with acne vulgaris

Le Thai Van Thanh, Le Vi Anh, Tran Huong Giang, Ta Quoc Hung, Van The Trung, Nguyen Lam Vuong

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9444>

Acne vulgaris is the most common inflammatory disease of the skin. IL-1 β has been found in acne lesions and is a promising target for therapy, but the evidence is limited. Therefore, this study was conducted to investigate the immunohistochemical expression of IL-1 β in papule biopsies of inflammatory acne and its association with disease severity. This study involved 20 patients with acne vulgaris (13 females, median age: 22 years). Samples were taken using punch biopsy. Immunohistochemical IL-1 β expression was semi-quantitatively assessed as absent, mild, moderate or strong. Disease severity was evaluated according to the Global Acne Grading System (GAGS). There were 7 patients with mild disease and 11 patients with moderate disease. Median GAGS score was 20. Mild and moderate accounted for 65% and 30% for dermal IL-1 β expression, 60% and 40% for epidermal expression, and 70% and 15% for perifollicular expression. Moderate-strong perifollicular expression had significant higher GAGS score than absent-mild expression (median: 22 *versus* 16). This study shows the elevated immunoreactivity of IL-1 β in papule biopsies of inflammatory acne vulgaris. The levels of IL-1 β expression also correlates with disease severity. IL-1 β could be a good candidate for targeting treatment of acne vulgaris.

Hair disorder in dr. Cipto Mangunkusumo cosmetic dermatology and venereology outpatient clinic of Jakarta, Indonesia: a socio-demographic and clinical evaluation

Lili Legiawati, Lis Surachmiati Suseno, Irma Bernadette S. Sitohang, Aditya Indra Pratama

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9341>

Hair disorder has a significant impact on sociopsychology. In Indonesia, there are currently few and out-of-date studies on hair disorders. Our study aimed to provide an update on the epidemiology of hair loss, which is common in Indonesia. This is a retrospective study of hair disorder cases seen at Dr. Cipto Mangunkusumo's Cosmetic Dermatology Outpatient Clinic at the National Central General Hospital from January 2017 to December 2019. Each patient's age, gender, family history, education, occupation, body mass index (BMI), comorbidities, and diagnosis were recorded. Hair disorders were found to be more prevalent in males (54.6 percent) with a mean age of 26.41 \pm 12.8 years old and the highest age group of 18-39 years old (59.4 percent) among the 64 patients who were eligible for the study. There were 32 cases (50.0%) of alopecia areata (AA), 20 cases (31.2%) of alopecia androgenetic (AGA), 9 cases (14.0%) of telogen effluvium (TE), 2 cases of cicatricial alopecia (CA) due to lupus erythematosus (DLE), and 1 case of trichotillomania (TTM). Female patients had

significantly more TE cases. Cases of AGA in the study, mainly early-onset AGA (mean age 29.45 ± 10.29 years old, 39.5% in 18-39 years old) showed a significant positive familial history. At dr Cipto Mangunkusumo National General Hospital Jakarta, the most common types of hair disorders were AA, AGA, and TE, with each disease having a unique socio-demographic and clinical profile.

The effectiveness of erysipelas prophylaxis depends on the cumulative dose of benzathine penicillin G

Agnieszka Bednarska, Iwona Sosińska-Bryła, Paweł Grąbczewski, Regina Podlasin, Marcin Paciorek, Dominik Bursa, Małgorzata Hackiewicz, Michał Makowiecki, Andrzej Horban

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9429>

Erysipelas is an acute infection due to *S. pyogenes* and is characterized by a high risk of relapses. The number of patients suffering from one or more recurrences varied depending on the study and accounted for between 16% and 47% of the total number of those affected. Antibiotic prophylaxis with the use of penicillin can reduce the risk of recurrence by 47%. A number of 873 patients with erysipelas treated at the Hospital for Infectious Diseases in Warsaw from 2010 to 2018 was enrolled in the study. Benzathine-penicillin G was given intramuscularly at a dose of 1.2 MU or 2.4 MU or 3.6 MU. The earliest moment that prophylactic treatment was administered was the first episode of erysipelas recurrence. The decision to administer the antibiotic and the dose to use was discretionally made by the examining physician. Altogether 104 (11.9%) persons experienced at least one episode of erysipelas recurrence during the study period. A total of 2976 doses of benzathine-penicillin G (BP) were administered. The most common dose was that of 2.4 MU (2380, 80%). The dose of 1.2 MU was given 567 times (19%). The highest dose, i.e. 3.6 MU, was administered to only 5 patients (8 applications, 0.2%). No effect was shown by either the number of benzathine-penicillin G administered doses ($p=0.07$) or the median dose ($p=0.65$), whereas patients without relapse received a statistically higher cumulative dose of the antibiotic ($p=0.047$). Age was a risk factor of recurrence only in the group of diabetic patients ($p=0.03$). Benzathine penicillin G given in an appropriate cumulative dose is effective in preventing erysipelas recurrence.

Attitudes among dermatologists regarding actinic keratosis treatment options

Gaia Moretta, Tonia Samela, Francesca Sampogna, Francesco Ricci, Fabio Carlesimo, Annarita Panebianco, Angelo Massimiliano D'Erme, Giovanni Di Lella, Sabatino Pallotta, Elena Dellambra, Damiano Abeni, Luca Fania

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9392>

Actinic keratosis (AK) is considered a precancerous lesion that can develop into invasive squamous cell carcinoma. Its prevalence is increasing, and it is estimated that it affects between 1% and 44% of the adult population worldwide. Advanced age, fair skin phototypes, and cumulative sun exposure are the main risk factors for AK. Therapies for AK consists of lesion-directed treatment (i.e., cryotherapy, curettage, electrocoagulation, and laser therapy) or field therapy [i.e., photodynamic therapy (PDT), 5-fluorouracil (5-FU), diclofenac sodium (DIC), imiquimod (IMQ), and ingenol

mebutate (Ing Meb)]. The type of therapy chosen is determined by the number and location of AKs, the patient's condition, and the patient's tolerability and compliance. In this survey, we collected information from 110 Italian dermatologists about their knowledge and attitudes toward various AK therapeutic approaches. In our study, we discovered that cryotherapy and PDT are the most used treatments for AK, while surgery and laser therapy are the least commonly used. The most commonly used topical therapies are DIC and IMQ 3.75 percent cream, followed by IMQ 5 percent cream, Ing Meb, and 5-FU. The correct treatment for AK can be difficult to choose, but adherence to therapy is critical for good results. Given the high and continuing rise in the incidence of AK, dermatologists' knowledge of various therapeutic approaches is critical.

Brief Reports

Sensitive scalp: an epidemiologic study in patients with hair loss

Anna Graziella Burroni, Ilaria Trave, Astrid Herzum, Aurora Parodi

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9408>

Sensitive scalp is a common condition defined by the presence of erythema and/or subjective symptoms as pain, pricking, burning, pruritus of the scalp elicited by triggering factors. Trichodynia is a term that describes a sensation of pain or burning of the scalp and was assumed to be part of sensitive scalp. Main goal of the study was to establish the prevalence of sensitive scalp in patients with trichological disorders. We conducted a retrospective observational study recorded: age, sex, trichological disorder (telogen effluvium, androgenetic alopecia, alopecia areata, scarring alopecia, trichotillomania) and scalp symptoms (pruritus, pain, burning and itching sensation). We studied 317 patients of whom 102 patients (32%) complained of sensitive scalp. Telogen effluvium patients had a significantly higher prevalence of sensitive scalp ($p < 0.001$), pain ($p = 0.028$), burning sensation ($p = 0.018$), pruritus ($p = 0.016$) and trichodynia ($p < 0.001$) than other patients with alopecias. Likewise, AA patients had a statistically significant higher prevalence of pruritus ($p = 0.0256$) and trichodynia ($p = 0.0223$) than other alopecias patients. Sensitive scalp is a frequent symptom reported by patients with hair loss. Telogen effluvium and alopecia areata seem to be most associated to sensitive scalp.

Case Reports

Necrotizing fasciitis arising from squamous cell carcinoma of the vulva

Dua Cebeci, Şirin Yaşar, Tevfik Eker, Görgün Bayraktaroğlu

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9082>

Necrotizing fasciitis (NF) is a devastating soft tissue infection affecting fascias and subcutaneous soft tissues. While it is associated with several risk factors, including malignancy, alcoholism, liver disease, drug use, malnutrition, diabetes, male gender and old age, few case reports in the literature describe its rare connection

with genital malignancy. Vulvar squamous cell carcinoma (SCC) is the fourth most common malignancy, representing 5% of all gynaecological tumours among women. NF due to vulvar SCC is a rare complication. In this article, we present the 1991 case of a 58-year-old diabetic female patient with NF due to vulvar SCC. While surgical intervention was successful, the prognosis for vulvar SCC was poor because of late detection.

Granular cell dermatofibroma: a potential diagnostic pitfall

Gerardo Cazzato, Anna Colagrande, Teresa Lettini, Andrea Marzullo, Eleonora Nacchiero, Giuseppe Ingravallo

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9110>

Dermatofibroma, also known as *fibrous histiocytoma*, is one of the most common cutaneous soft-tissue tumours. Many variants of dermatofibromas have been described and knowledge of these variations is important to avoid a misdiagnosis of a possibly more aggressive tumor. Histological features of different variants can coexist in the same lesion, but typical common fibrous histiocytoma features are generally found, at least focally, in all cases. However, when cellular changes make up the majority of the lesion, the histopathological diagnosis can become more complex and requires immunohistochemical investigations for a correct nosographic classification. We report on the case of a cutaneous fibrous histiocytoma, “granular cell” variant, found on the left leg of a 74-year old woman.

Modified Spear flap for the reconstruction of a full-thickness defect of the nasal ala

Roberto Cecchi, Imma Savarese

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9306>

Various options are available for the reconstruction of full-thickness defects of the nasal ala with different advantages and disadvantages, but none are fully satisfactory. We present the case of a 57-year-old man with a recurrent basal cell carcinoma of the right nasal ala and nearby cheek and upper lip. Tumour clearance was achieved after two stages of ‘fresh/frozen’ Tübingen technique, resulting in a 2.0×2.0 cm full-thickness defect of the lateral right ala. The wound involved the alar rim, groove and adjacent cheek and upper lip. Reconstruction was successfully achieved with a nasolabial turnover flap (modified Spear flap) in a single stage. The surgical procedure and subsequent outcomes are illustrated. Our experience shows the effectiveness of the nasolabial turnover flap for a single-stage repair of full-thickness defects of the nasal area and adjacent tissue.

Late-onset focal dermal elastosis: report of a case and review of the literature

Fabrizio Fantini, Emanuele Dainese, Sebastiano Recalcati

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9337>

Late-onset focal dermal elastosis is a rare cutaneous condition classified as an increased dermal elastic tissue disorder. It is distinguished clinically by multiple papules with a preference for the

neck and other flexures, as well as histologically by focally increased elastic fibers in the reticular dermis. Several elastic tissue disorders in the skin have a similar clinical presentation. The distinction between late-onset focal dermal elastosis and other pseudoxanthoma elasticum mimickers is critical because they are not associated with systemic lesions. We present a case of late-onset focal dermal elastosis and conduct a literature review on this unusual condition.

Malignant eccrine spiradenocylindroma and parotid gland involvement in Brooke-Spiegler syndrome

Giulia Merlo, Marianna Pesce, Tiziana Borra, Ileana Orejuela, Francesca Pasquali, Renzo Panizza, Marco Ghiglione, Federica Grosso

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9418>

Brooke-Spiegler syndrome is a rare disorder, characterized by the development of skin adnexal tumors, including cylindromas, trichoepitheliomas, spiradenomas. Although these neoplasms are benign in most patients, a malignant transformation can rarely occur. Furthermore, an occasional association between cutaneous adnexal tumors and basal cell adenoma as well as adenocarcinoma of the parotid gland has been rarely described, with approximately 20 cases reported. We report a case of Brooke-Spiegler syndrome presenting with a malignant eccrine spiradenocylindroma, in a patient with previous history of parotid basal cell tumor.

Double hatchet flap as adequate dermatosurgical approach for tumours of the occipital scalp zone: Presentation of two cases

Georgi Tchernev, Ilia Lozev, Ilia Batashki, Lorraine Joseph Kandathil, Nikhil Oliveira, Jose Carlos Cardoso

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9487>

Tumors of the scalp remain a serious challenge for clinicians since poor locoregional skin elasticity hinders the ability to utilise certain flaps, limiting the choice of reconstructive techniques available. As a result, surgical restoration of medium to large-sized defects are left to the discretion of the surgeon, who with a comprehensive knowledge of restorative techniques, along with the advantages, limitations as well as a sound understanding of the locoregional anatomy, can make thorough decisions on the choice of which flap is best suited for the defect. Here we present two cases where the double hatchet flap was employed as a dermatosurgical approach in order to provide exceptional cosmetic results. On dermatological examination, both patients presented with a medium to large-sized tumour formation but were otherwise in good health. Both underwent radical, widelocal excision, followed by reconstructive manipulation in the form of a double hatchet flap to close the defect. Postoperative follow-up reported positive signs of wound healing with aesthetically pleasing results. Finally, we discuss the use of various flaps in such conditions while providing evidence for the double hatchet flap as a possible alternative that provides perfect aesthetic results as seen in our cases. Such a complex surgical intervention requires the expertise of a multidisciplinary team in order to achieve an overall successful outcome.

A case of human *Dirofilaria repens* in Rome, Italy: a clinical and radiological challenge

Irene Campana, Luca Fania, Tonia Samela, Lara Campana, Viola Zecchi, Francesca Ricci, Damiano Abeni

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9354>

Human subcutaneous dirofilariasis caused by *Dirofilaria repens* is a vector-borne zoonotic disease mostly transmitted from dogs to humans through a mosquito's blood meal. Heartworms replication is amplified by the climate change, the increase of the range of suitable vectors, the facilitation of pet travel and the high rate of undiagnosed dirofilariasis in dogs. We describe a case of a young Romanian woman, resident in Rome for 18 years, that came to our attention for the appearance for five months of a subcutaneous nodule in the left arm. The patient reported that she first felt an insect bite, after which she noticed the onset of an erythematous and itchy wheal in the same skin area, turned into a subcutaneous nodule within a few weeks. The ultrasound examination showed a hypoechoic subcutaneous formation of 1,2 cm in diameter, containing a ribbon-like structure made up of hyperechoic parallel double lines, reminiscent of a worm. Based on this suspicion, we opted for the surgical radicalization of the lesion. The histological examination confirmed the radiological hypothesis of a worm-like foreign body morphologically compatible with *Dirofilaria repens*. Our experience shows how a clinical nonspecific skin nodular lesion may conceal an unexpected and unsettling diagnosis of subcutaneous *Dirofilaria repens*.

Metastatic basal cell carcinoma to the bone: a case of bone metastasis in uncommon sites

Olga Nigro, Claudio Chini, Ilaria Gioia Angiola Marcon, Annamaria De Giorgi, Linda Bascialla, Elisa Gallerani, Alice Giaquinto, Diego De Palma, Maurizio Lombardo

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9267>

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common malignant tumor of the skin. Despite the indolent nature, metastatic BCC can occur, albeit rarely. Metastasis to the bone is very rare. From its approval, mBCC patients are treated with vismodegib, a selective hedgehog pathway inhibitor. Unfortunately, in recent period, it was demonstrated an emergence of drug resistance, due to Smoothed (SMO) mutation. To date, several groups are studying the effectiveness of immunotherapy in BCC. Clinical trials with immune checkpoint inhibitors are ongoing. We report the rare case of a man with multiple bony metastasis, with a resistance to vismodegib, and we evaluated all manuscripts in literature reporting bone metastasis. Moreover, we review all the manuscripts in literature reporting bone metastasis, and we summarize the main therapeutic strategies, and the further perspectives.

Molluscum contagiosum eruption during therapy with methotrexate and abatacept: a clinical and dermoscopic case study

Franca Taviti, Alessandra Calcinai, Federica Scarfi

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9259>

The use of multiple drugs acting as modulators of the immune

system are common among patients with severe autoimmune diseases. In these clinical scenarios, great attention should be placed on diagnosing infective cutaneous disorders that can underly iatrogenic immunosuppression. Here within, we report a rare case of *molluscum contagiosum* eruption on the face and the scalp during an immunomodulating treatment for rheumatoid arthritis, with clinical and dermatoscopic characterization.

Skin reaction to COVID-19 vaccine: a report of 4 cases

Mariabeatrice Bertolani, Maria Beatrice de Felici del Giudice, Erminia Ridolo, Francesco Pucciarini, Claudio Feliciani, Francesca Satolli

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9376>

Since the beginning of the covid-vaccine campaign, a lot of local and systemic dermatologic reactions happening after the administration of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccines have been described, even if their exact biological mechanism is still debated. In this paper, we report four cases of cutaneous manifestations that arose within ten days after the first dose of messenger RNA (mRNA)-based COVID-19 vaccination: one case of giant urticaria, one case of head and neck redness, and two cases of *Erythema multiforme*. In our experience, these reactions were mild and transient and all of them resolved, not recurring after the second dose, so these manifestations shouldn't be considered as an absolute contraindication to the second dose of vaccine, that to date is fundamental.

Letters

Karapandzic flap as most adequate surgical approach for squamous cell carcinoma of the lower lip

Ilia Lozev, Ivan Pidakev, Ilia Batashki, Lorraine J. Kandathil, Nikhil Oliveira, Georgi Tchernev

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9439>

We present an 80-year-old patient with a fast-growing lesion on the lower lip, lasting for no longer than one year. The clinical examination revealed the presence of endophytically growing tumour formation along almost the entire length of the lower lip, associated with spontaneous bleeding as well as severe pain on palpation [...].

Seven cancer patients receiving guselkumab for treatment of moderate-to-severe psoriasis

Luca Mastorino, Niccolò Siliquini, Gianluca Avallone, Michela Ortoncelli, Pietro Quaglino, Paolo Dapavo, Simone Ribero

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9282>

Limited evidence on the use of biologic treatments in psoriatic patients with a history of malignancy is currently available in the literature. The recently published European guidelines recommend the use of anti-TNF, anti-IL17, and anti-23 biological drugs in this special population after discussion case-by-case with a cancer-specialist [...].

Consensus Paper

A consensus-based approach on the management of patients with both psoriasis and psoriatic arthritis in the dermatological and rheumatological settings in Italy: the ADOI PSO-Amore Project

Francesco Cusano, Francesca Sampogna, Alexandra Maria Giovanna Brunasso Vernetti, Stefano Stisi, Gilda Sandri, Giovanna Malara, Luigi Naldi, Michele Pellegrino, Giovanni Luigi Tripepi, Umberto di Luzio Paparatti, Concetto Paolo Agnusdei, Claudio Bonifati, Antonella Celano, Valeria Corazza, Federica D'Agostino, Rocco De Pasquale, Emilio Filippucci, Rosario Foti, Giovanna Galdo, Fabiana Gai, Giulia Ganzetti, Dario Graceffa, Mara Maccarone, Annamaria Mazzotta, Gennaro Melchionda, Francesca Molinaro, Franco Paoletti, Silvia Tonolo, Adriano Vercellone, Rosetta Vitetta, Cesare Massone, Gian Domenico Sebastiani

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9541>

Psoriasis is a complex disease often needing a multidisciplinary approach. In particular, the collaboration between dermatologist and rheumatologist is crucial for the management of patients suffering from both psoriasis (PSO) and psoriatic arthritis (PsA). Here we report a series of recommendations from a group of experts, as a result of a Consensus Conference, defining the circumstances in which it is preferable or even mandatory, depending on the available settings, to rely on the opinion of the two specialists, jointly or in a deferred manner. Indications are given on how to organize a 3rd level joint Dermatology- Rheumatology care unit, in connection with 1st and 2nd level clinicians of both specialties, GPs, and other specialists involved in the management of psoriasis. A potential patient journey is suggested, that can be used as a basis for future design and validation of national and/or local diagnostic therapeutic and assistance pathways.

2022; volume 14, n. 3

Full Table of Contents available

here: <https://www.pagepress.org/journals/index.php/dr/issue/view/612>

Reviews

Possible relationship between poor skin disorders prognosis and serum zinc level: a narrative review

Mohammed Al Abadie, Zinah Sharara, Miriam Al Abadie, Patrick A. Ball, Hana Morrissey

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9512>

Zinc is a trace nutrient essential for the normal growth and development of human body. The main aim was to evaluate the significant association between measured zinc status in relation to different skin disorders and their severity. PubMed®, Google® Scholar™ and Cochrane® Reviews databases were searched for studies from January 2017 to June 2021, using the terms; zinc serum levels, zinc plasma levels and different dermatosis in the review, only human studies in English language were reviewed and the studies designs were controlled, cross sectional, observational and analytic types. A total of forty-eight research studies were included in this review. All studies have evaluated serum zinc in skin diseases including psoriasis, atopic dermatitis, pityriasis alba, androgenetic alopecia areata, telogen effluvium, vitiligo, melasma, acne, seborrheic dermatitis and hidradenitis suppuritiva. It was found that 33 studies had validated statistically significant differences in serum zinc levels between patients and controls. There is a predominance of low serum zinc levels in all the dermatoses reviewed. The clinical significance of this finding highlights the possible value, and need to investigate, the use of zinc supplementation as an adjuvant therapy in the management of chronic inflammatory and autoimmune skin diseases proven to manifest altered zinc levels.

Mortality risk factors in febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease: a systematic review of therapeutic outcomes and complications

Vasiliki Tasouli-Drakou, May Nguyen, Hannah Guinn, Omron Hassan, Sneha Butala, Sheshanna Phan

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9492>

Febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann Disease (FUMHD) is a variant of *Pityriasis Lichenoides Et Varioliformis Acuta* (PLEVA). Although rare, the condition may progress to involve serious complications and even lead to fatal outcomes if diagnosis and appropriate treatment is delayed. A PubMed search following Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines was performed to find cases of FUMHD from the earliest records to October 2021. Treatments, complications, and patient outcomes were extracted from the literature and summarized, while a review of quality was also performed. A total of 63 publications with 68 patients were found. Successful treatment modalities for FUMHD included antibiotics, antivirals, syste-

mic steroids, methotrexate (MTX), cyclophosphamide, cyclosporine (CYA), intravenous immunoglobulins (IVIG), pentoxifylline, and ultraviolet B phototherapy. Out of 68 patients, 55 patients had their condition fully resolved and 13 cases were fatal. Increased age, systemic involvement, and monoclonal T-cell receptor rearrangement were associated with worst prognosis, but mucosal involvement did not affect mortality risk. Overall, the publications had low risk of bias, but most lacked adequate follow-up periods. FUMHD is a diagnostic and therapeutic challenge due to the lack of clearly defined diagnostic criteria and optimum treatment. Further studies with larger patient populations and longer follow-up periods may lead to refinement of diagnostic criteria, establish an optimum treatment regimen, and better estimate the likelihood of recurrence.

Occupational skin dermatoses among health care workers: a review of adverse skin reactions to personal protective equipment

Agnes Rosarina Prita Sari, Yudha Nur Patria, Olivia Roselin Wiguna, Hardyanto Soebono, Sri Awalia Febriana

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9474>

Occupational skin-related problems include dermatoses caused by agents in the working environment. For health care workers, these occupational dermatoses could be due to usage of Personal Protective Equipment (PPE), such as gloves, masks, goggles, and other protective equipment. These PPE contribute to both allergic and irritant contact dermatitis. This review summarized the skin damage after PPE usage and hand hygiene protocol. Recommendations should be established to prevent these occupational dermatoses from PPE usage.

Articles

Real-world treatment patterns, patient-reported outcomes, and effectiveness of flexible-dosing etanercept in patients with plaque psoriasis in Greece

Dimitris Rigopoulos, Aikaterini Patsatsi, Christina Antoniou, Dimitrios Sotiriadis, Angeliki Roussaki-Schulze, Nadia Boubouchairopoulou, Ioannis Skiadas, Vasillios Tsekouras, Ana Cristina Hernandez Daly

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9265>

Etanercept is approved for continuous or intermittent use and flexible dosing in plaque psoriasis (PsO). The objectives of this study were to investigate real-world treatment patterns with etanercept in Greek adults with moderate-to-severe PsO. This non-interventional multicenter study included a retrospective-to-prospective (RP) cohort, previously treated with etanercept for ≥ 24 months and followed for an additional 6 months, and a biologic-naïve, prospective-only (PO) cohort, followed for 6 months after treatment initiation. Parameters assessed included Psoriasis Area and Severity Index (PASI), percentage of body surface area (BSA) affected, Dermatology Life Quality Index (DLQI), and adverse events (AEs). This study enrolled 123 patients (RP, $n = 56$; PO, $n = 67$), who mostly adhered to continuous treatment (RP, 68%; PO, 95%).

The two cohorts had similar mean baseline-to-endpoint decreases in PASI (-9.5 vs -10.1) and BSA (-11.9 vs -12.3). The PO-CTP population had a mean DLQI baseline-to-endpoint score decrease of -5.8, which was statistically significant and clinically meaningful. Treatment-emergent AE rates were 58.9% (RP) versus 26.9% (PO). These real-world data suggest a similar effectiveness of continuous and intermittent etanercept treatment in Greek patients with PsO.

Increased plasma lipocalin-2 levels correlate with disease severity and may be a marker of acute inflammatory response in patients with psoriasis

Chuyen Thi Hong Nguyen, Oanh Phan Tram Nguyen

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9469>

More than a skin disease, psoriasis is also considered a systemic disorder. Lipocalin-2, an adipokine, may be a link between psoriasis and systemic inflammation. We conducted this study to measure the plasma level of lipocalin-2 and investigate its relationship with the clinical manifestations in patients with psoriasis. We assessed 62 patients with psoriasis and 31 healthy controls. Their demographic information and clinical characteristics were determined by physical examination and review of the recorded medical history. Plasma lipocalin-2 levels were measured using an enzyme-linked immunosorbent assay. Plasma lipocalin-2 concentration was significantly higher in patients with psoriasis than in the control group ($P < 0.001$). Patients with acute psoriatic subgroups, including psoriatic erythroderma and pustular psoriasis, had significantly higher plasma lipocalin-2 levels than those with the chronic plaque type. In addition, plasma lipocalin-2 concentration positively correlates with the disease severity index, including the psoriasis area severity index, body surface area, high-sensitivity C-reactive protein, nail psoriasis severity index, and pustular severity index. In patients with psoriasis, increased plasma lipocalin-2 levels correlated with severity and indicated an active disease state. These findings suggest that lipocalin-2 may play an important role in determining the pathogenesis of acute psoriasis and may serve as a valuable clinical biomarker of this disease.

Case Reports

Guselkumab for the treatment of severe plaque psoriasis in a schizophrenia patient

Nicoletta Bernardini, Nevena Skroza, Elisabeth Prevete, Federica Marraffa, Ilaria Proietti, Ersilia Tolino, Alessandra Mambrin, Giovanni Rossi, Salvatore Volpe, Giuseppe Bersani, Concetta Potenza

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9476>

A wide range of comorbid conditions are associated with psoriasis, many studies have drawn attention to a higher prevalence of psychiatric comorbidities in psoriatic population. Herein, we present a case of a Caucasian 44-years-old man suffering from a severe schizophrenia, who received guselkumab (a human monoclonal antibody targeting the p40 subunit of IL-23) for the treatment of a moderate-to-severe plaque type psoriasis. After 3 months, the

patient reached complete resolution of psoriasis without any side effects, maintained at 6 months follow up visit. Some studies have highlighted the hypothesis that an hyperactivation of immune response appears to be one of the main mechanisms underlying the increased risk of this association. In particular, the axis il-17/il-23 plays a central role in the pathogenesis of this disease. Further research will be needed to assess whether anti-IL23 drugs could be a more suitable therapeutic option in psoriatic patients with schizophrenia.

Vulvar malignant melanoma: a case report and review of its management

Maizatulernawani Hashim, Nor Hidayah Yayanto, Badrul Zaman Muda Abdullah, Fathi Ramly, Rahimah Abd Rashid, Daniel Roza Duski

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9345>

Vulvar malignant melanoma (VMM) is uncommon and poses a significant management challenge. Here, we presented a case of VMM managed by surgery, chemoradiation, and planned for targeted therapy. A 70-year-old woman with underlying diabetes mellitus and hypertension presented with a black-colored exophytic growth around her left vulva for two months. Initial biopsy confirmed malignant melanoma with positive staining for S100, HMB 45, and Melan A. An imaging study showed that the disease was localized to the vulva. She underwent bilateral radical vulvectomy and bilateral inguinofemoral lymph node dissection followed by radiotherapy. She had a locoregional disease recurrence, which was subsequently managed by palliative perineal radiotherapy, chemotherapy, and planned for immunotherapy. Vulvar malignant melanoma is a rare and aggressive tumor, with a poor overall prognosis, and high recurrence rate. Adjuvant chemotherapy, radiotherapy, and immunotherapy may be beneficial for local recurrence and distant metastasis cases. Molecular Analysis has a potential role in targeted therapy to improve the survival and outcome of the patient.

Cutaneous anthrax in patient with type 2 diabetes mellitus

Dhani Redhono Harioputro, Evi Nurhayatun, Arie Kusumawardani

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9426>

Anthrax is a zoonotic disease caused by *Bacillus anthracis*, which is transmitted to humans from infected animals. Transmission occurs when there is a contact with animals or products from animals infected with anthrax. Anthrax infection is an important public health problem in developing countries. Indonesia is one of the countries where zoonotic anthrax forms can still be found. The most common entrance route for anthrax spores is the skin. Although skin anthrax usually resolves on its own, complications can arise in untreated cases. Underlying systemic disorders such as diabetes mellitus can disrupt the clinical picture and cause atypical presentation. A 50-year-old woman who works as a farmer with a history of diabetes mellitus, is treated at a local hospital with complaints of fever and inflamed lesions in the lower right leg. An anthrax outbreak has been reported in the area where she lives. At clinical examination regional swelling was found and the appearance of blackish lesions accompanied by pus around the wound. Laboratory tests documented by ELISA an increased titer of anth-

rax antibodies. The patient was given antibiotic therapy with a combination of penicillin G and ciprofloxacin intravenously and experienced healing from skin lesions. We can conclude that comorbid diseases such as diabetes mellitus can obscure clinical manifestations of skin anthrax and causes systemic symptoms. With appropriate management, skin anthrax lesions in patients with comorbid diabetes mellitus can heal with good results.

Scleredema diabetorum

Mariana Pereira, Rita Ramos Pinheiro, André Lencastre, Elvira Bártolo

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9477>

Scleredema of Buschke is a rare connective tissue disease with a poorly understood pathogenesis. Three types of scleredema have been distinguished according to its association with preceding or underlying conditions. Type 1 is usually secondary to a febrile infection, type 2 is mostly associated with paraproteinemia and type 3, usually named scleredema diabetorum, has a strict association with Diabetes mellitus. A diffuse, non-pitting swelling and induration of the skin define this disease. The skin histology is characterized by a normal or slightly thinned epidermis, and the dermis containing a decreased number of elastic fibers and thick large swollen collagen bundles separated by mucopolysaccharide deposits in the deep reticular dermis. In this report we present a 58-year-old man with scleredema diabetorum controlled with a topical steroid cream and an optimization of glycemic control. We reviewed clinical, histopathological characteristics and the various possible treatments.

Complete clearance of periungual warts in an immunocompromised patient using diluted intralesional bleomycin

Saad Altalhab

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9490>

Periungual warts are commonly resistant to treatment, especially in immunocompromised patients. Many treatment modalities have been used with variable results. Bleomycin is one of the most effective treatments for recalcitrant warts, including the periungual type. It can be used either as a topical application after needling or as a direct injection. We report complete clearance of multiple periungual warts in an immunocompromised patient after diluted bleomycin injection. The patient did not have a recurrence after eight months of follow up.

Evans' syndrome following vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 in a patient with new-onset localized scleroderma

Thilo Gambichler, Pia Nordmann, Christina Scheel, Laura Susok

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9470>

Growing evidence suggests that COVID-19 vaccines can induce hematological conditions. Here, we report a case of Evans' syndrome, a combination of immune thrombocytopenic purpura and autoimmune hemolytic anemia following administration of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine. The present case further supports the

notion that COVID-19 vaccines can trigger in rare cases severe persistent autoimmune-mediated hematological conditions which may predominantly occur in patients with underlying autoimmune conditions.

Primary cutaneous adenoid cystic carcinoma of the scalp: dermatological approach with favourable outcome

Georgi Tchernev, Lorraine Joseph Kandathil, Nikhil Oliveira, Jose Carlos Cardoso, James W. Patterson

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9505>

Although described as early as 1975 as a distinct, rare form of cancer with diverse localization, primary cutaneous adenoid cystic carcinoma (PCACC) remains a mystery and challenge for both clinicians and pathologists. The clinical presentation cannot be clearly distinguished from amelanotic melanoma or intradermal nevus, Merkel cell carcinoma, trichofolliculoma, trichoepithelioma or other rare tumors of the adnexa, or dermatofibrosarcoma protuberans. The histopathological diagnosis requires not only careful evaluation of standard hematoxylin/eosin preparations, but also immunohistochemical staining with a number of markers such as epithelial membrane antigen (EMA), S-100, SOX-10, Ki-67, CD-117 (c-kit), Vimentin, carcinoembryonic antigen (CEA), Ber-EP4 and many others. The surgical approach should consist of excision with margins between 1 and 2 cm, with the choice of margins depending upon the histopathological findings in the primary excisional specimen. We present a 31-year-old patient with an enlarging, amelanotic, plaque-like tumor of the scalp with a duration of no more than 18-24 months. Surgical treatment was performed within two surgical sessions with a total resection field of 1.3 cm. A good cosmetic result was achieved.

Erosive pustular dermatosis of the scalp and multiple sclerosis: just a coincidence?

Mattia Fabio Molle, Anna Graziella Burrioni, Astrid Herzum, Aurora Parodi

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9445>

We report the case of a 23-year-old woman with an erythematous, crusted patch of the scalp, lacking pustular lesions, with partial hair loss, developed after mechanical scalp trauma. Histopathological examination showed a dermal infiltrate, predominantly peri-adnexal and peri-vascular, rich in plasma cells and lymphocytes, but lacking neutrophils, possibly as a consequence of the time elapsed since the onset of the skin disease. Reduction of functional hair follicles was evidenced. Stains for bacterial or fungal infections were negative. Direct immunofluorescence was negative. Erosive pustular dermatosis of the scalp was diagnosed on the basis of clinical-anamnestic findings, supported by histology. Topical clobetasol propionate led to clinical improvement after a couple of weeks. Erosive pustular dermatosis of the scalp was diagnosed and soon after the patient developed also multiple sclerosis. Up to date, the pathogenesis of erosive pustular dermatosis of the scalp remains unknown, though a possible role of immunosenescence and autoimmunity has been suggested. Indeed, high levels of neutrophil-stimulating cytokines and chemokines have been found in erosive pustular dermatosis patients, possibly causing activation of an aberrant systemic neutrophilic reaction.

Furthermore, the role of neutrophils has been recently highlighted also in the pathogenesis of multiple sclerosis. Herein we hypothesize a possible common immunological etiology of multiple sclerosis and erosive pustular dermatosis of the scalp, conceivably involving a hyperactivation of neutrophils.

Erythrodermic psoriasis improved by tildrakizumab

Giampaolo Trevisan, Lerica Germi, Luigi Naldi

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9448>

Erythrodermic psoriasis (EP), clinically defined as prominent erythema and scaling affecting almost the entire skin surface, is a severe form and a rare variant of psoriasis. The treatment may require hospital admission with monitoring of vital signs and use of immunosuppressive drugs. Newer biological drugs, including anti-TNF, anti-IL-17, and anti-IL-23 agents, even if not specifically developed for the treatment of erythrodermic psoriasis, have been used successfully in single cases or small case series. Tildrakizumab is an IgG1κ monoclonal antibody that selectively binds to the p19 subunit thus inhibiting the interaction of interleukin 23 (IL-23) with its receptor and suppressing the release of IL-23-mediated proinflammatory cytokines. We present a case of EP in an obese man (Body mass index 35.2) who was successfully and safely treated with tildrakizumab.

Alopecia areata after COVID-19 vaccination: two cases and review of the literature

Marta Fusano, Nicola Zerbinati, Pier Luca Bencini

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9495>

Alopecia Areata (AA) is an autoimmune disorder characterized by hair loss, due to a T-lymphocyte-mediated inflammatory response targeting anagen-phase hair follicles. Former studies have suggested that vaccination and viral infections may play a role in the onset of AA through a variety of different mechanisms. We report here two cases of AA following COVID-19 vaccination.

Long term efficacy, safety, and tolerability of tildrakizumab in epileptic patient with psoriasis and eczema

Nicoletta Bernardini, Nevena Skroza, Giovanni Rossi, Alessandra Mambrin, Ersilia Tolino, Federica Marraffa, Martina Caviglia, Antonio Di Guardo, Salvatore Volpe, Ilaria Proietti, Concetta Potenza

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9447>

Psoriasis is a chronic inflammatory disease which mostly affects skin. Tildrakizumab is a specific anti-interleukin-23p19 monoclonal antibody approved for the treatment of plaque psoriasis in adults. Herein, we report about a patient who came to our attention for a moderate-to-severe plaque psoriasis, involving primarily upper limbs, elbow, abdomen and knees (PASI 18 – DLQI 22). His medical history was relevant for epilepsy controlled pharmacologically. In addition, an eczematous and edematous appearance of the tibial area was detected; the histologic findings did not contra-

dict the diagnostic hypothesis of subacute spongiotic dermatitis. The patient was treated with Tildrakizumab. After 12 weeks the clinical lesions improved significantly, and the eczematous component disappeared in the tibial area bilaterally. The clinical improvement was maintained even after one year of therapy. Tildrakizumab showed excellent results in the control of psoriasis, with an excellent safety profile. The promising results of clinical trials have been confirmed in a real-life setting. There are no reports about its safety in epileptic patients. In our case, neurological adverse events did not verify and tildrakizumab managed to control both the psoriatic and eczematous components.

Letters

Dermoscopic features of Monkeypox virus skin infection

Giovanni Biondo, Cesare Massone

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9592>

In 2003 Sejvar *et al.* reported the first outbreak of monkeypox in the Midwestern United States, the first documented human infection in the Western Hemisphere. Since then, only few cases were yearly subsequently observed until the outbreak in 2022 [...].

The relevance of complete imaging investigations in lymphomatoid papulosis

Filippo Chersi, Simona Sola, Arnaldo Piccardo, Cesare Massone

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9594>

In July 2020, a 47 years old women with silent past medical history referred because of the abrupt onset of grouped, small, flesh-colored papules and nodules localized mostly on the extremities and less on the trunk [...].

Congress Reports

4th National Congress of the Bulgarian Society for Dermatologic Surgery, Sofia, 12th March 2022 with main topics: one step melanoma surgery and drug induced melanoma

Georgi Tchernev, Nikhil Oliveira, Lorraine Joseph Kandathil, James W. Patterson, Jose Carlos Cardoso, Simona Kordeva, Ivan Pidakev, Konstantin Stavrov

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9542>

The Bulgarian Society for Dermatologic Surgery (BULSDS) was founded in 2018 with a focus to augment dermatology within the ever developing speciality of dermatology in Bulgaria [...].

Full Table of Contents available here:

<https://www.pagepress.org/journals/index.php/dr/issue/view/616>

Editorials

Teledermatopathology on the ADOI platform and beyond

Cesare Massone, Antonio Perasole, Luigi Naldi

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9670>

In September 2021 on the platform of the Italian Association of Hospital Dermatologists (ADOI; <https://www.adoi.it>) a monthly on-line live session of teledermatopathology was started involving collegial discussion among experienced Italian pathologists about challenging melanocytic tumors using the virtual microscope [...].

Reviews

Vitamin B group levels and supplementations in dermatology

Noura Elgharably, Miriam Al Abadie, Mohammed Al Abadie, Patrick A. Ball, Hana Morrissey

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9511>

Irregularities of vitamin levels are being increasingly identified associated with skin conditions, and systemic and topical therapies have shown promising improvements. There have been some remarkable improvements achieved, but large variations in outcomes suggest that these conditions are not simply related to a single deficiency or solved by providing a single supplement. Cyanocobalamin, pyridoxine (B6) and riboflavin (B2) supplementation were linked with exacerbating existing acne. There were also reports of allergic reactions to parenteral cobalamin including acne, rosacea, allergic site reactions or anaphylaxis with cobalamin injections. This was also reported in patients who had allergic contact dermatitis to cobalt, where cobalamin therapy resulted in cutaneous manifestations such as chronic vesicular hand dermatitis, cheilitis and stomatitis. The use of niacinamide in acne vulgaris as an alternative to clindamycin or adjunct is also notable, as well as its application for hyperpigmentation. Vitamin B3 also has promise in chemoprevention in particular non-melanoma skin cancer prophylaxis. Folic acid has a developing role in psoriasis. The data for vitiligo remains inconclusive. Assessment for potential vitamin deficiency, particularly B vitamins, should form part of the normal work-up for a wide range of skin conditions.

Articles

Face mask-induced skin changes: a new common phenomenon during the coronavirus disease 2019 pandemic

Abbrar E. Bukhari, Alhanouf A. Bin Dakhil, Abdulrhman A. Albrkheel, Malak M. Almutlq, Omar K. Alolayan, Mohammed A. Alqahtani, Fahad S. Alsubaie, Dana S. Alessa, Fajer M. Alzamil

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9526>

COVID-19 is a severe acute respiratory syndrome, and wearing a mask is an important preventive measure. However, long-term use can cause maskne, or mask-induced acne. This study evaluated the prevalence, clinical characteristics, and severity of mask-induced acne and its effect on pre-existing dermatosis using an online questionnaire. The questionnaire comprised 15 questions on 6 primary topics: demographic data, type of face mask, dermatological symptoms after using a mask, pre-existing dermatological conditions, the duration of use, and the effects of mask use on existing dermatological conditions. We included 1,025 participants; 48.6% had dermatological symptoms after using masks. The most common symptoms were red papules (33.8%) and itching (27.2%). Individuals who wore masks for more than 4 hours daily experienced more dermatological symptoms, for example, healthcare providers, who had a higher risk of mask-related dermatosis than participants with other occupations. Moreover, masks significantly increased the severity of rosacea, contact dermatitis, and seborrheic dermatitis. These results suggest that board-certified dermatologists should assess patients in larger-scale studies to determine adequate management strategies.

The anxiety and depression disorder in adults with atopic dermatitis: experience of a dermatology hospital

Ngo Minh Vinh, Vu Thi Thuy Trang, Luong Nguyen Dac Thuy, Huynh Thi Xuan Tam, Le Thi Thuy Hang, Pham Van Bac

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9524>

The objectives of this study are to identify the proportion of atopic dermatitis adult patients having anxiety and depression disorder and to measure the relationship between anxiety and depression disorder and characteristics of atopic dermatitis. A cross-sectional study with convenience sampling was conducted. Diagnostic criteria for atopic dermatitis were based on modified Hanifin and Rajjka criteria and the severity of anxiety-depression disorder was evaluated using the hospital anxiety and depression scale. In this study, 208 patients were enrolled. The percentage of patients with anxiety and subthreshold anxiety were 11.1% and 34.1%, respectively. 5.3% of patients had depression and 39.4% of patients suffered from subthreshold depression. The proportion of patients with mixed anxiety-depressive disorder was 1.44%. Patients with severe atopic dermatitis were more likely to endure anxiety but not depression. Allergies or autoimmune diseases and scoring atopic dermatitis C were two independent risk factors of depression whereas edema and excoriation were two independent risk factors related to anxiety in atopic dermatitis patients. These findings suggest that atopic dermatitis is associated with anxiety and depression. Allergies, autoimmune diseases, pruritus, and insomnia had a correlation with anxiety and depression disorder.

Venous wall graft in the eyelid reconstruction: observations drawn from 64 cases

Cesare Barbera, Roberto Manzoni, Lucio Dodaro, Monica Ferraro, Paolo Pella

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9499>

The aim of this report is to illustrate the venous wall graft and to present the observations drawn from a large series of eyelid reconstructions performed with this method. Sixty-four patients underwent venous wall grafts, mostly after resection of invasive carcinomas of the eyelids and, in only one case, after traumatic injury. All patients had good functional and cosmetic results. The average follow-up time was 6.5 years. Few negligible complications were observed. Only two cases (3.1%) needed further surgical treatment. Vein graft is a reliable alternative to traditional procedures in replacing tarsus-conjunctival layer, achieving satisfactory results. A single surgical session is required, usually without complications.

Agreement on classification of clinical photographs of pigmented lesions: exercise after a training course with young dermatologists

Simone Cazzaniga, Lucia De Ponti, Giorgio Maria Baratelli, Salvatore Francione, Carlo La Vecchia, Anna Di Landro, Andrea Carugno, Marco Di Mercurio, Lerica Germi, Giampaolo Trevisan, Mirko Fenaroli, Claudia Capasso, Michele Pezza, Pietro Dri, Emanuele Castelli, Luigi Naldi

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9500>

Smartphone apps may help promoting the early diagnosis of melanoma. The reliability of specialist judgment on lesions should be assessed. Hereby, we evaluated the agreement of 6 young dermatologists, after a specific training. Clinical judgment was evaluated during 2 online sessions, 1 month apart, on a series of 45 pigmented lesions. Lesions were classified as highly suspicious, suspicious, non-suspicious or not assessable. Cohen's and Fleiss' kappa were used to calculate intra- and inter-rater agreement. The overall intra-rater agreement was 0.42 (95% confidence interval - CI: 0.33-0.50), varying between 0.12-0.59 on single raters. The inter-rater agreement during the first phase was 0.29 (95% CI: 0.24-0.34). When considering the agreement for each category of judgment, kappa varied from 0.19 for not assessable to 0.48 for highly suspicious lesions. Similar results were obtained in the second exercise. The study showed a less than satisfactory agreement among young dermatologists. Our data point to the need for improving the reliability of the clinical diagnoses of melanoma especially when assessing small lesions and when dealing with thin melanomas at a population level.

Efficacy of autologous serum therapy in positive and negative autologous serum skin test patients in chronic urticaria in a tertiary care centre

Raghavendra KR, Bangaru H

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9525>

Autologous serum therapy (AST) has been a recent therapeutic

choice for a variety of chronic diseases such as allergic, inflammatory, infectious, and autoimmune disorders. However, evidence were not convincing of the beneficial effects of autologous serum therapy in treatment of Chronic urticaria (CU). CU is a common dermatological condition that is very disturbing to the patient as well as to the physician. A new observation was made about the abnormal type 1 reactions to intradermal autologous serum injections in some CU patients. This has led to the new subgroup of autoimmune chronic urticaria. The autologous serum skin test (ASST) is an intradermal test result in immediate hypersensitivitytype skin reactions in a subpopulation of CU patients and it's giving promising evidence of therapeutic and diagnostic benefit. Autologous whole blood injection has already been used as one of the old treatment modalities for chronic urticaria. The objectives of this study/reasearch are to analyse the efficacy of autologous serum therapy in patients with chronic urticaria and compare its results in ASST(+) and ASST(-) chronic urticaria patients. Approximately 5 mL of patients' blood was drawn in a plain vacutainer and centrifuged at 3000 r.p.m. for 10 min, separated 2.5 mL serum injected deep intramuscularly into gluteus muscle. Injections were repeated every week for about 9 weeks and a repeat follow up at 20 weeks was done. Out of a total of 20 patients, excellent improvement in terms of decrease in Urticaria assessment severity score was seen in 6 patients; whereas, 10 patients showed partial response, 2 patients showed no response and 2 patients lost the follow up. 10 patients with ASST(+) and 6 patients of ASST(-) showed little improvement in urticaria severity score. AST therapy is a cost-effective adjuvant modality to reduce the severity of symptoms of chronic urticaria. In some patients it's giving long term remission period and it decreases the uposing of antihistamines.

Mohs micrographic surgery: the experience of the Dermatology Unit of the University of Milan confirms the superiority over traditional surgery in high-risk non-melanoma skin cancers

Gianluca Nazzaro, Anna Minuti, Eleonora Quattri, Emanuela Passoni

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9532>

The constant increase in the incidence of non-melanoma skin cancers (NMSC) makes their treatment a topic of paramount interest. Because most NMSC tend to develop in visible areas such as the head-neck area, it is a priority to choose the less destructive therapy and more appropriate reconstructive technique. Mohs Micrographic Surgery (MMS) represents the treatment of choice for skin tumors in critical sites, recurrent tumors and tumors with aggressive histologic features. We collected patients affected by NMSC who underwent MMS at the Dermatology Unit of IRCCS Fondazione Ca' Granda, Milan, in the period March 2017-December 2021. One hundred and fifty-nine patients were enrolled in this retrospective observational study. The excision margins were chosen based on a dermoscopic evaluation. The main histological diagnoses were basal cell carcinoma (145, 91.2%) and squamous cell carcinoma (10, 6.3%), in areas with high functional or anatomical value. 121 out of 159 surgeries did not require further enlargement after the removal of the clinically and dermoscopically visible lesion, but in 38 cases (23.9% of cases) the pathologist required at least one subsequent enlargement, due to the persistence of neoplasm at the bottom or at the margins of the lesion. Only one recurrence has been reported so far. MMS is a pathology-controlled surgery with high intrinsic value because of

the low risk of recurrences and should be routinely adopted for high-risk NMSC.

Neutrophil-to-lymphocyte and platelet-to-lymphocyte ratios as inflammatory markers in psoriasis: a case-control study

Hao Trong Nguyen, Long Dinh Hoang Vo, Nguyen Nhat Pham

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9516>

Our case-control study of 60 patients with psoriasis vulgaris (PsV), 20 patients with psoriatic arthritis (PsA), and 34 healthy control participants in Ho Chi Minh City Hospital of Dermato-Venereology from October 2019 to September 2020 aimed to evaluate the neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR), platelet-to-lymphocyte ratio (PLR), and associated factors in patients with PsV and PsA. Results showed that in the PsV group, significant correlations of NLR with Psoriasis Area and Severity Index and the high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) level was noted ($r=0.374$ and $r=0.352$, respectively; $P=0.003$ and $P=0.006$, respectively). NLR was also related to PsA ($P=0.007$, $OR=1.57$). The area under the curve (AUC) for NLR in predicting PsA was 0.7554 (cut-off, 2.239; sensitivity, 85%; specificity, 61.67%). PLR was also related to PsA ($P=0.008$, $OR=1.01$). The AUC for PLR was 0.6513 (cut-off, 159.6; sensitivity, 55%; specificity, 88.33%). Thus, complete blood count parameters can reflect the inflammatory status of patients with PsV and PsA. NLR and PLR may be potential diagnostic markers for PsA in patients with psoriasis. Future studies should aim to assess the value and usage of these parameters.

Case Reports

Eruptive basal cell carcinoma and lenalidomide: rising awareness among dermatologists

Calogero Pagliarello, Carlo Renè Girardelli, Ignazio Stanganelli

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9534>

Because of its higher level of safety compared to its parent medicine, thalidomide, lenalidomide (L) is chosen for the treatment of multiple myeloma. We report a patient who, within a month of using L, developed more than 10 basal cell carcinomas.

Lupus panniculitis: a rare bilateral and symmetrical manifestation of cutaneous lupus erythematosus in an adolescent girl

Agnes Rosarina Prita Sari, Paranita Ferronika, Hardyanto Soebono, Flandiana Yogianti

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9515>

Lupus panniculitis is included in the chronic cutaneous lupus erythematosus group. An 18-year-old female patient came with the complaint of lumps on her face. When she was 16 years old, the patient started to complain about lumps on her right lower arm. Lumps were observed on her left cheek and right chin during the ongoing treatment. Histopathology results showed lymphocyte

infiltration in between lobular adipocyte with fibrotic and fat necrosis in the subcutis. Lupus panniculitis lesions in this patient were found both on her face and on her lower arms, which are not considered common predilection sites of lupus panniculitis. The skin lesion observed in this patient was also bilateral and symmetrical, which was a rare finding.

Transient cutaneous hypomelanosis after cryoanesthesia

Roberto Pippi, Martina Caputo, Alessandra Pietrantonio

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9528>

A superficial skin abscess in a young black female patient was incised after cryoanesthesia with tetrafluoroethane spray. A hypopigmented area was found at the first follow-up visit in the treated skin area; complete repigmentation occurred during the next 4 months. There are no other similar reported cases in the literature. Since long duration and possibly permanent hypopigmentation can occur after cryoanesthesia with tetrafluoroethane, especially in black people, this technique should be used with extreme caution.

Pityriasis rosea and pityriasis rosea-like eruption after anti-SARS-CoV-2 vaccination: a report of five cases and review of the literature

Stefano Veraldi, Vinicio Boneschi, Marco Cusini, Carlo Alberto Maronese

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9503>

Only a few cases of pityriasis rosea (PR)/pityriasis rosea-like eruption (PRLE) after anti-SARS-CoV-2 vaccination have been reported. In the period May 2021-February 2022 we observed five cases of clinically typical PR that appeared 2 to 3 weeks after anti-SARS-CoV-2 vaccination with BNT162b2 (3 patients) or mRNA-1273 (2 patients). In 4 patients PR appeared after the first vaccination; in one patient after the second one. In 3 patients a biopsy for histopathological examinations was carried out. Results were typical for PR. In all patients laboratory examinations were within normal ranges. All patients were treated with cetirizine. Complete remission was observed within 14-30 days. Four patients were subjected to the second vaccination, but no skin lesions appeared. All patients are currently in good general health. It is possible that a relationship between anti-Sars-CoV-2 vaccination and PR/PRLE exists; however, it is very rare, in consideration of millions of vaccinated subjects and the low number of reported cases of PR/PRLE. The pathogenesis of this relationship is unknown. However, some hypotheses may be advanced: PR/PRLE following anti-Sars-CoV-2 vaccination may be just a coincidence; anti-Sars-CoV-2 vaccines cause a reactivation of HHV-6 and/or HHV-7; vaccines can induce a delayed hypersensitivity response clinically similar to drug-induced PRLE.

Erosive pustular dermatosis of the scalp: a pathogenetic mystery and therapeutic challenge

Georgi Tchernev, Simona Kordeva, Ilija Batashki, Atanas Batashki, Heily Kirilova, Konstantin Stavrov

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9556>

Erosive pustular dermatosis of the scalp (EPD) is a rare condition that affects pre- dominantly the adult population and occurs on a previously photo-damaged bald scalp. The physical examination is presented with large erythematous, erosive and crusted patches with granulation on an atrophic skin. The problem in patients with erosive pustular dermatosis of the scalp arises from the non-specific clinical and histopatholog- ical findings, which can be misleading. Biopsy followed by careful histopathologi- cal verification is mandatory, although the finding is nonspecific. The histopathology findings are characterized by superficial erosions with mild neutrophil infiltrate, mainly intravascular and focally with neu- trophil exocytosis. Focal parakeratosis, smoothed rete ridges without pronounced interface changes. Pronounced lymphoplas- macytic infiltrate with focal distribution in the dermis, giant cell reaction with the for- mation of a “foreign body” granuloma. We report a 58-year-old male patient with a 1- year-old lesion, suspected for skin cancer, later diagnosed with EPDS, which was suc- cessfully treated with topical clobetasol propionate after 3-5 weeks.

Cutaneous metastases different clinical presentations: case series and review of the literature

Icim Komurcugil, Zulkuf Arslan, Zulal Inci Bal, Mert Aydoğan, Yagmur Ciman

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9553>

Cutaneous metastasis (CM) is a rare clinical entity with an incidence of less than 10% among oncology patients. Dissemination to the skin can be via bloodstream, lymphatics, direct expansion or by seeding after surgical procedures. Skin metastases usually develop months to years after the diagnosis of the primary tumor, while it may be the opposite in some rare cases. CM has various clinical presentations; diagnoses can be easily overseen as CM can mimic other dermatologic diseases. Herein, we present five different cutaneous metastasis cases, each with distinct dermatological presentation. Our main aim here is to allow dermatologists to consider skin metastases in the differential diagnoses of dermatological diseases, in their clinical practice.

Polymorphic eruption of pregnancy

Vjosa A. Zejnullahu, Valon A. Zejnullahu

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9546>

Polymorphic eruption of pregnancy (PEP) is a benign self-limiting dermatoses that occurs during pregnancy and/or the postpartum period. Etiology is unknown and evidence suggest a relationship between excessive maternal weight gain, cesarean deliveries, skin overdistension, multiple gestation and male fetuses. We present a case of PEP in a 26-year-old woman with twin pregnancy. We recommend prompt evaluation and diagnosis of a pregnant woman with primary skin lesions and pruritus to differentiate between the

benign polymorphic eruption of pregnancy and other dermatosis which are associated with increased fetal morbidity.

Maculopapular sarcoidosis: the importance of skin signs

Giovanna Galdo, Gelsomina Luongo, Daniela Capacchione, Damiano Abeni, Marta Grimaldi, Luca Fania

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9561>

Sarcoidosis is a multisystem disease that affects the skin in 20 to 30% of cases. Skin findings are often the initial presenting signs, and cutaneous sarcoidosis may appear with a wide variety of lesions; it is often considered an imitator of many other skin diseases. Clinical appearance and specific dermoscopic criteria, confirmed by a typical pathology, may guide to the correct diagnosis. We report the case of a man affected by maculo-papular sarcoidosis on the back, in which the detection of cutaneous lesions was the initial step to determine the systemic nature of the disease.

Letters

Prolonged impact of COVID-19 pandemic on delayed melanoma diagnosis: further data based on one-year appraisal from Italy

Calogero Pagliarello, Mariacristina Sicher, Carlo Renè Girardelli, Ignazio Stanganelli

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9535>

The COVID-19 pandemic strongly affected health care organization in Italy, shifting resources from outpatients facilities for inpatient management; as expected, during lockdown, an increase in Breslow thickness and a reduction in new diagnoses of melanoma have been reported in a tertiary referral center in Rome [...].

A case of sweat-gland carcinoma with neuroendocrine differentiation

Shigeru Koizumi, Yaei Togawa, Inozume Takashi, Michiyo Nakano

<https://doi.org/10.4081/dr.2022.9513>

Low-grade neuroendocrine tumors, also known as carcinoid tumors, are slow-growing cancers derived from neuroendocrine cells, usually found in the digestive tract or lung lining [...].

Challenging Melanocytic Lesions

A case of angiomatoid Spitz Nevus in the elderly, with clinical and dermoscopic features

Gelsomina Luongo, Noè De Stefano, Antonio Perasole, Cesare Massone, Giovanna Galdo

<https://doi.org/10.4081/dr.2023.9669>

REDAZIONE

Emanuela Fusinato, Journal Manager
emanuela.fusinato@pagepress.org

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: Aprile 2023
presso Grafiche Iuorio S.N.C.,
Via Gaetano Rummo 37, 82100 Benevento





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

