

Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE



UNIVERSITÀ DI PISA



LUCI OMBRE ABBAGLI

Prevenzione

Nutrizione

Allergologia

Dermatologia

Gastroenterologia

28 APRILE - 1 MAGGIO 2018
Hotel Royal Continental, Napoli

Guida pratica sui
corticosteroidi in
dermatologia pediatrica

Psoriasi

Andrea Chiricozzi

Clinica Dermatologica
Dipartimento Medicina
Clinica e Sperimentale
Università di Pisa

Psoriasi

- La psoriasi è una patologia immuno-mediata **con caratteristiche patogenetiche autoimmuni**, a carattere cronico-recidivante
- E' una patologia **associata a diverse comorbidità**, accumulate tra loro dal ruolo dell'infiammazione nei meccanismi patogenetici
- Clinica: placche eritemato-desquamative nella forma più comune anche se presenta diverse varianti cliniche
- Può interessare qualsiasi distretto cutaneo
- Razza **Caucasica**: prevalenza del **2-3%** nella popolazione generale

- In Italia: prevalenza media è stimata intorno al 3.5%



Epidemiologia della psoriasi in pediatria

- Prevalenza nella popolazione pediatrica: 1%
- L'incidenza della malattia è costantemente in crescita con un aumento doppio dell'incidenza, sia in bambini che in adulti, dal 1970 ad oggi, ma dati sull'incidenza in età pediatrica sono discordanti
- Costituisce il 4.1% di tutte le dermatosi osservate in bambini sotto i 16 anni
- Almeno $\frac{1}{3}$ dei pazienti ha le prime manifestazioni in età pediatrica: il 27% riportano l'insorgenza prima dell'età di 16 anni, il 10% prima dei 10 anni, il 6.5% prima dell'età di 5 anni, ed il 2% prima dei 2 anni
- Sembra interessare equamente i due sessi

Varianti cliniche di psoriasi

- A placche o volgare (65-70% dei casi) (80% dei casi forma lieve o lieve-moderata)
- Guttata (20-30%)
- Psoriasi eritrodermica (1%)
- Psoriasi pustolosa generalizzata (Von Zumbusch)
- Psoriasi pustolosa palmoplantare (di Barber) (1% tutte le forme pustole)
- Acrodermatite continua di Hallopeau
- Psoriasi palmoplantare
- Psoriasi inversa (4%)
- Sebopsoriasi
- Psoriasi ungueale
- *Artrite psoriasica*

Severita' di malattia e algoritmo terapeutico

Indici di severita' di malattia:

- PASI: PASI < 7 lieve, PASI 7-12 moderata, PASI > 12 severa
- DLQI
- BSA: BSA < 5 lieve, BSA 5-10 moderata, BSA > 10 severa

- Se lieve-moderata PASI < 10 : Terapie topiche e/o fototerapia
- Se PASI > 10 : Terapie sistemiche tradizionali o farmaci biologici
- Rule of ten: BSA > 10, PASI > 10 e DLQI > 10

THE PSORIASIS AND PSORIATIC ARTHRITIS POCKET GUIDE

Treatment algorithms and management options

Authored by
Abby S. Van Voorhees, M.D.
Steven R. Feldman, M.D., Ph.D.
Mark G. Lebwohl, M.D.
Arthur Mandelin, M.D., Ph.D.
Christopher Ritchlin, M.D., MPH

psoriasis.org



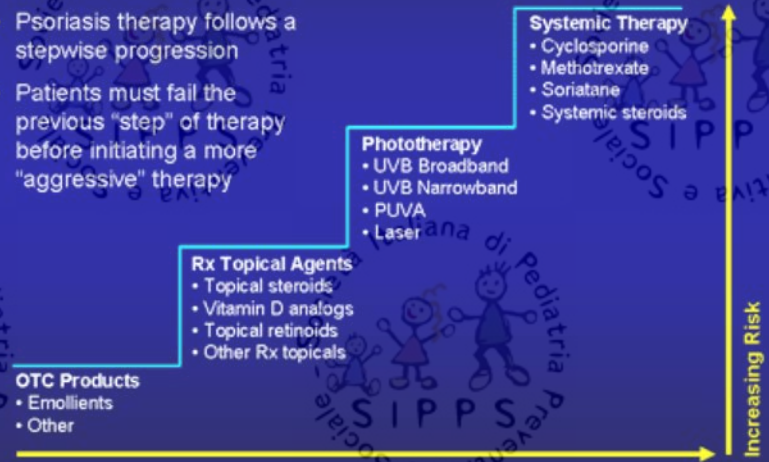
Se superficie corporea interessata <5% della superficie totale:

- **Terapie topiche**

Traditional Treatment Paradigm

Process:

- Psoriasis therapy follows a stepwise progression
- Patients must fail the previous "step" of therapy before initiating a more "aggressive" therapy



PUVA = Psoralen + Ultraviolet light; A: UVB = Ultraviolet light B

Terapie Topiche

Monoterapia

- CCs
- Derivati Vit D₃
- Retinoidi
- Cheratolitici
- Catrame
- Emollienti

Terapie di combinazione

- Derivati Vit D₃ + CCs
- Ac. salicilico + CCs
- Catrame + CCs

THE PSORIASIS AND PSORIATIC ARTHRITIS POCKET GUIDE

Treatment algorithms and management options

Authored by
Abby S. Van Voorhees, M.D.
Steven R. Feldman, M.D., Ph.D.
Mark G. Lebwohl, M.D.
Arthur Mandelin, M.D., Ph.D.
Christopher Ritchlin, M.D., MPH

psoriasis.org



Healthy Children Under 18 with Chronic Plaque Psoriasis (>5 percent BSA), Without Psoriatic Arthritis

If UVB phototherapy available, feasible, practical and suitable

If UVB phototherapy unavailable, contraindicated, ineffective, or patient unable to comply

FIRST LINE

- UVB phototherapy (NB or BB)
 - × UVB phototherapy alone
 - × UVB phototherapy + adjuvant topical agents
 - × UVB phototherapy + systemic retinoids (for special cases)*
 - × Goeckerman

FIRST LINE

- Adalimumab*
- Cyclosporine*
- Etanercept
- Guselkumab*
- Infliximab*
- Methotrexate*
- PUVA (dark skin)*
- Ustekinumab*

SECOND LINE

- Apremilast*
- Brodalumab*
- Ixekizumab*
- Secukinumab*

*Not approved for treatment of psoriasis in children.

While all of the systemic therapies are appropriate consideration in this setting, a loss of response is sometimes seen in the biologic agents when these medications are stopped and then restarted. This should be considered when choosing a medical regimen.

Terapie Topiche

- La maggior parte dei pazienti pediatrici vengono trattati con terapie topiche, in particolar modo quelli che presentano una patologia lieve o lieve-moderata¹
- Molti corticosteroidi sono stati studiati in dermatite atopica ma non in psoriasi
- Sotto l'età di 12 anni, agenti topici hanno indicazione per dermatosi infiammatorie incluse la psoriasi ma non approvati specificatamente da FDA ed EMA per il trattamento della psoriasi a placche in età pediatrica
- La terapia steroidea è la pietra miliare dell'approccio terapeutico topico, linea per psoriasi pediatrica
- Per i corticosteroidi il vantaggio è di avere molte formulazioni e varie potenze disponibili

Cosa guida l'approccio terapeutico?

- Terapie pregresse
- Compliance/aderenza al trattamento
- Setting familiare
- Le caratteristiche delle lesioni
- La sede (per il veicolo)
- Il grado di assorbimento cutaneo
- In base all'età
- Estensione

Cosa guida l'approccio terapeutico?

- Terapie pregresse
- Compliance/aderenza al trattamento
- Setting familiare
- **Le caratteristiche delle lesioni**
- La sede (per il veicolo)
- Il grado di assorbimento cutaneo
- In base all'età
- Estensione

Scelta terapeutica basata sulle caratteristiche cliniche della lesione

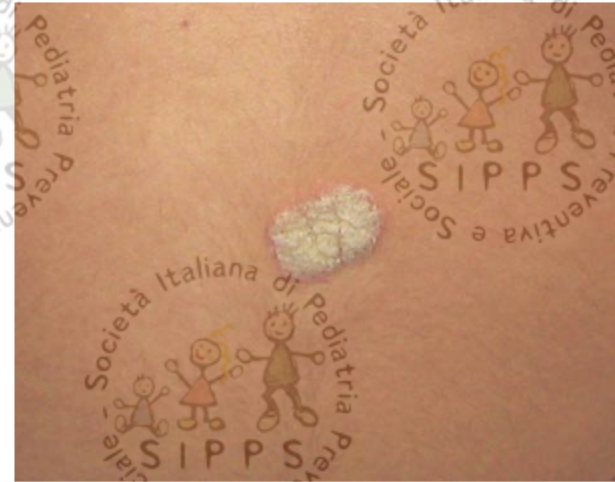
Received: 11 May 2017 | Revised: 6 July 2017 | Accepted: 28 July 2017
DOI: 10.1111/dth.12549

ORIGINAL PAPERS

WILEY DERMATOLOGIC THERAPY

Treatment of psoriasis with topical agents: Recommendations from a Tuscany Consensus

Andrea Chiricozzi¹ | Nicola Pimpinelli² | Federica Ricceri² | Giovanni Bagnoni³ |
Laura Bartoli⁴ | Mauro Bellini⁵ | Luca Brandini⁶ | Marzia Caproni^{7,8} |
Antonio Castelli⁹ | Michele Fimiani¹⁰ | Franco Marsili¹¹ | Carlo Mazzatenta¹² |
Maria Chiara Niccoli¹³ | Salvatore Panduri¹ | Michele Pellegrino¹⁰ |
Riccardo Sirna¹⁴ | Walter Volpi⁸ | Marco Romanelli¹ | Francesca Prignano²





Cheratolitico in crema o unguento (non in occlusione):

Acido salicilico: 20%

Urea: 10-20%

Sodio lattato: 12-18%

Corticosteroide bassa potenza in crema o emulsione:

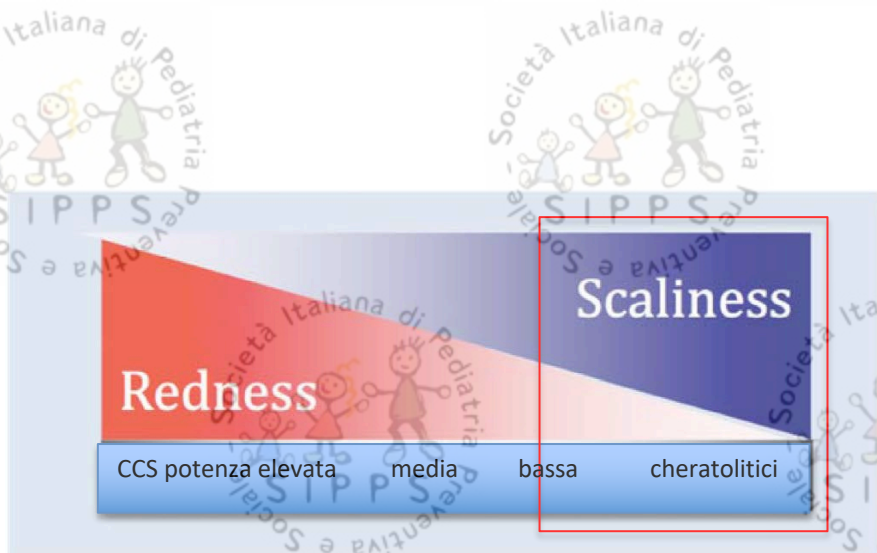
Idrocortisone/aclometasone/desametasone/

Applicazione:

Cheratolitico 2 vv/die per 5-7 giorni, poi applicazione di corticosteroide di lieve-media potenza 1 vv/die per 7 giorni

Cheratolitico 1 vv/die (la mattina) da associare corticosteroide di bassa potenza (la sera) 1 vv/die per 14 giorni (CCS riduce potere irritativo del cheratolitico)

Se necessari più giorni fino a risoluzione





Cheratolitico in crema o unguento:

Acido salicilico: 20%

Urea: 10-20%

Sodio lattato: 12-18%

Corticosteroide **bassa-media **potenza** in
crema o emulsione:**

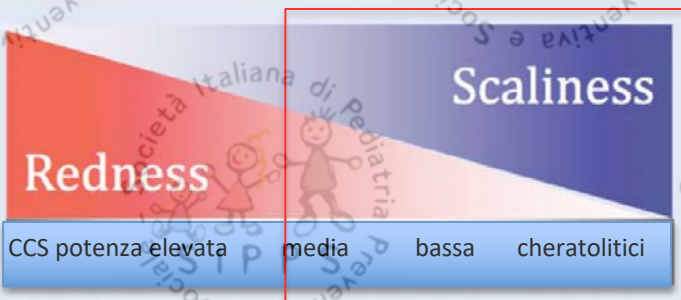
Idrocortisone/aclometasone/desametasone/

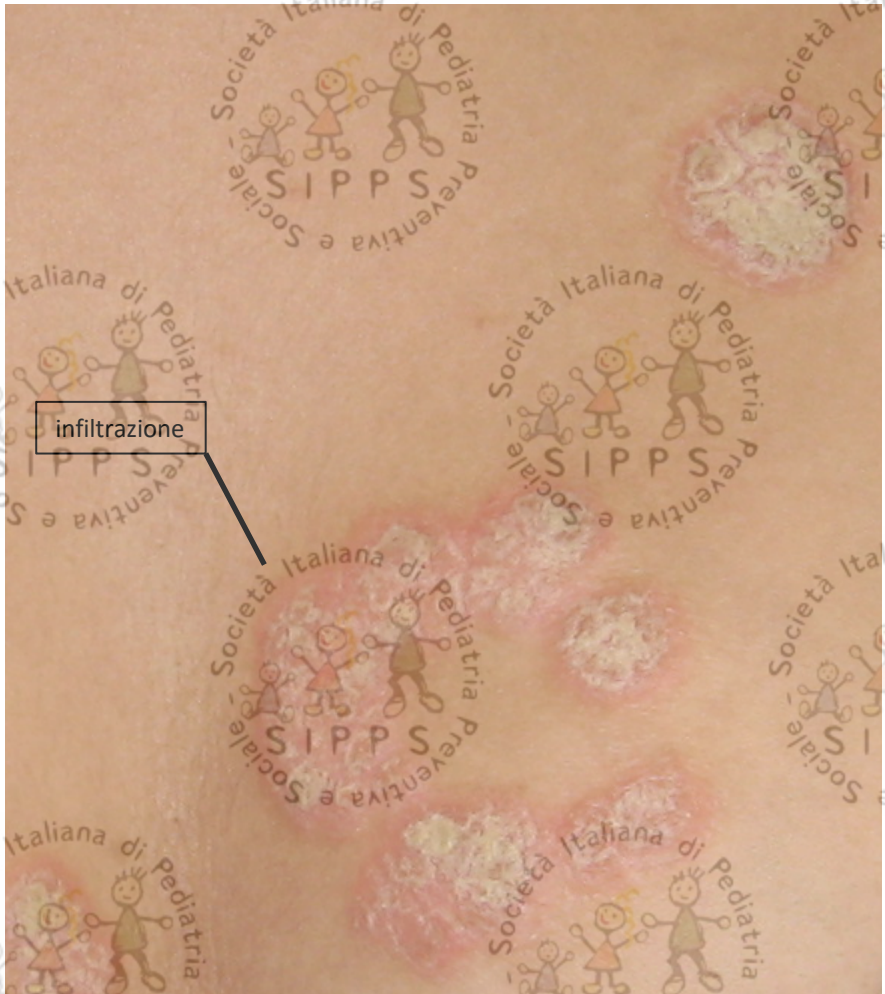
Applicazione:

**Cheratolitico 2 vv/die per 5-7 giorni, poi applicazione
di corticosteroide di lieve-media potenza 1 vv/die per
7 giorni**

**Cheratolitico 1 vv/die (la mattina) da associare
corticosteroide di **bassa-media** potenza (la sera) 1
vv/die per 14 giorni (CCS riduce potere irritativo del
cheratolitico)**

Se necessari più giorni fino a risoluzione





Cheratolitico in crema o unguento:

Acido salicilico: 2-10%

Urea: 10%

Sodio lattato: 12%

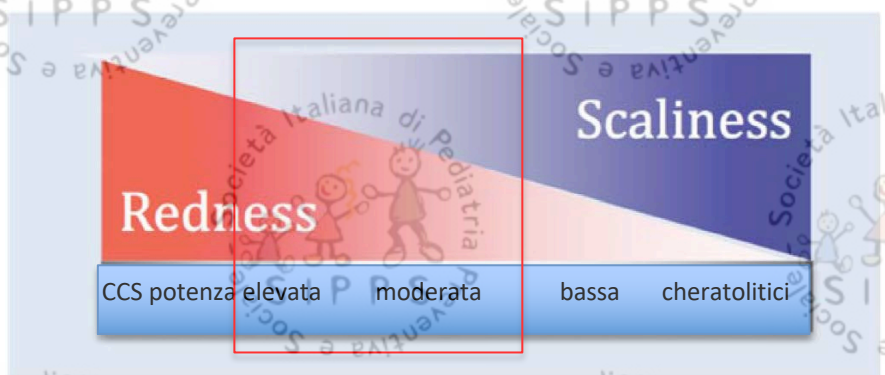
Corticosteroide in crema o emulsione di media-elevata potenza:

Desametasone, aclometasone, betametasone valerato, betametasone benzoato, mometasone furoato, metilprednisolone aceponato

Applicazione:

Cheratolitico 1 vv/die (la mattina) da associare corticosteroide di media-elevata potenza (la sera) 1 vv/die per 14 giorni (CCS riduce potere irritativo del cheratolitico)

Se necessari più giorni fino a risoluzione





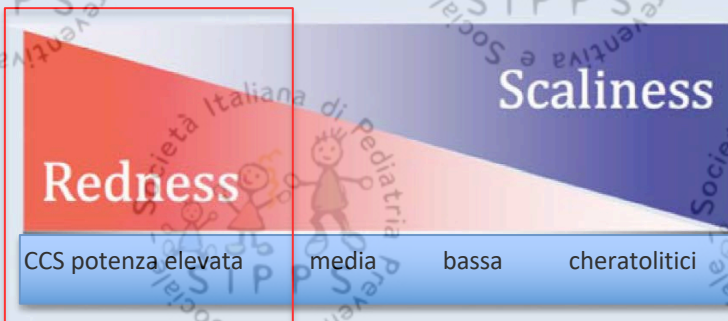
Corticosteroidi in crema o emulsione di media-elevata potenza:

Desametasone, acclometasone, betametasona, valerato, betametasona benzoato, mometasone furoato, metilprednisolone aceponato

Applicazione:

Corticosteroidi di media-elevata potenza 2 vv/die per 3-5 giorni poi 1 vv/die (la sera) per 7-10 giorni.

Se necessari più giorni fino a risoluzione





Corticosteroidi in unguento, crema o emulsione di bassa-media potenza:

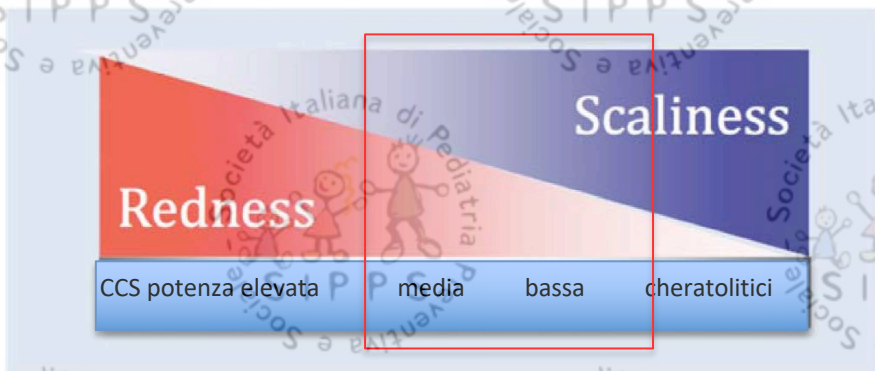
**Idrocortisone/aclometasone/
desametasone/aclometasone**

Applicazione:

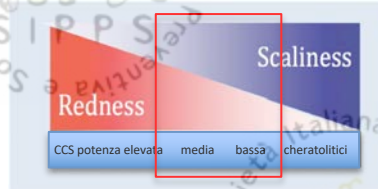
Corticosteroidi di bassa-media potenza 2 vv/die per 3-5 giorni poi 1 vv/die (la sera) per 7-10 giorni.

In caso di fissurazioni presenza di escoriazioni, lo steroide potrebbe indurre irritazione, bruciore, pizzicore, si può considerare l'uso di cicatrizzanti o siliconati prima dell'applicazione dello steroide

Se necessari più giorni fino a risoluzione



Psoriasi del pannolino



Corticosteroidi di **bassa-media potenza in emulsione o lozione:**

Betametasone benzoato, betametasone valerato, mometasone furoato, metilprednisolone aceponato, desametasone

Applicazione:

Corticosteroidi di **bassa-media potenza 1 vv/die (la sera) per 7-10 giorni, preceduto da tocchate di eosina soluzione acquosa 2%**

In caso di lesioni xerotiche associare uso di emollienti o, in caso di lesioni macerate/essudanti, crema con ossido di zinco [no polveri] (la mattina)



Cosa guida l'approccio terapeutico?

- Terapie pregresse
- Compliance/aderenza al trattamento
- Setting familiare
- Le caratteristiche delle lesioni
- **La sede (per il veicolo)**
- Il grado di assorbimento cutaneo
- In base all'età
- Estensione

Scelta terapeutica basata sulla localizzazione delle lesioni

Received: 11 May 2017 | Revised: 6 July 2017 | Accepted: 28 July 2017
 DOI: 10.1111/psp.12549

ORIGINAL PAPERS

WILEY DERMATOLOGIC THERAPY

Treatment of psoriasis with topical agents: Recommendations from a Tuscany Consensus

Andrea Chiricozzi¹ | Nicola Pimpinelli² | Federica Ricceri² | Giovanni Bagnoni³ |
 Laura Bartoli⁴ | Mauro Bellini⁵ | Luca Brandini⁶ | Marzia Caproni^{7,8} |
 Antonio Castell⁹ | Michele Fimiani¹⁰ | Franco Marsili¹¹ | Carlo Mazzatenta¹² |
 Maria Chiara Niccoli¹³ | Salvatore Panduri¹ | Michele Pellegrino¹⁰ |
 Riccardo Sirna¹⁴ | Walter Volpi⁸ | Marco Romanelli¹ | Francesca Prignano²

- Gli unguenti sono spesso più efficaci delle creme o lozioni ma meno accettati dal punto di vista cosmetologico ed estetico, soprattutto tra gli adolescenti (effetto-unto, residui grassi o oleosi, odore poco piacevole)
- Emulsioni cutanee, schiume, lozioni, sono le migliori formulazioni per aree pelose e cuoio capelluto
- Si prediligono 2 applicazioni/die

	Gel	Cream	Ointment	Shampoo	Foam	Lotion
Potent and ultrapotent corticosteroid	Green	Purple	Blue	Green	Green	Green
Mild corticosteroids	White	Orange	White	White	White	White
Vitamin D derivatives	White	Purple	Blue	White	White	Green
Keratolytics	White	White	Blue	White	Green	Green
Calcipotriol/betamethasone product	Green	Purple	White	White	White	White
Calcineurin inhibitors	White	Orange	Orange	White	White	White

- Hairy areas and scalp
- Palmar and plantar localization
- Flexural and facial areas
- Trunk and extremities (no hands and feet included)

Scelta sul veicolo del corticosteroide basata sulla localizzazione delle lesioni

Sedi	Gel	Crema	Unguento	Emulsione /soluzione	Schiuma	Lozione
Lesioni infiltrate in aree non pelose, regioni palmo-plantari		+++	+++			
Aree pelose	+++	+		+++	+++	++
Aree infette	+	+		+++	++	++
Volto		++		++		
Pieghe cutanee, lesioni macerate	+	++		++		

- Shampoo disponibile solo per ultrapotenti, poco pratici per applicazione in bambini
- Nei casi di adolescenti, necessità prevalentemente legate ad attività scolastica/sportiva/sociale
- Schiuma (veicolo alcoolico) può determinare irritazione e bruciore transitoria

CUOIO CAPELLUTO (**capello lungo**)

Cheratolitico in schiuma o lozione:

Acido salicilico: 2%

Corticosteroide in schiuma o lozione di media-elevata potenza:

Desametasone, aclometasone, betametasone valerato, betametasone benzoato, mometasone furoato, metilprednisolone aceponato

Applicazione:

Cheratolitico 1 vv/die (la mattina) da associare al corticosteroide di media-elevata potenza (la sera) 1 vv/die per 7-10 giorni (CCS riduce potere irritativo del cheratolitico) poi a sere alterne per 7-10 giorni o weekend-therapy per 2-3 settimane

VOLTO

Cheratolitico in crema

Urea: 10-20%

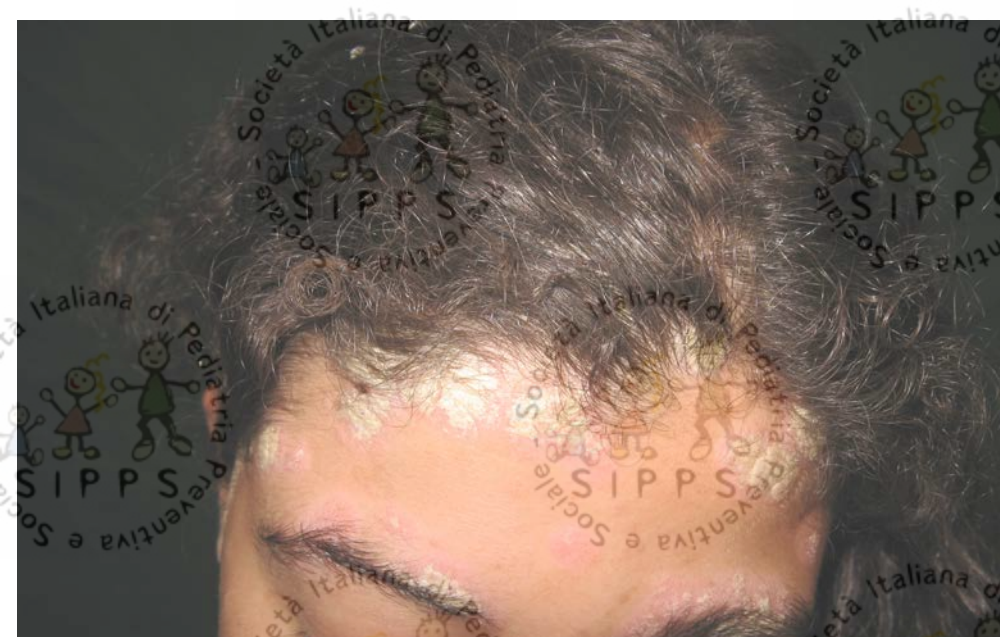
Corticosteroide in crema o emulsione:

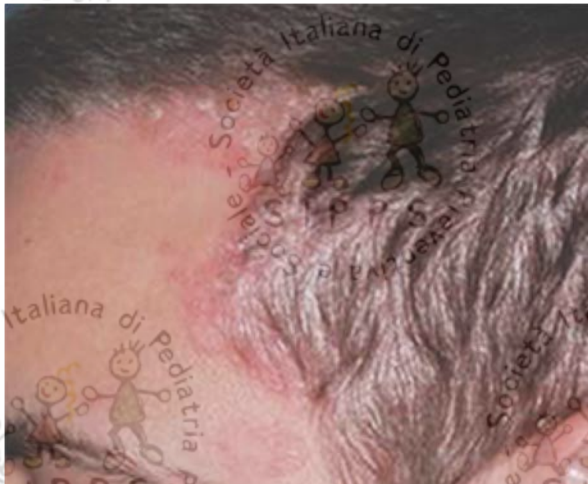
Idrocortisone/aclometasone/betametasone

Applicazione:

Cheratolitico 1 vv/die (la mattina) da associare corticosteroide di lieve-media potenza (la sera) 1 vv/die per 14 giorni

Se necessari più giorni fino a risoluzione





CUOIO CAPELLUTO (capello corto)

Cheratolitico in unguento

Galenica vaselina salicilica con olio di mandorle q.b.: 10-20%

Catrame minerale: Solfoittiolato di ammonio (+ Ac. Salicilico)

Acido salicilico: 20%

Corticosteroide in **schiuma, lozione o emulsione di media-elevata** potenza:

Desametasone, aclometasone, betametasone valerato, betametasone benzoato, mometasone furoato, metilprednisolone aceponato

Applicazione:

Cheratolitico la sera per i primi 3 giorni, poi applicazione di corticosteroide di **media-elevata** potenza 1 vv/die (la sera) per 7-10 giorni

VOLTO

Solo corticosteroide in crema o emulsione a **bassa-media** potenza:

Idrocortisone/aclometasone/desametasone/aclometasone

Applicazione: 2 vv/die per 2-3 giorni, poi 1 vv/die (la sera) per 5-7 giorni

Tinea amiantacea (pitiriasi amiantacea o pseudotinea amiantacea)



Cheratolitico:

Galenica vaselina salicilica con olio di mandorle q.b.: 10-20%

Catrame minerale unguento: Solfoittiolato di ammonio (+ Ac. Salicilico)

Acido salicilico unguento: 20%

Corticosteroide in schiuma, lozione o emulsione di media-elevata potenza:

Desametasone, aclometasone, betametasone valerato, betametasone benzoato, mometasone furoato, metilprednisolone aceponato

Applicazione:

Cheratolitico la sera per 7 giorni (la sera), poi applicazione di corticosteroide di media-elevata potenza 1 vv/die (la mattina) per 7-10 giorni

Olio di oliva prima di rimuovere con pettine le squame aderenti

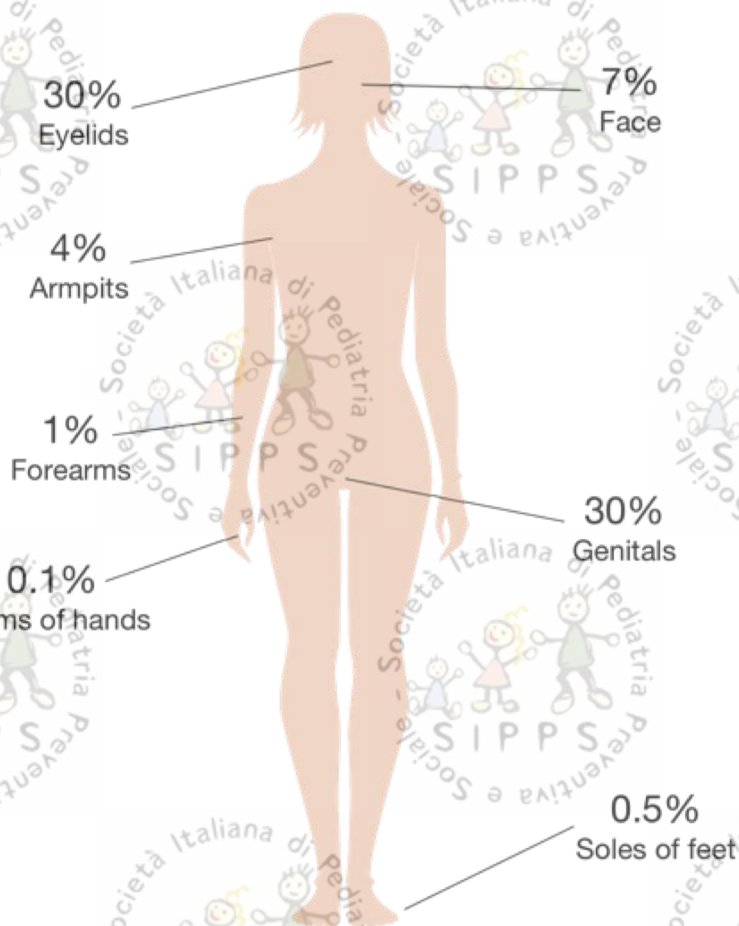
Rischio di alopecia

Cosa guida l'approccio terapeutico?

- Terapie pregresse
- Compliance/aderenza al trattamento
- Setting familiare
- Le caratteristiche delle lesioni
- La sede (per il veicolo)
- Il grado di assorbimento cutaneo
- In base all'età
- Estensione

Scelta terapeutica basata sulla potenza dello steroide

Different parts of the body absorb topical steroids at different rates.



- CCS a bassa potenza per aree flessorie
- CCS ad elevata potenza nelle aree più "spesse" come reg. palmare e plantare

Class	Generic Name	Formulation
Class 1 Very High Potency	Betamethasone dipropionate	0.05% G O (diprolene)
	Clobetasol	0.05% C F G L O
	Diflorasone diacetate	0.05% O
	Halobetasol propionate	0.05% C O
Class 2 High Potency	Amcinonide	0.1% O
	Betamethasone dipropionate	0.05% C (diprolene)
	Desoximetasone	0.05% G, 0.25% C O
	Fluocinonide	0.05% C G O S
	Halcinonide	0.1% C
	Mometasone furoate	0.1% O
Class 3 High Potency	Amcinonide	0.1% C L
	Betamethasone dipropionate	0.05% C (non-diprolene)
	Betamethasone valerate	0.1% O
	Desoximetasone	0.05% C
	Diflorasone diacetate	0.05% C
	Fluticasone propionate	0.005% O
	Halcinonide	0.1% O S
	Triamcinolone	0.1% O
Class 4 Mid Potency	Betamethasone valerate	0.12% F
	Flucinolone acetonide	0.025% O
	Flurandrenolide	0.05% O
	Hydrocortisone valerate	0.2% O
	Mometasone furoate	0.1% C
	Triamcinolone	0.1% C
Class 5 Mid Potency	Betamethasone dipropionate	0.05% L
	Betamethasone valerate	0.1% C
	Flucinolone acetonide	0.025% C
	Fluticasone propionate	0.05% C
	Flurandrenolide	0.05% C
	Hydrocortisone butyrate	0.1% C
	Hydrocortisone valerate	0.2% C
Class 6 Low Potency	Alcometasone dipropionate	0.05% C O
	Betamethasone valerate	0.1% L
	Desonide	0.05% C L O
	Flucinolone acetonide	0.01% C S
Class 7 Low Potency	Hydrocortisone acetate	0.5% C L O, 1% C O F
	Hydrocortisone hydrochloride	0.25% C L, 0.5% C L O S, 1% C L O S, 2% L, 2.5% C L O S

C = Cream, F = Foam, G = Gel, L = Lotion, O = Ointment, S = Solution

Scelta terapeutica basata sulla potenza dello steroide


Received: 11 May 2017 | Revised: 6 July 2017 | Accepted: 29 July 2017
 DOI: 10.1111/0954-6820.12549

ORIGINAL PAPERS

WILEY | **DERMATOLOGIC THERAPY**

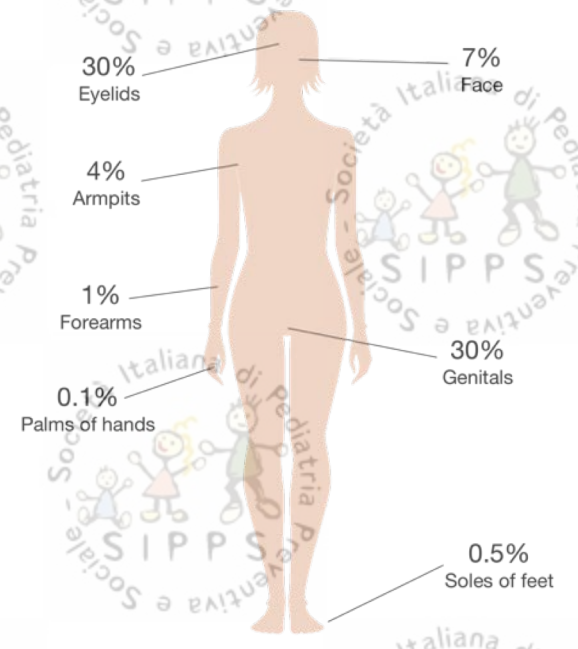
Treatment of psoriasis with topical agents: Recommendations from a Tuscany Consensus

Andrea Chiricozzi¹ | Nicola Pimpinelli² | Federica Ricceri² | Giovanni Bagnoni³ | Laura Bartoli⁴ | Mauro Bellini⁵ | Luca Brandini⁶ | Marzia Caproni^{7,8} | Antonio Castelli⁹ | Michele Fimiani¹⁰ | Franco Marsili¹¹ | Carlo Mazzatenta¹² | Maria Chiara Niccoli¹³ | Salvatore Panduri¹ | Michele Pellegrino¹⁰ | Riccardo Sirna¹⁴ | Walter Volpi⁸ | Marco Romanelli¹ | Francesca Prignano²

	Class of potency	Molecole	Peculiar formulations
	Class I	<u>Hydrocortisone acetate</u>	
Class II	<u>Desonide</u>		
	<u>Fluorocortolone</u>		
	<u>Betamethasone valerate</u>		
	<u>Difluprednate</u>		
	<u>Methylprednisolone aceponate</u>		
	<u>Alclometasone dipropionate</u>		
Class III	<u>Fluticasone propionate</u>		
	<u>Mometasone furoate</u>	Oil-in-water cream	
	<u>Hydrocortisone butyrate</u>		
	<u>Hydrocortisone aceponate</u>		
	<u>Betamethasone 17-valerate</u>	patch	
	<u>Betamethasone dipropionate</u>		
	<u>Difluocortone propionate</u>		
Class IV	<u>Clobetasol propionate</u>		
	<u>Diflucortolone valerate</u>		



Different parts of the body absorb topical steroids at different rates.

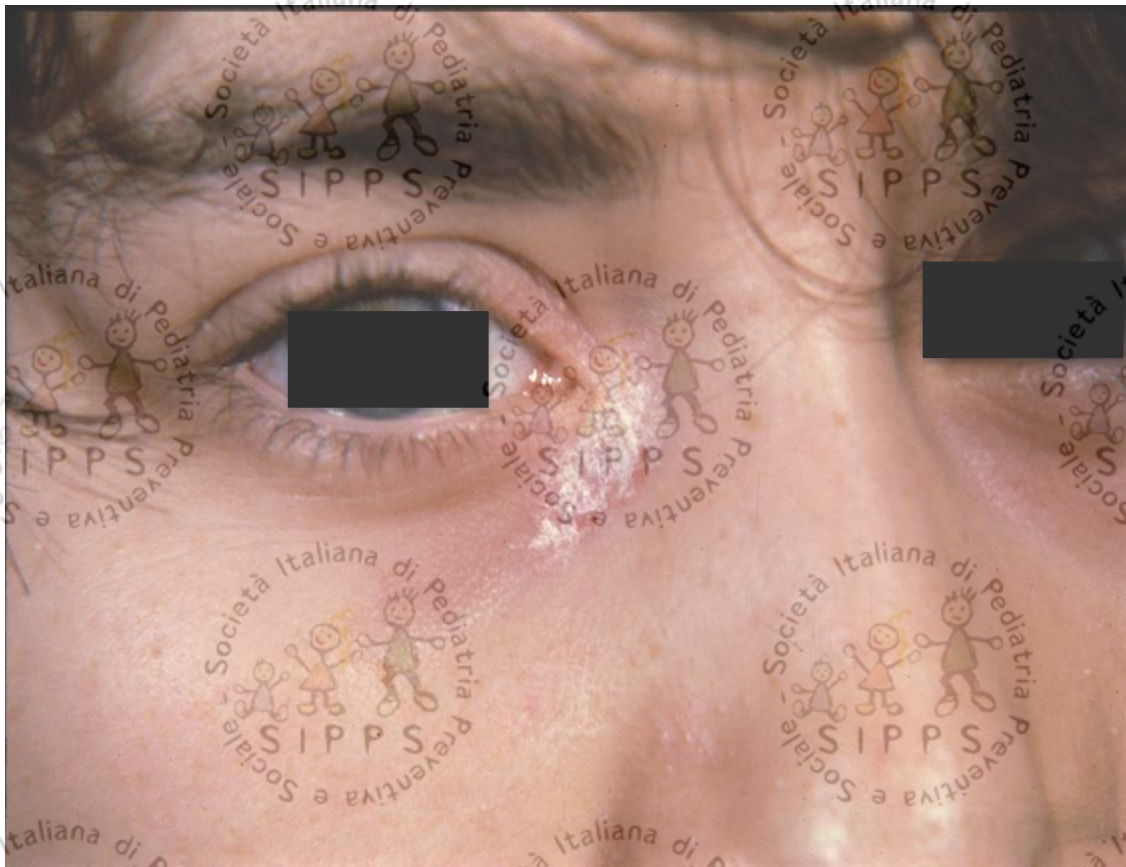


Corticosteroidi di **bassa potenza in crema o emulsione:**

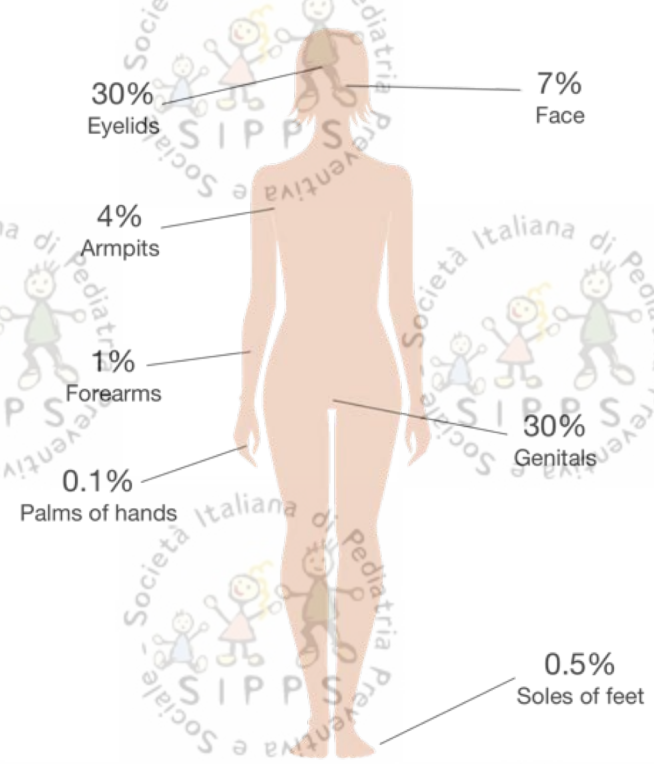
Idrocortisone

Applicazione:

Corticosteroidi di bassa potenza 2 vv/die (in base a grado di eritema e infiltrazione) per 3-5 giorni, poi 1 vv/die per 7-10 giorni (la sera) associato ad emolliente la mattina



Different parts of the body absorb topical steroids at different rates.

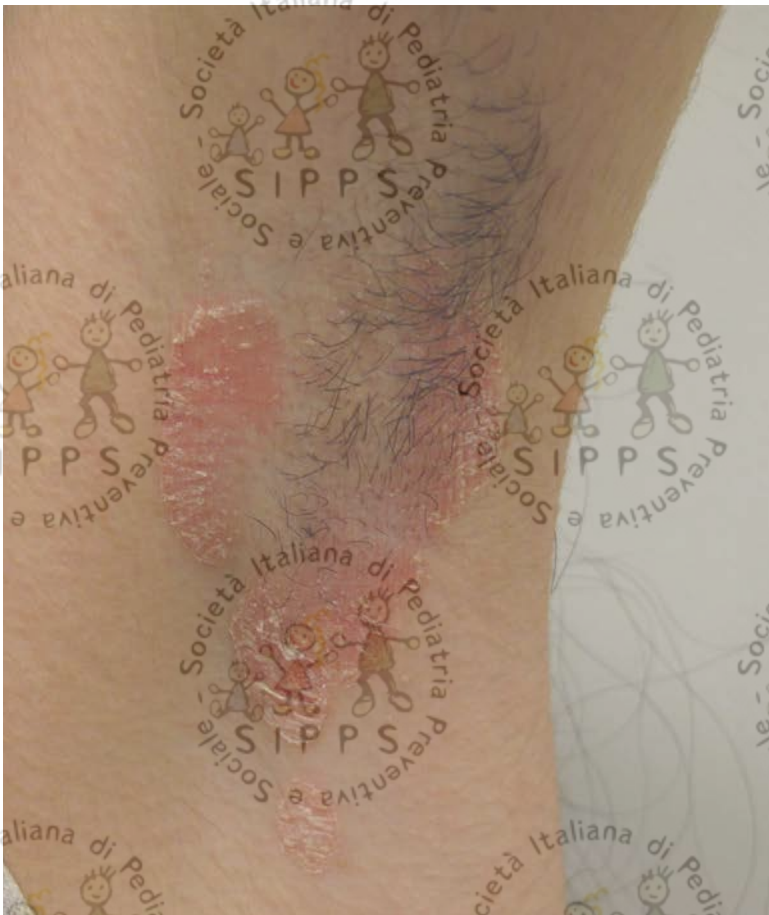


Corticosteroidi in pomata oftalmica di **bassa potenza :**

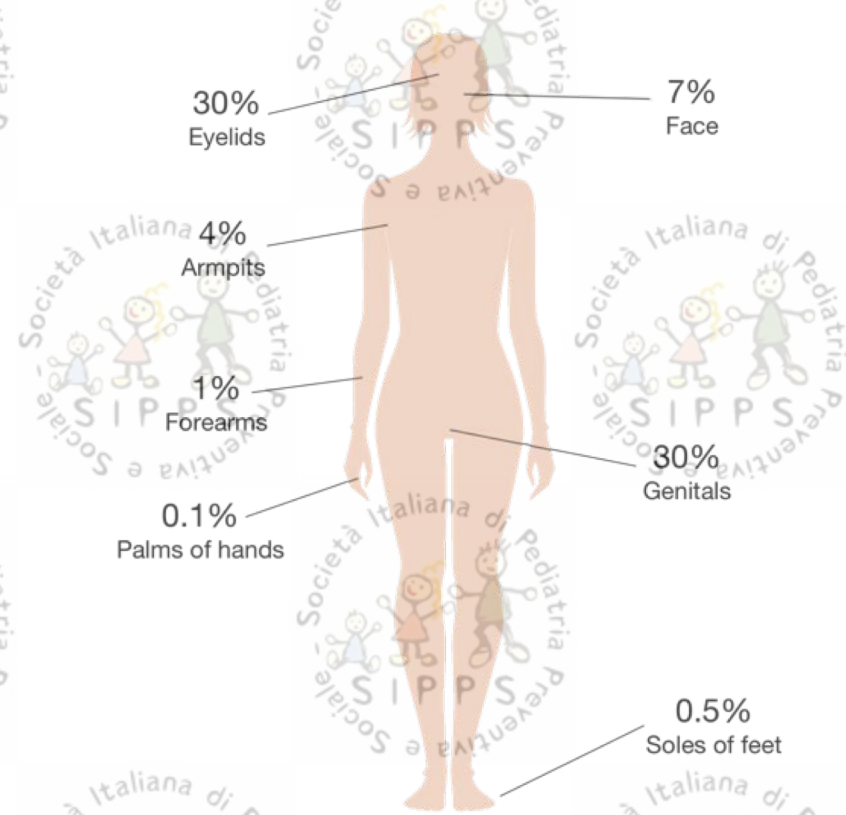
Idrocortisone

Applicazione:

Corticosteroidi di bassa potenza 2 vv/die per 3-5 giorni, poi 1 vv/die per 7-10 giorni (la sera) associato ad emolliente la mattina



Different parts of the body absorb topical steroids at different rates.



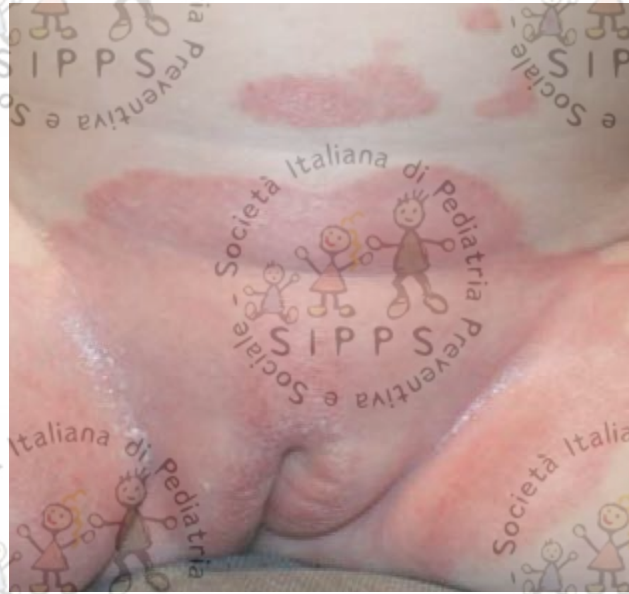
Corticosteroidi in crema, lozione, o emulsione:

Desametasone, aclometasone, betametasona valerato, betametasona benzoato, mometasone furoato, metilprednisolone acetato

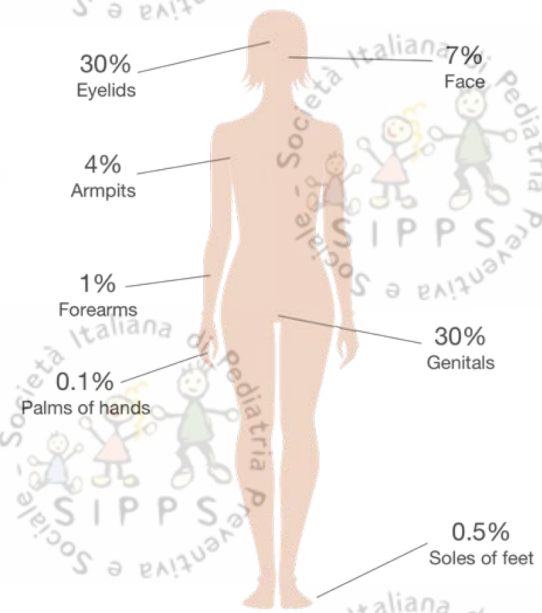
Applicazione:

Corticosteroidi di media-elevata potenza 2 vv/die per 3 giorni, poi 1 vv/die per 5-7 giorni (la sera) associato ad emolliente la mattina

Psoriasi del pannolino



Different parts of the body absorb topical steroids at different rates.



Corticosteroidi di bassa-media potenza in emulsione o lozione:

Betametasone benzoato, betametasone valerato, mometasone furoato, metilprednisolone aceponato, desametasone

Applicazione:

Corticosteroidi di bassa-media potenza 1 vv/die (la sera) per 7-10 giorni, preceduto da tocchate di eosina soluzione acquosa 2%

In caso di lesioni xerotiche associare uso di emollienti o, in caso di lesioni macerate/essudanti, crema con ossido di zinco [no polveri] (la mattina)

Distribuzione dei CCS per distretti cutanei

Face/Anogenital:

- Low-potency TCS

Eyelids:

- 1% HC ointment or TCI
- Emollient

Palms/Soles:

- high-potency TCS

Scalp:

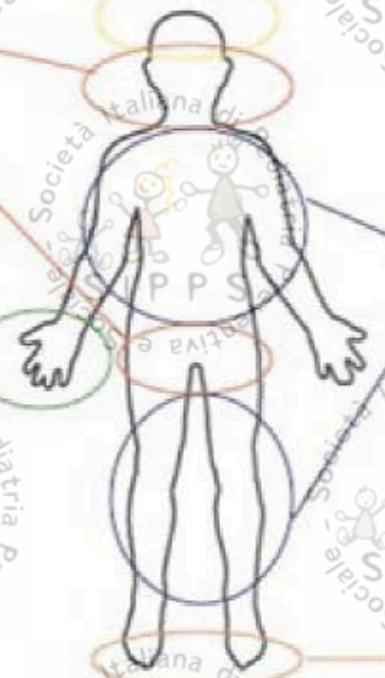
- high-potency TCS or shampoo

Trunk/Extremities:

- high-potency TCS

Nails:

- TCS (beware of digital atrophy)



Cosa guida l'approccio terapeutico?

- Terapie pregresse
- Compliance/aderenza al trattamento
- Setting familiare
- Le caratteristiche delle lesioni
- La sede (per il veicolo)
- Il grado di assorbimento cutaneo
- In base all'età
- Estensione

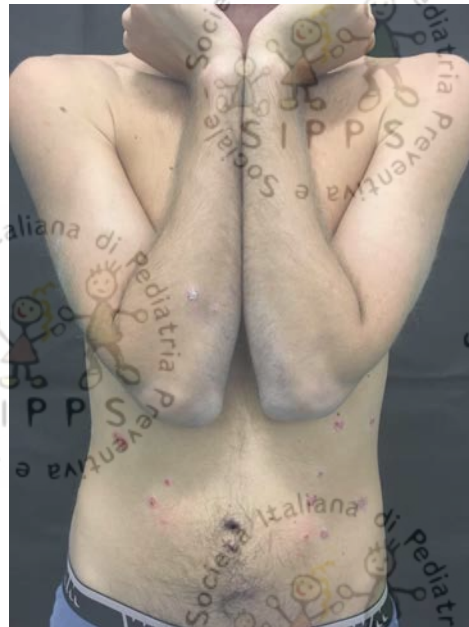
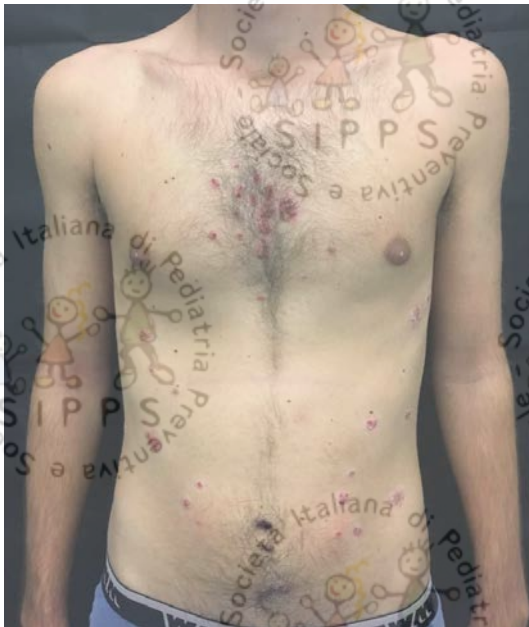
Scelta terapeutica in base all'età del paziente

PRODUCT		AGE GROUP
Clobetasol propionate	0.05% foam	> 12 years
Fluocinolone acetonide	0.01% scalp oil	> 12 years
Mometasone	0.1% cream/ointment	> 2 years
Fluticasone	0.05% lotion	> 1 year
Aclometasone	0.05% cream/ointment	> 1 year
Prednicarbate	0.1% cream/ointment	> 1 year
Fluticasone	0.05% cream	> 1 year
Desonide	0.05% foam/gel	> 3 months
Hydrocortisone butyrate	0.1% cream	> 3 months
Fluocinolone acetonide	0.01% body oil	> 3 months

Per lo stesso agente terapeutico presente con veicoli diversi è possibile riscontrare differenze nelle schede prescrittive riguardanti l'età minima consigliata, legate alla mancanza di evidenze cliniche

Cosa guida l'approccio terapeutico?

- Terapie pregresse
- Compliance/aderenza al trattamento
- Setting familiare
- Le caratteristiche delle lesioni
- La sede (per il veicolo)
- Il grado di assorbimento cutaneo
- In base all'età
- **Estensione**



Matteo, 16 anni

Psoriasi a placche

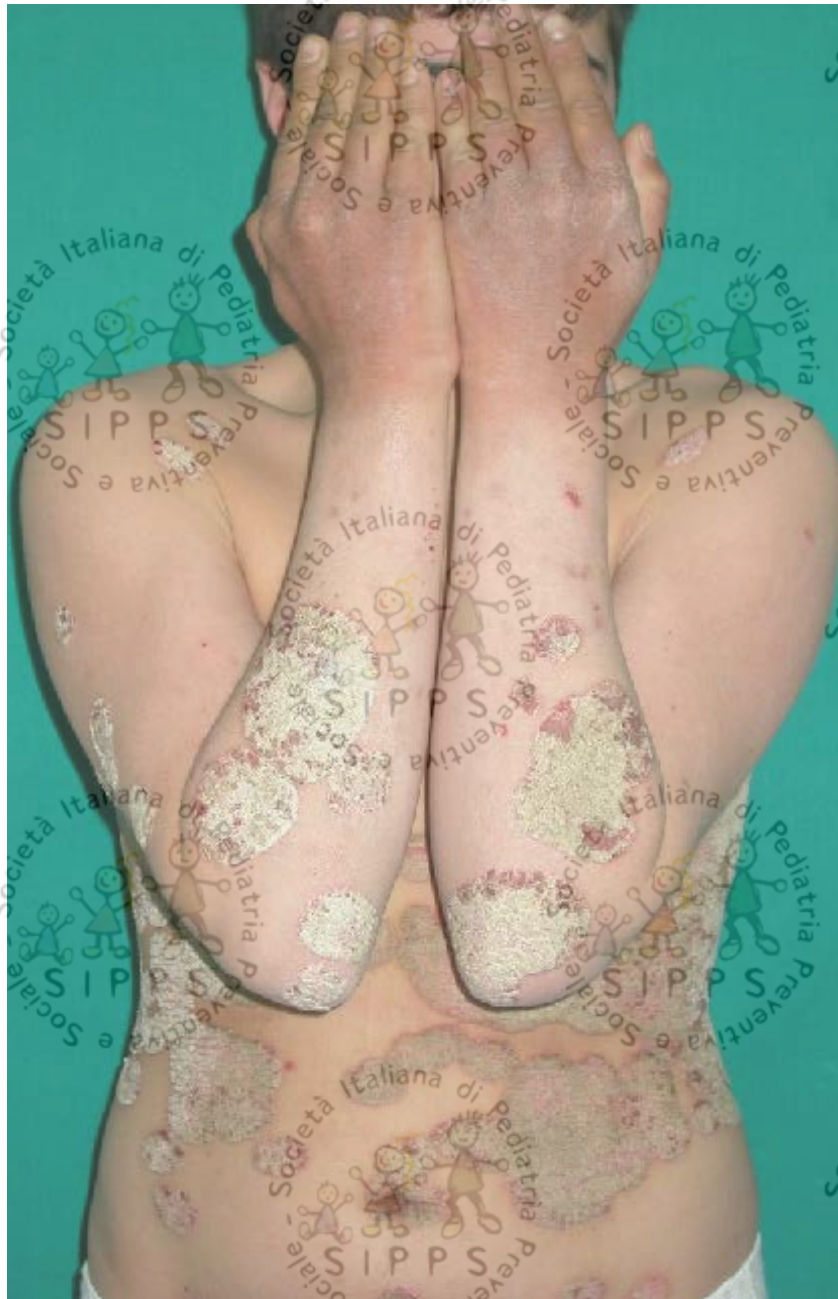
Grado di severità moderato

PASI: 8.4

BSA: 7 (<10)

Terapie precedentemente effettuate:

- Derivati Vit. D
- Idrocortisone acetato
- Trattato con mometasone furoato per 2 settimane mattina e sera (in occlusione nelle placche più infiltrate) e per 2 settimane weekend therapy



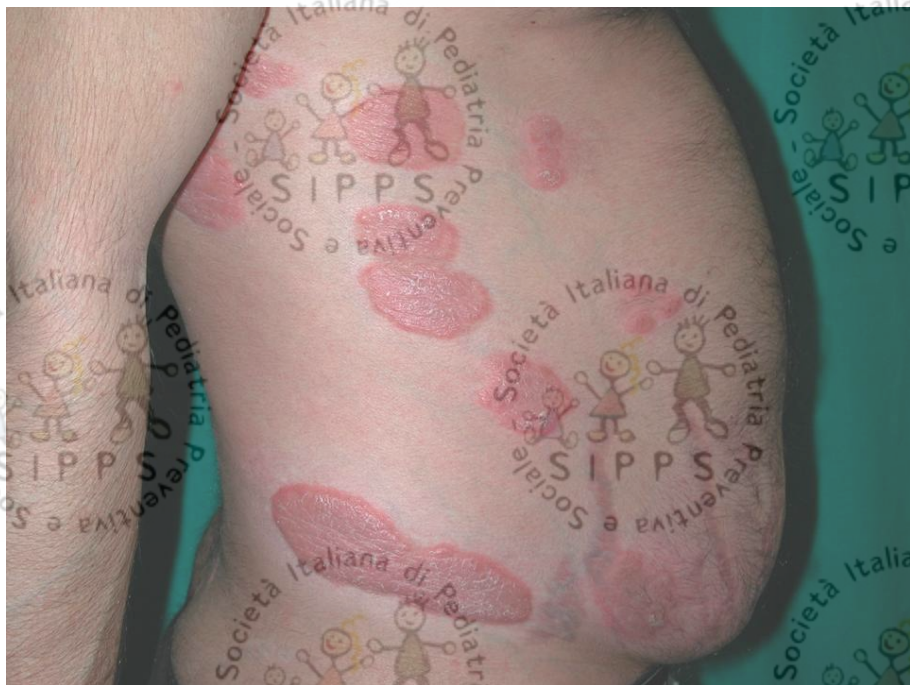
BSA: 32 (>10)



- 11 anni
- Forma severa, eritrodermica trattata con CCS sistemici, fototerapia (UVB, UVA), altri farmaci sistemici (ciclosporina 5 mg/Kg/die)
- **BSA: 92 (>10)** ; PASI: 25.8

Effetti collaterali locali

- **Tachifilassi**
- Rossore, esiti iper- o ipo-pigmentati
- Dermatite periorale/perioculare
- **Dermatite da contatto**: bruciore, pizzicore (principalmente dovute a conservanti o altre componenti del veicolo, vedi lanolina)
- Peggioramento o induzione di acne / acne rosacea
- Esacerbazione di infezioni batteriche e funginee: impetigine, tinea corporis, candidosi
- Ritardo del processo riparativo e cicatriziale
- **Atrofia cutanea**: assottigliamento con aspetto lucente, cute a volte marezzata, facilità di danno tissutale (ecchimosi)
- **Teleangectasie**
- **Striae rubrae**



Effetti collaterali sistemici

- Nei bambini a causa dell'aumentato rapporto superficie : massa corporea, il rischio **dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene** è relativamente più frequente, in particolar modo con l'uso di corticosteroidi da media a super-elevata potenza (→ Ritardo della crescita lineare)
- **Cushing iatrogeno** dovuto ad elevati livelli di cortisolo per un periodo prolungato di tempo (irsutismo, resistenza insulinica, iperglicemia/diabete tipo II, ipertensione, ipertricosi/irsutismo)
- Alterazioni oculari: cataratta, glaucoma, ipertensione oculare
- Osteoporosi
- **Sindrome della cute arrossata** (anche nota come dipendenza da steroide topico o interruzione da steroide topico): cute eritematosa pruriginosa, associata a bruciore o pizzicore che compare dopo interruzione delle terapie topiche steroidee

Per ridurre il consumo di corticosteroidi:

- Applicazioni occlusive
- Solo monosomministrazione giornaliera
- **Terapia di associazione** con derivati della Vit. D (calcipotriolo e tacalcitolo) con predilezione per tacalcitolo in quanto meno irritante
- **Short therapy** (3-5 giorni a settimana) per 1 mese
- **Weekend therapy** (2 giorni a settimana per 2-3 mesi)
- A **scalare sempre con lo stesso agente**: 1 applicazione/die per 7-14 giorni poi a giorni alterni ogni 2-3 giorni per altri 14 giorni (in base alla risposta clinica)
- A **scalare con steroidi diversi**: inizio con steroide a media-alta potenza per 7 giorni poi mantenimento con steroide a medio-bassa potenza per 7 giorni
- A **scalare con agenti diversi**: inizio con steroide a media-alta potenza per 7 giorni poi mantenimento inibitore della calcineurina o derivato Vit. D per 14 giorni

Uso dei corticosteroidi: principi generali

- La terapia **topica corticosteroidica** rappresenta l'approccio clinico di **I linea** nel trattamento della psoriasi pediatrica (e non)
- **Non ci sono studi testa a testa** (trials vs. placebo sono poco indicativi)
- I corticosteroidi a **bassa potenza** vengono preferiti perchè aree come il **volto, pannolino, e aree intertriginose**, perchè più predisposte a sviluppare effetti collaterali legati all'uso dei corticosteroidi
- Per aree come **arti, tronco, e cuoio capelluto** si predilige l'utilizzo di corticosteroidi a **media-elevata potenza**
- Utilizzo di corticosteroidi **superpotenti** dovrebbe essere **evitato o comunque limitato** in età pediatrica
- Problema della **autogestione** della terapia (**corticofobia o abuso di corticosteroidi**)
- Utilizzo **prolungato a lungo-termine** di corticosteroidi, in particolar modo di quelli superpotenti, dovrebbe essere **evitato**