

TRATTAMENTO DELL'IDROSADENITE SUPPURATIVA: UN CASO CLINICO TRATTATO CON SUCCESSO CON USTEKINUMAB

S. Amato¹, F. Todaro¹, R. Angileri¹, M. Russo²
¹U.O.C. di Dermatologia Ospedale Civico ARNAS Palermo
²ASP 2 Caltanissetta specialistica ambulatoriale di dermatologia

INTRODUZIONE

La psoriasi è una patologia molto diffusa e si stima che circa il 3% della popolazione italiana ne sia affetta. Frequenti sono dunque le comorbidità che si riscontrano nei pazienti psoriasici e, tra queste, l'idrosadenite, che è stata oggetto della nostra esperienza clinica in pazienti con psoriasi grave in trattamento con farmaci biologici anti TNF-alfa.

Il quadro clinico dell'idrosadenite suppurativa fu descritto per la prima volta nel 1839 da Velpeau ma fu Aristide Auguste Stanislas Verneuil che nel 1854 scoprì la causa della patologia che oggi porta il suo nome (malattia di Verneuil). Conosciuta anche come idrosadenite suppurativa oppure come acne inversa, è una patologia che interessa le ghiandole apocrine, elettivamente localizzate a livello delle pieghe del corpo. In particolare, è dovuta ad un'occlusione dell'infundibolo, una porzione specifica del follicolo pilifero. Inizialmente compaiono manifestazioni eritematose di dimensioni variabili, simili a piccole papule oppure noduli, fastidiose, dolenti che si localizzano alle pieghe: cavi ascellari, inguine, regione sottomammaria, solco intergluteo. Il problema interessa maggiormente le donne rispetto agli uomini e compare per la prima volta durante o dopo la pubertà. La patologia tende a fistolizzare, drenando un materiale siero-purulento sulla pelle, e infine a cicatrizzare, determinando la comparsa di tessuto anelastico, simile ad un cordone duro e depresso rispetto alla pelle sana. A tutt'oggi non è ben chiaro il motivo scatenante il problema che, a volte, può essere anche ereditario.

CASO CLINICO

Donna di 33 anni affetta da psoriasi grave e diffusa resistente ai trattamenti tradizionali. La paziente risulta inoltre affetta da idrosadenite suppurativa grave, che coinvolgeva le pieghe inguinali, i glutei, i cavi ascellari e i solchi sottomammari. Nella raccolta dell'anamnesi patologica, si evinceva una paralisi parziale degli sfinteri anale e vescicale, diverse ernie discali complicate che la costringevano a letto per i forti dolori. Infine la paziente era stata sottoposta a resezione parziale dell'intestino a scopo di dimagrimento e tale situazione era probabilmente la causa del malassorbimento dei cibi e dei farmaci, ciò spiegava anche una forte anemia e l'insuccesso totale dei farmaci per os, fino a quel momento utilizzati, per la psoriasi e l'idrosadenite.

L'esame obiettivo dermatologico si presentava con placche eritemato desquamative su tutto il corpo (PASI 22), la regione inguinale e i glutei si presentano con un'unica placca eritematosa, infiltrata dura e dolente alla palpazione con fuoriuscita di pus, nei solchi sottomammari e nei cavi ascellari si riscontra la presenza di nodulo-cisti fig.1.



Fig.1

La paziente è stata trattata in un primo momento con adalimumab con posologia secondo la scheda tecnica per psoriasi, sospeso dopo dodici settimane per insuccesso terapeutico. Escludendo l'infliximab per impossibilità della paziente di recarsi periodicamente presso il nostro nosocomio si è proceduto somministrando ustekinumab. Al controllo per la seconda somministrazione, dopo quattro settimane, la paziente aveva ottenuto un ottimo risultato per la psoriasi e un discreto miglioramento dell'idrosadenite fig.2



Fig. 2

Alla terza somministrazione avvenuta dopo dodici settimane invece abbiamo riscontrato una stabilità del quadro psoriasico e un radicale peggioramento dell'idrosadenite. Con l'aiuto della paziente, ricostruendo l'andamento clinico delle lesioni che peggioravano progressivamente dopo circa un mese dalla somministrazione di ustekinumab, si è pensato di aggiungere del cortisone per coprire il periodo del peggioramento clinico. La paziente quindi assume una compressa di deltacortene 25 mg/die dopo i primi 40 giorni dalla somministrazione di ustekinumab fino alla successiva con un buon controllo del quadro clinico fig.3.



Fig.3

DISCUSSIONE

La terapia “tradizionale” dell'idrosadenite suppurativa consiste nelle seguenti opzioni:

- L'antibiotico per bocca associato a quello topico, è normalmente prescritto. Utile nelle fasi acute della patologia, il suo impiego può selezionare ceppi batterici resistenti.
- Nelle fasi iniziali, quando sono presenti i noduli si possono eseguire infiltrazioni cutanee di corticosteroidi per smorzare l'infiammazione e favorirne il riassorbimento.
- Se, invece, l'idrosadenite suppurativa si associa ad un disordine ormonale, gli antiandrogeni possono aiutare a riequilibrare l'assetto degli ormoni e a controllare in parte le recidive.
- Al contrario, i retinoidi rappresentano l'alternativa per i casi clinici apparentemente senza documentata influenza ormonale.
- Infine, l'approccio chirurgico e il laser rimuovono radicalmente le lesioni ma non evitano le recidive che si possono manifestare nelle altre ghiandole, presenti nelle aree a rischio.

La possibilità dunque di avere altri strumenti terapeutici risulta fondamentale come nel caso da noi descritto, in cui la qualità di vita della paziente è fortemente compromessa.

CONCLUSIONE

Secondo la più recnte letteratura i farmaci biologici sono da considerare nuove prospettive terapeutiche per la remissione clinica e la prevenzione delle recidive dell'idrosadenite suppurativa. La nostra esperienza, pur ridotta, è in accordo con la letteratura scientifica. I buoni risultati ottenuti e l'assenza di effetti collaterali importanti ci spinge a continuare su questa strada, per la quale sono sicuramente necessari studi con un numero più ampio di pazienti e con follow-up più lunghi.

BIBLIOGRAFIA
[J Am Acad Dermatol](#). 2007 Apr;56(4):624-8. Epub 2007 Jan 22. **Infliximab for severe hidradenitis suppurativa: transient clinical efficacy in 7 consecutive patients.** [Fardet L](#), [Dupuy A](#), [Kerob D](#), [Levy A](#), [Allez M](#), [Begon E](#), [Bachelez H](#), [Morel P](#), [Lebbé C](#)
[Br J Dermatol](#). 2003 Nov;149(5):1046-9. **Infliximab for hidradenitis suppurativa.** [Sullivan TP](#), [Welsh E](#), [Kerdel FA](#), [Burdick AE](#), [Kirsner RS](#)
[Br J Dermatol](#). 2012 Oct 27. doi: 10.1111/bjd.12104. [Epub ahead of print] **Systemic therapy with immunosuppressive agents and retinoids in hidradenitis suppurativa: a systematic review.** [Blok JL](#), [van Hattem S](#), [Jonkman MF](#), [Horváth B](#)