

"La dama dei gelsomini" di Lorenzo di Credi, presunto ritratto di Caterina Sforza, 1481-83

DERMATOLOGIA E COSMETOLOGIA AMICI PER LA PELLE

La moderna scienza della dermo-cosmetologia rivolge la sua attenzione non solo all'aspetto più clinico delle patologie della cute, ma anche al mantenimento del suo benessere, approfondendo lo studio dei processi fisiologici che lo determinano. Da parte del dermatologo è infatti aumentata la prescrizione di cosmetici dalle moderne formulazioni e il consiglio di un'igiene cosmetologica specifica e soggettiva, che possono aiutare a risolvere o attenuare i sintomi e i segni caratteristici della pelle e dei suoi annessi dovuti per esempio ai diversi tipi di acne e dermatiti.

* a cura di **AIDECO**
Leonardo Celleno

La dermatologia, dal greco *derma* - pelle, è la disciplina medica dedicata allo studio, alla ricerca, alla diagnosi e alla gestione della salute e di qualsiasi condizione di salute che possa interessare la cute e i suoi annessi (ghiandole sebacee, sudoripare, unghie e capelli).

Le alterazioni cutanee sono talora complesse e difficili da interpretare perché possono rappresentare aspetti oggettivi di gravi malattie o essere appena la conseguenza di modificazioni fisiopatologiche di quest'organo grande e complesso che riveste e protegge il corpo umano.

La pelle ci interfaccia con l'ambiente esterno e rappresenta l'immagine di noi che gli altri percepiscono. La sua struttura, le molteplici funzioni che a essa sono demandate, fanno della pelle un organo necessario alla sopravvivenza dell'individuo e gli consentono, inoltre, di adattarsi all'ambiente che lo circonda e alle aggressioni e variazioni climatiche che questo determina.

È sede di numerose malattie e di molti processi patologici che non derivano da altri organi e apparati ma sono propri di questo straordinario rivestimento che, fra l'altro e a differenza di tutti gli altri, ci consente di apprezzare immediatamente e visivamente ogni sua modificazione. Proprio per

tali ragioni l'origine dello studio delle malattie cutanee risale alla più antica storia dell'umanità. Per molto tempo la dermatologia si è focalizzata esclusivamente alla risoluzione delle patologie che interessano la cute, sviluppando perfino un corredo farmacologico-terapeutico esclusivo e specifico.

Il bisogno di salute ha prevalso così sullo studio della fisiologia cutanea e delle sue alterazioni. Solo in epoca più recente è stata quindi rivolta attenzione non solo all'aspetto più clinico, ma anche al mantenimento del benessere cutaneo, approfondendo lo studio dei processi fisiologici che lo determinano. Questi sono alla base della moderna dermo-cosmetologia che, oggi è un fondamentale bagaglio culturale della dermatologia.

Attualmente sempre un maggior numero di pazienti si rivolge allo specialista in dermatologia, non solo per problematiche relative a patologie cutanee, ma anche per aspetti che riguardano principalmente il benessere e il mantenimento in buono stato della pelle e dei suoi annessi.

In risposta a queste continue richieste, è nettamente aumentata la prescrizione cosmetologica da parte del dermatologo che ha individuato nelle più moderne formulazioni cosmetiche, e soprattutto in un'igiene cosmetologica specifica e soggettiva, la risoluzione di alcune problematiche o l'attenuazione di "sintomi" caratteristici di alcune malattie della pelle e annessi (Fig.1).

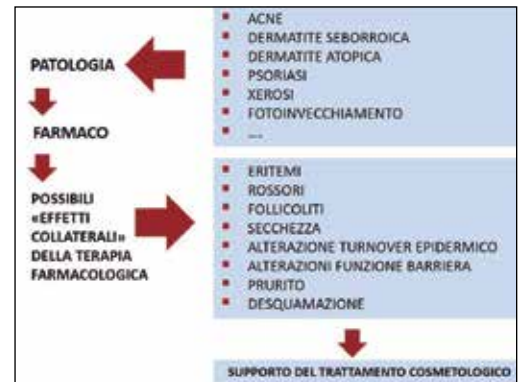


Figura 1.
Rapporto tra patologia dermatologica e benessere cutaneo

L'acne

La secrezione sebacea è fondamentale per il fisiologico benessere cutaneo: senza, la pelle si sfalderebbe andando incontro a un processo di desquamazione e decrementando notevolmente la caratteristica funzione barriera. In caso contrario, un'eccessiva secrezione delle ghiandole sebacee può dar luogo a una seborrea cutanea o, purtroppo frequentemente, all'acne vera e propria. È una delle principali dermatosi croniche a lenta remissione spontanea, un tempo considerata solo un inestetismo, ma che oggi rappresenta un importante problema a livello sociale. Colpisce, con severità variabile, tra l'85% e il 90% degli adolescenti con età compresa tra i 13 e i 17 anni ma può insorgere tardivamente anche nei più adulti, in particolar modo nel sesso femminile, condizionandone fortemente la vita di relazione. Numerosi e ormai noti sono i fattori co-scatenanti tale patologia, che vede, in seguito all'iperseborrea, la comparsa di "iperchera-

- Produzione saponette vegetali 100% personalizzate per erboristerie, profumerie, farmacie
- Saponette da Hotel
- Produzione di cosmetici
- Lavorazione c/o terzi





Alchimia Soap Srl
Via Mantova, 5
21057 Olgiate Olona (VA)
Tel.: 0331631582
Fax: 0331674574
www.alchimiasoap.it
soap@alchimiasoap.it


- 
1. ACNE COMEDONICA assenza di lesioni infiammatorie
 2. ACNE LIEVE (PAPULOSA) papule e comedoni infiammati
 3. ACNE MODERATA (PAPULO-PUSTOLOSA) comedoni, papule infiammate e pustole
 4. ACNE SEVERA (NODULO-CISTICA) comedoni, lesioni infiammate, noduli di diametro maggiore 5 mm e cicatrici

Figura 2.
Evoluzione dell'acne in relazione al grado di gravità delle lesioni

tosì paracheratosica” (ovvero un ispessimento dello strato corneo con nuclei cellulari progressivamente ridotti) della porzione infundibolare del follicolo pilosebaceo, che impedisce la normale fuoriuscita del sebo sulla cute e la colonizzazione batterica dell'infundibulo stesso, principalmente a carico di *Propionibacterium acnes* o di altri anaerobi, difteroidi e *Staphylococcus aureus*. Le lipasi di questi batteri sono in grado di scindere il sebo in acidi grassi liberi a catena corta che, a effetto irritante cutaneo, provocano l'infiammazione del follicolo. Alcuni antigeni batterici sono inoltre in grado di attivare la cascata del complemento (elemento essenziale del sistema immunitario) e di scatenare la produzione di citochine infiammatorie (IL1- α , TGF, TNF- α , IFN- γ), caratterizzando così il decorso acneico da una prima fase principalmente irritativa, a un'altra infettiva e infiammatoria e, nei casi più severi, a una estremamente immunologica. Frequentemente è possibile classificare tale dermatosi in relazione al grado di severità con cui si manifesta: forma comedonica (grado lieve), forma papulo-pustolosa (grado moderato) e nodulo-cistica, denominata anche conglobata (forma grave) (Fig. 2). Particolare attenzione va posta ad alcune particolari varietà cliniche che vedono, oltre alle più frequenti predisposizioni genetiche che determinano l'alterazione ormonale principalmente a carico degli ormoni androgeni, alcuni fattori “aggravanti” che caratterizzano l'evoluzione dell'acne. Tra queste è possibile riscontrare forme acneiche indotte dall'uso di farmaci quali immunosoppressori,

cortisonici, antidepressivi, terapie ormonali o steroidi, ma soprattutto particolari tipologie della dermatosi causate da cosmetici non ben formulati o da errata igiene cosmetologica: fondotinta “occlusivi”, latte detergente non correttamente rimosso, creme eccessivamente grasse, sostanze comedogeniche come olio di cocco, burro di cacao, cera d'api, ecc.

In quanto a dermatosi, la dermatologia ha da sempre visto nella terapia farmacologica la risoluzione di tale patologia e la terapia medica individuata deve essere ovviamente impostata secondo lo stadio-clinico evolutivo dell'acne. La prima scelta del dermatologo ricade frequentemente su una terapia topica, sufficiente nel trattamento del primo stadio (acne lieve) e coadiuvante della terapia sistemica negli stadi successivi. Principalmente è caratterizzata dall'applicazione topica di sostanze cheratolitiche (acido salicilico a una concentrazione variabile fino al 5%), cheratomodulatori (generalmente α -idrossiacidi) e antibatterici (come benzoil-perossido al 5%-10%, il cui uso deve essere discontinuo e non prolungato al fine di evitare l'insorgenza di possibili dermatiti irritative da contatto - DIC).

I retinoidi topici, i famosi derivati della famiglia della vitamina A (dall'acido trans-retinoico, al cis-retinoico, ai derivati sintetici) sono un valido trattamento nel contrastare i sintomi dell'acne, sia per la loro attività comedolitica (stimolazione dell'attività epidermica e desquamativa) sia per l'azione sebastatica.

Gli antibiotici topici (i più frequenti sono eritromicina e clindamicina) sono generalmente indicati in uno stadio più avanzato dell'acne e vengono spesso inseriti in formulazioni con sostanze quali i retinoidi per massimizzare l'azione, o zinco per un effetto

più lenitivo e antinfiammatorio. Quando la terapia topica non è sufficiente e gli stadi acneici sono tra i più severi e complessi, bisogna ricorrere alla terapia sistemica. Generalmente la scelta primaria ricade su sostanze antibiotiche come la tetraciclina a basso dosaggio, la minociclina e la doxiciclina. Importante ruolo è quello svolto dalla famiglia delle tetraciline, molto efficaci nel trattamento dell'acne per il loro effetto antibiotico e antinfiammatorio, ma allo stesso tempo responsabili di numerosi possibili effetti collaterali (pigmentazione giallastra dei denti, difficoltà nella digestione, fotosensibilizzazione, follicoliti da Gram-, candidosi della mucosa ecc.). Sempre da ricordare che questa classe di antibiotici non deve essere prescritta e utilizzata in gravidanza, poiché è ormai ben nota la loro teratogenicità e che può interferire con l'assunzione di anticoncezionali e altre terapie a base di retinoidi.

Il medico dermatologo dovrà dunque, dopo dettagliata analisi, prescrivere l'antibiotico più adatto al proprio paziente e, qualora questi non fossero sufficienti, la seconda scelta è rappresentata dai retinoidi sistemici che agiscono sul turnover epidermico, nello specifico a livello della differenziazione delle cellule epidermiche, sull'infiammazione e sulla seborrea. Anche questi sono prescrivibili nel sesso femminile in età fertile solo ed esclusivamente a gravidanza esclusa, data la loro teratogenicità. Per tale motivo vengono spesso associati a una terapia estro-progestinica anticoncezionale, ma che di per sé è già un'attività terapeutica sull'acne, antagonizzando l'attività degli ormoni androgeni, noto fattore scatenante.

Seppur tutto questo potesse rappresentare un valido ed esaustivo rimedio farmacologico nel con-

trastare il decorso acneico, oggi la cosmetologia rappresenta un concreto aiuto nel coadiuvare la terapia medica. Gli obiettivi della prescrizione cosmetica nel paziente affetto da acne sono principalmente tre:

1. Completamento dell'azione terapeutica: mediante l'applicazione costante e prolungata nel tempo di formulazioni in grado di veicolare principi funzionali cheratolitici e cheratomodulanti, contrastando l'insorgenza di reazioni irritative e comedogeniche avverse.

Altro importante ruolo cosmetico è quello "sebo-statico" che, attraverso sostanze per esempio quali il caolino, pigmenti minerali o gli ossidi di zinco e titanio, tenta di "adsorbire" il sebo cutaneo in eccesso, conferendo peraltro alla pelle un aspetto meno untuoso. È possibile inoltre tentare di intervenire a livello del ritmo di secrezione sebacea attraverso l'uso di fitosteroli, acido azelaico, amminoacidi solforati e/o sostanze provenienti dal mondo vegetale come gli estratti di *Serenoa repens* o *Cucurbita pepo*. È possibile sfruttare i derivati vegetali anche per l'incremento e il completamento dell'attività antibatterica; l'acido laurico (INCI: LAURIC ACID) sostanza estratta dagli oli tropicali come quello di cocco, può essere inserita non solo per la sua attività emolliente, ma anche per la sua capacità di inibire la crescita del *Propionibacterium acnes*.

2. Riduzione degli effetti collaterali della terapia farmacologica (sia topica che sistemica): come precedentemente riportato, è ormai noto come la terapia farmacologica possa provocare fastidiosi effetti collaterali sia sull'intero organismo che più specificatamente all'organo cutaneo. Benzoin-perossido, retinoidi topici, glicoli,

peeling frequenti, trattamenti laser o terapie prolungate nel tempo possono infatti essere la causa dermatiti irritative, xerosi, desquamazione, rossori localizzati e/o diffusi, iper o ipo pigmentazioni e alterazione della reattività cutanea. In questo caso la cosmetologia è senza nessun dubbio la principale e più importante soluzione al problema. Deve essere volta al ripristino dell'alterata funzione barriera dell'epidermide e, al tempo stesso, svolgere un'azione lenitiva e antinfiammatoria senza alcun possibile effetto "negativo". Tra le principali sostanze a cui si fa riferimento vi è senza dubbio l'acido 18-beta glicirretico (INCI: GLYCYRRHETINIC ACID), attivo vegetale ricavato dalla pianta della liquirizia (*Glycyrrhiza glabra*) e oggi capostipite delle sostanze antinfiammatorie cosmetiche, impiegato per questo in modo particolare nelle formulazioni destinate alle pelli più sensibili e irritate ma anche in quelle delicate come quelle dei bambini. L'attività antinfiammatoria della sostanza deriva essenzialmente da due principali fattori:

1) L'acido 18-beta glicirretico ha una struttura chimica simile a quella di alcuni ormoni, ma soprattutto alla molecola del cortisone. Può pertanto sostituirsi al suo substrato (antagonista) inibendo così l'enzima 11-beta idrossisteroide deidrogenasi causando un accumulo di glucocorticoidi e un prolungamento dell'azione antiflogistica.

2) Questo acido organico triterpenico estratto dalla liquirizia è in grado di inibire la consueta attivazione della via del complemento attraverso un meccanismo che dipende dalla conformazione molecolare propria della sostanza stessa.

Altre importanti sostanze a uso cosmetico rilevanti nell'attività

lenitiva del trattamento della cute acneica sono: l'alfa-bisabololo (INCI: BISABOLOL) derivato per distillazione dall'olio essenziale della Camomilla, noto nei secoli per le sue proprietà calmanti, l'allantoina (INCI: ALLANTOIN) sostanza ricollegabile a specie vegetali (*Symphytum officinale* L.) ma anche animali quali la "bava di lumaca" nota per le sue proprietà lenitive e ripitelizzanti, il betaglucano (INCI: BETAGLUCAN) polisaccaride del glucosio con proprietà protettive cutanee,



**Erbe ed estratti
da agricoltura biologica**

BIOPLANTA

Tradizione e scienza
per un BIO sicuro

www.bioplanta.it

anche nei confronti delle radiazioni solari di tipo UVA.

Uno degli effetti principali del cosmetico, purtroppo spesso ancora sottovalutato, è la protezione solare, non solo nel periodo estivo. I filtri e gli schermi solari che conferiscono un livello adeguato di SPF (*Sun Protection Factor*) sono in grado di diminuire la fotosensibilità indotta dai trattamenti antiacne (retinoidi e tetracicline), di contrastare l'effetto comedogeno delle radiazioni UVB e soprattutto di contrastare la comparsa di iperpigmentazioni, frequenti soprattutto in casi di cicatrici acneiche e infiammazione cutanea.

3. Ripristino e successivo mantenimento dello stato fisiologico cutaneo: questa attività cosmetica può essere strettamente collegata con la precedente; l'obiettivo primario è il ripristino della funzione barriera dell'epidermide che conduce, nel corso del tempo, a un corretto livello di idratazione dermica ed epidermica. Tale compito è generalmente svolto da sostanze che mimano l'attività e le funzionalità dei lipidi intercellulari epidermici (ceramidi) e degli acidi grassi insaturi caratteristici dello strato più superficiale della cute. Proprio per questo motivo entrano in gioco sostanze quali i componenti dell'NMF (*Natural*



Scansione di *Malassezia furfur*

Moisturizing Factor), come l'acido pirrolidoncarbossilico e la più comune Urea.

Un momento fondamentale dell'igiene cosmetologica del paziente affetto da acne volgare infine è la detersione che deve focalizzarsi su obiettivi ben specifici:

- *Rimozione dell'eccessiva secrezione sebacea ed eliminazione dei residui della degradazione cellulare:* i tensioattivi utilizzati all'interno dei prodotti detergenti devono essere non irritanti (non aggressivi), non delipidizzanti, a rapida azione bagnante, facilmente risciacquabili, consentire un pH acido o neutro.

- *Azione idratante:* una contemporanea azione idratante e umettante, favorendo il rigonfiamento dello strato corneo, permette una migliore penetrazione dei principi attivi e degli ingredienti funzionali, specialmente degli agenti battericidi.

- *Proprietà antibatteriche:* l'effetto antibatterico di tali agenti è destinato ad agire non solo sullo strato più esterno della superficie cutanea, ma anche a decontaminare gli strati più profondi dello strato corneo. Un buon disinfettante cutaneo deve essere inoltre in grado di non sviluppare resi-

stenze nelle specie trattate.

- *Azione normalizzante della barriera cutanea:* attualmente gli eccipienti contenuti nella formulazioni detergenti rivestono il ruolo di ripristino delle condizioni di equilibrio della cute trattata e cioè affetta da una scarsa efficacia della barriera idrolipidica, al fine di ridurre gli effetti secondari di una terapia farmacologica (Fig. 3).

La dermatite seborroica

È una particolare forma di dermatite eczematosa a decorso cronico-recidivante che colpisce fino al 3% della popolazione generale, dovuta essenzialmente a un'eccessiva o alterata produzione di sebo e caratterizzata dalla presenza di caratteristiche chiazze eritematose e squame untuose nelle zone affette. Generalmente predilige le regioni corporee ricche di ghiandole sebacee (volto e regione mediana del tronco) con frequente incidenza nel cuoio capelluto dove le croste squamose aderiscono alla cute sottostante con conglobazione dei capelli tra di loro, come avviene frequentemente nella forma neonatale. Le lesioni squamo-crostose, di colorito giallognolo, sono dovute prin-

PRESCRIZIONE DERMATOLOGICA NELL'ACNE	
<i>in sintesi...</i>	
TERAPIA MEDICA	
■	Cheratolitici (acido salicidico)
■	Benzoil perossido
■	Retinoidi topici
■	Retinoidi sistemici (acido 13-cis retinoico)
■	Acido azelaico
■	Antibiotici topici (eritromicina, clindamicina,...)
■	Antibiotici sistemici (tetraciclina, minociclina, doxiciclina)
■	Pilola anticoncezionale
TRATTAMENTO COSMETICO COADIUVANTE	
■	Lenire gli effetti collaterali della terapia medica
■	Azione antiseborroica e sebomodulatrice
■	Detersione antibatterica e acidificante
■	Fotoprotezione
■	Idratazione

Figura 3. Sinergia tra terapia medica e supporto cosmetico nell'acne

cialmente a un fenomeno di essiccazione del materiale sebaceo e per questo sono spesso caratterizzate dal tipico odore rancido delle secrezioni ghiandolari sebacee.

Tra le cause determinanti tale alterazione cutanea è possibile rilevare fattori biochimici (deficit enzimatico delle denaturasi che trasformano gli acidi grassi saturi in acidi grassi insaturi, con alterazione del metabolismo sebaceo); fattori infettivi (attività di batteri e lieviti in particolare di *Pityrosporum ovale* o *Malassezia furfur*, responsabili dell'infiammazione dell'eczema seborroico) e possibili fattori neurologici (associazione con il Parkinson e riattivazioni nei momenti di stress). La terapia medica può essere sia topica che sistemica secondo l'estensione e la severità del quadro clinico. Si ricorre generalmente alla sola terapia topica con corticosteroidi che possono essere spesso associati ad antimicotici, particolarmente utili nelle fasi di "attacco" (Desametazone 0,3% + Clotrimazolo 1%).

L'eczema seborroico del cuoio capelluto può essere trattato con successo attraverso vari agenti applicati topicamente tra i quali solfuro di selenio al 2,5%, zinco piritione, nistatina, ciclopiroxolamina e molte altre sostanze ad attività antifungina.

Accanto alla terapia medica s'entra ancora una volta il trattamento coadiuvante cosmetico, in questo caso atto principalmente a lenire la "spiacevole" sensazione avvertita dal paziente, cercando di contrastare l'eccessiva desquamazione cutanea e controllando la microflora cutanea, specialmente nei confronti di *Malassezia*.

Insieme all'uso di specifiche sostanze farmacologiche antimicotiche e cortisoniche è importante fornire alla cute sostanze ad attività decongestionante, che però

non vadano a generare dei fenomeni "rebound" alla loro sospensione e che siano dunque molto ben tollerate. Sostanza particolarmente indicata in questo quadro clinico è la lattoferrina (INCI: LACTOFERRIN) proteina denominata "multi-tasking" date le sue molteplici attività tra le quali spiccano quella antinfiammatoria, lenitiva, decongestionante e antiossidante.

Questa sostanza è in grado di contrastare l'attacco di alcuni patogeni, tra i quali i funghi, sequestrando ai microrganismi ioni ferrici, modulando allo stesso tempo la produzione di citochine e il reclutamento delle cellule immunitarie nel sito di flogosi.

Altra rilevante sostanza ad uso cosmetico è il Glicerofosfoinositolo (INCI: GLYCEROPHOSPHOINOSITOL LYSINE o GLYCEROPHOSPHOINOSITOL CHOLINE), principio attivo di origine vegetale (lecitina di girasole) precursore della sintesi dei fosfolipidi delle membrane cellulari, che svolge un'azione antinfiammatoria "cortison-like" inibendo la fosfolipasi A2 citosolica e agendo sullo stesso bersaglio dei cortisonici ma senza effetti collaterali poiché la sua struttura è altamente idrofila e non può interagire con i recettori steroidei.

Per favorire il distacco delle croste sebacee è consigliato l'uso di oli che si utilizzano imbibendo un batuffolo di cotone, che sarà poi utilizzato per massaggiare il cuoio capelluto, nel tentativo di rimuovere le croste per affinità. L'applicazione di creme cheratolitiche contenenti urea al 5% o acido salicilico all'1% possono favorire tale attività.

La dermatite atopica

La dermatite atopica è una patologia cutanea a molto diffusa, soprattutto tra la popolazione infantile, e risulta altresì in costan-

te aumento: l'incidenza si aggira oggi tra il 14 e il 24% della popolazione in età pediatrica e fra l'1 e il 3% della popolazione adulta.

Le cause sono molteplici e diverse e possono variare da individuo a individuo: fattori geografici, ambientali, stili di vita e perfino una diminuita esposizione ai comuni microrganismi ambientali, tutti fattori questi che a vario titolo concorrono all'aumento della diffusione di questa patologia.

L'eczema atopico è caratterizzato principalmente da una iper-reazione dell'organismo del sogget-



Herbo Veneta
Azienda Artigianale
di prodotti fitoterapici e cosmetici





Herbo Veneta
Via Umbria, 24 - 35043 Monselice -PD-
www.herboveneta.it info@herboveneta.it

PRESCRIZIONE DERMATOLOGICA NELLA DERMATITE ATOPICA	
in sintesi...	
TERAPIA MEDICA	
▪	Antinfiammatori steroidei sistemici e/o topici
▪	Antistaminici sistemici
▪	Antibiotici topici e/o sistemici
▪	Ciclosporina
▪	Immunosoppressori topici
▪	Fototerapie combinate UVA/UVB
▪	Nuovi farmaci biologici
TRATTAMENTO COSMETICO COADIUVANTE	
▪	Ricostruzione della barriera cutanea
▪	Ricostituzione del film idrolipidico epidermico
▪	Azione antipruriginosa cutanea

Figura 4.
Sinergia tra terapia medica e supporto cosmetico nella dermatite atopica

to colpito a vari livelli. A livello epidermico questa reazione si presenta innanzitutto come un'alterazione della barriera cutanea, con sintomi tipici: innanzitutto la pelle secca, con un accelerato turn-over cellulare, dovuto a uno stato di infiammazione cronica. Questa alterazione predispone il soggetto, e soprattutto il bambino, quando a contatto con apteni o allergeni, ad alta produzione di anticorpi di classe E (ovvero con sensibilizzazione elevata alle IgE-Immunoglobuline E).

Sicuramente esiste una predisposizione genetica, infatti la prevalenza della malattia aumenta con la familiarità: se uno dei genitori è affetto da dermatite atopica, o lo è stato in età infantile, il bambino avrà il 50% delle possibilità di soffrire della stessa patologia. Non è però una dermatosi esclusivamente pediatrica. Sebbene la guarigione avvenga nella maggior parte dei casi con l'approssimarsi dell'adolescenza, il 10% dei bambini affetti continua a soffrirne anche in età adulta, a volte in maniera silente fino al nuovo scatenarsi di recidive, in concomitanza con fattori contingenti.

Nell'adulto questa patologia evolve spesso nella sua forma più grave, con placche d'eczema cronico, rosse, spesse, lichenificate, a volte con papule isolate di prurigo. Su questo fondo eczematoso cronicizzato insorgono delle esacerbazioni acute, vescicolose

o essudanti. Così da ingenerare un'ancor maggiore perdita di liquidi dalle cellule epidermiche, con una reazione infiammatoria via via più grave. La funzione di barriera cutanea viene così compromessa ed è proprio a questo livello che deve mirare la dermo-cosmetologia.

Se la terapia medica si basa su farmaci che vanno dagli immunosoppressori sia topici che sistemici (quali il cortisone e la ciclosporina) e in futuro vedrà l'impiego dei nuovi farmaci "biologici", il trattamento cosmetologico è incentrato su quelle sostanze che sono in grado di ripristinare la barriera cutanea e con essa il buono stato fisiologico della cute.

L'igiene cosmetologica del soggetto deve essere dunque caratterizzata da formulazioni che contrastino la secchezza provocata dalle alterazioni a carico della componente lipidica epidermica, in particolar modo della frazione ceramidica e degli acidi grassi essenziali. Queste anomalie ipolipidiche, che predispongono sicuramente a un processo infiamma-

torio, devono essere contrastate dall'utilizzo di preparazioni emollienti il più eudermiche possibile, al fine di ridurre al minimo la possibili insorgenza di sensibilizzazioni ma soprattutto utili nel contrastare il fastidioso e caratteristico prurito (Fig. 4).

Ancora una volta particolare attenzione deve essere posta alla detersione: il film idrolipidico cutaneo nell'atopia è spesso carente e una detersione troppo aggressiva potrebbe portare a un'eccessiva delipidizzazione e xerosi cutanea incrementando così il quadro clinico e sintomatico della dermatite.

È consigliabile l'uso di oli da bagno in grado di detergere la cute per affinità, senza aggredire il film idrolipidico, lenendo la cute nel tentativo del ripristino della funzione barriera.

La secchezza cutanea è uno dei criteri diagnostici maggiori della malattia, praticamente sempre presente nel soggetto atopico. È causata da una alterazione dei lipidi intercellulari epidermici, in primis le ceramidi (classe di



Symphytum officinale

lipidi prodotta a livello cellulare nello strato granuloso dai cheratinociti). Il cheratinocita infatti li produce per trattenere l'acqua e mantenere il giusto grado di idratazione. Nella pelle secca questo processo non funziona come dovrebbe e lo spazio fra cellula e cellula si riduce, causando un mancato scambio di acqua con l'ambiente esterno.

Tra gli attivi idratanti e ricostituenti della barriera vanno ricordati i cosiddetti fattori idratanti naturali (NMF) (Fig. 5), prodotti naturalmente dalla pelle e presenti nello strato corneo, tra cui il Lattato e derivati (INCI: LACTATE...), che svolge la funzione di assorbire e trattenere l'idratazione, tanto che basse concentrazioni di lattato sono spesso associate

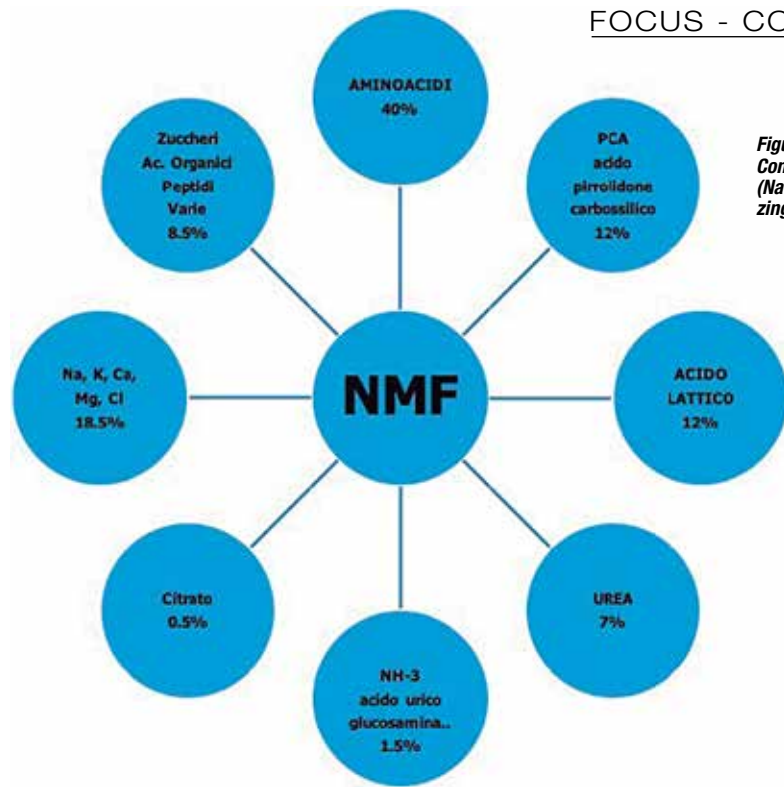


Figura 5. Composizione NMF (Natural Moisturizing Factor)

SENZA GLUTINE



SPECIALITÀ MULTICEREALE

La specialità multicereali Probios è prodotta con farine di **mais, riso, riso integrale, grano saraceno e quinoa**, tutte macinate e trafilate in Italia.

Adatta all'alimentazione delle persone che devono escludere il glutine dalla loro dieta e desiderano un primo piatto gustoso.

La particolare lavorazione permette di ottenere tanti formati saporiti dall'ottima tenuta in cottura che ben assorbono il condimento.

“ NEW ”

LA SPECIALITÀ MULTICEREALE PROBIOS È MUTUABILE DAL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE.



www.probios.it





Foto di R. Longo

Glycyrrhiza glabra

a secchezza cutanea. Così come è per l'urea, sostanza cherato-molante, igroscopica, che scinde i legami fra le cellule desquamanti della pelle, migliorandone il distacco e rendendo la superficie cutanea più liscia e morbida.

Anche gli acidi grassi, sia in forma topica che sistemica, fra i quali per esempio gli omega-6 presenti in alcuni oli vegetali, concorrono a reintegrare la naturale barriera protettiva della pelle, oltre che a svolgere molteplici azioni: sono infatti agenti emollienti, idratanti e antiossidanti. In più alcuni di essi esplicano un'azione protettiva ed antinfiammatoria, partico-

larmente efficace nel trattamento cosmetico delle pelli atopiche.

Conclusioni

Il cosmetico rappresenta un valido supporto alla terapia medica nel trattamento di molti problemi, spesso comuni, della pelle. Questo importante prodotto di consumo svolge infatti azioni che il farmaco non sempre riesce a sostenere, soprattutto nel ripristino dei processi fisiologici cutanei. Bisogna inoltre considerare che spesso il trattamento cosmetico "completa" la terapia medica e ne lenisce gli effetti collaterali, conferendo anche alle pelli più

problematiche e sensibili quelle caratteristiche sensoriali e di gradevolezza propri dei trattamenti cosmetici. È necessario dunque che lo specialista in dermatologia abbia una buona conoscenza di questa disciplina che gli consenta di rimanere al passo con i numerosi e rapidi cambiamenti a cui va incontro la cosmetologia: novità legislative e tecnico-scientifiche, aspetti formulativi, aggiornamenti sulle liste positive e negative degli ingredienti e i sempre più numerosi argomenti definibili come "controversi".

* **Presidente AIDECO - Associazione Italiana Dermatologia e Cosmetologia**

Bibliografia

- Dall'Oglio F., Tedeschi A., Fabbrocini G., Veraldi S., Picardo M., Micali G.: "Cosmetics for acne: indications and recommendations for an evidence-based approach" *G Ital Dermatol Venereol* 2015 Feb; 150(1): 1-11.
- Araviiskaia E., Dréno B.: "The role of topical dermocosmetics in acne vulgaris", *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Jun;30(6):926-35.
- Mastrodonato M., Bonamonte D., Karlis X., Fortunato F., Mazzarella F., Romita P., Foti C.: "Acne and cosmetics: a cross-sectional, web-based questionnaire survey of the views and opinions of Italian dermatologists on the use of camouflage cosmetics in female patients", *G Ital Dermatol Venereol*. 2017 Oct;152(5):407-412.
- Bowe W.P., Kircik L.H.: "The importance of photoprotection and moisturization in treating acne vulgaris", *J Drugs Dermatol*. 2014 Aug;13(8):s89-94.
- Dai T., Gupta A., Murray C.K., Vrahas M.S., Tegos G.P., Hamblin M.R. "Blue light for infectious diseases: Propionibacterium acnes, Helicobacter pylori, and beyond?" *Drug Resist Updat*. 2012 Aug;15(4):223-36.
- Tzung T.Y., Wu K.H., Huang M.L. "Blue light phototherapy in the treatment of acne", *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2004 Oct;20(5):266-9.
- Fox L., Csongradi C., Aucamp M., du Plessis J., Gerber M.: "Treatment Modalities for Acne", *Molecules*. 2016 Aug 13;21(8).
- Bhate K., Williams H.C.: "Epidemiology of acne vulgaris", *Br J Dermatol*. 2013

- Mar;168(3):474-85.
- Dréno B.: "What is new in the pathophysiology of acne, an overview" *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 Sep;31 Suppl 5:8-12.
 - Marson J.W., Baldwin H.E.: "New Concepts, Concerns, and Creations in Acne", *Dermatol Clin.* 2019 Jan;37(1):1-9.
 - Paulino L.C.: "New perspectives on dandruff and seborrheic dermatitis: lessons we learned from bacterial and fungal skin microbiota", *Eur J Dermatol.* 2017 Jun 1;27(S1):4-7.
 - Clark G.W., Pope S.M., Jaboori K.A.: "Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis" *Am Fam Physician.* 2015 Feb 1;91(3):185-90.
 - Vázquez-Herrera N.E., Sharma D., Aleid N.M., Tosti A.: "Scalp Itch: A Systematic Review" *Skin Appendage Disord.* 2018 Aug;4(3):187-199.
 - Dessinioti C., Katsambas A.: "Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies", *Clin Dermatol.* 2013 Jul-Aug;31(4):343-351.
 - Shi V.Y., Leo M., Hassoun L., Chahal D.S., Maibach H.I., Sivamani R.K.: "Role of sebaceous glands in inflammatory dermatoses", *J Am Acad Dermatol.* 2015 Nov;73(5):856-63.
 - Dall'Oglio F., Tedeschi A., Fusto C.M., Lacarrubba F., Dinotta F., Micali G.: "A novel cosmetic antifungal/anti-inflammatory topical gel for the treatment of mild to moderate seborrheic dermatitis of the face: an open-label trial utilizing clinical evaluation and erythema-directed digital photography". *G Ital Dermatol Venereol.* 2017 Oct;152(5):436-440.
 - Powers C.E., McShane D.B., Gilligan P.H., Burkhart C.N., Morrell D.S.: "Microbiome and pediatric atopic dermatitis", *J Dermatol.* 2015 Dec;42(12):1137-42.
 - Mayba J.N., Gooderham M.J.: "Review of Atopic Dermatitis and Topical Therapies", *J Cutan Med Surg.* 2017 May/ Jun;21(3):227-236
 - Kido-Nakahara M., Furue M., Ulzii D., Nakahara T.: "Itch in Atopic Dermatitis", *Immunol Allergy Clin North Am.* 2017 Feb;37(1):113-122.
 - Silvestre Salvador J.F., Romero-Pérez D., Encabo-Durán B.: "Atopic Dermatitis in Adults: A Diagnostic Challenge", *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2017;27(2):78-88.
 - Leung D.Y.: "Clinical implications of new mechanistic insights into atopic dermatitis", *Curr Opin Pediatr.* 2016 Aug;28(4):456-62.
 - Lindh J.D., Bradley M.: "Clinical Effectiveness of Moisturizers in Atopic Dermatitis and Related Disorders: A Systematic Review", *Am J Clin Dermatol.* 2015 Oct;16(5):341-59.
 - Tamura M., Kawasaki H., Masunaga T., Ebihara T.: "Equivalence evaluation of moisturizers in atopic dermatitis patients", *J Cosmet Sci.* 2015 Sep-Oct;66(5):295-303.
 - Varothai S., Nitayavardhana S., Kulthanan K.: "Moisturizers for patients with atopic dermatitis" *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2013 Jun;31(2):91-8.



GIZAMI

di Patrizia Zampiero

Visita il nostro sito:
www.gizami.it

Contattaci per informazioni
e-mail info@gizami.it
Telefono 02-38100327

Oppure
viene a trovarci in
Via Newton, 11 PERO (MI)



Tu pensi al contenuto,
NOI PENSIAMO AL CONTENITORE!!!