

Vol. 18
n. 3
2022

Special Issue
EADV
Milan 2022

JPD

JOURNAL of **PLASTIC** *and Pathology* DERMATOLOGY



Official Journal of ISPLAD

Indexed in EMBASE/SCOPUS - ISSN 2035-0686

EDITOR in CHIEF
Antonino Di Pietro

Real-life survey on the use of injectable hyaluronic acid in cancer patients

Marina Romagnoli, Alda Malasoma, Giuseppe Scarcella, Antonino Di Pietro, Andrea Romani, Mariuccia Bucci, Elisabetta Perosino

The flight from Germany of Jewish dermatologists and the birth of the American dermatology

Stefano Veraldi

Late-onset Kaposiform hemangioendothelioma: report of two cases

Martina Tolone, Christine Bodemer, Sylvie Fraitag, Steven Paul Nisticò, Cataldo Patruno, Olivia Boccaro

Extramammary Paget disease of the perianal area: a case report

Gaia Fasano, Stefano Dastoli, Luigi Bennardo, Cataldo Patruno, Steven Paul Nisticò

Independent observation, on a sample of 94 patients, on the use of HA in aesthetic medicine. The dermatologist's point of view and the grade of patient satisfaction

Elisabetta Perosino, Valeria Colonna, Vittorio Crobeddu, Amalia D'Andrea, Nancy Dattola, Biagio De Vincentis, Antonino Di Pietro, Marco Guizzardi, Silvia Gurgone, Alda Malasoma, Matteo Melchionda, Claudia Menicanti, Ylenia Motta, Michele Pezza, Silvia Francesca Riva, Marina Romagnoli, Andrea Romani, Giuseppe Scarcella, Lucia Villa, Mariuccia Bucci

Informed consent in dermatology

Michele Pezza

Topical organic pure argan oil used on skin side effects of radioteraphy and chemoteraphy in a pediatric oncologic patients. Case report and review of the literature

Adele Sparavigna

Crusted Scabies: a case report

Chiara Del Re, Stefano Dastoli, Luigi Bennardo, Cataldo Patruno, Steven Paul Nisticò

Powered by

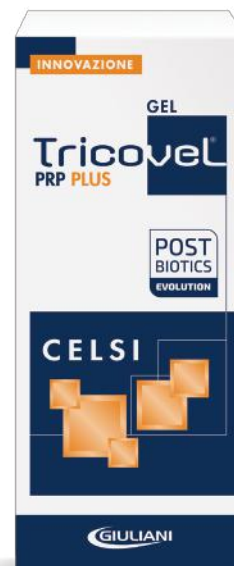


Tricovel[®]

PRP PLUS

L'ALTERNATIVA COSMETICA AL PRP AUTOLOGO

**NUOVA
FORMULA**

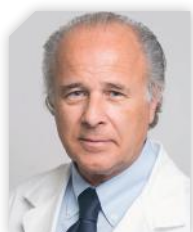


GIULIANI

RICERCA E INNOVAZIONE IN DERMATOLOGIA



International-Italian Society of Plastic-Regenerative and Oncologic Dermatology



Milan Capital of dermatology



Dear friends,
The most important event of the year has finally arrived: EADV in Milan.

Once again our beautiful Italian city is committed to hosting the European Dermatology Congress after the success achieved with the 2019 World Congress.

A unique and unrepeatable event.

A moment of confrontation and growth.

Also for this reason, the Journal of Plastic and Pathology Dermatology considered it right to publish a special issue.

Inside you will find very interesting and very topical articles.

I mention one for all: Real life survey on the use of injectable hyaluronic acid in cancer patients.

Coordinated by Dr. Romagnoli of Genoa who with the support of several Isplad dermatologists and Isplad president Dr. Mariuccia Bucci highlights the need for an innovative synergy between Dermatologist, Aesthetic Doctor, Plastic Surgeon and Oncologist in the treatment of the patient who has had to fight a terrible disease like cancer.

Thanks to this synergy it is possible to support the patient on a new path, giving them the possibility of reintegration into society with a renewed and stronger self-esteem.

You will find this extraordinary number as the event that we will experience for you all.

Happy reading.

Cari amici,

Finalmente è arrivato l'evento più importante dell'anno: EADV di Milano.

Ancora una volta la nostra bellissima città Italiana è impegnata a ospitare il Congresso Europeo di Dermatologia dopo il successo ottenuto con il Congresso Mondiale del 2019.

Un evento unico e irripetibile.

Un momento di confronto e crescita.

Anche per questo il Journal of Plastic and Pathology Dermatology ha ritenuto doveroso pubblicare una special issue.

All'interno troverete articoli interessantissimi e di grande attualità.

Ne cito uno per tutti: Real life survey on the use of injectable hyaluronic acid in cancer patients.

Coordinato dalla Dr.ssa Romagnoli di Genova che con il supporto di diversi dermatologi Isplad e del presidente Isplad Dr.ssa Mariuccia Bucci mette in luce la necessità di una sinergia innovativa tra Dermatologo, Medico estetico, Chirurgo plastico e Oncologo nel trattamento del paziente che ha dovuto combattere una malattia terribile come il cancro.

Grazie a questa sinergia è possibile supportare il paziente in un nuovo cammino, dando loro la possibilità di reinserimento nella società con una rinnovata e più forte autostima.

Troverete questo numero straordinario come l'evento che vivremo.

A tutti voi buona lettura.



Antonino Di Pietro
Founding president ISPLAD

Mariuccia Bucci
President ISPLAD



Primak

MIGLIORA IL MICROBIOTA,
COMBATTE L'ACNE LIEVE E MODERATA
IN 3 SEMPLICI STEP



WWW.GIULIANIPHARMA.COM
WWW.PRIMAK.IT

GIULIANI

EDITOR IN CHIEF

Antonino Di Pietro

CO-EDITORS

*Arrigo F.G. Cicero, Francesco Cusano, Ornella De Pità,
Andrea Fratter, Alessandro Martella, Alessandro Miani,
Andrea Romani, Antonino Trischitta*

ASSOCIATE EDITORS

*Mario Bellosta, Mariuccia Bucci, Franco Buttafarro,
Giulio Ferranti, Andrea Giacomelli, Alda Malasoma,
Bruno Mandalari, Steven Nisticò, Elisabetta Perosino,
Marina Romagnoli, Giuseppe Scarcella, Mario Tomassini*

BOARD

*Fabio Ayala, Lucia Brambilla, Carla Cardinali, Lucia Casula,
Giuseppe Cianchini, Valerio Cirfera, Alessandro Colletti,
Claudio Comacchi, Maria Teresa Corradin, Antonio Cristaudo,
Mario Cristofolini, Flora De Natale, Maria Pia De Padova,
Paolo Fabbri, Gabriella Fabbrocini, Fabrizio Fantini,
Elena Fiorentini, Saturnino Gasparini, Francesca Gaudiello,
Gian Luigi Giovene, Alberto Giudiceandrea, Filippo Maria
Larussa, Sandra Lorenzi, Piergiorgio Malagoli,
Giovanna Malara, Elvira Masturzo, Giovanni Menchini,
Giuseppe Micali, Giuseppe Monfrecola, Mario Motolese,
Annalisa Patrizi, Marzia Pellizzato, Michele Pezza,
Domenico Piccolo, Paolo Pigatto, Diego Pini, Bianca Maria
Piraccini, Corinna Rigoni, Fabio Rinaldi, Francesca Romano,
Elena Sammarco, Mario Santinami, Riccardo Sirna,
Elisabetta Sorbellini, Lucia Soreca, Adele Sparavigna,
Gianfranco Tajana, Antonella Tosti, Pio Turco,
Cleto Veller-Fornasa, Stefano Veraldi, Lucia Villa, Gianni Virno*

PLASTIC SURGERY EXPERIENCE

*Ruben Oddenino, Franz Barufaldi Preis, Maurizio
Cavallini, Daniel Cassuto, Antonello Tateo, Marco Kingler*

MANAGING EDITOR

AGDM

EDITOR IN CHIEF
Antonino Di Pietro

ADVERTISING
GLM media

DIGITAL & ISPLAD Secretariat
Be Wide S.r.l.
www.isplad.org

Registered with the Milan Court n. 102 of 14/02/2005
Fiderm S.r.l. - Via Plinio, 1 - 20129 Milan - Italy

Annual subscription (4 issues) Euro 60,00 shipping costs excluded
For informations write to: info@jpdjournal.com

Printed by: Ancora Arti Grafiche - Via B. Crespi, 30, 20159 Milano (MI)

Total or partial reproduction by any medium of articles, illustrations and pictures is prohibited unless expressly authorised in writing by the Publisher.
The Publisher does not respond to the opinion expressed by the Authors of the articles.
Pursuant to law 675/96 it is possible at any time to oppose the sending of the magazine by communicating its decision in writing to:
Fiderm S.r.l. - Via Plinio, 1 - 20129 Milan - Italy

CONTENTS

- pag. 117** *Real-life survey on the use of injectable hyaluronic acid in cancer patients*
Marina Romagnoli, Alda Malasoma, Giuseppe Scarcella, Antonino Di Pietro, Andrea Romani, Mariuccia Bucci, Elisabetta Perosino
- pag. 127** *The flight from Germany of Jewish dermatologists and the birth of the American dermatology*
Stefano Veraldi
- pag. 131** *Late-onset Kaposiform hemangioendothelioma: report of two cases*
Martina Tolone, Christine Bodemer, Sylvie Fraitag, Steven Paul Nisticò, Cataldo Patruino, Olivia Boccara
- pag. 135** *Extramammary Paget disease of the perianal area: a case report*
Gaia Fasano, Stefano Dastoli, Luigi Bennardo, Cataldo Patruino, Steven Paul Nisticò
- pag. 139** *Independent observation, on a sample of 94 patients, on the use of HA in aesthetic medicine. The dermatologist's point of view and the grade of patient satisfaction*
Elisabetta Perosino, Valeria Colonna, Vittorio Crobeddu, Amalia D'Andrea, Nancy Dattola, Biagio De Vincentis, Antonino Di Pietro, Marco Guizzardi, Silvia Gurgone, Alda Malasoma, Matteo Melchionda, Claudia Menicanti, Ylenia Motta, Michele Pezza, Silvia Francesca Riva, Marina Romagnoli, Andrea Romani, Giuseppe Scarcella, Lucia Villa, Mariuccia Bucci
- pag. 147** *Informed consent in dermatology*
Michele Pezza
- pag. 155** *Topical organic pure argan oil used on skin side effects of radioteraphy and chemoteraphy in a pediatric oncologic patients. Case report and review of the literature*
Adele Sparavigna
- pag. 167** *Crusted Scabies: a case report*
Chiara Del Re, Stefano Dastoli, Luigi Bennardo, Cataldo Patruino, Steven Paul Nisticò

Instructions from the authors are available at
www.isplad.org



Presidente

- [Alessandro Martella](#)
Tiggiano (LE)

Past President e Responsabile
Commerciale

- [Saturnino Gasparini](#) Terni

Consigliere, Vicepresidente
e Direttore Scientifico

- [Gian Luigi Giovane](#) Perugia

Consigliere e Segretario

- [Federica Osti](#) Ferrara

Consigliere e Responsabile
Commerciale

- [Domenico Piccolo](#) L'Aquila

Consigliere e Tesoriere

- [Lucia Villa S. Benedetto del Tronto](#)
(AP)

Consiglieri

- [Giovanni Menchini](#) Pisa
- [Stefania Pizzigoni](#) Parma
- [Gianni Virno](#) Ventimiglia (IM)

Probiviri

- [Salvatore Scioscioli](#)
Salsomaggiore (PR)

Coordinatori Regionali

- [Davide Basso](#) Genova - Liguria
- [Floria Bertolini](#) Padova - Veneto
- [Federica Bianchi](#)
Domagnano (RSM) - Emilia Romagna
- [Marianna Breda](#) Pescara - Abruzzo
- [Mario Dastoli](#) Corigliano Calabro (CS)
- Calabria

Welcome to Italy!

Dear colleagues, welcome to Milan, welcome to Italy. I, as President of AIDA, and the whole Italian Association of Outpatient Dermatologists wish you all a wonderful Congress, that these EADV in Milan bring a real moment of growth and professional comparison in the dermatological field.

Cari colleghi bevenuti a Milano, benvenuti in Italia. Io, in qualità di Presidente AIDA, e tutta l'Associazione Italiana dei Dermatologi Ambulatoriali augura a tutti voi un bellissimo Congresso, che queste EADV di Milano portino un vero momento di crescita e confronto professionale in ambito dermatologico.

Alessandro Martella
Presidente AIDA

- [Emanuele Di Pierri](#) Taranto - Puglia
- [Emilio Dognini](#) Brescia - Lombardia
- [Giulio Ferranti](#) Roma - Lazio
- [Dimitra Kostaki](#) Roma - Lazio
- [Gian Piero Lozzi](#) Montefiascone (VT)
- Lazio
- [Piergiorgio Malagoli](#) Milano -
Lombardia
- [Marco Menchini S. Giustino Valdarno](#)
(AR) - Toscana
- [Silvia Panigalli](#) Thiene (VI) - Veneto
- [Maria Elena Parlangei](#) Ponzano (TV) -
Veneto

- [Ivana Romano Alezio](#) (LE) - Puglia
- [Marco Rosati](#) Cantiano (PU) - Marche
- [Renato Rossi](#) Ostra Vetere (AN) -
Marche
- [Nadia Russo](#) Napoli - Campania
- [Viviana Schiavone](#) Orbassano (TO) -
Piemonte
- [Franco Stocchi](#) Perugia - Umbria
- [Margherita Terranova](#) Catania - Sicilia
- [Romina Testa](#) Terni - Umbria
- [Bianca Maria Grazia Zolo](#) Sassari -
Sardegna



Presidente

• Antonino Trischitta

Vicepresident

• Flora De Natale
• Elvira Masturzo

Consiglieri

• Elena Sammarco
• Francesca Gaudiello

Segretario

• Alighiero Caputo

Tesoriere

• Michele Pezza

Responsabile
Scientifico

• Antonino Trischitta

L'organigramma completo
sarà pubblicato
sul JPD n 4 del 2022

*Dear friends and colleagues,
after the summer holidays we are already back in full working activity but also committed to organizing the next update meetings and new initiatives in favor of our profession. In this regard, I would like to remind, and not only the almost 350 ADECA members, the imminence of the ADECA 2022 Congress, which will also be an opportunity for the Presidents and representatives of the various Italian Dermatology Societies and Associations to meet to discuss some important issues for our protection and above all for our patients: the hope is that protection will finally be able to make a common front for the particular profession of the dermatological profession, abuse of the dermatological profession, fake news spread on various information channels and social networks) regarding "miraculous" dermatological treatments and cures, limiting unfounded medical-legal disputes and fueled by "specialized" law firms, safeguarding the future of dermatology and the new generations of dermatologists, adopting common initiatives and acting as spokespersons for the entire category at institutional offices most suitable.*

There will be a lot of work to do in this regard, but good will and trust are not lacking, so TOGETHER we will succeed.

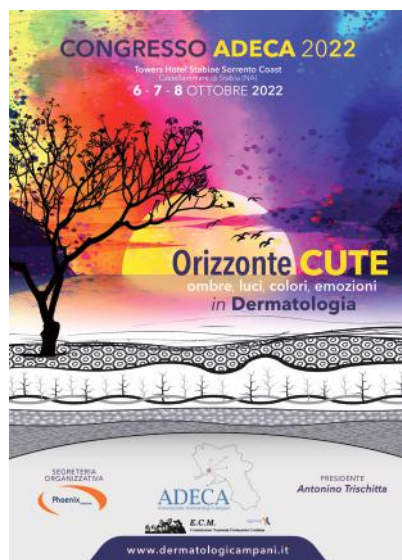
A warm greeting

Cari amici e colleghi,
finite le vacanze estive siamo già tornati in piena attività lavorativa ma anche impegnati ad organizzare i prossimi incontri di aggiornamento e le nuove iniziative a favore della nostra professione. A tale proposito mi preme ricordare, e non solo ai quasi 350 soci ADECA, l'imminenza del Congresso ADECA 2022, che sarà anche un'occasione di incontro tra i Presidenti e referenti delle diverse Società e Associazioni italiane di Dermatologia per discutere di alcuni importanti temi a tutela della nostra professione e soprattutto dei nostri pazienti: l'auspicio è che si riesca finalmente a fare fronte comune per contrastare l'abuso della professione e in particolare della specialità dermatologica, arginare la pubblicità ingannevole e le fake news (purtroppo sempre più diffuse sui vari canali di informazione e social network) riguardo "miracolosi" trattamenti e cure dermatologiche, limitare i contenziosi medico-legali infondati e alimentati da studi legali "specializzati", salvaguardare il futuro della Dermatologia e delle nuove generazioni di dermatologi, adottando iniziative comuni e facendosi portavoce dell'intera categoria presso le sedi istituzionali più idonee.

Ci sarà molto da lavorare in tal senso, ma la buona volontà e la fiducia non ci mancano per cui INSIEME ce la faremo.

Un caro saluto

Antonino Trischitta
Presidente ADECA





Il Consiglio Direttivo SINut



Presidente

- [Arrigo F. G. Cicero](#)

*Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche
Università degli Studi di Bologna*

Vice Presidente

- [Giovanni Scapagnini](#)

*Dipartimento di Medicina e Scienze per la Salute
Università del Molise, Campobasso*

Presidente Onorario

- [Cesare Sirtori](#)

A.O. Niguarda Ca' Granda Milano

Segretario Generale

- [Maria Antonietta Bianchi](#)

*U.O. Qualità e Nutrizione, Stili ed Educazione Alimentare ASL
Varese*

Consiglieri

- [Maurizio Fadda](#)

Città della Salute e della Scienza Torino

- [Davide Grassi](#)

Università degli Studi de l'Aquila

- [Gianni Sagratini](#)

Università di Camerino (MC)

- [Gianluca Scuderi](#)

*Università La Sapienza, Roma - Facoltà
di Medicina e Psicologia*

- [Manfredi Rizzo](#)

Dipartimento di Medicina Interna - Università di Palermo

- [Giuseppe Ventriglia](#)

Torino

Coordinatore editoriale

di Pharmanutrition & Functional Foods

- [Alessandro Colletti](#)

Milano

XII Congresso Nazionale SINut - Bologna, 15-17 settembre 2022 / Call for Abstract





SIFNut Scientific Board



President

• [Andrea Fratter](#)

• [Giancarlo Cravotto](#)

Full Professor of Organic Chemistry,
Department of Drugs Science and
Technology, University of Turin

• [Anna Arnoldi](#)

Full Professor of Foods Chemistry,
Department of Pharmaceutical Sciences,
University of Milan

• [Andrea Cignarella](#)

Associate Professor of Pharmacology,
Faculty of Pharmacy, Department of
Medicine, University of Padova

• [Alma Martelli](#)

Associate Professor of Pharmacology,
Department of Pharmaceutical Sciences,
University of Pisa

• [Lara Testai](#)

Associate Professor of Pharmacology,
Department of Pharmaceutical Sciences,
University of Pisa

• [Massimiliano Ruscica](#)

Associate Professor of General Pathology,
Department of Pharmacologic and
Biomolecular sciences, University of Milan

• [Marco Biagi](#)

Director of Pharmaceutical Biology Lab,
Pharmaceutical Biology Department,
University of Siena



Milano, 23 Settembre 2022





Presidente

• [Alessandro Mian](#)



Vice Presidente

• [Prisco Piscitelli](#)

Presidente Comitato

Scientifico

• [Antonio Felice Uricchio](#)

Europe is changing its skin

Even a continent as old as Europe is changing its skin and perhaps more rapidly than might have been expected. The resumption of intercontinental mobility (after the two dramatic years of pandemic blockade due to COVID) as well as that of massive migratory flows from the South of the world, widely increases the range clinical cases, with the appearance of zoonoses linked to anthropogenic imbalances in ecosystems (such as the recent monkeypox) or the recurrence of diseases - including skin or venereal conditions - considered as disappeared or at least unusual. In a few months, in the year of Gorbachev's death, we have passed from the end of the Cold War to the reappearance of atomic threats and risks of nuclear accidents, whose dramatic consequences on "the skin of mankind" we hope to never tolerate again after the atomic bombs on Japan or the Chernobyl and Fukushima disasters. Reading the Latin and Greek classics, as well as the history books and according to human physiology, we realize that the humans do not change skin and remain identical to themselves over the centuries, capable of generating wonderful dreams and inflict deep wounds. It is up to us to heal these scars without stopping on the surface, but trying to establish a true relationship with our patients.

Anche un continente vecchio come l'Europa sta cambiando pelle e forse più rapidamente di quanto ci si potesse aspettare. La ripresa della mobilità intercontinentale dopo i due drammatici anni di blocco pandemico dovuto al COVID, così come la ripresa di massicci flussi migratori dal Sud del mondo, rendono sempre più variegata le nostre casistiche cliniche, col comparire di zoonosi collegate agli squilibri causati dall'uomo sugli ecosistemi (come il vaiolo delle scimmie) o il ripresentarsi di patologie – anche cutanee o veneree – a torto ritenute scomparse o quanto meno inusuali. In pochi mesi, nell'anno della scomparsa di Gorbaciov, si è passati dalla fine della guerra fredda al riproporsi di minacce e rischi d'incidenti nucleari, le cui drammatiche conseguenze sulla "pelle del genere umano" speriamo di non dover mai più tollerare dopo le bombe atomiche sul Giappone o le catastrofi di Chernobyl e Fukushima. Leggendo i classici latini e greci, così come i libri di storia e in ossequio alla fisiologia umana, ci si rende conto che l'essere umano non cambia mai pelle e rimane nei secoli identico a sé stesso, capace di generare meravigliosi sogni e infliggere ferite profonde a sé stesso e agli altri. A noi il compito di guarire queste cicatrici senza fermarci in superficie, ma provando a stabilire un vero rapporto coi nostri pazienti.

Alessandro Miani
Presidente SIMA

Prisco Priscitelli
Vice Presidente SIMA



It's time to resume work!

The recovery from the summer break offers new professional stimuli both from a technical point of view and from the point of view of patient management. The efforts made to study less and less invasive techniques without compromising the aesthetic results have contributed to greater satisfaction for patients and a decline, albeit still modest, in legal disputes.

At the international level, the topic continues to arouse great interest as evidenced by the various conferences that devote large areas of discussion to the subject. The management of the patient in the post-covid era is of equal interest. After the long period of lockdown due to the pandemic presence, the questions relating to the vaccine and covid 19 aftermath raise reflections on the post-surgical complications and on the recovery times of our patients.

It is time to resume work with renewed energy.

Presidente

- Ruben Oddenino

Segretario

- Edoardo Garassino

Tesoriere

- Alberto Peroni Ranchet

Consiglieri

- Franz Baruffaldi Preis
- Antonello Tateo
- Pierluigi Gibelli
- Daniele Blandini
- Nicola Pepe (responsabile Centro Italia)

La ripresa dalla pausa estiva ripropone nuovi stimoli professionali sia dal punto di vista tecnico che sotto il profilo della gestione del paziente.

L'impegno profuso a studiare tecniche sempre meno invasive senza per questo andare a discapito dei risultati estetici ha contribuito ad una maggior soddisfazione per i pazienti e ad una flessione, seppur ancora modesta, delle vertenze giudiziarie.

A livello internazionale la tematica continua a destare grande interesse così come testimoniano i vari convegni che dedicano ampie aree di discussione alla materia. Altrettanto interesse suscita la gestione del paziente nell'era post-covid. Conclusosi il lungo periodo di lockdown dovuto alla presenza pandemica, gli interrogativi relativi agli strascichi vaccinali e da Covid-19 pongono riflessioni sulle complicanze post chirurgiche e sui tempi di guarigione dei nostri pazienti.

È ora di riprendere i lavori con rinnovata energia.

Ruben Oddenino
Presidente ASSECE

REPIGMA

lycomplex



INNOVATIVO INTEGRATORE ALIMENTARE

con **L-Fenilalanina**, **PABA** e **Coenzima Q10** in associazione a **Vitamine del Gruppo B, C ed E**, **Rame** e **Licopene Biologico***

Dai Laboratori di Ricerca Licofarma nasce una innovativa **formula potenziata**, specificatamente studiata per stimolare una **uniforme pigmentazione della pelle** e particolarmente utile in tutti quei casi in cui è necessario **riequilibrare la carenza del pigmento cutaneo** come, ad esempio, **in presenza di vitiligine e macchie cutanee**. Il **complesso multivitaminico e multinutriente** di **Repigma Lycomplex** associa principi attivi naturali che, sulla base di numerosi studi scientifici e test clinici, hanno dimostrato la loro efficacia nel trattamento dei disturbi di pigmentazione della pelle oltre che dei capelli.

- L-Fenilalanina **precursore della Melanina**, pigmento responsabile del colore della pelle.
- **PABA (Acido Para-Aminobenzoico)** partecipa alla sintesi della Melanina.
- **Coenzima Q10**, coenzima utile alla respirazione e rigenerazione cellulare della pelle.
- **Vitamine del Gruppo B** nutrienti specifici e fondamentali per la salute della pelle.
- **Vitamine C ed E** fondamentali per la loro azione antiossidante.
- **Rame** oligoelemento essenziale per la normale pigmentazione di pelle e capelli.
- **Licopene Biologico** dalla preziosa azione antiossidante mirata a proteggere i melanociti (cellule che contengono la melanina) dall'azione dei radicali liberi.

*Il licopene contenuto in Repigma Lycomplex è l'unico al mondo certificato biologico (**Brevetto Licofarma**).

Il **licopene biologico**, a differenza del licopene naturale che può contenere tracce di sostanze chimiche sintetiche (pesticidi, altri) è privo di composti chimici di sintesi (solventi e/o pesticidi) e presenta una maggiore biodisponibilità dovuta anche alle sue dimensioni cristalline molto ridotte.

PRODOTTO
NATURALE
SENZA
COLORANTI



CAPSULA VEGETALE SENZA GLUTINE SENZA LATTOSIO

CODICE MINISTERO DELLA SALUTE
Registro degli Integratori: **115570**

PER RITROVARE LA PIGMENTAZIONE NATURALE DELLA TUA PELLE

Prodotto e distribuito da **LICOFARMA** Cosmetic & Dietary Supplement Via Lecce 90/92, Galatina (LE), Aut. Stab. CE IT AIP 160 50. Disponibile su www.licofarma.com

Real-life survey on the use of injectable hyaluronic acid in cancer patients



MARINA ROMAGNOLI

Indagine conoscitiva real-life sull'uso dell'acido ialuronico iniettabile nel paziente oncologico

• Marina Romagnoli¹ • Alda Malasoma² • Giuseppe Scarcella³ • Antonino Di Pietro⁴ • Andrea Romani⁵ • Mariuccia Bucci⁶ • Elisabetta Perosino⁷

SUMMARY

Real-life survey investigation on the use of injectable HA, in the different compositions in the patient undergoing cancer therapy.

The importance of collaboration between Dermatologist, Aesthetic Doctor and Oncologist to support the patient in the fight against cancer. The importance of aesthetic treatment that supports the patient's psyche and their quality of life during /after illness and cancer treatment.

KEYWORDS

Ha, hyaluronic acid, cancer patients, derma filler, skin, skin health in a cancer patients, biostimulation, aesthetic dermatology

PREMESSA

L'uso dell'acido ialuronico iniettabile è tra le procedure più utilizzate in dermatologia cosmetologica e correttiva.

Da una recente indagine si evince che, in Italia, costituisce il 39,2% delle pratiche non chirurgiche.

Il suo scopo è quello di colmare difetti dei tessuti molli quali rughe, solchi e volumi e di ripristinare elasticità, turgore ed idratazione della cute laddove carenti.

I pazienti oncologici costituiscono una categoria in aumento grazie a tecniche

diagnostiche e terapie sempre più efficaci nel permettere loro una diagnosi precoce ed una maggiore sopravvivenza.

In Italia si stima costituiscano più del 6% della popolazione (dati AIOM 2018) e tra coloro vi sono pazienti le cui aspettative di vita sono tali da rendere il cancro una patologia cronica controllata dalla terapia.

In questo contesto appare evidente che immediatamente dopo la sopravvivenza, la qualità della vita del paziente oncologico debba costituire una priorità collettiva di tutte le figure professionali che gestiscono le varie fasi della malattia dalla

Dermatologo ISPLAD,
1 Genova, 2 Pisa, 3 Verona,
4 Milano, 5 Montecatini (PT),
6 Sesto San Giovanni (MI)
7 Roma

diagnosi al percorso terapeutico alla gestione degli effetti collaterali delle terapie, agli aspetti psicologici ed al reinserimento di questi malati nel tessuto sociale, affettivo e lavorativo.

Annessi cutanei e cute sono tra i target preferiti degli eventi avversi dei farmaci oncologici ed il paziente oncologico molto spesso, così come rilevato anche in indagini sulle loro necessità, richiede al Medico un aspetto “non malato” che lo aiuti ad affrontare la quotidianità correggendo le stimmate della malattia o permettendo la ripresa di trattamenti estetici interrotti dalla malattia stessa.

In quest’ottica il ricorso a procedure cosmetologiche, tra cui gli iniettabili contenenti acido ialuronico in diverse formulazioni, costituisce uno dei temi su cui è necessario interrogarsi nell’ottica di una linea comportamentale condivisa tra il Dermatologo, il Medico estetico, il Chirurgo plastico e l’Oncologo con lo scopo di garantire sicurezza ed efficacia della cura in un paziente per definizione “fragile”. Scopo di questa terapia è il miglioramento del benessere psico fisico, fondamentale per una buona qualità della vita, capace anche di un risvolto favorevole per una maggiore compliance terapeutica ed ad una maggiore probabilità di guarigione.

Materiali e metodi

L’indagine si è basata sull’invio e compilazione online di un questionario a cui hanno risposto spontaneamente e in totale libertà, 120 Medici tra Dermatologi, Chirurghi plastici, Medici estetici e Oncologi distribuiti sul territorio Italiano. Destinatari del questionario sono stati Dermatologi soci ISPLAD (International Society of Plastic and Aesthetic Dermatology) e medici facenti parte di un gruppo,

Help Securitymed, costituitosi online durante l’emergenza Covid con lo scopo di scambiare consigli ed opinioni inerenti la medicina estetica.

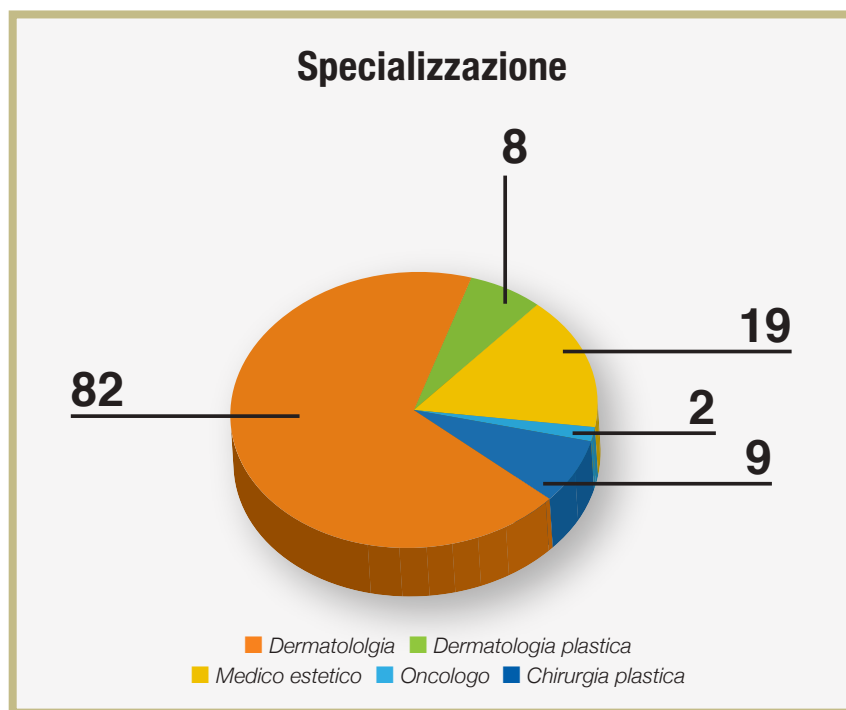
Il questionario diviso in due parti verteva nella prima al raccoglimento di dati sulle competenze e tipologia di trattamenti eseguiti dal Medico compilatore, nella seconda parte venivano invece poste domande specifiche sul trattamento con acido ialuronico iniettivo nel paziente oncologico.

Domande e risposte

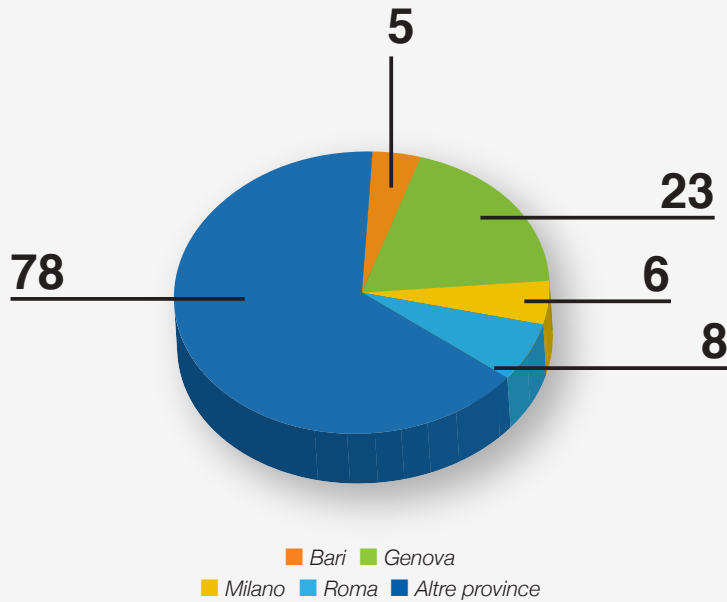
Di seguito troverete le domande presenti nel questionario e inoltrate ai 120 Medici e le loro risposte (sottoforma di grafico) e una piccola considerazione relativa ai risultati del grafico stesso.

→ Qual è la sua specializzazione?

Ovviamente la divisione per specializzazione non stupisce, il Dermatologo risulta essere numericamente il più significativo, segue il medico Estetico, il Chirurgo plastico e infine l’Oncologo.



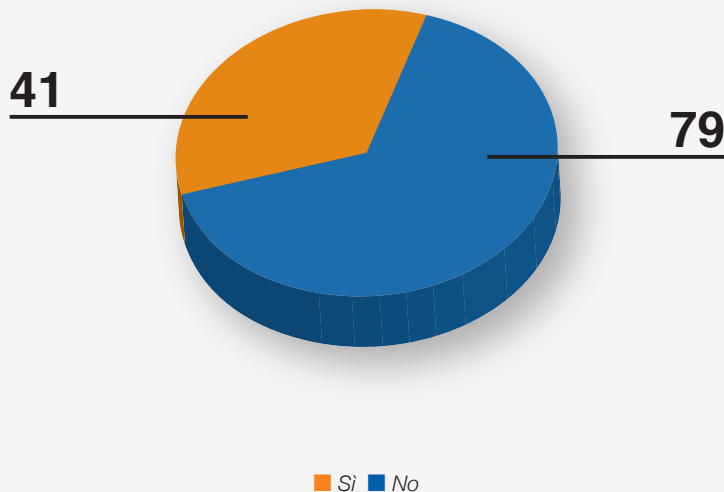
Città di lavoro



→ In che città esercita la sua professione?

La distribuzione, sul territori italiano, dei Medici che hanno aderito alla ricerca è ampia e copre tutte le regioni con alcune città che spiccano per rappresentazione numerica.

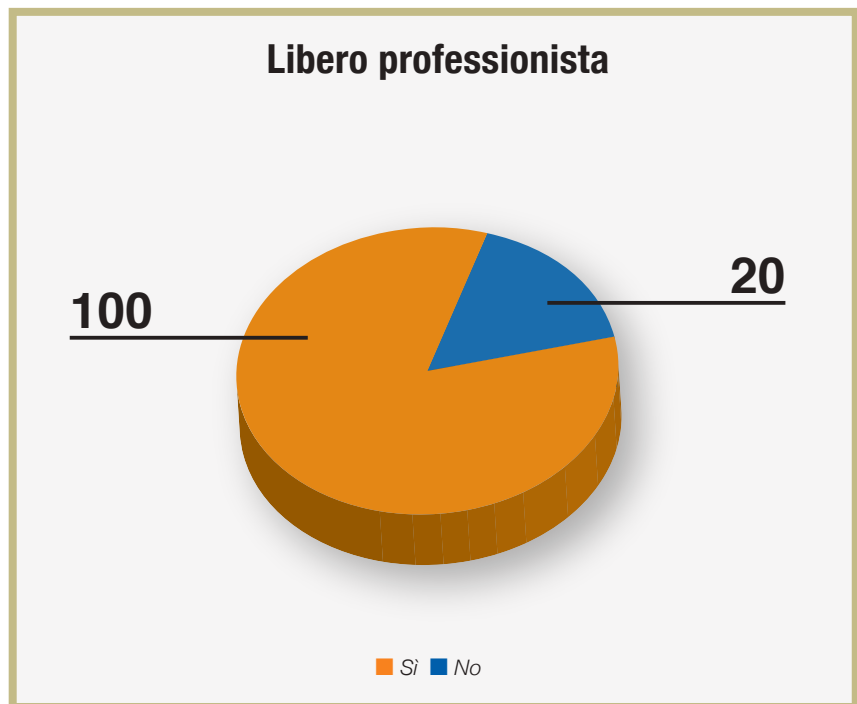
SSN



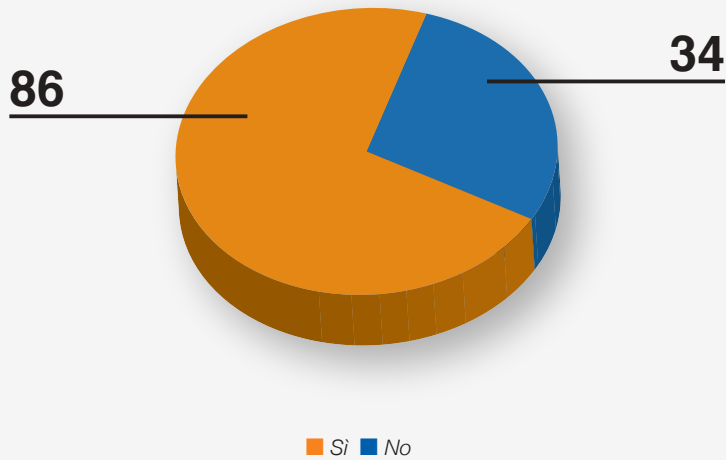
→ Esercita anche con il SSN?

Questo dato è molto interessante, circa l' 35% esercita anche con SSN.

→ **Esegue la sua attività come libero professionista?**
È evidente che l'80% esegue la sua attività come libero professionista.



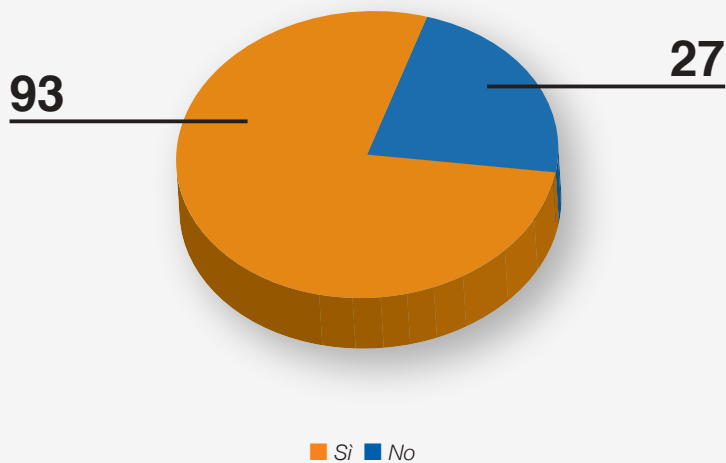
Utilizzo alte tecnologie



→ **Nello svolgimento del suo lavoro utilizza strumenti ad alte tecnologie?**

Circa il 75% del campione utilizza tecnologie d'avanguardia.

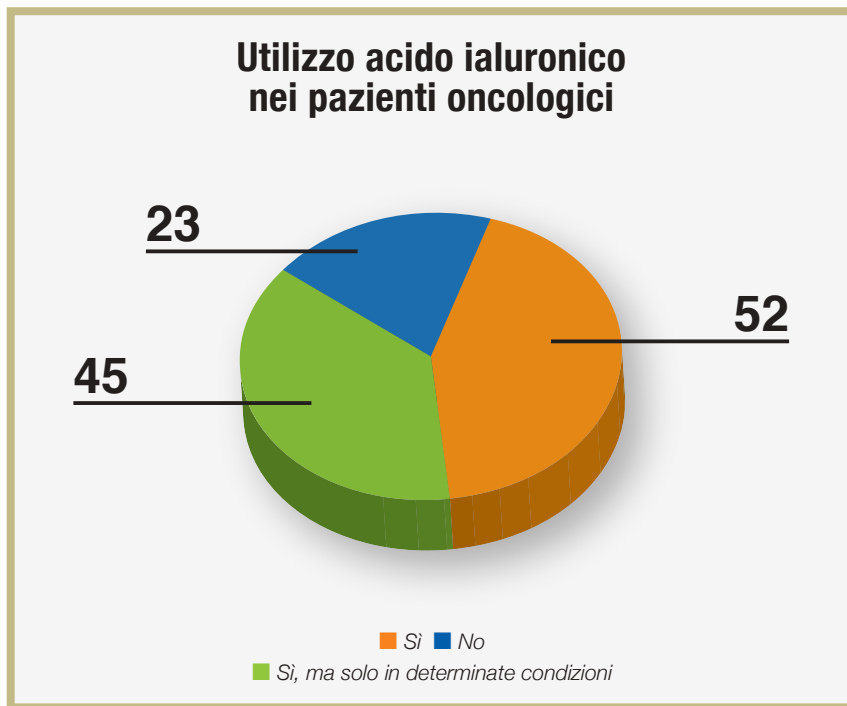
Trattamenti acido ialuronico



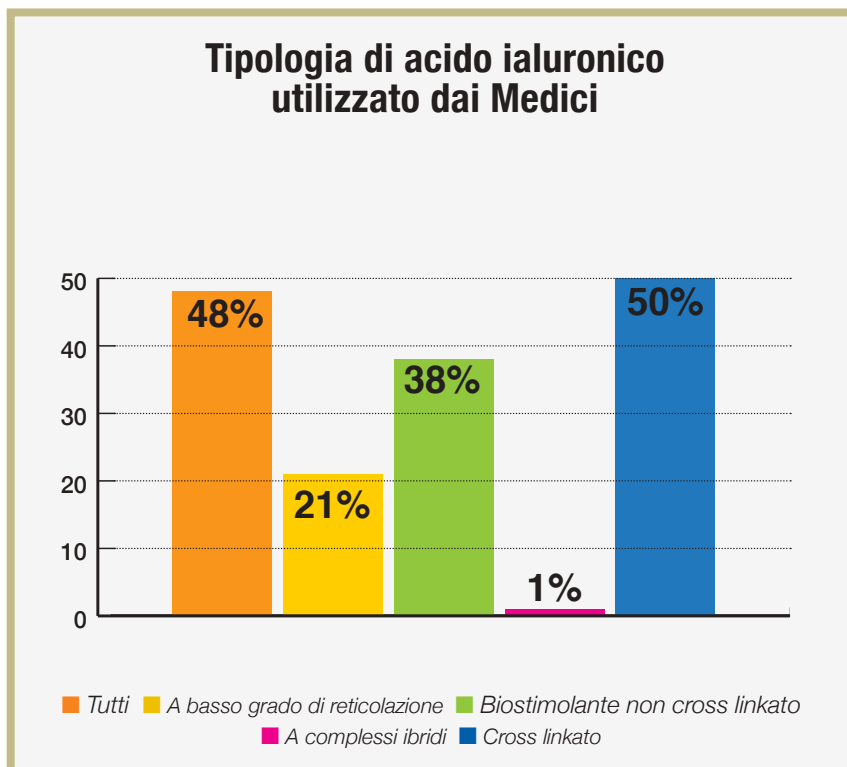
→ **Esegue trattamenti con acido ialuronico?**

Circa il 78% utilizza acido ialuronico.

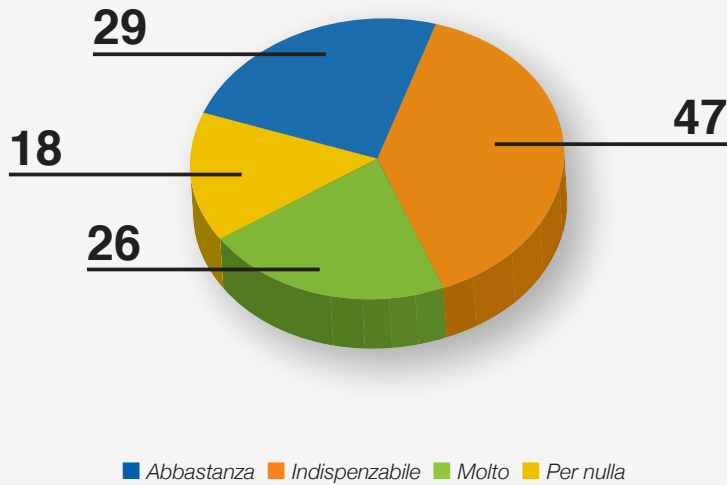
→ **Utilizza o utilizzerebbe acido ialuronico nei pazienti oncologici?**
 Globalmente circa l'80% utilizza acido ialuronico.



→ **Se sì quale tipologia di acido ialuronico utilizzerebbe?**
 Di seguito le scelte dei Medici:
 È evidente da queste percentuali, riferite al campione di 120 Medici, che la maggior parte di essi utilizza più tipologie di HA



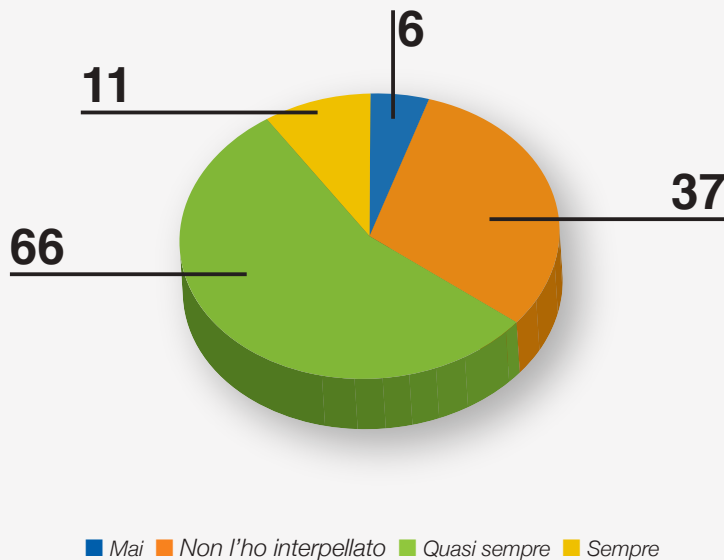
L'importanza dell'acquisizione del consenso dell'oncologo



→ Nel paziente oncologico quanto ritiene importante acquisire il consenso dell'Oncologo prima del trattamento con acido ialuronico?

Appare evidente che circa l'80% reputa importante l'acquisizione del consenso dell'Oncologo prima del trattamento con acido ialuronico solo il 25% lo reputa per nulla importante.

Parere dell'Oncologo sul trattamento con l'acido ialuronico



→ Nella sua esperienza l'Oncologo si è dimostrato favorevole ai trattamenti con acido ialuronico?

In più del 50% dei casi l'Oncologo si è dimostrato favorevole ai trattamenti con l'acido ialuronico, il dato che fa più riflettere è che più del 25% dei Medici non ha interpellato l'Oncologo.

Risultati e conclusioni

A fronte della scarsità di dati della letteratura scientifica sull'uso dell'acido ialuronico nei pazienti fragili come quelli oncologici, nella real-life il ricorso a questa procedura medica appare consolidato.

Le uniche raccomandazioni conosciute consigliano l'astensione da questa procedura nei sei mesi successivi al termine della chemioterapia.

È nostra convinzione però che questa regola debba essere riconsiderata alla luce della varietà di formulazioni di acido ialuronico attualmente disponibili e della varietà di terapie oncologiche, oltre alla chemioterapia tradizionale, a cui questi pazienti vengono sottoposti, a volte anche per tutta la vita.

Nell'ottica quindi di non privare il paziente oncologico di un supporto terapeutico importante per il suo benessere psico fisico nè tantomeno di esporlo ad un rischio di eventi avversi più elevato rispetto allo standard dei trattamenti iniettivi con Acido Ialuronico, pensiamo sia fondamentale un aggiornamento delle attuali indicazioni condiviso tra Oncologo e Medico iniettore.

Linee di comportamento generali basate sulla terapia oncologica pregressa o in corso, non potranno comunque sostituire la consulenza multidisciplinare tra Oncologo e il Medico che esegue materialmente il trattamento al fine di costruire il programma terapeutico sulle specifiche esigenze del singolo paziente. Il Dermatologo, il Medico estetico, il Chirurgo plastico devono creare una sinergia forte con l'Oncologo per aiutare i pazienti oncologici a vincere questa tremenda battaglia, con orgoglio e autostima, per un pronto nuovo inserimento nella società ed il raggiungimento di una quotidianità il più possibile normale. Seppur con i limiti dell'indagine estemporanea su un limitato numero di Medici pensiamo che questa ricerca sulla real-life possa contribuire alla sensibilizzazione di molti colleghi su questo delicato tema.

Sarà tema dei nostri futuri incontri congressuali cercare questa sinergia ed fornire qualificate competenze a tutti i Medici che si vorranno avvicinare alle problematiche dei pazienti oncologici.

RECOMMENDED READING

- Waldman A, Maisel A, Weil A, et al. *Patients believe that cosmetic procedures affect their quality of life: an interview study of patient-reported motivations.* *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(6):1671-1681.
- Deutsch A, Leboef NR, Lacouture ME, McLellan BN. *Derma-tologic adverse events of systemic anticancer therapies: cytotoxic chemotherapy, targeted therapy, and immuno- therapy.* *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2020;40:485-500.
- Wei C, Bovonratwet P, Gu A, Moawad G, Silverberg JI, Friedman AJ. *Spironolactone use does not increase the risk of female breast cancer recurrence: a retrospective analysis.* *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(4):1021-1027.
- Goswami S, Peipert BJ, Mongelli MN, et al. *Clinical factors associated with worse quality-of-life scores in United States thyroid cancer survivors.* *Surgery.* 2019;166:69-74.
- Naspolini AP, Boza JC, da Silva VD, Cestari TF. *Efficacy of microneedling versus fractional non-ablative laser to treat striae alba: a randomized study.* *Am J Clin Dermatol.* 2019; 20(2):277-287.
- Soliman M, Soliman MM, El-Tawdy A, Shorbagy HS. *Efficacy of fractional carbon dioxide laser versus microneedling in the treatment of striae distensae.* *J Cosmet Laser Ther.* 2019;21(5): 270-277.
- Yan BY, Hibler BP, Day RA, Myskowski PL, Rossi AM. *Treatment of facial lipoatrophy secondary to subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma.* *Dermatol Surg.* 2019;46: 702-704.

- Sobhi RM, Mohamed IS, El Sharkawy DA, El Fattah MA, El Wahab A. Comparative study between the efficacy of fractional micro-needle radiofrequency and fractional CO2 laser in the treatment of striae distensae. *Lasers Med Sci.* 2019;34(7):1295-1304.
- Lipner SR. Rethinking biotin therapy for hair, nail, and skin disorders. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(6):1236-1238.
- Freites-Martinez A, Shapiro J, van den Hurk C, et al. Hair disorders in cancer survivors. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(5): 1199-1213.
- Freites-Martinez A, Chan D, Sibaud V, et al. Assessment of quality of life and treatment outcomes of patients with persistent postchemotherapy alopecia. *JAMA Dermatol.* 2019; 155:724-728.
- Rozner RN, Freites-Martinez A, Shapiro J, Geer EB, Goldfarb S, Lacouture ME. Safety of 5 α -reductase inhibitors and spiro-nolactone in breast cancer patients receiving endocrine therapies. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;174(1):15-26.
- Hoffmann T, Correa-Fissmer M, Soares Duarte C. Prevalence of dermatological complaints in patients undergoing treatment for breast cancer. *An Bras Dermatol.* 2018;93(3):362- 367.
- Olsson M, Enskär K, Steineck G, Wilderäng U, Jarfelt M. Self-perceived physical attractiveness in relation to scars among adolescent and young adult cancer survivors: a population-based study. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2018;7(3):358-366.
- Voci A, Lee D, Ho E, Crane-Okada R, DiNome M. Impact of port site scar on perception of patients with breast cancer: patient-reported outcomes. *Breast Cancer Res Treat.* 2018; 170(3):569-572.
- Maisel A, Waldman A, Furlan K, et al. Self-reported patient motivations for seeking cosmetic procedures. *JAMA Dermatol.* 2018;154(10):1167-1174.
- Duxbury PJ, Gandhi A, Kirwan CC, Jain Y, Harvey JR. Current attitudes to breast reconstruction surgery for women at risk of post-mastectomy radiotherapy: A survey of UK breast surgeons. *Breast.* 2015;24(4):502-512.
- Vargas CR, Ganor O, Semnack M, Lin SJ, Tobias AM, Lee BT. Patient preferences in access to breast reconstruction. *J Surg Res.* 2015;195(2):412-417.
- Bowen GA. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. *Qual Res.* 2008;8(1):137-152.
- Marina Romagnoli, Magda Belmontesi. *Hyaluronic acid-based fillers: theory and practice* 2008 Mar-Apr;26(2):123-59. doi: 10.1016/j.clinidermatol.2007.09.001
- Magda Belmontesi, Francesca De Angelis, Carlo Di Gregorio, Ivano Iozzo, Marina Romagnoli, Giovanni Salti, Matteo Tretti Clementoni. *Injectable Non-Animal Stabilized Hyaluronic Acid as a Skin Quality Booster: An Expert Panel Consensus* *J Drugs Dermatol* 2018 Jan 1;17(1):83-88

ALUSAC®

La prima MASCHERA DERMATOLOGICA con ARGILLA VERDE e ALUSIL per gli inestetismi della pelle impura, mista, grassa e a tendenza acneica



Per VISO e CORPO

DERMOCOSMETICO DERMATOLOGICO CONTRO L'ACNE GIOVANILE e ADULTA

RISULTATI DOPO LA PRIMA APPLICAZIONE

RISULTATO
OPACIZZANTE*



RISULTATO
CUTE LEVIGATA*



DIMINUIZIONE
SEBO**



DOPO 14 GIORNI

DIMINUIZIONE
ROSSORE CUTANEO*



Il rossore cutaneo si riduce
nel 60% dei volontari*

COMPLESSO ALUSIL

MICROSPUGNE DI ARGENTO azione antimicrobica

ALUKINA complesso brevettato

- Allume di potassio azione sebo normalizzante dalle proprietà antisettiche
- Acido Glicirretico azione lenitiva
- Vitamina A favorisce il ricambio cellulare

COMPLETANO LA FORMULA:

ARGILLA VERDE di origine minerale, con proprietà dermopurificanti, detossinanti e adsorbenti il sebo

MORINGA OLEIFERA pianta tropicale con proprietà purificanti, l'estratto dei semi ha mostrato in vitro attività antimicrobica

MENTA PIPERITA con proprietà rinfrescanti, dermopurificanti, seboregolatrici, in grado di contribuire a ridurre le irritazioni cutanee tipiche delle pelli acneiche

* Test clinico eseguito su volontari di età compresa tra i 18 e i 40 anni

** Test di efficacia strumentale eseguito su volontari di età compresa tra i 18 e i 40 anni

In farmacia, parafarmacia e online alusac.com @alusac_ #alusac



The flight from Germany of Jewish dermatologists and the birth of the American dermatology



STEFANO VERALDI

• Stefano Veraldi¹

SUMMARY

From 1933, many Jewish dermatologists were forced to leave Germany because of abuse of power by the Nazi regime. Most of these dermatologists emigrated to United States, where gave an important input to the birth of modern American dermatology.

KEYWORDS

Germany, National Socialism, Jewish Dermatologists, United States

In 1983, two articles were published about the tribulations of German Jewish dermatologists during the National Socialism.^{1,2} From then on, other articles were published on this topic.³⁻²⁰ In 1933, there were in Germany 525.000 Jews, i.e., approximately 0.8% of the total population.⁶ However, the percentage of Jewish physicians was 16%.⁶ The percentage of Jewish physicians in various disciplines was as follows: dermatologists: 25%; pediatricians: 21%; gynecologists: 17%; internists: 15%; ophthalmologists: 14%; otolaryngologists: 14%.⁶ Again in 1933, there were 569 Jewish dermatologists: they were 36 out of 54 total dermatologists (66.7%) in Breslau; 33/54 (61.1%) in Frankfurt; 229/428 (53.5%) in Berlin; 9/20 (45%) in Mannheim and 44/101

(43.6%) in Hamburg.⁹ One year later, the number of Jewish dermatologists significantly decreased: from 36 to 27 in Breslau; from 229 to 188 in Berlin and from 44 to 30 in Hamburg.

In September 30, 1938, Jewish physicians were prohibited to practice medicine. What was the fate of Jewish dermatologists during the National Socialism?: 259 of them (60%) emigrated; 61 (14.1%) died in Germany; 57 (13.2%) died in concentration camps; 25 (5.8%) survived because they married a non-Jewish husband/wife or they hid [the latter was the case of Erich Langer (1891 – 1957)];¹⁷ 17 (3.9%) presumed emigrated and 13 (3%) committed suicide.⁹ Famous Jewish dermatologists who died in concentration camps were Karl Herxheimer (1861 –

¹Department of Pathophysiology and Transplantation, Università degli Studi, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy

Theresienstadt, 1942), Abraham Buschke (1868 – Theresienstadt, 1943), Paul Freund (1868 – Theresienstadt, 1942), Wilhelm Auerbach (1873 – Auschwitz, 1942), Arthur Koblenzer (1874 – Auschwitz, 1942), Hans Herxheimer (1880 – Theresienstadt, 1944), Theodor D. Katz (1887 – Dachau, 1933), Richard Hurwitz (1888 – Auschwitz, 1943), Karel Fleischmann (1897 – Auschwitz, 1944) and Hans Ollendorf (1902 – Minsk, 1943).^{2,12,14,20} Famous Jewish dermatologists who committed suicide were Fritz Juliusberg (1872 – 1936), Hans Haustein (1894 – 1933), Erich Oppenheimer (1894 – 1942) and Ernst Baer (1895 – 1937).^{7,14} All three members of the Salomon family [Oscar (born in 1863), Martha (born in 1873) and Hans (born in 1898)] committed suicide on September 18, 1941.⁷

Although some dermatologists, such as Leo R. Von Zumbusch (1874 – 1940), were opponents of the nazi regime, others supported it or worked for it. Hans C. J. Reiter (1881 – 1969) was a nazi physician and war criminal who conducted “medical” experiments at the Buchenwald concentration camp, where he inoculated to prisoners an experimental typhus vaccine, resulting in over 200 deaths. He was also responsible for sterilization, euthanasia and murder of mentally retarded patients.²¹ In 2000, two rheumatologists, D. J. Wallace and M. Weisman, began a campaign in order to replace the term “Reiter’s syndrome” with “reactive arthritis”. In addition to Reiter’s war crimes, they pointed out that he was not the first to describe the syndrome, nor were his conclusions correct regarding the pathogenesis. Reiter incorrectly concluded that the triad of conjunctivitis, urethritis and non-gonococcal arthritis was the result of a spirochetal infection and proposed the name “spirochaetosis arthrosis”.^{21,22} It is possible that another

German dermatologist, Heinrich A. Gottron (1890 – 1974), was nazi. As previously mentioned, many Jewish dermatologists were forced to emigrate, for several reasons: some of them were considered “non-arian”, such as Max Jessner (1887 – 1978), or “politically unacceptable”, such as Erich Hoffman and Leo R. Von Zumbusch.⁶ Final destinations were United States (n. 107 dermatologists = 41.3%), Palestine/Israel (n. 34 = 13.1%: half of the physicians who migrated were German Jewish), other European countries (n. 24 = 9.3%), Great Britain (n. 20 = 7.7%), Latin America, in particular Argentina and Brazil (n. 16 = 6.2%), China (n. 7 = 2.7%) and India (n. 5 = 1.9%). However, for 46 Jewish dermatologists (n. 46 = 17.8%) destinations were unknown.^{9,10,13} As far as migration to European countries is concerned, 6 dermatologists went to France, 6 to the Netherlands, 5 to Sweden, 4 to Switzerland, 1 to Denmark, 1 to Italy and 1 to Yugoslavia.¹⁰ (Despite of all our efforts, we were not able to discover the name of the Jewish dermatologist who reached Italy). Famous dermatologists who left Germany were Joseph Jadassohn (1863 – 1936), who reached Switzerland, and Alfred Marchionini (1899 – 1965), who led the Department of Dermatology of the hospital of Ankara.¹³ However, most of Jewish dermatologists reached the United States. Among others: Felix Pinkus (1868 – 1947, who worked in Monroe, Michigan), Moritz Oppenheim (1876 – 1949, Chicago, Illinois), Max Jessner (New York, New York), Erich Urbach (1893 – 1946, Philadelphia, Pennsylvania), Wilhelm Ludwig Löwenstein (1895 – 1959), Rudolf L. Mayer (1895 – 1962, Summit, New Jersey), Marion B. Sulzberger (1895 – 1983, New York, New York), Franz Herrmann (1898 – 1977, New York, New York), Alfred Holländer (1899 – 1986, Springfield, Massachusetts),

Helen Ollendorff (1899 – 1982, New York, New York), Stephan Epstein (1900 – 1973, Marshfield, Wisconsin), Stephan Brünauer (1903 – 1986, New York, New York), Hermann Pinkus (1905 – 1985, Detroit and Monroe, Michigan), Walter Lever (1909 – 1992, Boston, Massachusetts) and Rudolf L. Baer (1910 – 1997, New York, New York).^{1,11,16} In some cases, they even changed their names and surnames: Rudolf Neumann (1904 – 1975) became Randolph H. Newman. In many cases, these dermatologists became important and famous: we think about Pinkus, Jessner, Sulzberger, Lever and Baer. We can state that American dermatology had a great development from the mid Thirties thanks to the arrival of many important Jewish dermatologists. Holubar and Wolff wrote that the center of gravity of investigative dermatology moved from Europe to North America.⁴ In the same years, an important decline of German dermatovenereology under the nazi regime was recorded.⁶ We ask ourselves: are migrations helpful?

REFERENCES

1. Hollander A. *The tribulations of Jewish dermatologists under the Nazi regime.* *Am J Dermatopathol* 1983; 5: 19-26.
2. Curth W, Ollendorf-Curth H. *Remembering Abraham Buschke.* *Am J Dermatopathol* 1983; 5: 27-29.
3. Hollander A. *Die Leiden der jüdischen Dermatologen unter dem Nazi-Regime.* *Dermatol Monatsschr* 1985; 171: 513-522.
4. Holubar K, Wolff K. *The genesis of American investigative dermatology from its roots in Europe.* *J Invest Dermatol* 1989; 92 (Suppl 4): 14S-21S. VEDERE
5. Schlenzka K, Junge B. *Schicksale Magdeburger jüdischer Dermatologen im Nazi-Reich Carl Lennhoff und Otto Schlein.* *Dermatol Monatsschr* 1989; 175: 307-312.
6. Scholz A, Schmidt C. *Decline of german dermatovenereology under the Nazi regime.* *Int J Dermatol* 1993; 32: 71-74.
7. Scholz A. *Der Suizid von Dermatologen in Abhängigkeit von politischen Veränderungen.* *Hautarzt* 1997; 48: 929-935.
8. Scholz S, Scholz A. *Die Wissenschaftsentwicklung in der Dermatologie in Deutschland im Verhältnis zur Emigration jüdischer Hautärzte während des Nationalsozialismus.* *Wien Klin Wochenschr* 1998; 110: 185-189.
9. Scholz A, Eppinger S. *The fate of Germany's Jewish dermatologists in the period of National Socialism.* *Int J Dermatol* 1999; 38: 716-719.
10. Eppinger S, Meurer M, Scholz A. *The emigration of Germany's Jewish dermatologists in the period of National Socialism.* *J Eur Acad Dermatol* 2003; 17: 525-530.
11. Burgdorf WH, Scholz A. *Helen Ollendorf Curth and William Curth: from Breslau and Berlin to Bar Harbor.* *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 84-89.
12. Hoenig LJ, Spenser T, Tarsi A. *Dr Karel Fleischmann: the story of an artist and physician in ghetto Terezin.* *Int J Dermatol* 2004; 43: 129-135.
13. Scholz A, Burgdorf W. *The exodus of German dermatologists and their contributions to their adopted countries.* *Clin Dermatol* 2005; 23: 520-526.
14. Eppinger S, Schmitt J, Scholz A, Meurer M. *Zur Erinnerung an die in der Zeit des Nationalsozialismus ermordeten und durch Suizid aus dem Leben geschiedenen jüdischen Dermatologen aus Deutschland.* *Hautarzt* 2007; 58: 94-95.
15. Kapp T, Bondio MG. *Die Universitäts-Haut-klinik Greifswald im Nationalsozialismus.* *Hautarzt* 2011; 62: 219-223.
16. Burgdorf WHC, Bickers DR. *Dermatologic relationships between the United States and German-speaking countries. Part 2-The exodus of Jewish dermatologists.* *JAMA Dermatology* 2013; 149: 1090-1094.
17. Burgdorf WHC, Hoenig LJ, Plewig G, Kohl PK. *Erich Langer: the last Jewish dermatologist in Nazi Berlin.* *Clin Dermatol* 2014; 32: 532-541.
18. Burgdorf WHC, Bock J, Hoenig LJ, Parish LC. *The fate of Hungarian Jewish dermatologists during the Holocaust. Part 1: six refugees who fled.* *Clin Dermatol* 2016; 34: 293-298.
19. Bock J, Burgdorf WHC, Hoenig LJ, Parish LC. *The fate of Hungarian Jewish dermatologists during the Holocaust. Part 2: under Nazi rule.* *Clin Dermatol* 2016; 34: 768-778.
20. Dräger DL, Protzel C, Hakenberg OW. *About Professor Abraham Aaron Buschke (1868-1943) and Wilhelm Ludwig Löwenstein (1895-1959): the fate of two Jewish dermatologists during the National Socialism.* *J Eur Acad Dermatol* 2017; 31: e171-e172.
21. Wallace DJ, Weisman MH. *The physician Hans Reiter as prisoner of war in Nuremberg: a contextual review of his interrogations (1945-1947).* *Semin Arthritis Rheum* 2003; 32: 208-230.
22. Wallace DJ, Weisman M. *Should a war criminal be rewarded with eponymous distinction?: the double life of hans reiter (1881-1969).* *J Clin Rheumatol* 2000; 6: 49-54.

RIVESCAL PSO

SHAMPOO ESFOLIANTE E LENITIVO



COADIUVANTE NELLA PSORIASI DEL CUOIO CAPELLUTO

Libera la cute da prurito
e desquamazione

PROVITAMINA
D3

 CANOVA®

Late-onset Kaposiform hemangioendothelioma: report of two cases



MARTINA TOLONE

• Martina Tolone¹ • Christine Bodemer² • Sylvie Fraitag² • Steven Paul Nisticò¹
• Cataldo Patruno¹ • Olivia Boccarà²

SUMMARY

Kaposiform hemangioendothelioma (KHE) is a very rare vascular neoplasm that rarely appears after the second year of life. Kasabach-Merritt syndrome, a life-threatening coagulopathy, can be associated. We report two cases of late-onset KHE, occurring on the left elbow of an 8-year-old girl and the pubis of a 9-year-old-boy. The tumor was successfully treated with sirolimus in the first case.

KEYWORDS

KHE, kaposiform hemangioendothelioma, late-onset, Sirolimus, tufted angioma, childhood

INTRODUCTION

Kaposiform hemangioendothelioma (KHE) is a rare childhood vascular neoplasm that usually appears during the first year of life. Clinical presentation is polymorphous depending on the location and the tissue of origin. Cutaneous KHE varies from a soft erythematous papule, plaque, or nodule to an indurated, purple, firm tumor. [1] It can also infiltrate deeper soft tissues resulting in secondary lymphedema, musculoskeletal disorders, and compression of vital structures. [1,2] Kasabach-Merritt syn-

drome, a life-threatening coagulopathy characterized by severe thrombocytopenia and hypofibrinogenemia, occurs in 70% of KHE cases. [3]

No definite treatment guideline for KHE is currently available. Many studies reported the efficacy of sirolimus, an mTOR inhibitor. [4]

Occasional late-onset cases presenting peculiar characteristics compared to early-onset ones, such as extreme variability of presentation and no association with Kasabach-Merritt Syndrome, have been occasionally reported in the literature. [5-13]

¹ Dermatology, Department of Health Sciences, University of Magna Graecia of Catanzaro, Catanzaro, Italy;

² Department of Dermatology and Reference Center for Genodermatoses and Rare Skin Diseases (MAGEC), Université Paris, Paris Centre, Institut Imagine, Hôpital Universitaire Necker Enfants Malades, Paris, France

Cases report

→ Case 1

An 8-year-old female was first referred to us for a one-year history of swelling and pain in her left elbow, firstly diagnosed as chronic epicondylitis complicated by hematoma. The parents reported a left forearm fracture three years earlier, and dermabrasion of her left forearm after a fall from a bicycle one year earlier. Physical examination showed a large, purple neoplasm, with hard consistency, not movable on the deep planes (Fig.1). No functional impairment of the elbow joint was observed.

Magnetic resonance imaging showed a neoplasm involving the subcutaneous tissue and the muscle. The lesion was hypocaptating in T1, hypercaptating in T2, and characterized by marked contrast enhancement. Histology showed hyperplastic and hyperkeratotic epidermis and vascular proliferation infiltrating the hypodermis and consisting of vascular lobules of small vessels with sometimes turgid endothelial cells. Positive immunohistochemistry for actin and CD31 confirmed the vascular nature of the lesion, and positivity for D240 supported the diagnosis of kaposiform hemangioendothelioma (KHE).

Platelet count, hemoglobin, and D-dimer blood levels were normal. Treatment with acetylsalicylic acid at 20 mg/kg/day was not efficacious. Indeed, six months later, the tumor had increased in volume, was painful, and elbow mobility was limited. Furthermore, D-dimer was 1267 ng/mL (n.v. <500 ng/mL), while platelet count was normal. Therefore, sirolimus 0.5 mg/day was started. After one year of treatment, there was no detectable skin lesion, and the joint motion was normal (Fig.2).

→ Case 2

A 9-year-old male was first referred to us for an asymptomatic circumscribed, purplish, infiltrated plaque in the pubic region present for about three years.

Histology showed fairly well-circumscribed capillary-like vessel lobules in a slightly fibrinous stroma containing a few larger vessels. Immunohistochemis-

try showing anti-CD31 and smooth-muscle-actin positivity confirmed the vascular nature of the neoplasm. Glut-1 was negative, and the D240 antibody was positive. Consequently, the lesion was diagnosed as tufted angioma (TA). Given the absence of symptoms, no treatment was started. A six-monthly follow-up was scheduled.

Discussion

KHE is a rare vascular tumor in infancy, with a median onset age of 2 months. [1]

To the best of our knowledge, late-onset (> 2 years) was described in 10 patients (mean age 28,8 years), two cutaneous and eight non-cutaneous KHEs.

Non-cutaneous KHE originated from soft tissues or bone. [5-13]

Clinical presentation was, therefore, variable. None of them showed Kasabach-Merritt syndrome, like in both our cases. [5-13]

Inflammatory phenomena - as in the case of our first patient - were quite common. [7,13]

Lack of subjective symptoms was also described in superficial and not-infiltrating KHEs, as in our second patient. [10,11]

Bleeding was the most common complication and was observed only in non-cutaneous KHEs. [5,6,9]

In our first patient, KHE developed in areas of previous trauma; this occurrence has been previously described, even if the causal link is unclear. [13,14] Histology in the second case showed TA, a condition with overlapping histopathological features with KHE but a better clinical course. [15]

Currently, there are no guidelines for the treatment of KHE. Some studies report the efficacy of sirolimus, regardless of the age of onset. [16-18] Sirolimus is an mTOR inhibitor with a good safety profile. [19,20]

In our first case, sirolimus led to a dramatic reduction in KHE size and a significant improvement in pain, function, and quality of life.

Complete clinical healing was achieved after one year of treatment. Adverse events were not observed.



Fig. 1
Kaposiform hemangioendothelioma: purple, hard tumor of the flexor surface of left elbow.



Fig. 2
Clinical resolution of kaposiform hemangioendothelioma after 1 year of treatment with sirolimus.

Conflict of Interest statement: Cataldo Patruno acted as investigator, speaker, consultant, and advisory board member for AbbVie, Eli Lilly, Leo Pharma, Novartis, Pfizer, Pierre Fabre, and Sanofi. None declared for any other authors.

Consent statement: The parents of the patients provided written informed consent to obtain and publish clinical data and photographs.

REFERENCES

1. Croteau SE, Liang MG, Kozakewich HP, et al. Kaposiform hemangioendothelioma: atypical features and risks of Kasabach-Merritt phenomenon in 107 referrals. *J Pediatr*. 2013;162(1):142-7
2. Ji Y, Chen S, Xia C, et al. Chronic lymphedema in patients with kaposiform hemangioendothelioma: incidence, clinical features, risk factors and management. *Orphanet J Rare Dis*. 2020;15(1):313
3. Ji Y, Yang K, Peng S, et al. Kaposiform haemangioendothelioma: clinical features, complications and risk factors for Kasabach-Merritt phenomenon. *Br J Dermatol*. 2018;179(2):457-463
4. Adams DM, Trenor CC 3rd, Hammill AM, et al. Efficacy and Safety of Sirolimus in the Treatment of Complicated Vascular Anomalies. *Pediatrics*. 2016;137(2):e20153257
5. Kim DW, Chung JH. Laryngeal kaposiform hemangioendothelioma: case report and literature review. *Auris Nasus Larynx*. 2010;37(2):258-62
6. Birchler MT, Schmid S. Kaposiform hemangioendothelioma arising in the ethmoid sinus of an 8-year-old girl with severe epistaxis. *Head Neck*. 2006;28(8):761-4
7. Boccara O, Dangien A. Bone kaposiform hemangioendothelioma: A rare entity dramatically improved by sirolimus [published online ahead of print February 9, 2022]. *J Paediatr Child Health*. <https://doi:10.1111/jpc.15897>.
8. Kim J, Kim YH. Kaposiform Hemangioendothelioma in Adolescent-Onset Scoliosis: A Case Report and Review of Literature. *Case Rep Orthop*. 2020;1839053
9. Hardisson D, Prim MP. Kaposiform hemangioendothelioma of the external auditory canal in an adult. *Head Neck*. 2002;24(6):614-7
10. Cho SH, Na KS. Haemangioendothelioma on the conjunctiva of the upper eyelid. *Clin Exp Ophthalmol*. 2006;34(8):794-6
11. Vashi P, Abboud E. Adult-onset Kaposiform hemangioendothelioma of the tongue: case report and review of the literature. *Curr Oncol*. 2016;23(5):e517-e520
12. D'Amico RS, Zanazzi G, Hargus G, et al. Intracranial intraaxial cerebral tufted angioma: case report. *J Neurosurg*. 2018;128(2):524-529
13. Karnes JC, Lee BT. Adult-onset kaposiform hemangioendothelioma in a posttraumatic site. *Ann Plast Surg*. 2009;62(4):456-8
14. Zeng YP, Ma DL. Tufted angioma arising at a site of BCG vaccination. *Eur J Dermatol*. 2013;23(1):102-3
15. Croteau SE, Gupta D. The clinical spectrum of kaposiform hemangioendoteloma and tufted angioma. *Semin Cut Med Surg* 2016;35(3):147-152
16. Ji Y, Chen S, Xiang B, et al. Sirolimus for the treatment of progressive kaposiform hemangioendothelioma: A multicenter retrospective study. *Int J Cancer*. 2017;141(4):848-855
17. Boccara O, Puzenat E, Proust S, et al. The effects of sirolimus on Kasabach-Merritt phenomenon coagulopathy. *Br J Dermatol*. 2018;178(2):e114-e116
18. Tasani M, Ancliff P. Sirolimus therapy for children with problematic kaposiform haemangioendothelioma and tufted angioma. *Br J Dermatol*. 2017;177(6):e344-e346
19. Russell TB. *Pneumocystis Jirovecii* Pneumonia During Sirolimus Therapy for Kaposiform Hemangioendothelioma. *Pediatrics*. 2018;141(Suppl 5):S421-S424.
20. Ying H. A Case Report of 2 Sirolimus-Related Deaths Among Infants With Kaposiform Hemangioendotheliomas. *Pediatrics*. 2018;141(Suppl 5):S425-S429.

Tu fai la diagnosi ... al RESTO *ci pensa*

RESTAX



SPECIFICO per alopecia Femminile
in ETÀ FERTILE

donna

AGNOCASTO (FITOPROGESTINICO),
RESVERATROLO, NICOTINAMIDE,
BIOTINA E PIPER NIGRUM

SPECIFICO per alopecia Femminile
in POST MENOPAUSA

donna Plus



KUDZU, LUPPOLO (FITOESTROGENI),
AGNOCASTO (FITOPROGESTINICO), RESVERATROLO,
NICOTINAMIDE, BIOTINA E PIPER NIGRUM

◀ Dr. Paolo Gigli

"Fitoprogestinici e fitoestrogeni opportunamente modulati sono utili
nella gestione dell'alopecia femminile in pre e post menopausa"

SCONTI ESCLUSIVI
PER I TUOI PAZIENTI CHE
CHIAMANO IL CALL CENTER!

CALL CENTER

☎ 0571/400859

PERSONAL PHARMACIST

☎ 329/2025840



La guarigione del tuo paziente, il centro del nostro lavoro.

www.wikenfarma.com

WIKENFARMA

Extramammary Paget disease of the perianal area: a case report

• Gaia Fasano¹ • Stefano Dastoli¹ • Luigi Bennardo¹
• Cataldo Patruno¹ • Steven Paul Nisticò¹



GAIA FASANO

SUMMARY

Extramammary Paget disease is an uncommon intraepithelial adenocarcinoma. In this paper we report a patient affected by such tumor in the perianal area, also describing histological findings.

KEYWORDS

Extramammary Paget, perianal area

INTRODUCTION

Extramammary Paget disease (EMPD) is a rare cutaneous malignancy most commonly affecting the genitals, perineum, and perianal area of the elderly. From a histologically and clinically point of view, the EMPD has characteristics similar to mammary types. In most cases, EMPD is not associated with cancer, although in the medical literature is also linked to tumors of the vulva, vagina, cervix, bladder, ovary, liver, breast, and especially colon and rectum. It frequently presents with a sneaky onset and a

slow spread with anal itching and discomfort, and it can be misdiagnosed for years or decades. Differential diagnoses are candidiasis, psoriasis, and chronic lichen simplex(1-4). Before starting a treatment, it is essential to check whether it is associated with adenocarcinoma through rectal exploration, proctoscopy, sigmoidoscopy, and opaque enema. Surgery is the gold standard of treatment for EMPD. However, researchers have studied different treatment modalities, including radiotherapy, laser therapy, topical and systemic chemotherapy, and photodynamic therapy (5-8).

¹ Dermatology, Department of Health Sciences, University Magna Graecia of Catanzaro, Catanzaro, Italy;

Case report

A 75-years-old woman showed a slowly growing erythematous plaque with well-defined edges, fine scaling, excoriations, exulcerations, and lichenification (**fig 1**). According to her, these symptoms were evident for one year. We performed a biopsy to make a correct differential diagnosis between perianal eczema, psoriasis, or squamous cell carcinoma. The incisional biopsy of the skin revealed the following diagnosis: “Extramammary Paget’s disease. Immunohistochemical stains positive for cytokeratin 7, cytokeratin 20, and CEA”.

Total-body computed tomography and immunohistochemical stains have been unable to find underlying neoplasia. Thus, we recommended a surgical-wide local excision of the lesion and sent specimens for histopathological examination. The intraoperative frozen section showed adenocarcinoma close to the anal sphincter, therefore, ten days later, the patient underwent an abdominoperineal resection, and the final pathological report revealed an extensive adenocarcinoma in three quadrants of the perianal area with focal involvement of the rectal mucosa.

After surgery, we recommended adjuvant chemotherapy with the FOLFOX scheme (5-fluorouracil, leucovorin, and oxaliplatin).

Conclusion

In light of the analysis of the case report, we can conclude that after Paget’s perianal disease is diagnosed, it would be appropriate to make a comprehen-

sive examination of the patient with the aim of finding a potential underlying primary tumor. In addition, immunohistochemical stains help highlight the presence of a possible underlying malignancy (9-11). Detecting a primary tumor in patients with EMPD is necessary and essential to choose the best treatment modality and estimate the prognosis.



Figure 1.
Extramammary Paget
Disease

*Consent statement:
The parents of the patients
provided written informed
consent to
obtain and publish clinical
data and photographs.*

REFERENCES

1. Aguirre-Allende I, Saralegui-Ansorena Y, Arana-Iñiguez I, Placer-Galan C, Enriquez-Navascués JM. Invasive and non-invasive extramammary perianal Paget's disease: Understanding of carcinogenesis determines individualized treatment. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2022;100(3):175-177. doi:10.1016/j.cireng.2022.03.004
2. Apikotoa S, Stein J. Stage 3 perianal extra mammary Paget's disease: A case report of a non-operative approach. *Int J Surg Case Rep*. 2022;91:106796. doi:10.1016/j.ijscr.2022.106796
3. Cao YS, Wang SY. Hepatic metastasis from perianal Paget's disease without identified underlying carcinoma: a case report. *World J Surg Oncol*. 2021;19(1):336. Published 2021 Dec 2. doi:10.1186/s12957-021-02439-4
4. Yamamura K, Matsushita S, Shimaoka S, et al. Anorectal function preserving surgery with endoscopic submucosal dissection in patients with perianal extramammary Paget's disease. *J Dermatol*. 2021;48(10):E520-E521. doi:10.1111/1346-8138.16075
5. Santos MD, Soares F, Presa-Fernandes JM, Silva DS. Perianal Paget Disease: Different Entities With the Same Name. *Cureus*. 2021;13(5):e15161. Published 2021 May 22. doi:10.7759/cureus.15161
6. Lin JD, Li MH, Wu TH, Chang CH. Combined methyl aminolevulinate-based photodynamic therapy and imiquimod in a patient with perianal extramammary Paget's disease. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2021;35:102407. doi:10.1016/j.pdpdt.2021.102407
7. Thompson HM, Kim JK. Perianal Paget's Disease. *Dis Colon Rectum*. 2021;64(5):511-515. doi:10.1097/DCR.0000000000002000
8. Guidi GJ, Pinto de Sousa J, Marques R, Ferreira C. Perianal Paget's disease: one century later and still a challenge. *BMJ Case Rep*. 2021;14(2):e240435. Published 2021 Feb 4. doi:10.1136/bcr-2020-240435
9. Hutchings D, Windon A, Assarzagdegan N, Salimian KJ, Voltaggio L, Montgomery EA. Perianal Paget's disease as spread from non-invasive colorectal adenomas. *Histopathology*. 2021;78(2):276-280. doi:10.1111/his.14218
10. Law C, Eykman E, Pennington T, Ip J, Pincott S. Perianal extramammary Paget's disease: a diagnosis worth considering. *ANZ J Surg*. 2020;90(11):E135-E136. doi:10.1111/ans.15933
11. Giordano PG, Meneu Díaz JC, Aguilera Molina YY, Del Olmo López R, Tabodada Mostajo N. Perianal Paget's disease: A rare disorder masking an underlying anorectal carcinoma. *Enfermedad de Paget perianal: un trastorno raro que enmascara un carcinoma anorrectal subyacente*. *Gastroenterol Hepatol*. 2020;43(6):322-323. doi:10.1016/j.gastrohep.2019.12.001

BIOHYALUX®

Capacità di integrazione nei tessuti

Ottima dinamicità

Effetto liftante

Facilità di iniezione

Sicurezza ed efficacia

©CUBES

L'innovazione tecnologica al servizio della bellezza

La linea di filler **BioHyalux®** include quattro differenti prodotti a base di acido ialuronico: Deep Dermis, Basic, Lips e Fine Lines. La tecnologia Cross-linking conferisce al prodotto un'elevata sicurezza clinica e un'efficacia a lungo termine. Risultati naturali per la correzione delle rughe superficiali e profonde, l'idratazione delle labbra e il trattamento del codice a barre, il rimodellamento del contorno viso e il ringiovanimento cutaneo.




cdlifepharma.com


CDlifePharma
ADVANCED HEALTH SOLUTIONS

Independent observation, on a sample of 94 patients, on the use of HA in aesthetic medicine. The dermatologist's point of view and the grade of patient satisfaction



ELISABETTA PEROSINO

Osservazione indipendente, su un campione di 94 pazienti, sull'utilizzo di HA in medicina estetica. Il punto di vista del dermatologo e il grado di soddisfazione del paziente

- Elisabetta Perosino¹ • Valeria Colonna² • Vittorio Crobeddu³ • Amalia D'Andrea¹ • Nancy Dattola¹ • Biagio De Vincentis⁴
- Antonino Di Pietro⁵ • Marco Guizzardi⁶ • Silvia Gurgone⁵ • Alda Malasoma⁷ • Matteo Melchionda⁸ • Claudia Menicanti⁵
- Ylenia Motta⁹ • Michele Pezza¹⁰ • Silvia Francesca Riva⁹ • Marina Romagnoli⁹ • Andrea Romani¹¹ • Giuseppe Scarcella¹²
- Lucia Villa¹³ • Mariuccia Bucci¹⁴

SUMMARY

Independent Observational study on the use of HA (BIOHYALUX®) on a sample of 94 patients. The goal is to know the opinion and the degree of satisfaction on the use of the product by the dermatologist and to measure the satisfaction and results perceived by patients for the entire duration of the treatment (6 months).

KEYWORDS

HA, skin, hyaluronic acid, regeneration, aesthetic dermatology

PREMESSA

Da sempre ISPLAD (International-Italian Society of Plastic-Regeneration and Oncology Dermatology), e i suoi soci, sono attenti all'innovazione e alla qualità dei componenti che vengono utilizzati in Dermatologia e medicina estetica.

I nostri pazienti sono al centro della nostra professione, punto fondamentale del nostro mondo.

La loro soddisfazione sta al centro del nostro impegno.

Per fare questo, però, non trascuriamo

mai la loro sicurezza!

Si sono affidati a noi e abbiamo l'obbligo morale e deontologico di rispettare le loro richieste, bisogni, esigenze.

Da sempre siamo critici, severi, analitici su tutto il mondo dei prodotti utilizzati nella nostra professione.

Spetta a noi non essere superficiali, va considerato tutto!

L'insieme va ponderato, testato nel merito, proprio per il fatto che prima viene la soddisfazione e felicità del paziente, e solo dopo la nostra! Siamo sempre alla ricerca di prodotti sicuri, efficaci!

Dermatologo ISPLAD

1 Roma

2 Bari

3 Noci (BA)

4 Pescara

5 Milano

6 Sedriano (MI)

7 Pisa

8 San Giovanni Rotondo (FG)

9 Genova

10 Benevento

11 Montecatini

12 Verona

13 San Benedetto del Tronto (AP)

14 Sesto San Giovanni (MI)

Abbiamo voluto fortemente conoscere, studiare e testare il prodotto Biohyalux® nelle sue varie tipologie e applicazioni.

“Accendere” un “riflettore” libero e indipendente, senza sconti e senza pregiudizi.

L'osservazione, nelle sue varie sfaccettature, non si ferma solo all'utilizzo dei prodotti ma abbiamo voluto anche... attendere e seguire un follow up su Dermatologo e, soprattutto, sul paziente fino a 6 mesi!

Materiali e metodi

Per l'osservazione e utilizzo del prodotto Biohyalux® abbiamo interessato dermatologi di:

Lombardia, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, Lazio, Campania e Puglia.

I prodotti utilizzati sono stati:

→ BioHyalux®, Fine Lines*

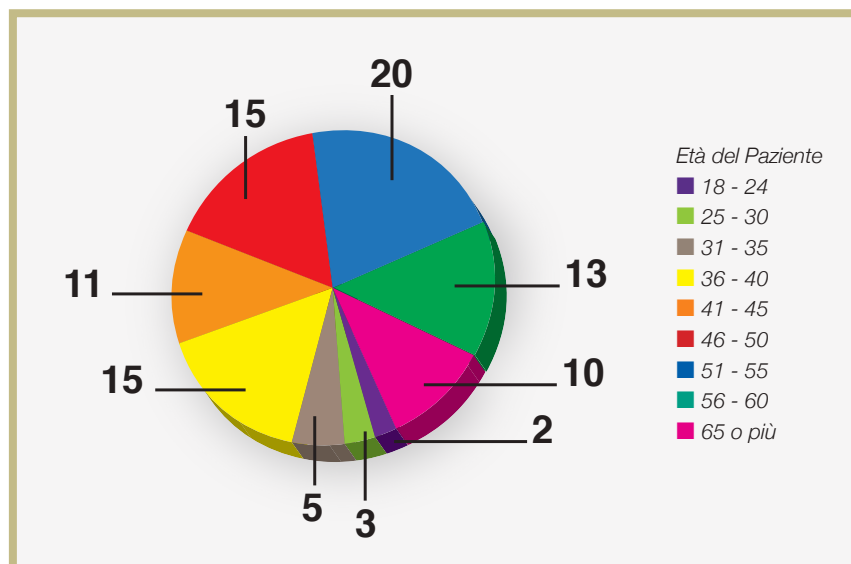
- Impiegato per Rughe sottili, correzioni superficiali
- Piano di infiltrazione: Derma superficiale
- Leggero effetto volumizzante
- Consistente effetto idratante
- Aghi in dotazione da 30G - ago 13mm.

→ BioHyalux®, Lips*

- Indicato per Rughe sottili, idratante labbra, codice a barra
- Piano di infiltrazione: Derma superficiale
- Medio effetto volumizzante
- Medio effetto idratante
- Aghi in dotazione da 27G - ago 13mm.

→ BioHyalux®

- Indicato per Rughe medio/profonde, volumizzante labbra, rinofiller
- Piano di infiltrazione: Derma medio/profondo
- Consistente effetto volumizzante
- Medio effetto idratante
- Aghi in dotazione da 27G - ago 12mm.



→ BioHyalux®, Deep Dermis*

- Indicato per Rughe profonde, solchi, volumi, rinofiller.
- Piano di infiltrazione: Derma profondo/sottocute.
- Importante effetto volumizzante.
- Medio/basso effetto idratante.
- Aghi in dotazione da 27G - ago 12mm.

* Le caratteristiche generali della linea Biohyalux sono stati forniti da: CDLifePharma Srl

Globalmente sono stati analizzati 94 pazienti in 9 fasce d'età compresa tra i 18/24 anni e 65 e oltre.

Caratteristiche tecnologiche del prodotto

Tecnologia Cross-linking di Bloomage Biotech

La linea BioHyalux® è cross-linkata con BDDE, tecnica utilizzata da oltre vent'anni che garantisce un'elevata sicurezza clinica. Il Cross-linking consiste nel linkare insieme le catene lineari HA che vengono prodotte naturalmente per creare una rete 3D la quale fornisce una resistenza più elevata al degrado naturale degli enzimi e, quindi, una durata maggiore.

Tecnologia Bifasica.

La tecnologia brevettata Bifasica di BioHyalux® fornisce una dimensione uni-

Tutti i pazienti, non hanno avuto alcun onere finanziario, sono volontari scelti dai singoli Dermatologi, e hanno firmato regolare consenso informato. I Dermatologi, per ogni paziente, hanno utilizzato le fiale del prodotto secondo le indicazioni riportate nel foglio informativo contenuto nella confezione. Tutti i risultati riportati sono frutto dell'osservazione e esperienza del Dermatologo, che successivamente ha risposto a un questionario on line, segnalando anche il parere del paziente relativamente a diversi aspetti della soddisfazione sul trattamento e risultati percepiti. Il Dermatologo ha operato senza alcun condizionamento e totale indipendenza, quindi senza alcun conflitto d'interessi.

forme delle particelle per risultati consistentemente naturali.

BIO BT (Bio Balance Technology)

La tecnologia già brevettata BIO BTM (Bio Balance Technology) produce un gel isoosmotico che permette: non edema, visione immediata della correzione senza necessità di ipercorrezione.

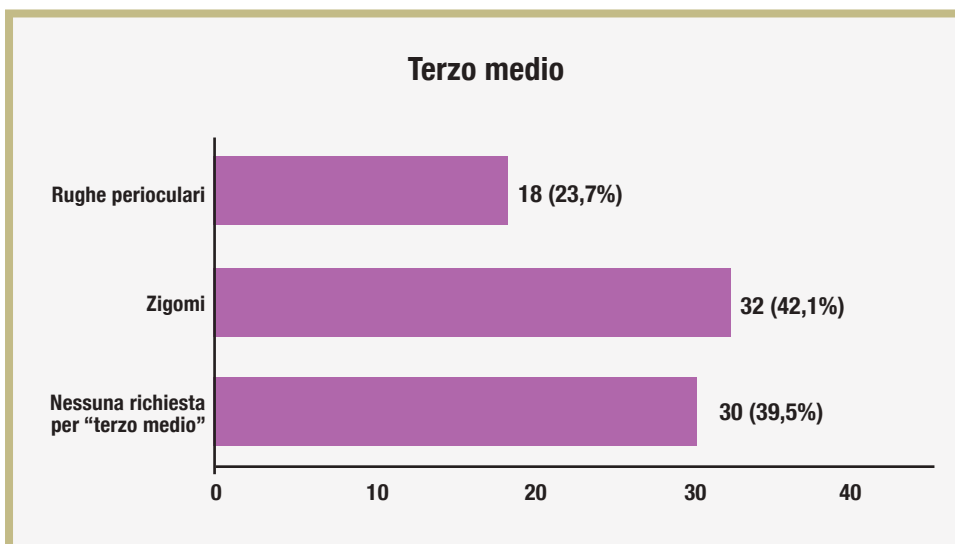
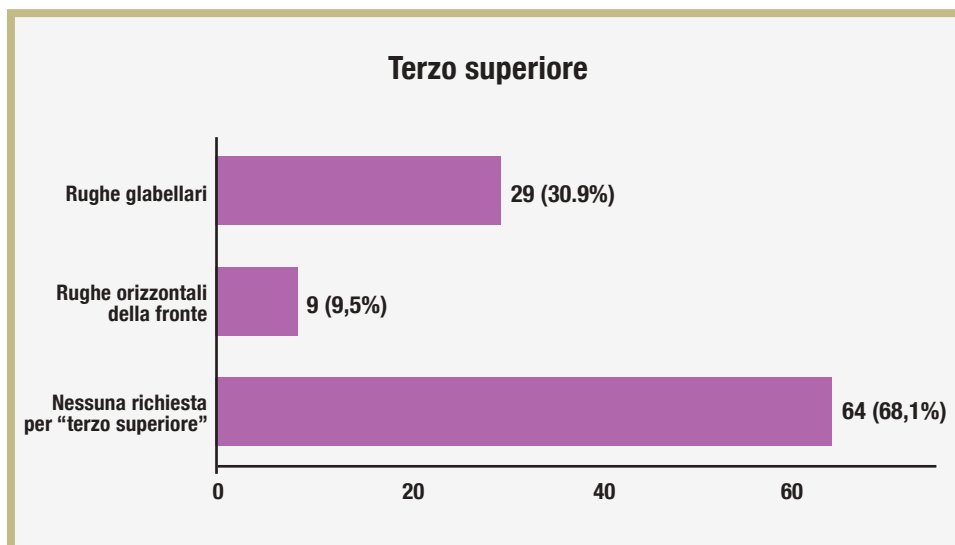
Aspetto del Prodotto

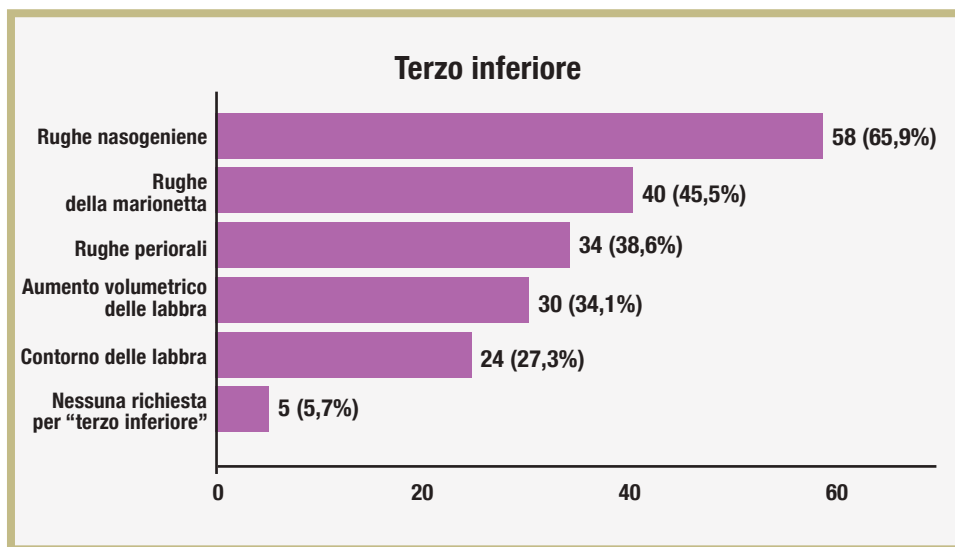
BioHyalux® è un filler dermico che si presenta in una siringa pre-riempita in

vetro high performance.

La siringa ha un design ergonomico con un'asta dello stantuffo e flangia di dimensioni considerevoli, i segni di gradazione sono ben visibili per garantire una lettura precisa del dosaggio iniettato, inoltre viene fornita di n.2 aghi monouso sterili certificati.

All'interno della siringa è presente un reticolo di sodio ialuronato derivato da biofermentazione ad una concentrazione di 20mg/ml in una soluzione fisiologica a pH 7.





Altre minori richieste:

- Rinofiller
- Rimodellamento profilo nasale
- Perfezionamento su rughe sottili
- Rughe sottili area geniense
- Rinofiller e rughe sottili geniense
- Mento
- Fissa temporale

Conclusioni

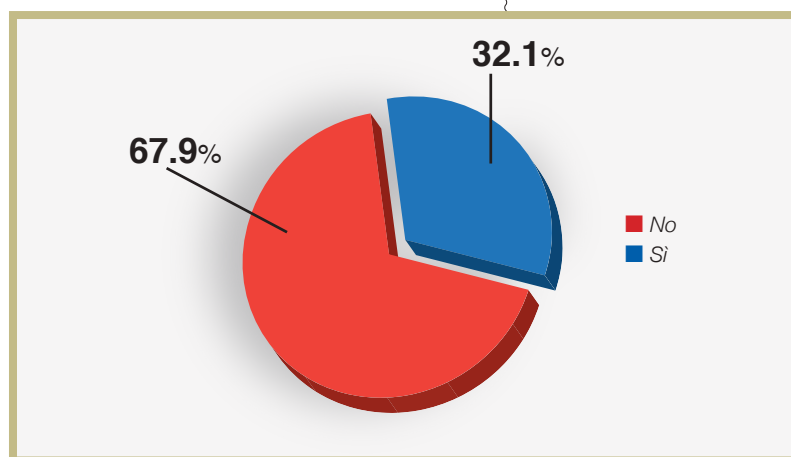
I Dermatologi Isplad partecipanti alla osservazione dei 94 casi, hanno segnalato le seguenti valutazioni generali nell'immediato del trattamento:

- il **23,4%** dei Dermatologi si è dichiarato eccezionalmente soddisfatto
- il **59,6%** dei Dermatologi si è dichiarato pienamente soddisfatto
- il **17%** dei Dermatologi si è dichiarato soddisfatto
- **0%** di Dermatologi non soddisfatti.

Nell'immediatezza del trattamento

i Pazienti hanno segnalato:

- il **63,8%** dei pazienti non ha riscontrato nessun effetto collaterale
- il **34%** dei pazienti ha avuto lievi effetti, come leggero dolore e eritema.



Rimodellamento del volto

- solo il **2,2%** dei pazienti ha presentato edema, ecchimosi, leggero indolenzimento alle labbra.

Dopo 3 mesi dal trattamento

i Dermatologi Isplad hanno valutato che:

- il **21,3%** dei Dermatologi si è dichiarato eccezionalmente soddisfatto
- il **50%** dei Dermatologi si è dichiarato pienamente soddisfatto
- il **26,6%** dei Dermatologi si è dichiarato soddisfatto
- il **2,1%** dei Dermatologi si è dichiarato moderatamente soddisfatto
- **0%** di Dermatologi non soddisfatti.

Dopo 3 mesi dal trattamento i pazienti hanno segnalato:

- **93,7%** dei pazienti non presenta alcun effetto collaterale
- **3,2%** dei pazienti ha riscontrato lievi effetti quali dolore e eritema
- **0%** edema
- **3,1%** dei pazienti ha riscontrato reazione infiammatorie, indolenzimento labbra.

Dopo 6 mesi i Dermatologi Isplad hanno valutato che:

- il **98,9%** dei Dermatologi non ha riscontrato nessun effetto collaterale
- il **1,1%** dei Dermatologi ha riscontrato effetti infiammatori.

Dopo 6 mesi i pazienti hanno segnalato

- il **24,5%** dei pazienti è eccezionalmente soddisfatto
- il **44,7%** dei pazienti molto soddisfatto
- il **27,7%** dei pazienti è soddisfatto.
- il **3,1 %** dei pazienti è sufficientemente soddisfatto.

Appare evidente in questo rapporto generale che il prodotto si è dimostrato all'altezza delle nostre aspettative e in linea con gli attuali competitor come dimostrato dallo studio pubblicato nel 2016¹.

¹Arch. Dermat. Res. 2016 308:145- ISI.

→ **I plus del prodotto:**

- facile da utilizzare per maneggevolezza della siringa e fluidità del contenuto
- ottimi risultati immediati
- sicuro per il paziente
- risultati stabili fino a 6 mesi

I Dermatologi Isplad partecipanti alla osservazione dei 94 casi, hanno segnalato le seguenti valutazioni generali nell'immediato del trattamento.

DERMATOLOGI	VALUTAZIONI GENERALI
23,4%	Eccezionalmente soddisfatto
59,6%	Pienamente soddisfatto
17%	Soddisfatto
0%	Non soddisfatti

Segnalazione dei pazienti nell'immediatezza del trattamento.

PAZIENTI	SEGNALAZIONI DOPO TRATTAMENTO
63,8%	Non ha riscontrato nessun effetto collaterale
34%	Ha avuto lievi effetti come leggero dolore e eritema
2,2%	Ha presentato edema, ecchimosi, leggero indolenzimento alle labbra

DERMATOLOGI	VALUTAZIONI GENERALI
21,3%	Eccezionalmente soddisfatto
50%	Pienamente soddisfatto
26,6%	Soddisfatto
2,1%	Moderatamente soddisfatti
0%	Non soddisfatti

Valutazione dei Dermatologi Isplad dopo 3 mesi dal trattamento.

PAZIENTI	SEGNALAZIONI DOPO TRATTAMENTO
93,7%	Non presenta alcun effetto collaterale
3,2%	Ha riscontrato lievi effetti quali dolore e eritema
0%	Edema
3,1%	Ha riscontrato reazione infiammatorie, indolenzimento labbra

Segnalazione dei pazienti dopo 3 mesi dal trattamento.

DERMATOLOGI	VALUTAZIONI GENERALI
98,9%	Non ha riscontrato nessun effetto collaterale
1,1%	Ha riscontrato effetti infiammatori

Valutazione dei Dermatologi Isplad dopo 6 mesi dal trattamento.

Segnalazione dei pazienti
dopo 6 mesi
dal trattamento.

PAZIENTI	SEGNALAZIONI DOPO TRATTAMENTO
24,5%	È eccezionalmente soddisfatto
44,7%	È molto soddisfatto
27,7%	È soddisfatto
3,1 %	È sufficientemente soddisfatto

RECOMMENDED READING

- Ji-Eon Kim , Jonathan M Sykes , *Facial Plast Surg.* 2011 Dec;27(6):523-8. doi: 10.1055/s-0031-1298785. Epub 2011 Dec 28. *Hyaluronic acid fillers: history and overview* PMID: 22205525 DOI: 10.1055/s-0031-1298785.
- Prasad N Sudha , Maximas H Rose, *Adv Food Nutr Res.* 2014;72:137-176. doi: 10.1016/B978-0-12-800269-8.00009-9.
- Mohammad Abid Keen , *Skinmed Hyaluronic Acid in Dermatology.* 2017 Dec 1;15(6):441-448. eCollection 2017.
- Gary D Monheit , Kyle M Coleman *Hyaluronic acid fillers , Dermatol Ther.* 2006 May-Jun;19(3):141-50. doi: 10.1111/j.1529-8019.2006.00068.x.
- Richard D Price , M G Berry, Harshad A Navsaria, *Hyaluronic acid: the scientific and clinical evidence, J Plast Reconstr Aesthet Surg .* 2007;60(10):1110-9. doi: 10.1016/j.bjps.2007.03.005. Epub 2007 Apr 26.
- Fredric S Brandt, Alex Cazzaniga, *Hyaluronic acid gel fillers in the management of facial aging Clin Interv Aging .* 2008;3(1):153-9. doi: 10.2147/cia.s2135.
- Edward V Maytin , *Hyaluronan: More than just a wrinkle filler , Glycobiology.* 2016 Jun;26(6):553-9. doi: 10.1093/glycob/cww033. Epub 2016 Mar 9.
- Arianna Fallacara, Stefano Manfredini, Elisa Durini, Silvia Vertuani, *Hyaluronic Acid Fillers in Soft Tissue Regeneration, Facial Plast Surg.* 2017 Feb;33(1):87-96. doi: 10.1055/s-0036-1597685. Epub 2017 Feb 22.
- Nowell Solish Vince Bertucci, Ivona Percec, Ted Wagner, Alessandra Nogueira, Jay Mashburn, *Dynamics of hyaluronic acid fillers formulated to maintain natural facial expression, J Cosmet Dermatol.* 2019 Jun;18(3):738-746. doi: 10.1111/jocd.12961. Epub 2019 Apr 29.
- Uwe Wollina, Alberto Goldman, *Facial vascular danger zones for filler injections, Dermatol Ther.* 2020 Nov;33(6):e14285. doi: 10.1111/dth.14285. Epub 2020 Sep 18.

50 anni

RILASTIL
LABORATORIO DERMATOLOGICO

D-CLAR

PROTOCOLLO DEPIGMENTANTE ANTIMACCHIE



1
Esfolia

**MICROPEELING
CONCENTRATO**

*Con Acido Mandelico
e Clari-Tech Complex*

**+ 39,6%
LEVIGATEZZA**

Test effettuato su 20 volontari, applicazione alla sera per 56 giorni.



2
Depigmenta

**GOCCE DEPIGMENTANTI
CONCENTRATE**

*Con Idrossiresveratrolo,
4-Butilresorcinolo e Clari-Tech Complex*

**-18,7%
INDICE DI MELANINA**

Test effettuato su 30 volontari, due applicazioni al giorno (mattino e sera)
localizzate sulle iperpigmentazioni per 56 giorni.



3
Uniforma

**CREMA DEPIGMENTANTE
QUOTIDIANA**

*Con Idrossiresveratrolo,
Clari-Tech Complex e Vitamina E*

**-10,8%
INDICE DI MELANINA**

Test effettuato su 20 volontari, due applicazioni al giorno (mattino e sera)
per 56 giorni.



Per tutti i tipi di pelle, anche le più sensibili



**Ognuno inferiore ad una parte per milione. Piccole quantità possono essere responsabili di sensibilizzazione cutanea
*** Prodotto formulato per ridurre al minimo il rischio di allergie.

MILANO | ITALY

Istituto Ganassini S.p.A. di Ricerche Biochimiche SB - via P. Gaggia 16 - 20139 Milano - www.rilastil.com

Informed consent in dermatology



MICHELE PEZZA

Il consenso informato in dermatologia

• Michele Pezza¹

SUMMARY

Informed consent is a procedure by which a subject voluntarily agrees to participate in a particular treatment - medical or surgical - or diagnostic examination or clinical study, after being informed in an understandable way of all possible aspects of the treatment, examination or of the study relevant to your decision. The doctrine of informed consent, in the context of the relationship between healthcare personnel and patient, is the result of a slow and constant evolution of the patient's right to information

KEYWORDS

Legal dermatology, informed consent, skin therapy

¹ Specialista in Dermatologia
e Venerologia, Benevento

Informed consent is a procedure by which a subject voluntarily agrees to participate in a particular treatment - medical or surgical - or diagnostic examination or clinical study, after being informed in an understandable way of all possible aspects of the treatment, examination or of the study relevant to your decision. The doctrine of informed consent, in the context of the relationship between healthcare personnel and patient, is the result of a slow and constant evolution of the patient's right to information.

With the consolidation of this right, the aim was to restore force to the principle of patient decision-making autonomy, reaffirming it as an "antidote" to the tendency of healthcare professionals to assume almost complete responsibility in deciding which treatment the patient should follow.

In the current standard structure of informed consent, the role of the healthcare professional is, contrary to the "Hippocratic" philosophy, to explain to the patient his clinical condition and the various possibilities of diagnosis or therapy to allow him to evaluate the information received in the context of their psychological and moral attitude and therefore to choose the therapeutic procedure that they consider suitable and acceptable.

The information thus understood, aimed at protecting health is therefore itself a health service in the same way as the diagnostic therapeutic intervention properly understood, a service of a contractual nature and not merely accessory or instrumental to it and which is an integral part of the contract of health care between the patient and the doctor and/or health facility.

Informed consent therefore assumes the dual role of voluntary and compulsory, substantiating itself, on the one hand, in the voluntary acceptance or non-acceptance by the "informed" patient, and, on the other, in the obligation of the healthcare professional to inform and respect the actual will of the patient.

Regulatory references are fragmented because in Italy, and especially in Health Law, there is no univocal and exhaustive legislation and this means that the matter in question lends itself to some ambiguities.

The most explicit and complete rules can be found in the Doctor's Code of Ethics, the discipline which every professional must comply with in the exercise of the profession. In particular, Article 30 "obligation to provide information to the patient"; Art32 "obligation to acquire the informed consent of the patient" or of the legal representative (art.33).

Il consenso informato è una procedura mediante la quale un soggetto accetta volontariamente di partecipare ad un particolare trattamento - medico o chirurgico - o esame diagnostico o studio clinico, dopo essere stato informato in modo comprensibile di tutti i possibili aspetti del trattamento, dell'esame o dello studio pertinenti alla sua decisione. La dottrina del consenso informato, nell'ambito del rapporto tra personale sanitario e paziente, costituisce il frutto di una lenta e costante evoluzione del diritto del paziente all'informazione.

Con il consolidamento di tale diritto si è voluto ridare vigore al principio dell'autonomia decisionale del paziente, riaffermandolo come «antidoto» alla tendenza dei sanitari ad assumersi la quasi completa responsabilità nel decidere quale trattamento il paziente debba seguire.

Nell'attuale struttura standard del consenso informato il ruolo del sanitario è, contrariamente alla filosofia «ippocratica», quello di spiegare al paziente la sua condizione clinica e le varie possibilità di diagnosi o di terapia per consentirgli di valutare l'informazione ricevuta nel contesto della propria attitudine psicologica e morale e quindi di scegliere l'iter terapeutico che ritiene adatto e accettabile.

L'informazione così intesa, finalizzata alla tutela della salute è dunque essa stessa una prestazione sanitaria alla stregua dell'intervento diagnostico terapeutico propriamente inteso, una prestazione di natura contrattuale e non meramente accessoria o strumentale rispetto allo stesso e che è parte integrante del contratto di assistenza sanitaria intercorrente tra il paziente e il medico e/o la struttura sanitaria.

Il consenso informato assume, dunque la duplice veste e della volontarietà e dell'obbligatorietà, sostanziandosi, da un lato nella volontaria accettazione o non accettazione da parte del paziente «informato», e, dall'altro, nell'obbligo del sanitario ad informare e rispettare l'effettiva volontà del paziente.

Riferimenti normativi sono frammentati perché in Italia, ed in specie nel Diritto Sanitario, non esiste una normativa univoca ed esauriente e questo comporta che la materia, di cui trattasi si presti ad alcune ambiguità.

Le norme più esplicite e complete si ritrovano nel Codice Deontologico del Medico, la disciplina cui ogni professionista si deve attenere nell'esercizio della professione. In particolare art.30 «obbligo informazione al paziente»; Art 32 « obbligo acquisire il consenso informato del paziente» o del Legale rappresentate (art.33).

Failure to comply with this obligation of informed consent could result in itself, regardless of any damage to the patient, at the opening of disciplinary proceedings against the healthcare professional before the competent professional association.

Informed consent constitutes the foundation of the lawfulness of the health care activity, in the absence of which the activity itself constitutes a crime punishable by law. For example, carrying out a surgical operation without having the patient sign the informed consent FIRST is a criminal offense.

(Criminal Court, Section IV, no. 2354/2018)

Informed consent obviously does not eliminate the responsibility of the healthcare professional.

In other words, if the doctor performs a surgical operation and negligence causes permanent injury to the patient, informed consent does not eliminate the doctor's liability before the law.

→ **Written informed consent or verbal informed consent?**

Usually, consent is provided in written form in cases where the clinical examination or medical therapy may have serious consequences for the health and safety of the person. Written consent is required by law in certain defined situations, such as when:

- you give or receive blood
- you participate in the testing of a drug or in the investigation of an HIV infection
- you are undergoing anesthesia
- have undergone surgery
- has undergone a kidney transplant between living beings
- in case of voluntary termination of pregnancy
- in the event of rectification regarding the attribution of sex
- in medically assisted procreation.

In other cases, especially when the treatment/examination is not invasive and/or the relationship of trust between the doctor and the patient is consolidated, the consent can only be verbal but must be expressed directly to the healthcare professional. In any case, the informed consent given by the patient must be current, that is, it must concern a present situation and not a future one (for this reason, the law does not recognize the validity of biological wills). The consent can be revoked at any time by the patient: healthcare professionals must ensure that it remains present for the entire

Disattendere a tale obbligo di consenso informato potrebbe dar luogo di per sé indipendentemente da eventuali danni in capo al paziente, all'apertura di un procedimento disciplinare a carico del sanitario avanti all'Ordine professionale competente.

Il consenso informato costituisce il fondamento della liceità dell'attività sanitaria, in assenza del quale l'attività stessa costituisce reato perseguibile dalla legge. Ad esempio effettuare una operazione chirurgica senza aver fatto PRIMA firmare al paziente il consenso informato è un reato penale.

(Cass. pen., Sez. IV, n. 2354/2018)

Il consenso informato ovviamente non elimina la responsabilità del sanitario.

In altre parole, se il medico esegue una operazione chirurgica e per negligenza causa lesioni permanenti al paziente, il consenso informato non elimina la responsabilità del medico di fronte alla legge.

→ **Consenso informato scritto o consenso informato verbale?**

Solitamente, il consenso è previsto in forma scritta nei casi in cui l'esame clinico o la terapia medica possano comportare gravi conseguenze per la salute e l'incolumità della persona. Il consenso scritto è obbligatorio per legge in alcune situazioni definite, come quando:

- si dona o si riceve sangue
- si partecipa alla sperimentazione di un farmaco o negli accertamenti di un'infezione da HIV
- si è sottoposti ad anestesia
- si è sottoposti ad intervento chirurgico
- si è sottoposti a trapianto del rene tra viventi
- in caso di interruzione volontaria della gravidanza
- in caso di rettificazione in materia di attribuzione di sesso
- nella procreazione medicalmente assistita.

Negli altri casi, soprattutto quando il trattamento/esame non è invasivo e/o è consolidato il rapporto di fiducia tra il medico e l'ammalato, il consenso può essere solo verbale ma deve essere espresso direttamente al sanitario. In ogni caso, il consenso informato dato dal malato deve essere attuale, deve cioè riguardare una situazione presente e non una futura (per questo, la legge non riconosce la validità dei testamenti biologici). Il consenso può essere revocato in ogni momento dal paziente: gli operatori sanitari devono assicurarsi che rimanga presente per tutta la durata del trattamento: se la cura considerata prevede più fasi diverse e separabili

duration of the treatment: if the treatment considered involves several different and separable phases, the sick person must give his consent for each individual part of the treatment.

Informed consent can be requested in two ways:

- implicit consent if the health service is free of risks and contraindications (as for example happens in the outpatient routine) or for those acts which the patient uses continuously (eg prescription of drugs for established chronic diseases)
- explicit consent in written and documented form if one or more of the following cases exist
- greater or lesser real and / or potential risk of biological damage (side effects, complications, idiosyncratic effects)
- the risk outweighs the benefit
- expensive intervention
- demanding and constant follow-up
- possibility of alternative interventions and services
- doubts about the chances of success of the service
- psychological impact out of the ordinary

→ Exceptions to the consent requirement

The only exceptions to the obligation of informed consent are:

- situations in which the sick person has explicitly expressed the will not to be informed
- the condition of the person is so serious and dangerous for his life as to require immediate intervention of necessity and indispensable urgency. In these cases we speak of presumed consent
- the cases in which we can speak of implicit consent, for example for those routine treatments (for example a venous blood sample), or for those drugs prescribed for a disease extremely known to the public (for example Tachipirina): in this case it is assumed that the information and relative consent are consolidated
- in case of risks concerning atypical, exceptional and unpredictable consequences of a surgical intervention, which can cause unnecessary anxiety and fear. If, however, the patient requests this type of information directly, the doctor must provide it
- Compulsory Health Treatments (TSO).

li, la persona malata deve dare il suo consenso per ogni singola parte di cura.

Il consenso informato può essere richiesto in duplice forma:

- consenso implicito se la prestazione sanitaria è priva di rischi e controindicazioni (come per esempio accade nella routine ambulatoriale) ovvero per quegli atti dei quali il paziente fruisce di continuo (es. prescrizione di farmaci per malattie croniche accertate)
- consenso esplicito in forma scritta e documentata se sussiste uno o più dei seguenti casi rischio maggiore o minore reale e/o potenziale di danno biologico (effetti collaterali, complicanze, effetti idiosincrasici)
- il rischio supera il beneficio
- intervento costoso
- follow up impegnativo e costante
- possibilità di interventi e prestazioni alternative
- dubbi sulle possibilità di successo della prestazione
- impatto psicologico fuori dall'ordinario

→ Eccezioni all'obbligo del consenso

Le uniche eccezioni all'obbligo del consenso informato sono:

- le situazioni nelle quali la persona malata ha espresso esplicitamente la volontà di non essere informata
- le condizioni della persona siano talmente gravi e pericolose per la sua vita da richiedere un immediato intervento di necessità e urgenza indispensabile. In questi casi si parla di consenso presunto
- i casi in cui si può parlare di consenso implicito, per esempio per quelle cure di routine (ad esempio un prelievo di sangue venoso), o per quei farmaci prescritti per una malattia estremamente nota al pubblico (ad esempio Tachipirina): in tal caso si suppone che sia consolidata l'informazione ed il consenso relativo
- in caso di rischi che riguardano conseguenze atipiche, eccezionali ed imprevedibili di un intervento chirurgico, che possono causare ansie e timori inutili. Se, però, il malato richiede direttamente questo tipo di informazioni, il medico deve fornirle;
- i Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO).

→ Essential characteristics of consent to healthcare services:

Personnel: with delegation provided only for minors, forbidden, disabled or incapable.

Valid: underlying non-invalidity capacity from various causes (age, infirmity, substance intoxication, psychic deficiency) and not marred by violence, threat, error, willful misconduct, fraud.

Not contrary to the law, public order or morality.

Determined: directed to a specific medical recipient, or, in the context of team work, to a doctor of the same functional position, qualification or specialization.

Circumscribed: referred to and limited to a specific diagnostic and/or therapeutic act.

Informed: based on understanding.

Free and spontaneous: free from coercion or interference of any kind.

Current: given at the time of performance and persistent for its entire duration.

Unconditional: unconditional, free, manifest.

Revocable: at any time, even on a simple denial, even if only mentioned by the patient.

Renewable: if, during the course of the disease, complications arise that require examinations or treatments that were not initially foreseen or planned.

The consent is only supplementary and not a substitute for the information process.

The paper element is only a useful phase for the patient's awareness and the doctor's self-confidence, of a relationship that is constantly evolving, which is why reading and signing a pre-packaged form should never be separated from oral communication.

The document signed by both the patient and the doctor:

- must report the main data relating to the state of health ascertained through a medical examination
- a description of the medical intervention deemed necessary with any alternatives must follow
- technical description and any materials used
- indication of the benefits as well as the risks deriving from any complications and outcomes.

The information in this sense, in addition to ensuring individual self-determination, serves to relieve the doctor (without prejudice to his duty of professional diligence) from any kind of liability in relation to any failure, or non-achievement of the expected result without

→ Caratteristiche essenziali del consenso alle prestazioni sanitarie:

Personale: con delega prevista solo per minori di età, interdetti, inabilitati o incapaci.

Valido: sotteso da capacità non invalidità da cause varie (età, infermità, intossicazione di sostanze, deficienza psichica) e non viziata da violenza, minaccia, errore, dolo, frode.

Non contrario alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.

Determinato: diretto ad un destinatario determinato medico, ovvero, nell'ambito di un lavoro di équipe, ad un medico della stessa posizione funzionale, qualifica o specializzazione.

Circoscritto: riferito e limitato cioè ad uno specifico atto diagnostico e/o terapeutico.

Informato: basato sulla comprensione.

Libero e spontaneo: esente da coercizioni o interferenze di sorta.

Attuale: dato al momento della prestazione e persistente per tutta la sua durata.

Revocabile: in qualsiasi momento, anche su un semplice diniego, pur se solamente accennato dal paziente.

Rinnovabile: qualora, nel corso della malattia, si manifestino complicanze da rendere necessari accertamenti o trattamenti inizialmente non previsti né programmati.

Il consenso è solo integrativo e non sostitutivo del processo informativo.

L'elemento cartaceo è solo una fase utile alla consapevolezza del paziente e all'autotrua del medico, di un rapporto che si evolve continuamente ecco perché la lettura e la sottoscrizione di un modulo preconfezionato mai dovrebbero essere disgiunte da una comunicazione orale.

Il documento sottoscritto sia dal paziente che dal medico:

- deve riportare i principali dati relativi allo stato di salute accertato mediante visita medica
- deve seguire descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario con le eventuali alternative
- descrizione tecniche ed eventuali materiali impiegati
- indicazione dei benefici come dei rischi derivanti con eventuali complicazioni ed esiti.

L'informazione in tal senso, oltre a garantire l'autodeterminazione individuale, serve a sollevare il medico

the consent of the patient, in the event of “malpractice”, the doctor will be charged not “negligent injury”, but “intentional or voluntary injury”, not refundable by the insurance, as not covered by professional liability.

→ **Object and content of the information**

The information must be:

- simple: because the patient is not an expert in medical matters
- personalized: that is, it must be appropriate to the client’s level of culture
- exhaustive: in the sense that it must fulfill all the requests of the assisted person
- truthful: but serene and emotionally balanced, so as not to create imbalances in the recipient
- sustained in any case by hope: every sick person always has the right to receive a word of comfort and hope.

→ **Liability for lack of informed consent** **Criminal liability**

It generally concerns the area of negligent offenses. Today, the omission of written consent and with it also generic and incomplete consents, concretize serious responsibilities on the part of the health care professional, who without the documentary evidence that only written consent can give, in a possible judicial prosecution process against him, he is surely destined to succumb.

Civil Liability

Failure to consent constitutes a breach of contract with an obligation to pay compensation.

The client is responsible for the burden of proof of the damage

It is up to the healthcare professional to demonstrate

- reality of consent (consent has been requested)
- validity of it based on its defining characteristics

The obligation to treat the patient’s illnesses refers only to the provision of means, diligence and behavior. In different terms, the work of the aesthetic surgeon, the dentist and in recent years, in my opinion, the doctor who is interested in aesthetics arises. In this case the obligation assumed towards the patient is also of results if previously insured.

The doctrinal debate in this case and the classification of any responsibilities in the context of the obligation

(fermo il suo dovere di diligenza professionale) da responsabilità di qualsiasi genere in relazione all’eventuale mancato, o non conseguimento del risultato previsto.

Senza il consenso da parte del paziente, in caso di “malpractice”, al medico verranno imputate non “lesioni colpose”, ma “lesioni dolose ossia volontarie”, non risarcibili dall’assicurazione, in quanto non coperte da RC professionale.

→ **Oggetto e contenuto dell’informazione**

L’informazione deve essere:

- semplice: perché il paziente non è un esperto di cose mediche
- personalizzata: cioè deve essere adeguata al livello di cultura dell’assistito
- esauriente: nel senso che deve esaudire tutte le richieste della persona assistita
- veritiera: ma serena ed emotivamente equilibrata, così da non creare scompensi in chi la riceve
- sorretta in ogni caso dalla speranza: ogni malato ha sempre il diritto di ricevere una parola di conforto e di speranza.

→ **Responsabilità da mancanza di consenso informato.**

Responsabilità penale

In genere concerne l’ambito dei reati colposi. Oggi, l’omissione di consenso scritto e con esso anche i consensi generici ed incompleti, concretizzano delle responsabilità gravi a carico del sanitario, che privo di quelle prove documentali che solo il consenso scritto può dare, in un eventuale processo giudiziario di accusa contro di lui, è sicuramente destinato a soccombere.

Responsabilità civile

Il mancato consenso costituisce un’inadempienza contrattuale con obbligo di risarcimento.

All’assistito compete l’onere probatorio del danno.

Al sanitario compete dimostrare

- realtà del consenso (il consenso è stato chiesto)
- validità di esso in base alle sue caratteristiche definitive

L’obbligo di curare le malattie del paziente è riferito solo alla fornitura dei mezzi, di diligenza e di comportamento. In termini diversi si pone invece l’opera del

of means and results is extremely open; certainly the operator is liable for the result not achieved if the latter has been estimated.

It is important that the doctor is in tune with his patient, builds a relationship of trust with him and, above all, interprets his state of mind and expectations. Promising 100% healing and then failing to keep it is as regrettable as being totally pessimistic. The patient asks the doctor for a commitment of means and results; on the other hand, the doctor can only guarantee the supply of means, with due exceptions.

chirurgo estetico, dell'odontoiatra e negli ultimi anni, a mio avviso, del medico che si interessa di estetica. In tal caso l'obbligo assunto nei confronti del paziente è anche di risultati se assicurato preventivamente.

Il dibattito dottrinale in tal caso e l'inquadramento delle eventuali responsabilità nell'ambito dell'obbligazione dei mezzi e risultati è estremamente aperto; di certo l'operatore risponde per il risultato non raggiunto qualora quest'ultimo è stato preventivato.

È importante che il medico entri in sintonia con il suo paziente, costruisca con lui un rapporto di fiducia e soprattutto si faccia interprete del suo stato d'animo e delle sue aspettative. Promettere la guarigione al 100% e poi non mantenerla, è deplorabile come anche essere totalmente pessimista. Il paziente chiede al medico un impegno di mezzi e risultati; di contro il medico gli può garantire solo la fornitura di mezzi, con le dovute eccezioni.



ISPLAD
International - Italian Society
of Plastic - Regenerative
and Oncologic Dermatology
www.isplad.org

7° CONGRESSO NAZIONALE ISPLAD

La pelle al centro

2-3 Dicembre 2022 Roma
Carpegna Palace Hotel Via Aurelia 481

Presidenti

Mariuccia Bucci
Elisabetta Perosino
Marina Romagnoli

Comitato scientifico

Antonino Di Pietro
Ornella De Pità
Giulio Ferranti
Alda Malasoma
Andrea Romani
Giuseppe Scarcella
Andrea Paro Vidolin

Per informazioni **SEGRETERIA ORGANIZZATIVA ISPLAD** - CMW lab S.r.l. - Via Presidio, 11 - 81031 Aversa (CE)
segreteriaorganizzativa@cmwlab.it - tel. +39 351 5535686

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



www.isplad.org

Topical organic pure argan oil used on skin side effects of radioteraphy and chemoteraphy in a pediatric oncologic patients. Case report and review of the literature



ADELE SPARAVIGNA

Olio di argan puro biologico topico utilizzato sugli effetti collaterali cutanei della radioterapia e della chemioterapia in un paziente oncologico pediatrico. Caso clinico e revisione della letteratura

• Adele Sparavigna¹

SUMMARY

The clinical report presented in this paper describes a case of skin disease secondary to oncologic therapies and its treatment with an organic, pure vegetal oil. A little male patient, suffered from a recurrent cancer for several years. The first neoplasm, diagnosed as alveolar rhabdomyosarcoma of the soft parts, occurred at the age of 9 years. After surgical excision, radiotherapy and chemotherapy protocol, a first recurrence at the level of right axilla presented at the age of 11 years. Unfortunately, a second recurrence on left leg Achilles tendon occurred one year later, at the age of 12 years. Reconstruction surgery was necessary due to difficulty in healing the wound caused by the first and second surgery. Furthermore, an important acute radiodermatitis developed on treated areas. The dermatitis was each time very beneficially treated with organic 100% pure argan oil (Elisir D'Argan). The results of topical application of the product were immediately evident both from a physical and psychological point of view. It has to be underlined that in such a difficult situation, the fact of seeing skin wounds healed and, above all, of suffering no more for skin discomfort, was of paramount importance. Oncological diseases need to be supported also at skin integrity level. This is fundamental because when the emotional and psychological aspects are relieved, the immune system is certainly strengthened as well as the hope for the patient himself and his relatives. Among plant extracts, argan oil exerts very amazing beneficial effects. Its peculiar chemical composition and biological activities are of increasing interest in scientific literature.

KEYWORDS

Argan oil, Argania spinosa kernel oil, chemotherapy skin adverse effects, radiotherapy skin adverse events, plant oils

MD Dermatologist
1 Derming Clinical Research
Institute, Milan

INTRODUCTION

Radiotherapy and combined radio-chemotherapy protocols have significantly improved the prognosis and long-term survival from many malignancies (1). Thus, patients and treating physicians are increasingly required to manage skin reactions associated with chemotherapy and radiotherapy (2,3,4).

Argan Kernel Oil (5) is an oil that comes from the processing of the seeds of the endemic, evergreen and deciduous plant called *Argania Spinosa* that grows spontaneously in the Souss region, more precisely in Essaouria (ancient name Mogador) a city located between Agadir, Marrakesh and Taroundant.

In 1998 UNESCO declared the *Argania Spinosa* forest area a biosphere reserve. Very important prevention of desertification in that territory is also exerted by these plants. The harvest of ripe and dried fruits takes place between June and July thanks to the manual work of Berber women, working together in cooperatives, guaranteeing themselves autonomy. The almonds obtained from the opening of the kernels are ground and cold pressed so as not to alter the physico-chemical characteristics of the argan oil.

The extraction of pure argan oil is intended for cosmetic use (INCI name: *Argania spinosa* kernel oil) anyway it is universally accepted that argan oil is indicated for several skin diseases, ranging from eczema to rosacea and acne.

It is common dermatological experience to apply argan oil on the skin affected by altered barrier function. In the specific clinical case described in this report, while the oncologic disease was cured in the best possible and successful way, according to parents' description, less attention was paid by oncologists to the skin adverse events: wound healing after surgery, radiodermatitis and toxic effects of chemotherapies considered less noteworthy when compared to the cancer itself. Besides, prescribed topical therapies were never tolerated by the patient. This is why a 100% pure argan oil was spontaneously used by the parents for the treatment of skin lesions since the very beginning of the disease.

Case report

A.S., a 9 year old boy, was treated** for an alveolar rhabdomyosarcoma localized in the left calf (Fig.1) and local lymph node involvement (popliteal), subsequently relapsed in the right axillary lymph node and, subsequently, in the left lower leg (Fig.2).

INTRODUZIONE

La radioterapia ed i protocolli combinati di radiochemioterapia hanno migliorato significativamente la prognosi e la sopravvivenza a lungo termine di molte neoplasie (1). Pertanto, i pazienti e i medici curanti sono sempre più spesso tenuti a gestire le reazioni cutanee associate alla chemioterapia e alla radioterapia (2,3,4).

L'olio di argan (5) deriva dalla lavorazione dei semi della pianta endemica, sempreverde e caducifoglia denominata *Argania Spinosa* che cresce spontaneamente nella regione di Souss, più precisamente a Essaouria (antico nome Mogador) una città situata tra Agadir, Marrakech e Taroundant.

Nel 1998 l'UNESCO ha dichiarato "Riserva della Biosfera" l'area forestale di *Argania Spinosa*. Infatti, la prevenzione della desertificazione in quel territorio è esercitata anche da queste piante. La raccolta dei frutti maturi e secchi avviene tra giugno e luglio, grazie al lavoro manuale delle donne berbere, che lavorano insieme in cooperative, garantendosi autonomia economica. Le mandorle ottenute dall'apertura dei noccioli vengono macinate e spremute a freddo in modo da non alterare le caratteristiche fisico-chimiche dell'olio di argan. L'estrazione dell'olio di argan puro è destinato all'uso cosmetico (nome INCI: *Argania spinosa* kernel oil) tuttavia è universalmente accettato che l'olio di argan sia indicato per diverse malattie della pelle, che vanno dall'eczema alla rosacea e all'acne. È esperienza dermatologica comune applicare olio di argan sulla pelle affetta da alterata funzionalità di barriera. Nel caso clinico specifico, descritto in questa relazione, mentre la malattia oncologica è stata curata nel migliore dei modi e con successo, secondo la descrizione dei genitori, gli oncologi hanno prestato minore attenzione agli eventi avversi cutanei: guarigione delle ferite dopo l'intervento chirurgico, radiodermite e tossicità effetti delle chemioterapie. Inoltre, le terapie topiche prescritte non sono mai state tollerate dal paziente. Per questo motivo un olio di argan puro al 100% è stato utilizzato spontaneamente dai genitori per il trattamento delle lesioni cutanee sin dall'inizio della malattia.

Case report

A.S., bambino di 9 anni, è stato trattato** per un rhabdomyosarcoma alveolare localizzato nel polpaccio sinistro (Fig.1) ed interessamento linfonodale locale (popliteo), successivamente recidivato a livello di un linfonodo ascellare destro e, ancora, a livello del terzo inferiore della gamba sinistra sinistro (Fig.2). La tera-



Fig.1
Primary tumor on the left leg

Fig.1
Tumore primitivo della gamba sinistra



Fig. 2
Phases of surgical
intervention of primary
tumor **a), b)**
and skin graft
reconstruction **c), d)**

Fig. 2
Fasi dell'intervento
chirurgico del tumore
primitivo **a), b)**
e ricostruzione dell'innesto
cutaneo
c), d).



Therapy ended in December 2017. Official clinical description follows:

- **Primary tumor** in the left calf with lymph node involvement (N1) treated according to the EpssG-RMS 2005 protocol very high-risk group from 27/09/2014 to 29/10/2015; surgical exeresis of the primary tumor on 30/12/2014.
- **First relapse** in the right axillary lymph node treated with chemotherapy (8 cycles of IrVAC cycles from 12/04/2016 to 14/10/2016),

pia è terminata a dicembre 2017. Segue la descrizione clinica ufficiale:

- **Epicrisi anamnestica:**
- **Tumore primitivo**
in sede di polpaccio sinistro con coinvolgimento linfonodale (N1) trattato secondo protocollo EpssG-RMS 2005 very highrisk group dal 27/09/2014 al 29/10/2015; exeresi chirurgica del tumore primitivo in data 30/12/2014
- **Prima recidiva** in sede linfonodale ascellare destra trattata con chemioterapia (8 cicli

surgical exeresis of the axillary lymph node on 06/06/2016 and subsequent radiotherapy on the axillary cavity (41.4 Gy)

- **Second recurrence** in the posterior tibial tendon s / p surgical exeresis on 20/11/2017, treated with radiotherapy until 15/12/2017 (30 Gy).

Nowadays, since the last check (February 2021) he reports well-being at home, he has successfully passed the second superior at school and plays tennis. Physiotherapy continues. Plantar foot on the left foot for reduction of the flexor capacity of the left foot. Results of the urinalysis are normal and the b2 microglobulin dosage in urine 24 hours slightly increased. Good general conditions, no pain. Normal, pink skin (**Fig. 5,7**). Regular cardiac, respiratory and abdominal objectivity. Presence of a 5 mm diameter, mobile left inguinal adenopathy. No axillary adenopathies. No palpable masses in the left calf. PAO 100/61 mmHg, HR 80 bpm, Weight 53.8 kg, Height 174.5 cm.

- Underarm, inguinal and leg ultrasound shows no pathological adenopathy, the nodular formation localized in the middle third of the calf with diameters 8 x 3 x 6 mm remains. Normal chest x-ray."
- Other than surgical wounds, skin side effects were represented by acute radiodermatitis and toxic effect of chemotherapy (**Fig. 4,5**).

Acute radiodermatitis occurred ranging from mild erythema and dry desquamation to severe confluent desquamation (superinfected psoriasiform dermatitis). In scientific literature, it is described that acute damage occurs right from the initial radiation dose when the first lot of basal cells are destroyed, although the acute side effects become apparent in average 2 to 3 weeks after the beginning of therapy. The remaining cells cornify and therefore shed faster than healthy skin. This process disrupts the balance between normal cell production at the basal layer and cell destruction at the skin surface. This process continues with continuing radiations.

With cumulative radiation doses reaching 20 Gy, skin barrier dysfunction manifests as dryness, flaking of the skin, or desquamation as folliculitis (skin rash), xerosis, pruritus, and hyperpigmentation.

Toxic effects of chemotherapy, although doc-

cici IrVAC dal 12/04/2016 al 14/10/2016), exeresi chirurgica del linfonodo ascellare in data 06/06/2016 e successiva radioterapia sul cavo ascellare (41.4 Gy)

- **Seconda recidiva** in sede di tendine tibiale posteriore s/p exeresi chirurgica in data 20/11/2017, trattata con radioterapia fino al 15/12/2017 (30 Gy).

Dall'ultimo controllo (febbraio 2021) riferito benessere a domicilio, ha superato con successo la seconda superiore.

Gioca a tennis. Prosegue fisioterapia. Porta plantare al piede sinistro per riduzione della capacità flessoria del piede sinistro.

Porta in visione l'esito di esame urine (nella norma) e dosaggio beta2 microglobulina su urine 24 ore (lievemente incrementato)

EO: buone condizioni generali, non dolori. Cute rosea (**Fig. 5,7**). Obiettività cardiaca, respiratoria ed addominale regolare.

Presenza di un'adenopatia inguinale sinistra di 5 mm di diametro, mobile. Non adenopatie ascellari. Non masse palpabili al polpaccio sinistro.

PAO 100/61 mmHg, FC 80 bpm, Peso 53.8 kg, altezza 174.5 cm

→ **Effettuate:**

- **ecografia** ascelle, inguinali e gamba: non adenopatie patologiche, permane la formazione nodulare localizzata al terzo medio del polpaccio di diametri 8 x 3 x 6 mm

- **rx torace:** nella norma. Oltre alle ferite chirurgiche, gli effetti collaterali cutanei erano rappresentati da radiodermite acuta e dall'effetto tossico della chemioterapia (**Fig. 4,5**).

La comparsa di radiodermatite acuta variava da lieve eritema e desquamazione secca a grave desquamazione confluenta (dermatite psoriasiforme superinfetta). Nella letteratura scientifica è riportato che il danno acuto si verifica fin dalla dose iniziale di radiazioni quando il primo lotto di cellule basali viene distrutto, sebbene gli effetti collaterali acuti si manifestino in media 2-3 settimane dopo l'inizio della terapia. Le restanti cellule cornificano e quindi si distaccano più velocemente che a livello della cute sana. In pratica, viene interrotto l'equilibrio tra la normale produzione cellulare allo strato basale e lo sfaldamento dei corneociti dalla superficie cutanea.

Fig.3
Recurrence
of the primary tumor



Fig.3
Recidiva del tumore

Fig.4
Psoriasiform acute
superinfected
radiodermatitis
(Staphilococcus Aureus)



Fig.4
Radiodermite superinfetta
acuta
psoriasiforme
(Staphilococcus Aureus)

Fig. 5
Acute radiodermatitis of the
axilla before (a) and
after (b) Argan oil treatment

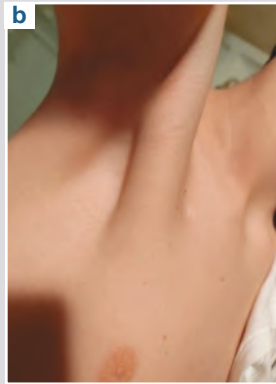


Fig. 5
Radiodermatite acuta
dell'ascella prima (a) e
dopo (b) il trattamento con
olio di Argan

Fig. 6
Skin toxicity after the use
of chemotherapy agents



Fig. 6
Tossicità cutanea
dopo l'uso di agenti
chemioterapici

Fig. 7
Actual aspect of the left leg



Fig. 7
Aspetto della gamba
sinistra guarita

umented by parents (Fig. 6), were not found described in clinical documentation.

**U.O.C. CLINICA DI ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA, UNIVERSITÀ DI PADOVA

Treatment of skin side effects

Since the beginning of the disease, the skin was treated only and exclusively with 100% Pure Natural Argan Oil as it has no contraindications and can always be used on the whole body and every day. This multivitamin oil is generally well tolerated by delicate and fragile skin (infants / children - adults - elderly) and was used for daily treatments of detergency and emollience. The baths were prepared sprinkling a little amount of Argan oil (20 ml) in the tube. The duration of skin immersion was at least 15 minutes. After drying, the oil was applied all over of the skin, except for fresh and bleeding wounds. It was gently spread with the back of a spoon, letting it slide over the entire affected surface, at least once a day.

The method of use was simple and fast as it absorbed quickly, did not leave greasy residues and deeply nourished, penetrating immediately and releasing a soft and elastic skin.

Discussion

The use of vegetal oils (6) in the treatment of skin is a growing trend, and differences among their natural components should be emphasized with respect to their utility in the management of various skin conditions and diseases. Vegetal oil components include triglycerides, free fatty acids (FFAs), tocopherols, sterols, stanols, phospholipids, waxes, squalene, phenolic compounds, etc. These different compounds, when topically applied, differently influence skin physiology (skin barrier, inflammatory status, antioxidant response, and proliferation). Plant oils vary by the type and the amount of triglycerides and FFAs, e.g., straight-chain saturated fatty acids (SFAs) and unsaturated fatty acids (UFAs). Particularly, UFAs show different physiological responses when topically applied. Among them, linoleic acid, for example, has a direct role in maintaining the integrity of the water permeability barrier of the skin. In contrast, oleic acid can be detrimental to skin barrier function. Oleic acid can cause barrier disruption and eventually induces dermatitis under continuous top-

Ovviamente il processo si agrava con le continue successive radiazioni. Quando la dose cumulativa di radiazioni raggiunge i 20 Gy, progressivamente la disfunzione della funzionalità di barriera si manifesta in termini di secchezza, desquamazione più o meno intensa, follicoliti (rash cutaneo), xerosi, prurito ed iperpigmentazione.

Gli effetti tossici della chemioterapia, sebbene documentati fotograficamente dai genitori (Fig. 6), non sono stati riscontrati nella documentazione clinica.

**U.O.C. CLINICA DI ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA, UNIVERSITÀ DI PADOVA

Trattamento degli eventi avversi cutanei

Sin dall'inizio della malattia, la cute è stata trattata solo ed esclusivamente con olio di Argan naturale al 100% puro, grazie all'assenza di controindicazioni ed alla possibilità di utilizzarlo su tutto il corpo, tutti i giorni.

Questo olio multivitaminico è generalmente ben tollerato dalle pelli delicate e fragili (neonati/bambini - adulti - anziani) e viene spesso utilizzato per trattamenti quotidiani di detergenza ed emollienza. Nella fattispecie, i bagni sono stati preparati spruzzando una piccola quantità di olio di Argan (20 ml) direttamente nella vasca. La durata dell'immersione cutanea è stata di almeno 15 minuti. Dopo l'asciugatura, l'olio di Argan è stato applicato su tutta la pelle, ad eccezione delle ferite fresche e sanguinanti, stendendolo delicatamente con il dorso di un cucchiaio, su tutta la superficie interessata, almeno una volta al giorno.

Il metodo d'uso, secondo la madre del paziente, è sempre stato semplice e veloce in quanto quest'olio si assorbiva rapidamente, non lasciava residui untuosi e nutriva in profondità, penetrando immediatamente e lasciando la pelle morbida ed elastica.

Discussione

L'uso degli oli vegetali (6) nel trattamento della pelle rappresenta un trend in crescita ma vanno sottolineate le differenze tra i vari oli, sulla base dei loro componenti naturali, in merito alla loro utilità nella gestione di varie condizioni e malattie della pelle. I componenti dell'olio vegetale includono trigliceridi, acidi grassi liberi (FFA), tocoferoli, steroli, fosfolipidi, cere, squalene, composti fenolici, ecc. Questi diversi composti, quando applicati localmen-

ical application. Oils composed mostly of monounsaturated oleic acid increase skin permeability more than oils containing an almost even mixture of both monounsaturated and polyunsaturated fatty acids. For instance, olive oil contains about 70% oleic acid while argan oil harbors 45% oleic acid and 35% linoleic acid, indicating that argan oil is richer in polyunsaturated fatty acids. Oleic acid is a mono-unsaturated fatty acid, it may disrupt skin barrier but also acts as a permeability enhancer for other compounds present in plant oils. Other components such as phenolic compounds and tocopherols exhibit an antioxidant effect and may modulate physiological processes such as skin barrier homeostasis, inflammation, and wound-healing. When topically applied to hairless mice, sodium dl- α -tocopheryl-6-O-phosphate, a water-soluble derivative of vitamin E (dl- α -tocopherol), enhances ceramide synthesis and gene expression of differentiation markers (transglutaminase 1, cytokeratin 10, involucrin, and loricrin) (7).

Phospholipids, another component of plant oils, mainly fuse with the outer lipid layer of the SC, potentially acting as chemical permeability enhancers.

Traditionally, argan oil has been utilized in the treatment of skin infections, and in skin/hair care products.

Daily topical application of argan oil has also been shown to improve skin elasticity and skin hydration by restoring the barrier function and maintaining the water-holding capacity. Additionally, topical applications onto skin provide a softening and relaxing effect on the skin, as well as helping to facilitate the accumulation and transdermal delivery of topical drugs. Argan oil has also been shown to be effective in enhancing wound healing created second-degree burns in rats (8).

Argan oil production economically supports millions of people in Morocco (9). To protect both producers of this valuable product and consumers from fraudulent activity, it is essential to have the necessary analytical tools for controlling the origin and the authenticity of argan oil. The importance of using a 100% pure argan oil obtained through a completely natural and ecofriendly process is of outmost utility for both healthy and diseased skin. The question whether a cosmetic can exert a therapeutic effect is often debated (10). Cosmetic products definition means any substance or mixture intended to be placed in contact with the external parts of the human body (epidermis, hair system, nails, lips and external genital organs) or with the teeth and the mucous membranes of the oral cavity with a view exclusively or mainly to cleaning them, perfuming them, changing

te, influenzano in modo diverso la fisiologia cutanea (barriera cutanea, stato infiammatorio, attività antiossidante e proliferazione cellulare). Gli oli vegetali variano in base al tipo e alla quantità di trigliceridi e FFA, ad esempio acidi grassi saturi a catena lineare (SFA) ed acidi grassi insaturi (UFA). In particolare, gli UFA mostrano diverse risposte fisiologiche quando applicati localmente. Tra questi, l'acido linoleico, ad esempio, ha un ruolo diretto nel mantenimento dell'integrità della barriera di permeabilità all'acqua della pelle. Al contrario, l'acido oleico può essere dannoso per la funzione di barriera cutanea. L'acido oleico può causare l'alterazione della barriera ed indurre dermatiti in caso di applicazione topica continua. Gli oli composti principalmente da acido oleico monoin saturato aumentano la permeabilità cutanea più degli oli contenenti una miscela quasi uniforme di acidi grassi sia monoin saturati che polinsaturi. Ad esempio, l'olio d'oliva contiene circa il 70% di acido oleico mentre l'olio di argan contiene il 45% di acido oleico e il 35% di acido linoleico, indicando che l'olio di argan è più ricco di acidi grassi polinsaturi.

L'acido oleico è un acido grasso monoin saturato, come abbiamo già detto, può distruggere la barriera cutanea ma agisce anche come potenziatore della permeabilità cutanea nei confronti di altri composti presenti negli oli vegetali. Altri componenti come i composti fenolici ed i tocoferoli mostrano un effetto antiossidante e possono modulare processi fisiologici come l'omeostasi della barriera cutanea, l'infiammazione e la guarigione delle ferite. Quando applicato topicamente a topi glabri, il disodio-tocoferil-6-fosfato, un derivato idrosolubile in della vitamina E, migliora la sintesi delle ceramidi e l'espressione genica dei marcatori della differenziazione (transglutaminasi 1, citocheratina 10, involucrina e loricrina) (7).

I fosfolipidi, un altro componente degli oli vegetali, si fondono principalmente con lo strato lipidico esterno dello strato corneo, agendo potenzialmente come potenziatori della barriera di permeabilità chimica.

Tradizionalmente, l'olio di argan viene utilizzato nel trattamento delle infezioni cutanee e nei prodotti per la cura della pelle e dei capelli. È stato inoltre dimostrato che l'applicazione topica quotidiana dell'olio di argan migliora l'elasticità e l'idratazione della pelle ripristinando la funzione barriera e mantenendo la capacità di trattenere l'acqua. Inoltre, le applicazioni topiche esercitano un effetto emolliente e lenitivo, oltre a facilitare l'immagazzinamento e la somministrazione transdermica dei farmaci topici. L'olio di argan ha anche dimostrato di essere efficace nel migliorare la guarigione delle ferite create da

their appearance, protecting them, keeping them in good condition or correcting body odours. (EU Regulation 1223/2009, Article 2.1.a). Nevertheless, borderline situations may occur, especially for those cosmetic ingredients and formulas that reinforce or restore epidermal barrier and sooth inflamed skin. Pure argan oil represents one of the most important borderline cosmetic ingredient used for skin disease because it has demonstrated to posses nourishing, restructuring, soothings, antimicrobial, antipruritic therapeutic effects. Small argan oil molecules are generally smaller than that of other oils (Olive, Jojoba, Almond) and can cross the epidermal layers in depth penetrating from stratum corneum through granular and basal layer. In argan oil, many molecules possess both hydrophilic and lipophilic (amphiphilic) characteristics and due to this peculiarity Argan oil is completely absorbed by the skin without leaving greasiness.

Conclusions

Emollience is a cosmetic feature that provides skin surface with softness, smoothness, elasticity. It is usually associated with the lipid component present in the formulation. In light of what has been described so far, in order to obtain physiological emollience and hydration, it is necessary that the lipids contained in the formulations intended for contact with the skin are similar to those found naturally at this level.

The best lipids used for this purpose are derived from plants: vegetal oils, ceramides, sphingolipids.

When hydration and emollience are achieved in this way, the application of a cosmetic product takes on a value that goes beyond the cosmetic act: in fact, a soothing and regularizing activity is obtained that helps to treat various inflammatory conditions, with improvement not only of the smoothness but also the color and softness of the skin. On the contrary, if we attack the skin with exfoliants, scrubs and lightening substances, if we use petrochemical derived oils such as paraffin and vaseline or silicones as emollients, the skin will in the long run become rough, irritated, stained.

Pure argan oil is one of the most suitable plant derived oils, due to its peculiar chemical composition. It is composed of low molecular weight substances favoring the penetration and the restoration of epidermal barrier function. The high percentage of soothing agents indicates this oil for all skin con-

ditions of second degree nei ratti (8).

La produzione di olio di Argan sostiene economicamente milioni di persone in Marocco (9). Per tutelare sia i produttori di questo prezioso prodotto che i consumatori da attività fraudolente, è fondamentale disporre degli strumenti analitici necessari per controllare l'origine e la genuinità dell'olio di argan. L'importanza di utilizzare un olio di argan puro al 100%, ottenuto attraverso un processo completamente naturale ed ecologico è fondamentale sia per la cute sana che per quella malata. La questione se un cosmetico possa esercitare un effetto terapeutico è spesso dibattuta (10). Per prodotto cosmetico si intende qualsiasi sostanza o miscela destinata ad essere posta a contatto con le parti esterne del corpo umano (epidermide, sistema pilifero, unghie, labbra e organi genitali esterni) o con i denti e le mucose del cavo orale allo scopo di occuparsi esclusivamente, o principalmente, di pulirli, profumarli, cambiarne l'aspetto, proteggerli, mantenerli in buono stato o correggere gli odori corporei.

(Regolamento UE 1223/2009, articolo 2.1.a). Tuttavia, possono verificarsi situazioni limite, soprattutto per quegli ingredienti e quelle formule cosmetiche che rinforzano o ripristinano la barriera epidermica e leniscono la cute infiammata. L'olio di Argan puro rappresenta uno degli ingredienti cosmetici borderline più importanti per le malattie della pelle perché ha dimostrato di possedere effetti terapeutici nutrienti, ristrutturanti, lenitivi, antimicrobici, antipruriginosi. Le piccole molecole di olio di argan sono generalmente più piccole di quelle di altri oli (Olivo, Jojoba, Mandorla) e possono attraversare gli strati epidermici in profondità penetrando dallo strato corneo fino agli strati granulare e basale. Nell'olio di Argan molte molecole possiedono caratteristiche sia idrofile che lipofile (anfifile) e per questa sua particolarità l'olio di Argan viene completamente assorbito dalla pelle senza lasciare untuosità.

Conclusioni

L'emollienza è una caratteristica cosmetica che dona alla superficie cutanea morbidezza, levigatezza ed elasticità.

Di solito è associata alla componente lipidica presente nella formulazione. Alla luce di quanto fin qui descritto, al fine di ottenere emollienza ed idratazione fisiologiche, è necessario che i lipidi contenuti nelle formulazioni destinate al contatto con la pelle siano simili a quelli che si trovano naturalmente a questo livello. I migliori lipidi utilizzati a questo scopo sono

Composizione in acidi dell'Olio di Argan puro 100%	%
Oleic	43 - 49,1
Linoleic	29,3 - 36
Arachidonic	0,3 - 0,5
Gadoleic	0,4 - 0,5
Palmitic	12 - 13
Stearic	5 - 7
Tocopherols	60 - 90 mg/100g
Sterals	130 - 230 mg/100g

Tab. 1
*Composition of Elisir d'Argan**
80% of unsaturated fatty acids is composed by
Omega 3 and 6 (so-called Vitamin F)

Composizione in acidi dell'Olio di Argan puro 100%	%
Oleico	43 - 49,1
Linoleico	29,3 - 36
Arachidonico	0,3 - 0,5
Gadoleico	0,4 - 0,5
Palmitico	12 - 13
Stearico	5 - 7
Tocoferoli	60 - 90 mg/100g
Steroli	130 - 230 mg/100g

Tab. 1
*Composizione di Elisir d'Argan**
80% di acidi grassi insaturi, Omega
3 e 6 (Vitamina F)

ditions of inflammation, barrier disruption and burns. Oncological diseases need to be supported also at skin integrity level.

This is fundamental because when the emotional and psychological aspects are taken into account, the immune system is certainly strengthened as well as the hope for the patient himself and his relatives (11,12,13,14).

derivati dalle piante: oli vegetali, ceramidi, sfingolipidi.

Quando in questo modo si ottengono idratazione ed emollienza, l'applicazione di un prodotto cosmetico assume un valore che va oltre l'atto cosmetico: si ottiene infatti un'attività lenitiva e regolarizzante che aiuta a curare diverse condizioni infiammatorie, con miglioramento non solo della levigatezza ma anche del colorito e della morbidezza della pelle. Al contrario, se attacchiamo la pelle con esfolianti, scrub e sostanze schiarenti, se usiamo oli derivati dalla petrolchimica come paraffina e vaselina o siliconi come emollienti, la pelle diventerà a lungo andare ruvida, irritata, macchiata.

L'olio di argan puro è uno degli oli vegetali più adatti, per la sua peculiare composizione chimica. È composto da sostanze a basso peso molecolare che favoriscono la penetrazione ed il ripristino della funzione di barriera epidermica.

L'elevata percentuale di agenti lenitivi indica questo olio per tutte le condizioni cutanee di infiammazione, alterazioni della barriera ed ustioni.

Gli effetti collaterali delle terapie oncologiche richiedono trattamenti particolarmente efficaci, in grado di restituire l'integrità cutanea. Questo è fondamentale perché trattare efficacemente la cute aumenta significativamente in questi casi il benessere del paziente, soprattutto sotto l'aspetto emotivo e psicologico. Da tutto questo deriva sicuramente anche un rafforzamento del sistema immunitario e conseguentemente la speranza di sopravvivenza del paziente stesso (11,12,13,14).

**Acknowledgements.*
Clinical pictures were taken by patient's parents
(courtesy)

**Ringraziamenti.*
Le immagini cliniche sono state scattate dai genitori del paziente
(fornite per cortesia)

REFERENCES

1. Balagula Y, Rosen ST, Lacouture ME. The emergence of supportive oncodermatology: the study of dermatologic adverse events to cancer therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2011; 65:624–635.
2. Harper JL, Franklin LE, Jenrette JM, Aguero EG. Skin toxicity during breast irradiation: pathophysiology and management. *South Med J.* 2004; 97:989–993.
3. Barkham AM. Radiotherapy skin reactions and treatments. *Prof Nurse.* 1993; 8:732–736.
4. Bernier J, Bonner J, Vermorken JB, et al. Consensus guidelines for the management of radiation dermatitis and coexisting acne-like rash in patients receiving radiotherapy plus EGFR inhibitors for the treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Ann Oncol.* 2008; 19:142–149.
5. Gharby S and Charrouf Z Argan Oil: Chemical Composition, Extraction Process, and Quality Control. *Front. Nutr.* 2022, 208:2804587
6. Lin T, Zhong L, Santiago JL Anti-Inflammatory and Skin Barrier Repair Effects of Topical Application of Some Plant Oils *Int. J. Mol. Sci.* 2018, 19, 70;1-21
7. El Kamouni S, El Kebbjaj R, Andreoletti P. et al. Protective Effect of Argan and Olive Oils against LPS-Induced Oxidative Stress and Inflammation in Mice Livers *Int. J. Mol. Sci.* 2017, 18, 2181; 1-15
8. Avsar, U.; Halici, Z.; Akpınar, et al. The Effects of Argan Oil in Second-degree Burn Wound Healing in Rats. *Ostomy Wound Manag.* 2016, 62:26–34.
9. Chakhchar A, Ben Salah I, El Kharrassi Y et al. Agro-Fruit-Forest Systems Based on Argan Tree in Morocco: A Review of Recent Results. *Front. Plant Sci.* 2022, 12:783615, 1-13
10. Sparavigna A, Di Pietro A “Can a cosmetic formula exert a physiological anti-ageing activity and/or contribute to the healing of skin diseases? *Journal of Plastic and Pathology Dermatology* 2018, 14 (4): 11-18
11. Denham JW, Hauer-Jensen M. The radiotherapeutic injury – a complex ‘wound’. *Radiother Oncol.* 2002; 63:129–145
12. Taggart L, Ozolins L, Hardie H, Nyghof-Young J. Look good feel better workshops: a ‘big lift’ for women with cancer. *J Cancer Educ.* 2009; 24:94–99.
13. Titeca G, Poot F, Cassart D, et al. Impact of cosmetic care on quality of life in breast cancer patients during chemotherapy and radiology. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2007; 21:771–776.
14. Jhan, J.K.; Chung Free fatty acids. *Int. J. Mol. Sci.* 2018, 19, 70 5 of 21 Interest of Supportive and Barrier Protective Skin Care Products in the Daily Prevention and Treatment of Cutaneous Toxicity During Radiotherapy for Breast

Tu fai la diagnosi ... al RESTO *ci pensa*

RESTAX *flogo*

L'unico **TRIFASICO** mirato per AGA Maschile
con forte componente **INFIAMMATORIA**



AZIONE **ANTINFIAMMATORIA**
AZIONE SELETTIVA SULLA **5-ALFA REDUTTASI**
AZIONE **ANTIOSSIDANTE**

Dr. Paolo
Gigli



"Grazie alle sue proprietà antinfiammatorie, antiossidanti, radical-scavenger ed anti-androgenetiche, l'estratto di Epilobio costituisce un valido aiuto nell'alopecia androgenetica con **forte componente infiammatoria**, in sinergia con gli altri principi attivi."

SCONTI ESCLUSIVI
PER I TUOI PAZIENTI CHE
CHIAMANO **IL CALL CENTER!**

CALL CENTER

0571/400859

PERSONAL PHARMACIST

329/2025840



La guarigione del tuo paziente, il centro del nostro lavoro.

www.wikenfarma.com

WIKENFARMA

BioSil®

Acido ortosilicico stabilizzato con colina ch-OSA®

Visita
il nuovo sito
di BioSil®
www.biosil.beauty/it



**Formula brevettata
per la formazione
di nuovo collagene
dall'interno**

Confezione 60 capsule
Formulazione brevettata
con **Vitamina C**

Dose giornaliera 2 capsule



VEGETARIAN



Iscriviti
a
FAGRÓN MED
ITALIA!

Il nostro canale
Telegram
dedicato alla
prescrizione
magistrale

Studi clinici su

Capelli • Pelle • Unghie • Ossa • Cartilagini • Denti

Fagron Italia S.r.l.
Via G. Lazzari, 4-6
40057 Granarolo dell'Emilia (BO)
T +39 051 53 57 90

www.fagron.it



Fagron
personalizing
medicine

Crusted Scabies: a case report

• Chiara Del Re¹ • Stefano Dastoli¹ • Luigi Bennardo¹ • Cataldo Patruno¹ • Steven Paul Nisticò¹



CHIARA DEL RE

SUMMARY

*Introduction: Crusted scabies appears as erythematous, hyperkeratotic, fissured, and crusted plaques that range in color from yellow to brown; The case: a 55-year-old Italian woman came to visit with a large, painful, itchy, papulosquamous rash and dermoscopic examination revealed the anterior parts of mite *Sarcoptes Scabiei*, so she was treated with topical Permethrin and oral Ivermectin with excellent results.*

KEYWORDS

Scabies, Permethrin, Ivermectin

INTRODUCTION

Human scabies is a frequent infestation with a global distribution. Depending on the clinical circumstances, the impact and appearance might vary. It is a parasitic skin infection caused by the mite *Sarcoptes scabiei*. Scabies infections are frequent in residential and nursing care facilities in affluent nations, where they significantly increase morbidity and misery. It is difficult to get a diagnosis, and managing outbreaks is expensive. More than 200 million people worldwide are afflicted, with the prevalence being especially high in tropical areas with few resources [1].

The typical clinical indication of scabies is the burrow created by the adult female as it digests and eats the skin. Burrows appear as 5 mm long creeping (serpiginous) brownish lines; they are frequently miss-

ing and difficult to see without a dermatoscope.

Adults with classic scabies typically have a highly itchy rash, especially in the areas of their skin where the mites thrive. It takes 3–4 weeks for these symptoms to appear in a host without prior infection. The interdigital web gaps, wrists, anterior axillary folds, periumbilical skin, pelvic girdle with buttocks, ankles, and penis in men, and the periareolar area in females, are sites of predilection. Typically, patients lament that their pruritis worsens at night [2].

Crusted scabies appears as erythematous, hyperkeratotic, fissured, and crusted plaques that range in color from yellow to brown [3]. The clinically crusted form of scabies manifests as a hyperkeratotic dermatosis, usually affecting the palms and

¹ Unit of Dermatology,
Department of Health Sciences,
University Magna Graecia of
Catanzaro, Catanzaro, Italy

soles and frequently accompanied by deep skin fissures. Usually, patients present vesicles or erythematous papules, but rarely crusted lesions can be seen. Secondary bacterial infection is prevalent and significantly related to mortality, generalized lymphadenopathy, peripheral blood eosinophilia, and elevated serum IgE levels [1].

People with weakened immune systems and those with impaired sensory ability, such as those with leprosy, are more likely to get crusted (Norwegian) scabies [4], but sometimes it can also be seen in immunocompetent people, especially if it is misdiagnosed for a long time.

This case report shows a case of crusted scabies in a woman without an immunocompromised system.

The case

A large, painfully itchy papulosquamous rash plagued a 55-year-old Italian woman from November 2021 to June 2022. She saw numerous general and specialized doctors who unsuccessfully attempted to treat her with topical steroids and other specialized techniques as it was non-specific irritating contact dermatitis.

The lesions had begun in the webs of her fingers as papules, and they had subsequently progressed to cover her thorax and the rest of her body. Similar but less severe pruritic vesicular-papular eruptions were present in her son.

A careful medical history showed that they had stayed in a hotel the

month prior to the appearance of the lesions.

Physical examination revealed that the skin was almost entirely covered in thick, crusty scales (**Figure 1 - Figure 4**).

A dermatoscopy examination revealed the mite's anterior parts (dark triangular sign, **Figure 5**); as a result, we diagnosed crusted scabies.

She received a topical scabicide (Permethrin 5% cream) daily for seven days, then two times a week until cure, and an oral Ivermectin with a dosage of 200mcg/kg body weight. Ivermectin was to be given again after a week, and the results were to be watched regularly. She successfully responded to therapy, and her skin lesions improved.



Figure 1.
Patient's right thigh completely full of crusted lesions.



Figure 2.
Patient's abdomen with crusted lesions and scratching injuries.

Discussion

Scabies is a widespread infection that can afflict people of any age or socioeconomic position anywhere in the world. In order to control the epidemic, early detection, isolation of index patients, and prophylactic treatment of contacts are crucial [5].

Immunosuppression, whether intentional or brought on by particular illnesses such as severe HIV infection, lymphoma, starvation, etc., is often the source of the etiology of crusted scabies. The patients' immunosuppression is mentioned in most case reports in the literature [4, 6, 7, 8].

However, cases in immunocompetent patients are sometimes found [9, 10]. Our patient did not show

laboratory anomalies, but incorrect therapies advised, because of misdiagnosis, might have worsened the manifestations.

The widespread, ill-defined, erythematous, fissured plaques are covered with scales and crusts. The plaques have a yellow-to-brown color and thick, verrucous appearance on bony prominences (such as finger articulations, elbows, and iliac crest); malodorous skin lesions can be caused by secondary bacterial infections [11].

Differential diagnosis includes psoriasis, atopic dermatitis, seborrheic dermatitis, or contact dermatitis, and often if misdiagnosed, corticosteroids given to patients promotes the development of crusted

scabies [12-14]. In 50% of individuals with Crusted scabies, pruritus with nocturnal recrudescence—the primary symptom of common scabies—is diminished or nonexistent [12]. However, it is well recognized that corticosteroid medication is a factor that favors severe forms, regardless of the route of delivery.

The diagnosis is clinical and can be aided with a dermatoscopic exam or microscopic examination of scrapings from the skin [15]. Locally, visual inspection and clinical examination are the essential methods used by primary care doctors to determine diagnoses. On a microscope, scabietic mites, eggs, or feces can be observed [5].

A combination of topical permethrin and oral ivermectin is suggested for crusted scabies. A typical single dosage of ivermectin is administered at 200 g/kg body weight. In order to assure that newly born mites are destroyed, a second treatment is theoretically necessary seven days following the first dose because it lacks ovicidal efficacy [1]. Sometimes surgical debridement is necessary since the suggested medicinal therapies are no longer effective after receiving prolonged inadequate treatments [9].

Conclusions

Delays in diagnosis can cause epidemics and worsen the illness. The case reported in this article did not have concomitant illnesses that can cause a lowering of immunity; nevertheless, improper treatment favored the development of the condition. As soon as it was recognized through careful anamnesis and recognition of the mite, she was treated correctly and with excellent results.



Figure 3.
Patient's back of the feet.



Figure 4.
Patient's hands, in which *Sarcoptes Scabiei* was found.

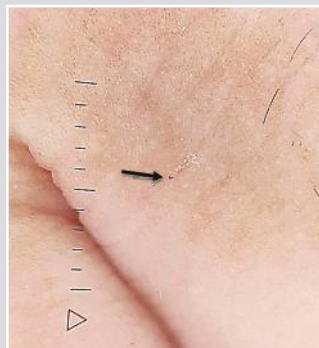


Figure 5.
Mite's anterior part (triangular sign, marked by the arrow) seen at dermoscopy.

REFERENCES

1. Chandler DJ, Fuller LC. *A Review of Scabies: An Infestation More than Skin Deep. Dermatology.* 2019;235(2):79-90. doi: 10.1159/000495290. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30544123.
2. McCarthy JS, Kemp DJ, Walton SF, Currie BJ. *Scabies: more than just an irritation. Postgrad Med J.* 2004 Jul;80(945):382-7. doi: 10.1136/pgmj.2003.014563. PMID: 15254301; PMCID: PMC1743057.
3. Palaniappan V, Gopinath H, Kaliaperumal K. *Crusted Scabies. Am J Trop Med Hyg.* 2021 Mar 3;104(3):787-788. doi: 10.4269/ajtmh.20-1334. PMID: 33657012; PMCID: PMC7941825.
4. Agyei M, Ofori A, Tannor EK, Annan JJ, Norman BR. *A forgotten parasitic infestation in an immunocompromised patient—a case report of crusted scabies. Pan Afr Med J.* 2020 Aug 4;36:238. doi: 10.11604/pamj.2020.36.238.24288. PMID: 33708329; PMCID: PMC7908331.
5. Vasanwala FF, Ong CY, Aw CWD, How CH. *Management of scabies. Singapore Med J.* 2019 Jun;60(6):281-285. doi: 10.11622/smedj.2019058. PMID: 31243462; PMCID: PMC6595060.
6. Wang MK, Chin-Yee B, Lo CK, Lee S, El-Helou P, Alowami S, Gangji A, Ribic C. *Crusted scabies in a renal transplant recipient treated with daily ivermectin: A case report and literature review. Transpl Infect Dis.* 2019 Jun;21(3):e13077. doi: 10.1111/tid.13077. Epub 2019 Mar 29. PMID: 30873722.
7. Sandoval L, Cuestas D, Velandia A, Motta A, Quevedo E, Rolon M, Sopo L. *Scabies herpeticum, an emerging clinical form of crusted scabies in AIDS patient: case report and literature review. Int J Dermatol.* 2019 Oct;58(10):1205-1209. doi: 10.1111/ijd.14256. Epub 2018 Oct 15. PMID: 30320440.
8. Lang E, Humphreys DW, Jaqua-Stewart MJ. *Crusted scabies: a case report and review of the literature. S D J Med.* 1989 Apr;42(4):15-7. PMID: 2471261.
9. Aukerman W, Curfman K, Urias D, Shayesteh K. *Norwegian Scabies management after prolonged disease course: A case report. Int J Surg Case Rep.* 2019;61:180-183. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.07.025. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31376739; PMCID: PMC6677688.
10. Mahajan SA, Chhonkar A, Dave JS, Muhammed N. *Unusual presentation of crusted scabies with osteolysis in immunocompetent. Australas J Dermatol.* 2021 Nov;62(4):e563-e567. doi: 10.1111/ajd.13726. Epub 2021 Sep 27. PMID: 34570367.
11. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. *European guideline for the management of scabies. J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 Aug;31(8):1248-1253. doi: 10.1111/jdv.14351. Epub 2017 Jun 22. PMID: 28639722.
12. Jouret G, Bounemour R, Presle A, Takin R. *La gale hyperkératosique [Crusted scabies: A review]. Ann Dermatol Venereol.* 2016 Apr;143(4):251-6. French. doi: 10.1016/j.annder.2016.02.001. Epub 2016 Mar 2. PMID: 26948093.
13. Bastos Costa J, Rocha de Sousa V, Bezerra da Trindade Neto P, De Aquino Paulo Filho T, Dias Florêncio Cabral VC, Rossiter Pinheiro PM. *Norwegian scabies mimicking rupioid psoriasis. An Bras Dermatol* 2012;87:910—93.
14. Kutlu NS, Turan E, Erdemir A, Gürel MS, Bozkurt E. *Eleven years of itching: a case report of crusted scabies. Cutis* 2014;94:86—8.
15. Levi A, Mumcuoglu KY, Ingber A, Enk CD. *Detection of living Sarcoptes scabiei larvae by reflectance mode confocal microscopy in the skin of a patient with crusted scabies. J Biomed Opt.* 2012 Jun;17(6):060503. doi: 10.1117/1.JBO.17.6.060503. PMID: 22734726.



RETINPIL CREMA GEL 50 ml

IL RETINOIDE COSMETICO CHE NON C'ERA

Trattamento coadiuvante per cute acneica a base di:
Retin K® 1%, Azeloglicina, Niacinamide

CANOVA®

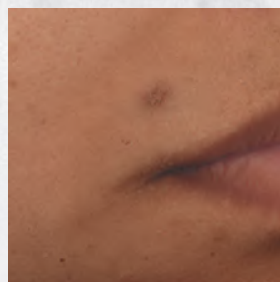


Eucerin®

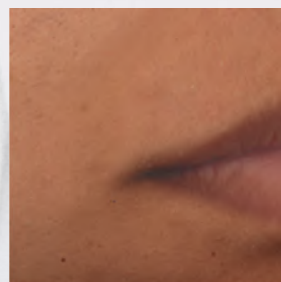
95%*
CONFERMA:
**MACCHIE
POST-ACNE
RIDOTTE**

NOVITÀ

**BREVETTO
THIAMIDOL**



SETTIMANA 0
PRIMA



SETTIMANA 12
DOPO**



* Prodotto testato su 100 volontari, applicato regolarmente due volte al giorno per 8 settimane.

** Studio clinico su 40 volontari, con uso regolare di siero e fluido due volte al giorno per 12 settimane. Foto di un caso, i risultati individuali possono variare.