

MICROCIRCOLAZIONE: CASO CLINICO

Eczema da stasi può ridurre la qualità della vita

Un quadro clinico di comune riscontro per dermatologi e angiologi con il medesimo obiettivo, posta la diagnosi, di costruire un corretto percorso terapeutico



Federica Pomella

Federica Pomella*, Gabriella Lucchi**, Giorgio Guarnera***, Luca Guarnera****, Marina Ambrifi*****

*Specialista in Angiologia medica - Servizi ambulatoriali territoriali, Branca Angiologia Asl Frosinone

**Centro studi malattie vascolari JF Merlen, Frosinone

***Chirurgia vascolare, Aurelia Hospital, Roma. Già presidente Associazione italiana ulcere cutanee (Aiuc)

****Università La Sapienza, Roma

*****Specialista in Dermatologia e Venereologia. Libero professionista, Frosinone

Gli autori descrivono il caso clinico di una donna di sessanta anni di età, in notevole sovrappeso, con due gravidanze in anamnesi fisiologica, con un evento di flebotrombosi femoro-poplitea a destra insorto quindici anni prima dell'attuale osservazione angiologica.

Anamnesi ed esame obiettivo distrettuale

Da circa tre anni la paziente presenta la comparsa di manifestazione discromico-distrofica dermo-ipodermica siderinica al III inferiore di gamba destra e dermatite di tipo esfoliativo-desquamativo, dal III inferiore al III medio dello stesso segmento d'arto. L'area cutanea costantemente e intensamente pruriginosa appariva caratterizzata, oltre che dalla discromia, anche da aspetti desquamanti ed esfoliativi e da "screpolature" (eczema "craquelé" degli autori francesi), complicate da sovrapposte lesioni da "grattamento" (figg. 1-2).

Il prurito, sovente si manifestava anche in altre aree cutanee distanti dal segmento d'arto interessato dalla manifestazione descritta, come da fenomeno di Koebner (comparsa di prurito, eritema ed eczematizzazione in altre aree cutanee non contigue o distanti come collo, torace e viso).

Diagnosi differenziale

La differenziazione diagnostica poteva porsi tra un'erisipela, una dermoipodermite cronica riacutizzata, una recidiva di flebotrombosi, una linfangite.

Indirizzo diagnostico

Un'anamnesi accurata e un'attenta valutazione clinica angiologica generale e distrettuale e un esame strumentale ecocolordoppler degli arti inferiori hanno

orientato verso la corretta diagnosi di malattia venosa cronica al II stadio di Widmer da sindrome post-trombotica con manifestazione di eczema da stasi su area di lipodermatosclerosi (classe CEAP IV/a).

Posta tale diagnosi, la costruzione di un corretto percorso terapeutico non poteva prescindere da due indispensabili pilastri: il contrasto alla stasi venosa e il trattamento della manifestazione cutanea. Occorre porre in atto ogni provvedimento di contrasto al peggioramento del quadro emodinamico, di quello cutaneo e all'evoluzione verso forme di paracheratosi (fig. 3)

La fisiopatologia dell'eczema da stasi è riconducibile a quella della microangiopatia da stasi. Il primum movens fisiopatologico è rappresentato infatti dalla condizione stasi-ipertensione venosa. Questa si attua soprattutto come ipertensione ortodinamica. Infatti, nel soggetto normale la pressione venosa scende durante la deambulazione, mentre nel flebopatico la riduzione pressoria venosa risulta meno significativa dopo ortodinamismo. Quanto più aumenta la flebostasi tanto più la pressione venosa è alta durante la deambulazione fino ad aumentare addirittura durante la marcia, invece di diminuire, soprattutto nelle forme più gravi, come nella SPT.

A questo punto la stasi venosa si ripercuote direttamente prima sulle venule collettrici e poi sulle venule post-capillari. Ciò provoca un'ipertensione nel versante venulare del distretto microcircolatorio che si accompagna ad alterazioni dell'afflusso arteriolare per il "barrage" legato alla alta pressione venulare, con conseguente impoverimento del circolo nutrizio capillare e ad alterazioni emoreologiche con aggregazione eritrocitaria e piastrinica nel microcircolo e conseguente alterazione del glicocalice endoteliale.

Nel caso in esame, dapprima è stato usato un bendaggio rigido fisso trattandosi di paziente attivamente deambulante per un periodo di circa 60 giorni, da rinnovare settimanalmente, seguito da prescrizione a tempo indeterminato di calza elastica II classe di compressione (opzionando il tipo con fibra elastomerica rivestita di cotone), dopo aver verificato la scarsa essudazione locale. Alla paziente, è stata consegnata una scheda nella quale erano elencate una serie di norme comportamentali e posturali da seguire costantemente. Per la terapia locale sono stati utilizzati unguenti cortisonici, emollienti e preparati a base di acido salicilico per la



Fig. 1: eczema da stasi

loro peculiare, maggiore azione cheratolitica. Per l'intenso e afflittivo prurito, alla paziente è stato altresì prescritto un trattamento antistaminico. Per quanto sinteticamente argomentato nella fisiopatologia di questo quadro, la terapia sistemica può sicuramente avvalersi di un trattamento farmacologico in cronico e a lungo termine con glicosaminoglicani (GAG).

Conclusioni

L'eczema da stasi è una patologia particolarmente fastidiosa e afflittiva per il paziente al quale cagiona una significativa riduzione della qualità della vita, per la compromissione delle attività relazionali, per quelle legate alle normali attività ordinarie della vita quotidiana e di quelle lavorative, per il danno estetico e per l'elevato costo dei trattamenti terapeutici, peraltro sovente deludenti. La notevole frequenza dell'associazione di manifestazioni cutanee eczematose sugli arti di



Fig. 2: eczema "craquelé" a "lastre di pietra" (fonte Burton JL)



Fig. 3: paracheratosi, squame simili a "chips"

soggetti con patologia varicosa o post-ostruttiva venosa, rende ragione dell'attribuzione della paternità del quadro cutaneo, alla stasi venosa escludendo qualsiasi superficiale attribuzione a mera coincidenza ma, al contrario, ascrivendola alla stasi venosa quale momento fisiopatologico costante nella malattia venosa

cronica. È un quadro clinico di comune riscontro per dermatologi e angiologi e il percorso diagnostico-terapeutico vede queste due figure specialistiche di riferimento impegnate a combattere nella stessa trincea una difficile battaglia che per vincerla bisogna combatterla uniti.

SOCIETÀ ITALIANA DI MICROCIRCOLAZIONE (SIM)



IL BOARD SCIENTIFICO

Soci fondatori

Claudio Allegra
Luciana Bagnato
Salvino Bilancini
Piero Bonadeo
Antonio De Marco
Giacomo Failla
Giorgio Guarnera
Giuseppe Leonardo
Biancamaria Ligas
Massimo Lucchi

Pierluigi E. Mollo
Pio Maurizio Nicosia
Federica Pomella
Giusto Trevisan
Sandro Tucci

Consiglio direttivo

Salvino Bilancini, presidente
Giorgio Guarnera, vice presidente
Pierluigi E. Mollo, segretario
Piero Bonadeo
Giacomo Failla
Giuseppe Leonardo

Massimo Lucchi
Pio Maurizio Nicosia
Giusto Trevisan

Collegio revisori dei Conti

Luciana Bagnat, presidente
Federica Pomella
Sandro Tucci

Collegio dei Probi Viri

Claudio Allegra, presidente
Biancamaria Ligas
Antonio De Marco