

Alopecia Areata: la via italiana

Su iniziativa della Società Italiana di Tricologia, per festeggiare i 30 anni di attività nel campo tricologico del Dott. Roberto d'Ovidio, domenica 22 novembre 2009 si è tenuto a Bari un simposio sull'Alopecia Areata.

Vi hanno partecipato dermatologi provenienti da diverse realtà territoriali e con un bagaglio di esperienze quanto mai vario. Dopo aver esaminato le espressioni cliniche della malattia sono stati illustrati i vari approcci terapeutici senza tralasciare un aspetto importante quale quello psicologico sia come fattore scatenante la malattia che come conseguenza della stessa.

Il dr d'Ovidio nella sua introduzione ha discusso delle forme cliniche particolari dell'alopecia areata che possono gettare luce sulla sua patogenesi. Si parte dal fenomeno di Maria Antonietta che consiste nella caduta preferenziale dei peli pigmentati, provocando così una canizie acuta e diffusa, attribuibile ad un danno specifico dei melanociti pilari. La presenza di edema e del fenomeno di Koebner (comparsa di lesioni alopeciche in sede di trauma o microtrauma) fanno pensare ad un coinvolgimento fondamentale dei mastociti nella patogenesi della malattia e questo sarebbe convalidato anche dal mancato attecchimento degli autoinnesti nelle aree alopeciche per problemi evidentemente a livello del connettivo perifollicolare. Il fenomeno di Koebner è importante anche per la prognosi della patologia. Un trattamento in grado di provocarlo (revulsivi, crioterapia, immunoterapia topica) potrebbero aggravare una forma acuta della malattia. Strumenti prognostici che permetterebbero di intervenire con terapie adeguate possono essere indicati nel tricogramma perilesionale - che mostrerà peli in anagen distrofici nelle fasi iniziali e più acute - ed il pull-test (praticabile anche dai pazienti) che potrà evidenziare una caduta di capelli con bulbo in telogen e/o - nelle fasi acute - assottigliati e spezzati verso la radice.

Il prof. E. Bonifazi (Bari) si è soffermato sull'importanza di una diagnosi differenziale dell'AA con alcune condizioni o con altre patologie che si manifestano con aree alopeciche al cuoio capelluto, nel neonato e nel bambino. Nel neonato, una alopecia occipitale può essere causata semplicemente da una caduta sincronizzata in telogen dovuta alla pressione dell'osso occipitale o a traumi perinatali. In questi casi non è necessaria alcuna terapia perché si giunge spontaneamente a guarigione. Altre cause che devono essere prese in considerazione nella diagnosi differenziale dell'AA nel neonato sono alcune sindromi congenite. L'alopecia triangolare congenita va considerata quando ci si trova di fronte ad una chiazza alopecica localizzata a livello fronto-temporale, il nevo sebaceo e l'aplasia cutis congenita quando la chiazza alopecica è localizzata a livello del vertice. Queste condizioni si differenziano dalla AA per l'assenza di peli a punto esclamativo ed il dato anamnestico della presenza della chiazza sin dalla nascita.

Nel bambino spesso si osserva una formazione di chiazze alopeciche dai contorni bizzarri dovuti ad una forma di automutilazione in cui il bambino si strappa sistematicamente i capelli sino a spezzarli e a provocare la caduta dei fusti (tricotillomania). Un esame clinico accurato può portare ad una corretta diagnosi e ad escludere sindromi ereditarie associate all'assenza di capelli

soprattutto se non si riscontrano anomalie di cute, unghie, denti e se il bambino non presenta una facies dismorfica.

Il prof. A.Rebora (Genova) ha curato alcuni aspetti particolari dell'AA in cui si presenta con caratteristiche diverse da quelle normalmente conosciute. Ha sottolineato che l'Alopecia Areata può esordire con un quadro clinico senza chiazze alopeciche in cui il paziente mostra una caduta intensa e diffusa senza aree glabre, i capelli caduti sono in telogen, i peli possono cadere anche da altre aree pelose e la tricodinia è frequente. Si parla in questo caso di Alopecia Areata Incognita (AAI) che pone spesso problemi differenziali con il telogen effluvium.

Nella AAI la dermoscopia rivela la presenza di "yellow dots" tipici della AA, sono presenti occasionali peli a punto esclamativo e peli distrofici come nella AA, l'infiltrato peribulbare è simile a quello della AA. Nel telogen effluvium una piccola percentuale di casi (2%) sviluppa piccole chiazze di alopecia areata entro 6-9 settimane dalla diagnosi; nel 3% dei casi sono presenti anagen distrofici che rappresentano il 4% di tutti i capelli caduti; la tricodinia è presente nel 50% dei casi, nel 14% delle alopecie areate e solo nel 5% delle alopecie androgenetiche; anticorpi anti-TPO sono presenti nel 27% dei casi contro il 50% nell'AA e solo il 4% delle AGA.

Il Dott. A.Rossi (Roma) ha sottolineato l'importanza di definire la fase della AA prima di intraprendere qualsiasi terapia e si è soffermato sull'efficacia dei corticosteroidi che vengono usati sia a livello topico che intralesionale e sistemico. I corticosteroidi topici vengono assorbiti solo in misura minima su cute normale. L'applicazione in occlusione ne aumenta l'assorbimento e si utilizza soprattutto sotto forma di unguento. I corticosteroidi intralesionali hanno lo scopo di ottenere un'alta concentrazione del farmaco nella zona colpita onde limitare gli effetti collaterali sistemici e si utilizza preferibilmente nei casi in cui l'alopecia non interessi una zona superiore al 50% del cuoio. E' considerato un trattamento di prima scelta per l'alopecia delle sopracciglia dove però va usato con cautela per la possibilità di trombosi retinica. La terapia con corticosteroidi sistemici porta quasi sempre dei risultati, ma alla sua sospensione è possibile osservare un effetto "rebound". Al fine di minimizzare gli effetti collaterali dei cortisonici sistemici è stata proposta una terapia pulsata.

Il Dott. A. Miracapillo (Acquaviva delle Fonti) ha presentato la PUVA-Terapia topica ma soprattutto sistemica come opzione terapeutica nel trattamento dell'Alopecia Areata nell'adulto. Nella sistemica si assume per via orale uno psoralene e successivamente si irradia con UVA o solo il cuoio capelluto (PUVA-Turban) o tutto l'ambito cutaneo. La terapia si è mostrata nel complesso efficace nell'indurre la ricrescita, ma non si dimostra in grado di mantenere i risultati né di bloccare una riacutizzazione della patologia. Per avere dei risultati soddisfacenti sono necessarie almeno 20 sedute con una frequenza di 3 sedute settimanali a dosi crescenti. A causa degli effetti collaterali però, non è indicata per un trattamento a lungo termine e nei bambini. Uno studio giapponese recente condotto su casi severi e resistenti alle terapie suggerisce che pazienti sottoposti quotidianamente per un mese alla PUVA-terapia e con la assunzione di una dose di 20 mg/die di prednisone, hanno riportato tutti la crescita di peli terminali e sembra si sia ridotto anche il rischio di recidive che invece era una costante al momento della sospensione della terapia classica. L'esperienza condotta ad Acquaviva delle Fonti, tesa a confermare questi risultati, purtroppo, non ha confermato queste ottimistiche aspettative.

Sempre a proposito di terapie fisiche, il Dott. Fai (Lecce) ha portato la sua esperienza di scarsi risultati positivi nel trattamento dell'alopecia in chiazze con la terapia fotodinamica.

Il Dott. A. Marliani (Firenze) ha sottolineato che ad oggi non esiste un regime terapeutico specifico universalmente riconosciuto per il trattamento dell'Alopecia Areata. Ogni scelta terapeutica è basata su criteri empirici che tengono conto dell'età del paziente e dell'estensione della malattia e non sempre ad una scelta terapeutica corretta segue un buon risultato clinico. Ha indicato gli esami di laboratorio da prescrivere e si è soffermato sul ruolo dei fattori stressogeni, emotivi, caratteriali. Spesso i pazienti presentano una personalità con tratti nevrotici e spesso dimostrano di avere alterazioni dei bioritmi circadiani, dell'ACTH e del cortisolo. Nei pazienti che dormono troppo poco c'è una ridotta produzione della melatonina che è implicata nei disordini autoimmuni. Queste osservazioni lo inducono ad associare alla terapia steroidea sistemica pulsata un integratore a base di melatonina, un antidepressivo o un induttore del sonno a seconda dei casi.

Nella Lunch Session il dr d'Ovidio ha provato a ricapitolare i possibili approcci terapeutici all'Alopecia Areata, proponendo una modifica del classico algoritmo di Shapiro, introducendo nella scelta della terapia il parametro "attività" (valutato attraverso pull-test e tricogramma) e ha sottolineato comunque l'importanza dell'utilizzazione delle protesi nelle forme più severe, soprattutto nelle donne e nei bambini.

Nella sessione pomeridiana sono state presentate alcune comunicazioni libere.

Il dr Mauro Grandolfo (Bari), ha confermato la presenza di autoanticorpi organo-specifici anche nelle forme più limitate della malattia.

Il dr Andrea Pastore (Taranto) ha presentato una sua casistica di pazienti pediatrici selezionati, trattati con protratta terapia steroidea sistemica. Con un attento monitoraggio ha dimostrato la sua praticabilità ed efficacia. Gli effetti collaterali si sono ridotti e stabilizzati col tempo, anche per il passaggio al Deflazacort nella fase di mantenimento.

Il dr Daniele Campo (Roma) ha illustrato le differenze da lui riscontrate con alcuni test psicologici tra i pazienti con alopecia areata e la forma di alopecia psicogena da lui recentemente identificata. Questi ultimi sono definibili come pazienti ansiosi, ma con aggressività più o meno depressa. I primi invece presentano caratteristiche di passività, incapacità di elaborare verbalmente le emozioni (allessitimia) e con tratti caratteriali insicuri.

Il dr d'Ovidio ha chiuso il Convegno con una relazione dal titolo "Profumi e balocchi", riproponendo l'utilizzazione dell'Aromaterapia nell'Alopecia Areata soprattutto infantile e sottolineando come è nei primi anni di vita che si pongono le basi per la formazione di tratti caratteriali portati alla somatizzazione (insicuri-evitanti) e, attraverso un'alterazione del sistema ipotalamo-ipofisi-surrene, alle malattie autoimmuni. L'approccio psicologico/psichiatrico a questi pazienti può quindi risultare fondamentale anche per migliorarne la prognosi dermatologica. Nei bambini, ma anche negli adulti, si potrebbe proporre la ludoterapia, anche con giochi di ruolo, per modificare i pattern di reazione alterati in questi pazienti.

Dott.ssa Margherita Vessio margheritavessio@yahoo.it