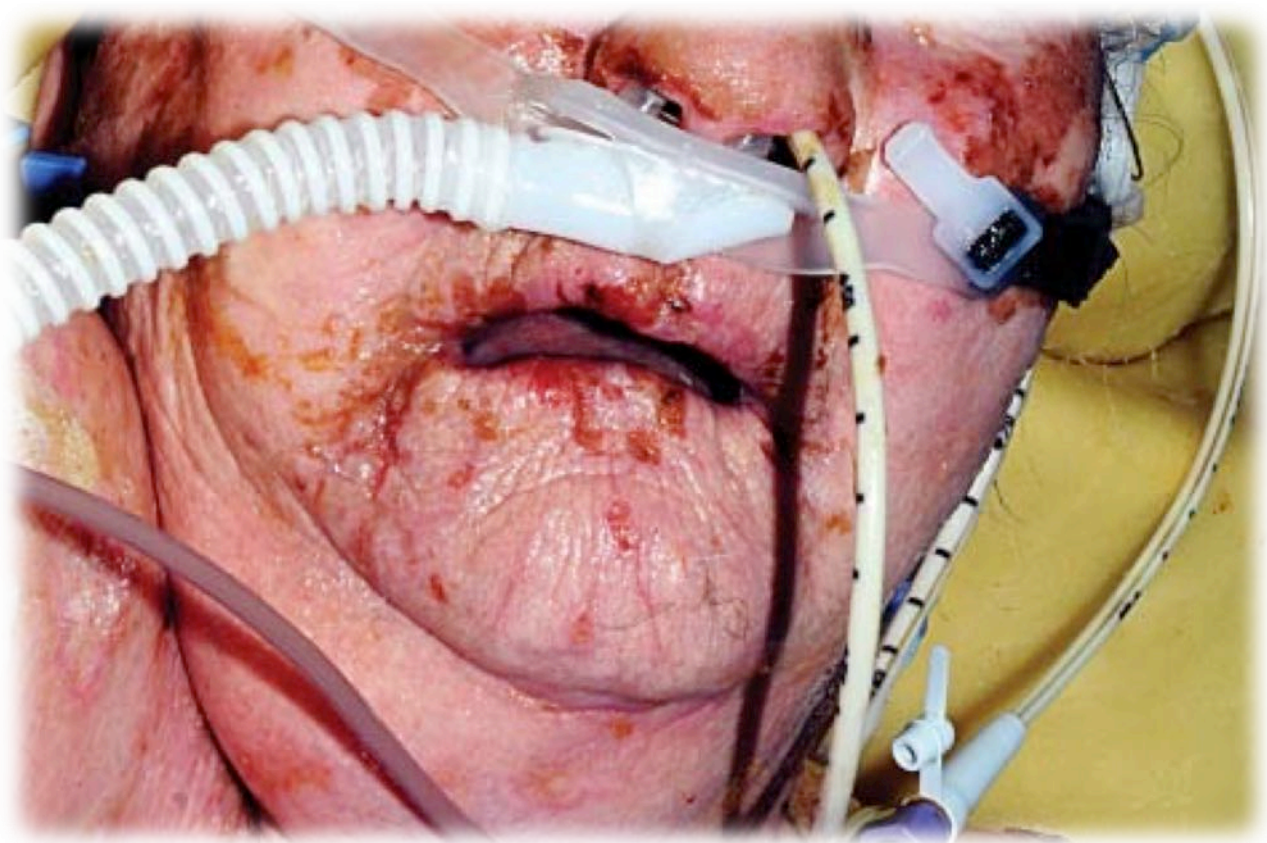


Le Urgenze Dermatologiche in Medicina Generale



Corso di Aggiornamento Aziendale per Medici di Medicina Generale della ASL 202 Chieti- Lanciano-Vasto anno 2015.



Pacchetto formativo a cura del dott. Gabriele Faraone (Animatore di Formazione).
N.B. questo documento è parte integrante e non sostitutivo del Corso come descritto di seguito.

Le Urgenze Dermatologiche in Medicina Generale

**EVENTO FORMATIVO ANNO 2015
ASL 2 Abruzzo Lanciano Vasto Chieti**

Titolo:

"Le Urgenze Dermatologiche in Medicina Generale"

Tipologia di iniziativa formativa:	Corso aggiornamento obbligatorio per Medici di Medicina Generale
Formazione residenziale interattiva:	<input type="checkbox"/> xPresente <input type="checkbox"/> Non presente
Sede del Corso:	19/09/2015 Chieti A Policlinico Chieti 03/10/2015 Chieti B Ospedale Civile Ortona 17/10/2015 Vasto Centro Multimediale 13/11/2015 Lanciano A Ospedale Civile Lanciano 05/12/2015 Lanciano B Ospedale Civile Lanciano (Ciascuna edizione durata 4 ore)
Data e Durata ore per edizione:	19/09/2015 Chieti A Policlinico Chieti 03/10/2015 Chieti B Ospedale Civile Ortona 17/10/2015 Vasto Centro Multimediale 13/11/2015 Lanciano A Ospedale Civile Lanciano 05/12/2015 Lanciano B Ospedale Civile Lanciano (Ciascuna edizione durata 4 ore)
Numero Edizioni:	Cinque edizioni
Numero Partecipanti per edizione:	Medici di Medicina Generale informati dalla Asl 202 Lanciano Vasto Chieti a partecipare all'evento che si tiene in ogni sede.
Professionalità coinvolte:	Medici di Medicina Generale della Asl 202 Lanciano Vasto Chieti .
Scopo Prevalente:	X <input type="checkbox"/> accrescere le conoscenze teoriche X <input type="checkbox"/> migliorare le abilità pratiche X <input type="checkbox"/> costruire strumenti per la gestione delle attività X <input type="checkbox"/> stimolare comportamenti/aspetti relazionali X <input type="checkbox"/> elaborare prodotti/progetti

PRESENTAZIONE: Il Medico di Medicina Generale può essere chiamato ad

Le Urgenze Dermatologiche in Medicina Generale

	<p>offrire risposte tempestive non solo ai quadri gravi, alle situazioni di reale emergenza, come ad esempio le ustioni o le gravi reazioni a farmaci, ma anche ad una molteplicità di lesioni cutanee che pur non minacciando in modo serio lo stato di salute complessiva della persona e pur non richiedendo interventi terapeutici complessi, hanno comunque necessità di trovare una pronta assistenza.</p>
OBIETTIVI GENERALI:	<p>Il corso è finalizzato a fornire al Medico di Medicina Generale modalità operative e comportamentali per la presa in carico dei pazienti affetti dalle urgenze dermatologiche.</p>
Obiettivi Formativi Tecnico - Professionali:	<p>Il corso si propone di: Fare acquisire conoscenze tecniche e aggiornamento in tema di approfondimento sulle cause che possono favorire una urgenza dermatologica e sulle metodiche terapeutiche necessarie per affrontarle.</p>
Obiettivi Formativi di Processo:	<p>Il corso si propone di: Fare acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di mettere in pratica tramite percorsi diagnostici, avvalendosi di casi clinici proposti dal docente e animatore, la capacità di saper diagnosticare e la tempestività nell'affrontare terapeuticamente una urgenza dermatologica;</p>
Obiettivi Formativi di Sistema:	<p>Il corso si propone di condividere percorsi condivisi la gestione delle urgenze dermatologiche nell'ambito della Medicina Generale.</p>
DESTINATARI ED AMBITI ORGANIZZATIVI:	<p>Medici di Medicina Generale Convenzionati con il SSN</p>
METODOLOGIE DIDATTICO-FORMATIVE:	<p>Frontali teoriche/ operative/ interattive/ casi clinici</p>
VERIFICA PRESENZA DEI PARTECIPANTI:	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> X Firma di presenza <input type="checkbox"/> Schede di valutazione dell'evento firmate dai partecipanti <input type="checkbox"/> Sistema elettronico di badge <input checked="" type="checkbox"/> X Relazione firmata dal responsabile e dal Provider

Le Urgenze Dermatologiche in Medicina Generale

MODALITA' DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> X Con questionario <input type="checkbox"/> Con esame orale <input type="checkbox"/> Con esame pratico <input type="checkbox"/> Con prova scritta <input type="checkbox"/> Autocertificazione dei partecipanti
Coordinatore del corso:	dott. Gabriele Faraone Cell.: 3386697866 gabriele.faraone@tin.it
Responsabile Scientifico:	dott. Gabriele Faraone FRN GRL 57 E 22 C632G Cell.: 3386697866 gabriele.faraone@tin.it
Docenti:	Docente : Prof. Paolo Amerio mrapla69l10h501b Tel.: 0871358032 p.amerio@unich.it docente : dott. Matteo Auriemma RMMMTT79H03H769C Cell.: 3478329200 matteo.auriemma@gmail.com
SEGRETERIA:	<input checked="" type="checkbox"/> X FUNZIONE PROVIDER (Accreditamento/Valutazione/Report Evento) <input checked="" type="checkbox"/> X FUNZIONE Supporto (Preparazione materiale didattico, rilevazione presenze, pubblicazione Eventi/Progetti sul sito aziendale etc..)
COSTI PREVISTI (Euro): Stabiliti dalla ASL 202 Chieti Lanciano Vasto in quanto corso di aggiornamento aziendale anno 2015.	

PROGRAMMA

GIORNAT A/ MODULO	ORARIO	CONTENUTI	DOCENTI	N° ORE/Docenti
1	09-10,00	Presentazione del corso. Quali sono le urgenze dermatologiche in Medicina Generale?	Faraone Amerio Auriemma	una
2	10,00- 11,00	Comportamenti diagnostici e terapeutici.	Faraone Amerio Auriemma	una
3	11,00- 12,00	Casi clinici.	Faraone Amerio Auriemma	una
4	12,00- 13,00	Discussione in sessione plenaria. Post test.	Faraone Amerio Auriemma	una

Docenti di Contenuto:

Prof. Paolo Amerio, Primario della Clinica Dermatologica, Università degli studi G. D'Annunzio, Chieti- Pescara.

Dott. Matteo Auriemma Specialista in Dermatologia della Clinica Dermatologica, Università G. d'Annunzio Chieti-Pescara.

Animatore di Formazione:

Dott. Gabriele Faraone, Medico di Famiglia, Specialista in Medicina Interna.

La gestione dell'urgenza dermatologica

Il Medico di Famiglia, è impegnato quotidianamente in consulenze per manifestazioni dermatologiche, egli si trova a dover dare risposte tempestive non solo ai quadri gravi, alle situazioni di **“reale urgenza”**, come ad esempio le ustioni o le gravi reazioni a farmaci, ma anche ad una molteplicità di lesioni cutanee che pur non minacciando in modo serio lo stato di salute complessiva della persona e pur non richiedendo interventi terapeutici complessi, hanno, comunque, necessità di trovare una pronta assistenza. Le indicazioni / consulto dello specialista dermatologo sono fondamentali per inquadrare e classificare il tipo di manifestazione sia in caso essa sia primitiva o espressione clinica di una patologia di carattere sistemico.

Vi sono poi le **“urgenze percepite”**, quelle condizioni in cui la persona, magari preoccupata o sofferente, è naturalmente portata a richiedere un intervento urgente, anche se in realtà un intervento dilazionato non comporterebbe alcun reale nocumento o peggioramento della condizione di base.

Sotto il profilo organizzativo, al fine di razionalizzare l'intervento assistenziale, è necessario individuare criteri meglio definiti, per selezionare le malattie cutanee che richiedono un intervento urgente ed anche, più in generale, per attribuire valori più consoni alle diverse patologie, affinché chi è affetto da lesioni neoplastiche, per esempio, possa trovare percorsi prioritari rispetto a chi, pur sofferente, è afflitto da problematiche dermatologiche minori.

Caso Clinico

Un uomo di 67 anni si presenta in un pronto soccorso accusando:

1. Un intenso dolore alla base dell'emitorace di sinistra che si accentua con i movimenti del respiro.
2. All'anamnesi il paziente riferisce un pregresso infarto cui ha seguito un'angioplastica sulla coronaria circonflessa.
3. Assume antiaggreganti e un ACE-inibitore.
4. Il paziente ha dolore da alcune ore.
5. All'arrivo è lucido e orientato, parla, ha un respiro superficiale per il dolore, ma la saturazione dell'emoglobina al pulssimetro è superiore a 96%.
6. Non ci sono segni d'ipoperfusione periferica, la frequenza cardiaca è 100 b/min, la pressione arteriosa 130/90 mmHg.

L'esame obiettivo non rivela nulla di rilevante, se non la presenza di alcune papule rossastre (Fig. 1) lungo il decorso del decimo metamero toracico di sinistra.

7. Viene eseguito un ECG che risulta immodificato rispetto ai precedenti.

Il paziente viene dimesso con la diagnosi di **herpes zoster toracico**.



Figura 1 Herpes zoster in un dermatomero (arto inferiore sx)

Quello che abbiamo appena descritto è un tipico caso di urgenza dermatologica in pronto soccorso che presenta alcuni punti da discutere.

Come in tutte le urgenze in medicina, in dermatologia d'urgenza può essere usata la sequenza di priorità (valutazione clinica) indicata nell'acronimo ABCDE (**A**irways; **B**reathing; **C**irculation; **D**efibrillation/**D**isability; **E**xposure/**E**nvironment (vedi in Appendice), poiché: in primo luogo, la sintomatologia cutanea può essere la prima manifestazione di situazioni che possono minacciare la vita del paziente (per es., l'orticaria nello shock anafilattico); in secondo luogo, per quanto le vere emergenze dermatologiche non siano molto numerose, esse vanno sicuramente individuate, perché la mancata diagnosi significa quasi sempre un trattamento tardivo e una prognosi infausta.

Infine, come nel caso presentato, vi sono malattie d'interesse dermatologico a prognosi benigna che però, presentano una sintomatologia talmente importante da allarmare il paziente e farlo correre in pronto soccorso.

La cute è di fatto, l'elemento fisico che ci definisce rispetto all'ambiente e viene considerato: sia anatomicamente sia funzionalmente, un organo vero e proprio.

I segni e sintomi riferibili alla cute sono:

1. dolore;

2. prurito;

3. alterazioni della sensibilità;

4. lesioni:

- dell'epidermide: a) macule (piane di colore diverso della cute, papule rilevate solide lesioni inferiori ai 5 mm; placche, come le papule, ma superiori ai 5 mm; b) vescicole (rilevate contenuto liquido inferiori a 5 mm); bolle (come le vescicole, ma di dimensioni maggiori a 5 mm); pustole (vescicole ripiene di pus);
- del derma;
- del sottocutaneo (noduli);
- dei vasi sanguigni: **-orticaria** (vasodilatazione superficiale che provoca edema con eritema e prurito composta da pomfi che di solito migrano) e **angioedema** (vasodilatazione profonda che

comporta edema , ma non eritema né prurito); -**porpora** (emorragie cutanee limitate di solito, al derma), petecchie (emorragie di diametro inferiore a 2 mm), suggellazioni (petecchie più grandi di 2 mm), ecchimosi (estese emorragie cutanee) : queste lesioni devono essere sempre valutate perché spesso sono il segno di gravi malattie sistemiche; - **infarti cutanei** (aree di necrosi , dure e scure).

Le urgenze dermatologiche

Di seguito saranno esposti, in breve, i quadri nosologici iniziando dai più gravi con elevato indice di mortalità (le vere e proprie urgenze dermatologiche) e proseguendo le affezioni meno gravi, ma di più facile osservazione.

Ustioni

L'ustione è un processo patologico di natura traumatica provocato dal trasferimento di energia termica da una fonte di calore a una parte più o meno estesa della superficie corporea.

Il trasferimento può avvenire per conduzione, convezione od irraggiamento.

Il danno provocato dal calore sulla superficie cutanea provoca lesioni di diversa profondità, a seconda del gradiente termico esistente tra la cute e l'agente stesso e della durata dell'esposizione.

La lesione cutanea rappresenta dunque il punto di partenza e la causa dell'evoluzione successiva del processo patologico e, quando l'ustione è diffusa, i fenomeni locali riescono, per la loro imponenza, a far sentire i loro effetti a distanza, inducendo una risposta sistemica che va sotto il nome di **malattia da ustione**.

La malattia da ustione è una sindrome complessa , in continua evoluzione, risultante da una risposta locale e una risposta generale dell'organismo alla noxa termica. Che prende l'avvio quando l'ustione

interessa oltre il 18-20% della superficie corporea nell'individuo adulto.

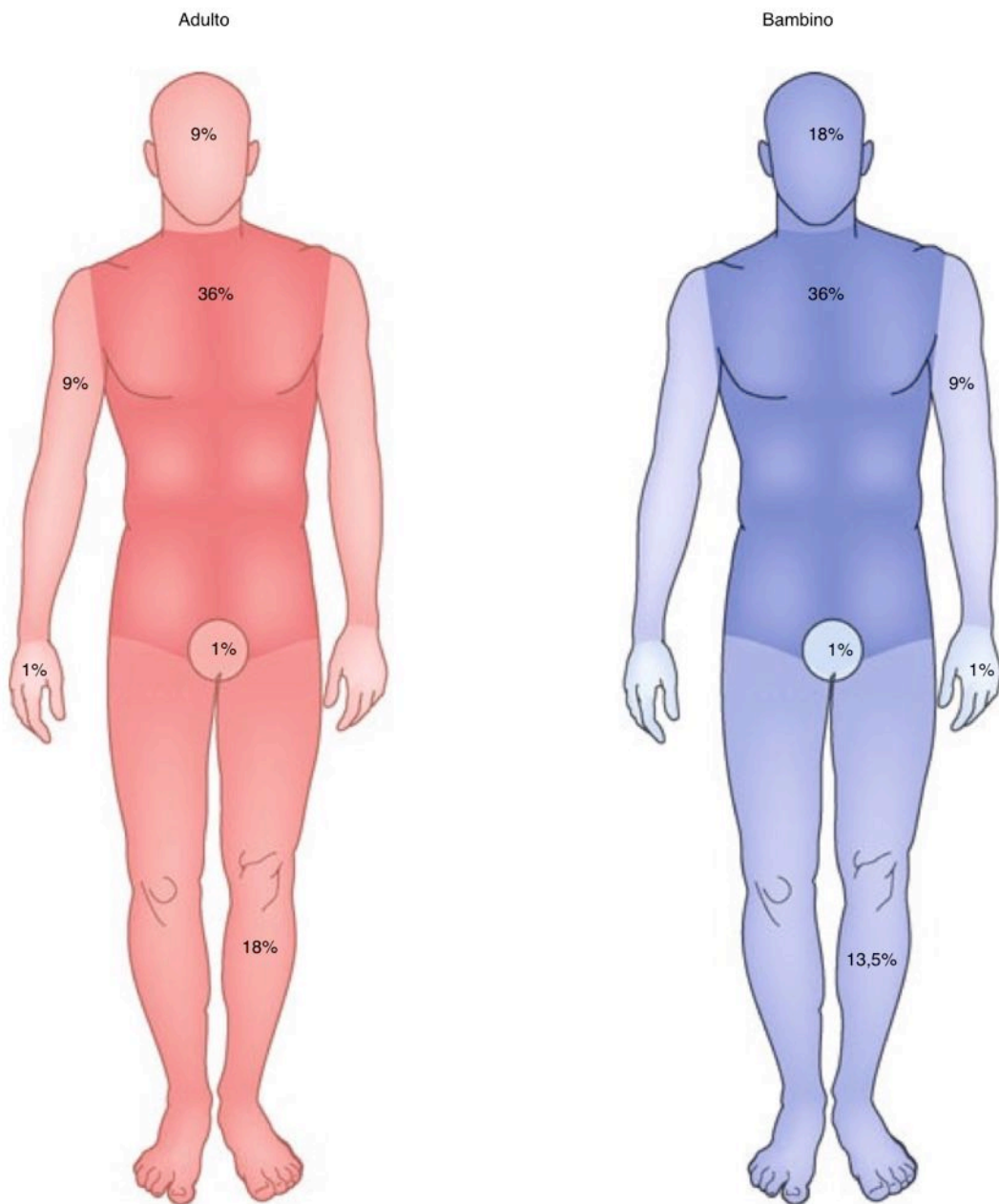
In sintesi le conseguenze delle alterazioni che si verificano a livello sistemico, direttamente indotte o indirettamente favorite, possono essere così riassunte:

1. Shock;
2. Alterazioni metaboliche;
3. Infezione;
4. Turbe della circolazione.

Per valutare la gravità di un'ustione è necessario considerare:

1. **L'estensione**, che indica la percentuale di superficie cutanea lesa. Per calcolarla si ricorre alla "Regola del 9", che suddivide l'intera superficie corporea in aree corrispondenti al 9% o a multipli di questo (Fig. 2). Si definisce **ustione localizzata** quella che non supera nell'adulto il 18-20% e nel bambino il 12-15%, **ustione diffusa** quella che supera tali percentuali.

Le Urgenze Dermatologiche in Medicina Generale



Regola del 9

Figura 2

2. **La profondità**, che indica la profondità del danno nei tessuti e consente di classificare in primo, secondo e terzo grado (Tab.1)

Tab. 1 Classificazione delle ustioni in base alla profondità	
Ustioni epidermiche (1° grado)	Eritema (++), tumefazione (++), dolore (++)
	Guarigione : 3-4 giorni
Ustioni dermiche (2° grado)	Flittene, eritema (+), tumefazione (++)
	Dolore (+++)
	Guarigione:
<input type="checkbox"/> superficiali <input type="checkbox"/> profonde	<input type="checkbox"/> 10-12 giorni <input type="checkbox"/> 12-14 giorni (possibili esiti invalidanti)
Ustioni sottodermiche (3° grado)	Cute pergamenacea: escara, eritema (+/-)
	Tumefazione (+/-), dolore (+/-)
	Guarigione spontanea difficoltosa: intervento (esiti invalidanti)

La valutazione della profondità di una lesione termica presenta notevoli difficoltà, specialmente nella fase iniziale, tuttavia alcuni elementi clinici possono fornire utili indicazioni, come riportato in Tab.2

Tab.2 Valutazione clinica della profondità di un'ustione		
Ustione superficiale		Ustione profonda
Normale/Dolore	Sensibilità	Diminuita/assente
Presenti ed estese	Flittene	Assenti o piccole
Rosso	Colore	Biancastro, bruno, rosso
Normale/aumentata (schiarisce alla pressione)	Consistenza	Aumentata (non schiarisce alla pressione)

Oltre all'estensione e alla profondità delle lesioni, è necessario considerare l'età del paziente, la presenza di traumi associati o di malattie concomitanti, l'interessamento delle aree funzionali, aree anatomiche complesse e critiche per la loro importanza funzionale (viso, mani, piedi, perineo, superfici flessorie delle articolazioni) e, infine, le modalità del trauma.

Sulla base di questi elementi è possibile valutare la gravità delle ustioni, classificandole in lievi e gravi (Tab.3).

Tab.3 Classificazione delle ustioni in base alla gravità	
Ustione lieve	Ustione grave
Estensione < 18%	Estensione > 18-20%
Assenza di altri elementi di gravità	Presenza di 1 o più elementi di gravità fra i seguenti:
	<input type="checkbox"/> Ustioni profonde > 10%
	<input type="checkbox"/> Età <3 o > 60 anni
	<input type="checkbox"/> Presenza di malattie o altri traumi
	<input type="checkbox"/> Localizzazione viso, mani, collo, perineo
	<input type="checkbox"/> Ustioni vie respiratorie
	<input type="checkbox"/> Ustioni elettriche o chimiche

È importante, per il medico di medicina generale, saper classificare le ustioni in base alla loro gravità per poter richiedere un eventuale ricovero in urgenza o trattare il paziente a domicilio.

Trattamento

Dal punto di vista terapeutico, le priorità seguono lo schema ABCDE e sono rappresentate da arresto cardiaco o respiratorio (come può verificarsi in seguito a elettrocuzione) e/o emorragia: in queste condizioni è necessario intervenire senza indugi. In tutti gli altri casi, prima di ogni altro provvedimento, si deve definire la gravità dell'ustione, che condiziona tutti i passi successivi fornendo le indicazioni necessarie per la successiva strategia assistenziale. Infine si inizierà o perfezionerà la terapia generale e la terapia locale. (Tab.3)

In caso di ustione grave è indicato il ricovero ospedaliero in urgenza/emergenza.

Invece in caso di ustione lieve il Medico di Medicina Generale potrà instaurare una terapia locale con lo scopo di:

1. Controllare la flora batterica presente;
2. Proteggere dalla contaminazione esterna;
3. Salvaguardare i tessuti indenni residui.

Si tratta in definitiva di creare un ambiente idoneo allo svolgimento dei processi riparativi e di mantenerlo fino a guarigione avvenuta. Per il raggiungimento di questo obiettivo generale, si utilizzano le medicazioni con farmaci antisettici e i sostituti cutanei.

Tra gli antisettici, in forma liquida o cremosa, vanno ricordati il povidone iodio e la clorexidina, la sulfadiazina d'argento o di cerio e il nitrato d'argento in soluzione.

I sostituti cutanei sono medicamenti che hanno lo scopo di proteggere la lesione in attesa della guarigione spontanea o dell'intervento chirurgico di copertura definitiva. Possono essere di tipo sintetico, bio-sintetico o biologico. Tutti devono alleviare il dolore, limitare le perdite di liquido dalla lesione, proteggere dalla contaminazione batterica ed essere biologicamente neutri, cioè tollerati dall'organismo ospite. Nel caso di ustioni profonde e circolari, che potrebbero creare disturbi circolatori di un arto o difficoltà respiratorie (se l'ustione è localizzata al tronco e/o al collo), si praticherà un'escarotomia, cioè un'incisione a tutto spessore della cute necrotica presente in sede di ustione.

Eritema

Comprende almeno tre diverse forme:

- **Eritema Multiforme** (Fig. 1.4): ha la caratteristica lesione “a bersaglio” con una zona pallida centrale e uno o più aloni eritematosi, ma può manifestarsi con lesioni maculo-papulosi orticaroidi. Colpisce cute e mucose, di solito agli arti, ma spesso anche al tronco;



Fig. 1.4 Erythema multiforme. Targetoid plaques with central crusting on the leg

- **Sindrome di Stevens - Johnson** : ha una mortalità compresa tra il 5 ed il 15%, presenta una grave stomatite bollosa con croste nerastre che può coinvolgere anche la vagina o gli occhi (Fig.3.2)



Fig. 3.2 Stevens-Johnson syndrome (Courtesy of Jason Emer, MD). Large flaccid blister on the back of a patient with epidermal detachment

- ***Necrolisi Epidermica Tossica (NET) o Sindrome di Lyell:*** (Fig. 3.1) è la forma più grave ed ha un andamento drammatico e tumultuoso che inizia con malessere, febbre, faringodinia, cui segue un eritema diffuso che rapidamente si trasforma in enormi bolle che si rompono facilmente, facendo perdere al paziente grandi aree di cute con esito simile a quello che si può osservare nelle ustioni di II° grado. Vengono coinvolte sia la cute (anche quelle congiuntivali, gastroenteriche e urogenitali). È presente il segno di Nikolsky, cioè il facile scollamento della cute sana in seguito a lieve traumatismo.



Fig. 3.1 Toxic Epidermal Necrolysis (Courtesy of Jason Emer, MD). Widespread patchy erythema with confluence and darkening at sites of epidermal detachment (flaccid blisters) of the posterior chest

Questo spettro di manifestazioni può essere causato da farmaci (soprattutto sulfamidici, penicilline, tetracicline, antinfiammatori non steroidei, fenitoina, allopurinolo, barbiturici e, virtualmente, da qualsiasi altro farmaco), ma anche da infezioni (da Herpes virus, Mycoplasma, funghi o protozoi) , collagenopatie (come il lupus eritematoso sistemico) o da neoplasie non cutanee.

Il trattamento delle forme che non si limitino al semplice eritema multiforme, va riservato alle terapie intensive specializzate nel trattamento degli ustionati, poiché la mortalità è molto elevata (fino al 50% nella NET).

Pemfigo

Anche in questo caso si tratta di uno spettro di malattie che hanno un denominatore comune l'acantolisi, in altre parole lo scollamento della cute.

Abitualmente colpisce tra i 40 e 60 anni, ma può colpire qualsiasi età. Si può presentare come:

- ***Pemfigo volgare*** (Fig. 175-3): può iniziare localizzato, ma diventa sempre generalizzato. Colpisce tipicamente le ascelle, superficie flessorie degli arti superiori, inguine. È possibile il coinvolgimento delle mucose, nel qual caso la prognosi peggiora ulteriormente. Nonostante la terapia steroidea e immunosoppressiva. La mortalità è elevata: si tratta perciò, di un'urgenza dermatologica. Può essere idiopatico, ma anche associato a malattie autoimmuni e all'uso di farmaci / penicillamina, penicilline, captoprile, rifampicina).

Figure 175-3 Pemphigus Vulgaris.

Flaccid vesicles and erosions of pemphigus.



Figure 175-4 Pemphigus Foliaceus.

Crusted erosions of the trunk in pemphigus foliaceus.



- ***Pemfigo fogliaceo o bolloso*** (Fig.175-4 e 175-2): più benigno, colpisce persone più anziane con lesioni più piccole, crostose autolimitanti. Anche qui osservabile l'associazione ad altre malattie (diabete, rettocolite ulcerosa, artrite reumatoide ecc.) o all'uso di farmaci (soprattutto la furosemide). Il trattamento è a base di corticosteroidi.

Figure 175-2 Bullous Pemphigoid.

Tense bulla and urticarial plaques in bullous pemphigoid. *Courtesy of Dr. Walter Barkey.*



□

Dermatite esfoliativa o sindrome eritrodermica



Fig.4 Psoriasi eritrodermica

Si tratta di un drammatico quadro di dermatite diffusa con esfoliazione dovuta a molte cause diverse. Tra esse vi sono sia altre malattie della cute (psoriasi, dermatite atopica, dermatite da contatto, dermatite seborroica) (Fig. 4) sia malattie sistemiche (linfomi e neoplasie) sia l'assunzione di farmaci.

Il quadro clinico è dominato dalla perdita di liquidi e di calore dalla cute danneggiata . il trattamento è quello della malattia di base. Nei casi gravi, i pazienti vanno ricoverati in terapia intensiva per ustionati. La mortalità è intorno al 30%.

Orticaria ed Angioedema



Figura 5 Orticaria Ordinaria



Fig. 5.1 Orticaria Ordinaria con Dermografismo



Fig.6 Angioedema della mano

Orticaria: vasodilatazione degli strati superficiali della cute. (Fig.5-e 5.1).

Angioedema: vasodilatazione degli strati profondi della cute. (Fig. 6).

La forma acuta è un quadro molto comune e colpisce il 20% della popolazione generale. Generalmente è una situazione benigna, ma può raramente, far parte del quadro di uno shock anafilattico. Le cause sono molte:

- **Farmaci** comportanti il rilascio di istamina (mezzi di contrasto radiologici, oppiacei, antibiotici, antimalarici, curari, atropina, anfetamine, sali biliari, deferossamina, ecc.), farmaci inibitori delle prostaglandine (tutti i FANS), farmaci attivi sulle bradichinine (ACE-inibitori);

- **Cibi** contenenti determinati antigeni (uova , latte, nocciole, pesce, crostacei, ecc.) coloranti (tartrazina) additivi (benzoato, solfiti, antibiotici);
- **Allergeni inalatori** (perenni e stagionali) in cui la forma acuta è sempre associata a sintomi respiratori;
- **Insetti**: imenotteri, bruchi, zanzare;
- **Agenti fisici** (da caldo o da freddo);
- **Sole** (insorge in pochi minuti e può provocare gravi quadri se si continua l'esposizione);
- **Sforzo fisico** (la forma acuta può essere accompagnata da broncospasmo e ipotensione , la cosiddetta anafilassi da sforzo);
- **Cause congenite** da deficit dell'inibitore di C1 esterasi; spesso, senza cause apparenti, si manifesta angioedema diffuso non pruriginoso. Se sono coinvolte le vie aeree, la situazione è potenzialmente letale. Talvolta l'edema coinvolge i vasti addominali provocando quadri confondibili con l'addome acuto;
- **Infezioni sistemiche** (mononucleosi, epatite virale);
- **Parassiti**;
- **Disturbi del metabolismo del calcio**;
- **Neoplasie** (leucemie e linfomi);
- **Malattie autoimmuni** (crioglobulinemie).

Il trattamento è basato sull'allontanamento della causa, se possibile, sull'impiego di antistaminici H1, ma anche H2, se i primi non sono sufficienti. I corticosteroidi vanno impiegati, benchè possiedano un effetto tardivo.

Nel caso di shock anafilattico con ipotensione grave ed edema delle vie aeree , il farmaco di scelta è l'adrenalina. Nel caso del deficit congenito di inibitore di C1-esterasi dovrebbe essere somministrato l'enzima ricombinante o, se non disponibile plasma fresco.

Inoltre, se non vi sono contro indicazioni, tutti i pazienti ipotensi andrebbero abbondantemente idratati perché gravemente vasodilatanti e , quindi ipovolemici.

Erisipela



Fig. 7 Erisipela.



Fig. 7.1 Cellulite estesa

Si tratta di una cellulite acuta della cute che coinvolge il derma superficiale (Fig.7 e 7.1). L'agente infettante (di solito lo *Streptococcus*), proveniente dalle alte vie respiratorie, penetra attraverso piccole discontinuità della pelle. È comune l'interessamento sistemico con febbre, brividi, malessere generale, vomito, cefalea. L'eritema inizia con prurito e dolore per poi estendersi rapidamente e raggiungere il suo massimo dopo 3-6 giorni. L'eritema ha i caratteri dell'infiammazione (caldo, rosso scuro, dolente) con margine irregolare e desquamante.

L'erisipela provoca batteriemia e può causare sepsi anche fatali per cui il trattamento deve essere sempre aggressivo, soprattutto nei soggetti defedati e immunodepressi. Complicanze locali sono rappresentate dalla linfangite e dalla gangrena.

La terapia è basata, oltre che sulla terapia di supporto, su quella antibiotica (penicillina o macrolide). In alcuni casi può essere necessario il trattamento chirurgico per la comparsa di ascessualizzazione.

Lesioni cutanee non urgenti



Fig. 8 . Eczema herpeticum



Fig. 9 Carcinoma squamoso del padiglione auricolare.

Sono lesioni di facile osservazione in un ambulatorio di Medicina Generale

- Acne;
- Disidrosi;
- Dermatite da contatto: provocata dall'esposizione di antigeni; topici, è molto pruriginosa;
- Dermatite atopica: presenza di dermatite, anche rilevata, causata da una predisposizione individuale; di solito è molto pruriginosa;
- Psoriasi: è molto comune, di solito colpisce le articolazioni, la superficie estensoria degli arti ed il cuoio capelluto;
- Tumori della cute: andrebbero sempre segnalati, perché la loro diagnosi precoce modifica la storia naturale in maniera significativa;
- Infestazioni (scabbia, pediculosi);
- Infezioni (dermatofitosi, follicoliti, herpes zoster, herpes simplex, mollusco contagioso);
- Malattie esantematiche dell'infanzia;
- Altre malattie infettive con esantema (sifilide, malattia di Lyme, ecc.).

Malattie cutanee di malattie sistemiche

Oltre a riconoscere i quadri gravi che sono stati precedentemente descritti, è indispensabile che il Medico di Medicina Generale sappia “usare la cute” come fonte preziose informazioni per stabilire diagnosi di malattie anche potenzialmente letali o gravemente invalidanti. Abbiamo già visto che quadri di urgenza dermatologica possono essere espressione non solo di malattie della cute, ma anche di malattie sistemiche. Rivediamo, schematicamente, a quali malattie bisogna pensare di determinate lesioni cutanee:

1. epidermide:

- a. Macule, papule: *Toxic Shock Syndrome*: presenza di eritema a tipo “scottatura di sole” con desquamazione delle palme delle mani e delle piante dei piedi dopo 1-2 settimane. È provocata da una tossina dello *Staphylococcus aureus* di tipo fagico I; malattie autoimmuni come il *Lupus eritematoso* o la dermatomiosite; eritema marginato nel reumatismo articolare acuto (è un criterio maggiore di Jones). Di solito si presenta al tronco o nel segmento prossimale degli arti. Non pruriginoso. Migrante e si arricchisce sotto pressione;
- b. Vescicole, bolle pustole: *eritema multiforme* secondario a malattie sistemiche; sindrome di Behçet con vescicole del glande e pustole sulle piante dei piedi, nonché erosioni orali;
- c. Dermatite esfoliativa (può essere associata a linfomi o a leucemie);

2. **Derma**: la presenza di noduli va attentamente indagata, perché quasi sempre espressione di malattie sistemiche;

3. Sottocutaneo:

- a) noduli: *eritema nodoso*: insorge dopo un periodo prodromico aspecifico (febbre, malessere generale e artralgie), di solito nelle gambe. Non si ulcera mai e regredisce spontaneamente dopo 3-5 settimane senza cicatrici. È espressione di malattie infettive (streptococco beta -emolitico, tubercolosi, yersiniosi, istoplasmosi infezioni da *Coccidioides*), della sarcoidosi. Delle malattie infiammatorie intestinali, di reazioni a farmaci (penicilline, sulfamidici, contraccettivi orali); *noduli sottocutanei*

del reumatismo articolare acuto (è uno dei criteri maggiori di Jones).

4. Vasi sanguinei:

a) *orticaria e angioedema*: sono i sintomi di gravi situazioni quali lo shock anafilattico, le allergie, le neoplasie (soprattutto linfomi e leucemie); b) *porpora e petecchie*: vanno sempre considerate espressione di gravi malattie sistemiche e non semplici affezioni cutanee; c) *vasculiti sistemiche*; d) *embolie settiche* (dell'endocardite infettiva, della meningococcemia acuta, dell'infezione gonococcica disseminata, della sepsi da Gram-negativi); e) *embolia colesterolinica*: situazione spesso ignorata, se non si manifesta la sua maggiore complicazione (l'insufficienza renale), ma di sempre più frequente riscontro a causa del gran numero di procedure angiografiche e trombolitiche che vengono effettuate. Si può manifestare sia con quadri simili a vasculiti sia con la *livedo reticularis* (disegno del reticolo vascolare prima non visibile alle estremità); f) lesioni emorragiche senza componente infiammatoria: sono dovute ad alterazioni della coagulazione o delle piastrine (porpora trombocitopenica idiopatica, porpora trombotica trombocitopenica, coagulazione disseminata, coagulopatie congenite, o acquisite, farmaci);

5. Prurito: a) disordine metabolico-ormonali (diabete mellito, ipertiroidismo, sindrome da carcinoide); b) neoplasie (linfomi, leucemie, mieloma multiplo, tumori addominali, tumori del Sistema nervoso centrale); c) farmaci; d) insufficienza renale cronica; e) colestasi sia intra sia extraepatica (cirrosi, epatica, cirrosi biliare primitiva, gravidanza); f) stati psicogeni; g) xerosi, mastocitosi, sclerosi multipla; h) infezioni da HIV: provocano una vasta gamma di malattie cutanee, alcune comuni anche ad altri soggetti (infezioni da herpes simplex e zooster) altre tipiche come il sarcoma di Kaposi con interessamento viscerale o la leucoplachia capelluta della lingua.

In conclusione, per una corretta valutazione e gestione delle Urgenze Dermatologiche il Medico di Medicina Generale può adottare un algoritmo come descritto in appendice, (pag 41), ovvero sia:

1. valutare i pazienti con sintomi cutanei con l'approccio **ABCDE**;
2. individuare le poche , ma gravissime, condizioni di vera urgenza dermatologica ed inviare il paziente al Pronto Soccorso per un adeguato ricovero.
3. In caso di shock anafilattico instaurare una terapia d'urgenza come da schema in Appendice (pag. 42).
4. considerare sempre una possibile causa sistemica dell'affezione cutanea, esaminando, in caso dubbio, emocromo, funzionalità renale ed epatica, elettroliti e coagulazione;
5. nel caso delle vere affezioni cutanee, prescrivere solo creme emollienti e inviare il paziente allo specialista per un preciso inquadramento se l'affezione può presentare rischi di cronicizzazione o dubbi diagnostici;
6. evitare, per quanto possibile, di rompere le lesioni bollose o, comunque, di provocare discontinuità della cute (essa ci separa e difende dal mondo circostante, anche se danneggiata);
7. se vi è una componente infettiva, prescrivere antibiotici sistemici a meno che non si tratti di infestazioni o di micosi.
8. Per risolvere il prurito, prescrivere antistaminici anti H1 e H2 per via sistemica. Evitare l'uso di pomate e consigliare, eventualmente, impacchi freddi o ghiaccio;
9. **Non prescrivere pomate a base di corticosteroidi, se non in presenza di una diagnosi specifica.**

Test di autovalutazione

Caso Clinico

Una donna di 56 anni si presenta al pronto soccorso perché ha febbre, dolori diffusi e malessere.

- All'anamnesi non si evidenziano particolari precedenti, tranne il fatto che tre giorni prima le è stato prescritto dell'aztreonam cp per una infezione delle vie aeree.
- Gli esami dimostrano una leucocitosi neutrofila e una lieve insufficienza renale.
- Alla radiografia del torace non vi è nulla da segnalare.
- Nelle ore successive la paziente inizia a sviluppare un intenso eritema pruriginoso al tronco e agli arti con rapida formazione di grosse bolle che si sfogliano rapidamente.



Figure 10 Necrolisi Epidermica Tossica (NET) del tronco

1. La priorità in questa paziente è:
 - a) giungere ad una diagnosi;
 - b) inviarla ad un centro ustionati per il trattamento delle estese lesioni;
 - c) somministrare un antibiotico;

2. Il trattamento della paziente richiederà:
 - a) la rottura delle bolle;
 - b) la somministrazioni di grandi quantità di liquidi e uno stretto controllo degli elettroliti;
 - c) l'applicazione di creme al cortisone.

3. La diagnosi più probabile è
 - a) pemfigo;
 - b) necrolisi epidermica tossica (NET) o sindrome di Lyell;
 - c) varicella in soggetto immunodepresso.

4. L'insorgenza della malattia:
 2. era sicuramente prevedibile in base alla storia clinica;
 3. era sicuramente prevedibile in base alle caratteristiche della paziente;
 4. non era prevedibile in alcun modo.
5. Al momento dell'esordio, la prognosi di questa paziente è:
 - a) ottima, con una mortalità inferiore al 1%;
 - b) grave, con mortalità intorno al 50%;
 - c) discreta, con una mortalità intorno al 15%.



Fig.11 Necrolisi Epidermica Tossica (NET) con interessamento delle mucose.

Appendice

ABCDE

Per far fronte all'emergenza/urgenza nelle varie condizioni cliniche si è sviluppato un metodo peculiare che è basato su due fasi (valutazione primaria e secondaria) e su una sequenza di priorità, applicabile nelle due fasi, che viene ricordata con l'acronimo ABCDE. Questo approccio può essere applicato universalmente a tutte le condizioni della medicina d'emergenza /urgenza, sia traumatologiche che non traumatologiche.

Il medico, servendosi dell'ABCDE, in :

Valutazione primaria: deve individuare e trattare tutte le condizioni che minacciano la vita del paziente (non bisogna far morire il paziente): ostruzione delle vie aeree, assenza di ventilazione valida, arresto cardiocircolatorio o ipoperfusione, ecc.

Valutazione secondaria : il medico deve evitare, se possibile, danni completi o parziali a singoli organi, apparati o arti del paziente: deve giungere ad una diagnosi e a un trattamento definitivo avvalendosi di tutti gli strumenti diagnostici a disposizione.

Sequenza delle priorità: acronimo **ABCDE**

A: Airways.

Indica le vie aeree (naso-bocca, laringe, trachea, bronchi), ma anche lo stato di coscienza e la protezione della colonna vertebrale: in assenza della pervietà delle vie aeree non è possibile sostenere le funzioni vitali.

B: Breathing.

Indica la respirazione. Un paziente con le vie aeree pervie che, però, non respiri non ha la possibilità di sostenere le proprie funzioni vitali poichè non ha scambi gassosi validi.

C: Circulation.

Indica il circolo, da intendersi sia come attività cardiaca sia come efficienza della perfusione.

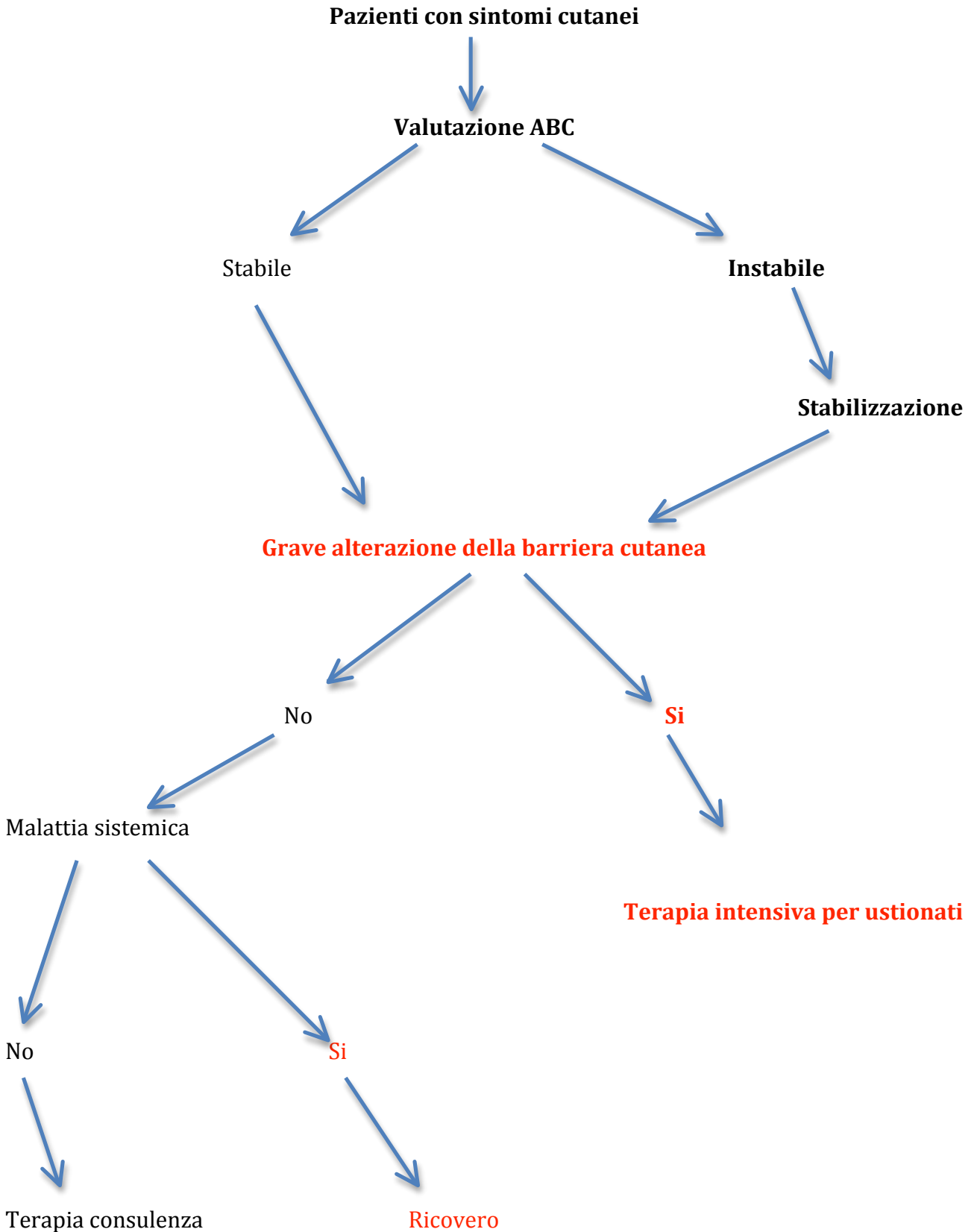
D: Defibrillation/Disability

Può indicare la defibrillazione nei pazienti in arresto cardiaco o i problemi neurologici nei pazienti diversi dall'arresto cardiaco.

E: Exposure/Environment

Indica la valutazione in toto del paziente e dell'ambiente e quindi del meccanismo che ha portato all'evento acuto.

Algoritmo diagnostico-terapeutico delle emergenze dermatologiche



Shock anafilattico

Schema terapeutico in Terapia d'urgenza

POSIZIONE SUPINA ad arti inferiori sollevati (Favorire ritorno venoso al cuore) su SUPPORTO SOLIDO! **ASSICURARE ACCESSO VENOSO**

- INTUBAZIONE O TRACHEOTOMIA, SE GRAVE EDEMA DELLA GLOTTIDE!
- Adrenalina sottocute (1 ml 1:1000 - Kit emergenza - Fastjekt)

Fastjekt 330 µg (Adulti) è generalmente indicato per soggetti di peso pari o superiore a 30 Kg; Fastjekt 165 µg (Bambini), invece, per pazienti di peso inferiore a 30 Kg. Il dosaggio normale dell'adrenalina corrisponde a 10 µg/Kg di peso corporeo e la dose massima raccomandata è di 300-500 µg per gli adulti e 300 µg per i bambini. La singola dose, in caso di necessità, è ripetibile dopo 5-10 minuti

- Noradrenalina: 1 mg e.v., per collasso cardiocircolatorio
- Glicocorticoidi ad alte dosi: Idrocortisone (25-50);
- Metilprednisolone (5-10);
- Betametasona (1-2): EV mg/kg
- Sucedanei del plasma per combattere la ipovolemia.
- Ossigenoterapia, allo scopo di ridurre l'ipossiemia.
- Beta2-agonisti, se broncospasmo
- Alfa-agonisti (Dopamina) per Ipotensione Antistaminici anti-H1 e anti-H2, per e.v.

Bibliografia

1. Manuale di Medicina d'emergenza F. della Corte et al. MacGraw-Hill
2. Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology - Wolff, Klaus _ MacGraw- Hill , 7 Edition
3. Buka's Emergencies in Dermatology , Springer Editor
4. ABC of Dermatology, Sixth Edition - Morris-Jones, Rachael. BMJ Editors.

Indice

Introduzione: pag. 2.

Programma Corso: pag. 5.

La Gestione dell'Urgenza dermatologica: pag. 6.

Ustioni pag. 10.

Eritema pag. 16: Eritema Multiforme pag. 16; Sindrome di Stevens-Johnson pag. 17.

Pemfigo pag. 20.

Dermatite Esfoliativa (Sindrome Eritrodermica) pag. 23.

Orticaria ed Angioedema pag. 24.

Erisipela pag. 28.

Lesioni cutanee non urgenti pag. 30.

Malattia cutanee sistemiche pag. 33.

Test di Auto valutazione (Caso Clinico) pag. 36.

Appendice: protocollo ABCDE pag. 39.

Algoritmo diagnostico-terapeutico delle emergenze dermatologiche pag. 41.

Schema Terapeutico in Terapia d'urgenza: shock anafilattico, pag. 42.

Bibliografia pag. 43.

