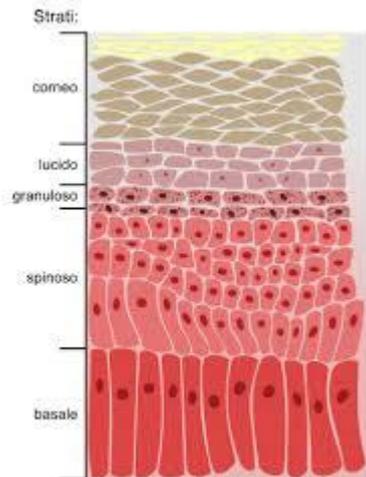


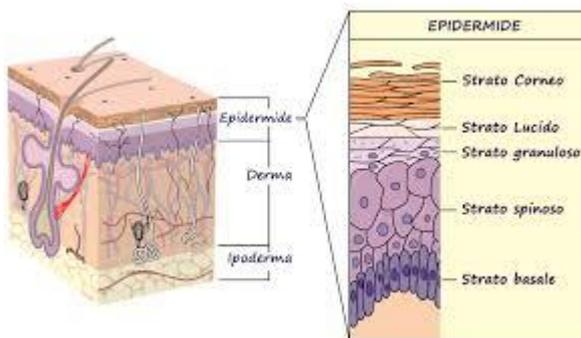
## Dermatologia

La cute ci preserva da tutti gli agenti esterni, non è solo un sistema di protezione ma è un vero e proprio organo.

Il primo strato è composto dall'epidermide, poi vi è il derma. L'epidermide è fatta dai cheratinociti per il 90%, essi sono diversi tra i vari strati. Il punto di giunzione tra epidermide e derma è chiamato punto di contatto. L'ultimo strato di epidermide è lo strato CORNEO. Dove i cheratinociti perdono il nucleo.



Il derma è fatto principalmente da fibroblasti e fibre di collagene, è un sostegno dell'epidermide. Nel derma arrivano i vasi sanguigni, mentre nell'epidermide non arrivano. Dobbiamo immaginare il derma come sistema di sostegno che si bagna dai capillari e trasporta il sangue per capillarità dando all'epidermide la nutrizione.



Nelle varie patologie della pelle abbiamo condizioni alterate.

Oltre ai cheratinociti abbiamo i melanociti "incastrati" tra i vari cheratinociti si trovano solo nella lamina basale, la risalita del melanocita nell'epidermide è una caratteristica del melanoma. Il derma è costituito da fibre collagene, elastiche, acido ialuronico.

La cute viene considerata un vero organo perché è costituito da varie componenti innanzitutto vi è il sistema endocrino con le ghiandole sebacee. Dove nasce il pelo abbiamo il bulbo o follicolo pelifero e accanto abbiamo la ghiandola sebacea. La quantità di sebo è variabile nelle varie porzioni del corpo. Oltre le

ghiandole sebacee ci sono le sudorifere collegata con la superficie cutanea che chiamiamo pori. Il sistema nervoso con le terminazioni nervose sensibilità tattile, dolorifica. Non è solo un sistema neuroendocrino ma un vero e proprio sistema immunologico. A livello del derma abbiamo le cellule T classiche CD8 o CD4. Cellule T GAMMA DELTA. Neutrofili, mastociti, macrofagi.

Un problema della pelle è visibile, non abbiamo bisogno di indagini strumentali. Tutto ciò che è visibile lo vede il paziente e lo vedono tutti quindi questo gioca un ruolo importante dal punto di vista psicologico portando disagi e alterazioni della qualità di vita del paziente.

Non tutte le patologie della pelle sono solo della pelle, possono rappresentare la spia di problemi più interni come lo specchio degli organi interni.

## ***I NEI***

I nevi sono comunemente chiamati nei, sono tumori pigmentati composti da melanociti, le cellule specializzate nella sintesi della melanina. La prognosi dei nevi è eccellente. Il problema è identificare la lesione che possa evolvere in melanoma, in modo tale da rimuoverla chirurgicamente prima che si trasformi. Pazienti con un elevato numero di nevi hanno un rischio maggiore di sviluppare un melanoma.

La mappatura dei nevi risponde proprio a questa esigenza, se viene effettuata periodicamente serve a identificare precocemente i nevi a rischio di trasformazione in melanoma. Si fa con l'ispezione e il dermatoscopio. Che ci permette di ingrandire il neo e vedere come si distribuisce la melanina all'interno.

L'esame dermatoscopio, mappa, stereomicroscopia sono termini uguali cioè si tratta dello stesso esame.

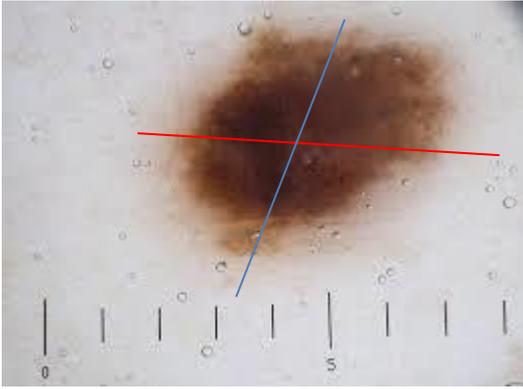
Abbiamo modello di dermatoscopio che necessita il contatto, bisogna essere appoggiato sulla cute del paziente e vi deve essere un liquido.

Modello che non necessita del contatto per favorire la messa a fuoco bisogna muoverlo sopra e sotto.

Tutti i dermatoscopi possono essere collegati ad una macchina fotografica però bisogna per forza favorire il contatto. Perché si decide di fotografare i nevi? Perché possono essere sospetti, possiamo avere nevi nuovi e quindi viene fatta per favorire un controllo più accurato nel tempo.

Il nevo di Clark è un nevo comune piano acquisito, liscio o leggermente rilevato al centro, di colore bruno scuro al centro e bruno chiaro alla periferia. Di forma rotondeggiante e simmetrica.

Possiamo avere varie manifestazioni e distribuzioni della melanina. Quando la melanina si distribuisce a rete si parla di Partner reticolare. Per analizzare un nevo, lo si osserva col dermatoscopio poi si disegna una croce e la domanda che ci facciamo se il contenuto di questo spicchio è più o meno uguale agli altri. Si valuta la forma che è un parametro importante, però è un'importanza relativa nel tempo es. un neo è storto l'importante è che sempre stato storto. Come si capisce se un neo ha sempre avuto quella forma? Si ritorna alla regola della simmetria, perché il tessuto sarà in proliferazione e di conseguenza diverso dalle altre parti del neo.



Partner globulare ; non si vede la rete bensì dei puntini.

Nevi dermici ovvero i nei avanzati, quelli che si toccano. I melanociti in questo caso si trovano anche nel derma, questo non vuol dire che sono più pericolosi. Sono strutture più irrorate, quindi troviamo dei vasi sanguigni mentre nel nevo superficiale non si trovano.

Zona scura centrale= iperpigmentazione centrale. Per valutarla si divide anch'essa di quattro spicchi. La macchia nera quando vado ad immaginare di dividere il nevo in 4 si dividerà in quattro. Nel caso in cui abbiamo un iperpigmentazione eccentrica non va bene.

Nevo composto= nevo dermico + nevo di Clark. Partner reticolo- globulare.

Se si toglie un melanoma superficiale non è nulla se si toglie melanoma profondo maggiore di 0.8 invece determina una discesa della mortalità.

REGRESSIONE= quando un nevo comincia ad autoeliminarsi, zona che si sta modificando rispetto al resto come una nebbia. Quando si vede questa zona bisogna toglierlo. Perché c'è qualcosa in atto che determina la morte della melanina. Attività citotossica dei linfociti CD8

Nel caso di cui il nevo si cancella, anche il residuo che è rimasto deve essere scisso perché bisogna valutare se c'è qualche melanocita alterato che può dare melanoma.

Globuli verso periferia anche è un segno di allarme.

Cute foto danneggiata= ha preso tanto sole nel corso degli anni. MACCHIE LENTIGO SOLARI



Lentigo macchia di inchiostro molto scura bisogna toglierlo perché può essere una lentigo maligna.

Partner Starbucks:

esplosione di stella= NEVO DI SPIZ la forma pigmentata NEVO DI REED negli adulti deve essere sempre tolto nei bambini si valuta.



Carcinoma baso cellulare lesione che va tolta ma è caratterizzato da un'aggressione locale tende a non dare metastasi.



Il melanoma è un forma molto pericolosa di cancro che colpisce molto spesso la pelle e meno di frequente l'occhio o le pareti del naso, bocca e genitali.

Il Melanoma è la forma di tumore della pelle più mortale.

Il melanoma è il meno comune ma il più mortale tumore della pelle, dato che rappresenta solo il 4% di tali patologie ma è responsabile del 79% di decessi per tumore della pelle. Un problema crescente il tasso di sopravvivenza oltre i 5 anni è aumentato negli ultimi anni

C'è stato un notevole incremento nella sopravvivenza, oltre 5 anni nei pazienti con melanoma. Questo è soprattutto dovuto alla diagnosi precoce, che permette di individuare i tumori quando sono ancora in una fase di scarsa pericolosità, e al perfezionamento delle tecniche chirurgiche per la loro rimozione. Il melanoma può diffondersi alla svelta in ogni parte del corpo, quindi è importante individuare e curarlo nella sua fase iniziale. Il principale fattore di rischio per il melanoma cutaneo è l'esposizione eccessiva alla luce ultravioletta, che arriva fino a noi sotto forma di raggi UVA e UVB, ed è principalmente veicolata dai raggi del sole. Esporsi troppo al sole rappresenta un pericolo, perché può danneggiare il DNA delle cellule della pelle e innescare la trasformazione tumorale. Altri fattori di rischio noti sono l'insufficienza del sistema immunitario (dovuta, per esempio, a precedenti chemioterapie o a trapianti) e alcune malattie ereditarie (per esempio lo xeroderma pigmentoso, nel quale il DNA non riesce a riparare i danni causati dalle radiazioni). Il rischio aumenta anche nelle persone con lentiggini o con molti nei, in quelle con occhi,

capelli e pelle chiara e in quelle che hanno un parente stretto colpito da questo tumore o che hanno avuto un precedente melanoma cutaneo. La diagnosi precoce del melanoma cutaneo non dipende solo dal medico: un auto-esame periodico della pelle permette in molti casi di identificare cambiamenti dei nei e di rivolgersi per tempo al dermatologo. Lo specialista effettua, in primo luogo, una visita completa nella quale valuta la storia familiare e la presenza di segni e sintomi tipici del melanoma cutaneo. La diagnosi certa di melanoma cutaneo richiede, però, una biopsia, in cui un campione di tessuto viene prelevato e poi analizzato al microscopio.

Quando il melanoma viene individuato e curato nelle sue fasi preliminari, le chances di sopravvivenza a lungo termine sono eccellenti. Dopo l'asportazione si analizza al microscopio il tessuto circostante e nel caso in cui si osservi la presenza di cellule tumorali in queste aree, si procede con un nuovo intervento per rimuovere altro tessuto. In alcuni casi vengono rimossi chirurgicamente anche i linfonodi "sentinella", ovvero i primi a ricevere linfa direttamente dal tumore. Se questi contengono cellule tumorali, vengono asportati tutti quelli dell'area interessata. La chirurgia, inoltre, può essere utile per rimuovere eventuali metastasi. Negli ultimi anni lo sviluppo dell'immunoterapia e della terapia a bersaglio molecolare ha ridotto l'utilizzo della chemioterapia nella malattia avanzata

### Dermatologia lezione 2

Descrizione video: I cheratinociti sono in grado di produrre sostanze antibatteriche nel caso in cui ci sia un danno, verrà prodotta interleuchina che favorirà il richiamo di altre cellule che determinerà la riparazione del danno.

Se abbiamo una cute patologia c'è il coinvolgimento di tanti tipi cellulare, dal capillare prendono la strada e richiamano cellule dell'immunità che determinano una condizione di pelle inspessita tipico della PSORIASI.

**LA PSORIASI:** condizione in una malattia cronica immuno-mediata dove la lesione elementare è una placca eritemo desquamativa. In primis abbiamo l'eritema e dopo si presenta la desquamazione. Un cheratinocita normalmente ci mette 28 giorni per risalire in superficie esempio pratico: quando ci abbronziamo e man mano perdiamo l'abbronzatura è dovuta all'eliminazione della pelle vecchia, che solitamente si manifesta con desquamazione in 28gg. Avviene in tempi rapidi quando ci scottiamo e spelliamo perché si attiva meccanismo di difesa. La nostra cute agisce nel tentativo di eliminare il danno, conseguente al danno solare. Un danno cronico, tipico della psoriasi porta alla proliferazione dei cheratinociti che avviene in un tempo labile di 2 giorni. La patogenesi è di tipo multifattoriale, con predisposizione genetica e fattori ambientali. È una patologia a carattere familiari nel 30-40 % si associa ad artrite psoriasica.

La diagnosi è clinica, esistono situazioni più complesse dove non è immediata e quindi si ricorre a biopsia.

Tempi di incidenza della patologia si concentrano in età giovane-adulta dai 30 anni o verso i 55-60 anni. La sede più comune della psoriasi è gomiti, ginocchia, regione sacrale. Una psoriasi grave è localizzata in tutto il corpo.

Le infezioni, lo stress potrebbero scatenare la psoriasi. Una spiegazione alla nascita di psoriasi determinata dallo stress non c'è.

Esistono farmaci che possono scatenare psoriasi esempio pazienti che possono avere familiarità, si assume un farmaco e nasce la psoriasi. Faringite da streptococco è causa scatenante di psoriasi. Stress determinato da perdita persona cara. Farmaci che determinano psoriasi: beta bloccanti