

SCAVOLINI

Con Scavolini E-SHOP siamo ancora più vicini a te!

SHOP ONLINE

Informazione Libera e Indipendente
Newsitaliane

martedì, giugno 20, 2017

Contatti

Redazione

Questo sito utilizza cookies. Per maggiori informazioni clicca QUI.

HOME

ATTUALITÀ

ECONOMIA

ESTERI

POLITICA ▾

HI-TEC

GOSSIP

SALUTE



Home > Salute > Psoriasi: 3 milioni di italiani ne soffrono, consigli utili per l'estate

Salute

Psoriasi: 3 milioni di italiani ne soffrono, consigli utili per l'estate

By News Italiane - Giu 20, 2017

0

Scegli Tu!

1 Crema psoriasi

2 Consigli per viso

3 Terapia psoriasi

Arriva l'estate e la psoriasi tende a 'calmarsi' grazie al sole, ma il problema resta, più grave che mai. Sui quasi tre milioni di malati in Italia, una gran parte è costretta per tutto il resto dell'anno ad una estenuante ricerca di una terapia efficace, che si trasforma in un pellegrinaggio continuo tra medici di famiglia e dermatologi territoriali. Una ricerca che non passa mai per i centri di riferimento (ex Psocare), con il risultato di una delusione che tocca l'84% dei casi e un abbandono delle cure che arriva al 90% e la grave conseguenza che l'80% dei malati viene colpito anche da depressione.

FINO AL 27 GIUGNO

PER I BAMBINI,
PARIGI E LIONE
A SOLO 5€*

SNCF

CI VADO' IN TRENO! >

*OFFERTA SOGGETTA A CONDIZIONI

NEWSITALIANE.IT TV NEWS

by

E ben l'80% dei malati fa i conti anche con la depressione. Questa la fotografia scattata, sulla base di 5.278 schede compilate dai pazienti e 2.560 dai medici specialisti, dall'Adipso, l'associazione per la difesa degli psoriasici. "Dobbiamo fare qualcosa per questa delusione dei pazienti", ha sottolineato la presidente dell'Adipso Mara Maccarone, commentando i risultati dell'indagine illustrati durante un convegno che si è concluso sabato a Roma.

"Oggi ci sarebbero tutti i mezzi per curarsi, ma molti non ci riescono - aggiunge - e questo è un enorme danno per il paziente e per la società. Le schede che abbiamo raccolto fotografano perfettamente la situazione generale: basti pensare che nei centri di riferimento in pochi anni siamo scesi da 12 mila a 6 mila pazienti, segno tangibile che qualcosa non va. E non per colpa dei malati". "Un dato che fa molto riflettere - rincara Ornella De Pità, dermatologa dell'ospedale Cristo Re di Roma - è che fra le persone visitate o intervistate all'Open Day, solo 102 erano state trattate da un centro di riferimento. Forse anche per questo hanno manifestato una forte delusione per le terapie ricevute". "Il problema è di comunicazione. Dobbiamo impostare un percorso di istruzione del paziente - suggerisce Nicola Balato, che dirige la Dermatologia del Policlinico Federico II di Napoli - per fare in modo che segua il più possibile le terapie che proponiamo, anche spiegandogli che magari la prima può non funzionare, ma che in quel caso ci sono delle altre 'armi' che si possono usare".

	UVEX SPEEDY PRO BIANCO		
	CARHARTT LEGACY BORSA PORTAUTENSILI 14"		
	CAMPINGAZ BORSA TERMICA BEACH BAG 13 LITRI BLU		
€ 17.96	€ 61.9	€ 18.9	

L'estate è arrivata e chi è affetto da psoriasi oltre alla "prova costume" deve sottoporsi anche alla prova "sguardi curiosi". Le radiazioni ultraviolette (UV) della luce solare fanno bene a chi soffre di psoriasi, che però può avere qualche difficoltà a "spogliarsi" come ci conferma il post sopra riportato. Il beneficio che può derivare dall'esporsi al sole

dovrebbe aiutare a vincere questi timori.

Particolarmente utili sono le radiazioni UVB, quelle stesse che, esponendosi al sole, causano l'arrossamento della pelle, prima e l'abbronzatura poi. I raggi UVB penetrano nella pelle e, nelle zone affette da psoriasi, rallentano la moltiplicazione tumultuosa delle cellule che causa la formazione delle placche psoriasiche. L'esposizione al sole deve avvenire rispettando le basilari misure per prevenire le scottature: come sempre con gradualità, aumentando lentamente il tempo di esposizione. Per ottenere il massimo beneficio, tutte le zone del corpo in cui sono presenti le placche dovrebbero essere esposte alla luce in eguale misura. Esponendosi in modo corretto, ma



SCONTO 1.950€
SULLA TUA
NUOVA CUCINA

SOLO FINO
AL 30 GIUGNO
2017

SCOPRI PROMOZIONE

febal
casa

KING
HOLIDAYS
C'È.

un mondo
fantastico
a poche ore
di volo
tutto
da scoprire

clicca
qui 

Iscriviti alla Newsletter

Email *

costante, è possibile osservare un miglioramento della psoriasi nell'arco di alcune settimane. In alcuni casi (5-10 %) il sole può provocare invece un peggioramento anche a seguito di una attenta esposizione e va evitato proteggendosi con abiti coprenti. Le persone che stanno utilizzando creme topiche per la psoriasi e quelle che stanno utilizzando la terapia con psoraleni e radiazioni UVA (PUVA) devono comunque valutare con il proprio medico l'opportunità di esporsi al sole, per l'aumentato rischio di reazioni di tossicità. In caso di miglioramento non bisogna ridurre di propria iniziativa le terapie prescritte dal dermatologo.

Cos'è la PSORIASI a placche?

La psoriasi a placche, il tipo più frequente di psoriasi, è una malattia della pelle che si manifesta con la formazione di chiazze ispessite, pruriginose, rossastre, ricoperte da scaglie argentee costituite da cellule morte. Di solito si manifesta su gomiti, ginocchia, cuoio capelluto, schiena, viso, palmi delle mani e piedi, ma si può sviluppare in ogni parte del corpo. Le cellule che formano la pelle hanno un ciclo vitale che normalmente dura un mese: si formano nello strato più profondo della pelle e risalgono poi lentamente fino alla superficie da dove, infine, si staccano e cadono. Per un cattivo funzionamento del sistema immunitario, nella psoriasi questo processo è molto accelerato cosicché le cellule si sovrappongono le une alle altre formando le chiazze caratteristiche. È una malattia cronica che presenta in genere un andamento ciclico, con fasi di remissione e altre di riacutizzazione. Può peggiorare a seguito d'infezioni, stress, condizioni ambientali sfavorevoli, assunzione di certi farmaci. Non si conosce una cura risolutiva, anche se si dispone di trattamenti e farmaci che ne consentono un buon controllo. Può avere pesanti ripercussioni psicologiche su chi ne è affetto, condizionandone la qualità della vita e le relazioni sociali. In Italia si stima che ne sia affetto circa il 2-3% della popolazione, con prevalenza per il sesso maschile. In una minoranza di pazienti provoca una particolare forma di artrite, con dolore e difficoltà al movimento.

Quali precauzioni osservare

- Chi soffre di psoriasi deve prestare la massima attenzione a non bruciarsi. Deve perciò proteggere le aree libere da placche applicando una crema solare a fattore di protezione alto/molto alto (almeno 30) e preferibilmente resistente all'acqua e poco profumata. Questo perché un'ustione può causare il peggioramento della malattia e la comparsa di nuove placche nell'area ustionata.
- Anche le lesioni da grattamento (ad esempio in seguito alle punture di insetti) possono essere la causa dello sviluppo di nuove placche psoriasiche. D'estate, perciò, quando le punture di insetti sono più frequenti, è importante proteggersi, meglio se con abiti coprenti e zanzariere e insettopellenti ambientali.
- Un problema per certi aspetti simile è posto dalla depilazione, che deve essere effettuata con molta attenzione per non provocare ferite,

Iscriviti alla nostra newsletter ed unisciti ai nostri iscritti.

Iscriviti

Dal Web

Promosso



Nuova Tiguan 1.6 TDI a € 26.500 con Front Assist di serie.

Volkswagen

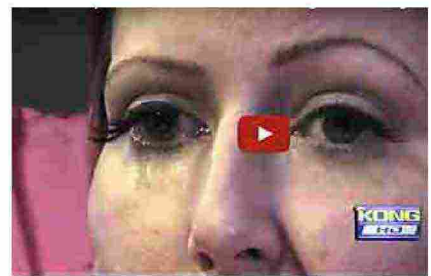


Giulia Salemi shock, senza mutandine sul Red Carpet di Venezia, "Non sono esibizionista, l'ho fatto per il mio amico stilista"..



Scopri le domande e i dubbi dei pet lovers.

PURINA



E' Diventata Malata Terminale A Causa Del Suo Hobby, Il Suo Ultimo Desiderio E' Mettere In Guardia Tutti Per Non Fare La...

se si utilizza un rasoio, o traumi superficiali se si ricorre alle cerette a caldo o a freddo a cui, comunque, è consigliabile ricorrere solo in assenza di placche. Dopo la depilazione la pelle va idratata adeguatamente.

- Il sale dell'acqua di mare può avere una positiva e delicata azione esfoliante sulle cellule morte presenti sulle placche, migliorandone l'aspetto, ma le prolungate immersioni in acqua possono provocare, paradossalmente, una eccessiva disidratazione della pelle. Lo stesso problema può presentarsi facendo il bagno in acqua clorata e addizionata di sostanze igienizzanti come quella delle piscine. E' pertanto consigliabile risciacquare la pelle con acqua dolce subito dopo il bagno, detergerla con un sapone neutro o un olio detergente, asciugarla delicatamente tamponandola con un asciugamano morbido ed applicare, infine, una buona crema idratante.
- Quando fa caldo ci si lava più frequentemente. Vanno usati preferibilmente prodotti non aggressivi quali saponi neutri e/o a base oleosa e oli detergenti di origine naturale. Questa indicazione deve essere estesa anche al trattamento dei capelli in caso di psoriasi localizzata al capillizio.
- Anche la permanenza per lungo tempo in ambienti con aria condizionata secca la pelle. È importante mantenere il giusto grado di idratazione della cute con creme emollienti e bevendo molta acqua. Anche l'alimentazione svolge un'azione di rilievo: ottima la dieta mediterranea ricca di frutta e verdura di stagione.

Nei pazienti con psoriasi esistono evidenze che un trattamento topico sia migliore rispetto a un altro in termini di efficacia, sicurezza, accettabilità e compliance del paziente?

- ▶ La terapia topica è indicata nella psoriasi lieve.
- ▶ per ottenere un rapido miglioramento delle placche psoriasiche è raccomandato l'uso di corticosteroidi topici potenti/molto potenti o un'associazione di corticosteroidi potenti/molto potenti e calcipotriolo con cicli a breve termine (4-8 settimane). Tuttavia, in pazienti con risposta terapeutica sub-ottimale, il trattamento può essere ripetuto per periodi intermittenti.
- ▶ È sconsigliato l'uso regolare per periodi prolungati di corticosteroidi topici potenti/molto potenti a causa del rischio di eventi avversi a lungo termine.
- ▶ Nel trattamento topico di mantenimento a lungo termine è appropriato un analogo della vitamina D. inizialmente è consigliato il calcipotriolo. Tuttavia, se questo dovesse causare irritazioni locali, è consigliato l'impiego di un analogo della vitamina D alternativo.
- ▶ Se un analogo della vitamina D risulta inefficace o non tollerato, può essere preso in considerazione l'uso di ditranolo con metodo terapeutico di breve contatto, soluzione in crema o lozione di catrame minerale, o tazarotene gel.

Non sono stati identificati studi sull'efficacia di preparazioni emollienti. V Si può prendere in considerazione l'uso regolare di emollienti per ridurre la desquamazione e il fastidio associato ad altri sintomi, compreso il prurito

V Per migliorare l'aderenza alla terapia, le applicazioni giornaliere dei trattamenti topici dovrebbero essere ridotte a un'unica somministrazione giornaliera.

Nei pazienti con psoriasi, quali sono i rischi e i benefici (in termini di efficacia, sicurezza, accettabilità e compliance del paziente) associati alla fototerapia/foto-chemioterapia?

- ▶ La fototerapia NB-UVB dovrebbe essere proposta ai pazienti con psoriasi per i quali non sia indicata la terapia topica: pazienti che non rispondono alla terapia topica, pazienti con controindicazione o eventi avversi al trattamento con farmaci topici e pazienti con psoriasi grado severo (BsA > 10%).
- ▶ il trattamento con puva dovrebbe essere preso in considerazione per i pazienti che non rispondono alla fototerapia NB-UVB.
- ▶ Tutti i pazienti che si sono sottoposti a più di 200 sedute di pUVA total-body e/o più di 500 sedute di BB/NB-UVB total-body dovrebbero essere invitati a sottoporsi a controlli annuali per lo screening dei tumori della pelle. L'invito al controllo dovrebbe essere in relazione anche al fototipo del paziente in trattamento.
- ▶ Lo schema di fototerapia NB-UVB raccomandato è di 3 sedute alla settimana, ove possibile.

V Deve essere sconsigliato l'uso di lettini solari quali fonte di UV per il trattamento della psoriasi.

- ▶ Si raccomanda la conduzione di nuovi studi osservazionali su grandi campioni di pazienti, con follow-up di lunga durata, per valutare la sicurezza della fototerapia NB-UVB.

Nei pazienti con psoriasi esistono evidenze che un trattamento sistemico tradizionale sia migliore rispetto a un altro in termini di efficacia, sicurezza, accettabilità e compliance del paziente?

- ▶ Nei pazienti con psoriasi grave o refrattaria ad altri trattamenti (terapia topica o fototerapia) dovrebbe essere considerato il trattamento con ciclosporina, metotrexato o acitretina, dopo un'attenta valutazione dei benefici e dei rischi.
- ▶ il metotrexato è raccomandato per la terapia a lungo termine e nei casi in cui è presente l'artrite psoriasica.
- ▶ La ciclosporina è raccomandata per la terapia intermittente a breve termine.
- ▶ L'acitretina può essere considerata come alternativa terapeutica.

V Le donne in gravidanza non dovrebbero essere trattate con farmaci convenzionali sistemici. Le donne in età fertile dovrebbero adottare un'adeguata contraccezione per periodi variabili, anche dopo la sospensione, in funzione del farmaco impiegato.

V Considerata l'associazione della psoriasi con la sindrome metabolica e un aumento del rischio cardiovascolare, e tenuto conto della predittività del BMI sulla risposta terapeutica, occorre valutare nel

singolo paziente la presenza delle componenti della sindrome metabolica e dei fattori di rischio cardiovascolari per mettere in atto misure di intervento mirato.

Nei pazienti con psoriasi esistono evidenze che un trattamento con farmaci biotecnologici sia migliore rispetto a un altro in termini di efficacia, sicurezza, accettabilità e compliance del paziente?

► Ai pazienti con psoriasi grave che non rispondono o hanno controindicazioni o sono intolleranti alla fototerapia e a terapie sistemiche che comprendono ciclosporina e metotrexato dovrebbe essere offerta la possibilità di iniziare il trattamento con farmaci biotecnologici, a meno che non abbiano controindicazioni o presentino un aumentato rischio di tossicità derivante da queste terapie.

Le raccomandazioni formulate sono riportate in ordine alfabetico secondo il nome del farmaco.

► Adalimumab è raccomandato per il trattamento della psoriasi moderata-grave alla dose iniziale di induzione di 80 mg e successivamente 40 mg a settimane alterne.

► Etanercept è raccomandato per il trattamento della psoriasi moderata-grave alla dose di 25 mg/2 volte alla settimana o 50 mg/settimana, oppure 50 mg/2 volte alla settimana per 12 settimane, seguiti, se necessario, da una dose di 25 mg/2 volte alla settimana o di 50 mg/ settimana.

► infliximab è raccomandato per il trattamento della psoriasi moderata-grave soprattutto quando è necessaria una remissione rapida della malattia alla dose di 5 mg/kg alle settimane 0, 2 e 6 e successivamente come terapia di mantenimento ogni 8 settimane.

► Ustekinumab è raccomandato per il trattamento della psoriasi moderata-grave alla dose di 45 mg per i pazienti di peso inferiore a 100 Kg e di 90 mg per i pazienti di peso superiore a 100 Kg alle settimane 0 e 4 e successivamente come terapia di mantenimento ogni 12 settimane.

V Le donne che sono o potrebbero essere in gravidanza non dovrebbero essere trattate con farmaci biotecnologici.

Raccomandazioni per la ricerca

► È raccomandata la conduzione di nuovi studi di confronto diretto tra farmaci biotecnologici e tra biotecnologici e sistemici al fine di valutare l'eventuale superiorità di uno rispetto a un altro, in termini di efficacia, sicurezza, accettabilità e compliance del paziente.

Nei pazienti con psoriasi esistono evidenze che una terapia di associazione sistemica sia migliore rispetto a un'altra in termini di efficacia, sicurezza e compliance del paziente?

- Farmaci tradizionali sistemici in associazione
- Uno/più farmaci tradizionali sistemici in associazione a un farmaco biotecnologico

Raccomandazioni

► i dati in letteratura sono di scarsa qualità e pertanto non è possibile formulare raccomandazioni attendibili per questo quesito.

Raccomandazioni per la ricerca

► È raccomandata la conduzione di RCT per la valutazione del profilo rischio/beneficio delle terapie di associazione con farmaci antipsoriasici sistemici.

La psoriasi è tradizionalmente definita come una malattia infiammatoria della pelle ad andamento cronico-ricidivante che, nella sua forma più comune, si manifesta con placche eritemato-squamose localizzate sulle superfici estensorie del corpo. La prevalenza nella popolazione generale italiana è stimata pari al 2,8% con una maggiore frequenza di casi nel sesso maschile; si può dunque stimare che circa 1.500.000 italiani siano affetti da questa malattia. Si osservano alterazioni distrofiche delle unghie in oltre un terzo dei pazienti e una tipica artropatia (artropatia psoriasica) in una proporzione variabile di soggetti. La psoriasi guttata, l'eritrodermia psoriasica e la psoriasi pustolosa (nella sua forma localizzata o generalizzata) costituiscono varianti distinte per morfologia e andamento.

Recenti evidenze suggeriscono con crescente forza come, dal concetto di psoriasi intesa come patologia a esclusivo interessamento cutaneo, si stia rapidamente passando a quello di psoriasi intesa come malattia sistemica. Un ampio ventaglio di co- morbilità può infatti associarsi alla psoriasi, fra le quali, oltre alla ben nota artropatia, sono comprese malattie infiammatorie croniche intestinali, patologie oculari, malattie metaboliche, disturbi psicologici. Gisondi et al hanno in particolare rilevato che gli individui affetti da psoriasi mostrano un aumento del rischio di malattie cardiovascolari. Tuttavia, non è ancora ben chiaro quanto questa associazione dipenda direttamente dalla psoriasi o piuttosto da un aumento dell'incidenza nelle persone affette da psoriasi di tradizionali fattori di rischio cardiovascolare quali obesità, diabete, sindrome metabolica, assunzione di alcol in eccesso, fumo, iperlipidemia. Alcune terapie, se protratte, potrebbero inoltre aumentare tale rischio, o costituire esse stesse un rischio per infezioni sistemiche e tumori cutanei non melanocitici (non melanoma skin cancer, NMSC).

Pertanto, sebbene la psoriasi sia solo eccezionalmente causa diretta di morte, gli aspetti emergenti sopra indicati e la natura cronica e inguaribile della malattia fanno sì che le sue conseguenze sociali siano estremamente rilevanti. Infatti, i pazienti affetti da psoriasi, allo stesso modo di quelli affetti da altre malattie croniche invalidanti, riferiscono una significativa riduzione della qualità della vita a causa dei sintomi specificamente cutanei (prurito cronico, sanguinamento, coinvolgimento delle unghie), dei problemi legati ai trattamenti (cattivo odore, disagio fisico, perdita di tempo, effetti collaterali sistemici, costi elevati), dei risvolti psico-sociali secondari al dover convivere con una malattia della pelle molto visibile e deturpante (difficoltà nei rapporti umani interpersonali e sociali, riduzione delle possibilità di occupazione e guadagno, riduzione dell'autostima complessiva). Inoltre, il protrarsi dei processi immunitari/infiammatori coinvolti nella patogenesi della malattia può condurre allo sviluppo di comorbidità, le quali, a loro volta, possono avere un impatto

importante sulla riduzione della qualità della vita del paziente.

A causa dei costi combinati della terapia a lungo termine e dei costi sociali della malattia la psoriasi ha quindi un forte impatto sui sistemi sanitari e sulla società in generale.

Negli ultimi anni i progressi registrati nella comprensione dei meccanismi eziopatogenetici della psoriasi hanno promosso lo sviluppo di nuovi farmaci che si sono aggiunti alle terapie topiche e sistemiche già tradizionalmente utilizzate. A oggi, quindi, le opzioni terapeutiche per il paziente psoriasico sono molteplici e il conseguimento di traguardi sempre più avanzati nel campo della ricerca lascia presagire che tali opzioni siano destinate a crescere rapidamente nel prossimo futuro. Un importante contributo all'arricchimento delle conoscenze in tale ambito è stato fornito dal progetto PsoCare avviato dall'Agenzia italiana del farmaco nel 2005, il quale ha valutato fin dalle prime fasi della loro commercializzazione i profili di efficacia/sicurezza dei nuovi farmaci registrati per il trattamento della psoriasi. Il progetto PsoCare ha tuttavia evidenziato come le strutture dedicate alla gestione clinica della psoriasi in Italia abbiano assunto talvolta comportamenti non omogenei. Inoltre, alcuni governi regionali e società scientifiche hanno pubblicato documenti ufficiali di indirizzo in materia, con indicazioni di percorsi diagnostico-terapeutici non sempre perfettamente in linea fra loro.

Per le ragioni sopra esposte, il Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) dell'Istituto superiore di sanità (ISS), in collaborazione con l'Associazione dermatologi ospedalieri italiani (ADOI), ha promosso una linea guida basata sull'evidenza con un approccio metodologico standardizzato volto a garantire validità e riproducibilità.

La presente linea guida è stata sviluppata per valutare i trattamenti attualmente disponibili per la terapia della psoriasi cronica a placche nell'adulto. Essa non prende in considerazione specificamente la psoriasi guttata, l'eritrodermia psoriasica e la psoriasi pustolosa, così come la psoriasi nei bambini, sia per la loro rarità sia per la relativa scarsità di evidenze al riguardo. Analogamente la linea guida non considera il trattamento specifico della psoriasi localizzata in aree cosiddette difficili (volto, cuoio capelluto, unghie, palmo e piante, pieghe, genitali). Questa linea guida è rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti psoriasici, in tutte le fasi della malattia.

Da quanto finora esposto, appare evidente come sia importante e contestualmente difficile definire esattamente gli indici clinici di gravità nell'ambito della psoriasi. La misura più frequentemente adottata per definire la gravità dell'interessamento cutaneo è lo Psoriasis Area and Severity Index (PASI), un indice numerico che combina l'estensione con altri segni clinici. Tuttavia questo parametro presenta numerosi limiti:

- non distingue tra differenti profili di distribuzione delle lesioni;

- non permette di valutare differenti sottotipi clinici della malattia;
- riflette di fatto un giudizio soggettivo e perde di sensibilità nelle forme di malattia meno estese.

La necessità di esprimere un indice di gravità che tenga conto anche dell'impatto sulla qualità della vita del paziente ha promosso l'elaborazione di un criterio semplice e facilmente applicabile, che combina il punteggio PASI con l'estensione delle lesioni espressa per mezzo dell'indice Body Surface Area (BSA) e con il grado di disagio sociale e psicologico connesso alla presenza della malattia determinato con la scala Dermatology Life Quality Index (DLQI). Tale concetto, definito "regola del 10"⁴, prevede che:

- se i tre parametri (BSA, PASI e DLQI) risultano tutti inferiori a 10, la psoriasi è da considerarsi lieve;
- se BSA >10% e/o PASI >10 e/o DLQI >10 la psoriasi sia definita severa (moderata-grave).

In tale contesto è possibile una ulteriore distinzione, anche se di scarsa utilità pratica, fra psoriasi moderata (BSA 10-25% e/o PASI 10-20 e/o DLQI >10) e psoriasi grave (BSA >25% e/o PASI >20 e/o psoriasi instabile e rapidamente progressiva). Tuttavia, specifiche situazioni cliniche possono determinare un aggravamento del grado di psoriasi indipendentemente dal valore PASI. Infatti, il coinvolgimento di aree visibili (quali volto e mani) o della regione genitale può di fatto qualificare una psoriasi come moderata o severa⁵. Infine, alla luce del concetto precedentemente illustrato di "malattia psoriasica" è da considerarsi comunque severa la psoriasi associata a un quadro infiammatorio extracutaneo correlato (artropatia, malattie infiammatorie croniche intestinali, uveite).

la stagione alleata del benessere, ma questa non è una buona ragione per abbassare la guardia. Perché l'estate è anche amica di funghi, batteri e virus, che con caldo e umidità tendono a proliferare. A dargli manforte ci si mette pure il sistema immunitario, poiché raggi solari e disidratazione abbassano le difese naturali, agevolando il lavoro degli ospiti indesiderati. Il bersaglio privilegiato? La pelle, l'organo più esteso del tuo corpo. Secondo gli ultimi dati forniti dalla Waidid, l'Associazione mondiale per le malattie infettive e i disordini immunologia, infezioni e micosi cutanee detengono il primato fra i disturbi più frequenti del periodo estivo, rischiando di trasformare piscine, spogliatoi e spiagge in un campo minato. Non farti rovinare weekend e vacanze estive: scopri come evitare i rischi e quali sono le cure più efficaci per assicurarti una pelle sempre al top.

In spiaggia adori sdraiarti sulla sabbia, senza prima stendere un asciugamano o un telo da mare: «Attenzione, quest'abitudine è ad alto rischio perché nella rena possono annidarsi streptococchi e stafilococchi, germi responsabili dell'impetigine, infezione che colpisce soprattutto i bambini, ma da cui non sono immuni gli adulti», mette in guardia la dottoressa **Magda Belmontesi**, dermatologa e docente al Master di medicina estetica dell'Università di Pavia. «Provoca bollicine pruriginose contornate da un alone rossastro, soprattutto su viso e contorno della bocca, molto contagiose.

Per evitarne la fioritura niente contatti diretti con la sabbia e non sederti su bagnasciuga o poltrone dei bar degli stabilimenti balneari indossando soltanto il bikini, magari bagnato, perché umidità e microcristalli di sale possono alterare la barriera cutanea e facilitare le aggressioni dei germi». Quindi, non usare teli di altre persone e per quanto riguarda gli asciugamani dei bambini, lavalvi frequentemente a 90 °C, con un detergente leggermente disinfettante. «Se l'infezione prende ugualmente il via, le cure prevedono l'impiego di antibiotici in crema da stendere sulle lesioni, da associare a quelli da assumere per bocca se l'infezione è estesa, prescritti dal medico. Resisti alla tentazione di grattare le vesciolette perché rischieresti di diffondere l'infezione ad altre zone della pelle», raccomanda la dottoressa Belmontesi.

Ritrovarsi con una pelle maculata: «È un ulteriore rischio estivo perché è proprio così che si manifesta la Pitiriasi Versicolor, infezione causata da un fungo (il Pityrosporum orbiculare). Di solito vive sulla pelle senza provocare danni ed è chiamato "funghetto di mare" proprio perché diventa evidente d'estate», spiega il dottor Pier Luca Bencini, dermatologo, direttore scientifico dell'Istituto di chirurgia e laserchirurgia in dermatologia di Milano. «Con la complicità dei raggi ultravioletti produce acido azelaico, sostanza che blocca la produzione di melanina, pigmento responsabile della colorazione ambrata della pelle. Di conseguenza si formano delle macchie ovali bianche che spiccano in modo netto sull'abbronzatura». L'infezione può essere contagiosa solo se sei predisposta ed è più ricorrente in chi suda molto e ha un sebo con una precisa composizione, che sembra in grado di attivare il fungo rendendolo virulento. «Nonostante questo, per limitare i rischi di contagio è sempre meglio mettere un asciugamano tra la pelle e il piano di lettini e sdraio, così come è importante evitare l'uso promiscuo di magliette», puntualizza Bencini. Le cure per debellare l'ospite indesiderato non mancano: «Antimicotici in crema da applicare sulla pelle per 15 giorni e, se la forma è estesa, da assumere anche per bocca, dietro prescrizione medica. Oggi esistono nuove formulazioni a base di fluconazolo che, con un'unica somministrazione di due compresse da 200 mg da ripetere dopo un mese, fanno piazza pulita del fungo. I farmaci però vanno associati a uno shampoo medicato perché il Pityrosporum sceglie come dimora privilegiata il cuoio capelluto», suggerisce il dermatologo. Una volta eradicato ti puoi mettere al sole, la cute riprende lentamente a produrre melanina e le macchie chiare si ripigmentano, assumendo la stessa colorazione del resto dell'incarnato. Poi, per non rischiare che il fungo torni ad aggredire la pelle lava i tuoi capi con detersivi antimicotici o trattamenti a secco, in modo da eliminarne le spore.

Calore e umidità espongono alle aggressioni esterne le zone cutanee delle tue parti intime perché ne alterano il pH naturale. «Inoltre, l'aumento della sudorazione facilita lo sfregamento con slip o jeans, favorendo la comparsa di microlesioni e arrossamenti, altrettanto frequenti quando tieni addosso il costume da bagno umido», mette in guardia la professoressa Rossella Nappi, docente di ostetricia e ginecologia all'Università di Pavia. Con la loro complicità è più facile

che si facciano strada le infiammazioni vaginali, prima fra tutte la candida: questo disturbo si manifesta con un dolore nelle zone intime, soprattutto durante i rapporti, forte prurito, irritazioni, perdite bianche e difficoltà ad urinare. «Per prevenire i rischi indossa indumenti intimi di cotone, seta o lino. Quindi, a tavola riduci dolci, soft drink, pizze, pane e pasta. La candida colonizza anche l'intestino, da cui può migrare nella vagina, e una dieta troppo ricca di zuccheri e lieviti ne favorisce la crescita. Poi, utilizza salviettine detergenti a base di acido bórico, timolo o acido ialuronico, che stabilizzano il pH vaginale e creano una barriera protettiva più efficace», consiglia la ginecologa. Se l'infezione prende ugualmente il via rivolgiti al medico: «Può prescriverti degli antimicotici da applicare nella vagina o da assumere per bocca, che nel giro di una settimana spiazzano il fungo. Per chi ha un compagno è consigliabile seguire le cure in coppia perché durante ogni nuovo rapporto la candida rischia di passare da un partner all'altro e l'infezione si autoalimenta», specifica Nappi. Se invece preferisci i rimedi naturali prepara un decotto di malva (2 manciate da fare bollire leggermente in 2 litri di acqua per 15 minuti e poi in infusione per altri 20), filtralo e aggiungi 10 gocce di olio essenziale di santoreggia e altrettante di olio essenziale di limone: «Usa questa soluzione per il bidet, ha un'azione antimicotica e antinfiammatoria», suggerisce il dottor Maurizio Grandi, oncologo, immunologo e fitoterapeuta a Torino, che continua: «Quando l'infezione è intensa puoi assumere per bocca 3-4 gocce di olio essenziale di cannella (su una zolletta di zucchero), 2-3 volte al giorno. In alternativa, 100 gocce di tintura madre di alchemilla con l'aggiunta di 2 gocce di olio essenziale di cannella, diluite in un paio di dita d'acqua calda, 2 volte al giorno». La candida, però, non è l'unico nemico estivo delle tue zone intime perché anche l'herpes genitale in estate può dare qualche grattacapo: l'infezione si ripropone sia perché il pH vaginale è alterato, sia perché l'overdose di raggi ultravioletti, associata allo stress della partenza o a un cambiamento di fuso orario, abbassano le tue difese immunitarie. «A scopo preventivo puoi usare un gel a base di trigliceridi ossidati derivati da acidi grassi essenziali di origine vegetali (olio di mais), che crea una barriera protettiva (come il Clareva Gel). Lo stesso prodotto è indicato anche quando sui genitali esterni compaiono delle bollicine pruriginose e dolorose, tipiche dell'infezione. Se queste però sono intense e numerose, devi rivolgerti al medico, che prescriverà una crema e delle pastiglie a base di antivirali, da prendere per bocca. Anche in questo caso le cure vanno estese al partner», conclude Nappi.

Fra le infezioni estive più diffuse, il piede d'atleta è causato da un fungo (tinea pedis) che sceglie come dimora lo spazio tra un dito e l'altro (soprattutto quello fra quarto e quinto) e inizia a proliferare provocando una desquamazione biancastra. «Questa, in breve, si trasforma in una fessurazione rossa che prude e fa male», spiega la dottoressa **Magda Belmontesi**. «Per evitare brutte sorprese indossa sempre infradito di gomma "personali" e non prestarle. Se invece preferisci le scarpe sportive non calzarle per troppe ore di seguito: creano un ambiente caldo umido che prepara un terreno ideale all'aggressione del fungo, ricordando di metterle sempre con un paio

di calzini di cotone, che mantengono le estremità protette e asciutte». Nonostante queste accortezze rimani vittima dell'infezione? «Le cure non mancano: creme o lozioni a base di antimicotici (molecole come ketoconazolo, itraconazolo, fluconazolo, naftifina o terbinafina), prescritti dal medico e stesi sulla lesione per almeno un paio di settimane. Quando l'infezione è estesa, l'esperto dispone gli stessi principi attivi, da prendere però per bocca. Per rendere la terapia ancora più efficace lava tutti i giorni i piedi con un detergente antimicotico o con una soluzione disinfettante a base, per esempio, di clorexidina, quindi asciuga con cura le estremità», consiglia la dermatologa. «Se invece ti affidi alle soluzioni green, diluisci 2-3 gocce di olio essenziale di santoreggia o origano in 60 gocce di tintura madre di cannella o primula officinalis e, con la soluzione ottenuta, fai 2-3 tocature sulla lesione, usando un bastoncino di cotone: ha un'azione antimicotica naturale. Puoi anche ricorrere alla tintura madre di sanguinaria, bardana o santoreggia, per bocca: da 50 a 60 gocce, diluite in due dita di acqua calda, 2 volte al giorno, possono aiutarti a combattere le aggressioni dei funghi», consiglia il dottor Grandi.

Sulle passerelle degli stabilimenti balneari ma anche sulle superfici di gommoni e pedalò, si possono nascondere alcuni virus della famiglia dei papilloma (o HPV), che generano dei bottoncini di colore giallo-grigiastro sui piedi: «Sono le verruche. Si localizzano soprattutto su pianta e calcagno e quando cammini provocano un dolore simile a quello di una puntura di spillo o di un sassolino nella scarpa», spiega il dottor Pier Luca Bencini. Per limitare i rischi osserva le regole d'igiene consigliate per contrastare il piede d'atleta. Inoltre, evita di usare forbicine o arnesi di pedicure comuni, comprese pietra pomice e rulli per levigare i piedi, perché potrebbero essere infetti. «Se la verruca spunta lo stesso puoi eliminarla ricorrendo ai rimedi cheratolitici, che trovi in libera vendita in farmacia. Sono soluzioni a base di un mix di acido lattico, retinoico e salicilico, che desquamano lentamente la parte infetta sino a farla scomparire». Devi essere costante nell'applicazione e utilizzarli per almeno 2 mesi di fila, ma i risultati sono ottimi: uno studio pubblicato sul Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology ha dimostrato che i cheratolitici sono i rimedi più efficaci e assicurano effetti stabili nel tempo. «Quando la verruca non è molto spessa, puoi usare un pennarello a base di acido formico; basta una toccatura alla settimana, per 5-15 settimane. Se cerchi una soluzione più rapida vai dal dermatologo, che può proporti un trattamento con il laser CO2 o la crioterapia con azoto liquido o perossido d'azoto. Il primo vaporizza la verruca, mentre la seconda la congela, ma con questa metodica le recidive sono alte», specifica Bencini. Preferisci evitare farmaci & Co.? «Puoi diluire 3 gocce di olio essenziale di thuya occidentalis in 50 gocce di tintura madre di celidonia o sanguinaria. Quindi, applica la soluzione ottenuta sulla verruca con un bastoncino di cotone, 2-3 volte al giorno: vanta un'azione antivirale e cheratolitica», conclude il dottor Maurizio Grandi.

Promosso da Taboola

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.