

**Lichen vulvari: conoscerli, riconoscerli e trattarli**

Dr. R Senatori Dr P. Inghirami

Avete esperienza sull'utilizzo delle radiofrequenze per veicolare meglio i farmaci nei trattamenti vulvari?

Sì, io ho esperienza con l'elettroporazione, che permette un miglior passaggio del farmaco attraverso la membrana basale. Le più grandi esperienze riguardano il suo utilizzo nella sindrome genito-urinaria, anche perché non c'è quella condizione di ipercheratosi e inspessimento che rende difficile il passaggio del farmaco anche con elettroporazione. Ci sono alcune esperienze per esempio nella condilomatosi genitale e vulvare con l'Imiquimod, ed è possibile effettuarlo a livello locale. Per quanto concerne la mia esperienza, questa tecnica l'ho utilizzata per veicolare il farmaco estrogeno per esempio, in alcuni casi anche della lidocaina, ad esempio nella vulvodinia e nella sindrome genito-urinaria quando c'è una grande secchezza e compromissione del tessuto. Relativamente al lichen simplex, non ho mai avvertito la necessità di utilizzare questa tecnica.

Prima dello steroide topico, per quanti giorni va utilizzata l'eosina?

Io la uso per almeno un paio di settimane. Capisco il discomfort per la paziente, alla quale diamo di solito il consiglio di andare in una bancarella a comprare biancheria di cotone da buttare subito dopo, in quanto chiaramente macchia, ma personalmente tutte le pazienti a cui ho dato l'eosina sono rimaste molto soddisfatte e hanno superato brillantemente l'handicap della colorazione.

Si possono utilizzare gli estrogeni locali, insieme ai cortisonici, sia nelle pazienti anziane che nelle bambine?

Sì, ritengo che possa essere utile solo in casi però selezionati, cioè quando la paziente, soprattutto se giovane, ha bisogno anche di un apporto estrogenico perché magari l'atrofia della mucosa, anche a volte congenita, può concorrere negativamente con il lichen. Nelle bambine sicuramente può esserci utile, lo utilizziamo.

Avete esperienza con l'utilizzo del laser? Si può consigliare in questo tipo di patologie?

Abbiamo iniziato ad utilizzare il laser rigenerativo 4-5 anni fa, quindi ormai abbiamo un campione di oltre 300 donne. Rimaniamo sempre nel discorso base, ossia quali siano le linee guida e cosa sia possibile fare per inframmezzare la terapia cortisonica in modo tale che l'uso prolungato non crei dei danni. Per quando concerne il lichen sclerosus, essendo una malattia autoimmune, dal punto di vista eziologico l'uso del laser rigenerativo non cambia quella che è l'origine della malattia, ma siccome si è verificata una ialinosi del derma, su questa il laser rigenerativo, cioè laser CO₂ che ha una capacità di penetrazione che altri non hanno, ha un grandissimo effetto sull'eudermia in generale del tessuto, quindi è assolutamente da utilizzare. Si provano poi tutta una serie di terapie per modificare l'atteggiamento infiammatorio che è di base in questa forma, ma sicuramente grande speranza noi la riponiamo sull'utilizzo delle cellule staminali e sulla pappa piastrinica, le quali non sono in grado di determinare un coming back del quadro che ormai si è creato, ma quanto meno fanno un "fermo immagine" che consente di utilizzare molto meno i cortisonici, o di non utilizzarli affatto. La soddisfazione maggiore è di non avere più sintomi che assillano e nello stesso tempo hanno anche un quadro decisamente migliorato per quanto riguarda la riduzione del trofismo locale. La malattia però rimane e va tenuta sotto controllo.

Può essere utilizzato lo ZANTOGIN, avendo lo Zanthalene come antiprurito e bisabololo come lenitivo, nel post-trattamento cortisonico o anche nel periodo di discontinuità?

Assolutamente sì, io lo utilizzo, perché il bisabololo ha un'azione lenitiva e serve a ridurre il sintomo qualora questo sia ancora presente, e contribuisce poi a quell'effetto eudermico molto

importante al fine di aiutare la donna da un punto di vista sintomatologico, riducendo nel contempo l'utilizzo del cortisonico.

Per "pappa ricca di piastrine" s'intende il plasma ricco di piastrine infiltrativo nel derma?

Sì, s'intende il plasma ricco di piastrine preparato nei centri trasfusionali. Deve essere preparato accuratamente perché è una lavorazione un po' complessa, in quanto altrimenti si rischia di infiltrare elementi inutili ed inficiare il risultato.

Il DHEA può essere utilizzato al posto del laser per contenere i costi?

Per quanto riguarda il lichen sclerosus non sarei molto favorevole, in quanto il DHEA svolge un ruolo simil-ormonale e i suoi recettori sono fondamentalmente a livello vaginale. A livello vulvare il progesterone non ha dato nessun risultato mentre il testosterone è stato abbandonato. Quindi il DHEA non credo ci possa aiutare in ambito di lichen sclerosus, ma può sicuramente essere utile in caso di sindrome genito-urinaria menopausale, ma siamo in tutt'altro campo.

Come primo approccio in una lesione vulvare monolaterale, localizzata a livello del piccolo labbro, che presenta aree rosse congeste, è necessario, prima di iniziare con la terapia cortisonica, effettuare una biopsia?

Personalmente, a meno che il quadro non sia francamente neoplastico, se ho dubbi prima faccio una terapia e dopo rivedo la paziente, in termine relativamente brevi, e nel caso in cui la lesione non si sia assolutamente modificata faccio una biopsia.

Nel la donna in gravidanza ci sono accorgimenti da prendere? Va modificata la terapia?

Quello che ci chiedono le donne, in generale è: quanta crema devo mettere? Quale cortisonico è possibile utilizzare? Per quanto concerne la posologia della crema, oggi noi utilizziamo come parametro il "finger tip unit", cioè consigliamo di utilizzare la quantità di crema che è presente in un polpastrello. Questa quantità di crema, che corrisponde a 0.5 grammi di prodotto perché quasi tutti i tubini hanno un'apertura di 5 mm, è in grado di coprire senza massaggiare la superficie di entrambe le mani di un uomo adulto. Quindi è ampiamente soddisfacente per la terapia che noi facciamo a livello vulvare.

Questo è il primo aspetto, perché quando si applica a livello vulvare una crema cortisonica, questa ha un assorbimento molto forte, così come nelle pieghe, non ha certo lo stesso tipo di assorbimento che possiamo avere su gomiti o ginocchia, che sono molto più resistenti. Per questo, è molto importante la scelta del tipo di cortisonico. Noi utilizziamo da anni il fluticasone e il mometasone per motivi molto semplici: sono cortisonici ad alta potenza ma hanno uno scarsissimo assorbimento sistemico ed una rapida inattivazione. Quindi il grosso problema della "corticofobia" che molto spesso noi incontriamo, cioè quando non si vuole usare il cortisonico nelle bambine che hanno il lichen sclerosus e in generale, e questo fa sì che ci sia una scarsa aderenza alla terapia. Il 30% delle donne infatti, secondo statistiche non fa la terapia che le viene assegnata, e questo è un problema anche di counseling, mentre il 50% fa una terapia "a modo suo". Questo non dà modo di capire se quello che abbiamo consigliato è corretto o no, quindi si deve tranquillizzare la donna dicendole che in gravidanza solitamente il lichen sclerosus migliora da un punto di vista sintomatologico. L'assorbimento sistemico di questi composti in crema è praticamente risibile, in quanto siamo intorno allo 0.1-0.2 %, tanto da non dare praticamente effetti sistemici. Quindi i problemi dell'uso topico del cortisonico vengono superati.