

Trattamento dell'alopecia areata: la nostra esperienza clinica

Cosimo Fasulo - Michela Iannone

L'alopecia areata (AA) è una malattia autoimmune caratterizzata da una aggressione del follicolo pilifero mediata dalle cellule T, con blocco della crescita dei capelli e tale da determinare zone totalmente prive di peli. Di recente, alcuni lavori scientifici hanno dimostrato che l'aggressione dei follicoli piliferi può verificarsi in diversi punti, ma soprattutto a livello del bulge. Sebbene di solito la perdita di capelli a chiazze sia limitata al cuoio capelluto (forma focale), AA può presentarsi come perdita totale dei capelli del cuoio capelluto (totalis; AT) o come perdita totale di capelli del cuoio capelluto e peli del corpo (universalis; AU). La gestione di AT e AU può essere impegnativa e, sebbene siano state esplorate diverse modalità di trattamento, nessuna terapia è attualmente approvata. Le terapie riportate in letteratura per AT / AU includono: immunoterapia topica, steroidi, terapia fotodinamica, agenti immunosoppressori, inibitori del TNF α e altre terapie come sulfasalazina, bexarotene, inibitori JAK e simvastatina / ezetimibe. Sebbene alcuni trattamenti abbiano mostrato una significativa ricrescita dei capelli, nessun trattamento è stato completamente efficace. Le terapie più promettenti con dati di altissima qualità comprendono difenilciclopropenone, acido dibutilestere dell'acido squarico (SADBE), terapia fotodinamica, steroidi e ciclosporina in associazione con metilprednisolone. Le scelte terapeutiche si basano spesso sulla durata, l'estensione e l'attività della malattia, nonché l'età del paziente. Gli autori illustrano un percorso terapeutico adottato negli ultimi anni confrontando i risultati ottenuti con le diverse terapie (FOTETERAPIA U.V. a 311 e 308 nm vs SADBE vs DITRANOLO vs TERAPIA CORTICOSTERIDEA vs TACROLIMUS) ma soprattutto dimostrando che non esiste ad oggi una terapia uguale ed efficace per tutti i soggetti affetti da Alopecia Areata. Inoltre, anche le risposte alla stessa terapia possono avvenire in tempi e con modalità differenti in particolare con SADBE dove la reazione può avvenire già a dosi molto basse (0,03%) ed alle prime applicazioni o dopo diverse applicazioni e con dosi molto più alte (1% o 2%).

Treatments in alopecia areata: our clinical experience

Alopecia Areata (AA) is an autoimmune disease characterized by T cell-mediated attack on the hair follicle, with block of hair growth and totally hairless area. Recently, some scientific works have shown that the aggression of hair follicles can occur in several points but above all at the level of the bulge. Although usually limited to patchy hair loss over the scalp (focalis), AA can present as total loss of scalp hair (totalis; AT) or as total loss of both scalp and body hair (universalis; AU). Management of AT and AU can be challenging, and although multiple treatment modalities have been explored, no therapy is currently approved. Therapies reported in literature for AT/AU include: topical immunotherapy, steroids, photodynamic therapy, immunosuppressive agents, TNF α inhibitors, and other therapies, such as sulfasalazine, bexarotene, JAK inhibitors, and simvastatin/ezetimibe. Although certain treatments showed significant hair regrowth, no treatment was completely effective. The most promising therapies with the highest quality data include diphenylcyclopropenone, squaric acid dibutylester (SADBE), photodynamic therapy, steroids, and cyclosporine in combination with methylprednisolone. Treatment choices are frequently based on disease duration, extent, and activity as well as the age of the patient. The authors compare the efficacy and safety of different therapies (U.V. PHOTOTHERAPY at 311 and 308 nm vs SADBE vs DITRANOL vs STEROIDS THERAPY vs TACROLIMUS) with the result that to date there is no equal and effective therapy for all subjects affected by AA. Furthermore, responses to the same therapy can also occur at different times and in different ways, as the case of SADBE where the reaction can occur at very low doses (0.03%) with first applications or at more high doses (1% or 2%) after several applications.