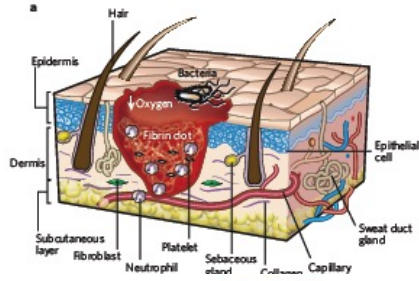
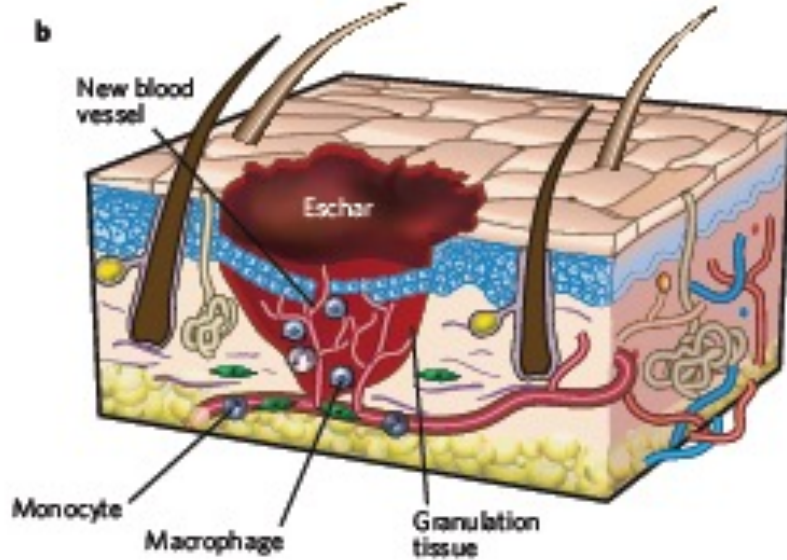


## Riparazione mediante deposizione di tessuto connettivo

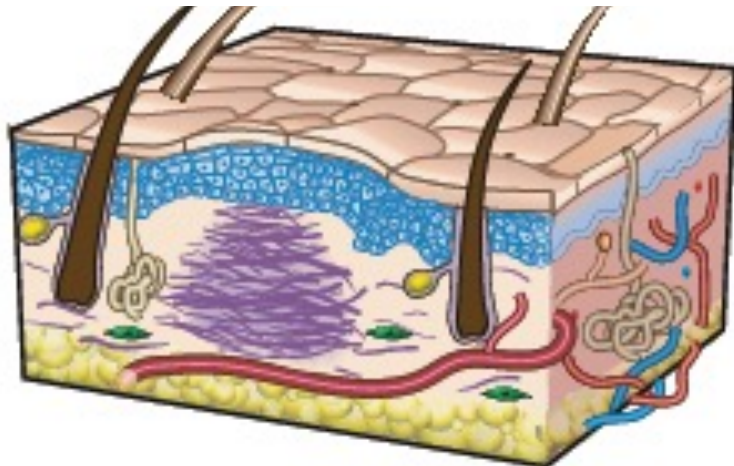
Infiammazione



Formazione di nuovo tessuto



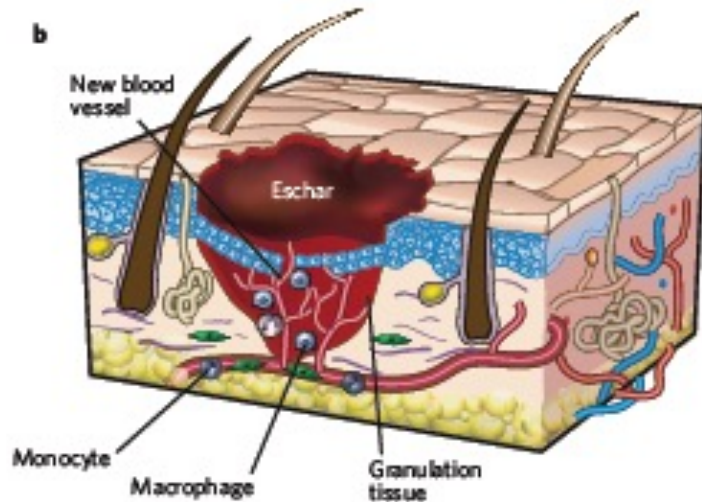
Rimodellamento



Quando gli agenti lesivi e le cellule necrotiche sono state eliminate, l'infiammazione cessa. Il riparo della ferita avviene mediante deposizione di tessuto connettivo che prevede:

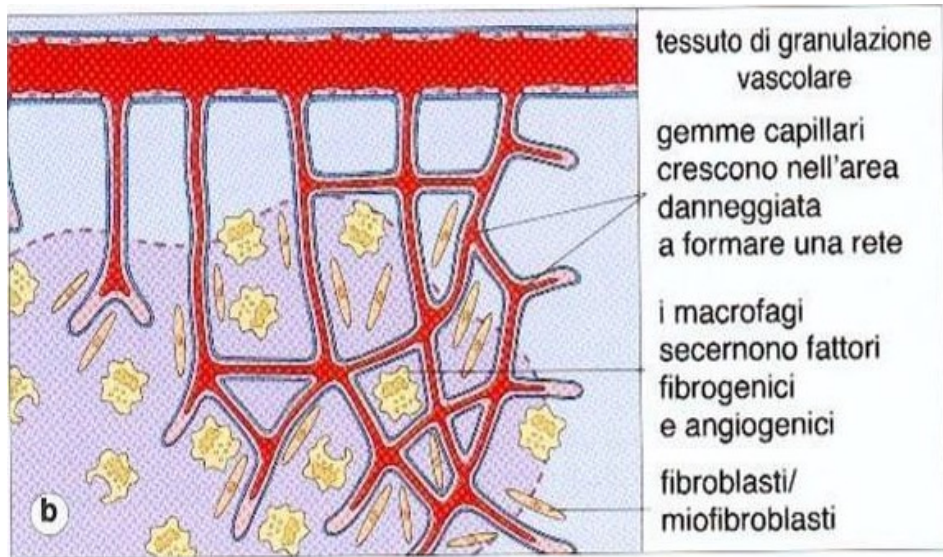
- **La fase di proliferazione cellulare** di diversi tipi di cellule quali le cellule epiteliali, le cellule endoteliali e i fibroblasti. La fase di proliferazione impiega fino a 10 giorni. In questa fase la proliferazione dei fibroblasti con la deposizione della matrice extracellulare e la formazione di vasi genera il tessuto di granulazione.
- **Rimodellamento tissutale** che consiste nella sostituzione progressiva del tessuto di granulazione dalla deposizione di collagene.

## Fase di proliferazione nella guarigione delle ferite

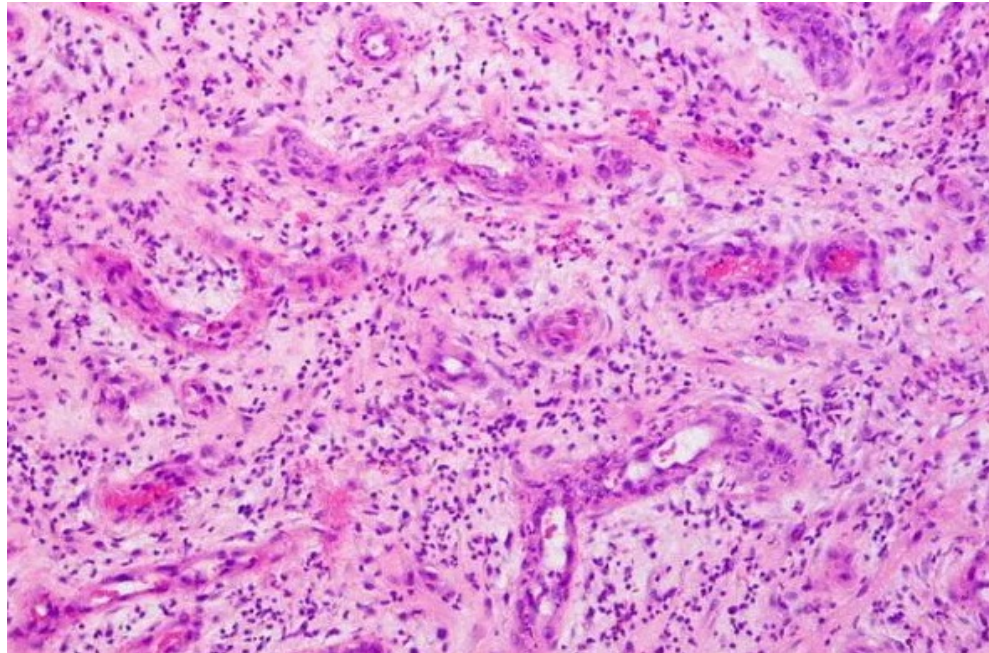


I **macrofagi attivati alternativamente (M2)** svolgono un ruolo centrale nel processo di riparazione fornendo i fattori di crescita per le cellule endoteliali e i fibroblasti e stimolando la produzione di collagene da parte dei fibroblasti.

La migrazione dei fibroblasti, la formazione di nuovi vasi sanguigni, la deposizione di tessuto connettivo e la presenza di macrofagi formano il tessuto di granulazione. Questo tessuto prende il nome dal suo aspetto che è rosato, morbido granulare dovuto alla presenza dei neo capillari, dalla proliferazione dei fibroblasti e dalla deposizione di tessuto connettivo lasso.

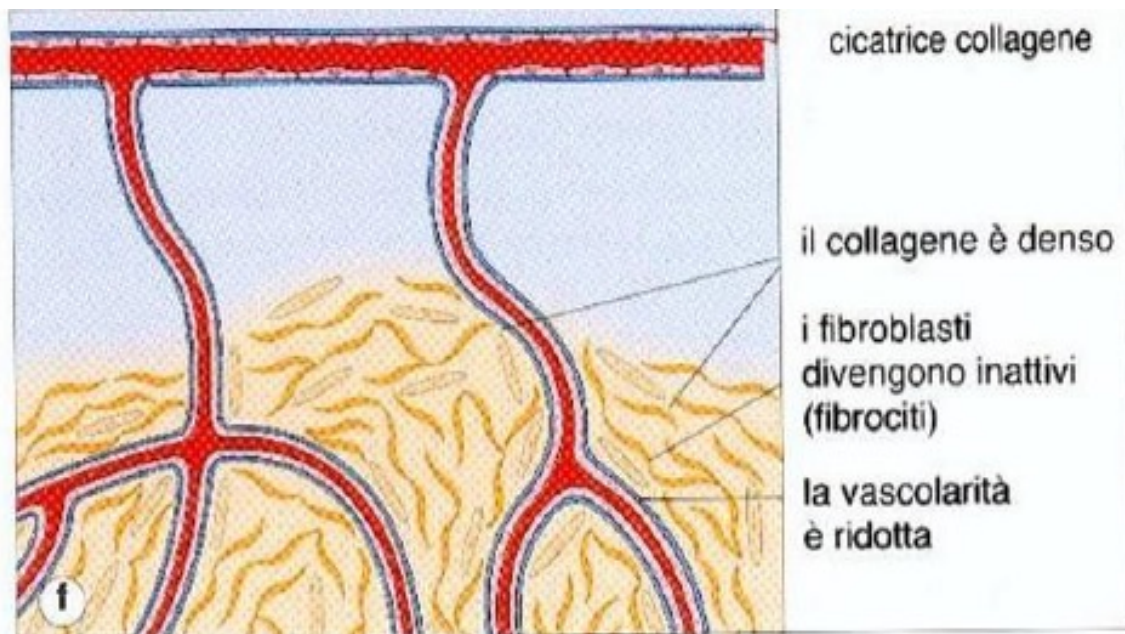
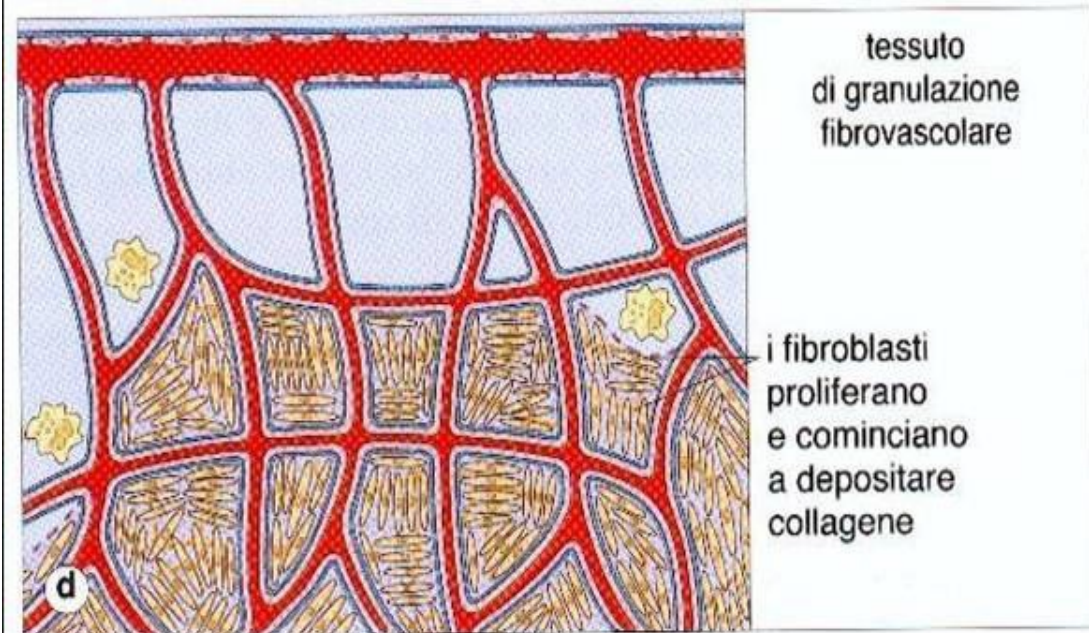


## Tessuto di granulazione



Il tessuto di granulazione è caratterizzato dalla migrazione e proliferazione dei fibroblasti, che sintetizzano e depositano le proteine del tessuto connettivo. Il tessuto di granulazione presenta inoltre nuovi vasi sanguigni ed è ricco in macrofagi.





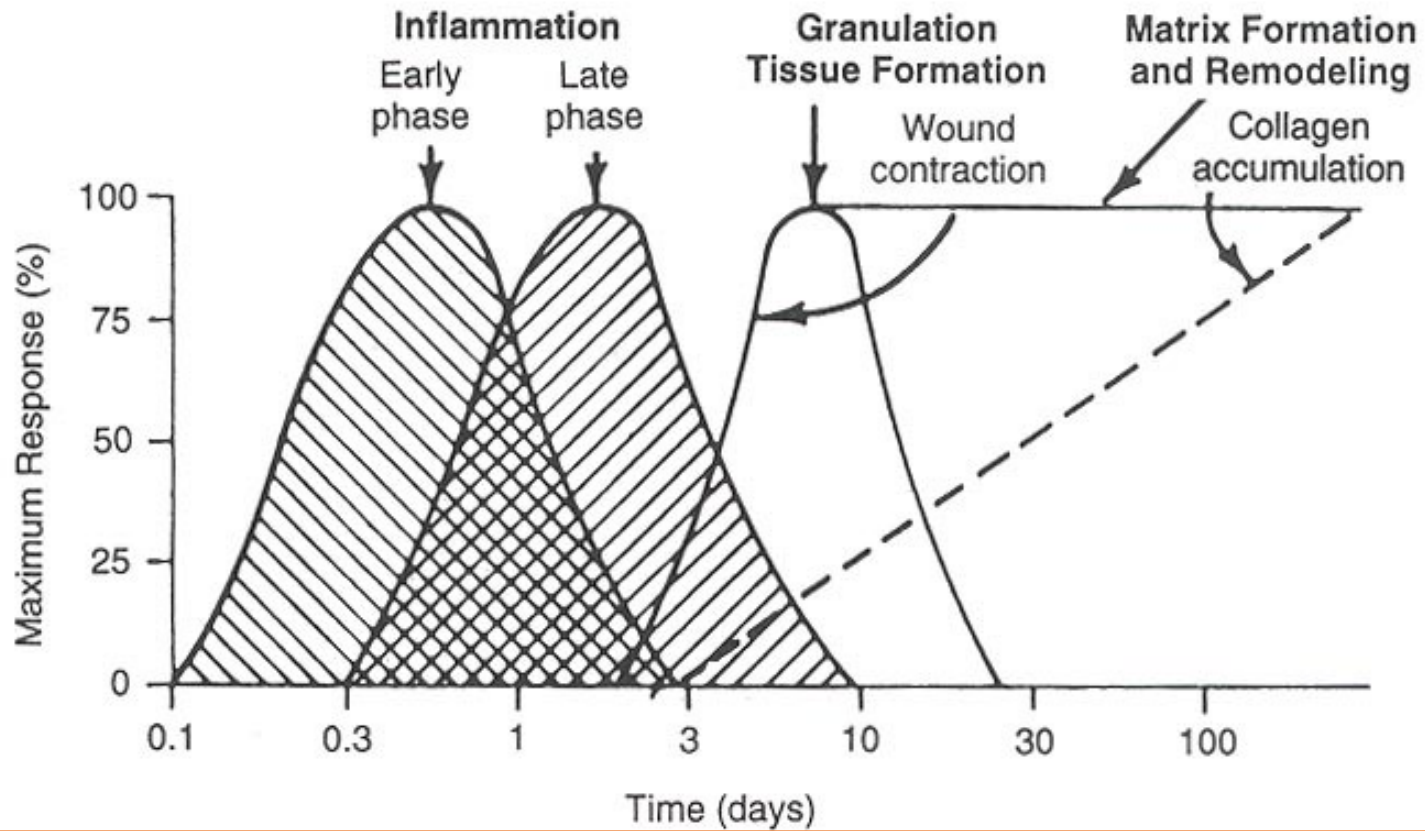
Nel tessuto di granulazione i fibroblasti dopo aver proliferato producono il collagene e altre componenti della matrice extracellulare quali la fibronectina, i glicosamminoglicani, i proteoglicani e l'acido ialuronico.

La matrice extracellulare così prodotta rappresenta il sostegno per l'adesione cellulare e l'organizzazione della crescita e del movimento delle cellule.

Nell'ultima fase **di rimodellamento**, si arresta la formazione del tessuto di granulazione. Si riduce la vascolarità e si modificano i componenti della matrice extracellulare. Il collagene di tipo III prodotto nella fase proliferativa è rimpiazzato dal collagene di tipo I più resistente. Il contenuto cellulare si riduce. Questa fase ha inizio circa dopo 3 settimane e può durare un anno o di più.



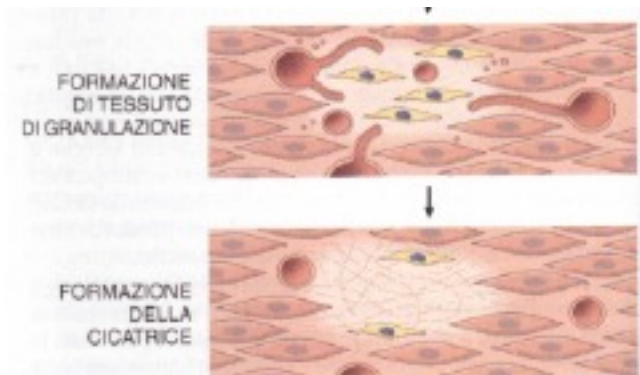
## Cinetica del processo di riparazione



Il processo di riparazione ha inizio circa 24-48 ore dopo l'insulto attraverso la migrazione dei fibroblasti e l'induzione della proliferazione delle cellule epiteliali dei fibroblasti e delle cellule endoteliali.

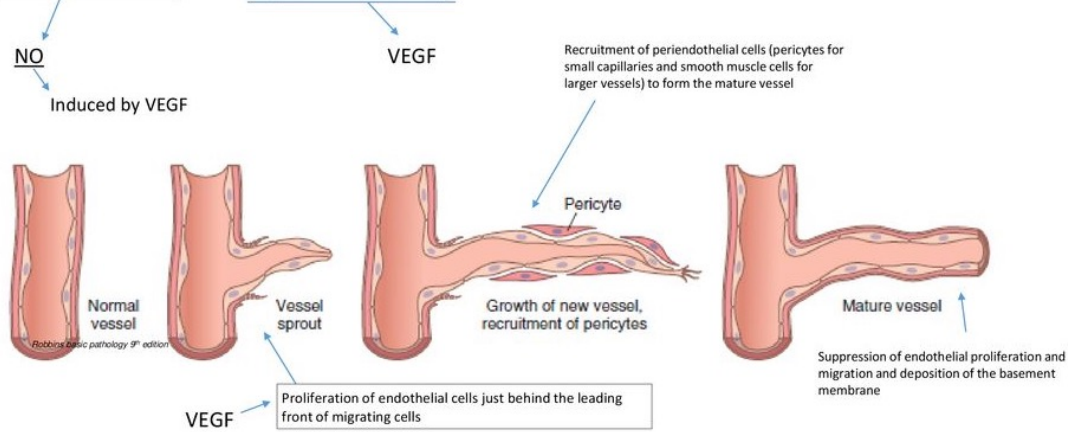
Dopo circa 3-5 giorni si evidenzia il tessuto di granulazione che è caratterizzato dalla proliferazione dei fibroblasti, dalla presenza di capillari con pareti sottili e di una matrice extracellulare rada in cui sono presenti cellule infiammatorie e in particolare macrofagi.

Dopo circa 10-20 giorni ha inizio il processo di rimodellamento della cicatrice che può durare anche anni.



# Formazione di nuovi vasi sanguigni

- **Vasodilation and ↑ permeability**



L'angiogenesi è il processo di sviluppo di nuovi vasi che coinvolge la gemmazione di nuovi vasi a partire da vasi esistenti. Questo è un processo fondamentale nella guarigione delle ferite perchè garantisce l'apporto di nutrienti e ossigeno al tessuto che ripara.

L'angiogenesi prevede:

- **La vasodilatazione** in risposta all'ossido nitrico (NO) e all'aumentata permeabilità indotta dal Vasculare endothelial growth factor (fattore di crescita vascolare, VEGF).
- **La separazione dei periciti** per permettere la gemmazione dei nuovi vasi
- **Migrazione delle cellule endoteliali** verso l'area danneggiata che prevede la degradazione della membrana basale
- **Proliferazione delle cellule endoteliali** dietro al fronte delle cellule endoteliali migranti
- **Rimodellamento dei vasi capillari** che prevede il blocco della crescita delle cellule endoteliali e il rimodellamento in tubi capillari.
- **Reclutamento dei periciti o delle cellule muscolari** per formare i vasi maturi

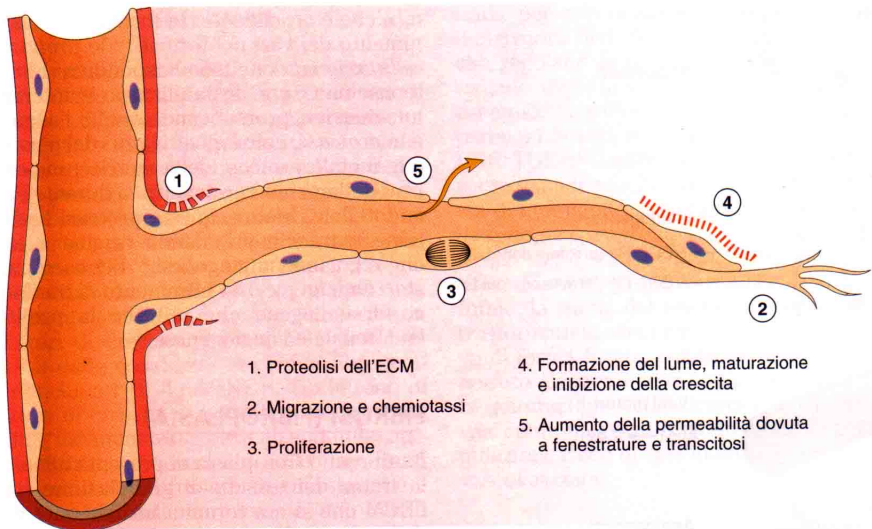
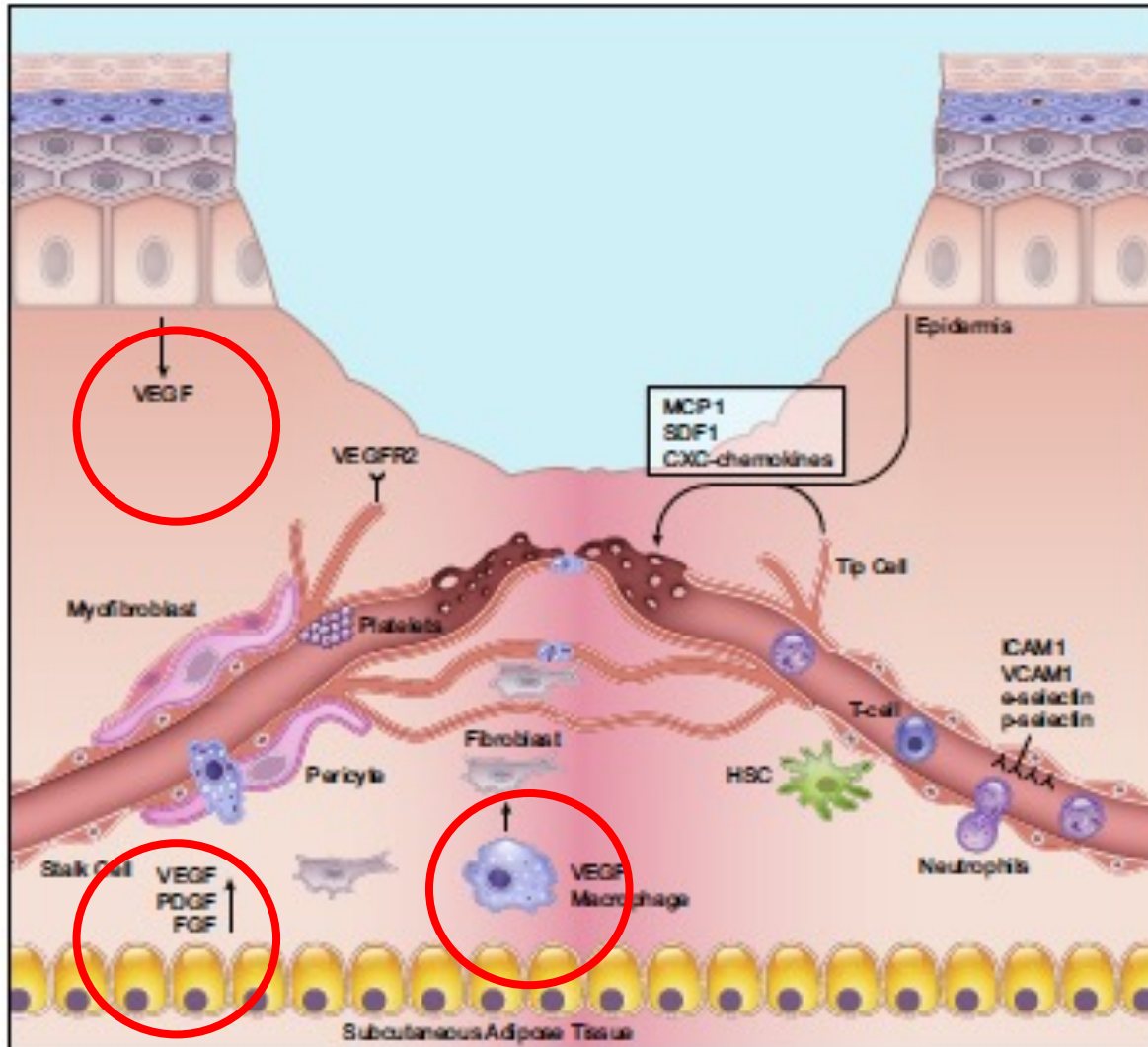


Figura 4-14. Fasi del processo di angiogenesi (vedere testo). (Modificato da Motamed K, Sage EH: Regulation of vascular morphogenesis by SPARC: Kidney Int 51:1383, 1997).

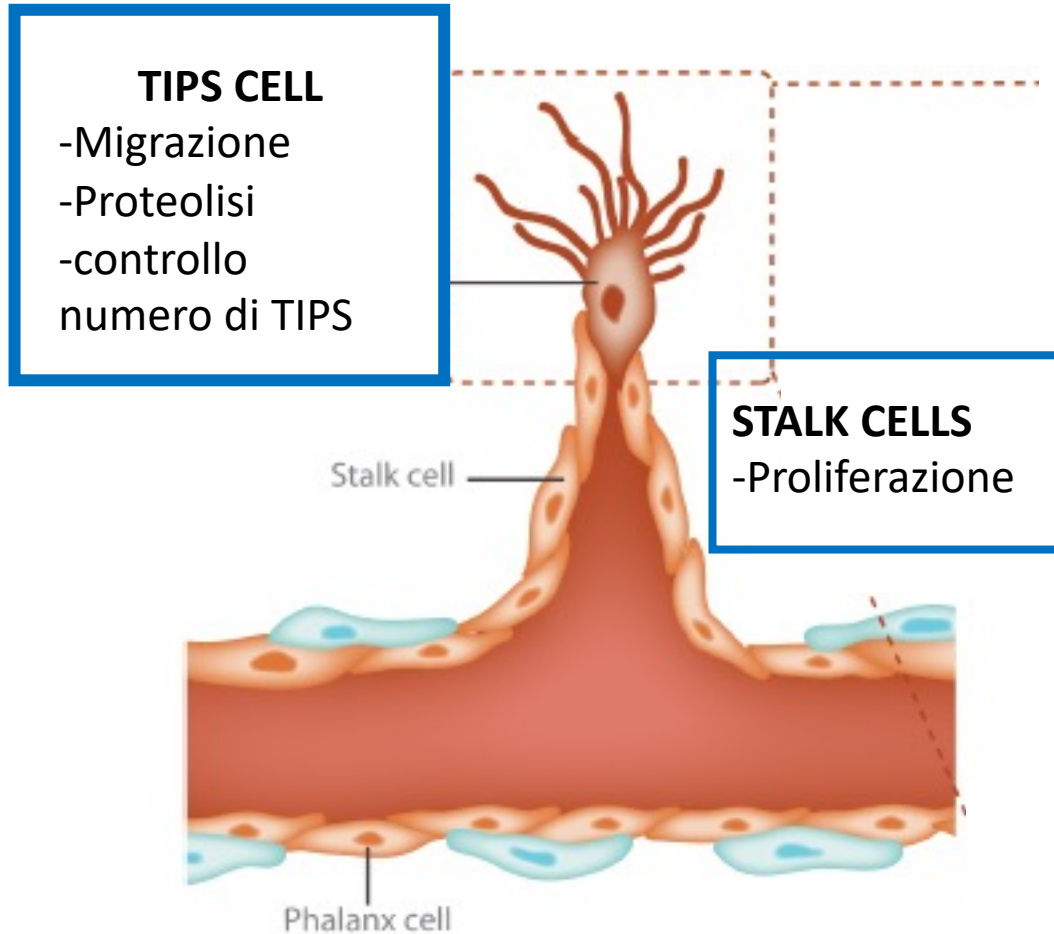


## Angiogenesi durante il riparo del danno tissutale



Le cellule endoteliali iniziano l'angiogenesi mediante **gemmazione** dai vasi pre-esistenti in risposta a fattori pro-angiogenici quali il vascular endothelial growth factor (VEGF), l'FGF (fibroblast growth factor), e le angiopoietine. In risposta a questi fattori prodotti dai macrofagi, dalle cellule epiteliali e del tessuto adiposo sottocutaneo le cellule endoteliali proliferano e migrano.

## Le cellule endoteliali nella formazione dei nuovi vasi



Durante l'angiogenesi le cellule endoteliali si distinguono in:

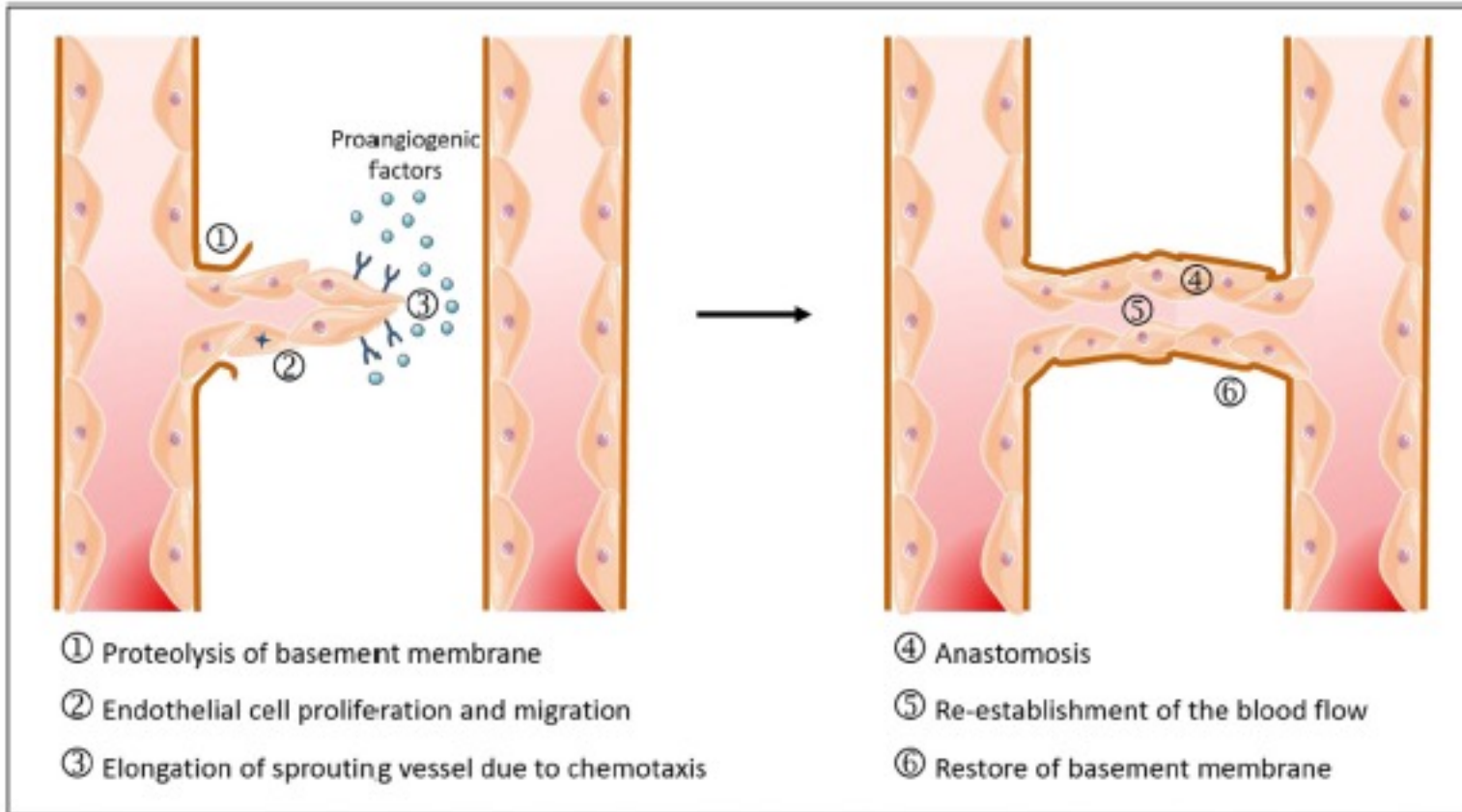
**TIP CELLS** che estendono i loro filopodi verso i fattori pro-angiogenici e migrano nella ECM e guidano le stalk cell nella formazione dei nuovi vasi.

Le cellule TIP esprimono le integrine  $\alpha v \beta 3$  che sono i recettori per la fibrina e la fibronectina mediante le quali interagiscono con il tessuto di granulazione. Inoltre producono metalloproteasi responsabili della degradazione della matrice extracellulare.

**STALK CELLS:** differenziano sotto l'influenza delle Tip cells e proliferano facendo da ponte fra la vascolatura pre-esistente e le Tip cells.



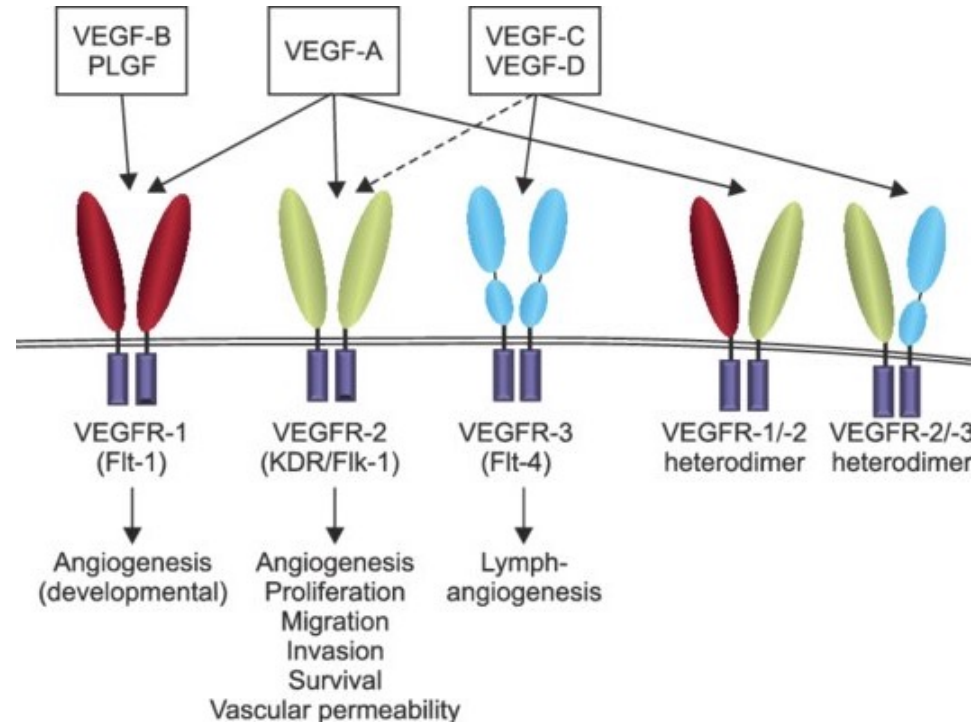
## Processo angiogenetico



Durante la formazione dei nuovi vasi sotto lo stimolo dei fattori pro-angiogenetici la membrana basale viene degradata e le cellule endoteliali proliferano e migrano.

I nuovi vasi si fondono con neo-vasi vicini. Infine viene riformata la membrana basale e i vasi stabilizzati dai periciti.

## Fattori di crescita coinvolti nell'angiogenesi: VEGF



Il VEGF-A è il maggior induttore di angiogenesi dopo danno tissutale e nei tumori. Il VEGF-A appartiene alla famiglia dei fattori di crescita VEGF che include anche il PLGF (fattore di crescita placentare), il VEGF-B,-C, -D, -E.

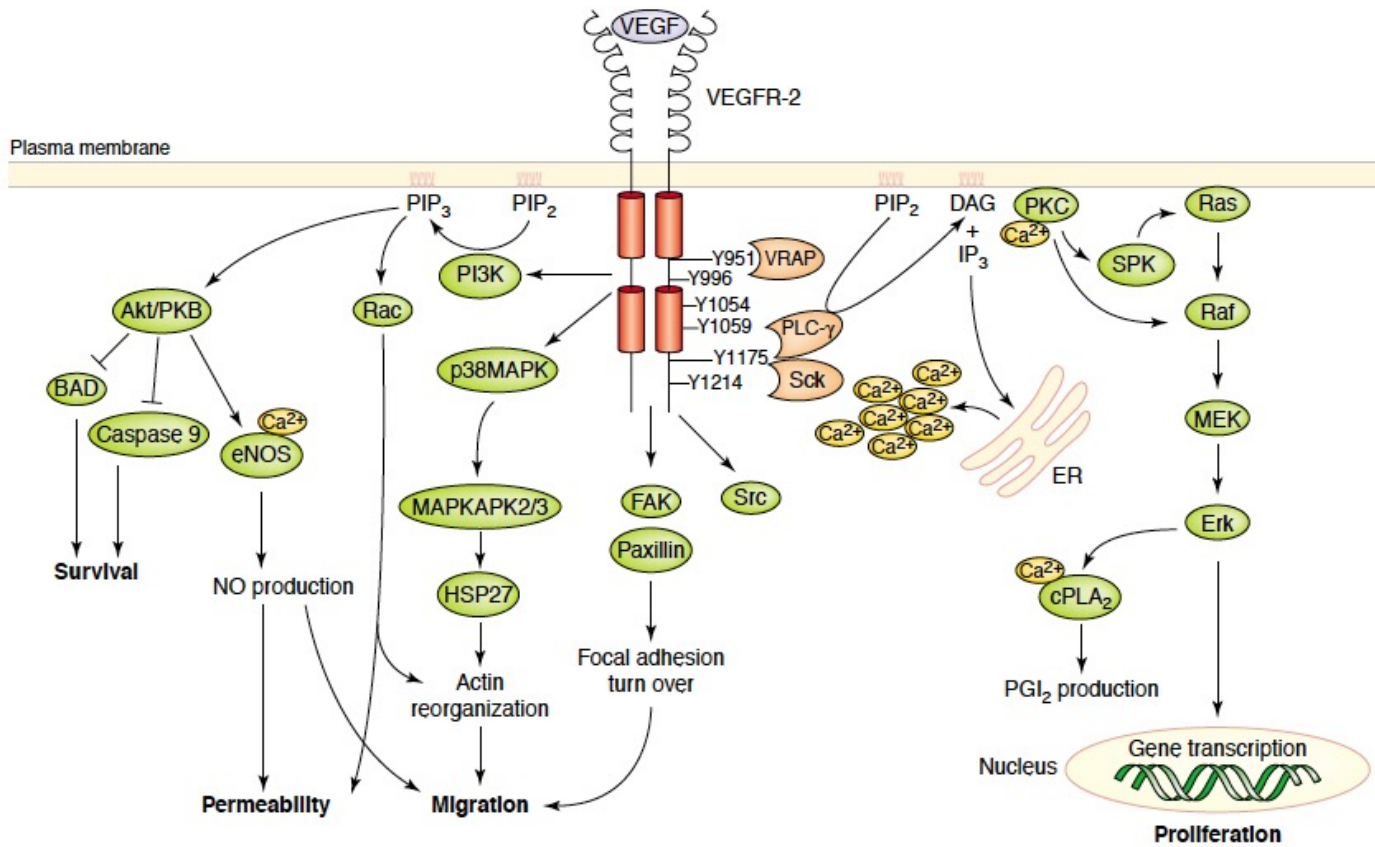
VEGF-B e PLGF sono coinvolti nello sviluppo dei vasi nell'embrione.

VEGF-C e -D stimolano la linfangiogenesi

Questi fattori si legano a recettori tirosin chinasi VEGFR-1, -2, -3.



# La via di segnalazione del VEGF



Il legame del VEGF al recettore in seguito a dimerizzazione causa l'autofosforilazione dei residui di tirosina della regione intracitoplasmatica del VEGFR2. Il VEGFR fosforilato avvia una serie di vie di segnalazione mediate dalla attivazione della PI3K, p38MAPK e dalla PLC- $\gamma$  che determinano nelle cellule endoteliali: la migrazione, la proliferazione e la sopravvivenza.

# Ruolo del VEGF-A nell'angiogenesi

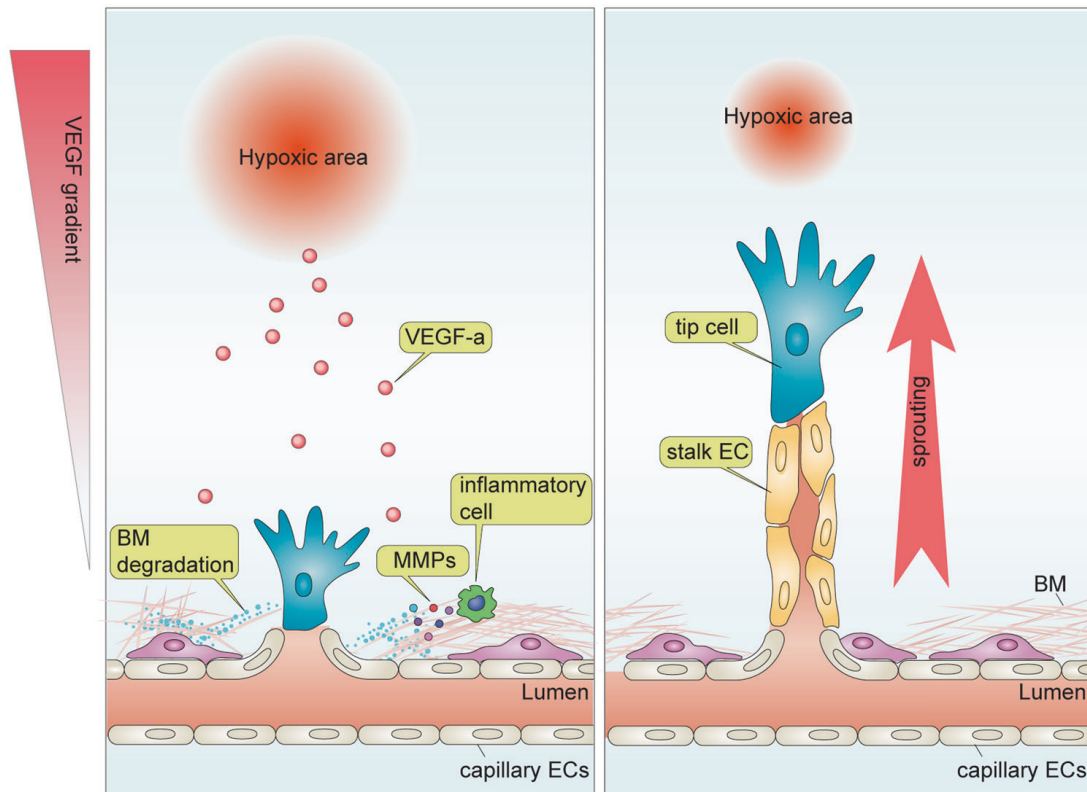
Il VEGF attraverso l'interazione con il VEGFR2 espresso dalle cellule endoteliali

- regola sia la migrazione che la proliferazione delle cellule endoteliali. Nelle cellule Tip il VEGF stimola la migrazione mentre nelle cellule stalk induce la proliferazione.
- Induce la produzione di ossido nitrico (NO)
- Contribuisce alla formazione del lume vascolare

**TABELLA 3-3 Fattori di crescita dell'endotelio vascolare (VEGF)**

Proteine	Membrici della famiglia: VEGF (VEGF-A), VEGF-B, VEGF-C, VEGF-D Glicoproteina dimerica con molteplici isoforme
Produzione	Espresso a bassi livelli in molti tessuti adulti e a livelli più alti in poche sedi, come i podociti nel glomerulo e i miociti cardiaci
Agenti induttori	Ipossia TGF- $\beta$ PDGF TGF- $\alpha$
Recettori	VEGFR-1 VEGFR-2 (circoscritto alle cellule endoteliali) VEGFR-3 (cellule endoteliali linfatiche) Mutazioni mappate nei recettori comportano l'assenza di vasculogenesi
Funzioni	Favorisce l'angiogenesi Aumenta la permeabilità vascolare Stimola la migrazione delle cellule endoteliali Stimola la proliferazione delle cellule endoteliali

## L'ipossia causa un aumento della produzione di VEGF durante il riparo delle ferite

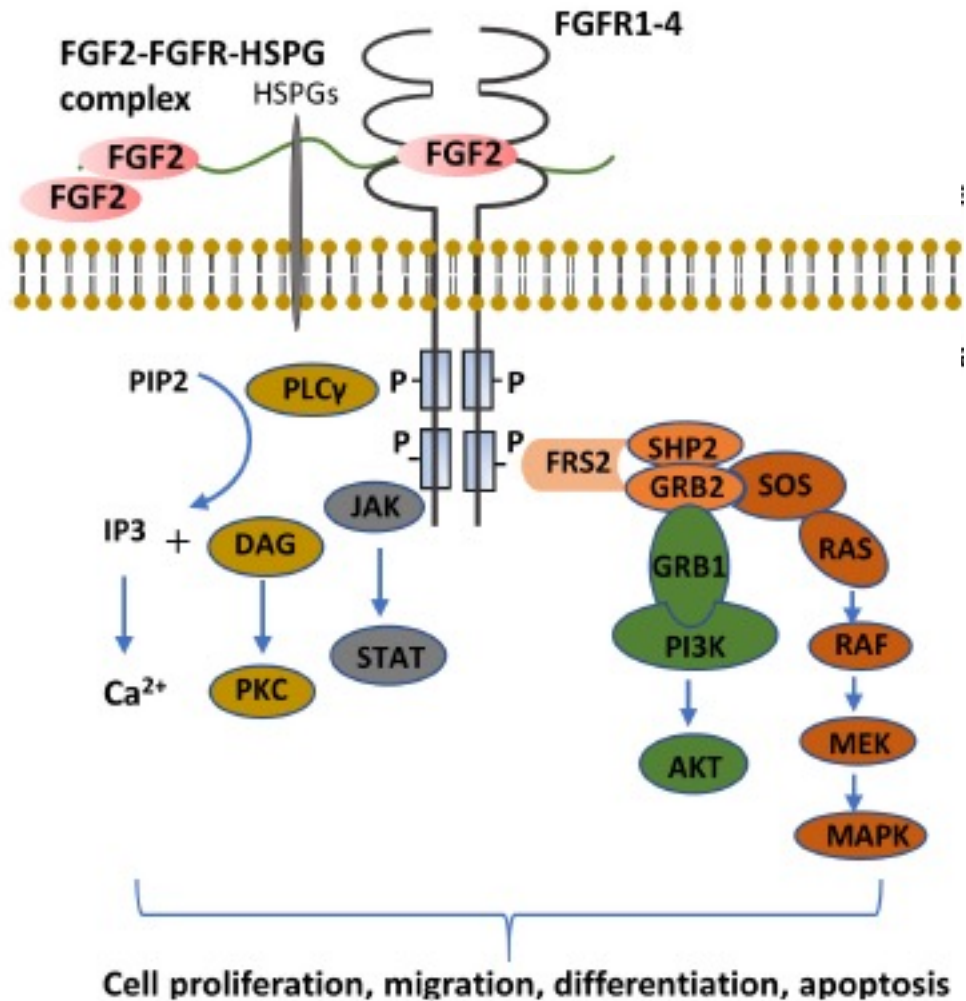


L'aumento della produzione di VEGF durante il riparo delle ferite è dovuto alla ipossia che causa l'attivazione del fattore di trascrizione HIF che attiva la trascrizione del gene codificante il VEGF.

Anche ossidanti quali il perossido di idrogeno e fattori prodotti nel sito della ferita quali l'epidermal growth factor e il TGF-beta stimolano la produzione di VEGF da parte dei cheratinociti.



## FGF Fibroblast growth factor



FGF2 stimola la proliferazione delle cellule endoteliali e promuove la migrazione dei macrofagi e dei fibroblasti verso l'area danneggiata.

FGF2 stimola la proliferazione delle cellule epiteliali per coprire le ferite epidermiche.

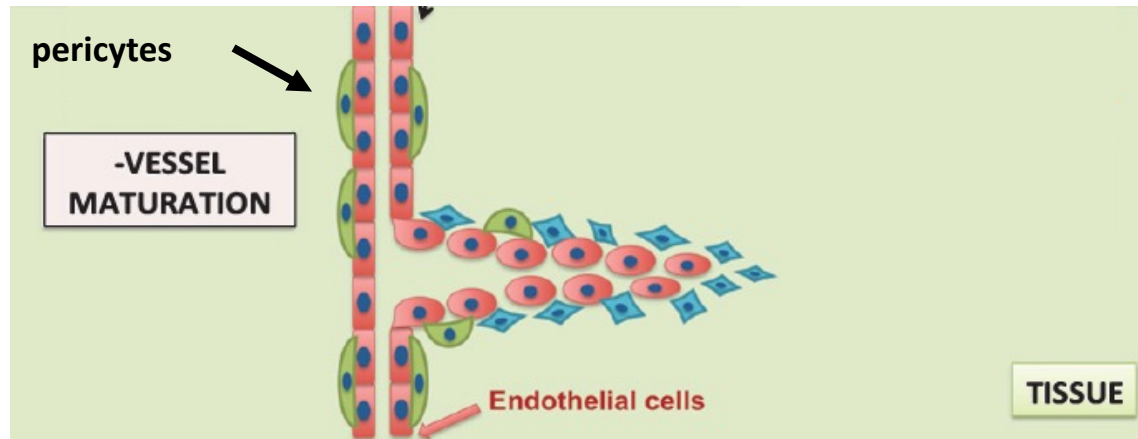
La famiglia dei fibroblast growth factor ha più di 20 membri e i più conosciuti sono l'FGF-1 e l'FGF-2.

Questi fattori si legano al recettore che dimerizza e transfosforila i domini intracitoplasmatici. Il maggiore substrato dell'FGFR, FRS2a è fosforilato e recluta le proteine adattatrici SHP2 e GRB2. Questo determina l'attivazione delle MAPK e della via PI3K e AKT. Inoltre sono attivate la JAK e la PLC-γ con conseguente attivazione di STAT e produzione di DAG e IP3.

## Le angiopoietine Ang1 e Ang2

I periciti circondano le cellule endoteliali nei vasi sanguigni e hanno la funzione di stabilizzare la microvascolatura, regolare il flusso sanguigno e di agire da barriera ai batteri. I vasi neoformati sono fragili e necessitano di essere stabilizzati. Questo richiede il reclutamento di periciti e cellule muscolari lisce.

Le angiopoietine 1 e 2 Ang1 e Ang2, il TGF- $\beta$  (Transforming growth factor beta) e il PDGF (platelet derived growth factor) partecipano al processo di stabilizzazione.

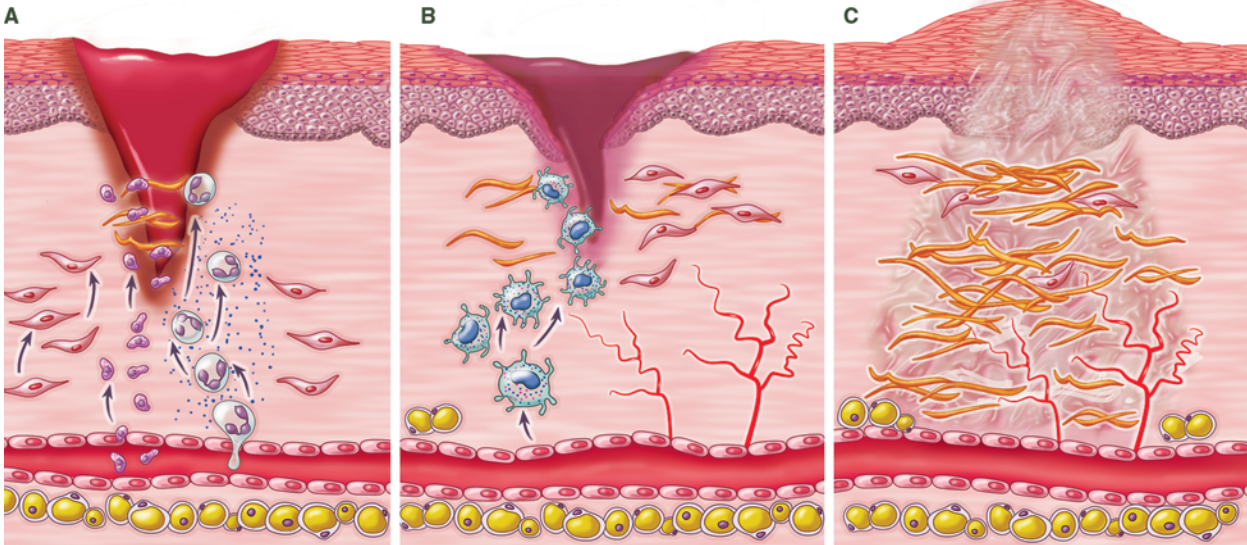


# I fibroblasti nella guarigione delle ferite

Infiammazione

Proliferazione

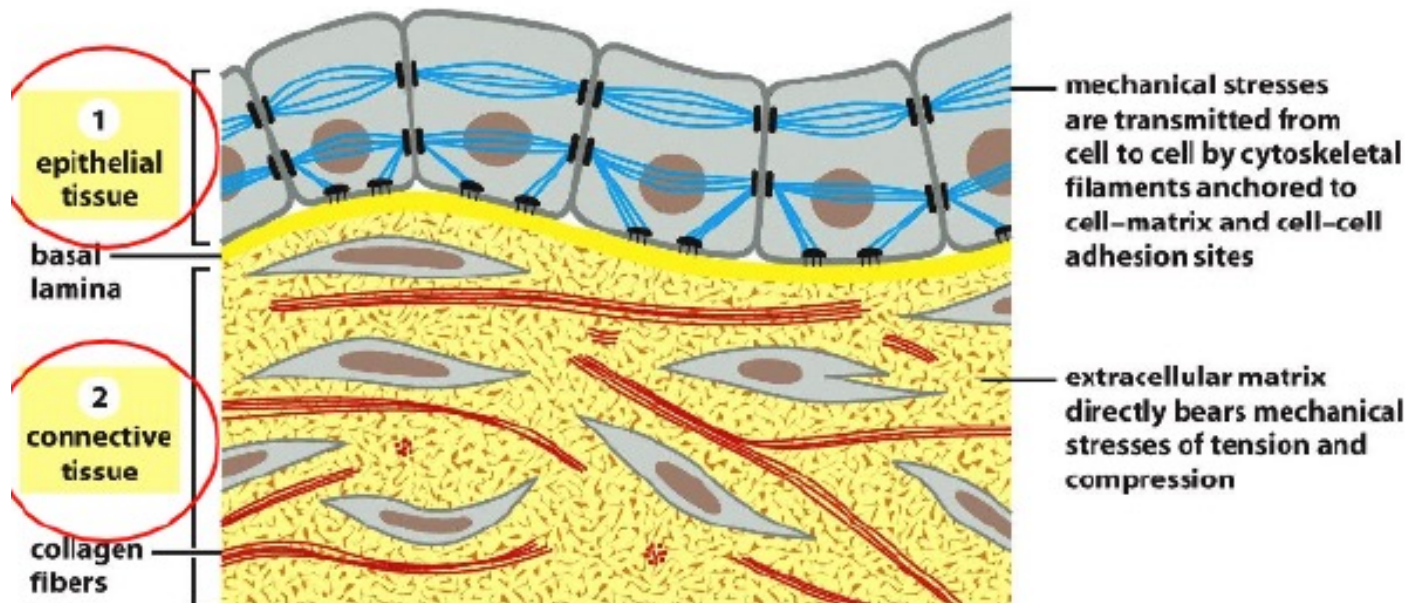
Rimodellamento



Nella guarigione delle ferite i fibroblasti svolgono un ruolo particolarmente importante nella fase di proliferazione delle cellule. Dopo essere migrati nel coagulo di fibrina in risposta ai mediatori: C5a, platelet derived growth factor (PDGF), l'FGF, e TGF- $\beta$ , i fibroblasti proliferano e producono molecole della matrice extracellulare (ECM). I fibroblasti producono metalloproteasi che degradano il coagulo di fibrina. Questo viene rimpiazzato dal tessuto connettivo di riparo.



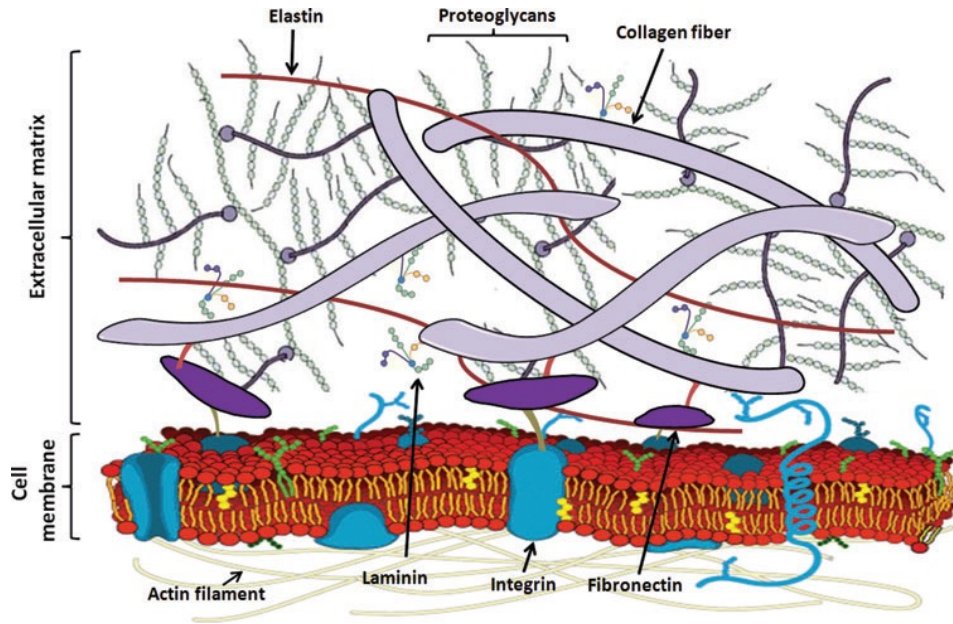
# Componenti della matrice extracellulare



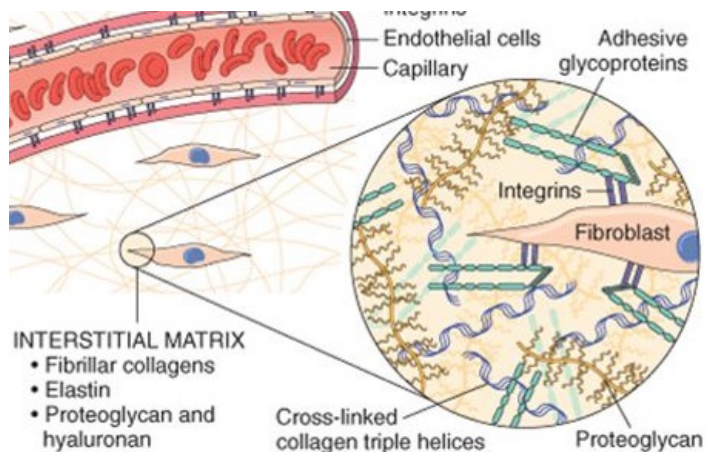
La matrice extracellulare (ECM) è un complesso di molecole che formano una matrice in cui si localizzano le cellule. La ECM è rimodellata continuamente e la sua sintesi è fondamentale nella guarigione delle ferite.

- **matrice interstiziale** che si trova negli spazi fra cellule nel tessuto connettivo e fra l'epitelio e le strutture vascolari e muscolari lisce. E' sintetizzata dalle cellule mesenchimali (fibroblasti) ed è costituita da collagene fibrillare, fibronectina, elastina, proteoglicani, ialuronato.
- **membrana basale** struttura che tende a formare un reticolo lamellare attorno alle cellule epiteliali, le cellule endoteliali e le cellule muscolari lisce. E' costituita da collagene di tipo IV e la laminina.

# Componenti della matrice extracellulare: le proteine fibrose

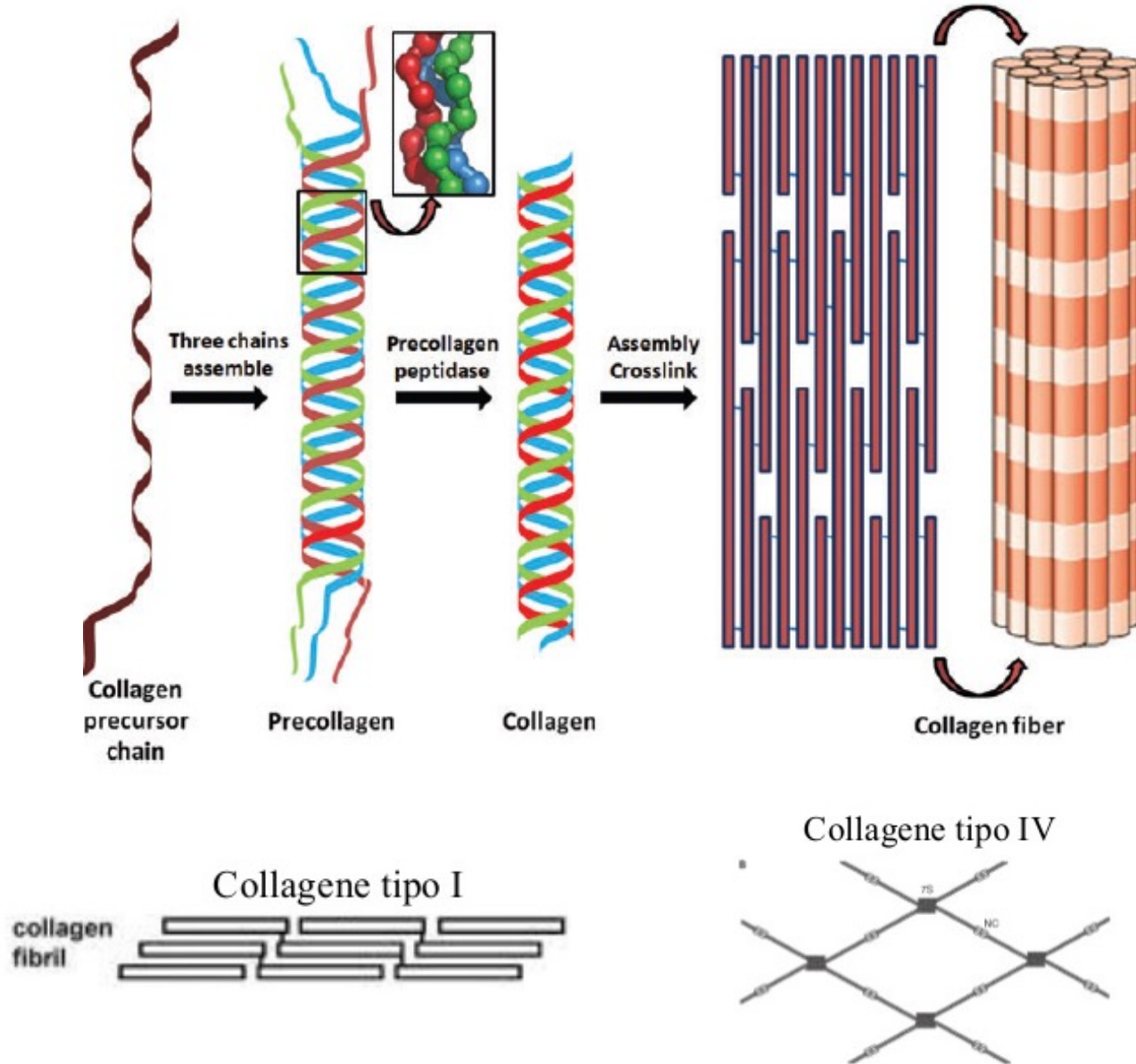


La matrice extracellulare è composta da **proteine strutturali** quali il collagene, la laminina, l'elastina e la fibronectina responsabili della resistenza e flessibilità della matrice; **da gel idratati** formati dai proteoglicani e dall'acido ialuronico che permettono resistenza dei tessuti alla compressione; **da glicoproteine adesive** che collegano gli elementi della ECM fra loro e con le cellule.



Collagene: il collagene è la proteina più abbondante della matrice extracellulare. E' una grande famiglia di proteine composte da tre catene polipeptidiche intrecciate a formare una tripla elica.

## Il collagene

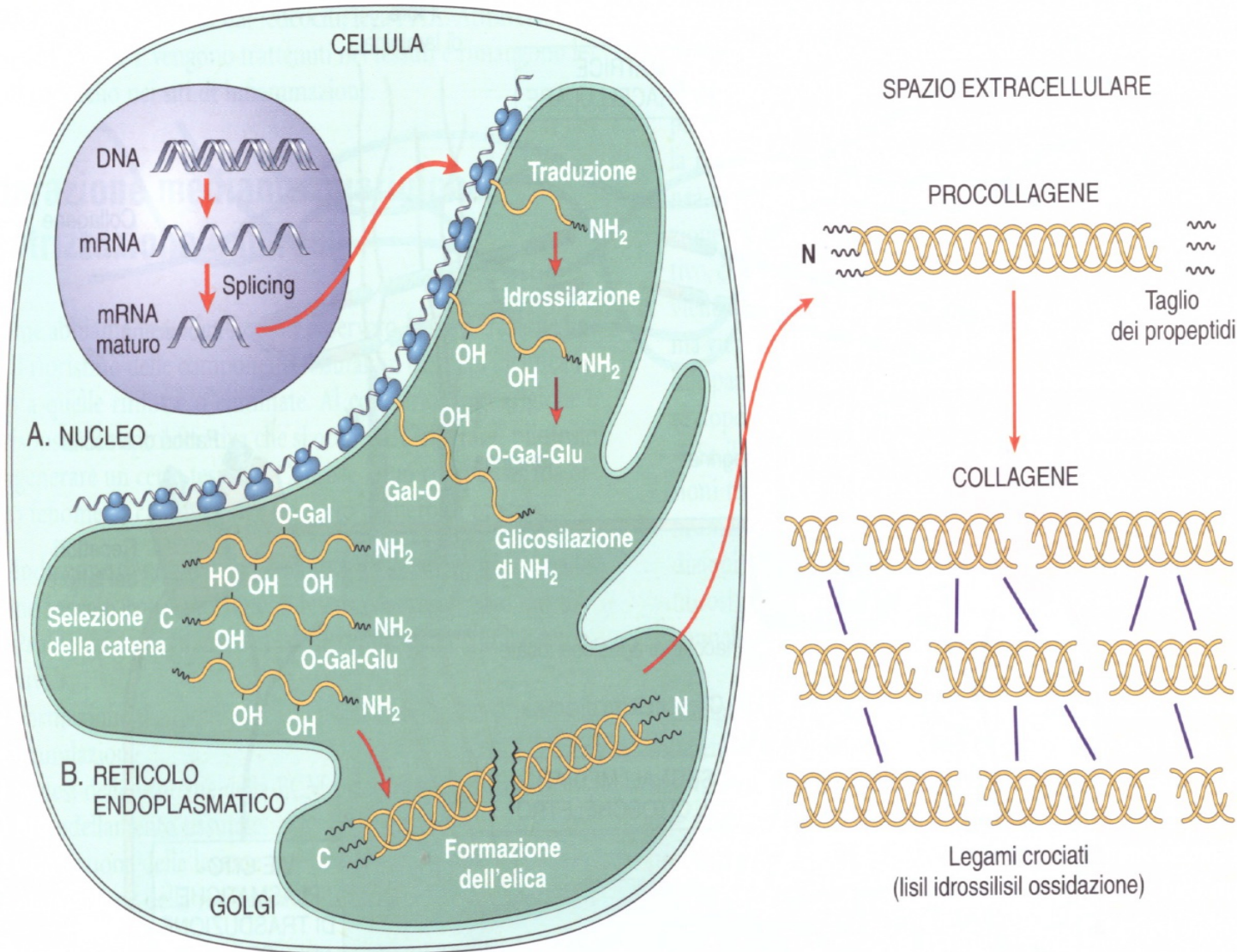


Collagene: il collagene è la proteina più abbondante della matrice extracellulare. E' una grande famiglia di proteine composte da tre catene polipetidiche intrecciate a formare una tripla elica. Il collagene è prodotto dai fibroblasti. Alcuni tipi di collagene (I, II, III e V) formano fibrille grazie a legami laterali fra triple eliche. Il collagene fibrillare costituisce la percentuale maggiore di tessuto connettivo nella guarigione delle ferite.

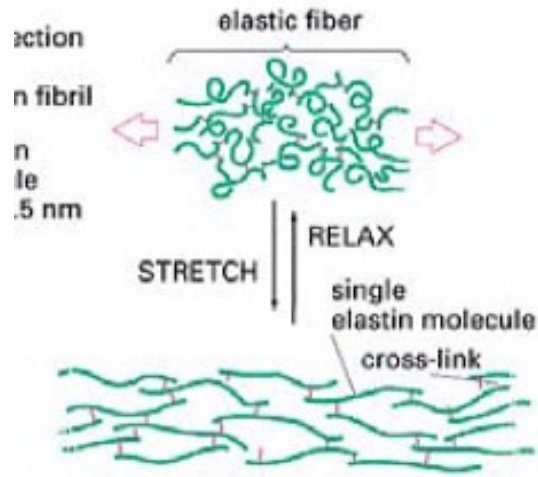
Il collagene non fibrillare per esempio il tipo IV forma le membrane basali.



# Sintesi del collagene

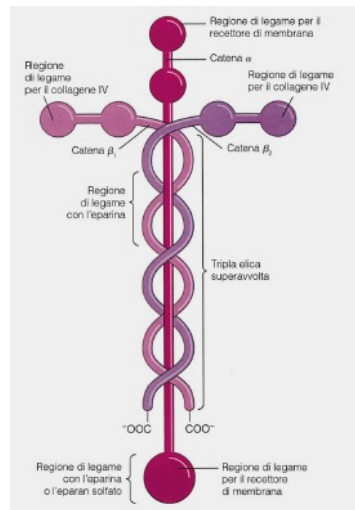
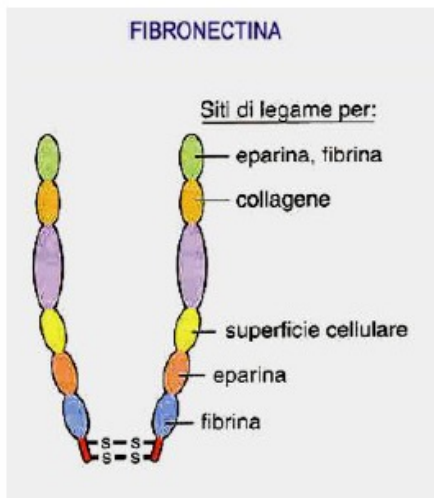


Il collagene fibrillare viene sintetizzato dal procollagene che presenta dei propeptidi all'NH e al COOH terminale. La formazione del collagene fibrillare prevede la modificazione della proteina attraverso l'idrossilazione delle lisine e la glicosilazione. La molecola secreta viene ulteriormente modificata da parte delle proteinasi che tagliano i propeptidi e l'ossidazione delle lisine con formazione di legami crociati tra le catene di molecole adiacenti. Il cross-linking contribuisce alla resistenza alla tensione del collagene. Per l'idrossilazione del pro-collagene è necessaria la vitamina C.



**Elastina:** è composta principalmente da glicina, alanina, valina e prolina. E' presente come fibre formate dal legame covalente di molte molecole di tropoelastina da parte della lysil oxidase. Conferisce elasticità ai tessuti.

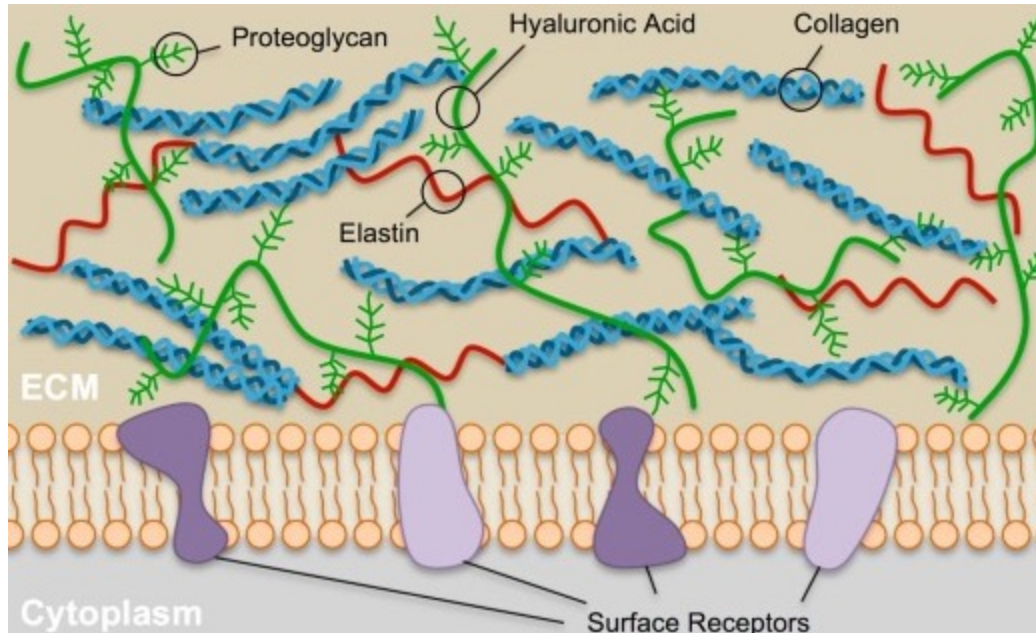
## Laminina



**Glicoproteine adesive** : queste comprendono la fibronectina e la laminina. **La fibronectina** è un eterodimero unito da ponti disolfuro.

Presenta specifici domini che legano proteine dell'ECM e integrine cellulari. La forma plasmatica si lega alla fibrina all'interno del coagulo fornendo il substrato per la ri-epitelizzazione e la deposizione dell'ECM. La **laminina** è una molecola trimerica ed è la proteina più abbondante nelle membrane basali. Questa connette le cellule alla membrana basale.

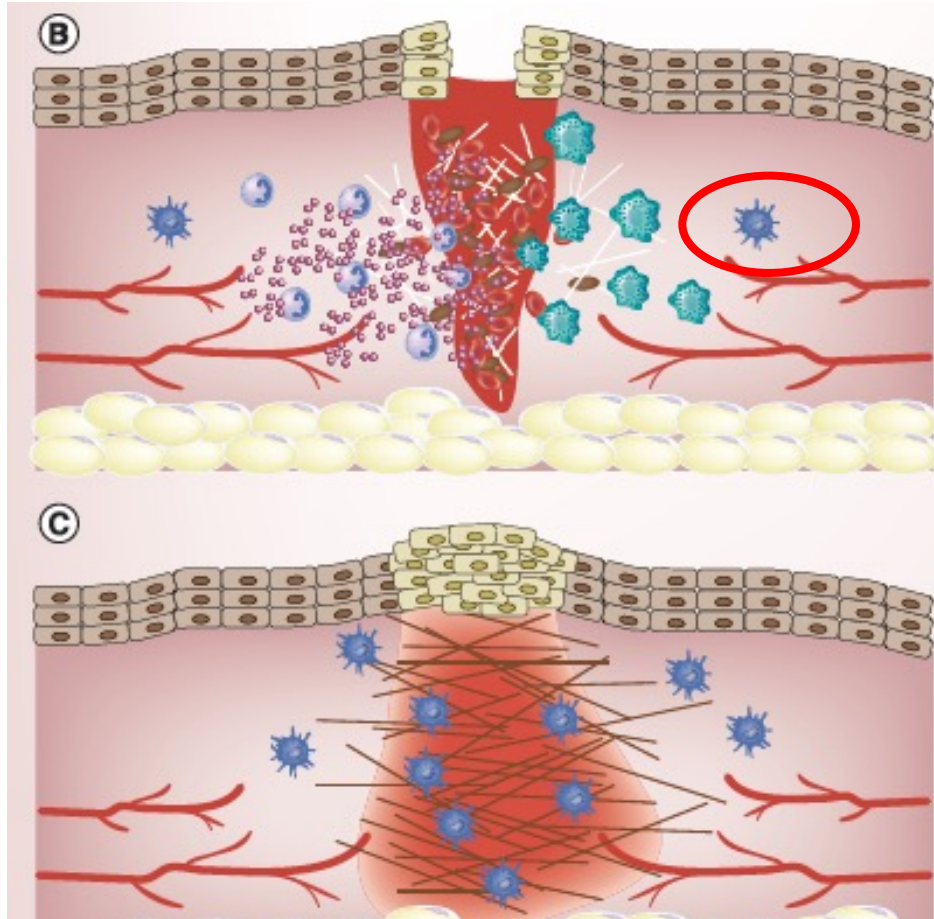
## Componenti della matrice extracellulare: proteoglicani e glicoproteine adesive



**Proteoglicani e acido ialuronico:** sono costituiti da lunghi polisaccaridi chiamati glicosaminoglicani o mucopolisaccaridi legati a proteine. Formano gel altamente idratati e comprimibili. L'acido ialuronico è un grande polisaccaride che lega l'acqua formando una matrice viscosa. Questo si lega ai proteoglicani.

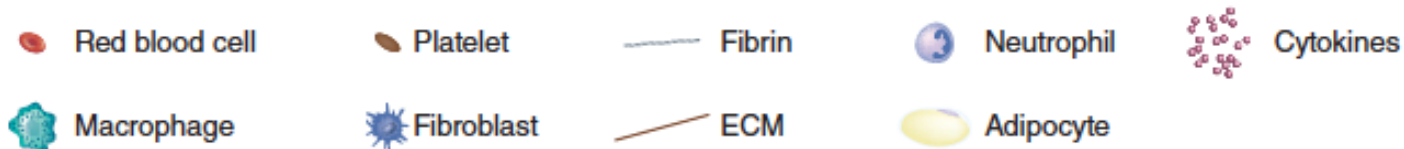


# Attivazione dei fibroblasti e deposizione di tessuto connettivo nella guarigione delle ferite

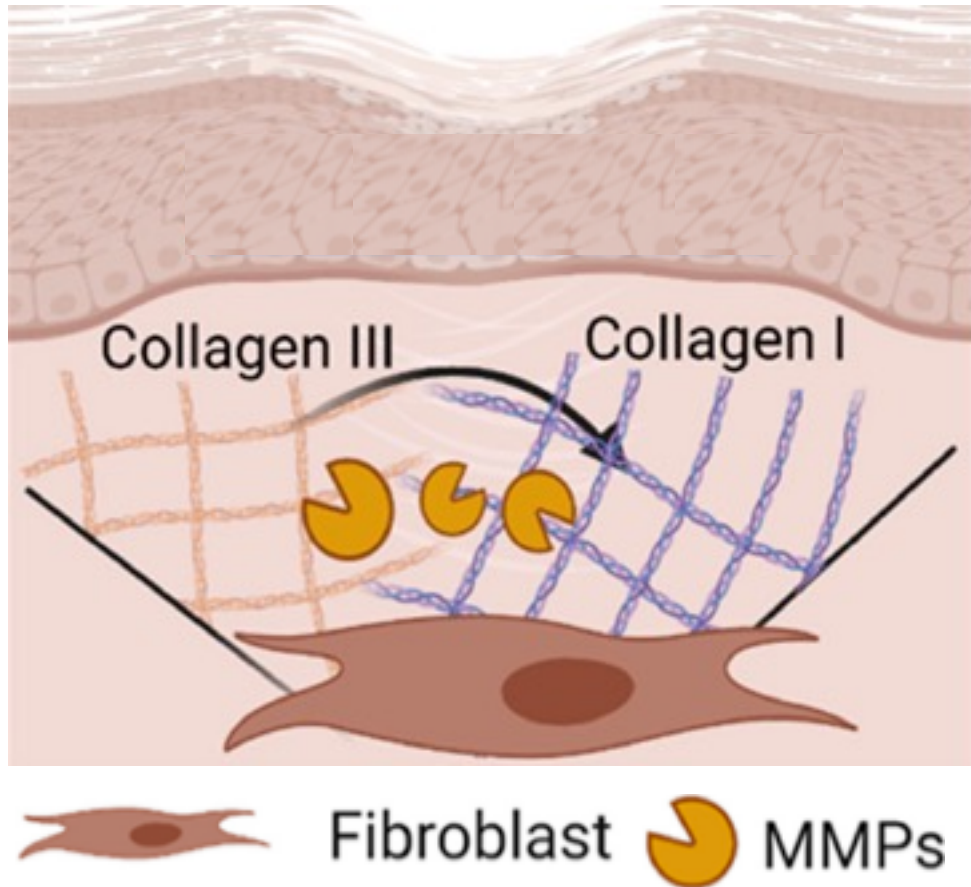


Fibroblasti

Durante la proliferazione e la deposizione del tessuto connettivo i fibroblasti vanno incontro a modificazioni che includono una aumentata capacità di produrre collagene e ridotta proliferazione rispetto ai fibroblasti del derma. Il reclutamento e l'attivazione dei fibroblasti per sintetizzare le proteine della matrice extracellulare sono controllati dal TGF- $\beta$ , dal PDGF e dal l'FGF2. Questi fattori di crescita sono prodotti principalmente dai macrofagi.



## Caratteristiche della cicatrice



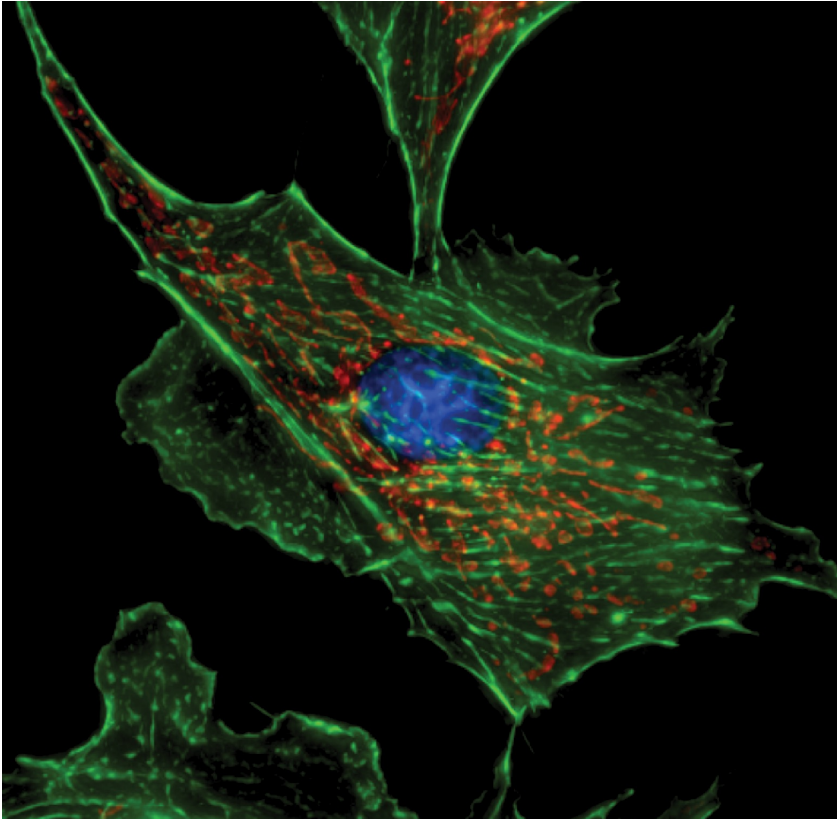
Nel riparo delle ferite attraverso deposizione di tessuto connettivo i due principali tipi di collagene prodotti sono il collagene I e III.

Nel derma normale le fibrille di collagene III rappresentano il 20% del collagene totale.

Durante le fasi precoci della formazione del tessuto di granulazione i fibroblasti producono maggiori livelli di collagene III che rappresenta fino al 50% del collagene totale.

Le fibre di collagene nelle cicatrici si dispongono in maniera parallela alla pelle mentre nei tessuti normali hanno una disposizione intrecciata.

## Miofibroblasti

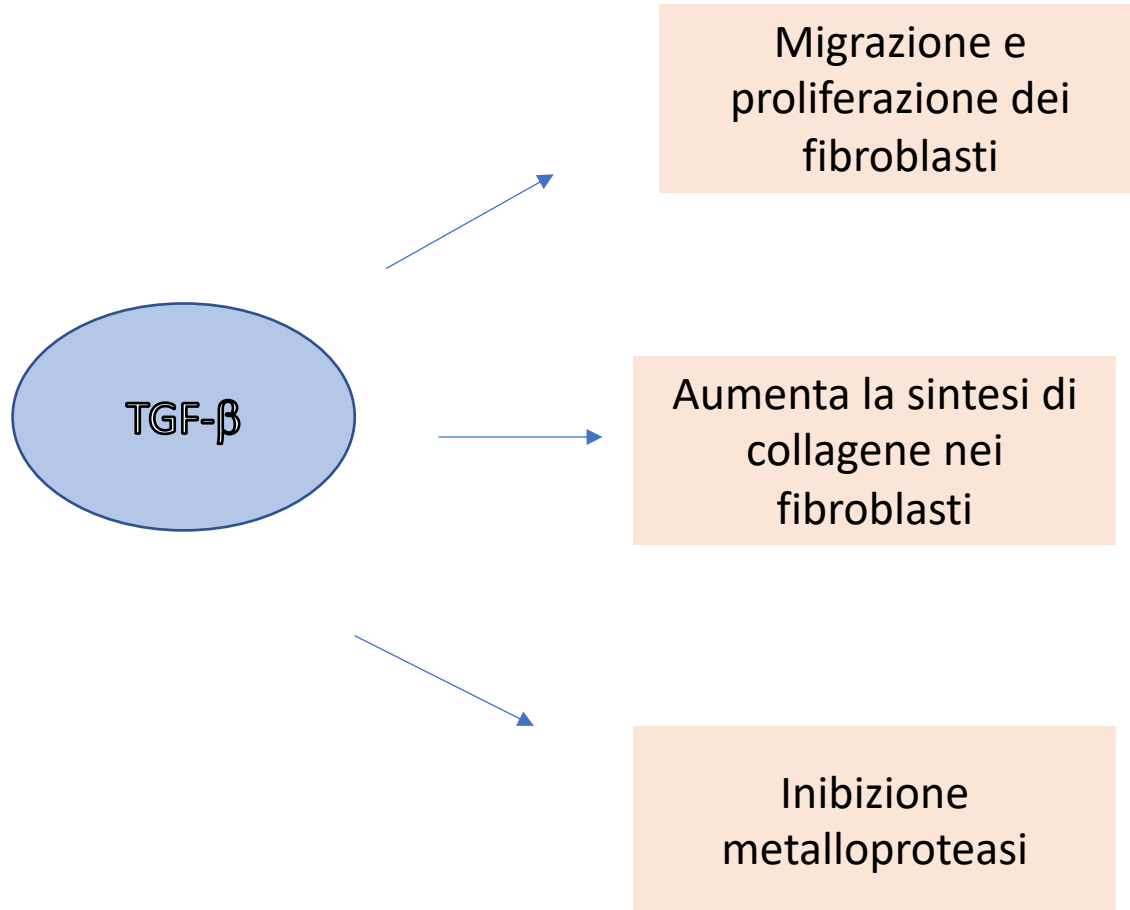


Una delle caratteristiche della cicatrizzazione è la contrazione della ferita. Durante questo processo le fibre di collagene sono organizzate perpendicolarmente ai margini della ferita. Alcuni fibroblasti differenziano in miofibroblasti che hanno capacità contrattile. Tali cellule esprimono  $\alpha$ -smooth muscle actin ( $\alpha$ -SMA) e producono collagene I e III.

Durante il rimodellamento i fibroblasti vanno incontro ad apoptosi.

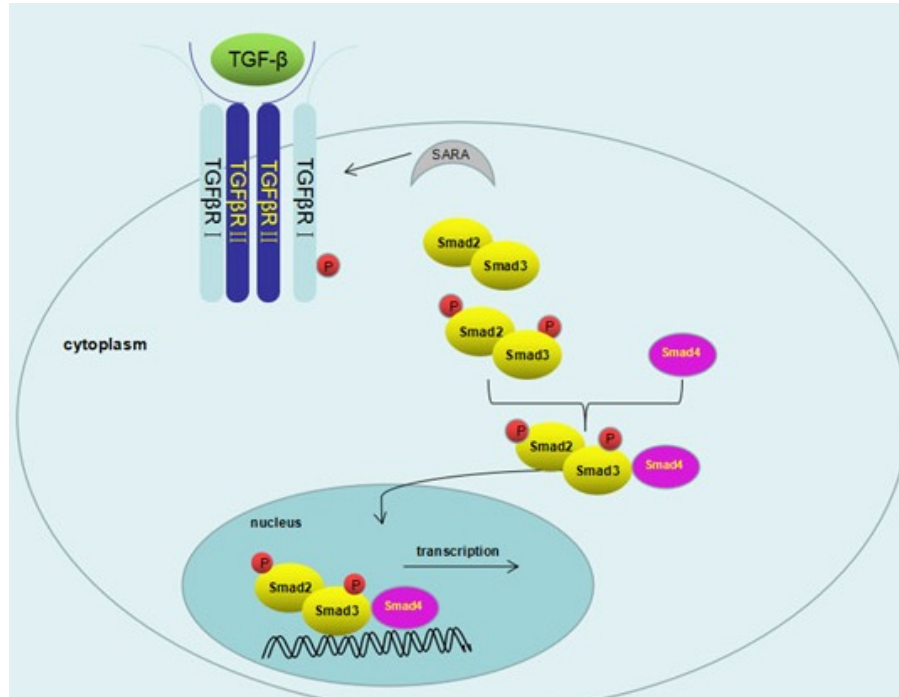


# Azione del TGF- $\beta$ nella riparazione



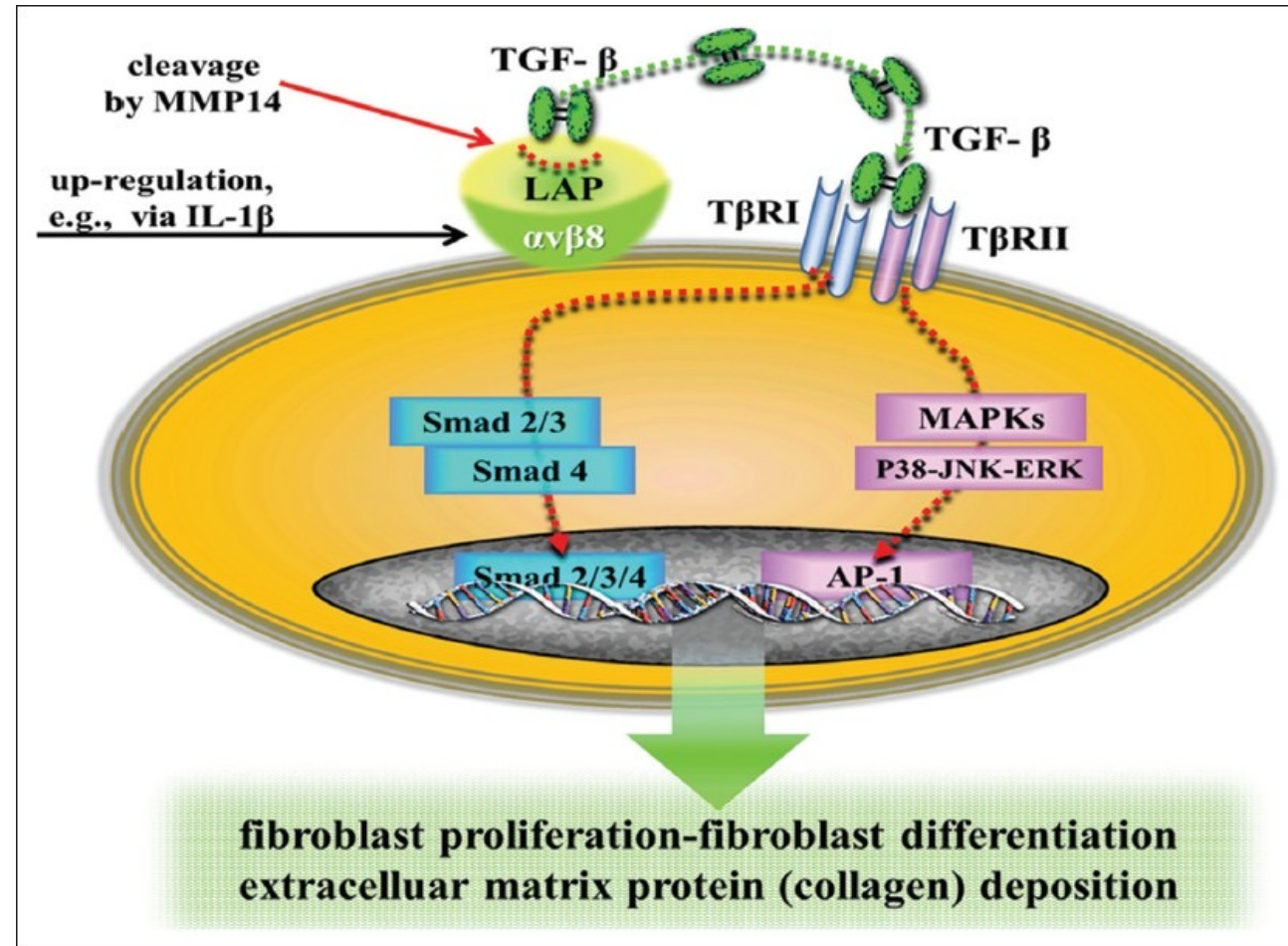
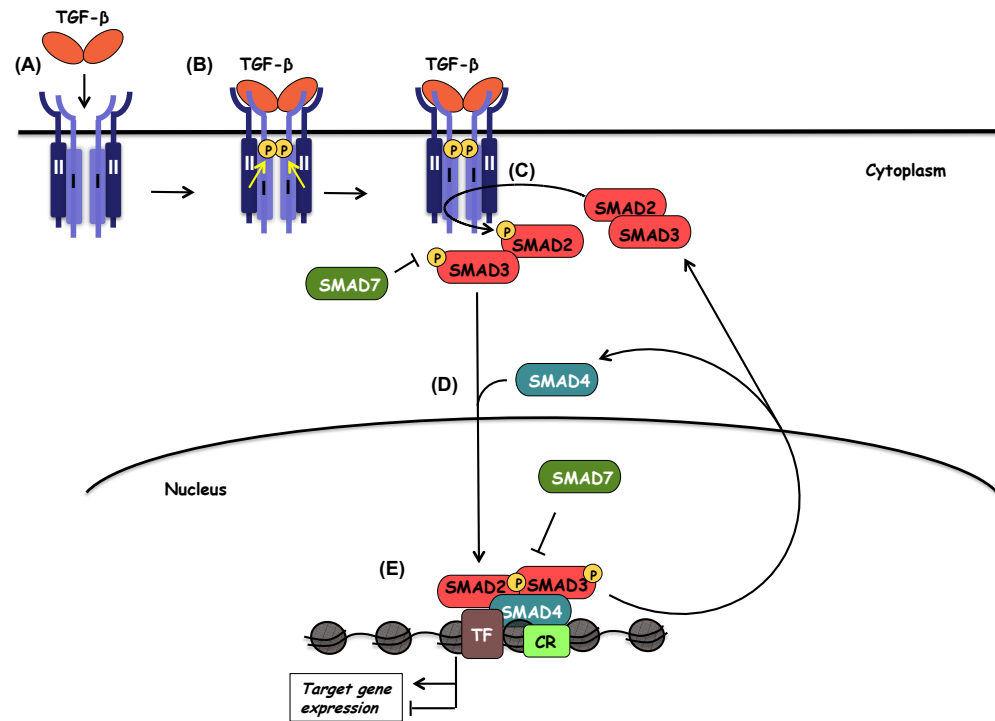
- Il TGF- $\beta$  è il fattore più importante nel favorire la deposizione del tessuto di riparazione. E' prodotto dalla maggior parte delle cellule del tessuto di granulazione (macrofagi, cellule endoteliali, fibroblasti) e causa:
- La migrazione e la proliferazione dei fibroblasti
- Aumenta la sintesi del collagene
- Inibisce la degradazione della matrice extracellulare inibendo le metalloproteasi.

## TGF- $\beta$



I TGF- $\beta$  (Fattore di crescita trasformante) sono una famiglia di citochine strettamente correlate denominate TGF- $\beta$ 1, - $\beta$ 2,- $\beta$ 3. Il TGF- $\beta$ 1 è sintetizzato come precursore inattivo che deve essere scisso per formare un omodimero. Il recettore del TGF- $\beta$ 1 (serin treonin chinasi) è costituito da due catene coinvolte nella fosforilazione dei fattori di trascrizione della famiglia SMAD.

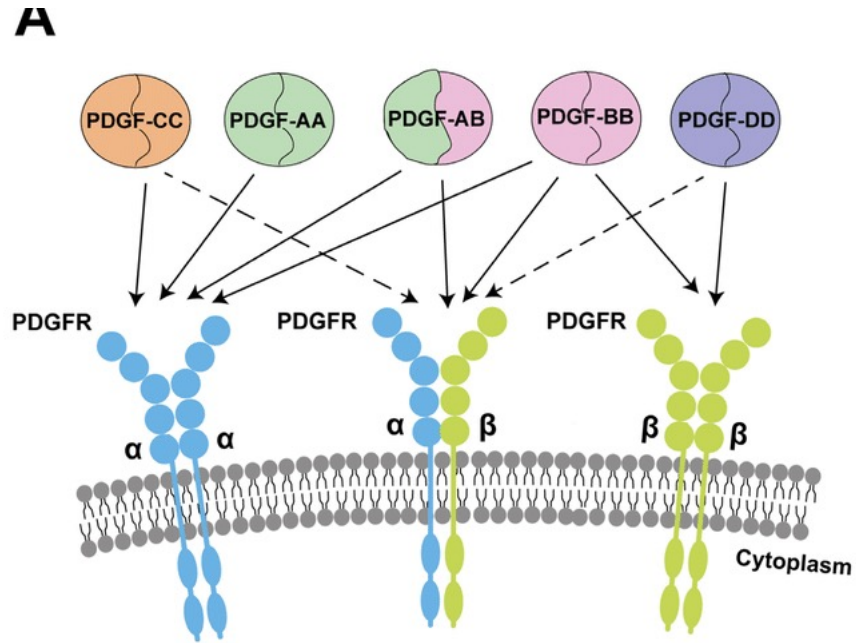
## Segnalazione del TGF- $\beta$ nei fibroblasti



**Figure 3.** The TGF- $\beta$ /SMAD signaling pathway. During the first steps of TGF- $\beta$  signaling, TGF- $\beta$  ligand binds to a heteromeric complex of type II, and type I receptors (A). Upon ligand binding, type II receptor phosphorylates and activates type I receptor (B). Activated type I receptor in turn phosphorylates and activates the receptor-activated SMADs (R-SMADs), SMAD2 and SMAD3 (C). SMAD7 competes with R-SMADs for interacting with type I receptor, thus preventing R-SMAD activation and proper propagation of the signaling. Activated R-SMADs dissociate from type I receptors in order to form a complex with the common mediator SMAD4 (D). The trimeric complex translocates to the nucleus where it associates with high-affinity DNA binding transcription factors (TF) and chromatin remodeling proteins (CR) in order to positively or negatively regulate the transcription of target genes (E). SMAD7 can also inhibit the transcriptional activity of the nuclear SMAD complex.



## PDGF

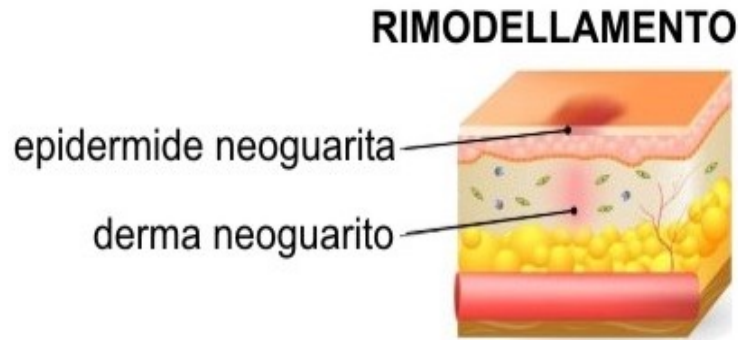


Il Platelet derived growth factor family comprende una famiglia di fattori di crescita omo- o eterodimerici PDGF-AA,-AB,-BB,-CC,-DD che si legano a recettori dimerici costituiti da catene  $\alpha$  e  $\beta$ . Il PDGF è stato il primo fattore di crescita descritto per la sua capacità di reclutare nelle ferite neutrofili, monociti e fibroblasti.

Il PDGF aumenta la proliferazione dei fibroblasti e la produzione della matrice extracellulare stimolando la produzione di collagene.

Fattore di crescita derivato dalle piastrine (PDGF)	Piastrine, macrofagi, cellule endoteliali, cellule muscolari lisce, cheratinociti	Chemiotattico per neutrofili, macrofagi, fibroblasti e cellule muscolari lisce; attiva e stimola la proliferazione di fibroblasti, cellule endoteliali e di altre cellule; stimola la sintesi di proteine della ECM
Fattori di crescita dei fibroblasti (FGF), comprendenti i tipi acido (FGF-1) e basico (FGF-2)	Macrofagi, mastociti, cellule endoteliali, molti altri tipi di cellule	Chemiotattici e mitogeni per i fibroblasti; stimolano l'angiogenesi e la sintesi delle proteine della ECM
Fattore di crescita trasformante- $\beta$ (TGF- $\beta$ )	Piastrine, linfociti T, macrofagi, cellule endoteliali, cheratinociti, cellule muscolari lisce, fibroblasti	Chemiotattico per leucociti e fibroblasti; stimola la sintesi delle proteine della ECM; sopprime l'infiammazione acuta

## Maturazione e rimodellamento della ferita



La chiusura delle ferite è considerata l'end point della guarigione della ferita. Ma la ferita va incontro a modificazioni per un periodo di tempo che va da mesi a anni.

Il rimodellamento della ferita prevede la regressione della neovascolatura e la sostituzione del tessuto di granulazione con tessuto cicatriziale.

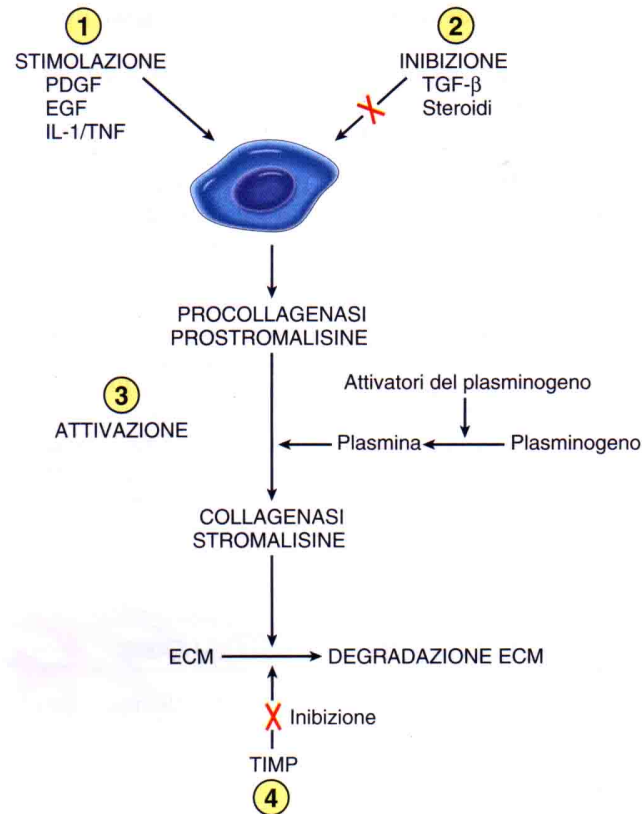
Il tessuto di granulazione è costituito da collagene di tipo III che è rimpiazzato da collagene di tipo I.

Fino ad 1 mese dalla lesione, la pelle che copre la ferita è fragile e può essere lesa anche da piccoli traumi. A partire dalla 6 settimana la cicatrice raggiunge il 50% della resistenza finale. Nei 12 mesi successivi la cicatrice aumenta di resistenza che però resta inferiore di quella del tessuto sano.

La cicatrice presenta un minore afflusso di sangue, presenta una matrice extracellulare più densa è più sensibile alle radiazioni ultraviolette e manca delle ghiandole del sudore.



# Il processo riparativo: il rimodellamento



**Figura 4-16.** Regolazione delle metalloproteasi della matrice. I quattro meccanismi mostrati comprendono (1) regolazione della sintesi ad opera di diversi fattori di crescita o citochine, (2) inibizione della sintesi da parte di corticosteroidi o del TGF- $\beta$ , (3) regolazione dell'attivazione di precursori secreti in forma inattiva, e (4) blocco degli enzimi ad opera di specifici inibitori tissutali delle metalloproteasi (TIMP). (Modificato da: Matrisan LM: Metalloproteinases and their inhibitors in matrix remodelling. Trends Genet 6:122, 1990, con l'autorizzazione di Elsevier Science).

La sostituzione del tessuto di granulazione con tessuto cicatriziale comporta una variazione nella matrice extracellulare. Il bilancio netto di sintesi e degradazione definisce il rimodellamento del tessuto connettivo. La degradazione del collagene e delle altre proteine della ECM è effettuata dalle **metalloproteasi** zinco dipendenti (collagenasi, gelatinasi stromolisine).

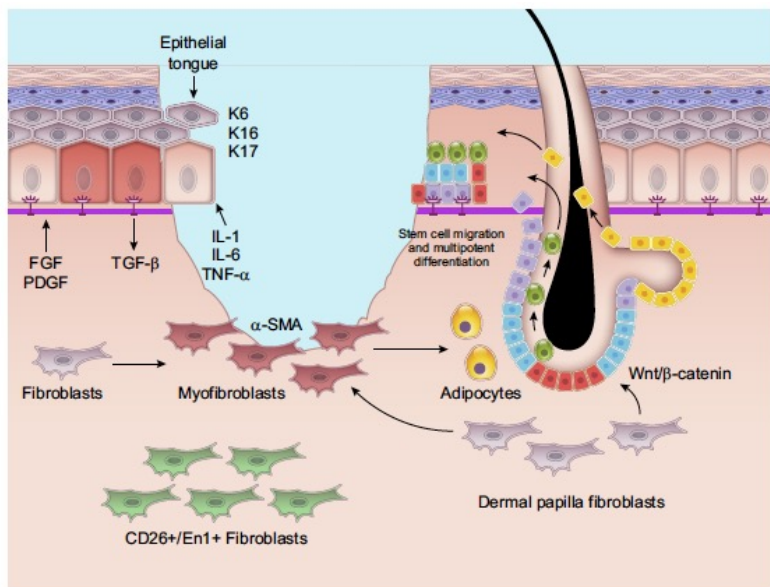
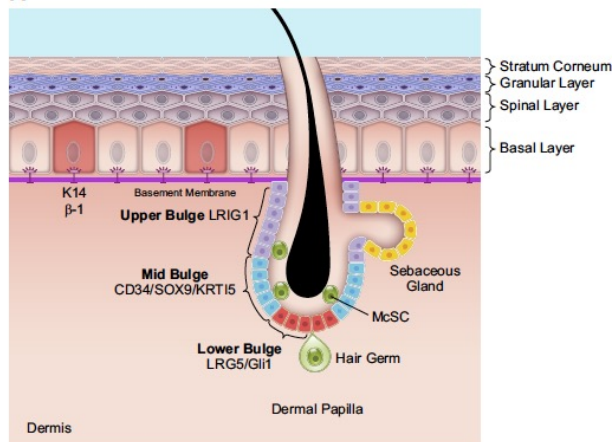
Sono prodotte da fibroblasti, macrofagi, neutrofili. La loro sintesi è indotta da fattori di crescita e citochine e inibita da TGF- $\beta$ .

Le collagenasi sono sintetizzate come precursori latenti e sono attivate dai radicali liberi durante l'esplosione respiratoria o da proteasi.

Sono rapidamente inibite dai tissue inhibitors MetalloProteinases (TIMP).

# Ri-epitelizzazione

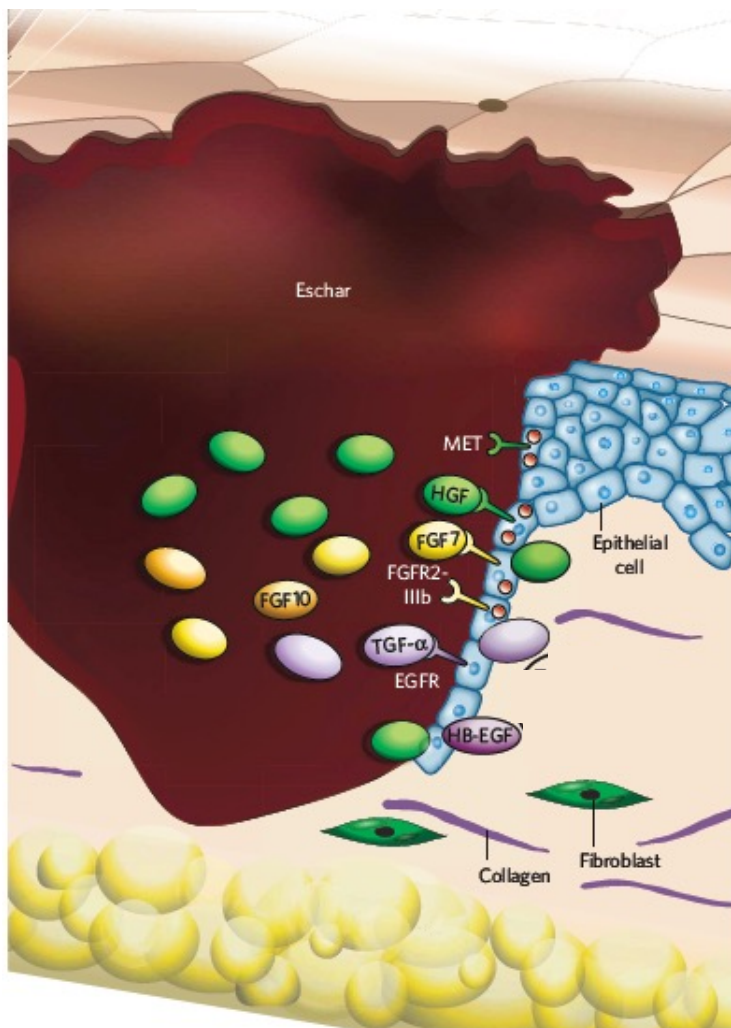
A



Nelle ferite le cellule epiteliali ricostituiscono lo strato superficiale nel processo di epitelizzazione. Le cellule staminali dell'epidermide che si localizzano nello strato basale dell'epidermide, esprimono elevati livelli di integrine che le fanno interagire con le proteine della matrice extracellulare quali il collagene e la laminina e presentano una maggiore adesività.

In seguito ad una ferita le cellule staminali dello strato basale e del bulbo pilifero proliferano per dare origine a cheratinociti che ai margini della ferita perdono la loro adesività e migrano nella ferita per ri-epitelializzarla formando la lingua epiteliale. La migrazione è attivata dai fattori di crescita appartenenti alla famiglia dell'epidermal growth factor (EGF) e del fibroblast growth factor (FGF) che includono l'EGF, il TGF- $\alpha$ , il Keratinocyte growth factor (KGF or FGF7) e dalle citochine IL-1, IL-6 e TNF- $\alpha$ .

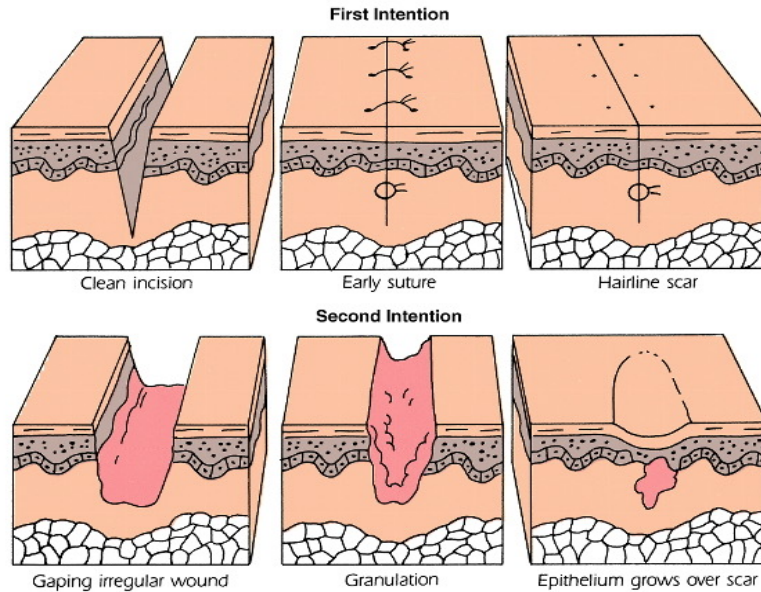
## Epitelizzazione



Fattore di crescita	Origine	Funzioni
Fattore di crescita epidermico (EGF)	Macrofagi attivati, ghiandole salivari, cheratinociti e molte altre cellule	Mitogeno per i cheratinociti e i fibroblasti; stimola la migrazione dei cheratinociti; stimola la formazione del tessuto di granulazione
Fattore di crescita trasformante- $\alpha$ (TGF- $\alpha$ )	Macrofagi attivati, cheratinociti e molte altre cellule	Stimola la proliferazione degli epatociti e di molte altre cellule epiteliali
Fattore di crescita degli epatociti (HGF) ( <i>scatter factor</i> )	Fibroblasti, cellule stromali del fegato, cellule endoteliali	Promuove la proliferazione degli epatociti e di altre cellule epiteliali; aumenta la motilità cellulare
Fattore di crescita dei cheratinociti (KGF) (ad es. FGF-7)	Fibroblasti	Stimola la migrazione, la proliferazione e la differenziazione dei cheratinociti



# Guarigione delle ferite

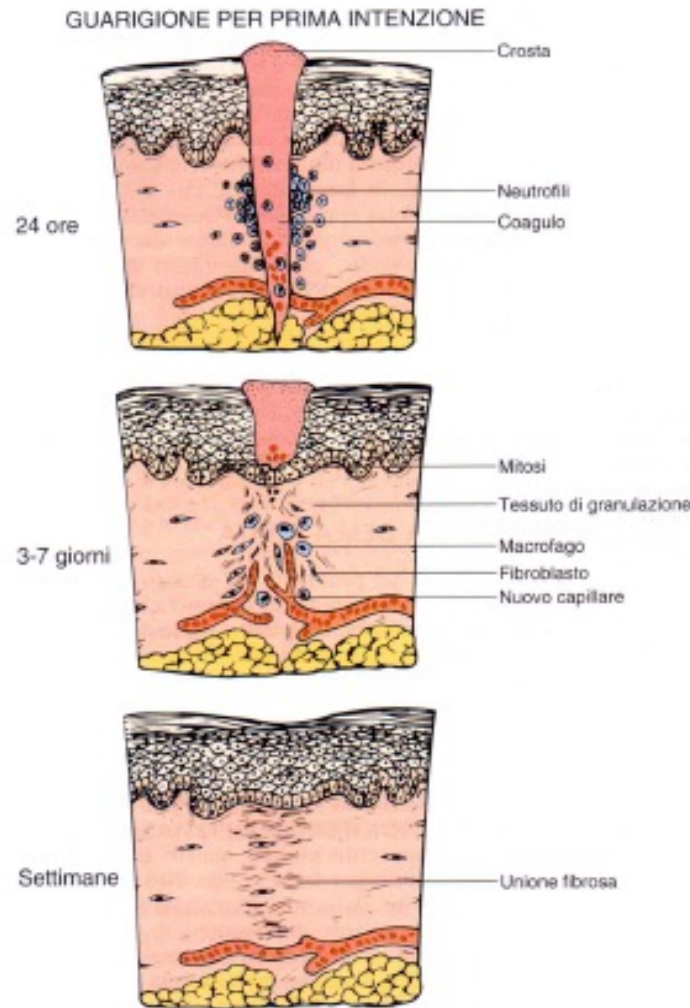


La guarigione delle ferite cutanee è un processo che coinvolge sia la rigenerazione epiteliale che la formazione di tessuto connettivo cicatriziale.

A seconda della natura e delle dimensioni della ferita si dice che le ferite riparano per prima o seconda intenzione

- **Prima intenzione:** ferite con margini netti (ferite chirurgiche)
- **Seconda intenzione:** ferite con margini distanti (trauma che richiede abbondanza di tessuto di granulazione per chiudere la ferita)

# Guarigione per prima intenzione



Uno degli esempi più semplici di riparazione della ferita è il caso di una incisione chirurgica con lembi uniti da punti di sutura.

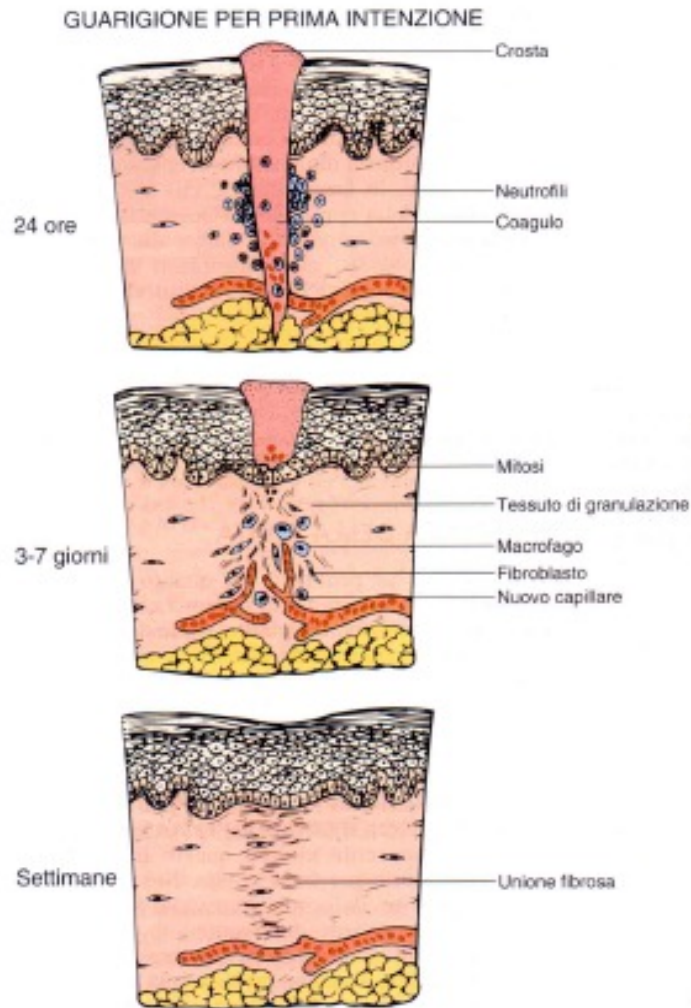
L'incisione causa una interruzione della continuità della membrana basale e la morte di cellule epiteliali e connettivali.

Lo spazio formato dalla incisione prima si riempie di sangue coagulato con fibrina e successivamente viene invaso da tessuto di granulazione e coperto con nuovo epitelio.

Le fasi del processo includono:

-la ferita provoca l'attivazione della coagulazione che forma un coagulo sopra la lesione. Questo serve ad arrestare il sanguinamento e favorisce la migrazione delle cellule

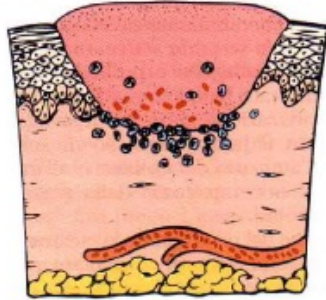
- 24 ore: i neutrofili si localizzano ai margini dell'incisione e migrano verso il coagulo di fibrina. Le cellule basali dello strato dell'epidermide iniziano a proliferare. Entro 24-48 ore le cellule basali ai margini dell'incisione epiteliali iniziano a migrare lungo il derma producendo uno strato epiteliale sottile che chiude la ferita.



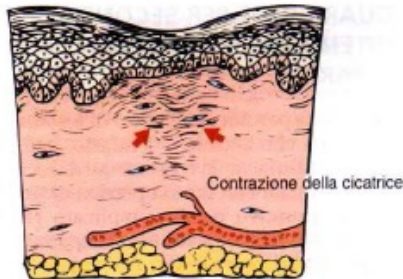
- **giorno 3** : i neutrofil sono rimpiazzati dai macrofagi e il **tessuto di granulazione invade lo spazio dell'incisione**. I macrofagi sono responsabili della rimozione dei detriti cellulari, della fibrina e promuovono l'angiogenesi e la deposizione della matrice extracellulare da parte dei fibroblasti. La proliferazione delle cellule epiteliali continua con la deposizione di uno strato di copertura epidermico più spesso.
- **giorno 5: il tessuto di granulazione riempie lo spazio dell'incisione e la neovascolarizzazione raggiunge il suo picco**. I nuovi vasi sono permeabili e il tessuto è edematoso. I fibroblasti migrano nel tessuto di granulazione dove proliferano e depositano le fibrille di collagene e altre molecole della matrice extracellulare che diventano più abbondanti e iniziano a congiungere l'incisione. L'epidermide raggiunge il suo spessore normale.
- **Settimana 2** : **diminuzione dell'infiltrato di leucociti e della neovascolarizzazione e accumulo di collagene**. L'infiltrato leucocitario, l'edema e l'aumentata vascolarizzazione diminuiscono e ha inizio il processo di maturazione della cicatrice.
- **Settimana 4**: la cicatrice è costituita da tessuto connettivale privo di cellule infiammatorie coperto da una epidermide normale.

## Guarigione per seconda intenzione

GUARIGIONE PER SECONDA INTENZIONE



Infiammazione



Quando la perdita di cellule o tessuto è più estesa la reazione infiammatoria è più intensa e si sviluppa un tessuto di granulazione abbondante con accumulo di matrice extracellulare e formazione di una grande cicatrice seguita dalla contrazione della ferita mediata dalla azione dei miofibroblasti.

La guarigione secondaria è caratterizzata da:

- Formazione di una grande crosta
- Infiammazione più intensa
- Maggiore formazione di tessuto di granulazione che dà origine ad una cicatrice più grande.

La guarigione secondaria determina la contrazione della ferita che si manifesta nelle grandi ferite superficiali. Nel modello animale è stato dimostrato che si ha una riduzione di circa il 10% della ferita dopo circa un mese e mezzo.

La contrazione della ferita richiede l'azione dei miofibroblasti.



## **Caratteristiche del tessuto cicatriziale**

Il tessuto cicatriziale rispetto al tessuto originario:

- non è così resistente
- non è così elastico
- non è così irrorato

## **Fattori locali e sistemici che influenzano la guarigione delle ferite**

La guarigione della ferita è influenzata da diversi fattori che includono:

- la nutrizione: La carenza proteica e di vitamina C inibiscono la sintesi di collagene e ritardano la rimarginazione delle ferite
- lo stato metabolico (il diabete ritarda la guarigione)
- un inadeguato apporto di sangue (aterosclerosi)
- infezioni
- fattori meccanici
- Corpi estranei

## Eccessiva cicatrizzazione



L'eccessiva formazione dei componenti del processo di riparazione può dare origine a cicatrici ipertrofiche o cheloidi.

L'accumulo di eccessive quantità di collagene può dare origine a una cicatrice rialzata che prende il nome di cicatrice ipertrofica. Queste tendono a crescere rapidamente e contengono molti mioblasti ma tendono a regredire nel tempo.

Se il tessuto cicatriziale cresce oltre i confini della ferita originale e non regredisce si parla di cheloide.