

Dermatologia Ambulatoriale 2.0

UNA LESIONE PAPULOSA DEL NASO

Descrizione
di un caso



IL DERMATOLOGO E L'USO DEI SOCIAL NETWORK

Aida Meeting
OLDER 50
Milano 2019

Quello che non ti aspetti
Forum Gubbio

Novità in dermatologia, casi, rubriche
L'Approfondimento: la terapia ormonale dell'acne nella donna

SOMMARIO

Editoriale

Perchè dovrei iscrivermi ad AIDA?

Pag. 4

Un network per il dermatologo ambulatoriale

Pag. 5

AIDA è una scommessa (vinta)

Pag. 6

I Delegati AIDA

Pag. 7

Organigramma Aida

Pag. 22

Dermatologia & Web

Pag. 24

Il dermatologo e l'uso dei social network

Casi Clinici

Pag. 25

Approfondimento

Pag. 34

Guida alla terapia ormonale dell'acne nella donna

L'Angolo dell'esperto

Pag. 65

Gubbio Dermoscopy Pro 2019

Pag. 23

Aida Meeting Older 50

Pag. 52

Aida Meeting Under 19

Pag. 67

LA REDAZIONE

Dermatologia **A**mbulatoriale 2.0

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali

Anno 2019 - n. 1
Febbraio 2019

ISSN: 2420-9627

*Rivista iscritta al n.17 del registro della Stampa
del Tribunale di Lecce il 17 novembre 2014*

Direttore responsabile

Alessandro Martella (Tiggiano) rivista@aida.it

Vice-direttore

Stefania Pizzigoni (Parma)

Direttore Scientifico

Gian Luigi Giovene (Perugia)

Comitato di redazione

Giovanni Menchini (Pisa)

Domenico Piccolo (L'Aquila)

Carlo Bertana (Roma)

Federica Osti (Ferrara)

Responsabile Marketing

Saturnino Gasparini (Terni)

Progettazione grafica

Pubbligraf Alessano (Le)
tel. 0833 789586
info@pubbligrafonline.com



PERCHÈ DOVREI ISCRIVERMI AD AIDA?



Sono passati 5 anni e ricordo come se fosse ieri il calore del sole e la brezza che arrivava dal mare mentre passeggiavo per le strade di Bari insieme a Vito Piertrantonio. Aveva la sigaretta in bocca e tra una tirata e l'altra mi raccontava la sua storia, la sua storia in AIDA. Ogni tirata di

sigaretta sembrava che gli facesse tornare in mente storie e ricordi passati dell'Associazione da raccontare e condividere.

Lo ascoltavo in silenzio e mentre cercavo di contestualizzare storicamente i suoi racconti, ero affascinato dal suo entusiasmo, dalla sua voglia di fare per AIDA e per la rivista Dermatologia Ambulatoriale della quale era il direttore.

Si percepiva chiaramente una dedizione, un motus interiore e un entusiasmo che andava oltre la fatica delle notti insonni e dei giorni di lavoro richiesti per realizzare un numero di Dermatologia Ambulatoriale.

Ricordo il rumore delle palme del viale di Bari che agitate ritmicamente dalla brezza sembrava quasi una musica di sottofondo ai suoi racconti.

Quel giorno Vito, tra un racconto e un altro, mi disse che ora toccava a me portare avanti la rivista. Rimasi sorpreso! Ero l'ultimo arrivato in AIDA da soli due anni.

Ho conosciuto anche la semplicità, il sorriso e l'eleganza di Cecilia Pravettoni e il carisma forte di Paolo Silvestris.

Ognuno di loro, con il suo modo di essere, di fare e di vivere la Dermatologia aveva un forte senso di appartenenza all'Associazione.

Perché dovrei iscrivermi ad AIDA?

La ricordo ancora chiara e limpida questa domanda di Gianni Virno, delegato regionale della Liguria, durante una delle primissime riunioni a Riccione con tutti gli altri delegati: era il 19 Marzo 2013.

Domanda semplice e disarmante!
Disarmante perché chiede una risposta vera e concreta. Non bastano le solite parole o frasi di circostanza del tipo perché AIDA rappresenta come Associazione ogni socio.

Una risposta del genere non vale!

Eppure dentro di me, così come negli altri membri del

direttivo, nei delegati e nei soci la risposta c'era ma nessuno riusciva a portarla a livello di coscienza ed esprimerla a parole.

Passano gli anni e durante l'ultimo incontro con i delegati regionali a Polignano, lo scorso Ottobre, viene posta la stessa domanda: "Perché dovrei iscrivermi ad AIDA?"

Ci risiamo, sembra un salto nel passato all'incontro di Riccione. Dopo la domanda il vuoto, pochi attimi che sembra un tempo molto più ampio, fino a quando con altrettanta semplicità il presidente Saturnino Gasparini trova le parole: la risposta.

Come spesso accade in situazioni simili la prima cosa che si pensa dopo aver ascoltato o visto qualcosa per la prima volta è: "Ci voleva tanto?" oppure "Lo sapevo anch'io!" oppure "Non era così difficile!"

Di fatto nessuno prima era riuscito a rispondere.

"Aida è l'Associazione che da la parola a tutti!"

Mentre queste parole riecheggiavano nella stanza e ci guardavamo negli occhi prendavamo consapevolezza che molti di coloro che erano presenti a Riccione non lo erano più a Polignano e che nuovi colleghi erano entrati a far parte di AIDA. Tanti nuovi colleghi che negli anni avevano relazionato ai congressi AIDA, calpestando per la prima volta un palcoscenico, oppure avevano preso parte agli studi osservazionali oppure erano stati per la prima volta la firma di uno degli articoli della rivista che nel frattempo era diventata DA 2.0.

Ecco quindi che il senso di appartenenza ad AIDA, iscriversi e diventare socio, è qualcosa che va ben oltre i servizi e la formazione, che trovi costantemente riportati e aggiornati sul sito dell'Associazione, è la consapevolezza di far parte di una realtà che ascolta ogni socio.

"Dare la parola ed ascoltare" sia in senso letterale sia nel senso di dare la possibilità di fare all'interno dell'Associazione.

Un fare che coinvolge e unisce come quando non ti fa sentire solo sul territorio di fronte ad un caso clinico complesso che ti capita in studio ed hai la possibilità di dividerlo e confrontarti con tutti gli altri per un parere: "Cosa ne pensate?", "Cosa fareste?"

"Dare la parola e ascoltare" ha nelle sue fondamenta la condivisione che consente a tutti di essere parte attiva.

Finalmente avevo la risposta, una risposta che senza saperlo stavo comunque vivendo personalmente all'interno dell'Associazione come direttore della rivista prima e adesso come presidente per il prossimo biennio.

Finalmente ognuno di noi aveva la risposta quella che leggerete nelle prossime pagine della rivista DA 2.0

Alessandro Martella

UN NETWORK PER IL DERMATOLOGO AMBULATORIALE



Era il 2008 quando incontrai Paolo Silvestris, durante un congresso della SIDECA, società di Medicina Estetica affiliata ad AIDA. Paolo mi propose di diventare coordinatrice regionale per l'Emilia Romagna, con semplicità.

Conoscevo l'attitudine "pratica" della Società, perché già dai tempi della Scuola di Specializzazione frequentavo Congressi Nazionali ed eventi locali targati AIDA, proprio perché riuscivo ad imparare e a mettere subito in pratica.

Non avevo tuttavia idea dell'opportunità che mi era stata offerta.

Accettare l'invito di Paolo per me ha significato la possibilità di crescere professionalmente, di confrontarmi con colleghi più esperti, di partecipare a studi clinici, di presentare relazioni e di moderare congressi nazionali.

AIDA negli anni si è rinnovata, offrendo nuove opportunità, pensate per andare incontro ad ogni tipo di esigenza dello specialista ambulatoriale.

Ha offerto e continua ad offrire supporto medico-legale, sia tramite disponibilità diretta (di Valerio Cirfera), sia attraverso una polizza professionale conveniente e ad hoc per ogni dermatologo. Recentemente ha rinnovato il sito internet e la rivista on line DA 2.0; oggi sta offrendo assistenza per la fatturazione elettronica ed il GDPR.

Quale altra società è così aggiornata e pronta a rispondere a gran parte delle esigenze dei dermatologi?

Da gennaio è iniziata la mia avventura nel CD ed ho visto quanto lavoro ed impegno sono necessari per sostenere i nostri progetti. Ma ne vale la pena, ne sono orgogliosa, perché AIDA è per tutti i dermatologi!

Come Vice-Direttore della rivista DA 2.0 ho nuovi obiettivi scientifici, come raccogliere esperienze cliniche e professionali e pubblicare news. Tutto ciò ha sempre la finalità di continuare ad offrire un aggiornamento fruibile a colleghi da tutt'Italia. Aspetto quindi che mi contattiate via e-mail per diventare parte attiva del network AIDA!

Con amicizia

Stefania

AIDA È UNA SCOMMESSA (VINTA)



L'Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali (AIDA) nasce nel 1990 quasi per gioco, su iniziativa di Giovanni Labrini, Vito Pietrantonio, Paolo Silvestris, Gianvittorio Cuter e Salvatore Scioscioli, con l'intento di fornire

uno specifico riferimento ai tanti Dermatologi del Territorio che sino ad allora poca voce avevano avuto nell'ambito della cultura dermatologica nel nostro Paese. Sin dagli esordi l'associazione si distingue per il suo ruolo di aggiornamento scientifico e professionale di taglio estremamente pratico, dotandosi dal 1991 di una Rivista, "Dermatologia Ambulatoriale" (oggi solo in formato digitale), dalla struttura agile ed informale, sulle cui pagine vengono ospitati articoli di ampio respiro, reviews e Linee Guida e, dal 1996, di un sito internet (www.aida.it), che è passato alla storia per essere stato il primo sito online di una società dermatologica del Vecchio Continente.

Dal primo Congresso Nazionale di Marina d'Ugento, Lecce (16-19 settembre 1992) ad oggi l'attività formativa di AIDA è andata progressivamente arricchendosi di eventi (Congressi Nazionali, Corsi monotematici itineranti, Corsi Residenziali, etc) e di partecipanti, arrivando a toccare le mille presenze in occasione del IX Congresso Nazionale (Taormina, 29 agosto-2 settembre 2000).

Ma aldilà dei lusinghieri riscontri numerici, è la particolare, innovativa formula con cui da sempre vengono concepiti e realizzati i Congressi Nazionali AIDA a dar loro rilevanza nell'ambito del panorama dermatologico italiano: sin dagli esordi, ad esempio, sono stati introdotti - in contemporanea all'istituzionale attività della Sala Plenaria - molteplici Corsi teorico-pratici monotematici a numero chiuso su argomenti di elevato interesse formativo, quali la dermoscopia, la chirurgia ambulatoriale, la dermatologia estetica e correttiva, la laserdermatologia, la Dermatologia Legale, etc, formula ripresa in seguito da tutte le altre Società Dermatologiche Italiane. Il concetto di "modularità", del resto, è da sempre un aspetto strutturale dell'Associazione: i suoi Gruppi di Studio, con le loro individualità e competenze, si caricano del gravoso

compito di mantenere adeguate ed aggiornate le conoscenze dei Soci nei più importanti topics dermatologici. Da tre di questi gruppi non a caso sono nate nel tempo tre Società Scientifiche autonome, seppur affiliate ad Aida: la Sidec (Società Italiana di Dermatologia Estetica e Correttiva); la Sild (Società Italiana di Laser Dermatologia); infine dal Gidel (Gruppo Italiano Dermatologia Legale) è nato il CeSIDeL (Centro Studi Italiano Dermatologia Legale).

I Congressi Nazionali AIDA, per tanti anni ambientati in suggestive locations, costituiscono un'imperdibile occasione di incontro e confronto aperto e costruttivo tra le diverse anime della dermatologia italiana: personalità di eccellenza assoluta hanno affettuosamente legato il loro nome a diverse edizioni degli stessi eventi, da Ferdinando Serri a Luciano Muscardin, da Emiliano Panconesi a Lucio Andreassi, Carlo Pelfini e Luigi Valenzano, per non contare i prestigiosi ospiti stranieri, quali Otto Braun-Falco e Gerd Plewig, (Monaco di Baviera), Martin Mihm Jr. (Boston), David Green (Washington), Bruce Thiers (Charleston), Derek Freedman (Dublino), Bengu Nisa Akai (Ankara).

Dal 1997 AIDA fa parte dell'International League of Dermatological Societies, e quest'anno contribuirà attivamente, con Relatori, Moderatori e Sessioni dedicate, allo svolgimento del programma scientifico del 24° Congresso Mondiale di Dermatologia (Milano, 10-15 giugno). Ma Aida non è solo riferimento scientifico e culturale, lo è anche a livello giuridico e professionale, con importanti servizi in convenzione forniti ai propri associati: dalla prima polizza Responsabilità Civile espressamente concepita per il Dermatologo Ambulatoriale, al servizio di Fatturazione elettronica, alla nuova normativa UE sulla Privacy, alla verifica e certificazione delle apparecchiature elettromedicali. Insomma, un supporto completo ed attuale alla nostra professione.

Nata quasi per gioco, l'Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali ora è una delle realtà dermatologiche più solide, autorevoli ed attive del nostro Paese.

Scommessa vinta?

Noi pensiamo di sì.

Gian Luigi Giovene

I DELEGATI AIDA

Daide Basso

Delegato Regionale Liguria



La mia esperienza AIDA cominciò in una fredda e uggiosa sera invernale, quando mi accingevo a varcare la soglia di un ristorante genovese in compagnia del dott. Ghigliotti, mio socio, ed un altro comune amico e inaspettatamente giunse la telefonata del Dott. Virno, membro del Consiglio Direttivo AIDA, che io conoscevo solo di nome e fama ma non personalmente, che mi affascinò sin dalle prime parole.

Dopo una breve descrizione della Associazione e della sua attività, mi venne chiesto se fossi stato disponibile a dare una mano a livello regionale.

Ebbene, da quel momento è stato amore a prima vista!

Cosa è AIDA oggi per me? è una associazione di professionisti dermatologi estremamente seri e qualificati, distribuiti su tutto il territorio nazionale, che amano il proprio lavoro e che condividono attraverso la associazione la propria passione e le reciproche competenze. L'aggiornamento costante è la chiave per essere sempre al top.

Lo facciamo attraverso scambi di casi clinici anche particolari, un ricchissimo calendario di eventi regionali, congressi nazionali, meetings e per di più in un clima estremamente rilassato, informale ed amichevole

Come membri AIDA ci si sente un gruppo unito, compatto, forte, con un dialogo

interno efficace e costruttivo.

AIDA è l'insieme di tutti noi, una grande famiglia in cui ciascuno porta un piccolo o grande contributo che ci guida poi tutti insieme al risultato migliore.

La forza della associazione ci permette di avere condizioni vantaggiose in numerosi campi, oggi quanto mai necessari, dalla assicurazione professionale alla tutela della privacy del paziente, alla fatturazione elettronica, solo per citarne alcuni.

Cosa dovrebbe essere AIDA per tutti? Esattamente la stessa cosa.

AIDA rappresenta a mio parere una possibilità di crescita enorme, ancora di più per i giovani dermatologi, mettendo a disposizione di chi inizia conoscenze e competenze di Professionisti rinomati a livello nazionale ed oltre, in tantissimi settori, dalla dermoscopia alle terapie laser, dalla istologia alla dermochirurgia, dalla dermatologia pediatrica alla dermatologia estetica.

Concludendo, credo che nell'attuale panorama nazionale, AIDA sia veramente una delle poche associazioni in cui sia veramente positivo essere e partecipare.

In qualità di Delegato Regionale invito tutti i colleghi ed amici della mia terra, la Liguria, a partecipare a uno dei numerosi e bellissimi eventi in calendario ed anche a contattarmi in modo da poter approfondire davanti a un bicchiere di vino tutte le possibilità che la associazione ci offre.

Daide Basso

Dimitra Kostaki

Delegato Regionale Lazio



Laureata in Medicina e Chirurgia nel 2008 presso l'Università degli Studi di L'Aquila e specializzata in Dermatologia e Venereologia nel 2015 presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", dal Gennaio 2019 ho assunto l'incarico di coordinatrice dell'AIDA per la mia regione, che è il Lazio.

Ricoprire il ruolo di coordinatore regionale per conto dell'AIDA è per me elemento di orgoglio, nonché di grande stimolo professionale e personale.

L'AIDA (Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali) è un'Associazione Scientifica il cui scopo è contribuire all'aggiornamento ed alla formazione permanente del dermatologo ambulatoriale. Nei suoi oltre 30 anni di attività l'associazione ha raggiunto una diffusione oramai capillare su tutto il territorio nazionale, grazie a leve promozionali quali l'apertura all'innovazione ed al confronto, la collaborazione, la condivisione di esperienze ed il supporto reciproco.

Essa rappresenta un sicuro punto di riferimento per una moltitudine di colleghi, consentendo loro di attingere ad un vasto bacino di esperienze professionali, condividere idee ed ottenere una migliore tutela

dei propri interessi.

In questo contesto, un sicuro punto di interesse è costituito dall'attività formativa, articolata in iniziative dall'approccio variegate, ma comunque sempre attente alle tematiche con maggiore attualità ed interesse scientifico e professionale.

Far parte attivamente dell'AIDA costituisce per me un elemento di costante stimolo al miglioramento, al supporto dei colleghi ed alla condivisione delle esperienze, elementi tutti da coltivare nello spirito di costante miglioramento del ruolo del dermatologo.

Dimitra Kostaki

Emanuele Di Pierri

Delegato Regionale Puglia



Soffermandomi oggi a pensare ad AIDA, mi viene da volgere lo sguardo al passato, e rivedo tutta la mia carriera sin da quando ero un giovane specializzando. Aida ha accompagnato tutta la mia maturazione professionale, contribuendo non poco ad essa.

Ero un giovane al primo anno di specializzazione all'Università di Perugia e venni a conoscenza dell'esistenza di questa associazione scientifica in occasione di un congresso o di una riunione inter regionale e decisi di iscrivermi perché mi conquistò il taglio pratico che traspariva sin dal programma.

Se mi domando oggi cosa sia Aida per me, la risposta è il porto della mia professione, il luogo da cui partire ed in cui ritornare sentendomi sempre a casa, in un ambiente da sempre a me caro e familiare.

Ero un giovane al primo anno di specializzazione in Dermatologia, quando, dopo aver partecipato ad una riunione regionale Aida, mi entusiasmai per il taglio pratico delle relazioni e dei contenuti.

Erano gli anni in cui si iniziava a parlare di dermoscopia e scoprii l'esistenza di un manualetto tradotto in italiano dal nostro Maestro Gian Luigi Giovane, sotto l'egida AIDA, me ne fece appassionare, tanto che entusiasta acquistai con i miei risparmi un Dermoscopio manuale che tenevo sempre in tasca al camice per osservare qualsiasi lesione e trarne delle conclusioni diagnostiche che poi mettevo a confronto con gli esami istologici.

Sempre con i miei risparmi, nel 1999, volli ad ogni costo diventare socio AIDA e nel 2000 volli partecipare al 1° corso di Formazione professionale permanente in dermatologia, e raggiunti con la mia auto e catene al seguito, una Madonna di Campiglio innevata, tant'era il desiderio di seguire un programma così ricco di argomenti di taglio pratico per il derma-

tologo ambulatoriale. Ricordo bene che fu così interessante che rinunciai anche a sciare per non perdere le relazioni, tenute da oratori che erano in grado di infondere entusiasmo, trasmettendo la loro passione per questa specialità medica.

Da allora non ho mai smesso di appartenere ad AIDA, e di seguirne tutti i congressi, tutti i corsi di aggiornamento in Dermoscopia, sposando e facendomi promotore nella mia città delle primissime campagne di educazione alla fotoprotezione "Sole buono, ...se ti proteggi" ideate da Nerella Petrini

Successivamente iniziai a frequentare tutti i Master in Dermoscopia di Gubbio, appassionandomi agli approfondimenti che Gian Luigi Giovane e Saturnino Gasparini hanno sempre saputo rinnovare, arricchendone sempre il programma, tant'è che ancora oggi è il Master più ambito e seguito da chi, me compreso, vuole tenersi sempre aggiornato, oltre che una magnifica sede congressuale ed una splendida occasione per ritrovare gli amici relatori di questa comunità scientifica.

Nel corso degli anni AIDA, mi ha consentito di patrocinare un libricino divulgativo scritto da me e distribuito gratuitamente nelle farmacie del territorio di Taranto e provincia, sulla prevenzione del Melanoma, nonché alcune importanti campagne divulgative sulla prevenzione del melanoma, sempre condotte nel mio territorio, di presiedere sotto l'egida Aida, un vero corso interattivo di Dermatologia Oncologica ai Medici di Medicina Generale della mia Città, Taranto, sulle Neoplasie cutanee Melanoma e non Melanoma.

Negli ultimi, con il ruolo assegnatomi dal Consiglio Direttivo ed a tutt'oggi rinnovato di Coordinatore regionale AIDA per la Puglia, mi ha dato la possibilità di partecipare ai congressi Nazionali, invitandomi in qualità di relatore a parlare di tematiche a me molto care e consentendomi di esporre le mie casistiche sia nell'ambito della Chirurgia dermo-oncologica, che negli scorsi quattro anni, in qualità di consigliere del Direttivo della SILD (Società Italiana di Laser Dermatologia), di Applicazioni Laser in Dermatologia.

Riassumendo, definirei la mia esperienza in Aida, una entusiasmante esperienza di appartenenza ad una grande famiglia, coagulata da grandi amicizie ed affetti che si confermano e si rinnovano nel tempo con entusiasmo condiviso; una Società Scientifica sempre all'avanguardia, caratterizzata da sempre da una offerta formativa in Dermatologia, che si rinnova continuamente, sempre viva ed al passo con i tempi, al servizio della qualità e dell'innovazione delle cure specialistiche Dermatologiche, in risposta alle esigenze di risoluzione delle patologie dei nostri pazienti.

Oggi L'AIDA può vantare nel suo organico in carica e non, tra Consiglio Direttivo e Coordinatori Regionali, i più noti esperti Nazionali in tutte le varie ultraspecializzazioni della nostra branca, Dermoscopia, Vitiligine, Tricologia, la Laser Chirurgia, Istologia, la Dermatologia Legale, etc.. che hanno dato il loro personale ed insostituibile contributo alla crescita dell'associazione negli ultimi venti anni.

Emanuele Di Pierri

Emilio Dognini

Delegato Regionale Lombardia



Mi chiamo Emilio Dognini , dermatologo ambulatoriale ,lavoro principalmente presso l'Istituto Clinico S.Rocco di Ome(BS) e sono delegato regionale AIDA x la Lombardia dal 2015.

Stare nell'Aida è un pò come stare in una grande famiglia. La cosa che mi ha sempre colpito di questa associazione è lo spirito di amicizia che si respira tra tutti i soci ,dal presidente in poi.

Nell'AIDA puoi trovare supporto scientifico, ma anche calore umano, considerazione. Nessuno si sente al di sopra degli altri.

In questi anni sono venuto in contatto con molti validi colleghi che mi hanno aiutato nel mio lavoro con la loro preparazione ed esperienza.

Da 13 anni organizzo Corsi di aggiornamento per Dermatologi presso la Clinica in cui lavoro e anche per questa mia attività ho potuto contare su numerosi colleghi dell'AIDA

che hanno contribuito in modo sostanziale alla riuscita degli eventi. Eventi che oltre ad essere occasione di crescita professionale sono anche un momento di incontro e comunicazione.

Questo è importante perché noi dermatologi spesso lavoriamo in ambulatori isolati, senza la possibilità di condividere coi colleghi i problemi che possono nascere nella nostra professione.

Ecco, nell'AIDA non sei più solo !!!

Emilio Dognini

Federica Bianchi

Delegato Regionale AIDA Emilia Romagna e Repubblica di San Marino



Ho conosciuto l'associazione AIDA agli inizi degli anni 2000 quando ancora frequentavo la scuola di specializzazione in occasione di un congresso nazionale in Sardegna. Subito sono rimasta colpita dall'atmosfera gioviale ed amichevole che si respirava, ma soprattutto sin dall'inizio mi è piaciuto il taglio estremamente pratico dato alle sessioni scientifiche. Ero entusiasta di potere applicare le nozioni apprese durante i corsi alla mia pratica clinica quotidiana, come ad esempio le correlazioni clinico/dermatoscopiche delle lesioni cutanee. Nel tempo poi la fiducia accordata è stata riconfermata in quanto l'associazione si è mostrata dinamica ed in grado di adattarsi ai grandi cambiamenti che hanno coinvolto la Dermatologia nell'ultimo decennio, come l'avvento dei farmaci biologici, il consolidamento delle nozioni dermatoscopiche, l'introduzione della terapia fotodinamica o l'aggiornamento costante sulle tecnologie laser; per citarne alcuni. Con il passare degli anni ho poi imparato ad apprezzare anche altri servizi come la possibilità di aderire all'assicurazione professionale, molto articolata e completa, studiata appositamente da esperti medico legali

per tutelare al massimo la nostra specialità. Un altro aspetto importante, anzi oserei definirlo fondamentale, è la possibilità di condividere con colleghi preparati ed esperti in ogni ambito, casi particolari e di difficile inquadramento clinico, diagnostico e terapeutico: aderire alla nostra associazione significa non sentirsi soli nel proprio ambulatorio o studio medico ma essere parte di una rete di professionisti con cui discutere dei propri casi personali, condividere le proprie esperienze, ma anche di riflesso arricchire il proprio bagaglio di conoscenze scientifiche attraverso la vivace e stimolante discussione coi colleghi soci. A questo proposito ricordo con piacere e soddisfazione la volta in cui condividendo i miei dubbi su una lesione melanocitaria difficile di una giovane donna cui l'anatomo patologo aveva posto diagnosi istologica di nevo melanocitico grazie al prezioso aiuto di alcuni soci, esperti dermoscopisti che hanno sostenuto la mia ipotesi, ho deciso di richiedere un secondo parere istopatologico con revisione della diagnosi finale da benigna a maligna. È per tutte queste motivazioni che credo fermamente in AIDA e d ora che mi è stata offerta questa possibilità di diventare delegato regionale per l'Emilia-Romagna mi impegnerò con entusiasmo a sostenere e promuovere le sempre interessanti iniziative dell'associazione! Ringrazio vivamente tutto il direttivo per la splendida opportunità che mi è stata offerta di diventare parte attiva della nostra associazione AIDA!

Federica Bianchi

Floria Bertolini

Delegato Regionale AIDA Veneto



Sono iscritta all'Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali (AIDA) dal 1992. Il 14 ottobre 1995 decisi di organizzare a Vicenza un congresso di aggiornamento (1° Riunione Regionale Veneta AIDA), e chiesi il patrocinio all'AIDA, che ritenevo mi rappresentasse in quel momento più dell'ADOI e della SIDEV – cui ero pure iscritta –, avendo optato dal 1988 di lavorare come specialista ambulatoriale interna. Fu così che l'indimenticabile ed eccezionale presidente in carica, dr.ssa Nerella Petrini, mi propose di diventare Coordinatrice Regionale per il Triveneto dell'AIDA nel 1996 e mi sentii veramente onorata di tale incarico, e questo mi stimolò ad organizzare altre iniziative locali. Dal 2001 è stato possibile per l'AIDA identificare i coordinatori regionali per il Trentino Alto Adige e per il Friuli Venezia Giulia, per cui da allora sono Coordinatrice Regionale per il Veneto. Sono stata inserita nel Comitato Editoriale della rivista "Dermatologia Ambulatoriale" negli anni 1996 e 1997, altra grande opportunità che l'associazione mi ha offerto e di cui mi sono sentita onorata. L'AIDA mi ha dato la possibilità di partecipare alle interessantissime e apprezzatissime campagne di sensibilizzazione primaria sulla corretta esposizione al sole e sul rischio di melanoma, chiamate "Sole Buono... se ti proteggi", rivolte agli insegnanti dei bambini più grandi delle scuole

dell'infanzia e dei bambini del primo biennio della scuole elementari, con l'obiettivo di raggiungere i genitori dei bambini, avendo mamma e papà il compito di preservare la salute dei propri figli. Negli anni dal 2002 al 2007, compresi, si sono svolte annualmente le campagne, sempre rinnovate con materiale didattico accattivante e variato, fornito gratuitamente dall'AIDA a chi si impegnava a farsi portavoce della prevenzione. Nel mio territorio sono riuscita a coinvolgere pochi altri colleghi, ma ritengo sia stata una grande opportunità, che ha dato autorevolezza a chi si è reso disponibile ad effettuarle nel proprio territorio. Nel 2008, invece, l'AIDA ha modificato il suo programma di sensibilizzazione nelle scuole e l'ha nominato "Parliamo di pelle...la nostra buccia preziosa", cui naturalmente ho partecipato, coinvolgendo i colleghi del territorio che hanno desiderato aderire. Sono state campagne di sensibilizzazione importanti e nel 2009 i Dirigenti di alcune AULSS, in cui avevo partecipato come formatore dei Docenti delle scuole, mi fecero sapere di essere spiaciuti della fine delle iniziative. L'AIDA, poi, si è attivata per venire incontro alle esigenze assicurative degli specialisti Dermatologi e svolto molti corsi di Medicina Legale, per formare anche su queste esigenze i colleghi. Proprio per la vicinanza ai Dermatologi che lavorano esclusivamente ambulatorialmente, sono stati organizzati corsi per informare i colleghi come organizzare il proprio ambulatorio, alla luce delle modifiche legislative per poter svolgere l'attività chirurgica connessa alla nostra branca e per l'ottimizzazione degli investimenti. Non poteva mancare l'attenzione alla comunicazione, così importante per il rapporto medico/paziente. Ora l'AIDA ha organizzato dei forum di discussione dei casi clinici tra specialisti iscritti all'associazione. La tecnologia ci aiuta a sentire opinioni differenti per i casi più complessi e questa è una importante occasione di confronto. Praticamente abbiamo la possibilità di avere dei "briefing", altrimenti impossibili per chi non lavora in una divisione ospedaliera o in una clinica universitaria. Spero che i colleghi del Veneto, in particolare coloro che svolgono una attività esclusivamente ambulatoriale, si iscrivano alla nostra associazione, per lavorare insieme a migliorarci, portando la loro esperienza e le loro necessità al confronto con i colleghi.

Floria Bertolini

Gian Piero Lozzi

Delegato Regionale Lazio



Mi chiamo Gian Piero Lozzi e sono da Gennaio 2017 Coordinatore Regionale AIDA per il Lazio.

E' dal Congresso Nazionale di Trieste nel 2004 (ero allora uno Specializzando in Dermatologia) che seguo con regolarità gli eventi AIDA più importanti; da questa più che decennale "fellowship" ho potuto trarre insegnamenti ed esperienze importanti che sono ora parte integrante della mia formazione come Dermatologo, sia su un piano strettamente medico-scientifico che umano.

AIDA ha da sempre rappresentato per me un luogo e un modo di condivisione tra colleghi senza barriere legate agli stereotipi, avendo come obiettivo la crescita professionale.

Sono stato affascinato dal taglio pratico, dalla costante ricerca di tematiche utili al Dermatologo che, nella unicità del proprio studio, vuole offrire un servizio competente e competitivo. Ho trovato la ricerca della praticità degli argomenti trattati in AIDA, perfettamente sposata con la scientificità, in un connubio a mio parere virtuoso e bilanciato.

Negli anni mi accorgo che la mia professione è cambiata, migliorata, più consapevole. Ho avuto innumerevoli possibilità di crescita nei campi dermatologici che mi appassionano di più come l'utilizzo dei laser, la chirurgia dermatologica sia in campo oncologico che estetico, la dermatologia pediatrica, senza tralasciare, anzi, approfondendo tutta l'area clinica e la dermoscopia. Con il tempo i miei studi si sono evoluti sia strutturalmente che nelle attrezzature mediche; una buona parte di questo miglioramento lo devo all'esempio di molti colleghi in AIDA, che ha sostenuto il mio desiderio di crescita.

Consiglierei ad un collega di entrare a far parte di AIDA perchè all'interno di essa può trovare il proprio spazio, può dare voce alle proprie idee ed esigenze senza timore e, soprattutto, può trovare risposte utili alla propria professione.

In questi anni ho avuto la fortuna di conoscere colleghi e amici che mi hanno aiutato a costruire la mia attività di dermatologo, migliorandola costantemente. Ho avuto anche modo di consigliare o aiutare colleghi magari più giovani, nel loro percorso e nella loro crescita professionale. E' su questo spirito collaborativo che si basa lo "Stile AIDA".

Gian Piero Lozzi



AIDA

ASSOCIAZIONE ITALIANA
DERMATOLOGI
AMBULATORIALI



Professor Paul Gerson

UNNA ACADEMY

**Committed
to Digital Improvement
in Healthcare**

Giulio Ferranti

Delegato Regionale Lazio AIDA



Il mio rapporto con l'AIDA è cominciato ormai oltre un quarto di secolo fa!

Ricordo con immenso piacere i primi incontri in una stanza messa a disposizione da una azienda dove ci si incontrava, dapprima in pochi, poi in un numero sempre più crescente, sotto la sapiente regia di Paolo Silvestris che, insieme agli altri fondatori, aveva avuto la grande intuizione che la dermatologia sarebbe diventata sempre più una disciplina ambulatoriale. In quegli anni io lavoravo all'IDI di Roma, probabilmente il più grande ospedale dermatologico del mondo (almeno come numero di posti letto), eppure quell'Ospedale non sarebbe diventato così importante se non avesse avuto nel suo DNA una vera "vocazione" ambulatoriale. Infatti dai suoi numerosi ambulatori passavano ogni giorno centinaia di pazienti fornendo a tutti noi, giovani dermatologi, una esperienza clinica

veramente unica. Anche per questo aderii con entusiasmo all'iniziativa dei Fondatori comprendendo che l'Associazione interpretava a pieno la vera essenza della Dermatologia che si basa sul rapporto diretto fra lo specialista, o meglio, gli occhi dello specialista ed il paziente. Ho partecipato attivamente a tutti i congressi dell'AIDA e da ognuno di questi ho ricavato un arricchimento del mio bagaglio culturale.

Per non essere troppo prolisso voglio solo ricordare un episodio che credo sia molto esplicativo per comprendere il ruolo dell'AIDA nella dermatologia italiana. In uno dei primi congressi, svolti a Marina d'Ugento, si svolse come evento secondario una sessione di dermatoscopia (scienza allora quasi sconosciuta) tenuta oltre che da me dal dr Gasparini e dal dr Giovene: fu un successo incredibile e, sinceramente, credo che da quell'afoso pomeriggio a Marina d'Ugento cominciò la storia della dermatoscopia italiana.

In conclusione credo di poter dire che il mio percorso di dermatologo e dermatopatologo si sia svolto parallelamente a quello dell'AIDA e spero che i tanti giovani colleghi che si stanno avvicinando all'AIDA comprendano quanto sia grande ed importante la lunga storia che sta dietro a questa grande siglaAIDA !!!!!!!

Giulio Ferranti

Marco Menchini Delegato Regionale Toscana



“Take Home Message”. Spesso le comunicazioni, nei vari Corsi e Congressi, terminano con questa frase.

Concetti, suggerimenti da portare a casa.

Quando, molti anni fa, per la prima volta ho partecipato al Congresso Nazionale AIDA, questa è stata la prima cosa che ho imparato.

Al ritorno, il mio zaino del congressista era colmo di spunti e suggerimenti che avrei potuto utilizzare nel mio lavoro, sin dal mattino successivo.

Questo credo che sia il tratto distintivo dei corsi di aggiornamento organizzati dall'AIDA.

Tratto distintivo che è rimasto immutato nel tempo perché AIDA nasce proprio per questo.

Nasce dall'idea di un gruppo di “visionari illuminati”. Dalla loro voglia di condividere, con i colleghi, le proprie esperienze e le proprie capacità professionali, dando in questo modo una svolta a quello che era l'aggiornamento in Dermatologia.

Alcuni di questi amici non ci sono più, ma AIDA è rimasta quella che loro hanno fondato.

E' per questo che alcuni anni dopo ho voluto impegnarmi in prima persona nell'associazione diventando delegato regionale per la Toscana.

Non conoscevo nessuno e nessuno mi conosceva, ma sono stato accolto come un amico di vecchia data.

In AIDA ho trovato colleghi che condividevano le mie stesse esperienze e gli stessi problemi lavorativi quotidiani.

Proprio nella direzione di risolvere i problemi dell'attività lavorativa quotidiana si inseriscono le convenzioni stipulate dall'Associazione: quella per l'assicurazione professionale, quella per la revisione degli elettromedicali (alla quale ho partecipato attivamente) e quelle attualmente in cantiere che vi saranno presentate dai membri del Direttivo.

La mia esperienza sta a significare che in AIDA c'è bisogno di ognuno di noi. AIDA non è un'associazione piramidale, non esistono docenti e discenti.

AIDA è fatta di professionisti che quotidianamente aprono i propri ambulatori e che hanno deciso di condividere con altri professionisti la propria esperienza.

La mia attività lavorativa ha tratto molto vantaggio da questo mio impegno nell'associazione.

Ho potuto conoscere tanti colleghi, ognuno maestro nel proprio campo e questo mi ha permesso di essere parte di un network di professionalità.

Il più grande privilegio di noi liberi professionisti ed ambulatoriali è quello di poter decidere in autonomia nella propria attività lavorativa. Ma questa, che è una grande libertà, può diventare anche il nostro più grosso limite. A volte ci troviamo soli nella gestione di casi clinici complessi, senza la possibilità di confrontarsi con nessuno. Nell'associazione ho trovato colleghi disponibili a confrontarsi ed aiutarmi su casi clinici complicati che si presentavano, ed allo stesso tempo ho avuto modo di portare agli altri il mio piccolo contributo.

In AIDA abbiamo un gruppo whatsapp che comprende tutti i delegati regionali ed i membri del direttivo. In questo gruppo ci scambiamo idee e discutiamo casi clinici di ciascuno di noi.

Ultimamente abbiamo avuto modo di confrontarci sulle problematiche legate alla prescrizione dell'isotretinoina per via sistemica.

Tutti voi sapete come sia cambiata la modulistica, soprattutto per le donne in età fertile. Questo ha creato notevoli problemi gestionali. Per esempio come compilare il nuovo modulo che, tra le altre cose, non contiene neppure uno spazio per il nome del paziente. Un altro aspetto che è emerso nel nostro dialogo è quello che ad oggi, al momento in cui vi scrivo, sia il medico di medicina generale che il farmacista fanno ancora riferimento al vecchio modulo aifa, quello pubblicato in gazzetta ufficiale nel 2009. Conoscere la problematica e condividere il mio modo di operare con altri colleghi, mi ha dato maggiore tranquillità nella mia attività prescrittiva quotidiana.

Per concludere, la storia del mio impegno nell'Associazione credo che stia a significare che in AIDA c'è bisogno ma soprattutto c'è SPAZIO per ognuno di noi.

Marco Menchini

Maria Elena Parlangei

Delegato Regionale Veneto



Sono Maria Elena Parlangei, medico chirurgo dermatologo.

La mia vita è contraddistinta da intenso amore verso il prossimo e forte impegno nella mia famiglia e nel mio lavoro.

Conoscenza, Ascolto, Rispetto sono i valori in cui credo profondamente. Sono gli aspetti che mi caratterizzano come donna, madre, moglie, medico. Sono gli stessi valori che ritrovo nell'Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali.

AIDA è una società competente, dinamica e concreta. I convegni AIDA sono valide opportunità di aggiornamento in cui, in un'atmosfera di amicizia e libera condivisione, si affrontano tematiche sempre interessanti e stimolanti.

Molto vantaggiosi in oltre risultano le coperture assicurative riservate ai soci AIDA.

Grazie AIDA per accompagnarmi nel cammino di crescita professionale e umana.

Maria Elena Parlangei

Marianna Breda Delegato Regionale Abruzzo



Laureata in Medicina e Chirurgia nel 2004 e specializzata in Dermatologia e Venereologia nel 2009 presso l'Università degli studi "G.D'Annunzio" di Chieti, dal 2015 ho assunto l'incarico di coordinatrice dell'Aida per la mia regione, che è l'Abruzzo.

L'AIDA ("Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali") è un'organizzazione nata nel 1990 con l'obiettivo di contribuire all'aggiornamento ed alla formazione permanente del dermatologo ambulatoriale, che ha raggiunto negli anni una profonda radicazione nel territorio italiano, grazie – soprattutto - ad una spiccata apertura al rinnovamento, nella convinzione che la migliore via per la promozione professionale sia quella di coniugare nuove idee ed energie a vecchie e solide esperienze.

In particolare, credo che il successo dell'associazione si basi principalmente sul focus della "collaborazione". Come una vera squadra sportiva, infatti, la presenza e l'interazione di tanti professionisti del medesimo settore consente di conseguire risultati inaccessibili a soggetti singoli o a piccoli gruppi di lavoro, ed è per questo che l'apertura a nuovi membri - ognuno con specifiche capacità ed attitudini – è per noi obiettivo prioritario. V'è la consapevolezza che un'azione collettiva e sinergica consente non solo di portare benefici alla comunità esterna, ma di farlo mediante la primaria valorizzazione di noi stessi, sia da un punto di vista professionale che personale.

Il lavoro di squadra è reso possibile non solo grazie all'opera coadiuvante di un Consiglio Direttivo, nucleo forte delle proprie tradizioni e qualifiche, ma anche alla capillare presenza sul territorio dei coordinatori regionali che – fisicamente o mediante web - interagiscono e lavorano insieme, finendo per costituire un unico grande team, molto reale anche se con mezzi di incontro virtuali. In tal modo, ci si confronta, si scambiano comunicazioni utili, si condividono immagini piuttosto che video e si può discutere su tematiche diagnostiche, gestionali e terapeutiche - a volte "scottanti" nella pratica dermatologica quotidiana - mettendo ognuno a disposizione degli altri il proprio bagaglio e la propria esperienza clinica.

Per quei dermatologi, ovvero la stragrande maggioranza, che non operano in dipendenza di strutture pubbliche e/o convenzionate, sotto la cui "ala protettrice" trovare tutela, l'unione in un'unica associazione come l'AIDA consente poi maggiori garanzie e permette di conseguire una voce, o – meglio - un potere contrattuale con istituzioni e grandi controparti altrimenti impensabile. A riguardo, basti pensare ai traguardi raggiunti nel ramo assicurativo, con convenzioni vantaggiose e a prezzi competitivi, o alla semplice opportunità di ricevere una modulistica aggiornata e ad hoc per l'adeguamento alla normativa sulla privacy, o ancora alla predisposizione di software per finalità specifiche (quale quello sulla fatturazione elettronica), e via dicendo.

Infine, l'elevato numero degli iscritti, grazie al supporto dei coordinatori, consente l'organizzazione su tutto il territorio nazionale di eventi di formazione ECM. Per gli eventi locali, in particolare, si predilige un taglio pratico, o come si definisce al giorno d'oggi "smart", seppur sempre con un'attenzione rivolta alle tematiche di maggiore attualità e interesse, ma la "punta di diamante" risiede nell'ormai tradizionale appuntamento annuale del congresso nazionale, ove le varie tematiche possono essere esaminate e discusse nel modo più diffuso ed esaustivo.

Per concludere, entrare a far parte del mondo AIDA è stata per me una fortuna e una grande opportunità che auguro a tutti. I tanti "spunti" e "punti" di vista diversi hanno contribuito ad arricchirmi ed a migliorarmi sotto il profilo non solo professionale, ma anche e soprattutto personale, in quella che, per il sincero affetto ricevuto e i tanti amici trovati – oltre che eccellente luogo di ricerca e di crescita professionale – è realmente una grande e solida famiglia, pronta, come ogni buona famiglia, a fare gruppo e a dare l'aiuto e il supporto necessario ogni qualvolta ve ne sia l'esigenza.

Marianna Breda

I DELEGATI AIDA

Nadia Russo

Delegato Regionale Campania

Ho avuto il piacere di conoscere AIDA nel 2005 quando appena specialista in Dermatologia, mi affacciavo al mondo lavorativo senza avere le spalle coperte da mamma "Università".

Mi sono sentita subito a mio agio, accolta da esperti colleghi in vari ambiti della mia branca specialistica.

Da allora è stato un crescendo, ho lavorato gomito a gomito con vari presidenti, organizzando corsi di Laserterapia sino poi a diventare un delegato regionale.

AIDA è per me una grande famiglia, dove si ritrovano amici di vecchia data e se ne aggiungono di nuovi con cui è possibile scambiare idee ed esperienze atte a migliorare la pratica clinica ed essere un sostegno nei momenti di difficoltà soprattutto talvolta per l'orientamento diagnostico –terapeutico di tante patologie con cui il dermatologo ambulatoriale si confronta quotidianamente.

La forma mentis di AIDA, le offerte formative di taglio pratico, la possibilità di usufruire di una serie di importanti servizi professionali, la rendono un'Associazione aperta, dinamica, pronta a far salire a bordo tutti i giovani specialisti che hanno necessità di lavorare ma anche di continuare ad aggiornarsi rimanendo al passo con i tempi e proiettandoli in una dermatologia "futuristica".

Nadia Russo

Renato Rossi

Delegato Regionale Marche



L'AIDA è un'associazione che ha un filo diretto tra tutto ciò che si muove in ambito scientifico e la pratica clinica. E'aperta alla ricerca, sempre con un occhio rivolto all'esperienza professionale quotidiana. Dà la possibilità di rimanere aggiornati sulla letteratura e la ricerca scientifica (non è possibile singolarmente realizzare ciò su tutta la vasta materia dermatologica) senza che ciò rimanga astratto, puramente accademico, ma si cala e si confronta con le problematiche dell'esperienza clinica quotidiana. La condivisione di queste spesso ci chiarisce i dubbi,dà visioni diverse,ci alleggerisce il peso di tante decisioni diagnostiche e terapeutiche.lo ringrazio il consiglio direttivo per avermi dato la possibilità di condividere nel convegno nazionale e sulla rivista dell'associazione i primi risultati dell'affascinante ricerca in dermoscopia ad altissimo ingrandimento svolta con il patologo Gerardo Ferrara e l'equipe dermatologica dell'ospedale di Macerata diretta dal dr Marco Simonacci. Con l'AIDA si ha la possibilità di conoscere i centri di eccellenza nei vari ambiti:questi rimangono un utile punto di riferimento per le problematiche più complesse.Molto utili gli approfondimenti in dermatologia legale:problematica che costituisce una spina nel fianco di ogni dermatologo.Un grazie per avermi dato la possibilità di vivere più direttamente l'associazione e con la mia esperienza ed il mio

impegno condividerne così gli scopi.

Renato Rossi

Silvia Panigalli

Delegato Regionale Veneto



“Gli specialisti ambulatoriali si ritrovano durante la loro attività professionale a gestire situazioni cliniche complesse in maniera individuale.

Personalmente spesso mi è mancato il conforto di una conferma diagnostica o la soddisfazione di condividere un caso interessante.

Il pericolo è di fossilizzarsi nella solita routine e svolgere il lavoro in maniera ripetitiva e poco stimolante.

Nella nostra ulss tra colleghi è nato spontaneamente un piccolo gruppo di dermatologi che si scambiano informazioni e si supportano, aumentando l'efficienza e l'accuratezza di tutti.

La proposta di entrare a fare parte della associazione AIDA mi ha portato un nuovo entusiasmo.

Sono una persona collaborativa.

Sono felice di entrare a far parte di una rete più grande ed organizzata di professionisti esperti, consapevole del fatto che lavorando in gruppo si ottengono risultati migliori.

Ognuno ha l'opportunità di dare il proprio contributo e la possibilità di accrescere la propria conoscenza.

Il legame professionale diventa inoltre un rapporto di stima personale e si creano le condizioni affinché il collega diventi anche un punto di riferimento.

Fare gioco di squadra in una comunità di dermatologi di tutte le regioni di Italia è una straordinaria occasione di crescita, sia per il professionista, che trova supporto nel gruppo, sia per la stessa Associazione AIDA, a cui ogni dermatologo ambulatoriale apporta la propria preziosa esperienza”.

Silvia Panigalli

ORGANIGRAMMA AIDA

MEMBRI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

ALESSANDRO MARTELLA
Presidente
Tiggiano (LE)

SATURNINO GASPARINI
Past President
e Responsabile Commerciale
Terni

GIAN LUIGI GIOVENE
Consigliere, Vice Presidente
e Direttore Scientifico
Perugia

GIOVANNI MENCHINI
Consigliere
Pisa

FEDERICA OSTI
Consigliere e Segretario
Ferrara

DOMENICO PICCOLO
Consigliere
e Responsabile Commerciale
L'Aquila

STEFANIA PIZZIGONI
Consigliere
Parma

LUCIA VILLA
Consigliere e Tesoriere
San Benedetto Del Tronto (AP)

GIANNI VIRNO
Consigliere
Ventimiglia (IM)

PROBIVIRI

GIAN LUIGI GIOVENE
Perugia

NERELLA PETRINI
Pescia (PT)

DOMENICO PICCOLO
L'Aquila

COORDINATORI REGIONALI

DAVIDE BASSO
Genova
Liguria

FLORIA BERTOLINI
Padova
Veneto

FEDERICA BIANCHI
Domagnano (RSM)
Emilia Romagna

MARIANNA BREDA
Pescara
Abruzzo

MARIO NINO DASTOLI
Corigliano Calabro (CS)
Calabria

EMANUELE DI PIERRI
Taranto
Puglia

EMILIO DOGNINI
Brescia
Lombardia

GIULIO FERRANTI
Roma
Lazio

DIMITRA KOSTAKI
Roma
Lazio

GIAN PIERO LOZZI
Montefiascone (VT)
Lazio

PIERGIORGIO MALAGOLI
Milano
Lombardia

MARCO MENCHINI
S. Giustino Valdarno (AR)
Toscana

SILVIA PANIGALLI
Thiene (VC)
Veneto

MARIA ELENA PARLANGELI
Ponzano (TV)
Veneto

IVANA ROMANO
Alezio (LE)
Puglia

MARCO ROSATI
Cantiano (PU)
Marche

RENATO ROSSI
Ostra Tevere (AN)
Marche

NADIA RUSSO
Napoli
Campania

VIVIANA SCHIAVONE
Orbassano (TO)
Piemonte

FRANCO STOCCHI
Perugia
Umbria

MARGHERITA TERRANOVA
Catania
Sicilia

ROMINA TESTA
Terni
Umbria

**BIANCA MARIA
GRAZIA ZOLO**
Sassari
Sardegna

Gubbio Dermoscopy Forum

presenta

Dermoscopy PRO

Advanced Meeting

19

Quello che **non ti aspetti**

Chairmen

S. Gasparini, G.L. Giovene, G. Pellacani

Gubbio
Park Hotel Ai Cappuccini

Scegli la tua data

11-13 Aprile 2019

19-21 Settembre 2019

Segreteria Organizzativa



Joining People Srl

Via F. Ferraironi, 25 T3A - 00177 - Roma

Tel +39 06/2020227 - Fax +39 06/20421308

gubbio@joiningpeople.it - www.joiningpeople.it

 **dermoscopyforum**

estendi la tua dermoscopia

www.dermoscopyforum.it

IL DERMATOLOGO E L'USO DEI SOCIAL NETWORK

Giovanni Menchini

Dermatologo Toscana

Mi viene spesso chiesto come ci si dovrebbe comportare sui social network come dermatologi, e questa richiesta viene altrettanto spesso corredata da giudizi poco piacevoli dei colleghi che hanno comportamenti un pochino meno "ortodossi" da un punto di vista deontologico sugli stessi media.

Ovviamente non esiste una risposta univoca in quanto non siamo certo tutti uguali, le nostre visioni della dermatologia differiscono in tanti aspetti, i campi più specifici di cui ci occupiamo sono diversi ed in ultimo ma non meno importante, lavoriamo in ambienti diversi: ospedali, cliniche private e libera professione pura.

Dunque come orientarsi nel mondo dei social network?

La cosa più importante è comprendere cosa desideriamo, o meglio cosa intendiamo ottenere dal rapporto con i "social".

Desideriamo aumentare il numero dei pazienti che visitiamo? Desideriamo essere considerati importanti in una data malattia o in una zona geografica? Vogliamo entrare nella contesa del trattamento di qualche patologia o trattamenti di dermatologia estetica?

Se non diamo una direzione alla nostra azione risulterà slegata e confusionaria, spesso peggiore di non fare niente.

Sarebbe veramente gigantesco cercare di approfondire ognuno di questi temi di conseguenza analizzerò quello che secondo me è il dermatologo tipo che fa questa domanda, un collega che non ha troppa dimestichezza nel digitale ma che non è abbastanza anziano da permettersi di starne fuori, che vorrebbe fare ma non

sa bene cosa perché non ha un campo super-specialistico da mostrare e se lo avesse sarebbe comunque riduttivo di tutto il suo lavoro.

Avendo aiutato alcuni colleghi anni fa in questo campo vi spiego quale è una strategia di successo che vi renderà felici.

La cosa più importante è che la vostra immagine social sia più coerente possibile con quello che siete, con il carattere che avete. Avere una immagine specchiata di quello che siete è fondamentale, alterarla invece provocherà diffidenza immediata in chi vi osserva dai social. Se l'immagine che riuscirete a costruire sarà fedele all'originale, convincerete i pazienti come normalmente fate nei vostri ambulatori.

Per ottenere questo genere di immagine, la prima cosa da fare e la più importante, è ingaggiare un fotografo che riesca a ritrarvi bene (con questo intendo che vi "riconosciate" nelle fotografie che vengono fatte). Le fotografie devono ritrarvi a lavoro come al di fuori di questo, dovete essere "voi".

Avere delle immagini del genere non ha prezzo, spendete qualche euro in più e non lasciate questo aspetto a qualche figlio

improvvisato fotografo.

Le fotografie sono fondamentali danno il "colore" a quello che si legge, rendendolo credibile o meno.

Ora la parte più difficile, separate la parte social personale da quella del "dottore", le cose che fate con la famiglia per quanto bellissime non contribuiscono a aumentare la stima dei pazienti e al contrario possono generare perfino invidia se mostrate di "avere" più della media, le cose della famiglia stanno con famiglia e amici, le cose del "dottore" stanno con i pazienti.

Quali sono le cose da pubblicare come medico? Sono tantissime, ogni giorno vi capitano cose in ambito lavorativo che meritano di essere conosciute e apprezzate dai vostri pazienti (sempre mantenendo la privacy ovviamente se ci si riferisce a visite io altri pazienti), ma anche messaggi di utilità dermatologica varia (map-

patura nei, schermi solari, e tantissimi altri argomenti), perché no, riflessioni personali sullo stato delle cose in genere.

Un grosso altolà ve lo consiglio, non parlate mai di religione, politica e sport. Questi tre argomenti sono delatori di astio e diffidenza, infatti quando vi schierate su questi argomenti magari vi sentite gratificati dal ritorno dei messaggi positivi, ma probabilmente dietro vi sono il doppio o il triplo di persone che la pensano diversamente e che ovviamente non vi scrivono niente.

I profili social, una volta aperti devono essere mantenuti attraverso la pubblicazione di post con una cadenza almeno settimanale. Il mio consiglio è mettersi un pomeriggio al mese

a scrivere e pensare i post di tutto il mese, in modo da non avere troppi problemi e essere sempre presenti sui social con cadenza corretta.

Credetemi, nessuno si aspetta da voi (come da nessun altro) il post che gli salva o gli cambia la vita, spesso è importante semplicemente far riflettere gli utenti 4-5 secondi, si ricorderanno di voi con stima e torneranno nel vostro studio con maggiore facilità. Spesso ai pazienti fa semplicemente piacere vedere che ci siete e che continuate ad occuparvi di dermatologia.

Vi ho dato dei consigli che, a parer mio, sono sufficienti per partire in questo magnifico mondo.

Un buon profilo social deve dare serenità e gioia, se li fate bene vi porteranno tantissimo lavoro e riconoscimenti.

Fatemi sapere e chiedetemi consigli se volete.



IDROSADENITE SUPPURATIVA

Gian Piero Lozzi

Dermatologo Lazio



Si tratta di un caso di idrosadenite suppurativa dei genitali esterni di una donna di 48 anni (Fig 1). La paziente soffriva di questa patologia da ormai 5 anni e non aveva tratto giovamento da alcuna delle terapie proposte precedentemente con peggioramento costante del quadro clinico, continue infezioni del tratto genito-urinario, dolore urente e qualità di vita generale scadente. In particolare la paziente era stata sottoposta a terapia con antibiotici a largo spettro e cortisonici per os, senza risultati apprezzabili. Non era eleggibile per la terapia con Adalimumab, Ciclosporina e Isotretinoina (poiché in terapia antitumorale per un carcinoma della mammella da 2 anni) e con estro-progestinici (per eventi trombotici agli arti inferiore avvenuti in giovane età). Insomma, un caso per me molto complicato che ho avuto la possibilità di condividere con i colleghi in una sorta di working-group. Ne è nata l'idea di sottoporre la paziente a terapia con limeciclina ad alte dosi (300mg x2/die) per un periodo di 3 mesi e poi a dosi standard (300mg/die) per altri 3 mesi. Sebbene il quadro clinico sia solo parzialmente migliorato, è scomparsa totalmente la sintomatologia dolorosa-urente e la suppurazione con restituzione di una accettabile qualità di vita (Fig 2).



(Fig 1)



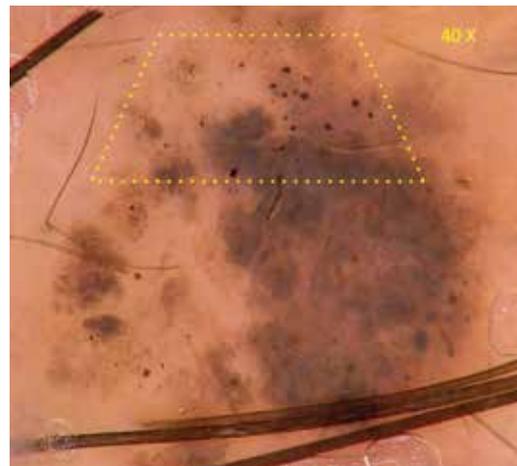
(Fig 2)

LESIONE COMBINATA AL VISO

Renato Rossi



Uomo di 50 anni: alla tempia dx presenta un nevo dermico
 Alla dermoscopia a 40 X nel polo superiore si nota una strana punteggiatura nerastra



Aumentando l'ingrandimento: 270 X, riusciamo immediatamente a fare diagnosi: inusuale lesione combinata: Nevo dermico ed Eptelioma basocellulare. L'alto ingrandimento ha la sua espressione massima con il 400 X con il quale riusciamo a "navigare tra le cellule"; tuttavia gli ingrandimenti intermedi (170 X, 240 X e 300X) ci scompongono i colori, ci fanno scoprire particolari inediti ed aumentano la tridimensionalità dell'immagine, rendendo più facile l'interpretazione dell'immagine dermoscopia convenzionale.



MELANOMA AMELANOTICO DEL VOLTO

Silvia Panigalli

ULSS 7 Pedemontana Ospedale Alto Vicentino



Donna di 56 anni, con fototipo chiaro e cute fotodanneggiata, presenta una placca eritematosa, appena palpabile e lievemente desquamante in regione zigomatica destra riferita insorta da almeno un anno, diagnosticata come cheratosi attinica e trattata con crioterapia e diclofenac sodico topico senza risultato.

Quadro clinico:



Quadro dermoscopic:



Sottoposta a biopsia incisionale diagnostica, la diagnosi istologica è la seguente: "Lembo di cute e sottocute con infiltrazione di melanoma maligno a cellule fusate cui si associa una componente giunzionale di melanoma in situ tipo lentigo

maligna e che infiltra il margine profondo di exeresi.

La determinazione degli indici prognostici sarà effettuata sul campione dopo escissione completa dell'intera lesione".

L'esito istologico della lesione completamente escissa descrive:

" Melanoma maligno, in fase di crescita radiale tipo lentigo maligna ed in fase di crescita verticale con componente a cellule fusate, che giunge fino al tessuto sottocutaneo; indice mitotico di 2 mitosi per mm², con moderato infiltrato intratumorale, con aspetti di invasione perineurale, non angiolinfatica. Spessore di Breslow: mm 3,8.

pTNM:pT3a

La lesione dista mm 2,2 dal margine profondo di exeresi, mm 2 dal margine pre-auricolare, mm 2 dal margine zigomatico, mm 5 dal margine inferiore, mm 6 dal margine superiore".

La signora viene sottoposta ad allargamento (con innesto cutaneo libero) associato a linfonodo sentinella, che risulta negativo.

Quadro clinico della signora che viene tuttora monitorata in videodermatoscopia presso il nostro centro tre anni dopo l'asportazione della lesione:



La difficoltà diagnostica di questo caso è parzialmente attribuibile al fatto che una lesione rosata e lievemente desquamante localizzata in una zona cronicamente fotoesposta in un soggetto con fototipo chiaro induce alla diagnosi di cheratosi attinica o di non melanoma skin cancer a causa della elevata incidenza di queste lesioni in tale sede.

In questo caso di melanoma amelanotico del volto la diagnosi è ostacolata dall'assenza dello pseudoreticolo atipico con i classici punti globuli grigio-blu o grigio-ardesia a livello perifollicolare.

Il pattern dermoscopic potrebbe definirsi aspecifico, cioè la lesione all'esame dermoscopic presenta aspetti che non sono inquadrabili in alcuno dei pattern classici.

Questo pattern aspecifico, di difficile interpretazione, nel quale non è possibile riconoscere nessun pattern globale può essere suggestivo di melanoma amelanotico invasivo (1).

Bibliografia:

S. Gasparini, G. L. Giovane, G. Ferranti. Trattato di Dermoscopia. Ed Springer 2003

PILOMATRICOMA PROLIFERANS

Emilio Dognini

Dermatologo Lombardia



Uomo di 66 anni. Da circa 4 mesi si è manifestato questo nodulo che è progressivamente aumentato fino alle dimensioni attuali. La lesione era sicuramente suggestiva per un tumore di origine annessiale ma non benigno.

Infatti l'esame istologico ha dato la diagnosi di Pilomatricoma proliferans. Non quindi il tumore benigno, sottocutaneo di origine annessiale, tipico dell'età infantile, che appare come un nodulo unico, asintomatico, localizzato più spesso al viso e raramente al collo e al tronco, ma una lesione che il patologo ha definito a bassa malignità. In questo caso troviamo un alto indice mitotico con mitosi atipiche, focolai di necrosi e focale differenziazione squamocellulare. All'esame istologico poi sono presenti cellule basofile alla periferia mentre al centro si osservano cellule mummificate le ghost cells, tipiche del Pilomatricoma, che ripiene di cheratina, hanno perso il loro nucleo e spesso presentano depositi di calcio. L'esame dermoscopico presenta strutture irregolari biancastre e vasi polimorfi atipici. Spesso nel contesto di queste lesioni si evidenziano con l'ecografia aree anecogene di degenerazione cistica e puntiformi immagini iperecogene dovute a multiple calcificazioni. L'asportazione chirurgica richiede un margine di 1.2 cm per evitare le recidive. La cosa che mi ha ulteriormente stupito è che a distanza di nemmeno un mese ho trovato un altro pilomatricoma, questa volta però benigno, anche lui comunque a rapida crescita, sull'avambraccio di un uomo di 68 anni.



01-Pilomatricoma proliferans Foto clinica



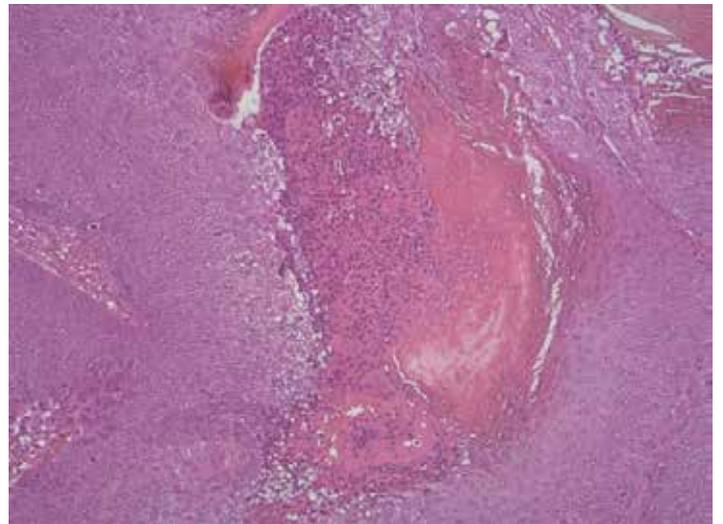
02-Pilomatricoma proliferans Dermatoscopia

PILOMATRICOMA PROLIFERANS

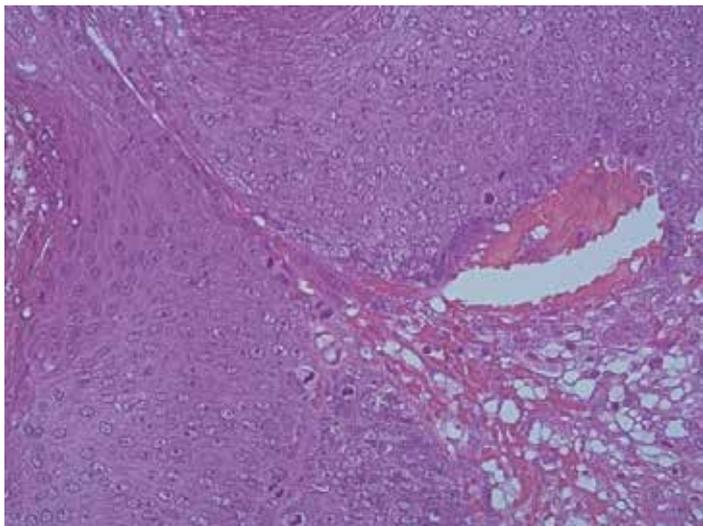
Emilio Dognini
Dermatologo Lombardia



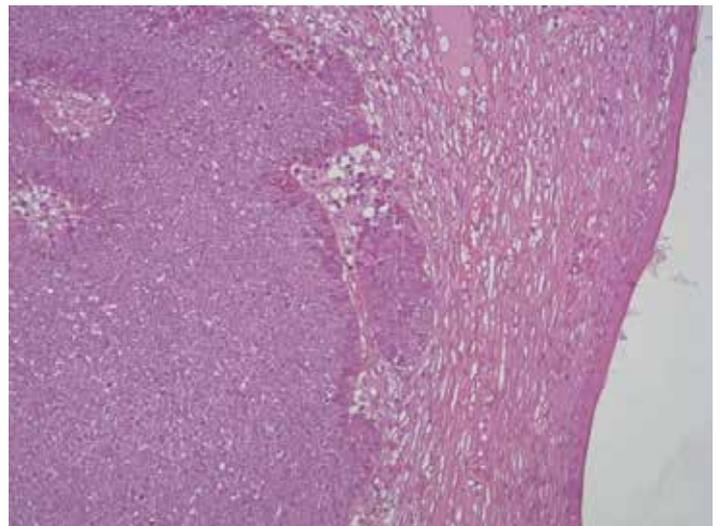
03-Pilomatricoma proliferans Dermatoscopia



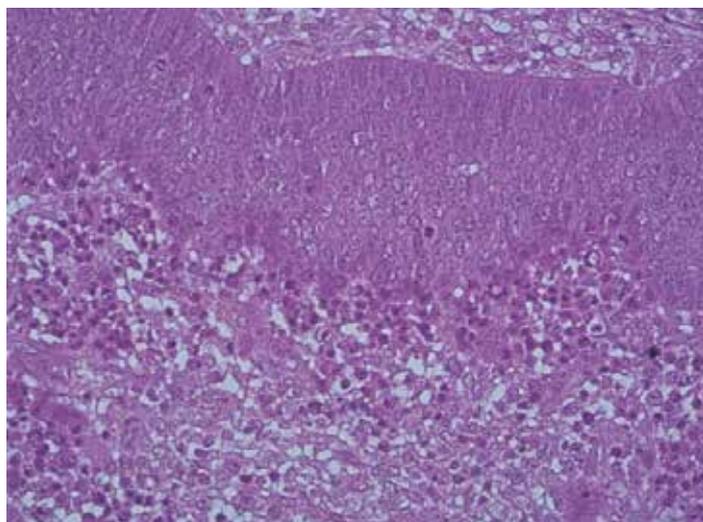
06-Pilomatricoma proliferans Istologia



04-Pilomatricoma proliferans Istologia



07-Pilomatricoma proliferans Istologia



05-Pilomatricoma proliferans Istologia

UNA LESIONE PAPULOSA DEL NASO

Emanuele Di Pierri

Dermatologo Puglia



La Sig.ra L.M. è una giovane donna di 35 anni che è giunta alla mia osservazione a metà Novembre del 2018, preoccupata per la recente comparsa di una lesione papulo nodulare, parzialmente pigmentata all'emidorso sinistro della piramide nasale. La paziente riferiva che la lesione, comparsa da circa 34 mesi e presentatasi inizialmente come un puntino roseo, è andata via via aumentando di dimensioni, sopraelevandosi sino a divenire rilevata e palpabile ed a raggiungere le attuali dimensioni, sanguinando talvolta pressoché spontaneamente o anche solo con un semplice sfioramento. La storia clinica delle recente comparsa faceva escludere la diagnosi di nevo dermico di Miescher per il quale (nel caso di diagnosi accertata clinicamente e dermoscopicamente) si sarebbe potuto procedere alla fotoablazione con il laser CO₂. La dermoscopia non era affatto dirimente, anzi lasciava aperte alcune diagnosi differenziali anche molto diverse tra loro, e non consentiva affatto di escludere una lesione melanocitaria maligna (melanoma amelanotico). Ad un polo della lesione infatti era presente una pigmentazione con caratteristiche potenzialmente riconducibili a lesione melanocitaria, con follicoli ben evidenti e conservati, (che solitamente mancano nelle lesioni vascolari incluso il granuloma piogenico), un pattern vascolare non convincente, la presenza di un piccolo vaso afferente ben visibile in periferia (di



01- Foto Clinica



02- Dermatoscopia

UNA LESIONE PAPULOSA DEL NASO

Emanuele Di Pierri

Dermatologo Puglia

frequente riscontro in lesioni maligne metabolicamente avida ed a rapida crescita), la rapida crescita, imponevano il ricorso ad una exeresi radicale per l'accertamento istologico. Altre possibili diagnosi differenziali da contemplare: emangioma capillare, papula fibromatosa del naso, angiofibroma, granuloma eosinofilo facciale, istiocitoma. Di fronte ad un sospetto clinico che impone l'esclusione di una patologia maligna attraverso l'accertamento istologico, l'inderogabile ricorso alla chirurgia tradizionale con la possibilità di un inevitabile esito cicatriziale diviene secondaria ma pur tuttavia affatto trascurabile. La giovane età della paziente, la presenza della lesione in una sede esteticamente nobile del viso, quale la radice della piramide nasale e la presenza di una cute sottile sottesa dal piano osseo delle ossa nasali, nel caso della inderogabilità al ricorso alla chirurgia tradizionale con il bisturi a lama fredda, richiedono il ricorso ai più fini accorgimenti tecnici, operatori e postoperatori, finalizzati all'ottenimento della migliore qualità possibile degli esiti cicatriziali, il più possibile vicina alla scomparsa della visibilità clinica della cicatrice chirurgica a distanza di 6 mesi. Il rischio che rimanga un esito cicatriziale visibile c'è sempre, anche con le più fini accortezze chirurgiche, ma dato il sospetto non ci si può esimere dall'asportazione a scopo biotico e soprattutto la paziente deve essere consapevole e ben indottrinata che l'esito chirurgico è comunque migliorativo rispetto alla lesione presente, che comunque lei stessa considera oltremodo antiestetica. Laddove praticabile, la semplice incisione a losanga risulta sul piano estetico degli esiti cicatriziali ottenibili, di gran lunga superiore a quella di qualsiasi lembo od innesto. In questo caso è stata praticata una losanga, orientata orizzontalmente secondo le corrette linee di Langer per quella sede anatomica, avendo cura di condurre un unico taglio continuo ed a bordi netti verticali, a tutto spessore, una plastica di scollamento finalizzata allo scorrimento dei lembi di tessuto, per ridurne la resistenza all'accostamento, l'apposizione di punti intradermici di accostamento in vycril 5/0, per accostare i lembi e consentire l'apposizione su lembi senza tensione, di punti cutanei in nylon 6/0, infine apposizione di steri strip trazionati ortogonalmente per scaricare ulteriormente le tensioni ed infine medicazione finale con garza e cerotto. La rimozione precoce dei punti staccati esterni in nylon (in 5° giornata) e l'apposi-

zione di nuovi steri strip, da lasciare ancora 4 giorni, contribuiscono all'ottenimento del miglior risultato estetico possibile. L'esame istologico ha consentito di accertare la natura biologica della lesione, laddove in ogni caso è stato rispettato un criterio di radicalità dei margini di resezione, (indispensabile nel caso si fosse trattato di una neoformazione maligna), documentando in questo caso, un Emangioma capillare. Le immagini documentano la clinica della lesione, il quadro dermoscopico, il disegno del taglio chirurgico con l'orientamento della losanga, la sutura nell'immediato post operatorio ed in 5° giornata alla rimozione dei punti di sutura esterni in nylon, l'esito a 9 ed a 30 giorni ed infine l'ultima a distanza di soli 2 mesi e mezzo, che documenta un più che soddisfacente esito estetico che è destinato ulteriormente a migliorare, potendosi infine considerare stabilizzato intorno al 6° mese. seguirà foto a distanza di 2 mesi e mezzo (martedì 30/1)



03- Foto Clinica

UNA LESIONE PAPULOSA DEL NASO

Emanuele Di Pierri

Dermatologo Puglia



04 - Foto Clinica



06 - Foto Clinica



05 - Foto Clinica



07 - Foto Clinica

Nicotinamide DS[®] SHAMPOO



**TRIPLICE AZIONE.
DELICATEZZA UNICA.**

NUOVO LANCIO

MOLECOLE

Litio Gluconato | → Azione sebonormalizzante, protettiva, lenitiva.
Nicotinamide
Pantenolo → Azione emolliente, lenitiva
Betaina → Azione idratante e umettante
Estratto di lichene Islandico (Usnato di rame) → Attività antimicrobica

COMPOSIZIONE

INGREDIENTS

Aqua, Sodium Lauroyl Methyl Isethionate, Lithium Gluconate, Cocamidopropyl Betaine, Niacinamide, Sorbitol, Ethoxydiglycol, Benzyl Alcohol, Panthenol, Betaine, PEG-120 Methyl Glucose Dioleate, Guar Hydroxypropyltrimonium Chloride, Trisodium Ethylenediamine Disuccinate, Citric Acid, Ethylhexyl Glycerin, Copper Usnate.

SENZA SLS/SLES
SENZA PARABENI AGGIUNTI

**SENZA
PROFUMO**



**Nicotinamide DS[®]
SHAMPOO**

Prezzo 14.90 euro
Flacone 100 ml



Valori inferiori
a 0,5 pp



GUIDA ALLA TERAPIA ORMONALE DELL'ACNE NELLA DONNA. Guidelines on hormonal therapy in female acne.

Pelfini C. Feliciangeli M. Bettoli V.

Riassunto-Abstract

L'acne vulgaris è una patologia globalmente diffusa ed in aumento nell'adolescenza. Ha un profondo impatto sulla qualità della vita, specie quando associato a patologia endocrina. Dati riguardanti la risposta insufficiente agli antibiotici e soprattutto lo sviluppo di antibio-resistenza da parte del *Propionibacterium acnes* portano i dermatologi a considerare altre opzioni terapeutiche per il suo trattamento. Queste linee guida riassumono le ultime informazioni sulla terapia ormonale, includendovi le associazioni estroprogestiniche, antiandrogeni come il ciproterone ac., lo spironolattone, la metformina e la flutamida. Le terapie ormonali sono efficaci, in genere ben tollerate e costituiscono un'opzione per il trattamento dell'acne femminile con e senza patologia endocrina. Queste linee guida espongono raccomandazioni basate e su studi ivi riportati e discussi e sulla personale esperienza degli autori.
Parole chiave: acne, contraccettivi, antiandrogeni.

Acne vulgaris is a global disease with increasing prevalence in adolescents. It has a profound impact on their quality of life, especially when endocrine disorders are also involved. Recent concerns regarding failures with antibiotic usage, and the development of antibiotic-resistant *Propionibacterium acnes* have led dermatologists to consider other therapeutic options for acne treatment. This guideline summarizes the latest information on hormonal therapies including: combined oral contraceptives; anti-androgens, such as cyproterone acetate, spironolactone and flutamide. Hormonal therapies are effective and well tolerated options for the treatment of acne vulgaris in woman with and without endocrine disorders. The review also shares the authors' recommendations for treatment based on the studies discussed here, and personal experience.
Key words: acne, contraceptives, anti-androgens.

La componente ormonale è determinante nella patogenesi dell'acne e la strategia terapeutica di questa dermatosi prevede il ricorso al trattamento ormonale in numerosi casi di pazienti di sesso femminile.

In ambito dermatologico la terapia ormonale dell'acne, fino a non molti anni or sono, era decisamente sottostimata e ben poco considerata.

Negli USA le prime linee guida specifiche su acne e contraccezione sono comparse nel 2008 (1), ben dieci anni dopo la commercializzazione, in questo paese, dei due primi estro-progestinici (EP) con la specifica indicazione per l'acne.

Già dal 2004 una metanalisi effettuata dal gruppo Cochrane (2) sulla base di tre valide ricerche, aveva in realtà appurato l'inequivocabile efficacia degli estro-progestinici contro placebo. Nella Review del 2012, ad opera dello stesso gruppo, gli studi ritenuti validi vs placebo erano poi raddoppiati e le comparative tra vari EP erano ben 24.

Ciò nonostante nelle linee guida europee dello stesso anno (3) il trattamento con antiandrogeni ha avuto uno spazio assai limitato e significativa appare l'affermazione che "An assessment to compare the safety profile of the different anti-androgens is out of the scope of these guidelines".

I dermatologi sono stati in passato riluttanti all'utilizzo dei contraccettivi orali (CO) / estro-progestinici nell'acne in quanto vincolato dalla necessità di eseguire

APPROFONDIMENTO

accertamenti laboratoristici e strumentali, ma da qualche tempo le normative sono cambiate e, quando all'anamnesi non risultano controindicazioni, si può procedere alla prescrizione dell'EP.

Alcune recenti Review (4) cercano di fornire un aiuto alla migliore comprensione dell'impiego della terapia ormonale, trattandone indicazioni, controindicazioni e modalità prescrittive. Questa consensus ha lo scopo di fornire al dermatologo gli strumenti necessari per entrare attivamente nel mondo della terapia ormonale dell'acne, in modo da poterla gestire direttamente.

I fattori eziopatogenetici dell'acne sono notoriamente quattro: 1) infiammazione 2) colonizzazione del follicolo pilosebaceo da parte del P.acnes 3) anomala proliferazione e cheratinizzazione dell'epitelio follicolare 4) iperplasia sebacea ed eccesso di produzione di sebo, qualitativamente anomalo.

Di questi, è prevalentemente l'ultimo ad essere soggetto all'attività degli androgeni e il suo controllo risulta molto efficace.

La ghiandola sebacea possiede un'importantissima funzione, sia di autonoma produzione di androgeni, sia di trasformazione di androgeni deboli in potenti grazie ad un suo corredo enzimatico specifico.

L'attività androgenica è svolta da specifici androgeni, "deboli" come il deidroepiandrosterone (DHEA, DHEA-S) e l'androstenedione e "potenti", come il deidrotestosterone (DHT) e il testosterone (T). Il DHT è 5/10 volte più potente del T, del quale è attivo solo il 2%, mentre il rimanente è inattivo perché legato ad una proteina specifica, l'SHBG (Sex Hormone Binding Globulin), incaricata del suo trasporto ematico.

La maggioranza degli androgeni è prodotta, in modo pressoché equivalente, da ovaio e surrene, mentre il DHEA-S è prodotto soltanto dal surrene. Un suo marcato innalzamento a livello ematico costituisce infatti un'utile indicazione sulla localizzazione di una possibile neoplasia a livello surrenalico. Il rilevare un livello ematico elevato dei vari androgeni orienta la scelta terapeutica.

Si può agire farmacologicamente a livello centrale, cioè su ovaio e surrene, sede di produzione degli androgeni, oppure a livello periferico.

Esistono infatti antiandrogeni che possono controllare gli enzimi deputati alla conversione degli androgeni, da deboli a potenti, effettuata a livello di sebociti e cheratinociti dell'infundibolo. Il più importante di questi enzimi è la 5alfa redattasi di tipo 1, che converte il T in DHT a livello del follicolo pilosebaceo.

La maggior parte degli antiandrogeni agisce bloccando i recettori cutanei per gli androgeni che sappiamo essere più sensibili e più numerosi negli acneici rispetto al resto della popolazione.

1) ACNE E ORMONI

Premesso che l'acne è una patologia multifattoriale e che l'iperandrogenismo può presentarsi a qualsiasi età, la probabilità che esso sia presente sono maggiori nelle

forme di acne tardiva e/o persistente, in quelle ad insorgenza improvvisa ed in quelle non rispondenti alle terapie classiche.

Queste varietà di acne sono caratterizzate nella donna adulta dalla localizzazione al mento, al collo e lungo la linea della mandibola e si associano spesso a seborrea profusa. Si tratta in genere di acne che si accentua nella seconda parte del ciclo mestruale e che insorge in corrispondenza di periodi di stress.

Altri segni tipici di importante componente ormonale nella patogenesi possono essere la presenza di irsutismo, alopecia androgenetica e acanthosis nigricans.

Quando questi segni clinici sono contemporaneamente presenti si configura la sindrome SAHA (seborrea, acne, irsutismo ed alopecia androgenetica). La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) è caratterizzata da oligo-amenorrea, ovaio policistico allo studio ecografico e iperandrogenismo clinico e/o ematochimico. Nella sindrome HAIR-AN si ha la contemporanea presenza di iperandrogenismo, insulino-resistenza e acanthosis nigricans.

Per quanto riguarda i dati ematochimici va premesso che i livelli serici ormonali possono essere normali non solo nelle forme di acne isolata, ma anche in un buon numero di quelle con associati segni e sintomi di iperandrogenismo e che i dosaggi ormonali sono perfettamente inutili in un'acne classica senza altri segni d'iperandrogenismo nell'età "teen".

Le determinazioni laboratoristiche sufficienti ad evidenziare ed inquadrare un iperandrogenismo sono: gonadotropine FSH/LH, testosterone libero, DHEA-S, Delta 4-andrenostenedione, 17OH-progesterone, prolattina. A queste va aggiunta l'insulinemia, in presenza di segni e sintomi clinici che orientano verso un dismetabolismo, oppure in caso di obesità.

2) QUANDO E' INDICATA LA TERAPIA ORMONALE DELL'ACNE

La Terapia Ormonale trova indicazione nelle pazienti acneiche che: (Tab 1)

1) per evidenza di segni e sintomi clinici di iperandrogenismo (acni secondarie) hanno necessità di una terapia ormonale antiandrogena, eventualmente da integrare con altri farmaci antiacne, al fine di conseguire un completo controllo della patologia. In questo gruppo rientra un ampio ventaglio di quadri clinici, che vanno dalla presenza della sola acne alle già citate sindromi complesse, di cui la più frequente è quella dell'ovaio policistico (PCOS).

Va aggiunto poi, nel gruppo delle acni secondarie, anche un numero assai limitato di acni, in questo caso anche maschili, che si esprimono nell'ambito del morbo di Cushing o delle LOCAH (Late Onset Congenital Adrenal Hyperplasia) o CAH, sindromi provocate da un deficit enzimatico, più o meno marcato, dell'enzima 21-beta-idrossilasi surrenalico (che induce un aumento della produzione di androgeni a discapito di quella del corticosteroide endogeno).

APPROFONDIMENTO

- 2) non hanno risposto ad una terapia sistemica con antibiotici o con Isotretinoina Orale (il che induce il sospetto di iperandrogenismo).
- 3) già stanno facendo uso di contraccezione ormonale, ma senza vantaggi per la loro acne, per cui si rende necessario rivedere dosi e/o tipologia del trattamento ormonale stesso.
- 4) devono iniziare ad utilizzare Isotretinoina orale, con conseguente obbligo di associare contraccezione, sia ormonale che di barriera.
- 5) chiedono espressamente una contraccezione per motivi personali, senza specifici segni o sintomi clinici di iperandrogenismo.

3) SINDROME DELL'OVAIO POLICISTICO (PCOS)

La PCOS è una patologia molto frequente: si può infatti riscontrare dall'8 al 18% delle donne in età riproduttiva (5). Il 19%-37% di pazienti con acne moderata e severa presenta PCOS (6).

La definizione di PCOS si riferisce al PCOS Consensus Workshop Group del 2003 ed all'ESHRE di Rotterdam, secondo i quali, per porre diagnosi di PCOS sono necessari e sufficienti 2 dei 3 seguenti criteri:

- 1) Irregolarità mestruali: oligo-amenorrea e/o oligo-anovulazione (per oligomenorrea si intende un numero di cicli per anno inferiore a 9, mentre si parla di amenorrea in assenza del ciclo per 3 o più mesi)
- 2) Ovaio Policistico all'ecografia. I criteri diagnostici ecografici necessari sono due: presenza di 10 o più cisti di diametro tra i 2 e i 10 mm disposte perifericamente e volume ovarico $> 7,5$ cm (anche in un solo ovaio)
- 3) Segni clinici e/o ematochimici di iperandrogenismo.

Il laboratorio può evidenziare un aumento degli androgeni e/o dell'insulina ematica. Sempre secondo le indicazioni del Workshop di Rotterdam, tuttora ritenute valide, PCOS è una diagnosi di esclusione, la quale va posta dopo avere considerato la diagnosi differenziale con LOCAH, S. di Cushing e tumori surrenalici o ovarici.

In relazione al quadro clinico con cui si può presentare una PCOS (Tab. 2) Ozdemir et al. (7) riportano dati riguardanti 115 donne affette da PCOS: la prevalenza di irsutismo si attesta sul 74%, quella dell'acne al 53%, l'alopecia androgenetica al 35% e l'acanthosis nigricans al 5%, mentre la presenza di irregolarità mestruali e di obesità si ha in circa due terzi dei casi e di insulino-resistenza in circa la metà.

Appaiono aumentati i rischi metabolici, cardiovascolari, e di infertilità; viene segnalato anche un aumentato rischio di tromboembolismo venoso (VTE).

In relazione al rapporto tra acne e PCOS, Peserico et al.(8) segnalano una prevalenza di PCOS in pazienti acneiche pari al 45%, vs il 17% della popolazione di confronto non acneica. Tale prevalenza sale ulteriormente, nelle forme di acne tardiva o persistente, al 52% secondo Betti et al. (9) e nelle acni resistenti alla terapia (51% vs 6%) secondo Maluki (10). Recenti lavori giungono ad indicare specificamente l'acne come spia della presenza del dismetabolismo di una PCOS (11)(12).

4) I FARMACI AD AZIONE ANTIANDROGENA

I farmaci ad azione antiandrogena di cui disponiamo possiedono meccanismi d'azione diversi, come il blocco della secrezione ormonale a livello dell'ovaio o del surrene (sia diretto che indiretto, via feed-back negativo con l'ipofisi) oppure l'inibizione dei recettori nucleari per gli androgeni a livello dei sebociti e dei cheratinociti del follicolo pilosebaceo.

I farmaci che influenzano la sfera ormonale correlata all'acne sono:

estrogeni e progestinici (EP) di solito abbinati nei contraccettivi orali (CO) Spironolattone (S), Flutamide (F), Metformina, Corticosteroidi (C) e Inositolo (I).

4) A. Contraccettivi orali (CO) ed Estro-Progestinici (EP) nella terapia dell'acne

Gli EP abbinano *un estrogeno* (E), usualmente l' Etil-Estradiolo (EE) oppure l'Estradiolo Valerato (EV, di recente introduzione) ad un *Progestinico* (P) di vario tipo.

Estrogeni: Inibiscono la produzione delle gonadotropine FSH e LH, con conseguente diminuzione della secrezione ovarica degli androgeni, aumentano la SHBG, proteina che legando il testosterone lo rende indisponibile al legame con i propri recettori e, a livello del follicolo pilo-sebaceo, agiscono con effetto antiandrogeno periferico, regolando i geni coinvolti nella proliferazione della ghiandola sebacea e nella secrezione del sebo.

I dati sull'azione degli E provengono, per la maggior parte, da ricerche che hanno utilizzato dosaggi più elevati di quelli attualmente in uso negli EP in commercio. I dosaggi oggi utilizzati nei contraccettivi attuali variano infatti da 0.015 a 0.050 mg., per cui alla componente estrogenica possiamo chiedere, oltre all'importantissimo bilanciamento dell'azione dei progestinici, solo una modesta azione antisebo. Questi bassi dosaggi estrogenici consentono d'altra parte di ridurre il rischio di ipercoagulabilità e di ipertensione, nonché di carcinoma dell'endometrio e mammario, rischio che viene ulteriormente minimizzato dalla loro combinazione col progestinico.

APPROFONDIMENTO

Progestinici: la maggior parte dei progestinici sintetizzati agisce a livello dei propri recettori, ma taluni agiscono anche sui recettori per gli androgeni.

Ciò spiega il non rarissimo effetto paradossale dell'aggravamento e/o dell'insorgenza dell'acne che alcuni di essi possono indurre.

Questo rischio è noto sia con i progestinici di prima generazione, come il Noretindrone, che in quelli di seconda come il Norgestrel e il Levonorgestrel (L); nei nuovi progestinici di terza generazione come il Desogestrel (D), il Gestodene e il Norgestimato è invece decisamente ridotto.

Ciproterone Acetato (CPA), Drospirenone (Dr), Dienogest (Di) e Clormadinone (C) sembrano essere pressoché privi di tale effetto.

Per valutare l'efficacia degli EP nell'acne ci si può avvalere della review pubblicata dal gruppo Cochrane nel 2012 (13) che esamina 31 ricerche con 12.579 pazienti. Delle dieci ricerche che effettuano un confronto col placebo, nove evidenziano un miglioramento dell'acne netto e statisticamente significativo ($P < 0.001$) indicato sia dalla diminuzione del numero delle lesioni che da una valutazione globale di gravità espressa separatamente dal medico e dal paziente.

Il dato di un'assoluta efficacia è incontrovertibile, tuttavia, quando gli autori passano a considerare le differenze di efficacia dei diversi EP presi in esame, esprimono le loro perplessità in relazione al fatto che l'evidenza è limitata e taluni studi sono conflittuali.

Vengono riportati i risultati dei seguenti confronti: gli EP contenenti Clormadinone e CPA hanno superiore efficacia rispetto agli EP con Levonorgestrel.

Lo stesso CPA appare più efficace del Desogestrel, progestinico che risulta di efficacia leggermente inferiore anche al Levonorgestrel.

Gli EP col Drospirenone risultano meno efficaci di quelli contenenti il CPA, ma migliori di quelli contenenti Norgestimato e Nomegestrolo ac.

In relazione alla loro efficacia, i dati ovviamente variano tra i vari tipi di EP presi in considerazione nelle varie review, ma si può orientativamente contare su un miglioramento del 30-95% delle lesioni nel 50-90% delle pazienti acneiche.

Gli EP che seguono* sono riportati in un crescendo di efficacia e specificità per l'acne.

In termini pratici possiamo ignorare gli obsoleti contraccettivi contenenti Progestinici di prima generazione.

Nella seconda generazione di Progestinici, tuttora in uso, troviamo quelli contenenti Levonorgestrel (L), sia in preparazioni monofasiche che trifasiche, a dosaggio variabile tra 15 e 125 mcg, associato a EE a dosaggio da 30 a 50 mcg. Il L, ad un dosaggio certamente non basso, 100 mcg, è contenuto anche in un EP commercializzato relativamente di recente, caratterizzato da un basso dosaggio di EE, 20mcg. (Tab.3)

Il Desogestrel (D) è invece un progestinico di terza generazione, sintetizzato, così come lo sono Gestodene (G) e Norgestimato(N), al fine di ridurre gli effetti

APPROFONDIMENTO

indesiderati, con particolare riferimento all'attività androgenica propria dei precedenti, mantenendo la stessa efficacia contraccettiva.

L'associazione più frequente è quella tra 150 mcg di D e EE a dosaggio variabili da 30 a 20 mcg. Le ricerche farmacologiche depongono per una minima androgenicità. (Tab.4)

L'unico contraccettivo disponibile col solo progestinico, per l'appunto il D (75mcg), è Cerazette minipillola, idonea soluzione per chi abbia controindicazione all'uso degli estrogeni, ma con sicurezza contraccettiva inferiore a quella degli altri EP.(vedi Tab.10)

(*) *Si segnala che, essendo particolarmente numerosi i nomi commerciali delle molecole e delle associazioni a cui si fa riferimento, gli autori ne propongono solo alcuni, scelti secondo il solo criterio del personale maggior utilizzo.*

Il Gestodene (G) è anch'esso un progestinico di terza generazione, sintetizzato per scopi analoghi al precedente. E' citato come debolmente androgenico, leggermente meno attivo a confronto del D, oltre che, ovviamente, nei confronti dell' EP con CPA (14) (Tab 5)

Il Norgestimato (N), debolmente androgenico è contenuto nel primo contraccettivo (Ortho Tri-Cyclen) autorizzato in USA dalla FDA con l'indicazione acne.

In Italia è contenuto solo nel cerotto contraccettivo Evra.

Più di un lavoro segnala confronti non favorevoli con l'EP contenente Drospirenone (Yasmin), sia in termini d'efficacia che d'induzione di acne (15) (16) .

I progestinici che seguono hanno caratteristiche particolari.

Alcuni sono disponibili da più tempo, come il CPA, altri sono di più recente commercializzazione. Essi possiedono specifica azione antiandrogena e grazie al loro meccanismo d'azione sono maggiormente indicati nella terapia dell'acne. I migliori risultati si ottengono infatti quando si utilizzano EP che combinano agli estrogeni i seguenti progestinici: Ciproterone Acetato (CPA), Drospirenone (Dr), Clormadinone (C), Dienogest (D). (Tab.6).

La terapia antiandrogena che privilegia gli EP con i progestinici antiandrogeni più efficaci è comunque di prima scelta nei casi di PCOS, con o senza acne.

Ciproterone Acetato(CPA)

La sua efficacia è nota sin dalla metà degli anni '70 (17) ed è tuttora ritenuto un gold standard nella terapia delle PCOS e dell'irsutismo. Il tasso di riduzione delle lesioni acneiche varia dal 54%, nello studio Palombo-Kinne et al. (18) all' 83% nello studio di Gollnick et al. (19) dove la casistica è costituita da acne tardiva.

Sintetizzato come farmaco per la terapia del carcinoma della prostata, è un potente antiandrogeno con azione a più livelli: possiede una forte attività antigonadotropica, che si traduce in un effetto contraccettivo, ed induce una netta riduzione della produzione degli androgeni ovarici. Come tutti gli antiandrogeni veri blocca i

APPROFONDIMENTO

recettori degli androgeni e riduce la 5-alfa redattasi tipo I. Il CPA blocca anche la 5-alfa steroido-deidrogenasi accelerando l'inattivazione metabolica del testosterone a livello epatico. Sua altra importante caratteristica è l'inibizione della steroidogenesi surrenalica, attraverso un effetto diretto sulla produzione dell'ormone adrenocorticotropo.

Per avere un'idea della notevole efficacia dell'EP che contiene CPA, al dosaggio di 2mg., associato a 35mcg di EE (Diane/Visofid), possiamo riferirci alla già citata review del gruppo Cochrane. L'EP con CPA ha superiore efficacia rispetto agli EP con Levonorgestrel, Desogestrel e Drospirenone.

Il CPA può essere anche utilizzato in monoterapia, nei casi in cui gli E sono controindicati, ad un dosaggio dai 25 ai 100 mg al dì, dal 1°-5° giorno del ciclo al 14°, con interessanti risultati nell'acne (20), in ogni caso va abbinata una contraccezione e previo consenso informato.

Drospirenone (Dr)

Progestinico con molecola abbastanza simile a quella del progesterone naturale, derivata dallo Spironolattone, farmaco noto da lungo tempo come diuretico ed anti-ipertensivo. Questa peculiarità del Dr, associata all'attività anti-mineralcorticoide, riduce il rischio di ritenzione idrica tipica degli EP, il che lo contraddistingue tra i diversi progestinici. Anche il Dr è un antiandrogeno vero, infatti blocca il legame recettoriale ma, in vitro, dimostra un'attività antiandrogenica minore di quella del CPA (pari al 30%) (27)

In commercio in Italia dal 2007, al dosaggio di 3 mg, abbinato a 30 mcg di EE (Yasmin) o a 20mcg., dosaggio articolato nella versione in 21 capsule (Yasminelle) o in ciclo esteso da 24 capsule (Yaz).

Secondo Kelly e coll. (21) con la combinazione Dr 3 mg ed EE 30 mcg i soggetti affetti da acne diminuiscono dal 45% al 35%, mentre risulta invariato il numero di quelli trattati con Levonorgestrel 150 mcg + EE 30 mcg. Ancora, secondo Thorneycroft et al. (22) l'associazione Dr 3 mg ed EE 30 mcg appare superiore ad una trifasica contenente Norgestimato (Orto tricyclen USA).

Koltun et al. (23), assemblando anche i dati di due precedenti ricerche di Maloney, hanno valutato l'efficacia della combinazione Dr 3 mg ed EE 20 mcg (24/4) nell'acne del volto di 893 donne vs placebo con risultati nettamente superiori verso quest'ultimo anche se di media efficacia. Palli et al (24) hanno valutato l'efficacia dello stesso EP nell'acne del dorso: dopo 24 settimane si era ottenuto un miglioramento dell'acne tra il 50 e il 60%, inteso sia come diminuzione del numero delle lesioni che come successo globale del trattamento.

Clormadinone (C)

Oltre ad inibire l'ovulazione per soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisario, questo progestinico possiede un'attività antiandrogena legata sia ad un incremento della SHBG, sia ad un'inibizione della 5 alfa-reduttasi esercitando, di fatto, anche un'azione antagonista periferica.

APPROFONDIMENTO

Lo studio di Plewig e coll. (25) condotto in doppio cieco, evidenzia come l'EP che associa 2 mg di C a 30 mcg di EE riduca, al sesto ciclo, le lesioni acneiche papulopustolose del viso del 63.6 % vs 45% del placebo. Secondo la ricerca di Pushparajah et al. (26) il numero di pazienti acneiche trattate con lo stesso EP decrescono dal 46.5% al 14.9% dopo 13 cicli.

Dienogest (D)

Possiede un'azione antiandrogena inibendo il picco di LH e la secrezione di progesterone. Induce una riduzione del flusso e della cefalea mestruale ed è impiegato, senza estrogeno, nella terapia dell'endometriosi.

Dati orientativi d'efficacia, anche se solo parzialmente trasferibili alla clinica, provengono dal laboratorio. E' stata infatti studiata l'azione degli antiandrogeni sulla prostata di ratto: posta a 100% l'efficacia del CPA, l'efficacia del Drospirenone (Dr) è del 30%, quella del Clormadinone (C) del 20% e quella del Dienogest (D) del 40%.

(27)
Il D può contare su una ricerca nell'acne che riguarda una monofasica dove è associato a 30 mcg di EE. (28): il confronto avviene con un EP contenente CPA e con placebo e la diminuzione delle lesioni totali è del 54.7 +/- 26.3% per EE/Dienogest, del 53.6 +/- 27.5% per EE/CPA e 39.4 +/- 33.6% per il placebo.

Altri dati, raccolti nell'est Europa, ne convalidano l'efficacia. Secondo dati provenienti dalla repubblica Ceca il 57% di 108 pazienti acneiche dopo sei cicli di terapia risulta migliorato, il 15% guarito. Ricerche dalla Polonia riportano un miglioramento ed una guarigione dell'acne rispettivamente nel 54% e nel 37% di 431 pazienti acneiche dopo 12 cicli terapeutici (29). Il D è commercializzato anche in un associazione quadrifasica (Klaira) che lo associa a un diverso EE, l'Estradiolo Valerato, definito estrogeno "naturale". Quest'ultima associazione è ben studiata dal lato della contraccezione ed è proposta per l'impiego nella maturità. Insufficienti invece i dati riguardanti l'acne: esiste infatti una sola ricerca (30) riguardante 36 pazienti affette da acne e PCOS: dopo 12 cicli di questo EP, 19 di esse (52.8%) ha ottenuto un miglioramento e 3 (8.4%) sono peggiorate.

4) C) Contraccettivi Estro - Progestinici "non per via orale"

Come è noto esistono in commercio altri metodi contraccettivi, diversi dagli EP orali, che comunque rilasciano ormoni.

La *spirale (o IUD)* esiste nella versione che rilascia Levonorgestrel (Mirena e Jaidess) e per essa valgono le stesse indicazioni e controindicazioni del progestinico contenuto nell'EP orale. Le cause di rimozione della spirale Mirena, pur infrequente (1% dei casi), sono costituite principalmente da sanguinamento (45%) e sviluppo di acne (12%). (31) Mirena è approvata per contraccezione, menorragia idiopatica e protezione dell'endometrio durante la terapia sostitutiva a base di estrogeni, per un

APPROFONDIMENTO

massimo di 5 anni, mentre Jaidess, di più recente commercializzazione, è approvata solo per l'indicazione contraccettiva per un massimo di 3 anni.

Il rilascio di L da parte di Jaidess è decisamente minore rispetto a quello di Mirena: 13,5 mcg/die contro 20mcg/die. In teoria il rischio acne dovrebbe essere quindi inferiore con Jaidess, ma ancora non sono disponibili dati in merito.

Il *cerotto contraccettivo* (Evra) libera per via transdermica 20mcg di EE e 150 di Norelgestromina. Questo progestinico è il metabolita attivo del Norgestimato che, pur non essendo un antiandrogeno, ha un effetto positivo nell'acne, riscontrato con l'EP orale che lo contiene, utilizzato in USA con l'indicazione specifica per acne. (Ortho Tricyclen). I dati relativi all'utilizzo di Evra nell'acne sono limitati. In uno studio, 28 pazienti riportano, rispondendo ad un questionario, una generica diminuzione dell'acne (32) Per quanto riguarda la sicurezza contraccettiva Evra è inferiore agli EP orali (vedi Tab. 10) verosimilmente anche per problemi di distacco e di sensibilizzazione allergica da contatto, entrambi comunque rari.

Anello vaginale (Nuvaring). Libera 15 mcg/die di EE e 120mcg di Etonogestrel nelle tre settimane, su 4, della sua applicazione.

Dalla Review del gruppo Cochrane del 2013 (33) risulterebbero meno casi di acne indotta dal dispositivo rispetto agli EP standard. Sono tuttavia noti casi di acne indotta dall'anello e risolta dalla sua semplice rimozione..

Impianti. Anche il Nexplanon e il suo modello di prima generazione, Implanon, contengono il progestinico Etonogestrel. La quantità di ormone rilasciato è 60-70 mcg/giorno dopo l'inserimento, con lenta decrescita fino a circa 30 mcg/giorno al termine dei tre anni d'impiego.

Secondo la ricerca di Croxatto (34) l'acne presente pre-impianto migliora o si risolve nel 59% dei casi, mentre Urbancsek (35) segnala un'alta percentuale di insorgenza od aggravamento di acne (18.5% con Implanon e 22.3% con Norplant).

Percentuali decisamente minori sono segnalate da altri studi.

4) D) Possibile induzione o peggioramento dell'acne causato da EP.

L'induzione o il peggioramento dell'acne è un ulteriore termine di giudizio sull'effetto degli EP.

Il L, imputato inizialmente, sembra essere ora scagionato, anche se non mancano in letteratura casi di acne indotta da impianti e spirali con questo progestinico. Ilse ed al. segnalano come, a pochi mesi dall'inserzione, 5 delle loro pazienti abbiano dovuto rimuovere lo IUD col L a causa dell'insorgenza di un'acne (31).

La ricerca di Carlborg,(36) benché datata, evidenzia come anche l'efficacissimo CPA possa indurre un peggioramento nel 4% dei casi di acne trattati, a fronte del 18% con l'EP che associa L (150mcg) allo stesso dosaggio di EE.

APPROFONDIMENTO

La già citata ricerca di Westhoff et al. (15) riguardante l'EP con Nomegestrolo ac. (N) e 17 β -estradiolo (Zoely) ci segnala la presenza di un numero non irrilevante di effetti collaterali, primo dei quali l'acne: 16%.

Analogamente, dal confronto del N col Dr (Yasmin) secondo Mansour et al. (16) risulta sia un possibile peggioramento dell'acne (7.2% vs 1.8%) che la sua induzione (11,1% vs 5,1%).

4) E) Terapia sequenziale inversa

Esistono casi in cui un EP, pur scelto oculatamente, dopo 3-4 mesi non si dimostra sufficientemente efficace nella terapia dell'acne, così come altri casi, con evidenti segni di iperandrogenismo, cutanei e/o bioumorali, che richiedono a priori un trattamento antiandrogeno di efficacia superiore, rispetto al solo EP.

A questo scopo, dal 1969, disponiamo del cosiddetto trattamento sequenziale inverso, felicemente adottato nella terapia di acne ed irsutismo da Hammerstein e Cupceancu (37).

Venivano allora impiegati sia un dosaggio quotidiano elevato di EE (50mg), assunto dal 5° al 25° gg del ciclo, sia un altrettanto elevato dosaggio (100 mg) di Ciproterone Acetato (CPA) assunto nei primi 10 gg del ciclo. Il risultato terapeutico appariva nettamente positivo, ma il rischio di effetti collaterali era elevato.

A questo hanno posto rimedio le ricerche successive, in particolare quella di Faure e Drapier-Faure (38) che adottarono il seguente schema: CPA+ EE (Diane/Visofid) per 21 gg. su 28 con l'aggiunta di CPA 12.5 mg (1/4 di cp di Androcur da 50 mg) nei primi 10 gg del ciclo. Gli autori hanno ottenuto una buona efficacia mantenendo però anche un buon rapporto rischio/beneficio.

La prescrizione della "sequenziale inversa" secondo quest'ultimo schema è attualmente prassi diffusa e consolidata. E' sempre richiesto l'uso del consenso informato.

5) LA PRESCRIZIONE DELL'ESTRO-PROGESTINICO.

E' sancito sia dall'organizzazione mondiale della sanità (*WHO-Medical eligibility criteria for contraceptive use - Fifth edition*) sia da review (39) che, in relazione alla prima prescrizione di un EP, non occorrono né un esame pelvico, né mammario, né, tanto meno, la determinazione di indici bioumorali, come si è invece sostenuto fino a qualche tempo fa.

Fondamentale, a questo proposito, quanto indicato dalla Consensus Conference di Roma del 2008, dedicata alla "Prevenzione delle complicanze trombotiche associate all'uso di estroprogestinici in età riproduttiva" che così conclude: "non si raccomanda, né prima di prescrivere un contraccettivo estro progestinico (EP), né durante l'uso, l'esecuzione routinaria di esami ematochimici generici, di test generici di coagulazione e di test specifici per la trombofilia, compresi i test genetici".

APPROFONDIMENTO

E' invece richiesta la valutazione della pressione arteriosa e un'accurata anamnesi personale e familiare, con particolare attenzione agli eventi trombotici.

Si propone quindi la tab. 7.

Le stesse Associazioni ricordano l'obbligo di curare l'inserimento del Pap test ed un esame del seno nei programmi di sorveglianza dei trattamenti protratti, ma questi obblighi non riguardano la prima prescrizione.

E' quindi sufficiente solo un'accurata anamnesi per scegliere se utilizzare o meno la terapia ormonale e quale sia il contraccettivo più idoneo, oppure se sostituire quello eventualmente già in uso con uno più appropriato.

Sono quindi da considerare **controindicazioni assolute degli EP** : gravidanza, post-partum e allattamento, trombosi venosa profonda e/o embolia polmonare in atto o, in anamnesi, immobilizzazione per grandi interventi chirurgici, cardiopatia ischemica o ictus cerebri, ipertensione, emicrania con aura, cirrosi o epatite virale attiva, tumori epatici anche benigni, nefropatie gravi, diabete con complicanze vascolari, LES, abitudine al fumo (più di 15 sigarette al giorno ad una età superiore ai 35 anni) e, ovviamente tumori mammari.

Gli effetti collaterali degli EP.

Per procedere alla prescrizione degli EP è importante è la conoscenza dei loro effetti collaterali.

Effetti collaterali a breve termine.

Gli effetti indesiderati possono essere rilevanti già dal primo ciclo. Accanto al beneficio della valida contraccettazione, di una diminuzione della dismenorrea e al miglioramento dell'acne, vi è da tener conto della possibile comparsa di nausea, vomito, cefalea, tensione mammaria, riduzione del flusso o spotting.

Nella maggior parte dei casi si può contare su una risoluzione spontanea di questi sintomi in tempi brevi. Qualora questo non accada, si pone il problema di una sostituzione o, più raramente, della sospensione, dell'EP.

Le "pillole" bi e trifasiche, quelle con minore intervallo mensile di sospensione e quelle a bassi dosaggi sono state studiate anche per ridurre questi effetti collaterali.

Gli effetti a breve termine possono beneficiare di appropriati accorgimenti. (Tab 8)

Gli effetti collaterali a medio termine più importanti sono rappresentati dall'aumento ponderale (che è il più temuto per frequenza e disagio personale della donna), dalla patologia vascolare, quali varici e telangiectasie capillari, ma, soprattutto, dagli eventi tromboembolici. A proposito di questi e' importante quantizzarne il rischio e collocarlo nella giusta dimensione, allo scopo di assicurare la paziente alla quale si propone il trattamento ormonale.

La prevalenza di TVP nella popolazione femminile che non assume contraccettivi è di 4/5 casi su 100.000 donne/anno, quella durante la gravidanza è moltiplicata per 4 (16/20 casi su 100.000) e, nel postpartum, essa sale ad una decina di volte tanto. Ciò

APPROFONDIMENTO

vale a dire che, nei 40 giorni dopo il parto, il rischio di incorrere in manifestazioni da trombosi aumenta di ben 40 volte rispetto ad una situazione di non gravidanza. Queste percentuali consentono di collocare il rischio dei diversi EP. Anche se la questione è molto dibattuta, si può constatare come sussista un rischio doppio per le utilizzatrici degli EP rispetto a chi non li utilizza, rischio che raddoppia ulteriormente per gli EP di terza e quarta generazione e del CPA rispetto a quelli di seconda. La ricerca di Lidegaard et al (40) fornisce una quantizzazione del rischio sufficientemente attendibile, utilizzando come riferimento gli EP con Levonorgestrel ritenuti essere i meno rischiosi. (Tab.9)

E' noto come il riscontro in Francia di decessi legati al *contraccettivo* contenente il CPA (Dianette- in Italia_Diane/Visofid) ne ha determinato un temporaneo ritiro dal commercio dal 17/5 al 30/7 2013. Un approfondito esame dei dati più recenti disponibili (41) (42) riporta dati rassicuranti, pur confermando le differenze tra gli EP di 3° e 4° generazione, lievemente più rischiosi rispetto al Levonorgestrel.

Per quanto riguarda l'EP con CPA, la differenza di rischio assoluto rispetto ad un EP tradizionale non sarebbe superiore allo 0.4%. Il Dianette è stato rimesso in commercio in Francia con limitazione di impiego alle forme di acne resistenti a trattamenti standard o in condizioni di evidente iperandrogenismo, ma col divieto di utilizzo a scopo esclusivamente contraccettivo e nell'alopecia androgenetica.

Facile dedurre da questi dati che, se da un lato il rischio è decisamente contenuto, dall'altro va comunque tenuto presente, monitorando i succitati fattori di rischio.

Aggiungiamo i fattori di rischio, non quantizzati, ma nettamente meno significativi rispetto ai precedenti, per patologia arteriosa: fumo, dislipidemia ed obesità, diabete, ipertensione ed emicrania.

In relazione all'uso dell' E.P. va tenuto presente anche il rischio di melasma, che è consistente e ricordiamo come alcuni studi sottolineino un aumentato rischio di candidosi vaginali, di patologia da Clamidia e da Papillomavirus, a fronte però del beneficio di una diminuzione della patologia infiammatoria pelvica.

Rischi a lungo termine.

In relazione al Carcinoma ovarico e a quello dell'endometrio l'EP ha un effetto protettivo.

Per quanto riguarda invece il Carcinoma mammario abbiamo dati provenienti da un'importante metanalisi (43), che include anche gli EP di 3° generazione, la quale conferma l'esistenza di un lieve, ma significativo, aumento del rischio (OR, 1.08; CI, 1.00-1.17).

Analogamente si registra un aumento del rischio per il CA cervicale per un utilizzo dell'EP superiore a 5 anni, prevenibile con i piani di prevenzione e il PAP test. Viene riferita anche una relazione tra EP e rischio di HPV e tumore (43) .

Per entrambi i carcinomi il rischio si azzerà a 10 anni dalla sospensione dell'EP.

Il rapporto EP e antibiotici: associazioni, confronti, controindicazioni.

APPROFONDIMENTO

Associazioni. Anche se le ricerche in merito sono limitate, l'associazione degli EP con una terapia antibiotica sistemica per l'acne è assolutamente indicata. L'elevato effetto anti-infiammatorio dell'antibiotico integra quello assai modesto degli EP che, a loro volta, producono quell'effetto antiandrogeno del quale gli antibiotici sono del tutto sprovvisti.

Dalla ricerca di Greenwood et al. (45) è possibile dedurre come l'associazione EP con Tetraciclina, dopo 6 mesi, dia un risultato superiore a quello dei singoli componenti in termini di efficacia: 82% per l'associazione, contro il 74% per il solo CPA+EE 50mcg e contro il 68% per la sola Tetraciclina 500 mgx2/die.

Confronti d'efficacia. Quando si confrontano per efficacia antibiotici ed EP, i risultati depongono per una sostanziale parità. Le differenze tra EP e Tetraciclina 1 gr /die non sono significative, come pure quelle tra Minociclina ed EP con CPA + EE35 (46). Altri dati ci provengono dalla review di Larsen e Jemec i quali (46) confrontano il miglioramento indotto da CPA+EE (65 +/- 4%) con Tetraciclina (54 +/- 3%) ed Isotretinoina (85 +/- 10%).

Decisamente importante la recente metanalisi di Koo et al. che confronta antibiotici ed EP (47) : a tre mesi gli antibiotici appaiono dimostrare un'efficacia superiore (riduzione delle lesioni del 53% rispetto al 36% degli EP ed al 26% del placebo) ma a sei mesi, l'efficacia praticamente si equivale (58% vs 62%). Ne consegue che, in caso sia accettabile un trattamento di durata più prolungata, gli autori prediligono gli EP agli antibiotici, a causa della possibile induzione di resistenza batterica indotta da questi ultimi.

Controindicazioni alla contemporanea assunzione di EP e di antibiotici: per lungo tempo si è ritenuto che antibiotici molto usati nell'acne, come le Tetraciclina, rendessero meno sicura la contraccettione ormonale.

Secondo gli studi l'unico antibiotico che interferisce negativamente è invece la Rifampicina, alla quale va aggiunto, come probabile, l'antimicotico Griseofulvina (48). E' nota inoltre l'incompatibilità degli EP con la maggior parte degli anticonvulsivanti (es. Carbamazepina e Topiramato) e dei barbiturici, come pure con l'antinarcolettico Modafinil e l'antidepressivo Hypericum Perforatum e con alcuni farmaci usati nell'AIDS (es. Ritonavir).

6) Altri antiandrogeni

Spironolattone. (S)

La sua prescrizione per l'acne in Europa è limitata, probabilmente in relazione al fatto che sono da tempo disponibili altri antiandrogeni di comprovata efficacia.

Negli USA, il suo impiego è più esteso, verosimilmente per l'indisponibilità dell'associazione EE/ciproterone ac. e per il fatto che il primo contraccettivo, con indicazione specifica per acne, è stato commercializzato solo nel 1997, per cui lo S. per molti anni è stato l'unico antiandrogeno disponibile.

APPROFONDIMENTO

Le review del gruppo Cochrane, sia la prima del 2001 che l'ultima del 2009, continuano a ritenerlo efficace nell'ipertricosi, ma di non comprovata efficacia nell'acne per l'insufficienza degli studi disponibili.

Sono tuttavia numerosi i pareri e le convalide d'efficacia di esperti specie in casi di acne con iperandrogenismo. Potenziali candidate al suo impiego appaiono essere donne con riacutizzazione dell'acne in fase premenstruale e/o durante il mestruo, compreso quelle che presentano un peggioramento alla ciclica sospensione del contraccettivo e quelle che non possono o non vogliono assumere estrogeni.

Le alte dosi (Aldactone/Spirolang, 150-200 mg/die) sono sconsigliabili, ma dosi inferiori (50-100mg/die) garantiscono un buon rapporto rischio (alterazioni del ciclo, tensione mammaria)/ beneficio. E' ragionevole iniziare con 25mg al dì, incrementando la dose di 25 mg ogni 20 gg, sino ad un totale di 100mg/ die.

Nei casi con riacutizzazione dell'acne in fase premenstruale può essere assunto solo nella seconda parte del ciclo, per 10-14 gg.

Per evitare il rischio di femminilizzazione di un feto maschio in caso di gravidanza deve però essere abbinato un contraccettivo, il quale inoltre, previene la maggior parte dei suoi effetti collaterali.

Il rischio di iperpotassiemia in soggetti di giovane età, quali le pazienti acneiche abitualmente sono, è irrilevante. (49). Ne è escluso l'impiego in soggetti nefropatici ed epatopatici ed è sconsigliata la contemporanea assunzione di integratori contenenti potassio, così come di molti anti-ipertensivi e diuretici.

Con l'uso dello S.ci si può attendere un controllo della seborrea e una risposta medio-buona delle lesioni acneiche. Krunic et al. (50) in una ricerca numericamente esigua, lo abbinano al contraccettivo col Drospirenone, con esiti nettamente favorevoli: 85% delle acneiche con eccellente o totale risoluzione delle lesioni, 14.8 % poco od affatto migliorate. Altri dati provengono dalla terapia della PCOS; la review di Buzney et al. (51) rileva come, in caso d'insufficiente risposta agli EP, sia utile aggiungere S. alla dose di 50 mg/die.

Ai lavori di Shaw et al. (52) si sono poi di recente aggiunte le ricerche di vari altri autori: in particolare gli studi di Saint-Jean et al. (53) e di Kim e Del Rosso (54) che, valutando l'impiego dello S. nell'acneica adulta, concludono sottolineando come il suo uso dovrebbe essere considerato come fondamentale.

E' quindi possibile che il parere del gruppo Cochrane sia destinato a cambiare nel prossimo futuro.

In conclusione l'impiego di questo antiandrogeno nell'acne è ancora in discussione e molti lo riservano solo a casi selezionati.

E' corretto riportare anche pareri decisamente contrari, come ad esempio quello di Zouboulis e Rabe (55) che, nel parere negativo da loro formulato sull'impiego di Flutamide e Finasteride nell'acne, accomunano a queste molecole anche lo S.

Corticosteroidi.

I corticosteroidi orali inibiscono la produzione di androgeni surrenalici.

Sono indicati nella terapia della LOCAH, nella quale un deficit enzimatico, di solito di 21 beta idrossilasi, sbilancia la produzione ormonale delle surrenali a favore degli

APPROFONDIMENTO

androgeni e a discapito dei corticosteroidi endogeni.

Basse dosi di prednisone, 2.5-5 mg al dì, o desametasone, 0.25-0.75 mg al dì, assunte oralmente prima di coricarsi per 6 mesi sono generalmente sufficienti. In tal modo si sopprime il picco di ACTH del mattino e di conseguenza la sintesi surrenalica di androgeni. (56)

Un'alternativa ai cortisonici nelle LOCAH è costituita dal CPA (57).

Flutamida (F.)

Molecola con azione inibente sui recettori per gli androgeni e che determina anche un aumento del loro metabolismo verso l'inattivazione. E' nota per la sua efficacia nel trattamento del carcinoma della prostata avanzato.

E' controindicata in gravidanza e, quando la si usa, è indispensabile l'associazione con un contraccettivo per evitare la femminilizzazione di un feto maschio.

Il suo problema non è l'efficacia, ma l'epatotossicità.

L'effetto favorevole sull'irsutismo e sull'iperandrogenismo nella PCOS è avvalorato da molte ricerche, mentre sono pochi i dati relativi al suo impiego nell'acne.

I più consistenti sono quelli retrospettivi di Paradisi e coll. (58) su 15 anni d'impiego nell'acne in ambito ginecologico. Gli AA, che hanno usato dosi da 62.5 a 250 mg al dì, la propongono addirittura come prima indicazione nella terapia dell'acne. Adalatkah et al. (59) hanno valutato l'efficacia della F. a confronto col CPA associato a EE nell'acne media e, con qualche perplessità legata alla metodica dello studio, la definiscono di efficacia verosimilmente superiore.

Purtroppo l'epatotossicità è riscontrabile non solo nel trattamento del carcinoma prostatico, ma anche nel trattamento di irsutismo ed acne, con manifestazioni anche gravi(60). Epatotossicità non rarissima anche con basse dosi di F. e che quindi impone il ripetuto controllo delle transaminasi.

Disponendo di antiandrogeni con migliore rapporto rischio/beneficio riteniamo logico seguire le indicazioni di Zouboulis e Rabe (55) che non ne raccomandano l'impiego nell'acne.

Metformina (M.)

Pur non possedendo effetto antiandrogeno diretto, la M. influenza il metabolismo dell'insulina, che è correlato all'acne.

Nato per la terapia del diabete di tipo 2, questo farmaco trova infatti il presupposto di utilità nella terapia dell'acne nell'incremento dell'insulino-sensibilità cellulare periferica e nella conseguente ridotta produzione di androgeni. Ha un comprovato impiego laddove esiste un'acne con intolleranza al glucosio e insulino-resistenza, anche indipendentemente dalla presenza di PCOS, nonostante il suo impiego sia principalmente studiato in questa sindrome. Funziona anche laddove le pazienti affette da PCOS non siano obese e non presentino insulino-resistenza, come è deducibile dalla ricerca di Tan et al. (61): ma questo è uno dei pochi studi che riporta una diminuzione dell'acne: 31.8% vs 11.6% (P<0.017). Tuttavia, i dati riguardanti acne e relativa comparazione del trattamento con gli EP sono definiti insufficienti dagli stessi AA. Negli ultimi anni si sono però aggiunti studi con dati deponenti per

APPROFONDIMENTO

la sua efficacia nella PCOS con acne, come quelli riportati dalla meta-analisi di Sun et al. (62) e dalla review di Johnson (63).

Il dosaggio è da una a tre cp da 500mg/die. La M. non determina crisi ipoglicemiche; sono tuttavia assai frequenti gli effetti collaterali gastroenterici, che spesso però si attenuano spontaneamente continuandone l'assunzione.

In conclusione, in base alle indicazioni sopraccitate, la M. è decisamente indicata non solo nelle acneiche obese e/o con sindromi metaboliche, ma anche in qualche caso di PCOS.

Una possibile estensione dell'impiego della M. a soggetti di sesso maschile risulta dalla recente ricerca di Fabbrocini et al. (64)

Inositolo (I)

La maggior parte degli studi su questo mediatore dell'azione insulinica, necessario per l'attivazione di enzimi chiave nel metabolismo del glucosio, è italiana (65-66-67). L'I. è stato impiegato nelle PCOS ed è dichiarato efficace anche nell'acne. Concettualmente indicato in questa dermatosi, purtroppo i dati disponibili attualmente sono limitati ed insufficienti e, per promuoverne l'impiego, è necessario il supporto di ulteriori studi.

7) Acne, Isotretinoina (I.) e necessità di contraccezione.

L'(I) per os, per i noti effetti teratogeni, pone l'obbligo di associare una contraccezione sicura, tanto che è prevista la combinazione di due metodi contraccettivi. L' I è nota per avere il più alto livello d'efficacia nella terapia dell'acne. Sono tuttavia descritti casi di acne resistenti anche a questo farmaco e di recidiva alla sua sospensione e le forme di acne associate ad altri segni clinici di iperandrogenismo sono quelle che più frequentemente resistono alla I. E' pertanto fondamentale l'individuazione di tali varietà di acne per trattarle adeguatamente.

L'efficacia dell'I. sovrachia ampiamente quella dei contraccettivi ormonali che ad essa devono essere associati, quindi non è di grande utilità richiedere loro un'attività antiacneica.

Il requisito prioritario per l'EP, in questo caso, è la sicurezza contraccettiva.

Non è da considerare quindi l'uso esclusivo di metodi naturali, condom, diaframmi, minipillole col solo progestinico e va aggiunto il consiglio di riservare lo I.U.D. con progestinico alle multipare, accorte al loro uso. Gli stessi condom e diaframma sono invece utilizzabili come secondo metodo contraccettivo, da abbinarsi a quello ormonale. Utile, a questo proposito, tenere sempre presente la sicurezza dei vari metodi contraccettivi. (Tab 10)

Nelle donne obese il rischio di fallimento dell'EP è doppio (68).

Gli EP con 30mcg di EE consentono più dimenticanze e causano meno sanguinamenti a metà ciclo (spotting) di quelli con 20 e 15 mcg. Lo spotting risulta infatti essere la causa più frequente di sospensione del contraccettivo.

APPROFONDIMENTO

Sequenziali trifasiche o quadrifasiche, per la loro più complessa articolazione, risultano meno indicate. Whalen e Rose (69) si esprimono specificamente sull'associazione quadrifasica Estradiol valerate/dienogest, che, a loro parere, andrebbe riservata a chi è intollerante ad altre combinazioni. Più espliciti nella scelta alcuni lavori inglesi (70) dove si propende per il progestinico parenterale (iniezzabile, impianti, iud).

Si propone in sintesi la tabella N. 11.

8) Richiesta di EP per motivi personali nell'acneica

In molti casi di acne lieve, per i quali l'EP non è specificamente indicato, ma è comunque richiesto dalla paziente per motivi personali, sempre che non esistano controindicazioni, sono da preferire quelli con progestinico antiandrogeno e comunque a bassa dose di estrogeno (non 30mcg, ma 20 mcg), come raccomandato dalla World Health Organization (71).

Nel caso di pazienti che non tollerino le opzioni di prima scelta ci si può orientare sulle alternative disponibili, elencate nella seguente Tabella. (Tab 12)

9) CONCLUSIONI

- La terapia ormonale nell'acne si avvale di varie opzioni, tra le quali le più utilizzate sono gli EP, seguiti, a progressiva distanza per frequenza di utilizzo, e con indicazioni specifiche Spironolattone, Metformina, Flutamide Corticosteroidi e Inositolo.
- Trovano indicazione per la terapia ormonale:
 - 1) casi con inequivocabili segni e sintomi clinici di iperandrogenismo, i quali richiedono la terapia antiandrogena come prima scelta.
 - 2) casi in cui le terapie antiacne standard non sono risolutive, verosimilmente per un iperandrogenismo misconosciuto.
 - 3) situazioni in cui una terapia ormonale è già in corso, con indicazioni corrette, ma con risultati non soddisfacenti ove si rende necessario rivedere dosi o tipologia del trattamento ormonale stesso.
 - 4) trattamento con Isotretinoina orale al quale deve necessariamente essere associata una contraccezione ormonale
 - 5) i casi nei quali la paziente richiede una contraccezione per motivi personali.
 - La scelta dell'utilizzo dell'EP nell'acne di pazienti di sesso femminile segue direttive ben definite: attenta anamnesi, valutazione di gravità, tipologia dell'acne e quadri clinici associati.
 - Quale EP scegliere? Se è facile escludere quelli col progestinico a rischio di indurre un peggioramento dell'acne, compreso quelli "a minima attività androgenica", più problematica è la scelta tra i quattro con dimostrato effetto antiandrogeno: Ciproterone Acetato (CPA), Drospirenone (Dr), Clormadinone (C), Dienogest (D).



AIDA
ASSOCIAZIONE ITALIANA
DERMATOLOGI
AMBULATORIALI

Presidente del Meeting

**Alessandro
Martella**



2019

MILANO

Aida Meeting
OLDER 50

26 Ottobre 2019

Segreteria Organizzativa



Joining People Srl
Tel +39 06/2020227 - Fax +39 06/20421308
aida@joiningpeople.it - www.joiningpeople.it

APPROFONDIMENTO

Le differenze di efficacia tra questi progestinici antiandrogeni, facendo riferimento soprattutto, ma non solo, alle Review del gruppo Cochrane, non sono particolarmente rilevanti, anche se il CPA sembra prevalere sugli altri.

L'EP con CPA, risulta tuttora di indiscussa utilità, decisamente comprovata, anche nella terapia delle PCOS.

Il lieve aumento del rischio di TVP è compensato dalla sua efficacia. L'aggiunta di ulteriori dosi di CPA, secondo il metodo della sequenziale inversa (12.5 mg /die nei primi 10 giorni del ciclo) è pratica da tempo consolidata ed efficace; preferibile l'associazione ad un EP che già contiene CPA, anche se è comunque possibile associare ad altri EP. L'impiego di EP con CPA non ha indicazione ufficiale come semplice contraccettivo.

- Il Drospirenone è particolarmente indicato nei casi in cui per la paziente la prevenzione della ritenzione idrica è di prioritaria importanza.
- Nel caso della terapia con Isotretinoina, ove s'impone il concomitante impiego di contraccezione, il primo fattore da considerare è la sicurezza. Se il prodotto per via parenterale, iniettabile, IUD o impianto, non viene accettato dalla paziente, la scelta cade sugli EP per via orale con dosi di EE preferibilmente pari a 30mcg., in particolare nelle obese e nelle facili alle dimenticanze.
- Nel caso che un contraccettivo in uso per l'acne abbia indotto da oltre 2 mesi un peggioramento o non risulti efficace non si esiti a sostituirlo o a potenziarlo.
- Non controindicazioni per il cerotto (Evra) in casi di acne.
- Lo Spironolattone (Aldactone/Spirolang), 50-100mg/die, anche solo per metà ciclo, come monoterapia o associato ad EP, grazie alla sua efficacia, tollerabilità e maneggevolezza, merita maggiore considerazione. Durante il suo utilizzo i dosaggi ematici degli elettroliti sono raramente necessari.
- Il Cortisonico per via orale trova indicazione specifica solo nei casi di LOCAH.
- La Metformina è indicata quando è presente iperinsulinemia / insulino-resistenza, che la paziente sia obesa/sovrappeso o meno.
- L'utilizzo della Flutamide è fortemente limitato dai pesanti effetti collaterali epatici.
- L'Inositolo è gravato dalla scarsa disponibilità di dati sull'utilizzo nell'acne.
- Per tutte le terapie che implicano l'uso di dosaggi modificati o di Antiandrogeni diversi da un semplice EP, è richiesto il consenso informato.
- Essendo l'acne una dermatosi multifattoriale è necessario individuare il tipo di trattamento più adeguato utilizzando, quando necessario, la terapia ormonale in associazione alle altre terapie, topiche e sistemiche, dell'acne, tenendo in debita considerazione caratteristiche cliniche, efficacia, tollerabilità ed interazioni tra i vari farmaci.
- Da sottolineare l'importanza dell'anamnesi, attraverso la quale si possono individuare immediatamente le pazienti adatte al trattamento e, nello stesso tempo, si possono individuare, ed escludere dal trattamento, quelle a rischio di gravi eventi trombotici

- Saper gestire la terapia ormonale nell'acne offre al dermatologo un valore aggiunto di prioritaria importanza, dal momento che permette di affrontare nel migliore dei modi il quadro clinico, implementa il rapporto di fiducia con la paziente e accorcia i tempi di inizio terapia. Sarà comunque necessario avvalersi della collaborazione di altri specialisti in quei casi di pazienti acneiche che si siano selezionate perché affette da problemi ginecologici, endocrinologici, coagulativi, dismetabolici o internistici assolutamente prevalenti, che esulano dalla competenza del dermatologo e, pertanto, richiedono l'intervento di figure professionali diverse.

Bibliografia

- 1) Frangos et al. Acne and oral contraceptives: update on women's health screening guidelines. *J Am Acad Dermatol* 2008 May;58(5):781-6.
- 2) Arowojolu et al. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3)2.
- 3) Nast et al. European Dermatology Forum. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012 Feb;26 Suppl 1:1-29.
- 4) Bettoli et al. Is hormonal treatment still an option in acne today? *Br J Dermatol* 2015 Jul;172 Suppl 1:37-46.
- 5) Azziz et al. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:2745-9.
- 6) Housman E, Reynolds RV. Polycystic ovary syndrome: a review for dermatologists: Part I. Diagnosis and manifestations. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:847.
- 7) Ozdemir et al. Specific dermatologic features of the polycystic ovary syndrome and its association with biochemical markers of the metabolic syndrome and hyperandrogenism. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(2):199-204.
- 8) Pesarico et al. Prevalence of polycystic ovaries in women with acne. *Arch Dermatol Res* 1989;281(7):502-3.
- 9) Betti et al. Incidence of polycystic ovaries in patients with late-onset or persistent acne: hormonal reports. *Dermatologica* 1990;181(2):109-11.
- 10) Maluki AH. The frequency of polycystic ovary syndrome in females with resistant acne vulgaris. *J Cosmet Dermatol* 2010 Jun;9(2):142-8.
- 11) Melnik et al.: Risk indicator for increased body mass index and insulin resistance. *Acta Derm Venereol* 2013 nov;93(6):644-9.
- 12) Buzney et al. Polycystic ovary syndrome: a review for dermatologists: Part II. Treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:859.
- 13) Arowojolu et al. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Jul 11;7.
- 14) Zouboulis CC. Treatment of acne with antiandrogens: an evidence-based review. *J Dtsch Dermatol Ges* 2003 Jul;1(7):535-46.
- 15) Westhoff et al. Efficacy, safety, and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing norgestrel acetate and 17 β -estradiol: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012 May;119(5):989-99.

APPROFONDIMENTO

- 16) Mansour et al. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011 Dec;16(6):430.
- 17) Nardiet al. Cyproterone acetate -ethinylestradiol treatment of hirsutism, acne, seborrhea and alopecia]. *Acta Eur Fertil*. 1975 Jun;6(2):153-65.
- 18) Palombo-Kinneet al. Efficacy of a combined oral contraceptive containing 0.030 mg ethinylestradiol/2 mg dienogest for the treatment of papulopustular acne in comparison with placebo and 0.035 mg ethinylestradiol/2 mg cyproterone acetate. *Contraception*. 2009 Apr;79(4):282-9.
- 19) Gollnick et al. The effectiveness of oral cyproterone acetate in combination with ethinylestradiol in acne tarda of the facial type. *Ann Endocrinol (Paris)*. 1999 Sep;60(3):157-66.
- 20) Bettoli et al. Is hormonal treatment still an option in acne today? *Br J Dermatol*. 2015 Jul;172 Suppl 1:37-46.
- 21) Kelly et al. Effects of oral ontraceptives containing ethinylestradiol with either drospirenone or levonorgestrel on various parameters associated with well-being in healthy women: a randomized, single-blind, parallel-group, multicentre study. *Clin Drug Investig*. 2010;30(5):325-36.
- 22) Thorneycroft et al. Superiority of a combined contraceptive containing drospirenone to a triphasic preparation containing norgestimate in acne treatment. *Cutis* 2004 Aug;74(2):123-30.
- 23) Koltun et al. Treatment of moderate acne vulgaris using a combined oral contraceptive containing ethinylestradiol 20 µg plus drospirenone 3mg administered in a 24/4 regimen: a pooled analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011 Apr;155(2):171-5.
- 24) Palli et al. A single-center, randomized double-blind, parallel-group study to examine the safety and efficacy of 3mg drospirenone/0.02 mg ethinyl estradiol compared with placebo in the treatment of moderate truncal acne vulgaris. *J Drugs Dermatol*. 2013 Jun 1;12(6):633-7.
- 25) Plewig et al. Efficacy of an oral contraceptive containing EE 0.03 mg and CMA 2 mg (Belara) in moderate acne resolution: a randomized, double-blind, placebo-controlled Phase III trial. *Contraception* 2009 Jul;80(1):25-33.
- 26) Pushparajah et al. Safety data and beneficial effects of the combined oral contraceptive ethinylestradiol 0.03 mg/chlormadinone acetate 2 mg (Belara®): a 13-cycle, observational study in routine clinical practice. *Clin Drug Investig* 2011;31(2):121-34.
- 27) Sitruk-Ware R. Pharmacology of different progestogens: the special case of drospirenone. *Climacteric* 2005 Oct;8 Suppl 3:4-12.
- 28) Golbs et al. Clinical findings with the oral contraceptive combination ethinylestradiol/dienogest in Poland. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*. 2002 Nov;24(9):585-92.
- 29) Golbs et al. Clinical findings with the oral contraceptive combination ethinylestradiol/dienogest in the Czech Republic. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*. 2002 Dec;24(10):689-96.
- 30) Di Carlo et al. Effects of an oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest on circulating androgen levels and acne in young patients with PCOS: an observational preliminary study. *Gynecol Endocrinol* 2013 Dec;29(12):1048-50.
- 31) Ilse et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system and new-onset acne. *Cutis* 2008 ;82(2):158.).
- 32) Harel et al. Adolescents' experience with the combined estrogen and progestin transdermal contraceptive method Ortho Evra. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005 Apr;18(2):85
- 33) Lopez et al. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane DatabaseSyst Rev* 2013 Apr 30.
- 34) Croxatto HB. Clinical profile of Implanon: a single-rod etonogestrel contraceptive implant. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2000 Sep;5 Suppl 2:21-8.
- 35) Urbancsek J. An integrated analysis of nonmenstrual adverse events with Implanon. *Contraception*. 1998 Dec;58(6 Suppl):109S-115S.
- 36) Carlborg L. Cyproterone acetate versus levonorgestrel combined with ethinylestradiol in the treatment of acne. Results of a multicenter study. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*. 1986;134:29-32
- 37) Hammerstein J, Cupceancu B. Management of hirsutism using cyproterone acetate]. *Dtsch Med Wochenschr*. 1969 Apr 18;94(16):829-34.

APPROFONDIMENTO

- 38) Faure M, Drapier-Faure E. Hormonal treatments of acne. *Ann Dermatol Venereol*. 2003 Jan;130(1 Pt 2):142-7.
- 39) Scott A, Glasier AF. Are routine breast and pelvic examinations necessary for women starting combined oral contraception? *Hum Reprod Update* 2004 Sep-Oct;10(5):449.
- 40) Lidegaard et al. Risk of venous thromboembolism from use of OC containing different progestogens and oestrogen Danish cohort study, 2001-9. *BMJ* 2011 25;343.
- 41) Bitzer et. Statement on COCs containing 3^o- or 4^o-generation progestogens or cyproterone ac. and the associated risk of thromboembolism. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013 Jun;18(3):143
- 42) The SOGC Supports Health Canada's Statement 19 February 2013. Position Statement: Diane-35 and Risk of Venous Thromboembolism (VTE).
- 43) Gierisch et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2013 22: 1931-1943.
- 44) Longatto-Filho et al. Hormonal contraceptives and the length of their use are not independent risk factors for high-risk HPV infections or high-grade CIN. *Gynecol Obstet Invest* 2011 71: 93-103.
- 45) Greenwood et al. Acne: double blind clinical and laboratory trial of tetracycline, oestrogen-cyproterone acetate, and combined treatment. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985 Nov 2;291(6504):1231-5.
- 46) Monk et al. Efficacy of low-dose cyproterone acetate compared with minocycline in the treatment of acne vulgaris. *Clin Exp Dermatol*. 1987 Sep;12(5):319-22.
- 47) Larsen TH, Jemec GB. Acne: comparing hormonal approaches to antibiotics and isotretinoin. *Expert Opin Pharmacother*. 2003 Jul;4(7):1097-103.
- 48) Weisberg E. Interactions between oral contraceptives and antifungals/antibacterials. Is contraceptive failure the result? *Clin Pharmacokinet*. 1999 May;36(5):309-13.
- 49) Plovanich et al. Low Usefulness of Potassium Monitoring Among Healthy Young Women Taking Spironolactone for Acne. *JAMA Dermatol*. 2015 Sep;151(9):941-4.
- 50) Krunic et al. Efficacy and tolerance of acne treatment using both spironolactone and a combined contraceptive containing drospirenone. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Jan;58(1):60-2.
- 51) Buzney et al. Polycystic ovary syndrome: a review for dermatologists: Part II. Treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Nov;71(5):859.
- 52) Shaw JC, White LE. Long-term safety of spironolactone in acne: results of an 8-year followup study. *J Cutan Med Surg*. 2002 Nov-Dec;6(6):541-5.
- 53) Saint-Jean et al. Importance of spironolactone in the treatment of acne in adult women. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011 Dec;25(12):1480-1.
- 54) Kim GK, Del Rosso JQ. Oral Spironolactone in Post-teenage Female Patients with Acne Vulgaris: Practical Considerations for the Clinician Based on Current Data and Clinical Experience. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2012 Mar;5(3):37-50.
- 55) Zouboulis CC, Rabe T. Hormonal antiandrogens in acne treatment. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010 Mar;8 Suppl 1:S60-74.
- 56) Degitz K et al. Congenital adrenal hyperplasia and acne in male patients. *Br J dermatol* 2003; 148:1263-6.
- 57) Spritzer et al. Cyproterone acetate versus hydrocortisone treatment in late-onset adrenal hyperplasia. *J Clin Endocrinol Metab*. 1990 Mar;70(3):642.
- 58) Paradisi M. et al. Retrospective, observational study on the effects and tolerability of flutamide in a large population of patients with acne and seborrhea over a 15-year period. *Gynecol Endocrinol*. 2011 Oct;27(10):823-9.
- 59) Adalatkhah et al. Flutamide versus a cyproterone acetate-ethinyl estradiol combination in moderate acne: a pilot randomized clinical trial. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2011;4:117-21.
- 60) Brahm et al. Acute and fulminant hepatitis induced by flutamide: review. *Ann Hepatol*. 2011 10(1):93-8.
- 61) Tan et al. Metformin improves PCOS irrespective of pre-treatment insulin resistance. *Eur J Endocrinol*. 2007;157(5):669).
- 62) Sun et al. An investigation into the therapeutic effects of statins with metformin on polycystic ovary syndrome: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2015 Mar 27;5(3).
- 63) Johnson NP. Metformin use in women with polycystic ovary syndrome. *Ann Transl Med*. 2014 Jun;2(6):56.
- 64) Fabbrocini G et al. Low glycaemic diet and metformin therapy: a new approach in male subjects with acne resistant to common treatments. *Clin and Experimental Dermatology* 2015;1-5
- 65) Pezza et al. Inositol and acne. *G Ital Dermatol Venereol*. 2015 Dec;150(6):649-53

APPROFONDIMENTO

- 66) Formuso et al. Myo-inositol vs. D-chiro inositol in PCOS treatment. *Minerva Ginecol.* 2015 Aug;67(4):321-5.
- 67) Zacchè et al. Efficacy of myo-inositol in the treatment of cutaneous disorders in young women with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2009 Aug;25(8):508-13
- 68) Holt et al. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstet Gynecol.* 2005 Jan;105(1):46-52.
- 69) Whalen KL, Rose R. Estradiol valerate/dienogest: a novel oral contraceptive. *Ann Pharmacother.* 2011 Oct;45(10):1256-61
- 70) Kanelleas et al. Suggestions for effective contraception in isotretinoin therapy. *Br J Clin Pharmacol.* 2009 Jan;67(1):137-8.
- 71) Huber J, Walch K. Treating acne with oral contraceptives: use of lower doses. *Contraception.* 2006 Jan;73(1):23-9.

APPROFONDIMENTO

Tab.1 Quando è indicata la Terapia Ormonale dell'acne.

1) evidenti segni e sintomi clinici di iperandrogenismo (acni secondarie)
2) mancata risposta clinica alle terapie tradizionali
3) contraccezione ormonale già in atto, ma con risultati non soddisfacenti sull'acne
4) utilizzo della Isotretinoina orale
5) richiesta di contraccezione da parte di pazienti acneiche

Tab.2 QUADRO CLINICO DELLA PCOS

Acne	53%
Irsutismo	74%
Alopecia androgenetica	35%
Acanthosis Nigricans	5%
Obesità (addominale)	50 - 70%
Irregolarità mestruali	60%
Insulino-resistenza (IR)	40 - 50%

Tab 3) EP con Etinilestradiolo (EE) + Levonorgestrel (L)

LOETTE/ MIRANOVA (monofasica, 21 cp)	EE 20mcg + L 0,100mg
MICROGYNON (monofasica, 21 cp)	EE 50mcg + L 0,125mg
ECOGYN 30 / OVRANET (monofasica, 21 cp)	EE 30mcg + L 0,125mg
TRIGYNON/ TRINORDIOL (trifasica, 21 cp)	EE 30-40-30mcg + L 0,050-0,075- 0,100mcg

Tab.4) EP con Etinilestradiolo (EE) + Desogestrel (D)

PLANUM/ PRACTIL 21 (monofasica, 21 cp)	EE 30mcg + D 0,15mg
MERCILON / SECURGIN (monofasica, 21 cp)	EE 20mcg + D 0,15mcg
DUEVA/ GRACIAL (bifasica, 22 cp)	EE 40- 30mcg + D 0,025-0,125mg

APPROFONDIMENTO

Tab.5) EP con Etinilestradiolo (EE) + Gestodene (G)

GINODEN/ MINULET (monofasica, 21 cp)	EE 30mcg + G 0,075mg
FEDRA/ HARMONET (monofasica, 21 cp)	EE 20mcg + G 0,075mg
ARIANNA/ MINESSE (monofasica, 24 cp attive + 4 cp placebo)	EE 15mcg + G 0,060mg
MILVANE/ TRIMINULET (trifasica, 21 cp)	EE 30mcg 40mcg 30mcg + G 0,05mg0,07mg0,1mg

Tab.6 EP con progestinici antiandrogeni

Ciproterone ac.: 2mg+ EE 35mcg
DIANE, VISOFID

Clormadinone acetato: 2mg + EE 30mcg 21cp
BELARA, EVE, LYBELLA, generico Mylan

Drospirenone 3mg
YASMIN: EE 30 mcg 21/28
YASMINELLE: EE 20mg 21/28
YAZ: EE 20mg 24;/28

Dienogest: 2 mg + EE 30 mcg 21 compresse
SIBILLA, EFFIPREV, NOVADIEN
VISANNE (28cp) (solo dienogest 2mg) indicato per endometriosi
Quadrifasica con E- valerato: KLAIRA

Tab. 7 Quesiti anamnestici da sottoporre alle pazienti acneiche con indicazione alla terapia con EP.

Obiettivo dell'anamnesi è valutare se il trattamento EP.

- (A) può essere iniziato subito
 - (B) richiede accertamenti prima di iniziare
 - (C) è controindicato
- 1) Come sono le mestruazioni?
 - regolari (A)
 - irregolari: oligomenorrea / polimenorrea massimo di 3-4 giorni (A)
 - oligomenorrea / polimenorrea più prolungate (B)
 - amenorrea persistente > 3 cicli (B)
 - 2) Pressione arteriosa
 - nella norma (A)
 - ipertensione: $\geq 140/90$ accertata dopo misurazioni ripetute (B)
 - 3) Episodi personali o in familiari di 1° grado di Trombosi Venosa Profonda (TVP) e/o Embolia Polmonare (EP)?
 - no (A)
 - sospetti (B)
 - accertati (C)
 - 4) Soffre di cefalea/emicrania ?
 - no (A)
 - si, cefalea ed emicrania senza aura (B)
 - si, emicrania con aura (C)
 - 5) Soffre di epatopatia come cirrosi, epatite virale attiva, neoplasia ?
 - no (A)
 - si (C)
 - 6) Soffre di diabete ?
 - no (A)
 - si ma senza complicanze vascolari (A)
 - si con complicanze vascolari (C)
 - 7) Soffre di nefropatia – glomerulo nefrite cronica / autoimmune ?
 - no (A)
 - si (C)
 - 8) Ha sofferto / soffre di tumore alla mammella ?
 - no (A)
 - si (C)
 - 9) E' affetta da Lupus Eritematoso Sistemico ?
 - no (A)
 - si (C)
 - 10) Fuma più di 15 sigarette al dì ed ha più di 35 anni ?
 - no (A)
 - si (C)

APPROFONDIMENTO

Tab.8 - Soluzioni per effetti collaterali a breve termine

Cefalea: valutare eventuale legame con elevati dosaggi di EE.

La cefalea da sospensione dell'EP potrebbe essere controllata dagli EP "24+4"

Spotting e controllo di meno- metrorragia: potrebbero annullarsi entro un trimestre.

Indicati gli EP con Dienogest e con Clormadinone.

Effetti da ritenzione idrica: indicati gli EP contenenti Drospirenone.

TAB.9 Percentuale di trombembolismo venoso (TVP) tra differenti progestinici

Noretisterone	0.76 (0.36 to 1.60)	0.47
<i>Levonorgestrel</i>	<i>1 - riferimento</i>	
Norgestimato	1.18 (0.86 to 1.62)	0.30
Desogestrel	2.24 (1.65 to 3.02)	<0.001
Gestodene	2.12 (1.61 to 2.78)	<0.001
Drospirenone	2.09 (1.55 to 2.82)	<0.001
Ciproterone	2.11 (1.51 to 2.95)	<0.001

Tab. 10 Metodi contraccettivi: relativa sicurezza

(% di fallimenti = Numero di gravidanze/100donne/ anno)

Fonte: General Practice Notebook UK (modificata)

Nessun metodo	60-70
Coitus interruptus	30
Rilievi temperatura	da 2 (monitor) a 40
Diaframma	1 - 20 (dipende dall'esperienza e dall'età della donna)
Condom	2 - 15
Spirale in rame	0,9 - 3
METODI ORMONALI	
Nuvaring	0,65
Cerotto	0,9
Implanon	0 - 0,08
Spirale ormonale (Mirena)	0,09/ 0,16
EP orali: media del totale	0.2/3

Indici di sicurezza dei vari EP:

MONOFASICA con EE 30mcg:	0-0.10
MONOFASICA con EE 20mcg:	0-0.18
BIFASICA	0-0.01
TRIFASICA-SEQUENZIALE	0.3
SOLO PROGESTINICA	0.3-5



MERZ AESTHETICS

Skinnovating solutions

Ultherapy®

IL PRIMO *lifting* NON CHIRURGICO
NON È UN SOGNO, È SCIENZA

- UNA SOLA SEDUTA
SENZA BISTURI NÉ AGHI
- ZERO TEMPI DI RECUPERO
- MASSIMA SICUREZZA
CON GUIDA ECOGRAFICA
- RISULTATI NATURALI EVIDENTI
E PROGRESSIVI

1 UN MILIONE DI TRATTAMENTI
one beautiful world.

VISO



COLLO



DÉCOLLETÉ



In esclusiva nei
Centri Medici Certificati

www.ultherapy.it

APPROFONDIMENTO

Tab. 11 Sicurezza contraccettiva in concomitanza d'uso di Isotretinoina.

- Impianti o Spirale i metodi più sicuri (ma non sempre accettati)
- Consigliati gli EP mono o bifasici, meglio se con 30mcg di EE
- Sconsigliate le pillole trifasiche o quadrifasiche
- Data la necessità di due metodi contraccettivi associati l'abbinamento più frequente, è con il condom, seguito dal diaframma.

(Tab 12) EP a basso contenuto di Etinil-Estradiolo.

Opzioni di prima scelta

YASMINELLE EE 20mg + Drospirenone 3mg

YAZ EE 20mg + Drospirenone 3mg

Altre opzioni

FEDRA/ HARMONET	EE	20mcg	+	Gestodene	0,075mg
ARIANNA/ MINESSE	EE	15mcg	+	Gestodene	0,060mg
MERCILON / SECURGIN	EE	20mcg	+	Desogestrel	0,15mcg
LOETTE/ MIRANOVA	EE	20mcg	+	Levonorgestrel	0,100mg

linea Idrovel

Tutte le potenzialità dell'**UREA** formulata in apposito veicolo a rilascio immediato per i vari stati della cute secca e ipercheratosica.

2% **Idrovel lenitivo**

Emulsione ad azione emolliente, rinfrescante e lenitiva.



4% **Idrovel**

Crema base emolliente e protettiva con ceramidi per la cute moderatamente secca e screpolata.



25% **Idrovel forte**

Unguento per zone particolarmente secche o ipercheratosiche.



40% **Idrovel 40**

Crema per zone fortemente ipercheratosiche, per unghie e per callosità del piede.



Laboratori Farmaceutici
Savoma Medicinali S.p.A.
Divisione Dermo-Cosmesi

OPTIC SUPER HIGH MAGNIFICATION DERMOSCOPY

Renato Rossi

La dermoscopia è una metodica divenuta fondamentale nella pratica clinica del dermatologo. I recenti progressi della Medicam 1000 Fotofinder ci consentono di acquisire immagini, a visione ottica, ad altissimo ingrandimento, fino a 400 X, proiettandoci in un mondo iconografico nuovo. Questo studio è stato condotto insieme al patologo Gerardo Ferrara che ha contestualizzato nell'istologia le immagini dermoscopiche ad altissimo ingrandimento. Tale "OPTIC SUPER HIGH MAGNIFICATION DERMOSCOPY" (OSHMD) (Fig 1) ci consente di visualizzare anche singole cellule pigmentate all'interno dell'epidermide e del derma superficiale, con immagini molto simili a quelle della microscopia laser confocale a riflettanza.(Fig.2) le linee della rete(B) si presentano come piccole sfere incolonnate attorno alle papille dermiche. Nel Melanoma(D) non si distinguono più i melanociti né il binario, sostituito da spazi omogeneamente marroni: è quella che definiamo rete atipica con linee ispessite che si interrompono bruscamente alla periferia.

Fig 3: I globuli dei nevi dermici si mostrano come agglomerati di melanociti sotto forma di piccoli cerchi; questi li vediamo soltanto nei nevi dermici. Nel riquadro si nota la corrispondenza di queste cellule con quelle dell'istologia di una struttura papillare esofitica dello stesso nevo

Foto 4: "Target Capillaries": in OSHMD, questa struttura è rappresentata da un anello di pigmentazione marrone(B): questo è dato dalla proliferazione di melanociti atipici negli spazi interpapillari della rete, che rimane abbastanza conservata; all'interno di questo alone ovviamente non distinguiamo i singoli melanociti perché siamo sotto la giunzione. Questo alone marrone circonda un'area chiara(A) che lascia trasparire il capillare papillare(freccia); questo, immerso nella fibrosi, è sovrastato a livello giunzionale da un'unica fila di melanociti atipici: questo spiega perché rimanga chiaro e lasci intravedere il capillare stesso. Nel riquadro vediamo il corrispettivo istologico, nello stesso melanoma, della depigmentazione reticolare

Fig 5 "Angled nests". Le aree chiare simil-fibrotiche, prive di struttura alla dermoscopia convenzionale,

all' OSHMD sono presenti focalmente residui di rete pigmentaria ammassati in modo irregolare in forma angolata. Queste strutture le abbiamo chiamate "Angled nests" e le abbiamo trovate specifiche al 100% per il melanoma. Nei

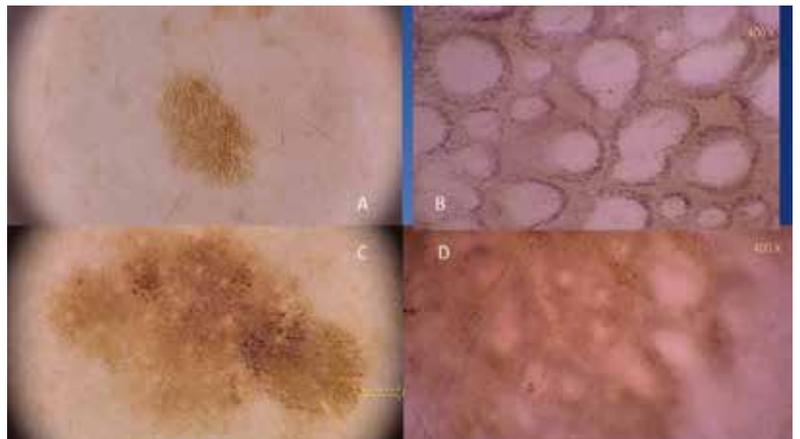


Fig.1

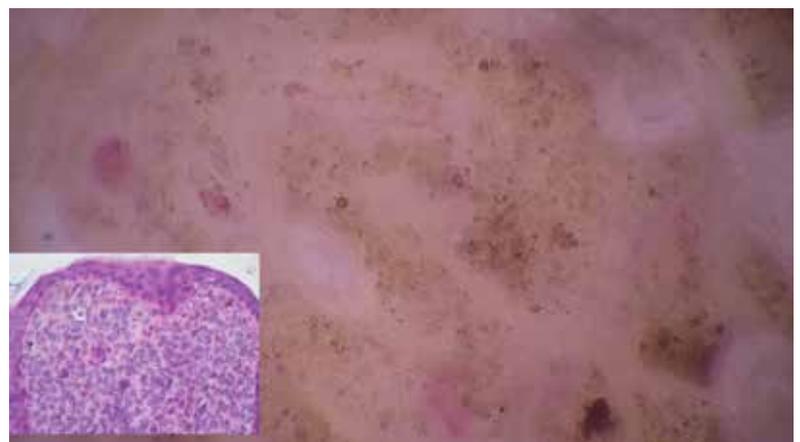


Fig.2

OPTIC SUPER HIGH MAGNIFICATION DERMOSCOPYY

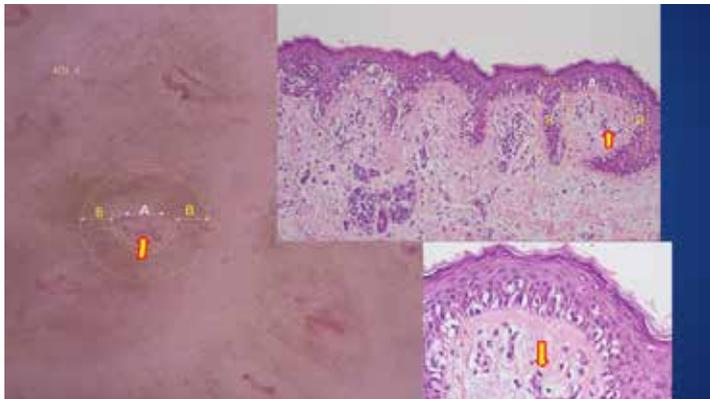


Fig.3

nevi con regressione i residui di rete rispettano la struttura della rete pigmentaria e gli "Angled nests" sono sempre assenti.

Fig 6 le lesioni del viso a 400 X vengono meglio definite (A) nei colori(B) e nelle strutture anulari granulari della lentigo maligna. (C) Nella cheratosi lichenoida prevale il colore grigio-nero, (D)nella cheratosi attinica pigmentata prevale il marrone.

Anche gli ingrandimenti intermedi della dermoscopia ad alto ingrandimento(170 X-240 X-300 X) facilitano la lettura dermoscopia delle lesioni: separano i colori, evidenziano la visione tridimensionale, aggiungono particolari nuovi.

In conclusione, la OSHMD ha le potenzialità per essere un valido aiuto nella gestione dei tumori cutanei difficili; l'impatto che avrà nella pratica clinica sarà valutato dagli studi in corso.

Renato Rossi



Fig.4

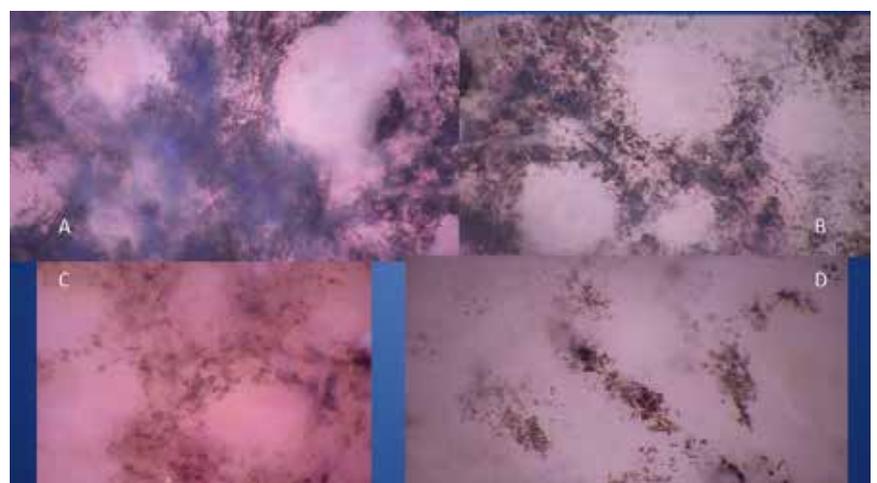


Fig.5



AIDA
ASSOCIAZIONE ITALIANA
DERMATOLOGI
AMBULATORIALI

Presidente del Meeting
**Alessandro
Martella**



2019

ROMA

Aida Meeting
UNDER 19

23 Febbraio 2019

Barcelò Aran Mantegna
Via Andrea Mantegna, 130

Segreteria Organizzativa



Joining People Srl
Tel +39 06/2020227 - Fax +39 06/20421308
aida@joiningpeople.it - www.joiningpeople.it



DA_{2.0}

Dermatologia Ambulatoriale 2.0