

72°

CONGRESSO NAZIONALE FIMMG - METIS

MEDICINA DI FAMIGLIA: CAMBIARE PER MANTENERE I PROPRI VALORI



PERCORSI SIMPeSV PER UN AMBULATORIO DEGLI STILI DI VITA:

Idrosadenite suppurativa cronica e la Medicina Generale

Algoritmo gestionale ed interazione MMG/Specialista

Antonio Pio D'Ingianna

SIMP
eSV

Società Italiana
di Medicina di Prevenzione
e degli Stili di Vita

3/8 Ottobre 2016

Complesso Chia Laguna
Domus de Maria (CA)

Questo sito si serve dei cookie per fornire servizi. Utilizzando questo sito acconsenti all'utilizzo dei cookie da parte nostra e di terzi [cookie policy](#) [ok](#)

effettuare la sola iscrizione ai lavori congressuali.

SPECIALE "RINNOVO ACN"

SPECIALE "DECRETO APPROPRIATEZZA"

IN EVIDENZA

05 OTT 2016 Entro il 2023 mancheranno 16mila MMG
Scotti: giovani poco incentivati a scegliere formazione in mg

05 OTT 2016 Il medico di famiglia diventa "dottore della sessualità"
Dal 72° Congresso Nazionale

04 OTT 2016 Relazione Scotti al 72° Congresso nazionale FIMMG-Metis:
subito Convenzione

04 OTT 2016 Sanità integrativa: un rischio o un'opportunità?
Indagine del Centro Studi Fimmg

03 OTT 2016 "Medicina di Famiglia: cambiare per mantenere i propri valori"
Al via il 72° Congresso nazionale FIMMG-Metis

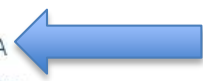
01 OTT 2016 Online la App del 72° Congresso nazionale Fimmg-Metis
Disponibile su iTunes e Google Play

Vaccini e Vaccinazioni
Numero Verde **800 56 18 56**
Attivo il lunedì dalle 10.00 alle 18.00
Logos: fbi, fimp, FIMMG



FIMMG È ANCHE:

- PRASSIS
- SCUOLA STILI DI VITA
- SCUOLA DI ECOGRAFIA
- SCUOLA DI RICERCA IN MG
- SCUOLA NAZIONALE FORMAZIONE QUADRI
- AMFE



WEB SETTORI

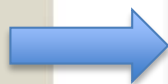
- Continuità Assistenziale
- Settore Emergenza Sanitaria
- Settore Inps
- Settore Speciale Formazione

SIMP^eSV

Società Italiana di Medicina
di Prevenzione e degli Stili di Vita

Un **Team di medici FIMMG**, avvalendosi anche di nutrizionisti ed esperti del settore, vuole, con questo Sito, offrire a tutti un messaggio semplice ma scientificamente corretto, ed ai colleghi, un supporto utile alla professione per poter rispondere alle crescenti richieste che il paziente pone al proprio medico di famiglia.

ENTRA



NEW

PROGETTO
IDROSADENITE
IDROSADENITE
SUPPURATIVA



RELAZIONI E ATTI
CONGRESSUALI
2015/2016
CORSI FORMATIVI
ED INCONTRI
2016





Idrosadenite Suppurativa Cronica

L'**idrosadenite suppurativa cronica (HS)**, anche nota come acne inversa o *malattia di Verneuil*, è una malattia infiammatoria cronica che interessa l'epitelio del follicolo pilifero (o unità pilo-sebacea) e solo secondariamente le ghiandole sudoripare apocrine, delle regioni inverse del corpo, ossia le pieghe di ascelle, seno, glutei, inguine e regione perianale.

L'impatto negativo della malattia sulla qualità della vita del paziente è significativo ed è amplificato dal ritardo diagnostico: avere, quindi, dei test di screening validati potrebbe favorire una diagnosi precoce ed una gestione più efficace.

Un board scientifico, formato da MMG della FIMMG e da uno specialista dermatologo, con il contributo incondizionato di AbbVie Srl, ha iniziato i lavori per la realizzazione di un algoritmo per la presa in carico del paziente con Idrosadenite Suppurativa da parte del medico di medicina generale.



Idrosadenite Suppurativa Cronica

Una patologia infiammatoria cronica misconosciuta correlata all'obesità, alla sindrome metabolica e agli stili di vita

L'idrosadenite suppurativa cronica (HS), anche nota come acne inversa o malattia di Verneuil, è una malattia infiammatoria cronica che interessa l'epitelio del follicolo pilifero (o unità pilo-sebacea) e solo secondariamente le ghiandole sudoripare apocrine, delle regioni inverse del corpo, ossia le pieghe di ascelle, seno, glutei, inguine e regione perianale...

Articoli»

Idrosadenite Suppurativa Cronica- Una patologia infiammatoria cronica misconosciuta correlata all'obesità, alla sindrome metabolica e agli stili di vita

Maggio - (5° comunicato)

IDROSADENITE E COMORBIDITA'

Le principali comorbidity associate all'HS e rilevate nel questionario che ha coinvolto 177 MMG, per una popolazione di 217.000 assistiti, sono state, in ordine di frequenza, la follicolite cronico-recidivante (60,4%), l'acne cistica (47,5%), la sindrome dell'ovaio policistico (37%), patologie ormonali (30,7%), malattie infiammatorie intestinali (14,87%), la colelitiasi (12,02%) e l'artrite-sacro-ileite sieronegativa (2%), mentre sul comportamento terapeutico prevalente per un caso di HS, quasi il 90% dei colleghi intervistati ha riferito di gestire in maniera autonoma il paziente per il primo approccio terapeutico. Quasi l'80% dei colleghi prescrive una terapia con antibiotici sistemici. Gli antibiotici e gli antisettici topici vengono utilizzati rispettivamente nel 45,2% e 34% dei casi come terapia di prima linea. L'incisione chirurgica e la toelettatura di un ascesso viene praticata solo nel 16,75% dei casi.

Com.Scient.: Simone Garcovich * - Vito Albano ** - Antonio P. D'Ingianna ** - Maurizio Pirro **

*Istituto di Dermatologia Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

**Medici di Medicina Generale FIMMG-SIMPeSV

SURVEY IDROSADENITE <http://www.alimentazione.fimmg.org/idrosadenite/>

si ringrazia AbbVie per il contributo incondizionato

Aprile - (3° comunicato)

QUESTIONARIO FIMMG SU IDROSADENITE: EPIDEMIOLOGIA E CORRETTA DEFINIZIONE.

Al questionario sulla HS (Idrosadenite) hanno partecipato 179 medici di famiglia, fornendo in totale 177 questionari valutabili.

Il campione di medici è rappresentativo delle diverse aree geografiche del paese (nord 45%; centro 21%, sud e isole 34%).

Il termine "idrosadenite suppurativa" è presente come categoria diagnostica solo nel 53% dei gestionali software in uso ai colleghi.

La popolazione di assistiti, seguita dai medici partecipanti allo studio, comprende 217.000 soggetti (102.070 donne; 114.930 uomini).

Sono stati raccolti in totale 807 pazienti affetti da HS (casi), di cui 329 uomini e 478 donne.

IDROSADENITE SUPPURATIVA CRONICA (HS)

Risultati della Survey-FIMMG

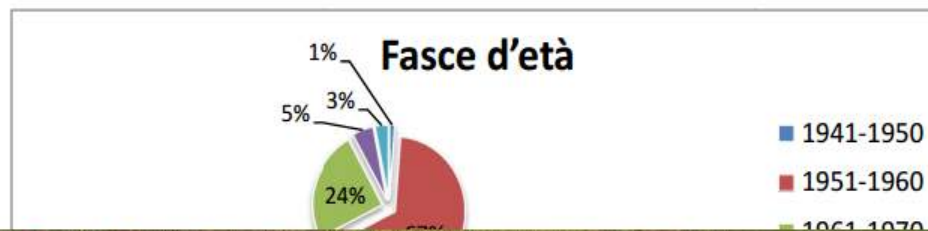
Autori: *Antonio Pio D'Ingianna, Vito Albano, Simone Gargovich, Maurizio Pirro*

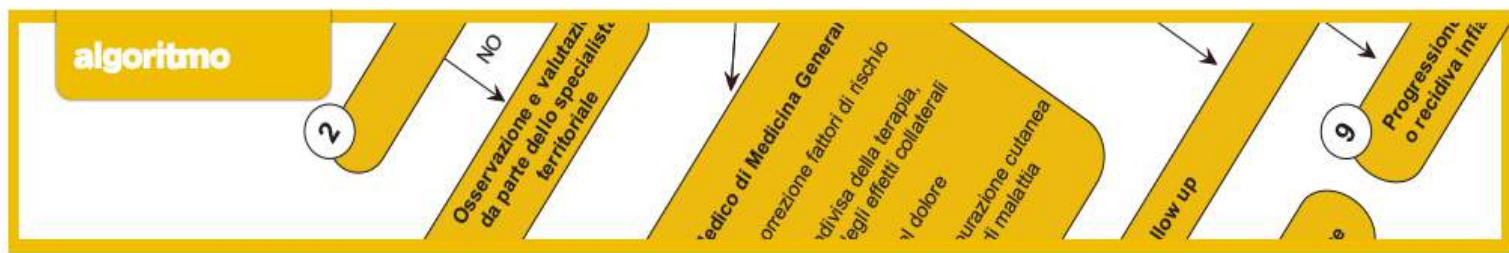
Realizzata al fine di valutare l'inquadramento diagnostico ed i relativi dati di prevalenza, nei nostri ambulatori di MG, della malattia "Idrosadenite suppurativa cronica" (HS), e di elaborare un algoritmo per la presa in carico del paziente da parte del medico di medicina generale. Progetto in via di realizzazione con il contributo incondizionato di AbbVieSrl.

Hanno risposto al questionario n. 179 MMG

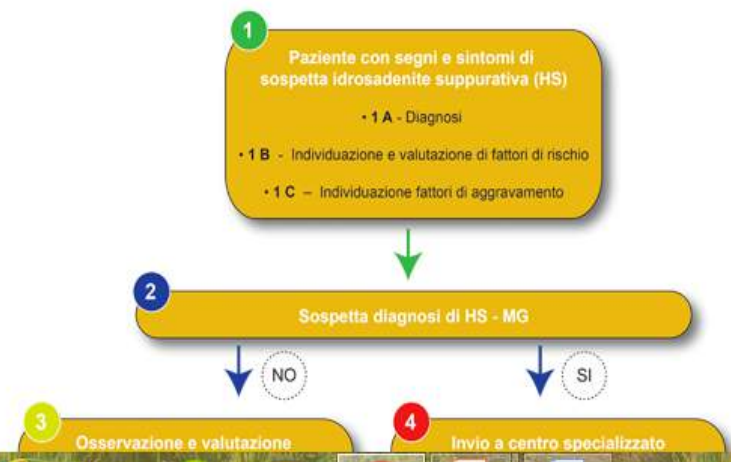
Sono stati valutati 177 questionari, compilati correttamente.

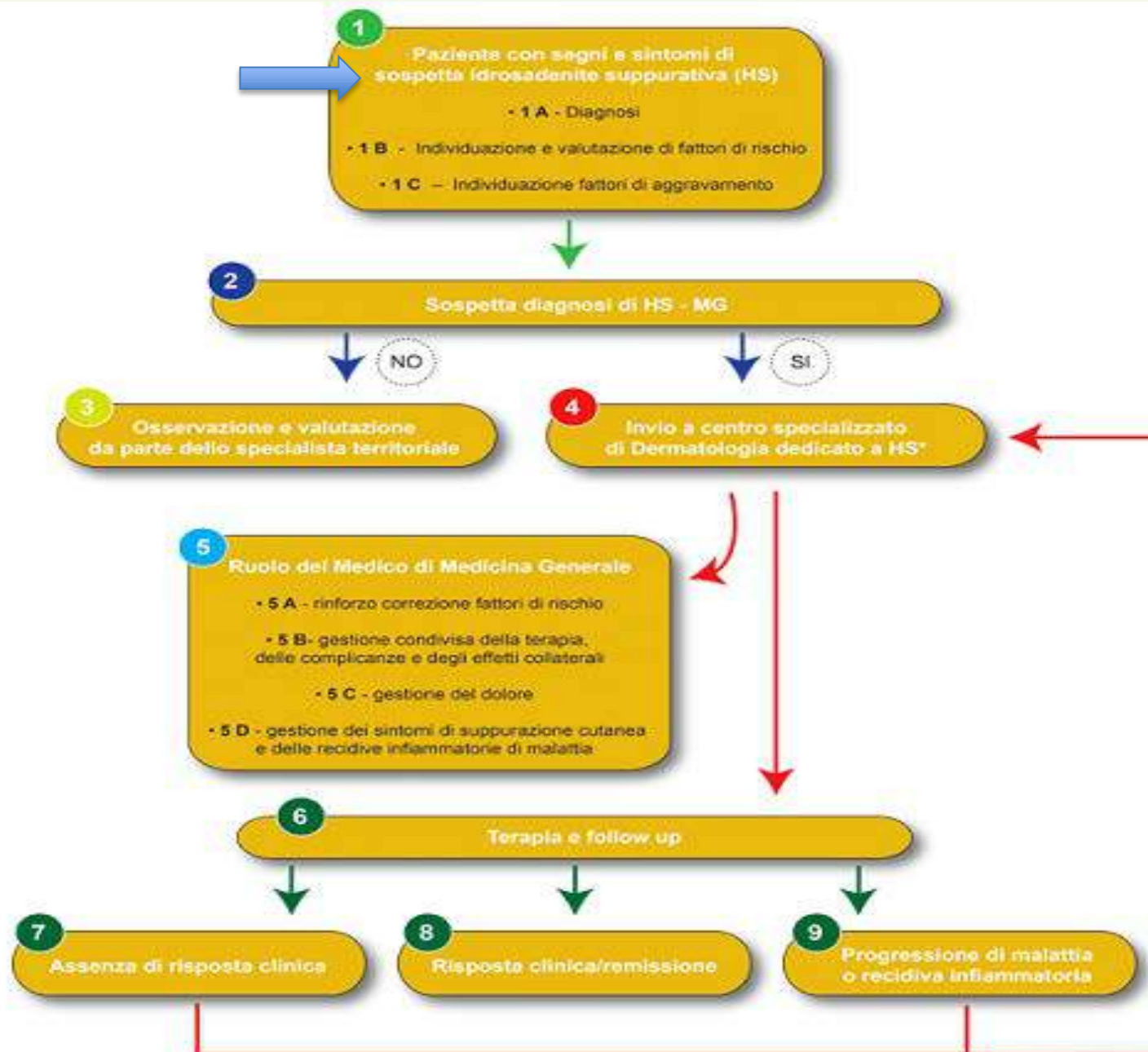
177 MMG sono così suddivisi: 130 maschi (72%) e 47 femmine (28%)





ALGORITMO SULLA IDROSADENITE SUPPURATIVA (HS)







<< TORNA ALL'ALGORITMO

1A - Diagnosi

- a. criteri diagnostici
- b. iconografia e nomenclatura delle lesioni
- c. questionario diagnostico
- d. diagnosi differenziale

a. CRITERI DIAGNOSTICI

La diagnosi di sospetto di idrosadenite suppurativa (HS) viene posta in presenza di:
 almeno 2 episodi di eruzione di lesioni cutanee suppurative – ascessi, foruncoli, noduli infiammatori, fistole – negli ultimi 6 mesi localizzate nelle 5 sedi corporee tipiche – ascelle, inguine, genitali, regione sottomammaria, altra sede (perianale, addome, regione cervicale).
 La diagnosi di HS è clinica e deve essere quindi validata da uno specialista (Dermatologo).
 N.B.: La diagnosi di HS non richiede test diagnostici specifici di tipo strumentale: l'esame biotipico ed istopatologico delle lesioni cutanee e gli esami microbiologici (esame diretto e colturale) hanno solo un carattere ancillare e non sono richiesti per la diagnosi.

b. ICONOGRAFIA E NOMENCLATURA DELLE LESIONI



c. QUESTIONARIO DI SCREENING PER IDROSADENITE SUPPURATIVA CRONICA-ACNE INVERSA

Gentile paziente,
La preghiamo di dedicare pochi minuti del suo tempo per rispondere alle seguenti domande, segnando con una X le risposte pertinenti.
La ringraziamo per la Sua gentile collaborazione.

1. Ha mai sofferto di ripetute eruzioni di foruncoli, noduli o ascessi, che guariscono con cicatrici, localizzate alle ascelle, inguine, genitali, sotto al seno o a livello di altre pieghe del corpo?

Sì
 No

2. Se **Sì**, in quali regioni corporee (segnare una o più sedi)

inguine
 ascelle
 genitali
 ano
 sotto al seno



d. DIAGNOSI DIFFERENZIALI DI HS

- Infezioni batteriche purulente della cute – foruncolosi; ascessi sottocutanei semplici (singole lesioni)
- Cisti epidermoidi semplici, con infiammazione e/o sovrainfezione
- Malattie di Crohn con interessamento cutaneo (fistole entero-cutanee)
- Tumori benigni e maligni, con localizzazione cutanea primaria o secondaria

<< TORNA ALL'ALGORITMO

1 B - Individuazione e valutazione di fattori di rischio

- a. Obesità
- b. Tabagismo
- c. Sindrome metabolica – componenti:
 - diabete/insulino-resistenza
 - Dislipidemia
 - Ipertensione arteriosa

Sono gli stessi che aggravano le malattie cardiovascolari:

Obesità

IMC ≥ 30 ; obesità addominale: circonferenza addominale $> \text{cm } 88$ nella donna; $> \text{cm } 102$ nell'uomo.

L'obesità è associata sia ad un aumento dei fenomeni di frizione/trauma meccanico localmente a livello delle pieghe cutanee che ad uno stato pro-infiammatorio sistemico, per l'aumentata sintesi di adipochine e citochine infiammatorie.

3. Glynn TJ, Manley MW, Pechacek TF. Physician-initiated smoking cessation program: the National Cancer Institute trials. *Prog Clin Biol Res* 1990;339:11-25).

Sindrome metabolica

La presenza contemporanea di almeno 3 su 5 dei seguenti fattori di rischio (ipertensione arteriosa: sistolica > 130 mmHg e diastolica > 85 mmHg; trigliceridemia > 150 mg/dL; colesterolo HDL < 40 mg/dL nell'uomo e < 50 mg/dL nella donna; obesità addominale (vedi sopra); Intolleranza glicemica (glicemia a digiuno ≥ 110 mg/dL), permette di fare diagnosi di sindrome metabolica. È l'anticamera del Diabete, configurandosi una insulino-resistenza periferica oltre alla dislipidemia.

La comorbidità HS /sindrome metabolica colpisce soprattutto i giovani (< 35 anni).

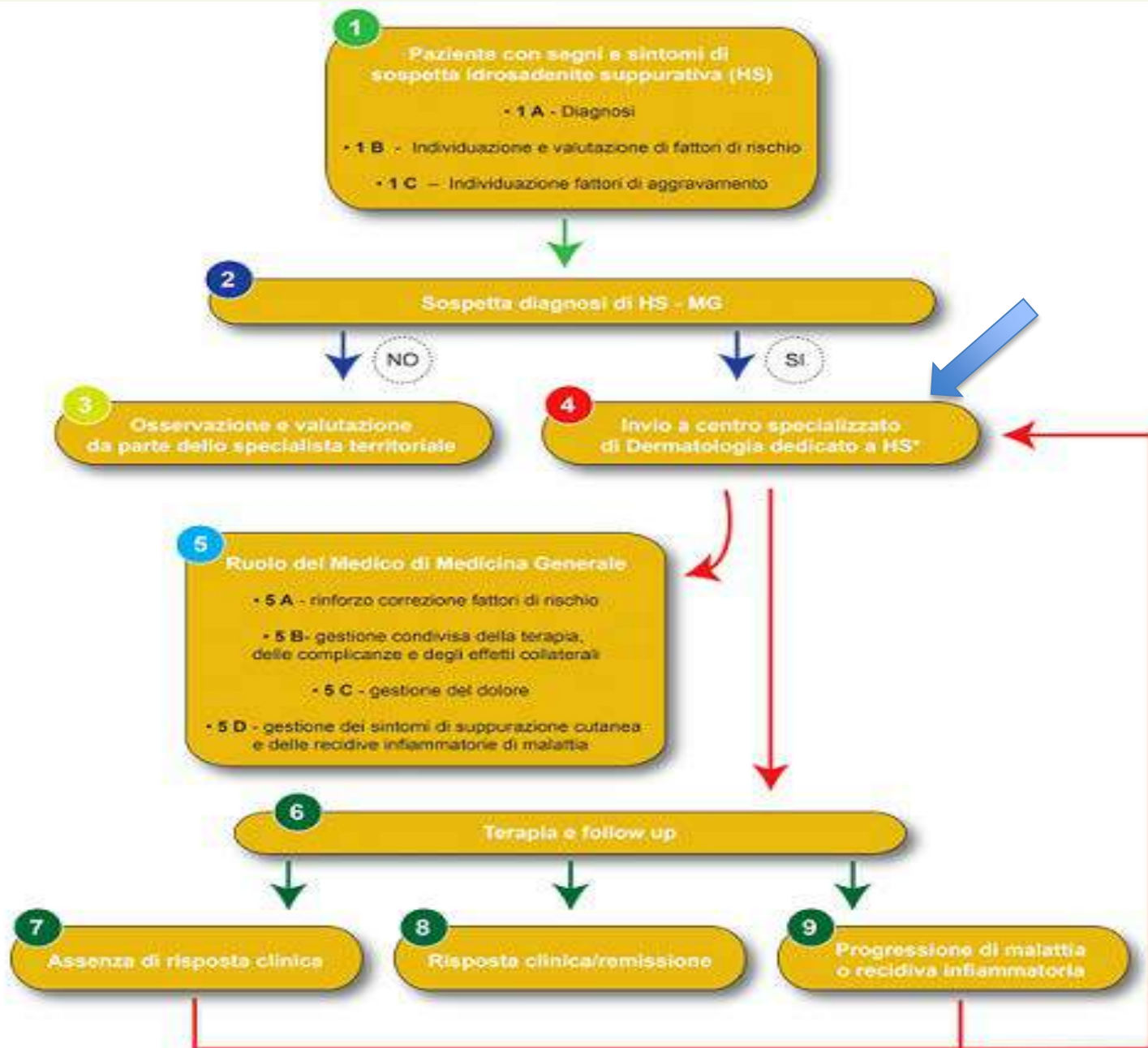
La modifica degli stili di vita, correggendo l'alimentazione e favorendo una sufficiente attività motoria, è in grado di migliorare il quadro generale agendo su tutti i fattori di rischio evidenziati.

Per ridurre il peso e migliorare l'attività fisica può essere utile seguire l'algorithmo del progetto SAFE (<http://alimentazione.fimmg.org/safe/algorithmo.htm>) con il manuale di approfondimento, che permette anche di valutare la presenza di eventuali controindicazioni alla perdita di peso.

<< TORNA ALL'ALGORITMO

1 C - Individuazione fattori di aggravamento della malattia

- Trauma del pelo/depilazione nelle aree affette da malattia
- Utilizzo di profumi, deodoranti nelle aree affette da malattia
- Ciclo mestruale
- Fattori stagionali/climatici (calore, umidità, macerazione)
- Variazioni del peso corporeo
- Fattori nutrizionali

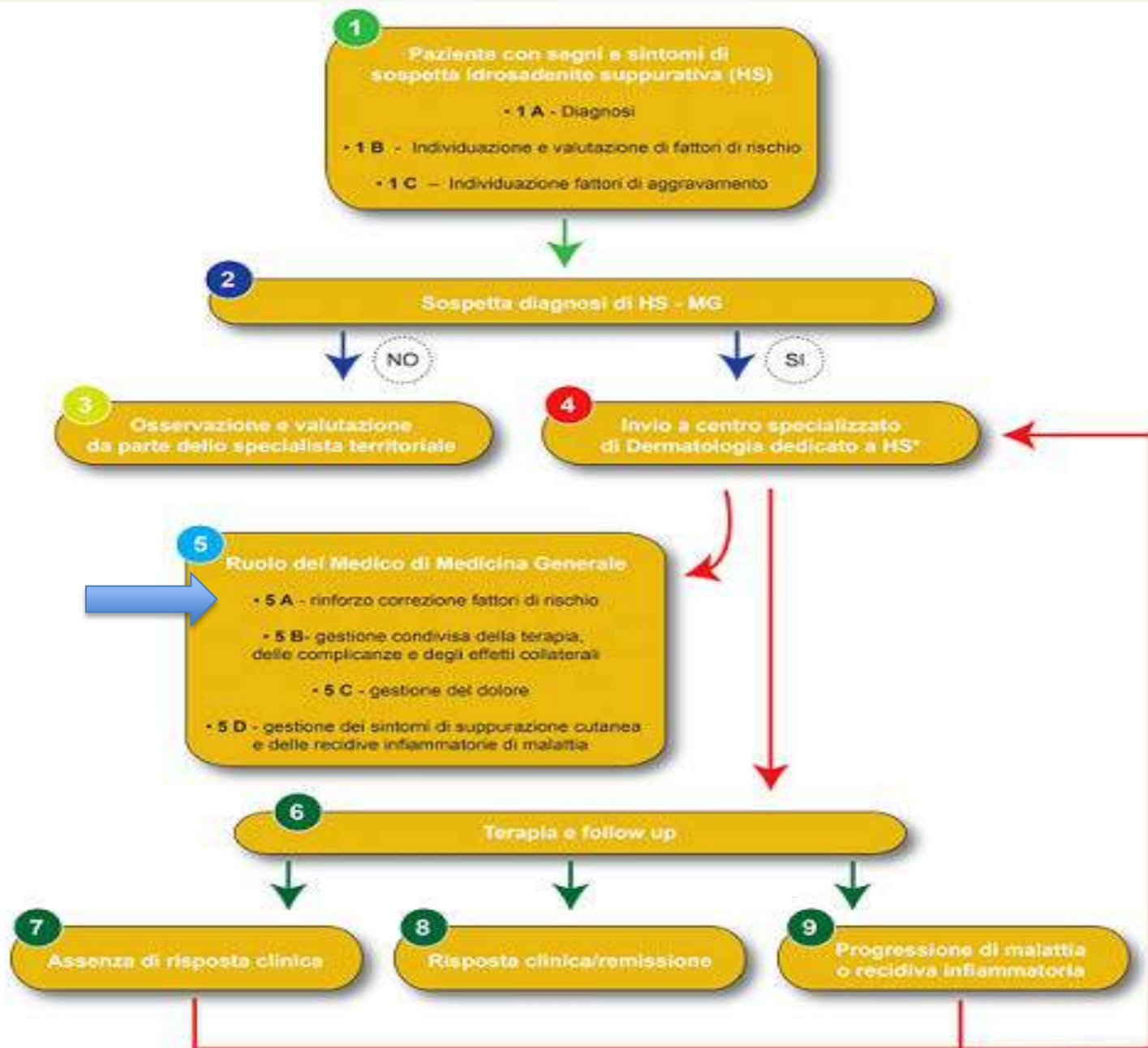




<< TORNA ALL'ALGORITMO

Ruolo dello specialista in Dermatologia

- Validazione delle diagnosi di HS (secondo i criteri EDF: European Dermatology Forum)
- Stadiazione clinica (stadio di Hurley) e strumentale (ecografia)
- Valutazione della qualità di vita e impatto funzionale della malattia
- Identificazione e gestione condivisa delle comorbidità
- Pianificazione e gestione della terapia (secondo le linee guida SideMast, Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgia, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse) vedi gestione condivisa della terapia
- Indicazioni alla terapia chirurgica
- Valutazione degli obiettivi terapeutici e della risposta clinica
- Rivalutazione del paziente al follow-up
- Gestione delle complicanze





<< TORNA ALL'ALGORITMO

5 A - Rinforzo correzione fattori di rischio

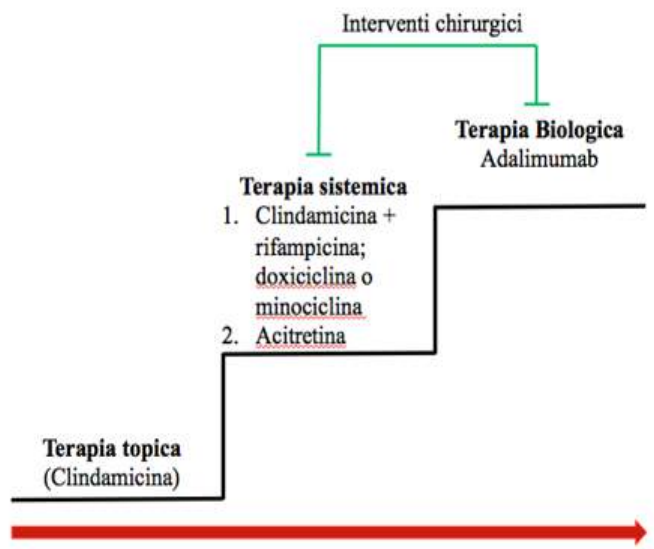
L'aderenza alla prescrizione di nuovi stili di vita (corretta alimentazione; dieta ipocalorica; attività motoria; disassuefazione dal fumo; riduzione/abolizione dei vari fattori di rischio), presuppone dei controlli clinici ravvicinati nei primi 6-12 mesi. La frequenza degli stessi potrebbe essere addirittura mensile, nel primo trimestre, e ogni 2 mesi nei successivi mesi, perché è stato studiato che il periodo più critico, per l'aderenza a qualsiasi forma terapeutica, sia essa farmacologica o meno, è proprio nei primi 6-12 mesi. Ricontrollare il rischio e rinforzare la motivazione al cambiamento, ottenendo non solo una migliore aderenza al programma ma, soprattutto, una condivisione, che porti all'autogestione dello stesso da parte del paziente, è uno degli obiettivi fondamentali da prefissarsi e cercare di raggiungere. Nel progetto SAFE (<http://alimentazione.fimmg.org/safe/algorithmo.htm>) si troveranno tutte le strategie per cercare di superare gli ostacoli al cambiamento, compreso un manuale che è un "distillato" delle procedure e strategie della terapia cognitivo comportamentale dell'obesità applicata nei più importanti centri clinici e di ricerca.

5 B - Gestione condivisa della terapia, delle complicanze e degli effetti collaterali

Terapia

La terapia della HS viene prescritta dallo specialista Dermatologo in base alla severità del quadro clinico (stadio di malattia) e all'impatto della malattia sulla qualità di vita del paziente. Gli obiettivi della terapia sono la riduzione dell'infiammazione, della carica batterica, del dolore e dell'occlusione follicolare, e un miglioramento della qualità di vita del paziente. La terapia segue la sequenza di terapie di prima, seconda e terza linea, come da schema delle linee guide SideMast (vedi allegato).

Gestione terapeutica dell'idrosadenite suppurativa secondo la linea guida SideMast

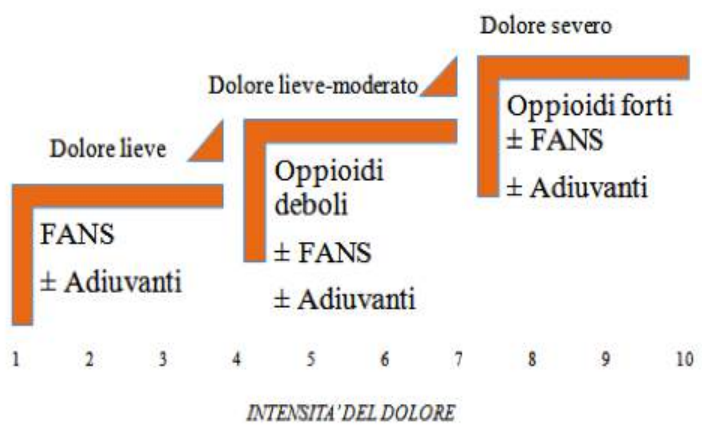


5 C - Gestione del dolore

Il dolore è un sintomo principale della HS e può essere di tipo acuto o cronico in base decorso della malattia. Il dolore acuto è di tipo infiammatorio ed è associato alla suppurazione cutanea, con la formazione di noduli e ascessi sottocutanei. Il dolore cronico dell'HS è prevalentemente di tipo infiammatorio, ma può presentare anche una componente di tipo neuropatica di tipo centrale (sensibilizzazione al dolore) o periferica (per contratture cicatriziali).

Gestione della terapia antidolorifica segue la scala WHO per le cure palliative

SCALA OMS PER IL DOLORE E LE CURE PALLIATIVE



Adattata da: www.who.int/cancer/palliative/painladder/en

5 D - Gestione dei sintomi di suppurazione cutanea (G1) e delle recidive infiammatorie di malattia (G2)

La gestione delle lesioni suppurative acute, in particolare dell'ascesso cutaneo, è fondamentale nell' HS, una malattia a decorso cronico-recidivante caratterizzata da frequenti episodi di suppurazione cutanea. Il medico di base è il primo referente del paziente per la gestione di una recidiva infiammatoria di malattia, evitando in questo modo il ricorso ai servizi di pronto soccorso ospedaliero.

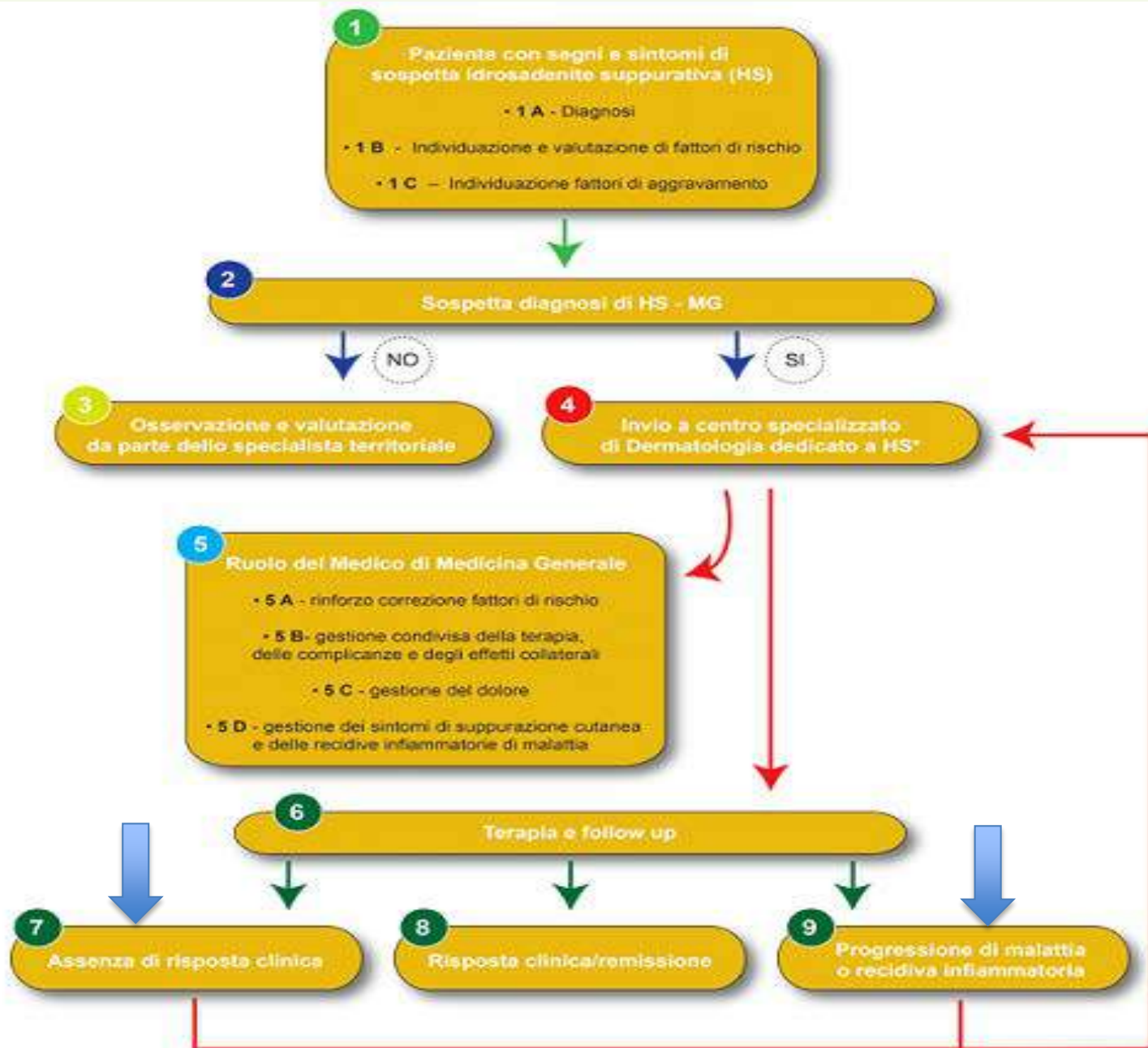
- Gestione della terapia antidolorifica segue la scala WHO per le cure palliative

G1- gestione dell'ascesso cutaneo acuto

Le lesioni suppurative acute, in forma di classico ascesso sottocutaneo o di noduli o placche infiammatorie, sono associate ad un intenso dolore infiammatorio, frequentemente intollerabile per il paziente.

- Ascesso infiammatorio a sede sottocutanea, chiuso e non-fluttuante alla palpazione → astenersi/ritardare l'incisione semplice della lesione; applicazione locale di impacchi caldo-umidi; valutare aggiunta di terapia antibiotica locale e/o sistemica, valutare aggiunta di farmaci anti-infiammatori e analgescici (paracetamolo, FANS). Consigliare riposo del paziente e il monitoraggio continuo della temperatura corporea.
- Rottura spontanea della cisti/ascesso sottocutanea → spremitura "leggera" della lesione e drenaggio del materiale purulento.
- Ascesso o cisti infiammata ben fluttuante alla palpazione → incisione e drenaggio della raccolta purulenta con riduzione del dolore e immediato sollievo per il paziente.

Tale pratica di emergenza segue le buone norme della detersione e disinfezione delle ferite acute. A questo punto, la lesione suppurativa "aperta" deve essere considerata come una ferita o ulcera infetta e gestita secondo le linee guida sulle ferite croniche e ulcere croniche (http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Position_documents_2002-2008/Italian_pos_doc_2006.pdf)





<< TORNA ALL'ALGORITMO

Ruolo dello specialista in Dermatologia

- Validazione delle diagnosi di HS (secondo i criteri EDF: European Dermatology Forum)
- Stadiazione clinica (stadio di Hurley) e strumentale (ecografia)
- Valutazione della qualità di vita e impatto funzionale della malattia
- Identificazione e gestione condivisa delle comorbidità
- Pianificazione e gestione della terapia (secondo le linee guida SideMast, Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgia, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse) vedi gestione condivisa della terapia
- Indicazioni alla terapia chirurgica
- Valutazione degli obiettivi terapeutici e della risposta clinica
- Rivalutazione del paziente al follow-up
- Gestione delle complicanze



Grazie per la cortese attenzione

