

MEDICINA SPECIALISTICA  
CHIRURGIA ESTETICA

MEDICINE NON CONVENZIONALI  
DERMO ESTETICA

PROFESSIONI SANITARIE

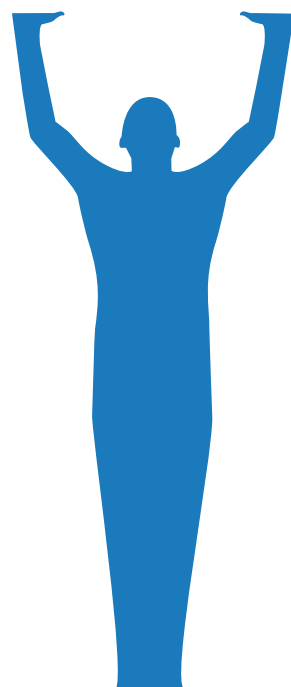
MEDICINA GENERALE

WELLNESS

SICUREZZA E IGIENE

SETTORE FARMACEUTICO

E ALTRO...



*"Vita brevis, ars longa, occasio praeceps,  
experimentum periculosum, iudicium difficile"*  
Ippocrate

# DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO O DERMATITE IRRITATIVA?

di Donato Leonetti\*

\* Specialista di Pneumologia, Allergologia ed Immunologia Clinica



Medicina Specialistica

È frequente il riscontro di pazienti che presentano manifestazioni cutanee che possono classificarsi morfologicamente come eczema ma sul versante etiologico, per potersi orientare è opportuno differenziare tra reazioni allergiche o irritative.

E' possibile differenziare una DAC (dermatite allergica da contatto) da una dermatite irritativa con un test diagnostico denominato Patch-test che utilizza allergeni incompleti denominati Apteni.

Si utilizza una metodica standardizzata con apteni indicati dal Gruppo di ricerca italiano sulle dermatiti da contatto ed ambientali. (G.I.R.D.C.A.)

Frequentemente, pazienti che per anni hanno praticato tinture per capelli, improvvisamente sviluppano dermatiti o addirittura reazioni allergiche generali di tipo allergico.

Queste manifestazioni eczematose di natura allergica sono di IV tipo secondo la classificazione di Gell e Coombs e sono dovute al fenomeno della sensibilizzazione.

Frequenti reazioni sono dovute al nickel solfato, ma frequentemente sono da imputarsi al potassio bicromato, a cosmetici e spesso a farmaci e conservanti.

Per poter diagnosticare una dermatite da contatto è necessario praticare un patch test con apteni della serie GIRDCA.

Le dermatiti irritative, che non riconoscono una causa allergica sono dovute ad alterazioni della barriera cutanea

con alterata produzione delle secrezioni sebacee o legate ad una azione irritativa di prodotti chimici sul film idrolipidico cutaneo.

Con il crescere delle sostanze chimiche con cui i soggetti predisposti vengono evidenziate sempre nuove allergie per il passato legate al contatto con sostanze contenenti nickel solfato, il balsamo del perù, il potassio bicromato, la parafenilendiammina, oggi si osservano sensibilizzazioni per metacrilati, che sono collanti utilizzati da estetiste per fissare le unghie o in campo odontoiatrico.

Infine c'è il vasto e poco esplorato campo delle sostanze foto sensibilizzanti che in presenza di luce sono capaci di scatenare reazioni allergiche e tra queste ricordiamo l'estratto di bergamotto e spesso anche alcuni farmaci ad uso topico come la prometazina.

In questi casi dalla collaborazione tra l'allergologo ed il dermatologo si raggiunge il risultato di una diagnosi certa ed unadeguato trattamento medico.



# VANTAGGI E LIMITI DELLE TECNICHE DI RISONANZA MAGNETICA CARDIACA PER LA RICERCA DELL'ISCHEMIA INDUCIBILE

di S. Dellegrottaglie, A. D'Errico, M. Sidiropulos, L.Ferrara, M. Damiano, C. Mita, C. De Simone, A. Cacace, P. Guarini\*

\*Divisione di Cardiologia con UTIC, Clinica Villa dei Fiori, Acerra (Napoli)



Medicina Specialistica

Nel corso degli ultimi anni, studi condotti con risonanza magnetica cardiaca (cardio-RM) da stress hanno riportato buoni valori di fattibilità ed accuratezza nella caratterizzazione dei pazienti con cardiopatia ischemica nota o sospetta. Il presente articolo propone una rassegna dei principali dati relativi all'applicazione delle tecniche di cardio-RM nella valutazione diagnostica e prognostica della cardiopatia ischemica, con una particolare enfasi sui vantaggi e i limiti relativi alle modalità più tradizionali di imaging non invasivo (ecocardiografia da stress e scintigrafia miocardica perfusionale).

Parole chiave: risonanza magnetica; ischemia; imaging.

L'attuale esteso ricorso alle metodiche di imaging non invasivo per la valutazione dell'ischemia inducibile è principalmente basato sull'uso dell'ecocardiografia da stress e della scintigrafia miocardica perfusionale. Queste metodiche tradizionali non sono tuttavia prive di limitazioni, prime fra tutte la dipendenza dalla qualità della finestra acustica per l'ecocardiografia da stress e l'impiego di radiazioni ionizzanti per la scintigrafia miocardica (Tab. 1). In anni più recenti, la messa a punto di tecniche accurate per lo studio della contrattilità e della perfusione miocardica durante stress ha imposto la cardio-RM come metodica alternativa per la valutazione non invasiva dei pazienti con

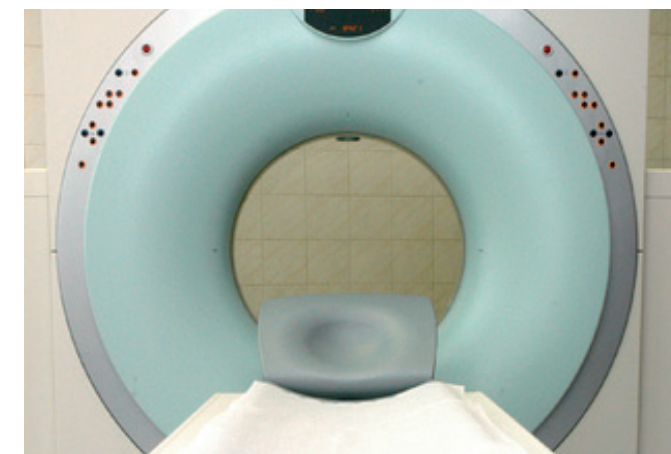
cardiopatia ischemica. Sulla base delle evidenze fin qui disponibili e riguardanti sia l'impatto diagnostico che quello prognostico delle informazioni fornite, la cardio-RM da stress può attualmente essere ritenuta un'utile alternativa alle metodiche diagnostiche più consolidate.

Una valida indicazione all'impiego della cardio-RM da stress può essere considerata la ricerca di ischemia inducibile in pazienti sintomatici con probabilità pre-test intermedia di cardiopatia ischemica, in particolare in presenza di una traccia ECG non interpretabile (es. blocco di branca sinistra) o di incapacità a svolgere un esercizio fisico adeguato.

Rispetto alle metodiche di imaging più consolidate, la cardio-RM può presentare degli indubbi vantaggi rappresentati, tra gli altri, dalla capacità di produrre immagini ad elevata risoluzione delle strutture cardiache indipendentemente dall'habitus costituzionale del paziente e prescindendo dall'impiego di radiazioni ionizzanti. L'unica controindicazione assoluta all'esecuzione di un esame di cardio-RM è attualmente costituita da pazienti portatori di dispositivi o impianti non magneto-compatibili (es. pompe per infusione di farmaci, clips cerebrali metalliche, pacemakers/defibrillatori, ecc.). Altre condizioni possono invece rappresentare una controindicazione relativa e contribuire a limitare l'applicabilità clinica della cardio-RM (Tab. 2). Tuttavia, tra i fattori che attualmente limitano maggiormente l'impiego della cardio-RM

rientra certamente la scarsa diffusione e disponibilità di apparecchiature RM dedicate allo studio dei pazienti cardiologici.

In conclusione, si può facilmente prevedere che in conseguenza sia di una maggiore diffusione della strumentazione dedicata che di una maggiore consapevolezza da parte della comunità cardiologica, nel prossimo futuro le tecniche di cardio-RM da stress per lo studio dell'ischemia miocardica inducibile troveranno sempre maggiore applicazione nella valutazione dei pazienti con cardiopatia ischemica nota o sospetta.



# SCLEROTERAPIA DELLE VARICI: UN NUOVO METODO

di Francesco Ferrara\*

\* Studio Flebologico Ferrara Acerra - Napoli



Medicina Specialistica

## INTRODUZIONE

Lo scopo del lavoro è di presentare una nuova metodo di scleroterapia dei tronchi safenici (Grande e Piccola Safena), utilizzando, un sistema compressivo duplice: Anatomico ed Emodinamico. Io ho definito Compressione Anatomica quella compressione destinata a ridurre solo il calibro della vena; e Compressione Emodinamica quella capace di interrompere gli shunts veno-venosi proteggendo, dal sovraccarico emodinamico dei reflussi lunghi (safenici), le varici ad essi correlate. In questo modo la vena sclerosata è esposta ad regolare evoluzione cicatriziale e protetta dalla ricanalizzazione dal reflusso.

## RISULTATI

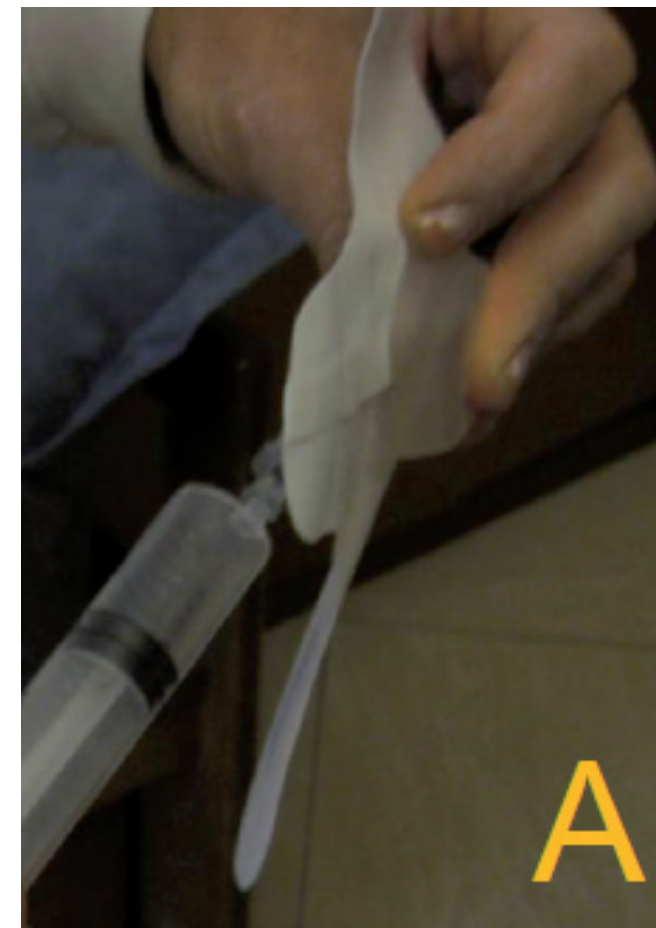
I controlli clinici ed ecoDoppler sono stati praticati a 6-8-12 mesi. Le recidive strumentali sono state 18 (10%), e le recidive cliniche 10 (5,5%).

L'incidenza di recidive, sia cliniche che ecodoppler, sono state paragonate a quelle della mia casistica globale (23% recidive strumentali, e 12% recidive cliniche), rilevate nel corso di un Follow-up di 15 aa, in 1500 casi di TGSV incontinenti, e trattate con il metodo di Sigg[5]. Il test del  $\chi^2$  a mostrato una differenza statisticamente significativa sia a livello clinico ( $\chi^2$  6,03 p : 0,0141 -corr. Yates- odds ratio : 6,03), che strumentale ( $\chi^2$  15,41 p : 0,0001 -corr. Yates- odds ratio : 0,37), a favore del metodo da me proposto.

## CONCLUSIONI

Il mio metodo può essere associato a qualsiasi tecnica di iniezione sclerosante ed all'uso di qualsiasi farmaco in forma liquida o di mousse. Esso pertanto, ben lungi da proporsi come nuova tecnica di scleroterapia, ne rappresenta solo una STRATEGIA.

Potrebbe sembrare una procedura complessa, ma il vantaggio indubbio e che consente di sclerosare una intera varicosi di GSV in tre sole sedute.



# RAZIONALE DELLA CHIRURGIA NEI PAZIENTI CON ULCERA FLEBOSTATICA

di Marco Apperti\*

\* Seconda Università Degli Studi di Napoli Dipartimento - Di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'emergenza Sezione di Flebologia



Medicina Specialistica

Nell'affrontare le problematiche relative alla terapia chirurgica delle ulcere venose, è necessario chiarire, prima ancora degli aspetti tecnici dei vari interventi, il ruolo, gli scopi e le indicazioni della terapia chirurgica stessa.

La diagnosi di ulcera venosa non è certamente sufficiente, da sola, per orientarci nella scelta terapeutica.

D'altronde il paziente richiede il nostro intervento quando la patologia venosa ha avuto lungo tempo per cronicizzarsi e divenire nella migliore delle ipotesi "complessa"

Talora non pare cogliere appieno il significato della sua patologia, poiché spesso, oltre a chiedere se la sua patologia sarà definitivamente risolta dall'intervento chirurgico, si preoccupa del risultato estetico dell'intervento stesso: quale numero di incisioni? Quale la loro dimensione? Le cicatrici saranno molto evidenti?

Da ciò si evince come nell'approccio al paziente non possiamo non tener conto di queste pur legittime esigenze.

Dovremo perciò conciliare il massimo effetto terapeutico con il miglior risultato estetico.

Ritornando, quindi, ai criteri che devono guidarci, il nostro obiettivo dovrà essere quello di eliminare la stasi, i punti di fuga, i reflussi, dopo aver accertato se l'origine dell'ipertensione venosa alla base della comparsa dell'ulcera, sia dal circolo profondo, da quello superficiale, dalle perforanti o come spesso accade da un complesso e, non sempre facile da chiarire, alterazione emodinamica che vede coinvolti tutti i distretti suindicati.

E' forse opportuno, infatti, ricordare che tempo addietro si riteneva che la comparsa di un'ulcera venosa fosse sempre legata ad una insufficienza del circolo profondo.

Oggi si è visto come questo sia vero in una minoranza dei casi, e che comunque sia quasi sempre accompagnato da alterazioni del

circolo superficiale che non solo aggravano l'insufficienza venosa, ma quasi sempre sono la causa scatenante della comparsa di alterazioni trofiche, per cui la nostra attenzione dovrà essere rivolta precipuamente a questo aspetto particolare.

Sarà quindi necessario un accurato studio clinico ed emodinamico con un fedele mappaggio pre-operatorio che si potrà avvalere oltre che dell'esame ultrasonografico, anche della epi-illuminazione e del mappaggio riportato su lucido come oramai da tempo siamo soliti fare in modo da ottenere una riproduzione fedele del mappaggio stesso anche a distanza di tempo. Inoltre ottenendo in tal modo una più precisa corrispondenza tra il punto individuato e l'incisione chirurgica.

La terapia chirurgica che abbiamo a disposizione può essere divisa in: Chirurgia Ablativa - Chirurgia Conservativa - Chirurgia Ricostruttiva.

Eseguibile con: Tecnica Chirurgica "Tradizionale", Tecnica Endoscopica, Tecnica Endovascolare.

Al di là, comunque, della tecnica scelta, il nostro gesto terapeutico può essere diretto alla correzione del reflusso profondo, superficiale o delle perforanti.

In quest'ultimo caso dovremo individuare le perforanti incontinenti, distinguere quelle refluenti da quelle di rientro, in sistole ed in diastole, al fine di effettuare un intervento selettivo e non indiscriminatamente rivolto alla eliminazione di tutte le perforanti.

Inoltre, nell'intento evitare tessuti coinvolti da sclerosi, ipodermite, processi ulcerativi, si dovrà valutare se ricorrere alla chirurgia tradizionale, alla chirurgia endoscopica, alla S.E.P.S., o alla chirurgia Laser.

La chirurgia del circolo superficiale, apparentemente più semplice, può anch'essa essere condizionata da svariati fattori come la presenza di ulcera, zone di ipodermite e sclerosi cicatriziale. Le varie opzioni terapeutiche possono prevedere il ricorso alla:

Chirurgia emodinamica senza exeresi dei tronchi safenici: crosssectomia semplice-associata a flebectomie, chiva.

Chirurgia ablativa: stripping lungo, stripping corto, stripping ultracorto, stripping della piccola safena, EVS (Endovenous Vein Shrinkage) EVLT (Endo-Venous Laser Treatment).

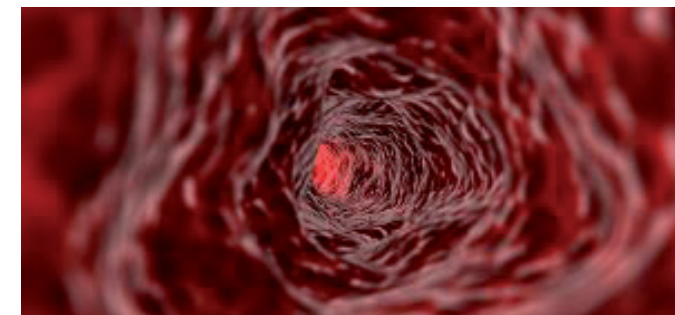
Completamento con: interruzione delle perforanti incontinenti varicectomie (insufficienza di collaterali safeniche ed extra safeniche).

La exeresi delle vie di reflusso può essere agevolmente attuata con varie tecniche chirurgiche:

Flebectomia sec. Muller

Flebectomia per transilluminazione (Trivex)

Flebo-occlusione con uncino elicoidale (VHeliHoS).



# L'EMATOMA RETROPERITONEALE: PROBLEMATICHE DI APPROCCIO

di F. Stagnitti, E. Spaziani, A. Stagnitti, A. Di Filippo, P. Gammardella, S. Corelli, F. Turchetta, G. Pattaro\*

\*UOC Chirurgia Universitaria, Facoltà di Medicina "Sapienza" Roma, Polo Pontino (Direttore: Prof. F. Stagnitti)



Medicina Specialistica

La gestione degli ematomi retroperitoneali post-traumatici risulta tuttora controversa e difficoltosa per la molteplicità delle possibili cause e l'estrema varietà delle lesioni riscontrabili sia singole che in associazione.(1)

Alcuni principi possono però essere d'aiuto per una corretta strategia di approccio e di trattamento.

La TC con mezzo di contrasto, con apparecchiature multiscan, è da considerare il gold standard diagnostico, in particolare nella definizione dei sanguinamenti pelvici raggiunge una sensibilità tra 80 e 84% e una specificità tra 85 e 98%. (2, 3)

Permette inoltre una efficace definizione delle lesioni associate del torace e diaframma, altrimenti misconosciute in una percentuale che arriva al 16%. L'uso del mezzo di contrasto gli consente una sensibilità equivalente all'esame contrastografico nella diagnosi di traumatismi renali e vescico-uretrali ("blush"), ma anche nella dimostrazione dell'integrità anatomico-funzionale del rene controlaterale in previsione di una nefrectomia per trauma.(4)

L'ecografia FAST, poco efficace per lesioni retroperitoneali, permette di ottenere, per lesioni endoperitoneali, una sensibilità superiore al 95%, accuratezza del 95,1%, valore predittivo positivo del 86,3% e valore predittivo negativo del 98,3%.

Resta comunque insostituibile, in fase di emergenza, per la diagnostica di versamento pleurico e pericardico risultando fondamentale nel porre l'indicazione ad un drenaggio salvavita. (5)

Il lavaggio peritoneale diagnostico (DPL), in caso di non disponibilità di strumenti diagnostici più efficaci, presenta, per la diagnosi di emoperitoneo, sensibilità e specificità oltre il 95%.

L'angiografia interventistica in questi traumatizzati è in grado di risolvere sia in fase preoperatoria che intraoperatoria situazioni emorragiche anche plurime con un'efficacia media del 90%,



assicurando una risoluzione clinica e radiologica pari al 97%.

In presenza di fratture del bacino, specie se instabili, pluriframmentarie o "a libro aperto" fondamentale risulta la stabilizzazione dei monconi, senza la quale molto spesso è impossibile limitare l'evoluzione di un ematoma secondario ad emorragie a bassa pressione provenienti in più del 90% dei casi da lesioni dei plessi venosi pelvici. Ottenuto il controllo emodinamico, la stabilizzazione del bacino deve precedere anche l'esame angiografico e deve essere effettuata, tramite fissatori esterni o C clamp, in casi limite anche tramite un semplice bendaggio serrato o con l'uso del pantalone antishock (MAST). (6)

L'atteggiamento dev'essere primariamente conservativo, l'esplorazione chirurgica di un ematoma pelvico infatti, permette il controllo delle fonti emorragiche solo nel 4% dei casi, di contro è responsabile di una mortalità compresa tra 66 e 83%.(7, 8) L'apertura di un ematoma retroperitoneale è un atto chirurgico spesso pericoloso, bisogna pertanto essere preparati ad effettuare esclusivamente una chirurgia di damage control : confezionamento di un packing pelvico, seguito da rapida chiusura temporanea, stabilizzazione del bacino ed angiografia operativa. Questo tipo di approccio ha prodotto un abbattimento del 50% degli interventi chirurgici anche per traumi aperti, vista la possibilità di utilizzo reiterato in emergenza dell'ecografia e della TC con mezzo di contrasto; ciò nonostante si segnala ancora un 27% di laparotomie abusive e inutili. (9)

E' utile pertanto ribadire che in una moderna gestione del traumatizzato con ematoma retroperitoneale la decisione chirurgica dev'essere dettata da precise valutazioni riguardo a :

- a) stato emodinamico del paziente
- b) presenza di lesioni associate specie intraperitoneali
- c) tipo di trauma, aperto o chiuso
- d) sede dell'ematoma. (10)

Una razionale regolamentazione dell'approccio all'ematoma retroperitoneale nella fase di urgenza è stata definitivamente formalizzata da Selivanov che ha individuato nello spazio retroperitoneale tre aree : una Zona 1 centrale divisa trasversalmente in uno spazio sovramesocolico ed uno sottomesocolico, una doppia Zona 2 laterale, una Zona 3 a localizzazione pelvica. (6).

# NUOVA SCOPERTA SUL TUMORE INFANTILE

di Sbarro Health PRESS



Medicina Specialistica

Il gene Src fa parte della famiglia dei proto-oncogeni tirosinasi attivi in molti tumori, incluso il medulloblastoma, il più comune tumore infantile. Src rappresenta un dei più promettenti marker per la terapia contro il cancro.

Uno studio recente mostra come alcuni derivati pirimidinici del pirazolo (ossia il pyrazolo [3,4-d]-pyrimidine derivative), disegnati per colpire Src, potrebbero essere efficaci nell'interferire con il ciclo cellulare e causare la morte delle cellule tumorali nel medulloblastoma. I risultati, pubblicati su FASEB (The Journal of the Federation of American Societies for Experimental Biology), sono stati finanziati dallo Sbarro Health Research Organization Center for Biotechnology [www.shro.org](http://www.shro.org), un istituto no profit dedito alla ricerca molecolare e genetica con sede presso il College of Science and Technology della Temple University di Philadelphia, USA, e dalla Human Health Foundation Onlus di Spoleto un'organizzazione no profit di biotecnologie.

"Il nostro scopo è stato di investigare gli effetti inibitori dei nuovi derivati pirimidinici" spiega così l'autore principale, Antonio Giordano M.D. Ph.D., Presidente e Fondatore dello SHRO, promotore principale e Presidente del comitato scientifico della Human Health Foundation Onlus e docente per chiara fama presso il Dipartimento di Patologia Umana ed Oncologia dell'Università di Siena.

"Le nostre scoperte mostrano come nelle cellule del medulloblastoma, i derivati-pyrimidine possono sottoregolare l'attività di Src, ridurre la proliferazione cellulare e la progressione del tumore 'in vivo'. Questo suggerisce che i derivati pirimidinici possono rappresentare un'efficace strategia terapeutica, non solo per il trattamento del medulloblastoma, ma anche per altri tumori in cui Src è espresso".

Sebbene altri trattamenti quali la chirurgia, la chemioterapia e la radioterapia hanno sostanzialmente innalzato il tasso di sopravvivenza, il medulloblastoma resta incurabile per almeno 1/3 dei pazienti affetti da tale malattia e i trattamenti attuali possono causare effetti collaterali tossici a livello neuro-cognitivo.

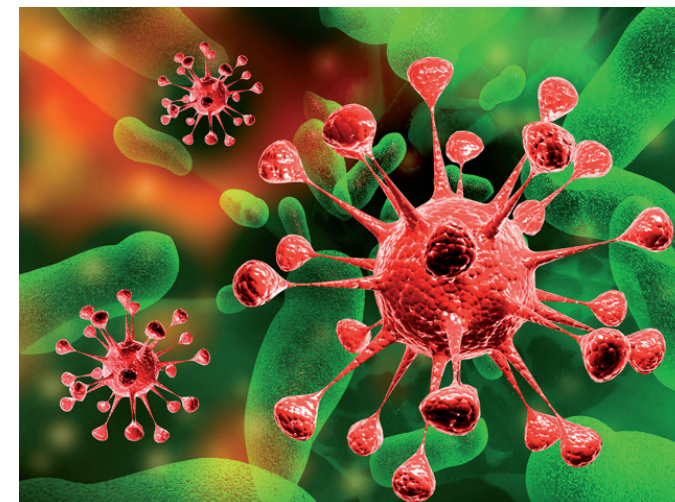
"Messi a confronto con gli agenti chemioterapici convenzionali quali cisplatino e etoposide, che sono attualmente utilizzati nella terapia del medulloblastoma, abbiamo scoperto che questi derivati pirimidinici hanno un maggior effetto inibitorio sulla proliferazione cellulare" afferma Alessandra Rossi, Ph.D., co-autore dello studio e Research Fellow presso lo Sbarro Institute: "L'uso di questi composti in radioterapia potrebbe permettere la riduzione di dosi di radiazione (o dosi radianti) e, di conseguenza, evitare i tossici effetti collaterali, cognitivi e endocrini, correlati alla radioterapia. Inoltre, le nostre scoperte rivelano i composti pirimidinici mostrano effetti sinergici e messi in combinazione con il cisplatino e l'etoposide, suggerendo il loro possibile utilizzo in associazione con la chemioterapia".

Tentativi per ridurre la morbilità e mortalità associate al medulloblastoma sono stati limitati dalla tossicità dei trattamenti convenzionali e dalla bassa permeabilità delle barriere ematoencefalica, che restringe l'entrata dei composti idrofili e lipofili di grosse dimensioni, nel cervello.

Altri inibitori del gene Src, attualmente in trials clinici per il trattamento di altre patologie, hanno mostrato una minore efficacia nel trattamento delle metastasi del cervello", ha così commentato il co-autore Silvia Schenone, Ph.D., professore associato presso l'Università di Genova.

Maurizio Botta, Ph.D., Adjunct Professor alla Temple University, Director, Drug Discovery Program, Professor Medical Chemistry e

Presidente della Facoltà di Farmacia dell'Università di Siena, co-autore del lavoro: "Ma i nostri derivati pirimidinici per il medulloblastoma hanno caratteristiche lipofile, che permettono loro di passare attraverso la barriera ematoencefalica molto più facilmente, rappresentando un ulteriore vantaggio per il loro uso sulla terapia del medulloblastoma. Oltre al possibile uso di questi derivati pirimidinici nel trattamento del medulloblastoma, questi composti potrebbero essere utili per sviluppare nuovi inibitori farmacologici per studiare le funzioni fisiologiche e oncogeniche di Src.



# COSA VUOL DIRE ESSERE UNO DI EMERGENCY



M. Non Convenzionale

di Andrea Filippini\*

\*Infermiere e regista, ricercatore dell'applicabilità dell'arte teatrale nell'assistenza e fondatore dell'infermieristica teatrale

Questo è un brano tratto dal diario di bordo della mia missione all'Ospedale Tiziano Terzani, Emergency, Lashkar Gah, Afghanistan (Dicembre 2007 - Giugno 2008).

Domenica 27 Gennaio 2008

".....Ma cosa vuol dire essere uno di Emergency? e chi lo sa...solo un mese per rispondere...

ma è per questo che si scrive, per segnarsi nella memoria emozioni, eventi, obiettivi, fotografare con le parole un momento particolare della propria vita; nella mia vita questo momento si chiama Afganistan, targato Emergency.

Un organizzazione che esiste grazie a dei pazzi. Sì... ho scritto pazzi.

Brad Pitt nell'Esercito delle dodici scimmie, diceva che pazzo è colui che non è come la maggioranza, il diverso, pazzo è stato il medico che per primo ha intuito l'esistenza dei microbi e che diceva a tutti di lavarsi le mani perchè erano piene di migliaia di animali piccolissimi così piccoli da essere invisibili in tutti i sensi; non riesco ad immaginare quanto quel tizio sia stato pigliato per il culo... deriso e addirittura chiamato "pazzo".

Un giorno un tizio decide con dei suoi amici e colleghi di fare qualcosa... e intanto partono.

Metà anni novanta. E vanno dove c'è la guerra, per aiutare, coordinare, costruire ospedali... E più di una volta! Kurdistan, Afganistan, Cambogia, Sierra Leone, Iraq, Sudan.... e chissà quante missioni, anche se solo più piccole, ho scordato. Cosa cazzo pensano di fare quelli lì?

Sono fuorissimi!

Sono dei pazzi!

E ora io sono in un loro ospedale, e di tanti altri dopo di loro e prima di me, un ospedale vero e proprio, che fornisce aiuto sanitario ai malati e aiuto sociale ai dipendenti afgani, che rispetta il loro essere e in parte lo assorbe, e che in parte sono loro ad assorbire l'essere di E, per poi prendere, un giorno, in mano l'ospedale da soli, la sua filosofia, almeno quella che immagino io, ricordo che è l'unica organizzazione presente a Lash che rifiuta le armi, a partire dalle guardie, guardie in tutto e per tutto, ma non armati, che non vuol dire semplicemente disarmati ma permeabili, unica via per la pacifica convivenza prima, rapporti umani e vere e proprie amicizie poi...

Essere uno di Emergency, qui a Lash, vuol dire essere un eletto, un privilegiato che può viverci una

esperienza del genere, vuol dire rappresentare tutti coloro che hanno lavorato sodo, rischiato la propria pelle per costruire tutto questo quando tutto questo non c'era, vuol dire rappresentare tutti quelli che in questo momento sono in missione con te, vuol dire che ogni singola azione deve essere ben valutata, perchè le conseguenze potrebbero essere più grandi di quelle previste e che tutto questo e tutti dipendono da ogni singola azione.... di tutti.

Il buon senso non basta, si spera sempre nell'istinto.

(Non vorrei essere frainteso, non sto pubblicizzando nè esaltando E, nè sono diventato un suo devoto discepolo... questo è semplicemente il "mio" modo di vivermi E)



# L'EFFICACIA DEL TELMISARTAN SULLA SINDROME METABOLICA

di Luca Gabriele Punziano\*

\* Medico Generico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva all'Umberto I di Roma



La sindrome metabolica è una condizione clinica avente come caratteristiche la presenza di più fattori di rischio cardiovascolari nello stesso soggetto; ed in particolare l'ipertensione arteriosa e l'insulino-resistenza.

E' stato fatto uno studio sull'effetto metabolico del telmisartan e di losartan in pazienti affetti da ipertensione associata a sindrome metabolica: in particolare, il telmisartan è un antipertensivo dotato di attività parziale sul peroxisome proliferator-activated receptor gamma ( PPAR-  $\gamma$ ) ed è in grado di migliorare la sensibilità all'insulina ed il profilo lipidico in pazienti con sindrome metabolica.

Lo studio, su base randomizzata ed in doppio cieco, ha trattato i pazienti affetti da tale sindrome, con una dose giornaliera di telmisartan ( 80 mg) o di losartan ( 50 mg) per un periodo pari a 3 mesi.

I pazienti trattati erano pari a venti unità: sia all'inizio che al termine del trattamento veniva loro misurato il glucosio plasmatico a digiuno e post-prandiale, la sensibilità all'insulina, l'emoglobina glicata, e la pressione arteriosa media sistolica e diastolica delle 24 ore.

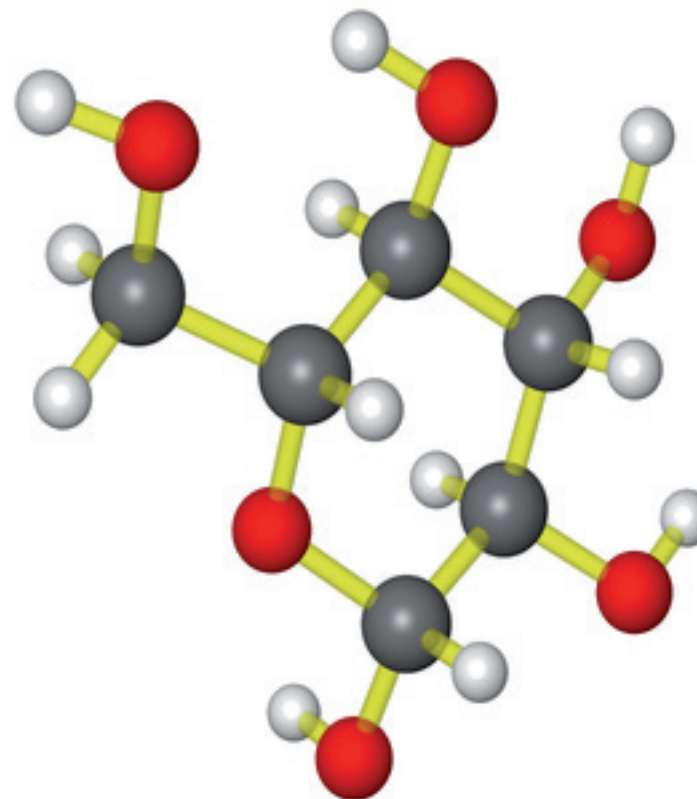
Il telmisartan si è dimostrato capace di ridurre in maniera significativa ( p minore a 0,05), i valori sia del glucosio plasmatico che dell'insulino-resistenza oltre che dell'emoglobina glicosilata, a differenza del losartan, ed anche sulla diminuzione della pressione arteriosa si sono avuti uguali risultati a favore del telmisartan.

Concludendo, questo studio ha confermato e corroborato la capacità del telmisartan di avere sia un controllo sui valori pressori medi delle 24 ore, che un'attività insulino-sensibilizzante, che può essere spiegata dalla sua parziale attività sui PPAR- $\gamma$ .

## BIBLIOGRAFIA:

[Cardiovascular Diabetology maggio 2005, 4:6](#)

[Effetto metabolico di telmisartan e di losartan in pazienti ipertesi con sindrome metabolica di Vitale, Mercurio, Castiglioni, Cornoldi, Tulli, Fini, Volterrani e Rosano](#)



# ROTTURA DI EPATOCARCINOMA MULTIFOCALE DEL LOBO DESTRO: PROCEDURE DI LIFE-SAVING

di F. Stagnitti, E. Spaziani, A. Stagnitti, A. Di Filippo, P. Gammardella, S. Corelli, F. Turchetta, G. Pattaro\*

\*UOC Chirurgia Universitaria, Facoltà di Medicina " Sapienza" Roma, Polo Pontino (Direttore: Prof. F. Stagnitti)



Solo in rarissimi casi le neoplasie epatiche, benigne e maligne, primitive e secondarie sono causa di emoperitoneo in seguito ad un trauma minore toraco-addominale (1, 2).

L'angio TC con mezzo di contrasto è la metodica di più largo impiego nella definizione diagnostica in urgenza. La sua accuratezza permette una migliore gestione terapeutica con aumento dei tassi di sopravvivenza. Fornisce infatti informazioni essenziali riguardo all'entità e sede dei versamenti e contemporaneamente permette l'identificazione di tutte le lesioni eventualmente associate. Risulta quindi essenziale per una esatta stadiazione delle lesioni e per la scelta della strategia terapeutica.

Ha fornito spunto per queste considerazioni il caso di una donna di anni 83, cardiopatica in trattamento anticoagulante, che presentava uno shock emorragico con anamnesi positiva per trauma addominale lieve subito due giorni prima.

Un' angio TC torace-addome in emergenza dimostrava emoperitoneo massivo con associata immagine sul VIII segmento epatico di formazione plurinodulare del diametro di circa 9 cm, disomogenea dopo contrasto, verosimilmente da riferire ad angioma, con stravasamento di mezzo di contrasto in sede periepatica. L'indagine escludeva lesioni associate

Nel caso da noi osservato costituivano indicazione alla laparotomia: a) il deterioramento progressivo dei parametri vitali; b) la necessità di continue trasfusioni di sangue per mantenere una stabilizzazione emodinamica peraltro precaria; c) i segni di irritazione peritoneale; d) il reperto all'angio TC di formazione plurinodulare del VIII segmento epatico con segni di spandimento del mezzo di contrasto.

La scelta della via chirurgica sottocostale destra, leggermente prolungata a sin., al posto della abituale laparotomia mediana totale, ci è stata consentita dalla dimostrazione tomografica di assenza di lesioni associate con il vantaggio di cadere direttamente sulla lesione e di godere di uno spazio di manovra efficace con la

sezione del solo legamento rotondo.

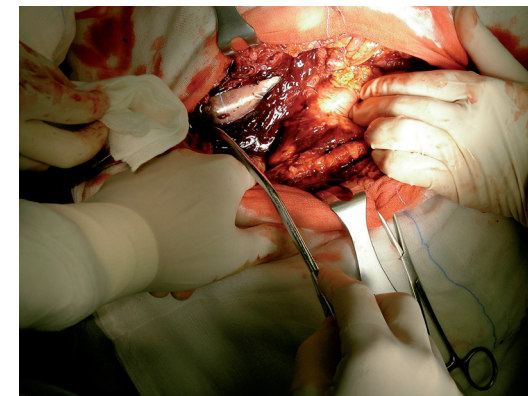
La lacerazione glissoniana, di circa due cm, repertata sul VI segmento si è dimostrata ampiamente emorragica, a conferma dell'immagine di blush all'angioTC. Ciò probabilmente ha reso scarsamente efficace l'uso del gel adesivo (FloSeal) tentato in fase iniziale. Risolutiva quasi istantaneamente invece la compressione bimanuale esercitata in prima istanza dall'operatore e continuata dal primo aiuto per il tempo necessario alla revisione dell'intera cavità peritoneale e al recupero di circa 3000 cc. di materiale ematico destinato alla reinfusione. La manovra di Pringle, che in questi casi siamo soliti effettuare in prima istanza, è stata impossibile da realizzare per la presenza di tenaci aderenze omentali e viscerali sulla faccia inferiore del fegato, esito di un precedente intervento per empiema colecistico, impossibili da liberare in tempi brevi.



dell'emifegato destro mantenendo una compressione in senso antero- posteriore e terminando con il posizionamento delle due ultime pezze introdotte in un sacchetto di plastica sterile posto a contatto con la lesione. Questo accorgimento tecnico ci ha permesso di effettuare il packing secondo il concetto dello sterility drape, che non avevamo al momento a disposizione, da interporre tra la lesione e i tamponi per evitare l'adesione del cotone alla trancia traumatica.



Rottura di epatocarcinoma plurinodulare con blush di m.di c.



Packing periepatico

# CORSO DI PERFEZIONAMENTO ED ALTA FORMAZIONE IN MANAGEMENT DELLA COMUNICAZIONE E GESTIONE DELL'INFORMAZIONE IN SANITÀ



Ai nastri di partenza il Corso di Perfezionamento ed alta Formazione in Management della comunicazione e gestione dell'informazione in Sanità, organizzato congiuntamente dalla Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università Suor Orsola Benincasa di Napoli, presieduta da Lucio d'Alessandro, e dalla Scuola di Formazione in Management Sanitario del Dipartimento di Scienze Mediche Preventive, diretto da Maria Triassi, afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo Federiciano.

Il corso è rivolto ai professionisti della salute che intendono ampliare le loro competenze manageriali nell'area delle dinamiche relazionali, della comunicazione organizzativa sanitaria e della gestione dei gruppi di lavoro, ed ai professionisti della comunicazione che vogliono arricchire il loro bagaglio di conoscenze ed esperienze in ambito sanitario.

“Il Corso si pone l'obiettivo di fornire ai partecipanti le conoscenze per gestire la comunicazione come strumento manageriale e di governo in Sanità. L'intento è sviluppare nei professionisti della salute la capacità di realizzare strategie di comunicazione efficaci per motivare le risorse umane, incentivare il cambiamento, incrementare l'appropriatezza e la produttività”, sottolinea Maria Triassi.

“Progettare campagne di comunicazione volte alla promozione della salute e ad attività di prevenzione, promuovere una comunicazione mirata nell'ambito

dell'équipe medica, nel gruppo di lavoro, con il paziente ed il suo nucleo familiare sono le competenze che i professionisti acquisiranno grazie al nostro corso. Proponiamo, quindi, un percorso formativo caratterizzato da una forte integrazione di know-how, dal taglio pratico ed esperienziale”, precisa Lucio d'Alessandro.

Ma in che cosa questo corso differisce da altri apparentemente analoghi presenti sul mercato? La risposta giunge dal Comitato scientifico ed organizzativo del Corso di perfezionamento- composto da Maddalena della Volpe, professore di Economia e Gestione delle Imprese al Suor Orsola Benincasa, Alessandra Dionisio, esperta in comunicazione organizzativa sanitaria presso l'AOU Federico II e coordinatore dei corsi intensivi di comunicazione della Scuola di Formazione in Management Sanitario, Stefania Ferraro, dottoranda in Sociologia, comunicazione, distanza sociale al Suor Orsola Benincasa: “Innovazione, integrazione e sperimentazione rappresentano le basi sulle quali è stato progettato il corso. Esperienze, buone pratiche e obiettivi sostenibili e realizzabili nei contesti di riferimento saranno proposti durante il percorso formativo”.

Non si parlerà, quindi, solo di comunicazione tra professionista della salute e paziente, ma di strategie di comunicazione che impattano sulla gestione, l'organizzazione e le relazioni con i media. Ampio spazio

sarà dedicato allo sviluppo delle competenze comunicative nell'ambito del lavoro di squadra e per progetti. Logiche e politiche di fundraising saranno analizzate e discusse con esperti del settore e attraverso testimonianze.

Il Corso inizierà a settembre, si terrà a Napoli presso la prestigiosa sede del Suor Orsola Benincasa. Avrà una durata complessiva di 120 ore, di cui 85 dedicate ad attività didattiche in presenza (lezioni teorico-pratiche, simulazioni, case-study, role-play, esercitazioni, workshop itineranti), 10 ore di formazione a distanza e 25 di sperimentazione pratica gestionale, per la realizzazione di un project-work conclusivo. Il Corso sarà articolato in due incontri intensivi della durata di 8 ore, ogni due settimane, integrati da attività di e-learning.

Il bando sarà pubblicato entro la fine del mese sui siti [www.unisob.na.it](http://www.unisob.na.it) e [www.management-sanitario.it](http://www.management-sanitario.it). Per coloro che abbiano già seguito un percorso formativo presso la Scuola di Formazione in Management Sanitario è prevista una quota di iscrizione ridotta.

Per ulteriori informazioni: dott.ssa Alessandra Dionisio, [alessandradionisio@yahoo.it](mailto:alessandradionisio@yahoo.it).

# CONSIDERAZIONI PER UNA CORRETTA NUTRIZIONE DEL PAZIENTE CHIRURGICO

di Marco Apperti\*

\*Seconda Università degli Studi di Napoli Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'emergenza



Sicurezza e Igiene

La nutrizione del paziente chirurgico è uno dei punti nodali, se non il principale nell'evoluzione del suo stesso quadro clinico.

I disordini nutrizionali, infatti, non possono far altro che aumentare ulteriormente il rischio collegato alla malattia di base ed all'intervento chirurgico.

Il paziente malnutrito può essere definito, in questi casi, "paziente critico". La risposta del suo organismo all'ulteriore insulto dell'atto operatorio prevede un complesso di alterazioni quantitative e qualitative del metabolismo definibili come "reazione da trauma".

Quanto detto è comprensibile se valutiamo quello che succede dopo un intervento chirurgico.

Infatti, l'immediato post-operatorio rappresenta il momento più delicato in cui si rendono manifeste le carenze nutrizionali latenti, misconosciute, o sottovalutate in precedenza.

- In una prima fase il metabolismo è orientato in senso catabolico, e, contemporaneamente, vi è una depressione generale dell'attività vitale (metabolismo, temperatura, portata cardiaca).
- In una seconda fase tali attività sono esaltate e provocano, quindi, un ulteriore incremento del catabolismo (proteolisi, glicogenolisi, lipolisi), tale da determinarsi una sorta di autocannibalismo.

Pertanto, lo stato di malnutrizione precedente l'intervento chirurgico influenza in modo determinante la risposta metabolica, in quanto:

1. diminuisce la soglia di resistenza dell'organismo, per cui traumi anche modesti possono scatenare gravi reazioni, ciò incide sia sui risultati dell'intervento chirurgico, sia sulle stesse probabilità di sopravvivenza;

2. altera le reazioni di difesa dell'organismo alle infezioni, perché si ha una compromissione importante del sistema immunitario, per cui aumenta il rischio di complicanze post-operatorie;

3. provoca una negativizzazione del bilancio azotato con rapidi ed ingravescenti decrementi proteici portando a gravi squilibri ed a notevoli ritardi di guarigione, in quanto si ha una riduzione della capacità di riparazione dei tessuti.

Ci sembra, perciò, doveroso sottolineare che la malnutrizione del paziente chirurgico va corretta in maniera puntuale sia nella fase pre- che post-operatoria.

Tuttavia non c'è accordo nel definire con precisione l'ordine di grandezza delle richieste caloriche del paziente chirurgico.

Usualmente, ammontano a circa 3500-4000 kcal al giorno, ma le frequenti complicanze, quali la febbre e le infezioni, l'iperventilazione, le convulsioni nei traumi cranici etc, secondo alcuni autori, possono far salire tali richieste in un range compreso tra 4500-8000 kcal.

La somministrazione di abbondanti quantità di alimenti proteici per via orale, che sembrerebbe il procedimento più comodo e sicuro, non sempre risponde alle particolari esigenze del paziente, che richiede la ricostruzione più rapida delle riserve proteiche tissutali fortemente ridotte.

Se a ciò si aggiunge la possibile impraticabilità della via orale (ostruzioni delle vie digestive, malassorbimenti intestinali, ulcere da stress, etc) si comprende la necessità di una efficace nutrizione artificiale per via endovenosa o nutrizione parenterale (N.P.T.).

È, pertanto, necessario valutare appieno lo stato di nutrizione del

paziente chirurgico, tenendo presente che il fabbisogno calorico e proteico dipende dal grado di catabolismo, il quale, a sua volta, aumenta in maniera percentuale rispetto al consumo di energia in condizioni basali (B.E.E.: Basal-Energy-Expenditure).

Il fabbisogno calorico basale si potrà calcolare mediante la formula di Harris Benedict, la quale prende in considerazione:

1. peso (p),
2. altezza, (a)
3. età (e),
4. sesso (m-f).

B.E.E.m:  $66 + 13,7 \times (p) + 5 \times (a) - 6,8 \times (e)$

B.E.E.f:  $65,5 + 9,6 \times (p) + 1,7 \times (a) - 4,7 \times (e)$ .



# LA GINECOMASTIA

di Carmine Martino\*

\* Specialista in Chirurgia Plastica

Che succede se la ghiandola mammaria nell'uomo con lo sviluppo non va incontro alla naturale atrofia?

Si verifica un ingrossamento della mammella che diventa simile ad un seno femminile: è la condizione definita ginecomastia. Anche un accumulo adiposo concentrato in corrispondenza delle mammelle può dare eccessivo volume al torace; in tal caso si parla di pseudo ginecomastia.

Le due condizioni hanno lo stesso aspetto e possono coesistere. Avere un torace di aspetto ginoide è un inestetismo piuttosto diffuso nel mondo maschile, che si manifesta nel processo di crescita.

Tutti i ragazzi tra i 12 e i 17 anni subiscono una fase di rapido sviluppo puberale durante la quale è frequente notare uno sviluppo mammario eccessivo, fatto che normalmente si riduce dopo il diciassettesimo anno d'età.

Per un 5/8% dei casi però, l'ipertrofia mammaria diventa permanente divenendo ginecomastia e causando forti disagi a livello psicologico e relazionale, soprattutto con l'altro sesso; purtroppo, non essendo una vera patologia, spesso gli uomini che ne soffrono preferiscono nascondere con gli abiti il problema, piuttosto che affrontarlo chirurgicamente. "Per un uomo, vedersi una sorta di seno rappresenta una grossa ferita all'autostima e alla propria affermazione sociale come maschio".

"Inoltre la ginecomastia comincia a manifestarsi in età puberale, cioè proprio quando il ragazzo inizia ad affermare il proprio ruolo e immagine e percezione di sé hanno un ruolo fondamentale per la stabilità psicologica.

Per questo è bene ricorrere presto alla soluzione chirurgica, una volta stabilizzata la crescita dell'individuo, sgravando la persona della difficoltà di sopportare un difetto così opportuno."

## PSEUDOGINECOMASTIA

Nel caso di "falsa" ginecomastia, ovvero in presenza di solo eccesso di tessuto adiposo, il rimodellamento del torace avviene attraverso una semplice liposuzione, eseguita in anestesia locale, accompagnata da sedazione.

Il grasso localizzato a livello dei pettorali viene aspirato per mezzo di una sottilissima cannula, in modo da non lasciare esiti cicatriziali visibili in quanto nascoste tra capezzolo e pelle.

La quantità di grasso da aspirare viene stabilita in considerazione anche del tipo di tessuto e di struttura fisica del soggetto, al fine di ottenere un armonioso rimodellamento del torace.



Condizione preliminare per sottoporsi alla liposuzione dei pettorali è un'adeguata elasticità cutanea, necessaria per consentire alla pelle di adattarsi al meglio ai nuovi volumi raggiunti con la liposuzione.

La durata media di un tale intervento è di circa 40', dopo il quale verranno applicati i punti di sutura e un bendaggio compressivo da rimuovere dopo una settimana.

Per favorire il riassorbimento dell'edema e delle ecchimosi è consigliato un ciclo di linfodrenaggio manuale e l'utilizzo di una fascia toracica.

Le attività quotidiane potranno essere riprese già dal giorno successivo, ma per sforzi con le braccia e lo sport bisognerà attendere 2 settimane.



“Caro web reader, navigando a stretto contatto con illustri icone del panorama immenso del calendario eventi mi sono appassionato e soffermato su alcuni”:

### The 56th Annual ISTH Conference

2010-05-022 / 2010-05-25

Cairo, Egypt

### Heart Failure Congress

2010-05-29 / 2010-06-01

Berlin, Germany

### World Congress on Exercise is Medicine in 2010

2010-06-01 / 2010-06-05

Baltimore, USA

### 29th European Academy of Allergy and Clinical Immunology Congress (EAACI)

2010-06-05 / 2010-06-09

London, United Kingdom

### World Congress of Cardiology (WCC)

2010-06-16 / 2010-06-19

Beijing, China

### 12th World Congress on Gastrointestinal Cancer (WCGI & ESMO)

2010-06-30 / 2010-07-03

Barcelona, Spain



Editore: **Doctor Mag**  
Direttore Responsabile: **Franco Ventura**  
Direttore Scientifico: **Antonio Giordano**  
Redazione: [staff@doctmag.com](mailto:staff@doctmag.com)  
Per inviare i vostri comunicati stampa e per la pubblicità: [info@doctmag.com](mailto:info@doctmag.com) e [adv@doctmag.com](mailto:adv@doctmag.com)  
Registrazione presso il tribunale di S.M.C.V. (CE) N° 687 il 22 settembre 2007  
Iscritto al registro degli operatori della comunicazione col n. 17480