

SCUOLA MEDICA SPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Informazione medico-scientifica
• di L. Onder

ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 3 Nuove tecniche nel trattamento delle sindromi ostruttive delle prime vie respiratorie
• di L. Di Rienzo Businco
- 7 Sindrome da inappropriata secrezione di ADH associata all'assunzione di Paroxetina
• di F. Tiratterra, A. Placido, V. Pignatelli, V. Giammarco
- 9 Una riabilitazione motoria innovativa, semplice, veloce, efficace
• di Guido M. Filippi, D. Ricciardi

AGENDA DELLA SCUOLA

- 11 ECM: corsi proposti per aprile - luglio 2009

INFORMAZIONE MEDICO-SCIENTIFICA

■ di Luciano Onder
Giornalista Scientifico RAI

L'informazione medico-scientifica non è soltanto una specializzazione del giornalismo, ma molto di più: è un settore vero e proprio della medicina, perché da lei dipendono i comportamenti, lo stile di vita, le scelte di ciascuno di noi. Da lei dipendono la prevenzione, il nostro benessere, spesso anche il modo di curare. Le ricadute sono enormi e riguardano aspetti sociali ed etici.

Buona informazione contribuisce a fare buona medicina ed è utile al cittadino, cattiva informazione aggrava i problemi e danneggia il cittadino.

Possiamo, in sintesi, dire che l'informazione medico-scientifica può servire alla salute, oppure può danneggiarla.

Tutto questo i medici ed i giornalisti che si occupano di medicina lo sanno bene.

Nel 1984 a Washington in uno dei primi incontri mondiali sull'Aids, lo scienziato Robert Gallo alla mia domanda su come sarebbe stato possibile frenare la diffusione dell'epidemia, rispose che il controllo della nuova malattia sarebbe avvenuto attraverso metodi non strettamente medici e clinici, ma mediante le informa-



■ Dott. Luciano Onder.

zioni date dai media: "Tutto dipenderà da voi giornalisti e il risultato ci sarà se farete una informazione corretta, utile al cittadino e non scandalistica."

Robert Gallo aveva ragione: in tutti i paesi occidentali l'epidemia è stata frenata grazie ad una informazione corretta, ben orientata, che ha svolto anche un ruolo educativo e di prevenzione. "Se lo conosci, lo eviti", "Non morire per ignoranza" sono stati i messaggi delle campagne di prevenzione alle quali i media occidentali hanno dato un grande contributo.

In sostanza più il cittadino è informato, più è in grado di controllare ciò che influenza la sua salute. "Se siete informatori responsabili, siete anche educatori", aveva detto Karl Popper dei giornalisti, sottolineando che l'informazione deve sempre diventare strumento di educazione e produrre effetti pedagogici.

E che l'informazione medico-scientifica debba avere un ruolo

AVVISO
SI COMUNICA AI SOCI
DOCENTI CHE È IN
CORSO LA RACCOLTA
DELLE DOMANDE
DI DOCENZA PER
I CORSI SEMESTRALI
ANNO ACCADEMICO
2009-2010

pedagogico ed una dimensione etica è chiaro in tutto il mondo.

In Francia, il Comitato di Bioetica nel 1996 ha emanato una "Raccomandazione" ai giornalisti. È un documento molto importante che in tredici punti dà linee guida precise e concrete. "In Francia, dice all'inizio, ci sono 26.000 giornalisti: di questi più di 3.000 sono sportivi e solo 180 scientifici. Queste cifre già spiegano la superficialità e la confusione delle notizie biomediche."

Il punto 5 del documento sottolinea "la competenza ed il ruolo pedagogico del giornalista scientifico". Il punto 11 "la dimensione etica della formazione professionale". L'ultimo punto, il 13, conclude dicendo: "è importante considerare che il pubblico destinatario dell'informazione scientifica non è una massa indistinta e amorfa. Si tratta dei malati, delle loro famiglie, delle associazioni dei loro medici curanti... ed è a tutti costoro che deve pensare chi "crea e diffonde l'informazione".

Non sempre il quadro dell'informazione biomedica è quello descritto, cioè non sempre il giornalismo tiene conto della dimensione etica della professione. Spesso la scienza fa notizia nel modo peggiore e finiscono in prima pagina soltanto il bizzarro e il curioso. Le informazioni vengono distorte e strillate con titoli assurdi ed usati per creare paure, illusioni o false speranze, tutto in pratica viene messo sullo stesso piano, sia ciò che è realmente documentato, sia ciò che è nella fantasia di chi scrive.

"Nel giornalismo italiano accade un fenomeno particolare - ha scritto Umberto Eco - per cui non sono i fatti che diventano parole, ma molto spesso sono le parole che si trasformano in fatti. È una informazione 'virtuale', per cui spesso tutti discutono di una cosa che in realtà non esiste: è un'informazione - disinformante, in cui solo lo spettacolo fa notizia".

Ed è stato proprio il settore del giornalismo medico-scientifico che ha prodotto negli ultimi anni gli esempi di una informazione-disinformante.

Solo nel 1995 l'UK 101 (la cosiddetta proteina anticancro di Bartorelli), nel 1996 il metodo UROD (per disintossicare in modo rapido i tossicodipendenti), e nel 1997-98 l'MDB (il Metodo Di Bella per la cura dei tumori).

Sono tre casi in cui l'informazione è arrivata a creare addirittura un'emergenza sanitaria.

Il 17 agosto 1997 nei primi mesi del caso Di Bella,

l'ematologo dell'Università Cattolica di Roma, Prof. Giuseppe Leone, scrive al quotidiano "Il Tempo" una lettera drammatica che però non riesce a trovare alcuna eco.

"Per affidarsi alle terapie del Prof. Di Bella ho visto pazienti rinunciare a terapie sicuramente valide. Malati che potevano essere curati e guariti sono morti o stanno per morire, perché influenzati da cattivi consiglieri, cattivi medici, cattiva stampa.

A queste persone vorrei che lei e i suoi giornalisti pensassero quando scrivono del Prof. Di Bella. Della sorte di queste persone vorrei che il Prof. Di Bella e i colleghi che gli danno una mano fossero chiamati a rispondere." ■



NUOVE TECNICHE NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI OSTRUTTIVE DELLE PRIME VIE RESPIRATORIE

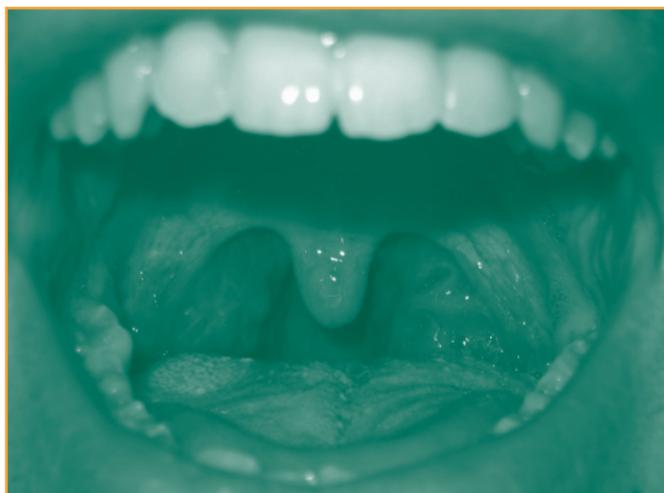
■ di Lino Di Rienzo Businco

Otorinolaringoiatra, Azienda ASL RM C, Roma

Negli ultimi anni, con l'aumento degli inquinanti e dell'industrializzazione degli ambienti di vita, si è osservato un aumento esponenziale delle malattie respiratorie che nei distretti otorinolaringoiatrici sono spesso fastidiose tonsilliti, riniti, adenoiditi e sindromi ostruttive respiratorie.

Con le epidemie stagionali di virus respiratori, favorite dalla frequentazione di ambienti chiusi e popolati, come è avvenuto a motivo degli sbalzi climatici invernali-primaverili o all'aria aperta con la complicità degli allergeni respiratori, ma con basse temperature atmosferiche, si assiste al diffondersi di episodi ricorrenti di raffreddori e mal di gola che diventano spesso vere e proprie tonsilliti. Se a questo sommiamo gli apparati di filtraggio e riscaldamento/raffreddamento dell'aria climatizzata negli ambienti chiusi in non perfetta efficienza, otteniamo che gli ambienti frequentati divengono camere di coltura di germi per la gola. È importante differenziare tali forme infiammatorie (faringiti, tonsilliti, laringiti, tracheiti), soprattutto in relazione alla scelta terapeutica da effettuare (antibiotici, antinfiammatori, ecc). Il ripetersi di episodi infiammatori, in numero di 4-5 nel corso dell'anno, pone spesso di fronte alla necessità di scegliere se effettuare l'asportazione delle tonsille.

L'intervento di tonsillectomia è però utile e risolutivo solo se le indicazioni sono corrette e quindi se le tonsille sono veramente ammalate. Questo problema può essere facilmente diagnosticato e messo a fuoco da una visita specialistica otorino con esecuzione di alcuni esami specifici. Tale attenzione deve essere posta a maggior ragione quando ad ammalarsi sono i bambini. In questi casi la valutazione dell'utilità di un eventuale intervento chirurgico di asportazione delle tonsille deve essere più che mai articolata e deve tenere conto dei costi in termini di salute e dei benefici derivanti dalla scelta di asportare le tonsille. L'intervento di tonsillectomia è comunque ancora oggi la procedura chirurgica più comune realizzata sui bambini, con più di 600mila interventi l'anno negli USA.



■ *Tonsillite cronica criptica.*

NUOVA METODICA DI TONSILLECTOMIA MEDIANTE RADIOFREQUENZE

Bisturi addio

Nel corso degli anni sono state proposte numerose tecniche chirurgiche per migliorare il risultato intra e post-operatorio della tonsillectomia.

Del tutto di recente è stata introdotta con brillanti risultati una nuova metodica di tonsillectomia mediante radiofrequenze (quindi senza adoperare la lama del bisturi per tagliare i tessuti), basata su un processo che impiega una radiofrequenza bipolare per la rimozione rapida e precisa del tessuto tonsillare con minimi danni termici alle aree circostanti.

L'intervento eseguito con tale metodica (Coblator®) consente una notevole riduzione di: dolore postoperatorio (durata e intensità), dolore in prima giornata post-operatoria, consumo di analgesici, numero di giornate postoperatorie con alimentazione liquida, numero di giorni di scuola o di lavoro perduti, febbre, nausea ed emorragie.

La minore durata ed intensità dei disagi postoperatori dopo l'intervento con radiofrequenze sono spiegati dal fatto che nell'asportazione della tonsilla viene esercitato un minore traumatismo e che non si adoperano punti di sutura. I vantaggi di tale procedura sono facilmente immaginabili per i pazienti adulti, ma ancor più per i bambini, che possono sopportare l'intervento chirurgico senza quell'assillante problema del dolore che tradizionalmente ha sempre accompagnato la tonsillectomia.

Per quei casi in cui si vuole evitare l'asportazione completa delle tonsille, per esempio quando si vuole solo ridurre il volume tonsillare o chiudere le cripte esiti di precedenti infezioni, oggi è possibile eseguire una tonsillectomia parziale sempre con l'impiego della tecnologia coblator®. Si può quindi risparmiare l'organo tonsillare, spesso di preziosa utilità in età pediatrica, procedendo ad un rimodellamento della tonsilla e ad una sua ripulitura superficiale (resurfacing), utile ad esempio nella risoluzione dei casi di ostruzione respiratoria anche notturna legata all'ingombro tonsillare (roncopatia).

In tutti i casi in cui invece l'intervento chirurgico non è indicato, esistono novità in campo di terapie mediche. Queste possono essere somministrate nella fase acuta al fine di ridurre la durata e l'intensità del dolore e dell'infiammazione della gola. Quando però è possibile, si preferisce sempre mettere in atto trattamenti di prevenzione prima della stagione invernale, che consistono anche nel rafforzare con medicinali specifici le difese immunitarie della gola stessa e nel rimuovere tutte le cause nasali o faringee che rappresentano dei fattori di rischio per il ripetersi di episodi di mal di gola e tonsilliti (ostruzione nasale, infezioni concomitanti, ristagno di catarro, ecc).

QUANDO IL RUSSAMENTO È LEGATO ALLA CATTIVA RESPIRAZIONE NASALE

Capita sempre più spesso di imbattersi nel fastidioso inconveniente della cattiva respirazione associata o meno ad un perenne stato di raffreddamento del naso e delle prime vie respiratorie in genere. Tale condizione ostruttiva può essere accompagnata da una forma di vera e propria roncopatia (russamento) con sindrome delle apnee del sonno. Dati epidemiologici ci dicono che il fenomeno è in costante aumento nelle aree cittadine ed industrializzate, a motivo degli agenti inquinanti che respiriamo nella vita quotidiana delle città (gas, prodotti della combustione dei motori, smog, inquinanti degli ambien-

ti lavorativi, ecc.). Anche durante l'attività sportiva, le nostre vie respiratorie possono correre qualche rischio, quando ci si allena in ambienti confinati, quali palestre con scarsa aerazione ed igiene degli impianti di condizionamento in relazione al numero di persone presenti, ma anche all'aperto quando ci si trovi in zone cittadine o limitrofe ad impianti inquinanti.

La causa della cattiva respirazione nasale è quasi sempre da ricercare nell'ingrossamento (o ipertrofia) dei turbinati. I turbinati sono preziose strutture osteo-mucose in grado di riscaldare l'aria che inspiriamo prima che raggiunga i polmoni, umidificandola e filtrandola. Per quei casi in cui una condizione irritante, l'abuso di spray vaso-costrittori nasali o una semplice rinite allergica, abbiano determinato l'ipertrofia dei turbinati sono stati oggi messi a punto metodi poco invasivi per un trattamento efficace di tale condizione sempre nell'ottica di rispettare la utile funzione delle mucose. In passato i turbinati venivano bruciati o addirittura tagliati con forbici e bisturi, quando non se ne conosceva a pieno l'utilità.



■ Radiofrequenze per la riduzione volumetrica dei turbinati.



■ Generatore di radiofrequenze "Coblator" per il trattamento delle ostruzioni nasali e del russamento.

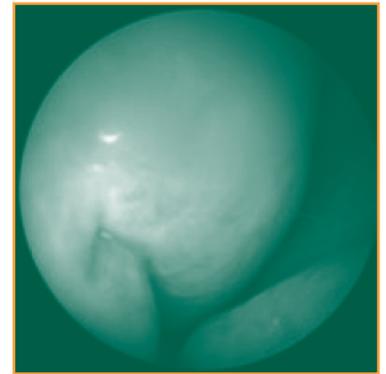
Oggi eseguiamo invece trattamenti molto conservativi per la riduzione del volume dei turbinati senza tagli né suture e soprattutto senza sanguinamenti e quindi senza i tamponamenti nasali. A tale scopo adoperiamo l'energia a radiofrequenze che è in grado di "sgonfiare" il turbinato ingrossato senza traumi e senza dolore, in trattamenti di day-surgery. A differenza delle precedenti tecniche a radiofrequenze, che richiedevano 2-3 sedute ripetute, oggi è sufficiente una singola applicazione per risolvere il problema. La stessa tecnica consente la bonifica endoscopica delle poliposi nasali, con l'impiego di nuovi manipoli coblator a fianco dei micro-debrider per il drenaggio e toilette dei seni paranasali, con risoluzione microinvasiva della sinusopatia.



■ *Tecnica video-endoscopica transnasale.*

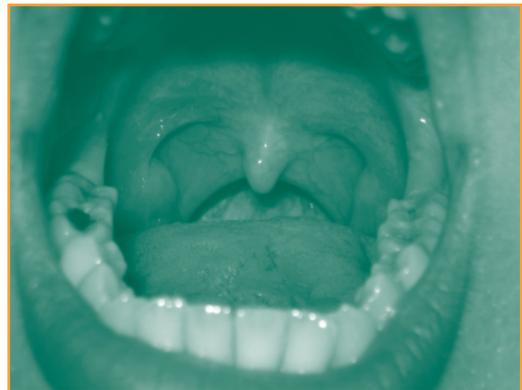
Tali trattamenti a radiofrequenze (Coblator), eseguiti con tecnica endoscopica, a motivo della loro minima invasività e dell'assenza di dolore, sono applicabili anche a pazienti in età pediatrica, grazie alla recente introduzione di un manipolo dedicato sottile. In tale fascia di età appare ancora più evidente l'importanza di una metodica non traumatica e che rispetti la funzione del turbinato senza provocare cicatrici né la diminuzione della sua preziosa attività di filtro dell'aria respirata. Per minimizzare ulteriormente il trauma nasale del trattamento a radiofrequenze abbiamo messo a punto una metodica "Single Insertion Site" (SIS) introducendo il concetto di chirurgia compartimentale dei turbinati, per cui il turbinato subisce una singola puntura durante tutta la durata della decongestione per raggiungere tutte le sedi ipertrofiche, con notevoli vantaggi in termini di dolore, sanguinamenti e cicatrizzazioni mucose.

Inoltre, le conoscenze odierne circa la fisiologia dei turbinati ci hanno indotto alla messa a punto di interventi "riparativi" a carico dei turbinati stessi, quando questi ultimi siano stati tagliati o bruciati in corso di precedenti interventi



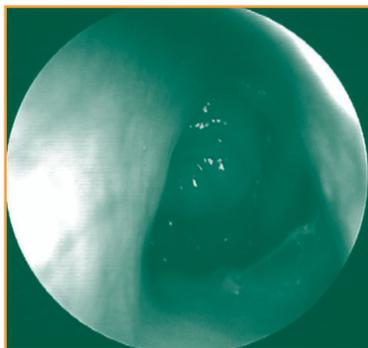
■ *Immagine endoscopica di voluminosa ipertrofia dei turbinati.* Sempre in tecnica endoscopica siamo oggi in grado di ricostruire i turbinati rovinati e ripristinare la loro funzione all'interno del naso.

Quando è il palato molle ad essere ingrossato o prolassato si eseguono i medesimi trattamenti miniinvasivi con radiofrequenze per ottenere un rimodellamento di tali strutture, responsabili del russamento e delle apnee.



■ *Prolasso del palato molle in roncopatico.*

Quindi chi ha necessità di migliorare l'efficienza respiratoria, ma anche chi vuole più semplicemente migliorare la qualità della vita e del respiro recuperando un buon flusso aereo e l'olfatto e ridurre i raffreddori, può vantaggiosamente usufruire dei benefici di queste nuove tecniche endoscopiche. L'esame diagnostico principe è rappresentato dalla polisonnografia, che tramite uno strumento computerizzato multicanale collegato al paziente per la durata di una notte, consente di avere una diagnosi precisa della roncopia con analisi dei parametri del sonno (durata delle apnee, eventuali danni cardiocircolatori, ecc). Le terapie mediche, con le nuove molecole per uso locale nasale e per bocca, insieme ai moderni vaccini nasali e sublinguali completano il quadro terapeutico al fine di alleviare quei piccoli fastidi legati alla secrezione nasale ed alle riniti, come supporto pre e post-trattamento con radiofrequenze.



■ **Vegetazioni adenoidee retro nasali.**

Le adenoidi possono anche essere responsabili di ostruzione respiratoria con malformazione secondaria del palato e del mascellare superiore. L'integrazione con le specialità di confine (maxillo-facciale, ortodonzia, allergologia, pediatria) è in questo caso di fondamentale

utilità per l'inquadramento corretto del paziente adenoideo. L'ingrossamento delle adenoidi interessa in modo specifico e prevalente i bambini, ma non è infrequente imbattersi in una persistenza di tessuto adenoideo ipertrofico anche nell'età adulta. Con un esame a fibre ottiche è molto agevole e rapido porre diagnosi di ipertrofia adenoidea, quantificando il grado di ostruzione nasale. Oggi abbiamo messo a punto un nuovo protocollo per la rimozione precisa e selettiva del tessuto adenoideo con la radiofrequenza coblator erogata da un manipolo specifico malleabile sottile. La novità consiste nell'esecuzione dell'intervento sotto controllo video-endoscopico trans nasale ed approccio della radiofrequenza attraverso la bocca con opportuno modellamento del manipolo per raggiungere il rinofaringe. Con tale metodica la asportazione delle adenoidi è divenuto un intervento esangue, selettivo, preciso e con rapido recupero del paziente alle normali attività, sia bambini che adulti (Tab.I).

Infine, per il trattamento delle rinosinusiti è stata di recente introdotta anche in Italia una metodica statunitense che prevede la dilatazione endoscopica degli osti dei seni paranasali con palloncino (sinuplastica dilatativa). Questo approccio ricorda quanto avviene nella dilatazione vascolare in emodinamica con gli interventi di angioplastica dilatativa con palloncino, da cui sono derivati alcuni device utilizzati in otorino. Con tale tecnica è possibile canalizzare i seni facciali ed eseguire lavaggi medicinali senza abbattimento osseo, tagli o strappi della mucosa. I risultati più vantaggiosi li abbiamo ottenuti nel trattamento delle sinusiti frontali, in cui la atraumaticità della metodica, comparata alle tecniche chirurgiche precedenti, consente la risoluzione delle infiammazioni con minimo disagio per il paziente, sia adulto che bambino. Una volta posizionato con l'ausilio di un catetere guida il palloncino in corrispondenza dell'ostio sinusale che vogliamo aprire, si procede alla manovra di gonfiaggio con

TABELLA 1

PROTOCOLLO PERSONALE PER LA TERAPIA CHIRURGICA MICROINVASIVA COBLATOR-ASSISTITA DELLE ADENOIDI IN VIDEOENDOSCOPIA TRANS-NASALE

Strumentario ottico sottile pediatrico per osservazione trans-nasale del cavo adenoideo collegato a video

- Apribocca autostatico pediatrico
- Manipolo Coblator Procise malleabile modellato opportunamente per raggiungere in maniera selettiva e precisa i recessi adenoidei rinofaringei e peritubarici
- Soluzione fisiologica isotonica fredda per irrigazione continua del campo adenoideo (mantenuto in questo modo pulito e rinfrescato per minimizzare il dolore)
- Micro-aspiratore nasale ed aspiratore atraumatico orofaringeo
- Cotonoidi con anestetico per uso locale

determinazione di microfratture e dilatazione della via di accesso al seno che risulterà così di nuovo canalizzato e fisiologicamente aerato. ■

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- 1) Bellioni P, Di Rienzo L, Artuso A. Le nuove frontiere nella diagnostica e terapia delle allergopatie ORL. In "Le nuove frontiere della medicina e della chirurgia in otorinolaringoiatria", Ghirlanda M, Salsomaggiore Terme, 2000
- 2) Benninger M, Walner D. Coblation: improving outcomes for children following adenotonsillectomy. Clin Cornerstone 2007;9:S13-23
- 3) Blumen MB, et al. Comparative study of four radiofrequency generators for the treatment of snoring. Otolaryngol Head Neck Surg 2008 Mar;138:294-9
- 4) Di Rienzo L, Di Rienzo A, Businco L. L'ostruzione nasale nel bambino. Edit-Symposia Pediat Neonatol 1999, 2, vol.VII: 229-250
- 5) Di Rienzo Businco L. La tecnologia coblator nella chirurgia delle prime vie aeree: descrizione di tecniche personali. In Atti del 4° corso teorico-pratico sulla rinite allergica e patologie associate, Acc.Lancisiana, Complesso monumentale S.Spirito in Saxia, Roma 7-8 maggio 2009
- 6) Di Rienzo Businco L, Coen Tirelli G Paediatric tonsillectomy: radiofrequency-based plasma dissection compared to cold dissection with sutures. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2008 Feb;28(2):67-72.
- 7) Passali D, Lauriello M, Mezzedimi C, Bellussi L. Nasal allergy and atmospheric pollution. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1999 Oct;49:S257-60
- 8) Wilson YL, Merer DM, Moscatello AL, Comparison of three common tonsillectomy techniques: a prospective randomized, double-blinded clinical study. Laryngoscope 2009 Jan;119: 162-70.

SIDERO - Società Italiana di Endoscopia e Radiofrequenze Otorinolaringoiatrica • www.sidero.it

SINDROME DA INAPPROPRIATA SECREZIONE DI ADH ASSOCIATA ALL'ASSUNZIONE DI PAROXETINA

■ di Fabrizio Tiratterra, Alberto Placido, Valeria Pignatelli, Vincenzo Giammarco*

UOC Medicina Interna Ospedale S.Spirito ASL Roma E

* UOSD Endocrinologia Ospedale S.Spirito ASL Roma E

Caso clinico: una donna di 76 anni è giunta al Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) per la comparsa di sonnolenza diurna ed astenia. Da circa cinque anni era in trattamento presso il Centro Salute Mentale (CSM) territoriale per sindrome psicotica schizoaffettiva assumendo acido valproico 600 mg/die, biperidene 2 mg/die, quetiapina 50 mg/die.

Recentemente era stata modificata la terapia con l'introduzione di paroxetina al dosaggio di 20 mg/die. Nelle due settimane precedenti il ricovero le condizioni generali erano peggiorate, era presente sonnolenza, profonda astenia con difficoltà a mantenere la stazione eretta, inappetenza.

In Pronto Soccorso è stata eseguita una consulenza psichiatrica. Nel colloquio con lo specialista psichiatra non sono emersi segni psicotici acuti né progettualità autolesive. È stato rilevato uno stato di subconfusione con difficoltà a mantenere l'attenzione e a rispondere a tono alle domande.

I dati di laboratorio prelevati presso il DEA hanno evidenziato iponatremia (NA 121 mEq/l).

È stata ricoverata nel reparto di Medicina, gli esami ematochimici di routine come anche il dosaggio

di TSH, cortisolo, ACTH sono risultati nei limiti della norma. È stata sospesa la paroxetina, mantenendo la restante terapia. Non sono state somministrate soluzioni saline né diuretici dell'ansa. Il monitoraggio giornaliero degli elettroliti ha evidenziato un graduale aumento del sodio plasmatico, contemporaneamente è avvenuto un evidente miglioramento clinico: scomparsa dello stato confusionale, ripresa dell'alimentazione e della deambulazione. Dopo sei giorni di ricovero la paziente è stata trasferita in un reparto di Medicina Post-acute. Al momento del trasferimento il valore della sodiemia era: 129 mEq/l.

L'iponatremia, definita come un eccesso di acqua in relazione al sodio nel fluido extracellulare, è il più comune disordine idro-elettrolitico nei pazienti ospedalizzati (1). Iponatremia di grado lieve (sodiemia <135 mmoli/litro) è presente nel 15-22% di questi pazienti ed in circa il 7% di quelli ambulatoriali. Iponatremia moderata (sodiemia <130 mmoli/litro) viene rilevata tra l'1 ed il 7% dei pazienti ricoverati in ambito ospedaliero (2).

La sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH) è la causa più frequente di iponatremia.

La SIADH è prodotta da una alterazione dell'azione o della secrezione della vasopressina conosciuta anche come ormone antidiuretico (ADH). La vasopressina agisce sul rene, a livello dei tubuli, inducendo una riduzione della perdita di acqua con le urine. L'eccessiva oppure l'inappropriata secrezione di vasopressina possono causare iponatremia qualora l'apporto idrico non venga ridotto in modo da compensare la diminuzione della diuresi indotta dalla vasopressina.

Le possibili cause di SIADH sono riportate nella tabella 1. Tra queste quelle che più frequentemente si riscontrano nella pratica clinica sono: le forme associate alla presenza di neoplasie, in particolare i carcinomi polmonari, nelle quali essa è causata dalla produzione di vasopressina ectopica da parte delle cellule neoplastiche; le forme associate ad infezioni (a patogenesi ancora non chiarite); le forme associate all'uso di farmaci. Nella tabella 2 sono riportati i farmaci che possono causare SIADH.

La paroxetina è un farmaco antidepressivo appartenente alla classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), come altri composti della stessa classe può indurre la comparsa di iponatremia (3). Nei vari studi pubblicati la fre-

quenza dell'iponatremia associata con l'uso degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina varia tra lo 0,5 ed il 32% (4).

Il meccanismo attraverso il quale viene causata l'iponatremia è ritenuto quello della induzione di una sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico.

Fattori di rischio per lo sviluppo di iponatremia associata all'uso di SSRI sono l'età avanzata, il sesso femminile, il concomitante uso di diuretici, il basso peso corporeo, la bassa concentrazione basale di sodio.

L'iponatremia, in questo caso clinico come in altri riportati in let-

teratura (3,5,6), si instaura nel corso delle prime settimane di terapia ed in genere si risolve entro due settimane dopo la sospensione del farmaco. È pertanto opportuno monitorare la sodiemia nei soggetti in trattamento con paroxetina, soprattutto nei pazienti anziani. ■

TABELLA 1

Principali cause di SIADH

Malattie neoplastiche

Carcinomi (polmone, stomaco, pancreas, vescica, prostata), linfomi etc.

Disturbi polmonari

Infezioni, asma, insufficienza respiratoria etc.

Alterazioni del sistema nervoso centrale

Traumi, infezioni, accidenti cerebrovascolari, neoplasie, sclerosi multipla, delirium tremens, sindrome di Guillain Barrè etc.

Farmaci

Altre cause

Idiopatica, transitoria (esercizio fisico, anestesia generale, dolore, stress).

TABELLA 2

Farmaci che aumentano il rilascio di ADH

Antidepressivi triciclici, carbamazepina, Inibitori del re-uptake della serotonina (SSRIs), vincristina, vinblastina, morfina, aloperidolo, bromocriptina, clofibrato, "estasi".

Farmaci che aumentano la sensibilità recettoriale all'ADH

FANS, ciclofosfamide, clorpropamide.

Altri farmaci

Anti-MAO, nicotina, fenotiazine, vasopressina, ossitocina ad alte dosi, cisplatino, tiazidici (casi isolati).



BIBLIOGRAFIA



- 1) Adroque HJ, Madias NE. Hyponatremia. N Engl J med 2000;342:1581-1589.
- 2) Upadhyay A, Jaber BL, Madias NE. Incidence and prevalence of hyponatremia. Am J Med 2006; 119:Suppl 1:S30-S35.
- 3) Bigaillon C, El Jahiri Y, Garcia C et al. Inappropriate ADH secretion-induced hyponatremia and associated with paroxetin use. Rev Med Interne 2007;28:642-4.
- 4) Jacob S, Spinler SA. Hyponatremia associated with selective serotonin-reuptake inhibitors in older adults. Ann Pharmacother 2006;40:1618-22.
- 5) Kubota T, Miyata A. Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone associated with paroxetine. J Anesth 2006;20:126-28.
- 6) Vucicevic Z, Degoricija V, Alfrevic Z et al. Fatal hyponatremia and other metabolic disturbances associated with psychotropic drug polypharmacy. Int J Clin Pharmacol Ther 2007;45:289-92.
- 7) Ellison DH, Berl T. The syndrome of inappropriate antidiuresis. N Engl J Med 2007;356:2064-72.

UNA RIABILITAZIONE MOTORIA INNOVATIVA, SEMPLICE, VELOCE, EFFICACE

■ di Guido M. Filippi, Diego Ricciardi*

Professore Associato di Fisiologia Umana, Università Cattolica di Roma

** Dipartimento Geriatria e Gerontologia, Università Cattolica di Roma*

La funzione delle nostre articolazioni e le nostre possibilità motorie dipendono da come il sistema nervoso gestisce i suoi motori e cioè i suoi muscoli. Una cattiva gestione muscolo-articolare, causata da condizioni post-operatorie, traumi o semplicemente dalla vita sedentaria, produrrà infatti infiammazioni articolari (da cui artriti) e reazioni tissutali (da cui artrosi). Un'ipotonia della muscolatura addominale accelererà l'usura dei dischi intervertebrali o la comparsa di protrusioni. Una cattiva gestione dell'articolazione della spalla o del ginocchio darà, più o meno rapidamente, artrite ed artrosi. Tali patologie produrranno dolore, riducendo il movimento e peggiorandolo. Si creeranno così circoli viziosi, dove la cattiva gestione muscolo-articolare aumenterà e con essa i problemi articolari e quindi il nostro muoverci.

Le tradizionali pratiche riabilitative agiscono spesso con azioni antinfiammatorie che riducono il dolore: il paziente è contento, ma il cattivo controllo articolare persiste e la sintomatologia si ripresenterà, spesso peggiorata. La pratica riabilitativa più adeguata è l'esercizio fisico, ma questo agisce solo indirettamente sul sistema nervoso che controlla il movimento. Sono

quindi necessarie lunghe sedute di esercizi, difficilmente eseguibili da soggetti in cui il movimento è appunto doloroso e limitato.

Da alcuni anni si va diffondendo una particolare forma di recupero del controllo motorio basata sull'applicazione di una fine vibrazione meccanica applicata sui distretti muscolari deficitari. Il sistema, denominato Cro System, non ha nulla a che vedere con le diffuse pedane vibranti. Queste infatti espongono il soggetto ad una vibrazione che invade tutto il corpo (Whole Body Vibration), mentre il Cro System si applica solo su singoli muscoli, essendo una forma di vibrazione focale. I parametri di vibrazione possono essere sia molto selettivi, agendo solo sul sistema propriocettivo sia di bassissima intensità e, quindi, innocui per un apparato locomotore di per sé spesso fragile e dolente.

Gli effetti consistono in un rafforzamento del controllo muscolo-articolare, con riduzione o scomparsa dei dolori e delle contratture, chiari miglioramenti del tono, spiccati aumenti della forza e della resistenza alla fatica, tipicamente ridotte dal dolore. Tali effetti sono ottenuti senza chiedere sforzi fisici al paziente e senza caricare le articolazioni, aspetti questi essenziali

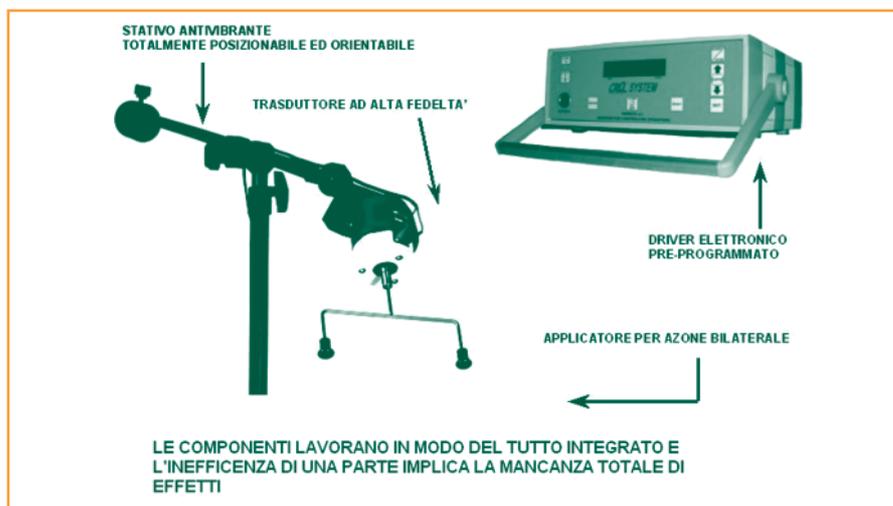
in un paziente con difficoltà motorie. In cui gli esercizi fisici provocano dolore e quindi sono difficilmente eseguibili in modo corretto.

Si è dimostrato come la procedura denominata Cro System agisca direttamente sui centri di controllo nervoso (Marconi B, Filippi GM, Koch G, Pecchioli C, Salerno S, Don R, Camerota F, Saraceni VM, Caltagirone C. *J Neurol Sci* 2008;275:51-9) ed induca modifiche plastiche di tali centri. Grazie a questa azione diretta sui centri motori, i tempi applicativi sono particolarmente corti (solo 3 giorni consecutivi, 30 minuti al giorno) e i risultati, significativamente efficaci, persistono per mesi o sono addirittura permanenti. Inoltre, tali modifiche plastiche indotte dal Cro System nella corteccia motoria primaria permettono un migliore reclutamento muscolare e favoriscono la contrazione di specifici muscoli, riducendo contemporaneamente contrazioni indesiderate di muscoli antagonisti, spesso fonte di ostacolo al movimento. Questi meccanismi hanno spiegato l'efficacia della procedura su forme ortopediche od infiammatorie in cui la muscolatura è deficitaria e in patologie neurologiche quali la spasticità, i cloni e i crampi,

segnate da un'iperattività muscolare indesiderata.

L'assoluta tollerabilità del trattamento (le uniche controindicazioni sono il Morbo di Parkinson e le distrofie muscolari.), la non invasività (si tratta solo di una leggera vibrazione meccanica, senza campi elettrici o magnetici, senza calore o uso di farmaci), rende la procedura applicabile dai 4-5 anni di età fino ad oltre i 90 anni, indipendentemente dalla presenza di protesi o stimolatori cardiaci. Gli studi e l'attività clinica hanno mostrato inoltre che i risultati ottenibili dal Cro System sono molto importanti dai 4-5 anni di età fino ai 20-24 anni, probabilmente per la grande plasticità nervosa di queste età. Tuttavia risultati di tutto rilievo si ottengono anche in soggetti di oltre 90 anni, particolarmente per quanto concerne l'equilibrio e la stabilità. Anche in forme neurologiche croniche quali ictus di vecchia data, si possono ottenere risultati importanti, quali diminuzione della spasticità e a volte sorprendenti recuperi del movimento volontario che persistono per mesi, essendo peraltro il trattamento assolutamente ripetibile. Tutto questo conferma quanto da tempo ipotizzato in campo riabilitativo: le capacità plastiche del nostro organismo si riducono con l'età, ma non si annullano.

Le applicazioni più frequenti e soddisfacenti sono su spasticità da ictus, sclerosi multipla, paralisi cerebrali infantili, dove la spasticità è ridotta, il movimento volontario spesso migliorato. Le lesioni nervose periferiche, in cui si ha una perdita parziale o subtotale della funzione, si avvantaggiano



■ *Il Cro System è costituito da una centralina elettronica che guida un trasduttore sostenuto da uno specifico sostegno. La vibrazione è trasmessa al muscolo mediante un applicatore singolo o doppio.*

del recupero del reclutamento delle unità motrici residue. In campo ortopedico, il recupero della funzione muscolare è particolarmente evidente nel post-operatorio, nelle forme artritiche ed artrosiche, nelle discopatie e nelle ernie discali lombari e cervicali. Importante risulta l'azione per il recupero del Quadrupite e del Gluteo in tutte le patologie del ginocchio e dell'anca. Suggestivo in una società che invecchia è il recupero, facilmente ottenibile con il Cro[®]System trattando quadrupiti e glutei, di stabilità, forza ed equilibrio nella terza età.

Sono due le notazioni finali ed essenziali circa l'applicabilità e l'interazione del Cro System con la riabilitazione tradizionale. Il Cro System può essere efficace solo su distretti muscolo-articolari in cui permane un livello sia pure minimo di movimento volontario: il Cro System infatti si limita a far funzionare bene o meglio ciò che resta da un danno o dal mancato uso.

Il Cro System non elimina affatto la fisioterapia tradizionale, in particolare quella basata sull'esercizio

fisico. Al contrario la procedura descritta apre importanti e nuove strade al paziente ed al terapeuta per eseguire senza dolore, con fatica marcatamente ridotta e con maggiore precisione e dunque maggiore efficacia, gli esercizi necessari a riprendere la corretta gestione articolare. In sintesi, il Cro System fornisce al paziente nuove capacità motorie, mentre una riabilitazione specialistica dovrà insegnare al paziente a fare uso di questi mezzi nella quotidianità. Potenziare la funzione di glutei e quadrupiti in un soggetto anziano richiede che poi questi impari di nuovo a camminare alzando e poggiando correttamente il piede. Per tale ragione la procedura descritta si deve accompagnare ad una fisioterapia successiva mirata e specialistica, alla quale abbiamo lavorato e lavoriamo, non stancandoci di raccomandarla ai pazienti. ■

Per saperne di più

Prof. Guido M. Filippi filippi@fastwebnet.it
www.guidofilippi.it • www.crosystem.it
 Dr. Diego Ricciardi diegoricciardi@virgilio.it

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

CORSI PROPOSTI PER APRILE-LUGLIO 2009

APRILE

3 Aprile – 8 Maggio 2009

• **PSICOFARMACI E PSICOTERAPIA: UN APPROCCIO INTEGRATO**

Responsabile: Dott. G. Lago - IRPPI - Crediti: 15

Aperto a 25 Psicologi e Medici psicoterapeuti - Incontri: 3 - Durata: 15 ore

3 – 24 Aprile 2009

• **TEORIA E TECNICA DI LAVORO SULLE DIPENDENZE PATOLOGICHE.**

Responsabile: Prof. A. Grassi - ASL RM E - Crediti: 19 Med - 18 Psi

Aperto a 20 Medici e 20 Psicologi - Incontri: 3 - Durata: 25 ore

6 – 7 Aprile 2009

• **CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI UNA SANITÀ FEDERALE SOSTENIBILE**

Responsabile: Dott. A. D'Urso - ASL RM E - Crediti: 11

Aperto a 80 partecipanti - Incontri: 2 - Durata: 16 ore

8 - 9 Aprile 2009

• **APPLICAZIONI DELLE METODOLOGIE RAPIDE NEL LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA**

Responsabili: Dott. C. Lavorino - Dott.ssa M.T. Angelini - ASL RME - Crediti: 17 Tec Lab. - 13 Med.

Aperto a 80 partecipanti - Incontri: 2 - Durata: 18 ore

15 Aprile – 10 Giugno 2009

• **PSICODIAGNOSTICA: TEORIA E PRATICA**

Responsabili: Dott. M. Iudica - Dott.ssa A. Giudici - Pol. Militare Celio - Crediti: 40

Aperto a 25 Medici psicoterapeuti e Psicologi - Incontri: 9 - Durata: 45 ore

16 Aprile – 8 Giugno 2009

• **CORSO DI ECOGRAFIA DI BASE**

Responsabili: Dott. M. Pisanello - Sede: IDI - Crediti: 50

Aperto a 12 Medici - Incontri: 8 -

Durata: 32 ore

20 Aprile - 24 Giugno 2009

• **APPROCCIO ALLA DIAGNOSI DELLE MALATTIE GENETICHE E ALLA CONSULENZA GENETICA**

Responsabile: Dott. M. Pergola - ASL RM E - Crediti: 42

Aperto a 20 Medici e Biologi - Incontri: 11 - Durata: 44 ore

22 Aprile – 21 Ottobre 2009

• **NEUROSCIENZE DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

Responsabile: Dott. G. Giaimis - ASL RM C - TSMREE - D XII - V.le Europa 15 - Crediti: 26 Med - 29 Psi

Aperto a 20 Medici e Psicologi - Incontri: 8 Durata: 32 ore

23 – 24 Aprile 2009

• **CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MAMMELLA**

Responsabili: Prof. R. de Vita, Dott. M. Pozzi - Istituto Regina Elena IFO - Crediti: 22 Med - 19 Inf

Aperto a 12 Medici e 20 Infermieri - Durata: 20 ore

MAGGIO

4 Maggio – 8 Giugno 2009

• **200 ECG DA INTERPRETARE E REFERTARE**

Responsabile: Dott. G. Scaffidi - Osp. S. Giovanni - Crediti: 8

Aperto a 30 Medici - Incontri: 3 - Durata: 10 ore

5 Maggio – 9 Giugno 2009

• **CARCINOMA DELLA MAMMELLA: STATO DELL'ARTE**

Responsabile: Dott. A. Caramanica - Pol. Militare Celio - Crediti: 26

Aperto a 20 Medici - Incontri: 5 - Durata: 28 ore

5 - 7 Maggio 2009

• **DIAGNOSI, TERAPIA E PREVENZIONE SECONDARIA DELL'ICHTUS. AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Responsabile: D.ssa A. Santoro - ASL RM E - Crediti: In attesa

Aperto a 30 Medici - Incontri: 2 - Durata: 18 ore

7 – 8 Maggio 2009

• **IL PRELIEVO DI SANGUE VENOSO IN AMBULATORIO**

Responsabile: Dott. G. La Valle - ASL RM E - Poliamb. Campagna-

no - Crediti: 10 Med/Bio - 10 Inf

Aperto a 10 Medici/Biologi e 12 Infermieri - Incontri: 1 - Durata: 9 ore

7 – 8 Maggio 2009

• **IV° CORSO TEORICO-PRATICO SULLA RINITE ALLERGICA E PATOLOGIE ASSOCIATE**

Responsabile: Dott. L. Di Rienzo Businco - ASL RM E - Crediti: 10

Aperto a 30 Medici - Incontri: 2 - Durata: 18 ore

8 Maggio - 12 Giugno 2009

• **FEMMINILE E MASCHILE: NORMALITÀ E PATOLOGIA**

Responsabile: Prof. A. Grassi - ASL RM E - Crediti: 27 Med - 33 Psi

Aperto a 20 Medici e 20 Psicologi - Incontri: 4 - Durata: 32 ore

12 - 14 Maggio 2009

• **LA MALATTIA ALLERGICA**

Responsabile: Dott.ssa L. Giannarini - ASL RM E - Sala S. Spirito - Crediti: 16

Aperto a 20 Medici e 20 Biologi - Incontri: 3 - Durata: 13 ore

19 - 29 Maggio 2009

• **SINUS LIFTING**

Responsabile: Dott. S. Corbi - Sede: Ospedale S. Camillo - Crediti: 28

Aperto a 12 Medici - Incontri: 6 - Durata: 30 ore

20 Maggio 2009

• **APPLICAZIONE DEL D.L. 9 APRILE 2008, N. 81: GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA**

Responsabili: Dott. D. Gamberale - Dott. C. Parascani - ASL RM E - Crediti: 6

AGENDA DELLA SCUOLA

Aperto a 80 partecipanti -
Incontri: 1 - Durata: 10 ore

21 - 22 Maggio 2009

• **ARGOMENTI DI NEUROGERIATRIA: MALATTIA DI ALZHEIMER E ALTRE DEMENZE, MALATTIA DI PARKINSON, SINDROME DEPRESSIVA DELL'ANZIANO**

Responsabili: Dott. D. Carratelli - ASL RM E - Crediti: 13 Psi - 16 Med

Aperto a 20 Medici - Incontri: 2 - Durata: 18 ore

22 - 23 Maggio 2009

• **I PERCHÉ DELL'ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA**

Responsabile: Prof. I. Mazzon - Clinica "Nuova Villa Claudia" - Crediti: 12

Aperto a 30 Medici - Incontri: 2 - Durata: 14 ore

22 Maggio 2009

• **PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DEL COMPORTAMENTO SESSUALE**

Responsabili: Prof. A. Iaria - Prof. F. Liggio - Sede: S. Maria della Pietà - Crediti: 10 Med, 8 Psi e 10 Inf

Aperto a 30 Medici e Psicologi - Incontri: 1 - Durata: 10 ore

23 - 24 Maggio 2009

• **PSICODINAMICA DELL'AMORE DI COPPIA**

Responsabile: Dott. S. Cavallari - Dott. A.I. Battista - LABOR 2050 - Crediti: 13

Aperto a 30 Psicologi e Medici psicoterapeuti - Incontri: 3 - Durata: 15 ore

26 - 28 Maggio 2009

• **CORSO TEORICO-PRATICO DI FIBROBRONCOSCOPIA**

Responsabili: Prof. G. Galluccio - Dott. R. Dello Iacono - ASL RM E - Crediti: 19

Aperto a 20 Medici - Incontri: 3 - Durata: 18 ore

29 - 30 Maggio 2009

• **OTTIMIZZAZIONE DELLE COMPETENZE RELAZIONALI E DELLA CREATIVITÀ NELLA PREVENZIONE, IN PSICOTERAPIA E NEL PROBLEM SOLVING: DAI WORKBOOKS AL COUNSELLING ON-LINE**

Responsabili: Dott. G. L'Abate - Dott. F. Antonucci - Dott. P. De

Giacomo - ASL RM E - Crediti: 15 Med e 12 Psi

Aperto a 20 Medici e Psicologi - Incontri: 1 - Durata: 10 ore

GIUGNO

6 - 10 Giugno 2009

• **PSICOPATOLOGIA DEL LEGAME ED INTERVENTO PER LA RISOLUZIONE DELLA CRISI**

Responsabile: Dott. F. Aceti - Pol. Umberto I - Crediti: 15

Aperto a 16 Medici e Psicologi - Incontri: 4 - Durata: 20 ore

13 Giugno 2009

• **PEDODONZIA**

Responsabile: Prof. B. Condorelli - ASL RM E - Crediti: 7

Aperto a 20 Medici e Odontoiatri - Incontri: 1 - Durata: 10 ore

16 - 26 Giugno 2009

• **GENETICA MOLECOLARE E CLINICA**

Responsabile: Dott. A. Angioni - Osp. Bambino Gesù - Crediti: In attesa

Aperto a 20 Medici e Biologi - Incontri: 7 - Durata: 20 ore

16 - 18 Giugno 2009

• **LA RACCOLTA DEGLI EMO-COMPONENTI: AGGIORNAMENTI E CONTROLLI DI QUALITÀ**

Responsabile: Dott. L. Strano - ASL RM E - Crediti: 17

Aperto a 80 Medici e Biologi e 80 Tec. Laboratorio - Incontri: 3 - Durata: 27 ore

25 - 26 Giugno 2009

• **LE ANEMIE MICROCITICHE: DALLA BIOLOGIA ALLA CLINICA**

Responsabili: D.ssa P. Mastromonaco - Dott. P. Cianciulli - ASL RM E - Crediti: 12 Med e 13 Tec. Lab.

Aperto a 60 Medici e Biologi e 40 Tec. Laboratorio - Incontri: 2 - Durata: 18 ore

26 Giugno - 18 Dicembre 2009

• **LA TERAPIA ANTALGICA NEL DOLORE CRONICO**

Responsabile: Dott. R. Occhioni - Sede: Ospedale S. Camillo - Aula SANES - Crediti: 50

Aperto a 30 Medici - Incontri: 11 - Durata: 30 ore

LUGLIO

11 Luglio 2009

• **L'APPROCCIO COGNITIVO INTERPERSONALE E LA PSICOPATOLOGIA EMERGENTE: NUOVE INTERPRETAZIONI E PROPOSTE**

Responsabile: Prof. T. Cantelmi - Sede: S.C.INT. - Crediti: 8 Med e 7 Psi

Aperto a 10 Medici ed a 20 Psicologi - Durata: 9 ore

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

CONSIGLIO DIRETTIVO

- | | |
|------------------------------|--|
| • Presidente: | D. Scopelliti |
| • Vice-Presidenti: | B. Condorelli, C. Parascani |
| • Tesoriere: | E. Accivile |
| • Consiglieri Elettivi: | M. Baraglia, F. Castelli, P. Dauri, G. De Simone, M. Luminari, M. Moretti, R. Picardi, A. Placido, U. Recine, V. Scotto di Palumbo |
| • Consiglieri di Diritto: | L. Benedettelli, P. Grasso, G. M. Iadarola, E. Parisi, A. Perrone, G. Visco |
| • Segretario: | P. Colletta |
| • Revisori dei Conti: | G. Vassallo, F. De Santis, G. Gatta |
| • Consulente Amministrativo: | S. Rijli |

BOLLETTINO DELLA SMO

Autorizzazione Tribunale di Roma n.86/95 del 18/02/95

- | | |
|------------------------------|--|
| • Direttore Responsabile: | D. Scopelliti |
| • Direttore Scientifico: | G. Visco |
| • Comitato di redazione: | E. Accivile, L. Benedettelli, F. Castelli, M. Moretti, U. Recine, V. Scotto di Palumbo, G. Visco |
| • Coordinamento redazionale: | P. Colletta |
| • Stampa: | Nuova Editrice Grafica S.r.l. - neg@negeditrice.it |

(Finito di stampare nel mese di giugno 2009)