ANNO VIII • NUMERO 17 • GENNAIO/MARZO 2002 • TRIMESTRALESPED. IN ABB. POST. COMMA 20 LETTERA C ART. 2 LEGGE 662/96 • ROMA

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE

1 Convegno su "Sviluppo della Didattica Ospedaliera" Roma, 27-28-29 novembre 2001 • *di M. Luminari*

ATTUALITA' SCIENTIFICA

5 La Fibrillazione atriale: una condizione clinica comune • *di G.B. Del Giudice*

8 Il Carcinoma differenziato della tiroide • *di L. Cardillo*

12 Linee guida per la esofagogastroduodenoscopia

15 Linee guida per la colonscopia • *di G. Iacopini*

AGENDA DELLA SCUOLA

16 Corsi proposti per l'ECM al 31 gennaio 2002
- Aggiornamento all'Elenco dei Coordinatori negli ospedali
- Scadenze di Segreteria

CONVEGNO SU "SVILUPPO DELLA DIDATTICA OSPEDALIERA" ROMA, 27-28-29 NOVEMBRE 2001

di Marino Luminari
Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

A poco meno di un anno dalla chiusura del mandato elettorale del Consiglio Direttivo in carica, alla vigilia cioè di un nuovo periodo storico che si aprirà sulla scia di importanti mutamenti nell'assetto sanitario del paese, la Scuola Medica Ospedaliera di Roma ha voluto organizzare una manifestazione congressuale dal tema "Sviluppo della Didattica Ospedaliera" a ricordare questo passaggio che conclude una lunga gestione e ne preannuncia un'altra con compiti didattici sicuramente diversi rispetto al passato. Il tema chiave del Convegno non poteva che riguardare il Progetto Nazionale di Educazione Continua in Medicina, nato un anno fa e al quale la Scuola si è subito associata, vista l'importanza di una operazione che investirà una parte non indifferente di popolazione calcolata approssimativamente attorno ai 900 mila operatori sanitari.

Prima di entrare nel merito della breve lettura con la quale il Presidente ha dato inizio ai lavori congressuali, una parola di compiacimento deve essere spesa per i membri del Consiglio Direttivo che hanno saputo organizzare al meglio la manifestazione, dandole un ottimo programma culturale ed una piacevole ed interessante serie di eventi sociali.

I seminari di aggiornamento su: "Il ragionamento Clinico nella diagnostica in generale e nella diagnostica per immagini", "Le Attualità Mediche" (dove hanno primeggiato temi di grande attualità riguardanti le cellule staminali e i prioni), la "Clinica in immagini" (con le apprezzate relazioni di Boccanelli sulle sindromi coronariche acute, di Giannelli sulla diagnosi differenziale nelle coliti infiammatorie e di Sbiroli sulla morfologia del bacino), ed infine "L'affidabilità dei criteri prognostici delle patologie e delle evoluzioni attese", hanno ricevuto particolare attenzione e consensi.

L'assegnazione di due Borse di studio a giovani medici; la consegna di una medaglia d'oro-ricordo a quattro dei rifondatori della Scuola nel 1980 (Marino Luminari, Antonio De Laurenzi, Giu-

liano Rossi e Antonio Dauri), al rappresentante degli Aiuti e Assistenti eletti nel Direttivo degli ultimi trienni (Giorgio De Simone), ai Presidenti attuali dell'Accademia Lancisiana e dell'Ente Settimana Medica degli Ospedali per la loro valida e costante collaborazione, e infine, al Dott. Franco Condò, Direttore Generale in carica del Pio Istituto di S. Spirito, che ospita da sempre le tre massime e tradizionali espressioni della cultura scientifica e didattica ospedaliera di Roma, hanno sottolineato alcuni momenti peculiari della storia più recente della nostra Scuola.
L'udienza del S. Padre, le visite al Quirinale e agli edifici storici del S. Spirito, la cena sociale hanno fatto da degno coronamento alla tre giorni ospedaliera di Roma dal 27 al 29 novembre 2001.

C'è ancora da dire che quando in fase di elaborazione del programma si era trattato di individuare il relatore più idoneo ad illustrare gli aspetti ancora nuovi e mutevoli del Progetto ECM, il pensiero era andato naturalmente ad uno esperto ministeriale.
Le altre motivazioni della nostra iniziativa hanno però reso necessario affidare tale incarico al Presidente uscente della Scuola che ha accettato di buon grado, pur consapevole di dover parlare di un tema che unisce al carattere innovativo dei contenuti, quello di una complessa articolazione di norme ancora in fase assolutamente sperimentale.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM), secondo la definizione precisa dei suoi ideatori è un progetto nato (con D.L. n. 502 del 30/12/1992 integrato dal D.L. n. 229 del 19/06/1999) per consentire a tutti gli operatori sanitari di mantenere al massimo livello di aggiornamento i requisiti essenziali per l'esercizio dell'arte medica, cioè le conoscenze mediche (sapere), le abilità tecniche (fare), e le capacità professionali (essere), attraverso un programma che definisca i cosiddetti crediti formativi (da destinare agli operatori sanitari) ed i requisiti dell'accreditamento (necessari per i cosiddetti soggetti formatori).
I crediti formativi in realtà non sono concettualmente del tutto nuovi in quanto sono sempre esistiti a testimoniare, sia pure sotto altra denominazione (titoli), la partecipazione ad un evento culturale di varia natura. Espressi e interpretati in modo del tutto eterogeneo, a

Ospedale di S. Spirito in Saxia: cortile del Conservatorio

volte anche arbitrario, sono andati man mano deprezzandosi fino alla loro inaffidabilità.
I crediti concepiti secondo l'attuale legislatore nascono da eventi culturali e didattici (congressi, corsi, stages, riunioni, etc.) che attribuiscono ad ogni evento un valore calcolato su indicatori obiettivi di qualità e di durata.
Ogni operatore sanitario deve, con eventi vari, maturare crediti in numero e tempi stabiliti (150 in 5 anni). La novità assoluta della legge sta nel fatto che i crediti costituiscono requisiti indispensabili per svolgere attività professionale di ogni tipo, autonoma o dipendente, pubblica o privata.
La realizzazione del progetto, che investirà un elevato numero di professionisti, è molto complesso e le riunioni svoltesi a tutt'oggi ai vari livelli ministeriali, regionali e locali con associazioni di categorie, sindacati, istituzioni didattiche e culturali, stanno a dimostrarlo.
Il Ministero della Salute ha previsto due fasi per l'attuazione del progetto: la prima, sperimentale, apertasi nel gennaio del 2001 che doveva chiudersi allo scadere dei primi sei mesi ed è stata invece prorogata al dicembre dello stesso anno, e la seconda, definitiva o a regime, il cui inizio è stato di recente fissato per il gennaio del 2002, che riguarderà dapprima gli ospedalieri e, dal gennaio successivo, tutti gli altri operatori sanitari.
Sono previsti due tipi di attività:

a) residenziale, nella sede in cui l'evento si svolgerà;
b) a distanza, senza spostamento del discente, con l'ausilio di materiale cartaceo e informatico.

Motore principale della complessa operazione è la Commissione Ministeriale istituita con D.M. il 5/07/2000 come Ufficio della Direzione Generale delle risorse e delle professioni sanitarie nell'ambito del Dipartimento dell'Ordinamento Sanitario del Ministero della Salute e che si avvale della collaborazione di esperti e di osservatori.
Fondamentale è il ruolo della Commissione Ministeriale alla quale, in sintesi, spetta il compito di definire gli obiettivi formativi di interesse nazionale, i crediti che devono essere maturati e assegnati ai vari eventi formativi ed i requisiti necessari per l'accreditamento di questi ultimi.
Essa stabilisce inoltre i criteri per l'attivazione dei corsi di formazione manageriale (Direttori Sanitari, Dirigenti di 2° livello) in collaborazione con Ministero, Istituto Superiore di Sanità e Regione. Infine essa contribuisce ad individuare i presidi ospedalieri (Ospedali, Dipartimenti, Distretti) in possesso dei requisiti per le funzioni di insegnamento.
In questo primo anno l'attività, che si è avvalsa in misura costante e cospicua dell'opera di organismi istituzionali esplicitamente riconosciuti, anche di associazioni professionali, società scientifiche e organizzazioni sindacali, ha richiesto numerosi incontri a livello nazionale e regionale con pubblicazione, divulgazione e discussione di numerosissimi documenti che hanno permesso di concordare l'avvio ufficiale del Progetto come si è detto per i primi dell'anno venturo.

La Scuola Medica Ospedaliera si inserisce in questo grande progetto come "provider" cioè erogatore di eventi, anzi sotto tale profilo essa può considerarsi antesignana del progetto stesso, fedele come è sempre stata ad una tradizione secolare che l'ha vista raccogliere attorno a sé tutti gli ospedali di Roma e della Regione Lazio per erogare ai medici preparazione professionale e aggiornamento post-universitari.
Fondata e rifondata nel corso dei secoli che hanno lasciato tracce in documenti, bolle pontificie e testimonianze ancora rintracciabili negli archivi del Pio Istituto di S. Spirito in Sassia, la Scuola Medica Ospedaliera di Roma ha ricevuto il suo ultimo assetto statutario oltre 20 anni fa.
Da allora gli ultimi rifondatori, di cui quattro ancora sulla breccia, hanno vissuto e gioito di un continuo e incessante incremento di interessi e di attività fino ad arrivare a punte sorprendenti di adesioni: 800 docenti e circa 5.000 discenti, suddivisi in oltre 500 corsi sparsi nei vari ospedali regionali: corsi trimestrali, esclusivamente pratici, semestrali o teorico-pratici e biennali, veri e propri bienni di perfezionamento post-universitario prevalentemente con moduli di sei settimane d'insegnamento intensivo in ospedali diversi.
Mi è gradito ricordare, fra i primi e più seguiti, i corsi di Cardiologia e quelli di Gastroenterologia; il ciclo di settimane di questi ultimi terminava con riunioni, i cosiddetti Incontri di Gastroenterologia, tenuti da esperti italiani e stranieri, aperti al pubblico e sponsorizzati dall'Associazione dei Gastroenterologi Ospedalieri e da Case farmaceutiche.

A queste prime realizzazioni hanno fatto seguito nel tempo altri corsi biennali ottimamente organizzati e molto seguiti (Medicina Interna, Endocrinologia, Ortodontoiatria, etc.).
Da sottolineare questo particolare aspetto dell'insegnamento ospedaliero negli anni precedenti l'ECM: l'apporto dei docenti è stato sempre volontario e l'incentivo dei discenti a frequentare i corsi sempre ed esclusivamente spontaneo.
Nonostante i successi ripetutisi nel corso di vari anni accademici, verso la metà degli anni '90 ha preso il via una crisi che già si era preannunciata con lo scioglimento degli Ospedali Riuniti di Roma e che ha fatto perdere in seguito quello spirito di corpo e quella volontà collaborativa che teneva uniti i medici romani, tutti dipendenti da un'unica amministrazione ospedaliera.
La Scuola ha cominciato così a registrare un progressivo calo di proposte d'insegnamento e di iscrizioni e, apparentemente, di consensi che hanno spinto i membri del Direttivo in carica ad una autocritica rivelatasi eccessiva ed ingiustificata.
Infatti, alla luce di una più approfondita analisi, ci è parso di poter addebitare questa crisi ad una serie complessa di fattori, alcuni di indole generale, altri inerenti direttamente la vita ospedaliera di oggi altri, ancora, più strettamente collegati alla vita della Scuola.
Fra i motivi generali incisiva è stata l'inflazione grave degli eventi cosiddetti erogatori di crediti, eventi purtroppo culturalmente molto scarsi, spesso organizzati per lusingare turisticamente i medici con un doppio ordine di conseguenze: il declassamento dei relativi titoli fino alla loro totale inaffidabilità.
Per quanto riguarda l'ospedale, è sostanzialmente mutata la politica sanitaria del nostro paese che da anni sta rivedendo l'organizzazione delle sue strutture e delle sue funzionalità che vanno sensibilmente riducendosi perché c'è volontà di ridurre al minimo le degenze, potenziando nel contempo Dipartimenti di Emergenza e di Primo approccio all'ospedale.
La riduzione delle strutture ospedaliere e conseguentemente dei posti letto e l'incentivazione dell'assistenza domiciliare, ha fatto diminuire l'offerta di lavoro ospedaliero e, con la riforma delle norme di accesso, i concorsi sono ormai rari e scemato è l'interesse a maturare titoli.
Per di più i nuovi compiti richiesti ai medici ospedalieri sempre più gravosamente indirizzati agli adempimenti di tipo amministrativo hanno ridotto la loro disponibilità sia verso la didattica sia verso la ricerca.
Cause legate alla vita della Scuola ospedaliera romana vanno identificate in quelle operazioni di verifica e di snellimento che, nel corso di pochi anni, hanno portato alla scomparsa dei corsi con adesioni per così dire simboliche di 1 - 2 iscritti e di quelli ripetitivi e dispersivi.
Va rilevato infine che prima ancora del progetto di Educazione Continua in Medicina, appena avviato, le Direzioni Generali delle Aziende Ospedaliere hanno cominciato ad organizzare in proprio corsi e "Forum" ovviamente sottratti all'attività della Scuola.

Alla luce di quanto sta avvenendo con l'attuazione del programma di Educazione Continua c'è tuttavia da pensare e da auspicare che le sorti della Scuola Medica siano veramente destinate alla rinascita: la necessità che tutti gli operatori sanitari posseggano e mantengano i requisiti dottrinali e tecnici per continuare la loro attività professionale, restituirà agli Ospedali e alle loro Scuole nuove e preziose opportunità di insegnamento.
L'esperienza maturata a Roma in questi ultimi anni, conferisce uno spessore di qualità e garanzia al processo di qualificazione dei docenti che operano all'interno degli ospedali, cioè di quelle strutture didattiche più idonee a fornire formazione e aggiornamento ai medici.
Concludiamo citando una Istituzione nata solo pochissimi anni fa, la Federazione delle Scuole Mediche Ospedaliere (FE.S.M.O.), che si è assunta il compito di unificare e omogenizzare criteri e modalità dell'insegnamento ospedaliero, trasferendo in ambito nazionale quello che, sia pur in misura ridotta, le poche Scuole Mediche Ospedaliere regionali già esistenti hanno saputo fare egregiamente da sole fino ad oggi.
E lo hanno fatto non sorrette da disposizioni legislative, ma da un sincero amore per la professione e dal rispetto di un leggendario comandamento ippocratico che impone il dovere a chi la esercita, di trasmettere l'arte medica ai più giovani. ■

LA FIBRILLAZIONE ATRIALE: UNA CONDIZIONE CLINICA COMUNE

di G.B. Del Giudice
Dirigente del Modulo di Elettrostimolazione - UOD. Cardiologia - Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata - Roma.

La vertiginosa acquisizione di sofisticate metodiche diagnostiche e terapeutiche che contrassegna la nostra epoca e la proposta di Linee-guida sempre più sensibili ai suggerimenti della cosiddetta "Evidence based Medicine", si sono andate affiancando, ormai da tempo, ad una politica che persegue nuovi criteri per remunerare le prestazioni ospedaliere e che si basa sul sistema a DRG.
Mentre dunque da un lato la ricerca e la pratica clinica si vanno orientando sempre di più verso una minuziosa ed approfondita raccolta di dati in ogni campo, dall'altro, per ragioni di natura economica, ormai da anni, nella assegnazione delle risorse, si privilegia il motivo del ricovero, espresso sinteticamente con un codice che indica le affezioni e le procedure effettuate; una metodica, questa, che espone agli inconvenienti di tutte le eccessive semplificazioni e che nel nostro campo rischia di far perdere la visione unitaria del quadro morboso presentato dai singoli pazienti.
Orbene, questo rischio oltre che su tante altre infermità, incombe anche sulla Fibrillazione atriale (FA) che quasi cento anni orsono, Sir Thomas Lewis indicò come "una condizione clinica comune". Essa, infatti, nel sistema di codifica dei DRG, figura tra le malattie dell'apparato cardio-vascolare come semplice aritmia con o senza complicazioni, mentre manca, in tale sistema, qualsiasi doveroso accenno alle più serie evenienze cliniche delle quali può essere fattore causale determinante, come, ad esempio, gli episodi embolici e le sindromi da riduzione della portata circolatoria con effetti sistemici e/o distrettuali.
Tale aritmia, che è più frequente negli uomini, raggiunge nella popolazione generale una incidenza dello 0,40%, mentre la prevalenza è del 2% nei pazienti con cardiopatia ischemica e perfino del 40% tra coloro che sono affetti da valvupatia mitralica di origine reumatica.
La FA costituisce inoltre l'evento che più spesso predispone, come si è già accennato, alla comparsa di trombo-embolie che nel 70% circa dei casi si localizzano in territori cerebrali. Dallo studio di Framingham risulta, infatti, che tra i pazienti colpiti da ictus cerebri, la FA ha una cospicua prevalenza che cresce con l'età, interessando l'11-17% di coloro che hanno più di 70 anni e circa un terzo (36%) degli ultraottantenni, mentre nella popolazione compresa nelle stesse fasce di età, ma esente da lesioni cerebro-vascolari, la prevalenza raggiunge il 10%.
Esistono molti studi epidemiologici e clinici sulle correlazioni tra FA ed ictus cerebri, tra FA e scompenso cardiaco e sui benefici della terapia anticoagulante e/o antiaggregante ed il rischio emorragico che può derivarne; sono invece tutt'ora scarsi i dati epidemiologici sulla frequenza delle forme silenti non accertate. Per tale motivo le reali dimensioni del problema riguardante la diffusione di questa aritmia, sono note, fino ad oggi, solo in parte.
Non di rado la diagnosi viene posta casualmente, in occasione di controlli clinici di routine o di visite preoperatorie o di sorveglianza. Le forme croniche, permanenti o persistenti, a bassa frequenza ventricolare, sono spesso meno avvertite da chi ne è affetto, a differenza di quelle acute ad alta frequenza, che invece si accompagnano a palpitazioni, tachicardia, presincopi, dispnea, angor ed ansietà. Lo studio della prevalenza delle forme silenti ha tratto negli ultimi anni preziose informazioni da alcune metodiche diagnostiche ormai di largo uso, quali il monitoraggio dinamico dell'ECG, la registrazione degli eventi nella memoria

dei Pace-Maker impiantati per sindrome bradi-tachicardica e la trasmissione dell'ECG per via telefonica. In base ai dati raccolti con l'ausilio di questi mezzi di informazione, si è potuto constatare che le forme clinicamente mute sono numerose e 10-20 volte più frequenti di quelle sintomatiche.

L'ampia diffusione ormai raggiunta dai trattamenti profilattici adottati per scongiurare il rischio trombo-embolico, può notevolmente condizionare sia la morbosità che la letalità causate da questa aritmia, purché si rintraccino in tempo utile sia la sua esistenza che quella delle malattie di cui può essere epifenomeno; un accertamento, questo, che però non è in genere effettuato allorché manchino richiami di ordine sintomatologico.

I fibrillanti con valvulopatie presentano un elevato rischio embolico ed un numero annuo di eventi > 6%; quelli con cardiopatia ipertensiva e/o ischemica < 6%, mentre nelle forme di FA isolata (lone fibrillation) il rischio embolico è più basso e cioè < 2%. Le forme più comuni di FA, tuttavia, pari a circa il 70% dei casi, sono quelle senza interessamento valvolare; qui il rischio embolico è intermedio e per stratificarlo è necessario ricorrere a marcatori diagnostici strumentali, allo scopo di poter poi indirizzare la scelta terapeutica verso gli anticoagulanti o gli antiaggreganti.

Tra le nuove metodiche atte a rilevare le modificazioni anatomo-funzionali predittive della comparsa di FA, l'ecocardiografia è senza dubbio la più impiegata e la più affidabile. Con tale metodica i parametri indipendenti più significativi sono le dimensioni dell'atrio (diametro > 45 mm), il grado ed il tipo di anormalità della funzione ventricolare SN e la somma degli spessori parietali. L'associazione di più parametri si correla con una maggiore prevalenza di FA.

La percentuale di trombosi auricolare SN, calcolata con l'ecocardiogramma transesofageo, raggiunge il 19% in chi ha già presentato eventi cardioembolici, il 19% nei pazienti con compromissione ventricolare SN ed il 10% negli ipertesi.

Lo studio ecodoppler della velocità di svuotamento della auricola SN, che di norma si aggira sui 50cm/sec., può evidenziare una sua riduzione, fenomeno, questo, correlato ad una maggiore possibilità che si formino trombi e ad un più alto rischio embolico, nonché all'esito dei tentativi di cardioversione.

Infatti la presenza di un flusso adeguato permette di identificare i pazienti che sottoposti a cardioversione elettrica o medicamentosa, hanno maggiori probabilità di rimanere stabilmente a ritmo sinusale.

Anche se in genere le complicanze emboliche vengono attribuite alla migrazione di materiale trombotico presente in auricola all'atto del ripristino del ritmo sinusale, spontaneo o indotto da farmaci o da DC Shock, sta prendendo sempre maggiore consistenza l'ipotesi che la formazione del trombo e la sua eventuale embolizzazione si realizzino in specie successivamente alla cessazione della aritmia, per effetto del ritardo con cui avviene un efficace recupero della funzione meccanica dell'atrio e della auricola di SN.

Alla ripresa del ritmo sinusale, spontanea oppure indotta dalla elettroconversione o da farmaci, segue, infatti, una fase denominata di stordimento (stunning), il cui contrassegno è una sorta di paresi auricolo-atriale di variabile durata.

Lo studio ecodoppler transesofageo ha chiarito che lo stunning e la variabilità della sua persistenza non sono in rapporto al tipo di trattamento usato, giacché possono rilevarsi anche in caso di cardioversione spontanea o di shock endocavitario a bassa energia.

Essi dipenderebbero invece da due tipi di rimodellamento e cioè elettrico e morfologico, cui le strutture coinvolte vanno incontro. Il primo consiste in un resetting della responsività dei recettori per il calcio indotto dall'aumento dei flussi di tale ione, aumento che a sua volta fa seguito alla crescita ed alla irregolarità delle depolarizzazioni atriali. Nel determinare il rimodellamento elettrico e quindi la durata dello stunning, assumerebbe una notevole importanza la durata della aritmia.

Ma non va dimenticato però che quest'ultima dà luogo anche ad un rimodellamento morfologico e che anch'esso concorre allo sviluppo dello stunning ed al grado della sua durata.

Infatti, nei pazienti con FA cronica, è stata dimostrata la esistenza di molteplici alterazioni muscolari, quali una fibrosi interstiziale, una non uniforme

anisotropia ed anche una alterazione dell'endotelio che riveste la superficie interna dell'atrio e della auricola, nonché lo sviluppo di un certo grado di fibroelastosi miocardica.
Come si vede, dunque, anche queste nuove osservazioni finiscono per riallacciarsi alle vedute di Virchow, prospettate oltre un secolo fa e secondo le quali alla origine dei processi trombotici c'è di regola una triade rappresentata dal danno anatomico parietale, dal rallentamento circolatorio e dalla ipercoagulabilità ematica.
Ma accanto ad una migliore conoscenza degli eventi fisiopatologici correlati alla FA, alle più precise notizie sui dati epidemiologici che riguardano le sue malefatte ed alla conferma della utilità preventiva dei mezzi impiegati per ridurre sensibilmente il rischio embolico, c'è anche da ricordare, in questo campo, qualche novità farmacologica, come l'ingresso nell'armamentario farmaceutico, accanto agli antiaritmici tradizionali, come ad esempio amiodarone e propafenone, della dofetilide.
Tale composto, infatti, ha dimostrato di esser capace di mantenere il ritmo sinusale fino ad un anno nel 66% dei casi e di convertire la FA a ritmo sinusale in circa un terzo dei pazienti che con esso vengono trattati.
Occorre, tuttavia, come d'altra parte con tutti gli antiaritmici, controllare con attenzione gli effetti della dofetilide giacché talvolta espone al rischio di tachicardie da torsione di punta.
Ma di rilievo ancora maggiore appaiono le attuali procedure di tipo interventistico-elettrofisiologico.La tradizionale cardioversione transtoracica, ad esempio, ha subito alcuni prefezionamenti grazie all'impiego di defibrillatori ad onda bifasica, i quali, oltre che garantire una maggiore sicurezza in virtù dell'impiego di minore energia, consentono di raggiungere il ripristino del ritmo sinusale in quasi il 90% dei pazienti trattati. Motivo per cui è divenuto sempre meno necessario il ricorso a procedure invasive di cardioversione, quali sono quelle basate sull'uso dello shock endocavitario e transesofageo.
Nel campo della elettrostimolazione è andato poi sempre più diffondendosi l'impiego dei PM bicamerali (PM DDD) per il trattamento della bradicardia, ritenuta determinante nella genesi della tachiaritmia. La depressione cronotropa sinusale, infatti, è considerata un elemento-cardine nella perdita di controllo della frequenza dei centri ectopici responsabili della comparsa della FA, controllo che è denominato "overdrive suppression". Sul piano tecnico c'è da aggiungere che all'impianto dei PM sequenziali si è affiancato quello dei sistemi tricamerali che determinano una attivazione sincrona biatriale e sequenziale per il ventricolo e che hanno il compito di correggere il ritardo di conduzione intraatriale, ritenuto responsabile della comparsa di blocchi unidirezionali e dei circuiti di rientro da cui in genere dipende la insorgenza della FA.
Di recente, inoltre, sono stati prodotti stimolatori cardiaci antiaritmici più complessi, come quelli che servono a prevenire la FA, governando il ritmo con stimolazioni "intelligenti", ottenute con la erogazione di serie di battiti rapidi che superano la frequenza di scarica dei focolai ectopici; o come i defibrillatori impiantabili capaci di indurre una cardioversione automatica nei pazienti con FA refrattaria alle misure terapeutiche convenzionali.
Di spicco non minore infine sono le novità che giungono dall'elettrofisiologia interventistica che si sta dotando di procedure innovative per l'ablazione transcatetere delle strutture chiamate in causa nella elettrogenesi della FA.
Alla luce della messe di dati fin qui descritti, è dunque necessario rivedere i criteri con cui vanno affrontati i problemi diagnostici di questa aritmia, onde giungere non solo al suo riconoscimento, ma anche ad una catalogazione di dettaglio, giacché le modalità con cui può manifestarsi sono molteplici e varie.
Si va infatti dalle forme di recente insorgenza a quelle comparse da tempo, da quelle stabili e definitive a quelle parossistiche e recidivanti, da quelle silenti a quelle sintomatiche, da quelle sensibili alla terapia a quelle resistenti, da quelle isolate a quelle che affiancano e complicano cardiopatie della più diversa natura.
Occorre quindi l'elaborazione di un preciso identikit dei singoli casi, che permetta poi di scegliere, volta per volta, le misure terapeutiche più adatte e più proficue sul piano dei risultati. ■

IL CARCINOMA DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE

di Luigi Cardillo
Dipartimento di Scienze Chirurgiche - Struttura Semplice di Chirurgia Oncologica - Ospedale Regina Apostolorum - Albano Laziale (Roma)

Il cancro della tiroide viene classificato su base istopatogenetica in tumori a derivazione dalle cellule follicolari, in tumori a derivazione dalle cellule parafollicolari, in tumori stromali e in tumori secondari.
I carcinomi di origine follicolare sono i più frequenti e vengono classificati in forme differenziate e forme indifferenziate.
Di origine parafollicolare è invece il carcinoma midollare, che deriva dalle cellule C, produce calcitonina, ha incidenza familiare e rappresenta una forma intermedia tra il carcinoma indifferenziato e i carcinomi differenziati.
Nelle forme differenziate, il carcinoma papillifero, compresa la variante follicolare, rappresenta il 60-70%; il carcinoma follicolare, comprese le forme a cellule chiare, insulari e a cellule di Hürtle, il 20-25%; le forme indifferenziate il 10%; il carcinoma midollare il 5-10% e gli altri istotipi l'1%.

I riferimenti epidemiologici, reperibili in letteratura, non consentono a tutt'oggi, la precisa identificazione della prevalenza dei carcinomi differenziati della tiroide. Essi hanno una bassa incidenza, 2-6/100.000 abitanti/anno, pari a 5.000 nuovi casi all'anno in Italia e 10-15.000 negli Stati Uniti.
Mostrano una netta prevalenza nelle donne, con un rapporto maschi femmine di 3-4 :1, anche se si sta assistendo, negli ultimi 10 anni, ad un aumento di incidenza totale e ad un aumento percentuale nel sesso maschile con tendenza a una prognosi peggiore. Tuttavia tali dati di epidemiologia clinica contrastano con l'incidenza rilevata negli studi autoptici che dimostrano una insolita ed inspiegabile frequenza che può oscillare dal 3-4% fino al 30-40% di tutte le autopsie.
Tutte le età possono essere colpite, anche se la forma papillare è più frequente tra i 15 e i 45 anni, mentre quella follicolare compare in età più avanzata (50- 60 anni).
Il carcinoma papillifero può essere multifocale, non capsulato, è linfoinvasivo e dà metastasi solo linfonodali.
Il carcinoma follicolare è più spesso unifocale, capsulato, angioinvasivo e dà metastasi per via ematica.
Globalmente il carcinoma papillifero ha prognosi migliore.
L'età del paziente incide fortemente sulla prognosi e sulla terapia, per cui la stadiazione che, in tutti gli altri tipi di tumori, considera come elementi base unicamente il diametro della lesione ed il grado di invasività locale e generale, per i soli tumori differenziati della tiroide, tiene conto anche dell'età del paziente, prevedendo addirittura due classificazioni diverse a seconda che si tratti di soggetti di età superiore ai 45 anni o inferiore ai 45 anni, per i quali si considera solo un I e un II stadio, anche in presenza di metastasi. Altra particolarità, prevista solo per il carcinoma della tiroide, è la stadiazione anche in base all'istotipo, infatti per il carcinoma indiffrenziato, tutti i casi sono allo stadio IV, indipendentemente dal T-N-M.

Nella pratica clinica è quindi fondamentale la distinzione tra nodulo *"innocente"* e carcinoma della tiroide.
L'ecografia occupa un ruolo preminente per la possibilità di discriminare e monitorare lesioni anche molto piccole e soprattutto per la possibilità di guidare il prelievo citologico mirato con ago sottile. Tale metodica rappresenta oggi il cardine fondamentale ed imprescindibile nella valutazione di un nodulo tiroideo.
Grazie alla diffusione enorme dello studio ultrasonografico, dovuta alla facile eseguibilità, alla non invasività, all'assenza di preparazione, alla ripetibilità dell'esame, si è creato, di fronte ad un nodulo tiroideo, un nuovo atteggiamento culturale, sia nei medici che nei pazienti.
In termini pratici, tutto ciò si è tradotto in una migliore definizione clinica della patologia tiroidea, con diagnosi sempre più numerose e sempre più precoci di carcinoma della tiroide.

Inoltre, l'ecografia ha contribuito moltissimo a "sfatare" o quanto meno a ridimensionare il mito del cosiddetto carcinoma "occulto", confermando quanto autorevolmente sostenuto, già nel 1988, da M.D. Allo, secondo cui non tutti i carcinomi "occulti" sono veramente "minimal".
Dal punto di vista citologico, si tratta o di una diagnosi di certezza, come nel caso del carcinoma papillifero, dove le caratteristiche morfologiche di tale neoplasia consentono la diagnosi anche su poche cellule, o di un reperto di "proliferazione follicolare" e come tale meritevole di un riscontro istologico.
Il chirurgo, generalmente, viene chiamato in causa dall'internista o dall'endocrinologo, quando la patologia nodulare è già stata studiata, spesso trattata farmacologicamente, e, comunque, quando, in base al reperto citologico , la indicazione all'intervento chirurgico è scontata.
La chirurgia, tuttavia, gioca un ruolo di primaria importanza, infatti è sempre il primo atto nella sequenza temporale dell'iter terapeutico ed anche perché essa contribuisce direttamente alla definizione diagnostica ed alla stadiazione loco-regionale.
A tal proposito è doverosa qualche precisazione, di ordine pratico, sul valore dell'esame istologico estemporaneo, soprattutto in considerazione di quei limiti che non devono mai essere ignorati, dai chirurghi ma anche dagli internisti.
L'esame istologico al congelatore risulta attendibile e completamente diagnostico per i carcinomi papilliferi, non altrettanto per quelli follicolari, per i quali può ancora verificarsi che in qualche caso sarà prudente e lecito rimandare ogni decisione definitiva al preparato incluso.
Capita, per fortuna non di frequente, che l'esame estemporaneo lasci il problema in un ambito di incertezza, che delude le aspettative del chirurgo in sala operatoria, le speranze del malato al risveglio e i "desiderata" dell'endocrinologo quando informato.
Questo fatto si verifica sia per la natura stessa del tessuto esaminato, che per la ovvia parzialità delle sezioni allestite, in base alle quali non è sempre possibile discriminare un adenoma follicolare da un carcinoma follicolare. Infatti la diagnosi differenziale viene fatta, non tanto in base alla morfologia delle cellule, che risultano piuttosto simili nell'adenoma e nel cancro, quanto in base ai segni di invasione sia della capsula tumorale che dei vasi, anche ad una certa distanza dal tumore.
L'esame istologlco estemporaneo è, invece, sempre utile per valutare lo stato di uno o più linfonodi regionali, infatti, in base all'eventuale interessamento metastatico linfonodale, si completerà o meno la dissezione laterocervicale. A tal proposito va sottolineato che soprattutto nel caso di carcinoma papillifero, i linfonodi centrali vanno sempre e comunque asportati almeno dal lato della lobectomia.

Il trattamento terapeutico dei tumori differenziati della tiroide è da sempre integrato, nel senso che alla chirurgia si accompagnano misure terapeutiche non chirurgiche, come la radioterapia con isotopi e la terapia medica sostitutiva e soppressiva con ormone tiroideo.
La chirurgia gioca un ruolo di primaria importanza e deve rispettare delle regole assolute. È infatti fondamentale che l'intervento sia unico e oncologicamente corretto e questo obiettivo si raggiunge evitando le resezioni intraparenchimali, le manipolazioni intra-operatorie e i reinterventi a distanza. Occorre quindi perseguire una chirurgia extracapsulare, secondo piani anatomici precisi, con rispetto assoluto delle strutture adiacenti.
La cervicotomia anteriore non deve essere necessariamente ampia, a collare, e può, di massima, essere contenuta per estensione tra i margini interni dei due muscoli sternocleidomastoidei.
I muscoli pretiroidei non devono essere necessariamente sezionati ma solo divaricati. Appena esposta la tiroide, è utile una cauta palpazione dell'intera ghiandola, al fine di apprezzarne caratteri macroscopici ed i rapporti della lesione.
Obbligatoria è la esplorazione delle catene linfonodali laterocervicali, alla ricerca di linfonodi sospetti, anche sulla scorta di un controllo ecografico, eseguito con sonda idonea e che consigliamo di effettuare sistematicamente uno o due giorni prima dell'intervento.
Esposto, per via smussa, il lobo interessato si pratica direttamente, seguendo i principi generali già citati, una lobectomia totale extracapsulare, allargata all'istmo.
Il pezzo operatorio deve essere rispettato al massimo sia nelle

manovre chirurgiche, evitando punti di trazione trasfissi, sia, una volta asportato, evitando di eseguire sezioni di esso sul campo operatorio, infatti va inviato al patologo tutto intero e ben orientato. Una volta accertata o confermata con l'esame istologico estemporaneo la diagnosi di carcinoma differenziato, sorge il problema dell'estensione della exeresi chirurgica.

Il trattamento "classico" di questi tumori e precipuamente per i carcinomi papilliferi, senza tener conto delle caratteristiche della neoplasia e del paziente, risulta costituito da:

- tiroidectomia totale;
- terapia radiometabolica con I 131;
- terapia medica sostitutiva e soppressiva con ormone tiroideo;
- (dissezione linfonodale profilattica laterocervicale);
- (radioterapia esterna?).

Gli ultimi due momenti terapeutici elencati, posti tra parentesi, hanno completamente perso il valore che si attribuiva loro in passato.

Il problema più discusso, ancora oggi, o meglio sarebbe dire oggi più che mai, è il seguente: Tiroidectomia totale sempre e comunque o lobectomia come intervento possibile?
Il trattamento chirurgico del carcinoma differenziato della tiroide è, purtroppo, argomento ancora controverso, per una serie di motivi, tutti, peraltro, riconducibili ad un comune denominatore, rappresentato dalle peculiari caratteristiche biologiche di questi tumori. Infatti la storia naturale di tali neoplasie, particolare sia per l'insorgenza che per l'evoluzione, sia per le caratteristiche istologiche che per l'aggressività, sia per il comportamento biologico che per la risposta alle terapie, rappresenta, sotto certi aspetti, un esempio unico in tutta la oncologia e che, comunque, rende complessa la valutazione dei risultati a distanza delle possibili strategie terapeutiche, la loro confrontabilità e gli opportuni adeguamenti.

Per il carcinoma follicolare, che presenta una prognosi peggiore ed è gravato da un maggior rischio di metastasi ematogene, proprio in ragione del fatto che le metastasi a distanza rispondono al trattamento radiometabolico, con effetto positivo sulla sopravvivenza, la tiroidectomia totale si propone come intervento di scelta anche nelle forme non angioinvasive; in quelle angioinvasive è invece indiscussa.
Anche per il carcinoma follicolare esistono tuttavia diversi atteggiamenti terapeutici.
Infatti alcuni Autori ritengono che la lobectomia con istmectomia risulti sufficiente per neoplasie confinate alla ghiandola, di piccole dimensioni in soggetti giovani, in assenza di localizzazioni metastatiche.

Il carcinoma a cellule di Hürtle costituisce un capitolo dai caratteri ancora incerti, in relazione alla sua rarità, alle peculiarità istologiche e all'incostante comportamento biologico, tuttavia può essere assimilabile alle forme follicolari.

Per i carcinomi papilliferi la indicazione alla tiroidectomia totale è da molti messa in dubbio nel caso di tumori di piccole dimensioni, localizzato in un solo lobo tiroideo, lontano dalla capsula tiroidea, in soggetti a basso rischio.
Le due opposte tendenze, l'una radicalista, l'altra più conservativa continuano a produrre valide argomentazioni a favore dell'una o dell'altra posizione e a tutt'oggi risulta difficile provare la assoluta validità dell'una o dell'altra.
Innanzi tutto i tumori della tiroide sono rari e quindi è difficile far riferimento a casistiche omogenee, la storia naturale è straordinariamente lunga, il rischio di recidive o di metastasi è relativamente contenuto, la sopravvivenza non dipende dall'interessamento linfonodale, né dal tipo di intervento eseguito.
I vantaggi derivanti da una tiroidectomia totale sono minor rischio di ripresa locale della malattia, migliore possibilità di monitorizzare i pazienti con tireoglobulina, possibilità di eseguire un total body scintigrafico e, quindi, evidenziare e trattare precocemente metastasi iodiocaptanti.
Gli svantaggi sono legati ad un più elevato rischio di lesioni iatrogene (nervo laringeo e paratiroidi), possibilità di rischi da isotopo-terapia, necessità assoluta di una terapia sostitutiva farmacologica a vita.
In effetti, nessun lavoro apparso in letteratura, a sostegno della tiroidectomia totale sempre e comunque ha dimostrato che tale intervento è da preferire perché aumenta la sopravvivenza globale.
A tal proposito vale la pena ricor-

dare che non sempre la più ampia demolizione è il miglior sistema per la cura delle neoplasie, come l'esperienza sulla mammella insegna.

Anche la dissezione linfatica ha subito un radicale combiamento sia nella indicazione che nella tecnica. La linfectomia del collo viene classicamente distinta in Radical Neck Dissection (RND), in Modified Radical Neck Dissection (MRND) e in Node Picking (NP).
Per NRD si intende la linfectomia ideata da Crile nel 1906 e caratterizzata dalla exeresi del muscolo sternocleidomastoideo, della vena giugulare profonda, del nervo accessorio spinale.
Per MNRD si intende una linfectomia radicale funzionale in cui si asporta tutto il sistema linfatico del collo senza ledere strutture importanti, come i muscoli, le vene, ed i nervi.
Infine il NP è l'asportazione di singoli linfonodi aumentati di volume.
La RND è stata del tutto abbandonata, sostituita dalla MRND nei casi di sicuro interessamento linfonodale.

In definitiva, in estrema sintesi, si può concludere dicendo che il moderno approccio terapeutico del carcinoma differenziato della tiroide deve essere rigoroso, flessibile, adeguato a quel paziente e a quel tumore.
Infatti, il problema deve essere posto in questi termini e cioè se è possibile selezionare gruppi di pazienti che per fattori relativi sia al tumore che all'ospite possono realmente considerarsi a basso rischio, sia di ripresa di malattia che di diffusione metastatica. In questi casi, se ben selezionati, vanno necessariamente evitati eccessi di trattamento ed è opinione diffusa che in essi una lobectomia con istmectomia sia intervento sufficiente e radicale.
I fattori più importanti, cui la maggioranza degli Autori riconosce validità, sono l'età del paziente, il grading istologico, l'estensione e le dimensioni della neoplasia.
Selezionare e discernere tali gruppi di pazienti è compito delicato e difficile per il rischio di sottostime o di sovrastime, ma è compito doveroso, dove, ancor più che per altre neoplasie, l'integrazione multidisciplinare tra i vari specialisti è fondamentale. ■

BIBLIOGRAFIA

1) ASHLEY DJB: *The two "hit" and multiple "hit" theories of carcinogenesis.* Br J Cancer 1969; 23:313-328.
2) BRONNER CE ET AL.: *Mutation in the DNA mismatch repair gene homologue hMLHl is associated with ereditary non-polyposis colon cancer*, Nature, 368, 1994, pp. 258-261.
3) COMINGS DE: *A general theory of carcinogenesis.* Proc Natl Aad Sci 1973; 70: 3324 3328.
4) DULBECCO R.: *"Geneticadelleneoplasie"* 98° Congresso Soc. It. Chirurgia Roma 16 ottobre 1996.
5) ELKIND MM: *Repair procésses in radiation biology.* Radiat Res 1984; 100: 425-449.
6) FISHEL R. ET AL.: *The human mutator gene homolog MSH2 and its assocition with hereditary non-polyposis colorectal cancer*, Cell, 1993, pp. 1027-1038.
7) FLETCHER R., FLETCHER S., WAGNER E.: *Clinical epidemiology - the essentials*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1982.
8) FRIEND SH, BERNARDS R, ROGELJ S, ET AL.: *A human DNA segment with properties of the gene that predisposes to retinoblastoma and osteosarcoma.* Nature 1986; 323:643 646.
9) KNUDSON AG JR: *Mutation and cancer: statistical study of retinoblastoma.* Proc Natl Acad USA 1971; 68:820-823.
10) KNUDSON AG: *Hereditary cancer, oncogenes, and anti-oncogenes*, Cancer research, 45, 1985, pp. 143 7-1443.
11) KNUDSON AG JR: *Hereditary cancers disclose a class of cancer genes.* Cancer 1989; 63: 1888-l891.
12) LAZLO J.: *I"ntroction (to oncology section)" in Wynngaarden J. and Smith L. (eds)*, Cecil textbook of medicine, 16th ed., vol. I, 1982, Saunders, Philadelphia, pp. 1010- 1020.
13) PETO J: *Genetic predispotion to cancer.* In: Cairns J, Lyon JL, Skolnick M, eds.
14) BANBURY Report 4: *Cancer incidence in defined population.* Cold Spring Harbor, N.Y; 1980: 203-213.
15) SERVICE R.: *Stalking the start of colon cancer.* Science, 263, 1994, pp. 1559-1560.
16) VARMUS H. E WEINBERG R.: *Genes and the Biology of Cancer,* Scie. Am. Libr., N.Y. 1993.
17) VOGELSTEIN B., FEARON ER KERN SE ET AL: *Allelotype of colo-rectal carcinomas.* Science 1989; 244: 207-211.

LINEE GUIDA PER LA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

a cura di Giampaolo Iacopini
Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva - Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata - Roma.

PRINCIPI GENERALI VALIDI PER TUTTE LE INDAGINI ENDOSCOPICHE

È controindicata

- Il rischio della procedura è superiore al beneficio atteso.
- Il paziente non è collaborante.
- Si sospetta una perforazione.

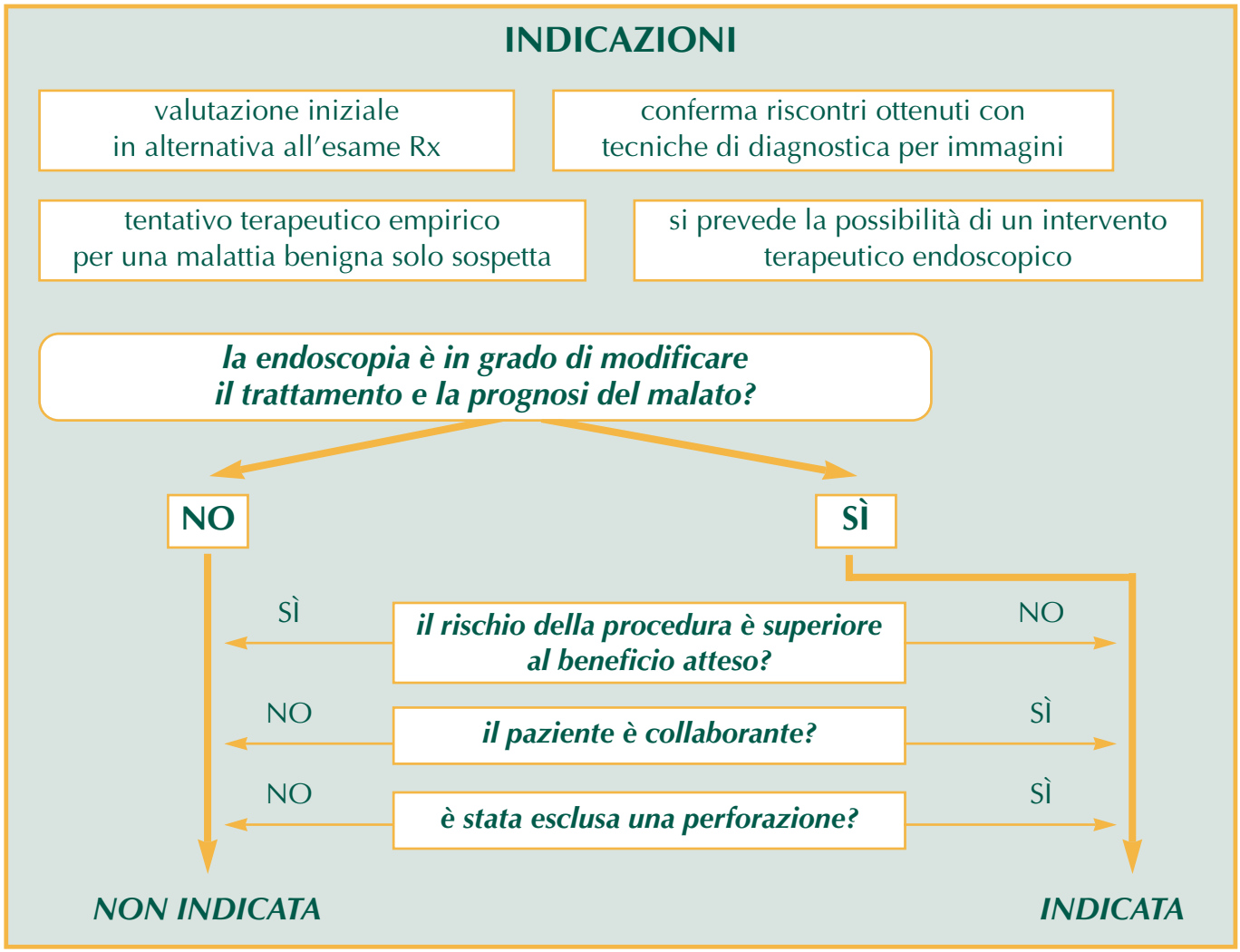
Non è indicata

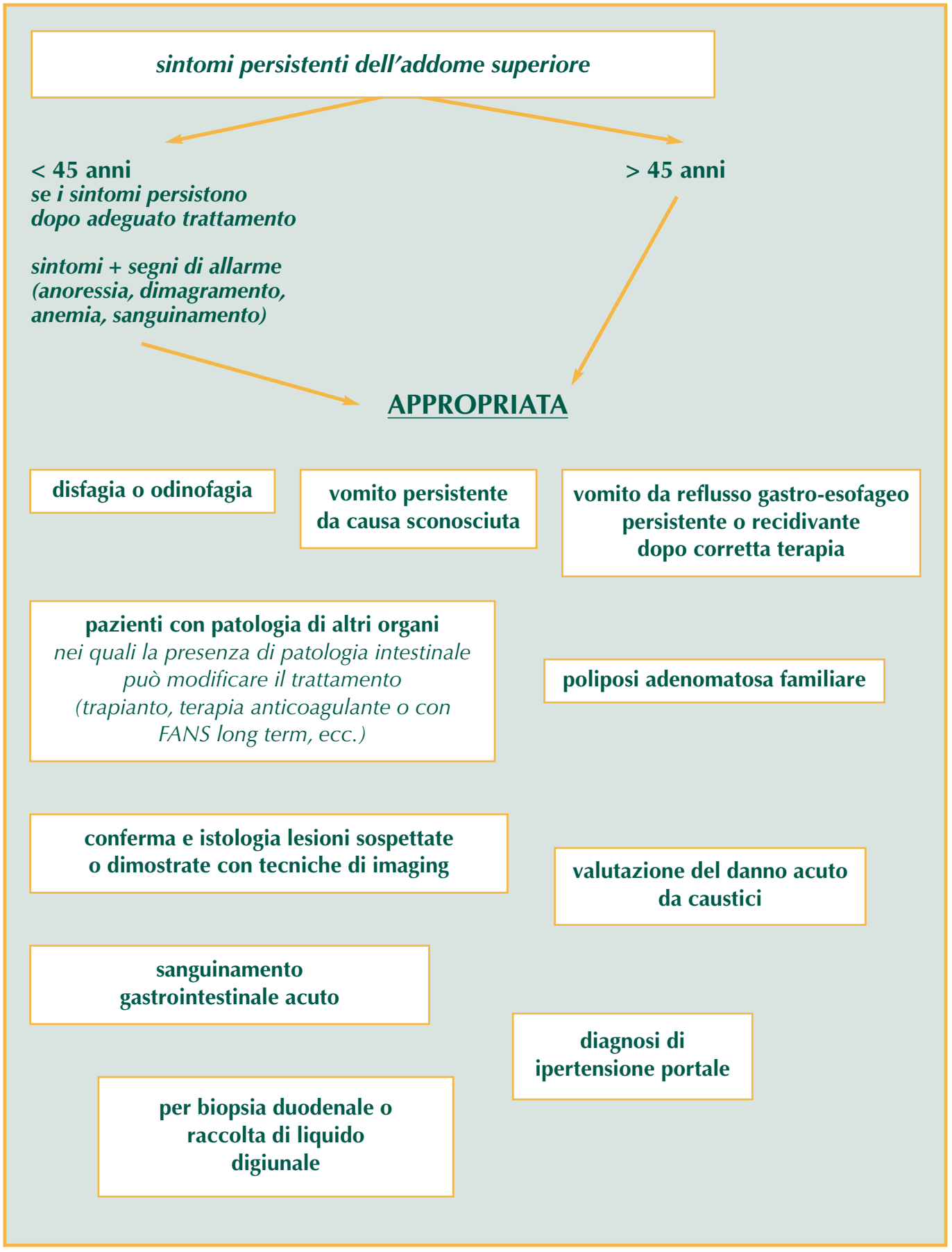
- Se il suo risultato non è in grado di modificare il trattamento del malato

INDICAZIONI

Principi generali validi per tutte le indagini endoscopiche

- Se il suo risultato (diagnosi) è in grado di modificare il trattamento del malato.
- Si presume una patologia che può contemplare una procedura di **endoscopia terapeutica**.
- Quando si preveda la possibilità di un intervento terapeutico endoscopico.
- Per confermare riscontri ottenuti con tecniche di diagnostica per immagini.




sintomi persistenti dell'addome superiore
< 45 anni
se i sintomi persistono
dopo adeguato trattamento
sintomi + segni di allarme
(anoressia, dimagramento,
anemia, sanguinamento)
> 45 anni
APPROPRIATA
disfagia o odinofagia
vomito persistente
da causa sconosciuta
vomito da reflusso gastro-esofageo
persistente o recidivante
dopo corretta terapia
pazienti con patologia di altri organi
nei quali la presenza di patologia intestinale
può modificare il trattamento
(trapianto, terapia anticoagulante o con
FANS long term, ecc.)
poliposi adenomatosa familiare
conferma e istologia lesioni sospettate
o dimostrate con tecniche di imaging
valutazione del danno acuto
da caustici
sanguinamento
gastrointestinale acuto
diagnosi di
ipertensione portale
per biopsia duodenale o
raccolta di liquido
digiunale

INAPPROPRIATA

disturbo cronico, stabile,
atipico per malattia organica,
già considerato di natura funzionale.
In casi eccezionali la EGDs può essere giustificata per escludere malattie organiche specialmente se i sintomi non rispondono alla terapia

pirosi retrosternale
di recente insorgenza
che risponde alla terapia

RX

- **ernia jatale asintomatica**
- **ulcera duodenale non complicata che ha risposto alla terapia**
- **deformazione del bulbo duodenale (asintomatica o che ha risposto alla terapia)**

EGDs OPERATIVA

1. trattamento delle **lesioni sanguinanti**
2. scleroterapia o legatura di **varici esofagee o gastriche**
3. asportazione di **corpi estranei**
4. asportazione di **polipi**
5. posizionamento di **sondini per drenaggio o nutrizione** (gastrostomie o digiunostomie percutanee)
6. dilatazione di **stenosi**
7. trattamento palliativo delle **neoplasie**

Follow up sì

a) **esofago di Barrett e poliposi familiare**
b) **ulcere esofagee o gastriche o stomali** per dimostrarne la guarigione - verificarne la benignità
c) **polipi adenomatosi gastrici o duodenali**
d) **dopo sclerosi o legatura di varici esofagee o gastriche**
e) **displasia gastrica**

Follow up no

a) **Atrofia gastrica** (con o senza metaplasia intestinale)
Anemia perniciosa
Acalasia
Precedenti interventi chirurgici sullo stomaco

b) **malattie benigne guarite** (esofagite, ulcera gastrica, ulcera duodenale)

c) **dopo dilatazione di stenosi benigne** a meno che non intervenga un cambiamento della sintomatologia

SINTOMI DI ALLARME

- Età avanzata > 45 anni
- Dispepsia di recente insorgenza (> 4 settimane)
- Calo ponderale
- Anemia sideropenica (sanguinamento cronico occulto)
- Sintomi di emorragia gastrointestinale manifesta (ematemesi melena)
- Pregressa ulcera gastrica
- Pregresso intervento chirurgico gastrico
- Massa epigastrica
- Dolore severo epigastrico
- Disfagia
- Ittero

LINEE GUIDA PER LA COLONSCOPIA

APPROPRIATA

A Segni e sintomi

a) significative alterazioni cliniche:
- *al clisma opaco:*
  - stenosi
  - difetti di riempimento
- *alla diagnostica per immagini* (UES e/o RMN)

b) sanguinamento gastroenterico non spiegato
- *ematochezia*
- *melena* (dopo aver escluso la eziologia a carico del tratto digestivo superiore)
- *positività del sangue occulto nelle feci*

c) calo ponderale significativo (dopo aver escluso altre eziologie)

d) sanguinamento occulto cronico o anemia ferro carenziale

e) modificazioni significative e persistenti dell'alvo

B Diagnosi e sorveglianza del cancro del colon e dei polipi adenomatosi

a) ricerca di cancro sincrono o polipi sincroni in pazienti con diagnosi di:
- cancro operabile
- polipi adenomatosi

b) sorveglianza periodica in pazienti:
- operati di cancro del colon
  1-2 anni
  ogni 3 anni
- sottoposti ad asportazione chir. o endosc. di polipi adenoamtosi
  entro 3 anni
  ogni 5 anni nei pazienti con polipi multipli o polipi >1cm

c) con familiarità per cancro del colon
- **parenti di 1° grado affetti** (10 anni prima rispetto all'età di insorgenza del cancro nel parente di 1° grado o comunque dopo i 50 anni)
- **nelle sindromi neoplastiche familiari (polipose e non) del colon**

d) pazienti con CU o CD per la diagnosi di displasia o cancro in fase precoce
ogni 1-3 anni
dopo 7 anni dall'esordio di pancolite
dopo 10 anni dall'esordio di colite sinistra

INAPPROPRIATA

- **nel dolore addominale da sindrome dell'intestino irritabile**
  in questi casi può essere indicato eseguire l'indagine una sola volta
- **diarrea acuta**
- **ricerca del tumore primitvo in presenza di metastasi sistemiche in pz senza segni riferibili al colon**
- **Follow up delle malattie infiammatorie**
- **Melena in cui sia stata già dimostrata la causa alla EGDS**

CONTROINDICATA

- **Colite fulminante**
- **Diverticolite acuta severa**
- **Peritonite**
- **Megacolon tossico**
- **Aneurisma arterie iliache e dell'aorta clinicamente significativi**
- **Diatesi emorragica grave non corregibile**
- **Scompenso cardiaco congestizio**
- **Insufficienza respiratoria**

COLONSCOPIA OPERATIVA

1. trattamento delle lesioni sanguinanti
2. rimozione di corpi estranei
3. asportazione di polipi
4. dilatazione di stenosi postchirurgiche
5. trattamento palliativo delle neoplasie
6. decompressione di megacolon acuto non tossico o di volvolo del sigma
7. tatuaggio di lesioni da individuare intraoperatoriamente.

AGENDA DELLA SCUOLA

CORSI PROPOSTI PER L'ACCREDITAMENTO CON REGISTRAZIONE AL 31/01/2002

1. **Aggiornamento in Endocrinologia clinica**
   (Osp. Regina Apostolorum di Albano – inizio 15/04/2002)
2. **Argomenti di neonatologia**
   (ASL RM E - Osp. S. Spirito – inizio 3/04/2002 aperto a med. e psi.)
3. **Chirurgia Maxillo-Facciale**
   (Ospedale C. Forlanini – inizio 19/04/2002 aperto a laureati in med. e odont.)
4. **Chirurgia odontostomatologica**
   (Osp. S. Giovanni Cal. – Fatebenefratelli – inizio 6/04/2002 aperto a med. e odo.)
5. **Chirurgia orale in pazienti a rischio**
   (ASL RM D–Polo Odontoiatria – inizio 15/04/2002 aperto a laureati in med. e odont.)
6. **Chirurgia pre-protesica ed implantologica**
   (ASL. RM E–Ospedale S. Spirito – inizio 22/04/2002 aperto a laureati in med. e odont.)
7. **Clinica e terapia delle malattie infettive**
   (Pol. Umberto I, I Div. Mal. Infett. – inizio 10/04/2002)
8. **Clinica psicosomatica e psico-oncologia. L'equipe ospedaliera al lavoro**
   (Osp. S. Maria della Pietà, Pol. A. Gemelli – inizio 8/04/2002 aperto a laureati in med. e psi.)
9. **Corso di aggiornamento in cardiologia geriatrica**
   (I U.O. Cardiologia, Osp. S. Camillo – inizio 9/04/2002)
10. **Diagnostica per immagini: RX, TC, RM delle grandi articolazioni (Ginocchio-spalla-anca-caviglia)**
    (ASL RM E Osp. S. Spirito – inizio 8/04/2002)
11. **Ecografia clinica**
    (Policl. Militare di Roma – Celio, inizio 8/04/2002)
12. **Ecografia interventistica e gastroenterologica**
    (Osp. S. Camillo, Aula Magna – inizio 8/04/2002)
13. **Ecografia ostetrica e ginecologica**
    (Osp. Civ. di Marino – inizio 3/04/2002)
14. **Isteroscopia diagnostica ed operativa**
    (Ospedali S. Giovanni, S. Carlo di Nancy, IDI, Cristo Re – inizio 10/04/2002)
15. **La morfologia delle cellule del sangue**
    (Az. Osped. S. Camillo-Forlanini – inizio 5/04/2002 aperto a med. e bio.)
16. **La qualità in sanità: significato, logiche e strumenti**
    (ASL RM E - Osp. S. Spirito – inizio 3/04/2002)
17. **La terapia antalgica nel dolore cronico**
    (Az. S. Giovanni-Addolorata – inizio 13/04/2002)
18. **Medicina estetica**
    (Osp. S. Eugenio, UOC Chir. Plastica – inizio 11/04/2002)
19. **Psicogeriatria: il decadimento cognitivo, prevenzione, diagnosi e cura. L'unità valutativa Alzheimer**
    (Osp. Nuovo Regina Margherita – inizio 10/04/2002 aperto a laureati in med. e psi.)
20. **Radiologia vascolare ed interventistica (corso di base)**
    (U.O. Diagn. Immagini – Osp. S. Spirito – inizio 3/04/2002)
21. **Valutazione diagnostica e clinica del paziente psichiatrico**
    (SPDC Ospedale S. Spirito – inizio 10/04/2002 aperto a laureati in med. e psi.

AGGIORNAMENTO ALL'ELENCO DEI COORDINATORI NEGLI OSPEDALI

COORDINATORI DIMISSIONARI:

I.D.I.	Prof. Marcello Fazio
OSPEDALE S. CAMILLO	Prof. Lelio Benedettelli
OSPEDALE S. EUGENIO	Dr. Mauro Antimi e Dr.ssa Giovanna Pippa
OSPEDALE S. GIACOMO	Dr.ssa Angelamaria Santoro
OSPEDALE S. PERTINI	Dr. Giorgio Zannoni

NUOVE NOMINE:

OSPEDALE FORLANINI	Dr. Paolo Battistoni
OSPEDALE G.B. GRASSI	Dr. Benedetto Condorelli
OSPEDALE S. CAMILLO	Dr. Giovanni Minardi
OSPEDALE S. EUGENIO	Dr. Mauro Minelli
OSPEDALE S. FILIPPO NERI	Dr. ssa Marina Vitillo

TRASFERIMENTI:

Dr. Roberto Bruni: dall'Ospedale S. Camillo passa al Policlinico Casilino;
Dr. Aldo Clementi: dall'Ospedale Forlanini passa all'Ospedale S. Camillo

SCADENZE DI SEGRETERIA

CORSI ECM:
Sono aperte le iscrizioni ai corsi proposti per l'accreditamento, come previsto dal Programma di Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute, con inizio ad aprile 2002.
Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria o consultare il sito della Scuola.

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO (SMORRL)
Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Presidente: M. Luminari
- Vice-Presidente: A. De Laurenzi
- Tesoriere: R. Picardi
- Consiglieri Elettivi: E. Accivile, L. Capurso, A. Centra, F. De Marinis, G. De Simone, E. Fedele, E. Giovannini, L. Persico, Q. Piacevoli
- Consiglieri di Diritto: F. Condò, L. Benedettelli, A. Campagnano Bruckmann, S. Castorina, G.M. Iadarola, A. Perrone, G. Visco
- Revisori dei Conti: L. Cardillo, F. De Nuccio, F. De Santis
- Direttore Amministrativo: S. Rijli

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

- Direttore Responsabile: M. Luminari
- Direttore Scientifico: L. Persico
- Comitato di redazione: E. Accivile, L. Cardillo, D. Manfellotto, L. Persico, V. Rulli, G. Visco
- Coordinamento redazionale: P. Colletta
- Grafica e impaginazione: Edizioni Primus
- Stampa: Nuova Tipografia Loffari