ANNO XXIII • NUMERO 38 • GENNAIO-MARZO 2017 • TRIMESTRALE

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA
BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE

1 La nostra Scuola al passo dei tempi.
• di U. Recine

ATTUALITÀ SCIENTIFICA

2 La sindrome respiratoria: una nuova entità nosologica ad alto impatto sociale.
• di L. Di Rienzo Businco, A. Di Mario, P. Longo, M. Tombolini

8 Le linfoadenopatie (LAP).
• di S. Felici, A. Andriani

14 La fibrillazione atriale in pronto soccorso: inquadramento diagnostico e trattamento.
• di A. Ciolli, F. Castelli, V. Porretta, N. Borrelli, M. Penco

AGENDA DELLA SCUOLA

18 Corsi ECM relativi all'anno accademico 2017.

Dal sito web della Scuola Medica Ospedaliera **www.smorrl.it** si può consultare l'elenco dei Corsi ECM 2017.

La Scuola Medica Ospedaliera ha aperto la sua pagina facebook che invitiamo a visitare.

LA NOSTRA SCUOLA AL PASSO DEI TEMPI

di UMBERTO RECINE
Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

La Scuola Medica Ospedaliera opera, da sempre, con lo scopo di sostenere e divulgare la cultura e la preparazione per l'aggiornamento e l'informazione medico-scientifica, non solo dei giovani medici - grazie all'attività didattica svolta volontariamente dai medici ospedalieri e dai tutor -, ma anche dei professionisti che vogliono aggiornarsi costantemente e confrontarsi con colleghi su determinate tematiche e casi clinici. Utilizzando le risorse disponibili, la Scuola lavora per essere un punto di riferimento prezioso per i discenti nelle varie discipline, un laboratorio dove sperimentare nuove metodologie didattiche, in un contesto, come quello della formazione medica, per il quale le nuove tecnologie avranno un ruolo fondamentale per aiutare i medici del domani a combinare solide basi teoriche con la pratica clinica quotidiana, svolta in maniera innovativa.

A tal proposito sono vari i progetti messi in campo tecnologico dalla Scuola Medica per favorire e promuovere la sua vocazione didattica, anche in funzione della sua attuale qualifica di Provider Standard ECM con numero identificativo 471.

Nell'ambito della sfida della open education, sempre più diffusa in Italia, si sta portando avanti il discorso delle lezioni online individuando nella piattaforma di e-learning (insegnamento a distanza) e FAD i metodi più efficaci per non limitare, nello spazio e nel numero di utenti, l'esperienza della didattica alle aule. La Scuola Medica, dopo un sondaggio online per verificare l'effettivo interesse verso la formazione a distanza da parte dei suoi utenti, ha deciso di implementare un corso FAD prototipo a scopo promozionale, stipulando un contratto di collaborazione con una società che gestisce una piattaforma digitale. Considerato però che il mercato del web è molto concorrenziale e che un corso FAD richiede maggiore impegno sia economico che organizzativo, la Scuola Medica ha deciso comunque di mantenere la prerogativa di realtà formativa specializzata in corsi di tipo residenziale, come da antica tradizione.

Altra novità in campo tecnologico, cambia abito il sito web istituzionale che si sta rinnovando, anche nella sua veste grafica, per creare nuove finestre con nuove rubriche allo scopo di facilitare l'accesso a tutte le informazioni relative ai corsi e gli altri servizi erogati dalla Scuola. È il primo passo di un lavoro di restyling in corso d'opera, che porrà in essere la sezione dedicata ai casi clinici.

Nell'ottica di un sempre maggior rilancio del prodotto offerto dalla Scuola Medica (i corsi), è stata recentemente aperta la pagina Facebook della SMO per stabilire un contatto informale e diretto con i propri associati, o visitatori, che sicuramente gradiranno l'opportunità di poter contattare la Scuola Medica sulla bacheca ed essere informati fuori dal canale formale del sito web. Con un minimo investimento economico, la Scuola Medica può incentivare l'attività e la visibilità della propria pagina su Facebook.

Tali innovazioni, oltre ai vantaggi di ordine pratico, potranno conferire alla Scuola Medica un'immagine più moderna ed in linea con i tempi, oltre che da un punto di vista didattico, anche da un punto di vista tecnologico. ■

LA SINDROME RESPIRATORIA: UNA NUOVA ENTITÀ NOSOLOGICA AD ALTO IMPATTO SOCIALE

di Lino Di Rienzo Businco, Alessia Di Mario*, Pasquale Longo, Mario Tombolini***

Unità di Otorinolaringoiatria, Ospedale S. Spirito - Roma
*Clinica Otorinolaringoiatrica, Università La Sapienza - Roma
**Unità di Ricerca Clinica, SIDERO Onlus - Roma

Le malattie delle prime vie respiratorie nelle loro varie manifestazioni sono molto diffuse nelle società industrializzate: si stima che in Italia gli adulti affetti siano più di 10 milioni e sebbene siano sottovalutate, secondo quanto trasmesso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità le malattie respiratorie croniche e le infezioni delle vie respiratorie sono causa nel mondo di 1.967.000 casi di decesso ogni anno.
L'ostruzione respiratoria delle alte vie aeree, specie se complicata con l'OSAS (sindrome delle apnee ostruttive del sonno) aumenta di circa 2 volte il rischio di sviluppare eventi cardiovascolari (tra cui ipertensione, infarto, ictus) e di circa 5 volte quello di nuova insorgenza di diabete mellito (se chi soffre di OSAS è affetto anche da sindrome metabolica).
In ambito specialistico otorinolaringoiatrico, confrontandoci quotidianamente con l'insieme delle patologie in grado di determinare ostacolo al corretto e pieno flusso respiratorio, abbiamo da tempo avvertito la necessità di collegare tra loro i diversi quadri clinici responsabili delle alterazioni della fisiologia delle alte vie aeree, così diffuse in occidente ed in tutta la popolazione mondiale urbanizzata, ricercando una entità nosologica unica che meglio definisse il complesso di sintomi che determinano queste disfunzioni, troppo spesso sottovalutate e banalizzate, sia da medici che dai pazienti, nonostante siano tanto invalidanti quanto estremamente diffuse. Per questo abbiamo voluto identificarli utilizzando la nuova univoca definizione di ***Sindrome Respiratoria***, che meglio descrive la condizione clinica che si manifesta con la presenza contemporanea di differenti quadri patologici (alterazione, infiammazione e/o ostruzione) che coinvolgono contestualmente con diversa severità e a più livelli i singoli distretti del tratto respiratorio.
Per evitare che i pazienti refrattari alle terapie mediche, che soffrono in maniera cronica o ricorrente dei sintomi della Sindrome debbano sottoporsi nel tempo a più interventi, oggi è possibile, e quindi doveroso, diagnosticare ogni ostruzione presente e non solo le più gravi, per poi affrontare e risolvere questi quadri patologici, tutti contestualmente, con un'unica azione combinata ed omnicomprensiva di Soft Surgery, in un'ottica massimamente conservativa e microinvasiva. Liberare uno solo, o una parte dei siti respiratori ostruttivi, non può determinare guarigione stabile. In breve tempo si vanificano gli effetti positivi dei singoli interventi e si rischia di dover presto sottoporre il paziente ad un nuovo ed evitabile stress operatorio. È estremamente importante identificare e trattare correttamente ed in modo precoce i soggetti affetti, al fine di attuare un intervento di prevenzione delle misconosciute complicanze cardiovascolari e in generale ridurre la morbilità e la mortalità associate a questa patologia, molto spesso capace di influenzare negativamente la qualità della vita quotidiana di chi ne soffre. La sindrome respiratoria è infatti correlata a complicanze multilivello e multiorgano, che coinvolgono non solo il tratto respiratorio ma anche altri organi e apparati non collegati in modo così evidente. Nel tempo insorgono difficoltà nell'attività fisica e intellettiva, sovrappeso, crisi di ansia, apnee notturne, complicanze cardiovascolari, disturbi dell'accrescimento, malformazioni cranio-facciali, complicanze cognitivo-comportamentali e non ultimo un progressivo e insostenibile deterioramento della qualità di vita.
Tra i principali fattori di rischio della sindrome respiratoria ricordiamo: l'allergia, l'iperreattività non allergica, le flogosi delle mucose, le anomalie anatomiche delle vie respiratorie, i deficit immunitari, lo stile di vita sedentario e l'obesità (talvolta effetto della stessa SR), il fumo di sigaretta, l'inquinamento indoor e outdoor e l'abuso di farmaci.
Siamo di fronte a una Sindrome Respiratoria (SR) e non a una serie scollegata di patologie, ognuna su un singolo segmento anatomo-funzionale.

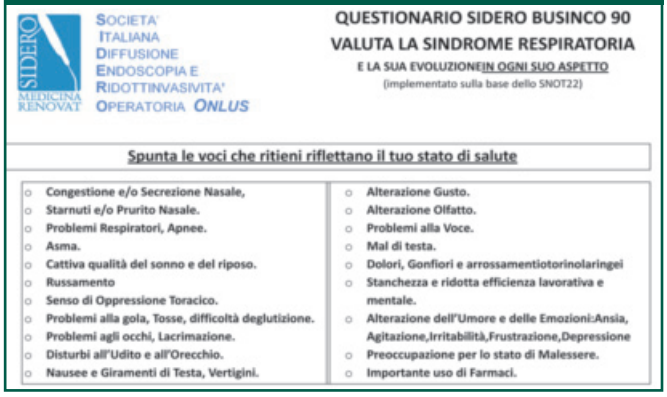
Turbinati inferiori medi e superiori, Adenoidi, Tuba di Eustachio, Seni Frontali e Mascellari, Ugola e Palato molle, Tonsille, base Lingua e Laringe, Setto Nasale, non ultime la Poliposi e le Allergie, possono essere coinvolti e determinare sia i sintomi della cattiva respirazione che globalmente inficiare il benessere non solo respiratorio del paziente. L'obiettivo è diffondere la consapevolezza che diverse patologie o alterazioni respiratorie (rinite, sinusite, ipertrofia adenotonsillare, ipertrofia dei turbinati, asma, deviazioni del setto, polipi nasali ecc.), sono spesso contemporaneamente presenti nello stesso paziente e vanno inquadrate, affrontate e risolte in un singolo approccio contestuale come un'unica patologia, senza limitarsi alla più evidente. Diversi sono i sintomi con i quali può manifestarsi la SR: ostruzione nasale, rinorrea, starnuti, prurito, percezione di sonno non ristoratore, disturbi di concentrazione, diminuzione delle performance psicofisiche, alitosi, cefalea, insonnia, ovattamento uditivo, irritabilità, ansia.

Vista la complessità del quadro sintomatologico, molto articolato, al fine di facilitarne il dettagliato inquadramento, abbiamo ideato un questionario di screening composto da 90 domande autosomministrabili: il Questionario Sidero Businco-90, (Fig.1) che si propone di indagare la sindrome respiratoria nella sua globalità valutando in maniera analitica i segmenti respiratori e i relativi sintomi, aiutando il paziente e il medico, specialista o non, ad identificare più agevolmente la patologia e i diversi distretti coinvolti per indirizzare gli approfondimenti diagnostici e la terapia in modo mirato, personalizzato sul singolo paziente. Da ciò scaturisce un notevole risparmio di tempo e spesa sanitaria, per il paziente, il medico e la collettività.

La necessità del recupero dell'efficienza e del Benessere Respiratorio è troppo spesso sottovalutata e rappresenta una delle emergenze da affrontare per le sue ricadute negative sull'organismo e per i gravi rischi sanitari collegati; infatti l'ostruzione nasale e delle prime vie aeree è in grado di ridurre la concentrazione di ossigeno nei tessuti nobili (insufficiente ossigenazione di cuore e cervello) che si troveranno in una condizione continua e usurante di affaticamento, con aumentato rischio di sviluppare malattie cardio vascolari (ipertensione, infarto) sin anche a severi eventi ischemici cerebrali (ictus).

Il precoce inquadramento della Sindrome Respiratoria, senza misconoscere anche solo una delle singole componenti, permette di evitare sia la cronicizzazione della patologia che l'evolversi delle complicanze, di ridurre

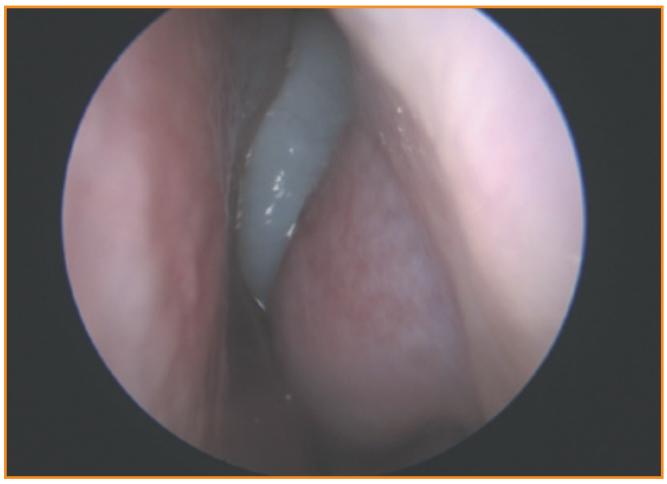
FIGURA 1



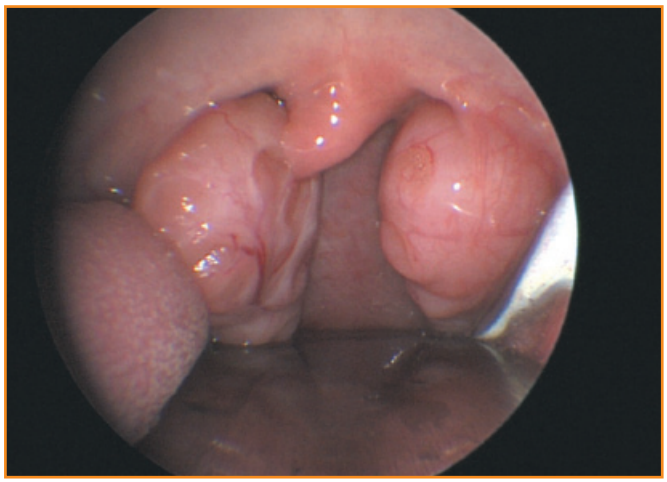
notevolmente sia il carico farmacologico che l'eventuale necessità di intervento chirurgico, per raggiungere un rapido, completo, definitivo e praticamente indolore, ripristino del benessere respiratorio del paziente, sia bambino che adulto. Solo affrontando la SR precocemente in tutte le sue fasi e solo utilizzando le più moderne soluzioni mininvasive terapeutiche farmacologiche a all'occorrenza chirurgiche funzionali, si potrà risolvere l'ostruzione. Se poi l'ostruzione fosse localizzata in differenti sedi e nel caso fosse necessaria la chirurgia si tratterà di soft surgery endoscopica microinvasiva che con un solo ed unico intervento potrà risolvere tutte le ostruzioni presenti. Si otterranno scale di risparmio in termini di minore sofferenza biologica per il paziente (un solo intervento chirurgico, una sola anestesia, una sola convalescenza), in costi economici personali e sociali (più veloce recupero alle normali attività, minore spesa per farmaci, rapido recupero dell'efficienza fisica e mentale, minor utilizzo delle strutture sanitarie e di assistenza infermieristica o domiciliare da parte di professionisti o familiari, con minori assenze dal lavoro e dalla scuola).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità le rinosinusiti sono in allarmante crescita, tanto da essere definite potenzialmente "Pandemia". Già 500 milioni di persone ne soffrono nel mondo e sembra che il dato sia in forte aumento. Anche l'impatto economico è poco indagato e sottostimato per il fatto che i costi più evidenti sono gestibili dal singolo paziente, ma vanno moltiplicati per l'altissimo numero di individui coinvolti e va tenuto conto degli alti costi indiretti ad esse correlati (scarso rendimento, assenteismo, presentismo, possibili contagi, errori e incidenti, negli ambienti lavorativi e fuori: i disturbi del sonno legati a difficoltà respiratorie sono causa in Europa del 22% di tutti gli incidenti stradali). Poi ci sono i costi diretti, ripartiti in

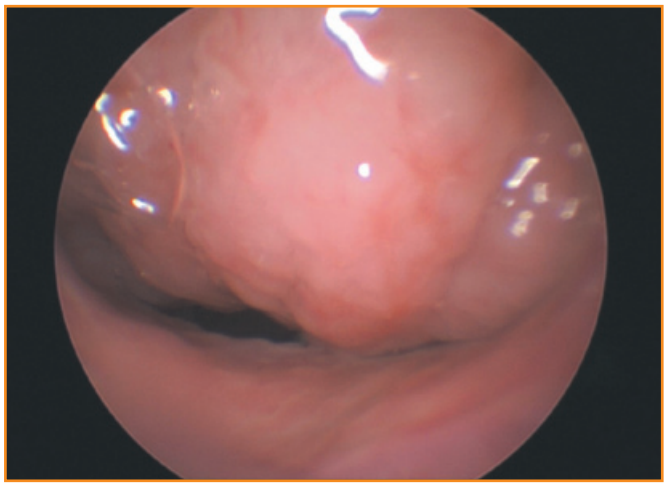
RINOSINUSITE CON POLIPOSI NASALE



IPERTROFIA TONSILLARE CON FLOGOSI ED OSTACOLO RESPIRATORIO



IPERTROFIA DELLE ADENOIDI CON STENOSI RESPIRATORIA SUBTOTALE



acquisto di farmaci (costosi e da assumere ininterrottamente per lunghissimi periodi) i costi dei diversi ricoveri per la malattia respiratoria o per le sue complicanze, le periodiche assenze dal lavoro o dalla scuola, la necessità di assistenza da parte dei familiari a bambini o partner (quindi nelle fasi acute raddoppio dei costi sociali e della famiglia). Solo negli Stati Uniti il totale è stimato in oltre 230 miliardi di dollari, o meglio 230.000 milioni di dollari. Una cifra equivalente si può ipotizzare in Europa con costi di varie decine di miliardi per la sola Italia. Le Riniti in generale e le Riniti Allergiche sono la maggiore causa delle assenze per malattia, la quinta causa di prescrizione di antibiotici e, nel caso in cui ci si forzi a lavorare, diventano, come abbiamo detto, spesso causa di contagi e di un'alta percentuale di pericolosi e costosi errori ed incidenti sul lavoro.

Manca quasi totalmente una educazione respiratoria, una coscienza del rapporto causa effetto tra le problematiche respiratorie e le loro gravi conseguenze, che porterebbe a forme di prevenzione facendo risparmiare grandi sofferenze ai pazienti e miliardi di euro al Servizio Sanitario e alla società. Molti preferiscono tollerare forme anche severe di questi malesseri a causa della disinformazione, della autoprescrizione sbagliata di farmaci di automedicazione, spesso responsabili della cronicizzazione della Sindrome e a causa del rilevante impatto traumatico che credono ancora di dover sopportare per soluzioni chirurgiche antiquate e superate, tuttavia ancora proposte in molti centri. Negli ultimi 10 anni, l'introduzione di nuove tecnologie in ambito diagnostico e terapeutico otorinolaringoiatrico quali Balloon di derivazione emodinamica, Radiofrequenze di terza generazione, Debrider, Navigatori virtuali, precursori delle Cellule Staminali, Endoscopia ad alta definizione, hanno permesso di approcciare la patologia in modo atraumatico, nel rispetto della delicata e funzionale struttura respiratoria. Oggi è possibile trattare il singolo focus patologico rispettando e quindi risparmiando ogni porzione ancora sana dell'organo o della struttura.

Per meglio descrivere la necessità e l'urgenza di questo approccio alla SR, esistono molti paralleli che possono essere presi ad esempio da altri ambiti medici: l'ortopedia con lo sviluppo delle tecniche artroscopiche porta alla considerazione, per paradosso, se mai potesse venire oggi da alcuno accettata l'amputazione di una gamba per una lesione di un menisco o di un legamento o anche semplicemente un accesso a cielo aperto e addi-

rittura la sostituzione dell'articolazione malata con una protesi. Tutto questo sarebbe oggi unanimemente definito un over treatment: l'impiego delle tecnologie miniinvasive in ORL, unito all'approccio globale alla SR, serve proprio ad evitare questo over treatment, serve ad identificare il punto di equilibrio, minimo ma sufficiente, tra over e under treatment, introducendo o meglio riaffermando un innovativo concetto in chirurgia, quello di efficienza, cioè quello di raggiungere l'efficacia dell'operazione attraverso il MINIMO dispendio di dolore e sofferenze, di tessuto sano e funzionale, di anestesie, numero di interventi e giorni di convalescenza. Un approccio funzionale miniinvasivo globale e multilivello, che deve guidare ogni trattamento per il recupero del Benessere Respiratorio, per la ricerca del ripristino del corretto Equilibrio del sistema respiratorio, alterato dalla patologia.

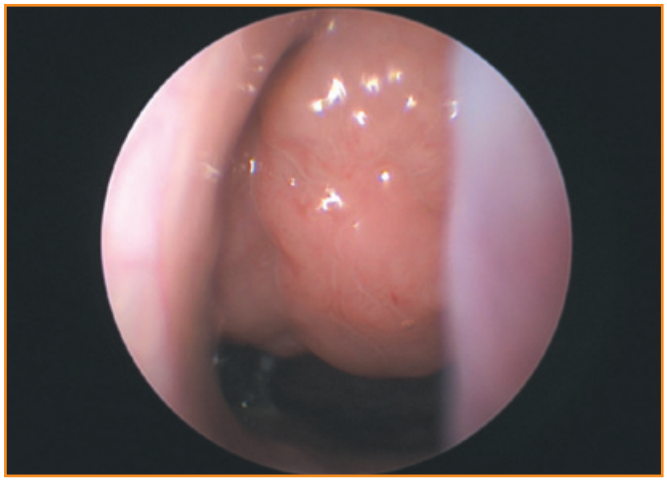
Una medicina personalizzata, una Chirurgia Minima Efficiente, la cui efficacia sarà raggiunta individuando e soddisfacendo le reali necessita cliniche del singolo paziente, mantenendo come primo obiettivo il maggiore rispetto possibile della funzione. Per esempio: asportare in modo parziale o totale un turbinato squilibra completamente il sistema ai danni dei seni paranasali e delle basse vie aeree, come anche tagliare ed asportare le adenoidi e le tonsille, espone al forte rischio di sviluppare ipertrofia compensatoria di altri tessuti linfatici, quali la base linguale, che pertanto determinerebbero in brevissimo tempo, come danno indotto dallo stesso atto medico, una nuova condizione patologica, probabilmente peggiore della precedente.

Le nuove tecnologie endoscopiche microinvasive, usate all'occorrenza tutte insieme, guidate, ripetiamo, dal massimo rispetto della funzione dei segmenti anatomo-funzionali trattati, hanno permesso di sviluppare una moltitudine di tipologie di "interventi", se necessario integrati tra loro, adattabili alla singolarità ed unicità del paziente, a differenza del passato in cui esistevano un ristretto numero di interventi possibili. Sottoponendosi ai sorpassati protocolli operatori, è il paziente che deve adattarsi, quale che sia la sua patologia respiratoria, spesso non ottenendo guarigione e tantomeno sollievo dai sintomi, ma rischiando danni permanenti. Fortunatamente oggi è possibile e quindi doveroso eseguire trattamenti chirurgici molto conservativi e con intento funzionale sui singoli segmenti da trattare. Per ripristinare il corretto flusso respiratorio del paziente, è possibile agire chirurgicamente sulle differenti sottosedi patologiche, nel modo minimo necessario su ognuna di esse, ottenendo un risultato complessivo pienamente soddisfacente, somma dei singoli effetti benefici ottenuti, i quali conseguentemente si tradurranno nel minimo impatto possibile sul paziente (Chirurgia Minima Efficiente). Si riacquista così la funzione respiratoria perduta indipendentemente dalla ricerca della perfezione per geometria e simmetria postoperatoria, che è una condizione non fisiologica, che non esiste in natura ed è quasi sempre in contrasto con la funzionalità dell'organo. Si potrà per esempio recuperare in un unico intervento il flusso aereo necessario, decongestionando prima il turbinato con la RQM che sublima a freddo selettivamente la porzione ipertrofica sottostante la parte funzionale del turbinato stesso (che viene invece rispettata); scollando e raddrizzando poi, solo per quanto necessario e isolando esclusivamente la eventuale porzione osteocartilagiea ostruente, il setto deviato; allargando con il balloon le aperture dei seni paranasali ostruiti per recuperarne il naturale drenaggio, senza nessuna azione demolitiva e infine rimodellare senza sanguinamento e senza asportarle totalmente adenoidi e tonsille.

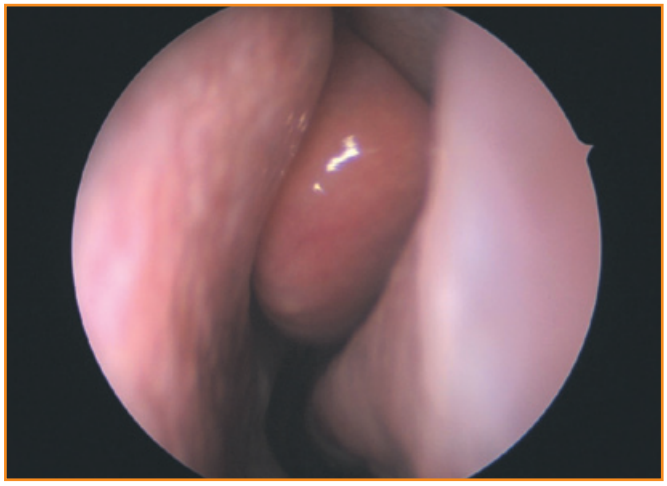
Sembra un discorso scontato, ma oggi appare urgente la necessità di acquisire, da parte del medico, un'informazione completa su tutte possibilità offerte dagli enormi progressi in ORL degli ultimi 10 anni.

Oggi si eseguono senza sanguinamento, senza tamponi e con una convalescenza di un paio di giorni praticamente tutte le operazioni (FESS, turbinoplastica, settoplastica) che fino a pochi anni fa producevano 15/20 giorni di sanguinamento e sofferenze, si risolvono in pochi minuti e senza sofferenze problematiche che in passato richiedevano ampie demolizioni ossee (Dacriocistorinostomia, senotomia frontale) e si offrono soluzioni sempre mininvasive con operazioni che non esistevano (stenosi della tuba di Eustachio, turbinati medi, ricostruzione della membrana timpanica e rigenerazione delle mucose nasali atrofiche con precursori delle cellule staminali). In passato l'intervento chirurgico era considerato l'ultima spiaggia, si rimandava fino alla "disperazione" provocando cronicizzazioni e talvolta gravi complicanze, oggi, se ci sono le indicazioni a procedere per via chirurgica, attendere o rimandare significa solo protrarre l'evitabile malessere che provoca la patologia, inficiando qualità della vita e assumendosi il rischio delle gravi complicanze che l'assenza di una respirazione piena può produrre. Un progresso paragonabile solo allo sviluppo dell'informatica.

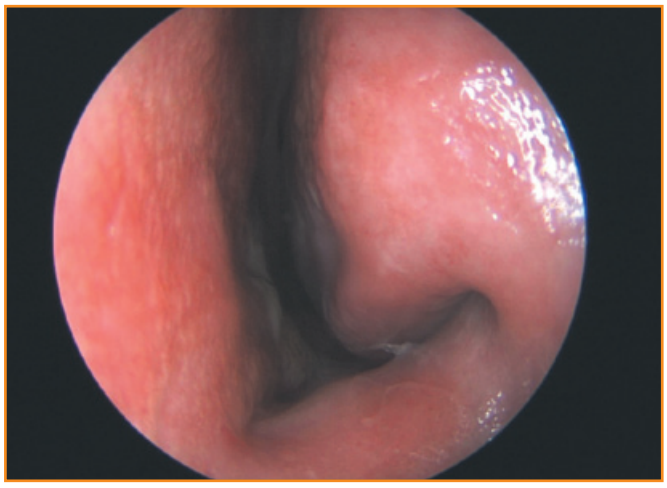
IPERTROFIA ENDONASALE DELLE ADENOIDI CON MINIMO PASSAGGIO RESPIRATORIO RESIDUO



IPERTROFIA DEL TURBINATO MEDIO CON OBLITERAZIONE DEL COMPARTIMENTO SUPERIORE DELLA FOSSA NASALE



RINITE CON IPERTROFIA VASOMOTORIA DEI TURBINATI INFERIORI



Conseguentemente occorre rapportarsi con il paziente con le priorità che scaturiscono dalle informazioni sulla semplicità e la rapidità delle nuove soluzioni terapeutiche chirurgiche, un approccio operatorio aggiornato rispetto quello sorpassato ancora molto diffuso, vincendo, nell'interesse del paziente stesso, le resistenze al cambiamento delle abitudini che non sono facili da superare.

Le tecniche operatorie miniinvasive per il trattamento della SR riducono al minimo dolore, anestesia, convalescenza, eliminano il sanguinamento e permettono un rapido recupero del paziente alle normali attività. Stiamo vivendo un periodo con un progresso scientifico travolgente ma l'informazione non riesce a stare al passo con lo stesso.

Fa difetto, come abbiamo anticipato, la percezione diffusa del processo di evoluzione della sindrome respiratoria, perché questo è lunghissimo: si sviluppa gradualmente negli anni a partire dall'età pediatrica (i raffreddori catarrali, le adenoiditi, le tonsilliti, ecc.), spesso si presenta con problematiche apparentemente trascurabili, apparentemente transitorie, con disturbi facilmente sopportabili o risolvibili (ma solo momentaneamente con farmaci ripetuti a cicli). Ancora molti medici non sono aggiornati. Non sono conosciute e valutate a pieno le complicazioni correlate ed il corretto rapporto causa effetto, a 10/15 anni si combatte con il naso chiuso e ci si trova a 40/50 anni che si da la colpa del sovrappeso, del sonno non ristoratore e della cardiopatia al lavoro ed allo stress, dimenticando la costante e progressiva perdita del Benessere Respiratorio cui si è andati incontro col passare degli anni.

Alla Soft Surgery ed alle terapie mediche è necessario poi associare una corretta alimentazione e una costante attività fisica al fine di determinare un netto miglioramento di molti parametri associati all'aumentato rischio cardiovascolare, come l'assetto lipidico, l'insulino-resistenza, i livelli di pressione arteriosa, l'eccesso di tessuto adiposo. Spesso accade che la difficoltà respiratoria stessa impedisca di svolgere una corretta attività fisica a motivo dell'affaticamento precoce e della scarsa resistenza alla fatica (con riduzione di tutte le prestazioni psico-fisiche), determinando un circolo vizioso per cui chi respira male assume uno stile di vita sedentario che porta anche all'aumento di peso (per bruciare 1 grammo di grasso occorrono 2 litri di ossigeno pari a 10 litri di aria). L'aumento dell'adiposità addominale soprattutto nelle donne, facilita lo sviluppo di diabete e iperten-

sione arteriosa e ostacola l'esecuzione dell' attività fisica, già ostacolata dalla cattiva funzionalità respiratoria. La riduzione dei livelli degli ormoni sessuali (menopausa) causa un aumento dei valori pressori e del colesterolo, ma anche un aumento di peso con una redistribuzione del grasso che da ginoide diviene androide. Pertanto l'obesità addominale rappresenta un importante fattore di rischio modificabile nel sesso femminile che necessita di un intervento precoce soprattutto nei primi anni dopo la menopausa. Importante per donne e uomini, è curare per tempo le alterazioni della funzione respiratoria senza ignorare i segnali precoci ed ancora reversibili delle prime difficoltà spesso banalizzate o trascurate perché confuse con scarsa volontà ad effettuare attività fisica (stanchezza, rapido affaticamento, respiro accelerato, russamento notturno, raffreddori persistenti e ricorrenti, ecc)

La respirazione è in assoluto il primo atto che il bambino neonato esegue alla nascita ed insieme il primo movimento muscolare; se consideriamo che senza movimento non c'è vita appare evidente quanto forte sia la connessione tra benessere respiratorio ed attività fisica, e quanto importanti le ricadute sul sistema metabolico e la salute di tutto l'organismo. L'attività fisica si rivela fondamentale nel ridurre i rischi cardio-vascolari e nello sviluppo dei danni della sindrome respiratoria, ma spesso è la difficoltà nella piena respirazione che ostacola l'esecuzione dell'esercizio fisico, diventando causa-effetto del problema in un loop che può essere interrotto solo correggendo la SR con le modalità precedentemente esposte. Dunque, ai fini della prevenzione, accanto ad una dieta equilibrata e ad attività fisica costante, sarà importante eliminare tutti i fattori di rischio che possano indurre lo sviluppo di una sindrome respiratoria tra cui l'allergia, il fumo di sigaretta, l'esposizione ad inquinanti o irritanti. Ma la prevenzione deve passare attraverso l'informazione e la presa di coscienza da parte dei pazienti e dei medici dell'esistenza della Sindrome respiratoria stessa e nel riconoscimento dei suoi sintomi precoci sin dall'esordio (un raffreddore che non passa mai, il russamento notturno, la facilità alle infezioni dei naso e gola, ecc), per arrestare precocemente la marcia della malattia che, nel coinvolgimento multiplo delle diverse sedi, cronicizza ed aggrava il problema sino a rendere le sue complicanze irreversibili. Sidero Onlus (Società Italiana Diffusione Endoscopia e Ridottinvasività Operatoria, *www.sidero.it*, info@sidero.it) si propone di informare i pazienti dell'esistenza della SR e di formare i medici per il moderno approccio diagnostico e terapeutico alla stessa, fornendo materiale scientifico, questionario di screening in formato elettronico e formazione ai medici anche in sala operatoria, al fine di intercettare la malattia nelle sue fasi più precoci e prevenirne le complicanze. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Soose RJ. Role of allergy in sleep-disordered breathing. Otolaryngol Clin North Am. 2011 Jun;44(3):625-35

2. Kakli HA, Riley TD. Allergic Rhinitis. Prim Care. 2016 Sep;43(3):465-75.

3. Alakärppä AI, Koskenkorva TJ, Koivunen PT, Alho OP. Quality of life before and after sinonasal surgery: a population-based matched cohort study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Aug 23. Epub ahead of print.

4. Di Rienzo Businco L, Di Rienzo Businco A, Ventura L, Laurino S, Lauriello M.Turbinoplasty with quantic molecular resonance in the treatment of persistent moderate-severe allergic rhinitis: Comparative analysis of efficacy. Am J Rhinol Allergy. 2014 Mar-Apr;28(2):164-8.

5. Bozkurt NC, Beysel S, Karbek B, Unsal İO, Cakir E, Delibasi T. Visceral Obesity Mediates the Association Between Metabolic Syndrome and Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Metab Syndr Relat Disord. 2016 May;14(4):217-21.

6. Lauriello M, Muzi P, Di Rienzo Businco L, Di Stanislao C, Tirelli GC, Bologna M. A two-year course of specific immunotherapy or of continuous antihistamine treatment reverse eosinophilic inflammation in severe persistent allergic rhinitis. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2005 Oct;25(5):284-91.

7. Di Rienzo Businco L, Di Mario A, Tombolini M. Le malattie infiammatorie delle prime vie aeree: qual è la soluzione meno invasiva? Boll. SMORRL 2015; 36: 4-13.

8. Migueis DP, Thuler LC, Lemes LN, Moreira CS, Joffily L, Araujo-Melo MH. Systematic review: the influence of nasal obstruction on sleep apnea. Braz J Otorhinolaryngol. 2016 Mar-Apr;82(2):223-31.

9. Payne SC, Stolovitzky P, Mehendale N, Matheny K, Brown W, Rieder A, Liepert D, Tseng E, Gould A, Powell S, Van Himbergen D, Karanfilov B, Harfe D, England L, Melroy C. Medical therapy versus sinus surgery by using balloon sinusdilation technology: A prospective multicenter study. Am J Rhinol Allergy. 2016 Jul;30(4):279-86.

10. Halderman AA, Stokken J, Momin SR, Smith TL, Sindwani R. Attitudes on and usage of balloon catheter technology in rhinology: A survey of the American Rhinologic Society. Am J Rhinol Allergy. 2015 Sep-Oct;29(5):389-93.

11. Di Rienzo Businco L, Angelone AM, Mattei A, Ventura L, Lauriello M. Paediatric adenoidectomy: endoscopic coblation technique compared to cold curettage. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2012 Apr;32(2):124-9.

12. Di Rienzo Businco L, Di Rienzo Businco A, Lauriello M. Comparative study on the effectiveness of Coblation-assisted turbinoplasty in allergic rhinitis. Rhinology. 2010 Jun;48(2):174-8.

13. Di Rienzo Businco L, Di Mario A, Tombolini M, Lauriello M, Crescenzi D, Radici M.. Functional Reconstruction of Turbinates with Growth Factors and Adipose Tissue in the Treatment of Empty Nose Syndrome. J J Bone Stem Res. 2015, 1(2): 009.

14. Di Rienzo Businco L, Mattei A, Laurino S, Angelone AM, Lauriello M, Crescenzi D, Di Mario A, Radici M, Di Rienzo Businco A. Steroid-Eluting Ethmoidal Stent Versus Antero-Posterior Ethmoidectomy: Comparison Of Efficacy And Safety In Allergic Patients. Otolaryngol Pol. 2016 Apr 30;70(2):6-12.

15. Di Rienzo Businco L, Laurino S, Cipriani O, Bucci P, Lauriello M. Balloon dilation tuboplasty and tubaric ostium shrinkage in the treatment of Eustachian tube obstruction. Int Adv Otol 2012; 8; 354-359.

16. Di Rienzo Businco L, Coen Tirelli G. Paediatric tonsillectomy: radiofrequency-based plasma dissection compared to cold dissection with sutures. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2008 Apr;28(2):67-72.

17. Wang F, Song Y, Zhang X, Tan G. Sinus balloon catheter dilation in pediatric chronic rhinosinusitis resistant to medical therapy. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Jun;141(6):526-31.

18. Di Rienzo Businco L, Di Mario A,Tombolini M, Mattei A, Lauriello M. Eustachian tuboplasty and ostium shrinkage with new devices, including a proposal of a classification system. HNO. 2017, accepted, in press.

LE LINFOADENOPATIE (LAP)

■ **di Stefano Felici, Alessandro Andriani**
U.O.S.D. di Ematologia – ASL Roma 1

■ DENOMINAZIONE DEL PERCORSO

Le linfoadenopatie (LAP) si manifestano, nella quasi totalità dei casi, con un aumento di volume di una o più stazioni linfonodali e rappresentano un evento frequente in età pediatrica, meno frequente nell'adulto.
Molto spesso sono causate da malattie virali o batteriche autolimitantesi o di facile trattamento. In una piccola percentuale sono in relazione con patologie più gravi quali la TBC extra polmonare, le malattie autoimmuni o le neoplasie che richiedono una tempestiva diagnosi e una terapia adeguata.
Distinguere i casi "banali" da quelli più gravi è un compito non facile che spesso mette a dura prova le capacità di intervento del medico che si trovi di fronte ad una LAP.
Compito di questo percorso diagnostico terapeutico è quello di fornire un diagramma di flusso per risalire in breve tempo alle cause che hanno provocato una LAP in modo da indicare una tempestiva terapia.

■ RILEVANZA DEL PROBLEMA

Nel Regno Unito è stata stimata un' incidenza dello 0,6-0,7% dell' intera popolazione. (1)
Il 75% delle linfoadenopatie sono localizzate, mentre il 25% sono generalizzate. (2)
Nelle aree tropicali la TBC è la causa benigna più frequente di LAP (1-4,5,17,18), spesso associata a positività per HIV che aumenta l'incidenza della TBC extra polmonare del 50%.
I recenti flussi migratori da paesi in condizioni igienico-sanitarie precarie hanno portato all'attenzione degli operatori sanitari patologie che erano quasi del tutto scomparse nel nostro paese o poco note.
Nella pratica generale, meno dell'1% dei pazienti con LAP è affetto da patologia neoplastica (3)
La prevalenza di patologia neoplastica in soggetti al di sotto dei 40 anni è dello 0,4%, ma sale al 4% nei pazienti sopra i 40 anni. (2)
Al di sotto dei 30 anni la causa delle LAP è benigna nell'80% dei casi; al di sopra dei 40 nel 75% dei casi è legata a patologia neoplastica (linfomi o metastasi di neoplasie solide), specie nei fumatori.

■ OBIETTIVO

Fornire ai Medici di Medicina Generale delle ASL e ai Colleghi dei reparti di medicina interna che ne vogliano usufruire, un percorso diagnostico chiaro che permetta un diagnosi tempestiva, evitando di sottovalutare o, viceversa, di sopravvalutare le situazioni che si dovessero proporre ed evitando perdite di tempo e spreco di risorse.

■ POPOLAZIONE BERSAGLIO

Possono essere coinvolti tutti i cittadini, non in età pediatrica.

■ ATTIVITÀ E PROCEDURE

Definizione

Si parla di linfoadenopatia (LAP) quando ci si trova di fronte ad un linfonodo con diametro > 0,5 cm.
Un linfonodo tra 0,5 e 2 cm va valutato in rapporto alla sede.
Un linfonodo >2 cm va sempre considerato patologico.
A livello inguinale è frequente il riscontro di linfonodi non patologici fino a 1,5 cm mentre va preso in seria considerazione un linfonodo con dimensioni intorno a 0,5 cm ma in sedi quali la regione sopraclaveare o epitrocleare.
Un linfoadenopatia viene definita localizzata o regionale quando interessa un solo linfonodo o due linfonodi di regioni contigue.
Una linfoadenopatia viene definita generalizzata quando interessa due o più regioni non contigue. (4)

Anamnesi

È **fondamentale** per indirizzare verso l'eziologia delle LAP conoscere:

- età del soggetto, patologie pregresse, presenza di patologie neoplastiche nell'anamnesi familiare.
- Esordio e modalità di presentazione (con o senza febbre, esordio acuto o lento e progressivo), sintomi di accompagnamento. Presenza della stessa sintomatologia in altri membri della famiglia o della comunità.
- Recenti viaggi all'estero e tipo di occupazione. Presenza di animali in casa (ricordare la malattia da graffio di gatto).
- Abitudini sessuali, uso di droghe o abuso di bevande alcoliche. Elenco dei farmaci assunti abitualmente.
- Storia di frequenti infezioni rapportabili ad una immunodeficienza.
- Durata della linfo-adenomegalia. Se superiore ad un anno perde molta importanza.
- Sintomi e segni correlati.

Un esordio con febbre, faringodinia o infezione del tratto respiratorio superiore associata a linfoadenomegalia dolente ed eventuale splenomegalia deve orientare in prima ipotesi verso una **patologia virale** da mononucleosi o infezione da citomegalovirus o da toxoplasmosi o da esordio acuto di una patologia da HIV. (5)

Il contatto con soggetti infetti o un viaggio in zone in cui la **TBC** è endemica devono far considerare tale diagnosi come prima ipotesi. (6)

Artro-mialgie, febbricola, manifestazioni cutanee e/o neurologiche, anemia associate a LAP possono indirizzare verso una **patologia autoimmune**. (7)

Febbre, sudorazioni notturne, perdita di peso (>10% in meno di 6 mesi) non motivata con o senza prurito sono i caratteristici sintomi B delle **malattie linfoproliferative** ma possono essere associati anche alla TBC e alle patologie autoimmuni. (8)

LAP con febbre, manifestazioni emorragiche (petecchie o porpora) associata a splenomegalia e presenza di elementi immaturi allo striscio periferico possono far pensare ad una **leucosi acuta**. (9)

L'anamnesi, le caratteristiche del soggetto (età, abitudini, patologie pregresse), il decorso dei segni e sintomi contribuiranno ad indirizzare la diagnosi.

Esame obiettivo

Dando per scontato che va eseguito un **esame obiettivo completo** per cogliere eventuali anomalie da mettere in relazione con la LAP, è importante sottolineare cosa cercare nell'esame delle stazioni linfonodali esplorabili.

Per prima cosa bisogna stabilire se la LAP è regionale o generalizzata. Un linfonodo ingrandito in un'unica regione deve far pensare ad una causa locale e, se accompagnato ad una linfangite, ad una infezione locale. (10)

Una linfoadenomegalia in regione sopraclaveare ha un'alta probabilità di essere collegata a patologia neoplastica (90% in pazienti >40 anni, 25% se <40 anni) (11).

Una LAP epitrocleare può far pensare al linfoma di Hodgkin.

Per quanto riguarda le dimensioni, linfonodi palpabili di diametro >0,5 cm in regione sopraclaveare, epitrocleare, iliaca e poplitea e >1,5 cm in regione inguinale vanno considerati degni di attenzione. (7)

Nelle altre regioni sono considerati patologici se >1 cm. (4)

Si ritiene che un linfonodo aumentato di volume, dolente e dolorabile, sia da attribuire generalmente ad una infezione o ad una patologia infiammatoria.

Viceversa il riscontro casuale di una LAP senza altri segni o sintomi viene associata al sospetto di malattia granulomatosa o neoplastica. Peraltro, un linfonodo metastatico nel quale si verifichi una emorragia con distensione brusca della capsula può essere dolente (3). Questo, quindi, è un criterio che va valutato con attenzione.

Per quanto riguarda la consistenza, un linfonodo ingrandito e dolente, di consistenza duro elastica è da attribuire verosimilmente ad una infezione (12), mentre il riscontro casuale di un linfonodo duro, non dolente evoca un malattia neoplastica o granulomatosa. (7)

Le LAP infiammatorie o infettive e spesso anche quelle dovute ai linfomi, presentano linfonodi mobili sui piani profondi e superficiali, mentre i linfonodi metastatici sono più spesso poco mobili specie se conglomerati.

Importante non dimenticare l'esame accurato della cute alla ricerca di eventuali melanomi. (13)

Caratteristiche da valutare all'esame obiettivo in corso di linfoadenopatia

➔ **LOCALIZZAZIONE** - Una linfoadenopatia localizzata suggerisce cause locali e si deve essere pronti a ricercare una patologia nell'area di drenaggio linfonodale, sebbene alcune malattie sistemiche come la peste, la tularemia ed i linfomi aggressivi possano presentarsi come linfoadenomegalie locali. Una linfoadenopatia generalizzata è quasi sempre una manifestazione di malattia sistemica.

➔ **DIMENSIONI** - I linfonodi anomali hanno un diametro >1 cm. Nessun paziente con linfoadeopatia <1cm ha una neoplasia, mentre l'8% e 38% di quelli con linfoadenopatie con diametro 1-2.25 e >2.25 cm rispettivamente. Il termine "shotty" è spesso usato per descrivere linfonodi multipli, piccoli, ma non ha un particolare significato diagnostico.

➔ **CONSISTENZA** - Linfonodi di consistenza dura si riscontrano in neoplasie che inducono fibrosi (scirro) e quando una flogosi è evoluta in fibrosi. Linfonodi duri, elastici si riscontrano nei linfomi e leucemie croniche; nelle leucemie acute tendono ad essere soffici.

➔ **MOBILITÀ** - I linfonodi normali sono liberi e mobili nello spazio sottocutaneo.
I linfonodi anomali possono divenire fissi ai tessuti circostanti (es. Fascia profonda) per infiltrazione da parte di cellule neoplastiche o infiammatorie del tessuto.

➔ **SENSIBILITÀ** - La dolenzia suggerisce una recente e rapida crescita in quanto, sotto tensione, vengono stirati i recettori capsulari del dolore. Ciò avviene tipicamente con i processi infiammatori ma può essere la conseguenza anche di neoplasie a rapida crescita.

Classificazione

Il 75% delle LAP sono localizzate. Di queste il 50% circa vengono rilevate a livello latero-cervicale nelle stazioni linfonodali che drenano i territori della testa, del collo e delle prime vie respiratorie. In questi casi con una anamnesi e un esame obiettivo ben condotti si riesce a risalire alla causa senza ulteriori accertamenti. (2)
Nel 25% dei casi le LAP sono generalizzate e spesso sono causate da malattie sistemiche sottostanti per le quali la diagnosi è meno diretta e richiede ulteriore approfondimento.
Si distinguono LAP causate da:

- **VIRUS**: infezioni del primo tratto respiratorio, malattia da EBV o CMV, rosolia, morbillo e varicella, infezione da HIV.
- **BATTERI**: tubercolosi, febbre tifoide, setticemia, sifilide, brucellosi, m. da graffio di gatto (bartonella henselae).
- **PROTOZOI**: toxoplasmosi, leishmaniosi.
- **FUNGHI**: coccidioidomicosi.
- **MALATTIE AUTOIMMUNI**: LES, artrite reumatoide giovanile, farmaci (fenitoina).
- **TESAURISMOSI**: malattia di Gaucher e di Niemann Pick.
- **NEOPLASIE**: linfomi, leucemie acute, metastasi da neoplasie solide, istiocitosi.

I **linfonodi latero-cervicali** sono sede di LAP più frequentemente che altri distretti. Essi sono coinvolti nelle infezioni virali o batteriche del distretto testa – collo, nelle infezioni da EBV, CMV, nelle infezioni cutanee da stafilococco aureo, nelle faringiti da streptococco che sono in genere di facile riconoscimento con una buona anamnesi ed un accurato esame obiettivo. Meno agevole la diagnosi quando si tratta di linfomi o di cancro squamoso della testa o del collo o di un carcinoma della tiroide. (1-42)
Le LAP dei **linfonodi sopraclaveari** richiedono molta attenzione sia nell'adulto che nel bambino perché spesso associate a neoplasie. Ricordiamo che i linfonodi sopraclaveari di destra drenano il mediastino, i polmoni e l'esofago, mentre quelli di sinistra drenano il tratto gastro-intestinale e genito-urinario. (2)
I **linfonodi ascellari** sono spesso sede di LAP reattive o aspecifiche, ma possono essere sede precoce di metastasi da carcinoma della mammella o di linfomi. Da tenere presente inoltre la malattia da graffio di gatto dovuta ad una bartonella causa di LAP con febbre elevata e linfoadenomegalie dolorose. (7)
I **linfonodi inguinali** sono spesso fisiologicamente ingranditi nei bambini, negli sportivi e soprattutto nelle donne. Sono presi in considerazione quando superano 1,5 cm. Possono essere sede di LAP nelle

malattie a trasmissione sessuale (sifilide, gonorrea, linfogranuloma venereo, herpes genitale), nelle neoplasie dell'ano, della vulva, del pene e nei melanomi degli arti inferiori e nella malattia da graffio di gatto. (7)

■ DIAGNOSI

Nella pratica medica non bisogna dimenticare l'importanza che rivestono anamnesi ed esame obiettivo che spesso vengono sottovalutati ma che, se ben eseguiti, orientano verso la diagnosi molto più di costosi esami eseguiti a tappeto. Nell'approccio alle LAP questo consiglio deve essere tenuto in particolare conto perché come mostrato nell'**algoritmo** di **Fig. 1** e come già detto in precedenza, molte linfoadenopatie localizzate e, a volte, anche alcune generalizzate possono essere diagnosticate e avviate ad una terapia senza bisogno di ricorrere ad altro.

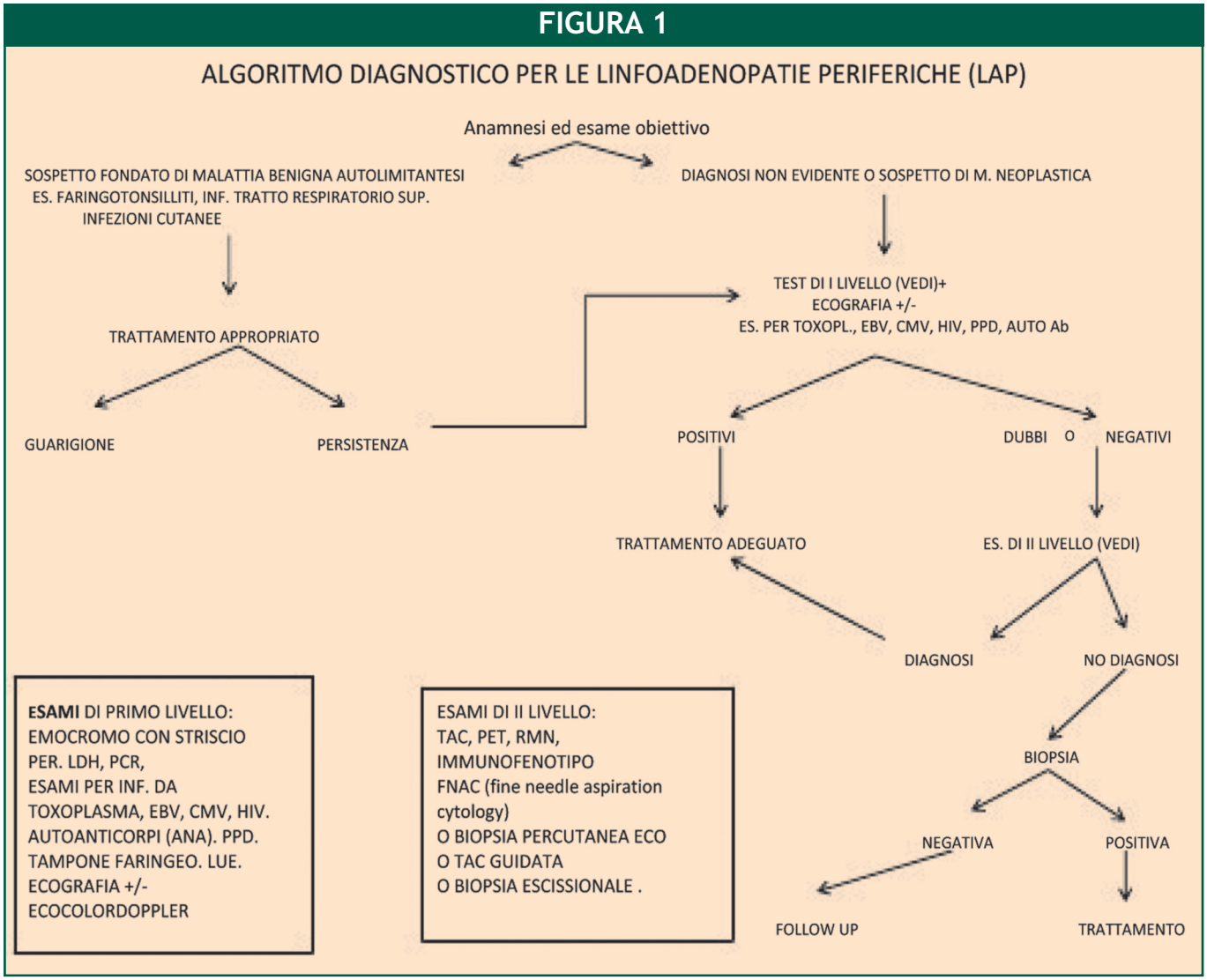
Qualora, dopo adeguato trattamento, non si sia raggiunto un risultato soddisfacente o, se già all'esordio, ci troviamo di fronte ad una diagnosi non evidente o ad un sospetto di malattia neoplastica, si deve ricorrere all'aiuto di esami che possiamo chiamare di I livello. In ogni caso non va **mai** iniziato un trattamento steroideo in assenza di una diagnosi ben precisa perchè potrebbe compromettere o ritardare una diagnosi definitiva.

■ ESAMI DI I LIVELLO

Esame emocromocitometrico con striscio periferico: nella sua facilità di realizzazione fornisce una grande quantità di informazioni.

- Una leucocitosi neutrofila può confermare il sospetto di una infezione batterica.
- Una linfocitosi suggerisce una infezione da virus (es. EBV, CMV, HIV). Un attento studio

FIGURA 1



dello striscio periferico permette di riconoscere la presenza di linfociti "attivati"(2). A volte anche un esperto può rimanere in dubbio tra linfociti attivati e leucemia linfatica acuta all'esordio. La sierologia per virus o il risultato di esami ulteriori come **l'immunofenotipo su sangue periferico** possono risolvere il dubbio.

All'emocromo è opportuno associare esami di routine quali glicemia, creatinina, elettroliti, funzione epatica, elettroforesi proteica.
Negli adolescenti e comunque in soggetti di età inferiore ai 35 anni è opportuno eseguire sempre la sierologia per infezione da **citomegalovirus, virus di Epstein Barr e toxoplasma** ed estendere la ricerca all'**HIV** e la **sierologia** per la **Lue**. (2)
Può essere utile e di facile esecuzione l'esame colturale del tampone faringeo.
In grande aumento sono le infezioni tubercolari che vanno quindi attentamente valutate, nei casi sospetti, con l'esecuzione del **Quantiferon, l'intradermo-reazione con PPD, eventuale Rx-torace ed esami dell'espettorato ripetuti.**
Nel sospetto di una patologia auto-immune, associato ad una linfocitosi aspecifica e ad anemia normocromica - normocitica, è necessario eseguire la ricerca di **anticorpi antinucleo, PCR, VES, livelli del complemento, fattore reumatoide.**
L'esame obiettivo del linfonodo aumentato di volume è utile come primo approccio e definisce le dimensioni, la consistenza, la mobilità, la dolorabilità e lo stato della cute sovrastante, ma non ci dà alcuna informazione sulla sua struttura interna.
L'ecografia, eventualmente associata ad un **eco color doppler** ci può dare informazioni più precise sulle dimensioni, sulla forma, sui margini, sulla presenza o meno dell'ilo, sulla presenza o meno di calcificazioni, sulla ecogenicità rispetto ai tessuti circostanti, sulla sua vascolarizzazione (**Fig. 2**). In molti casi è possibile distinguere un linfonodo reattivo "benigno" da uno collegabile a patologia neoplastica. (13)
Nella maggioranza dei casi una accurata anamnesi, associata all'esame obiettivo e ad alcuni eventuali, esami mirati di I livello permettono di formulare una diagnosi e se necessario, di prescrivere una terapia. Terminata la quale sarà opportuno attendere 2-3 settimane prima di decidere se il caso si è risolto positivamente.
Viceversa, nei casi dubbi è necessario ricorrere ai cosidetti **esami di II livello**.
Essi sono rappresentati fondamentalmente da **esami strumentali di imaging** come TAC, RMN e PET e da esami invasivi come la **FNAC** (fine needle aspiration cytology – citologia da ago aspirato con ago sottile), dalla **core needle biopsy tramite true-cut** che permette di estrarre un frustolo di tessuto possibilmente eco o TAC guidata e dalla **biopsia escissionale** che rappresenta la procedura ideale.
La **TAC** e la **RMN** danno, rispetto all'ecografia, informazioni più dettagliate per quello che riguarda le dimensioni, i rapporti con le strutture confinanti, la vascolarizzazione e in modo approssimativo riguardo la natura della LAP. La **PET/TAC** ci aggiunge anche l'avidità con cui il tessuto patologico capta eventualmente il tracciante (che può essere diverso in base al sospetto diagnostico) e soprattutto se ci sono altre stazioni linfonodali o altri organi captanti.

FIGURA 2

Caratteristiche dei linfonodi studiati all'ecografia

	FORMA	MARGINI	ECOGENICITÀ	ILO	DISTRIBUZIONE FLUSSO SANGUE
DISORDINE BENIGNO	OVALARE	NON UNIFORME	ISOECOGENO	RAPPRESENTATO	ILARE
NEOPLASIA	ROTONDEGGIANTE	NETTO	IPOECOGENO	MAL RAPPRESENTATO	PERIFERICA O MISTA

In ogni caso gli esami di imaging non possono darci una risposta definitiva sia nel caso di una patologia infiammatoria che infettiva o neoplastica. Inoltre essi sono gravati da attese lunghe e costi elevati.

La parola definitiva è rappresentata dall'esame istologico del tessuto linfonodale che possiamo ottenere in tre modi:

1) **FNAC.** *Pregi:* di semplice esecuzione, anche ambulatoriale, privo di rischi, ottimo nel diagnosticare metastasi linfonodali di carcinomi (sensibilità del 97% e specificità del 98,9%). (14)
   Poco utile nella diagnosi iperplasia reattiva, malattie granulomatose e linfomi.
   Limiti: il suo grande limite e nella quantità di materiale spesso esigua che si riesce ad aspirare e può compromettere il linfonodo. Questo comporta frequenti falsi negativi (specie nel linfoma di Hodgkin) o diagnosi non esaurienti o incomplete. (15)
2) **Core needle biopsy.** Se si riesce ad estrarre un frustolo adeguato, dietro guida eco o TAC, si ottiene materiale sufficiente per una diagnosi accurata senza bisogno di ricorrere ad una biopsia escissionale. È una procedura più invasiva e dolorosa della FNAC e ha bisogno di collaborazione fra vari reparti. (16)
3) **La biopsia escissionale** rimane la procedura di eccellenza nei casi dubbi di LAP. Specie nei linfomi permette una diagnosi circostanziata con l'aiuto dell'immunoistochimica e di tutte le procedure necessarie, data l'abbondanza di materiale che in genere si riesce ad ottenere.
   È una procedura più invasiva delle precedenti, richiede l'attivazione di più unità operative compresa una sala operatoria. Non sempre di facile esecuzione, in particolare quando i linfonodi sono raggruppati in pacchetti e/o aderenti alle strutture limitrofe. Andrebbe riservata a casi selezionati (es: adulti >40 anni, LAP sopraclaveare, linfonodi di consistenza dura, non dolenti, poco mobili). (17)

Ricordiamo infine, un esame che possiamo collocare a cavallo tra gli esami di I e II livello: **lo studio delle popolazioni linfocitarie con eventuale immunofenotipo.** In caso di sospetta LAP da malattia linfoproliferativa può rappresentare una valida alternativa alla FNAC o alla biopsia. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Chau I, Kelleher MT, Cunningham D, et al; Rapid access multidisciplinary lymph node diagnostic clinic: analysis of 550 Br J Cancer. 2003 Feb 10;88(3):354-61.
2. Richner S, Laifer G; Peripheral lymphadenopathy in immunocompetent adults. Swiss Med. Wkly. 2010 Feb 20;140(7-8):98-104.
3. Fijten GH, Blijham GH. Unexplained lymphadenopathy in family practice. An evaluation of the probability of malignant causes and the effectiveness of physicians' workup. J Fam Pract. 1988;27:373–6.
4. Morland B. Lymphadenopathy. Arch Dis Child. 1995;73:476–9.
5. Hurt C, Tammaro D. Diagnostic Evaluation of Mononucleosis-Like Illnesses. Am J Med. 2007;120:911.
6. Gilbert RL, Antoine D, French CE, et al; The impact of immigration on tuberculosis rates in the United Kingdom compared Int J Tuberc Lung Dis. 2009 May;13(5):645-51.
7. Bazemore AW, Smucker DR. Lymphadenopathy and malignancy. Am Fam Physician. 2002;66:2103–10.
8. Habermann TM, Steensma DP. Lymphadenopathy. Mayo Clin Proc. 2000;75:723–32.
9. Karnath BM. Approach to the patient with lymphadenopathy. Hospital physician. 2005;41:29–33.
10. Ghirardeli ML, Jemos V, Gobbi PG. Diagnostic approach to lymph node enlargement. Haematologica. 1999;84:242–7.
11. Darnal HK, Karim N, Kamini K, Angela K. The profile of lymphadenopathy in adults and children. Med J Malaysia. 2005;60:590–8.
12. Walensky RP, Rosenberg ES, Ferraro MJ, Losina E, Walker BD, Freedberg KA. Investigation of primary human immunodeficiency virus infection in patients who test positive for heterophile antibody. Clin Infect Dis. 2001;33:570–2.
13. Mohseni Sh, Shojaiefard A, Khorgami Z, Alinejad Sh, Ghorbani A, Ghafouri A. Iran J Med sciSupplement March 2014; Vol 39 No 2, 158-170.
14. Nasuti JF, Yu G, Boudousquie A, Gupta P. Diagnostic value of lymph node fine needle aspiration cytology: an institutional experience of 387 cases observed over a 5-year period. Cytopathology. 2000;11:18–31.
15. Lioe TF, Elliott H, Allen DC, Spence RA. The role of fine needle aspiration cytology (FNAC) in the investigation of superficial lymphadenopathy; uses and limitations of the technique. Cytopathology. 1999; 10:291–7.
16. Burke C, Thomas R, Inglis C, Baldwin A, Ramesar K, Grace R, et al. Ultrasound-guided core biopsy in the diagnosis of lymphoma of the head and neck. A 9 year experience. Br J Radiol. 2011;84:727–32.
17. Vassilakopoulos TP, Pangalis GA. Application of a Prediction Rule to Select which Patients Presenting with Lymphadenopathy Should Undergo a Lymph Node Biopsy. Medicine (Baltimore) 2000;79:338–47.

LA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO: INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E TRATTAMENTO

■ **di Andrea Ciolli*, Fabrizio Castelli*, Vanessa Porretta*-**, Nunzia Borrelli*-**, Maria Penco****

*Unità Dipartimentale di Cardiologia d'Urgenza, Ospedale Sandro Pertini - Roma
**Dipartimento di Cardiologia, Università Degli Studi Dell'Aquila - L'Aquila

■ INTRODUZIONE

La fibrillazione atriale (FA) è caratterizzata da un'attività elettrica atriale disorganizzata e rapida che rende impossibile un'efficace contrazione dell'atrio e si manifesta all'elettrocardiogramma con intervalli RR assolutamente irregolari, assenza di onde P riconoscibili, onde di attivazione atriale con frequenza superiore a 300/min (Fig. 1).

La FA è l'aritmia di più frequente riscontro nella pratica clinica: ha una prevalenza dell'1% nella popolazione generale, che aumenta con l'età e che raggiunge il 10% a 80 anni e supera il 18% dopo 85 anni.

È responsabile dello 1,5% di tutti gli accessi in Pronto Soccorso.

Circa il 70% degli episodi di FA sono sintomatici, potendosi accompagnare a cardiopalmo, dolore toracico, astenia, vertigini, presincope o sincope, dispnea e potendo precipitare lo scompenso cardiaco. Ictus ischemico si presenta nel 4,5 % dei casi di FA e la sua incidenza aumenta con l'età.

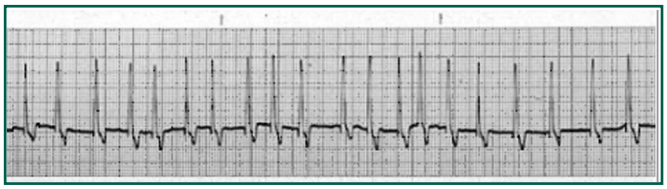
Il 30% degli episodi di FA, anche se ad alta frequenza ventricolare, è silente e il riscontro in Pronto Soccorso è casuale.

■ CLASSIFICAZIONE

La FA è stata classificata nel 2016 dalla European Society of Cardiology in:

- **FA di prima diagnosi** (primo episodio documentato, indipendentemente dall'eventuale ripristino spontaneo del ritmo sinusale, dalla durata dell'aritmia e dalla severità dei sintomi);
- **FA parossistica** (risoluzione spontanea, abitualmente entro 48 ore, comunque entro una settimana dall'insorgenza);
- **FA persistente** (risoluzione spontanea dopo un tempo superiore a una settimana o dopo cardioversione farmacologica o elettrica);
- **FA persistente di lunga durata** (ripristino del ritmo sinusale mediante cardioversione dopo un anno dall'insorgenza);
- **FA permanente** (resistente alla cardioversione o che si è deciso di non cardiovertire).

FIGURA 1



Vanno inoltre distinte le seguenti forme di FA:

- **Ricorrente** (due o più episodi);
- **Secondaria** (es. successiva a infarto miocardico acuto, pericardite, ipertiroidismo);
- **Valvolare** (in presenza di stenosi mitralica reumatica o di grado moderato/severo o di protesi valvolari meccaniche).

■ DIAGNOSI E VALUTAZIONE INIZIALE

La diagnosi di FA è basata sulla storia clinica del paziente e sull' esame obiettivo ed è confermata dalla traccia elettrocardiografica (ECG).

La valutazione clinica iniziale, che potrebbe richiedere esami addizionali secondo le ultime linee guida dell'American Heart Association, deve essere eseguita al momento di primo contatto con il paziente ed è necessaria al fine di valutare scelte terapeutiche (Tab.I).

Obiettivi della valutazione iniziale sono:

- Identificare i segni di instabilità emodinamica o sintomi gravi.

Tab.I
La valutazione clinica iniziale nei pazienti con FA

1. Storia clinica ed esame fisico, per definire:	• Presenza e natura dei sintomi associati alla FA
	• Tipo clinico di FA (parossistica, persistente o permanente)
	• Esordio del primo attacco sintomatico o data della scoperta della FA
	• Frequenza, la durata, i fattori precipitanti, e modalità di inizio o fine della FA
	• Risposta a qualsiasi agente farmacologico somministrato
	• Presenza di eventuali malattie cardiache sottostanti o di condizioni reversibili (ad esempio ipertiroidismo o consumo di alcol)
2. ECG, per identificare:	• Ritmo (verificare FA)
	• IVS
	• Durata e morfologia delle onde P
	• Pre-eccitazione
	• Blocco di branca
	• Pregresso IM
	• Altre aritmie atriali
	• Misura e follow-up degli intervalli R-R, QRS, QT durante la terapia farmacologica antiaritmica
3. ETT, per identificare:	• Malattie delle valvole cardiache
	• Dimensione AS e AD
	• Dimensioni e funzione VS e VD
	• Picco pressorio VD (ipertensione polmonare)
	• IVS
	• Trombo AS (bassa sensibilità)
	• Malattia pericardica
4. Esami del sangue di funzionalità tiroidea, renale ed epatica, da richiedere:	• Per un primo episodio di FA
	• Quando la frequenza ventricolare è difficile da controllare

LEGENDA
AD: atrio destro; AS: atrio atriale; AV: atrioventricolare; sin; VD: ventricolo destro; VS: ventricolo sinistro; IVS: ipertrofia ventricolare sinistra; IM: infarto del miocardio; ETT, ecocardiogramma trans toracico.,

- Ricercare la presenza di fattori precipitanti (es. tireotossicosi, sepsi, o fibrillazione atriale postoperatoria) e sottostanti condizioni cardiovascolari.
- Valutare la gravità dei sintomi.
- Valutare la frequenza cardiaca e la necessità di controllo della frequenza.
- Stimare il rischio di ictus e valutare la necessità di terapia anticoagulante.

TRATTAMENTO

In caso di FA di recente insorgenza il ritmo sinusale si ripristina spontaneamente nel 60% dei casi, quindi il vantaggio della cardioversione è modesto rispetto al placebo: se il paziente tollera bene l'aritmia è ragionevole attendere almeno 36 ore prima di recarsi in Pronto Soccorso.
Si calcola che il tempo necessario affinché si formi un trombo nell'atrio fibrillante sia di 48 ore e, conseguentemente, l'atteggiamento terapeutico verso la FA varia a seconda del tempo di insorgenza dell'aritmia.
Nella **FA insorta da meno di 48 ore** (Appendice I) è pratica comune effettuare la cardioversione senza necessità di dimostrare l'assenza di trombosi atriale mediante ecografia transesofagea (ETE) e senza anticoagulazione orale precedente; nei pazienti ad alto rischio tromboembolico tuttavia la cardioversione può essere preceduta dalla somministrazione di eparina non frazionata in bolo e.v. o eparina a basso peso molecolare s.c.
I farmaci per la cardioversione utilizzabili per via parenterale sono: flecainide, propafenone e amiodarone. Il vernakolant, già in uso in molti paesi europei, è in corso di registrazione in Italia.
L'ibutilide, che ha un'efficacia del 50% ed è gravata da importante azione proaritmica ventricolare, è raramente usata nel trattamento della FA.

- La **flecainide** ha un efficacia del 67-92% a sei ore dalla somministrazione; la maggior parte dei pazienti viene però convertita a ritmo sinusale entro la prima ora. Come il propafenone, a causa della sua attività inotropa negativa, non deve essere somministrata in caso di scompenso acuto o di ridotta funzione ventricolare e, per la possibile azione proaritmica, non deve essere somministrata in corso di sindrome coronarica acuta.

Attenzione deve essere posta nell'utilizzo di entrambi i farmaci in presenza di blocco di branca

sinistro e di blocco di branca destro con emiblocco anteriore o posteriore sinistro.

- Il **propafenone** ha un'efficacia riportata in letteratura che varia tra il 41 e il 91%. A causa della debole azione beta bloccante la sua somministrazione dovrebbe essere evitata in caso di broncospasmo. Come la flecainide va somministrata in bolo e.v. in 10 minuti, evitando l'infusione continua, poiché la sua efficacia è in rapporto alla velocità di raggiungimento del picco plasmatico.

Uno studio comparativo tra flecainide e propafenone ha dimostrato la maggiore efficacia della flecainide (90 vs 64%).

A causa della possibilità sia della flecainide che del propafenone di convertire la FA in flutter atriale con conduzione rapida ai ventricoli, è raccomandato, soprattutto per la flecainide, l'uso di betabloccanti almeno mezz'ora prima, in quanto agendo sul nodo atrioventricolare sono in grado di ridurre la frequenza ventricolare.

Sia flecainide che propafenone possono essere somministrati per via orale, rispettivamente al dosaggio di 200 o 300 mg e di 450 - 600 mg (a seconda che il peso corporeo sia inferiore o superiore a 70 Kg) in singola somministrazione (**strategia "pill in the pocket"**): la percentuale di cardioversione è simile a quella per via endovenosa ma più lenta (1-6 ore).

Questo approccio, utile soprattutto in caso di FA in assenza di cardiopatia associata, con episodi ripetuti e sintomatici, consente di evitare la profilassi farmacologica e di somministrare il farmaco soltanto in occasione di recidiva.

Per pazienti che possono giovarsi di un trattamento "pill in the pocket" è consigliabile assumere la prima volta il farmaco per via orale in Pronto Soccorso, per saggiarne gli eventuali effetti collaterali in ambiente protetto.

- L'**amiodarone** è un farmaco efficace ma il ripristino del ritmo sinusale è lento, potendo richiedere fino a 24 ore. Il suo impiego è definito "ragionevole" dalle Linee Guida americane del 2014 ma, a differenza degli altri antiaritmici che hanno indicazione di classe Ia, è considerato di classe IIa.

È però utilizzato in elezione nei pazienti con sindrome coronarica acuta, con scompenso cardiaco, con bassa frazione di eiezione, con disturbi di conduzione.

- Il **vernakolant** è un nuovo antiaritmico atrio selettivo che blocca molteplici correnti del potassio e del sodio. È l'antiaritmico dotato di maggior rapidità di azione, con una emivita di 3 - 5 ore.

Somministrato in infusione endovenosa in 10 minuti ed eventualmente ripetuto dopo 15 minuti, ha un tasso medio di cardioversione del 51%, in un tempo medio di 10 minuti; circa il 78% dei pazienti risponde alla prima dose. Potendo accompagnarsi a una transitoria riduzione dei valori pressori è consigliabile idratare i pazienti durante la sua somministrazione. È controindicato in caso di ipotensione arteriosa (< 100 mmHg), scompenso cardiaco in III-IV classe NYHA, FE < 35%, recente (< 30 giorni) sindrome coronarica acuta, stenosi aortica severa, intervallo QT lungo.

- In caso di mancato ripristino del ritmo sinusale non è consigliabile effettuare un secondo trattamento farmacologico (es. con l'amiodarone dopo la flecainide o il propafenone), che si è dimostrato poco efficace e non privo di rischi, potendosi sommare gli effetti collaterali di entrambi i farmaci.

Se dopo 2 ore dalla somministrazione di flecainide o propafenone e dopo 12 ore dalla somministrazione di amiodarone persiste la fibrillazione atriale è opportuno procedere a cardioversione elettrica.

La cardioversione elettrica si impone come primo trattamento quando, in presenza di **instabilità emodinamica**, è necessario ripristinare più rapidamente possibile il ritmo sinusale, indipendentemente dall'epoca d'insorgenza della FA, anche in assenza di terapia anticoagulante. In questo caso se la FA persiste da più di 48 ore e il paziente non assume anticoagulanti, andrà somministrata contemporaneamente eparina (a meno che non controindicato) con un bolo ev seguito dall'infusione continua titolata ad ottenere un tempo di tromboplastina parziale di 1,5-2 volte il valore di riferimento. Esistono pochi dati a supporto della somministrazione sottocutanea di eparina a basso peso molecolare per questa indicazione.

- La **cardioversione elettrica** si esegue mediante erogazione di shock elettrici sul torace del paziente. Vengono erogati fino a 3 shock successivi, distanziati l'uno dall'altro di almeno un minuto, fino al ripristino del ritmo sinusale. La sincronizzazione dello shock con l'onda R dell'ECG evita che lo stimolo elettrico possa cadere sull'onda T, cioè

nella fase vulnerabile del ciclo di attivazione del ventricolo, con possibile induzione di aritmie ventricolari. La cardioversione elettrica è eseguita in sedazione profonda, ottenuta mediante somministrazione di midazolam al dosaggio iniziale di 2,5 mg e.v., da aumentare in caso di mancato raggiungimento degli effetti desiderati a 5 - 7,5 mg.
Eseguita la cardioversione, la somministrazione di flumazenil al dosaggio di 0,2 mg in 15 sec. è seguita dal rapido ripristino dello stato di coscienza (in mancanza di effetto dopo 60 sec. può essere somministrata un'ulteriore dose di 0,1 mg eventualmente ripetibile dopo 60 sec, fino alla ripresa della coscienza, fino alla dose max di 2 mg).
Diversi fattori tecnici possono influenzare l'efficacia della cardioversione:

- i defibrillatori bifasici sono più efficaci di quelli che utilizzano forma d'onda monobasica;
- la disposizione toracica anteroposteriore delle piastre adesive è spesso più efficace di quella anterolaterale, ma se un tentativo di cardioversione fallisce ne è raccomandata la ripetizione utilizzando l'altra disposizione;
- l'uso iniziale di shock ad alta energia è più efficace e consente di minimizzare il numero degli shock e la durata della sedazione;
- in caso di utilizzo di piastre manuali è necessario esercitare una forte pressione sul torace per ridurne l'impedenza.

La cardioversione elettiva non dovrebbe essere effettuata in caso di tossicità digitalica o di severa ipopotassiemia o altre alterazioni elettrolitiche, fino alla loro correzione. Nei pazienti portatori di pacemaker (PM), al fine di evitare che lo shock possa danneggiare il device, gli elettrodi del defibrillatore devono essere posti ad almeno 8 cm dal PM.
Nei pazienti PM dipendenti è consigliabile aumentare al massimo la potenza di uscita dell'impulso. In caso di portatori di defibrillatore impiantabile è opportuno tentare la cardioversione erogando prima uno shock endocavitario; in caso insuccesso, prima di somministrare uno shock esterno, devono essere disattivare le terapie elettriche del device.

Nella **FA insorta da oltre 48 ore o a insorgenza imprecisata** (Appendice II) a causa dell'elevato rischio tromboembolico correlato al ripristino del ritmo sinusale la cardioversione non deve essere effettuata se non previa dimostrazione mediante ETE di assenza di trombosi atriale o dopo tre settimane di anticoagulazione efficace per os.
Nei pazienti in terapia anticoagulante con warfarin la cardioversione può essere eseguita se l'INR è stato superiore a 2 nelle ultime tre settimane; nei pazienti trattati con i nuovi anticoagulanti orali (NAO) è necessario assicurarsi che la terapia sia stata correttamente assunta nelle tre settimane precedenti. Se la FA è insorta da oltre una settimana la terapia farmacologica ha ridotte possibilità di ripristinare il ritmo sinusale ed è preferibile sottoporre il paziente direttamente a cardioversione elettrica.
Nei pazienti con FA a elevata frequenza ventricolare che non sono trattati con anticoagulanti orali e per i quali non è possibile eseguire ETE, è consigliato l'utilizzo di betabloccanti o calcioantagonisti per ridurre la frequenza (valore target < 110 bpm). La scelta del farmaco dipenderà dalle caratteristiche del paziente, dai sintomi e dallo stato emodinamico.
Indipendentemente dalla data d'insorgenza dell'aritmia, si può scegliere di non cardiovertire il paziente ma di ridurne la frequenza ventricolare (**strategia di controllo della frequenza**). Tale atteggiamento è da preferire nei pazienti che hanno presentato numerose recidive aritmiche dopo cardioversione, specialmente se asintomatici o paucisintomatici, in buon compenso emodinamico e con severa dilatazione atriale.
Ottenuto un buon controllo della frequenza, se l'aritmia è ben tollerata, il paziente può essere dimesso con indicazione a iniziare terapia anticoagulante orale in associazione a betabloccanti o calcio antagonisti e la cardioversione è rimandata di 3 settimane. ■

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2010, 31:2369–2429.
- 2012 Focus and update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J 2012, 33: 2719–2747.
- Linee guida AIAC per la gestione e il trattamento della fibrillazione atriale. Aggiornamento 2013. G Ital Cardiol 2013; 14(3): 215-240.
- 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. J Am Coll Cardiol 2014; 64 (21): 2246-2280.
- 2016 Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Eur Heart J 2016, 37: 2893–2962.

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

CORSI PROPOSTI GENNAIO - LUGLIO 2017

GENNAIO

13 Gennaio - 9 Giugno 2017
CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN MANAGEMENT SANITARIO
Resp.: A. Pedon – Incontri: 8 – Dip. Medicina Legale - Univ. degli Studi di Roma Sapienza. Aperto a 20 Partecipanti di tutte le professioni – **Crediti: 50**

16 Gennaio - 26 Giugno 2017
AREA PSICOSOMATICA E AREA DEPRESSIVA. LA RELAZIONE CORPO-MENTE
Resp.: T.A. Poliseno – Incontri: 22 – ASL ROMA 1 - DSM. Aperto a 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 27**

30 Gennaio - 17 Febbraio 2017
PARODONTOLOGIA CLINICA E GESTIONE DEI TESSUTI MOLLI PERIIMPLANTARI
Resp.: S. Corbi – G. Tarquini – Incontri: 4 teorici + 3 pratici a turnazione – Studio Dott. Tarquini. Aperto a 22 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 50**

FEBBRAIO

1 Febbraio - 22 Marzo 2017
AGGIORNAMENTI SULLA SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE CONTEMPORANEA NELLA TERAPIA E PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE
Resp.: N. Marinosci - F. Morichetti – Incontri: 3 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 22 Med, Bio e Diet – **Crediti: 16**

2 Febbraio – 23 Febbraio 2017
RUOLO DELLA MORFOLOGIA NELLE DIAGNOSI DELLE EMOPATIE
Resp.: U. Recine – Incontri: 4 – ASL ROMA1, Aula SMO. Ap. a 22 Medici e Biologi – **Crediti: 26**

4 Febbraio 2017
PREVENIRE E FRONTEGGIARE L'EMERGENZA NELLO STUDIO ODONTOIATRICO
Resp.: C. Di Maria - M. Niso – Incontri: 1 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 20 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 11**

13 – 27 Febbraio 2017
CORSO INTERATTIVO DI MEDICINA D'URGENZA E DI PRONTO SOCCORSO CON PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI
Resp.: F. Alegiani – Incontri: 3 – ASL ROMA1, Aula SMO. Aperto a 20 Med, Bio, Inf. e Tecn. lab – **Crediti: 20**

18 Febbraio – 11 Novembre 2017
CORSO DI PERFEZIONAMENTO DI PSICO-ONCOLOGIA. APPRENDERE DALL'ESPERIENZA CLINICA ED ESPERIENZE NEL TEATRO CLINICO
Resp.: A.G. Spagnolo – Incontri: 8 – Pol. A. Gemelli. Aperto a 30 Med, Psic, Bio, Inf, Tec. Riab, Tec. Rad. e Logopedisti – **Crediti: 50**

19 Febbraio – 24 Novembre 2017
CORSO DI PSICOTERAPIA MULTIMEDIALE
Resp. D. A. Nesci. Incontri: 9 Moduli – SIPSI. Aperto a 15 Med. e Psic. – **Crediti: 50**

22 Febbraio – 12 Aprile 2017
CORSO DI PSICOFARMACOLOGIA CLINICA I
Resp.: M. Raja – Incontri: 5 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Ap. a 22 Medici e Psicologi – **Crediti: 26,2**

MARZO

3 – 4 Marzo 2017
GESTIONE AVANZATA DELLE EMERGENZE CARDIO-RESPIRATORIE
Resp.: C. Di Maria - M. Niso – Incontri: 2 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 20 Med, Odo e Inf – **Crediti: 15,5**

6 Marzo – 10 Luglio 2017
PERCORSI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI IN MEDICINA INTERNA
Resp.: R. Massini – Incontri: 6 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 22 Medici – **Crediti: 33**

10 Marzo – 16 Novembre 2017
ANALISI DI CASI CLINICI IN PSICOTERAPIA IN AMBITI PUBBLICI E PRIVATI SECONDO IL MODELLO DELLA PSICOLOGIA ANALITICA AD ORIENTAMENTO COMUNICATIVO
Resp.: A. Grassi – Incontri: 4 – ASL ROMA 1 - Aula SMO. Aperto a 22 Medici e Psicologi – **Crediti: 31,5**

10 Marzo 2017
INNOVAZIONI IN IMPLANTOLOGIA: DIAGNOSTICA MOLECOLARE. IMPORTANZA CLINICA E VALUTAZIONE MEDICO LEGALE
Resp.: A. Carbone – Incontri: 1 – FMD - Ladispoli (RM). Aperto a 25 Medici e Odontoiatra – **Crediti: 13,6**

13 – 27 Marzo 2017
LE PRINCIPALI PATOLOGIE PSICHICHE E LA LORO RAPPRESENTAZIONE CINEMATOGRAFICA. CORSO AVANZATO
Resp.: G. Villa – Incontri: 2– ASL ROMA1 – Aula SMO. Aperto 22 Med, Psi, Inf, Ed prof, Ass san. – **Crediti: 23,2**

17 Marzo – 14 Aprile 2017
LA VIOLENZA DOMESTICA ALLA LUCE DELLA PSICOPATOLOGIA DELL'UOMO E DELLA DONNNA ESPLORATA ATTRAVERSO LA CINEMAT. E LA CLINICA
Resp.: A. Grassi – Incontri: 4 – ASL ROMA 1 – Aula SMO. Aperto a 22 Medici e Psicologi – **Crediti: 50**

17 Marzo – 1 Dicembre 2017
PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA I: LA CLINICA ALLA LUCE DI UNA NUOVA FISIOPATOLOGIA DELLA MENTE
Resp.: G. Del Missier - M. Michelini - M. Reggio D'Aci – Incontri: 10 – Coop. Soc. di Psicoterapia Medica. Aperto a 30 Medici, Psicologi e specializzandi – **Crediti: 50**

21 – 28 Marzo 2017
PERCORSI DI DIAGNOSTICA DELLE SINDROMI MIELODISPLASTICHE
Resp.: G. Zini – Incontri: 2 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 22 Medici e Biologi – **Crediti: 15,1**

23 Marzo – 9 Giugno 2017
PROCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA. PARTE SPECIALE
Resp.: A. Chillà – Incontri: 8 – Tribunale di Roma - Aula V. Occorsio. Aperto a 100 Partecipanti – **Crediti: 50**

23 Marzo 2017
L' EMERGENZA IN SALA PARTO
Resp.: V. Scotto di Palumbo – Incontri: 1 – Aula SMO. Aperto a 22 Ostetriche – **Crediti: 7,4**

24 – 25 Marzo 2017
L'EMERGENZA IN SALA PARTO
Resp.: V. Scotto di Palumbo – Incontri: 2 – Aula SMO. Aperto a 22 Medici – **Crediti: 16,1**

24 Marzo – 15 Dicembre 2017
PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA II: LA CLINICA ALLA LUCE DI UNA NUOVA FISIOPATOLOGIA DELLA MENTE
Resp.: M.P. Dario - A. Cantini - L. Testa – Incontri: 10 – Coop. Soc. di Psicoterapia Medica. Aperto a 30 Medici, Psicologi e specializzandi – **Crediti: 50**

30 Marzo 2017
IL MICROAUTOTRAPIANTO FOLLICOLARE: DALLA STRIP ALLA MICROFUE
Resp.: G. Rosati – Incontri: 1 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 22 Medici – **Crediti: 13,8**

30 – 31 Marzo 2017
GESTIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO IN MEDICINA TRASFUSIONALE
Resp.: C. Lavorino – Incontri: 2 – AO S. Camillo-Forlanini. Aperto a 80 Medici, Bio, Tec lab, Tec perf e Inf – **Crediti: 17,5**

APRILE

1 Aprile 2017
IL LIP DETAILING: TECNICA E FILOSOFIA NEL TRATTAMENTO DELLE LABBRA
Resp.: R. D'Emilio – Incontri: 1 – Studio Medico. Aperto a 15 Medici – **Crediti: 13,8**

3 Aprile – 13 Giugno 2017
CORSO TEORICO-PRATICO DI ECOGRAFIA DI BASE
Resp.: A. Soldo – Incontri: 8 – ASL ROMA1, Tor di Quinto. Aperto a 16 Medici – **Crediti: 36**

3 Aprile 2017
ARGOMENTI DI IMMUNOLOGIA CLINICA: IMMUNOCITOFLUORIMETRIA IMMUNOLOGICA
Resp.: C. Castellano - R. Pica – Incontri: 1 - ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 22 Med e Bio – **Crediti: 12,9**

8 Aprile 2017
IL BOTULINO IN MEDICINA ESTETICA: UN TRATTAMENTO VERSATILE ED IN CONTINUA EVOLUZIONE
Resp.: R. D'Emilio – Incontri: 1 – Studio Medico. Ap. a 15 Med – **Crediti: 13,8**

19 – 20 Aprile 2017
STABILIZZAZIONE DEL BAMBINO CRITICO IN EMERGENZA
Resp.: N. Pirozzi - C. Cecchetti – D. Perrotta – Incontri: 2 – ASL ROMA1, Aula SMO. Aperto a 22 Medici – **Crediti: 22**

20 – 21 Aprile 2017
LA GENETICA DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
Resp.: G. Sabbadini - M.S. Pergola – Incontri: 2 – Ist. CSS-Mendel. Aperto a 50 Medici, Biologi e Tec Lab. – **Crediti: 21,1**

MAGGIO

2 – 30 Maggio 2017
IMMUNOLOGIA DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE
Resp.: A. Castiglione Humani – Incontri: 3 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 20 Med, Bio, Inf, Tec Lab. – **Crediti: 24,9**

3 – 5 Maggio 2017
CORSO INTERDISCIPLINARE SULL'EQUILIBRIO ACIDO-BASE, IDRO-ELETTROLITICO E SCAMBI GASSOSI NEL PAZIENTE CRITICO
Resp.: C. Mollica – Incontri: 3 – ASL ROMA 1. Aperto a 40 Medici – **Crediti: 21,2**

6 Maggio 2017
CORSO BLSD IRC BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL
Resp.: S. Curti – Incontri: 1 – ASL ROMA 1. Aperto a 20 Partecipanti – **Crediti: 13,5**

8 – 6 Maggio 2017
CHIRURGIA PIEZOELETTRICA: INDICAZIONI E LIMITI IN ODONTOIATRIA
Resp.: S. Corbi - G. Tarquini – Incontri: 2 teorici e 2 pratici – Studio Odontoiatrico Dott. Tarquini. Aperto a 22 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 38,7**

11 – 12 Maggio 2017
SINDROMI RESPIRATORIE: UN APPROCCIO INTEGRATO E RISOLUTIVO. XII CORSO SULLE MALATTIE RESPIRATORIE.
Resp.: L. Di Rienzo Businco – Incontri: 2 – ASL ROMA 1, Museo dell'Arte Sanitaria. Aperto a 120 Medici – **Crediti: 11,6**

13 – 27 Maggio 2017
ADOLESCENZA E PSICOTERAPIA
Resp.: G. Lago – Incontri: 2 – IRPPI. Aperto a 25 Medici e Psicologi – **Crediti: 21**

15 – 16 Maggio 2017
ACCESSI VASCOLARI ECOGUIDATI: INDICAZIONI, TECNICHE, GESTIONE, COMPLICANZE
Resp.: M. Bosco - F. Zecchini - A. Castagna – Incontri: 2 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 20 Medici, Biologi, Infermieri – **Crediti: 20,3**

17 Maggio – 21 Giugno 2017
CORSO DI PSICOFARMACOLOGIA CLINICA II
Resp.: M. Raja – Incontri: 5 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 22 Med e Psi– **Crediti: 26,2**

17 – 31 Maggio 2017
TUMORE DELLA MAMMELLA: ATTUALITÀ NELLA DIAGNOSI E NEL TRATTAMENTO
Resp.: A. Caramanica – Incontri: 3– Pol. Mil. di Roma Celio. Aperto a 30 Med, Inferm, Tec. Rad. e Psicologi – **Crediti: 27**

18 – 19 Maggio 2017
LA NUOVA ISO 9001:2015 ED IL RISCHIO CLINICO.
LA ISO 15189 E LA NORMA UNI EN ISO/IEC 17025.
CRUSCOTTI GESTIONALI, INDICATORI, CONTROLLI DI QUALITÀ INTERNI ED ESTERNI NEL LABORATORIO GENERALE DI BASE E DI GENETICA
Resp.: G. Sabbadini - M.S. Pergola – Incontri: 2 – Ist. CSS-Mendel. Aperto a 50 Medici, Biologi e Tec Lab. – **Crediti: 21**

18 Maggio – 23 Giugno 2017
MEDICINA DEL LAVORO: ASPETTI TECNICO-DOTTRINALI E GESTIONE DELLE CONTROVERSIE
Resp.: M. Farinacci – Incontri: 4 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 22 Med, Psi, Tec della prevenzione, Tec della radiologia, Avvocati – **Crediti: 50**

20 Maggio – 23 Giugno 2017
CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTO-PROTESI SU PAZIENTE
Resp.: F. Paparo – Incontri:5 (1 teorico + 4 pratici) – ASL ROMA 1 (teoria) e Sala Operatoria Clinica Salus (pratica). Aperto a 25 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 50**

23 Maggio 2017
IL LABORATORIO ANALISI E LA STANDARDIZZAZIONE DELLA FASE PREANALITICA: DAL PRELIEVO VENOSO ALLA VARIABI-

LITÀ BIOLOGICA
Resp.: G. Lavalle – Incontri: 1 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto 22 Medici e Biologi – **Crediti: 14,5**

24 Maggio – 19 Giugno 2017
BRONCOSCOPIA PER SPECIALISTI DELLE MALATTIE DEL TORACE ED ANESTESISTI
Resp.: G. Galluccio – R. Dello Iacono – Incontri: 3 teorici e 3 pratici - Aula SMO e Ist. L. Spallanzani.
Aperto 20 Medici – **Crediti: 39,6**

26 Maggio – 7 Luglio 2017
GLI ESITI E LE COMPLICANZE DELLA MALATTIA PARADONTALE. LA GESTIONE DEI TESSUTI PER IL RECUPERO DELLA FUNZIONE E DELL'ESTETICA
Resp.: M. Capitani – Incontri: 5 – Serv. Odont. ASL ROMA2 – Via Cartagine, 85 - Roma. Aperto a 22 Med e Odo – **Crediti: 35,5**

29 – 30 Maggio 2017
L'INFORMATICA PER LA CREAZIONE DI UNA BANCA DATI NELLA PRATICA CLINICA: ISTRUZIONI PER L'USO
Resp.: M. Di Girolamo - F. Clementelli – Incontri: 2 – ASL ROMA 1, Aula SMO. Aperto a 20 Partecipanti di tutte le professioni – **Crediti: 10**

GIUGNO

5 – 22 Giugno 2017
TERAPIA CHIRURGICA DELLE ATROFIE DEI MASCELLARI A SCOPO IMPLANTARE: RATIONALE BIOLOGICO E PRATICA CLINICA
Resp.: S. Corbi - G. Tarquini – Incontri: 3 teorici e 3 pratici – Studio Odontoiatrico Dott. Tarquini. Aperto a 22 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 50**

6 – 27 Giugno 2017
PREVENZIONE E GESTIONE DELLO STRESS LAVORO CORRELATO: STRUMENTI DI VALUTAZIONE PRELIMINARE OGGETTIVA E SOGGETTIVA
Resp.: A. Papale - S. De Simoni – Incontri: 2 – ASL ROMA1 – Aula SMO.
Aperto a 22 Partecipanti di tutte le professioni – **Crediti: 22**

7 Giugno – 5 Luglio 2017
IL PARADIGMA NARRATIVO IN PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA
Resp.: G. Martini – Incontri: 2 – ASL ROMA 1 – Aula SMO. Aperto a 22 Med e Psi – **Crediti: 21**

12 – 13 Giugno 2017
ARGOMENTI DI MEDICINA TRASFUSIONALE
Resp.: R. Mancini – Incontri: 1 – AO S. Camillo-Forlanini. Aperto a 80 Med, Bio, Tec. Lab ed Inf.– **Crediti: 20**

13 – 20 Giugno 2017
SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE. CORSO INTERATTIVO CON PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI
Resp.: F. Alegiani – Incontri: 2 – ASL ROMA1, Aula SMO. Aperto a 20 Med, Bio, Inf. e Tecn. lab – **Crediti: 13**

19 Giugno 2017
LA PATOLOGIA CLINICA NEI VERSAMENTI CAVITARI
Resp.: G. Poti – Incontri: 1 – ASL ROMA 1 - SMO. Aperto a 22 Med e Bio – **Crediti: 11**

22 - 23 Giugno 2017
STRATEGIE DI ANALISI IN NGS. DAGLI APPROCCI PER PANNELLI DI GENI AL SEQUENZIAMENTO DELL'ESOMA. INTERPRETAZIONE DI VARIANTI E GESTIONE DEL RISULTATO
Resp.: G. Sabbadini - M.S. Pergola – Incontri: 2 – Ist. CSS-Mendel. Aperto a 50 Med, Bio e Tec Lab. – **Crediti: 21**

Giugno 2017
CORSO DI AGGIORNAMENTO SULLA COAGULAZIONE DEL SANGUE
Resp.: S. Curcio – Incontri: 2 – AO S. Camillo-Forlanini. Aperto a 30 Medici, Bio, Tec lab, Tec perf e Inf – **Crediti: 22**

LUGLIO

4 Luglio 2017
LOW GRADE CHRONIC INFLAMMATION: CONOSCERLA PER PREVENIRLA (NUOVI PARADIGMI FARMACOLOGICI)
Resp.: P. Mastromonaco – Incontri: 1 – Sede Roma. Aperto a 80 Med, Bio, Tec. Lab ed Inf. – **Crediti: 11 (ca)**

4 Luglio 2017
INTERVENTI DI FORMAZIONE DI GRUPPO PER PREVENIRE E GESTIRE LO STRESS LAVORO CORRELATO NELLE HELPING PROFESSION. LIVELLO AVANZATO
Resp.: A. Papale, S. De Simoni – Incontri: 1 – ASL ROMA 1 – Aula SMO.
Aperto a 22 Partecipanti di tutte le professioni – **Crediti: 11 (ca)**

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)
Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Presidente: Prof. U. Recine
- Vice-Presidenti: Prof. D. Antonellis, Dott. M. Raja
- Tesoriere: D.ssa M.A. Perretti
- Consiglieri Elettivi: Prof. F. Alegiani, Dott. A. Andriani, Prof. D. Antonellis, Dott. M. Di Dio, Dott. M. Di Girolamo, Prof. R. Massini, Prof. A. Morrone, Dott. C. Parascani, D.ssa M.A. Perretti, Dott. M. Raja, Prof. U. Recine, Prof. V. Scotto di Palumbo, Dott. L. Temperilli
- Consiglieri di Diritto: Prof. L. Gasbarrone, Dott. G. Lavra Dott. A. Tanese, Prof. G. Visco
- Presidente Emerito: Prof. B. Condorelli
- Segretario: D.ssa P. Colletta
- Revisori dei Conti: Dott. G. Nera, Dott. M. Avigo, Dott. S. Conti

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

- Direttore Responsabile: U. Recine
- Direttore Scientifico: G. Visco
- Comitato di redazione: F. Alegiani, A. Andriani, M. Di Girolamo, R. Massimi, M. Raja, U. Recine, L. Temperilli, G. Visco

Coordinamento redazionale: P. Colletta