

**IPPOCRATE
& DINTORNI**

APPROFONDIMENTO MEDICO

GRUPPO MEDICO
D'ARCHIVIO

Chirurgia Maxillo-Facciale

Dott. Lanfranco D'ARCHIVIO



**Differenze di
genere nel rischio
cardiovascolare**

Dott. A. Ledda

**Le ragioni
dell'ortodonzia nelle
prime due dentature**

Dott. Prof. V. Quinzi

**Artrosi del Ginocchio.
Quale diagnosi?
Quale terapia?**

Dott. V. Mazzone

Le PILLOLE di ALLEGRIA

Beatrice Corcelli
Illustrazioni e testi

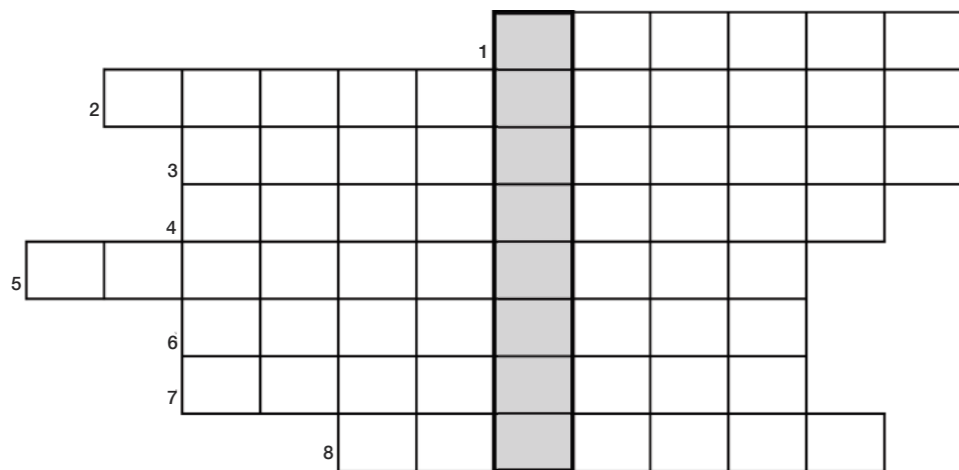


MI SCUSI, MA LA RISONANZA CHE AVETE VOI.. E' QUELLA ALL'APERTO??

RMN

BC

PAROLE CROCIATE



1. Specialista che può curarti una scoliosi 2. Specialista della Spirometria 3. Specialista della Tiroide
4. Specialista che studia l'Apparato Nervoso 5. Specialista dell'Elettrocardiogramma 6. Specialista che cura i bambini 7. Specialista che ti mette gli occhiali 8. Specialista che cura i problemi dell'apparato urinario



Dott. **Gino CONSORTI**
Giornalista Professionista

UNO, DUE, TRE

Confesso: non so proprio da che parte cominciare. Davanti ho la pagina bianca del computer e nella testa tanti brutti pensieri... Un mio amico, giorni fa, mi ha detto che il segreto per affrontare meglio la vita è contare fino a trenta ogni qualvolta ci si trova dinanzi a cose che non girano nel giusto verso... Siccome oltre a essere un caro amico è anche una persona affidabile, lo scorso 15 marzo, domenica, ho deciso di sperimentare il suo consiglio. Quella mattina, infatti, non appena sveglio, mi sono accorto che dai rubinetti non usciva neanche una goccia d'acqua... La sera precedente il tam tam della rete, accanto alle solite e stucchevoli giustificazioni di circostanza di alcuni politici, aveva messo in circolo l'elenco dei comuni che il giorno successivo sarebbero rimasti a secco a causa dei lavori di ripristino di alcune condotte. Fortunatamente il comune di Isola del Gran Sasso, il mio paese, non compariva. In giro, tra l'altro, non erano stati affissi manifesti o avvisi vari, tantomeno arrivavano segnali contrari dal tam tam popolare...

Con l'animo più sollevato, dunque, sono andato a dormire. L'indomani, però, come accennavo, il risveglio non è stato dei migliori... Così mentre la pressione iniziava a salire, quella sanguigna non quella dell'acqua..., ho ripensato al consiglio del mio amico. Quindi mi sono seduto sul divano e ho iniziato a contare... Anziché fino a sessanta, però, ho continuato fino a cinquantamila... Poi, esausto, alle dieci e mezza di sera sono andato a dormire, ovviamente con i rubinetti ancora a secco... Lasciando in sospeso il giudizio sul metodo del mio amico..., torniamo all'inizio e cioè ai tanti cattivi pensieri che affollano la mia testa. Tutti hanno una matrice comune: l'allucinante emergenza vissuta in occasione dell'ondata di maltempo dello scorso 5 marzo. Ondata? Avete ragione, forse ho esagerato un po'..., sarebbe meglio parlare di una notte di pioggia (mercoledì 4 marzo su giovedì) e un giorno e mezzo di neve (giovedì su venerdì). Bene, anzi male... visto che questi due soli giorni, pur se con precipitazioni intense, sono bastati a mettere

In questo numero

Direttore Responsabile

Dott. Claudio D'Archivio

Direttore Editoriale

Alessandra Meschieri
marketing@gruppomedicodarchivio.it

Amministrazione

via G. Galilei, 59
Giulianova Lido - TE

Progetto grafico e impaginazione

Claudia D'Ascanio

Illustrazioni

Beatrice Corcelli

Stampa

Tipolitografia LA RAPIDA

IPPOCRATE & DINTORNI

APPROFONDIMENTO MEDICO

Rubriche

2 Uno, due, tre...

Dott. G. Consorti

5 La Processionaria

M. Palandrani

15 Una nuova metodica

Dott.ssa F. Di Vittorio

Odontoiatria

6 Chirurgia Maxillo-Facciale

Dott. L. D'Archivio

Odontoiatria

8 Le ragioni...

Dott. Prof. V. Quinzi

Cardiologia

11 Differenze di genere...

Dott. A. Ledda, G. Belcaro

Ortopedia

12 Artrosi del Ginocchio

Dott. V. Mazzone

Medicina dello Sport

14 "Prescrivere" il movimento

Dott. S. Cordoni

in ginocchio un'intera provincia. Strade allagate, innestate e ostruite da rami e alberi modello deforestazione amazzonica... E poi ancora frane, smottamenti, mancanza di energia elettrica e acqua per vari giorni con pesantissimi disagi e danni causati a migliaia e migliaia di cittadini. Per non parlare degli imbarazzi vissuti in autostrada. Nel pomeriggio di giovedì 5 marzo, per questioni private, mi sono recato a Chieti. Dico queste tanto per non passare per uno di quelli che vive di racconti popolari tramandati di padre in figlio o di nonno in nipote... Tantomeno sono parole di chi vuole alimentare sterili polemiche. È semplicemente la testimonianza diretta di un cittadino-utente che quel pomeriggio, ahimé, ha percorso in auto il tratto Colledara-Barriera di Villa Vomano (A24) e viceversa. Ciò che hanno visto i miei occhi non fa di certo onore alla società Strada dei Parchi, né a un paese che ama tanto definirsi civile e all'avanguardia. Cito un solo episodio: intorno alle 20, dopo aver percorso il tratto Villa Vomano-Colledara in condizioni pietose..., la mia auto, equipaggiata con quattro gomme termiche e le catene nel bagagliaio, è rimasta bloccata nella rampa dell'uscita Telepass di Colledara. Il segnale d'accesso era verde ma la coltre di neve presente sul manto stradale superava i trenta centimetri... Nessuno l'aveva pulita - almeno nelle ultime ore - ma il segnale d'accesso, in compenso, era verde... Insieme a me c'erano altri automobilisti imbestialiti che hanno preso d'assedio il povero dipendente in servizio al casello il quale, con grande onestà, ha confessato di aver più volte segnalato il problema a chi di dovere. Le sue parole, però, erano cadute nel vuoto...

A questo punto, allora, suggerirei un'aggiunta negli avvisi dei display autostradali: anziché "Obbligo dotazioni invernali" scriverei "Obbligo dotazioni invernali e pala a bordo"... In questo modo gli automobilisti ri-

sparmieranno tempo, brucerebbero qualche caloria di troppo e soprattutto si sentirebbero un po' meno presi per i fondelli... E dire che la perturbazione era stata annunciata da giorni, addirittura un mio parente del Canada la settimana prima mi aveva raccomandato di stare attento... Suvvia, siamo seri... Come si fa a farsi trovare così impreparati? L'autostrada, è bene forse ricordarlo a qualcuno, scorre nella pancia della montagna più alta degli Appennini continentali e non, invece, accanto alla Ocean Drive di Miami beach...

E che dire degli allagamenti, delle frane, degli alberi caduti, delle condotte dell'acqua saltate, dei tralicci dell'alta tensione spezzati? E delle numerosissime buche-tombino che caratterizzano la gran parte delle strade provinciali, comunali e statali ne vogliamo parlare? In confronto le vie di Kabul e Bengasi, traforate dai bombardamenti, sembrano soffici tappeti di moquette... Inoltre, se la memoria non mi tradisce, credo che l'ultima accurata manutenzione delle cunette stradali e la potatura delle piante che costeggiano le strade credo risalgano al periodo dell'imperatore Diocleziano... Per non parlare della veneranda età della rete idrica ed elettrica... L'unico applauso sincero se lo meritano gli operai degli acquedotti e della società di energia elettrica che, in condizioni climatiche e ambientali difficili, hanno lavorato giorno e notte per ripristinare la situazione.

Prima di chiudere il computer, però, avrei un suggerimento anche per l'illustre presidente Renzi, sempre così prodigo di annunci... Dopo l'abolizione (?) del Senato e quella delle Province (?) se fossi al suo posto eliminerei anche le Regioni, i Comuni, le riunioni di condominio, le assemblee d'istituto e i capannelli davanti ai bar...

Accidenti, mi sono dimenticato del consiglio del mio amico.

Uno, due, tre...

La Processionaria



di **Martina PALANDRANI**

Direttore Amministrativo del Centro Diagnostico D'Archivio

Corre la processionaria segue senza sosta la lunga linea bianca come Teseo col filo d'Arianna, talvolta rallenta talaltra s'arresta sono i colori sospesi a mezz'aria maestri di danza e direttori d'orchestra. Qualche elemento si porta a destra ed esce dalla scena ma subito un altro s'insinua e si continua.

Corre la processionaria emette senza sosta suoni: muti, fatti di gesti, o stridenti senza scusa. Ma uno su tutti sovrasta ora è lontano ora vicino vicinissimo. Un mormorio dapprima indistinto che in breve si fa frastuono incessante eco assordante che lievita nel calore dei timpani e rimbalza sulle pareti alla velocità di un doppio punto giallo in uno squash d'alto livello.

Corre la sirena corre senza sosta, non più i colori sospesi dettano passi e note.

Tutto si ferma e tutto tace.



Studio Radiologico Gadaleta srl

Nello **Studio Radiologico Gadaleta**, di Teramo un'equipe di medici specialisti in Radiodiagnostica garantisce ogni giorno la possibilità di una diagnosi accurata ed immediata.



RISONANZA MAGNETICA
ARTICOLARE APERTA

RADIOLOGIA TRADIZIONALE

M.O.C.

ORTOPANTOMOGRAMMA

ECOGRAFIA

ECOCOLOR DOPPLER



Presso lo **Studio Radiologico Gadaleta**, e in tutti gli studi del **Gruppo Medico D'Archivio** le indagini radiologiche vengono effettuate con apparecchiature che sottopongono il paziente ad una bassa esposizione di raggi X grazie ad un sistema digitale che ottimizza le immagini.

Via Del Baluardo, 53
TERAMO
Tel. 0861 246643 Fax 0861 251274
info@studioradiologicogadaleta.it
www.gruppomedicodarchivio.it

La Chirurgia Maxillo-Facciale



Dr. Lanfranco D'ARCHIVIO

Direttore U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale
Ospedale Clinicizzato "S.S. Annunziata" di Chieti

Abbiamo incontrato, il Dr. Lanfranco D'Archivio, per parlarci di una delle più innovative specialità mediche come la Chirurgia Maxillo-Facciale e del nuovo reparto da lui diretto, appena aperto presso l'Ospedale Clinicizzato "S.S. Annunziata" di Chieti.

Dr. D'Archivio che cos'è la chirurgia maxillo-facciale?

La Chirurgia Maxillo-Facciale è una specialità medico-chirurgica che si occupa di tutte quelle patologie di tipo traumatico, malformativo, oncologico ed infettivo e dei problemi estetico-funzionali che interessano la faccia e lo scheletro facciale, oltre che della bocca e del cavo orale. La competenza specifica dello specialista comprende anche una adeguata conoscenza medica e chirurgica nei campi dell'odontoiatria, della chirurgia plastica, dell'otorinolaringoiatria, e della neurochirurgia.

Quali sono le patologie più frequenti che nella sua esperienza hanno richiesto, in questi anni, la sua opera di chirurgo maxillo-facciale?

Negli ultimi anni, con l'adozione del casco da parte dei motociclisti, i devastanti traumi che si

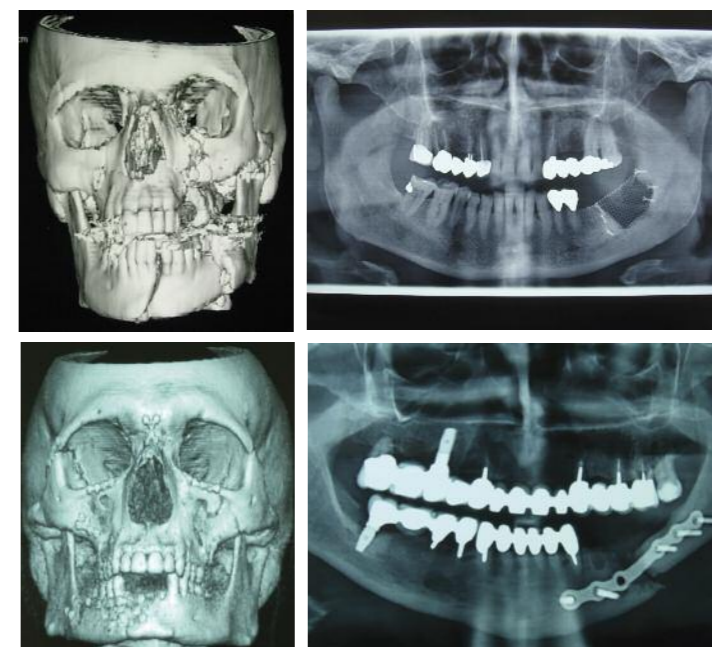


osservavano fino ad un decennio fa, si sono ridotti notevolmente, ed oggi quelli più frequenti, di minore entità, sono tutti conseguenti alle percosse ed agli infortuni sul lavoro o sportivi.

Sono diventate più frequenti le patologie malformative perché oggi si è più sensibili alla funzione masticatoria ed a quella estetica del viso, oltre alle patologie del cavo orale sia di tipo flogistico ma soprattutto di tipo oncologico, queste ultime per una maggiore cultura e consapevolezza verso la prevenzione che permette di osservare raramente casi di tumori avanzati, che necessitano spesso di interventi demolitivi anche invalidanti.

La Chirurgia Maxillo-Facciale cura anche i difetti del viso?

E' uno degli aspetti più interessanti, perché molto sensibile all'uso dei biomateriali che sono in continua evoluzione, e lo specialista maxillo-facciale è pienamente preparato alla gestione di tutti i tessuti del viso, sia quelli ossei che quelli molli (cute, muscoli), derivante dall'esperienza maturata sui traumi che lo inducono spesso a ricostruire, secondo un preciso approccio estetico-funzionale, al fine di restituire una completa guarigione ed un completo reinserimento nel contesto sociale del paziente.



L'oncologia nella chirurgia maxillo-facciale che peso ha?

I tumori dei tessuti molli del viso, del cavo orale e dello scheletro osseo facciale sono frequenti e, se sono trattati in maniera approssimata, senza una visione ricostruttiva, riabilitativa ed estetica, possono anche essere fortemente invalidanti, il che aggrava il già precario iter della malattia.

Quali sono i rapporti con i "cugini" odontoiatri?

Li ritengo da sempre i nostri medici di famiglia, perché sono loro che vedono per primi le nostre patologie ed hanno un'importanza fondamentale nello scoprire precocemente le malattie della bocca e del cavo orale e quindi ci permettono di intervenire in maniera precoce, poco invasiva e risolutiva. Quindi rivestono un ruolo fondamentale per il chirurgo maxillo-facciale con cui devono avere una spiccata sintonia, sempre per il bene del paziente.

Ringraziamo il Dr. D'Archivio per la sua disponibilità, professionalità e soprattutto umanità, con la promessa che nei prossimi numeri della rivista ci farà conoscere più da vicino le patologie che quotidianamente cura, insieme ai suoi efficaci collaboratori, con cui ha formato un formidabile team.



Dott. Prof. **Vincenzo QUINZI**

DDS, MSD, PhD
Specialist in Orthodontics
Adjunct Professor University
of L'Aquila

Quando fare una visita dall'ortodontista?

Consiglio di effettuarla, molto precocemente, anche a 1 anno, non per intervenire, ovviamente, ma per far conoscere ai genitori tutte quelle piccole regole quotidiane, per mantenere sano un sistema complesso come l'apparato stomatognatico. Tutte le nozioni di prevenzione vanno acquisite dai genitori, tra cui una sana ed equilibrata alimentazione, per poter

malocclusione si presenta in forma miniaturizzata sin dalla dentatura da latte, per cui uno specialista in ortodonzia vi può consigliare su come, quando e con che apparecchiature intervenire.

Talvolta la terapia ortodontica precoce riesce a migliorare ma non a risolvere la situazione; sarà necessario quindi prevedere e programmare una terapia più tardiva, a volte meno complessa, che porti ad una

Le ragioni dell'ortodonzia delle prime due dentature

seguire correttamente i propri figli sin dalle prime fasi di sviluppo. Una visita accurata potrà essere effettuata a partire dai 3 anni, quando tutti i denti da latte sono presenti in bocca. Questo con lo scopo di "intercettare" eventuali disarmonie dentali e/o scheletriche che, se non corrette in fase di crescita, difficilmente possono essere risolte più tardi. Una visita in età precoce diventa inoltre importante per verificare lo stato di salute dentale e le corrette procedure di igiene orale. Come per tutta la medicina preventiva anche in ortodonzia è più importante prevenire piuttosto che curare. Terapia precoce o intercettiva significa prevenire l'instaurarsi di molte malocclusioni o comportamenti anomali, tipo abitudini di comportamento o viziate. Per fare ciò bisogna conoscere in, modo approfondito la causa delle disarmonie cranio-facciali, delle malocclusioni dentali e delle disfunzioni muscolari, e quindi riuscire a ridurre l'intensità e la durata. E' dunque importante visitare il bambino precocemente per verificare se esiste una buona armonia o disarmonia tra le componenti scheletriche e dentali che costituiscono l'architettura cranio-facciale; pensate che la

correzione definitiva in dentatura permanente (dopo i 12 anni).

In quali casi bisogna portare il bambino dall'ortodontista?

La necessità di intervento varia a seconda dell'età del bambino e del suo sviluppo. La dentatura è in continua evoluzione e per questo motivo la valutazione ortodontica deve essere ripetuta ad intervalli periodici. In presenza di queste situazioni è consigliabile portare il bambino ad un controllo ortodontico:

- precoce o tardiva perdita dei denti;
- difficoltà nel masticare o nel chiudere la bocca;
- problemi respiratori;
- succhiamento del dito o altre abitudini orali viziate;
- affollamento dentale (denti malposizionati);
- mascellari che deviano nella chiusura;
- difficoltà nel parlare;
- denti sporgenti;
- trauma masticatorio delle guance o del palato;
- asimmetrie facciali;
- serramento o digrignamento dentale;
- rumori nell'articolazione della mandibola.

Quando intervenire?

Volendo schematizzare secondo un criterio cronologico in base all'età del bambino, si possono distinguere 3 periodi :

- dalla nascita ai 3 anni (periodo neonatale)
- dai 3 anni ai 6 anni (periodo della prima infanzia)
- dai 6 anni in poi (periodo della fanciullezza)

Dalla nascita ai 3 anni

La prevenzione è indiretta e si avvale dell'aiuto dei genitori, che vanno motivati ed educati a tutte le problematiche connesse alla sfera orale. È preferibile l'allattamento materno a quello artificiale per l'azione favorevole svolta dalla muscolatura durante la suzione sullo sviluppo delle ossa del viso. Opportuni consigli e prescrizioni sul tipo di alimentazione verranno dati dai pediatri: in particolare qualità e quantità degli alimenti, delle vitamine e dei sali minerali. Le bevande zuccherate sono molto dannose. Fin dalla nascita si può iniziare la somministrazione di fluoro in quanto migliora i processi di mineralizzazione dei tessuti dentali (smalto) rendendoli più resistenti alla carie. Dopo lo svezzamento, durante l'eruzione dei denti decidui, è bene passare ad un'alimentazione solida che contribuisca con la saliva all'autodetersione dei denti e faciliti un armonico sviluppo delle arcate.

E' opportuno sottoporre il bambino in tenera età a visite specialistiche per abituarlo all'ambiente odonto-

iatico ed istruire i genitori all'uso corretto dello spazzolino. Una non adeguata igiene orale può favorire la formazione di carie, che non solo possono provocare dolore e disagi alla masticazione, ma anche causare spostamenti dentali con perdita di spazio e quindi malocclusioni.

Non devono essere usate tettarelle o succhiotti dolcificati. L'uso di questi non dovrebbe prolungarsi oltre il secondo anno di vita; se ciò dovesse accadere, è necessario sostituire i succhiotti a forma di ciliegia, con quelli fisiologici a goccia o anatomici che si adattano meglio alla forma del palato.

Dai 3 anni ai 6 anni

In questo periodo devono iniziare le visite periodiche semestrali, durante le quali bisogna prestare massima attenzione alla dentatura decidua o comunemente detta da latte, ed allo sviluppo dei mascellari, soprattutto per intercettare e intervenire su alcuni fattori eziologici (succhiamento del pollice o succhietto, respirazione orale e deglutizione atipica). Queste alterazioni funzionali cambiano l'equilibrio neuro muscolare ; il danno che possono provocare dipende da intensità, direzione e durata. Esse sono responsabili dell'insorgere della malocclusione o dell'aggravamento della stessa, mentre la loro eliminazione precoce può ripristinare le normali condizioni occlusali. Il succhiamento del dito fino ai 4 anni può essere ammissibile, ma dopo tale età deve



Direttore Sanitario
Dott. **CLAUDIO D'ARCHIVIO**
Specialista in
Radiodiagnostica e Scienze delle Immagini

DIOMIRA
Ambulatorio Medico Specialistico
Via Mamiani, 7 - Giulianova Lido (Te)
Tel. 085 8005036 Fax 085 8027606
info@diomiramedicina.it
www.gruppomedicodarchivio.it

DIOMIRA Ambulatorio Medico Specialistico

è una struttura sanitaria innovativa che offre varie specialità ambulatoriali e si avvale di un'equipe di medici altamente specializzati.

- | | | |
|---------------------------------|---|----------------------|
| ANDROLOGIA | ■ | MEDICINA DELLO SPORT |
| CARDIOLOGIA | ■ | NEUROCHIRURGIA |
| CHIRURGIA TORACICA | ■ | NEUROLOGIA |
| CHIRURGIA VASCOLARE | ■ | NUTRIZIONE |
| DERMATOLOGIA | ■ | OMEOPATIA |
| ELETTROMIOGRAFIA | ■ | ORTOPEDIA |
| ENDOCRINOLOGIA | ■ | OSTEOPATIA |
| GINECOLOGIA | ■ | OTORINOLARINGOIATRIA |
| MEDICINA ESTETICA | ■ | SENOLOGIA |
| MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA | ■ | UROLOGIA |

essere eliminato. La deglutizione avviene normalmente con le arcate dentarie in occlusione, labbra a contatto, muscolatura periorale a riposo e lingua che prende contatto con la volta del palato. Nel neonato, la mancanza dei denti viene compensata dalla lingua che si interpone tra le gengive edentule. Con il completamento della prima dentizione, questo tipo di deglutizione, chiamata infantile, si modifica. Spesso causa di una deglutizione anomala è l'allattamento artificiale, specialmente se il foro della tettarella è stato allargato ed il latte defluisce spontaneamente senza contrazione muscolare. Se l'interposizione linguale perdura è frequente il riscontro di morso aperto che, se trascurato, degenera in gravi situazioni estetiche ponendo complicati problemi terapeutici. La respirazione orale può essere dovuta ad una abitudine viziata o al fatto che le prime vie aeree superiori sono ostruite. L'aria respirata attraverso la bocca non viene riscaldata e depurata con conseguente ipertrofia delle tonsille ed adenoidi. A livello nasale il mancato svuotamento del secreto mucoso con conseguente stasi e congestione favorisce la formazione di riniti ipertrofiche, sinusiti ed otiti. Il respiratore orale per la forzata posizione bassa della lingua va incontro ad un restringimento del palato. La costante posizione a bocca semiaperta consente la protrusione degli incisivi superiori.

Dopo i 6 anni in poi

Il bambino presenta una dentizione mista (alcuni denti da latte + alcuni denti permanenti) che si protrarrà fino al completamento della dentatura permanente (12-13 anni). Devono continuare i controlli periodici annuali, sia per perseguire gli scopi del periodo precedente, sia per raggiungere nuovi obiettivi:

- diagnosi precoce delle anomalie dei denti permanenti;
- controllo dello spazio in arcata, tenendo presente che i denti decidui non solo assolvono la loro funzione masticatoria, ma fungono anche da "mantenitori di spazio" per la dentatura permanente.

Perché fare un trattamento ortodontico?

La conformazione delle ossa mascellari e dei denti influenza direttamente la posizione delle labbra, quindi il profilo, il proprio sorriso, insomma ciò che ci mette in relazione con il mondo esterno. Ogni genitore desidera

un bel sorriso per il proprio figlio, come per se stesso, ed ognuno ha il diritto di avere una bocca sana. Con la bocca comunichiamo costantemente, esprimendo i nostri stati d'animo e sentimenti. La piacevolezza del viso è inoltre importante per avere fiducia in se stessi e per l'autostima. Chi non si piace e si sente poco attraente, a causa di denti storti o di un profilo non armonico, tende a coprire la bocca quando parla, esita a sorridere e cerca di nascondere costantemente la sua immagine.

Ognuno ha diritto di avere una bocca sana

In questo senso il correggere una malocclusione può dare dei vantaggi sociali, professionali e, migliorare l'atteggiamento di un individuo nei confronti della vita.

Gli scopi dell'ortodonzia precoce sono:

- semplificare o ridurre i tempi di un trattamento tardivo;
- promuovere una corretta attività masticatoria;
- ridurre la suscettibilità e l'incidenza delle carie dentali;
- prevenire affollamenti gravi e mancate eruzioni dentarie;
- prevenire i traumi dentari (giochi, sport...);
- evitare l'insorgere di lesioni dell'apparato di sostegno (parodonto);
- prevenire ed eliminare attività respiratorie anomale;
- eliminare le abitudini viziate (succhiamento del dito)

È importante sottolineare come le abitudini viziate e le funzioni tipiche dell'apparato buccale (deglutizione, respirazione, masticazione) se anomale possono influire negativamente sullo sviluppo dei denti e della faccia.

Differenze di genere nel rischio cardiovascolare

Dott. Andrea Ledda, Dott. Gianni Belcaro



Dr. **Andrea LEDDA**

Dipartimento di Scienze Biomediche Università degli Studi "G. D'Annunzio" Pescara

Le aterosclerosi e le coronaropatie sono la causa principale di mortalità e di morbidità in entrambi i sessi nei paesi più industrializzati. Esistono in merito due correnti di pensiero.

La prima è propensa a ritenere che la donna in età fertile e pre-menopausale sia meno esposta all'insorgenza della malattia cardiovascolare rispetto agli uomini di analoga età. Numerosi studi hanno

perciò evidenziato differenze nell'insorgenza, nella prevalenza e nella prognosi delle cardiovasculopatie tra uomini e donne. In particolare gli uomini sono colpiti da infarto miocardico più spesso delle donne mentre queste ultime hanno una più frequente incidenza di dolore anginoso. E' anche stato dimostrato che le donne con arteriopatia hanno una prognosi peggiore dopo infarto e bypass coronarico rispetto agli uomini. Ciò porterebbe a pensare, secondo i fautori di questa corrente di pensiero, che il genere possa influenzare non solo la fisiologia ma anche la patologia dell'apparato cardiovascolare.

La seconda corrente di pensiero è invece propensa a ritenere che non vi sia una predisposizione su base sessuale ed endocrina per le cardiovasculopatie ma che determinanti siano i fattori di rischio cardiovascolari ed in particolare lo stress, il fumo di sigaretta e l'ipertensione che avrebbero incidenze maggiori nel sesso maschile. Il dibattito è aperto anche se, studiando la relazione tra genere e disfunzione endoteliale, si è osservato che nel sesso maschile l'invecchiamento è associato in modo omogeneo alla disfunzione endoteliale mentre nella donna il deterioramento insorge rapidamente con la menopausa.

Sembrerebbe, infatti, che nell'età fertile gli estrogeni proteggano l'endotelio mentre il deficit estrogenico in menopausa aumenti l'espressione del recettore AT1 va-

scolare che media la vasocostrizione indotta dall'Angiotensina II. Anche i fattori di rischio coronarico sembrerebbero condizionati dall'assetto ormonale. Gli estrogeni, infatti, favoriscono un profilo lipidico meno predisposto alla aterogenesi. In età menopausale la diminuzione degli estrogeni, oltre a produrre disfunzione endoteliale, fa aumentare il colesterolo totale e LDL, fa diminuire l'HDL e riduce la sensibilità all'insulina con conseguente rischio di diabete mellito. Tale assetto ormonale predispone inoltre un aumento della pressione arteriosa e del peso. Nei maschi invece la formazione della placca aterosclerotica può iniziare a manifestarsi intorno ai 30 anni ed anche le placche coronariche iniziano a vedersi intorno a questa età mentre nelle donne vi è un ritardo della formazione delle placche che compaiono dopo la menopausa. Le placche hanno bisogno di un arco di tempo dai 15 ai 25 anni per determinare stenosi significative e patologiche e ciò potrebbe spiegare la precoce insorgenza di coronaropatie e vasculopatie nell'uomo.

Oggi si tenta un'interpretazione biologica e funzionale del differente comportamento nei due sessi della comparsa e dell'evoluzione delle coronaropatie. La donna spesso può avere una menopausa precoce, diabete gestazionale, eclampsia e ipogonadismi primitivi e secondari in età più giovane che possono poi determinare un aumento del rischio in età più avanzata. Inoltre le donne hanno arterie più piccole e meno adattabili al flusso; con l'età e il diabete tale differenza si accentua e vi sono anche profonde differenze nei processi di riparazione che sono tuttavia condizionati da numerosi altri fattori.

Infatti, la situazione ambientale, la predisposizione genetica, l'età, uno stile di vita sedentario, la fluttuazione ormonale, lo stress ossidativo e la sindrome metabolica con le sue componenti quali ipertensione e obesità concorrono alla perdita di increzione



estrogenica lasciando le donne più vulnerabili e più esposte al rischio di ischemie cardiache.

In conclusione, potremmo dire che il tasso di mortalità da coronaro-arteriopatie aumenta con l'età sia negli uomini sia nelle donne. E' probabile, comunque, che questo aumento sia dovuto all'effetto cumulativo dei fattori di rischio cardiovascolari piuttosto che all'invecchiamento in sé stesso.

Sicuramente la coronaropatia è da 5 a 6 volte più comune negli uomini da 35 a 44 anni piuttosto che nelle donne della stessa fascia d'età ma queste differenze legate al sesso tendono a diminuire con l'età. Le donne in età post-menopausale non raggiungono quasi mai il livello di vasculopatia maschile. Analizzando i dati del Framingham Art Study si evidenzia un quadro

più benigno dovuto probabilmente ad una tardiva insorgenza della malattia. Più recentemente è stata evidenziata l'importanza della componente genetica: una storia familiare di cardiovasculopatia prima dei 50 anni nei familiari di primo grado conferisce un fattore di rischio più alto da 2 a 4 volte.

La prevenzione è fondamentale e si attua dapprima individuando i soggetti a rischio in entrambi i sessi, misurando poi lo spessore del complesso "intima-media" (IMT) che permette di stabilire l'età vascolare del paziente e di seguire nel tempo l'ispessimento della parete arteriosa dando al medico la possibilità di rallentarlo e, così facendo, migliorare la salute vascolare dei pazienti.

Artrosi del Ginocchio

Quale Diagnosi? Quale Terapia?



Dottore

Vincent MAZZONE
Specialista in Ortopedia,
Chirurgia della Mano e
Chirurgia protesica delle
grandi e
delle piccole articolazioni

Come funziona un ginocchio normale

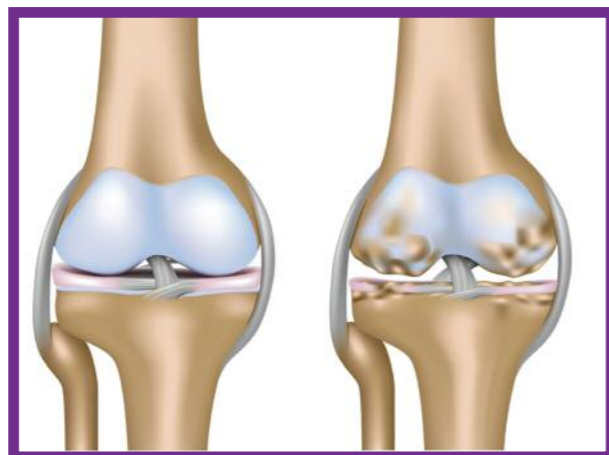
Le ossa delle ginocchia, vale a dire la parte posteriore della rotula, la parte inferiore del femore e la parte superiore della tibia, sono rivestite dalla cartilagine articolare liscia. I menischi ammortizzano e guidano il trasferimento del peso del corpo dal femore alla tibia. Se la cartilagine ed i menischi sono integri ed il ginocchio è ben lubrificato il ginocchio funziona bene e non da dolore.

Che cos'è l' artrosi di ginocchio

A causa dell'usura e dell' invecchiamento la cartilagine subisce una degenerazione progressiva, che si manifesta con la perdita di elasticità, l'indurimento, ed il distacco di frammenti di cartilagine e di tessuto osseo. Le ossa, infatti, non riescono a muoversi agevolmente su una cartilagine ruvida e l'articolazione si infiamma frequentemente. A causa dell'artrosi del ginocchio e dell'infiammazione che ne deriva cambia la consistenza del liquido articolare e diminuisce la proprietà lubrificante del liquido stesso.

Quali sono i sintomi dell' artrosi di ginocchio

I principali sintomi dell'artrosi sono la sensazione di rigidità del ginocchio, avvertita soprattutto nelle prime ore della mattina, il dolore del ginocchio, che si acuisce se si sale o si scende lungo le scale, la difficoltà di movimento e la sensazione di scricchiolio avvertita all'altezza del ginocchio. Tra i sintomi può manifestarsi il gonfiore, mentre in genere, non si presentano il rossore o l'aumento di temperatura nell'area del ginocchio.



Ginocchio sano

Ginocchio artrosico

Come fare la diagnosi dell' Artrosi di Ginocchio

Può sembrare strano ma per fare diagnosi di Artrosi del ginocchio basta di solito una semplice radiografia standard.

Fatta la diagnosi di artrosi di ginocchio un altro esame diventa indispensabile per decidere quale trattamento chirurgico è più opportuno. La **teleradiografia** degli arti inferiori (cioè la radiografia di entrambe le gambe dal bacino ai piedi) permette di calcolare gli assi di carico. Sarà in base a questo esame che si sceglierà il trattamento chirurgico più opportuno. Inaspettatamente sono meno importanti la TAC e la RMN. Non bisogna mai scordarsi per completare l'inquadramento diagnostico di eseguire un esame del sangue con i test reumatici

FARMACI

La terapia infiltrativa: cortisone o acido ialuronico ?

Il primo trattamento dell' artrosi di ginocchio è ovviamente quello farmacologico.

E' comunque compito del medico scegliere il tipo di farmaci antinfiammatori più adatto ad ogni singolo paziente.

L' uso di farmaci condroprotettori è un coadiuvante della terapia antinfiammatoria. Le infiltrazioni di acido ialuronico sono considerate più appropriate per rimandare, quando possibile, il trattamento chirurgico.

La terapia fisica e riabilitativa

La terapia fisica, da sola, difficilmente risolve la sintomatologia dolorosa da artrosi. Può essere invece importante coadiuvante della terapia medica in un trattamento integrato multidisciplinare.

Un buon programma riabilitativo pre o post chirurgico è solitamente fondamentale per conseguire un risultato ottimale dopo un intervento chirurgico di osteotomia o protesi

CHIRURGIA

L' Osteotomia di Ginocchio

È l' intervento chirurgico per l' artrosi di ginocchio meno conosciuto dal grande pubblico e spesso dimenticato dai chirurghi ortopedici.

Consiste nel tagliare la tibia e poi fissarla con una nuova direzione in modo da spostare gli assi di carico dell' intero arto. Così facendo si mette sotto carico l' altra metà del ginocchio ancora non consumata. Si può eseguire solo in alcuni casi.

Infatti può essere eseguita quando metà ginocchio è artrosica e dolente mentre l' altra metà è fondamentalmente sana. Il grandissimo vantaggio è che consente di far lavorare il ginocchio del paziente ancora a lungo rimandando l' intervento di protesi di molti anni (anche 15!!).

Si esegue soprattutto in pazienti relativamente giovani 45 -65 anni e proprio perché deve garantire risultati di lunga durata richiede un' esecuzione accurata e calcoli precisi della correzione degli assi di carico. Oggi la precisione di questi calcoli può essere affidata in sala operatoria a sistemi computerizzati che guidano ed aiutano il chirurgo

La Protesi di Ginocchio

La sostituzione parziale o totale dell' articolazione con un ginocchio artificiale cioè una protesi, deve essere considerato oggi un intervento ancora complesso ma dai risultati affidabili. Deve essere eseguito quando la qualità della vita del paziente è gravemente condizionata dal dolore causato dall' artrosi e la terapia conservativa con farmaci non garantisce lunghi periodi di benessere.

Si esegue preferibilmente in soggetti meno giovani in cui non vi sono altre alternative chirurgiche. La precisione d'impianto della protesi è la miglior garanzia della sua sopravvivenza.

Molti tipi di protesi possono essere impiantati con estrema precisione grazie all' uso di Tecnologie Computerizzate in sala operatoria (chirurgia ortopedica computer-assistita).



Protesi ginocchio in titanio

“Prescrivere” il movimento



Dottore
Siriano CORDONI
Medico dello Sport

E' oramai assodato che la pratica regolare di una attività motoria fa bene alla salute.

L'attività fisica aiuta a prevenire una nutrita serie di malattie e disturbi molto diffusi, come il sovrappeso, l'ipertensione arteriosa, le malattie cardiocircolatorie, l'aumento di colesterolo e trigliceridi, il diabete di tipo 2, l'osteoporosi e, secondo le ultime indicazioni scientifiche, anche il cancro al colon e al seno.

Il movimento inoltre ha un effetto positivo sul benessere fisico e psichico e sulla qualità della vita, dall'età adolescenziale fino ai cento anni e oltre.

Concetti che sono stati messi a fuoco nell'ultimo congresso nazionale della Federazione Medico Sportiva Italiana, svolto a Catania nell'ottobre scorso, dove è stata conosciuta una nuova malattia, la sedentarietà, alla cui lotta va riservato l'impegno del sistema sanitario nei prossimi anni.

Nei Paesi industrializzati tale patologia provoca danni alla salute comparabili a quelli causati dal fumo di sigaretta, tanto che oggi la sedentarietà può essere considerata uno dei principali fattori di rischio per la salute, insieme al fumo, all'obesità, all'alcol e ai fattori ambientali.

Dagli studi condotti emerge che l'attività motoria, se praticata regolarmente ha effetti benefici anche sulle capacità cognitive. Chi conduce una vita attiva, all'aria aperta a contatto con altre persone è meno soggetto a malattie neurodegenerative, come l'Alzheimer, si sente fisicamente e psichicamente più in forma. Ricorre meno frequentemente ai farmaci, alle strutture sanitarie. Si ammala di meno. Si assenta meno dal lavoro.

Ma il movimento regolare oltre che essere un metodo per la prevenzione delle malattie, è anche un metodo per curare alcune malattie. Così come si prescrivono gli antipertensivi per curare la pressione alta o gli antibiotici per curare le malattie infettive batteriche, così si prescrive il movimento in alcune malattie. Basti pensare all'effetto benefico che svolge l'attività motoria in coloro che hanno una cardiopatia ischemica, oppure l'asma, o il diabete, o la bronchite cronica di un fumatore o la scoliosi nell'adolescenza e così via.

Ma quale e quanto movimento prescrivere? E' chiaro che ogni paziente in base alle proprie caratteristiche, alla pro-

prie malattie, all'età, al sesso, al peso, alle terapie farmacologiche che assume, ecc., avrà l'indicazione a un certo tipo di movimento, a una certa intensità, per un certo periodo e così via.

Tutto ciò sembra ovvio, ma la prescrizione di un tipo oppure di un altro tipo di attività motoria, è un atto medico di grande responsabilità che presuppone la conoscenza approfondita del paziente e dell'esercizio fisico da consigliare. Come un farmaco va prescritto a un certo dosaggio e per un certo periodo, così l'esercizio fisico deve avere una prescrizione medica specialistica. Ed è questo uno dei principali compiti del medico dello sport. Non bisogna dimenticare che lo sport può far anche male. Secondo le statistiche il rischio principale associato al movimento, e in modo particolare allo sport, è il rischio di infortuni che nella maggior parte dei casi sono dovuti a scarsa preparazione fisica, all'imprudenza, all'eccessivo fervore (come accadde nelle classiche partitelle fra scapoli e ammogliati). Anche in questi casi una attenta valutazione del soggetto può far sì che si possa mettere in campo una adeguata strategia preventiva. Come ad es. l'uso di particolari fasciature preventive e terapeutiche, come il taping e/o l'uso di specifici tutori. Questo presuppone un'attenta conoscenza dei materiali delle attrezzature sportive, dai nuovi tessuti traspiranti, alle scarpette, agli attrezzi sportivi, in modo da evitare o limitare le tecnopatie da movimento e/o da sport. Bisogna dare le giuste indicazioni di esercizio fisico per evitare ad es. il sovraccarico articolare e/o cardiovascolare, che potrebbe essere alla base rispettivamente dell'aggravarsi di un'artrosi, o di un evento cardiovascolare non desiderato.

Un'ultima riflessione sulla distinzione fra sport e attività motoria. Lo sport è un tipo specifico di attività fisica organizzata e svolta sotto l'osservazione di professionisti dello sport, che con la loro preparazione sono in grado di far migliorare la prestazione sportiva evitando le malattie da sport negli atleti, mentre attività fisica o motoria è un termine che intende il movimento in senso più ampio svolto, anche al di fuori di un contesto sportivo organizzato, ad esempio salire o scendere le scale, prendere l'autobus, portare dei pesi, quindi anche il movimento fisico che si fa quotidianamente, o quello che si fa sotto la osservazione di terapeuti del movimento come ad esempio nella riabilitazione osteo articolare o cardiovascolare.

Una nuova metodica **RADIODIAGNOSTICA** a cavallo delle due Guerre

Dott.ssa **Fiorella Di VITTORIO**
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

La radiologia approda in Italia nei primi anni del '900 grazie all'impiego delle automobili mediche messe a disposizione per i soldati al fronte impegnati nella Prima Guerra Mondiale.

Uno dei promotori di quest'innovazione nel campo della medicina in Italia fu Vittorio Maragliano, medico e docente universitario di Genova.

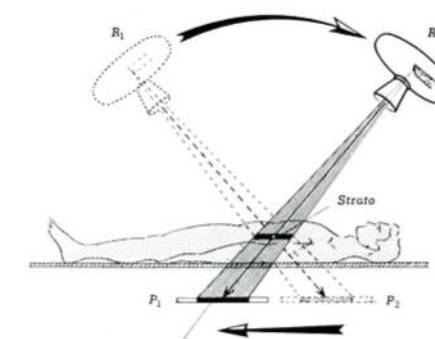
Qualche decennio più tardi, a cavallo tra le due grandi guerre, un allievo di Maragliano volle porre le basi per una nuova metodica radiologica. Quest'innovatore fu il medico radiologo, di origine ligure anch'egli, Alessandro Vallebona, vissuto fino agli anni '80.

Esattamente nel 1930, Vallebona propose sulla rivista "La Liguria Medica" e successivamente in una comunicazione congressuale a Zurigo, una nuova metodica radiodiagnostica detta STRATIGRAFIA. Questa tecnica innovativa per quei tempi, oggi è riconosciuta come la progenitrice della più moderna e recente metodica TAC (Tomografia Assiale Computerizzata).

Uno dei limiti principali della radiologia tradizionale è che il corpo umano può essere studiato solo bidimensionalmente; l'intento del rivoluzionario radiologo infatti era quello di introdurre un metodo che consentisse lo studio della terza dimensione.

Poiché l'immagine radiografica che si otteneva altro non era che la sommazione dei vari organi, Vallebona sosteneva che il suo intento era quello di non vedere più i visceri rappresentati come ombre ma dissociati dal resto degli altri apparati.

Per spiegare meglio la sua idea, l'ambizioso medico prese come esempio un libro: vedendolo chiuso, è paragonabile alla radiografia tradizionale poiché le varie parti che lo compongono (le pagine) vengono sovrapposte cioè viste nel complesso. A questo punto il quesito da porsi era semplice: come si poteva studiare ogni singola pagina che componeva il libro?



Riproduzione dello strato

Muovendo il tubo roentgen da R_1 a R_2 la pellicola procede da P_1 a P_2 .

Uno strato disposto parallelamente alla pellicola nel piano passante per il fulcro viene riprodotto nitido sulla pellicola, tutto il resto vi appare sfumato ed incerto.

L'idea di Vallebona era quella di passare da una visione sintetica (il libro chiuso-il corpo umano visto sommariamente dall'esterno) a quella analitica (le singole pagine che costituiscono il libro- gli organi interni) per cui, in campo medico, egli voleva studiare il corpo umano non solo complessivamente dall'esterno ma anche il suo interno (i vari apparati che racchiudono i visceri) in ogni singolo strato, da cui il nome della metodica "Stratigrafia" (dal greco TOMOS, strato).

Ma come funzionava? Le prime apparecchiature prevedevano il tubo radiogeno fisso, orientato verso la zona di interesse, mentre il paziente e la pellicola impressionabile ruotavano sui rispettivi assi verticali. La parte anatomica "stratigrafare" veniva orientata verso il tubo radiogeno semplicemente alzando o abbassando lo sgabello sul quale si faceva sedere il paziente.

Successivamente, con l'evolversi della metodica, il tubo radiogeno e la pellicola impressionabile si muoveranno in maniera sincrona e opposta.

In concomitanza degli Anni di Piombo in Italia, la Stratigrafia è stata rivoluzionata dall'utilizzo delle tecniche informatiche fino ad evolversi nella Tomografia Assiale Computerizzata.



GRUPPO MEDICO D'ARCHIVIO

Garanzia di professionalità, qualità e sicurezza da 30 anni al tuo servizio.

Nei centri di Giulianova e Teramo equipe di medici specialisti in Radiodiagnostica garantiscono ogni giorno la possibilità di diagnosi accurate ed immediate.

Radiologia Tradizionale, Risonanza Magnetica Total Body, Densitometria Ossea, Ecografie, Ecocolor Doppler, TAC cone Beam, TAC con e senza MDC e Mammografia effettuate con apparecchiature di ultima generazione.

Il **GRUPPO MEDICO D'ARCHIVIO**, attraverso l'**AMBULATORIO MEDICO SPECIALISTICO DIOMIRA**, offre prestazioni ambulatoriali nei diversi campi del settore sanitario, avvalendosi della collaborazione dei migliori specialisti.



Centro Diagnostico
D'Archivio



Studio Radiologico
Gadaleta srl



Diomira
Ambulatorio Medico Specialistico

DIOMIRA

CENTRO DIAGNOSTICO D'ARCHIVIO **STUDIO RADIOLOGICO GADALETA** **AMBULATORIO MEDICO SPECIALISTICO**

Via G. Galilei, 59 - Giulianova Lido (Te)
Tel. 085 8008215

Via Del Baluardo, 53 - Teramo
Tel. 0861 246643

Via Mamiani, 7 - Giulianova Lido (Te)
Tel. 085 8005036

info@centrodiagnosticodarchivio.it

info@studioradiologicogadaleta.it

info@diomiramedicina.it

www.gruppomedicodarchivio.it

