

La rinite allergica fa meno paura

Nel 1819 il medico inglese Charles Harrison Blackley scoprì la “febbre da fieno”, quella allergia per la quale molte persone preferiscono l’inverno alla primavera. Dopo quasi due secoli quanto è cambiata questa malattia che oggi chiamiamo pollinosi?

Sicuramente molto e per chi ne soffre ci sono buone notizie e altre meno buone, sottolinea il Dr. Gianenrico Senna, responsabile dell’Unità Operativa di Allergologia della nostra Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata.

Cominciamo dalle ultime. La prima novità negativa è che il numero di chi soffre di rinite allergica è in costante aumento e oggi un veronese su quattro ne è affetto. Considerando la sola fascia pediatrica e rimanendo costante l’attuale tasso di crescita le prospettive per il 2020 dicono che la prevalenza salirà al 50% nel 2020. La seconda notizia è che quattro allergici su cinque sono polisensibili, cioè presentano allergie per più pollini o altri allergeni respiratori. Questo significa che per gran parte degli allergici il periodo critico non si limita alla classica primavera, ma può dilatarsi cronologicamente iniziando già a gennaio o finendo ad autunno inoltrato.

Un’altra modificazione importante della pollinosi è legata ai cambi climatici. Infatti il “global warming” aumentando le temperature medie dei periodi

primaverili ed estivi ha modificato le stagioni del polline che hanno oggi una durata maggiore e sono più intense. Le conseguenze sul piano clinico sono piuttosto ovvie, con un allungamento e un’intensificazione dei sintomi respiratori. Nell’ultimo decennio abbiamo anche assistito a un’impennata del numero dei temporali estivi. Questi sono un fattore di rischio per gli allergici al polline. Infatti i campi elettromagnetici che precedono i fenomeni temporaleschi polverizzano i pollini in particelle molto piccole che più facilmente raggiungono le vie bronchiali dei soggetti allergici causando non solo rinite, ma anche accessi di asma.

Un altro aspetto negativo è stato l’introduzione nell’arredo urbano di piante esteticamente molto belle ma allergeniche come le betulle e i cipressi. Come conseguenza sono aumentate le sensibilizzazioni a questi pollini che sono responsabili di oculo-riniti molto precoci, che iniziano già nel mese di gennaio. Queste sensibilizzazioni inoltre sembrano prevalere negli adulti e anche negli anziani. Nell’ “arredo urbano” è purtroppo ospite regolare l’inquinamento. Al di là delle conseguenze sulle vie respiratorie legate a meccanismi irritativi del micro particolato, le particelle incombuste dei motori diesel hanno la capacità di rendere i pollini più allergizzanti. Per questo motivo gli allergici sono

paradossalmente più numerosi in città che non in campagna.

E il bicchiere mezzo pieno? Le notizie confortanti vengono dalla terapia, perché oggi è molto migliorato il bagaglio terapeutico della rinite allergica. In primo luogo sono oggi disponibili anti-istaminici di seconda generazione che sono quasi completamente privi di fastidiosi effetti sedativi. Per i casi nei quali prevale l’ostruzione nasale sono invece disponibili cortisonici locali che si utilizzano in mono-somministrazione e che hanno caratteristiche farmacologiche che ne escludono un assorbimento sistemico. Questo significa che anche un uso protratto non comporta alcun effetto collaterale, diversamente dai cortisonici assunti per via orale o iniettiva.

Un’altra interessante novità è che l’immunoterapia per via sublinguale per graminacee in compresse orosolubili superati i processi registrativi può essere prescritta gratuitamente dagli specialisti. In un primo tempo l’Assessorato alla Sanità Regionale aveva concesso un significativo contributo all’acquisto del farmaco, ma una successiva decisione ministeriale ha permesso la totale gratuità. La disponibilità di questa tera-



pia è un deciso passo avanti nel trattamento della rinite allergica da graminacee, perché oltre a diminuire l’intensità dei sintomi e la necessità di farmaci sintomatici, riduce il rischio di sviluppo di asma. Inoltre dopo un ciclo di tre anni il beneficio clinico permane per anni. Va poi sottolineata la grande sicurezza di questo farmaco che ne consente l’uso domiciliare.

E’ inoltre prevista una rete regionale allergologica che valuti i benefici di questa terapia con una raccolta dati che verrà coordinata dall’Unità Operativa di Allergologia della nostra Azienda, perché Centro di Riferimento Regionale per la diagnosi e terapia delle malattie allergiche. In conclusione la prevenzione della rinite allergica appare entro certi limiti molto difficile, perché strettamente collegata a complesse problematiche ambientali. Tuttavia il messaggio positivo è che per chi si ammala sono disponibili trattamenti efficaci in grado di garantire una buona qualità di vita.

Minintervento per eliminare la sudorazione imbarazzante

In una società evoluta, veloce, dove oltre alla vivacità professionale è fondamentale l’approccio sociale e interpersonale, l’iperidrosi rappresenta un problema sempre più frequente. Questa patologia, estremamente imbarazzante, viene affrontata nell’Unità Operativa dal dottor Giovanni Magnanelli, dove il dottor Alessandro Lonardoni ha al proprio attivo quasi 150 interventi, eseguiti su persone di diversi livelli sociali, per i quali il solo dare la mano, bagnata di sudore, causa notevole imbarazzo sociale ed è spesso causa di instabilità emotiva.

La sudorazione è un fenomeno necessario per la regolazione della temperatura corporea; la secrezione del sudore, attraverso le ghiandole sudoripare, è mediata e regolata dal sistema nervoso autonomo, in particolare dal sistema nervoso simpatico.

In taluni pazienti (circa l’2% della popolazione) questa regolazione è alterata, si ha quindi una sudorazione eccessiva. Quando l’iperidrosi rientra all’interno dei sintomi di una patologia nota viene definita “secondaria”; le situazioni patologiche di più frequente riscontro possono essere: l’obesità, la menopausa, l’ipertiroidismo o l’assunzione di terapia ormonale.

L’iperidrosi “idiopatica o essenziale” invece, non presenta un’etiologia conosciuta e si presenta nei primi anni di vita o nell’adolescenza e si protrae per tutta la vita.

L’iperidrosi palmare (insieme alla forma ascellare) è, tra tutte le forme di iperidrosi, quella che sicuramente riveste un peso



Il dr. Giovanni Magnanelli direttore della Chirurgia toracica e il dr. Alessandro Lonardoni

sociale maggiore poiché le mani, molto più esposte di ogni altra parte del corpo, svolgono un ruolo prioritario nella vita professionale, di relazione e in tutte le attività pratiche.

Questo condizionamento può portare, nei casi più gravi, ad un progressivo isolamento individuale a tal punto da evitare del tutto ogni contatto sociale.

Un corretto management della iperidrosi primaria prevede, all’inizio, la precisa esclusione di un’ eventuale patologia sottostante, perché ogni tipo di approccio terapeutico iniziale deve essere finalizzato a risolvere la condizione patologica di base; accertata quindi la “primitività” della forma morbosa, possiamo prendere in considerazione una terapia sintomatica.

Gli antitraspiranti, le iniezioni di tossina botulinica, le applicazioni di iontoforesi, sono procedure terapeutiche indirizzate principalmente a forme di iperidrosi di lieve o di media entità, ma hanno più che altro un carattere palliativo e non risolutivo. Nei casi più gravi trova invece una precisa indicazione l’approccio chirurgico, attraverso la Simpaticotomia Videotoracoscopica Bilaterale: metodica miniinvasiva messa a punto solo di recente e che ha definitivamente soppiantato la simpatectomia toracica a cielo aperto, decisamente più cruenta e con l’aggravante di avere lunghi tempi di degenza e maggiori complicazioni post-operatorie.

Questa procedura miniinvasiva, attraverso l’introduzione di un’ottica e di un elettrobisturi in cavo pleurico, circa 20 minuti per lato, necessita di una ospedalizzazione di solo 24 ore, consentendo al paziente un ritorno precoce alle normali attività lavorative e familiari.

Questo tipo di intervento, eseguito bilateralmente, porta alla remissione completa del disturbo nel 99% dei pazienti trattati.

In alcuni casi, tra gli effetti collaterali, possiamo annoverare una sudorazione compensatoria, ovvero l’iperidrosi, bloccata a livello delle mani e/o delle ascelle, può aumentare a livello del dorso o degli arti inferiori; tale situazione, comunque ben tollerata dal paziente, ha un’incidenza di circa il 30% dei casi, è di intensità minore rispetto all’iperidrosi iniziale e tende ad autolimitarsi nel tempo.

“E’ stato possibile verificare il grado di soddisfazione del paziente nel periodo post-operatorio – spiega il dr. Lonardoni – attraverso un questionario di autovalutazione e si è constatato un ottimo giudizio sui risultati della procedura, complessivamente nell’99,5% dei casi”.

L’iter clinico-diagnostico, a cui si dovrà sottoporre il paziente, attraverso la realizzazione di routinari esami pre-operatori ambulatoriali, permetterà di afferire in tempi rapidi all’intervento e, dopo una limitata degenza, di ritornare ad una quotidianità meno invalidante.

Ora Verona fa scuola nel mondo con l’endoscopia otoneurochirurgica



Il prof. Daniele Marchioni, nuovo primario di Otorinolaringoiatria

Il prof. Daniele Marchioni, 46 anni, proveniente dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena e’ il nuovo Direttore della Scuola di Specializzazione in Otorinolaringoiatria dell’Università degli Studi di Verona e Primario di Otorinolaringoiatria dell’Ospedale di Borgo Trento è uno dei massimi esperti mondiali della chirurgia endoscopica per il trattamento delle patologie a carico dell’orecchio medio ed interno e del neurinoma dell’acustico.

La tecnica endoscopica in campo otoneurologico, sia diagnostico che chirurgico, consente una visione “dietro l’angolo”, permettendo l’esplorazione di alcune aree cieche, poco accessibili anche con microscopia tradizionale e quindi una chirurgia più sicura con la possibilità di ottenere una maggior preservazione dei tessuti sani tramite l’ausilio di strumentazioni innovative e altamente tecnologiche: una chirurgia mini-invasiva e conservativa, con un risultato migliore sulla qualità di vita del paziente, rispetto alle tecniche tradizionali.

Il prof. Marchioni, ha voluto fare subito di Verona il centro di riferimento mondiale per la chirurgia endoscopica dell’orecchio e delle vie uditive, compresa la riabilitazione bionica, dove l’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e’ già “Centro di

eccellenza” e che, in quest’ottica di attività assistenziale innovativa, sarà presto potenziato con l’attività di audiologia avanzata, grazie all’introduzione delle nuove tecniche endoscopiche in campo diagnostico. In stretta collaborazione con la neurochirurgia, il prof. Marchioni ha effettuato, per la prima volta a Verona, la rimozione di un neurinoma dell’acustico per via endoscopica esclusiva attraverso il condotto uditivo esterno, senza incisioni cutanee o craniotomie, con un immediato recupero funzionale della paziente, che e’ potuta rientrare in reparto subito dopo il complesso intervento chirurgico, senza ricovero in terapie intensive. La paziente è stata dimessa dopo quattro giorni, mentre normalmente sono richieste 10-15 giornate di ricovero.

A Verona sono stati inoltre trattati per la prima volta in Italia, i primi pazienti con l’ultimo contributo nel campo dell’otoneurochirurgia: la tecnologia 3D. Questa tecnica unisce al vantaggio dell’alta definizione quello della realtà tridimensionale, consentendo la realizzazione di una chirurgia di precisione, mini-invasiva e funzionale.

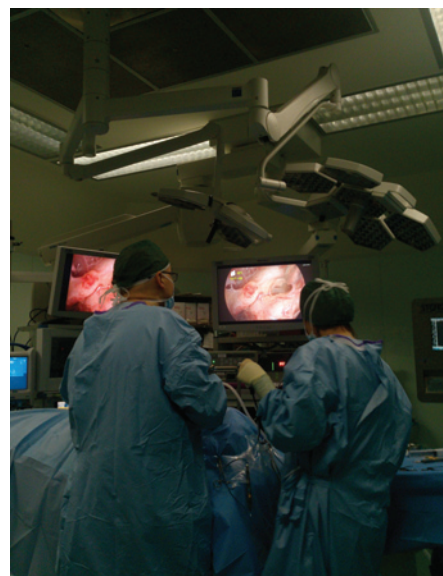
La tecnica endoscopica è stata messa a punto dal prof. Marchioni in collaborazione con il prof. Presutti, del Policlinico di Modena. Gli studi e la ricerca eseguite in tale settore hanno attirato l’interesse del mondo accademico e scientifico internazionale, tanto che dalle sale operatorie di Borgo Roma è stata effettuata una diretta via streaming con l’Università di Sydney di un intervento chirurgico per rimozione di un colesteatoma (lesione infiltrativa dell’orecchio medio) per via endoscopica attraverso il condotto uditivo esterno.

L’Unità di Otorinolaringoiatria può dunque collaborare con alcune delle eccellenze nazionali e internazionali già presenti nel panorama sanitario veronese - come la Chirurgia Maxillo-Facciale, la Neurochirurgia e la Chirurgia Esofago-Stomaco - consentendo il trat-

tamento multidisciplinare di patologie ad alto livello di complessità, in un’ottica di integrazione delle competenze mediche, imprescindibile per Strutture Ospedaliere di livello avanzato, come quella di Verona.

Un reparto rinnovato e che punta sulla gestione di equipe delle patologie complesse otorinolaringoiatriche, la cui gestione richiede che ogni sanitario porti le proprie competenze, affinché il paziente sia adeguatamente trattato dal momento della diagnosi a quello della dimissione, passando attraverso il complesso atto chirurgico.

In questo modo di intendere il lavoro di equipe cambia anche il ruolo dei medici specializzandi, che con la nuova direzione della Scuola di Specialità di ORL, possono, seguiti ed adeguatamente preparati, concretizzare con entusiasmo la loro moderna crescita professionale.



Un intervento di chirurgia endoscopica al Polo Confortini