

# Chirurgia della mano, le nuove frontiere

L'Unità Operativa Complessa di Chirurgia della Mano dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, presso l'Ospedale di Borgo Roma, è stata recentemente premiata con il rinnovo del riconoscimento di Centro di Riferimento della Regione Veneto. Diretta attualmente dal dott. Massimo Corain, fornisce un servizio regionale e interregionale di reperibilità 24 ore su 24 per i traumi complessi dell'arto superiore e rappresenta un centro d'eccellenza della sanità veronese e veneta. Si tratta di un reparto specializzato rispondente alle caratteristiche conformi ISO 9001:2008 e riconosciuto Centro Europeo di Traumatologia della mano FESSH (Federation Societies for Surgery of the Hand) per numeri e qualità.

E' stato inoltre rinnovato Centro Formativo IBRA (International Bone Research Association) Associazione internazionale con base in Svizzera, che raccoglie i centri che, a livello mondiale, si sono distinti per attività scientifica e formativa su scala internazionale.

L'equipe dispone di quattro microchirurghi: Massimo Corain (Direttore f.f.), Leone Pangallo, Vito Zanella e Alberto Garofano. Quest'ultimo, nei giorni scorsi, ha portato a termine un reimpianto di mano su un paziente, trasportato in regime di urgenza dall'eliosoccorso della Provincia di Trento.

L'amputazione al polso è stata causata da una sega circolare utilizzata in ambito lavorativo, mentre nelle ore successive, un'altra amputazio-



Dott. Massimo Corain

ne traumatica del pollice della mano destra, per infortunio sul lavoro nel veronese, ha richiesto un intervento di reimpianto del dito, salvaguardando la funzionalità della mano.

Sono traumi complessi che, nonostante la flessione dell'attività produttiva delle aziende, presente anche nel nord-est, vedono un progressivo aumento d'incidenza a causa di infortuni domestici o legati alla produzione artigianale.

L'alta percentuale di traumi che necessitano di un approccio microchirurgico, impone una presenza di specialisti in grado di offrire una disponibilità professionale a 360°, potendo trattare le patologie traumatiche e quelle differibili in elezione sia del bambino che dell'anziano.

L'Unità Operativa esegue circa 1800 interventi all'anno e 5800 visite specialistiche, con una progressiva crescita dell'affluenza che si sviluppa in parallelo alla concentrazione degli sforzi per l'abbattimento delle liste d'attesa.

Gli utenti possono accedere a diversi

ambulatori, tra cui uno dedicato alle "patologie pediatriche malformative dell'arto superiore", un ambulatorio per le "patologie traumatiche e infiammatorie del gomito", un multidisciplinare di "reumatologia infantile e dell'adulto", nell'ottica di offrire un'alta specializzazione alla richiesta sempre più finalizzata di diversi professionisti e di pazienti sul territorio, afferenti al centro di riferimento regionale.

Appartiene all'Unità anche il Servizio di Terapia con Onde d'Urto, coordinato dal dott. Claudio Guerra, che con circa 1300 trattamenti all'anno si fa carico di una serie di patologie non chirurgiche dell'apparato scheletrico e dei tessuti molli.

L'Unità operativa di Chirurgia della Mano vanta un'attrattiva extraregione

del 18%, grazie anche alla collaborazione con l'Università di Verona e con altre università sul territorio nazionale e internazionale. Nonostante una mole di lavoro routinaria importante, trova spazio anche una vivace attività scientifica e di ricerca, riconosciuta in sede di congressi e su riviste internazionali.

Un'attività essenziale anche perché, alla luce del processo di modernizzazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che coinvolge anche le strutture ospedaliere della nostra città, pone l'Unità Operativa Complessa di Chirurgia della Mano al centro di una evoluzione progressiva che sempre più richiede una forte elasticità e capacità di adeguamento, per essere confermata Centro di Riferimento.



Il Dott. Garofano (a sx) e il Dott. Silvestri col paziente al quale è stato reimpiantato il pollice

# Ora il tumore della prostata fa meno paura

Il numero stimato di nuove diagnosi di tumore della prostata in Italia per il 2015 è di 35.000 casi (dati AIRTUM Associazione Italiana Registri Tumori). Ciò conferma il tumore della prostata come il più prevalente tumore maschile, seguito da polmone e colon-retto. Tuttavia in termini di mortalità il tumore della prostata scende al terzo/quarto posto a sottolineare che nella maggior parte dei casi si tratta di un tumore a lenta o lentissima progressione.

Nonostante l'accordo unanime sulla mancanza di evidenze scientifiche sull'utilizzo dello screening su popolazione sana mediante PSA (poiché il vantaggio in termini di riduzione della mortalità è compromesso dalla rilevante possibilità di sovradignosi e conseguente sovratrattamento) rimane la realtà di uno screening opportunistico che conduce a frequenti diagnosi di malattie così dette clinicamente non significative.

Numerosi progressi sono in atto nella diagnostica e nel trattamento del tumore prostatico.

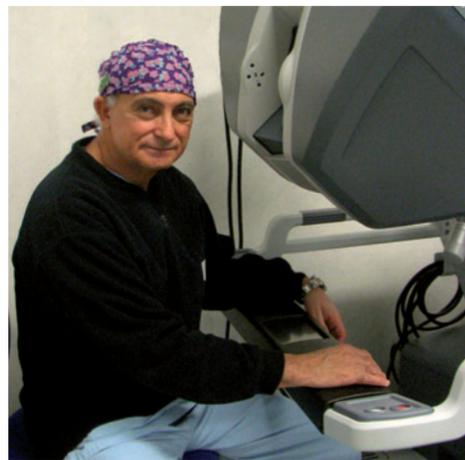
La risonanza magnetica multiparametrica (che si avvale di tre parametri principali: intensità, diffusione e vascolarizzazione) è in grado di identificare le malattie significative (score di Gleason 7 o superiore), e di definirne dimensioni e topografia. Osservazioni replicate in varie sedi attestano che la risonanza magnetica multiparametrica, eseguita in mani esperte e seguendo protocolli predefiniti a livello internazionale, ha una predittività diagnostica negativa del 95%. Ciò significa che la probabilità che sfugga un tumore della prostata significativo è solo del 5%.

La disponibilità di un imaging efficace sta cambiando il paradigma diagnostico del carcinoma prostatico, passando dalla sequenza standard (esplorazione rettale, PSA, biopsia) ad una sequenza che preveda la biopsia solo dopo l'esecuzione della risonanza. Anche le modalità di esecuzione della biopsia stanno cambiando, poiché stiamo sperimentando il passaggio dalla biopsia random nelle sedi probabilisticamente più spesso coinvolte dalla neoplasia, alla biopsia mirata -così detta cognitiva- eseguita con tecniche di fusione delle immagini da risonanza e

ecografiche o durante la risonanza stessa.

Anche la stadiazione radiologica della neoplasia sta cambiando con la diffusione delle PET con traccianti quali la colina e più recentemente il PSMA, che sono in grado di identificare con maggiore accuratezza la possibilità di diffusione extraprostatica (soprattutto linfonodale e ossea) della malattia.

Quando la diagnosi è confermata dalla istologia derivante dalla biopsia della prostata, la moderna gestione del carcinoma prostatico organo confinato si avvale di uno spettro di opzioni che trovano indicazione in rapporto alle situazioni cliniche (includendo età e comorbidità del paziente) e ai gradi di rischio prognostico della malattia. Come nuova frontiera della stratificazione del rischio sono ormai disponibili anche alcuni test genomici che permettono di prevedere con buona approssimazione la aggressività biologica della malattia: sono necessarie conferme della loro validità clinica attraverso esperienze robuste e controllate ma è attesa la loro introduzione nella pratica clinica rispecchiando quanto già avviene per altre neoplasie, una per tutte il tumore della mammella. Il cancro della prostata a basso rischio è nella maggior parte dei casi malattia a lenta, lentissima evoluzione. Di conseguenza, in presenza di una



Il Prof. Walter Artibeni

malattia a basso volume e a basso rischio la scelta predominante è oggi la sorveglianza attiva che consiste in un monitoraggio standardizzato (tramite il controllo ripetuto di PSA, risonanza magnetica e biopsie prostatiche) che mira a cogliere l'eventuale viraggio peggiorativo e ad attivare in quel momento terapie attive con finalità di guarigione, cioè la chirurgia o la radioterapia.

La chirurgia (che consiste nella asportazione completa di prostata, vescichette seminali e linfonodi pelvici) grazie alla introduzione delle tecniche miniinvasive, e in particolare della robotica, ha documentato una riduzione marcata delle possibili complicanze relative alla funzione urinaria (incontinenza) e sessuale (deficit erettivo) del paziente. La laparoscopia robot-assistita, attraverso la visione tridimensionale magnificata, e la precisione millimetrica delle manovre eseguibili con strumenti articolati, rappresenta attualmente la frontiera più avanzata della chirurgia prostatica. Altrettanto si può dire della radioterapia, che ha introdotto notevoli migliorie tecnologiche e schemi di trattamento con possibilità di modulare la intensità della irradiazione e di attuare un puntamento ultrapreciso, migliorando i risultati oncologici e minimizzando le complicanze. Viviamo un'era entusiasmante di rapidi cambiamenti migliorativi. Non vi è dubbio che prossime migliori conoscenze della biologia del carcinoma della prostata avranno un impatto fortemente positivo sulla possibilità di cura di una malattia così frequente e temuta nel sesso maschile.

Lo sforzo comune di molti attori in campo biomedico e la introduzione di team multidisciplinari con il coinvolgimento simultaneo di urologi, radioterapisti, oncologi, radiologi e anatomopatologi, sono fattori che stanno significativamente elevando la qualità della gestione del tumore della prostata, come dimostrano i lusinghieri risultati ottenuti dall'Unità Operativa di Urologia di b.go Trento, diretta dal prof. Walter Artibeni, presidente degli Urologi italiani e recensente insignito del Willy Gregoir Medal, uno dei massimi riconoscimenti europei per un urologo.

# Team multidisciplinare per la fibrosi cistica

Il prof. Corrado Vassanelli, direttore del Dipartimento di Attività Integrata (DAI) cardiovascolare e toracico, da qualche mese ha assunto anche la funzione di Direttore dell'Unità Operativa della Fibrosi Cistica, considerata uno dei punti di forza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.



Il Prof. Corrado Vassanelli

E' quindi interessante

sentire la sua opinione su una delle malattie più insidiose che colpiscono soprattutto i bambini.

Sapevo da studente - esordisce il prof. Vassanelli - cosa fosse la *mucoviscidosi*. Ora è più frequentemente chiamata "fibrosi cistica" e non ne è cambiato solo il nome: ne è mutato l'approccio, la terapia e la sopravvivenza.

La conoscevo come malattia genetica (la più frequente tra le malattie rare nei paesi "caucasici") ma non conoscevo le risorse umane che è in grado di sprigionare.

E ho imparato.

Noi ci prendiamo cura di pazienti con fibrosi cistica, ma loro sono esperti di una vita con la malattia e la loro esperienza integra quella dei professionisti della sanità. Questo porta pazienti e le loro famiglie a un totale coinvolgimento nel miglioramento della qualità a tutti i livelli e la loro collaborazione è un prerequisito fondamentale del successo delle cure. Gli elementi indispensabili per il successo e la conformità con il trattamento stanno nel rispetto, la fiducia e la trasparenza tra tutti i partner.

Con il miglioramento dello stato di salute dei bambini e degli adolescenti, l'enfasi nella cura pediatrica oggi è focalizzata sulla prevenzione della progressione della malattia: la morbilità e la quasi totalità della mortalità associate con la fibrosi cistica si sono spostate agli adulti.

Questo -prosegue il prof. Vassanelli - ha incrementato le richieste per degenza negli adulti e la necessità di affrontare una malattia di maggior durata con più elevata incidenza di complicanze a più apparati (oltre a quello respiratorio) quali il diabete, l'osteoporosi, complicanze renali e del fegato ed infezioni atipiche. Vi è una continuità tra cura pediatrica e quella dell'età adulta.

La complessità della malattia richiede che i pazienti siano curati da specialisti supportati da un team multidisciplinare che include, tra gli altri, il fisioterapista, il microbiologo clinico, dietista, psicologo, assistente sociale, farmacista, genetista clinico.

Dalla scoperta del gene che induce la fibrosi cistica, la comprensione della complessa biologia della funzione della proteina che trasporta fisiologicamente gli ioni cloruro è avanzata in modo rilevante, aprendo prospettive di sviluppo a terapie specifiche per affrontare i difetti alla base della fibrosi cistica. Studi clinici in corso stanno esaminando la sicurezza e l'efficacia dell'associazione di farmaci in grado di modulare la funzione della proteina anomala che più frequentemente è alla base della fibrosi cistica. Tuttavia l'obiettivo finale è la correzione completa dell'anomalia in tutti i pazienti con fibrosi cistica e questo richiede una continua ricerca della biologia di base.

Lo sviluppo di terapie personalizzate specifiche sta progredendo rapidamente, stimolato da grandi avanzamenti tecnologici a vari livelli. Ad esempio, l'introduzione di nuovi metodi di screening affidabili permette valutazione precoce dell'efficacia dei farmaci che ripristinano la proteina alla base della fibrosi cistica e l'ottimizzazione del trattamento a livello personale, prima che la malattia si manifesti in forma conclamata.

L'avvento delle tecniche di nuova generazione di sequenziamento del DNA, consentono la rapida e completa individuazione delle alterazioni genetiche.

La recente svolta nella biologia delle cellule staminali che permette la coltura di mini-organi da singoli pazienti - conclude il prof. Vassanelli - non è rilevante solo per il futuro della terapia con cellule staminali, ma può anche consentire la sperimentazione preclinica di nuovi farmaci o combinazioni che si adattino perfettamente a un singolo paziente.