

CLINICA SAN CARLO



PUBBLICAZIONI pag. 3-6

An atlas of IgE sensitization patterns in different Italian areas. A multicenter, cross-sectional study.

Scala E, Villalta D, Uasuf CG, Pignatti P, Pirrotta L, Guerra EC, Locanto M, Meneguzzi G, Giani M, Cecchi L, Abeni D, **Asero R.**

Aedes communis Reactivity Is Associated with Bee Venom Hypersensitivity: An in vitro and in vivo Study.

Scala E, Pirrotta L, Uasuf CG, Mistrello G, Amato S, Guerra EC, Locanto M, Meneguzzi G, Giani M, Cecchi L, Abeni D, **Asero R.**

Allergy to LTP: to eat or not to eat sensitizing foods? A follow-up study.

Asero R, Piantanida M, Pravettoni V.

120° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Interna – Roma 18-20 novembre 2019

Lettura magistrale : “La carenza di ferro nello scompenso cardiaco e nelle malattie croniche.”

ECCELLENZE IN ONCOLOGIA ALLA CLINICA SAN CARLO pag . 7-8

I TUMORI GASTRO-ENTERICI

Dott. Renzo Gullotta - Servizio di Endoscopia Digestiva, Clinica Polispecialistica San Carlo

Dott. Luigi Castelli - Unità Operativa di Chirurgia Generale, Clinica Polispecialistica San Carlo

Dott. Roberto Buzzoni - Unità Operativa di Oncologia Medica, Clinica Polispecialistica San Carlo

LE EMO/LINFOPATIE

Dott. Guido Moreo - Responsabile Unità Operativa Medicina Generale , Clinica Polispecialistica San Carlo

LE INFEZIONI OSPEDALIERE pag. 9

INFLUENZA STAGIONALE E CAMPAGNA VACCINALE

Dott. Alberto Volonterio - Infettivologo, Clinica Polispecialistica San Carlo

INNOVAZIONI IN CLINICA pag .10-12

INTERVENTO DI CHIUSURA DELL’AURICOLA SINISTRA PER PREVENIRE L’ICTUS ISCHEMICO

Dott. Bernardo Cortese - Responsabile Unità Operativa Cardiologia, Clinica Polispecialistica San Carlo

IL PIEDE DIABETICO

Dott. Maurizio Caminiti - Responsabile Centro per la Cura del Piede Diabetico, Clinica Polispecialistica San Carlo

EVENTI E CORSI pag. 13-15

GIORNATE DI EDUCAZIONE E PROMOZIONE DEL BENESSERE 2019

LA MALATTIA DIABETICA È IN FORTE CRESCITA IN TUTTO IL MONDO

Dott. Adolfo Carlo Bianchi

Responsabile del Servizio di Diabetologia, Clinica Polispecialistica San Carlo

ARTROSI DEL GINOCCHIO

Dott. Alderino Dalla Pria

Responsabile Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia, Clinica Polispecialistica San Carlo

DALLE ASSOCIAZIONI pag. 16

CONCERTO DI NATALE 2019

“Santa Claus is coming to Town”

La Clinica Polispecialistica San Carlo ha il piacere di comunicare che il Dott. Riccardo Asero è stato eletto Presidente di AAIITO (Associazione Allergologi e Immunologi Italiani Territoriali e Ospedalieri), una della più importanti Associazioni scientifiche italiane divenuta punto di riferimento per un nuovo ruolo professionale dello specialista allergologo e immunologo clinico.

Dott. Riccardo Asero
Responsabile Ambulatorio di Allergologia
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano



An atlas of IgE sensitization patterns in different Italian areas. A multicenter, cross-sectional study.

Scala E, Villalta D, Uasuf CG, Pignatti P, Pirrotta L, Guerra EC, Locanto M, Meneguzzi G, Giani M, Cecchi L, Abeni D, Asero R.

Eur Ann Allergy Clin Immunol. 2018 Sep;Epub 2018 Jul 24. PubMed

Background. The development of recombinant technology supported the allergy diagnostic work-up in the daily clinical practice, representing a useful tool for epidemiological studies.

Methods. An atlas of the IgE sensitization profiles found throughout Italy was prepared from a nationwide, multicenter, cross-sectional study.

Results. 6052 unselected consecutive individuals, belonging to North-West [NW], North-East [NE], Centre [C], South [S], and Islands subset [Is] were evaluated by means of the ImmunoCAP ISAC test. The top-ranked sensitizations found were Cup a 1 in [C] (58.1%) and [S] (53.6%), Phi p 1 in the North (from 46.1% to 49%), and Cyn d 1 in [Is] (44.2%). High frequency of house dust mite group 2 molecules sensitization was found in [C] (36.9%) and [S] Italy (40.8%), whilst low level of reactivity was recorded in [NW] (20%). Pellitory hypersensitivity was mainly found in [C], [S], and [Is], whilst ragweed Amb a 1 sensitivity was particularly found in [NW] Italy. IgE recognition of PR-10, Profilin, and nsLTP was mutually exclusive in 69.1% of cases, PR-10 reactivity mostly occurring in [NE], Profilin in [NW], and nsLTP molecules recognition mainly recorded in [C] and [S].

Conclusions. Divergent IgE sensitization patterns were found along Italy, possibly linked to the distinct geographical locations, indicating multiplex system IgE analysis as a reliable approach for epidemiological evaluation even in small geographical areas.



[Clicca qui per visualizzare l'articolo originale](#)

Aedes communis Reactivity Is Associated with Bee Venom Hypersensitivity: An in vitro and in vivo Study.

Scala E, Pirrotta L, Uasuf CG, Mistrello G, Amato S, Guerra EC, Locanto M, Meneguzzi G, Giani M, Cecchi L, Abeni D, Asero R.

Int Arch Allergy Immunol. 2018;176(2):101-105. Epub 2018 May 22. PubMed



Dott. Riccardo Asero
Responsabile Ambulatorio di Allergologia
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano

Mosquito bite is usually followed by a local reaction, but severe or systemic reaction may, in rare cases, occur. Allergic reactions to *Aedes communis* (Ac) may be underestimated due to the lack of reliable diagnostic tools. In this multicenter study, 205 individuals reporting large local reactions to Ac were enrolled and studied for cutaneous or IgE reactivity to Ac, *Blattella germanica*, *Penaeus monodon*, and *Dermatophagoides pteronyssinus*. Extract and molecular IgE reactivity to bees, wasps, hornets, and yellow jacket venoms were also studied in 119 patients with a clinical history of adverse reaction to Hymenoptera. Immunoblot (IB) analysis and immunoCAP IgE inhibition experiments were carried out in selected sera. Ac sensitization was recorded in 96 (46.8%) patients on SPT. Strict relationship between Ac and *D. pteronyssinus*, *B. germanica*, *P. monodon*, or *Apis mellifera* reactivity on SPT was observed. Ac IgE recognition was seen in 60/131 (45.8%) patients, 49 (81.6%) of them SPT positive, and 5/14 IB reactors. Ac IgE sensitization was associated with *Tabanus* spp, *A. mellifera*, *Vespula vulgaris*, and *Polistes dominula* reactivity. A strict relationship between Ac IgE reactivity and Api m 1, Api m 2, Api m 3, Api m 5, and Api m 10 was recorded. IgE reactivity to AC was inhibited in 9/15 cases after serum absorption with the *A. mellifera* extract. Both SPT and IgE Ac reactivity is observed in about half of patients with a history of large local reactions to mosquito bites. The significant relationship between Ac sensitization and either extract or single bee venom components is suggestive of a "bee-mosquito syndrome" occurrence.

© 2018 S. Karger AG, Basel.



[Clicca qui per visualizzare l'articolo originale](#)

Allergy to LTP: to eat or not to eat sensitizing foods? A follow-up study.

Asero R, Piantanida M, Pravettoni V.

Eur Ann Allergy Clin Immunol. 2018 Jul;50(4):156-162. Epub 2018 Feb 16. PubMed



Dott. Riccardo Asero
Responsabile Ambulatorio di Allergologia
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano

Background. Follow-up data about the onset of novel food allergies

in patients allergic to lipid transfer protein (LTP) are missing. We investigated the occurrence of novel allergies over time in LTP hypersensitive patients.

Methods. Sixty-seven LTP-allergic patients recommended to avoid foods responsible for systemic reactions and encouraged to eat other sensitizing foods avoiding the association with known co-factors, were re-evaluated after ≥ 1 year to assess the occurrence of allergy to novel foods. IgE to rPru p 3, rBet v 1, and r Phl p 12 were measured.

Results. At baseline, the most frequent offending foods were Rosaceae / Prunoideae, tree nuts, and peanut. Most patients reacted to > 1 food, and 77% experienced systemic allergic reactions. Those monosensitized to LTP showed a higher prevalence of food-induced systemic reactions than patients co-sensitized to profilin and/or PR-10 ($p < 0.01$). Baseline Pru p 3 IgE levels did not differ between patients with local symptoms or systemic symptoms. 1-16 years after the baseline evaluation 18/67 (27%) patients had experienced new food allergies; 8 and 10 reported local or systemic symptoms following the ingestion of previously tolerated foods. Again, most new allergies were caused by Rosaceae / Prunoideae, tree nuts, and peanut. The clinical evolution did not depend on baseline total IgE, co-sensitization to PR-10 and/or profilin, or Pru p 3 IgE levels.

Conclusions. Rosaceae / Prunoideae, nuts and peanut are the most frequent cause of new food allergies in the long term. Their exclusion from patient's diets at baseline should be considered on an individual basis.



[Clicca qui per visualizzare l'articolo originale](#)

LETTURA MAGISTRALE

“La carenza di ferro nello scompenso cardiaco e nelle malattie croniche.”

La carenza di ferro sostiene una delle più frequenti “alterazioni dello stato di salute non fatale”, e rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari. La carenza di ferro in corso di malattie croniche viene definita “una condizione correlata alla salute in cui la disponibilità di ferro è insufficiente a soddisfare le esigenze del corpo e che può essere presente con o senza anemia”. Impiegando la ferritinemia e la % saturazione della transferrina (TSAT) si definiscono: “carenza di ferro assoluta” il riscontro di ferritinemia sierica < 100 microgrammi/L o TSAT < 20% ; “ carenza di ferro relativa” la ferritinemia compresa fra 100-300 e TSAT < 20%.

Il **meccanismo di regolazione dell'omeostasi del ferro** è centrato nel fegato e coinvolge l'epcidina e la ferroportina. In corso di malattie infiammatorie croniche le citochine pro infiammatorie inducono un incremento della sintesi di epcidina, con secondaria internalizzazione e degradazione della ferroportina e ritenzione di ferro intracellulare (nei macrofagi ed enterociti) attraverso 3 meccanismi patogenetici maggiori.

La carenza di ferro in corso di scompenso cardiaco (HF), con o senza anemia, si definisce “assoluta” per ferritinemia < 100 ug/ml e “funzionale” per ferritinemia fra 100-300 e per TSAT < 20%. La sua prevalenza è compresa fra il 37%- 69% ed aumenta al peggioramento della HF. L'eziologia è multifattoriale. La deplezione delle scorte di ferro nella mioglobina cardiaca, induce disfunzione mitocondriale con malfunzionamento dei cardiomiociti e la carenza di ferro diviene molto dannosa se occorre in condizioni di già alterata funzione miocardica. Ciò comporta disfunzione contrattile progressiva ed aritmie fatali, come dimostrato nei più recenti lavori in letteratura. La somministrazione di Fe per via parenterale appare la terapia più idonea, sia in presenza che in assenza di anemia, e numerosi studi clinici controllati e randomizzati ne confermano l'efficacia, con evidente miglioramento di molti parametri clinici (classe NYHA, pVo2, 6MWT, qualità di vita, ridotta ospedalizzazione e mortalità per cause cardiovascolari) indipendentemente dalla presenza di anemia.

La carenza di ferro nelle altre malattie infiammatorie croniche (*insufficienza renale, IBD, BPCO*) è parimenti molto frequente e la sua eziologia appare multifattoriale, sebbene l'ipersecrezione di epcidina sembra avere il ruolo più determinante. In tutte queste patologie la carenza di ferro correla con peggioramento del quadro clinico e la sua correzione si dimostra estremamente utile in senso clinico e semeiologico.

Si propongono pratici algoritmi decisionali diagnostici e terapeutici per la migliore gestione della carenza di ferro, con o senza anemia, in corso di scompenso cardiaco e di malattie croniche.

In conclusione, nello scompenso cardiaco e nelle malattie croniche, la carenza di ferro, che precede sempre l'anemia, è molto frequente, ha eziologia multifattoriale, sebbene prevalga, fra le cause, l'ipersecrezione di epcidina epatica. Tale problematica resta tuttavia spesso sottodiagnosticata e sotto trattata. La carenza di ferro si associa in queste malattie al peggioramento della qualità di vita, della mortalità, all'aumentato rischio di ricovero e al peggioramento della prognosi di malattia.

I **benefici del trattamento** sono evidenti e sono disponibili semplici algoritmi per porre diagnosi e trattare. Ciononostante, la diagnosi di anemia correlata alle malattie croniche continua a sorprendere in una larga percentuale di medici, così che ancora oggi tale problematica resta sottostimata e di conseguenza sotto trattata.

Il ruolo dell'internista è fondamentale per poter diffondere tale cultura e modo di ragionare, proprio perché l'internista è l'unico che affronta tutte le patologie di cui si è discusso ed ha pertanto il compito di promuovere tali raccomandazioni.



Dott. Guido Moreo
Resp. UO di Medicina Generale
Clinica Polispecialistica San Carlo

I TUMORI GASTRO-ENTERICI

Dott. Renzo Gullotta - Senior Consultant, Servizio di Endoscopia Digestiva

Dott. Luigi Castelli - Resp. Unità Operativa di Chirurgia Generale

Dott. Roberto Buzzoni - Resp. Unità Operativa di Oncologia Medica

Clinica Polispecialistica San Carlo

In Clinica San Carlo il coinvolgimento del gastroenterologo endoscopista in collaborazione con il Chirurgo Generale e l'Oncologo è sempre più frequente, in tutti gli ambiti dell'iter del paziente oncologico.

Nella patologia delle prime vie digestive vengono seguiti regolari protocolli di follow-up endoscopico ed istologico nei pazienti affetti da esofago di Barrett, metaplasia intestinale della mucosa gastrica, gastrite atrofica e displasia sia esofagea che gastrica.

Nella patologia del colon siamo coinvolti nel programma di screening regionale per la diagnosi precoce del tumore del colon retto o per la sua prevenzione tramite l'asportazione dei polipi adenomatosi (compresi quelli di dimensioni maggiori, tramite la mucosectomia).

Presso il Servizio di Endoscopia Digestiva possono essere eseguite procedure terapeutiche d'urgenza quali l'arresto di emorragie digestive (trattamenti meccanici con clips, termici con coagulazione bipolare o argon plasma, iniettivi).

Le ostruzioni delle vie digestive prossimali e distali possono essere trattate con endoprotesi metalliche autoespandibili. In caso di stenosi post-intervento vengono eseguite dilatazioni idropneumatiche con palloncini.

Le ostruzioni delle vie biliari da tumore della testa del pancreas vengono trattate con endoprotesi, sia plastiche che metalliche autoespandibili.

E' anche possibile trattare con coagulazione ad argon-plasma i sanguinamenti da proctite post-radioterapia.

Viene infine eseguito il posizionamento di gastrostomie endoscopiche percutanee (PEG) in pazienti che necessitano di supporto nutrizionale o decompressione di stati subocclusivi cronici o cachettici terminali.

Presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale della Clinica San Carlo, il tumore del tratto gastrointestinale viene stadato e trattato in accordo con le linee guida internazionali e seguendo i criteri adeguati per una corretta e accurata radicalità oncologica.

Accertata la diagnosi mediante colonscopia ed esofagogastroduodenoscopia (eseguite per sintomi riferiti dal paziente o per screening) e biopsia della lesione eteroformativa, si procede ad un'attenta stadiazione che si basa sull'esecuzione di TC torace-addome con mdc (per il k gastrico anche TC collo), dosaggio dei marcatori neoplastici e, per il tumore del retto, ecografia endoanale e RMN della pelvi con mdc per lo studio dei linfonodi del mesoretto e del CRM. Questi ultimi due accertamenti di stadiazione permettono, in sede di discussione multidisciplinare dei casi clinici con gli specialisti oncologi, di porre indicazione ad even-

tuale chemioterapia e radioterapia neoadiuvante.

Nei casi di neoplasia cardiaca viene indicata l'esecuzione di ecoendoscopia, al fine di valutare lo spessore e l'infiltrazione di parete (T) e l'interessamento linfonodale limitrofo (N).

Esclusi criteri di non operabilità o la presenza di localizzazioni secondarie, presso l'U.O. di Chirurgia Generale si trattano la neoplasia gastrica con tecnica laparotomica mediante esofagogastroresezione, gastroresezione o gastrectomia, a seconda della sede del tumore, e linfadenectomia D2.

I pazienti con neoplasia del colon retto vengono trattati con resezione intestinale videolaparoscopica e successiva anastomosi, preferibilmente meccanica e intracorporea, con ripristino del normale transito intestinale.

Nella patologia oncologica del colon retto la tecnica videolaparoscopica è ritenuta su scala mondiale la prima scelta nei pazienti che non abbiano controindicazioni specifiche, dal momento che è caratterizzata da un migliore outcome postoperatorio, in termini di una più rapida ripresa del transito intestinale, ospedalizzazione più breve e minor dolore, senza nulla togliere ai risultati oncologici che risultano sovrapponibili alla resezione "open" in termini di adeguatezza oncologica dell'ampiezza della resezione e della linfadenectomia ed in termini di outcome oncologico.

Pertanto la chirurgia nelle neoplasie esofagee, gastriche e retali sempre più spesso è preceduta da trattamenti radio-chemioterapici che permettono una chirurgia meno demolitiva riducendo i tempi di ricovero, l'incidenza di complicanze e migliorando la qualità della vita. Sempre maggiore è la numerosità di interventi chirurgici con finalità radicale anche in presenza di malattia metastatica a livello epatico, sempre maggiore è l'incidenza di resezione epatica.

La terapia oncologica ha avuto un netto impulso con le indagini biologiche che hanno consentito l'associazione tra chemioterapia e molecole biologiche. Oggi anche in queste patologie si sta prospettando l'impiego della immunoterapia, sfida questa del futuro prossimo che, nella prossima decade, potrebbe modificare grandemente le opzioni terapeutiche e, di conseguenza, gli approcci terapeutici e diagnostici.



Dott. Renzo Gullotta



Dott. Luigi Castelli



Dott. Roberto Buzzoni

LE EMO/LINFOPATIE

Dott. Guido Moreo

Responsabile Unità Operativa Medicina Generale - Clinica Polispecialistica San Carlo

Per patologie oncoematologiche si intendono tutte quelle malattie caratterizzate da proliferazione clonale neoplastica del tessuto emo-linfopoietico. Esse sono caratterizzate da manifestazioni cliniche anche molto severe, hanno un andamento acuto o cronico e necessitano di diagnosi e di trattamento specialistico ematologico tempestivo. L'incidenza complessiva dei tumori del sangue è pari al 10% di tutti i tumori.

Per oncoematopatie si intendono i linfomi, il mieloma, le sindromi mieloproliferative croniche, le leucemie acute e le sindromi mielodisplastiche.

I linfomi ed il mieloma rappresentano le oncoematopatie più frequenti: i linfomi sono il quinto tumore per frequenza nel mondo occidentale con una incidenza pari a 19-20 casi per 100.000 abitanti ed il mieloma multiplo l'1.5 % di tutti i tumori diagnosticati, con incidenza di 9.0 per 100.000 per anno.

L'età media di insorgenza della maggior parte delle oncoematopatie è elevata (60-65 anni) e, tenuto presente l'incremento della popolazione ed il concomitante allungamento della vita media, è comprensibile come esse rappresentino un problema sanitario sempre più consistente ed attuale.

La diagnosi di tali patologie richiede generalmente una attenta anamnesi ematologica, l'esecuzione dell'esame biotico del midollo osseo o di una struttura linfonodale (con studio morfologico - immunofenotipico del sangue midollare, studio del cariotipo, analisi di biologia molecolare correlate al sospetto diagnostico e studio istologico della biopsia ossea o del linfonodo).

In senso terapeutico si è assistito negli ultimi anni ad un evidente miglioramento della prognosi e della sopravvivenza libera da malattia per molte delle oncoematopatie: ciò è vero soprattutto per i linfomi, il mieloma multiplo e per alcuni tipi di leucemie croniche grazie all'introduzione di nuovi farmaci che hanno affiancato la chemioterapia "tradizionale".

Fra questi nuovi farmaci spiccano gli immunomodulatori (la talidomide, e la lenalidomide), gli inibitori dei proteasomi (il bortezomib), gli inibitori enzimatici (delle protein chinasi quali l'ibrutinib e delle tirosin chinasi quali l'imatinib) e gli anticorpi monoclonali (rituximab).

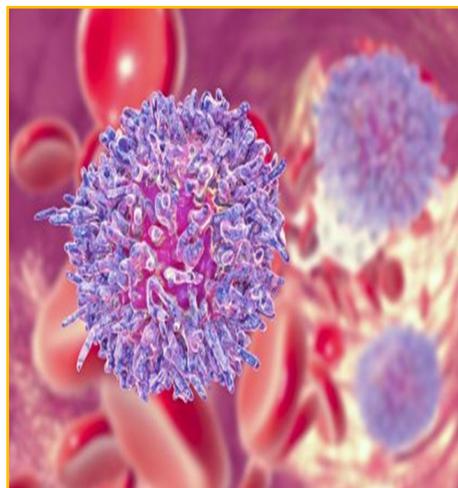
Presso la Clinica Polispecialistica San Carlo di Paderno Dugnano (MI) è attivo un Servizio di Ematologia dedicato soprattutto al paziente oncoematologico anziano, non proponibile per terapie ad alte dosi e/o trapiantologiche midollari ma meritevole comunque di trattamento chemo-immunoterapico anche intensivo, allo scopo di ottenere la migliore e più duratura remissione di malattia.

L'attività si svolge in regime ambulatoriale, di MAC e, ove necessario, in regime di ricovero ordinario presso il reparto di Medicina.

Il Servizio di Ematologia è collocato all'interno dell'UO di Medicina Generale e può in tal modo utilizzare tutte le competenze polispecialistiche che caratterizzano la medicina interna moderna, necessarie per la gestione complessa del paziente oncoematologico abitualmente affetto da plurime comorbilità



Dott. Guido Moreo



INFLUENZA STAGIONALE E CAMPAGNA VACCINALE

Dott. Alberto Volonterio

Consulente infettivologo - Clinica Polispecialistica San Carlo

Anche quest' anno ritroviamo l' influenza tra di noi, e di nuovo ci ripropone dati epidemiologici allarmanti, situazioni di scarsa aderenza alle raccomandazioni internazionali a fronte di circa 200 decessi alla settimana in Italia e di una copertura vaccinale inferiore al 60% nelle persone a rischio (l' obiettivo EU è una copertura minima del 75%). E' importante ricordare che già da quest' anno è disponibile una classe di vaccini che assicura protezione in più dell' 80% dei casi (i ceppi H1N1, H3N2 e B sono aggiornati annualmente). Come noto, l' indicazione alla vaccinazione è per i pazienti fragili o immunodepressi con malattie croniche e per le gravide al 2° e 3° trimestre di gravidanza e alle persone con più di 65 anni oltre che a tutti gli operatori sanitari impegnati nell'assistenza.

L' influenza è responsabile di gravi infezioni respiratorie trasmesse con le goccioline di Flugge (fino a un metro di distanza con lo starnuto, ma anche con i colpi di tosse): quindi ricordiamo che un' altra efficace misura di prevenzione è l' igiene personale. Alcune piccole ma importanti raccomandazioni: 1. mantenere una adeguata distanza dalle persone quando si parla, 2. non starnutire o tossire senza schermarci con un fazzolettino di carta, 3. lavarsi spesso le mani. Per noi medici, ricordarci sempre dell' influenza in diagnostica differenziale, evitando di prescrivere antibiotici senza effettiva necessità evitando inutili "coperture".

Prestare attenzione alla campagna anti influenzale risparmia vite e ricoveri ospedalieri.

Per chi volesse approfondire l'argomento è consigliato il sito dell'Istituto superiore di Sanità www.epicentro.it



INTERVENTO DI CHIUSURA DELL'AURICOLA SINISTRA PER PREVENIRE L'ICTUS ISCHEMICO

Dott. Bernardo Cortese

Responsabile Unità Operativa Cardiologia - Clinica Polispecialistica San Carlo

La **fibrillazione atriale (FA)** è la più comune aritmia cardiaca; i pazienti affetti da FA hanno un aumentato rischio di eventi trombo-embolici e necessitano pertanto di una adeguata terapia anticoagulante, la cui finalità è la prevenzione della formazione di nuovi trombi in quella piccola porzione dell'atrio sinistro che si chiama auricola. La **terapia anticoagulante** riduce drasticamente il rischio di emboli periferici, la cui manifestazione più drammatica è rappresentata dall'ictus cerebri. Nei pazienti con controindicazione assoluta o relativa alla terapia anticoagulante nei centri presso cui si esegue questo intervento viene presa in considerazione la chiusura dell'auricola sinistra, intervento effettuato dal 2018 anche presso la Clinica Polispecialistica San Carlo mediante tecnica miniinvasiva, tramite accesso venoso femorale. Purtroppo però le cose si complicano quando viene riscontrata già una trombosi in auricola, che potrebbe determinare un aumentato rischio di embolizzazione durante il posizionamento del dispositivo.

Illuminante è il caso clinico di una paziente di 73 anni ipertesa, dislipidemica, con FA parossistica, sottoposta nel mese di Luglio 2019 presso l'Emodinamica della Clinica San Carlo a chiusura percutanea dell'auricola ad opera del team coordinato dal Dott. Bernardo Cortese.

La paziente era in terapia cronica con anticoagulanti, eppure nel Luglio 2018 ha avuto un ictus trombo-embolico con infarto emisferico destro nonostante terapia anti-coagulante con warfarin (INR 3.7), per cui era stata sottoposta a trombectomia meccanica.

Nel Luglio 2019 la paziente è stata ricoverata presso la Clinica e dopo alcuni giorni di terapia anticoagulante per via parenterale si è programmato l'intervento di chiusura dell'auricola sinistra.

L'ecocardiogramma transesofageo eseguito in sala di emodinamica subito prima dell'intervento mostrava un grosso trombo dell'auricola sinistra, in aggiunta ad un "effetto smoke" in atrio sinistro, che stava ad indicare un alto rischio di formazione di ulteriori trombi. **Figura 1**



Dott. Bernardo Cortese

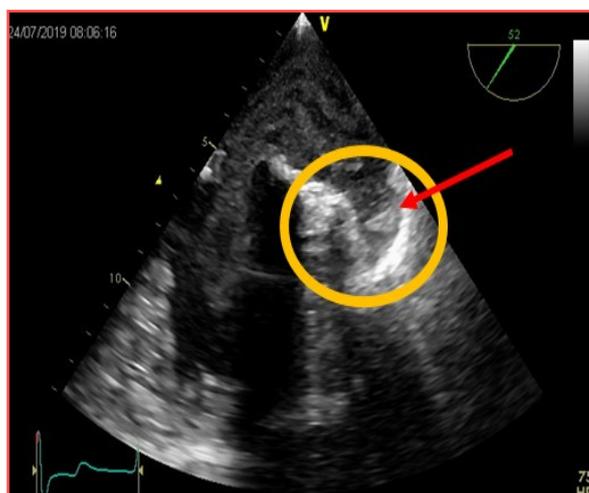


Figura 1
Il cerchio individua l'auricola sinistra, e la freccia il trombo

Persistendo l'indicazione alla procedura da effettuarsi in tempi brevi, dal momento che la paziente rimaneva ad altissimo rischio di embolie ed ictus, si decideva di procedere ad impianto del dispositivo previo posizionamento di sistema di protezione cerebrale Sentinel (*Boston Scientific, USA*). La procedura di posizionamento di questo ulteriore dispositivo, resa più complessa per l'occlusione della arteria radiale destra, veniva effettuato per via omerale destra, incannulata non senza difficoltà e con tecnica eco-guidata. Difficoltà ulteriore è stata determinata dalla presenza di tortuosità e ostruzioni lungo tutto il decorso dell'arteria fino allo sbocco in aorta ascendente.

Figura 2



Figura 2

Tortuosità e spasmo dell'arteria omerale destra

Sotto monitoraggio ecocardiografico sia trans-esofageo (ETE) che intra-cardiaco (ICE) si procedeva quindi alla puntura trans-settale, che permetteva di raggiungere l'atrio sinistro dal cuore destro. **Figura 3**

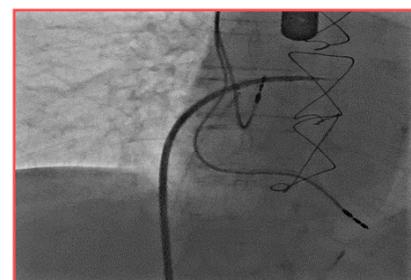


Figura 3

Passaggio da atrio destro a sinistro mediante puntura trans-settale sotto guida ETE ed ICE

Si posizionava infine dispositivo per chiusura di auricola sinistra Amulet 34 mm (Abbott, USA); il controllo post-impianto mostrava ottimo sealing (chiusura) dell'auricola in assenza di jet da rigurgito o leaks. **Figure 4 e 5**

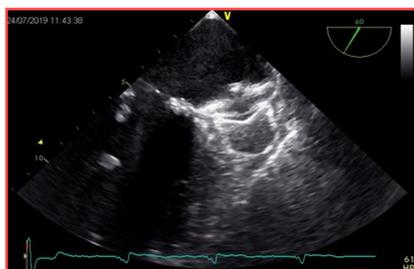


Figura 4

Dispositivo in sede al controllo ETE



Figura 5

Valutazione finale e dispositivo in sede al controllo angiografico

Ultimo step della procedura, particolarmente delicato, consisteva nella rimozione del filtro a protezione cerebrale, con riscontro di materiale trombotico che altrimenti sarebbe embolizzato nelle arterie carotidi con probabile esito di ictus ischemico. **Figura 6**

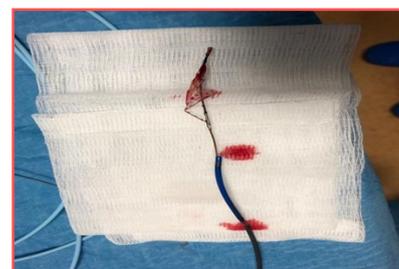


Figura 6

Filtro con materiale trombotico originato presumibilmente dall'atrio sinistro

IL PIEDE DIABETICO

Dott. Maurizio Caminiti - Responsabile Centro per la Cura del Piede Diabetico, Clinica San Carlo

Uno degli effetti del diabete è il cosiddetto piede diabetico: l'OMS lo definisce come **"Infezione, ulcerazione e/o distruzione dei tessuti profondi associati ad alterazioni neurologiche e a vari gradi di vasculopatia degli arti inferiori"**.

La malattia diabetica causa il restringimento delle arterie portando alla riduzione dell'afflusso di sangue agli arti inferiori, in particolare ai piedi.

La possibile progressiva disfunzione dei nervi periferici causa perdita di sensibilità agli arti inferiori, condizione che porta a trascurare ferite e infezioni.

Le lesioni del piede diabetico rappresentano una delle complicanze più invalidanti e con il più alto costo sociale ed economico; il piede diabetico è la prima causa di ricovero nei diabetici nel nostro paese.

L'epidemiologia del piede diabetico mostra un quadro allarmante in quanto il **15% dei pazienti** presenteranno una lesione ulcerativa durante la loro vita e circa il **90% delle amputazioni** effettuate nella popolazione diabetica per problemi infettivi o ischemici, sono precedute da una lesione ulcerativa.

È importante ricordare come dopo circa 20 anni di malattia diabetica, **più del 60% dei pazienti** mostra una vasculopatia diabetica o una neuropatia diabetica clinicamente evidente

Le lesioni del piede diabetico possono essere di origine neuropatica, ischemica o mista e si suddividono in:

- **neuropatia diabetica sensitiva:** la perdita di sensibilità dolorifica crea un'elevata condizione di rischio ulcerativo o traumatico in quanto il piede perde un fondamentale meccanismo di protezione contro le sollecitazioni esterne, come un corpo estraneo dentro la calzatura o un microtrauma da calzatura stretta o da un taglio delle unghie; queste piccole lesioni ulcerative possono trasformarsi rapidamente in quadri infettivi molto gravi.
- **neuropatia diabetica motoria:** svolge un ruolo centrale nello sviluppo delle deformità del piede con accentuazione dell'arco plantare e segni di iper carico, e callosità insensibili a livello delle teste metatarsali. Questi calli plantari, non avvertiti dal paziente per la coesistente neuropatia sensitiva, evolveranno in lesioni ulcerative plantari perforanti con infezioni che possono raggiungere anche i tessuti profondi quali i muscoli e le ossa.
- **vasculopatia diabetica periferica:** si manifesta per un processo di aterosclerosi precoce e più aggressiva agli arti inferiori. Nel soggetto diabetico è una delle manifestazioni più frequenti e si caratterizza per la sua rapidità di evoluzione nello sviluppo delle complicanze croniche. È prevalentemente distribuita a carico delle arterie sotto il ginocchio e bilaterale. La

vasculopatia periferica rappresenta l'unico fattore indipendente di amputazione nei soggetti diabetici.

Come si può curare il piede diabetico?

Il trattamento delle lesioni del piede nel diabetico viene svolto dal diabetologo in un ambulatorio dedicato alla presenza di personale infermieristico formato e la puntuale collaborazione delle Unità coinvolte in relazione alla tipologia delle lesioni: chirurgia vascolare, angiologia, cardiologia, ortopedia, chirurgia plastica ricostruttiva, terapia del dolore, radiologia, medicina, laboratorio analisi, infettivologia, nefrologia, terapia intensiva.

- **Prevenzione:** consente di identificare i soggetti a rischio di diabete e attivare il programma preventivo.

Il programma prevede dei percorsi strutturati di modificazione degli stili di vita attraverso la sinergia di medici di medicina generale e specialisti diabetologi.

- **Diagnosi:** per affrontare le problematiche del Piede Diabetico, un inquadramento diagnostico corretto anche dei primi sintomi e delle eventuali lesioni è fondamentale per ottimizzare la terapia. Il paziente è sottoposto a un triage per valutare la necessità di un monitoraggio, di un trattamento conservativo ambulatoriale o di ricovero immediato, sempre in condivisione con il medico curante.
- **Cura:** la presenza di un'ulcera anche non infetta è sempre un'urgenza perché potrebbe evolvere rapidamente verso un'infezione severa. L'ambulatorio attivo da lunedì a venerdì per appuntamenti di controllo e per visite. In caso di urgenza, il paziente si reca presso il Pronto Soccorso del nostro ospedale, dove è visitato dall'equipe che valuta la necessità di un ricovero o di un intervento chirurgico.

I pazienti diabetici nefropatici e in dialisi, che presentano quadri infettivi e ischemici ancora più complessi, poiché interessano sia gli arti inferiori che superiori, si avvalgono anche della supervisione dei colleghi dell'Unità di Nefrologia e Dialisi.

Ortesi: A seconda del profilo clinico e delle eventuali lesioni può rendersi necessario l'utilizzo di dispositivi ortopedici. La consulenza di un Tecnico Ortopedico Specializzato permette di individuare il percorso più idoneo da seguire per il paziente.

Tra i vari interventi annoveriamo:

- ◆ *Chirurgia correttiva del piede*
- ◆ *Innesti dermo-epidermici autologhi innesti di derma artificiale*
- ◆ *Terapia a pressione negativa controllata (NPWT) con o senza instillazione*
- ◆ *Rivascolarizzazioni arteriose chirurgiche ed endovascolari*
- ◆ *Amputazioni minori e maggiori d'arto*
- ◆ *Debridements maggiori in ambulatorio protetto*

La Clinica Polispecialistica San Carlo di Paderno Dugnano in collaborazione con il Comune ha organizzato, come ogni anno, quattro giornate dedicate all' **educazione sanitaria e promozione del benessere** relativamente ad alcune tra le più diffuse patologie. L'obiettivo è stato quello di promuovere e diffondere informazioni scientifiche sulle patologie mediche, fornire le corrette indicazioni cliniche circa i trattamenti e le prognosi. I programmi delle diverse giornate prevedevano una prima parte informativa a cura del medico specialista di Clinica e una successiva fase di screening gratuito alla popolazione.



Città di Paderno Dugnano **CLINICA SAN CARLO** **Fondazione Emilio Bernardelli** **ASSOCIAZIONE DIABETICI** **TILANE BIBLIOTECA ANNI**
Paderno Dugnano (MI) Provincia di Milano

Auditorium TILANE 19 - 26 ottobre | 9 - 16 novembre

Giornate di educazione sanitaria e promozione del benessere 2019

Sabato 19 ottobre | ore 9.30-12
LA STORIA DELLE NOSTRE GINOCCHIA: DALLA NASCITA ALL'ETÀ ADULTA
Dott. Alderino Dalla Pria
Primario U.O. di Ortopedia - Clinica San Carlo
Screening: M.O.C. dalle ore 12 alle ore 16

Sabato 26 ottobre | ore 9.30-12
BELLEZZA E BENESSERE DONNA
Introduzione del Dott. Enrico Lavelli
Ginecologo
Consigli sull'attività fisica nelle varie età della vita
Stefania Carrara
Fisioterapista
Consigli nutrizionali
Dott.ssa Daniela Milani
Specialista in Scienza dell'Alimentazione
Affettività e sessualità nelle varie età della vita
Dott. Enrico Lavelli
Ginecologo
Dott.ssa Elena Maria Della Malva
Psicoterapeuta
Lezione e consigli sull'acconciatura
Lillia Perillo
Docente ECFoP - Ente Cattolico per la Formazione Professionale
Lezione e consigli per il trucco
Simonetta Marchetti
Docente ECFoP - Ente Cattolico per la Formazione Professionale
Dalle 12 alle 14 dimostrazione pratica di cura delle mani, maquillage e piccoli consigli estetici per la vita quotidiana. Sarà possibile approfondire individualmente le tematiche affrontate durante l'evento, previa prenotazione

Sabato 9 novembre | ore 9.30-12
LE MALATTIE DELLA CUTE
La dermatologia
Dott. Giacomo Pozzi
Dermatologo
Micosi cutanee: prevenzione, diagnosi e cura
Dott.ssa Elisabetta Mapelli
Dermatologa
Tumori cutanei e chirurgia
Dott. Luca Colombo
Dermatologo
Screening: durante l'incontro sarà possibile prenotare una visita con dermoscopia per la mappatura dei nevi: sabato 23/11 dalle 08.30 alle 17.30 e domenica 24/11 dalle 08.30 alle 12.30, presso la Croce Rossa Italiana - Via Marzobotto, 3 Paderno Dugnano

Sabato 16 novembre | ore 09.30-12
AMBIENTE E STILI DI VITA NEL DIABETE
Dott. Adolfo Bianchi
Resp. Servizio di Diabetologia
Dott.ssa Ambra Morelli
Dietista
DIABETE E LA SALUTE DEL CAVO ORALE
Prof. Silvio Abati
Smart Dental Clinic
Screening: test glicemia fino alle ore 15, con il sostegno dei volontari dell'Associazione Diabetici della Provincia di Milano (A.D.P.Mi.)

LA MALATTIA DIABETICA È IN FORTE CRESCITA IN TUTTO IL MONDO

Dott. Adolfo Carlo Bianchi

Responsabile del Servizio di Diabetologia, Clinica Polispecialistica San Carlo

La malattia diabetica è in forte crescita in tutto il mondo. L'**International Diabetes Federation (IDF)** stima che i casi di diabete siano 463 milioni, con un aumento a 700 milioni previsto nel 2045. La prevalenza attuale nella fascia di popolazione dai 20 agli 80 anni è del 9.3%, praticamente 1 persona ogni 10 a livello globale

L'incremento maggiore si registra attualmente nei paesi cosiddetti "emergenti". In termini assoluti, il maggior numero di casi interessa oggi l'India e la Cina con rispettivamente 72 e 114 milioni di casi.

La **prevalenza in Italia** è minore: 7,6% (IBDO report 2019) con una percentuale più elevata nelle regioni meridionali. Si tratta per il 90% dei casi di diabete tipo 2, a espressione maggiore nelle classi di età dopo i 65 anni di età. Dagli studi di screening su popolazione si calcola che circa il 35% dei casi è misconosciuto. Ne discende la necessità di porre una diagnosi tempestiva, in particolare quando sono presenti fattori di rischio per lo sviluppo della malattia: età > 45 anni, familiarità, sovrappeso/obesità, sedentarietà, pregresso diabete gestazionale, etc.

Il motivo dell'incremento della malattia nei paesi occidentali è dovuto all'aumentata aspettativa di vita con conseguente crescita della popolazione anziana e alla diffusione di stili di vita poco salutari: sedentarietà e alimentazione ad alta densità calorica. Nei paesi in via di sviluppo è proprio l'adozione di questi comportamenti, la causa principale di aumento della malattia. L'eccesso ponderale, espresso come indice di massa corporea, presenta una correlazione lineare con il rischio di sviluppare il diabete. Abbiamo oggi a disposizione numerosissimi dati che dimostrano l'efficacia di interventi sullo stile vita nel prevenire lo sviluppo di diabete e di ridurre l'incidenza delle complicanze di questa patologia. Il soggetto diabetico è infatti esposto al rischio di gravi complicanze cardiocerebrovascolari, di insufficienza renale, di retinopatia, di polineuropatia. Anche piccoli interventi mirati a ridurre la sedentarietà e la limitazione di alimenti processati ad alto contenuto calorico, ricchi in grassi saturi, sale e zuccheri, sono risultati utili.

In passato essere diabetico veniva considerato un problema essenzialmente individuale, determinato geneticamente e dal comportamento personale. Oggi l'attenzione è rivolta anche ai fattori ambientali, culturali, educativi, economici che possono favorire lo sviluppo della malattia e l'evoluzione delle sue complicanze. Pertanto gli interventi "terapeutici" non dovrebbero essere limitati solo all'individuo ma anche al contesto sociale con le conseguenti responsabilità collettive.

"Dovremmo porci come obiettivo lo sviluppo di un ambiente dove compiere scelte salutari in qualsiasi ambito (alimentazione, attività fisica, trasporti, scuola, lavoro, tempo libero ecc.) sia più facile, piacevole e conveniente che seguire stili di vita dannosi."



Dott. Adolfo Carlo Bianchi

ARTROSI DEL GINOCCHIO

Dott. Alderino Dalla Pria

Responsabile Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia, Clinica Polispecialistica San Carlo

L'**artrosi del ginocchio** è una patologia molto diffusa nel mondo occidentale, seconda per numeri rispetto alla patologia articolare delle vertebre.

Colpisce più frequentemente la **popolazione femminile** al di sopra dei cinquant'anni .

Le nostre ginocchia ci accompagnano nel corso di tutta la nostra vita, permettendoci di muoverci, di spostarsi, di camminare, correre e fare sport.

Nel corso degli anni la cartilagine articolare del ginocchio può andare incontro a degenerazione causando quella che viene più comunemente definita: artrosi.

L'artrosi può essere classificata in:

- **primitiva**, non legata a cause specifiche
- **secondaria** causata da patologie come: deformità scheletriche, fratture, infezioni o patologie reumatologiche.

Sia l'artrosi primitiva che quella secondaria possono essere aggravate da altre condizioni: il ginocchio varo e il ginocchio valgo.

La prevenzione del ginocchio varo e valgo nel bambino deve essere presa in considerazione dal medico specialista e, a seconda dei casi, può essere effettuata attraverso:

- Visite periodiche dal pediatra e dall'ortopedico;
- Terapia con plantari suggeriti dall'ortopedico;
- Ginnastica correttiva.

Trattamento Chirurgico:

Qualora le terapie applicate nella fase di prevenzione e le terapie mediche non si siano rivelate efficaci sia nel controllo del dolore che nel miglioramento della qualità della vita, comportando una limitazione delle attività quotidiane, l'ortopedico potrà consigliare il trattamento chirurgico di protesi del ginocchio.

Alternative al trattamento chirurgico:

Allo stato delle attuali conoscenze in campo biomedico la ricerca scientifica si è proposta di trovare il modo di salvaguardare la cartilagine e mantenere più a lungo la copertura e il rivestimento a carico dell'osso al fine di evitare l'usura dell'articolazione.

Le cure conservative sono:

- L'attività fisica alle prime avvisaglie di dolore alle ginocchia ;
- Visita specialistica ed eventuali esami strumentali per valutare la condizione della cartilagine, quale: Rx in carico, Risonanza Magnetica.

INNOVAZIONI

Ad oggi ci sono possibili alternative di trattamento:

l'acido ialuronico: è in grado di proteggere la cartilagine usurata favorendo l'ambiente articolare di un pH ottimale per la conservazione delle cellule residue e creando una barriera biochimica di separazione tra le due superfici cartilaginee ;

le cellule staminali: hanno un elevato potere rigenerativo potendo modificarsi assumendo le caratteristiche del tessuto in cui sono iniettate. Tendono a creare un nuovo tessuto non perfettamente simile alla cartilagine ma sufficiente per creare una barriera di protezione dell'osso dove manca la cartilagine.

le cellule staminali prelevate da tessuto adiposo (grasso): possiedono un alto potere rigenerativo in quanto capaci di trasformarsi anche in cellule del tessuto cartilagineo, stimolando la spontanea ricrescita dei tessuti articolari.



Dott. Alderino Dalla Pria



DALLE ASSOCIAZIONI

CONCERTO DI NATALE 2019

“Santa Claus is coming to Town”

Ogni anno la Clinica San Carlo ha il piacere di ospitare gli alunni della Scuola Primaria “Fisogni De Vecchi” e della Scuola Secondaria “Don Minzoni” di Palazzolo Milanese.

MERCOLEDI 11 DICEMBRE 2019 dalle ore 18.15 alle ore 19.45 siamo stati lieti di accogliere, nella Hall della clinica, gli alunni della quinta classe della Scuola Primaria e gli alunni delle prime classi della Scuola Secondaria, per festeggiare insieme il prossimo Natale.



**CLINICA SAN CARLO
AUGURA A TUTTI
BUONE FESTE !!**

