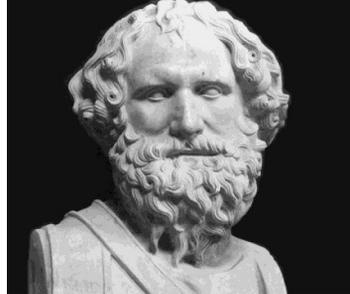


La Gazzetta dello Specializzando



Il lato giovane, interessante e divertente della SIAGASCOT

A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F.

Minoli

JUNE EDITION

L'ANGOLO DI ARCHIMEDE

A Cura Del Dr. Stefano Pasqualotto

DIVARICATORE DI FUKUDA

Hiro-aki Fukuda (1935 – 2008)

Hiro-aki Luke Fukuda nacque a Tokyo nel 1935 in una famiglia che riconosceva come valore fondamentale l'educazione ed il ruolo del maestro come figura "modellante" della mente e della personalità. Il nonno, Kenjiro Yamakawa, si laureò a Yale e fu il primo professore giapponese di fisica e rettore della Tokyo University mentre il padre, Hitoshi Fukuda, fu professore di idrologia alla Tokyo University. Il giovane Hiro riconobbe pertanto per tutto il resto della vita adulta e della carriera il ruolo fondamentale svolto da un educatore all'interno della società.

Il dottor Fukuda si laureò nel 1961 alla Tokyo's Keio University School of Medicine e fin da subito riconobbe l'importanza delle relazioni internazionali e delle esperienze all'estero tanto che dal 1963 al 1964 fece la sua prima fellowship statunitense presso il Samaritan Hospital di Troy, New York.

Il dottor Fukuda svolse il percorso di formazione come chirurgo ortopedico presso il Keio University Hospital e l'intera carriera fu caratterizzata da una spinta alla conoscenza attraverso lo studio e la ricerca con un particolare interesse verso le patologie della spalla ed il loro trattamento chirurgico.

In un periodo in cui vi erano solo dei concetti rudimentali e la chirurgia della spalla come specialità non esisteva ancora, il giovane Hiro iniziò come chirurgo autodidatta, guidato dalla curiosità ed in cerca di colleghi con cui condividere il proprio interesse e questo desiderio di conoscenza più approfondita venne alimentata dalla lettura dei lavori di una delle più grandi figure storiche della

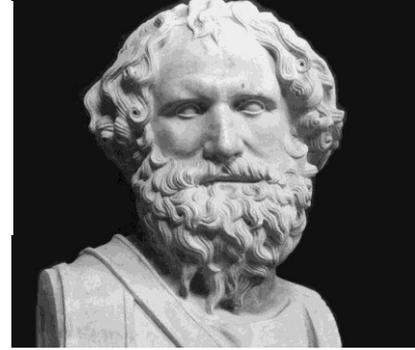


chirurgia della spalla, il dottor E. Amory Codman. Presto le abilità del dottor Fukuda come insegnante e come ricercatore vennero riconosciute tanto da venir nominato professore associato alla nuova Tokai University School of Medicine e successivamente, nel 1980, vinse una fellowship presso il reparto di spalla e gomito del Columbia Presbyterian Medical Center di New York diretto dal dottor Charles S. Neer, un periodo di 6 mesi che il Professor Fukuda definì come il più arricchente di tutta la sua vita professionale e un rapporto, quello con il dottor Neer, che il Prof. Fukuda definì come uno dei veri punti di svolta nella sua vita. In questa esperienza il Professor Fukuda ebbe anche modo di trasmettere ciò che aveva studiato, come ad esempio i concetti di patogenesi delle lesioni parziali della cuffia dei rotatori, e introdusse un nuovo divaricatore chirurgico, da lui sviluppato, che successivamente prese il suo nome e divenne un elemento fondamentale in tutte le sale operatorie di chirurghi di spalla in tutto il mondo e anche oggi è conosciuto come il divaricatore di Fukuda

Continua →

La Gazzetta dello Specializzando

Il lato giovane, interessante e divertente della Siagascot



Nel 1981 il professor Fukuda ritornò in Giappone dove continuò le sue ricerche e gli studi, diventando presto un chirurgo riconosciuto a livello nazionale e internazionale e nel 1982 divenne il primo membro in corrispondenza della società American Shoulder and Elbow Surgeons. Nel 1984 il professor Fukuda venne promosso a professore ordinario di chirurgia ortopedia a Tokai e proseguì i suoi lavori sulla cuffia dei rotatori, riconoscendo l'importanza degli studi di scienza di base nella spiegazione di alcune condizioni patologiche, e creò un team di collaboratori in cui venivano studiati diversi aspetti della fisiologia e delle patologie della spalla come l'istologia, la biomeccanica e la genetica.

Successivamente i lavori del Professor Fukuda vennero riconosciuti a livello internazionale e nel 1996 venne invitato come relatore in sessione plenaria al 20th World Congress of SICOT e nel 1998 gli venne assegnata la Codman Lecture al 7th International Congress of Shoulder Surgery.

Il Professor Fukuda fu un vero leader che non perse mai l'entusiasmo per la complessità dell'articolazione della spalla e, sebbene la cuffia dei rotatori occupò la maggior parte dei suoi intensi studi, le sue capacità cliniche e il suo metodo di insegnamento hanno contribuito ai progressi nella

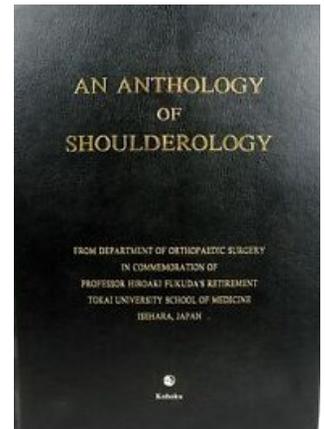
conoscenza di altri aspetti della chirurgia di spalla come la chirurgia protesica, la traumatologia e la chirurgia

dell'instabilità.

Nel 2001 in occasione del suo pensionamento, tutti i suoi lavori vennero pubblicati dai membri del Tokai University Department of Orthopaedic Surgery in un libro intitolato "An Anthology of Shoulderology".

Sebbene i suoi contributi all'ortopedia gli abbiano portato riconoscimenti a livello mondiale, la sua dedizione al lavoro, la sua personalità, la sua abilità di essere al tempo stesso professionale e autoironico, la buona natura e la pronta capacità di avvalorare i colleghi gli hanno portato amore e ammirazione a livello internazionale.

Nel 2007 il professor Fukuda pubblicò un codice di principi fondamentali che lo guidarono per tutta la vita e che cercò di trasmettere a tutti i suoi colleghi e che dovrebbero essere la guida di tutti i giovani ortopedici:



-leggere, rileggere e studiare la letteratura ortopedica attuale e passata e la medicina generale

-avere e ricercare uno o più maestri

-pensare originale – "outside the box"

-presentare lavori all'estero

-pubblicare articoli in inglese a riviste peer-reviewed

-coltivare una consapevolezza internazionale per la chirurgia ortopedica, come sottospecialità delle arti curative, cercando una comunanza che legghi l'umanità, mentre si continua a imparare dalla diversità.

Bibliografia

- Craig EV, Hiro-aki L. Fukuda, MD, 1935-2008. Journal of Shoulder and Elbow Surgery. 2009;18(2):329-330.
- Fukuda H, Mikasa M. Trends in modern shoulder surgery: Personal observations. J Orthop Sci 2007;12:4-13.
- Fukuda H, Mikasa M, Ogawa K. Ring retractor: a new humeral-head retractor. J Bone Joint Surg Am. 1982;64:289.

A Cura del Dr. Stefano Pasqualotto



THE FUNNY SIDE OF ORTHO

Orthopaedic surgeons: as strong as an ox and almost twice as clever? Multicentre prospective comparative study

La diatriba Ortopedico-Anestesista ha radici culturali profonde e che si espandono ben oltre i confini della nostra madrepatria.

Sarà che i requisiti chirurgici per l'eleggibilità chirurgica da parte dell'ortopedico sono che il paziente abbia l'arto da operare o lo abbia perso in un lasso di tempo medio-breve, sarà che la controparte anestesologica se non ha una rx torace a paziente di 18 anni sano mai fumato maratona non fa neanche la locale, di fatto lo scontro appare inevitabile.

Ogni tanto, tuttavia, le insinuazioni continue sulla presunta «intelligenza da bue» dell'ortopedico portano a risposte tanto passivo-aggressive quanto epiche. Così nasce la ricerca e, il conseguente articolo scientifico, più utile che si possa trovare su Pubmed.

Comparative Study > [BMJ. 2011 Dec 15;343:d7506. doi: 10.1136/bmj.d7506.](https://doi.org/10.1136/bmj.d7506)

Orthopaedic surgeons: as strong as an ox and almost twice as clever? Multicentre prospective comparative study

P Subramanian¹, S Kantharuban, V Subramanian, S A G Willis-Owen, C A Willis-Owen

La Storia, l'assassinio di Francesco Ferdinando, l'«I have a dream» di Martin Luther King, si fa in un lento pomeriggio del 2011 in uno dei tanti ospedali di provincia della campagna londinese. L'equipe ortopedica è intenta in una delle ahimè troppo frequenti attività di sala: prendere a martellate qualche strumento sperando che ricominci a funzionare. È lì che, a ciel sereno, arriva la goccia che fa traboccare il vaso. Il collega anestesista, risvegliatosi da poco dall'ultima intensissima partita di Candy Crush, prorompe nella fatidica e lapidaria "typical orthopaedic surgeon—as strong as an ox but half as bright." (tipico chirurgo ortopedico, forte come bue e intelligente la metà).

La reazione è diversa dall'atteso, invece di scagliare il proprio Mjölnir il collega in questione si arma di tutta la sua «sassyness» e decide una volta per tutte di far capire, da vero maschio alpha, chi comanda.

È così che vengono finalmente sfruttate le capacità accumulate in anni di articoli scientifici e ricerche tra l'inutile e il palloso per uno scopo più alto.

Viene quindi ideato uno studio multicentrico, randomizzato, di coorte, con Antani per due e scappellamento a destra (Throckmorton+).

Il concetto è semplice: mo' vi mostro scientificamente che siete delle merdine.

3 ospedali, 76 tra ortopedici e anestesisti, 2 settimane sono i numeri d'oro.

I due gruppi vengono sottoposti in parallelo a due test: forza e intelligenza. Viene misurata la forza di presa dell'arto dominante (campo in cui il «team» ortopedico ovviamente stravinca) e il QI medio.

Ed è qui che sta la svolta, l'equipe anestesologica subisce una schiacciante, ma soprattutto statisticamente significativa, sconfitta.

È fatta, è storia, si pubblica (BMJ, non topolino).

La conclusione cita "Male orthopaedic surgeons have greater intelligence and grip strength than their male anaesthetic colleagues, who should find new ways to make fun of their orthopaedic friends." Che tradotto in italiano suona tanto come "N'tu c*lo"

Inutile a dirsi, Il Dott. P Subramanian ha vinto la stima e il rispetto di tutta la popolazione ortopedica mondiale. Se lo cercate, è in sala, sta aspettando di mettere su quel femore dal 2011.

A cura del Dr. Carlo Minoli

RACCONTI POPOLARI...

VIAGGIO FRA LE SAGHE,
I MITI, LE LEGGENDE
E LE TRADIZIONI POPOLARI ITALIANE MEDICHE



“Dottore domani pioverà, mi fanno male le ginocchia!”

Una frase che qualsiasi ortopedico si è sentito dire.

L’idea che possa esserci una correlazione tra il dolore osteoarticolare e il tempo atmosferico è abbastanza diffusa nella popolazione, ma esiste del vero in questa teoria?

Innanzitutto bisogna distinguere due credenze differenti: la prima è la preveggenza, ovvero la possibilità che un acutizzarsi del dolore articolare possa essere indicativo, per esempio, di un acquazzone nei giorni successivi - e questa teoria è anche intuitivamente inverosimile.

La seconda è la credenza che condizioni atmosferiche, quali la pressione, l’umidità, la temperatura, possano incrementare la percezione del dolore in modo oggettivo o soggettivo.

Questa teoria, più verosimile rispetto alla prima, è motivo di dibattito in letteratura scientifica.

Molti studi mirano a valutare l’influenza dei cambiamenti meteorologici nei pazienti con OA, ma la raccolta dei dati è molto complessa e soggetta a bias che rendono difficoltosa una successiva interpretazione univoca dei risultati. (1)

Utilizzando la scala del dolore VAS, recentemente alcuni autori (2) hanno osservato come il 70% degli intervistati credeva che la loro malattia fosse influenzata dal tempo atmosferico considerando l’autunno e l’inverno le stagioni più critiche essendo associate a basse temperature e elevata umidità.

Dati certi che confermano questa correlazione non se ne trovano nemmeno in una più recente review dove non si arriva a un consensus. (1,3, 4)

In un vecchio studio doppio cieco del 1963 (5) pazienti affetti da osteoartrosi e artrite reumatoide vennero lasciati per due settimane in una stanza climatizzata con delle variazioni controllate della pressione dell’aria, dell’umidità e della temperatura. All’aumento dell’umidità e alla diminuzione

della pressione barometrica, i pazienti riferivano un peggioramento delle loro condizioni cliniche.

Per contro, Sibley (6) condusse uno studio prendendo in considerazione oltre ai fattori precedentemente citati, anche combinazioni di elementi atmosferici, quali temperatura e pressione associate all’umidità, temperatura dell’aria associata alla pressione atmosferica, ecc...

I risultati non mostrarono evidenze di correlazione tra queste variabili e i sintomi dell’osteoartrosi.



RACCONTI POPOLARI...

In un altro lavoro (7) si considerò l'aumento del dolore nelle diverse stagioni, ma i risultati non permisero di evidenziare una legame tra le stagioni e il peggioramento clinico dei pazienti.

Sulla stessa linea ma con risultati opposti, in un lavoro del 2011 (4) venne considerata la correlazione tra il dolore articolare e le condizioni climatiche in Giappone concludendo che il grado di esposizione alla luce solare può svolgere un ruolo cruciale nella prevenzione del dolore articolare, non specificando però il meccanismo con il quale questo possa avvenire.

Si può capire quindi che la letteratura sull'argomento è scarsa e conflittuale e non ci può dare

risposte certe e chiare (1,8,9). Troppi fattori ostacolano la raccolta di dati precisi e oggettivi:

l'oggettività dei risultati si mischia con la percezione soggettiva, la psicologia, la condizione morale e i pregiudizi che portano in un campo ben poco scientifico.

Forse la verità sta ancora in quanto detto da D. C. Quick (4) nella sua review del 1997, ovvero che la scienza non offre prove del fatto che le condizioni atmosferiche possano influenzare il dolore osteoarticolare, ma se il fenomeno fosse reale, i meccanismi di causa ed effetto potrebbero fornire indizi che aiuterebbero il trattamento del dolore articolare. Tuttavia, per i pazienti che credono che il tempo possa influenzare il loro dolore, le cause possono essere sconosciute, ma l'effetto è reale.

Si intende quindi che i pazienti che lamentano un peggioramento clinico non mentono e la loro percezione del dolore è reale, sebbene non per forza legata a una causa nota, ammesso che una causa esista.

Per chi volesse approfondire l'argomento, consiglio la lettura dei molti altri articoli disponibili in letteratura, approfittando del prossimo week end, visto che pioverà...me lo sento.



Bibliografia

1. Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo¹, Giovannini Cesar Figueiredo², Renilson Targino Dantas Influence of meteorological elements on osteoarthritis pain: a review of the literature *Rev Bras Reumatol* 2011;51(6):616-628
2. Miranda LC, Parente M, Silva C, Clemente-Coelho P, Santos H, Cortes S et al. A percepção da dor e alterações climáticas em doentes reumáticos. *Acta Reumatol Port* 2007; 32(4):351-61.
3. Stephen A. Brennan; Thomas Harney; Joseph M. Queally; Jade O'Connor McGoona; Isobel C. Gormley; Fintan J. Shannon (2012). Influence of weather variables on pain severity in end-stage osteoarthritis. *36(3)*, 643-646. doi:10.1007/s00264-011-1304-9
4. D C Quick Joint pain and weather. A critical review of the literature *Minerva Med* 1997 Mar;80(3):25-9.
5. Hollander JL, Yeostros SJ. The effect of simultaneous variations of humidity and barometric pressure on arthritis. *Bull Am Met Soc* 1963; 44(8):489-94.
6. Sibley JT. Weather and arthritis symptoms. *J Rheumatol* 1985; 12(4):707-10.
7. Clarke AM, Nicholl J. Does the weather affect the osteoarthritic patient? *Br J Rheumatol* 1991; 30(6):477.
8. Wilder, F. V. (2003). Osteoarthritis pain and weather. *Rheumatology*, 42(8), 955-958. doi:10.1093/rheumatology/keg264
9. Hollander JL, Yeostros SJ. The effect of simultaneous variations of humidity and barometric pressure on arthritis. *Bull Am Met Soc* 1963; 44(8):489-94.

A cura del

Dott. Carlo Damioli

Membro Comitato Giovani SIAGASCOT

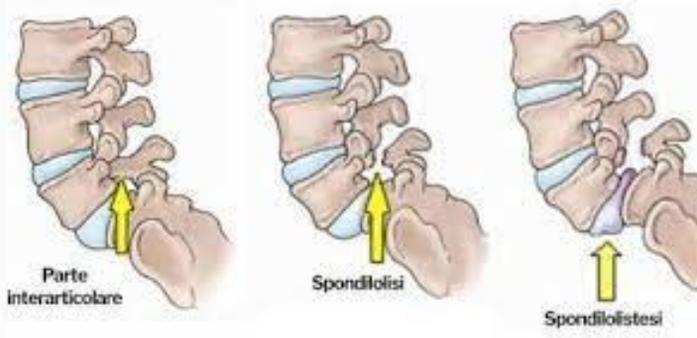
Focus On....

GIOVANI ATLETI E DOLORE LOMBARE: SPONDILOLISI?

Con Spondilolisi si intende una frattura della pars interarticularis dell'arco vertebrale, unilaterale o bilaterale, che si verifica principalmente a carico delle vertebre lombari, in particolare a livello di L4 o L5. (Fig.1)

La fisiopatologia è multifattoriale, con alcuni studi che descrivono anche una predisposizione genetica. Tuttavia, il fattore predisponente dominante è rappresentato dalla ripetizione di forze di iperestensione, carico assiale o movimenti di rotazione esercitati a livello lombare. Non a caso questa patologia è fortemente rappresentata nei giovani atleti.

Da quanto emerge dalla letteratura, l'incidenza di difetti della pars interarticularis derivanti da microtraumi ripetitivi, riscontrabili in diversi sport, risulta essere del 4.4% nei bambini fino ai 6 anni di età, per arrivare al 6% entro i 18 anni.



Alla prima visita il principale sintomo riferito è il dolore lombare che presenta insorgenza insidiosa e spesso associato, in prima istanza, a movimenti correlati all'attività sportiva, per poi arrivare a poter interferire con le attività quotidiane. Tale dolore può occasionalmente irradiarsi ai glutei o agli altri inferiori, mentre sintomi o deficit neurologici sono di raro riscontro.

L'esame obiettivo inizia con l'ispezione della postura e dell'eventuale presenza di deformità spinale. Il range of motion (ROM) lombare può essere limitato, in particolare in flessione-estensione, con elicitazione del dolore in iperestensione. L'iperestensione della gamba o lo stork test sono manovre evocative della sintomatologia.

Nessun test clinico ha dimostrato un'elevata sensibilità o specificità per la diagnosi della lesione della pars, ma una storia clinica ed un esame obiettivo positivi dovrebbero indurre a successivi approfondimenti con tecniche di imaging diagnostico.

L'utilizzo di quest'ultimo svolge un ruolo importante nella prognosi e nel trattamento di questi giovani atleti con difetti spondilolitici, seppur non vi sia ancora un consenso sulla via diagnostica appropriata.

Le radiografie standard (AP e LL) hanno dimostrato una bassa sensibilità nella diagnosi dei difetti della pars interarticularis vertebrale; proiezioni spinali oblique (Fig. 2) sono spesso acquisite per dimostrare il classico "Scotty sign dog", anche se recenti studi ne indicano una scarsa utilità diagnostica. L'evidente difetto osseo descritto come "dog collar" è infatti dato come attendibile solo in stadi avanzati di spondilolisi.

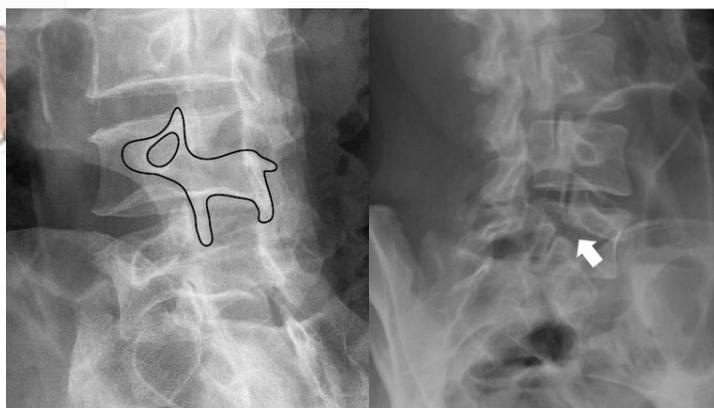


Fig 2 scotty dog sign e dog coll

Nonostante queste limitazioni, la radiografia resta l'esame di prima istanza.

Immagini TC semplici sono superiori nel dimostrare interruzioni della corticale, con fratture precoci della pars tipicamente identificate come difetti del margine inferiore e con successiva estensione al margine superiore quando la frattura progredisce. I limiti della TC, in particolare rispetto alla TC a emissione di fotoni singoli (SPECT) e alla RMN, sono l'incapacità di identificare precoci reazioni da stress e di distinguere le lesioni acute da quelle croniche. La SPECT comporta l'iniezione endovenosa di radioisotopi per identificare regioni con alti tassi di turnover osseo, quindi metabolicamente attivi, il che permette

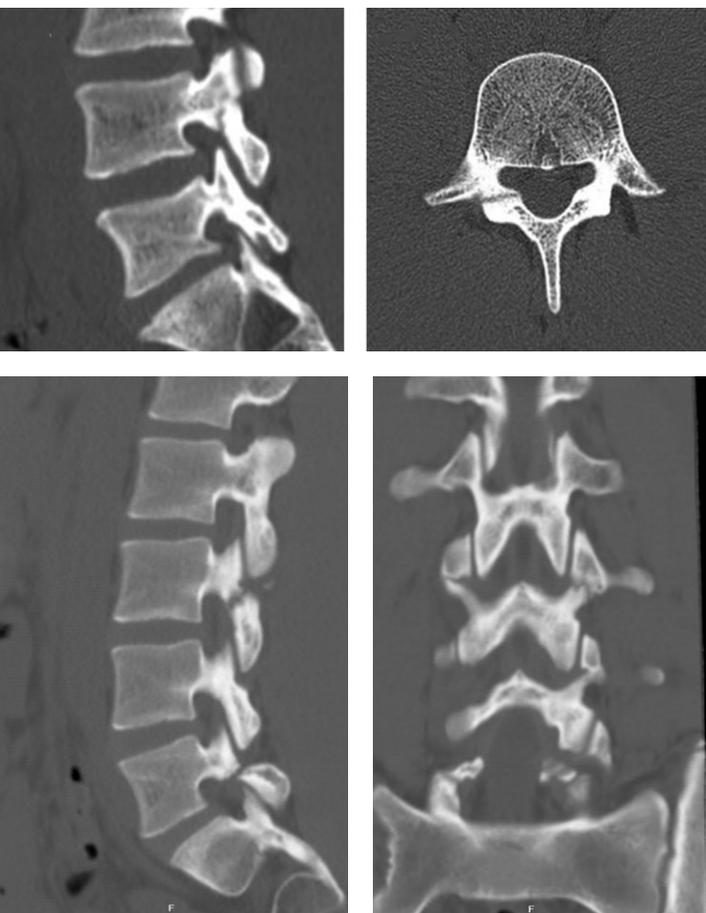
di fornire indizi sulle strutture anatomiche e i tessuti molli circostanti e quindi fornire uno strumento per la diagnosi differenziale di lombalgia e in ultimo la capacità di evidenziare la lesione già in fase acuta.

Poiché l'evidenza di bone union a livello dell'imaging ha dimostrato una scarsa correlazione con gli outcomes clinici, l'utilizzo dell'imaging nel follow-up per dimostrare la guarigione dovrebbe essere evitato nei pazienti che migliorano con il riposo o i protocolli di riabilitazione e riservato a quelli con sintomi refrattari.

Alcuni autori identificano quindi come possibile algoritmo diagnostico l'utilizzo iniziale di radiografia e RMN e l'eventuale ricorso a TC/SPECT per ulteriori approfondimenti.

La gestione conservativa è il fondamento del trattamento della Spondilolisi. In letteratura il trattamento incruento su pazienti atleti, soggetti quindi a reazioni da stress istmico, prevede da 6 a 12 settimane di riposo ed un successivo avvio alla terapia fisica personalizzato per il ritorno all'attività in base alla risoluzione della sintomatologia e ad altri fattori specifici del paziente. Il programma di fisioterapia si concentra sul potenziamento della "deep core musculature" (ovvero di m. trasverso dell'addome, multifidus e pavimento pelvico) limitando sempre l'iperestensione della giunzione lombosacrale. Vi è dibattito nella comunità scientifica riguardo all'eventuale associazione di ortesi nella terapia conservativa.

Il trattamento chirurgico della spondilolisi è tipicamente riservato a quei casi che non presentano miglioramento della sintomatologia dopo una gestione conservativa per 6-12 mesi. Sono state descritte diverse tecniche di ricostruzione istmica. Nei casi più severi, nel momento cui la patologia evolve in spondilolistesi il trattamento chirurgico indicato risulta l'artrodesi lombare.



una precoce identificazione della frattura da stress rispetto alla TC o alla radiografia. Dati recenti, pur vedendo nella TC il gold standard diagnostico, pongono attenzione sulla possibilità di utilizzare la RMN come imaging iniziale, che ha come beneficio l'assenza di esposizione a radiazioni, particolarmente rilevante in pazienti giovani ed atleti scheletricamente immaturi, la possibilità

Il nostro corrispondente dall'estero



Of orthopedics!

Gianluca Ciolli on-air!

Buongiorno a tutti, sono Gianluca Ciolli, specializzando in Ortopedia e Traumatologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore - Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli e vorrei raccontarvi la mia Fellowship internazionale, un'esperienza unica sia da un punto di vista professionale che umano.

Fin dagli studi universitari mi sono appassionato alla chirurgia del ginocchio. Inizialmente in ambito prevalentemente protesico, poi durante la specializzazione, ho approfondito anche la "Sport Medicine".

Il mio direttore, il Prof. Giulio Maccauro, conoscendo questa inclinazione mi ha proposto di effettuare una Fellowship in Francia presso l'Hôpital de la Croix-Rousse di Lione, diretta dai Prof. Elvire Servien e Prof. Sebastien Lustig.

Questo prestigioso ospedale universitario, riconosciuto come eccellenza dalla FIFA, è centro di riferimento per la chirurgia del ginocchio a livello internazionale.

Dopo aver preso i contatti con i professori, allegando una lettera motivazionale e il CV, sono riuscito ad organizzare la mia Fellowship in pochi mesi.



Fig.2 Prof. Sebastien Lustig con il Robot Mako (Stryker)

Nel trovare alloggio sono stato aiutato direttamente dalla segreteria universitaria, che si è resa utile e disponibile in tutte le fasi precedenti alla partenza. Lione è una città piacevole e vivibile, con un bel centro storico, rinomata per la sua gastronomia. Durante tutti i miei 6 mesi a Lione ho avuto il piacere di lavorare insieme ad altri due fellows (un collega australiano e un altro svizzero), ma per brevi periodi si sono alternati anche altri



IRM Hôpital de la Croix-Rousse

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

Fig.1 Hôpital de la Croix-Rousse

fellows provenienti da diversi paesi del mondo (Arabia Saudita, Bulgaria, Filippine, India, Italia, Messico, Spagna, Turchia).

La Prof Servien e il Prof Lustig lavorano alternandosi reciprocamente tra ambulatorio e sala operatoria durante la settimana. La Prof Servien si occupa principalmente di Sport Medicine (suture meniscali, ricostruzioni multilegamentose, osteotomie, trapianti meniscali etc.), mentre il Prof Lustig di

Il nostro corrispondente dall'estero



Of orthopedics!

chirurgia protesica primaria e di revisione di ginocchio e anca, utilizzando i robot di ultima generazione (Mako e Navio).

Il blocco operatorio si compone di tre sale operatorie, nelle quali i professori sono aiutati da alcuni giovani colleghi e da un'equipe infermieristica molto organizzata e ospitale.

La settimana tipo è costituita da 5 giorni lavorativi durante i quali si è liberi di costruire il proprio personale programma, alternando ambulatorio e sala operatoria.

Inoltre, una volta al mese, si tiene il meeting scientifico, durante il quale sono coinvolti anche i fellows, con l'obiettivo di pubblicare sulle migliori riviste internazionali.

Durante i weekend, è possibile dedicarsi allo studio o all'attività scientifica, senza però togliere la possibilità di godere delle bellezze della città e dei suoi dintorni.

Spero con questa relazione di aver dato qualche spunto su come organizzare una fellowship ed aver incoraggiato altri ad intraprendere un percorso simile.

Per tutti coloro interessati alla chirurgia del ginocchio, consiglio una Fellowship presso la "Lyon School of Knee" di Lione, per approfondire a 360° questa articolazione; poichè è un'esperienza estremamente utile e formativa per la propria carriera professionale.

A cura del Dr Gianluca Ciolli



Fig.3 Prof. Elvire Servien

In sala operatoria ogni fellow ha la possibilità di partecipare all'attività chirurgica; mentre in ambulatorio di collaborare alla visita, all'inquadramento del paziente e all'esame obiettivo.

Tre volte a settimana, durante il pomeriggio, sono previsti meetings dedicati alla discussione dei casi clinici, al planning pre-operatorio degli interventi della settimana e alla discussione di "state of the art".



Fig.4 Vista della città di Lione dal fiume Saona



A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

High-Tech news for Residents

Software per la gestione dei pazienti

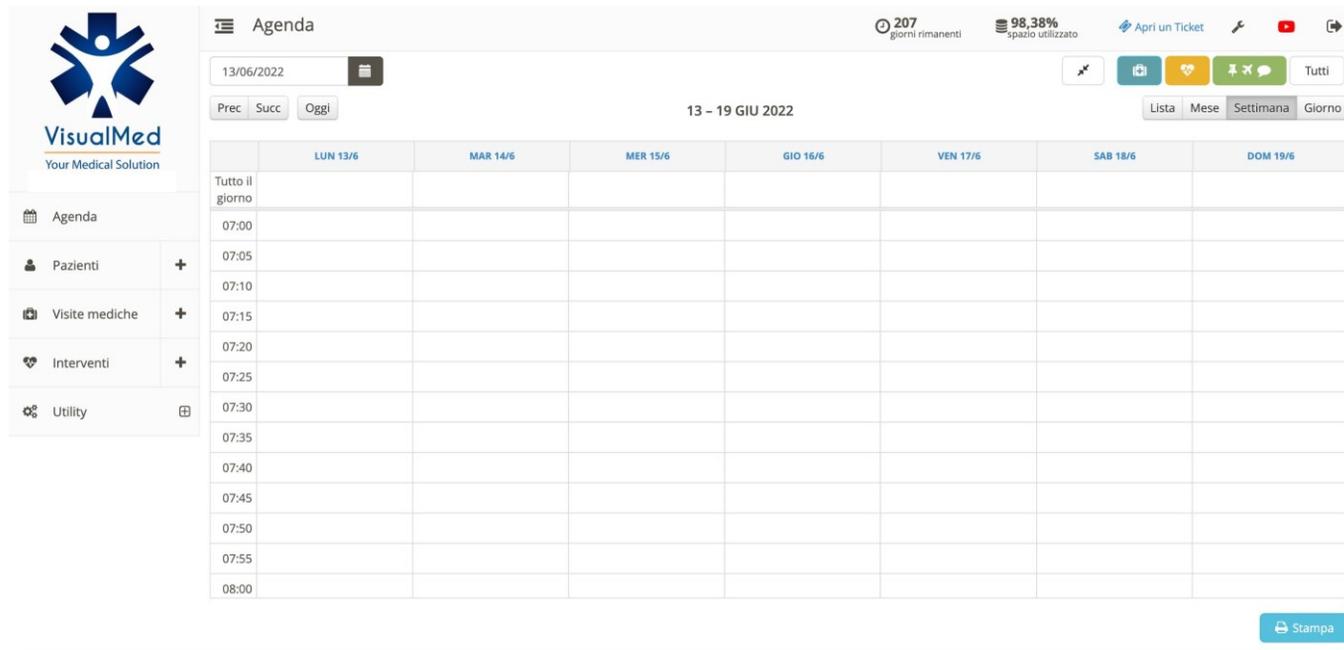
La tecnologia oggi può aiutarci in qualsiasi ambito della nostra professione, dal versante strettamente clinico e chirurgico a quello gestionale. Una risorsa indispensabile è poter gestire ed archiviare le informazioni riguardo i nostri pazienti in ottica futura, in particolare se la nostra attività professionale si articolerà in sedi multiple.

I software gestionali sono una realtà consolidata negli ospedali e negli ambulatori dei MMG, poiché la nostra memoria non è sufficiente per poter rispondere prontamente alle esigenze di tutti gli assistiti. Nuove start up nascono in continuazione per cercare di sviluppare programmi che aiutino l'organizzazione del lavoro di uno specialista in campo medico. I software gestionali hanno quasi tutti caratteristiche simili, ovvero la possibilità di schedare gli appuntamenti, memorizzare i dati anamnestici e gli esami strumentali di ogni paziente,

organizzare l'eventuale lista di attesa e pianificare gli interventi. In commercio dunque esistono diverse opzioni appetibili e valide, nel proseguo dell'articolo utilizzerò come esempio il software VisualMed, semplicemente perché ho avuto la possibilità di esplorarlo. La funzione più intuitiva è quella che ci permette di organizzare gli appuntamenti con la possibilità di usare codici colore per delineare la tipologia di prestazione (prima visita, controllo etc).

Di maggior interesse clinico è la possibilità di creare un record per ogni paziente, comprendente dati anagrafici, dati anamnestici, diagnosi, interventi chirurgici ed eventuali esami strumentali che possono essere allegati, con la possibilità di rilasciare certificati e prescrizioni.

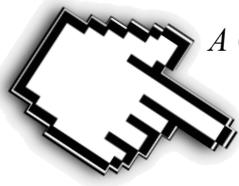
Continua →



The screenshot displays the VisualMed software interface. On the left is a navigation menu with icons for Agenda, Pazienti, Visite mediche, Interventi, and Utility. The main area is titled 'Agenda' and shows a calendar for June 13, 2022. At the top right, there are statistics: 207 giorni rimanenti and 98,38% spazio utilizzato. Below these are buttons for 'Apri un Ticket', a search icon, and a 'Tutti' button. The calendar grid shows days from LUN 13/6 to DOM 19/6. A vertical time axis on the left of the grid lists times from 07:00 to 08:00. At the bottom right, there is a 'Stampa' button.

A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

High-Tech news for Residents



- avvalersi di un minor numero di figure lavorative che lo aiutino ad organizzare il lavoro
- creare un database solido votato a crescere con il tempo senza rischiare di perdere informazioni preziose
- restituire al paziente un'immagine di meticolosità e professionalità.

Poter avere a disposizione l'elenco di tutti i pazienti in maniera rapida e con informazioni dettagliate è prezioso per minimizzare la possibilità di errore e permette al professionista di focalizzarsi sulla pratica clinica e chirurgica e di non farsi sommergere dalle complicate attività di segreteria e archiviazione. Tutti i dati sono registrati ed accessibili poiché si utilizza un server certificato e rispettoso del GDPR.

In definitiva l'utilizzo di software gestionali offre molteplici vantaggi ad un giovane professionista:

*Si ringrazia per la disponibilità
il*

Dr Andrea De Vita

Rubrica a cura del Dr. Alessio Pulino

STRANGER THINGS FOR ORTHOPEDISTS

Approccio al dolore toracico di sospetta natura cardiogena

Seconda parte di un percorso a tre tappe

L'elettrocardiogramma a 12 derivazioni è la prima linea assoluta dell'approccio al dolore toracico (e ad ogni sintomo di sospetta natura ischemica cardiaca). Si tratta di un esame a basso costo, diffusamente disponibile sia in ambiente medico che chirurgico, facilmente e rapidamente praticabile senza particolare "expertise" e soprattutto molto informativo, sia in chiave diagnostica (non solo in ambito ischemico ma anche aritmico e riguardo diverse miopatie) che prognostica con forti risvolti pratici anche immediati in ambito terapeutico-interventistico.

Il caso più classico in cui l'ECG ha un ruolo critico è l'infarto miocardico acuto di tipo STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction), malattia con diagnosi innanzitutto elettrocardiografica; le sindrome coronariche acute vengono classificate "in primis" sulla base proprio dell'ECG.

In caso di infarto di tipo STEMI l'indicazione è l'intervento emodinamico di angioplastica coronarica immediata, al passare del tempo aumenta esponenzialmente il rischio di aritmie maligne ischemia correlate e di degenerazione emodinamica con conseguenze permanenti sulla funzionalità cardiaca. L'elettrocardiogramma è l'esame cardine per intercettare in tempo utile questa patologia strettamente tempo dipendente.

In caso di sintomi sospetti per ischemia cardiaca (essendo il dolore toracico il principale) l'ECG deve essere effettuato immediatamente, se possibile durante il sintomo, non solo per la possibile emergenza interventistica ma anche perché l'esame risulta criticamente più informativo se eseguito durante il sintomo. Se il tracciato è negativo pur essendo effettuato durante il sintomo la probabilità ischemica risulta assolutamente bassa. L'ischemia può dare o meno segno di sé al tracciato elettrocardiografico; una quota significativa di sindromi coronariche, anche infartuali, possono

essere diagnosticate anche in assenza di anomalie all'ECG; alcuni tra gli infarti di tipo NSTEMI (appunto "Non-STsegment Elevation Myocardial Infarction") non dimostra alcuna modificazione ECG significativa e riguardano pazienti che dimostrano un tracciato normale. Nella maggioranza dei casi, tuttavia, se ricercate adeguatamente (ECG immediato durante il sintomo, ripetuto seriamente, confrontato con tracciati precedenti) le sindromi coronariche si

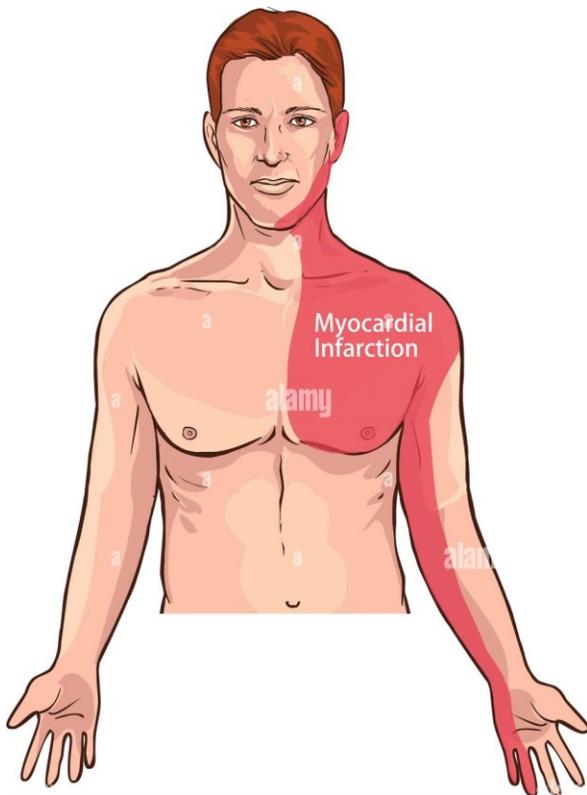
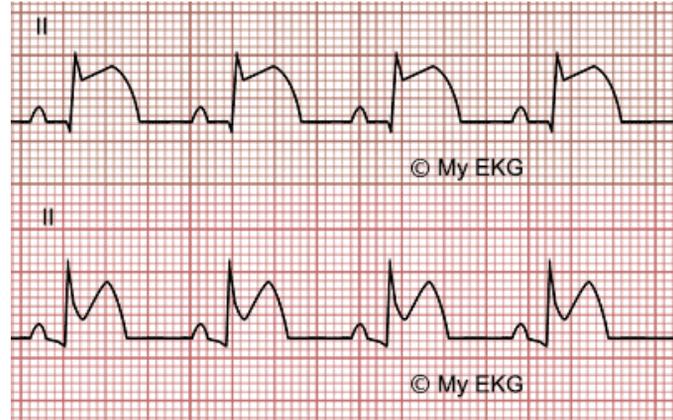


caratterizzano per evidenti alterazioni del tracciato, che possono riguardare il tratto ST (sopra o sottoslivellamento), l'onda T (invertita, appiattita o appuntita), la comparsa di blocco di branca di nuova insorgenza o produrre eventi aritmici evidenti all'ECG come manifestazione critica della sindrome ischemica. Tutti i tipi di aritmia possono essere scatenati dall'ischemia, sia tachiaritmie che bradiaritmie-blocchi: si tratta delle complicanze più pericolose a breve termine, in particolare le tachicardie ventricolari ischemia dipendenti possono tipicamente degenerare fino a fibrillazione ventricolare. Le sindromi coronariche possono esprimersi clinicamente anche con i soli eventi aritmici, tipico peraltro dei casi più infausti a breve termine, giustificando una gran quota delle morti ischemiche in setting extraospedaliero.

continua →

STRANGER THINGS FOR ORTHOPEDISTS

Qualunque sia l'alterazione elettrocardiografica indice, la massima valenza diagnostica si ottiene dal confronto critico con i tracciati precedenti, o comunque con tracciati prodotti seriatamente; le sindromi coronariche acute sono patologie estremamente dinamiche nel breve tempo, e come tali vanno ricercate in modo dinamico, con un monitoraggio continuo, in primis elettrocardiografico. La strategia chiave consiste nell'effettuare l'ECG immediatamente all'esordio del sintomo,



L'interpretazione dei dettagli ECG diagnostici per i vari tipi di ischemia mediante analisi dei segmenti e delle onde è altamente specialistica e deve essere effettuata tramite consulenza cardiologica che potrà diagnosticare (o escludere) direttamente dal tracciato la sindrome coronarica, o approfondire il caso con ecocardiogramma o mediante l'effettuazione di indici di necrosi cardiaca (impropriamente detti "enzimi" cardiaci).

Rubrica redatta dal
Dott. Davide Lionetti De Vogli
UOC Cardiologia
Direttore: Dott. M. Anselmi

Rubrica a cura del
Dott. Davide Castioni
UOC Ortopedia e Traumatologia
Direttore: Dott. G. Giulini

ULSS 9 Scaligera di Verona
Ospedale *Girolamo Fracastoro*
San Bonifacio (VR)

successivamente ripetendo l'esame dopo 10-15 minuti e comunque ad ogni variazione del sintomo clinicamente significativa. Assolutamente decisivo inoltre reperire ECG precedenti del paziente per un confronto che come detto può essere risolutivo.

ORTOQUIZ?



ORTOQUIZ!



Solita situazione, 30 dicembre, notte di P.S. già ti preghi la partenza del giorno dopo, stai facendo il turno con gli sci nell'angolo della sala visite, giusto per mandare un messaggio chiaro al pubblico. E lì, come al solito scatta l'Orthoquiz.

Si presenta G.F.D.P. ragazzo di 27 anni che dice di essere caduto sulle piste da sci (lui che ci è già andato) 2 giorni prima. Male male male alla caviglia che adesso è decisamente edematosa.

Domanda 1) Cosa vale la pena di approfondire dal punto di vista anamnestico prima di mandare il malcapitato a fare le lastre?

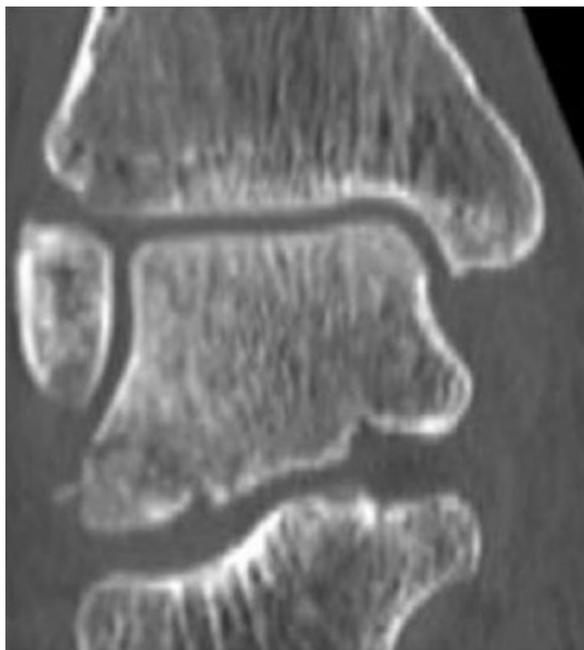
Il paziente riferisce di essere caduto mentre faceva snowboard-

Clinicamente il paziente lamenta dolore a livello del seno del tarso e a livello dell'malleolo laterale.

Domanda 2) Che proiezioni conviene richiedere alla luce della clinica?

Perfetto, va a fare le lastre e torna con le seguenti immagini.

Decidi che il paziente ha bisogno di una TC e questo è il quadro che si presenta.



Domanda 3) alla luce delle radiografie, che cosa si può sospettare?

Quale segno clinico risulta sospetto?

Quale esame di secondo livello fareste fare?



C'è una classificazione per questo tipo di lesioni, chi l'ha descritta? Domanda 4).

Risposte

- 1) Entità del trauma, caratteristiche e se stesse usando sci o snowboard.
- 2) Le proiezioni standard per la caviglia e piede con cura ad avere una proiezione del mortaio.
- 3) Sulla base di anamnesi e di immagini sospetto una frattura dello snowboarder. Il fatto che non si veda il seno del tarso fa sospettare una mobilizzazione del processo laterale dell'astragalo.
- 4) Hawkins:
 - frattura semplice
 - frattura comminuta
 - frattura parcellare

A Cura del Dr.
Carlo F. Minoli



Se qualcuno volesse partecipare con suggerimenti, casi clinici, rubriche o simili è ben accetto! Contattatemi a carlo.minoli@hotmail.it per qualsiasi proposta!