

Dott. Nicola Gambardella
PAG. 2 MALATTIE
"INVISIBILI"

PAG. 3

Dott. Domenico Mallamace

VERTIGINI

Dott. Sebastiano Bruschetta Tumore della Prostata Diagnosi e Prevenzione PAGG. 3 e 4

# DELTA MEDIA

Periodico d'informazione medica, scientifica e sociale

Gennaio - Febbraio 2011 - Anno II

BIMESTRALE

Distribuzione Gratuita

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - 70% Aut.:CBPA-SUD/VV/375/2009

### In cantiere corsi di aggiornamento sulle tematiche di maggiore interesse per l'utenza

## La ricerca scientifica, l'informazione medica e l'educazione sanitaria: questi sono i principali obiettivi dell'Istituto Delta



Il Presidente della Provincia di Vibo Valentia, Francesco De Nisi, apre i lavori del Convegno di Pizzo

Nato nel 1999 nella città dello Stretto e tre anni dopo a Pizzo, al fine di favorire il benessere fisico e psichico dei pazienti tramite moderne tecniche terapeutiche e diagnostiche, negli anni l'Istituto medico scientifico di medicina generale e specialistica DELTA è diventato sempre più un centro all'avanguardia, per soddisfare al meglio le richieste dell'utenza. L'Istituto assicura, infatti, qualificate prestazioni in ambito sanitario, attraverso la ricerca scientifica, l'informazione medica e l'educazione sanitaria degli utenti.

Uno spazio importante l'Istituto DELTA lo assicura, poi, all'attività didattico-scientifica, promuovendo una serie di incontri su tematiche di interesse collettivo, partendo dal presupposto che sapere scientifico e medicina debbano procedere di pari passo. In quest'ottica, nell'ultimo anno sono stati organizzati i corsi di aggiornamento su "Il dolore nelle malattie più frequenti. Classificazione e trattamento" a Vivo Valentia; su "Emicrania: stato dell'arte" a Messina; su "La mininvasività in chirurgia. Attualità e prospettive" a Pizzo; su "Neu-

ropatie e radicolopatie" a Novara di Sicilia. "E' ferma intenzione dell'Istituto promuovere la crescita cultura e scientifica in generale e, particolarmente, nell'ambito medico e scientifico all'interno dei nostri territori", commenta il direttore sanitario dell'Istituto DELTA, Giuseppe Gambardella.

Un'attività quella didattico-scientifica che il centro medico proseguirà anche quest'anno. Sono già, in cantiere, infatti, alcuni incontri scientifici su argomenti che maggiormente interessano l'utenza. Oggi, la struttura scientifica vanta consulenze specialistiche importanti: neurologia e neurochirurgia; psichiatria, psicoterapie, colloqui psicologici e psicodiagnostica; allergologia ed immunologia clinica; chirurgia generale; chirurgia plastica e chirurgia della mano; chirurgia ricostruttiva ed estetica; fisioterapia; oculistica; ortopedia e traumatologia; otorinolaringoiatria; reumatologia; scienze della nutrizione; urologia e andrologia.



Il Professore Giuseppe Gambardella

Presso le sedi del centro medico, è possibile eseguire numerosi esami grazie alla presenza di un moderno ecografo con ecocolordop-



Il Sindaco Fernando Nicotra interviene al Convegno di Pizzo

pler, che si affianca all'apparecchio doppler transcranico, in uso già da alcuni anni. Tra le apparecchiature elettrofisiologiche di cui l'Istituto dispone, ci sono anche un elettromiografo (EMG) ed elettroencefalografo (EEG) e lo strumento che consente di diagnosticare la presenza di osteoporosi attraverso la misurazione della densità dell'osso (Densitometria Ossea Computerizzata).

Quest'apparecchiatura, a differenza di altre metodiche che utilizzano raggi X, si serve di ultrasuoni ed è, quindi, completamente sicura ed indolore. E' possibile, inoltre, effettuare trattamenti fisioterapici all'avanguardia.

Il centro di fisioterapia dispone, infatti, di apparecchiature modernissime: una magnetoterapia, un laser terapeutico particolarmente adatto al trattamento di patologie articolari, nonché apparecchiature per tens ionoforesi di ultimissima generazione. Accanto all'Istituto, è allocata la Sanitaria DELTA, specializzata in prodotti ortopedici, erboristici ed omeopatici.

Marianna Barone



### "Dottore ... Sto ancora male!" Quando la malattia 'non si trova'



Fig. 1 - Andrè Brouillet - A Clinical Lesson at the Salpetriere (1887)

Capita spesso di incontrare pazienti negli ambulatori medici che si rivolgono a noi con la trepida speranza di risolvere il problema che li affligge, capita spesso che gli stessi pazienti parlino con vivo rancore dei medici che li hanno fino a quel momento visitati perche "nessuno finora mi ha fatto capire che cosa ho, anche se ho fatto tantissimi esami".

Per l'opinione pubblica (spesso anche all'interno della classe medica) è difficile accettare l'idea che un disturbo possa non avere alcuna causa organica specifica: il sintomo c'è, ma la causa fisiopatologica che dovrebbe provocare quel sintomo no.

Ancora prima di Freud fu Charcot nella metà del 1800, uno dei padri della Neuropsichiatria moderna, a studiare questi pazienti dando valore scientifico al concetto di "isteria".

Alcuni di noi non possiedono gli strumenti psicologici adeguati per poter "metabolizzare" sia i fattori stressanti interni (emozioni, ricordi, pensieri, fantasie etc.) sia i fattori stressanti esterni (contrasti con il partner, tensioni in ambito lavorativo etc).

Tutti questi fattori si ripresentano quindi sotto forma di "sintomo isterico" che può assumere la forma più varia e comprendere di fatto tutti gli ambiti della sintomatologia medica. Questo meccanismo, elemento chiave per comprendere il concetto di isteria, è stato rappresentato in un quadro del pittore Andrè Brouillet che ha per protagonisti Charcot ed una donna isterica (svenimento isterico e, quindi, senza alcuna causa medica) durante una lezione alla Salpêtrière a Parigi (**Fig. 1**).

In questi ultimi decenni diversi centri di ricerca stanno, tuttavia, cercando di trovare markers neurobiologici specifici per questi disturbi finora con scarsi risultati. Secondo l'attuale classificazione, se sono presenti prevalentemente sintomi neurologici che non possono essere spiegati da una malattia neurologica o internistica nota si parla di "Disturbo di Conversione", è utilizzato questo termine proprio ad indicare che un elemento psichico viene "convertito" in un sintomo neurologico. In riferimento alla sintomatologia, sono presenti sia sintomi motori che sintomi sensitivi. Sintomi sensitivi: sono comuni le vertigini, l'anestesia e le parestesie, localizzate soprattutto agli arti. Tutti i sistemi sensitivi possono essere coinvolti e la distribuzione delle alterazioni è solitamente incongrua con quella delle malattie neurologiche centrali o periferiche. I sintomi del disturbo di conversione possono coinvolgere gli organi speciali di senso, producendo sordità, cecità e visione a cannocchiale. Tuttavia, l'esame neurologico rivela che le vie sensitive sono integre. Nella cecità da disturbo di conversione, ad esempio, i soggetti riescono a camminare senza riportare urti o danni, le pupille reagiscono



Fig. 2

alla luce e i potenziali evocati corticali sono normali.

I sintomi motori comprendono movimenti abnormi, disturbi della marcia, debolezza e paralisi. Possono essere presenti tremori grossolani e ritmici, movimenti coreiformi, tic e sobbalzi.

Un tipo di disturbo della marcia osservato nel disturbo di conversione è l'astasia-abasia, che è una deambulazione vistosamente atassica, vacillante, accompagnata da movimenti del tronco grossolani, irregolari ed a scatti e da movimenti delle braccia a scatti e ondeggianti. I pazienti con questi sintomi raramente cadono.

Altri disturbi motori comuni sono paralisi o paresi interessanti uno, due o tutti e quattro gli arti, anche se la distribuzione dei muscoli coinvolti non è congrua con le vie neurologiche. I riflessi restano normali, il paziente non ha fascicolazioni né atrofie muscolari (con eccezione delle paralisi di conversione di vecchia data) e i reperti elettromiografici sono normali. Sintomi epilettici: le pseudocrisi sono un altro sintomo del disturbo di conversione. Il medico può avere difficoltà a differenziare solo

sulla base clinica una pseudocrisi da una crisi comiziale vera (utile in questo caso l'elettroencefalogramma EEG per una corretta diagnosi differenziale).

Qualora sia presente non solo una sintomatologia neurologica, ma anche un corteo sintomatologico caratterizzato da diverse lamentele fisiche che si manifestano nell'arco di numerosi anni senza alcun riscontro diagnostico-clinico parliamo di "Disturbo di Somatizzazione". In quest'ultimo caso possono essere presenti dolori a varia localizzazione (capo, addome, torace etc.), sintomi gastro-intestinali (nausea, vomito al di fuori della gravidanza etc.), disfunzioni sessuali.

Per la cura di questi disturbi che possono permanere nel tempo ed essere molto invalidanti sono fondamentali 1) un lavoro di squadra dell'equipe medica neurologo-otorinolaringoiatra-internista-psichiatra per un adeguato inquadramento diagnostico; 2) un intervento psichiatrico mirato che si avvarrà sia della terapia farmacologica sia della psicoterapia (**Fig. 2**).



## "DOTTORE, MI AIUTI...HO LE VERTIGINI!"

La vertigine può essere definita come "allucinazione della sensibilità spaziale", si tratta di una sensazione soggettiva o oggettiva di movimento da tener ben distinta dal concetto di pseudovertigine (sbandamento) in cui si ha soltanto una sensazione di instabilità del proprio corpo.

La vertigine vera è caratterizzata da una sensazione erronea di movimento del corpo nello spazio che può assumere spesso carattere rotatorio (vertigine soggettiva) o di rotazione dell'ambiente circostante (vertigine oggettiva). In genere, quasi tutte le forme di verti-

gine sono accompagnate da sintomi neurovegetativi (nausea, vomito, sudorazione, pallore e ipotensione).

La pseudovertigine comprende, invece, le alterazioni fugaci, non rotatorie dell'equilibrio come il senso di sbandamento o d'instabilità durante la marcia, i sintomi pre-lipotimici, la sensazione di "testa vuota".

La vertigine periferica più tipica è la "Vertigine Parossistica Posizionale Benigna" (VPPB). E' una malattia labirin-

tica, caratterizzata da parossistiche crisi vertiginose oggettive, causate dai movimenti della testa sul piano verticale e/o orizzontale, accompagnate, di solito, da intensa sintomatologia neurovegetativa (nausea, vomito, sudorazione profusa, tachicardia, talvolta ipoacusia)

Le crisi sono ripetitive, di breve durata e si raggruppano in un periodo di tempo limitato, ma con tendenza alle recidive dopo intervalli silenti di durata imprevedibile.

L'eziologia dellaVPPB è spesso guidata da criteri di probabilità, in quanto nella maggior parte dei casi non si può risalire con esattezza all'agente causale.Le forme più frequenti tra quelle ad eziologia nota sono le post-traumatiche (dal 10% al 25%) e le forme ad eziologia vascolare (dal 6% all'11 %); ed infine le idiopatiche (38 % al 68%). Tali forme presentano un picco d'incidenza dopo la quinta decade di vita e un rapporto femmine/maschi di 2:1.

Un ulteriore 10% dei casi riconosce un'eziologia flogistica acuta e cronica dell'orecchio medio.

La "Cupololitiasi" o "Canalolitiasi" è una malattia (più precisamente un disturbo meccanico) dell'orecchio umano, per cui dei minuscoli sassolini di ossalato di calcio, detti "Otoliti", residenti sull'utricolo e sul sacculo e presiedenti all'equilibrio negli spostamenti avanti-indietro, si distaccano e viaggiano nel liquido dei canali semicirco-

lari, che invece presiedono l'equilibrio degli spostamenti angolari. Così facendo, stimolano in maniera erronea tali recettori causando l'illusione della rotazione.

La conseguenza è una fortissima crisi vertiginosa, che colpisce all'improvviso il paziente, generalmente durante il sonno. Tale crisi è di solito riferita a determinate posizioni, per cui è detta "Vertigine Parossistica Posizionale Benigna".

La crisi vertiginosa è oggettiva (perché girano gli oggetti attorno al paziente); è posizionale (perché insorge soprattutto nei movimenti

laterali del capo). Visto che il carbonato di calcio non è solubile, la guarigione può richiedere tempi infinitamente lunghi, per cui si procede con alcune manovre liberatorie, che, facendo muovere il paziente in un determinato modo, tendono a liberare i canali dagli otoliti.

La più nota è la Manovra di Semont, dal nome del medico francese Alain Semont che l'ha ideata.

La cupololitiasi non necessita di particolari cure farmacologiche.

Oltre che sull'anamnesi, la diagnosi definitiva di "VPPB" si basa nell'eseguire semplici manovre diagnostiche e la ricerca del tipico nistagmo parossistico associato (caratteristico di un determinato canale semicircolare).

L'abuso dei tradizionali farmaci antivertiginosi (cinnarizina, levosulpiride), senza l'esecuzione delle manovre liberatorie e le limitazioni volontarie del movimento, rallentano la guarigione, determinando così problemi posturali secondari (rigidità cervicale, mal di testa e contrazioni paravertebrali abnormi del collo e della schiena).

In ogni caso, per ottenere una rapida e duratura guarigione dalla VPPB, bisogna evitare che il paziente resti "bloccato", anche psicologicamente, dalla paura di nuove crisi di vertigine, bensì dovrà muoversi liberamente nei gesti della vita quotidiana, a patto che eviti i bruschi movimenti del capo e del collo (flessione/estensione, rotazione, etc.) La prescrizione di altri esami, quali l'eco-doppler TSA, la radiografia del rachide cervicale, alcuni esami ematochimici, la TAC, RMN, o il controllo della pressione arteriosa possono essere di ausilio nell'escludere patologie concomitanti o nell'individuare fattori favorenti. 

dott. Domenico Mallamace

Specialista in Otorinolaringoiatria domenicomallamace@alice.it tel. 329/8217991

## Tumore della prostata: ruolo della diagnosi precoce e dell'alimentazione

Il tumore della prostata ha un'alta incidenza ed un periodo di latenza piuttosto lungo, sia per quanto riguarda lo sviluppo che la sua progressione.

L'incidenza nel Nord Europa è di circa 75 x 100mila uomini bianchi, mentre nel Nord America il dato è ancora più alto riguardando circa 110 x 100mila afro-americani. Molto bassa, di contro, l'incidenza in Asia dove, ad esempio in Giappone, si registrano circa 12 nuovi casi di carcinoma prostatico l'anno su 100mila uomini.

Numerosi sono i fattori di rischio conosciuti per lo sviluppo del carcinoma della prostata, tra questi l'età, la razza e l'area geografica. In Italia il tumore della prostata è il tumore con la maggiore incidenza nel sesso maschile (circa 12% dei tumori) avendo superato, già da alcuni anni, il tumore polmonare la cui incidenza si attesta attorno al 10%, registrando ogni anno circa 10mila nuovi casi di cui almeno 1/5 già in stadio metastatico.

L'incidenza tenderà, purtroppo, a salire poiché l'età media della popolazione maschile italiana è sempre più elevata. Poiché l'età è uno dei principali fattori di rischio conosciuti ed in considerazione del fatto che in Italia ci sono circa 9milioni di uomini al di sopra dei 50 anni potenzialmente a rischio, ha un ruolo fondamentale la prevenzione come per altri tumori ad elevata incidenza come il tumore all'utero o alla mammella.

Secondo alcuni studi, in Italia solo un uomo su 5, di età compresa tra i 50 ed i 70 anni, conosce il ruolo del PSA (principale strumento diagnostico del tumore prostatico) ed uno su 10 si sottopone al test. Secondo studi, i fattori genetici avrebbero solo un ruolo marginale nella differente incidenza nei vari continenti, in quanto soggetti con la stessa predisposizione genetica che vivono in diverse aree continentali hanno un rischio di sviluppare un tumore prostatico correlato al paese in cui vivono. [...]

segue da pag. 3



E' stato visto come immigrati asiatici negli Stati Uniti hanno sviluppato un'incidenza del tumore prostatico anche 7 volte maggiore rispetto a quella del loro continente di origine: ciò indicherebbe il ruolo svolto dai fattori ambientali e, di questi, la nutrizione è quella sospettata di svolgere il ruolo maggiore.Nel Nord America ed in Europa è presente una dieta ricca di grassi animali a differenza che nei paesi dell'oriente asiatico in cui la dieta è ricca

in fibre e proteine della soia e povera di grassi. Dati di letteratura suggeriscono che molti elementi della dieta giocano un ruolo importante nella prevenzione del tumore prostatico e, in alcuni casi, anche nella sua progressione come ad esempio la vitamina E, il selenio, il thè verde ed il licopene.

In molti Paesi ed anche in Italia, ormai da diversi anni, si effettua uno

screening annuo gratuito del tumore prostatico il cui obiettivo è quello della prevenzione piuttosto che della cura. Poiché tuttavia non è possibile effettuare uno screening di tutta la popolazione di sesso maschile, sarebbe opportuno che tutti gli uomini, raggiunti i 50 anni di età, inizino i controlli annuali della prostata eseguendo almeno la DRE (esplorazione digitale della prostata) ed il PSA e l'ecografia prostatica almeno ogni 2 anni. Già i primi risultati si sono ottenuti essendo aumentati i casi di tumori prostatici diagnosticati in fase iniziale e con PSA nella norma ma DRE sospetta, il tutto a beneficio della prognosi.

La prevenzione annuale ha un significato ancora maggiore per quei pazienti che presentano una familiarità per il tumore prostatico (padre e fratello in particolare).

Come recita il vecchio detto "**Prevenire è meglio che curare!**" e questo è il compito dell'urologo. **Dott. Sebastiano Bruschetta** 

Specialista in Urologia Andrologia Chirurgica e Infertilità Maschile sbruschetta@hotmail.com

Reg. Trib. Vibo Valentia

n. 4/2009

**Editore** 

Giuseppe Gambardella

**Direttore Responsabile** 

Marianna Barone

Redazione

via Nazionale, cpl. S. Agostino, Pizzo (VV) tel.: (+39) 0963 53 42 58

**Grafica e Progetto Editoriale** 

#### S.R. COMMUNICATION

Contatti

istitutodelta3@libero.it

Stampa

Monteleone Grafica & Stampa Via Ipponion, 90 89900 Vibo Valentia

PER INSERZIONI PUBBLICITARIE RIVOLGERSI A:

(+39) 0963 53 42 58

(+39) 090 67 33 91

Istituto Scientifico e Diagnostico di Medicina Generale e Specialistica



Via La Farina is. 278 - MESSINA - 090-673391 Via Nazionale Cpl. S. Agostino - PIZZO - 0963-534258 mail: istitutodelta3@libero.it

#### **CONSULENZE SPECIALISTICHE**

- Neurologia e Neurochirurgia
- Psichiatria, Psicoterapie e Psicodiagnostica
- Allergologia ed Immunologia clinica
- Chirurgia Generale
- Chirurgia Plastica
- Chirurgia della Mano
- Chirurgia Ricostruttiva ed Estetica
- Fisioterapia
- Oculistica
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorinolaringoiatra
- Scienze della Nutrizione
- Reumatologia
- Urologia ed Andrologia

## Si riceve tutti i giorni su appuntamento

#### **ESAMI DIAGNOSTICI**

- Ecocolor Doppler Elettroencefalografia
- Doppler vasi epiaortici e transcranico
- DOC/MOC
- Trattamenti fisioterapici
- Visite psichiatriche Psicoterapie

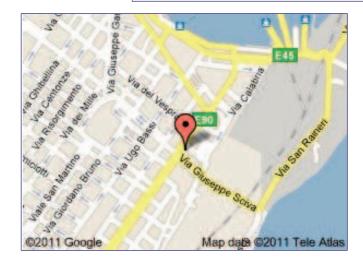


L'Istituto Delta si trova in Via Nazionale - Palaz. H, Complesso S. Agostino 89812 Pizzo (VV) tel. 0963-534258

#### SANITARIA DELTA

Veniteci a trovare in Via Nazionale, cpl. Sant'Agostino, 89812 PIZZO (Vibo Valentia)

TEL. 0963-534258 mail: sanitariadelta@alice.it



L'Istituto Delta si trova in Via G. La Farina is.278 98122 Messina (ME) tel. 090-673391