

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE / AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N.1 TRIESTINA / ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATI
PER INFORMAZIONI POTETE SCRIVERE ALL'INDIRIZZO MAIL: urp@aas1.sanita.fvg.it oppure urp@aots.sanita.fvg.it - Redazione Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 Triestina Via Guglielmo de Pastovich 1 34100 Trieste

AOUTS / MEDICINA D'URGENZA

Le intossicazioni stagionali

Alcune indicazioni per evitare avvelenamenti

Quasi ogni anno la Medicina d'Urgenza accoglie e tratta delle intossicazioni che sono caratteristiche del periodo estivo, legate alla vita all'aria aperta, ai bagni in mare, alla stagionalità delle piante che producono fiori e frutti.

Vi sono nell'ambiente in cui viviamo diversi veleni dei quali non sempre siamo consapevoli, anche se fortunatamente le intossicazioni gravi sono rarissime. L'errata credenza che una sostanza naturale non possa che essere innocua, se non benefica, non è più così diffusa e, rispetto a qualche decennio fa, vi è in generale più informazione e maggiore prudenza, e la maggior parte delle persone evita di ingerire bacche o altre parti di vegetali, o funghi raccolti durante le passeggiate, se non è sicura che siano commestibili, o senza che siano stati controllati da un esperto.

Le piante velenose sono numerosissime, dalla digitale, pianta ornamentale, al lauro-ceraso presente in molte siepi, al calicanto (la cui fioritura è però invernale) ma probabilmente, oltre alla cultura, a determinare la rarità degli incidenti è anche la scarsa probabilità dell'esposizione al veleno (chi mai mangerebbe un mughetto?).

Un incidente che invece a

volte capita, ed è accaduto proprio quest'estate, è legato all'ingestione delle bacche di belladonna. Questo è un arbusto che produce d'estate delle bacche nere, e succede, anche se molto raramente, che vengano scambiate per frutti commestibili. L'intossicazione è dovuta all'atropina presente nelle bacche, ed è conosciuta sin da tempi remoti, tanto che una filastrocca popolare inglese descrive l'intossicato in modo molto colorito (e mnemonicamente utile): caldo come una lepre, cieco come un pipistrello, secco come un osso, rosso come una barbabetola, mat-

to come una gallina (hot as a hare, blind as a bat, dry as a bone, red as a beet, mad as a hen). Vi sono infatti allucinazioni, febbre, disturbi alla vista, congestione del viso e secchezza della bocca: il ricovero in Medicina d'Urgenza è finalizzato soprattutto al trattamento intensivo di questi sintomi eclatanti, perché l'intossicazione raramente è pericolosa per la vita, e quasi sempre si risolve spontaneamente in un paio di giorni. A fine estate e durante l'autunno nei decenni passati erano frequentissime le intossicazioni da funghi, che ora sono diventate molto più rare,

alcune pericolose e molte altre limitate a gastroenteriti passeggero. Il fungo più temuto era, ed è ancora, l'Amanita Phalloides, il cui veleno causa anche in piccole dosi (pochi grammi) dapprima una gastroenterite, e successivamente dei danni al fegato che possono anche essere letali; le persone colpite necessitano di molti giorni di monitoraggio e trattamento, e sfortunatamente non esiste un antidoto di sicura efficacia.

Un fenomeno nuovo nell'ambito delle intossicazioni è stato determinato dalla comparsa nel golfo di Trieste di Ostreopsis ovata, una microalga potenzialmente tossica di origine tropicale e subtropicale. L'esposizione, per inalazione o contatto con la pelle, avviene ovviamente con i bagni in mare, oppure con il consumo di prodotti ittici, e in Medicina d'Urgenza si è iniziato ad accogliere qualche caso sospetto. Anche se, molto teoricamente, potrebbero verificarsi intossicazioni più gravi, e per questa ragione l'osservazione in ospedale viene mantenuta per 1-2 giorni, i pochi casi osservati in Italia, e a Trieste, sono stati tutti limitati a disturbi alle prime vie respiratorie o stati febbrili, senza alcun sintomo allarmante.



AOUTS / ORL

Novità nella diagnosi e nella cura dei tumori della bocca e della gola



I tumori della bocca e della gola stanno aumentando e raggiungono nella nostra Regione un'incidenza di circa 300 casi all'anno giungendo all'osservazione dei sanitari anche in soggetti relativamente giovani (50-60 anni) che non presentano i noti fattori di rischio quali il fumo e il consumo di alcool. La spiegazione sta nel fatto che recentemente è stato scoperto che una rilevante percentuale di questi è di origine virale; alcuni tipi di papillomavirus (lo stesso che provoca il tumore dell'utero nella donna) possono essere trasmessi per contatto sessuale provocando nel tempo le alterazioni cellulari alla base dell'insorgenza di questi tumori maligni.

Oltre al problema della diffusione per contatto sessuale in fasce di popolazione normalmente non a rischio risultano caratterizzati dal fatto che essendo a lungo asintomatici conducono spesso il paziente dal medico solo in fase avanzata quando cioè la terapia chirurgica non può più essere conservativa e quando le probabilità di guarigione sono ridotte.

Questi tumori possono interessare la lingua, le gengive, le guance, il pavimento della bocca, il palato, le tonsille, la laringe, l'imbocco dell'esofago manifestandosi sotto forma di escrescenze, lesioni bianche o rossastre, ulcere che non si rimarginano.

La Clinica ORL di Trieste rappresenta una struttura sanitaria di primo livello per la diagnosi e la cura di questi tumori trattando ogni anno centinaia di casi con le più moderne tecniche e

metodiche diagnostiche e chirurgiche e collaborando con un'equipe multidisciplinare formata da diversi specialisti che comprende oltre agli otorinolaringoiatri, odontostomatologi, chirurghi plastici, oncologi e radioterapisti.

Nell'ambito del 2015 la struttura ospedaliero-universitaria ha partecipato come centro clinico di riferimento alla giornata nazionale della prevenzione dei tumori della bocca organizzata dalla Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervicofacciale e dall'Associazione Otorinolaringologi Ospedalieri Italiani e ha organizzato nell'Aula Magna dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste una conferenza scientifica sulle nuove tecnologie chirurgiche e sulle opzioni terapeutiche per la cura di questi tumori. L'incontro scientifico, organizzato nel maggio dal prof. G. Tirelli Direttore della Clinica ORL ha visto come oratore di spicco il professor Richard Hayden direttore del dipartimento di chirurgia testa e collo presso la Mayo Clinic di Phoenix-Arizona (USA) ospedale di caratura mondiale per la cura dei tumori. Nell'arco del workshop sono state presentate nuovissime tecniche chirurgiche miniinvasive, già adottate nella realtà sanitaria ospedaliera della nostra città come uno dei primi centri in Italia; obiettivo principale è curare chirurgicamente il paziente con elevate probabilità di guarigione, limitando al massimo l'impatto sulla qualità della vita dello stesso, riducendo le complicanze e i tempi di degenza e di conseguenza i costi per il sistema sanitario.

AOUTS / CLINICA DERMATOLOGICA

Saper riconoscere la malattia di Lyme

La malattia di Lyme è una infezione, diffusa in quasi tutto il mondo, causata dalle Borrelie di Lyme ed è trasmessa da una zecca. La zecca vettore presente in Europa e nella nostra Regione è l'Ixodes ricinus, e la Borrelia più frequente è Borrelia afzelii, che è responsabile di diverse affezioni cutanee.

Nella fase iniziale la malattia può presentare un 'Eritema migrante', che si manifesta con un arrossamento della cute, che si estende progressivamente, dopo un periodo di incubazione di 5-30 giorni, intorno al morso della zecca. In questa evenienza la diagnosi avviene con l'osservazione della manifestazione clinica, in quanto la sierologia risulta ancora negativa nella metà dei casi.

Il trattamento viene effettuato con un antibiotico (Amoxicillina o Doxyciclina) che assunto per tre settimane permette la guarigione nel 99% dei casi. Nel caso di assenza o scarsa evidenza di Eritema migrante, a distanza di tempo possono comparire altre manifestazioni cutanee (Eritemi anulari multipli, Linfocitoma borrelioso, Dermatiti atrofiche), articolari (Mioartralgie migranti), neurologiche (polimeningoloneurite, paralisi del facciale), mentre le manifestazioni cardiache e oculari sono meno frequenti (2% dei casi).

Quando la malattia di Lyme si manifesta senza l'Eritema migrante, i primi sintomi possono essere più spesso articolari o neurologici; La mioartralgia di Lyme è di tipo migrante e interessa una o poche articolazione per volta;

la manifestazione è di breve durata, e a distanza di alcune settimane va a colpire un'altra articolazione. Dal punto di vista clinico la malattia di Lyme è quindi un'infezione complessa e può simulare e indurre quadri clinici variegati. In queste situazioni la diagnosi viene confermata con esami di laboratorio quali gli anticorpi anti-Borrelia, la ricerca diretta della Borrelia ed altri esami più complessi.

Da tener presente ancora che la zecca può trasmettere sia la Borreliosi, che altre infezioni, quali l'Ehrlichia (Anaplasma phagocytophilum) la Rickettsia helvetica o monocensis, la Bartonella e la Babesia, che possono indurre un'evoluzione clinica atipica della Borreliosi. La terapia da effettuare in queste situazioni è più impegnativa e richiede la somministrazione di anti-

biotici per via endovenosa (Ceftriaxone, Penicillina, Doxyciclina) a cui si aggiungono, in particolari casi, altri farmaci per poter debellare completamente la malattia.

Va precisato che in caso di morso di zecca, non è quasi mai indicata una terapia preventiva, ma è importante segnalare al medico eventuali manifestazioni cliniche, che dovessero comparire nei successivi due mesi.

Vanno sempre segnalate al medico le seguenti manifestazioni: la comparsa di un'eritema migrante, di mioartralgie, mal di testa, paresi del facciale, meningoradicoloneuriti, deficit di memoria, alterazioni del ritmo cardiaco, la presenza di febbre, malessere con stanchezza.