

IL LABORATORIO NELLE PATOLOGIE DELL'ANZIANO

A partire dal secolo scorso, nei paesi occidentali, la durata della vita ha cominciato ad allungarsi rapidamente tanto che oggi in Italia si stima che l'aspettativa di vita sia di oltre 77 anni per gli uomini e di oltre 83 anni per le donne.

L'anziano, ossia la persona oltre i 65 anni, è un soggetto predisposto all'insorgenza di patologie croniche, l'80% infatti è portatore di due o più malattie croniche, spesso irreversibili e che spesso ne compromettono l'autonomia.

La perdita dell'autosufficienza rappresenta la paura principale dell'anziano.

La combinazione di queste due situazioni porta come conseguenza il fatto che la cura dell'anziano mira, non tanto a guarire le patologie quanto a ripristinare o almeno a mantenere l'autonomia del soggetto.

Da questo discende che il paziente anziano molto spesso è un soggetto in politrattamento farmacologico, è utile tuttavia ricordare che

nell'anziano la fisiologia è significativamente modificata e di conseguenza la farmacocinetica e farmacodinamica (distribuzione e diffusione del farmaco, suo metabolismo ed eliminazione) viene fortemente influenzata dai cambiamenti in corso di invecchiamento.

Significativa è la modifica della composizione corporea, nell'anziano:

- aumenta la massa grassa
- diminuisce il contenuto d'acqua
- diminuisce la massa ossea
- diminuisce la carica proteica

Durante il processo biologico dell'invecchiamento si verificano una serie di perdite strutturali e funzionali a carico dell'organismo. Rispetto al giovane la filtrazione renale scende al 50-60%, il consumo massimo di ossigeno scende al 50%, il volume d'aria forzata espirata in un secondo scende al 70% e la pressione parziale dell'ossigeno arterioso al 75%.

Il numero di neuroni pigmentati

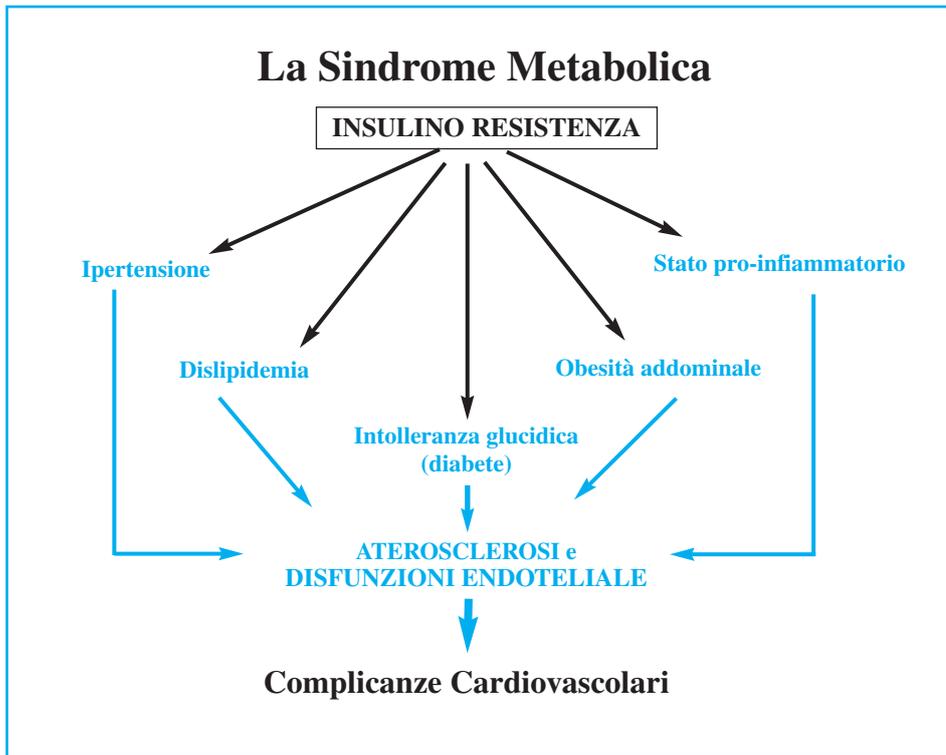
nella substantia nigra del cervello scende al 65% e la massa ossea al 70%.

La riduzione della massa muscolare comporta una diminuzione del pool ematico della creatinina che deriva dal metabolismo della creatina nel muscolo e nel soggetto ultrasettantenne il contenuto proteico è di oltre il 25% inferiore a quello che si osserva in un venticinquenne.

La sarcopenia si associa ad astenia, disabilità ed aumento della morbilità pertanto l'anziano si colloca a livelli molto vicini alla soglia patologica.

SINDROME METABOLICA

Per Sindrome Metabolica si intende una condizione patologica caratterizzata da una serie di alterazioni metaboliche ed emodinamiche ben definite ed accompagnate da uno stato infiammatorio cronico il tutto costituisce un fattore di rischio cardiovascolare indipendente.



Nei paesi industrializzati la sindrome metabolica ha assunto le dimensioni di una vera e propria epidemia:

- oltre il 70% dei diabetici di tipo 2
- 45% dei soggetti di età superiore ai 50 anni

Quindi la Sindrome Metabolica può essere considerata una patologia dell'anziano anche perché, in definitiva, si tratta dell'associazione clinica di alcune situazioni tipiche, anche se non esclusive, dell'invecchiamento:

- Diabete di tipo 2
- Dislipidemia
- Ipertensione
- Obesità centrale
- Iperuricemia

Secondo il National Cholesterol Education Programm – Adult Treatment Panell III (NCEP – ATP III) si parla di sindrome metabolica quando si verificano almeno tre delle situazioni cliniche sottoelencate:

- 1) Terapia anti-ipertensiva
o P.A \geq 130/85 mm Hg

- 2) Glicemia a digiuno \geq 110 mg/dl
- 3) Trigliceridemia 150 mg/dl
- 4) Colesterolo HDL
< 40 mg/dl per gli uomini
< 50 mg/dl per le donne
- 5) Obesità centrale girovita
> 102 cm per gli uomini
> 88 cm per le donne
- 6) Microalbuminuria

La modifica sostanziale dello stile di vita sembra essere il principale approccio “terapeutica” per i pazienti con la sindrome metabolica.

L'obiettivo che ci si prefigge attraverso un corretto stile di vita è quello di modificare la sensibilità all'insulina e di modificare migliorando le varie alterazioni metaboliche e vascolari.

Nel corso del processo biologico dell'invecchiamento le modificazioni che si verificano nell'organismo condizionano aspetti clinici e diagnostici dell'anziano.

VES Velocità di eritrosedimentazione

È la misura della velocità con cui le emazie sedimentano nel plasma in cui si trovano sospese

Il dato viene ricavato dalla legge di Stokes che si basa su alcuni parametri come la densità e la viscosità del fluido di sospensione, che sono fortemente influenzate dalla composizione (esempio quali-quantitativa proteica).

Un aumento della VES può essere indicativo di un processo infiammatorio in atto, anche se il dato non è specifico di una malattia.

I valori di riferimento della VES sono:

Neonati < 2 mm/ora

Adulti < 15 mm/ora

Anziani donne < 63 mm/ora
uomini < 38 mm/ora

Normalmente per “convenzione” il laboratorio riporta i valori normali di giovani-adulti e viene lasciato al medico l'interpretazione del risultato in base all'età del paziente.

Per comodità di calcolo si possono utilizzare le seguenti formule di correzione:

$$Uomo = \frac{\text{anni di età}}{2}$$

$$Donne = \frac{\text{anni di età} + 10}{2}$$

GLICEMIA POST-PRANDIALE

L'aumentata attesa di vita e quindi l'età media della popolazione è uno dei fattori più importanti della crescente prevalenza del Diabete.

Si calcola che gli anziani costituiscono il 50% della popolazione diabetica corrente.

In questi soggetti il Diabete di Tipo 2 è il risultato della resistenza cellulare all'insulina o una ridotta produzione dell'ormone da parte del pancreas.

I valori di riferimento della glicemia basale sono:

< 110 mg/dl nella norma*

110-126 mg/dl Intolleranza al glucosio a digiuno (IGT)

> 126 mg/dl IPERGLICEMIA

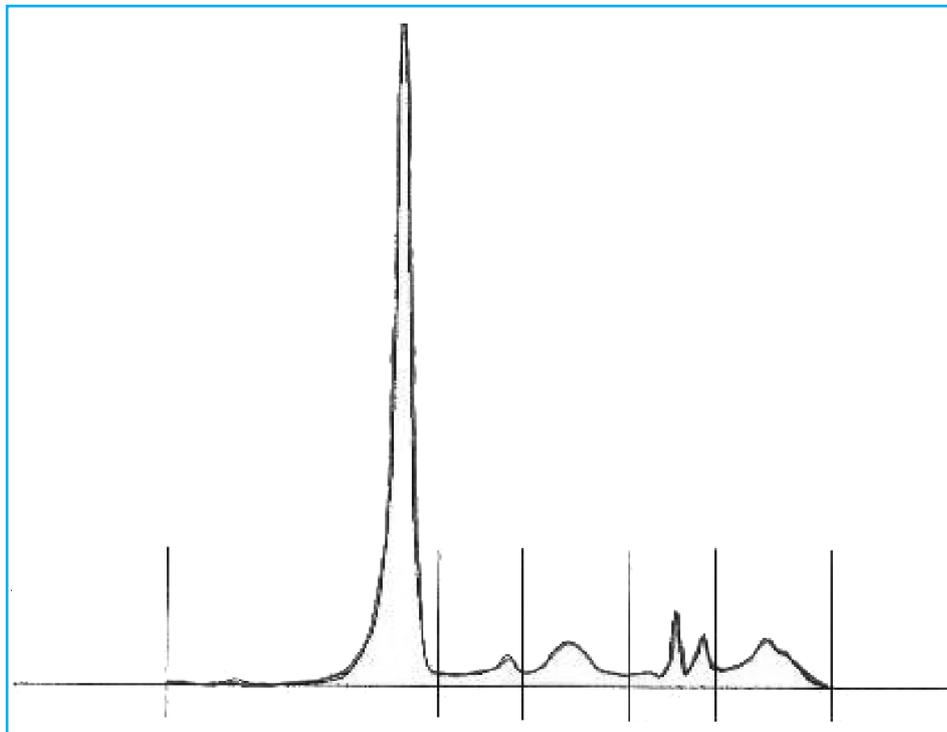
* L'American Diabetes Association ha proposto di abbassare il limite di glicemia a digiuno (FPG) a 100 mg/dl.

Dopo carico orale, ossia a due ore dopo somministrazione di 75 gr di glucosio i valori normali non dovrebbero superare i 140 mg/dl, tuttavia nel soggetto anziano e comunque dopo i 40 anni, i valori di riferimento della glicemia dopo carico orale può essere aumentato di 10 mg/dl per ogni decade d'età.

CLEARANCE della CREATININA

La stima della velocità di filtrazione glomerulare è fondamentale nella pratica clinica per identificare situazioni di insufficienza renale soprattutto in caso di terapia nefrotossica.

Il valore di Creatininemia, oltre i 30 anni non correla più con la sua clearance; pertanto il dato di laboratorio se non opportunamente corretto può mascherare una velocità di filtrazione glomerulare ridotta soprattutto nei soggetti anziani dove il



filtrato renale è diminuito del 30-40%.

Per tale motivo sono state sviluppate formule per stimare la velocità di filtrazione sulla base del valore della Creatinina serica, formule che tengono conto dell'età, del sesso e di altre varianti antropometriche.

La formule di Cockcroft e Gault è una delle più utilizzate per il calcolo della creatinina clearance partendo dal dato di creatininemia:

$$\text{Uomini} = \frac{(140 - \text{anni di età}) \times \text{Kg di peso}}{72 \times \text{creatininemia (mg/dl)}} = \text{clearance ml/min}$$

$$\text{Donne} = \frac{(140 - \text{anni di età}) \times \text{Kg di peso}}{72 \times \text{creatininemia (mg/dl)}} \times 0,85 = \text{clearance ml/min}$$

ELETTROFORESI

È facile osservare nel tracciato elettroforetico anomalie che indicano la presenza di una componente monoclonale cui non corrisponde una sintomatologia riconducibile alla

patologia tipica (es.: mieloma).

Tale quadro clinico è conosciuto sotto il nome di MGUS (Monoclonal Gammopathy Unknown Significance) ossia "gammopatia monoclonale di significato sconosciuto".

Si tratta in molti casi di una gammopatia che persiste imm modificata per decenni senza influenzare né la qualità di vita né la sopravvivenza.

Infatti si tratta di una condizione clinica in cui l'unico riscontro anomalo è di tipo laboratoristico, ossia la presenza del tutto asintomatica di una componente monoclonale serica e/o urinaria, in genere di modesta entità che molto spesso resta stabile nel tempo.

Tale situazione è più frequente nell'anziano; l'età media dei pazienti con MGUS è di circa 67 anni, molto rara nei soggetti giovani, si osserva in entrambi i sessi con una prevalenza per gli uomini.

Prof. Vittorio Molina
Direttore Sanitario CAM

IPERIDROSI: Quando sudare diventa un problema

Un disturbo che interessa in particolar modo mani, ascelle, piedi e testa e che trova nella chirurgia mini-invasiva una soluzione.

In condizioni normali la sudorazione è regolata dal Sistema Nervoso Simpatico e aumenta o diminuisce di intensità contribuendo al mantenimento della temperatura corporea entro determinati limiti fisiologici. La sudorazione varia perciò in base a stimoli interni che interagiscono con agenti esterni, questi meccanismi risultano particolarmente evidenti durante l'attività fisica o quando ci si trova in condizioni ambientali estreme dove temperatura e umidità sono molto elevate.

Si parla di iperidrosi quando la sudorazione è sproporzionata rispetto a quanto effettivamente necessario.

DEFINIZIONE

È chiamata iperidrosi una sudorazione eccessiva rispetto a quella necessaria per una normale termoregolazione della pelle.

Può essere limitata (o focale), quando colpisce una o più sedi, o generalizzata, se interessa l'intero corpo. Diventa un disturbo invalidante specialmente quando interessa le mani, ma possono essere colpiti da iperidrosi anche altri distretti corporei, come le ascelle o, meno frequentemente, il volto, il cuoio capelluto, il tronco.

Fino al 90% dei pazienti affetti da iperidrosi palmare riferisce la presenza di iperidrosi di grado variabile delle piante dei piedi. Quasi la metà dei pazienti che soffrono di iperidrosi palmare presentano anche iperidrosi ascellare.

Si parla di **iperidrosi primaria o idiopatica** quando non è possibile identificare una causa a cui ricondurre l'eccessiva sudorazione, in questo caso si ritiene che il disturbo sia riconducibile a un ipertono del Sistema Nervoso Simpatico.

L'**iperidrosi secondaria** è invece una conseguenza di problema-

tiche come l'obesità o può insorgere con la menopausa, oppure si manifesta a causa di patologie endocrine o metaboliche (come ad esempio ipertiroidismo, iperipituitarismo, acromegalia, diabete mellito, iperuricemia), o per malattie neurologiche o neoplastiche (feocromocitoma, carcinoid syndrome); può anche manifestarsi come effetto collaterale di terapie farmacologiche o per terapie ormonali utilizzate per curare il carcinoma della prostata. In altri casi è secondaria a malattie infettive o malattie cardiorespiratorie.

L'iperidrosi primaria ha un'incidenza nella popolazione generale tra lo 0.5 e il 3% a seconda delle etnie. Insorge in età giovanile con una lieve prevalenza per il sesso femminile e perdura nell'adulto con una tendenza all'attenuazione dei sintomi in età senile. Una predisposizione genetica è verosimile, visto che nel 40-50% dei pazienti è possibile riscontrare una storia familiare di iperidrosi.

L'età di insorgenza dipende dalla sede corporea affetta, con una età media di 25 anni circa. Solitamente è più avanzata nei casi di iperidrosi di testa e volto, più precoce nei casi di iperidrosi ascellare (intorno ai 19

anni), mentre l'80% dei pazienti con iperidrosi palmare riferisce di averne sofferto fin dall'infanzia, anche se identifica tra i 13 e i 15 anni l'età in cui i sintomi sono diventati un pro-

CAUSE DI IPERIDROSI

- **Iperidrosi localizzata**
 - Iperidrosi primaria o idiopatica
 - Patologie neurologiche:
 - neuropatie*
 - lesioni spinali*
- **Iperidrosi generalizzata**
 - Patologie endocrine
 - Ipertiroidismo*
 - Iperipituitarismo*
 - Diabete mellito*
 - Menopausa*
 - Gravidanza*
 - Feocromocitoma*
 - Acromegalia*
 - Patologie neurologiche
 - Parkinson*
 - Ischemie cerebrali*
 - Neoplasie
 - Linfoma di Hodgkin*
 - Malattie mieloproliferative*
 - Carcinoidi, MEN*
 - Infezioni
 - Malattie cardiovascolari e respiratorie
 - Trattamenti farmacologici
 - Alcolismo, abuso di stupefacenti

blema. In realtà questo aspetto non è dovuto ad un aumento con l'età della sintomatologia ma è legato ai cambiamenti che avvengono nell'adolescenza della sfera emotiva e del diverso modo di relazionarsi socialmente.

L'iperidrosi può costituire un reale problema per chi ne soffre: sudare eccessivamente fino a gocciolare può essere molto imbarazzante quando si è in pubblico, si possono raggiungere livelli di ansia tali da condizionare pesantemente le scelte professionali e i rapporti interpersonali.

A lungo si è erroneamente ritenuto che l'ansia è la causa dell'iperidrosi mentre è proprio il contrario: **l'iperidrosi crea ansia** (e quest'ultima ne peggiora ulteriormente i sintomi).

L'**iperidrosi primaria** localizzata o focale si manifesta in giovane età, per lo più durante l'adolescenza, quando la presenza dei sintomi inizia a creare i primi imbarazzi nella vita sociale. In ordine decrescente di importanza, le sedi di iperidrosi focale che hanno le maggiori conseguenze sul piano emotivo sono il palmo delle mani, le ascelle, il volto e il cuoio capelluto. Anche le piante dei piedi, di solito in associazione all'iperidrosi palmare, possono essere sede di sudorazione eccessiva. Un segno clinico caratteristico dell'iperidrosi palmare è la presenza contemporanea di sudore e vasocostrizione che comporta la tipica mano fredda e sudata, tanto fastidiosa alla stretta di mano.

In alcuni pazienti la sudorazione si riduce durante l'inverno ma si ripropone comunque nelle situazioni

IPERIDROSI IDIOPATICA CRITERI DIAGNOSTICI

Sudorazione eccessiva, limitata, visibile, di almeno 6 mesi di durata senza causa apparente, con almeno 2 delle seguenti caratteristiche:

- sudorazione bilaterale e relativamente simmetrica
- frequenza di almeno un episodio alla settimana
- impedimento nelle attività giornaliere
- storia familiare positiva
- cessazione della sudorazione durante il sonno

di stress, durante la bella stagione la sintomatologia peggiora aumentando di intensità e frequenza.

La quantità di sudore è di entità variabile: il palmo della mano può essere umido o arrivare a gocciolare, stringere la mano a qualcuno può diventare un ostacolo insormontabile, nell'era dell'elettronica tenere in mano un cellulare o scrivere su una tastiera al computer può diventare un'impresa ardua. La sudorazione delle ascelle può essere talmente abbondante da costringere a cambiarsi d'abito più volte al giorno e a indossare solo vestiti bianchi o neri per mascherare il disturbo; testa e viso possono ricoprirsi di sudore fino a gocciolare in maniera anomala senza una causa precisa, anche in momenti di routine quotidiana come durante uno spostamento in automobile, oppure mentre si sta guardando la televisione o a casa durante il pasto. Alcuni pazienti modificano le proprie abitudini per evitare situazioni imbarazzanti, arrivando ad

esempio a frequentare solo ristoranti o locali di divertimento in cui c'è l'aria condizionata. Incontri speciali familiari e con amici come ad esempio un matrimonio rappresentano una notevole fonte di disagio, in alcuni pazienti diventano occasioni da disertare. Al lavoro stare con i colleghi può essere difficile, appuntamenti o riunioni di lavoro risultano stressanti, al punto da condizionare decisioni professionali. Nei giovani i rapporti con i coetanei e con l'altro sesso risentono delle ripercussioni psicologiche dovute all'imbarazzo provocato dalla forte sudorazione. L'insicurezza aumenta in modo inversamente proporzionale all'autostima.

L'iperidrosi secondaria colpisce prevalentemente gli adulti in età avanzata, l'anamnesi (malattie endocrinologiche, neoplasie, terapie farmacologiche) e l'esame obiettivo (soprappeso, menopausa) aiutano nella diagnosi. Nella forma secondaria la sudorazione non si limita ad alcuni distretti corporei ma è solitamente diffusa; ovviamente sono presenti anche i segni e i sintomi propri della patologia di base.

La terapia dell'iperidrosi può essere **medica o chirurgica**.

Per **l'iperidrosi secondaria** la terapia è **medica** ed è volta a curare la patologia di base da cui origina l'eccessiva sudorazione: ad esempio un calo ponderale nell'obesità, un'adeguata terapia ormonale nell'ipertiroidismo.

L'**iperidrosi primaria** può essere trattata conservativamente con **antitraspiranti** come ad esempio il cloruro di alluminio, oppure con la **ionoforesi**, terapie che danno mo-

desti risultati e attenuano i sintomi in modo transitorio, sono trattamenti di una certa efficacia solo nelle forme più lievi.

In alcuni pazienti si riesce ad ottenere un certo successo terapeutico con la tossina del *Clostridium Botulinum*, batterio anaerobico. La **tossina botulinica** agisce bloccando il rilascio dell'acetilcolina a livello delle sinapsi nervose delle giunzioni neuromuscolari delle ghiandole sudoripare, con conseguente mancanza di sudore. La procedura si esegue facendo molteplici iniezioni intradermiche di tossina nelle sedi interessate. Nonostante si utilizzi un ago da insulina, la metodica risulta comunque piuttosto fastidiosa data la necessità di eseguire numerose punture dei palmi delle mani o nelle ascelle. Le iniezioni devono essere fatte accuratamente nel derma per evitare deficit di forza da inibizione dei muscoli volontari delle mani. Naturalmente l'efficacia delle iniezioni non supera i cinque-sei mesi, per cui il trattamento va ripetuto almeno due volte all'anno. L'efficacia terapeutica della tossina è del 90-95% dei casi.

La **terapia chirurgica** è la terapia di scelta nell'iperidrosi primaria di mani, ascelle e testa-viso. Si esegue attraverso una tecnica mini-invasiva endoscopica toracica, la **simpaticectomia videotoracoscopica**, con la quale si interviene selettivamente sui gangli nervosi della catena del sistema nervoso simpatico toracico, deputati al controllo delle ghiandole sudoripare di mani, ascelle, testa e viso.

In **anestesia generale** si eseguono due incisioni di circa cinque

POSSIBILI CONSEGUENZE DELL'IPERIDROSI

- Severo imbarazzo associato a vestiti bagnati e palmi bagnati
- Necessità di cambiarsi d'abito 2 o più volte al giorno
- Evitare la stretta di mano quando possibile
- Difficoltà nelle relazioni sociali e personali
- Frustrazione nelle attività di vita quotidiana
- Cambiamenti nel tipo di attività di svago abituali
- Mancanza di confidenza
- Disertare incontri sociali con amici e familiari
- Riduzione dell'autostima
- Depressione
- Infezioni batteriche o fungine da macerazione della pelle

millimetri nel cavo ascellare (si utilizza questa via di accesso in modo da non lasciare cicatrici visibili), attraverso uno degli accessi praticati si introduce il **videotoracoscopio** e si individua la catena dei gangli nervosi, che decorre lateralmente e parallela alla colonna vertebrale, al di sotto della pleura parietale, sul tratto costale posteriore. Attraverso il secondo accesso si introduce lo strumento chirurgico con cui, incisa per alcuni cm la pleura parietale posteriore, si interrompe selettivamente la catena gangliare del simpatico.

Il livello su cui effettuare l'interruzione varia a seconda della sede dell'iperidrosi primaria: con l'interruzione in corrispondenza della II costa (T2) si determina il blocco della sudorazione del viso e del cuoio capelluto, agendo a livello della III costa (T3) si arresta la sudo-

razione palmare, mentre l'interruzione dei gangli in corrispondenza della IV costa (T4) comporta la cessazione della sudorazione ascellare.

Quindi, nel caso di iperidrosi primaria limitata ad una sola sede, si interviene selettivamente sui gangli di T2 o T3 o T4. Invece in presenza di iperidrosi primaria multifocale l'intervento verrà allargato alle diverse sedi interessate: nei pazienti affetti sia da iperidrosi palmare che ascellare si eseguirà la simpaticectomia di T3 e di T4, se è interessato anche il viso la simpaticectomia andrà da T2 a T4.

Nella stessa seduta operatoria si interviene su entrambi i lati, l'intervento chirurgico dura circa 15-20 minuti per lato e la durata complessiva dell'anestesia generale è inferiore all'ora. Il ricovero ospedaliero è di un solo giorno.

L'**effetto terapeutico** è immediato, il paziente si sveglia con le mani calde e asciutte, analogamente si risolve la sudorazione ascellare, della testa e del viso. La scomparsa dei sintomi è completa in circa il 98-100% dei casi di iperidrosi palmare, nel 95% di ascellare, per viso e testa il trattamento è definitivo in oltre l'85% dei pazienti.

La simpaticectomia videotoracoscopica, come per la maggior parte di interventi mini-invasivi, è un intervento che non presenta alcun rischio di complicazioni maggiori e ha un'incidenza di complicazioni minori inferiore all'1%. Alla dimissione vengono prescritti solo antidolorifici al bisogno, raramente utilizzati per più di 2-3 giorni.

L'unico effetto collaterale della simpaticectomia videotoracoscopica

TERAPIA DELL'IPERIDOSI PRIMARIA

- **Terapia medica**
 - Trattamenti topici
 - Ionoforesi
 - Tossina botulinica
- **Terapia chirurgica**
 - Simpaticectomia videotoracoscopica

è dato dall'iperidrosi compensatoria, che, qualora presente, è di solito di entità modesta e va attenuandosi progressivamente, e interessa il dorso o l'addome o gli arti inferiori. Questo disturbo ha un'incidenza che varia a seconda delle sedi operate: infatti è quasi assente per interventi a livello di T4, relativamente raro per interventi su T3, più frequente quando si interviene a livello di T2.

Il meccanismo che provoca l'iperidrosi compensatoria non è stato completamente chiarito ma è correlato al feed-back ipotalamico sul controllo della sudorazione.

Tradizionalmente la simpaticectomia videotoracoscopica veniva eseguita interrompendo chirurgicamente e quindi definitivamente la catena del sistema nervoso simpatico da T2 a T4 per qualunque forma di iperidrosi primaria focale.

Negli ultimi anni 10 anni, la metodica è stata modificata introducendo l'interruzione selettiva delle fibre nervose, ottenendo così una drastica riduzione della percentuale di casi di iperidrosi compensatoria. Inoltre è possibile interrompere lo stimolo nervoso posizionando delle clips chirurgiche nelle sedi interes-

sate della catena del sistema nervoso simpatico, evitandone la sezione. Grazie a questo particolare accorgimento tecnico l'intervento risulta reversibile, infatti si può intervenire nuovamente in videotoracoscopia e rimuovere le clips, con ritorno alla situazione originaria. In realtà i casi di iperidrosi compensatoria grave sono così rari da rendere necessario un re-intervento solo in casi eccezionali.

CONCLUSIONI

L'eccessiva produzione di sudore, o iperidrosi, ha un profondo impatto sulla qualità di vita dei pazienti, con ripercussioni di ordine pratico e psicologico nella vita quotidiana, nelle relazioni sociali e nell'attività lavorativa. Può essere generalizzata o limitata ad alcuni distretti corporei, come mani, ascella, volto e piedi. L'iperidrosi primaria limitata interessa il 2-3% della popolazione, tuttavia raramente i pazienti si rivolgono al medico perché inconsapevoli delle possibilità terapeutiche disponibili. Tra le terapie topiche il cloruro di alluminio è la terapia medica di scelta per l'iperidrosi ascellare, mentre la ionoforesi può essere indicata per l'iperidrosi palmare e plantare. La tossina botulinica ha un'efficacia superiore ai trattamenti topici perché ha una durata d'azione di alcuni mesi ma le iniezioni sono dolorose. Il trattamento chirurgico di simpaticectomia videotoracoscopica è la sola soluzione possibile per le forme di iperidrosi primaria severa, è un trattamento definitivo e virtualmente privo di complicanze.

Dott. Matteo Incarbone
Specialista del CAM

ROSSORE FACCIALE

Charles Darwin descrisse il rossore del volto come "la più peculiare e umana di tutte le espressioni".

In alcuni pazienti questa caratteristica può assumere proporzioni tali da diventare causa di fobia sociale.

Si ha il rossore per la vasodilatazione dei vasi sanguigni della cute, è dovuto a stimoli emotivi, anche se il meccanismo non è stato ancora completamente chiarito.

Si stima ne soffra in forma più o meno lieve fino al 10% della popolazione.

È un disturbo che si presenta quasi sempre isolato ma che nel 2-3 % dei pazienti si associa a iperidrosi. Nei casi più gravi il disagio del paziente è tale da avere conseguenze negative in ambito professionale e sociale, è proprio a questi pazienti che si rivolge la terapia chirurgica, in mancanza di terapie mediche efficaci.

L'intervento per il rossore facciale viene eseguito in videotoracoscopia con una percentuale di successo definitivo superiore al 90%.

L'arrivo della primavera che annuncia la bella stagione non viene accolta con molto entusiasmo da parte di coloro che soffrono di manifestazioni dovute all'allergia ai pollini. La primavera è il periodo in cui la concentrazione aerea di pollini è più alta, anche se negli ultimi anni si è riscontrato un progressivo aumento dei casi di pollinosi nei mesi di gennaio-febbraio. Si può riassumere brevemente un calendario dei pollini nel Nord Italia: nel periodo pre-primaverile (gennaio-marzo) fioriscono la Betulla, il Nocciolo e l'Ontano. Nel periodo primaverile-estivo compaiono le pollinosi dovute alle Graminacee (Avena, Gramigna, Loietto, ecc...) e all'Olivo, al Frassino e al Ligustro. Tra le Urticaceae è la Parietaria che negli ultimi anni ha raggiunto concentrazioni molto elevate nella Pianura Padana. Nel periodo estivo-autunnale le pollinosi sono dovute all'Artemisia e all'Ambrosia (erbe fam. Compositae), il cui periodo di fioritura nel Nord si protrae fino ad ottobre.

Quando sono presenti i sintomi che fanno sospettare un'allergia respiratoria, ci si deve rivolgere ad un medico e successivamente effettuare prove allergologiche cutanee o ricercare gli anticorpi di tipo Ige specifiche (RAST) nel sangue per identificare l'allergene responsabile dell'allergia.

Dr.ssa R. Villa

Laboratorio Allergologia CAM

Calendario dei pollini dell'Italia Settentrionale

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Ontano, Betulla		■	■	■	■							
Artemisia, Ambrosia				■	■	■	■	■	■	■	■	
Nocciolo		■	■	■	■	■						
Graminacee			■	■	■	■	■	■	■			
Olivo, Frassini, Ligustro		■	■	■	■	■	■	■				
Parietaria				■	■	■	■	■	■	■		

Concentrazione aeropolinica

bassa



media



alta



Centro Analisi Monza S.p.A.

MONZA:

Laboratorio analisi mediche • via Missori, 9 • tel. 0392397350
 Polidiagnostico • viale Brianza 21, ang. via Bellini • tel. 0392397.1
 Sezione di ecologia • via Missori, 12 • tel. 0392397247

altre sedi:

BRESSO: via XXV Aprile, 16 • tel. 026104946

BRUGHERIO: via Lombardia, 277 • tel. 039878183

BURAGO MOLGORA: p.za Matteotti, 18 • tel. 039878183

CARUGATE: via C. Battisti, 32/a • tel. 0292157477

CERNUSCO S/NAVIGLIO: via Verdi, 36 • tel. 0292113069

CESANO MADERNO: via Garibaldi, 10 • tel. 0362540550

DESIO: via A. Grandi, 8 • tel. 0362623156

LISSONE: via San Carlo, 2/b • tel. 0392458166

MILANO: via Mecenate, 8 • tel. 025061873

S. MAURIZIO AL LAMBRO: via C. Battisti, 38/40 • tel. 0225410718

SEREGNO: p.za Risorgimento, 21 • tel. 0362234251

VILLASANTA: p.za Giovanni XXIII, 12 • tel. 039302366

www.cam-monza.com