TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL’IPERIDROSI DEGLI ARTI SUPERIORI

www.fisiokinesiterapia.biz

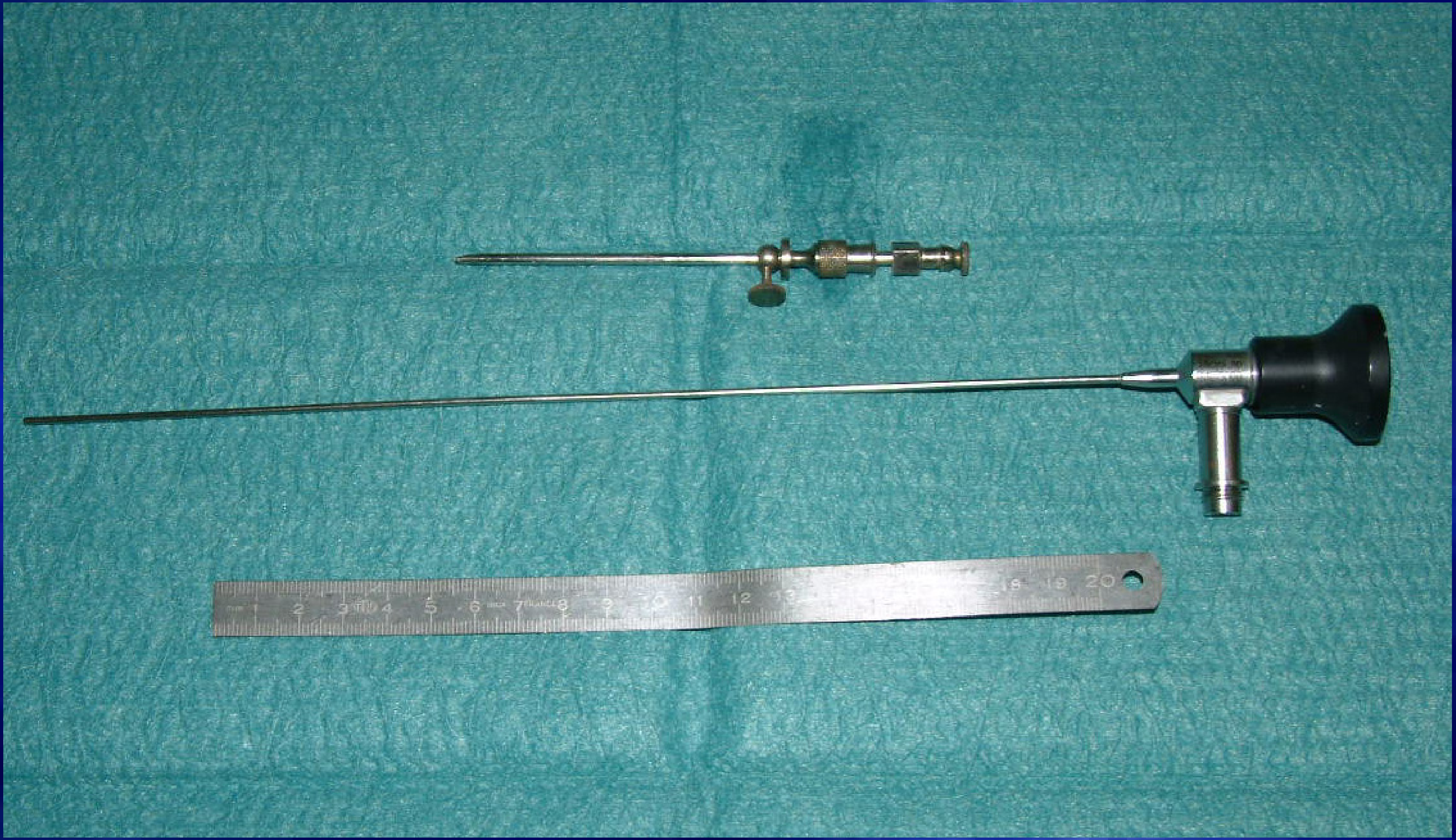
V.A.T.S.

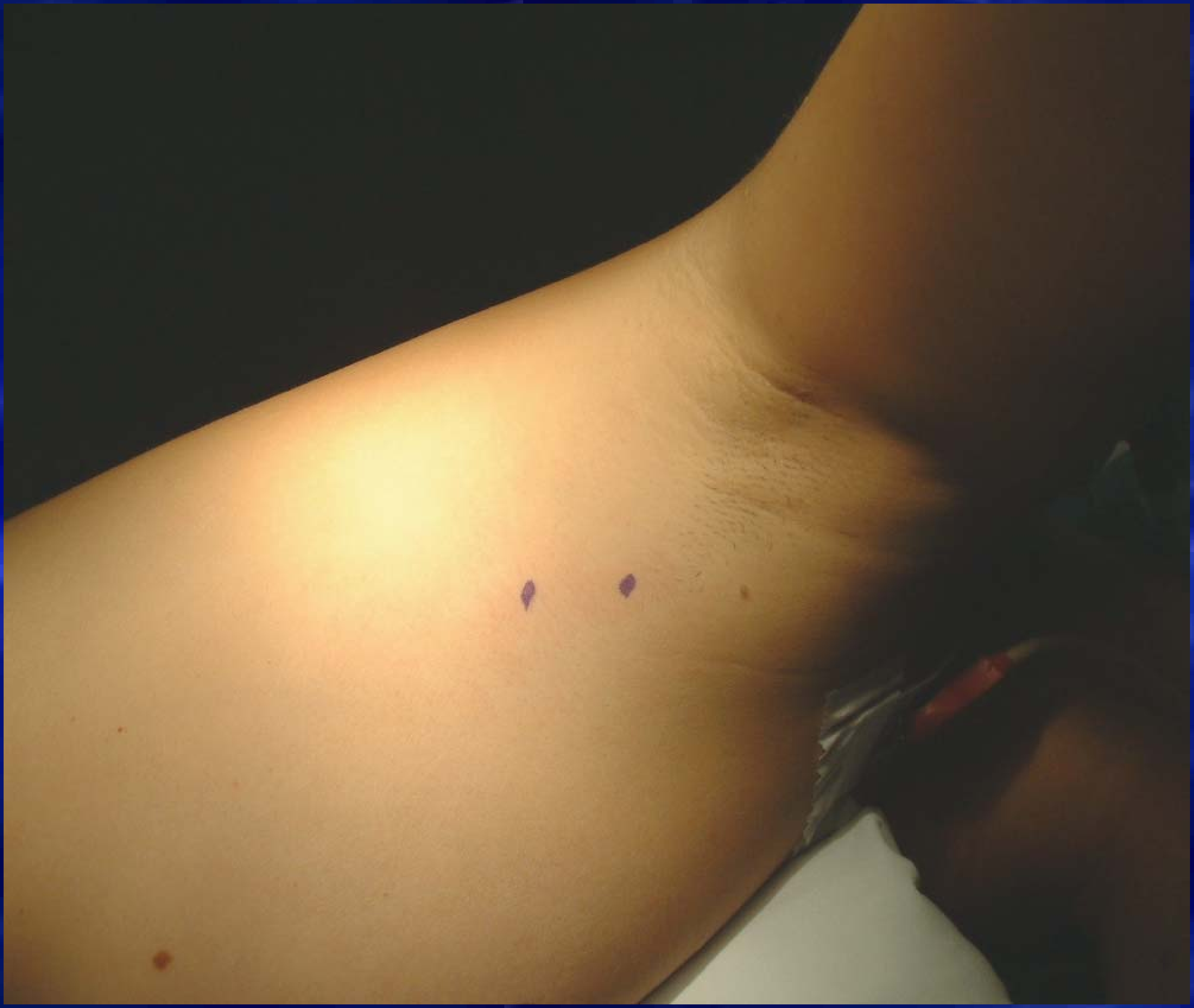
VIDEO

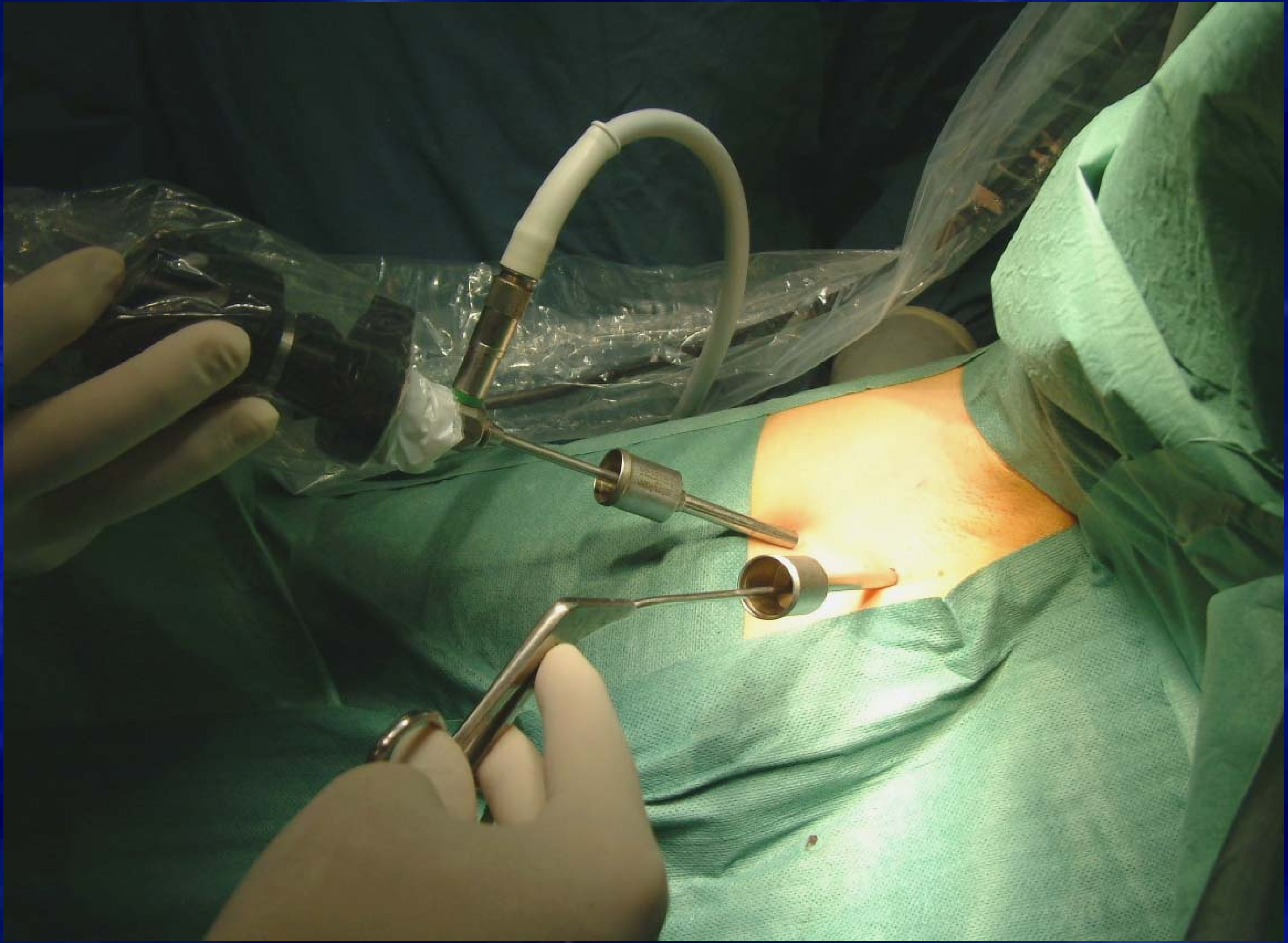
ASSISTED

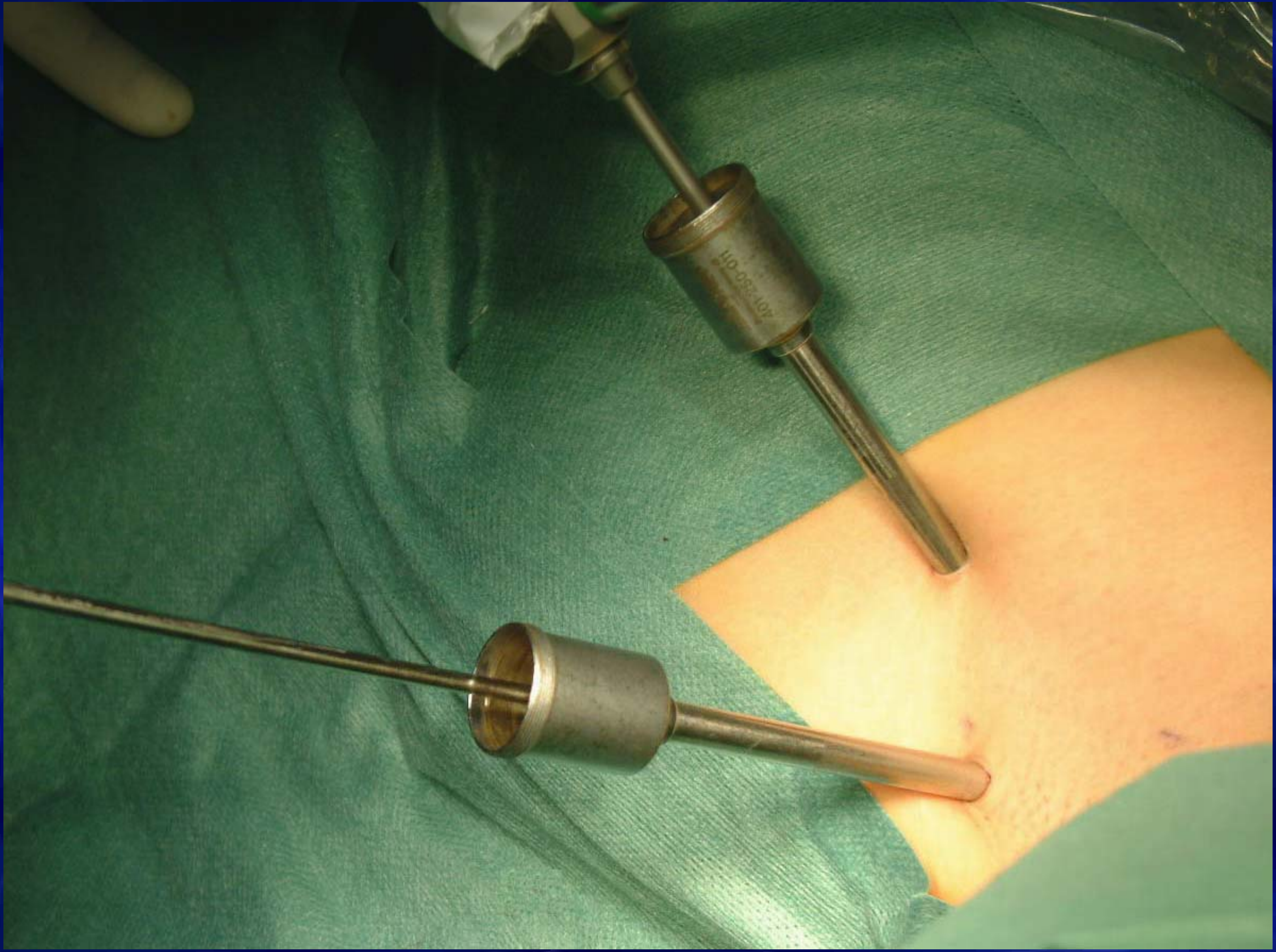
THORACIC

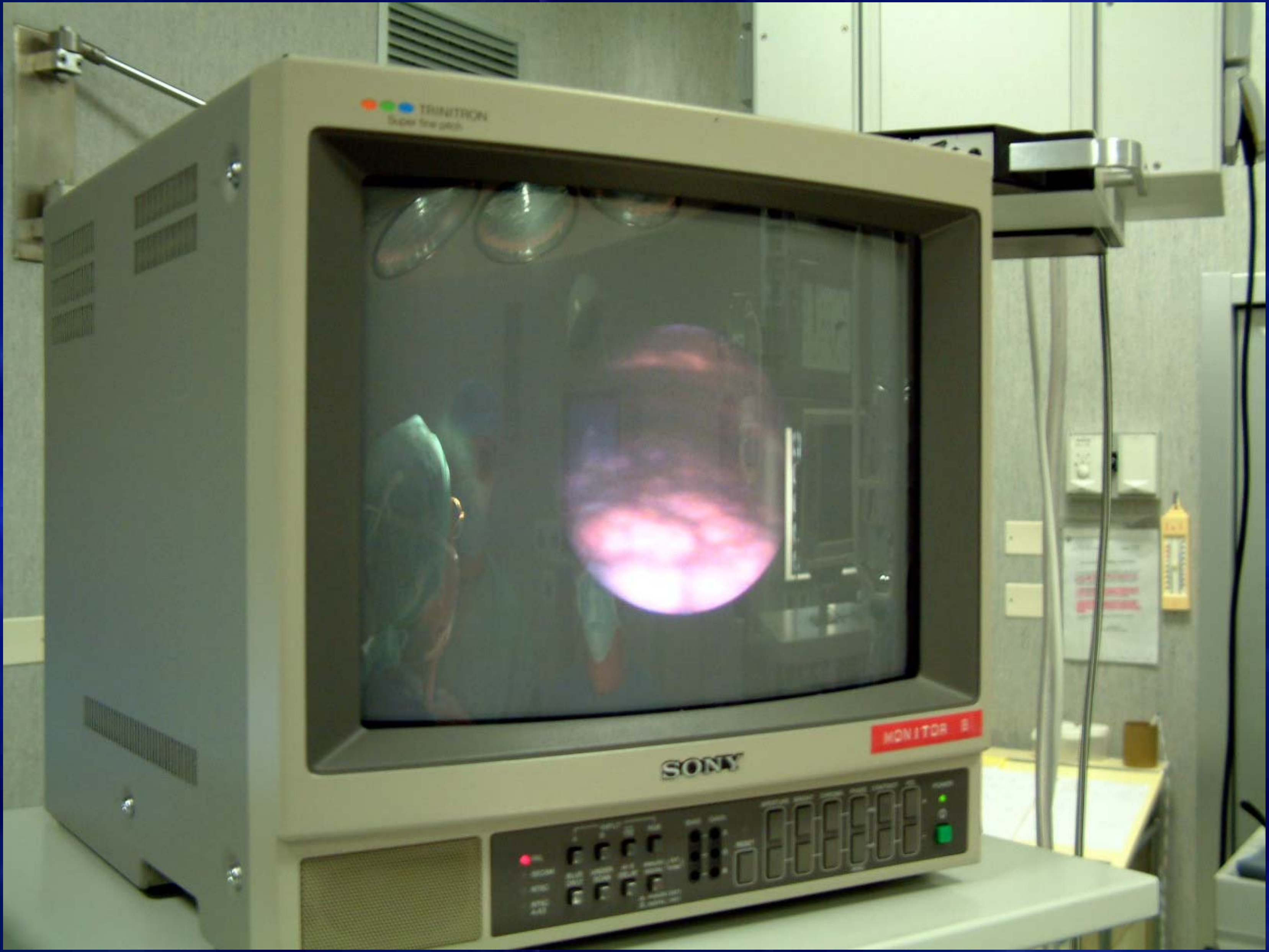
SURGERY



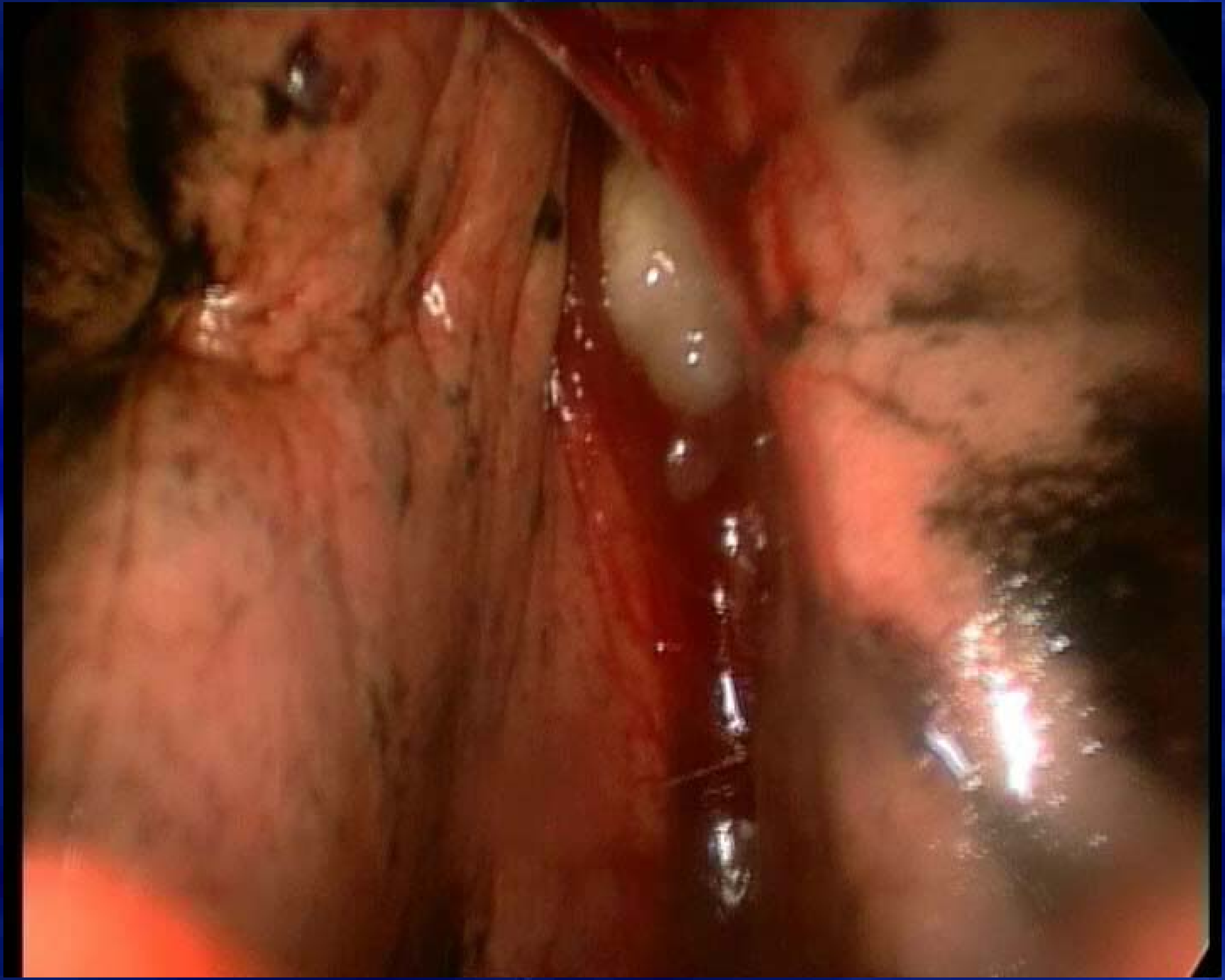




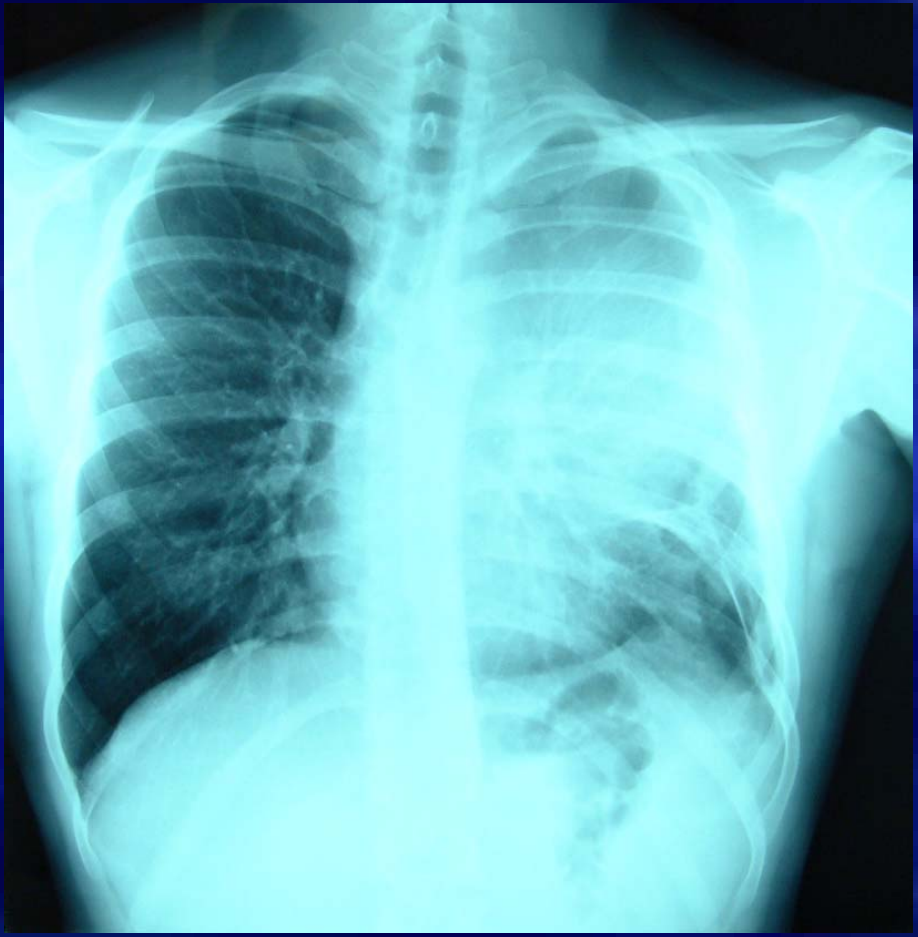



TRINITRON
Super fine pitch
MONITOR B
SONY

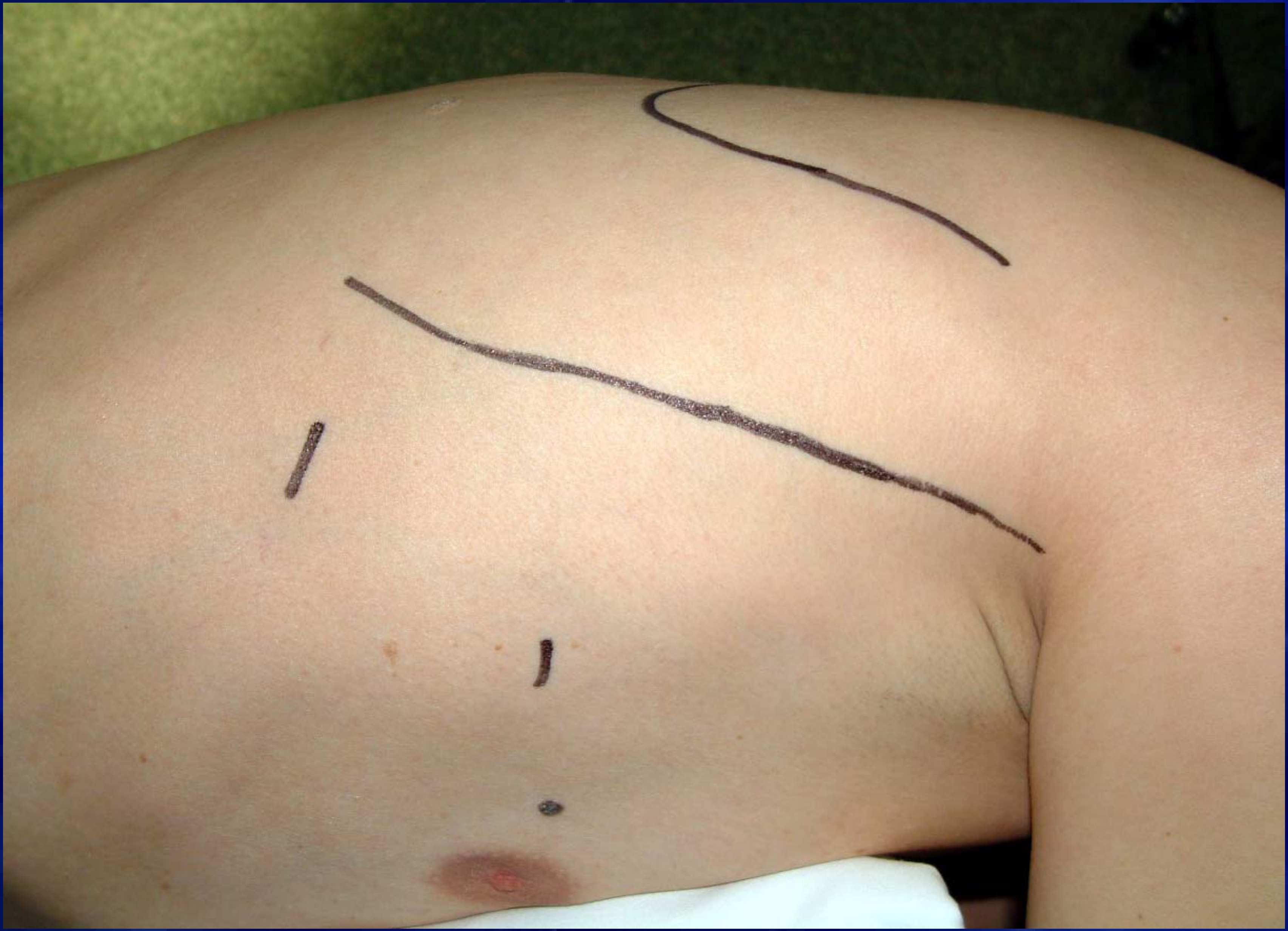
VATS

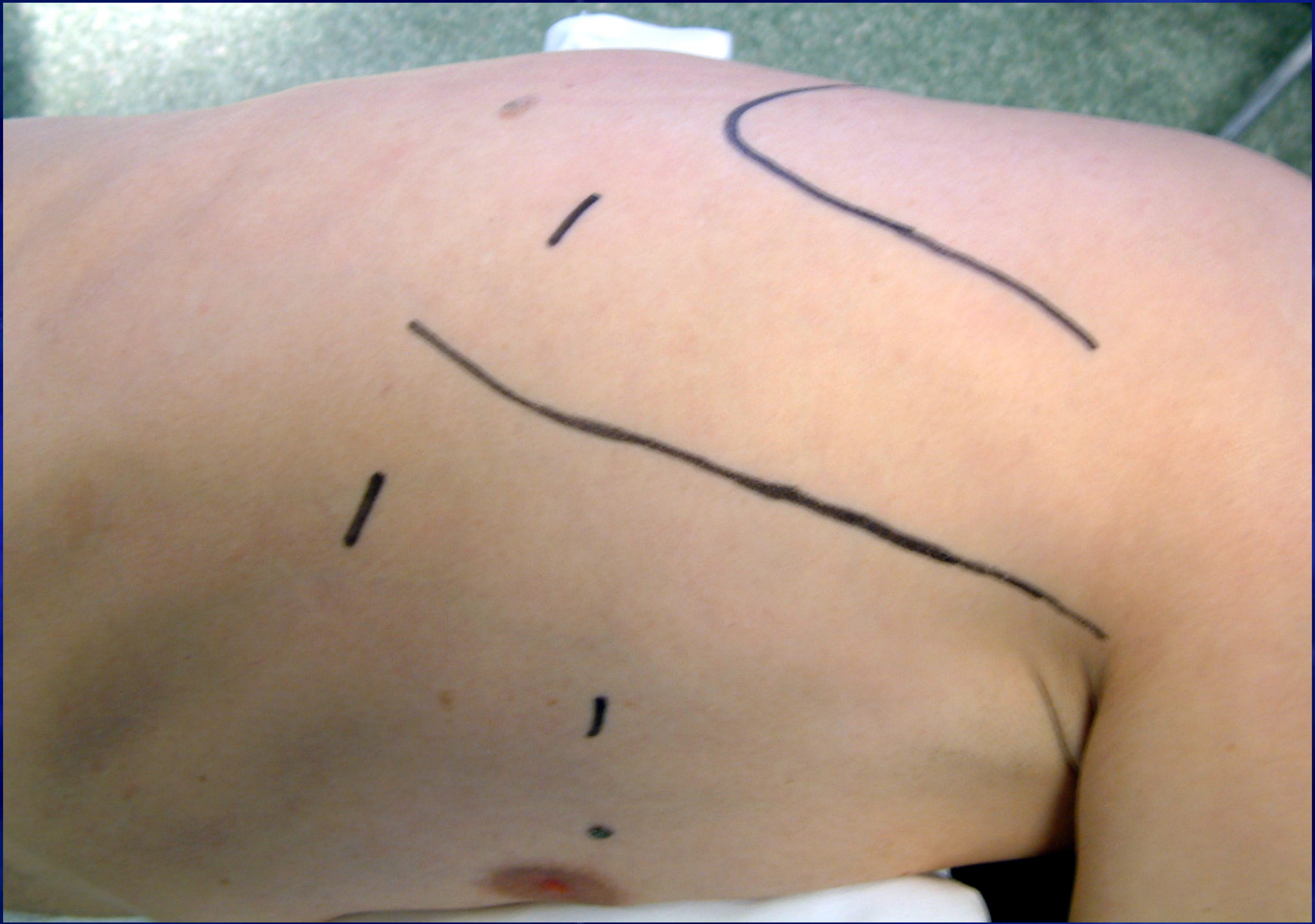


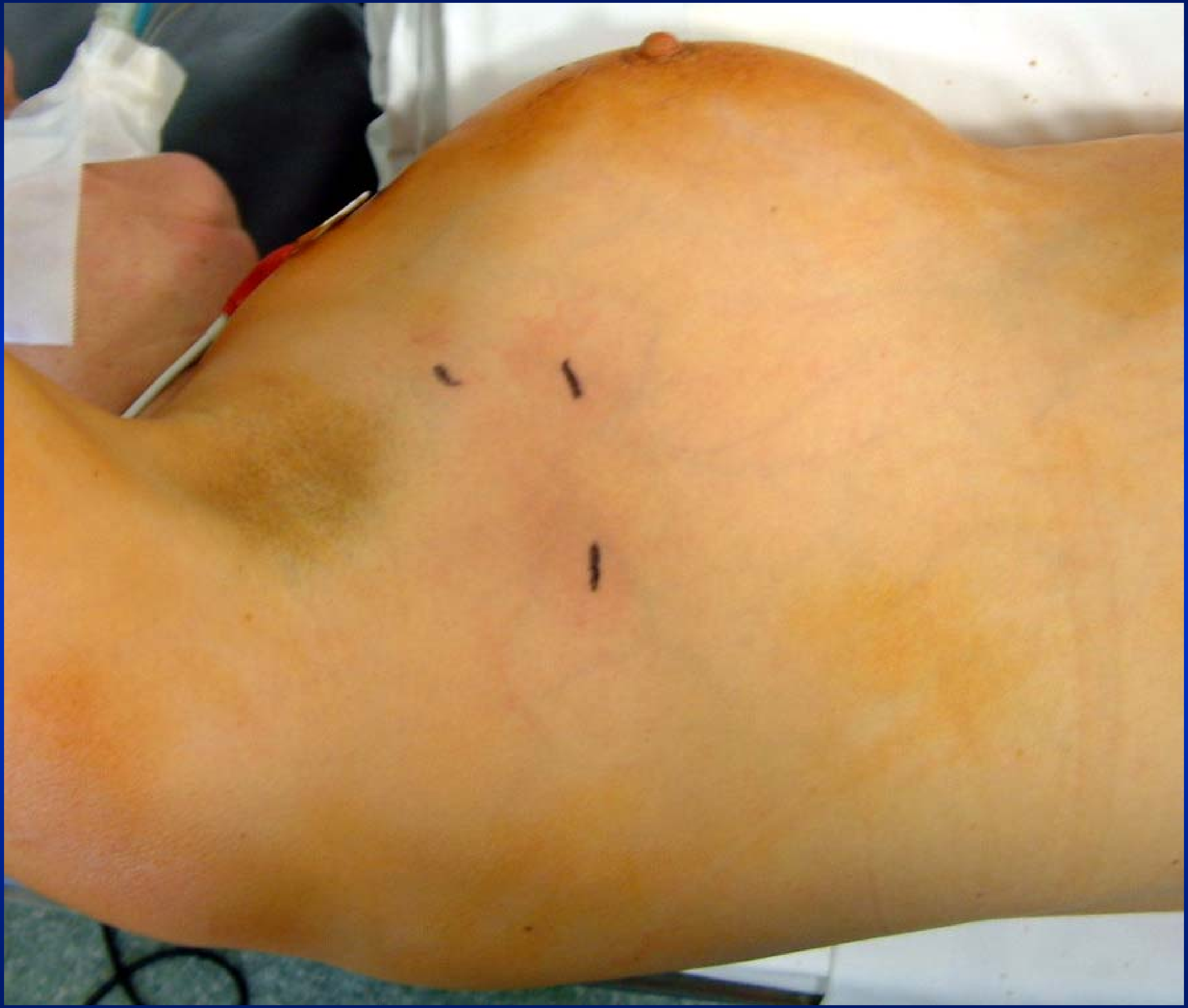
VATS



DISGERMINOMA
MALIGNO







V.A.T.S.

INDICAZIONI DIAGNOSTICHE

BIOPSIE LINFONODALI

MEDIASITINICHE

POLMONARI

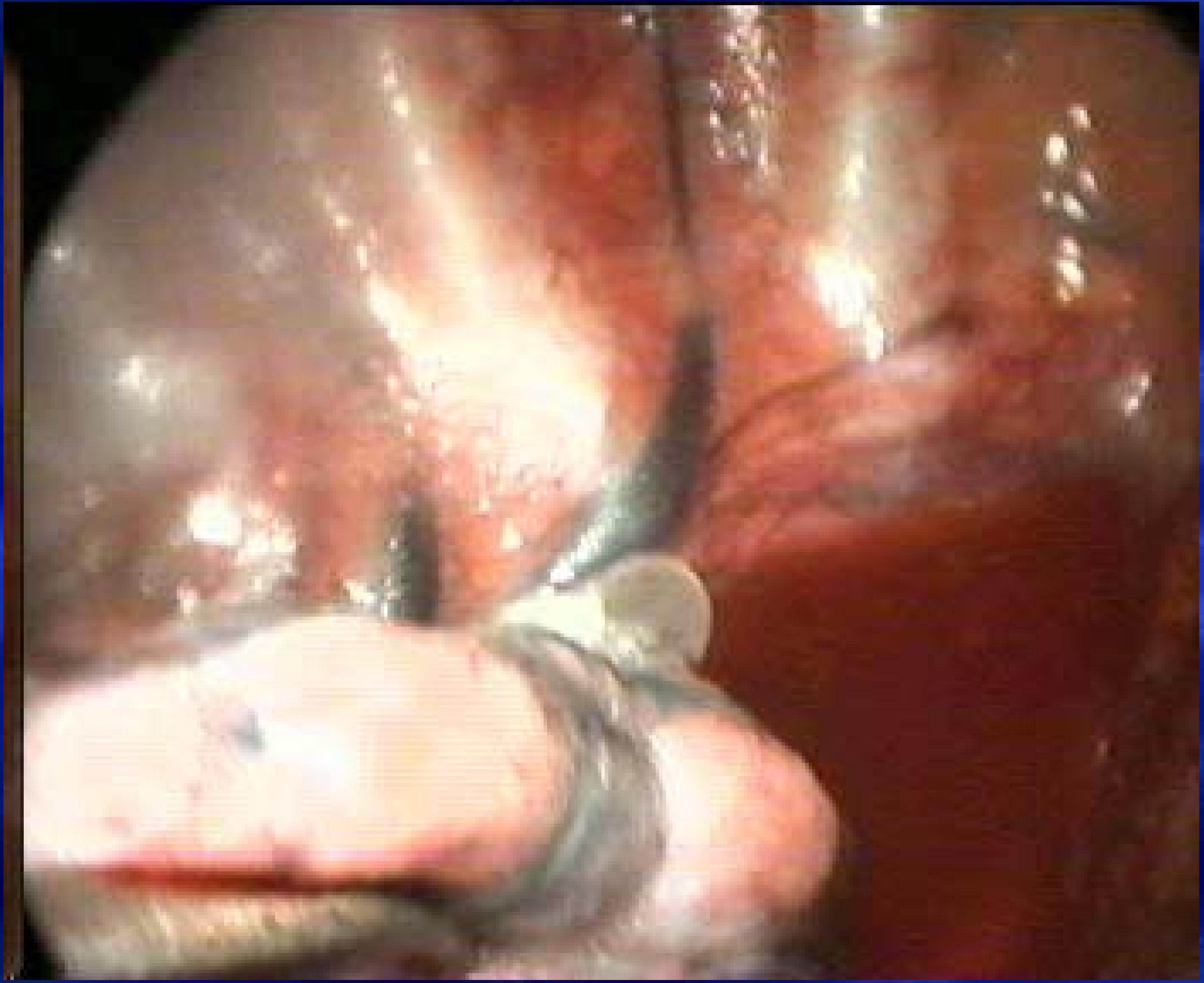
PARETE TORACICA

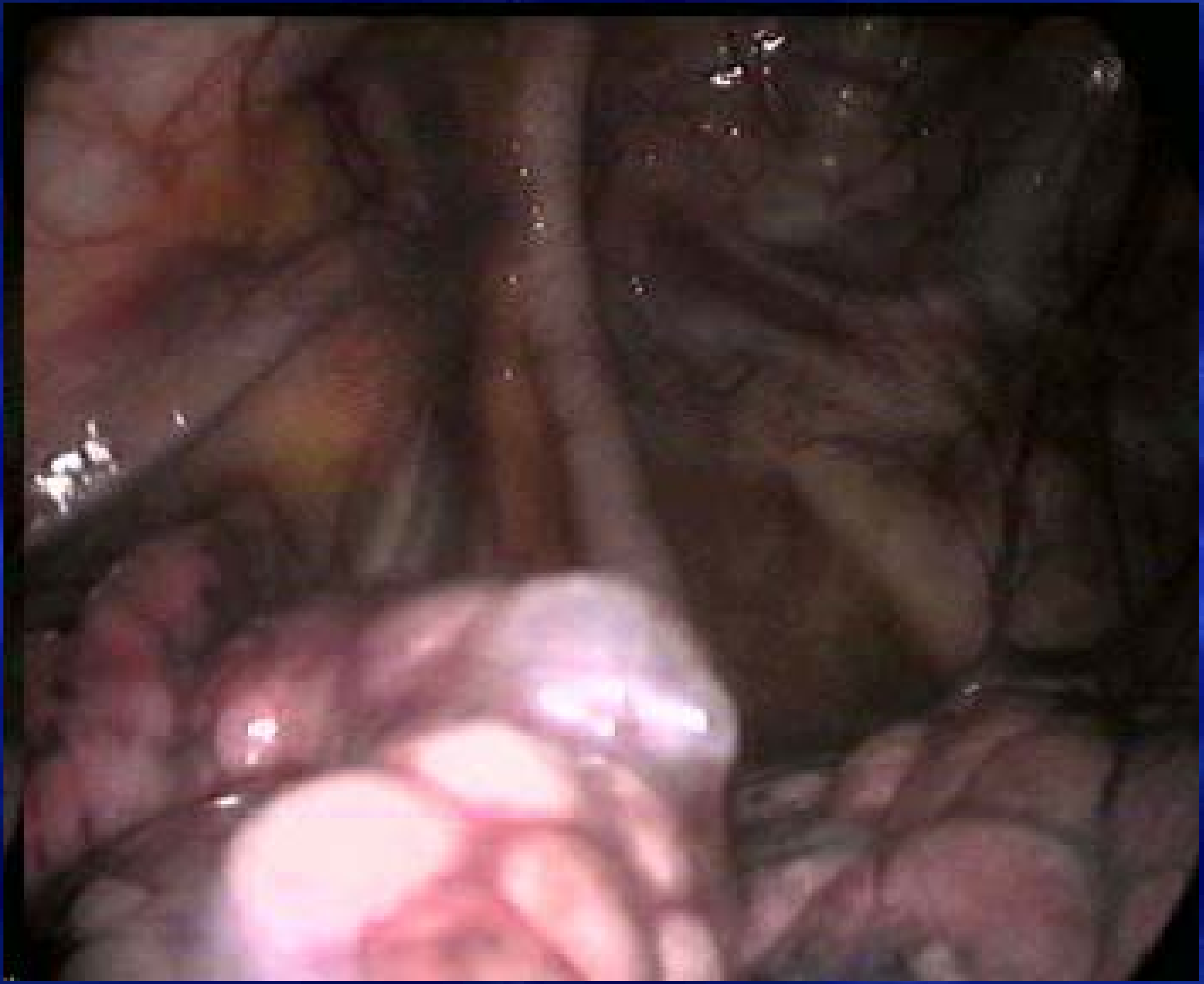
VISUALIZZAZIONE CAUSA EMOTORACE

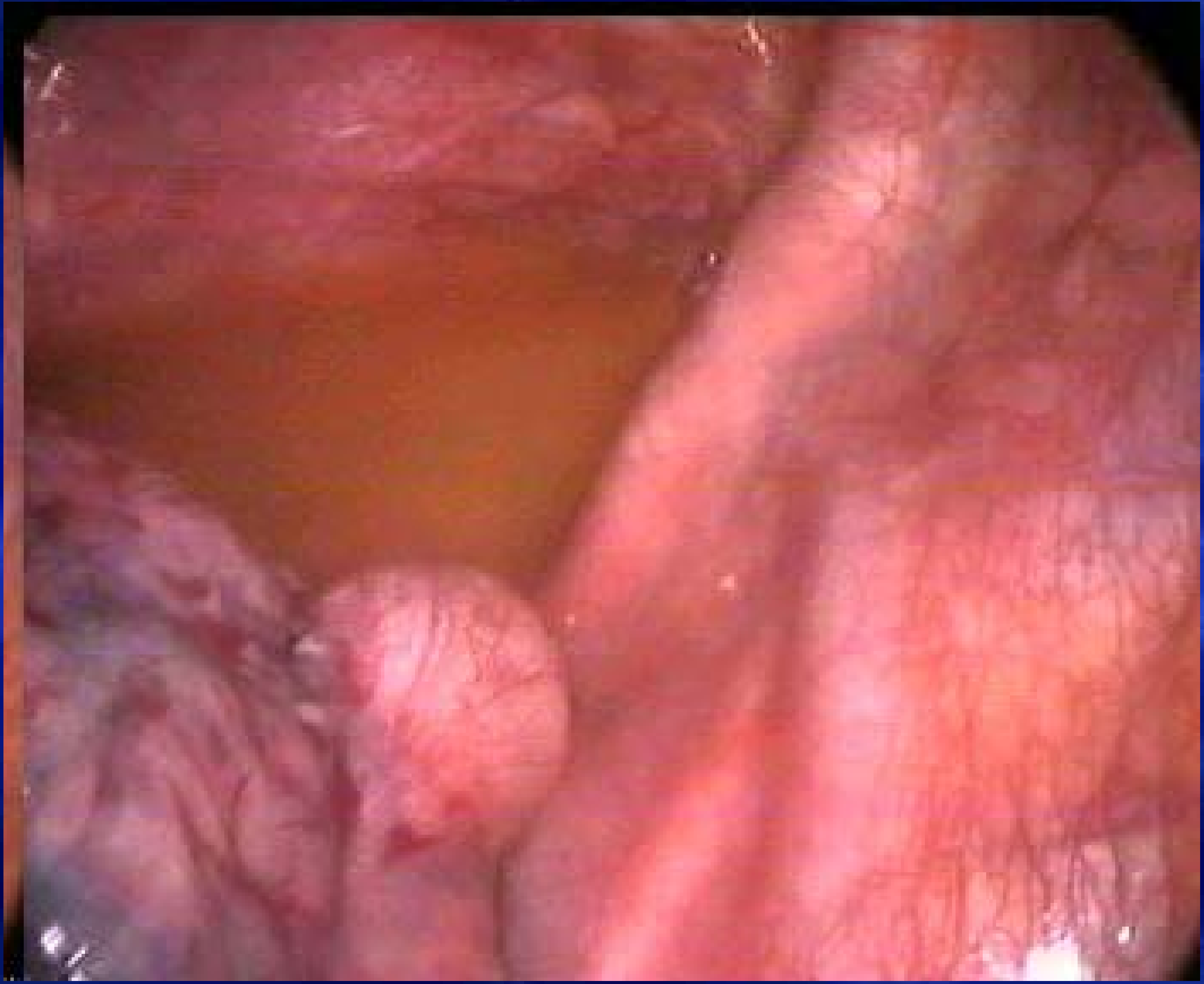
V.A.T.S.

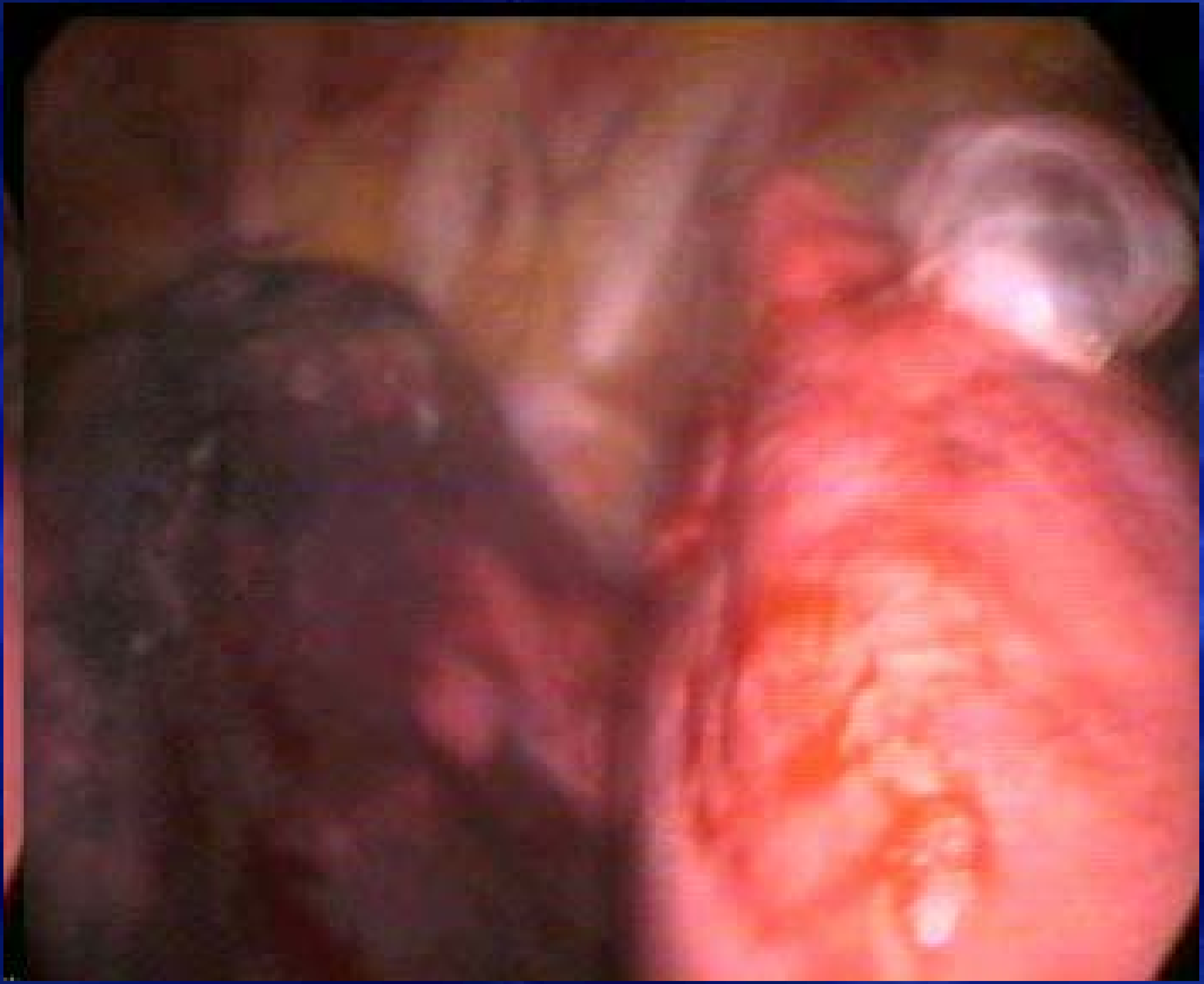
INDICAZIONI TERAPEUTICHE

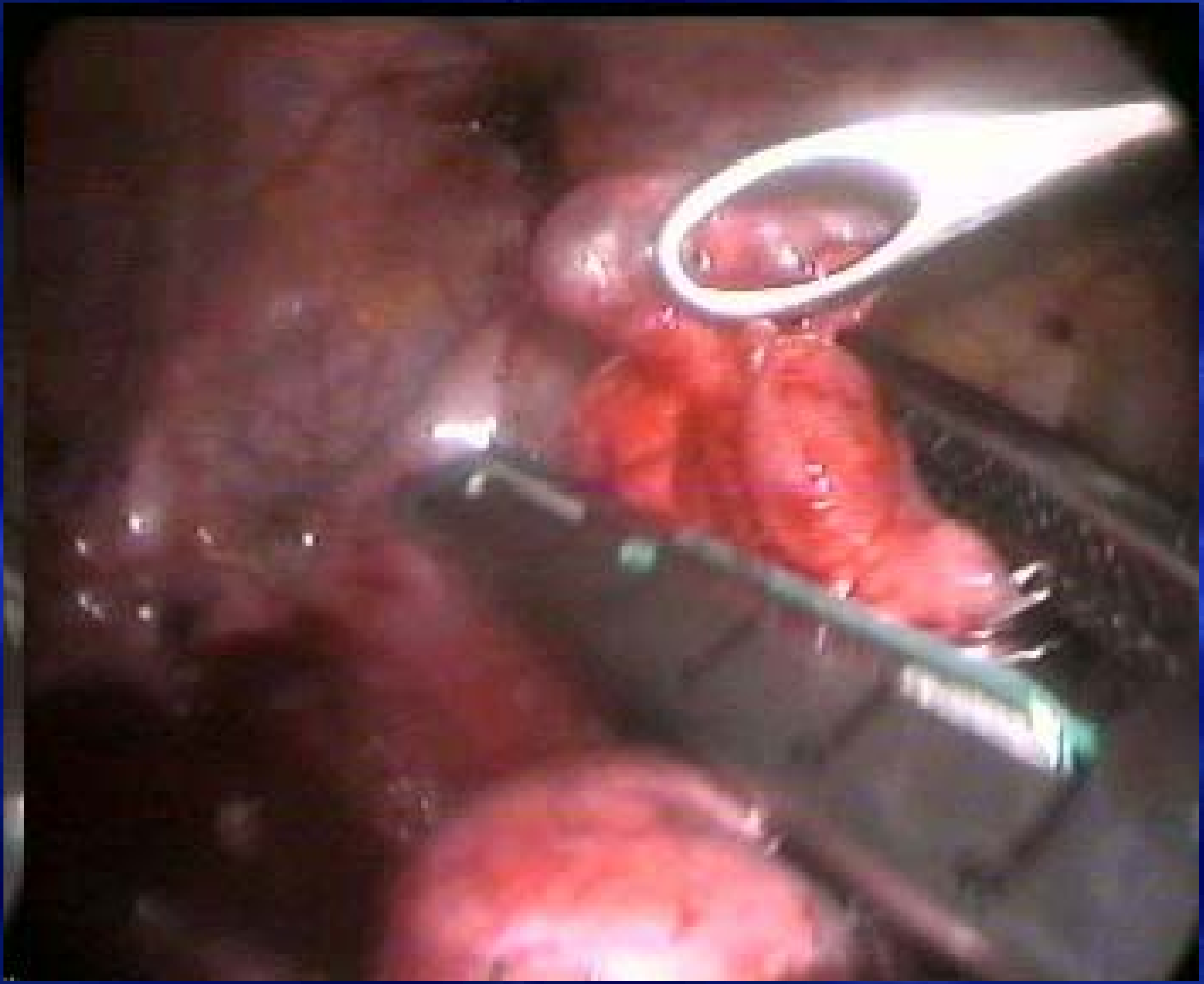
- RESEZIONE ZONE POLMONARI BOLLOSE
- RESEZIONI ATIPICHE POLMONARI DI NEOFORMAZIONI BENIGNE
- COAGULAZIONE BLEBS
- ABRASIONE PLEURICA
- TALCAGGIO PLEURICO
- ASPORTACIONE CISTI O NEOFORMAZIONI MEDIASTINICHE BENIGNE
- SIMPATICECTOMIA TORACICA
- ASPORTAZIONE NEURINOMI
- EVACUAZIONE EMPIEMI E DECORTICAZIONI PLEURICHE
- EMOTORACE POST TRAUMETICO
- STABILIZZAZIONI PARIETALI
- FINESTRE PERICARDICHE
- TIMECTOMIE
- LOBECTOMIA IN TUMORI POLMONARI STADIO IA

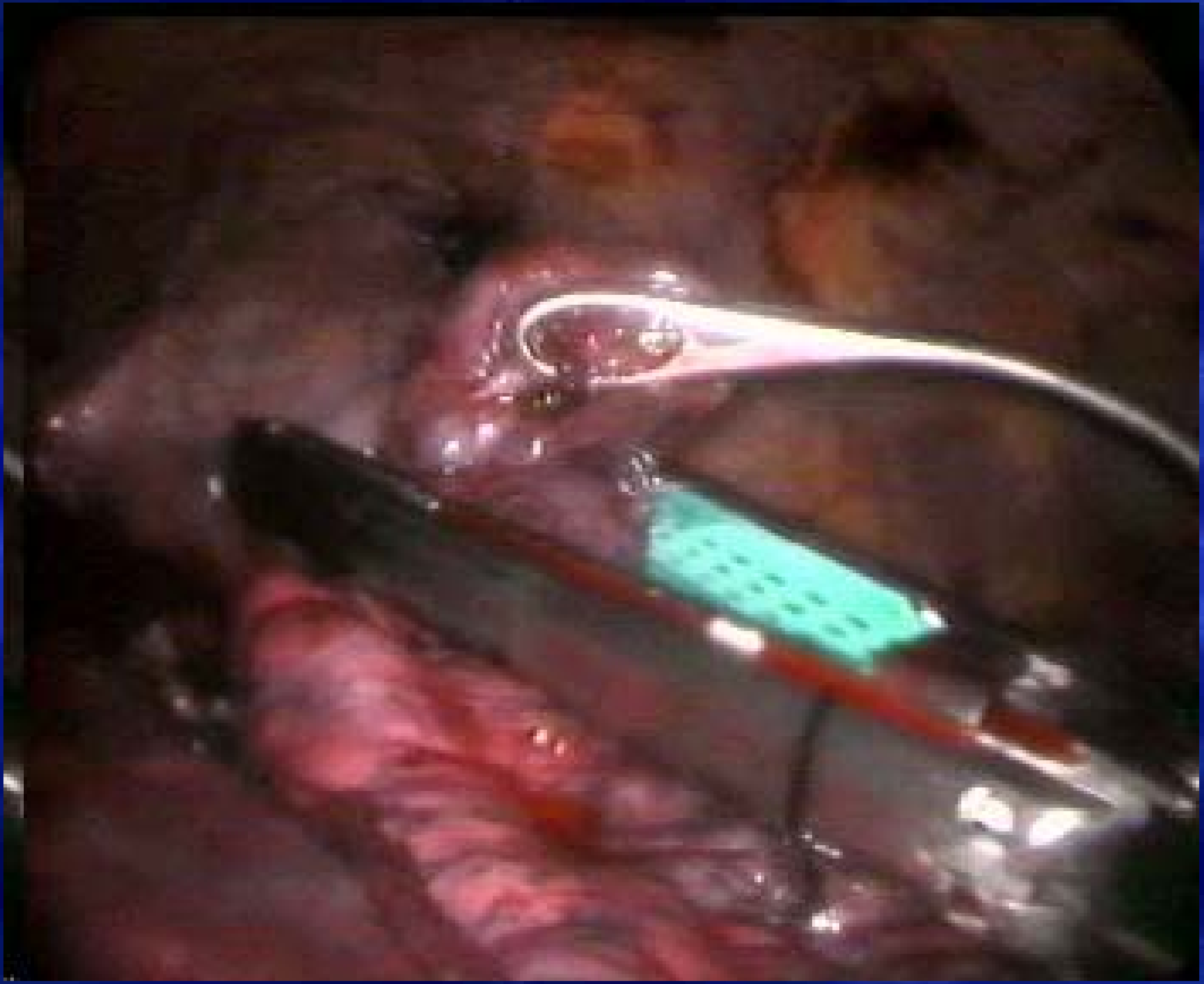


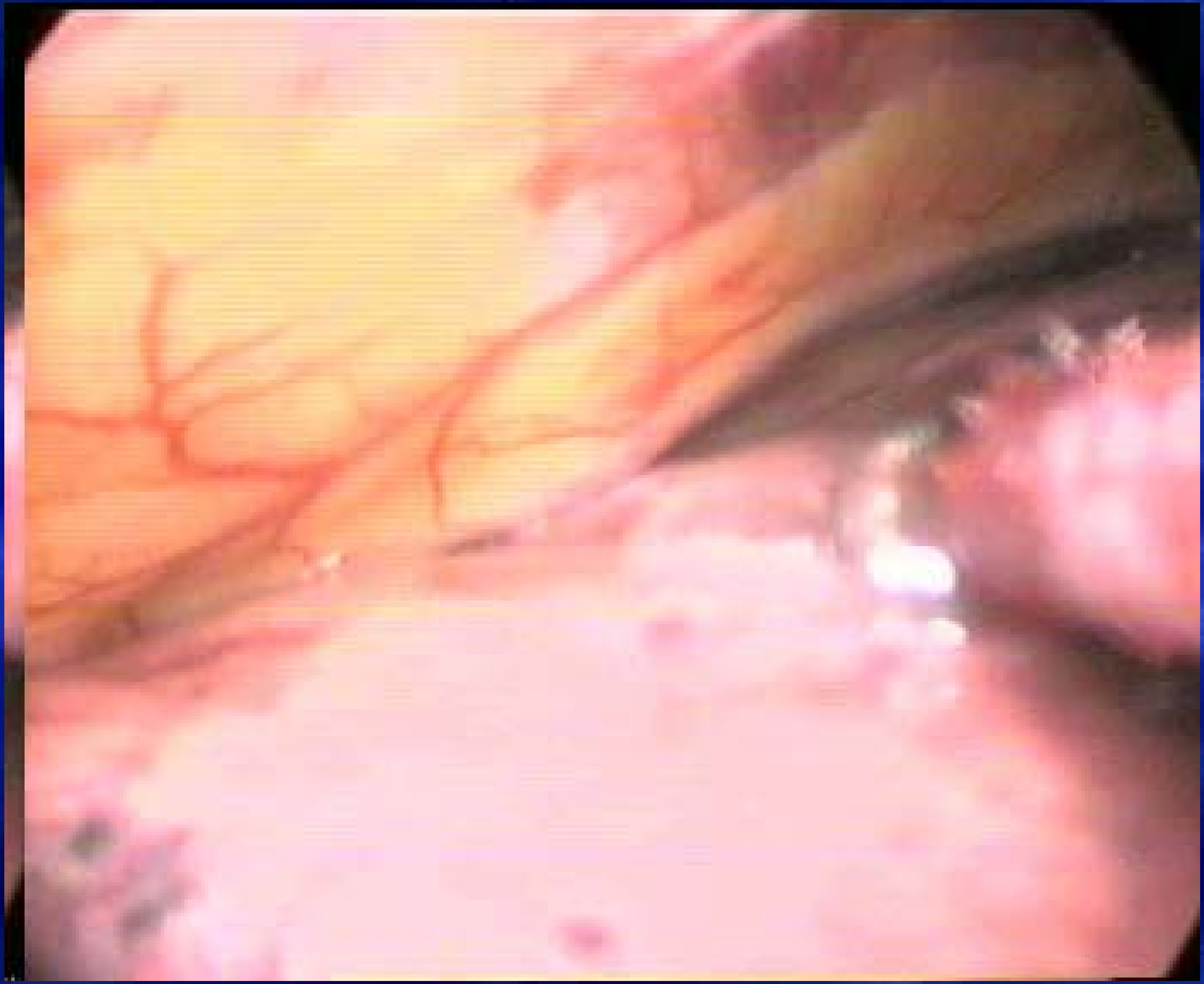


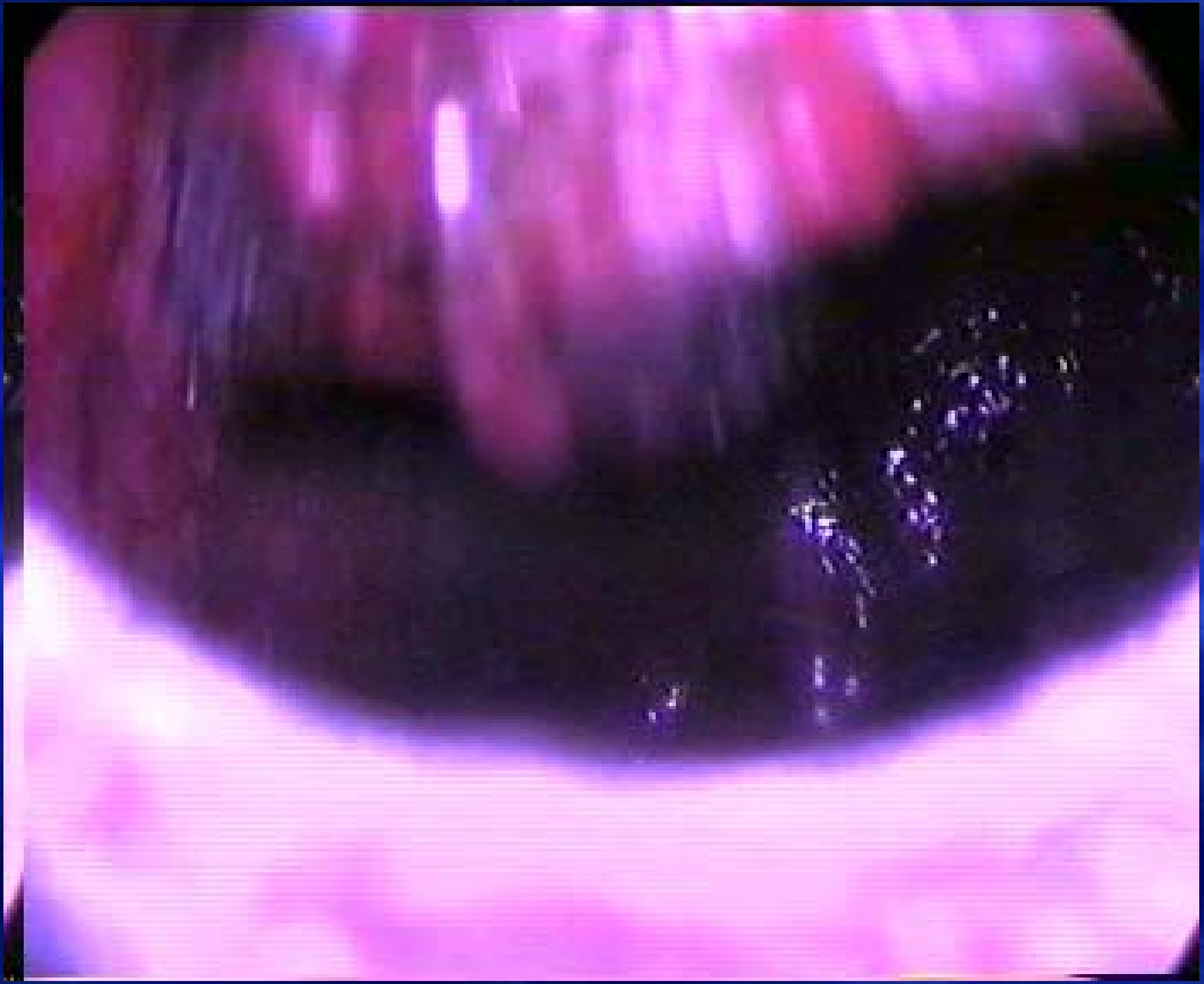


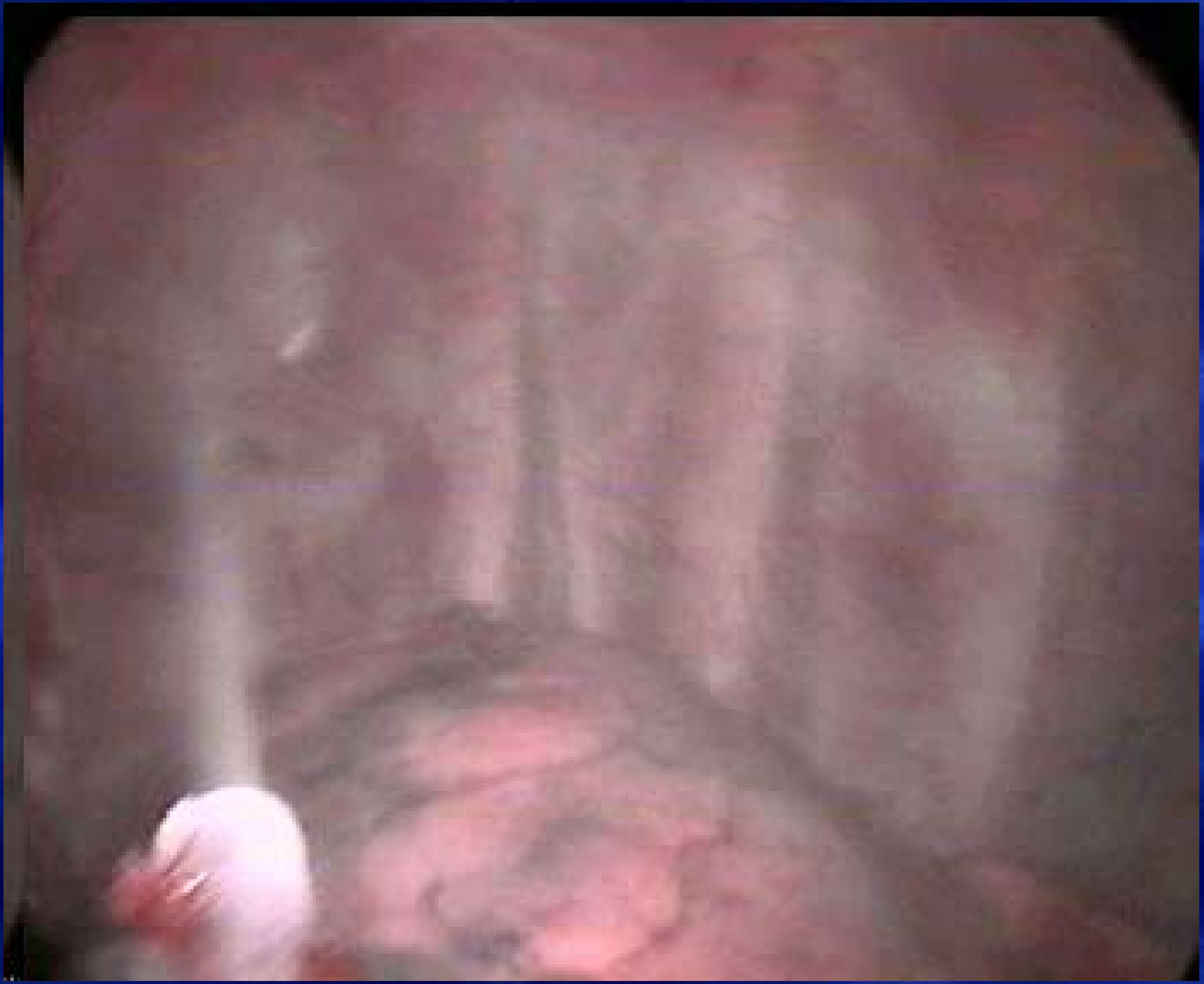












ENFISEMA INTERSTIZIALE GIOVANILE
CASISTICA (1975 – 2003)

	N° CASI
TORACOTOMIE	199
VATS (dal 1993)	209
PLEUROSCOPIA E DRENAGGIO	1299
TOTALE	1707

PATOLOGIA BOLLOSA GIOVANILE (VATS / TORACOTOMIA)

	VATS	TORACOTOMIA
N° CASI	209	199
DRENAGGIO (g.g.)	2 ± 1	2 ± 1,5
OSPEDALIZZAZIONE	5	8 ± 1,7
COMLICANZE	2	3
MORTALITA’	0	0
RECIDIVE	3	2

ENFISEMA BOLLOSO GIOVANILE CONFRONTO VATS / TORACOTOMIA

DEFICIT FUNZIONALE RESPIRATORIO II GIORNATA (% SPIROMETRIA)

	VATS	TORACOTOMIA
FEV$_1$	↓ 9 %	↓ 10 %
FEV$_1$/FVC	↓ 11 %	↓ 12 %
RV	↑ 8 %	↑ 7 %

ENFISEMA BOLLOSO GIOVANILE
CONFRONTO VATS / TORACOTOMIA
DEFICIT NEUROLOGICO
III GIORNATA (ELETTROMIOGRAFIA)

	COND. NORMALE	DEFICIT COND.	ASSENZA COND.
VATS	100%	-	-
TORACOT. CON RISPARMIO MUSCOLI	100%	-	-
TORACOT. SOTTOMAMMARIA	100%	30%	-
	ARTO SUP	M. DENTATO ANT.	M. GRANDE DORSALE

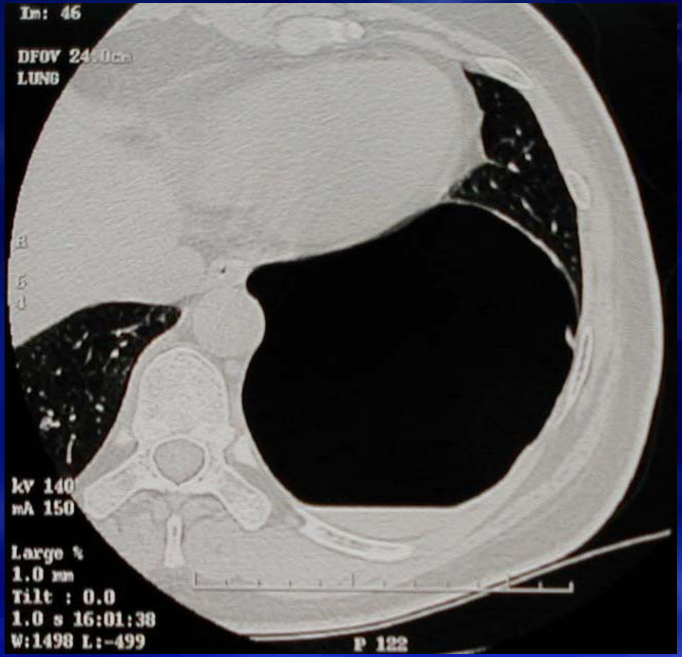
ENFISEMA BOLLOSO CRONICO
CASISTICA (1975 – 2003)

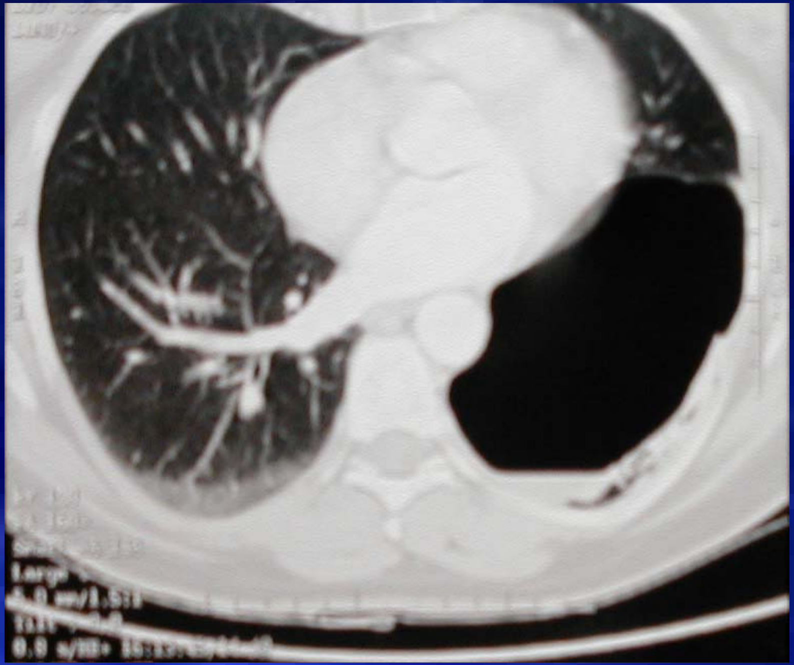
	N° CASI	COMPLICANZE	DECESSI
TORACOTOMIE	**107**	**7**	**1 (0,93 %)**
VATS (dal 1993)	**68**	**6**	**0**
TOTALE	**175**	**13**	**1 (0,6 %)**

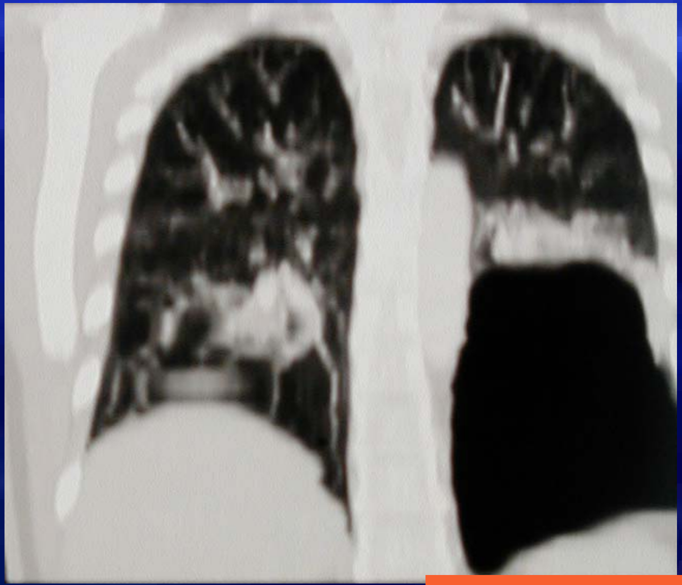
ENFISEMA BOLLOSO CRONICO

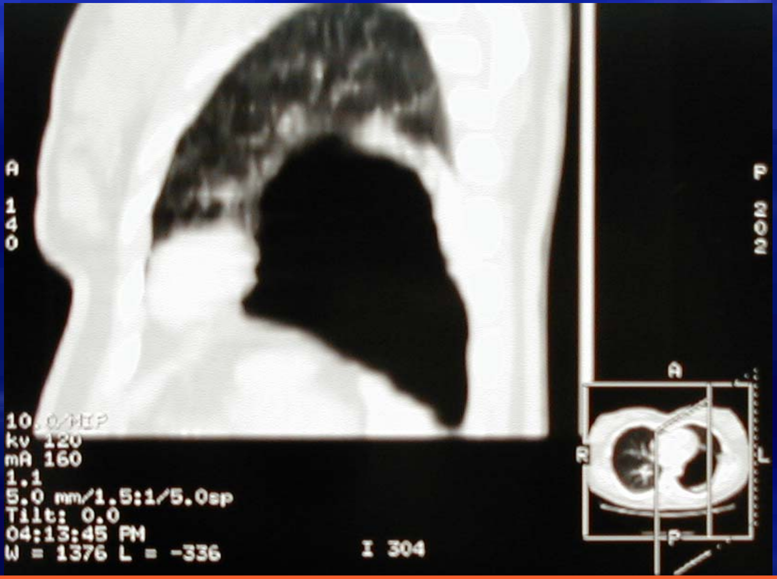
INDICAZIONE CHIRURGICA

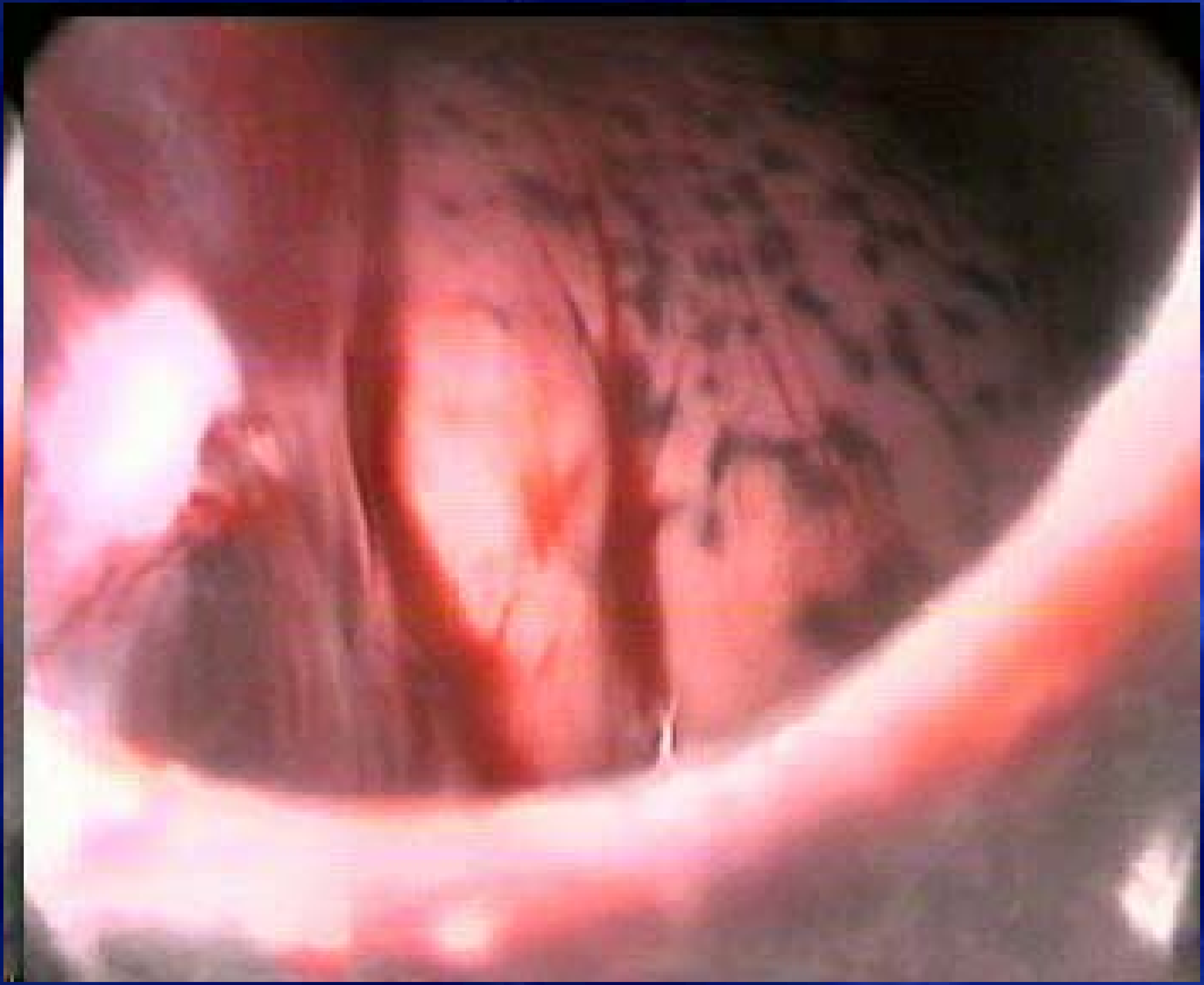
	N° CASI
COESISTENTE PNEUMOTORACE	123
ELEZIONE	52
TOTALE	175

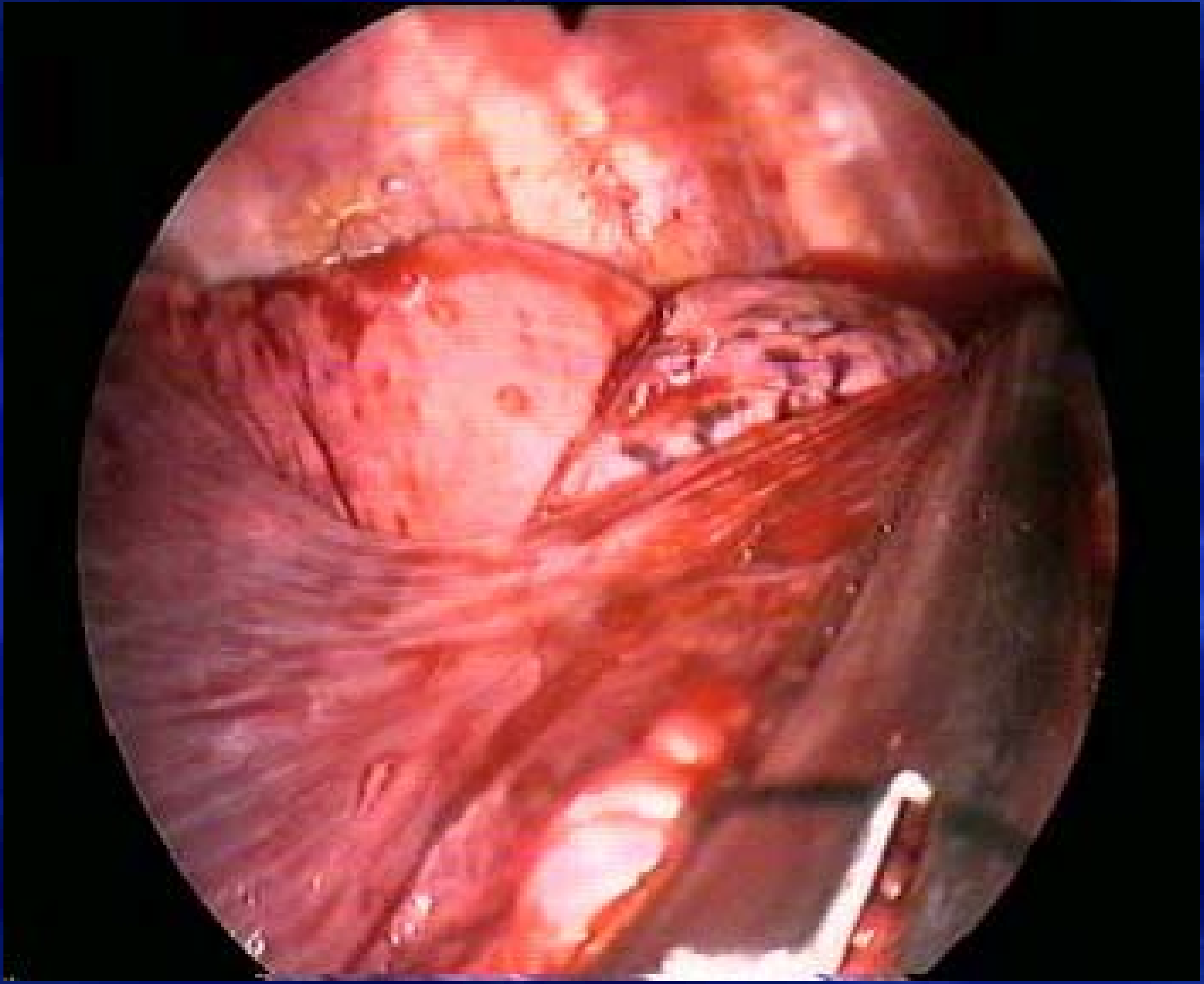

Im: 46
DFOV 24.0cm
LUNG
kV 140
mA 150
Large %
1.0 mm
Tilt : 0.0
1.0 s 16:01:38
W:1498 L:-499
P 122

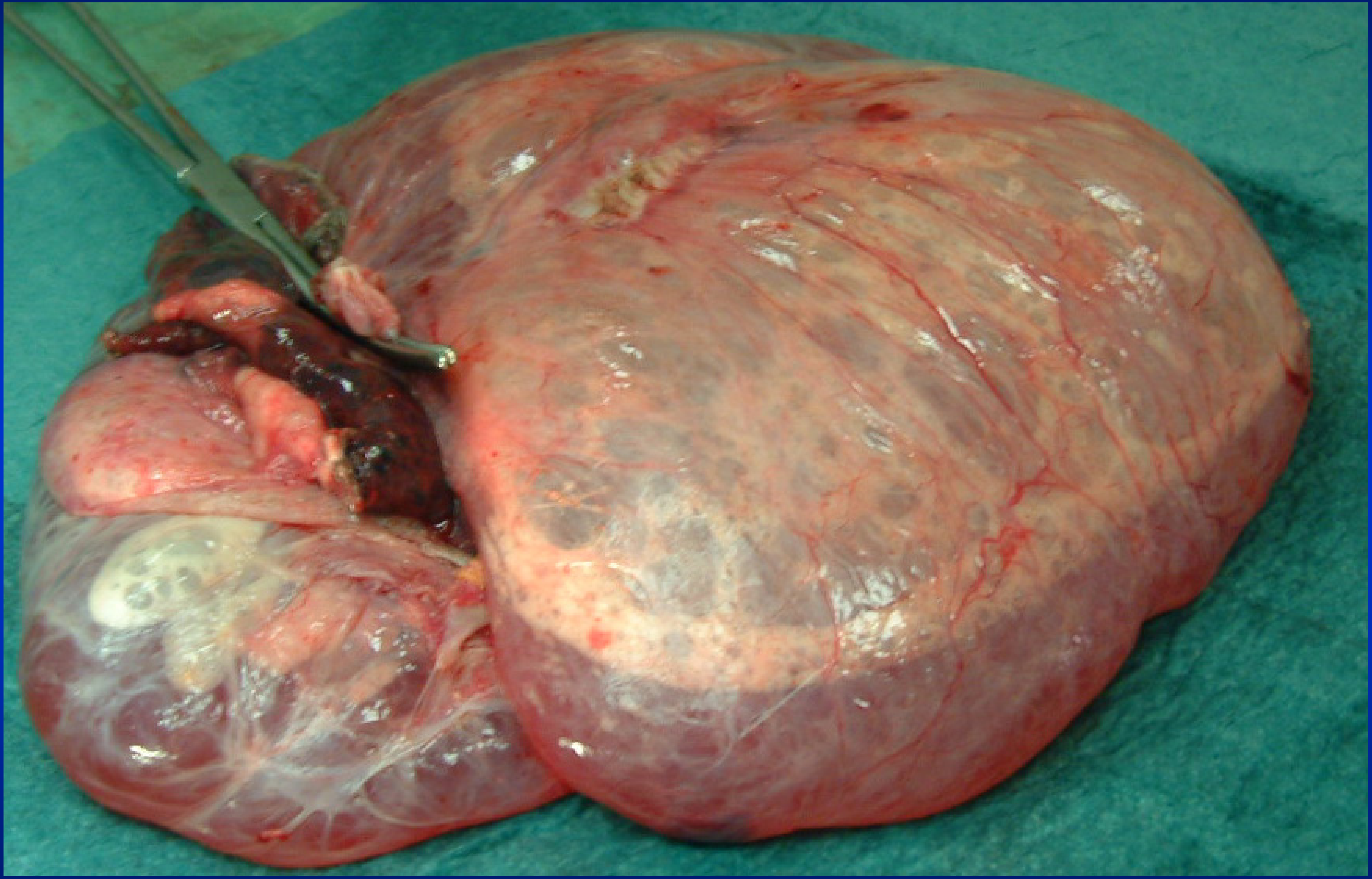


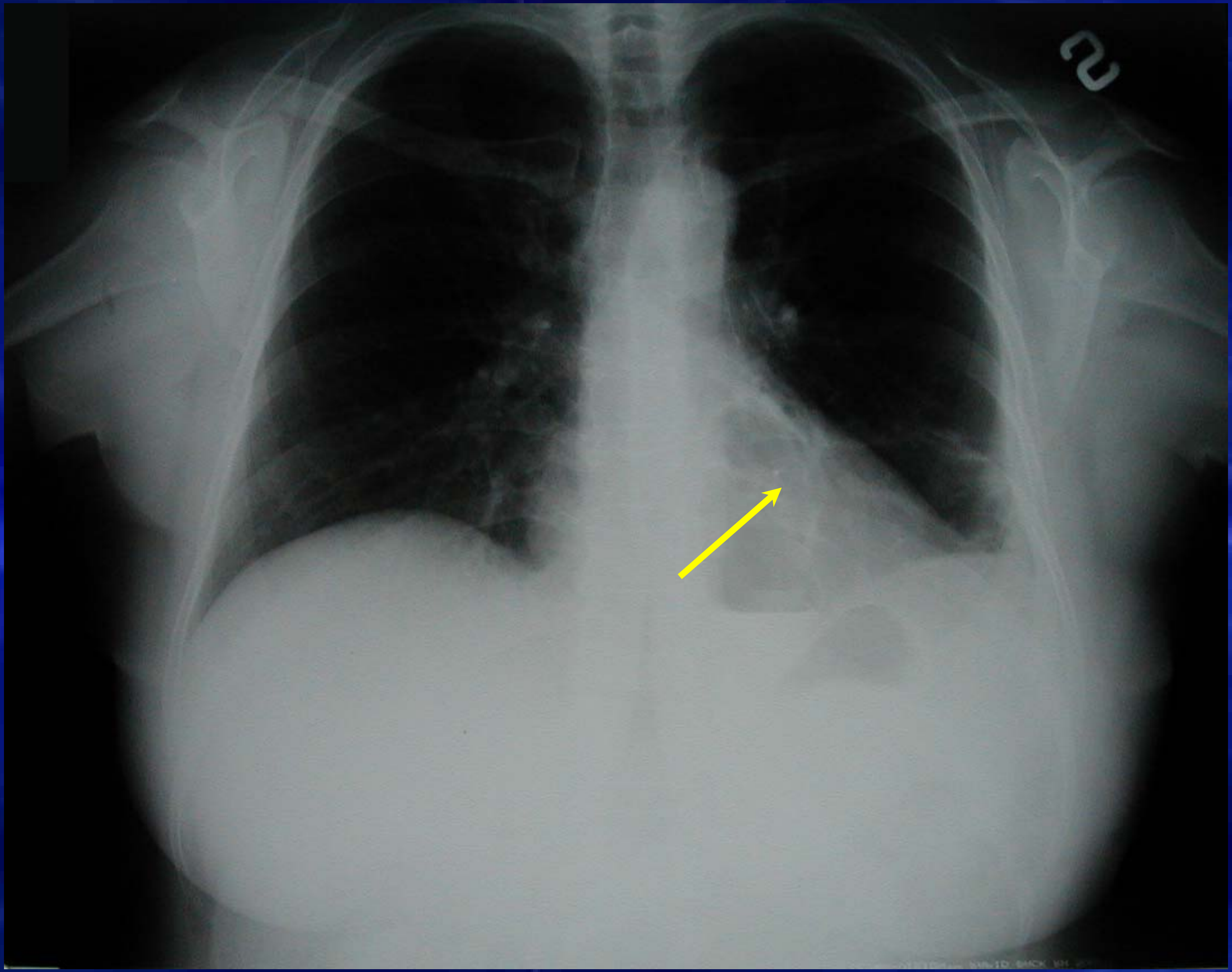



A
140
P
202
10.0/MIP
kv 120
mA 160
1.1
5.0 mm/1.5:1/5.0sp
Tilt: 0.0
04:13:45 PM
W = 1376 L = -336
I 304
A
R
L
P





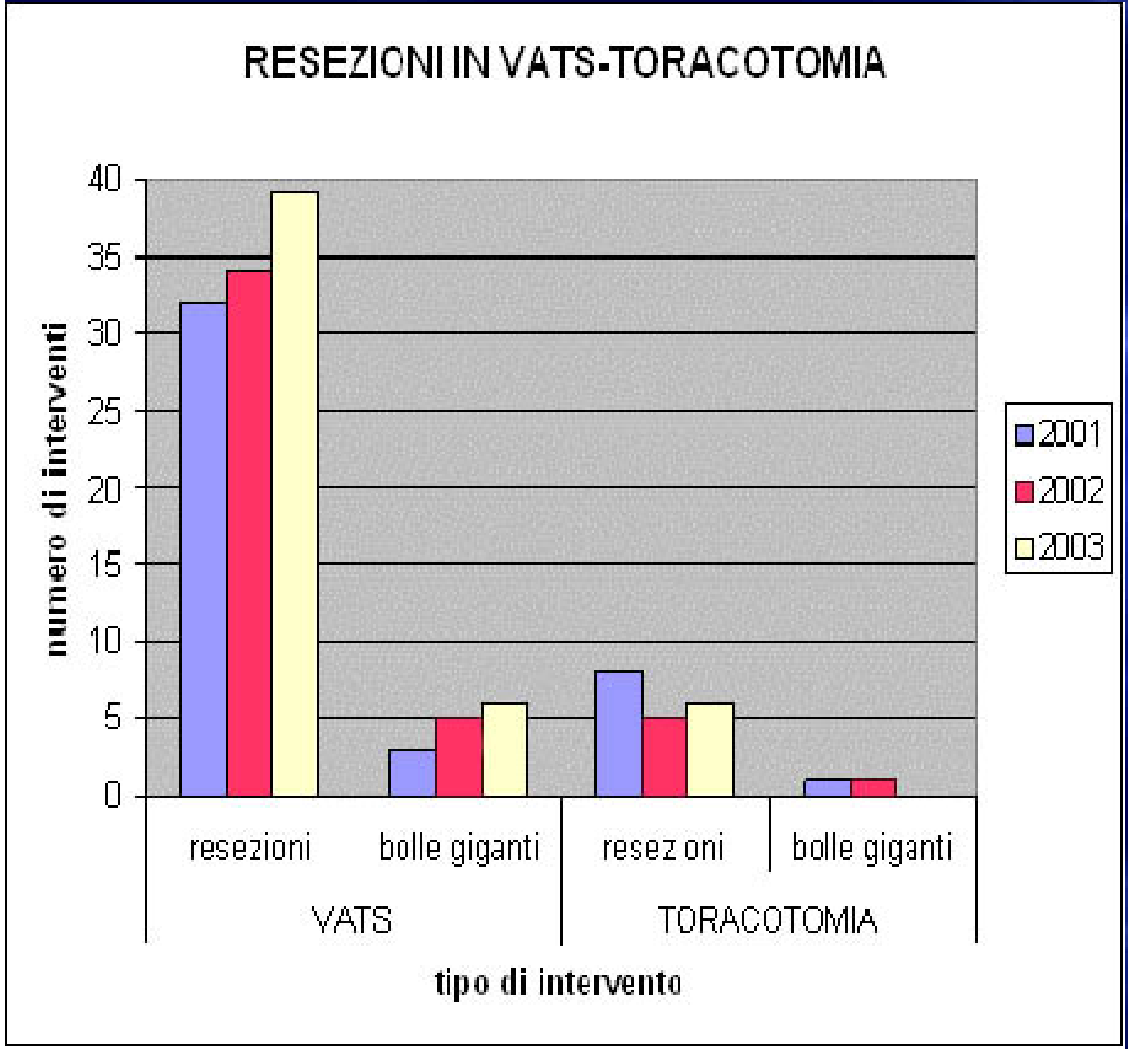


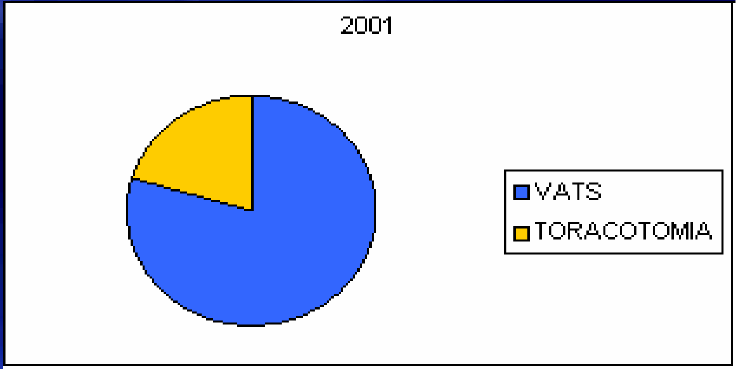


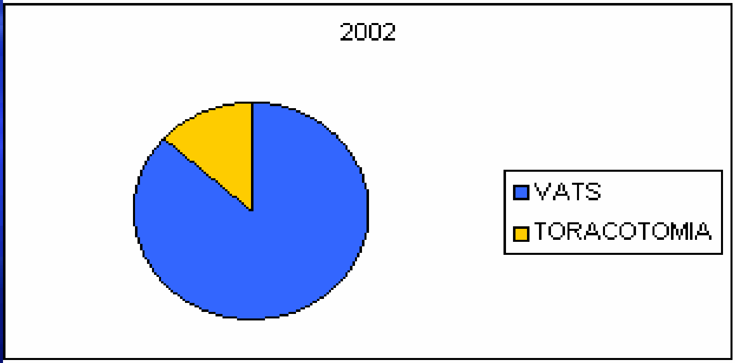
ENFISEMA BOLLOSO CRONICO
RISULTATI FUNZIONALI

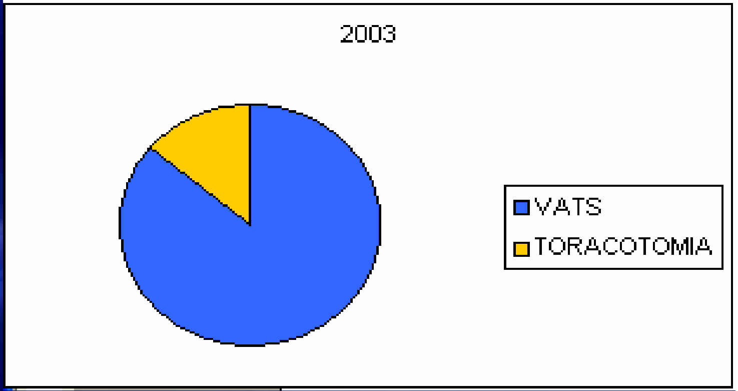
FEV$_1$	↑	**10%→30%**
FEV$_1$/FVC	↑	**8%→27%**
RV	↓	**7%→18%**

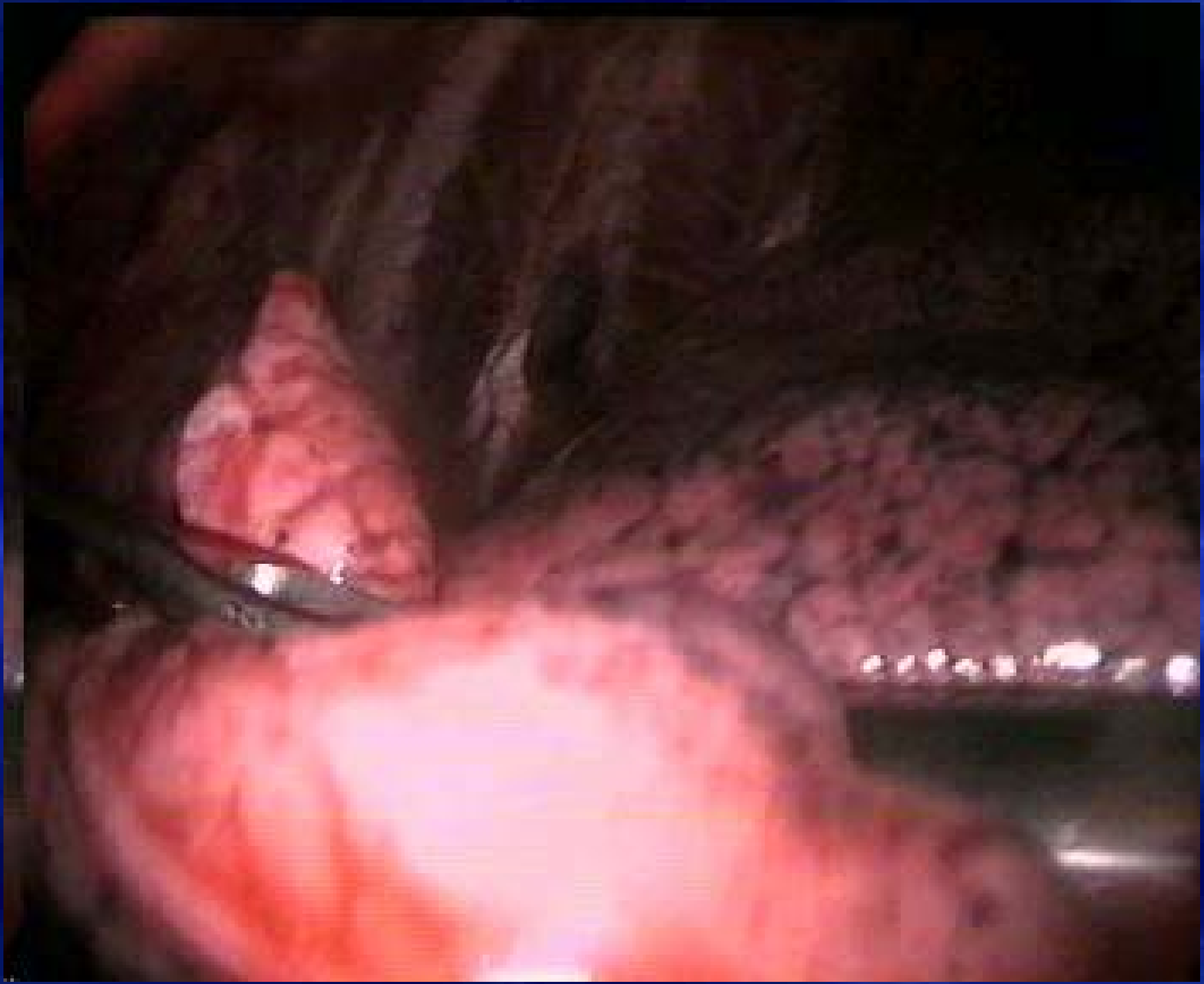
VATS-TORACOTOMIA

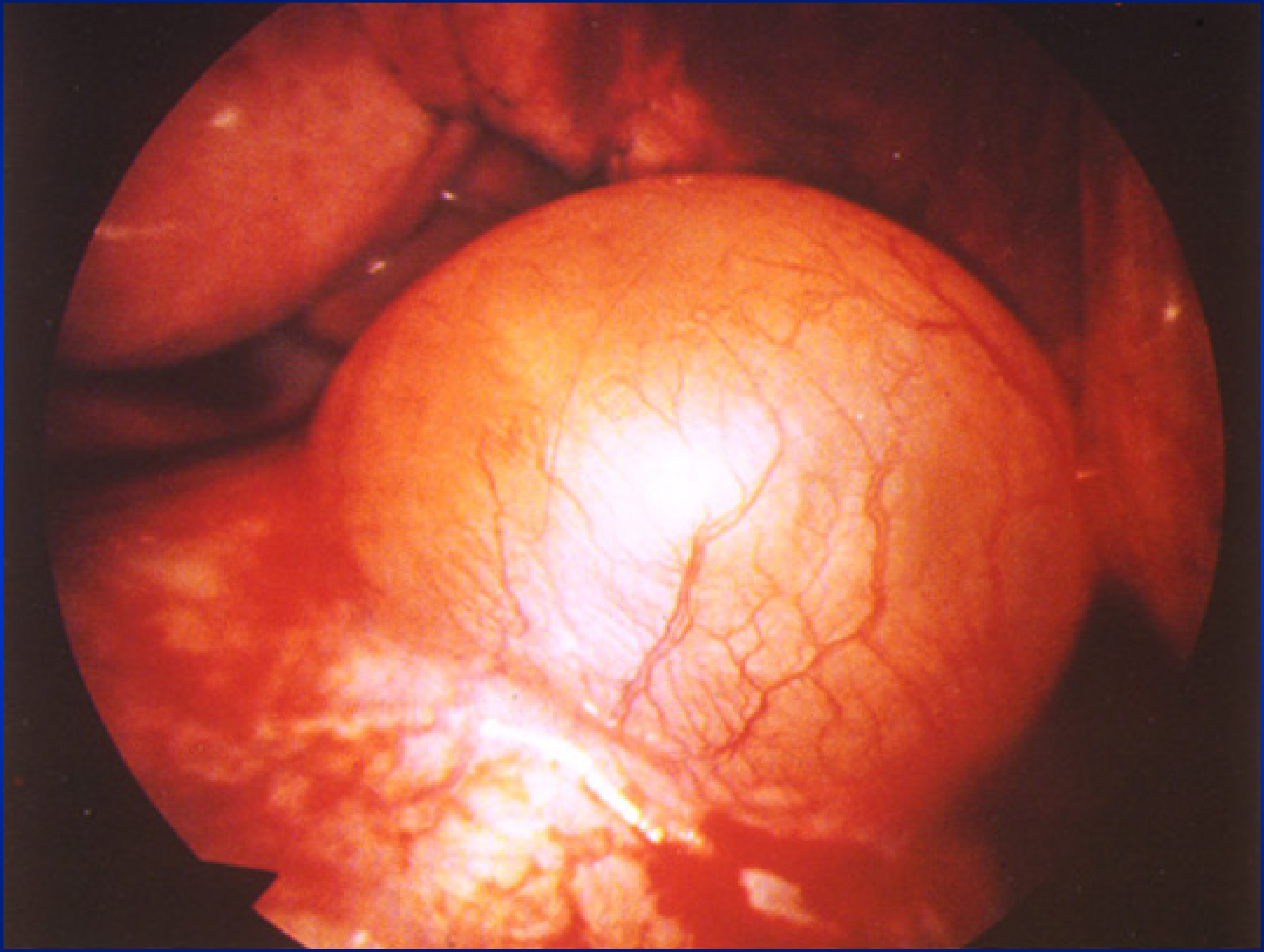












VATS

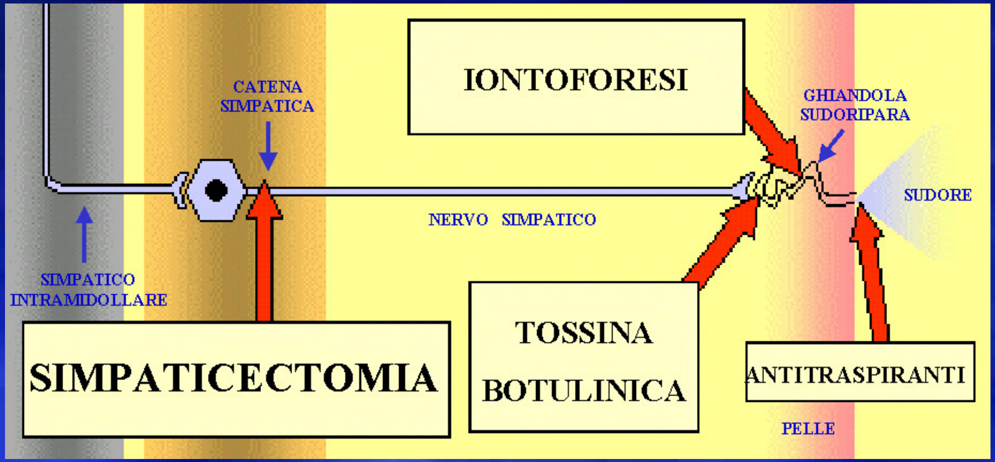
1 DRENAGGIO TORACICO

TORACOTOMIA

2 DRENAGGI TORACICI E RARAMENTE 1

L’IPERIDROSI COSTITUISCE UN PROBLEMA SOCIALE E LAVORATIVO PER CIRCA L’ 1% DELLA POPOLAZIONE OCCIDENTALE, CON RISVOLTI PSICOLOGICI MOLTO SPESSO SOTTOVALUTATI

6/2002-9/2005


IONTOFORESI
CATENA SIMPATICA
GHIANDOLA SUDORIPARA
SUDORE
NERVO SIMPATICO
SIMPATICO INTRAMIDOLLARE
TOSSINA BOTULINICA
SIMPATICECTOMIA
ANTITRASPIRANTI
PELLE

678 simpaticectomie

339 pazienti

54,7 % iperidrosi palmare e plantare

26,9 % iperidrosi palmare ascellare e plantare

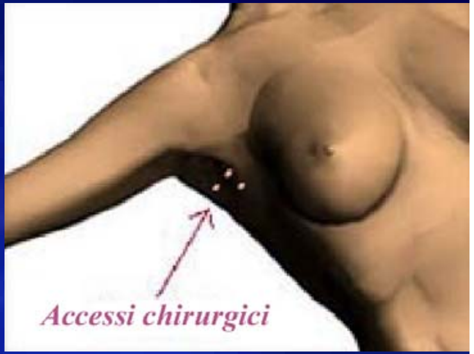
18,4 % iperidrosi ascellare pura

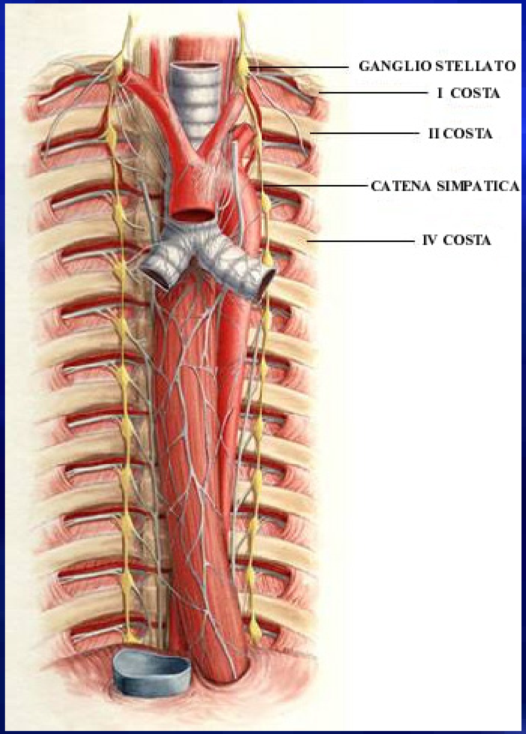
2 pazienti presentavano iperidrosi e blushing facciale

1 paziente era già stato trattato 2 volte con diatermocoagulazione in altra sede e recidivato

SIMPATICECTOMIA TORACICA BILATERALE IN UN UNICO TEMPO CHIRURGICO

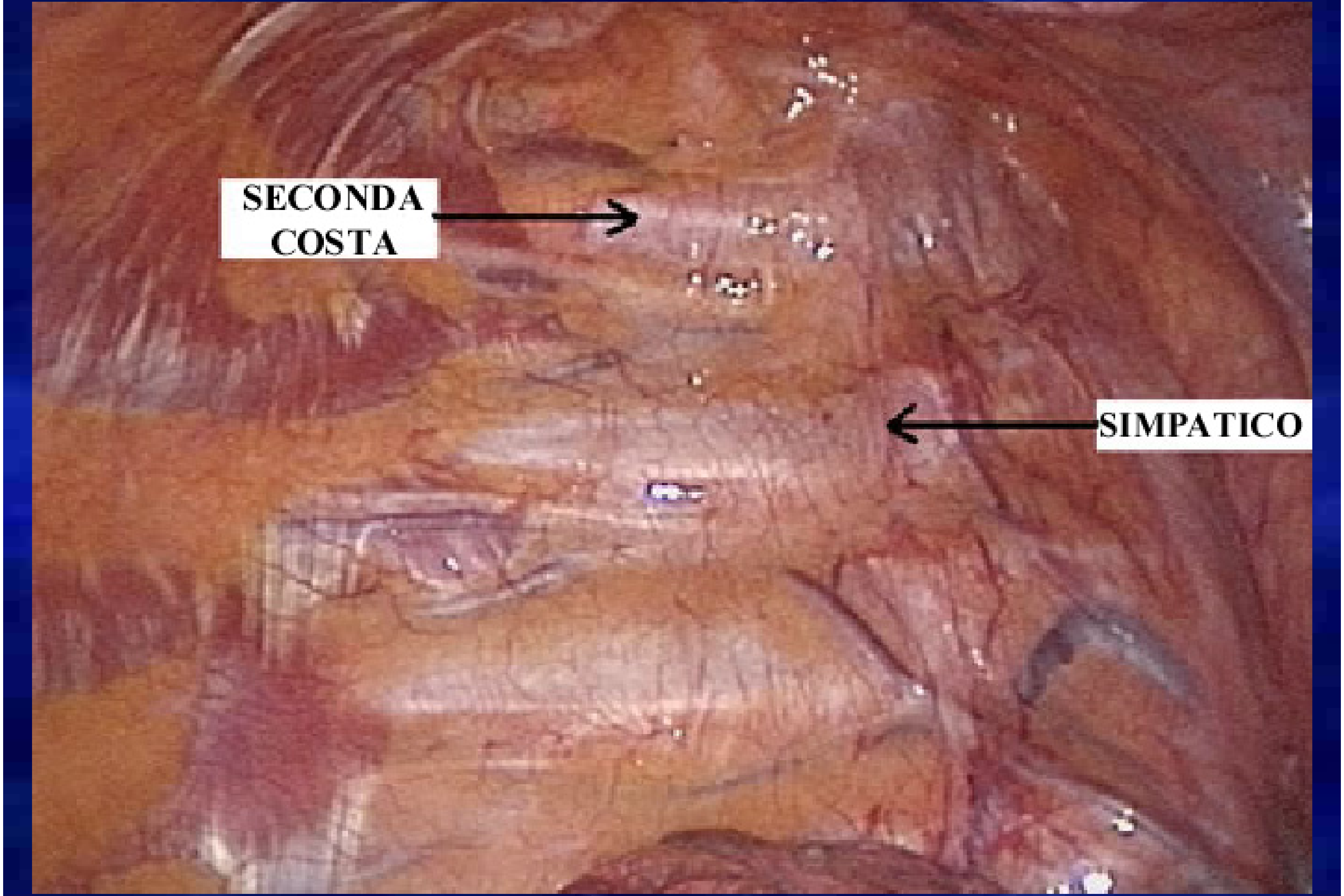
ANESTESIA GENERALE


Accessi chirurgici


GANGLIO STELLATO
I COSTA
II COSTA
CATENA SIMPATICA
IV COSTA

ACCESSO ESTETICO ASCELLARE (3 INCISIONI) CON STRUMENTARIO DA 3 O 5 mm CON ASPORTAZIONE DEL 2° , 3° E TALVOLTA 4° GANGLIO DEL SIMPATICO

TRINITRON
SONY


SECONDA COSTA
SIMPATICO

RISULTATI

NERVO SIMPATICO-------

4 PZ CON ESTESE ADERENZE PLEURICHE LISATE CON TECNICA VIDEOASSISTITA SENZA RICORRERE A TECNICA APERTA

SUCCESSO TERAPEUTICO 99,4%

2 PZ HANNO RIPRESENTATO EPISODICHE SUDORAZIONI PALMARI, DESCRITTE COME SPORADICHE E DI INTENSITÀ VIA VIA DECRESCENTE

5/339 PZ HANNO RICHIESTO IL MANTENIMENTO DI UN DRENAGGIO PRECAUZIONALE DI UN CAVO PLEURICO PER ALCUNE ORE DOPO L'INTERVENTO PER UNA INCOMPLETA RIESPANSIONE POLMONARE

3/339 PZ RIDRENAGGIO NEL POST-OPERATORIO ATTRAVERSO UNO DEGLI ACCESSI ASCELLARI NEL POSTOPERATORIO, CON SONDA DI NELATON, PER UNA INCOMPLETA RIESPANSIONE DOCUMENTATA ALL'RX TORACE DI CONTROLLO

RISULTATI

4 PZ DOLORE TORACICO SIGNIFICATIVO URENTE E LOCALIZZATO ALLA REGIONE INTERSCAPOLARE CHE HA RICHIESTO L'ASSUNZIONE DI ANALGESICI PER CIRCA 3 SETTIMANE.

1 PZ LIEVISSIMA SINDROME DI HORNER REGREDITA DOPO 36 ORE.

IL 16.5% PZ IPERIDROSI COMPENSATORIA TRANSITORIA (DURATA 3-6 MESI) LOCALIZZATA AL TRONCO, AL DORSO, INGUINI O COSCE.

RISULTATI

53,8% DEI PAZIENTI CON IPERIDROSI PLANTARE HA NOTATO UN MIGLIORAMENTO ANCHE IN TALE SEDE

99,7% DEI PAZIENTI SIGNIFICATIVO MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DI VITA E DISPONIBILITÀ A RIPETERE O A CONSIGLIARE AD ALTRI L'INTERVENTO

CONCLUSIONI

- NELLA NOSTRA ESPERIENZA LA SIMPATICECTOMIA TORACICA VIDEO ASSISTITA PER IL TRATTAMENTO DELL'IPERIDROSI PALMARE ED ASCELLARE HA DIMOSTRATO ESSERE METODICA CURATIVA E DEFINITIVA

- OFFRE AL PAZIENTE UN NETTO MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI, LAVORATIVA E DEI RAPPORTI INTERPERSONALI

- BASSISSIMO RISCHIO DI COMPLICANZE E ZERO MORTALITÀ

CONCLUSIONI

METODICA SICURA ED AFFIDABILE

FONDAMENTALE

INFORMAZIONE DETTAGLIATA SUI RISCHI E SULLA POSSIBILITÀ DI SUDORAZIONE COMPENSATORIA

THORACIC SURGERY DIVISION OF BRESCIA CIVIC HOSPITAL EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL CHEST DEFORMATIONS: SUCCESSFUL TREATMENT USING THE MODIFIED RAVITCH PROCEDURE AND MINIMALLY INVASIVE REPAIR OF PECTUS EXCAVATUM

MALFORMAZIONI CONGENITE
PARETE TORACICA

Petto escavato **(torace a imbuto,torace da calzolaio) 1: 300-400 nati vivi**
M:F di 3-4:1

Petto carenato **1: 3000-4000 nati vivi M:F di 4:1**

Sindrome di Poland **(ipoplasia/aplasia di parte della parete toracica)**
Schisi dello sterno
Coste soprannumerarie

1911 Mayer

1913 Sauerbruch

1952 Ravitch

1988 Nuss

-Rx torace

- Tc torace → indice di MAX compressione

diametro trasversale /
diametro antero-posteriore
torace

- Ecocardiogramma

- PFR

APRILE 1979 - APRILE 2006

63 PAZIENTI

52 PECTUS EXCAVATUM

10 CARINATUM

1 SINDROME DI POLAND

6-41 AA

52 MASCHI

11 FEMINE

TRATTAMENTO CHIRURGICO

Ravitch: sterno-condroplastica (57 pz)

(rimozione delle cartilagini costali interessate, liberazione e rimodellamento dello sterno con osteotomia trasversale cuneiforme del tavolato esterno sternale, appoggio su supporto)

Nuss: mininvasiva–VATS (6 pz)

9/2005 – 4/2006

5 M - 1 F   ETÀ MEDIA 22,6 AA

SUPPORTO DI STABILIZZAZIONE TEMPORANEO

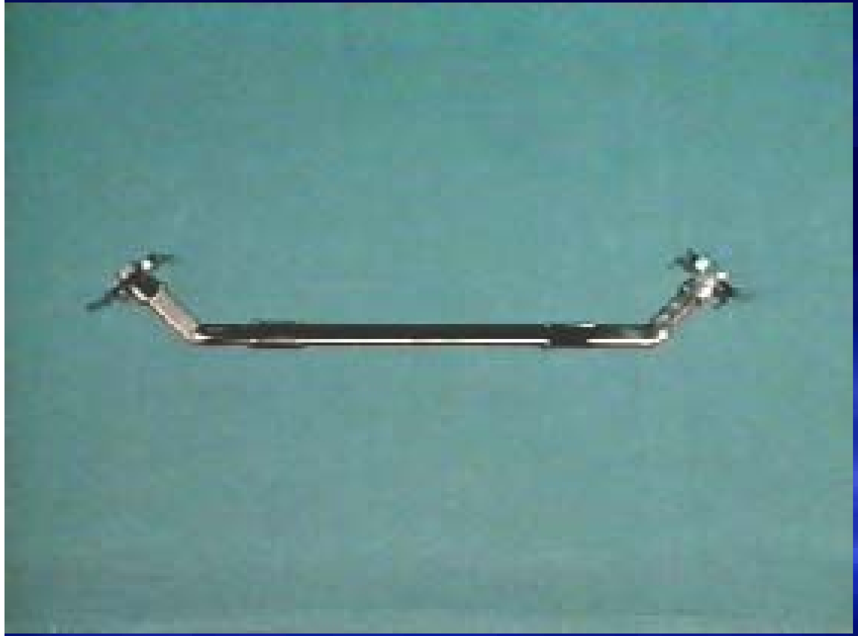
PLACCHE DI REBHEIN

SLIDING STAPLE-SPLINTS

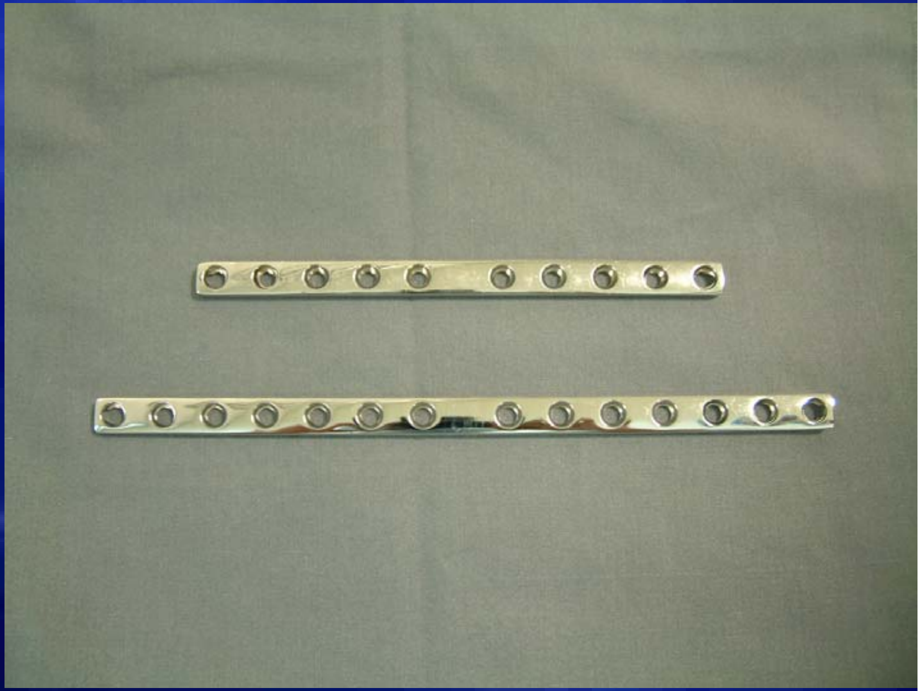
PLACCHE ORTOPEDICHE

PLACCHE DI NUSS

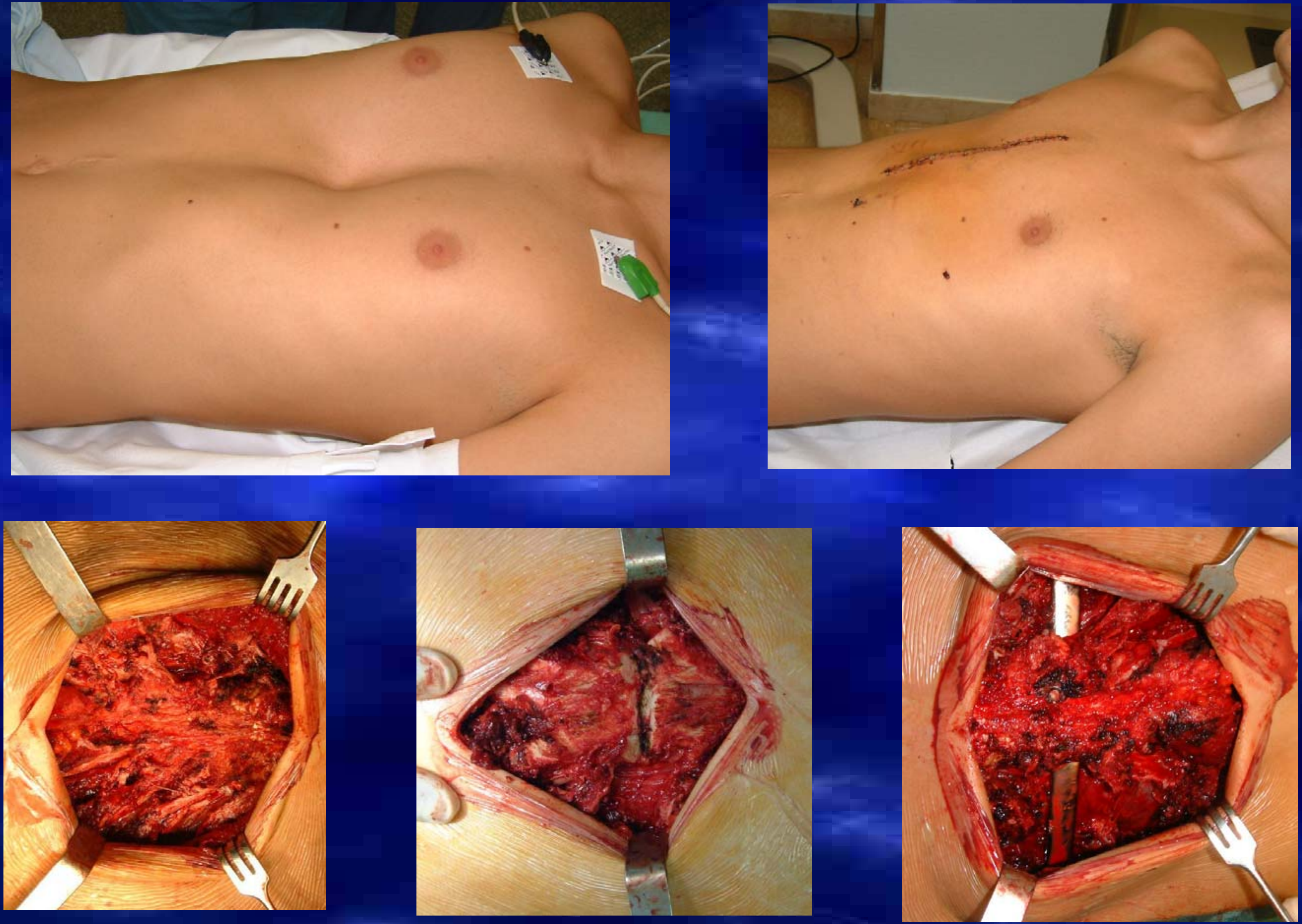
SLIDING STAPLE-SPLINTS

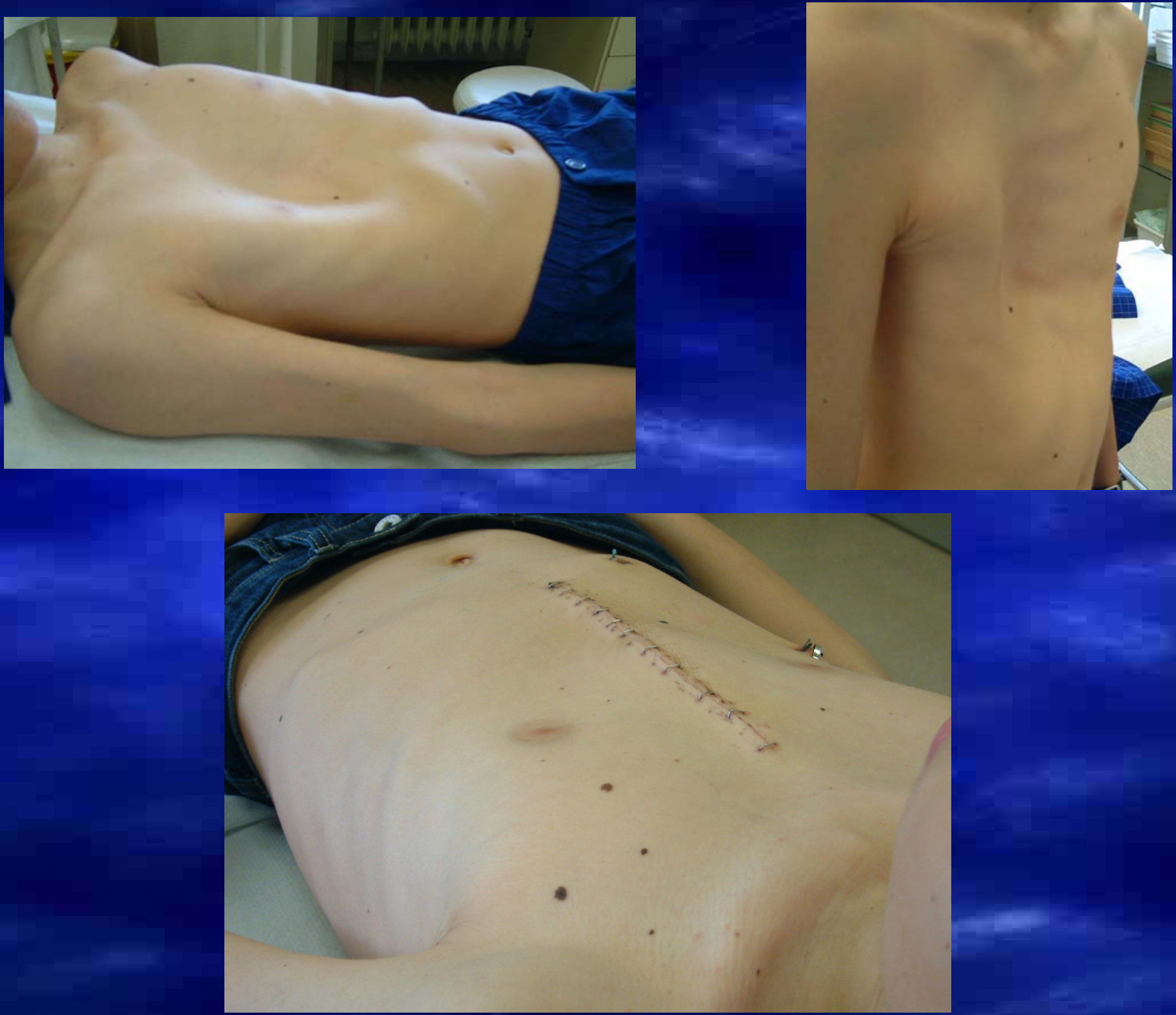


O

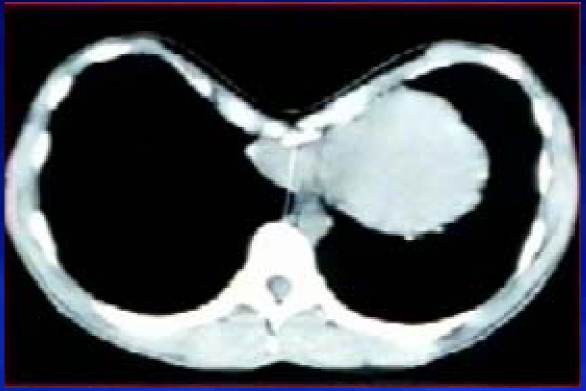


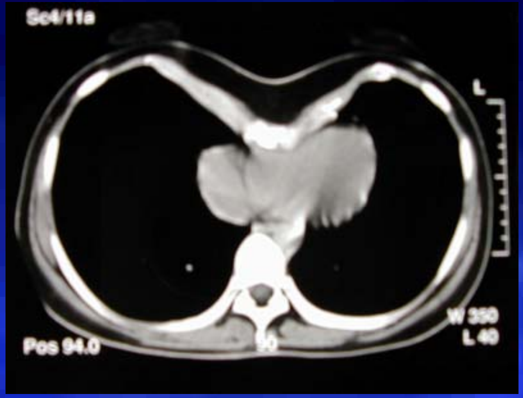
PECTUS EXCAVATUM

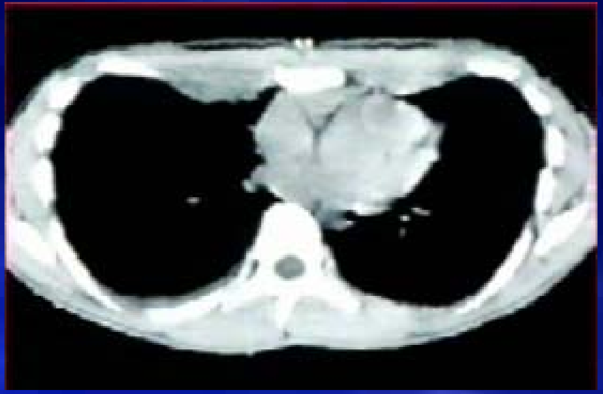


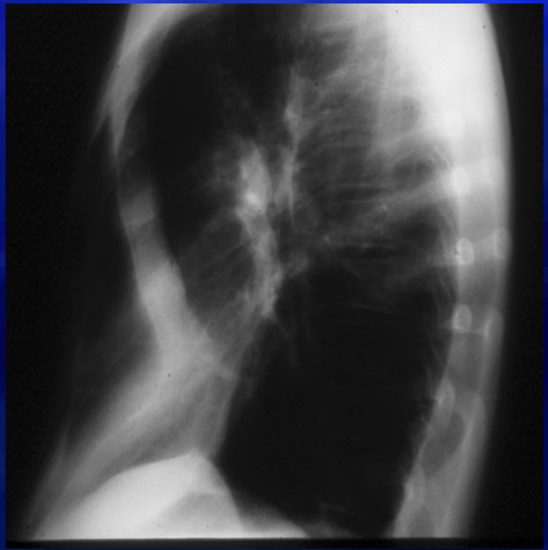


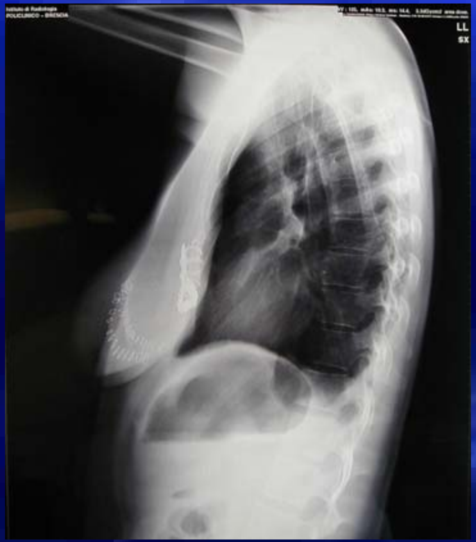
PECTUS EXCAVATUM

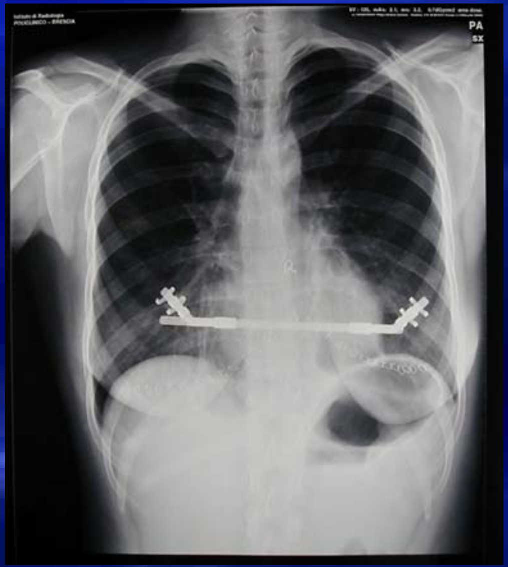


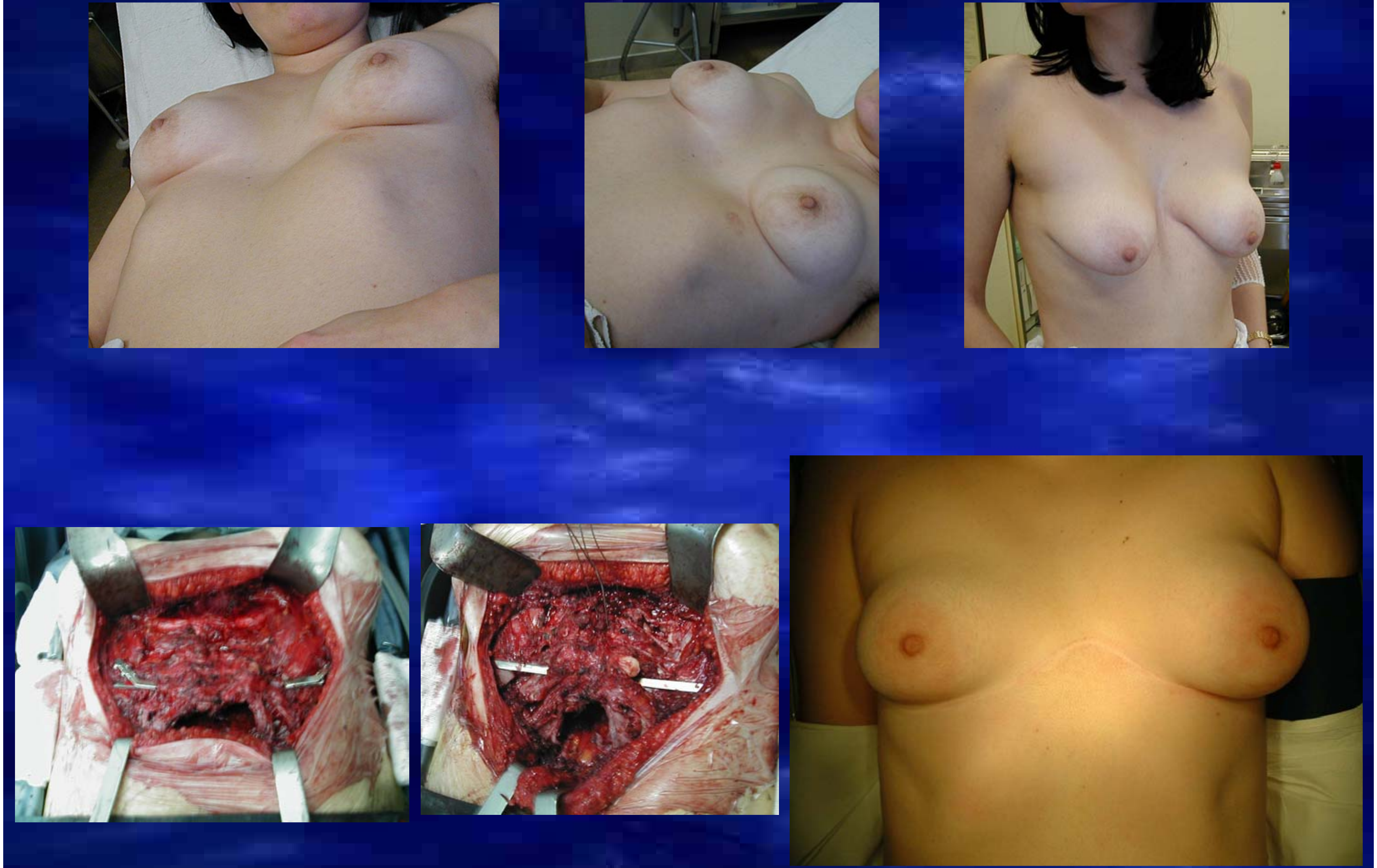

Sc4/11a
L
W 350
L 40
Pos 94.0





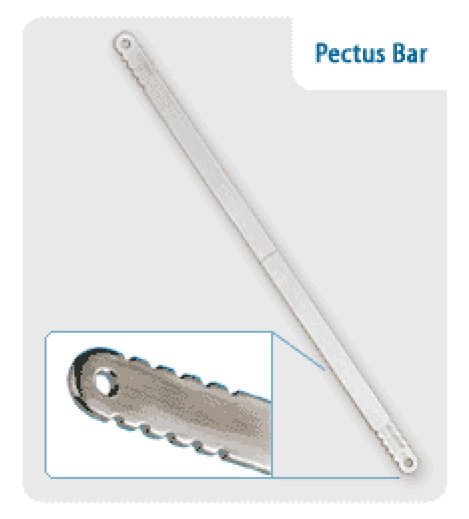


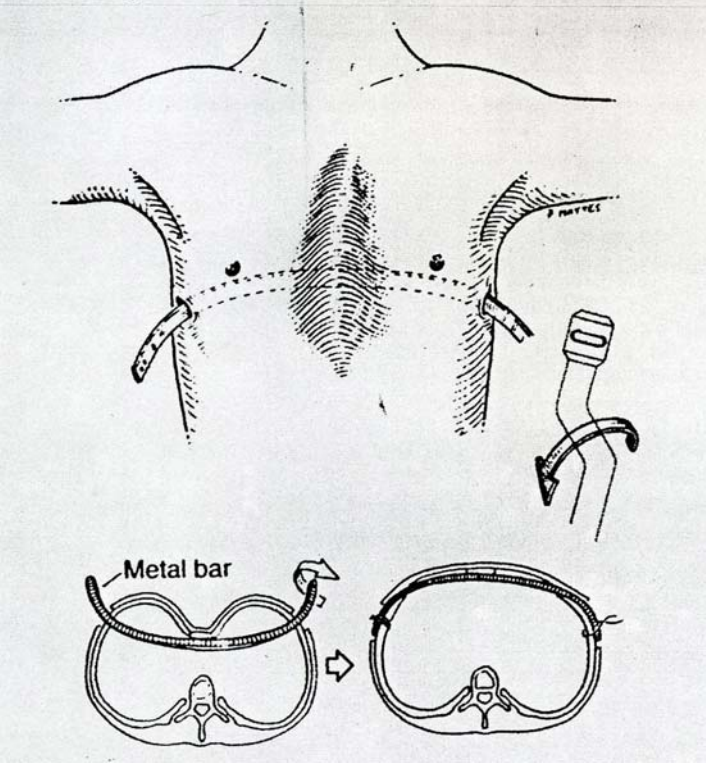


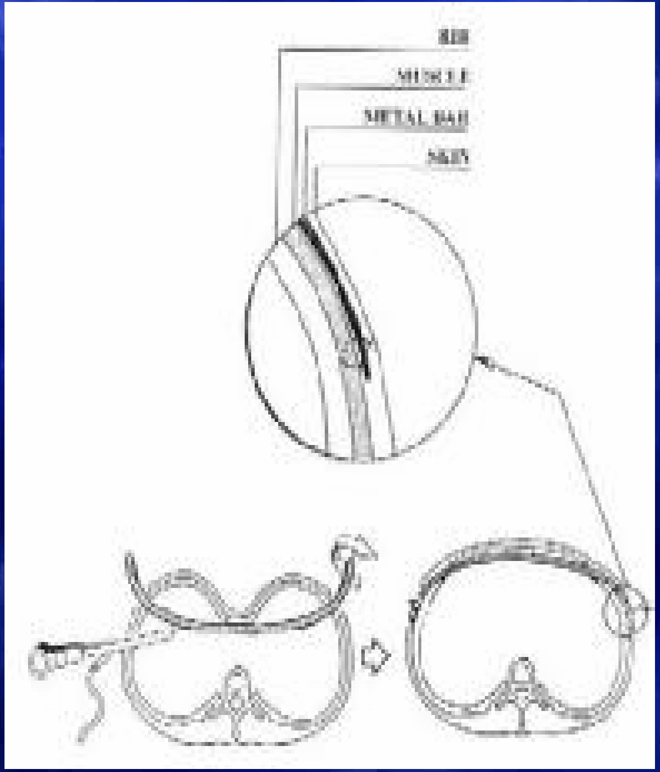


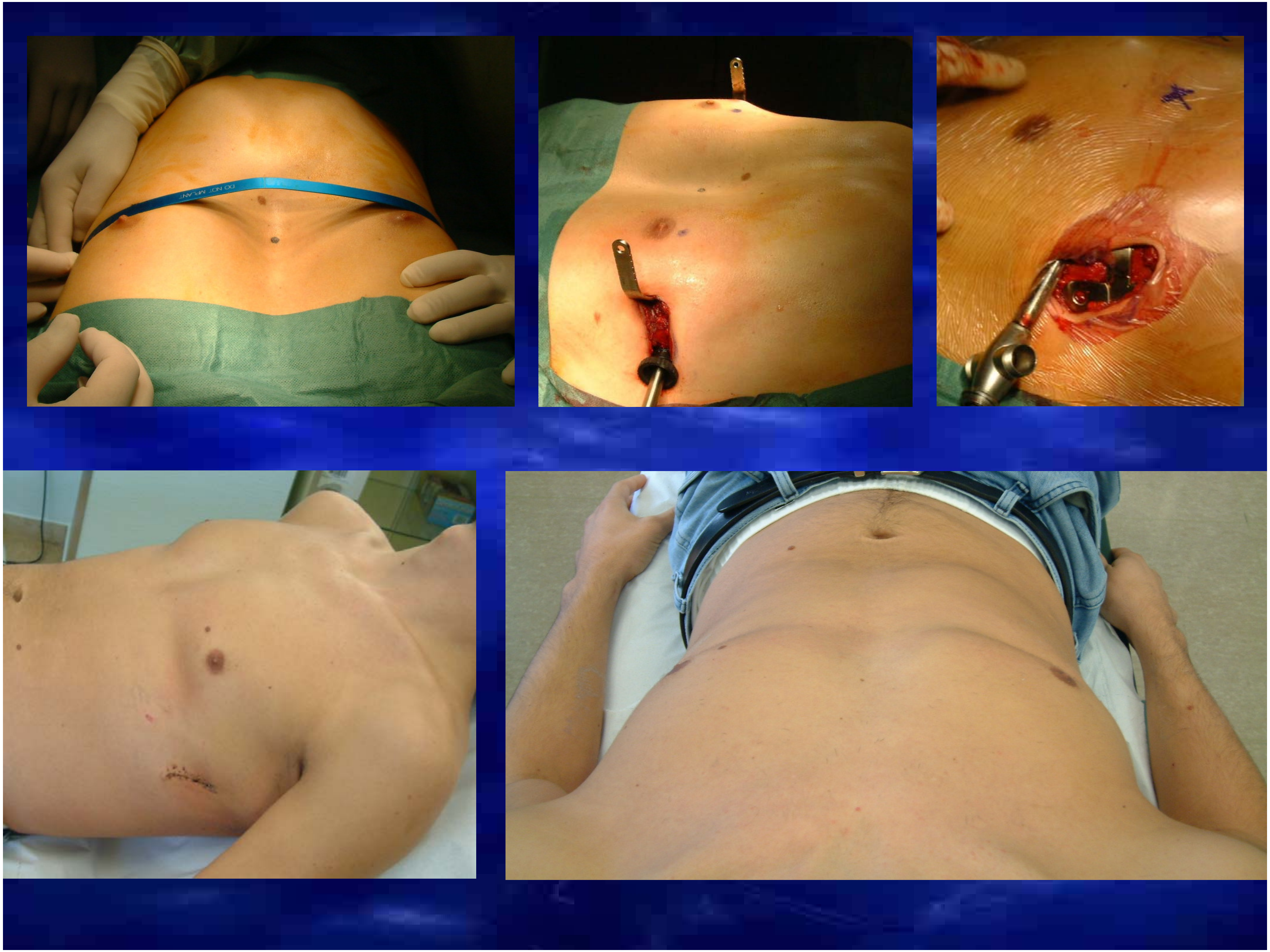
A VOLTE NECESSITÀ SECONDA OSTEOTOMIA TRASVERSALE

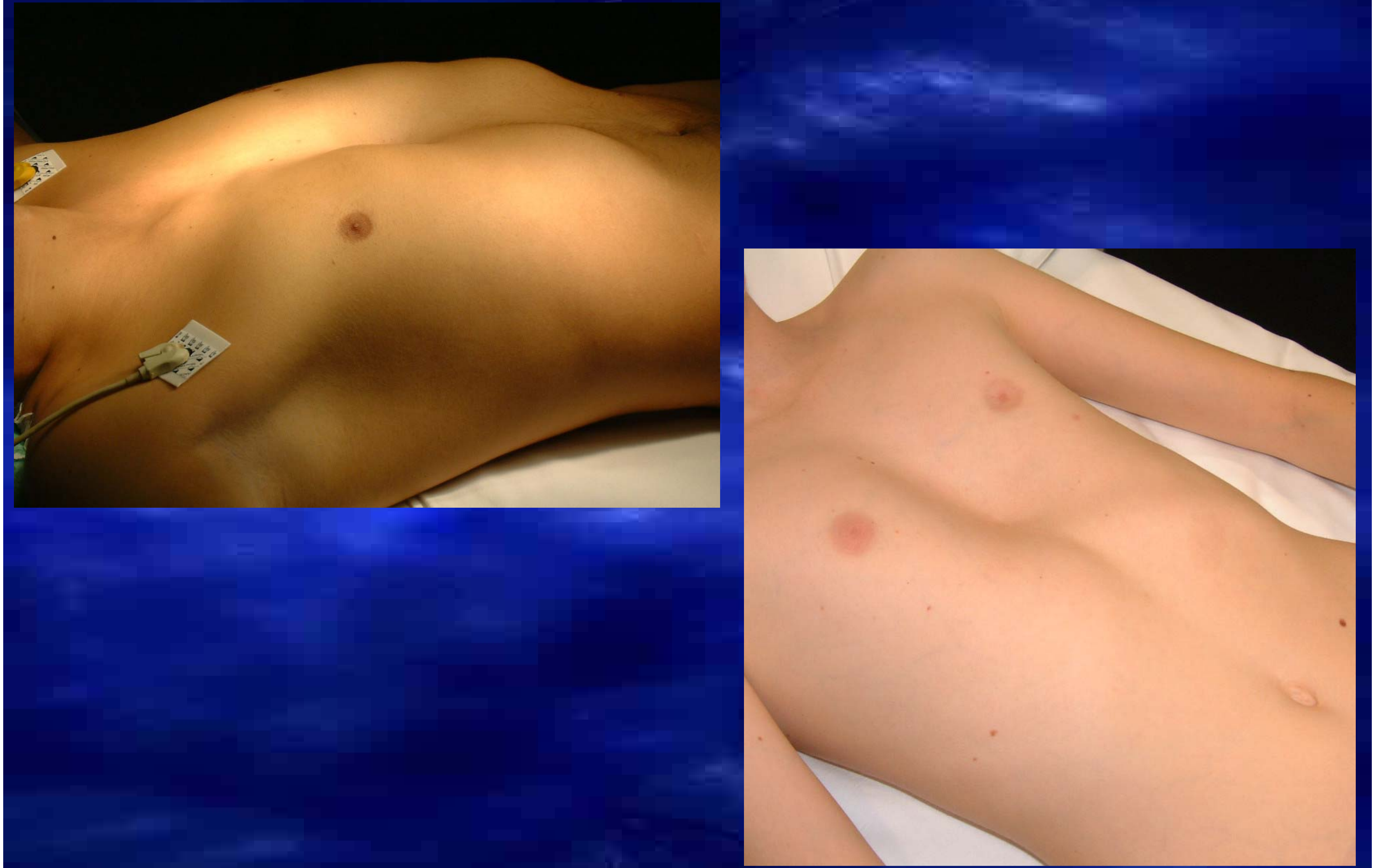
IN 1 PAZIENTE UNA STERNOTOMIA LONGITUDINALE X ASSE STERNALE PROFONDAMENTE ALTERATO


Pectus Bar


Metal bar


RIB
MUSCLE
METAL BAR
SKIN


DO NOT IMPLANT



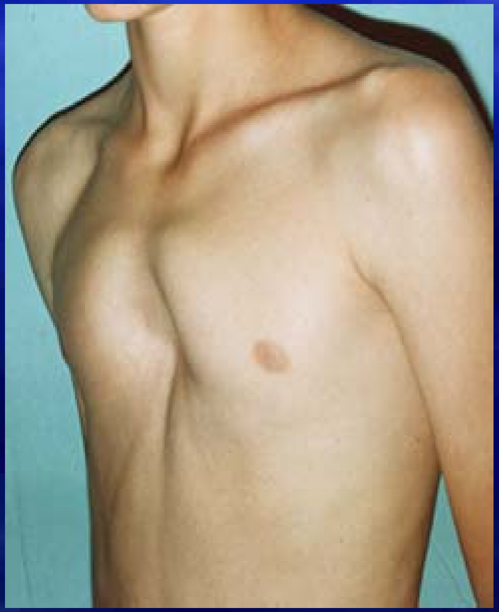
Petto carenato

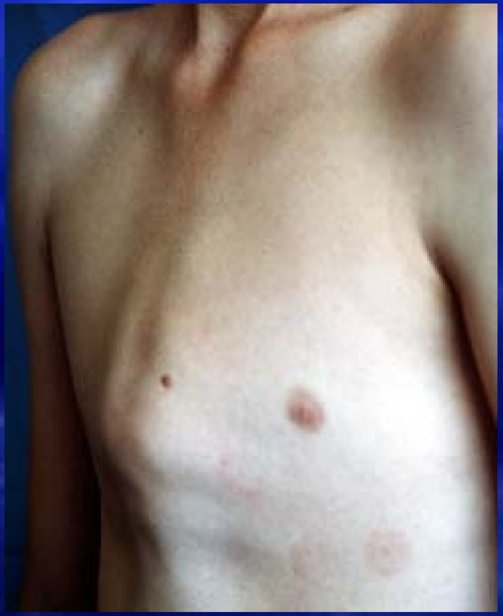
CONDRO GLADIOLARE SIMMETRICO

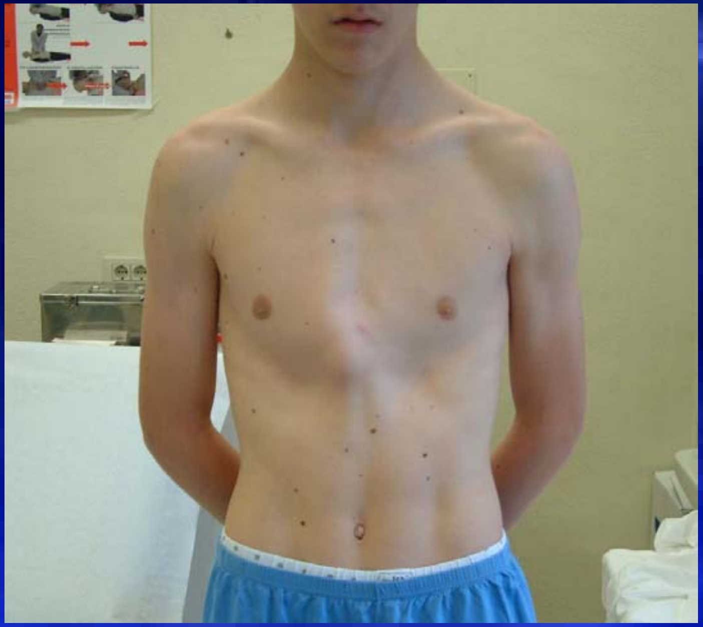
CONDRO GLADIOLARE ASIMMETRICO

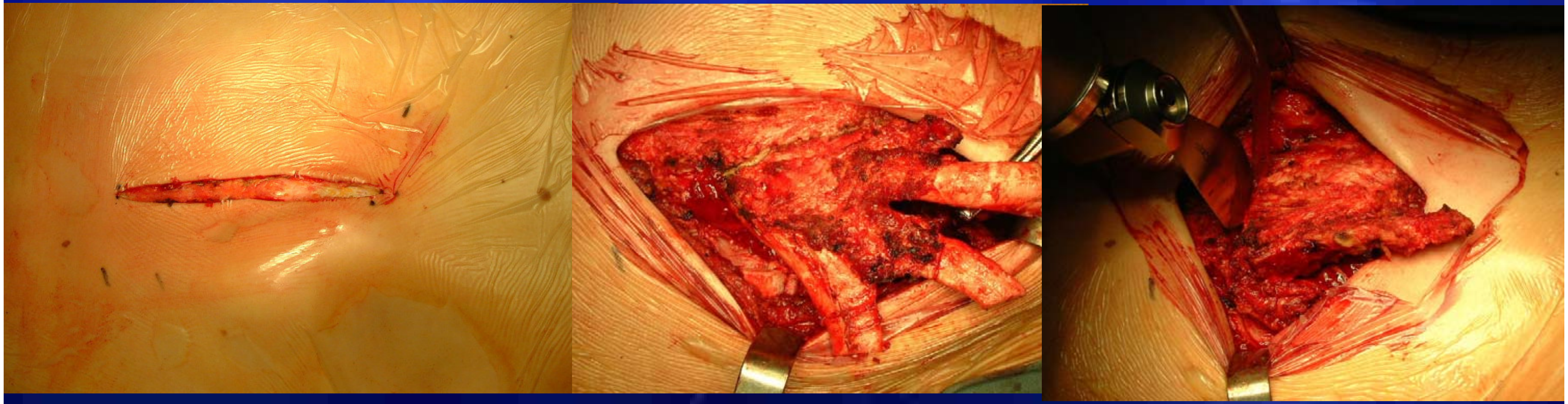
MISTO ESCAVATO CARENATO

CONDRO MANUBRIALE









RIMOZIONE SUPPORTO

STERNOCONDROPLASTICA

8 - 20 MESI DALL'INTERVENTO

ECCETTO 2 CASI

NUSS **DOPO 3 ANNI**

RISULTATI

MORTALITA': 0

MORBILITA' STERNOCONDROPLASTICA :

1 CASO PARZIALE DEISCENZA DI ACCESSO SOTTOMAMMARIO BILATERALE

1 CASO VERSAMENTO PERICARDICO

1 CASO DI REVISIONE CAVO X EMOTORACE

MORBILITA' NUSS :

4 LIEVI PNX DX

2 LIMITATE ATELETTASIE POLMONARI DX

3 LIEVI ENFISEMI SOTTOCUTANEI IN SEDE D'INTERVENTO

RISULTATI

59 CASI OTTIMI

3 CASI BUONI

1 CASO MEDIOCRE risalente alle prime esperienze e migliorato alla rimozione della placca

6/6 NUSS OTTIMI RISULTATI NEL NOSTRO FOLLOW UP

CATETERE EPIDURALE IMIEGATO IN 5/6 PAZIENTI

SCOMPARSA

RICORRENTI EPISODI RONCOPNEUMONICI

SALTUARI EPISODI ASMATIFORMI

DISPNEA E CARDIOPALMO DA SFORZO

INDICAZIONI AD INTERVENTO

DEFICIT FISIOPATOLOGICI CARDIO RESPIRATORI

PSICOLOGICI PER LA DEFORMITA’

LA BASSA MORBIDITA’ NELLA NOSTRA ESPERIENZA GIUSTIFICA UNA INDICAZIONE ANCHE SOLO PER FATTORI ESTETICI

CONFRONTO PROCEDURE PER PECTUS EXCAVATUM

PROCEDURA MINI-INVASIVA
GARANTISCE

MINORE TRAUMA CHIRURGICO
MINORE DURATA INTERVENTO E DEGENZA
MINORE PERDITA EMATICA
INCISIONI PIU’ ESTETICHE
DOLORE TENSIVO PIÙ PROLUNGATO
PIÙ VELOCE RIPRESA GRADUALE NORMALI
ATTIVITÀ COMPRESE QUELLE SPORTIVE

LA TECNICA MINIINVASIVA VIDEOASSISTITA DI CORREZIONE DEL PE SEC. NUSS È EFFICACE ANCHE OLTRE L'ETÀ PEDIATRICA

PROCEDURA MINI-INVASIVA E STERNOCONDROPLASTICA

OTTIMI RISULTATI CLINICI

SCELTA TECNICA CHIRURGICA SECONDO

ETÀ

TIPO

MALFORMAZIONE