

La selezione dei candidati alla chirurgia

La selezione dei pazienti è fondamentale, infatti, non tutti i pazienti con IN, se sottoposti a DVP, migliorano. Per alcuni di essi, a causa del ritardo di diagnosi e/o di trattamento, la patologia evolve in una forma irreversibile. In altri pazienti, i disturbi clinici possono essere espressione diverse patologie associate.

È fondamentale, quindi, identificare, i pazienti con alte probabilità di miglioramento dopo DVP.

Ad oggi, il test di selezione dei pazienti con sospetto IN, con la più alta specificità e predittività, è la sottrazione liquorale spinale prolungata. Questa procedura prevede la sottrazione di circa 250 ml di liquor, in maniera controllata, in circa 24 ore.

Il paziente, in caso di test positivo, può direttamente sperimentare il miglioramento clinico, inducibile dal trattamento chirurgico, e affrontare quest'ultimo con maggiore serenità.

La procedura, per quanto di semplice esecuzione in strutture sanitarie, non è scevra da rischi, ed è, pertanto, da eseguirsi, esclusivamente, in strutture sanitarie con personale dedicato e altamente specializzato.

Contatti

Dr. Salvatore Fede - Neurochirurgo

% Ospedale Policlinico San Martino di Genova

info@fedeneurochirurgia.it

www.fedeneurochirurgia.it



Ulteriori informazioni



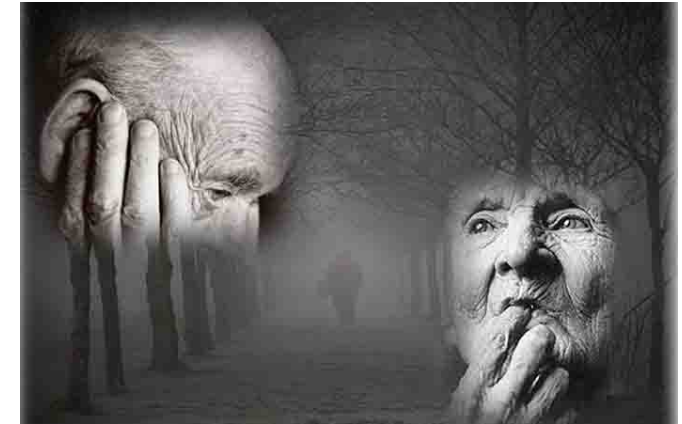
L'informazione è fornita soltanto per motivi di educazione sanitaria e non costituisce un servizio di consulenza medica. Persone non mediche dovranno rivedere, interpretare e applicare le informazioni qui contenute con l'ausilio e la guida di personale professionale appropriato. L'autore ha cercato di fornire informazioni aggiornate; esse sono dirette a persone che non hanno approfondite conoscenze mediche e, pertanto, sono formulate in modo da fare comprendere un argomento senza essere dispersive. Lo stato delle conoscenze, comunque, è in evoluzione continua e possono essere stati commessi degli errori. Utilizzando le informazioni qui contenute il lettore deliberatamente si assume i rischi connessi al loro uso. L'autore non può essere ritenuto responsabile di errori o omissioni, o essere chiamato a rispondere di qualsivoglia danno particolare, esemplare o consequenziale che possa derivare dall'uso che qualunque lettore faccia del materiale informativo qui contenuto. Tutto il materiale viene distribuito nella forma "così com'è", ovvero senza nessuna garanzia implicita o esplicita da parte dell'autore diversa rispetto a quanto descritto in questo documento. Si declina esplicitamente ogni responsabilità per eventuali danni diretti od indiretti, morali e/o materiali, di qualsiasi tipo che dovessero derivare dall'installazione e/o dall'uso del materiale indicato.

Nota Bene. LA VISITA MEDICA RAPPRESENTA IL SOLO STRUMENTO DIAGNOSTICO PER UN EFFICACE TRATTAMENTO TERAPEUTICO, I CONSIGLI E LE INDICAZIONI FORNITI VANNO INTESI COME MERI SUGGERIMENTI DI COMPORTAMENTO. (In ottemperanza alla linea-guida inerente l'applicazione degli artt. 55-56-57 del codice di deontologia medica)

Alzheimer, Parkinson? No:

Idrocefalo Normoteso.

Si può guarire.



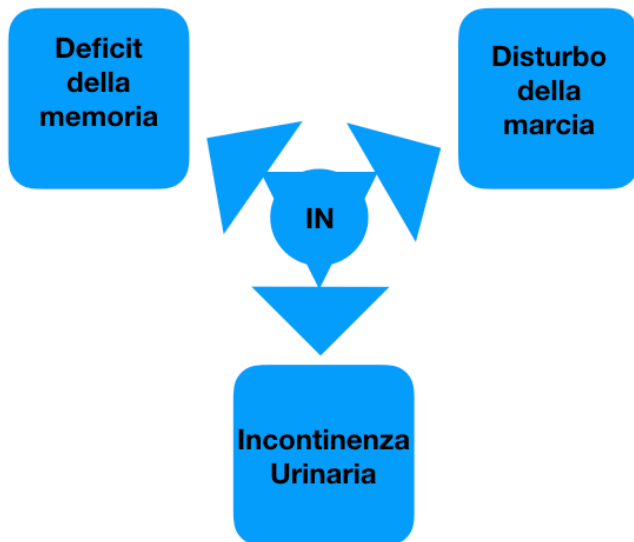
GUIDA INFORMATIVA

a cura di:

Dott. Salvatore Fede - Neurochirurgo

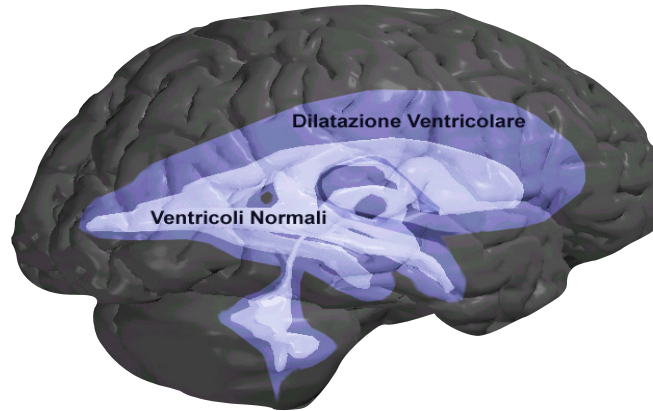
Cos'è?

L'Idrocefalo normoteso (IN), è una patologia, ancor oggi, poco nota, nonostante dalla sua prima descrizione siano trascorsi più di 50 anni, spesso confusa con altre patologie neurologiche come la malattia di Alzheimer, la malattia di Parkinson, le demenze su base vascolare-ischemica. Caratterizzata dalla dilatazione delle strutture ventricolari cerebrali, si associa, spesso, a una clinica tipica (Triade di Adam-Hakim): deambulazione instabile, a base allargata, con il piede attaccato al suolo; disturbo urinario, inizialmente di tipo urgenza minzionale che diviene man mano una vera e propria incontinenza urinaria; decadimento cognitivo, inizialmente, caratterizzato da deficit della memoria a breve termine. Non è infrequente, che si associno altri disturbi quali depressione, apatia, disturbi della sfera sessuale, etc.



Cosa fare

Nel sospetto di IN è fondamentale sottoporre il paziente a uno studio TC o meglio, se possibile, uno studio RM encefalo. Questi esami evidenziano la dilatazione delle cavità cerebrali ventricolari e danno evidenza della sofferenza su base ischemica delle strutture cerebrali periventricolari.



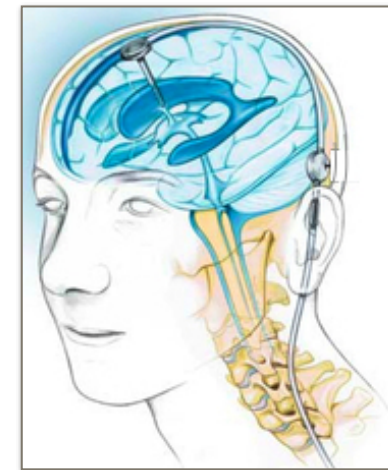
Evidenziata una dilatazione ventricolare associata alla triade clinica, diventa, indispensabile, provvedere quanto prima alla riduzione della pressione esercitata dal liquor su tali strutture, prima che il danno cerebrale diventi permanente. Infatti, la progressione e la persistenza dei sintomi conduce, quasi invariabilmente, a degenerazione cerebrale su base vascolare ischemica rendendo il quadro clinico, a tal punto, irreversibile.

Per il successo terapeutico sono fondamentali, quindi, sia una corretta diagnosi e sia un trattamento tempestivo.

Come curarlo

Il trattamento dell'IN e della demenza, a esso correlata, è esclusivamente chirurgico. Diverse terapie farmacologiche sono state tentate nel passato, ma senza alcun successo. È necessario rimuovere, quanto prima, il liquor in eccesso nei ventricoli, riducendo la pressione sulle strutture cerebrali adiacenti.

Il paziente, affetto da IN, è sottoposto a un intervento di derivazione ventricolo-peritoneale (DVP). La DVP consiste nel porre in essere una comunicazione tra i ventricoli, mediante l'interposizione di una valvola, e l'addome, dove poi, il liquor viene riassorbito.



L'intervento, eseguito da personale specializzato, è considerato a basso rischio. L'uso di valvole programmabili ottimizza i risultati e riduce significativamente le possibili complicanze. In centri di eccellenza le

complicanze significative sono inferiori all'1%, e il successo terapeutico, nei pazienti opportunamente selezionati, è intorno al 98%.