

Vocabolario oculistico IPERMETROPIA

A cura del Dr. Massimo Ferrari - Medico Specialista in Oftalmologia

L'ipermetropia è espressione di un occhio di dimensioni ridotte rispetto allo standard, anche se possono correlarsi altri aspetti di alterata curvatura corneale o di alterata forma del cristallino.

Nei bimbi è un difetto di comune riscontro specie nei primi anni di vita, solitamente tende a decrescere o ad annullarsi con il crescere del bimbo per annullarsi solitamente verso i 5-6 anni di età; tuttavia esistono casi in cui il difetto, di entità diottrica più considerevole, tende a restare stabile.

L'immagine di ciò che viene osservato si forma su un piano posteriore rispetto alla retina e pertanto la visione appare sfuocata: la correzione prevede lenti positive (occhiali o lenti a contatto), capaci di convergere il fascio di luce in modo tale che il punto focale cada esattamente sul

piano retinico rendendo ottimale la messa a fuoco.

Molti ipermetropi di lieve o modesto grado spesso vengono a conoscenza del loro difetto visivo in età adulta, nell'ambito di visite occasionali o di rinnovi di patente

difficoltà o scarsa resa applicativa, cefalea, e/o problematiche posturali di compenso.

Utile la diagnosi e l'eventuale correzione da parte del medico oculista in età pre o scolare in modo tale da ottimizzare la performance visiva, evitare sforzi muscolari o modificazioni posturali che si possono riflettere in maniera anche significativa su distretti vari (testa, collo, colonna, appoggi plantari).

L'associazione con crisi cefaliche nel bambino in età scolare è frequente, anche se solitamente il bimbo riferisce ai genitori di

vederci bene e non lamenta disturbi di carattere oculare.



Archivio dr. Ferrari

di guida, in quanto nel corso degli anni sforzano la loro muscolatura oculare ("accomodazione di compenso") adattando l'occhio ad un tipo di visione accettabile ma non certo ottimale e tale da poter comportare nel tempo sindromi da affaticamento (astenopia),

*Buon
Anno Nuovo*

L'ARTROSI DEL GINOCCHIO: la protesi, una valida soluzione

A cura del Prof. Roberto Azzoni - Specialista in Ortopedia

Spesso con il passare degli anni, soprattutto le femmine e in particolare se in soprappeso corporeo, possono iniziare ad accusare dolori alle ginocchia. Con il passare del tempo il dolore si fa più acuto, più frequente e diventa difficoltoso camminare per lunghi tratti, fare le scale, a volte persino il vestirsi è difficoltoso. In alcuni casi le ginocchia si curvano generalmente deformando le gambe a parentesi (ginocchia vare), o più raramente deformando le gambe a "X" (ginocchia valghe).

Il dolore accompagna sempre il paziente quando è in stazione eretta e in movimento, essendo causa di zoppia. In questi casi è opportuno rivolgersi ad uno specialista ortopedico, che oltre alla valutazione clinica del paziente, farà eseguire delle radiografie delle ginocchia e spesso anche una Risonanza magnetica, al fine di valutare le condizioni delle ginocchia e riuscire a capire l'entità del danno che l'artrosi ha provocato alla cartilagine articolare che riveste le superfici ossee del ginocchio e che è la causa del dolore (oltre al danno legato alla deformità delle ossa stesse e quello relativo ai

tessuti molli quali i menischi e i legamenti).

Lo specialista ortopedico potrà a questo punto consigliare il miglior trattamento possibile per ogni singolo paziente: fin quando è possibile si adotteranno terapie conservative fino ad arrivare, laddove indicato, all'intervento chirurgico.

Le terapie conservative si basano sulla prescrizione di farmaci antidolorifici e antinfiammatori, di terapie fisiche strumentali quali ionoforesi, ultrasuoni, magnetoterapia, eccetera, e di idonea kinesiterapia riabilitativa. Quando però il danno osseo e cartilagineo rendono inefficaci le terapie conservative, occorre porre il paziente davanti alla necessità di attuare un intervento chirurgico di sostituzione protesica del ginocchio in regime di degenza ospedaliera.

La protesi di ginocchio è un intervento chirurgico ormai di routine e l'esperienza di molti anni di chirurgia protesica del ginocchio garantisce oggi ottimi e duraturi risultati.

Le protesi possibili sono di due tipi: la protesi totale e la protesi monocompartimentale. La prima è la sostituzione completa di tutto il

ginocchio (sia la parte femorale che la parte tibiale e la rotula), essa è riservata ai casi più gravi di ginocchia completamente distrutte dalla malattia artrosica. La protesi monocompartimentale è invece la sostituzione della sola parte interna del ginocchio, cioè solo di metà del ginocchio, generalmente la parte interna che più facilmente si usura rispetto all'esterna, che viene quindi conservata. La sostituzione totale o parziale che sia, avviene con protesi di materiali in leghe metalliche con inserti in polietilene (materiali plastici particolari).

Entrambi gli interventi possono essere eseguiti in semplice anestesia spinale (cioè con paziente sveglio e solo anestetizzati gli arti inferiori) con il vantaggio di un più rapido recupero funzionale postoperatorio. Entrambi gli interventi hanno una durata del tempo chirurgico tra 1 ora e 1 ora e mezza; il paziente operato è in grado di camminare già in 2°-3° giornata dopo l'intervento; la degenza generalmente non è superiore alla settimana con un successivo periodo di ricovero in struttura di recupero funzionale (per imparare a camminare e fare

le scale: cioè autonomizzarsi completamente) di un ulteriore periodo di circa 10 giorni. Si può dire che il paziente ritrova la sua autonomia complessivamente in circa 20/30 giorni.

In definitiva il paziente dopo un

mese circa potrà camminare, fare le scale, vestirsi, andare in bicicletta, guidare la macchina autonomamente, non avrà più dolori al ginocchio e tornerà ad avere le gambe diritte (se prima erano deformate): spesso pazienti

con entrambe le ginocchia artrosiche, dopo avere operato di protesi il primo ginocchio, tornano a chiedere di essere operati anche all'altro, ciò a dimostrazione del benessere ottenuto.

Se sapete o pensate di avere l'artrosi del ginocchio potete in tutta tranquillità e sicurezza rivolgervi agli specialisti ortopedici dei Centri medici RAF di via S. Croce e di via Respighi, per una visita e per la terapia conservativa presso il Servizio di Fisioterapia e per l'eventuale trattamento chirurgico.

Cosa possiamo fare per aiutare i nostri piccoli a “parlare meglio”

A cura di Barbara Ramella - Logopedista

Uno degli ambiti dell'attività del logopedista è quello di occuparsi della bocca dei bambini e in particolare delle sue funzioni: alimentare, respiratoria e comunicativa.

La funzione alimentare è quella che nella prima infanzia acquista maggior rilievo. Inizialmente l'alimentazione è esclusivamente liquida e i muscoli coinvolti sono quelli del viso e delle labbra. Con lo svezzamento e la comparsa dei primi dentini, la situazione si modifica completamente non solo dal punto di vista scheletrico, ma soprattutto dal punto di vista muscolare. Compare, infatti, la masticazione che comporta il coinvolgimento attivo dei denti, delle labbra e della lingua. La

deglutizione da infantile diventa di tipo adulto.

La respirazione ci permette (oltre al rifornimento dell'ossigeno necessario per vivere) di parlare. Infatti, il flusso dell'aria che passa attraverso la laringe (che è l'organo che serve per respirare e parlare) fa vibrare le corde vocali permettendo la produzione dei suoni. A seconda della posizione della bocca e della lingua avremo la produzione di diversi suoni che formeranno le parole.

Da ultimo, ma non per ordine di importanza, abbiamo la funzione comunicativa. Alla nascita l'unica forma di linguaggio è il pianto con cui il nostro bebè esprime tutto il suo mondo. Più tardi incomincerà a giocare con la propria voce e ad

osservare le reazioni che ne derivano da parte di chi gli è intorno. Al compimento del primo anno compaiono le prime parole ed attorno ai due anni il bambino incomincia ad associare due parole per costruire una piccola frase. Da questo punto in poi si ha un'esplosione del vocabolario tale che a tre anni il bambino dice circa 1000 parole. Ed attorno ai quattro anni il suo vocabolario gli consente di parlare adeguatamente del suo universo e delle sue esperienze.

Allora quali sono i piccoli problemi che potrebbero ostacolare una crescita armonica? Uno dei più frequenti è “l'iperprotezione buccale”: si tratta di una carenza di esperienza e/o di stimolazione a

livello della cavità orale, quali ad es. il privilegiare un'alimentazione morbida che non richieda una "fatica masticatoria", il limitare eccessivamente l'esplorazione con la bocca di mani, oggetti o altro nei piccoli, il permanere oltre un certo tempo di abitudini viziate quali l'uso protratto di succhiotto e/o biberon, il succhiamento del dito o di coperte, il mordicchiamento di unghie, labbra, matite o altro. Ne deriva una deglutizione deviante o meglio il permanere, seppur con delle modificazioni, della deglutizione infantile e cioè una posizione bassa (ovvero appoggiata sul pavimento della bocca) ed in avanti (ovvero contro o fra i denti) della lingua. Questo potrà comportare una minor efficacia nella masticazione, il peggioramento di un'eventuale chiusura errata delle arcate dentarie (malocclusione), ed una produzione non corretta, dal punto di vista articolatorio di alcuni suoni della lingua italiana.

La respirazione orale (cioè il passaggio dell'aria attraverso la bocca, in modo prevalente o esclusivo) è spesso associata alla deglutizione deviante, e non fa altro che rinforzare gli schemi precedentemente descritti. Oltre a ciò, questo tipo di respirazione non consente all'aria di essere "pulita", innescando quindi più facilmente infiammazioni alla gola, voce rauca e così via. Infine, in forma isolata o in conseguenza a quanto descritto ci possono essere difficoltà nella pronuncia e

quindi nell'articolazione di alcuni fonemi, proprio perché le strutture muscolari, ma non solo, sono meno allenate ad un determinato tipo di lavoro.

Che cosa è possibile fare per prevenire quanto detto?

Innanzitutto favorire nel piccolo l'esplorazione attraverso la bocca, di oggetti, mani, cibo per prepararla alla masticazione e fonazione; con la crescita dei denti e l'avvio della masticazione, valutando il momento e l'età, prediligere cibi difficili e che comportano una certa fatica nella triturazione (ad es. la crosta del pane, la mela intera, la carne) o nella separazione degli stessi all'interno della bocca, come ad es. le olive, le ciliegie. Eliminare le abitudini viziate (quali, l'uso prolungato di succhiotto e/o biberon, il succhiamento del dito o di coperte, il mordicchiamento di unghie), allenando invece i muscoli della bocca e del viso attraverso ad es. i giochi di soffio, l'imitazione dei versi di alcuni animali, le smorfie e le boccacce. E' importante inoltre, insegnare al bambino una corretta igiene respiratoria e nello specifico, insegnargli a soffiarsi il naso, in modo tale da prevenire, se possibile, la respirazione orale con conseguenti infiammazioni a gola, naso e orecchio e ai problemi di voce. Infine fornire al bambino un corretto modello comunicativo ovvero: - lasciare che il bambino si esprima con parole sue senza interromperlo; - nel rispondere al bambino riprendere le parole

non dette correttamente per riproporglielo con un modello verbale rilassato; - stabilire e mantenere un buon contatto oculare col bambino mentre sta cercando di esprimersi; - attendere un attimo prima di rispondere al bambino, il che contribuisce a dare alla conversazione un andamento più tranquillo; - favorire in famiglia un clima non competitivo ma collaborativo regolando il "traffico verbale": rispetto del turno di ciascuno.

Questo favorirà non solo lo sviluppo del linguaggio ma potrebbe prevenire le eventuali difficoltà di linguaggio descritte.

Periodico di informazione dei Puntini del San Raffaele

Notizie Raf

anno VIII - N° 36 - Gennaio 2008
Redazione: Rossella Calvi,
Alberto Galliani, Gabriele Pellicciotta

Tutti coloro che desiderano collaborare con notizie Raf possono inviare gli articoli alla Redazione di via Santa Croce, 10/a.

Il materiale pervenuto non verrà restituito. I testi non possono essere riprodotti senza autorizzazione della Direzione Sanitaria.

Si comunica che tutti gli autori sono interamente responsabili degli articoli pubblicati.

Il notiziario può anche essere visibile sul sito www.puntiniraf.it

Tiratura 3000 copie.

Per suggerimenti o informazioni sulla pubblicazione, contattateci all'indirizzo

e-mail: calvi.rossella@hsr.it