



Ossigenatevi! - Il blog magazine del Centro Iperbarico

N. 22 – luglio e agosto 2015



Nel 2010 il Centro Iperbarico di Ravenna ha iniziato l'esperienza del blog www.iperbaricoravennablog.it per condividere le storie di pazienti, convinti che spesso la soluzione al problema di uno sia la risposta al problema di tanti altri.

Da questa esperienza nasce "Ossigenatevi!", il blog magazine del Centro Iperbarico, un nuovo strumento per leggere e conservare le storie più lette del blog. Questo numero raccoglie gli articoli più letti nei mesi di luglio e agosto 2015.

Buona lettura!

Cistite interstiziale: dopo 20 sedute di terapia iperbarica Francesca sta meglio



Francesca ha 37 anni e a febbraio di quest'anno è arrivata al Centro Iperbarico per curare una brutta cistite interstiziale, che le condiziona la vita da quando aveva 21 anni.

Quasi tutte le donne sopra i 20 anni hanno avuto almeno una volta un episodio di cistite e sanno quanto sia fastidiosa, soprattutto in estate quando diventa difficile anche concedersi un semplice bagno al mare.

Nella maggior parte dei casi la cistite deriva da infezioni alla vescica provocate da batteri che di solito vivono nell'intestino. La cistite interstiziale è però qualcosa di più: si presenta con gli stessi sintomi della cistite batterica (dolore, urgenza e frequenza nella urinazione che può arrivare fino a 60 volte al giorno nei casi più gravi), ma è una vera e propria malattia cronica della vescica che non risponde alla terapia convenzionale con antibiotici e può portare a sofferenze molto maggiori.

Le cause che la determinano sono ancora sconosciute, ma può verificarsi in seguito ad un evento scatenante, una infezione delle vie urinarie, un intervento chirurgico, una malattia virale oppure un evento traumatico.

Quando Francesca è arrivata al Centro Iperbarico aveva tutti i sintomi tipici della cistite interstiziale a uno stadio avanzato: non riusciva a trattenere la pipì e ogni volta che andava in bagno provava un fortissimo dolore; questo succedeva anche 60 volte al giorno, in particolare la notte, e riposare bene per lei era diventato praticamente impossibile. A causa del bruciore soffriva molto anche a fare l'amore e nonostante le terapie antibiotiche non riusciva a risolvere questo problema che da molti anni stava seriamente compromettendo la sua qualità della vita.

Dopo una prima visita con il Dott. Longobardi nella quale è stato possibile valutare la sua situazione, Francesca ha iniziato con noi un percorso per ridurre l'infiammazione che prevede sedute di Ossigenoterapia Iperbarica (OTI) in associazione a FREMS Terapia e massoterapia con la tecnica Spirotiger. Il primo ciclo di OTI a cui si è sottoposta Francesca prevedeva 20 sedute in camera iperbarica, alle quali stanno seguendo richiami da 10 sedute ogni tre mesi.

Già al termine del primo ciclo di Ossigenoterapia Francesca ha potuto vedere importanti miglioramenti: il dolore e l'urgenza di andare in bagno sono diminuiti e le 60 volte al giorno in cui doveva correre a fare pipì si sono ridotte alle normali 10. Ora è decisa più che mai a proseguire il suo percorso e noi le facciamo un grande in bocca al lupo con la speranza che stia sempre meglio!

Ferite post chirurgiche che non si chiudono: cosa fare?



Il 21 maggio 2015 mia madre ha subito un intervento di mastectomia bilaterale con parziale svuotamento ascellare sinistro e ricostruzione immediata con protesi definitive. Il 17 giugno si è sottoposta a un altro intervento per escarotomia bilaterale.

La risposta all'esame istologico è "...Tumore lobulare infiltrante mammella sinistra del diametro massimo di 2,4 cm con 10 linfonodi esenti da ripetizione metastatica...".

Siamo molto preoccupati perché anche questa escarotomia non sta andando bene, il caldo non aiuta e dovrebbe iniziare anche la th ormonale come prosecuzione delle cure.

E qui la mia richiesta di sottoporla alle vostre cure: mia mamma è in buono stato di salute, autonoma in tutto e ha un buono stile di vita, però è diabetica in cura con ipoglicemizzanti orali ed ipertesa. I medici ci hanno parlato di problemi legati alla microcircolazione a causa del diabete.

Spero in un vostro riscontro.

La Dott.ssa Nedjoud Belkacem risponde



Cara Daniela, mi dispiace molto per il duro momento che sta passando sua madre, che oltre alla malattia deve affrontare complicazioni che gli procurano grande dolore e disagio.

Non è facile esprimere un parere a distanza senza valutare di persona la situazione e avere un quadro clinico chiaro. Da quanto ci descrive mi pare di capire che ci troviamo di fronte a una deiscenza delle ferite chirurgiche (bilaterale) riferite alle pregresse mastectomie.

Questa deiscenza, che traduce una difficoltà alla cicatrizzazione, sembra dovuta alla presenza di tessuto necrotico, cioè di necrosi dei lembi (lei ci parla di escarotomia).

La necrosi è la progressiva degenerazione delle cellule di un tessuto e può far seguito a complicazioni locali come l'infezione, l'ematoma, la sofferenza ischemica dei tessuti, l'introduzione di farmaci steroidei nella tasca peri-protesica. Altri fattori come il fumo di sigaretta possono interferire con i processi di guarigione rallentandoli e aumentando l'incidenza di complicazioni.

Non conoscendo bene la situazione, cito l'unica complicazione riferita da lei: il diabete, che induce alterazioni dei piccoli vasi e riduce le nostre difese immunitarie (amesso che sia stata già esclusa l'ipotesi di una ripresa della malattia analizzando un prelievo biotico sulla lesione e completando l'indagine con un ecografia o una risonanza magnetica e monitorando i marcatori tumorali).

Potremmo aiutare sua madre proponendole l'ossigenoterapia iperbarica che, grazie al suo effetto antibatterico, antinfiammatorio e anti-ischemico, favorisce la risoluzione della necrosi eliminando le cause che la determinano; inoltre permette la guarigione dei tessuti ossigenandoli e stimolando i meccanismi che determinano la loro cicatrizzazione.

Presso il Centro Iperbarico si trova anche il Centro Cura Ferite Difficili dove seguiamo persone che soffrono di ulcere con difficoltà di cicatrizzazione e dove eseguiamo medicazioni avanzate.

Se le interessa può contattare la nostra segreteria per prenotare una prima visita di valutazione al numero 0544 500152. Grazie per l'interesse che ci dimostra e auguro a sua madre veloce guarigione.

Dott.ssa Belkacem Nedjoua

Laurea in Medicina e Chirurgia all'Università di Ferrara e specializzazione in medicina interna.

Come trattare l'ulcera di Martorell



Buonasera, vi contatto per avere delle informazioni su come trattare l'ulcera di Martorell.

Mio padre, primario di ginecologia e ostetricia, a dicembre 2014 ha subito un trauma da urto alla caviglia, sotto il malleolo. Da qui è partita l'ulcera: inizialmente era delle dimensioni di una moneta da 2 euro, poi si è ingrandita, con successivi interventi clinici, fino ad arrivare a metà gamba. Ora la ferita è completamente riempita, però ha una parte di tessuto superficiale necrotizzato (da asportare) e una parte di tessuti chiari in via di cicatrizzazione intorno ai quali si è sviluppata una infezione a causa di batteri localizzati in quelle zone.

Attualmente è ricoverato e in cura per questa ferita, sotto terapia farmacologica (prostaglandine) ed antibiotica, perchè si è sviluppato un processo infettivo. Giovedì deve subire un piccolo intervento di pulizia dei tessuti della ferita, per asportare le parti superficiali necrotiche in modo da riavviare il processo di cicatrizzazione.

Vi scrivo per sapere quale sia il centro migliore, voi o altra sede, per il trattamento di questo tipo di ferite.

E' possibile mandarvi delle immagini della ferita in modo da farvi rendere conto della situazione? In generale esistono delle cure particolari o terapie per accelerare il processo di guarigione?

Confidente in una vostra risposta e a disposizione per ulteriori informazioni, vi porgo cordiali saluti.
Michele

Klarida Hoxha, coordinatrice infermieristica CCFD, risponde



Buongiorno Michele, mi dispiace per il papà e il percorso tortuoso che è costretto a subire.

L'ulcera di Martorell ha un esordio in persone che soffrono di ipertensione arteriosa mal controllata. Lo stato ipertensivo determina alterazioni delle strutture capillari cutanee con conseguente aumento delle resistenze periferiche e riduzione della pressione di perfusione. In questo modo basta anche solo un microtrauma per determinare una lesione difficile da guarire.

Innanzitutto le consiglio di eseguire un ecodoppler artero-venoso per indagare lo stato della circolazione. Durante la prima visita al Centro Iperbarico valutiamo anche il paziente da un punto di vista olistico ed eseguiamo diversi esami strumentali non invasivi per costruire un quadro generale della situazione della ferita, che viene poi approfondito con altri accertamenti come gli esami del sangue.

L'ulcera di Martorell è molto dolorosa e per questo motivo è intollerante a qualsiasi medicazione o bendaggio, la scelta va dunque valutata molto attentamente per non causare malessere alla persona.

Presso il Centro Iperbarico di Ravenna si trova il Centro Cura Ferite Difficili (CCFD) che è un centro di riferimento territoriale di secondo livello dove ci occupiamo di tutti i tipi di ulcere della pelle con ritardo di guarigione o di difficile gestione. Queste lesioni vengono trattate con bende medicate all'ossido di zinco, ittiolo, cumarina (a seconda della situazione) e medicazioni all'idrogel o garze grasse in modo da evitare i traumatismi durante la medicazione.

Se desidera inviarci delle foto per avere un parere in più la invito a ricontattarci e lasciare una sua mail in modo da poterla ricontattare. Può scrivere a segreteria@iperbaricoravenna.it all'attenzione di Klarida Hoxha, responsabile infermieristico del CCFD.

Le mando un caro saluto e un in bocca al lupo per il papà, con il suo lavoro ha aiutato tante persone a stare bene e ci auguriamo che possa ricevere le stesse cure premurose di cui ha bisogno in questo momento. Klarida Hoxha.

Ulcera da insufficienza venosa: come curarla?



Buonasera, mia mamma ha un'ulcera nella gamba sinistra in una zona divenuta scura a causa di postumi da trombosi bilaterale profonda dopo un lungo viaggio aereo effettuato più di venti anni fa (nel 1992).

Superata la fase critica si è sempre curata con calze a compressione alta e farmaci come il prisma. Da qualche anno sono comparse ulcere di piccole dimensioni, a volte curate con fatica ma sempre richiuse.

Ora si è formata un'ulcera che non accenna a guarire, anzi si sta allargando in modo esponenziale nella zona scura della gamba. Lei fa medicazioni settimanali disinfettando la parte lesa con Betadine e mettendo il Doderm, che però ha finito con il lesionare anche la parte circostante della cute.

Chiedo un consiglio ed eventualmente un appuntamento. Grazie di cuore, Anna

Serena Giannini, infermiera, risponde



Cara Anna, sono dispiaciuta del suo problema di salute che si è riacutizzato in questo ultimo periodo e spero di poterle essere di aiuto.

La trombosi venosa profonda (TVP) è dovuta alla formazione di un trombo, cioè un coagulo di sangue, che ostruisce del tutto o in parte un punto di una vena del sistema profondo alterando la circolazione e facendo aumentare la pressione della zona. Questo provoca gonfiore e dolore; inoltre i tessuti intorno al trombo possono far apparire l'arto più scuro perché subiscono una carenza di ossigeno a livello locale.

Nel suo caso è facile che la postura assunta durante il lungo viaggio, l'altitudine raggiunta in aereo e probabili fattori di rischio come una possibile predisposizione genetica, abbiano causato la formazione del trombo.

La terapia con calze elastocompressive che aiutano il ritorno venoso è corretta, ma è buona abitudine controllare periodicamente la circolazione tramite l'ecocolordoppler degli arti inferiori per valutare come si evolve nel tempo.

Forse le calze da lei indossate fino adesso non rispondono più alle esigenze della situazione attuale. Questo potrebbe essere il motivo del gonfiore alle gambe e della formazione di ulcere, specialmente nella zona delle gambe più scura che è quella più sofferente.

Le calze elastocompressive sono fondamentali come prevenzione, ma la presenza delle ulcere rende necessario fare un bendaggio elastocompressivo per ripristinare l'integrità della pelle.

Per scegliere qual è la medicazione più corretta è necessario vedere e valutare la ferita: l'aspetto del letto della ferita, i margini, la cute perilesionale e così via. Probabilmente la medicazione effettuata fino a ora ha peggiorato la situazione perché troppo occlusiva; questo aumenta molto il rischio che insorgano delle infezioni con un relativo peggioramento delle ulcere.

La invito quindi al nostro Centro per fare un'accurata visita angiologica, eseguire di un ecocolordoppler venoso e arterioso degli arti inferiori e per far valutare le ferite ad esperti in wound care in modo da consigliarle il miglior trattamento e il confezionamento del giusto bendaggio compressivo. È infatti proprio il bendaggio compressivo il fattore più importante per la cura di ulcere come le sue, esso è addirittura più determinante della stessa medicazione.

Se vuole contattare il Centro Iperbarico può chiamare la segreteria al numero 0544 500152, saremo felici di poterle essere concretamente di aiuto. Le auguro una buona guarigione, arrivederci a presto, Serena Giannini

Ginocchio dolorante in seguito a intervento di protesi: è infezione?



Gentile Dott., le scrivo per chiederle un consiglio riguardo alla mamma della mia ragazza che è stata operata il 12.11.2014 di protesi totale al ginocchio sinistro.

Dopo l'operazione ha avuto alcune problematiche: faringite non riconosciuta subito e cominciata a trattare dopo 4 giorni con antibiotici; inoltre un mese dopo ha avuto un'infezione urinaria e due bronchiti.

Il 3 febbraio 2015 è stata sottoposta ha uno sblocco nel ginocchio in narcosi causa aderenze. Dopo una lunga serie di fisioterapia ad oggi sua mamma soffre ancora di forti dolori e poca mobilità del ginocchio. Ci sono giorni che al tatto risulta molto caldo.

Viste le infezioni avute dopo l'intervento, la protesi potrebbe essere stata colpita da batteri? Le

consiglierebbe una scintigrafia ossea con leucociti marcati? La mia ragazza ha posto questa domanda ai medici che la seguono e la risposta è stata che è troppo presto per far questo esame, perché di solito si fa trascorso un anno.

Dall'intervento gli unici esami che le hanno fatto fare sono stati : emocromo, VES e PCR. La VES è risultata 29 su un valore max di 20, la PCR è risultata normale con valore di 0,12 su un max di 0,50.

Che consiglio ci può dare? In attesa della sua gentile risposta, la ringrazio e porgo Cordiali Saluti

Il Dott. Andrea Galvani risponde



Buongiorno Christian, grazie per averci scritto. Dalla sua domanda mi sembra di capire che al momento, per fortuna, non c'è ancora una diagnosi di "infezione della protesi impiantata".

Se con il tempo aumentasse questo sospetto, per arrivare a fare una diagnosi certa sarebbe necessario un approccio multidisciplinare: esame clinico, un altro controllo degli indici laboratoristici e tecniche di imaging.

Approfitto per darle qualche informazione in più su questo tipo di problema: l'infezione della protesi è una complicanza che tutto sommato accade raramente e, purtroppo, spesso si manifesta spesso quando sono presenti già alcuni altri fattori di rischio come il diabete, fumo di sigarette, vasculopatie o altre patologie croniche.

L'approccio terapeutico adottato per questo tipo di problematica è quasi sempre multidisciplinare e combinato: prevede terapia medica (antibioticoterapia specifica) e terapia chirurgica (eventuale bonifica). A queste può essere combinato anche un ciclo di Ossigenoterapia Iperbarica di supporto (solitamente 15-20 sedute con frequenza quotidiana e durata di 90 minuti a seduta), la cui fattibilità deve essere valutata caso per caso nel corso di una visita con un medico iperbarico.

Spero di esserle stato d'aiuto a chiarire alcuni aspetti e mi auguro che il suo problema si risolva quanto prima. Per qualsiasi chiarimento

sull'Ossigenoterapia Iperbarica o per qualsiasi altro dubbio non esiti a contattarci al numero 0544-500152. Un caro saluto, Dott. Andrea Galvani

Laurea in Medicina e Chirurgia all'Università Alma Mater Studiorum di Bologna.

Frattura trimalleolare alla caviglia destra: quale percorso seguire per il miglior recupero?



Buongiorno, in data 5 giugno mi sono procurata una frattura trimalleolare destra scomposta.

Sono stata sottoposta a intervento il 9 giugno per riduzione e sintesi con vite intraframmentaria + placca al perone ancora all'apice del malleolo mediale, riduzione del terzo frammento post. Mi è stato confezionato un gesso da tenere per 40 giorni in scarico completo. In data 21 luglio dovrei rimuovere il gesso per poi mettere un eventuale tutore o nuovo gesso per altri 40 giorni.

Sono preoccupata per il recupero della mobilità della caviglia temo di non poter più camminare normalmente o di rimanere zoppa. Chiedo quale percorso seguire per il miglior recupero funzionale. Grazie per l'attenzione.

Paola Mengozzi, fisioterapista, risponde



Cara Emanuela, grazie per averci scritto ed esserti rivolta al Centro Iperbarico per il tuo problema alla caviglia.

Prima di tutto vorrei rassicurarti: nella mia esperienza lavorativa ho visto altri infortuni simili al tuo e tutti hanno ripreso, più o meno a seconda dei casi, una buona mobilità articolare della caviglia e

sono ritornati alla loro vita di prima, camminando in maniera autonoma e senza zoppiare.

È anche vero che non siamo tutti uguali e che per alcuni la ripresa può essere più lunga che per altri: qualcuno ritorna a fare esattamente quello che facevano prima, qualcun altro invece deve convivere con alcune limitazioni. Tutto questo dipende da tanti fattori, sia personali (carattere, età della persona, stile di vita precedente all'infortunio, corporatura e così via), che relativi allo stato di salute.

La frattura trimalleolare tende ad avere esiti funzionali, per evitarli e/o ridurli al minimo la riabilitazione ha un ruolo importantissimo.

Per poterti consigliare il miglior percorso da seguire, sarebbe bene sapere cosa ti ha detto l'ortopedico al controllo del 21 Luglio.

Di solito al Centro Iperbarico il percorso riabilitativo consiste in:

- Riabilitazione in palestra e in acqua, in scarico con mobilizzazione passiva cauta ma progressiva in flessione-estensione fino ad arrivare con il tempo a movimenti di supinazione e pronazione.
- Linfodrenaggio dell'arto inferiore con metodo Vodder.
- Scollamento della cicatrice
- Magnetoterapia (se il materiale usato per ridurre la frattura lo consente) oppure sedute di camera iperbarica per favorire la formazione del callo osseo.

Potrebbe esserti utile fissare un appuntamento con il medico fisiatra dott. Francesco Fontana che collabora con il Centro Iperbarico di Ravenna: sono certa che se seguirai le sue raccomandazioni potrai guarire al meglio. Puoi contattarlo sempre attraverso la Segreteria del Centro Iperbarico al numero 0544 500152.

Un caro saluto, Paola Mengozzi

Forame ovale pervio: ci sono controindicazioni per l'apnea?



Salve dottore, sono una studentessa di Biologia Marina. Ho riscontrato tramite un ecocontrastografia la presenza di pervietà del forame ovale con significativo shunt destro-sinistro in condizioni basali (elevato numero di microbolle).

Il medico iperbarico mi ha consigliato di non fare nessun intervento poiché il forame è troppo grande e quindi anche un'operazione non annullerebbe il rischio. Volevo chiederle se la presenza del forame compromette anche l'attività di apnea. La ringrazio, Martina

Il Dott. Luigi Santarella risponde



Gentile Martina, grazie per l'attenzione. Sono felice di comunicarti che potrai continuare a immergerti, in apnea (e solo in apnea), con la massima sicurezza (relativamente alla Pervietà del Forame Ovale o PFO/FOP).

Il Forame Ovale è un canale di 2,5 centimetri che tutti abbiamo tra la parte destra e quella sinistra del setto che divide in quattro camere il nostro cuore. Normalmente il canale è coperto da una membrana che lo chiude; nel caso della Pervietà (Pervietà del Forame Ovale) la membrana si solleva (per lo più sotto sforzo) e fa passare il sangue dalla parte destra (sangue venoso che viene dalla periferia) alla parte sinistra (sangue arterioso ed ossigenato che va alla periferia). In pratica, parte del sangue venoso si immette nel sangue arterioso senza essere filtrata dal polmone. L'entità del problema dipende da quanto sangue bypassa il polmone (cioè da quanto è grave lo shunt destra sinistra).

Può essere necessario chiuderlo per l'immersione con autorespiratore. Al Centro iperbarico Ravenna consideriamo necessaria la chiusura solo quando ci sono 3-4 criteri su una scala di sei:

- 1) pregresso incidente cerebrale ischemico o da decompressione subacquea
- 2) evidenza strumentale (TAC, RMN, PET) di danno ischemico cerebrale
- 3) rischio di trombofilia (positività in omozigosi per il fattore II, fattore V, fattore MTHFR, omocisteina, proteina S)
- 4) ecodoppler transcranico positivo per passaggio di bolle in condizioni basali
- 5) ecocardiografia transtoracica positiva per aneurisma del setto interatriale
- 6) ecocardiografia transesofagea positiva per un PFO con dimensioni superiori a 4 millimetri (quest'ultima indagine, essendo invasiva, è eseguita solo in preparazione all'intervento di chiusura del PFO)

Per l'apnea, invece, la Pervietà del Forame Ovale non è una controindicazione.

Durante la rapida risalita (in apnea), il PFO rappresenta una valvola di sicurezza per il sangue che – sul fondo – si era centralizzato nei polmoni (iperafflusso centrale o blood shift). Lo scarico del sangue dai polmoni è, così, più rapido durante la risalita verso la superficie.

Alcuni campioni di apnea profonda hanno il PFO. La Federazione Italiana Medici dello Sport autorizza il rilascio dell'idoneità agonistica per l'apnea in caso di PFO. Mentre per le immersioni con autorespiratore esso è una controindicazione (fino a sei mesi dopo l'eventuale chiusura).

Se desideri la visita o il parere di un cardiologo esperto in medicina subacquea fai sicuramente riferimento alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Master in Medicina Subacquea e Iperbarica. Il direttore è l'autorevole cardiologo prof. Antonio L'Abbate. Un ricercatore e docente in materia è il dr. Claudio Marabotti (responsabile della cardiologia dell'Ospedale di Cecina, Livorno). Troverai i contatti nel web. Un caro saluto, Dott. Luigi Santarella.

Laurea in Medicina e Chirurgia all'Università Alma Mater Studiorum di Bologna.

Formicolio al braccio dopo una settimana dall'immersione: posso stare tranquillo?



Buongiorno, vi contatto per un parere. Martedì 2 giugno ho effettuato un'immersione in ARA di circa 45 minuti. La profondità massima raggiunta durante l'immersione è stata di 31 metri, (per pochi minuti) ma la profondità media è stata di circa 14.4 metri. La risalita è stata fatta rispettando i 10 mt/m (anche qualcosa in più) ed è stata fatta la sosta di sicurezza a 6 metri per 3 minuti.

Ieri sera, a distanza di una settimana dall'immersione, ho iniziato ad avvertire un formicolio al braccio sinistro e stamattina ho il braccio intorpidito. Non ho altri sintomi evidenti.

Ho pensato si fosse accavallato un nervo poiché è passata una settimana dall'immersione e non ho effettuato viaggi in aereo né escursioni in montagna. Secondo voi posso stare tranquillo oppure sarebbe meglio effettuare un controllo medico? Vi ringrazio anticipatamente.

Il Dott. Luigi Santarella risponde



Buongiorno Fulvio, nel tuo racconto non è specificato se durante l'immersione e subito dopo hai avuto sintomi di qualche tipo.

Se si è manifestato qualsiasi segno e/o sintomo correlabile a malattia da decompressione durante l'immersione e entro le 48 ore successive, fino a prova contraria, bisogna considerare l'insorgenza di una malattia da decompressione. I sintomi possono essere: arrossamento cutaneo, debolezza, parestesie, paralisi, perdita di equilibrio, variazione della personalità, diametro delle pupille diseguale, disturbi della parola, tosse

o fiato corto, collasso o perdita di conoscenza, prurito cutaneo, dolori alle articolazioni, spossatezza estrema, intorpidimento, formicolio, malessere generale, impossibilità del controllo degli sfinteri, mal di testa, nausea e capogiri.

In questo caso è necessaria una visita presso uno specialista di medicina subacquea ed iperbarica.

Considerando invece, come sembra dal tuo racconto, che fino a sei giorni dall'immersione tu fossi in stato di benessere, non ipotizzo una malattia da decompressione. Infatti l'insorgenza di sintomi dopo quarantotto ore da un'immersione rende assai poco probabile la diagnosi di malattia da decompressione.

In questi casi si potrebbe pensare ad una radicolopatia, infatti un assetto in acqua non corretto, associato allo sforzo fisico causato dalla vestizione in preparazione per l'immersione, possono determinare infiammazione delle radici nervose che escono dalla colonna vertebrale e provocare i sintomi come dolore, intorpidimento, formicoli e debolezza lungo il decorso del nervo.

Ti consiglio perciò di eseguire una visita fisiatria o riabilitativa da un tuo medico di fiducia o presso il nostro Centro dove collabora il bravissimo Dott. Fontana. Questa visita, associata a una radiografia della colonna vertebrale, con lo scopo di valutare l'anatomia e la presenza di alterazioni ossee ed eventualmente a una risonanza magnetica della colonna vertebrale per studiare i nervi e i tessuti molli, potrebbe chiarire l'origine della tua sintomatologia e permettere di impostare una giusta terapia riabilitativa e se necessario, una terapia farmacologica di supporto.

Un caro saluto, Dott. Luigi Santarella

Laurea in Medicina e Chirurgia all'Università Alma Mater Studiorum di Bologna.



Centro Iperbarico Ravenna

via A. Torre, 3 - 48124 Ravenna (RA)

Tel 0544 500152 – Fax 0544 500148

Email segreteria@iperbaricoravenna.it

www.iperbaricoravenna.it - www.iperbaricoravennablog.it