

La classificazione TNM

Ta papillare non invasivo

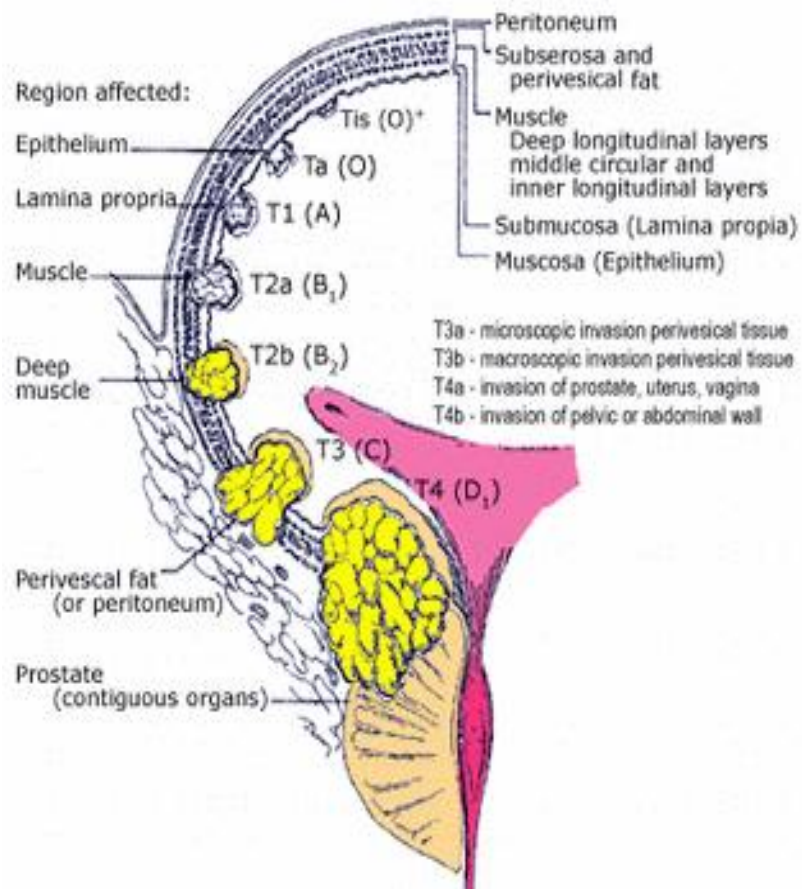
Tis in situ

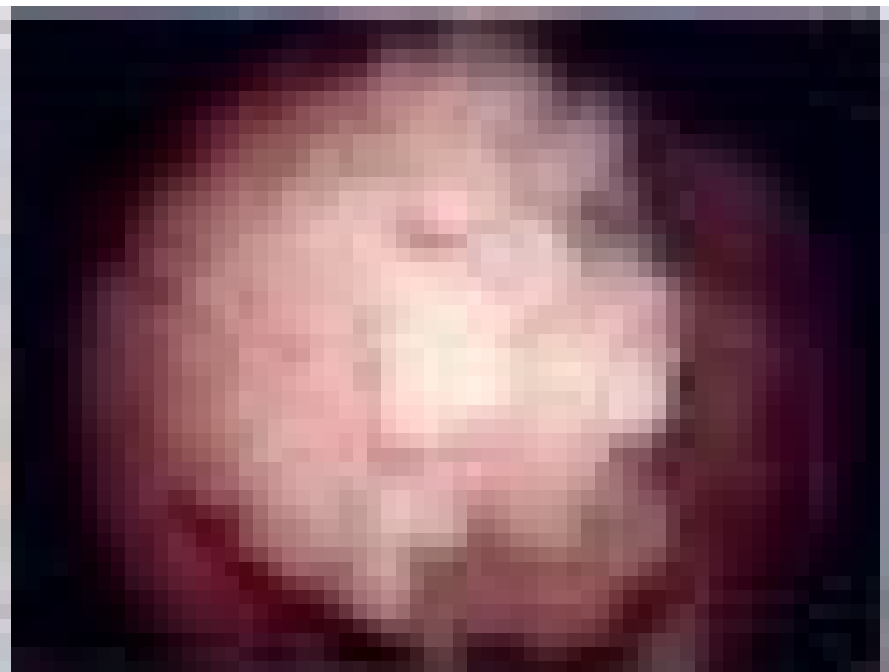
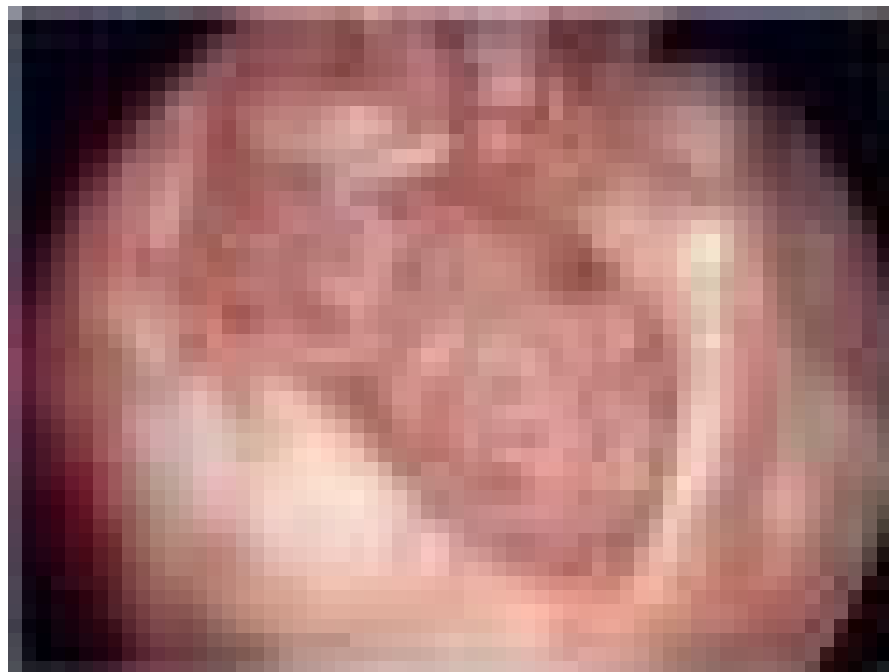
T1 connettivo subepiteliale

T2 infiltra tonaca muscolare

T3 tessuto perivescicale

T4 infiltra organi vicini







Urologia: un mondo di studi a parte

Dai sei anni del corso di laurea in medicina e chirurgia si può benissimo uscire con il Diploma di Laurea in orgogliosa mostra senza avere avuto alcuna formazione urologica. Mi spiego meglio, l'urologia non rientra tra gli insegnamenti obbligatori per il corso di studi di medicina e chirurgia. Da più di un secolo l'urologia si è distaccata dalla Chirurgia Generale proprio perché l'ambito di patologia di cui si occupa è talmente ampio da richiedere competenze così approfondite da rendere necessaria una formazione specifica, dedicata.

Ecco perché i Medici di Medicina Generale hanno spesso dovuto sopperire con iniziative personali alla formazione urologica.

La carenza di formazione universitaria in ambito urologico

Come Medico di Medicina Generale non posso che condividere il “mal comune” sottolineato dal collega Urologo Massimo Maffezzini relativamente alla carenza, in campo urologico, nella formazione di base che un medico neolaureato porta con sé quando entra nella professione. Intendo “mal comune” perché siamo in buona compagnia se facciamo riferimento ad un’altra materia come la medicina generale/medicina di famiglia. Purtroppo esistono alcune aree cliniche che non vengono offerte agli studenti nel programma di base o, se vengono svolte, vengono fatte in maniera occasionale o puntiforme in base alla “buona volontà” di chi si occupa di programmare la didattica accademica e, a dire il vero, avviene in poche Università in Italia. Quindi può succedere che un medico neolaureato non abbia mai fatto una esplorazione rettale per una valutazione della ghiandola prostatica o non abbia mai gestito un paziente con una colica renale.

Dott. Aurelio Sessa, Medico di Medicina Generale

Presidente S.I.M.G. Lombardia

SPECIAL ARTICLE



Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery

Jonathan F. Finks, M.D., Nicholas H. Osborne, M.D.,

RESULTS

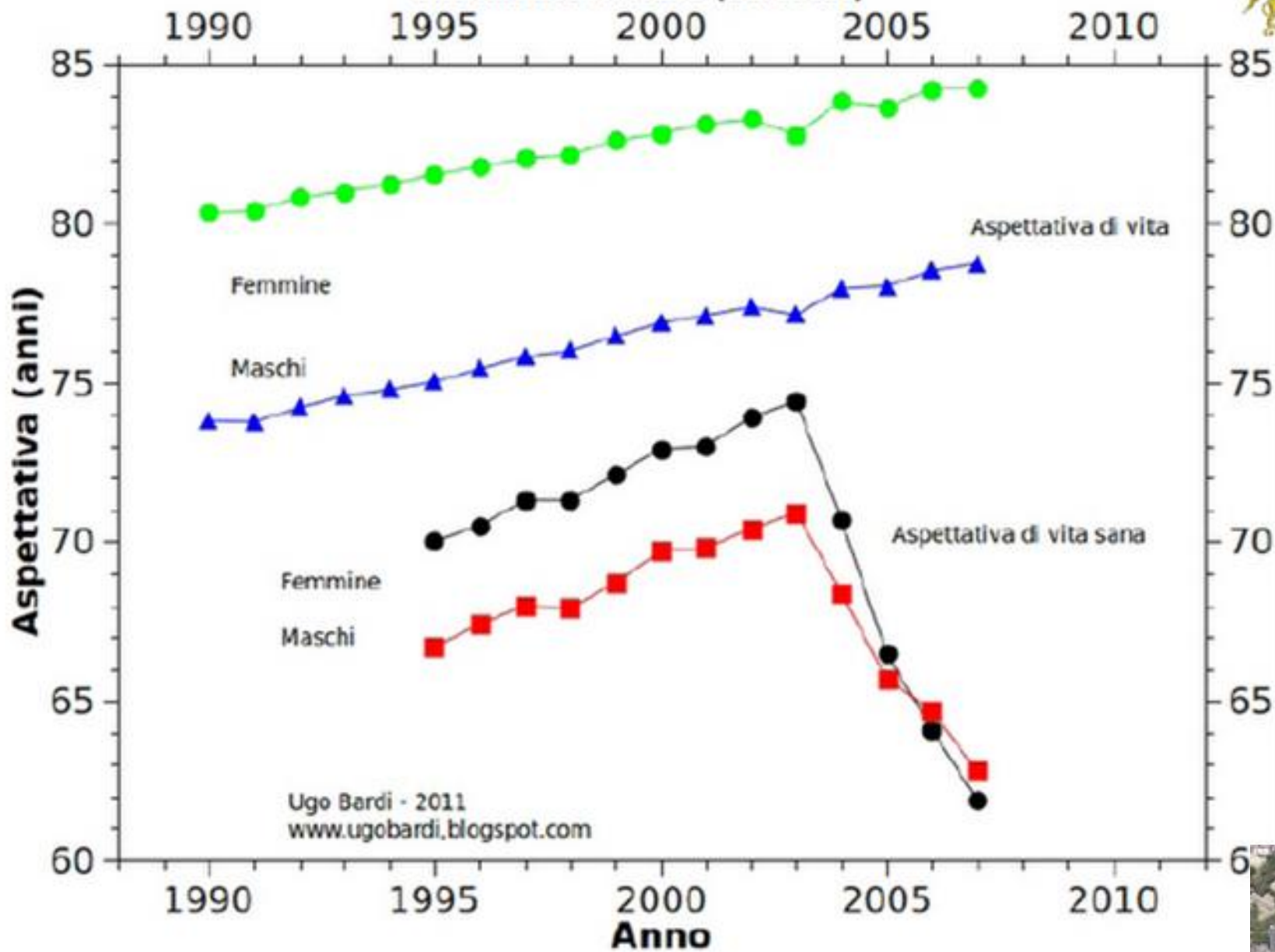
Median hospital volumes of four cancer resections (lung, esophagus, pancreas, and bladder) and of repair of abdominal aortic aneurysm (AAA) rose substantially. Depending on the procedure, higher hospital volumes were attributable to an increasing number of cases nationwide, an increasing market concentration, or both. Hospital volumes rose slightly for aortic-valve replacement but fell for coronary-artery bypass grafting and carotid endarterectomy. Operative mortality declined for all eight procedures, ranging from a relative decline of 8% for carotid endarterectomy (1.3% mortality in 1999 and 1.2% in 2008) to 36% for AAA repair (4.4% in 1999 and 2.8% in 2008). Higher hospital volumes explained a large portion of the decline in mortality for pancreatectomy (67% of the decline), cystectomy (37%), and esophagectomy (32%), but not for the other procedures.

Table 2. Procedure-Specific Characteristics, Major Coexisting Conditions, and Predicted Mortality Rates among Medicare Patients, from 1999 through 2008.*

Variable	Period				
	1999–2000	2001–2002	2003–2004	2005–2006	2007–2008
Esophagectomy					
Age—yr	72.3±8.1	72.1±8.2	72.0±8.4	71.8±8.4	71.7±8.3
≥3 Coexisting conditions — %	28.1	29.8	31.5	34.2	30.0
Predicted mortality — % (95% CI)	9.7 (9.5–9.9)	9.5 (9.3–9.7)	9.3 (9.1–9.5)	9.6 (9.4–9.9)	9.3 (9.1–9.5)
Pancreatectomy					
Age—yr	71.5±9.4	71.6±9.3	71.8±9.3	71.8±9.3	71.8±9.2
≥3 Coexisting conditions — %	25.0	27.2	30.4	33.4	33.4
Predicted mortality — % (95% CI)	6.8 (6.7–7.1)	6.7 (6.6–7.0)	6.6 (6.4–6.7)	6.4 (6.3–6.6)	6.3 (6.1–6.4)
Lung resection					
Age—yr	72.2±7.1	72.2±7.2	72.3±7.4	72.3±7.6	72.3±7.7
≥3 Coexisting conditions — %	26.6	30.0	32.7	36.4	36.5
Predicted mortality — % (95% CI)	4.8 (4.8–4.9)	4.7 (4.7–4.8)	4.7 (4.6–4.7)	4.7 (4.7–4.8)	4.7 (4.6–4.7)
Cystectomy					
Age—yr	73.4±7.9	73.3±8.1	73.4±8.0	73.5±8.1	73.6±8.0
≥3 Coexisting conditions — %	20.8	23.2	27.1	30.9	35.3
Predicted mortality — % (95% CI)	3.7 (3.7–3.8)	3.6 (3.6–3.7)	3.6 (3.6–3.7)	3.9 (3.9–4.0)	4.2 (4.1–4.3)
AAA repair					
Age—yr	74.4±6.3	74.8±6.5	75.0±6.7	75.2±6.9	75.4±7.1
≥3 Coexisting conditions — %	33.5	34.4	36.9	40.3	37.0
Predicted mortality — % (95% CI)	3.5 (3.5–3.6)	3.4 (3.4–3.4)	3.3 (3.3–3.4)	3.6 (3.6–3.7)	3.6 (3.6–3.7)
CABG					
Age—yr	72.4±7.4	72.3±7.6	72.2±7.8	72.1±7.9	71.9±8.0
≥3 Coexisting conditions — %	30.6	34.6	38.9	44.7	37.5
Predicted mortality — % (95% CI)	3.8 (3.8–3.8)	3.8 (3.8–3.8)	3.9 (3.9–3.9)	4.4 (4.4–4.4)	4.3 (4.2–4.3)
Carotid endarterectomy					
Age—yr	74.6±7.0	74.7±7.0	74.7±7.3	74.7±7.4	74.7±7.6
≥3 Coexisting conditions — %	22.5	25.0	28.8	33.8	33.4
Predicted mortality — % (95% CI)	1.2 (1.2–1.2)	1.2 (1.2–1.2)	1.2 (1.2–1.3)	1.3 (1.3–1.3)	1.3 (1.3–1.3)
Aortic valve replacement					
Age—yr	74.7±8.0	74.8±8.1	74.8±8.3	74.9±8.3	75.1±8.1
≥3 Coexisting conditions — %	39.4	43.0	46.6	51.7	35.2
Predicted mortality — % (95% CI)	6.8 (6.8–6.8)	6.9 (6.8–6.9)	6.9 (6.9–7.0)	7.6 (7.6–7.7)	7.0 (7.0–7.1)



Aspettativa di vita/aspettativa di vita sana alla nascita in Italia (Eurostat)

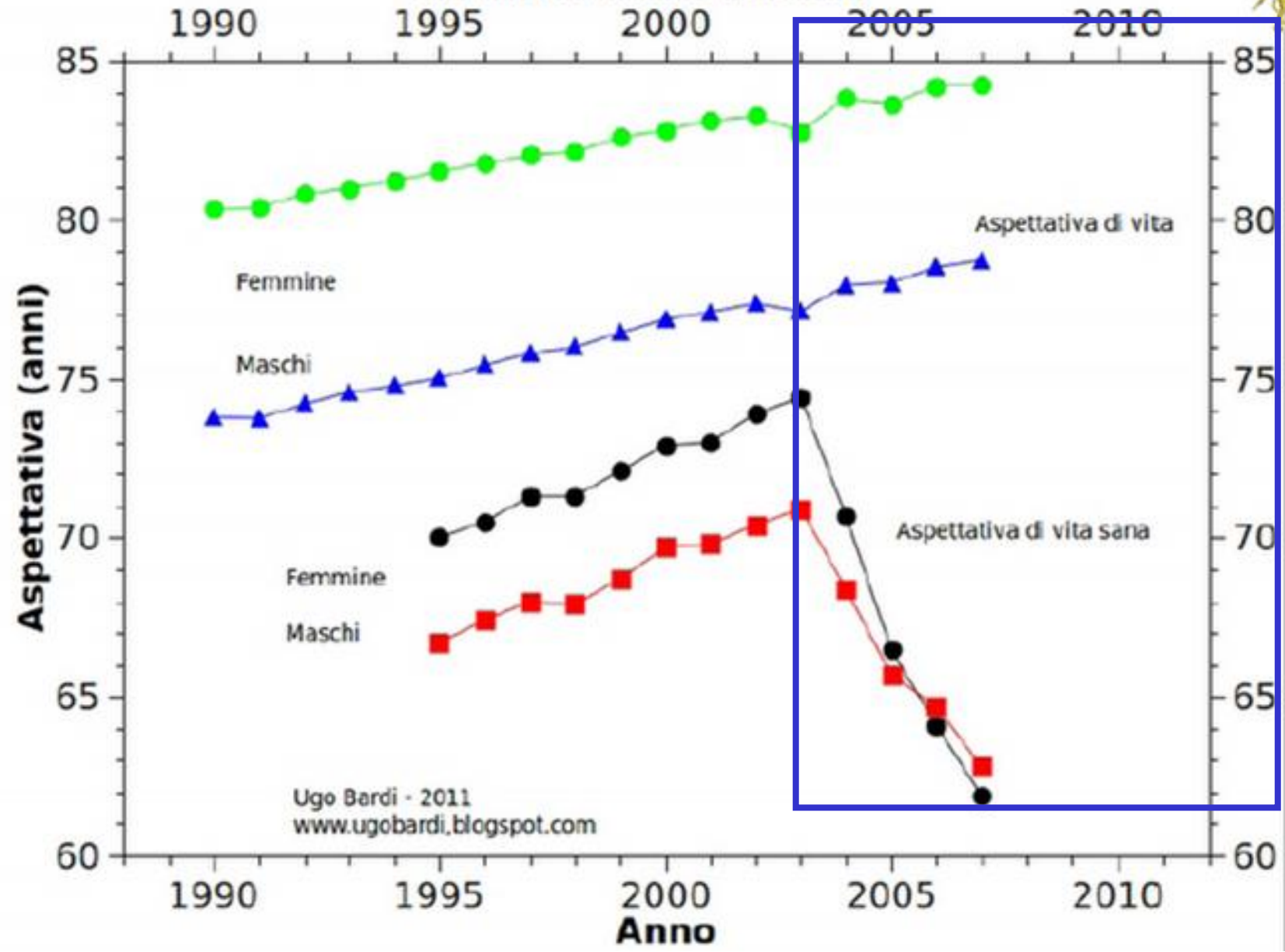


Ugo Bardi - 2011
www.ugobardi.blogspot.com





Aspettativa di vita/aspettativa di vita sana alla nascita in Italia (Eurostat)



Ugo Bardi - 2011
www.ugobardi.blogspot.com





Figure 1: Nordic Walking technique



PREHABILITATION

NORDIC WALKING
2,5 Km in 30 minutes
5 days/week

NEOADJUVANT
CHEMOTHERAPY

4 weeks

RADICAL
CYSTECTOMY

