

Martedì 26 MAGGIO 2015

Gravidanza e malattia infiammatoria intestinale. Anti-TNF sicuri per mamma e bambino

Uno studio olandese ha seguito 106 donne con malattia infiammatoria intestinale in terapia con anti-TNF. Sicurezza dimostrata sia fra i bambini che fra le mamme.

(Reuters Health) – Secondo uno studio prospettico condotto in Olanda, gli anti-TNF (inibitori del fattore di necrosi tumorale) per la malattia infiammatoria intestinale (IBD) somministrati in gravidanza sembrano essere sicuri sia per la madre che per il feto. **Alison de Lima** e colleghi, dell'Erasmus University Medical Center di Rotterdam (Olanda) hanno seguito 106 donne con IBD, di cui 83 avevano portato a termine la gravidanza. Di queste, 51 erano in una prolungata fase di remissione dopo la cessazione della terapia con anti-TNF prima della 25esima settimana (gruppo di cessazione) e 32 avevano continuato ad assumere questi farmaci anche dopo la 30esima settimana (gruppo di prosecuzione).

I ricercatori hanno comparato gli esiti di queste gravidanze con quelli di 804 donne sane (gruppo di controllo). "Non siamo rimasti sorpresi dal fatto che la nostra analisi non abbia mostrato un rischio aumentato di ripresa della malattia dopo la sospensione degli anti-TNF durante la gravidanza. – hanno dichiarato gli autori - Tuttavia, siamo stati molto contenti di vedere che i risultati di salute dei bambini esposti a questi farmaci sono paragonabili a quelli dei neonati non esposti. Questa è una novità molto importante per i medici che trattano donne incinte con IBD, ma funziona ancora di più come rassicurazione per le pazienti con IBD in gravidanza".

Gli agenti Anti-TNF, in quanto a teratogenicità, vengono considerati relativamente a basso rischio durante la gravidanza. Tuttavia esistono pochi dati sulle conseguenze immunologiche e di sviluppo dell'esposizione agli anti-TNF nell'utero. Nello studio non sono state riportate differenze nei tassi di ripresa della malattia dopo la 22esima settimana tra il gruppo di cessazione e quello di prosecuzione (cinque riprese in ogni gruppo).

Molti parametri alla nascita (peso, età gestazionale, anomalie congenite, tipo di parto) non differivano tra il gruppo che ha continuato ad assumere farmaci anti-TNF e quello che si è fermato. Tuttavia, l'età gestazionale alla nascita era molto inferiore nei bambini di madri con fasi attive di IBD (media, 38,0 settimane) durante la gravidanza, rispetto a quelli nati da madri che durante i nove mesi avevano avuto la remissione della malattia (media, 39,3 settimane). Rispetto al gruppo di controllo senza IBD, i bimbi nati da donne con malattia infiammatoria intestinale trattate con anti-TNF durante la gravidanza alla nascita pesavano molto di meno (differenza di quasi 200 g) e l'età gestazionale era inferiore (differenza di 1,1 settimane). Non si registravano invece differenze nella percentuale di anomalie congenite.

Nel primo anno di vita non vi erano differenze tra il gruppo che aveva cessato la terapia e quello che l'aveva proseguita o tra i bambini esposti agli anti-TNF e quelli del gruppo di controllo in termini di crescita, infezioni, allergie ed eczema. "Il fattore più importante per decidere se smettere o continuare la terapia dovrebbe essere il duraturo stato di remissione del paziente", ha detto Alison de Lima. "Se si assiste alla remissione della malattia dai tre mesi precedenti il concepimento alle 20esima settimana, il medico può decidere senza rischi di interrompere la terapia alla 22esima settimana".

GYNECO

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

AOGOI

**HPV E CANCRO CERVICALE:
L'AIFA RILANCIA L'ALLARME OMS**

**In Italia 3.500 casi
e 1.500 morti**

"Vaccino prima arma"

"EVENTI SENTINELLA"

Dal 2005 al 2012 segnalati 1.918 eventi avversi che si sarebbero potuti evitare. I dati del 5° Rapporto ministeriale

ASSICURAZIONI

Il Ministero della salute risponde alla "diffida" Aogoi. E intanto il Consiglio di Stato dà parere favorevole al Dpr "Balduzzi"

OBBLIGO DI POS

Agevolazioni per chi lo usa e 500 euro di multa per chi non si adegua. Ma non è tutto. Ecco cosa prevede il Ddl Aiello

3
2015



SIGO 2015
Milano, 18 - 21 ottobre 2015

*La lettera dei presidenti
del Congresso Nazionale*

16



*“Se dovessero trovare
conferma le anticipazioni
sull’impianto del testo unico
che il Comitato della
Commissione Affari Sociali
sta mettendo a punto,
per noi sarebbe davvero
un grande risultato”*

PRIMO PIANO

- 4 **Hpv e tumore cervice uterina: in Italia 3.500 casi e 1.500 morti “Vaccino prima arma”**
L’Agenzia italiana del farmaco commenta i dati aggiornati dell’Oms
- 5 **Il 5° rapporto del Ministero della Salute sugli “eventi sentinella”**
- 7 **Osservasalute 2015 Boom di cancro al polmone tra le donne “vecchie fumatrici”. Mentre cala tra gli uomini**
- 8 **“Voglio costruire una vera squadra e cercare risorse anche nel Consiglio nazionale”**
Intervista a Roberta Chersevani neo presidente Fnomceo di Eva Antoniotti
- 9 **Pillola 5 giorni dopo. L’Aifa ha deciso: ricetta solo per le minorenni e via anche il test**
- 10 **Occhio ai requisiti formali della ricetta non ripetibile: le sanzioni sono salate!**
Il Punto di Antonio Chiantera
- 10 **Cancro: “Ho deciso di rimuovere le ovaie per prevenirlo”**
L’annuncio di Angelina Jolie
• **Aiom:** “Asportazione ovaio rientri in percorso di cura”
• **Tumore ovarico:** migliore gestione delle diagnosi con la nuova piattaforma on line sviluppata dal Gemelli
- 11 **Protesi mammarie: Nasce Icobra, database internazionale per la sicurezza delle donne**
- 12 **Eterologa: “No spesa a carico totale delle coppie”**
Consiglio di Stato sospende delibera Lombardia
- 13 **Scoperto un “super” antibiotico. Annienta anche i batteri ultra-resistenti**

PROFESSIONE

- 14 **Il Ministero della salute risponde alla “diffida” AogoI. E intanto il Consiglio di Stato dà parere favorevole al Dpr “Balduzzi”**
- 15 **“Il Dpr rappresenterà un decisivo passo in avanti. Ma vanno raccolte le osservazioni espresse dal Consiglio di Stato”**
Intervista a Roberto Righi

- 16 **Responsabilità professionale: verso il testo unico. Ecco le principali novità in 11 punti**
• **Trojano:** “Se confermate le anticipazioni, il testo unico contempla i punti irrinunciabili del documento-proposta dell’AogoI”
- 17 **L’Ordine dei medici di Napoli lancia campagna contro le “denunce facili”**
- 18 **Obbligo di Pos: Agevolazioni per chi lo usa e 500 euro di multa per chi non si adegua**
Cosa prevede il Ddl Aiello.
I commenti alla proposta di legge
- 21 **Disegnare il futuro: le conquiste AogoI**
Vania Cirese
- 22 **Ivg: validità e limiti dell’obiezione di coscienza**
Pier Francesco Tropea
Il caso/Rinviato a giudizio medico obietttore.
• **De Filippo:** “Il medico è libero di rifiutare la prestazione. Lo sancisce il Codice deontologico”
- 25 **Joint Meeting AogoI/Aio-Sin Appropriatelyzza Assistenziale Materno-Neonatale**
Davide De Vita
- 25 **“Nascere sicuri” nella Regione Abruzzo**
Quirino De Nisio
- 26 **“Doctors and Midwives on the road”**
Congresso AogoI E. Romagna: Sessione AIO Svitlana Ichenko
- 26 **Cronaca di un “accordo”**
Congresso AogoI Campania: Sessione AIO Giuseppina Di Lorenzo

RUBRICHE

- 27 Libri
- 30 L’Ultima

17



“Finalmente l’Ordine dei Medici della provincia di Napoli è sceso al nostro fianco a difesa della classe medica”

HPV e tumore cervice uterina. Aifa: "Vaccino prima arma". In Italia 3.500 casi e 1.500 morti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha di recente aggiornato le fact-sheet sui papillomavirus umani (Hpv), estremamente comuni in tutto il mondo. Ne esistono oltre 100 tipi, di cui 13 sono definiti ad alto rischio e collegati all'insorgenza di diversi tumori. L'Agenzia Italiana del Farmaco sostiene da tempo l'importanza di una adeguata informazione e responsabilizzazione dei cittadini italiani ed europei sulle attività di prevenzione e, in particolare, sulla vaccinazione, uno degli interventi preventivi più efficaci e sicuri, che non comporta soltanto benefici diretti alla persona sottoposta a vaccinazione, ma ha risvolti positivi anche sul resto della comunità. La vaccinazione contro il papilloma virus deve essere sempre più universale. Lo ha ricordato il 22 aprile scorso il **Presidente dell'Aifa, Sergio Pecorelli**, intervenuto all'evento organizzato dal Ministero della Salute "La Sanità in Italia: falsi miti e vere eccellenze". Nello specifico, il Presidente, è intervenuto dopo i saluti del Ministro, nel corso della tavola rotonda dal titolo "Alla salute ci penserò domani".

Chiamato a esprimersi a partire dai luoghi comuni delle nuove generazioni legati alla contraccezione, **Pecorelli**, ha sottolineato l'importanza della conoscenza e dei modi per prevenire le malattie sessualmente trasmissibili. "Le regole sono importanti, come sempre nella vita, e la prima è quella di una corretta prevenzione. Non è vero che la pillola anticoncezionale protegge da queste malattie, come molti credono. È fondamentale sapere quali sono le armi a disposizione per una prevenzione ef-

ficace e tempestiva. Tra queste proprio il vaccino contro il Papilloma Virus, erogato gratuitamente dal nostro Ssn, che rappresenta un'arma importante contro malattie gravi, come il cancro del collo dell'utero e le patologie testa-collo. È poi fondamentale che la vaccinazione sia effettuata non solo dalle ragazze ma anche dai coetanei di sesso maschile per giungere alla eradicazione della malattia".

Per avere un'idea dei numeri in Italia relativi a questa malattia, facciamo riferimento ai dati forniti dal Centro Nazionale dell'epidemiologia per la sanità pubblica dell'Istituto Superiore di Sanità, basati sugli studi condotti in Italia in donne di età tra 17 e 70 anni, in occasione di controlli ginecologici di routine o di programmi di screening organizzato, mostrano una prevalenza di un tipo qualsiasi di Hpv compresa tra il 7% e 16%. La prevalenza aumenta al 35-54% nelle donne con diagnosi di citologia anormale, per raggiungere il 96% in caso di displasia severa o oltre. La prevalenza delle infezioni da Hpv varia con l'età: è più elevata nelle giovani donne sessualmente attive, mentre un secondo picco di prevalenza si nota nelle donne intorno alla menopausa o dopo.

Uno studio condotto nell'Italia settentrionale in donne tra 25 e 70 anni ha mostrato come la prevalenza diminuisca dal 13-14% nella fascia di età 25-39 anni, all'11% nelle donne tra 40 e 44 anni, e al 5% nelle donne oltre i 44 anni. Il tipo di virus più frequente è il 16, pari al 30% circa di tutte le infezioni. In ogni caso, la maggior parte delle infezioni (fra il 70% e il 90%) è transitoria, perché il virus viene eliminato dal sistema immunita-

rio prima di sviluppare un effetto patogeno. In particolare, è stato documentato che, a distanza di 18 mesi dall'infezione, l'80% delle donne era Hpv-negativa. La probabilità che l'infezione evolva verso la persistenza sembra dipendere dal tipo del virus ed è più elevata per i tipi ad alto rischio, incluso l'Hpv 16.

In Italia si verificano ogni anno circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina e 1.500 decessi. Nell'arco di un decennio (dal 2002 al 2012), la percentuale di adolescenti che a 15 anni dichiara di avere avuto rapporti sessuali è cresciuta dal 20% al 51% tra le adolescenti e dal 28% al 57% tra gli adolescenti. In un recente studio condotto in Lombardia su 175.000 adolescenti, il 24% delle ragazze e il 27% dei ragazzi tredicenni ha dichiarato di aver già avuto rapporti sessuali. È evidente che, a fronte di questi cambiamenti, vanno adottati tutti gli strumenti di prevenzione: dall'informazione all'attenzione nelle pratiche sessuali saltuarie e occasionali, dall'uso dei preservativi agli screening che consentono le diagnosi precoci e i trattamenti tempestivi. Ma le vaccinazioni rappresentano sicuramente il primo scudo contro le infezioni e le loro conseguenze. Nel caso delle infezioni da Hpv (Papilloma virus), l'incidenza sta crescendo specie in età precoce, ma si registrano incrementi anche dai 45 anni in su. È per questa ragione che diventa sempre più necessario parlare di vaccinazione universale, anche in età più avanzata.

Il quadro globale delle infezioni da papilloma virus umano viene fornito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'aggiornamento sopra citato, da cui emerge che:

- il papillomavirus umano (Hpv) è un gruppo di virus estremamente comuni in tutto il mondo;
- ci sono più di 100 tipi di Hpv, di cui almeno 13 sono cancerogeni;
- l'Hpv si trasmette principalmente attraverso il contatto sessuale e la maggior parte delle persone sono infettate dall'Hpv poco dopo l'inizio dell'attività sessuale;
- il cancro cervicale è causato da un'infezione contratta per via sessuale con alcuni tipi di Hpv;
- due tipi di Hpv (16 e 18) causano il 70% dei tumori del collo dell'utero e delle lesioni cervicali precancerose;
- ci sono anche evidenze che collegano l'Hpv con tumori dell'ano, della vulva, della vagina e del pene;
- il cancro cervicale è il secondo tumore più comune nelle donne che vivono nelle regioni meno sviluppate, con una stima di 445.000 nuovi casi nel 2012 (84% dei nuovi casi in tutto il mondo);
- nel 2012, circa 270.000 donne sono morte di cancro del collo dell'utero; oltre l'85% di queste morti si verificano nei Paesi a basso e medio reddito;
- i vaccini contro l'Hpv 16 e 18 sono in commercio in molti Paesi.

L'aggiornamento dell'Oms si concentra sulla definizione della malattia, sugli elementi di scenario e infine sulle raccomandazioni utili per la prevenzione e il trattamento.

Che cos'è il papilloma virus?

Il papillomavirus umano (Hpv) è la più comune infezione virale del tratto riproduttivo. La maggior parte delle donne e degli uomini sessualmente attivi in un dato momento della loro vita sono vulnerabili al virus e alcuni possono essere ripetutamente colpiti dall'infezione.

Il momento temporale più pericoloso per contrarre l'infezione sia per le donne che per gli uomini è poco dopo essere stati sessualmente attivi. Esistono varie tipologie di infezione da Hpv e molte non causano particolari problemi. La maggior parte dei

pazienti affetti dal papillomavirus non presenta né sintomi né problemi di salute ad esso collegati: nel 90% dei casi il sistema immunitario distrugge l'Hpv naturalmente nel giro di due anni. Solo una piccola percentuale di infezioni con alcuni tipi di Hpv può persistere e progredire in cancro. Il cancro cervicale è di gran lunga la più comune malattia correlata all'Hpv. Infatti, quasi tutti i casi di cancro del collo dell'utero possono essere attribuiti a infezione da Hpv.

Altri tipi di papilloma virus sono in grado di provocare il cancro del collo dell'utero ed anche altre forme di tumori, meno comuni ma gravi, che ad esempio colpiscono la vulva, la vagina, il pene, l'ano e alcune zone della testa e del collo (lingua, tonsille e gola).

In alcuni casi, poi, alcuni tipi di papillomavirus possono causare condilomi genitali, sia negli uomini sia nelle donne; più raramente si formano anche papillomi nella gola (papillomatosi respiratoria ricorrente, Rrp).

Scenario mondiale

Nel panorama mondiale, il cancro cervicale è il quarto tumore più frequente nelle donne con una stima di 530.000 nuovi casi e nel 2012 ha rappresentato il 7,5% di tutte le morti per cancro femminile. Più di 270.000 decessi si registrano ogni anno per cancro del collo dell'utero, oltre l'85% dei quali nelle regioni meno sviluppate. Nei Paesi sviluppati sono disponibili per le donne programmi di screening che consentono di identificare e trattare precocemente le lesioni prima che evolvano in cancro. Tale trattamento impedisce fino all'80% la formazione del tumore del collo dell'utero. Il tasso di mortalità da cancro cervicale (52%) potrebbe essere ridotto a livello globale da programmi di screening efficaci e da trattamenti programmati.

Raccomandazioni OMS

L'Oms raccomanda un approccio di tipo globale e integrato per la prevenzione e il controllo del cancro del collo dell'ute-

ro. L'insieme di azioni consigliate comprende interventi da attuare nel corso della vita. La prevenzione primaria inizia con la vaccinazione per l'Hpv delle ragazze di età compresa tra 9-13 anni, ovvero prima che diventino sessualmente attive.

Altri interventi preventivi raccomandati per i ragazzi e le ragazze sono:

- educazione alle pratiche sessuali sicure
- promozione e fornitura di preservativi per chi ha già un'attività sessuale
- avvertimenti sull'uso del tabacco, che spesso inizia durante l'adolescenza, e che è un fattore di rischio importante
- circoncisione maschile.

Le donne che sono sessualmente attive dovrebbero essere sottoposte a screening per cancro cervicale e lesioni pre-cancerose a partire dai 30 anni di età. **Y**

(Fonte: AIFA)

L'Agenzia italiana del farmaco commenta sul proprio sito i dati aggiornati dell'Oms sul papillomavirus umani (Hpv).
 "L'incidenza sta crescendo specie in età precoce, ma si registrano incrementi anche dai 45 anni in su. È per questa ragione che diventa sempre più necessario parlare di vaccinazione universale, anche in età più avanzata"



Ca endometriale, bevacizumab combinato con radiochemioterapia post-intervento sicuro ed efficace



26 maggio 2015

L'aggiunta dell'anticorpo monoclonale bevacizumab alla chemioterapia postoperatoria e alla radioterapia a intensità modulata (IMRT) nella regione pelvica si è associata ad alte percentuali di sopravvivenza in donne con un carcinoma endometriale ad alto rischio, in uno studio di fase II del Radiation Therapy Oncology Group (NRG Oncology/RTOG 0921). Nel trial, che è stato da poco pubblicato su Cancer, il regime è apparso anche ben tollerato.

"Questo studio prospettico di fase II ha dimostrato che l'uso dell'IMRT pelvica in concomitanza con bevacizumab e cisplatino è fattibile ed è gravato da un basso tasso di tossicità specifiche di bevacizumab" ha detto la prima firmataria dello studio, Akila N. Viswanathan, del Dana-Farber Cancer Institute di Boston, in un'intervista.

Nell'introduzione del lavoro, la Viswanathan e i colleghi spiegano che, in base ai risultati di studi precedenti, l'anti-VEGF bevacizumab sembra in grado di ridurre ulteriormente il rischio di metastasi a distanza, quando combinato con la radioterapia e la chemioterapia nelle pazienti con un carcinoma endometriale ad alto rischio.

Per valutare la sicurezza di questa combinazione, i ricercatori hanno cercato di valutare il tasso di eventi avversi non ematologici di grado 3 o superiore entro 90 giorni (endpoint primario dello studio) associati alla combinazione di bevacizumab con cisplatino e l'IMRT pelvica, seguita da un trattamento adiuvante con carboplatino e paclitaxel in pazienti con un carcinoma endometriale ad alto rischio.

Tra gli endpoint secondari figuravano la valutazione degli eventi avversi di grado elevato tardivi (entro un anno dall'inizio del trattamento), tutti gli eventi avversi correlati al trattamento, la sopravvivenza libera da malattia (DFS), la sopravvivenza globale (OS) e il fallimento locale, regionale e a distanza.

Tra il novembre 2009 e il dicembre 2011 i ricercatori hanno arruolato 34 donne che erano state sottoposte a isterectomia e rimozione dei linfonodi e che avevano molteplici fattori ad alto rischio; di queste, 30 sono state sottoposte al trattamento.

Le partecipanti sono state sottoposte all'IMRT pelvica e alla terapia con cisplatino contemporaneamente nei giorni 1 e 29, e in più trattate con bevacizumab 5 mg/kg nei giorni 1, 15 e 29, dopodiché sono state sottoposte a una chemioterapia adiuvante con carboplatino e paclitaxel adiuvante per quattro cicli.

Sette pazienti (il 23,3%; IC al 95% 10,6-36) hanno manifestato tossicità non ematologiche correlate al trattamento di grado 3 o superiore entro 90 giorni dall'inizio del trattamento; altre sei (il 20%) hanno sviluppato tossicità correlate al trattamento di grado elevato successivamente ed entro un anno.

Inoltre, l'IMRT ha provocato pochi effetti collaterali gastrointestinali. La Viswanathan ha spiegato che nello studio randomizzato NRG/RTOG 1203, si sta testando l'ipotesi se l'IMRT sia in grado di ridurre le complicanze gastrointestinali in tutte le pazienti operate con un carcinoma endometriale o cervicale trattate con l'IMRT pelvica rispetto alla radioterapia conformazionale 3-D.

Dopo un follow-up mediano di 25,9 mesi (range 13,6-43,4), quattro pazienti erano decedute, tutte a causa del carcinoma endometriale, e sei avevano sviluppato recidive. L'OS stimata a 2 anni è stata del 96,7% (IC al 95% 78,6-99,5) e la DFS a 2 anni del 79,1% (IC al 95% 59,2-90,1).

L'incidenza cumulativa del fallimento regionale a 2 anni è stata del 7,2% e quella del fallimento a distanza del 17%.

I ricercatori hanno osservato che nessuna paziente ha sviluppato insufficienza pelvica all'interno del campo irradiato e nessuna con una malattia in stadio da I a IIIA secondo la classificazione dell'International Federation of Gynecology and Obstetrics ha sviluppato una recidiva.

"I risultati di questo studio sono unici per quanto riguarda il riscontro che bevacizumab può essere somministrato durante la radioterapia pelvica postoperatoria senza aumentare il tasso di complicanze pelviche" scrivono i ricercatori.

Inoltre, concludono la Viswanathan e i colleghi, "questo regime è fattibile, presenta una bassa incidenza di tossicità specifiche di bevacizumab e si associa a un tasso elevato di sopravvivenza a 2 anni. I prossimi studi randomizzati dovrebbero valutare ulteriormente l'impiego di bevacizumab nelle pazienti con un carcinoma endometriale".

Tuttavia, ha sottolineato Maurie Markman, dei Cancer Treatment Centers of America, "anche se i risultati di sopravvivenza a 2 anni sono incoraggianti, bisogna tenere presente che sono stati ottenuti su una popolazione di pazienti selezionate con cura per il timore di possibili effetti collaterali eccessivi correlati al trattamento e che la dimensione complessiva del campione era modesta".

Nonostante ciò, ha aggiunto l'oncologo, "questi dati certamente giustificano lo svolgimento di un successivo studio randomizzato di fase III per capire se quest'approccio aggressivo alla gestione della malattia primaria nelle pazienti con carcinoma endometriale ad alto rischio possa migliorare i risultati di sopravvivenza".

A.N. Viswanathan, et al. NRG Oncology/RTOG 0921: A phase 2 study of postoperative intensity-modulated radiotherapy with concurrent cisplatin and bevacizumab followed by carboplatin and paclitaxel for patients with endometrial cancer. *Cancer*. 2015; doi:10.1002/cncr.29337.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

Martedì 26 MAGGIO 2015

Linfoma di Hodgkin. Gravidanze sicure anche dopo il trattamento

A suggerirlo è una ricerca condotta dalla University Children's Hospital di Munster (Germania). Le donne trattate per il linfoma di Hodgkin prima dei 18 anni "possono essere rassicurate sul fatto che potranno avere una gravidanza con esiti positivi e che potranno dare alla luce un bambino sano".

(Reuters Health) - Le donne trattate per il linfoma di Hodgkin durante l'infanzia e l'adolescenza hanno le stesse probabilità di dare alla luce un bambino sano delle loro coetanee che non hanno avuto il tumore. A suggerirlo è una ricerca condotta dalla University Children's Hospital di Munster (Germania). Sulla base dei dati provenienti da uno studio longitudinale prospettico, le donne trattate per il linfoma di Hodgkin prima dei 18 anni "possono essere rassicurate sul fatto che potranno avere una gravidanza con esiti positivi e che potranno dare alla luce un bambino sano", dicono **Jurgen Bramswig** e colleghi, autori dello studio pubblicato su *Lancet Oncology* online l'8 maggio.

I ricercatori hanno valutato il tasso di maternità in 467 donne che hanno sconfitto il linfoma di Hodgkin, diagnosticato prima dei 18 anni, e che hanno partecipato a uno dei cinque studi clinici di trattamento del linfoma di Hodgkin tra il 1978 e il 1995. Tutte le donne erano state seguite per almeno cinque anni, erano in remissione completa dalla malattia e non avevano avuto un secondo cancro o linfoma di Hodgkin prima di diventare mamme. Complessivamente, 228 donne (49%) hanno avuto un totale di 406 bambini (una media di 1,78 figli per madre).

"La maternità è risultata simile tra le sopravvissute al linfoma di Hodgkin di età compresa tra 20-39 anni e la popolazione di controllo femminile tedesca presa in esame", sottolineano gli autori in una nota. Nelle donne, di età compresa tra i 40 e i 44 anni, che invece avevano ricevuto una radioterapia pelvica il tasso di maternità è risultato essere ridotto, rispetto alle pazienti che avevano affrontato una terapia con radiazioni addominali. Infine, si sono registrate malformazioni congenite solo nell'1% dei casi, quindi in tre bambini dei 406 (estrofia vescicale, doppio rene e malformazione cistica).

Fonte: *Lancet Oncol* 2015

Reuters Staff

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Martedì 26 MAGGIO 2015

Pillola 5 giorni dopo. Parafarmacie: "Chiarimento ministero non basta. Ancora troppa confusione"

Il presidente della Federazione nazionale, Davide Gullotta, commenta [l'ultima circolare del Ministero](#). "Chiarito un punto, ma non eliminate troppe anomalie. Paradossale che pillola giorno dopo o tachipirina da 1000 in compresse non siano disponibili senza ricetta".

"La libertà professionale negata al farmacista di parafarmacie comporta una serie di anomalie e incongruenze che vanno chiarite, a tutela soprattutto del cittadino-paziente". E' quanto dichiara il presidente della **Federazione nazionale parafarmacie italiane, Davide Gullotta**, a seguito della precisazione del ministero della Salute sulla dispensazione della pillola dei 5 giorni dopo. "Quello che è accaduto - sottolinea Gullotta - non fa che sottolineare ulteriormente le incongruenze di un sistema dove la condizione del farmacista che non può esercitare pienamente la propria professione crea confusione e incertezze. Il fatto che per diversi giorni non si sia avuta chiarezza sulla dispensazione di un farmaco così delicato è esemplificativo".

Il recente via libera del ministero della Salute, che autorizza a dispensare la pillola dei 5 giorni anche nelle parafarmacie, "chiarisce un punto, ma non elimina le tante anomalie, così che la pillola dei 5 giorni può essere dispensata senza ricetta in parafarmacia, mentre quella del giorno dopo o la tachipirina da 1000 in compresse no. A pagare maggiormente il prezzo di questa confusione infinita - conclude Gullotta - è il paziente/cittadino e la professionalità del farmacista che viene umiliata".

PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO È abortiva e si vende come un parafarmaco

Una circolare del [ministero della Salute](#) autorizza la vendita della pillola dei «5 giorni dopo» nelle parafarmacie senza ricetta e solo con un documento di identità per le maggiorenni. No invece alle vendite in Rete perché è «impossibile accertare la maggiore età della donna utilizzatrice». Per le minorenni resta confermato l'obbligo di prescrizione medica e la vendita è autorizzata solo presso le farmacie. Questa pillola è abortiva perché, contrastando il progesterone, impedisce l'impianto dell'embrione umano nell'endometrio uterino, ma viene considerata un contraccettivo d'emergenza. Sarà dunque venduta come qualsiasi prodotto, banalizzando ancor più l'inizio della vita umana e considerando l'embrione un fastidioso ospite da eliminare.

Gabriele Soliani
e-mail



Martedì 26 MAGGIO 2015

Tumore al pene. La denuncia degli urologi: "Solo 1 su 10 ottiene protesi dopo il cancro. Intervento va inserito nei Lea"

Dal 22° Congresso gli urologi Auro lanciano l'allarme. "Siamo costretti a selezionare i pazienti e di solito diamo precedenza a chi ha dovuto affrontare un intervento chirurgico dopo un tumore. L'operazione è interamente rimborsata dal Ssn, ma per limiti di budget solo poche strutture pubbliche la assicurano". Focus anche su disfunzione erettile e incontinenza urinaria al femminile

Solo il 10% degli italiani che hanno bisogno di una protesi peniena riesce a farsi operare in una struttura pubblica. Per ritornare a una normale attività sessuale il restante 90% deve affidarsi al privato. L'intervento deve essere inserito quanto prima nei livelli essenziali di assistenza (Lea).

È questa la richiesta avanzata dall'Associazione Urologi Italiani (Auro) durante il suo 22° congresso nazionale che si chiude oggi a Bologna.

"L'operazione è interamente rimborsata dal sistema sanitario nazionale ma attualmente per motivi economici solo alcuni ospedali riescono a svolgerla – afferma **Maurizio Carrino** Responsabile della Chirurgia Andrologica dell'Ospedale Cardarelli di Napoli – siamo costretti a selezionare i pazienti e di solito diamo precedenza a chi ha dovuto affrontare un intervento chirurgico dopo un tumore. Le protesi di ultima generazione sono semirigide e gonfiabili: possono così garantire un'erezione più fisiologica. I costi però sono alti e non sostenibili per i budget sempre più risicati di molte strutture pubbliche. I pazienti più fortunati riescono talvolta ad essere operati in un'altra regione rispetto a quella di provenienza".

Il deficit erettile è un altro dei temi al centro del congresso di Bologna. "La salute sessuale è lo specchio del benessere maschile – sostiene **Antonio Casarico** dell'Istituto Clinico Beato Matteo di Vigevano – l'impotenza è un problema che colpisce oltre 3 milioni di italiani ma solo il 10 % riceve una terapia. Molte volte dietro al disturbo si nascondono malattie bene più gravi e pericolose come ipertensione, infarto, diabete o ipercolesterolemia. Quando si presenta il problema è fondamentale, soprattutto per gli uomini con più di 50 anni, rivolgersi immediatamente ad un medico specialista".

Un'altra soluzione ai disturbi che affliggono gli italiani sotto le lenzuola è rappresentata dalla terapia ormonale sostitutiva. "Con la fine dell'adolescenza l'uomo affronta una riduzione costante del testosterone dell'uno per cento l'anno – sottolinea **Massimo Capone** dirigente medico dell'Unità operativa di Urologia Asl 2 Gorizia – se il livello ormonale è troppo basso le conseguenze per la salute sono calo della libido, sbalzi d'umore e senso generale di malessere. Attraverso la somministrazione di ormoni possiamo risolvere molti di questi problemi. È una cura sicura e molto efficace che garantisce una buona qualità di vita ma non può essere adatta a tutti i pazienti. Prima di iniziare la terapia deve essere svolta un'accurata valutazione della salute generale e alcuni esami specifici alla prostata".

Al congresso Auro molte sessioni sono dedicate anche alle malattie urologiche femminili come l'incontinenza urinaria. "E' una problematica molto più diffusa tra le donne – sostiene la **Roberta Gunelli** dell'Urologia dell'Ospedale "G.B.Morgagni-L.Pierantoni" di Forlì – le cause sono le contrazioni

involontarie provocate dall'iperattività della vescica, il malfunzionamento del muscolo sfintere o interventi chirurgici per rimuovere un tumore della vescica. Per vincere la partita contro l'incontinenza è necessario un buon allenamento. Esistono, infatti, esercizi riabilitativi che se appresi nel modo corretto ed eseguiti con costanza garantiscono ottimi risultati. Tutte le donne colpite da incontinenza dovrebbero svolgerli ma questo non sempre avviene".

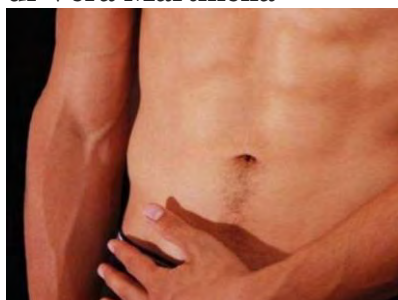
"La ginnastica per la riabilitazione del pavimento pelvico deve sempre essere consigliata alle pazienti - afferma **Fulvio Di Tonno** urologo dell'Ospedale Civile Mestre (Venezia) - è necessario che la donna sia motivata e che segua scrupolosamente le istruzioni dell'urologo e del fisioterapista. Al di là degli esercizi per eliminare i problemi dell'incontinenza è impo

<http://www.corriere.it/salute/>

Prostata, molti uomini corrono pochi rischi, ma vengono curati lo stesso

Troppi trattamenti in eccesso, con relativi effetti collaterali (come incontinenza o impotenza), ma la metà dei casi potrebbe essere solo tenuta controllata

di Vera Martinella



Niente intervento chirurgico, nessuna radioterapia o brachiterapia e neppure farmaci. Per gli uomini con un tumore alla prostata a basso rischio di progressione, ovvero in pratica di piccole dimensioni e non aggressivo, la migliore strategia è la «sorveglianza attiva». A ricordarlo sono gli esperti riuniti a Bologna per il congresso dell'Associazione Urologi Italiani che, nuove conferme alla mano, ribadiscono la sicurezza per i pazienti di questo atteggiamento che prende sempre più piede in tutto il mondo: «Gli uomini con una neoplasia «a basso rischio», come suggerisce il termine stesso, hanno elevate probabilità che il loro tumore resti «fermo» nel tempo, non cresca, non dia metastasi a distanza, non influenzi insomma la loro salute e soprattutto non causi la loro morte – chiarisce Michele Gallucci, responsabile dell'Urologia all'Istituto Tumori Regina Elena di Roma e neo eletto presidente di Auro -. Mentre gli effetti collaterali di ognuna delle terapie possibili (dall'intervento chirurgico alle radiazioni) potrebbero essere eccessivi e non giustificati in relazione al pericolo molto modesto che i pazienti corrono».

Metà dei nuovi casi ogni anno potrebbe non essere trattata

Oggi molti tumori (oltre la metà dei quasi 48mila nuovi casi diagnosticati ogni anno in Italia) appartengono a una categoria di rischio basso o addirittura molto basso e quindi avranno una «storia naturale» molto lunga. Queste neoplasie indolenti possono non avere una rilevanza clinica per la vita del paziente (in pratica non incidono sul suo pericolo di morte o sulla sua salute generale) e potrebbero non necessitare di un trattamento invasivo immediato. Mentre prostatectomia radicale, brachiterapia e radioterapia possono avere conseguenze indesiderate, come incontinenza, disfunzione erettile, irritazioni della vescica e del retto. «Per questo è fondamentale – aggiunge Gallucci – che davanti a un carcinoma della prostata in fase iniziale, ancora confinato all'interno della ghiandola, di definisca la classe di rischio del paziente. Per farlo devono essere presi in considerazione una serie di parametri (tra i quali il livello del PSA, la sua evoluzione nel tempo, il punteggio di Gleason) e poi bisogna parlare con il paziente e capire le sue necessità e desideri». «Se il rischio che la malattia evolva è molto basso – prosegue Pierpaolo Graziotti, responsabile dell'Urologia del San Giuseppe di

Milano e presidente uscente di AURO -, perché affrontare delle terapie che con buone probabilità influenzeranno la qualità di vita già nell'immediato? Si può invece procedere solo con controlli regolari, tenere appunto la neoplasia sotto sorveglianza, e intervenire solo se e quando sarà necessario».

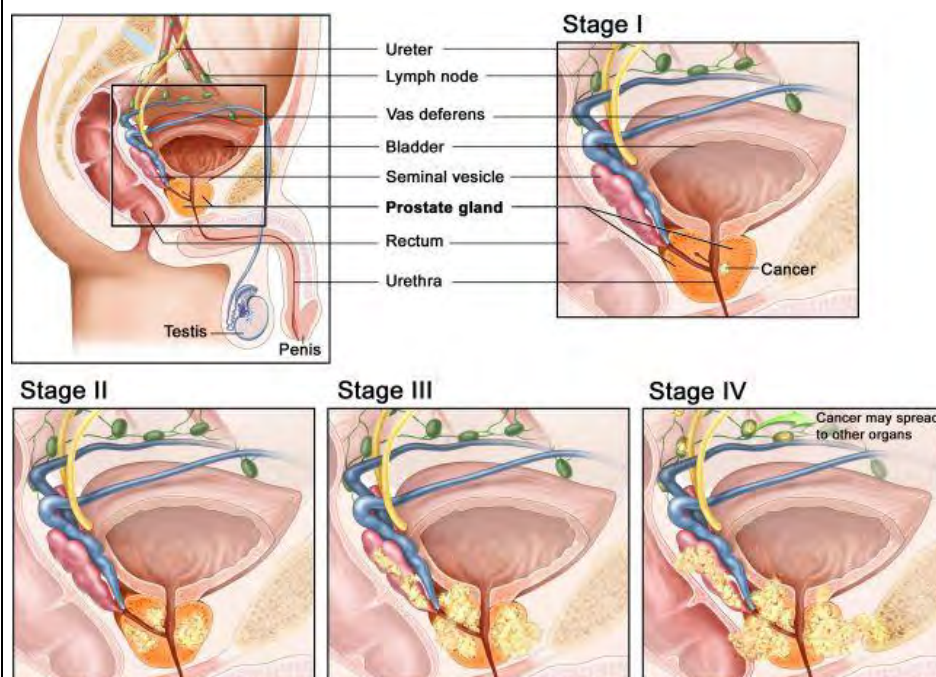
L'età del paziente ha un ruolo cruciale

Che la sorveglianza attiva sia un sistema sicuro è già stato ampiamente dimostrato. Un'ulteriore prova arriva da uno studio , presentato durante l'ultimo congresso americano di urologia, che ha analizzato i dati di circa mille uomini con carcinoma prostatico a rischio basso o intermedia di progressione, seguiti con strategia osservazionale tra il 1995 e il 2013. Gli esiti riportano chiaramente che la sopravvivenza a 10 e 15 anni dei malati con carcinoma a basso rischio è ottima (rispettivamente 83,6 per cento e 68,8). Mentre servono maggiori cautele per i pazienti che rientrano nella classe di rischio intermedia che, del resto, hanno una tipologia di tumore più pericolosa, con maggiori probabilità di diventare aggressiva. «Per i carcinomi di grado intermedio l'età del malato gioca un ruolo ancora maggiore nella decisione terapeutica- conclude Graziotti -. Si tratta di neoplasie che possono essere più aggressive, con maggiori possibilità di evolvere o dare metastasi, ma qual è l'aspettativa di vita del paziente? Se ha 65-70 anni o più, ha senso sottoporlo a delle cure che molto probabilmente gli daranno fastidi immediati (specie sul fronte incontinenza e impotenza) e per gli anni che gli restano, mentre potrebbe continuare ad avere una buona qualità di vita e fare solo dei controlli».

<http://www.meteoweb.eu>

PROS-IT: prosegue con successo il primo progetto di monitoraggio sul tumore alla prostata in Italia

Lo studio Pros-IT, avviato nel 2014, si inserisce all'interno di un progetto globale che ha l'obiettivo mettere a fuoco le principali patologie croniche dell'invecchiamento, com'è stato già fatto per l'Alzheimer e l'Osteoporosi



Dopo l'avvio a settembre 2014, si sta concludendo con successo la fase di arruolamento del Pros-IT (Prostata Italia), il primo progetto di monitoraggio, in chiave epidemiologica, del tumore della prostata in Italia, promosso dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), coordinato dalla sezione Invecchiamento dell'Istituto di Neuroscienze (IN) di Padova, sotto la guida, come responsabile scientifico, del professor Gaetano Crepaldi, e realizzato con il contributo incondizionato di Takeda Italia. Per fare il punto sullo stato di avanzamento dello studio, si è da poco svolto, il 21 e 22 maggio 2015, presso l'Isola di San Servolo a Venezia, il primo incontro di aggiornamento cui hanno partecipato 150 specialisti, tra Urologi, Oncologi e Radioterapisti coinvolti nello studio, oltre ai rappresentanti delle maggiori associazioni scientifiche italiane di riferimento, ovvero AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), AIRO (Associazione Italiana Radioterapia Oncologica), AURO (Associazione degli Urologi Italiani), SIU (Società Italiana di Urologia), SIUR (Società Italiana di Urologia Oncologica) e SUN (Società Urologia Nuova).



“Lo studio Pros-IT si inserisce all'interno di un progetto globale, avviato dalla sezione Invecchiamento dell'Istituto di Neuroscienze, che ha l'obiettivo di realizzare i registri delle principali patologie croniche dell'invecchiamento, com'è stato già fatto per l'Alzheimer

e l'Osteoporosi" – dichiara il professor Gaetano Crepaldi, responsabile scientifico dello studio. "Il tumore della prostata, tipica patologia del paziente anziano, rappresenta circa il 20% di tutti i tumori maschili ed è la terza causa di morte oncologica, con un'incidenza in Italia di circa 36 mila nuovi casi previsti nel 2015. Tuttavia – prosegue il professore – è bene sottolineare che la sopravvivenza dei pazienti dopo la diagnosi è in crescita, grazie presumibilmente all'attività di screening e alla diagnosi precoce.



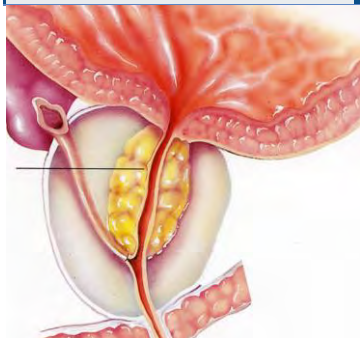
Sede Centrale CNR

Oltre alla sopravvivenza, è aumentata anche la qualità di vita dei pazienti: fattori che vengono identificati e valutati dallo studio Pros-IT, che sta avendo un grandissimo successo e che, ad oggi, vede la partecipazione di circa 100 centri in tutta Italia, con circa 1.200 pazienti arruolati". Altro aspetto importante che viene considerato dallo studio Pros-IT, in linea con le valutazioni effettuate dai registri nazionali ed internazionali attualmente in corso, è l'eventuale difformità di trattamento nelle diverse aree geografiche d'Italia. La Dottoressa Stefania Maggi, Dirigente di Ricerca del CNR e Presidente della Società Europea di Medicina Geriatrica (EUGMS), ha infatti riportato, nella sua brillante presentazione, l'esperienza dei Registri Australiano, Norvegese e Svedese sul tumore della prostata ed ha sottolineato l'importanza dei Registri come strumenti di ricerca e di valutazione dei servizi sanitari allo scopo di migliorare e uniformare le modalità di trattamento a beneficio del paziente.

Lo studio Pros-IT è nato con l'obiettivo di monitorare in chiave epidemiologica il tumore della prostata, raccogliendo sistematiche informazioni su uomini con più di 18 anni che hanno avuto diagnosi di questa forma tumorale, per comprendere meglio la variabilità dell'incidenza, le caratteristiche dei protocolli di cura e gli effetti delle terapie e delle complicanze. Lo studio, che si propone di scattare una fotografia del cancro alla prostata in Italia creando una rete di centri urologici, radioterapici e di oncologia medica, rappresenta quindi un progetto importante e ambizioso, che vuole colmare un vuoto informativo per programmare meglio ai pazienti e identificare i fattori su cui intervenire per migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita¹. L'obiettivo primario di qualsiasi trattamento per il tumore è massimizzare la sopravvivenza, ma negli ultimi anni l'attenzione degli oncologi si è rivolta sempre più alla valutazione dell'impatto di ciascuna terapia sulla qualità di vita, sia in generale sia sulle funzioni specifiche urinarie, intestinali e sessuali. Un aspetto importante nella gestione del paziente è la multidisciplinarietà, l'approccio migliore in tutte le fasi della malattia. PROS-IT ha, infatti, una visione multidisciplinare grazie alla composizione dello Steering Committee rappresentato da diversi specialisti (urologi, radioterapisti, oncologi, anatomo-patologi ed epidemiologi)². Nel corso del meeting il professor Crepaldi ha dedicato una sessione al legame tra alimentazione e patologie infiammatorie e tumorali, anticipando una sua lecture scientifica in programma a fine giugno all'interno di Expo Milano 2015. "Da molto tempo si pensa che l'alimentazione giochi un ruolo importante nella prevenzione di numerose malattie. In particolare, si ritiene che circa il 30% dei tumori sia collegato a quello che mangiamo" aggiunge il professor Crepaldi. "Numerosi studi hanno dimostrato che uno stile alimentare ispirato ai principi della dieta mediterranea sia in grado di ridurre il rischio di ammalarsi di cancro, anche se il legame con il tumore della prostata è ancora in fase di studio."

<http://www.salutedomani.com/>

Tumore alla prostata: prosegue la fase di arruolamento dello Studio PROS-IT



Dopo l'avvio a settembre 2014, si sta concludendo con successo la fase di arruolamento del Pros-IT (Prostata Italia), il primo progetto di monitoraggio, in chiave epidemiologica, del tumore della prostata in Italia, promosso dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), coordinato dalla sezione Invecchiamento dell'Istituto di Neuroscienze (IN) di Padova, sotto la guida, come responsabile scientifico, del professor Gaetano Crepaldi, e realizzato con il *contributo incondizionato* di Takeda Italia.

Per fare il punto sullo stato di avanzamento dello studio, si è da poco svolto, il **21 e 22 maggio 2015**, presso **l'Isola di San Servolo a Venezia**, il **primo incontro di aggiornamento** cui hanno partecipato 150 specialisti, tra Urologi, Oncologi e Radioterapisti coinvolti nello studio, oltre ai rappresentanti delle maggiori associazioni scientifiche italiane di riferimento, ovvero AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), AIRO (Associazione Italiana Radioterapia Oncologica), AURO (Associazione degli Urologi Italiani), SIU (Società Italiana di Urologia), SIURo (Società Italiana di Urologia Oncologica) e SUN (Società Urologia Nuova).

"Lo studio Pros-IT si inserisce all'interno di un progetto globale, avviato dalla sezione Invecchiamento dell'Istituto di Neuroscienze, che ha l'obiettivo di realizzare i registri delle principali patologie croniche dell'invecchiamento, com'è stato già fatto per l'Alzheimer e l'Osteoporosi" - dichiara il **professor Gaetano Crepaldi**, responsabile scientifico dello studio.

"Il tumore della prostata, tipica patologia del paziente anziano, rappresenta circa il 20% di tutti i tumori maschili ed è la terza causa di morte oncologica, con un'incidenza in Italia di circa 36 mila nuovi casi previsti nel 2015. Tuttavia - prosegue il professore - è bene sottolineare che la sopravvivenza dei pazienti dopo la diagnosi è in crescita, grazie presumibilmente all'attività di screening e alla diagnosi precoce. Oltre alla sopravvivenza, è aumentata anche la qualità di vita dei pazienti: fattori che vengono identificati e valutati dallo studio Pros-IT, che sta avendo un grandissimo successo e che, ad oggi, vede la partecipazione di circa 100 centri in tutta Italia, con circa 1.200 pazienti arruolati".

Altro aspetto importante che viene considerato dallo studio Pros-IT, in linea con le valutazioni effettuate dai registri nazionali ed internazionali attualmente in corso, è l'eventuale difformità di trattamento nelle diverse aree geografiche d'Italia. La Dottoressa Stefania Maggi, Dirigente di Ricerca del CNR e Presidente della Società Europea di Medicina Geriatrica (EUGMS), ha infatti riportato, nella sua brillante presentazione, l'esperienza dei Registri Australiano, Norvegese e Svedese sul tumore della prostata ed ha sottolineato l'importanza dei Registri

come strumenti di ricerca e di valutazione dei servizi sanitari allo scopo di migliorare e uniformare le modalità di trattamento a beneficio del paziente.

Lo studio Pros-IT è nato con l'obiettivo di monitorare in chiave epidemiologica il tumore della prostata, raccogliendo sistematiche informazioni su uomini con più di 18 anni che hanno avuto diagnosi di questa forma tumorale, per comprendere meglio la variabilità dell'incidenza, le caratteristiche dei protocolli di cura e gli effetti delle terapie e delle complicanze. Lo studio, che si propone di scattare una fotografia del cancro alla prostata in Italia creando una rete di centri urologici, radioterapici e di oncologia medica, rappresenta quindi un progetto importante e ambizioso, che vuole colmare un vuoto informativo per programmare meglio l'assistenza ai pazienti e identificare i fattori su cui intervenire per migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita¹ qualsiasi trattamento per il tumore è massimizzare la sopravvivenza, ma negli ultimi anni l'attenzione degli oncologi si è rivolta sempre più alla valutazione dell'impatto di ciascuna terapia sulla qualità di vita, sia in generale sia sulle funzioni specifiche urinarie, intestinali e sessuali. Un aspetto importante nella gestione del paziente è la multidisciplinarietà, l'approccio migliore in tutte le fasi della malattia. PROS-IT ha, infatti, una visione multidisciplinare grazie alla composizione dello Steering Committee rappresentato da diversi specialisti (urologi, radioterapisti, oncologi, anatomo-patologi ed epidemiologi).

Nel corso del meeting il professor Crepaldi ha dedicato una sessione al legame tra alimentazione e patologie infiammatorie e tumorali, anticipando una sua lecture scientifica in programma a fine giugno all'interno di Expo Milano 2015. "Da molto tempo si pensa che l'alimentazione giochi un ruolo importante nella prevenzione di numerose malattie. In particolare, si ritiene che circa il 30% dei tumori sia collegato a quello che mangiamo" aggiunge il professor Crepaldi. "Numerosi studi hanno dimostrato che uno stile alimentare ispirato ai principi della dieta mediterranea sia in grado di ridurre il rischio di ammalarsi di cancro, anche se il legame con il tumore della prostata è ancora in fase di studio." .

Ca alla prostata, possibile legame tra deprivazione androgenica e declino cognitivo



26 maggio 2015

Gli uomini sottoposti alla terapia di deprivazione androgenica per curare un cancro alla prostata avanzato sembrano essere a rischio di andare incontro a un declino cognitivo entro 6 mesi dall'inizio della terapia. È quanto emerge da uno studio di un gruppo statunitense, pubblicato da poco online sul Journal of Clinical Oncology.

Se confermati, i risultati suggeriscono che i medici, nel valutare coi loro pazienti i rischi e i benefici della terapia di deprivazione androgenica, dovrebbero citare anche la possibilità di problemi cognitivi, sottolineano gli autori nella discussione.

Inoltre, aggiungono i ricercatori, i medici potrebbero chiedere ai pazienti se hanno notato variazioni nelle loro funzioni cognitive che potrebbero essersi verificate dopo l'avvio della terapia di deprivazione androgenica e, se necessario, indirizzarli a una valutazione specifica e a un successivo trattamento.

Un deficit cognitivo può verificarsi nei pazienti oncologici trattati con diverse terapie antitumorali, tra cui la radioterapia, la terapia ormonale e la chemioterapia. Quando si verifica a seguito di una chemioterapia, questo effetto avverso viene indicato comunemente come "chemobrain". Tra i segni del deterioramento cognitivo ci sono dimenticanza, incapacità di concentrarsi, difficoltà a eseguire più di un compito contemporaneamente e difficoltà nell'elaborazione delle informazioni. Si stima che dal 15% al 70% dei pazienti che hanno un tumore sperimentino una sorta di deterioramento cognitivo come risultato del trattamento.

Sono stati fatti molti studi che hanno analizzato questo effetto collaterale nelle donne colpite da un carcinoma mammario, mentre solo pochi hanno valutato il deterioramento cognitivo che può manifestarsi dopo la terapia di deprivazione androgenica a cui vengono sottoposti gli uomini che hanno un cancro alla prostata. Quei pochi, inoltre, hanno dato risultati contrastanti.

Per colmare questa lacuna e avere maggiori certezze, un team di ricercatori guidato da Brian D. Gonzalez, del Moffitt Cancer Center di Tampa, in Florida, ha selezionato 58 pazienti con un cancro alla prostata e ne ha

valutato le funzioni cognitive entro 21 giorni dall'avvio della terapia di deprivazione androgenica e poi 6 mesi e 12 mesi più tardi. I risultati sono stati confrontati con quelli di 172 controlli di pari età e grado di istruzione, di cui 84 con un cancro alla prostata sottoposti alla sola prostatectomia e 88 i non colpiti dal tumore.

Analizzando i risultati dei test, gli autori non hanno trovato differenze in nessuno dei momenti di valutazione nel livello medio delle performance cognitive né un deterioramento di tali prestazioni tra i controlli sottoposti alla sola prostatectomia e i controlli che non avevano il cancro alla prostata. Pertanto, i due gruppi sono stati combinati in un'unica, ampia coorte di controllo.

All'inizio dello studio, i pazienti sottoposti alla terapia di deprivazione androgenica non erano diversi dai controlli in termini di performance cognitive, ma nel corso del tempo hanno mostrato tassi significativamente più alti di compromissione della performance cognitiva rispetto ai controlli ($P = 0,01$) sia a 6 mesi ($P < 0,05$) sia a 12 mesi ($P < 0,05$).

Negli uomini sottoposti alla terapia ormonale, rispetto ai controlli, i ricercatori hanno calcolato una probabilità di subire un deterioramento cognitivo superiore del 70% entro 6 mesi e più che raddoppiata entro un anno.

La regressione logistica ha poi evidenziato che né l'età, né la riserva cognitiva basale, la presenza di depressione, di stanchezza o di vampate di calore hanno impattato sugli effetti della terapia di deprivazione androgenica sulle prestazioni cognitive.

Nella discussione, Gonzalez e i colleghi osservano che i loro risultati contraddicono quelli di uno studio precedente (pubblicato sulla stessa rivista nel 2010), in cui non si erano trovate evidenze di un maggior deterioramento cognitivo in pazienti sottoposti alla terapia di deprivazione androgenica rispetto ai controlli dopo 12 mesi. Tuttavia, sottolineano i ricercatori, nello studio precedente si erano utilizzati criteri meno stringenti per definire il deterioramento cognitivo.

Dopo aver effettuato alcune analisi esplorative genetiche, i ricercatori hanno anche segnalato per la prima volta una possibile base genetica per coloro che vanno incontro a un deficit cognitivo durante la terapia di deprivazione androgenica. È emerso, infatti, che i possessori di una versione particolare del gene GNB3 (il polimorfismo a singolo nucleotide rs1047776) avevano una probabilità 14 volte superiore di avere problemi cognitivi dopo la terapia di deprivazione androgenica rispetto ai controlli ($P < 0,001$).

"Studi come il nostro dimostrano l'importanza di individuare fattori predittivi genetici di deterioramento cognitivo. Queste informazioni potrebbero essere utilizzate per personalizzare ulteriormente la cura del tumore in base alle caratteristiche specifiche dei pazienti e per trovare i soggetti potenzialmente predisposti ad essere intolleranti di questo tipo di trattamento standard" ha sottolineato un altro degli autori, Mayer Fishman, in un comunicato stampa diffuso dal Moffit Cancer Center .

Alessandra Terzagli

B.D. Gonzalez, et al. Course and Predictors of Cognitive Function in Patients With Prostate Cancer Receiving Androgen-Deprivation Therapy: A Controlled Comparison. J Clin Oncol. 2015; doi: 10.1200/JCO.2014.60.1963
[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

LA NOSTRA SALUTE

DI UMBERTO VERONESI

direttore scientifico Istituto
Europeo di Oncologia, Milano



COME EMMA, SI PUÒ VINCERE IL CANCRO

CARO PROFESSORE, SI PUÒ
DAVVERO SCONFIGGERE IL
TUMORE DEL POLMONE, COME È
RIUSCITO A EMMA BONINO?

Giovanni S., Savona

Sì, la grande speranza di fermare il tumore del polmone si sta dimostrando sempre più una realtà: se la diagnosi è precoce, e viene fatta quando il tumore è piccolissimo e ancora non dà sintomi, **cure appropriate riescono a guarire l'80 per cento dei malati.** È un enorme passo avanti, perché il tumore del polmone è la prima causa di morte per cancro, e in Italia uccide ogni anno 38 mila uomini e 8 mila donne. Senza dimenticare la prevenzione

"primaria" (il primo comandamento è non fumare), bisogna richiamare con forza l'attenzione sulla diagnosi precoce, resa ormai possibile dai grandi progressi diagnostici, cioè uno specifico **test del sangue e l'esame della tac spirale.** Va da sé che bisogna farsi controllare, tanto più se si rientra nei casi cosiddetti a rischio, sia perché si seguono abitudini dannose come il fumo, sia perché nella storia familiare ci sono precedenti di tumore al polmone. Emma Bonino, che qualche mese fa dette pubblicamente l'annuncio di essere ammalata, adesso ha ugualmente dato la notizia che le cure sono state efficaci, e che la piccolissima massa tumorale è scomparsa. Ne siamo tutti felici, non solo per l'affetto e la stima verso una donna lucida e coraggiosa, ma perché la vicenda fa partire un messaggio di grande importanza: pur davanti a un tumore considerato finora uno dei più micidiali, la diagnosi precoce si sta dimostrando un vero salvavita. Non da oggi, l'Italia ha fatto della lotta contro i tumori una delle sue principali vocazioni, e ormai si comincia a raccogliere i frutti di questo impegno scientifico. Come combattente di questa inesausta guerra contro il cancro, voglio ripetere qui quello che dico da tanti anni: le possibilità di successo passano attraverso il concetto cardine della diagnosi tempestiva. La ricerca scientifica ha ormai messo a punto raffinati mezzi diagnostici, dandoci così la possibilità d'intervenire su neoplasie invisibili, che ancora non costituiscono un pericolo. La vicenda della Bonino veicola questo messaggio di razionalità e di fiducia, e relega nella categoria della non credibilità e dell'irrazionalità le voci contrarie ai controlli periodici.



Emma Bonino, 67; dopo 5 mesi di cure sembra guarita.

BENESSERE

BELLE SEMPRE

Tutte le dritte per essere in forma e combattere meglio **i tumori**

UN'ASSOCIAZIONE AIUTA LE DONNE OPERATE AL SENO A RITROVARE LA FIDUCIA IN SE STESSA. ANCHE CON PARRUCHE, **OMBRETTI E ROSSETTO**. SEGUITECI!

di **Alessandra Franchini**

«Hai la testa piccola, ti consiglio questa parrucca». Non perde tempo Paola Bertolini, volontaria dal 1999 presso il Comitato di Milano dell'Andos, l'Associazione nazionale donne operate al seno. Sei lì, sul lettino del day hospital in attesa della prima chemio; i capelli ce li hai ancora tutti ma lei sa che cadranno presto e che non bisogna farsi cogliere impreparate. «Mi sono messa in testa di dare alle donne, vittime del cancro, la mia esperienza di ex malata. In un armadio a due ante ho creato un atelier estetico: parrucche e make up, consigli sul look più adeguato, un

po' di frivole parole e qualche risata», spiega. L'Associazione fornisce le parrucche gratuitamente alle pazienti in chemioterapia (grazie alla onlus «Cancro primo aiuto») e poi ginnastica riabilitativa e assistenza psicologica, la consulenza di una nutrizionista e pure suggerimenti sul trucco più idoneo da adottare. Per affrontare al meglio il percorso e riacquistare fiducia in se stesse. Cruciale è l'aiuto della psicologa Luisella Ferrari. «Il senso di confusione dopo **una diagnosi di tumore è stato paragonato ai secondi successivi a una scossa di terremoto**. È difficile per una donna gestire la menomazione che deriva

da un intervento al seno: col tumore viene asportata l'immagine intima con cui la donna stabilisce i suoi legami affettivi. È come se con la perdita di una parte venisse meno l'identità fisica e psicologica», spiega Ferrari. «Quando mia mamma è stata malata», sottolinea Giuditta Mereu, *make up artist* specializzata nel trucco semipermanente e nella micropigmentazione paramedicale, «nessuno le aveva detto dei possibili problemi alla cute, alle unghie o le ha consigliato come vestirsi con il port (il dispositivo che permette la somministrazione dei farmaci nel sistema venoso, ndr)». Mereu cura con Monica Guidi, *make*

UN SOSTEGNO COMPLETO: DALLA GINNASTICA ALLA COSMESI

● L'Associazione Andos Onlus (Associazione nazionale donne operate al seno) nasce nel 1976 all'insegna di un'intuizione: che il tumore al seno segna il corpo ma anche l'identità femminile. Da qui, l'esigenza di un supporto a 360 gradi. **Da allora l'Associazione, attiva in tutta Italia, promuove e sostiene tutte quelle iniziative che possano favorire una completa riabilitazione sotto l'aspetto fisico, psicologico e sociale.** ● Non per niente il logo scelto è quello della **rondine**, simbolo della

primavera e della rinascita. L'Associazione entra in diretto contatto con le donne prima e dopo l'intervento, fornisce assistenza psicologica, cosmetica, di prevenzione secondaria e terapie riabilitative. Tutto completamente gratuito.

● Nella sede di Via Peschiera 1, a Milano, è attivo il progetto **In&Out**, un percorso di aiuto alle donne in trattamento radio-chemio-terapico basato su tre momenti sinergici: incontri fra pazienti, momenti di gruppo e/o individuali con la psicologa Luisella Ferrari, e sedute con la nutrizionista Martina Semeraro, dell'Ospedale «Luigi Sacco». Per info: tel. 02-87.45.25; www.andosmilano.it

A destra, gli incontri delle pazienti con gli operatori dell'Andos. Più a destra, un poster dell'Associazione.





LA CURA DELLE UNGHIE

Le unghie tendono a spezzarsi: perciò, **meglio tenerle corte e usare uno smalto trasparente**. Se la colorazione dovesse diventare anomala, si può nascondere l'inestetismo con uno smalto colorato. Che invece andrà evitato se anche la cute attorno assume un colore "strano". Essenziale è idratarle e proteggerle con guanti impermeabili durante i lavori domestici.

IL TRATTAMENTO DEL VISO

La pelle si secca, e quindi andrà idratata e protetta (anche da smog e raggi Uv). Per la detersione, vanno scelti i prodotti cremosi. No alle creme anti-age. Per il contorno occhi scegliete un prodotto drenante.

COME GESTIRE IL TRUCCO

Allo scopo di correggere i segni dell'affaticamento, è consigliabile scegliere un *primer*, la base-trucco, color albicocca, e poi stendere un fondotinta idratante. Il correttore dev'essere fluido e illuminante per non rischiare di accentuare le rughe.

La linea delle sopracciglia va ridefinita con una matita prima di passare al *make up* degli occhi.

No a mascara e a prodotti *waterproof*, difficili da togliere. Per valorizzare lo sguardo, la matita deve disegnare una linea lungo la rima palpebrale, all'attaccatura delle ciglia. Preferite ombretti in polvere, dall'effetto più naturale. Infine, un tocco di colore con il rossetto, purché sia idratante. In alternativa, puntate sui lucida-labbra con formulazioni naturali. Il *nude-look* tra l'altro è l'ultima tendenza!

LE CICATRICI DOPO L'INTERVENTO

L'applicazione nel derma superficiale del seno di pigmenti bio-riassorbibili, rappresenta un valido aiuto per camuffare le modificazioni del normale colore della cute, per ridefinire le areole irregolari e ridisegnare anche il capezzolo. ●

up artist consulente di bellezza ed esperta di immagine e trucco, la parte estetica del progetto dell'Andos *In&Out*, "la bellezza dentro e fuori". Ecco, allora, le problematiche più frequenti e le "dritte" per gestirle al meglio.

LA CADUTA DEI CAPELLI

È importante chiedere da subito all'oncologo quale saranno gli effetti della chemio, perché non tutti i farmaci antitumorali fanno perdere la chioma. I capelli iniziano in genere a diradarsi circa 20 giorni dopo la prima somministrazione dei chemioterapici. **Accorciarne il taglio, specie se sono lunghi, può essere utile per ridurre l'impatto emotivo**

della caduta. A seconda delle preferenze, poi, si possono adottare parrucche, cappelli, berretti, turbanti o foulard. L'essenziale è che la scelta ci faccia sentire a nostro agio.

SELEZIONARE I VESTITI

Capita di sentirsi "gonfie" e fuori forma a causa del cortisone. **Scegliere capi in tinta unita** renderà più facili gli abbinamenti nelle giornate no.

DIFENDERSI DAL SOLE

Alcuni chemioterapici possono causare disturbi alla pelle quando, dopo averli assunti, ci si espone al sole. Quindi, evitate raggi ultravioletti e lampade abbronzanti. Sono raccomandate le protezioni elevate.

● Da leggere: *Vivere anti-cancro*, di Richard Beliveau e Denis Gingras (Sperling & Kupfer)

Martedì 26 MAGGIO 2015

WHO-World Health Statistics 2015. Italiani secondi al mondo per aspettativa di vita alla nascita (83 anni) e in buona salute (73 anni). Quasi dimezzata mortalità tra i 15 e i 60 anni

Publicata l'edizione 2015 con i dati sanitari mondiali. L'Italia si conferma tra i Paesi con le migliori performance in termini di stato di salute. Oltre che per l'aspettativa di vita, che ci vede secondi solo al Giappone, si registra una drastica riduzione dell'indice di mortalità per tutte le cause tra i 15 e i 60 anni che passa dai 129 casi di morte su 1000 abitanti nel 1990 agli 83 del 2013, per gli uomini, e da 60 casi a 38 per le donne. [IL RAPPORTO INTEGRALE.](#)

Il 2015 è l'ultimo anno per il raggiungimento gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio delle Nazioni Unite (Millennium Development Goals - MDG), fissati nel 2000 per guidare gli sforzi mirati all'eradicazione della povertà a livello globale. Nei giorni scorsi l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha reso disponibile sul proprio sito web il Report "World Health Statistics", che valuta i progressi relativi agli obiettivi legati alla salute in ciascuno dei 194 Paesi per i quali sono disponibili statistiche sanitarie.

Publicato ogni anno a partire dal 2005, "World Health Statistics" rappresenta la fonte ufficiale delle informazioni sullo stato di salute della popolazione mondiale. Contiene i dati provenienti da 194 Paesi su una serie di indicatori di mortalità, di malattia e relativi ai sistemi sanitari, tra cui la speranza di vita, le morti per malattie, i servizi e trattamenti sanitari, gli investimenti in materia di salute, così come i comportamenti e i fattori di rischio per la salute.

"Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio nell'ambito della salute pubblica sono stati buoni. Hanno permesso di focalizzare l'attenzione politica e di generare fondi assolutamente necessari per molti importanti problemi di salute pubblica - ha affermato **Margaret Chan**, Direttore Generale dell'OMS -. Anche se i progressi sono stati incoraggianti, vi sono ancora ampi divari tra e all'interno dei Paesi. Il Report sottolinea la necessità di proseguire gli sforzi per garantire che le persone più vulnerabili del mondo abbiano accesso ai servizi sanitari".

Analizzando i dati contenuti nel Report riguardanti l'Italia, possiamo notare come, in quanto ad **aspettativa di vita alla nascita**, nel nostro Paese si è passati dai 77 anni del 1990 agli 83 del 2013 (80 uomini e 85 donne). Una crescita che ci porta al secondo posto al mondo, insieme a San Marino, Spagna, Svizzera e Singapore, in quanto a longevità, secondi solo al Giappone dove si raggiungono gli 84 anni. Di rilievo anche l'aspettativa di vita in salute che raggiunge i 73 anni. Un risultato, pari a quello della Spagna e secondo solo a Singapore (76 anni).

Passando poi all'**indice di mortalità neonatale** per mille nati vivi, l'Italia passa dai 6 registrati nel 1990 ai 2 del 2013. Un risultato in linea con quello degli altri Paesi europei. Nel resto del mondo fanno meglio solo la Francia, l'Islanda, la Finlandia, il Giappone, il Lussemburgo e Singapore che si fermano ad 1. Più in generale, nel Report si spiega come, pur essendo stati fatti grandi progressi in tutto il mondo, con un tasso di mortalità infantile che si è dimezzato rispetto al 1990, bisognerà ancora lavorare per raggiungere l'obiettivo fissato di ridurre di due terzi il tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni fra il 1990 e il 2015. Meno di un terzo di tutti i Paesi lo ha attualmente raggiunto.

Nel documento viene analizzato anche l'**indice di mortalità per gli adulti**, ossia la probabilità di morte tra i 15 e i 60 anni di età per 1000 abitanti. In Italia, nel periodo 1990-2013, i dati si riducono fino quasi a dimezzarsi: per gli uomini, infatti, si è passati da 129 a 69, mentre per le donne il dato scende da 60 a 38. Anche in questo caso, oltre che per longevità e speranza di vita in salute, il nostro Paese segna risultati eccellenti a livello globale. Gli anni di vita persi per tutte le possibili causa, calcolati su 100mila abitanti, raggiungono in media i 15.248 in Italia. Un risultato in linea con quello di Francia e Olanda. Registrano, invece, un dato migliore nel vecchio continente, Lussemburgo, Norvegia, Spagna, Irlanda e Islanda.

Non manca un'analisi dettagliata sui fattori di rischio. La percentuale di persone adulte, con più di 18 anni, in stato di obesità, in Italia raggiunge il 20,4% tra gli uomini e il 21,6% tra le donne, nel 2014. Il consumo pro capite di alcol, nel 2010, per individui con più di 15 anni è stato di 6,7 litri. La percentuale di fumatori con più di 15 anni è stata, invece, del 29,1% tra gli uomini e del 19,8% tra le donne. Se, però, si prende in considerazione la percentuale di fumatori adolescenti con un'età compresa tra i 13 e i 15 anni, i risultati si invertono: i ragazzi scendono al 20,6% mentre le ragazze raggiungono il 26,3%.

Il Report ha messo a confronto anche la densità di personale sanitario oltre che il numero di strutture. Nel periodo 2007-2013 l'Italia registrava 37,6 medici per 10mila abitanti. Gli ospedali sono 2,1 per 100mila abitanti e 44,5 i posti letto in strutture psichiatriche. Le unità di radioterapia sono, infine, 6,4 per milione di abitanti.

Quanto ai dati economici riguardanti la spesa sanitaria, c'è da sottolineare che il Report analizza il periodo compreso tra il 2000 e il 2009. Non vengono quindi considerati i forti tagli al settore intrapresi dai diversi governi negli anni successivi che hanno portato ad una consistente riduzione delle percentuali qui riportate. Detto questo, la spesa sanitaria in percentuale di Pil è passata dal dal 7,9 del 2000, al 9,2 del 2012. La spesa pubblica per la sanità, nello stesso periodo, è passata dal 74,2 al 77,3%. Quella privata è conseguentemente scesa dal 25,8 al 22,7%. L'incidenza sul totale della spesa pubblica era del 12,7% nel 2000 e del 14% nel 2009.

Infine, osservando le statistiche demografiche e socioeconomiche, si può notare come l'Italia sia 'un Paese per vecchi'. Se l'età media è di 44 anni, solo il 14% della popolazione ha meno di 15 anni mentre il 27% è over 60. Il tasso di crescita annuale nel periodo 2003-2013 è stato dello 0,5%. Se a questi dati aggiungiamo uno tra i più alti risultati globali in termini di longevità, riusciremo a capire le preoccupazioni della politica sul governo di una spesa sociale destinata a crescere (per non parlare di quella pensionistica).

Tornando alla situazione mondiale, per quanto riguarda la mortalità infantile pur essendo stati fatti grandi progressi in tutto il mondo, con un tasso che si è dimezzato rispetto al 1990, l'Oms sottolinea che bisognerà ancora lavorare per raggiungere l'obiettivo fissato di ridurre di due terzi il tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni fra il 1990 e il 2015. Meno di un terzo di tutti i Paesi lo ha raggiunto o è sulla buona strada per raggiungerlo entro la fine di quest'anno. Attualmente solo 1 bambino africano con sospetta polmonite su 3 riceve antibiotici. Le principali cause della morte di bambini con età inferiore ai 5 anni sono rappresentate dalle complicazioni alla nascita pretermine, la polmonite, l'asfissia alla nascita e la diarrea.

Si è dimezzato anche, tra il 1990 e il 2013, il numero di donne morte a causa di complicazioni durante la gravidanza e il parto, ma l'obiettivo da raggiungere entro la fine di quest'anno è quello della riduzione del 75%. Il tasso di mortalità materna è sceso in ogni Regione. Tuttavia, 13 Paesi con alcuni dei più alti tassi al mondo hanno fatto pochi progressi nel ridurre queste morti in gran parte prevenibili. Nella Regione Africana dell'OMS, 1 donna su 4 che vuole prevenire o ritardare la gravidanza non ha accesso ai contraccettivi e solo una su 2 partorisce con il supporto di un assistente qualificato. Meno dei due terzi (64%) delle donne in tutto il mondo riceve il minimo raccomandato di 4 visite prenatali durante la gravidanza. La speranza di vita alla nascita è, però, aumentata di 6 anni sia per gli uomini e che per le donne a partire dal 1990.

Per quanto concerne l'obiettivo di bloccare la propagazione dell'HIV entro il 2015e di cominciare

a invertirne la tendenza attuale, si è passati da 3,4 milioni di nuovi casi di infezione segnalati nel 2001 a 2,1 milioni nel 2013. L'obiettivo rivisto di garantire l'accesso universale alle cure contro l'HIV a tutti coloro che ne abbiano bisogno sarà più impegnativo da raggiungere, in quanto le raccomandazioni dell'OMS hanno portato a numeri molto più alti di persone che necessitano di cure.

Stando al trend attuale, il mondo raggiungerà entro la fine del 2015 l'obiettivo di assicurare a 15 milioni di persone nei Paesi a basso e medio reddito la terapia antiretrovirale (ART). Alla fine del 2013, infatti, quasi 13 milioni di persone avevano ricevuto la terapia a livello globale e, di questi, 11,7 milioni vivevano nei Paesi a basso e medio reddito, che rappresentano il 37% delle persone HIV positive che vivono in questi Paesi.

Nel mese di settembre, all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite a New York, i Paesi decideranno nuovi e ambiziosi obiettivi globali per il 2030, affrontando le sfide emergenti, tra cui i mutevoli fattori sociali e ambientali che influenzano la salute e il crescente impatto delle malattie non trasmissibili, come il diabete e le patologie cardiovascolari. Due terzi dei decessi in tutto il mondo, infatti, sono attualmente dovuti a malattie non trasmissibili. Emerge infine dal Report che oltre un terzo degli uomini adulti fuma, che a un quarto è stato riscontrato un aumento della pressione sanguigna e che il 15% delle donne in tutto il mondo è obeso. Meno del 5% della spesa pubblica totale è destinato alla sanità e l'età media delle persone che vivono nei Paesi a basso reddito è di 20 anni, mentre è di 40 anni nei Paesi ad alto reddito.

Il *draft* dell'agenda post-2015 propone 17 obiettivi, tra cui quello generale di salute che punta ad "assicurare una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età".

Giovanni Rodriguez