

<https://www.agi.it/>

## **Tumori: da analisi gas intestinale possibile diagnosi cancro colon**

(AGI) - Londra, 13 mar. - Il gas presente nel nostro intestino potrebbe nascondere informazioni utili per diagnosticare precocemente il cancro al colon o la sindrome dell'intestino irritabile. Per scoprirle un gruppo di ingegneri del Royal Melbourne Institute of Technology, in Australia, ha messo a punto due nuove tecnologie: una utilizza la fermentazione delle feci e un'altra delle pillole intestinali maleodoranti. La fermentazione fecale, come riporta il quotidiano britannico Daily Mail, prevede l'incubazione delle feci in modo simile a quanto avviene nell'intestino crasso: i ricercatori mettono un cucchiaino di feci in una specie di barattolo e lo chiudono con un coperchio, che contiene un sensore in grado di rilevare le molecole di gas fumante. Ora gli studiosi stanno cercando di capire se c'è un legame diretto tra gas e salute. "Uno dei campioni è in realtà il mio", ha detto Kourosch Kalantar-Zadeh, lo scienziato che sta guidando lo studio. I ricercatori hanno anche messo a punto un altro metodo che sfrutta delle capsule, capaci di inviare segnali dall'intestino a un telefono cellulare. La capsula è lunga 10 millimetri e monitora il gas. Sono simili a pillole, costano 10 dollari e possono essere facilmente ingoiate dai pazienti. Questa tecnologia, secondo gli studiosi, potrebbe fornire una panoramica senza precedenti dei gas circolanti all'interno del corpo e potrebbe aiutare a scovare le malattie. Le capsule, infatti, misurano la concentrazione di gas intestinali tramite un sensore, un microprocessore e un trasmettitore wireless ad alta frequenza. "Sappiamo che i microrganismi intestinali producono gas come un sottoprodotto del metabolismo, ma si sa molto poco su come questo influenzi la nostra salute", ha detto Kalantar-Zadeh. "Essere in grado di misurare con precisione i gas intestinali - ha continuato - potrebbe accelerare la nostra conoscenza di come specifici microrganismi dell'intestino contribuiscono a disturbi gastrointestinali e all'efficienza dell'assunzione di cibo".

16-03-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

## ***Scoperte le staminali che rendono il cancro resistente ai farmaci***

Anche i tumori che crescono più lentamente e hanno una minore aggressività hanno una 'riserva' di cellule staminali che li rendono resistenti ai farmaci. A isolarle per la prima volta nei topi sono stati i ricercatori guidati da David Gutmann, della Washington University di St. Louis, che le descrivono sulla rivista Cell Reports. Finora le staminali erano state identificate solo nei tumori più aggressivi e a crescita rapida. Ma questa ricerca dimostra che anche i tumori a crescita lenta hanno staminaliresistenti alle terapie. In particolare sono state identificate delle cellule staminali di tumori al cervello a crescita lenta, meno sensibili ai farmaci anticancro. Confrontando le staminali sane con quelle tumorali, i ricercatori hanno scoperto la ragione di questa resistenza alle terapie, aprendo così la strada a nuove strategie di cura. Rispetto alle staminali sane del cervello, quelle del cancro producono più copie della proteina chiamata Abcg1, che le aiuta a sopravvivere. Un risultato cui si è

arrivati studiando topi con la neurofibromatosi di tipo 1, una malattia che può portare anche a tumori al cervello, e nei quali sono state identificate delle staminali capaci di dare origine a tumori una volta trapiantate in un topo sano. I test in laboratorio hanno inoltre dimostrato che per uccidere le staminali di questo tumore è necessario "usare farmaci diversi e dosi più alte - spiega Gutmann - per essere sicuri di aver ucciso le staminali del tumore. Se riuscissimo a identificare un farmaco in grado di 'disabilitare' questa proteina, potremmo uccidere più facilmente le staminali tumorali". Per Ruggero De Maria, direttore scientifico dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, è una ricerca "interessante, ma che necessita di più approfondimento sull'uomo. Soprattutto circa i maggiori dosaggi di farmaci, cosa possibile con alcuni, ma con altri no, in quanto tossici".

16-03-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

*Senza danneggiare i tessuti sani*

## **Nanoparticelle a forma di fiore bruciano i tumori più profondi**

Hanno la forma di un fiore, le nanoparticelle di nuova generazione capaci di 'bruciare' e distruggere dall'interno i tumori, anche quelli più nascosti e difficili da raggiungere, senza intaccare i tessuti sani. Prima di sperimentarle sull'uomo, però, bisognerà verificarne la sicurezza, come spiegano gli stessi ricercatori statunitensi che le hanno sviluppate nei laboratori del Dartmouth College nel New Hampshire. Le nuove nanoparticelle magnetiche, descritte sulla rivista *Journal of Applied Physics*, sono delle vere e proprie 'bombe a orologeria', capaci di insinuarsi all'interno delle cellule tumorali per poi surriscaldarsi su comando quando vengono sollecitate dall'azione di un debole campo magnetico. Questo rappresenta un importante passo avanti per la terapia del calore contro i tumori, la cosiddetta ipertermia oncologica, che viene già usata da alcuni anni in associazione alla radioterapia e alla chemioterapia per trattare alcune forme di tumore. Finora, infatti, le nanoparticelle usate in questi trattamenti erano capaci di surriscaldarsi solo quando sottoposte ad un forte campo magnetico. "Questi campi così forti possono aumentare la temperatura anche nei tessuti normali e ciò - spiega il coordinatore dello studio Fridon Shubitidze - ha sempre limitato l'uso delle nanoparticelle non permettendo di riscaldarle in maniera adeguata quando si trovano nei tumori più profondi". Le nanoparticelle a fiore, secondo Shubitidze, rappresentano un "importante progresso" per rendere il trattamento "adatto anche ai tumori più profondi. Ora stiamo provando a combinarle con un nuovo macchinario per colpire il tumore del pancreas, un obiettivo ancora difficile per i dispositivi convenzionali", conclude il ricercatore.

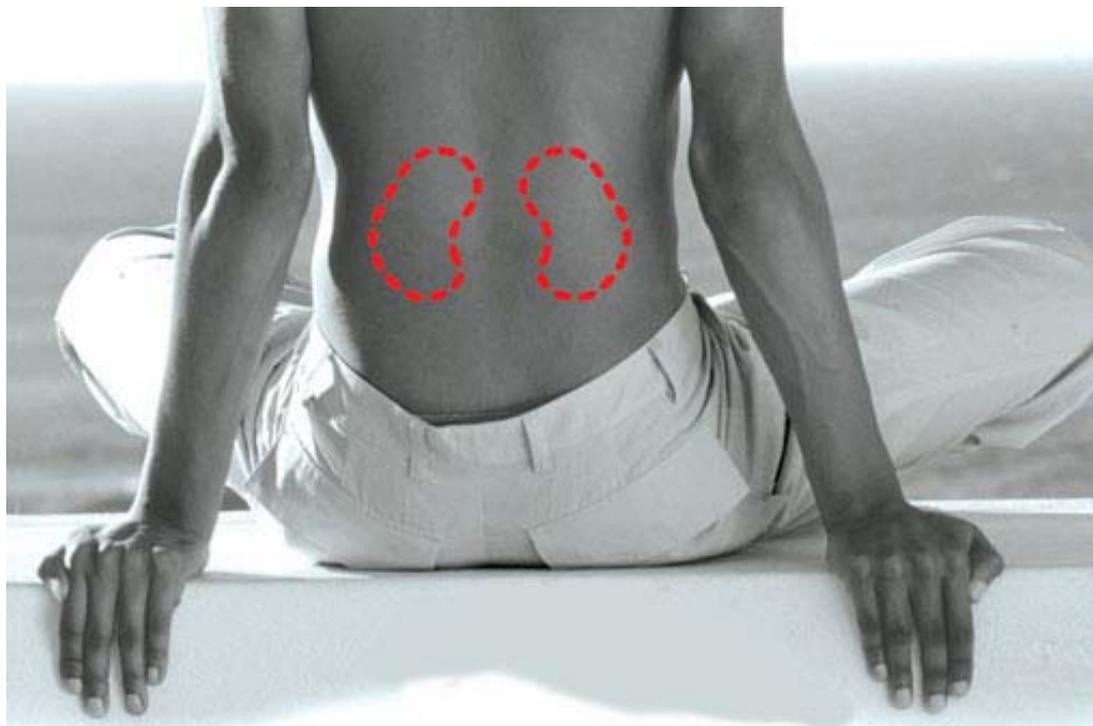
16-03-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

## ***Tumori: diagnosi più veloci con nuovo sequenziamento genoma***

Una nuova tecnologia di sequenziamento genetico permette di esplorare il genoma umano con una risoluzione molto più alta di quanto finora ottenuto, con implicazioni "rivoluzionarie" per la ricerca e la diagnosi dei tumori. Detta Capture Sequencing, o CaptureSeq, può misurare accuratamente l'attività di molti geni specifici in un campione, anche se sono espressi a un livello minuscolo. Messa a punto dell'Istituto Garvan di Ricerca Medica di Sydney, la tecnica, pubblicata su Nature Methods, getta luce sugli 'angoli bui' del genoma umano e potrà avere applicazioni pratiche immediate, fra cui la diagnosi di molti tumori del sangue. A differenza dei processi correnti, la CaptureSeq può scrutinare in un sol colpo centinaia di geni poco conosciuti, come i cosiddetti 'geni Frankenstein' implicati nella leucemia, nei linfomi e nei sarcomi.

## Ca al rene localmente avanzato, terapia adiuvante con anti-VEGF inefficace in fase III



15 marzo 2015

Anche se gli inibitori del VEGF sorafenib e sunitinib sono ampiamente usati e tipicamente efficaci per il trattamento del carcinoma renale metastatico, l'uso di entrambi gli agenti nel setting adiuvante, dopo l'intervento chirurgico, sembra non migliorare gli outcome per i pazienti con un tumore localmente avanzato. Il risultato arriva dallo studio di fase III ASSURE, presentato in occasione del Genitourinary Cancers Symposium a Orlando, in Florida.

Un'analisi ad interim dei dati dello studio ha rivelato che entrambi gli inibitori non hanno ridotto le recidive. La sopravvivenza libera da malattia (DFS) mediana è risultata, infatti, di 5,6 anni sia con sorafenib sia con sunitinib e di 5,7 anni con il placebo.

"L'uso di inibitori multitarget delle tirosin-chinasi del VEGF, tra cui sunitinib e sorafenib, nella malattia avanzata ha fornito un beneficio sotto forma di controllo della malattia a migliaia di pazienti" ha detto la prima autrice dello studio, Naomi B. Haas, dell'Abramson Cancer Center dell'Università della Pennsylvania, in conferenza stampa. "Tuttavia, l'attuale standard di cura per i pazienti con malattia resecata non metastatica è l'osservazione stretta" ha ricordato l'oncologa.

Ci si è dunque chiesti, ha proeguito la Haas, se questi inibitori del VEGF potessero fornire un beneficio anche ai pazienti con un tumore primario resecato nel setting adiuvante.

Per rispondere a questa domanda, l'oncologa e i colleghi hanno arruolato 1943 pazienti con un carcinoma renale localmente avanzato considerati ad alto rischio di recidiva in base alla dimensione del tumore e ad altri fattori, tra cui l'istologia (a cellule chiare oppure no), il coinvolgimento dei linfonodi e l'ECOG performance status.

I partecipanti sono stati divisi in tre bracci e assegnati alla terapia adiuvante con sorfenib, sunitinib oppure un placebo per un anno. Sorafenib è stato somministrato quotidianamente, mentre sunitinib è stato somministrato ogni giorno per 4 settimane in un ciclo di 6 settimane.

L'endpoint primario dello studio era la DFS e lo studio era progettato per trovare un miglioramento da 5,8 a 7,7 anni (HR 0,25). Tra gli endpoint secondari c'erano la sopravvivenza globale (OS) e gli effetti collaterali della somministrazione prolungata.

In occasione di un'analisi ad interim dei dati, il Data Safety Monitoring Committee ha raccomandato di comunicare i risultati, sebbene non fossero stati superati i limiti di non efficacia o inutilità.

I pazienti dei bracci sorafenib e sunitinib hanno fatto una mediana di 8 cicli di terapia (range 1-9), mentre i quelli del braccio placebo una mediana di 9 cicli (range 1-9), ha riferito la Haas.

I ricercatori hanno osservato risultati simili in tutte e tre i bracci di trattamento. La DFS a 5 anni è risultata, infatti, del 52,8% nel braccio sorafenib (HR 0,98; IC al 97,5% 0,81-1,19), 53,8% nel braccio sunitinib (HR 1,01; IC al 97,5% 0,83-1,23) e 55,8% nel braccio placebo, mentre l'OS a 5 anni è risultata, rispettivamente, dell'80,7% (HR 0,93; IC al 97,5% 0,69-1,23), 76,9% (HR 1,10; IC al 97,5% 0,83-1,45) e 78,7%.

I più comuni eventi avversi di grado  $\geq 3$  osservati durante lo studio sono stati l'ipertensione (con un'incidenza, rispettivamente, del 16% con sorafenib, 16% con sunitinib e 4% con placebo), la reazione mano-piede (rispettivamente 33%, 15% e 1%), il rash cutaneo (15%, 2% e 1%) e l'affaticamento (7%, 17% e 3%).

"E' importante sottolineare che gli inibitori delle tirosin chinasi non sono la chemioterapia. Si comportano in modo diverso e quindi non possono essere efficaci contro la malattia micrometastatica come lo è la chemioterapia in altri tumori solidi" ha affermato l'autrice.

La Haas e i colleghi stanno comunque eseguendo ulteriori analisi nella speranza di identificare uno o più sottogruppi di pazienti che possano beneficiare di questi farmaci.

Al di là di questo, altri studi (come lo studio ATLAS, in cui si sta valutando axitinib, e lo studio SORCE, su sorafenib) si stanno concentrando su questioni concernenti la durata del trattamento.

N.B. Haas, et al. Initial results from ASSURE (E2805): Adjuvant sorafenib or sunitinib for unfavorable renal carcinoma, an ECOG-ACRIN-led, NCTN phase III trial. 2015 Genitourinary Cancers Symposium; abstract 403.

[[chiudi questa finestra](#)]

## Ca alla prostata localmente avanzato, bicalutamide allunga la vita



13 marzo 2015

La bicalutamide può migliorare in modo significativo la sopravvivenza globale (OS) negli uomini con un cancro alla prostata localmente avanzato, non metastatico, ma non offre vantaggi aggiuntivi agli uomini con malattia localizzata. Lo dimostrano i risultati del follow-up a lungo termine dello studio Scandinavian Prostate Cancer Group 6, presentati di recente al Genitourinary Cancer Symposium, a Orlando.

Il momento ottimale di somministrazione della terapia endocrina per il tumore alla prostata non metastatico non è ancora stato stabilito con certezza e c'è bisogno di ulteriori dati forniti da studi randomizzati, spiegano gli autori, coordinati da Frederic Birkabaek Thomsen dell'Università di Copenhagen.

Per questo, Birkabaek Thomsen e i colleghi hanno eseguito uno studio randomizzato, controllato e in doppio cieco in cui hanno confrontato bicalutamide 150 mg once daily con un placebo, in aggiunta alla terapia standard, in 1218 pazienti affetti da un tumore alla prostata non metastatico e naïve alla terapia ormonale.

Complessivamente, 607 pazienti sono stati assegnati a bicalutamide e 611 al placebo. I due gruppi erano ben bilanciati per età media (70 anni in ciascun gruppo), livello mediano dell'antigene prostatico specifico (PSA, 13,8 e 12,6 ng/ml, rispettivamente), grado del tumore e stadio della malattia.

In ciascun braccio di trattamento, almeno il 89% dei pazienti era stato gestito con un'attesa vigile, circa il 12% era stato sottoposto alla prostatectomia radicale e il 4-6% aveva fatto la radioterapia a fasci esterni o la brachiterapia.

Dopo un follow-up mediano di 14,6 anni, 866 pazienti (il 71,1%) erano deceduti, di cui 428 (il 70,5%) nel braccio bicalutamide e 438 (il 71,7%) nel braccio placebo (P = 0,87).

Il gruppo con malattia localmente avanzata (cT3-4, qualsiasi N o qualsiasi cTcT, N+) trattato con bicalutamide in aggiunta alla terapia standard ha mostrato una sopravvivenza globale (OS) significativamente superiore rispetto al gruppo di controllo, con una riduzione del rischio relativo del 23% (hazard ratio. HR, 0,77; P = 0,01) e

una differenza di sopravvivenza di 1,8 anni.

Al contrario, negli uomini con malattia localizzata (cT1-2, N0/Nx) bicalutamide non ha mostrato di offrire alcun beneficio (HR 1,19, P = 0,056).

"Si è trovata una ripartizione equa della mortalità dovuta specificamente al tumore alla prostata nei pazienti con malattia localizzata e in quelli con malattia localmente avanzata. Tuttavia, nei pazienti con malattia localizzata si è osservato un aumento della mortalità dovuta ad altre cause nel gruppo trattato con bicalutamide. Al contrario, nei pazienti con malattia localmente avanzata si è osservato un leggero aumento della mortalità dovuta ad altre cause nel gruppo placebo" ha spiegato Thomsen.

L'analisi presentata ora al congresso poggia sui precedenti risultati dello studio. Nel 2006, i ricercatori avevano riferito che, dopo un follow-up mediano di 7,1 anni, nei pazienti con malattia localmente avanzata bicalutamide aveva migliorato significativamente sia la sopravvivenza libera da progressione (HR 0,47; P < 0,001) sia la sopravvivenza globale (HR 0,65, P = 0,001).

"Nella coorte nel suo insieme non si è trovata alcuna differenza tra i gruppi di trattamento in termini di sopravvivenza globale dopo 14,6 anni di follow-up. Ma quando i risultati sono stati stratificati in funzione dello stadio tumorale clinico, si è osservato un vantaggio significativo di sopravvivenza offerto da bicalutamide nei pazienti con malattia localmente avanzata.

Un'analisi in cui si è stratificata la sopravvivenza in base allo stadio del tumore e al livello basale del PSA ha suggerito che bicalutamide è risultata più efficace negli uomini con un tumore localmente avanzato e una malattia più estesa al basale, con un HR non significativo pari a 0,87 per i pazienti con un PSA basale di circa 10 ng/ml contro un HR pari a 0,76 (P = 0,015) per quelli con un PSA basale intorno a 30 ng/ml.

Thomsen ha osservato che, sebbene altri studi eseguiti negli Stati Uniti e in Europa non siano riusciti a dimostrare un beneficio di bicalutamide nei pazienti con un carcinoma prostatico localmente avanzato, i pazienti di altri studi erano stati trattati con bicalutamide come adiuvante alla prostatectomia radicale o alla radioterapia, mentre la maggior parte dei pazienti nello studio scandinavo erano stati gestiti con la sola osservazione. I partecipanti di quest'ultimo studio erano anche più giovani e tendevano ad avere una malattia più avanzata rispetto a quelli di altri trial, il che, ha aggiunto l'autore, potrebbe spiegare il beneficio osservato con bicalutamide

F.B. Thomsen, et al. Long-term survival update of the Scandinavian Prostate Cancer Group 6 study: Bicalutamide 150 mg daily versus placebo in hormone-naïve, non-metastatic prostate cancer. J Clin Oncol 33, 2015 (suppl 7; abstr 2).

[leggi](#)

[\[chiudi questa finestra\]](#)

## Leucemia linfatica acuta, identificati fattori legati alla sospensione di ibrutinib



14 marzo 2015

Combinando i risultati di quattro trial clinici sull'utilizzo di ibrutinib nei pazienti leucemia linfatica cronica, effettuati presso l'Ohio State University Comprehensive Cancer Center di Columbus, in Ohio, un team di ricercatori è riuscito a scoprire i fattori dei pazienti legati all'interruzione della terapia con ibrutinib per motivi diversi dalla progressione della malattia. Tra questi ci sono l'età avanzata e un numero elevato di trattamenti precedenti. Tra i fattori di rischio associati alla progressione della malattia durante il trattamento col farmaco gli autori hanno trovato, invece, anomalie nel gene BCL6 e un cariotipo complesso.

I risultati dello studio, coordinato da Kami J. Maddocks, sono stati pubblicati da poco su JAMA Oncology.

Ibrutinib è un inibitore della tirosin-chinasi di Bruton (BTK) approvato sia in Europa sia negli Usa per il trattamento dei pazienti con linfoma a cellule del mantello già trattati in precedenza e i pazienti con leucemia linfatica cronica portatori di una delezione del braccio corto del cromosoma 17 (del17p), una mutazione associata a una prognosi infausta..

Studi precedenti hanno dimostrato che in un piccolo gruppo di pazienti la resistenza a ibrutinib può essere legata a mutazioni nei geni BTK o PLCG2.

Tuttavia, le ragioni per cui alcuni pazienti interrompono la terapia con l'inibitore e gli outcome ottenuti dopo l'interruzione finora non erano stati ben studiati.

Per colmare questa lacuna, la Maddocks e gli altri autori hanno analizzato 308 pazienti affetti da leucemia linfatica cronica, di cui 237 trattati con ibrutinib in monoterapia in tre studi clinici e 71 trattati con ibrutinib in combinazione con ofatumumab. I pazienti erano per lo più ad alto rischio e avevano già fatto in precedenza una mediana di tre terapie.

Durante un follow-up mediano di 20 mesi, 31 pazienti hanno interrotto la terapia a causa della progressione della malattia e 232 sono rimasti in terapia. Tuttavia, 45 pazienti hanno interrotto la terapia per motivi diversi

dalla progressione della malattia, tra cui 28 a causa di un'infezione e 8 per colpa di un altro evento avverso. La Maddocks e i colleghi hanno visto che l'interruzione non legata a una ricaduta tendeva a verificarsi all'inizio del trattamento, entro 24 mesi.

L'età si è rivelato il solo fattore di rischio indipendente significativo di interruzione della terapia per un motivo diverso dalla progressione della malattia ( $P < 0,001$ ). Anche l'aver già fatto molte terapie in precedenza si è rivelato un fattore associato alla sospensione di ibrutinib non legata alla ricidiva, ma non statisticamente significativo ( $P = 0,054$ ).

I pazienti che hanno interrotto la terapia per un motivo diverso dalla ricaduta hanno avuto un outcome molto sfavorevole, con una sopravvivenza mediana di soli 8 giorni dopo la sospensione del farmaco. Tuttavia, 28 pazienti di questo gruppo avevano un'infezione e 16 di essi sono deceduti lo stesso giorno dell'interruzione di ibrutinib. Tra i 17 pazienti che hanno interrotto la terapia, ma non a causa di un'infezione, la sopravvivenza mediana è stata di 238 giorni e sette di questi soggetti erano ancora vivi al momento dell'ultimo follow-up.

Dei 31 pazienti che hanno interrotto la terapia a causa della progressione della malattia, 13 hanno mostrato una progressione della leucemia linfatica cronica e 18 una trasformazione di Richter, caratterizzata dalla trasformazione della leucemia linfatica cronica in un linfoma diffuso a grandi cellule B, più aggressivo. La sopravvivenza mediana è stata nel primo caso di 17,6 mesi e nel secondo di 3,5 mesi.

I fattori che aumentano il rischio di progressione della leucemia linfatica cronica o di trasformazione di Richter sono risultati un numero elevato di terapie precedenti ( $P = 0,03$ ), anomalie del gene BCL6 ( $P < 0,001$ ), anomalie del gene MYC ( $P = 0,01$ ), la presenza della delezione 17p ( $P = 0,03$ ) e un cariotipo complesso ( $P = 0,003$ ).

"Questi dati confermano che ibrutinib è un farmaco in grado di spostare il paradigma della terapia per la malattia recidivata. Nel nostro gruppo di pazienti ad alto rischio, l'incidenza cumulativa stimata di progressione della malattia a 18 mesi è stata solo dell'8,9%" spiegano gli autori nella discussione del lavoro.

Lo studio mostra anche che per la piccola quota di pazienti in cui la malattia ha progredito durante la terapia, la progressione è stata rapida. "Ciò indica la necessità di fare nuovi studi clinici per consentire periodi di washout più brevi per questi pazienti" scrivono la Maddocks e i colleghi.

Sulla base dei risultati ottenuti, gli autori consigliano, prima di interrompere la terapia con ibrutinib, di aspettare finché non è stato definito un piano terapeutico alternativo e, in pazienti selezionati, di continuare la terapia con l'inibitore in combinazione con farmaci mirati contro la trasformazione di Richter.

K.J. Maddocks, et al. Etiology of Ibrutinib Therapy Discontinuation and Outcomes in Patients With Chronic Lymphocytic Leukemia. JAMA 2015. doi:10.1001/jamaoncol.2014.218.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

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

## Dolori al ginocchio, il bisturi va usato solo in casi selezionati

*Spesso il dolore passa da solo ma è un'articolazione senza un'intrinseca stabilità e ciò la espone facilmente a disturbi delle sue numerose strutture*

**di Antonella Sparvoli**



Il dolore alle ginocchia prima o poi può capitare a tutti nella vita, ma non sempre c'è da preoccuparsi. «Quella del ginocchio è un'articolazione che non ha un'intrinseca stabilità e ciò la espone con più facilità a disturbi che possono riguardare una delle sue numerose strutture (menischi, legamenti, rotula, cartilagine) — spiega Roberto D'Anchise responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia del Ginocchio, Istituto Ortopedico Galeazzi Irccs di Milano —. Sollecitazioni anomale possono infiammare l'articolazione, ma non bisogna allarmarsi al primo dolorino. Spesso il fastidio così come arriva se ne va. Se però il dolore diventa troppo insidioso è meglio cercarne la causa».

### ***Quali sono le cause più comuni del dolore?***

«A parte i traumi, un motivo comune è l'artrosi, dovuta a usura della cartilagine che riveste l'articolazione, un processo che può essere accelerato dall'esito di traumi, compresi interventi al ginocchio, o da alterazioni congenite, come tibia vara o valga. Comuni sono anche le patologie degenerative dei menischi, specie dopo i 35 anni. Il dolore al ginocchio può derivare anche dalla rotula, che di norma scorre allineata in una sorta di "gronda" ossea: se l'allineamento viene meno, ad esempio per alterazioni ossee, tendinee o muscolari, la rotula si sposta verso l'esterno, causando dolore e, talora, cedimenti. Ci sono poi le borsiti prerotulee, legate a microtraumi ripetuti, come il frequente inginocchiamento su superfici dure. È tipica in alcuni lavoratori, per esempio, nei piastrellisti, ma anche negli sportivi che rischiano di cadere sul ginocchio».

### ***Cause meno frequenti, ma da non sottovalutare?***

«Senz'altro l'osteonecrosi nell'anziano, anche perché spesso si corre il rischio di confonderla con un danno meniscale per analogie nei sintomi. A confondere concorre il fatto che la risonanza magnetica non mostra nulla, se non, appunto, eventuali degenerazioni meniscali che potrebbero non essere le vere responsabili dei disturbi. Il danno osteonecrotico è visibile solo dopo un po' di tempo dalla comparsa del dolore. E così non di rado capita che i pazienti vengano sottoposti a un intervento sul menisco, per poi

scoprire che il vero problema era l'osteonecrosi: un buon motivo in più per non ricorrere al bisturi con troppa leggerezza in caso di lesioni al menisco. Una patologia che, invece, si può riscontrare nei giovani è l'osteochondrite dissecante che comporta una sofferenza più o meno estesa della cartilagine».

### ***Che cosa fare in caso di dolore al ginocchio?***

«Se non è un dolore passeggero, bisogna cercare di stabilirne i motivi con anamnesi, esame obiettivo (la «visita») ed esami strumentali, in genere radiografia e risonanza magnetica, a volte ecografia, raramente Tac.

### ***Le cure quali sono? Serve sempre il chirurgo?***

«Il trattamento è in genere conservativo. Sono utili antinfiammatori e fisioterapia. In caso di lesioni meniscali degenerative spesso c'è una finestra di guarigione spontanea e l'intervento chirurgico va preso in considerazione in casi selezionati, tenendo presente che a volte, soprattutto negli anziani, può peggiorare le cose. La protesi di ginocchio in presenza di un'artrosi importante è indicata solo quando il dolore limita la qualità di vita. Comunque, come regola generale, bisogna sempre cercare di personalizzare la terapia».

**UN'EMERGENZA PLANETARIA.** Dati e proiezioni dell'Organizzazione mondiale della sanità dipingono un quadro preoccupante e senza confini

# Ogni 4 secondi un cervello inizia a spegnersi

Una risposta medica a base di diagnosi precoci e trattamenti dei pazienti non ancora sintomatici

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità ogni 4 secondi in qualche parte del mondo si manifesta un nuovo caso di demenza; ogni anno 7 milioni e 700 mila in più. Ma non basta. Per il **Ministero della Salute**, nel 2020 48 milioni di persone, 15 in Europa, soffriranno di demenza e un documento dell'Asl di Brescia evidenzia che, nella nostra provincia, i casi accertati sono 15 mila, con una prevalenza del 19,4 per cento negli ultraottantacinquenni.

Sono alcuni dei dati rivelati da Renzo Polotti, direttore sanitario della Rsa Anni Azzurri di Rezzato, nel convegno «Demenza e anziano demente - Progressi clinici e criticità quotidiane», tenutosi qualche tempo fa a Villa Fenaroli. Nella giornata di studio organizzata dalla Sigot (Società italiana di geriatria, ospedale e territorio) Maria Cristina Manca, presidente lombardo del sodalizio, ha spiegato che se il «Libro bianco» sulla sanità regionale «ha spostato il focus dal "curare al prendersi cura" e sulla continuità ospedale-territorio mettendo in campo la valutazione multidimensionale del bisogno», questa dovrà essere effettuata da «équipe formate e a cui le varie figure professionali dovranno partecipare con pari dignità».

Per Orazio Zanetti, direttore dell'Unità operativa Alzheimer dell'Irccs Fatebenefratelli di Brescia, negli studi sulla demenza «sta avvenendo quello

che è già successo in oncologia e in cardiologia: la diagnosi della malattia prima che si manifestino i sintomi». Fino a qualche anno fa «la si affrontava quando era ormai conclamata, mentre oggi sappiamo che i suoi esordi risalgono a moltissimi anni prima». La scommessa della ricerca di oggi è perciò quella di identificare con certezza i fattori favorevoli e i primissimi esordi, per intervenire il più precocemente possibile anche con l'uso di farmaci somministrati a persone apparentemente sane.

**NEI PAESI** occidentali negli ultimi anni si è assistito a un drastico cambio di paradigma, ha sottolineato Maurizio Memo, prorettore alla ricerca dell'Università di Brescia e docente di Farmacologia nell'ateneo bresciano, perché «noi siamo cresciuti in una cultura che ha sempre tracciato una linea di demarcazione fra l'essere sano e l'essere malato». Così abbiamo imparato che le medicine servono «per curare le malattie, mentre ora diamo i farmaci anche alle persone sane semplicemente perché non trattiamo più solo le malattie, ma anche i fattori di rischio».

E se la ricerca farmaceutica prosegue non possiamo nasconderci, ha detto ancora Memo, che «fino a che non ci saranno regole certe per tutto il mondo, l'industria farmaceutica non avrà alcun interesse a investire in un settore nebuloso dal punto di vista normativo». Le previsioni dicono, infatti, che nell'Est del pianeta entro il 2050 saranno 65 milioni le persone affette da demenza e, si sa, laggiù copiare una molecola efficace è come bere un bicchiere d'acqua. ● **L.BER.**



La sede dell'Irccs San Giovanni di Dio dei Fatebenefratelli di Brescia



Ultimo colpo di coda dell'inverno, poi da venerdì entra la stagione calda

# Primavera Scatta la dieta

## Si avvicina rapidamente la prova costume Ecco come cambia la nostra alimentazione

### Tradizione

**Verdure in grande quantità  
tanta acqua e pochi carboidrati**

di **Fabiana Pellegrino**

**T**empo di primavera, tempo di restyling. Con la bella stagione arriva il momento di fare i conti con se stessi e con quanto il calorico inverno ha lasciato sul nostro corpo. Quella maniglia che non ricordavamo di avere e quel rotolino che ci ha tanto protetto dal freddo devono sparire prima della prova costume. «Con l'arrivo della primavera, per chi volesse sgonfiarsi un po' e perdere qualche chilo consiglio un piano alimentare da seguire per un periodo limitato di una settimana o dieci giorni. Una restrizione calorica senza malnutrizione. L'ideale, come definisco il mio schema alimentare, è il triangolo della salute con frutta verdura e proteine sia animali che vegetali protagonisti».

Parola di Marc Messegùè, maestro della fitoterapia e dell'erboristica, vere e proprie tradizioni di famiglia. Secondo l'esperto ecco come potrebbe essere strutturata una giornata tipo pre-primavera: a colazione un po' di pane integrale o fette biscottate bio con un po' di miele o marmellata, un the o caffè, per pranzo e cena una porzione di verdura di stagione con una porzione di proteine (carne, pesce o proteine vegetali, come break un frutto. Una raccomandazione necessaria è di usare solo olio di oliva solo a crudo, sale in minime dosi, usare zucchero di canna o stevia, evitare super alcolici, prediligere cotture al vapore, alla griglia o al forno.

Importante anche bere almeno un litro e mezzo di acqua al giorno per depurarsi, consigliato anche limitare il sale e prediligere spezie per condire. Per chi volesse un decotto detox fai da te può far bollire

### Innovazione

**Acqua calda e limone  
al mattino nelle diete dei vip**

in un litro e mezzo di acqua 10 pizzichi di alborno di tiglio, 10 di ciliegio, 10 di dente di leone e 10 di finocchio.

Da anni Marc Messegùè è impegnato nella sensibilizzazione all'importanza dell'alimentazione per migliorare la qualità della vita ristabilendo il naturale e armonico equilibrio psico-fisico, come l'ideazione della rivoluzionaria dieta One Day Light che permette di ritrovare la forma naturale grazie a un solo giorno di dieta alla settimana. «L'obiettivo di una giornata light alla settimana è quello di perdere peso senza rinunciare alla vita sociale e al gusto in genere. Per 6 giorni si mangia in maniera normale, naturalmente evitando gli eccessi, e un solo giorno ci si attiene ad un regime dietetico magro. La mia giornata light prevede pesce di preferenza o carne o proteine vegetali con verdure, togliendo sale e un cucchiaino di olio di oliva a crudo a pranzo e a cena. Carboidrati solo a colazione, sforzandosi di bere acqua oligominerale in abbondanza. Un solo giorno di dieta a settimana, in pratica, il contrario di ciò che accade in una dieta classica in cui un solo giorno a settimana è libero».

In vista del caldo e del sole, poi, è preferibile prediligere sempre la frutta e la verdure di stagione, alimenti che garantiscano una buona idratazione in quanto ricchi di acqua e un giusto apporto di vitamine sali minerali che aiutano a ottenere risultati migliori e un'abbronzatura persistente. Quindi, ottimi i cibi gialli, rossi arancioni ed anche verdi: carote, radicchio, albicocche, melone, cicoria, lattuga, peperoni, pomodori, pesche e cocomero.



Fragole lamponi e kiwi combattono l'invecchiamento. Ma soprattutto bere, moltissima acqua e poi anche centrifughe e spremute.

Per chi volesse invece imitare vip del calibro di Demi Moore, Jennifer Aniston, Charlize Theron e Madonna, basta rivolgersi (si fa per dire) alla nutrizionista delle star Gillian McKeith ha messo a punto un regime alimentare per restare magre per sempre. Anche in questo caso non si tratta di una vera e propria dieta, ma di un programma per instaurare un nuovo e corretto rapporto con il cibo, a partire dalla presa di coscienza degli errori che si commettono a tavola. La giornata comincia con acqua calda e limone e si conclude con una porzione di verdure crude.

Questo è, insomma, un regime detox che punta a eliminare grassi e alimenti raffinati, così da sgonfiare il giro vita e acquisire una sensazione di benessere generale. Il tutto senza contare le calorie o ossessionarsi con la bilancia. Tra gli alimenti preferiti ci sono i germi di grano, tè e tisane. Qualunque dieta si scelga, è bene ricordare che, secondo un'indagine statunitense a influenzarci di più, come in altri ambiti della vita, sono il passaparola e i risultati degli amici. Anche virtuali. Se la dieta ha funzionato con qualcuno di particolarmente vicino, perfino se ci è prossimo solo sui social network, allora non potrà che funzionare anche per noi. Oppure no?