

CORRIERE DELLA SERA

stampa | chiudi

MI SPIEGHI DOTTORE

Ci sono rimedi per la sindrome premestruale?

Rilassamento, calcio e vitamine per i disturbi prima del ciclo. I sintomi variano da paziente a paziente, ma gonfiore e dolore addominale sono presenti nel 90 per cento dei casi

MILANO - Ogni mese milioni di donne avvertono l'arrivo delle mestruazioni con uno stato di malessere che, nel 20-30% dei casi, si connota con quella che viene definita sindrome premestruale, condizione caratterizzata da una grande varietà di sintomi psicologici e fisici. «Alcuni fattori di rischio, sia genetici sia ambientali, sembrerebbero creare un terreno fertile per lo sviluppo della sindrome, che risulta associata alle alterazioni degli ormoni steroidei prodotti dalle ovaie durante la seconda fase del ciclo mestruale - spiega il professor Nicola Surico, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia e direttore della Clinica ginecologica e ostetrica presso l'A. O. Universitaria Maggiore della Carità di Novara -. I fattori coinvolti sarebbero comunque molti. Per esempio, studi recenti hanno evidenziato che chi ne soffre ha un livello basso di magnesio intracellulare nel corso del ciclo».

Quali sono i sintomi più caratteristici?

«Sono diversi da paziente a paziente: possono essere comportamentali/psicologici, come depressione del tono dell'umore, irritabilità, ansia, attacchi d'ira, aumento della fame, difficoltà a concentrarsi, e disturbi fisici come gonfiore e dolore addominale (90% dei casi), tensione e dolore al seno, mal di testa, stanchezza, capogiri, aumento di peso e dolori articolari. Questi sintomi si differenziano dai frequenti fastidi che tutte le donne, normalmente e fisiologicamente, accusano in occasione delle mestruazioni per l'intensità e la ciclicità con cui si presentano, con assenza totale di disturbi nella prima parte del ciclo, l'insorgenza tipica nei 4-5 giorni precedenti la mestruazione e la risoluzione 2-3 giorni dopo l'inizio del flusso mestruale».

Ci sono precisi criteri per la diagnosi?

«Non esistono esami specifici. Occorre appurare che i sintomi caratteristici compaiano per almeno tre cicli consecutivi. I sintomi possono insorgere in qualunque momento della vita della donna dopo la prima mestruazione e, se non trattati, possono persistere per tutta l'età fertile».

Che cosa si può fare?

«Si possono seguire diverse strategie, scegliendo la più adatta al singolo caso, in base all'impatto della sindrome sulla qualità di vita. Per ottenere la remissione dei sintomi nelle forme importanti si può intervenire mettendo a riposo l'attività ovarica. I farmaci migliori in questo senso sono gli agonisti del GnRH e il danazolo che, però, possono comportare l'insorgenza di effetti collaterali simil-menopausali. Il metodo più semplice per bloccare l'ovulazione è l'utilizzo della pillola estroprogestinica. Nei casi più gravi si può ricorrere anche a farmaci antidepressivi. Studi preliminari suggeriscono l'utilità di alcune terapie complementari a base di vitamine o di calcio e magnesio nonché l'utilità di esercizio fisico e tecniche di rilassamento».

Antonella Sparvoli

La neoplasia costringe le cellule normali che la circondano a "lavorare" per lei. Così si assicura nuovi vasi per nutrirsi, induce il sistema

immunitario a non attaccarla e, al contrario, ad aiutarne la diffusione

Le ultime novità dal recente congresso internazionale di Washington

Tumori

Battere i "complici" Le nuove strategie per trovare farmaci

ADRIANA ALBINI*
WASHINGTON

Q

uando, nel preciso programma genetico di una cellula qualcosa va storto e si verifica una crescita abnorme della massa tissutale e la sua diffusione disordinata, si ha una neoplasia. Fino a pochi anni fa, la terapia "convenzionale" del cancro si è basata su farmaci con azione citotossica diretta alla distruzione delle cellule trasformate. Queste molecole, pur mostrando efficacia indiscussa, che ha allungato e allunga vite, hanno dimostrato di non essere prive di effetti collaterali, e lasciano talvolta spazio a possibili insorgenze di recidive e di resistenze della malattia. Le terapie mirate dirette alle cellule neoplastiche associate alle terapie convenzionali combinate hanno portato a netti miglioramenti.

La difficoltà di cura di alcuni tumori, soprattutto negli stadi avanzati della malattia, nonostante gli spettacolari progressi della genetica molecolare e delle terapie a "target" (bersaglio), ha portato a ideare scenari e approcci terapeutici alternativi ed innovativi che, da soli o affiancati a cure tradizionali, portino ad un ampliamento delle possibilità terapeutiche e del numero di pazienti oncologici guariti. Tra queste nuove strate-

gie, negli ultimi anni si è visto un sempre maggior interesse alla valutazione più attenta dell'area tumorale nel suo complesso, che non è composta solo da cellule cancerose, ma da un'ampia quantità di altre popolazioni. Si potrebbe vedere il tumore come un "condominio occupato" da individui diversi, provenienti dai distretti tra i più disparati del nostro organismo e associatisi furtivamente in modo da favorire lo stabilizzarsi del loro "amministratore condominiale", appunto il tumore.

Questo condominio ribelle si definisce "microambiente" ed è diventato oggetto delle ricerche più avanzate e competitive della comunità scientifica internazionale.

Si è svolto in questi giorni a Washington DC, capitale degli Stati Uniti, il convegno dell'AACR (American Association for Cancer Research).

Al convegno hanno partecipato oltre diciottomila ricercatori da tutto il mondo. Il convegno ha attestato, con numerosi simposi e sezioni dedicate, che uno degli approcci più innovativi è quello di "aggirare" il tu-

more: invece di aggredire la cellula tumorale direttamente, puntare ad una strategia che moduli in maniera più specifica e selettiva le cellule dell'ospite, "infiltrate" nel microambiente tumorale. Sono cellule che sarebbero, in linea di principio, nostre alleate, ma invece spesso costituiscono un'"associazione a delinquere" col cancro. I tumori infatti, oltre alle cellule maligne iperproliferanti, contengono una componente costituita da elementi di tessuto sano, come lo stroma, le cellule endoteliali, i vasi capillari e l'infiltrato infiammatorio, i maggiori componenti del microambiente tumorale.

L'angiogenesi, la crescita di nuovi vasi sanguigni nel tumore è un processo indispensabile sia alla crescita che alla diffusione metastatica delle neoplasie: in assenza di vascolarizzazione un tumore non può espandersi oltre pochi millimetri di diametro a causa del mancato o scarso apporto di ossigeno e nutrienti. L'uso di anticorpi in grado di controllare l'angiogenesi si è rivelato, in recenti studi clinici, efficace e si può migliorare con l'introduzione di nuove piccole molecole più tecnologiche.

L'infiammazione altresì gioca un ruolo chiave nella promozione della crescita tumorale. In teoria i linfociti devono contribuire alla regressione del tumore attraverso l'immunità specifica. La presenza in "condominio tumorale" di numerose cellule dell'immunità innata, iperstimolate e divenute infiammatorie e pro-an-

giogeniche indebolisce la componente di immunità "adattiva" che non è più in grado di uccidere il tumore.

L'approccio scientifico di mirare al microambiente tumorale può avvenire tramite somministrazione di molecole in grado di inibire l'angiogenesi tumorale, per bloccare le vie di nutrimento e metastasi del tumore, di stimolare il sistema immune e riorientare la risposta immune da una pro-tumorale ad una contro il tumore.

A testimonianza dell'interesse in questo nuovo filone di ricerca, la sessione congressuale in apertura del convegno

AACR, nella giornata dell'education, intitolata "Il ruolo centrale del Microambiente nell'iniziazione e progressione dei tumori e risposta alla chemioterapia" ha richiesto l'intervento della sicurezza per contenere la folla che continuava a spingere per entrare ad aula piena.

Questi gli speaker al congresso: Mina J. Bissell, Lawrence Berkeley National Laboratory, Berkeley, CA (che ha vinto due anni fa il premio italiano Pezcoller), Frances R. Balkwill, Barts Cancer Institute, London, Shahin Rafii, Cornell University Medical College, e Larry Norton, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY.

**Direttore Infrastruttura Ricerca-Statistica
IRCCS Arcispedale
S. Maria Nuova, Reggio Emilia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Quelle false "alleate"
del nostro organismo
che diventano invece
una vera e propria
"associazione a delinquere"**

LE TERAPIE

LA PROSTATA AUTOSTIMOLA LA CRESCITA MA ORA UNA MOLECOLA PUÒ FERMARLA



Mary Ellen Taplin
(Harvard):
presentò studi
sul farmaco
all'Asco 2012

Il carcinoma alla prostata riesce a riprendere la sua crescita, nonostante le cure, perché stimola la produzione delle minime quantità di testosterone sufficienti a sostenerlo. Proprio per questo i farmaci ad azione antiormonale, dopo un po' di anni, diventano inefficaci. Ma la scoperta del meccanismo con cui il tumore autoproduce il testosterone ha portato la Janssen a mettere a punto un farmaco, l'abiraterone acetato, che si è dimostrato capace di prolungare la vita di questi pazienti in fase metastatica, nonché di migliorarne la qualità di vita. Capostipite di una nuova classe di farmaci, l'abiraterone, disponibile in Italia da questo mese, ha dimostrato nelle sperimentazioni cliniche di ridurre, rispetto ai pazienti in trattamento tradizionale, di più del 25% il rischio di morte e di aumentare la sopravvivenza del 40%: 15,8 mesi contro 11,2 mesi.

COS'È UN TUMORE

Una massa anormale di tessuto che cresce in eccesso ed in modo sordinato rispetto ai tessuti normali, e che persiste in questo stato dopo la cessazione degli stimoli che hanno indotto il processo.

Definizione coniata dall'oncologo R.A. Wills, accettata a livello internazionale

IL MICRO-AMBIENTE TUMORALE

Il tumore non è composto solo da cellule cancerose ma da un'ampia varietà di cellule normali costrette ad aiutare la crescita.

PERICITI

Cellule che in condizioni normali formano e danno elasticità al vaso. Nel tumore diminuiscono e cambiano proprietà.

VASI SANGUIGNI

Capillari indotti dal tumore che apportano sostanze nutritive e fattori che favoriscono la crescita del tumore.

Cellule epiteliali sane

CELLULE ENDOTELIALI

Sono mobilitate dal tumore per formare nuovi capillari in modo da ricevere il nutrimento necessario.

Endoteli

Globuli rossi

LINFOCITI T

I protagonisti dell'immunità adattiva hanno una funzione regolatrice del sistema immunitario che nel tumore è malfunzionante a seguito dell'infiammazione.

COME SI SVILUPPA IL CANCRO

Cellule normali

Cellule anormali

Le cellule anormali si moltiplicano

Poi si espandono ad altre parti del corpo

Vaso linfatico

Vaso sanguigno

NEUTROFILI

Prima linea di difesa in caso di ferite, diventano infiammatori nel cancro, reclutano altre cellule del sistema immunitario mediante il rilascio di fattori solubili.

MIOFIBROBLASTI

Cellule mesenchimali che secernono elevati livelli di molecole che stimolano la crescita tumorale e la produzione di vasi.

FIBROBLASTI

Producono tessuto connettivo e fibre di sostegno al tumore su stimolo del tumore stesso.

NATURAL KILLER

Cellule immunitarie che uccidono le cellule cancerose. Ma il tumore spesso le inattiva e, a volte, addirittura le costringe a svolgere un ruolo pro-tumore.

MACROFAGI

Producono fattori che stimolano la crescita di nuovi vasi, molecole (chemochine e citochine) che favoriscono l'infiammazione e la crescita del tumore. Sono cellule che invece dovrebbero combattere il tumore.

MASTOCITI

Modulano la risposta immunitaria nel microambiente tumorale, influenzano l'attività delle altre cellule del sistema immunitario rilasciando mediatori solubili.

Per saperne di più

Lo studio

TESTICOLI, RISCHI PER I MAGRI E ALTI

I tumori del testicolo (TC) rappresentano l'1-2% di tutti i tumori maschili. In Italia si registrano 500-600 nuovi casi all'anno (picco 15-35 anni). La causa è poco conosciuta, anche se sono stati individuati vari fattori predisponenti. Negli ultimi anni ha ricevuto una grande attenzione il peso corporeo ed il cosiddetto indice di massa corporea (BMI), rapporto tra peso e l'altezza. Al Laboratorio di Semiologia e della Banca del Seme del Dipartimento di medicina sperimentale dell'università di Roma "La Sapienza" abbiamo studiato il peso, l'altezza ed il BMI di un gruppo di 321 pazienti affetti da tumore al testicolo e 465 sani. I nostri risultati preliminari indicano che il tumore è più frequente nei soggetti magri con statura più alta. Visto che l'altezza dell'adulto è determinata prevalentemente da nutrizione nell'infanzia e fattori ormonali in pubertà, si può ipotizzare che tali fattori possano essere implicati anche nel rischio tumore. Questa ipotesi è supportata dalle osservazioni epidemiologiche che dimostrano un costante incremento dell'incidenza dei tumori testicolari, con un'unica fase di rallentamento riferita agli uomini nati durante la seconda guerra mondiale o subito dopo, in un periodo di alimentazione carente. Il cibo può rivestire un ruolo importante in quanto potrebbe portare ad una maggiore esposizione a sostanze chimiche ad azione simil-ormonale in grado di interferire con il corretto funzionamento del sistema endocrino (ormoni sessuali e tiroide). Sarà fondamentale incrementare le nostre conoscenze su queste sostanze, dette interferenti endocrini. Una risoluzione all'Europarlamento a Strasburgo ha da poco chiesto una nuova legislazione europea che riduca drasticamente l'esposizione agli interferenti endocrini per tutelare soprattutto la salute dei soggetti più vulnerabili (andrea lenzi, la sapienza, roma)

La petizione

BABY-COSMETICI E FENOSSITANOLO

Su www.change.org, piattaforma di petizioni online, appello alle aziende di prodotti per neonati contro l'uso del fenossietanolo (in creme e salviette), un "disturbatore endocrino" segnalato dall'Agenzia francese

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le sperimentazioni

Dai macrofagi ai linfociti alle "natural killer"

La prima lista degli "infiltrati" da colpire

M

entre è comune l'osservazione della presenza di un infiltrato infiammatorio in numerosi tipi di tumori, sono stati finora condotti solo pochi studi approfonditi per caratterizzare e quantificare l'infiltrato presente nelle sezioni tumorali. Recenti studi ne hanno "stanati diversi": macrofagi, neutrofili, cellule natural killer, mastociti, cellule dendritiche, linfociti T e B, sono immersi in uno stroma "maligno" e un coacervo di fattori solubili associati ad angiogenesi ed infiammazione. Inoltre i fibroblasti e fibroblasti associati al cancro

Così un vecchio medicinale ha raddoppiato la sua efficacia

Un successo recente viene da uno studio clinico che ha utilizzato un'associazione di gemcitabina con nab-paclitaxel e ha portato a un aumento del 59% nella sopravvivenza a un anno e raddoppiato a due anni del tumore del pancreas. Il paclitaxel racchiuso in un guscio di albumina lo rende compatibile con l'albumina del sangue, ne permette la circolazione e penetrazione nel tessuto per poter raggiungere le cellule tumorali in concentrazione maggiore, aggirando lo stroma tumorale.

(a. alb.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cure

Decalogo del board scientifico primari Cipomo

Meno Tac e Rmn prescrivere di più i senza brevetto

GIUSEPPE DEL BELLO

N on linee guida e neanche percorsi obbligati. I 10 comportamenti saggi concepiti da *Green oncology* (board scientifico del Collegio oncologi ospedalieri, Cipomo), rappresentano piuttosto un decalogo, consigli all'insegna di risparmio e appropriatezza di cura. Si parte dai pazienti affetti da tumori solidi con Ps (performance status) compromesso: dovrebbero essere affidati alle cure palliative. Il secondo consiglio riguarda la terza linea di trattamento da effettuarsi preferibilmente attraverso la monochimioterapia. Altrettanto importante: menotecnici di imaging negli anziani. È un esame costoso, tossico e non confermata espressione di maggiore sopravvivenza. Poi, i biosimilari: raccomandati come farmaci equivalenti per efficacia e tossicità. In tema, rivolgersi meno alle prescrizioni off-label e attenersi alle norme regolatorie per gli antitumorali. Ancora, istituire un multidisciplinarity-team che condivida le scelte. Evitare i marker tumorali per prevenzione o stadiazione: possono avere, talvolta, un ruolo nel follow-up secondo le linee guida. E infine: offrire la disponibilità assistenziale (ambulatorio, Day hospital, hospice) e proporre follow-up agli operati con buona prognosi.

Aumentare l'offerta di hospice e day hospital

za. Poi, i biosimilari: raccomandati come farmaci equivalenti per efficacia e tossicità. In tema, rivolgersi meno alle prescrizioni off-label e attenersi alle norme regolatorie per gli antitumorali. Ancora, istituire un multidisciplinarity-team che condivida le scelte. Evitare i marker tumorali per prevenzione o stadiazione: possono avere, talvolta, un ruolo nel follow-up secondo le linee guida. E infine: offrire la disponibilità assistenziale (ambulatorio, Day hospital, hospice) e proporre follow-up agli operati con buona prognosi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE

Meningite

Domani la giornata mondiale sull'infezione che colpisce ogni anno mille italiani, per lo più bambini. **Un numero verde per chiarire ogni dubbio** su sintomi e trattamenti

Più prevenzione con i nuovi vaccini

TINA SIMONELLO

A

ll'inizio si può confondere con la comune influenza, ma la meningite — l'infiammazione delle membrane che avvolgono cervello e midollo spinale che complessivamente colpisce in Italia fino a 800-1000 persone l'anno, soprattutto bambini — se non viene riconosciuta e trattata tempestivamente può avere conseguenze fatali: è letale nel 3-20 per cento dei casi e il 15-20 per cento dei casi che sopravvive riporta invalidità gravi: dal deficit psicomotorio, alla sordità, all'amputazione degli arti.

Per il World Meningitis Day del 24 aprile il Comitato nazionale contro la meningite, patrocinato dalle maggiori società scientifiche pediatriche italiane, ha lanciato la campagna "Contro la meningite P. U. O. I. fare la differenza!" (P. U. O. I. sta per Previene con i vaccini, Unisciti al Comitato nazionale e segnala disfunzioni informative sul territorio, Osserva i segni della malattia, Informati sui rischi) e ha istituito un numero verde: telefonando al 800587379 fino a domani, 24 aprile, dalle 10 alle 18, pediatri e igienisti chiariranno ogni dubbio sui sintomi (febbre alta, mal di testa, rigidità, vomito, convulsioni...), sulle complicanze della meningite, e sui vaccini a disposizione per prevenire le diverse forme di malattia.

La meningite batterica (esistono anche meningiti virali ma sono meno gravi e meno violente) è provocata da tre mi-

croorganismi: l'emofilo B dell'influenza o HiB, che da quando è stata introdotta la vaccinazione e raggiunta una copertura vaccinale maggiore del 90 per cento è responsabile di rarissimi casi, il pneumococco e il meningococco.

Oltre all'anti HiB nell'attuale calendario vaccinale è previsto l'antipneumococco 13valente, contro i 13 sierotipi più comuni del batterio, e l'antimeningococco C. Non è in calendario, ma da qualche anno è sul mercato, in copayment in alcune regioni, l'antimeningococco contro A, C, Y, W135, quattro dei cinque sierotipi più comuni; il quinto sierotipo, che non è nella tetravalente, è il B che con il C è il più frequente in Italia e in Europa.

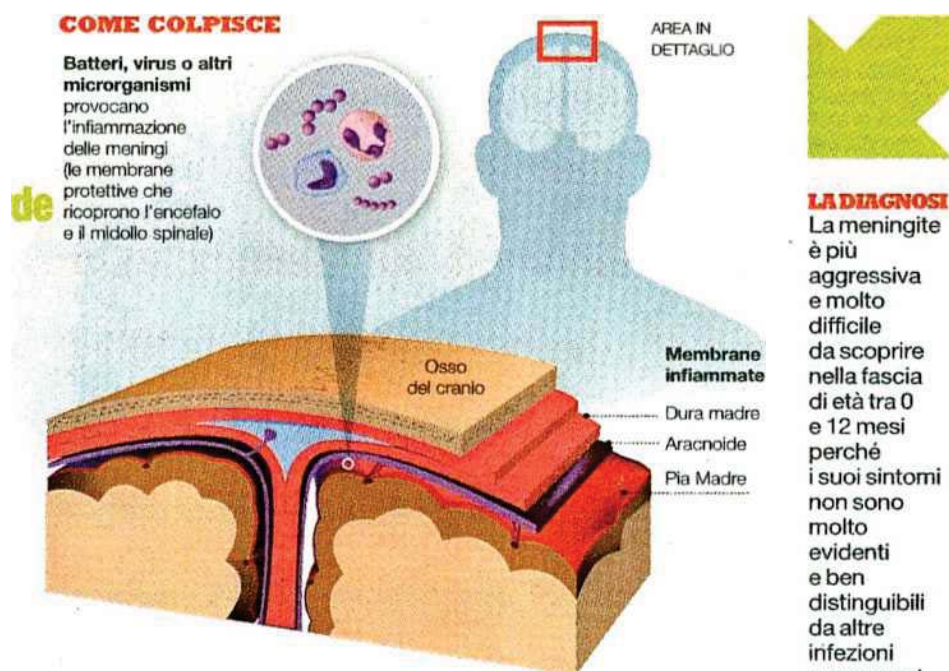
«Abbiamo un vaccino contro il meningococco B, destinato ai lattanti e non ancora in commercio, ma è già approvato dall'Ema e a breve anche dall'Aifa — dice Gianni Bona, responsabile del Dipartimento madre e bambino dell'azienda universitaria Maggiore di Novara e vicepresidente della Società italiana di pediatria preventiva e sociale — Il meningococco B è responsabile della metà di tutte le meningiti meningococciche e colpisce soprattutto sotto i 2 anni». Consigli per i genitori? «Vaccinare per prevenire e imparare a riconoscere i sintomi della malattia visto che non per tutte le forme abbiamo un vaccino: attenzione alle febbri che salgono repentinamente (da 37 a 40) e ai segni di sofferenza. In caso di dubbio recarsi al pronto soccorso. Se è meningite il bambino deve essere immediatamente trattato in terapia

intensiva».

«Finalmente — conclude Michele Conversano, presidente della Società italiana di Igiene, Sanità pubblica e medicina preventiva — abbiamo la possibilità di ridurre in modo consistente l'impatto della malattia meningococcica nella popolazione infantile attraverso la vaccinazione, unico strumento in grado di proteggere da questa terribile infezione e di salvare molte giovani vite».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





L'osteoporosi

L'aumento
delle fratture
fa allarmare
tutta Europa

SALMI

SALUTE**Osteoporosi**

Congresso internazionale a Roma: **indagine**
nei paesi Ue denuncia scarsa prevenzione,
difficile accesso a cure e a diagnosi precoci

Boom di fratture attenti ai "fragili"

**Femore, le rotture
saliranno dai 3,5
milioni del 2010
ai 4,5 milioni
in 15 anni (2025)**

MARIAPAOLA SALMI

L'Europa si confronta per la prima volta sull'osteoporosi, che nel 2010 è costata ai 27 paesi Ue 38 miliardi di euro, circa il 3% della spesa sanitaria europea. La cifra salirà del 25% nel prossimo decennio, secondo il rapporto europeo presentato a Roma nei giorni scorsi al congresso dell'International Osteoporosis Foundation (Iof) ed Esceo, la società europea sui aspetti clinici ed economici della patologia.

Carenza di apparecchi diagnostici, difficoltà nell'accesso a diagnosi e trattamenti, mancanza di registri nazionali — attivissimo in 11 paesi e limitato a fratture di femore e ritardo del relativo intervento chirurgico che in Italia è da due giorni in su — sono alcune delle criticità rilevate in Europa. Il risultato è che i paesi a maggior rischio di frattura e incidenza di osteoporosi quasi mai orientano investimenti per ridurre e trattare la fragi-

lità ossea e sue complicanze.

«È allarmante che i sistemi sanitari siano così impreparati a fronteggiare il grande aumento di fratture da osteoporosi», dice John Kanis, Centro Oms per le malattie metaboliche dell'osso dell'Università di Sheffield. Sono 28 milioni le europee con osteoporosi, 80% donne; i costi in termini di perdita di qualità di vita ammontano a 57,2 miliardi di euro, il numero di nuove fratture connesse passerà dai 3,5 milioni del 2010 ai 4,5 milioni del 2025; il rimborso pieno dei **farmaci** c'è solo in 7 paesi, 12 quelli con linee guida nazionali.

«Con l'indagine, per la prima volta l'Europa pone attenzione all'impatto di questa patologia e alla sua mancanza di prevenzione, come dimostrano i dati di spesa — afferma Maria Luisa Brandi, docente di endocrinologia e malattie metaboliche all'università di Firenze e presidente di Società italiana dell'osteoporosi — Su un costo di oltre 7 miliardi di euro solo il 2% va in prevenzione nel nostro paese. Urge un modello di identificazione semplificato dei soggetti ad alto rischio, un rete di prevenzione e un maggior accesso ai trattamenti, promuovendo l'uso dei generici».

Sul fronte artrosi si comincia a conoscere meglio alcuni determinanti di rischio che predispongono

no alla malattia, in particolare, i meccanismi genetici delle forme ereditarie. Quanto ai **farmaci**, vecchie molecole ma non ancora registrate per la nuova indicazione, hanno dimostrato la capacità di disinfiammare l'osso e rallentare il processo artrosico.

Le maggiori novità riguardano proprio l'osteoporosi. Cambia la valutazione del rischio, non più legata alla sola Moc ma stima "integrata" che tenga conto di più parametri. «L'Aifa prende atto che occorre semplificare la stima del rischio per migliorare l'accesso ai **farmaci** e snellire i rimborsi — spiega Silvano Adami, ordinario di reumatologia all'università di Verona — In arrivo due **farmaci**: odanacatib, blocca le cellule che distruggono le ossa, osteoclasti, ma non i meccanismi di ricostruzione; un anti-sclerosina che inibisce questa proteina responsabile della distruzione ossea in caso di mancanza di carico sullo schele-



tro». E riguardo l'allarme dei giorni scorsi sugli effetti collaterali dello stronzio ranelato, Brandi precisa: «L'esperienza del medico è fondamentale nel valutare il rischio individuale del paziente. Questo farmaco non va prescritto ai pazienti a rischio tromboembolico o con problemi cardiovascolari, né in caso di immobilità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RICERCA

LE CASALINGHE PIÙ A RISCHIO PER I DETERSIVI

È alto il tributo del sesso femminile all'osteoporosi, si accompagna spesso ad artrosi e artriti. Uno studio americano di 5 anni del National Institute of Environmental Health Science mette in guardia le donne, specie quelle che dedicano molto tempo ai lavori domestici o alle attività culinarie, da alcune sostanze contenute nelle plastiche, nei detersivi e nei contenitori di uso comune come pentole, padelle, tegami. «Le sostanze incriminate sono il perfluorosulfonato e il perfluorooftanato - spiega Guido Valesini, ordinario di reumatologia della Sapienza di Roma - Dallo studio sarebbe evidente un rapporto diretto tra artrosi e uso di questi inquinanti ambientali, il rischio di ammalarsi è di una volta e mezza per il perfluorosulfonato e quasi doppia per il perfluorooftanato. Le donne, più a rischio di malattie reumatiche e osteoporosi per motivi ormonali, tendono ad ammalarsi maggiormente con il contatto di questi agenti chimici». Per questo la donna deve essere controllata e sorvegliata, specialmente se prende cortisone. Fortunatamente le terapie più recenti, quali i farmaci biologici, hanno un'efficacia maggiore e sono in grado di prevenire sia le forme reumatiche che l'osteoporosi.

(mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PRINCIPALI BERSAGLI

Polso

Questa frattura è molto frequente; si verifica in seguito ad una caduta sul polso flessa

Omero

Le fratture dell'omero sono più comunemente causate dalla caduta su di un braccio proteso

RADIO

Nelle cadute sul polso flessa, il radio può collassare su sé stesso e rompersi

VERTEBRE

Le più colpite sono nel tratto dorsale e lombare della colonna

FEMORE

La frattura si localizza tipicamente all'estremità superiore (testa o collo del femore)

NUMERO DI FRATTURE

In Italia tra 2000 e 2010

Femore	839mila
Vertebre	150mila
Polso	85mila
Omero	48mila
Costole	44mila
Piede	39mila
Altri	35mila

DENSITÀ DELLE OSSA NORMALI



Alterna zone di tessuto compatto e spugnoso, ma resistenti alle fratture

DENSITÀ DELLE OSSA CON OSTEOPOROSI



Le ossa sono porose, sottili e vulnerabili alle fratture

Tumori, speranze da un vaccino italiano

Dai ricercatori del Campus Bio-Medico di Roma metodo per impedire alle cellule cancerogene di «difendersi»

ROMA. La via per combattere il cancro oggi può essere quella di un vaccino in grado di impedire alle cellule tumorali di "difendersi" dal sistema immunitario, normalmente in grado di riconoscere e distruggere le cellule estranee. Ricercatori di tutto il mondo stanno seguendo questa pista e sperimentazioni sono già in corso sull'uomo per tumori letali come quelli del colon, per il melanoma, il carcinoma della prostata e del seno. Gli esiti di uno studio tutto italiano, cui dedica la copertina la rivista "Human Gene Therapy", offrono nuove informazioni per migliorare l'efficacia di questi protocolli sperimentali. I ricercatori del Cnr-Ift e dell'Università Campus Bio-Medico di Roma hanno messo a punto, infatti, una procedura di trattamento del tessuto muscolare con ialuronidasi, un enzima che degrada la matrice extracellulare e quindi abbassa le barriere che ostacolano la penetrazione del vaccino all'interno delle cellule. Grazie a questa funzione, l'enzima rende più efficace il successivo trasferimento del vaccino all'interno del muscolo, che avviene con una particolare tecnica, chiamata «elettrotrasferimento». Il vaccino a Dna raggiunge così in quantità maggiore il nucleo delle cellule e mostra - secondo i risultati dello studio - un'efficacia superiore nella stimolazione della risposta immunitaria. «L'immissione efficace del vaccino nel muscolo è uno dei problemi delle sperimentazioni in corso - spiega la responsabile del progetto,

Emanuela Signori - L'elettrotrasferimento con pretrattamento del muscolo mediante ialuronidasi ha mostrato di supportare meglio il sistema immunitario nella produzione delle cellule incaricate di riconoscere gli antigeni che caratterizzano il tumore e quindi indispensabili a eliminarlo». Il perfezionamento della tecnica di elettrotrasferimento con pretrattamento mediante ialuronidasi servirà a rendere più efficace tutti i tipi di vaccinazione a Dna. Oltre che per la cura di neoplasie, questi tipi di vaccini sono oggi già in sperimentazione per il trattamento di patologie infettive come epatite C, malaria e Aids.

(L.Liv.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE**CAMICI & PIGIAMI**

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**ANTICANCRO TROPPO CARO
LO IMPORTIAMO DALL'INDIA?**

Il farmaco anti leucemia Dasatinib venduto dalla Bristol Meyers Squibb col nome di Sprycel, cura anche i casi resistenti a Imatinib (Glivec). Sprycel costa €6.510,75 per 56 compresse da 50 mg. Gli ematologi M. Breccia e colleghi di Roma pubblicano una revisione dei dati, grazie ai quali sappiamo che servono 100 mg al giorno. Dunque ogni malato costa €232,52, quasi €7.000 al mese. Se l'India produce Imatinib a prezzi popolari, c'è da attendersi che farà altrettanto con Dasatinib. D'altra parte come può pagare tutti quei soldi? E noi italiani? Nemmeno noi. Aver demolito la ricerca di Farmitalia, Carlo Erba, Sclavo e altri ci obbliga a far fronte a cifre insostenibili. E alcuni di quei brevetti sono opera di italiani. Non abbiamo soldi per curarci? Faremo contrabbando di farmaci indiani, finanziando la malavita. Grazie alla miope politica italiana, al nepotismo universitario, al disprezzo del merito e ai concorsi truccati di cui non posso più scrivere per non offendere il cattedratico di turno che, puntualmente, mi querela.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

PIÙ SENTIMENTO IN SANITÀ

Da tanti anni viene denunciata l'assenza di confronto, di dialogo, di scambio di idee tra medico e assistito. La scarsa comunicazione riduce il paziente a numero, contribuisce negativamente sulla sua salute, allunga i tempi di guarigione, isola la persona dalla malattia. Ne sanno qualcosa gli psicologi, che vorrebbero essere presenti nelle strutture di assistenza e cura. Ma ne sono sempre più consapevoli i camici bianchi impegnati nella cosiddetta Medicina narrativa, una strategia terapeutica che punta sulla parola, orale e scritta, sulla testimonianza, sul racconto di sé da parte del malato. Questa esperienza si sta diffondendo al punto che gli esperti del "settore" hanno deciso (in un convegno organizzato dalla Asl di Foligno), di far nascere un Osservatorio nazionale. Tra questi medici e specialisti, che applicano le terapie ufficiali, è crescente la convinzione che la medicina basata sulle evidenze (EBM) abbia grandi limiti e che non sia più sufficiente per rispondere alla domanda di salute. Perché sottovaluta le emozioni, la necessaria empatia tra curante e curato, il bisogno di ascolto. La nuova sanità non si basa più solo sui numeri, ma anche sui sentimenti. Dei medici e dei malati.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



■ ■ **Salute** In aumento i pazienti sotto i 60 anni. Attenzione alla centralità delle stroke unit

L'ictus si abbassa l'età

A maggio iniziano i test su un guanto robotico per la riabilitazione

di Cristina Cimato

Il mese di aprile è stato dedicato a una patologia che registra dati allarmanti, ossia 200 mila casi ogni anno in Italia, ossia l'ictus cerebrale. L'attenzione è incentrata quindi sulla prevenzione e sul trattamento tempestivo a cominciare dalle cosiddette stroke unit che in Italia, come rende noto l'ALiCe (associazione per la lotta all'ictus cerebrale) sono ancora poche, circa 160, e diffuse soprattutto al Nord. Rappresentano però una risorsa che, attraverso l'applicazione di protocolli di cura definiti, salva più vite di qualunque trattamento farmacologico. Da una ricerca pubblicata sui Quaderni della Salute del Ministero della Salute, effettuata nell'area romana, si legge che solo il 17% dei cittadini che chiama il 118 per un sospetto ictus riesce ad avere accesso a una unità anti-ictus dove operano in team neurologi, radiologi, cardiologi, infermieri, tecnici della riabilitazione e logopedisti. «Se effettuato entro 4-5 ore dall'inizio dei sintomi, il trattamento trombolitico eseguito

in una stroke unit permette a un terzo delle persone di rientrare a casa propria entro qualche giorno completamente guarito e a un altro 50% di ottenere buone condizioni funzionali», ha spiegato Domenico Inzitari, professore di neurologia presso il dipartimento di scienze neurologiche e psichiatriche dell'università di Firenze e responsabile della stroke unit dell'ospedale Careggi di Firenze.

Recenti dati di uno studio statunitense riportato sulla rivista *Neurology* mostrano inoltre un aumento dell'ictus fra i giovani. Nell'arco di 20 anni è aumentata dal 13 al 19% la popolazione con età compresa tra 20 e 54 anni. Questo dato è allarmante anche alla luce degli aspetti emotivi che seguono alla malattia. La depressione post ictus, per esempio, è un fenomeno frequente e che si verifica a tutte le età, ma è particolarmente

associata all'attacco giovanile. Fra le cause principali l'ipertensione, il fumo, l'aumento del colesterolo e l'obesità. Uno studio svedese, inoltre, ha mostrato che i fratelli di una persona colpita da ictus hanno il 50% in più di rischio di ammalarsi rispetto alle persone senza una storia familiare di questo tipo.

A Roma all'inizio di maggio inizierà la sperimentazione di un guanto robotico per la riabilitazione, a domicilio, della mano e del braccio. Il centro romano è partner clinico dello studio di ricerca europeo che si pone l'obiettivo di costruire

due device da utilizzare a casa del paziente. «Questo guanto robotico verrà sperimentato sui primi 30 pazienti, dieci per centro (gli altri due sono in Inghilterra e in Olanda, ndr) per sei settimane e con un monitoraggio da remoto», ha spiegato Patrizio Sale, ricercatore dell'area neuromotoria presso Irccs San Raffaele Pisana di Roma e

responsabile clinico dello studio *Script*, «inizialmente verranno sottoposti al trattamento tre pazienti sui quali saranno verificate la compliance e la fattibilità del trattamento. Il fine è quello di modificare la cura. Dal paziente che si muove e va in un centro a un orario prestabilito, alla cura a casa quando si ha tempo libero per fare esercizi». I vantaggi risiedono nel basso costo dello strumento (che è pari a poche migliaia di euro e può essere riutilizzato) e nel fatto che può effettuare misurazioni, feed back, indicare al paziente traguardi e registrare le performance di miglioramento. «Diversi studi indicano che il trattamento intensivo con feed back intrinseco ed estrinseco dà migliori risultati rispetto alla terapia tradizionale», ha aggiunto Sale. (riproduzione riservata)

