

**Le attività.** Alto gradimento per ricerca scientifica e sanitaria

## Premiati gli interventi negli ambiti di prossimità

— L'indagine sulle donazioni nel periodo natalizio conferma anche quest'anno il forte gradimento e la grande fiducia che gli italiani riservano agli enti di ricerca scientifica, premiati da più di un donatore su tre (37%). Il dato, però, segna un arretramento rispetto al 43% dell'edizione passata. La vera novità, semmai, è l'ascesa dal 29 al 36% delle Onlus sanitarie e assistenziali, unica categoria a presentare risultati in ascesa.

Il binomio vincente (ricerca scientifica e assistenza sanitaria) sembra accreditare l'immagine di una platea di benefattori più attenta ai bisogni della propria sfera familiare e della comunità di riferimento. Vengono, così, preferite le azioni di sostegno a interventi di prossimità, con ricadute più dirette, immediate e, tutto sommato, agevolmente verificabili.

Questo trend finisce, però, con il complicare l'esistenza alle cause umanitarie e alle Onlus impegnate nei Paesi in via di sviluppo: le opzioni in loro favore sono crollate in un solo anno di 19 punti, dal 49 al 30%, probabilmente perché, in un contesto di minori risorse erogabili, c'è chi decide di sacrificare gli aiuti alle realtà più geograficamente lontane.

La fase di difficoltà non risparmia, poi, nemmeno il sostegno all'infanzia: le organizzazioni che si occupano dei minori vedono scendere la quota di donazioni dal 28% del 2011 al 20% di fine 2012 e l'andamento si conferma negativo anche per le adozioni a distanza.

Un altro dato allarmante, che indirettamente conferma il contesto di crescente difficoltà a donare per obiettivi lontani e non immediati, in questo caso anche nel tempo, è la riduzione all'uni-

tà percentuale delle scelte in favore delle organizzazioni ambientali, che ancora l'anno scorso raccoglievano il 10% delle preferenze. Il non profit che si occupa di temi ecologici finisce, così, nella pattuglia dei fanalini di coda, dove già dalle scorse edizioni dell'indagine IPR stazionano stabilmente cause altrettanto strategiche, quali la cultura e la tutela dei beni artistici, lo sport e il tempo libero, le attività a favore degli anziani.

Si assiste, in definitiva, a una concentrazione delle erogazioni in ambiti considerati essenziali, quali la salute e l'assistenza: per ridare un po' di fiato anche agli altri campi di intervento c'è solo da sperare che il contesto economico generale renda possibile un respiro meno affannoso anche nelle donazioni.

**E. Si.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**dottor Luigi Manca**

Specialista in Ostetricia e Ginecologia  
 Responsabile chirurgia senologica Casa di Cura  
 Prof. Petrucciani a Lecce  
 Socio fondatore e consigliere nazionale dell'Anisc  
 (Associazione nazionale italiana senologi chirurghi)

# Senologia

Scrivete a:  
 Vero Salute  
 Via Bertani, 6  
 20154 Milano  
 redazioneverosalute@gvssrl.com

Lo specialista risponde

### Un piccolo rigonfiamento

*Carissimo dottore ho 37 anni, da alcuni mesi noto in corrispondenza dell'ascella sinistra un rigonfiamento che prima era piccolo e non dolente, adesso è aumentato di dimensioni ed è dolente soprattutto prima del ciclo mestruale. Ho eseguito una ecografia e il medico mi ha riferito che si tratta di ghiandola mammaria ectopica e pertanto non devo fare niente se non un controllo dopo 6 mesi. Lei cosa ne pensa?*

Aly, Frosinone

Cara lettrice, da ciò che dice si tratta sicuramente di area di ectopia ghiandolare ossia presenza di tessuto mammario che si trova in una sede non sua. Essendo tessuto mammario risponde a stimoli ormonali e pertanto il dolore si accentua nel periodo premenstruale anche se il dolore può esserci indipendentemente dal ciclo mestruale. Se il rigonfiamento non è molto accentuato non deve fare niente. Nel caso in cui è molto evidente ed esteticamente non le piace avere questa formazione si rivolga a un buon chirurgo plastico o a un chirurgo senologo. Cordiali saluti.

### Ricostruzione del seno

*Sono una signora di 45 anni, 3 anni fa sono stata sottoposta a mastectomia totale con asportazione dei linfonodi ascellari e sottoposta a chemioterapia e a radioterapia. Prima dell'intervento il chirurgo mi aveva prospettato l'idea di ricostruire il seno con una protesi, ma io mi sono rifiutata, non so perché ma in quel momento ho deciso così. Ora a distanza di 3 anni mi sento più tranquilla e pronta a essere sottoposta a un intervento di ricostruzione. Mi hanno detto che dopo la radioterapia la ricostruzione è più difficile da eseguire, come mi devo comportare?*

Una lettrice preoccupata

Cara lettrice, mi dispiace che lei non abbia voluto essere sottoposta a ricostruzione mammaria immediatamente, sicuramente avrà avuto i suoi buoni motivi. Lei può tranquillamente rivolgersi a un buon centro di chirurgia senologica, dove i colleghi, salvo situazioni particolari, le prospetteranno il seguente iter chirurgico. Dapprima verrà inserito sotto il muscolo pettorale un espansore, ossia un palloncino che ver-

rà gonfiato inserendo della fisiologica attraverso un ago inserito in una valvola. Quando l'espansore raggiungerà la dimensione giusta verrà sottoposta nuovamente a intervento chirurgico dove si toglierà l'espansore e inserita una protesi definitiva. Se vorrà potrà essere sottoposta a simmetrizzazione contro laterale, ossia all'adeguamento dell'altra mammella. Successivamente in anestesia locale ci sarà la ricostruzione del capezzolo e dell'areola con un ottimo risultato estetico. Mi faccia sapere come si evolve. In bocca al lupo. Cordiali saluti.



## Quali controlli devo continuare a fare sopra i settant'anni?

*Ho 75 anni e fino a due anni fa ho eseguito regolarmente ogni anno ecografia e mammografia che non hanno mai evidenziato la presenza di noduli o di cisti. Da due anni ho deciso di non eseguire più i controlli perché mi hanno*

*detto che alla mia età è raro avere il tumore al seno e che il tumore procede lentamente, pertanto perché fare i controlli. Cosa c'è di vero e cosa devo fare?*

Rosita, Torino

Cara lettrice, ciò che le hanno detto è pura invenzione. Bisogna sfatare il concetto che dopo una certa età i tumori evolvono lentamente perché alla sua età la progressione è uguale a una donna giovane perché tutto di-

pende dalle caratteristiche biologiche del tumore. Per quanto riguarda l'età di comparsa del tumore è vero che è minore rispetto al periodo che va dai 50 ai 69 anni, ma la percentuale è sempre molto alta. Purtroppo pro-

prio per non fare più i controlli, vedo molte donne della sua età e oltre con tumori già ulcerati, ossia tumori che hanno interessato anche la cute. Pertanto, cara lettrice, continui a fare i controlli. A disposizione, cari saluti.

Con la collaborazione  
del prof.

**PIER LUIGI ROSSI**



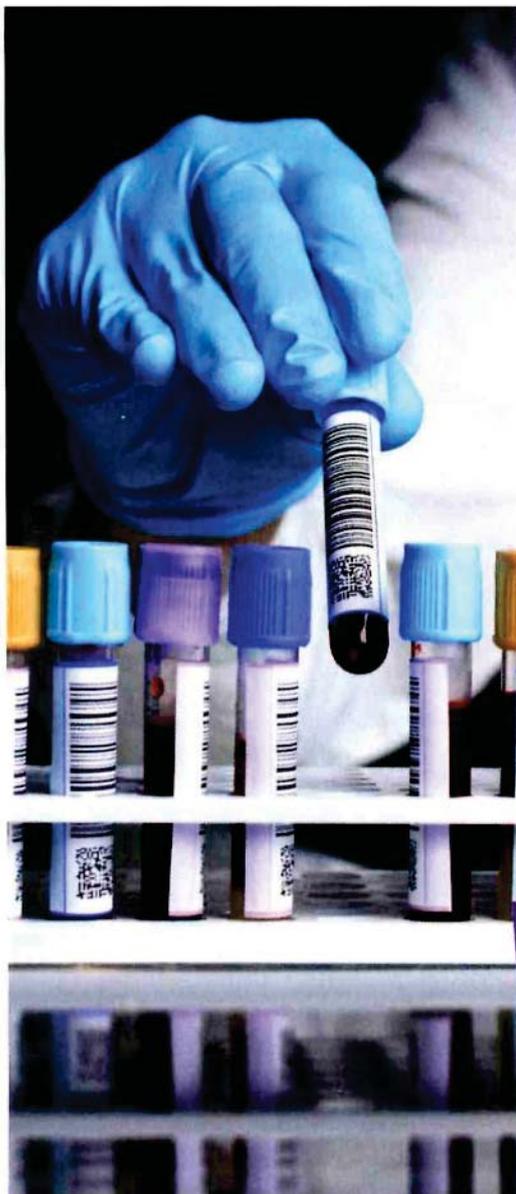
Medico Specialista  
di Scienza  
dell'Alimentazione e  
Medicina Preventiva.

**Esami mirati**

# La ricerca dei marker tumorali

Sono un'utile integrazione diagnostica. Basta un prelievo di sangue

Se alcune malattie come aterosclerosi, diabete mellito e sindrome metabolica si possono gestire e curare attraverso i farmaci e lo stile di vita, e anche con ottimi risultati, **le patologie neoplastiche (i tumori) vanno prevenute o diagnosticate in fase precoce.** Per questo, quando sono presenti fattori di rischio, per esempio in base all'età o alla familiarità, o sintomi specifici, d'accordo con il proprio medico è bene fare anche **la ricerca di marker tumorali presenti e circolanti nel sangue** attraverso un semplice esame.



I marcatori tumorali sono tutte quelle sostanze (molecole) capaci di darci un segnale di presenza e di sviluppo di un tumore, per lo più maligno, all'interno del nostro organismo. Il loro valore può essere monitorato nel tempo, cosicché brusche o significative variazioni possono orientarci ad approfondire con ulteriori indagini cliniche (come la mammografia, la colonscopia, il pap test, ecc.), assolutamente indispensabili per la diagnosi del tumore.

Devo precisare, infatti, che tuttora non è noto alcun marcatore strettamente specifico per una sola condizione tumorale. La cellula maligna è biochimicamente molto simile a quella normale e i cosiddetti marcatori circolanti e presenti nel sangue non possono essere considerati esclusivi della comparsa e sviluppo di un cancro.

Pertanto, l'impiego dei marker tumorali circolanti nel sangue va considerato come un'utile integrazione diagnostica e non come indicatore assoluto di neoplasie maligne. I marker tumorali sono interpretabili solamente da parte del medico curante e si dividono in sei categorie.

**A COSA SERVONO**

- ✓ Identificazione dei soggetti a rischio
- ✓ Diagnosi precoce
- ✓ Supporto diagnostico-clinico
- ✓ Controllo post-operatorio
- ✓ Follow-up

## 1. Antigeni tumore-associati

**CEA** (Antigene Carcino-Embrionario). Risulta aumentato in corso di tumori del colon, neoplasie dell'apparato urogenitale, della mammella, dell'apparato

respiratorio, oltre che nelle malattie infiammatorie degli apparati digerente e respiratorio. È utile per il monitoraggio del trattamento antineoplastico e il follow up

nei pazienti trattati. In questo caso si ripete il dosaggio del CEA ogni 3-6 mesi. **Ω-fetoproteina:** è una glicoproteina prodotta dal fegato durante la vita fetale.

Ricompare nel carcinoma del fegato, tumori delle cellule germinali del testicolo e dell'ovaio. È utile il suo monitoraggio nei pazienti con cirrosi epatica.

## 2. Citocheratine

**TPA** (o antigene polipeptidico tissutale): aumenta in corso di tumore epiteliali del tratto digerente, genitourinario, della

mammella, del polmone e della tiroide.

**CYFRA 21.1:** aumenta per carcinomi epidermoidi, adenocarcinomi, microcitomi polmonari e altre neoplasie.

## 3. Marcatori mucinici

Sono glicoproteine presenti nelle secrezioni del cavo orale, dello stomaco, del grosso intestino, degli apparati respiratorio e genitale.

**CA125:** aumenta per carcinomi

ovarici e dell'apparato genitale, endometriosi ovariche e peritonite.

**CA19.9:** aumenta in corso di carcinomi del pancreas, del colon, dello stomaco, della

via biliare. Presenta una alta sensibilità diagnostica per le neoplasie del pancreas.

**CA15.3** e l'**MCA (Mucinous Like Cancer Ag):** aumentano in corso di carcinoma

mammario. Le concentrazioni risultano correlate con lo stadio della malattia. L'**MCA** aumenta anche per tumori del colon, delle vie urinarie e dell'ovaio.

## 4. Marcatori del gruppo degli ormoni

**Gonadotropina Corionica (HCG)**, secreta dalla placenta, è un marcatore efficace del coriocarcinoma, avendo un significato diagnostico al di fuori della gravidanza.

È un buon marker anche per i tumori germinali del testicolo.

**Calcitonina:** marcatore del carcinoma midollare della tiroide.

**Catecolamine e metaboliti, dosabili nelle urine:** aumentano per tumore del surrene e neuroblastoma, un tumore neuroendocrino.

## 5. Marcatori appartenenti al gruppo degli enzimi

**PSA**, Antigene Prostatico Specifico: mantiene fluido il liquido seminale. I valori normali sono al di sotto dei 4 ng/mL. Insieme all'esplorazione rettale e all'ecotomografia transrettale, il dosaggio del PSA è utile nel porre la diagnosi di neoplasia prostatica, oltre che nel follow up del paziente.

**Fosfatasi Acida Prostatica, PAP:** non essendo la sua sintesi ormono-dipendente, al contrario del PSA, rimane un marcatore valido di adenocarcinoma prostatico nei pazienti in trattamento con antiandrogeni.

**NSE, Enolasi Neurone Specifica:** aumenta per neuroblastoma, tumori APUD,

microcitoma.

**TK, Timidina Chinasi:** aumenta per neoplasie del sistema linfatico, leucemia linfatica cronica ma anche infezioni virali, deficit di vitamina B12, terapia con antifolici.

**Fosfatasi alcalina:** aumenta per lesioni primitive e secondarie dell'osso e del fegato, adenoma o carcinoma

delle paratiroidi.

**LDH, latticodeidrogenasi:** aumenta per leucemia linfoblastica acuta, linfomi, carcinomi del testicolo, neuroblastomi, sarcoma di Ewing e versamenti di origine neoplastica.

**Lisozima:** aumenta per leucemia acuta monoclastica e mieloblastica.

## 6. Prodotti differenziati del metabolismo della cellula neoplastica

**Tireoglobulina:** aumenta per neoplasie della tiroide differenziate.

**Ferritine,** proteine sintetizzate normalmente da fegato, milza e midollo

osseo: aumentano per tumori del sistema emopoietico, del polmone, del fegato e della mammella.

**β2microglobulina:** aumenta per linfomi,

tumori di polmone, mammella e fegato.

**Proteine monoclonali:** aumentano per mieloma, macroglobulinemia e malattia delle catene pesanti.