

Quale
farmaco
per il 2000/5



In questa nostra ultima puntata affrontiamo i temi dell'apparato digerente. Intervista con il prof. Luigi Barbara direttore della Prima clinica medica dell'Università di Bologna

Quando era il bisturi l'unica pillola per i malati d'ulcera

PATRIZIA ROMAGNOLI

BOLOGNA. Evitare l'intervento chirurgico e risolvere il problema per via farmacologica è il desiderio di tutti i malati di ulcera gastrica o duodenale, nonché di tutte le persone affette da calcoli biliari. Un desiderio che per i primi può essere esaudito in un buon 85-90% dei casi, per i secondi molto meno, ma con le possibilità più ampie qualora i soggetti a rischio si preoccupassero della prevenzione. «Un importante avanzamento della terapia farmacologica rispetto a quella chirurgica si registra da una decina d'anni - dice il professor Luigi Barbara, direttore della I clinica medica dell'Università di Bologna e gastroenterologo di fama -. La data importante, per la precisione, è il 1978. Fino ad allora l'ulceroso era sicuro di finire in sala operatoria. Oggi, solo il 10% dei malati necessita di intervento chirurgico, in caso di ulcere complicate o di mancata risposta alle cure. I farmaci che hanno capovolto l'orientamento sono essenzialmente gli H2 antagonisti. Si tratta di sostanze che bloccano l'azione degli stimolanti delle cellule che, nello stomaco, sono deputate a produrre l'acido cloridrico. Questi farmaci scaturiscono dalla ricerca condotta da diverse case produttrici e nel tempo ne sono comparsi diversi: cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina, per seguire l'ordine cronologico di uscita sul mercato. Chi più chi meno, tutte questi ottengono la cicatrizzazione dell'ulcera, sia gastrica che duodenale, in 4/12 settimane secondo la gravità del caso. La percentuale di successo è dell'85,90%, e talvolta supera il 90% dei casi trattati».

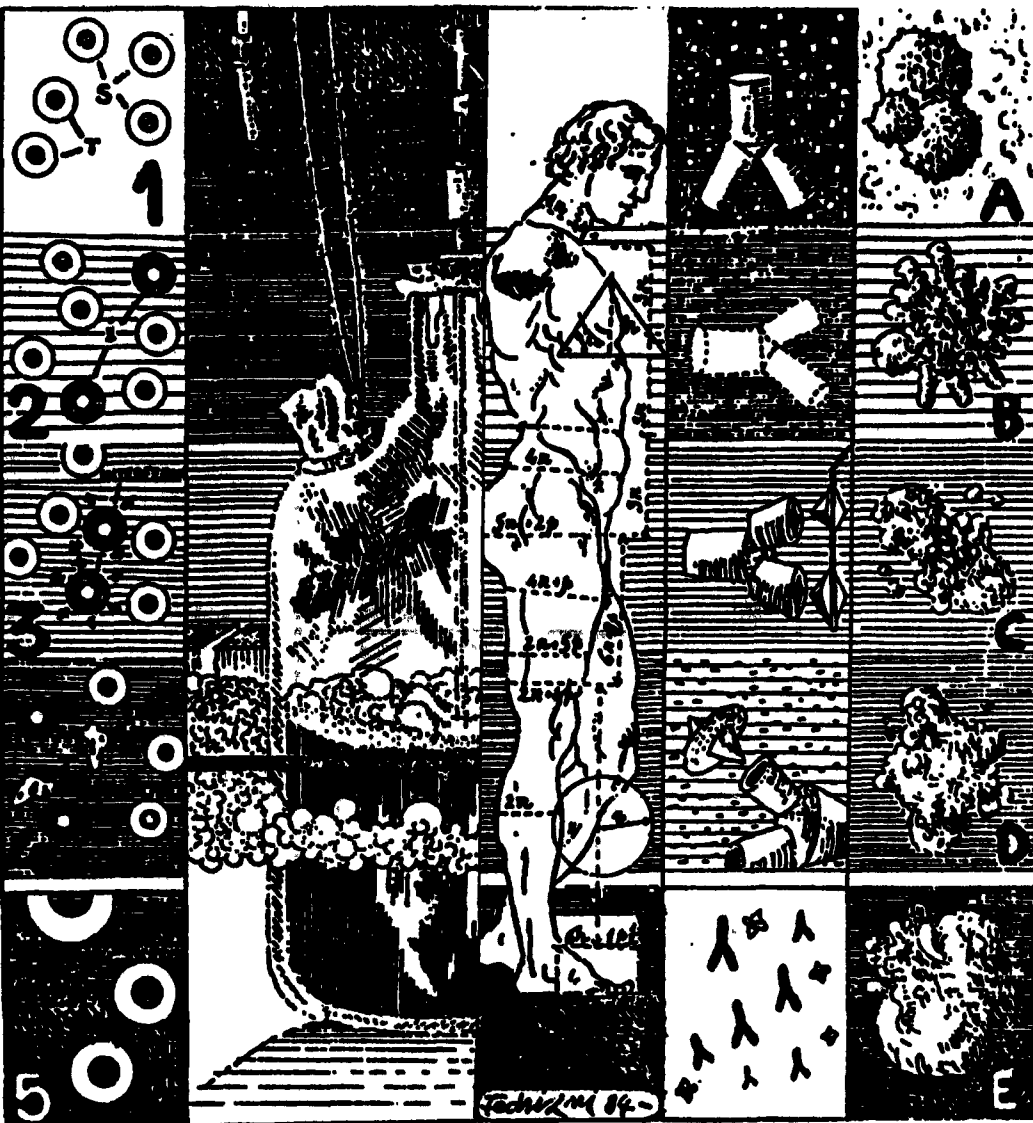
L'introduzione degli H2 antagonisti ha senz'altro rappresentato un grosso passo avanti, anche se cicatrizzazione dell'ulcera non significa guarigione. Come trattamento di mantenimento, il professor Barbara adotta una terapia a dosi dimezzate ma continuativa. Altri medici preferiscono intervenire «a domanda», ossia se e quando (siamo sul 70% dei casi) il paziente si riassume, altri ancora fanno prevenzione «stagionale», ossia prima dei periodi in cui la malattia si riacutizza, primavera e autunno. In ogni caso, non ci sono sensibili percentuali di pazienti che soffrono realmente per gli effetti collaterali di questi farmaci: una cefalea occasionale va bene l'aver evitato la sala operatoria.

Per il trattamento dell'ulcera ci sono altre tre serie di terapie farmacologiche, seppure con percentuali di risoluzione inferiori a quelle ottenute con gli H2 antagonisti. «Le prostaglandine, sostanze ubiquitarie nell'organismo, ad effetto enzimatico, sembrano promettenti anche per il trattamento dell'ulcera - riprende il professor Barbara - soprattutto per proteggere la mucosa gastrica e sono utili anche per la prevenzione delle ricadute. Anche i tradizionali antiacidi sono stati di recente rivalutati, sebbene la necessità di forti dosi e di frequente somministrazione crei problemi pratici per il paziente. Questa serie di farmaci produce il cosiddetto "effetto coating", ossia la formazione di una sorta di pellicola protettiva sulla mucosa».

Ma la ricerca non si ferma qui: sempre a proposito di terapia delle ulcere, è di prossima introduzione un nuovo principio attivo, l'omeprazolo. «Anch'esso opera come bloccante della secrezione gastrica, in specifico blocca la pompa protonica, ossia lo scambio tra idrogeno e sodio. L'idrogeno, sommato al cloro forma acido cloridrico, ed è in pratica il responsabile della formazione dell'ulcera. Bloccandolo, si ottiene la cicatrizzazione in sole 2/4 settimane di terapia. Si tratta però di un farmaco ad alta efficacia, cosicché per il mantenimento si sta sperimentando la "terapia week-end", ossia l'assunzione limitata al solo sabato e domenica». La sperimentazione di nuove terapie



Luigi Barbara



farmacologiche, in sostituzione di altre o in alternativa alla terapia chirurgica, continua ad essere applicata dall'equipe di ricercatori diretta dal professor Barbara.

Anzi, la scuola bolognese è all'avanguardia nello studio di nuove terapie nel caso dell'epatite di tipo B. Da cinque anni è in corso un test assai ampio sull'impiego di interferoni nell'epatite B cronica: in specifico, attraverso l'assunzione di interferone alfa linfoblastoide. «I risultati sono interessanti - spiega il professore -. Nel 60/70% dei casi si ottiene il blocco della replicazione del virus. Si arresta così l'evoluzione della malattia verso la cirrosi post-epatite e l'epatocarcinoma, conseguenza purtroppo assai frequente nel fegato affetto da cirrosi generata dall'epatite B». Un bel risultato conseguito da queste ricerche.

Ancora nel campo delle malattie gastroenteriche, vi sono altre patologie in cui i farmaci hanno - pur solo in parte - sostituito la terapia chirurgica. Proprio nelle scorse settimane, si è tenuto a Bologna un convegno, presieduto dallo stesso professor Barbara, sulla calcolosi coledocistica delle vie biliari. In termini più semplici, sui calcoli alla colecisti: già oggi, per un buon 10% dei casi è possibile intervenire per via farmacologica, attraverso l'acido ursodesossicolico, purché i calcoli siano ancora piccoli (non oltre il centimetro e mezzo) e siano composti esclusivamente di colesterolo. Naturalmente questa percentuale potrebbe crescere, se si facesse maggiore prevenzione.

Tutte le terapie farmacologiche, è noto, hanno maggiore efficacia quando vengono applicate alle fasi iniziali di una malattia. E i supporti diagnostici non mancano: dall'endoscopia per l'ulcera agli ultrasuoni (ecografia) per la calcolosi biliare le possibilità di intervenire presto sono concrete. «In futuro - conclude il professor Barbara - con la diagnosi precoce le percentuali di successo delle terapie farmacologiche potranno sicuramente aumentare. E un buon contributo lo possono dare gli studi epidemiologici sulle fasce di popolazione a rischio».

Primi risultati parziali della indagine statistica dell'Istat sullo stato di salute degli italiani

Meno ulcere e meno morti

ROMA. La mortalità per malattie dell'apparato digerente è nel complesso in diminuzione, più accentuata al Nord e al Centro che nel Sud del paese. Alcune regioni come Abruzzo, Molise e Campania per gli uomini, e Val d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Molise e Campania per le donne, mostrano però livelli di mortalità in aumento. Nel 1981, i valori più elevati si sono evidenziati in Val d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Campania.

In generale, però la mortalità per malattie dell'apparato digerente è scesa dal 1979 al 1984 del 3,5 per cento. Un impercettibile calo, da definire come stabilità, si è registrato anche per neoplasie dell'apparato digerente (stomaco, intestino, fegato e vie biliari). Dai primi risultati parziali dell'indagine campionaria Istat sullo stato di salute degli italiani nel 1986, si evidenzia che le malattie dell'apparato dige-

Si muore di meno per le malattie dell'apparato digerente. Queste almeno sono le cifre che possiamo ricavare dai dati statistici. La mortalità diminuisce al Nord e al Centro, un po' meno nelle regioni meridionali e nelle isole. Comunque dal '79 all'84 la fatalità di queste affezioni è scesa del

3,5 per cento. Nei primi risultati parziali dell'indagine campionaria dell'Istat sullo stato di salute degli italiani veniamo a sapere anche che 26,9 italiani su mille denunciano un'ulcera gastrica e duodenale, mentre il 16,1 per mille denuncia calcoli al fegato o delle vie biliari.

MARIO PAPPAGALLO

rente hanno interessato, nelle quattro settimane precedenti il sondaggio, in media circa 6 persone ogni cento abitanti (con un massimo di 9,2 persone tra gli ultrasessantacinquenni).

Inoltre, tra le malattie cronico-degenerative, in media 26,9 italiani ogni mille denunciano l'ulcera gastrica e duodenale (52,3 per mille abitanti di età compresa tra i 45 e i 64 anni e 55,9 per mille ultrasessantacinquenni), 16,1 per mille soffrono di calcoli del fe-

gato o delle vie biliari (22,3 donne ogni mille e 9,6 uomini ogni mille), 2,2 abitanti per mille di cirrosi epatica (con un massimo di incidenza nella fascia di età tra i 45 e i 74 anni). Sia l'ulcera che la cirrosi colpiscono più gli uomini che le donne.

Rispetto alle indagini analoghe effettuate dall'Istat nel 1980 e nel 1983, si registra un netto calo dell'ulcera gastrica e duodenale (dal 36,4 per mille nell'83 al 26,9 per mille

nell'86) e della calcolosi del fegato o delle vie biliari (dal 23 per mille nell'83 al 16,1 per mille nell'86).

Per quanto riguarda la cirrosi epatica è stato rilevato che i tassi di mortalità sono più elevati al Nord rispetto al Centro e al Sud dell'Italia. Poiché questa malattia è spesso l'evento terminale di diverse forme di epatopatie croniche, sarebbe interessante analizzare i dati relativi alla cirrosi separati per causa. Purtroppo

non esistono dati ufficiali attendibili. Alcuni ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità hanno, comunque, tentato di stimare la quota di mortalità per cirrosi dovuta al consumo di alcool partendo dai dati Istat del triennio 1977-79. È risultato che tale mortalità è stata del 40,4 per cento nei maschi (cioè circa 5 mila dei 13 mila decessi annui per cirrosi tra i maschi) e del 24,6 per cento nelle femmine (cioè circa 1200 dei 5 mila decessi annui tra le donne). Queste percentuali sono nettamente maggiori nelle regioni settentrionali. Diverso il discorso per il Sud, dove dai risultati di un'altra indagine (che ha visto coinvolti 23 centri ospedalieri ed universitari) sembrerebbe prevalere la cirrosi ad eziologia virale.

Ad ogni modo, non esistono dati ufficiali per valutare in modo diretto l'incidenza in Italia delle epatiti croniche

