FIGLI NEL TEMPO. LA SALUTE

MARCELLO BERNARDI *Pediatra*

Ho un bimbo di 4 anni e uno appena nato. Il primo mi dissero di allattarlo in orari fissi. Questa volta di allattarlo a richiesta. Possibile che in quattro anni gli orientamenti siano cambiati così radicalmente?

I ritmi dell'allattamento

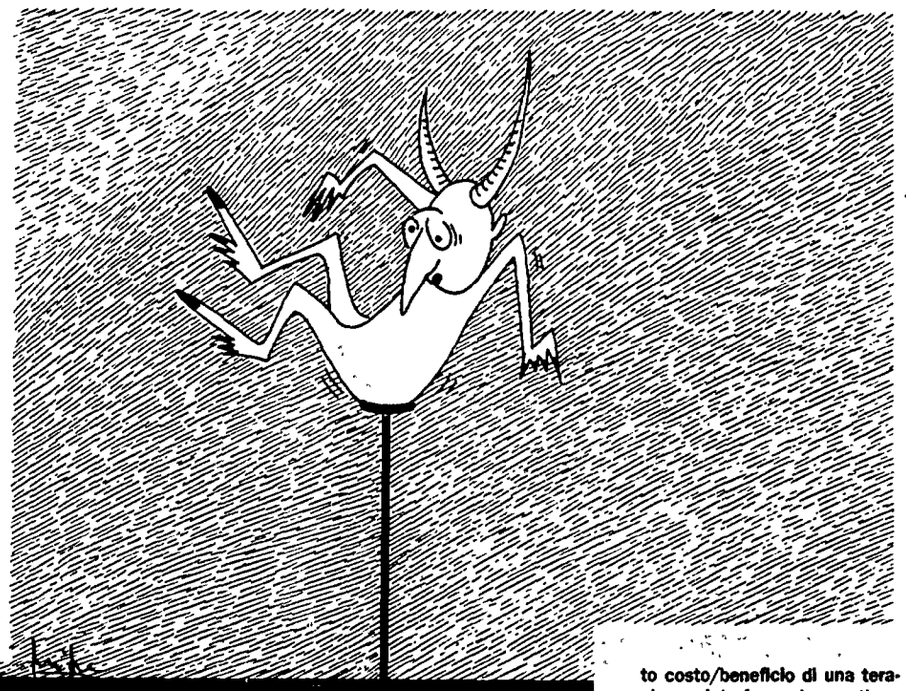
NON È CAMBIANTO niente. Solo che a ondate si torna a parlare di allattamento libero. C'è stato un periodo che il cosiddetto allattamento a richiesta era diventato un vessillo, una bandiera. Un realtà questa forma di nutrimento è un nonsenso. Intanto per il semplice motivo che non è facile interpretare le richieste dei neonati. Il bambino può piangere per 500mila cose. Perché ha freddo, perché ha caldo, perché ha sonno, perché la mamma è andata via, perché vuole essere cullato. Allora, siccome l'organismo umano, come tutti gli organismi, funziona sulla base di ritmi che una volta si chiamavano bioritmi. È bene che questi ritmi non siano infranti a bella posta e contonuamente, ma entro certi limiti rispettarli. Noi non sappiamo bene come funzionano, ma sappiamo che ci sono e sappiamo che seguono un tempo, un periodo Allora è bene non sgarrare sempre, continuamente: un giorno fare tre pasti perché dorme, il giorno dopo farne 13 Non è un modo di fare consigliabile Anche lo stomaco, anche la secrezione dei succhi gastrici, come tutti gli altri organi hanno i loro tempi e non sui vede perché qualcuno di noi sia autorizzato ad infrangerli e a fare di testa sua.

Posso concludere questo mio dire con una mia sciaguratissima esperienza. Una volta mi hanno portato un bambino di otto mesi, che era stato allevato con l'allattamento a richiesta. È morto. Non di malattia Di marasma. Di disfacimento del suo organismo. A otto mesi pesava quattro chili e ottocento grammi. Succhiava il latte della mamma dalle tredici alle venticinque volte al giorno. Caso limite, senza dubbio, l'unico caso di questo genere che io abbia visto. Badi bene che fu curato in signore cliniche e gli fuorno fatti tutti gli esami e gli accertamenti possibili, e non aveva assolutamente nulla, ma è morto lo stesso. Preferirei non vedere il secondo, se possibile.

Intervista all'epatologo milanese Massimo Colombo
Sotto controllo operazioni e trasfusione di sangue

La prevenzione vince l'epatite C

La proteina che aiuta il fegato a rigenerarsi



L'epatite C, stiamo imparando a conoscerla. E a combatterla. Massimo Colombo, docente di Medicina interna presso l'università di Milano, reduce dal convegno mondiale di epatologia di Chicago, spiega in questa intervista i grandi progressi fatti nella diagnosi, nella terapia e soprattutto nella prevenzione di questa malattia il cui virus infetta 35 persone su mille. La malattia si era diffusa soprattutto attraverso le trasfusioni di sangue.

EDOARDO ALTOMARE

■ Si chiama Alr (sigla che sta per Augmenter of liver regeneration) la proteina che regola la proliferazione e la rigenerazione del fegato. L'ha individuata il gastroenterologo barese Antonio Francavilla al Laboratorio sui fattori di crescita epatici del Presbiterian Hospital di Pittsburgh: lo stesso ospedale in cui il suo amico Thomas Starzl ha eseguito oltre 3.000 trapianti di fegato. Ed è proprio con Starzl ed un'agguerrita équipe di ricercatori che Francavilla condivide il merito della scoperta. Per ora si tratta solo di un promettente farmaco sperimentale, ma il suo scopritore ritiene che possa diventare in un futuro non troppo lontano un rimedio per alcune gravissime malattie epatiche (come l'epatite fulminante) o per fegati trapiantati.

Più che un semplice fattore di crescita, l'Alr potrebbe essere definito come un regolatore della proliferazione delle cellule del fegato. Va detto infatti che in alcune condizioni cliniche – a seguito dell'asportazione chirurgica di una porzione di fegato affetta da tumore, per esempio – le cellule epatiche sono capaci di rigenerare. Dopo la perdita anche del 70% della massa epatica, le cellule superstiti si rimboccano le maniche e iniziano un processo di «ristrutturazione» integrale dell'architettura del fegato; non appena l'opera è compiuta, una sorta di interruttore biologico arresta questa sorprendente attività rigenerativa.

«La scoperta del fattore di crescita epatico – rivela Franvilla – ha confermato una nostra precedente osservazione, pubblicata su "Lancet": ciclosporina e Fk 506, i due potenti farmaci anti-rigetto, sono potenti stimolatori della rigenerazione epatica. Perché questa si verifichi, è dunque indispensabile che il sistema immunitano venga inibito. Solo "imbavagliando" i linfociti T e le cellule naural killer che risiedono nel fegato, le cellule epatiche possono replicarsi attivamente ed assicurare all'organo il ristabilimento della propria forma e del proprio volume».

Il fattore di crescita epatico individuato da Francavilla eserciterebbe dunque, nel fegato, anche un'azione immunosoppressiva locale.

■ L'epatite C non è più un oggetto misterioso. L'infezione si era propagata soprattutto con le trasfusioni di sangue e con l'uso di strumenti non adeguatamente sterilizzati tra gli anni 50 e i 70, quando ancora nessuno ne conosceva l'esistenza. Successivamente, con la diffusione dei test diagnostici per i virus dell'epatite A e B, ci si accorse che non tutte le epatiti erano dovute a questi virus e le altre vennero definite – per esclusione – epatiti non-A, non-B. Oggi, con un semplice esame su sangue (il test anti-Hcv), è possibile svelare se un soggetto è portatore di anticorpi contro il virus dell'epatite C (Hcv).

Così, si calcola attualmente che circa il 3,5% della popolazione generale sia infetto dall'Hcv, con una prevalenza bassa nei bambini (0,2% per quelli con meno di 12 anni) e più alta negli anziani. Circa l'1,5% dei donatori di sangue è portatore di anticorpi diretti contro l'Hcv, e molti di questi sono cronicamente infetti: ma da circa due anni a Milano (dove ancora nel 1985 il 15% degli emotrasfusi contraeva epatite C) l'incidenza di epatite C trasfusionale è vicina allo zero, grazie ad accurati criteri di selezione dei donatori e l'impiego di test sensibili per la ricerca degli anticorpi anti-virus C.

Ci riporta questi ed altri dati il prof. Massimo Colombo, titolare della Cattedra di Medicina interna dell'Università di Milano, reduce da un «summit» mondiale tra epatologi tenutosi a Chicago.

Professor Colombo, cosa si sa sulle attuali modalità di trasmissione dell'infezione da Hcv?

L'infezione è prevalentemente trasmessa col sangue e con strumenti contaminati da sangue infetto. Tuttavia, è noto che esiste la possibilità di trasmissione del virus C anche per contagio sessuale e nel corso della gestazione e del parto. Probabilmente però queste ultime vie di trasmissione sono poco efficienti ed hanno inciso poco sull'epidemia italiana di epatite C. Con l'applicazione di rigidi criteri di selezione dei donatori di sangue, l'uso di siringhe ed aghi monouso e le cautele nei rapporti interpersonali dettate dal timore dell'Aids, i casi denunciati di epatite C sono calati vistosamente negli ultimi anni.

Come proteggersi da un contagio occasionale?

Norma basilare è fornirsi di un equipaggiamento personale per gli strumenti di igiene quotidiana (forbici, rasoi, ecc.). Occorrerà inoltre verificare che il proprio odontoiatra utilizzi materiale monouso (e l'autoclave per gli strumenti). Quanto alle misure per prevenire un possibile contagio sessuale, per le donne infette è raccomandabile astenersi da rapporti sessuali immediatamente prima o subito dopo il ciclo mestruale. Il profilattico rappresenta comunque un'efficace barriera protettiva. Infine, nel caso ci si debba sottoporre ad un intervento chirurgico «programmato», anche se oggi il rischio-sangue è pressoché estinto, sarà meglio cautelarsi con un'autoemotrasfusione.

Ai fini di un'adeguata prevenzione delle epatiti post-trasfusionali, qual è la reale consistenza del problema dei portatori asintomatici di Hcv?

Va detto subito che avere l'anticorpo anti-Hcv non significa necessariamente essere infetti, e che avere l'infezione da virus C non vuol dire necessariamente che il fegato è ammalato. È importante sottolineare che il termine «infezione» non è sinonimo di malattia. Tutti, o quasi tutti, i portatori di infezione cronica C sono asintomatici. Molti dei soggetti anti-Hcv positivi con transaminasi persistentemente normali sono probabilmente esenti anche da infezione. In ogni caso tutti questi soggetti con anti-Hcv, infetti e non infetti, malati e non malati, non vengono accettati come donatori di sangue.

Qual è la percentuale di pazienti affetti da epatite cronica C che possono essere guariti in modo permanente?

Circa il 20%, con preferenza per i giovani, senza cirrosi e con bassi livelli di virus circolante.

La concentrazione del virus dell'epatite C nel sangue circolante (viremia) può essere considerato un indice predittivo della risposta al trattamento?

È vero che la concentrazione di virus nel sangue predice la buona o cattiva riuscita della cura con l'interferone, ma il suo valore non è assoluto. Diversi pazienti con bassi livelli di virus non sono guariti dopo trattamento e, viceversa, l'interferone ha determinato la guarigione in pazienti con alta carica virale.

Dunque, l'interferone sembra finora il farmaco capace di fornire i risultati più concreti nel trattamento dei pazienti con epatite cronica. Ma è un farmaco costoso e non privo di effetti indesiderati. Come valuterebbe il rapporto costo/beneficio di una terapia con interferone in questi pazienti?

L'interferone è l'unico farmaco anti-epatite C disponibile; l'interferone alfa ricombinante è il farmaco di scelta per la cura dell'epatite C. Purtroppo, però, ha un prezzo elevato (la cura per un anno può costare 20 milioni) e può causare effetti collaterali, in alcuni casi così intensi da modificare anche la qualità di vita del paziente. Per questi motivi, la priorità di cura è rivolta al trattamento di pazienti giovani, ed in particolare quelli con epatite cronica a maggiore attività. Maggiori perplessità suscita invece l'uso dell'interferone nei cirrotici e, in genere, nei pazienti d'età superiore a 50-60 anni.

A che punto è il vaccino contro l'epatite C?

Cominciano l'anno prossimo gli studi di tossicità nell'uomo: si spera venga reso disponibile nel giro di 4-5 anni.

Usa: sperimentato nuovo farmaco anti-cancro

Il Taxotere, prodotto dalla Rhone-Poulenc Rore, è un farmaco semisintetico estratto in parte da una varietà europea di tasso. È molto simile, chimicamente, al Taxolo. E, secondo studi della F&DA che saranno presentati oggi dalla casa produttrice, potrebbe avere una decisa efficacia contro il tumore a seno anche in stadi avanzati e il tumore ai polmoni.La FD&A ha approvato nel 1992 il Taxolo contro i tumori in metastasi alle ovaie che non rispondono alla chemioterapia. E nell'aprile di quest'anno anche contro il cancro al seno in pazienti che si trovano nelle medesime condizioni. Il farmaco non cura il cancro, ma molti studi hanno dimostrato che prolunga, fino ad un anno, la vita delle pazienti.

Più chiarezza sui rifiuti ospedalieri

Più chiarezza sulle normative che riguardano l'eliminazione dei rifiuti ospedalieri. E' quanto chiedono alcuni esperti di sanità pubblica, tra i quali Gaetano Maria Fara, direttore dell'istituto di Igiene dell'università La Sapienza di Roma, che si sono riuniti oggi all'istituto superiore di sanità insieme a rappresentanti del ministero per l'ambiente e alle imprese per lo smaltimento dei rifiuti. Oggi in Italia, spiega Fara, spendiamo cifre elevatissime per il trattamento dei rifiuti provenienti dagli ospedali cifre che sono eccessive. «Tali rifiuti vengono considerati pericolosi perché in teoria veicolano microrganismi patogeni che vanno nell'ambiente ma nella pratica gli unici incidenti di rilievo avvengono in ospedale attraverso punture accidentali con siringhe o tagli con bisturi infetti. Ora un decreto dell'89 che autorizzava gli ospedali a sterilizzare i rifiuti dentro la propria sede e poi mandarli via come rifiuti urbani trova difficoltà di applicazione: dapprima un ricorso al decreto viene accettato dal Tar del Lazio che blocca l'applicazione della normativa: poi il ripristino da parte del consiglio di Stato, «ma non c'è chiarezza da parte del ministero per l'Ambiente sull'autorizzazione alle sterilizzazioni negli ospedali Questo obbliga le strutture ad operare secondo le indicazioni precedenti al decreto dell'89 che impongono un eccesso di prudenza e di costi rispetto al pericolo»

Con un sistema di controllo del volo aereo messo a punto a Stanford, in California

L'atterraggio più sicuro del mondo

■ Con la nebbia e con la pioggia, di notte e a fari spenti. Sarà possibile atterrare in ogni condizione, semplicemente inserendo il pilota automatico, correndo il rischio di andare fuori posizione al massimo di due centimetri. È la straordinaria prospettiva che i piloti d'aereo hanno di fronte una volta che sarà terminato lo sviluppo dello *Stanford Integrity Beacon Stystem*, un sistema di monitoraggio e controllo di velivoli in fase di atterraggio che usa i satelliti del *Global Positioning System* (GPS), una rete di 24 satelliti della Nasa sviluppata per scopi militari e che hanno una accuratezza di controllo superiore a qualsiasi altro tipo di sistema satellitare. Il progetto è stato elaborato da un gruppo di ricerca coordinato da Clark Cohen del Dipartimento di Aeronautica e Astronautica dell'Università di Stanford, in California. Il sistema funziona in modo molto semplice. L'aereo in fase di atterraggio viene bombardato da terra e dal cielo con onde radio così da poterne costantemente seguire la traiettoria attraverso un computer installato a bordo. Il monitoraggio del velivolo è tanto accurato che un pilota automatico potrebbe far atterrare l'aereo su una monetina in qualsiasi condizione atmosferica. Il margine di errore infatti è stimato in due centimetri.

La semplicità del sistema è sorprendente. Consiste di due piccole antenne da applicare sulla pancia e sul dorso dell'aereo e da due trasmettitori posizionati a terra delle dimensioni di una carta di credito. La prima antenna riceve i segnali dal satellite, la seconda da terra. Una volta prodotto su scala industriale l'*Integrity Beacon System* potrebbe costare meno di 8 milioni per un velivolo da turismo e qualche decina di milioni per un aereo di linea. Tanta semplicità e tale costo permetterà quindi l'installazione del sistema anche in aeroporti molto piccoli e nei paesi del Terzo mondo.

Il dispositivo è già stato testato positivamente lo scorso ottobre su un piccolo Piper Dakota e su un Boeing 737-300 della United Airlines a Crow Landing. I risultati di questi test saranno illustrati il prossimo marzo 1995 al meeting della Organizzazione Internazionale per l'Aviazione Civile presso le Nazioni Unite. E sarà proprio il sistema sviluppato a Stanford la proposta ufficiale del governo americano, contro il più costoso sistema a microonde che viene sponsorizzato da numerose compagnie aeree statunitensi. La convinzione dei ricercatori di Stanford è che l'*Integrity Beacon System* ha tutte le potenzialità di dimostrarsi «il più sicuro sistema di atterraggio mai inventato e il più economico mai concepito». (Pierpaolo Antonelli)