

Pillole di medicina

Uno studio italiano
Autotrapianto per la sterilità maschile da chemioterapia

La sterilità maschile causata dalle cure antitumorali potrebbe presto non essere più un problema. Gli effetti devastati di chemio e radioterapia sulla fertilità potrebbero infatti essere annullati con l'autotrapianto delle cellule germinali, cioè delle cellule progenitrici degli spermatozoi. È quanto emerge da uno studio presentato nell'ambito del seminario su Biologia Molecolare del Gamete Maschile in corso all'Università di Roma La Sapienza. «La tecnica - ha spiegato Andrea Lenzi, patologo clinico all'ateneo romano - è stata sperimentata con successo sui topi di laboratorio». In pratica si prelevano le cellule germinali dai testicoli prima della terapia oncologica, si congelano fino alla guarigione del paziente per poi essere impiantate al momento in cui si desidera un figlio. Sono necessari ancora alcuni studi per accertare la non alterazione del patrimonio genetico durante il congelamento.

Da: «The Lancet»
Mal di schiena causato da un microbo

Può il mal di schiena essere causato da un microbo? Sembra strano, ma secondo i risultati di una ricerca pubblicata questa settimana dalla rivista inglese The Lancet, sarebbe proprio così. I ricercatori hanno sottoposto 104 persone affette da sciatica a un esame del sangue che permetteva di determinare se un'infezione fosse alla base dell'infiammazione. Il test ha mostrato la presenza nel sangue dei pazienti di «Propionibacterium acnes», un batterio che normalmente si trova sulla pelle e che, nelle persone in salute, non presenta nessun pericolo. Allister Stirling, uno degli autori dello studio, sostiene che questo microrganismo potrebbe aver avuto accesso alla colonna vertebrale dopo un trauma, sia pure così piccolo da non essere stato individuato.



Da: «Nature Neurosciences»
Una ricerca italiana su Hiv e cellule nervose

Il 15-30 per cento dei malati di Aids sviluppa disturbi neurologici che spesso sfociano in una vera e propria demenza. La terapia antiretrovirale ha portato a un significativo prolungamento della vita dei malati di Aids, ma finora non si è riusciti a sconfiggere le malattie neurologiche e quindi a migliorare la vita dei pazienti. Uno studio italiano pubblicato oggi su Nature Neurosciences segna intanto un importante risultato: il professor Andrea Volterra con la dottoressa Paola Bezzi e Maria Domercq del dipartimento di scienze farmacologiche dell'università di Milano ha chiarito i meccanismi di aggressione del virus alle cellule nervose. Particolarmente a rischio sono i bambini nati da madri sieropositive.

Stati Uniti
I nutrizionisti: attenti alle bevande energetiche

Preoccupazione tra gli esperti sanitari americani per la moda sempre più diffusa, tra gli sportivi dilettanti, di usare bevande energetiche. Sotto nomi diversi, queste bevande contengono sostanze stimolanti come caffeina e guaranà e altre erbe e vitamine... Importate quasi clandestinamente da paesi come il Brasile si sono diffuse negli Stati Uniti e ora in Europa. Ma dal punto di vista sanitario, i nutrizionisti americani sono in allarme. «Naturale non significa sano - avverte Cynthia Sass dell'Università della South Florida - Molti stimolanti combinati assieme possono amplificarsi a vicenda, fino a diventare pericolosi. E una lunga lista di erbe e vitamine sono tutt'altro che sane». Nel 1998, un uomo di Kansas City venne colpito da un attacco di cuore per aver bevuto uno di questi drink prima di mettersi a sollevare pesi. La bevanda, Ripped Force, conteneva ephedrina.

Cesareo, il primato mondiale all'Italia

In Campania record dei parti col bisturi: 51%. Eppure per l'Oms non devono superare il 15%

Federico Ungaro

giulio cesare

Difficile dire perché il parto cesareo si chiami così. Secondo alcuni, il nome deriva da Giulio Cesare, che venne estratto dal ventre della madre grazie a un taglio che da allora si chiamò cesareo. Secondo altri, invece, deriva dal cognome latino della famiglia, Caesar, che a sua volta deriverebbe dal verbo caedere, tagliare. Il naturalista Plinio, infatti, riporta che il primo Cesare della gens Julia si sarebbe chiamato così perché sarebbe nato con «a caeso matris utero», un taglio del ventre della madre. In epoche più vicine a noi, il primo ad avere l'intuizione di salvare la vita alla madre e al bambino in questo modo fu il francese Francois Rousset nel 1581. E da allora fu lui ad essere conosciuto come il padre del taglio cesareo. Altro passo in avanti si fece in Inghilterra nel 1600 con l'invenzione del forcipe. Prima non risulta esistessero strumenti atti ad estrarre il feto, quando il parto non poteva avvenire normalmente. Per il successivo grande passo in avanti si deve attendere fino a quando non inizia a muovere i primi passi un'altra scienza medica: l'anestesia. Attorno alla metà del Diciannovesimo secolo, due medici del Saint Bartholomew Hospital di Londra eseguirono un taglio cesareo con anestesia da etere. Ma il parto cesareo non è una prerogativa solo della chirurgia europea. Secondo quanto narrano gli esploratori inglesi della fine dell'Ottocento, già le popolazioni africane conoscevano questa pratica: in Uganda veniva usata comunemente grazie a un vino ricavato dalle banane che inebriava le partorienti. Pratica che diventa di uso comune nei paesi Occidentali e nel resto del mondo man mano che aumenta il tasso di urbanizzazione della popolazione e diminuisce la pratica di far nascere i bambini a casa. Ma il vero boom si ha in questi ultimi anni, fino a raggiungere le punte massime alla fine del secondo millennio.

La sanità campana frantuma il record del mondo di parti cesarei: in nessuna altra parte del pianeta, infatti, vengono al mondo tanti bambini grazie al bisturi. Sono i dati di una ricerca dell'Agenzia sanitaria regionale, che sono stati pubblicati sul Bollettino Epidemiologico Nazionale dell'Istituto superiore di sanità. Dati inequivocabili. Il più impressionante: in Campania, nel 1999, su 65 mila parti, circa il 51 per cento avviene grazie a un taglio cesareo. Ciò che colpisce è anche la tendenza ascendente di questo tipo di interventi. Nel 1996, la percentuale era del 42,8 per cento, nel 1997 si sale al 45,5, l'anno successivo al 48,5 e nel 1999, l'ultimo anno preso in esame dalla ricerca, sfondiamo quota 50 per cento.

L'aumento dei cesarei non è una prerogativa della Campania, interessa un po' tutto il resto del paese. In Italia, dal 1996 a oggi si è passati dal 28 per cento al 32,8 per cento. Renato Pizzuti, uno degli autori della ricerca, anche se non vuole sbilanciarsi troppo, commenta. «È certo comunque che il trend è in continua ascesa». Staccate, dietro la Campania, seguono la Basilicata, che nel 1998 ha fatto segnare il 41,1 per cento e la Sicilia con il 36,6. Ben lontane comunque da quanto succede a Napoli e nelle altre province.

Siamo poi lontanissimi dagli standard fissati dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms): il tasso medio di parti cesarei dovrebbe limitarsi ad oscillare tra il 10 e il 15 per cento. Una percentuale che non è rispettata, c'è da dire, neanche in altri paesi. In Inghilterra ad esempio, una donna su cinque partorisce con il cesareo.

Sotto accusa i medici che temono eventuali querelle nel caso in cui un parto naturale andasse male, e le stesse mamme che sembrano preferire quest'alternativa perché considerata più sicura. In America all'inizio degli anni Novanta, la percentuale sfiorava il 25 per cento, ma una forte attività di informazione l'ha fatta scendere attorno al 15 - 17 per cento del Duemila.

Perché dunque tanti cesarei? La prima e la più semplice ipotesi è che i parti cesarei siano così numerosi perché sono numerosi i casi che lo richiedono. L'intervento è previsto generalmente in tre situazioni: gemelli, (non sempre) bambini che non raggiungono il peso minimo e bambini che si presentano di piedi e non di testa (anche qui però il cesareo non dovrebbe essere la regola, i parti podalici possono anche essere tranquillamente portati a termine in modo naturale, purché si monitorizzi costantemente il battito del feto). È difficile pensare che in Italia ci siano così tanti casi che rientrino in una di queste tipologie.

«In realtà si tratta di una sorta di circolo vizioso: se un medico fa sempre più cesarei e meno parti naturali, diventa sempre più difficile per lui gestire un parto naturale. Così finirà per spingere la madre ad accettare il cesareo anche quan-

do non è indispensabile», spiega Roberta Arsiere, ginecologa dell'Ospedale Cardarelli di Napoli.

«Abbiamo bisogno di altri dati prima di tirare delle conclusioni», riprende Pizzuti. «Per scoprire le cause di questo fenomeno bisognerebbe analizzare seriamente le preferenze delle donne nei confronti dei due tipi di parto, cosa ne pensano i ginecologi e quello che imparano a scuola. Temo, ma è solo un'ipotesi, che esista un legame tra le tre cose, per cui la scelta delle madri è influenzata dal medico che a sua volta è influenzato da quello che insegnano nelle scuole di specializzazione e magari dal fatto che ritengono più semplice usare il cesareo, che riduce i rischi di fare del male alla madre e al neonato e quindi riduce le querele».

E che i medici tendano ad avere paura dei parti naturali lo dice anche il Tribunale dei diritti del Malato. «Gli operatori sanitari si



Neonati in una nursery di ospedale

sentono più sicuri con il cesareo che con il naturale», conferma Stefano Inglese, segretario nazionale del Tribunale. Ma ad entrare in gioco sono anche altri fattori. «Non bisogna dimenticare l'impatto delle tariffe di rimborso per le strutture sanitarie che sono molto più alte per i cesarei che per i parti naturali», continua Inglese. «Nella grande maggioranza dei casi, il parto cesareo si concentra nell'orario 8-14 dei giorni feriali - riprende Arsiere - invece di essere distribuiti in tutte le ore della settimana. Ovvero proprio nell'orario di lavoro dei

medici, pur essendo un intervento di emergenza».

Spesso però sono le stesse donne a richiederlo, nell'erronea convinzione che sia più sicuro di quello naturale. E invece non sempre è così. Anzi, il cesareo comporta un'anestesia totale, che può sempre essere pericolosa, una mortalità infantile quattro volte maggiore di quella relativa al parto naturale, un rischio molto più alto di ammalarsi per le emorragie e le infezioni provocate dal taglio e una buona probabilità di perdere la fertilità. Senza contare che il periodo di de-

genza è più lungo e che i costi per le strutture sanitarie sono maggiori.

«Esistono già delle iniziative prese a livello regionale per ridurre l'incidenza del cesareo - conclude Inglese -. Si tratta di interventi che prevedono una maggiore informazione sull'argomento, una promozione del parto naturale e naturalmente la fine di una politica tariffaria che premi il cesareo. E i risultati hanno subito dato effetti positivi: le percentuali di cesarei nel Lazio, ad esempio, sono scese notevolmente».

L'AIDS DELLE TRENTENNI

Cambia la mappa del rischio Aids in Italia, che diventa sempre più una malattia di coppie «normali». La nuova, principale vittima dell'infezione, infatti, è una giovane donna tra i 30 e i 33 anni, eterosessuale, sposata o comunque con una relazione stabile e, soprattutto, inconsapevole del rischio che corre: nel 40% dei casi, infatti, a trasmetterle il virus è proprio il partner (marito, fidanzato o compagno), che a sua volta ha contratto l'infezione attraverso rapporti non protetti con prostitute o transessuali. L'identikit della categoria oggi più a rischio in Italia si forma sui dati, illustrati mercoledì scorso all'ospedale Spallanzani di Roma, dello studio Icona (Italian Cohort Of Naive Antiretroviral patients) condotto su circa cinquemila persone sieropositive in 67 centri coordinati da sei università italiane su tutto il territorio nazionale. L'Aids, come ha sostenuto Mauro Moroni, direttore della clinica di malattie infettive e tropicali dell'Ospedale «Sacco» di Milano, sta diventando «sempre più una malattia della coppia normale, portata tra le mura domestiche dal maschio che si infetta attraverso rapporti promiscui o con prostitute». Nella grande maggioranza dei casi (62,6%) i nuovi sieropositivi hanno «la faccia pulita» dei trentacinquenni, diplomati, e spesso laureati, con un buon impiego, il conto in banca e, nell'8% dei casi, occupano posti dirigenziali. Insomma, rispetto a 10-15 anni fa, la storia dell'Hiv si è profondamente modificata, come ha sottolineato Antonella D'Arminio Monforte, associata di malattie infettive all'università di Milano: nel 1985 il 93% di chi si scopriva sieropositivo era tossicodipendente o aveva avuto una storia di droga, mentre oggi la maggior parte di coloro che hanno contratto l'infezione è eterosessuale (dal '97 al 2000 la percentuale di questi ultimi è aumentata dal 30% al 42%), inoltre tenendo conto dei pazienti arruolati nello studio Icona negli ultimi due anni, si scopre che più della metà (53,2%) ha acquisito il virus per via sessuale, mentre i tossicodipendenti o gli ex tossicodipendenti sono l'11,7%. Sempre per quanto riguarda gli eterosessuali, il 43,4% di loro ha scoperto di essere sieropositivo solo di recente, di solito non attraverso il test, ma a causa di un qualche sintomo collegato all'infezione. Non solo, quando arrivano ai Centri, queste persone sono già in uno stadio avanzato della malattia. D'altro canto, la popolazione infettata per contatti omosessuali non diminuisce, ma si incrementa in modo stabile rispetto agli anni passati (27,2%).

Malattie «orfane». Parla l'ematologa Adriana Ceci che ha costituito una fondazione per coordinare l'attività delle associazioni. «Solo dall'anno scorso l'Europa ha una legge per i farmaci»

Soli e senza soldi. Così oggi si lavora sulle patologie rare

Edoardo Altomare

Nonostante gli sforzi finora compiuti, mancano punti di riferimento certi per chi si occupa di malattie rare e farmaci «orfani». I ricercatori operano in solitudine e senza fondi adeguati, mentre le associazioni dei malati non sono sorte ed alleanze che le collegano ai centri d'eccellenza: e quando arriva la diagnosi di una malattia rara (vengono così etichettate quelle che si manifestano in meno di 5 casi su 10.000 cittadini europei), ci si ritrova senza un'informazione immediata su cosa fare e a chi rivolgersi.

È questo lo scenario tracciato da una esperta del settore come l'ematologa Adriana Ceci, che da più di tre anni ha costituito una fondazione su base volontaristica che ha l'obiettivo di coordinare l'attività dei ricercatori e delle associazioni e di stimolare quella delle industrie. «Nei confronti delle malattie rare - chiarisce la Ceci - l'Europa solo da un anno e mezzo ha definito un suo piano di intervento, che si articola su tre punti: 1) darsi informazioni precise (dati epidemiologici) sul tipo di malattie che interessano le regioni dell'Unione Europea; 2) creare reti tra le associazioni dei pazienti che, essendo disperse sul territorio, vanno ravvicinate (una di queste è UNIAMO, la Federazione italiana delle Malattie Rare che partecipa - insieme con analoghe federazioni europee - al progetto comune di pro-

muovere il miglioramento delle cure); 3) dotarsi di uno strumento analogo a quello nato già da molti anni negli Usa e noto come «Orphan Drug Act». Dall'anno scorso anche l'Europa ha un suo regolamento (il 101/2000) per i farmaci orfani: quelli cioè che - senza incentivi pubblici - sono destinati a non essere mai sviluppati dalle industrie farmaceutiche».

Stiamo parlando di nuovi rimedi per un insieme disomogeneo di malattie - dalle 5 alle 6mila - nella stragrande maggioranza dei casi su base genetica: patologie croniche con andamento progressivamente invalidante, e con un carico di esigenze assistenziali che si sommano a quelle terapeutiche. E se per alcune di esse i rimedi sono assai semplici (come ad esempio

eliminare determinati alimenti dalla dieta per inserirne altri), per le altre le speranze di risoluzione poggiano sulle biotecnologie e sulla terapia genica. «Questo spiega - osserva la Ceci - perché non basta la buona volontà delle singole industrie farmaceutiche, ma occorre un piano di investimenti verso tecnologie innovative: che in Italia al momento non esistono».

Ma la strada da percorrere è ormai tracciata: sono già 176 le domande presentate al COMP (Committee for Orphan Medicinal Product) dalle industrie che intendono sviluppare farmaci destinati a malattie finora non curate: «Queste domande - spiega la Ceci - puntano alla "designazione" del farmaco, grazie alla quale le aziende acquisiscono il di-

346 le fiale rimaste a Chiara le bastano fino ad aprile 2002

ritto ad arrivare per prime al prodotto per una determinata situazione o malattia. In tal caso spetta loro l'esclusività di mercato, ossia il diritto a non

avere concorrenti per almeno 10 anni». A parte quattro richieste respinte, sono una quarantina i farmaci finora designati dal COMP, che annovera anche 3 rappresentanti nominati dalle associazioni dei pazienti. L'industria farmaceutica comincia dunque a realizzare anche in questo settore la possibilità di un significativo recupero degli investimenti: grazie anche alla prevista riduzione dei costi per la registrazione del prodotto destinato alla cura di una malattia rara. «Inoltre - aggiunge Ceci - per l'art. 9 del regolamento 101/2000 avrebbero diritto ad ulteriori incentivi per la ricerca attribuiti dai singoli Stati membri. Ad oggi però solo 5 Stati hanno assicurato il loro appoggio. E il contributo dell'Italia è finora insoddisfacente».