

pillole di medicina

Da: «Nature Genetics»
Il fumo può attivare il gene che uccide le cellule uovo

Il fumo di sigaretta può agire da «interruttore» di un gene che può rendere infertile la donna. Anche se il fumo è stato da tempo associato a danni a carico della fertilità e come causa di una anticipata menopausa, ricercatori americani hanno ora accertato che il fumo può causare anche una morte prematura delle cellule uovo. La ricerca - condotta da un team guidato da Jonathan Tilly, del Massachusetts general hospital di Boston e pubblicata da Nature Genetics - ha scoperto che gli idrocarburi policiclici aromatici (PAH) contenuti nel fumo attivano nelle cellule uovo un gene denominato BAX di cui è nota l'attività di killer di queste cellule. I ricercatori hanno accertato che i PAH distruggono le cellule uovo nei topi femmina e anche in frammenti di tessuti ovarici umani.

Da: «Jama»
L'Aspirina non aumenta il rischio di malattie renali

Un uso moderato di aspirina o di farmaci con le stesse caratteristiche non aumenta i rischi di malattie ai reni. Questo il risultato di una ricerca medica che contraddice molte convinzioni maturate negli ultimi anni. Lo studio condotto dalla dottoressa Kathryn Rexrode, presso il Brigham and Women Hospital, è stato pubblicato sulla rivista dell'American Medical Association. Undicimila uomini in buona salute che prendevano in media 10 aspirine alla settimana sono stati seguiti per 14 anni. La dottoressa e i suoi assistenti non hanno riscontrato nei soggetti maggiori probabilità di contrarre malattie dei reni. Numerosi studi condotti in passato su pazienti che avevano problemi ai reni avevano spesso puntato il dito contro l'assunzione di analgesici che invece risultano innocenti da questa ricerca.



Da: «New England Journal of Medicine»
Il parto vaginale dopo un cesareo triplica il rischio di rottura uterina

Le donne che partoriscono in modo naturale dopo aver già avuto un cesareo hanno un rischio di rottura dell'utero tre volte maggiore rispetto a quelle che anche nel secondo parto si sottopongono al taglio cesareo. A sostenerlo è una ricerca pubblicata dal New England Journal of Medicine. Inoltre, il rischio di rottura uterina è cinque volte maggiore per quelle donne il cui travaglio viene indotto dalle prostaglandine piuttosto che nelle pazienti con travaglio spontaneo. I ricercatori dell'università di Washington a Seattle (Usa) hanno raggiunto questi risultati dopo aver analizzato 20.095 casi di donne che avevano avuto un primo figlio con il parto cesareo e quindi un'ulteriore gravidanza. In tutto si erano verificati 91 casi di rottura dell'utero: l'1,6 per 1000 tra le donne che avevano avuto il secondo cesareo e 24,5 per 1000 tra le donne con travaglio indotto.

Da: «Jama»
Il monitoraggio cardiaco può arrecare danni al cuore

Il monitoraggio cardiaco normalmente impiegato su malati sofferenti di cuore nel corso di interventi chirurgici importanti - dalla rimozione della cistifellea alla protesi d'anca - potrebbe paradossalmente arrecare più danni che benefici. I ricercatori del Brigham and Women's Hospital di Boston (il cui studio viene pubblicato dal Journal of American Medical Association) hanno seguito 4.059 pazienti, 221 dei quali sono stati sottoposti a monitoraggio con cateterismo cardiaco (che comporta l'inserimento nel cuore di un catetere attraverso una vena del collo): tra questi, confrontati con un gruppo di pazienti in condizioni analoghe ma non cateterizzati, i ricercatori hanno osservato un rischio triplo di infarto o di altri problemi cardiaci, e un aumento del 21% della mortalità a un mese dall'intervento.

Quando la sanità toglie 45 anni di vita

La salute non è uguale per tutti: un giapponese vivrà molto di più di un africano

Pietro Greco

aspettative

La vita media oggi nel mondo ha raggiunto la soglia dei 66,7 anni. La crescita, negli ultimi decenni, ha riguardato (quasi) tutti. Ma è stata molto diversa nelle varie parti del pianeta. Nei paesi industrializzati a più alto reddito tocca, ormai, i 78 anni (in Italia la vita media è di 78,4 anni). Nei paesi meno sviluppati non supera, invece, i 51,7 anni. Scende a 48,8 anni nell'intera Africa sub-sahariana. E in tre paesi (Sierra Leone, Mozambico e Rwanda) non arriva neppure a 40 anni.

Le «health inequalities» sono solo uno degli aspetti delle disuguaglianze nel mondo messe in evidenza dal recente rapporto dell'Undp (il programma per lo sviluppo delle Nazioni Unite) sullo sviluppo umano. Tra le altre disuguaglianze, la principale è quella del reddito. L'1% più ricco della popolazione mondiale (60 milioni di persone) ha un reddito pari al 57% più povero della popolazione mondiale (3,5 miliardi di persone). Il 19% più ricco della popolazione mondiale possiede il 79% della ricchezza globale.

Da questa disuguaglianza discende che nei paesi in via di sviluppo: 2,4 miliardi di persone non hanno accesso ai servizi sanitari di base; 968 milioni di persone non hanno accesso all'acqua potabile; 1,2 miliardi di persone vivono con meno di un dollaro al giorno; 2,8 miliardi di persone vivono con meno di 2 dollari al giorno; 163 milioni di bambini sotto i cinque anni sono denutriti; 11 milioni di bambini sotto i cinque anni di età muoiono ogni anno per cause che sarebbero evitabili. Trentaquattro milioni di persone sono contagiate dal virus Hiv e affette da Aids; 2,2 milioni di persone muoiono ogni anno a causa dell'inquinamento atmosferico.

co signore di origine cinese ha una vita media che sfiora i 90 anni. Nei quartieri poveri di New York un afroamericano ha una vita media che non supera i 57 anni. Nei quartieri ricchi di Calcutta la vita media raggiunge livelli occidentali, nei quartieri poveri non supera i livelli tipici dell'Africa sub-sahariana. E persino in un paese con il più antico welfare in sanità, la Gran Bretagna, le «health inequalities» rappresentano, secondo il British Medical Journal, il principale problema sanitario. Le iniquità della salute sono strettamente correlate alle differenze di reddito. Come sostiene Gro Harlem Brundtland, direttore dell'Organizzazione Mondiale di Sanità, le «health inequalities» sono l'effetto e insieme la causa della povertà. Tuttavia la relazione tra iniquità e reddito non è, sempre, automatica. In Costa Rica l'aspettativa di vita, 76,2 anni, è superiore a quella che si registra in Danimarca (76,1 anni), sebbene il reddito medio pro-capite (8.860 dollari l'anno) sia appena un



Particolare da «What we want, Tokyo», 1999. Foto tratta dal catalogo della mostra «Instant city»

infatti con un forte richiamo alla politica, presieduto da Giovanni Berlinguer, ha reso pubblici, nei giorni scorsi, i propri «Orientamenti bioetici per l'equità nella salute». Il documento riconosce che la salute è un bene indivisibile. Sia nel senso che non può essere un bene diviso sulla base del reddito (più salute a chi è più ricco) e distribuito in una pura ottica di mercato. Sia nel senso che non è un bene che può essere separato da altri fattori di sviluppo umano: salute, istruzione, qualità della vita, qualità ambientale e, anche, reddito sono tutte componenti interpenetrate che concorrono al benessere dell'uomo. Se dunque vogliono (anzi, devono) ri-muovere la più odiosa delle iniquità, l'iniquità nella salute, è sui fattori politici, oltre che su quelli strettamente economici, che i governi devono agire. Il Comitato di Bioetica, sulla base di indicazioni date anche dall'Organizzazione Mondiale di Sanità, consiglia soprattutto di: creare sistemi universali di accesso ai servizi sanitari; evitare

SOLIDARIETÀ O SVILUPPO SOSTENIBILE

Sono 17 milioni le persone che muoiono ogni anno nel mondo a causa di malattie e deficienze nutrizionali. E il 43 per cento dei decessi avviene nei paesi più poveri. Lo svela una ricerca realizzata dal Forum per la ricerca biomedica presentato a Roma, che descrive un quadro agghiacciante e lancia una strategia per risolvere i problemi sanitari dei paesi in via di sviluppo: lo sviluppo sostenibile anche in campo sanitario. Secondo i dati, il maggior numero di morti è causato dalle infezioni respiratorie (oltre 4 milioni di persone) e poi dall'Aids. Sotto accusa povertà, cattive condizioni igieniche e carenze dei servizi sanitari. Il 75 per cento della popolazione mondiale ha a disposizione solo il 15 per cento dei farmaci prodotti, solo lo 0,8 per cento della spesa pubblica dei paesi poveri è destinata alla sanità e solo il 2 per cento degli investimenti in ricerca e sviluppo nel mondo è destinato alle malattie che colpiscono con incidenza maggiore il Terzo mondo: Aids, malaria, Tbc, malattie diarroiche. Nei paesi con reddito molto basso, il numero di medici per abitante è la metà rispetto a quelli con reddito più elevato. I farmaci, oltre a essere poco disponibili, costano molto tra un paese povero e l'altro. In Brasile, la terapia anti Aids costa 200 dollari l'anno, mentre in Kenya 7.300 dollari. Senza contare il problema dei medicinali contraffatti: secondo l'Oms in Africa il 10 per cento dei farmaci è falso e spesso questa percentuale tocca punte del 50 - 60 per cento. Sottosviluppo, povertà e epidemie contribuiscono ad abbassare nei paesi poveri la speranza di vita. Servirebbe una politica che sviluppi le vaccinazioni. Si stima, infatti, che con adeguate campagne di vaccinazione 888 mila bambini all'anno non si ammalerebbero di morbillo, 346 mila di pertosse, 215 mila di tetano neonatale, 900 mila di epatite B e ci sarebbero 400 mila casi in meno di influenza. Ma è necessario soprattutto che gli interventi si traducano in misure efficaci nel lungo periodo e per fare questo serve passare da una strategia basata solo sulla solidarietà a una basata sullo sviluppo sostenibile. Servono accordi e programmi per la diffusione dei farmaci, le campagne di vaccinazione, la formazione degli operatori sanitari e per contrastare le malattie più diffuse. Da valutare anche altre ipotesi, conclude il rapporto, tra cui l'introduzione della Tobin tax, la tassa sulle speculazioni finanziarie, e il versamento dello 0,7 per cento del reddito dei paesi sviluppati per la cooperazione allo sviluppo dei paesi poveri. Scelta, questa, già presa dall'Assemblea generale dell'Onu, ma rimasta fino a oggi inapplicata. (Lanci.it)

Malattie orfane. La sindrome di Moebius provoca una paralisi facciale che impedisce qualsiasi smorfia ed espressione. In Italia colpisce un centinaio di persone

Chi conosce i bambini che non possono sorridere?

Edoardo Altomare

Non possono sorridere, fare smorfie, spesso non riescono a chiudere gli occhi o a muoverli lateralmente. Tutto a causa di una paralisi facciale permanente provocata dalla mancata o ridotta formazione di un paio di nervi cranici. In alcuni casi presentano gravi problemi fisici in diverse parti del corpo. Sono i bambini con la sindrome di Moebius, una malattia rara che riguarda in Italia un centinaio di persone (in Europa si contano circa 2.500 casi). Si è svolto la settimana scorsa a Venezia il primo convegno internazionale dedicato a questa sindrome, organizzato dall'A.I.S.Mo. (l'Associazione italiana fon-

data dai genitori dei «bambini che non sorridono»). Tre giorni di lavori con i maggiori esperti mondiali nel settore: «Per suscitare una maggiore attenzione - dice il Prof. Antonio Federico, neurologo dell'Università di Siena, dove dirige l'Unità Operativa di Malattie Neurometaboliche - da parte dell'opinione pubblica nei confronti una malattia quasi sconosciuta». Si è parlato delle attuali (scarse) conoscenze sulla sindrome di Moebius, delle problematiche legate ad un approccio necessariamente multidisciplinare (oftalmologico, odontoiatrico, ortopedico, riabilitativo), della situazione psicologica del paziente e dei suoi familiari, del ruolo del pediatra di famiglia, delle tecniche più recenti per migliorare l'alimentazione e le difficoltà

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

di linguaggio, e di «smile surgery»: la chirurgia che può restituire il sorriso a questi bambini. «Sono interventi di chirurgia plastica e di tipo riabilitativo,

ma si tratta pur sempre - avverte Federico - di soluzioni parziali. Probabilmente bisognerebbe cercare di restituire a questi malati il "sorriso dell'anima", non farli sentire disabili e consentir loro uno sviluppo normale dal punto di vista psichico». Una vera e propria impresa, insomma, in un Paese dove mancano strutture organizzate che sappiano occuparsi del malato nella sua globalità: «Il calvario che il paziente affetto da una malattia rara e la sua famiglia devono affrontare - spiega infatti il neurologo - è quello di non avere punti di riferimento anche per problemi banali, come una carie dentaria o un'appendicite». Ecco perché Federico e i suoi collaboratori hanno creato una struttura multidisciplinare - dall'odontoi-

tria alla genetica molecolare - dove accanto alla diagnosi ed alla terapia specifiche, si affrontassero i banali problemi di assistenza dei malati: «Abbiamo fondato a Siena un centro di ricerche per la diagnosi, la prevenzione e la terapia del neurohandicap, e soprattutto un centro di informazione per le malattie neurologiche rare». A parte quello di Siena, in Italia se ne contano solo altri due: quello del Mario Negri di Bergamo e l'Associazione Baschirotto di Vicenza. Federico ammette comunque che a partire dal piano sanitario 1999 del ministro Bindi qualche passo avanti è stato fatto, che si vede un'iniziale attenzione nei confronti delle malattie rare. Nel corso del convegno di Venezia, ad esempio, è stato presentato dalla Dott.

ssa Domenica Taruscio il Progetto Malattie Rare: «L'Istituto Superiore di Sanità - chiarisce Federico - terrà il registro sul quale dovrebbero essere convogliate tutte le informazioni riguardanti i dati sulla frequenza delle singole malattie rare. In Francia esiste una struttura avanzata - si chiama "Orphanet" - che pubblica un volume, ha un sito web, e assicura a tutti un livello d'informazione sui centri francesi ed europei che fanno diagnosi di queste malattie e sulle terapie disponibili». Un'informazione che spesso manca persino ai medici, ai quali Federico affida un messaggio: «Oggi la medicina è talmente sviluppata che non si può sapere tutto. Ma al bisogno occorre sapere dove poter andare a reperire le informazioni sulle malattie rare».