

## pillole di medicina

Da «Nature»  
Un ormone  
per combattere l'obesità

È stato scoperto un ormone che aiuta a ridurre l'appetito e porta a una diminuzione di circa un terzo della quantità di cibo ingerita nell'arco della giornata. Potrebbe quindi rappresentare un'arma in più per contrastare l'obesità, che è un serio problema di salute per un numero sempre crescente nei paesi occidentali. La notizia riportata sull'ultimo numero del settimanale scientifico «Nature», arriva da un'equipe internazionale di ricercatori dell'Imperial College di Londra, della Oregon Health and Sciences University, in Usa e del Garvan Institute of Medical Research, in Australia. L'hanno battezzato con la sigla tecnica PYY3-36 e si tratta di un ormone particolare rilasciato normalmente dalle cellule del tratto gastro-intestinale dopo aver mangiato, in proporzione al contenuto calorico del cibo. Lo stesso ormone poi avrebbe un ruolo importante nel comunicare al cervello il senso di sazietà.

Da «Clinical Endocrinology and Metabolism»  
Basso peso alla nascita  
può voler dire infertilità da adulti

Un basso peso alla nascita può portare ad una disfunzione nell'ovulazione durante l'adolescenza e a problemi di fertilità nella vita più adulta. Lo rivela uno studio condotto da alcuni ricercatori spagnoli e pubblicato sulla rivista «Clinical Endocrinology and Metabolism». Secondo la ricerca sarebbe questa la spiegazione di una parte almeno delle cause di infertilità di coppia. I ricercatori dell'Hospital Sant Joan de Deu di Barcellona guidati da Lourdes Ibáñez hanno preso in esame un gruppo di 49 ragazze con un'età media di 15 anni e mezzo. Tra queste 24 di loro sono state classificate come sottopeso alla nascita - sotto ai 2,3 chilogrammi - contro una media di 3,3 chilogrammi. I test sanguigni hanno mostrato come solo il 60 per cento delle ragazze che erano sottopeso alla nascita avevano regolari ovulazioni, contro il 96 per cento di quelle con un peso nella media.

Da «New Scientist»  
Terapia a base di ozono  
può prevenire la caduta dei denti

Una terapia indolore a base di ozono per prevenire la caduta dei denti in odontoiatria potrebbe soppiantare otturazioni, trapani e iniezioni. L'efficacia dell'ozonoterapia, si legge su «New Scientist», è stata dimostrata da un gruppo di dentisti della Queen's University di Belfast; il trattamento HealOzone, questo il suo nome, comporta la copertura del dente singolo con un tubicino a tenuta d'aria e l'immissione di gas compresso per 10 secondi. Questa tecnica, secondo i ricercatori, uccide il 99% dei batteri presenti compresi quelli responsabili della formazione di placca e carie. Una tecnica così indolore e poco invasiva, sempre secondo il team irlandese, avrebbe il pregio di riavvicinare i pazienti agli studi dentistici. L'Associazione britannica di odontoiatria sembra, però, scettica a riguardo.

Uno studio americano  
Nessun legame tra inquinamento  
e cancro al seno?

Lo studio promosso dal National cancer institute americano con lo scopo di dimostrare il legame tra inquinamento e l'incidenza di cancro al seno, pubblicato sulla rivista «Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention», non ha prodotto alcun risultato. Durata in tutto sette anni e costata circa 8 milioni di dollari la ricerca ha coinvolto più di mille donne di Long Island e ha indagato gli effetti di quattro agenti tossici molto diffusi in quella zona almeno fino a pochi anni fa e adesso diminuiti perché la loro emissione è stata vietata. Molte critiche sono giunte da ambientalisti e da associazioni di malati che accusano i ricercatori di non aver considerato altri agenti inquinanti e di aver coinvolto un numero statisticamente poco significativo di pazienti. Secondo l'American cancer society nella sola New York moriranno quest'anno 2.900 donne per cancro al seno e la patologia verrà diagnosticata ad altre 14 mila.

# Melanoma, la prevenzione parte dai bambini

Le regole: evitare esposizioni esagerate al sole nell'infanzia e controlli periodici da adulti

Edoardo Altomare

## la scoperta

Capita spesso che una neoplasia diventi incurabile per la presenza di metastasi, ossia di cellule maligne che si sono diffuse

**nell'organismo malato staccandosi dal focolaio tumorale primitivo. Una delle molecole implicate in questo fenomeno - la proteina Src - sarebbe stata individuata da ricercatori scozzesi del Glasgow Beatson Institute che hanno pubblicato i dettagli della loro scoperta sulla rivista «Nature Cell Biology».**

**La proteina Src sarebbe coinvolta nell'operazione di «smantellamento» dell'impalcatura che tiene insieme e protegge le cellule nei tessuti sani: quando comincia a svilupparsi un tumore - a Glasgow hanno studiato in particolare quelli dell'intestino - la proteina Src diventa abbondante e iperattiva e finisce per scompaginare i tessuti inviando segnali affinché venga rimossa dalla superficie delle cellule l'E-caderina (una sostanza adesiva).**

**«Dobbiamo ancora capire - spiega Margaret Frame, coordinatrice della ricerca - come tutto questo apra la porta alla disseminazione del cancro. Ma se riuscissimo a «intercettare» questi segnali con un farmaco specifico, potremmo in qualche modo evitare la diffusione del tumore agli altri tessuti».**

**Privato della possibilità di riprodursi altrove e confinato nel suo focolaio primitivo, il tumore potrebbe così essere definitivamente asportato dal chirurgo, scongiurando il rischio che si ripresenti altrove. Va però sottolineato che la proteina Src è solo una delle sostanze implicate nel processo metastatico, e che la messa a punto di un farmaco che ne blocchi l'attività potrebbe comunque richiedere anni. La notizia apre il cuore alla speranza, ma non deve illudere: la ricerca in questo settore ha ancora bisogno di tempo.**

esempio avete la carnagione chiara e vi fate conquistare dall'idea (mal sana) di abbandonare la routine cittadina nel fine settimana e prendere un aereo per il Mar Rosso, sappiate che un bagno di sole a latitudini vicine all'equatore comporta un rischio notevole. Lo stesso dicasi per qualsiasi esposizione intensa e intermittente.

Uno dei luoghi comuni da sfatare sul conto del melanoma è che possa svilupparsi solo su un nevo - o neo - preesistente (in un adulto normale se ne contano in media dai 30 ai 40): «Nel 50% dei casi - precisa Bonifazi - la proliferazione maligna che caratterizza il melanoma prende il via dai melanociti presenti nello strato basale dell'epidermide di una cute sana: o addirittura da sedi extracutanee, come l'occhio o le meningi».

Ancora: va ferocemente contrastato il detto «non toccare il can che dorme» quando riferito ad un neo:

«Tutte le lesioni o le macchie cutanee anche vagamente sospette vanno rimosse» taglia corto Cascinelli, ricordando che è tuttora la chirurgia l'arma risolutiva nella lotta al melanoma; che questo tumore ha un'evoluzione bifasica, con una prima fase caratterizzata da una crescita in superficie, che può durare qualche anno (e che giustifica l'attività di prevenzione); ma che se si concede il tempo di sviluppare noduli, la malattia diventa capace di disseminare a distanza, ossia di dare metastasi. E che in fase avanzata si può sperare solo nella chemioterapia e nell'interferone, anche se continuano le ricerche su tecniche di immunoterapia e di terapia genica - portate avanti da anni anche nello stesso Istituto Tumori di Milano con risultati che lo stesso Cascinelli definisce «solo in parte soddisfacenti». L'American Cancer Society consiglia un check up della pelle eseguito dallo specialista ogni tre anni, ma



un autoesame mensile di fronte allo specchio può servire all'identificazione di nuove macchie cutanee o a cambiamenti di quelle già note.

Al dermatologo Bonifazi preme invece tornare sui rischi dell'esposizione al sole («che può provocare non solo il melanoma, ma anche altri tumori della pelle, oltre naturalmente al foto-invecchiamento») e su quelli connessi all'uso dei filtri solari. Proprio così: «Ci si aspettava - spiega - un calo nell'incidenza del melanoma in seguito all'uso di creme protettive e filtri di ogni tipo, che invece non c'è stato. Anzi, gran parte delle pubblicazioni finora apparse in letteratura affermano non

solo che l'uso dei filtri solari non assicura alcuna protezione nei confronti del melanoma, ma che potrebbe addirittura aumentarne il rischio». Sorprendente? Solo fino a un certo punto: «Il senso di sicurezza che deriva dall'uso di questi filtri - ipotizza il dermatologo - può indurre anche chi per motivi genetici, di familiarità o per fototipo non potrebbe esporsi o restare al sole, a ritenersi comunque protetto». Se è vero che negli ultimi tempi i produttori hanno aggiunto anche i filtri per gli UVA oltre a quelli per l'UVB, va considerato che ci sono anche radiazioni luminose di altro tipo: e noi, aggiunge Bonifazi, «non

sappiamo qual è la lunghezza d'onda che favorisce lo sviluppo del melanoma». Gli individui con fototipo chiaro, insomma, usino pure creme schermanti con adeguata protezione, ma non per questo si sentano autorizzati a restare esposti al sole per tempi più lunghi.

clicca su

[www.melanoma.com](http://www.melanoma.com)

[www.ftc.gov/bcp/conline/pubs/health/sunkids.htm](http://www.ftc.gov/bcp/conline/pubs/health/sunkids.htm)

[www.skincancer.org/melanoma/](http://www.skincancer.org/melanoma/)

## Svezia: a rischio suicidio i bambini stranieri adottati

I bambini adottati da svedesi, ma provenienti da paesi stranieri avrebbero un rischio più alto di soffrire di disturbi mentali e patologie sociali nel corso dell'adolescenza rispetto ai bambini nati in Svezia da genitori svedesi. È quanto emerge da uno studio condotto da alcuni ricercatori svedesi e pubblicato sulla rivista inglese «The Lancet».

In Svezia alla fine degli anni 60 è diminuito il numero di adozioni nazionali e di conseguenza è aumentato il numero di adozioni di bambini provenienti da altri paesi. Generalmente i bambini si sono adattati bene durante i primi anni della scuola, ma poco si sapeva sulla fase successiva, l'adolescenza e l'età adulta. Anders Hjern e colleghi hanno identificato i bambini adottati tra il 1970 e il 1979 che erano ancora in vita e residenti in Svezia nel 1985. I ricercatori hanno poi messo a confronto i disagi mentali, il tasso di suicidi e di abuso di droga e di alcol tra i bambini adottati provenienti da altri paesi, i bambini nati in Svezia da genitori svedesi e i bambini immigrati insieme alla madre da un paese straniero (America latina o Asia) prima del settimo anno d'età.

Considerando i fattori di rischio legati alla condizione socioeconomica e alla famiglia, si è visto che i bambini adottati che provenivano da altri paesi avevano un rischio da tre a cinque volte più alto di commettere suicidio o tentare il suicidio, di essere ricoverato per problemi psichiatrici, abuso di alcol o di droga rispetto alla popolazione generale.

Anders Hjern ha commentato così i risultati dello studio: «L'entità del problema di fornire un aiuto ai bambini che arrivano con adozioni internazionali è spesso sottovalutato. È necessario che le figure professionali interessate prendano molto seriamente il compito di seguire questi bambini e i loro genitori e considerino attentamente il rischio di suicidio che questi bambini possono correre quando raggiungono l'età dell'adolescenza».

Enrico Girardi

Daniela Minerva e Stefano Vella nel loro nuovo libro spiegano perché allargare l'accesso alla terapia può essere il volano per globalizzare la salute

## L'utopia possibile: curare l'Aids nei paesi poveri

Nel luglio del 2000, la Conferenza Mondiale sull'Aids si è tenuta a Durban in Sudafrica, un paese divenuto uno degli epicentri dell'epidemia. Questa Conferenza ha portato al centro dell'attenzione mondiale la distanza sempre crescente tra le possibilità di cura per una malattia di Aids nel Nord e nel Sud del Mondo. E ha costretto tutti a confrontarsi con il problema di come allargare l'accesso alle terapie. Da una parte governi, case farmaceutiche e sistemi sanitari dei paesi ricchi, ma anche, dall'altra parte, governanti africani, come lo stesso presidente sudafricano, che aveva fino a quel momento sostenuto una politica di negazione dell'Aids, affermando che l'origine virale della malattia era una invenzione del mondo occidentale che serviva a creare un mercato per gli antivirali prodotti dalle multinazionali del farmaco. La Conferenza mondiale sull'Aids tenutasi il mese scorso a Barcellona è stata l'occa-

sione per avviare una concreta discussione su come portare le cure ad un numero maggiore di persone. Il problema della cura dell'Aids nei paesi più poveri, visto come un esempio, e forse un volano, per «globalizzare la salute» è al centro di un bel libro della giornalista dell'Espresso Daniela Minerva e di Stefano Vella, Presidente uscente dell'International Aids Society («No AIDS. Globalizzare la salute», 183 pagine, 10€) pubblicato di recente da Avverbi. Ma perché proprio l'Aids dovrebbe essere una priorità della cooperazione sanitaria internazionale, e non altre patologie che pure provocano un numero altrettanto elevato, se non maggiore, di morti? Ci sono almeno due motivi secondo gli autori. In primo luogo l'Aids, rispetto ad altre

malattie, presenta differenze qualitative importanti. È una patologia nuova, ancora in fase di espansione e colpisce soprattutto i giovani adulti, componente fondamentale della vita economica e sociale, determinando un freno alle possibilità di sviluppo per molti paesi, e talora una vera e propria inversione di parametri di sviluppo, come l'attesa di vita, ed un concreto rischio di instabilità sociale. Ma c'è un secondo motivo che ha a che fare in qualche misura proprio con la globalizzazione. La ricerca medica, ricordano gli autori, segue il mercato. E così la quasi totalità dell'innovazione riguarda la cura delle patologie che affliggono i paesi ricchi: l'obesità, le malattie cardiovascolari, i tumori. Ma non è stato così per l'Aids. Lo sforzo enorme di ricer-

ca, spinto dai bisogni sanitari e dalle prospettive di mercato del mondo industrializzato, ha prodotto risultati immediatamente applicabili a milioni di malati dei paesi poveri. Insomma, la cooperazione sull'Aids potrebbe rappresentare un'occasione unica per iniziare a mettere in pratica una globalizzazione che riavvicini aree diverse del mondo sotto il profilo del diritto alla salute. Ma veniamo alle altre obiezioni che sono state avanzate al progetto di portare le cure per l'Aids nei paesi poveri. Una delle più comuni riguarda i costi che, anche nell'ipotesi che si arrischiassero a dare i farmaci a prezzo di costo, non scenderebbero al di sotto di 300-400 dollari per paziente per anno. Una cifra al di là delle possibilità di un gran numero di paesi. Ma non sembra

impossibile che i paesi sviluppati destinino a questo scopo gli 8 miliardi di dollari che sarebbero necessari per iniziare a trattare 5 milioni di persone che si trovano in uno stadio più avanzato di infezione. Si tratta di meno dello 0,005 per cento del Pil dei sette grandi. Un investimento tutto sommato modesto se si tratta, come ha sostenuto Colin Powell, di combattere contro l'Aids una vera e propria guerra. Ma, si obietta ancora, anche se fosse possibile portare i farmaci nel Terzo mondo, le strutture sanitarie esistenti non sarebbero in grado di somministrare le cure in modo efficace. Questa obiezione è semplicemente smentita dai fatti. Il mese scorso la rivista medica inglese «Lancet» ha pubblicato il rapporto di attività di un progetto pilo-

to di terapia antiretrovirale in Uganda. A due anni dall'inizio del progetto i risultati della terapia non apparivano sostanzialmente diversi da quelli che si ottengono in occidente in pazienti di gravità paragonabile. Il problema va posto probabilmente in altri termini. Si tratta infatti di garantire la disponibilità dei farmaci, non di pretendere di trasferire di colpo tutta la sofisticata tecnologia medica occidentale nei Paesi in via di sviluppo, ed anche di definire modalità originali di gestione della terapia. Esiste in questo senso una preziosa esperienza fatta dai programmi di trattamento della tubercolosi che riuscivano a far curare in modo efficace circa l'80% dei pazienti senza ricorrere neanche alle radiografie del torace ed all'intervento costante del medico.

E sarebbe difficile sostenere che, non potendo curare efficacemente il 100% dei malati, bisogna abbandonare anche quell'80% che si potrebbe salvare. Ed infine un timore frequentemente espresso è quello che un impiego della terapia con scarse possibilità di controllo possa favorire la diffusione di varianti del virus resistenti ai farmaci. Certo, questa è una possibilità concreta che richiama la necessità di disporre di efficienti sistemi di sorveglianza epidemiologica. Ma non dobbiamo dimenticare che al momento è proprio dai paesi industrializzati che sta iniziando la diffusione delle resistenze alla terapia. Insomma, ci dicono gli autori, curare l'Aids su scala globale è possibile ed il momento per iniziare a farlo è ora. Ma, ci ricordano anche, non saranno le terapie antiretrovirali a debellare l'epidemia. La strada principale resta la prevenzione e la promozione della capacità di un numero sempre maggiore di individui, ad iniziare dalle donne del sud del mondo, di rendersi protagonisti della difesa della propria salute.