

pillole di medicina

Da «Nature»

Due molecole lavorano insieme per combattere il cancro

Ricercatori dell'Università di Tokyo hanno scoperto che due molecole note per la loro azione anticancro potrebbero essere legate tra loro. Si tratta dell'interferone tipo I e di una proteina nota come P53 legata a un noto gene onco-soppressore. La scoperta potrebbe aiutare a spiegare gli effetti benefici dell'interferone tipo I (IFN-alfa/beta) contro il cancro cervicale e epatico. Nella ricerca, pubblicata on-line su «Nature», Tadatsugu Taniguchi e colleghi mostrano che in cellule in coltura, l'interferone tipo I aumenta l'attività del p53, un gene noto per la sua attività di onco-soppressore. Quando la cellula si trova in uno stato di stress può attivare questo gene e questo la porta all'apoptosi, al suicidio. L'ipotesi dei ricercatori è che lo stesso meccanismo possa funzionare anche nelle cellule tumorali dei pazienti trattati con interferone.

Ministero della Salute

Parte prima la campagna contro l'influenza. Colpa della Sars

Il ministro della Salute Girolamo Sirchia ha deciso di emanare la circolare «Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2003-2004». Obiettivo dichiarato è «avviare in modo tempestivo le procedure per la profilassi antinfluenzale della prossima stagione invernale». La decisione è data dal fatto che quest'anno la vaccinazione assume un rilievo a causa delle somiglianze cliniche, almeno negli stadi iniziali, tra influenza e Sindrome respiratoria acuta grave (Sars). Per questo motivo «è opportuno - si legge nella circolare emanata da ministro - che la vaccinazione sia promossa il più possibile, anche in considerazione dei possibili scenari epidemiologici che potrebbero delinearli se la Sars, invece di continuare la netta tendenza alla diminuzione osservata nel periodo maggio-giugno 2003, dovesse andare incontro a ulteriore diffusione».

la salute



Da «Jama»

Un cervello troppo grosso primo segno di autismo

Uno dei primi segni di autismo potrebbe essere una crescita accelerata del cervello, che si manifesterebbe ben prima dell'emergere dei comportamenti generalmente associati a questo disturbo. Eric Courchesne, un ricercatore della University of California di San Diego ha scoperto infatti che oltre la metà dei bambini autistici presenta attorno ai 14 mesi di età un cervello che è più grande del normale. Il ricercatore ha studiato 48 bambini di età compresa tra i due e i cinque anni, che avevano una buona raccolta di dati medici e che presentavano i sintomi classici della malattia. Ha così scoperto che il 59 per cento dei bambini aveva dei tassi anormali di crescita della circonferenza cranica, rispetto al solo 6 per cento dei bambini sani. Lo studio di Courchesne è stato pubblicato sulla rivista «Journal of the American Medical Association».

Negli Usa

Etichette per noci e arachidi: «fanno bene alla salute»

Saranno quelli a base di noci, arachidi e mandorle i primi prodotti ad essere venduti in America con etichette che ne consigliano il consumo sulla base di prove scientifiche non ancora definitive. La decisione della Food and Drug Administration di dare il via libera a queste etichette ha suscitato però forti reazioni. Non ci sono infatti prove scientifiche incontrovertibili sulle capacità salutari di questi prodotti. Anzi le prove sono ancora incerte, tanto che l'etichetta (probabilmente provocando più confusione che altro) recita «Evidenze scientifiche suggeriscono ma non provano che mangiare 1,5 once al giorno di noci (circa una manciata) come parte di una dieta a basso contenuto di grassi saturi e colesterolo possa ridurre il rischio di infarto». L'Fda sembra così aver deciso di rendere meno rigidi i regolamenti su queste etichette. (lanci.it)

Anche l'ipertensione diventa europea

Le linee guida per il vecchio continente si discostano da quelle americane: non esistono i pre-ipertesi

Edoardo Altomare

Sono destinate ai medici europei, ma riguardano la salute di tutti. Le linee guida sull'ipertensione arteriosa, promulgate in giugno a Milano dall'ESH (European Society of Hypertension) e dalla Società Europea di Cardiologia, segnano una svolta rispetto al passato. Fino al 1999, infatti, le due suddette associazioni avevano fatto proprie le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Poi è successo qualcosa: «Anzitutto - chiarisce Giuseppe Mancina, direttore del Dipartimento di Medicina dell'Università Milano Bicocca, nonché coordinatore del Comitato internazionale sulle linee guida - si sono accumulate prove scientifiche dell'importanza del calcolo del rischio cardiovascolare globale; nello stesso tempo l'orientamento e gli indirizzi dell'Oms si sono concentrati sui paesi in via di sviluppo. L'Europa ha così preferito svincolarsi». Quelle europee, peraltro, prendono in più punti le distanze dalle recenti linee guida americane. Come a proposito della cosiddetta «pre-ipertensione»: un termine col quale gli americani indicano una categoria di soggetti con pressione sistolica compresa tra 120 e 139 e diastolica tra 80 e 89 mmHg. «Ma così - protesta Mancina - rischiamo di creare una categoria di pazienti artificiali, condannati ad uno stato ansioso perché ritenuti più predisposti a sviluppare l'ipertensione».

«È importante sottolineare - dice Mancina - che le linee guida non hanno un carattere coercitivo nei confronti del medico. Rappresentano piuttosto un elemento educativo e di supporto, sul quale il carniccio bianco non può e non deve appiattire la sua professionalità». I grandi studi clinici, aggiunge l'esperto, sono importanti fonti di conoscenza, forniscono dei dati d'insieme, disegnano uno scenario. Ma hanno dei limiti: il maggiore dei quali è la distanza dalla pratica clinica.

Le conferme
Sono importanti le nuove acquisizioni, così come le conferme («perché vuol dire - commenta Mancina - che certe conoscenze hanno retto il test del tempo»). Già dalla fine degli anni '90 si è iniziato a capire che il rischio cardiovascolare legato all'ipertensione

| DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEI LIVELLI DI PRESSIONE ARTERIOSA | | |
|--|-----------------|-------------------|
| Categorie | Sistolica (max) | Diastolica (min.) |
| Ottimale | < 120 | < 80 |
| Normale | 120-129 | 80-84 |
| Normale-alta | 130-139 | 85-89 |
| Ipertensione di grado 1 (lieve) | 140-159 | 90-99 |
| Ipertensione di grado 2 (moderata) | 160-179 | 100-109 |
| Ipertensione di grado 3 (grave) | >180 | >110 |
| Ipertensione sistolica isolata | >140 | < 90 |

Quando le pressioni sistolica e diastolica di un paziente si collocano in categorie diverse, si deve considerare la categoria più elevata. Per ipertensione sistolica isolata si intende la presenza di valori eccessivamente alti di pressione sistolica con valori nella norma di pressione diastolica. L'ipertensione sistolica isolata può anch'essa essere suddivisa in gradi (1,2,3).

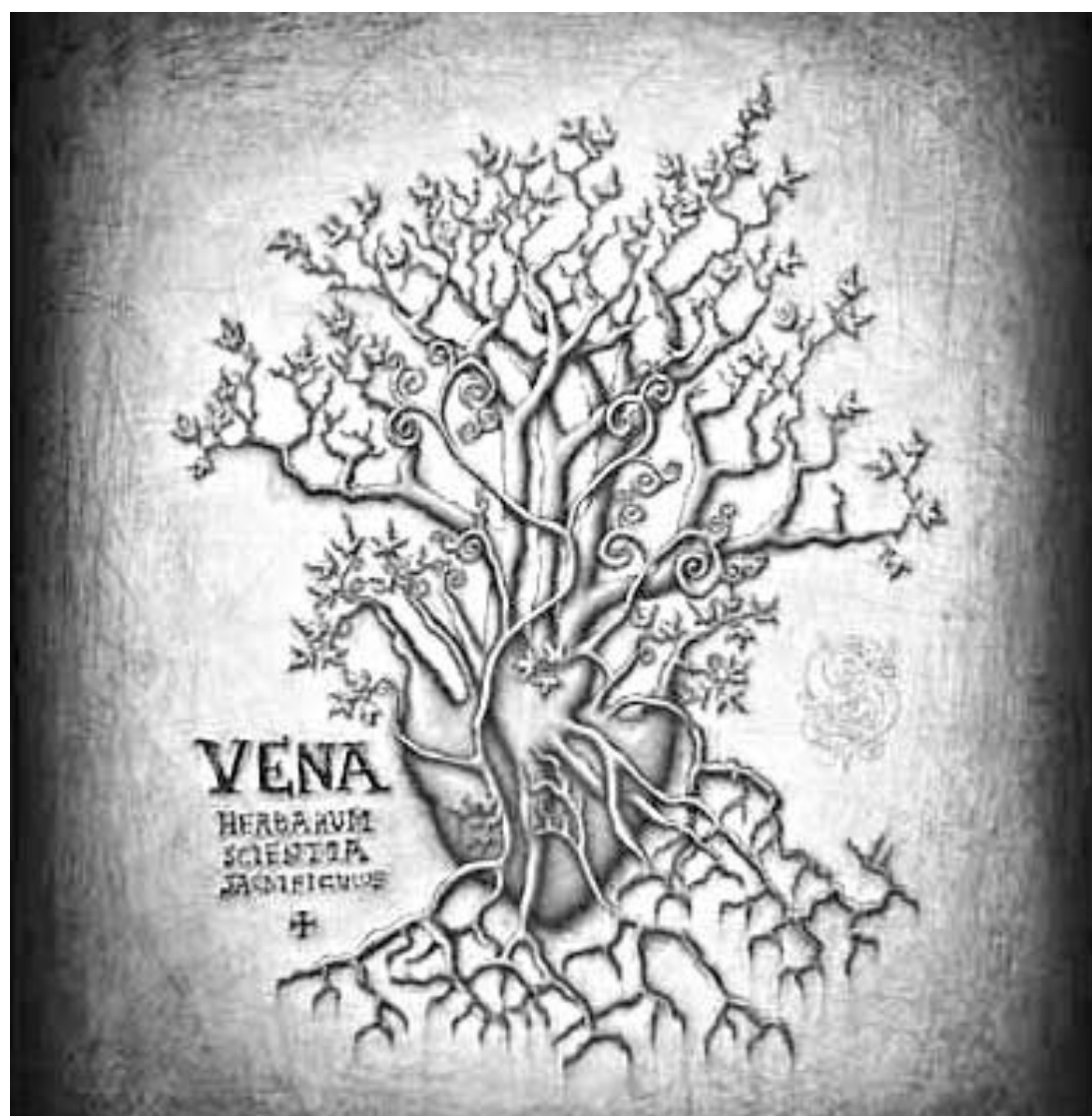
decrese progressivamente sotto il fatidico livello di 140/90 mmHg, che è il limite tradizionale per distinguere gli ipertesi dai «normali». Ed è stata confermata la recente classificazione del rischio in funzione dei livelli pressori (vedi Tabella) con la riserva che il vero valore soglia per definire l'ipertensione deve essere considerato flessibile, essendo necessariamente più elevato o più basso in relazione al profilo di rischio totale di ciascun soggetto.

Il rischio cardiovascolare globale
È la valutazione di un rischio multifattoriale che comprende i valori di pressione arteriosa insieme con altri fattori: «Il paziente - spiega Mancina - non viene giudicato solo per i valori di pressione, ma anche per l'eventuale presenza di ipercolesterolemia, diabete, obesità, familiarità per malattie cardiovascolari e per il rischio di un futuro danno d'organo». Cresce il rilievo, nel calcolo del rischio, di fattori quali un modesto danno renale, la presenza

di microalbuminuria (proteine nelle urine del diabetico), di obesità addominale, di valori più elevati di proteina C reattiva (un indicatore d'infiammazione che prelude alla formazione della placca aterosclerotica). Di nuovo: la soglia d'intervento è mobile ed è funzione del livello del rischio.

Il trattamento

Si impone in tutti i pazienti ipertesi, compresi quelli che prendono una terapia farmacologica, un cambiamento dello stile di vita: abolire il fumo, fare attività fisica, ridurre il peso corporeo, assumere una dieta a base di olio di pesce. Nel caso che tali misure non si rivelino sufficienti, si passa ai farmaci. A questo proposito, rassicura Mancina, gli studi ci hanno indicato con chiarezza che qualunque sia la terapia impiegata (diuretici, beta-bloccanti, calcio-antagonisti, inibitori dell'angiotensina, ecc.) se nel paziente si riesce ad abbassare la pressione, si ha anche una riduzione del rischio cardiovas-



colare: «Dunque è la riduzione dei valori pressori ciò che conta davvero, molto più di come questo risultato viene ottenuto». Un importante messaggio (ripetuto soprattutto ai medici) riguarda poi la necessità, nei 2/3 se non addirittura nei 3/4 dei pazienti, di associare due farmaci se si vuole ottenere un buon controllo: «Troppo spesso - lamenta Mancina - invece che ad una terapia di associazione si fa ricorso ad un unico farmaco». Ma le sorprese non sono finite: «La maggior parte degli studi di paragone - sostiene l'esperto - non ha mostrato differenze di efficacia tra vecchie e nuove terapie». Anche se «la ricchezza di scelta è importante. Se avessimo a

disposizione solo i diuretici, tratteremmo male i nostri pazienti. E comunque i nuovi farmaci, in pazienti selezionati (come ad esempio i diabetici) sono più protettivi dei vecchi per la nefropatia diabetica».

L'informazione

Un recente lavoro pubblicato su «Jama» dimostra come l'ipertensione sia una patologia trattata molto male in tutti i paesi del mondo: «Ciò è dovuto - osserva Mancina - anche alla natura asintomatica della malattia ed alla necessità di convincere i pazienti ad assumere farmaci in funzione di un beneficio non immediato, ma futuro». Ecco perché l'informazione assume un par-

ticolare rilievo nei confronti dei soggetti ipertesi, ma anche di chi si prende cura della loro salute: «I medici - raccomanda l'esperto - non devono interrompere i loro tentativi di portare la pressione al di sotto dei 140/90 o meno prima di aver raggiunto quest'obiettivo».

clicca su

www.eshonline.org

www.medscape.com/viewprogram/2520

Dalla Conferenza di Parigi arriva il dato allarmante, mentre la Roche presenta un nuovo prodotto, un inibitore della fusione che dovrebbe impedire al virus di entrare nelle cellule

Aids, un paziente su dieci è resistente ad almeno un farmaco

Ilaria Fazi

«Ho deciso di affrontare a viso aperto la sfida e di consacrare il resto della mia vita alla lotta contro l'Aids». Alla soglia degli 85 anni (il compie oggi) il leader sudafricano Nelson Mandela ha deciso di dedicare tutto se stesso alla lotta contro quella che ha definito «la più grave crisi sanitaria della storia dell'umanità»: l'epidemia di Hiv.

Il messaggio arriva da Parigi, dove mercoledì si è conclusa la conferenza internazionale sulla malattia organizzata dall'International Aids Society (Ias).

In un ventennio, il virus ha colpito 60 milioni di persone, causato 26

milioni di vittime, il 95% dei quali sono poveri che vivono nei paesi in via di sviluppo. Ad oggi il numero di infetti, secondo le stime delle Nazioni Unite, ammonta a 45 milioni di persone. Trentasei milioni sono invece quelli che rischiano di morire senza cure se non si riuscirà a sciogliere il nodo costituito dall'accesso ai farmaci antiretrovirali, spesso un miraggio per chi ne ha più bisogno. Un'ingiustizia che il presidente della Ias, Joep Lange, ha definito un'«omissione di soccorso»: nel 2002 soltanto 250 mila persone dei paesi in via di sviluppo hanno infatti potuto beneficiare delle cure esistenti. E questo in un continente, l'Africa, in cui nel giro di poche generazioni l'epidemia minaccia di eliminare interi popoli.

Un'omissione se possibile ancora più ingiustificata se teniamo conto dell'aspetto economico. Secondo Jean Paul Moatti, professore di economia sanitaria all'Università di Marsiglia, curare i poveri affetti da Aids rappresenta una scelta conveniente, come testimonia il caso del Brasile, in cui un piano quinquennale di distribuzione gratuita dei farmaci ha permesso di risparmiare oltre 2 miliardi di dollari in spese mediche ed ospedaliere. Inoltre l'esperto ha anche sottolineato come il costo dei farmaci antiretrovirali, già calato in questi paesi, potrebbe essere ulteriormente abbassato in modo da consentire una maggiore diffusione.

Obiettivo questo a cui si oppone il «mercantilismo farmaceutico» dei

giganti del farmaco, restii a vendere sotto costo i loro prodotti, perché temono la perdita di valore dei brevetti e la diffusione di ceppi virali resistenti. Una posizione quest'ultima che non sembra però completamente giustificata sulla base dei dati scientifici oggi disponibili. Lo dimostrano i risultati, definiti sorprendenti dai suoi stessi autori, del più grande studio finora realizzato sulla resistenza del virus. La ricerca, svolta in 17 paesi su 1633 cittadini europei recentemente contagiati e non ancora sottoposti a cure, ha rivelato che uno su 10 presenta una forma di resistenza ad almeno una di queste tre categorie di farmaci. Secondo lo studio, il ceppo B del virus sarebbe particolarmente resistente, ma è anche quel-

lo meno diffuso in Africa. Secondo Robert Gallo, coautore della scoperta del virus dell'Hiv realizzata nel 1983 insieme a Luc Montagnier, nonostante il rischio della diffusione della resistenza ai farmaci e la necessità di creare un sistema di infrastruttura e assistenza medica di base, l'accesso alle cure da parte di questi popoli rimane una priorità.

Sul fronte della ricerca di nuove cure, le notizie paiono di segno opposto. Per quanto riguarda i vaccini, sembra ancora lontana la possibilità di un farmaco preventivo, mentre sembra percorribile la strada del vaccino «terapeutico», capace di rallentare l'infezione nelle persone che hanno già contratto il virus. Un farmaco di diversa concezione è invece stato

presentato dalla Roche. Appartiene alla famiglia dei cosiddetti «inibitori della fusione» e impedisce che il virus immetta il suo Dna nelle cellule. La sua efficacia, con una copertura di almeno un anno, è stata provata attraverso due serie di test clinici ed entro il 2003 potrà essere distribuito a 18 mila pazienti. Come però osserva l'ex presidente dell'Ias, Stefano Vella, il vero risultato del convegno è un altro: «Per la prima volta scienza ad alto livello e aspetti sociali sono stati affrontati in una stessa sede, come testimonia l'impegno preso dall'Ue, con la garanzia di Romano Prodi, a destinare un miliardo di euro al fondo per la lotta contro l'Aids. Ci si muove per piccoli passi, che però vanno nella direzione giusta».

Il meccanismo del dolore nella corteccia

Federico Ungaro

Controllare il dolore, agendo sul cervello. Non è l'ultimo grido in fatto di filosofie orientali, ma l'importante risultato di una ricerca scientifica pubblicata ieri sulla rivista «Nature» da un gruppo di scienziati americani della University of California di San Francisco guidato da Luc Jamin e Peter Ohara. Allo studio ha partecipato anche Alberto Granato, docente di anatomia umana al dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano. La ricerca ha dimostrato che, modificando i livelli di una determinata sostanza in un'area precisa della corteccia cerebrale, si può modificare sensibilmente la soglia del dolore.

La scoperta potrebbe anche contribuire a modificare in futuro le attuali terapie usate per combattere il dolore causato da malattie croniche? «È ancora una ricerca di base e come tutte le ricerche di base ci vorranno anni, prima di una sua potenziale applicazione clinica», spiega Granato. «Nello studio, comunque, - continua l'esperto - si offre una indicazione di una possibile via da seguire per eventuali applicazioni, via che si basa sulla terapia genica».

I ricercatori infatti sono riusciti a dimostrare che nel caso in cui venga inserito in una zona del cervello dei ratti nota come «insula», un gene che induce le cellule cerebrali a produrre maggiori quantità di un neurotrasmettitore chiamato GABA, si ha una notevole riduzione della sensazione dolorosa, riduzione che è prolungata e intensa.

La riduzione, sebbene di durata e intensità minore, si ha anche nel caso in cui si «aggiunga» direttamente il GABA all'insula senza ricorrere ai geni. «L'importanza della nostra ricerca - riprende Granato - è essere riusciti a definire in modo chiaro uno dei meccanismi alla base della sensazione dolorosa».

Era noto da tempo infatti il ruolo importante nella percezione del dolore svolto dalla corteccia cerebrale, la parte del cervello legata a funzioni come il pensiero e il linguaggio.

Meno conosciuti erano invece i meccanismi attraverso cui la corteccia influenzava questa percezione. «In futuro - conclude Granato - cercheremo di approfondire le nostre ricerche in altre direzioni. In particolare, abbiamo visto che ci sono legami con l'amigdala, un'altra struttura del cervello legata a emozioni come l'ansia e la paura. Il nostro obiettivo è capire qualche cosa di più di questo meccanismo».

Per quanto il quadro appaia ancora complesso e articolato, è possibile dire dunque che zone del cervello finora ritenute come il punto di arrivo finale delle percezioni, siano invece anche in grado di «istruire» la macchina del dolore, stabilendo su quale livello di sensibilità deve situarsi. E la terapia del dolore non potrà non tenerne conto.