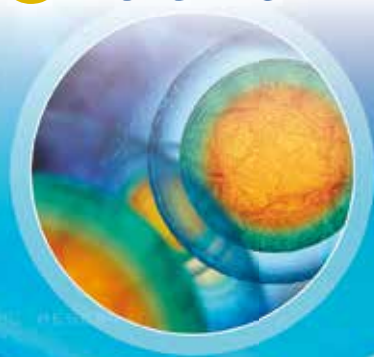




Sanità & Benessere

e focus



Le **ECCELLENZE**
passano da noi

LAZIO

**San Camillo Forlanini ed Umberto I,
Eccellenze in Cardiocirurgia
e Cardiologia Interventistica**

ONCOLOGIA

**Terapie personalizzate
al Sant'Andrea di Roma**

ANDROLOGIA

**Chirurgia Profesica
per la disfunzione erettile**



Az. Ospedallera
San Camillo Forlanini



Az. Ospedallera Universitaria
Policlinico Umberto I



Az. Ospedallera Universitaria
Sant'Andrea

Editoriale

Cari Lettori, la bella stagione è arrivata, l'estate è ormai alle porte e nell'aria si sente già odore di vacanza, sole, mare e divertimento. Ma non per questo potevamo lasciarVi senza una buona lettura. Quelli invernali appena trascorsi, sono stati mesi decisamente pesanti, che hanno messo a dura prova i nostri giornalisti e la redazione tutta, ma visto il successo che di volta in volta il nostro Magazine ottiene, possiamo dire che nessuno sforzo è stato vano, anzi! Sempre operativi e con l'entusiasmo che ci contraddistingue, siamo pronti a regalarVi un nuovo numero con un'importante novità: la "conquista" di altre regioni d'Italia.

Non solo quelle settentrionali (Lombardia, Piemonte, Triveneto e Liguria), ma anche quelle del centro-sud (Lazio, Sud ed Isole).

In questo numero Roma sarà la protagonista assoluta, con **Eccellenze** dell'Ospedale Bambino Gesù (Dott. **Riccardo Schiaffini**), dell'Umberto I (Prof. **Gennaro Sardella**), del San Camillo Forlanini (Prof. **Francesco Musumeci** e Prof. **Vittorio Donato**) e del Sant'Andrea (Prof. **Maurizio Simmaco**, Prof. **Paolo Marchetti**, Prof.ssa **Adriana Bonifacino**). Non mancano però anche professionisti del Policlinico San Martino IRCCS di Genova (Prof. **Alberto Sobrero**), del Sant'Anna Hospital di Catanzaro (Dott. **Elia Diaco**), dell'IRCCS Neuromed di Pozzilli (Dott. **Giancarlo Di Gennaro**) e della Fondazione IRCCS Istituto dei Tumori di Milano (Prof. **Alessandro Gronchi**). Infine hanno dato il loro contributo anche il Dott. **Marco Cosentino**, che si divide tra l'Italia e l'estero e l'illustre Prof. **Felipe A. Calvo**, della Clinica Universitaria di Navarra, che ci ha parlato dell'innovativa Radioterapia Intraoperatoria.

L'auspicio a questo punto è di riuscire a raggiungere anche quelle poche regioni italiane rimaste e questo sarà possibile solo se Voi, cari Lettori, continuerete a darci la giusta energia ed il giusto incoraggiamento, così come state facendo, non mancando in edicola ai nostri appuntamenti. Il Vostro affetto è la nostra forza e per questo ci impegniamo al massimo per non deludere le Vostre aspettative. Non mi dilungo oltre, Vi lascio con un arrivederci a settembre.

Buona lettura e buona estate a tutti!

A. Argenta

Sommario

Primo Piano

| | |
|---|----------|
| Radioterapia, Prof. Vittorio Donato | 1 |
| Cardiochirurgia, Prof. Francesco Musumeci | 2 |

Speciale Ospedale Sant'Andrea

| | |
|---|----------|
| Medicina Personalizzata, Prof. Maurizio Simmaco | 3 |
| Oncologica Medica, Prof. Paolo Marchetti | 4 |
| Senologia, Prof.ssa Adriana Bonifacino | 5 |

Eccellenze Lazio

| | |
|---|----------|
| Cardiologia, Prof. Gennaro Sardella | 6 |
| Diabetologia, Dott. Riccardo Schiaffini | 7 |

Eccellenze Sud Italia

| | |
|--|----------|
| Chirurgia dell'Epilessia, Dott. Giancarlo Di Gennaro | 8 |
| Angiologia e Medicina Vascolare, Dott. Diaco Elia | 9 |

Focus Radioterapia

| | |
|---|-----------|
| Oncologia Medica, Prof. Alberto Sobrero | 10 |
| IOERT, Prof. Felipe A. Calvo | 11 |

Parliamo di...

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| Andrologia, Dott. Marco Cosentino | 12 |
| Chirurgia, Dott. Alessandro Gronchi | 13 |



Responsabile di Progetto
Sarah Cosmano
Responsabile Customer Care
Roberta Valsecchi
www.cscommunication.it



Business Editor
Aurora Argenta
aurora.argenta@cscommunication.it

Responsabile Redazione
Teresa Cosmano
redazione@cscommunication.it

Giornalisti
Giovanna Tucci
redazione.s&b@cscommunication.it

Grafica ed impaginazione
QG Project di Gulyas Monika
Alessandro Villa
info@qgproject.it

Stampa
Mediagraf S.p.A.
www.mediagrafspa.it
www.printbee.it

Foto copertina
© Claudio Ventrella/123RF

L'eccellenza della Radioterapia Oncologica passa dal San Camillo

Il Prof. Donato, Direttore della U.O.C. di Radioterapia dell'Ospedale San Camillo – Forlanini di Roma ci parla di questa importante realtà medica

Il reparto di Radioterapia dell'Ospedale San Camillo - Forlanini di Roma, ha iniziato la sua attività nel 1929, diventando negli anni centro di eccellenza europeo. A parlarcene, il Prof. **Vittorio Donato**, Direttore non solo della stessa U.O.C. di Radioterapia ma anche Direttore del Dipartimento oncologico e medicine specialistiche dell'ospedale romano. Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università "La Sapienza" di Roma, si è specializzato dapprima in Radiologia Medica e poi in Oncologia, nella stessa Università. Già Responsabile dei trattamenti pediatrici presso lo stesso ateneo ed esperto nel campo della palliazione, attualmente i suoi principali argomenti di interesse riguardano le neoplasie del polmone, della prostata, della mammella ed attualmente sulla problematica dei tumori rari. In precedenza, ricercatore universitario alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma, attualmente è stato eletto Presidente dell'AIRO (Associazione Italiana di Radioterapia ed Oncologica clinica).



Prof. Vittorio Donato

reotassica). Molte neoplasie, come i tumori testa-collo, laringe e prostata, oggi vengono curati e guariti con la sola radioterapia, mentre in alcune situazioni viene associata al trattamento chirurgico in tempi pre o post-operatori (come nei casi di tumore del retto e tumore della mammella), oppure viene utilizzata nel controllo di malattie avanzate

in medicina palliativa. Ricordo che la radioterapia può essere usata in tutte le fasce di età, specie nei pazienti anziani, in quanto è un trattamento locale che non va ad incidere significativamente al di fuori del campo di irradiazione, specie a livello sistemico. Purtroppo, nonostante le potenzialità riconosciute della radioterapia, ancora oggi se ne parla in modo improprio e solo per gli effetti secondari. Il radioterapista oncologo viene coinvolto, in alcune situazioni, ancora in modo non ottimale mentre occorre ricordare che solo con una corretta integrazione tra chirurgia, terapia farmacologica e radioterapia è possibile sconfiggere il cancro.

Ci parli del progetto del Dipartimento di Oncologia del San Camillo, divenuto centro di eccellenza europeo

Il Dipartimento di Oncologia e Medicine Specialistiche nasce dall'idea di riunire in un unico progetto funzionale le varie componenti specialistiche di assistenza clinica integrata, che possa essere di riferimento al paziente nel suo percorso clinico diagnostico-terapeutico. Il Dipartimento si basa su due distinte aree, una dedicata alla cura ed all'assistenza del paziente oncologico e l'altra che unisce le medicine specialistiche. Nell'area oncologica sono confluite tutte le discipline che hanno come mission la cura del cancro, quali Oncologia Medica, Radioterapia Oncologica, Ematologia ma anche branche come Anatomia Patologica. Ognuna di queste unità operative rappresenta un'eccellenza grazie alle competenze specifiche, all'aggiornamento tecnologico ed alla connessione con altri centri internazionali. Tra tutte, ricordo l'Oncologia Medica oppure l'Ematologia

che è tra le più antiche della città, mentre la Radioterapia il prossimo anno festeggerà 90 anni di attività. Un preciso nostro scopo deve essere quello della presa in carico del paziente oncologico, che dovrà essere accompagnato durante tutto il suo iter assistenziale, idealmente dalla diagnosi al termine delle cure primarie. Il primo progetto inaugurato è stato il "Percorso Polmone": nel reparto di Radioterapia si è creato un ambulatorio specifico con un numero di telefono dedicato a cui il medico di medicina generale potrà chiamare se dovesse avere un paziente con sospetto clinico di tumore polmonare. In tale contesto il paziente verrà preso in carico da tutte le figure professionali dedicate alla cura del tumore del polmone, chirurgo, oncologo medico, radioterapista oncologo, radiologo, patologo, pneumologo, psicologo, etc. Occorre identificare ed incrementare il percorso dell'umanizzazione delle cure ed in tal senso anche la radioterapia, considerata sempre una branca squisitamente tecnologica, è riuscita a bene interpretare il suo aspetto clinico. Difatti, su tale direzione, in associazione con l'Ospedale Bambino Gesù ed il Policlinico Umberto I, nel nostro reparto vengono effettuati trattamenti oncologici su pazienti pediatrici. L'altra area è quella delle Medicine Specialistiche, dove convergono numerose esperienze cliniche che per il San Camillo-Forlanini hanno da sempre rappresentato un punto di forza nazionale. Così, l'Endocrinologia, la Gastroenterologia, la Reumatologia ed infine la storica Broncopneumologia proveniente dal Forlanini, mantengono quelle multiple competenze che rendono unico questo ospedale.

Prof. Donato, che cos'è la radioterapia e come si è evoluta negli ultimi anni?

Fin dalla loro scoperta, avvenuta circa un secolo fa, i raggi X hanno trovato sempre più vasta applicazione in medicina, sia a scopo diagnostico, sia a scopo terapeutico, come avviene con la radioterapia. Questa consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia per colpire e quindi distruggere le cellule tumorali. Tra le armi a disposizione per combattere efficacemente i tumori, oltre alla chirurgia e chemioterapia, figura senza dubbio anche la radioterapia, soprattutto oggi che la tecnologia consente di utilizzare apparecchiature d'avanguardia in grado di erogare dosi maggiori di radiazioni unicamente sulla lesione da trattare, risparmiando i tessuti sani, limitando gli effetti collaterali e diminuendo anche il numero di sedute. Infatti se un tumore è in stadio iniziale o molto piccolo è possibile eradicarlo con poche sedute di radioterapia (radioterapia ste-

Prof. Vittorio Donato

U.O.C di Radioterapia - Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Circonvallazione Gianicolense, 87
00152 Roma
Segreteria 06 58704431
Fax 06 58704673
vdonato@scamilloforlanini.rm.it

Sostituzione della valvola aortica, oggi c'è l'impianto della protesi senza sutura "Sutureless"

A parlarcene, il Prof. Francesco Musumeci, Direttore della Cardiochirurgia dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma

Le protesi valvolari aortiche "sutureless" hanno aperto uno scenario completamente nuovo nella sostituzione della valvola aortica, in presenza di stenosi valvolare aortica severa. A parlarcene il Prof. **Francesco Musumeci**, Direttore della Cardiochirurgia dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma. Dopo un'iniziale esperienza in chirurgia pediatrica alla Clinica Chirurgica Pediatrica dell'Università di Palermo prima e di Pavia poi, nel giugno del 1980 ha iniziato il training in cardiochirurgia al Royal Liverpool Children's Hospital in Gran Bretagna. In Inghilterra ha continuato la formazione cardiochirurgica lavorando nei più qualificati ospedali londinesi, quali l'Hotel for Sick Children, il National Heart Hospital, il Brompton Hospital e l'Harefield Hospital ed in Australia al Royal Children's Hospital. Ciò gli ha consentito di maturare un'ampia esperienza nelle diverse aree della cardiochirurgia, particolarmente nella chirurgia delle malformazioni congenite, delle patologie valvolari e nei trapianti di cuore e cuore-polmone. Nel marzo del 1991 è stato nominato Primario cardiochirurgo allo University Hospital of Wales, dove ha istituito il servizio di cardiochirurgia pediatrica. Nel settembre 1998 è stato richiamato in Italia a dirigere il Centro di Cardiochirurgia dell'Ospedale San Camillo di Roma dove, tra le diverse attività, ha sviluppato un programma importante di cardiochirurgia mini-invasiva e trans-catetere.



Prof. Francesco Musumeci

al passaggio del sangue determina una ipertrofia (ispessimento) progressiva delle pareti del ventricolo sinistro che è costretto ad aumentare la propria pressione di spinta del sangue in aorta. Le tre cause più frequenti di stenosi aortica sono: la degenerazione calcifica, che riguarda soprattutto gli anziani ed è

molto frequente dopo i 70 anni, la bicuspidia aortica e la malattia reumatica, dovuta ad una precedente e malcurata infezione batterica. Frequentemente i pazienti affetti da stenosi aortica non avvertono sintomi particolari e la diagnosi è occasionale. Le manifestazioni cliniche variano in base alla gravità della stenosi: se il restringimento della valvola è lieve o moderato l'unico riscontro è quello di un soffio al cuore, quando invece la stenosi è severa, cioè in fase avanzata, il paziente può accusare affaticamento dopo sforzi anche lievi (dispnea), dolore al petto (angina pectoris), vertigini o sincope (svenimento improvviso). Nell'accertamento della stenosi aortica e della sua gravità l'ecocardiografia è l'indagine strumentale più efficace.

Una volta riscontrata questa patologia, come si interviene?

Quando il vizio è lieve o moderato non c'è indicazione alla chirurgia ma è importante sottoporsi a controlli cardiologici regolari mediante l'ecocardiogramma, data l'evoluzione nel tempo della stenosi valvolare. Nel caso in cui, invece, si riscontra una stenosi aortica severa, la chirurgia è l'unica strada percorribile. L'intervento per stenosi calcifica della valvola aortica consiste nella sostituzione della valvola con una protesi valvolare biologica o meccanica. Le protesi meccaniche hanno il vantaggio di durare tutta la vita, però richiedono una terapia anticoagulante permanente; le biologiche invece, non richiedono la terapia anticoagulante ma, essendo fatte con tessuti di provenienza

animale, valvole aortiche di maiale o pericardio bovino, vanno incontro a fenomeni di degenerazione che è più rapida quanto più giovane è l'età del paziente al momento dell'intervento chirurgico, per cui nell'arco di qualche tempo, che può variare dagli 8 ai 20 anni, questi pazienti potrebbero andare incontro ad un secondo intervento per sostituirle. La scelta tra l'una e l'altra protesi valvolare va condivisa con il paziente, la decisione si basa innanzi tutto sull'età, in particolare una protesi valvolare meccanica è consigliata nei pazienti di età inferiore a 50 anni ed una biologica nei pazienti di età superiore a 70 anni. Vanno inoltre tenute in considerazione tutte quelle condizioni cliniche specifiche che possono privilegiare o controindicare una terapia anticoagulante. Le protesi valvolari aortiche "sutureless" hanno aperto uno scenario completamente nuovo nel trattamento chirurgico della stenosi valvolare aortica. Il vantaggio delle "sutureless" rispetto alle protesi valvolari biologiche convenzionali è quello che non richiedono punti di sutura per l'impianto in quanto i lembi valvolari sono montati su un mini-telaio metallico autoespandibile. La rapidità di impianto rende le protesi valvolari "sutureless" ideali per gli interventi eseguiti con accesso mini-invasivo e per tutte quelle condizioni in cui si vogliono ridurre i tempi dell'intervento chirurgico. Presentano inoltre molteplici vantaggi, quali la minor traumaticità sulla radice dell'aorta all'atto dell'inserimento, un maggior orifizio per il passaggio del sangue rispetto ad una protesi convenzionale di eguale misura. 🌐

Prof. Francesco Musumeci

U.O.C. Cardiochirurgia
Azienda Ospedaliera San Camillo
-Forlanini
Circonvallazione Gianicolense, 87
00152 Roma
Segreteria 06 58704857/4858
fmmusumeci@scamilloforlanini.rm.it

Medicina personalizzata: percorsi diagnostici e terapeutici su misura per il paziente

A parlarcene il Prof. Maurizio Simmaco, Direttore della U.O.C. Laboratorio Analisi Biochimica Clinica dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma

La medicina personalizzata è un approccio clinico innovativo, volto a superare i limiti di inefficacia e tossicità terapeutica della medicina classica, poiché non considera il paziente come facente parte di una categoria statistica, ma tende ad individuarne i tratti di unicità che ne determinano le peculiari capacità di risposta ai trattamenti medici. A chiarirci l'argomento, il Prof. **Maurizio Simmaco**, Direttore della U.O.C. Laboratorio Analisi - Biochimica clinica e del servizio di Diagnostica Molecolare Avanzata (DiMA) dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, Professore Ordinario di Biologia molecolare alla Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma.

Prof. Simmaco, cosa si intende per medicina personalizzata?

La medicina personalizzata è un settore in forte espansione, in gran parte basato sulla caratterizzazione della capacità biochimico-funzionale individuale e sull'acquisizione del profilo genomico personale, e che presenta un'enorme potenzialità di miglioramento della gestione dei sistemi sanitari. Infatti questa strategia consente di fare una buona previsione degli esiti clinici e degli effetti tossici derivanti dalla somministrazione di specifici trattamenti, permettendo di scegliere il farmaco più appropriato da somministrare. Inoltre consente a volte di stimare con maggiore precisione la suscettibilità individuale allo sviluppo di determinate patologie, permettendo di attuare precocemente delle strategie preventive. È chiaro che il miglioramento nell'efficacia e nella tollerabilità delle cure, così come una prevenzione più efficiente, portano a ridurre notevolmente i costi sanitari. I costi di investimento per attuare i processi di medicina personalizzata vengono così ampiamente compensati. Tuttavia, la personalizzazione dei trattamenti e la conseguente ottimizzazione degli indici sanitari costo-beneficio è ad oggi limitata dalle difficoltà incontrate nell'interpretazione di dati complessi come quelli genomici, anche in relazione



Prof. Maurizio Simmaco

alla necessità di integrare tali dati con parametri di tipo non-genomico (clinici, ambientali, comportamentali). La personalizzazione deve infatti tenere conto, soprattutto per pazienti affetti da patologie complesse, della loro storia personale considerandola come una sommatoria di eventi che hanno generato una condizione unica. Fare medicina in questo modo può essere faticoso e quasi irraggiungibile da un punto di vista dell'applicabilità generale. Nel corso degli anni però, nell'Ospedale Universitario Sant'Andrea si è sviluppata una metodologia che rende fruibile in maniera piuttosto sistematica questo approccio, soprattutto per i pazienti più fragili.

Su quale tipologia di pazienti viene utilizzata la medicina personalizzata?

Pazienti oncologici, che devono interagire con terapie di vecchia e nuova generazione, che possono presentare effetti collaterali anche molto gravi e per i quali la scelta terapeutica deve essere valutata con grande cura. Poi il soggetto psichiatrico, un paziente in cui purtroppo si registra una grande percentuale di fallimenti terapeutici. Infine, il paziente poli-trattato, che assume cioè più di 5 farmaci al giorno in maniera continua,

ed in cui la mancata aderenza alle terapie costa, solo in Europa, almeno 200.000 morti all'anno, poiché solo il 50-60% assume le terapie così come gli sono state prescritte. Quando parliamo di poli-trattati intendiamo anche pazienti diabetici, cardiologici, dislipidemici, quindi con patologie molto diffuse. Per ottimizzare le terapie su base individuale, la valutazione della componente genomica deve spesso essere integrata con indagini biochimico-molecolari che consentono di fotografare il reale stato funzionale del paziente. Per avere una caratterizzazione completa del paziente è necessario quindi avere a disposizione ed integrare fra di loro diverse e sofisticate piattaforme tecnologiche, ciò che è stato ottenuto al Sant'Andrea di Roma in maniera sostenibile. Allo stato attuale non siamo ancora in grado di applicare le strategie di medicina personalizzata a tutti i pazienti, ma penso sia necessario renderle accessibili almeno alle categorie più fragili, come quelle citate prima. Occorre attuare una politica sanitaria che promuova l'attività di centri di eccellenza in grado di applicare i metodi di diagnosi e cura personalizzata, nonché la formazione di medici curanti e specialisti in grado di guidare il paziente verso un percorso personalizzato, utilizzando correttamente gli strumenti messi a loro disposizione da tali centri. Infine, va sottolineato che informare il paziente sui metodi della medicina personalizzata è cruciale per stabilire un legame di maggiore fiducia con il medico curante, quindi ad una maggiore aderenza alle terapie prescritte ed ad una maggiore efficacia delle stesse.

Prof. Maurizio Simmaco

Università La Sapienza di Roma
Azienda Ospedaliera Universitaria
Sant'Andrea - U.O.C. Laboratorio
Analisi Biochimica Clinica - Diagnostica
Molecolare Avanzata
Via di Grottarossa, 1035 - 00189 Roma
Segreteria 06 33775405
maurizio.simmaco@uniroma1.it

L'importanza della Medicina personalizzata nel trattamento oncologico

Ce ne parla il Prof. Paolo Marchetti, Direttore dell'Oncologia Medica dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma

L'oncologia personalizzata non significa solamente riconoscere un bersaglio molecolare all'interno di una cellula tumorale, ma soprattutto identificare per ogni singolo paziente le reali necessità in ogni momento della sua malattia, come ci spiega il Prof. **Paolo Marchetti**, Direttore dell'Oncologia Medica dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma. È Professore Ordinario di Oncologia Medica all'Università La Sapienza e fondatore e Presidente della Società Italiana di Medicina Personalizzata (SIMEP). È inoltre membro di molte associazioni nazionali ed internazionali di oncologia medica, tra cui AIOM, ESMO ed ASCO.

Prof. Marchetti come viene utilizzata la medicina personalizzata in oncologia?

Il dipartimento di Scienze oncologiche interno dell'Ospedale Sant'Andrea è operativo da più di 12 anni, con un centro di oncologia medica in cui la medicina personalizzata trova uno sviluppo importante, dato dalla collaborazione multidisciplinare con molti colleghi, che ci ha consentito di condurre un programma relativo proprio alla personalizzazione del trattamento in oncologia. Stiamo per iniziare un importante studio a livello nazionale su oltre 1.200 pazienti che verranno trattati non più in base alla sede del tumore, ma in funzione della presenza di specifiche alterazioni molecolari delle cellule, identificate con tecnologie innovative come quella proposta da Foundation Medicine. Tuttavia, l'oncologia personalizzata non vuole essere solo il riconoscimento di questo o quel bersaglio molecolare, ma si propone di identificare per ogni singolo paziente le sue reali necessità in ogni momento della sua malattia. Ecco perché al Sant'Andrea grande importanza è stata attribuita anche alla partecipazione a studi clinici internazionali su nuovi farmaci a bersaglio molecolare, sulle nuove molecole legate all'immunoterapia, ma anche soprattutto al riconoscimento di bisogni che apparivano poco conosciuti, come ad esempio il tema della nutrizione nel paziente oncologico. Attraverso una serie di lavori abbiamo dimostrato come circa il 60% dei pazienti oncologici



Prof. Paolo Marchetti

presenti un cattivo stato di nutrizione, che esercita un'influenza negativa sul suo percorso terapeutico. I numerosi lavori scientifici sono sfociati in una mia collaborazione, insieme ad altri colleghi, con il Ministero della Salute, per la stesura delle linee di indirizzo dei percorsi nutrizionali. Approvati poi dalla Conferenza Stato-Regioni sono quindi diventate una raccomandazione per tutte le regioni italiane. Strettamente connesso al tema di corretti stili di vita anche gli interventi volti a prevenire la perdita della massa muscolare, la cosiddetta sarcopenia, che spesso non viene riconosciuta e rappresenta un fattore di fragilità per il paziente, traducendosi in una maggiore tossicità delle terapie e quindi in una loro minore efficacia.

Ci sono altri aspetti che vengono presi in considerazione sul tema della personalizzazione?

Un altro tema importantissimo riguarda la variabilità nella capacità di metabolizzare i farmaci. I farmaci che vengono utilizzati in oncologia sono dei farmaci attivi in maniera diretta, altri invece sono pro-farmaci, cioè sostanze che vengono elaborate all'interno dell'organismo e trasformati in farmaci veri e propri. Chiaramente tutti gli enzimi coinvolti in queste trasformazioni riguardano un aspetto critico in merito alle tossicità che possiamo attenderci nei pazienti a seguito di un singolo trattamento. Molto spesso non viene effettuata alcuna verifica preliminare delle capacità metabo-

che di un singolo paziente con possibile comparsa di tossicità anche importanti. A ciò consegue una riduzione del dosaggio od un cambio di terapia, con sofferenze che potrebbero essere evitate e con costi del Sistema Sanitario Nazionale che potrebbero essere risparmiati. Ecco perché con il Prof. Simmaco abbiamo attivato una piattaforma che ci consente di studiare sul singolo paziente quali sono le caratteristiche individuali e prevedere quale sarà la tossicità attesa e quindi riuscire a scegliere il farmaco più adatto oppure a ridurne o modificarne le dosi. In questo modo, la medicina di precisione, che è parte della medicina personalizzata, è diretta anche ad una migliore utilizzazione dei farmaci che già abbiamo a nostra disposizione. La stessa attenzione è rivolta alla possibilità di prevedere quali siano le tossicità dell'associazione di più farmaci. Ancora una volta sofferenze evitabili e costi inutili che attraverso un programma che abbiamo sviluppato sempre con il Prof. Simmaco e il Prof. Preissner dell'Università Charité di Berlino ci consente di prevenire nel paziente politrattato le conseguenze negative di associazioni di diversi farmaci, che possono determinare una maggiore tossicità od una ridotta efficacia. Ma la medicina personalizzata va ancora oltre, perché con le nostre pazienti più giovani abbiamo affrontato il tema della oncofertilità, cioè della possibilità di generare un figlio o mantenere una buona funzione ormonale dell'ovaio anche dopo trattamenti impegnativi come quelli oncologici. Direi che la medicina personalizzata è ancora una volta un elemento quanto più inclusivo ed olistico possibile, in cui vengono valutati i tanti bisogni dei pazienti oncologici con lo scopo di ottenerne dei risultati importanti.

Prof. Paolo Marchetti

Oncologia Medica
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
Via di Grottarossa, 1035/39 - 00189 Roma
Segreteria 06 33775842
Fax 06 33776663
paolo.marchetti@ospedalesantandrea.it

Prevenzione e diagnostica nella cura del tumore alla mammella

A parlarcene, la Prof.ssa Adriana Bonifacino, Responsabile dell'Unità di Senologia dell'A.O.U. Sant'Andrea di Roma

Quando si parla di senologia, la prevenzione è particolarmente importante, dal momento che il tumore della mammella è la patologia oncologica più frequente nella donna in ogni età. A spiegarci perchè, la Prof.ssa **Adriana Bonifacino**, Responsabile dell'Unità di Senologia dell'A.O.U. Sant'Andrea di Roma (U.O.C. Oncologia Medica). È anche Presidente dell'Associazione IncontraDonna Onlus, ed è stata membro del gruppo di lavoro del Ministero della Salute per le linee guida delle Unità di Senologia.



Prof.ssa Adriana Bonifacino

tomosintesi, da completare con l'esame ecografico su suggerimento dello specialista di riferimento. Il programma di screening mammografico regionale gratuito riguarda la fascia di età 50-69 anni, in alcune regioni ampliata da 49 a 74 anni. La periodicità è biennale ed il centro si riserva di richiamare per eventuali approfondimenti. Ancora molte pazienti però, si affidano a percorsi diagnostici spontanei scegliendo ogni volta centri e professionisti diversi.

Quando si trova un carcinoma del seno quale sarà il percorso?

Nel caso di diagnosi di carcinoma della mammella, la paziente deve essere indirizzata ad un centro di eccellenza della propria regione. Il decreto del Ministero della Salute del 2014 ha regolamentato i "centri di senologia" come gli unici centri di riferimento idonei per il trattamento del tumore mammario e sono quelli che ne trattano almeno 150 casi per anno, con un team multidisciplinare ed interdisciplinare, che segue la paziente in un percorso di ulteriori accertamenti (stadiazione) e di cura chirurgica ed oncologica, fino al post trattamento che include psiconcologia e riabilitazione. Secondo un decreto ministeriale del 2017, è opportuno applicare anche le linee di indirizzo per la nutrizione, per cui ogni paziente avrà accesso ad un iniziale screening alimentare, per poi essere seguito nelle diverse fasi di trattamento. L'attenersi alle linee guida previste dai centri di senologia garantisce il trattamento più appropriato e personalizzato ed una sopravvivenza maggiore a 5 anni del 17%.

Esiste un'ereditarietà nel tumore della mammella?

Circa il 10% dei carcinomi della mammella è di tipo ereditario, un numero non elevato se si pensa ai casi non collegati alla famiglia (90%).

Esistono famiglie con una maggiore predisposizione (familiarità) ed altre portatrici di mutazione genetica (BRCA1 e 2). La consulenza genetica è raccomandata in persone che abbiano tumore della mammella e/o dell'ovaio; vengono prese in considerazione famiglie dove siano presenti più casi di uno dei due tumori, indifferentemente dal ramo materno o paterno. Sarà il genetista a valutare l'opportunità di esecuzione o meno del test, considerando che l'eventuale negatività non è probante di una negatività e che la positività espone ad un rischio elevato di contrarre tumore del seno e/o dell'ovaio, ma non la certezza. È un argomento molto delicato da trattare; la presenza di una mutazione BRCA1 o 2, anche in una persona sana senza malattia oncologica in atto, può comportare interventi definiti di profilassi, con asportazione delle due mammelle e delle ovaie. Vorrei però raggiungere il Lettore con il messaggio che "la conoscenza e la consapevolezza possono salvare la nostra vita attraverso la prevenzione".

Qual è il ruolo delle Associazioni di volontariato?

Molteplici sono in Italia le associazioni di volontariato con tema centrale il tumore del seno: supporto, ricerca, solidarietà, campagne di sensibilizzazione, advocacy. IncontraDonna è l'associazione della quale sono presidente; sono particolarmente fiera della diversificazione delle attività della nostra ONLUS, che non fa mancare il supporto alle donne operate, con uno sguardo più ampio a campagne di sensibilizzazione nazionale (Frecciarossa) e partecipazione a tavoli istituzionali per i diritti dei pazienti oncologici. 🌍

Prof.ssa Adriana Bonifacino

Unità di Senologia
A.O.U. Sant'Andrea-Sapienza
Via di Grottarossa, 1035/39 - 00189 Roma
Segreteria 06 33775997
adriana.bonif@gmail.com
incontradonna.it

Prof.ssa Bonifacino, quanto è importante fare prevenzione?

La tutela della salute dell'individuo passa attraverso una prevenzione primaria ed una secondaria. La prevenzione primaria consiste in una serie di attività (alimentazione, attività fisica, vaccini, etc.) che ci consentono di abbassare il rischio di ammalarsi. La prevenzione secondaria invece, è quella per cui si effettuano una serie di esami e test per scoprire o convalidare la presenza di una patologia. Il tumore al seno è la prima causa di malattia nella donna in qualunque fascia di età ed interessa, solo in Italia, 50.000 casi nuovi per anno; 80% al di sopra dei 50 anni fino a fine vita, 10% tra i 30 ed i 40 e 10% tra i 40 ed i 50 anni.

Quali sono gli esami che riguardano il seno a cui sottoporsi?

L'autopalpazione non ha valore di autodiagnosi, è un modo per conoscere il proprio corpo. Bisogna toccare il proprio seno, perché si può constatare da sole se esistono cambiamenti e differenze, anticipando così un appuntamento con il medico. A partire dai 30 anni visita senologica ed ecografia, con periodicità che suggerirà il senologo in base al tipo di seno ed ai fattori di rischio personali. Dai 40 anni inizia la periodicità (ogni 12-18 mesi) della mammografia, meglio se con

La valvola aortica si sostituisce anche per via percutanea

Il Prof. Sardella, Direttore dell'U.O. di Cardiologia Interventistica dell'Ospedale Umberto I di Roma, ci spiega in cosa consiste l'intervento

L'impianto valvolare aortico transcateretere è una tecnica della cardiologia interventistica che permette l'impianto della valvola aortica con approccio mini invasivo percutaneo, in alternativa alla sostituzione con intervento cardiocirurgico. A parlarcene il Prof. **Gennaro Sardella**, Direttore dell'U.O. di Cardiologia Interventistica dell'Ospedale Umberto I di Roma. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia conseguita all'Università La Sapienza di Roma, si è specializzato in Cardiologia alla Scuola di Specializzazione diretta dal Prof. Attilio Reale, della stessa università romana. La sua formazione è continuata poi al Westminster Hospital e al Guy's Hospital di Londra, al St. Luke's Hospital di New York, alla Cleveland Clinic di Cleveland in Ohio e per un lungo periodo nel Laboratorio di Emodinamica dell'Università di Lille in Francia. È professore di Cardiologia all'Università La Sapienza di Roma.

Prof. Sardella, quando si rende necessario sostituire la valvola aortica?

La sostituzione valvolare è richiesta in due circostanze patologiche: nei casi di stenosi aortica (quando l'apertura della valvola è troppo stretta e non permette il normale passaggio del sangue) e nei casi di insufficienza aortica (quando la valvola non è in grado di impedire il reflusso del sangue nel ventricolo sinistro). In tal caso le soluzioni sono due, o si procede all'intervento classico, che consiste nell'aprire il torace (sternotomia) e quindi rimuovere la valvola non funzionante ed impiantarne una nuova, oppure in particolare nella stenosi aortica, si può procedere alla tecnica mini invasiva di impianto della valvola aortica con approccio percutaneo, che in determinati casi rappresenta una valida alternativa all'intervento cardiocirurgico.

In cosa consiste la sostituzione valvolare aortica percutanea?



Prof. Gennaro Sardella

Si tratta di impiantare valvole biologiche senza aprire il torace, attraverso un catetere introdotto per via trans-femorale, od in casi più rari per via trans-succlavia. Questo intervento, detto anche trans-cateretere, è molto meno invasivo rispetto a quello tradizionale, si fa in sedazione e senza arresto circolatorio, ossia senza ricorrere alla circolazione extracorporea. I pazienti che ad oggi si possono trattare con questa tecnica sono ancora quelli cosiddetti a rischio intermedio-alto, ovvero quelli che secondo l'heart-team non possono sopportare un intervento di cardiocirurgia, quindi pazienti piuttosto anziani od estremamente fragili dal punto di vista clinico. C'è da sottolineare che fino a qualche anno fa, con questa metodica venivano trattati solo 90enni ed ultra 80enni in condizioni cliniche abbastanza gravi, oggi invece si iniziano a trattare anche i 70enni che non hanno un rischio cardiocirurgico molto alto. Inoltre, sono in corso degli studi clinici volti a capire se lo stesso trattamento possa essere indicato anche per i pazienti più giovani e con un basso rischio clinico.

Quindi in un prossimo futuro l'impianto transcateretere potrà essere utilizzato per tutti?

Bella domanda, ma insidiosa. Al momento i pazienti per cui si possa indicare l'impianto di valvola aortica percutanea (TAVI) sono quelli a rischio cardiocirurgico alto-intermedio e di età superiore a 70 anni. Una cosa è certa, negli ultimi anni si è abbassata di almeno 20 anni l'età media per questo impianto, pertanto si spera che con gli studi clinici in corso e con valvole sempre più sofisticate e miniaturizzate che non si deteriorino nel corso del tempo, l'età dei pazienti idonei alla TAVI possa essere sempre più abbassata sino quasi a sostituire in grande percentuale l'intervento tradizionale, come si fa ad esempio per le angioplastiche coronariche, dove l'impianto di stent vede una percentuale di attuazione maggiore rispetto al bypass ortocoronarico. Gli studi che si stanno conducendo, mirano proprio ad ottenere questo risultato, testando come dicevo, la procedura su pazienti con un'età ed un rischio clinico sempre più bassi. Anche la metodica sta di fatto evolvendo, basti pensare che prima le valvole entravano in un catetere di circa 7-8 mm, oggi invece entrano in cateteri di soli 5-6 mm. Le persone anziane che soffrono di stenosi aortica, prima erano destinate a morire, dal momento che il cardiocirurgo non le operava e la terapia medica era insufficiente, oggi invece, grazie a questo intervento, riescono a vivere almeno altri 10 anni. Ci troviamo quindi di fronte ad una rivoluzione assoluta.

Prof. Gennaro Sardella

U.O. di Cardiologia Interventistica
Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Umberto I
Viale del Policlinico, 155
00161 Roma
Segreteria/Fax 06 49979047
rino.sardella@uniroma1.it

Nuove tecnologie per la cura del diabete, anche in età pediatrica

A parlarcene, il Dott. Riccardo Schiaffini, Dirigente Medico dell'U.O. di Diabetologia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata da iperglicemia, ovvero un aumento dello zucchero (glucosio) nel sangue, a sua volta causata da una carenza (assoluta o relativa) di insulina nell'organismo umano. Nei bambini, la forma più frequente è quella costituita dal diabete mellito di tipo 1, in cui vi è una carenza assoluta di insulina, un ormone prodotto da alcune cellule del pancreas che svolge un ruolo fondamentale nel mantenimento dei livelli glicemici. A parlarcene, il Dott.



Dott. Riccardo Schiaffini

Riccardo Schiaffini, Dirigente Medico dell'U.O. di Diabetologia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Dopo la laurea in Medicina all'Università La Sapienza di Roma, si è specializzato in Endocrinologia e Diabetologia, nella stessa università romana e dal 2001 è nel prestigioso ospedale pediatrico romano e si occupa di Diabetologia Pediatrica. Nel corso della sua carriera ha partecipato e condotto numerosi studi clinici ed è autore di diverse pubblicazioni scientifiche nazionali ed internazionali.

Dott. Schiaffini, ci parli del diabete infantile. Si può guarire?

Nei bambini, la forma prevalente quasi esclusiva, è il diabete di tipo 1, quindi insulino dipendente. È un tipo di diabete acquisito e non geneticamente trasmesso, pertanto i bambini non lo presentano alla nascita, ma viene diagnosticato prevalentemente durante l'età evolutiva; è una forma di diabete che esiste anche nell'adulto e di conseguenza può colpire tutte le età. Nell'infanzia, le altre forme di diabete, meno prevalenti, sono il diabete di tipo 2, il diabete neonatale ed il diabete monogenico. Quello di tipo 2, è legato allo stile di vita (sedentarietà, obesità) tanto che fino a pochi anni fa era presente quasi esclusivamente negli adulti, ma con l'incremento dell'obesità in età infantile, si è affacciato anche nella fascia pediatrico-adolescenziale. Il diabete neonatale e quello monogenico invece, sono geneticamente determinati, perché conseguenti a mutazioni specifiche che identificano diverse forme. I sintomi del diabete tipo 1 nell'infanzia sono molto acuti e drammatici. Si presentano in modo improvviso in bambini altrimenti sani, che spesso non hanno nemmeno una familiarità per diabete. I sintomi di esordio sono poliuria (aumento della quantità di urine) e polidipsia (sete eccessiva con aumento dell'assunzione di liquidi). Un esordio estremamente acuto che però, se ci si pensa, può essere diagnosticato facilmente con un semplice esame urine o con la mi-

surazione della glicemia capillare. Ad oggi, soprattutto per il diabete di tipo 1, non esiste possibilità di guarire. Ci sono però numerosi filoni di ricerca che dobbiamo considerare molto promettenti, e quindi in futuro si spera di poter trovare la cura definitiva. Ora come ora è quindi possibile curare l'iperglicemia, che è la conseguenza del diabete, ma non il diabete in sé.

Sappiamo che oggi esistono delle tecnologie in grado di cambiare la vita di questi pazienti che soffrono di diabete. In che modo?

Le tecnologie applicate al diabete di tipo 1 in età pediatrica, così come in quella adulta, si dividono in tre grossi filoni, due dei quali interessano l'autocontrollo della glicemia, che è uno dei cardini della terapia del diabete, e l'altro la somministrazione dell'insulina. La prima delle due tecnologie che riguardano l'autocontrollo glicemico è il monitoraggio continuo del glucosio (CGM - Continuous Glucose Monitoring), attraverso un dispositivo che consente, a differenza di quanto si è abituati a fare, ossia il monitoraggio della glicemia capillare bucadandosi il dito, di monitorare continuamente la glicemia con dei sensori del glucosio, che vengono inseriti manualmente e facilmente dai pazienti stessi sulla cute (nello spazio interstiziale sottocutaneo), in diverse zone del corpo. L'altra tecnologia che attiene sempre al monitoraggio della glicemia è invece il cosiddetto "Flash Glucose Monitoring", che è costituito sempre da sensori inseriti nello spazio interstiziale del tessuto sottocutaneo, che però non monitorano in continuo la glicemia, ma a richiesta, ossia quando il paziente fa una scansione del dispositivo inserito in genere sul braccio. Per quanto riguarda la somministrazione della terapia insulinica, oggi esistono microinfusori di insulina molto piccoli, che erogano costantemente insulina in quantità variabile, in maniera molto simile a come farebbe un pancreas sano. Attraverso questo dispositivo è possibile infondere insulina in modo continuo e secondo una programmazione. Sono disponibili dispositivi che integrano le due tecnologie di cui abbiamo parlato e sospendono in modo automatico l'erogazione di insulina quando si prevede una ipoglicemia. A breve, inoltre, sarà disponibile un nuovo device integrato (CGM/microinfusore) che avrà anch'esso l'automatismo di sospensione della erogazione insulinica in previsione di ipoglicemia, la cui peculiarità sarà la estrema accuratezza del sensore del glucosio. Ovviamente si tratta di tec-

nologie che non è possibile applicare a tutti i pazienti, ma c'è la necessità di una certa selezione, trovando i pazienti più idonei all'uso delle stesse: bisogna considerare che questi dispositivi non danno soltanto informazioni sulla glicemia puntuale di quel momento ma, cosa più importante, su come la glicemia sta andando già nelle ore precedenti e su come si prevede che possa andare nelle ore successive. L'informazione infatti, è integrata dalle "freccette di tendenza" che ci dicono se la glicemia sta salendo o scendendo, e soprattutto con che velocità, pertanto il paziente, una volta divenuto esperto, può prevedere cosa succederà nelle ore successive e regolare così i suoi comportamenti, relativi sia alla terapia insulinica, sia all'alimentazione ed all'attività fisica, che sono gli altri fondamenti della terapia del diabete. Nei sistemi integrati - monitoraggio continuo del glucosio e microinfusore di insulina - il fattore più importante è l'accuratezza del dato del sensore, che oggi si è avvicinato moltissimo al dato misurato sul sangue, con un indice di precisione detto MARD, che è arrivato ad essere inferiore al 10%, consentendo quindi un'estrema affidabilità del dato. È per questo motivo che adesso i sistemi integrati hanno raggiunto un buon livello di automatismo nell'erogazione dell'insulina, tanto da essere sempre più utilizzati anche nell'età pediatrica.

Dott. Schiaffini sempre rimanendo in tema di nuove tecnologie quali le novità in Italia?

Proprio di recente è stato presentato al Congresso Nazionale SID un nuovo microinfusore per insulina prodotto negli Stati Uniti che sarà a breve disponibile in Italia. È un microinfusore tecnologicamente avanzato, integrato con un sistema di monitoraggio glicemico in continuo, che ha come caratteristiche principali il display totalmente touch e la possibilità di poter aggiornare il software in remoto proprio come accade oggi con i nostri smartphone. Il sistema CGM permette inoltre, attraverso un'APP, di inviare il dato glicemico in continuo allo smartphone dei genitori, permettendo loro di verificare a distanza il dato glicemico del loro bambino.

Dott. Riccardo Schiaffini

Unità Operativa di Diabetologia
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
Piazza Sant'Onofrio, 4
00165 Roma
Segreteria 06 68592935
riccardo.schiaffini@opbg.net

Epilessia farmacoresistente, ecco come trattarla

A parlarcene il Dott. Giancarlo Di Gennaro, Responsabile del Centro per la Chirurgia dell'Epilessia "Trenta ore per la vita" dell'IRCCS Neuromed di Pozzilli (IS)

Esistono pazienti affetti da epilessia che, seppur eseguendo in modo corretto la terapia farmacologica, non hanno una risposta positiva al trattamento e quindi non riescono ad avere il controllo completo delle loro crisi. Affrontiamo l'argomento con il Dott. **Giancarlo Di Gennaro**, Responsabile del Centro



Dott. Giancarlo Di Gennaro

per la Chirurgia dell'Epilessia dell'Istituto Neuro-med di Pozzilli (IS). Il Dott. Di Gennaro dirige il Centro da 10 anni ed ha partecipato come relatore a numerosi congressi nazionali ed internazionali, ed è autore di numerose pubblicazioni sull'argomento pubblicate su riviste internazionali.

Dott. Di Gennaro di cosa si occupa nello specifico il Centro che lei dirige?

Il Centro Epilessia Neuromed si occupa della diagnosi e della cura dell'epilessia, nello specifico di quella farmacoresistente, che è caratterizzata da una risposta non soddisfacente ai farmaci antiepilettici disponibili per il trattamento di queste forme. Il problema quindi è come aiutare questi pazienti che, seppur seguendo correttamente la terapia farmacologica, non riescono ad avere il controllo ottimale delle loro crisi. Questo costituisce un serio problema, con importanti ricadute sulla qualità della vita. La peculiarità negativa di una crisi è infatti il suo essere improvvisa ed imprevedibile, potendosi verificare in qualsiasi circostanza con comprensibili limitazioni nella vita lavorativa nonché socio-relazionale. E' comunque fondamentale un corretto inquadramento diagnostico in tutti i casi e se il paziente è affetto da una forma di epilessia farmacoresistente e "focale", cioè che origina da un'unica e limitata regione della corteccia cerebrale, potrebbe essere candidato ad un trattamento chirurgico che comporta la resezione della regione di corteccia cerebrale responsabile delle crisi. Per identificare tale regione e quindi poter offrire un trattamento chirurgico risolutivo, è necessario uno studio "prechirurgico" condotto in équipe multidisciplinare. Esso

si compone di varie indagini, tra cui la Risonanza Magnetica cerebrale, che verifica l'eventuale presenza di un'alterazione strutturale della corteccia cerebrale, ma soprattutto la Video-Elettroencefalografia, che consiste nella contemporanea registrazione in video delle crisi epilettiche, rendendo possibile l'analisi delle loro caratteristiche cliniche, e

delle concomitanti modificazioni dell'elettroencefalogramma. Considerando che il modo in cui le manifestazioni cliniche si presentano durante la crisi di un paziente riflette la disfunzione delle aree cerebrali "attraversate" dalla scarica epilettica responsabile delle crisi, dalla correlazione dei due dati, quello elettrico e quello video, si può costruire un'ipotesi circa la regione da cui originano le crisi, la cosiddetta Zona Epilettogena. Una volta identificata, qualora questa non coincida o non sia pericolosamente vicina a strutture cerebrali sede di funzioni importanti, la si può asportare chirurgicamente, spesso con ottime possibilità di guarigione completa dalle crisi. In casi difficili si deve ricorrere all'impianto di elettrodi registranti il segnale elettroencefalografico direttamente dalla corteccia cerebrale, in modo da stabilire correttamente quale sia la Zona Epilettogena ed eventualmente i suoi rapporti con aree funzionalmente importanti. Esistono alcuni pazienti che purtroppo non possono beneficiare dell'intervento chirurgico resettivo, o perché la crisi nasce da più punti del cervello (forme "multifocali"), o perché la regione che produce le crisi è molto vasta o molto rischiosa da asportare. In questi casi è possibile proporre soluzioni alternative che possano almeno ridurre la frequenza delle crisi allo scopo di migliorare la qualità della vita. Ad esempio, la Neurostimolazione, tecnica che, attraverso l'impianto di apparecchiature in grado di erogare impulsi elettrici può neuromodulare le reti epilettiche, cioè influenzare positivamente i circuiti neuronali che nel cervello producono l'epilessia. Esistono varie modalità di Neurostimolazione, ma quella su cui si ha più esperienza e che è disponibile da più tempo,

ormai da circa 20 anni, è la stimolazione del nervo vago. Quest'ultimo è un nervo importante che passa a livello delle regioni laterali del collo e collega il cervello a vari organi interni e può essere stimolato elettricamente mediante un dispositivo applicato chirurgicamente sottocute, nella parte sinistra del torace. Questo dispositivo è collegato dal chirurgo, tramite un piccolo elettrocaterete che passa sempre sottocute, al nervo vago di sinistra. Il dispositivo è programmato dall'epilettologo ed eroga stimoli elettrici autonomamente e ciclicamente, in genere la programmazione più utilizzata prevede un ciclo di 30 secondi di stimolazione ogni 5 minuti. Si tratta di una particolare modalità terapeutica "palliativa" che seppur richieda manovre chirurgiche per l'impianto, è da considerarsi relativamente poco invasiva ed anche reversibile. Il dispositivo può essere utilizzato sia nei bambini che negli adulti con una riduzione significativa del numero di crisi in circa il 50% dei pazienti. Gli effetti collaterali sono in genere infrequenti, di lieve entità e tendono a risolversi dopo alcune settimane di neurostimolazione. Un dato che emerge dagli studi è che il suo effetto sulle crisi può migliorare nel tempo, anche dopo 1-2 anni di stimolazione, e che spesso vi è un miglioramento del tono dell'umore. Recentemente è disponibile un nuovo tipo di stimolatore del nervo vago in grado di erogare un'ulteriore stimolazione durante lo svolgersi di una crisi, poiché è in grado di riconoscerla indirettamente, attraverso l'identificazione del brusco aumento della frequenza cardiaca che spesso l'accompagna. I primi dati a disposizione suggeriscono la possibilità di un beneficio ulteriore, che si riflette globalmente in modo positivo sulla qualità della vita dei pazienti.

Dott. Giancarlo Di Gennaro

Centro per la Chirurgia dell'Epilessia
"Trenta ore per la vita"
IRCCS Neuromed
Via Atinense, 18 - 86077 Pozzilli (IS)
Segreteria 0865 929528
Fax 0865 929664
e-mail: segreteria.epilessia@neuromed.it

Prevenire e curare la malattia venosa cronica

Il Dott. Elia Diaco, Direttore dell'Ambulatorio di Angiologia e Medicina Vascolare del Sant'Anna Hospital di Catanzaro, ci spiega come

La malattia venosa cronica è un disturbo che colpisce la circolazione venosa del nostro organismo. In genere sono le donne a soffrirne di più ma non sono rari i casi in cui anche gli uomini ne sono colpiti. A parlarci di questa patologia, il Dott. **Elia Diaco**, Direttore dell'Ambulatorio di Angiologia e Medicina Vascolare del Sant'Anna Hospital di Catanzaro. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Catanzaro "Magna Græcia", ha conseguito il Master di II livello in Angiologia e Medicina Vascolare all'Università degli Studi di Bologna. È stato Accredited Specialist Operator dell'Italian Society for Vascular Investigation, past Presidente regionale della SIAPAV (Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare) Calabria e Referente regionale SIDV GIUV (Società Italiana di Diagnostica Vascolare). Dal 2004 svolge l'attività libero-professionale al Centro Radiologico di Diagnostica ed Ecografia Medica "Familiari" di Crotona ed al Centro Polispecialistico "Villa Elisa" di Soverato; dal 2009 anche al Centro Polispecialistico "Biocontrol" di Cosenza e dal 2014 al Centro Medico Parioli di Roma. Docente della School of Excellence in Phlebology, dell'Università San Raffaele di Roma e membro del Comitato Scientifico "Flebologia Oggi", ha ricevuto proprio quest'anno il prestigioso "Premio Bellini", dedicato alle grandi figure nel mondo medico e sanitario, "per il suo impegno nella prevenzione e nella cura della malattia venosa cronica".

Dott. Diaco, cosa provoca la malattia venosa cronica?

Lo stile di vita moderno è spesso caratterizzato da abitudini nocive come l'iperalimentazione ed una ridotta attività fisica, che possono determinare sovrappeso ed obesità. Questi sono fattori di rischio, che insieme ad altri, come il fumo, causano la formazione di placche aterosclerotiche a livello delle arterie. Altri comportamenti, come l'eccessiva esposizione delle gambe al sole, la permanenza vicino a fonti di



Dott. Elia Diaco

calore, oppure l'uso dei tacchi sopra ai 5 cm, possono provocare una dilatazione delle vene. Ciò ha come conseguenza la formazione di teleangectasie, antiestetici capillari di colore rosso vivo o rosso-bluastro, od anche delle varici, sintomatiche di un'insufficienza venosa cronica.

Cosa sono le varici?

La varicosi, che colpisce per lo più gli arti inferiori, consiste nella dilatazione patologica permanente di una o più vene, che si presentano gonfie e con zone di nodosità. Simili vasi diventano "incontinenti", ovvero non più in grado di pompare il sangue dal basso verso l'alto, in altre parole verso il cuore. È una malattia da non sottovalutare perché può essere molto invalidante, e provocare gravi danni come una trombosi venosa superficiale, con conseguente compromissione della circolazione, e dello stato delle gambe che possono presentare pesantezza, prurito, od eczemi. Quella delle vene varicose è una patologia molto comune, di cui oggi soffre il 40% della popolazione italiana e può colpire sia gli uomini che le donne, anche se è più frequente nella popolazione femminile. I fattori che la provocano sono molteplici. Una delle cause principali è la predisposizione ereditaria, tanto che spesso ne soffrono anche giovani tra i 18 ed i 30 anni. Si uniscono poi, come detto, lo stile di vita e il fattore lavorativo: la malattia varicosa insorge infatti con maggiore frequenza nei soggetti che

svolgono un'attività che li costringe a stare per molte ore in posizione eretta. Per prevenirla il consiglio è sicuramente quello di mangiare molta verdura e frutta, agrumi e mirtili in particolare, perché contengono sostanze flebotoniche.

Come si possono curare le vene varicose?

Oggi esiste una metodica innovativa che si chiama Scleromousse. È un tipo di trattamento realizzato ambulatorialmente, in maniera ecoguidata, che sostituisce effettivamente l'intervento chirurgico. Senza alcun tipo di incisione o di anestesia, si inietta all'interno della vena incontinenza un liquido schiumoso per mezzo di un semplice ago butterfly, ossia quello che si usa per il prelievo. La mousse in pochi secondi "sclerotizza" in maniera indolore e definitiva la struttura varicosa, provocando in essa una flebite chimica con conseguente obliterazione e riassorbimento del vaso. Il paziente dovrà indossare la calza contenitiva e seguire una terapia eparinica, ma appena terminato il trattamento, che dura 15/20 minuti, potrà tornare a casa senza necessità di ricovero ospedaliero. Chiunque si può sottoporre a questa tecnica senza limiti di età, comprese le persone anziane. La scleromousse è una metodica che si è sviluppata in Francia ed oggi è praticata in tutta Europa. Nel nostro Paese siamo solo una decina di medici ad avvalerci di tale procedura e nel Meridione io sono uno tra i pochi. 🌍

Dott. Elia Diaco

Angiologia e Medicina Vascolare
Sant'Anna Hospital
V.le Papa Pio X, 111 - 88100 Catanzaro
Segreteria 0961 5070111
Riceve anche a:
Cosenza: 0984 35705
Crotona: 0962 23971
Soverato: 0967 521370
Catania: 339 1191158
Roma: 06 8080344

Target therapy, una nuova speranza per i malati oncologici

A parlarci della medicina di precisione, il Prof. Sobrero, Direttore dell'U.O. di Oncologia Medica del Policlinico San Martino IRCCS di Genova

La lotta ai tumori beneficia oggi di nuovi strumenti diagnostici e terapeutici che possono in molti casi portare alla guarigione ed in altri a rendere il cancro una patologia cronica con cui convivere a lungo, come la target therapy o medicina di precisione, in grado di colpire selettivamente le cellule neoplastiche risparmiando i tessuti sani ed i farmaci immunoterapici che sono in grado di potenziare il sistema immunitario e stimolarlo a combattere il cancro. A parlarci di questa innovazione, il Prof. **Alberto Sobrero**, Direttore dell'U.O. di Oncologia Medica del Policlinico San Martino IRCCS di Genova. Vanta la frequentazione della prestigiosa Yale University, New Haven (USA), e numerose pubblicazioni scientifiche a livello internazionale. In passato è stato Professore Associato di Oncologia Medica all'Università di Firenze e Direttore del Dipartimento Oncologico dell'Ospedale Civile dell'Università di Udine. È membro delle più importanti società scientifiche internazionali, come l'American Society of Clinical Oncology e l'European Society for Medical Oncology. Nel 2016 ha vinto l'Esmo Award, il premio per l'oncologo dell'anno istituito dalla Società Europea di Oncologia Medica nel 1985. È stato il terzo italiano a vincere questo prestigioso riconoscimento.



Prof. Alberto Sobrero

Prof. Sobrero che cos'è la medicina di precisione ed a che punto siamo oggi con la target therapy?

La cura dei tumori fino ad una decina di anni fa, andava in quattro direzioni, e cioè la chemioterapia, la radioterapia, gli interventi chirurgici e l'ormonoterapia. Queste erano le uniche armi che avevamo a disposizione. Si tratta di strategie non molto specifiche, nel senso che distruggono tutte le cellule che incontrano, quindi non solo quelle tumorali ma anche le normali, agendo con poca selettività nel loro campo di azione. Questo loro limite era legato al fatto che non si conoscevano i meccanismi che sono alla base del tumore. Oggi invece, possiamo dire di conoscere meglio i meccanismi che sottendono alla

proliferazione cellulare incontrollata. Quando abbiamo potuto dare un nome ai tanti fattori di crescita od ai loro precursori di acidi nucleici (DNA e RNA), ci è stato possibile puntare proprio su questi come target e bersagli di farmaci che vanno ad inibirne la funzione. Quindi la differenza tra la chemioterapia e la medicina di precisione è data dal fatto che mentre la prima distrugge le cellule e quindi ne rompe la struttura, la seconda mira ad inibire la funzione ed attraverso ciò produrne la morte in maniera selettiva. Target therapy significa infatti, colpire il bersaglio in modo mirato e non a mitraglia. Con l'avvento della medicina di precisione, c'è stato un cambio di marcia nella cura dei tumori. Mentre con le altre terapie si potevano guadagnare magari 6 mesi di vita, con la medicina di precisione è stato possibile identificare delle nicchie all'interno dei tumori più o meno comuni, nella cura delle quali i risultati sono stati molto più consistenti con guadagni di 2 o 3 anni di vita nelle forme non guaribili ed addirittura la guarigione in altre forme.

Qual è il ruolo dei marcatori predittivi nella ricerca traslazionale?

I marcatori predittivi sono il sine qua non della medicina di precisione. Se non si è riconosciuto e dato un nome preciso ad un fattore di crescita, ad un pezzetto del DNA, e quindi non si ha un bersaglio, non è possibile fare medicina di precisione. Il vero problema è che, pur avendo identificato questi marcatori predittivi, il tumore al suo interno ha varie sfaccettature, quindi ci può essere la cellula od il gruppo di cellule che muoiono se bersagliate attraverso quel singolo marcatore, ma molte altre che possono sopravvivere. E questo è il motivo per cui nonostante abbiamo fatto un notevole balzo in avanti nella cura dei tumori rispetto alla chemioterapia, molte forme di cancro non sono affatto guaribili e continuiamo ad avere 160.000 morti all'anno.

Quali sono i tumori, soprattutto rari,

che potranno essere guariti in un futuro non molto lontano?

Fino a poco tempo fa si parlava di tumori rari o frequenti sulla base di una classificazione compiuta su base istologica. Oggi invece, la classificazione è fatta su base molecolare, per cui è venuta fuori una nuova classe di tumori, i cosiddetti nuovi tumori rari che sono sottogruppi identificati su base molecolare di tumori che rari non sono. Il problema cui va incontro la medicina attuale e del futuro, è che tutti i tumori diventeranno rari, in quanto la nuova classificazione prevede la spaccatura delle classiche categorie istologiche dei tumori in categorie molto più numerose dello stesso tumore ma divise su base molecolare. Un buon esempio di come ci si sta muovendo può essere dato dal tumore della vescica, abbastanza frequente, e dal colangiocarcinoma, che è invece un tumore raro. Il tumore della vescica è uno di quei tumori che beneficiano dell'immunoterapia, mentre il colangiocarcinoma no. Purtroppo ancora non riusciamo a capire bene il perché ci sono ancora oggi tumori che non beneficiano di questa nuova strategia terapeutica che è l'immunoterapia, mentre altri rispondono in maniera molto consistente. L'idea è che in alcuni tumori, come appunto il colangiocarcinoma, non ci sono i linfociti, che sono il braccio armato dell'immunoterapia, mentre nel tumore della vescica si. Un esempio di come la medicina di precisione possa cambiare radicalmente la prospettiva di cura di un tumore è il trattamento del tumore del colon retto, che nel 97% dei casi, quando è allo stadio disseminato, non è guaribile. Con la medicina di precisione mediamente l'attesa di vita è di 3 anni, mentre in passato se non trattato portava alla morte nell'arco di 5 mesi. Si è quindi passati da una malattia fulminante ad una che lascia speranze.

Prof. Alberto Sobrero

U.O. di Oncologia Medica
Ospedale Policlinico San Martino IRCCS
Largo Rosanna Benzi, 10
16132 Genova
Segreteria 010 5553301
albertosobrero@hsanmartino.it

Radioterapia intraoperatoria con elettroni applicata a distretti addominali e pelvici

A spiegarci l'argomento il Prof. Felipe A. Calvo, cattedratico spagnolo a capo del reparto di Radioterapia Oncologica della Clínica Universidad de Navarra

La radioterapia intraoperatoria (IORT) si afferma oggi come tecnica che consente un evidente e comprovato miglioramento del controllo locale della neoplasia combinando la resezione (o l'esplorazione) chirurgica e la somministrazione precisa di una dose elevata direttamente sul bersaglio durante la fase chirurgica. Proprio il controllo locale è la "conditio sine que non" per la guarigione oncologica. A parlarne il Prof. **Felipe A. Calvo**, luminare della tecnica, al cui sviluppo ha significativamente contribuito nel corso di più di 30 anni di carriera clinica ed accademica.

Prof. Calvo, qual è stata l'evoluzione della tecnica IOERT nel corso degli anni?

La radioterapia intraoperatoria nasce nel lontano 11 marzo 1905 a Barcellona. Nei primi anni '60, Abe ed i suoi colleghi giapponesi identificano gli elettroni di alta energia come lo strumento più idoneo per l'esecuzione della tecnica, dando inizio quindi all'era moderna della IORT (IOERT). Nel 1965 il primo acceleratore lineare ad elettroni è stato installato in sala operatoria. A partire dagli anni '80 la tecnica IOERT ha iniziato a diffondersi in Giappone, Cina ed in America; la Mayo Clinic (US, Rochester) dà il via al suo protocollo IORT nel 1981. In Europa i pionieri sono stati Spagna, Austria e Germania; nel 1985 fu introdotta in Italia. Nella seconda metà degli anni '90 l'evoluzione della tecnica IOERT è stata segnata dall'introduzione dell'acceleratore mobile dedicato, che consente d'irradiare il paziente direttamente in sala operatoria risolvendo così le criticità collegate all'utilizzo degli acceleratori fissi: il trasporto del paziente nel bunker, con tutti i rischi annessi, ed il prolungamento dei tempi tanto dell'intervento che dell'anestesia.

Quali risultati ha permesso di raggiungere la IOERT?

I risultati clinici ad oggi disponibili in termini di controllo locale e sopravvivenza globale si fondano su follow-up maturi che hanno per-



Prof. Felipe A. Calvo

messo un consolidamento della tecnica IOERT. La grande quantità e qualità di dati pubblicati, ha fatto sì che la IOERT nel corso del 2016-17 venisse inserita tra le linee guida internazionali come le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) americane per il trattamento di tumori extra mammella: sarcomi, colon retto T4 e ricorrente, pancreas non resecabile e ricorrente ed i tumori ginecologici ricorrenti.

Qual è la sua esperienza con la IOERT?

Dal 1984 al 1992 alla Clínica Universitaria de Navarra (CUN) sono stati trattati oltre 700 pazienti con trattamento IOERT mediante l'utilizzo di acceleratori fissi. Questi dati sono stati pubblicati e rappresentano la base (insieme con Mayo Clinic, University Hospital Salzburg e Heidelberg University Cancer Center) della sostenibilità dei risultati della IOERT a 20 e 25 anni di follow-up in tumori ad alto rischio locoregionale od oligo-ricorrenti. Dal 1995 al 2012, all'Hospital General Universitario Gregorio Marañón di Madrid, abbiamo trattato con gli acceleratori fissi più di 1.000 pazienti affetti da tumori del retto, pancreas, gastroesofageo e sarcomi dei tessuti molli. Nel 2012, HGUGM ha acquistato un acceleratore dedicato per IOERT grazie al quale altri 1.000 pazienti sono stati sottoposti a trattamento IOERT ottenendo risultati eccellenti e risolvendo le problematiche legate all'impiego dell'acceleratore fisso. Da pochi mesi mi sono tra-

sferito alla CUN di Madrid, dove svolgo l'incarico di co-direttore del Dipartimento di Radioterapia Oncologica e del Centro Tumori nel Campus madrilenò e coordinatore dell'Unità Accademica di Ricerca ed Insegnamento. Posso affermare che si tratta di una tecnica imbattibile in termini di precisione, di protezione dei tessuti sani non coinvolti e del trattamento dei residui tumorali microscopici dopo la resezione chirurgica.

Cos'è cambiato dunque nella tecnica IOERT? Ad oggi è più facile somministrarla?

Certamente. Lo stato dell'arte della IOERT è dato dalla possibilità di disporre di acceleratori miniaturizzati mobili di elettroni di alta energia in grado di lavorare ad altissime prestazioni in sala operatoria senza alcuna difficoltà. La prossima frontiera è rappresentata dalla pianificazione del trattamento in tempo reale durante l'atto chirurgico: in occasione della 37esima edizione del congresso ESTRO che si è tenuto a Barcellona, è stato presentato un sistema altamente sofisticato di pianificazione del trattamento (TPS) che sarà a breve commercializzato.

Cosa dobbiamo aspettarci dal futuro?

Il futuro è la "medicina di precisione" e, quindi, l'"oncologia di precisione" in cui la IOERT è la massima esponente della "radioterapia precisa" guidata da visualizzazione del bersaglio, somministrazione al tempo zero dopo la chirurgia e da imaging intraoperatorio 3D in tempo reale. La IOERT è un elemento essenziale dell'oncologia contemporanea personalizzata e multidisciplinare: versatile, efficace e sicura.

Prof. Felipe A. Calvo

Dipartimento di Radioterapia Oncologica
Clínica Universidad de Navarra
Calle Marquesado de Santa Marta 1,
28027 Madrid, Spagna
Centralino +34 91 3531920
atpacientecun@unav.es

La chirurgia della disfunzione erettile, la protesi di pene

Il Dott. Marco Cosentino ci parla anche della vasectomia come metodo contraccettivo maschile

La disfunzione erettile è l'incapacità di avere e/o mantenere un'erezione soddisfacente, pur in presenza di un buon desiderio sessuale. Problema abbastanza diffuso tra gli uomini di qualsiasi età e con differenti cause, la disfunzione erettile può dipendere da particolari condizioni fisiche (diabete, problemi vascolari, prostatectomia radicale per tumore di prostata, etc.), l'assunzione di determinati medicinali (anti-iptensivi, anti-psicotici, etc.), problemi di natura psicologica (depressione, ansia, etc.) ed altre cause (abuso di alcol, droghe, tabagismo, etc.). A parlarci di questa problematica è il Dott. **Marco Cosentino**, urologo ed andrologo. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia a Catania, prosegue gli studi universitari a Padova dove ottiene la specializzazione in Urologia cum laude. Al termine riceve un'offerta di lavoro altamente formativa in uno dei centri più rinomati del mondo, a Barcellona, in Catalonia, dove lavora come strutturato per ben 7 anni. Visti i titoli ed i risultati ottenuti (2 fellowship, un dottorato con menzione europea e cum laude, pubblicazioni come primo autore su riviste scientifiche internazionali), gli viene offerto di restare, studiando una branca dell'Urologia ad altissimo livello, ottenendo così una seconda specializzazione in Andrologia, risultando il primo italiano in più di 75 anni di storia del centro a conseguire tale titolo.

Dott. Cosentino, ci parli della disfunzione erettile severa. Esiste una soluzione?

La disfunzione erettile rappresenta un problema più comune dell'immaginato, di cui spesso non si parla anche solo per vergogna. La soluzione definitiva per questo disagio è la protesi di pene. Si tratta di un dispositivo medico indicato per il trattamento della disfunzione erettile severa, che è definita come l'incapacità

od impossibilità ad ottenere o mantenere un'erezione tale da consentire un rapporto sessuale soddisfacente. Ci sono due grandi famiglie di protesi: la malleabile o semi rigida e l'idraulica o tri-componente. Sono completamente diverse tra loro ma sortiscono lo stesso effetto: ridare rigidità ad un pene che l'aveva persa. La malleabile consiste in 2 cilindri "perennemente rigidi" e comporta avere un pene sempre eretto; l'idraulica, invece, consente di avere un pene in stato flaccido od eretto attivando una piccola pompa situata tra i testicoli invisibile ad occhio nudo. Ogni protesi ha le sue indicazioni e controindicazioni, sarà il medico a consigliare la più adatta per quel paziente.



Dott. Marco Cosentino

In cosa consiste l'intervento?

In generale l'intervento implica una degenza di una notte presso la struttura; per la protesi idraulica si esegue un'unica incisione di circa 3-4 cm lungo la linea che attraversa lo scroto, mentre per la malleabile si eseguono due piccole incisioni di 1,5 cm circa ai lati del pene. Una tecnica innovativa che sto introducendo in Italia (che eseguono pochissimi centri super-specialistici all'estero) consiste nell'impianto della protesi malleabile ambulatoriale ed in anestesia locale: il paziente accede alla clinica, viene operato e dopo un'ora dall'intervento viene dimesso con la protesi impiantata. Tale intervento è più economico rispetto all'intervento con degenza e con meno rischi legati al tipo di anestesia, inoltre privacy ed anonimato vengono rispettati al massimo. Sensibilità, orgasmo, piacere ed eiaculazione non cambiano dopo l'intervento. Il grado di soddisfazione dopo questa chirurgia è del 97%, si risolve il problema con enorme miglioramento della qualità di vita sia personale che relazionale.

Esiste la contraccettazione maschile?

Finalmente una domanda che fa arrossire gli

uomini! L'anticoncezionale maschile esiste almeno dal 1800, solo che in Italia non si parla a riguardo e l'argomento è assolutamente tabù: faccio riferimento alla Vasectomia. Consiste nel sezionare una parte del condotto che permette agli spermatozoi di fuoriuscire dai testicoli. Io lo eseguo ambulatorialmente, in anestesia locale e senza bisturi, attraverso un'unica apertura di circa 6-8 mm sulla linea che attraversa lo scroto (la sacca che contiene i testicoli) e la durata dell'intervento è inferiore ai 10 minuti. Gli effetti collaterali sono assolutamente trascurabili e gestibili con anti-infiammatori orali per 2-3 giorni ed altre misure locali. Non modifica l'orgasmo, l'eiaculazione, il piacere, la quantità di liquido emesso (gli spermatozoi incidono nel 4-5% del liquido totale eiaculato): l'eiaculato sarà privo di spermatozoi. Approfitto per sfatare un mito riguardo la vasectomia, cioè che sia un intervento "irreversibile": era già reversibile alla fine del 1800 e con l'avvento della microchirurgia negli anni '80 i risultati in termini di reversibilità sono arrivati al 80-90% circa (in mani esperte). Qualora si abbia la sfortuna di cadere nel 10-20% della possibilità di insuccesso, esistono le tecniche di riproduzione assistita; a riguardo sono orgoglioso di essere l'andrologo di riferimento di due dei più seri centri di riproduzione assistita spagnoli con quasi 30 anni di esperienza nel settore. Maggiori informazioni ed i video degli interventi sul mio sito web www.marco-cosentino.com/it.

Dott. Marco Cosentino

Catania: 095 321843
 Caltagirone: 0933 1961043
 Siracusa: 0931 708111
 Modica: 0932 762572
 Roma: 06 36797560
 Padova: 049 8711144
 Milano: 02 3313059
androcosenino@gmail.com

Sarcomi dei tessuti molli, una nuova strategia chirurgica cambia le aspettative di vita

Il Dott. Alessandro Gronchi ci illustra in cosa consiste la cura, quali sono le innovazioni e le possibilità di guarigione in questo tipo di tumori

Il Dott. **Alessandro Gronchi**, Responsabile della Chirurgia dei Sarcomi dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, tra le prime al mondo per volume di pazienti trattati, ha dedicato tutta la sua attività professionale alla cura ed alla ricerca nel campo dei sarcomi dei tessuti molli, delle fibromatosi di tipo desmoide e dei tumori stromali gastrointestinali (GIST). È responsabile di un'équipe medica interamente dedicata a questa patologia; si occupa della formazione di chirurghi italiani ed internazionali per il trattamento di questo tipo di neoplasie; è chairman del "Soft Tissue Sarcoma Committee" dell'Italian Sarcoma Group e del Soft Tissue and Bone Sarcoma Group dell'European Organization for Research and Treatment in Cancer, Presidente della Connective Tissue Oncology Society.

Dott. Gronchi, cosa sono i sarcomi dei tessuti molli? E perché si dicono rari?

Sono tumori solidi maligni che nascono da tessuti diversi da quelli da cui originano i più comuni tumori epiteliali. Sono strutture anatomiche (come il tessuto adiposo o quello muscolare) che hanno una minore necessità di replicarsi e quindi minori probabilità di "fare errori" nella replicazione, per questo sono rari. Hanno origine ubiquitaria, cioè possono nascere ovunque nel corpo, anche se hanno delle sedi preferite: gli arti (in particolare la regione della coscia e del gluteo) ed il retroperitoneo. Questo peculiare spazio anatomico si trova nella regione posteriore dell'addome, tra la cavità addominale e le strutture osteomuscolari della colonna e contiene i reni ed i grossi vasi.

Come vengono diagnosticati?

Non ci sono esami di screening. Non danno dolore e non danno problematiche particolari, perché spesso crescono lentamente e possono diventare molto voluminosi, non per questo sono più cattivi biologicamente. Il concetto



Dott. Alessandro Gronchi

di diagnosi precoce che si applica ai tumori epiteliali, come il tumore del colon o della mammella, non si applica ai sarcomi. Tutte le volte che una persona ha una tumefazione che supera i 5 cm e tende a crescere nelle parti visibili del corpo, negli arti, sul tronco, meglio fare un accertamento. Nelle forme addominali/retroperitoneali il paziente avverte una massa od una sensazione di gonfiore all'interno dell'addome. Solo occasionalmente sono accompagnati alla comparsa di dolore.

Quali sono i margini di cura?

Globalmente i margini di cura sono del 70%, con ampie differenze nei diversi sottotipi e nei diversi stati di presentazione. Ma questi risultati sono possibili se le cure sono adeguate fin dall'inizio e vengono erogate nei centri che hanno abitudine a confrontarsi quotidianamente con queste forme. Recuperare un inizio scorretto è molto più difficile e può compromettere la probabilità di guarire.

Come intervenite e qual è la peculiarità della vostra strategia chirurgica?

L'intervento chirurgico comporta approcci personalizzati. Seppure rari, sono infatti una famiglia di tumori molto eterogenea. La chirurgia consiste nell'asportazione della lesione

allargata ai tessuti circostanti per minimizzare il rischio che si riformi. Negli arti è più semplice perché le strutture che circondano queste lesioni sono muscoli che si possono sacrificare e ricostruire. Nel retroperitoneo è più complesso perché il tumore nasce in prossimità di strutture vitali. Grazie alla collaborazione con l'Istituto Gustave Roussy di Parigi, abbiamo messo a punto una tecnica per affrontare le forme retroperitoneali che consiste nell'asportazione dei tumori in modo più radicale ed allargato per ridurre il rischio di recidiva, sacrificando sistematicamente alcuni organi che li circondano, per aumentare le possibilità di guarire. L'obiettivo non è salvare gli organi del paziente, ma piuttosto sacrificare gli organi per guarire. È stato poi, coordinando un processo di consenso internazionale fra Europa e Stati Uniti, che l'Istituto ha definito nuove linee guida per il trattamento di questa patologia.

Avete un approccio multidisciplinare.

In cosa consiste?

È una delle chiavi per individuare la migliore strategia terapeutica possibile nel singolo paziente. Oggi l'integrazione permette non solo ad esempio di ridurre la chirurgia demolitiva degli arti, ma anche di conservarne la funzione per reintegrare al meglio il paziente nelle sue attività quotidiane, nella normalità della sua vita. La multidisciplinarietà per questa patologia e - oserei dire - per l'oncologia dei tumori solidi in generale è essenziale per garantire i massimi standard terapeutici per ogni singolo paziente.

Dott. Alessandro Gronchi

S.S. Chirurgia dei Sarcomi
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Segreteria 02 23903234
Fax 02 23903763
alessandro.gronchi@istitutotumori.mi.it



FARMACI GENERICI:
UNA
scelta
CHE FA BENE A
TUTTI

Un farmaco più economico libera fondi per la ricerca e per la collettività.

Dal 1996 abbiamo scelto di specializzarci nel settore dei farmaci generici perché crediamo che i farmaci generici abbiano un valore sociale. Abbiamo scelto di produrre farmaci di alta qualità a prezzi contenuti che permettono di liberare risorse economiche da reinvestire a vantaggio della collettività.

Abbiamo scelto di essere generici perché vogliamo essere speciali.



GENERICI PER *SCELTA*

www.docgenerici.it | facebook.com/docgenerici

