Sanità & Benessere e focus

Le **ECCELLENZE** *passano da noi*

Prodotto editoriale di informazione con anche contenuti pubblicitari. Numero 9 - Settembre 2018 - Magazine realizzato da CS Communication

SPECIALE AIOT – ASSOCIAZIONE ITALIANA ONCOLOGIA TORACICA

Innovazioni chirurgiche e farmacologiche

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Un campo in continua evoluzione

CHIRURGIA MININVASIVA

Uno sguardo alle nuove tecniche

Humanitas Research Hospital

AIOT
ASSOCIAZIONE ITALIANA ONCOLOGIA TORACICA

Ass. Italiana Oncologia Toracica

Ospedale Molinette Torino

www.sanitaebenessere.it

Questo supplemento è stato realizzato da CS COMMUNICATION - media & digital advertising. Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline + 393913640816 redazione@cscommunication.it

Editoriale

Cari Lettori,

ben ritrovati. L'estate ci sta ormai lasciando, per fare posto all'autunno ed in questo clima di malinconia, per le belle giornate trascorse, ci ritroviamo ancora qui, a parlarVi di ricerca ed innovazione in campo medico, che per fortuna non vanno mai in vacanza.

In questo numero, Vi parleremo di terapie innovative già disponibili, di tecniche chirurgiche dalle enormi potenzialità e di nuovi protocolli di studio. Ad aiutarci in questo compito, l'**AIOT** (Associazione Italiana Oncologia Toracica), da sempre impegnata in percorsi diagnostico-terapeutici integrati; il Dott. **Paolo Gontero**, che ci ha parlato dei nuovi marcatori urinari per la cura del tumore della vescica; il Dott. **Guido Torzilli**, che ci ha illustrato le novità in chirurgia epatobiliare; il Dott. **Gianandrea Baldazzi** ed il Prof. **Pierluigi Marini**, che ci hanno parlato della tecnica minivasiva laparoscopica addominale; la Dott.ssa **Ginevra Baggini**, che ci ha portato alla scoperta dei nuovi farmaci biologici per la cura della psoriasi; il Prof. **Antonio Rampoldi**, che ci ha illustrato le ultime novità nella cura dell'insufficienza venosa; il Dott. **Cesare Storti**, che ha affrontato il tema della morte improvvisa; il Prof. **Mauro Rinaldi**, che ci ha parlato dei benefici della valvola Perceval; il Dott. **Paolo Bonanni**, che ha posto l'accento sulle nuove terapie per l'epilessia; il Dott. **Vittorio Pedicini**, che ha illustrato i benefici dell'embolizzazione vascolare nel campo della radiologia interventistica e il Dott. **Alberto Mazza**, che ha invece affrontato il tema dell'ipertensione abbinata alla ipercolesterolemia.

Detto questo, non ci resta che augurarVi buona lettura, dandoVi appuntamento alla prossima uscita, che Vi preannunciamo sarà ricca di grosse novità. A presto!

A. Argenta

Sommario

Speciale Radiologia Interventistica

Radiologia, Prof. Antonio Rampoldi 1

Cardiologia, Dott. Cesare Storti 2

Radiologia, Dott. Vittorio Pedicini 3

Speciale AIOT

Ricerca 4

Speciale Chirurgia Mininvasiva

Chirurgia, Dott. Guido Torzilli 6

Chirurgia, Dott. Baldazzi e Prof. Marini 8

Speciale Eccellenze Piemonte

Cardiochirurgia, Prof. Mauro Rinaldi 9

Urologia, Prof. Paolo Gontero 10

Parliamo di...

Sistema nervoso, Prof. Paolo Bonanni 11

A tu per tu con...

Dermatologia, Dott.ssa Ginevra Baggini 12

Cardiologia, Dott. Alberto Mazza 13

cs communication media & digital advertising

Responsabie di Progetto & Customer Care
Roberta Valsecchi

www.cscommunication.it

Sanità&Benessere efocus

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
© Sebastien Decoret/123RF,

Innovazione senza barriere.
Salute senza limiti.

In Philips, creiamo soluzioni in grado di connettere persone, tecnologia e dati nel pieno continuum of care, dall'ospedale fino a casa.

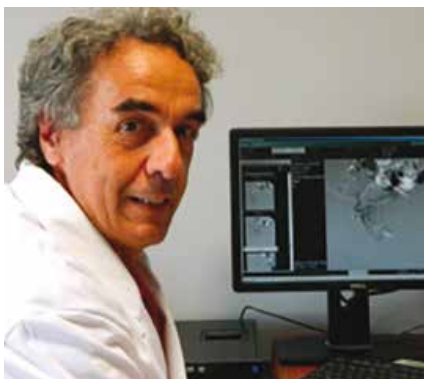
Scopri di più su **philips.com/nobounds**

innovation you

Insufficienza venosa, le nuove frontiere per curarla

A parlarci delle nuove tecniche chirurgiche, il Prof. Rampoldi, direttore della Radiologia Interventistica dell'Ospedale Niguarda di Milano

L'insufficienza venosa è una condizione patologica dovuta ad un difficoltoso ritorno del sangue venoso al cuore. A parlarci di questa patologia, il Prof. **Antonio Gaetano Rampoldi**, direttore della Radiologia Interventistica dell'Ospedale Niguarda di Milano.



Prof. Antonio Gaetano Rampoldi

Prof. Rampoldi, che cos'è l'insufficienza venosa?

È una patologia che interessa prevalentemente il sesso femminile. Si manifesta in tutte le età, ma soprattutto nelle donne che hanno avuto più gravidanze, ed è caratterizzata da una dilatazione delle vene degli arti inferiori, con sintomi che possono essere: pesantezza alle gambe, gonfiore o stanchezza. Quando la patologia diventa conclamata, si possono evidenziare delle ulcere nella regione malleolare, alla caviglia.

Come si può prevenire l'insufficienza venosa?

Innanzitutto con un sano stile di vita, che consiste nel praticare un'adeguata attività fisica, non fumare, mantenere un giusto peso corporeo adeguato e dei corretti valori di grassi e di zuccheri nel sangue. Inoltre è opportuno evitare di rimanere per lungo tempo in posizioni obbligate, tipo la stazione eretta immobile.

Quali sono i rimedi?

Quando si manifestano varici venose, sintomatiche degli arti inferiori, è necessario intervenire chirurgicamente. Fino a qualche anno fa, la terapia consisteva nella rimozione della vena (stripping). Attraverso circoscritte incisioni cutanee le vene malate venivano estratte. Un intervento che però comportava importanti sequele estetiche. Grazie alla radiologia interventistica, è stato possibile mettere a punto, anche per la chirurgia vascolare, una tecnica non invasiva, che permette la chiusura delle vene, anziché la rimozione. La vena viene incannulata con inserimento al suo interno di una piccola sonda che eroga calore attraverso la radiofrequenza o il laser. All'interno della vena si sviluppa quindi, una sorta di flebite termica, che la chiude. L'intervento è definitivo in una percentuale superiore al 95% e non lascia sequele estetiche. Queste modalità di trattamento però, dal momento che sviluppano un calore elevato, comportano una discreta sintomatologia dolorosa che necessita di sedazione e soprattutto è necessario infiltrare, attorno alle vene, dei "cuscinetti" anestetici, per fare in modo che durante l'erogazione del calore, la paziente non avverta alcun dolore. Ulteriore miglioramento tecnico è rappresentato dal trattamento meccano-chimico. Anche in questo caso la vena viene lasciata in sede, ma non c'è più l'erogazione di calore all'interno attraverso il laser o la radiofrequenza, bensì si introduce un catetere che ruotando, inietta del liquido sclerosante. I vantaggi sono molteplici: la procedura è più rapida, non si avverte alcun dolore e non è necessario creare delle tumefazioni attorno alle vene. I risultati sono sovrapponibili alla tecnica termica, però con la meccano-termica è possibile trattare anche la piccola safena, ossia quella posta sotto il ginocchio, che è rischioso trattare col laser, dal momento che è adiacente ad una radice nervosa importante, che con il calore potrebbe compromettersi. Questo tipo di intervento, che che viene eseguito in regime ambulatoriale e con la dimissione immediata della paziente, può essere eseguito in tutti i casi, tranne che per le vene troppo dilatate con diametro superiore a 2 cm. Solo in quest'ultimo caso è preferibile il laser o la radiofrequenza.

Il Prof. Antonio Gaetano Rampoldi e la sua équipe

Prof. Antonio Gaetano Rampoldi
Radiologia Interventistica - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
Centralino: 02 6444 - 2700
Fax: 02 64442881
antonio.rampoldi@ospedaleniguarda.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

Morte cardiaca improvvisa, l'importanza del defibrillatore sottocutaneo

A parlarci di questo dispositivo, il Dott. Storti, Responsabile dell'Unità Operativa di Cardiologia 1 – Aritmologia dell'Istituto di Cura Città di Pavia

Si definisce morte cardiaca improvvisa quella morte naturale di origine cardiaca preceduta da un'improvvisa perdita di conoscenza in soggetti con o senza una cardiopatia nota preesistente. È responsabile del 10% dei decessi che si verificano ogni anno in Italia. A parlarci di questo fenomeno, il Dott. **Cesare Storti**, Responsabile dell'Unità Operativa di Cardiologia 1 – Aritmologia dell'Istituto di Cura Città di Pavia. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita all'Università degli Studi di Pavia, si è specializzato in Cardiologia e ha conseguito il Dottorato di Ricerca, nella stessa Università. È stato consulente Aritmologo negli Ospedali "Celesia" di Genova, Civile di Lodi e Civile di Crema.

Dott. Storti, chi è a rischio?

La morte cardiaca improvvisa si verifica spesso in persone attive e apparentemente sane, che non avevano mai manifestato problemi cardiaci o altri problemi di salute. In realtà, non è un evento casuale, ma la quasi totalità delle persone colpite da arresto cardiaco hanno problemi di cuore anche misconosciuti. L'aritmia che determina l'arresto cardiaco, e quindi la morte improvvisa, nella maggior parte dei casi è la fibrillazione ventricolare che causa l'arresto immediato della circolazione sanguigna. La vittima perde coscienza e cade a terra priva di sensi. Per un periodo di circa 4-5 minuti l'organismo consuma la sua riserva di ossigeno, poi, se non viene ripristinato il battito cardiaco, gli organi del corpo entrano in sofferenza, a partire dal cervello. Oltre i 10-15 minuti, a seconda dei casi, la morte da apparente diviene definitiva. La cardiopatia ischemica rappresenta circa l'80% delle cause di morte improvvisa, mentre le cardiomiopatie causano circa il 10-15% degli episodi, spesso in soggetti più giovani. In altri casi, non è possibile identificare la causa della morte.

Qual è la terapia in questi casi?

Una scarica elettrica erogata al cuore può

Dott. Cesare Storti

bloccare l'aritmia maligna e ripristinare il ritmo cardiaco e la normale circolazione sanguigna nel corpo. Tale terapia si chiama defibrillazione. Nei pazienti a rischio di morte improvvisa, la terapia più efficace è l'impianto di un defibrillatore automatico. I defibrillatori impiantabili sono sistemi in grado di erogare automaticamente queste scariche "salvavita" quando è necessario. Fino a qualche anno fa questi dispositivi erogavano la scarica elettrica mediante degli elettrocateteri collocati all'interno del cuore attraverso il sistema vascolare (transvenosi). Più recentemente si sono affiancati dei dispositivi in grado di erogarla attraverso un catetere sottocutaneo (ICD).

Può essere impiantato a tutti?

Gli ICD sottocutanei sono un'opzione efficace per la maggior parte dei pazienti con indicazioni alla prevenzione primaria e secondaria che non necessitano di stimolazione o di una terapia di resincronizzazione cardiaca. Tali dispositivi sono l'opzione preferita al posto degli ICD transvenosi nei pazienti che non hanno un accesso venoso (ad esempio i vasi occlusi) o in pazienti ad alto rischio di complicanze con l'accesso transvenoso (ad esempio i soggetti immunocompromessi). Inoltre, l'estrazione di un elettrocatetere transvenoso malfunzionante o infetto, se non effettuata nei primi mesi dopo l'impianto, è una procedura complessa e gravata da complicanze anche serie. Poiché i pazienti più giovani sono più esposti al rischio cumulativo di fallimento dell'elettrodo transvenoso (per rottura o infezione), l'ICD sottocutaneo dovrebbe essere preso seriamente in considerazione e comunque nei pazienti con un'aspettativa di vita superiore ai dieci anni.

Come viene impiantato e come funziona?

È sottocutaneo e non necessita di elettrodi nel cuore. È composto da un generatore di impulsi e un unico elettrodo. Entrambi vengono impiantati per via sottocutanea, nel lato sinistro del corpo, accanto alla cassa toracica. Solitamente, la procedura di impianto ha una durata approssimativa di un'ora. Il sistema ICD usa un segnale simile a quello di un ECG per effettuare il monitoraggio cardiaco e rilevare gravi anomalie del ritmo. Quando viene rilevata un'aritmia potenzialmente mortale, il dispositivo tramite l'elettrodo, eroga una scarica al cuore simile a quella delle piastre dei defibrillatori esterni. La batteria ha una durata superiore ai sette anni, il 40% in più rispetto alla generazione precedente e ciò riduce la necessità di interventi di sostituzione. Questo dispositivo è compatibile con la risonanza magnetica ed è anche abilitato all'uso con il sistema di gestione a distanza del paziente semplificandone il follow-up. È anche in grado di individuare precocemente la presenza di fibrillazione atriale e di segnalarla tempestivamente al Centro Ospedaliero di riferimento in quanto se misconosciuta può portare a una temibile complicanza, l'ictus.

Dott. Cesare Storti
Unità Operativa di Cardiologia 1 – Aritmologia
Istituto di Cura Città di Pavia
Viale Parco Vecchio, 27
27100 Pavia (PV)
Tel. 0382 433603
Fax 0382 576821
cesare.storti@gmail.com

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

Embolizzazione vascolare sempre più risolutiva nella Radiologia Interventistica

Ce ne parla il Prof. Vittorio Pedicini, Responsabile della sezione di Radiologia Vascolare e Interventistica dell'Humanitas Research Hospital di Rozzano

Oggi si tende sempre più a trattare le patologie vascolari con procedure percutanee endovascolari. L'embolizzazione vascolare è una di queste ed è diventata una tecnica fondamentale nella Radiologia Interventistica. Ci spiega il perché, il Prof. **Vittorio Pedicini**, Responsabile della sezione di Radiologia Vascolare e Interventistica dell'Humanitas Research Hospital di Rozzano. Laureato e specializzato in Radiologia Diagnostica all'Università degli Studi di Roma - La Sapienza, è professore a contratto di Radiologia Interventistica per la scuola di Specializzazione in Radiologia dell'Università degli Studi di Milano. È inoltre socio fondatore dell'Italian-European Society of Interventional Radiology (IESIR).

Prof. Vittorio Pedicini

Prof. Pedicini, può spiegarci in cosa consiste l'embolizzazione vascolare e quando viene applicata?

L'embolizzazione è una tecnica endovascolare che consente di chiudere un vaso sanguigno, arterioso o venoso, con lo scopo di interromperne il flusso in un determinato tessuto o organo. Questo consente di fermare un semplice sanguinamento o privare un determinato tessuto della vascolarizzazione, inducendone la necrosi. In quest'ultimo caso la tecnica consente di poter trattare alcuni tumori benigni (come l'ipertrofia prostatica o i fibromi uterini) e alcuni tumori maligni primitivi e metastatici. Le embolizzazioni consentono anche di trattare alcuni aneurismi viscerali (escludendoli) o malformazioni vascolari. Il campo di impiego è molto vasto e può andare da trattamenti fatti in elezione, a trattamenti fatti in urgenza e in questi ultimi trova il maggior impiego. La possibilità di utilizzare delle tecniche endovascolari, oltre ad essere procedure conservative, permette di essere più veloci nello stoppare il sanguinamento e possono consentire in seconda battuta di intervenire chirurgicamente, senza sangue e senza il rischio di una emorragia in corso di intervento. Possiamo considerarle da sole risolutive, oppure, associate ad una chirurgia secondaria, dove il paziente arriva all'intervento chirurgico in modo più stabile, abbassano i rischi legati alla risoluzione chirurgica del problema.

Nello specifico, che tecnica viene usata per l'embolizzazione?

La procedura consiste nell'arrivare attraverso un'arteria in genere periferica, come la femorale che è all'inguine, utilizzando dei piccoli cateteri. Normalmente se c'è un sanguinamento, per esempio addominale, lo standard prevede una apertura al volo dell'addome, quindi un intervento a cielo aperto con tutti i canoni, una laparotomia, con l'identificazione piuttosto veloce del territorio di sanguinamento e la legatura del vaso che determina il sanguinamento. Nel caso dell'embolizzazione invece si entra attraverso una semplice puntura percutanea dell'arteria periferica, fatta in anestesia locale, con dei microtubicini che sono i cateteri, fino all'arteria da trattare, senza impiegare tecniche invasive. Lo scopo è quello di chiudere il vaso con un embolo artificiale che non faccia più andare il flusso oltre il mezzo embolizzante che noi rilasciamo all'interno dell'arteria, che può essere di vari tipi: spirali metalliche, plug oppure sostanze liquide come le colle. Ultimamente una delle colle più utilizzate è il N-butil-2cianoacrilato (Glubran 2) che chiude in maniera velocissima e molto agevole il territorio vascolare, creando un embolo nel punto in cui viene rilasciata la colla, determinando un'occlusione precisa del vaso in quel territorio. Per cui nei sanguinamenti di urgenza, può essere anche impiegato questo sistema piuttosto innovativo che può, con costi relativamente bassi, risolvere il problema in maniera veloce.

In quali tipi di patologie viene utilizzata l'embolizzazione?

Viene utilizzata nei sanguinamenti, per esempio gastroenterici, per ulcere, tumori, oppure per sanguinamenti di organo o strutture muscolari, in pazienti scoagulati. Nelle emorragie post partum, che è una delle cause più frequente di mortalità materna in ostetricia, è uno dei trattamenti principali nel caso di sanguinamento uterino. Avere un servizio di radiologia interventistica in un ospedale che fa alta chirurgia, oltre a essere un grosso vantaggio, abbassa i tassi di mortalità ospedaliera perché può essere un'alternativa alla chirurgia e quindi può gestire le complicanze post chirurgiche e in più prevenire le complicanze legate a delle morbilità particolari di pazienti, come gli scoagulati oppure in ospedali che hanno l'ostetricia, a curare eventi drammatici come l'emorragia post partum.

Prof. Vittorio Pedicini
Radiologia Vascolare e Interventistica
Humanitas Research Hospital
Via Manzoni, 56
Rozzano (Milano)
Tel. 02 8224 6665
E-mail:vittorio.pedicini@humanitas.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

AIOT, un punto di riferimento nell'oncologia toracica

Ricerca e formazione gli obiettivi primari dell'Associazione Italiana Oncologia Toracica

L'Associazione Italiana Oncologia Toracica nasce il 20 luglio 2007, con lo scopo di costruire un luogo unitario di dibattito culturale e scientifico per tutte le differenti figure professionali che sono coinvolte nei percorsi diagnostico-terapeutici integrati, supportando ed implementando al tempo stesso la ricerca clinica e la formazione. AIOT è un nuovo riferimento associativo di settore, oltre che per gli oncologi medici, anche per i ricercatori di base, i radiologi, i patologi, gli pneumologi, i chirurghi toracici, i radioterapisti, anche se attualmente inseriti negli organigrammi delle rispettive società scientifiche. A spiegarci nel dettaglio l'attività di AIOT e le nuove frontiere nella cura delle patologie polmonari, il Prof. **Fortunato Ciardiello** (Presidente), il Prof. **Filippo de Marinis** (Segretario), il Prof. **Cesare Gridelli** (Past Presidente), il Prof. **Lucio Crinò** (Consigliere), la Prof.ssa **Marina Garassino** (Consigliere), il Prof. **Nicola Normanno** (Consigliere) e il Prof. **Lorenzo Spaggiari** (Consigliere). «AIOT è un format tutto italiano – ha spiegato il presidente Ciardiello – dove i professionisti che si occupano di ricerca, diagnosi, stadiazione e trattamento delle patologie toraciche possono trovare una casa comune. La finalità è quella di promuovere l'attività di studio e di ricerca scientifica nel settore dell'oncologia toracica, attraverso convegni, congressi e conferenze stampa. Di particolare rilievo è il Congresso di oncologia toracica, che da quest'anno sarà annuale e non più biennale. La nostra mission, è quella di un approccio oncologico multidisciplinare integrato, con al centro il paziente. AIOT – ha continuato Ciardiello – ha sempre avuto interesse nel promuovere delle linee guida che permettessero di utilizzare in maniera appropriata, tutte le opportunità a disposizione, dalla diagnosi, alla selezione, al trattamento. Linee guida estremamente simili a quelle internazionali, ed in particolar modo a quelle della Società Europea di Oncologia Medica. Un'altra peculiarità di AIOT, è quella di sostenere con forza la necessità di un Sistema Sanitario pubblico adeguato, che offra al paziente, attraverso un appropriato uso delle risorse, il trattamento più giusto con costi proporzionati». «Divulgazione ed aggiornamento costante dei membri – ha affermato il consigliere Crinò – sono gli obiettivi principali di AIOT – che negli anni ha fatto luce su linee di trattamento che hanno radicalmente cambiato la prospettiva nella cura del tumore del polmone. Una di queste è l'immunoterapia, che molti studi hanno confermato essere molto promettente anche per due tipologie di malattie meno note e meno comuni, come il microcitoma polmonare e il mesotelioma pleurico». «È talmente rapida l'evoluzione di questi nuovi farmaci – ha sostenuto il consigliere Spaggiari – che facciamo fatica da un punto di vista clinico, a seguire le innovazioni tecnologiche. Il tumore del polmone ha avuto per 30 anni una sola terapia, la chemio, che funzionava anche male. Oggi invece, ci troviamo di fronte ad una rivoluzione farmacologica, con diversi tipi di farmaci e con diversi target fisiopatologici. L'unico problema è che il sistema ministeriale che permette al farmaco di entrare nella pratica clinica, non sta al passo dell'innovazione, per cui disponiamo di strategie innovative che non possono essere applicate ai pazienti, perché la burocrazia non segue il passo dell'innovazione farmacologica. Per quanto riguarda invece l'intervento chirurgico – ha continuato Spaggiari – possiamo dire che è fondamentale, dal momento che è l'unica possibilità che i pazienti hanno di guarire, non solo quelli con un tumore allo stadio precoce, ma anche quelli allo stadio più avanzato, dal momento che con le nuove terapie, viene portato ad un alveo di operabilità. Prima la terapia medica era adiuvante al trattamento chirurgico, ora grazie al trattamento con questi farmaci innovativi, l'intervento è adiuvante alla terapia». «I tumori polmonari sono estremamente complessi dal punto di vista molecolare e clinico – ha sottolineato il consigliere Normanno – pertanto, oggigiorno non si può prescindere da una completa caratterizzazione genetico-molecolare ed immunofenotopica del tumore per decidere qual è la migliore strategia

Prof. Fortunato Ciardiello Responsabile U.O.C.di Oncologia Medica, Azienda Ospedaliera Universitaria, Seconda Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli

> **"Sette i cardini su cui si basa Aiot: confronto, formazione, innovazione, anticipazione, aggiornamento, partnership e multidisciplinarità"**

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

terapeutica per i pazienti con neoplasie polmonari. Questo richiede una forte integrazione tra le diverse competenze, dalla ricerca di base fino alla chirurgia e all'oncologia medica, e quindi è necessario che l'approccio al carcinoma polmonare sia seguito da un team multidisciplinare in un contesto di centri altamente specializzati». A spiegare le ultime frontiere nella cura delle patologie polmonari, ci ha pensato il segretario dell'AIOT, de Marinis. «La terapia a bersaglio molecolare e la immunoterapia – ha chiosato – sono le novità che negli ultimi 5 anni, stanno rivoluzionando i tradizionali trattamenti basati storicamente sulla chemioterapia. Il bersaglio molecolare si identifica all'interno del DNA del tumore attraverso una macchina che sequenzia i geni. La presenza di alterazioni, che vengono chiamate mutazioni, a carico di alcuni geni che codificano i carcinomi polmonari non squamosi, permette di poter mirare quella specifica alterazione con un farmaco biologico che blocca la produzione di un fattore che fa crescere il tumore, quindi un blocco molecolare mirato biologico. Questo tipo di terapia, ad oggi interessa circa il 25% dei pazienti con malattia avanzata non operabile, permettendo di triplicare i vantaggi ottenibili con la chemioterapia. Nella mutazione del gene EGFR, oltre tre inibitori di I e II generazione, è ora disponibile un nuovo inibitore di III generazione come osimertinib che è in grado di arrestare la progressione di malattia meglio degli altri farmaci. Per la traslocazione del gene ALK invece, abbiamo un nuovo inibitore, l'alectinib, che triplica il vantaggio rispetto al tradizionale crizotinib.

Prof. Filippo de Marinis Direttore Oncologia Toracica Istituto Europeo di Oncologia di Milano

Prof. Lucio Crinò Consulente Scientifico presso IRST di Meldola

Prof.ssa Marina Garassino Responsabile S.S. Oncologia medica toraco-polmonare Istituto Nazionale Tumori di Milano

Prof. Nicola Normanno Responsabile Dipartimento Ricerca Istituto Nazionale Tumori – Fondazione Pascale di Napoli

Prof. Cesare Gridelli Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia dell'Azienda Ospedaliera "S.G.Moscati" di Avellino"

Prof. Lorenzo Spiaggiari Direttore Chirurgia Toracica Istituto Europeo di Oncologia di Milano

Nell'immunoterapia abbiamo già standard di trattamento con nivolumab, pembrolizumab ed atezolizumab, per i pazienti che progrediscono dopo la prima linea di chemioterapia, con nuove possibilità anche per la prima linea di trattamento in un 30% di pazienti». «La vera novità – ha spiegato il consigliere Garassino – è rappresentata dal farmaco pembrolizumab, cui possono beneficiare quei pazienti (30%), che presentano un carcinoma polmonare non a piccole cellule che esprima il biomarcatore PD-L1 superiore al 50%». «Il restante 70% dei pazienti che hanno l'espressione della proteina PD-L1 assente o inferiore al 50% - ha concluso il past presidente Gridelli – fanno ancora la chemioterapia. Recenti studi hanno però dimostrato che in questi casi, e anche nei pazienti con positività superiore al 50%, è più efficace combinare la chemio con gli immunoterapici. Nel gruppo con espressione maggiore del 50% poi, il clinico deciderà, basandosi sulle caratteristiche dei pazienti, se utilizzare la sola immunoterapia o la combinazione di chemio e immuno. La sfida del futuro è aumentare le conoscenze delle alterazioni genetiche, per far sì che fungano da target per nuovi farmaci biologici orali, e aumentare il numero di pazienti che possano usufruire delle terapie a bersaglio molecolare».

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

Nuove tecniche di chirurgia ecoguidata per i tumori al fegato

Ce ne parla il Prof. Guido Torzilli, Direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale dell'Humanitas Research Hospital di Rozzano

La Unità di Chirurgia Epatica dell'Humanitas Research Hospital di Rozzano ha assunto in questi anni un ruolo guida nel panorama internazionale, attestandosi come realtà all'avanguardia, grazie allo sviluppo e standardizzazione di nuovi interventi chirurgici effettuati su pazienti con tumore al fegato caratterizzati dal massimo risparmio di tessuto sano pur garantendo la massima radicalità oncoloigca.
A spiegarci come si è arrivati a questo risultato il Prof. **Guido Torzilli**, Direttore di Dipartimento di Chirurgia Generale e responsabie della Unità di chirurgia epatica nata in Humanitas con il suo arrivo. Laureato e specializzato in Chirurgia Generale all'Università degli Studi di Milano, è Professore Ordinario di Chirurgia Generale alla Humanitas University. Oltre agli interventi di cui sopra il Prof Torzilli ha introdotto nuove modalità di diagnosi e stadiazione dei tumori del fegato e tutto questo è stato oggetto di pubblicazione sulle più prestigiose riviste internazionali di settore.
Nel 2005 è risultato vincitore del Premio Ettore Ruggieri per la Ricerca Scientifica, indetto dalla Società Italiana di Chirurgia. Ha attivato dal 2006 la European School of Surgical Ultrasound, alla quale confluiscono colleghi da ogni parte del mondo per approfondire le tecniche chirurgiche introdotte e sviluppate dalla Unità di Chirurgia Epatica di Humanitas.

Prof. Torzilli, quando la chirurgia del fegato?

Si tratta essenzialmente di una chirurgia per la maggior parte dei casi dedicata alla bonifica dell'organo da tumori maligni che nascono nel fegato o che vi arrivano da altri organi e come tali si definiscono metastasi.
I tumori che nascono nel fegato sono essenzialmente due: l'epatocarcinoma ed il colangiocarcinoma, il primo origina dagli epatociti, i motori dell'organo, il "personale" del laboratorio chimico rappresentato dal fegato; il secondo, è invece il risultato della degenerazione dei colangiociti, il rivestimento dei dotti che lasciano fluire la bile, che finisce poi nell'intestino per aiutarci a "digerire" i grassi.

Prof. Guido Torzilli

Poi abbiamo le metastasi che per lo più derivano da tumori nati nel colon il cui sangue viene "filtrato" dal fegato che elabora i nutrienti derivanti dal cibo che ingeriamo ed elimina le sopstanze tossiche. Si tratta in ogni caso di tumori, siano esse nati nel fegato o giuntivi dal colon, nei quali l'opzione chirurgica resta centrale in quanto unico approccio capace di portare in alcuni casi alla guarigione del malato. Infatti dal 30 al 70% dei pazienti, in funzione del carico di malattia all'esordio, può essere curato con il bisturi. La chirurgia resta pertanto la terapia di riferimento, sia pur insieme al trapianto di fegato. Quest'ultimo è ad oggi riservato all'epatocarcinoma (casi selezionaiti per i quali è ormai la terapia di scelta), alle metastasi da colon (sperimentazione clinica nata da riscontri molto positivi ancorchè derivanti dai risultati su piccoli gruppi di pazienti), ed in alcuni casi non operabili di una particolare tipologia di colangiocarcinoma (confluente biliare o tumore di Klatskin).

In cosa consiste il procedimento chirurgico?

Consiste nel dividere il fegato, che ha la caratteristica di essere un organo, piuttosto grosso, con una complessità anatomica importante, per la presenza di una rete di vasi che vi portano dentro e quindi drenano il sangue e dotti biliari che convogliano la bile nell'intestino. La complessità d'organo rende conto di una estrema variabilità di presentazione delle malattie ed anche una discrezionalità importante sulla operabilità o meno di un paziente che ne risulti affetto.
Essendo il fegato la centrale che gestisce il nostro metabolismo, e come tale un organo vitale, non può venire privato di una quantità oltremodo importante del suo tessuto funzionante, pur riconoscendone la nota capacità rigenerativa. Tuttavia è bene chiarire che il fegato non si ricostituisce una volta privato di una sua parte bensì si ingrossa la porzione rimanente che cresce intorno ai vasi ed i dotti biliari risparmiati; quelli amputati non si riformano. Inoltre, questa capacità di ingrossarsi non è infinita. Per questa ragione, i chirurghi si sono arrovellati negli anni per cercare di massimizzare l'intervento oncologico sul fegato, cercando anche di superarne i limiti individuati. A complicare ulteriormente le cose c'è il fatto che si tratta di un organo alla cui complessità strutturale interna si contrappone una semplicità superficiale che come tale non dice al chirurgo dove questi si deve aspettare

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

una determinata struttura vascolare.
La scuola occidentale conscia di questa difficoltà ha costruito le sue soluzioni tecniche prevedendo nei casi complessi quasi sempre ampie rimozioni di parenchima e cercando piuttosto di rendere maggiore la capacità di rigenerazione dell'organo restante. In questo modo, seguendo piani di divisione parenchimale standardizzati si possono evitare durante la dissezione incroci di strutture vascolari la cui cattiva interpretazione anatomica potrebbe compromettere il buon esito dell'intervento. Poichè però se si lascia una porzione troppo piccola di fegato questa pur "gonfiandosi" non riesce a vicariare la parte tolta, è stata sfruttata una intuizione orientale, nello specifico giapponese, che introduceva il concetto di preparazione del fegato che sarebbe dovuto restare alla fatica di lavorare per due già prima dell'intervento. Come? Chiudendo la vena che porta il sangue dall'intestino alla parte di fegato malato. In questo modo il fegato della parte sana inizia già prima dell'intervento a lavorare anche per l'altro abituandosi così ad affrontare meglio il prossimo futuro che lo aspetta. Questa tecnica si chiama embolizzazione portale dal nome della vena che viene chiusa, la vena porta appunto. La scuola giapponese, oltre a quest'ultima, ha in realtà aperto un altro filone completamente alternativo a quello del seguire delle direttrici sicure, che è quello di dividere il fegato in funzione della presentazione di malattia. Cosa significa? Non aver timore degli incroci anatomici all'interno del fegato bensì sfruttarli a proprio vantaggio. Come? Rendendo il fegato trasparente grazie all'ecografo così dal riconsocerli e trarre vantaggio da cio al fine di "ritagliare" porzioni di fegato più contenute lasciando un organo quasi integro e perfettamente funzionanti. Insomma, dotarsi di un sonar anziché viaggiare in un sommergibile che si basi semplicemente su delle carte nautiche e che pertanto deve stare lontano dalla costa per non collidere.
Io ed il mio gruppo siamo i depositari occidentali di questa filosofia che portiamo avanti in Europa ormai da 15/20 anni. In questo periodo abbiamo ampliato lo spettro di applicazione di questa tecnica inserendo ulteriori elementi in grado di consentire l'esecuzione di nuovi tipi di interventi. Interventi caratterizzati dalla rimozione di tutta la malattia con il minimo sacrificio di tessuto sano ed il rispetto dell'architettura dell'organo.

> ***"L'ecografia intraoperatoria è il sistema guida che permette di rendere trasparente un organo altrimenti molto complesso e quasi impenetrabile. Dà la possibilità di vedere anche quelle zone che sono inesplorate. È necessario però che il chirurgo la sappia "leggere" e quindi l'expertise chirurgica deve essere di alto profilo. Permette inoltre di offrire più prospettive ai pazienti, perché l'intervento con le tecniche ecografiche è radicale, viene lasciato abbastanza fegato, e soprattutto vengono preservate le sue strutture anatomiche."***

Quali ulteriori peculiarità grazie al vostro lavoro?

Due grandi filoni di ricerca clinica hanno caratterizzato i nostri anni: comprendere come mai distaccare i tumori dai grossi vasi sanguigni dentro il fegato non fosse sinonimo di recidiva della malattia e capire come mai quando un tumore ostruisce le vene che scaricano il sangue dal fegato al cuore in molti casi il tessuto epatico da quel vaso non più drenato fosse ancora vitale. Ad entrambe le domande abbiamo saputo dare una risposta. Oggi possiamo staccare i tumori dai grossi vasi cosi da ampliare la possibilità di operare i pazienti avendo dimostrato che questo non aumenta il rischio di intervento incompleto. Oggi abbiamo imparato a riconoscere le vene accessorie che deviano il sangue dalla vena occlusa dal tumore in quella adiacente e quindi per primi abbiamo dimsotrato che in questo modo possiamo pianificare interventi atrimenti impensabili. Interventi quindi più sofisticati grazie a questi due grandi passi avanti, e più sicuri perché meno demolitivi di quelli "senza sonar". Ecco che possiamo operare pazienti con un carico di malattia altrimenti non gestibile o gestibile con più interventi. È necessario però che il chirurgo sappia "leggere" ciò che l'ecografo gli dice, e quindi l'expertise chirurgica deve essere di alto profilo.
Tutto questo lo abbiamo validato negli anni a piccoli passi e sempre dimostrando quanto fatto con scientificità e sottoponendo al vaglio della comunità internazionale il nostro operato attraverso pubblicazioni di prestigio i grossi centri chirurgici pionieri nelle tecniche tradizionali hanno accettato il confronto e con il nostro approccio ed i risultati, pubblicati, sembrano darci ragione.
Tutto questo peraltro viene fatto con tecnologia a basso costo pur garantendo una sicurezza delle procedure caratterizzata da 1/3-1/10 della mortalità delle tecniche convenzionali per simili o addirittura inferiori carichi di malattia.

Prof. Guido Torzilli
Direttore del Dipartimento
di Chirurgia generale
Humanitas Research Hospital
Via Manzoni 56 - Rozzano (MI)
Tel. 02 8224 4769
E-mail: guido.torzilli@hunimed.eu

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

Chirurgia laparoscopica, fiore all'occhiello della Chirurgia Generale

A parlarcene il Dott. Baldazzi (Ospedale Città di Sesto San Giovanni) ed il Prof. Marini (Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma)

La chirurgia laparoscopica è una tecnica mininvasiva che permette di effettuare interventi chirurgici, anche complessi, sull'addome, grazie a piccole incisioni cutanee. Questa tecnica, fiore all'occhiello della Chirurgia Generale, è stata introdotta nell'Ospedale Città di Sesto San Giovanni, dal Dott. **Gianandrea Baldazzi**, direttore dell'UOC di Chirurgia Generale. Prima di approdare a Sesto San Giovanni è stato responsabile della Chirurgia d'Urgenza del Pronto Soccorso dell'Ospedale Edoardo Bassini di Cinisello Balsamo e direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale e Mininvasiva e del Dipartimento Chirurgico del Policlinico Città di Abano Terme. Un altro esperto in chirurgia laparoscopica, è il Prof. **Pierluigi Marini**, direttore dell'UOC di Chirurgia I e dell'UOC di Chirurgia Endocrina e Bariatrica del Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma e Presidente ACOI.

Dott. Gianandrea Baldazzi

Prof. Pierluigi Marini

Prof. Marini, qual è il ruolo della laparoscopia oggi?

La chirurgia laparoscopica ha assunto un ruolo determinante nella chirurgia generale, perché si tratta di un intervento mininvasivo che determina un trauma nettamente inferiore rispetto a quello tradizionale, i tempi di recupero sono migliori, i pazienti deambulano e si alimentano fin dal giorno successivo, si riduce l'ospedalizzazione e si riprende l'attività lavorativa in tempi brevi. Di conseguenza, si riduce anche la spesa sanitaria. Secondo l'evidenza scientifica, la laparoscopia nel trattamento delle patologie neoplastiche del colon, rappresenta il "gold standard", però l'adozione di questa tecnica è di poco superiore al 30% nella media nazionale, dal momento che la percentuale cambia a seconda delle regioni. Ciò genera grossi problemi, primo fra tutti la disparità di trattamento per la stessa patologia ed il turismo sanitario. Per ovviare a questo problema, l'ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri), investe molto sulla formazione, anche perché in Italia si sta registrando un fenomeno preoccupante, ovvero il calo di vocazione chirurgica nei giovani medici, soprattutto a causa del contenzioso medico-legale. Per questo sono state intraprese delle iniziative molto importanti, che mirano alla formazione post laurea e soprattutto alla risoluzione del contenzioso medico-legale. Circa la chirurgia mininvasiva per il colon retto invece, è in atto il progetto "Optimise", per dare una risposta concreta alla scarsa diffusione di questa tecnica.

Dott. Baldazzi, ci parli della Sua esperienza in questo campo

Nel mio percorso chirurgico, ho sviluppato la chirurgia mininvasiva addominale e la chirurgia robotica. La mia missione, una volta arrivato a Sesto, è stata quella di utilizzare la chirurgia laparoscopica per tutte le patologie addominali. Questo tipo di attività chirurgica, è associata ad una diminuzione della degenza in ospedale (solo 5 giorni), indipendentemente dalla patologia, anche per interventi di chirurgia maggiore. Sono pochi i centri in Italia che applicano la chirurgia mininvasiva, seguendo i protocolli ERAS, e l'Ospedale di Sesto è tra questi. Qui facciamo screening per i tumori colon rettali e quindi il numero dei pazienti è molto elevato. Con l'esperienza maturata negli anni, eseguo interventi radicali, soprattutto del colon con linfoadenectomie estese e per i tumori maligni, che permettono di aumentare la sopravvivenza del paziente. La chirurgia dei tumori maligni, non è semplicemente asportare l'organo colpito dal tumore, ma anche tutte quelle ghiandole, ossia i linfonodi, che drenano il tumore. A Sesto ciò è possibile perché disponiamo di una tecnologia molto avanzata. Ad esempio, il colon con linfoadenectomie estese viene trattato sotto guida a fluorescenza, grazie alla quale riusciamo a vedere la vascolarizzazione dell'organo e quindi a diminuire quelle che possono essere le complicanze dovute all'intervento stesso. Nel colon retto, non operiamo solo i tumori, ma anche le complicanze delle malattie diverticolari come la perforazione o l'occlusione intestinale.

PROTOCOLLO ERAS

È un protocollo multidisciplinare centrato sul paziente. Il metodo è finalizzato ad ottenere una ripresa funzionale più precoce e quindi ad abbreviare i tempi di degenza ospedaliera. Secondo questo protocollo si riducono le complicanze dell'intervento chirurgico, quindi la morbilità e la degenza postoperatoria ma anche la mortalità. Non esistono più i digiuni prolungati sia prima sia dopo un intervento chirurgico addominale, perché i pazienti vengono invitati ad assumere sostanze ricche in zuccheri fino a 2 ore prima dell'intervento (per evitare la disidratazione) e la ripresa dell'alimentazione avviene già entro 24 ore dallo stesso. Associando chirurgia mininvasiva e protocollo Eras si riesce a ridurre al minimo il trauma e il paziente il giorno dopo è nelle condizioni di camminare, di alimentarsi, di svolgere le funzioni essenziali senza più tubi e cateteri.

Dott. Gianandrea Baldazzi
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale
Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni - A.S.S.T. Nord Milano
Via Matteotti, 83
Tel. Reparto: 02 57999207
Call center visite: 02 57995476
gianandrea.baldazzi@asst-nordmilano.it

Prof. Pierluigi Marini
UOC Chirurgia I e UOC Chirurgia Endocrina e Bariatrica
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
Cir. ne Gianicolense, 87 - 00152 Roma
Centralino: 06 58701
marinipierluigi6@gmail.com

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

Protesi valvolare aortica, arriva quella senza punti di sutura

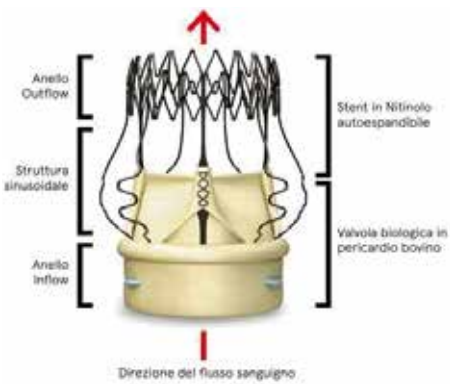
Il Prof. Rinaldi, direttore della Struttura Complessa di Cardiochirurgia, della Città della Salute e della Scienza di Torino, ci parla della valvola Perceval

Ha segnato una vera e propria rivoluzione negli interventi chirurgici al cuore, la valvola cardiaca "Perceval", l'innovativa protesi valvolare auto-ancorante che non necessita di punti di sutura. A parlarcene, il Prof. **Mauro Rinaldi**, direttore della Struttura Complessa di Cardiochirurgia, della Città della Salute e della Scienza di Torino.

Prof. Mauro Rinaldi

Prof. Rinaldi, che cos'è Perceval?

Perceval è una valvola aortica chirurgica "sutureless" con uno scheletro d'ancoraggio unico che permette al chirurgo di sostituire la valvola aortica malata senza necessità di punti di sutura. La componente funzionale della valvola è fatta di pericardio bovino ed è montata su una struttura a memoria di forma costituita da una speciale lega. La procedura di rilascio è altamente standardizzata ed il chirurgo deve fare poche e semplicissime manovre per posizionarla. La valvola, infatti, è già impiantata su un supporto; occorre solo posizionarla all'interno dell'anello aortico, rilasciarla ed espanderla in quest'ultimo con un palloncino che dilata l'anello valvolare protesico per farlo combaciare a quello naturale. Si tratta di una valvola di concezione totalmente diversa dalle precedenti, ispirata sostanzialmente alle valvole transcatetere. È infatti una sintesi tra le valvole tradizionali chiurgiche, e quindi con tutte le garanzie di un perfetto impianto, e le valvole transcatetere che danno invece garanzia di una perfetta espansione all'interno dell'anello valvolare.



La valvola aortica Perceval

> **"Perceval è una valvola aortica di ultima generazione che si impianta senza punti di sutura"**

Come viene impiantata?

Grazie all'introduzione di questa protesi, oggi possiamo praticare su larga scala interventi mini-invasivi che, a causa di notevoli difficoltà tecniche, in passato erano eseguiti solo da pochi. Si tratta di sostituire la valvola aortica attraverso un piccolo taglietto nel secondo spazio intercostale a destra, senza sezionare nessun osso e senza neppure divaricare le coste. Attraverso lo spazio intercostale è possibile inserire la valvola Perceval e rilasciarla nell'anulus aortico, dopo aver rimosso la valvola malata. Utilizzare questo tipo di protesi è molto vantaggioso perché, non richiedendo punti di sutura, è più facile lavorare in uno spazio di manovra molto più ridotto rispetto a quello del passato, quando invece era necessaria una sternotomia.

Per quale tipo di intervento è indicata e quanto dura?

Perceval è indicata per la sostituzione della valvola aortica in pazienti affetti da stenosi aortica. Viene utilizzata in pazienti che hanno dai 70 anni in su, ed essendo la durabilità di queste valvole di 15 anni, la impiantiamo con la certezza che durerà per tutta la vita del paziente. Sul mercato ormai da quasi 10 anni, è un chiaro esempio di come, la cardiochirurgia moderna assomigli sempre di più alla cardiologia interventistica, e viceversa di come quest'ultima si avvicini ad una vera e propria procedura chirurgica. Le valvole "sutureless" hanno quindi preso il meglio da ambedue i campi: dalla cardiologia interventistica, le valvole autoespansibili e dal campo chirurgico, le valvole posizionate dopo un'accurata decalcificazione dell'anulus. È molto interessante per noi cardiochirurghi poterci confrontare con i colleghi cardiologi, su un campo che ormai si sovrappone.

Prof. Mauro Rinaldi
Cardiochirurgia - Ospedale Molinette
C.so Bramante, 88/90
10126 Torino
Segreteria: 011 6335511/6746
Fax: 011 6336130
mauro.rinaldi@unito.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

Tumore della vescica, dalle innovazioni in campo diagnostico alle strategie terapeutiche

A parlarcene il Prof. Gontero, direttore della Clinica Urologica dell'Ospedale Molinette - Città della Salute e della Scienza di Torino

Il tumore della vescica è il settimo tumore più comunemente diagnosticato nella popolazione maschile in tutto il mondo e può avere un forte impatto negativo sulla qualità della vita della persona colpita. Inoltre, ancora oggi, la diagnosi e la sorveglianza post-trattamento per questo tipo di tumore sono fatte utilizzando principalmente metodiche invasive e costose con un forte disagio per il paziente. Proprio per questo, all'Ospedale Molinette - Città della Salute e della Scienza di Torino, ci si sta dedicando da anni allo studio di metodologie diagnostiche e terapeutiche meno invasive. A parlarcene, il Prof. **Paolo Gontero**, direttore della Clinica Urologica dell'Ospedale torinese.

Prof. Paolo Gontero

Prof. Gontero, ci parli di questi studi sui nuovi marcatori diagnostici

La cistoscopia costituisce ancora oggi la procedura standard per la diagnosi ed il follow up del tumore alla vescica. Essa permette di fare una diagnosi di certezza mediante visualizzazione diretta della vescica attraverso uno strumento, il cistoscopio (una sonda con una telecamera e un'estremità che illumina) che deve essere introdotto attraverso l'uretra. Nonostante apparecchiature a fibra ottica o digitali di piccolo calibro, questo esame resta invasivo e gravato da un certo disagio per il paziente. L'esame citologico urinario, che ricerca le cellule tumorali presenti nelle urine, rappresenta un ottimo ausilio alla cistoscopia ma non è sufficientemente accurato per sostituirla. Da anni si sta quindi cercando un marcatore tumorale ideale che sia in grado se non di soppiantare completamente la cistoscopia, almeno di ridurne la frequenza di utilizzo nei pazienti che necessitano di sottoporsi periodicamente all'esame.

La nostra Clinica da anni si sta dedicando allo studio di un gruppo di proteine, denominate fosfoproteine, che sembrano essere molto promettenti per individuare precocemente la presenza di un tumore alla vescica attraverso un semplice campione di urina. Stiamo inoltre testando nell'ambito di uno studio clinico internazionale un altro marcatore (una proteina legata ai cromosomi) che dai dati preliminari sembra in grado di escludere la presenza di un tumore vescicale nel 98% dei casi. Se questi dati saranno confermati è possibile che potremo presto disporre di un test non invasivo da utilizzare in sostituzione della cistoscopia in molti casi.

Quindi l'obiettivo è quello di abolire la necessità di ricorrere alla cistoscopia?

La cistoscopia resta uno strumento fondamentale e, in casi selezionati, la utilizziamo con un sistema che ne aumenta la precisione, la cosiddetta "luce blu": si tratta di un colorante che viene iniettato in vescica prima dell'esame e che è in grado di colorare di viola le cellule tumorali che spesso sfuggono alla classica luce bianca. Questo esame permette non solo una migliore diagnosi, ma soprattutto un'asportazione più accurata della malattia durante l'intervento endoscopico di resezione.

Avete a disposizione anche nuove strategie terapeutiche?

Per la malattia vescicale "superficiale", quando i tradizionali farmaci endovescicali non sono più efficaci, utilizziamo la Chemio-ipertermia (con un sistema a radiofrequenze denominato Synergo) oppure somministriamo i farmaci mediante iontoforesi (con un sistema denominato EMDA). Si tratta quindi di terapie non invasive, di II linea, che offriamo a pazienti selezionati ,con malattia ad alto rischio e non in grado di sopportare l'intervento chirurgico di asportazione totale della vescica.

Ci parli della chirurgia robotica. In cosa consiste?

L'intervento standard per il tumore della vescica infiltrante (cioè quello che invade la muscolatura vescicale) è ancora oggi rappresentato dall'asportazione totale della vescica (cistectomia radicale) e, quando possibile, dalla sua ricostruzione utilizzando l'intestino. Si tratta di un intervento invasivo, gravato da un decorso post operatorio impegnativo e non privo di complicanze. Negli ultimi anni stiamo utilizzando la tecnologia robotica con il sistema Da Vinci per effettuare la cistectomia radicale, sempre con l'obiettivo di essere meno invasivi. Sebbene non si sia ancora dimostrato un chiaro vantaggio della robotica rispetto alla chirurgia tradizionale, abbiamo riscontrato alcuni vantaggi soprattutto nei pazienti più giovani e nei pazienti obesi, in particolare abbiamo ottenuto un minor sanguinamento, la riduzione delle infezioni della ferita e vantaggi nel preservare la funzione sessuale. Il robot permette infatti di operare, con una visione tridimensionale, a diversi ingrandimenti, con movimenti estremamente precisi e incisioni chirurgiche minime (di pochi millimetri).

Il trattamento del tumore della vescica rappresenta una delle "mission" della Clinica Urologica dell'Ospedale Molinette, dove le decisioni terapeutiche sono discusse all'interno di un team multidisciplinare costituito oltre che da urologi anche da oncologi e radioterapisti e dove esiste una stretta collaborazione con gruppi di ricerca sia afferenti all'Università degli Studi di Torino che di istituzioni straniere.

Prof. Paolo Gontero
Direttore Clinica Urologica Ospedale Molinette, Università degli Studi di Torino
C.so Bramante 88/90
10126 Torino
Segreteria: +390110916518
Fax: +390116706766
e.mail: paolo.gontero@unito.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

Epilessia, guarire si può. Grazie alla stimolazione del nervo vago

A parlarcene, il Prof. Bonanni, Responsabile della UO di Epilessia e Neurofisiologa Clinica dell'IRCCS "Eugenio Medea", Polo di Conegliano e Pieve di Soligo

L'epilessia è una malattia del sistema nervoso centrale in cui l'attività delle cellule nervose nel cervello si interrompe causando convulsioni, periodi di comportamento insolito e talvolta perdita di coscienza. A parlarci di questa patologia, il Prof. **Paolo Bonanni**, Responsabile della Unità Operativa di Epilessia e Neurofisiologa Clinica dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Eugenio Medea", Polo di Conegliano e Pieve di Soligo, nonché Responsabile del Centro Nazionale per l'Epilessia e del Centro Regionale per l'Epilessia. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita all'Università di Pisa, si è specializzato in Neuropsichiatria Infantile nella stessa Università. Docente universitario a contratto nelle Università di Padova e Udine, ha coordinato come responsabile e partecipato come collaboratore, ad oltre 50 progetti di ricerca del Ministero della Salute o conto terzi su temi inerenti all'epilessia.

Prof. Bonanni, ci parli della Sua Unità

L'Unità di Epilessia di cui sono Responsabile, essendo inserita in una struttura di III livello, si occupa prevalentemente delle forme di epilessia farmaco resistente, sia del bambino che dell'adulto. L'Unità è Centro Regionale per l'epilessia dal 2013 e centro di riferimento riconosciuto dalla Lega Nazionale contro l'Epilessia dal 2012. Il nostro approccio è quello della presa in carico globale da parte di un'equipe multidisciplinare (costituita da medici specialisti, tecnici di neurofisiopatologia, neuropsicologi, fisioterapisti, logopedisti, neuropsicomotricisti e terapisti occupazionali) che ha come scopo il miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

In cosa consiste una crisi epilettica?

Nell'occorrenza transitoria di segni e/o sintomi dovuti a un'attività neuronale anomala, eccessiva e sincronizzata a livello cerebrale. Il ripetersi delle crisi epilettiche definisce la condizione di epilessia. Su base prognostica possiamo dividere le epilessie in "forme benigne autolimitantesi" in cui la guarigione avviene spontaneamente nei primi anni ed il trattamento antiepilettico può essere spesso evitato; in "forme farmacosensibili", quali ad esempio l'epilessia con crisi di assenza del bambino, nelle quali il controllo clinico può essere facilmente ottenuto e la guarigione spontanea si verifica dopo alcuni anni e in "forme farmacodipendenti", nelle quali un adeguato trattamento e in grado di controllare le crisi ma non vi è guarigione spontanea. Queste epilessie comprendono circa il 60-70% dei pazienti. Vi è però un ultimo gruppo di epilessie, ossia le "forme farmacoresistenti" in cui le crisi persistono in presenza di una politerapia con farmaci appropriati. Queste costituiscono il 30-40 % di tutte le epilessie. La terapia medica anche con nuovi farmaci antiepilettici dà spesso risultati deludenti, si calcola che solo l'1% dei pazienti farmacoresistenti abbia un beneficio significativo dopo l'introduzione di un nuovo farmaco.

Prof. Paolo Bonanni

C'è un modo per guarire dall'epilessia farmaco resistente?

La chirurgia delle epilessie rappresenta un approccio terapeutico che dovrebbe essere considerato nei casi di epilessia non trattabile farmacologicamente con crisi frequenti o invalidanti. Per conseguire l'obiettivo di trattare chirurgicamente l'epilessia resistente ai farmaci è necessario identificare la zona epilettogena, ossia la zona da cui originano le crisi e la cui rimozione può determinarne la risoluzione. Lo scopo della chirurgia cosiddetta "curativa" o "resettiva" è quindi provvedere alla completa resezione della area cerebrale corrispondente alla zona epilettogena. Nei casi di multifocalità o bilateralità delle crisi, oppure quando la zona epilettogena, pure unica, coinvolge zone eloquenti (aree del linguaggio o motorie), o quando non sia possibile definirne con precisione localizzazione e lateralizzazione, possono essere proposte procedure chirurgiche alternative, cosiddette palliative, che comprendono la callosotomia, cioè la sezione anteriore, posteriore o totale del corpo calloso, la stimolazione del nervo vago e la stimolazione cerebrale profonda. La stimolazione vagale costituisce una valida alternativa terapeutica per i pazienti affetti da epilessia farmacoresistente che non possono essere sottoposti ad intervento chirurgico curativo oppure che rifiutano di sottoporsi all'intervento di chirurgia resettiva.

In cosa consiste questo intervento?

Tecnicamente la stimolazione vagale consiste in una stimolazione intermittente del nervo vago di sinistra, a livello del collo, ottenuta mediante elettrodi connessi ad un generatore di impulsi impiantato in una tasca sottocutanea in regione sottoclaveare. Il generatore può funzionare in maniera automatica o a richiesta, quando il paziente avverte l'inizio della crisi. In ambedue i casi i parametri di stimolazione (intensità di corrente, durata delle fasi on e off in secondi-minuti, frequenza di stimolazione) possono essere programmati dall'operatore mediante un computer esterno. I dati di letteratura e anche l'esperienza personale indicano che la stimolazione del nervo vago riduce di almeno il 50% la frequenza delle crisi epilettiche fino al 75% dei soggetti. Il beneficio del trattamento può persistere a 10 anni di follow-up. Il vantaggio della stimolazione vagale consiste anche nel miglioramento della qualità di vita, dovuto alla riduzione della concomitante terapia farmacologica e all'effetto positivo che la stimolazione vagale ha sull'umore oltre che alla riduzione della frequenza o scomparsa delle crisi.

Prof. Paolo Bonanni
Unità Operativa di Epilessia
e Neurofisiologa Clinica
IRCCS "Eugenio Medea"
Via Costa Alta, 37
31015 Conegliano (Treviso)
Tel: 0438 4141
Fax: 0438 410101

Distaccamento Pieve di Soligo
Via Monte Grappa 96
31053 Pieve di Soligo (Treviso)
Tel: 0438 9062
Fax: 0438 980444
paolo.bonanni@cn.Inf.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

L'efficacia dei farmaci biologici nella cura della psoriasi

A parlarcene la Dott.ssa Ginevra Baggini, specialista in dermatologia e venereologia all'Ospedale Sant'Annunziata di Varzi

La psoriasi negli ultimi anni non viene più considerata una malattia cutanea, ma rientra in un complesso più ampio di patologie multiorgano. Ci chiarisce l'argomento la Dott.ssa **Ginevra Baggini**, specializzata in dermatologia e venereologia presso l'Università di Pavia e svolge la sua professione presso l'ASST di Pavia all'ospedale Sant'Annunziata di Varzi e la ASL di Alessandria nella sede di Tortona.

Dott.ssa Ginevra Baggini

Dott.ssa Baggini, come si manifesta la psoriasi?

La psoriasi è una malattia cutanea che comporta l'insorgenza di chiazze cutanee rossastre, in genere molto pruriginose, con accentuata desquamazione in varie sedi del corpo. Sino a poco tempo fa si pensava che fosse esclusivamente una malattia cutanea, ma negli ultimi anni è emersa la certezza che si tratta di una malattia multiorgano. Infatti, con una certa frequenza, si associa ad altre problematiche come le malattie cardiovascolari, malattie metaboliche come il diabete, malattie reumatologiche come l'artrite reumatoide e l'artrite psoriasica, altre malattie autoimmuni come le patologie della tiroide o del tratto gastroenterico come la malattia di Crohn e la celiachia ecc...inoltre la psoriasi oltre ad indurre di per sé forte depressione, può associarsi anche a malattie psichiatriche. È stato dimostrato che in parte la psoriasi condivide le stesse cause delle malattie appena elencate. Oggi siamo tenuti a considerare chi è affetto da psoriasi un paziente che oltre alla normale visita dermatologica debba effettuare altre valutazioni specialistiche. Per cui quasi sempre indirizziamo il paziente anche dal cardiologo, dal diabetologo, dal reumatologo e inoltre vengono prescritti tutta una serie di esami ematologici e strumentali per inquadrare meglio la situazione clinica. Il dermatologo in primis deve individuare la tipologia di psoriasi, perché ne esistono diverse forme. La più comune è la psoriasi volgare, in cui le chiazze si manifestano nelle cosiddette superfici estensorie, come ginocchia, gomiti, tibie, cuoio capelluto e osso sacro. Esistono anche forme cosiddette "cheratodermiche" che colpiscono mani e piedi e che possono essere invalidanti se evolvono in ragadi e fissurazioni. Esiste poi una forma nominata "psoriasi inversa " perché anziché le superfici estensore colpisce quelle flessorie, come pieghe sottomammarie, ascelle, inguine e spazi interdigitali. Le forme eritrodermiche colpiscono tutto l'ambito cutaneo e sono le più gravi. Tutte le forme di psoriasi sono influenzate negativamente dall'abuso di alcol e fumo.

Quale tipo di terapia viene prescritta?

La terapia della psoriasi si avvale di numerosi trattamenti. Per le forme localizzate il dermatologo opta semplicemente per una terapia locale con creme a base di calcipotriolo, blandi cortisonici o pomate a base di sostanze che riducono la desquamazione come urea ed acido salicilico, tranne in rari casi anche l'esposizione solare può garantire beneficio. Per una psoriasi più estesa, si associa una terapia sistemica, a seconda dei casi, con retinoidi derivati dalla vitamina A, l'acitretina, oppure methotrexate, noto chemioterapico usato anche nell' artrite reumatoide. Methotrexate e retinoidi sono farmaci molto efficaci, ma hanno una certa tossicità epatica e non sono adatti nella donna in età fertile perché possono indurre malformazioni fetali. Un altro farmaco, sempre da utilizzare per brevi periodi, è la ciclosporina che tuttavia può provocare o peggiorare l'ipertensione e può essere nefrotossica. Una nuova categoria di farmaci è ora disponibile per combattere la psoriasi ed eventualmente anche prevenire e controllare le patologie associate. Si tratta di farmaci biologici, cioè farmaci a bersaglio molecolare in grado di neutralizzare i mediatori chimici, soprattutto l'interleuchina 17 responsabili della psoriasi. Il vantaggio di questi farmaci è che hanno un azione rapida, un profilo di sicurezza eccellente e si possono quindi utilizzare anche nei pazienti con problematiche importanti, inoltre non perdono di efficacia e non danno interferenze farmacologiche. Essendo un farmaco costoso per lo Stato, al momento il biologico viene prescritto in casi particolari, come psoriasi gravi oppure psoriasi invalidanti in sedi visibili che comportano disagi psicologici gravi oppure quando esistono controindicazioni ad utilizzare altri farmaci. I farmaci biologici disponibili sono di diversa tipologia. Attualmente si stanno utilizzando molto gli antiinterleuchina 17 perché hanno un profilo di sicurezza eccellente e possono essere gestiti agevolmente dal dermatologo. Esistono anche farmaci che agiscono contro l'interleuchina 23 oppure contro il tnf (fattore di necrosi tumorale), in ogni caso i biologici vengono scelti dal dermatologo dell'ospedale o dell' Asl di riferimento del paziente sempre dopo un attenta valutazione delle comorbidita' associate alla psoriasi. Sicuramente siamo di fronte ad un nuovo capitolo della medicina dermatologica, ma ovviamente a causa dei costi ministeriali da sostenere, è compito del dermatologo individuare il paziente che realmente necessita di tali trattamenti.

Dott.ssa Ginevra Baggini
Ambulatorio di dermatologia c/o ASST Pavia Ospedale Sant'Annunziata - Varzi
Ambulatorio di dermatologia c/o ASL Alessandria via Milazzo 1 - Tortona

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication
Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

Ipertensione ed ipercolesterolemia, arriva la "polipillola"

A parlarci di queste due patologie il Dott. Alberto Mazza, responsabile del Centro Ipertensione dell'Ospedale di Rovigo

Ipertensione e colesterolo alto sono considerati fra i principali fattori di rischio cardiovascolare. Interessano ampie fasce di popolazione e spesso si presentano in correlazione fra loro. A parlarcene, il Dott. **Alberto Mazza**, responsabile del Centro Ipertensione di Eccellenza Europea dell'Ospedale di Rovigo. Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Padova, si è specializzato in Medicina Interna e Nutrizione Clinica e conseguito il dottorato di ricerca in Diabetologia, NefroUrologia, Terapia Medica e Farmacologia Clinica. Dal 2006 è Dirigente Medico all'ospedale di Rovigo, presso la UOC di Medicina Interna dell'Azienda ULSS 5 Polesana. Nel 2008, si è specializzato in ipertensione, presso la Società Europea Ipertensione Arteriosa.

Dott. Alberto Mazza

Dott. Mazza, che cosa sono l'ipertensione e l'ipercolesterolemia?

L'ipertensione è una condizione in cui i valori della pressione sanguigna persistono al di sopra della soglia di normalità identificata dalla comunità scientifica, cioè maggiori o uguali di 140/90 mmHg. È la più importante causa di mortalità al mondo, con una prevalenza nella popolazione generale del 40%, e per gli ultra 65enni, del 70-75%. L'ipercolesterolemia invece, è un valore elevato di colesterolo nel sangue maggiore di 200 mg/dl, un grasso che se è presente nelle giuste concentrazioni è utile al buon funzionamento del nostro organismo. Molto spesso queste due patologie sono legate tra di loro. Circa il 70% dei pazienti infatti, oltre all'ipertensione presentano anche ipercolesterolemia, perché molto spesso si associa all'aumento del peso, alla cattiva alimentazione e al fumo. Questo fattore complica il quadro clinico dell'iperteso, aumentando il rischio cardiovascolare globale. Il paziente iperteso quindi, in particolare anziano, presentando spesso più comorbilità, come appunto il colesterolo alto, ma anche il diabete, la bronchite cronica, l'artrosi e molte altre patologie croniche, rischia di non avere una buona aderenza alla terapia, perché assumendo molte medicine, capita che faccia confusione e le dimentichi, di conseguenza, la pressione come il colesterolo non vengono controllati adeguatamente.

> **"La combinazione fissa di farmaci garantisce ai pazienti cronici con patologie cardiovascolari l'aderenza alla terapia"**

Cosa si fa in questi casi?

L'utilizzo di combinazioni fisse, sia per l'ipertensione che per l'ipercolesterolemia, favorisce il raggiungimento del target, semplificando lo schema terapeutico per i pazienti con patologie croniche. È stato appurato infatti, che le statine, le classiche medicine per curare il colesterolo, sono efficaci al pari degli anti-ipertensivi, nel ridurre il rischio di eventi maggiori, quali l'infarto, l'ictus o le patologie arteriose periferiche.

Spesso però la statina da sola non riesce a portare il colesterolo ai valori target raccomandati, per cui è necessario aggiungere altri farmaci, come l'ezetimibe. Nell'ottica di semplificare lo schema terapeutico del paziente è da pochi mesi sul mercato la prima combinazione fissa rosuvastatina-ezetimibe. Per quanto riguarda l'ipertensione, al 28° Congresso della Società Europea dell'Ipertensione, tenutosi a Barcellona a giugno, si è parlato di strategie anti-ipertensive in combinazioni fisse già dal primo step di trattamento per ridurre eventi cardiovascolari, garantendo l'aderenza alla terapia.

Per risolvere il problema della scarsa aderenza in questi ultimi anni la ricerca scientifica ha ideato formulazioni di farmaci in combinazione fissa per la gestione dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia. Nel prossimo futuro sarà anche disponibile la cosiddetta "polipillola", ossia una singola compressa con più principi attivi per controllare contemporaneamente la pressione e ipercolesterolemia.

È grande il fervore da parte della comunità scientifica poichè la "polipillola" sarà un'importante e innovativa arma per aiutare i pazienti a raggiungere sia i valori target di pressione che quelli di colesterolo, garantendo una qualità di vita adeguata e una sopravvivenza più lunga.

Dott. Alberto Mazza
Centro per la lotta e la cura dell'Ipertensione Arteriosa – AULSS 5 Polesana
Ospedale di Rovigo
Viale Tre Martiri, 89
Tel: 0425 393321
alberto.mazza@aulss5.veneto.it

Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 redazione@cscommunication.it

Pressione o **colesterolo elevati**? Seguire la terapia è **fondamentale**!

- ✓ Per ottenere **risultati efficaci**
- ✓ Per **prevenire** gravi complicazioni (quali infarto miocardico e ictus)

TERAPIA COMPLESSA?

SEMPLIFICATI LA VITA. CHIEDI COME AL TUO MEDICO

Per maggiori informazioni consulta il sito

www.alcuoredelladerenza.it

18TM0009BI

Bibliografia: Lo SH et al. J Cardiovasc Nurs. 2016; 31:296-303 | Kronish IM, Ye S. Prog Cardiovasc Dis. 2013; 55:590-600 | Costa FV. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2017; 24:265-274 | Volpe M. G Ital Cardiol 2018; 18:S1 | Manifesto aderenza

al CUORE dell'ADERENZA

SERVIER