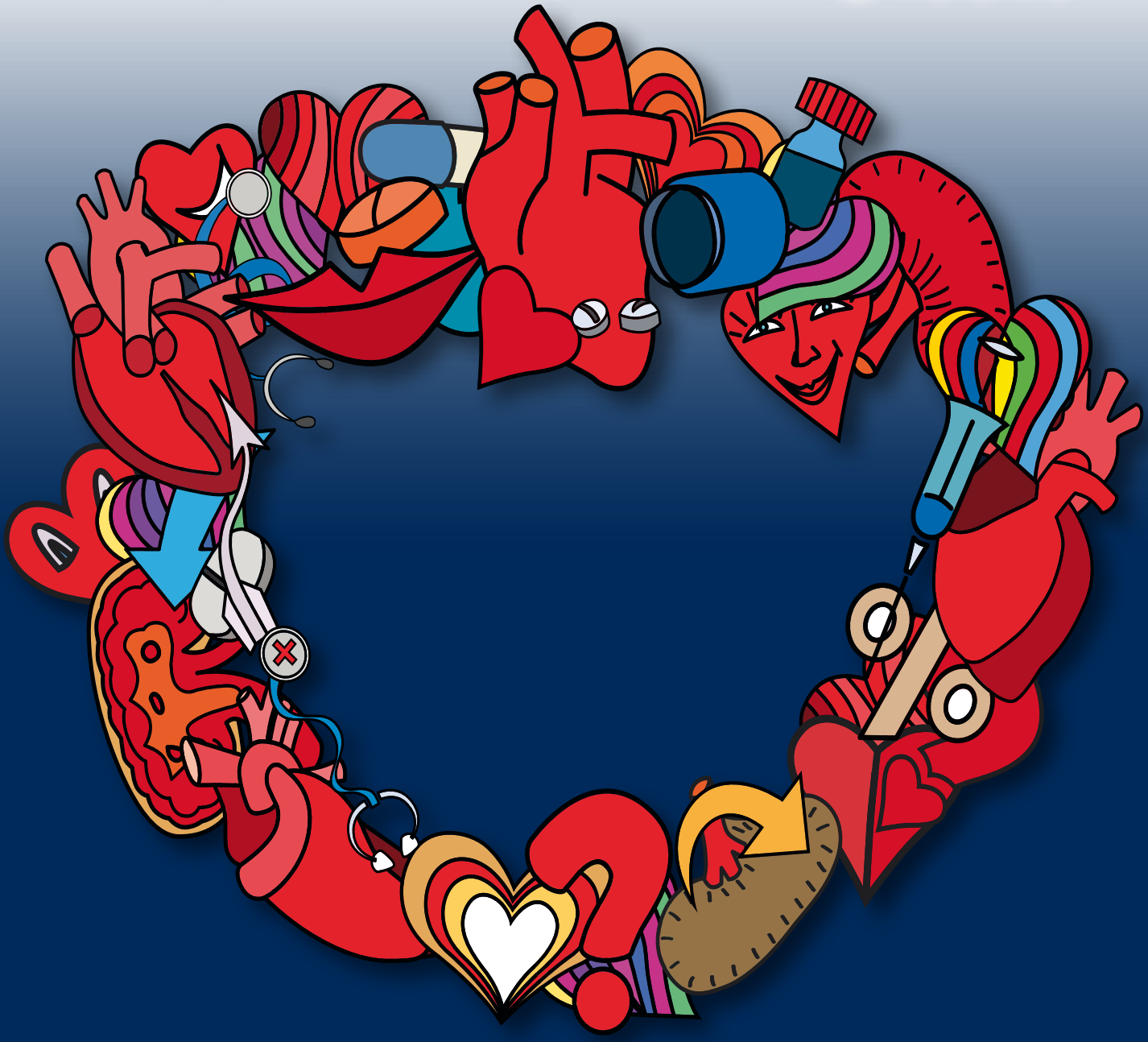
Sanità & Benessere

e focus



TRAPIANTI ED EPATOLOGIA
Una sinergia vincente

PREVIEW
Oncoematologia

PROGETTO ERAS
L'applicazione in ambito chirurgico

Le **ECCELLENZE** *passano da noi*

www.sanitaebenessere.it

Prodotto editoriale di informazione con anche contenuti pubblicitari. Numero 18 - Dicembre 2019 - Magazine realizzato da CS Communication Srl

Trapianti in Italia: serve una cultura delle donazioni

*di **MASSIMO CARDILLO,** DIRETTORE DEL CENTRO NAZIONALE DEI TRAPIANTI*

L'Italia dei trapianti è certamente una realtà all'avanguardia a livello internazionale, sia sotto il profilo clinico, sia sotto quello organizzativo, e la Rete trapiantologica è unanimemente riconosciuta tra le eccellenze (e non sono poche) del Servizio sanitario nazionale.
Questo dato è particolarmente vero per quanto riguarda la trapiantologia epatobiliare. I primati sono tanti: solo per guardare all'ultimo anno, a Padova c'è stato il primo trapianto di fegato al mondo su un paziente con metastasi epatiche inoperabili con rimozione differita dell'organo malato; al San Camillo di Roma, invece, un altro fegato è stato trapiantato per la prima volta al mondo su una paziente con metastasi epatiche da carcinoma mammario. E poi non si può citare la tecnica tutta italiana dello split liver, che permette di dividere in due un singolo fegato donato per realizzare due trapianti, uno su un adulto con la porzione più grande e uno su un bambino con la porzione più piccola. Proprio il trapianto nel paziente pediatrico è un'altra eccellenza tutta italiana, che consente oggi di curare non solo i bambini italiani ma anche molti bambini che arrivano da Paesi dove queste terapie non sono disponibili. Ancora, sempre nel trapianto epatico, i criteri di trapiantabilita' del fegato in pazienti con tumore epatico primitivo sono stati definiti in Italia, e sono universalmente conosciuti come i "criteri di Milano", mentre nell'ottobre scorso il nostro centro di Pisa ha ospitato la prima Consensus Conference mondiale sul trapianto di pancreas.
Tutto ciò è possibile grazie al nostro sistema di rete, che permette di valorizzare le grandi qualità delle nostre scuole chirurgiche grazie a un'organizzazione che mette insieme la raccolta delle dichiarazioni di volontà alla donazione, i prelievi di organi, la conservazione e il trasporto, fino al trapianto e al follow up. Siamo riusciti a raggiungere questi livelli imparando dalle esperienze virtuose a livello internazionale, curando ogni singolo nodo organizzativo della rete, investendo molto in formazione e in comunicazione, valorizzando le realtà territoriali. E, soprattutto, non nascondendo le criticità. La Rete trapianti italiana funziona bene ma ha ancora tanto da migliorare: abbiamo bisogno di crescere nella segnalazione dei potenziali donatori, dobbiamo ridurre le opposizioni, specialmente al Sud, dobbiamo aumentare le donazioni da vivente (di fegato, ma anche di rene) e quelle a cuore fermo. Dobbiamo fare in modo che migliori ancora l'organizzazione degli ospedali, e la cultura della donazione, specialmente tra i giovani. Oggi abbiamo 9.000 pazienti in lista d'attesa e 3.700 trapianti eseguiti ogni anno, non è sufficiente. Per questo è importante raccontare alle persone il mondo dei trapianti, con le sue ricchezze di grande professionalità sanitaria e le sue storie di vita rinata. Solo così potremo guadagnare e consolidare la fiducia dei cittadini nel nostro sistema, per poter così chiedere, qualora si verificassero le condizioni, di donare gli organi. E' il fondamento del nostro lavoro: senza i donatori, non si fanno i trapianti. Per questo, davvero, il dono è vita.

SOMMARIO

Speciale Tapianti ed Epatologia

Prof. Antonio Gasbarrini 1
Prof. Vincenzo Mazzaferro 2
Prof. Paolo Gontero 4
Prof. Fabio Piscaglia 5
Prof. Pietro Lampertico 6

Preview Oncoematologia

Prof. Robin Foà 7

Parliamo di... Progetto ERAS

Dott. Gianandrea Baldazzi 8
Dott. Federico Usuelli 9

A proposito di... Diabete

Dott. Cesare Celeste Berra 10

Primo piano Medicina Interna

Prof. Antonio Mazzone 11

Otorinolaringoiatria

Dott. Pietro Canzi 12

Epilessia

Prof. Paolo Tinuper 13

CS COMMUNICATION Srl
Corso Italia 22,
20122 Milano

CEO & Founder
Stefano Cucchiarini

Head of Health Projects
Mario Martegani

Project Manager and Event Creator
Aurora Argenta

Health Project Specialist
Stefano Carretta

Customer Care & Executive Assistant
Barbara Cirrito

Responsabile Redazione
Francesca Pavesi
servizioclienti@cscommunicationsrl.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
© frescomovie/123RF

Social Media Manager
Giulia Cucchiarini

www.sanitaebenessere.it
Sanità&Benessere efocus
sanita_benessere_focus
Sanità & Benessere efocus

Epatocarcinoma, le opzioni di cura: dal Trapianto ai nuovi farmaci

IL TUMORE PRIMITIVO DEL FEGATO, CHE SPESSO INSORGE IN PAZIENTI AFFETTI DA CIRROSI, PUÒ ESSERE OGGI TRATTATO SEMPRE MEGLIO ANCHE IN FASE AVANZATA, GRAZIE ALL'ARRIVO SUL MERCATO DI NUOVI FARMACI.

Prof. Antonio Gasbarrini

Antonio Gasbarrini è Professore Ordinario di Gastroenterologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore e Direttore dell'UOC di Medicina Interna e Gastroenterologia della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS di Roma. Un'eccellenza nel suo campo, con cui abbiamo avuto il piacere di fare il punto sull'Epatocarcinoma, un tumore primitivo del fegato che oggi, grazie alle nuove terapie farmacologiche, può essere trattato con sempre maggiore successo.

Professore, qual è, ad oggi, la situazione dell'Epatocarcinoma in Italia?

"Ad oggi in Italia l'Epatite C è la prima causa di Epatocarcinoma non tanto per il virus in sé ma per la cirrosi epatica che ne deriva come complicanza principale. È per questo che, negli anni, parallelamente all'esplosione in Italia del virus C e della cirrosi, abbiamo assistito a un'altrettanta diffusione di casi di Epatocarcinomi nei pazienti cirrotici con Epatite. Questo tumore primitivo del fegato ha raggiunto oggi dati estremamente alti – l'incidenza attualmente è tra i 5 e gli 8mila nuovi casi ogni anno – ed è per questo che i malati di tumore al fegato devono essere gestiti obbligatoriamente da team multidisciplinari formati da epatologi, oncologi o epatologi oncologi, radiologi, radiologi interventisti, chirurghi e chirurghi del trapianto di fegato che possano offrire al paziente l'opzione terapeutica migliore possibile. Se la patologia viene identificata molto precocemente, infatti, può essere trattata con terapie locoregionali: alcolizzazione, termoablazione, terapie trasarteriose, chemioterapia, radioembolizzazione o terapie combinate, dove la scelta dipende dalla posizione e dalle dimensioni del nodulo di Epatocarcinoma; o, ancora, con la chirurgia. Più il tumore è piccolo più si può intervenire in modo mini invasivo, più è grande più ovviamente bisogna optare per terapie combinate. Il problema è che, dal momento che l'Epatocarcinoma nasce spesso da cirrosi, il rischio di nuove formazioni e di una progressione della malattia nel tempo resta molto alto. Da qui la necessità che i pazienti siano messi in follow up e profilassi effettuando ogni sei mesi l'ecografia e il marcatore del sangue alfafetoproteina e, se ci sono dei sospetti, TAC e risonanza".

Cosa fare nel caso in cui, nonostante i trattamenti, la malattia progredisca?

"Alcuni pazienti possono essere candidati al trapianto di fegato, che però è limitato fondamentalmente dal numero di organi disponibili. In Italia eseguiamo tra i 1000 e i 1.200 trapianti di fegato all'anno che, dato il numero di malati, non è sufficiente. In più il trapianto non è destinato solo ai malati di cancro, ma anche a chi è affetto da Epatite C, Epatite B, malattie legate all'alcol e da Steatoepatite non alcolica, una patologia sempre più in aumento legata alle sindromi metaboliche del fegato. Negli altri casi, quando la malattia diventa troppo avanzata e tutte le opzioni sopracitate, compreso il trapianto, non risultano più praticabili, entrano in gioco i farmaci: fino a pochi mesi fa ce ne era solo uno disponibile e utilizzato, Sorafenib, con una relativa efficacia nel controllare la progressione di malattia. Oggi è arrivato sul mercato un nuovo farmaco, Lenvatinib, che ha dimostrato non solo la stessa efficacia del precedente, ma, in alcuni sottogruppi di malati, addirittura un'efficacia lievemente migliore e un numero di effetti collaterali minore. Si è aggiunto quindi un altro importante tassello a disposizione dei team multidisciplinari che seguono i pazienti affetti da Epatocarcinoma per gestire questa complessa malattia".

Quali passi ulteriori vede nel futuro più prossimo dell'Epatologia?

"Credo sia fondamentale innanzitutto cominciare il più precocemente possibile a utilizzare i nuovi farmaci già insieme alle terapie locoregionali, senza aspettare che la malattia raggiunga una fase avanzata. In più confidiamo molto nei nuovi immunoterapici che, a differenza dei chemioterapici che uccidono direttamente il tumore ma con molti effetti collaterali, sfruttano un concetto completamente diverso andando ad attivare il sistema immunitario e rieducandolo a riconoscere il tumore. Sono farmaci che hanno rivoluzionato la cura del Melanoma e del tumore del polmone e che oggi si stanno cominciando a utilizzare anche in Epatologia, da soli o associati ai chemioterapici. I primi dati a riguardo sono davvero molto interessanti".

CONTATTI
Prof. Antonio Gasbarrini
Direttore UOC Medicina Interna
e Gastroenterologia Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli Università Cattolica del Sacro Cuore
Largo Agostino Gemelli, 8 – 00168 Roma
Tel. 06 30154217
Mail: antonio.gasbarrini@unicatt.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 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Oncologia del Trapianto: gli approcci attuali e le sfide future

UN'INTERESSANTE RIFLESSIONE DEL PROF. VINCENZO MAZZAFERRO SULLA NECESSITÀ DI AFFRONTARE IL TEMA DELLA DESTINAZIONE DEGLI ORGANI DONATI CON UN METODO CERTO E SCIENTIFICO E NON ARBITRARIO.

Prof. Vincenzo Mazzaferro

Il Prof. **Vincenzo Mazzaferro** è Direttore della S. C. di Chirurgia Epatobiliopancreatica e Trapianto di fegato della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, il primo Centro dove, 20 anni fa, si è iniziato a lavorare sull'Oncologia dei Trapianti. E che oggi, essendosi sviluppata enormemente, necessita di un nuovo protocollo che, nella decisione di come allocare un organo, guidi i medici nella scelta più appropriata con criteri scientifici, solidi e non arbitrari.

Professore quale tipologia di pazienti è oggi in lista d'attesa per un trapianto di fegato?

"Quando si parla di trapianto di fegato le prospettive da presidiare e proteggere sono due: la prima è quella dell'individuo malato di tumore che, per effetto di un trapianto, può beneficiare di una cura e teoricamente guarire. La seconda prospettiva è, invece, quella della comunità di persone affette da patologie epatiche in attesa di un trapianto e che competono per l'assegnazione di un organo a loro destinato ma, come sempre, in misura deficitaria.

Il trapianto di fegato può essere utile, infatti, sia a soggetti con tumore sia a pazienti che non hanno un tumore ma hanno altre patologie terminali del fegato che non possono essere guarite se non con un trapianto. Si sono sviluppate tutta una serie di terapie aggiuntive e adiuvanti di riduzione del carico tumorale: non solo i farmaci di nuova generazione ma anche le terapie locoregionali (dalla chirurgia all'embolizzazione, dalla radioembolizzazione alle tecniche con laser, crio….) che possono essere un validissimo supporto al trattamento completo del tumore per portare pazienti con cancro, inizialmente esclusi dalla possibilità di trapianto, ad essere dei potenziali candidati.

Oggi la percentuale in Italia delle persone in lista d'attesa per un trapianto di fegato è fatta di un 40/45% con tumore e di un 55/60% con altre patologie epatiche. L'indicazione trapiantologica per tumore è cresciuta, infatti, sensibilmente negli anni: vent'anni anni fa sembrava utopia, oggi la metà quasi delle persone in lista d'attesa per un trapianto ha un cancro".

Qual è oggi l'approccio all'Oncologia dei Trapianti?

"L'Oncologia dei Trapianti ha una duplice prospettiva di osservazione: quella del singolo paziente, per il quale qualsiasi indicazione di trapianto è giustificabile perché permette di avere un vantaggio rispetto al non farlo; e quella di sistema, ossia della comunità di persone in lista d'attesa, che deve amministrare una risorsa ragionevolmente limitata e comunque inferiore alle necessità e che, per poter essere giustifi-

ONLUS PROMETEO

Fondata nel 1999 dalla volontà di alcuni ex pazienti e del prof. Vincenzo Mazzaferro, l'Associazione vuole rispondere in modo concreto e attivo alle problematiche dei pazienti e ai loro familiari. Le attività e i progetti dell'Associazione sono mirati all'accoglienza – attraverso uno sportello di supporto e orientamento, attività di intrattenimento e ricreative e CasaPROMETEO, che offre alloggio a condizioni agevolate nei pressi dell'ospedale – e a fare cultura, sostenendo concretamente la ricerca e favorendo la conoscenza e lo studio, le cure e la prevenzione delle malattie del fegato, delle vie biliari e del pancreas. L'associazione diffonde, inoltre, la cultura della donazione degli organi e l'organizzazione dei trapianti, lo sviluppo delle nuove tecniche chirurgiche e mediche attraverso la stretta collaborazione con l'equipe del Dott. Mazzaferro. http://www.onlusprometeo.org

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

"L'INDICAZIONE TRAPIANTOLOGICA PER TUMORE È CRESCIUTA SENSIBILMENTE NEGLI ULTIMI ANNI: VENT'ANNI ANNI FA SEMBRAVA UTOPIA, OGGI LA METÀ QUASI DELLE PERSONE IN LISTA D'ATTESA PER UN TRAPIANTO HA UN CANCRO".

I CRITERI DI MILANO

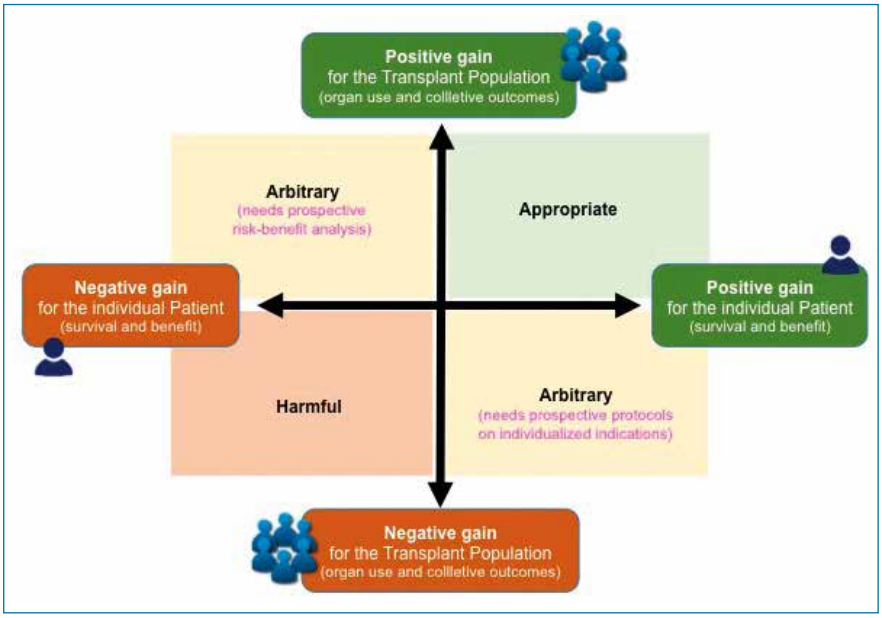
È merito del dottor Mazzaferro l'elaborazione, nel 1996, delle Linee Guida per l'esecuzione di interventi di trapianto di fegato per tumore, note in tutto il mondo come "Criteri di Milano".
La loro applicazione ha permesso un miglioramento dell'intera organizzazione dei trapianti sia in Italia, sia all'estero e dal 2000 sono parte del sistema di allocazione degli organi in tutti gli Stati Uniti e criterio di riferimento anche in Italia e in Europa, nonché per l'intero mondo orientale e per tutta la letteratura scientifica specialistica.

cata, deve portare a dei vantaggi globali. Per entrambe le situazioni vanno valutati gli esiti positivi e negativi, ovvero i benefici e i rischi che ciascuna delle decisioni porta con sé".

E qual è la sfida dei prossimi anni?

"Se si prende una decisione che porta dei vantaggi sia al singolo sia al sistema, questa è certamente una decisione appropriata. All'opposto, se si fa una scelta che non porta alcun vantaggio a nessuno, si è solamente sprecata una risorsa e dunque è sicuramente una decisione negativa.

Ci sono però tutta una serie di casi in cui decidere cosa fare non è così semplice e lampante e si rischia quindi di cadere nell'arbitrarietà, decidendo a favore del singolo paziente in base a indicazioni individualizzate – valutazioni sulle sue condizioni sociali, economiche, affettive – che finiscono per prevalere su quelle generali; oppure, al contrario, decidendo di avvantaggiare il gruppo per salvare più vite rispetto a quella di un singolo paziente, utilizzando ad esempio i cosiddetti organi marginali, ossia organi non perfetti che non porterebbero vantaggio a un singolo individuo ma che andrebbero bene alla comunità in generale. Tutte queste situazioni, che sono molto delicate e vanno trattate con trasparenza e cautela, devono essere inquadrate e regolate attraverso protocolli di lavoro basati su un approccio scientifico, validati dallo studio scientifico e sufficientemente supportati dalle strutture di organizzazione e gestione dell'allocazione degli organi al fine di portare, nel giro di pochi anni, a delle informazioni solide che permettano di dire se in quella determinata situazione il trapianto sia sicuramente utile o meno.
Si deve arrivare a poter prendere delle decisioni non basate solo sulla personale sensibilità del medico – che comunque conta moltissimo – ma anche su un dato scientifico, concreto, riproducibile e vero. In Italia ci sono alcuni Centri che hanno una forte sensibilità in questo senso – come il nostro – che hanno dedicato l'intero loro lavoro a fornire informazioni reali, dati veri su cui si poter costruire delle scelte sagge. Ed è questa è la principale sfida a cui è chiamata oggi la Trapiantologia per cancro.
Che deve essere anche un richiamo a un investimento in risorse e a un impegno metodologico nella ricerca clinica reale sui pazienti perché si possano costruire dei percorsi davvero virtuosi. Se poi le risorse crescono – oggi ci sono delle bellissime prospettive nella ricerca sul mantenimento e il ricondizionamento degli organi per migliorarli prima del trapianto stesso per far sì che funzionino meglio – questo sarà un ulteriore vantaggio.
Senza contare il supporto che ci arriva da scienza, tecnologie e innovazioni, già molto utili in altri campi per prendere delle decisioni sagge (basti pensare come le informazioni di Google Maps in tempo reale sul traffico ci consentano di scegliere per tempo quale strada prendere) e che oggi stanno diventando molto comuni anche in medicina e in particolare nella medicina di frontiera, come quella dei trapianti o, ancora di più, in quella dell'Oncologia dei Trapianti".



CONTATTI
Prof. Vincenzo Mazzaferro
Direttore S. C. di Chirurgia
Epatobiliopancreatica e Trapianto di Fegato,
Fondazione IRCCS Istituto
Nazionale dei Tumori
Via Giacomo Venezian, 1 – 20133 Milano
Tel. 02 23902338
Mail: vincenzo.mazzaferro@istitutotumori.mi.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 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Alle Molinette di Torino le nuove frontiere del Trapianto di rene

UN TEAM MULTIDISCIPLINARE IN CUI CHIRURGIA VASCOLARE, UROLOGIA E NEFROLOGIA LAVORANO IN SINERGIA PER REALIZZARE INTERVENTI DI TRAPIANTO ANCHE COMPLESSI E A UN NUMERO SEMPRE MAGGIORE DI PAZIENTI.

Le sfide del trapianto di rene del terzo millennio sono tante. Prima fra tutte, poter offrire questa terapia a più pazienti in dialisi possibile. Questo vuol dire fare più trapianti, ma anche fare trapianti in pazienti che per problematiche chirurgiche e cliniche prima non potevano essere candidabili al trapianto di rene. Queste due frontiere hanno comportato un miglioramento delle conoscenze per valutare un organo prima del trapianto, un miglioramento delle tecniche chirurgiche per riuscire a trapiantare organi "difficili" in pazienti "complessi", e un miglioramento della gestione clinica e dei farmaci dell'immunosoppressione. L'Ospedale Molinette della Città della Salute e della Scienza di Torino è sempre stato pioniere in Italia su questi fronti, estendendo le indicazioni al trapianto e portando Torino a essere la capitale italiana del trapianto di rene, con gli oltre 3.600 interventi dall'inizio dell'attività nel 1981, di gran lunga numero record in Italia. L'attività annuale torinese è peraltro da due anni in forte incremento sia dal punto di vista del trapianto di rene da donatore deceduto sia del trapianto da donatore vivente, con una media di circa 160 trapianti all'anno negli ultimi 3 anni. Il segreto di questo successo è tutto nella Multidisciplinarietà, con in prima linea la **Chirurgia Vascolare Ospedaliera** diretta dal **Dott. Aldo Verri**, l'**Urologia** diretta dal **Prof. Paolo Gontero** e la **Nefrologia** diretta dal **Prof. Luigi Biancone** per la gestione clinica e la coordinazione del programma. Grazie alla convergenza di queste differenti competenze, perfettamente integrate da oltre trent'anni di impegno sul campo, è stato possibile offrire la realizzazione di un trapianto a centinaia di pazienti non presi in considerazione da altri Centri Trapianti per la loro complessità. Al loro fianco, dedicano le loro eccellenti competenze l'Anestesiologia, la Radiologia, l'Anatomia Patologica e la Genetica, la Banca del sangue, la Cardiologia e l'Ematologia. Sono proprio i tre specialisti che guidano, insieme alle loro équipe, il team multidisciplinare a raccontarci le principali novità in questo campo.

Il Prof. Paolo Gontero con il Dottor Aldo Verri e il Prof. Luigi Biancone

Professor Gontero quali sono le innovazioni tecnologiche più recenti?

"Tra le più moderne innovazioni si annovera l'utilizzo della tecnologia robotica Da Vinci di ultima generazione per effettuare gli interventi chirurgici urologici, oncologici e non, nel paziente trapiantato di rene. Grazie alla consolidata esperienza maturata in 12 anni di utilizzo del sistema Da Vinci presso la Clinica Urologica delle Molinette è stato possibile attuare interventi chirurgici meno invasivi e con complicanze ridotte quali la prostatectomia radicale in soggetti portatori di un doppio trapianto renale oppure prelievi di reni ad alta complessità da donatore vivente".

Dottor Verri, quali, invece, le novità nella quotidiana pratica chirurgica vascolare?

"Parallelamente allo sviluppo tecnologico, grazie alle competenze maturate si sono potute espandere le indicazioni al trapianto, trattando via via casi sempre più complessi dal punto di vista vascolare, come estese lesioni aterosclerotiche e calcifiche degli assi arteriosi del ricevente, anomalie od ostruzione degli assi venosi, fino ad estendere l'utilizzo di organi con una importante compromissione dei vasi renali che un tempo non sarebbero risultati idonei. A tale scopo si sta diffondendo nel nostro Centro l'utilizzo delle macchine da perfusione, che permettono di ricondizionare organi marginali e di recuperarne la funzione".

Prof Biancone, a livello farmacologico quali evoluzioni ci sono state?

"Oltre l'intervento chirurgico, il trapianto deve poi durare il più a lungo possibile e si deve prevenire o curare l'insorgenza di rigetto con terapie farmacologiche, limitando gli effetti collaterali. Proprio la Nefrologia delle Molinette è capofila in Italia dell'utilizzo dei moderni farmaci immunosoppressori inibitori della co-stimolazione linfocitaria che non possiedono tossicità renale. Con l'uso di questi farmaci siamo riusciti a salvare dei reni trapiantati che non tolleravano la terapia tradizionale: nei prossimi anni assisteremo ad una vera e propria rivoluzione. Inoltre grazie all'uso "off label" del Tocilizumab, un farmaco biologico selettivo per una sostanza chiamata interleuchina-6, si è potuto contrastare il temibile rigetto cronico in una serie di pazienti. Tale terapia d'avanguardia sul rigetto, scoperta recentemente al Cedar Sinai Hospital di Los Angeles, è eseguita in pochi Centri al mondo, incluso Torino. I problemi chirurgici e di rigetto si associano spesso in pazienti che nella loro vita devono fare più trapianti successivi. E i progressi hanno portato ad aumentare nel tempo il numero di trapianti successivi nello stesso ricevente, arrivando a eseguire terzi e quarti trapianti, interventi decisamente più complessi, ma che hanno permesso di ridare speranza a un numero maggiore di pazienti in dialisi. È in questa direzione che quest'anno è stato eseguito per la prima volta nella nostra città un quinto trapianto, con un ottimo risultato clinico, e già un altro paziente è in attesa di ricevere il quinto rene".

CONTATTI

AOU Città della Salute e della Scienza Ospedale Molinette
C.so Bramante, 88/90 – 10126 Torino
paolo.gontero@unito.it
luigi.biancone@unito.it
averri@cittadellasalute.to.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 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

L'Epatocarcinoma in Italia: diagnosi e cure

È UN TUMORE FREQUENTE E DIFFICILE DA CURARE, PER IL QUALE È FONDAMENTALE UNA DIAGNOSI PRECOCE E UN CONTROLLO SULLE ALTRE PATOLOGIE CHE INTERESSANO L'ORGANO.

Prof. Fabio Piscaglia

È il Prof. **Fabio Piscaglia**, Direttore dell'UO di Medicina Interna dell'Università di Bologna a darci il quadro di questa malattia in Italia e a fare il punto sulle cure ad oggi disponibili.

Professore quanto è frequente l'Epatocarcinoma nella popolazione italiana?

"Nella conoscenza delle persone comuni il tumore epatocellulare primitivo del fegato o Epatocarcinoma non sembra avere un impatto importante, ma in realtà è un tumore frequente non solo a livello mondiale, dove è stimato essere il quarto tumore più frequente, ma anche in Italia dove, secondo i registri nazionali, nella fascia d'età dei maschi tra i 60 e i 69 anni, è la seconda causa di morte per neoplasia. L'Epatocarcinoma è una malattia silenziosa (il fegato di solito non fa dolore!), che in circa il 90% dei casi insorge in pazienti che già soffrono di una malattia di fegato, in genere, ma non necessariamente, già in fase di cirrosi. E le malattie di fegato sono molto più frequenti di quanto si pensi, interessando non meno di 3 milioni di Italiani, e non sono unicamente legate all'abuso di alcol, che anzi rappresenta in Italia solo 1 caso su 10 di causa di cirrosi. Più comunemente sono causate da Epatite B e C, per le quali oggi abbiamo ottime cure, e da una patologia emergente, quella del fegato grasso con infiammazione, la Steatoepatite non alcolica. Poiché l'Epatite cronica è malattia silenziosa, molti non vi danno peso perché, sostanzialmente, non risentono di alcun disturbo. La sintomatologia arriva infatti solo quando è ormai in una fase molto avanzata, spesso irrecuperabile. Bisogna quindi riferirsi a un Epatologo per tempo, quando ancora "si sta bene" per capire se questa alterazione del fegato sia di poco conto, come per fortuna nella maggioranza dei casi, o se invece richieda di adottare delle misure che vanno dalla correzione degli stili di vita nel caso di Steatoepatite al trattamento antivirale dove necessario".

Che tipo di accertamenti bisogna fare per prevenire la progressione della malattia di fegato e l'Epatocarcinoma?

"Per andare a verificare questa condizione di Epatite che avanza e la cui progressione finale molto spesso è lo sviluppo dell'Epatocarcinoma, che costituisce la complicanza più frequente che porta a morte i pazienti che hanno una cirrosi asintomatica, si parte dagli esami del sangue e in particolare dai livelli degli enzimi epatici, quali Transaminasi e GammaGT, dall'emocromo con le piastrine, dall'età e dal peso del paziente. A questi parametri si aggiungeranno altri esami consigliati dall'Epatologo, che in genere includono altri test – come l'ecografia e quelli basati sull'elastografia a ultrasuoni – che permettono di discriminare se ci sia già una fibrosi severa o meno. A seconda della situazione si adotteranno poi le misure più adeguate in accordo con il medico esperto di fegato".

Come si cura l'Epatocarcinoma?

"Purtroppo è un tumore molto serio e difficile da curare in modo radicale e definitivo. Sicuramente è fondamentale trovarlo precocemente e quindi è molto importante che i pazienti con fibrosi severa avanzata si riferiscano a Centri Epatologici per essere sorvegliati. Se si trova in fase sufficientemente precoce l'opzione da considerare è certamente quella del trapianto perché così si cura sia il tumore che la patologia che lo ha generato. Tuttavia solo un piccolo gruppo di pazienti è idoneo. Le alternative terapeutiche sono: chirurgia, terapie cosiddette locoregionali come l'ablazione percutanea e i trattamenti endovascolari, le terapie con farmaci. Il tipo di terapia più appropriato viene deciso sulla base dello stadio tumorale e di altre considerazioni sullo stato clinico del paziente. Nel campo dei farmaci c'è stato uno sviluppo repentino e molto forte negli ultimissimi anni. Le chemioterapie standard in questo tipo di tumore non hanno mai ottenuto dei buoni risultati, proprio perché spesso il fegato è già malato e quindi il chemioterapico, anche se efficace sul tumore, non è tollerato dal fegato stesso. Ultimamente sono arrivati invece i farmaci "intelligenti" o meglio detti a bersaglio molecolare, che hanno permesso di agire sul tumore rallentandone la crescita, ma risparmiando la funzione del fegato e allungando la vita dei pazienti trattati. Nel 2008 era arrivato il primo farmaco efficace, Sorafenib, che per oltre dieci anni è rimasto anche l'unico. Nel 2018 un nuovo studio scientifico ha dimostrato l'efficacia anche di Lenvatinib, un'altra molecola che, tra l'altro, ha una capacità più importante di ridurre le masse tumorali e non solo di rallentarne la crescita. Sempre nel 2018 sono stati finalmente identificati anche farmaci efficaci per chi non risponde più a quelli iniziali. C'è dunque molto fermento nel settore: stiamo ad esempio guardando con estremo interesse alla combinazione tra questa tipologia di farmaci e l'immunoterapia oncologica. Probabilmente il futuro sarà non in una singola molecola in grado di cambiare lo scenario ma nell'opportunità di combinare diversi farmaci tra loro così che i Centri esperti possano avere più molecole a disposizione tra cui scegliere il farmaco più idoneo a trattare ogni singolo paziente. Mi preme sottolineare, infine, che per questa patologia è fondamentale la cooperazione tra più specialisti: al S. Orsola di Bologna organizziamo già dal 2003 dei Meeting Multidisciplinari più volte al mese per discutere i diversi casi e offrire loro la miglior cura possibile, potendole considerare tutte".

DIABETE E SVILUPPO DELL'EPATOCARCINOMA

Il Diabete, soprattutto quello di tipo 2 dell'adulto, per le alterazioni metaboliche che comporta, tende a favorire l'accumulo di grasso all'interno del fegato. Questo grasso in eccesso determina in 1 soggetto su 10 un'infiammazione del fegato e, tra questi, 1 su 10 a sua volta svilupperà la cirrosi e, potenzialmente, l'Epatocarcinoma. Quindi bisogna agire in modo da ridurre le condizioni che favoriscono l'infiammazione del fegato e la progressione della fibrosi prima che questa si realizzi.

CONTATTI
Prof. Fabio Piscaglia
Direttore UO di Medicina Interna dell'Università degli Studi di Bologna, Policlinico di S.Orsola
Via Albertoni,15 – Bologna
Tel. 051 2142542
Mail: fabio.piscaglia@unibo.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 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Epatocarcinoma: l'importanza della sorveglianza e della centralizzazione del paziente

L'INDIVIDUAZIONE PRECOCE DEL TUMORE E LA GESTIONE DEL PAZIENTE DA TEAM MULTIDISCIPLINARI IN GRANDI CENTRI CONSENTE UN'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE E TERAPIE PERSONALIZZATE E DI PRECISIONE.

Il Prof. **Pietro Lampertico** è Direttore dell'UOC di Gastroenterologia e Epatologia della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Università di Milano, un'Unità Operativa che da sempre si distingue a livello nazionale e internazionale per le molteplici attività sia di tipo assistenziale e clinico che di ricerca, soprattutto nel campo dell'Epatite C, dell'Epatite B e Delta e dell'Epatocarcinoma.

Prof. Pietro Lampertico

Professore qual è oggi l'epidemiologia dell'Epatocarcinoma?

L'Epatocarcinoma rappresenta una delle complicanze più devastanti dei pazienti con malattia epatica cronica: circa il 3/5% dei pazienti che hanno una cirrosi epatica, infatti, hanno il rischio di sviluppare un Epatocarcinoma ogni anno. Questi dati valgono per i pazienti con cirrosi compensata ma sono almeno il doppio nei pazienti con cirrosi scompensata, che è una malattia ancora più avanzata. In realtà non sono esenti da questo rischio anche i pazienti senza cirrosi, per esempio quelli con Epatite cronica B che, nonostante il trattamento antivirale efficace, nello 0,5% dei casi sviluppano ogni anno un tumore al fegato. Ci sono inoltre i pazienti con Epatite C, il cui trattamento oggi è stato rivoluzionato con l'arrivo di antivirali estremamente efficaci che guariscono il 98% dei pazienti in 8/12 settimane (anche pazienti con cirrosi): questo significa ridurre di molto il rischio di Epatocarcinoma ma non eliminarlo. Infine ci sono i pazienti con malattie del fegato di tipo metabolico, scatenate da un accumulo di grasso nel fegato, come la Steatoepatite non alcolica, una forma di infiammazione dovuta all'accumulo di steatosi associata a obesità, Diabete (tra il 50 e il 70 % di pazienti con Diabete di tipo 2 hanno una malattia cronica di fegato) e a stili di vita caratterizzati da scarsa attività fisica e dieta incongrua, che nel 50% dei casi hanno un Epatocarcinoma in assenza di cirrosi epatica. Quest'ultimo è un dato particolarmente recente che segna un cambio epidemiologico importante e che è potenzialmente molto pericoloso perché attualmente la strategia di sorveglianza dell'Epatocarcinoma – che prevede un'ecografia ogni 6 mesi, eventualmente sostituita da tecniche di imaging di secondo livello, associata a dei biomarcatori tumorali come AFP – è basata sui pazienti a rischio, che sono considerati quelli con cirrosi. Potremmo trovarci dunque a breve in una condizione difficile in cui una quota significativa dei tumori per malattia metabolica vengono riscontrati toppo tardi perché non indentificati all'interno di un progetto di sorveglianza periodica".

Perché è così importante la sorveglianza?

"La sorveglianza è uno strumento straordinario nella cura del tumore al fegato, perché significa identificare i tumori quando sono singoli e piccoli (inferiori ai 2/3 cm) e quindi potenzialmente poterli guarire completamente. I pazienti che, invece, non fanno sorveglianza arrivano nel nostro Centro con tumori ormai molto grandi, con una prognosi infausta e sostanzialmente non trattabili e non curabili. È fondamentale dunque fare diagnosi di cirrosi nei pazienti con qualunque malattia di fegato da parte dei Centri Epatologici di Riferimento. Recentemente sono state sviluppate anche delle tecnologie in grado di misurare la quantità di steatosi e fibrosi nel fegato in modo non invasivo e questo permette una diagnosi precoce anche di malattie epatiche metaboliche che ha reso questi pazienti molto più numerosi e molti più facilmente identificabili".

Quali evoluzioni hanno contraddistinto in questi ultimi anni la cura del tumore al fegato?

"Negli ultimi anni sono state realizzate delle nuove Linee Guida su procedure, sorveglianza, diagnosi e terapia. È cambiato l'approccio trapiantologico, con l'introduzione del trapianto per tumore primitivo di fegato, un'opzione identificata per la prima volta dal Prof. Mazzaferro con i "Criteri di Milano" e che si è poi evoluta ulteriormente con il concetto di "Transplant benefit" ossia con l'indicazione del trapianto di fegato in quei pazienti non solo che hanno un tumore ma nei quali il trapianto può rappresentare un importante miglioramento della sopravvivenza rispetto al non trapianto. In questo rientra la strategia del down staging, ossia del riportare all'interno dei Criteri di Milano quei pazienti esclusi, dopo averli trattati con una serie di tecniche chirurgiche o radiologiche, e farli accedere così al trapianto. Sono state introdotte le nuove tecniche di Radiologia Interventistica per curare e distruggere tumori di piccole dimensioni e, ancora, si sono resi disponibili una serie di farmaci che hanno un ruolo importante nell'inibire la neovascolarizzazione dei tumori o che permettono di allungare la sopravvivenza dei pazienti con tumore avanzato inoperabile, come Lenvatinib, l'ultimo arrivato sul mercato da pochissimo. Infine, da non dimenticare, l'Immunoterapia, già utilizzata con successo per la cura di altre neoplasie e che ora potrà essere applicata anche per l'Epatocarcinoma. Il tumore al fegato non è più quindi una malattia incurabile: se anche il paziente non guarisce completamente, ha una speranza di sopravvivenza sempre più lunga e la malattia da acuta può diventare cronica".

Dove bisogna rivolgersi per essere seguiti al meglio?

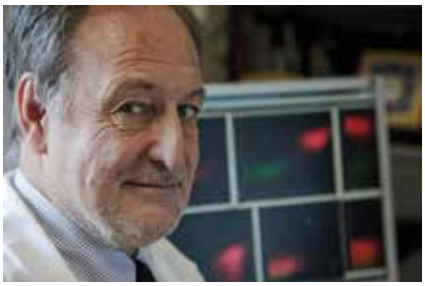
"L'importante è rivolgersi subito a un grande Centro di Riferimento Epatologico: qui, infatti, il paziente può essere seguito da un team multidisciplinare che valuta con tutti gli specialisti ogni caso e decide, per ciascuno, qual è, tra le tante, la strategia migliore. Oggi la terapia va personalizzata e non si può fare terapia di precisione e ottimizzare le risorse se non di hanno a disposizione tutte le strategie terapeutiche in un unico Centro".

CONTATTI

Prof. Pietro Lampertico
Professore di Gastroenterologia, Direttore UOC Gastroenterologia e Epatologia Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Università di Milano
Via Francesco Sforza, 35 – 20122 Milano
Tel. 02 55035432
Mail: pietro.lampertico@unimi.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 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Terapie innovative nel trattamento delle Neoplasie Ematologiche



Prof. Robin Foà

NEGLI ULTIMI ANNI SONO STATI FATTI PASSI DA GIGANTE NEL TRATTAMENTO DI QUESTE PATOLOGIE, CON NUOVE TERAPIE INTELLIGENTI, PIÙ MIRATE E CHE CONSENTONO UN RICORSO MINORE ALLA CHEMIOTERAPIA.

È in questo contesto – in cui l'Italia ha avuto un ruolo prioritario – che si è sviluppato un nuovo anticorpo con caratteristiche particolari, Blinatumomab, di cui abbiamo parlato con il Professor **Robin Foà**, Professore Ordinario di Ematologia presso l'Università Sapienza di Roma e past-President dell'EHA (European Hematology Association).

IL PROFESSOR FOÀ DÀ APPUNTAMENTO AI LETTORI SUL PROSSIMO NUMERO DEL MAGAZINE PER APPROFONDIRE IL TEMA

Professore come è evoluto il trattamento delle Neoplasie Ematologiche negli ultimi anni?

"Il trattamento dei pazienti con queste patologie ha fatto passi avanti molto importanti e questo è frutto soprattutto della ricerca scientifica e del conseguente trasferimento alla clinica. Questo ci ha permesso di comprendere i meccanismi e la biologia di molti tumori ematologici, e quindi di intervenire più efficacemente. Abbiamo diversi esempi illuminanti. Il primo è rappresentato dalla Leucemia Acuta Promielocitica: negli anni abbiamo compreso il meccanismo molecolare che sta a monte del blocco della maturazione delle cellule malate e abbiamo imparato che con certe terapie si possono far differenziare le cellule tumorali leucemiche e farle maturare. Sono stati quindi condotti i primi protocolli che hanno incluso l'acido retinoico inizialmente insieme alla chemioterapia, poi, negli anni, anche senza, associandolo al triossido di arsenico, al fine di controllare e guarire un numero sempre maggiore di pazienti. Se dunque riconosciuta in tempo – aspetto cruciale – per questa particolare patologia si può spesso intervenire efficacemente addirittura senza chemioterapia. Il secondo esempio straordinario è quello della Leucemia Mieloide Cronica: nel 1960 è stata identificata un'alterazione citogenetica – il cosiddetto cromosoma Philadelphia (dalla città dove è stata riconosciuta) – che caratterizza tutti i pazienti. In pratica, è stata la prima dimostrazione di una lesione citogenetica in un tumore umano. Da lì si è capito il sottostante meccanismo molecolare e si è arrivati all'uso clinico degli inibitori delle tirosin-chinasi che hanno rivoluzionato la storia e la prognosi della malattia, tanto che oggi l'aspettativa di vita media è passata da circa 3.5 anni a oltre 25. Lo stesso cromosoma Philadelphia è presente anche in un sottogruppo di Leucemie Acute Linfoblastiche che, fino a qualche anno fa, era ritenuta addirittura la neoplasia con la prognosi più infausta. Estendendo l'uso di questi inibitori a questa patologia, la prognosi è significativamente migliorata. Nel corso degli anni in Italia attraverso il gruppo cooperatore GIMEMA (Gruppo Italiano Malattie EMatologiche dell'Adulto) abbiamo condotto protocolli clinici in cui, dopo aver definito la presenza questa alterazione genetica, il paziente inizia immediatamente la terapia di induzione (prima fase del trattamento) con un inibitore per bocca, insieme al cortisone. Già così, praticamente tutti i pazienti vanno in remissione ematologica, senza chemioterapia sistemica. Da questi risultati nasce la storia più recente di questo nuovo anticorpo monoclonale, Blinatumomab, che nell'ultimo protocollo GIMEMA è stato dato in modo sequenziale dopo alcune settimane di terapia con un inibitore delle tirosin-chinasi".

Cos'ha di rivoluzionario questo nuovo anticorpo?

"Il Blinatumomab è un anticorpo monoclonale bispecifico frutto della piattaforma BiTE® (Bispecific T-cell Engager) che ha un rivoluzionario meccanismo d'azione. È, infatti, diretto verso due antigeni contemporaneamente: da una parte i linfociti T del sistema immunitario del paziente e dall'altra le cellule B maligne. Le cellule T sono globuli bianchi speciali che rivestono un ruolo centrale nel sistema immunitario, capaci di riconoscere ed uccidere le cellule tumorali. Le cellule neoplastiche possono però eludere il sistema immunitario del paziente evitando di essere attaccate e distrutte. Il Blinantumomab crea un ponte tra il CD3, recettore sulla superficie delle cellule T, e il CD19, recettore presente sulla superficie delle cellule B patologiche; in questo modo il sistema immunitario viene 'indirizzato' a riconoscere le cellule maligne e a combatterle. La terapia con Blinatumomab è dunque una forma di immunoterapia e rappresenta una strategia terapeutica rivoluzionaria. L'approvazione del farmaco è per pazienti che abbiano una Leucemia Acuta Linfoblastica di tipo B (Philadelphia negativa), che siano recidivati o resistenti ad una o più linee di terapia. Recentemente l'anticorpo è stato approvato anche per trattare pazienti con Malattia Residua Minima, cioè che hanno ancora un piccolo segnale di malattia. Il primo studio per i pazienti Philadelphia positivi coordinato dal nostro gruppo si è concluso e gli ultimi risultati sono stati presentati lunedì 9 Dicembre al Congresso annuale dell'American Society of Hematology. I dati sono molto incoraggianti e dimostrano che la terapia sequenziale di induzione/consolidamento – quindi senza chemioterapia ma solo con l'inibitore seguito dall'anticorpo – permette di ottenere una remissione molecolare in circa il 60% dei casi e una sopravvivenza del 90% a 14 mesi. Contestualmente il GIMEMA sta portando avanti un altro protocollo – siamo a metà strada – per le Leucemie Acute Linfoblastiche Philadelphia negative. L'obiettivo è migliorare ulteriormente le risposte, la prognosi e ridurre i pazienti che vanno al trapianto allogenico".

CAMPUS ALL: LA RETE DI ESPERTI SULLA LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA

Il Progetto, promosso dal Prof. Foà, è nato nel 2015 con l'obiettivo di creare e alimentare una rete interattiva di giovani specialisti attivi nell'ambito della Leucemia Acuta Linfoblastica, allargato a tutti gli Istituti di Riferimento per questa patologia. Una vera e propria Community che si incontra periodicamente e interagisce on line, suddivisa in sette gruppi di lavoro che si occupano ciascuno di un aspetto diverso – diagnosi, prognosi e trattamento – della malattia e che ogni anno, nella riunione generale, riportano a tutti gli avanzamenti del lavoro fatto. https://campusall.it

CONTATTI

Prof. Robin Foà
Ematologia, Policlinico Umberto I e Università Sapienza di Roma
Via Benevento, 6 – 00161 Roma
Tel. 06 49974753
Mail: rfoa@bce.uniroma1.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 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

ERAS, un approccio innovativo all'intervento chirurgico

ASSOCIANDO CHIRURGIA MINI-INVASIVA E PROTOCOLLO ERAS SI RIDUCONO LE COMPLICANZE E I TEMPI DI DEGENZA DEL PAZIENTE, GARANTENDO UN RECUPERO PIÙ RAPIDO DELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE.

A parlarcene il Dottor **Gianandrea Baldazzi**, da due anni Direttore dell'UOC di Chirurgia Generale dell'ASST Milano Presidio Ospedaliero Città di Sesto San Giovanni, dopo una lunga esperienza ad Abano Terme (PD) come Primario del Reparto di Chirurgia Generale, mini-invasiva e Robotica, un settore di cui si occupa da sempre, con un'attenzione particolare al percorso del paziente.

Come si esplica nel concreto questo percorso?

"Attraverso i protocolli ERAS – acronimo di Enhanced Recovery After Surgery – ossia una presa in carico del paziente prima, durante e dopo l'intervento chirurgico. Si tratta di un percorso che parte prima dell'operazione, quando il paziente viene valutato non come patologia da curare, ma in tutto il suo organismo, analizzando stile di vita e abitudini alimentari, in modo tale da correggere eventuali vizi e portarlo a una condizione ottimale per affrontare l'intervento, soprattutto da un punto di vista nutrizionale. Un libretto informativo che viene consegnato al paziente al primo colloquio riassume tutte le indicazioni sul percorso da affrontare e l'alimentazione da seguire prima dell'intervento. Il progetto prevede un team multidisciplinare di specialisti come l'anestesista, il dietista, il fisioterapista che, insieme, identificano per ogni paziente un profilo esatto nutrizionale, studiano le performances individuali e redigono un piano di preparazione all'intervento non solo con un regime alimentare adeguato ma anche con la prescrizione di una serie di nutrimenti – la cosiddetta immunonutrizione pre operatoria – che stimolano le cellule immunitarie e portano il paziente alle condizioni migliori possibili prima dell'intervento. Si tratta in pratica di un unico prodotto classificato al Ministero della Salute come Alimenti a Fini Medici Speciali che contiene una combinazione di Arginina, Acidi grassi, Omega 3 e Ribonucleotidi che ha dimostrato, se assunto correttamente, di essere in grado di ridurre le complicanze infettive e di conseguenza i giorni di degenza post-operatoria. Non sono più necessari digiuni pre operatori o preparazione intestinale e si arriva quindi all'intervento con il minor trauma possibile. Intervento anch'esso basato su un trauma minimo grazie alla Chirurgia mini-invasiva".

Dott. Gianandrea Baldazzi

Quali vantaggi comporta la Chirurgia mini-invasiva?

"La Chirurgia mini-invasiva laparoscopica si sposa perfettamente con il progetto ERAS, perché, prevedendo interventi con piccoli tagli, recupero molto rapido, degenza più breve e meno dolore, prosegue nel percorso finalizzato a causare il minor trauma possibile al paziente. Consente, infatti, al paziente di alzarsi immediatamente, se non il giorno stesso, sicuramente il giorno dopo l'intervento, ricominciare a mangiare dal giorno successivo, muoversi, bere un caffè e ritornare alla propria vita quotidiana, senza digiuni prolungati, diete, allettamenti con flebo, sondini e cateteri. Anche la degenza è molto breve – per gli interventi maggiori, soprattutto al colon, è al massimo di 5 giorni – con indubbi vantaggi per il paziente, che sta poco in ospedale, ha un dolore e cicatrici ridotte al minimo, con un beneficio dunque anche da un punto di vista meramente estetico".

Per chi è indicato il protocollo ERAS?

"Il progetto, che io seguo da oltre 10 anni ma che è nato ancor prima ad opera di un chirurgo danese, è applicabile a qualsiasi tipo di specialità medica. Dà i suoi massimi benefici sui pazienti neoplastici ma è altrettanto valido per quelli affetti da patologie benigne, come ad esempio la malattia diverticolare del colon (patologia nella quale a Sesto siamo particolarmente specializzati, con un Ambulatorio dedicato) ed è fondamentale soprattutto per i pazienti anziani e fragili, che mal sopporterebbero un lungo allettamento e il trauma da Chirurgia tradizionale e che quindi beneficiano in modo particolare dei vantaggi della mini-invasiva e della diminuzione drastica di tutte le complicanze legate all'allettamento – polmoniti, flebiti, difficoltà di deambulazione – che il progetto ERAS comporta".

ASST NORD MILANO, CENTRO D'ECCELLENZA PER LA CHIRURGIA MINI-INVASIVA

All'Ospedale Città di Sesto San Giovanni, alle porte di Milano, più del 90% dell'attività in elezione per patologia colorettale è oggi svolta in Chirurgia mini-invasiva, con tutti i vantaggi che essa comporta per il paziente: degenza breve, minor dolore, piccoli tagli, recupero in tempi rapidi. E sempre nell'ottica del "paziente al centro", nella struttura esistono protocolli anestesiologici delicati, con terapie differenti, più leggere e meno invasive, e con un attentissimo controllo del dolore.

CONTATTI

Dott. Gianandrea Baldazzi
Direttore UOC di Chirurgia Generale Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni – ASST Nord Milano
Via Matteotti, 83 – 20099 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02 57999207
Mail: gianandrea.baldazzi@asst-nordmilano.it

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

Protesi di caviglia per la cura dell'Artrosi

LA CHIRURGIA PROTESICA, INSIEME A UN PERCORSO DI RECUPERO RAPIDO, CONSENTE ANCHE AI PAZIENTI PIÙ GIOVANI DI TORNARE VELOCEMENTE ALLA VITA DI TUTTI I GIORNI.

Dott. Federico Usuelli

Il Dottor **Federico Usuelli** è Responsabile in Humanitas San Pio X a Milano dell'Ortopedia di Caviglia e Piede, un settore di nicchia di cui si occupa da sempre, con particolare interesse per le grosse deformità a livello cartilagineo. Un curriculum d'eccellenza che, dopo diverse esperienze in Europa e negli Stati Uniti a fianco dei padri della protesi della caviglia, lo ha portato oggi alla guida di una realtà unica in Italia e nel mondo per numeri e specializzazione nella cura di questa patologia.

Cosa si intende per Artrosi della caviglia?

"A differenza di quanto si pensi,l'Artrosi della Caviglia non è correlata all'età, bensì a un evento traumatico o a malattie infiammatorie sistemiche. La caviglia, infatti, è un'articolazione congruente, le cui superfici combaciano perfettamente come in un puzzle che, se non viene compromesso, non invecchia mai. Non riguarda dunque persone anziane – come invece accade per anca, schiena o ginocchia – bensì pazienti per lo più giovani, nel pieno della loro attività sociale e produttiva, tra i 30 e i 60 anni".

Come si cura?

"Storicamente il trattamento tipico era l'artrodesi, una procedura chirurgica di fusione dell'articolazione, che tuttavia non preserva il movimento e va a sollecitare maggiormente altre articolazioni, col rischio di doverle, nel tempo, operare. Oggi ci sono due tipi di soluzioni per risolvere l'Artrosi prima di arrivare alla fusione: la prima, che va sotto il gruppo delle Joint Preserving Surgery, è una chirurgia mirata a preservare movimento e articolazione, curando la deformità in associazione a uno stimolo biologico andando a ricostruire, dove possibile, la cartilagine. L'altra è la chirurgia protesica, per la quale oggi il mio team è al primo posto in Italia per numero di interventi (tra i 150 e i 200 all'anno). È importante parlare di numeri perché da questo dipende l'affidabilità di un chirurgo e la sua expertise per garantire un'elevata qualità di cura ai pazienti affetti da questa patologia."

Come entra in gioco il progetto ERAS nella cura dell'Artrosi della Caviglia?

"Il nostro compito è quello di aiutare il paziente a recuperare la funzione della caviglia il più velocemente possibile, soprattutto quando si tratta di pazienti giovani. Il recupero deve andare quindi di pari passo non solo con il gesto chirurgico ma anche con una serie di attenzioni pre e post intervento. Il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nasce proprio con questo obiettivo e si basa su tre cardini fondamentali: l'informazione del paziente (e dei suoi familiari) prima dell'intervento; l'attenzione dell'anestesista nel peri operatorio; il favorire, ove possibile, un carico immediato. Questo significa mettere in piedi il paziente già il giorno dopo l'intervento".

È il cosiddetto fast track della chirurgia della Caviglia...

"Esatto. Nei nostri protocolli ne distinguiamo due: uno in cui il paziente ha uno stivaletto gessato o un tutore per tre settimane e uno più estremo in cui, già il giorno dopo l'intervento, cammina a pieno carico senza alcuna tutela. Il differenziale in questo tipo di pazienti ha permesso di ottenere un recupero molto veloce, da cui il mio slogan: non caricare quando sono guarito, ma caricare per guarire, in un percorso nel quale si recupera insieme, con il paziente soggetto attivo. Ovviamente un ruolo decisivo è dato dall'evoluzione delle protesi di caviglia".

Quali sono le caratteristiche principali di una protesi?

"Oggi ci si sta orientando verso una riduzione del volume degli impianti e nello sviluppo di protesi sempre più vicine, anche nel design, all'anatomia della caviglia. Altri aspetti importanti sono il risparmiare osso sia a livello tibiale che astragalico e il poter preparare l'alloggiamento della protesi nella caviglia tramite tagli curvi, ossia con un approccio laterale anziché anteriore, cosa che consente di avere un accesso completo e diretto all'articolazione e che lascia più facilmente aperta la strada ad una eventuale revisione della protesi".

Che aspettative ha un paziente protesizzato?

"Può camminare per lunghi tratti e svolgere un'attività sportiva a basso impatto, anche se la caviglia protesizzata non sarà mai uguale ad una sana. Gli studi evidenziano nell'80/85% dei casi una permanenza dell'impianto a oltre 10 anni. In caso di revisione le strade sono due: se si ha abbastanza osso, si può sostituire la protesi, altrimenti si ricorre alla fusione. In alcuni casi selezionati è possibile anche, nello stesso intervento e grazie alla sinergia tra équipe differenti, curare anche altre deformità, ad esempio quella del ginocchio".

LA COMUNICAZIONE, UNO STRUMENTO FONDAMENTALE DI FORMAZIONE

Con 95mila followers su Facebook, più di 10mila su Instagram e un sito molto seguito, il Dottor Usuelli ha un'attività intensa on line e una forte interazione con i pazienti. "La comunicazione su internet è un vantaggio che mi aiuta a fare meglio il mio lavoro: attraverso i social riesco a parlare a diversi range di età e la presenza sul web mi consente di avere sempre il termometro di cosa interessa alla mia community. Credo che l'informazione sia una via importante per la guarigione, perché il paziente informato è un paziente più motivato e in grado di affrontare meglio il percorso. Cosa chiedere al chirurgo per sceglierlo? Quante protesi di caviglia ha fatto in un anno, di che materiali sono le protesi, che aspettative avere dall'intervento, quale il percorso da affrontare e se quello che è stato spiegato durante la visita viene poi condiviso anche on line.

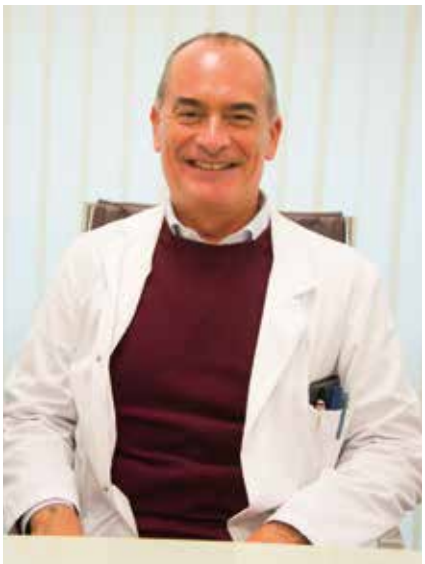
CONTATTI
Dottor Federico Usuelli
Resp. Ortopedia di Caviglia e Piede Humanitas San Pio X
Via Francesco Nava, 31 – 20159 Milano
Tel. 02 69511
www.sanpiox.net

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 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Terapie innovative per la cura del Diabete di tipo 2

I FARMACI A DISPOSIZIONE MIGLIORANO NON SOLO LA PROGNOSI DELLA PATOLOGIA MA LIMITANO ANCHE LE COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI E LA MORTALITÀ. PER QUESTO È FONDAMENTALE GARANTIRNE A TUTTI L'ACCESSO.

Ne abbiamo parlato con il Dottor **Cesare Celeste Berra**, da alcuni mesi Direttore del Dipartimento Endocrino-Metabolico del Gruppo MultiMedica che, con i suoi 6 presidi in Lombardia – le cui sedi più importanti sono Sesto S. Giovanni (MI) IRCCS MultiMedica e l'Ospedale San Giuseppe a Milano – sta diventando sempre più un Centro d'eccellenza per la Diabetologia e l'Endocrinologia. "Attualmente nelle diverse strutture del Gruppo io e gli altri miei colleghi ci occupiamo della gestione ambulatoriale dei soggetti con Diabete tipo 1 e 2 con un sistema avanzato di cartelle informatizzate diabetologiche collegate in rete, per un totale di circa 10 mila soggetti nella sola Lombardia. Nei diversi Centri inoltre abbiamo ulteriori specializzazioni come il Diabete gravidico e gestazionale, seguito maggiormente in In San Giuseppe, mentre a Sesto S. Giovanni ci stiamo focalizzando sull'uso di nuove tecnologie per il Diabete tipo 1, patologia che riguarda circa il 5/6% dei soggetti affetti da Diabete in Italia, che in totale contano tra i 4 e 5 milioni di individui".



Dott. Cesare Celeste Berra

Cosa significa utilizzare le innovazioni tecnologiche nella cura del Diabete?

"L'obiettivo è quello di trovare soluzioni che possano alleviare le difficoltà della gestione quotidiana di una patologia cronica: dal misurarsi la glicemia al dosarsi l'insulina. A Sesto S. Giovanni ad esempio, per i pazienti affetti da Diabete tipo 1 stiamo introducendo nuove modalità per il monitoraggio glicemico e l'utilizzo di nuovi microinfusori, cosiddetti "pancreas artificiali", per la somministrazione dell'insulina. Già conosciuti e utilizzati da tempo, la novità degli ultimi anni è il fatto che questi dispositivi oggi possono dialogare con dei sensori (ossia dei rilevatori di glicemia in continuo) posizionati sul corpo del paziente che inviano al dispositivo stesso i dosaggi di glicemia che vengono rilevati nel corpo senza che si debbano usare aghi. I nuovi microinfusori, dialogando con il sensore, percepiscono sbalzi di glicemia o troppo rapidi o comunque non corretti e, in base a queste stimolazioni, in automatico, riducono, interrompono o aumentano la velocità di somministrazione dell'insulina. In questo modo si riesce a modulare la dispensazione mantenendo la glicemia nei cosiddetti range fisiologici, tanto che oggi uno dei parametri di riferimento di questi soggetti non è più solo il dosaggio di emoglobina glicata, ma anche il time in range, cioè il tempo in cui il paziente resta in un valore di glicemia il più possibile fisiologico. Più lungo è il tempo mantenuto in valori vicini alla normoglicemia, minori sono i rischi di sviluppare complicanze della patologia diabete nonché ansie di uscire dai valori corretti".

Cosa vede, invece, nel futuro delle cure per i malati di Diabete di tipo 2?

MultiMedica, come tutti gli IRCCS, conduce numerosi studi clinici molto importanti volti a valutare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci disponibili per il trattamento del diabete tipo 2 che si mostrano sempre più innovativi e significativamente utili sul controllo non solo della glicemia ma anche sui cosidetti effetti extra glicemici quali obesità, pressione arteriosa e dunque nel prevenire le complicanze micro e macro vascolari … Già oggi, tuttavia, abbiamo a disposizione due categorie di farmaci con efficacia ben comprovata nell'agire non solo sul compenso metabolico ma anche di nefro-protezione, riducendo i rischi di complicanze in area cardiovascolare e anche le ospedalizzazioni e la mortalità dei soggetti affetti da Diabete tipo 2: gli SGLT2 inibitori della famiglia delle Gliflozine e i GLP-1 agonisti della famiglia delle Incretine, di cui fanno parte le molecole Liraglutide, Dulaglutide e l'ultima arrivata sul mercato, a settembre 2019, Semaglutide. Quest'ultima possiede un'ottima efficacia sul controllo glicemico, sul controllo del peso corporeo, sui valori pressori e quindi anche sulla riduzione del rischio cardiovascolare, e l'assunzione in monosomministrazione settimanale la rende comoda e semplice da utilizzare. Un dato importante visto che, secondo gli annali AMD 2018, il 41,2% delle persone con Diabete di tipo 2 è affetta anche da obesità e il 39,1% è in sovrappeso. Queste due grosse famiglie di farmaci, associate alla metformina, dovrebbero essere di primo utilizzo per chi ha un Diabete di tipo 2. L'evoluzione dei trattamenti a disposizione degli specialisti negli ultimi anni ha subito un grande cambiamento e la gestione delle terapie è diventato sempre più complesso e necessita di una gestione integrata del territorio".

Quale la soluzione dunque?

"È fondamentale che chi è affetto da Diabete di tipo 2 – che per la maggior parte sono gestiti dal territorio – siano sempre più informati sulle terapie disponibili. In MultiMedica stiamo creando ampia collaborazione con i medici di medicina generale per aiutarci vicendevolmente a gestire l'importante tema della malattia cronica. Bisogna creare dei flussi corretti in modo che tutti i pazienti abbiano a disposizione la terapia adeguata alla loro condizione. Nella gestione di una malattia cronica così vasta sarà sempre più fondamentale l'interazione specialista – medico del territorio, affinché sia fatto tutto il possibile per utilizzare al meglio le risorse allo scopo di porre al centro della cura il soggetto con Diabete rendendo disponibile il miglior trattamento farmacologico e non solo. Solo utilizzando le cure migliori saremo in grado di ridurre complicanze e disagi e quindi, alla fine, anche di ridurre i costi ingenti della malattia stessa".

CONTATTI
Dott. Cesare Celeste Berra
Direttore Dipartimento Endocrino-Metabolico
IRCCS MultiMedica
Via Milanese, 300 - 20099 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02 86878889
Mail: cesare.berra@multimedica.it

Questo supplemento è stato realizzato da **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Medicina Interna: quale il ruolo oggi e in futuro?

GLI INTERNISTI SONO FONDAMENTALI NELL'ACCOGLIERE TUTTI I PAZIENTI E CONCILIARE TERAPIE E PERCORSI. PER QUESTO È IMPORTANTE VALORIZZARNE IL RUOLO E VALUTARNE COSTANTEMENTE LE COMPETENZE.

Il Prof. **Antonino Mazzone** è Direttore Dipartimento Area Medica ASST di Legnano (MI) e Provincia di Milano, Vicepresidente FISM, Past President di FADOI e membro della cabina di regia costituita dal Ministero della Salute per monitorare tutti i progetti di gestione e presa in carico dei pazienti cronici. Una vera autorità, con la quale abbiamo parlato di Medicina Interna e dei possibili sviluppi per valorizzarla.

Prof. Antonino Mazzone

Professore, qual è oggi il ruolo principale della Medicina Interna?

"Innanzitutto quello di accogliere tutti. C'è stato sicuramente negli ultimi anni un cambio epidemiologico – oggi abbiamo pazienti che diventano sempre più anziani, sono affetti da pluripatologie e seguono più terapie farmacologiche, che spesso rimangono in Pronto Soccorso per la mancanza di letti nell'area medica – ma la nostra mission resta sempre quella di accoglierli tutti, con una visione olistica che abbraccia a 360° tutte le patologie di chi arriva in ospedale. Altro ruolo fondamentale è quello del cosiddetto deprescribing, ossia della sintesi delle terapie per i pazienti complessi che, essendo visitati da più specialisti, accumulano spesso più terapie, che a volte interagiscono tra di loro, e necessitano quindi di una riconciliazione, scegliendo quali farmaci effettivamente sono davvero utili. Questo per prevenire anche un altro grande problema che è quello della reazione avversa da farmaci, che negli ultimi anni sta assumendo un peso sempre più grande".

"LA MALINCONIA DEI NATI ALTROVE" IL LIBRO DI A. MAZZONE

"L'idea è nata durante i miei viaggi come Presidente FADOI e da alcune riflessioni sul senso della vita e della professione medica. Che poi, grazie ai suggerimenti di un amico scrittore, ho trasformato in un libro da pubblicare, sotto forma di lettera a mia figlia, che vive a Londra, parlandole della bellezza della vita, di quelle piccole cose importanti che le danno un senso, e della professione medica. È un libro dove ogni tanto si ride e ogni tanto si piange, proprio come nella vita reale".

Cosa si dovrebbe fare per valorizzare maggiormente la Medicina Interna?

"Bisognerebbe innanzitutto riprogrammare e riorganizzare i posti letto nell'ambito della rete ospedaliera, perché se oggi ci sono reparti che hanno un tasso di occupazione al 40/60% e reparti di Medicina Interna occupati al 120%/130%, una redistribuzione dei letti appare fondamentale. L'uso in Italia del ricovero fuori reparto è un problema serio e studi recenti dimostrano che chi viene ricoverato con un setting assistenziale diverso dalla sua patologia muore prima. Non tutti gli ospedali, ovviamente, possono fare le stesse cose, bisogna dunque avere il coraggio, ad esempio, di chiudere un Pronto Soccorso se non ha rianimazione, Unità Coronarica e percorso Stroke, perché, in un momento come questo in cui mancano i medici, il tenerlo aperto occupando personale per un servizio che comunque non è utile alla popolazione, non ha senso, anzi è uno spreco di risorse. Servirebbe inoltre una maggiore sinergia con il territorio, in modo da poter avere il controllo del percorso completo del paziente. Sono tutti temi che qui a Legnano abbiamo già affrontato nel Master in Clinical Governance in Medicina Interna organizzato con l'ISS e la LIUC. Altro aspetto importante su cui lavoro da 10 anni è la valutazione delle competenze dei medici".

Come funziona oggi la valutazione delle competenze mediche?

"È una pratica già in uso in altri paesi, dall'Inghilterra agli Stati Uniti, dettata dal fatto che la nostra è una professione che cambia e si aggiorna di continuo e necessita quindi di avere delle valutazioni. Qui a Legnano la stiamo sperimentando da due anni, in collaborazione con l'ISS e l'Università Bocconi, per trovare un metodo il più possibile obiettivo per valutare le persone. Abbiamo stabilito una metodica che è stata validata, è obiettiva per più dell'80% e si basa su 3 items principali, che rispecchiano le tre caratteristiche che un medico deve avere: sapere, saper essere e saper fare. Per valutare il sapere, abbiamo ideato un book a risposta multipla con sistema computerizzato che estrae le domande in base al setting lavorativo a graduazione differente di difficoltà. Per il saper essere abbiamo brevettato un sistema computerizzato che ci permette di inserire dei casi clinici reali, estratti da cartelle cliniche del reparto e che presentano delle difficoltà non risolvibili con la medicina basata sull'evidenza e dove dunque serve un confronto tra esperti per prendere la decisione giusta. In questo modo possiamo valutare le competenze nella gestione di malati complessi e polipatologici. Per il saper fare, infine, è prevista una videoregistrazione della somministrazione del consenso informato e dell'esecuzione di una tecnica, in modo tale da verificare le capacità tecniche e relazionali del medico. Adesso siamo in fase di accreditamento, primi in Italia, perché solo se si è accreditati si può certificare questo tipo di competenze. Sempre nell'ambito della formazione, abbiamo tenuto lo scorso settembre a Bologna una Scuola di Alta Formazione "Sul ragionamento clinico in era digitale", mirato a comprendere come conciliare oggi le nuove tecnologie, che rappresentano un potenziamento del metodo clinico, con il ragionamento per la gestione della sempre maggiore complessità".

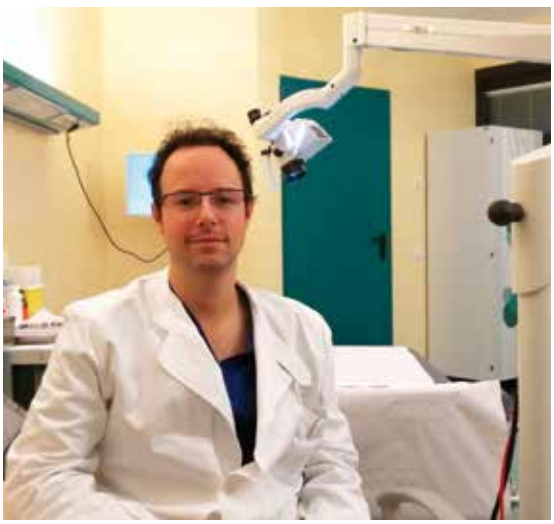
CONTATTI
Prof. Antoninio Mazzone
Direttore Dipartimento Area Medica ASST
di Legnano (MI) e Provincia di Milano
Tel. 0331 449305
Mail: antonino.mazzone@asst-ovestmi.it

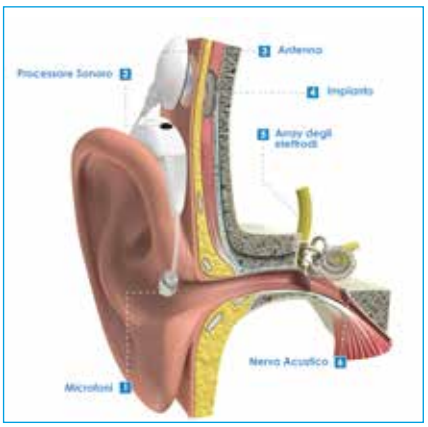
Questo supplemento è stato realizzato da cs communication media & digital advertising **Rcs non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto**. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

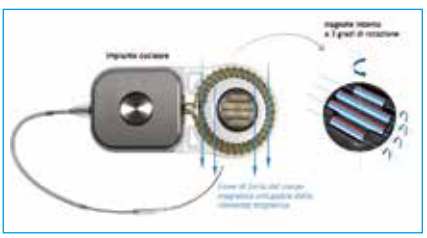
Impianto cocleare e risonanza magnetica: le ultime conquiste della tecnologia

I NUOVI MAGNETI PRESENTI NELL'IMPIANTO SI AUTO-ALLINEANO CON IL CAMPO MAGNETICO DELLA RISONANZA CONSENTENDO AI PAZIENTI DI POTER EFFETTUARE L'ESAME SENZA PIÙ COMPLICANZE O INTERVENTI AGGIUNTIVI.

È il Dott. **Pietro Canzi**, Otoneurochirurgo presso l'UOC di Otorinolaringoiatria della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e Docente presso l'Università degli Studi di Pavia, a parlarci delle nuove tecnologie applicate al settore degli impianti cocleari, suo precipuo campo di interesse.







Da sinistra: il Dott. Pietro Canzi; l'impianto cocleare e il magnete di nuova genrazione

Dottore cos'è un impianto cocleare e di quali innovazioni tecnologiche è stato ultimamente oggetto?

"Oggigiorno l'impianto cocleare rappresenta lo "standard terapeutico" per la cura delle Sordità neurosensoriali gravi-profonde. Ripristinando la funzione svolta dalle cellule acustiche cocleari, l'impianto cocleare opera trasformando l'informazione uditiva proveniente dall'ambiente esterno in segnale elettrico che viene trasmesso direttamente al nervo acustico. Il "futuro-presente" della bionica uditiva è rappresentato dalla personalizzazione dell'impianto cocleare in base alle caratteristiche anatomiche e funzionali del paziente, tenendo in considerazione le esigenze uditive di vita quotidiana. I recenti sviluppi tecnologici consentono molteplici possibilità di connettività ai dispositivi esterni che sono di abituale utilizzo (es. cellulare, televisione). Tra le più recenti innovazioni occorre sottolineare l'ultima generazione di impianti cocleari compatibili con la risonanza magnetica: indagine diagnostica controindicata sino a poco tempo fa".

Di che numeri stiamo parlando quando pensiamo a pazienti che devono affrontare una Risonanza?

"Le indicazioni alla risonanza magnetica sono in aumento ogni anno: si stima che tra il 50 e il 75% della popolazione sarà sottoposta a risonanza magnetica almeno una volta nella vita. Questo dato è ancor più rilevante se si considera il crescente numero di persone portatrici di impianto cocleare".

Qual è l'innovazione tecnologica che permette questo superamento di incompatibilità con la risonanza?

"La componente interna di ogni impianto cocleare necessita di un magnete per l'interfaccia con la parte esterna indossata dal paziente. La nuova generazione di impianti cocleari prevede la presenza di magneti che possano ruotare nei diversi piani dello spazio, allineandosi alle linee di forza del campo magnetico indotte durante una risonanza. Questa "libertà di movimento dei magneti" è stata sviluppata per superare i rischi di complicanze dovute all'interazione tra risonanza magnetica e impianto cocleare che, in caso di guasto permanente, può essere sostituito mediante un delicato intervento chirurgico".

L'Italia è protagonista nelle ricerche che riguardano questo affascinante settore della Medicina?

"Ho discusso i risultati dei recenti studi che ho condotto presso la nostra Clinica diretta dal Prof. M. Benazzo al Convegno Europeo di Impianti Cocleari Pediatrici tenutosi ad Ottobre a Bucarest. L'Italia è capofila di ricerche a valenza internazionale che hanno lo scopo di disegnare una "mappa geografica" delle strutture anatomiche del cervello che possono essere visualizzate durante la risonanza magnetica in caso di impianto cocleare. Questo significa poter offrire la possibilità di ritornare a sentire a tutti quei pazienti che, per ragioni diverse, hanno necessità di eseguire ripetute risonanze magnetiche per specifiche aree dell'encefalo".

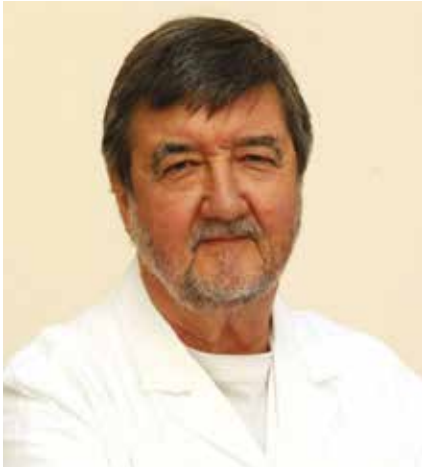
CONTATTI

Dott. Pietro Canzi
Dirigente Medico UOC Otorinolaringoiatria della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
Research Assistant Professor Università degli Studi di Pavia
Viale Camillo Golgi, 19 – 27100 Pavia
Tel. 0382 503740 - 0382 503702
Mail: pietro.canzi@unipv.it

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

La gestione dell'Epilessia farmacoresistente: quali le opzioni

L'INTERVENTO CHIRURGICO E LA STIMOLAZIONE VAGALE SONO A OGGI LE TECNICHE DISPONIBILI, A SECONDA DEL TIPO DI PATOLOGIA, PER GESTIRE I PAZIENTI CON EPILESSIA CHE NON RISPONDONO ALLE TERAPIE MEDICHE.



Prof. Paolo Tinuper

Ne abbiamo parlato con **Paolo Tinuper**, Professore Associato di Neurologia presso l'Università di Bologna e Responsabile del Programma Epilessia del "Centro per lo studio e la cura dell'Epilessia" dell'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, Centro storico di riferimento a livello nazionale e, insieme a Modena, per la Chirurgia dell'Epilessia in Emilia Romagna.

Professore cos'è l'Epilessia e qual è la situazione in Italia?

"Si tratta di una malattia del cervello, caratterizzata da crisi epilettiche ricorrenti, dovute all'attivazione abnorme di un gruppo più o meno vasto di cellule nervose. Questa ipereccitabilità delle cellule può essere legata a lesioni cerebrali malformative già presenti alla nascita, a fattori genetici, a un danno del cervello che può avvenire in qualsiasi età – ad esempio per un trauma cranico, un ictus o un tumore. A volte invece ci sono delle situazioni cosiddette "funzionali" cioè non causate da una lesione cerebrale, ben riconoscibili, dovute probabilmente a una causa genetica, che iniziano a una certa età, verso i 7/8 anni, e spariscono intorno ai 12/13. Ci sono diverse forme della patologia: alcune leggere e curabili, che si risolvono da bambini, e altre più gravi che, invece, accompagnano il paziente per tutta la vita. Ad oggi ci sono circa 500 mila pazienti in Italia affetti da Epilessia, di cui un terzo sappiamo che risponderà bene alle terapie e smetterà di avere crisi; un terzo risponderà bene ma dovrà continuare ad assumere medicine per tutta la vita; e infine un ultimo terzo che si rivelerà farmacoresistente, ossia non risponderà ad alcuna terapia e dunque continuerà sempre ad avere crisi. Una parte di questi pazienti cosiddetti farmacoresistenti alle terapie mediche può usufruire della terapia chirurgica".

In cosa consiste l'intervento chirurgico e per chi è consigliato?

"L'intervento è possibile se si riesce a individuare l'area del cervello responsabile delle crisi e se quest'area può essere eliminata senza provocare danni collaterali al cervello. Le possibilità di guarigione in caso di intervento sono molto alte, a volte oltre l'80%: il paziente non avrà più crisi e, dopo un anno o due, potrà sospendere qualsiasi terapia. Se, un tempo, la chirurgia era l'ultima spiaggia, oggi invece si cerca di intervenire sempre più precocemente, soprattutto nei bambini che iniziano ad avere crisi, perché, se operati subito, possono avere una vita normale senza deficit, senza terapie e con minore rischio di complicanze. L'individuazione dell'area epilettogena è tuttavia molto particolare e viene effettuata solo in alcuni Centri in Italia: prevede un monitoraggio video-EEG prolungato per giorni e giorni di seguito, risonanze magnetiche ad alto campo, indagini funzionali come la PET, indagini neuro psicologiche, ricostruzione di immagini... Si stima che i potenziali candidati alla Chirurgia dell'Epilessia in Italia siano circa 8 mila ma ad oggi si eseguono circa 3/400 interventi all'anno, perché purtroppo c'è ancora poca cultura sull'argomento".

In quali casi non è possibile intervenire chirurgicamente e quali le alternative?

"Il problema principale è che molte volte non si riesce ad avere un bersaglio, ossia a definire con esattezza da dove provengono le crisi, oppure le crisi provengono da due o più parti del cervello o addirittura da tutto, come in molte encefalopatie del bambino piccolo. In questi casi si può ricorrere a una tecnica palliativa che non ha l'obiettivo di guarire il paziente ma di migliorare notevolmente la frequenza e l'intensità delle crisi e la qualità della vita: la stimolazione vagale".

In cosa consiste la terapia della stimolazione vagale?

"La stimolazione del nervo vago (VNS) è una tecnica di neuromodulazione, sicura ed efficace, che viene effettuata con l'inserimento di un piccolo dispositivo simile ad un pacemaker sotto il muscolo pettorale di sinistra. Questo generatore viene ancorato, tramite un cavetto, al nervo vago di sinistra, che corre lungo il collo e arriva fino al cervello. Attraverso questo nervo vengono inviati al cervello degli impulsi elettrici con una frequenza e un'ampiezza che sono programmabili in base alle necessità e alle caratteristiche di ciascun paziente. L'obiettivo è quello di diminuire il numero, l'intensità, la gravità e la durata delle scariche epilettiche, migliorando così sensibilmente il benessere e la qualità di vita del paziente".

Quanto aiuta l'innovazione tecnologica nello studio di questa patologia?

"Certamente ci sta aiutando molto: oggi abbiamo a disposizione nuove tecniche di Neurofisiologia come ad esempio l'high density che permette di identificare anche una minima alterazione di segnale a livello della corteccia; la possibilità di inserire elettrodi all'interno del cranio per registrare direttamente dalle zone epilettogene gli EEG; molte nuove metodiche di integrazione fra i segnali di EEG e le immagini ricostruite con la risonanza magnetica e nuove tecniche chirurgiche che si avvalgono di navigatori che, attraverso una programmazione fatta in base a tutti i dati acquisiti, permettono di avvicinarsi sempre meglio alle aree che poi saranno operate".

CONTATTI
Prof. Paolo Tinuper
Resp. Centro per lo studio e la cura dell'Epilessia
IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna
Ospedale Bellaria
Via Altura, 3 – Bologna
Tel. 051 4966994
Mail: paolo.tinuper@unibo.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 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

effetti

MALATTIE RARE

IL NOSTRO IMPEGNO PER COLO**RARE** IL FUTURO DI OGNI PAZIENTE

Da sempre abbiamo a cuore il futuro dei nostri pazienti.

Il nostro impegno nelle malattie rare ha reso possibile lo sviluppo di soluzioni terapeutiche in diverse aree quali l'endocrinologia, l'ematologia e la neurologia.

La nostra missione è quella di continuare a ricercare soluzioni innovative per il trattamento di altre patologie rare e contribuire a migliorare la vita dei pazienti e delle loro famiglie.

Pfizer

www.pfizer.it