Questo Magazine è stato realizzato da CS Communications Srl. GEDI Gruppo Editoriale non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto - IP - Numero 15 - Ottobre 2019

Sanità & Benessere

e focus

Le **ECCELLENZE** *passano da noi*

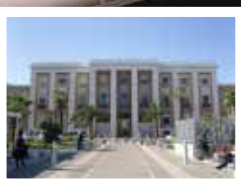
ECOGRAFIA
Nuove Tecnologie d'avanguardia

DISPOSITIVI ACUSTICI
Funzionalità ed estetica in continua evoluzione

AMILOIDOSI
Patologia rara ma sempre più curabile

Policlinico Universitario Umberto I di Roma

Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli



Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari

www.sanitaebenessere.it

Quale presente, quale futuro per l'ecografia?

di Prof.ssa ***COSIMA SCHIAVONE,*** *Presidente SIUMB*

Si stima che in Italia vengano effettuate circa 20 milioni di ecografie l'anno, e che un cittadino su tre faccia annualmente una ecografia. L'ecografia però non è piu esame di base di 1° livello, ma è multiparametrica, termine utilizzato per la RMN, che ben si adatta all'ecografia vecchia e nuova che, migliorando la diagnostica, permette di limitare le metodiche con macchine pesanti, sicuramente più invasive in termini di danno biologico e di costi. La peculiarità dell'ecografia che tutti noi abbiamo vissuto in questi anni è stata quella del tumultuoso aggiornamento tecnologico, fatto di ecocolordoppler, mezzi di contrasto, elastosonografie, etc, da cui deriva una grande attenzione alla formazione di medici ecografisti, idonei ad utilizzare tutte le risorse a disposizione degli apparecchi che stanno utilizzando. La SIUMB (Società Italiana di Ultrasuoni in Medicina e Biologia) è una società multidisciplinare a cui afferiscono specialisti di varia estrazione (radiologi, internisti, gastroenterologi, nefrologi, medici di base ecc.) accumunati dal quotidiano utilizzo dell'apparecchio ecografico per la diagnosi e la terapia. Non essendoci in Italia una scuola di specializzazione di riferimento, il ruolo delle Società Scientifiche, e della SIUMB in particolare, nella formazione è diventato sempre più rilevante. Da anni è stato disegnato un percorso formativo che formi medici ecografisti preparati ad eseguire esami ecografici altamente diagnostici. La nostra certificazione, da parte di Accredia, garantisce il percorso formativo Siumb, per l'aggiornamento costante sulle innovazioni tecnologiche.

Esempi di miglioramenti tecnologici con notevole impatto sulla gestione clinica del paziente, sono i mezzi di contrasto ecografici e l'elastosonografia. Tali metodiche migliorano le performance dell'esame di base, aumentando notevolmente, per esempio nel fegato, sia la capacità di "detection" che quella della caratterizzazione di noduli di dubbia natura. Ma torno ancora alla formazione che di pari passo alla tecnologia deve essere di ottimo livello; la SIUMB da anni colma questi vuoti formativi, facendo corsi di ecografia indirizzati anche agli studenti di Medicina. È auspicabile che l'insegnamento della metodica ecografica entri nella formazione curriculare universitaria, come d'altronde sta succedendo in Europa, e che i nostri studenti possano laurearsi con un buon bagaglio culturale ecografico, da successivamente perfezionare con le società di settore come la Siumb. Tutto questo nell'interesse dei pazienti per permettere diagnosi rapide, accurate,non invasive, con miglior rapporto costo-beneficio.

CONTATTI
Prof.ssa Cosima Schiavone, Presidente SIUMB - Professore di Gastroenterologia Università di Chieti-Pescara
Direttore U.O. Dipartimentale di Diagnostica Ecografica Ospedale Clinicizzato SS. Annunziata
Via dei Vestini 66100 Chieti - Tel. 0871358576 - E-mail: cschiavone@unich.it

SOMMARIO

Primo Piano
Prof. Vito Cantisani 1

Otorinolaringoiatria e Audiologia
Prof. Nicola Quaranta 2

Sarcomi
Prof. Bruno Vincenzi 3

Parliamo di... Cardiochirurgia
Prof. Marco Di Eusanio 4

Diabetologia
Prof. Luca De Nicola 6

A proposito di... Amiloidosi
Dott. Giorgio Vescovo 8
Prof. Michele Emdin 9

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

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

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

Hear now. And always

Cochlear®

Si stima che 11,7% della popolazione italiana (circa 7 milioni di persone) presenti problemi dell'udito di varia entità. In questo bacino, la maggior parte dei soggetti (37%) ha più di 74 anni ma sono recentemente aumentati i casi di ipoacusia nei giovani fra i 15 e i 24 anni (dal 3% del 2012 al 4,2% del 2015) e nelle fasce di età intermedie. Tale incremento è legato non solo allo stile di vita moderno ma anche alla scarsa sensibilità del pubblico circa i problemi dell'udito.

Al giorno d'oggi, le possibilità di cura e di riabilitazione sono tali da poter affermare che quasi non esiste più una forma di sordità che non sia trattabile. Cochlear è il leader mondiale nelle soluzioni impiantabili e innovative per l'udito.

La nostra mission è portare l'udito a tutte le persone nel mondo. Oggi, 250'000 persone, dai 6 mesi ai 90 anni di età, in più di 90 nazioni hanno potuto risentire i loro familiari, amici e comunità con uno dei nostri dispositivi impiantabili.

https://www.cochlear.com/it/home/home

Innovazioni tecnologiche nella Diagnostica per Immagini

L'APPLICAZIONE DI SOFTWARE ALL'AVANGUARDIA E DI NUOVE TECNOLOGIE CONSENTE DIAGNOSI PRECOCI E PIÙ PRECISE E UNA MINORE INVASIVITÀ NEGLI ESAMI.

A parlarcene **Vito Cantisani**, Docente di Radiologia e Responsabile dell'U.O.S. Diagnostica Ecografica Internistico-Chirurgica del Policlinico Umberto I dell'Università La Sapienza di Roma.

Professore, quali sono le peculiarità dell'Unità che dirige?

"Quello che caratterizza la struttura è avere a disposizione alcuni ecografi di ultima generazione, al cui acquisto ha contribuito la Fondazione Roma, nella UOC Radiologia Testa-Collo e delle Chirurgie diretta dal Prof. Ferdinando D'Ambrosio. Effettuiamo giornalmente numerosi esami diagnostici per trapianti d'organo (fegato e rene), per la valutazione delle ghiandole endocrine (in particolare la tiroide e i tumori neuroendocrini) e del fegato, soprattutto per quanto riguarda la steatosi epatica, la fibrosi e le lesioni epatiche ed esami ecocolordoppler in vari distretti. Siamo punto di riferimento di ricerca per molte aziende perché abbiamo sviluppato e testato in anteprima software all'avanguardia destinati alla pratica clinica; inoltre, nell'ecografia con mezzo di contrasto, siamo riconosciuti a livello internazionale – in particolare per lo studio dei trapianti d'organo, degli organi superficiali, della stenosi carotidea, dell'aneurisma dell'aorta addominale, delle patologie epatiche – e per le malattie urogenitali, quali tumori di rene e vescica".

Prof. Vito Cantisani

Quanto conta la multidisciplinarietà in questo campo?

"Moltissimo. La nostra attività ecografica viene effettuata da un team radiologico, ma collaboriamo quotidianamente con i colleghi clinici e chirurghi. Io stesso faccio parte di alcune Unità Interdisciplinari – la UMOG (Unità di Medicina Geriatrica Oncologica), la Thyroid Unit e la Neoendocrin Tumor (NETTARE) – che discutono settimanalmente o bisettimanalmente i casi più complessi, seguiti in modo multidisciplinare da internisti, oncologi, geriatri, chirurghi, radiodiagnosti e anatomopatologi, al fine di migliorare la diagnosi, il trattamento e la gestione".

Quali applicazioni trovano questi nuovi software in ambito clinico?

"Un campo di interesse in generale e mio in particolare è la valutazione del nodulo tiroideo. A questo fine esistono diversi software e tra di essi per fare un esempio l'S-Detect con cui si può effettuare una classificazione di rischio del nodulo tiroideo in maniera semi-automatica. Esso, oltre ai normali parametri ecografici, aggiunge anche la valutazione con elastosonografia, una tecnica che consente di determinare la rigidità dei tessuti, secondo l'assunto che ciò che è duro è più sospetto nel 90% dei casi. Nella valutazione delle stenosi carotidee oltre al colordoppler e numerosi software di purificazione dello stesso abbiamo a disposizione sonde e software 3D che consentono di identificare le stenosi a rischio, per sottoporre tempestivamente i pazienti a intervento chirurgico o a trattamento con stenting e prevenire così eventuali fenomeni ischemici. Abbiamo anche nuovi software che utilizziamo nella pratica clinica quotidiana, ad esempio nella valutazione mini invasiva dei pazienti traumatizzati con lacerazione o trauma d'organo che ci arrivano dal Trauma Center del Policlinico. Durante il loro decorso li controlliamo, con un'ecografia con mezzo di contrasto, che ha il vantaggio di non esporre il paziente (che molto spesso è giovane, tra i 20 e 40 anni) a radiazioni e a mezzi di contrasto iodati e di poter essere quindi ripetuta più volte fino alle dimissioni. Altri software innovativi sono quelli per lo studio del fegato, in particolare della steatosi e della fibrosi epatica. Le tecniche elastosonografiche ci consentono di capire quanto un fegato sia a contenuto di grasso e quindi necessiti di una dieta o di trattamenti farmacologici particolari oppure, se affetto da fibrosi, di farmaci antivirali".

Cosa vede nel futuro di questo settore?

"L'ulteriore evoluzione è quella di affinare i sistemi ecografici per aumentare la capacità di identificare sempre più precocemente e in maniera più accurata le lesioni neoplastiche, di avere dei software più performanti che ci permettano di superare i limiti che attualmente sono rappresentati dalla variabilità intra e interosservatore e avere dei sistemi di quantizzazione sia della steatosi sia della fibrosi ma anche del contenuto di mezzo di contrasto; l'obiettivo è essere ancora più oggettivi e precisi nella definizione e nel controllo dopo terapia della malattia".

VITO CANTISANI – INCARICHI ISTITUZIONALI

Il Prof. Cantisani è Presidente eletto della SIUMB (Società Italiana di Ultrasonologia Medici Biologi) che conta più di 4mila iscritti e ha da sempre l'obiettivo di educare e formare i medici ecografisti, in tutti gli ambiti, partendo dall'ecografia di base a tutte le applicazioni specialistiche. La Società organizza ogni anno corsi di formazione base, specialistici e congressi per fornire l'update della conoscenza nazionale e internazionale in ambito ecografico e a confronto con le altre metodiche di imaging; inoltre presso l'Unità Operativa è attiva una Scuola di formazione SIUMB. Cantisani è stato Consigliere della Sezione di Ecografia della SIRM (Società di Radiologia Medica) ed è inoltre Segretario Onorario dell'EFSUMB (Federazione delle Società di Ecografia d'Europa) che, tra le varie attività, si occupa della realizzazione di scuole in tutti i Paesi dell'Est Europa, contribuendo a formare una nuova classe di medici.

CONTATTI
Prof. Vito Cantisani
Direttore U.O.S. Diagnostica Ecografica Internistico-Chirurgica del Policlinico Umberto I – Università Sapienza
Viale Regina Elena 324 – 00100 Roma
Tel. 06 499774248
Mail: vito.cantisani@uniroma1.it

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

Dispositivi acustici: novità e prospettive future nella cura della sordità

GRAZIE ALL'EVOLUZIONE TECNOLOGICA, GLI APPARECCHI DI NUOVA GENERAZIONE SONO SEMPRE PIÙ DISCRETI ESTETICAMENTE E DOTATI DI MOLTE FUNZIONI CHE VANNO OLTRE LA SEMPLICE AMPLIFICAZIONE.

Prof. Nicola Quaranta

È il Prof. **Nicola Quaranta**, Direttore dell'UOC di Otorinolaringoiatria del Policlinico di Bari – Centro di Riferimento nella Regione per il trattamento delle sordità – e Professore Ordinario di Otorinolaringoiatria presso l'Università cittadina, a farci un quadro della patologia e delle ultime novità in fatto di cura.

Professore, che tipo di soluzioni ci sono oggi per curare ipoacusia e sordità?

"Quando si parla di sordità bisogna distinguere due grandi categorie: le sordità trasmissive e quelle neurosensoriali. Le prime sono quelle in cui vi è un difetto della trasmissione del suono: possono essere trattate o mediante terapia medica, se si manifestano in maniera acuta, o, se invece sono causate da patologie croniche o che portano a un blocco della vibrazione del movimento degli ossicini, attraverso interventi chirurgici. Le sordità neurosensoriali, invece, sono quelle in cui c'è un danno a livello delle strutture sensoriali e nervose nell'orecchio interno: in questo caso al momento non ci sono né terapie mediche né tanto meno interventi chirurgici che permettano di recuperare l'udito, quindi il trattamento è fondamentalmente legato all'utilizzo di protesi acustiche".

Quali sono le sordità più diffuse?

"La causa più comune di tutte le sordità neurosensoriali è l'età. Si stima che nei soggetti oltre i settant'anni circa il 30% presenti un'ipoacusia neurosensoriale, e oltre gli ottant'anni circa il 50/60%. Esistono poi anche altre patologie che determinano una perdita uditiva, quella più comune è senza dubbio l'esposizione al rumore. Quindi le sordità neurosensoriali sono sicuramente le più frequenti anche in rapporto all'invecchiamento della popolazione e al miglioramento delle tecniche di diagnosi precoce piuttosto che di trattamento delle patologie dell'orecchio medio".

Nel momento in cui ci si rende conto di avere un problema di udito cosa si deve fare?

"I sintomi principali sono rappresentati dalla perdita di udito e dalla comparsa degli acufeni, ossia la percezione di suoni all'interno dell'orecchio che chiaramente non sono presenti nell'ambiente. In questo caso il paziente dovrebbe rivolgersi immediatamente a uno specialista, l'otorinolaringoiatra o audiologo, che visita il paziente e dispone una diagnosi anche eziologica, per valutare e quantificare la perdita di udito ma anche cercare di capirne la causa. Se non ci sono terapie mediche e il paziente ha una perdita uditiva tra il 40% e il 70/75% si propone l'applicazione di un apparecchio acustico. Per perdite uditive superiori al 75% o comunque dove le protesi non sono efficaci, invece, c'è la possibilità di intervenire chirurgicamente con un impianto cocleare o orecchio bionico, una sorta di protesi acustica che, però, non amplifica il suono bensì lo trasforma in energia elettrica andando a stimolare direttamente le fibre del nervo acustico".

Oggi che tipi di apparecchi acustici esistono?

"Gli apparecchi acustici di ultima generazione si sono notevolmente evoluti, soprattutto da un punto di vista tecnologico, cosa che ha permesso da un lato la miniaturizzazione, che li ha resi sempre più piccoli ed estetici, dall'altro il miglioramento e l'aumento delle loro funzionalità. Questi dispositivi oggi sono in grado di interagire con la televisione o il telefono e collegandosi direttamente alla sorgente sonora riescono a migliorare il modo in cui il paziente riesce a percepire la parola. La scelta del tipo di dispositivo dipende dall'indicazione della prescrizione protesica e dal tipo di perdita effettiva. Una volta individuato insieme all'audioprotesista il tipo di apparecchio più adatto a quel paziente, si può scegliere tra modelli diversi selezionando tra quelli standard o di fascia più alta che si differenziano sia per l'estetica che per le funzioni tecnologiche. Esistono sul mercato sicuramente apparecchi meno costosi e meno evoluti però sempre efficaci e altri molto più evoluti da un punto di vista sia della miniaturizzazione che delle applicazioni e quindi molto più costosi".

Come potrebbero evolversi ulteriormente questi dispositivi?

"Il futuro sono gli apparecchi acustici intelligenti che hanno all'interno degli algoritmi di intelligenza artificiale che vanno ben oltre la semplice funzione di elaboratori del segnale acustico ma arrivano a monitorare – grazie ad una serie di applicazioni e sensori integrati – anche altri parametri, come ad esempio la frequenza cardiaca".

CONTATTI
Prof. Nicola Quaranta
Direttore UOC Otorinolaringoiatria Universitaria
Policlinico di Bari
Piazza Giulio Cesare 11- 70124 Bari
Tel. 080 5478850
Mail: nicolaantonioadolfo.quaranta@uniba.it

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

Il Campus Bio-Medico di Roma per la cura dei sarcomi

UN CENTRO DI RIFERIMENTO E UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE PER GARANTIRE LA MIGLIORE CURA POSSIBILE A QUANTI SONO AFFETTI DA SARCOMI E TUMORI DEI TESSUTI MOLLI.

Prof. Bruno Vincenzi

A parlarcene, il Prof. **Bruno Vincenzi**, Professore Associato di Oncologia al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma.

Professore cosa sono i sarcomi?

"I sarcomi sono tumori rari e dal comportamento molto eterogeneo. In particolare i sarcomi dei tessuti molli possono colpire tutte le fasce d'età, e spesso coinvolgono giovani adulti, una categoria fragile che necessita di un fabbisogno assistenziale particolare: non sono più bambini che vengono tutelati dai genitori ma non sono ancora adulti che si gestiscono in autonomia e questa è un'ulteriore criticità anche dal punto di vista del supporto psicologico. Per definizione una patologia rara è caratterizzata dal fatto di avere un'incidenza – ovvero la presenza di un caso ogni 100 mila abitanti all'anno – inferiore a 6 ed i sarcomi si caratterizzano pertanto come patologia rara. I STS, come tutte le malattie rare, richiedono un approccio diverso rispetto alle malattie più comuni".

Quale?

"Un approccio multidisciplinare che consenta una valutazione strutturata di ogni singolo paziente e faciliti tutto il percorso, dalla diagnosi fino alle cure, garantendo i risultati migliori e più efficaci. Ed è proprio questo che caratterizza il Campus Bio-Medico: un team multidisciplinare a cui indirizzare tempestivamente il paziente sin dalla prima visita".

Quanto conta rivolgersi a un Centro di Riferimento?

"È fondamentale. Il punto cruciale è l'impostazione del percorso terapeutico: è essenziale che ci sia la centralizzazione, quindi il riferimento devono essere i Centri di alta specializzazione che definiscono un percorso e l'approccio locale alla malattia, sia chirurgico che chemioterapico. Stabilito questo, poi il paziente può essere mandato anche in Centri più periferici per le cure, in modo tale che non debba viaggiare troppo".

Quali sono oggi le terapie disponibili per il trattamento dei sarcomi?

"Quando mi sono laureato nel 2000 si parlava in generale di sarcoma e le terapie erano tutte perfettamente identiche. Oggi fortunatamente abbiamo una serie di istologie caratterizzate per la sensibilità a specifici farmaci, soprattutto nel contesto di malattia avanzata piuttosto che di quella localizzata. Questo significa che ci sono dei percorsi di cura sempre più efficaci e personalizzati che utilizzano una serie di farmaci che funzionano per i diversi sottotipi di sarcoma, ciascuno sensibilizzato a un certo agente chemioterapico. Penso ad esempio a farmaci quali la Doxorubicina e l'Ifosfamide per il trattamento in prima linea, alla Trabectedina in seconda linea in tutti gli istotipi e, ancora, a Gemcitabina, Dacarbazina e Pazopanib indicate in seconda linea e nelle successive. Altro aspetto importante è stato capire sempre meglio qual è il comportamento biologico delle malattie. Ecco perché, ancora una volta, sono fondamentali i Centri di Riferimento che possono realizzare studi che aiutino a produrre evidenze scientifiche in grado di chiarire il comportamento biologico della malattia".

Quali sono le prossime sfide?

"Il futuro è sicuramente roseo perché di farmaci in divenire ce ne sono tanti. Ci si sta approcciando anche alle terapie target che potrebbero rappresentare un'opzione rilevante nel trattamento dei sarcomi dei tessuti molli, almeno in alcuni istotipi; così come è in studio anche l'immunoterapia, benché ad oggi ancora non abbia raccolto nel trattamento dei sarcomi i successi registrati nel trattamento di altre patologie oncologiche. Un esempio eccezionale di come la ricerca abbia cambiato la storia naturale di una malattia è quello dei GIST, una patologia che appartiene alla famiglia dei sarcomi: oggi esistono una serie di farmaci a bersaglio-molecolare che hanno realmente cambiato l'aspettativa di vita dei pazienti affetti da GIST e due ulteriori farmaci, che si stanno affacciando nel panorama farmacologico, contribuiranno a rendere ancora più attive le cure contro questo tipo di tumore. Quello che ci si auspica, nel trattamento dei sarcomi, è di arrivare a identificare, almeno per alcune specifiche istologie, dei bersagli molecolari in grado di essere targettati, ossia colpiti, e che ci facciano ripercorrere quello che è stato già fatto per i gist".

RETE NAZIONALE DEI TUMORI RARI

"Poiché i sarcomi sono malattie rare, se dividessimo i pazienti affetti da sarcoma nelle tante oncologie degli ospedali d'Italia, ogni singolo medico potrebbe vedere un numero così basso di casi da non maturare un'adeguata esperienza. Da qui la necessità di costituire una rete, coordinata dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, che riconosce una serie di Centri di Riferimento sul territorio nazionale che hanno delle caratteristiche tali da garantire ai pazienti con tumori rari un'assistenza adeguata, attraverso la condivisione a distanza di casi clinici, l'assimilazione della diagnosi e del trattamento secondo criteri comuni, il razionale accesso dei pazienti alle risorse di diagnosi e cura".

CONTATTI

Prof. Bruno Vincenzi
Oncologo Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
Via Álvaro del Portillo, 200, 00128 Roma
Tel. 06 22541 1123
Mail: b.vincenzi@unicampus.it

Questo Magazine è stato realizzato da cs+ communication GEDI Gruppo Editoriale non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Vantaggi e benefici della Cardiochirurgia mini invasiva

UN TEAM MULTIDISCIPLINARE, TECNICHE E TECNOLOGIE ALL'AVANGUARDIA, IMMEDIATO CONTATTO CON LA FAMIGLIA SONO LE PAROLE CHIAVE DI UN APPROCCIO MODERNO ALLE PATOLOGIE CARDIACHE.

Prof. Marco Di Eusanio

Dalla fine del 2016 il Prof. **Marco Di Eusanio** è Direttore della Cardiochirurgia del Centro Cardiovascolare Lancisi degli Ospedali Riuniti di Ancona, una delle prime Cardiochirurgie d'Italia per volumi e attività – dal suo arrivo l'attività del Dipartimento ha avuto un notevole incremento passando da circa 900 interventi ai 1300 di quest'anno – e da sempre unico Centro di Riferimento per tutta la Regione, con un bacino d'utenza molto ampio che copre tutto il Centro-Sud e un contesto virtuoso e di elevata qualità.

Professore, in cosa siete specializzati in particolare?

"Se necessario tutte le patologie del cuore e dell'aorta possono essere trattate chirurgicamente nel nostro Centro. Abbiamo un interesse particolare per la Chirurgia mini invasiva, la Chirurgia sostitutiva e riparativa delle valvole, la Chirurgia dell'aorta, dello scompenso e delle aritmie. Per la Cardiochirurgia mini invasiva siamo diventati un Centro Training che fa "formazione" a chirurghi e medici provenienti dall'Italia e dall'Europa; come Centro Universitario crediamo che l'attività chirurgica e quella di ricerca debbano essere affiancate in sinergia".

Cosa significa, oggi, parlare di Cardiochirurgia mini invasiva?

"La premessa è che oggi c'è una richiesta fortissima da parte dei pazienti di avere procedure associate a un bassissimo impatto traumatico e che possano garantire un rapido recupero funzionale e di una qualità di vita, già nella fase peri operatoria, che sia la più alta possibile. Crediamo che questo obiettivo possa essere centrato con un approccio declinato su più linee: da un lato combiniamo le tecniche chirurgiche più moderne – piccolissime incisioni – con le tecnologie più innovative – protesi di ultima generazione, circolazione extracorpoea miniaturizzata….; dall'altro lavoriamo per trasformare la Chirurgia mini invasiva da una tecnica eseguita dal singolo chirurgo a una terapia – quindi un concetto più ampio – offerta da un team multidisciplinare, in cui si aggiungono altri importanti attori come l'anestesista, il perfusionista, il fisioterapista e la famiglia stessa".

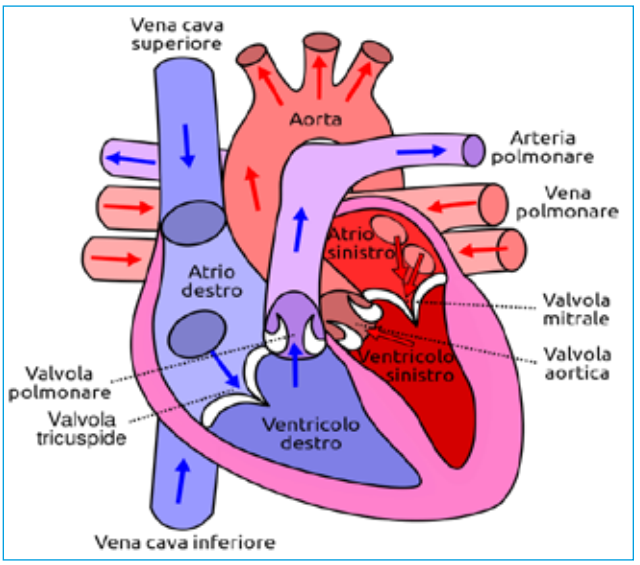
Due pazienti già operati di riparazione mitralica e sostituzione valvolare aortica senza incisioni visibili con approccio trans-ascellare (ad Ancona dal Prof. Di Eusanio).

Questo Magazine è stato realizzato da GEDI Gruppo Editoriale non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

COSA SONO LE VALVOLE DEL CUORE: PATOLOGIE, SINTOMI E TRATTAMENTO

Le valvole cardiache sono strutture fondamentali per il buon funzionamento del cuore. Sono quattro: la mitrale e la tricuspide, che si trovano tra gli atri e i ventricoli, l'aortica, tra ventricolo sinistro e aorta e, infine, la polmonare, tra ventricolo destro e arteria polmonare. Le valvole si aprono per consentire il passaggio del sangue dagli atri ai ventricoli e dai ventricoli al circolo polmonare o a quello sistemico; si chiudono per impedire al sangue di refluire all'indietro.

Una loro malattia o un loro malfunzionamento (ad esempio un restringimento o una insufficienza della valvola che non chiude più bene) può determinare molteplici sintomi, tra i quali affanno, dolore toracico, sincope e congestione venosa. La diagnosi è clinica ed ecocardiografica e il trattamento, nelle forme più severe, è di tipo cardiochirurgico mediante sostituzione o riparazione: il Centro Cardiochirurgico di Ancona quest'anno eseguirà con tecniche mini invasive il 95% delle sostituzioni valvolari aortiche e il 65% degli interventi sulla valvola mitralica.



Quali sono le principali innovazioni della Cardiochirurgia mini invasiva in sala operatoria?

"Oggi facciamo interventi su tutte le valvole del cuore attraverso piccolissime incisioni di 4/5 cm che rispettano nel modo più assoluto il torace; abbiamo sviluppato anche delle tecniche piuttosto originali, come ad esempio l'approccio trans-ascellare, una piccola incisione effettuata sotto l'ascella (praticamente invisibile) attraverso cui ripariamo la valvola mitrale, la tricuspide e, in casi selezionati, anche la valvola aortica. Ma la mini invasività non si può ridurre al tipo e alle dimensioni dell'accesso. Un altro aspetto importante riguarda la circolazione extracorporea, una delle cause principali di complicanze post operatorie perché il cuore del paziente deve essere fermato e la circolazione sostituita da una macchina. Nel nostro Centro ad Ancona stiamo investendo molte energie nell'eseguire i nostri interventi con circolazione extracoroporee miniaturizzate (miniCEC) con importanti vantaggi clinici per i pazienti nel post-operatorio. Terzo aspetto, non meno rilevante, è che oggi abbiamo a disposizione protesi sutureless, protesi chirurgiche di ultima generazione che, per la loro semplicità di impianto, sono utili e apprezzate dal chirurgo quando ad esempio si trova a operare in piccoli spazi durante interventi mini invasivi.

Infine l'anestesia: in Cardiochirurgia i pazienti vengono normalmente svegliati dopo diverse ore e, nei casi peggiori, anche il giorno dopo. Noi invece lavoriamo per svegliarli già in sala operatoria, così da poter ridurre i tempi di intubazione e ventilazione meccanica, avere una valutazione del risultato finale già al termine dell'intervento e poterla comunicare immediatamente alla famiglia, ma soprattutto attivare fin da subito programmi di fisioterapia e riabilitazione già in terapia intensiva, immediatamente dopo l'intervento, riducendo i tempi di recupero e di ospedalizzazione. E questo è estremamente importante sia nel paziente anziano, che spesso ha altre patologie associate ed è quindi più fragile, sia in quello giovane che "scalpita" per tornare il prima possibile alla sua vita normale pre-intervento".

Questo aspetto, in particolare, ha importanti risvolti anche psicologici…

"Certamente. Con questo tipo di approccio, davvero io credo il più moderno e innovativo che si possa trovare in Cardiochirurgia, si può ristabilire già dopo un'ora dall'intervento un contatto diretto con i parenti, senza doverlo rimandare al giorno dopo. In questo modo da un lato si sgrava il familiare da una giornata o più di ansia e di attesa e nello stesso tempo il familiare stesso viene "utilizzato" per creare comfort e tranquillità al paziente che, al risveglio, si trova subito davanti la sua famiglia".

CONTATTI
Prof. Marco Di Eusanio
Direttore Dip. di Cardiochirurgia Centro Cardiovascolare Lancisi Università Politecnica delle Marche
Via Conca, 71 – Torrette, Ancona
Tel. Segreteria: 071 596 5353 – 071 596 5340
Mail: m.dieusanio@univpm.it

Questo Magazine è stato realizzato da GEDI Gruppo Editoriale non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Diabetici ad alto rischio e nuovi farmaci: un innovativo Progetto in Campania

CREARE AMBULATORI MULTIDISCIPLINARI DEDICATI AI DIABETICI A RISCHIO DI COMPLICANZE RENALI E CARDIOVASCOLARI PER PREVENIRE I DANNI D'ORGANO E DIFFONDERE L'UTILIZZO DEL FARMACO CANAGLIFLOZIN.

Prof. Luca De Nicola

Se è vero che insufficienza renale, eventi cardiovascolari e scompenso cardiaco sono le tre complicanze più gravi legate al Diabete Mellito di tipo 2, oggi abbiamo una nuova categoria di farmaci antidiabetici – gli SGLT2 inibitori e in particolare il Canagliflozin – con un'efficacia nefroprotettiva e cardiovascolare dimostrata e un ottimo profilo di sicurezza. A parlarcene il Prof. **Luca De Nicola**, nefrologo dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, che ci spiega anche come sia necessaria una maggiore conoscenza e diffusione di questa terapia nel nostro Paese. "Ho di recente partecipato, insieme ad altri 75 specialisti, al Meeting di Chicago organizzato dalla National Kidney Foundation, la Società Americana di Nefrologia, durante il quale è stata ribadita ancora una volta l'efficacia cardio e nefro protettiva degli SGLT2 inibitori sul danno d'organo, ossia nella prevenzione della dialisi, degli eventi cardiovascolari e dello scompenso cardiaco nei pazienti affetti da Diabete Mellito di tipo 2. È chiaro dunque che stiamo assistendo a un cambio epocale di rotta per cui se fino a poco tempo fa, nei pazienti diabetici, si controllava prevalentemente l'aspetto glicemico, oggi ci si concentra anche e soprattutto sulla prevenzione del danno d'organo. Purtroppo c'è ancora una scarsa implementazione di questi nuovi farmaci nella pratica clinica. In Italia, ad esempio, lo utilizza meno del 5% dei pazienti che potrebbero avere la prescrizione e la situazione non è molto differente nel resto del mondo".

Perché secondo lei?

"Se negli Stati Uniti è un problema di costi, in Italia la spiegazione è culturale: non c'è stato ancora quel cambio di rotta che porta a impostare la terapia di cura dei pazienti diabetici sulla prevenzione del danno d'organo anziché sul target glicemico. È quindi fondamentale diffondere al meglio le conoscenze su questi farmaci, soprattutto tra i medici diabetologici – principali prescrittori – per sfatare i timori degli effetti collaterali che potrebbero causare, in particolare le infezioni micotiche che possono essere tranquillamente prevenute mediante normali norme di igiene personale, o l'aumento della creatininemia che, invece, lo studio Credence ha dimostrato non esserci, perché, anzi questi farmaci sono nefro protettivi".

Come si può diffondere questa nuova cultura?

"Creando degli Ambulatori multidisciplinari con team di specialisti con competenze diverse – diabetologo, cardiologo, nefrologo, il medico di medicina generale e dedicati a questo sottogruppo importante di pazienti con Diabete Mellito di tipo 2 a rischio, che in questi Centri potrebbero essere visitati, presi in carico a 360° e vedersi prescritto il farmaco, prevenendo davvero una serie importante di complicanze. Ovviamente non è pensabile visitare tutti i malati di diabete in Italia, ma è sicuramente possibile selezionare quelli più a rischio di complicanze renali e cardiovascolari, attraverso semplici esami quali quello delle urine, per stimare la proteinuria e quello del sangue per la creatinina, e conoscerne la storia per capire se hanno già avuto un episodio cardiovascolare – scompenso cardiaco, ictus o infarto – che potrebbe ripetersi".

Oggi esistono in Italia Centri di Riferimento di questo tipo?

"Non ancora, ma a Napoli stiamo cercando di avviare un progetto di Ambulatorio multidisciplinare per il diabetico ad alto rischio, che partirà dopo l'estate, sotto l'egida del Dipartimento "Politiche del Farmaco" della Regione Campania diretto dal Dott. Ugo Trama e che speriamo favorisca la diffusione e l'implementazione dell'utilizzo di questa terapia e, in generale, di una nuova cultura nell'approccio al paziente diabetico. Serve un doppio lavoro di diffusione di informazione e di miglioramento culturale, affinché si passi da una strategia basata puramente sul controllo glicemico a una di prevenzione del danno d'organo".

IL DIABETE MELLITO

È una patologia in continua crescita, a causa dell'invecchiamento della popolazione, la riduzione dell'attività fisica e gli attuali stili di vita. Si stima che in Italia siano 2,2 milioni i soggetti con malattia renale cronica e, di questi, circa 650 mila hanno una nefropatia secondaria a diabete e di questi 13 mila sono in dialisi. Non solo: il paziente con malattia renale diabetica ha un elevato rischio di morte prematura per eventi cardiovascolari ed è proprio la complicanza renale ad aumentare questo rischio. Lo studio Credence, pubblicato nell'aprile del 2019, ha confermato l'efficacia nefro-protettiva e cardiovascolare del farmaco Canagliflozin per i pazienti diabetici a rischio.

CONTATTI

Luca De Nicola
Prof. di Nefrologia. Dip. di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate Università della Campania L. Vanvitelli-ASL NA1 Centro
Via M. Longo 50, 80138 Napoli
Tel. 081 2549405
Mail: luca.denicola@unicampania.it

6 Questo Magazine è stato realizzato da cs communication media & digital advertising GEDI Gruppo Editoriale non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

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

Amiloidosi Cardiaca: una malattia rara ma curabile

UNA DIAGNOSI PRECOCE E CORRETTA, IL RICONOSCIMENTO DELLA FORMA SPECIFICA E UN TRATTAMENTO ADEGUATO POSSONO PORTARE A IMPORTANTI PROGRESSI NELLA CURA DI QUESTA PATOLOGIA COMPLESSA.

Dott. Giorgio Vescovo

"L'Amiloidosi oggi è classificata fra le malattie rare" – spiega il Dottor **Giorgio Vescovo**, Cardiologo, con un PHD in Cardiac Medicine all'Università di Londra e Direttore dell'U.O. di Medicina Generale dell'Ospedale Sant'Antonio dell'USL 6 di Padova, un reparto orientato verso il cardiovascolare in cui si segue tutta la diagnostica cardiologica non invasiva di I e II livello – "anche se in Italia non conosciamo con esattezza i numeri, anche perché è una malattia complessa, dalle molte sfaccettature".

Dottore, cosa si intende per Amiloidosi?

"In generale si definisce Amiloidosi la deposizione extracellulare di una sostanza, l'Amiloide o proteina amilodica, in diversi organi. Ad oggi se ne conoscono 35 tipi, alcune più frequenti, altre più rare. Per inquadrare la malattia nel suo complesso, possiamo distinguerla in alcuni grandi gruppi: quella da catene leggere, che viene detta anche Amiloidosi AL, che è secondaria a malattie ematologiche ed è la più diffusa di tutte le Amiloidosi a proliferazione clonale. Quella AH, invece, dovuta a immunoglobuline da catena pesante, è una forma molto rara. Altro gruppo è quello delle Amiloidosi da transtiretina, una proteina prodotta dal fegato che è normalmente presente nel plasma perché trasporta l'ormone tiroideo e il retinolo. Di questo gruppo le più diffuse sono l'Amiloidosi di tipo ATTR, congenita, ereditaria e dovuta a una mutazione della proteina che si deposita negli organi, e quella Wild-Type, tipica dell'età avanzata e dovuta, invece, a un eccesso di produzione della stessa. Un terzo gruppo, infine, è quello della forma AA, che si ha solitamente in presenza di infiammazioni croniche, ad esempio nella tubercolosi, nell'artrite reumatoide, nella spondilite anchilosante, in certi tumori…".

Come si arriva alla diagnosi?

"Non è affatto semplice. Bisogna innanzitutto avere il sospetto clinico e quindi andare a cercare nei diversi organi il deposito di Amiloide. Il sospetto di solito viene perché c'è una familiarità, oppure se un paziente ha già un'alterazione del profilo ematologico delle immunoglobuline, oppure un plasmocitoma o ancora un'insufficienza renale non spiegata con una proteinuria, o infine se il paziente è in età avanzata. Non avendo dei marcatori specifici a livello ematico di Amiloide dobbiamo cercarla negli organi bersaglio e uno dei più facili da andare a prelevare è il grasso periombelicale. Il grasso prelevato viene colorato con un colorante rosso, chiamato Rosso Congo che, in presenza di depositi di Amiloide, illuminato al microscopio attraverso speciali filtri, diventa verde. A Padova abbiamo un gruppo che si occupa di Amiloidosi che riesce, con la microscopia elettronica e con una colorazione speciale che si chiama ImmunoGold, non solo a vedere la presenza di Amiloide nella biopsia ma anche a tipizzarla".

È sufficiente riconoscere la malattia e la sua forma?

"No a questo punto bisogna procedere con la diagnosi d'organo: a livello cardiaco si parte dall'elettrocardiogramma. Quello di un paziente con Amiloidosi mostra bassi voltaggi del QRS, segni pseudo infartuali e disturbi di conduzione atrioventricolare. Con questi parametri si procede a un ecocardiogramma, che di solito mostra un aumento della massa cardiaca e degli spessori delle pareti interne del ventricolo sinistro e del setto interventricolare e spesso anche caratteristiche di tipo granulare all'interno del ventricolo. Altri esami che possono far emergere l'interessamento cardiaco sono alcuni esami del sangue (NT-proBNP, BNP e troponina), che permettono di definire la gravità della malattia e di individuarla precocemente, ma anche la risonanza magnetica e, recentemente, la scintigrafia ossea con difosfonati".

Una volta giunti alla diagnosi quali cure ci sono oggi?

"Certamente il futuro sembra essere sempre più roseo, soprattutto per le nuove terapie farmacologiche disponibili. Per quanto riguarda l'Amiloidosi da trastiretina autosomica dominante il trattamento ideale è il trapianto di fegato, che però non si può fare su tutti i pazienti. In quelli che non possono essere trapiantati o negli anziani che hanno una trastiretina di tipo Wild-Type, vi sono dei nuovi farmaci – il più importante, approvato recentemente dall'EMA, è il Tafamidis – mirati a stabilizzare specificamente il tetramero di TTR così da impedire la frammentazione della proteina in monomeri e la sua precipitazione negli organi. Sono state anche sviluppate strategie per silenziare la TTR o l'RNA messaggero specifico per la transtiretina a livello epatico. C'è anche una attività di ricerca intensa su immunoterapia (vaccini, anticorpi sintetici). Per l'Amiloidosi AL, invece, il trattamento principale è la chemioterapia finalizzata a distruggere il clone di plasmacellule che produce la catena leggera. Una volta distrutto il clone, l'ideale sarebbe fare il trapianto di midollo. Anche in questo caso, nei pazienti in cui questo non può avvenire, si ricorre a nuove terapie farmacologiche per bloccare la catena leggera e questo sicuramente costituisce un terreno di sviluppo per il futuro. In caso di cardiopatia amiloidea dello scompenso di cuore, infine, il cardiologo seguirà le linee guida specifiche per il trattamento di questa patologia".

CONTATTI
Dott. Giorgio Vescovo
Direttore U.O. Medicina Generale Ospedale Sant'Antonio Azienda ULSS 6 Euganea
Via Facciolati, 71 - 35131 Padova
Tel. 049 8216763
Mail: giorgio.vescovo@sanita.padova.it

Questo Magazine è stato realizzato da cs communication GEDI Gruppo Editoriale non ha partecipato alla sua realizzazione e non ha responsabilità per il suo contenuto. Infoline +393913640816 servizioclienti@cscommunicationsrl.it

Amiloidosi Cardiaca: facciamo il punto

DIAGNOSI PRECOCE, UNA TERAPIA PERSONALIZZATA, CONTROLLO DELL'EFFICACIA DELLA TERAPIA PER INDIVIDUARE E CAMBIARE RAPIDAMENTE UN TRATTAMENTO INEFFICACE: QUESTI GLI ELEMENTI CHIAVE PER CURARE LA PATOLOGIA.

A parlarcene, il Professor **Michele Emdin**, Direttore UOC Cardiologia e Medicina Cardiovascolare della Fondazione G. Monasterio CNR-Regione Toscana e Professore Associato di Cardiologia dell'Istituto di Scienze della Vita della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Professore, cosa sono le Amiloidosi?

"Le Amiloidosi sono causate dall'accumulo di proteine prodotte dal nostro organismo, che si depositano negli organi vitali sotto forma di piccole fibre e li danneggiano. Si conoscono circa trenta tipi diversi di Amiloidosi, ciascuno causato da una diversa proteina e ognuno con una terapia differente. Le forme di Amiloidosi che più frequentemente coinvolgono il cuore in maniera significativa sono due: l'Amiloidosi AL e l'Amiloidosi da transtiretina (amiloidosi ATTR). È importante un buon inquadramento "caso per caso" che porti a una diagnosi eziologica precisa, data la variabilità della storia naturale e dei trattamenti tra le varie forme cliniche, che vanno da depositi asintomatici e malattia localizzata, fino a forme sistemiche rapidamente fatali che possono colpire più organi vitali contemporaneamente. Il danno degli organi colpiti è progressivo e passa da un'iniziale reversibilità a una compromissione più grave. Il cuore rappresenta uno degli organi bersaglio in cui più frequentemente l'amiloide si deposita, dando luogo alla cosiddetta "Amiloidosi Cardiaca".

A che punto è, oggi, lo studio dell'Amiloidosi Cardiaca?

"L'Amiloidosi Cardiaca è una condizione clinica ritenuta di raro riscontro che rappresenta oggi invece una sfida sempre più frequente per il cardiologo e per l'internista, in virtù delle nuove conoscenze acquisite negli anni più recenti che consentono una diagnosi precoce e non invasiva, la capacità di discriminare le forme eziologiche differenti e di instaurare un trattamento mirato, tramite l'utilizzo di nuovi strumenti quali ad esempio i biomarcatori e la diagnostica per segnale e per immagine".

Da cosa dipende il successo della cura?

"Sicuramente dalla precocità e dall'accuratezza della diagnosi. I sintomi dell'Amiloidosi Cardiaca sono legati al coinvolgimento del rene e del cuore e possono quindi rendersi evidenti con gonfiore delle gambe (edemi), difficoltà nella respirazione (dispnea) – in particolare sotto sforzo – e stanchezza. L'Amiloidosi Cardiaca si può riconoscere con l'ecocardiografia e con la risonanza magnetica e, nell'Amiloidosi ATTR, con una scintigrafia con difosfonati, la stessa utilizzata come "scintigrafia ossea". L'interessamento cardiaco si studia anche con esami del sangue (peptidi natriuretici cardiaci -NT-proBNP, BNP- e troponina) che permettono di individuare la malattia precocemente, di definirne la gravità, e definirla in termini di stratificazione prognostica".

Quali sono gli elementi chiave per una cura efficace?

"Gli elementi necessari per la cura dei pazienti con Amiloidosi sono una diagnosi precoce e corretta, basata su tecnologie adeguate; una terapia personalizzata adattata alle condizioni di ciascun paziente; uno strettissimo controllo dell'efficacia della terapia sia sullo scompenso cardiaco che ne deriva, sia sulla malattia di base – per le due forme più diffuse (AL e ATTR) oggi esistono opzioni concrete: chemioterapia, una nuova molecola, il Tafamidis, e altre in via di validazione – per mezzo di marcatori specifici, per individuare e cambiare rapidamente un trattamento inefficace".

Prof. Michele Emdin

Perché è importante rivolgersi a Centri di Riferimento?

"Perché in strutture specializzate, come la Fondazione G. Monasterio CNR-Regione Toscana di Pisa, dove opero insieme al Professor Claudio Passino, anch'egli Cardiologo dell'Istituto Scienze della Vita della Scuola Sant'Anna, esistono le tecnologie e l'esperienza adeguata per garantire una diagnosi e un trattamento efficace (Ambulatorio dedicato: 050 3152494), sia direttamente, sia grazie alla collaborazione con altri Centri di Riferimento quali l'Ematologia Universitaria di Pisa (diretta dal Prof. Petrini, Referente Prof. Buda), il Centro di Riferimento Regionale Toscano diretto dal Dott. Perfetto, la rete del Gruppo di Studio Italiano per l'Amiloidosi (coordinato dal Prof. Merlini) e altri Centri di Riferimento nazionali, fra tutti il Dipartimento di Cardiologia del Policlinico Sant'Orsola di Bologna diretto dal Prof. Rapezzi".

CONTATTI

Prof. Michele Emdin
Prof. Ass. malattie cardiovascolari, Istituto di Scienza della Vita Scuola Superiore S. Anna
Piazza Martiri della Libertà, 33, Pisa
Dir. UOC Cardiologia e Medicina Cardiovascolare
Fondazione G. Monasterio CNR-Regione Toscana
via G. Moruzzi 1, 56124, Pisa
Tel. 050 883738
Mail: michele.emdin@santannapisa.it emdin@ftgm.it

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

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