



# Sanità & Benessere

e focus

Le **ECCELLENZE**  
passano da noi



Prodotto editoriale di informazione con anche contenuti pubblicitari. Numero 11 - Dicembre 2018 - Magazine realizzato da CS Communication

## PREVIEW CARDIOVASCOLARE

Nuove frontiere  
diagnostiche e terapeutiche

## CHIRURGIA VERTEBRALE E SPINALE

Aspetti degenerativi  
e oncologici

## AMILOIDOSI E ARTRITE PSORIASICA

T Trattamenti innovativi  
e farmacologici



Centro Cardiologico Monzino



Humanitas Research Hospital



Fondaz. IRCCS Policlinico S. Matteo

# MALATTIE RARE

IL NOSTRO IMPEGNO PER COLORARE  
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.



[www.pfizer.it](http://www.pfizer.it)

# Editoriale

Cari Lettori, un altro anno ci saluta ed eccoci nuovamente con il nostro Magazine in uscita a pochi giorni dall'inizio delle festività natalizie. Nel nuovo numero abbiamo il piacere di ospitare, senza falsa modestia, il Gotha italiano e internazionale di due branche mediche di primaria importanza e casistica: il comparto cardiovascolare e la chirurgia vertebrale e spinale. Per la prima abbiamo introdotto una novità: l'anticipazione, attraverso una **Preview**, dello Speciale Cardiovascolare a 360° che pubblicheremo nel primo numero del 2019 e nel quale tratteremo, attraverso la voce e l'esperienza di Medici e Strutture di riferimento, la maggior parte delle patologie di questo settore. Danno appuntamento ai lettori medici di fama assoluta, non solo per la bravura e la considerazione che hanno ai massimi livelli, ma altresì per una casistica e una continua ricerca di innovazione tecnologica e scientifica che il panorama medico tutto ci invidia.

Parliamo del **Prof. Riccardo Cappato**, Aritmologo ed Elettrofisiologo presso l'IRCCS Istituto Clinico Humanitas di Rozzano e Consulente per la stessa attività presso l'Humanitas Gavazzeni di Bergamo; del **Prof. Gianfranco Sinagra** dell'Azienda Ospedaliera di Trieste, Professore Associato di Cardiologia e Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato vascolare della Università di Trieste; del **Prof. Antonio Bartorelli**, Ordinario di Cardiologia e Coordinatore della Cardiologia Interventistica presso il Centro Cardiologico Monzino di Milano e del **Prof. Mario Carminati**, Cardiologo pediatrico e Congeniti Adulti presso l'Ospedale IRCCS Policlinico San Donato.

Altre illustri presenze ci introducono nel mondo della Chirurgia Vertebrale e Spinale: dal **Prof. Maurizio Fornari** di Humanitas, che ci parla delle Patologie Degenerative della Colonna, al **Prof. Alessandro Gasbarrini** dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna che ci aggiorna in merito alle terapie oncologiche sempre più personalizzate, fino al **Prof. Massimo Balsano** dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona che analizza il tema della scoliosi.

L'obiettivo è condividere con voi l'importanza di affidarsi a Strutture e Professionisti scelti, in grado di rispondere concretamente – per competenze personali e tecnologie d'avanguardia a disposizione – alle esigenze di ciascuno di noi, per se stesso e per i propri cari.

Nelle pagine del Magazine troverete inoltre approfondimenti in altri settori della medicina, con interviste a Professionisti di dermatologia, urologia... senza dimenticare che il nostro sito [www.sanitaebenessere.it](http://www.sanitaebenessere.it) è sempre aggiornato con comunicati stampa di Istituzioni e Assessorati dedicati alla Sanità, e News sui continui progressi della Ricerca in campo medico.

Non ci resta che augurarVi una buona lettura, un Natale sereno e darvi appuntamento al 2019!

**A. Argenta**

## Sommario

### Primo Piano

- Preview Cardiovascolare, Prof. Gianfranco Sinagra **2**
- Preview Cardiovascolare, Prof. Riccardo Cappato **3**
- Preview Cardiovascolare, Dott. Mario Carminati **4**
- Preview Cardiovascolare, Prof. Antonio Bartorelli **5**

### A proposito di...

- Cardiologia, Prof. Stefano Perlini **6**

### Focus

- Chirurgia vertebrale e spinale, Prof. Maurizio Fornari **7**
- Chirurgia vertebrale e spinale, Prof. Massimo Balsano **8**
- Chirurgia vertebrale e spinale, Prof. Alessandro Gasbarrini **9**

### Parliamo di...

- Urologia, Dott. Paolo Beltrami **10**

### A tu per tu con...

- Reumatologia, Dott. Andrea Delle Sedie **11**
- Diabetologia, Prof. Bruno Solerte **12**
- Dermatologia, Dott. Massimo Gattoni **13**



**Responsabile di Progetto**  
Stefano Cucchiari  
**Responsabile Customer Care**  
Roberta Valsecchi  
[www.cscommunication.it](http://www.cscommunication.it)

**f Sanità&Benessere efocus**

**Business Editor**  
Aurora Argenta  
[aurora.argenta@cscommunication.it](mailto:aurora.argenta@cscommunication.it)

**Responsabile Redazione**  
Francesca Pavesi  
[redazione@cscommunication.it](mailto:redazione@cscommunication.it)

**Giornalisti**  
Elisabetta Piccini  
[redazione@cscommunication.it](mailto:redazione@cscommunication.it)

**Grafica ed impaginazione**  
QG Project di Gulyas Monika  
Alessandro Villa  
[info@qgproject.it](mailto:info@qgproject.it)

**Stampa**  
Mediagraf S.p.A.  
[www.mediagrafspa.it](http://www.mediagrafspa.it)  
[www.printbee.it](http://www.printbee.it)

**Foto copertina**  
© Watchara Khamphonsaeng/123RF

# Scompenso cardiaco: facciamo il punto con il Professor Sinagra dell'A.O. di Trieste

*La struttura giuliana è un centro d'eccellenza per la cura delle patologie cardiologiche, ma anche per le attività didattiche e di ricerca avanzata*

La S.C. di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera di Trieste fa parte del Dipartimento ad Attività Integrata Cardiotoracovascolare, insieme alle S.C. di Cardiochirurgia, Chirurgia toracica, Cardiovascolare e Medicina dello Sport, Pneumologia e Chirurgia Vascolare. Nel dipartimento – che può contare su 78 medici, 200 unità infermieristiche e 70 unità di supporto – si svolge inoltre un'importante attività didattica per Corsi di Laurea, Scuole di Specializzazione post laurea, Master e Dottorati e di Ricerca, in particolare nel campo dello Scompenso e Medicina Rigenerativa e di precisione in collaborazione con l'International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology. È il Prof. **Gianfranco Sinagra**, Direttore del Dipartimento, Professore Ordinario di Cardiologia e Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie Cardiovascolari dell'Università di Trieste, a presentarci la struttura e a fare il punto sul tema dello scompenso.



Prof. Gianfranco Sinagra

**Il Prof. Sinagra dà appuntamento ai lettori di Sanità&Benessere sul prossimo numero in uscita a marzo/aprile, con un approfondimento sulle malattie cardiovascolari**

“Sicuramente nostri punti di forza sono la cura delle cardiopatie ischemiche, il trattamento dei difetti strutturali e congeniti e delle insufficienze mitraliche, ma anche il nostro programma avanzato di interventi mininvasivi, soprattutto nei confronti di una popolazione sempre più anziana con malattie associate. Ma il fiore all'occhiello della nostra cardiologia è senza dubbio il trattamento di un gruppo di malattie, le cardiomiopatie, che riguardano un difetto primitivo del muscolo cardiaco. Per questo tipo di patologia abbiamo sviluppato un Registro Internazionale ed un avanzato sistema di diagnostica (con la possibilità di eseguire biopsie endomiocardiche), di terapia e follow up con la possibilità di eseguire

l'insorgenza e l'evoluzione della malattia.

## Uno degli aspetti con cui si può manifestare la cardiomiopatia è lo scompenso cardiaco...

Esattamente. Lo scompenso è conseguente alla disfunzione miocardica ed è una manifestazione tipica delle cardiomiopatie, insieme alle aritmie e alla morte improvvisa. Tra i pazienti che soffrono di miocardiopatie, ad andare verso lo scompenso sono soprattutto i giovani, coloro che hanno dei casi nella sfera familiare e che talvolta si caratterizzano per decorsi sfavorevoli. Ma lo scompenso è la via finale comune di molte altre malattie, diverse tra loro che si manifestano con sintomi e segni specifici che indicano un'incapacità del cuore di garantire il flusso di sangue coerente con i bisogni metabolici dei tessuti e la loro corretta ossigenazione. Quindi le cardiomiopatie sono una delle cause dello scompenso ma ne esistono molte

altre e con esse molti approcci differenti di trattamento.

## Quali sono i principali?

Possiamo evidenziarne tre: una prima fascia è il trattamento specifico della causa che ha generato lo scompenso; una seconda fascia è quella dei trattamenti trasversali perché tutte le cardiopatie con scompenso a cuore dilatato necessitano di essere trattate con alcuni farmaci che migliorano la sopravvivenza, quali ad esempio gli ACE inibitori, gli antialdosteronici, gli ARNI, i betabloccanti, i diuretici, quando necessari; e una terza fascia è quella delle terapie non farmacologiche, ossia delle protesi per gestire i problemi di tipo elettrico o meccanico (defibrillatore, pacemaker biventricolare, clip mitralica, protesi TAVI per la valvulopatia aortica...). Nel trattamento dello scompenso, infine, è fondamentale tenere presente tutte le comorbilità che possono influenzare l'espressione e l'evoluzione dello scompenso stesso. Gli scopi della terapia non sono gli stessi per tutti i pazienti a tutte le età: possono prolungare la vita del paziente e migliorarne la qualità. Alcuni trattamenti come ad esempio, quelli per la carenza di ferro, possono migliorare funzioni cellulari critiche per la produzione di energia cellulare nei muscoli scheletrici e cardiaci con ripercussioni positive sulla sintomatologia e autonomia funzionale del paziente. Rimane fondamentale la ricerca clinica e lo sforzo di massima caratterizzazione e personalizzazione dei trattamenti. 🌐

## Prof. Gianfranco Sinagra

Dipartimento ad Attività Integrata Cardiotoracovascolare  
Azienda Sanitaria Universitaria di Trieste  
via Pietro Valdoni 7, Trieste  
Tel: 040 3994477  
Email: cardiologia@asuits.sanita.fvg.it

# La gestione della prevenzione dell'ictus nella fibrillazione atriale

*Il Professor Riccardo Cappato, cardiologo dell'Istituto Humanitas, ci parla in anteprima di nuovi farmaci anticoagulanti orali e ablazione transcateretere*

**L'**aritmia atriale è una patologia molto diffusa al mondo: basti pensare che una persona su 4 ne ha sofferto almeno una volta nella vita, spesso senza essersene reso conto. Ad oggi purtroppo le dinamiche della fibrillazione atriale restano un grande mistero per la medicina. Fino a poco tempo fa, per curarla, veniva utilizzata una terapia farmacologica che tuttavia era un palliativo, perché andava a stabilizzare l'aritmia ma non ne guariva le cause. Oggi esiste una nuova tecnica, messa a punto nel 2000 ma, che ha rivoluzionato l'approccio alla cura di questa patologia: l'ablazione transcateretere (eseguita con un catetere introdotto nel cuore per la sola durata dell'intervento e poi rimossa). Ne parliamo con il Professor **Riccardo Cappato**, Responsabile del Centro di Ricerca di Aritmologia ed Elettrofisiologia presso l'IRCCS Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI), e Consulente di cardiologia presso le cliniche Gavazzeni.

## Professore, cos'è l'ablazione atriale e quali vantaggi porta al paziente?

L'ablazione è una tecnica non complessa, articolata e delicata che permette una modifica del substrato attraverso un catetere che "scotta" o "raffredda" le aree interessate dall'aritmia creando delle cicatrici che a loro volta creano una barriera alle onde elettriche che causano l'aritmia stessa. L'efficacia di questa tecnica ad oggi non è assoluta ma è comunque superiore alle altre terapie e, se non guarisce, comunque rallenta il disturbo e migliora quindi la qualità di vita del paziente. Si tratta di una tecnica assolutamente mininvasiva – in assenza di complicanze, i pazienti possono far ritorno a casa dopo un paio di giorni e riprendere le loro attività quotidiane, con pieno recupero funzionale dopo circa una settimana – ma, vista la complessità dell'esecuzione, può essere necessario ripetere la procedura 2 o 3 volte in modo da stabi-



Prof. Riccardo Cappato

lizzare la cicatrice negli anni. I limiti di questa tecnica sono legati alla sua buona riuscita, che si attesta su un 50% di guarigione totale dopo il primo intervento, 70% dopo due procedure e 85% dopo tre. Come abbiamo detto, comunque, anche chi non guarisce del tutto, dopo la procedura sta meglio, perché le cicatrici attenuano la spinta aritmica. E già questo è un risultato importante.

## Da cosa dipende la buona riuscita della procedura?

Essenzialmente dalla capacità del cardiologo nell'eseguire il processo, che si compone di 5 fasi, tutte importanti e che vanno curate nei minimi dettagli senza trascurarne nessuna: la selezione dei pazienti, la preparazione degli stessi, l'esecuzione dell'intervento, le fasi di monitoraggio successive all'intervento e, infine, il follow up con i trattamenti terapeutici necessari per proteggere il paziente ancora per qualche mese prima della loro completa sospensione. È necessaria quindi un'arte multivariegata e competenze di natura sia clinica che operatoria per arrivare alla perfezione della procedura.

## Quali sono i rischi legati a questa procedura?

Sono molteplici, ma uno dei più frequenti è sicuramente quello della formazione di trombi all'interno del cuore che poi possono migrare ostruendo le arterie e possono causare un ictus. Per ridurre al minimo (oggi si parla di un valore dello 0,3%) il rischio di episodi tromboembolici e conseguenti ictus in pazienti sottoposti ad ablazione, è necessario predisporre i pazienti alla procedura, sottoponendoli ad una terapia anticoagulante orale prima della procedura e fino al giorno stesso dell'intervento.

Dopo la procedura e in base al successo ottenuto, si potrà valutare se proseguire o sospendere la terapia anticoagulante. Oggi esistono 4 farmaci anticoagulanti orali, di nuova generazione (come ad esempio il rivaroxaban), tutti testati, sicuri e ancora più efficaci rispetto a quelli classici e che, soprattutto, comportano un bassissimo rischio di ictus. La gestione combinata della procedura di ablazione e di una terapia farmacologica con i nuovi anticoagulanti può essere quindi la strada giusta per proteggere il paziente con fibrillazione atriale dal rischio di ictus.

ban), tutti testati, sicuri e ancora più efficaci rispetto a quelli classici e che, soprattutto, comportano un bassissimo rischio di ictus. La gestione combinata della procedura di ablazione e di una terapia farmacologica con i nuovi anticoagulanti può essere quindi la strada giusta per proteggere il paziente con fibrillazione atriale dal rischio di ictus.

## Il futuro?

Estendere questa procedura a un numero maggiore di ospedali ma soprattutto arrivare ad avere alcuni centri d'eccellenza, anche pochi, ma in cui sia veramente possibile ridurre i rischi di complicanze e ottimizzare i livelli di successo.

Il Prof. Cappato da appuntamento ai lettori di "Sanità&benessere" sul prossimo numero del Magazine in uscita a marzo/aprile, con un approfondimento sulle patologie cardiovascolari

## Prof. Riccardo Cappato

Istituto Clinico Humanitas  
Via Alessandro Manzoni, 56, 20098  
Rozzano (MI), Italy  
Tel. 02.82244005  
<https://www.riccardocappato.it/>  
Email: [riccardo.cappato@humanitas.it](mailto:riccardo.cappato@humanitas.it)

# Bambini e cuore, come risolvere i difetti interatriali

*Quali device utilizzare per risolvere le cardiopatie congenite in modo efficace*

**A**nche il cuore dei bambini può aver bisogno di cure; è importante sottoporli a screening periodici che possano permettere di individuare in tempo cardiopatie congenite semplici ma spesso asintomatiche. Un discorso a parte meritano invece le cardiopatie congenite più complesse che sono sintomatiche e vengono diagnosticate nel primo anno di vita. Di alcuni difetti congeniti parliamo con il Dottor **Mario Carminati**, Responsabile dell'Unità Operativa di Cardiologia Pediatrica e Congeniti Adulti presso l'Ospedale I.R.C.C.S. Policlinico San Donato (Milano).

## Professor Carminati, cosa s'intende con difetti interatriali?

Il difetto interatriale consiste in un buco nel setto che divide le due camere superiori del cuore, l'atrio destro e quello sinistro. Questo setto divide il sangue venoso che ritorna dal corpo all'atrio destro dal sangue arterioso che ritorna all'atrio sinistro passando dai polmoni. In presenza di un difetto interatriale il sangue carico di ossigeno si mescola con il sangue venoso causando un sovraccarico di volume delle sezioni destre del cuore. I bambini con un difetto interatriale raramente hanno sintomi. Sono normalmente attivi, con appetito e regolare curva di crescita. E' però importante chiudere la comunicazione fra i due atri, perchè il sovraccarico di volume è destinato con elevata probabilità a causare sintomi in età adulta, quali scompenso cardiaco o ridotta tolleranza allo sforzo e aritmie. Chiudere il difetto prima dell'età adolescenziale permette di prevenire complicazioni tardive.

## Che cos'è l'ostium secundum?

E' il tipo più frequente di difetto interatriale. Si tratta di un foro nel setto interatriale che permette al sangue di



Dott. Mario Carminati

passare dall'atrio sinistro a quello destro. Il forame ovale pervio invece consiste nel mancato accollamento della membrana della fossa ovale, la parte più sottile del setto interatriale, alla parte muscolare del setto interatriale stesso. Il sangue in questo caso può passare dall'atrio destro a quello sinistro; ciò non ha rilevanza emodinamica importante, ma in caso di presenza di un trombo in atrio destro può permetterne il passaggio in atrio sinistro e quindi nella circolare "sistemica" e arrivare ad esempio in un'arteria cerebrale, causandone l'occlusione e la conseguente ischemia. Questo meccanismo di "embolia paradossa" è la causa più probabile di un'ischemia cerebrale criprogenica, specie se avviene in una persona molto giovane, senza altri fattori di rischio cardiovascolare.

**Quali sono i dispositivi medici per la chiusura di questi difetti e qual è il materiale più sicuro da utilizzare per questo tipo di trattamento?**

Esistono diversi dispositivi che permettono di risolvere i difetti interatriali. Attualmente circa l'80% dei pazienti con questa condizione può essere trattato con il posizionamento di un "ombrellino" sul setto interatriale attraverso un tubicino inserito nella vena femorale. "L'ombrellino" è contenuto nel catetere e, una volta raggiunta la giusta posizione a livello del setto interatriale, viene aperto occludendo in modo definitivo il difetto, senza necessità di aprire il torace e il cuore e chiudere il difetto utilizzando la macchina cuore-polmoni come avviene con l'intervento chirurgico convenzionale.

Fra i dispositivi più utilizzati c'è l'**Amplatz**, di cui la letteratura medica ha confermato la sicurezza e il **GORE CARDIOFORM Septal Occluder**. Quest'ultimo è composto da 5 fili metallici ricoperti

da una membrana, il "gore-tex", usato anche in tante altre applicazioni. Il gore-tex rende il dispositivo morbido e più adattabile ad ogni tipo di anatomia.

## Di patologie cardiache congenite parleremo ancora Professore?

Certamente. Molte sono le informazioni da condividere con i lettori sulle novità in ambito di cardiologia pediatrica e non solo. Avremo modo di parlarne approfonditamente nello speciale sulla cardiologia in edicola la prossima primavera.



## Dott. Mario Carminati

Direttore del dipartimento di Cardiologia Pediatrica e Congeniti Adulti presso I.R.C.C.S Policlinico San Donato  
Tel: 02-52774531  
Email: info.psd@grupposandonato.it

# Il Monzino di Milano, un centro d'eccellenza per la cura delle malattie cardiovascolari

*Tecnologie innovative, rapporto diretto medico-paziente e collaborazione tra équipe fanno di questa struttura un punto di riferimento per i pazienti di tutto il mondo*

**È** il Professor **Antonio Bartorelli**, Ordinario di Cardiologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano e Coordinatore della Cardiologia Interventistica presso il Centro Cardiologico Monzino di Milano, a presentarci la struttura e a raccontarci perché, a ragione, è conosciuta a livello mondiale.

La Cardiologia Interventistica del Monzino è nota ai pazienti milanesi, lombardi e di tutte le regioni d'Italia, con un volume di casi decisamente elevato. Basti solo pensare che siamo il laboratorio che esegue più angioplastiche coronariche di tutto il Paese, con risultati, anche nelle condizioni più critiche come l'infarto miocardico acuto, decisamente molto positivi. L'angioplastica coronarica viene, infatti, effettuata in condizioni elettive quando il paziente ha un'indicazione anatomica e clinica, ma anche in condizioni di emergenza e di massima criticità, quando il paziente arriva con un infarto miocardico per un'occlusione acuta di una coronaria. In questo caso l'angioplastica coronarica con l'inserimento di uno stent, salva il cuore e spesso anche la vita del paziente. E, in effetti, gli stent sono la base della Cardiologia Interventistica.

## Cosa sono gli stent?

Sono piccole protesi di leghe metalliche che vengono inseriti nelle arterie ostruite per dilatarle e mantenerle aperte nel tempo. La loro evoluzione è stata esponenziale, passando dai primi stent, che erano delle semplici microprotesi con una funzione



Prof. Antonio Bartorelli

**Il Prof. Bartorelli da appuntamento ai lettori di "Sanità&benessere" sul prossimo numero del Magazine in uscita a marzo/aprile, con un approfondimento sulle patologie cardiovascolari**

unicamente meccanica di supporto dell'arteria, agli stent medicati che diffondono nella parete dell'arteria farmaci anti-proliferativi che hanno significativamente ridotto il rischio di richiusura del vaso e sono andati incontro ad una evoluzione continua che ne ha migliorato la sicurezza e l'efficacia. È sulla base della tecnologia e dell'esperienza accumulata con gli stent vascolari che si sono successivamente sviluppate altre tecnologie innovative e mini invasive come quella utilizzata oggi per l'impianto non chirurgico delle valvole cardiache.

## Come è possibile impiantare una valvola cardiaca senza chirurgia?

È possibile grazie ad una straordinaria tecnologia introdotta circa 10 anni fa. La tecnica è appunto simile a quella utilizzata per impiantare uno stent. La valvola protesica è di natura biologica e viene montata su un catetere che è introdotto nell'arteria femorale attraverso una piccola incisione. Il catetere è avanzato fino alla valvola aortica ristretta e disfunzionante dove la nuova valvola viene impiantata. Ovviamente per inserire questo tipo di dispositivi sono necessari cateteri di dimensioni maggiori rispetto a quelli utilizzati per gli stent coronarici ma oggi vengono usate tecniche innovative per la chiusura della breccia arteriosa senza dover ricorrere a suture chirurgiche. Questi dispositivi si basano, infatti, su patch che vengono applicati sulla breccia per ottenere l'emostasi e bloccare il sanguinamento e, nel tempo, essendo costituiti da un polimero biorassorbibile, scompaiono

completamente. Ovviamente, questo nuovo approccio di trattamento delle valvole cardiache ha per il paziente tutti i vantaggi della mini invasività.

## Tornando al Monzino, qual è il fiore all'occhiello dell'Unità che dirige?

Sono molteplici. La Cardiologia Interventistica si distingue innanzitutto per il rapporto con il paziente. A differenza di altre realtà, i medici della nostra Unità Operativa seguono il paziente anche in reparto e spesso lo hanno già visto anche in ambulatorio e, pertanto, ne hanno già una conoscenza diretta. Un importante aspetto è che il paziente conosce il medico che lo opererà e da lui ha ricevuto tutte le informazioni riguardo a quello a cui andrà incontro e agli aspetti salienti dell'intervento. Altro punto di forza è il fatto che non ci sono contrasti tra cardiologi interventisti e cardiocirurghi: al limite possono capitare delle sovrapposizioni sugli aspetti operatori perché pazienti che operiamo noi potrebbero essere operati anche in Cardiocirurgia e viceversa ma la decisione finale sul tipo di intervento più indicato per il paziente viene prese di comune accordo. Nel nostro centro, infatti, vige la regola che la scelta del tipo di un determinato intervento è fatta in base alla situazione clinica e anatomica di ciascun paziente. Infine, un altro aspetto importante, è che al Monzino non abbiamo mai lesinato sui dispositivi utilizzati per trattare i pazienti: la scelta è sempre per i migliori e per quelli che hanno dato garanzie maggiori di sicurezza ed efficacia, anche a fronte di un costo un po' più elevato. È un investimento sul nostro futuro.



**Prof. Antonio Bartorelli**  
Coordinatore Cardiologia Interventistica  
Centro Cardiologico Monzino  
Via Carlo Parea, 4, Milano  
Tel: 02 58002391  
Email: antonio.bartorelli@ccfm.it

# Amiloidosi cardiaca: diagnosi corretta e rapida e utilizzo di nuovi farmaci per la cura dei pazienti

*A parlarcene, il Prof. Stefano Perlini, Cardiologo del Centro per lo Studio e la Cura delle Amiloidosi Sistemiche del Policlinico San Matteo di Pavia e Professore Associato dell'Università*

## Professore, cosa sono le amiloidosi?

Le amiloidosi rappresentano un ampio gruppo di malattie rare caratterizzate dal deposito patologico di materiale proteico insolubile, l'amiloide, che risultando altamente tossica può danneggiare quasi tutti i tessuti e gli organi. In generale il cuore è uno degli organi "bersaglio" in cui più frequentemente si deposita l'amiloide. Ad oggi si conoscono numerose tipologie di amiloidosi, causate dal deposito di diverse proteine. Quelle che più frequentemente coinvolgono il cuore sono: l'amiloidosi sistemica di tipo AL, che è causata da un clone plasmacellulare che produce catene leggere amiloidogeniche e che risponde a specifici trattamenti chemioterapici volti a rallentare o arrestare la produzione della proteina che dà origine ai depositi; l'amiloidosi ereditaria dovuta all'accumulo di transtiretina, proteina prodotta dal fegato, che in seguito a mutazioni puntiformi può diventare amiloidogenica e depositarsi nei diversi organi e tessuti, con particolare predilezione per il sistema nervoso periferico ed autonomo, oltre che per il cuore; e infine una forma sempre dovuta all'accumulo di transtiretina non mutata (un tempo definita come amiloidosi sistemica senile e attualmente denominata da transtiretina "wild-type"). Il riconoscimento precoce della malattia e la sua precisa tipizzazione è fondamentale per poter iniziare in modo tempestivo la terapia corretta.

## Come si riconosce una forma di amiloidosi cardiaca?

Da un punto di vista della diagnosi strumentale, i primi segnali sono rappresentati da un aumento dello spessore della parete miocardica, non spiegato da ipertensione arteriosa o da un'altra cardiopatia, associato ad una riduzione dei voltaggi registrati dall'elettrocardiogramma (i cosiddetti "bassi voltaggi"). Il mio consiglio è quindi quello che i cardiologi che si trovano di fronte a ipertrofia non



Prof. Stefano Perlini

spiegabile debbano subito prendere in considerazione l'amiloidosi, che oggi è trattabile, dal momento che finalmente abbiamo una serie di opportunità terapeutiche che possono migliorarne sensibilmente la prognosi.

## Quali sono gli aspetti di diagnostica da tenere presenti?

Non bastano solo l'ecocardiografia e l'elettrocardiogramma, ma sono necessari innanzitutto dei marcatori di danno cardiaco, in particolare il BNP e l' NT-proBNP, che sono utilissimi soprattutto nella diagnosi della forma AL ma anche nelle altre forme. In tutti i casi, ci aiutano anche a stabilire la gravità della malattia, la sua prognosi ed il grado di risposta al trattamento. Altri esami strumentali molto importanti sono rappresentati dalla risonanza magnetica e dalla scintigrafia miocardica con particolare traccianti. Occorre anche un prelievo istologico per tipizzare con precisione la forma di amiloidosi. A livello ecocardiografico vanno tenuti presenti aspetti quali la presenza di una piccola falda di versamento pericardico, un aumento dello spessore delle pareti ventriculari del setto interatriale, un ispessimento sproporzionato dei lembi della valvola atrioventricolare, un'ipertrofia del ventricolo destro. Infine, ci sono ulteriori aspetti che possono destare sospetti

quali ad esempio le alterazioni della contrattilità longitudinale del ventricolo sinistro, oltre alla presenza di fattori extra cardiaci – le cosiddette "red flags" – quali ad esempio la presenza della sindrome del tunnel carpale, una neuropatia, la stenosi del canale lombare.

## Qual è la terapia prevista?

Esistono ormai diverse possibilità di trattamento. Per quanto riguarda la forma di amiloidosi da transtiretina mutata fino a poco tempo fa l'unica soluzione era il trapianto di fegato. Oggi invece ci sono dei nuovi farmaci come diflunisal, tafamidis o inibitori della produzione della proteina, che si sono dimostrati efficaci nel ridurre o nel far regredire la neuropatia migliorando la prognosi e la capacità funzionale dei pazienti. Tali farmaci, applicabili anche alle forme da transtiretina wild-type, stanno letteralmente rivoluzionando il nostro approccio alla malattia, analogamente a quanto fatto dalle diverse forme di chemioterapia e dal trapianto di midollo nel caso delle amiloidosi AL. È molto importante, quindi, che i cardiologi siano coscienti di questa possibilità e che la diagnosi, pur non essendo semplice, sia corretta e rapida. I centri di riferimento – coordinati dalla Società Italiana di Amiloidosi grazie al lavoro eccezionale ed alla competenza del Prof. Giampaolo Merlini – sono a disposizione per un supporto alla diagnosi ed è fondamentale che i medici facciano rete tra loro. Le possibilità oggi sono notevoli ed è per questo che il mondo della amiloidosi è in fermento: una diagnosi precoce e corretta e un alto livello di attenzione possono davvero fare la differenza nel curare questa patologia".

### Prof. Stefano Perlini

Medicina Interna, Centro per la Diagnosi e Cura delle Amiloidosi Sistemiche (Direttore: Prof. Giovanni Palladini)  
Fondazione Policlinico San Matteo  
Pavia  
Email: stefano.perlini@unipv.it

# Le patologie degenerative della colonna

*Facciamo il punto con il Prof. Maurizio Fornari, Responsabile dell'U.O di Neurochirurgia Cranica e Spinale dell'Istituto Humanitas*

## Professore, quali sono le patologie più frequenti della colonna?

Facciamo innanzitutto una breve premessa su cos'è la colonna, per poi capire cosa, di essa, vada più facilmente incontro a malattie. La colonna è uno "strumento" meraviglioso che deve garantire all'uomo la stazione eretta e quindi la possibilità da un lato di camminare e correre e, dall'altro, di usare gli arti superiori ossia l'intelligenza. Non è una struttura autoportante, bensì una tenso struttura mantenuta in posizione eretta antigravitaria dall'attività sinergica di tutto il sistema muscolare che la circonda. Svolge due funzioni fondamentali: la prima è quella biomeccanica, che permette l'utilizzo degli arti inferiori e superiori, la seconda di contenitore di una parte fondamentale del sistema nervoso centrale – il midollo spinale – e di quello periferico, ossia le radici nervose che poi si uniscono a formare i nervi periferici. Fatta questa premessa, possiamo rispondere alla domanda iniziale: ciò che va più facilmente incontro a patologie è la parte che si usura maggiormente, ossia i dischi. Le patologie del disco sono sicuramente le più diffuse e consistono in una deformazione o una rottura del disco, che può arrivare a generare protusioni o ernie vere e proprie. Possono manifestarsi in qualunque fase della vita, talvolta in maniera acuta anche in età giovanile, per traumatismi sportivi. È molto frequente ad esempio nei giovani che praticano pallavolo, pallacanestro e sport di salto.

## Come si trattano queste patologie?

Rispetto a una patologia del disco lombare, un segmento sempre in movimento, l'atteggiamento solitamente è conservativo, perché in molti casi questo disco è in grado di auto ripararsi. Il segmento toracico, invece, raramente è soggetto



Prof. Maurizio Fornari

a patologie, perché è praticamente immobile e quindi soggetto a carichi poco elevati, mentre quello cervicale ha molto meno carico di quello lombare ma ancor più movimento, quindi anche qui si possono riscontrare patologie dei dischi.

## Cosa sono, invece, le patologie degenerative?

Si tratta di patologie non più legate alla rottura in acuto di una struttura giovane come può essere il disco bensì legate alle curve che caratterizzano la colonna garantendole la stazione eretta e che, inesorabilmente, interessano prima o poi tutti noi. I fenomeni più frequenti sono l'invecchiamento o l'abbassamento dei dischi e il consumo da usura dei dischi dato dal sovraccarico da movimento, alla lunga, tendono a generare discopatie croniche e un restringimento del canale lombare o cervicale, la cosiddetta stenosi. A livello lombare dà solo disturbi articolari, mentre a livello cervicale può generare mielopatia. Gli step successivi della catena generativa sono la perdita di allineamento prima delle vertebre e poi di tutta la colonna, la deformazione e lo sbilanciamento, fino ad arrivare alla spondilolistesi, alla scoliosi degenerativa

e allo sbilanciamento sagittale.

## In questi casi è sempre necessario l'intervento chirurgico?

Absolutamente no. Nel caso della stenosi del canale lombare che dà la claudicatio e in quello del canale cervicale che dà la mielopatia, sicuramente c'è indicazione a operare, perché c'è una compressione delle strutture nervose. Se, viceversa, la patologia non dà un grosso interessamento delle radici nervose ma soltanto forti dolori, l'indicazione è alla cautela, prendendo in considerazione prima di tutto la terapia conservativa, di tipo medico o fisiatrico; se poi la patologia, ancorché solo dolorosa o senza implicazioni neurologiche, diventa invalidante, allora si passa all'intervento di chirurgia riparativa della colonna rigenerata per il ripristino dell'allineamento, della morfologia o del bilanciamento. In questi casi l'utilizzo di tecnologie innovative e d'avanguardia in sala operatoria fa la differenza, perché riduce moltissimo la durata dell'intervento e quindi il traumatismo globale del paziente, gli errori di precisione della procedura, favorisce l'accuratezza e la velocità, con risultati nettamente superiori in termini di durata di degenza clinica e decorso post operatorio. Il futuro prossimo sarà quello dell'introduzione di robot, che renderanno gli interventi ancora più veloci, efficaci e meno traumatici a tutto vantaggio del paziente. Data la delicatezza della neurochirurgia spinale, il mio consiglio è sempre quello di scegliere strutture d'eccellenza in grado di dare le migliori garanzie tecnologiche, oltre che di assistenza.



### Prof. Maurizio Fornari

Responsabile di Unità Operativa  
Neurochirurgia  
Istituto Humanitas  
Via Alessandro Manzoni, 56  
20089 Rozzano, MI  
Tel: 02 8224 8201  
<https://www.humanitas.it>

# Diagnosi e cura della scoliosi: ne parliamo con il Prof. Balsano

*Oggi sono molte le tecniche avanzate di intervento, ma la conoscenza e la diagnosi precoce restano fondamentali per scegliere il trattamento più corretto*

La scoliosi è una patologia che colpisce circa il 4% della popolazione, con evoluzioni e trattamenti diversi a seconda che si tratti di bambini, adolescenti o adulti. A parlarci di questa patologia e delle tecniche oggi a disposizione dello specialista per curarla è il Professor **Massimo Balsano**, Chirurgo ortopedico specialista della colonna vertebrale, Direttore di Ortopedia e Traumatologia e del Centro hub del Veneto,



specializzato in Chirurgia Vertebrale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (Struttura dichiarata dal 2005 Centro Regionale di Riferimento per la Chirurgia Vertebrale) e membro di diversi board internazionali.

“Se nel bambino la deformità della colonna è molto visibile (quindi ha un forte impatto anche estetico) ma non dà ancora problemi rilevanti a livello fisico, nell'adulto, viceversa, il problema è meno visibile ma dà origine a dolori e forti mal di schiena. In ogni caso va trattata e quello che conta, per scegliere la terapia più corretta, sono da un lato la diagnosi precoce e dall'altro l'esperienza e le competenze dello specialista che deve saper valutare l'evoluzione che la malattia potrà avere in quel paziente e



Prof. Massimo Balsano

intervenire quindi in modo tempestivo e soprattutto con la terapia più adeguata al quel caso. Nella mia lunga esperienza, in Italia e all'estero, nella cura delle patologie della colonna, ho potuto assistere ad una sensibile evoluzione della chirurgia vertebrale, che è tra le specialità più complesse e problematiche: se un tempo si ricorreva ad interventi molto invasivi e c'era un utilizzo direi esagerato di busti correttivi, oggi la chirurgia, grazie a innovazioni tecnologiche sofisticate – quali ad esempio la navigazione e la robotica ad essa associata – ha raggiunto un livello di mini invasività davvero elevato, che porta ad avere il massimo beneficio per il paziente in termini di minore ospedalizzazione, minori perdite ematiche, meno rischio infettivo e una ripresa funzionale molto più rapida. Il tutto con gli stessi risultati, a livello di efficacia e di riuscita, degli interventi aperti. Io stesso sono stato un precursore della chirurgia mini invasiva, avendo effettuato nel 2008, primo chirurgo in Italia, un intervento con accesso laterale trans-psoas su un paziente, una tecnica

giudicata poi riproducibile ed efficace tanto da essere oggi molto popolare e utilizzata regolarmente.

## Professore l'intervento, anche se mini invasivo, è l'unica soluzione alla cura della scoliosi?

Assolutamente no. Tutto dipende dalla gravità della patologia, dal momento in cui la si riconosce e, come dicevo, dalla diagnosi e dallo studio dell'evoluzione che la malattia può avere nel singolo paziente. L'intervento è una soluzione necessaria quando la deformità della colonna è incorreggibile con il trattamento conservativo e quando quest'ultimo risulta inefficace, o ancora, quando in un bambino, studiando il caso e conoscendo l'evoluzione della patologia, ci si rende conto che quel tipo di scoliosi, in genere congenita, peggiorerà sicuramente, allora si può pensare all'intervento già in tenera età. Anche l'utilizzo del busto deve essere valutato in base allo studio di come potrà evolvere la patologia e in molti casi può essere una valida soluzione per scongiurare l'intervento.

## Si guarisce dalla scoliosi?

La scoliosi è una malattia prevalentemente meccanica: la tecnologia attuale consente di ottenere ottimi risultati ma non è possibile correggerla completamente (al 100%). Però, applicando il trattamento più idoneo, il paziente può tornare a condurre una vita con ottimi standard qualitativi, fare sport, avere figli e una vita sociale assolutamente normale, e soprattutto senza dolore. 🌐

### Prof. Massimo Balsano

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e Centro Hub del Veneto

Ospedale Borgo Trento Polo Confortini  
P.le A. Stefani 1, 37126 Verona

Tel: 045 8122450

Email: massimo.balsano@aovr.veneto.it

# Ortopedia oncologica: al Rizzoli terapie mirate ed efficaci

*Il Professor Alessandro Gasbarrini ci parla di rare patologie che partono dall'osso e delle tecniche più innovative in ambito di ortopedia oncologica*

Una vertebra in titanio stampata in 3D per sostituire quella malata; all'Istituto Ortopedico Rizzoli una realtà dal 2015. A parlarci dell'Istituto bolognese, il primo al mondo a realizzare un intervento di questa portata, e delle novità in ambito di ortopedia oncologica il Professor **Alessandro Gasbarrini**, Direttore del reparto di Chirurgia Vertebrale a indirizzo Oncologico e Degenerativo dell'Istituto Ortopedico Rizzoli.

## Professor Gasbarrini, di cosa si occupa la chirurgia vertebrale?

La chirurgia vertebrale interviene sulle patologie che interessano la schiena. La colonna vertebrale regge il nostro corpo, è la sede del tessuto (il midollo osseo) e delle radici nervose. Solitamente protegge questa struttura ma in presenza di un tumore la colonna vertebrale diventa aggressiva verso il midollo o perché si frattura o perché va a comprimere le strutture nervose, fino a provocare dolore o paralisi.

## Quale tipologia di pazienti si rivolge all'Istituto Rizzoli?

Variegato il panorama dei pazienti che si rivolge nostro Istituto, da chi soffre di ernia del disco, a chi ha una deformità vertebrale o una degenerazione delle vertebre, fino a pazienti plurioperati. L'ortopedia oncologica è una chirurgia molto complessa, lunga, con interventi che durano da 4 a 36 ore. Esistono operazioni di chirurgia oncologica che devono essere eseguiti per doppio o triplo accesso; soggetti che prima vengono operati per via posteriore, poi si girano sul fianco, poi a pancia in sù per inter-

venire per via anteriore. Precauzioni che vengono prese per cercare di non ledere le strutture nervose. Bisogna circondare e separare il tumore dall'aorta, dal cuore, dai polmoni; si lavora col centro del corpo e occorre prendere molte precauzioni. Fondamentale è preservare il midollo; salvare la vita al paziente è importante, ma lo è anche garantire una buona qualità di vita. Al Rizzoli si utilizza un approccio multidisciplinare: l'attore principale è



Prof. Alessandro Gasbarrini

il paziente, attorno l'oncologo, il medico di base, il terapeuta del dolore, il radioterapista, uniti per trovare una soluzione il più efficace possibile.

## Il Rizzoli è un centro all'avanguardia. Quali sono le ultime novità in ambito di ortopedia oncologica?

Il Rizzoli dispone di una strumentazione in carbonio, che non dà quindi origine al fenomeno di scattering, ovvero quando durante la radioterapia il raggio colpisce il metallo e poi torna indietro, non riuscendo a penetrarlo per colpire

la cellula tumorale; una soluzione fino ad un anno fa impossibile. E le novità al Rizzoli sono continue: fra poco si potranno mettere dei semi radioattivi dentro il tumore per rendere la radioterapia selettiva nel raggio di pochi centimetri, riducendo così al minimo le conseguenze. Ecco l'importanza di avere un'equipe che lavora in sinergia e che si aggiorna costantemente. Costruire un protesi 3D è stato possibile grazie al lavoro sinergico dei vari reparti; dalla Tac gli ingegneri hanno ricostruito vertebre in titanio perfette. L'aggiornamento è costante; ora ad esempio un team di ricercatori è a Losanna per studiare come riuscire a far camminare i paraplegici con l'elettrostimolazione.

## Professore lei ha dato vita alla Fondazione Probone, di cosa si occupa?

La Fondazione Probone è stata costituita per l'assistenza dei malati affetti da patologie vertebrali e del sistema muscolo-scheletrico, oncologiche e non. La Fondazione eroga prestazioni diagnostiche, terapeutiche, di riabilitazione e fisioterapia, per l'applicazione di cure palliative e di supporto ai pazienti, per migliorarne la qualità e la dignità della loro vita, in accordo con l'Azienda sanitaria locale di riferimento. Per informazioni sulle attività, sulle donazioni e su come destinare il 5xmille alla Fondazione è possibile consultare il sito [www.probone.org](http://www.probone.org).

### Prof. Alessandro Gasbarrini

Istituto Ortopedico Rizzoli  
via G.C. Pupilli, 1 - 40136 Bologna  
Tel: 051 6388971 (studio medico)  
Fax: 051 6366539  
Email: [alessandro.gasbarrini@ior.it](mailto:alessandro.gasbarrini@ior.it)

# Calcolosi urinaria e rimozione dello stent doppio J

*Trattamenti sempre meno invasivi e presidi innovativi fanno sì che la cura di questa patologia abbia percentuali di successo sempre più alte e decorsi più tollerati dai pazienti*

La calcolosi urinaria è una patologia molto diffusa, che colpisce oltre il 15% degli individui adulti soprattutto tra i 30 e i 50 anni (mentre è più rara nei bambini) e che è destinata nei prossimi anni a diffondersi ulteriormente nei paesi ad elevate condizioni socio economiche a causa di alimentazione e stili di vita scorretti. Anche le recidive sono molto frequenti, tanto da verificarsi in una percentuale che può arrivare al 50% dei casi entro i 10 anni dal primo episodio. L'impatto di questa patologia è tale da rappresentare circa il 20% dei ricoveri nei principali centri di urologia. È il Dottor **Paolo Beltrami**, Responsabile dell'Unità Operativa di Endourologia annessa alla Clinica Urologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova diretta dal Prof. Filiberto Zattoni, a raccontarci le ultime innovazioni tecnologiche in fatto di cura di questa patologia. "Il trattamento della calcolosi urinaria negli ultimi 30 anni ha subito profonde modificazioni – grazie all'evoluzione tecnologica della strumentazione endoscopica e delle fonti di energia utilizzate per la frantumazione dei calcoli – divenendo nel tempo sempre meno invasivo, tanto che, attualmente, l'intervento chirurgico tradizionale è ridotto a meno dell'1% dei casi e per situazioni davvero particolari.



Dott. Paolo Beltrami

La chirurgia tradizionale, quindi, è stata quasi del tutto sostituita da metodologie caratterizzate da una minima invasività: la litotrixxia extracorporea, che consiste in un trattamento attuato senza anestesia mediante un apparecchiatura in grado di frantumare i calcoli attraverso l'emissione di particolari onde (onde d'urto), la litotrixxia percutanea che si attua inserendo uno strumento endoscopico attraverso un foro creato nel fianco e la litotrixxia ureterorenoscopica retrograda, con la quale i calcoli vengono raggiunti con strumenti endoscopici introdotti attraverso le vie naturali e frammentati con laser a olmio. A completamento delle procedure endourologiche viene spesso posizionato un presidio apposito che serve per derivare la via urinaria: lo stent ureterale doppio J. Il nome deriva dal fatto che questo tipo di stent è dotato di due riccioli alle estremità che ne permettono il mantenimento in sede, evitandone la dislocazione accidentale. Si tratta di una sorta di tubicino che viene posizionato in sala operatoria attraverso l'utilizzo di un cistoscopio e che rimane all'interno dell'organismo, decorrendo dal rene alla vescica e consentendo così alle urine di scorrere bypassando l'ostruzione. Può essere provvisorio dopo un intervento endourologico o definitivo, ma sostituito

periodicamente, in caso di stenosi ureterali non altrimenti trattabili".

## Quali benefici porta l'utilizzo di questo tipo di presidio?

"Il beneficio è dato dal fatto che consente il passaggio di urina dal rene alla vesciva evitando arresti funzionali del rene o coliche recidivanti dovute al passaggio di frammenti di calcolo. Dopo un intervento endourologico la presenza di uno stent ureterale tipo doppio J consente al paziente di essere dimesso entro 24 ore. Ma l'attuale aspetto innovativo consiste nel fatto che gli stent possano essere rimossi senza allestire una sala operatoria, ma ambulatorialmente con un semplice dispositivo monouso simile ad un cistoscopio e con la presenza di un solo medico: questo consente ovviamente di liberare la sala operatoria e il personale per gli altri interventi che richiedono obbligatoriamente di essere eseguiti in sala operatoria. Ma non è tutto. Anche dal punto di vista del paziente, si è visto che questa modalità di rimozione viene ben tollerata, senza necessità di alcun tipo di anestesia. L'Azienda Ospedaliera di Padova si è dimostrata fin da subito molto sensibile a questo nuovo presidio, intuendone i molteplici benefici a livello di risparmio di tempo, di personale e di discomfort del paziente". La Clinica Urologica di Padova è, in effetti, tra i centri d'eccellenza in Italia per l'Urologia, tanto da aver annesso una unità operativa specifica di Endourologia, con una sala operatoria e personale dedicato, dove vengono effettuati oltre 1.000 interventi all'anno".

### Dott. Paolo Beltrami

U.O.S.D. di Endourologia - U.O.C. di Urologia  
Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova  
Via Giustiniani, 2  
35128 – Padova  
Segreteria: 049-8218110/8218742  
Email: paolo.beltrami@aopd.veneto.it



# Artrite psoriasica e nuovi farmaci: ne parliamo con il Dr. Delle Sedie

*Andrea Delle Sedie è Dirigente medico di primo livello presso l'U.O. di Reumatologia dell'A.O. Universitaria Pisana e Responsabile dell'ambulatorio per le spondiloartriti*

## Cos'è l'artrite psoriasica?

L'artrite psoriasica è una malattia infiammatoria cronica, associata alla psoriasi, che presenta manifestazioni sia articolari che extra-articolari e che insorge più spesso tra i 20 e i 40 anni sia negli uomini che nelle donne. Vista la complessità delle manifestazioni è più corretto parlare di malattia psoriasica, perché vi può essere anche il coinvolgimento dell'occhio, dell'intestino, piuttosto che di malattie cardiovascolari, diabete, obesità... Per quanto riguarda la patologia tipicamente muscolo-scheletrico, esistono sei differenti manifestazioni: artrite periferica, spondilite, entesite, dattilite, psoriasi cutanea e onicopatia, tutte riconducibili al meccanismo eziopatogenetico che sostiene l'artrite psoriasica, ovvero l'entesite. Questo significa che l'infiammazione parte dall'entesi e da qui coinvolge le varie differenti strutture, a differenza dell'artrite reumatoide, dove l'infiammazione parte dalla struttura sinoviale che "ricopre" le pareti delle articolazioni e dei tendini di scorrimento. L'artrite psoriasica può manifestarsi a sua volta in 5 differenti forme: asimmetrica oligoarticolare, poliarticolare simil-reumatoide, assiale, a prevalente impegno delle interfalangee distali e quella caratterizzata da artrite mutilante. In generale la forma oligoarticolare asimmetrica – ossia con il coinvolgimento di meno di 5 articolazioni, che sono disposte in modo asimmetrico – è quella prevalente all'esordio ed è presente in almeno il 60% dei pazienti.

## Quali sono le caratteristiche dei pazienti con artrite psoriasica oligoarticolare?

Le articolazioni più frequentemente colpite sono quelle piccole di mani e polsi, e l'arto inferiore con ginocchia, piedi e caviglie, sebbene qualsiasi struttura articolare



Dott. Andrea Delle Sedie

o tendinea possa essere colpita. È quindi necessario eseguire una conta articolare estesa (su 68 articolazioni) per poter valutare correttamente il sottotipo della malattia. L'articolazione colpita da artrite si manifesta tumefatta, dolente, può essere leggermente arrossata e, tipicamente, fa male anche a riposo, con dolore che insorge durante le ore notturno-mattutine, migliorando poi col movimento durante la giornata. Tali sintomi, ove non sia instaurata una terapia, si prolungano per giorni senza lasciare mai il paziente.

## Come si arriva alla diagnosi e qual è il ruolo degli esami radiografici?

La diagnosi si deve basare sulla presenza delle manifestazioni della malattia. In generale, l'aspetto asimmetrico, la negatività del fattore reumatoide o degli anticorpi anti-peptide citrullinato, la presenza di psoriasi e quella di alterazioni tipiche, se non specifiche, all'imaging, guidano la diagnosi. L'apporto delle tecniche di imaging, sia tradizionali come la radiografia standard, che più recenti, come ecografia e risonanza magnetica, è fondamentale. La radiografia in particolare è utile per valutare i possibili danni strutturali in un soggetto con lunga durata di sintomatologia, facilitando la diagnosi di malattia; nella maggior parte dei casi, essendo l'artrite psoriasica prevalentemente periferica, grazie al sempre più precoce arrivo dal reumatologo, l'ecografia risulta però la metodica di indagine di riferimento.

logia, facilitando la diagnosi di malattia; nella maggior parte dei casi, essendo l'artrite psoriasica prevalentemente periferica, grazie al sempre più precoce arrivo dal reumatologo, l'ecografia risulta però la metodica di indagine di riferimento.

## Quali sono i vantaggi del trattamento con Apremilast?

Apremilast è un nuovo farmaco per il trattamento dell'artrite psoriasica e della psoriasi a placche, che regola la produzione dei mediatori dell'infiammazione. È una "piccola molecola" diversa dai farmaci utilizzati fino a oggi, che si presenta come terapia più appropriata per i pazienti con specifiche manifestazioni di artrite psoriasica, quali interessamento oligoarticolare, entesiti, dattilite, interessamento ungueale e cutaneo, con simultanea presenza di comorbidità. Inoltre il farmaco si differenzia dai farmaci ad oggi disponibili per il carattere di sicurezza sul profilo infettivo e tumorale: non è infatti necessario alcuno screening per la tubercolosi (come avviene invece per i farmaci biologici) o monitoraggio terapeutico periodico (necessario in tutte le altre terapie). Rappresenta quindi un'ulteriore opzione terapeutica per i pazienti che non rispondano o che siano intolleranti ad almeno due farmaci di fondo convenzionali o non tollerati, determinando il miglioramento delle manifestazioni cliniche nei diversi distretti interessati dalla malattia e rappresentando quindi un prodotto ideale e sicuro per il paziente. 🌐

### Dott. Andrea Delle Sedie

Dirigente medico U.O.  
di Reumatologia  
Azienda Ospedaliero Universitaria  
Pisana  
Via Roma, 67, Pisa  
Tel: 050 992687  
<http://www.ao-pisa.toscana.it/>

# Terapie farmacologiche innovative per la cura dei pazienti diabetici

Ne parliamo con il Prof. Solerte, Direttore della Diabetologia e Geriatria dell'ASP-Pavia, Dip. di Medicina Interna dell'Università degli Studi di Pavia

## Professore cosa significa parlare di diabete mellito oggi?

Il diabete mellito è una malattia endocrino-metabolica complessa ed eterogenea (Diabete di Tipo 1, di Tipo 2, Diabete secondario e genetico, Diabete gravidico e Diabete autoimmune dell'adulto) che colpisce più di 450 milioni di persone nel mondo, quasi 5 milioni in Italia, numeri purtroppo in difetto poiché molte persone non sanno di esserne affetti. Il diabete di Tipo 1, che interessa globalmente quasi il 5% della popolazione, è una malattia autoimmune che si sviluppa in età giovanile, ma anche in età adulta e, caso non raro, in soggetti anziani. In questa forma di diabete le cellule beta del pancreas che producono insulina vengono progressivamente attaccate e neutralizzate dal sistema immunitario dell'organismo stesso. La terapia consiste nella sostituzione della carenza di insulina con insulina biosintetica commerciale. Da sottolineare che le insuline in commercio in Italia non sono tutte uguali ed equivalenti, pertanto dovrebbero essere tutte presenti nei prontuari regionali. Nel diabete di Tipo 2, che colpisce oltre il 90% di tutti i pazienti diabetici, il difetto insulinico può essere sia secretorio (poca produzione di insulina), sia funzionale, legato alla scarsa sensibilità all'ormone, con conseguente innalzamento di valori glicemici. Ma altri fattori contribuiscono allo sviluppo di questo tipo di diabete: l'aumento del glucagone, la riduzione di secrezione e di azione degli ormoni GLP1 e GIP, gli stimoli impropri provenienti dal cervello e dal grasso corporeo... È proprio da queste alterazioni che sono nati i presupposti per lo sviluppo di terapie innovative che oggi abbiamo a disposizione e che hanno come obiettivo aiutare il pancreas a secernere adeguatamente l'ormone insulina e l'insulina ad agire meglio, ma anche a ridurre l'azione del glucagone.

### Quali sono le complicanze del diabete?

Il rischio peggiore per i pazienti affetti da



Prof. Bruno Solerte

diabete è la possibilità che la patologia degeneri nelle "complicanze" tutte dipendenti dalla cattiva regolazione dei valori glicemici del sangue. Bisogna distinguere tra **metaboliche acute** - come il coma metabolico - e **secondarie di origine vascolare**, distinte tra **microvascolari** i cui bersagli sono l'occhio (retinopatia), il rene (nefropatia) ed i nervi di molte parti del corpo (neuropatia) e **macrovascolari** quali ictus, infarto del miocardio ma anche altre cardiopatie gravi. È bene sottolineare che le patologie cardiovascolari e neurodegenerative si possono sviluppare anche prima della diagnosi clinica di diabete e questo richiede di dover intervenire precocemente con nuovi farmaci che, oltre alla glicemia, prevengono il danno vascolare già evidente o potenziale.

### Quali sono le caratteristiche e il meccanismo d'azione dei nuovi farmaci?

Negli ultimi anni la ricerca clinica ha messo a disposizione dei medici nuove classi di farmaci innovativi che stanno rivoluzionando la prognosi e il decorso naturale della malattia. Una prima classe è quella delle **incretine** che, a differenza dei vecchi farmaci, agiscono stimolando la secrezione di insulina solo quando è presente l'iperglicemia. Una seconda classe è costituita

dalle **gliflozine**, che inducono il riassorbimento di glucosio a livello del tubulo renale, inducendo una perdita importante di glucosio nelle urine e di sodio, con una conseguente riduzione di peso corporeo, di grasso e della pressione arteriosa. Ma l'aspetto più sorprendente è che queste due classi di farmaci riducono il rischio cardiovascolare e la mortalità dei pazienti hanno dimostrato di ridurre maggiormente il rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco oltre ad ampia protezione renale (progressione e regressione della malattia renale). Nonostante ciò, ad oggi solo il 3 - 4% dei pazienti le assume, per motivi quali le difficoltà burocratiche, l'inerzia della classe medica nel prescriberli, che dipende essenzialmente da elementi di carattere organizzativo (presenza di pochi specialisti, lunghe liste d'attesa, pregiudizi sugli effettivi vantaggi) e la psicosi strumentale dei costi.

### Un messaggio di buon auspicio per i pazienti

La diabetologia italiana è di altissimo livello e compete alla pari, se non meglio, con quei paesi che hanno risorse finanziarie superiori alle nostre e che investono ingenti capitali in ricerca e risorse umane. Se le Regioni faranno sistema, saremo molto presto in grado di prevenire nuovi casi e di curare in maniera definitiva i soggetti che hanno già sviluppato la malattia e gran parte delle sue complicanze.



#### Prof. Bruno Solerte

Unità Operativa Complessa di Geriatria - Servizio di Diabetologia  
Clinica Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Pavia ASP-IDR Santa Margherita  
Via Emilia 12, 27100 Pavia  
Tel: 0382 381274 0382 381234  
Fax: 0382 465447  
Email: bruno.solerte@unipv.it

# L'efficacia della chirurgia di Mohs per i tumori della pelle

*Chirurgia di Mohs per il trattamento di carcinomi cutanei presso la Dermatologia di Vercelli*

Originariamente ideata da Frederic Mohs nel 1932, è una tecnica molto diffusa negli Stati Uniti e da qualche decennio anche in alcuni centri europei. In Italia è stata introdotta alla fine degli anni 80 dal Professor Giorgio Leigheb (Novara), e dai Professori Antonello Tulli e Luigi Rusciani (Roma). Attualmente in Italia viene eseguita in pochi centri dermatologici tra cui la Struttura di Dermatologia dell'Ospedale Sant'Andrea di Vercelli diretta dal Dottor **Massimo Gattoni**. La chirurgia



a quando si arriva a una sicurezza istologica della rimozione completa del tumore. A questo punto si può procedere con la chiusura della breccia attraverso plastiche ricostruttive differenti a seconda dell'intervento."

## Quali sono i vantaggi rispetto

### alla chirurgia classica?

"Innanzitutto, questa tecnica è risolutiva nel 97-98% dei casi: la possibilità di recidiva dopo intervento di Mohs, infatti, è ridotta al 2-3% dei casi. In secondo luogo con un intervento di questo tipo viene asportata totalmente la lesione, con un risparmio di tessuto sano utile per la ricostruzione chirurgica".

## Esistono altri tipi di tumori della pelle che possono essere curati in questo modo?

"Sì, ad esempio il dermatofibrosarcoma, un tumore ad alta malignità locale, che, tuttavia, per le dimensioni importanti che raggiunge, richiede determinati approfondimenti immuno istochimici che necessitano una tecnica differita e non immediata. Il referto da parte dell'anatomopatologo viene comunicato dopo circa una settimana e quindi l'intervento viene ripreso per allargamenti, approfondimenti mirati o chiusura della breccia operatoria dopo tale periodo di tempo. Il successo, anche in questo caso, è però molto elevato: se senza questa tecnica le possibilità di recidiva si aggirano intorno al 20-30%, grazie alla tecnica di Mohs diminuiscono fino al 3%".



Le due équipe con cui collabora il Dott. Massimo Gattoni.

più giorni consecutivi. Al Sant'Andrea di Vercelli, grazie alla collaborazione con l'équipe di Anatomia Patologica guidata dal Prof. Guido Valente, possiamo utilizzare la tecnica

per operare circa 80 casi selezionati all'anno tra gli oltre 800 interventi di asportazioni di neoplasie cutanee maligne che eseguiamo".

## In cosa consiste questa tecnica?

"L'intervento, che si esegue in anestesia locale, consiste nell'asportazione della neoplasia cutanea a 3 mm dai bordi visibili e nella suddivisione del frammento asportato in più frammenti che vengono numerati e colorati con appositi coloranti differenti. I frammenti ottenuti sono inviati al laboratorio di anatomia patologica e qui esaminati estemporaneamente; dopo circa una o due ore, durante le quali il paziente torna in camera di degenza, abbiamo l'esito istologico: se la neoplasia è stata totalmente rimossa si procede con la chiusura della breccia operatoria; se, invece, raggiunge un margine laterale o profondo, si procede con un allargamento o un approfondimento mirato della breccia operatoria, che può ripetersi anche più di una volta, fino

di Mohs è una tecnica microtopografica utilizzata soprattutto per la terapia chirurgica dei carcinomi basocellulari situati in zone critiche del volto o per recidive. È il dottor Massimo Gattoni, a spiegarci in cosa consiste questa tecnica, quali sono i vantaggi nel suo utilizzo e come mai, ad oggi, è ancora così poco diffusa in Italia.

"Questa tecnica è utile per trattare diverse neoplasie cutanee ma trova la sua principale e migliore applicazione nel rimuovere i carcinomi basocellulari a margini indefiniti situati in alcune sedi critiche del volto: la piramide nasale, le regioni palpebrali, periorali, retro auricolari e pre auricolari. La tecnica, nata nel 1932 negli Stati Uniti, è oggi diffusa in tutto il mondo ed è presente da alcuni decenni in Italia dove, tuttavia, è ancora poco diffusa e utilizzata solo in alcuni Centri. Ciò è dovuto al fatto che, affinché possa essere applicata, è indispensabile una stretta collaborazione tra dermochirurgo e anatomopatologo anche per

### Dott. Massimo Gattoni

Responsabile S.S.V.D. di Dermatologia  
Ospedale Sant'Andrea  
Corso Mario Abbiate 21- 13100 Vercelli  
Tel: 0161 593562  
Email: [derma.vercelli@aslvc.piemonte.it](mailto:derma.vercelli@aslvc.piemonte.it)



## STA GUARDANDO LONTANO.

**Innovazione. Passione. Coraggio.**  
É grazie a questi valori che siamo diventati leader mondiali nelle cure ematologiche e oncologiche, e oggi guardiamo con nuova speranza alle malattie infiammatorie immunomediate.

Per questo investiamo il **40% del fatturato** in ricerca e sviluppo. Perché ogni giorno, lavorando per milioni di pazienti in tutto il mondo, vediamo anche le sfide che verranno.