

UN CATETERE DELLE DIMENSIONI DI UNA PENNA VIENE INSERITO NELL'ARTERIA DELLA GAMBA E «TRASFERITO» FINO AL CUORE

Una nuova tecnica non chirurgica di sostituzione della valvola aortica

L'epidemiologia delle malattie delle valvole cardiache è cambiata drammaticamente negli ultimi 50 anni nei paesi occidentali. Mentre la malattia reumatica è ora infrequente, l'incremento costante della durata della vita si è accompagnato a un progressivo aumento di malattie degenerative delle valvole cardiache. Tra queste è molto diffusa oggi la stenosi aortica cioè il restringimento della valvola che permette l'espulsione del sangue nei vasi dalla camera cardiaca principale del nostro cuore. Infatti, la prevalenza di stenosi valvolare aortica aumenta con l'età: in Europa circa il 5% della popolazione con età superiore ai 75 anni, e l'8% dopo gli 85 anni ha una stenosi aortica grave. È una malattia gradualmente progressiva che si sviluppa lentamente nel tempo, passando da una lunga fase senza sintomi nella quale la mortalità è molto bassa, per arrivare a una fase avanzata, caratterizzata da un severo restringimento dell'orifizio valvolare aortico. In questa fase generalmente iniziano a



Una sala emodinamica durante una procedura della TAVI

comparire i sintomi (dolore toracico, siccità, affaticamento del respiro). Con la comparsa dei sintomi, la prognosi a breve termine diviene infausta (sopravvivenza media di 2-5 anni) e l'intervento chirurgico di sostituzione valvolare inevitabile.

Tuttavia in alcuni casi questa strategia non è realisticamente perseguibile, soprattutto a cau-

sa di patologie concomitanti che possono rendere il rischio operatorio molto alto, o addirittura proibitivo. È stimato che la percentuale di pazienti non operabili sia circa il 30%.

Nei pazienti considerati "inoperabili" per l'intervento chirurgico tradizionale, è disponibile oggi una nuova tecnica non chirurgica di sostituzione valvola-

re, che non richiede anestesia generale, né l'apertura del torace, né la circolazione extracorporea. Questa tecnica prende il nome di "Impianto Transcatetere di Valvola Aortica", in inglese TAVI "Trans-catheter Aortic Valve Implantation". Durante una procedura di TAVI, un catetere delle dimensioni di una penna, viene inserito nell'arteria della

gamba e, con attenzione, viene fatto procedere verso il cuore. Una valvola fatta di tessuto bovino, montata su di un supporto metallico, viene poi inserita ed impiantata all'interno della valvola ristretta.

Il primo impianto nell'uomo di protesi biologica valvolare aortica mediante catetere è stato effettuato dal Prof. Alain Cribier, il 16 aprile 2002. Da allora, questa metodica è stata applicata in più di 80.000 pazienti. Gli studi hanno documentato che la TAVI è in grado di migliorare significativamente la sopravvivenza e la qualità di vita rispetto al trattamento con soli farmaci.

Come tutte le procedure invasive sul cuore e sui vasi, la TAVI ha dei rischi. I problemi maggiori di sicurezza sono relativi a complicanze vascolari, che comunque dovrebbero ridursi con la diffusione di dispositivi più piccoli, ed all'incidenza di iclus. La TAVI è una procedura in rapida evoluzione tecnologica. L'eventuale estensione delle indicazioni a gruppi diversi di pazienti dovrà avvenire sulla base dei risultati di studi rigorosi.

USARE I MEDICINALI SOLO QUANDO NECESSARI

I batteri resistono agli antibiotici

L'ABUSO DI TERAPIE SPECIFICHE LA PRIMA CAUSA

Gli antibiotici rappresentano una delle classi di farmaci più impiegati dalla classe medica. Il loro uso ha contribuito non poco ad allungare l'aspettativa di vita del genere umano. Alcune malattie infettive avevano in epoca preantibiotica un tasso di mortalità estremamente elevato, vicino, in alcuni casi (meningite, endocardite, sepsi) al 100%. Oggi tali patologie sono, in larga misura, guaribili.

La riduzione della mortalità per polmonite, grazie alla terapia antibiotica è stata significativa passando da 180 / 100.000 pazienti (all'inizio del secolo scorso) a 20/100.000 (a partire dagli anni 50). Purtroppo però il panorama della terapia antibiotica, che sino a pochi anni fa sembrava ottimale, si sta deteriorando. Le motivazioni sono sostanzialmente due: da un lato le aziende farmaceutiche hanno ridotto drasticamente la ricerca. L'altro aspetto è rappresentato dall'incremento costante e marcato delle resistenze batteriche.

Da rilevare anche che le resistenze agli antibiotici sono in drammatico aumento in alcune nuove realtà epidemiologiche quali le lungodegenze per anziani.

Le cause dell'aumento di resistenze, fenomeno peraltro ubiquitario, sono molteplici. Gli antibiotici sono sicuramente usati in eccesso e spesso in modo scorretto (dosi e durata di terapia inadeguate).

L'uso quasi sistematico in situazioni ove non è documentata una causa batterica (in presenza del solo sintomo febbre) o in presenza di quasi certe infezioni virali (influenza, sindromi febbrili a carico dell'apparato respiratorio superiore, bronchiti) non risponde a una razionale logica prescrittiva. Da rilevare anche che uno studio condotto a livello europeo, ha evidenziato che gli italiani sono al primo posto nella graduatoria delle autoprescrizioni.

Nell'accezione comune l'anti-

biotico è considerato un farmaco molto efficace ma "forte" e in grado di debilitare l'organismo; in conseguenza di ciò se da un lato si richiede la prescrizione dall'altro si tende a ridurre le dosi (errore gravissimo) o il ritmo di somministrazione (due volte al giorno invece che tre) o la durata della terapia (l'esempio classico è la sospensione dell'assunzione al cessare dei sintomi).

Questi atteggiamenti sono alla base dell'insorgenza delle resistenze in generale dovute al contatto del microorganismo con quantità di antibiotico subinibenti.

In ospedale la situazione delle resistenze è sicuramente più grave che sul territorio (ad eccezione delle lungodegenze per anziani); i batteri spesso sono multiresistenti ma, in casi per ora limitati anche panresistenti, cioè resistenti a tutti gli antibiotici disponibili. È quindi evidente la necessità di una presa di coscienza del problema da parte sia della popolazione che della classe medica.

I pazienti non devono esigere terapie antibiotiche a fronte di sintomi generici (la febbre), devono seguire scrupolosamente le dosi prescritte, i ritmi di somministrazione e la durata della terapia; ovviamente devono evitare qualsiasi autoprescrizione. I medici devono migliorare la loro cultura in questo ambito terapeutico avvalendosi anche dei consigli degli specialisti infettivologi.

"Bisogna inoltre rilevare - commenta il prof. Ercole Concia, direttore dell'Unità di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona - che l'informazione postuniversitaria è carente e spesso inadeguata e prevalentemente appannaggio delle case farmaceutiche. È giunto il tempo per la Università, gli Ordini dei Medici e gli Organismi centrali (Ministero) di agire in modo serio e costruttivo: i batteri infatti stanno vincendo la loro battaglia per la sopravvivenza."

A VERONA TRATTAMENTI ENDOSCOPICI INNOVATIVI CONTRO I TUMORI

Si conclude oggi il Congresso internazionale della Società di Endoscopia Chirurgica (ISSE), organizzato dal dottor Luca Rodella responsabile del servizio di Endoscopia Chirurgica del Polo chirurgico Confortini, al quale ha partecipato anche il professor Alexei Pavlov, Rettore dell'Università di Yaroslavl, che ha ufficializzato l'avvio di uno studio multicentrico italo-russo sul trattamento endoscopico dei tumori colo-rettali in fase precoce.

Le complicanze del reflusso patologico espongono il paziente al rischio di sviluppare un adenocarcinoma. L'endoscopia permette di diagnosticare l'evoluzione di queste malattie con

metodiche quali l'alta definizione, la magnificazione, la cromoscopia elettronica e l'endoscopia laser confocale (presentata dalla Scuola di Vienna), consentendo di intervenire precocemente.

L'unità di Endoscopia chirurgica del Polo Confortini ha partecipato al Congresso con una propria significativa casistica. Essa è oggi in grado di fornire ai pazienti veronesi, ma anche di altre regioni, trattamenti endoscopici innovativi per il trattamento non solo delle complicanze dell'esofagite da reflusso, ma anche di tumori in fase precoce del tratto digestivo superiore e inferiore.

Per quanto riguarda il cancro



Il dott. Luca Rodella

gastrico, questo Congresso rappresenta l'ideale staffetta verso il Congresso mondiale del Cancro gastrico, programmato a Verona per fine giugno dal professor Giovanni de' Manzoni. Le sessioni dedicate al

pancreas si sono infatti occupate del trattamento endoscopico di cisti e pseudocisti, di tumori ampollari, di complicanze biliari post-operatorie. Questi trattamenti "ancillari" rivestono grande importanza nella nostra città dove, come è noto, è presente una Scuola di chirurgia pancreatica conosciuta a livello internazionale e un Centro trapianti di grande rilevanza.

Tra le novità di rilievo la presentazione, da parte di esperti della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, di modelli miniaturizzati per l'endoscopia robotica, con vettori teleguidati in grado di veicolare nanoparticelle in distretti tumorali di difficile acce-

so. Tra le ultime frontiere della chirurgia va annoverato anche il trapianto di intestino e, in anteprima nazionale, è stata presentata l'esperienza della Georgetown University di Washington.

Alcune sessioni sono state dedicate alla tollerabilità dell'esame quali l'uso della sedazione, la prevenzione del sanguinamento in pazienti che sono in terapia anticoagulante, l'antibiotico-profilassi nei pazienti valvulopatici, la protezione dall'interferenza elettromagnetica dei pazienti portatori di pace-maker o defibrillatori e quella delle gravide e dei nascituri dall'esposizione a fonti radian-

SONO MOLTO MIGLIORATI GLI STRUMENTI DIAGNOSTICI ATTUALMENTE DISPONIBILI

Conoscere le allergie alimentari

In Italia circa il 2% della popolazione adulta e l'8% dei bambini soffrono di allergia alimentare: circa l'80% dei bambini guarisce con lo sviluppo.

I sintomi dell'allergia alimentare possono manifestarsi con diversi spettri di gravità e variare da una semplice orticaria, con o senza interessamento di altri organi (come dolori addominali, difficoltà respiratoria, vertigini, perdita di conoscenza) fino al temuto shock anafilattico. La sintomatologia esordisce generalmente in pochissimo tempo e comunque entro un'ora dall'ingestione dell'alimento incriminato. Quando i sintomi si manifestano esclusivamente a carico dell'apparato gastro-intestinale o con calo ponderale e astenia, generalmente non sono sempre indicativi di allergia alimentare ma potrebbero esserlo di "intolleranze alimenta-

ri", che spesso dipendono da carenze di enzimi intestinali o alterazioni del metabolismo.

Benché le intolleranze vadano attualmente molto di moda e ci siano sospetti nei confronti di numerosi alimenti, quelle attualmente riconosciute dalla comunità scientifica sono l'intolleranza al lattosio (zucchero del latte), al fruttosio e/o sorbitolo e al glutine (celiachia).

Le cause più frequenti di allergia alimentare nei bambini sono il latte, le uova, la frutta secca e il grano. Negli adulti gli alimenti più frequentemente coinvolti sono i vegetali (pesca, mela, kiwi, raramente la fragola, sedano, finocchio, carote) e il frumento e molto spesso i pazienti sono contemporaneamente affetti da rinite e/o asma allergica. Questo succede per la presenza di proteine con una struttura molecolare molto simile

che spesso sono causa di cross-reazioni tra pollini ed alimenti e tra alimenti vegetali.

I test a disposizione dell'allergologo sono i test cutanei con estratti del commercio (prick test), facili da eseguire che in pochi minuti possono già dare le prime informazioni e ai quali si possono affiancare in caso di risultati dubbi anche i test cutanei con alimenti freschi. Ulteriori esami che consentono di approfondire la diagnostica sono il dosaggio delle "IgE specifiche" che consentono di confermare le sensibilizzazioni evidenziate con i test cutanei. Inoltre recentemente l'uso degli allergeni ricombinati nella diagnostica sierologica consente di approfondire lo spettro di sensibilizzazione del paziente e di prevedere la gravità delle reazioni che potrebbe presentare nel caso in cui ingerisse l'alimento a

cui è allergico. Tale dosaggio si effettua su siero del paziente attraverso un semplice prelievo.

Un ulteriore sviluppo di questa metodica consente, su un volume minimo di siero, di dosare oltre cento proteine responsabili di allergie alimentari e respiratorie (ISAC).

Per quanto riguarda la prognosi è importante sapere che le proteine degli alimenti possono essere sia sensibili al calore e alla digestione gastrica che resistenti.

Il risvolto pratico è quello per cui pazienti sensibilizzati verso proteine distrutte dal calore o dalla digestione gastrica, pur essendo allergici quando mangiano questi alimenti vegetali crudi in piccola quantità hanno sintomi generalmente piuttosto modesti (prurito al cavo orale, gonfiore della mucosa orale) come ad esempio succede nei



Il dott. Gianenrico Senna con la sua equipe

sogetti allergici al polline quando mangiano la mela, il melone e l'anguria.

Diversamente, pazienti che sono allergici a proteine che non vengono distrutte dal calore o dai succhi gastrici (ad esempio la caseina del latte, la parvalbumina del pesce, l'ovomucoide dell'uovo e le lipid transfer proteins della pesca), anche in caso di ingestione di piccole quantità rischiano di avere

gravi reazioni generalizzate.

I soggetti che hanno avuto questo tipo di reazioni è opportuno che siano dotati di un farmaco salvavita, l'adrenalina, disponibile per auto-somministrazione ed erogato gratuitamente dal sistema sanitario nazionale previa visita e prescrizione dello specialista allergologo.

Infine, nei bambini affetti da allergia alimentare, è fondata-

mentale monitorare nel tempo la variazione della concentrazione delle IgE specifiche e della risposta ai test cutanei che consentono di valutare se il paziente è potenzialmente guarito dall'allergia e in quel caso si può sottoporlo ad una reintroduzione graduale in ambiente ospedaliero (test di provocazione orale alimento specifico in doppio cieco), al fine di confermare la guarigione e liberalizzare la dieta del paziente.

Come si può intuire gli strumenti diagnostici disponibili attualmente in ambito allergologico sono molto migliorati e vanno ben oltre i noti test cutanei (prick test) e consentono di comprendere sempre meglio le dinamiche alla base dell'insorgenza e dell'allergia ma soprattutto hanno un importantissimo risvolto pratico per il paziente che può imparare a conoscere meglio la sua allergia e soprattutto consente una gestione "personalizzata" delle misure preventive e terapeutiche da adottare per ciascun paziente.