



INTOLLERANZA SENZA ETÀ

Celiachia
attenzione
ai segnali
meno noti

Un dialogo "tradizionale" al momento dell'anamnesi può accelerare l'iter diagnostico

ANGELO TORRISI

Un fastidioso gonfiore persistente dopo ogni pasto, un disturbo gastrointestinale che non vuole andare via: sono questi i segnali più conosciuti della celiachia, l'intolleranza permanente al glutine che determina un'infiammazione cronica e il progressivo danneggiamento della mucosa intestinale.

In Italia sanno di esserlo 75.000 persone, ma circa 500.000 aspettano ancora la giusta diagnosi: l'iter diagnostico dei pazienti parte quasi sempre dal medico di medicina generale, soprattutto nel caso di pazienti adulti. Tuttavia, se i malesseri tipici sono facilmente identificabili e noti, non sempre i segnali della celiachia sono così chiari ed evidenti.

I sintomi della celiachia possono essere infatti estremamente vari, e in alcuni casi, a prima vista assenti. Accanto alla sintomatologia gastrointestinale più evidente esiste una enorme varietà di sintomi extraintestinali, che generalmente si presentano in età adulta, come la dermatite erpetiforme (o dermatite erpetiforme di Duhring, o ancora, dermatite polimorfa dolorosa di Brocq). Accanto alla dermatite erpetiforme ci sono la poliartrite e l'osteoporosi.

«Solo un ascolto attento e profondo, al momento dell'anamnesi, ai disturbi del paziente può far comprendere al medico di famiglia che si possa trattare proprio di intolleranza al glutine. Sotto l'etichetta dei cosiddetti "sintomi extraintestinali" della celiachia si raccolgono in realtà la maggior parte delle situazioni in cui si trovano i pazienti adulti», afferma il dott. Giuseppe Caula, gastroenterologo di Torino e membro dell'apposito comitato scientifico. «Molto spesso - aggiunge - pazienti di questo tipo arrivano ad una diagnosi definitiva solo dopo un lungo percorso punteggiato da numerosi - e spesso costosi - esami clinici per verificare patologie differenti. Al contrario, un'ipotesi di diagnosi di celiachia che partisse tempestivamente già dal medico di medicina generale o dallo specialista potrebbe ridurre sia l'impatto economico e sociale per il Servizio sanitario nazionale sia il costo emotivo di pazienti che spesso soffrono a lungo prima di iniziare a migliorare adottando la dieta senza glutine».

«Per favorire un approccio di ascolto "tradizionale" al momento dell'anamnesi del paziente - aggiunge il gastroenterologo - possono essere seguite poche linee guida, che sono in grado di aiutare i medici di medicina generale o gli specialisti a "sospendere" di una possibile celiachia e richiedere, oltre agli esami specifici per i sintomi in questione, anche il dosaggio degli anticorpi che marcano l'intolleranza».

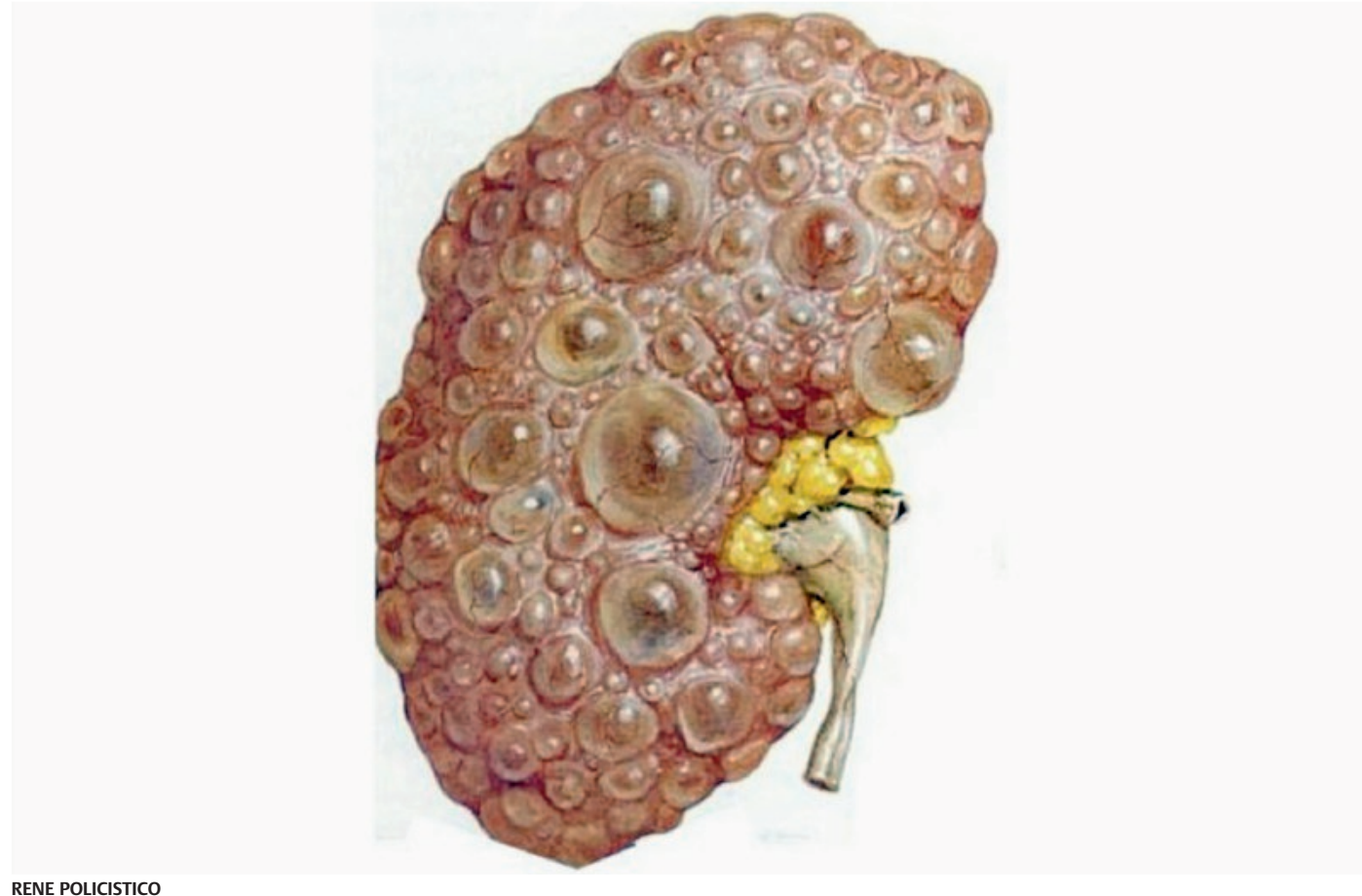
«Inoltre - spiega Caula - la necessità di mantenere costante l'attenzione ai sintomi della celiachia non è legata a un intervallo d'età».

«I risultati di uno studio americano che è stato condotto sui sieri presi nel 1974 e successivamente nel 1989 sullo stesso campione di abitanti del Maryland hanno provato infatti che negli ultimi 30 anni la prevalenza della celiachia è più che raddoppiata e che lo sviluppo dell'intolleranza può avvenire anche in tarda età».

«Non esiste un'età in cui si può escludere che, nei soggetti predisposti geneticamente, non possa manifestarsi l'intolleranza al glutine».

«Nel campione americano che è stato indagato, a esempio, erano presenti individui che negli anni '70 avevano oltre 40 anni e che dopo 15 anni sono risultati celiaci - dichiara il prof. Carlo Cattivati di Ancona, coautore dello studio - a meno che non si escluda la possibilità con uno screening genetico; la negatività del test non elimina la possibilità di un esito positivo dopo qualche anno».

Sono allo studio infinenegli Stati Uniti altre forme diagnostiche più agili, pratiche e precise.



RENE POLICISTICO

Rene policistico, il ruolo
della terapia nutrizionale

I nefrologi: «Meno proteine animali, un apporto ridotto di sale e più vegetali e acqua rallentano la progressione della malattia»

«Obiettivo primario è diminuire la dimensione delle cisti»

GIOVANNA GENOVESE

La terapia nutrizionale è un aspetto cruciale del trattamento del rene policistico, eppure la maggior parte degli studi sono concentrati sull'approccio farmacologico per rallentare la progressione della malattia.

Il rene policistico dell'adulto, che si indica anche con la sigla Adpkd, è una delle malattie genetiche più comuni con un'incidenza di 1 su 1000. La malattia renale policistica autosomica dominante (Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease, Adpkd), è la più comune forma di malattia renale cistica e rappresenta, nel mondo, la causa di malattia renale cronica terminale nel 7-10% dei pazienti. I pazienti sviluppano cisti in entrambi i reni che aumentano in numero e dimensioni durante la vita fino a causare la perdita totale di funzionalità renale. Ne esistono due forme: il tipo I, causato da mutazioni del gene Pkd1, che codifica per la policistina-1, è la forma più diffusa e aggressiva e colpisce soggetti giovani; il tipo II è causato da mutazioni del gene Pkd2 che codifica per la policistina-2 e rappresenta il 10-15% dei casi, a evo-

luzione più lenta e a esordio in età adulta. Lo studio italiano da poco pubblicato su Journal of Nephrology ha analizzato l'impatto sulla dimensione delle cisti e la progressione della patologia di 5 fattori nutrizionali.

«L'obiettivo primario è diminuire la dimensione delle cisti la cui crescita contribuisce alla distruzione del tessuto renale nel 50% dei pazienti sopra ai 50 anni», sottolinea il dott. Biagio Di Iorio, direttore Uoc di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Napoli, che aggiunge: «La gestione dell'assunzione di acqua è un elemento fondamentale della strategia terapeutica, semplice e senza effetti collaterali ma non sempre accettata dai pazienti, soprattutto quelli più anziani che presentano una riduzione del senso della sete. L'idea è tentare di sopprimere la produzione di ormone antidiuretico e la conseguente formazione di due enzimi che inducono la crescita delle cisti. Uno studio di Nagao ha osservato che aumentando l'apporto di idrico di 3.5 - 8.2 volte in 10 settimane si otteneva una riduzione del 29,8%-27% del volume dei reni (in modelli animali), una diminuzione dal 54 al 28% del rapporto rene/peso

del corpo e una diminuzione dell'urea (un parametro di funzionalità renale) da 38 a 26 mg/dl».

«Diciamo - prosegue Di Iorio - che l'idratazione può essere utile nelle prime fasi della malattia e quando siano presenti calcoli renali, eventualità in cui la cosiddetta terapia "idropinica" è ormai consolidata, mentre per l'effetto sulla dimensione delle cisti saranno necessari ulteriori studi. Meglio allora puntare sulla riduzione del sodio: nello studio Halt-Pkd la riduzione dell'apporto di sale a meno di 2.4 g/giorno ha mostrato una riduzione della crescita del volume renale. Inferiori quantità di sale hanno effetti sulla vasopressina analoghi a quelli ottenibili aumentando l'apporto idrico».

«Il fosforo è un altro elemento chiave: nonostante non ci siano evidenze che l'intake abbia effetti sulla progressione della malattia, sembra però influenzare la mortalità. Livelli di 3-4.6 mg/dl erano correlati ad una mortalità dell'8% contro il 34% di quelli con livelli di 4.6-5.5 mg/dl e il 58% di decessi nel gruppo con quantità tra 5.5 e 6.8 mg/dl anche a causa dell'impatto sul sistema cardiovascolare».

NUOVA VERSIONE

Device
per ridurre
rischio ictus
primi
interventi

Certificazione Ce per il nuovo dispositivo di chiusura dell'appendice atriale sinistra (Left Atrial Appendage Closure, Laac) Watchman Flx e graduale introduzione nel mercato europeo. Già effettuati in Italia i primi interventi.

I pazienti con fibrillazione atriale hanno una probabilità cinque volte maggiore di subire un ictus rispetto ai soggetti con un ritmo cardiaco normale. Nelle persone con fibrillazione atriale non valvolare i dati indicano che più del 90% dei coaguli di sangue provenienti dal cuore e che possono provocare un ictus si formano nell'appendice atriale sinistra. Il dispositivo di occlusione dell'appendice atriale sinistra Watchman ha lo scopo di ridurre il rischio di ictus nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare.

«Watchman - dice Kevin Ballinger, presidente della divisione Cardiologia interventistica di Boston Scientific - è stato impiantato in oltre 75.000 pazienti in tutto il mondo ed è per noi un'ottima notizia che questa tecnologia di nuova generazione abbia ottenuto la certificazione europea; in questo modo possiamo proporla ai pazienti e ai medici di tutta Europa».

«I dati clinici di cui disponiamo sono molto solidi e i riscontri positivi registrati fino a oggi confermano il valore di questa procedura per tutti i pazienti selezionati».

Il dispositivo è stato semplificato rispetto alla versione precedente, per renderlo adatto a una più vasta gamma di pazienti, da quelli con anatomie semplici a quelli che presentano anatomie più complesse.

Esso consente ampia flessibilità d'impianto e una "personalizzazione" di posizionamento grazie a una struttura arrotondata e completamente chiusa, progettata per migliorare ulteriormente la tenuta all'interno dell'auricola sinistra. Infine, la soluzione offre ai medici la possibilità di recuperare e riposizionare il dispositivo durante la procedura.

L'introduzione del dispositivo in Europa è cominciata con gradualità e prevede di estenderne la commercializzazione ad altri Paesi nella seconda metà dell'anno. E' inoltre previsto nei prossimi mesi l'arrolamento di pazienti in un registro europeo post-approvazione.

Negli Stati Uniti il dispositivo è in fase sperimentale e non ancora disponibile per la vendita.

GIO. GE.

LA DIAGNOSI DEI TUMORI AL SENO

Mammografie in 3D allo Iom di Viagrande



Il mammografo di ultima generazione acquistato dallo Iom di Viagrande

L'Istituto Oncologico del Mediterraneo (Iom) di Viagrande ha acquistato un mammografo di ultima generazione che permette di eseguire mammografie 3D con tomosintesi. Il macchinario, rispetto a quelli precedenti, permette di ottenere immagini più nitide e dettagliate, riduce gli ulteriori accertamenti fino al 40%, individua fino al 65% in più di tumori invasivi della mammella, è più veloce, riduce la dose del 45% ed è più confortevole per le donne.

La mammografia è fondamentale per la diagnosi dei tumori mammari e la diagnosi precoce è l'arma migliore per curare il tumore della mammella. In Italia vengono diagnosticati circa 50.200 casi all'anno. L'importante aumento di sopravvivenza a cui abbiamo assistito negli ultimi anni è dovuto a diverse

variabili, tra cui l'anticipazione diagnostica e il miglioramento delle terapie. La prevenzione del tumore del seno deve cominciare a 20 anni d'età con l'autopalpazione eseguita ogni mese.

Dai 35 anni sono indispensabili i controlli annuali effettuati dal senologo, associati a ecografia e, dopo i 40 anni, affiancati alla mammografia digitale; le metodiche possono essere integrate, in taluni casi sostituite, con la risonanza magnetica, mentre lo studio genetico si effettua nei controlli di routine in casi selezionati. La mammografia digitale, screening di I livello, ha dato una ulteriore spinta nella diagnosi precoce del tumore della mammella; con l'introduzione della tomosintesi, che analizza digitalmente "strati" di mammella tramite software, è

possibile eseguire un'analisi più accurata, soprattutto nelle mammelle voluminose che presentano la ghiandola molto densa.

Allo Iom l'equipe di diagnostica per immagini - composta dalla dott.ssa Claudia Caltavuturo, dal dott. Michele Giaimo e dal dott. Alessio Russo - effettua tutti gli esami diagnostici; le donne con un rilievo clinico/strumentale di sospetta lesione tumorale vengono prese in carico in tempo reale dalla struttura mediante pianificazione di ulteriori indagini diagnostiche ed, eventualmente, interventistiche. Se venisse confermata la diagnosi di patologia, il caso verrebbe sottoposto a un meeting multidisciplinare e la paziente indirizzata all'iter terapeutico più appropriato nel più breve tempo possibile.