



NEURORADIOLOGIA ALLO IOM

Colonna vertebrale interventi tac guidati



Il futuro degli interventi su colonna vertebrale si focalizza sugli interventi tac guidati. È quanto è emerso dal 9th Advanced Course for Spine della Società Europea di Neuro-radiologia che si è svolto a Malta, organizzato dal prof. Luigi Manfrè, responsabile europeo per la colonna vertebrale della Esnr, pioniera della interventistica spinale tac-guidata in Italia e responsabile del reparto di Interventistica spinale dell'Istituto oncologico del Mediterraneo di Viagrande, insieme con i prof. Reuben Grech e Kelvin Cortis, del Mater Dei Hospital di Malta.

Il corso, tenuto annualmente in un Paese Ue, costituisce il più prestigioso evento scientifico dedicato alla diagnostica e interventistica della colonna vertebrale, sotto il patrocinio della Esnr. Si è svolto per la parte teorica con oltre 50 lezioni, cui ha fatto seguito la prova pratica.

«Effettuare un intervento tac-guidato sulla colonna vertebrale», spiega il prof. Manfrè, significa operare in una sala "ibrida", che presenta, al posto del tradizionale lettino, una tac operatoria; ovvero una apparecchiatura di dimensioni superiori a quella utilizzata per esami diagnostici, studiata per effettuare in sicurezza alcuni tipi di interventi. La tac vede attraverso il paziente, seguendo quindi tutte le fasi di un intervento mini-invasivo mediante immagini radiologiche in tempo reale. Operare sotto guida tac significa usare "un occhio radiologico" per vedere cosa stiamo facendo durante un intervento. I nuovi interventi miniminvasivi comportano vantaggi per il paziente perché implicano minori complicanze, maggiore velocità, minore invasività; per lo specialista perché si riducono i rischi operatori, si controlla ogni momento l'intervento e si evitano le eventuali complicanze o il posizionamento errato degli strumenti.

«Mi reputo molto fortunato a operare in una delle poche sale "ibride" disponibili in Italia» dice Manfrè. «Va sottolineato peraltro che il successo delle tecniche, qualunque esse siano, nasce sempre da una attenta cooperazione tra specialisti (oncologo, chirurgo, terapeuta del dolore, radioterapista), e la scelta di un trattamento va sempre intrapresa di concerto, nell'interesse del malato». Fra i trattamenti percutanei tac-guidati che stanno riscuotendo ampi consensi, ci sono la radioablazione e la crioablazione tumorale. Radioablazione vuol dire distruzione di un tessuto malato con radiofrequenze, che generano un calore tale da garantire la "citotisi", cioè la morte delle cellule sottoposte a trattamento. È una procedura da molti anni usata per i tumori non vertebrali e che da un po' viene proposta per il trattamento di alcuni tumori vertebrali. Viene effettuata con piccole sonde a radiofrequenza, inserite nella vertebra malata in anestesia locale, con generazione di un aumento di temperatura intorno ai 60°, sufficiente a ottenere la distruzione delle cellule malate, riducendo il volume tumorale originario, e permettendo quindi poi a chemio e radio una efficacia maggiore. Il trattamento dura una decina di minuti e viene spesso seguito dall'immissione del cemento, attraverso lo stesso ago principale, per rinforzare la vertebra ed evitarne il crollo, spesso causa di complicanze nei pazienti con metastasi.

La crioablazione è una metodica analoga ma che nasce da un criterio opposto alla radioablazione: il tessuto neoplastico viene congelato. Un ago-sonda viene inserito per via percutanea e genera in pochi minuti una temperatura di -78°. Il tumore viene così "gelificato". È una tecnica che può essere adottata anche per tumori al di fuori dell'osso vertebrale, essendo sempre sotto controllo mediante esame tac l'area di congelamento ottenuta. Si tratta di metodiche che danno eccellenti risultati, ma in casi selezionati di tumore e solo se vengono rispettate alcune condizioni. E non sono alternative al trattamento sistemico dei tumori, che resta compito della oncologia e della radioterapia, ma metodiche che potenziano l'efficacia del trattamento. In caso di tumori focali, che abbiano colpito solo pochi corpi vertebrali, queste tecniche dimostrano una efficacia straordinaria nel controllo del dolore, della malattia e nella ristabilizzazione della solidità di un corpo vertebrale.



Piccole molecole in campo contro l'artrite reumatoide

Il reumatologo Giovanni D'Avola: «Si tratta di un nuovo approccio terapeutico per via orale che agisce sul processo d'infiammazione»

I farmaci tengono a bada i due sintomi della malattia: dolore e fatica

GIOVANNA GENOVESE

L'artrite reumatoide è una malattia autoimmune che interessa maggiormente le donne, caratterizzata dall'infiammazione e dal progressivo danno articolare. L'esordio è caratterizzato da dolore e rigidità articolare e comincia a muoversi meglio solo dopo un'ora e più. Inoltre l'artrite ha spesso un carattere articolare agiuntivo, ovvero a una prima articolazione gonfia e dolente, nel corso dei giorni e delle settimane se ne aggiunge un'altra e poi un'altra ancora e così via nel tempo.

Se trascurata evolve in un danno alle articolazioni e porta a una progressiva disabilità che raggiunge anche l'80% dei casi nei pazienti che non si curano. Tenere sotto controllo i livelli di



IL DOTT. GIOVANNI D'AVOLA

infiammazione è importante, anche per evitare che coinvolga altri organi o apparati che si aggiungono al quadro già complesso della malattia reumatica; basti ricordare che la cascata infiammatoria è anche un grosso fattore di rischio per malattie cardiovascolari come l'infarto, per le malattie dell'apparato respiratorio, per l'occhio e per i vasi con le uveiti o le vasculiti correlate.

Rallentare e frenare la progressione della patologia con terapie

adatte ha effetti virtuosi e riduce anche i timori sulle aspettative di vita.

Le terapie non mancano, dal methotrexate che è entrato in commercio per l'artrite nel 1984 e ha ancora oggi una efficacia indiscussa, tanto da potersi ritenere il farmaco base per queste malattie, ai farmaci biotecnologici, detti con acronimo biologici. Il primo, commercializzato 18 anni fa, è l'etanercept. Da allora di biologici se ne contano una dozzina.

Quest'anno, per contrastare l'artrite reumatoide, è entrata in campo anche in Italia un'altra classe di farmaci. Sono le cosiddette "piccole molecole" baricitinib e tofacitinib, indicate per i pazienti con artrite da moderata a grave e che vanno impiegate quando il trattamento standard con farmaci "dmard" o con i biologici non ha funzionato bene o ai quali i pazienti si sono mostrati intolleranti.

«Poter disporre di un farmaco efficace fin dalle prime settimane di trattamento - spiega Giovanni D'Avola, reumatologo dell'Azienda

da sanitaria di Catania - rappresenta un grande vantaggio, in quanto permette di controllare rapidamente le manifestazioni cliniche dell'artrite reumatoide. Queste piccole molecole esercitano la loro azione con un meccanismo innovativo. Esse inibiscono gli enzimi janus chinasi e le molecole intracellulari che modulano i segnali delle citochine infiammatorie responsabili dello sviluppo e della progressione della malattia. A differenza dei farmaci biologici in uso, che sono diretti verso un singolo bersaglio extracellulare, i nuovi farmaci attraversano la parete cellulare e possono bloccare contemporaneamente l'effetto di diverse proteine (citochine) pro-infiammatorie».

«La cura con methotrexate - prosegue il dott. D'Avola - è il primo gradino terapeutico per attaccare l'artrite e testare la sua efficacia nel controllo dei sintomi. Una prima valutazione viene fatta dopo 3 mesi; quindi si decide se aumentare o no il dosaggio. Altri tre mesi ancora e una valutazione complessiva deciderà se continuare con il farmaco o cambiare molecola. Se il paziente non risponde e non ne trae benefici, è necessario passare a terapie di seconda linea e le small molecules potrebbero essere un'opzione ad hoc. Infatti, la loro assunzione quotidiana sotto forma di compressa determina un miglior controllo della malattia e del dolore già dalle prime settimane».

Con l'uso delle small molecules si apre dunque un capitolo nuovo nella medicina. Infatti le citochine jak-dipendenti sono implicate nella patogenesi di diverse malattie infiammatorie proprio poiché la loro alterazione può far sviluppare un processo infiammatorio e un'attivazione anomala del sistema immunitario. Questo sembra suggerire che gli inibitori dei jak - quindi le small molecules - possano essere utili nel trattamento di un'ampia gamma di condizioni infiammatorie. In virtù di ciò sono in fase avanzata di studio e di prossima commercializzazione tante altre small molecules che serviranno a contrastare tante altre patologie. A prestissimo avremo infatti molecole per alcune patologie pediatriche e malattie linfoproliferative.

«La vita di un malato reumatico - conclude D'Avola - tra visite di controllo, gestione della terapia, o delle terapie, non è certo facile. L'arrivo di farmaci che oltre alla rapidità di azione fanno accantonare l'ago della siringa, poiché si possono somministrare per via orale, porterà loro un altro tassello per migliorarne la qualità della vita».

IL NUTRIZIONISTA: MEGLIO IL MIELE CHE HA ANCHE CARATTERISTICHE TERAPEUTICHE

Zuccheri "alternativi" di moda ma non sempre sani

Cocco, canna, agave, fruttosio. Gli zuccheri "alternativi" sono sempre più ricercati. Ma non sempre sono sani. «Il problema è che sono il più delle volte frutto di processi industriali e non hanno caratteristiche tanto diverse dallo zucchero bianco», spiega Ciro Vestita, nutrizionista dell'università di Pisa.

«Fino al 1600 si usava solo il miele - precisa - un alimento che ha anche caratteristiche terapeutiche, in particolare antibiotiche e antivirali. Se se ne fa un tracciato in laboratorio si possono rintracciare 700 o 800 sostanze benefiche. Studi americani di qualche anno fa hanno dimostrato, ad esempio, che la tazza di latte caldo col miele funziona contro la tosse dei bambini come gli sciroppi medicinali». Nel 1800, poi, è arrivata la canna di zucchero: un buon alimento naturale, un cucchiaino al giorno non fa male a nes-

suno. Purtroppo in commercio si trova spesso un prodotto non originale, zucchero bianco brunito artificialmente».

In Italia lo zucchero «al 99% è originato dalla barbabietola. Rispetto a quello di canna, estratto dal cuore delle canne da zucchero, per ottenere il prodotto dalla barbabietola servono diversi processi industriali e chimici, soprattutto di sbiancamento. E questo fa la differenza nella qualità». Anche il fruttosio, estratto dalla frutta, «offre zero vantaggi. Allo stato naturale, assunto tramite la frutta, non dà problemi. Ma quando è un prodotto industriale può creare danni se usato in abbondanza. I bambini che abusano di bibite edulcorate col fruttosio, ad es., possono andare incontro a steatosi epatica».

Saccarina e aspartame, poi, spiega l'esperto, «sono molto discussi», mentre «sulla stevia, dolcificante naturale, non

sono stati evidenziati problemi. Ha un potere dolcificante 200 volte più elevato dello zucchero bianco e zero calorie. È un vantaggio enorme per i diabetici, perché regge le temperature alte e permette quindi di fare dolci».

«Gli altri zuccheri di moda come agave e cocco - aggiunge Ciro Vestita - hanno il limite di essere estratti chimicamente. Quello di cocco ha le stesse calorie dello zucchero bianco, senza altri vantaggi. Lo sciroppo d'acero, quando è naturale, ha ottime caratteristiche ma è difficile trovare prodotti non sottoposti a processi industriali».

La vera alternativa, conclude il nutrizionista, «resta il miele che, a parità di peso, ha un potere dolcificante doppio rispetto allo zucchero bianco. Ha inoltre un indice glicemico più basso ed è un alimento adatto a bambini e anziani per la digeribilità e per le sue capacità antibiotiche».