

NEGRI NEWS 144

MENSILE DELL'ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI

www.marionegri.it

RICERCA E SALUTE

Rischio spinello

I dati e le evidenze sperimentali ed epidemiologiche convergono: l'uso della cannabis (la materia prima dello spinello) espone al rischio potenziale di sviluppare sintomi psicotici. I pericoli che la cannabis sia il veicolo per altri tipi di tossicodipendenze. Innalzare la soglia di attenzione di fronte al crescente numero di giovani che fumano lo spinello ad uso "ricreativo". Applicare il "principio di prevenzione" da parte delle famiglie, della società civile e delle autorità sanitarie.

Si stanno accumulando evidenze, sperimentali ed epidemiologiche, che convergono nel suggerire che esista una associazione fra l'utilizzo di cannabis, lo spinello, e lo sviluppo di sintomi psicotici. È ancora fonte di dibattito se esista un rapporto di causa-effetto oppure se i soggetti che sviluppano psicosi dopo l'uso dello spinello siano quelli che già hanno predisposizione alla psicosi, oppure ancora se l'uso dello spinello sia una risposta alla presenza di sintomi psicotici. Un nuovo studio epidemiologico condotto in Germania su circa 3000 giovani seguiti per oltre 4 anni ha permesso di ottenere nuove informazioni che sostanzialmente confermano precedenti ricerche. In sintesi gli Autori concludono che l'uso dello spinello nei giovani aumenta il rischio di avere in tempi successivi uno o più sintomi psicotici.

Rischio lineare

Il rischio è lineare nel senso che all'aumentare del numero di spinelli per mese o per settimana aumenta il rischio. Tale rischio è circa 4 volte più alto nei giovani che avevano già una predisposizione alla psicosi all'inizio dello studio rispetto a coloro che non l'avevano. In aggiunta coloro che hanno una predisposizione alla psicosi non utilizzano necessariamente lo spinello. Questi risultati sono preoccupanti perché si assommano ad altri studi che possono essere così riassunti. 50.000 reclute svedesi seguite per 15 anni hanno permesso di stabilire che l'assunzione di cannabis nell'età dell'adolescenza aumentava in modo proporzionale alla dose il rischio di sviluppare schizofrenia. Nonostante le dimensioni dello studio permanevano tuttavia alcuni dubbi circa la possibile influenza di altri farmaci assunti nello stesso periodo di tempo e soprattutto la difficoltà di stabilire un rapporto di causa ed effetto essendo possibile che l'assunzione di cannabis fosse la conseguenza e non la causa della presenza di disturbi mentali. Per queste ragioni lo studio è stato ripreso con un

periodo di osservazione più lungo. In breve i risultati sono stati confermati ed ampliati, dimostrando che solo la cannabis, e non altri farmaci, è responsabile della comparsa della psicosi e dell'aggravarsi dei sintomi.

Nuove ricerche

Queste ricerche vanno viste alla luce di altri dati condotti su gruppi di minore numerosità ma pur sempre significativi. Un gruppo di 4045 olandesi ha confermato i dati svedesi. Analogamente un gruppo di 1037 adolescenti in Nuova Zelanda è stato diviso in tre sottogruppi: un gruppo di controllo che non aveva mai usato cannabis, un gruppo che aveva assunto cannabis a partire dall'età di 18 anni ed un gruppo che aveva iniziato all'età di 15 anni ed aveva poi proseguito. All'età di 26 anni sono stati eseguiti gli esami psichiatrici con risultati molto preoccupanti perché gli utilizzatori di cannabis mostravano più sintomi schizofrenici dei soggetti di controllo e l'effetto era più evidente negli adolescenti che avevano iniziato all'età di 15 anni. Altri studi hanno affrontato anche il problema di eventuali rapporti fra consumo di cannabis e disturbi mentali non psicotici ma riguardanti depressione ed ansia. In Australia, nello stato di Victoria, è stato

Ringraziamo i nostri lettori per aver aderito con entusiasmo alla nostra iniziativa di verificare quanto il nostro Notiziario soddisfacesse il loro interesse e le loro aspettative. Sono arrivati ad oggi più di 1.000 questionari ed altri continuano ad arrivare. È in atto l'elaborazione delle risposte di cui in un prossimo numero comunicheremo i risultati.

seguito a partire dal 1992 un gruppo di 44 classi valutando a caso oltre 2000 adolescenti dell'età di 14-15 anni appartenenti ad una popolazione di oltre 60.000 studenti. I risultati ottenuti confermano una associazione fra l'uso della cannabis nell'adolescenza e la successiva comparsa di depressione ed ansietà. In particolare l'uso quotidiano dello spinello comporta un aumento, rispetto al non uso, di 5,6 volte dei sintomi di depressione ed ansietà entro un periodo di 7 anni. L'uso settimanale comporta invece un aumento del rischio di circa due volte. Un lavoro pubblicato sulla rivista dei medici americani ha destato ulteriori motivi di preoccupazione. Si è stabilito infatti che l'impiego di cannabis è un fattore di rischio per una successiva assunzione di cocaina o di oppioidi. Si realizza quindi il pericolo che la cannabis faccia da veicolo per altri tipi di tossicodipendenza. Tutti questi dati non configurano certamente la cannabis come una "droga leggera" ma suscitano notevoli preoccupazioni circa il carico di potenziale danno alla salute mentale dato il continuo aumento dei giovani che si rivolgono allo spinello per scopi "ricreativi". È necessaria perciò una mobilitazione delle famiglie, della società civile e soprattutto delle autorità sanitarie per sviluppare adeguate campagne di informazione. È vero che le ricerche sono ancora in corso, ma vi sono sufficienti condizioni per applicare quel "principio di precauzione" che spesso si evoca per molto meno.

SILVIO GARATTINI
(Famiglia Cristiana)

ANCHE IL MARIO NEGRI IN CAMPO NEI DERBY DEL CUORE

L'Istituto Mario Negri è entrato a far parte delle Associazioni beneficiarie del "Derby del Cuore", partita di calcio organizzata dalla Nazionale Italiana Attori e Cantanti. Da 13 anni questa Associazione si fa promotrice, attraverso l'organizzazione di partite di calcio, di raccolte di fondi che vengono tutti rigorosamente devoluti agli Enti beneficiari.

Pensiamo che per i nostri lettori sportivi sia una buona notizia sapere che anche il nostro Istituto potrà usufruire dei fondi raccolti tramite la vendita dei biglietti, utilizzandoli per la sua attività di ricerca.

La prossima partita "Derby Milan-Inter" si svolgerà allo Stadio Meazza di Milano nel mese di giugno in data di prossima definizione.

I biglietti potranno essere acquistati anche in Istituto.

Per informazioni rivolgersi ai seguenti indirizzi: tel. 02/39014315, e-mail mne-gri@marionegri.it, fax 02/3546277.

Malati di traffico

L'infarto del cuore è oggi una delle cause di morte più frequenti. Cos'è che fa male al cuore? Abitudini alimentari scorrette, fumo di sigaretta, uso di droghe, sforzi fisici intensi, inquinamento. Ma anche - l'ha dimostrato uno studio fatto in Germania - il traffico delle nostre città. Che può far danni soprattutto (ma non solo) a chi viaggia in auto. Sotto osservazione anche le diverse variabili (orari, ritmi di vita e di lavoro) che possono interagire con il "mal di traffico".

Una volta gli uomini morivano di infezione, oggi si muore di più di infarto del cuore. Nei Paesi ricchi, ma non solo.

Ma che cos'è che danneggia il cuore?

Quello che si mangia (troppi grassi animali e troppa carne fanno male, mentre frutta e verdura proteggono), e poi il fumo di sigaretta, certamente.

Anche uno sforzo fisico troppo intenso può far venire l'infarto, e poi l'uso di cocaina e di marijuana.

Tutti sanno che se uno ha crisi di collera rischia di più, ma anche chi vive in una grande città, come Milano (o Roma, o Parigi).

Per l'aria inquinata?

Forse, ma anche per il traffico.

Lo ha stabilito uno studio fatto in Germania, a Norimberga, su quasi mille persone sopravvissute a un infarto del cuore (lo studio è stato pubblicato in questi giorni sul *New England Journal of Medicine*, il giornale di medicina più autorevole al mondo).

I ricercatori hanno ricostruito "minuto per minuto" le attività di questi ammalati dei quattro giorni precedenti l'infarto.

Si è visto che appena prima di avere la crisi di cuore queste persone erano state nel traffico più che nei giorni precedenti.

La maggior parte di loro in macchina, molti di meno in bicicletta, ma qualcuno aveva preso anche mezzi pubblici.

Si è visto che stare nel traffico aumenta il rischio di infarto di 3 o 4 volte (per fare un paragone uno sforzo fisico estremo aumenta il rischio di infarto di 6 volte).

Non si può escludere che quelli che stanno tanto tempo nel traffico siano anche quelli che si alzano più presto al mattino e forse è questo che fa male - si sa da uno studio precedente - non il traffico.

Orari e mezzi di trasporto

Ma i ricercatori hanno tenuto conto anche di questa possibilità e hanno concluso che gli effetti del traffico sul cuore non dipendono da che ora ci si alza dal letto.

Uno potrebbe pensare che sia l'andare avanti e indietro, per lavoro, quello che fa davvero male (come succede a chi, per lavoro, va a Milano tutte le mattine, per poi tornare la sera, stando magari ore in autostrada).

Lo studio ha dimostrato invece che a parità di ore passate nel traffico hanno più infarto i disoccupati di quelli che lavorano.

Non sarà l'essere al volante che predispone all'infarto?

Non si può escludere, ma siccome succede anche a chi usa i mezzi pubblici, è improbabile.

Nel traffico, si è visto, rischiano di più le donne degli uomini, e chi ha più di sessant'anni, e chi è diabetico.

Per il cuore i giorni della settimana sono tutti uguali (lo studio ha documentato che,

nel traffico, dal lunedì al sabato si rischia allo stesso modo), ma si rischia di più nelle ore del mattino e della sera che di notte (di notte c'è meno traffico).

Batticuore

Questo studio non aiuta a capire perché il traffico fa male al cuore:

Potrebbe essere l'aria contaminata con le polveri sottili, o quello che i medici chiamano "stress emodinamico" (vuol dire che le arterie che portano sangue al cuore si restringono, e poi si forma un coagulo di sangue).

È stato detto, a proposito di traffico (fu Friedrich Nietzsche, se non ricordo male), che quando si è appena evitata una vettura si rischia di più.

Sembra che valga anche per il cuore.

GIUSEPPE REMUZZI

(*Corriere della Sera, Lombardia - 21/12/2004*)

IN RICORDO DI JULIUS AXELROD (1912-2004)

È passata pressoché inosservata la morte di Julius Axelrod, Julie per gli amici, Premio Nobel per la Medicina. I nostri mass-media, pronti a descrivere ed a celebrare tutte le discutibili "scoperte" di molti esibizionisti, si sono dimenticati di ricordare un uomo eccezionale che ha contribuito come pochi a molti sviluppi della moderna farmacologia.

Aveva iniziato come tecnico determinando le concentrazioni delle vitamine nei cibi ed era poi arrivato al prestigioso National Institute of Health dove ha svolto la maggior parte delle sue ricerche per circa un trentennio, continuando anche dopo il suo pensionamento. I suoi contributi spaziano in vari campi: dalla scoperta della melatonina nella ghiandola pineale alla descrizione di molti processi metabolici riguardanti i farmaci; dalla descrizione del meccanismo d'azione dei glucocorticoidi allo sviluppo della oggi "popolare" tachipirina.

Forse il suo contributo fondamentale riguarda i neurotrasmettitori, le sostanze chimiche che determinano le comunicazioni fra i neuroni e che sono la base del funzionamento del cervello. Si devono a lui le principali conoscenze su sintesi, accumulo, liberazione, metabolismo di dopamina, noradrenalina, serotonina, i protagonisti della trasmissione nervosa ed il punto di riferimento per spiegare il meccanismo d'azione della maggioranza degli psicofarmaci.

Era un Maestro nel vero senso della parola, pronto ad aiutare tutti, disponibile alla discussione di ogni risultato scientifico, inesauribile nello spiegare i risultati delle sue ricerche. Sempre con grande umiltà, pronto ad accettare la critica, aperto alla collaborazione.

Il Premio Nobel non l'aveva reso depositario di ogni sapere... Era rimasto quello di sempre e non aveva cambiato le sue abitudini. Come sempre, in laboratorio ha continuato a lavorare con le sue mani anche dopo aver ricevuto il massimo riconoscimento per le sue ricerche. Ha formato molti collaboratori che hanno poi seguito splendide carriere in molti campi della medicina contribuendo al progresso scientifico. Un network di talenti che ha ricevuto da Axelrod ispirazione ed indirizzo.

Nel discorso per il Premio Nobel, Julie, come sempre, aveva patrocinato con grande enfasi la necessità di sostenere la ricerca fondamentale come metodo insostituibile per alimentare le applicazioni. Poteva sostenere questa causa a buona ragione perché è stato grazie alle sue ricerche sui meccanismi di trasporto attraverso cui l'eccesso di serotonina liberata dalle terminazioni nervose ritorna all'interno del neurone che si è potuta sviluppare una nuova classe di farmaci antidepressivi largamente utilizzata.

Un appello che rimane valido nel tempo soprattutto oggi considerando lo scarso supporto che nel nostro Paese riceve la ricerca accademica. Senza questo supporto è ridicolo e senza senso lanciare messaggi perché l'Università ed i Centri di ricerca siano più vicini all'industria e più pronti a collaborare per sviluppare nuovi prodotti.

Julius Axelrod non è più con noi ma le sue scoperte rimangono e continueranno a generare nuove idee che determineranno altre scoperte. Gli ammalati devono molto al suo impegno, i ricercatori - giovani e vecchi - hanno un modello da seguire.

La lezione di Rolf Zinkernagel

Dalla scoperta dei linfociti T allo sviluppo delle conoscenze e delle applicazioni in campo immunologico. Il Premio Nobel ha fatto il punto sullo stato di salute della vaccinologia nel corso della Guido Venosta Lecture tenuta in Istituto il 10 febbraio. I vaccini costituiscono una delle risorse più importanti e a basso costo per la salute. Gli sforzi per ottenere risultati contro AIDS, tubercolosi, cancro. Grandi passi avanti verso un vaccino anti-HPV, il virus del carcinoma della cervice uterina.

Perché non è stato ancora sviluppato con successo un vaccino contro l'HIV che infetta circa 42 milioni di persone e che ha causato nel 2003 circa 3 milioni di morti?

Perché abbiamo solo un vaccino inefficiente, detto BCG, vecchio oltre ottant'anni, contro il germe della tubercolosi che infetta un uomo su tre?

Perché non abbiamo vaccini contro il cancro, a parte quello contro il virus dell'epatite B?

Queste le domande poste da Rolf Zinkernagel (Zurigo) nella sua "Guido Venosta Lecture" tenuta il 10 febbraio 2005 presso l'Istituto Mario Negri a Milano sotto l'egida congiunta dell'Università Statale, della Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro e dell'Istituto stesso.

Rolf Zinkernagel ha ottenuto il Premio Nobel per la Medicina nel 1996 per aver scoperto negli anni '70 come i linfociti T, i direttori d'orchestra del sistema immunitario, distinguono il "sé medesimo" (self, da non aggredire) da ciò che è "altro da sé" (non self), virus e tumori in particolare, da attaccare e distruggere.

L'identità immunologica

Peter Doherty e Rolf Zinkernagel scoprirono che il senso di identità del sistema immunitario è costruito sul riconoscimento del "sé medesimo" costituito dai prodotti del Complesso Maggiore di Istocompatibilità (MHC).

Il fenomeno da loro scoperto è detto in gergo "restrizione".

È solo riconoscendo il "sé medesimo" che il sistema immune riconosce il mondo esterno.

Si può forse dire metaforicamente che questa scoperta è un po' la traduzione immunologica dell'antico motto di Agostino da Ippona "te ipsum cognosce": il sistema immunitario riconosce il mondo esterno (virus, tumori ecc.) solo specificandosi nel "sé medesimo" (MHC self). Questa scoperta ha avuto ricadute immense sia sul piano conoscitivo che su quello applicativo.

Si è innanzitutto iniziato a comprendere come sia costituito e si costruisca il senso di identità immunologica dell'individuo e della specie: i paradigmi che hanno preso le mosse da quegli esperimenti fondamentali sono tuttora in evoluzione.

Sul piano applicativo, la scoperta della "restrizione" ha consentito di guardare con occhi nuovi alle malattie autoimmuni in cui il sistema immune aggredisce il "sé mede-

simo", ai trapianti, alla resistenza contro i tumori, allo sviluppo di vaccini innovativi. Su quest'ultimo tema si sviluppa la riflessione critica di Rolf Zinkernagel.

I vaccini costituiscono uno dei contributi più importanti e a basso costo della medicina alla salute dell'uomo.

Tuttavia gli approcci convenzionali empirici della vaccinologia hanno a tutt'oggi avuto successo marginale nei confronti di malattie quali AIDS, tubercolosi o cancro, che per il modo in cui si trasmettono, la capacità di mutare, il fatto di interferire con le cellule stesse dell'immunità e la persistenza nel tempo, pongono grandi ostacoli di tipo immunologico.

Difficoltà e progressi

È solo grazie allo sviluppo della comprensione dell'immunologia di queste malattie che si potranno sviluppare strategie vaccinali innovative capaci di attivare risposte immunitarie adeguate.

L'individuazione degli ostacoli di tipo più scientifico-concettuale che tecnologico che si frappongono allo sviluppo di vacci-

ni efficaci contro alcuni agenti che costituiscono veri e propri flagelli, non può però far da velo ai progressi reali compiuti e a grandi speranze che si sono aperte proprio negli ultimi mesi.

Così, ad esempio, nel caso del micobatteria, agente causale della tubercolosi, la comprensione di come questi si nasconda all'interno di cellule specializzate dette macrofagi, sfuggendo alla loro aggressione, ha aperto la strada al disegno di nuovi vaccini ora in sperimentazione nell'uomo.

A portata di mano

Nel settore dei vaccini contro il cancro è di questi mesi la notizia entusiasmante che il progresso verso lo sviluppo di un vaccino con il virus del papilloma (HPV) è più rapido di quanto si potesse ragionevolmente sperare.

HPV è causa del carcinoma della cervice uterina, di cui si hanno circa 470000 nuovi casi l'anno, con circa 230000 morti l'anno; di questi, circa l'80% nei paesi del terzo mondo dove spesso il cancro della cervice è il tumore femminile più comune. Il vaccino anti-HPV è probabilmente a portata di mano a tempi brevi e potrebbe costituire uno strumento di cambiamento epocale per la salute femminile su scala globale.

Il suo sviluppo e il suo uso porranno problemi di equità dell'accesso (da parte delle donne africane ad esempio, dove il cancro della cervice è la prima causa di morte per cancro e flagello grave quanto l'HIV) e di utilizzo (vaccinare solo le femmine o anche i maschi che trasmettono HPV?) che vanno al di là dei dilemmi strettamente immunologici discussi da Rolf Zinkernagel.

ALBERTO MANTOVANI

SALUTE MATERNO-INFANTILE: UNO STRUMENTO DI LAVORO

Nascere e crescere oggi in Italia, libro di Maurizio Bonati e Rita Campi, è nato dal "bisogno lavorativo" di disporre di un archivio dove riporre via via le informazioni dinamiche sulle condizioni di salute materno-infantili, le cosiddette "vital statistics", che rappresentano un valido strumento di programmazione sanitaria e di interventi di Salute Pubblica.

Infatti a differenza di quanto succede in altre Nazioni dove le "vital statistics" vengono periodicamente pubblicate in modo sistematico, in Italia questa informazione è affidata ad iniziative occasionali o campionarie.

I nove capitoli che costituiscono questa pubblicazione rappresentano alcuni dei temi di grande rilevanza per la salute della popolazione pediatrica, quindi di tutti noi.

Questa pubblicazione vuole essere uno strumento di lavoro per tutti coloro che per "mestiere" operano per/con l'infanzia, uno strumento che aiuti a capire i "perché" di molti temi ignorati che caratterizzano le disuguaglianze regionali e locali dell'Italia quali ad esempio: mortalità infantile, ospedalizzazione pediatrica, abbandono scolastico, istituzionalizzazione.

Una delle caratteristiche del libro è l'essenzialità, voluta perché il fine è quello di mettere a disposizione "i dati" in modo però che poche righe, tabelle o figure riescano a dire tanto in modo accurato e sufficiente.

A. Jori



CAFFÈ IN GRAVIDANZA E RISCHIO DI NASCITA DI BAMBINI DI BASSO PESO

Mentre è noto che fumare e avere l'ipertensione durante la gravidanza e avere un indice di massa corporea molto basso al momento del concepimento sono tutti fattori di rischio di partorire un bambino di basso peso, i risultati sul consumo di caffè e peso alla nascita non sono chiari. Alcuni studi mostravano che bevitrice di tre o più tazze al giorno durante la gravidanza partorivano bambini di basso peso, ma altri studi non mostravano alcuna associazione tra consumo di caffè e peso alla nascita.

Recentemente uno studio caso-controllo ha analizzato la relazione tra consumo di caffè distinguendo tra il consumo prima e separatamente durante i vari trimestri della gravidanza e rischio di nascita di bambini di basso peso per l'età gestazionale (peso alla nascita inferiore al decimo percentile secondo le tabelle italiane).

Lo studio includeva più di 550 donne che hanno partorito bambini di basso peso e le paragonava a quasi 2.000 donne che hanno partorito bambini di peso normale. I dati di questo studio sono rassicuranti perché non si è evidenziata alcuna associazione tra peso alla nascita e consumo di caffè, né se il caffè era consumato prima della gravidanza, né considerando il consumo separatamente per i vari trimestri di gravidanza. Inoltre il peso alla nascita non era influenzato dal consumo di caffè sia nei bambini nati a termine che in quelli nati prima del termine. (Parazzini et al. Eur J Clin Nut 2005;59:299-301)

BILANCIO ENERGETICO, NUTRIZIONE E RISCHIO DI CANCRO

Il sovrappeso e l'obesità sono, dopo tabacco, nutrizione e dieta, la principale causa di cancro in Nord America.

In particolare essi sono un fattore di rischio ben definito per i tumori della mammella in post-menopausa¹, dell'endometrio (corpo dell'utero) e della colecisti, e un probabile fattore di rischio per diverse altre neoplasie, tra le quali vanno menzionate intestino², prostata e pancreas. Sovrappeso³ e obesità sono responsabili negli Stati Uniti del 14% di tutte le morti per tumore nei maschi e del 20% nelle donne.

Considerando la minor prevalenza del sovrappeso in Italia rispetto agli USA, la più verosimile stima attuale è che siano la causa del 3-5% di tutte le morti per tumore, una percentuale che è destinata però a salire se non si invertirà la tendenza al progressivo aumento del peso corporeo nella popolazione italiana.

L'esercizio fisico che esercita un ruolo di primaria importanza nella regolazione del bilancio energetico ed è pratica consigliata per la prevenzione di sovrappeso e obesità, è stato associato a ridotto rischio di tumore dell'intestino⁴ e della mammella⁵, e probabilmente di diverse altre neoplasie, anche se ogni quantificazione del rischio a livello di popolazione resta imprecisa.

¹ La Vecchia C, Negri E, Franceschi S, Talamini R, Bruzzi P, Palli D, Decarli A. Body mass index and post-menopausal breast cancer an age-specific analysis.



Br J Cancer 1997;75: 441-4.

² Russo A, Franceschi S, La Vecchia C, Dal Maso L, Montella M, Conti E, Giacosa A, Falcini F, Negri E. Body size and colorectal-cancer risk. Int J Cancer. 1998;78:161-5.

³ Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. N Engl J Med. 2003;348:1625-38.

⁴ Tavani A, Braga C, La Vecchia C, Conti E, Filiberti R, Montella M, Amadori D, Russo A, Franceschi S. Physical activity and risk of cancers of the colon and rectum: an Italian case-control study. Br J Cancer. 1999;79:1912-6.

⁵ Mezzetti M, La Vecchia C, Decarli A, Boyle P, Talamini R, Franceschi S. Population attributable risk for breast cancer: diet, nutrition, and physical exercise. J Natl Cancer Inst. 1998;90:389-94.

IL DOLORE NEL PAZIENTE CON CANCRO

Nonostante l'esistenza di linee guida per il controllo sul dolore da cancro e nonostante siano disponibili molti trattamenti efficaci per il 70-90% dei casi, l'*under treatment*, il trattamento insufficiente, è tutt'altro che infrequente raggiungendo in alcune valutazioni anche il 40% dei casi. Il motivo più frequente del "trattamento insufficiente" del dolore nel paziente con tumore è solitamente attribuito ad un non corretto utilizzo degli oppioidi. In Italia, in particolare, il consumo di oppioidi è stato fino al 2000 fra i più bassi d'Europa.

Una valutazione recente basata sui dati di mercato indica che è in atto un aumento nell'uso degli oppioidi, ma alcuni dati suggeriscono che una quota di questo aumento sarebbe attribuibile alla prescrizione di un solo farmaco (fentanyl transdermico), mentre alcuni dei pazienti trattati con fentanyl avrebbero dovuto ricevere morfina orale.

Per aumentare la qualità delle terapie del dolore nei pazienti colpiti da cancro, è stato lanciato un progetto dall'Istituto Mario Negri in collaborazione con i rappresentanti dell'industria, di società scientifiche e di alcune associazioni di pazienti. Il progetto, ha l'obiettivo primario di mettere a disposizione di medici, pazienti e famiglie informazioni corrette sulle terapie del dolore per malati di cancro (www.paincare.it) e di produrre prove sull'efficacia di alcune terapie basate sull'uso di farmaci analgesici maggiori (oppiacei).

Nel contesto dello studio di "outcome" sarà anche condotto uno studio clinico controllato e randomizzato dove il farmaco comparatore di riferimento sarà la morfina orale: tale "trial" vedrà la partecipazione di un grande numero di oncologi, esperti di cure palliative e medici di medicina generale. (Apolone et al. Il dolore nel paziente con cancro: un progetto di ricerca. R & P 2004; 20: 137-145)

UN'EPIDEMIA DEL TUMORE DELLA PROSTATA?

Il cancro della prostata è il quarto tumore per incidenza nel mondo dopo polmone, stomaco e colon retto, e il terzo nei Paesi sviluppati dopo polmone e colon retto.

Negli ultimi due decenni negli Stati Uniti e nell'Unione Europea si sono osservate considerevoli variazioni nella mortalità (e ancor più nell'incidenza) per neoplasie prostatiche. Ciò ha suggerito che fosse in corso un'epidemia per questo tumore alla fine degli anni ottanta e nei primi anni novanta, seguita da una diminuzione negli anni più recenti.

Vi sono notevoli difficoltà nell'interpretazione dell'epidemiologia descrittiva del tumore alla prostata.

L'attuale riduzione nell'incidenza e nella mortalità e l'aumentata sopravvivenza devono venire principalmente ricondotti alla aumentata sorveglianza e alla diagnosi precoce in particolare all'introduzione della misura del PSA e al diffondersi delle biopsie prostatiche.

L'andamento verificatosi negli Stati Uniti e anche nell'Unione Europea può essere il sinergico risultato dell'effetto favorevole di queste procedure di diagnosi precoce e dei miglioramenti nel trattamento chirurgico, radioterapico e farmacologico di questa neoplasia. Va peraltro sottolineato che l'incidenza della mortalità per i tumori epiteliali aumenta con l'avanzare dell'età e questa correlazione è maggiore per il tumore della prostata che per ogni altra neoplasia. Il tumore della prostata è raro sotto i 50 anni ed è tipico degli anziani.

Questa neoplasia è destinata pertanto a diventare più importante nella pratica clinica e a livello di sanità pubblica, in conseguenza dell'aumento degli anziani nella popolazione. (Levi F, Lucchini F, Negri E, Boyle P, La Vecchia C. Levelling of prostate cancer mortality in Western Europe. Prostate 60: 46, 2004)

NEGRI NEWS

Direttore Responsabile
SILVIO GARATTINI

Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri - Ente Morale
via Eritrea 62 - 20157 Milano

Tel. 02.39014.1
Fax 02.354.6277

www.marionegri.it

Stampa: Stamperia Stefanoni Bergamo
Iscritto nel registro del Tribunale di Milano
al N. 117 in data 28 marzo 1981
Tiratura 37.081 copie
Finito di stampare nell'aprile 2005

Per garantire la privacy. In conformità a quanto previsto dalla legge n. 675/96 art. 10 sulla tutela dei dati personali, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" garantisce tutti i suoi lettori che i più assoluti criteri di riservatezza verranno mantenuti sui dati personali forniti da ognuno. A tal fine si fa presente che la finalità dell'Istituto Mario Negri sono relative solo alla spedizione del "Negri News". Con riferimento all'art. 13 della legge n. 675/96, le richieste di eventuali variazioni, integrazioni o anche cancellazioni dovranno essere indirizzate a:
Segreteria Generale - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" - Via Eritrea 62 - 20157 Milano

Citando la fonte, articoli e notizie possono essere ripresi, in tutto o in parte, senza preventiva autorizzazione.

