

Malati & malattie

Gloria Sacconi Jotti

La sigaretta rende brutte: stretto il rapporto tra fumo ed acne femminile

ricercatori dell'Istituto dermatologico San Gallicano hanno confermato, con un nuovo studio, dati già evidenziati in precedenza che indicano che il fumo è correlato all'insorgenza, nelle donne, di una forma di acne difficile da curare e daloro definita Acne Comedogena Post Adolescente (CPAA). La distribuzione estesa a tutto il volto è tale da avere tra l'altro un impatto psicologico significativo. È stato esaminato un campione di 226 donne acneiche di età compresa

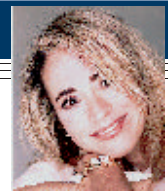
tra i 25 ed i 50 anni e la CPAA è stata riscontrata nell'85% delle pazienti esaminate, che infatti presentano una maggioranza di lesioni non infiammatorie, con numerosi comedoni, distribuite uniformemente su tutto il volto. Inoltre, poiché ben il 71,4% di queste fuma abitualmente è evidente il rapporto stretto tra fumo e CPAA. I dati, pubblicati recentemente, confermano lo studio preliminare condotto sempre al San Gallicano su un campione più ampio, che includeva ben mille don-

ne. Lo studio è stato condotto in collaborazione col Dessau Medical Center della Germania. I risultati ottenuti quindi hanno confermato l'esistenza nelle donne adulte di un tipo di acne non infiammatoria, caratterizzata da molte lesioni comedogene diffuse uniformemente su tutto il viso. Questo tipo di acne è stata riscontrata nell'85% delle pazienti, il che sovrverte le convinzioni attuali basate sui dati della letteratura, che rappresentano l'acne nelle donne adulte come caratterizzata

da lesioni infiammatorie, papulopustolari, confinate alla parte inferiore del volto e al collo. Già in uno studio del 2007 i ricercatori del San Gallicano osservarono mille donne nella fascia di età 25-50 anni e definirono per la prima volta la CPAA, che risultava essere non solo la forma di acne più diffusa nel campione, ma era presente con una prevalenza decisamente maggiore tra le fumatrici, che costituivano comunque la maggioranza delle donne acneiche. «I risultati pubblicati

ora - spiega il dottor Bruno Capitanio - non solo confermano i dati precedenti, dimostrando che la CPAA è la forma più frequente di acne nelle donne adulte, ma associano questa forma clinica al consumo di sigarette: le fumatrici rappresentano il 66% del nostro campione e il 71,4% delle donne affette da CPAA fuma abitualmente, vi è una correlazione tra sigarette ed acne non infiammatoria».

gloriasj@uniipr.it



DOPO I CINQUANT'ANNI

Ora la medicina combatte la vecchiaia

Le nuove tecniche consentono di ostacolare su tutti i fronti il deterioramento psico-fisico. A cominciare dalla bocca: in un giorno è possibile abbandonare la dentiera e riacquistare un sorriso smagliante

Luigi Cucchi

L'invecchiamento va combattuto giorno dopo giorno, soprattutto dopo i sessanta anni. Meglio sarebbe comunque iniziare ad avere cura di se stessi fin da giovani. L'autostima è una risorsa che va sempre alimentata. Un vecchio senza denti, curvo sotto il peso degli anni, rischia l'ipocondria, l'isolamento, l'emarginazione. Per lui, a quel punto, è quasi impossibile cambiare stile di vita. «Dal punto di vista psicologico, anche l'impiego di una dentiera può essere vissuto come una sorta di invalidità, collegata al decadimento fisico», afferma il dottor Emilio Francini Naldi, odontoiatra a Milano, Firenze, Roma, Udine (www.efran.it, numero verde 800252020). «Dal punto di vista meccanico, si ha il problema della stabilità che a sua volta può avere come conseguenza infiammazioni della gengiva: se nella parte superiore la protesi aderisce al palato come una ventosa, non altrettanto succede nella parte inferiore, dove si possono avere micro-spostamenti che solo col tempo la persona impara a gestire in modo automatico e inconsapevole. Se la protesi appoggia su denti esistenti, poi, si crea il problema del sovraccarico. Ciascun dente, infatti, è adatto a resistere al carico che gli compete nella normale masticazione, più accentuato nei molari, che hanno tre radici, meno negli incisivi, che ne hanno solo una: l'aggravamento della protesi provoca quindi una situazione forzata e innaturale. Dal punto di vista igienico, infine, è indispensabile rimuovere la protesi e pulirla adeguatamente

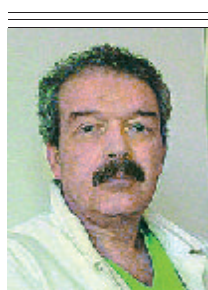


IMPLANTOLOGIA Gli impianti dentali possono assicurare oggi soluzioni simili in tutto a quelle naturali

ogni volta che si mangia, se si vuole evitare che residui di cibo, pur minimi, si infiltrino tra essa e la gengiva, causando dolorose irritazioni».

La soluzione a tutti questi inconvenienti può essere l'implantologia: «Gli impianti assicurano una situazione il più possibile simile a quella naturale - spiega l'implantologo - facendo sì che la persona possa trascorrere anni e anni in maniera confortevole con protesi fisse, come se avesse ancora i suoi denti naturali».

Uno studio accurato della situazione e l'applicazione delle tecniche innovative riducono i disagi ed i tempi di attesa: «Il giorno stesso in cui gli impianti vengono inseriti nell'osso,



L'implantologo innovativo Francini Naldi

può essere posizionata una protesi provvisoria (ma fissa, funzionalmente valida e bella esteticamente), appoggiandola ad alcuni denti esistenti, che verranno tolti solo in un secondo momento. La persona può quindi uscire dallo studio già con una bocca nuova, evitando lo sconforto di dover stare per un certo periodo in condizione imprevedibile e senza doverci adattare ad una protesi mobile nell'attesa che gli impianti si integrino con l'osso (il che può richiedere alcuni mesi). Una volta avvenuta l'integrazione, il paziente tornerà quindi nello studio per sostituire la protesi provvisoria con quella fissa, e in questa occasione verranno tolti an-

che i denti naturali rimanenti, la cui funzione passerà, definitivamente, agli impianti». Numerose persone dopo aver portato per anni una protesi mobile, presentano una sezione ossea insufficiente ad accogliere gli impianti. «Ciò succede perché le protesi mobili comprimono la gengiva e di conseguenza l'osso, provocando un riassorbimento, cioè una diminuzione di volume accelerato. In questi casi, si può comunque ricorrere ad un trapianto che riporti l'osso allo spessore adeguato. Oggi, tra l'altro, grazie al diffuso utilizzo di osso di banca (osso umano di donatori) questo intervento è divenuto più semplice e molto meno invasivo per il paziente che vi si sottopone».

Il tutto con il minimo disagio: «In genere, si ricorre ad una sedazione cosciente. Farmaci anti-infiammatori e cortisonici, la cui somministrazione viene attentamente dosata e modulata in loco dall'anestesista con un ago-cannula, permettono di eliminare il dolore ed evitare antistetici gonfiori dopo l'intervento».

L'utilizzo di materiali all'avanguardia gioca un ruolo fondamentale per il raggiungimento di esiti soddisfacenti. «Per la realizzazione delle protesi, ottimi risultati si stanno ottenendo con lo zirconio», spiega il dottor Francini Naldi precisando che questo metallo è duro come l'acciaio e bio-compatibile al pari del titanio. «Inoltre il vantaggio di avere un colore bianco e trasparente: garantisce quindi un effetto del tutto simile a quello dei denti naturali». La funzionalità è di estrema importanza, ma lo è anche l'estetica. L'invecchiamento precoce va combattuto.

PROGRESSO

Le rivoluzionarie conquiste della moderna cardiocirurgia

Ignazio Mormino

La rivoluzione è cominciata nel 1967, quando un giovane chirurgo sudafricano - Christian Barnard - realizzò il primo trapianto di cuore nell'uomo: impresa che era stata per così dire annunciata a Stanford, a Baltimore, a Huston e che aveva avuto anche in Italia attenti sostenitori (Bal-doni, Dogliotti, Malan, De Gasperi). Per milioni di cardiopatici si aprirono nuove grandi prospettive. La corsa impetuosa della cardiocirurgia non si ferma ma lascia spazio a molti interrogativi. Uno in particolare: bypass o angioplastica?

Ne parliamo col professor Lorenzo Menicanti, che dirige la seconda divisione di cardiocirurgia dell'IRCSS Policlinico di San Donato Milanese. «La risposta - dice - arriva da due prestigiose istituzioni: la Società europea di cardiologia e la Società europea di cardiocirurgia. Esse hanno elaborato nel settembre scorso del 2010 precise linee-guida cui tutti dobbiamo fare riferimento. Eccole in sintesi: il bypass (un intervento complesso che dura più di tre ore) è consigliato nei casi più gravi, quelli in cui c'è stato un maggior danno coronarico. L'angioplastica è consigliata nelle forme acute. Quando un infarto miocardico si produce



MENICANTI

Quando il danno vascolare è elevato si deve preferire il by-pass aortocoronarico

do, subito dopo l'evento ischemico. Gli effetti benefici del by-pass durano a lungo. L'angioplastica, invece, in una alta percentuale di casi va rinnovata dopo pochi anni. Le nuove linee guida insistono molto sulla creazione di un «Heart Team» in ogni ospedale, composto da un chirurgo, un cardiologo clinico ed un cardiologo interventista con il preciso compito di informare correttamente il paziente ed intraprendere la terapia più appropriata». L'IRCSS Policlinico San Donato Milanese è l'ospedale che in Italia effettua (nelle modernissime strutture del Centro Malan) il più alto numero di interventi di cardiocirurgia: 1700 l'anno, di questi circa il 35% è rivolto al trattamento delle malattie coronariche. Il professor Menicanti vi opera dal 1988 ed è consultato, in Italia e all'estero. jbh Nella sua veste di vice presidente della Società italiana di cardiocirurgia, partecipa ai più importanti incontri scientifici internazionali. A fluiscano a San Donato cardiocirurghi da tutto il mondo, prevalentemente americani (150) cui egli illustra la terapia chirurgica dello scompenso cardiaco, che consiste nell'asportazione delle parti necrotiche del ventricolo sinistro. «È un intervento delicato, ma l'unico che può riportare il cuore alle misure normali. Nel nostro Centro ne abbiamo già effettuato millecinquecento».

NECESSARI 3.500 INTERVENTI

Sono oltre 4.500 i bambini che ogni anno nascono con una cardiopatia congenita

Luisa Romagnoni

In Italia ogni anno nascono circa 4.500 bambini con una cardiopatia congenita, di questi ben 3.500 subiscono un intervento chirurgico. Il 50% nel primo anno di vita. Il dato è emerso nel corso del XXV Congresso nazionale di chirurgia cardiaca tenutosi a Roma.

Le problematiche che maggiormente colpiscono i pazienti in età pediatrica sono le malformazioni del setto interventricolare ed interatriale, la tetralogia di Fallot e la coartazione aortica. In epoca neonatale sono invece le malformazioni che impediscono al sangue di raggiungere il polmone per ossigenarsi o che ostacolano il normale apporto di sangue ossigenato all'organismo e la trasposizione delle grandi arterie. La numerosità di questi eventi ha portato un gruppo di cardiocirurghi pediatri a mettere a punto un modello di identificazione e certificazione

di criteri di eccellenza dei Centri di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica. Il progetto, unico nel nostro Paese, evidenzia i requisiti tecnologici, di struttura, di personale e standard per monitorare il livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni erogate nei centri di cardiocirurgia pediatrica. Si vuol costruire quindi

PROGETTO Un modello certificherà la qualità dei Centri di eccellenza cardiologici e chirurgici

un modello di grande utilità per analisi e verifica dello stato dell'arte della cardiocirurgia pediatrica in Italia e per fornire alle istituzioni un prezioso contributo per una corretta programmazione dell'attività cardiologica e cardiocirurgica pediatrica.

L'obiettivo è quello di poter verificare la qualità dei risultati ottenuti mantenendo livelli di

garanzia per l'utenza in termini di adeguatezza di strutture, tecnologie e risorse umane. In altre parole lo scopo è quello di costituire un modello di riferimento per il governo clinico nell'ambito della nostra specialità.

Sono stati presi in esame 8 centri pediatrici (Bologna, Genova, Massa, Milano San Donato, Palermo, Roma, Torino) e sotto l'egida delle rispettive Società scientifiche è stato costituito un gruppo di lavoro composto da un cardiocirurgo, un cardiologo e un cardioanestesista per ciascuno degli 8 centri selezionati. Il gruppo è stato coordinato da un esperto della materia con la collaborazione di una società di certificazione. I centri coinvolti hanno evidenziato ancora una volta l'elevatissimo livello della cardiologia e della cardiocirurgia pediatrica in Italia, che, per volumi di lavoro e per la qualità delle prestazioni erogate, si confronta con i più elevati standard internazionali.

Oncologia Raddoppiano le persone che oggi convivono con la malattia

Sono due milioni e 250 mila gli italiani che vivono con una diagnosi di tumore, pari al 4% dell'intera popolazione: la maggior parte sono donne (1.250 mila) e persone anziane. Tra le donne con tumore, la diagnosi più frequente (42%, oltre mezzo milione di italiane) è rappresentata dal tumore della mammella. Tra gli uomini, il 22% dei casi prevalenti (quasi 220 mila italiani) è costituito da pazienti con tumore della prostata. Ci sono differenze geografiche rilevanti nella percentuale di persone viventi con tumore: si passa da oltre il 5% in alcune aree del Nord, fino a valori tra il 2 e il 3% al Sud. Quasi un milione e 300 mila italiani (2,2% della popolazione) sono lungosopravvissuti, hanno cioè avuto una diagnosi di tumore da più di 5 anni. Costoro sono spesso liberi da

malattia e da trattamenti antitumorali. Quasi 800 mila persone (l'1,5% della popolazione) sono vive dopo oltre 10 anni dalla diagnosi di tumore. Rispetto al 1992, il numero di persone viventi con tumore è quasi raddoppiato. Ciò è dovuto in parte all'aumento di nuovi casi ascrivibile all'invecchiamento della popolazione e all'aumento di incidenza per qualche tumore e in parte alla migliorata sopravvivenza dopo il tumore. Questi i messaggi principali contenuti nel Rapporto dell'Associazione Italiana Registri Tumori, pubblicato come supplemento a Epidemiologia & Prevenzione, la rivista dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (www.registri-tumori.it). Il Rapporto fotografa la prevalenza della patologia tumorale in Italia basandosi sui dati raccolti da 24 Registri tumori Italiani.