


MEDICINA
Individuato il «pulsante» nel cervello che può stoppare le abbuffate

PAOLA MARIANO

■ Si può imporre uno stop alle abbuffate, tipiche dei disturbi alimentari e dell'obesità, spingendo un «pulsante» nel cervello. La scoperta è di due scienziati italiani, Pietro Cottone e Valentina Sabino, impegnati alla Boston University: la coppia, nel lavoro e nella vita, ha anche individuato un potenziale farmaco anti-bulimia. È una molecola sviluppata da una casa farmaceutica e attualmente in sperimentazione (anche se con altre indicazioni mediche).

Le abbuffate - si sottolinea nella rivista «Neuropsychopharmacology» - sono un comportamento patologico comune a molte malattie: condotte spesso in solitudine, in assenza di appetito e a base di cibi insalubri, causano molti disturbi, compresi quelli del tratto gastroenterico e problemi metabolici e ormonali. Studiando il cervello di topolini affetti da «binge eating» (inclini a scorpacciate di cibi dolci), Cottone e Sabino hanno individuato un recettore, chiamato «Taar1», la cui attivazione blocca proprio il comportamento anomalo dell'abbuffa-

ta, riducendo anche le azioni associate, come la compulsione (ovvero l'impulso a rimpinzarsi ogni volta che si è preda di stress o situazioni emotivamente negative). I ricercatori hanno evidenziato che, in presenza di un'alimentazione incontrollata, questo recettore non funziona al meglio nei neuroni della corteccia prefrontale, vale a dire in quelli implicati nell'autocontrollo e nelle abilità decisionali. Il meccanismo, però, si può riattivare, somministrando la molecola «RO5256390». Il risultato è quindi il blocco delle abbuffate. La molecola - sottolineano i ricercatori - è molto promettente: non sembra associata a effetti collaterali, come l'ansia, e non interferisce con i ritmi di una normale alimentazione.


ONCOLOGIA

DANIELE BANFI

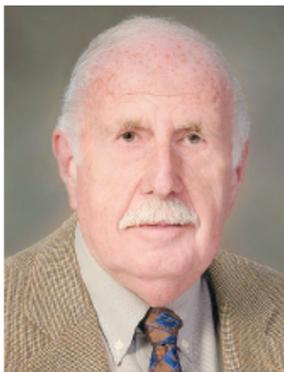
“Troppi equivoci con il Psa Non è il giusto test anticancro”

La clamorosa denuncia di chi ha scoperto l'antigene della prostata

Uno scienziato è fiero delle proprie scoperte. Quasi sempre, perché questo non è il caso di Richard Ablin, professore di immunopatologia alla University of Arizona: lui è lo scopritore del Psa, l'antigene «prostata specifico» (come si dice in gergo). «Scoprirlo è stato il peggior errore della mia vita», dichiara adesso a «Tuttoscienze». Un peso spiegato ne «Il grande inganno sulla prostata», uscito negli Usa nel 2014 e ora pubblicato in Italia da Raffaello Cortina. Un saggio in cui Ablin chiede scusa a un immaginario John, 50enne che si è visto rovinata la vita dal giorno in cui si sottopose al test. Il clamoroso messaggio è riassumibile così: il Psa può far scoprire - casualmente - un tumore della prostata prima che si manifesti, ma, nella maggior parte dei casi, si tratta di tumori «indolenti» che non si sarebbero evoluti. Risultato? La rimozione - inutile - della prostata con il rischio di restare impotenti e

incontinenti a 50 anni.

Ablin isola il Psa nel 1970. Tecnicamente si tratta di un enzima prodotto dalla prostata che ha come funzione quella di mantenere fluido il liquido seminale. Ablin non chiama il Psa «antigene specifico del cancro prostatico» - come verrà considerato in seguito -, perché, semplicemente, non è un indicatore di cancro. Il Psa è sempre presente e rilevabile a livello sanguigno, ma è un indicatore sullo stato generale di salute della prostata stessa. Ablin arriva al punto: «Se un camionista dopo aver guidato per il Wyoming si fermasse alla sera in una clinica per fare un esame la mattina successiva, il tragitto pieno di scossoni potrebbe avergli innalzato quel valore. Lo stesso potrebbe derivare da una condizione relativamente comune conosciuta come “iperplasia



Richard Ablin
Patologo

RUOLO: È PROFESSORE DI IMMUNOPATOLOGIA ALLA UNIVERSITY OF ARIZONA
IL LIBRO: «IL GRANDE INGANNO SULLA PROSTATA» - RAFFAELLO CORTINA

prostatica benigna». La lista dei colpevoli continua, ma il risultato per il test del Psa rimane lo stesso: il livello può essere condizionato da diversi stimoli e i numeri non necessariamente indicano il cancro».

Eppure, dal 1994 la Food & Drug Administration - l'ente regolatore Usa - approva l'esame quale test per la diagnosi precoce del cancro della prostata. Per l'ok si è fatto affidamento su uno studio che ha mostrato che il test è in grado di rilevare il 3,8% dei tumori della prostata, un tasso migliore rispetto all'ispezione rettale. Ed è questo l'inizio della fine, secondo Ablin. Ma attenzione a interpretare il suo messaggio: per molte forme di cancro giocare d'anticipo - arrivare ad una diagnosi precoce - è fondamentale. In altri casi, invece, anticipare la diagnosi, attraverso screening a tappeto, non produce vantaggi apprezzabili. Anzi, comporta il rischio della «sovradignosi». «Quello alla prostata - spiega Ablin - è uno dei tumori più diffusi, ma si è dimostrato essere, in molti casi, una malattia relativamente benigna con un'evoluzione lenta. Evoluzione che non è prevedibile con il Psa».

La realtà standard, tuttavia, è diversa. Di fronte a un valore elevato inizia un effetto domino fatto di diagnosi di tumore e proposta di rimozione della ghiandola. Operazione che può lasciare pesanti segni - incontinenza e impotenza - e che spesso non risulta necessaria, in quanto il tumore cresce così lentamente che la persona morirà per altre cause. Ed è questo il punto: «Dopo decenni di utilizzo del Psa quale metodo di screening, i dati dicono che

la mortalità per tumore alla prostata non differisce significativamente tra chi si sottopone al test e chi no. Se lo screening evita casualmente a qualcuno di morire di cancro della prostata, per ogni morte evitata da 30 a 40 uomini hanno la vita rovinata da interventi inutili. Ecco perché usarlo come screening è una scelta folle, dettata dal solo interesse economico. Più test e più operazioni, più robot venduti e più farmaci utilizzati per l'impotenza», conclude Ablin.

Ora, però, qualcosa sta cambiando. Cresce la consapevolezza che il Psa andrebbe utilizzato - nell'attesa di trovare un vero marcatore specifico - per aiutare i medici a trattare gli uomini già malati di cancro della prostata e per individuare le ricorrenze del cancro dopo il trattamento. In aggiunta può essere utilizzato quando c'è un sospetto di familiarità per la malattia. Sul quando e come intervenire uno studio sul «New England Journal of Medicine» è chiaro: nei casi di tumore in fase iniziale il tasso di sopravvivenza a 10 anni è lo stesso, 99%, sia che si venga operati sia che si venga sottoposti a radioterapia o a una sorveglianza attiva.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Colesterolo ALTO?

Combattilo con:

COLESTEROL[®]
ACT PLUS 400 mg
INTEGRATORE ALIMENTARE



OFFERTA
30 COMPRESSE
A SOLI €19,90
€12,90

OFFERTA
60 COMPRESSE
A SOLI €31,90
€19,90

Offerta valida fino al 31/12/2016

Colesterol Act Plus[®] 400, grazie alla sua formula con 10mg di Monacolina K del riso rosso fermentato, Betasitosterolo e Octacosanolo, contribuisce al mantenimento dei **livelli normali di colesterolo nel sangue**. Gli estratti di Coleus e Caigua, favoriscono **la regolarità della pressione arteriosa**.

COLESTEROL ACT PLUS[®] LA QUALITÀ AL GIUSTO PREZZO
In Farmacia e Parafarmacia

distribuito da: **F&F** F&F s.r.l. - tel. 031 525522 - mail: info@linea-act.it - www.linea-act.it

La candidata per l'Oms: “Ricominciamo dai vaccini”


EPIDEMIOLOGIA

FRANCESCO SEMPRINI

Rafforzare la leadership dell'Oms, garantire il diritto alla salute a tutti, compresi i migranti, partendo dalle vaccinazioni, e combattere il peggioramento dello stato di salute causato dai cambiamenti climatici. Sono i capisaldi della visione di Flavia Bustreo, vice-direttore generale della sezione «Salute delle Donne, della Famiglia e dei Bambini» dell'Organizzazione mondiale della Sanità e ora candidata alla direzione generale.

«Abbiamo assistito a una moltiplicazione di attori nel settore salute, dalla Fondazione Gates a grandi organizzazioni non governative come «Save the Children» e «World Vision» - spiega Bustreo -. Da una parte il processo ha contribuito a creare alleanze, ma dall'altro ha diminuito il ruolo di coordinamento dell'Oms stesso, che dev'essere recuperato». Parliamo di salute di donne e bambini alla luce dei flussi migratori: come pensa di agire?

«I flussi migratori sono aumentati esponenzialmente. Più del 50% delle morti di madri e bambini si concentrano nei Paesi fragili, dove i flussi sono accentuati. Bisogna quindi garantire il diritto alla salute ovunque, prima di tutto con i vaccini, altrimenti i bambini

diventano, oltre che vittime, vettori delle malattie».

Questo però impone costi elevati ai Paesi riceventi: è così?

«Ci devono essere meccanismi internazionali che facilitino il rispetto di questo diritto alla salute. Bisogna inoltre fare sistema con le altre organizzazioni dell'Onu per capire flussi e rischi».

Ma se i migranti partono da zone off-limits come Aleppo?



Flavia Bustreo
Epidemiologa

RUOLO: È VICE-DIRETTORE GENERALE PER LA «SALUTE DELLE DONNE, DELLA FAMIGLIA E DEI BAMBINI» DELL'OMS

«Anche nelle situazioni di conflitto, come quelle che ho potuto toccare con mano in Iraq e a Sarajevo, ci sono sempre attori che possono essere aiutati nel garantire un servizio minimo. L'imperativo è non abbandonare i Paesi in guerra: l'ho sperimentato in Sudan, quando gli

Usa bombardarono la fabbrica di medicinali a Karthoum».

La polemica sulle vaccinazioni in Italia è giustificata?

«La polemica non è limitata all'Italia e l'ho vista dilagare come vicepresidente della partnership «Gavi Alliance». Il fenomeno è legato alla disinformazione e alla strumentalizzazione operata da alcuni politici».

C'è poi il problema degli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute: quanto è grave?

«Tra le priorità dell'Oms questo aspetto è centrale. La correlazione è mediata dal cambiamento dei vettori che trasmettono malattie infettive: le zanzare malariche, per esempio, ora sopravvivono ad altitudini più elevate, come accade sugli altipiani di Etiopia e Kenya. E anche Zika è un'epidemia probabilmente legata ai cambiamenti climatici. Il secondo punto è la sicurezza alimentare: la siccità cambia i metodi di produzione e ci sono mutazioni nella qualità di acqua e aria. Sono i due assi su cui agire, come in un diagramma cartesiano».

L'invecchiamento è un problema dell'Occidente: come lo si affronta?

«Nella tendenza all'aumento di chi ha oltre 65 anni il Giappone è primo e l'Italia è seconda. Bisogna trasformare gli over 65 anni in «asset»: la longevità dev'essere un fattore di traino socioeconomico che crea ricchezza da redistribuire nel mondo del lavoro e tra i giovani».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI