

Ricerca medica in alta quota

» Si chiama HIGHCARE (HIGH altitude Cardiovascular REsearch) la spedizione partita all'inizio di settembre con destinazione il versante nepalese del monte Everest. Promossa dall'Istituto Auxologico Italiano e dall'Università di Milano-Bicocca, con i contributi di numerosi sponsor, tra cui Boehringer Ingelheim.

L'esposizione all'ipossia ipobarica in alta quota è un modello interessante per studiare le alterazioni di vari organi e sistemi biologici che si verificano in pazienti con patologie croniche associate a una riduzione della disponibilità di ossigeno (quali scompenso cardiaco, obesità con apnee notturne, broncopneumopatia cronica ostruttiva o restrittiva).

Il sistema renina-angiotensina-aldosterone, coinvolto nella patogenesi di numerose malattie cardiovascolari, subisce anche importanti variazioni indotte dall'alta quota, sebbene la loro caratterizzazione non sia ancora stata del tutto compresa. Gli scopi generali del progetto HIGHCARE comprendono dunque lo studio degli effetti cardiovascolari, neurologici, endocrini, metabolici, ematologici e molecolari dell'ipossia ipobarica in alta quota a vari livelli di adattamento; lo studio dell'effetto del blocco selettivo del recettore AT1 dell'angiotensina II (con telmisartan) sulla risposta cardiovascolare, respiratoria, neurologica e metabolica all'ipossia ipobarica da alta quota e, infine, la valutazione degli effetti fisiologici di un'applicazione acuta delle contromisure non farmacologiche, potenzialmente utili non solo per il trattamento del male acuto da montagna, ma anche per la cura delle condizioni cliniche croniche associate a ipossimemia.

Un sito web dedicato informa su tutte le fasi della missione: <http://highcare2008.eu>.

Terapia della psoriasi: meglio se intermittente

» I dati di una ricerca europea condotta dall'agenzia Double Helix Development dimostrano che due pazienti su tre preferiscono la terapia intermittente nella cura della psoriasi moderata-severa. Al campione di intervistati è stato chiesto quale scenario avrebbero preferito tra una terapia intermittente, che prevedeva 3 mesi di cura seguiti da 3 mesi senza psoriasi a placche, in assenza di ulteriori trattamenti richiesti, sino alla successiva riacutizzazione e una terapia continuativa. Molto gradita dal paziente anche per l'effetto psicologico positivo (potere "dimenticare" la malattia), questo tipo di approccio riscuote anche il favore del medico, che può avere una migliore gestione e pianificazione della cura e ottenere una garanzia di efficacia in tempi brevi.

Prevenzione delle ulcere nella sclerodermia

» La gestione del paziente affetto da sclerodermia, malattia cronica progressiva caratterizzata da anormale deposizione di tessuto connettivo che può colpire l'intero organismo, comporta un enorme carico economico sul Ssn. Organo bersaglio della malattia è la cute dove la malattia, a livello delle dita, può evolvere verso la formazione di ulcere dolorose, difficili da trattare, facilmente esposte a infezioni, molto spesso recidivanti. Oggi la sclerodermia può essere affrontata con la somministrazione orale di bosentan, terapia farmacologica rimborsata dal Ssn. Migliorando la circolazione a livello delle dita, previene la formazione di nuove ulcere, con un'efficacia documentata dagli studi clinici che hanno dimostrato una riduzione del 48% nella formazione di nuove lesioni (*Arch Dermatol* 2007; 143: 125-6).

Novità nell'impiego di analoghi dell'insulina

» Gli analoghi ricombinanti dell'insulina hanno notevolmente ampliato lo spettro terapeutico nella cura del diabete mellito, anche grazie alla modificazione nella sequenza aminoacidica che ne ha migliorato la farmacocinetica, e ha permesso di adattare la terapia insulinica in base alle necessità dei pazienti. Durante il 44° congresso dell'European Association for the Study of Diabetes (EASD) sono stati presentati gli studi THIN (insulina glargina vs insulina detemir) e ROLE (insulina glargina vs insulina NPH) che hanno dimostrato come il trattamento con insulina glargina non solo garantisce al paziente un buon controllo glicemico a un anno rispetto a detemir e a uno e due anni rispetto a insulina NPH, ma permette significativi risparmi sulla spesa sanitaria (Tetlow AP et al. *EASD* 2008, abs. 1004; Leahy JL et al. *EASD* 2008, abs. 1001).

Inoltre nei pazienti con diabete di tipo 2 trattati con regime insulina glargina una volta/die (insulina basale) e insulina glulisina ai pasti (bolo insulinico) si osserva un migliore controllo glicemico ($p=0.0001$) rispetto alla terapia convenzionale con insulina pre-mixata (Fritsche A et al. *EASD* 2008, abs. 186; Lee F et al. *EASD* 2008, abs. 1003). Per ogni ulteriore riduzione dell'1% dei valori di HbA1c durante il periodo di follow-up di 6 mesi, nei pazienti trattati con glargina/glulisina si osserva una riduzione della spesa sanitaria di 225 dollari rispetto ai costi per il trattamento pre-mixato.

L'insulina glargina (Lantus) è indicata per il trattamento di pazienti adulti con diabete di tipo 2 che necessitano di insulina basale e per pazienti adulti o bambini (≥ 6 anni) con diabete di tipo 1. L'insulina glulisina (Apidra), a rapida azione, è indicata per il trattamento di pazienti diabetici adulti e bambini (≥ 6 anni).