

**P**arla italiano il primo farmaco biotecnologico che pare sia in grado di arrestare lo sviluppo del tumore del colon. A mettere a punto il preparato, che nei giorni scorsi ha ottenuto il via libera dell'ente americano per il controllo dei medicinali (FDA), è stato il dott. Napoleone Ferrara, dal 1988 dipendente dell'industria Genentech di San Francisco.

Il farmaco, il primo della famiglia degli inibitori dell'angiogenesi, è un anticorpo specifico (bevacizumab) che colpisce selettivamente il fattore di crescita dell'endotelio vascolare (Vegf). Le sperimentazioni che hanno portato la FDA a dare il benestare alla molecola sono state condotte su 800 malati di tumore al colon in fase molto avanzata ed hanno dimostrato un aumento della sopravvivenza significativa rispetto alle terapie standard. Il farmaco è stato messo a punto dopo 15 anni di studi dal ricercatore italiano: l'anticorpo, aggiunto alla chemioterapia tradizionale, è riuscito a fermare la crescita del cancro del colon-retto, ridando così speranza a quel filone di ricerca che punta ad 'affamare' le cellule malate e ad impedire che si riproducano. In Italia il farmaco non arriverà prima di diversi mesi, perché dovrà passare prima il vaglio dell'ente europeo per i medicinali (EMEA). È comunque possibile, come è avvenuto negli Usa, che anche da noi si possano accorciare i tempi se saranno confermati i buoni risultati americani. Nel frattempo gli oncologi italiani accolgono con ottimismo la notizia. "Gli studi - sottolinea il dott. Roberto Labianca, presidente AIOM - hanno dimostrato un allungamento della sopravvivenza dei malati in fase avanzata di 6 mesi: se questi dati verranno confermati per i pazienti in fase precoce, si apriranno prospettive interessanti". Il farmaco funziona con un approccio totalmente nuovo rispetto alle cure tradizionali. Il medicinale, infatti, blocca il fattore di crescita endoteliale (VEGF), un segnale biochimico che attiva l'angiogenesi, il meccanismo di formazione dei vasi sanguigni che portano il nutrimento indispensabile alla crescita del tumore. L'inibizione dell'angiogenesi 'indebolisce' quindi le cellule maligne, il che si traduce nel blocco della loro diffusione da una parte del corpo all'altra (metastasi), facilitando così l'accesso della chemioterapia all'interno del tumore stesso.



Newsletter di informazione per cittadini e pazienti dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica**

# AIOM

**info società**

**Nel n. 3 | 2004**

- 1** Editoriale
- 2** Qualità di vita
- 5** Storie vere
- 6** Riflettori su: tumori dell'esofago

# COLON, TUTTO QUELLO CHE C'E' DA SAPERE

## Che cos'è

Il colon e il retto rappresentano il cosiddetto "grosso intestino", parte terminale del tratto gastro-intestinale; il colon misura oltre un metro, il retto, che è la parte di grosso intestino che termina nell'ano, è lungo circa 15 centimetri.

Il colon può essere distinto nelle seguenti sedi

- Cieco: parte iniziale cui è annessa l'appendice;
- colon ascendente;
- flessura epatica (o destra);
- colon trasverso;
- flessura splenica (o sinistra);
- colon discendente;
- sigma, che continua nel retto.

Fra le neoplasie del grosso intestino, il carcinoma, che rappresenta la forma di gran lunga più comune, origina dalla mucosa, la parte interna dell'intestino, spesso per trasformazione maligna di polipi benigni e si sviluppa infiltrando la parete dell'intestino.

qualità  
di vita

## **DOTTORE, È VERO CHE...**

Di tumore al colon retto abbiamo già parlato nel quarto numero della newsletter (chi l'avesse perso può scaricarlo gratuitamente all'indirizzo: [http://www.medinews.it/files/index.cfm?id\\_rst=292](http://www.medinews.it/files/index.cfm?id_rst=292)).

In questo contesto vogliamo approfondire alcuni aspetti della neoplasia, in modo da aiutare il paziente ad orientarsi durante il percorso di cura e a capire cosa gli succede. Iniziamo dai primi momenti. Il turbine di emozioni che provoca la diagnosi (o il sospetto) di tumore vi lascerà sicuramente senza parole, incapaci di formulare tutte le domande che nel corso delle visite vi passano per la testa. Per questo è consigliabile che al colloquio in ambulatorio partecipino anche un familiare, per prendere appunti o semplicemente ascoltare quanto il medico ha da dirvi. In ogni caso per facilitarvi il compito vi suggeriamo una serie di quesiti da fare.

### **Diagnosi**

**Con quali test viene diagnosticato il carcinoma coloretale? Sono dolorosi?**

**Dopo quanto tempo dall'esame avrò i risultati?**

**I miei figli e gli altri membri della mia famiglia corrono il rischio di sviluppare il carcinoma coloretale?**

### **Trattamento**

**A che stadio è il mio cancro?**

**Quali tipi di trattamento raccomanda per il mio caso?**

**Ritiene che sia necessario per me consultare un chirurgo?**

**Un oncologo medico? Un oncologo radioterapista?**

**Quali studi clinici sono appropriati per il mio tipo di cancro?**

**Dovrò sottopormi a colostomia? Sarà permanente?**

**Che cosa accadrà se non riceverò il trattamento proposto?**

**Dovrò ricoverarmi in ospedale per sottopormi al trattamento? Per quanto tempo?**

**Come potrebbero modificarsi le mie normali attività nel corso del trattamento?**



## DOMANDE E RISPOSTE

**Una cosa che non ci stancheremo mai di sottolineare è quanto sia importante conoscere il più possibile del 'nemico' che si va ad affrontare per esorcizzarlo e combatterlo al meglio. Il consiglio che diamo a tutte le persone che si trovano ad affrontare un tumore è di non stancarsi mai di chiedere: non tenetevi dentro alcun dubbio, non lasciate che un tarlo vi condizioni la vita. In ogni Unità oncologica il personale medico e infermieristico è sempre a disposizione per parlare con voi e rispondere ad ogni vostro quesito. Di seguito trovate le risposte ad alcune delle domande più comuni.**

### **Come si forma il cancro del colon retto?**

In genere inizia con piccole formazioni benigne, chiamate polipi, che si sviluppano nell'intestino.

### **Tutti i polipi possono trasformarsi in cancro?**

No, solo una minoranza di quelli con particolari caratteristiche all'esame istologico (adenomi) rilevabili dopo la loro asportazione mediante colonscopia.

### **Si può intervenire prima che i polipi si trasformino in cancro?**

Sì, con l'asportazione dei polipi, quasi sempre grazie ad un intervento endoscopico ambulatoriale.

### **Se ho già il tumore, che possibilità ho di guarire?**

Se il tumore viene diagnosticato in fase precoce le sue possibilità di guarigione sono elevatissime.

### **Ho la colite spastica/cronica. Sono a rischio? Se sì, che test devo fare e a che età?**

In questa malattia non c'è aumento di rischio di cancro del colon. Deve quindi sottoporsi ai test consigliati a chiunque desideri prevenire questo tumore.

### **Mi è stato asportato un polipo? Sono a rischio di cancro? Se sì, che test devo fare e a che età?**

Chi le ha asportato il polipo è in grado di consigliarle gli opportuni controlli, che comunque vanno eseguiti, mediante colonscopia, ogni 3-5 anni.

### **Mio padre (mia madre/mio fratello/mia sorella) ha avuto dei polipi. Devo considerarmi nella fascia a rischio e fare il test di screening? Se sì, quale test?**

Dipende dal numero e dal tipo di polipi asportati. In linea di massima la presenza di polipi nei familiari, se del tipo adenomatoso, aumenta il rischio di cancro.

### **Mio padre (mia madre/mio fratello/mia sorella) ha avuto il cancro del colon. Devo considerarmi**

### **Effetti collaterali**

**Quali effetti collaterali devo aspettarmi? Quanto dureranno?**

**Che tipo di disturbi sono da segnalare? A chi devo rivolgermi se si presentano?**

**Dopo la fine del trattamento, con quale frequenza dovrò sottopormi a visite di controllo? Che tipo di follow-up è più adatto al mio caso?**

### **Equipé medica**

**Chi sarà responsabile del mio trattamento e riabilitazione? Quale ruolo svolge ogni membro dell'équipe medica nel mio caso?**

**Qual è la sua esperienza in materia di pazienti affetti da carcinoma colorettales?**

### **Risorse**

**Esistono gruppi di sostegno nella nostra città?**

**Dove posso reperire maggiori informazioni sul cancro del colon-retto?**

### **nella fascia a rischio e fare il test di screening? Se sì, quale test?**

Sì; deve eseguire una coloscopia a 50 anni o comunque ad una età inferiore di 10 anni a quella del suo congiunto, in particolare nel caso che il cancro si sia manifestato prima dei 60 anni di età. Il suo rischio aumenta anche a seconda del numero dei suoi congiunti affetti.

### **Sono stato ammalato di cancro del colon e ho due figli. Cosa devo fare? A che età è meglio che inizino a fare i test di screening?**

I suoi figli devono sottoporsi a coloscopia ad una età inferiore di 10 anni a quella in cui le è stato diagnosticato il tumore.

### **In cosa consiste il test del sangue occulto nelle feci?**

Si esegue strisciando su un apposito cartoncino imbevuto di un reattivo una piccola quantità di feci, o con altre modalità a seconda del tipo di test impiegato.

### **Quando devo farlo?**

A partire dai 50 anni di età.

### **Dopo quanto tempo bisogna rifare il test del sangue occulto?**

Ogni 12 mesi.

### **In che cosa consiste la coloscopia?**

È un esame endoscopico, eseguito con uno strumento flessibile, che permette di visualizzare le pareti di tutto il colon.

### **Avviene sotto sedativo? Se è facoltativo, come si fa a richiedere di essere anestetizzati?**

Le sarà offerto di eseguire l'esame con due modalità di sedazione. Una sedazione leggera, che conserva la coscienza ma elimina o riduce fortemente il dolore che è la più utilizzata. È possibile anche una sedazione profonda simile all'anestesia generale, ma comunque più leggera.

### **Quando devo fare la coloscopia?**

Se presenta fattori di rischio (familiarità) o se il test del sangue occulto risulta positivo.

### **Mi hanno detto di fare la sigmoidoscopia. Quale è la differenza rispetto alla coloscopia?**

È un esame più breve e più semplice, con preparazione ridotta. Il suo limite è quello di esaminare solo una parte del grosso intestino.

### **La coloscopia è gratuita o devo pagare il ticket? Se sì quanto costa?**

La coloscopia, se prescritta dal medico come esame di screening, è gratuita e anche esente da ticket.

### **Dopo quanto tempo bisogna rifare la coloscopia?**

Ogni 10 anni, oppure ogni 5 se si hanno casi di familiarità.

Per ulteriori informazioni: [www.cancrocolon.it](http://www.cancrocolon.it)

**qualità**  
**di vita**



## **MARZO, MESE MONDIALE DELLA PREVENZIONE**

La prevenzione può ridurre del 75% l'incidenza del cancro colo-rettale. È il messaggio che la Federazione Italiana Malattie Digestive e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori vogliono far passare nell'opinione pubblica nel mese di marzo, dedicato a livello mondiale alla prevenzione di questa neoplasia. Sarà la mela, frutto eletto a simbolo della campagna nazionale di sensibilizzazione, ad identificare le tante iniziative previste. Accanto agli opuscoli, distribuiti gratuitamente nei centri e negli studi medici, ad aiutare a fare prevenzione ci saranno anche le informazioni contenute nel sito internet [www.cancrocolon.it](http://www.cancrocolon.it). La campagna svolge un'azione capillare di sensibilizzazione nei confronti delle persone a rischio: uomini e donne over 50. "Il programma di screening, oltre a salvare vite umane individuando i tumori quando sono guaribili – affermano i promotori dell'iniziativa – porta anche ad una riduzione dei casi di cancro colo-rettale attraverso l'individuazione e l'asportazione delle lesioni precancerose, i polipi. I dati emersi dagli screening effettuati in Toscana e Valle d'Aosta, e nelle province di Bolzano, Ferrara e Cremona – tra le prime ad avere attivato programmi di prevenzione – sono incoraggianti: un approfondimento tempestivo permette di identificare più del 50% dei casi in fase precoce, riducendo la mortalità". Il 90% dei casi diagnosticati di cancro colo-rettale riguarda individui sopra i 55 anni. La sopravvivenza a 5 anni dipende dallo stadio della diagnosi: è del 90% quando la malattia è identificata nella sua fase iniziale, mentre scende a circa il 15-20% se la diagnosi è tardiva. I promotori della campagna invitano quindi la popolazione a rischio per familiarità e le persone che hanno superato i cinquant'anni a sottoporsi a un programma preventivo specifico: il test del sangue occulto nelle feci da effettuare ogni anno e, periodicamente, la coloscopia, eseguita in sedazione. Questi esami, se prescritti dal medico, sono esenti dal ticket e possono essere eseguiti presso i Centri di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva. L'elenco dei centri è disponibile sul sito [www.cancrocolon.it](http://www.cancrocolon.it).

# ASPETTANDO MATTIA

**Dottoressa, quanti casi di tumore in gravidanza ha trattato? Nessuno, ho risposto, è il primo...**

Si presentò un mattino di dicembre col suo sorriso fiducioso e negli occhi la luce che hanno solo le donne in attesa di diventare mamma.

La visita clinica non lasciava dubbi: c'era un tumore della mammella in fase avanzata. Sconcerto e incredulità si leggevano sul viso di tutti noi: il radiologo che effettuava l'ecografia, il chirurgo che eseguiva la biopsia. Sandra invece continuava timidamente a sorridere, quasi per incoraggiarci. In attesa dei risultati della biopsia, nei suoi occhi c'era ancora una piccola speranza che potesse non trattarsi di un cancro.

Dopo due giorni spetta a me comunicare il risultato tanto temuto. Vedo il terrore sui volti dei suoi familiari. Sandra non sorride più, ma neanche piange davanti a me.

L'unica possibilità di trattamento è la chemioterapia. Non è facile decidere, sapendo che colpirà anche il bambino che porta in grembo. Che fare, dunque? Ce lo chiediamo in tanti in quelle ore: colleghi, infermieri, familiari e quanti in qualche modo vengono a contatto con Sandra o a conoscenza del suo caso.

Cerco tutto il materiale possibile per definire i rischi per il bambino, per decidere qual è la miglior chemioterapia che possiamo somministrare per ottenere un beneficio per lei e limitare i rischi per il pic-

colo. Contatto il collega degli Stati Uniti che ha la maggiore esperienza al mondo di questi casi. Non ci sono alternative possibili alla chemioterapia. E purtroppo non possiamo far nascere ancora il bambino perché i rischi legati al parto prematuro sono troppo elevati.

Tra me e Sandra si stabilisce un legame invisibile. Nessuna delle due ne parla, ma mi accorgo che entrambe ne sentiamo la forza. Non è solo il rapporto tra medico e paziente. E qualcosa di più: è il legame tra 2 donne, l'una già mamma e l'altra che lo diventerà tra breve.

"Dottoressa, quanti casi di tumore in gravidanza ha trattato?" La domanda diretta è un pugno allo stomaco. Ma con Sandra non posso barare. "Nessuno", rispondo: "è il primo caso che tratto". Mi verrà detto successivamente che i parenti cercarono di convincere Sandra ad andare in un altro centro. Lei però rifiuta. Sorridendo, mi dice di procedere: si fida delle mie decisioni.

Cominciamo la chemioterapia, con gli inevitabili effetti collaterali. Le cadono i capelli. Ma Sandra continua a sorridere e pensa al suo bambino. Insorgono i dolori, la necessità di posizionare un catetere che inietta morfina. Si vede che è stanca, nei suoi occhi si continua però a leggere speranza e fiducia.

Del resto non ci sono alternative: bisogna cercare di portare avanti la gravidanza sino al momento in cui i rischi per il bambino saranno minimi. Superiamo il periodo in cui, come conseguenza della chemio-

terapia, i globuli bianchi e le piastrine si abbassano. Sandra è un po' impaziente, teme che il ritardo del parto, e quindi del trattamento chemioterapico, possa in qualche modo comprometterne l'efficacia. La rassicuro, un ritardo di 7 giorni della chemio rispetto alla data prevista non vanifica nulla. Si tranquillizza.

Ci incontriamo io, il ginecologo, il neonatologo e decidiamo che a distanza di 5 settimane dal primo ciclo di chemioterapia è possibile effettuare il parto. Così nasce Mattia: pesa 2 chili e 100 grammi, è sano e bello.

Tre giorni dopo Sandra torna nel mio reparto, dove la sottoponiamo a radioterapia e inizia il secondo ciclo di chemioterapia.

Appeso al suo letto c'è un nastro azzurro col nome del suo bambino e la data di nascita.

Al mattino fa il trattamento e al pomeriggio corre nel re-

parto di Ginecologia a trovare Mattia. Nei suoi occhi la gioia e l'orgoglio di essere mamma.

Quando io ero in attesa dei miei gemelli e c'era qualcosa che non andava qualcuno mi disse: non ti preoccupare i bambini portano fortuna. Ho sempre ripensato a questa frase nei momenti difficili e ci ho sempre creduto. Dopo due cicli di chemioterapia il tumore di Sandra è quasi del tutto scomparso.

Molti si sono complimentati con me per come, insieme a tutti gli altri colleghi, ho gestito questo caso difficile. Ma io ho fatto poco. Il merito è di Sandra, del suo sorriso fiducioso e rassicurante e dei suoi occhi di mamma. Grazie, Sandra. Tutti noi abbiamo imparato tanto da te.

**LUCIA DEL MASTRO**

*Oncologia Medica A  
Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro  
Genova*

**Il tumore dell'esofago è una neoplasia relativamente rara che colpisce prevalentemente i maschi (2-4 volte più frequente) e si sviluppa nella maggior parte dei casi dopo i sessant'anni. In Italia si verificano circa 2.000 nuovi casi ogni anno e le regioni con incidenza maggiore sono il Trentino, il Friuli Venezia Giulia e la Lombardia.**

## Storia naturale

Il carcinoma dell'esofago può diffondersi attraverso 3 modalità:

- **estensione diretta** con interessamento di organi e strutture vicine (trachea, aorta, diaframma, pleura, pericardio, polmone, nervi mediastinici)
- **diffusione linfatica**, attraverso i vasi linfatici
- **diffusione ematogena** (attraverso i vasi venosi), con possibile diffusione di malattia principalmente al fegato e al polmone.

## 2

### I sintomi

Quasi sempre i sintomi che portano alla diagnosi sono la **disfagia** (sensazione di difficoltà a deglutire) solitamente ad insorgenza graduale, all'inizio per i cibi solidi e successivamente per quelli liquidi, e la **perdita di peso**; questi sintomi, infatti, vengono lamentati dal 90% dei pazienti.

La crescita del tumore verso l'esterno dell'esofago può portare a **disfonia** (calo o alterazione del tono di voce) per interessamento del nervo ricorrente, **paralisi del diaframma** per interessamento del nervo frenico e/o **dolore retrosternale** per invasione delle strutture mediastiniche (il mediastino è la zona centrale del torace, compresa tra cuore, polmoni, sterno e colonna vertebrale). Nelle forme avanzate possono comparire adenopatie (ingrossamento dei linfonodi) laterocervicali, versamento pleurico, dolore osseo, epatomegalia (aumento dimensionale del fegato).

## Fattori di rischio

**Alcol e tabacco** costituiscono sicuramente i fattori di rischio più rilevanti per questo tumore: i fumatori hanno un rischio 5-10 volte maggiore rispetto ai non fumatori ed è strettamente correlato al numero di sigarette consumate e agli anni complessivi di abitudine al fumo. L'alcool, oltre ad agire come agente cancerogeno di per sé, ha un'azione sinergica con il fumo e ne potenzia la cancerogenicità: infatti, le persone che consumano contemporaneamente sigarette e alcool hanno un rischio aumentato fino a 100 volte di ammalarsi.

Numerosi studi hanno messo in evidenza **l'importanza della dieta** e delle carenze nutrizionali nell'insorgenza del carcinoma esofageo: l'assunzione di frutta e verdura, l'arricchimento della dieta con beta carotene, vitamina E e selenio svolgono un ruolo protettivo, mentre un carente stato nutrizionale sembra incrementarne il rischio.

**Altre condizioni** che predispongono alla malattia sono rappresentate dalla presenza di una precedente patologia esofagea quale l'acalasia esofagea (malattia caratterizzata da una alterata motilità della muscolatura esofagea), le lesioni cicatriziali conseguenti all'ingestione di caustici, l'esofagite peptica causata dal reflusso di succhi gastrici nell'esofago, la sindrome di Plummer-Vinson e la tilosi.

**L'esofagite peptica** predispone, in particolar modo, all'insorgenza di un'altra patologia, l'esofago di Barrett, caratterizzato dalla sostituzione dell'epitelio esofageo con uno simile a quello dello stomaco, sul quale poi si può sviluppare il tumore.



## LA SEDE DI INSORGENZA

**La maggior parte dei tumori esofagei (circa il 90%) è costituita da carcinomi squamocellulari e dall'adenocarcinoma; quest'ultimo rappresenta l'80% dei tumori insorti su esofago di Barrett. Per quanto riguarda la sede di insorgenza il 50% dei carcinomi esofagei origina dal terzo medio, il 35% dal terzo inferiore e il 15% dal terzo superiore dell'organo.**

## La diagnosi

# 3

La diagnosi di neoplasia esofagea può essere fatta attraverso una **radiografia** dell'esofago **con contrasto** e, in maniera ancora più specifica e sensibile, attraverso una **endoscopia** che consente di vedere l'eventuale lesione e di ottenere materiale per gli esami citologici con la tecnica del "brushing" (spazzolato esofageo attraverso il quale si effettuano i prelievi cellulari da esaminare). A completamento della stadiazione del paziente, deve essere fatta una **radiografia del torace** e una **TAC torace-addome**, per escludere la presenza di ulteriori localizzazioni di malattia.

## La terapia

Il trattamento di prima scelta è rappresentato dalla **chirurgia** qualora il paziente si presenti in condizione di operabilità.

Le lesioni "alte" (esofago cervicale) trovano scarsa indicazione all'intervento chirurgico, così come sono criteri di esclusione l'estensione agli organi vicini (ad es. trachea e bronchi), la presenza di metastasi a distanza, le scadute condizioni generali o malattie concomitanti rilevanti.

L'intervento chirurgico solitamente utilizzato consiste nella rimozione del tratto dell'esofago interessato dal tumore, dello stomaco prossimale e dei linfonodi regionali (**esofagogastrectomia parziale con linfadenectomia regionale**). Tuttavia ad oggi risulta ancora dibattuto quale sia l'intervento chirurgico migliore per il tumore esofageo operabile.

Nei pazienti non destinati all'intervento chirurgico, la **chemioradioterapia** (salvo controindicazioni) è oggi lo standard terapeutico da adottare. Diversi studi hanno infatti dimostrato che il trattamento combinato offre un vantaggio sulla sopravvivenza globale rispetto alla sola chemioterapia o radioterapia. I farmaci comunemente utilizzati comprendono l'associazione del 5-fluorouracile e del cisplatino. Sono in corso di valutazione altri farmaci quali i taxani, l'irinotecan, l'oxaliplatino e le cosiddette terapie "target".

I pazienti con malattia metastatica o recidivata richiedono un trattamento combinato che si avvale dei medesimi farmaci.

I pazienti con disfagia e dolore, non candidabili ad un trattamento chirurgico o chemioradioterapico, possono beneficiare di una terapia palliativa al fine di permettere al paziente un adeguato supporto alimentare. Queste possono essere di diversi tipi, quali il posizionamento di uno stent (ossia di un tubo rigido in plastica, in silicone oppure in metallo) per via endoscopica; nella dilatazione esofagea; nella laser-terapia, ossia nell'utilizzo di un raggio laser diretto sul tumore per ricanalizzare l'esofago. È inoltre possibile eseguire un intervento di by-pass, ossia escludere l'esofago dal transito alimentare mediante un'anastomosi tra l'esofago al di sopra del tumore e lo stomaco o un'ansa del colon, oppure un intervento di gastrostomia (da riservare nel caso in cui i tentativi di ricanalizzazione precedentemente descritti siano risultati inefficaci).

# 4

## L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)

L'AIOM è nata nel 1973 e riunisce la maggioranza degli oncologi medici italiani. Tra i suoi obiettivi, la ricerca e l'informazione corretta su cura e prevenzione dei tumori.

La sede è a Milano in via Nöe 23

tel. 02 70630279

aiom.mi@tiscalinet.it

www.aiom.it;

www.oncologiaonline.org.

Il presidente nazionale è il prof. Roberto Labianca

## SAZI CON POCO

Oltre ad accusare mancanza di appetito, ai pazienti in trattamento succede spesso di sentirsi sazi con pochissime quantità di cibo. Un sintomo particolarmente accentuato quando il malato è reduce da un intervento che gli ha ridotto la capacità dello stomaco, quando è presente liquido nella cavità addominale o è conseguenza dell'assunzione di farmaci che rallentano la mobilità gastrica.

Per cercare di superare il problema si possono mettere in atto una serie di accorgimenti:

- fate tanti piccoli pasti durante la giornata ad intervalli regolari
- consumate alimenti ad alta energia
- bevete poco durante i pasti (1 o 2 bicchieri d'acqua)
- durante la giornata sostituite gran parte dell'acqua con liquidi più sostanziosi come latte, succhi di frutta, spremute, sciroppi
- consumate e masticate lentamente i pasti
- fate un breve intervallo tra una portata e la successiva
- cucinate i cibi in modo semplice senza eccedere nell'uso di condimenti e salse per favorire la digestione

Detto questo, passiamo a cosa mangiare. Nelle tabelle che seguono potete trovare un elenco di cibi consigliati e di cibi che sarebbe meglio evitare.

### Cibi da preferire

Formaggi stagionati a pasta dura, carne o pesce, latte, uova, burro, olio extra vergine d'oliva, pasta di piccolo formato, pasta glutinata, riso, grissini, crackers, pane biscottato, biscotti secchi, legumi, patate, marmellata, miele, frutta di stagione matura.

### Cibi da evitare

Formaggi fermentati e grassi, frattaglie, minestre e passati di verdura, alimenti frullati a lungo (inglobano troppa aria), pane e pasta integrali, pane con mollica poco cotta, frittelle, insaccati, dolci farciti con creme e liquori, frutta poco matura.

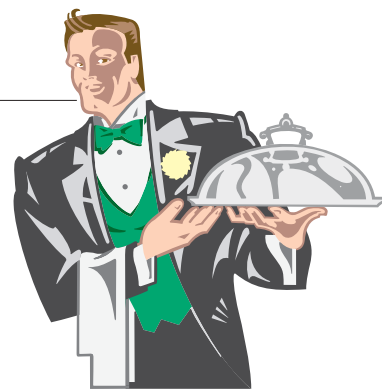
E dopo il pasto, una bella tisana per aiutare la digestione

### Ingredienti

gr. 30 genziana, gr. 20 chelidonia, gr. 20 anice, gr. 20 finocchio, gr. 10 melissa.

### Come si prepara (per una tazza)

Far bollire per un minuto un cucchiaino da the della miscela sciolta nell'acqua. Lasciare in infusione per 5 minuti. Filtrare. Bere subito tiepida oppure conservare in frigorifero massimo 24 ore.



### Polpettine di manzo con formaggio

#### Ingredienti

100 gr. di polpa di manzo o vitello magro ben tritato  
una noce di mollica di pane inzuppata nel latte e strizzata  
1 presa di prezzemolo  
1 presa di sale  
10 gr. di burro  
formaggio fondente (fontina o gruviera)

#### Preparazione (15 minuti)

Cottura: 10 minuti

Mettere la carne in una ciotola, aggiungere la mollica di pane strizzata, il prezzemolo e il sale e lavorare il tutto con un cucchiaio di legno fino a rendere l'impasto omogeneo. Fare con le mani polpettine rotonde schiacciate e cuocerle a fuoco vivo in un tegame antiaderente, precedentemente riscaldato, con il burro. Farle dorare dalle due parti, fino a formare una crosticina marrone, quindi coprirle con fettine di formaggio. Lasciare cuocere a fuoco basso con il coperchio finché il formaggio si scioglie.

## LA DOMANDA

### È possibile rimanere incinta durante la terapia?

Si è possibile. Sebbene molte persone diventino sterili, si sono avuti casi di donne gravide durante la terapia. Se una donna in cura sospetta di essere incinta deve avvertire il medico: i trattamenti potrebbero danneggiare il feto.

# 800.237303

è il numero verde dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica  
Dal lunedì al venerdì, dalle 13 alle 17

### Consiglio Direttivo Nazionale AIOM

Presidente  
Roberto Labianca

Presidente Eletto  
Emilio Bajetta

Segretario  
Carmelo Iacono

Tesoriere  
Marco Venturini

Consiglieri  
Vincenzo Adamo, Sandro Barni, Oscar Bertetto, Filippo De Marinis, Gianfranco Filippelli, Fausto Roila, Giovanni Rosti, Vittorina Zagonel

### AIOM infosocietà

Direttore Responsabile  
Mauro Boldrini

Coordinamento  
Gino Tomasini  
Sabrina Smerrieri

Redazione  
Carlo Buffoli, Sergio Ceccone, Daniela Peliccioli, Giuliano D'Ambrosio

Stampa  
Officine Grafiche Staged  
S. Zeno Naviglio (Bs)

### Intermedia editore

Healthcare Communication Network  
via Malta 12B - 25124 Brescia  
Tel. 030.226105 - Fax. 030.2420472  
mediabs@tin.it

Via C. Morin, 44 - 00195 Roma  
Tel. 06.3723187  
intermedia@intermedianews.it  
www.medinews.it