

Alcuni avvenimenti personali mi hanno dato modo di riflettere una volta di più sul valore della vita, in particolare quella dei giovani, così importante perché racchiude in sé un progetto di esistenza appena delineato, che ha però già posto le basi negli anni in corso e in quelli precedenti: anni di formazione, di conoscenza di sé e di apertura agli altri e al mondo. La morte di un giovane, o anche solo la sua malattia, è sostanzialmente uno scandalo della ragione, è qualcosa che va contro natura e che può trovare una sua accettazione (non certo una spiegazione) solo all'interno di una profonda convinzione religiosa.

Affrontare a tutto tondo l'argomento tumori nei ragazzi significa entrare in problematiche non solo cliniche e scientifiche, ma anche psicologiche, sociali, esistenziali, che coinvolgono pesantemente i pazienti e le loro famiglie. È vero che gli oncologi sono da sempre abituati a un approccio globale al malato neoplastico, ma forse mai come nei confronti dei pazienti giovani questo impegno diventa così totalizzante da creare non pochi rischi emotivi anche allo stesso personale sanitario. Il collega Giovanni Rosti mi ha raccontato un aneddoto che credo riassume perfettamente quanto sto dicendo. Una volta chiese ad un suo giovane paziente affetto da tumore germinale mediastinico avanzato quando aveva ripreso a pensare al dopo. La risposta fu la più disarmante nella sua semplicità: quando ho ricominciato a coniugare i verbi al futuro. D'altra parte – e lo potete leggere nelle

pagine che seguono – i tumori che insorgono in età giovanile sono portatori anche di messaggi positivi. La guarigione è ampiamente possibile (pensiamo alle neoplasie del testicolo, ai linfomi e alle leucemie, ad alcune neoplasie del sistema nervoso centrale); la prevenzione può essere vincente; un complesso approccio multidisciplinare può apportare significativi benefici in termini di sopravvivenza e di qualità di vita (l'esempio dei sarcomi ossei è paradigmatico). Oggi la possibilità di garantire un'esistenza normale, anche in termini di vita affettiva, di fertilità e di inserimento lavorativo ai pazienti guariti è realisticamente perseguibile.

ROBERTO LABIANCA

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

Aiom

Info Società

Nel n. 4 | 2004

- 1** Editoriale
- 2** Qualità di vita
- 5** Storie vere
- 6** Riflettori su: linfomi e leucemie



RAGAZZI GUARITI E LA VITA TORNA A SORRIDERE

● oggi molte neoplasie che colpiscono i ragazzi sono guaribili. A fronte di questi risultati clinici, certamente di grande rilievo, non sono molte le notizie a proposito del “dopo” la malattia: di come vivono i pazienti, di quali siano le condizioni funzionali ed emozionali dei giovani che diventano adulti, hanno una vita affettiva e riproduttiva, relazioni con gli altri, ognuno inserito in uno specifico contesto familiare, sociale e lavorativo. Nel paziente giovane, già al momento della prima stesura del piano terapeutico, devono essere presi in considerazione problemi come la fertilità, la sessualità, la riacquisizione di uno schema corporeo soddisfacente, la qualità di vita, il mantenimento del ruolo personale nella famiglia e nella società, un buono stato funzionale anche dopo la chirurgia radicale e/o trattamenti oncologici specifici, il controllo degli effetti tardivi.

RIABILITAZIONE E APPOGGIO PSICOLOGICO

In tutti i pazienti oncologici, ma in particolare nei giovani, è evidente l'inscindibilità degli aspetti fisici e psicologici della malattia: l'incontro con la patologia tumorale produce un differente impatto su un individuo in crescita, nel pieno della forza, del vigore, della progettualità per il futuro.

La guarigione deve essere accompagnata da un serio percorso riabilitativo a carattere integrato, che abbia come obiettivo non solo il recupero e/o la salvaguardia dell'integrità fisica, ma anche grande attenzione all'assetto psicologico e al reinserimento nel tessuto socio-occupazionale presente e futuro. Se consideriamo infatti che per convenzione viene definito adulto l'individuo fra i 30 e i 60 anni, la gamma dei pazienti cosiddetti giovani spazia dall'adolescenza - dall'età quindi della formazione dell'identità personale fino ai venti e ai trent'anni - periodo in cui si realizza il distacco dalla famiglia d'origine, la scelta professionale, la scelta del partner, la stabilizzazione e l'organizzazione della vita sociale.

qualità
di vita

IL RUOLO DELLA FAMIGLIA, E DELLA SOCIETÀ

Per questo la famiglia e la società, con le sue forti istanze occupazionali, sono gli elementi chiave del reiserimento del paziente, parte integrante del percorso riabilitativo. Si tratta infatti di un momento della vita in cui il ruolo della famiglia è in una fase particolarmente delicata: i genitori con l'evento malattia tornano spesso ad avere un ruolo determinante proprio mentre era già in atto un processo fisiologico di distacco da parte dei figli, così come, nel caso di coppie formate da poco, l'ammalarsi di tumore di uno dei componenti può mettere a durissima prova un legame appena costruito.

IL RITORNO AL LAVORO

Altrettanto importanti sono gli aspetti relativi alla sfera lavorativa, o per meglio dire, occupazionale, fra cui il completamento dell'istruzione scolastica, la formazione professionale, l'inizio (o il ritorno) dell'attività lavorativa.

Considerando le nuove caratteristiche del mondo del lavoro, sempre più improntate alla temporaneità del rapporto lavorativo, i frequenti cambiamenti di mansione, l'incremento di modalità meno stabili come il lavoro interinale, il part time, i contratti a tempo, se da una parte aumenta l'offerta occupazionale, dall'altra può rappresentare un ostacolo al reinserimento graduale o comunque "tutelato" di questa categoria di pazienti.

Il lavoro rappresenta per l'individuo la garanzia di un vero ritorno alla quotidianità, in quanto testimonia l'avvenuto recupero dello stato funzionale efficiente: per la famiglia attraverso il mantenimento del ruolo e la stabilità economica, per la società perché consente di non disperdere energie e competenze sia manuali sia intellettuali.

Ruolo della riabilitazione è quello di "riconsegnare" il paziente alla vita attiva, dovere di un tessuto sociale maturo e responsabile è quello di impegnarsi e sapere accogliere il contributo del lavoro di tutti e di ciascuno dei propri componenti.

SALVARE LA FERTILITÀ, **OGGI SI PUÒ**

La crioconservazione dello sperma, benché in grado di garantire ai giovani pazienti la fertilità dopo il trattamento antineoplastico, non rappresenta a tutt'oggi una procedura routinaria della cura. Ciò può essere attribuito all'assenza di adeguati spazi di comunicazione, al rapporto medico-paziente, agli esiti dei trattamenti, ai rischi associati alla scelta della genitorialità e alle possibilità delle procedure per l'infertilità. Queste risentono, inoltre, sia della mancata attivazione da parte della Sanità pubblica di collaborazioni stabili tra ospedali e centri deputati alla conservazione, sia della definizione di modelli e barriere all'adozione per chi sopravvive al cancro.



UN FIGLIO **DOPO LA MALATTIA**

Il desiderio di avere un figlio viene messo in crisi dall'insorgenza della malattia in età pediatrica o nel corso degli anni potenzialmente fertili. I disturbi della fertilità rappresentano un'area della qualità di vita di crescente interesse dato il costante aumento delle guarigioni legate alla maggiore efficacia dei protocolli terapeutici e all'incremento delle diagnosi precoci. Questi disturbi dipendono da un danno diretto, quando il tumore colpisce gli organi riproduttivi, o indiretto, come conseguenza dei trattamenti medici. Nelle donne gli effetti a lungo termine della chemio/radioterapia sulla funzione riproduttiva consistono nell'irregolarità del ciclo mestruale, nell'insorgenza precoce della menopausa e nell'infertilità; negli uomini, in un danno alla spermatogenesi. Entrambi gli esiti dipendono dal tipo e dalla dose dei citotossici, dalle radiazioni o dalla combinazione di entrambi, oltre che dall'età.

GENITORI, NONOSTANTE TUTTO

Scarsa attenzione è stata finora rivolta agli aspetti emotivi dell'infertilità e ai fattori che influenzano la scelta di avere un figlio. Nei bambini, negli adolescenti e nei giovani adulti che sopravvivono, la malattia oncologica si presenta in una fase del ciclo vitale in cui la minaccia alla continuità esistenziale, per i profondi cambiamenti dell'immagine corporea e del proprio mondo di valori, porta ad una frattura nell'identità personale non ancora strutturata. In tale situazione psicologica la sterilità rappresenta un'ulteriore frustrazione che va ad aggiungersi a quelle rappresentate dal cancro e dai suoi trattamenti. Le conseguenze psicologiche sono: maggiori livelli di distress nel confronto con l'infertilità e l'utilizzo di meccanismi di negazione della problematica. Inoltre, la scelta di diventare genitori durante o dopo il tumore è accompagnata da paure e timori rappresentati dalla ripresa della malattia, dalle possibili conseguenze sul feto dei trattamenti, dalla trasmissione genetica della malattia, dalla paura di una morte prematura e quindi dall'impossibilità di accompagnare la crescita del figlio. Nonostante ciò, la maggior parte dei pazienti desidera avere un bambino in quanto, come per la popolazione sana, rappresenta la possibilità di un prolungamento e di un completamento della propria esistenza. In più c'è il desiderio di sentirsi "normali". Una scelta consapevole della genitorialità può derivare dalla presenza, durante il percorso della malattia oncologica, di equipe multidisciplinari mediche e psicologiche impegnate a rilevare precocemente l'insorgenza dell'infertilità e del suo impatto emotivo, al fine di mettere a punto interventi di recupero.

L'IMPORTANZA DI DONARE IL SEME

Guarire deve volere dire ritornare alle attività complete e normali, fra cui la paternità. Oggi l'approccio alla malattia oncologica è profondamente cambiato. La messa a punto di farmaci efficaci e il miglioramento delle procedure d'indagine non solo consentono di salvare molti ragazzi, ma danno la possibilità al medico di guardare al paziente nella sua globalità, di avere un occhio di riguardo alla sua qualità di vita e al 'dopo'. Spesso ci si dimentica che un ragazzo di 14 anni, una volta sconfitto un sarcoma di Ewing, un osteosarcoma o un tumore del testicolo, nel suo progetto di vita futuro potrebbe prevedere anche un figlio. La chemioterapia deprime la spermatogenesi e non tutti i pazienti recuperano autonomamente la funzione procreativa. In particolare nel tumore del testicolo si compiono spesso interventi addominali che determinano incapacità alla procreazione. Proprio in questi tumori, per i quali le percentuali di guarigione sono ormai alte, è necessario rivolgere un'attenzione maggiore alle possibilità procreative, e quindi un forte invito verso lo "sperm-banking", ossia al deposito del seme. Nella pianificazione del trattamento è dunque fondamentale includere una discussione su questo tema con il paziente e i genitori, che in molti casi dovrebbero essere presenti al colloquio.

qualità
di vita



SALVATE LE MAMME

Mettere a riposo le ovaie per poter avere un figlio anche dopo la chemioterapia e la guarigione dal cancro. La speranza arriva dai risultati di uno studio clinico di fase II portato a termine all'Istituto Nazionale dei Tumori di Genova (IST). "La nuova tecnica – spiega il dott. Marco Venturini, oncologo dell'IST – consiste nel bloccare farmacologicamente la funzione ovarica delle pazienti per il periodo in cui viene somministrata la chemioterapia, in modo da evitarne gli effetti collaterali, primo fra tutti la menopausa precoce, condizione che interessa una ragazza su 3 al di sotto dei 35 anni. Lo studio ha dimostrato che oggi è possibile preservare le ovaie e riportarle poi al loro ciclo vitale facendo assumere alle pazienti dei farmaci antitumorali (analoghi LHRH, ndr) contemporaneamente alla chemio. Terminata la terapia e sospesi gli LHRH, al 75% delle donne sono tornate le mestruazioni". Il successo di queste sperimentazioni, che ora verranno ulteriormente approfondite, ha una valenza doppia: la nuova legge sulla procreazione assistita impedisce di congelare gli embrioni negando di fatto la maternità alle donne sottoposte a chemioterapia e guarite. "Se ci limitiamo ai soli dati di carcinoma mammario – prosegue Venturini – in Italia si registrano circa 1000 nuovi casi di tumore del seno in donne che hanno meno di 35 anni. In termini assoluti si tratta di un dato irrilevante, circa il 3% di tutti i casi di cancro alla mammella, ma è un numero enorme se si tiene conto di altri parametri. Nel nostro Paese l'età della prima gravidanza si è già alzata da 25 a 28 anni; una donna su 6 ha il primo figlio dopo i 35 anni e le proiezioni per il 2025 parlano di una primipara su 4 over 35".

Dal test HER2 LA CARTA D'IDENTITÀ DEL TUMORE AL SENO

L'HER 2 (Human Epidermal Growth Factor receptor 2), è un recettore coinvolto nella trasmissione dei segnali di crescita delle cellule tumorali ed è riscontrabile in circa il 25% dei carcinomi della mammella. Questo fattore porta ad una trasformazione neoplastica e ad una maggiore aggressività clinica. Uno stato HER2-positivo nel carcinoma mammario può predire la probabilità di resistenza ad alcune terapie convenzionali ed è possibile che indichi un'augmentata chemiosensibilità ad altre classi di farmaci. La maggiore comprensione del ruolo dell'HER2 nella crescita del tumore mammario ha portato allo studio di nuove terapie, gli anticorpi monoclonali. Questi anticorpi, prodotti con tecniche di ingegneria genetica, consentono di ottenere farmaci "intelligenti" cioè mirati alle cellule maligne, in grado di risparmiare quelle sane. Oggi, fin dal momento della diagnosi, è possibile sottoporre le pazienti al test, così da disporre di maggiori informazioni sull'andamento della malattia e sulle reali possibilità terapeutiche.

STORIE VERE

LUISA, ANDREA E ANNA

Quando entrò in ambulatorio mi sembrò molto fragile. Luisa era una ragazza di 32 anni: gracile, pallida, non ne dimostrava più di 25, e il marito Giacomo sembrava suo fratello gemello. Parlava in modo dolcissimo con una calma che mal si addiceva a quello che mi stava raccontando.

Era stata operata 20 giorni prima per un tumore del colon discendente che aveva sanguinato. L'intervento e la convalescenza erano stati regolari, la diagnosi istologica raccontava di un adenocarcinoma (pT3N+). Mi sembrava ben informata: in realtà il suo medico curante, una cara amica, l'aveva mandata da me perché tirassi le conclusioni, programmassi un eventuale trattamento, ma soprattutto rispondessi alle sue domande. La nostra conversazione spaziò dal significato di pT3N+ ai fattori prognostici, dalla tossicità della chemioterapia ai fattori ereditari del tumore del colon (aveva un bimbo di 3 anni), finché Luisa mi disse di essere una insegnante elementare (ecco spiegata la sua "dolcezza", mi trovai a pensare) ed il discorso si spostò sui bambini, sui pericoli che lei avrebbe potuto far loro correre e sulla possibilità di poter continuare ad insegnare durante la chemioterapia. Credo di essere stato chiaro ed esauriente, perché mi telefonò anche il medico di famiglia per ringraziarmi.

Luisa fece la chemioterapia in un ospedale vicino a casa ed io la rividi sia alla fine dei cicli,

sia sei mesi dopo. L'aspetto fisico era migliorato, non era più così pallida ma mi sembrava sempre un "pulcino bagnato". Riparlammo di scuola, di bambini ed infine di una eventuale possibilità di iniziare una gravidanza. La discussione fu sempre molto tranquilla e all'inizio mi sembrò un poco accademica, come se l'argomento fosse del tutto casuale. In realtà le domande continuarono fino a quando mi fu molto chiaro: Luisa era incinta. Eravamo nel 1978, io ero giovane e l'oncologia italiana pure; non erano disponibili molte informazioni e i nostri farmaci erano considerati veleni. Avevo di recente vissuto una situazione analoga con una paziente che non sapendo di essere gravida era stata trattata per un tumore mammario e aveva perso il bambino. La vicenda aveva creato in Istituto un grosso dibattito e, come è facile intuire, aveva coinvolto le sfere della scienza, della politica ma soprattutto della "coscienza". Il problema era ovviamente restato irrisol-

to, ma questa volta ero io, da solo, di fronte ad una giovane coppia. Ero molto preoccupato e presto capii di aver sostenuto un esame: avevano avuto da me le informazioni mediche che volevano, ma incredibilmente non mi comunicarono le loro decisioni, che credo avessero già preso. A tempo debito mi arrivò la partecipazione della nascita di Andrea e dopo due anni della nascita di Anna.

Ho rivisto Luisa otto anni più tardi, per un problema rivelatosi banale. Solo allora, scusandosi con grande dolcezza per avermi "usato", mi raccontò le paure, le ansie che avevano accompagnato lei e il marito e della grande gioia dei parti (eutocici). Mi disse che avevano preferito così, per non "colpevolizzarmi" in caso di esito negativo.

I tratti erano rimasti delicati, i modi sempre molto dolci ma finalmente riuscii a notare quella grande fermezza che all'inizio era rimasta mascherata dall'aspetto fisico. Era una donna, una maestra e una mamma felice.

SANDRO BARNI

Direttore UO Oncologia Medica
Azienda Ospedaliera
Treviglio-Caravaggio



Linfomi

Pur con **quadri clinici** molto variabili, i diversi linfomi interessano prevalentemente il sistema linfoghiandolare, che comprende i linfonodi superficiali, ad esempio delle ascelle, collo, inguine, e profondi (nel torace e nell'addome) e la milza. Il quadro clinico più frequente è rappresentato dalla comparsa di ingrossamento persistente e importante di uno o più linfonodi. Possono essere presenti dei **sintomi sistemici**, detti "sintomi B", che consistono in febbre persistente, soprattutto alla sera, cioè febbre a 37,5- 38 °C senza cause infettive e di lunga durata; sudorazioni notturne, anch'esse ripetute e senza apparente motivo; perdita di peso pari o superiore al 10% del peso abituale in meno di 6 mesi (ovviamente senza dieta dimagrante). Talvolta compare anche prurito persistente senza lesioni cutanee. Con frequenza variabile, i linfomi possono coinvolgere vari organi e apparati quali fegato, midollo osseo, mucose delle vie respiratorie e/o delle vie digerenti, sistema nervoso centrale, provocando i diversi sintomi legati alla sede.

Linfoma di Hodgkin

Relativamente raro, si presenta con maggior frequenza in 2 fasce d'età: a 20-30 anni e a 60-70 anni, con preferenza per i maschi. Gli stadi iniziali, con una diffusione di malattia limitata a poche linfadenopatie e senza i sintomi sistemici, possono essere curati con sola **radioterapia**. Invece negli stadi avanzati, con numerose sedi coinvolte e/o con sintomi B, è indicato un trattamento chemioterapico, eventualmente seguito da radioterapia. Il trattamento chemioterapico prevede l'associazione di più farmaci e di cortisone. Se la malattia risulta resistente ad un primo trattamento iniziale, oppure recidiva dopo breve tempo, vi sono buone possibilità di cura con l'impiego di farmaci chemioterapici differenti. In questi casi può essere indicata la chemioterapia ad alte dosi con **trapianto autologo**, cioè con reinfusione di cellule staminali (sono i progenitori di tutte le cellule del midollo osseo e del sangue) del paziente stesso.

Linfomi maligni non Hodgkin (lnh)

Possono avere un grado di malignità molto diverso e pertanto una differente evoluzione e una diversa risposta ai trattamenti. Anche se la loro incidenza è maggiore con l'avanzare dell'età, i LNH possono presentarsi anche nei giovani e talvolta anche nell'infanzia. Gli stati di immunodepressione (ovvero una diminuzione delle difese immunitarie) rappresentano un importante **fattore di rischio**.

Di seguito vengono presentati alcuni tipi di linfomi non Hodgkin, senza comunque avere pretese di completezza, poiché sono molto numerosi e talvolta di difficile classificazione.

LINFOMA DIFFUSO A GRANDI CELLULE B

Costituisce il 30-40% dei LNH e presenta un **alto grado di malignità**: se non trattato, si evolve in modo rapido e sfavorevole; al tempo stesso è molto sensibile alla chemioterapia, che è indicata in tutti gli stadi di malattia. La chemioterapia prevede la somministrazione di più farmaci e di cortisonici. La radioterapia può essere complementare alla chemioterapia per alcune sedi di malattia. Alcuni di questi linfomi esprimono sulle cellule malate delle particolari proteine e possono trarre beneficio dall'immunoterapia con **anticorpi monoclonali**.

LINFOMA (CENTRO) FOLLICOLARE

Si tratta di un linfoma a **basso grado di malignità**, caratterizzato da un decorso di tipo cronico e una modesta sensibilità alla chemioterapia. Rappresenta circa il 40% dei LNH e si presenta soprattutto dopo i 50-60 anni. La malattia localizzata a una o poche sedi può essere curabile con sola radioterapia. Nelle forme diffuse l'obiettivo delle cure è il rallentamento della malattia piuttosto che la sua eradicazione (completa guarigione). Per i pazienti di età inferiore ai 65 anni, non affetti da altre malattie rilevanti, può essere indicato il trapianto autologo di cellule staminali che è potenzialmente in grado di eradicare il linfoma.

Leucemie

Le leucemie sono tumori originati dalle cellule del midollo osseo, caratterizzati dalla presenza nel sangue circolante di leucociti (globuli bianchi) alterati. Possono essere distinte in forme acute e croniche.

Leucemia linfatica cronica (llc)

È la forma più frequente e si presenta soprattutto nella fascia di età dai 60 ai 70 anni. Si caratterizza per la crescita eccessiva dei linfociti (particolare tipo di globuli bianchi) che aumentano nel sangue e si accumulano nel midollo osseo, nella milza, nei linfonodi e, talvolta, in altri organi. Spesso la diagnosi viene fatta “per caso” in occasione di un esame del sangue, eseguito per altri motivi, che riscontra un elevato numero di linfociti (linfocitosi). Il quadro clinico può comprendere ingrossamento dei linfonodi, della milza, del fegato e, negli stadi avanzati, comparsa di anemia e riduzione delle piastrine. **La storia naturale** della malattia ha un andamento di anni o addirittura di decenni.

Il trattamento ha l’obiettivo di rallentare l’evoluzione della malattia e di ridurre i sintomi. Negli stadi iniziali, con sola linfocitosi, è proponibile il solo controllo e l’inizio delle cure viene rinviato al momento dell’evoluzione o della comparsa di sintomi. La terapia medica impiega abitualmente la fludarabina oppure l’associazione di clorambucil e cortisone (ben tollerata anche negli anziani); la malattia più diffusa e in rapida evoluzione può essere trattata con schemi chemioterapici a più farmaci. La radioterapia può essere indicata, con lo scopo di ridurre i sintomi, sulla milza ingrossata e talvolta sulle sedi linfonodali. Recentemente anche per il trattamento della LLC sono stati impiegati, con risultati promettenti, gli stessi anticorpi monoclonali utilizzati nei linfomi.

Leucemia mieloide cronica (lmc)

Originata da una proliferazione tumorale della cellula staminale, si presenta soprattutto nell’età dai 40 ai 60 anni ed è caratterizzata dalla formazione di un cromosoma anomalo, detto **cromosoma Philadelphia**.

La storia naturale comprende una fase cronica, che può durare diversi anni, con leucocitosi del sangue periferico e ingrossamento della milza (splenomegalia) di entità variabile. Nello stadio avanzato compare la fase blastica che è analoga ad una leucemia acuta. Durante la fase cronica **il trattamento** tradizionale impiega cicli di chemioterapici, soprattutto busulfano e idrossiurea, e terapie di tipo immunologico basate sull’interferone alfa che è in grado di controllare la malattia per lungo tempo. Recentemente la terapia della LMC è stato rivoluzionato dall’introduzione di un **farmaco biologico**, denominato STI-571 (Glivec), che ha ottenuto brillanti remissioni di malattia. Per ora, l’unico trattamento in grado di guarire questa neoplasia sembra essere il trapianto di midollo osseo allogenico.

Leucemia acuta mieloide (lam)

Costituisce l’80% dei casi di leucemia acuta nel giovane-adulto e nell’anziano. Origina da una crescita incontrollata della cellula staminale e si caratterizza per l’accumulo di blasti (cellule leucemiche) nel midollo osseo, nel sangue circolante e in diversi organi. Si distinguono 2 categorie di LAM:

- **LAM primitive** o *de novo*, insorte come prima malattia;
- **LAM secondarie** ad una causa precisa, che può essere un’altra malattia del sangue (soprattutto mielodisplasie) o un’esposizione a determinati agenti cancerogeni (irradiazioni da raggi X, benzene e toluene, alcuni farmaci chemioterapici precedentemente impiegati per curare un tumore).

Sintomi e segni di malattia sono innanzitutto anemia, neutropenia (riduzione dei neutrofili, tipo di globuli bianchi indispensabile per la difesa dalle infezioni) e piastrinopenia (diminuzione delle piastrine), con conseguenti infezioni ricorrenti ed emorragie. Può comparire epatomegalia (ingrossamento del fegato), splenomegalia (ingrossamento della milza), alterazioni della funzionalità dei reni.

Lo **schema generale di trattamento** delle LAM prevede fasi successive di chemioterapia.

Il trapianto di midollo osseo allogenico è proponibile nei pazienti di età inferiore ai 40-50 anni dopo la prima remissione di malattia oppure dopo una ricaduta; se non è disponibile un donatore si può provare il trapianto autologo, dopo una chemioterapia che ha ripulito il midollo del paziente dalle cellule tumorali. Attualmente sono in studio numerosi nuovi farmaci tra cui anticorpi monoclonali e farmaci biologici.

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

LA DOMANDA

Posso allattare dopo aver subito un intervento di chirurgia conservativa e fatto la radioterapia?

Nel 30% dei casi le donne sono in grado di riprendere ad allattare dalla mammella operata, mentre rimane invariata la capacità funzionale della mammella controlaterale. In ogni caso, è bene ricordare che non devono allattare le donne che assumono terapia ormonale o sono in trattamento chemioterapico.

INFIAMMAZIONE ALLA BOCCA

L'infezione del cavo orale è spesso un effetto collaterale della chemioterapia e della radioterapia. In questi casi può succedere che abbiate difficoltà a masticare o a deglutire, una condizione che spesso fa passar la voglia di mangiare. Non disperate: alcuni semplici accorgimenti nella scelta dei cibi sono sufficienti per far tornare il gusto della tavola. Ecco alcuni consigli.

- I cibi tagliati finemente e ben amalgamati grazie all'utilizzo di condimenti cremosi come formaggi morbidi, maionese e salse delicate facilitano la deglutizione. Per arricchire i cibi può utilizzare burro, olio, panna da cucina, formaggio, yogurt, zucchero, miele
- Scegli la parte più morbida del pane o, in alternativa, il pane da toast
- Triti la carne e il pesce e la impasti con uova e latte per ottenere polpette morbide. Prepari frittate con formaggio e latte
- Come spuntini utilizzi frullati di frutta, creme caramel, panna cotta, budini, gelati e granite
- Può utilizzare alimenti per l'infanzia come omogeneizzati o i preparati ad alto contenuto calorico. Anche il semolino, arricchito con formaggio e burro, è una valida soluzione
- Consumare le pietanze a temperatura ambiente o tiepide può offrire sollievo alla bocca infiammata.

Da evitare

- Assolutamente da evitare alcolici, fumo, bevande gassate e acide (spremute e succhi d'arancia, pompelmo e limone), spezie (pepe, peperoncino, curry), alimenti troppo salati e affumicati, alimenti troppo caldi. Eviti inoltre gli agrumi e l'ananas.

... e dopo i pasti

- Risciacqui per bene la bocca dopo i pasti e utilizzi uno spazzolino con setole morbide. Se risultasse ugualmente irritante utilizzi un cotton-fioc bagnato.
- Utilizzi un dentifricio delicato o una soluzione di acqua e bicarbonato di sodio (un cucchiaino da tè in 2 tazze di acqua). Rimuova e pulisca qualsiasi tipo di protesi dopo i pasti
- Mantenga umide le labbra con burro cacao e miele rosato



La ricetta

Crema di porri e zucchine

Ingredienti

500 gr. di porri non mondati
500 gr. di zucchine piccole
800 ml di acqua
1 dado
100 ml di panna fresca
50 gr. di parmigiano grattugiato
pepe

Preparazione (10 minuti)

Tagliate in pezzi grossi i porri mondati conservando solo la parte più tenera, compreso il verde e lavare le zucchine. Metterli in una pentola con l'acqua e il dado, coprire e cuocere per 50 minuti a fuoco basso. Frullare il tutto con il frullatore ad immersione, aggiustare di sale, aggiungere pepe e, all'ultimo momento, la panna e il parmigiano.

La crema va servita nelle fondine e consumata calda o anche a temperatura ambiente.

Volendo è possibile sostituire i porri con asparagi o carciofi e le zucchine con patate o carote.

800.237303

è il numero verde dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica

Dal lunedì al venerdì, dalle 13 alle 17

Educational grant di Novartis

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