

Durante un recente incontro scientifico, in cui venivano presentati i risultati di uno studio sui problemi legati al cancro, Elio Borghonovi, direttore del Cergas, ha sottolineato un concetto fondamentale, che sintetizza perfettamente lo scopo di questo numero della newsletter. Se il paziente oncologico percepisse la qualità della vita come un suo diritto primario, tanto quanto la soluzione della malattia, riferirebbe sempre al medico i sintomi connessi al tumore e alla chemioterapia. Il malato deve sapere che oggi non ha più senso sopportare in silenzio il dolore o la fatigue pensando che siano una conseguenza inevitabile della patologia principale. Grazie alle nuove acquisizioni farmacologiche, questi disturbi possono essere risolti definitivamente, o quantomeno tenuti sotto controllo. Per quanto riguarda il primo, il ministero sta portando avanti un'importante campagna educativa per vincere una resistenza ancora radicata nella classe medica sull'utilizzo degli oppioidi. L'altro problema di cui ci occupiamo diffusamente all'interno è la fatigue, che non è propriamente fatica, ma qualcosa di più: un mix di debolezza, stanchezza e affanno decisamente improprio rispetto alle azioni svolte. Uno stato che non solo condiziona pesantemente le giornate del malato, ma finisce per interferire anche nelle cure, limitando per esempio il numero dei cicli di chemioterapia e, di conseguenza, la loro efficacia. Fino ad oggi la fatigue è stata sottovalutata, sia dal medico, occupato principalmente a sconfiggere il tumore, sia dal malato, a causa di quella sorta di rassegnazione di cui si diceva prima. Si è quindi assistito, e si assiste tuttora, a un paradosso: da una parte c'è una definizione internazionale della patologia e ci sono le terapie per combatterla, dall'altro la malattia sembra non esistere: sottostimata dai medici, misconosciuta dai pazienti. Quale riflessione si può fare di fronte a questi dati? Sicuramente che c'è ancora molto strada da percorrere per correggere la comunicazione tra medico e paziente. Per questo sollecitiamo tutti i malati a parlare dei loro disturbi con il medico di famiglia o l'oncologo e invitiamo questi ultimi ad acquisire consapevolezza che il dolore non va sottovalutato e che la fatigue non è una malattia immaginaria, ma un preciso quadro clinico per la cura della quale esistono mezzi specifici, sia farmacologici che di supporto psicologico.

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

Aiom

info società



Nel n.4 | 2003

- 1** Editoriale
- 2** Quando ti prende la fatigue
- 6** Riflettori su: tumore del colon retto

Quando ti prende la fatigue

In termini medici viene definita *fatigue*, che non è propriamente fatica o affaticamento ma qualcosa di più. È un mix di stanchezza, di estrema debolezza, mancanza di energia che condiziona pesantemente la giornata del paziente. Insomma, una vera e propria malattia nella malattia di cui soffre fino al 96% delle persone colpite da tumore. Molti pazienti riferiscono di non riuscire a fare le cose più semplici, come camminare o salire le scale, cucinare, pulire casa, farsi una doccia, rifare il letto; dicono di sentirsi costantemente in affanno: una condizione che a volte toglie il sonno, altre spinge a dormire tutto il giorno.

STANCHI

ANCHE DOPO AVER RIPOSATO

Dopo uno sforzo prolungato, chiunque di noi si sente stanco. In genere questo stato passa con una bella dormita. Ciò che caratterizza questa patologia è che i sintomi vengono avvertiti in modo assolutamente sproporzionato rispetto al grado di esercizio o di attività svolti e **non regrediscono né con il riposo né con il sonno**. La fatigue aumenta soprattutto durante i trattamenti e la percentuale dei pazienti che si lamentano sale proporzionalmente ai cicli di chemioterapia e al numero delle cure concomitanti. Oltre alla stanchezza, alcuni malati riferiscono problemi di attenzione e di concentrazione: per esempio difficoltà a leggere o semplicemente a guardare la televisione.

Nella percezione dei pazienti i disturbi correlati alla fatigue sono in testa a tutti e precedono nausea, depressione e dolore.



Attenzione: se per almeno due settimane nel corso dell'ultimo mese, ogni giorno o quasi avete avvertito questi sintomi, è importante che vi rivolgiate al vostro medico. Lui saprà consigliarvi la terapia più adeguata.

Sintomi presenti tutti i giorni o quasi per almeno due settimane nell'ultimo mese:

- spossatezza significativa
- diminuzione dell'energia
- accresciuto bisogno di riposo, in maniera non proporzionale all'attività sostenuta

Inoltre devono essere presenti cinque (o più) dei sintomi seguenti:

- debolezza generalizzata e pesantezza degli arti
- diminuzione della concentrazione o dell'attenzione
- diminuzione della motivazione o dell'interesse nelle normali attività
- insonnia o ipersonnia
- sensazione di non aver riposato durante il sonno
- sensazione di dover compiere sforzi per superare l'inattività
- marcata reazione emotiva (tristezza, frustrazione o irritabilità) alla sensazione di fatigue
- difficoltà a portare a termine le attività quotidiane

I NUMERI

- la **fatigue** è una condizione che interessa all'incirca 220 mila persone all'anno
- il 77% dei pazienti sottoposti a trattamenti antitumorali è colpito da fatigue e anemia
- l'anemia, una delle cause più rilevanti della fatigue, è presente in circa il 60% dei pazienti oncologici già prima della terapia e può raggiungere anche l'80% al termine del trattamento chemioterapico/ radioterapico
- Il 61% dei pazienti oncologici lo ritiene l'effetto più invalidante, più del dolore, della nausea e della depressione
- il 74% dei pazienti è convinto che sia un effetto collaterale inevitabile e da sopportare
- per il 60% degli oncologi il sintomo più invalidante per il paziente colpito da tumore è il dolore
- per il 60% dei pazienti oncologici il problema più invalidante correlato al cancro è la fatigue
- solo il 9% dei pazienti colpiti (quindi 6.300 persone circa) è sottoposto a una terapia specifica per contrastare il problema
- solo nel 27% dei casi il paziente riceve dei consigli di trattamento dal medico di famiglia

LE CAUSE

Una delle principali cause di fatigue è l'anemia che può essere dovuta sia al tumore che aggredisce le cellule deputate alla produzione dei globuli rossi, sia ai trattamenti chemio e radioterapici. Tra i disturbi più frequentemente associati alla fatigue ci sono anche l'ansia e la depressione.

Schematizzando, l'affaticamento può insorgere come:

- parte integrante dei sintomi del tumore (sia all'inizio della malattia che nel corso delle recidive)
- effetto collaterale delle terapie, oncologiche e non oncologiche
- espressione di una patologia concomitante, di solito di natura psichiatrica, quale la depressione

Per alcuni pazienti curare la fatigue correlata al cancro è importante quanto curare la malattia. Al di là del disagio di sentirsi esauriti, la fatigue può infatti interferire talmente nella vita del paziente da condizionarlo anche nelle cure, per esempio limitando il numero dei cicli di chemioterapia e di conseguenza la loro efficacia. Per questo, non ci stancheremo di ripeterlo, è fondamentale che chi soffre di questa malattia non si rassegni: **la fatigue non è una conseguenza inevitabile dei trattamenti oncologici ma può essere risolta. Parlatene con il vostro medico.**

Non bisogna accontentarsi di riferire solo una grande stanchezza, ma anche la tristezza, l'irritabilità e la difficoltà a prendere sonno, tutti sintomi che fanno tutte parte dello stesso quadro. È necessario raccontare al medico come l'insorgenza dell'affaticamento ha modificato le proprie abitudini di vita e quali attività non si riescono più a svolgere come prima.

MORFINA, PREGIUDIZI COMUNI E MITI DA SFATARE

L'Italia è uno dei paesi europei dove si usa meno morfina a causa soprattutto dell'ignoranza circa le sue qualità terapeutiche e per il persistere di alcuni pregiudizi infondati:

- la morfina non comporta necessariamente depressione respiratoria
- la morfina non genera sempre una dipendenza psichica
- la morfina non instaura una rapida e incontrollata tolleranza
- la somministrazione di morfina non comporta fenomeni disforici
- la morfina non compromette la qualità della vita.

Per la morfina la via orale è quella raccomandata nel dolore da cancro, in quanto la più vantaggiosa. Da alcuni anni anche in Italia è possibile usufruire della morfina in discoidi a cessione controllata, già diffusamente impiegata in altri paesi. Tale preparazione è capace di assicurare una concentrazione plasmatica quasi costante di morfina. Il 40% della morfina contenuta nel discoide si rende disponibile nell'arco di un'ora dall'assunzione e l'80% in circa 4 ore.

I vantaggi di questa somministrazione sono notevoli:

- è agevole da somministrare (ogni 12 ore)
- elimina il disagio della dose notturna
- è bene accettata dal personale infermieristico
- il paziente la può assumere senza l'intervento di altre persone
- non presenta effetto-tetto per cui è possibile aumentare la posologia fin quando c'è bisogno.

Effetti collaterali della morfina

I principali effetti collaterali sono: la stipsi, la nausea e il vomito, la sedazione e la sonnolenza. La depressione respiratoria, potenzialmente l'effetto collaterale più grave, è però un evento rarissimo.

La dipendenza

Non è vero che chi assume la morfina non ne possa più fare a meno. Questo principio attivo può infatti dare dipendenza psicologica se lo si assume come droga, ma non un'assuefazione fisica nei pazienti che vi ricorrono per alleviare la loro sofferenza. Nei malati terminali non ha inoltre senso considerare il fattore dipendenza.

La tolleranza

Nel 95% dei casi gli oppioidi non inducono tolleranza: l'assunzione cronica non riduce cioè il loro effetto. Nel rimanente 5% dei casi, il problema può essere risolto cambiando oppioide.



DEVO DIRE AL MEDICO...

Quando siamo in ambulatorio è necessario ricordarsi di:

- Esporre con chiarezza i sintomi
- Non accontentarsi di riferire solo la sensazione di grande stanchezza, ma anche la tristezza, l'irritabilità e la difficoltà a prendere sonno, tutti sintomi che fanno parte dello stesso quadro
- Raccontare al medico come l'insorgenza della fatigue ha modificato le proprie abitudini di vita e quali attività non si riescono più a svolgere come prima
- Riferire con la maggior esattezza possibile:
 - l'inizio dei sintomi (concomitante con quale avvenimento: chemioterapia, radioterapia, ecc),
 - la durata della fatigue (giorni o settimane)
 - l'intensità dei sintomi: come per il dolore, bisogna far riferimento ad esempio a scale numerate, da 0 a 10, dove 0 corrisponde ad assenza di malessere e 10 al peggior senso di malessere immaginabile
 - l'andamento della sintomatologia nel corso della giornata
 - la presenza di esercizi o attività quotidiane capaci di scatenare o esacerbare i sintomi

LE CURE

La causa più importante da curare è senz'altro l'**anemia**, che nel paziente oncologico può essere determinata sia dal tumore che dalle terapie antitumorali (ad esempio, chemioterapia, radioterapia). L'anemia, è presente in circa il 60% dei pazienti e la sua incidenza e severità variano a seconda del tipo di tumore e del trattamento chemioterapico, arrivando anche all'80% dei casi. Oggi l'anemia si tratta con una sostanza che viene prodotta normalmente dal nostro corpo, ma la cui produzione è scarsa in caso di tumore: l'**eritropoietina**. Secondo gli ultimi studi, nel 70% dei casi la correzione dell'anemia mediante l'utilizzo dell'eritropoietina umana ricombinante (prodotta in laboratorio) porta alla diminuzione fino alla scomparsa dei sintomi di fatigue.

Altri interventi che possono alleviare la fatigue sono: un regime nutrizionale appropriato, supplementi vitaminici e minerali, medicinali antidepressivi e ansiolitici, modificazioni dello stile di vita, counselling psicologico.



COSA MANGIARE

Il cancro e i trattamenti farmacologici possono interferire con l'assunzione alimentare...

Il rapporto del paziente con il cibo non va assolutamente trascurato, essendo collegato sia a stati d'animo che a conseguenze o effetti collaterali delle terapie. Sono inoltre da tenere presenti anche condizionamenti culturali, che 'spingono' i pazienti ad assumere cibi poco appetibili e a trascurare in genere l'alimentazione, proprio in quanto 'malati'.

L'ansia della malattia può avere un ruolo nella perdita di appetito e d'interesse in genere verso i cibi, e l'inappetenza contribuisce alla riduzione e al decadimento delle forze, già pesantemente compromesse dall'anemia e dagli altri sintomi della fatigue.

Un regime nutrizionale appropriato, con supplementi vitaminici e minerali, costituisce il miglior rimedio alla perdita d'appetito e d'interesse nei confronti dei cibi. Per questo può essere utile rivolgersi a uno specialista dell'alimentazione per impostare un programma dietetico personalizzato.



IL DIARIO PERSONALE

L'uso di un diario personale può aiutare il medico e il paziente a distinguere un certo modello di fatigue o ad identificare attività specifiche che siano associate con aumenti della sintomatologia. Questa informazione può essere utile per sviluppare una pianificazione nel trattamento che preveda la modificazione di specifiche attività e appropriati periodi di riposo.

Il sonno

Ansia e depressione legate a una diagnosi di cancro alterano il ciclo del sonno, contribuendo alla fatigue ...

Per alcuni pazienti possono essere utili brevi periodi di riposo programmati durante la giornata. Alcune persone traggono beneficio dall'educazione all'igiene del sonno.

I principi di igiene del sonno dovrebbero essere stabiliti su misura per ogni singolo paziente e dovrebbero tentare di fissare orari precisi in cui la persona vada a letto e si svegli, nonché le procedure di routine prima di addormentarsi.

Un regolare esercizio fisico circa sei ore prima di andare a letto può migliorare il sonno mentre schiacciare un pisolino nel tardo pomeriggio può peggiorarlo.



Si a nuoto e bicicletta

Un tipo di movimento non forzato o eccessivo come camminare all'aria aperta, pedalare lentamente o fare ginnastica dolce può avere effetti benefici nell'alleviare la fatigue...

La prescrizione di una moderata attività fisica può apportare un reale beneficio terapeutico, mentre lo stare a riposo può a volte risultare negativo.

Un esercizio fisico regolare può migliorare l'appetito.

Il tipo di esercizio che sembra essere più benefico comprende il movimento ritmico e ripetitivo di grandi gruppi muscolari così come avviene camminando, andando in bicicletta o nuotando. Il programma di esercizio dovrebbe essere cominciato gradatamente e dovrebbe includere un tipo di lavoro lieve-moderato per diversi giorni o settimane.

Quando è utile lo psicologo

L'ansia, la difficoltà nell'affrontare il cancro o il suo trattamento ...

Questi sintomi, assieme ai disturbi del sonno, possono contribuire a far aumentare la fatigue. I rimedi in questo caso vanno dalle tecniche di riduzione dello stress alle terapie cognitive: ad esempio sono utili le tecniche di rilassamento, l'ipnosi, l'immaginazione guidata o la semplice distrazione. Per alcuni pazienti nei quali i sintomi della fatigue e dell'anemia sono associati a un deficit di attenzione, ascoltare musica, leggere, dipingere o dedicarsi ad altro hobby risultano rimedi particolarmente efficaci e piacevoli. Per alcuni pazienti rivolgersi ad uno psicologo per una consulenza e per un training di gestione dello stress può quindi essere raccomandabile.

ALCUNI TRUCCHI PER BATTERE L'AFFATICAMENTO

Per aumentare l'energia si possono applicare semplici accorgimenti:

- Assicurarsi di dormire sufficientemente
Pianificare più momenti di pausa nel corso della giornata
- Non impegnarsi al di là delle proprie energie
- Bere abbondanti liquidi, almeno un litro al giorno, perché la disidratazione può intensificare l'affaticamento
- Fare brevi passeggiate per tenersi allenati
- Evitare caffeina ed alcool alla sera, perché possono disturbare il sonno
- Mangiare alimenti ad elevato contenuto in ferro come: carne rossa, verdure a foglie larghe, cereali

Il carcinoma del colon retto rappresenta la quarta neoplasia nel mondo ed è secondo come causa di morte solo a quello del polmone nell'uomo ed al tumore della mammella nella donna. È in genere una neoplasia dell'età media, abbastanza rara sotto i 40 anni, con un picco tra i 60 e i 70 anni.

I sintomi

I sintomi possono variare in relazione all'estensione e alla localizzazione del tumore. I sintomi precoci, vaghi e a volte trascurati, sono: **stanchezza, anemia, perdita di peso**. Talora i mutamenti dell'alvo (stitichezza ostinata alternata a diarrea) possono essere segni premonitori. La tensione addominale con crampi, sangue occulto nelle feci, segni di ostruzione, sono peculiari delle localizzazioni al colon sinistro. Il carcinoma del retto si manifesta innanzitutto con turbe dell'alvo ed emorragia che il più delle volte presenta sangue rosso-vivo, talvolta misto a muco, nelle feci.

I fattori di rischio

L'età, il sesso e la razza non rappresentano di per sé fattori di rischio importanti; mentre hanno una rilevanza significativa determinate **patologie ereditarie, la dieta e i polipi colorettali**.

Tra questi, **la dieta** rappresenta quello più studiato e forse il più importante. La dieta ad alto contenuto di grassi animali e proteine è in grado di accelerare la trasformazione maligna di preesistenti polipi adenomatosi, mentre nessun rischio è invece evidenziato per i grassi insaturi di origine vegetale. L'effetto protettivo delle fibre è stato ipotizzato da tempo in base all'osservazione che le popolazioni vegetariane o con una dieta ad alto contenuto di fibre presentavano un'incidenza di questa neoplasia ridotta di oltre il 30%.



L'importanza degli screening

Spesso il carcinoma del colon retto viene diagnosticato in molti pazienti in fase già avanzata. Lo screening in pazienti asintomatici permette di identificare polipi adenomatosi la cui rimozione consente di prevenire la trasformazione maligna. In accordo con le linee guida americane è raccomandabile seguire una serie di regole per lo screening di questo tumore in pazienti asintomatici:

- Praticare l'esplorazione rettale in corso di visita medica
- Dopo i 50 anni eseguire annualmente un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e ogni 5 anni una rettosigmoidoscopia
- Porre particolare attenzione nel monitoraggio dei pazienti a rischio

2

La prevenzione

Il National Cancer Institute ha suggerito delle linee guida di comportamento al fine di prevenire il rischio di sviluppare un carcinoma del colon-retto:

- ridurre l'assunzione di grassi al 30% delle calorie totali
- inserire nella dieta giornaliera frutta e verdura
- bere alcolici con moderazione
- evitare di ingrassare
- aumentare l'apporto di fibre
- minimizzare il consumo di cibi salati, conservati o affumicati.

Accanto a queste misure gli esperti propongono l'assunzione di antiossidanti e micronutrienti (vitamina C, selenio) allo scopo di proteggere l'intestino dall'azione ossidativa di alcuni agenti cancerogeni. Ampiamente accettato è il concetto che un discreto numero di carcinomi del colon retto derivi dall'evoluzione di alcuni tipi di polipi: da qui l'importanza delle varie procedure di screening con esami endoscopici e la rimozione delle formazioni polipoidi.

La diagnosi

Esplorazione rettale: di facile esecuzione, è obbligatoria in caso di tumore del grosso intestino.

Ricerca del sangue occulto nelle feci: di facile applicazione e non dispendiosa: se correttamente eseguita consente di scoprire neoplasie asintomatiche del grosso intestino. Questa indagine, ora realizzabile anche a domicilio con un apposito dispositivo (Hemoccult) presuppone una buona preparazione (dieta senza carne, ricca di scorie). Ovviamente la presenza di sangue occulto nelle feci non è di per sé diagnostica.

Colonscopia: ha ormai una larghissima diffusione nella pratica clinica per la maggiore attendibilità rispetto alla diagnostica radiologica e per le sue potenzialità terapeutiche. Questa indagine è la metodica di scelta per la prevenzione, la diagnosi ed il controllo del cancro del colon-retto. Consente l'individuazione, la tipizzazione mediante un prelievo bioptico, la resezione di alcuni tipi di polipi, fornendo in caso di tumore delle notizie utili al chirurgo sulla sede e l'estensione della malattia e l'eventuale presenza di altre lesioni tumorali.

Clisma opaco: procedura indispensabile nella diagnosi del tumore del colon-retto, richiede un'accurata preparazione del paziente che deve sottoporsi all'esame in condizioni di perfetta pulizia intestinale. L'impiego di metodiche di doppio contrasto diretto, l'uso di sospensioni di bario, consentono spesso la diagnosi di sede, natura e malignità.

Ecografia dell'addome: è la metodica da utilizzare in prima istanza per la ricerca delle metastasi epatiche

Tomografia assiale computerizzata (TAC): fornisce informazioni sulle dimensioni della formazione neoplastica, sui suoi rapporti con le strutture vicine e sull'interessamento dei linfonodi; permette inoltre di valutare le sedi più frequenti di metastasi (fegato, linfonodi retroperitoneali, polmone).

I controlli

I pazienti affetti da carcinoma coloretale sottoposti a trattamenti chirurgici e/o radiochemioterapici devono sottoporsi periodicamente a dei controlli con esami del sangue ed esami strumentali come l'ecografia all'addome, la radiografia del torace, la colonscopia ed eventualmente TAC addominale.

3

La terapia

L'approccio convenzionale alla neoplasia del colon retto comprende:

Chirurgia: la radicalità nel cancro del colon-retto esige l'asportazione ampia del segmento intestinale sede del tumore e la rimozione delle rispettive aree di drenaggio linfatico. Il tipo di intervento è condizionato da sede, dimensioni, estensione del tumore e condizioni del paziente. Rispetto agli interventi demolitivi di un recente passato, la chirurgia del carcinoma del retto si è fatta sempre più conservativa pur nel rispetto della radicalità oncologica.

Chemioterapia: la chemioterapia può essere utilizzata in fase adiuvante a scopo precauzionale dopo un intervento chirurgico o in una fase metastatica della malattia stessa. Il farmaco base utilizzato nei diversi schemi di terapia è il 5-Fluorouracile che può essere somministrato secondo diverse modalità o in associazione ad altri farmaci a seconda della estensione della neoplasia. I chemioterapici maggiormente impiegati sono: Irinotecan, Oxaliplatino, Raltitrexed, capecitabina e mitomicina C. Le opzioni terapeutiche e la durata dei trattamenti sono adattate alle singole situazioni cliniche mantenendo comunque una buona qualità di vita.

Radioterapia: nei tumori del retto la radioterapia è indicata nella fase postoperatoria come trattamento insieme alla chemioterapia, ma trova indicazione anche nella fase preoperatoria da sola o con la chemioterapia. La radioterapia preoperatoria è indicata nei casi localmente avanzati per ottenere una riduzione della massa e rendere asportabile il tumore; oppure può avere come obiettivo primario la riduzione delle recidive locali.

LA DOMANDA

Come si fa a sapere se esiste una predisposizione genetica al cancro?

Attualmente sono disponibili test genetici che possono indicare una predisposizione individuale ad alcuni tipi di cancro, come quello della mammella, dell'ovaio e del colon. Oggi i medici sono per esempio in grado di verificare la presenza in una donna di uno o due geni – chiamati BRCA1 e BRCA2 – associati ad un elevato rischio di sviluppare un cancro della mammella. Lo scopo dei test genetici è quello di fornire un accurato controllo del rischio, di migliorare la diagnosi precoce ed effettuare i giusti interventi per evitare che si sviluppi il tumore. L'utilizzo di questi test solleva tuttavia importanti questioni, inclusi la privacy medica e gli effetti psicologici che essi possono avere su una persona e sui suoi familiari.

«Nei momenti difficili ascoltavo la musica»

La storia di Barbara

Mi chiamo Barbara e nel 1990, al momento della diagnosi, avevo 34 anni. Ero una ragazza come tante, con tutti i sogni e i desideri che si possono avere a quell'età. Dirigevo una mia piccola azienda, avevo molti amici e Stefano, un ragazzo dolcissimo. Non mi mancava davvero nulla. Unica nota negativa era che a volte mi sentivo molto stanca. Una domenica, andando al mare, Stefano s'accorse che avevo una ghiandola ingrossata alla base del collo. Feci gli esami e risultò che i globuli bianchi erano molto alti del normale. Andai da uno specialista che mi consigliò un ago aspirato, ma dopo quattro esami non riuscivano a capire cosa avessi. Alla fine arrivò il responso: linfoma. Dopo aver fatto la Tac mi operarono per togliermi il nodulo. Mi ricordo che durante l'attesa per l'esito degli esami chiesi all'infermiere di portarmi il walkman e mi ascoltai tranquillamente la mia musica preferita. **La musica mi è stata molto d'aiuto: soprattutto nei momenti più tristi mi ha dato la carica.** Il responso degli esami non fu tranquillizzante. Il mio tumore era al terzo stadio, fortunatamente però milza, fegato e midollo osseo erano a posto. A fine mese dovevo iniziare la chemioterapia. Non mi piaceva affatto quella parola, ma non c'erano vie d'uscita: volente o nolente dovevo farla. Dopo il primo ciclo tornai a casa. Faceva un caldo terribile e io mi sentivo stanca e avevo dolori dappertutto. Mi sentivo anche molto depressa e spesso piangevo per niente. Avrei voluto nascondere la mia sofferenza, ma era impossibile. Il giorno del matrimonio di mio fratello, nonostante tutto, volli fare da testimone. Ero talmente debole che pensavo di crollare da un momento all'altro. Il giorno dopo decisi che era meglio entrare all'ospedale dove trovarono che avevo i globuli rossi e bianchi ridotti al minimo. Dopo 7 giorni di flebo cominciai pian piano a riprendere le forze, anche se i capelli se n'erano andati. Dopo 3 mesi feci l'ultima terapia, non mi sembrava vero: ero riuscita a completarla. Poi però ci fu la radioterapia, ogni giorno per un mese. Alla fine ero stremata ma mi sentivo già guarita. Due anni più tardi io e Stefano ci siamo sposati.

La malattia insegna a vivere

Scriveteci le vostre storie, quelle di un vostro parente o amico.

Le più significative verranno pubblicate. **Condividere la vostra esperienza, positiva o negativa che sia, aiuterà tutti a sentirsi meno soli e a combattere la battaglia più dura: quella contro il tumore.**



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. Francesco Cognetti



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

Supplemento a AIOM NOTIZIE ANNO III N.6 Reg. Trib. di Brescia n° 35/2001 del 2/7/2001

info società

Consiglio Direttivo Nazionale AIOM

Presidente
Prof. Francesco Cognetti
Presidente Eletto
Dr. Roberto Labianca
Segretario
Prof. Francesco Di Costanzo
Tesoriere
Dr. Giovanni Bernardo
Consiglieri
Prof. Vincenzo Adamo, Dr. Sandro Barni, Dr. Lucio Crinò, Prof. Sabino De Placido, Dr. Luigi Manzione, Dr. Giovanni Rosti, Dr. Armando Santoro, Dr. Marco Venturini

AIOM info società

Direttore Responsabile
Mauro Boldrini
Coordinamento
Gino Tomasini
Redazione
Carlo Buffoli, Sergio Ceccone, Viviana Colombassi, Sabrina Smerrieri, Maria Vascon
Stampa
Officine Grafiche Staged
S. Zeno Naviglio (Bs)

Intermedia editore

Healthcare Communication Network
via Cefalonia 24 - 25124 Brescia
Tel. 030.226105 - Fax. 030.2420472
imediabs@tin.it
Via C. Morin, 44 - 00195 Roma
Tel. 06.3723187
intermedia@intermedianews.it
www.intermedianews.it
www.medinews.it

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di

