

EDITORIALE

Farmaci "intelligenti" per l'unica guerra giusta

Affamare il tumore, colpire tutte le fonti che lo alimentano. E dove non è possibile raggiungere l'obiettivo di 'ucciderlo', fare in modo di circoscrivere la massa tumorale: portarlo cioè alla cronicizzazione.

Un po' come è successo per il diabete o per l'ipertensione. E come ormai si sta verificando per l'Aids. Contro il 'grande male' si aprono dunque nuovi affascinanti scenari. Dopo le importanti vittorie ottenute nel secolo scorso, che hanno visto la sopravvivenza complessiva attestarsi al 50%, i ricercatori provano "l'affondo" con una nuova strategia: fare terra bruciata tutt'intorno al tumore.

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un'esplosione delle conoscenze nel campo della biologia tumorale.

Per la prima volta i ricercatori hanno avuto a disposizione una serie di tecniche sempre più sofisticate per studiare i geni, i loro prodotti proteici, i vari aspetti del ciclo cellulare. Grazie

all'identificazione di molecole che interagiscono con un difetto specifico, l'approccio alla farmacologia antineoplastica è radicalmente cambiato: non si cerca più di attaccare la malattia nel suo complesso, ma direttamente il guasto molecolare che la origina.

Capostipite di questa nuova famiglia di farmaci è il *Glivec*, che ha di fatto rivoluzionato la terapia della leucemia mieloide cronica e dei tumori dello stroma gastrointestinale.

Buone prospettive arrivano anche da altre molecole indicate per il cancro della mammella e del polmone.

Nel prossimo futuro il trattamento medico delle neoplasie diventerà quindi sempre più specifico e selettivo, guidato dalle caratteristiche biologiche del tumore, con evidenti vantaggi in termini di attività antitumorale e di ridotti effetti collaterali.

Questo non vuol dire comunque che la chemioterapia sia superata o che andrà in pensione. Anzi, secondo gli oncologi i risultati migliori si otterranno proprio con le integrazioni tra i diversi componenti, chimici e biologici.

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

Aiom

info società

Nel n.5 | 2003

- 1 Editoriale
- 2 Ricerca e terapia
- 3 Alimentazione
- 4 Qualità di vita
- 6 Riflettori su:
tumore dello stomaco



LA SIGARETTA INQUINA PIÙ DEL MOTORINO

La sigaretta inquina più del motorino. Lo ha stabilito l'Istituto nazionale dei tumori di Milano, che per togliere ogni dubbio sui rischi del fumo passivo ha condotto un singolare esperimento confrontando la quantità di polveri sottili emesse da chi fuma in un ambiente chiuso con quella liberata nello stesso ambiente da un ciclomotore a quattro tempi con catalizzatore, uno dei più usati tra gli adolescenti. Ebbene, "il numero di particelle ultrafini (le più pericolose perché in grado di arrivare ai polmoni) sprigionate in pochi minuti da 3-4 sigarette supera di quattro volte quello prodotto in altrettanti minuti dal motorino", ha riferito l'esperto di misurazioni ambientali Ario Ruprecht. Ma, ha precisato Ruprecht, "molto dipende dal luogo in cui ci si trova". Perché la stessa prova, riprodotta in un 'bunker' di tre metri cubi, ha dimostrato che una sola sigaretta inquina addirittura 50 volte in più del ciclomotore. Chi respira quotidianamente il 'veleno' degli altri è infatti paragonabile a un fumatore attivo che accende da una a tre 'bionde' al giorno.

ricerca
terapia



SE FUMATE ATTENTI ALLA VITAMINA A

Gli integratori vitaminici associati a fumo e alcol possono causare il cancro. A lanciare l'allarme sull'assunzione indiscriminata di alcuni antiossidanti sono i ricercatori del Dartmouth Medical School. "Supplementi di vitamina A e di beta-carotene - scrive John Baron, in un articolo pubblicato sulla rivista scientifica Journal of the National Cancer Institute - possono aiutare a prevenire alcune forme tumorali, quali quella del colon-retto, ma le stesse sostanze associate al fumo e a più di un bicchiere di alcol al giorno aumentano il rischio di sviluppare la malattia". Se, infatti, nei non bevitori e fumatori la vitamina A riduce del 44% il rischio di sviluppare adenomi (tumori benigni che possono portare allo sviluppo del cancro del colon-retto), tra gli amanti di Bacco e tabacco si registra invece un incremento dei casi. Secondo i ricercatori, nella prescrizione degli integratori vitaminici vanno tenute in considerazione alcune abitudini comportamentali, tra cui la passione per le "bionde" e il consumo, anche moderato, di vino, birra e liquori.

Diventare papà ANCHE DOPO LA CHEMIO

Gli uomini che devono affrontare la chemioterapia non dovranno più fare affidamento solo sullo sperma congelato per diventare padri. Una nuova tecnica, messa a punto in Grecia, ha permesso il prelievo e la conservazione di tessuto testicolare che, reimpiantato alla fine della terapia anticancro è stato capace di produrre di nuovo sperma in quantità sufficiente da permettere tecniche di fecondazione. La sperimentazione, coordinata dal ricercatore Nikalao Sofikitis del Laboratorio di urologia molecolare di Ioannina (Grecia), ha arruolato 22 uomini con tumore al testicolo. Dopo il prelievo tutti

sono stati sottoposti a massicce dosi di antitumorali che hanno distrutto, oltre alle cellule malate, anche quelle specializzate nella produzione di sperma. Alla fine del ciclo di terapia il tessuto testicolare è stato reimpiantato in tre dei pazienti, considerati i candidati ideali per l'esperimento. In tutti l'impianto ha avuto successo e **si è potuta osservare una ripresa della produzione di sperma.**

In due degli uomini la quantità è stata giudicata sufficiente per permettere la fecondazione in vitro. "La nostra tecnica - ha spiegato Sofikitis - può essere utilizzata anche per malati con altri tipi di cancro, che devono affrontare un trattamento che potrebbe mettere a rischio la fertilità".



'ASSOLTE' LE PATATE FRITTE

Buone notizie per i golosi di patatine fritte. La principale fonte dietetica di acrilamide, infatti, non è associata ad un maggior rischio di cancro. Lo dicono i risultati di una serie di studi condotti in Italia e in Svizzera e coordinati da Carlo La Vecchia dell'Istituto Mario Negri e dell'Università degli Studi di Milano e da Fabio Levi dell'Università di Losanna. L'acrilamide è un composto chimico che migliora la solubilità dei liquidi ed è utilizzato nell'industria della carta, delle vernici e nei filtri per l'acqua potabile. Può raggiungere livelli da 1 fino a 4 mg/kg in alcuni campioni di patatine, mentre è 1.000 volte inferiore nell'acqua potabile. È neurotossica ed è classificata come probabilmente cancerogena dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro, rispetto a esposizioni e incidenti sul luogo di lavoro. Lo scorso anno un notevole allarme era stato sollevato dall'osservazione che alcuni alimenti – oltre alle patate fritte anche altri cereali cotti a elevata temperatura (corn flakes, ma anche certi tipi di pane e pasta) – contenessero livelli quantificabili di acrilamide e potessero costituire un rischio di cancro per la popolazione generale. Per verificare questa ipotesi, sono stati analizzati i dati di ampi studi sui tumori del tratto digerente, laringe, ovaio e mammella, condotti in Italia e Svizzera su oltre 20.000 soggetti (7.200 casi e circa 13.300 controlli). "Per nessuno dei tumori presi in esame - afferma il prof. Silvio Garattini, responsabile dell'Istituto Mario Negri di Milano - il rischio risultava aumentato in chi consumava abitualmente patate fritte o patatine arrosto, che costituiscono la principale fonte di acrilamide nella popolazione italiana".

alimentazione



BROCCOLI "SALVA PROSTATA"

Scoperto perché cavoli e broccoli proteggono la prostata dal cancro. La loro azione dipende da una sostanza, l'indolocarbinolo (I3C), di cui sono ricchi tutti i vegetali del genere 'Brassica' la famiglia delle crucifere. Questa sostanza viene trasformata dalla digestione in diindolimetano (DIM). E il DIM, sperimentato su cellule tumorali prostatiche umane cresciute in provetta, ha dimostrato di inibirne la proliferazione. Secondo i ricercatori statunitensi che hanno condotto lo studio, pubblicato sul Journal of Biological Chemistry, l'azione anti-cancro del DIM dipenderebbe dalla sua capacità di contrastare gli ormoni sessuali maschili.

Leonard Bjeldanes e Gary Firestone, del College of Natural Resources presso l'Università della California di Berkeley, hanno sperimentato il DIM su cellule di tumore alla prostata umana. I risultati hanno mostrato che inibiva del 70% la replicazione delle cellule prelevate da tumori sensibili agli androgeni. "Mentre, non aveva alcun effetto se le cellule provenivano da tumori prostatici insensibili agli ormoni maschili". La capacità 'anti-androgeni' del DIM è stata

confermata da una seconda parte dello studio, che ha scoperto come il DIM riesca a ridurre la produzione dell'antigene specifico della prostata (PSA), una proteina

prodotta in risposta al diidrotestosterone (DHT) che stimola la crescita del cancro prostatico. Secondo i ricercatori, il DIM agirebbe direttamente sul DNA, inibendo il gene per il PSA. I ricercatori sottolineano che il DIM è il primo composto, di origine vegetale, che si sia dimostrato in grado di contrastare gli androgeni. E fanno notare che agisce in maniera simile al Casodex (bicalutamide), un farmaco di sintesi utilizzato per la cura dei tumori alla prostata.

... E LO ZINCO È IL SUO NEMICO

Uomini, attenzione allo zinco nella dieta o nelle pillole di complessi vitaminici. Secondo i risultati di una ricerca condotta al 'National Cancer Institute', l'abitudine ad assumere pillole contenenti 100 mg o più del minerale raddoppierebbe i rischi di andare incontro ad un tumore della prostata in stadio avanzato. Lo zinco - spiega il rapporto - si accumula nella prostata favorendo la formazione del cancro.

OVAIE, MANGIARE VERDURA AUMENTA LA SOPRAVVIVENZA

Le donne che mangiano cinque o sei porzioni di verdure ogni giorno hanno maggiori probabilità di vivere più a lungo dopo una diagnosi di cancro alle ovaie. Lo rivela un nuovo studio australiano, il primo al mondo a ricercare i legami tra dieta e cancro alle ovaie, che per 10 anni ha studiato oltre 600 pazienti, la metà delle quali morte entro cinque anni dalla diagnosi. Lo studio, condotto dall'epidemiologo David Purdie, dell'Istituto di ricerca medica del Queensland, ha trovato che le pazienti con un alto consumo di verdure, particolarmente quelle a foglie verdi come broccoli, cavolfiori e cavoli, sono sopravvissute circa dieci mesi di più. Le donne con un vantaggio di sopravvivenza erano quelle che mangiavano più di cinque porzioni e mezza di verdure ogni giorno. "Una porzione - ha precisato Purdie - può essere un grosso cucchiaino di piselli, o un pezzo di broccoli o cavolfiori". L'epidemiologo ha spiegato che le verdure come i broccoli hanno un alto tasso di sostanze che aumentano l'attività degli enzimi che disintossicano l'organismo. Lo studio ha scoperto anche che le pazienti che consumano più di tre porzioni di prodotti caseari al giorno hanno una maggiore probabilità di morire prima, rispetto alle altre. Le donne più snelle inoltre hanno registrato un tasso di sopravvivenza più alto di quelle obese, il che si può spiegare con la migliore dieta e il maggiore esercizio.



DONNE OPERATE AL SENO E MENOPAUSA

È partito il primo studio internazionale per trovare una terapia che aiuti le donne guarite dal tumore al seno a superare i disturbi della menopausa.

La sperimentazione, che arruola 2.600 donne in 180 centri (10 di questi italiani) di 26 paesi, testerà la possibilità di utilizzare il tibolone, uno steroide di sintesi già noto in ginecologia. Il tibolone è attualmente usato in Europa per il trattamento dei sintomi della menopausa, non stimola la proliferazione delle cellule dell'endometrio e previene la riduzione della densità ossea (riducendo così il rischio di osteoporosi). I dati clinici finora disponibili confermano che non vi è un aumento della densità della ghiandola mammaria nelle pazienti sottoposte a terapia con tibolone e con placebo, rispetto a quelle che assumevano la terapia ormonale sostitutiva. Le donne che parteciperanno alla sperimentazione, battezzata Liberate, verranno trattate per 5 anni.

IRIS, UN AIUTO PER LE MADRI MALATE

Un progetto per aiutare e sostenere le donne malate di cancro nei loro rapporti con i figli e le famiglie. Un problema serio, sia pratico che psicologico, per migliaia di donne. L'iniziativa inaugura l'attività dell'associazione 'Iris Pcr-og' (insieme per realizzare iniziative di solidarietà nel campo della prevenzione, cura e ricerca in oncologia ginecologica).

“Per moltissime donne colpite da un tumore – spiega Giovanni Scambia, direttore dell'Unità operativa complessa di ginecologia oncologica del Policlinico Agostino Gemelli e vicepresidente dell'associazione Iris – il rapporto con la famiglia, e in particolare con i figli, diventa molto complicato. I bimbi, infatti, hanno un impatto molto negativo rispetto alla malattia materna e, se non seguiti, possono avere gravi conseguenze”.

L'associazione Iris – precisa Scambia “ha creato **una rete di supporto che coinvolge medici, psicologi e volontari**. Tutti aiuteranno la paziente a gestire problemi pratici e psicologici: dall'accompagnare i bambini a scuola, ad accudirli durante le terapie della madre, o spiegare in modo semplice e non traumatico la malattia materna”.

Il progetto parte dal Policlinico 'Agostino Gemelli' di Roma, in collaborazione con la Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, e verrà successivamente esteso su tutto il territorio nazionale, grazie alla creazione di una serie di sezioni territoriali raccordate con la sede centrale romana.



UN PROGETTO PER VINCERE LO STRESS E LE DISFUNZIONI SESSUALI

Ha preso avvio in Italia il primo progetto europeo per la qualità di vita dei pazienti giovani, coordinato dall'Istituto oncologico Regina Elena di Roma, promosso dal ministero della Salute con il coinvolgimento dei centri che partecipano alla rete 'Alleanza contro il cancro'. Il progetto durerà 5 anni e sarà finanziato con un contributo pubblico di 644.000 euro. Nei primi due anni, ai 400 pazienti arruolati saranno monitorizzati tre 'effetti collaterali' del tumore che incidono sulla qualità di vita dei pazienti: fatigue (presente nell'80% dei casi), disfunzioni sessuali e stress psicologico. Obiettivo, verificarne la diffusione e l'impatto, mettere a punto linee guida per interventi rispettosi della qualità di vita, creare una banca dati, unica al mondo, di campioni biologici. L'identificazione dei pazienti a rischio avverrà sulla base dei test ormonali eseguiti in un labo-

torio creato 'ad hoc': saranno misurati lo stress, la fatigue e la funzione sessuale a persone con tumori del colon-retto, prostata, vescica, testicolo, mammella e linfomi.

Dopo aver raccolto ed elaborato i dati, la task force di oncologi, psicologi, psichiatri, sessuologi e altri specialisti metterà a punto gli interventi per restituire una vita normale a chi è stato colpito dal cancro. "I giovani che hanno vinto la loro battaglia contro il tumore - afferma Roberto Ratti, presidente dell'Associazione per la lotta ai tumori in età giovanile (Alteg) - rimangono 'precari' della società, che li discrimina: non gli viene concessa l'adozione di un bimbo, nessuna compagnia di assicurazione gli stipula una polizza. Contro queste discriminazioni bisogna battersi, perché chi ha sconfitto il cancro non può essere considerato merce avariata".

LA BUONA NOTIZIA: CARTELLE CLINICHE SU CD-ROM

La cartella clinica dei malati oncologici girerà su un cd-rom. È la novità tecnologica applicata in campo terapeutico annunciata all'ospedale San Pietro Fatebenefratelli di Roma, dalla dott. Ida Pavese, responsabile del day hospital oncologico. La cartella clinica su cd-rom è economica, costa poco più di 2 euro, è leggibile da qualsiasi pc che abbia un lettore cd-rom e contiene tutte le informazioni sul paziente, che così non è obbligato a riferire in prima persona il suo stato di malattia. Inoltre, come spiegato, un cd può essere letto anche dai medici di famiglia che seguono costantemente il malato. "Molti pazienti - spiega Pavese - non vogliono essere messi al corrente in prima persona del loro male", il cd parlerà direttamente al medico e lo farà in modo preciso senza approssimazione. Oltre alla storia clinica, il cd conterrà informazioni utili anche per il paziente: la terapia da seguire, indirizzi e informazioni sul servizio offerto in ospedale, nonché indicazioni di supporto psicologico ed alimentare. "Il paziente viene istruito da noi su ciò che deve fare - spiega Pavese - poi trova sulla card le stesse informazioni ogni volta che ha dubbi in merito". Si va dalla dieta, alle indicazioni sul comportamento da seguire durante la terapia, da informazioni sugli effetti collaterali di quest'ultima al supporto psicologico sia del malato che della famiglia. "Entro i prossimi sei mesi - conclude Pavese - consegneremo la card a 100 pazienti in grado di fruirne da subito e poi speriamo di estendere il servizio realizzando un forum di discussione medico-paziente su Internet".

EVITARE IL DOLORE SI PUÒ

Prima di affrontare qualsiasi discorso terapeutico è essenziale sapere che:

- il dolore da cancro si può combattere efficacemente nella quasi totalità dei casi
- la terapia del dolore da cancro, specie iniziale, è facile da gestire
- la terapia per il dolore da cancro non sempre va prescritta o eseguita da super-specialisti in terapia antalgica
- si può annullare agevolmente il dolore da cancro imparando ad usare appena 4 o 5 analgesici.

Appena ci si trova di fronte al paziente che soffre di dolore, gli obiettivi graduali da raggiungere sono:

- aumentare le ore di sonno senza dolore
- alleviare il dolore a riposo
- alleviare il dolore in posizione eretta e durante le attività.

Come iniziare: le indicazioni dell'OMS

Secondo le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il dolore oncologico deve essere affrontato mediante l'impiego sequenziale di tre categorie di farmaci subentranti l'una all'altra, secondo una progressione a gradini:

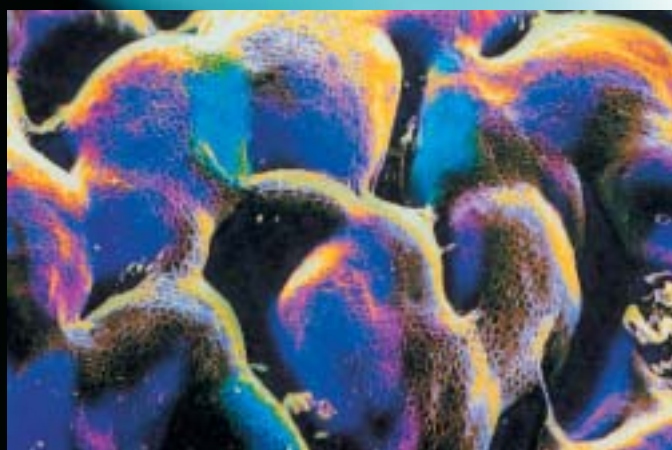
- FANS (antinfiammatori non steroidei)
- Oppioidi minori
- Oppioidi maggiori

Questo approccio sequenziale si attua nelle seguenti tre fasi:

- Alla comparsa del dolore vanno somministrati i FANS che possono essere associati eventualmente e secondo i casi ai cosiddetti "farmaci adiuvanti"
- Quando i FANS non sono più sufficienti a controllare il dolore si introducono gli oppioidi minori, che possono essere associati agli stessi FANS e/o agli adiuvanti
- Quando anche gli oppioidi minori non sono più sufficienti si utilizzano gli oppioidi maggiori associati o no ai FANS e/o agli adiuvanti.

Quando un farmaco della classe iniziale o intermedia, se impiegato correttamente, perde la sua efficacia, è obbligatorio ricorrere ad un farmaco appartenente alla classe superiore nella scala antalgica a tre gradini dell'OMS. In ogni caso bisogna evitare di saltare un gradino.

Il carcinoma dello stomaco è la quinta causa di morte per cancro nei Paesi Occidentali. In Europa, in particolare, rappresenta l'8-9% di tutti i nuovi casi di tumore. Sia l'incidenza che la mortalità sono due volte maggiori negli uomini rispetto alle donne. In Italia i tassi di mortalità per questa neoplasia sono più bassi al Sud e più elevati al Centro-Nord, soprattutto in Toscana, Emilia-Romagna e Lombardia. Il tumore gastrico è tipico dell'età medio-avanzata, con tendenza all'aumento negli anziani.



1

I fattori di rischio

Allo stato attuale delle conoscenze non è possibile formulare ipotesi chiare e definitive. Di sicuro hanno un loro importanza:

fattori ambientali: è segnalata una relazione fra l'incidenza di questo tumore ed un particolare tipo di attività lavorativa (minatori addetti all'estrazione del carbone, operai addetti alle raffinerie del nichel, lavoratori nell'industria del legno e dell'amianto).

la dieta: mangiare cibi ad alto contenuto di nitrati e nitriti (ad esempio: cibi conservati, affumicati o salati). Una dieta ricca di sali può portare ad una irritazione della mucosa gastrica e indurre una gastrite cronica atrofica. Questa situazione è stata più volte associata ad un maggior rischio di tumore gastrico.

fattori ereditari: in alcune famiglie sembra esistere un' aumentata incidenza di carcinoma gastrico, ma è difficile trovare un' associazione con una particolare anomalia genetica.

gastrite cronica atrofica: ne è spesso responsabile un microrganismo, l'*Helicobacter Pylori*, che per anni può colonizzare la superficie gastrica; la possibilità di una sua identificazione ed eradicazione può rappresentare una misura di prevenzione del rischio dello sviluppo di un carcinoma gastrico.

abitudini di vita: i fumatori hanno un rischio di circa una volta e mezzo i non fumatori. L'uso di alcool è stato messo in relazione con i tumori dello stomaco, così come l'obesità.

I sintomi

I sintomi precoci sono vaghi e non specifici, spesso sottovalutati anche dal medico: **vaghi disturbi epigastrici (cioè localizzati nel quadrante addominale che si trova subito al di sotto dello sterno), lieve senso di oppressione dopo i pasti, precoce senso di pienezza anche dopo aver consumato una scarsa quantità di cibo, senso di nausea con rifiuto di alcuni particolari cibi (soprattutto carne), raramente dolore.**

Altri sintomi più conclamati possono essere: **manca di appetito, perdita di peso, dolori epigastrici, vomito, difficoltà alla deglutizione ed anemia.**

La diagnosi

2

Esame clinico: è praticamente impossibile giungere alla diagnosi di un tumore allo stomaco attraverso il solo esame obiettivo. In genere la diagnosi è strumentale; indicativi sono i sintomi che abbiamo descritto.

Esami radiologici: attraverso la tecnica del doppio contrasto, l'accuratezza diagnostica si aggira attorno all'80-90%.

Gastroscopia: è l'esame diagnostico più importante. Esistono tuttavia zone dello stomaco di difficile esplorazione (fondo e cardias, che rappresentano le zone più "in alto" dello stomaco). Questo esame è molto utile per fare una diagnosi differenziale fra lesione neoplastica e non (ulcera, poliposi, gastrite) e consente inoltre l'esecuzione di un prelievo diretto dalla lesione (biopsia).

Biopsia: è l'esame che consente la diagnosi definitiva di una lesione tumorale. Quando le caratteristiche endoscopiche depongono fortemente a favore di una lesione tumorale, è spesso sufficiente un unico prelievo biotico; se la lesione sospetta è piccola e dubbia, spesso sono necessari anche più di 5 prelievi per diminuire la possibilità di falsi negativi.

Esami di laboratorio:

alcuni marcatori specifici – il CEA e il CA 19.9 – possono portare un contributo alla diagnosi.

L'importanza degli screening

L'identificazione di una lesione tumorale localizzata alla sola parte superficiale della parete gastrica consente un'elevata percentuale di guarigione con la sola chirurgia. Un programma di screening, con frequenti esami endoscopici e radiologici, esiste solo in Giappone ed ha portato ad una significativa riduzione della mortalità per questo tumore.

La prevenzione

Frutta, verdura e tè verde

Un altro possibile fattore di protezione dal rischio di carcinoma gastrico, oltre alla eradicazione dell'*Helicobacter Pylori*, è rappresentato da un'alimentazione a base di verdure e frutta fresca.

Alcuni studi hanno evidenziato come anche il tè verde possa avere una funzione protettiva.

La terapia

3

Stadiazione. Una volta diagnosticata la presenza di un tumore gastrico, è necessario definire con precisione l'estensione della malattia, cioè procedere ad una stadiazione. È necessario in ogni paziente escludere la presenza di malattia, in particolare a livello polmonare, epatico, peritoneale ed osseo. Una radiografia del torace, eventualmente integrata da una TC in caso di elementi dubbi, può valutare la presenza di metastasi polmonari. La TC dell'addome e della pelvi è preferibile ad una sola ecografia, anche se è in grado di diagnosticare correttamente solo l'83% dei casi di metastasi epatiche, il 59% degli interessamenti linfonodali ed il 20% delle localizzazioni peritoneali. La scintigrafia ossea dovrebbe essere praticata di routine al momento della stadiazione.

Chirurgia. Rappresenta l'approccio terapeutico a maggior esito curativo. Quando si parla di radicalità chirurgica ci si riferisce all'asportazione del visceri contenente il tumore circondato da tessuto sano, insieme ai linfonodi metastatici. Per i tumori localizzati al terzo superiore e medio dello stomaco, l'intervento d'elezione è la gastrectomia totale (asportazione di tutto lo stomaco), mentre per quelli situati a livello dell'antro (la parte "più bassa" dello stomaco) la maggior parte dei chirurghi oncologi preferisce la gastrectomia subtotala (asportazione di una parte dello stomaco). In associazione deve sempre essere praticata anche una linfadenectomia, cioè l'asportazione dei linfonodi regionali.

Anche in pazienti ritenuti inoperabili si impone spesso un intervento cosiddetto di "derivazione"; questo nei casi in cui ci sia una parziale o totale occlusione delle vie digestive, tali da compromettere la capacità di alimentarsi per via naturale. La derivazione può consistere nel collegare lo stomaco ad una parte dell'intestino (digiuno) oppure nell'applicazione di una stomia esterna (gastrostomia o digiunostomia).

Radioterapia. Questa modalità terapeutica è poco impiegata nei tumori dello stomaco. Si sta studiando la possibilità di una radioterapia intraoperatoria, tale da poter ridurre il numero di riprese locali, con tollerabili effetti collaterali. Alcuni gruppi di oncologi usano la radioterapia in combinazione con la chemioterapia nei tumori dello stomaco localmente avanzati inoperabili, ma

le opinioni diffuse sul reale beneficio, in termini di sopravvivenza e qualità della vita, di questo tipo di associazione sono ancora controverse.

Chemioterapia. L'approccio polichemioterapico (utilizzo di più chemioterapici insieme) è quello più diffuso.

La chemioterapia viene utilizzata soprattutto nelle fasi avanzate della malattia, ma è allo studio un suo utilizzo come terapia post-operatoria e anche pre-operatoria. Il farmaco più utilizzato è il 5-fluorouracile, in genere modulato dall'acido folinico ed in associazione spesso con l'epirubicina o adriamicina ed il cisplatino. Gli effetti collaterali da chemioterapia, con i farmaci maggiormente utilizzati nel tumore dello stomaco, sono prevalentemente a carico dell'apparato gastroenterico: nausea, vomito, diarrea, stomatite (infiammazione e bruciore del cavo orale); tutti questi disturbi sono controllabili con adeguata terapia medica. Altri effetti collaterali sono a carico del sistema ematologico: diminuzione dei globuli bianchi, in particolare dei neutrofili, dei globuli rossi e delle piastrine. Possono verificarsi altre tossicità meno frequenti, a seconda dei farmaci che vengono impiegati.

LA DOMANDA Quale medico deve consultare chi ha una diagnosi di cancro?

In presenza di diagnosi di cancro, il medico di famiglia indicherà al paziente un oncologo, vale a dire un medico specializzato nella cura dei tumori. A seconda del tipo di cancro e della terapia necessaria, si può essere curati da un oncologo medico (un medico specializzato nella cura del cancro con farmaci chemioterapici), da un chirurgo oncologo (un medico specializzato negli aspetti chirurgici della cura del cancro, inclusi biopsia e asportazione chirurgica del tumore) e/o un radioterapista (uno specialista della cura oncologica con radiazioni terapeutiche). Oltre ai medici, il team per la cura del cancro include infermieri e operatori specializzati in oncologia.

La maestra col microfono

Ero diventata famosa come "la maestra con il microfono". I genitori dei bambini me ne avevano regalato uno. Avevo avuto una recidiva alla laringe e la mia voce si era abbassata tantissimo. Non riuscivo più a farmi sentire dai bambini che nel pieno del loro sviluppo e sprizzanti di energia e voglia di vivere gridavano come matti.

Tra i bambini c'era chi aveva il compito di andare a prendere il microfono, chi di collegarlo alla corrente, chi di montarlo sulla scrivania. In questo modo diventava tutto un gioco. I bambini volevano sempre essere interrogati, perché li facevo parlare al microfono. Loro diventavano seri, seri e si sforzavano di rispondere in maniera corretta. Erano divertenti e meravigliosi, il tutto assumeva un'aura di solennità. A volte il tutto assomigliava più a una trasmissione televisiva che ad un'aula scolastica (...). La primavera del 1992 coincise con una mia profonda crisi esistenziale. Lo stato di malessere durò per 8 mesi e quindi venni ricoverata (...). La ragione del ricovero era un rigonfiamento ai linfonodi che si era aggiunto a questa sensazione di malessere che avvertivo da tempo (...). Il medico chiamò sia me che mio marito. Iniziò a parlare e ogni parola era come un macigno che si rotolava nella mia mente. Biopsia, proliferazione, tumore, linfoma non Hodgkin, chemioterapia (...). Il medico continuava a parlare e io ero entrata in un vortice. Lo scenario che mi si prefigurava era difficile, terrificante. Ricordo le parole e le emozioni legate a quelle parole. Però ciò che ha lasciato l'impronta più grossa è stato l'atteggiamento di quel dottore. Era disponibile a darmi informazioni, non aveva fretta, mi dedicava del tempo, diceva delle parole e mi guardava, c'era qualcosa in lui che mi richiamava il sentimento della speranza e della fiducia. Continuava a dire: "Sì, non nego che la diagnosi è complessa, dovremo fare un percorso di terapia lungo ma non impossibile. Abbiamo gli strumenti per affrontare tutto ciò, possiamo farcela". Ricordo queste due parole: "Possiamo farcela".

Sono state una pietra fondamentale in tutto il percorso terapeutico. L'uso del plurale. Tu sei stata colpita da qualche cosa, devi iniziare un percorso, non sei sola. Ero alleata con lui nel combattere qualche cosa di difficile. L'ho sentito coinvolto: c'era qualcuno che si faceva carico di me, io potevo occuparmi anche della parte emozionale (...).

Il mio linfoma era al quarto stadio, con interessamento midollare. E la terapia è stata devastante. La chemioterapia aveva ridotto il numero dei miei globuli bianchi a 800 e questo significava stare in isolamento perché qualunque cosa poteva far precipitare la mia situazione clinica. È stato il periodo più difficile e il medico non nascondeva il fatto che stavo rischiando moltissimo (...).

Oggi faccio parte del gruppo di pazienti che sono in controllo, sono guarita e sono convinta che l'alleanza con il mio medico abbia avuto un ruolo fondamentale in questa guarigione.

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 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@iscalinet.it www.aiom.it; www.oncologiaonline.org.

Il presidente nazionale è il prof. Francesco Cognetti

800.237303

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



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

AIOM info**società**

Direttore Responsabile
Mauro Boldrini
Coordinamento
Gino Tomasini
Sabrina Smerrerri
Redazione
Carlo Buffoli, Sergio Ceccone,
Viviana Colombassi, 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
mediabs@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



In Oncologia