

EDITORIALE

Medici e oncologi, "santa alleanza" contro il cancro

Per la prima volta in Italia, e caso unico in Europa, specialisti e medici del territorio danno vita ad un grande progetto di collaborazione, che ha come obiettivo il miglioramento della qualità di vita dei pazienti con cancro. L'iniziativa - organizzata da AIOM e SIMG, le due principali società scientifiche italiane dell'oncologia e della medicina generale - è partita il 10 settembre da Torino e si protrarrà fino a buona parte del 2004, toccando 45 città, da Cuneo a Palermo, coinvolgendo complessivamente 2000 medici di famiglia. Filo conduttore di questa prima esperienza - che vedrà in cattedra una cinquantina di oncologi, supportati da altrettanti medici di base, precedentemente formati in un corso master - sarà la fatigue, la principale patologia correlata al cancro che affligge sino al 96% dei malati con tumori avanzati sottoposti a chemio e radioterapia.

"La grande novità di questi corsi - spiega il dott. Claudio Cricelli, presidente SIMG - è il rapporto che andremo a strutturare in ogni città tra la medicina del territorio e lo specialista. Il cancro non è quasi mai una malattia acuta ed è proprio la sua 'cronicità' che impone agli attori chiamati a curarlo di condividere il percorso stabilito, in una sorta di grande alleanza, non solo terapeutica, che veda sempre al centro il paziente".

Un nuovo approccio alla malattia ed al malato che trova pienamente d'accordo il prof. Francesco Cognetti, presidente AIOM. "Per scoprire i tumori in fase precoce e per una più attenta gestione della qualità della vita dei malati abbiamo bisogno della collaborazione dei medici di medicina generale. Sono loro infatti a sollecitare l'assistito a fare un controllo, magari di screening, oppure ad individuare un sintomo anomalo, o a segnalare allo specialista i problemi che assillano il paziente nel corso della terapia. Per rendere fattiva la collaborazione è però indispensabile che il medico di famiglia si rapporti all'oncologo di riferimento e che le due figure abbiano continue occasioni d'incontro".

Un plauso al progetto è arrivato anche dal Ministero della Salute. "L'iniziativa AIOM-SIMG - sostiene il sottosegretario Cesare Cursi - ha un duplice valore: da un lato serve a migliorare sempre più la conoscenza della patologia, dall'altro costituisce un esempio da imitare e da estendere ad altre malattie croniche diffuse come quelle cardiovascolari, respiratorie e il diabete".

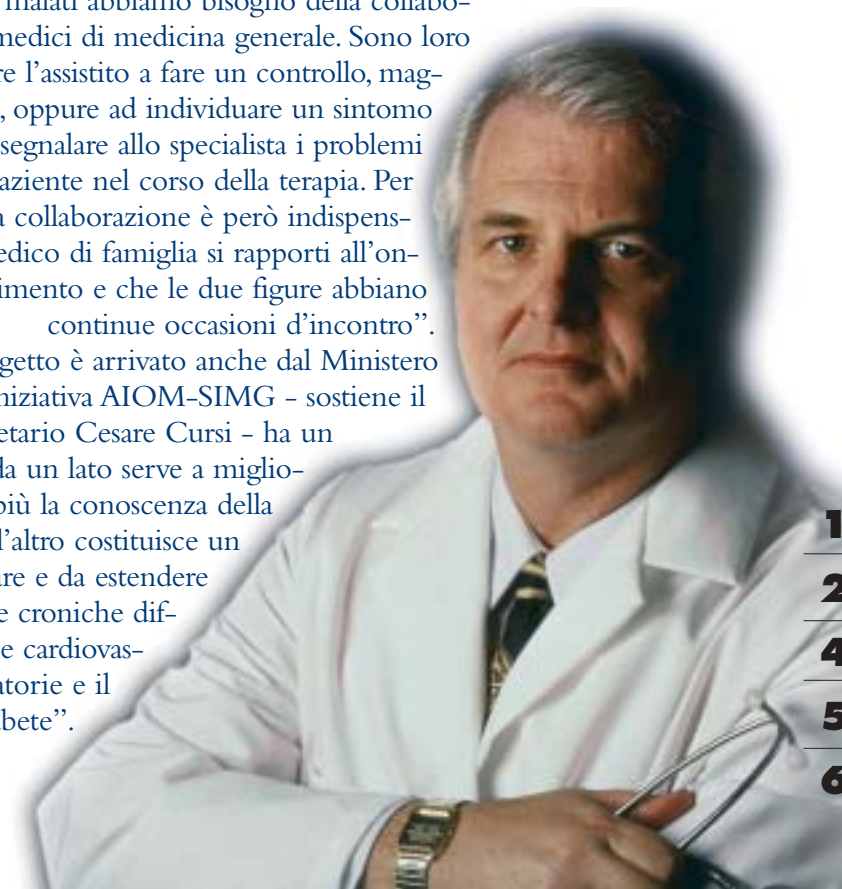
Newsletter di informazione per cittadini e pazienti dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica**

AIOM

info società

Nel n.7 | 2003

- 1 Editoriale
- 2 Qualità di vita
- 4 Prevenzione
- 5 Ricerca e terapia
- 6 Riflettori su:
tumori cerebrali



LAVORARE DURANTE E DOPO LA MALATTIA

Il progresso della medicina ci consente oggi di essere ottimisti per la prognosi della maggior parte dei casi di tumore. A livello nazionale e internazionale si avverte dunque la necessità di assicurare al malato oncologico un'adeguata qualità della vita. Il decorso della malattia e i trattamenti terapeutici comportano in molti casi la necessità di prolungate assenze dal lavoro dell'adulto malato e dai corsi d'istruzione per il paziente pediatrico o giovane. In tutti questi casi, può accadere ed accade che l'ex malato o il malato cronico stabilizzato, tornato poi in condizione di reinserirsi nel proprio contesto sociale produttivo o di studio, si trovi invece escluso: il giovane a causa dell'interruzione della frequenza; l'adulto per aver esaurito i giorni consentiti di assenza dal lavoro per malattia, con conseguente

perdita del posto di lavoro. Oppure, spesso per ignoranza da parte dei superiori gerarchici o dei compagni di lavoro, accade che si subiscano gravi forme di umiliazione o emarginazione. L'esclusione del malato dalla vita sociale e lavorativa provoca una profonda sofferenza, un dolore morale al quale non è possibile rimediare con farmaci o terapie. Un dolore morale che interferisce pesantemente sulle funzioni fisiche e psichiche dell'individuo e che può peggiorare l'aspettativa e la qualità di vita.

Cosa bisogna fare

Il malato (o un suo familiare) deve richiedere la visita medico-legale presso l'ufficio invalidi della ASL, presentando una breve relazione del medico di famiglia e dello specialista o del centro ospedaliero che ha in cura il malato. La pratica viene istruita in un tempo di diverse settimane, a volte anche di diversi mesi, a secondo della ASL, ma l'assegno spetta dal mese successivo alla presentazione della domanda. Pertanto le mensilità che vengono corrisposte in ritardo saranno rivalutate al momento del pagamento e pagate in un'unica soluzione, mentre gli assegni successivi vengono liquidati mensilmente.

LE TABELLE

Le tabelle ministeriali di valutazione (DM Sanità 5/2/92) prevedono tre percentuali di invalidità per patologia oncologica:

- 11% in caso di prognosi favorevole e modesta compromissione funzionale (con questa percentuale non si è ammessi ad alcun beneficio);
- 70% in caso di prognosi favorevole ma grave compromissione funzionale;
- 100% (e quindi esclusione dal collocamento) in caso di prognosi infausta o probabilmente sfavorevole nonostante asportazione chirurgica.

Durante la chemioterapia, spesso viene riconosciuto il 100% di invalidità che dà diritto all'assegno di inabilità, pari a 218,65 euro mensili, se il reddito personale annuo non supera i 12.796,09 euro. Con il 67% di invalidità, invece, i cittadini con reddito personale annuo inferiore a 3.755,83 euro hanno diritto all'assegno di invalidità pari a 218,65 euro.

L'accertamento dell'invalidità civile, per il malato che non ha ancora un lavoro, è utile ai fini di una futura assunzione poiché la legge n. 68 del 1999 sul collocamento dei disabili obbliga le imprese all'inserimento di una certa percentuale di lavoratori cui sia accertata un'invalidità superiore al 46% e che siano iscritti nelle liste del collocamento obbligatorio. Il riconoscimento di un'invalidità superiore al 67%, invece, comporta il diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili per i vincitori di concorsi presso Enti pubblici.

LA LEGGE DICE CHE...

Le norme esistenti a tutela dei diritti dei malati sono sparse in diversi testi non coordinati tra loro, il che ne rende ancora più difficile la conoscenza perfino agli operatori professionali oltre che ai diretti interessati i quali in molti casi ne ignorano l'esistenza a causa di una grave carenza di informazione. Risulta evidente che la non conoscenza dei propri diritti ne impedisce la fruizione. Lo Stato Italiano assiste i malati oncologici che si trovino in determinate condizioni economiche e di gravità della malattia riconoscendo l'invalidità civile e la condizione di handicap.

I diritti dei lavoratori

Riguardo al diritto al sostegno sociale ed alla tutela sul lavoro, le leggi n. 104 del 1992 e n.53 del 2000 ed i D.Lgs. n.509 del 1988 e n.151 del 2001, riconoscono la possibilità al malato, riconosciuto invalido o con un "handicap in situazione di gravità", di assentarsi dal lavoro per curarsi e consentono ai suoi familiari di assisterlo usufruendo di permessi dal lavoro.

Pertanto nella medesima domanda che si presenta alla ASL per l'accertamento dell'invalidità, è consigliabile richiedere l'accertamento anche ai sensi della legge 104/92 (handicap grave). **In tal modo il malato lavoratore ha diritto a 3 giorni al mese o a 2 ore al giorno di permesso retribuito ed un suo familiare (anche non convivente) può assisterlo usufruendo di tre giorni al mese di permesso retribuito dal lavoro e avvantaggiarsi nella scelta della sede di lavoro.** I permessi sono fruibili a semplice richiesta senza necessità di ulteriore documentazione.

Inoltre, agli invalidi con percentuale di invalidità superiore al 50%, spettano 30 giorni all'anno di congedo (anche frazionabile) per cure mediche (art.26 legge 118 del 1971 e art.10 legge 509 del 1988). Detti permessi si sommano ai giorni di malattia previsti dal CCNL applicato al lavoratore malato.

Fino a 5 anni di contributi gratis

La Legge 23 dicembre 2000, n. 388, all'articolo 80 comma 3, prevede l'opportunità per i lavoratori invalidi per qualsiasi causa (ai quali sia stata riconosciuta un'invalidità superiore al 74% o assimilabile), di richiedere per ogni anno di lavoro effettivamente svolto, il beneficio di due mesi di contribuzione figurativa. Il beneficio è riconosciuto fino al limite massimo di 5 anni di contribuzione figurativa utile ai soli fini del diritto alla pensione e dell'anzianità contributiva. L'entrata in vigore di questa agevolazione è stata fissata al 1 gennaio 2002. L'INPDAP, l'Istituto che assicura buona parte dei dipendenti pubblici, con la circolare informativa numero 75 del 27 dicembre 2001, conferma che vengono concessi due mesi di contributi figurativi per ogni anno effettivamente lavorato, fino ad un massimo di 5 anni di contributi figurativi. Se un dipendente ha lavorato per 30 anni, si vedrà riconoscere 60 mesi (5 anni) di contributi figurativi. L'aspetto positivo, e inatteso, è che l'INPDAP ammette che questi contributi figurativi incidono anche sull'ammontare della pensione e non solo per il raggiungimento del diritto alla quiescenza.

Chi ha diritto all'assegno di accompagnamento

Per alcuni malati, in condizioni gravemente invalidanti, è possibile ottenere (sempre seguendo la procedura della richiesta di visita medico legale alla ASL di appartenenza) l'assegno di accompagnamento. I requisiti richiesti dalla legge per l'attribuzione dell'assegno di accompagnamento sono:
l'impossibilità di camminare
l'impossibilità a svolgere gli atti della vita quotidiana.

Le altre esenzioni

Un'agevolazione molto utile che può ottenere il malato in terapia è il contrassegno per circolare con un'autovettura nelle aree normalmente non transitabili e per utilizzare i parcheggi riservati ai disabili o, in mancanza, non pagare nelle aree di sosta a pagamento che ormai esistono in molte città.
I malati di cancro hanno diritto all'esenzione dal pagamento per i farmaci e per tutte le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie cui sono affetti e dalle loro complicità, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. Per ottenere che queste prestazioni sanitarie siano a carico del SSN il malato deve farne richiesta presso la ASL di appartenenza allegando la documentazione medica, specialistica ed ospedaliera, comprovante la malattia. La ASL conseguentemente, rilascerà un tesserino personale con l'indicazione del cod. 048 relativo alle esenzioni per patologia neoplastica. L'esenzione ovviamente è valida per i farmaci e per le prestazioni sanitarie effettuate presso strutture pubbliche e convenzionate.

SERVE UNA LEGGE SPECIFICA PER I MALATI DI CANCRO

Tutta la complessa disciplina esaminata riguarda l'invalidità in generale e non essendo stata concepita per il malato di cancro risulta insufficiente e inadeguata rispetto all'andamento altalenante della patologia oncologica, perché in molti pazienti in trattamento medico o radioterapico si alternano fasi di disagio anche grave a periodi in cui la persona è, apparentemente, in perfetta salute. Sarebbe quindi auspicabile una legge specifica che definisca e incorpori i diritti dei malati e che riguardi tutti gli aspetti di tali diritti e non tratti altre questioni, sull'esempio della disciplina normativa per le persone affette da tubercolosi (legge 14 dicembre 1970 n.1088) pensata esclusivamente per loro. Attualmente alcune disposizioni poste specificatamente a tutela dei malati neoplastici sono contenute in alcuni CCNL nel settore del pubblico impiego. In quei casi il contratto prevede che, a fronte di patologie gravi che richiedano terapie salvavita come la chemioterapia, i giorni di ricovero ospedaliero o in day hospital e i giorni di assenza dovuti alle cure vengano esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia e vengano retribuiti interamente. Detta previsione, che produce indirettamente l'effetto di prolungare il periodo di 'bonus' evitando in taluni casi il licenziamento per eccessiva morbilità, al contempo garantisce al lavoratore il sostegno economico che, altrimenti, dopo un certo periodo di tempo di assenza per malattia, verrebbe corrisposto in misura ridotta. Nel comparto del lavoro privato non esiste purtroppo una tutela analoga.

Fonte: dott.ssa Elisabetta Iannelli, Scuola di Umanizzazione della Medicina di Torino

Le virtù anticancro DEI PRODOTTI TIPICI

Prodotti tipici italiani per prevenire i tumori del cavo orale, malattie che ogni anno colpiscono 6 mila italiani. L'alimentazione sana, ricca di antiossidanti, è infatti uno degli strumenti più utili per ridurre l'incidenza del cancro e prodotti italiani come olio extravergine d'oliva, frutta e verdura certificata ne garantiscono il giusto apporto. Ne sono convinti gli esperti del Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica dell'Università La Sapienza di Roma, dell'ospedale odontoiatrico Eastman e del ministero delle Politiche agricole che hanno messo a punto la campagna "Guardati in bocca", per la prevenzione primaria e secondaria dei tumori. L'iniziativa - già partita in via sperimentale a Roma prima dell'estate - ha l'obiettivo di educare i cittadini a osservarsi la bocca e individuare, in tempi utili, eventuali lesioni precancerose. Ma anche di fornire indicazioni sugli stili di vita più utili a tenere lontano il cancro del cavo orale. Coinvolti nella campagna medici di famiglia, dentisti delle Asl, farmacisti e infermieri del Servizio sanitario. Un totem nelle farmacie offrirà indicazioni chiare di prevenzione, materiale informativo sarà distribuito nelle strutture e presso gli ambulatori medici. "L'autoesame che le donne hanno imparato a fare per la prevenzione di cancro al seno - spiegano gli esperti - è stato fondamentale per ridurre l'incidenza di questo tumore. Crediamo si possa fare altrettanto per il cancro del cavo orale che, tra l'altro, può essere individuato senza particolari spese, senza strumentazioni ma solo con l'osservazione diretta, in pochi minuti, delle mucose".

VENGA A PRENDERE UN CAFFÈ DA NOI...

Le presunte ipotesi di correlazione tra il consumo di caffè e insorgenza di ben otto tipi di cancro (stomaco, pancreas, reni, vescica, mammella, colon, ovaie, prostata) sono state via via eliminate grazie a studi metodologicamente approfonditi e corretti, svolti negli Stati Uniti negli ultimi dieci anni. Per quanto riguarda il cancro allo stomaco, per esempio, secondo il British Medical Journal, esperimenti su animali hanno addirittura provato gli effetti anticancerogeni della bevanda. Inoltre, questo tipo di tumore è proprio quello maggiormente in diminuzione nei paesi occidentali in cui è particolarmente diffuso il consumo di caffè. La correlazione con il tumore del pancreas è un classico errore nell'ambito delle ricerche biomediche, sbaglio dovuto ad una confusione metodologica sulla scelta dei pazienti di controllo. Si trattava, infatti, di persone già portatrici di seri disturbi dell'apparato gastrointestinale (ulcera duodenale, morbo di Crohn, coliti ulcerose, diverticoliti, ecc.), ossia persone che, per la loro situazione clinica, non assumevano abitualmente caffè. Lo stesso genere di errore fu compiuto anche per quanto riguarda la relazione tra consumo di caffè e tumore della mammella (Milton and coworkers, Ohio State University). Il crollo di questa ipotesi si ebbe dopo approfonditi studi su un vasto numero di donne. Assolutamente non scientifiche si sono dimostrate anche le ipotesi sulla possibile relazione tra tumori dell'ovaia e della prostata e il consumo di caffè. Lo stesso si può dire per i sospetti sulla relazione tra caffè e cancro del colon, che già nel 1966 erano stati ritenuti inesistenti da una approfondita ricerca di Higginson. Studi recenti hanno addirittura evidenziato un'azione protettiva del caffè nei confronti di questo tipo di tumore.

SCREENING DI MASSA IN TUTTA EUROPA

Mammografia, pap test ed esame del sangue occulto delle feci per la diagnosi precoce del cancro al colon-retto. Sono questi i tre screening che l'Unione europea indica come "fondamentali" per un'attività efficace di prevenzione oncologica. Per l'avvio dell'operazione in tutti gli stati membri ci vorrà ancora qualche mese ma il ministro della Salute, Girolamo Sirchia, ne ha già discusso con il ministro dell'economia Giulio Tremonti con il quale, ha spiegato, "c'è stata una piena intesa". Non è escluso che i fondi possano essere trovati anche nella prossima legge finanziaria. L'operazione sarà impegnativa per le casse dello stato: 300 milioni di euro. Non servirà infatti solo trovare i soldi per sottoporre gli italiani a questi controlli ma anche organizzare le strutture in modo che chi dovrà approfondire ulteriormente le indagini mediche, nel caso soprattutto del tumore del colon, possa trovare tutto a disposizione in tempi brevi. "Una campagna di screening contro il cancro del colon-retto, che si rivolgerebbe agli uomini e alle donne tra i 50 e i 74 anni, potrebbe essere avviata anche subito - ha sottolineato Sirchia - ma una campagna ha un senso solo se raggiunge tutti, se i cittadini ne capiscono il valore e se vanno nei posti giusti, se i dati vengono raccolti con opportuni controlli e confluiscono in database collegati ai registri tumori. È questo che dobbiamo costruire".

TUMORI ED EPILESSIA

Più del 50% dei malati di cancro al cervello soffre anche di epilessia, con crisi associate a forti mal di testa, nausea e vomito. I tumori cerebrali sono all'origine del 3,6% di tutti i casi di epilessia registrati in Italia: 15mila su 500mila. Per i giovani nel pieno dell'attività lavorativa, questa malattia neurologica costituisce un fattore di esclusione sociale e in ogni caso rovina la qualità della vita. Un aiuto determinante in questo senso arriva oggi da uno studio condotto dall'Unità di Neurologia dell'Ire di Roma, dove è stato aperto un nuovo ambulatorio sulle epilessie. La ricerca ha dimostrato che "i farmaci antiepilettici di nuova generazione sono i più indicati per i pazienti con tumore cerebrale in quanto sono in grado di dare minori effetti collaterali, di non interferire con i chemioterapici e di vantare un maggiore controllo delle crisi. La ricerca ha inoltre confermato la necessità di valutare i tempi e le modalità della terapia preventiva anche nei casi di tumore cerebrale senza crisi epilettiche". Questi, "al contrario dei precedenti con più effetti collaterali, non vengono metabolizzati dal fegato e garantiscono un miglior controllo delle crisi e una migliore qualità della vita".

INSEGNANTI DI EDUCAZIONE FISICA MENO RISCHI AL SENO

Insegnare educazione fisica proteggerebbe dal cancro del seno. Lo rivela uno studio finlandese, pubblicato sulla rivista 'International Journal of Cancer', che ha seguito le professoressse per 34 anni, confrontandole con quelle che insegnano lingue. Secondo i ricercatori, questi risultati confermano quanto suggerito da precedenti studi: il mantenimento di una buona forma fisica e l'attività sportiva moderata, ma continuativa abbassano il rischio di ammalarsi di questo tumore. Pirjo Rintala, del Likes Research Center for Sport and Health Sciences di Jyväskylä, in collaborazione con l'University of Oulu e l'Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research di Helsinki, ha seguito 10 mila professoressse dal 1967: 1.500 insegnanti di ginnastica e 8.500 di lingue. Il profilo dei due gruppi era simile per livello socio-economico e stile di vita, ma solo le insegnanti di educazione fisica avevano continuato a praticare attività sportive con costanza, anche dopo aver terminato l'Università. Durante lo studio, si sono verificati 61 casi di tumore al seno fra le professoressse di ginnastica e 404 fra le docenti di lingue, per un totale, rispettivamente, di 33 e 177 casi ogni anno. Infine, l'equipe ha analizzato i dati in maniera da escludere altre variabili come età, momento di insorgenza dei tumori, numero di figli ed età del primo parto. I risultati hanno indicato che la probabilità di cancro del seno per le insegnanti di educazione fisica è minore del 21% sotto i 50 anni, e del 14% una volta superati i 50 anni.

IL CURRY PROTEGGE I POLMONI DAI DANNI DEL FUMO

Cucina indiana consigliata ai fumatori che vogliono ridurre il rischio di danni ai polmoni. La curcumina, una delle spezie contenute nel curry, sarebbe in grado di bloccare sul nascere le trasformazioni cancerogene indotte dal fumo. Uno studio statunitense, pubblicato sulla rivista 'Carcinogenesis', rivela che questa sostanza inibisce l'attività di una proteina che si forma dopo aver fumato una sigaretta, il fattore nucleare kappa B (NF-B), considerato 'l'interruttore' per molti tipi di tumori. Gli studiosi hanno studiato l'effetto del fumo su cellule polmonari umane, dimostrando che le sostanze tossiche (radicali liberi, radicali superossido e benzopirene) aumentavano la produzione di NF-B. Se le cellule vengono pre-trattate con la curcumina, il NF-B non è però più capace di legarsi al Dna e stimolare l'attivazione di alcuni geni cancerogeni, che, altrimenti, stimolando la proliferazione cellulare incontrollata e bloccando i processi apoptotici (da cui dipende l'eliminazione delle cellule 'impazzite'), darebbe il 'via' alle trasformazioni tumorali.

ricerca
terapia

PERICOLO ANEMIA PER GLI ANZIANI

La salute degli anziani peggiora più rapidamente se sono colpiti da anemia, patologia che può portarli fino alla non autosufficienza. Ma anche quando non c'è anemia vera e propria e i livelli ematici di emoglobina sono bassi, il rischio di un rapido peggioramento delle condizioni fisiche è superiore al normale. Uno studio statunitense, pubblicato sulla rivista 'American Journal of Medicine', rivela per la prima volta i reali rischi dell'anemia nella terza età. Ricercatori della Wake Forest University School of Medicine (Winston-Salem, North Carolina) hanno seguito per oltre 4 anni 1.146 persone ultra settantenni. La loro capacità di compiere semplici movimenti (camminare, alzarsi da una sedia) e quella di mantenere l'equilibrio, misurate su una scala di 12 punti, sono state confrontate con i valori ematici di emoglobina. L'analisi ha indicato che, rispetto agli anziani con livelli di emoglobina normali (>12g/dL nelle donne e >13g/dL negli uomini, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità), quelli che avevano valori più bassi mostravano un declino più rapido delle capacità fisiche. Le persone 'normali' peggioravano di 1,4 punti, quelli anemici di 2,3 punti e quelli 'quasi-anemici' (valori di emoglobina di 12-13g/dL per le donne e 13-14g/dL per gli uomini) di 1,8 punti. Inoltre, in generale, le donne risentivano più degli uomini della condizione anemica. Jack Guralnik, del National Institute on Aging (NIH, Baltimora), che ha collaborato allo studio, spiega che una diminuzione di 1,5 punti su questa scala della funzionalità, aumenta del 50% la probabilità che l'anziano non possa svolgere senza assistenza le attività quotidiane.

I tumori cerebrali vengono suddivisi in primitivi, se originano direttamente dal tessuto cerebrale, e secondari se si sviluppano come conseguenza della diffusione di un tumore originato in un altro organo (tumori metastatici).

Solitamente, quando si parla di tumori cerebrali, ci si riferisce ai tumori primitivi che costituiscono circa il 2% di tutti i tumori dell'adulto. Hanno un'incidenza di 4-6 casi su 100.000 abitanti per anno; sono fra i tumori più frequenti in età infantile e nell'adulto, possono insorgere a qualsiasi età. Il concetto di malignità riferito ai tumori cerebrali acquista un significato leggermente diverso rispetto a quello di altri tumori; anche neoplasie con una attività di crescita non particolarmente aggressiva possono infatti danneggiare aree cerebrali coinvolte nel controllo di funzioni vitali.

I fattori di rischio

Non esistono sicuri fattori di rischio ritenuti responsabili dell'insorgenza dei tumori cerebrali primitivi; in realtà l'unico fattore chiaramente implicato nella genesi di alcuni tumori sono le radiazioni ionizzanti, con un periodo di latenza che va dai 10 fino a più di 20 anni dall'esposizione. I dati riguardo all'uso dei telefonini cellulari, ai traumatismi, a fattori nutrizionali (nitrosamine, grassi, colesterolo) sono, al momento, conflittuali e poco convincenti.

I tumori cerebrali sono di diversi tipi in rapporto agli elementi cellulari da cui prendono origine:

Tumori gliali: costituiscono circa il 60% di tutti i tumori cerebrali. I più frequenti tra questi sono gli astrocitomi, gli oligodendrogliomi e gli ependimomi.

1. Gli **astrocitomi** sono i tumori più frequenti in assoluto; vengono distinti in:

- astrocitomi ben differenziati e moderatamente differenziati: hanno crescita sempre lenta, ma con capacità di infiltrazione. Sono tumori a basso grado di malignità;
- astrocitoma anaplastico o astrocitoma di grado 3: è un tumore aggressivo, con caratteristiche inequivocabilmente maligne;
- glioblastoma multiforme, detto anche astrocitoma di grado 4: è la forma più aggressiva. Può derivare dall'evoluzione di forme a basso grado (glioblastoma secondario) o svilupparsi direttamente come tumore maligno (glioblastoma primario).

2. Gli **Oligodendrogliomi** hanno caratteristiche microscopiche simili agli astrocitomi ma sono più sensibili al trattamento chemioterapico. Più frequentemente sono oligodendrogliomi ben differenziati, a basso grado di malignità e crescita lenta.

3. Gli **Ependimomi** sono tumori che prendono origine dalle cellule che rivestono le cavità liquorali in cui scorre il liquido

cerebrospinale. Possono essere ben differenziati (a basso grado di malignità), o indifferenziati (ad alto grado di malignità).

Altri tumori, meno frequenti dei gliomi, comprendono:

a. medulloblastoma: più frequente nell'età infantile. Origina dalla strutture del cervelletto e ha crescita rapida; da frequentemente metastasi liquorali e, raramente, anche al di fuori del sistema nervoso centrale.

b. Meningioma: origina dalle meningi, cioè dalle membrane che rivestono e proteggono l'encefalo e il midollo spinale. Più frequentemente sono tumori a basso grado, a crescita lenta, e la diagnosi è spesso occasionale.

c. Linfomi cerebrali: sono tumori la cui incidenza negli ultimi venti anni è più che raddoppiata; spesso si accompagnano a condizioni di immunodepressione congenita o acquisita. A differenza degli altri tumori cerebrali, la chirurgia in tali casi non ha un ruolo terapeutico ma solo diagnostico; il trattamento di queste neoplasie particolari si avvale quindi di chemioterapia e radioterapia.

Tumori cerebrali meno frequenti sono i **neurinomi**, i **germinomi**, i **craniofaringiomi**.

I sintomi

I sintomi si sviluppano spesso gradualmente e possono essere aspecifici, cioè comuni a quelli di altre malattie. Sono correlati alle dimensioni della neoplasia e alla parte di encefalo coinvolta; i sintomi generali, comuni a qualsiasi processo espansivo intracranico, sono dovuti ad un aumento della pressione all'interno del cranio stesso, mentre i disturbi focali sono legati alla compromissione di una zona dell'encefalo che presiede al controllo di funzioni specifiche (per esempio l'area del linguaggio, l'area del comportamento).

I sintomi generali sono: frequenti mal di testa, soprattutto mattutini; vomito; talvolta nausea.

I sintomi focali più comuni sono: cambiamenti della personalità se è interessato il lobo frontale; agrafia, disturbi del linguaggio e convulsioni se è coinvolto il lobo parietale; disturbi visivi se è coinvolto il lobo occipitale; disturbi del linguaggio, solitamente occasionali, e convulsioni quando è coinvolto il lobo temporale; incoordinazione motoria, disfagia, disartria, strabismo e vertigini se il tumore ha origine nella parte inferiore dell'encefalo (midollo allungato, cervelletto)

La diagnosi

Un accurato esame clinico è il primo elemento che consente di porre il sospetto di un tumore cerebrale e che avvia l'iter diagnostico strumentale. La TAC è solitamente il primo esame che viene eseguito, spesso seguito da una Risonanza Magnetica.

L'integrazione delle due metodiche consente di superare i limiti di ciascuna di queste. La PET (tomografia ad emissione di positroni) è una metodica diagnostica di più recente introduzione che può essere utile per discriminare tra tumori a basso o ad alto grado di malignità

La conferma diagnostica di tumore cerebrale è data dall'esame istologico di un frammento tumorale prelevato mediante biopsia; l'esame microscopico consente di definire il tipo di tumore e il grado di aggressività della neoplasia in rapporto alla velocità di crescita, alla infiltrazione delle strutture adiacenti e alla somiglianza con le cellule normali. Quando possibile, la diagnosi istologica dovrebbe essere completata da indagini immunohistochimiche e dalla ricerca di eventuali alterazioni genetiche che consentano di identificare sottotipi di neoplasie con diversa prognosi e diversa sensibilità ai trattamenti.

3

La terapia

Nonostante la diversità di origine e la diversa biologia, per la maggior parte delle neoplasie intracraniche, i sintomi, le metodiche diagnostiche e il trattamento iniziale sono spesso comuni. La scelta terapeutica è influenzata dal tipo di neoplasia, dall'estensione e dal grado della stessa oltre che dall'età del paziente e dalle sue condizioni generali.

Le problematiche del trattamento di questi tumori sono diverse rispetto a quelli localizzati in altre sedi; principalmente sono legate alla necessità di una chirurgia sofisticata e di alta precisione, alla minore disponibilità di farmaci in grado di superare la barriera ematoencefalica e alla maggiore potenziale pericolosità degli effetti collaterali legati ai trattamenti; per questo motivo, quando possibile, i pazienti dovrebbero essere inviati presso centri specializzati. Il trattamento di queste neoplasie si avvale di chirurgia, radioterapia e chemioterapia. La combinazione di queste 3 metodiche è in grado di migliorare sia il tipo che la durata della sopravvivenza dei pazienti affetti da gliomi ad alto grado di malignità. I tempi più appropriati per le diverse modalità terapeutiche sono stabiliti in base al tipo di tumore e alle caratteristiche del paziente. Il trattamento dei tumori cerebrali è quindi multidisciplinare e coinvolge in uguale misura il neurochirurgo, l'oncologo medico e il radioterapista.

La chirurgia. È il trattamento di scelta per i tumori giudicati reseccabili, cioè quelli asportabili senza causare danni neurologici. Lo scopo della chirurgia è quello di rimuovere tutto il tumore visibile, anche per i tumori a basso grado di malignità. L'asportazione completa è spesso non fattibile, anche perché la loro crescita infiltrante fa sì che l'intervento difficilmente possa essere radicale. Tuttavia, anche in questi casi, la rimozione parziale del tumore migliora i sintomi e la qualità di vita del paziente. Grazie all'uso di tecniche di microchirurgia, le complicazioni post-operatorie sono oggi limitate. Quando l'intervento chirurgico non è proponibile, al chirurgo viene richiesta solitamente l'esecuzione di una biopsia stereotassica, cioè il prelievo di una piccola quantità di tumore sufficiente per la diagnosi istologica e la definizione degli altri parametri prognostici.

La radioterapia. È utilizzata nei tumori non operabili ma anche come trattamento complementare post chirurgico in tutti i casi di tumore maligno e in alcuni casi di tumori a basso grado di malignità. La radioterapia esterna, convenzionale, viene somministrata per una durata di diverse settimane.

La chemioterapia. I farmaci chemioterapici possono essere somministrati per via endovenosa, per via orale e, in alcuni casi, per via liquorale. Il trattamento può essere eseguito in maniera sequenziale o concomitante rispetto alla chirurgia e alla radioterapia. Non tutti i farmaci chemioterapici sono in grado di superare la barriera ematoencefalica e di raggiungere l'encefalo; i più attivi sono la carmustina, la lomustina, la procarbazina. Tra i farmaci di nuova generazione il più attivo è la temozolomide, somministrata per via orale, e sembra promettente l'irinotecan. La sensibilità al trattamento chemioterapico varia nei diversi tipi di tumore; le forme più chemiosensibili sono i linfomi, i germinomi e gli oligodendrogliomi maligni.

“Dovevo lottare, mio figlio aveva solo 5 anni”

Mi chiamo Mario e di professione, quando sono stato ricoverato nel novembre 1982, facevo il ceramista. Avevo 51 anni. In quel periodo ero stato colpito da una forte forma di bronchite ed il mio medico, per precauzione, mi aveva fatto ricoverare nel reparto di pneumologia; gli esami e le radiografie accertarono una broncopolmonite con focolaio. Tutto procedeva bene, o almeno era quello che pensavo. Sì, perché qualche giorno prima di essere dimesso dall'ospedale, fui sottoposto a broncoscopia: diagnosi di carcinoma squamocellulare ma, come quasi sempre succede, il malato è sempre l'ultimo a venire a conoscenza dell'esito. Fui dimesso dopo l'esame. La diagnosi mi fu comunicata da mia moglie e dal primario. La notizia della malattia mi lasciò senza parole: il mondo improvvisamente mi era crollato addosso e, tra le lacrime, ricordo che ho pensato che per me era finita. Ma dovevo reagire perché avevo un figlio di appena cinque anni ed una moglie che mi era sempre vicina. Sono state soprattutto queste due persone che mi hanno dato la forza di reagire e di sottopormi alle terapie (non era possibile intervenire chirurgicamente perché il tumore era situato troppo vicino all'esofago). Fui sottoposto a dieci sedute di radioterapia che mi procurarono una sofferenza tale da non riuscire a bere neanche un goccio d'acqua. Dopo un paio di settimane fu la volta della chemioterapia, che mi procurò un blocco renale e caduta dei capelli. Queste due terapie mi hanno

procurato tante sofferenze, ma sono state preziosissime per sconfiggere il tumore ai polmoni. terminate le cure, ho ricominciato pian piano a riprendermi; mi hanno aiutato molto anche le notizie confortanti che ricevevo dai medici. Ho quindi ripreso a condurre una vita normale assieme a mia moglie e al mio adorato figlioletto. Da quel brutto giorno di novembre del 1982 sono ormai passati più di 20 anni e mi sento benissimo. Vorrei dire a tutte quelle persone che hanno questa malattia di credere nella medicina e di non dimenticare mai che quello che conta di più è la propria forza di volontà e la voglia di vivere. È l'insieme di questi tre fattori che ti permettono di sconfiggere il cancro. Importante è non mollare mai e continuare a combattere fino alla vittoria finale.

LA DOMANDA Che cosa significa TAC?

Tac sta per tomografia assiale computerizzata. È un esame diagnostico che utilizza un apparecchio a raggi X e un computer per produrre un'immagine dettagliata a sezioni trasversali e tridimensionali del corpo.

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@tiscalinet.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.7 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 Smerrieri
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

