

Ventilatori e finestre aperte non servono contro il fumo passivo: la afferma una ricerca realizzata dal Centro comune di ricerca dell'Ue (Ccr) secondo la quale, per eliminare completamente le sostanze nocive per la salute umana da un ambiente chiuso, “servirebbero livelli di ventilazione simili a quelli delle gallerie del vento”. I risultati dello studio indicano infatti che “le variazioni della ventilazione, che simulano quelle riscontrate in numerosi ambienti privati e commerciali, non hanno influenza significativa sui livelli di concentrazione delle sostanze prodotte dalle sigarette, quali il carbonio, l'ossido di azoto, le sostanze aromatiche e la nicotina”. La ricerca conferma per esempio che “gli idrocarburi volatili, i carbonili, gli idrocarburi policiclici aromatici, l'ossido di azoto, le particelle e i gas inorganici”, vengono diffusi nell'ambiente in alte dosi nella fase di combustione, e “non sono rapidamente e efficacemente eliminati dai luoghi chiusi anche quando i livelli di ricambio dell'aria sono elevati”. In particolare, i ricercatori hanno verificato che la diffusione delle sostanze derivanti dalla combustione “è relativamente lenta” e dunque “la diluizione dei livelli attraverso il mescolamento con aria fresca non è molto efficace come misura di controllo”. Di conseguenza, “gli sforzi per ridurre l'inquinamento dell'aria negli ambienti chiusi attraverso una maggiore ventilazione non sono destinati a tradursi in miglioramenti significativi”. La conclusione – destinata a rimettere in discussione l'efficacia del ricorso ai ventilatori e alla divisione dei luoghi pubblici in locali fumatori e non fumatori – è stata raggiunta dagli esperti europei del Ccr grazie agli esperimenti effettuati nella Indortroon, una stanza di 30 metri quadrati della quale gli scienziati possono gestire temperatura, umidità e livelli di aerazione, controllando con sofisticate apparecchiature tutte le emissioni e le variazioni della composizione dell'aria.

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

Aiom

info società

Nel n. 1 | 2004

- 1** Editoriale
- 2** Qualità di vita
- 5** Storie vere
- 6** Riflettori su: tumori della vescica



DONNE, IL DIRITTO DI AVERE PAURA

Ogni malattia costituisce un evento che modifica la quotidianità e a volte anche i progetti per il futuro. È pertanto inevitabile provare ansia e preoccupazione per tutto ciò che le sta accadendo, per tutto ciò che lei pensa l'aspetterà nel prossimo futuro e che ancora non conosce. Di fronte alle emozioni intense e spesso altalenanti di paura, rabbia, speranza, ogni donna reagisce in modo diverso. Vi sono donne che serbano per sé i pensieri più intimi legati alla paura della malattia e vivono come una forzatura il doverli condividere con altri. Altre invece traggono beneficio dal parlare di sé e dell'esperienza che stanno vivendo con amici e parenti. In modo del tutto reciproco anche i parenti più stretti o gli amici più vicini possono dimostrarle una grande disponibilità alla condivisione, ma a volte anche una certa difficoltà a parlare con lei del tumore: "Che cosa dico?", "Come posso essere utile", "Come faccio ad essere di conforto?".

Queste domande bloccano spesso le persone di fronte ad un evento così particolare come quello della malattia oncologica.

È utile sottolineare che non esiste un modo giusto o un modo sbagliato di affrontare la malattia: sono la propria personalità, insieme alle emozioni che accompagnano questo momento, a influenzare i suoi comportamenti e le sue relazioni con le persone che le sono vicine. Sforzarsi di apparire come gli altri vorrebbero, a volte, è troppo impegnativo oltre a non essere fonte di benessere.

Spesso le donne che stanno vivendo la sua stessa esperienza di malattia esprimono dubbi, ansie, perplessità sulle terapie, sull'esito della malattia, sull'impatto di questa esperienza sulla propria vita. Si ricordi che i professionisti che la stanno seguendo sono sempre a sua disposizione per chiarire i dubbi e sostenerla nei momenti di difficoltà.

In queste pagine cercheremo di dare una risposta ad alcune delle sue domande.



NON RINUNCIATE ALLA VOSTRA FEMMINILITÀ

Mi cadranno i capelli? Posso evitarlo? E quando mi ricresceranno?

Alcuni farmaci chemioterapici provocano la caduta dei capelli, evento che si verifica solitamente entro il primo mese. Più raramente questo effetto si osserva nei cicli successivi. Nel caso invece il trattamento abbia una bassa probabilità di causare la perdita dei capelli, è consigliabile evitare di indebolire ulteriormente il capello stesso con tinture, permanenti, lavaggi molto frequenti. I capelli inizieranno a ricrescere quando sospenderà il farmaco che ne ha causato la caduta. È possibile che i capelli abbiano inizialmente una consistenza diversa, e a volte diverso colore, ma nel giro di alcuni mesi riprenderanno l'aspetto originario.

Come mi vesto? Si vedrà che ho subito un'operazione al seno?

La scelta dell'abbigliamento può diventare motivo di disagio a seconda di come si vive il cambiamento che, in misura minore o

maggiore, l'intervento ha determinato sul proprio corpo. Giocando proprio sulla scelta dell'abbigliamento è possibile recuperare una buona immagine di sé e sentirsi a proprio agio in mezzo agli altri.

Uno dei periodi critici è costituito dai primi giorni dopo l'intervento, in cui probabilmente dovrà indossare una benda intorno al torace, e ancora non può utilizzare le protesi. In questo periodo alcune donne trovano molto comodo l'uso di maglie o camicette ampie. Nel momento in cui le sarà permesso di usare la protesi le sarà sicuramente più facile indossare abiti che rispecchino il suo stile personale. È possibile, inoltre che in questo momento si accorga di sudare più facilmente: preferisca per questo abiti in fibre naturali che facilitano la traspirazione. Altri piccoli gesti di cura verso la propria persona sono

rappresentati, ad esempio, dal riprendere a portare l'orologio e gli anelli abitualmente indossati prima dell'intervento: ricordi tuttavia che il braccio corrispondente alla mammella operata può gonfiarsi, pertanto cerchi di indossare orologi, anelli o braccialetti che non blocchino la circolazione della mano e/o delle dita.

Come sarà il mio rapporto di coppia?

L'intervento e la malattia non pregiudicano la vita

sessuale: è comunque normale nei primi tempi non provare molto interesse per gli aspetti intimi del rapporto di coppia. L'intervento al seno può infatti mettere in discussione la propria idea di femminilità e di gradevolezza. Uno dei timori più frequenti tra le donne è quello di sentirsi rifiutate a seguito dell'asportazione del seno o di una parte di esso. Sia per lei che per il suo compagno può essere necessario un certo periodo di tempo per riprendere confidenza reciproca. Può essere utile confrontarsi con il partner per condividere le preoccupazioni: per molte donne questa condivisione ha rappresentato un sollievo dall'ansia di non essere più quelle di una volta, se non addirittura un modo per consolidare ulteriormente il rapporto di coppia.

Posso prendere il sole?

Il consiglio è di discuterne prima di tutto con il suo medico, sapendo comunque che il sole fa dilatare i vasi sanguigni sotto la pelle, determinando un aumento del flusso del sangue e della linfa ed una maggiore tendenza quindi del braccio a gonfiarsi. Inoltre, coprire il braccio durante l'esposizione al sole non serve, infatti tutto il corpo reagisce complessivamente al calore. In conclusione, se un po' di esposizione al sole durante una passeggiata o nel corso di attività all'aperto, come il giardinaggio, può avere un effetto benefico sul suo morale, è

comunque sempre bene tenere sotto controllo il tempo di esposizione e, in caso di edema, evitarla completamente.

Posso riprendere la palestra dopo l'intervento e durante le terapie?

Naturalmente l'interesse per le attività motorie sorge nelle donne la cui terapia post operatoria non incide pesantemente sulle condizioni di salute generali. La prima osservazione utile da ricordare è che ambienti chiusi come le palestre non sono indicati alle persone che in fase di trattamento presentano un sistema immunitario indebolito. Le attività sportive dopo l'intervento sono utili se: favoriscono il rilassamento e la circolazione; aumentano la sensazione di benessere e relax; facilitano la condivisione di momenti positivi con amici e familiari. Inoltre è importante evitare esercizi che causino stress al braccio come il tennis, lo sci di fondo o, anche se in forma minore, il jogging o la ginnastica. È ovvio che molto dipende da come lei fa sport. Nel caso del nuoto, generalmente raccomandato dopo gli interventi alla mammella, si consiglia lo stile dorso, molto rilassante. È comunque consigliabile cominciare con cautela ed aumentare lentamente la durata e l'intensità dell'attività sportiva.

Come posso tornare alle abitudini quotidiane: per esempio, quando posso fare la doccia e il bagno e come mi comporto con la ferita?

È possibile fare la doccia quando la ferita è ben rimarginata e asciutta. Non si preoccupi se nota ancora qualche piccola crosta accanto ai punti. Generalmente dopo due o tre settimane da un trattamento di radioterapia l'infiammazione cutanea, che si manifesta con calore e arrossamenti, dovrebbe essere scomparsa. Potrà invece fare il bagno non appena la cicatrice sarà completamente guarita.

Ricordi che la temperatura dell'acqua del bagno non deve superare i 38°. In casi eccezionali può fare un bagno caldo, 40°-41°; meglio evitarlo se presenta il linfedema. In caso di linfedema sono da evitare anche forti getti d'acqua sul braccio gonfio.

UN AIUTO DAGLI AMICI

In questo momento gli amici rappresentano per lei un importante sostegno: ognuno di loro può essere utile in modo diverso. Sono spesso gli amici le persone alle quali ci si rivolge quando non si vuole preoccupare ulteriormente i familiari. È importante anche non avere il timore di manifestare i propri sentimenti. In questo momento è legittimo avere paura, comunicarla serve soprattutto ad evitare che i timori non prendano il sopravvento e aumentino così la sofferenza complessiva di fronte alla malattia.



Presti particolare attenzione se tende ad avere la pressione bassa o giramenti di testa: quando desidera fare il bagno preferisca i momenti in cui non è sola in casa. Potrebbe infatti capitarle di avvertire un calo di pressione nel momento in cui esce dalla vasca: cerchi quindi di alzarsi lentamente e di evitare bagni lunghi (più di 10 minuti).

In caso di linfedema è bene che si organizzi in modo da servirsi del braccio sano per aggrapparsi alla maniglia della vasca. Eventualmente, prima di alzarsi in piedi, provi a mettersi in ginocchio.

È facile che saponi e detergenti irritino la pelle: può usarli qualche volta o evitarli del tutto perché, in questo momento, la pelle sulla cicatrice nella zona dell'ascella è particolarmente sensibile. Per ammorbidire la pelle può aggiungere all'acqua degli olii da bagno e massaggiare i punti più secchi con ulteriore crema. Prendere confidenza gradualmente con la ferita in occasione della doccia o del bagno ha anche un'importante funzione psicologica: le consente di esplorare il suo corpo, di conoscerlo dopo l'intervento e di riappropriarsene in termini affettivi.

COM'È FATTA LA MAMMELLA

La mammella è formata da tessuto adiposo, ovvero grasso, tessuto connettivo di sostegno e tessuto ghiandolare. Quest'ultimo è costituito da un insieme di lobuli, paragonabili agli acini di un grappolo d'uva. Sono proprio le cellule che formano i lobuli ad essere normalmente deputate alla produzione del latte. Dai lobuli partono poi dei canali di piccole dimensioni (*dotti terminali*), che confluiscono in canali via via sempre più grandi (*dotti lattiferi*), che si prolungano fino al capezzolo. Una 'coda' del tessuto mammario si estende verso il cavo ascellare.

La mammella si modifica durante il corso della vita e nelle diverse fasi del ciclo mestruale. Nell'età fertile prevale la componente ghiandolare, mentre dopo la menopausa questa viene gradualmente sostituita da tessuto grasso.

L'ascella contiene vasi, tendini, nervi e un gruppo di linfonodi, che fanno parte del sistema linfatico. I vasi linfatici raccolgono dal tessuto mammario la linfa, che viene filtrata poi nei linfonodi. A questo livello avviene normalmente il contatto fra le sostanze estranee e il sistema immunitario di difesa dell'organismo.

Nella maggior parte dei casi il tumore nasce dalle cellule che rivestono i dotti terminali e più raramente i lobuli mammari. Inizialmente la crescita avviene all'interno dei dotti, ma in una fase successiva si propaga anche all'esterno, invadendo i tessuti circostanti. I tumori alla mammella possono essere di tipo benigno o maligno:

- nel tumore benigno le cellule non si diffondono ad altre parti dell'organismo, ma crescono solo all'interno dei dotti senza mai superare la membrana basale. Si tratta dei cosiddetti carcinomi in situ o intraduttali
- nel tumore maligno le cellule riescono ad infiltrarsi oltre la membrana basale e a diffondersi oltre il punto di origine. Se non si effettua il trattamento opportuno, possono invadere i tessuti circostanti e altri organi.

A volte le cellule si spostano dalla sede originale (*tumore primitivo*). La diffusione delle cellule neoplastiche avviene soprattutto attraverso il sistema linfatico ed è frequente trovare cellule tumorali nei linfonodi ascellari. Più raramente la diffusione avviene direttamente attraverso il circolo sanguigno. Una volta raggiunta la nuova sede, le cellule tumorali possono fermarsi e riprendere a dividersi, creando così un tumore a distanza (*tumore secondario o metastasi*). Le sedi dove più frequentemente si formano insediamenti delle cellule neoplastiche, partite dalla mammella, sono lo scheletro, il polmone e il fegato.

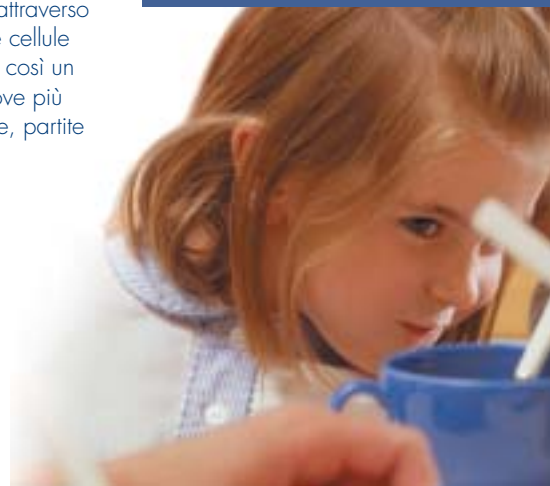
Testi liberamente tratti da "Le neoplasie della mammella", Associazione Angela Serra per la ricerca sul cancro

I BAMBINI MI GUARDANO

Quando vi sono dei bambini in famiglia, è utile ricordare che anche i più piccoli sono in grado di cogliere i cambiamenti, anche se lievi. Le reazioni dei bimbi di fronte alla malattia di un genitore possono variare a seconda delle informazioni che hanno, o non hanno, ricevuto. La sensibilità dei bambini è spesso straordinaria: quando non vengono date loro notizie utili a comprendere i cambiamenti in atto, si costruiscono da soli delle spiegazioni. Purtroppo, frequentemente i bambini tendono ad attribuirsi responsabilità che non hanno per motivare l'assenza del familiare ricoverato o la sua sofferenza. Così è facile che il bimbo pensi di avere provocato questa sofferenza con i suoi comportamenti disubbidienti e soffra a sua volta. Vi sono dei segnali che aiutano a riconoscere il bisogno di sostegno di bambini e adolescenti. Il disagio psicologico in queste situazioni si può manifestare con l'assunzione di comportamenti come rinchiudersi in se stessi o con un peggioramento del rendimento scolastico. Parlare della malattia con i bambini, possibilmente utilizzando un linguaggio comprensibile e non allarmistico, è un modo utile per aiutarli a non spaventarsi e a non colpevolizzarsi.

NEL PROSSIMO NUMERO:

Il lavoro, quando è il momento di dire basta; Invalidità civile, presentazione della domanda; Esenzione dal ticket; le protesi.



STORIE VERE

LUIGIA, LA FORZA DI NON ARRENDERSI

L'umido pomeriggio del sabato raccontava i capricci di un febbraio incerto ed oscillante tra l'assonnata voglia di luci e calori domestici, nel giocherellare irriverente del fuoco nel grande camino, e il desiderio rinascente di correre, in tuta, costeggiando l'argine del grande fiume o chiacchierare, pedalando, lungo i viali di periferia.

Le parole al telefono cancellarono di colpo il pigro vagare di queste immagini. La voce femminile era tremula, la richiesta d'aiuto, di comprensione, accorata.

Mezz'ora dopo ero nello studio di mio fratello, psicologo, due stanze affabili ed amiche, non svolgendo io attività 'extra moenia'.

"Ci scusi, dottore – esordì il marito – siamo seguiti da un suo collega ma non siamo riusciti a trovarlo. Ci spiace davvero averla disturbata alle due del pomeriggio... di un sabato pomeriggio, ma siamo disperati... abbiamo una ragazza di quattordici anni".

Pur non avendoli mai visti prima mi ispirarono una tenerezza profonda, forse perché l'uomo, di parecchi anni più anziano, esprimeva tutto l'impossibile desiderio sincero di proteggere la sua compagna. La signora era stata mastectomizzata due anni prima, nel marzo dell'88, in una chirurgia che non conoscevo. I documenti che mi mostrava con mano incerta parlavano di carcinoma duttale infiltrante, dal diametro massimo di 2,5 cm, i linfonodi ascellari (19) erano negativi, mentre sia i recettori per gli estrogeni che per il progesterone

mostravano elevata positività. Dopo l'intervento chirurgico la paziente, quarantaseienne, non aveva seguito alcuna terapia. Era stata bene fino a quel momento e anche in quei giorni, a parte lievi segni dispeptici, non mostrava alcun sintomo, ma un'ecografia addominale eseguita nella tarda mattinata aveva mostrato un fegato completamente sostituito. Iniziammo a parlare, nella ricerca di una relazione, come diremmo ora: la situazione era particolarmente grave, entrambi l'avevano compreso, e non mi fu facile ricostruire un clima di pur minima fiducia.

Il lunedì mattina la paziente si presentò al day-hospital. Dopo le procedure routinarie spiegai la cura che ritenevo opportuno iniziare: ne parlai al cospetto di una collega e della caposala per aiutarla ad entrare nel modo giusto in un ambiente che, se la sua storia fosse andata bene, pensai, sarebbe stato per lungo tempo anche il 'suo' ambiente.

Il giorno successivo, dopo la terapia antiemetica, fu sottoposta a trattamento con Mitoxantrone, Ciclofosfamide, 5 Fluorouracile ed acido folinico, questi ultimi due ripetuti per cinque giorni consecutivi (all'epoca, senza letti di degenza ordinaria, il nostro day-hospital era aperto anche il sabato).

La paziente presentò pochi effetti collaterali e questo l'incoraggiò a proseguire con una forza interiore che sembrava crescere di giorno in giorno e che, pur faticosamente, andava accerchiando le paure e il senso di perdita che il marito viveva.

Passarono i giorni del secondo ciclo, poi quelli del terzo e con loro si riducevano rapidamente l'epatomegalia e il valore dei markers. Un'ecografia dopo il sesto vedeva a fatica minimi residui di lesioni epatiche. All'ottavo una TAC risultava completamente negativa. Proseguimmo fino a dieci per poi iniziare una terapia con Tamoxifen.

La paziente rimase in remissione completa per otto anni e, per uno di quei giochi ironici della sorte, fu tra le primissime persone che mi soccorsero quando, nel maggio del '96, in un viale della mia città, un automobilista mi travolse mandandomi in rianimazione.

La diagnosi di recidiva epatica, alla fine del '98, fu un'amarra sorpresa ma la piccola, garbata Luigia, ormai amica di tutta la nostra équipe, affrontò con rinnovata energia la nuova terapia con Docetaxel ed Epirubicina. Dopo quattro somministrazioni aveva riaccuffato la remissione completa iniziando, alla fine del sesto ciclo, un inibitore delle aromatasi e superando brillantemente, nel maggio del 2001, un intervento di cardiocirurgia per un mixoma all'atrio sinistro.

Oggi prosegue l'endocrinoterapia, mantiene la remissione completa e, alla fine delle regolari visite di controllo, trova ogni volta un leggero, malinconico pensiero per il marito deceduto lo scorso anno per un ictus, pochi mesi prima del matrimonio della loro unica figlia.

ENRICO AITINI

*direttore Struttura Complessa
Oncologia Medica ed Ematologia
Ospedale di Mantova*

Il carcinoma della vescica costituisce il 3% di tutti i tumori. Colpisce prevalentemente persone di età compresa fra i 55 e i 70 anni, con un incremento di incidenza all'aumentare dell'età. In Italia l'incidenza varia dal 19.4 al 24.6 per 100.000 maschi e dal 3.1 al 3.2 per 100.000 nelle femmine.

Fattori di rischio

I principali fattori di rischio sono costituiti da:

1. esposizione cronica a sostanze cancerogene (frequente nei lavoratori dell'industria tessile, dei coloranti, della gomma e del cuoio)
2. fumo di sigaretta
3. assunzione di farmaci come antidolorifici, specialmente quelli contenenti fenacetina, e come la ciclofosfamide (utilizzato come farmaco antitumorale e immunosoppressivo)
4. infezioni parassitarie da Bilharzia e Schistosoma haematobium (Medio Oriente, Egitto).

Inoltre, una storia familiare di tumore delle vie urinarie aumenta significativamente il rischio di sviluppare tale neoplasia.

La maggior parte (97%) dei tumori vescicali è rappresentato dal carcinoma a cellule transizionali (che rappresentano le cellule dell'epitelio di rivestimento della vescica); una piccola quota è costituita dall'adenocarcinoma (2%) e dal carcinoma squamoso (1%), quest'ultimo più frequente nei Paesi orientali per i motivi specificati sopra.

2

I sintomi

I sintomi e segni più frequenti sono rappresentati da:

- ematuria (emissione di urine contenenti sangue), sia visibile direttamente sia visibile solo all'esame microscopico, in genere non correlata alla gravità della malattia
- necessità di urinare più frequentemente
- dolore o difficoltà all'atto di urinare
- irritabilità vescicale.

L'evoluzione del tumore vescicale è molto variabile: alcune forme possono essere monocentriche (una sola sede) o policentriche (più sedi), possono rimanere confinate alla vescica per lungo tempo mentre altre si diffondono più rapidamente. La diffusione del tumore vescicale può avvenire localmente agli organi circostanti e ai linfonodi regionali, o a distanza, interessando il polmone (24%), il fegato (21%), lo scheletro (6%).

La diagnosi

Per arrivare ad una diagnosi sono necessari:

- l'esame clinico completo
- la raccolta della storia clinica (es. dati su ambiente di lavoro, abitudini di vita)
- l'esame citologico (ricerca di cellule tumorali) delle urine.

Fra gli esami strumentali l'**urografia** (prevede l'iniezione di un mezzo di contrasto per visualizzare radiologicamente le vie urinarie), l'**ecografia**, la **TAC dell'addome e della pelvi** permettono di valutare globalmente l'apparato urinario e l'estensione della malattia.

Fondamentale è la **cistoscopia** (consiste nell'introduzione di uno strumento ottico attraverso le vie urinarie per guardare dentro la vescica) che consente oltre all'identificazione del tumore anche l'esecuzione di biopsie multiple necessarie per fare la diagnosi. Una volta accertata la presenza di tumore vescicale, è necessario eseguire degli esami, come la **radiografia del torace**, l'**ecografia epatica**, la **scintigrafia ossea**, volti a valutare l'eventuale presenza di metastasi.

3

4

La terapia

La chirurgia, la radioterapia e la chemioterapia rappresentano le modalità terapeutiche impiegate nel trattamento del tumore della vescica.

La **chirurgia** prevede:

- 1.** la resezione transuretrale (TUR; asportazione della neoplasia durante la cistoscopia) nelle forme superficiali
- 2.** la cistectomia radicale (asportazione di tutta la vescica) nei tumori invasivi
- 3.** la cistectomia parziale indicata in tumori solitari di dimensioni limitate.

La **radioterapia** può essere utilizzata nelle forme infiltranti di limitata estensione oppure, in alternativa al trattamento chirurgico, nelle forme estese.

L'approccio chemioradioterapico

(associazione di chemioterapia e radioterapia), con lo scopo di ridurre le dimensioni dei tumori troppo voluminosi e, quindi, di permettere un intervento che non comporti l'asportazione di tutta la vescica, è attualmente in corso di studio. La chemioterapia può essere somministrata per via intravesicale (il chemioterapico viene inserito direttamente in vescica attraverso un catetere) sia per ridurre il rischio di recidiva dopo TUR, sia per controllare un tumore primitivo.

I **farmaci** più comunemente impiegati sono l'**adriamicina**, l'**epirubicina** e, recentemente, la **gemcitabina**. Va segnalata anche un'altra modalità di terapia intravesicale: l'**immunoterapia**, che prevede l'impiego del **BCG** (bacillo di Calmette-Guérin) che stimola le cellule del sistema immunitario. Dopo resezione endoscopica di forme superficiali a rischio elevato di recidiva, il BCG intravesicale ha dimostrato di ridurre il tasso di recidiva. La chemioterapia somministrata per via sistemica (attraverso delle flebo) può trovare indicazione nella fase preoperatoria (chemioterapia neoadiuvante) in tumori localmente avanzati con lo scopo di ridurre le dimensioni della neoplasia e consentire un intervento chirurgico meno mutilante; nella fase post-operatoria (chemioterapia adiuvante) al fine di distruggere eventuali micrometastasi; nella fase avanzata, quando la neoplasia non può essere controllata esclusivamente da trattamenti di tipo chirurgico e radioterapico.

Solitamente il trattamento chemioterapico prevede l'**associazione di più farmaci**; nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente non siano ottimali o vi siano delle patologie associate, potrebbe essere consigliata una **monochemioterapia** (terapia con un solo farmaco). I farmaci più attivi sono rappresentati da **cisplatino**, **carboplatino**, **methotrexate**, **vinblastina**, **antracicline**, la **gemcitabina** e i **taxani** (paclitaxel e docetaxel).

LA DOMANDA

Che cos'è il linfedema?

È un accumulo di liquido nei tessuti, che si manifesta con il gonfiore. Può interessare braccia o gambe dopo l'asportazione chirurgica dei vasi linfatici o dei linfonodi ascellari o inguinali.

LA RICETTA

Polpette di bollito

Ingredienti per 4 persone:
500 g bollito di manzo, 2 cucchiari di parmigiano grattugiato, 80 g mollica di pane, 2 uova, prezzemolo tritato, sale, latte, farina.

Preparazione

Passare nel tritacarne il bollito e metterlo in una terrina con le uova, la mollica del pane imbevuta nel latte, il parmigiano, il prezzemolo tritato, il sale. Amalgamare il tutto e fare tante polpette, infarinare e friggerle nell'olio ben caldo. Servirle calde versandoci sopra qualche goccia di aceto balsamico.

PROBLEMI ALLA BOCCA?

ECCO COSA MANGIARE

L'infiammazione del cavo orale è uno degli effetti collaterali della chemioterapia. Per questo è necessario scegliere accuratamente i cibi da consumare. Ecco alcuni consigli sulle pietanze che si possono mangiare:

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

Da evitare

- alcolici
- fumo
- bevande gassate e acide (spremute e succhi di arancia, pompelmo e limone)
- spezie (pepe, peperoncino, curry)
- alimenti troppo salati o affumicati
- alimenti troppo caldi
- salsa di pomodoro
- agrumi
- ananas



800.237303

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

Terapia del dolore, Italia quintultima

In Italia, i farmaci anti-dolore sono somministrati solo al 12% dei pazienti che ne avrebbero bisogno, cioè a poco più di 200mila persone. E il nostro Paese è al quintultimo posto nel mondo, con 150 prescrizioni medie giornaliere per milione di abitanti, prima solo dell'Ecuador, Cina, Bolivia e Algeria. Sono i dati ricordati dall'Osservatorio della terza età. La "figuraccia" dell'Italia è ancora più marcata rispetto agli altri Paesi europei. Nel 2002, prosegue l'Osservatorio in una nota, sono state consumate tre milioni di confezioni di oppiacei, 12 volte di meno della Germania (35 mln), 32 meno della Francia (100 mln) e addirittura 110 volte inferiori a quelle della Danimarca. Inoltre, le regioni dovrebbero garantire tra 0,4 e 0,5 posti letto ogni 10 mila abitanti per le cure palliative, ma la media nazionale è ferma allo 0,3.



L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)

L'AIOM è nata nel 1973 e riunisce la maggioranza degli oncologi medici italiani. Tra i suoi obiettivi, la ricerca e l'informazione corretta su cura e prevenzione dei tumori. La sede è a Milano in via Nöe 23 tel. 02 70630279 aiom.mi@tiscalinet.it www.aiom.it; www.oncologiaonline.org. Il presidente nazionale è il prof. Roberto Labianca



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

Supplemento a AIOM NOTIZIE. N. 1/2004 Reg. Trib. di Brescia n° 35/2001 del 2/7/2001

info società

Consiglio Direttivo Nazionale AIOM


Presidente
Roberto Labianca
Presidente Eletto
Emilio Bajetta
Segretario
Carmelo Iacono
Tesoriere
Marco Venturini
Consiglieri
Vincenzo Adamo, Sandro Barni, Oscar Bertetto, Filippo De Marinis, Gianfranco Filippelli, Fausto Roila, Giovanni Rosti, Vittorina Zagonel

AIOM info società

Direttore Responsabile
Mauro Boldrini
Coordinamento
Gino Tomasini
Sabrina Smerrieri
Redazione
Carlo Buffoli, Sergio Ceccone, Daniela Peliccioli, Giuliano D'Ambrosio
Stampa
Officine Grafiche Staged
S. Zeno Naviglio (Bs)

Intermedia editore

Healthcare Communication Network
via Malta 12B - 25124 Brescia
Tel. 030.226105 - Fax. 030.2420472
mediabs@tin.it
Via C. Morin, 44 - 00195 Roma
Tel. 06.3723187
intermedia@intermedianews.it
www.medinews.it

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di  *Innovazione per la salute*