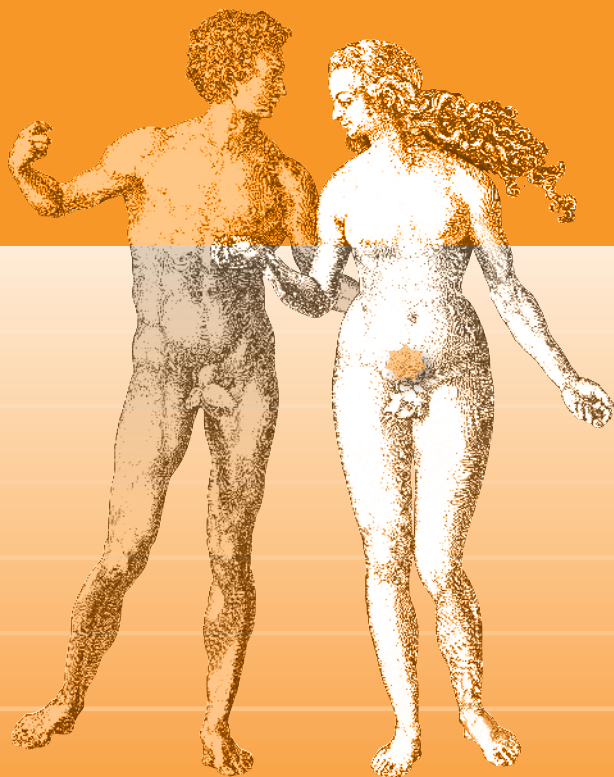




Il cancro del corpo dell'utero

Carcinoma endometriale, sarcoma uterino



Un'informazione della Lega
contro il cancro
per malati e familiari

Le Leghe contro il cancro in Svizzera: prossimità, confidenzialità, professionalità

Offriamo consulenza e sostegno di prossimità ai pazienti oncologici, ai loro familiari e amici. Nelle 60 sedi delle Leghe contro il cancro operano un centinaio di professionisti ai quali si può far capo gratuitamente durante tutte le fasi della malattia.

Le Leghe cantonali organizzano campagne di sensibilizzazione e prevenzione delle malattie tumorali presso la popolazione, con l'obiettivo di promuovere stili di vita salutari e quindi ridurre il rischio individuale di ammalarsi di cancro.

Impressum

Editrice

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40, casella postale, 3001 Berna
Tel. 031 389 91 00, fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch, www.legacancro.ch

Direzione del progetto – 2ª edizione in tedesco

Andrea Seitz, collaboratrice scientifica,
Lega svizzera contro il cancro, Berna

Consulenza scientifica

Prof. Dr. med. Daniel Fink, specialista FMH in ginecologia e ostetricia con specializzazione in oncologia ginecologica, direttore della Clinica di ginecologia e del centro di oncologia ginecologica dell'Ospedale universitario di Zurigo; PhD Dr. med. Urban Novak, specialista FMH in medicina interna e oncologia, direttore della clinica universitaria di oncologia medica, Inselspital di Berna

Collaboratori della Lega svizzera contro il cancro, Berna

Dr. med. Karin Huwiler, collaboratrice scientifica; Sabine Jenny, MAE, infermiera HF; Verena Marti, responsabile pubblicazioni; Lorenzo Terzi, collaboratore pubblicazioni; Dr. med. Mark Witschi, collaboratore scientifico

Traduzione

Paolo Valenti, Zurigo

Lettorato

Antonio Campagnuolo, Lugano

Immagine di copertina

Adamo ed Eva, disegno di Albrecht Dürer

Illustrazioni

p. 7: Frank Geisler, illustratore scientifico, Berlino
pp. 12, 13: Willi R. Hess, disegnatore scientifico, Berna

Immagini

pp. 4, 30: shutterstock
p. 22: ImagePoint AG, Zurigo
p. 50: Peter Schneider, Thun

Design

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Stampa

Jordi AG, Belp

Questo opuscolo è disponibile anche in lingua tedesca e francese.

© 2015, 2008 Lega svizzera contro il cancro, Berna | 2ª edizione rivista

Indice

Editoriale	5
Che cos'è il cancro?	6
Il cancro del corpo dell'utero	12
L'utero e gli organi vicini	13
La funzione dell'utero	14
I tipi di cancro del corpo dell'utero	15
Possibili cause e rischi	16
Possibili disturbi e sintomi	18
Esami e diagnosi	19
Gli stadi della malattia	20
La terapia del cancro del corpo dell'utero	24
Chirurgia	24
Radioterapia	27
Terapie farmacologiche	29
Quale terapia e in quale stadio della malattia?	34
Pianificazione del trattamento	34
Intenti terapeutici	35
La terapia del carcinoma endometriale	38
La terapia dei sarcomi uterini	41
La terapia in caso di recidiva	41
Studi clinici	42
Gli effetti indesiderati	43
Effetti sulla fertilità e sulla sessualità	44
Altri trattamenti	46
Controlli periodici e riabilitazione	46
La terapia del dolore	46
Medicina complementare	47
Dopo le terapie	48
Consulenza e informazione	51



Cara lettrice

Una diagnosi di cancro è spesso uno shock, sia per chi la riceve in prima persona, sia per i familiari e gli amici. Stravolge la quotidianità e cambia, da un momento all'altro, le prospettive di vita. Scatena una tempesta di sentimenti contrastanti di paura, di rabbia e di speranza. Suscita mille interrogativi.

Ci auguriamo che le informazioni contenute nel presente opuscolo Le siano di aiuto nell'affrontare la malattia. Le spiegheremo come insorge il cancro del corpo dell'utero, come si formula la diagnosi e quali sono i tipi di trattamento usati. Le forniremo indicazioni utili per il periodo che segue le terapie e, per facilitarle la convivenza con la malattia, La indirizzeremo verso servizi di sostegno.

Le terapie contro il cancro del corpo dell'utero sono sempre più efficaci e meglio tollerate. Oggigiorno, nella maggior parte dei casi, il cancro del corpo dell'utero è curabile se diagnosticato in tempo, ossia mentre è ancora circoscritto al corpo dell'utero. Se al momento

della diagnosi il cancro del corpo dell'utero si trova già in uno stadio più avanzato, spesso è possibile rallentare la progressione della malattia e lenirne i sintomi. Anche quando la guarigione completa non è più possibile, vi sono delle misure capaci di mantenere la qualità di vita.

In caso di domande, non esiti a rivolgerti a un medico o al personale curante. Chieda aiuto a chi Le sta vicino: familiari, amici, vicini di casa.

Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro troverà ulteriori informazioni e suggerimenti. Inoltre, può contare sul sostegno e sulla disponibilità all'ascolto delle consulenti specializzate delle Leghe cantonali e regionali nonché della Linea cancro. A pagina 51 sono elencati i recapiti dei rispettivi servizi di consulenza.

Le auguriamo ogni bene.

La Sua Lega contro il cancro

Che cos'è il cancro?

Il termine «cancro» denota un insieme di malattie diverse che presentano caratteristiche comuni:

- cellule che, in origine, erano normali incominciano a proliferare in modo incontrollato, trasformandosi così in cellule cancerose;
- le cellule cancerose s'infiltrano nel tessuto circostante distruggendolo e invadendolo;
- le cellule cancerose hanno la capacità di staccarsi dal loro luogo d'insorgenza per formare nuovi focolai di malattia in altre parti del corpo (metastasi).

Quando si parla di «cancro» s'intende una crescita incontrollata, maligna di cellule corporee. Spesso il cancro è chiamato anche «tumore». Un tumore è un accumulo patologico di cellule che può essere di natura benigna o maligna. I tumori maligni sono spesso designati anche con il termine di «neoplasie». Una neoplasia è una massa di nuova formazione, una neoformazione (dal greco *neos* = nuovo).

Vi sono oltre duecento tipi diversi di cancro. Si opera una distinzione tra tumori solidi, che originano dalle cellule di un organo e che formano una massa di cellule (nodulo), e malattie del sistema

sanguigno e linfatico (per es. leucemie). Una leucemia può manifestarsi, per esempio, attraverso un ingrossamento dei linfonodi oppure con alterazioni del quadro ematologico.

I tumori maligni solidi che originano dai tessuti di rivestimento, come la pelle e le mucose, o dai tessuti ghiandolari sono chiamati «carcinomi». Ecco perché il cancro del corpo dell'utero è chiamato anche «carcinoma endometriale». La maggior parte dei tumori maligni è costituita da carcinomi.

Sono definiti «sarcomi» (dal greco *sarkos* = carne e *oma* = protuberanza) i tumori maligni solidi che originano da tessuti connettivi, adiposi, cartilaginei, muscolari e ossei o da vasi. Il «sarcoma uterino» appartiene a questa categoria.

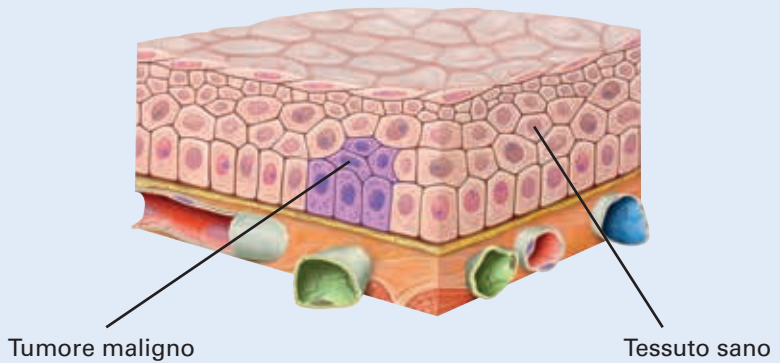
Benigno o maligno?

I tumori benigni, crescendo, comprimono i tessuti sani, ma non li infiltrano. Inoltre, i tumori benigni non formano metastasi. Secondo la loro localizzazione, anche i tumori benigni possono tuttavia provocare seri disturbi dovuti alla compressione di tessuti sani (per es. nervi) o a stenosi di orifici o condotti anatomici (per es. vasi sanguigni).

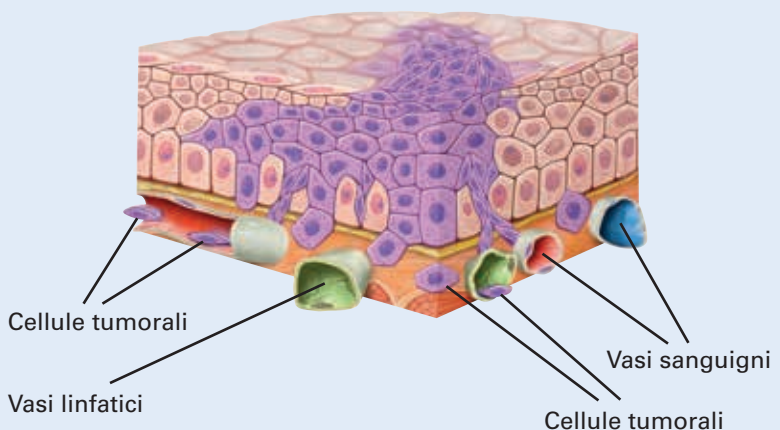
Come si forma un tumore

Esempio: un carcinoma che trae origine da tessuti epiteliali di rivestimento

Il tumore incomincia a svilupparsi nel tessuto sano.



Il tumore si infiltra nei tessuti adiacenti. Attraverso i vasi sanguigni (in rosso/blu) e linfatici (in verde), le cellule tumorali si diffondono in altri organi dove formano metastasi.



Vi sono tumori benigni che, con il tempo, possono evolvere in tumori maligni. I polipi intestinali ne sono un esempio. Si tratta di escrescenze sulla superficie della mucosa intestinale che possono precedere la comparsa di un cancro dell'intestino.

I tumori maligni, invece, s'infiltrano nei tessuti adiacenti, danneggiandoli. Inoltre, essi formano nuovi vasi sanguigni per approvvigionarsi di sostanze nutritive.

Le cellule cancerose possono raggiungere i linfonodi e altri organi attraverso i vasi linfatici e sanguigni, e formarvi metastasi. Di solito, è possibile stabilire da quale organo e da quale tipo di cellula derivino le metastasi.

Tutto ha inizio nella cellula

I tessuti e gli organi che formano il nostro corpo sono costituiti da milioni di cellule. Il nucleo cellulare racchiude il piano di costruzione dell'essere vivente: il patrimonio genetico (genoma) con i suoi cromosomi e geni; esso è composto dal DNA (acido desossiribonucleico), il materiale portatore del messaggio genetico.

La divisione cellulare dà origine a nuove cellule, assicurando così il ricambio cellulare. Il patrimonio genetico può subire dei danni se, durante il processo di divisione cellulare, si verificano degli errori oppure per tante altre cause. Normalmente le cellule sono in grado di riconoscere e riparare i danni subiti oppure di programmare la propria morte. Tuttavia, può accadere che tali meccanismi falliscano e che le cellule danneggiate (mutate) riescano a moltiplicarsi liberamente. Tali cellule proliferano in modo incontrollato e si accumulano fino a formare un nodulo, un tumore.

Dimensioni inimmaginabili

Un tumore con un diametro di un centimetro è costituito da milioni di cellule. Gli sono occorsi presumibilmente diversi anni per raggiungere tale grandezza. In altre parole: un tumore non insorge dall'oggi al domani. La sua velocità di crescita può variare secondo il tipo di cancro.

Cause

Le malattie oncologiche sono da ricondurre a mutazioni del patrimonio genetico delle cellule. Alcuni dei fattori che favoriscono tali mutazioni e che giocano un ruolo nell'insorgenza del cancro sono noti:

- il naturale processo d'invecchiamento;
- lo stile di vita (alimentazione poco equilibrata, attività fisica insufficiente, fumo, alcol, ecc.);
- influssi esterni (per es. virus, sostanze nocive, fumo, raggi UV);
- fattori ereditari e genetici.

Vi sono fattori di rischio influenzabili e fattori di rischio non influenzabili. Si stima che all'incirca un terzo delle malattie oncologiche potrebbero essere evitate eliminando fattori di rischio come il tabacco o l'alcol. Le altre malattie oncologiche sono da ricondurre a fattori di rischio non modificabili o sconosciuti.

In generale, sono molteplici i fattori che concorrono all'insorgenza del cancro. Nel caso singolo, invece, spesso non è possibile individuare con esattezza i fattori che hanno causato la malattia.

Invecchiamento

Il naturale processo d'invecchiamento favorisce l'insorgenza di malattie oncologiche. La maggior parte dei tipi di cancro sono tanto più frequenti quanto più avanzata è l'età. Suppergiù il 90 per cento delle malattie oncologiche insorgono in persone che hanno superato i 50 anni di età.

Di norma, la divisione cellulare e i meccanismi di riparazione si svolgono correttamente. Ciononostante, con il tempo e l'avanzare dell'età, si accumulano gli errori nel patrimonio genetico che potrebbero dare origine a una malattia oncologica. Con l'età aumenta quindi il rischio di ammalarsi di cancro. Poiché nella nostra società l'aspettativa media di vita è in aumento, si assiste a un incremento dei casi di cancro.

Stile di vita

Lo stile di vita è modificabile. In altre parole, è possibile modificare le proprie abitudini in fatto di fumo, alcol, alimentazione e movimento. Vivendo in modo sano, si può quindi ridurre il proprio rischio di ammalarsi di alcuni tipi di cancro.

Influssi esterni

A taluni influssi esterni, come per esempio le polveri sottili, siamo esposti involontariamente. Le nostre possibilità di mettercene al riparo sono assai limitate. Da tal altri influssi esterni, invece, possiamo salvaguardarci, per esempio attraverso la protezione solare contro i raggi UV o le vaccinazioni contro i virus che favoriscono l'insorgenza del cancro.

Fattori genetici

Si stima che da cinque a dieci pazienti oncologici su cento presentano un'alterazione del patrimonio genetico che accresce il rischio di contrarre il cancro e la cui natura ereditaria può essere accertata. In tali casi si parla di «tumori ereditari». Le persone con una presunta o accertata predisposizione al cancro dovrebbero poter beneficiare di una consulenza genetica. Non è possibile influire sulla predisposizione stessa, ma alcuni tipi di cancro possono essere diagnosticati precocemente oppure prevenuti con misure profilattiche.

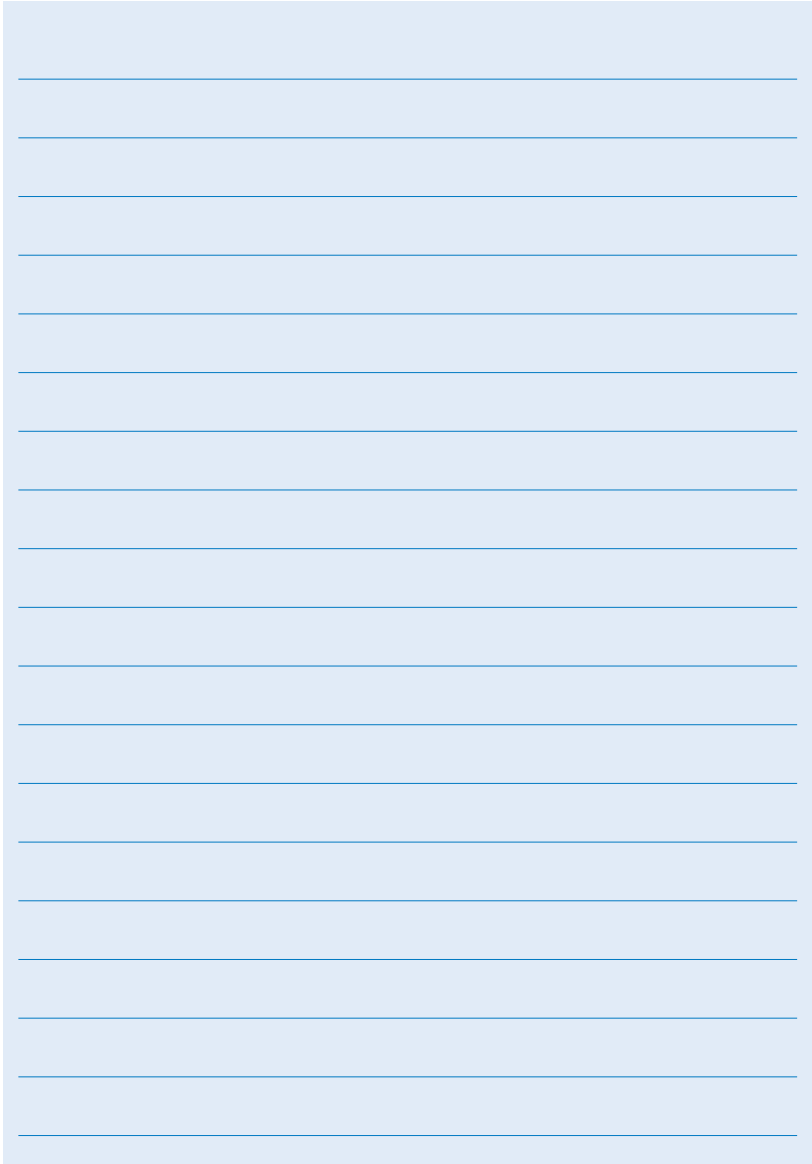
Perché io?

È possibile che si stia chiedendo perché il cancro abbia colpito proprio Lei. Forse si domanda fra l'altro: «Che cosa ho sbagliato?». È più che normale porsi tali interrogativi ed essere colti dallo sgo-mento o dalla rabbia. Le cause che portano all'insorgenza di una malattia oncologica sono molto complesse e difficili da capire anche per gli specialisti.

Nessuno può mettersi completamente al riparo dal cancro. Possono ammalarsi di cancro sia le persone che conducono una vita sana, sia le persone con comportamenti a rischio. Inoltre, di cancro ci si può ammalare a qualsiasi età. Che una persona si ammali di cancro oppure no, in parte, è anche una questione di casualità o di destino. In ogni caso, una diagnosi di cancro comporta indiscutibilmente un carico emotivo importante.

L'opuscolo intitolato «Quando anche l'anima soffre» (vedi p. 54) della Lega contro il cancro si sofferma sugli aspetti psicologici della malattia, suggerendo possibili modalità di gestione degli stati d'animo ad essa legati.

I miei appunti

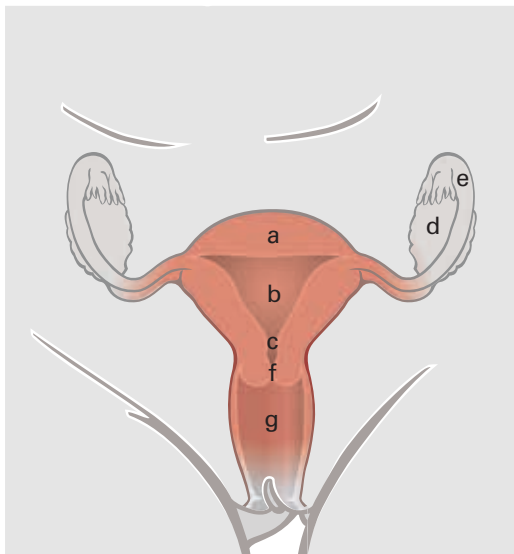


A large light blue rectangular area containing horizontal blue lines, serving as a space for notes.

Il cancro del corpo dell'utero

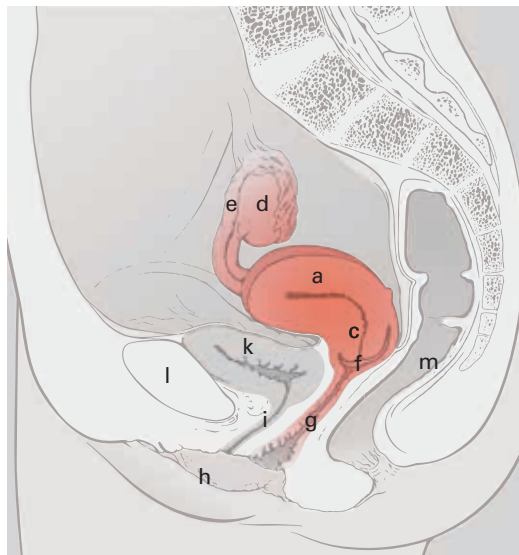
Si opera una distinzione di base tra cancro del corpo dell'utero e il cancro del collo dell'utero (cervice uterina). Quest'ultimo non è discusso nel presente opuscolo poiché si tratta di un quadro clinico diverso.

Spesso si parla in modo generico di «cancro dell'utero», non specificando esattamente di quale malattia si tratta (vedi p. 15). Il cancro del corpo dell'utero è designato solitamente con il termine di «carcinoma endometriale» (o dell'endometrio), più raramente con i termini di «tumore maligno del corpo dell'utero» o «carcinoma uterino».



L'utero e gli organi vicini

- a Corpo dell'utero
 - b Cavità uterina
 - c Collo dell'utero (cervice)
 - d Ovaia
 - e Ovidotto (tuba uterina)
 - f Orifizio esterno (portio)
 - g Vagina
- } Annessi



- h Piccole labbra
- i Uretra
- k Vescica
- l Osso pubico
- m Retto

L'utero e gli organi vicini

L'utero (dal latino *uteruse* dal greco *hyster*) è uno degli organi genitali interni femminili. È costituito dal corpo e dal collo (cervice) ed è situato nella piccola pelvi tra la vescica e il retto. Ha le dimensioni e la forma di una piccola pera.

La parte inferiore del collo dell'utero sconfinisce nella vagina ed è detta anche «portio».

Il corpo dell'utero è un organo cavo la cui spessa parete è costituita in larga parte da uno strato muscolare (miometrio) avvolto all'esterno da tessuto connettivo (perimetrio). L'interno del corpo dell'utero – la cavità uterina – è rivestito di una mucosa ricca di ghiandole (endometrio). I due ovidotti sfociano lateralmente nella parte superiore del corpo dell'utero.

Nelle illustrazioni non sono riprodotti il peritoneo, l'omento e i linfonodi. Sono però importanti nel contesto del cancro del corpo dell'utero poiché possono essere invasi da questo tumore.

Il peritoneo

Il peritoneo è costituito da un sottile tessuto di rivestimento (epitelio) che ricopre la cavità addominale e tutti gli organi al suo interno (intestino, fegato, milza, utero, ovaie). La sua superficie complessiva ammonta a circa 1,7–2 m².

La sua prima funzione è di assorbire il liquido che si raccoglie nella cavità addominale per reimmetterlo nella circolazione linfatica e sanguigna; questo compito è molto importante per la difesa immunitaria dell'organismo. Inoltre, secerne il liquido peritoneale, che agisce da lubrificante e consente agli organi di muoversi liberamente.

L'omento

Il grande omento è una specie di duplicazione della membrana peritoneale che copre soprattutto l'intestino tenue e parti dell'intestino crasso. È ricco di tessuto adiposo, vasi sanguigni e linfatici e ha un ruolo cruciale nella regolazione del liquido e per la difesa immunitaria all'interno della cavità addominale.

La funzione dell'utero

La funzione principale dell'utero è di accogliere gli ovuli fecondati, fornire loro l'apporto di sostanze nutritive e proteggere l'embrione e in seguito il feto fino alla nascita.

Una volta al mese nelle donne in età fertile si libera un ovulo da una delle due ovaie: si parla di rottura del follicolo o ovulazione. L'ovulo entra nell'ovidotto e migra fino alla cavità uterina. Se durante questo passaggio avviene la fecondazione, l'ovulo fecondato si anida nella mucosa dell'utero, dove inizia a svilupparsi l'embrione.

Lo spessore della mucosa uterina varia sotto l'influsso degli ormoni sessuali femminili. Ogni mese la mucosa viene rinnovata per consentire il possibile annidamento dell'ovulo fecondato. Se non c'è stata una fecondazione, l'endometrio si stacca e viene espulso, dando origine al sanguinamento mestruale (mestruazioni, ciclo).

Climaterio e menopausa

Da una certa età in poi la produzione degli ormoni sessuali femminili si riduce, soprattutto quella di estrogeno. Questa fase di transizione ormonale viene chiamata climaterio. A un certo punto il livello

di estrogeni nel sangue scende così tanto da impedire alla mucosa uterina di ricostituirsi, il che comporta la cessazione delle mestruazioni. L'ultima mestruazione della donna seguita da un anno senza perdite mestruali viene definita menopausa.

I tipi di cancro del corpo dell'utero

L'utero è costituito da diversi tessuti, pertanto diversi possono essere i tipi di tumore. Le forme di cancro più frequenti sono:

- i carcinomi endometriali;
- i sarcomi uterini.

Carcinomi endometriali

Si sviluppano nella mucosa dell'utero, detta endometrio, e costituiscono il 90 per cento di tutti i tumori maligni del corpo dell'utero. Sono detti anche «carcinomi dell'endometrio» o «del corpo dell'utero». Vengono suddivisi in due gruppi:

- tumori estrogeno-dipendenti (tipo 1);
- tumori non estrogeno-dipendenti (tipo 2), talvolta denominati carcinomi sierosi o a cellule chiare. Sono più aggressivi e meno frequenti dei tumori di tipo 1.

Sarcomi uterini

I tumori che hanno origine nella parete muscolare del corpo sono più rari. Tecnicamente vengono definiti «sarcomi del corpo dell'utero» o «uterini». Costituiscono circa il 10 per cento dei tumori del corpo. Ne fanno parte:

- i sarcomi dello stroma endometriale;
- i leiomiomasarcomi;
- i carcinosarcomi (tumore misto mulleriano);
- gli adenosarcomi.

In rari casi i sarcomi possono svilupparsi dai miomi. I miomi sono tumori benigni che si sviluppano nello strato muscolare dell'utero: sono molto frequenti, ma al contrario dei tumori maligni non invadono altri organi. La crescita dei miomi è dovuta alla stimolazione ormonale. Non appena cessa la produzione di estrogeni nelle ovaie a seguito della menopausa, cessa anche la formazione di miomi. La diagnosi è complicata dal fatto che purtroppo non è sempre possibile, senza un intervento chirurgico, distinguere un mioma di natura benigna da un sarcoma maligno.

In uno stadio avanzato i tumori maligni del corpo dell'utero possono diffondersi, per via diretta o

attraverso i vasi linfatici o sanguigni, nella cavità addominale e persino oltre.

Il tumore può invadere i linfonodi adiacenti, gli ovidotti, le ovaie, l'omento, il peritoneo, la vagina, la vescica e il retto. In uno stadio molto avanzato della malattia possono formarsi metastasi anche nei polmoni, più raramente nel fegato e nelle ossa.

In ben più della metà dei casi, al momento della diagnosi il tumore è circoscritto all'utero: non ha quindi ancora formato metastasi.

Possibili cause e rischi

Non si conoscono le cause precise del cancro del corpo dell'utero. Alcuni fattori e circostanze di vita possono aumentare il rischio di ammalarsi, ma non provocano necessariamente il cancro: la maggior parte di questi fattori non può essere modificata dalla singola persona.

Possibili fattori di rischio:

- età avanzata;
- soprattutto nei carcinomi endometriali di tipo 1 (vedi p. 15): circostanze che «prolungano» l'effetto dell'estrogeno sul metabolismo, come un menarca precoce, l'assenza di figli, la menopausa tardiva;

Iperplasia endometriale atipica

Si tratta di un ingrossamento patologico dell'endometrio non associato al normale ciclo mestruale, che è considerato come stadio precursore (precancerosi) del carcinoma endometriale. Disturbi del ciclo mestruale possono esserne un sintomo, pertanto devono essere sempre chiariti da un ginecologo.

In caso di iperplasia atipica, alle donne che non desiderano più avere figli o in menopausa di solito si consiglia l'asportazione dell'utero ed eventualmente anche delle ovaie.

Se invece una donna desidera ancora avere un figlio, si potrà ricorrere ad altre terapie, ma solo dopo un'attenta valutazione del rischio e un'approfondita consulenza ginecologica.

- forte sovrappeso (le cellule adipose del corpo producono estrogeni);
- diabete;
- terapia ormonale sostitutiva prolungata a base di estrogeni durante il climaterio, senza aggiunta di un progestinico;
- cancro del seno attuale o alcuni trattamenti antiormonali prescritti contro il cancro del seno (tamoxifen), che possono stimolare la crescita della mucosa uterina;
- fattori ereditari;
- iperplasia endometriale atipica (vedi riquadro);
- una radioterapia del bacino può aumentare il rischio di sarcomi uterini.

Rischio di cancro familiare

In rari casi, all'origine di un tumore del corpo dell'utero vi è una predisposizione genetica; in questi casi si parla di rischio di cancro ereditario.

Una tipica predisposizione ereditaria che può aumentare il rischio di tumore del corpo dell'utero anche nelle donne giovani è il cosiddetto «HNPCC» (*hereditary non poliposis colorectal cancer* = cancro del colon-retto ereditario non polipomatoso) o «sindrome di Lynch».

Questo fattore predisponente è associato anche a un rischio aumentato di cancro dell'intestino e del retto e di altri tipi di cancro, come quello dello stomaco e della vescica.

Nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Rischio di cancro ereditario» troverà maggiori informazioni in merito (vedi p. 54). In particolare l'opuscolo affronta la questione dell'opportunità, per Lei e per i Suoi familiari, di accertare tale rischio e delle eventuali conseguenze di una decisione del genere.

Circa 900 donne colpite

Ogni anno in Svizzera si registrano circa 900 nuovi casi di cancro del corpo dell'utero.

Al momento della diagnosi una donna su dieci ha meno di 50 anni, cinque sono nella fascia d'età compresa tra i 50 e i 69 anni e quattro ne hanno più di 70. L'età media al momento della diagnosi è di 68 anni: dunque, la maggior parte delle donne si ammala dopo la menopausa. Il cancro del corpo dell'utero è la quarta forma di cancro più diffusa nelle donne.

Possibili disturbi e sintomi

Il cancro del corpo dell'utero ha una crescita relativamente lenta, tuttavia già nei primi stadi può manifestarsi con i seguenti disturbi e sintomi:

- perdite vaginali dopo la menopausa;
- nelle donne più giovani: perdite intermestruali o *spotting* fuori dal ciclo, mestruazioni di durata superiore ai sette giorni;
- perdite maleodoranti;
- dolori al basso ventre;
- inspiegabile perdita di peso.

Anche se questi disturbi sono solitamente imputabili ad altre cause meno gravi rispetto a un cancro, devono tuttavia essere sempre chiariti da un medico. Le mestruazioni irregolari possono essere il sintomo precoce di un cancro del corpo dell'utero. Prima viene individuato, migliori sono le possibilità di cura e di guarigione dal tumore.

Oggi il carcinoma endometriale di tipo 1 (vedi p. 15), particolarmente frequente, viene diagnosticato molto spesso in uno stadio precoce ed è perciò ben curabile.

Esami e diagnosi

Contrariamente a quanto avviene per il cancro del collo dell'utero e i suoi precursori, lo striscio vaginale effettuato di routine dal ginecologo raramente fornisce indizi di un cancro del corpo dell'utero. Le perdite ematiche insolite possono per contro essere segno di un tumore (vedi p. 18).

Prima dell'esame, il ginecologo porrà domande dettagliate su eventuali sintomi (con caratteristiche e durata) e su precedenti malattie.

Esami mini-invasivi

In medicina, le tecniche che comportano solo piccoli inconvenienti sono dette mini-invasive o non invasive. Nell'ambito della diagnostica del cancro del corpo dell'utero ne fanno parte gli esami descritti di seguito.

Ecografia attraverso la vagina (transvaginale)

In questo tipo di ecografia si introduce nella vagina una sonda sottile per visualizzare l'utero insieme all'endometrio e allo strato muscolare, nonché gli organi adiacenti del bacino. Inoltre, è possibile misurare lo spessore dell'endometrio e individuare raccolte di liquido nella cavità addominale (ascite).

Tuttavia l'ecografia da sola non consente di porre una diagnosi

sicura; è necessario prelevare un campione di tessuto.

Biopsia dell'endometrio tramite aspirazione

Con una cannula di plastica molto sottile (per esempio la cosiddetta «pipelle de Cornier») viene prelevata in maniera completamente indolore una porzione minuscola di endometrio per essere esaminata al microscopio. Si tratta di un metodo attendibile per attestare la presenza di cellule maligne. Tuttavia, in caso di esito negativo (per es. se non sono riscontrate cellule maligne) non è possibile escludere con sicurezza un carcinoma dell'endometrio o un sarcoma del corpo uterino, per cui è necessario ricorrere a ulteriori esami (come un prelievo di tessuto).

Interventi diagnostici/prelievi di tessuto

Questi esami si effettuano di solito in ambulatorio, in ogni modo in anestesia parziale o totale. Attraverso la vagina si introduce nella cavità uterina una sonda (isteroscopia) munita di una mini telecamera. Quindi si dilata l'utero mediante l'immissione di liquido. Il ginecologo può osservare su un monitor le immagini della telecamera miniaturizzata e prelevare al tempo stesso campioni di tessuto o effettuare un raschiamento (vedi sotto). Il tessuto prelevato viene

esaminato in laboratorio alla ricerca di cellule cancerose e di altre caratteristiche. In presenza di cellule maligne è possibile determinare il tipo di tumore e il suo grado di differenziazione (vedi p. 23).

Isteroscopia (endoscopia dell'utero) con prelievo di tessuto (biopsia)

Il prelievo mirato di campioni di tessuto (biopsia endometriale) da zone sospette della mucosa viene effettuato soprattutto nelle donne che desiderano avere ancora figli.

Raschiamento (*curettagge*)

Nelle donne durante il climaterio o dopo la menopausa si effettua sempre un raschiamento, occasionalmente anche nelle donne più giovani. La mucosa del corpo e del collo dell'utero viene asportata con un apposito cucchiaio (*curetta*) per essere esaminata in laboratorio.

Il raschiamento uterino può compromettere la fecondità, ma al massimo per breve tempo (alcuni mesi). Dopo il raschiamento la mucosa si ricostituisce, se la donna ha ancora il normale ciclo mestruale. In casi rari possono formarsi cicatrici nella cavità uterina (cosiddetta «sindrome di Ashermann»).

Diagnosi precisa

Se nelle analisi del tessuto in laboratorio vengono riscontrate cellule

tumorali, i medici determinano l'estensione del tumore e l'eventuale interessamento di altri organi. Tuttavia la diagnosi esatta può essere posta solo durante o dopo l'asportazione dell'utero (isterectomia, vedi p. 25). La maggior parte delle pazienti in cui è stata confermata la malattia è pertanto sottoposta a intervento chirurgico.

Possibili esami supplementari

Occasionalmente, a seconda dei risultati delle prime analisi, sono effettuati ulteriori esami per poter pianificare al meglio la terapia, poiché potrebbero essere colpiti i linfonodi o altri organi (metastasi):

- radiografia del torace;
- ecografia addominale e del bacino;
- tomografia computerizzata (TC) e/o risonanza magnetica (MRT);
- raramente e a seconda del reperto: cistoscopia o colonoscopia.

Gli stadi della malattia

I vari esami permettono di accertare e valutare l'estensione della malattia. Questo processo viene chiamato anche «stadiazione» o *staging*. Grazie alla classificazione nei vari stadi – e tenendo conto di altri fattori – si può stabilire la terapia più appropriata.

Cancro del corpo dell'utero: classificazione FIGO e TNM

Il cancro del corpo dell'utero è suddiviso in quattro stadi. La classificazione più usata è la cosiddetta «FIGO», sviluppata dalla Federa-

zione internazionale di ginecologia e ostetricia. Gli stadi sono indicati con numeri romani da I a IV e con lettere. Più il numero è elevato più il tumore è esteso o, in altre parole, più lo stadio è avanzato.

Classificazione del carcinoma endometriale

FIGO		TNM
I	Il tumore è limitato al corpo dell'utero:	T1
IA	È colpita solo la mucosa uterina (endometrio) o meno della metà dello strato muscolare dell'utero (miometrio).	T1a
IB	Il tumore supera la metà del miometrio.	T1b
II	Il tumore ha invaso il collo dell'utero (cervice uterina), ma è circoscritto all'utero.	T2
III	Il tumore si estende oltre l'utero, ma non oltre gli organi della piccola pelvi (per invasione diretta o metastasi):	T3 e/o N1
IIIA	Il tumore ha invaso la superficie dell'utero, gli ovidotti o le ovaie.	T3a
IIIB	Il tumore ha invaso la vagina o il tessuto connettivo (parametrio).	T3b
IIIC	Metastasi nei linfonodi pelvici e/o para-aortici (situati lungo l'aorta).	N1
IIIC1	Metastasi nei linfonodi pelvici.	
IIIC2	Metastasi nei linfonodi para-aortici.	
IVA	Il tumore ha invaso la vescica e/o il retto.	T4
IVB	Metastasi in organi lontani (per es. nei polmoni, nel fegato o nelle ossa).	M1



Oltre alla classificazione FIGO esiste anche la classificazione TNM dell'Unione internazionale contro il cancro (UICC), che a livello internazionale si usa per tutte le forme di cancro. La lettera «T» indica le dimensioni del tumore, «N» i linfonodi colpiti e «M» le metastasi in altri organi.

Gli stadi FIGO si basano sulla stadiazione chirurgica, mentre gli stadi TNM sulla classificazione clinica e/o patologica. La tabella a pagina precedente riporta le versioni più aggiornate delle classificazioni FIGO e TNM del carcinoma endometriale ed è stata pubblicata ad aprile 2013 dall'associazione degli specialisti tedeschi *Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.* (AGO). Essa deriva dalla classificazione emessa dall'UICC nel 2010.

Nel carcinoma endometriale ormonodipendente (tipo 1) si osserva una frequenza molto elevata degli stadi I e II. I sarcomi uterini, invece, tendono a formare metastasi già in uno stadio relativamente precoce.

Grado di malignità (grading)

Per scegliere il trattamento più idoneo, oltre alla stadiazione secondo il sistema di classificazione TNM, in generale è utile esaminare al microscopio campioni di tessuto canceroso al fine di stabilire il grado di malignità del tumore.

Il grado di malignità fornisce indizi sul probabile andamento della malattia, ossia consente di dire se è più probabile una sua lenta o una sua rapida progressione. Quanto più dissimili sono le cellule cancerose da quelle sane, tanto più alto è il loro grado di malignità e tanto più rapida sarà verosimilmente la progressione della malattia. Quanto meno differenziate sono le cellule cancerose, tanto più si distinguono dalle cellule sane dalle quali hanno preso origine. In gergo si parla di «grado di differenziazione» o di grading (prestito dall'inglese).

Il grado di malignità è espresso con la lettera «G» seguita da una cifra dall'1 al 3:

- G1** Le cellule maligne sono ben differenziate, ossia assomigliano alle cellule sane e presentano un basso grado di malignità.
- G2** Le cellule maligne sono meno ben differenziate, ossia sono diverse dalle cellule sane e presentano un grado medio di malignità.
- G3** Le cellule maligne sono scarsamente differenziate, ossia sono molto diverse dalle cellule sane e presentano un alto grado di malignità.

Nel caso in cui non viene fatta una biopsia, il tessuto tumorale può essere esaminato soltanto dopo l'intervento chirurgico.

La terapia del cancro del corpo dell'utero

Nel caso individuale non sono applicati tutti i metodi terapeutici descritti.

Chirurgia

In caso di sospetto cancro del corpo dell'utero o dopo gli esami di conferma della diagnosi, in quasi tutte le donne si ricorre a un intervento chirurgico, che viene eseguito con i seguenti obiettivi:

- stabilire l'estensione (stadio) della malattia e precisare la diagnosi (vedi anche p. 21);
- asportare il più completamente possibile l'utero e altri cosiddetti «focolai tumorali extrauterini», o perlomeno ridurli;
- asportare preventivamente altri organi e tessuti in cui si formano spesso metastasi.

Se una donna desidera ancora figli, si cercherà di preservarne la fertilità. Purtroppo ciò non è sempre possibile.

Estensione dell'intervento

A seconda della localizzazione e dell'estensione del tumore o dei focolai tumorali, dello stadio della malattia e del tipo di tumore è necessario asportare, completamente o in parte, vari organi e tessuti.

Di solito è obbligatorio asportare:

- l'utero (isterectomia);
- entrambe le ovaie e i rispettivi ovidotti (annessiectomia).

Talvolta è necessario asportare anche altri organi e tessuti:

- il tessuto connettivo e i legamenti che fissano l'utero (parametrectomia);
- i linfonodi situati lungo le vene pelviche (linfadenectomia pelvica) e i grandi vasi addominali (linfadenectomia para-aortica);
- la parte superiore della vagina (colpectomia);
- il grande omento (omentectomia).

Durante l'intervento viene eseguito un lavaggio peritoneale; il liquido viene raccolto ed esaminato alla ricerca di eventuali cellule tumorali.

Esame dei tessuti (istologia)

L'esame al microscopio del tessuto prelevato si effettua già in occasione della biopsia o del raschiamento, ma soprattutto durante l'intervento chirurgico (diagnosi intraoperatoria), per determinare il tipo di tumore e il grado di differenziazione delle cellule cancerose (vedi p. 21).

Inoltre, l'istologia consente di precisare l'estensione e il grado d'infiltrazione del tumore nello strato

muscolare dell'utero. In base ai risultati dell'esame, il chirurgo deciderà quali altri organi controllare ed eventualmente asportare.

In seguito il tessuto viene sottoposto a esami di laboratorio più accurati, che servono per stabilire se siano necessarie altre terapie.

Le tecniche operatorie

Vi sono diversi metodi per operare un cancro del corpo dell'utero.

Incisione dell'addome (laparotomia)

La maggior parte delle pazienti è operata con questa tecnica. La parte bassa dell'addome viene aperta con un'incisione. Questa procedura è detta laparotomia e permette di esaminare l'intera cavità addominale alla ricerca di focolai tumorali, inoltre l'incisione consente di asportare facilmente l'utero e gli altri organi colpiti (isterectomia addominale).

Laparoscopia (chirurgia mini-invasiva)

Sempre più spesso – soprattutto per i tumori in stadi precoci e in centri con esperienza nell'impiego di questa tecnica – viene eseguito un intervento laparoscopico. Si tratta di una tecnica operatoria mini-invasiva che non richiede l'apertura dell'addome. Attraverso piccole incisioni (di 1 cm al massimo) nella zona dell'ombelico

vengono introdotti una telecamera miniaturizzata e altri strumenti speciali. Il chirurgo opera «dal buco della serratura»: vede il campo operatorio e manovra gli strumenti osservando un monitor. Per rimuovere l'utero è necessario tagliarlo prima a piccoli pezzi (isterectomia laparoscopica).

Intervento attraverso la vagina con laparoscopia

Se necessario, l'utero, gli ovidotti e le ovaie possono essere asportati anche senza incidere l'addome, passando attraverso la vagina (isterectomia vaginale). Nelle donne con cancro del corpo dell'utero l'intervento in genere è combinato con una laparoscopia (isterectomia vaginale assistita per via laparoscopica). Il chirurgo è così in grado di visualizzare la cavità addominale e determinare l'estensione del tumore.

Vantaggi e svantaggi

Il chirurgo deve spiegarle in anticipo l'ampiezza dell'intervento prevista e quali organi potrebbero essere interessati e all'occorrenza asportati.

Si informi sulle possibili conseguenze dell'intervento sulla Sua salute e sulla Sua vita quotidiana. Si faccia spiegare anche i vantaggi e gli svantaggi delle diverse tecniche operatorie nel contesto della Sua situazione personale.

Possibili conseguenze dell'intervento

Dopo l'operazione Lei avrà bisogno di qualche settimana per recuperare le piene capacità fisiche. L'asportazione dell'utero e delle ovaie ha ripercussioni sulla posizione degli altri organi nell'addome, perciò nel breve termine potrebbe subire qualche limitazione. La comparsa di conseguenze operatorie di lunga durata dipende dall'ampiezza dell'intervento e dagli organi e dai tessuti che è stato necessario asportare.

Linfedemi

Dopo l'asportazione chirurgica di linfonodi e la resezione di vasi linfatici può capitare che la linfa, ossia il liquido presente nei tessuti, non riesca più a defluire normalmente. Di conseguenza possono insorgere tumefazioni dolorose – chiamate «linfedemi» – causate dal ristagno della linfa nei tessuti. Dopo l'intervento di asportazione del cancro del corpo dell'utero i linfedemi si formano di solito nel

basso ventre, nell'inguine o nelle estremità inferiori.

Si faccia consigliare tempestivamente su cosa può fare contro i linfedemi. Per ulteriori informazioni La invitiamo a leggere l'opuscolo «Il linfedema e il cancro» (vedi p. 54).

Disturbi digestivi

Dopo l'intervento possono manifestarsi disturbi gastrointestinali passeggeri. In rari casi, se il tumore si è infiltrato nell'intestino, può essere necessario creare un ano artificiale, di solito provvisorio. Per ulteriori informazioni sull'argomento può consultare l'opuscolo «La colostomia» (vedi p. 53).

Incontinenza urinaria

L'operazione può causare per qualche tempo perdite involontarie di urina. Nella pelvi gli organi sono molto vicini gli uni agli altri, per cui durante l'intervento possono essere lesi l'uretra, la vescica, gli ureteri e anche i loro nervi. Nella maggior parte dei casi l'incontinenza cessa nei giorni o nelle settimane successive all'intervento. Se dovesse protrarsi, non esiti a chiedere consiglio: l'incontinenza si può curare.

Sessualità e immagine del proprio corpo

L'asportazione dell'utero e delle ovaie non compromette la sessua-

Per saperne di più...

... sul tema della sessualità e dell'immagine del proprio corpo legga l'opuscolo della Lega contro il cancro «Il cancro e la sessualità femminile» (vedi p. 54).

lità femminile. Le zone importanti per il piacere sessuale rimangono funzionanti come prima e non si modifica nemmeno la capacità di raggiungere l'orgasmo. Tuttavia alcune donne non si sentono più «complete» poiché associano l'essere donna con la fertilità.

Radioterapia

La radioterapia è un trattamento locale, ossia agisce solo dove i raggi colpiscono le cellule del corpo. Questo la distingue dalla maggioranza delle terapie farmacologiche contro i tumori, che, a seconda del tipo di somministrazione, si diffondono in varie parti del corpo e quindi si dice che hanno un effetto sistemico.

Una radioterapia danneggia in primo luogo le cellule cancerogene, in maniera che non possano più dividersi e moltiplicarsi e pertanto muoiano. I raggi possono colpire anche cellule sane e provocare disturbi temporanei. Tuttavia i tessuti generalmente si riprendono dopo la terapia, quando si riformano nuove cellule sane.

La radioterapia è un'opzione per distruggere le cellule tumorali non visibili ma ancora presenti nell'addome. Nel cancro del corpo dell'utero questa forma di terapia è definita «adiuvante», ossia viene eseguita

dopo l'intervento chirurgico sulla base del rischio di recidiva con l'intenzione di guarire la paziente (vedi p. 36). Se si valuta che la probabilità di recidiva sia molto bassa, generalmente dopo l'operazione si rinuncia a una radioterapia.

Di solito, nelle pazienti con cancro del corpo dell'utero in uno stadio precoce senza interessamento dei linfonodi si esegue una radioterapia interna (brachiterapia, vedi in seguito). In aggiunta, negli stadi avanzati viene eseguita una radioterapia dell'intera cavità addominale, praticata dall'esterno. A seconda della situazione, l'irradiazione può essere combinata con una terapia farmacologica contro il tumore.

Una radioterapia da sola, senza precedente intervento chirurgico, viene presa in considerazione solo nelle pazienti che non possono essere operate, poiché il tumore è in uno stadio molto avanzato o soffre di una malattia concomitante.

Radioterapia interna (brachiterapia endocavitaria)

Nella brachiterapia endocavitaria (dal greco *brachis* = vicino, corto) si introducono nella vagina alcuni applicatori cilindrici che dopo il loro posizionamento vengono caricati con una sorgente radioattiva; si parla di *afterloading*, ossia post caricamento. La procedura è

chiamata anche «brachiterapia intra-vaginale». La sorgente radioattiva resta nel corpo solo per breve tempo ed è poi rimossa.

L'irradiazione in sé dura solo pochi minuti, ma i preparativi prima di ogni seduta richiedono un po' di tempo. Il numero di sedute è stabilito su base individuale.

La brachiterapia ha diversi vantaggi rispetto all'irradiazione esterna. Siccome la sorgente radioattiva è collocata in prossimità del tumore, il tessuto sano circostante viene ampiamente risparmiato e si sviluppano meno effetti collaterali. Ciò consente di erogare dosi maggiori in modo da danneggiare più a fondo il tumore.

Radioterapia esterna (radioterapia percutanea)

I raggi sono emessi da una sorgente esterna al corpo e attraversano la pelle della parete addominale (via percutanea) per colpire il tessuto invaso dal tumore e i linfonodi circostanti. Il campo d'irradiazione viene delimitato con precisione mediante l'ausilio della tomografia computerizzata e si esegue un calcolo esatto della dose di raggi che deve agire in ciascuna zona del campo. In questo modo si ottiene una radioterapia mirata sulle zone da trattare, evitando ampiamente di ledere gli organi vicini come la vescica e il retto.

La paziente si reca in ambulatorio per la radioterapia dal lunedì al venerdì durante quattro o sei settimane. Le singole sedute durano solo pochi minuti.

Possibili conseguenze di una radioterapia

La brachiterapia attraverso la vagina o una radioterapia percutanea addominale possono provocare i seguenti effetti collaterali:

- arrossamento e irritazione della mucosa vaginale, soprattutto dopo la brachiterapia intravaginale (secchezza, infiammazione, infezioni fungine, cicatrici);
- disturbi della sessualità (dolore, mancanza di desiderio);
- irritazione delle vie urinarie (dolore durante la minzione, incontinenza urinaria);
- irritazione di stomaco e intestino (diarrea, coliche addominali o nausea);
- danno agli ovociti (compromissione della fertilità);
- secchezza o arrossamento della pelle irradiata dopo la radioterapia esterna (effetto simile a una scottatura solare).

La maggior parte di queste reazioni è trattabile con i farmaci. Legga anche le indicazioni a pp. 43 sg. sui possibili effetti collaterali e le informazioni sui medicinali e le misure di accompagnamento a pagina 33.

Alla fine della radioterapia questi disturbi scompaiono nella maggior parte delle donne. Tuttavia in alcune pazienti possono persistere problemi della mucosa vaginale, che viene irritata dalla radioterapia esterna ma soprattutto dalla brachiterapia e può diventare secca, ipersensibile al contatto, più soggetta a ferimenti e infezioni.

La Sua équipe curante Le darà consigli sull'igiene intima dopo una brachiterapia. In caso di secchezza o ipersensibilità persistente il ginecologo potrà prescrivere gel o pomate idratanti.

Terapie farmacologiche

Le terapie con medicinali utilizzate contro il cancro del corpo dell'utero comprendono la chemioterapia e la terapia antiormonale. Spesso vengono impiegati diversi tipi di farmaci.

La chemioterapia

Per chemioterapia s'intende una cura a base di farmaci che distrug-

Per saperne di più su...

... radioterapie e i possibili effetti collaterali, legga l'opuscolo gratuito della Lega contro il cancro «La radioterapia» (vedi p. 53).

gono le cellule cancerose o ne inibiscono la crescita, i cosiddetti citostatici (dal greco *kytos* = cellula e *statikos* = che ferma). A differenza della radioterapia, che agisce localmente, i citostatici si diffondono in tutto il corpo attraverso il circolo sanguigno: essi hanno dunque un effetto sistemico.

Meccanismo d'azione

I citostatici mirano a impedire la divisione e la conseguente proliferazione delle cellule cancerose a crescita rapida. La loro somministrazione serve a eliminare o a ridurre eventuali residui di tumore nel corpo, a rallentare la progressione della malattia e a limitare lo sviluppo di metastasi. Tuttavia, con il loro meccanismo d'azione danneggiano anche le cellule sane a crescita rapida, per esempio le cellule del sistema emopoietico (midollo spinale), delle radici dei capelli (follicolo pilifero), le cellule delle mucose che si rinnovano rapidamente (bocca, stomaco, intestino, vagina), gli spermatozoi e gli ovociti.

Questo danneggiamento non voluto di cellule sane è la causa principale degli effetti collaterali delle chemioterapie. Fortunatamente, però, il tessuto originariamente sano riesce perlopiù a riprendersi, di conseguenza gli effetti indesiderati tendono a regredire o scomparire del tutto dopo il trattamento.



Procedura

A seconda del tipo di tumore e delle caratteristiche delle cellule cancerose si utilizzano diversi citostatici. Contro il cancro del corpo dell'utero si combinano in genere due o più sostanze. Si parla in questo caso di terapia combinata, in contrapposizione con una monoterapia in cui si somministra un solo farmaco.

Nel cancro del corpo dell'utero la chemioterapia inizia circa 2–3 settimane dopo l'intervento chirurgico. Solitamente è una terapia adiuvante (vedi p. 36), destinata spesso a donne con elevato rischio di recidiva. I citostatici sono somministrati di norma mediante infusione in diversi cicli, osservando una pausa di qualche giorno fino ad alcune settimane tra un ciclo e l'altro. La pausa consente alle cellule sane di riformarsi. La terapia viene eseguita nella grande maggioranza dei casi in sede ambulatoriale.

Frequenti effetti indesiderati

- Alterazioni del quadro ematico, che possono accrescere il rischio di infezioni ed emorragie e provocare una generale sensazione di stanchezza (*fatigue*);
- secchezza delle mucose (per es. bocca, vagina);
- infezioni da funghi;
- disturbi del metabolismo degli ormoni;

- compromissione della fertilità;
- nausea e vomito, disturbi gastrointestinali;
- disturbi dei reni e delle vie urinarie;
- caduta dei capelli;
- sindrome mano-piede (arrossamento e tumefazione in parte dolorosa della pelle dei palmi delle mani e/o delle piante dei piedi);
- rumore nell'orecchio (acufene, tinnito), udito debole.

L'eventuale comparsa di uno o più di questi effetti collaterali dipende dal genere dei farmaci o dalla loro combinazione nel caso specifico, ma anche dalla posologia e dalla sensibilità individuale.

La maggior parte degli effetti indesiderati è passeggera e può essere alleviata con medicamenti. L'oncologo, l'infermiere o la Sua persona di riferimento in ospedale Le daranno tutte le informazioni e i consigli necessari. Legga le indicazioni a partire da pagina 43 inerenti i possibili effetti collaterali e le informazioni sui medicamenti e le misure di accompagnamento a pagina 33.

La terapia antiormonale (endocrina)

In ambito specialistico le terapie antiormonali sono chiamate anche terapie endocrine.

Meccanismo d'azione

La terapia antiormonale si basa sull'osservazione che la crescita di alcuni tumori uterini può essere favorita dagli ormoni, come nel caso del carcinoma endometriale di tipo 1 (vedi p. 15) e del sarcoma dello stroma endometriale.

Una terapia antiormonale può inibire la produzione o gli effetti degli ormoni, ma anche entrambi i processi e quindi rallentare indirettamente la crescita delle cellule cancerose.

I farmaci sono somministrati di regola per mesi o anche per anni, sotto forma di compresse o iniezioni di deposito (i principi attivi sono rilasciati lentamente). Gli effetti collaterali sono relativamente modesti, simili a quelli che compaiono all'inizio della menopausa.

Nel carcinoma del corpo dell'utero si ricorre alla terapia antiormonale prevalentemente quando la chirurgia o una radioterapia non sono possibili o in caso di ricomparsa del tumore (recidiva). A determinate condizioni può essere applicata in via provvisoria nelle donne con desiderio di maternità per preservarne la fertilità: di solito non è sufficiente per arrestare a lungo la crescita del tumore, ma può bastare fino al termine di una gravidanza (vedi p. 45).

Frequenti effetti indesiderati

- Disturbi del climaterio (per es. vampate di calore);
- tendenza all'osteoporosi e a sviluppare fratture ossee;
- accumulo di liquidi nei tessuti (edemi);
- tendenza a sviluppare trombosi ed embolie (per es. nelle vene, nei polmoni);
- disturbi della vista;
- emorragie, alterazioni della mucosa uterina;
- dolori articolari e muscolari.

Legga anche le indicazioni generali sulla gestione degli effetti collaterali a pagina 43 sgg.

La terapia antiormonale non va confusa con la terapia ormonale sostitutiva (vedi p. 45), usata per esempio nel climaterio per alleviare i sintomi della mancanza di ormoni. Spesso nella medicina dei tumori viene utilizzata l'espressione «terapia ormonale» per quella che in realtà è una terapia antiormonale.

Per saperne di più su...

... la terapia farmacologica contro i tumori e cosa si può fare contro gli effetti collaterali, legga l'opuscolo «Terapie medicamentose dei tumori» (vedi p. 53).

Medicamenti e misure di accompagnamento

Per combattere i sintomi e gli effetti collaterali causati dalla malattia o dalle terapie, come nausea, diarrea, stitichezza, febbre e infezioni, affanno respiratorio, dolori e bassi valori delle cellule del sangue, il medico può prescrivere – anche a scopo preventivo – ulteriori farmaci o misure terapeutiche:

- antiemetici contro nausea e vomito;
- antidiarroici contro la diarrea o lassativi contro la stitichezza;
- antipiretici contro la febbre (in parte identici agli analgesici);
- antibiotici contro le infezioni batteriche;
- antimicotici contro le infezioni da funghi;
- analgesici contro il dolore;
- trattamenti contro le infiammazioni della mucosa orale o della gola (per es. sciacqui, igiene orale);
- trasfusioni di sangue o medicinali contro l'anemia o trasfusioni di piastrine in caso di rischio di emorragia;
- misure igieniche e farmacologiche di sostegno al sistema immunitario in caso di forte diminuzione dei globuli bianchi (leucopenia, neutropenia);
- bifosfonati contro l'osteoporosi;
- preparati a base di cortisone, tra l'altro per prevenire reazioni allergiche e contro la nausea.

L'assunzione scrupolosa dei farmaci prescritti è essenziale per l'efficacia della terapia. Legga anche il capitolo «Gli effetti indesiderati» a pagina 43.

Quale terapia e in quale stadio della malattia?

Per la scelta della terapia sono determinanti in particolare i seguenti fattori:

- il tipo di tumore (carcinoma endometriale, sarcoma, ecc.);
- lo stadio della malattia (vedi pp. 20 sg.);
- la valutazione del tessuto tumorale (vedi p. 23, «Grado di malignità»).

Inoltre, vengono considerati lo stato generale di salute, i desideri personali e l'età della paziente.

Pianificazione del trattamento

Se il raschiamento o la biopsia corroborano il sospetto di un tumore, per prima cosa viene eseguita l'operazione, il tessuto è esaminato precisamente ed è definito lo stadio della malattia.

Le terapie supplementari eventualmente necessarie sono pianificate e controllate in un contesto interdisciplinare. In altre parole, specialisti di diversi campi valutano insieme la situazione in un cosiddetto «tumor board» per proporre alla paziente il trattamento più adatto al suo caso.

Nel cancro del corpo dell'utero si tratta soprattutto di specialisti dei seguenti campi:

- ginecologia: malattie dell'apparato genitale femminile, ostetricia;
- ginecologia oncologica: trattamento chirurgico dei tumori del seno e degli organi genitali;
- oncologia: terapie farmacologiche dei tumori, misure di accompagnamento, coordinamento del trattamento, assistenza dopo la terapia;
- patologia: analisi dei tessuti;
- psico-oncologia: sostegno alla gestione della nuova vita dopo il cancro;
- radiologia e medicina nucleare: metodi di visualizzazione per scopi diagnostici e terapeutici;
- radio-oncologia: radioterapia;
- urologia: malattie degli organi dell'apparato urinario e degli organi sessuali;
- chirurgia viscerale: chirurgia degli organi addominali;
- genetica medica: accertamento di una predisposizione ereditaria.

Intenti terapeutici

Il tipo di tumore e lo stadio della malattia determinano lo scopo che si persegue con la terapia.

Intento curativo

(dal lat. *curare* = guarire, curare)

L'obiettivo che ci si prefigge con la terapia è di curare la malattia.

In linea generale, l'intento è curativo quando il tumore può essere asportato completamente e non vi sono metastasi.

Questo di solito è il caso del cancro del corpo dell'utero. Negli stadi avanzati della malattia o in rari e aggressivi tumori dell'utero non ci si può più aspettare una guarigione.

Tuttavia, anche se il tessuto affetto dal tumore può essere completamente rimosso, nel caso del cancro del corpo dell'utero ciò non significa sempre una soluzione a lungo termine senza tumore. Il rischio di recidiva rimane. Pertanto, prima o dopo un'operazione, a volte si considera anche una terapia antitumorale e/o una radioterapia.

Intento palliativo

(dal lat. *palliare* = avvolgere in un mantello)

Se una remissione è considerata improbabile, l'obiettivo della terapia è di impedire che la malattia progredisca e di controllarne i sintomi.

La qualità della vita è prioritaria: gli interventi di medici, infermieri, psicologi, assistenti spirituali e altre figure professionali mirano ad alleviare i sintomi e le sequele della malattia come per esempio i dolori, l'ansia, la paura, la stanchezza, difficoltà di alimentazione, ecc.

Faccia chiarezza dentro di sé, eventualmente con l'aiuto di uno psico-oncologo o di una psico-oncologa, sul significato che ha per Lei l'espressione «qualità di vita». In seguito ne parli con la Sua équipe curante affinché possa tener conto delle Sue esigenze personali.

Terapia neoadiuvante

(dal gr. *neos* = nuovo e dal lat. *adiuvare* = sostenere, aiutare)

La terapia (chemioterapia, radioterapia) è chiamata «neoadiuvante» allorché è effettuata prima dell'intervento chirurgico allo scopo di rimpicciolire il tumore. La terapia neoadiuvante rende il tumore operabile o, nei casi più favorevoli, ne consente l'asportazione chirurgica completa.

Nel cancro del corpo dell'utero le terapie neoadiuvanti non si sono dimostrate utili, perciò non vengono applicate.

Terapia adiuvante

(dal lat. *adiuvare* = sostenere, aiutare)

La terapia è chiamata «adiuvante» allorché è effettuata dopo l'intervento chirurgico al fine di eliminare eventuali cellule tumorali residue.

Essa mira alla distruzione anche delle metastasi più piccole (micro-metastasi) per ridurre il rischio di recidiva, ossia per impedire alla malattia di ripresentarsi o di progredire.

Obiettivi della terapia

Prima dell'inizio della terapia definisca con il Suo medico l'obiettivo che vuole raggiungere. Si tratta di una terapia curativa o palliativa?

Durante il trattamento gli obiettivi sono continuamente rivalutati e adattati in base al decorso della malattia, al successo ottenuto o alla situazione personale della paziente. Tutti gli adeguamenti sono decisi sempre in accordo con la paziente.

Chieda consiglio e sostegno

Chieda tutto ciò che vuole sapere sulla terapia.

Si faccia accompagnare ai colloqui con i medici da un familiare o da una persona a Lei vicina. Si prepari ai colloqui facendo una lista di tutte le domande che vuole porre in modo da non dimenticarne alcuna.

Può interpellare anche il Suo medico di base o chiedere un secondo parere a un altro medico specialista o centro d'eccellenza. Non deve temere che ciò sia interpretato come un segno di sfiducia. Si tratta di un diritto ormai generalmente riconosciuto.

Qualora sentisse l'esigenza di parlare del carico emotivo e delle ripercussioni sociali che la malattia comporta per Lei, può chiedere di essere indirizzato a uno psico-oncologo o a una psico-oncologa. I colloqui di sostegno possono alleviare la Sua sofferenza psicologica e aiutarla a trovare strategie per affrontare il percorso di malattia (vedi p. 51).

Decisione condivisa

Le consigliamo di chiedere un colloquio con i medici specialisti competenti per le terapie che Le sono state proposte. In alcuni ospedali e in alcune strutture ambulatoriali vi è una persona responsabile del coordinamento delle terapie che può fungere da interlocutore.

Non abbia paura di fare domande

- Che cosa posso aspettarmi dalla terapia proposta? Può farmi vivere più a lungo? Migliorerà la mia qualità di vita?
- Esistono alternative al trattamento proposto?
- Quali sono i vantaggi e gli svantaggi del trattamento?
- In questo ospedale si trattano con più frequenza casi di cancro del corpo dell'utero? Quanta esperienza hanno i medici nella chirurgia di questo tumore? Queste domande sono importanti perché l'esperienza dell'équipe curante può incidere sul decorso della malattia e sulla qualità di vita.
- Bisogna asportare linfonodi? Quali saranno le conseguenze per la mia salute?
- Quali sono le possibili complicazioni dell'intervento?
- Quali sono i possibili effetti collaterali? Saranno temporanei o permanenti? Come è possibile contrastarli?
- Il trattamento avrà conseguenze sulla mia fertilità e la mia sessualità?
- Quali ulteriori disturbi devo temere se il tumore ha invaso anche altri organi o se saranno danneggiati durante l'intervento?
- C'è un rischio di incontinenza urinaria/fecale?
- Come incideranno presumibilmente la malattia e la terapia sulla mia vita privata e professionale?
- Se rinuncio a determinati trattamenti, quali possono essere le conseguenze sul tempo che mi resta da vivere e sulla qualità di vita?
- Dopo l'intervento potrebbero sorgere ulteriori domande, come: il tumore è stato asportato completamente durante l'operazione? Questo che cosa significa nel mio caso?
- Quali altri trattamenti potrebbero essere necessari dopo l'intervento?
- I costi della terapia sono a carico della cassa malati?

Può porre domande in qualsiasi momento, rimettere in discussione una decisione presa in precedenza o chiedere tempo per riflettere. L'importante è che non acconsenta a una misura terapeutica prima di essere stata informata in dettaglio e in modo per Lei comprensibile sul suo svolgimento, sulle sue possibili conseguenze e sui suoi possibili effetti collaterali.

Ha il diritto di respingere una proposta terapeutica, ma prima si faccia spiegare come potrebbe evolvere la malattia senza la terapia che Le è stata proposta.

Se vuole, può dichiarare ai medici di non voler essere coinvolto nella scelta terapeutica. Tuttavia, per interventi chirurgici e altre terapie è indispensabile il Suo consenso.

La terapia del carcinoma endometriale

Trova altre informazioni sulla stadiazione della malattia a pagina 21. I singoli metodi di cura sono descritti nel dettaglio da pagina 24.

Opzioni di trattamento

I principali metodi di trattamento del carcinoma endometriale sono:

- la chirurgia;
- la radioterapia;

- le terapie medicamentose (chemioterapia, terapia anti-ormonale).

A seconda della situazione, si ricorre a una sola o a una combinazione di queste opzioni di trattamento. L'obiettivo principale è l'eliminazione completa – o la più completa possibile – del tumore.

La terapia più frequente è l'intervento chirurgico, durante il quale nella maggior parte dei casi si procede all'asportazione dell'utero, delle ovaie e degli ovidotti.

A seconda della profondità di penetrazione del tumore nello strato muscolare dell'utero, della malignità delle cellule cancerose (vedi grado di differenziazione o *grading* a p. 23) e del tipo di carcinoma (tipo 1 o 2, vedi p. 15), potrebbero essere asportati anche i linfonodi vicini.

L'asportazione chirurgica può includere altri tessuti della pelvi o della cavità addominale se il tumore ha invaso anche queste strutture (stadi III e IV).

Con ogni paziente viene discussa individualmente l'opportunità di altre terapie (adiuvanti) per accrescere la probabilità di guarigione, ridurre il rischio di recidiva e migliorare la qualità della vita.

La mia diagnosi – la mia terapia

I risultati dei miei esami

La mia diagnosi

Quali terapie sono previste? Esistono alternative?

Quali controlli saranno necessari dopo le terapie?

A chi posso rivolgermi se prima, durante o dopo la terapia ho delle domande?

Il carcinoma endometriale in uno stadio precoce (FIGO I, II)

La maggior parte delle pazienti affette da carcinoma endometriale in uno stadio precoce con rischio di recidiva molto basso può essere curata con il solo intervento chirurgico. A tutte le pazienti è consigliata un'isterectomia totale, ossia l'asportazione dell'utero inclusa la cervice, entrambe le ovaie e gli ovidotti. Se i linfonodi regionali appaiono sospetti, è opportuno asportarli durante l'intervento.

Un'eventuale terapia adiuvante dopo l'operazione sarà decisa dopo un attento esame del tessuto prelevato e in base al tipo di tumore.

In determinati casi si propone una radioterapia adiuvante per ridurre il rischio di recidiva. Di solito si opta per una brachiterapia intravaginale. Se il rischio di recidiva è molto elevato la brachiterapia viene integrata da una radioterapia percutanea e da una successiva chemioterapia.

Nelle donne giovani con desiderio di maternità affette da un carcinoma endometriale estrogeno-dipendente nello stadio FIGO IA, eventualmente si può ricorrere come prima opzione a una terapia antiormonale.

Il carcinoma endometriale negli stadi avanzati (FIGO III, IV)

Oltre all'isterectomia totale si raccomanda l'asportazione di entrambe le ovaie e degli ovidotti, dei linfonodi regionali, del grande omento e di tutti i focolai tumorali individuabili. Talvolta è necessario rimuovere anche parti della vagina, della vescica o del retto. Dopo l'intervento viene solitamente proposta come terapia adiuvante una radioterapia (percutanea e/o brachiterapia intravaginale) con susseguente chemioterapia.

La situazione individuale della paziente può richiedere la somministrazione di una terapia antiormonale.

Inoltre, può esserle proposta una terapia nel quadro di uno studio clinico (vedi p. 42). Il Suo medico Le fornirà volentieri informazioni in merito agli studi clinici in corso e ai miglioramenti terapeutici che si prefiggono di ottenere.

Se nel caso di un carcinoma endometriale in stadio molto avanzato o aggressivo l'intervento radicale non fosse una soluzione proponibile o desiderabile, i focolai tumorali possono essere ridotti per mezzo di una radioterapia combinata (brachiterapia intravaginale e radioterapia percutanea) o eventualmente con la sola radioterapia percutanea.

La terapia dei sarcomi uterini

Trova altre informazioni sulla stadiazione della malattia a pagina 21. I singoli metodi di cura sono descritti nel dettaglio da pagina 24.

La terapia di elezione per tutti i tipi di sarcoma è la chirurgia, usualmente con l'asportazione dell'utero, delle due ovaie e degli ovidotti. A seconda del tipo di sarcoma e dello stadio della malattia, nelle donne più giovani si cerca di preservare la fertilità fino alla fine della pianificazione familiare (vedi anche p. 45).

In base all'estensione del tumore può essere necessario asportare anche dei linfonodi, così come si cerca di rimuovere nel modo più completo eventuali altri tessuti invasi dal tumore.

Dopo l'operazione, a seconda della situazione e del tipo di sarcoma, entrano in considerazione una radioterapia (radioterapia percutanea e/o brachiterapia intravaginale), la chemioterapia o una terapia antiormonale, con l'obiettivo di ridurre i residui tumorali e il rischio di recidiva.

Siccome i sarcomi uterini hanno la spiccata tendenza a formare recidive anche negli stadi precoci, dopo l'intervento è importante una stretta sorveglianza del decorso.

Se il tumore è in uno stadio molto avanzato, di solito si rinuncia all'operazione, poiché realisticamente non ci sono più chance di completa guarigione. In questi casi si può ricorrere a una chemioterapia per ridurre i focolai tumorali e attenuare i disturbi.

La terapia in caso di recidiva

La ricomparsa di un carcinoma endometriale o di un sarcoma uterino viene affrontata nel limite del possibile con un nuovo intervento chirurgico. Anche per le metastasi isolate (per es. nel polmone o nel fegato) la scelta più indicata è l'asportazione chirurgica. Nelle pazienti inoperabili solitamente si ricorre a una radioterapia. Se non entrano in considerazione né la chirurgia né la radioterapia, viene raccomandata una terapia farmacologica (chemioterapia o terapia antiormonale).

Studi clinici

La ricerca medica sviluppa in continuazione nuove procedure e approcci terapeutici (per es. nuovi tipi di interventi chirurgici, nuovi medicinali) sempre con l'obiettivo che le persone trattate tragano maggiori benefici, ad esempio un allungamento della vita, il rallentamento della progressione della malattia o una migliore qualità della vita. Nell'ambito degli studi si esamina se una nuova forma di terapia è migliore di una già esistente.

Un colloquio personale con il Suo medico potrà chiarire quali vantaggi o svantaggi potrebbe avere nel Suo caso la partecipazione a uno studio clinico. Spesso i pazienti che acconsentono a partecipare a uno studio clinico sono motivati anche dal pensiero dei possibili benefici per le persone che si ammaleranno di cancro dopo di loro.

Può darsi che Le venga proposto di effettuare una terapia nel quadro di uno studio clinico. Ha anche la possibilità di cercare o di informarsi direttamente sugli studi attuali riguardanti la Sua malattia nel sito www.kofam.ch.

La partecipazione a uno studio clinico è volontaria; Lei può decidere autonomamente se farlo o no. Anche dopo aver dato il Suo assenso può sempre cambiare idea.

Il Suo rifiuto a partecipare non ha alcun effetto negativo sulla Sua terapia: riceverà in ogni caso la terapia migliore sulla base delle conoscenze disponibili.

L'opuscolo «Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 55) spiega come si svolgono questi studi e quali possono essere le implicazioni per chi partecipa.

Gli effetti indesiderati

La chirurgia, la radioterapia e le terapie medicamentose dei tumori si differenziano in termini di efficacia ed effetti collaterali. Per una descrizione dettagliata dei singoli metodi di trattamento rimandiamo a pagina 24 e seguenti.

La comparsa e la severità degli effetti indesiderati variano molto da persona a persona. Alcuni possono manifestarsi durante il trattamento e regredire in seguito spontaneamente; altri si manifestano solo più tardi, cioè una volta conclusa la terapia.

Alcuni effetti collaterali – per esempio infiammazioni, infezioni, disturbi ai nervi o reazioni cutanee – compaiono soltanto con terapie ben specifiche, pertanto è possibile che non La riguardino.

Essere informati è essenziale

La Sua équipe di cura è tenuta a informarla nel dettaglio sugli effetti indesiderati. Spesso insieme a queste spiegazioni Le viene consegnata una scheda informativa sui possibili effetti indesiderati e sulle misure per contrastarli.

La maggior parte degli effetti collaterali può essere trattata con medicinali o misure infermieristiche (vedi «Medicamenti e misure di

accompagnamento» a p. 33) e si attenua nell'arco di giorni, settimane o mesi.

È importante che Lei comunichi sempre all'équipe curante quando ha un disturbo, in modo da prendere le misure necessarie.

In particolare negli stadi avanzati della malattia si raccomanda di ponderare attentamente l'efficacia attesa della terapia contro i suoi effetti indesiderati.

Importante

- Alcuni disturbi come dolori e nausea sono prevedibili. Per alleviarli Le saranno prescritti magari fin dall'inizio, a seconda della terapia scelta, determinati farmaci di sostegno. È importante che li assuma seguendo le prescrizioni.
- Si consulti sempre con l'équipe curante prima di assumere altri prodotti di Sua iniziativa. Ciò vale anche per pomate, rimedi di medicina complementare e simili. Pur trattandosi di prodotti «naturali» e apparentemente innocui potrebbero interferire con la terapia anticancro. La Sua équipe curante è pronta a consigliarla se intende ricorrere a metodi della medicina complementare.

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 53) si occupano delle terapie antitumorali più diffuse e degli effetti della malattia e della terapia, fornendo utili indicazioni per gestirli nel modo migliore.

Effetti sulla fertilità e sulla sessualità

Menopausa anticipata

Nella terapia del cancro del corpo dell'utero sono in genere asportati, oltre all'utero, entrambe le ovaie e gli ovidotti. Per una donna ancora in età fertile ciò significa che non avrà più le mestruazioni e non potrà più avere figli. Inoltre entrerà subito in menopausa, con i tipici disturbi ad essa associati (vedi sotto). Disturbi simili possono manifestarsi anche a seguito della chemioterapia, della radioterapia o delle terapie antiormonali.

Stress psichico

Una menopausa anticipata e improvvisa provoca un grande stress psichico, soprattutto se la donna desiderava ancora avere figli e formare una famiglia.

Anche la sensibilità sessuale, la vita sessuale e la relazione di coppia ne sono influenzate. Possono essere compromessi il desiderio

sessuale (libido), la capacità di eccitarsi e la sensazione del proprio erotismo.

Disturbi della menopausa

L'improvvisa menopausa può provocare i tipici disturbi del climaterio: vampate di calore, disturbi del sonno, sbalzi d'umore, dolori articolari e mal di testa, pelle e mucose secche (occhi, vagina).

Inoltre, possono comparire edemi (ritenzione di liquido) nei tessuti, il peso può aumentare e a lungo termine può svilupparsi un'osteoporosi (diminuzione della densità ossea).

Si tratta delle stesse manifestazioni che accompagnano l'arrivo di una menopausa naturale. Tuttavia, dato che in questo caso la menopausa sopraggiunge bruscamente, i disturbi sono solitamente più intensi che nel processo naturale, nel quale la produzione di ormoni all'inizio diminuisce gradualmente.

La maggior parte dei disturbi (sbalzi d'umore, vampate di calore) regredisce con il tempo. Altre, come una secchezza delle mucose, tendono a essere permanenti ma possono essere trattate efficacemente. La Sua équipe curante saprà consigliarla in merito.

Terapia ormonale sostitutiva

L'opportunità di una terapia ormonale sostitutiva deve essere discussa con il medico soppesandone i rischi e i benefici. Vi sono diverse ragioni che possono scongiurarla (per es. tumore ormonodipendente, rischio più elevato di cancro del seno).

Desiderio di maternità

Se desidera ancora avere figli deve assolutamente comunicarlo al medico prima di iniziare la terapia. Con un cancro del corpo dell'utero è altamente probabile che, dopo il trattamento, Lei non possa più avere figli.

In determinate circostanze è possibile preservare la fertilità nelle donne con un desiderio di maternità, in particolare questa evenienza è più probabile se il tumore è un sarcoma endometriale, un leiomioma o un carcinoma endometriale in uno stadio precoce (FIGO IA, vedi p. 21).

In questi casi si rinuncia in un primo tempo all'operazione radicale, cioè all'asportazione di utero, ovaie e ovidotti, e dopo un raschiamento si somministra una terapia anti-ormonale (vedi pp. 31 sg.). Solo quando tutti gli esami di controllo risultano nella norma si può pensare a una gravidanza. Per ridurre

al minimo il tempo in attesa di una gravidanza, si può prendere in considerazione l'inseminazione artificiale.

Lei deve assolutamente informarsi circa le possibilità di successo e i rischi. Il rischio di recidiva è relativamente elevato.

Alla fine della pianificazione familiare si raccomanda un cosiddetto intervento di completamento per asportare totalmente l'utero, le ovaie e gli ovidotti.

Sessualità

Gli interventi chirurgici e le altre terapie possono influire sulla sessualità, sulla sensibilità sessuale e sul rapporto con il proprio corpo. Discuta con uno specialista delle possibili ripercussioni e limitazioni, e dei modi per eventualmente attenuarle.

Per saperne di più su...

... gli effetti del cancro e delle sue terapie sulla sessualità e la fertilità. La invitiamo a leggere l'opuscolo gratuito della Lega contro il cancro «Il cancro e la sessualità femminile» (vedi p. 54).

Altri trattamenti

Controlli periodici e riabilitazione

Nel periodo di osservazione successivo al trattamento è invitato a sottoporsi regolarmente a visite mediche, ad accertamenti ed esami clinici. Tali controlli periodici consentono, tra l'altro, di valutare gli effetti collaterali delle terapie e le sequele della malattia per poter prendere le necessarie misure terapeutiche.

I controlli periodici servono quindi a intervenire in caso di problemi come, per esempio, i dolori, la stanchezza, l'incontinenza, la nausea, l'inappetenza, ecc., sono però anche un'occasione per tematizzare eventuali difficoltà di natura psichica, professionale o sociale.

Se lo ritiene utile e necessario, può usufruire di un sostegno psico-oncologico o psicosociale (vedi p. 51). Anche il ruolo del Suo medico di fiducia è essenziale in questa fase.

È importante che parli delle difficoltà che incontra nella gestione della malattia e che chieda aiuto nella ricerca di soluzioni. Ciò facilita la riabilitazione oncologica, ossia il reinserimento nella quotidianità.

In generale le visite di controllo avvengono a intervalli sempre meno

ravvicinati. La frequenza dei controlli periodici dipende dal tipo di cancro, dallo stadio della malattia, dalle terapie e dalle Sue condizioni generali.

Infine, i controlli periodici consentono di diagnosticare un'eventuale recidiva (ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie) o possibili metastasi e d'intervenire in caso di problemi legati alla progressione della malattia.

Non esiti ad avvisare tempestivamente il Suo medico curante se tra un controllo periodico e l'altro dovesse accusare disturbi di qualsiasi natura.

Vi sono misure riabilitative che aiutano a recuperare le forze dopo le terapie.

Per recuperare le forze dopo la malattia e le terapie sono utili varie misure di riabilitazione, in particolare l'attività fisica (vedi l'opuscolo «Attività fisica e cancro», p. 54).

La terapia del dolore

Il dolore causato dal cancro può quasi sempre essere alleviato e in molti casi completamente eliminato attraverso farmaci, la radioterapia o interventi chirurgici.

Il cancro del corpo dell'utero può essere doloroso, soprattutto in fase avanzata e a causa delle metastasi. Il dolore è estenuante, indebolisce e affatica molto.

È quindi importante che Lei non accetti il dolore in modo passivo, ma si rivolga all'équipe curante. Le molteplici possibilità della terapia del dolore dovrebbero essere prese in considerazione.

Se Lei o qualcuno dei familiari siete preoccupati per la morfina o altri farmaci oppiacei, dovrete menzionarlo al medico curante. Tali preoccupazioni si basano di solito sul timore comprensibile della tossicodipendenza e possono essere risolte. Questo è importante per Lei, perché a seconda dell'intensità del dolore, il sollievo è alcune volte possibile solo con un oppiaceo.

Troverà molti suggerimenti utili nell'opuscolo «Dolori da cancro e loro cura» (vedi p. 53).

Medicina complementare

Non pochi pazienti oncologici si affidano a metodi di medicina complementare, in concomitanza con le terapie convenzionali. Come dice la parola stessa, la medicina complementare o non convenzionale integra la medicina convenzionale, non la sostituisce.

I metodi di medicina complementare possono influire positivamente sulle condizioni generali e sulla qualità di vita dei pazienti durante e dopo le terapie; possono rinvigorire l'organismo e rendere meglio sopportabili gli effetti collaterali delle terapie convenzionali. In generale, non sono però efficaci contro il tumore.

Vi sono invece pazienti oncologici che rifiutano di sottoporsi a una terapia convenzionale e optano, in sua vece, per una terapia alternativa. La Lega contro il cancro sconsiglia una tale scelta. Legga a questo proposito l'opuscolo intitolato «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 53).

Informi il Suo medico circa la Sua intenzione di ricorrere alla medicina complementare in modo che possiate scegliere insieme il metodo che fa per Lei. Metta al corrente il medico anche di eventuali rimedi che prende già o di terapie che sta seguendo per accertarsi che siano compatibili con la terapia oncologica convenzionale.

Non assuma rimedi cosiddetti «naturali» senza il consenso del medico. Anche prodotti di medicina complementare in apparenza innocui possono interferire con le terapie oncologiche e pertanto essere controindicati.

Dopo le terapie

Oggi giorno le persone con una diagnosi di cancro vivono più a lungo e godono di una qualità di vita migliore rispetto al passato. Spesso, tuttavia, le terapie sono lunghe e spossanti. Alcuni riescono a conciliare le terapie con la loro abituale routine quotidiana. Per altri invece è impossibile.

Una volta concluse le terapie non è sempre facile tornare alla propria vita di tutti i giorni. Per settimane la Sua agenda è stata piena di appuntamenti medici. La Sua équipe curante L'ha sostenuta e accompagnata attraverso diverse terapie. I Suoi cari si sono presi cura di Lei cercando di toglierle qualche peso.

Alcuni hanno condiviso le Sue paure e le Sue speranze e Le hanno dato il coraggio di sopportare tutto questo. In un certo senso, per lungo tempo Lei è stata al centro dell'attenzione. Ora però è di nuovo da sola. Magari si sente persa o percepisce un vuoto interiore.

Le terapie sono finalmente terminate, ma tante cose non sono più come prima. Potrebbe non sentirsi pronta ad affrontare nuovamente le difficoltà della vita di tutti i giorni. È possibile che soffra ancora delle conseguenze fisiche e psicologiche della malattia e delle terapie e che si senta sempre stanca, svogliata o molto triste.

Probabilmente i Suoi cari non lo capiscono e si aspettano che Lei ritorni subito alla normalità. Al momento la cosa più importante è che Lei si concentri sulle Sue esigenze e non si faccia mettere sotto pressione.

Cerchi di capire cosa contribuisce a migliorare la Sua qualità di vita. Porsi qualche semplice domanda può essere il primo passo per fare chiarezza:

- cosa conta di più per me in questo momento?
- Di cosa ho bisogno?
- Come posso ottenerlo?
- Chi può aiutarmi?

L'opuscolo della Lega contro il cancro «Quando anche l'anima soffre. Il cancro stravolge tutti gli aspetti della vita» (vedi p. 54) affronta il logorio psichico associato al cancro, indicando possibili strategie per gestirlo.

Comunicare con gli altri

Proprio come ogni persona affronta a modo suo le questioni esistenziali, così ognuno ha il proprio modo di vivere la malattia. Il cancro incute sempre paura, indipendentemente dalle probabilità di guarigione. Parlarne può aiutare a esprimere i propri sentimenti e ad elaborare la malattia.

Tuttavia alcune persone non vogliono o non osano parlare delle proprie paure e preoccupazioni. Altre sentono il bisogno di confidarsi con qualcuno. Altre ancora si aspettano che sia il loro entourage a rompere il ghiaccio.

Non ci sono regole valide per tutti sulla gestione della malattia. Ciò che una data persona considera utile, agli occhi di un'altra può apparire sconveniente. Scopra di cosa ha bisogno, se desidera parlarne e con chi.

Aiuto specialistico

Anche o forse proprio alla fine della terapia può essere utile chiedere sostegno a un consulente della Lega contro il cancro o a un altro specialista (vedi «Consulenza e informazioni», pp. 51 sgg.).

Parli anche con il Suo medico – possibilmente prima della fine delle terapie – se pensa che potrebbero farle bene delle misure di sostegno. Insieme saprete individuare la soluzione più appropriata, che potrebbe anche essere coperta dalla cassa malati.



Consulenza e informazione

Chieda consiglio

Équipe curante

L'équipe curante può consigliare cosa fare in caso di disturbi legati alla malattia e alle terapie. Rifletta anche Lei su possibili misure in grado di migliorare la Sua qualità di vita e di favorire la Sua riabilitazione.

Sostegno psico-oncologico

Una malattia oncologica non ha ripercussioni solo fisiche, ma anche psichiche che possono manifestarsi attraverso stati di ansia, di tristezza o di depressione.

Se sentisse che il carico emotivo della malattia sta per diventare troppo pesante per Lei, chieda di poter usufruire di un sostegno psico-oncologico. Uno psico-oncologo accoglie la sofferenza psichica dei malati di cancro e dei loro cari, li aiuta a riconoscere modalità utili nell'affrontare e nell'elaborare le esperienze legate alla malattia.

Varie figure professionali possono offrire un sostegno psico-oncologico (per es. medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, teologi, ecc.). L'essenziale è che abbiano esperienza nella presa a carico di pazienti oncologici e dei loro familiari e che abbiano seguito una formazione che abiliti a tale ruolo.

La Sua Lega contro il cancro cantonale o sovracantonale

Le Leghe cantonali e sovracantonali consigliano, accompagnano e sostengono i malati e i loro familiari in tutte le fasi della malattia. Offrono aiuto pratico per risolvere problemi organizzativi (per es. custodia bambini, noleggio letto elettrico), aiuti finanziari in situazioni di disagio economico legato alla malattia nonché consulenza assicurativa e orientamento in ambito

giuridico. Forniscono materiale informativo, organizzano gruppi di autoaiuto e corsi, indirizzano agli specialisti (per es. nei campi della psico-oncologia, della sessuologia, ecc.).

Linea cancro 0800 11 88 11

Le operatrici specializzate della Linea cancro Le offrono un ascolto attivo, rispondono alle Sue domande sui molteplici aspetti della malattia, La orientano verso altre forme di sostegno consone ai Suoi bisogni, accolgono le Sue paure e incertezze, il Suo vissuto della malattia. Le chiamate al numero verde e le consulenze telefoniche sono gratuite. I clienti che usano Skype possono raggiungere le operatrici anche all'indirizzo Skype [krebstelefon.ch](https://www.krebstelefon.ch) (attualmente solo in tedesco e francese).

Canceline – la chat sul cancro

I bambini, i giovani e gli adulti possono accedere alla chat dal sito www.krebsliga.ch/canceline e chattare con una consulente (lunedì-venerdì, ore 11–16). Possono farsi spiegare la malattia, porre domande e scrivere ciò che sta loro a cuore.

Malati di cancro: come dirlo ai figli?

Una delle prime domande che si pone un genitore che riceve una diagnosi di cancro è «Come faccio a dirlo ai miei figli?».

Il pieghevole intitolato «Malati di cancro: come dirlo ai figli?» vuole aiutare i genitori malati di cancro in questo difficile e delicato compito. Contiene anche consigli per gli insegnanti. Inoltre, chi volesse approfondire l'argomento, può leggere l'opuscolo intitolato «Se un genitore si ammala di cancro – Come parlarne con i figli?» (vedi p. 54).

Linea stop tabacco 0848 000 181

Consulenti specializzate Le forniscono informazioni, La motivano al cambiamento

e, se lo desidera, La seguono nel processo di disassuefazione dal fumo, richiamandola gratuitamente.

Seminari

La Lega contro il cancro organizza seminari e corsi nel fine settimana in diverse località della Svizzera per persone ammalate di cancro (www.legacancro.ch/riabilitazione) e programma corsi (vedi opuscolo «Seminari», p. 54).

Attività fisica

Molti malati di cancro constatano che l'attività fisica ha un effetto rivitalizzante. Praticare della ginnastica insieme con altri malati di cancro potrebbe aiutarla a riacquistare fiducia nel Suo corpo e a combattere la stanchezza e la spossatezza. Si informi presso la Sua Lega cantonale o sovracantonale e legga l'opuscolo «Attività fisica e cancro» (vedi p. 54).

Altri malati di cancro

Intrattenersi con persone accomunate da uno stesso vissuto, può infondere coraggio e aiutare a sentirsi meno soli. Può essere utile confrontare il proprio modo di far fronte a determinate situazioni con le modalità di gestione della malattia o del lutto adottate da altri. Ognuno deve comunque fare le proprie esperienze e scegliere le strategie più consone alla propria personalità. Non c'è, in effetti, un modo giusto o sbagliato di vivere la malattia.

Piattaforme virtuali di scambio

Chi sente l'esigenza di condividere le proprie esperienze legate alla malattia può usufruire della piattaforma virtuale di scambio, moderata dalle operatrici della Linea cancro www.forumcancro.ch. Anche l'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC) ha aperto un forum di discussione per i pazienti e i loro familiari: www.forumtumore.aimac.it.

Gruppi di autoaiuto

Partecipando agli incontri dei gruppi di autoaiuto, si ha l'opportunità di parlare con persone che hanno vissuto o stanno vivendo un'esperienza analoga alla propria e di scambiarsi informazioni di vario tipo.

Si informi presso la Sua Lega cantonale o sovracantonale se vi sono gruppi di autoaiuto o gruppi parola che si riuniscono nelle Sue vicinanze e sull'offerta di corsi per malati di cancro e i loro familiari. Su www.selbsthilfeschweiz.ch può cercare gruppi di autoaiuto nella Sua zona.

Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio (SACD) o Spitex per malati di cancro

Vi sono servizi di assistenza e cura a domicilio o Spitex specializzati nella presa a carico del paziente oncologico.

Tali organizzazioni intervengono in qualsiasi fase della malattia. Le offrono la loro consulenza e il loro sostegno al Suo domicilio, tra un ciclo di terapia e l'altro e una volta conclusa la terapia, fra l'altro, nella gestione degli effetti collaterali. Prenda contatto con la Lega contro il cancro per ottenerne gli indirizzi.

Consulenza dietetica

Molti ospedali dispongono di un servizio di dietetica. Sul territorio operano dietiste e dietisti indipendenti che, in generale, collaborano con i medici e sono membri della ASDD Associazione Svizzera delle dei Dietiste-i
Altenbergstrasse 29
Casella postale 686
3000 Berna 8
Tel. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch

Sul sito dell'ASDD può cercare un dietista (www.svde-asdd.ch).

palliative ch

Presso il segretariato dell'Associazione Svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi e sul sito dell'associazione trova gli indirizzi delle sezioni cantonali di palliative ch e degli enti erogatori di cure palliative che operano nella Sua zona. Queste reti assicurano che le persone ammalate possano ricevere un'assistenza ed una cura ottimali, indipendentemente dal luogo dove abitano.

palliative ch
Bubenberglplatz 11
3011 Berna
Tel. 044 240 16 21
info@palliative.ch
www.palliative.ch

Prestazioni assicurative

Le spese di cura in caso di cancro sono rimborsate dall'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal), a condizione che risultino da modalità terapeutiche riconosciute ovvero che il farmaco figuri nel cosiddetto «Elenco delle specialità» dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Il Suo medico curante è tenuto ad informarla compiutamente a tale proposito.

Sono coperte altresì le spese di cura derivanti dalla partecipazione a uno studio clinico (vedi p. 42) che prevede la somministrazione di sostanze riconosciute. Qualora fossero impiegati medicinali non ancora omologati per il commercio o nuovi procedimenti o si rendessero necessarie ulteriori misure (per es. analisi genetiche), i costi di regola non vengono addebitati a Lei, bensì finanziati con fondi per la ricerca.

Verifichi preventivamente se l'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal) o l'assicurazione integrativa garantisce la

copertura delle spese dovute a consulti o a trattamenti aggiuntivi non medici nonché a lungodegenze.

Legga anche l'opuscolo «Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali» (vedi p. 54).

Opuscoli della Lega contro il cancro

- **Il cancro del collo dell'utero e le lesioni precancerose**
- **Il cancro dell'ovaio**
Tumori ovarici
- **Terapie medicamentose dei tumori**
Chemioterapia, terapia antiormonale, immunoterapia
- **Terapie orali in oncologia**
- **La radioterapia**
- **La colostomia**
- **Alternativi? Complementari?**
Rischi e benefici di metodi non provati in oncologia
- **Dolori da cancro e loro cura**
- **Diario del dolore**
Ascolto i miei dolori
- **Dolometer® VAS**
Misuratore per valutare l'intensità dei dolori
- **Senza forze**
Cause e gestione della stanchezza associata al cancro

- **Difficoltà di alimentazione e cancro**
- **Il linfedema e il cancro**
- **Il cancro e la sessualità femminile**
- **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**
Consigli e suggerimenti da capo a piedi
- **Attività fisica e cancro**
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- **Il moto fa bene**
Esercizi per donne operate al seno
- **Quando anche l'anima soffre**
Il cancro stravolge tutti gli aspetti della vita
- **Seminari**
Per persone malate di cancro
- **Accompagnare un malato di cancro**
Una guida della Lega contro il cancro per familiari e amici
- **Assistenza a un familiare e attività lavorativa**
Flyer di 8 pagine sulla compatibilità del lavoro e delle cure familiari
- **Se un genitore si ammala di cancro**
Come parlarne con i figli?
- **Malati di cancro: come dirlo ai figli?**
Un'informazione per genitori con consigli per i docenti
- **Rischio di cancro ereditario**
Guida per le famiglie con numerosi casi di cancro
- **Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali**

- **Direttive anticipate della Lega contro il cancro**

La mia volontà vincolante rispetto alla malattia, l'agonia e alla morte

- **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**

- **Scelte di fine vita**

Guida alla compilazione delle direttive anticipate

Modalità di ordinazione

- Lega cantonale contro il cancro
- Telefono 0844 85 00 00
- shop@legacancro.ch
- www.legacancro.ch/opuscoli

Sul sito www.legacancro.ch/opuscoli trova tutte le pubblicazioni disponibili presso la Lega contro il cancro. La maggior parte delle pubblicazioni è gratuita e sono fornite per posta o possono essere scaricate da Internet. Sono offerte dalla Lega svizzera contro il cancro e dalla Lega del Suo Cantone di residenza. Ciò è possibile soltanto grazie ai generosi donatori.

Il Suo parere ci interessa

Sul sito www.forumcancro.ch può esprimere la Sua opinione sugli opuscoli della Lega contro il cancro compilando un breve questionario. La ringraziamo fin d'ora per il Suo contributo.

Opuscoli di altre organizzazioni

«**Cancro dell'endometrio: una guida per il paziente**», a cura della *European Society for Medical Oncology* (www.esmo.org). Parola da cercare: «Endometrio».

«**Che cosa dico ai miei figli?**», a cura dell'associazione italiana AIMaC (www.aimac.it).

«**Il cancro avanzato**», a cura dell'associazione italiana AIMaC (www.aimac.it).

«**Il cancro dell'ovaio**», a cura dell'associazione italiana AIMaC (www.aimac.it).

«**Il dolore neuropatico dopo il cancro**», a cura dell'associazione italiana F.A.V.O. (www.favo.it), disponibile sul sito di AIMaC (www.aimac.it).

«**Il tumore dell'endometrio**», a cura della Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta (www.reteoncologica.it). Parola da cercare: «Endometrio».

«**La vita dopo il cancro. Consigli utili per il ritorno alla normalità**», a cura dell'associazione italiana AIMaC (www.aimac.it).

«**Madre dopo il cancro**», a cura dell'associazione italiana AIMaC (www.aimac.it).

«**Sessualità e cancro**», a cura dell'associazione italiana AIMaC (www.aimac.it).

«**Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico**», 2015, Gruppo Svizzero di Ricerca Clinica sul Cancro SAKK, ordinazione online: www.sakk.ch.

Lecture consigliate

«**Tumore del corpo dell'utero**», a cura dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (www.asdaa.it). Disponibile nella sezione «Guida tumori».

«**Tumore dell'endometrio**», a cura dell'associazione italiana AIMaC (www.aimac.it). Parola da cercare: «Endometrio».

«**Tumore dell'endometrio**», a cura della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli (www.tumorifemminili.it). Parola da cercare: «Endometrio».

«**Tumori dell'endometrio**», a cura dell'Istituto Europeo di Oncologia (www.iewo.it). Parola da cercare: «Endometrio».

«**Tumore dell'utero**», a cura della Fondazione Umberto Veronesi (www.fondazioneveronesi.it). Parole da cercare: «Tumore dell'utero».

«**Tumore ovaie**», a cura dell'associazione italiana AIRC (www.airc.it). Parola da cercare: «Endometrio».

«**Tumore utero**», a cura dell'associazione italiana AIRC (www.airc.it). Parola da cercare: «Endometrio».

La Lega ticinese contro il cancro dispone di una biblioteca tematica. Il catalogo può essere richiesto per e-mail (info@legacancro-ti.ch).

Alcune Leghe cantonali contro il cancro dispongono di una biblioteca presso la quale possono essere presi in prestito gratuitamente dei libri. Si informi presso la Lega del Suo cantone di residenza (vedi p. 58).

La Lega svizzera contro il cancro, la Lega bernese e la Lega zurighese contro il cancro dispongono di un catalogo bibliotecario online che prevede la possibilità di ordinare e di riservare libri. Il prestito bibliotecario ovvero l'invio dei libri è garantito in tutta la Svizzera.

Sul nostro sito in tedesco
www.krebsliga.ch/bibliothek

Qui c'è anche un collegamento diretto al sito con libri per bambini:

www.krebsliga.ch/kinderbibliothek

www.bernischekrebsliga.ch → Das bieten wir → Informationen finden → Bibliothek

www.krebsligazuerich.ch → Beratung & Unterstützung → Bibliothek

Internet

Italiano

Offerta della Lega contro il cancro

www.forumcancro.ch

Piattaforma virtuale di scambio della Lega contro il cancro.

www.legacancro.ch

Servizi di sostegno della Lega svizzera contro il cancro e recapiti delle Leghe cantonali.

www.legacancro.ch/cancerline

La Lega contro il cancro offre a bambini, giovani e adulti una chat con consulenza.

www.legacancro.ch/migranti

Schede informative in albanese, portoghese, serbo-croato-bosniaco, spagnolo, turco e, in parte, anche in inglese su alcuni frequenti tipi di cancro e sulla prevenzione. La varietà degli argomenti e delle lingue sarà via via ampliata.

www.legacancro.ch/seminari

Seminari proposti dalla Lega contro il cancro per affrontare al meglio la vita quotidiana durante la malattia.

Altri enti e consultori, altre associazioni

www.aimac.it

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

www.aiom.it

Associazione italiana di oncologia medica

www.airc.it

Associazione italiana per ricerca sul cancro

www.alleanzacontroilcancro.it

Alleanza contro il cancro

www.avac.ch

Verein Lernen mit Krebs zu leben (in tedesco e francese)

www.esmo.org

European Society for Medical Oncology

www.fertiprotekt.com

FertiPROTEKT Netzwerk e.V. (in inglese e tedesco)

www.ieo.it

Istituto europeo di oncologia

www.kinder-krebskranker-eltern.de

Verein Flüsterpost e.V. (in tedesco)

www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebsgesellschaft (in tedesco)

www.krebshilfe.de

Deutsche Krebshilfe (in tedesco)

www.palliative.ch

Associazione Svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi

www.patientenkompetenz.ch

Stiftung Patientenkompetenz (in tedesco)

www.psychoonkologie.ch

Società svizzera di psico-oncologia (in tedesco e francese)

www.sggg.ch

Gynécologie suisse SGGG (in tedesco)

www.swissago.ch

Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie und Brustgesundheit der SGGG (in tedesco)

Inglese

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology

www.cancer.org

American Cancer Society

www.foundationforwomenscancer.org

Foundation for Women's Cancer

www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service

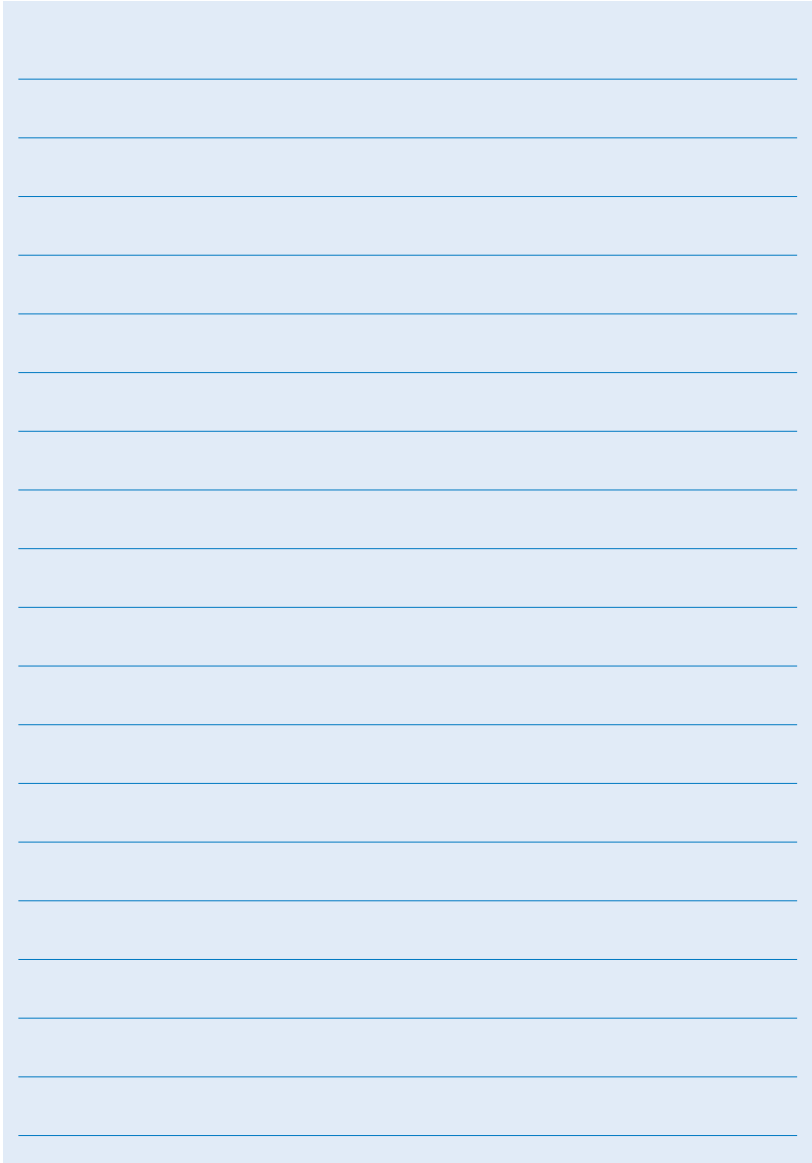
www.sgo.org

Society of Gynecologic Oncology

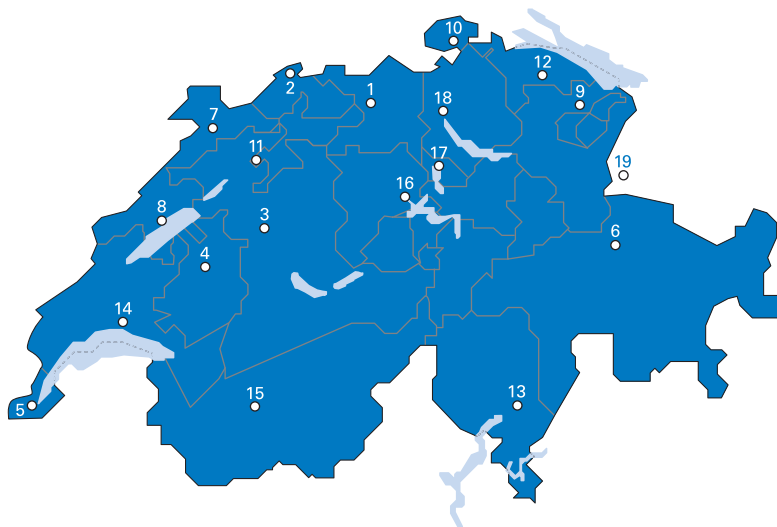
Fonti

Le pubblicazioni e i siti Internet citati nel presente opuscolo servono alla Lega contro il cancro anche da fonte. Soddisfano sostanzialmente i criteri di qualità della Health On the Net Foundation, il cosiddetto «HonCode» (vedi www.hon.ch/HON-code/Italian).

I miei appunti



La Lega contro il cancro offre aiuto e consulenza



1 Krebsliga Aargau

Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebsliga-aargau.ch
www.krebsliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel

Petersplatz 12
4051 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga Ligue bernoise contre le cancer

Marktgasse 55
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebsliga.ch
www.bernischekrebsliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg

route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer

11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Graubünden

Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
info@krebsliga-gr.ch
www.krebsliga-gr.ch
PK 70-1442-0

7 Ligue jurassienne contre le cancer

rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

8 Ligue neuchâteloise contre le cancer

faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 886 85 90
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

**9 Krebsliga Ostschweiz
SG, AR, AI, GL**

Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 Krebsliga Schaffhausen

Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn

Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

**13 Lega ticinese
contro il cancro**

Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
Fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

**14 Ligue vaudoise
contre le cancer**

place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0

**15 Ligue valaisanne contre le cancer
Krebsliga Wallis**

Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

**16 Krebsliga Zentralschweiz
LU, OW, NW, SZ, UR**

Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

17 Krebsliga Zug

Alpenstrasse 14
6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6

18 Krebsliga Zürich

Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

19 Krebshilfe Liechtenstein

Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

**Lega svizzera
contro il cancro**

Effingerstrasse 40
casella postale
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00
Fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch
CP 30-4843-9

Opuscoli

Tel. 0844 85 00 00
shop@legacancro.ch
www.legacancro.ch/
opuscoli

Forum

www.forumcancro.ch,
piattaforma virtuale della
Lega contro il cancro

Cancerline

www.legacancro.ch/
cancerline, la chat sul
cancro per bambini,
adolescenti e adulti
lunedì–venerdì
ore 11.00–16.00

Skype

krebstelefon.ch
lunedì–venerdì
ore 11.00–16.00

Linea stop tabacco

Tel. 0848 000 181
massimo 8 centesimi
al minuto (rete fissa)
lunedì–venerdì
ore 11.00–19.00

**Le siamo molto grati
del Suo sostegno.**

**Linea cancro
0800 11 88 11**

lunedì–venerdì
ore 9.00–19.00
chiamata gratuita
helpline@legacancro.ch

Uniti contro il cancro

Questo opuscolo Le viene consegnato dalla Sua Lega contro il cancro, la quale è a Sua disposizione con la sua ampia gamma di prestazioni di consulenza, accompagnamento e sostegno. All'interno trova l'indirizzo della Sua Lega cantonale o regionale.