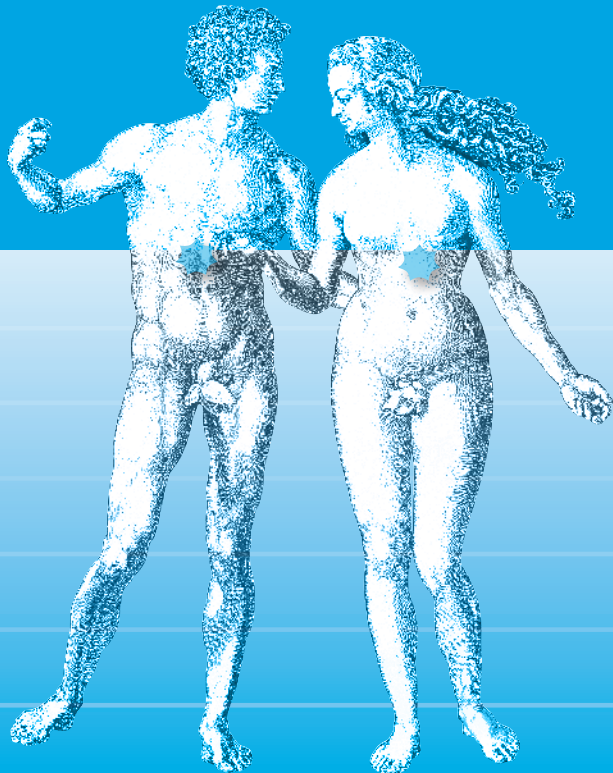




Il cancro dello stomaco

Carcinoma gastrico



**Una guida della Lega
contro il cancro
per pazienti 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 e redazione

Regula Schär, lic. phil., collaboratrice scientifica, Lega svizzera contro il cancro, Berna

Supervisione specialistica/testo

Prof. Dr. med. Stephan Bodis, primario di radio-oncologia, ospedale cantonale di Aarau;
Dr. med. Michèle Leuenberger, medico ospedaliero specialista in nutrizione clinica, spec. FMH in medicina interna, policlinica universitaria di endocrinologia, diabetologia e nutrizione clinica e clinica universitaria di chirurgia e medicina viscerale, Inselspital, ospedale universitario di Berna;
Prof. Dr. med. Mathias Schmid, medico capoclinica della divisione di oncologia medica ed ematologia, ospedale Triemli di Zurigo;
Rudolph Schön, candidato medico, radio-oncologia, ospedale cantonale di Aarau

Esperti con esperienza di malattia

Rita e Jérôme Tissot-Niquille

Collaboratori della Lega svizzera contro il cancro, Berna

Dr. med. Karin Huwiler, collaboratrice scientifica;
Sabine Jenny, lic. phil., MAE, infermiera SSS;
Regula Schär, lic. phil., collaboratrice scientifica;
Lorenzo Terzi, collaboratore redazione;
Dr. med. Mark Witschi, collaboratore scientifico

Traduzione in lingua italiana

Cornelia Orelli, infermiera specialista clinica in oncologia e traduttrice DOZ, Lega svizzera contro il cancro, Berna

Lettorato della versione italiana

Francesca Pedrocchi, laureata in traduzione ETI UNIGE, libera professionista

Immagine di copertina

Albrecht Dürer, Adamo ed Eva

Illustrazioni

P. 9: Frank Gisler, illustratore scientifico, Berlino
P. 13: iStock, graphicgeoff
P. 21: Willi R. Hess, disegnatore di scienze naturali, Berna

Fotografie

P. 4, 24, 40: ImagePoint Spa, Zurigo
P. 46: Fotolia
P. 60: Simon Jarratt/Corbis

Design

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Stampa

Ast & Fischer AG, Wabern

Il testo originale è in tedesco. L'opuscolo è disponibile anche in francese.

© 2017, 2007 Lega svizzera contro il cancro, Berna | 2ª edizione rivista

Indice

- 5 Editoriale**
- 6 Che cos'è il cancro?**
- 12 Il cancro dello stomaco**
 - 12 Lo stomaco e le sue funzioni
 - 12 Il cancro dello stomaco
 - 14 Possibili cause e rischi
 - 15 Sintomi
- 16 Accertamenti e diagnosi**
 - 16 Primi accertamenti diagnostici
 - 16 Accertamenti diagnostici più approfonditi
 - 18 Stadi di malattia
- 26 Possibilità di trattamento**
 - 26 Resezione endoscopica della mucosa
 - 27 Asportazione chirurgica dello stomaco
 - 28 Terapie farmacologiche
 - 32 Radioterapia
- 33 Quale terapia per quale stadio di malattia**
 - 33 Pianificazione della terapia
 - 38 Terapie in stadi precoci
 - 39 Terapie in stadio avanzato
 - 39 Studi clinici
- 42 Alimentazione prima e dopo un intervento chirurgico allo stomaco**
 - 42 Prima dell'intervento
 - 42 Dopo l'intervento
 - 44 Come mangiare a casa
 - 47 Problemi di alimentazione
 - 54 Consulenza dietetica
- 55 Gestione degli effetti secondari**
- 56 Altre terapie**
 - 56 Terapia contro il dolore
 - 59 Medicina complementare
- 60 Dopo le terapie**
 - 61 Chiedere aiuto
 - 61 Monitoraggio e riabilitazione
 - 63 Quotidianità, lavoro e tempo libero
- 64 Consulenza e informazione**
- 70 Diario alimentare da compilare**



Cara lettrice, caro lettore

Per agevolare la lettura, nel testo ci si riferisce a entrambi i sessi usando la sola forma femminile o maschile.

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 dello stomaco, 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 dello stomaco sono sempre più efficaci e meglio tollerate. Oggigiorno, nella maggior parte dei casi, il cancro dello stomaco può essere trattato, se diagnosticato in tempo.

Se al momento della diagnosi il cancro dello stomaco si trova già in uno stadio più avanzato, spesso è possibile rallentare la progressione della malattia e lenirne i disturbi. Anche quando una remissione duratura 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 74 sg. sono elencati i recapiti dei rispettivi servizi di consulenza.

Le auguriamo ogni bene.

La Sua Lega contro il cancro

* Il linfoma MALT, un linfoma non Hodgkin, noto anche come MALToma, e i tumori stromali gastrointestinali (GIST) non sono menzionati in quest'opuscolo. Questi tumori si formano nello stomaco, ma non originano dalle cellule della mucosa e richiedono pertanto trattamenti specifici.

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 e 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 *néos* = 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 un nodulo (p.es. cancro del seno), e malattie del sistema sanguigno e linfatico (p.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 da tessuti di rivestimento, come la pelle e le mucose, o da tessuto ghiandolare sono chiamati «carcinomi». Ecco perché il cancro dello stomaco è chiamato anche «carcinoma gastrico». La maggior parte dei tumori maligni è costituita da carcinomi.

Sono definiti «sarcomi» i tumori maligni solidi che originano da tessuti connettivi, adiposi, cartilaginei, muscolari e ossei o da vasi.

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 (p.es. nervi) o a stenosi di orifizi o condotti anatomici (p.es. vasi sanguigni).

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 possono formare 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 risp. tipo di cellula derivano 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 (muta-

te) riescano a moltiplicarsi liberamente. Tali cellule 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 (p. es. virus, sostanze nocive, fumo, raggi UV),
- fattori ereditari 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 e 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.

In giovane 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.

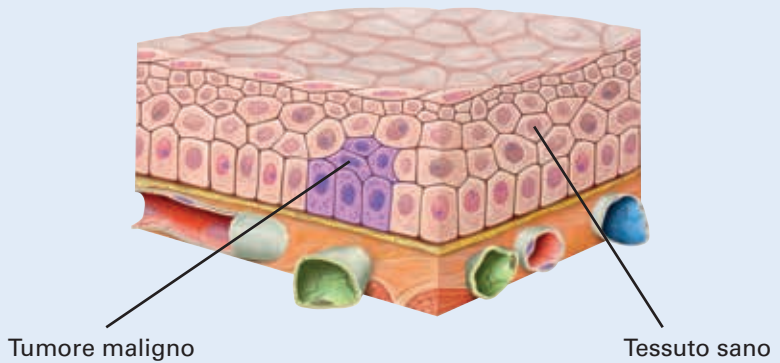
Fattori genetici

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.

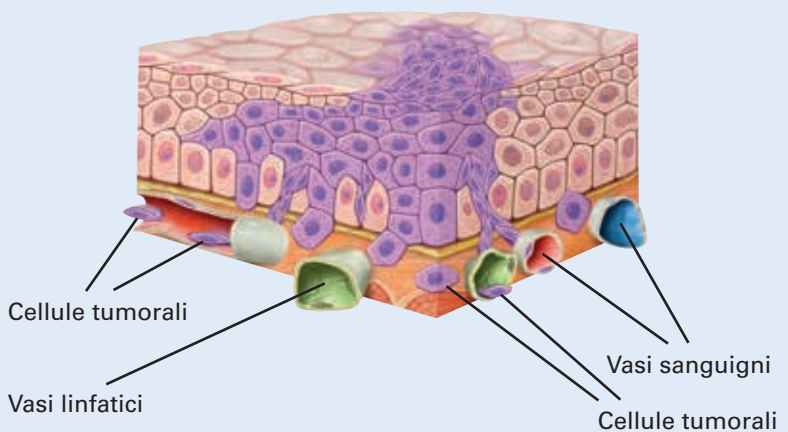
Come si forma un tumore

Esempio: carcinoma, tumore maligno 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.



Perché io?

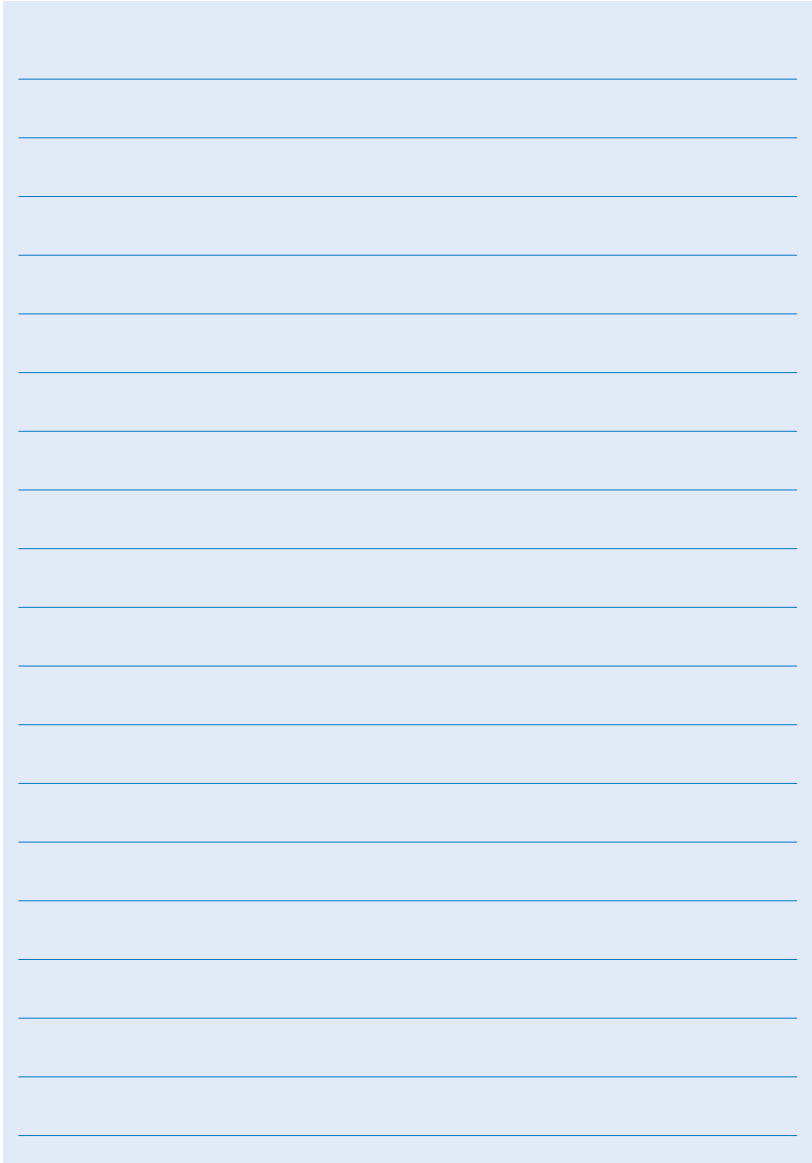
È possibile che si stia chiedendo perché il cancro abbia colpito proprio Lei. Forse si domanda fra l'altro: «Che cosa ho sbagliato?». È più che normale porsi tali interrogativi ed essere colti dallo sgo-mento o dalla rabbia. Le cause che portano all'insorgenza di una ma-llattia oncologica sono molto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

Nessuno può mettersi completa-mente al riparo dal cancro. Pos-sono ammalarsi di cancro sia le persone che conducono una vita sana sia le persone con compor-

tamenti a rischio. Inoltre, di can-cro ci si può ammalare a qualsia-si 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 dia-gnosi di cancro comporta indiscu-tibilmente un carico emotivo im-portante.

L'opuscolo intitolato «Quando an-che l'anima soffre» (vedi p. 67) della Lega contro il cancro si sof-ferma sugli aspetti psicologici della malattia, suggerendo possi-bili modalità di gestione degli stati d'animo ad essa legati.

Appunti personali



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

Il cancro dello stomaco

Lo stomaco e le sue funzioni

Lo stomaco è situato nell'addome superiore. Le sue dimensioni e la sua forma variano da persona a persona. In media, lo stomaco di un adulto è lungo 25 cm e ha una capacità di 1,5 litri.

Lo stomaco svolge l'importante funzione di serbatoio in cui i cibi ingeriti si accumulano e s'imbbevono di succhi gastrici per la digestione dopo essere stati sminuzzati e intrisi di saliva nella bocca.

Dopo alcune ore, il bolo alimentare predigerito passa nel digiuno e, in seguito, nell'intestino tenue, dove avviene la scissione dei componenti nutrizionali affinché gli stessi possano essere assorbiti lungo le pareti intestinali, entrare nel circolo sanguigno e raggiungere, quindi, tutte le zone del corpo.

La parete dello stomaco è costituita da quattro strati (vedi illustrazione p. 21), che dall'interno verso l'esterno sono ...

- ... la mucosa: le sue cellule e ghiandole producono l'acido gastrico e i succhi digestivi. Il muco gastrico protegge la mucosa dello stomaco dall'acido gastrico e dai succhi digestivi;
- ... la sottomucosa con le vie nervose nonché i vasi sanguigni e linfatici;

- ... la muscolare propria, responsabile del rimescolamento del bolo alimentare e del suo passaggio nell'intestino;
- ... la sierosa.

Il cancro dello stomaco

Qualsiasi parte dello stomaco può essere interessata dalla malattia. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, il cancro dello stomaco origina dalle cellule ghiandolari della mucosa (vedi p. 21). Il tipo di cancro dello stomaco più frequente è pertanto chiamato, in gergo, adenocarcinoma (dal greco *adèn* = ghiandola).

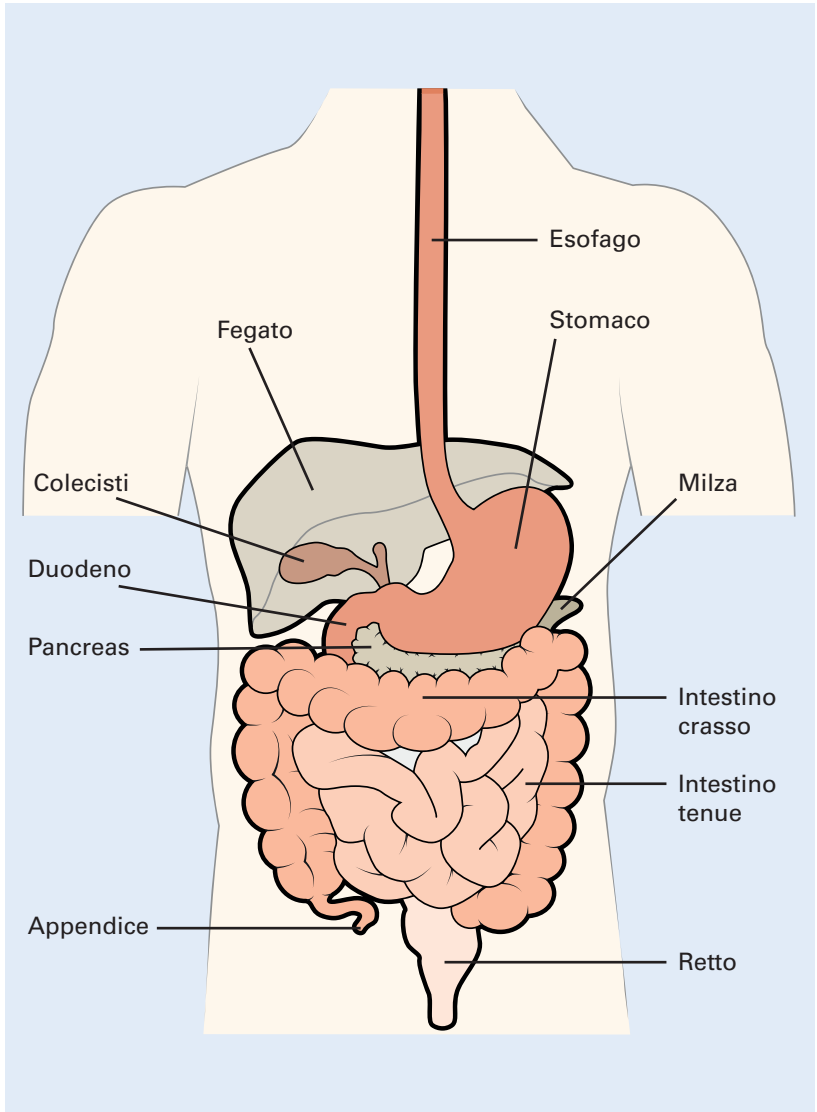
Più rari sono i tumori gastrici adenosquamosi, indifferenziati o a piccole cellule, oppure i carcinomi squamocellulari che originano negli strati più esterni della parete dello stomaco.

Metastasi

Il cancro dello stomaco può formare metastasi, ossia focolai di malattia lontani dal suo luogo d'insorgenza, se ...

- ... infiltra la parete gastrica;
- ... le cellule cancerose si diffondono nei linfonodi adiacenti attraverso i vasi linfatici o raggiungono altri organi attraverso i vasi sanguigni.

Lo stomaco e gli organi ad esso adiacenti



Il cancro dello stomaco può metastatizzare, fra l'altro, nel peritoneo, nel fegato, nei polmoni, nelle ossa e, nelle donne, nelle ovaie.

Possibili cause e rischi

Gli uomini si ammalano di più delle donne

Ogni anno in Svizzera si ammalano di cancro dello stomaco circa 500 uomini e 300 donne. Oltre la metà di loro ha più di 70 anni al momento della diagnosi.

Le cause del cancro dello stomaco sono tuttora sconosciute. Sono noti, invece, stili di vita e circostanze che aumentano il rischio di contrarre questa malattia, specialmente in presenza di più di un fattore di rischio.

I fattori di rischio per il cancro dello stomaco sono:

- un'infezione batterica persistente dello stomaco causata dall'*Helicobacter pylori*,
- un familiare di primo grado (genitore, fratello o sorella, figlio) con cancro dello stomaco,

Tumori dello stomaco

Vi sono tumori dello stomaco che non originano dalle cellule ghiandolari della mucosa gastrica. Essi richiedono un trattamento diverso rispetto ai carcinomi gastrici descritti nel presente opuscolo. Ne fanno parte:

- i tumori che interessano la giunzione gastroesofagea. Di norma, essi sono trattati come i carcinomi dell'esofago.
- I tumori stromali gastrointestinali (GIST) che appartengono ai sarcomi dei tessuti molli.
- I tumori che originano dalle cellule muscolari della parete gastrica: quelli maligni sono chiamati leiomioidi, quelli benigni leiomiomi.
- I linfomi MALT o MALTomi che originano dal tessuto linfatico della parete gastrica e appartengono ai linfomi non Hodgkin.
- I tumori neuroendocrini dello stomaco che sono molto rari e originano da cellule che producono ormoni.
- Le metastasi allo stomaco. In casi molto rari, un tumore primario insorto in un altro organo può diffondersi nello stomaco (p.es. cancro del seno).

- fumo,
- radiazioni ionizzanti (raggi X e raggi gamma),
- un'inflammatione cronica della mucosa gastrica (gastrite di tipo A e B),
- abitudini alimentari dannose per la salute come, per esempio, l'eccessivo consumo di cibi molto salati, di conservanti, di carne e di pesce affumicati o conservati in salamoia nonché lo scarso consumo di frutta e verdura,
- la malattia di Ménétrier (pliche giganti della mucosa gastrica),
- alterazioni di probabile natura genetica che danno origine a particolari forme di polipi gastrici (poliposi adenomatosa, sindrome di Peutz-Jeghers),
- pregressi interventi chirurgici allo stomaco, per esempio, per il trattamento di ulcere gastriche. Dopo questo tipo d'intervento la bile può refluire nell'esofago. Il reflusso biliare esofageo aumenta il rischio di contrarre un adenocarcinoma che interessa la giunzione gastroesofagea.

Sintomi

Per lungo tempo, il cancro dello stomaco non produce sintomi. Spesso i primi sintomi si manifestano quando la malattia è già in fase avanzata:

- inappetenza,
- sensazione di pesantezza e dolori localizzati nella parte superiore dell'addome,
- dolori ai pasti e dopo i pasti,
- disturbi di deglutizione,
- sensazione di pienezza, nausea e vomito,
- perdita indesiderata di peso,
- intolleranza insolita al caffè, alla frutta o all'alcol e repulsione per la carne.

Tali disturbi possono essere legati anche ad altre malattie e vanno in ogni caso segnalati a un medico.

Accertamenti e diagnosi

Di solito, si utilizzano diversi esami per formulare la diagnosi di cancro dello stomaco. Tuttavia, il paziente non è sottoposto a tutti gli esami descritti di seguito.

Primi accertamenti diagnostici

Anamnesi

Il medico raccoglie la storia clinica del paziente. L'anamnesi comprende, fra l'altro, l'individuazione dei disturbi, dei sintomi e delle abitudini alimentari.

Esame obiettivo

Il medico esegue la palpazione dell'addome per individuare eventuali alterazioni dei tessuti, versamenti di liquido libero o linfonodi ingrossati.

Esame del sangue

Attraverso il prelievo venoso di sangue si determina la quantità di globuli rossi. Una carenza di globuli rossi (anemia) può far sospettare la presenza di un tumore.

Inoltre, il prelievo di sangue consente di determinare i livelli dei cosiddetti «marcatori tumorali». Tali sostanze sono prodotte dall'organismo stesso (p.es. proteine) e, in caso di cancro, sono immesse in sovrannumero nel circolo sanguigno. Livelli elevati dei marcatori

tumorali non indicano necessariamente la presenza di un cancro dello stomaco. Essi, infatti, possono essere individuati nel sangue anche in presenza di altre malattie dello stomaco.

Esame delle feci

L'analisi è effettuata su un campione di feci e serve a individuare eventuali tracce di sangue occulto. La presenza di sangue occulto nelle feci può indicare la presenza di un tumore.

Accertamenti diagnostici più approfonditi

Gastroscopia con biopsia

L'esplorazione visiva dello stomaco è chiamata «gastroscopia». Per questo esame ci si avvale di un apposito strumento chiamato «endoscopio» (dal greco *éndon* = dentro e *skopein* = osservare). L'endoscopio è un tubo sottile dotato all'estremità di una videocamera.

La gastroscopia prevede l'introduzione dell'endoscopio nello stomaco attraverso la bocca. Le immagini scattate dalla videocamera dell'endoscopio sono trasmesse a uno schermo. In questo modo è possibile esaminare l'interno dello stomaco.

Inoltre, l'endoscopio serve da guida per l'introduzione di strumenti che consentono di prelevare campioni di tessuto (biopsie) per l'analisi istologica (dal greco *histos* = tessuto e *logos* = studio). In questo modo è possibile stabilire il tipo di tumore e il grado di malignità delle cellule tumorali (vedi «Grado di differenziazione», p. 23).

La gastroscopia è un intervento ambulatoriale che si pratica in anestesia locale (anestesia topica faringea) o in narcosi. Prima e dopo l'esame occorre osservare un digiuno di alcune ore durante il quale non è consentito, né mangiare né bere. Il Suo medico La informerà in merito.

Endosonografia

L'endosonografia è un esame a ultrasuoni della cavità dello stomaco. Come per la gastroscopia, si introduce nello stomaco un tubo sottile (endoscopio) munito all'estremità di una sonda a ultrasuoni.

Le immagini sonografiche consentono al medico di valutare l'estensione del carcinoma gastrico e l'interessamento dei linfonodi.

Laparoscopia addominale esplorativa

La laparoscopia addominale è praticata soltanto nel caso in cui le altre indagini diagnostiche non forniscano informazioni sufficientemente

precise sull'estensione del tumore.

Tale intervento chirurgico mini-invasivo è effettuato in anestesia generale. Attraverso una piccola incisione sull'addome, si introduce uno strumento dotato di una telecamera che trasmette le immagini degli organi all'interno dell'addome su uno schermo.

La laparoscopia addominale consente di rilevare eventuali metastasi a livello del peritoneo, del fegato o dei linfonodi, in vista di un possibile intervento chirurgico. In sede di laparoscopia addominale è possibile, inoltre, il prelievo di campioni di tessuto da sottoporre ad analisi (biopsia).

Lavaggio peritoneale diagnostico

Durante la laparoscopia addominale è possibile eseguire un lavaggio peritoneale. Tale tecnica diagnostica consiste nell'iniezione di un liquido nell'addome e nella sua successiva aspirazione. Il liquido drenato è sottoposto ad analisi per l'identificazione di cellule tumorali. In tale modo è possibile verificare la diffusione di metastasi nell'addome.

Diagnostica per immagini

Per stabilire con più precisione l'estensione della malattia, ci si avvale di tecniche di diagnostica per immagini.

Sonografia

Tale esame si esegue passando sull'addome una sonda che emette onde ultrasonore e che è in grado di captare gli echi prodotti dagli ultrasuoni mentre attraversano i tessuti. Il computer traduce i dati registrati in immagini. La sonografia consente di rilevare alterazioni tissutali come, per esempio, linfonodi ingrossati o metastasi epatiche.

TC

La Tomografia Assiale Computerizzata sfrutta le radiazioni ionizzanti (raggi X) come la radiografia e consente di riprodurre a video sezioni o strati degli organi interni dell'addome e del torace, del cervello o dei linfonodi. Con questa tecnica diagnostica è possibile localizzare con più precisione il tumore e verificare se la malattia si è diffusa ai linfonodi e ad altri organi.

PET-TC

Dall'unione della Tomografia a Emissione di Positroni (PET) e della Tomografia Assiale Computerizzata si ottiene una mappa dell'intero corpo che consente di distinguere sia i vari tessuti, come per esempio le ossa o i linfonodi, sia i processi metabolici.

RMN

L'iter diagnostico per il cancro dello stomaco prevede una Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) nei casi in cui la sonografia e la tomografia computerizzata da sole non bastino per stabilire una diagnosi certa.

Radiografia

Una radiografia consente di escludere o di accertare la presenza di metastasi polmonari.

Transito gastrointestinale

Questo esame diagnostico consiste in una radiografia del cosiddetto «transito gastrointestinale».

Prima dell'esame, il paziente deve assumere un liquido di contrasto della consistenza di un frappé. Le radiografie dello stomaco e dell'intestino consentono di valutare, in parte, se il tumore ostacola il transito del cibo attraverso il tratto gastrointestinale e, in caso affermativo, in quale modo.

Stadi di malattia

Gli esiti delle indagini diagnostiche consentono di riconoscere fino a un certo punto le dimensioni del tumore e la sua eventuale diffusione a distanza nonché di stabilire lo stadio di malattia in base alla classificazione TNM, del *grading*

tumorale (vedi p. 23) e della classificazione di Laurén (vedi p. 23).

Classificazione TNM

La classificazione TNM dell'Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC) serve per descrivere l'estensione della malattia nello stomaco e la sua diffusione in altri organi o nei linfonodi. Tale sistema di classificazione è chiamato anche stadiazione o con il termine inglese *staging*.

Sulla base dell'esito delle indagini diagnostiche si procede a una stadiazione preliminare. In alcuni casi, la classificazione TNM definitiva è possibile soltanto dopo l'intervento chirurgico, una volta che il tessuto prelevato è stato analizzato.

Le lettere **T, N, M** stanno per:

- T** Tumore (primario, primitivo od originario)
- N** Linfonodi regionali
- M** Metastasi (tumori secondari, focolai di malattia a distanza)

Classificazione TNM per il cancro dello stomaco

T	sta per tumore; il suo grado di estensione è espresso in cifre che vanno da 0 a 4. Quanto più esteso o più grande è il tumore, tanto più alta è la cifra.
TX	Tumore primario non definibile
T0	Tumore primario non evidenziabile
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> , ossia circoscritto allo strato più superficiale della mucosa gastrica
T1	Tumore infiltrante la tonaca mucosa (T1a) e/o la tonaca sottomucosa costituita da tessuto connettivo (T1b)
T2	Tumore infiltrante la tonaca muscolare
T3	Tumore infiltrante la mucosa subserosa (tessuto connettivo posto tra la mucosa serosa e la mucosa muscolare)
T4	Tumore infiltrante la tonaca serosa (T4a) e/o gli organi e le zone adiacenti del corpo (T4b; milza, intestino crasso, fegato, diaframma, pancreas, peritoneo, reni, ghiandole surrenali, intestino tenue).

N	sta per linfonodi (dal latino <i>nodus</i> = nodo).
NX	Linfonodi regionali (adiacenti) non valutabili
N0	Linfonodi regionali liberi da metastasi
N1	Uno o due linfonodi interessati dalla malattia
N2	Da tre a sei linfonodi regionali interessati dalla malattia
N3	Più di sei linfonodi regionali interessati dalla malattia

M	sta per metastasi in altri organi, focolai a distanza dal luogo d'insorgenza della malattia.
M0	Metastasi a distanza assenti
M1	Metastasi a distanza presenti; luoghi di metastatizzazione più frequenti: fegato, polmoni, cervello od ossa.

Stadiazione

La classificazione TNM consente di stabilire l'estensione e la diffusione del tumore, quindi lo stadio della malattia. Dopo il processo di stadiazione e in base all'esito di altri esami diagnostici, si pianifica la terapia più idonea per il caso specifico (vedi p. 26).

L'Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC) stabilisce i criteri per la stadiazione. Per il cancro dello stomaco si distinguono cinque stadi che sono designati con lo 0 e le cifre romane da I a IV.

Gli stadi I e II, in alcuni casi anche lo stadio III, sono definiti «stadi precoci», mentre lo stadio IV è considerato uno «stadio avanzato».

Stadi di malattia

Stadio 0 (zero)

Il tumore è circoscritto allo strato più superficiale della mucosa gastrica. È poco probabile che un tumore allo stadio 0 si sia diffuso ai linfonodi o abbia formato metastasi.

In gergo, i tumori allo stadio 0 sono chiamati tumori «in situ», che si abbrevia con Tis.

Secondo la classificazione TNM, lo stadio 0 è descritto come segue:

- Estensione del tumore Tis, interessamento linfonodale N0, nessuna metastasi M0

Stadio I (uno)

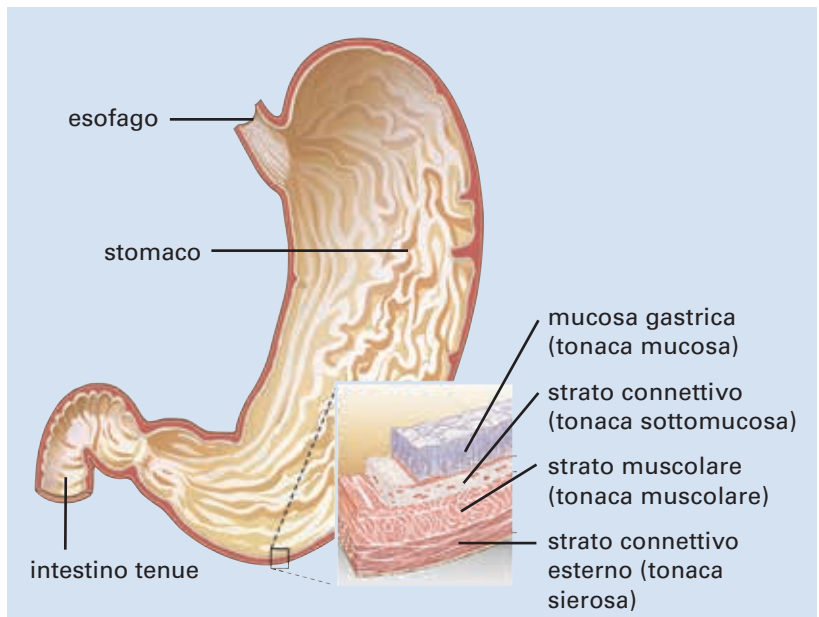
In questo stadio il tumore si è infiltrato nella mucosa gastrica (tonaca mucosa) o nel sottile strato di tessuto connettivo (tonaca sottomucosa) oppure nello strato muscolare (tonaca muscolare). I linfonodi sono liberi da malattia

oppure sono interessati al massimo due linfonodi adiacenti. Il tumore non ha formato metastasi.

Secondo la classificazione TNM, lo stadio I è descritto come segue:

- Estensione del tumore T1 o T2, nessun interessamento linfonodale N0, nessuna metastasi M0 *oppure*
- Estensione del tumore T1, interessamento linfonodale N1, nessuna metastasi M0

Sezione longitudinale dello stomaco con rappresentazione dettagliata della parete gastrica



Stadio II (due)

Rientrano nello stadio II tumori che ...

- ... si sono infiltrati nella mucosa gastrica (tonaca mucosa) e nello strato di tessuto connettivo (tonaca sottomucosa) nonché in uno o più linfonodi.
- ... Si sono infiltrati nello strato muscolare (tonaca muscolare) e non hanno invaso linfonodi o ne hanno invaso più di uno.
- ... Si sono infiltrati nella tonaca sottosierosa e non hanno invaso i linfonodi o ne hanno invaso uno o due al massimo.
- ... Si sono infiltrati nella tonaca sierosa e non hanno invaso i linfonodi.
- ... Non hanno formato metastasi.

Secondo la classificazione TNM, lo stadio II è descritto come segue:

- Estensione del tumore T1, interessamento linfonodale N2 o N3, nessuna metastasi M0

oppure

- Estensione del tumore T2, interessamento linfonodale N1 o N2, nessuna metastasi M0

oppure

- Estensione del tumore T3, interessamento linfonodale N0 o N1, nessuna metastasi M0

oppure

- Estensione del tumore T4, interessamento linfonodale N0, nessuna metastasi M0.

Stadio III (tre)

Rientrano nello stadio III tumori che ...

- ... hanno invaso più di un linfonodo.
- ... Si sono infiltrati in strutture adiacenti (p.es. organi).
- ... Si sono infiltrati nella tonaca muscolare od oltre.

Secondo la classificazione TNM, lo stadio III è descritto come segue:

- Estensione del tumore T2, interessamento linfonodale N3, nessuna metastasi M0

oppure

- Estensione del tumore T3, interessamento linfonodale N2 o N3, nessuna metastasi M0

oppure

- Estensione del tumore T4 con 0, uno o più linfonodi interessati (N0 fino a N3), nessuna metastasi (M0).

Stadio IV (quattro)

Appartengono allo stadio IV tutti i tumori che hanno formato metastasi (p.es. peritoneali).

Secondo la classificazione TNM, lo stadio IV è descritto come segue:

- Estensione del tumore da T1 a T4, interessamento linfonodale da N0 a N3, presenza di metastasi (M1).

Grading (grado di differenziazione): valutazione della crescita tumorale

Oltre che sulla classificazione TNM, la scelta terapeutica si basa sull'analisi del tessuto tumorale. I campioni di tessuto prelevati sono esaminati per accertare in che misura le cellule malate differiscono da quelle normali e sane che hanno dato origine alla malattia.

In questo modo è possibile stabilire con quale velocità il tumore probabilmente crescerà. Quanto più le cellule tumorali si differenziano dalle cellule sane, tanto più «maligno» o aggressivo è il tumore e tanto più rapida ne sarà la crescita. In gergo si parla di «grado di differenziazione» o si usa il termine inglese *grading*.

Il grado di differenziazione è espresso con la lettera «G» e le cifre da 1 a 3.

- G1** Le cellule tumorali assomigliano ancora abbastanza alle cellule sane.
- G2** Le cellule tumorali si differenziano più nettamente dalle cellule sane.
- G3** Le cellule tumorali non hanno quasi più nessuna somiglianza con le cellule sane e sono quindi più aggressive. La loro crescita è più veloce rispetto a G1 e G2.

In assenza di una biopsia, il tessuto tumorale può essere analizzato soltanto dopo l'intervento chirurgico.

Classificazione di Laurén

La classificazione di Laurén suddivide i carcinomi gastrici in: intestinale, diffuso, ibrido, in base al loro comportamento di crescita e alle loro caratteristiche microscopiche. Questa classificazione influisce sulla pianificazione della terapia (vedi p. 33).

Tipo intestinale

All'incirca la metà dei carcinomi gastrici sono di tipo intestinale e hanno le seguenti caratteristiche:

- il tumore è piuttosto ben delimitato rispetto al tessuto sano circostante;
- le cellule tumorali sono relativamente ben differenziate, assomigliano ancora molto alle cellule sane.

Se diagnosticati per tempo, i carcinomi gastrici sono spesso operabili.



Tipo diffuso

All'incirca il 40 per cento dei carcinomi gastrici sono di tipo diffuso e hanno le seguenti caratteristiche:

- il carcinoma gastrico si infiltra nella parete gastrica al di sotto della mucosa interessando una vasta area. Non è possibile individuarlo mediante gli esami endoscopici.
- Il tumore è scarsamente delimitato rispetto al tessuto sano circostante.
- In generale, le cellule tumorali del tipo diffuso sono scarsamente differenziate: le cellule tumorali non hanno quasi più nessuna somiglianza con le cellule sane.
- Il tipo diffuso forma metastasi già in uno stadio precoce della malattia.

La probabilità che un tumore di tipo diffuso possa essere asportato completamente con la chirurgia è più bassa che nel caso di un tumore di tipo intestinale.

Tipo ibrido

Il 5–10 per cento circa di tutti i carcinomi gastrici sono di tipo ibrido. I campioni di tessuto di tali tumori presentano sia sezioni appartenenti al tipo intestinale sia sezioni appartenenti al tipo diffuso, di modo che non possono essere attribuiti all'uno o all'altro tipo.

Caratteristiche biologiche

Sulla sua superficie e al suo interno, ogni cellula presenta numerose caratteristiche biologiche. Per il cancro dello stomaco si verifica nel caso in cui le cellule tumorali presentano sulla loro superficie recettori per il fattore di crescita HER2. HER2 sta per «Human Epidermal Growthfactor, tipo 2». Se è presente in sovrannumero (sovraespresso), HER2 accelera la crescita tumorale.

Possibilità di trattamento

La scelta terapeutica dipende dallo stadio della malattia, dal tipo di tessuto tumorale e dalla classificazione di Laurén (vedi pp. 19 sgg.).

I principali metodi di trattamento del cancro dello stomaco sono:

- la resezione endoscopica della mucosa,
- l'asportazione chirurgica totale o parziale dello stomaco,
- le terapie farmacologiche,
- la radioterapia.

La terapia può avere un esito positivo soltanto in caso di asportazione completa del tumore gastrico. L'asportazione chirurgica o endoscopica del tumore è pertanto l'opzione terapeutica più importante per il cancro dello stomaco.

In presenza di metastasi, il cancro dello stomaco non è guaribile. Tuttavia, la progressione della malattia può essere rallentata mediante terapie farmacologiche.

Resezione endoscopica della mucosa

In uno stadio molto precoce, il tumore può essere asportato nel corso di una gastroscopia (vedi p. 16). Tale intervento è chiamato «resezione endoscopica della mucosa».

La resezione endoscopica della mucosa è possibile alle seguenti condizioni:

- carcinoma in situ (vedi p. 20),
- ev. tumori classificati come T1a (vedi p. 19),
- linfonodi liberi da malattia,
- assenza di metastasi,
- grado di differenziazione delle cellule tumorali inferiore o uguale a G2 (vedi p. 23).

Svolgimento della terapia

La resezione endoscopica della mucosa è effettuata in regime ambulatoriale o durante una breve degenza ospedaliera. L'intervento si svolge in sedazione o in anestesia totale.

Come per una gastroscopia, si introduce nello stomaco un endoscopio (vedi p. 16) che serve da guida per gli strumenti necessari all'escissione, nonché all'aspirazione del tessuto tumorale.

Prima e dopo l'intervento, il paziente deve osservare un digiuno di 24 ore durante il quale non può né mangiare né bere. L'idratazione è assicurata attraverso la somministrazione di liquidi per via endovenosa.

Possibili effetti indesiderati

In casi rari, dopo l'intervento possono verificarsi sanguinamenti gastrici che è possibile fermare con un intervento endoscopico supplementare.

Asportazione chirurgica dello stomaco

L'obiettivo di un intervento chirurgico è l'asportazione completa del tumore con un margine di sicurezza su tessuto sano. In assenza di cellule tumorali nei margini di resezione chirurgica si parla di una «resezione senza tumore residuo» (R0).

A seconda della localizzazione e delle dimensioni del tumore nonché dello stadio della malattia, si procede all'asportazione chirurgica parziale o totale dello stomaco:

- L'asportazione chirurgica parziale dello stomaco è chiamata anche «gastroresezione».
- L'asportazione chirurgica totale dello stomaco è chiamata anche «gastrectomia».

La resezione parziale dello stomaco ...

... consiste nell'asportazione della parte di stomaco colpita dal tumore. La parte di stomaco rimanente è ricollegata con l'esofago e/o con il duodeno.

La resezione totale dello stomaco ...

... consiste nella rimozione completa dello stomaco. Da un'ansa dell'intestino tenue si ricava un nuovo stomaco (serbatoio) che si unisce con il duodeno e l'esofago.

Il collegamento tra il nuovo stomaco e l'esofago avviene in modo da impedire il reflusso di bile.

La gastroresezione e la gastrectomia richiedono entrambe una degenza ospedaliera di diversi giorni e una convalescenza prolungata.

L'intervento include l'asportazione dei linfonodi adiacenti (linfadenectomia) che, in seguito, sono esaminati per verificare se sono infiltrati da cellule tumorali.

A seconda della localizzazione del tumore, insieme allo stomaco sono asportati il pancreas e la milza.

Il cancro dello stomaco può infiltrare il peritoneo. L'asportazione del peritoneo è rara perché a tutt'oggi non è dimostato scientificamente se l'asportazione del peritoneo interessato dalla malattia abbia un influsso positivo sull'evoluzione della malattia oppure no.

Possibili conseguenze dell'intervento chirurgico

La gastroresezione e la gastrectomia modificano l'architettura del tratto gastrointestinale superiore e, di conseguenza, i processi di digestione:

- Dopo l'asportazione dello stomaco viene a mancare,

del tutto o in parte, il succo gastrico, importante per la digestione.

- La capacità d'immagazzinamento del nuovo stomaco è inferiore a quella dello stomaco asportato.
- La percezione della fame e della sazietà può essere alterata dopo l'intervento chirurgico.

Il nuovo stomaco non supplisce a tutte le funzioni dello stomaco asportato. Per questo motivo, dopo una gastrectomia occorre modificare le abitudini alimentari.

Anche la gastroresezione può rendere necessario un adeguamento temporaneo o permanente delle abitudini alimentari. Per saperne di più sull'alimentazione dopo un intervento chirurgico allo stomaco, legga a partire da pagina 42.

In casi particolari, può essere necessaria la nutrizione artificiale e, più precisamente, la nutrizione enterale: fintanto che il paziente è impossibilitato a nutrirsi per via orale, il nutrimento e i liquidi gli sono somministrati attraverso una sonda che è posizionata nell'apparato digerente durante l'intervento chirurgico. A partire da pagina 53 trova ulteriori informazioni sulla nutrizione artificiale e sulle sonde enterali.

Terapie farmacologiche

Chemioterapia

Una chemioterapia consiste nella somministrazione di farmaci che danneggiano le cellule e inibiscono la loro crescita, i cosiddetti «citostatici» (dal greco *kýtos* = cellula, *statikós* = fermare).

Le cellule si dividono ciclicamente. La divisione cellulare avviene in diverse fasi. I citostatici interferiscono con le varie fasi del ciclo di divisione cellulare, impedendo in questo modo anche al tumore di crescere. Attraverso il sangue, i citostatici si diffondono in tutto il corpo. In altre parole: l'azione dei citostatici è sistemica.

Nel trattamento del cancro dello stomaco la chemioterapia è somministrata:

- prima dell'intervento chirurgico con lo scopo di ridurre il tumore;
- dopo l'intervento chirurgico con lo scopo di distruggere cellule tumorali residue.

In presenza di metastasi, è sovente somministrata la chemioterapia con lo scopo di lenire i sintomi della malattia.

Somministrazione

La via di somministrazione più utilizzata per la chemioterapia è quella endovenosa. Tuttavia, vi sono citostatici che possono essere assunti per bocca. Di solito, la chemioterapia è somministrata in un ambulatorio e non richiede un ricovero ospedaliero.

La chemioterapia è suddivisa in cicli. Ogni ciclo comprende un periodo di trattamento di una precisa durata e un intervallo. Durante gli intervalli tra un periodo di trattamento e l'altro gli organi sani possono recuperare.

A seconda del tipo di tumore, la chemioterapia è somministrata in concomitanza con la radioterapia.

Possibili effetti secondari

I citostatici hanno un effetto tossico anche sulle cellule sane che si dividono rapidamente come, per esempio:

- le cellule del sistema ematopoietico (midollo osseo),
- le cellule pilifere,
- le cellule di rivestimento (bocca, stomaco, intestino, vagina),
- le cellule sessuali (spermatozoi e ovuli).

Gli effetti secondari che possono insorgere durante e dopo la chemioterapia sono dovuti soprattutto al danno subito dalle cellule sane:

- alterazioni del quadro ematico che possono comportare un maggiore rischio di emorragia, infezione o anemia,
- nausea e vomito, diarrea,
- alterazioni del gusto e dell'olfatto,
- perdita di peso,
- formicolio alle dita delle mani e dei piedi,
- danno alle cellule muscolari cardiache,
- secchezza e infiammazioni delle mucose (bocca, intestino, genitali),
- disturbi sensoriali (vista, udito),
- sindrome mani piedi: arrossamento o gonfiore cutanei dei palmi delle mani e dei piedi o disturbi della sensibilità cutanea,
- perdita dei capelli.

Mentre le cellule cancerose muoiono per effetto della chemioterapia, gli organi di solito si riprendono. Di conseguenza, gran parte degli effetti secondari regrediscono o scompaiono del tutto una volta conclusa la terapia.

Terapia a bersaglio molecolare

Sulla sua superficie e al suo interno, ogni cellula presenta numerosi contrassegni biologici di vario tipo (recettori, antigeni ecc.) ai quali si possono legare precise molecole, innescando una serie di reazioni, chiamate «cascate di trasduzione del segnale».

Terapie e misure di supporto

Il medico può prescrivere, anche in via profilattica, farmaci e misure di supporto per contrastare gli effetti collaterali della terapia oncologica e i sintomi della malattia come nausea, vomito, stitichezza, febbre, infezioni, affanno respiratorio, dolori e valori del sangue al di fuori della norma. I farmaci e le misure lenitive possono essere:

- antiemetici contro la nausea e il vomito
- antidiarroidici contro la diarrea e lassativi contro la stitichezza
- antipiretici contro la febbre (alcuni analgesici hanno anche un effetto antipiretico)
- antibiotici contro le infezioni batteriche
- antimicotici contro le infezioni da funghi
- analgesici contro il dolore
- preparati enzimatici per agevolare la digestione
- misure contro le infiammazioni in bocca e in gola (p. es. risciacqui, cura del cavo orale)
- trasfusioni di sangue o farmaci contro l'anemia e trasfusioni di piastrine in caso di rischio aumentato di emorragia
- Misure (igieniche e farmacologiche) a sostegno del sistema immunitario in caso di forte diminuzione del numero di globuli bianchi (leucocitopenia, neutropenia)
- Bifosfonati contro l'osteoporosi, la diminuzione della massa scheletrica che induce fragilità ossea
- Preparati cortisonici per la prevenzione di reazioni allergiche e il trattamento della nausea
- Misure nutrizionali

La terapia prescritta può essere efficace solo se ci si attiene rigorosamente (vedi «Gestione degli effetti secondari» a p. 55 sg.).

Le «cascate di trasduzione del segnale» sono necessarie, per esempio, per la divisione, per il metabolismo o per la morte delle cellule.

Le cosiddette «terapie a bersaglio molecolare» (in inglese *targeted therapies*) riconoscono e bloccano le «antenne» specifiche delle cellule tumorali, impedendo così l'attivazione di cascate di trasduzione del segnale. In questo modo è possibile frenare temporaneamente o in modo duraturo la crescita o il metabolismo di un tumore.

Terapia con anticorpi

Il sistema immunitario produce anticorpi per combattere in modo mirato gli agenti patogeni (virus, batteri ecc.).

Alcuni farmaci antitumorali agiscono secondo lo stesso principio degli anticorpi umani. Sono prodotti con la tecnologia genetica e identici tra loro (cloni). Ecco perché sono chiamati «anticorpi monoclonali».

Gli anticorpi monoclonali sono in grado di riconoscere un contrassegno biologico specifico (recettore) sulla superficie delle cellule tumorali. Gli anticorpi monoclonali occupano tale recettore evidenziando così le cellule che presentano il contrassegno biologico sulla loro superficie. Grazie all'anticorpo

«legato», il sistema immunitario riconosce le cellule tumorali e può combatterle.

Affinché questa loro capacità abbia un'utilità terapeutica e le cellule sane siano salvaguardate il più possibile, il contrassegno biologico deve essere rilevante per la crescita tumorale nonché ricorrere spesso sulle cellule tumorali ed essere presente in misura nettamente minore, invece, sulle cellule sane.

Il contrassegno biologico del cancro dello stomaco è il recettore per il fattore di crescita epidermico umano HER2 (vedi p. 25).

Nel trattamento del cancro dello stomaco gli anticorpi sono somministrati in concomitanza con una chemioterapia.

Possibili effetti secondari:

- sintomi simili influenzali (febbre, brividi di freddo),
- problemi cardiaci,
- difficoltà respiratorie,

Per saperne di più ...

... sulle terapie contro il cancro e sulla gestione dei loro potenziali effetti collaterali legga l'opuscolo intitolato «Terapie medicamentose dei tumori» (vedi p. 67).

- reazioni cutanee (acne), unghie fragili,
- dolori articolari.

Tali effetti secondari non si manifestano in tutti i pazienti che si sottopongono a una terapia con anticorpi. Le reazioni ai farmaci variano da individuo a individuo: taluni accusano pochi e/o lievi effetti collaterali, tal altri, invece, devono sopportare conseguenze più pesanti. Il tipo di effetti secondari, il momento in cui insorgono e la loro intensità variano, inoltre, a seconda del tipo di farmaco somministrato e della sua associazione ad altri farmaci. Il Suo oncologo e il personale infermieristico La informeranno in merito. La rimandiamo a tale proposito a pagina 55 sg.

Radioterapia

La radioterapia danneggia le cellule cancerose. In questo modo impedisce loro di dividersi e ne determina la morte. La radioterapia è una terapia locale. In altre parole, la sua azione è circoscritta alla zona irradiata.

Spesso il cancro dello stomaco è trattato con una radioterapia adiuvante che segue l'intervento chirurgico ed è combinata con una chemioterapia (radiochemioterapia). Le sedute di radioterapia si

svolgono dal lunedì al venerdì per una durata di quattro, sei settimane. Una singola seduta dura soltanto qualche minuto.

In vista della prima seduta di radioterapia, il paziente si sottopone a una tomografia assiale computerizzata (TC) per ottenere un'immagine tridimensionale dello stomaco. Ciò consente di stabilire la posizione sdraiata ottimale per le sedute di radioterapia e di evidenziare la zona da irradiare sulla pelle con un colore. La marcatura consente di posizionare il paziente esattamente nella stessa posizione a ogni seduta di radioterapia affinché i raggi vadano a colpire, il tumore con la massima precisione e i tessuti sani siano salvaguardati il più possibile.

Possibili effetti secondari della radioterapia

- secchezza o arrossamento della pelle irradiata,
- difficoltà di deglutizione in caso di irradiazione dell'esofago,
- nausea, diarrea o crampi addominali.

Per saperne di più ...

... sulla radioterapia e sulla gestione dei suoi effetti secondari, legga il nostro opuscolo «La radioterapia» (vedi p. 67).

Quale terapia per quale stadio di malattia

La scelta terapeutica, in caso di cancro dello stomaco, è determinata dallo stadio, dal grado di aggressività e dall'estensione della malattia:

- Il tumore è circoscritto alla mucosa o alla parete gastrica?
- I linfonodi sono contaminati? Il tumore ha formato metastasi in altri organi?
- Quali sono le caratteristiche del tessuto tumorale prelevato tramite biopsia o asportato chirurgicamente (p. es. tipo di cellule)?

Inoltre, la terapia è pianificata in base alle condizioni generali di salute del paziente e del suo modo di concepire la qualità di vita.

Pianificazione della terapia

Possono trascorrere da alcuni giorni fino ad alcune settimane prima che siano disponibili tutti gli esiti degli esami. L'attesa richiede molta pazienza. Quanto più completo è il quadro della situazione, tanto più il piano di terapia sarà commisurato al Suo caso specifico.

La pianificazione e il monitoraggio della terapia sono interdisciplinari. In altre parole: medici specialisti di diverse discipline si riuniscono per valutare collegialmente la Sua situazione e formulare la proposta

terapeutica che ritengono più adatta per Lei.

In caso di cancro dello stomaco le branche della medicina interessate sono:

- gastroenterologia: malattie degli organi dell'apparato digerente,
- chirurgia viscerale: chirurgia degli organi addominali,
- oncologia/ematologia: terapie farmacologiche contro i tumori, terapie di supporto, coordinamento della presa a carico oncologica, *follow-up* oncologico (controlli periodici dopo il trattamento),
- patologia: istologia patologica e diagnostica molecolare,
- psico-oncologia: sostegno nell'affrontare i cambiamenti dovuti alla malattia oncologica,
- radiologia e medicina nucleare: diagnostica per immagini e terapia guidata dalle immagini,
- radio-oncologia: radioterapia
- nutrizione clinica,
- fisioterapia, logopedia.

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* = curare, guarire)
L'obiettivo che ci si prefigge con la terapia è curare la malattia.

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

Nel caso del cancro dello stomaco, tuttavia, l'asportazione totale del tessuto canceroso da sola non è sufficiente se l'obiettivo della terapia è una remissione completa e duratura. Il rischio che i segni e i sintomi della malattia ricompaiano (recidiva) permane.

Per ridurre ulteriormente il rischio di ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie, l'intervento chirurgico è quindi spesso preceduto o seguito da una terapia farmacologica e/o dalla radioterapia.

Intento palliativo

(dal latino *palliare* = avvolgere in un mantello, proteggere)

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

A volte si riesce a stabilizzare la malattia per molto tempo.

La qualità di vita è prioritaria: gli interventi di medici, infermieri, psicologi, assistenti spirituali e altre figure professionali mirano

ad alleviare i sintomi e le conseguenze della malattia come per esempio i dolori, l'ansia, la paura, la stanchezza, le 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/ preoperatoria

(dal greco *néos* = nuovo e dal latino *adiuvare* = sostenere, aiutare)
La terapia (chemioterapia, radioterapia) è chiamata «neoadiuvante» quando 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.

Terapia adiuvante/postoperatoria

(dal latino *adiuvare* = sostenere, aiutare)

La terapia (chemioterapia, radioterapia) è chiamata «adiuvante» quando 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.

Scopo della terapia

Prima di sottoporsi alla terapia raccomandata è utile domandare al medico quale scopo si persegue con la terapia: l'intento della terapia è curativo o palliativo?

Nel corso della terapia gli obiettivi terapeutici sono periodicamente rivalutati e, se necessario, ridefiniti sulla base dell'andamento della malattia, della risposta alla terapia e della situazione individuale. Gli adeguamenti terapeutici sono concordati con il 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 stendendo una lista di domande che vuole porre, in modo da non dimenticarle.

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 interpre-

tato 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 ad una psico-oncologa. I colloqui di sostegno possono alleviare la Sua sofferenza psicologica e aiutarLa a trovare delle modalità per affrontare il percorso di malattia (vedi p. 64).

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 interlocutrice.

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 ad una misura terapeutica prima di essere stato informato in dettaglio e in modo per Lei comprensibile sul suo svolgimento, sulle possibili conseguenze e sui 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 mia diagnosi – la mia terapia

Esiti degli esami

Diagnosi

Quali terapie sono previste? Sussistono alternative?

Saranno necessari esami di controllo periodici dopo la terapia?

A chi posso rivolgermi in caso di domande sull'alimentazione?

Non esiti a domandare

- Quale intento ha la terapia che mi è stata proposta? Mi prolungherà la vita? Migliorerà la mia qualità di vita?
- Quali sono i vantaggi e gli svantaggi della terapia?
- Quanta esperienza avete nel trattamento del cancro dello stomaco? È importante porre questa domanda perché il livello di specializzazione dell'équipe medica e infermieristica è determinante per il decorso della malattia e la qualità di vita del paziente.
- Quali conseguenze avrà l'intervento chirurgico sulla mia digestione e sulle mie abitudini alimentari? Potrò ancora mangiare normalmente dopo?
- È previsto l'utilizzo di una sonda nutrizionale? Per quanto tempo mi alimenterò per via enterale? Chi mi spiegherà come fare?
- Riceverò una consulenza alimentare? Chi mi aiuterà a mettere a punto un piano alimentare dopo l'intervento chirurgico?
- Quali rischi e quali effetti secondari comporta l'intervento chirurgico? Sono temporanei o permanenti? Vi sono misure lenitive efficaci?
- Quali altre funzioni corporee risulteranno compromesse a seguito della terapia?
- Quali ripercussioni avranno la malattia e le terapie sulla mia vita privata, sulla mia quotidianità, sulle mie condizioni generali e sulla mia abilità lavorativa?
- Che cosa succederebbe se evitassi queste terapie? Quanto mi resterebbe da vivere? Che influsso avrebbe la mia scelta sulla mia qualità di vita?
- Sono necessarie ulteriori terapie?
- Ho altre opzioni terapeutiche?
- I costi della terapia sono coperti dalla cassa malati?

Terapie in stadi precoci

Per informazioni più dettagliate sulla stadiazione dei tumori da 0 a IV rimandiamo alle pp. 20 sgg.

Stadio 0

In questo stadio di malattia è possibile una resezione endoscopica della mucosa (p. 26)...

... se il tumore è piccolo e circoscritto alla mucosa gastrica.

Un'altra condizione necessaria è che i linfonodi non siano contaminati e che non vi siano metastasi in altri organi. Infine, il grado di differenziazione del tessuto tumorale dev'essere da medio a basso (G1 o G2, vedi p. 23).

L'asportazione dello stomaco è parziale o completa e include anche l'asportazione dei linfonodi adiacenti...

... a seconda dell'estensione della malattia.

Stadio I

A seconda dell'estensione del carcinoma, la prima scelta terapeutica è l'asportazione chirurgica parziale o completa dello stomaco e dei linfonodi adiacenti.

In casi selezionati, l'intervento chirurgico è seguito da una radioterapia combinata con una chemioterapia.

Stadi II e III

In questi stadi di malattia, la scelta terapeutica è determinata dall'estensione del tumore, dalla sua localizzazione nello stomaco, dal tipo di tumore (vedi p. 22) e dal numero di linfonodi regionali colpiti. Secondo la situazione, è indicata l'asportazione completa dello stomaco e l'asportazione dei linfonodi adiacenti oppure è possibile l'asportazione parziale dello stomaco.

In casi selezionati, prima dell'intervento chirurgico è indicata la somministrazione di una chemioterapia (neoadiuvante) allo scopo di ridurre la grandezza del tumore.

A seconda delle condizioni generali del paziente e dallo stadio di malattia, l'intervento chirurgico è seguito da una chemioterapia o da una radioterapia e chemioterapia concomitanti.

Terapie in stadio avanzato

Stadio IV

In presenza di metastasi (M1), l'asportazione chirurgica completa del tumore non è più possibile.

Attraverso cure palliative è possibile rallentare la progressione della malattia o migliorare la qualità di vita del paziente. Rientrano nelle cure palliative, per esempio, ...

- ... interventi chirurgici atti a fermare emorragie gastriche causate dal tumore.
- ... Interventi chirurgici atti a rimpicciolire il tumore dello stomaco al fine di assicurare il transito del cibo attraverso lo stomaco.
- ... Interventi endoscopici. I carcinomi gastrici possono ostruire l'orifizio superiore di comunicazione tra l'esofago e lo stomaco. Attraverso un intervento endoscopico è possibile la collocazione di un tubicino (stent) nel punto di ostruzione per consentire il passaggio del cibo nello stomaco.
- ... Chemioterapie atte a rimpicciolire il tumore primario o le metastasi. In casi selezionati, la chemioterapia è somministrata in concomitanza con una terapia con anticorpi monoclonali.

... Tecniche di radioterapia atte a rimpicciolire il carcinoma o a lenire dolori dovuti a metastasi ossee.

Studi clinici

La ricerca terapeutica continua. Alla fase preclinica, che si svolge in laboratorio, segue la fase clinica, che avviene presso i pazienti.

Nell'ambito di studi clinici si verifica se le terapie sperimentali si dimostrano più efficaci e sono meglio tollerate delle terapie standard.

L'obiettivo che si persegue con le terapie sperimentali è che i pazienti ne traggano beneficio, per esempio, in termini di sopravvivenza, di velocità di progressione della malattia e di qualità di vita.

È possibile che anche a Lei si proponga di partecipare a uno studio clinico. Oppure può informarsi Lei stesso sugli studi clinici in corso per la Sua patologia, per esempio, consultando il sito www.kofam.ch.

È di esclusiva competenza del Suo medico curante informarLa sui vantaggi e sugli svantaggi che potrebbe comportare per Lei la partecipazione a uno specifico studio clinico.



Vi sono pazienti che decidono di partecipare a uno studio clinico nella speranza che anche altri malati di cancro possano un giorno beneficiare delle nuove possibilità terapeutiche.

Naturalmente, però, è libero di accettare di partecipare a uno studio clinico oppure di rifiutare una tale proposta terapeutica. Una volta che ha accettato di essere arruolato in uno studio clinico, ha comunque la possibilità di rinunciare in qualsiasi momento.

Un Suo eventuale rifiuto di partecipare a uno studio clinico non ha alcuna ripercussione negativa sulla Sua terapia: beneficerà in ogni caso della migliore e attuale cura dei tumori maligni.

L'opuscolo intitolato «Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 68) spiega in che cosa consiste uno studio clinico e che cosa potrebbe implicare per Lei la partecipazione a uno studio clinico in generale.

Alimentazione prima e dopo un intervento chirurgico allo stomaco

Prima dell'intervento

Già prima dell'intervento, il paziente beneficia di una consulenza dietetica nell'ambito della quale si rileva il suo stato nutrizionale e si prende nota delle sue abitudini alimentari (p. es. cibi preferiti, allergie o intolleranze). Questa valutazione iniziale consente di adeguare al meglio il regime alimentare postoperatorio alle esigenze individuali.

Spesso i pazienti perdono peso già prima dell'intervento. Un'alimentazione carente indebolisce il sistema immunitario e ha un effetto debilitante sul fisico. Per migliorare lo stato nutrizionale e ridurre il rischio di infezioni, spesso ai pazienti è somministrata un'immunonutrizione preoperatoria in forma liquida che contiene, oltre a tutte le sostanze nutritive essenziali, anche nutrienti che migliorano la risposta immunitaria.

Per ulteriori informazioni sulla consulenza alimentare e sul rimborso delle relative spese da parte della cassa malati rimandiamo a p. 54.

Dopo l'intervento

Nei primi giorni che seguono l'intervento chirurgico allo stomaco, la maggior parte dei pazienti è nutrita artificialmente. In altre parole,

i liquidi e i nutrienti sono somministrati per via parenterale attraverso un catetere venoso centrale oppure per via enterale attraverso una sonda nasogastrica o un accesso diretto all'intestino tenue, chiamato PEG, acronimo che sta per «gastrostomia endoscopica percutanea» (vedi pagina 53).

Dopo l'intervento chirurgico, il paziente può ricominciare pian piano a bere e a mangiare. All'inizio può assumere soltanto piccole quantità di cibo alla volta. In seguito, se tollera bene le quantità iniziali, le porzioni possono essere gradualmente aumentate.

Per assicurare un apporto nutrizionale sufficiente, la somministrazione per sonda continua per tutta la durata della fase di ripresa graduale dell'alimentazione per via naturale.

Diario alimentare

In generale, l'adeguamento postoperatorio delle abitudini alimentari dura alcuni mesi. Durante questo periodo può essere utile tenere un diario alimentare nel quale annotare che cosa si è bevuto e mangiato oppure quali problemi si sono accusati dopo aver ingerito un preciso alimento. Il diario alimentare Le consente di rendersi conto di quanto beve e mangia nonché di quali alimenti Le creano dei disturbi o non tollera per niente.

Diario alimentare

Data

Esempio fittizio – A partire da pagina 70 trova griglie di autocontrollo da compilare.

30 luglio 2015

Ora	Quantità	Che cosa ho mangiato? Che cosa ho bevuto?	Osservazioni
7.00	200 ml	tè	nessun problema
8.00	1	yogurt al naturale	nessun problema
9.00	1 pezzo	pane	flatulenza
10.00	200 ml	acqua	nessun problema

Come mangiare a casa

Occorre adeguare le proprie abitudini alimentari poiché lo stomaco operato non è in grado di svolgere la funzione di immagazzinamento e di rimescolamento del cibo che adempiva prima dell'intervento chirurgico.

Consigli alimentari

Nei primi mesi che seguono l'intervento chirurgico occorre alimentarsi in modo un po' diverso dal solito per lasciare al proprio corpo il tempo di adattarsi. Tuttavia, nella maggior parte dei casi non è necessario attenersi a una dieta particolare.

Il paziente è seguito da un dietista o da una dietista nella fase post-operatoria. Insieme allestitiscono un piano dei menu che, se necessario, è via via adeguato all'andamento della ripresa dell'alimentazione per via orale.

Tanti piccoli pasti

Dopo l'intervento chirurgico, lo stomaco è meno capiente. Di conseguenza, anche dopo l'assunzione di piccole porzioni, si instaura un senso di sazietà o di pesantezza allo stomaco.

Si consiglia pertanto di assumere ogni giorno fino a otto piccoli pasti. In questo modo, l'apporto calorico e nutrizionale giornaliero è sufficiente anche se le singole porzioni sono esigue.

Attenzione ai cibi freddi o caldi

Nello stomaco la temperatura del cibo o delle bevande ingerite è adeguata alla temperatura corporea. Se questa funzione termoregolatoria dello stomaco viene a mancare in seguito all'intervento chirurgico, il cibo freddo o caldo può irritare le pareti dell'intestino tenue e provocare un senso di malessere e diarrea.

Bevande

Per evitare un senso di sazietà precoce, si consiglia di non bere o di bere poco ai pasti. Beva invece a sufficienza (ca. 1,5 litri al giorno) tra i pasti, a piccoli sorsi per volta. L'ideale è bere tisane tiepide e acqua.

Che cosa mangiare?

Per restare in forze nonostante l'inappetenza e il senso di sazietà precoce, assuma cibi ricchi di calorie. Nell'opuscolo intitolato «Difficoltà di alimentazione e cancro» trova indicazioni utili al riguardo (vedi p. 67). Il Suo dietista o la Sua dietista Le offre inoltre una consulenza personalizzata.

Consigli alimentari individuali

- Mangi da cinque a otto piccolissime porzioni al giorno.
- Mangi e beva ciò che Le piace, prediligendo cibi ad alto tenore proteico ed energetico. Si pesi regolarmente. Segnali per tempo un'eventuale perdita di peso al Suo medico.
- Per evitare che si instauri un senso di sazietà già prima dei pasti, smetta di bere 20-30 minuti prima di mangiare. Se possibile, beva soprattutto tra i pasti (almeno 1,5 litri al giorno).
- Eviti di bere bevande gassate. Esse causano flatulenza.
- Informi chi La circonda sulle Sue nuove abitudini alimentari e, se possibile, mangi in compagnia.
- Mangi adagio e mastichi bene. In questo modo favorisce l'insalivazione. La saliva contiene enzimi digestivi che agevolano la digestione.
- Meteorismo? Eruttazioni? Se accusa tali disturbi, può essere utile evitare per un certo periodo cibi che causano gonfiore e limitare il consumo di pietanze molto grasse.
- Pratici il più possibile dell'attività fisica all'aria aperta. Una moderata esposizione al sole stimola la produzione fisiologica di vitamina D nella pelle e previene così una carenza di vitamina D.
- Può accadere che uno stesso alimento un giorno sia tollerato bene e un giorno male. L'importante è che, se decide di riprovare un alimento che ha tollerato male una volta, ne mangi una porzione più piccola.



Problemi di alimentazione

Per la maggior parte dei pazienti, l'intervento chirurgico comporta problemi di alimentazione più o meno gravi che, però, con il tempo diminuiscono perché il corpo si adegua, in parte, al cambiamento anatomico subito dall'apparato digerente e alle sue conseguenze sull'assimilazione dei nutrienti.

I seguenti problemi di alimentazione possono manifestarsi in forme diverse e non tutti i pazienti soffrono degli stessi disturbi:

- senso di pienezza,
- precoce senso di sazietà,
- pesantezza di stomaco,
- acidità di stomaco (reflusso gastrico),
- gonfiore di stomaco,
- capogiri, sintomi vasomotori,
- intolleranze alimentari, disturbi metabolici,
- inappetenza con conseguente calo ponderale indesiderato,
- carenza di nutrienti essenziali (p.es. vitamina B 12, vitamina D, calcio),
- feci grasse e molli.

Disturbi

Molti disturbi possono essere evitati o ridotti, se ...

- ... le porzioni sono proporzionali alla capienza dello stomaco dopo l'intervento chirurgico.

Per ulteriori informazioni vedi pagina 44.

- ... Il medico Le prescrive farmaci che facilitano la digestione (vedi p. 52 sg.).
- ... Si modificano le proprie abitudini alimentari, inclusa l'assunzione di liquidi, e il proprio comportamento dopo i pasti. In questo modo è possibile controllare i sintomi caratteristici della sindrome da svuotamento (in inglese *dumping syndrome*; vedi p. 48).
- ... Si sostituiscono i componenti nutrizionali (vitamine, enzimi, sali minerali) che l'organismo non è più in grado di assimilare in quantità sufficiente con supplementi nutrizionali orali o con farmaci (vedi p. 53).

Controllo del peso

Fintantoché il corpo non si è adattato alla diversa assimilazione dei nutrienti, può verificarsi un'involontaria perdita di peso o può instaurarsi uno stato di malnutrizione per difetto. Pertanto è importante che la presa a carico post-operatoria del paziente includa il monitoraggio del suo peso corporeo e un supporto nutrizionale nell'adeguamento delle sue abitudini alimentari alla sua condizione. In caso di perdita di peso, non esiti ad informare il medico o la dietista affinché si possa intervenire e consigliarla.

Sindrome da svuotamento (in inglese *dumping syndrome*)

Lo stomaco dei pazienti sottoposti a chirurgia gastrica è meno capiente di quello di una persona sana. Di conseguenza, il bolo alimentare è immesso nell'intestino tenue più rapidamente e in quantità maggiori. Tale fenomeno può causare un complesso di sintomi gastrointestinali e vasomotori, chiamato sindrome da svuotamento. La sindrome da svuotamento può manifestarsi in due forme: una precoce e una tardiva. Spesso i medici fanno riferimento alla sindrome da svuotamento utilizzando il termine inglese *dumping syndrome* (dall'inglese *to dump* = cadere).

Forma precoce

La forma precoce di *dumping syndrome* è caratterizzata da un accumulo del bolo alimentare nell'intestino tenue. Per poter transitare oltre, il bolo alimentare dev'essere fluidificato con i liquidi in circolo e con i liquidi provenienti dagli organi. Ciò provoca un calo pressorio. La forte distensione dell'intestino tenue causa, inoltre, importanti disturbi intestinali.

La forma precoce di *dumping syndrome* si manifesta 15–30 minuti dopo i pasti e comprende i seguenti sintomi:

- dolori addominali crampiformi,
- vomito,
- nausea,
- conati di vomito,
- stanchezza,
- capogiri, palpitazioni,
- abbassamento della pressione sanguigna,
- collasso cardiocircolatorio,
- diarrea.

Forma tardiva

La forma tardiva di *dumping syndrome* si verifica allorché il glucosio (lo zucchero) raggiunge l'intestino tenue senza prima essere stato digerito. Nell'intestino tenue il glucosio entra nel circolo sanguigno: la concentrazione di glucosio nel sangue aumenta con insolita rapidità. Ciò stimola il pancreas a secernere troppa insulina per digerire lo zucchero. Dopo la scomposizione dello zucchero, l'insulina in eccesso rimane in circolo. Ciò può dare luogo, due, tre ore dopo i pasti, a un'ipoglicemia che si manifesta attraverso i seguenti disturbi:

- fame,
- tremore,
- sudorazione,
- senso di debolezza,
- capogiri dovuti all'abbassamento della pressione sanguigna.

Che cosa si può fare in presenza di una sindrome da svuotamento

Forma precoce di *dumping syndrome*

Consumare almeno da sei a otto piccoli pasti ripartiti sull'arco della giornata.

Evitare di mangiare spuntini molto salati (p. es. patatine, noci salate) e alimenti molto zuccherati (p. es. sorbetti, bibite zuccherate, caramello).

Eventualmente sdraiarsi per ca. 30 minuti dopo i pasti o mangiare in posizione supina.

Bere soltanto lontano dai pasti, ossia ca. 20 minuti prima o dopo aver mangiato.

Mangiare adagio e masticare bene.

Può essere utile incorporare negli alimenti 5 g di farina di Guar (OptiFibre®). Le fibre contenute in questo integratore alimentare favoriscono l'equilibrio della flora batterica intestinale.

Forma tardiva di *dumping syndrome*

Consumare almeno da sei a otto piccoli pasti ripartiti sull'arco della giornata.

Evitare di mangiare spuntini molto salati (p. es. patatine, noci salate) e alimenti molto zuccherati (p. es. sorbetti, bibite zuccherate, caramello).

Eventualmente sdraiarsi per ca. 30 minuti dopo i pasti o mangiare in posizione supina.

Bere soltanto lontano dai pasti, ossia ca. 20 minuti prima o dopo aver mangiato.

Mangiare adagio e masticare bene.

Può essere utile incorporare negli alimenti 5 g di farina di Guar (OptiFibre®). Le fibre contenute in questo integratore alimentare favoriscono l'equilibrio della flora batterica intestinale.

Eviti di mangiare soltanto alimenti contenenti amido come: semolino, pane, pasta, riso, patate, polenta. Combini questi alimenti con alimenti proteici e olio nonché insalata e verdura. La Sua dietista o il Suo dietista La consiglierà in merito.

Può essere utile mangiare prima gli alimenti proteici (p. es. pesce, uova), poi l'insalata e la verdura e, infine, gli alimenti contenenti amido.

Prenda contatto con il Suo medico qualora i disturbi persistessero nonostante abbia preso le summenzionate precauzioni.

Gonfiore addominale

Molti pazienti che hanno subito un intervento chirurgico allo stomaco lamentano gonfiore addominale. Le cause possono essere le seguenti:

- mancato immagazzinamento del cibo prima dell'intestino tenue,
- assenza di enzimi necessari alla digestione del latte e dei latticini,
- deglutizione eccessiva e involontaria di aria mangiando e bevendo,
- alterazione della flora batterica intestinale.

Vi sono alimenti che provocano gonfiore addominale. Nella fase di ripresa della nutrizione per bocca i seguenti alimenti sono da evitare:

- cavoli, legumi, cipolle, porri, peperoni, cetrioli, funghi, frutta con nocciolo,
- pane fresco,
- bevande gassate.

Rimedi contro il gonfiore addominale:

- cumino, anice, finocchio o cannella come spezia o infuso,
- latticini probiotici contenenti batteri che agevolano la digestione, a condizione che si tolleri bene il lattosio,
- cuscino di noccioli di ciliegia o borsa dell'acqua calda sul ventre,
- massaggio addominale con olio di anice e cumino,
- mangiare adagio
- bere a piccoli sorsi.

Importante

Mangiare e bere è più di un'esigenza fisiologica primaria. Un pasto in compagnia offre l'opportunità di trascorrere del tempo con familiari e amici, di condividere ricordi, idee, preoccupazioni. È un'occasione per confrontarsi con altri, svagarsi, stare insieme.

Si metta a tavola con gli altri come ha sempre fatto. Non si autoisoli per il timore di disturbarli con le Sue nuove abitudini alimentari.

Spieghi loro apertamente che può mangiare solo ancora piccole porzioni per volta e che dopo i pasti deve coricarsi. Senza dubbio i Suoi familiari e amici saranno comprensivi.

Diarrea grassa

Nello stomaco il cibo è intriso di bile e frammisto agli enzimi pancreatici. Ciò rende possibile la digestione e l'assorbimento dei grassi. La resezione chirurgica dello stomaco altera la digestione dei grassi e delle proteine. I grassi sono in parte espulsi con le feci. Di conseguenza, il corpo perde importanti fonti di energia.

Un mancato assorbimento dei grassi si esprime attraverso i seguenti sintomi:

- diarrea,
- feci lucide, maleodoranti, chiare.

In gergo si parla in questi casi di steatorrea.

Avvisi il medico o la dietista qualora le Sue feci presentino tali caratteristiche. Un malassorbimento dei grassi è associato a una carente assimilazione delle vitamine liposolubili A, D, E e K. Il Suo medico procederà a un controllo del sangue e Le prescriverà dei farmaci nel caso in cui si confermasse una carenza di vitamine.

Può tentare di favorire l'assorbimento dei grassi...

... sostituendo i grassi di uso comune con i cosiddetti grassi MCT (in inglese *medium chain triglycerides*). Il grasso di cocco,

per esempio, contiene grassi MTC. L'assorbimento intestinale dei grassi MTC è possibile anche in assenza di bile e di enzimi pancreatici.

... Assumendo farmaci contenenti enzimi pancreatici sintetici ai pasti.

Reflusso (rigurgito)

Il reflusso è un disturbo che si riscontra spesso nei pazienti sottoposti a resezione chirurgica parziale o totale dello stomaco. È accompagnato da bruciore retrosternale o da dolori in zona toracica e, a volte, da problemi di deglutizione.

La causa risiede nel fatto che l'intervento chirurgico modifica la struttura dell'apparato digerente. Spesso la resezione gastrica include l'asportazione dello sfintere esofageo inferiore, situato tra esofago e stomaco, che si oppone al passaggio in esofago dei succhi digestivi secreti dalla cistifellea e dal pancreas. Questi ultimi irriterebbero le pareti dell'esofago causando dolore.

Di solito, la resezione gastrica parziale comporta problemi di reflusso meno importanti rispetto alla resezione gastrica totale. Spesso i disturbi postoperatori diminuiscono con il passare del tempo.

Consigli

In caso di reflusso, si consiglia di:

- mangiare piccole porzioni più volte al giorno.
- mangiare lentamente, masticando bene, e bere a piccoli sorsi;
- evitare i cibi molto speziati, molto salati e acidi nonché le bevande gassate;
- mangiare pietanze tiepide, quindi né bollenti né troppo fredde. Lo stesso si consiglia per le bevande;
- escludere dalla dieta alimenti ricchi di fibre;
- riposare dopo i pasti in posizione seduta o supina con la testa leggermente rialzata; può essere utile alzare la testata del letto anche per la notte;
- chinarsi flettendo le ginocchia anziché piegandosi in avanti;
- consultare il proprio medico per valutare un'eventuale terapia farmacologica.

Diarrea

La diarrea può avere cause diverse:

- la sindrome da svuotamento precoce (vedi p. 48),
- l'assenza o la carenza di succo gastrico,
- un'intolleranza al lattosio o a un alimento,
- un disturbo digestivo o uno squilibrio della flora batterica intestinale.

Come contrastare la diarrea:

- Eviti di mangiare alimenti che gonfiano, cibi già pronti e frutta acerba.
- Eviti le bevande gassate.
- Gli alimenti che contengono dolcificanti artificiali possono avere un effetto lassativo e sono da evitare.
- Non beva latte e consumi alimenti privi lattosio.

Avvisi il medico, qualora l'evacuazione delle feci non si normalizzasse nonostante Lei abbia preso i summenzionati provvedimenti.

Sostituzione farmacologica

Enzimi digestivi

Se necessario, il Suo medico Le prescriverà gli enzimi digestivi di cui Lei è carente, insulina o gastroprotettori. Tali farmaci fanno sì che le sostanze nutritive siano meglio tollerate e assimilate.

Per saperne di più ...

... su come affrontare i possibili problemi legati all'alimentazione può consultare l'opuscolo della Lega contro il cancro intitolato «Difficoltà di alimentazione e cancro» (vedi p. 67).

Vitamina B12, ferro e altri nutrienti

Dopo il trattamento chirurgico, l'assimilazione di vitamina B12 non è più possibile. Inoltre, l'assimilazione del ferro è ridotta. La carenza di vitamina B12 e di ferro può condurre, tra l'altro, a un'anemia. In via profilattica, si procede pertanto alla somministrazione intramuscolare di vitamina B12 ogni tre mesi. Infine, sono previsti controlli periodici dei livelli del ferro nel sangue. In caso di carenza di ferro, il Suo medico Le prescriverà un'infusione di ferro.

Anche l'assimilazione di altre sostanze (sali minerali, oligoelementi) può risultare ridotta. Il Suo medico effettuerà controlli ematologici periodici e prescriverà le misure necessarie.

Nutrizione artificiale

In stadi avanzati di malattia, il paziente può essere impossibilitato ad alimentarsi per via naturale. In tali casi, il paziente è nutrito artificialmente attraverso una sonda enterale o un catetere venoso.

La nutrizione enterale è...

la somministrazione suppletiva nell'intestino di nutrienti in forma liquida attraverso un sondino che è introdotto da una narice o in un foro praticato attraverso la pelle (Gastrostomia Endoscopica Percutanea PEG; vedi finestra esplicativa).

La nutrizione parenterale è...

la somministrazione nel sangue di nutrienti attraverso un catetere venoso centrale.

La nutrizione parenterale si rende necessaria quando la nutrizione enterale non basta a soddisfare il fabbisogno nutrizionale del paziente.

Per ulteriori informazioni rinviamo all'opuscolo intitolato «Difficoltà di alimentazione e cancro» (vedi p. 67).

Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG)

La sonda PEG è un sottile tubicino flessibile in materiale sintetico che è introdotto nello stomaco attraverso un foro praticato nell'addome superiore. Un'estremità della sonda PEG fuoriesce per ca. 20 centimetri dall'apertura chirurgica (stomia) ed è chiusa con un tappo. Essa non è riconoscibile attraverso i vestiti.

Consulenza dietetica

In caso di problemi alimentari si rivolga alla Sua équipe curante e richieda una consulenza dietetica facendosi prescrivere dal medico un ciclo di sedute dietetiche. Le dietiste e i dietisti offrono una consulenza personalizzata, coinvolgono il paziente nella ricerca di soluzioni ai suoi particolari problemi alimentari e tengono conto delle sue richieste, esigenze e risorse.

Il medico, l'ospedale più vicino o l'Associazione svizzera dietiste/i diplomate/i SSS/SUPASDD (www.svde-asdd.ch) forniscono gli indirizzi degli studi dietetici presenti sul territorio. Ci si può rivolgere anche alla Lega cantonale contro il cancro (per i recapiti v. pp. 74 sg.) oppure alla Linea cancro.

La cassa malati paga?

Per diverse patologie, l'assunzione dei costi della consulenza/terapia dietetica rientra nelle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione di base, a condizione che la consulenza dietetica sia elargita da un/dietista riconosciuta con diploma STS/SUP.

- Le consulenze dietetiche fornite nell'ambito di una degenza ospedaliera sono incluse nel forfait ospedaliero.
- I costi di una consulenza dietetica in uno studio privato sono risarciti a condizione che...
 - ... essa sia fornita su prescrizione o su delega di un medico;
 - ... la dietista eserciti come libera professionista e sia riconosciuta dalle casse malati. Si informi presso il Suo assicuratore malattie.
- Il numero di sedute dietetiche coperte dall'assicurazione malattie di base è limitato. Chieda al/alla dietista di verificare per Lei la copertura assicurativa. Qualora disponga di un'assicurazione complementare, Si informi se e, in caso affermativo, in quale misura è garantita una sua partecipazione ai costi.
- La copertura dei costi della nutrizione artificiale ospedaliera e domiciliare rientra nelle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione malattie di base a determinate condizioni (garanzia di assunzione dei costi).

Gestione degli effetti secondari

La chirurgia, la radioterapia e le terapie farmacologiche in oncologia hanno modalità d'azione diverse e possibili effetti secondari diversi. Per i dettagli rinviamo alla pagina 26 sg.

La suscettibilità individuale agli effetti collaterali e la loro gravità variano molto da persona a persona. Taluni effetti indesiderati possono insorgere nel corso della terapia. Tal altri si manifestano solo dopo la fine della terapia.

Alcuni effetti indesiderati come, per esempio, infiammazioni, infezioni, disturbi neurologici o reazioni cutanee sono strettamente associati a precise terapie. Pertanto è possibile che non ne abbia mai a soffrire.

L'informazione è essenziale

La Sua équipe curante è tenuta a informarla in dettaglio. È consuetudine consegnare al paziente una scheda con lo schema di terapia, i suoi possibili effetti secondari e i rimedi corrispondenti.

La maggior parte degli effetti secondari possono essere curati con farmaci o altri provvedimenti (vedi «Terapie e misure di supporto», p. 30) e regrediscono entro alcuni giorni, alcune settimane o alcuni mesi.

È importante che Lei avverta l'équipe curante in caso di disturbi, affinché si possa reagire per tempo.

Specialmente quando la malattia è avanzata, è consigliabile soppesare bene i benefici che è lecito attendersi dalla terapia e i suoi effetti indesiderati.

Importante

- Taluni disturbi, come i dolori o la nausea, sono prevedibili. Per combatterli, riceve una terapia di supporto adeguata da assumere già in via preventiva, secondo prescrizione medica.
- Consulti l'équipe curante prima di ricorrere a prodotti che non Le sono stati prescritti dal medico. Ciò vale anche per unguenti, preparati di medicina complementare e simili. Anche se si tratta di rimedi blandi o «naturali», potrebbero interferire con la terapia oncologica e sono pertanto sconsigliati. Comunichi alla Sua équipe curante la Sua intenzione di affiancare la medicina complementare alla medicina convenzionale. Verrà consigliato in merito.

Diversi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 67) trattano delle terapie oncologiche più comuni nonché delle conseguenze della malattia e della terapia, fornendo indicazioni su come gestirle.

Altre terapie

Terapia contro il dolore

Il cancro dello stomaco può provocare dolori, specialmente quando è in uno stadio avanzato. In generale, sono le metastasi a causare dolori. Chi soffre di dolori, con il tempo, diventa fragile e vulnerabile.

I dolori legati al cancro possono essere curati. Nella maggior parte dei casi possono essere leniti. In molti casi, regrediscono del tutto. La terapia del dolore può essere di tipo farmacologico, ma può consistere anche in altre misure. La scelta della terapia del dolore si basa sul tipo di cancro, sull'intensità dei dolori, sulle loro cause e sulle preferenze personali.

I dolori possono essere curati con:

- farmaci,
- esercizi di rilassamento (p.es. meditazione, training autogeno),
- movimento, sport,
- fisioterapia, terapia fisica come p. es. utilizzo del calore e del freddo, ergoterapia,
- consulenza psiconcologica,
- psicoterapia,
- chirurgia,
- radioterapia.

È importante che riferisca all'équipe curante che ha dolori. È contropro-

ducente non dire di avere dolori, sopportandoli in silenzio. Non bisogna arrendersi al dolore. La terapia del dolore offre un'ampia gamma di possibili misure terapeutiche di cui ogni paziente oncologico dovrebbe poter usufruire. Vi sono équipe sanitarie specializzate nella cura del dolore da cancro.

Se ha dolori leggeri e vuole lenirli farmacologicamente, con molta probabilità, il medico Le prescriverà analgesici non oppioidi quali paracetamolo, acido acetilsalicylico o diclofenac. In caso di dolori importanti o se l'azione degli analgesici non oppioidi si dimostra insufficiente, è possibile potenziare la terapia antidolorifica con oppioidi deboli, p. es. tramadolo, o con oppioidi forti, p.es. morfina, secondo l'intensità del dolore.

Vi sono altre misure che contribuiscono a lenire i dolori come, per esempio, esercizi di rilassamento o un accompagnamento psicoterapico. Tali misure coadiuvanti, a volte, consentono di ridurre la dose dei farmaci contro il dolore.

Si ricorre alla chirurgia o alla radioterapia a scopo antalgico, per esempio, quando i dolori sono dovuti a una compressione nervosa esercitata dal tumore.

Oppioidi

L'idea di una terapia con oppioidi può spaventare. Spesso fa paura anche ai familiari. Tuttavia, se somministrati correttamente, gli oppioidi non creano, per esempio, la tanto temuta dipendenza. Inoltre, i loro eventuali effetti secondari iniziali, come la nausea o la sonnolenza, sono facilmente controllabili o regrediscono spontaneamente dopo un certo tempo.

L'impiego di oppioidi in oncologia e il loro consumo nell'ambito della tossicodipendenza sono due cose ben distinte. La persona tossicodipendente s'inietta un'elevata dose di oppiacei direttamente in vena.

Che cosa sono gli oppioidi?

Gli oppioidi sono derivati dell'oppio. La morfina e la codeina sono componenti naturali dell'oppio, mentre il tramadolo è un principio attivo sintetico.

Ciò produce un immediato effetto stupefacente e può creare dipendenza. In oncologia, invece, gli oppioidi sono somministrati in modo continuo, senza variazioni improvvise della dose e secondo uno schema individuale. È frequente l'impiego di una pompa per l'infusione in vena programmata, azionata dal paziente, per somministrare una dose prestabilita di oppiaceo. L'esperienza clinica dimostra che l'analgesia auto-regolata consente una riduzione del dosaggio degli oppioidi.

Queste sono informazioni importanti per i pazienti oncologici che soffrono di dolori che rispondono solo agli oppiacei.

Esprima apertamente al Suo medico eventuali perplessità, Sue o dei Suoi familiari, nei confronti della morfina o di altri oppioidi.

Se desidera approfondire l'argomento, può leggere l'opuscolo «Dolori da cancro e loro cura» (vedi p. 67).



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, al contrario, per una terapia alternativa. La Lega contro il cancro sconsiglia tale scelta. Legga a questo proposito l'opuscolo intitolato «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 67).

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 Suo medico. Anche prodotti di medicina complementare, in apparenza innocui, possono interferire con le terapie oncologiche e pertanto essere controindicati.

Dopo le terapie

Una volta concluse le terapie, non è sempre facile tornare alla propria vita di tutti i giorni. Per settimane la Sua agenda era fitta di appuntamenti medici. Ha superato diverse terapie con l'accompagnamento e il sostegno della Sua équipe curante. Le persone a Lei vicine si sono prese cura di Lei e hanno tentato di sgravarLa dell'uno o dell'altro peso.

Vi è stato chi ha condiviso con Lei paure e speranze, dandoLe il coraggio di tenere duro. Per lungo tempo era al centro dell'attenzione altrui, per così dire.

Ora l'attenzione generale non è più tutta puntata su di Lei e sulle Sue condizioni di salute. Deve, in un certo senso, riabituarsi a cavarsela da sé, quasi in tutte le cose. Sarebbe normale se, in questo momento, avvertisse un senso di smarrimento, di solitudine e d'incertezza.

Le terapie sono finite, ma niente è più come prima. È possibile che non se la senta ancora di affrontare la quotidianità, con tutti i suoi impegni. Forse soffre ancora delle conseguenze psicofisiche della malattia e delle terapie, soffre di stanchezza, svogliatezza o di una profonda tristezza.

Chi La circonda probabilmente non riesce a capire del tutto che cosa Le stia accadendo e si aspetta che Lei si rimetta al passo con il solito tran tran. È molto importante, invece, che Lei si concentri sui Suoi bisogni e che non si lasci mettere sotto pressione.

Si prenda tempo per adattarsi alle mutate circostanze. Cerchi di capire che cosa Le fa bene e che cosa contribuisce a migliorare la Sua qualità di vita.

Questi interrogativi potrebbero aiutarLa a fare più chiarezza:

- Che cosa conta di più per me in questo momento?
- Di che cosa ho bisogno?
- Come posso ottenere ciò di cui ho bisogno?
- Chi potrebbe aiutarmi?

Comunicare con gli altri

Così come ognuno affronta a modo suo le questioni esistenziali, ogni paziente ha il proprio modo di vivere la malattia. Gli atteggiamenti possono essere i più disparati e spaziare da «Andrà tutto bene» a «Basta che tutto vada bene» fino a «Ormai non c'è più niente da fare», «Sento che devo morire».

Il cancro incute paura, indipendentemente dalla prognosi.

Intrattenersi con altri può facilitare l'elaborazione delle proprie esperienze legate alla malattia. Alcuni, infatti, sentono il bisogno di confidarsi con qualcuno. Altri, invece, non vogliono o non osano parlare delle proprie angosce, inquietudini e preoccupazioni. Altri ancora si aspettano che siano gli altri a rompere il ghiaccio.

Non ci sono regole valide per tutti. Ciò che una data persona considera utile, agli occhi di un'altra può apparire del tutto sconveniente. Sta a Lei scoprire quali sono le Sue esigenze e, in particolare, i Suoi bisogni in fatto di comunicazione, e quindi scegliere se aprirsi e con chi.

Chiedere aiuto

Una volta finite le terapie, potrebbe avvertire un senso di smarrimento e beneficiare in modo speciale del sostegno della Lega contro il cancro o di altri professionisti della salute (vedi «Consulenza e informazione», pp. 64 sgg.).

Chieda consiglio anche al Suo medico, possibilmente prima che finiscano le terapie, qualora ritenesse di poter trarre beneficio da una particolare offerta di sostegno. Insieme potrete scegliere la misura più idonea per Lei e chiarire se i costi sono assunti dalla cassa malati.

Monitoraggio e riabilitazione

È importante prendersi cura di sé anche dopo le terapie. Vi sono varie forme di sostegno e di prevenzione di cui si può usufruire.

Controlli periodici

Nel periodo di osservazione successivo al trattamento, chiamato anche «follow-up oncologico» sono raccomandati esami periodici di controllo allo scopo di individuare e trattare per tempo un'eventuale recidiva, nonché di valutare e curare le conseguenze della malattia e della terapia.

All'inizio il Suo medico Le consiglierà di sottoporsi agli esami di controllo a intervalli ravvicinati. Più tardi, i termini per l'esecuzione degli esami di controllo saranno dilazionati via via fino a un anno, di solito. La frequenza dei controlli periodici dipende dal tipo di tumore, dallo stadio della malattia, dalle terapie che ha seguito e dalle Sue condizioni generali.

Una ripresa della malattia (recidiva) o una sua progressione (metastasi) possono manifestarsi attraverso taluni disturbi. Gli esami periodici di controllo consentono di individuare una recidiva o metastasi in assenza di sintomi e di

intervenire precocemente. In caso di disturbi, non attenda la data dell'esame di controllo successivo per informar il medico, ma lo contatti subito.

Non solo i dolori, la stanchezza, la nausea, l'inappetenza ecc. rappresentano un carico emotivo e devono essere riportati. È utile menzionare anche eventuali stati d'ansia, timori, paure e tematizzare difficoltà di natura psicologica, professionale o sociale.

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

Se lo ritiene utile e necessario, può usufruire di un sostegno psiconcologico o psicosociale (vedi Consulenza e informazione pp. 64 sgg.). Anche il ruolo del Suo medico di fiducia è essenziale nel *follow-up*.

Offerte riabilitative

Vi sono misure riabilitative che potrebbero aiutarLa a recuperare le forze dopo le terapie. Si tratta di attività e di metodi che agevolano l'elaborazione e l'accettazione dei mutamenti fisici e psichici, che favoriscono la ripresa delle proprie attività e il proprio reinserimento sociale nel modo più autonomo possibile. Il movimento e lo sport, attività artistiche e creative nonché varie tecniche di rilassamento potrebbero rivitalizzarLa e diventare per Lei preziose fonti di sollievo. Le offerte riabilitative vogliono aiutarLa a riappropriarsi della Sua vita e a condurre un'esistenza il più indipendente possibile.

La Lega contro il cancro propone seminari della durata di alcuni giorni dedicati ad argomenti vari (vedi p. 65). Per informazioni sui contenuti, sui costi, sull'ubicazione e sulle date dei corsi, può rivolgersi alla Lega contro il cancro oppure al servizio sociale dell'ospedale.

Quotidianità, lavoro e tempo libero

A seconda del mestiere e della diagnosi non è sempre possibile continuare a lavorare durante la terapia o riprendere subito la propria attività lavorativa dopo la terapia in fase acuta. È importante pianificare bene la ripresa lavorativa e non ricominciare subito a lavorare a tempo pieno con la percentuale lavorativa di prima. Può essere scoraggiante dover constatare di non sentirsi più all'altezza del ruolo professionale che si rivestiva prima di ammalarsi.

Lo stesso vale per la vita di tutti i giorni e per le attività del tempo libero. Si tratta di trovare una via di mezzo tra un'assenza di stimoli e un sovraccarico. Può accadere che si debbano abbandonare vecchie consuetudini per sostituirle con delle nuove più consone al proprio stato di salute.

L'opuscolo intitolato «Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali» (vedi p. 67) risponde a quesiti di natura giuridica e finanziaria. Legga anche il capitolo «Consulenza e informazione».

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 psicologo 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 (p.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 (p.es. servizio trasporti, custodia bambini, noleggio letto elettrico), aiuti finanziari in situa-

zioni 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 (p.es. nei campi dell'alimentazione, delle terapie complementari, della cura dei linfedemi, 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 di 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 krebs-telefon.ch (attualmente solo in tedesco e francese).

Cancerline – la chat sul cancro

I bambini, i giovani e gli adulti possono accedere alla chat al sito www.krebsliga.ch/cancerline 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. 67).

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 nell'opuscolo «Seminari» (vedi p. 67).

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. 67).

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.selbsthilfes Schweiz.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
Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP
Altenbergstrasse 29
Casella postale 686
3000 Berna 8
Tel. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch

Sul sito dell'ASDD può cercare un/una dietista diplomato/a: 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
Bubenberplatz 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. 39) 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 (p.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. 67).

Opuscoli della Lega contro il cancro

- **Terapie medicamentose dei tumori**
Chemioterapia, terapia antiormonale, immunoterapia
- **Terapie orali in oncologia**
- **La radioterapia**
- **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 cancro e la sessualità femminile**
- **Il cancro e la sessualità maschile**
- **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**
Consigli e suggerimenti da capo a piedi
- **Quando anche l'anima soffre**
Il cancro si ripercuote su tutte le dimensioni dell'esistenza
- **Attività fisica e cancro**
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- **Seminari**
Per persone malate di cancro
- **Accompagnare un malato di cancro**
Una guida della Lega contro il cancro per familiari e amici
- **Rientrare nella quotidianità lavorativa**
Ammalati di cancro sul posto di lavoro – Ho il cancro
- **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**
- **Scelte di fine vita**
Guida alla compilazione delle direttive anticipate
- **Direttive anticipate della Lega contro il cancro**
La mia volontà vincolante rispetto alla malattia, all'agonia e alla morte
- **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**

Modalità di ordinazione

- Lega cantonale o regionale 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 Sua Lega cantonale o regionale. Ciò è possibile soltanto grazie alla generosità dei 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 riscontro.

Opuscoli di altre organizzazioni

«Il cancro dello stomaco»

Libretto informativo della Collana Girasole a cura dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici.

«Il tumore dello stomaco: la vita dopo gastrectomia»

Opuscolo a cura della Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia F.A.V.O. e dell'Associazione Onlus Vivere senza stomaco.

«Neoplasie dello stomaco»

Opuscolo a cura dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica.

«Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico»

2015, Gruppo Svizzero di Ricerca Clinica sul Cancro SAKK, ordinazione online: www.sakk.ch.

«Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato»

Libretto della Collana Girasole a cura dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici.

«I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico»

Libretto della Collana Girasole a cura dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici.

Letture consigliate

«**Diagnose-Schock: Krebs**», Hilfe für die Seele, konkrete Unterstützung für Betroffene und Angehörige. Alfred Künzler, Stefan Mamié, Carmen Schürer, Springer-Verlag, 2012, ca. Fr. 30.-.

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

Alcune Leghe cantonali contro il cancro dispongono di una biblioteca presso la quale questi libri e altri ancora possono essere presi in prestito gratuitamente. Si informi presso la Lega del Suo cantone di residenza (vedi p. 74).

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

(in ordine alfabetico)

Italiano

Offerta della Lega contro il cancro

www.forumcancro.ch

Piattaforma virtuale d'incontro e di scambio

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 un livechat 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/riabilitazione

Seminari della Lega contro il cancro a sostegno nell'affrontare le difficoltà legate alla 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.avac.ch

Associazione che organizza corsi per i malati di cancro e i loro familiari con lo scopo di facilitare loro la convivenza con la malattia.

www.palliative.ch

Associazione Svizzera Cure Palliative

www.patienzenkompetenz.ch

Fondazione per la promozione dell'autodeterminazione nella malattia.

www.psychoonkologie.ch

Società Svizzera di Psico-Oncologia

Inglese

www.cancer.org

American Cancer Society

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology.

www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service.

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/HONcode/Italian).

Diario alimentare

Data _____

Ora	Quantità	Che cosa ho mangiato? Che cosa ho bevuto?	Osservazioni

Diario alimentare

Data _____

Ora	Quantità	Che cosa ho mangiato? Che cosa ho bevuto?	Osservazioni

Diario alimentare

Data _____

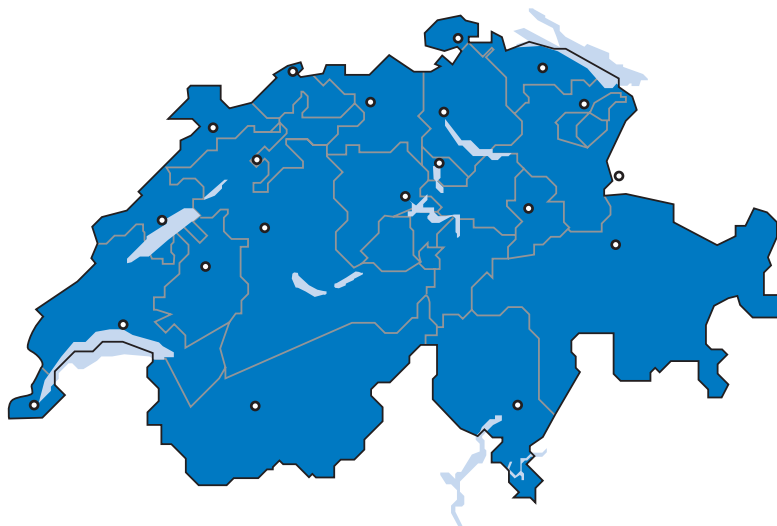
Ora	Quantità	Che cosa ho mangiato? Che cosa ho bevuto?	Osservazioni

Diario alimentare

Data _____

Ora	Quantità	Che cosa ho mangiato? Che cosa ho bevuto?	Osservazioni

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@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-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@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.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
Fax 081 300 50 80
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-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.