

Il cancro dell'ovaio



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro,
parenti e amici

La Collana del Girasole

Il cancro dell'ovaio che cos'è, come combatterlo

AIMaC è grata a MacMillan Cancer Support  (www.macmillan.org.uk) per aver concesso in esclusiva l'utilizzazione di questo libretto e per aver consentito al Comitato Scientifico di adattarlo ai fini di una migliore comprensione da parte di pazienti, parenti e amici e di adeguarne il contenuto alla realtà del Servizio Sanitario Nazionale, alla cultura, alle abitudini e ai rapporti medico-infermiere-paziente del nostro Paese.

Legenda

Per praticità di consultazione a lato del testo sono stati inseriti dei riquadri contraddistinti da piccole icone, ognuna delle quali ha il seguente significato:



richiama l'attenzione su alcuni concetti espressi nel testo a fianco



definizione di un termine tecnico



rimando ad altri libretti della Collana del Girasole o ad altre pubblicazioni di AIMaC



rimando a siti internet

Revisione critica del testo: **S. Greggi**, (Struttura Complessa di Ginecologia Oncologica), **S. Pignata** (Dipartimento Uro-Ginecologico) - Istituto Nazionale Tumori IRCCS 'Fondazione G. Pascale' - Napoli.

Traduzione e editing: **C. Di Loreto** (AIMaC)

Questa pubblicazione è stata realizzata grazie al sostegno ricevuto da Alleanza Contro il Cancro (ACC).

Quarta edizione: dicembre 2014

Titolo originale dell'opera: *Understanding cancer of the ovary*

© AIMaC 2014. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di AIMaC come convenuto con Macmillan Cancer Support.

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, AIMaC declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.

Indice

- 5 Introduzione
- 6 Che cos'è il cancro?
- 7 Le ovaie
- 8 Che cosa causa il cancro dell'ovaio e quali sono i fattori di rischio?
- 10 Quali sono i sintomi del cancro dell'ovaio?
- 11 Come si formula la diagnosi?
- 16 Quali sono i tipi di cancro dell'ovaio?
- 17 Stadiazione e grado di differenziazione
- 18 Quali sono i tipi di trattamento usati?
- 20 La chirurgia
- 24 La chemioterapia
- 29 La radioterapia
- 30 Follow-up
- 32 La comunicazione in famiglia
- 33 Come potete aiutare voi stessi
- 34 I trattamenti non convenzionali
- 35 Gli studi clinici
- 36 Sussidi economici e tutela del lavoro
- 37 Appendice - Mozione n. 1-00428 sul carcinoma dell'ovaio



Introduzione

L'obiettivo di questo libretto, che ha carattere puramente informativo, è di aiutare i malati di cancro ed anche i loro familiari e amici a saperne di più sui tumori dell'ovaio nel tentativo di rispondere, almeno in parte, alle domande più comuni relative a diagnosi e trattamento di questa malattia. Naturalmente, questo libretto non contiene indicazioni utili a stabilire quale sia il trattamento migliore per il singolo caso, in quanto l'unico a poterlo fare è il medico curante che è a conoscenza di tutta la storia clinica del paziente.

Per ulteriori informazioni è disponibile il servizio offerto dall'helpline di AIMaC, un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni informativi dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it.



La divisione cellulare è un processo ordinato e controllato, ma se si altera, le cellule continuano a dividersi senza controllo, formando una massa che si definisce 'tumore'.



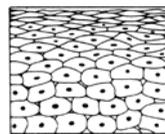
Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.

Sistema linfatico: elemento del sistema immunitario, il sistema naturale di difesa dell'organismo dalle infezioni e dalle malattie. È costituito da vari organi quali il midollo osseo, il timo, la milza e i linfonodi, collegati tra loro da una rete di minuscoli vasi detti linfatici. Nel sistema linfatico fluisce la linfa, un liquido giallo contenente i linfociti, ossia le cellule che devono combattere le malattie.

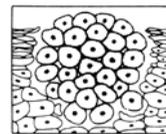
Metastasi: cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi. Per tale motivo si parla anche di tumore secondario.

Che cos'è il cancro?

Il cancro non è una malattia unica, non ha un'unica causa né un unico tipo di trattamento: esistono oltre 200 tipi diversi di cancro, ognuno con un suo nome e un suo trattamento. Per questa ragione si sta consolidando il principio della "personalizzazione" della terapia oncologica. Benché le cellule che costituiscono le varie parti dell'organismo abbiano aspetto diverso e funzionino anche in modo diverso, la maggior parte si ripara e si riproducono nello stesso modo. Di norma la divisione delle cellule avviene in maniera ordinata e controllata, ma se, per un qualsiasi motivo, questo processo si altera, le cellule 'impazziscono' e continuano a dividersi senza controllo, formando una massa che si definisce 'tumore'.



Cellule normali



Cellule tumorali

I tumori possono essere **benigni** o **maligni**. I medici sono in grado di stabilire se un tumore è benigno o maligno sulla base di una **biopsia**. Le cellule dei tumori benigni crescono lentamente e non hanno la capacità di diffondersi ad altre parti dell'organismo; tuttavia, se continuano a crescere nel sito originale, possono diventare un problema, in quanto esercitano pressione contro gli organi adiacenti. Al contrario, i tumori maligni sono costituiti da cellule che, in assenza di un trattamento opportuno, hanno la capacità di invadere e distruggere i tessuti circostanti e di diffondersi a distanza, ovvero, al di là della sede di insorgenza del tumore primitivo. In altre parole le cellule neoplastiche possono staccarsi dal tumore primitivo e diffondersi attraverso il sangue o il **sistema linfatico**. Quando raggiungono un nuovo sito, le cellule possono continuare a dividersi, dando così origine ad una **metastasi**.

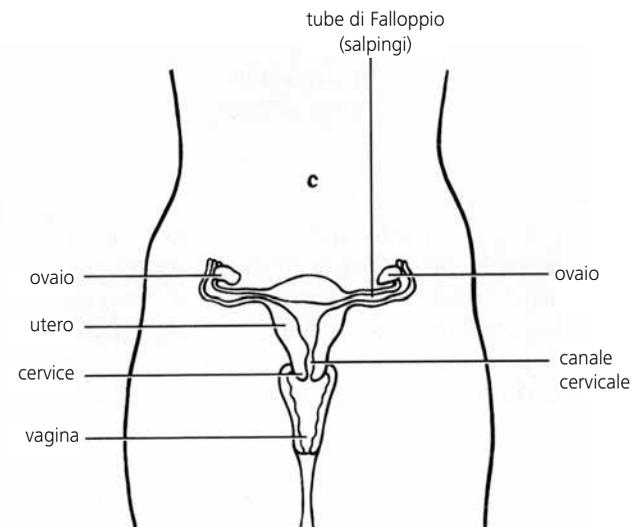
La maggior parte dei tumori dell'ovaio diffonde per contiguità e la sede più frequente d'interessamento è il peritoneo.

Le ovaie

Le ovaie sono due piccoli organi a forma di mandorla che fanno parte dell'apparato genitale interno femminile. Sono posizionate nella pelvi, la parte bassa dell'addome, e sono a stretto contatto con altri organi, tra cui gli **ureteri**; il **retto**; il **peritoneo**; l'**omento** e l'**utero**.

Nella donna in età riproduttiva, le ovaie producono ogni mese un **ovocita** che, con il processo di ovulazione, va a collocarsi nella parte finale della **tuba** in attesa di poter essere fecondato. Se ciò si verifica, l'ovocita transita attraverso la tuba e si annida nella cavità dell'utero; se non è fecondato, muore, si sfalda, insieme al tessuto uterino che avrebbe dovuto accogliere l'**embrione**, e viene eliminato con la **mestruazione**.

Oltre alla funzione riproduttiva, le ovaie svolgono anche una funzione endocrina, in quanto producono gli ormoni sessuali femminili: **estrogeni** e **progesterone**. Quando la donna si avvicina alla **menopausa**, la secrezione ormonale diminuisce e le mestruazioni cessano gradualmente.



La posizione delle ovaie



Ureteri: condotti che convogliano l'urina dal rene alla vescica. Ciascun rene ha il suo uretere.

Peritoneo: membrana che riveste tutti gli organi addominali e pelvici.

Omento: sorta di grembiule di grasso che ricopre gli organi addominali.

Utero: organo cavo che accoglie il feto durante la gravidanza.

Ovocita: cellula uovo prodotta ogni mese dalle ovaie della donna in età riproduttiva.

Tuba: organo tubolare che collega ciascun ovaio alla cavità uterina. È detta anche tuba di Falloppio o salpinge.

Embrione: organismo pluricellulare che non possiede ancora tutti gli organi dell'adulto.

Mestruazione: perdita di sangue proveniente dalla cavità uterina in seguito allo sfaldamento del tessuto che avrebbe dovuto accogliere l'embrione e dell'ovocita. Si verifica ciclicamente nelle donne in età fertile.

Estrogeni e progesterone: ormoni sessuali femminili.

Che cosa causa il cancro dell'ovaio e quali sono i fattori di rischio?



Alcuni fattori possono influire sul rischio di sviluppare un cancro dell'ovaio, aumentando o diminuendo la probabilità di ammalarsi.

In Italia si diagnosticano, ogni anno, poco meno di 5.000 casi di cancro dell'ovaio, la maggior parte dei quali in fase già avanzata. Di conseguenza, la percentuale di mortalità è ancora elevata, al punto da farne la quarta causa di morte nelle donne. Ciononostante, le cause che provocano l'insorgenza di questa malattia non sono ancora ben note. Il rischio di ammalarsi è molto basso nelle donne giovani, mentre aumenta con l'età, considerato che in 8 casi su 10 si riscontra in pazienti di età superiore a 50 anni. Alcuni fattori possono influire sul rischio di sviluppare un cancro dell'ovaio, aumentando o diminuendo la possibilità di ammalarsi.

Fattori ormonali

Il rischio di sviluppare la malattia sembra ridursi in presenza dei seguenti fattori che esercitano, quindi, un ruolo protettivo:

- avere avuto più di un figlio;
- avere allattato al seno;
- l'uso di contraccettivi orali (pillola estroprogestinica).

Il rischio sembra, invece, aumentare in presenza dei seguenti fattori:

- non avere avuto figli;
- la comparsa anticipata della prima mestruazione o ritardata della menopausa.

Fattori legati allo stile di vita

Il rischio di sviluppare la malattia può aumentare:

- se si è in sovrappeso;
- se si segue un'alimentazione ricca di grassi animali e povera di frutta e verdura fresche.

Infertilità

Alcuni studi hanno dimostrato che l'infertilità potrebbe essere associata ad un rischio moderatamente più elevato di sviluppare un cancro dell'ovaio.

Fattori genetici

In 5-10 casi su 100 (5-10%), il cancro dell'ovaio è causato da un'alterazione genetica ereditaria della famiglia. Sono stati, infatti, identificati alcuni geni (i più frequenti sono i geni BRCA1 e BRCA 2) che, se alterati, aumentano notevolmente il rischio di sviluppare nel corso della vita un tumore dell'ovaio, della mammella o del colon-retto e, in misura minore, anche altri tumori. In particolare, le donne che hanno avuto un tumore della mammella hanno un rischio più alto di ammalarsi di cancro dell'ovaio e viceversa. Ciò si spiega con il fatto che i tumori della mammella e dell'ovaio possono essere causati dalle stesse alterazioni genetiche. La presenza di una qualunque delle seguenti condizioni in un ramo della famiglia può far sospettare un'alterazione genetica ereditaria:

- almeno due parenti strette (madre, sorelle o figlie) con carcinoma ovarico;
- una parente stretta con carcinoma dell'ovaio e una parente stretta con carcinoma della mammella diagnosticati in età inferiore a 50 anni (oppure diagnosi di ambedue le malattie nella stessa persona);
- parente stretta con carcinoma dell'ovaio e due familiari con carcinoma della mammella diagnosticati in età inferiore a 60 anni;
- tre parenti con carcinoma del colon o dell'utero e una parente con carcinoma dell'ovaio.

Avere esclusivamente una parente con carcinoma dell'ovaio, soprattutto se anziana, non accresce il rischio di ammalarsi. Le donne che hanno avuto in famiglia casi di tumore dell'ovaio devono informare il medico di fiducia, che valuterà l'opportunità di farle sottoporre a consulenza genetica presso un centro accreditato.



I parenti stretti, o di primo grado, sono genitori, figli, fratelli e sorelle.



Il cancro dell'ovaio in stadio iniziale non dà sintomi.

Il cancro dell'ovaio avanzato può dare:

- perdita dell'appetito;
- disturbi della digestione;
- nausea;
- eccesso di gas intestinale;
- inspiegato aumento di peso o del girovita;
- gonfiore addominale per la presenza di ascite (v. sotto);
- difficoltà respiratorie per la presenza di liquido nella cavità addominale o pleurica;
- dolore localizzato al basso addome;
- stitichezza o diarrea;
- dolore nella regione lombare.



Ascite: raccolta di liquido nella cavità addominale.

Screening

Non è ancora disponibile per il cancro dell'ovaio un vero programma di screening come avviene, invece, per il cancro del collo dell'utero con il PAP test. La stessa diagnosi precoce è resa difficile dalla posizione anatomica delle ovaie (che le rende poco accessibili al ginecologo) e dai sintomi molto poco specifici. Nonostante l'intensa attività di ricerca non è stato ancora individuato un efficace strumento di diagnosi precoce della malattia anche se l'ecografia con sonda vaginale rappresenta l'esame più sensibile, soprattutto tra le donne a più alto rischio.

Quali sono i sintomi del cancro dell'ovaio?

Nella maggior parte dei casi, la malattia in stadio iniziale (v. pag. 17) non è accompagnata da sintomi. Se la malattia è già avanzata, i sintomi possono comprendere:

- perdita dell'appetito;
- disturbi della digestione, senso di nausea, eccesso di gas intestinale e sensazione di gonfiore;
- inspiegato aumento di peso o del girovita;
- gonfiore addominale dovuto generalmente alla presenza di **ascite**;
- difficoltà respiratorie dovute alla presenza di liquido nella cavità addominale o pleurica;
- dolore localizzato al basso addome;
- alterazione della normale funzione intestinale (stitichezza, diarrea);
- dolore nella regione lombare.

Se accusate uno qualunque dei suddetti sintomi, recatevi immediatamente dal medico di famiglia o dal ginecologo. Tenete, tuttavia, presente che esistono molte altre malattie che possono indurre gli stessi sintomi e che molte delle donne che li accusano non sono malate di cancro.

Come si formula la diagnosi?

Solitamente l'iter diagnostico comincia dal medico di medicina generale, che vi visita e vi fa domande sulla storia familiare e sulle condizioni generali. Dopo la visita può prescrivervi degli accertamenti (di solito ecografia e/o analisi del sangue) e, se lo ritiene opportuno, può suggerirvi di consultare un ginecologo specializzato nel trattamento dei tumori ginecologici per una più approfondita valutazione ed eventuale esecuzione di ulteriori indagini.

Il medico specialista che vi prende in carico raccoglie prima le informazioni riguardanti tutta la vostra storia clinica, quindi, dopo un esame obiettivo che comprende la visita ginecologica per accertare la presenza di eventuali masse, può prescrivervi analisi del sangue, un'ecografia addominale/pelvica (soprattutto con sonda vaginale, se non già effettuata), e/o altri esami radiologici (risonanza magnetica o tomografia computerizzata).

Le analisi del sangue includono anche la determinazione dei livelli di **CA125**, che, in presenza di cancro dell'ovaio, possono risultare aumentati. Tuttavia, il loro innalzamento si può riscontrare anche in presenza di altre malattie.

Una diagnosi certa può essere formulata solo dopo un accertamento istologico (ampia biopsia o asportazione dell'intero ovaio) che richiede un intervento chirurgico. Solo in particolari circostanze ci si può limitare all'agoaspirato (v. pag. 14), che consiste nel prelievo di un cam-



CA125: proteina normalmente presente nel sangue femminile.

pio-ne della massa attraverso l'addome o di liquido eventualmente presente nell'addome e/o nella pleura.

Ecografia pelvica

È una tecnica radiologica che sfrutta gli ultrasuoni per esplorare le strutture interne della **pelvi**. Si esegue in ospedale presso il servizio di diagnostica per immagini.

Prima dell'esame della pelvi, è necessario bere molta acqua affinché, con la vescica piena, si possano avere immagini più chiare e precise. Una volta sdraiate nella giusta posizione sul lettino, sull'addome si applica un sottile strato di gel, quindi si fa scorrere su tutta la zona un piccolo strumento, simile ad un microfono, che emette ultrasuoni. Le riflessioni degli ultrasuoni sono convertite in immagini per mezzo di un computer.

Se l'ecografia si esegue per via vaginale, il medico introduce in vagina una piccola sonda con l'estremità arrotondata, che emette gli ultrasuoni. È la tecnica più attendibile per la valutazione delle ovaie, soprattutto se associata all'ecocolordoppler, ovvero allo studio della vascolarizzazione delle lesioni sospette, che consente un'alta accuratezza diagnostica.

Tomografia computerizzata (TC)

È una tecnica radiologica che si esegue in ospedale presso il servizio di diagnostica per immagini e che permette di ottenere immagini tridimensionali delle strutture interne di un organo su piani successivi. Le immagini così prodotte sono inviate ad un computer che le elabora per dare poi il quadro dettagliato dell'addome, del fegato e della pelvi, rilevando anche le eventuali masse tumorali ed evidenziandone dimensioni e posizione. Una volta sistemate nella corretta posizione sul lettino, si procede all'esame, che dura circa 10-30 minuti. Questa tecnica è di per sé indolore e ben tollerata.

Nelle quattro ore che precedono l'esecuzione della TC non

si deve mangiare né bere. Per ottenere immagini ancora più chiare il medico potrebbe ritenere opportuno impiegare un **mezzo di contrasto** contenente **iodio**. Prima della TC si devono eseguire degli esami del sangue e delle urine, i cui risultati devono essere consegnati al radiologo. All'inizio della procedura il medico inietta il mezzo di contrasto in una vena del braccio. Talvolta questa sostanza può causare un lieve senso di bruciore, ma questa sensazione scompare rapidamente. È importante informare preventivamente il medico se si soffre di allergia allo iodio o di asma per prevenire una reazione piuttosto seria.

Risonanza magnetica nucleare (RMN)

È una procedura diagnostica simile alla TC, ma usa i campi magnetici anziché i raggi X per dare una serie di immagini in sezione trasversale delle strutture interne dell'organo oggetto dell'esame.

Lo scanner è un magnete potente e per questo può essere richiesto di firmare un modulo per verificare che non vi siano controindicazioni al suo utilizzo (ad esempio, in presenza di pacemaker, clip chirurgiche, perni ossei, ecc.). È bene informare il medico se si è lavorato nell'industria dei metalli, perché talvolta particelle metalliche anche microscopiche possono essersi infiltrate nell'organismo. Se sussistono controindicazioni, la RMN può essere sostituita con un altro esame.

Prima che la procedura abbia inizio, è necessario togliere tutti gli oggetti metallici (fedele, orologio, ecc.) In alcuni casi si fa uso di un **mezzo di contrasto**, un liquido radiopaco che serve per migliorare la qualità delle immagini e che s'inietta attraverso una vena del braccio. Ciò di solito non causa alcun fastidio. L'esame dura circa 30 minuti, durante i quali è necessario rimanere quanto più ferme possibile sul lettino all'interno di un cilindro di metallo. Ciò può risultare fastidioso ed è bene che le pazienti claustrofobiche informino il tecnico che esegue l'esame.



Pelvi: porzione inferiore della grande cavità addominale.



Si parla ancora comunemente di tomografia assiale computerizzata o TAC, ma l'aggettivo 'assiale' è oggi inappropriato, perché le nuove tecniche a spirale consentono di ottenere più immagini in una sola scansione, mentre la scansione solo sul piano assiale, ossia trasversale, permetteva di produrre un'immagine alla volta.



Mezzo di contrasto: sostanza moderatamente radioattiva contenente iodio, che si somministra sotto forma di iniezione in una vena del braccio. È utilizzata in radiologia per la sua proprietà di trasparenza ai raggi X rispetto ai tessuti del corpo umano.

Iodio: elemento chimico normalmente presente nella nostra dieta.



Glucosio: uno zucchero.

Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Tomografia ad emissione di positroni (PET)

È una procedura diagnostica che si basa sulla conoscenza che le cellule tumorali consumano più **glucosio** delle cellule normali; sfruttando questa proprietà consente di documentare la presenza di tumori anche di piccole dimensioni ed è utilizzata soprattutto qualora si sospetti una **recidiva** della malattia. Durante l'esame si somministra in vena un composto contenente glucosio marcato radioattivamente, che si diffonde in tal modo in tutto il corpo. La scansione si esegue dopo circa un paio d'ore. Attraverso il computer è possibile visualizzare le parti che assorbono maggiormente il glucosio; sarà poi il medico nucleare a valutare il significato di quest'assorbimento.

L'esame non comporta disagi particolari e necessita delle stesse precauzioni indicate per la RMN (v. pag. 13). È necessario essere a digiuno da circa sei ore prima di sottoporsi all'esame. La dose di radiazione ricevuta non è più elevata di quella di una comune radiografia.

Agoaspirato

Nel caso in cui nella cavità addominale o nel torace si sia formata una raccolta di liquido, il medico ne può prelevare un campione per accertare l'eventuale presenza di cellule tumorali. Prima di introdurre l'ago nella cute il medico rende insensibile l'area applicando un anestetico locale; quindi, inserito l'ago, aspira il liquido di cui invia poi un campione in laboratorio per l'esame citologico al microscopio. Talvolta il prelievo di liquido si effettua nel corso di un'ecografia. L'ago aspirato può essere utilizzato anche per prelevare un campione della massa ovarica attraverso l'addome.

Laparoscopia

È un intervento chirurgico che consente al medico la visione diretta degli organi interni dell'addome. Si esegue in anestesia generale; il ritorno a casa può avvenire anche il giorno successivo all'intervento.

Il chirurgo pratica vicino all'ombelico una piccola incisione (circa 1 cm), attraverso la quale introduce con molta attenzione un minitelescopio sottile detto laparoscopio, che gli consente di osservare gli organi addominali. Prima di introdurre il laparoscopio, il chirurgo 'gonfia' l'addome insufflando una certa quantità di **biossido di carbonio** che, separando gli organi interni, consente di avere una visione più chiara e anche più spazio per manovrare gli strumenti. Il chirurgo pratica, quindi, altre piccole incisioni addominali attraverso le quali introduce gli strumenti necessari per eseguire una o più **biopsie** o direttamente l'asportazione della massa ovarica, se questa è facilmente asportabile e non presenta caratteristiche di evidente malignità. La ferita è chiusa applicando alcuni punti di sutura o mediante una colla speciale. È possibile alzarsi appena smaltito l'effetto dell'anestesia.

Il biossido di carbonio usato per distendere l'addome può causare dolore addominale e alle spalle nei giorni immediatamente successivi. I comuni farmaci antidolorifici possono dare un certo sollievo, ma se il dolore persiste o compare febbre, è bene consultare il medico.

Grazie alla possibilità di esaminare le ovaie dall'interno, la laparoscopia è molto utile per distinguere le cisti ovariche benigne dai tumori in stadio iniziale.

Laparotomia

Consiste nell'apertura dell'addome attraverso diversi tipi di incisione. Per i tumori ovarici, l'incisione dev'essere verticale. Attraverso questa, il chirurgo asporta gli organi compromessi dalla malattia ed esegue biopsie. Dal risultato dell'esame istologico immediato (v. p. 16) dipende la necessità di completare seduta stante l'intervento o concluderlo restando in attesa dell'analisi completa dei prelievi effettuati e la conseguente elaborazione del referto, che possono richiedere anche due settimane. Alla dimissione dall'ospedale vi sarà fissato un appuntamento per la visita di controllo e la discussione dell'esame istologico.



Biossido di carbonio: gas fondamentale nei processi vitali delle piante e degli animali. Detto anche anidride carbonica o CO₂.

Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.

Esame istologico

Il campione di tessuto prelevato con la biopsia o l'intera massa ovarica asportata con l'intervento sono inviati al laboratorio per l'esame istologico al microscopio. Se il chirurgo sospetta che si tratti di tumore maligno, l'esame istologico deve essere effettuato immediatamente. Se il sospetto è confermato, infatti, l'intervento può essere completato procedendo, se necessario, al prelievo di altri campioni di tessuto da sottoporre poi sempre all'esame istologico.

Quali sono i tipi del cancro dell'ovaio?



Epitelio: particolare tipo di tessuto di rivestimento costituito da cellule che aderiscono le une alle altre.

Prognosi: previsione sul probabile andamento della malattia, formulata sulla base delle condizioni del malato, dello stadio del tumore, delle possibilità terapeutiche e delle possibili complicazioni.

I tumori dell'ovaio sono di tre tipi:

- **epiteliali:** hanno origine dalle cellule che costituiscono l'**epitelio**, lo strato che riveste la superficie dell'ovaio. Sono i più frequenti;
- **germinali:** derivano dalle cellule germinali che danno origine agli ovuli; si riscontrano per lo più in età giovane e sono caratterizzati da una **prognosi** più favorevole perché rispondono molto bene alla chemioterapia;
- **stromali:** originano dallo stroma gonadico, il tessuto di sostegno dell'ovaio. Hanno una bassa malignità.

I tumori epiteliali possono essere benigni, maligni e *borderline*, termine inglese con il quale si indica convenzionalmente che il tumore presenta alcune, ma non tutte le caratteristiche di malignità.

Tra i tumori epiteliali maligni i più comuni sono di tipo sieroso, seguiti dai tumori endometrioidi e a cellule chiare, mentre sono rari i tumori mucinosi e indifferenziati.

Il trattamento è simile per tutti i tumori epiteliali maligni, benché siano in corso degli studi clinici per verificare

l'efficacia di modalità chemioterapiche differenti per taluni tipi rari di carcinoma epiteliale.

Le informazioni contenute nel presente libretto non riguardano le forme più rare.

Stadiazione e grado di differenziazione

Conoscere lo stadio e il grado del tumore è utile all'oncologo per stabilire la **prognosi** e il trattamento più idoneo per il singolo caso.

Stadiazione

Stadio è un termine utilizzato convenzionalmente dai medici per descrivere le dimensioni di un tumore e soprattutto la sua eventuale diffusione al di fuori dell'organo da cui ha avuto origine. La stadiazione rappresenta, quindi, un momento preoperatorio indispensabile per inquadrare correttamente i successivi passi terapeutici. Una stadiazione corretta può richiedere diversi esami. Nel caso dei tumori dell'ovaio, la stadiazione corretta è solo chirurgica. Secondo un sistema di stadiazione molto diffuso, i tumori dell'ovaio si classificano secondo quattro stadi, che vanno dalla malattia circoscritta ad un solo ovaio alla forma avanzata con presenza di metastasi in altri organi (per esempio nel fegato, nei polmoni e nei linfonodi del collo).

Grado di differenziazione

Il grado è un parametro usato convenzionalmente per indicare in che misura le cellule tumorali si differenzino da quelle del tessuto sano e per dare un'idea della velocità con cui il tumore si sviluppa. Come lo stadio, anche il grado è molto importante per stabilire la **prognosi** e individuare



Prognosi: previsione sul probabile andamento della malattia, formulata sulla base delle condizioni del malato, dello stadio del tumore, delle possibilità terapeutiche e delle possibili complicazioni.

Stadio: termine tecnico usato per descrivere le dimensioni del tumore e la sua eventuale diffusione a distanza.



Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.

il trattamento più adeguato per il singolo caso. Il grado si stabilisce sulla base della **biopsia**, ossia dei prelievi di campioni di tessuto analizzati al microscopio. Si distinguono tre gradi (basso, intermedio, alto).

Quali sono i tipi di trattamento usati?

Chirurgia

È il trattamento di prima scelta per il tumore dell'ovaio ed è fondamentale sia nei casi apparentemente iniziali per definire la reale diffusione del tumore, sia nei casi avanzati per eliminare tutte le masse tumorali visibili. Se la malattia è in fase molto iniziale, l'intervento chirurgico può essere risolutivo. Tuttavia questa circostanza non è molto frequente.

Chemioterapia

È l'indispensabile completamento terapeutico dopo l'intervento, e per tale motivo viene prescritta quasi sempre dopo la chirurgia. Nei casi avanzati, qualora il chirurgo ritenga che il tumore non sia asportabile completamente, può decidere, sulla base dell'esame istologico immediato, di rinviare o sospendere l'intervento e di procedere alla somministrazione di alcuni cicli (solitamente 3) di chemioterapia. A questo punto, se la successiva valutazione sarà favorevole, eseguirsi renderà possibile un nuovo intervento chirurgico.

Radioterapia

È raramente indicata per il trattamento del cancro dell'ovaio, solo in casi altamente selezionati di **recidiva**.

Pianificazione del trattamento

Un'equipe composta da vari specialisti dovrebbe elaborare

il piano di trattamento, tenendo conto di vari fattori (età, malattie associate, condizioni generali, tipo e stadio del tumore): un chirurgo specializzato nella chirurgia dei tumori ginecologici, un **oncologo medico** (o un ginecologo-oncologo), un **radioterapista**, un radiologo, un **anatomopatologo**, un **anestesista**, eventualmente coadiuvati da uno psicologo e da un infermiere specializzato nel trattamento dei pazienti oncologici.

Il consenso informato

Prima di procedere a qualunque trattamento il medico ha il dovere di spiegarvi dettagliatamente lo scopo, le modalità e le conseguenze che questo potrebbe avere; quindi, vi chiederà di firmare un apposito modulo di consenso, con il quale autorizzate il personale sanitario ad attuare tutte le procedure necessarie. Nessun trattamento può essere effettuato senza il vostro consenso, e prima di firmare l'apposito modulo dovrete avere ricevuto tutte le informazioni necessarie su:

- tipo e durata del trattamento consigliato;
- vantaggi e svantaggi;
- eventuali alternative terapeutiche possibili;
- rischi o effetti collaterali significativi.

Se le informazioni ricevute non sono chiare, non abbiate timore di chiedere che vi siano ripetute. È un vostro diritto chiedere chiarimenti perché è importante che abbiate la consapevolezza di come il trattamento sarà effettuato e di quali conseguenze avrà. Se pensate di non essere in grado di decidere subito, potete sempre chiedere che vi sia lasciato altro tempo per riflettere.

Potrete anche decidere di rifiutare il trattamento. In questo caso il medico vi spiegherà quali conseguenze potrebbe avere tale decisione. L'importante è informare il medico o l'infermiere che vi hanno in carico, che ne prenderanno nota nella documentazione clinica. Non dovrete fornire alcuna



Oncologo: medico specialista, esperto nel trattamento dei tumori.

Radioterapista: oncologo specialista in radioterapia.

Anatomo-patologo: medico specialista, esperto nella diagnosi delle malattie sulla base dello studio delle cellule al microscopio.

Anestesista: medico specializzato nell'anestesia.



Nessun trattamento può essere attuato senza il vostro consenso.

spiegazione per la decisione di rifiutare il trattamento, ma sarà utile condividere con i medici le vostre preoccupazioni in modo che possano offrirvi i consigli più opportuni. Può essere utile preparare una lista di domande da porre ai medici e farsi accompagnare da un familiare.

La chirurgia

Lo scopo della chirurgia dipende dall'apparente diffusione del tumore. Se questo appare limitato all'ovaio o alle ovaie, l'intervento mira ad asportare la massa tumorale e ad eseguire varie biopsie per stabilire la reale diffusione della malattia. È necessario, pertanto, effettuare l'asportazione dell'**omento (omentectomia)**, biopsie del peritoneo e dei linfonodi nella pelvi e nell'addome. Alle donne giovani affette da malattia in stadio iniziale e desiderose di avere figli, il chirurgo può proporre un intervento conservativo, preservando almeno un ovaio con la sua tuba e l'utero.

Nei casi in cui il tumore sia già diffuso in addome, lo scopo della chirurgia è di asportare tutto il tumore visibile. Ottenere tale risultato può richiedere un intervento molto complesso, che quindi non è indicato in tutte le pazienti (ad esempio donne anziane, cardiopatiche o in condizioni generali molto scadute).

L'intervento si esegue praticando un'incisione verticale sull'addome e generalmente prevede la rimozione di entrambe le ovaie e le tube (**annessiectomia** bilaterale), dell'utero e della cervice (**isterectomia** totale), come anche dell'omento (omentectomia). In più, il chirurgo può eseguire biopsie multiple, asportare i noduli sospetti e i linfonodi coinvolti. La rimozione di tutta la malattia visibile rende spesso inevitabile la resezione di tratti dell'intestino, che si può rendere necessaria anche perché l'intestino può essere del tutto o in parte bloccato, impedendo o ral-

lentando il passaggio di feci e gas. In tali casi alimentarsi diventa difficile e gli episodi di vomito sono frequenti. Il chirurgo può procedere alla resezione dell'ansa intestinale interessata dal tumore, riunendo poi le due estremità. Nel caso in cui questo sia impossibile, o le condizioni generali della paziente richiedano di proteggere temporaneamente la sutura evitando il passaggio delle feci il chirurgo può confezionare una **colostomia** o un'**ileostomia**.

Non è raro che il tumore dell'ovaio si ripresenti a distanza di alcuni mesi o anni, più spesso nella cavità addominale. In tali casi, la chirurgia può essere consigliata solo se la **recidiva** è ritenuta potenzialmente asportabile in modo completo o se insorgono sintomi che richiedono l'intervento.

Dopo l'intervento

Questa è una fase importante della convalescenza. Sarete incoraggiate ad alzarvi e a camminare quanto prima possibile, e anche se sarete costrette a stare a letto, gli infermieri vi sproneranno a eseguire esercizi regolari con le gambe e esercizi di respirazione profonda.

Flebo e drenaggi

Al ritorno in reparto dalla sala operatoria, sarete sottoposte a un'infusione per endovena di liquidi e sali minerali fino a che non sarete in grado di mangiare e bere. Ciò avviene di solito dopo le prime 24-48 ore. In vescica sarà inserito un piccolo catetere per drenare l'urina in un'apposita sacca fino a quando non riacquisterete completamente lo stimolo vescicale (di solito per un paio di giorni).

È possibile che alla ferita sia applicato un tubicino di drenaggio, che sarà rimosso alcuni giorni dopo l'intervento.

La ferita

A meno che l'intervento non sia stato limitato alla sola rimozione di un ovaio e della tuba corrispondente, la ferita si estende da sopra il pube fino a sopra l'ombelico. È chiusa



Colostomia: abbinamento di un'ansa del colon con la cute.

Ileostomia: abbinamento di un'ansa dell'intestino tenue (ileo) con la cute per deviare le feci verso l'esterno.

Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.



Omento: una sorta di grembiule di grasso che ricopre gli organi addominali.

Omentectomia: intervento chirurgico di asportazione dell'omento.

Annessiectomia: intervento di asportazione dell'ovaio e dalla tuba corrispondente. Si definisce bilaterale se si asportano entrambe le ovaie e le tube.

Isterectomia totale: intervento chirurgico di asportazione dell'utero e della cervice.

con punti di sutura o punti metallici, ed è di solito protetta con un bendaggio. La regione intorno alla ferita può apparire arrossata e gonfia a causa dell'accumulo di sangue o di linfa, ma questi segni scompaiono gradualmente nell'arco di qualche settimana. Talvolta, la raccolta di linfa o di sangue potrebbe raggiungere proporzioni tali da richiedere un drenaggio da parte del personale medico-infermieristico. Si tratta di un'evenienza spiacevole, ma anche questa tende a scomparire di solito nell'arco di qualche settimana. I punti sono tolti non prima di sette giorni, ma se sono riassorbibili si dissolvono e non è necessario rimuoverli.



Analgesici: farmaci utilizzati per lenire il dolore, che non intervengono, però, sulle cause che lo hanno provocato.

Dolore o fastidio

Nei primi giorni dopo l'intervento potreste accusare dolore o fastidio intorno alla ferita, che potranno essere controllati con la somministrazione di **analgesici**. Se il dolore non si placa, informate al più presto l'infermiera che vi assiste, o il medico curante se sarete già state dimesse, in modo che possano somministrarvi gli analgesici più efficaci.

La degenza

La durata del periodo di degenza dipende dall'estensione dell'intervento chirurgico. Normalmente varia da 4 a 10 giorni, ed è possibile fare ritorno a casa anche prima della rimozione completa dei punti di sutura. Non si possono, tuttavia, escludere eventuali complicanze che prolunghino i tempi di degenza.

Prima di essere dimesse viene fissato l'appuntamento per il controllo postoperatorio presso l'ambulatorio. È a questo punto che, solitamente, i medici comunicano l'esito dell'esame istologico e, sulla base di questo, spiegano le altre terapie eventualmente necessarie. È questo il momento giusto per discutere di tutti gli eventuali problemi insorti dopo l'intervento, delle terapie cui dovrete essere sottoposte e delle loro eventuali complicanze.

Avere cura di se stesse

Una volta a casa, riguardatevi, cercando di riposare molto per recuperare le energie fisiche e anche psicologiche, e seguite una dieta ben bilanciata. È bene evitare un'attività fisica stressante o sforzi fisici eccessivi - per esempio sollevare pesi - per almeno tre mesi. È consigliabile non guidare per circa 4-6 settimane. Per i primi tempi può dare fastidio anche indossare la cintura di sicurezza.

La vita sessuale

Una delle paure più frequentemente espresse dalle donne che hanno subito un'**isterectomia** (v. pag. 20) riguarda le ripercussioni dell'intervento sulla vita sessuale. Bisogna tener presente che l'intervento chirurgico non compromette le vie nervose periferiche da cui nascono e attraverso cui si sviluppano le sensazioni del piacere sessuale, ma poiché è importante consentire alla ferita di cicatrizzare nel miglior modo possibile, è consigliabile aspettare almeno otto settimane prima di riprendere l'attività sessuale.

Molte donne non hanno alcun problema all'atto del primo rapporto, mentre altre hanno la sensazione che la vagina sia più corta e che abbia un'angolazione leggermente diversa. Ciò significa che le loro sensazioni e la risposta all'eccitazione sessuale sono diverse. Tutto ciò può essere frustrante. Tuttavia, si deve considerare che il piacere sessuale non è solo un fatto esclusivamente organico, ma dipende, in gran parte, dalle sensazioni che ciascuna donna prova in un determinato momento. Pertanto, non esiste una regola generale su quando riprendere i rapporti intimi e come comportarsi. Se alcune donne si sentono subito pronte a stare col proprio partner, altre hanno bisogno di più tempo per elaborare i propri stati d'animo.

Un'altra paura diffusa è che la malattia possa essere trasmessa al partner attraverso il rapporto sessuale. Ciò non è affatto vero, e riprendere l'attività sessuale non pone alcun rischio né per voi né per il vostro partner.



Isterectomia: intervento di asportazione dell'utero.



L'intervento chirurgico non altera le vie nervose periferiche attraverso cui nascono e si sviluppano le sensazioni del piacere sessuale.



Maggiori informazioni sono disponibili su **Sessualità e cancro** (La Collana del Girasole).



Il cancro non può essere trasmesso attraverso il rapporto sessuale.



Menopausa: cessazione delle mestruazioni e, quindi, della funzione riproduttiva. È precoce quando avviene in età ancora giovane; è tardiva quando avviene in età avanzata.

Isterectomia: intervento di asportazione dell'utero.

Ovariectomia: asportazione chirurgica dell'ovaio. Può essere effettuata su un lato solo (ovariectomia monolaterale) o su entrambi (ovariectomia bilaterale).



Maggiori informazioni sono disponibili su **La chemioterapia** (La Collana del Girasole); DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIOM, Associazione Italiana di Oncologia Medica.

Menopausa precoce

Nelle donne giovani, che sono ancora in età fertile, l'asportazione delle ovaie causa la **menopausa** precoce con gli effetti che questa comporta (vampate di calore, secchezza della cute, secchezza della vagina, dolore durante il rapporto, calo del desiderio e osteoporosi). Nella maggior parte dei casi questi disturbi possono essere controllati utilizzando terapie ormonali a basso dosaggio (che sono di solito sconsigliate nei casi a più alto rischio di recidiva e sottoposti a chemioterapia), gel lubrificanti da utilizzare prima dei rapporti sessuali o terapie mirate a rinforzare le ossa.

La fertilità

Dopo l'**isterectomia** e l'**ovariectomia** un senso di perdita accompagna soprattutto le donne che sono ancora in età fertile e che, in conseguenza di un intervento necessario per la salute, non potranno più avere figli. Tutte le pazienti, a prescindere dall'età, potrebbero sentirsi colpite nella loro identità femminile. Si tratta di stati d'animo comuni a molte donne nel periodo postoperatorio. Potrebbe essere utile condividere le proprie ansie e paure con il partner oppure parlare anche con uno psicologo.

La chemioterapia

I tumori dell'ovaio sono molto sensibili ai chemioterapici, che nella maggior parte dei casi portano alla riduzione delle dimensioni del tumore. La chemioterapia riveste, pertanto, un ruolo di grande rilevanza nella strategia terapeutica, ma sempre insieme alla chirurgia.

La chemioterapia consiste nell'impiego di particolari farmaci detti citotossici o antitumorali per distruggere le cellule

tumorali. Tali farmaci hanno l'effetto di inibire la crescita e la divisione delle cellule tumorali. La chemioterapia si esegue, in genere, dopo l'intervento chirurgico, se non è stato possibile asportare il tumore come terapia preoperatoria. Nei casi operati inizialmente la chemioterapia si effettua anche se apparentemente non vi è traccia di malattia allo scopo di consolidare il risultato dell'intervento chirurgico. La chemioterapia si somministra iniettando i farmaci direttamente in vena nel corso di sedute di trattamento della durata normalmente di alcune ore e in taluni casi di qualche giorno; segue un periodo di riposo di alcune settimane per consentire all'organismo di riprendersi dagli eventuali effetti collaterali. La seduta di trattamento e il periodo di riposo costituiscono un ciclo di chemioterapia. Il numero di cicli di trattamento dipende dallo schema utilizzato, ma anche dal tipo di malattia e dalla sua risposta ai farmaci. Ad esempio, se lo schema è ogni 3 settimane, nella maggior parte dei casi sono sufficienti sei cicli di terapia; se lo schema è settimanale, circa 20, somministrati in un periodo di circa 4-5 mesi. In molti casi la chemioterapia può essere eseguita in regime ambulatoriale o in day hospital, ma talvolta è necessaria una breve degenza.

La chemioterapia non viene proposta alle pazienti con tumori borderline e maligni in stadio iniziale con caratteristiche biologiche favorevoli dopo stadiazione chirurgica adeguata (v. pag. 17).

Se il tumore si è diffuso al fegato o comunque al di là della regione addominale, l'intervento, di solito, non è indicato, almeno come primo passo terapeutico, e la chemioterapia è il trattamento di prima scelta con l'obiettivo di ridurre il diametro tumorale, alleviare i sintomi e migliorare la qualità della vita.

La chemioterapia si effettua anche nei casi di **recidiva**.

Il farmaco più utilizzato per il trattamento del carcinoma dell'ovaio è il carboplatino, che è generalmente somministrato insieme al paclitaxel. Altri farmaci efficaci e utilizzati



La chemioterapia consiste nell'impiego di particolari farmaci detti citotossici o antitumorali per distruggere le cellule tumorali.



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

in caso di recidiva sono: topotecan, doxorubicina liposomiale, cisplatino, gemcitabina e trabectedina. In molti casi la chemioterapia si somministra insieme al farmaco antiangiogenetico bevacizumab, il primo farmaco biologico in uso nei tumori dell'ovaio.

Come si somministra la chemioterapia?

I chemioterapici usati per il trattamento dei tumori ovarici si somministrano più spesso per via endovenosa. La scelta del trattamento viene effettuata in relazione allo stadio di malattia, alla presenza o meno di residuo tumorale dopo l'intervento chirurgico, alle patologie concomitanti. La somministrazione si può fare con una semplice flebo, inserendo un ago nel braccio, ma per evitare l'effetto fortemente irritante di alcune sostanze ai danni delle pareti vascolari che col tempo, potrebbe causare infiammazioni o la chiusura della vena, sono disponibili i seguenti dispositivi:

- **la linea centrale o catetere venoso centrale (CVC):** cannula di plastica che s'inserisce in vena nel torace. Si applica in anestesia totale o locale. Una volta inserita, è fissata al torace per mezzo di punti o con un cerotto per evitare che fuoriesca dalla vena. Si può utilizzare per somministrare i farmaci ed anche per prelevare campioni di sangue. Viene rimossa agevolmente alla fine del trattamento, se necessario praticando una leggera anestesia locale;
- **il catetere venoso centrale periferico (CVCP-PICC):** dispositivo simile alla linea centrale, ma a differenza di questa s'introduce a livello della piega del gomito anziché nel torace. Si applica in anestesia locale. Può essere utilizzato per la terapia e per i prelievi di sangue. Viene rimosso agevolmente alla fine del trattamento;
- **il catetere venoso con porta impiantabile (port-a-cath):** alcuni cateteri terminano in una piccola 'porta' introdotta sotto la cute del torace, che prende il nome di porta impiantabile. Si applica in anestesia locale o generale. Come la linea centrale e il CVCP, può essere utilizzata per som-

ministrare i farmaci e prelevare campioni di sangue. È rimossa agevolmente alla conclusione del trattamento, se necessario in anestesia locale.

In taluni casi selezionati, è possibile iniettare il farmaco direttamente nella cavità addominale attraverso un piccolo catetere. Si parla in questo caso di *chemioterapia intraperitoneale*.

Effetti collaterali

Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto, e se anche dovessero essere spiacevoli, di solito possono essere facilmente controllate con appositi farmaci. L'importante è non pretendere di fare tutto ciò che si svolgeva prima senza sforzo e prendersi il tempo necessario per far riposare il fisico. Si deve, tuttavia, tenere presente che le attuali modalità di somministrazione e i numerosi trattamenti per prevenire gli effetti collaterali hanno reso la chemioterapia molto più tollerabile rispetto al passato.

Gli effetti collaterali dei farmaci più comunemente utilizzati nel trattamento dei tumori ovarici sono i seguenti:

ridotta resistenza alle infezioni: i chemioterapici distruggono le cellule tumorali, ma al tempo stesso riducono temporaneamente il numero di **leucociti** e globuli bianchi. Di conseguenza, aumenta il rischio di contrarre infezioni. Se la temperatura sale oltre i 38° C o compare un improvviso malessere nonostante la temperatura sia normale, rivolgetevi immediatamente al medico o recatevi in ospedale. Prima di ogni seduta di chemioterapia si controlla, tramite un'analisi del sangue il valore dei globuli bianchi: se sono ancora bassi, si somministrano farmaci che ne stimolano la crescita e, se necessario, si rimanda il trattamento;

tendenza a sviluppare lividi o piccole emorragie: La chemioterapia può provocare un abbassamento delle **piastrine**. Se compaiono lividi o piccole emorragie di cui ignorate la causa (sangue dal naso o dalle gengive, macchie cutanee) informate l'oncologo;



Maggiori informazioni sui singoli farmaci sono disponibili sui **Profili Farmacologici**, che possono essere richiesti alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricati dal sito www.aimac.it.



Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto.

Anche se gli effetti collaterali possono essere duri da sopportare, comunque scompariranno alla conclusione del trattamento.



Leucociti: tipo di globuli bianchi che aiutano l'organismo a combattere contro le infezioni.

Piastrine: cellule ematiche che servono alla coagulazione del sangue.



Emoglobina: proteina contenuta nei globuli rossi che conferisce al sangue il caratteristico colore rosso.

Anemia: calo del numero dei globuli rossi.

Tachicardia: aumento della frequenza del ritmo cardiaco.

Antiemetici: farmaci in grado di impedire la comparsa della nausea e del vomito.



Maggiori informazioni sui problemi nutrizionali sono disponibili su **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) e **Neoplasia e perdita di peso – Che cosa fare?** (La Biblioteca del Girasole).

Maggiori informazioni sono disponibili su **La caduta dei capelli** (La Collana del Girasole).

anemia: la chemioterapia causa una diminuzione dei livelli dei globuli rossi, che contengono l'**emoglobina**. Se scendono troppo, si parla di **anemia**. Questa può manifestarsi con stanchezza, mancanza di respiro o **tachicardia**. Questi sintomi possono essere risolti con una terapia che stimola la crescita dei globuli rossi o a base di ferro per bocca;

nausea e vomito: si possono prevenire o ridurre considerevolmente con la somministrazione di **antiemetici**;

irritazione della bocca e perdita dell'appetito: alcuni chemioterapici possono irritare la bocca e provocare la comparsa di piccole ulcere. Effettuare regolarmente degli sciacqui è importante e l'infermiera vi insegnerà a farli correttamente. Se non avete voglia di mangiare finché siete in trattamento, potrete sostituire i pasti con bevande ipercaloriche;

caduta dei capelli: è un effetto collaterale psicologicamente molto difficile da accettare causato da alcuni chemioterapici, ma non da tutti. Di solito i capelli cominciano a ricrescere nell'arco di tre-sei mesi dalla conclusione del trattamento. Nell'attesa si può fare uso di parrucche, foulard o cappelli.

La terapia biologica

L'attività di ricerca prosegue a ritmo intenso verso l'identificazione di molecole 'selettive' nei confronti delle cellule tumorali, vale a dire che hanno come bersaglio esclusivamente le cellule tumorali, risparmiando quanto più possibile i tessuti sani. La terapia biologica è per questo detta anche *target therapy* (in inglese bersaglio si dice *target*). Attualmente questi farmaci sono utilizzati per lo più nell'ambito di protocolli sperimentali. L'unica classe di farmaci biologici attualmente in uso è quella degli antiangiogenetici che impediscono al tumore di sviluppare i vasi sanguigni che gli permetterebbero di crescere; in questo modo, il tumore viene "affamato" e smette di crescere. Appartiene a questa classe il bevacizumab, un anticorpo monoclonale che viene utilizzato con successo in molti

schemi di trattamento che ha già ottenuto l'autorizzazione a livello europeo per il trattamento del tumore ovarico avanzato. Vi sono poi i cosiddetti **PARP**-inibitori che interferiscono con la riparazione del DNA bloccando la replicazione cellulare. I PARP-inibitori sembrano particolarmente efficaci in pazienti con trasmissione ereditaria di mutazioni dei geni della famiglia BRCA.

La radioterapia

La radioterapia si usa molto raramente per il trattamento del cancro dell'ovaio. Talvolta si può utilizzare nei casi in cui la malattia si ripresenta dopo l'intervento chirurgico qualora altre opzioni terapeutiche non siano più indicate. Si può usare anche per ridurre il sanguinamento o il senso di fastidio e per lenire il dolore. In tali casi si parla di *radioterapia palliativa*.

La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia per distruggere le cellule tumorali, cercando al tempo stesso di danneggiare il meno possibile le cellule normali. Si effettua presso il centro di radioterapia dell'ospedale. Un ciclo di radioterapia palliativa prevede di solito 1-10 sessioni, ciascuna della durata di pochi minuti. La durata del trattamento dipende dal tipo di tumore e dalle sue dimensioni.

Cronicizzazione della malattia e prospettive di ricerca

I numerosi farmaci efficaci contro il cancro dell'ovaio oggi disponibili (carboplatino, paclitaxel, cisplatino, epirubicina liposomiale, gemcitabina, topotecan, trabectedina) e un impiego corretto della chirurgia rendono possibile, in molti casi, se non la guarigione completa, la cronicizzazione della malattia, garantendo comunque alla paziente una lunga sopravvivenza preservando una buona qualità di vita.



PARP: enzima che ripara i danni del DNA.



Maggiori informazioni sono disponibili su: **La radioterapia** (La Collana del Girasole); DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIRO, Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica.

La ricerca contro il cancro è impegnata su più fronti nello sviluppo di nuove strategie sempre più efficaci. L'ingresso nella pratica clinica dei cosiddetti farmaci "biologici" o "target" (mirati a bloccare una o più fasi particolari nel metabolismo tumorale, spesso specifici per tipi di tumore) ci avvicina sempre di più alla costruzione di cure personalizzate basate su una conoscenza più approfondita delle caratteristiche biologiche di quel tumore, assicurando maggior efficacia e minore tossicità.

Follow-up

Concluso il trattamento, dovrete sottoporvi a controlli periodici che comprenderanno visite mediche, analisi del sangue e, talvolta, se clinicamente indicato, esami strumentali (solitamente TC/RMN, v. pagg. 12-13). È questo ciò che i medici definiscono convenzionalmente **follow-up**. All'inizio i controlli avranno una frequenza più ravvicinata (tre-sei mesi), per poi diradarsi nel tempo (una volta all'anno). Inoltre, se accusate effetti collaterali dopo il trattamento, nei primi mesi sarebbe consigliabile presentarsi periodicamente dal medico di famiglia.

Le visite di controllo rappresentano il momento giusto per condividere con l'oncologo le vostre ansie o paure e per porgli qualunque domanda. Tuttavia, se nei periodi di intervallo tra un controllo e l'altro avete dei problemi o avvertite nuovi sintomi, dovrete contattare l'oncologo al più presto possibile. Molte pazienti riferiscono di sentirsi molto agitate, almeno all'inizio, nei periodi che precedono i controlli. Non spaventatevi: ciò è assolutamente naturale. In tale situazione potrebbe essere utile avere aiuto dai familiari, dalle amiche oppure da una delle organizzazioni che si occupano di tumori dell'ovaio.



Follow-up: periodo di osservazione successivo al trattamento, durante il quale si effettuano controlli periodici per valutare la risposta della malattia al trattamento e intervenire tempestivamente in caso di problemi.



AIMaC può fornire gli indirizzi e i numeri di telefono (numero verde 840 503579).

Determinazione del livello di CA125

Tra le analisi di controllo potrebbe essere richiesta anche la determinazione del livello della proteina CA125. Se il suo valore era elevato all'epoca della diagnosi, può essere utile per sapere se la malattia sta ritornando, ossia se si sta sviluppando una **recidiva**, in particolare per guidare la prescrizione di esami radiologici.

Spesso il livello di CA125 comincia ad aumentare prima che compaiano eventuali sintomi. Nell'ambito di uno studio clinico è stato verificato se possa giovare iniziare il trattamento quando il livello di CA125 è elevato senza che vi siano evidenze di malattia, ma i risultati sono stati deludenti. L'oncologo prescriverà un nuovo trattamento solo se l'incremento del Ca125 si associa alla presenza di sintomi o di segni radiologici di recidiva.

Se la malattia si ripresenta

Se la malattia si ripresenta, la chemioterapia è spesso il trattamento più indicato per tenere la situazione sotto controllo, talvolta anche per molti anni. In tali casi si possono usare diversi farmaci. I chemioterapici che sono stati somministrati all'inizio possono essere ancora efficaci se vi è stata una risposta soddisfacente al primo trattamento, oppure si può tentare con altri farmaci.

Talvolta, può essere possibile intervenire chirurgicamente per rimuovere il tumore.



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

La comunicazione in famiglia



Maggiori informazioni e consigli sul modo migliore per comunicare con una persona malata di cancro sono disponibili su **Non so cosa dire** (La Collana del Girasole).

Generalmente non è facile parlare di cancro, soprattutto quando la persona malata è un congiunto o un amico. Rispetto a tale difficoltà, le reazioni sono varie e individuali. Talvolta si rifiuta la malattia e ci si comporta come se niente fosse. Spesso non parlare rappresenta un modo per proteggere il malato e se stessi dai forti sentimenti di angoscia, incertezza, paura e rabbia, anche se la mancanza di comunicazione può rendere ancor più difficile affrontare la malattia e può contribuire ad accrescere la sensazione di solitudine della persona malata. Saper ascoltare è un modo per facilitare la comunicazione con la persona malata, lasciandola libera di esprimere solo quanto si sente rispetto alla sua situazione, ma è fondamentale anche concedersi di manifestare le proprie emozioni, senza averne timore.



Maggiori informazioni e consigli sul modo migliore per comunicare con i bambini sono disponibili su **Che cosa dico ai miei figli?** (La Collana del Girasole).

Parlare ai bambini: ai bambini è importante comunicare sempre la verità nel modo più appropriato alla loro età, evitando così che sulle situazioni che non capiscono possano sviluppare fantasie di gran lunga peggiori della realtà. Gli adolescenti vivono una fase evolutiva in cui si provano sentimenti contrastanti verso i genitori, manifestando la loro rabbia e desiderio di autonomia anche attraverso parole e comportamenti spiacevoli. La malattia del genitore può accentuare la rabbia nei suoi confronti, portandoli a distaccarsi, ma al tempo stesso può alimentare le angosce, accentuando bisogni di attenzione e di accudimento.

Come potete aiutare voi stesse

Mantenere un atteggiamento mentale positivo può aiutare il fisico ad affrontare meglio le terapie. Sentirsi affaticati e svogliati è normale, come lo è l'alternanza di giornate in cui ci si sente abbastanza bene e altre, invece, in cui i momenti di sconforto prenderanno il sopravvento. In tali casi un aiuto specializzato, a cui troppo spesso non si ricorre per paura di mostrare gli aspetti più vulnerabili di sé, può essere molto utile.

Alcune persone cercano di vivere una vita quanto più normale possibile e sentono il desiderio di stabilire nuove priorità ascoltando maggiormente i propri bisogni: trascorrere più tempo con i propri cari, fare le vacanze sognate da sempre o dedicarsi ad interessi prima non coltivati. Mantenere la propria vita sociale e professionale può essere d'aiuto, ma non fatevi problemi se avete bisogno di riposare. Fare un po' di esercizio fisico, purché non troppo impegnativo e in ogni caso sempre dopo aver chiesto il parere al neurologo, solleva lo spirito e aiuta ad allentare la tensione. A volte il periodo più difficile è rappresentato dal ritorno a casa dopo l'ospedale, poiché uscire da un iter terapeutico stabilito può provocare un senso di solitudine e incertezza. In tali casi parlare con un professionista esperto nell'assistenza ai pazienti oncologici può aiutare ad individuare le criticità e le risorse disponibili durante la malattia. Può giovare anche partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto, in cui si conoscono altre persone che vivono, o hanno vissuto, la stessa esperienza. Condividere le emozioni e i pensieri in uno spazio protetto insieme a persone 'che ci sono già passate' può favorire l'espressione di sentimenti che si è scelto di non condividere con parenti e amici, oltre consentire di apprendere qualche 'dritta' utilissima per affrontare i problemi quotidiani.



Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo.

Mantenere una progettualità.

Mantenere la propria vita sociale e professionale.

Imparare a volersi bene.

Richiedere il sostegno psicologico.



Partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto.

AIMaC può fornire gli indirizzi e i numeri di telefono (numero verde 840 503579).

I trattamenti non convenzionali



Maggiori informazioni sono disponibili su ***I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico*** (La Collana del Girasole).

I trattamenti non convenzionali¹ possono essere utili per migliorare la qualità della vita e il benessere dei pazienti e, a volte, sono in grado di ridurre gli effetti collaterali della chemioterapia. Molti pazienti ritengono che diano loro più forza per affrontare i trattamenti e maggiore fiducia nel beneficio che ne otterranno.

Alcune tecniche a mediazione corporea, come la meditazione o la visualizzazione di immagini, contribuiscono a ridurre l'ansia e possono essere messe in atto sia alla presenza di un esperto che da soli. Altre, come ad esempio i massaggi dolci, richiedono l'intervento di familiari o curanti, e possono essere utili per aiutare la persona malata a provare sensazioni benefiche.

Il contatto fisico, il semplice sfioramento delle dita possono essere un potente strumento di sostegno per persone che devono affrontare un futuro di incertezze, ansia e dolore, a livello fisico ed emotivo. Sfiore qualcuno con dolcezza è anche un modo per esprimere amore e solidarietà.

Alcuni ospedali, ASL e associazioni di volontariato oncologico offrono la possibilità di seguire delle terapie complementari, tra le quali massaggi, agopuntura, aromaterapia, tecniche di rilassamento. Queste ultime hanno l'effetto di rilassare la tensione muscolare, ridurre lo stress, mitigare la stanchezza e lenire il dolore, migliorare il sonno, recuperare il controllo delle emozioni.

1. Per chiarezza, va spiegato che con il termine trattamenti si definiscono tutte quelle pratiche che possono migliorare le condizioni fisiche e la qualità della vita del malato, anche se non vi è certezza sulla loro reale capacità di favorire la guarigione. I trattamenti si distinguono in:

convenzionali: sono quelli utilizzati dai medici (chirurgia, radioterapia e chemioterapia), che sono stati validati da numerosi studi clinici e la cui efficacia è universalmente riconosciuta;

non convenzionali: sono tutti i metodi che non rientrano tra i trattamenti convenzionali e che si suddividono in:

a. *trattamenti complementari:* sono utilizzati come integrazione o, come indica la definizione, complemento ai trattamenti convenzionali;

b. *trattamenti alternativi:* sono utilizzati in sostituzione dei trattamenti convenzionali.

Gli studi clinici

Gli studi clinici sono sperimentazioni condotte sui pazienti per varie finalità:

- testare nuovi trattamenti;
- verificare se i trattamenti disponibili, combinati o somministrati in maniera diversa, sono più efficaci o causano meno effetti collaterali;
- confrontare l'efficacia dei farmaci utilizzati per il controllo dei sintomi;
- studiare il principio di azione dei farmaci antitumorali;
- vedere quali trattamenti hanno il miglior rapporto costo-beneficio.

Gli studi clinici costituiscono l'unico modo affidabile per verificare se il nuovo trattamento (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, ecc.) è più efficace di quello o quelli al momento disponibili.

Partecipare ad uno studio clinico significa avere la possibilità di essere sottoposti al trattamento in sperimentazione o, se fate parte del gruppo di controllo, di ricevere il miglior trattamento convenzionale disponibile per la vostra malattia. Ovviamente, nessuno può garantire a priori che il nuovo trattamento, seppur efficace, dia risultati migliori di quello convenzionale. Se parteciperete ad uno studio clinico sarete sottoposti ad una serie di controlli molto rigorosi, comprendenti un numero di esami e visite mediche anche maggiore di quello previsto normalmente.

Se il trattamento oggetto della sperimentazione si dimostra efficace o più efficace rispetto al trattamento convenzionale, sarete i primi a trarne beneficio. Di solito, agli studi clinici partecipano diversi ospedali.



Maggiori informazioni sono disponibili su ***Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato*** (La Collana del Girasole).

Sussidi economici e tutela del lavoro



Maggiori informazioni sono disponibili su **I diritti del malato di cancro** (La Collana del Girasole), che può essere richiesto alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricato dal sito www.aimac.it.

La malattia e le terapie possono comportare una condizione di disabilità, temporanea o permanente, più o meno grave con conseguenti limitazioni nella vita di tutti i giorni. Per superare queste difficoltà numerose leggi dello Stato prevedono l'accesso a vari benefici: ad esempio, il malato che presenti un certo grado di invalidità e/o di handicap può richiedere sussidi economici erogati dall'INPS o dagli altri enti o casse di previdenza; il malato lavoratore può usufruire di un periodo di congedo, oppure di permessi orari o giornalieri, senza perdere la retribuzione, sia durante che dopo il trattamento. Inoltre, ha la possibilità di passare dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo parziale fino a che le condizioni di salute non consentono di riprendere il normale orario di lavoro. La legge prevede permessi/ congedi e la priorità nell'accesso al part-time anche per il familiare lavoratore che assiste il malato.



Mozione n. 1-00428 sul carcinoma dell'ovaio

La mozione presentata dai senatori Emanuela BAIO, Laura BIANCONI, Antonio TOMASSINI e altri è stata approvata dal Senato della Repubblica il 07 dicembre 2011. La mozione impegna il Governo a:

- *“dare rilievo autonomo al contrasto di tale patologia nell’ambito della giornata italiana dedicata al tumore all’ovaio;*
- *promuovere un programma di prevenzione e di informazione relativa al tumore ovarico al fine di sensibilizzare la popolazione femminile ad effettuare esami pelvici, visite ginecologiche, ecografie transvaginali, nonché una valutazione dell’anamnesi familiare oncologica al fine di individuare le donne a rischio;*
- *promuovere, mutuando l’esperienza positiva e consolidata su tutto il territorio nazionale in ordine al tumore alla mammella, l’appropriatezza della diagnosi e della cura inserendo questa patologia tra quelle d’interesse dei medici di medicina generale (MMG), ginecologi, oncologi e riducendo i tempi tra diagnosi e terapia;*
- *promuovere d’intesa con le regioni la creazione di centri di riferimento per la diagnosi e la cura del carcinoma ovarico;*
- *facilitare l’accesso delle pazienti a terapie anche innovative;*
- *garantire un sostegno psicologico alle donne colpite da carcinoma ovarico, valorizzando l’attività delle associazioni di pazienti nella loro attività istituzionale di lotta al tumore ovarico.”*

I punti informativi

Sono attivi presso i principali centri di cura per consultare e ritirare il materiale informativo o per parlare con personale qualificato e ricevere chiarimenti. Per gli indirizzi rivolgersi ad AIMaC (840 503579).

Avellino	Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati
Aviano (PN)	Centro di Riferimento Oncologico
Bagheria	Villa Santa Teresa Diagnostica Per Immagini e Radioterapia
Bari	Istituto Tumori Giovanni Paolo II - IRCCS Ospedale Oncologico
Benevento	Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli
 Cagliari	AOU Azienda Ospedaliero-Universitaria - Presidio Policlinico Monserrato
Genova	IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
L'Aquila	Presidio Ospedaliero San Salvatore
Messina	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte Centro Oncologico di Eccellenza Peloritano
Milano	IRCCS Ospedale S. Raffaele Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Napoli	Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale A. Cardarelli Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G.Pascale Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II Azienda Ospedaliera Universitaria Seconda Università degli Studi di Napoli
Padova	Istituto Oncologico Veneto IRCCS
Paola	Ospedale San Francesco di Paola
Pavia	Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS
Perugia	Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia
Pozzilli (IS)	IRCCS Neuromed
Rionero in Vulture (PZ)	IRCCS CROB Centro di Riferimento Oncologico di Basilicata
Roma	Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini Azienda Ospedaliera Sant'Andrea Istituto Nazionale Tumori Regina Elena Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Policlinico Universitario Campus Bio-Medico Umberto I Policlinico di Roma - Sapienza, Università di Roma
Rozzano (MI)	Istituto Clinico Humanitas
S. Giovanni Rotondo (FG)	IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza
Terni	Azienda Ospedaliera S. Maria
Torino	Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino (Presidio Molinette)
Trieste	Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste
Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Policlinico Borgo Roma

La Collana del Girasole

- 1 Non so cosa dire
- 2 La chemioterapia
- 3 La radioterapia
- 4 Il cancro del colon retto
- 5 Il cancro della mammella
- 6 Il cancro della cervice
- 7 Il cancro del polmone
- 8 Il cancro della prostata
- 9 Il melanoma
- 10 Sessualità e cancro
- 11 I diritti del malato di cancro
- 12 Linfedema
- 13 La nutrizione nel malato oncologico
- 14 I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico
- 15 La caduta dei capelli
- 16 Il cancro avanzato
- 17 Il linfoma di Hodgkin
- 18 I linfomi non Hodgkin
- 19 Il cancro dell'ovaio
- 20 Il cancro dello stomaco
- 21 Che cosa dico ai miei figli?
- 22 I tumori cerebrali
- 23 Il cancro del fegato
- 24 Il cancro della laringe
- 25 La terapia del dolore
- 26 Il cancro del rene
- 27 La fatigue
- 28 Il cancro della tiroide
- 29 Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato
- 30 Le assicurazioni private per il malato di cancro
- 31 Madre dopo il cancro
- 32 Il mesotelioma
- 33 Il tumore negli anziani e il ruolo dei caregiver

2 DVD: La chemioterapia - La radioterapia

AIMaC pubblica anche:

Profili Farmacologici

96 schede che forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Profili DST

50 schede che forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- Il test del PSA
- Il tumore del collo dell'utero
- La prevenzione dei tumori occupazionali: il Registro di Esposizione ad Agenti Cancerogeni e Mutageni
- La ricostruzione del seno: informarsi, capire, parlare
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Oltre le nuvole (disponibile solo online)
- Padre dopo il cancro
- Tumori rari - Come orientarsi

** è pubblicato da F.A.V.O. Federazione nazionale delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (www.favo.it), di cui AIMaC è socio

AIMaC è anche presente su



<http://forumtumore.aimac.it>



AIMaC è una Onlus iscritta nel Registro delle
Associazioni di Volontariato della Regione Lazio.
Offriamo gratuitamente i nostri servizi di informazione
e counseling ai malati di cancro e ai loro cari.

Abbiamo bisogno anche del tuo aiuto e della tua partecipazione.
Se questo libretto ti ha fornito informazioni utili, puoi aiutarci a produrne altri

- **iscrivendoti ad AIMaC** (quota associativa € 20 per i soci ordinari, € 125 per i soci sostenitori)
- **donando un contributo libero mediante**
 - assegno non trasferibile intestato a AIMaC
 - c/c postale n° 20301016 intestato a "AIMaC – via Barberini, 11 – 00187 Roma".
IBAN: IT 33 B 07601 03200 000020301016
 - bonifico bancario intestato a AIMaC, c/o Cassa di Risparmio di Ravenna
IBAN: IT 78 Y 06270 03200 CC0730081718
 - carta di credito attraverso il sito www.aimac.it

Finito di stampare nel mese di dicembre 2014
Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. | www.mediateca.cc
Impaginazione: Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
840 503 579 numero verde | www.aimac.it | info@aimac.it