

Il cancro del pancreas



aimac

La Collana del Girasole

Il cancro del pancreas

che cos'è, come combatterlo

Aimac è grata alla European Pancreatic Cancer Platform 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: **G. Tortora** (Oncologia Medica, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS - Roma); **G. Capurso**, **M. Reni** (Oncologia Medica, IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano) **M. Falconi** (Chirurgia del Pancreas, IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano); **M. Muscaritoli** (Unità Operativa Complessa - UOC di Medicina Interna e Nutrizione Clinica, Dipartimento di Medicina Traslationale e di Precisione, Sapienza - Università di Roma)

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

Aimac è grata a F.A.V.O. Federazione italiano delle Associazioni di Volontariato in Oncologia per il contributo offerto sostenendo le spese per le stampa di questo libretto.

Seconda edizione: novembre 2019

Titolo originale dell'opera: **Pancreatic cancer**

© Aimac 2019. 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.

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 Prefazione
- 9 Introduzione
- 10 Che cos'è il cancro?
- 11 Il pancreas
- 11 Che cos'è il cancro del pancreas
- 12 Quali sono i tipi di cancro del pancreas?
- 13 Quali sono le cause del cancro del pancreas?
- 15 Quali sono i sintomi del cancro del pancreas?
- 16 Come si formula la diagnosi?
- 17 Quali sono gli stadi del cancro del pancreas?
- 20 Quali sono i tipi di trattamento usati?
- 22 La chirurgia
- 24 La chemioterapia
- 26 La radioterapia
- 27 Le nuove terapie
- 28 Gli aspetti nutrizionali
- 30 La terapia del dolore
- 30 I controlli dopo le terapie
- 31 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 per i malati di cancro



Prefazione

Nonostante il tasso di incidenza delle patologie neoplastiche sia in crescita, la sempre maggiore efficacia delle terapie e la sempre più ampia adesione ai programmi di screening per la diagnosi precoce hanno cambiato notevolmente la prognosi, con conseguente progressivo e costante aumento del numero di malati cronici e di persone guarite.

Diversa è la situazione per le neoplasie del pancreas, per le quali, purtroppo la percentuale di sopravvivenza ha fatto registrare negli ultimi quarant'anni un aumento molto modesto (dal 2 al 9%). Le ragioni di ciò sono da ricercarsi soprattutto nel ritardo della diagnosi per la mancanza di esami specifici di laboratorio o strumentali, come pure nel ridotto numero di trattamenti disponibili, conseguenza diretta dell'esiguità dei finanziamenti destinati alla ricerca in questo campo (meno del 2% di tutti i finanziamenti a tutt'oggi stanziati in Europa).

Per molti anni, il tumore del pancreas è stato più frequente tra gli uomini, verosimilmente perché fumavano di più rispetto alle donne e il fumo è un fattore di rischio importante per questa malattia. Oggi, invece, le donne fumano di più rispetto agli uomini e ciò fa sì che nella fascia d'età superiore a 70 anni il tumore del pancreas sia tra i cinque più frequenti nelle donne con una percentuale del 5%.

I fattori di rischio sono: l'età (colpisce soprattutto dopo i 60

anni), il fumo (responsabile di un caso su 3), l'obesità (aumenta il rischio del 12%), la pancreatite cronica e il diabete. Solamente il 20% di tutti i pazienti può essere sottoposto a una chirurgia utile che asporti la malattia completamente. Nel 2013 le comunità dei malati¹, dei clinici e ricercatori² in rappresentanza dei più prestigiosi istituti di ricerca e cura a livello europeo, dei politici³ e dell'industria farmaceutica⁴ si sono resi promotori della creazione della Piattaforma Europea per il Tumore del Pancreas⁵ (PCE) con l'obiettivo di:

- delineare una strategia europea condivisa per questa patologia.
- informare i decisori nazionali ed europei sulle problematiche che pazienti e ricercatori devono affrontare ogni giorno per garantire che il tumore del pancreas non sia più un tumore dimenticato, ma venga posto al centro delle priorità di ricerca e cura di tutti i paesi europei;
- sensibilizzare l'opinione pubblica in generale e gli addetti ai lavori, compresi i medici di famiglia, al fine di indurre un cambiamento radicale in grado di offrire maggiori possibilità di cura ai pazienti e migliorare la loro qualità di vita.

La Piattaforma PCE ha prodotto del materiale informativo ("Le 10 cose che bisogna sapere sul tumore del pancreas" e "I 10 sintomi identificativi del tumore del pancreas") per l'opinione pubblica e una pubblicazione per i medici e gli

1 Coalizione Europea dei Malati di Cancro (ECPC), Europacolom e Pancreatic Cancer Action (Regno Unito), F.A.V.O. (Italia), GEPAC (Spagna).

2 S. Barbu (UEG, Romania), E. Van Cutsem e C. Verslype (Istituto dei Tumori di Leuven, Belgio), M. Löhner e R. Segersvard (Karolinska Institute, Svezia), G. Bodoky (Ospedale S. Lazzaro, Ungheria), I. Boukovicinas (Dipartimento di Oncologia Bioclinica, Università di Tessalonica, Grecia), A. Carrato (Ospedale Universitario Ramon y Cajal, Spagna), S. Cascinu (AIOM, Italia), M. de Bausset (ARCAD, Francia), C. Dervenis (Dipartimento di Clinica Chirurgica di Santa Olga, Atene, Grecia), P. Hammel (Ospedale Beaujon Clichy, Francia), J. Izbicki (Poliklinico di Amburgo, Germania), H. P. Kalofonos (Ospedale Universitario di Patrasso, Grecia), E. Molina e N. Malats (Centro Nazionale di Indagini Oncologiche di Madrid, Spagna), H. Mansinho (Ospedale Garcia de Orta, Portogallo), L. Petruželka (Dipartimento di Oncologia Clinica, Università di Praga, Repubblica Ceca), M. Reni (Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Milano, Italia), T. Salek (Istituto Nazionale Tumori, Slovacchia), G. Ullenhag (Accademia Sjukhuset, Svezia), K. Van Steen (Università di Liegi, Belgio).

3 I parlamentari europei P. De Backer (ALDE, Belgio), F. Grossetête e P. Juvin (EPP, Francia), D. Octavia Sârbu (SGD, Romania).

4 Celgene, Baxalta.

5 Informazioni più dettagliate sono disponibili sui siti www.pancreaticcancereurope.eu, www.ecpc.org, www.favo.it.

operatori sanitari (“Think PC”) al fine di aumentare la consapevolezza dei sintomi e facilitare la diagnosi precoce.

La Piattaforma PCE ha contribuito all’elaborazione della “Dichiarazione sul Tumore del Pancreas”, sottoscritta da più di 50 parlamentari europei, per portare il tumore del pancreas al centro del dibattito parlamentare, creare politiche specifiche per rispondere ai bisogni dei malati con iniziative concrete per migliorare la loro qualità di vita”.

La Piattaforma PCE è stata lanciata in occasione della Giornata Mondiale per la Lotta al Tumore al Pancreas 2014, una manifestazione nata con l’intento di fare luce sulla malattia accendendo di viola dei luoghi simbolo e in questo modo raccogliere adesioni e consensi. In Italia, la Giornata è stata celebrata da F.A.V.O. in collaborazione con Celgene: per l’occasione, è stato illuminato di viola il Castello Sforzesco di Milano.

Il passo successivo è stato la costituzione della Coalizione Mondiale contro la Lotta al Tumore del Pancreas (WPCC), un’organizzazione indipendente che è stata presentata ufficialmente a Orlando, Florida (USA). Il suo scopo è sviluppare piani e iniziative miranti a sostenere le singole organizzazioni, come anche di avere un effetto positivo sul movimento globale: uniti per migliorare la qualità di vita e la sopravvivenza delle persone affette da tumore del pancreas. Anche in questo caso, determinante è il ruolo della Coalizione Europea dei Malati di Cancro (ECPC), in qualità di partner del nuovo organismo. La principale attività della Coalizione Mondiale sarà la pubblicazione di un rapporto mirato a fissare le problematiche e gli obiettivi fondamentali nella lotta contro questa malattia. La Piattaforma PCE ha affidato a ECPC la leadership per la disseminazione delle iniziative e del materiale prodotto dalla PCE, soprattutto tra i suoi 390 membri, tra cui figurano anche Aimac e F.A.V.O.

Francesco De Lorenzo
Presidente Aimac



Introduzione

L'obiettivo di questo libretto, che ha carattere puramente informativo, è di aiutare i malati di cancro ed anche i loro familiari ed amici a saperne di più sul tumore del pancreas 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 dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - tel. 06 4825107, e-mail info@aimac.it.



La divisione cellulare è un processo ordinato e controllato, ma se si altera, le cellule 'impazziscono' e 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.

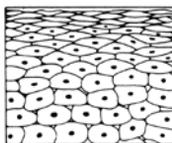
Sistema linfatico: elemento del sistema immunitario, il sistema naturale di difesa dell'organismo dalle infezioni e dalle malattie. È costituito da vari organi quali il midollo osseo, il timo, la milza e i linfonodi, collegati tra loro da una rete di minuscoli vasi detti *vasi linfatici*. Nel sistema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

Metastasi: cellule neoplastiche 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.

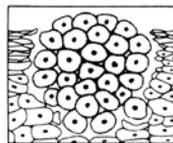
Che cos'è il cancro?

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 quasi sempre 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, 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 circolo sanguigno e/o il **sistema linfatico**. Quando raggiungono un nuovo sito, le cellule possono continuare a dividersi, dando così origine a una o più **metastasi**.

Il pancreas

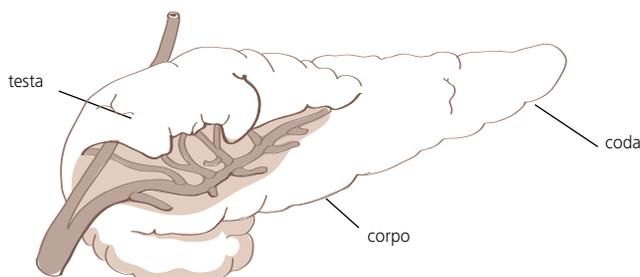
Il pancreas è un organo allungato, appiattito, che si trova nell'addome dietro allo stomaco. Si divide in tre parti: la testa, il corpo e la coda e svolge due funzioni molto importanti per l'organismo: la *funzione esocrina* e la *funzione endocrina*.

Funzione esocrina: la maggior parte del pancreas produce un succo costituito da enzimi che è indispensabile per la digestione.

Funzione endocrina: nel pancreas hanno sede alcuni piccoli gruppi di cellule, denominate *isole del Langerhans*, che producono alcuni ormoni, tra cui l'insulina e il glucagone, che sono importanti per la regolazione del livello del **glucosio** nel sangue, ma anche per altre funzioni digestive.



Glucosio: uno zucchero presente nel sangue. Nel linguaggio medico, il livello di glucosio nel sangue si chiama glicemia.



Che cos'è il cancro del pancreas?

In una classifica per frequenza, il cancro del pancreas è al dodicesimo posto nel mondo. Nel 2012 sono stati diagnosticati 338.000 nuovi casi su scala mondiale.

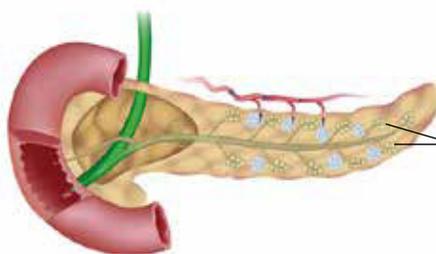
In Europa, è il settimo tumore più frequente. La frequenza delle nuove diagnosi aumenta con l'età e nella maggior parte dei casi riguarda le persone di oltre 65 anni. Siccome la malattia può non manifestarsi per molto tempo, la diagnosi è spesso formulata quando è ormai in una fase avanzata e ha raggiunto altri organi (carcinoma metastatico).

Quali sono i tipi di cancro del pancreas?



I tumori del pancreas si distinguono, in funzione della porzione di pancreas interessata, in tumori esocrini e tumori endocrini.

I tumori del pancreas si distinguono, in funzione della porzione di pancreas interessata, in tumori esocrini e tumori endocrini.



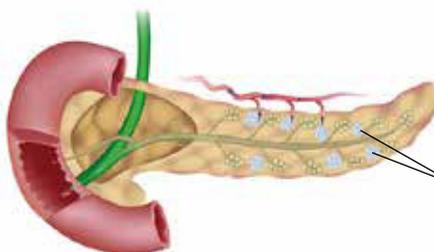
Pancreas esocrino

Le cellule acinarie producono gli enzimi digestivi che rilasciano nel dotto pancreatico



Adenocarcinomi: tumori che hanno origine dalle cellule ghiandolari.

I carcinomi del pancreas sono nella stragrande maggioranza dei casi (circa il 95%) **tumori esocrini** che si formano nella porzione esocrina del pancreas, responsabile della produzione degli enzimi. Nell'ambito di questo gruppo, la maggior parte sono **adenocarcinomi** e hanno origine dalle cellule ghiandolari. Sono definiti anche adenocarcinomi duttali pancreatici.



Pancreas endocrino

Le isole di Langerhans producono gli ormoni che rilasciano nei vasi sanguigni

I tumori che si formano nella porzione endocrina del pancreas, che produce ormoni quali l'insulina, sono definiti **tumori neuroendocrini** o tumori delle isole di Langerhans. Rappresentano meno del 5% di tutti i carcinomi pancreatici.

La maggior parte delle informazioni contenute in questo libretto si riferisce ai tumori esocrini, cioè gli adenocarcinomi duttali. La distinzione è importante perché l'approccio terapeutico è differente. Quindi, se la diagnosi è di tumore endocrino del pancreas, è consigliabile rivolgersi a un centro specializzato per avere ulteriori informazioni.

Quali sono le cause del cancro del pancreas?

Sono stati individuati diversi fattori che possono aumentare il rischio di ammalarsi di cancro del pancreas, ma è impossibile identificare una sola causa in un singolo paziente. I principali fattori di rischio per l'insorgenza di questa malattia sono:

- l'**età**: circa il 90% di tutti i tumori del pancreas è diagnosticato in individui che hanno almeno 55 anni d'età;
- il **fumo** è il principale fattore di rischio per il tumore del pancreas e causa circa il 25% dei casi;
- l'**alimentazione**: si ritiene che mangiare molti grassi animali possa accrescere il rischio di sviluppare questa malattia;
- la **pancreatite cronica**: con il passare del tempo, nell'arco di qualche decade, questa malattia può accrescere il rischio di sviluppare un adenocarcinoma pancreatico. Il rischio aumenta con il fumo e in presenza di fattori genetici;
- il **consumo di bevande alcoliche**: bere grandi quantità di alcolici può accrescere il rischio di sviluppare una pancreatite cronica. Di fatti, 7/10 casi di pancreatite cronica sono causati da eccessivo consumo a lungo termine di bevande alcoliche. La pancreatite cronica è un fattore di rischio noto per lo sviluppo di un cancro del pancreas;



La maggior parte delle informazioni contenute in questo libretto si riferisce ai tumori esocrini, (adenocarcinomi duttali).



I principali fattori di rischio per l'insorgenza di un cancro del pancreas sono:

- età;
- fumo;
- alimentazione;
- pancreatite cronica;
- consumo di bevande alcoliche;
- obesità;
- diabete;
- storia familiare.



Pancreatite: malattia che provoca l'infiammazione del pancreas.



Obesità: condizione caratterizzata da un accumulo eccessivo di grasso nell'organismo.



Mutazioni genetiche: alterazione dell'ordine prestabilito con cui si succedono le lettere nella sequenza che caratterizza una molecola di DNA. L'ordine delle lettere può cambiare per l'azione di fattori esterni (tra questi agenti ossidanti, ad esempio alcune sostanze prodotte nel fumo di sigaretta; alcuni chemioterapici; le radiazioni ad alta energia, come i raggi X e UV) o per caso. In sostanza, si tratta di 'errori' nella sequenza del DNA che diventano permanenti nelle cellule in cui si verificano e che vengono trasmessi alle cellule figlie.



Maggiori informazioni sulle mutazioni genetiche sono disponibili su: ***I test molecolari in oncologia*** (La Biblioteca del Girasole).

- l'**obesità**: si ritiene che 1/8 tumori del pancreas (12%) sia correlato all'obesità;
- il **diabete**: questa malattia può contribuire ad accrescere il rischio di sviluppare un tumore del pancreas, ma la maggior parte dei soggetti diabetici non si ammalerà. Anche lo stesso tumore del pancreas può favorire l'insorgenza di diabete o il peggioramento di un diabete preesistente;
- la **storia familiare**: anche se una minoranza di persone (circa il 5-10%) ha parenti con un tumore del pancreas, nella maggior parte dei casi la malattia non è ereditaria.

Tuttavia, avere due o più parenti stretti dello stesso ramo della famiglia che hanno avuto un tumore del pancreas oppure un tumore ereditario della mammella o del colon-retto potrebbe indicare che anche altre persone della stessa famiglia abbiano un più alto rischio di sviluppare la malattia. In questi casi è utile rivolgersi a centri con esperienza in patologia del pancreas che potrebbero consigliare l'esecuzione di esami di controllo (screening). Gli esami di screening non prevengono la malattia, ma possono contribuire a identificare lesioni precancerose che potrebbero evolvere in tumore; inoltre, diagnosticare la malattia in uno stadio iniziale può aumentare le possibilità di successo del trattamento.

Lo screening può essere genetico o diagnostico. Lo screening genetico ha lo scopo di verificare la presenza di **mutazioni genetiche** ereditarie. Nel caso le mutazioni siano presenti, il soggetto viene poi sottoposto a screening diagnostico oppure gli viene proposto un intervento chirurgico a scopo preventivo che, nel caso del cancro del pancreas, non è ovviamente ragionevole. Lo screening diagnostico delle malattie ereditarie ha lo scopo di riconoscere precocemente la malattia, favorendo la sorveglianza dei soggetti che sono a più alto rischio di sviluppare il tumore del pancreas. Tuttavia, una familiarità molto pesante può associarsi a mutazioni genetiche non riconoscibili o ancora non note. In questi casi si può ricorrere comunque a screening

diagnostici allo scopo di identificare le lesioni precancerose (spesso tumori cistici) per trattarli prima che evolvano in cancro oppure per identificare il tumore quando è in fase iniziale. Lo screening per il tumore del pancreas viene svolto comunque solo all'interno di protocolli di ricerca in centri dedicati e con utilizzo di risonanza magnetica o eco-endoscopia.

Nel caso si sospetti un difetto in un gene specifico, si offre di solito al paziente una consulenza genetica prima di proporre l'esecuzione dei test genetici. È in questo modo che si comprende che cosa si deve fare se si scopre che si è portatori di un difetto genetico che aumenta considerevolmente il rischio di sviluppare un tumore del pancreas.

Quali sono i sintomi del cancro del pancreas?

Gli stadi iniziali di un carcinoma del pancreas possono essere difficili da riconoscere semplicemente perché di solito non sono presenti sintomi specifici. Di conseguenza, la diagnosi precoce è spesso impossibile. In realtà, solamente circa il 20% dei casi è diagnosticato quando è ancora possibile rimuovere il tumore chirurgicamente.

Tuttavia, man mano che le dimensioni del tumore aumentano, anche i sintomi tendono a diventare più evidenti. Inoltre, essi dipendono da molti fattori, tra cui il tipo e la localizzazione del tumore, oltre che dall'impatto che ha sull'organismo in generale.

I sintomi più comuni di un cancro del pancreas sono:

- **anoressia**;
- perdita di peso involontaria;
- dolore addominale e/o lombare;



Anoressia: perdita di appetito.



Ittero: colorazione giallastra della pelle dovuta a un accumulo di bilirubina (v. sotto) nel sangue.

Bilirubina: sostanza colorata che costituisce il principale componente della bile.

Pirosi: sensazione di bruciore che s'irradia dalla bocca dello stomaco a tutto l'organo.

- sensazione di gonfiore o sazietà;

- **ittero**.

Altri sintomi abbastanza comuni comprendono:

- problemi intestinali;
- diabete;
- indigestione, **pirosi**, nausea e vomito;
- febbre e brividi;
- estrema stanchezza;
- pancreatite acuta di origine inspiegata;
- feci voluminose, chiare e maleodoranti.

Come si formula la diagnosi?



Gastroenterologo: medico specialista, esperto nella valutazione e nel trattamento delle malattie dell'apparato digerente.

Mezzo di contrasto: sostanza contenente iodio (v.), che si somministra sia sotto forma di bevanda che di iniezione attraverso una vena del braccio. È utilizzata in radiologia per la sua proprietà di opacità ai raggi X rispetto ai tessuti del corpo umano.

Iodio: elemento chimico normalmente presente nella nostra dieta.

Solitamente l'iter diagnostico comincia dal medico di medicina generale che, dopo la visita, prescrive le analisi del sangue e le indagini radiologiche del caso e, se opportuno, suggerisce di consultare il **gastroenterologo** per una più approfondita valutazione ed eventuale esecuzione di ulteriori accertamenti.

Si descrivono di seguito sinteticamente gli esami più utilizzati per formulare la diagnosi, ma non necessariamente il paziente sarà sottoposto a tutti.

Tomografia computerizzata (TC): è una tecnica radiologica che fornisce immagini tridimensionali delle strutture interne di un organo su piani successivi. Può essere molto utile per localizzare esattamente il tumore o per verificare se la malattia si è diffusa ad altri organi.

La TC è di per sé indolore e ben tollerata. L'esecuzione richiede circa 10-30 minuti e nelle quattro ore che la precedono non si deve mangiare né bere. Per ottenere immagini ancora più chiare il medico deve impiegare un **mezzo di con-**

trasto contenente iodio. Per evitare una reazione piuttosto seria, prima della somministrazione è importante informare il radiologo se si soffre di allergia allo iodio o di asma.

Risonanza magnetica nucleare (RMN): è una tecnica simile alla TC, ma utilizza i campi magnetici anziché le radiazioni. Il piano su cui è sdraiato il paziente viene fatto scorrere all'interno di un cilindro più lungo e più stretto rispetto a quello della TC, e ciò può dare a volte la sensazione di claustrofobia. La procedura è indolore e richiede da 15 a 90 minuti.

Ecoendoscopia con biopsia: è un'ecografia eseguita dall'interno del corpo. Grazie alla visualizzazione ecografica delle lesioni e dei vasi sanguigni, consente di prelevare mediante un ago un frammento di tessuto (agobiopsia) o alcune cellule (agoaspirato). Questo materiale viene poi inviato al laboratorio di anatomia patologica per lo studio al microscopio. È molto importante per la corretta diagnosi della malattia. Tuttavia, non sempre è necessaria per decidere se è opportuno intervenire chirurgicamente. A questo scopo potrebbe essere sufficiente la TC. Il prelievo del campione può essere effettuato anche sotto controllo ecografico o tomografico per via percutanea nel caso in cui ci siano metastasi, più spesso nel fegato.

Raramente è necessario eseguire una chirurgia di tipo esplorativo, come la laparoscopia, per ottenere un campione istologico.



Benché si continui comunemente a parlare di tomografia assiale computerizzata o TAC, 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.



Quali sono gli stadi del cancro del pancreas?

Lo **stadio** è un parametro di riferimento, che indica le dimensioni del tumore, il suo rapporto con le strutture anatomiche circostanti e la sua eventuale diffusione a distanza. La **stadiazione** è importante per decidere il trattamento più appropriato per il singolo caso.

Gli esami descritti in precedenza (v. pag. 16) dovrebbero fornire le informazioni necessarie per stabilire lo stadio della malattia.

I tumori del pancreas sono comunemente classificati secondo i seguenti stadi:

- **stadio 1:** è lo stadio iniziale in cui il tumore misura meno di 4 cm e non vi sono segni di diffusione ad altri organi distanti;
- **stadio 2:** il tumore misura meno di 4 cm e/o infiltra fino a un massimo di tre **linfonodi** più vicini, ma non le arterie principali. Meno di 1/5 casi (20%) di carcinoma del pancreas è diagnosticato in questo stadio di malattia;
- **stadio 3:** il tumore ha infiltrato il **tripode celiaco** o l'arteria mesenterica superiore e/o coinvolge 4 o più linfonodi vicini, ma non si è diffuso a distanza raggiungendo altri organi quali il fegato o i polmoni;
- **stadio 4:** il tumore si è diffuso a distanza raggiungendo altri organi quali, di solito, il fegato o i polmoni. Si parla in questo caso di tumore metastatico. Ciò significa che non può essere asportato chirurgicamente, ma potrebbe beneficiare di una chemioterapia.

Un altro sistema utilizzato per la stadiazione dei tumori è il cosiddetto **TNM**, che descrive le caratteristiche del tumore utilizzando queste tre lettere con il seguente significato:

T: indica le dimensioni del tumore o il rapporto con le strut-



Stadio: termine tecnico usato per descrivere le dimensioni del tumore, i rapporti con le strutture anatomiche circostanti e la sua eventuale diffusione a distanza.

Stadiazione (o staging): processo che consente di stabilire l'estensione e la diffusione del tumore, quindi la sua aggressività.

Linfonodi: piccole ghiandole a forma di fagiolo localizzate al collo, sotto le ascelle, nel mediastino (v. sotto), nell'addome e nell'inguine. Costituiscono il sistema linfatico (v. pag. 10) e svolgono una funzione di difesa per l'organismo.

Mediastino: regione compresa tra i polmoni contenente cuore, grandi vasi, trachea ed esofago.

Tripode celiaco: grosso ramo arterioso che nasce dall'aorta discendente a livello della dodicesima vertebra toracica e si divide in tre rami arteriosi (da cui il nome), e precisamente l'arteria gastrica sinistra, l'arteria splenica e l'arteria epatica comune. Il tripode celiaco è detto anche arteria celiaca o tronco celiaco.

ture anatomiche circostanti;

N: indica se il tumore ha coinvolto i linfonodi locali;

M: indica se il tumore si è diffuso a distanza raggiungendo altri organi quali il fegato o i polmoni.

Quali sono i tipi di trattamento usati?

Il tipo di trattamento che sarà proposto dipende dallo stadio, quindi dal fatto se la malattia sia metastatica o non metastatica, e dalla localizzazione del tumore. Nella formulazione del trattamento, inoltre, i medici seguono anche le linee guida nazionali, che definiscono il migliore trattamento per i tumori del pancreas.

Malattia non metastatica

In questo caso, la scelta del trattamento è un processo molto delicato in continua evoluzione. È pertanto necessario che nel centro di riferimento sia presente un gruppo multidisciplinare composto da chirurghi, oncologi, radioterapisti, gastroenterologi, radiologi che discuta la migliore opzione paziente per paziente. Le possibilità terapeutiche comprendono la chemioterapia seguita dalla chirurgia, la chirurgia seguita dalla chemioterapia e l'utilizzo della chemioradioterapia concomitante. La scelta dello schema di chemioterapia e della sua durata sono di competenza dell'oncologo.

Malattia metastatica

In questo caso, il trattamento è chemioterapico. Come per la malattia non metastatica, la scelta dello schema di chemioterapia e della sua durata sono di competenza dell'oncologo. Nella malattia metastatica, l'intervento chirurgico non è quasi mai indicato.

Pianificazione del trattamento

Un'équipe composta da vari specialisti - tra cui un **gastroenterologo**, un chirurgo specializzato nella chirurgia del pancreas, un **oncologo**, un **radioterapista**, un radiologo, un **anatomo-patologo**, ed eventualmente anche un infermiere specializzato nel trattamento dei pazienti oncologici, un **nutrizionista**, un dietista, un fisioterapista e uno psicologo – si prende cura di elaborare il piano di trattamento tenendo conto di vari fattori quali l'età e le condizioni generali, il tipo e lo stadio del tumore.

È bene assicurarsi di avere ricevuto tutte le informazioni sui diversi trattamenti proposti, che cosa comporta ognuno di essi e quali sono gli effetti collaterali. Potrebbe essere utile discutere dei pro e contro di ogni trattamento con i singoli specialisti o con il medico di famiglia.

Il consenso informato

Prima di procedere a qualunque trattamento il medico ha il dovere di spiegare al paziente dettagliatamente lo scopo, le modalità e le conseguenze che questo potrebbe avere; quindi, gli chiederà di firmare un apposito modulo di consenso, con il quale autorizza il personale sanitario ad attuare tutte le procedure necessarie. Nessun trattamento può essere attuato senza il consenso del paziente, e prima di firmare il modulo deve avere ricevuto tutte le informazioni necessarie su:

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

Se le informazioni ricevute non sono chiare, non esitare a chiedere che siano ripetute. Alcuni trattamenti oncologici sono complessi, per cui i medici sono abituati a spiegare le modalità di trattamento più volte finché i pazienti hanno compreso perfettamente in che cosa consistono e che cosa comportano.



Gastroenterologo: medico specialista, esperto nella valutazione e nel trattamento delle malattie dell'apparato digerente.

Oncologo: medico specializzato nella diagnosi e nel trattamento dei tumori con l'impiego di chemioterapia, ecc. (tranne della radioterapia (per questa lo specialista è il radioterapista)). L'oncologo coordina il trattamento fornito da altri specialisti ed è spesso il principale punto di riferimento per il paziente.

Radioterapista: specialista nel trattamento dei tumori con le radiazioni.

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

Nutrizionista: medico specialista, esperto nella valutazione e nel trattamento di tutti gli aspetti collegati alla nutrizione.



Nessun trattamento può essere attuato senza il vostro consenso.

Il paziente ha il diritto di chiedere chiarimenti perché è importante che abbia la consapevolezza di come il trattamento sarà effettuato e di quali conseguenze avrà. Se ritiene di non essere in grado di decidere subito, può sempre chiedere che gli sia lasciato altro tempo per riflettere. Il paziente può anche decidere di rifiutare il trattamento. In questo caso il medico gli spiegherà quali conseguenze potrebbe avere tale decisione. L'importante è informare il medico o l'infermiere che l'hanno in carico, che ne prenderanno nota nella documentazione clinica. Il paziente non è tenuto a fornire alcuna spiegazione per la decisione di rifiutare il trattamento, ma è utile condividere con i medici le proprie preoccupazioni in modo che possano offrire i consigli più opportuni.



Gli interventi chirurgici disponibili per il cancro del pancreas sono la procedura di Whipple e la pancreatectomia che può essere distale o totale.



Duodeno: uno dei tre segmenti in cui si suddivide l'intestino tenue. Gli altri sono il digiuno e l'ileo.

Colecisti: piccolo organo che aiuta la digestione immagazzinando la bile prodotta dal fegato. È detta anche cistifellea.

La chirurgia

Gli interventi chirurgici disponibili per il trattamento del cancro del pancreas sono la procedura di Whipple e la pancreatectomia, che può essere distale o totale. Negli stadi iniziali della malattia, l'intervento chirurgico ha lo scopo di asportare tutto il tumore. Farsi aiutare dal proprio medico curante a identificare un centro specializzato nella chirurgia del pancreas.

Procedura di Whipple (duodeno-cefalopancreatectomia, DCP): si tratta dell'intervento più comune per il trattamento di questa malattia. È consigliata se il tumore è localizzato nella testa del pancreas. L'intervento consiste nell'asportazione della testa del pancreas, del **duodeno**, della **colecisti** e di una parte del dotto biliare, e talvolta anche di una porzione dello stomaco. Nella fase di ricostruzione dell'intervento, il chirurgo ricongiunge l'intestino, il dotto biliare e la porzione residua del pancreas. Ciò

dovrebbe evitare l'insorgenza del **diabete**. L'esecuzione dell'intervento richiede circa sei ore.

Pancreatectomia distale: questa procedura è consigliata se il tumore è localizzato nel corpo e/o nella coda del pancreas. Consiste nell'asportazione della coda e del corpo del pancreas. In più il chirurgo potrebbe essere costretto ad asportare anche la milza e la ghiandola surrenale sinistra.

Pancreatectomia totale: consiste nell'asportazione di tutto il pancreas, come anche del dotto biliare, della milza, della colecisti, di una porzione dell'intestino tenue e, talvolta, anche di una parte dello stomaco. L'esecuzione dell'intervento richiede circa otto ore. Dopo una pancreatectomia dovreste assumere gli enzimi per aiutare l'apparato gastrointestinale a digerire i cibi. Inoltre, siccome l'organismo non produrrà più l'**insulina** né altri ormoni regolatori degli zuccheri, si avrà anche un diabete che sarà trattato con insulina.

Dopo l'intervento

Il paziente è sottoposto a infusione per endovena (somministrazione goccia a goccia) di liquidi e sali minerali fino a quando non è in grado di mangiare e bere autonomamente. Inoltre, gli può essere applicato anche un **sondino naso-gastrico** allo scopo di drenare i liquidi che si accumulano a causa della **stasi gastrica** e intestinale dovuta all'anestesia e all'intervento in modo da prevenire l'insorgenza di senso di nausea e vomito. Di norma il sondino naso-gastrico è rimosso entro 48-72 ore.

Inoltre è norma comune inserire in vescica un piccolo catetere per drenare l'urina in un'apposita sacca. Il chirurgo potrebbe ritenere opportuno applicare in addome un tubo di drenaggio per evitare l'accumulo di liquidi in eccesso e per controllare eventuali emorragie. Se il decorso post-operatorio è regolare, il drenaggio è solitamente rimosso entro 72 ore.

È abbastanza normale accusare fastidi o dolore per alcuni



Diabete: malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue e dovuta a un'alterata quantità o funzione dell'insulina (v.).

Insulina: ormone prodotto dal pancreas che fa sì che il glucosio entri nelle cellule e sia utilizzato come fonte energetica. Quando questo meccanismo si altera, il glucosio si accumula nel sangue.



Sondino naso-gastrico: tubicino che s'inserisce attraverso il naso fino allo stomaco.

Stasi gastrica: ristagno degli alimenti ingeriti nello stomaco.



Dopo un intervento è abbastanza normale accusare fastidi o dolore, ma sono disponibili diversi tipi di analgesici molto efficaci per controllarli.

giorni dopo l'intervento, ma esistono diversi tipi di analgesici molto efficaci per il controllo del dolore. Se il sintomo doloroso persiste, informare al più presto l'infermiere o, nel caso si sia già fatto ritorno a casa, il medico curante in modo che possa prescrivere un analgesico più efficace. Il periodo di degenza in ospedale dipende dall'estensione dell'intervento chirurgico. Prima delle dimissioni viene prenotato un appuntamento in occasione del quale sarà consegnato il risultato dell'esame istologico del pezzo asportato e pianificato il successivo percorso diagnostico-terapeutico.



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

Maggiori informazioni sul singolo prodotto antitumorale e sui regimi di combinazione sono disponibili sulle **Schede sui Farmaci Antitumorali**, che possono essere richieste alla segreteria di Aimac (tel. 06 4825107) oppure scaricate dal sito www.aimac.it.



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

La chemioterapia

La chemioterapia consiste nell'impiego di farmaci, detti *citotossici* o *antiblastici*, che, attraverso il circolo sanguigno, possono raggiungere le cellule tumorali in ogni parte dell'organismo. I farmaci chemioterapici sono somministrati tipicamente per via endovenosa e in alcuni casi in compresse. La loro somministrazione avviene attraverso cicli di trattamento a cadenza variabile (settimanale, bisettimanale, trisettimanale). La durata di ogni somministrazione (da minuti a ore) dipende dai farmaci utilizzati; generalmente le sedute sono eseguite in regime ambulatoriale e solo in alcuni casi può essere necessario il ricovero in ospedale.

Per il trattamento del cancro del pancreas la chemioterapia può essere attuata:

- dopo l'intervento chirurgico poiché, nonostante il tumore e i linfonodi siano stati rimossi, esiste il rischio che possano essere sfuggite alcune cellule tumorali troppo piccole per essere visualizzate, con la conseguenza che in futuro potrebbe insorgere una **recidiva**. Questo tipo

di chemioterapia che si definisce *adiuvante* aumenta le probabilità di guarigione, poiché riduce il rischio di recidiva e migliora le prospettive di vita a lungo termine del paziente;

- prima dell'intervento chirurgico se il tumore non è asportabile chirurgicamente (in questo caso si parla di chemioterapia primaria) oppure anche nel caso in cui il tumore sia asportabile, dato il rischio che cellule tumorali troppo piccole per essere visualizzate si siano diffuse nel corpo (in questo caso si parla di chemioterapia *neoadiuvante*);
- nei casi in cui le cellule tumorali si sono diffuse oltre il pancreas, invadendo altri organi, il trattamento ha lo scopo di ridurre le dimensioni del tumore e controllare la malattia, prolungando la sopravvivenza del paziente, migliorandone al contempo la qualità di vita. Questo tipo di trattamento si definisce *palliativo*.

Effetti collaterali

Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto e in funzione dei farmaci utilizzati. Alcuni effetti collaterali si manifestano durante o subito dopo la chemioterapia, altri possono verificarsi a distanza di tempo. Nella maggior parte dei casi gli effetti collaterali sono comunque controllabili con specifici trattamenti e in genere scompaiono alla conclusione del trattamento.

I disturbi principali possono essere rappresentati da: nausea e vomito; alterazione dei valori dell'**emocromo** con calo dei **globuli bianchi** (e conseguente possibile aumento del rischio di infezione), delle **piastrine** (con possibile sanguinamento) e dei **globuli rossi** con conseguente anemia; caduta dei capelli; **stomatite**; **stipsi**, diarrea e dolori addominali; diminuzione dell'appetito; modificazioni del gusto; stanchezza; dolori ossei, articolari o muscolari; crampi muscolari; **iperpigmentazione** o **desquamazione** della cute o delle unghie; disturbi neurologici (formicolii e prurito a mani e piedi talora associati a diminuita sen-



Emocromo: esame di laboratorio che serve a valutare la quantità delle cellule (globuli bianchi, globuli rossi, piastrine) presenti nel sangue periferico.

Globuli bianchi: cellule ematiche che aiutano l'organismo a combattere contro le infezioni.

Piastrine: cellule ematiche che servono alla coagulazione del sangue.

Globuli rossi: cellule ematiche che trasportano l'ossigeno e altre sostanze a tutti i tessuti dell'organismo.

Stomatite: infiammazione del cavo orale.

Stipsi: stitichezza.

Iperpigmentazione: aumento della colorazione della pelle e delle unghie.

Desquamazione: perdita dello strato superiore della pelle.



Menopausa: cessazione delle mestruazioni e, quindi, della funzione riproduttiva; è precoce quando compare prima dell'età fisiologica.



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).

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

sibilità e raramente a difficoltà al movimento); alterazioni della funzionalità epatica e renale; reazioni allergiche localizzate o generalizzate; alterazioni della funzionalità cardiaca; stravasamento del farmaco chemioterapico dalla vena in cui viene infusa la terapia; alterazioni del ciclo mestruale con possibile **menopausa precoce**.

Durante la chemioterapia, le donne fertili devono usare un metodo contraccettivo (ad esempio il profilattico) per l'intera durata del trattamento e anche per alcuni mesi dopo la sua conclusione, perché i farmaci possono influire negativamente sullo sviluppo fetale. Questa necessità è, tuttavia, molto rara nel caso del cancro del pancreas, vista l'età di insorgenza della malattia.

La radioterapia

La radioterapia utilizza radiazioni ad alta energia con l'intento di distruggere le cellule tumorali e al tempo stesso di non arrecare danno ai tessuti sani adiacenti. Nel trattamento del cancro del pancreas si usa talvolta nel caso in cui la malattia non si sia diffusa, ma non sia resecabile oppure dopo l'intervento chirurgico nella fase adiuvante. Più raramente viene utilizzata prima dell'intervento chirurgico. La radioterapia può anche essere utilizzata, in situazioni particolari, per cercare di alleviare un sintomo (per esempio il dolore).

Effetti collaterali

Come la chemioterapia, anche la radioterapia aggredisce sia le cellule tumorali, sia quelle sane, provocando in tal modo effetti collaterali che possono includere stanchezza, modificazioni della cute, diarrea, perdita dell'appetito, nausea, gastrite, duodenite. Gli effetti collaterali più insidiosi sono quelli che insorgono a distanza di mesi o anni dalla conclusione del trattamento (per esempio, ulcere

gastriche o duodenali, **stenosi** delle **anastomosi chirurgiche**). Nella maggior parte dei casi gli effetti collaterali sono comunque controllabili con specifici trattamenti e in genere scompaiono alla conclusione della radioterapia.

Le nuove terapie

Terapie a bersaglio molecolare: si tratta di terapie risultato delle ricerche più recenti. Il loro meccanismo di azione si basa sulla capacità di legarsi specificamente a una proteina presente nelle cellule tumorali e per questo motivo sono definite anche terapie 'mirate'. Questo particolare meccanismo ne rende molto selettiva l'azione, lasciando del tutto inalterate le cellule normali, contrariamente a quanto avviene con la chemioterapia 'classica'. Le terapie a bersaglio molecolare possono essere utilizzate soltanto se nelle cellule tumorali o, in alcuni casi, nel sangue o in altri campioni biologici prelevati dal paziente, sono presenti alcuni 'biomarcatori' specifici, che a loro volta indicano la presenza, nel tumore, di uno o più bersagli molecolari. In assenza di questi biomarcatori, il paziente non può essere sottoposto alla terapia biologica e verrà, pertanto, trattato con le terapie disponibili più adatte al suo caso. Nonostante siano stati eseguiti numerosissimi studi, non sono state identificate a tutt'oggi terapie a bersaglio molecolare di dimostrata efficacia nel tumore del pancreas.

L'immunoterapia: sono attualmente in corso alcuni studi per verificare l'efficacia dell'immunoterapia, un trattamento il cui scopo è di potenziare la risposta del sistema immunitario dell'organismo oppure di somministrare dei componenti già pronti del sistema immunitario che riconoscono ed attaccano le cellule tumorali. Purtroppo, anche in questo settore, gli studi conclusi nel tumore del pancreas hanno ottenuto risultati deludenti.



Stenosi: restringimento.

Anastomosi chirurgica: collegamento artificiale creato dal chirurgo per unire due visceri cavi in modo da renderli comunicanti.



Maggiori informazioni sugli anticorpi monoclonali sono disponibili su **La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente** (La Biblioteca del Girasole).



La perdita di peso è associata al cancro del pancreas non è una conseguenza ineluttabile della malattia e deve essere contrastata efficacemente perché mantenere il peso e la massa muscolare è importante per una migliore risposta ai trattamenti e per preservare più a lungo una buona autonomia funzionale, una buona qualità di vita e poter tollerare meglio gli effetti collaterali delle terapie.



Insufficienza pancreatica: riduzione della capacità del pancreas di produrre l'insulina (diabete) e gli enzimi necessari per la digestione e quindi l'assorbimento dei nutrienti.

Cachessia: stato di profondo deperimento generale, caratterizzato da perdita di appetito e di peso, riduzione delle masse adipose e muscolari, prostrazione, rallentamento delle funzioni psichiche.

Altre terapie in via di sviluppo: sono in fase di studio tecniche sofisticate di radioterapia come la radioterapia ablattiva stereotassica (SABR), che si basa sull'uso di scansioni e di una particolare macchina per indirizzare le radiazioni con la massima precisione sulle cellule tumorali. Tuttavia, non è stato ancora dimostrato che queste tecniche più sofisticate siano in grado di migliorare i risultati terapeutici per i pazienti affetti da cancro del pancreas.

Gli aspetti nutrizionali

Il paziente con cancro del pancreas manifesta piuttosto frequentemente dei segni e dei sintomi di interesse nutrizionale. Questi sono rappresentati, essenzialmente, dalla perdita di appetito, anche, ma non esclusivamente, secondaria ai trattamenti chirurgici, chemioterapici e radio-terapici, con conseguente riduzione degli apporti alimentari da cui deriva una perdita di peso involontaria, spesso anche notevole.

La perdita di peso, tuttavia, non è sostenuta solo dalla riduzione dell'alimentazione, ma anche dall'interferenza che il tumore, anche se di piccole dimensioni, esercita sul metabolismo del paziente. A questo si aggiunge, in alcuni casi, anche il malassorbimento intestinale dovuto all'**insufficienza pancreatica**, benché questo problema si manifesti più comunemente dopo l'eventuale intervento di pancreasectomia. Tutto questo spiega perché nei malati di tumore del pancreas, sia prima che dopo l'intervento, sia piuttosto frequente e importante lo scadimento dello stato di nutrizione fino a quadri che possono configurare quello della **cachessia**. La perdita di peso è associata a una peggiore prognosi, a una minore tolleranza ai trattamenti e a una minore sopravvivenza. Purtroppo, quest'importante segno/sintomo viene spesso ignorato sia dal mala-

to, sia dal medico che lo considera, spesso erroneamente, un'inevitabile conseguenza della malattia.

Al contrario, la perdita di peso associata al tumore del pancreas va sempre contrastata efficacemente, poiché il mantenimento del peso e della muscolatura corporea consente al malato di essere trattato più efficacemente, di mantenere più a lungo una buona autonomia funzionale e una buona qualità di vita. Per questo è di fondamentale importanza che il malato sia inserito da subito, cioè dal momento della diagnosi, in un percorso di monitoraggio metabolico-nutrizionale, il cosiddetto *percorso parallelo*, al fine di prevenire e correggere il prevedibile deterioramento dello stato di nutrizione legato alla malattia e alle sue terapie.

È quindi indispensabile che il malato di cancro del pancreas venga seguito da un'équipe multidisciplinare della quale facciano parte un medico nutrizionista e un dietista. In ogni momento del percorso terapeutico, il malato deve poter avere la garanzia che i suoi fabbisogni metabolici e nutrizionali siano soddisfatti. Se quest'obiettivo non può essere raggiunto con la sola alimentazione, lo specialista potrà prescrivere supplementi nutrizionali orali (alcuni dei quali arricchiti con nutrienti speciali in grado di attenuare la perdita di peso e di muscolo) e/o la **nutrizione artificiale** al fine di garantire la certa copertura dei fabbisogni. Nei casi in cui il paziente è sottoposto a pancrea-tectomia, la riduzione della massa pancreatica comporta spesso il quadro di insufficienza pancreatica endocrina ed esocrina, con conseguente riduzione della produzione di insulina e di enzimi pancreatici. Questo comporta, da un lato, la possibile insorgenza di intolleranza glicemica o diabete, dall'altro di una sindrome da malassorbimento per l'alterata funzione di digestione e assorbimento degli alimenti. Entrambe queste condizioni sottolineano come, per il malato di cancro del pancreas, debba essere sempre previsto il monitoraggio ed il trattamento metabolico nutrizionale, come parte integrante del percorso di cura, in ogni fase della malattia.



Nutrizione artificiale (NA): complesso di procedure mediante le quali è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale. La NA si differenzia in nutrizione parenterale (NP) ed enterale (NE). Con la NP i nutrienti sono somministrati direttamente nella circolazione sanguigna attraverso una vena periferica o centrale mediante l'impiego di cannule o cateteri venosi. Con la NE, invece, i nutrienti sono somministrati direttamente nella via digestiva a livello dello stomaco o duodenale-digiunale mediante l'impiego di apposite sonde o di stomie confezionate all'uopo.



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).



Anoressia: mancanza di appetito.

Poiché è possibile – e piuttosto frequente - che nei pazienti con tumore del pancreas si manifesti aversità o intolleranza per alcuni alimenti, a causa dell'**anoressia**, del possibile malassorbimento successivo all'intervento chirurgico e degli effetti collaterali della chemioterapia, è importante riferirsi al medico nutrizionista clinico che, con l'ausilio del dietista, potrà fornire i migliori suggerimenti per mantenere un'alimentazione che sia gradita al paziente e adeguata a coprire le esigenze nutrizionali.

Vale infine la pena di ricordare che non esistono diete anti-cancro e che ad oggi non esistono evidenze scientifiche che indichino che particolari tipi di alimentazione possano impedire la crescita del tumore.

La terapia del dolore



Maggiori informazioni sono disponibili su **La terapia e il controllo del dolore** (La Collana del Girasole).

Il dolore è un sintomo importante e spesso grave del tumore del pancreas per la sua localizzazione nella parte posteriore dell'addome, da coinvolgimento delle terminazioni nervose. Per questo è importante che il paziente sia valutato da un medico specializzato in terapia del dolore, e che si passi gradualmente da antidolorifici più lievi a quelli più forti, comprese varie formulazioni di preparati affini alla morfina.

In rari casi il dolore che non risponde alla terapia medica richiede trattamenti radiologici o endoscopici o chirurgici per 'bruciare' le terminazioni nervose interessate.

I controlli dopo le terapie

Concluse le terapie, il paziente deve sottoporsi a controlli periodici che comprenderanno visite mediche, analisi del sangue e alcuni esami strumentali (TC/RMN, v. pag. 16). È questo ciò che i medici definiscono convenzionalmente follow-up. All'inizio i controlli hanno una frequenza più ravvicinata (tre-quattro-sei mesi) per poi diradarsi nel tempo (una volta all'anno). Inoltre, se si accusano effetti collaterali dopo il trattamento, nei primi mesi sarebbe consigliabile presentarsi periodicamente dal medico di famiglia. Se nei periodi di intervallo tra un controllo e l'altro il paziente avesse dei problemi o avvertisse nuovi sintomi, deve contattare il medico di riferimento al più presto possibile. Molti pazienti riferiscono di sentirsi molto agitati, almeno all'inizio, nei periodi che precedono i controlli. Ciò è assolutamente naturale. In tale situazione potrebbe essere utile avere aiuto dai familiari, dagli amici oppure da una delle organizzazioni che si occupano di malati oncologici.



La helpline di Aimac: un servizio che risponde in tempo reale alle domande dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 **tel. 06 4825107**, e-mail **info@aimac.it**.



Maggiori informazioni sono disponibili su **La Vita dopo il Cancro** (La Biblioteca del Girasole).



Aimac può fornire gli indirizzi e i numeri di telefono delle organizzazioni che sostengono i pazienti affetti da cancro del colon-retto (tel. 06 4825107).



La comunicazione in famiglia

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 l'evento cancro è inizialmente negato e ci si comporta come se niente fosse. Quest'atteggiamento rappresenta un modo per proteggere sia il malato sia il familiare dai forti sentimenti di angoscia, incertezza, paura e rabbia. Tuttavia, la mancanza di comunicazione può rendere ancor più difficile affrontare la malattia, contribuendo ad accrescere la sensazione di solitudine della persona malata. Saper ascoltare facilita la comunicazione con la persona malata, lasciandola libera di esprimere solo quanto si sente rispetto alla propria situazione, ma è fondamentale anche concedersi di manifestare le proprie emozioni, senza averne timore.

Parlare ai bambini: il modo migliore per comunicare con i bambini è un approccio schietto e onesto, adeguato alla loro età, perché anche i più piccoli percepiscono che qualcosa non va, e le fantasie che si sviluppano attorno a situazioni che non si capiscono possono essere di gran lunga peggiori della realtà. Gli adolescenti provano sentimenti contrastanti verso i genitori ed esprimono la rabbia e il desiderio di autonomia anche attraverso parole e comportamenti spiacevoli. La malattia del genitore può accrescere la rabbia, portandoli a distaccarsi, ma al tempo stesso può alimentare le angosce, accentuando bisogni di attenzione e di accudimento.

Come potete aiutare voi stessi



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).



Maggiori informazioni e consigli sono disponibili su **Che cosa dico ai miei figli?** (La Collana del Girasole).



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.

Mantenere un atteggiamento mentale positivo può aiutare il fisico ad affrontare meglio le terapie. Una reazione comune di fronte alla diagnosi di tumore è affidarsi completamente ai medici e agli ospedali. In parte ciò è vero, ma ci sono molte cose che la persona malata può fare. Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo. Non esitare a porre domande, anche se sono le stesse, e se si desidera, chiedere all'oncologo di essere tenuto sempre al corrente della situazione.

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 che si sono sempre sognate o dedicarsi ad interessi che venivano trascurati e rimandati nel tempo. 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 sia troppo impegnativo, solleva lo spirito e aiuta ad allentare la tensione. È sempre bene, tuttavia, consultare l'oncologo prima di iniziare qualunque programma di esercizi fisici.

Anche se in alcuni momenti forse si avrà voglia di stare un po' soli con se stessi, condividere i propri sentimenti con gli altri può aiutare ad affrontare la malattia e i trattamenti. A volte il periodo più difficile è rappresentato proprio dalla fine del trattamento, poiché uscire dall'ospedale e da un iter terapeutico stabilito può provocare un senso di solitudine e incertezza. Molti dichiarano di sentirsi depressi ed emotivamente fragili, e non contenti e sollevati come, invece, avrebbero pensato. Altri ritengono che parlare con un professionista esperto nell'assistenza ai pazienti oncologici possa aiutarli ad individuare le criticità e le risorse disponibili durante la malattia. Essendo una persona competente ed esterna, rispetto al malato e alla sua rete familiare, può aiutare a districare pensieri, sentimenti e idee non sempre facili da esternare e spesso difficili da condividere.

Può giovare anche partecipare ai gruppi di sostegno psi-

cologico e di auto-mutuo aiuto, in cui si conoscono altre persone che vivono la stessa esperienza. Condividere le emozioni e i pensieri in uno spazio protetto insieme a persone che vivono la stessa esperienza può essere un modo per dare espressione a quei sentimenti di cui si è preferito non parlare con parenti e amici, oltre che un mezzo per apprendere qualche 'dritta' utilissima per affrontare i problemi della vita quotidiana.

I trattamenti non convenzionali

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. Sfiurare qualcuno con dolcezza è anche un modo per esprimere amore e solidarietà.

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.



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

AIMaC può fornire gli indirizzi e i numeri di telefono (tel. 06 4825107).



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

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.

Gli studi clinici



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

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.

Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro

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, ed ha anche 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 e congedi per l'accesso al part-time anche per il familiare lavoratore che assiste il malato.



Maggiori informazioni sono disponibili su ***I diritti del malato di cancro*** (La Collana del Girasole), che può essere richiesto alla segreteria di Aimac (tel. 06 4825107) oppure scaricato dal sito www.Aimac.it.

I punti informativi

Sono attivi presso i principali centri di cura. Omogenei per approccio al paziente e attività, distribuiscono gratuitamente materiale informativo per i pazienti e i loro familiari e svolgono attività di ricerca per individuare i nuovi bisogni. **Per i nomi e gli indirizzi dei singoli centri rivolgersi ad Aimac (tel. 06 4825107) oppure consultare il sito dell'associazione all'indirizzo www.aimac.it.**



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 del pancreas
 - 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 Il mieloma multiplo
 - 31 Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità
 - 32 Il mesotelioma
 - 33 Il tumore negli anziani e il ruolo dei caregiver
 - 34 Il cancro del testicolo
- 2 DVD: La chemioterapia - La radioterapia

Aimac pubblica anche:

Schede sui farmaci antitumorali

Forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Schede sui tumori

Forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- 10 cose che bisogna sapere sul tumore del pancreas**
- Adroterapia
- Biologici e biosimilari
- Chi è il caregiver – Il suo ruolo a fianco del malato oncologico
- Elettrochemioterapia - per il trattamento delle metastasi cutanee
- Il test del PSA
- Il tumore del collo dell'utero
- Il tumore dello stomaco - La vita dopo la gastrectomia**
- Immuno-oncologia, di cosa si tratta?
- La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente
- La prevenzione dei tumori occupazionali: il Registro di Esposizione ad Agenti Cancerogeni e Mutageni
- La ricostruzione del seno: informarsi, capire, parlare
- La vita dopo il cancro**
- Lavoratori malati di tumore: 10 consigli al datore di lavoro
- Le terapie immuno-oncologiche
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Oltre le nuvole*
- Padre dopo il cancro
- Patologie oncologiche e invalidanti - Quello che è importante sapere per le lavoratrici e i lavoratori
- Quando il mio papà è tornato*
- Quando un figlio è malato**
- Tumori rari - Come orientarsi
- Radiologia interventistica

* disponibile solo online

** pubblicato da F.A.V.O. (www.favo.it) di cui Aimac è socio

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 novembre 2019
Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. | www.mediateca.cc
Impaginazione: Artwork di Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



Aimac è anche presente su



YouTube

<http://forumtumore.aimac.it>



aimac

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
www.aimac.it | info@aimac.it