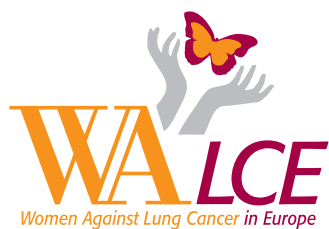




Tumore del polmone si può combattere, se si conosce meglio





Tumore del polmone
si può combattere,
se si conosce meglio



Indice

- pag. 4 **1. Introduzione**
- pag. 5 **2. Quali sono le cause del tumore del polmone?**
- pag. 7 **3. I tipi di tumore del polmone**
- pag. 11 **4. Sintomatologia**
- pag. 13 **5. Diagnosi**
- pag. 17 **6. Stadiazione**
- pag. 19 **7. Scelte terapeutiche**
- pag. 22 **8. Chi si prenderà cura di voi**
- pag. 24 **9. Cos'è uno studio clinico?**
- pag. 26 **10. Glossario**

A cura di:

**Silvia Novello
Matteo Giaj Levra
Simonetta Rapetti**

Università di Torino
AOU San Luigi Orbassano (TO)



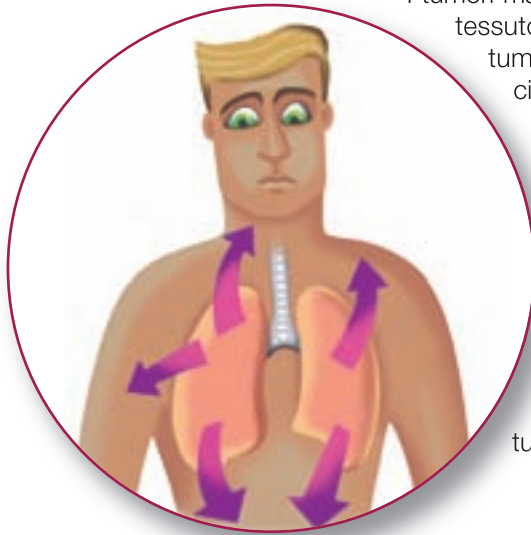
1. Introduzione

Con il termine “tumore” si intende un’intera classe di malattie caratterizzate da un’incontrollata riproduzione di alcune cellule dell’organismo, che si trasformano e cominciano a moltiplicarsi in maniera non regolata. Affinché una cellula diventi tumorale, deve accumulare una serie di danni al suo sistema di controllo della riproduzione. La moltiplicazione di queste cellule anormali porta alla formazione di masse all’interno del tessuto da dove hanno origine e questa massa è proprio il tumore, che può essere benigno o maligno.

I tumori benigni possono semplicemente essere tenuti sotto osservazione oppure possono essere rimossi e, in questo caso, solitamente non si ripresentano più. Non danno mai un interessamento di altri organi a distanza (ossia non danno mai **metastasi**) e, per lo più, non incidono sull’aspettativa di vita della persona.

I tumori benigni polmonari sono molto rari (rappresentano non più del 2% di tutte le forme tumorali polmonari).

I tumori maligni possono invadere e danneggiare il tessuto nel quale hanno origine. Le cellule tumorali possono poi (attraverso la circolazione sanguigna o linfatica) arrivare ad altri organi o tessuti, formando anche lì nuove masse tumorali (le metastasi). Il tumore prende il nome dall’organo dal quale origina, pertanto se un tumore polmonare dà delle metastasi al fegato si parlerà di metastasi epatiche da tumore polmonare, o tumore polmonare metastatico e non di tumore epatico (ossia del fegato) e anche la terapia sarà mirata sulle cellule tumorali del polmone.





2. Quali sono le cause del tumore del polmone?

Un “fattore di rischio” è ciò che determina l’aumento della probabilità che una persona possa sviluppare una certa malattia.

Il più importante fattore di rischio per il tumore del polmone è rappresentato dal **fumo di sigaretta**, che contiene molte sostanze cancerogene in grado di danneggiare irreparabilmente le cellule di molti organi. Più una persona fuma, più aumenta il rischio di sviluppare un tumore, non solo al polmone ma anche a bocca, gola, esofago, laringe, vescica, rene, collo dell’utero e pancreas.



Risulta chiaro che migliaia di vite potrebbero essere salvate ogni anno se le persone non fumassero. Un’efficace campagna anti-fumo dovrebbe essere condotta già in età scolare, ma è comunque importante convincere le persone di qualsiasi età a non prendere questa cattiva abitudine o ad abbandonarla.

Il rischio di tumore del polmone comincia a diminuire lentamente appena si smette di fumare. Quanto più è precoce l’età in cui si smette di fumare, tanto più il rischio per un ex-fumatore di sviluppare un tumore polmonare si avvicinerà a quello di chi non ha mai fumato.

Non è mai troppo tardi per interrompere l’abitudine al fumo: anche nei pazienti già affetti da tumore del polmone, soprattutto quando abbiano subito un intervento chirurgico per trattare la malattia, smettere di fumare riduce le possibilità di una ricaduta (ossia il ripresentarsi della malattia) e di insorgenza di un secondo tumore.

Sono disponibili programmi per aiutare le persone a smettere di fumare ed esistono in Italia numerosi Centri Antifumo, dove è possibile trovare un valido e competente supporto per intraprendere la battaglia contro il fumo di tabacco (<http://www.iss.it/ofad> **Telefono verde contro il fumo: 800554088**)

Anche se il fumo resta di gran lunga la principale causa di tumore del polmone, non è l'unica. Altre cause possono essere:

- **il fumo passivo:** l'esposizione al fumo di altre persone fa aumentare il rischio di tumore del polmone tra i non-fumatori.
- **l'esposizione professionale:** l'esposizione sul luogo di lavoro ad agenti cancerogeni - quali amianto, cromo, arsenico, berillio, radio e altri - aumenta il rischio di sviluppare la malattia. Frequentemente, come nel caso dei lavoratori dell'amianto, il rischio di sviluppare un tumore polmonare aumenta notevolmente qualora la persona fumi ed abbia anche un'esposizione professionale, perché gli effetti nocivi di queste sostanze vengono potenziati dal fumo di tabacco.

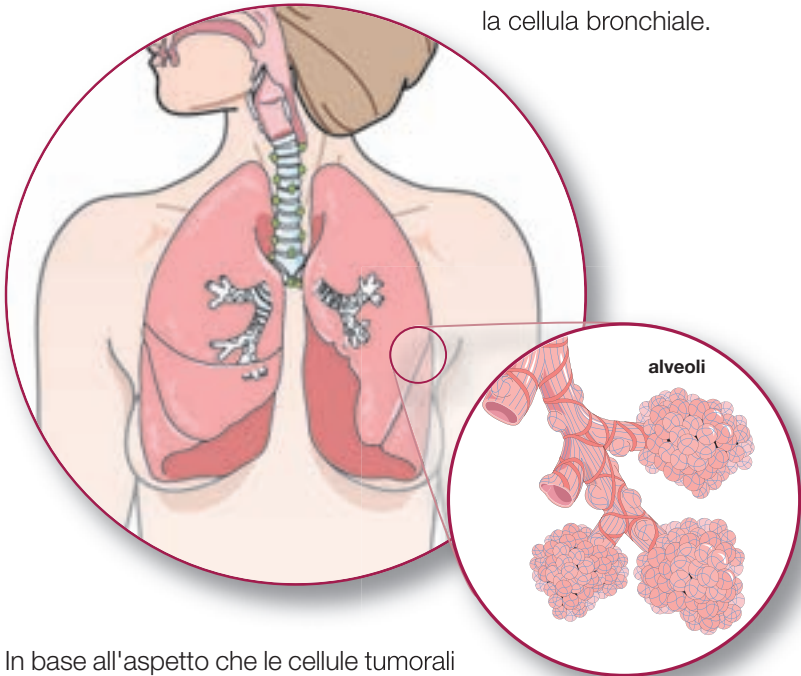
Oltre alle cause "esterne", che aumentano il rischio di ammalarsi di tumore polmonare, esiste una predisposizione personale, ossia vi sono persone che possono ammalarsi più facilmente rispetto ad altre, e a volte (anche se più raramente) anche in assenza di fattori esterni. Queste persone non sono purtroppo individuabili a priori, poiché questa maggior predisposizione ad ammalarsi dipende da più alterazioni del codice genetico (o DNA), che non sono ancora state interamente identificate.





3. I tipi di tumore del polmone

Il tumore del polmone nasce dalle cellule che rivestono le vie aeree. Le vie aeree (o bronchi) sono le strutture che portano l'aria ai polmoni. Tumore polmonare e tumore bronchiale sono la stessa cosa, poiché la prima cellula che si ammala e diventa tumorale è la cellula bronchiale.



In base all'aspetto che le cellule tumorali presentano all'esame microscopico, si possono distinguere essenzialmente due diverse categorie di tumore del polmone: il carcinoma polmonare non a piccole cellule (o Non Small Cell Lung Cancer = NSCLC, secondo la dicitura anglosassone) e il carcinoma polmonare a piccole cellule (o microcitoma o Small Cell Lung Cancer = SCLC, secondo la dicitura anglosassone).

Il riconoscimento del tipo di tumore è quello che si definisce “diagnosi”.

Identificare il tipo di tumore è indispensabile per guidare il medico nella scelta tra le possibili opzioni terapeutiche e solo in pochissimi casi (solitamente se ci sono altre malattie o se le condizioni generali della persona non consentono di arrivare ad una diagnosi) non si procede all'identificazione del tipo di tumore.

Il carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)

75-80%

Il carcinoma polmonare non a piccole cellule è la forma più comune di tumore polmonare e rappresenta il **75-80%** di tutti i casi di malattia. Generalmente si sviluppa e si diffonde più lentamente rispetto al carcinoma polmonare a piccole cellule.

Il carcinoma polmonare non a piccole cellule si può presentare in tre forme differenti, ciascuna con proprie varianti e sottotipi, che hanno modalità di crescita e tipi di trattamento simili:

30%

- **carcinoma a cellule squamose.** Colpisce prevalentemente i grandi bronchi. Rappresenta circa il **30%** dei casi di tumore del polmone e si riscontra più frequentemente negli uomini o nelle persone anziane di entrambi i sessi. Tende a crescere più lentamente rispetto agli altri tipi di carcinoma polmonare, a restare localizzato nel torace e impiega più tempo a sviluppare metastasi.

40%

- **adenocarcinoma.** Si sviluppa nelle zone periferiche del polmone, spesso coinvolgendo la **pleura** (ossia il foglietto che riveste il polmone e l'interno della parete toracica). L'adenocarcinoma ha una frequenza pari al **40%** ed è la forma più comune nelle donne e nelle persone che non hanno mai fumato. Inoltre, negli ultimi anni la percentuale di casi di adenocarcinoma è costantemente aumentata e attualmente rappresenta il tipo di carcinoma polmonare non a piccole cellule più frequente. È caratterizzato da una rapida comparsa di metastasi e dall'interessamento di **linfonodi** sia a livello locale che a distanza.

10-15%

- **carcinoma a grandi cellule** o anaplastico (scarsamente differenziato). Normalmente ha origine nelle zone più periferiche del polmone e ha già dimensioni notevoli al momento della diagnosi. Ha un andamento peggiore rispetto ai due tipi precedenti. Rappresenta il **10-15%** dei tumori polmonari.

Il Tumore polmonare non a piccole cellule e la terapia

Ogni persona viene gestita e trattata singolarmente. La scelta del trattamento dipende dal tipo di malattia (esistono oggi terapie più adeguate per alcuni tipi di carcinoma polmonare non a piccole cellule), dalla sua estensione, dalle condizioni generali e dall'età della persona. Le malattie in stadio precoce (ossia limitate al polmone, in assenza di localizzazioni altrove) sono teoricamente candidabili alla chirurgia e, qualora questa non fosse possibile per cause mediche, solitamente si ricorre alla radioterapia.

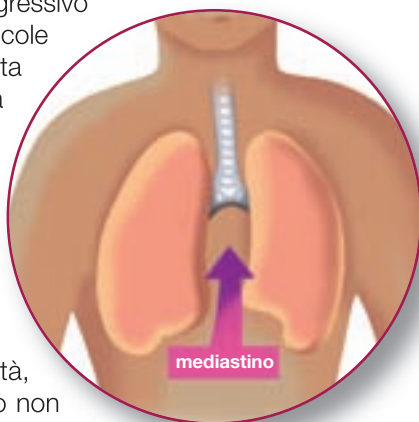
Nei casi in cui la malattia sia localizzata al polmone, ma anche con l'interessamento dei linfonodi del **mediastino**, allora si ricorre alla radioterapia in associazione alla chemioterapia: i due trattamenti si possono combinare, ma solitamente si inizia con la chemioterapia e si prosegue poi con la radioterapia. Nei casi di malattia che abbia anche delle metastasi si ricorre alla chemioterapia (e ai farmaci a bersaglio molecolare) e la radioterapia può essere utile per trattare singoli distretti (come l'osso e l'encefalo, per esempio).

Il carcinoma polmonare a piccole cellule (SCLC)

Il carcinoma polmonare a piccole cellule, chiamato anche microcitoma o carcinoma a cellule "a chicco d'avena" per la forma delle sue cellule, è un tumore più aggressivo del carcinoma polmonare non a piccole cellule e nel **75%** dei casi si presenta già con metastasi al momento della diagnosi. Ha spesso origine centrale andando ad occupare quello spazio compreso tra i due polmoni che si chiama mediastino. Tende a crescere rapidamente, propagandosi agli altri organi e ai linfonodi.

A causa della sua aggressività, generalmente l'intervento chirurgico non è indicato (anche qualora la malattia sia localizzata unicamente nel torace).

Il carcinoma polmonare a piccole cellule è molto chemio e radio-sensibile, ossia risponde molto bene a cure quali la chemioterapia e la radioterapia. Il rischio di recidiva (ossia di ripresa della malattia dopo la fine del trattamento) è molto elevato.



75%

Il Tumore polmonare a piccole cellule e la terapia

Questo tipo di cellule tumorali tende a moltiplicarsi ed estendersi rapidamente. Per questo motivo la scelta terapeutica più indicata nella maggior parte dei casi è la chemioterapia, che consente un controllo sistemico (generalizzato) della malattia.

Nei casi di malattia limitata (vedi pagina 17) solitamente si ricorre alla radioterapia in associazione alla chemioterapia: i due trattamenti si possono combinare oppure si inizia con un trattamento e si prosegue poi con l'altro (la sequenza viene valutata dal medico di riferimento insieme al radioterapista).

Essendo l'encefalo una sede di frequente metastatizzazione da parte di questo tipo di tumore, è possibile (anche quando NON vi sia malattia a livello cerebrale) che venga posta indicazione ad eseguire l'irradiazione preventiva dell'encefalo (per ridurre le possibilità che la malattia vada a localizzarsi in questa sede).



4. Sintomatologia

Con il termine “sintomatologia” si intendono i segnali ed i disturbi legati alla malattia che una persona avverte e che inizialmente la inducono a recarsi dal medico per una visita, iniziando così l’iter che poi conduce alla diagnosi di una specifica malattia.

Ci sono casi in cui la persona è completamente priva di sintomi e la diagnosi di tumore polmonare viene fatta in maniera del tutto occasionale eseguendo una radiografia del torace per altri motivi.

15%

Sono molte le persone affette da tumore polmonare che non presentano sintomi, o che hanno sintomi molto vaghi, fino a quando la malattia non ha raggiunto uno stadio avanzato ed è per questo motivo che soltanto il **15%** dei casi viene scoperto in fase iniziale quando, cioè, le possibilità di cura sono maggiori. La sintomatologia è spesso aspecifica (ossia non attribuibile al tumore del polmone in modo inequivocabile) e potrebbe essere confusa con quella di altre malattie respiratorie.

Il tumore del polmone può causare moltissimi sintomi, tra cui:

- **tosse.** Produttiva (catarro) o secca, costituisce il sintomo più comunemente associato al tumore polmonare. Poiché è già presente nella maggior parte dei fumatori e in chi soffre di bronchite cronica (altra malattia correlata al fumo), è importante valutarne eventuali cambiamenti in termini di intensità, durata e caratteristiche. Per esempio, può succedere che da rari colpi di tosse al mattino si passi ad una tosse persistente nell’arco della giornata.
- **dolore al torace.** Spesso irradiato alla spalla e al braccio, può intensificarsi con la respirazione e variando la posizione.
- **altri sintomi.** Questi possono essere: polmonite e bronchite con frequenti ricadute o difficili da curare, presenza di sangue nel catarro (emofteo), difficoltà respiratoria/mancanza di fiato (dispnea), raucedine/abbassamento della voce (disfonia), gonfiore del viso o del collo.



Vi sono poi altri sintomi, spesso presenti e non direttamente correlati al polmone, quali spossatezza inusuale (astenia), perdita di appetito e di peso.

Quando il tumore si è diffuso ad altre parti del corpo, a seconda degli organi in cui la malattia si è propagata, si possono avere sintomi diversi quali: mal di testa, dolore osseo in uno o più punti del corpo, ingiallimento della sclera (bianco dell'occhio) o della cute.

Esistono anche dei disturbi legati a sostanze prodotte dalle cellule tumorali che, entrando in circolo, possono causare febbre (soprattutto nelle ore serali), dolori articolari, diminuzione di alcuni valori degli esami del sangue (come per esempio del sodio). Questi disturbi vengono classificati come **sindromi paraneoplastiche**.

Alcuni sintomi possono regredire una volta intrapresa la cura, altri si attenuano poco per volta.

Nessuno di questi sintomi rappresenta un segno certo di tumore del polmone; solo un medico può stabilire se i sintomi che riferite siano dovuti al tumore o ad un altro problema.





5. Diagnosi

Un tumore del polmone può crescere per molti anni senza provocare alcun sintomo; questo significa che, nella stragrande maggioranza delle persone, la diagnosi viene posta non all'esordio della malattia.

L'istituzione di programmi di **screening** e di diagnosi precoce per questo tumore potrebbero anticiparne la diagnosi. Il tumore del polmone, in tal modo, sarebbe diagnosticato prima della comparsa dei sintomi, avendo a quel punto più possibilità terapeutiche.

Al momento non esistono ancora test di screening validati (sicuramente confermati) su larga scala (come invece sono già in atto per il tumore della mammella e dell'utero, per esempio). Diffidate pertanto di esami che vi vengano proposti in strutture private o che non rientrino in studi clinici approvati dal Ministero della Salute e che si svolgano in strutture appropriate e con personale qualificato.

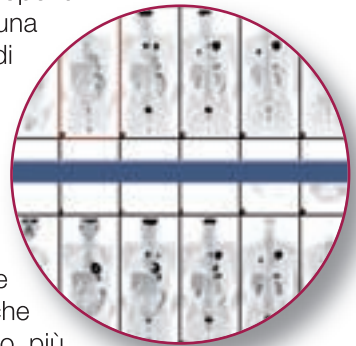
In una persona che si presenti con sintomi, il medico, dopo l'anamnesi (la raccolta della storia clinica del paziente) e l'esame obiettivo (la visita del paziente), effettuerà esami radiologici, ematologici (del sangue) e anatomopatologici (questi ultimi analizzano materiale biologico prelevato e/o raccolto durante il percorso diagnostico).

- **Radiografia del torace.** La radiografia del torace è tuttora uno dei primi esami eseguiti per l'inquadramento della malattia. La sua esecuzione è molto semplice, breve e assolutamente indolore per il paziente. Non consente però di identificare un tumore piccolo o nascosto dietro una costa, le clavicole o lo sterno.
- **Tomografia Computerizzata (TC) spirale.** L'esame TC è caratterizzato da una maggior sensibilità e specificità rispetto alla radiografia del torace (ossia è più preciso) ed è inoltre superiore nel definire le dimensioni, la forma e l'esatta localizzazione di un tumore e i suoi rapporti con le altre strutture presenti nel torace. Solitamente viene effettuata con l'aggiunta di un mezzo di contrasto (che si può bere o iniettare in vena), che rende più facile e precisa la lettura dell'esame. Con le prime macchine TC l'esame durava circa 15-30 minuti; attualmente, con l'introduzione della TC spirale, è possibile realizzare uno studio radiologico dell'intero torace in 20-30 secondi, ossia un tempo in cui il paziente può trattenere il respiro, evitando così che le immagini risultino disturbate dai piccoli movimenti del corpo e riducendo anche l'esposizione a radiazioni.

Spesso lo studio TC non viene fatto solo a livello toracico, ma esteso anche all'encefalo e all'addome superiore, in modo da poter valutare gli organi in cui più frequentemente il tumore del polmone può dare metastasi (fegato, surreni, encefalo). L'esame TC non è peraltro in grado di fornire l'esatta natura del tumore, per la quale è indispensabile l'analisi dell'anatomopatologo, ossia la ricerca e la descrizione al microscopio di cellule tumorali su materiali quali l'espettorato oppure liquidi e frammenti di tessuto prelevati con tecniche diverse.

- **Citologia dell'espettorato.** Questa tecnica consiste nell'esaminare al microscopio un campione di espettorato, cioè il muco (il catarro) che viene espulso dai bronchi attraverso la tosse. In presenza di cellule tumorali nei bronchi è probabile che alcune di queste si distacchino e vengano trasportate all'esterno mediante l'espettorato. L'esame è semplice, assolutamente indolore e di rapida esecuzione. Il momento migliore per la raccolta dei campioni è il mattino, appena dopo il risveglio, quando le secrezioni si sono accumulate nell'albero bronchiale dopo la prolungata posizione supina notturna.

- **Tomografia ad emissione di positroni (PET).** La PET è una tecnica in cui le immagini vengono ottenute dopo la somministrazione endovenosa di una sostanza (per esempio un derivato di uno zucchero) marcata con un radioisotopo. Si differenzia dalla TC principalmente perché riesce a distinguere le cellule tumorali - caratterizzate da un elevato consumo di glucosio (zucchero), che favorisce la loro rapida crescita e moltiplicazione - da quelle normali. Le aree del corpo che contengono cellule tumorali appaiono più brillanti sull'immagine PET rispetto ai tessuti normali: in modo molto grossolano è come se delle piccole lampadine si accendessero nei punti del corpo colpiti dal tumore. È possibile che il medico di riferimento dia indicazione ad eseguire questo esame per valutare meglio l'estensione della malattia. L'esame non è doloroso, l'esecuzione richiede un tempo pari a circa 3 ore e nelle 24 ore successive va usata l'accortezza di non stare accanto a donne in gravidanza. In alcuni casi il medico può dare indicazione ad eseguire una **scintigrafia ossea** (esame simile alla PET, che valuta l'apparato scheletrico, ossia le ossa) o una **risonanza magnetica (RM)** cerebrale,



che può essere necessaria in alcuni casi per una migliore valutazione del cranio. Tecnicamente la RM si svolge come una TC, ma all'interno di una struttura (grosso tubo) solitamente chiusa: se soffrite di claustrofobia esistono oggi macchinari aperti (chiedete al vostro medico in quale struttura potete trovare questa macchina).

● **Diagnosi cito-istologica (tissutale) o anatomopatologica**

La **fibrobroncoscopia** è la più comune tecnica di biopsia (ossia di prelievo tissutale) nel caso di sospetto tumore del polmone. La broncoscopia permette di visionare direttamente l'albero bronchiale grazie all'uso di fibre ottiche. L'esame viene attuato tramite un broncoscopio, un tubicino flessibile dello spessore di pochi millimetri contenente appunto fibre ottiche. Passando attraverso le narici o la bocca, vengono raggiunti i bronchi, che sono così esaminati alla ricerca di eventuali anomalie. La fibrobroncoscopia viene eseguita ambulatorialmente dopo la somministrazione di una piccola dose di anestetico locale per calmare il riflesso della tosse. Vari strumenti microscopici possono essere introdotti attraverso il broncoscopio, tra cui una pinza (per prelevare un frustolo di tessuto) o uno spazzolino (per strofinarlo nella parete del bronco e far poi esaminare il materiale che vi resta attaccato) o un piccolo ago (sempre per prelevare piccole quantità di tessuto).



A volte può essere più adeguata un'altra metodica per ottenere una piccola quantità di tessuto: **l'agobiopsia polmonare TC - guidata**.

Questa tecnica consiste nell'inserire un ago attraverso la parete toracica, per andare a raggiungere la massa tumorale. L'esame viene praticato in radiologia con l'utilizzo di un'anestesia locale e con la guida della TC, ossia il paziente si trova sul lettino della TC ed il radiologo vede dove deve indirizzare l'ago, guidato dall'immagine TC.

Nei casi in cui l'esame TC descriva la presenza di versamento pleurico (ossia un'aumentata produzione di liquido da parte del foglietto pleurico che riveste il polmone), la diagnosi può essere fatta esaminando proprio questo liquido. La manovra che consente al medico di ottenere il liquido si chiama **toracentesi**. Anche questo esame viene fatto ambulatorialmente, utilizzando un'anestesia locale nel punto in cui viene inserito l'ago attraverso la parete toracica per estrarre il liquido.

In pochi casi si deve ricorrere a manovre chirurgiche per ottenere un frammento di tessuto che consenta di giungere ad una diagnosi. In questi casi è necessario il ricovero (in media 3 giorni) e un'anestesia generale.

Per meglio comprendere questo momento, queste sono alcune domande che potete porre al vostro medico di riferimento:

- **Quale metodo è stato scelto nel mio caso per arrivare ad una diagnosi? Perché proprio questo?**
- **È molto doloroso? Per quanto tempo dovrò rimanere in ospedale?**
- **In quanto tempo saranno poi disponibili i risultati dell'esame?**



6. Stadiazione

Prima di poter dare una corretta indicazione terapeutica è indispensabile la stadiazione del tumore polmonare, ovvero valutare tutti gli organi in cui questa malattia possa dar segno di sé. Questo significa studiare l'estensione del tumore e lo si fa con gli esami illustrati a pag 13 e 14.

Il **carcinoma polmonare a piccole cellule** viene studiato utilizzando i termini di “malattia limitata” o “malattia estesa”. La malattia limitata è localizzata al torace, al mediastino e ai linfonodi regionali e può essere trattata con la radioterapia (in associazione con la chemioterapia); la malattia estesa indica la presenza di metastasi a distanza e viene trattata con la chemioterapia.

La classificazione del **carcinoma polmonare non a piccole cellule** si basa sul sistema TNM: la lettera T si riferisce alla dimensione e ai rapporti del tumore con gli organi vicini; N al coinvolgimento dei linfonodi e M alla presenza di metastasi.

La combinazione dei diversi T, N ed M permette al medico di identificare lo stadio in cui si trova il tumore. La classificazione prevede 4 stadi, che vanno dal I al IV e in generale, nello stadio più basso, il tumore è meno diffuso, mentre in quello più alto la malattia ha una diffusione maggiore.

Stadio I. Il tumore non si è diffuso a linfonodi o ad altri organi ed è ancora relativamente piccolo. Questo tumore è in genere resecabile, ovvero rimovibile chirurgicamente.

Stadio II. Il tumore si è diffuso ai linfonodi o a tessuti vicini. In genere, in questo stadio il tumore può essere asportato chirurgicamente. Può richiedere trattamento chemio- e/o radioterapico insieme (prima o dopo) la chirurgia.

Stadio III. Il tumore si è diffuso all'interno del torace e ai linfonodi mediastinici (o del collo). Spesso i tumori allo stadio III non sono trattabili chirurgicamente, ma vengono sottoposti a chemio e/o radioterapia.

Stadio IV. Il tumore si accompagna a metastasi in altre parti del corpo. In questo stadio il trattamento più indicato è la chemioterapia, cui oggi si aggiungono anche i farmaci a bersaglio molecolare. Anche in questo stadio di malattia può essere necessaria la radioterapia (per esempio su un distretto osseo o a livello cerebrale).

Per meglio comprendere questo momento, queste sono alcune domande che potete porre al vostro medico di riferimento:

- **Qual è lo stadio della mia malattia?**
- **Qual è (o quali sono) i trattamenti che ritiene indicati nel mio caso? Qual è l'obiettivo del trattamento?**
- **Quanto durerà la terapia? La potrò fare in regime di Day Hospital o dovrò essere ricoverato?**
- **Quali conseguenze avrà questa terapia sulla mia vita quotidiana?**



7. Scelte terapeutiche

Le principali terapie attualmente utilizzate nel trattamento del tumore del polmone sono la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia e le terapie a bersaglio molecolare (targeted therapies), che possono essere utilizzate singolarmente o in combinazione tra loro, in base al tipo di tumore, allo stadio della malattia, all'età ed alle condizioni generali del paziente.

Chirurgia. L'asportazione del tumore con un intervento chirurgico è indicata nelle prime fasi della malattia (ossia quando il tumore non si sia ancora propagato in altri organi) e nei pazienti in buone condizioni generali. Generalmente, insieme al tumore vengono asportati anche i linfonodi circostanti (ossia quelli contenuti nel mediastino) per verificare che non siano già stati coinvolti. L'intervento consiste nell'asportazione di un lobo polmonare (lobectomia), di due lobi (bilobectomia) o dell'intero polmone (pneumonectomia). Prima di eseguirlo, il medico di riferimento e/o il chirurgo effettueranno tutti gli esami necessari a valutare se la **resezione** sia fattibile, da un punto di vista respiratorio e cardiovascolare.

La chirurgia può essere preceduta o seguita da cicli di chemioterapia o radioterapia, allo scopo di ridurre la massa tumorale (prima dell'intervento chirurgico) o il rischio di riformazione del tumore (dopo l'intervento chirurgico).

Queste sono alcune domande che potete porre al vostro medico nel caso in cui vi sia stato detto che andrete incontro all'intervento chirurgico, per meglio comprendere la vostra malattia ed affrontarla nel modo più adeguato.

- **Che tipo di intervento dovrò fare?**
- **Come starò dopo l'intervento? Potrò avere di nuovo il mio stile di vita?**
- **Quanto dovrò rimanere in ospedale?**
- **Devo fare qualcosa in previsione dell'intervento o dopo l'intervento per poter migliorare il risultato? (chiedete indicazioni sulla ginnastica respiratoria, che è importantissima per il recupero post-operatorio)**

Radioterapia. Questa terapia utilizza radiazioni ad alta energia per distruggere o ridurre la massa tumorale limitando al massimo i danni al tessuto sano vicino. È importante sottolineare come la terapia radiante possa inoltre svolgere un ruolo importante nella riduzione del dolore, in ogni fase della malattia.

La radioterapia per il tumore del polmone è spesso una terapia di combinazione, cioè è frequentemente usata in associazione alla chemioterapia e/o alla chirurgia allo scopo di diminuire le dimensioni del tumore prima dell'intervento, aumentare la risposta delle cellule cancerose alla terapia medica e ridurre le possibilità di ricaduta locale della malattia dopo la rimozione chirurgica.

Queste sono alcune domande che potete porre al vostro medico nel caso in cui vi sia stato detto che andrete incontro alla radioterapia, per meglio comprendere la vostra malattia ed affrontarla nel modo più adeguato.

- **Qual è l'obiettivo della radioterapia nel mio caso?**
- **Come si svolge la radioterapia e quanto dura?**
- **Come mi sentirò durante il trattamento radioterapico?**
- **Quali sono i possibili effetti collaterali e come potrò affrontarli e gestirli?**

Chemioterapia. La chemioterapia impiega i cosiddetti farmaci antitumorali o citotossici in grado di inibire (bloccare) la crescita delle cellule tumorali o di distruggerle.

La chemioterapia è una terapia sistemica (cioè agisce in tutto il corpo) e viene somministrata per via orale (per bocca) o, più frequentemente, per iniezione endovenosa (attraverso flebotomia).

La maggior parte dei farmaci chemioterapici viene somministrata ciclicamente e con scadenze ben precise: molti farmaci utilizzati nel trattamento del tumore del polmone vengono somministrati ogni 3 settimane, altri hanno scadenze più ravvicinate.

Questi sono gli obiettivi del trattamento chemioterapico nel tumore polmonare: ottenere una risposta (ossia bloccare o far regredire la malattia), rallentare la crescita tumorale e prolungare la vita, prevenire la diffusione del tumore, controllare i sintomi legati alla malattia.

Anche quando la chemioterapia non porta a guarigione, un uso appropriato può comunque aiutare le persone a vivere più a lungo e in modo migliore.

Terapie a bersaglio molecolare (targeted therapies) o farmaci biologici. Questa nuova classe di farmaci è in grado di individuare e colpire con precisione e selettività le cellule tumorali interferendo con la loro capacità di crescere, moltiplicarsi e diffondersi, con minimo danno delle cellule sane.

Vengono utilizzati da soli o in associazione con la chemioterapia, allo scopo di ottenere un miglior controllo della massa tumorale. Proprio perché selettivi nel loro meccanismo d'azione questi farmaci si identificano perfettamente in quella che si definisce "terapia personalizzata".

Queste sono alcune domande che potete porre al vostro medico nel caso in cui vi sia stato detto che andrete incontro alla chemioterapia, per meglio comprendere la vostra malattia ed affrontarla nel modo più adeguato.

- **Qual è l'obiettivo della chemioterapia nel mio caso?**
- **Quale (o quali) farmaci verranno utilizzati ed in che modo (scadenze, durata del trattamento)?**
- **Quali sono i possibili effetti collaterali e come potrò affrontarli e gestirli?**



8. Chi si prenderà cura di voi

Nella gestione del tumore del polmone intervengono diversi specialisti, che avranno ruoli differenti a seconda del tipo di malattia. Tra le figure maggiormente coinvolte:

- **Chirurgo Toracico:** è un chirurgo maggiormente esperto nell'operare il torace. In alcuni Paesi questo compito viene svolto dai chirurghi cardiovascolari. È comunque meglio fare riferimento ad uno specialista che abbia maggiore esperienza in questo campo (piuttosto che, per esempio, un chirurgo generale)
- **Radioterapista:** è chi si occupa del trattamento radioterapico. Non tutte le strutture ospedaliere possiedono i macchinari per la radioterapia, ma sarà il vostro medico di riferimento a indicarvi la struttura adeguata.
- **Pneumologo:** è lo specialista che si occupa delle malattie respiratorie ed è la persona che esegue la Fibrobroncoscopia. In alcuni Paesi (quali l'Italia per esempio) potrà essere lui stesso ad occuparsi di voi qualora ci fosse la necessità di effettuare la chemioterapia.
- **Oncologo:** è lo specialista che solitamente coordina le scelte terapeutiche, con l'aiuto degli altri specialisti ed è la persona che si occuperà di voi qualora ci fosse la necessità di effettuare la chemioterapia.
- **Psicologo:** in un momento difficile della vita di una persona, il supporto di uno psicologo con esperienza in campo oncologico diventa a volte indispensabile per meglio affrontare la malattia e le cure. Molte équipes oncologiche hanno ormai nel proprio staff anche uno psicologo.
- **Infermieri:** la figura infermieristica ha un ruolo fondamentale in questa malattia, sia nell'organizzare gli esami che conducono alla diagnosi che nel momento della terapia.
- **Medico di Terapia Antalgica:** per un ottimale controllo del dolore (qualora questo dovesse presentarsi) il vostro medico di riferimento si avvarrà anche dell'aiuto di un Servizio di Terapia Antalgica e di medici che si occupano della terapia del dolore.

Altre figure specialistiche possono essere interpellate per meglio gestire la vostra malattia (quali Ortopedici, Neurologi e altri) e sarà il vostro medico a darvi le indicazioni adeguate.

Una volta ottenuta la diagnosi, prima di iniziare il trattamento, è importante che voi siate convinti che il medico di riferimento ha fatto e sta facendo le

scelte più adeguate per voi; questo vi consentirà di affrontare più serenamente le cure. Qualora ne avvertiate la necessità chiedete un secondo parere ad un altro specialista portando con voi tutta la documentazione inerente la vostra malattia. Quando pensate di aver raggiunto una vostra sicurezza interiore in merito alla struttura dove siete in carico, iniziate la terapia senza sprecare tempo in altre visite, viaggi e consulenze. Ricordate che esistono ormai procedure diagnostiche e terapeutiche standardizzate a livello mondiale, cui specialisti con esperienza nel campo dell'oncologia toracica dovrebbero fare riferimento.





9. Cos'è uno studio clinico?

Uno studio clinico è una modalità di ricerca con cui si studiano nuovi farmaci e/o nuove strategie terapeutiche. Pensate che qualunque terapia vi venga proposta oggi è frutto di uno studio clinico condotto in passato su persone che avevano la vostra stessa malattia.

Il partecipare a uno studio clinico aiuta sempre la ricerca a fare dei progressi, ma è importante avere tutte le informazioni in merito necessarie.

Alcuni studi valutano un nuovo farmaco confrontandolo con una terapia standard, altri la modalità di somministrazione di un farmaco (per esempio se sia meglio somministrare un chemioterapico ogni 15 giorni, anziché ogni 28) soprattutto per poterne migliorare la tollerabilità (ossia trovare un modo che dia meno effetti collaterali). Ci sono poi studi che valutano se l'aggiunta di un nuovo farmaco alla terapia standard possa dare risultati migliori, altri che ricercano il dosaggio migliore di un nuovo farmaco, altri ancora che valutano la possibilità di combinare più farmaci insieme, e così via.

Esistono studi clinici per tutti i tipi e gli stadi di malattia che mirano a migliorare il controllo della malattia, a diminuirne le possibilità di ricaduta dopo il termine della cura, a ridurre gli effetti collaterali delle terapie stesse, a personalizzare la cura (per poter dare il farmaco più indicato e al tempo stesso meno tossico alla persona più idonea per quella cura).

Potete chiedere voi stessi al vostro medico di riferimento se esistono in quella struttura uno o più studi clinici cui prendere parte o sarà lui a proporvelo. In ogni caso è importante che voi sappiate di cosa si tratta, come si svolgerà la cura, qual è l'obiettivo dello studio e in cosa sarebbe diverso rispetto alla terapia standard (ossia non nell'ambito di uno studio clinico).

Gli studi clinici prevedono dei criteri di inclusione (ossia delle caratteristiche della persona e della malattia che consentono di aderire allo studio) e di esclusione (ossia delle caratteristiche della persona e della malattia che non consentono di aderire allo studio): sarà il vostro medico di riferimento a verificare se siete candidabili a quello specifico studio o meno.



Ricordate che esistono studi definiti “randomizzati” in cui il tipo di trattamento viene deciso (nell’ambito di quelli previsti dallo studio, ovviamente) in maniera casuale, per evitare che voi e/o il medico di riferimento propendiate per una piuttosto che per l’altra cura.

Prima di rientrare nello studio e una volta ricevute tutte le informazioni in merito, vi verrà chiesto di firmare un consenso informato. È comunque vostro diritto decidere di uscire dallo studio clinico (ossia di smettere quel tipo di cura) in qualsiasi momento, così come il medico di riferimento potrà decidere di farvi uscire dallo studio clinico qualora ritenesse che quella non sia la cura appropriata per voi (per scarsa efficacia o per eccessiva tossicità).

Prima di partecipare ad uno studio clinico queste sono le domande che potete porre al vostro medico di riferimento per meglio comprendere ed affrontare la cura.

- **Quali sono i criteri di inclusione e di esclusione per questo studio? E sulla base di questi, io sono candidabile a questo studio?**
- **Quali sono i possibili effetti collaterali della cura che mi accingo a fare?**
- **Cosa cambia per me il partecipare a questo studio, piuttosto che fare una cura standard? Dovrò fare esami aggiuntivi?**
- **So che posso interrompere la terapia dello studio clinico in ogni momento (o può decidere di farlo lei per motivi medici): in questo caso cosa si potrà fare per la mia malattia?**



10. Glossario

Linfonodi: strutture del sistema linfatico che filtrano particelle estranee come virus, batteri e cellule cancerose

Mediastino: l'area situata al centro del torace tra i polmoni; contiene il cuore e i grandi vasi del sangue che entrano ed escono dal cuore, la trachea, l'esofago e molti linfonodi; i linfonodi del mediastino sono spesso studiati per la stadiazione corretta del cancro del polmone

Metastasi: cellule maligne che si staccano dal tumore originario e si diffondono in altri organi dove possono riprodursi e generare nuovi tumori

Pleura: membrana sierosa che ricopre interamente il polmone (pleura viscerale) e la cavità toracica (pleura parietale)

Resezione: intervento chirurgico che ha come scopo quello di asportare un tessuto o parte di un organo o di una struttura

Screening: esami effettuati periodicamente con lo scopo di rilevare la presenza del tumore prima che una persona manifesti alcun sintomo

Sindromi paraneoplastiche: insieme di segni e sintomi che il tumore può dare a distanza dalla sede di sviluppo. Si manifestano in seguito alla produzione di sostanze che le cellule tumorali immettono nella circolazione.

WALCE Onlus (Donne Contro il Tumore del Polmone in Europa)

è una organizzazione senza scopo di lucro nata per sensibilizzare le donne nei confronti del significativo aumento di tumori del polmone nel sesso femminile e si propone di favorire la conoscenza di questa patologia in termini di prevenzione, diagnosi e terapia.

WALCE nasce nel 2006 da un'idea italo-spagnola e vuole essere la prima associazione a "respiro europeo" nella lotta contro il tumore polmonare, una malattia difficile ed impegnativa, che vede coinvolte quotidianamente le donne come protagoniste nel ruolo di medici, infermiere, pazienti, familiari e assistenti. Le donne sono spesso un punto di riferimento in grado di dare sostegno e speranza.



WALCE Onlus
c/o Divisione di Pneumologia Oncologica
Ospedale San Luigi - Regione Gonzole, 10 - 10043 Orbassano (TO)
Tel. +39.011.9026978/980
Fax +39.011.9038616
info@womenagainstlungcancer.eu

***Questo opuscolo è stato realizzato
grazie a un educational grant di:***



We Innovate Healthcare