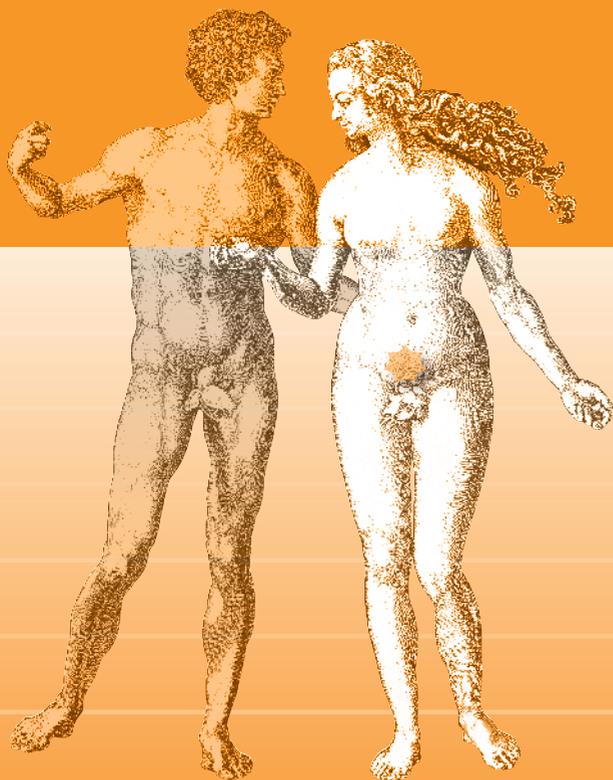




Il cancro del corpo dell'utero

Carcinoma endometriale, sarcoma uterino



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

Impressum

Editrice

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40
casella postale 8219
3001 Berna
tel. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch

Direzione progetto

Susanne Lanz, Lega svizzera contro il cancro, Berna

Consulenza scientifica

Prof. dott. Daniel Fink, specialista FMH in ginecologia e ostetricia, specialità oncologia ginecologica, direttore della clinica di ginecologia, UniversitätsSpital, Zurigo

Testo

Ruth Jahn, giornalista scientifica, Zurigo
Susanne Lanz, Lega svizzera contro il cancro, Berna

Traduzione

Sergio Pastore, Sennwald

Redazione

Christina Müller, Bellinzona

Copertina

Adamo ed Eva, secondo un disegno di Albrecht Dürer

Illustrazioni

p. 8 e 9: Willi R. Hess, illustratore scientifico, Berna

Fotografie

p. 4, 18: ImagePoint AG, Zurigo
p. 36: Peter Schneider, Thun

Design

Wassmer Graphic Design, Langnau i. E.

Stampa

Ast & Jakob, Vetsch AG, Köniz

Questo opuscolo è disponibile anche in lingua francese e tedesca.

© 2008, Lega svizzera contro il cancro, Berna

Sommario

Editoriale	5
Che cos'è il cancro?	6
Il cancro del corpo dell'utero	8
L'utero e gli organi vicini	9
La funzione dell'utero	10
I tipi di cancro del corpo dell'utero	10
Le cause e i rischi	11
I possibili sintomi	13
Gli esami e la diagnosi	14
Gli stadi della malattia	16
La terapia del cancro del corpo dell'utero	19
Indicazioni generali	19
La scelta della terapia	20
Gli effetti indesiderati	21
Gli effetti sulla fertilità e sulla sessualità	22
La terapia nell'ambito di uno studio clinico	23
La terapia dei carcinomi endometriali	24
La terapia dei sarcomi uterini	26
La terapia del dolore	26
Il post-trattamento e la riabilitazione	27
I metodi terapeutici	28
L'operazione	28
La radioterapia (irradiazione)	31
Le terapie medicamentose	32
La medicina complementare	35
Convivere con il cancro	37
Appendice	38



Cara lettrice, caro lettore

Nel primo momento la diagnosi di cancro è sempre uno shock per la persona interessata e i suoi familiari. La vita quotidiana e le prospettive future cambiano improvvisamente. In un'alternarsi di speranza e paura i pensieri ruotano attorno a mille domande.

Il presente opuscolo descrive in forma succinta la malattia, la diagnosi e la terapia del cancro del corpo dell'utero. Forse lei è già stata operata poiché la diagnosi precisa di questo tipo di cancro è possibile solo dopo un intervento chirurgico. Per applicare la terapia ottimale occorre conoscere l'estensione della malattia.

Grazie ai progressi della medicina, negli ultimi anni il trattamento del cancro del corpo dell'utero è diventato più efficace e più tollerabile. In molti casi questa malattia è oggi curabile, in altri si può rallentarne l'evoluzione e attenuarne i sintomi: ciò contribuisce in modo sostanziale a preservare la qualità della vita anche nel caso, per esempio, che un tumore in stadio avanzato non sia più operabile.

Troverà nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 39) altre informazioni e indicazioni che la aiuteranno a convivere meglio con la malattia.

Accetti di buon grado l'aiuto che le persone a lei vicine vorranno offrirle. Potrà inoltre sempre rivolgersi all'équipe curante e, se necessario, richiedere anche il parere di altre persone competenti (vedi Appendice).

La sua Lega contro il cancro

Osservazione

Gli specialisti usano in genere il termine di carcinoma endometriale o dell'endometrio, invece di cancro del corpo dell'utero; esistono inoltre termini come carcinoma del corpo dell'utero, carcinoma uterino e sarcoma uterino. Il cancro del corpo dell'utero non va confuso con il cancro del collo dell'utero (carcinoma cervicale): di questo tipo di cancro non sarà questione nel presente opuscolo poiché il quadro clinico è diverso.

Che cos'è il cancro?

Cancro è il termine di uso comune con cui si indica una malattia tumorale maligna. I tumori sono degenerazioni dei tessuti che possono avere carattere benigno o maligno.

Accanto a numerosi tumori benigni vi sono oltre cento diverse forme di cancro. I tumori maligni che originano da tessuti epiteliali quali la pelle, la mucosa o il tessuto ghiandolare sono detti anche carcinomi.

Il carcinoma endometriale, per esempio, si sviluppa nella mucosa uterina, l'endometrio. Altri tumori maligni originano da tessuti di sostegno come i muscoli o il tessuto connettivo: nell'utero, per esempio, i tumori si sviluppano nel tessuto muscolare uterino (miometrio). Questi tumori sono detti sarcomi.

Benigno o maligno?

I tumori benigni possono solo comprimere ma non invadere i tessuti sani. I tumori maligni invece penetrano nel tessuto circostante e lo distruggono. Inoltre attraverso i vasi linfatici e sanguigni le cellule cancerose possono «migrare» nei linfonodi prossimali e in altri organi e formarvi delle metastasi (tumori secondari).

In genere è possibile determinare, in base al tipo di cellula, da quale organo hanno avuto origine le metastasi. Le metastasi di un tumore del corpo dell'utero – presenti per esempio nell'ovaio – si distinguono chiaramente da un tumore ovarico. L'esame istologico (esame al microscopio del tessuto, dal greco histos = tessuto) permette di riconoscere i diversi tipi di cancro. Ciò è di grande importanza per la scelta della terapia ottimale.

Tutto ha inizio nella cellula

I tessuti e gli organi del nostro corpo sono formati da bilioni di cellule. Le cellule sono gli elementi di base del nostro corpo. Nel nucleo di ogni cellula si trova il «progetto di costruzione» esatto di ogni individuo: è il suo patrimonio ereditario, costituito dall'acido desossiribonucleico (DNA) e contenente i cromosomi e i geni.

Attraverso la divisione cellulare nascono in continuazione nuove cellule mentre quelle vecchie muoiono. Ciò è stabilito nel patrimonio genetico. Normalmente una cellula sana si divide soltanto per un determinato numero di volte. Il patrimonio ereditario può però subire un danno che altera il meccanismo di divisione cellulare.

Di regola l'organismo è in grado di riparare questi danni. Ma se ciò non è possibile, la cellula fuori controllo (che ha subito cioè una mutazione) può riprodursi un'infinità di volte e divenire per così dire «immortale».

Le cellule fuori controllo si aggregano e con il tempo formano un nodulo, il tumore.

Dimensioni inimmaginabili

Un tumore di un centimetro di diametro contiene già milioni di cellule e con grande probabilità ha raggiunto queste dimensioni nel corso di vari anni. Ciò significa che un tumore non si sviluppa da ieri a oggi. La rapidità di crescita varia però notevolmente da tumore a tumore e da individuo a individuo.

Cause molteplici

In genere la causa di un tumore rimane ignota. La struttura genetica di una cellula può subire delle modifiche, apparentemente «per caso» ma anche per il naturale processo d'invecchiamento, per cause esterne (stile di vita, alimentazione, radiazioni, sostanze nocive, virus ecc.) e anche – sebbene più raramente – a causa di fattori ereditari.

Il rischio di cancro

Si può ridurre il rischio di alcuni tumori adottando uno stile di vita sano, rinunciando per esempio al fumo, alimentandosi in modo equilibrato e praticando regolarmente attività fisica. Per altri tipi di cancro invece non si conoscono strategie per ridurre il rischio.

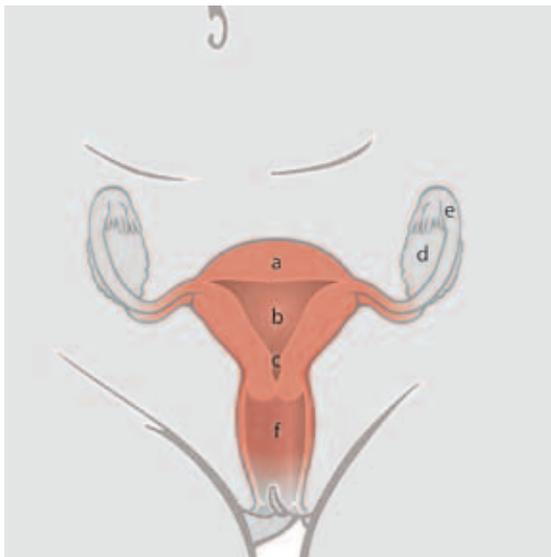
Non si può prevedere se una persona si ammalerà di cancro. Possono esserne colpiti gli ottimisti e i pessimisti, chi conduce una vita sana e chi trascura la propria salute. Una garanzia contro il cancro non esiste.

In alcune famiglie si osserva una maggiore incidenza rispetto alla media di certe forme di cancro, tra cui anche il cancro del corpo dell'utero (vedi p. 11, Le cause e i rischi). Troverà altre informazioni su questo argomento nell'opuscolo «Rischio di cancro ereditario» (vedi p. 40).

Il cancro del corpo dell'utero

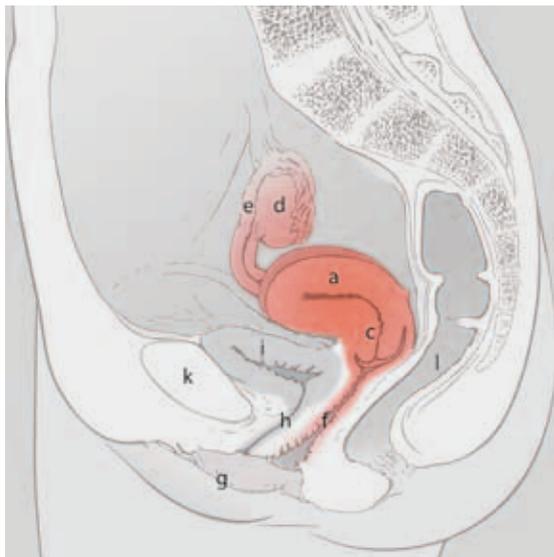
Si opera una distinzione basilare tra cancro del corpo dell'utero (corpus uteri) e cancro del collo dell'utero (cervix uteri). Il secondo tipo di tumore non sarà affrontato in questo opuscolo poiché il suo quadro clinico è diverso.

Spesso si parla in modo generico di «cancro dell'utero», non specificando precisamente di quale malattia si tratta (vedi anche p. 10). Il cancro del *corpo* dell'utero è designato in genere con il termine di carcinoma endometriale (o dell'endometrio), più raramente con i termini di tumore maligno del corpo o sarcoma uterino.



L'utero e gli organi vicini

- a corpo dell'utero (corpus uteri)
- b cavità uterina (cavum uteri)
- c collo dell'utero (cervix)
- d ovaia (ovarium)
- e ovidotto (tuba uteri)



- f vagina (vagina)
- g labbra (labia pudendi)
- h uretra (urethra)
- i vescica (vescica urinaris)
- k osso pubico (os pubis)
- l retto (rectum)

L'utero e gli organi vicini

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

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

Il corpo dell'utero è un organo cavo ed è costituito perlopiù di uno spesso strato muscolare (miometrio) avvolto all'esterno da tessuto connettivo (perimetrio). L'interno del corpo dell'utero – la cavità uterina – è rivestito di una membrana mucosa (endometrio). I due ovidotti si collegano al corpo dell'utero ai due lati in alto.

Il peritoneo, l'omento e i linfonodi non sono rappresentati nelle illustrazioni. Giocano però un ruolo in relazione al carcinoma endometriale poiché possono essere invasi da questo tumore.

La funzione dell'utero

La funzione principale dell'utero è di accogliere degli ovociti fecondati, nutrirla con sostanze nutritive e proteggere il feto e poi il bambino fino alla nascita.

Una volta al mese nell'ovaio delle donne in età feconda si libera un'ovocellula: si parla di rottura del follicolo o ovulazione. L'ovocellula (o ovocita) può essere fecondata durante il passaggio attraverso la tuba uterina e annidarsi alcuni giorni dopo nella mucosa dell'utero, l'endometrio: qui inizierà lo sviluppo dell'embrione.

Sotto l'influsso di ormoni, mese per mese nell'utero si forma uno strato di mucosa (endometrio) per permettere il possibile annidamento di un ovocita fecondato. In caso di mancata fecondazione l'endometrio si stacca e viene espulso, dando luogo al flusso mestruale (mestruazioni, ciclo mestruale).

I tipi di cancro del corpo dell'utero

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

- > i carcinomi endometriali
- > i sarcomi uterini

Carcinomi endometriali

Si sviluppano nella mucosa dell'utero, l'endometrio, e costituiscono il 90% di tutte le forme di cancro del corpo dell'utero. Sono perciò detti anche carcinomi endometriali o del corpo. Questi tumori si suddividono in due gruppi:

- > tumori ormonodipendenti (tipo 1)
- > tumori non ormonodipendenti (tipo 2), meno frequenti: sono detti talvolta anche carcinomi sierosi e a cellule chiare e sono più aggressivi dei tumori del tipo 1

Sarcomi uterini

Più rari sono i tumori che originano nella parete muscolare del corpo. Gli specialisti parlano in questo caso di sarcomi del corpo o uterini. Costituiscono il 10% circa dei tumori del corpo. Fanno parte di questo gruppo:

- > i sarcomi dello stroma endometriale
- > i leiomiomasarcomi
- > i carcinosarcomi
- > gli adenosarcomi

In rari casi i sarcomi possono svilupparsi dai miomi. I miomi sono tumori benigni che si sviluppano nello strato muscolare dell'utero: sono molto frequenti, ma non invadono altri organi, al contrario dei tumori maligni. La crescita dei miomi è dovuta alla stimolazione ormonale. Non appena cessa la produzione di estrogeni nelle ovaie a seguito della menopausa, cessa anche la formazione di miomi.

Purtroppo non è sempre possibile, senza un intervento chirurgico, distinguere un mioma di natura benigna da un sarcoma maligno.

In uno stadio avanzato i tumori maligni del corpo possono diffondersi – direttamente o attraverso i vasi linfatici e sanguigni – nella cavità addominale o fuori di essa.

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

Le cause e i rischi

Non si conosce una causa precisa del cancro del corpo dell'utero. Alcuni fattori possono – ma non necessariamente – accrescere il rischio di cancro (vedi anche p. 7).

La maggior parte di questi fattori non è direttamente influenzabile da parte della donna. Non c'è quindi motivo di sentirsi colpevoli di essersi ammalati.

Possibili fattori di rischio:

- > età avanzata
- > soprattutto in caso di carcinoma endometriale di tipo 1 (vedi p. 10): circostanze o fenomeni che «prolungano» l'effetto degli estrogeni sul metabolismo, come un menarca precoce, la nulliparità, la menopausa tardiva
- > obesità (le cellule adipose del corpo producono estrogeni)
- > terapia ormonale sostitutiva prolungata a base di estrogeni durante la menopausa, senza ricorso ai progestinici

In ben oltre la metà dei casi di cancro del corpo dell'utero al momento della diagnosi il tumore risulta circoscritto all'utero: non ha quindi ancora formato metastasi.

- > cancro del seno e alcuni trattamenti antiormonali prescritti in caso di cancro del seno (tamoxifen) che possono stimolare la crescita dell'endometrio
- > fattori familiari
- > iperplasia endometriale atipica (vedi riquadro)
- > irradiazioni della regione del bacino possono accrescere il rischio di sarcomi uterini
- > il carcinoma endometriale di tipo 2, non dipendente da stimolazione ormonale, può colpire anche donne in giovane età e snelle, non esposte dunque ai fattori di rischio menzionati: se ne ignora la ragione

Rischio di cancro familiare

Nel 5–10% dei casi di tumori del corpo dell'utero vi è probabilmente una predisposizione genetica. Si parla in questo caso anche di rischio di cancro ereditario.

- > La predisposizione ereditaria più diffusa, che accresce il rischio di tumore del corpo dell'utero anche in donne giovani, è l'HNPCC (hereditary non poliposis colorectal cancer = cancro colico ereditario non polipomatoso) o sindrome di Lynch.
- > Questa predisposizione ereditaria comporta anche un rischio di cancro coloretale e ovarico e di altri tipi di cancro, per esempio il cancro dello stomaco e della vescica.

Iperplasia endometriale atipica

Si tratta di un ingrossamento patologico dell'endometrio, considerato come stadio precursore (precancerosi) del carcinoma endometriale. Le alterazioni del ciclo mestruale possono esserne un sintomo e necessitano quindi di accertamenti ginecologici.

In caso di iperplasia atipica si consiglia in genere l'asportazione dell'utero (vedi p. 28) ed eventualmente anche delle ovaie se una donna non desidera più figli o è già in menopausa.

Se invece una donna desidera ancora avere un figlio potranno essere tentate altre terapie, dopo attenta valutazione del rischio e un'approfondita consulenza ginecologica.

Nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Rischio di cancro ereditario» troverà maggiori informazioni in merito (vedi p. 40). Vi si affronta in particolare la questione dell'accertamento di un tale rischio per lei e per i suoi familiari e si presentano vantaggi e svantaggi di tali indagini.

Ne sono colpite 900 donne

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

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

I possibili sintomi

Il cancro del corpo dell'utero cresce in modo relativamente lento, tuttavia può manifestarsi già ai primi stadi con i seguenti disturbi e sintomi:

- > perdite ematiche vaginali dopo la menopausa
- > perdite maleodoranti
- > donne giovani: perdite ematiche o emorragie intermestruali, mestruazioni di durata superiore ai sette giorni
- > dolori al basso ventre
- > inspiegabile perdita di peso

Questi disturbi non sono sempre indizio di cancro: possono essere imputabili ad altre malattie, meno gravi. Essi necessitano tuttavia di accertamenti medici, specie in caso di mestruazioni irregolari: possono essere un sintomo precoce di un cancro del corpo dell'utero. Più precoce è la diagnosi di un tumore, migliori sono le possibilità di cura e più elevate le possibilità di guarigione.

Il carcinoma endometriale di tipo 1 (vedi p. 10), particolarmente diffuso, è oggi per fortuna diagnosticato in molti casi in uno stadio precoce ed è perciò ben curabile.

Gli esami e la diagnosi

Contrariamente a quanto avviene per il cancro del collo dell'utero e dei suoi stadi precursori, lo striscio vaginale effettuato regolarmente dalla ginecologa raramente fornisce indicazioni sul cancro del corpo dell'utero. Le perdite ematiche insolite possono per contro essere sintomo di tumore (vedi p. 13).

Prima di un esame, la ginecologa si informerà quindi in dettaglio sui sintomi (caratteristiche e durata) e su precedenti malattie.

Esami diagnostici mini-invasivi

Tecniche diagnostiche che comportano solo piccoli disturbi in medicina sono detti mini-invasivi o non invasivi. Ne fanno parte

- > l'ecografia transvaginale, che permette la visualizzazione dell'utero e dell'endometrio, dello strato muscolare e degli organi del bacino vicini e che consente inoltre di misurare lo spessore dell'endometrio;

- > la biopsia dell'endometrio tramite aspirazione. Con una cannula di plastica molto sottile (per esempio la cosiddetta pipelle de Cornier) viene prelevata, in maniera completamente indolore, una porzione minuscola di endometrio, che sarà poi esaminata al microscopio (esame istologico).

Interventi diagnostici/prelievi di tessuto

- > Isteroscopia con prelievo di tessuto (biopsia) o raschiamento (curettaggio). Questi esami si effettuano in ambulatorio, ma in anestesia parziale o totale. Attraverso la vagina si introduce una sonda munita di camera nella cavità uterina. Quindi si dilata l'utero mediante l'immissione di liquido. La ginecologa può osservare e valutare le immagini sul monitor e prelevare al tempo stesso campioni di tessuto o effettuare un raschiamento.
- > Biopsia: si preleva del tessuto, in genere in modo mirato, da zone sospette della mucosa. La biopsia endometriale si effettua specialmente in donne giovani che desiderano ancora avere dei bambini.

- > Raschiamento (curettaggio). Il raschiamento si effettua sempre nelle donne in o dopo la menopausa, occasionalmente anche nelle donne più giovani. La mucosa del corpo e della cervice è raschiata mediante un apposito cucchiaino.
 - > Il tessuto prelevato viene esaminato al microscopio per accertare la presenza di cellule cancerose e di altre patologie. È così possibile determinare il tipo di tumore e il grado di differenziazione delle cellule cancerose (vedi p. 17).
 - > Importante: il raschiamento uterino può compromettere la fecondità, ma al massimo per breve tempo (alcuni mesi). Dopo il raschiamento la mucosa si ricostituisce, se la donna ha ancora le mestruazioni. Le cicatrizzazioni della cavità uterina (la cosiddetta sindrome di Ashermann) sono rare.
- Accertamento della diagnosi*
- > La diagnosi esatta può essere stabilita solo dopo l'asportazione dell'utero (isterectomia, vedi p. 28), poiché solo dall'esame istologico risultano il tipo e l'entità della malattia.

Determinazione del marcatore tumorale (tumor marker)

Alcuni tumori rilasciano determinate sostanze nel sangue, i cosiddetti marcatori tumorali. L'esame del sangue permette di accertarne la presenza.

I marcatori tumorali specifici del cancro del corpo sono il CA125 e il CEA.

La presenza o meno dei marcatori tumorali non è decisiva per la diagnosi di cancro del corpo dell'utero. Il livello del marcatore tumorale può essere normale anche in presenza di un tumore o risultare elevato per altre patologie, per esempio a causa di un'endometriosi (proliferazione dell'endometrio al di fuori dell'utero).

Per contro i marcatori tumorali in un secondo tempo forniscono indicazioni sugli effetti della terapia o sul decorso della malattia (follow-up). Per questo si misura il livello del marcatore tumorale prima della terapia.

Laboratorio

- > Prima di iniziare il trattamento o prima dell'intervento chirurgico si può determinare il cosiddetto marcatore tumorale nel sangue (vedi p. 15).

Altri esami supplementari

Occasionalmente, e a seconda dei risultati precedenti, si effettuano ulteriori esami per poter pianificare al meglio la terapia. Potrebbero essere stati colpiti i linfonodi o essere presenti metastasi (tumori secondari in altri organi). Si può ricorrere a:

- > radiografia del torace
- > ecografia addominale
- > tomografia assiale computerizzata (CT) e/o risonanza magnetica (MRI)
- > raramente e a seconda della diagnosi: citoscopia o rettoscopia.

Gli stadi della malattia

La stadiazione FIGO

I vari esami permettono di accertare e valutare l'estensione della malattia. Si parla anche di stadiazione o staging.

Per differenziare gli stadi del cancro del corpo e di altri tumori ginecologici la Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia

(FIGO – Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique) ha messo a punto la classificazione o stadiazione FIGO.

Esiste inoltre anche la classificazione TNM che a livello internazionale si usa per quasi tutte le forme di cancro. T indica le dimensioni del tumore, N i linfonodi colpiti e M le metastasi.

Gli stadi sono indicati con cifre romane da I a IV e con lettere. Più il numero è elevato, maggiore è l'estensione del tumore ovvero più avanzato è lo stadio.

Per quanto riguarda il cancro del corpo dell'utero di tipo 1, ormonodipendente, si osserva una frequenza molto elevata degli stadi I e II.

I sarcomi uterini invece tendono a formare metastasi già in uno stadio relativamente precoce.

- I** Il tumore è limitato al corpo dell'utero.
- Ia** Risulta colpito solo l'endometrio.
- Ib** È invasa anche la metà interna dello strato muscolare dell'utero (miometrio).
- Ic** È invasa anche la metà esterna dello strato muscolare dell'utero.

- II** Il tumore ha invaso il collo dell'utero (cervice uterina).
- IIa** Sono colpite solo le ghiandole del collo dell'utero.
- IIb** Il tessuto connettivo del collo dell'utero è invaso dal tumore.
- III** Il tumore ha invaso la piccola pelvi.
- IIIa** Il tumore ha invaso il peritoneo, gli ovidotti o le ovaie (annessi uterini) oppure sono presenti cellule cancerose nel liquido addominale (vedi p. 28).
- IIIb** Il tumore ha invaso la vagina.
- IIIc** Risultano colpiti i linfonodi della pelvi (linfonodi pelvici) o i linfonodi situati lungo i grandi vasi addominali (linfonodi para-aortici).
- IV** Il tumore ha formato metastasi in altri organi.
- IVa** Sono colpiti la vescica e/o il retto.
- IVb** Sono colpiti i polmoni, il fegato, le ossa, i linfonodi inguinali ecc.

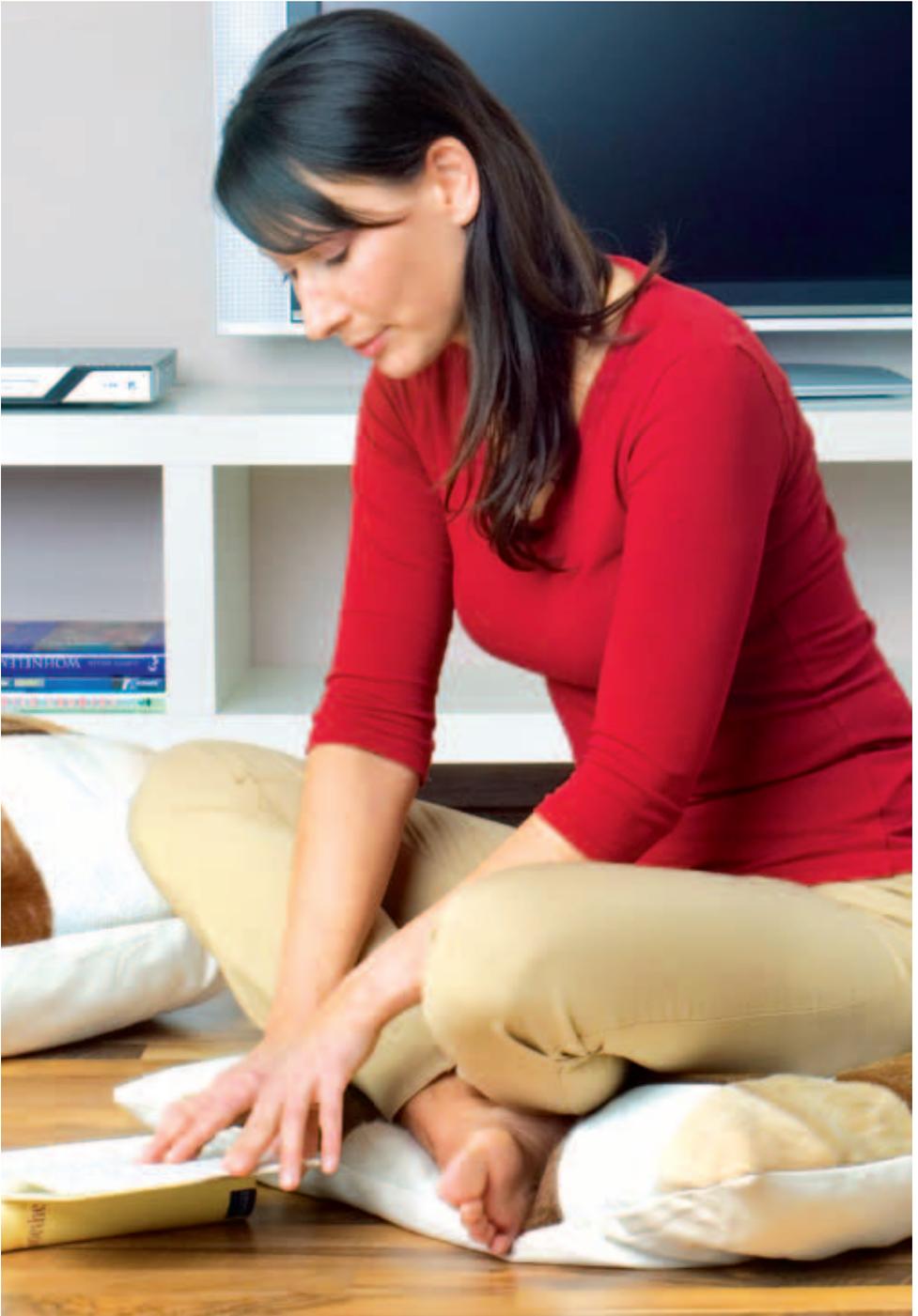
Differenziazione delle cellule cancerose

Anche l'esame del tessuto tumorale riveste importanza nella scelta della terapia migliore. Con questo esame si vuole accertare il grado di somiglianza o di differenziazione delle cellule cancerose rispetto a quelle sane. Gli specialisti parlano di «grading», grado di differenziazione o differenziazione istologica (cioè della struttura microscopica dei tessuti).

Ciò consente di valutare la rapidità di crescita del tumore e la sua aggressività.

La differenziazione si indica con la lettera «G» e le cifre arabe da 1 a 3. Nel caso del carcinoma endometriale più elevata è la cifra, maggiore è il rischio di estensione del tumore ai linfonodi.

- G1** Le cellule cancerose sono ancora alquanto simili alle cellule sane (cellule altamente differenziate).
- G2** Le cellule cancerose presentano maggiori differenze dalle cellule sane (cellule mediamente differenziate).
- G3** Le cellule cancerose non hanno quasi più alcuna somiglianza con le cellule sane e sono dunque più maligne di quelle classificate sotto G1 e G2 (cellule scarsamente differenziate).



La terapia del cancro del corpo dell'utero

Indicazioni generali

La scelta del trattamento dipende principalmente:

- > dal tipo di tumore ovarico (carcinoma endometriale, sarcoma ecc.)
- > dallo stadio della malattia (vedi p. 16)
- > dall'esame del tessuto tumorale (vedi p. 17, differenziazione)
- > dall'età e dallo stato generale di salute della paziente

Le possibilità di cura

I principali metodi di cura sono (vedi anche p. 28 sg.):

- > l'operazione
- > la radioterapia (terapia radiante, irradiazione)
- > la terapia medicamentosa (chemioterapia, terapia anti-ormonale)

Questi metodi sono applicati, a seconda dei casi, singolarmente o in combinazione. Lo scopo principale è l'asportazione completa – o la più completa possibile – del tumore.

I principi e gli scopi terapeutici mutano a seconda del tumore e dello stadio della malattia.

Gli scopi terapeutici

Scopo curativo

Ciò significa che la terapia può avere per obiettivo la completa guarigione. È questo in genere il caso per il cancro del corpo dell'utero, soprattutto se è possibile l'asportazione chirurgica quasi completa del tessuto invaso dal tumore.

Solo in caso di stadi molto avanzati della malattia o di tumori aggressivi, molto rari, l'obiettivo della guarigione non è più raggiungibile.

Scopo palliativo

(dal lat. palliare = coprire, avvolgere, ammantare)

Se la guarigione non è più possibile si può tuttavia rallentare l'evoluzione della malattia con adeguate misure mediche, cercando di preservare il più possibile la qualità della vita. In alcuni casi è possibile controllare l'evoluzione della malattia per anni.

Inoltre si può ricorrere a misure mediche, infermieristiche, psicologiche e spirituali per attenuare i disturbi (per es. dolori, stati d'ansia).

I principi terapeutici

Adiuvante

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

Con questo termine si designano terapie complementari applicate dopo l'operazione allo scopo di distruggere eventuali cellule cancerose residue. Ciò consente di ridurre il rischio di una recidiva (ricomparsa del tumore) e di metastasi e di accrescere le probabilità di guarigione.

Neoadiuvante/preoperatorio

(dal greco *néos* = nuovo)

Con questo termine si indicano terapie che precedono l'intervento chirurgico al fine di ridurre la massa tumorale. In seguito è possibile eseguire un'operazione meno estesa; queste terapie permettono nello stesso tempo di eliminare anche metastasi microscopiche (micrometastasi).

Il principio neoadiuvante non ha dato risultati positivi nella cura del cancro del corpo dell'utero e non viene perciò praticamente mai applicato.

La scelta della terapia

Se sulla base del raschiamento (vedi p. 14) sussiste un sospetto di cancro, si procede dapprima all'operazione, poi all'analisi accurata del tessuto; in seguito si determina lo stadio della malattia.

Le eventuali ulteriori terapie necessarie vengono poi pianificate e controllate a livello interdisciplinare. Ciò significa che specialisti di varie discipline valuteranno la situazione di partenza e le proporranno la migliore terapia possibile per il suo caso.

Forse desidera che un parente o una persona di sua fiducia partecipi ai colloqui?

È sicuramente meglio discutere delle varie proposte di cura con gli specialisti in ginecologia, radi oncologia e oncologia risp. oncologia ginecologica. Sarebbe ideale se una persona specializzata si occupasse di questo coordinamento.

Può inoltre chiedere il parere del suo medico di famiglia o di un altro medico. Il medico curante non considererà questa richiesta come una mancanza di fiducia nei suoi riguardi: è un suo diritto che egli rispetta.

Se lo ritiene opportuno chiedi anche una consulenza psico-oncologica, che non considera solo gli aspetti medici della malattia, ma che non viene ancora offerta sistematicamente ai pazienti in tutte le strutture ospedaliere.

Si conceda tempo per la consulenza relativa alla terapia e per le sue domande:

- > La terapia è curativa o palliativa (vedi p. 19)? Può allungare la vita? Migliora la qualità della vita?
- > Esistono alternative alla terapia proposta?
- > Quali vantaggi e svantaggi comporta la terapia (anche in merito alla qualità della vita/ alla speranza di vita)?
- > Quali effetti indesiderati devo aspettarmi? Sono effetti passeggeri o permanenti? Come posso combatterli?
- > Che influssi avrà la terapia sulla fertilità e sulla sessualità?
- > Quali altri disturbi possono insorgere nel caso siano colpiti anche altri organi?
- > Sussiste il rischio di incontinenza urinaria/anale?
- > Che effetti avranno la malattia e la terapia sulla sua vita quotidiana e l'ambiente in cui vive?

- > L'eventuale rinuncia a certe terapie che effetti concreti avrà sulla sua speranza di vita e sulla qualità della vita?
- > Dopo l'operazione potrebbero sorgere altre domande: Il tumore è stato completamente asportato? Quanti residui tumorali e di che dimensioni sono ancora presenti, e in quali organi? Che conseguenze avranno per lei?

Gli effetti indesiderati

L'insorgenza e la severità degli effetti indesiderati varia da individuo a individuo. Diversi degli effetti indesiderati menzionati in questo opuscolo possono essere oggi attenuati con misure mediche o infermieristiche, naturalmente a condizione che lei comunichi al personale curante i suoi disturbi.

Alcuni effetti indesiderati possono manifestarsi in corso di trattamento e scomparire in seguito spontaneamente; altri effetti invece si manifesteranno solo più tardi, cioè una volta conclusa la terapia. Gran parte degli effetti indesiderati scompare dopo giorni, ma a volte anche solo dopo settimane o mesi.

Soprattutto in uno stadio avanzato della malattia conviene ponderare attentamente l'eventuale successo della terapia e gli effetti indesiderati che la terapia comporta.

Importante

- > Molti effetti collaterali sono prevedibili. A seconda della terapia prescelta le saranno prescritti già in partenza determinati farmaci di accompagnamento contro tali effetti. Si attenga scrupolosamente alle prescrizioni mediche.
- > Prima di assumere dei medicinali di sua scelta si consulti sempre con l'équipe curante. Ciò vale anche per pomate, lozioni e prodotti simili. Anche se sono «naturali» e apparentemente innocui possono essere controindicati per la terapia.

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 39) illustrano le terapie antitumorali più comuni, gli effetti della malattia e delle cure e forniscono indicazioni per affrontare al meglio la situazione.

Gli effetti sulla fertilità e sulla sessualità

I disturbi della menopausa

In caso di cancro del corpo dell'utero sono in genere asportate, oltre all'utero, entrambe le ovaie e gli ovidotti. Per una donna non ancora in menopausa ciò significa che non avrà più le mestruazioni e non potrà dunque più avere figli. Inoltre entrerà subito in menopausa, il che spesso può provocare i disturbi ad essa associati.

Tali disturbi possono però manifestarsi anche a seguito della chemioterapia, della radioterapia o delle terapie ormonali.

Alcuni di questi disturbi sono passeggeri e si possono eventualmente curare, tuttavia molte donne, specialmente giovani, fanno fatica ad accettarli.

L'opportunità di una ormonoterapia sostitutiva deve essere discussa col medico soppesando attentamente rischi e vantaggi. Vi sono diverse ragioni a sfavore (crescita tumorale ormonodipendente, rischio più elevato di cancro del seno).

La pianificazione familiare

In determinate circostanze si può preservare la facoltà di procreare delle donne in giovane età che vorrebbero avere ancora un figlio. Le probabilità sono più elevate in caso di sarcomi endometriali, di leiomiomasarcomi e di carcinoma endometriale in uno stadio precoce (FIGO Ia, vedi p. 16).

In questo caso si rinuncerà in un primo tempo all'operazione radicale, cioè all'asportazione di utero, ovaie e ovidotti, e dopo un primo raschiamento (vedi p. 14) si applicherà una terapia antiormonale (vedi p. 33). Quindi si effettuerà un secondo raschiamento. Occorre assolutamente informarsi in merito alle possibilità di successo e ai rischi. Il rischio di recidiva è relativamente elevato.

Dopo la nascita del figlio si raccomanda il cosiddetto reintervento di completamento per l'asportazione totale di utero, ovaie e ovidotti.

Sessualità

Le operazioni e le successive terapie possono influire sulla sessualità, sulla sensibilità sessuale e sul rapporto con il proprio corpo. Discuta con il medico anche di questi effetti e chieda come si possano eventualmente attenuare.

Altre informazioni su cancro e sessualità ...

si trovano nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Il cancro e la sessualità femminile» (vedi p. 39).

La terapia nell'ambito di uno studio clinico

La ricerca medica studia in continuazione nuovi approcci terapeutici e nuovi metodi di cura. Dopo numerosi test preliminari le nuove terapie sono sperimentate sull'uomo. In genere si vuole scoprire se le nuove terapie accrescono l'efficacia e la tollerabilità di terapie già note oppure se esse comportano dei vantaggi (allungamento della vita, rallentamento dell'evoluzione della malattia, attenuazione dei dolori ecc.).

Forse le verrà proposto di partecipare a uno studio clinico: una parte della sua terapia si effettuerà allora nell'ambito di un tale studio. Può però anche informarsi direttamente se attualmente sono in corso studi sul suo tipo di malattia.

Le terapie nel quadro di uno studio clinico comportano vantaggi e rischi: solo un colloquio personale con il medico può chiarire se prevalgono i vantaggi.

La partecipazione a uno studio clinico è sempre volontaria; inoltre lei può sempre cambiare idea e interrompere la terapia in qualsiasi momento.

L'opuscolo «Trattamento dei tumori nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 40) spiega le ragioni di questi studi e i vantaggi che presenterebbe una sua eventuale partecipazione.

La terapia dei carcinomi endometriali

Troverà altre informazioni sulla classificazione degli stadi a pagina 16. I singoli metodi di cura sono descritti con maggiori particolari da pagina 28.

Il metodo di cura più diffuso e sicuro è l'operazione. Si procede, praticamente in tutti i casi, all'asportazione dell'utero nonché degli ovidotti e delle ovaie.

A dipendenza da quanto profondamente il tumore è penetrato nello strato muscolare dell'utero, dalla malignità delle cellule cancerose (vedi il grado di differenziazione a p. 17) e dal tipo di carcinoma (tipo 1 o 2, vedi p. 10), si asporteranno anche i linfonodi prossimali.

Se il tumore ha invaso anche altro tessuto della pelvi o della cavità addominale (stadi III e IV) si procederà all'asportazione anche di questo tessuto.

Il medico curante discuterà con la paziente dell'opportunità di eventuali altre terapie (terapie adiuvanti) che possono accrescere le probabilità di guarigione, migliorare la qualità della vita, ridurre il rischio di recidiva e allungare la vita.

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

La maggior parte delle pazienti affette da carcinoma endometriale in uno stadio precoce può essere curata grazie al solo intervento chirurgico.

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

In determinati casi si propone una radioterapia per ridurre il rischio di recidiva. Di solito si applica la brachiterapia intravaginale.

Nell'ambito di studi clinici (vedi p. 23) si studiano attualmente vantaggi e rischi di una radioterapia supplementare percutanea (irradiazione degli organi addominali dall'esterno).

In genere si ricorre alla radioterapia soltanto se il tumore recidiva effettivamente.

Il carcinoma endometriale nello stadio FIGO Ia, dipendente da stimolazione ormonale, può essere eventualmente curato dapprima con una terapia antiormonale nel caso che una donna giovane desideri ancora un figlio (vedi p. 33).

Il carcinoma endometriale negli stadi avanzati (FIGO III-IV, in parte II)

Dopo l'operazione si consigliano, come terapie supplementari adiuvanti, la radioterapia (brachiterapia intravaginale o/e radioterapia percutanea) e/o la chemioterapia.

La situazione personale della paziente può richiedere l'applicazione di una terapia antiormonale.

Non è escluso che le sia proposta una terapia nel quadro di uno studio clinico (vedi p. 23). Il suo medico le darà volentieri informazioni in merito agli studi clinici in corso e ai miglioramenti terapeutici allo studio.

Se in caso di carcinoma endometriale in stadio avanzato risp. aggressivo (stadio III e IV) l'intervento sarebbe troppo gravoso o inopportuno, si possono ridurre i focolai tumorali per mezzo di una radioterapia combinata (brachiterapia intravaginale e radioterapia percutanea) o eventualmente mediante la sola radioterapia percutanea.

La terapia dei sarcomi uterini

Troverà altre informazioni sulla classificazione degli stadi a pagina 16. I singoli metodi di cura sono descritti con maggiori particolari da pagina 28.

- > L'operazione è la terapia di prima scelta per tutti i tipi di sarcoma. Saranno asportati in genere l'utero, le due ovaie e gli ovidotti. A seconda del tipo di sarcoma e dello stadio della malattia si cercherà di preservare la fertilità delle donne in giovane età fino alla nascita del figlio desiderato (vedi anche p. 23).
- > A dipendenza dell'estensione del tumore, si asporteranno inoltre anche dei linfonodi; eventuali altri tessuti invasi dal tumore saranno asportati il più completamente possibile.
- > Dopo l'operazione si prenderanno in considerazione, a seconda della situazione e del tipo di sarcoma, la radioterapia (radioterapia percutanea e/o brachiterapia intravaginale), la chemioterapia o una terapia antiormonale. Si potranno così ridurre i residui tumorali e il rischio di recidiva.

- > Se il tumore è in uno stadio molto avanzato si rinuncia in genere all'operazione: sarebbe necessario un intervento chirurgico maggiore che avrebbe effetti collaterali pesanti. In questi casi la chemioterapia potrà ridurre i focolai tumorali e attenuare i disturbi.

La terapia del dolore

Nel cancro del corpo dell'utero possono insorgere dolori – non da ultimo a causa di metastasi – che se non curati risultano molto gravi per la paziente. È perciò importante parlare dei propri dolori e non sopportarli in silenzio.

I dolori non curati debilitano e deprimono inutilmente una persona sottraendole preziose energie. Conviene perciò approfittare delle moderne terapie del dolore.

I dolori tumorali possono sempre essere attenuati e in molti casi completamente eliminati con i farmaci o altre misure. Troverà molte utili informazioni in proposito nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Vivere con il cancro, senza dolore» (vedi p. 39).

Il post-trattamento e la riabilitazione

Al termine della terapia le verranno proposti regolari esami di controllo. Tali esami da un lato hanno lo scopo di individuare e attenuare i disturbi dovuti alla malattia e alla cura.

Il post-trattamento comprende, secondo il bisogno, anche la consulenza e l'assistenza psico-oncologica e psicosociale (vedi anche p. 37 sg.).

È importante discutere dei problemi che hanno attinenza con la malattia, di qualsiasi natura essi siano (psichica, professionale o sociale). Ciò faciliterà la graduale ripresa dell'attività e il reinserimento sociale.

Nei primi 3 anni dopo la terapia antitumorale per un cancro del corpo dell'utero il medico solitamente le propone una visita di controllo ogni 3 mesi. In seguito saranno sufficienti esami di controllo ogni 6 o 12 mesi.

L'obiettivo di questi esami è, dall'altro lato, anche di scoprire e curare tempestivamente una eventuale recidiva, un altro tumore o delle metastasi.

Non esiti a sollecitare aiuto medico se insorgono sintomi e disturbi senza aspettare la scadenza della prossima visita di controllo.

I metodi terapeutici

Non tutti i metodi di cura descritti qui di seguito sono applicati nel singolo caso. Nel capitolo precedente è stato spiegato in quali circostanze si ricorre a un determinato metodo.

L'operazione

In caso di sospetto cancro del corpo dell'utero, o dopo esami che hanno confermato il sospetto, si renderà quasi sempre necessaria un'operazione. L'intervento chirurgico ha i seguenti scopi:

- > stabilire l'estensione o stadio della malattia e precisare la diagnosi (vedi anche p. 16),
- > l'asportazione completa, o il più completa possibile, dell'utero e di altri cosiddetti focolai tumorali extrauterini, o almeno la loro riduzione,
- > l'eventuale asportazione preventiva di altri organi e tessuti in cui si formano spesso metastasi.

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

Estensione dell'intervento chirurgico

In caso di cancro del corpo sarà necessario asportare, completamente o in parte, vari organi e tessuti: ciò dipenderà dalla localizzazione ed estensione del tumore o dei focolai tumorali, dallo stadio della malattia e dal tipo di tumore.

Gli organi e tessuti da asportare sono in genere:

- > l'utero (isterectomia)
- > le due ovaie e i rispettivi ovidotti (annessiectomia)

Se necessario talvolta anche:

- > il tessuto connettivo lasso che circonda l'utero (parametrio),
- > i linfonodi situati lungo le vene pelviche (linfanedectomia pelvica) e la grande vena/arteria addominale (linfanedectomia para-aortica),
- > la parte superiore della vagina (colpectomia),
- > il grande omento: questo tessuto grasso avvolge il colon.

Prima dell'intervento si pratica un lavaggio addominale; il liquido viene raccolto e analizzato in vista della presenza di eventuali cellule tumorali.

L'esame dei tessuti (istologia)

L'esame del tessuto prelevato al microscopio si effettua già durante la biopsia o il raschiamento (vedi p. 14), ma soprattutto durante l'intervento chirurgico (diagnosi intraoperatoria). Esso permette l'accertamento del tipo di tumore e il grado di differenziazione delle cellule cancerose (vedi p. 17).

Inoltre è possibile accertare l'estensione e il grado d'infiltrazione del tumore nello strato muscolare dell'utero. In base ai risultati dell'esame, il chirurgo deciderà quali altri organi o regioni controllare, quali dovranno essere eventualmente asportati e quali invece potranno restare in loco.

Dopo l'operazione il tessuto sarà sottoposto a più accurati esami di laboratorio. In base ai risultati si deciderà se sono necessarie altre terapie (adiuvanti).

Il procedimento chirurgico

L'addome può essere inciso longitudinalmente dal pube fin oltre l'ombelico: dipende dall'estensione dell'intervento previsto. Quest'apertura chirurgica è detta laparotomia e permette di esaminare l'intera cavità addominale

alla ricerca di focolai tumorali. In base alle conoscenze attuali questo intervento offre le più elevate probabilità di guarigione.

In determinati casi di tumori in uno stadio precoce si ricorre sempre più spesso all'operazione laparoscopica.

Questa tecnica operatoria mini-invasiva non richiede l'apertura dell'addome. Attraverso piccole incisioni (di 1 cm al massimo) vengono introdotti il laparoscopio (una sonda munita di camera) e altri speciali strumenti. La visione del campo operativo e la guida degli strumenti avvengono su un monitor.

Il pro e il contro

Il chirurgo deve spiegarle in precedenza la probabile estensione dell'intervento o quali organi potrebbero essere interessati.

Si informi sulle possibili conseguenze dell'intervento sulla sua salute e sulla sua attività quotidiana.

Si faccia spiegare anche vantaggi e svantaggi dei singoli procedimenti chirurgici in rapporto alla sua situazione personale.

Frequenti effetti dell'operazione

Le conseguenze dell'operazione e gli effetti indesiderati dipendono dall'estensione dell'intervento chirurgico e dall'asportazione di organi o parti di organo.

Linfedemi

Dopo l'asportazione chirurgica di linfonodi e la resezione di vasi linfatici possono insorgere dei linfedemi poiché la linfa non può più defluire normalmente.

Si tratta di tumefazioni dolorose formatesi per il ristagno di liquido nei tessuti. Dopo l'operazione per cancro dell'utero i linfedemi si formano di solito nel basso ventre, nell'inguine o nelle estremità inferiori.

Si faccia spiegare prima cosa può fare in caso di linfedemi. Troverà altre informazioni nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Il linfedema» (vedi p. 39).

Disturbi gastrointestinali

Possono manifestarsi disturbi gastrointestinali passeggeri. In rari casi, quando il tumore si è infiltrato nell'intestino, può essere necessario praticare un ano artificiale, in genere temporaneo. Troverà altre informazioni al riguardo nell'opuscolo della Lega contro il cancro «La colostomia» (vedi p. 39).

Incontinenza urinaria

L'operazione può causare per qualche tempo perdite involontarie di urina. Nel bacino gli organi sono molto vicini gli uni agli altri per cui durante l'operazione possono essere lesi l'uretra, la vescica, gli ureteri e i nervi afferenti. Se si manifestasse questo disturbo non esiti a chiedere consiglio: l'incontinenza si può curare.

Effetti sulla sessualità

Legga le osservazioni a p. 22.

La radioterapia (irradiazione)

La radioterapia danneggia in primo luogo le cellule cancerose, in maniera che non possano più dividersi e moltiplicarsi e muoiano.

I raggi possono però avere effetti anche sulle cellule sane e provocare temporaneamente dei disturbi. Contrariamente alle cellule cancerose, quelle sane si riprendono però quasi tutte.

A seconda della situazione la radioterapia può essere combinata con una terapia antitumorale medicamentosa (chemioterapia).

L'irradiazione interna

(brachiterapia intravaginale)

Nella brachiterapia intravaginale (dal greco brachis = vicino, corto) si introducono nella vagina degli applicatori (sorta di tubicini) contenenti una sorgente radioattiva che viene caricata dopo il posizionamento. Si parla di «afterloading», ossia postcaricamento. La sorgente radiante resta solo per breve tempo nel corpo ed è poi rimossa.

L'irradiazione interna ha in genere – al contrario dell'irradiazione esterna – scarsi effetti collaterali poiché il tessuto intorno al tumore non subisce praticamente lesioni. La diarrea è l'effetto più frequente.

L'irradiazione esterna

(radioterapia percutanea)

I raggi attraversano la pelle della parete addominale (perciò si parla di irradiazione percutanea) e colpiscono il tessuto invaso dal tumore nonché i linfonodi prossimali. La regione da irradiare viene esattamente delimitata con l'ausilio della tomografia computerizzata. In questo modo i raggi sono diretti in modo mirato sulle zone da irradiare e non ledono praticamente gli organi vicini come la vescica e il retto.

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

Frequenti effetti indesiderati

- > Incontinenza urinaria, disturbi/dolori durante la minzione;
- > nausea, diarrea o crampi addominali;

- > secchezza o arrossamento della pelle/mucosa irradiata;
- > infiammazioni vaginali in caso di irradiazione intravaginale;
- > disturbi della sessualità (problemi vaginali, calo della libido, dolori).

Legga anche le osservazioni generali da pagina 21.

Maggiori informazioni sulla radioterapia si trovano nell'opuscolo della Lega contro il cancro «La radio-oncologia» (vedi p. 39).

Le terapie medicamentose

Chemioterapia (citostatici)

Per chemioterapia s'intende una cura a base di farmaci, i cosiddetti citostatici (dal greco *zyto* = cellula e *statikós* = stasi), che distruggono le cellule cancerose o ne inibiscono la crescita. A differenza della radioterapia, che agisce localmente, i citostatici si diffondono in tutto il corpo attraverso il circolo sanguigno: essi hanno dunque un effetto sistemico.

Questi farmaci impediscono la divisione e la conseguente proliferazione delle cellule cancerose a crescita rapida. Tuttavia i farmaci danneggiano anche le cellule sane a crescita rapida, per esempio le cellule del sistema emopoietico (midollo spinale), le cellule dei capelli, le cellule delle mucose (bocca, stomaco, intestino, vagina), le cellule seminali e gli ovociti.

Questi danni sono la causa principale degli effetti collaterali della chemioterapia. Ma mentre le cellule cancerose muoiono, quelle sane per lo più si riprendono: al termine della terapia gli effetti secondari scompaiono.

Per ogni singolo tipo di tumore si utilizza un determinato citostatico: ve ne sono più di cento. In caso di cancro del corpo dell'utero si combinano in genere due farmaci diversi. Si parla in questo caso di terapia combinata, a differenza della monoterapia in cui si somministra un solo farmaco.

- > In caso di cancro del corpo dell'utero la chemioterapia inizia 2–3 settimane dopo l'operazione: viene dunque somministrata in maniera adiuvante (vedi p. 20).
- > I citostatici sono somministrati solitamente mediante infusione in diversi cicli, con un intervallo tra un ciclo e l'altro.
- > La terapia si effettua in genere in ambulatorio.

Frequenti effetti indesiderati

- > Alterazioni del quadro ematico: ciò può accrescere il rischio d'infezioni ed emorragie e provocare generale stanchezza (fatigue).
- > Nausea e vomito, disturbi gastrointestinali, infiammazione delle mucose della cavità orale.
- > Caduta dei capelli.
- > Infiammazioni vaginali, secchezza della mucosa vaginale.
- > Sindrome mano-piede: arrossamento e tumefazione in parte dolorosi del palmo della mano e/o della pianta del piede.
- > Disturbi renali e uretrali.
- > Tinnitus, ipoacusia (debolezza di udito).

La comparsa di questi effetti collaterali nel singolo caso dipende dal genere di farmaco o dalla combinazione dei farmaci, ma anche dalla posologia e dalla sensibilità individuale.

Molti effetti collaterali sono passeggeri. L'oncologo, l'infermiera o la sua persona di riferimento nell'istituto ospedaliero le daranno tutte le informazioni e i consigli necessari.

Legga anche le osservazioni generali alle pagine 21 sg.

La terapia antiormonale

La terapia antiormonale si basa sul fatto che la crescita di alcuni tumori uterini può essere favorita dagli ormoni. Ciò è il caso nel carcinoma endometriale di tipo 1 (vedi p. 10) e nel sarcoma dello stroma endometriale.

La terapia antiormonale può inibire la *formazione* o gli *effetti* degli ormoni, ma anche entrambe le cose e quindi rallentare indirettamente la crescita delle cellule cancerose. Nel carcinoma del corpo dell'utero si ricorre a questa terapia solo in caso di recidiva (ricomparsa del tumore) oppure se si

desidera preservare la fertilità di una donna giovane (vedi p. 22).

I farmaci sono assunti di regola per mesi o anche per anni, in parte in forma di compresse, in parte mediante un'iniezione retard. Gli effetti collaterali sono relativamente modesti, simili a quelli che compaiono all'inizio della menopausa.

Frequenti effetti indesiderati

- > vampate di calore
- > ristagno di liquidi nei tessuti
- > trombosi venose

Legga anche le osservazioni generali da pagina 21.

La terapia antiormonale non va confusa con l'ormonoterapia sostitutiva, che per esempio durante la menopausa può aumentare il livello ormonale.

Altre informazioni ...

sui farmaci antitumorali e su come combattere gli effetti indesiderati si trovano nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Le terapie medicamentose» (vedi p. 39).

Medicamenti di accompagnamento

Per combattere i sintomi legati alla malattia o alle terapie, come febbre e infezioni, anemia e dolori, il medico può prescrivere diversi altri farmaci o terapie – anche temporaneamente:

- > medicinali contro la nausea e il vomito
- > collutori o spray contro le afte nella bocca
- > antibiotici contro infezioni batteriche
- > antimicotici contro i funghi (micosi)
- > trasfusioni di sangue o farmaci (eritropoietina) in caso di anemia o trasfusione di piastrine in caso di rischio di emorragia
- > antidolorifici (vedi anche p. 26)
- > in caso di notevole calo dei globuli bianchi: medicinali per stimolare la formazione di globuli bianchi

La medicina complementare

Numerosi malati di cancro ricorrono, oltre alle comuni terapie mediche, anche ai metodi complementari di cura. *Complementari* significa che tali metodi completano la terapia medica tradizionale.

Alcuni di questi metodi possono contribuire a migliorare il benessere generale e la qualità di vita, ma in genere non hanno alcun effetto sul tumore stesso.

Si sconsigliano invece i cosiddetti metodi *alternativi*, cioè quei metodi applicati *in sostituzione* delle terapie mediche tradizionali. Troverà ulteriori indicazioni in merito nell'opuscolo «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 39).

Un colloquio personale con il personale curante o con il medico di famiglia permetterà di chiarire se nel suo caso ha senso ricorrere alla medicina complementare e di scegliere il metodo più opportuno che non comprometta la terapia antitumorale raccomandata. Tenga presente che anche preparati apparentemente innocui possono interferire con certe terapie e sono dunque controindicati.

È importante che lei informi l'équipe curante di eventuali metodi complementari da lei scelti.



Convivere con il cancro

Numerose persone confrontate con una diagnosi di cancro vivono oggi meglio e più a lungo che non alcuni decenni fa. In molti casi, tuttavia, il trattamento è lungo e gravoso. Alcuni riescono a svolgere le loro consuete attività parallelamente alla terapia, per altri ciò diventa impossibile

Ascoltare sé stessi

Riservi tutto il tempo necessario per la configurazione della sua nuova situazione di vita. Il ritorno alla vita quotidiana può avvenire in maniera graduale, in sintonia con il carico che è in grado di sopportare.

Cerchi di scoprire quali aspetti potrebbero contribuire a migliorare la sua qualità di vita. A volte basta porsi semplici domande come:

- > Qual è il mio vero problema?
- > Cosa mi occorre?
- > Come potrei ottenere ciò che desidero?
- > Chi potrebbe darmi una mano?

Consideri anche l'appendice e le altre indicazioni in questo opuscolo.

Cercare il dialogo

Proprio come le persone sane affrontano in maniera diversa le questioni esistenziali, anche una situazione di malattia è vissuta in modo differente da ogni individuo. La gamma delle reazioni va

da un «Tutto andrà bene!» o «Speriamo che tutto vada bene!» a «Di certo andrà tutto storto!» o «È finita, dovrò morire!».

I sentimenti di paura sono strettamente legati a ogni malattia tumorale, indipendentemente dalle probabilità di guarigione.

Alcune persone non vogliono parlare della propria situazione, altre lo desiderano ma non osano affrontare l'argomento. Altri ancora sono delusi se le persone che li circondano fanno finta di niente. Non vi sono ricette valide per tutti. Ciò che può aiutare una persona può non significare nulla per un'altra o viceversa.

Richiedere assistenza specialistica

Se persistono stati di ansia o di inquietudine e lei non sa più come farvi fronte non esiti a richiedere un'adeguata assistenza specialistica.

Parli con un membro della sua équipe curante o con il suo medico di famiglia. Le potranno così essere raccomandate o prescritte ulteriori misure di sostegno coperte dall'assicurazione malattia di base.

Per problemi psicosociali può rivolgersi al servizio sociale dell'ospedale o alla sua Lega contro il cancro.

Appendice

Chieda consiglio

L'équipe curante

I membri della sua équipe curante le forniranno volentieri ulteriori indicazioni per superare i disturbi legati alla malattia e ai trattamenti. Consideri anche la possibilità di ricorrere a eventuali misure complementari in grado di contribuire al suo recupero e reinserimento nella vita professionale e sociale e a migliorare il suo benessere.

Eventualmente chieda anche una consulenza psico-oncologica.

La sua Lega cantonale contro il cancro

La Lega contro il cancro della sua regione le offre consulenza, assistenza e sostegno per superare le difficoltà dovute alla malattia. L'offerta comprende anche corsi o aiuto nel chiarimento di questioni assicurative e la mediazione di altri specialisti (per esempio per il linfodrenaggio, la consulenza psico-oncologica, le terapie complementari ecc.).

Linea cancro 0800 11 88 11

Una specialista le presterà ascolto, la informerà sui possibili passi da intraprendere e risponderà alle sue domande relative alla malattia tumorale e alle terapie antitumorali. La chiamata e la consulenza sono gratuite.

Scambio con altri pazienti

Lei ha inoltre la possibilità di discutere di ciò che le sta a cuore in un forum in Internet. A questo proposito le segnaliamo il sito www.forumcancro.ch, una prestazione di Linea cancro.

La preghiamo tuttavia di tenere presente che ciò che ha aiutato o danneggiato un'altra persona non deve necessariamente avere lo stesso effetto su di lei. Ma apprendere in che maniera altri pazienti e i loro familiari sono riusciti a gestire la propria situazione può certamente infondere coraggio.

Organizzazioni di autoaiuto

In questi gruppi i pazienti si scambiano esperienze e informazioni. Ciò è spesso più facile con persone che si trovano in situazioni analoghe.

Assicurazione

- > I costi del trattamento in caso di cancro vengono assunti dall'assicurazione di base obbligatoria a condizione che si tratti di una terapia riconosciuta o che il prodotto figuri nel cosiddetto elenco delle specialità dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Il suo medico curante è tenuto a informarla accuratamente a questo proposito.
- > Anche nell'ambito di uno studio clinico (vedi p. 23) i costi per i trattamenti con sostanze riconosciute sono coperti. Alcune procedure relative a nuove terapie sono tuttavia legate a determinate condizioni.

- > Per consulenze/terapie complementari di carattere non medico la copertura dei costi da parte dell'assicurazione di base o dell'assicurazione complementare non è garantita. Occorre quindi chiarire la questione prima di iniziare il trattamento. Lo faccia di persona o chieda al suo medico di famiglia, al medico curante, all'ospedale o alla Lega cantonale contro il cancro di farlo per lei.
- > Le persone cui è stata diagnosticata una malattia tumorale vengono accettate solo con riserve in una nuova assicurazione malattia complementare. Anche per assicurazioni sulla vita che superano una determinata somma l'assicurazione esprimerà delle riserve.

Opuscoli della Lega contro il cancro

- > **La terapia medicamentosa dei tumori**
(Chemioterapia)
- > **La radio-oncologia**
- > **La colostomia**
Guida per le persone con un ano artificiale
- > **Vivere con il cancro, senza dolore**
- > **Fatica e stanchezza**
- > **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**
Suggerimenti e idee da capo a piedi
- > **Difficoltà di alimentazione legate al cancro**
- > **Il cancro e la sessualità femminile**
- > **Il linfedema**
Informazioni per i pazienti per la prevenzione e la cura
- > **Alternativi? Complementari?**
Rischi e benefici di metodi non provati in oncologia
- > **Attività fisica e cancro**
Riacquistare fiducia nel proprio corpo

- > **Accompagnare un malato di cancro**
Guida per familiari e amici
- > **Come aiutare il proprio bambino?**
Quando mamma o papà si ammala di cancro
- > **Neuland entdecken – REHA-Seminare der Krebsliga/ A la découverte de nouveaux horizons – Stages de réadaptation**
Programma di corsi
- > **Rischio di cancro ereditario**
Guida per le famiglie con numerosi casi di cancro
- > **Cancro – dai geni all’uomo**
Un CD-Rom che illustra l’origine e il trattamento delle malattie tumorali (fr. 25.–, più spese di spedizione). Disponibile in tedesco e francese.
- > **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**

Le pubblicazioni si possono ordinare

- > presso la Lega contro il cancro della sua regione
- > chiamando il numero:
0844 85 00 00
- > per e-mail: shop@legacancro.ch
- > all’indirizzo www.legacancro.ch

Sul sito www.legacancro.ch/opuscoli troverà l’elenco completo di tutti gli opuscoli della Lega contro il cancro con una breve descrizione dei contenuti. La maggior parte degli opuscoli è gratuita. Le vengono offerti dalla Lega svizzera contro il cancro e dalla sua Lega cantonale contro il cancro. Ciò è possibile unicamente grazie alle offerte delle nostre sostenitrici e dei nostri sostenitori.

Opuscoli di altre organizzazioni

«**Trattamento dei tumori nell’ambito di uno studio clinico**», reperibile presso l’Istituto svizzero per la ricerca applicata sul cancro SIAK, telefono 031 389 91 91, e-mail: sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch.

Internet

(in ordine alfabetico)

www.aimac.it

Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici

www.airc.it (Conoscere la malattia → Guida tumori → Utero)

Associazione italiana per la ricerca sul cancro

www.fondazionemattioli.it (I tumori dell'apparato genitale femminile → Utero o endometrio)

www.forumcancro.ch

Il forum internet della Lega contro il cancro

www.gynevra.it (sostenuto dall'industria farmaceutica)

Tedesco

www.krebsliga.ch/wegweiser

Banca dati di offerte e servizi psicosociali

www.patientenkompetenz.ch

Fondazione per promuovere l'auto-determinazione in caso di malattia

www.swissago.ch

Informazioni specialistiche del Gruppo di lavoro Oncologia ginecologica della Società svizzera di ginecologia e ostetricia

Inglese

www.cancer.gov/cancertopics/types/endometrial

National Cancer Institute USA

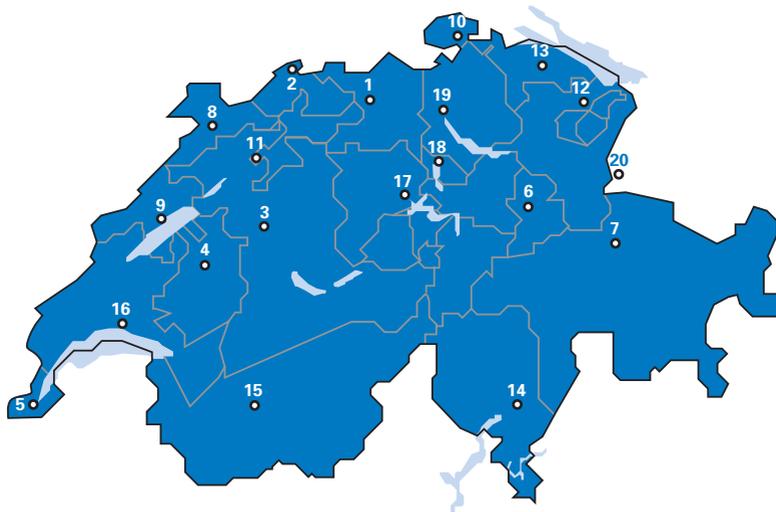
www.cancerbackup.org.uk/Cancer-type/Wombuterus

Servizio di informazioni sul cancro

Fonti

Le pubblicazioni e i siti internet citati in questo opuscolo sono serviti alla Lega contro il cancro tra l'altro anche come fonti. Soddisfano complessivamente i criteri di qualità della Health On the Net Foundation, il cosiddetto HonCode (vedi www.hon.ch/HON-code/German/).

Consulenza e aiuto – la Lega contro il cancro nella sua regione



1 **Krebsliga Aargau**

Milchgasse 41, 5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebsliga-aargau.ch
www.krebsliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 **Krebsliga beider Basel**

Mittlere Strasse 35, 4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.krebsliga-basel.ch
PK 40-28150-6

3 **Bernische Krebsliga**

Ligue bernoise contre le cancer

Marktgasse 55, Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

4 **Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg**

Route de Beaumont 2
case postale 75
1709 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 425 54 01
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 **Ligue genevoise contre le cancer**

17, boulevard des Philosophes
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 **Krebsliga Glarus**

Kantonsspital, 8750 Glarus
Tel. 055 646 32 47
Fax 055 646 43 00
krebssliga-gl@bluewin.ch
PK 87-2462-9

7 **Krebsliga Graubünden**

Alexanderstrasse 38, 7000 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

8 **Ligue jurassienne contre le cancer**

Rue de l'Hôpital 40
case postale 2210
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

- 9 Ligue neuchâtoise contre le cancer**
Faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
Incc@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9
- 10 Krebsliga Schaffhausen**
Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
b.hofmann@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2
- 11 Krebsliga Solothurn**
Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7
- 12 Krebsliga St. Gallen-Appenzell**
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
beratung@krebssliga-sg.ch
www.krebssliga-sg.ch
PK 90-15390-1
- 13 Thurgauische Krebsliga**
Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4
- 14 Lega ticinese contro il cancro**
Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
tel. 091 820 64 20
fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6
- 15 Ligue valaisanne contre le cancer Krebsliga Wallis**
Siège central:
Rue de la Dixence 19, 1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14, 3900 Brig
Tel. 027 922 93 21
Mobile 079 644 80 18
Fax 027 922 93 25
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2
- 16 Ligue vaudoise contre le cancer**
Av. de Gratta-Paille 2
case postale 411
1000 Lausanne 30 Grey
tél. 021 641 15 15
fax 021 641 15 40
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0
- 17 Krebsliga Zentralschweiz**
Hirschmattstrasse 29, 6003 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5
- 18 Krebsliga Zug**
Alpenstrasse 14, 6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6
- 19 Krebsliga Zürich**
Moussonstrasse 2, 8044 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssliga-zh.ch
www.krebssliga-zh.ch
PK 80-868-5
- 20 Krebshilfe Liechtenstein**
Im Malarsch 4, FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40
casella postale 8219
3001 Berna
tel. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch
CP 30-4843-9

Linea cancro
tel. 0800 11 88 11
(chiamata gratuita)
lunedì-venerdì
ore 10.00–18.00
helpline@legacancro.ch
www.forumcancro.ch

Per ordinare gli opuscoli
tel. 0844 85 00 00
shop@legacancro.ch

Siamo grati per qualsiasi offerta.

Offerto dalla sua Lega contro il cancro: