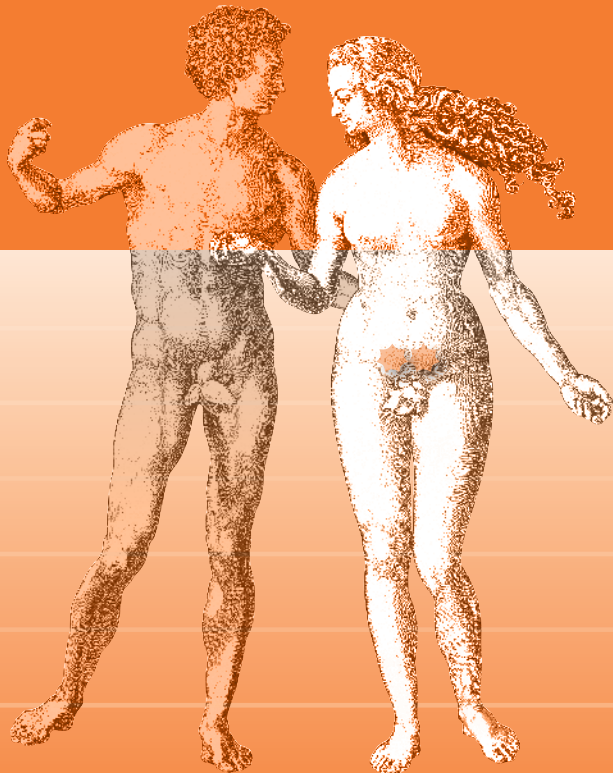




Il cancro dell'ovaio

Tumori ovarici



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, ostetricia e oncologia ginecologica, direttore della clinica di ginecologia, Clinica universitaria, Zurigo

Autrice

Ruth Jahn, giornalista scientifica, Zurigo

Traduzione

Sergio Pastore, Sennwald

Redazione

Christina Müller, Bellinzona

Copertina

Adamo ed Eva (da un disegno di Albrecht Dürer)

Illustrazioni

P. 9, 10, 11: Willi R. Hess, illustratore scientifico, Berna

Foto

P. 4, 20, 34: ImagePoint AG, Zurigo

Design

Wassmer Graphic Design, Langnau i. E.

Stampa

Ast & Jakob, Vetsch AG, Köniz

Questo opuscolo è disponibile anche in francese e tedesco.

© 2008, Lega svizzera contro il cancro, Berna

Sommario

Editoriale	5
Che cos'è il cancro?	6
Il cancro nelle ovaie	8
Le ovaie e gli organi vicini	8
La funzione delle ovaie	10
I vari tumori dell'ovaio	11
Il cancro dell'ovidotto (carcinoma tubarico)	13
Il cancro del peritoneo	13
Le cause e i rischi	13
I possibili sintomi	14
Gli esami e la diagnosi	16
Gli stadi della malattia	18
La terapia dei tumori ovarici	21
Indicazioni generali	21
Gli effetti indesiderati	23
Gli effetti sulla fecondità e sulla sessualità	24
La terapia nell'ambito di uno studio clinico	25
La terapia primaria	26
La terapia in caso di recidiva	27
La terapia del dolore	29
Il post-trattamento e la riabilitazione	29
I metodi di cura	30
L'operazione	30
Le terapie medicamentose	32
La medicina complementare	36
Convivere con il cancro	37
Appendice	38



Cara lettrice

Nel primo momento la diagnosi di cancro costituisce sempre uno shock per la persona interessata e i suoi familiari. La vita cambia di colpo, i progetti per il futuro devono essere accantonati, speranze e paure si alternano: tutto è rimesso in discussione.

Il presente opuscolo descrive in forma succinta la malattia, la diagnosi e la terapia del cancro dell'ovaio. Tratterà anche della possibilità di cancro delle tube uterine e/o del peritoneo.

Forse lei ha già affrontato un intervento chirurgico poiché la diagnosi precisa del cancro dell'ovaio si può fare solo dopo un'operazione. Per applicare la terapia ottimale occorre conoscere l'estensione del tumore.

Grazie ai progressi della medicina, la terapia del cancro dell'ovaio è da alcuni anni più efficace e anche meglio tollerata. Non tutte le donne possono contare sulla completa guarigione, tuttavia si può spesso rallentare l'evoluzione della malattia e attenuarne i sintomi; ciò permette di preservare in modo decisivo la qualità della vita.

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

Accetti di buon grado l'aiuto che persone a lei vicine vorranno offrirle. Potrà comunque sempre rivolgersi all'équipe curante e, se necessario, richiedere anche il parere di altri esperti.

La sua Lega contro il cancro

Osservazione

Alcune forme di cancro (per es. il cancro del seno, del corpo dell'utero, dello stomaco o del colon) possono formare metastasi nelle ovaie (metastasi ovariche). Queste metastasi sono dette metastasi da caduta. Poiché esse sono curate in modo diverso dal cancro dell'ovaio non ne sarà questione nel presente opuscolo.

Che cos'è il cancro?

Cancro è il termine generico 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.

I tumori benigni possono solo comprimere ma non invadere i tessuti sani. I tumori maligni invece s'infiltrano nei tessuti circostanti e li distruggono: attraverso i vasi linfatici e sanguigni le cellule cancerose possono infatti migrare nei linfonodi prossimali e quindi in altri organi dove formeranno delle metastasi.

Solitamente è possibile determinare da quale organo (tipo di cellula) hanno avuto origine queste metastasi. Le metastasi dell'ovaio presenti nel fegato, per esempio, si distinguono chiaramente dal carcinoma sviluppatosi da cellule epatiche. L'esame istologico (esame al microscopio del tessuto, dal greco *histos* = tessuto) permette di riconoscere le diverse forme di cancro. Ciò riveste 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. Una cellula sana si divide soltanto per il numero di volte previsto dall'organismo. Il patrimonio ereditario può però subire un danno che altera il meccanismo di divisione cellulare.

Di solito l'organismo è in grado di riparare i danni subiti da una cellula. Ma se ciò non avviene, la cellula fuori controllo (che ha subito cioè una mutazione) può riprodursi a piacimento e divenire per così dire «immortale».

Le cellule fuori controllo si aggregano e formano col tempo 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 un giorno all'altro. La rapidità di crescita varia notevolmente da tumore a tumore e da individuo a individuo.

Molteplici le cause

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 (sostanze nocive, stile di vita, alimentazione, radiazioni, virus ecc.) ed anche – sebbene più raramente – a causa di fattori ereditari.

Il rischio di cancro

Si può ridurre il rischio di alcuni tumori con uno stile di vita sano, rinunciando per esempio al fumo, alimentandosi in modo equilibrato e praticando regolarmente attività fisica. Per altre forme di cancro invece non sappiamo come si potrebbe ridurre il rischio (vedi p. 13).

Se una persona si ammala o meno in definitiva non è prevedibile e dipende dal caso. Possono esserne colpiti gli ottimisti e i pessimisti, chi fa vita sana e chi non si cura della propria salute. Non vi è alcuna garanzia contro il cancro.

In alcune famiglie si osserva una maggiore incidenza di certe forme tumorali, compreso il cancro dell'ovaio (vedi p. 14). Troverà altre informazioni su questo argomento nell'opuscolo «Rischio di cancro ereditario» (vedi p. 39).

Il cancro nelle ovaie

Il cancro dell'ovaio è un'affezione maligna che insorge allorché determinate cellule delle ovaie proliferano in modo incontrollato e formano un tumore.

Le ovaie e gli organi vicini

Le due ovaie sono parte degli organi sessuali femminili interni. A forma di mandorla, di dimensione variabile (da ca. 2,5 a 4 cm di lunghezza), sono situate nella piccola pelvi ai due lati dell'utero. Sono avvolte da una membrana, la cosiddetta capsula ovarica. Le ovaie sono collegate all'utero dalle tube uterine (ovidotti).

Il peritoneo e l'omento non sono raffigurati. Anch'essi rivestono importanza in relazione ai tumori ovarici poichè possono essere colpiti a loro volta dal tumore.

Il peritoneo

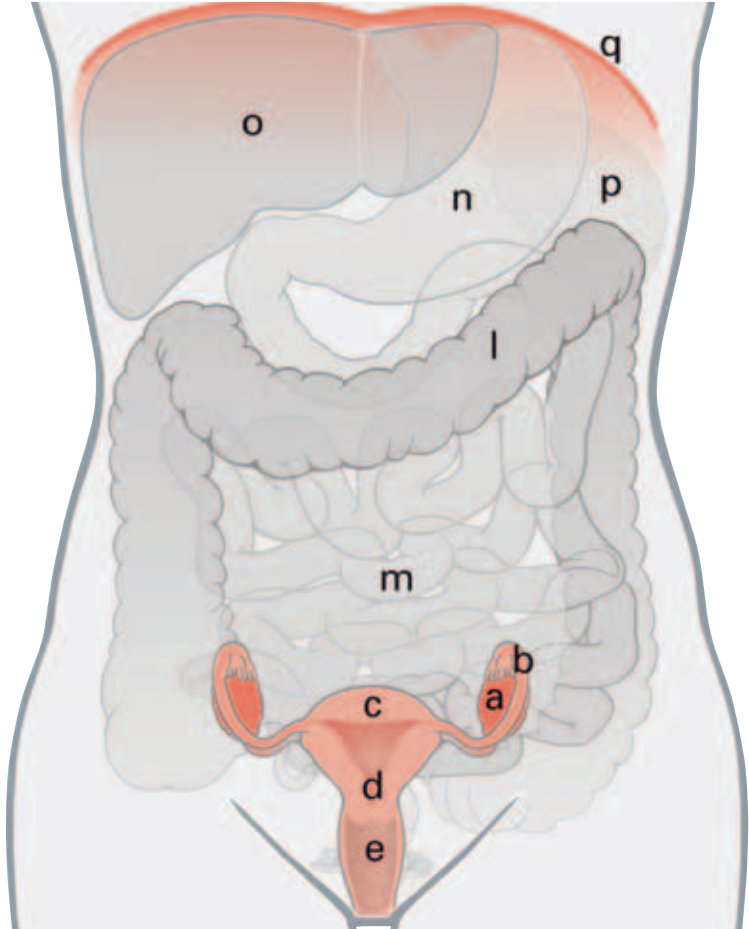
È costituito da due strati sottili. Lo *strato esterno* – il *peritoneo parietale* – riveste le pareti addominale e pelvica e la superficie diaframmatica inferiore.

Lo *strato interno* – il *peritoneo viscerale* – avvolge gli organi addominali come l'intestino, il fegato, la milza, l'utero, le ovaie ecc.

Il peritoneo ha una superficie di circa 1,7–2 m². La sua funzione è, da un lato, di assorbire il liquido che si raccoglie nella cavità addominale e di immetterlo nel sistema linfatico e sanguigno: con ciò contribuisce in maniera determinante alle difese immunitarie. Dall'altro lato secerne un liquido (siero peritoneale) che serve da lubrificante: i due strati possono così scorrere senza eccessivo attrito.

L'omento

Il grande omento (lat. omentum = copertura) è una doppia plica del peritoneo e ricopre soprattutto l'intestino tenue e parti del colon. È ricco di tessuto adiposo, di vasi sanguigni e linfatici e si estende dal diaframma all'ombelico. Sono molto importanti per la regolazione dei liquidi e per le difese immunitarie della cavità addominale (vedi capitolo «Il peritoneo»).



Ovaie e organi vicini

- a ovaia
- b ovidotto (tuba uterina)
- c utero
- d collo dell'utero (cervice uterina)
- e vagina

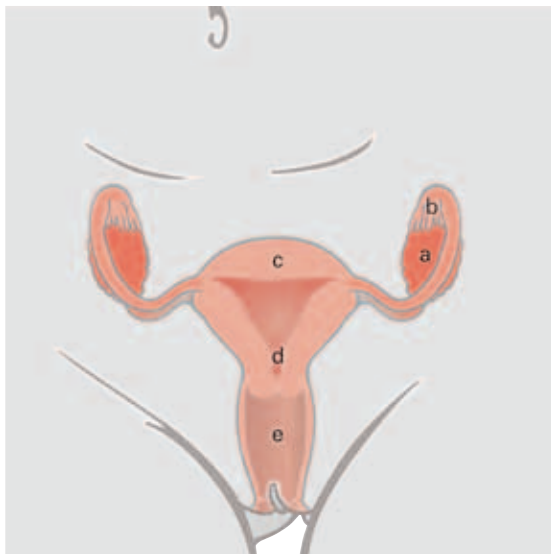
- l colon
- m intestino tenue
- n stomaco
- o fegato
- p milza
- q diaframma

La funzione delle ovaie

Le ovaie sono le ghiandole sessuali femminili (gonadi). Contengono le cellule sessuali immature (follicoli). Inoltre nelle ovaie si produce la maggior parte degli ormoni sessuali femminili, gli estrogeni e il progesterone.

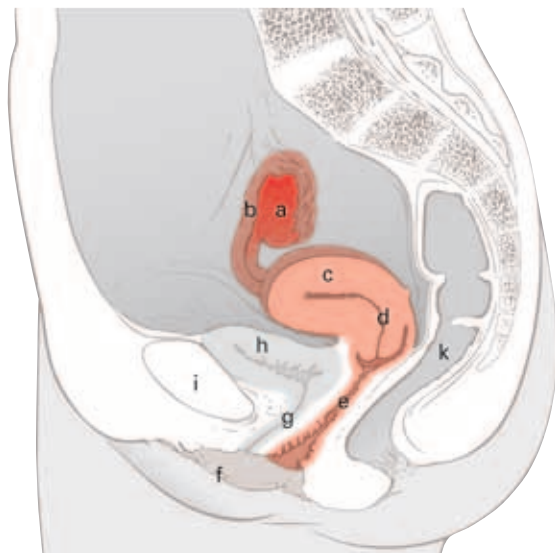
A partire dalla pubertà una volta al mese si libera un'ovocellula in una delle due ovaie: si parla di rottura del follicolo o di ovulazione. Nella tuba uterina l'ovulo o ovocita può essere fecondato e in questo caso si anniderà alcuni giorni dopo nell'utero come embrione.

Se nell'utero non si annida un ovulo fecondato, l'endometrio (la mucosa dell'utero) si stacca e avrà luogo il flusso mestruale (mestruazioni).



Ovaie e organi vicini

- a ovaia
- b ovidotto (tuba uterina)
- c utero
- d collo dell'utero (cervice uterina)
- e vagina



- f labbra
- g uretra
- h vescica urinaria
- i pube (os pubis)
- k retto

I vari tumori dell'ovaio

Le ovaie sono costituite da tessuto di vario genere e diversi sono perciò anche i tumori che possono svilupparsi. Le forme più frequenti di tumore delle ovaie sono le seguenti:

Tumori ovarici benigni

Due tumori ovarici su tre sono benigni (vedi p. 12).

Carcinomi ovarici

Si sviluppano nello strato di tessuto più esterno che circonda le ovaie, il cosiddetto epitelio superficiale (lat. epithel = tessuto di copertura). I carcinomi ovarici fanno parte del gruppo dei tumori ovarici epiteliali: costituiscono il 70% di tutti i tumori ovarici.

Tumori borderline

Sono anch'essi tumori ovarici epiteliali e costituiscono il 15% di tutti i tumori ovarici. Presentano alterazioni cellulari maligne più o meno marcate e rappresentano quindi dei casi limite (ingl. borderline = linea di confine). Durante la crescita sono in genere meno aggressivi e meno invasivi (distruttivi) dei carcinomi ovarici, possono tuttavia estendersi alla cavità addominale.

Tumori dello stroma gonadico

Lo stroma è una sorta di tessuto connettivo che racchiude le ovaie come un involucro e in cui si formano tra l'altro gli ormoni estrogeno e gestagene. I tumori dello stroma gonadico sono di scarsa malignità: costituiscono il 5–8% dei tumori ovarici.

Tumori delle cellule germinali

Costituiscono circa il 5% dei tumori ovarici. Non si sviluppano dalle cellule delle ovaie, ma dalle ovocellule o germinali nell'ovaia.

A causa dell'immediata vicinanza delle ovaie agli altri organi della cavità addominale e del bacino, singole cellule cancerose delle ovaie possono depositarsi direttamente, per esempio, sull'utero, sulla vescica, sull'intestino, sulla capsula della milza o del fegato, invadere questi organi e formarvi delle metastasi. Possono essere colpiti anche il diaframma, il peritoneo e l'omento (vedi p. 8).

Attraverso i vasi linfatici e sanguigni le cellule tumorali possono inoltre diffondersi in altri organi, dove possono dare origine a metastasi. Nel caso del cancro dell'ovaio gli organi più colpiti sono il fegato, la pleura e i polmoni, più raramente le ossa e il cervello.

Tumori ovarici benigni

In tutti i vari tessuti delle ovaie possono aver luogo alterazioni cellulari di natura benigna. Infatti due tumori ovarici su tre sono benigni. Ma non sempre si può determinare con certezza se un tumore è benigno o maligno (vedi anche «Tumori borderline», p. 11). Le donne giovani hanno spesso tumori benigni.

Tra le anomalie di natura benigna troviamo soprattutto le cisti (capsule o cavità contenenti liquido o materiale semiliquido o solido), le cisti dermoidi (teratomi), le cisti endometriali e i fibromi (proliferazione di tessuto connettivo fibroso). Se sono di notevoli dimensioni o se causano dolore queste formazioni dovrebbero essere asportate. Le cisti possono però anche regredire spontaneamente.

Cancro dell'ovidotto (carcinoma tubarico)

Si tratta di una forma di cancro molto rara con le stesse caratteristiche biologiche del cancro dell'ovaio. Non se ne conoscono le cause e i rischi. Non si è potuto accertare finora se tra i fattori di rischio figurano l'ereditarietà e la nulliparità, come è il caso per gli altri tumori ovarici.

Tuttavia il cancro delle ovaie e altri tumori ginecologici possono estendersi agli ovidotti e formarvi metastasi.

Il cancro del peritoneo

È raro che un tumore origini dal peritoneo (vedi p. 8). Questa forma di cancro è detta anche carcinoma peritoneale.

Capita invece più di frequente che un tumore ovarico o tubarico (o di un altro organo addominale) si estenda al peritoneo: si parla in questo caso di carcinosi peritoneale. A volte sono colpite singole parti del peritoneo, a volte tutto il peritoneo: ciò può provocare complicazioni gravissime che mettono in pericolo la vita del paziente.

Le cause e i rischi

Non c'è una causa evidente che provoca il cancro dell'ovaio. Studi scientifici e l'esperienza clinica mostrano che alcuni fattori e circostanze possono accrescere il rischio di ammalarsi (ma non necessariamente, v. anche p. 7). Non ha quindi senso autoaccusarsi e pensare che la malattia sia insorta a causa di un suo comportamento «sbagliato».

Possibili fattori di rischio:

- > età superiore a 50 anni;
- > nulliparità, menopausa tardiva (ciò comporta un più alto numero di ovulazioni nel corso della vita);
- > fattori ereditari (v. capitolo seguente);
- > precedente cancro del seno, del corpo dell'utero o del colon;
- > ormonoterapia pluriennale durante il climaterio;
- > obesità;
- > esposizione a sostanze nocive (per es. amianto).

Sono considerati possibili fattori protettivi eventi o misure che riducono le ovulazioni nel corso della vita, per es. la prolungata assunzione della pillola contraccettiva, le gravidanze, l'allattamento.

Il rischio di cancro ereditario

Nel 5–10% dei tumori ovarici è probabile una predisposizione genetica. Si parla in questo caso di cancro ereditario.

- > Un indizio di cancro ereditario sono i casi di cancro del seno e dell'ovaio in famiglia, specie se sono insorti in soggetti giovani. Le rispettive alterazioni genetiche sono indicate con le sigle BRCA1 e BRCA2 (dall'espressione ingl. BReast CAncer = cancro del seno).
- > Un'altra predisposizione ereditaria che accresce il rischio di cancro dell'ovaio è indicata con le lettere HNPCC (dall'ingl. Hereditary non Polyposis Colorectal Cancer = cancro colico ereditario non polipomatoso). In queste famiglie sussiste un più elevato rischio di cancro coloretale nonché del corpo dell'utero.

L'opuscolo della Lega contro il cancro «Rischio di cancro ereditario» offre ulteriori informazioni in merito (vedi p. 39). Vi si discute specialmente della possibilità e delle modalità di accertamento del suo rischio personale e dei suoi familiari, nonché del pro e del contro di tale accertamento.

Ogni anno 600 casi

In Svizzera si registrano ogni anno circa 600 nuovi casi di tumore ovarico maligno. Al momento della diagnosi due donne su dieci hanno meno di 50 anni, quattro hanno dai 50 ai 69 anni e quattro oltre 70. In circa la metà dei casi sono colpite entrambe le ovaie.

I possibili sintomi

Il cancro dell'ovaio spesso non causa disturbi per molto tempo. I primi sintomi compaiono solitamente quando il tumore ha raggiunto una certa dimensione, soprattutto quando l'ovaia ingrossata comprime organi vicini o l'addome si gonfia per l'accumulo di liquido (ascite).

Si noti tuttavia che le dimensioni non sono necessariamente (ancora) indice di malignità. Una cisti benigna, per esempio (vedi p. 12), può causare disturbi per le sue dimensioni, ma non è pericolosa.

Tra i possibili sintomi figurano:

- > dolori al basso ventre per oltre quattro settimane;
- > perdite di sangue non mestruali o dopo la menopausa;
- > insorgenza e persistenza di disturbi digestivi, stitichezza o feci insolite;
- > inappetenza, pesantezza di stomaco, flatulenze;
- > aumento della circonferenza addominale a seguito dell'accumulo di liquido nell'addome (ascite). La causa può essere un tumore del peritoneo (vedi p. 13);
- > inspiegabile perdita di peso (nonostante l'addome gonfio);
- > fiato corto per l'accumulo di liquido nell'addome e nei polmoni, dovuto a carcinoma peritoneale o pleurico;
- > in alcune forme di tumore dello stroma gonadico (vedi p. 12): alterazioni del ciclo mestruale e perdite ematiche di altra natura.

Alcuni di questi sintomi possono anche essere dovuti ad altre malattie meno gravi: non significano dunque necessariamente che si tratta di un cancro. Tuttavia se ne dovrebbe accertare la causa, specie in presenza di fattori di rischio (vedi p. 13). Prima si scopre un tumore, più facile è il trattamento e più elevate sono le probabilità di guarigione.

In tre casi su quattro il cancro dell'ovaio è diagnosticato solo in uno stadio avanzato.

Gli esami e la diagnosi

Non esiste un metodo sicuro per la diagnosi precoce del cancro dell'ovaio, contrariamente al cancro del seno e del collo dell'utero.

I tumori ovarici sono spesso diagnosticati per caso, per es. durante una visita medica di routine dal ginecologo o per accertare le cause dell'infertilità, in occasione del legamento delle tube o di altro intervento chirurgico nella cavità addominale.

Nella maggioranza dei casi, al momento della diagnosi il tumore è già in uno stadio avanzato.

In caso di sospetto cancro dell'ovaio o per precisare la diagnosi si effettuano vari esami:

- > anamnesi (descrizione dei sintomi e segnalazione delle malattie precedenti), seguita da visita medica.

Esami diagnostici per immagini

- > Ecografia transvaginale: essa permette la visione delle ovaie e degli organi del bacino. Si possono osservare la posizione e le dimensioni del tumore, alcune sue proprietà e gli accumuli di liquido nella cavità addominale (ascite, vedi p. 15).

- > Se si conferma il sospetto di cancro si effettueranno in genere la tomografia computerizzata (CT) o la risonanza magnetica nucleare (MRT). Con questi metodi per immagini si possono visualizzare l'estensione del tumore nell'addome, i linfonodi colpiti e le metastasi.
- > Questi metodi diagnostici per immagini non permettono tuttavia di individuare con sicurezza i tumori inferiori a 1 cm di diametro.

Operazioni a fini diagnostici

- > La benignità o malignità di un tumore ovarico e la sua estensione nella cavità addominale possono essere accertati soltanto con un intervento chirurgico (vedi p. 30). Nell'occasione sarà definito lo stadio della malattia (vedi p. 18), importante per la scelta della terapia adeguata.
- > Interventi di chirurgia mininvasiva con biopsia per il prelievo di tessuto sono esclusi in caso di tumore ovarico: c'è infatti il rischio di diffusione di cellule cancerose nell'addome.

Laboratorio

- > Prima dell'intervento chirurgico o del trattamento si accerta il cosiddetto marcatore tumorale nel sangue (vedi riquadro).

Altri possibili esami

I risultati degli esami citati possono talvolta rendere necessari ulteriori accertamenti poiché potrebbero essere colpiti altri organi vicini:

- > coloscopia
- > gastroscopia
- > citoscopia

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.

- > Il marcatore tumorale specifico del cancro dell'ovaio è il CA125.
- > I marcatori tumorali dei tumori maligni delle cellule germinali (piuttosto rari) sono due: l'AFP e l'HCG.

La presenza o meno dei marcatori tumorali non è decisiva per la diagnosi di cancro dell'ovaio. Da un lato, in caso di tumore ovarico al primo stadio, il livello del marcatore tumorale nel sangue spesso non è elevato. Dall'altro, l'elevato livello del marcatore tumorale può essere dovuto a un'altra patologia – per es. a endometriosi (proliferazione della mucosa dell'utero).

Per contro i marcatori tumorali permettono in un secondo momento di verificare se la terapia ha avuto esito positivo o se invece la malattia progredisce (follow-up). Per questo si misura il livello del marcatore tumorale prima della terapia.

Gli stadi della malattia

La classificazione FIGO

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

Per differenziare gli stadi del cancro dell'ovaio e di altri tumori ginecologici la Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia (FIGO – Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique) ha messo a punto una classificazione.

Esiste inoltre anche la classificazione TNM che si applica a 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.

- I** Il tumore è limitato alle ovaie.
- Ia** Risulta colpita l'ovaia, ma la capsula è intatta.
- Ib** Sono colpite entrambe le ovaie, ma la capsula è intatta.
- Ic** Sono colpite una o entrambe le ovaie. Inoltre sono presenti cellule cancerose sulla superficie delle ovaie: ciò significa che una o entrambe le capsule sono perforate, oppure che sono presenti cellule maligne nel liquido addominale (ascite).
- II** Sono colpite una o entrambe le ovaie e il tumore ha invaso la piccola pelvi.
- Ila** Sono colpite una o entrambe le ovaie. Inoltre il tumore ha invaso l'utero o la tuba uterina.
- Ilb** Sono colpite una o entrambe le ovaie. Inoltre il tumore ha invaso altri organi della piccola pelvi (per es. il retto, la vescica).
- Ilc** Situazione identica a Ila e Ilb. Inoltre sono presenti cellule maligne nel liquido addominale (ascite).

III Sono colpite una o entrambe le ovaie. Sono inoltre colpiti il peritoneo (carcinosi peritoneale) e/o la superficie del fegato nonché i linfonodi regionali dei due grandi vasi addominali (aorta, grande vena addominale).

IV Sono colpite una o entrambe le ovaie. Sono inoltre presenti cellule cancerose al di fuori della cavità addominale, per es. nei polmoni, nel colon, nel fegato o anche nei linfonodi prossimali della clavicola.

Differenziazione delle cellule cancerose

Per poter scegliere la terapia migliore occorre esaminare il tessuto tumorale. Grazie a questo esame si potrà constatare in che misura le cellule cancerose si sono differenziate da quelle sane: possono avere ancora una certa somiglianza o essere notevolmente diverse. Gli esperti parlano di differenziazione o «grading». Consente di valutare l'aggressività del tumore.

La differenziazione si indica con la lettera «G» e le cifre arabe da 1 a 3.

G1 Le cellule cancerose sono ancora alquanto simili alle cellule sane (altamente differenziate).

G2 Le cellule cancerose presentano maggiori differenze dalle cellule sane (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 (scarsamente differenziate).



La terapia dei tumori ovarici

Indicazioni generali

La scelta del trattamento dipende principalmente:

- > dal tipo di tumore ovarico (carcinoma ovarico, tumore borderline ecc.);
- > dallo stadio della malattia (vedi p. 18);
- > dall'esame del tessuto tumorale (vedi p. 19, differenziazione);
- > dall'età e dallo stato generale di salute della paziente.

Le possibilità di cura

I principali metodi di cura sono (vedi anche p. 30):

- > la chirurgia (operazione);
- > la terapia medicamentosa (in genere la chemioterapia, più raramente l'ormonoterapia e la terapia degli anticorpi).

Di solito si procede all'intervento chirurgico nel quadro della terapia primaria, quindi si applica la chemioterapia. In caso di recidiva si tenta quasi sempre di inibire la crescita del tumore con la chemioterapia. Si effettua anche, sebbene più raramente, una seconda operazione.

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

Gli obiettivi terapeutici

Curativo

L'obiettivo è la completa guarigione.

Palliativo

(dal lat. palliare = coprire, avvolgere, ammantare). Se la completa guarigione non è più possibile si adotteranno varie misure mediche al fine di preservare il più possibile la qualità della vita. In alcuni casi è possibile contenere l'evoluzione della malattia per anni.

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

La terapia ha sempre per scopo la guarigione completa, quando ciò sia possibile. In caso di cancro dell'ovaio le probabilità di guarigione sono più elevate se si può asportare completamente il tumore (vedi anche p. 30).

Ma anche se il tumore non fosse più completamente operabile, a causa della sua localizzazione e delle sue dimensioni, vi sono ancora certe probabilità di guarigione grazie alla chemioterapia. Tali probabilità dipendono però dalla dimensioni della massa tumorale residua.

Se il tumore ha già formato metastasi in altri organi la guarigione non è in genere più possibile. Si può tuttavia rallentare l'evoluzione della malattia, cioè stabilizzarla per un certo tempo. Si potranno così attenuare quasi del tutto eventuali disturbi.

I principi terapeutici

Adiuvante

(dal lat. *adjuvare* = sostenere, aiutare). La terapia adiuvante è una cura integrativa postoperatoria per distruggere eventuali cellule cancerose residue e ridurre il rischio di una recidiva (ricomparsa del tumore) o di metastasi.

Neoadiuvante/preoperatorio

La terapia neoadiuvante precede l'intervento chirurgico e ha per scopo la riduzione della massa tumorale: l'operazione risulterà così meno radicale. Questa terapia permette anche l'eliminazione di metastasi microscopiche (micro-metastasi). Questo principio trova raramente applicazione in caso di tumori ovarici.

La scelta della terapia

La terapia è pianificata e controllata in maniera interdisciplinare. Ciò significa che specialisti di varie discipline valuteranno la situazione e le proporranno la migliore terapia possibile per il suo caso.

Desidera magari far partecipare ai colloqui un parente o una persona di sua fiducia?

È sicuramente meglio discutere delle varie proposte di cura coi rispettivi specialisti in ginecologia e oncologia.

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 chieda anche l'assistenza di una psico-oncologa. Si tratta di una consulenza che non contempla solo gli aspetti medici della malattia. Purtroppo questa possibilità non è ancora segnalata ovunque spontaneamente.

Riservi sufficiente tempo per gli incontri con l'équipe curante in cui si discutono le terapie e per le sue domande:

- > L'istituto ospedaliero è specializzato nella terapia del cancro dell'ovaio? L'esperienza del chirurgo può essere decisiva per la prognosi (probabilità di guarigione, speranza di vita).
- > La terapia proposta è curativa o palliativa (vedi anche p. 21)? 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 deve aspettarsi? Sono effetti passeggeri o permanenti? Questi effetti possono essere a loro volta curati?
- > Quali altri disturbi possono insorgere nel caso siano colpiti anche altri organi (per es. la milza, il colon)?
- > Che influssi avrà la terapia sulla fecondità e sulla sessualità?
- > C'è il rischio di incontinenza urinaria/anale?
- > Che effetti avranno la malattia e la terapia sulla sua vita quotidiana e sulle persone che la circondano?

- > Che effetti avrà l'eventuale rinuncia a determinati trattamenti sulla 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? Cosa significa questo per lei?

Gli effetti indesiderati

L'insorgenza e la severità degli effetti indesiderati varia da individuo a individuo. Non pochi degli effetti indesiderati indicati (vedi p. 30) possono essere oggi attenuati con misure mediche o infermieristiche. Ovviamente deve però comunicare al personale curante i suoi disturbi.

Alcuni effetti indesiderati possono manifestarsi in corso di trattamento e scomparire in seguito da soli; altri effetti invece si manifesteranno solo più tardi, cioè una volta conclusa la terapia. Una gran parte degli effetti indesiderati scompare dopo pochi giorni, talvolta però solo dopo settimane o mesi.

Soprattutto in uno stadio avanzato della malattia conviene ponderare attentamente l'eventuale successo della terapia e gli effetti indesiderati legati ai trattamenti.

Importante

- > Molti effetti collaterali sono prevedibili. A seconda della terapia antitumorale prescelta le saranno prescritti già in partenza determinati farmaci contro tali effetti. Segua scrupolosamente le prescrizioni mediche.
- > Prima di assumere dei medicinali di sua iniziativa si consulti sempre con l'équipe curante. Ciò vale anche per unguenti, lozioni e simili. Anche se sono «naturali» e apparentemente innocui possono risultare incompatibili con la terapia.

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 39) illustrano le terapie più comuni contro il cancro e gli effetti della malattia e delle cure nonché il modo di affrontarli.

Gli effetti sulla fecondità e sulla sessualità

In caso di cancro dell'ovaio sono in genere asportate entrambe le ovaie, entrambe le tube nonché l'utero. Per una donna non ancora in menopausa ciò significa che non avrà più le mestruazioni né potrà più avere figli. Inoltre entrerà subito in menopausa e risentirà spesso dei disturbi ad essa associati.

Ma anche la sessualità, la sensibilità sessuale e il rapporto col proprio corpo possono risentirne.

Alcuni di questi disturbi sono passeggeri e possono essere eventualmente curati. L'opportunità di una ormonoterapia deve essere discussa col medico soppesando attentamente rischi e vantaggi. Talvolta è possibile preservare la facoltà di procreare per le giovani donne che vorrebbero avere ancora un figlio. È però indispensabile poter conservare un'ovaia, la relativa tuba e l'utero. Questa possibilità esiste più facilmente nel caso di tumori maligni delle cellule

germinali, di tumori borderline ed eventualmente di tumori ovarici non ancora in stadio avanzato (stadio FIGO Ia, grado 1, vedi p. 18).

In questi casi si raccomanda in genere, dopo la pianificazione familiare, di completare l'intervento chirurgico con l'asportazione della seconda ovaia con tuba ed utero.

Prima di sottoporsi alla terapia del cancro dell'ovaio si consulti assolutamente col medico per chiarire quali effetti potrebbe avere la cura sulla fecondità e sulla sessualità.

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 cerca di accrescere l'efficacia e la tollerabilità di terapie già note oppure di verificare se i nuovi metodi comportano dei vantaggi (allungamento della vita, rallentamento della malattia, attenuazione dei dolori ecc.).

Forse le verrà proposto di effettuare parte della terapia nel quadro di uno studio clinico. Lei ha però anche il diritto di informarsi autonomamente sullo svolgimento di studi sulla sua malattia.

Queste terapie hanno dei vantaggi, ma anche degli inconvenienti: solo un colloquio personale col medico può chiarire ogni aspetto.

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

L'opuscolo «Trattamento dei tumori nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 39) spiega il perché di questi studi e l'importanza che la sua partecipazione potrebbe avere per lei.

La terapia primaria

Altre informazioni sulla suddivisione degli stadi a p. 18; i singoli metodi di cura sono descritti con maggiori particolari alle pagine 30 sgg.

Per terapia primaria s'intendono i trattamenti applicati al primo insorgere di un cancro dell'ovaio.

Carcinoma ovarico, cancro delle tube e del peritoneo

Stadi precoci I-IIa (FIGO)

In queste prime fasi esistono buone probabilità di guarigione. La terapia consiste generalmente in un intervento chirurgico maggiore seguito da chemioterapia.

Nell'intervento sono di solito asportati entrambe le ovaie e le tube, l'utero e altro tessuto, per es. i linfonodi, l'omento, l'appendice cecale.

Nello stadio precoce Ia/grading 1 (FIGO) (vedi p. 18) non si procederà all'asportazione dell'utero e di entrambe le tube se la paziente è ancora in giovane età e desidera dei figli. Aumenterà però il rischio di recidiva del cancro nell'ovaia rimasta.

Il chemiofarmaco utilizzato è sempre un citostatico contenente platino che può essere eventualmente combinato con un citostatico del gruppo dei taxani.

Un'eccezione: nella fase precoce Ia e grading 1 si può in genere rinunciare alla chemioterapia post-operatoria.

Stadi avanzati IIb-IV (FIGO)

Anche negli stadi avanzati l'intervento chirurgico è la terapia di prima scelta. Nell'occasione si asportano entrambe le ovaie con le tube, l'utero e spesso altro tessuto, per es. linfonodi, omento, appendice cecale. Ma possono essere colpiti altri organi o parti di organi: in questo caso si dovrà eventualmente procedere a un intervento chirurgico maggiore.

Successivamente si applicherà una chemioterapia combinata con un citostatico contenente platino e un citostatico del gruppo dei taxani.

Nell'ambito di uno studio clinico si applica talvolta una chemioterapia preoperatoria per ridurre il tumore e permettere così un intervento meno radicale.

I tumori borderline

I tumori ovarici borderline in fase di crescita sono meno aggressivi dei carcinomi ovarici, ma devono a loro volta essere asportati. Per contro la chemioterapia postoperatoria non è in genere necessaria.

Nell'intervento saranno asportati di solito entrambe le ovaie, le tube e l'utero. In determinate circostanze si asporterà solo un'ovaia preservando così la fecondità.

I tumori dello stroma gonadico

Questi tumori sono asportati chirurgicamente. Nello stadio la (FIGO) si asporta di solito solo l'ovaia colpita preservando così la fecondità.

Se non ci sono residui tumorali si rinuncerà in genere alla chemioterapia postoperatoria.

I tumori maligni delle cellule germinali

Anche nel caso di questi tumori si asporterà se possibile solo l'ovaia colpita qualora la paziente desideri avere ancora dei figli. Spesso si può così preservare la fecondità delle donne in giovane età.

A seconda della situazione si applicherà inoltre una chemioterapia combinata con due o tre farmaci.

La radioterapia è applicata raramente. Troverà maggiori informazioni in merito nell'opuscolo della Lega contro il cancro «La radio-oncologia» (vedi p. 39).

La terapia in caso di recidiva

I singoli metodi di cura sono descritti con maggiori particolari alle pagine 30 sgg.

In molti casi il cancro dell'ovaio, specialmente il carcinoma ovarico, si sviluppa di nuovo anche se la terapia aveva avuto inizialmente buon esito. Si parla in questo caso di recidiva.

Nella scelta della terapia si terrà conto dell'intervallo trascorso tra la fine del trattamento precedente e il recidivare del tumore.

Si considereranno anche lo stato generale di salute della paziente e l'obiettivo terapeutico.

Carcinoma ovarico, cancro delle tube e del peritoneo

Recidiva rapida

Se il tumore recidiva nei 6 mesi successivi alla fine della terapia primaria (operazione, chemioterapia), oppure se i residui tumorali non sono ulteriormente regrediti, gli esperti parlano di tumore resistente al platino. Ciò significa che il tumore non risponde in modo soddisfacente alla chemioterapia standard con farmaco contenente platino.

In questo caso non le sarà più raccomandato un tale citostatico, bensì un altro con sostanza attiva diversa.

Nell'ambito di uno studio clinico (vedi p. 25) si potranno prendere a volte in considerazione una terapia di anticorpi o una terapia antiormonale. Si informi in merito e si faccia spiegare per bene il principio di questi approcci terapeutici e degli studi clinici.

Recidiva ritardata

Se la recidiva si manifesta dopo 6 mesi dall'ultima terapia abbiamo a che fare con un cosiddetto cancro dell'ovaio sensibile al platino. Il tumore potrà essere di nuovo

curato con un citostatico al platino – di solito in combinazione con un citostatico del gruppo dei taxani.

In determinate circostanze si prenderà in considerazione, prima di applicare la chemioterapia, un'operazione chirurgica per ridurre il tumore o se possibile asportarlo completamente.

Tumori borderline

Tumori dello stroma gonadico

Questi tumori non recidivano o solo raramente e in genere non prima di vari anni. In caso di recidiva si renderà di solito nuovamente necessaria un'operazione.

Si consiglia di sottoporsi ai controlli post-trattamento (vedi p. 29) per oltre dieci anni.

Tumori maligni delle cellule germinali

In caso di recidiva di un tumore maligno delle cellule germinali si applica spesso subito la chemioterapia. Per certe forme di tumori delle cellule germinali si applica anche la radioterapia. Troverà altre informazioni sulla radioterapia nell'opuscolo della Lega contro il cancro «La radio-oncologia» (vedi p. 39).

La terapia del dolore

Nello stadio avanzato del cancro dell'ovaio possono insorgere dolori – non da ultimo a causa delle metastasi – che se non curati mettono a dura prova la paziente. È necessario che lei parli dei suoi dolori, non ha senso 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, eliminati, grazie a farmaci o ad altre misure. Troverà molte e 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

Inizialmente le saranno consigliati regolari esami di controllo. Tali esami hanno lo scopo di registrare e attenuare i disturbi dovuti alla malattia e alla cura.

La consulenza e l'assistenza psico-oncologica e psicosociale fanno parte del post-trattamento (vedi anche appendice). È importante discutere dei problemi che hanno attinenza con la malattia, siano essi di natura psichica, professionale o sociale. Facilitano infatti un migliore reinserimento nella vita quotidiana.

Il medico le consiglierà un esame ogni tre mesi e una mammografia annuale nei primi tre anni successivi alla terapia. In seguito saranno sufficienti esami di controllo ogni 6 o 12 mesi.

Scopo degli esami è di scoprire e curare tempestivamente una eventuale recidiva, un nuovo tumore o delle metastasi.

Non esiti comunque a rivolgersi subito al medico all'insorgere di sintomi e disturbi senza aspettare il successivo controllo.

I metodi di cura

Non tutti i metodi di cura descritti qui di seguito sono applicati in ogni singolo caso. Nel capitolo precedente si spiega quando viene adottato un determinato metodo.

- > L'attenuazione dei sintomi, per es. dolori al basso ventre, disturbi digestivi, problemi nella minzione, difficoltà respiratorie ecc.

L'operazione

In caso di sospetto cancro dell'ovaio l'operazione è praticamente sempre necessaria. L'intervento ha i seguenti scopi:

- > Stabilire l'estensione o lo stadio della malattia e precisare la diagnosi.
- > L'asportazione completa, se possibile, del tumore e del focolaio tumorale, o almeno la sua riduzione, nonché l'asportazione dei linfonodi colpiti. Sarà così possibile creare le condizioni ideali per la successiva chemioterapia e per accrescere la speranza di vita.

Se una donna non è ancora in menopausa si cercherà di preservare la fecondità. Purtroppo ciò è possibile solo in rari casi, cioè in uno stadio precoce della malattia e se il tumore è di un genere poco aggressivo a crescita lenta.

Intervento chirurgico maggiore

L'addome è inciso longitudinalmente dal pube fin oltre l'ombelico. Quest'apertura chirurgica, necessaria per esaminare l'intera cavità addominale alla ricerca di focolai tumorali, è detta laparotomia (gr. laparo = addome e tomé = incisione). L'operazione spesso dura varie ore e dovrebbe effettuarsi in una clinica specializzata.

Resezione

La resezione o asportazione completa di un tumore accresce le probabilità di guarigione ed è determinante per la pianificazione delle terapie successive. Dopo l'operazione il tumore è attentamente esaminato. La lettera «R» segnala la presenza di un tumore residuo.

R0 Nessuna presenza di tumore residuo.

R1 Il tumore residuo ha un diametro inferiore a 2 cm.

R2 Il tumore residuo ha un diametro superiore a 2 cm.

A seconda della localizzazione e della disseminazione del tumore o dei focolai tumorali, dello stadio della malattia e del genere di tumore, dovranno essere asportati, completamente o parzialmente, gli organi e i tessuti seguenti:

- > Di solito entrambe le ovaie con le tube. Questo intervento è detto salpingo-opherectomia (gr. salpinx = tromba + on = uovo + foros = che porta + ektome = escissione) o annessiectomia.
- > L'utero (isterectomia).
- > Il grande omento o «grembiule omentale». Questo intervento è detto omentectomia o resezione dell'omento.
- > I linfonodi prossimali (linfanelectomia) lungo le vene del bacino o pelvi (linfanectomia pelvica) e lungo la grande vena/arteria iliaca (linfanectomia para-aortica).
- > L'appendice cecale (appendicectomia).
- > Eventualmente parti del peritoneo (vedi anche p. 19), parti del colon, della vescica o della milza invase dal tumore.

In caso di presenza di liquido nell'addome (ascite, vedi p. 15, «I possibili sintomi») esso sarà aspirato ed esaminato alla ricerca di cellule cancerose.

Il chirurgo che la opererà è tenuto a illustrarle prima dell'operazione la probabile estensione dell'intervento e quali organi potrebbero essere interessati. A sua volta lei può informarsi in merito ai possibili effetti dell'operazione sulla sua salute e sulle sue abitudini di vita.

L'esame dei tessuti (istologia)

Durante l'operazione i tessuti prelevati sono sottoposti a esame istologico (diagnosi rapida intraoperatoria). È così possibile una diagnosi precisa o la conferma della diagnosi e si può determinare il genere di tumore (vedi p. 11). Quindi l'operazione proseguirà con gli interventi previsti per il tipo di tumore accertato. Si parla in proposito di «intervento in un tempo solo».

In caso di diagnosi incerta si dovrà eventualmente operare una seconda volta («intervento in due tempi»). Alcuni campioni di tessuto dovranno essere esaminati più attentamente in laboratorio prima di decidere quali organi o parti di organo debbano essere asportati e quali invece possano restare in loco.

Frequenti effetti dell'operazione

- > Dopo l'asportazione chirurgica di linfonodi e la resezione di vasi linfatici possono insorgere dei linfedemi. Si tratta di tumefazioni dolorose formatesi per il ristagno della linfa che non può più defluire normalmente. Dopo un'operazione per cancro dell'ovaio i linfedemi si formano in genere nel basso ventre, nell'inguine o nelle estremità inferiori.
- > Si faccia spiegare cosa può fare in caso di linfedemi. Troverà altre informazioni nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Il linfedema» (vedi p. 39).
- > Possono manifestarsi temporaneamente disturbi gastro-intestinali o difficoltà nella minzione.
- > In rari casi si dovrà praticare una colostomia (ano preternaturale) o una urostomia (apertura artificiale per il deflusso dell'urina) che possono essere temporanee o permanenti. Troverà informazioni dettagliate in merito negli opuscoli della Lega contro il cancro: «La colostomia», «L'ileostomia» e «L'urostomia».
- > Nelle donne non ancora in menopausa: cessazione delle mestruazioni, perdita della fecondità, immediato inizio della menopausa, spesso con i disturbi associati ma in genere curabili (vedi p. 24). Chieda

informazioni e consigli alla sua ginecologa o al suo oncologo.

Le terapie medicamentose

Chemioterapia (citostatici)

Per chemioterapia s'intende una cura a base di farmaci – i cosiddetti citostatici (dal gr. *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 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 es. 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 tendono quindi a diminuire.

A seconda del tipo di tumore verranno utilizzati determinati cito-

statici: ve ne sono più di cento. In caso di cancro dell'ovaio 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.

- > La chemioterapia inizia 2–3 settimane dopo l'operazione ed è una terapia ambulatoriale.
- > I citostatici sono somministrati solitamente mediante infusione in 6 cicli, con un intervallo di 3 settimane tra un ciclo e l'altro.
- > Attualmente si discute, nel quadro di uno studio clinico, se la somministrazione locale di citostatici – eventualmente in combinazione con l'interferon – possa arrecare vantaggi alla paziente (maggiore efficacia). I farmaci non sono somministrati per endovena, ma iniettati direttamente nella cavità addominale (chemioterapia intraperitoneale).

Effetti indesiderati più frequenti nella terapia combinata

- > Alterazioni del quadro ematico: ciò può accrescere il rischio

d'infezioni ed emorragie e provocare generale stanchezza (fatigue).

- > Nausea e vomito, infiammazione delle mucose (specie della cavità orale), alterazioni del gusto.
- > Caduta dei capelli.
- > Reazioni allergiche come difficoltà respiratorie, brividi, disturbi cardiocircolatori, prurito, eruzioni cutanee.
- > Disturbi dei reni o delle vie urinarie.
- > Artrite/mialgia, formicolio, alterazioni della sensibilità (parestesia), arrossamento e tumefazione in parte dolorosi del palmo della mano e/o della suola del piede.
- > Tinnitus/ipoacusia (debolezza di udito), disturbi visivi.

La comparsa di questi effetti collaterali nel caso specifico 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

Citostatici contenenti platino e taxani (terapia combinata)

Alcuni citostatici contengono il metallo nobile platino in forma di cosiddetti composti di platino. I taxani sono citostatici ricavati dalla corteccia del tasso del Pacifico (*Taxus brevifolia*) o prodotti sinteticamente.



o la sua persona di riferimento in clinica le daranno tutte le informazioni e i consigli necessari.

Consulti anche le indicazioni a p. 23.

La terapia antiormonale

In alternativa ai citostatici si può prendere talvolta in considerazione una terapia antiormonale. In base alle attuali conoscenze è meno efficace dei citostatici, causa però meno effetti collaterali. Il suo medico curante la informerà in merito.

In genere si ricorre alla terapia antiormonale se in caso di recidiva si ritiene inefficace un'altra chemioterapia e se la paziente non tollera la chemioterapia o la rifiuta.

La terapia antiormonale si basa sul fatto che lo sviluppo di tumori ovarici può essere incrementato dagli ormoni. La terapia in questione può inibire la formazione o l'efficacia degli ormoni e rallentare quindi la crescita delle cellule cancerose.

La terapia antiormonale non va confusa con l'ormonoterapia *sostitutiva* (vedi p. 24) che fa aumentare il livello ormonale.

La terapia degli anticorpi

La terapia degli anticorpi può eventualmente prevenire o ritardare le recidive del cancro dell'ovaio.

Gli anticorpi sono componenti del nostro sistema immunitario. Essi sono attivati automaticamente dall'organismo per combattere gli «invasori» (batteri, virus, talvolta anche cellule cancerose ecc.).

Oggi gli anticorpi possono essere prodotti in laboratorio in maniera mirata. Essi sono «istruiti» per fissarsi alle cellule cancerose che sulla loro superficie presentano delle caratteristiche strutture, i cosiddetti recettori. Gli anticorpi bloccano i recettori interrompendo il processo di crescita della cellula.

La terapia degli anticorpi è testata attualmente – ma con una certa cautela – nel quadro di studi clinici (vedi p. 25). La sua oncologa la informerà in merito ad eventuali effetti collaterali.

La terapia con interferon

L'interferon è una proteina dall'efficacia antivirale e antitumorale, presente anche nell'organismo. Questa terapia è attualmente testata unicamente nell'ambito di studi clinici (vedi p. 25).

Medicamenti di accompagnamento

Per combattere sintomi legati alla malattia o alle terapie come febbre e infezioni, anemia e dolori il medico può prescrivere diversi altri medicinali o trattamenti. In determinati casi certi farmaci pos-

sono essere prescritti anche come profilassi:

- > Medicamenti contro la nausea e il vomito
- > Collutori o spray contro afte in bocca
- > Antibiotici contro infezioni batteriche
- > Antimicotici contro i funghi (micosi)
- > Trasfusioni di sangue in caso di anemia o trasfusione di piastrine in caso di rischio di emorragia
- > Antidolorifici
- > In caso di marcata diminuzione dei globuli bianchi: sostanze per stimolare la formazione di globuli bianchi

Altre informazioni ...

... sulle terapie con farmaci antitumorali e sulle misure contro gli effetti indesiderati si trovano nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Le terapie medicamentose» (vedi p. 39).

La medicina complementare

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

Alcuni di questi metodi possono effettivamente migliorare lo stato di benessere e la qualità della vita, sia durante che dopo la terapia medica classica (vedi anche Opuscoli, p. 39). Tuttavia essi non hanno di solito alcun effetto curativo sul tumore stesso.

Si sconsigliano invece i cosiddetti metodi *alternativi*, cioè quei metodi applicati in *sostituzione* delle terapie mediche tradizionali.

Un colloquio personale col personale curante o col medico di famiglia le permetterà di chiarire se nel suo caso ha senso ricorrere alla medicina complementare e di scegliere il metodo più opportuno, senza compromettere la terapia medica raccomandata. Tenga presente che anche preparati apparentemente innocui possono interferire con certi farmaci antitumorali e sono dunque controindicati.

È importante informare la sua équipe curante se ricorre a eventuali metodi complementari, scelti da lei.

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 ancora a svolgere la propria attività durante la terapia, altri invece non ne sono più in grado.

Ascoltare sé stessi

Si conceda il tempo necessario per progettare in modo consapevole una nuova prospettiva di vita. Il ritorno alla vita quotidiana può avvenire in maniera graduale, in sintonia con il carico che è in grado di sopportare.

Proprio come le persone sane affrontano in maniera diversa le questioni esistenziali, anche una situazione di malattia è vissuta in modo differente da un individuo all'altro. 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!».

Ricerca il dialogo

La paura della morte è strettamente connessa con ogni malattia tumorale, anche se ci sono buone probabilità di guarigione. Alcuni non vogliono parlare della propria situazione, altri lo desiderano ma non osano affrontare l'argomento.

Altri ancora sono delusi se le persone che li circondano fanno finta di niente. Tuttavia non esistono ricette miracolose. Ciò che può aiutare una persona può non significare nulla per un'altra o viceversa.

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?

Consulti anche l'appendice e ripensi a quanto esposto in questo opuscolo.

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. Ne parli con l'équipe curante o con il medico di famiglia. Le potranno eventualmente 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

Il personale curante

... le fornirà 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 presso uno psico-oncologo.

La sua Lega cantonale contro il cancro

... le offre consulenza, assistenza e sostegno per superare le difficoltà dovute alla malattia. L'offerta delle leghe cantonali comprende anche corsi o aiuto nel chiarimento di questioni assicurative e la mediazione di altri specialisti (per es. 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 che sta seguendo. 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.krebsforum.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 modo altri pazienti e i loro familiari sono riusciti a gestire la loro situazione può di certo aiutare.

Organizzazioni di autoaiuto

In questi gruppi i pazienti si scambiano esperienze e informazioni. Ciò è spesso più facile con persone che si sono trovate 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'UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica). Il suo medico curante è tenuto a informarla accuratamente a questo proposito.
- > Anche nell'ambito di uno studio clinico (vedi p. 25) 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 chiedi 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, terapia antiormonale, immunoterapia)
- > **La radio-oncologia**
- > **Vivere con il cancro, senza dolore**
Informazioni per i pazienti e i familiari
- > **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
- > **La colostomia**
- > **L'ileostomia**
- > **L'urostomia**

- > **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
- > **Rischio di cancro ereditario**
Guida per le famiglie con numerosi casi di cancro
- > **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**
- > **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.

Le pubblicazioni si possono ordinare

- > presso la Lega contro il cancro della sua regione
- > chiamando il numero telefonico: 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 del loro contenuto. 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

Il cancro dell'ovaio. Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici (www.aimac.it → Informazioni sul cancro → La collana del Girasole)

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

Internet

Italiano

www.forumcancro.ch

Il forum internet della Lega contro il cancro

www.aimac.it

Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici

www.gynevra.it

(sostenuto dall'industria farmaceutica)

www.airc.it/tumori/tumore-all-ovaio.asp

Associazione italiana per la ricerca sul cancro

www.fondazionemattioli.it

I tumori dell'apparato genitale femminile → Ovaio

www.msd-italia.it/altre/manuale/sez18/2412103.html

(sostenuto dall'industria farmaceutica)

www.med.unifi.it/didonline/anno-iv/spec-medchirii/oncologiamed/tumori_ovaio.htm

Informazioni della Facoltà di medicina dell'Università degli Studi di Firenze

www.startoncology.net → Area Pub-

blica → Sezioni informative sui singoli tumori → Tumori dell'ovaio

Tedesco

www.swissago.ch

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

www.patientenkompetenz.ch

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

Inglese

www.cancer.gov/cancertopics/types/ovarian

National Cancer Institute USA

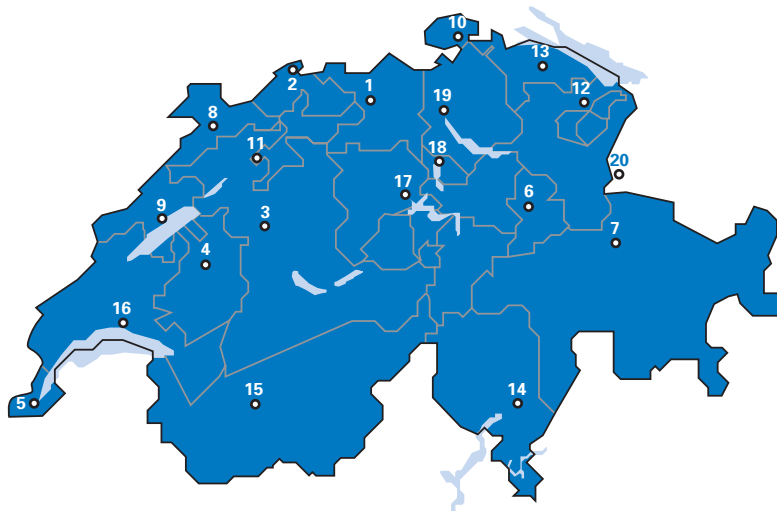
www.ovarian-news.org

International newsletter for those fighting ovarian cancer

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).

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@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-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.krebssliga-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
CCP 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
CCP 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
CCP 25-7881-3

- 9 Ligue neuchâteloise contre le cancer**
Faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
Incc@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CCP 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-Appenzel**
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
CCP 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
CCP/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
CCP 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
CCP 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

La sua offerta ci fa piacere.

Offerto dalla sua Lega contro il cancro: