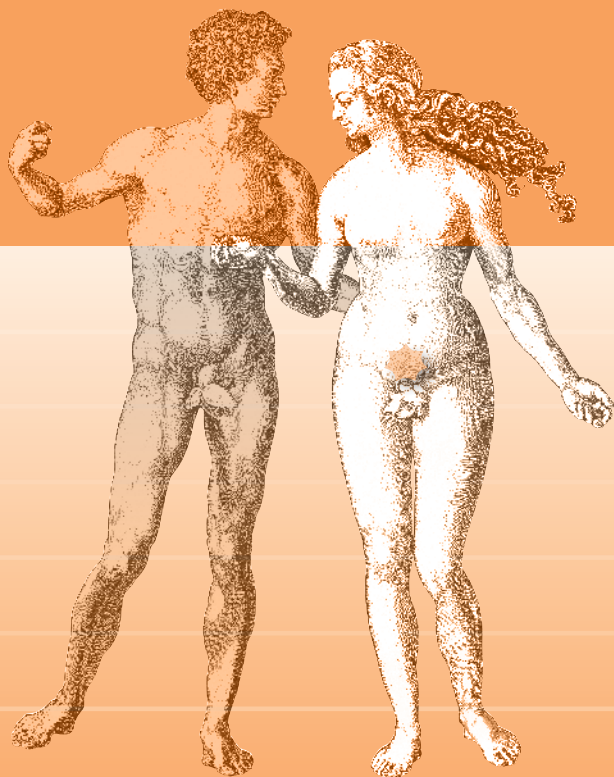




Il cancro del collo dell'utero e le lesioni precancerose

Carcinoma cervicale e precancerosi



Un'informazione della Lega
contro il cancro
per malate 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

._Capoprogetto

Susanne Lanz, Lega svizzera contro il cancro, Berna

._Consulenza scientifica

Prof. Dott. med. Daniel Fink, specialista FMH in ginecologia e ostetricia con specializzazione in oncologia ginecologica, direttore della Clinica di ginecologia, Ospedale universitario di Zurigo

._Testo

Dott. med. Eva Ebnöther, Zollikon
Susanne Lanz, Lega svizzera contro il cancro, Berna

._Traduzione

Dott. med. Paolo Valenti, Zurigo

._Redazione

Dott. Paolo Giannoni, Traduzioni Giannoni, Thun
Christina Müller, Bellinzona

._Copertina

Adamo ed Eva, secondo un disegno di Albrecht Dürer

._Illustrazioni

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

._Foto

p. 4, 18, 26, 34: ImagePoint SA, Zurigo
p. 40: Peter Schneider, Thun

._Design

Wassmer Graphic Design, Langnau BE

._Stampa

Ast & Jakob, Vetsch AG, Köniz

Questo opuscolo è disponibile anche in lingua francese e tedesca.

© 2010

Lega svizzera contro il cancro, Berna

Sommario

Editoriale	5
Che cos'è il cancro?	6
L'utero	8
Il cancro del collo dell'utero e le lesioni precancerose	11
Possibili cause e rischi	12
Possibili sintomi	14
Esami e diagnosi	15
Gli stadi della malattia	17
Indicazioni generali sulla terapia	22
La scelta della terapia	23
Gli effetti indesiderati	24
Gli effetti sulla fertilità e sulla sessualità	25
La terapia nell'ambito di uno studio clinico	27
Metodi terapeutici	28
Attesa e osservazione	28
L'operazione senza asportazione dell'utero	28
L'operazione con asportazione dell'utero (isterectomia)	29
La radioterapia (irradiazione)	31
Le terapie medicamentose	32
La medicina complementare	35
Terapia del cancro del collo dell'utero e delle lesioni precancerose	36
La terapia delle lesioni precancerose del cancro del collo dell'utero	36
La terapia del cancro del collo dell'utero	37
La terapia del dolore	38
Il post-trattamento e la riabilitazione	39
Convivere con il cancro	41
Appendice	42



Cara lettrice

Nel primo momento la diagnosi di cancro è sempre uno shock per la paziente e i suoi familiari. Improvvisamente la propria vita cambia, il futuro appare incerto, sorgono tante domande in un alternarsi di speranze e timori.

Il presente opuscolo descrive in forma succinta la malattia, la diagnosi e la terapia del cancro del collo dell'utero e delle lesioni precancerose. La diagnosi e il trattamento delle lesioni precancerose differiscono dalle misure che devono essere adottate nel caso in cui dalle lesioni precancerose si sia sviluppato un cancro.

Negli ultimi decenni, il rischio di cancro del collo dell'utero si è molto ridotto, grazie alla prevenzione e alla miglior igiene. Le terapie sono oggi più efficaci e anche meglio tollerate. Attualmente, in molti casi è possibile guarire da questa malattia.

Quando la guarigione non è più possibile, si potranno attenuare i sintomi e rallentare la progressione della malattia. Ciò contribuisce sensibilmente a migliorare la qualità della vita.

Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro, troverà altre indicazioni e informazioni che la aiuteranno a convivere meglio con la malattia (vedi p. 43).

Accetti 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 altri esperti (vedi Appendice).

La sua Lega contro il cancro

Avvertenza

Il cancro del collo dell'utero (carcinoma cervicale) non va confuso con il cancro del corpo dell'utero (carcinoma endometriale, carcinoma del corpo uterino). In quest'opuscolo, ci si riferisce solo al carcinoma cervicale e alle lesioni precancerose. La Lega contro il cancro offre anche un opuscolo sul cancro del corpo dell'utero (vedi p. 43).

Che cos'è il cancro?

Cancro è il termine di uso comune con cui si indica una malattia tumorale maligna. I tumori sono proliferazioni dei tessuti che possono avere carattere benigno o maligno. Accanto a numerosi tumori benigni vi sono oltre cento diversi tipi di tumore maligno.

I tumori maligni che originano da tessuti epiteliali quali la pelle, la mucosa o il tessuto ghiandolare sono detti carcinomi. Il carcinoma cervicale si sviluppa nella mucosa del collo dell'utero.

Benigno o maligno?

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

In genere si può accertare da quale organo originino le metastasi in base al loro tipo di cellule. Le metastasi di un carcinoma cervicale presenti per esempio nel fegato,

non vanno confuse con un cancro del fegato, che origina dalle cellule epatiche. L'esame istologico (osservazione al microscopio di un tessuto) permette di distinguere le metastasi dal cancro primario di un organo.

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, il genoma, contenente i cromosomi e i geni. I mattoni che formano la struttura chimica del genoma sono i cosiddetti acidi desossiribonucleici (DNA).

Attraverso la divisione cellulare nascono in continuazione nuove cellule mentre quelle vecchie muoiono: è un processo programmato nel genoma. In genere una cellula sana si divide soltanto per un determinato numero di volte. Il genoma può però subire dei danni che alterano il meccanismo di divisione cellulare.

Di solito l'organismo è in grado di riparare i danni subiti da una cellula. Se però ciò non è possibile, la cellula fuori controllo (che ha subito cioè una mutazione) può riprodursi ininterrottamente. 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 può aver 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 però notevolmente da tumore a tumore e da individuo a individuo.

Cause molteplici

In genere la causa di un tumore rimane ignota. Il patrimonio ereditario di una cellula può subire delle modifiche, apparentemente «per caso» ma anche per il naturale processo d'invecchiamento o per cause esterne (sostanze nocive, stile di vita, fumo, alimentazione, radiazioni, virus ecc.) e anche fattori ereditari.

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, praticando regolarmente attività fisica. Per molti altri tumori invece non si sa come ridurre il rischio.

Non si può prevedere se una persona si ammalerà di cancro. Possono esserne colpiti l'ottimista e il pessimista, chi conduce una vita sana e chi trascura la propria salute. Nessuno può proteggersi in maniera assolutamente sicura dal cancro.

In alcune famiglie si osserva una maggiore incidenza rispetto alla media di certi tipi di cancro. Troverà altre informazioni in merito nell'opuscolo «Rischio di cancro ereditario». Un CD-ROM, «Krebs – von den Genen zum Menschen/Le cancer: des gènes à l'homme», offre altre informazioni sullo sviluppo del cancro (non disponibile in italiano, vedi p. 44).

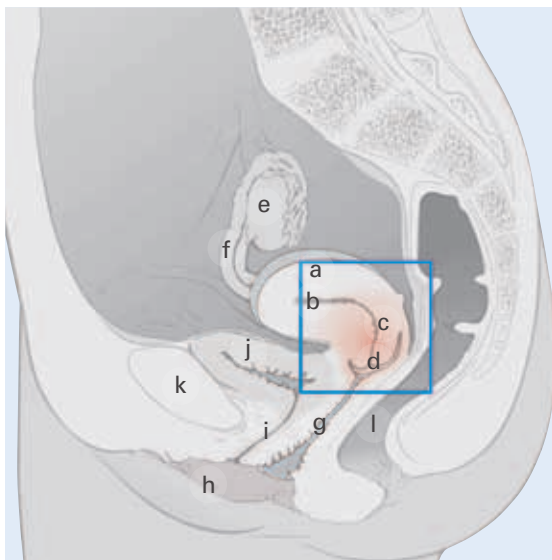
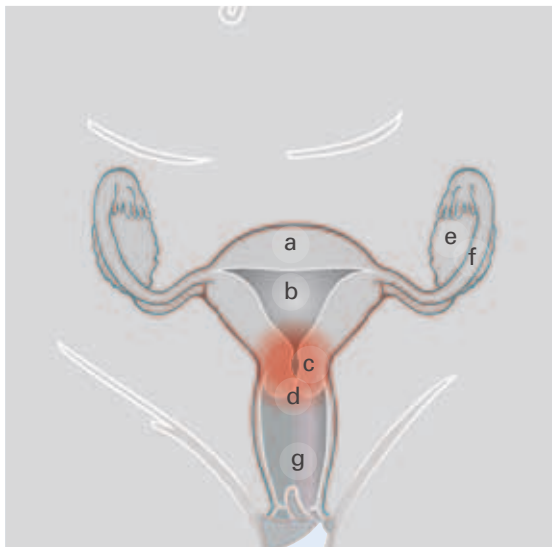
L'utero

L'utero (lat. uterus, gr. 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.

Il corpo dell'utero è un organo cavo ed è costituito perlopiù da uno spesso strato muscolare (miometrio) avvolto all'esterno da tessuto connettivo (perimetrio). L'interno del corpo dell'utero – la cavità uterina – è rivestito da una membrana mucosa (endometrio). Le due tube uterine sboccano lateralmente nella parte superiore dell'organo.

La parte inferiore dell'utero è costituita dal collo dell'utero e dal canale del collo dell'utero (canale cervicale). La mucosa del collo dell'utero differisce da quella della cavità uterina. Nel collo dell'utero viene prodotto un muco denso che chiude il canale cervicale. L'ultima parte del collo dell'utero sporge nella vagina e viene denominata anche orifizio uterino (porcio).

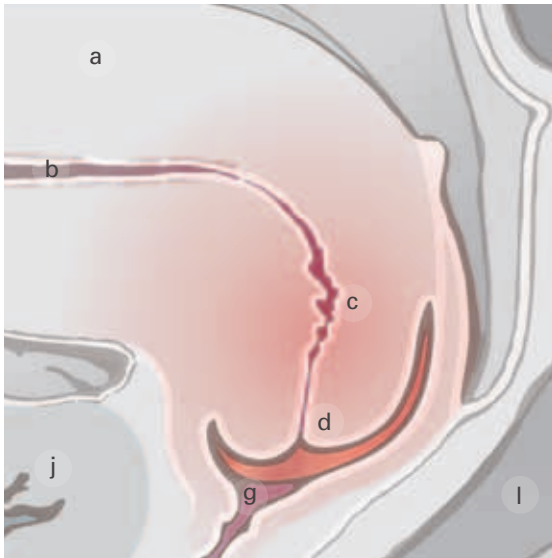
I linfonodi e i vasi linfatici pelvici non sono rappresentati nelle illustrazioni. Tuttavia, sono molto importanti in relazione al cancro del collo dell'utero poiché possono essere invasi da questo tumore.



L'utero e gli organi vicini

- a corpo dell'utero
- b cavità uterina
- c collo dell'utero (cervix)
- d orifizio uterino (portio)
- e ovaia
- f ovidotto
- g vagina
- h labbra
- i uretra
- j vescica urinaria
- k osso pubico
- l retto

Il collo dell'utero in dettaglio



La funzione dell'utero e del collo dell'utero

La funzione principale dell'utero è quella di accogliere il nascituro fino al momento del parto. Una volta al mese nell'ovaio delle donne in età feconda si libera un'ovocellula (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.

Se la fecondazione non avviene, la mucosa si sfalda e viene espulsa con il sanguinamento mestruale (mestruazioni, periodo). La mucosa uterina viene ricostituita ogni mese, in modo che vi si possa annidare un'ovocellula fecondata.

Nell'utero, il nascituro viene protetto durante il suo sviluppo dagli influssi esterni, ad esempio dagli urti.

I vasi sanguigni dell'utero trasportano le sostanze nutritive e l'ossigeno dalla madre al bambino. Anche durante il parto, l'utero riveste un ruolo importante: lo strato muscolare si contrae (le contrazioni o doglie), spingendo il bambino fuori dal corpo della madre.

Il collo dell'utero costituisce un confine tra il mondo esterno (vagina), colonizzato da microrganismi, e l'interno sterile del corpo (cavità uterina, tube uterine, cavità addominale).

Il canale cervicale è chiuso da un tappo mucoso che impedisce il passaggio dalla vagina alla cavità uterina di germi che potrebbero provocare malattie infettive.

Diversamente dalla cavità uterina, il collo dell'utero non si dilata durante la gravidanza. Esso rimane chiuso, impedendo così che il nascituro «scivoli» fuori dall'utero. Solo durante il parto il collo dell'utero si dilata, consentendo al bambino di attraversarlo.

Il cancro del collo dell'utero e le lesioni precancerose

Nell'utero possono svilupparsi due tipi di tumori maligni:

- > **Il cancro del corpo dell'utero**, il quale parte dalla mucosa che riveste internamente il corpo dell'utero. Il cancro del corpo dell'utero viene anche denominato carcinoma endometriale o carcinoma del corpo uterino.
- > **Il cancro del collo dell'utero**, il quale si sviluppa dalle cellule mucose del collo dell'utero o dell'orifizio uterino. Nel linguaggio medico, il cancro del collo dell'utero viene definito carcinoma cervicale (dal lat. cervix = collo).

Anche se colpiscono lo stesso organo, i due tipi di cancro differiscono molto l'uno dall'altro: si tratta di due malattie diverse. In questo opuscolo, si parla solo del cancro del collo dell'utero. La Lega contro il cancro offre anche un opuscolo sul cancro del corpo dell'utero (vedi p. 43).

Sviluppo e forme del cancro del collo dell'utero

Il cancro del collo dell'utero origina dalle cellule superficiali dell'orifizio uterino (carcinoma a cellule piatte) o, molto più raramente, dalle cellule ghiandolari del canale del collo uterino (adenocarcinoma).

All'inizio della malattia, si formano cellule che si dividono più velocemente e che hanno un aspetto diverso dalle normali cellule.

In questo stadio, quando è colpito solo lo strato superiore della mucosa, non sussiste ancora un «vero» cancro, ma solo una cosiddetta lesione precancerosa (precancerosi, neoplasia cervicale intraepiteliale). È possibile che dalla lesione precancerosa si sviluppi un cancro del collo dell'utero, per cui le lesioni precancerose vanno controllate ed eventualmente trattate.

Quando queste cellule penetrano ulteriormente nella mucosa, è avvenuta la trasformazione in tumore del collo dell'utero (carcinoma invasivo), che distrugge gradualmente i tessuti del collo dell'utero.

Nel successivo decorso, il tumore può diffondersi ai tessuti e agli organi adiacenti, ad esempio ai linfonodi, alla vagina, al corpo dell'utero, al retto, alla vescica o al peritoneo. Attraverso i vasi linfatici o sanguigni, le cellule cancerose possono diffondersi in altri organi e formare metastasi (disseminazione a distanza delle cellule tumorali), ad esempio nei polmoni, nel fegato o nelle ossa.

Frequenza

In Svizzera, ogni anno a circa 5000 donne viene diagnosticata la presenza di lesioni precancerose del cancro del collo dell'utero e circa 230 donne si ammalano di cancro del collo dell'utero, il che corrisponde all'1,4% di tutte le malattie tumorali maligne nella donna. La frequenza è particolarmente elevata nelle donne di età compresa tra i 35 e i 50 anni.

Il numero delle donne che si ammalano di cancro del collo dell'utero è fortemente diminuito negli ultimi decenni. Questo è dovuto soprattutto al miglioramento dell'igiene e alle misure adottate per il riconoscimento precoce. Nei Paesi in via di sviluppo ed emergenti, il cancro del collo dell'utero rimane però uno dei carcinomi femminili più frequenti.

Possibili cause e rischi

Le cause del cancro del collo dell'utero non sono chiare. Determinati fattori e condizioni di vita possono, ma non necessariamente devono, aumentare il rischio di ammalarsi.

Il principale fattore di rischio è l'infezione con determinati tipi di virus del papilloma umano (HPV). Esistono oltre cento diversi tipi

di HPV. Alcuni di essi provocano la comparsa di verruche genitali (condilomi), mentre altri possono indurre il cancro del collo dell'utero nelle donne e il cancro del pene negli uomini.

Gli HPV si trasmettono principalmente attraverso i rapporti sessuali. Tuttavia possono trasmettersi anche tramite altri contatti cutanei diretti con una persona infetta, specie nella zona genitale, anale o della bocca. Di regola, un'infezione da HPV guarisce senza disturbi e senza conseguenze.

In alcuni casi l'infezione diventa cronica: i virus permangono nei tessuti e causano una crescita incontrollata delle cellule. In questa situazione, aumenta il rischio di comparsa del cancro del collo dell'utero.

In quasi tutte le donne che si ammalano di cancro del collo dell'utero, all'origine vi è un'infezione cronica da HPV.

Si calcola che nei Paesi industrializzati, circa il 70–80% delle persone viene infettata da HPV nel corso della vita. Un'infezione da HPV non significa, quindi, necessariamente un comportamento sessuale «smodato», ma può colpire tutte le persone sessualmente attive.

Altri fattori di rischio sono:

- > fumo: le sostanze nocive contenute nel fumo di sigaretta danneggiano anche le cellule del collo dell'utero.
- > rapporti sessuali in età molto giovane e frequente cambio di partner sessuale.
- > ulteriori infezioni degli organi sessuali da parte di agenti patogeni trasmissibili per via sessuale, quali ad esempio l'herpes genitale.
- > disturbo cronico delle difese immunitarie, ad esempio un'infezione da HIV o assunzione di farmaci immunosoppressori dopo un trapianto d'organo.

Prevenzione

Le misure quali una buona igiene intima di entrambi i partner, l'uso del preservativo in occasione dei rapporti sessuali e la rinuncia al fumo possono ridurre il rischio di cancro del collo dell'utero.

Oggi c'è anche la possibilità di vaccinare le ragazze e le giovani donne contro i tipi più pericolosi di HPV, possibilmente prima del primo rapporto sessuale.

Con la vaccinazione si intende ridurre il rischio di contagio con pericolosi HPV e di sviluppare eventualmente un cancro del collo dell'utero. In Svizzera, la vaccinazione anti HPV nell'ambito di programmi cantonali di vaccinazione è gratuita per tutte le ragazze (vedi p. 45, internet).

Riconoscimento precoce

Il cancro del collo dell'utero fa parte dei pochi tipi di cancro che possono essere riconosciuti e trattati precocemente. Perciò è importante che le donne a partire dal primo rapporto sessuale si sottopongano al controllo periodico dal ginecologo.

Per il riconoscimento precoce, la ginecologa effettua uno striscio (Pap test, vedi p. 15) della portio e del collo dell'utero. Nelle cellule prelevate è possibile riconoscere bene eventuali lesioni precancerose del cancro del collo dell'utero.

La frequenza con la quale deve essere effettuato lo striscio dipende dalle condizioni di vita della donna e dai risultati degli strisci precedenti. La sua ginecologa saprà consigliarla.

Possibili sintomi

Le lesioni precancerose del cancro del collo dell'utero non causano alcun disturbo, per cui solo con gli esami è possibile riconoscerle precocemente.

Anche il cancro del collo dell'utero causa spesso pochissimi disturbi; solo negli stadi più avanzati manifesta sintomi.

I seguenti sintomi possono indicare la presenza di un cancro del collo dell'utero:

- > nelle donne prima della menopausa: sanguinamenti vaginali tra due mestruazioni, oppure sanguinamenti mestruali che durano più di sette giorni

- > sanguinamenti vaginali dopo la menopausa
- > sanguinamenti vaginali dopo i rapporti sessuali
- > perdite vaginali maleodoranti
- > dolori al basso ventre
- > inspiegabile perdita di peso

Per lo più questi disturbi hanno un'altra causa, meno grave del cancro. Tuttavia, è necessario un accertamento medico. Di regola, quanto prima viene riconosciuto un tumore o una lesione precoce, tanto migliori sono le possibilità di guarigione.

Esami e diagnosi

Gli esami si svolgono in maniera differente, a seconda se la donna si presenti per una normale visita preventiva di routine o se vi sia già il sospetto di cancro del collo dell'utero o di lesione precancerosa.

Di regola, la ginecologa chiede dettagliate informazioni sui sintomi, sul loro tipo e durata e sulle malattie avute in passato.

Poi seguono diversi esami. Non tutte le donne devono affrontare tutti gli esami descritti più avanti. I test da effettuare dipendono dalla situazione individuale di ciascuna donna e dai risultati degli esami.

Visita ginecologica

La ginecologa effettua la palpazione degli organi genitali interni sull'addome, attraverso la vagina ed eventualmente attraverso il retto, per rilevare eventuali alterazioni della loro posizione o insoliti indurimenti.

Paptest

Il Paptest (striscio vaginale), il cui nome deriva dal medico greco G. Papanicolaou, è l'esame più importante per scoprire la presenza di lesioni precancerose ed è praticato per il riconoscimento precoce.

La ginecologa divarica prima la vagina con uno strumento speciale: lo speculum vaginale, mettendo in evidenza l'orifizio uterino. Con l'ausilio di speciali bastoncini d'ovatta o spazzolini, il medico preleva cellule dall'orifizio e dal canale del collo dell'utero.

Lo striscio viene quindi spedito in un laboratorio specializzato, dove viene osservato al microscopio. In questo modo, è possibile determinare se si tratta di cellule normali o se le cellule sono sede di alterazioni patologiche. Il referto è pronto dopo 7–10 giorni.

Osservazione alla lente (colposcopia)

La ginecologa osserva la mucosa della vagina e dell'orifizio uterino, spalmati con una soluzione apposta, attraverso con una lente a forte ingrandimento. Grazie a questo ingrandimento riesce a vedere alterazioni patologiche della mucosa.

Prelievo di tessuto (biopsia)

Quando ad esempio alla colposcopia sono visibili aree della mucosa sospette, la ginecologa preleva, con l'ausilio di una pinzetta speciale, un pezzettino del tessuto sospetto. Questo viene poi analizzato in laboratorio per individuare eventuali alterazioni patologiche delle cellule.

Riconoscimento dei virus HPV

La ginecologa preleva cellule dal collo dell'utero allo stesso modo di un Paptest: le cellule vengono poi esaminate in laboratorio alla ricerca dell'HPV (virus del papilloma umano, vedi anche p. 12). Se non vi sono segni di infezione da HPV è possibile escludere con una discreta sicurezza il cancro del collo dell'utero.

Conizzazione

A seconda della situazione e del sospetto di cancro, dopo la biopsia o al suo posto si effettua una conizzazione. La conizzazione consente una diagnosi più precisa ma può anche svolgere funzione terapeutica (vedi p. 28).

Esame ecografico

Questo metodo, chiamato ecografia transvaginale, consiste nell'introdurre una piccola sonda ecografica nella vagina. Da qui è possibile visionare e esaminare l'utero e i tessuti e gli organi circostanti.

Esame endoscopico dell'utero con raschiamento

Se c'è il sospetto che il cancro si sia già diffuso al corpo dell'utero si effettua un'isteroscopia (esame endoscopico dell'utero). Per effettuare quest'esame, è necessaria una breve anestesia generale.

La ginecologa introduce uno strumento ottico nella cavità uterina, per ispezionare minuziosamente l'interno dell'utero e del collo uterino. Contemporaneamente, viene effettuato un raschiamento: la mucosa del corpo dell'utero (endometrio) viene raschiata e poi esaminata in laboratorio, alla ricerca di eventuali alterazioni maligne.

Determinazione dei marcatori tumorali

In alcune pazienti con cancro del collo dell'utero è possibile rilevare dei cosiddetti marker (marcatori) tumorali. I marker tumorali sono sostanze proprie dell'organismo che, in presenza di una malattia tumorale maligna, vengono rilasciate nel sangue in quantità aumentata.

Il marker tumorale importante per il cancro del collo dell'utero è SCC.

Tuttavia la presenza o la mancanza di marker tumorali di per sé non può confermare o escludere la presenza di un cancro del collo dell'utero. I marker tumorali possono essere normali anche se vi è un tumore o possono risultare più elevati per altre cause.

Per contro, i marker tumorali forniscono utili indicazioni sull'efficacia della terapia o sul decorso della malattia (controllo del decorso).

Per questo motivo, i marker tumorali vengono misurati per la prima volta prima di una terapia e vengono controllati successivamente. L'importante è che essi vengano determinati sempre con lo stesso metodo.

Ulteriore diagnostica per immagini

Se c'è il sospetto che il cancro si sia già diffuso oltre il collo dell'utero, talvolta vengono condotti altri esami per conoscere la diffusione del tumore e scoprire eventuali metastasi:

- > radiografia del torace,
- > ecografia degli organi del bacino e dell'addome,
- > tomografia computerizzata (CT) e/o risonanza magnetica (MRT, MRI),
- > endoscopia della vescica urinaria (cistoscopia),
- > endoscopia intestinale (rettoscopia),
- > PET/CT; un metodo che associa la tomografia a emissione di positroni (PET) alla tomografia computerizzata (CT). Questo metodo produce immagini più chiare, soprattutto in presenza di metastasi dei linfonodi.

Solo dopo aver stabilito come e dove il cancro si sia diffuso, è possibile programmare il trattamento.

Gli stadi della malattia

I vari esami permettono al medico di accertare e valutare l'estensione e lo stadio della malattia. Ciò si chiama stadiazione (*staging* in inglese).

Classificazione delle lesioni precancerose

Per la classificazione delle lesioni precancerose sono necessari di regola solo pochi esami, quali il Paptest, la colposcopia ed eventualmente una biopsia.

Le lesioni precancerose del collo dell'utero vengono anche denominate «neoplasie intraepiteliali cervicali» (CIN) o «lesioni intraepiteliali squamose» (SIL) (vedi riquadro a p. 19).

«Neoplasia» significa nuova formazione e «intraepiteliale» deriva da «epitelio», termine scientifico che indica lo strato cellulare più superficiale della cute e delle mucose.

Gli acronimi scientifici CIN e SIL significano quindi che si tratta di alterazioni patologiche delle cellule dello strato superiore della mucosa.



La stadiazione serve a chiarire in che misura le cellule patologiche siano alterate rispetto a quelle normali.

Più è elevato il livello di alterazione cellulare, maggiore è il rischio che dalla lesione precancerosa si sviluppi un cancro del collo dell'utero (vedi classificazione FIGO, p. 20).

Cancro del collo dell'utero: classificazioni FIGO e TNM

Il cancro del collo dell'utero viene suddiviso in quattro stadi. A questo scopo, si usa per lo più la classificazione FIGO, valida a livello internazionale. FIGO è l'abbreviazione di Federazione Internazionale di Ostetricia e Ginecologia.

Differenti sistemi di classificazione delle lesioni precancerose

Significato	Classificazione CIN (vedi p. 17)	Classificazione SIL (vedi p. 17)	Paptest (vedi p. 15)
Cellule normali	assente	assente	Pap I–II
Lesione precancerosa di basso grado	CIN I	Low grade SIL (LG SIL)	Pap II–III
Lesione precancerosa di grado medio	CIN II	da Low grade SIL a High grade SIL (da LG SIL a HG SIL)	Pap III–IV
Lesione precancerosa di grado elevato	CIN III		Pap IV–V

- > È possibile anche il risultato Pap 0: esso significa che le cellule prelevate non consentono una valutazione e che il prelievo va ripetuto.
- > Anche le alterazioni cellulari dovute a infiammazioni vengono evidenziate al Paptest; esse vengono indicate con una piccola lettera aggiuntiva (es. w), ma non hanno niente a che fare con un'evoluzione tumorale.

Inoltre, esiste anche la classificazione TNM, che viene usata a livello internazionale per quasi tutti i tipi di cancro. Quest'ultima classificazione considera l'estensione del tumore (T), l'interessamento dei linfonodi (N) e le metastasi presenti (M) in organi distanti, o metastasi remote.

Gli stadi vengono contrassegnati con numeri e lettere. Maggiore è il numero, più il tumore si è esteso o ingrandito.

Secondo le classificazioni FIGO, il cancro del collo dell'utero viene classificato come segue:

Classificazione FIGO

- 0** «Carcinoma in situ»: Il tumore è limitato allo strato superiore della mucosa.
- I** Il tumore è limitato al collo dell'utero.
 - IA** Il tumore è visibile solo al microscopio.
 - IA1** Il tumore ha uno spessore inferiore a 3 mm e una larghezza inferiore a 7 mm.
 - IA2** Il tumore ha uno spessore compreso fra 3 e 5 mm e una larghezza inferiore a 7 mm.
 - IB** Il tumore è visibile a occhio nudo.
 - IB1** Il tumore è di dimensioni inferiori a 4 cm.
 - IB2** Il tumore è di dimensioni superiori a 4 cm.
- II** Il tumore si è diffuso oltre il collo dell'utero, ma non oltre il terzo inferiore della vagina né fino alla parete del bacino.
 - IIA** Il tumore non ha invaso i legamenti dell'utero (parametrio), ma ha colpito i due terzi superiori della vagina.
 - IIB** Il tumore ha invaso i legamenti dell'utero (parametrio), ma non si è diffuso fino alla parete del bacino.

III Il tumore ha invaso il terzo inferiore della vagina, si è esteso fino alla parete del bacino o ha causato la congestione di un rene.
Se il tumore ha invaso il terzo inferiore della vagina, ma non si è diffuso fino alla parete del bacino, si parla di stadio IIIA.
Se il tumore si è esteso fino alla parete del bacino o ha causato la congestione di un rene si parla di Stadio IIIB.

IV Il tumore ha invaso organi adiacenti nel bacino o ha formato metastasi in organi più lontani.
Se il tumore nel bacino si è ad esempio esteso alla vescica urinaria o al retto si parla di stadio IVA.
Se il tumore ha formato metastasi in organi lontani, ad esempio nei polmoni, nelle ossa o nel fegato, si parla di stadio IVB.

Nella classificazione TNM si menziona inoltre se i linfonodi adiacenti (regionali) sono coinvolti; N sta per linfonodi

N0 I linfonodi adiacenti sono liberi dal tumore.

N1 Nei linfonodi adiacenti (regionali) si trovano cellule tumorali.

Indicazioni generali sulla terapia

- *I singoli metodi terapeutici vengono descritti da pagina 28.*
- *I metodi utilizzati nel cancro del collo dell'utero e quelli impiegati nelle lesioni precancerose vengono descritti da pagina 36.*

La scelta del trattamento dipende principalmente

- > dallo stadio della malattia,
- > dall'età della paziente,
- > dall'eventuale desiderio di maternità,
- > dallo stato generale di salute della paziente,
- > dai desideri personali e dalla disposizione della paziente.

A seconda del tipo e dello stadio della malattia, cambiano gli obiettivi e i principi terapeutici:

Gli scopi terapeutici

Curativo

La terapia ha per obiettivo la guarigione. Una terapia curativa viene perseguita di regola quando il tumore non si è ancora diffuso molto, quando è possibile asportare chirurgicamente tutto il tumore e quando non sono presenti metastasi.

Palliativo

(dal latino palliare = coprire, avvolgere, ammantare)

Se la guarigione è improbabile, si cerca di rallentare la progressione della malattia mediante varie cure mediche con l'obiettivo di assicurare alla paziente la migliore qualità di vita possibile. Spesso è possibile tenere sotto controllo la malattia per lunghi periodi.

Inoltre possono essere adottate varie misure mediche, infermieristiche, psicologiche e spirituali per attenuare i disturbi come i dolori o l'ansia.

I principi terapeutici

Terapia adiuvante

(dal lat. adiuvarre = sostenere)

Si definiscono adiuvanti le terapie postoperatorie che hanno per scopo l'eliminazione di eventuali cellule cancerose residue e la ri-

Importante

Le lesioni precancerose e il cancro del collo dell'utero non vengono trattati allo stesso modo. La differenza principale consiste nel fatto che le lesioni precancerose possono essere trattate conservando l'utero. Questo è di particolare importanza se la paziente desidera ancora avere dei bambini. In presenza di un cancro del collo dell'utero, di regola l'utero va asportato.

duzione del rischio di recidiva (ricomparsa del tumore) e di metastasi.

Terapia neoadiuvante/ preoperatoria

(dal greco néos = nuovo)

Terapia che precede l'intervento chirurgico allo scopo di ridurre la massa tumorale. Tale terapia può consentire un'operazione meno invasiva.

La scelta della terapia

Quando in base agli esami è sicura la presenza di una lesione precancerosa o di un cancro del collo dell'utero, vanno programmate con cura le terapie necessarie. Nel cancro del collo dell'utero, ciò avviene di regola a livello interdisciplinare. Ciò significa che specialisti di varie discipline valutano la situazione e le propongono la migliore terapia possibile in base alla sua situazione personale.

La scelta della terapia viene effettuata d'intesa con la paziente. Lei può in qualsiasi momento porre delle domande, mettere in discussione le decisioni prese in precedenza o riservarsi il tempo per riflettere.

- > È sicuramente opportuno che lei discuta delle varie proposte di trattamento coi rispettivi specialisti in ginecologia, radio-oncologia, oncologia o oncologia ginecologica. L'ideale sarebbe che uno specialista coordinasse tutta questa procedura.
- > Magari può esserle d'aiuto farsi accompagnare ai colloqui da un familiare o da una persona di sua fiducia.
- > Può anche consultare il suo medico di famiglia o richiedere un secondo parere medico. Per il medico curante questo non significa una mancanza di fiducia nei suoi confronti, sa bene che è un suo diritto.
- > Se lo ritiene opportuno richieda una consulenza psico-oncologica. Questo tipo di consulenza non considera solo gli aspetti terapeutici della malattia, ma anche il suo carico psicologico o i problemi sociali.

Si conceda tutto il tempo necessario per porre tutte le domande che desidera sulla terapia.

- > La terapia proposta è curativa o palliativa (vedi p. 22)?
Può allungare la vita?
Migliora la qualità della vita?
- > Quali vantaggi e svantaggi comporta la terapia (anche in merito alla qualità della vita e/o la speranza di vita)?

- > Esistono alternative alla terapia proposta?
- > Quali organi e funzioni vengono compromessi dal trattamento?
- > Quali sono gli effetti indesiderati previsti? Sono passeggeri o permanenti? Come si possono combattere?
- > In che misura sono colpite la sua fertilità e la sua sessualità?
- > C'è il rischio di incontinenza urinaria o fecale?
- > Quali altri disturbi possono comparire se sono colpiti dal tumore anche altri organi?
- > Che effetti avranno la malattia e la terapia sulla sua vita quotidiana, sulle persone a lei vicine e sul suo benessere?
- > L'eventuale rinuncia a certe terapie quali effetti concreti avrebbe sulla sua speranza di vita e sulla sua qualità di vita?

Diversi effetti indesiderati oggi possono essere attenuati con misure mediche o infermieristiche. È però necessario che lei comunichi al personale curante i suoi disturbi.

Importante

- > Molti effetti indesiderati, come il dolore o la nausea, sono prevedibili. Per alleviarli le saranno prescritti, a seconda della terapia prescelta, fin dall'inizio determinati farmaci ausiliari. Si attenga scrupolosamente alle prescrizioni mediche.
- > Si consulti sempre con l'équipe curante prima di assumere altri farmaci di sua iniziativa. Ciò vale anche per unguenti, medicamenti di medicina complementare ecc. Pur trattandosi di prodotti «naturali» e apparentemente innocui potrebbero interferire con la terapia (cioè essere controindicati).

Gli effetti indesiderati

La comparsa e la gravità degli effetti indesiderati variano da individuo a individuo. Alcuni effetti indesiderati possono manifestarsi durante il trattamento e scomparire in seguito spontaneamente; altri effetti si manifestano solo più tardi, cioè una volta conclusa la terapia vera e propria. La maggior parte degli effetti collaterali si attenua dopo alcuni giorni, talvolta dopo settimane e mesi.

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 43) illustrano le terapie antitumorali più diffuse e gli effetti della malattia e della terapia, fornendo utili indicazioni per meglio convivere.

Gli effetti sulla fertilità e sulla sessualità

Nelle lesioni precancerose o nel cancro del collo dell'utero bisogna affrontare molte questioni relative alla fertilità e alla sessualità. Non esiti a discutere di questi temi durante la consulenza, la terapia e l'assistenza postoperatoria, con la sua équipe curante.

Desiderio di maternità

Alcune donne con lesioni precancerose o con cancro del collo dell'utero non sono ancora in menopausa e desiderano avere dei figli.

- > Le lesioni precancerose possono essere trattate in modo da conservare l'utero, rendendo così possibile una futura gravidanza. Se la terapia consiste in una conizzazione (vedi p. 28), l'utero risulta però indebolito; le donne che entrano in gravidanza dopo una conizzazione corrono un rischio aumentato di aborto o di parto prematuro.
- > Nel cancro del collo dell'utero, l'utero va quasi sempre asportato chirurgicamente. Le donne colpite non possono più rimanere incinte.

Prima della terapia, parli di un suo eventuale desiderio di maternità con il suo medico. Lo informi an-

che in caso di gravidanza, o di desiderio di maternità, dopo il trattamento. Potrebbe essere necessario adottare delle misure speciali per abbassare il rischio di aborto o di parto prematuro.

L'asportazione dell'utero e la consapevolezza di non poter più avere figli possono avere un impatto psicologico molto grave; in questa situazione, può essere molto utile una consulenza psico-oncologica (vedi Appendice).

Menopausa e disturbi della menopausa

Nell'intervento chirurgico per cancro del collo dell'utero, le ovaie di solito non sono asportate. Tuttavia, a seconda della diffusione della malattia, la loro asportazione viene a volte consigliata.

In questo caso, la donna entra in menopausa subito dopo l'intervento chirurgico, anche se è ancora in età fertile. Di conseguenza, possono comparire disturbi tipici della menopausa, quali vampate di calore, stati depressivi o disturbi della concentrazione. Anche una terapia farmacologica o una radioterapia possono provocare tali disturbi.

I disturbi della menopausa rappresentano, per alcune donne, un notevole carico psichico e fisico. Discuta con il suo medico su come



alleviare questi disturbi. Spesso è possibile una terapia sostitutiva ormonale, soprattutto quando si tratta di un carcinoma a cellule piatte (vedi p. 11).

La sessualità

Gli interventi chirurgici e le altre terapie possono compromettere anche la sessualità, la sensibilità sessuale e la percezione del proprio corpo. Discuta con il medico anche di tali effetti della terapia e di come questi disturbi possono essere alleviati.

Maggiori informazioni ...
... sugli effetti del cancro e delle terapie oncologiche sulla sessualità si trovano nell'opuscolo «Il cancro e la sessualità femminile» (vedi p. 43).

La terapia nell'ambito di uno studio clinico

La ricerca medica studia in continuazione nuovi approcci terapeutici e nuovi metodi di cura. Dopo numerose fasi, alla fine si esamina, nell'ambito di studi clinici, assieme ai pazienti, se grazie alle innovazioni sia possibile migliorare l'efficacia e la tollerabilità di terapie già consolidate.

Lo scopo è che le persone trattate abbiano un vantaggio dalle nuove forme di terapia, ad esempio un allungamento della vita, il rallentamento della progressione della malattia, meno dolori ecc. Alcune pazienti che si sottopongono a un trattamento nell'ambito di uno studio clinico pensano anche ai possibili vantaggi che ne potrebbero derivare in futuro per le persone ammalate di cancro.

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.

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

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.

L'opuscolo «Trattamento nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 44), spiega le ragioni di questi studi e i vantaggi che presenterebbe una sua eventuale partecipazione.

Metodi terapeutici

- *Osservare anche le indicazioni generali da pagina 22.*
- *Ulteriori informazioni sugli stadi della malattia sono riportate da pagina 17.*
- *I metodi utilizzati nel cancro del collo dell'utero e quelli impiegati nelle lesioni precancerose vengono descritti da pagina 36.*

Non tutte le donne ammalate sono sottoposte a tutti i metodi di terapia. Quali metodi sia utile usare dipende dalla situazione individuale della paziente.

Attesa e osservazione

In presenza di lesioni precancerose di grado basso o medio, non è necessaria alcuna terapia immediata. Di regola, dopo sei mesi viene effettuato un nuovo striscio, per controllare l'evoluzione, e vengono condotti nuovi accertamenti. In circa il 55% delle donne con CIN I e nel 45% delle donne con CIN II, le lesioni precancerose scompaiono da sole.

L'operazione senza asportazione dell'utero

La conizzazione

La conizzazione viene presa in considerazione in presenza di lesioni precancerose di grado elevato o in caso di cancro del collo dell'utero in stadio molto precoce.

La conizzazione consiste nel recidere un frammento di tessuto a forma di cono dal collo dell'utero. Il tessuto viene, quindi, minuziosamente analizzato, per accertarsi di aver asportato tutte le cellule cancerose.

Se dall'esame risulta che tutte le cellule cancerose sono state asportate, non è necessaria alcuna ulteriore terapia.

L'intervento ha luogo all'ospedale, di regola in anestesia generale. La ferita guarisce entro 4–6 settimane; non compaiono conseguenze di rilievo.

La conizzazione preserva l'utero, per cui la donna colpita può rimanere incinta se non è già in menopausa. Tuttavia, il collo dell'utero viene indebolito e quindi, in caso di gravidanza, aumenta il rischio di aborto o di parto prematuro.

La vaporizzazione laser

Le lesioni precancerose di grado basso o medio, i cui confini siano ben visibili, possono essere distrutte con il laser. Lo svantaggio di questo metodo consiste nel fatto

che il tessuto distrutto non rimane conservato e, quindi, non può essere esaminato.

Asportazione con ansa elettrica (LEEP)

Le lesioni precancerose di grado medio o elevato, i cui confini siano ben visibili, possono essere distrutte mediante un'ansa elettrica. Il tessuto reciso rimane conservato e viene successivamente analizzato. Questo intervento è denominato LEEP (dall'inglese Loop Electrosurgical Excision Procedure).

L'operazione con asportazione dell'utero (isterectomia)

L'opzione terapeutica principale nel cancro del collo dell'utero è l'asportazione chirurgica dell'utero (isterectomia). Negli stadi precoci, è possibile guarire la malattia mediante quest'intervento.

In base allo stadio della malattia e alla diffusione del tumore, l'isterectomia viene estesa, cioè non solo l'utero, ma anche i tessuti e gli organi adiacenti vengono interamente o parzialmente asportati. Di questi fanno parte, a seconda delle situazioni:

- > l'apparato di sostegno dell'utero con i legamenti uterini (parametrio),

- > in aggiunta, i linfonodi adiacenti del bacino (linfonodi pelvici) e lungo le grosse vene e arterie addominali (linfonodi para-aortici). Quest'intervento viene denominato «operazione radicale di Wertheim» (prende il nome da un ginecologo austriaco),
- > la parte superiore della vagina,
- > eventualmente entrambe le ovaie, assieme alle tube uterine (annessi).

Durante l'intervento, si controlla se il tumore si sia già diffuso alla vescica urinaria o al retto. In caso positivo, vanno eventualmente asportate anche porzioni di questi organi.

Le tecniche operatorie

Esistono diverse tecniche per la rimozione dell'utero, mediante apertura della cavità addominale (laparotomia), mediante laparoscopia o per via vaginale (isterectomia vaginale).

Di regola, nel cancro del collo dell'utero, l'addome viene aperto con un taglio che va dall'osso pubico all'ombelico (laparotomia). Attraverso questo taglio, i chirurghi possono esaminare anche gli altri organi del bacino e dell'addome, controllando se il tumore li abbia già infiltrati.

L'asportazione dell'utero attraverso la vagina (isterectomia vaginale) o l'intervento laparoscopico sono possibili solo in determinate situazioni, quali ad esempio il cancro in stadio precoce. In questi casi, non è necessario aprire l'addome.

Nella tecnica laparoscopica, vengono effettuati diversi piccoli tagli (di circa 1–2 cm) sulla parete addominale. Attraverso questi tagli, vengono inseriti una mini-camera e degli strumenti speciali (chirurgia mini-invasiva). La telecamera trasmette le immagini dall'interno del corpo a uno schermo, in modo da consentire al chirurgo di manovrare gli strumenti sotto controllo visivo e di esaminare gli organi interni.

Molto raramente, viene condotta negli stadi precoci anche la cosiddetta trachelectomia. Si tratta di una tecnica chirurgica impegnativa, che solo pochi chirurghi sono in grado di eseguire. Con questa tecnica, vengono asportati attraverso la vagina circa due terzi del collo dell'utero, il tessuto connettivo adiacente e i linfonodi del bacino. Così è ancora eventualmente possibile una gravidanza, anche se in condizioni più difficili.

Possibili conseguenze dell'operazione

La comparsa di conseguenze croniche dell'operazione chirurgica dipende dall'entità dell'intervento e dagli organi e tessuti asportati. Ecco alcune delle conseguenze più frequenti dell'operazione.

Linfedemi

I linfedemi sono tumefazioni provocate dal ristagno del liquido dei tessuti (linfa) che possono causare dolore. I linfedemi si sviluppano a volte dopo l'asportazione dei linfonodi e l'interruzione delle vie linfatiche, poiché la linfa non può più defluire liberamente.

Dopo l'asportazione dell'utero, possono comparire linfedemi al basso ventre, all'inguine o agli arti inferiori.

Chieda subito consiglio su cosa fare in caso di linfedema. Nell'opuscolo «Il linfedema» (vedi p. 43) sono riportate altre avvertenze.

Incontinenza urinaria

A volte, dopo l'operazione compare un'incontinenza urinaria. La donna non è più in grado di controllare l'emissione dell'urina. Nel bacino, gli organi sono molto vicini tra loro, per cui in seguito a un intervento chirurgico possono essere danneggiati anche gli organi urinari e la loro innervazione.

Nella maggior parte delle donne colpite, l'incontinenza scompare nei giorni o nelle settimane successive all'operazione. In caso contrario, chiedi senz'altro consiglio al medico: l'incontinenza urinaria si può curare.

Fertilità e sessualità

Osservare le avvertenze a p. 25.

Se compaiono queste o altre conseguenze postoperatorie, informi subito il suo medico: spesso è possibile effettuare un trattamento adeguato.

La radioterapia (irradiazione)

La radioterapia danneggia in primo luogo le cellule tumorali, in maniera che non possano più dividersi e moltiplicarsi e muoiano. Grazie a ciò si ottiene una diminuzione di volume del tumore.

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.

Nel cancro del collo dell'utero in stadio avanzato, la radioterapia viene usata quando non è possibile effettuare l'intervento chirurgico.

A seconda della situazione, la radioterapia viene associata alla chemioterapia (radio-chemioterapia) per aumentare l'efficacia.

Possibili effetti indesiderati

- > Infiammazione della vescica urinaria, disturbi durante la minzione, incontinenza urinaria
- > Infiammazione del retto e diarrea
- > Secchezza o arrossamento della pelle/mucosa irradiata
- > Infiammazione e restringimento della vagina
- > Compromissione della sessualità

Osservare anche le avvertenze a p. 24.

Si distinguono due forme di radioterapia, che, di regola, vengono associate tra loro.

L'irradiazione interna (brachiterapia intravaginale)

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

Rispetto all'irradiazione dall'esterno, la brachiterapia presenta alcuni vantaggi. Siccome la sorgente radiante si trova vicina al tumore, i tessuti adiacenti vengono per lo più risparmiati e compaiono meno effetti collaterali. Quindi possono essere somministrate dosi radianti più elevate, che danneggiano di più il tumore.

La brachiterapia può essere eseguita solo in centri selezionati.

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 adiacenti. La sorgente radiante si trova all'esterno del corpo.

Prima della radioterapia, con l'ausilio della tomografia computerizzata si misura esattamente la parte dell'utero da irradiare e si calcola il punto da trattare e la dose da somministrare. Questi preparativi servono a fare in modo che le radiazioni colpiscano possibilmente solo il tumore, lasciando indenni gli organi adiacenti, quali la vescica urinaria e il retto.

La paziente si reca in ambulatorio per la radioterapia dal lunedì al venerdì per 4–6 settimane. Le singole sedute durano solo pochi minuti.

Maggiori informazioni ...
... sulla radioterapia e su come combattere gli effetti indesiderati si trovano nell'opuscolo «La radioterapia» (vedi p. 43).

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 tumorali 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 tumorali a crescita rapida.

Tuttavia i farmaci danneggiano anche le cellule sane a crescita rapida, per esempio le cellule del sistema emopoietico (midollo osseo), le cellule dei capelli, le cellule delle mucose (bocca, stomaco, intestino, vagina), gli spermatozoi 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 tipo di tumore si utilizzano citostatici differenti: ve ne sono più di cento. In caso di cancro del collo dell'utero si combinano in genere più farmaci diversi. Questi vengono somministrati in più cicli, con pause tra un ciclo e il successivo.

La chemioterapia viene utilizzata nel cancro del collo dell'utero in stadio avanzato. Sono possibili diverse forme:

- > chemioterapia prima dell'intervento chirurgico, per rimpicciolire il tumore (terapia neoadiuvante),

- > chemioterapia in associazione alla radioterapia (radiochemioterapia) in sostituzione dell'intervento chirurgico,
- > chemioterapia nel trattamento palliativo, quando la guarigione non è più possibile.

Possibili effetti indesiderati

- > Anemia (pallore, stanchezza, riduzione delle prestazioni fisiche)
- > Nausea e vomito
- > Disturbi gastrointestinali, diarrea
- > Caduta dei capelli
- > Infiammazioni vaginali, secchezza della mucosa vaginale
- > Infiammazione delle mucose della cavità orale
- > Aumento del rischio d'infezioni
- > Forte spossamento (fatigue)

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. Il medico, l'infermiera o la sua persona di riferimento nell'istituto ospedaliero le daranno tutte le informazioni e i consigli necessari.

Legga anche le indicazioni generali a p. 22.



Farmaci di sostegno

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

- > medicinali contro la nausea e il vomito (antiemetici)
- > collutori o spray contro le afte in bocca
- > antibiotici contro infezioni batteriche
- > antimicotici contro le infezioni da funghi
- > antidolorifici (vedi anche p. 38)
- > trasfusioni di sangue o somministrazione di farmaci (eritropoietina) in caso di anemia o trasfusione di piastrine in caso di rischio di emorragia
- > in caso di forte diminuzione dei globuli bianchi: medicinali che stimolano la formazione dei globuli bianchi
- > preparati cortisonici contro diversi disturbi

Maggiori informazioni ...
... sui farmaci antitumorali e su come combattere gli effetti indesiderati si trovano anche nell'opuscolo «Terapie medicamentose dei tumori» (vedi p. 43).

La medicina complementare

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

Alcuni di questi metodi possono contribuire a migliorare il benessere generale e la qualità di vita durante o dopo una terapia antitumorale, ma in genere non hanno alcun effetto curativo sul tumore stesso.

Si sconsigliano invece i cosiddetti metodi *alternativi*, cioè quei metodi applicati *in sostituzione* delle terapie mediche tradizionali. Troverà maggiori informazioni in merito nell'opuscolo «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 43).

Un colloquio personale con la sua équipe 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 prodotti apparentemente innocui possono interferire con certe terapie e sono dunque controindicati.

Terapia del cancro del collo dell'utero e delle lesioni precancerose

La terapia del cancro del collo dell'utero e delle lesioni precancerose dipende dallo stadio della malattia. Solo dopo aver stabilito se si tratta di una lesione precancerosa o di cancro, e averne determinato la diffusione, è possibile programmare il trattamento (vedi anche «Indicazioni generali», p. 22).

Infine, le terapie adeguate vanno vagliate e decise insieme alla paziente.

La terapia delle lesioni precancerose del cancro del collo dell'utero

- *Ulteriori informazioni sulle lesioni precancerose e sulla loro classificazione si trovano a pagina 17.*
- *I singoli metodi terapeutici vengono descritti nei particolari da pagina 28.*

Lesioni precancerose di basso grado

Nelle lesioni precancerose di basso grado non viene iniziata, di regola, alcuna terapia immediata. Si attende e si effettua un nuovo striscio dopo sei mesi.

Se lo striscio evidenzia nuovamente delle lesioni precancerose, ma non è possibile valutarle esattamente o se compare una lesione precancerosa di grado più elevato, è necessario il trattamento. A seconda della situazione, la terapia consiste nella vaporizzazione laser, nell'escissione con ansa elettrica (Leep) o nella conizzazione.

Lesioni precancerose di grado medio o elevato

Le lesioni precancerose di grado più elevato vengono trattate con più urgenza, a volte immediatamente, mediante vaporizzazione laser, Leep o conizzazione. È possibile però, a seconda della situazione iniziale, attendere e ripetere lo striscio dopo 4–6 mesi.

Carcinoma in situ (FIGO 0)

Un carcinoma in situ viene immediatamente trattato, di regola, con una conizzazione.

Tuttavia, spesso è possibile diagnosticare un carcinoma in situ solo dopo la conizzazione e l'esame microscopico del tessuto prelevato (vedi anche p. 16 e 28, «Conizzazione»). Se il sospetto viene confermato, alla paziente viene consigliato di sottoporsi ad asportazione dell'utero nel corso di un altro intervento chirurgico.

Se è possibile escludere con assoluta certezza che il tumore si trovi in uno stadio più avanzato, in caso di sospetto di carcinoma in situ si può eventualmente rinunciare alla conizzazione e procedere invece direttamente all'asportazione dell'utero (isterectomia).

Un tumore in uno stadio più avanzato richiede in genere un'operazione più estesa (vedi paragrafo seguente).

La terapia del cancro del collo dell'utero

- *Ulteriori informazioni sugli stadi della malattia sono riportate a pagina 19.*
- *I singoli metodi terapeutici vengono descritti nei particolari a partire dalla pagina 28.*

Stadi precoci FIGO IA1

Se viene diagnosticato questo stadio (mediante biopsia o conizzazione), la terapia di scelta è l'asportazione chirurgica dell'utero, tenendo in considerazione anche altri criteri. Questo trattamento è considerato il più efficace.

Eventualmente, per esempio in caso di desiderio di maternità, si può rinunciare in un primo momento all'intervento, ma in seguito è fondamentale procedere a controlli frequenti.

Molto raramente, nelle donne che desiderano ancora avere dei bambini, può essere presa in considerazione un'asportazione parziale del collo dell'utero (trachelectomia).

FIGO IA2

Di regola, viene asportato l'utero (isterectomia). Se si tratta di un carcinoma a crescita aggressiva, eventualmente si può ricorrere all'operazione allargata (isterectomia secondo Wertheim).

FIGO IB/IIA

Come terapia di scelta, viene consigliata l'asportazione chirurgica dell'utero con asportazione dei linfonodi (isterectomia secondo Wertheim).

Nelle pazienti in cui il tumore ha già interessato i linfonodi e che presentano un elevato rischio di recidiva del tumore o di metastasi, può essere opportuno effettuare successivamente una radiochemioterapia.

Stadio medio FIGO II B

Di regola, vengono asportati l'utero, la parte superiore della vagina, eventualmente anche il parametrio (legamenti di sostegno dell'utero) o parte di esso, i linfonodi adiacenti, le ovaie e le tube uterine.

Nelle donne prima della menopausa, le ovaie possono essere eventualmente lasciate in situ. Subito dopo, viene effettuata una radio-chemioterapia combinata. Alcune pazienti vengono sottoposte a radiazioni già prima dell'intervento chirurgico (radioterapia neoadiuvante), per ridurre la massa tumorale.

Stadi avanzati FIGO III e IV

Di regola si rinuncia a un intervento chirurgico, perché si dovrebbero asportare troppe strutture. Le opzioni di trattamento sono una radioterapia o una radio-chemioterapia combinata.

Raramente, viene presa in considerazione un'operazione allargata (con asportazione della vescica urinaria e del retto).

La terapia del dolore

Nel cancro del collo dell'utero, soprattutto negli stadi avanzati e metastatici, possono comparire dei dolori. I dolori non curati debilitano e deprimono inutilmente la paziente, sottraendole preziose energie.

È quindi importante parlarne con il medico: il dolore non va sopportato in silenzio.

I dolori tumorali possono essere sempre alleviati e in molti casi persino eliminati grazie ai farmaci o ad altre misure come la radioterapia o un intervento chirurgico.

Maggiori informazioni ...
... su come combattere i dolori si trovano nell'opuscolo «Vivere con il cancro, senza dolore» (vedi p. 43).

Il post-trattamento e la riabilitazione

Una volta conclusa la terapia, le saranno consigliati regolari esami di controllo. Tali esami hanno tra l'altro lo scopo di individuare e attenuare i disturbi dovuti alla malattia e alla cura.

Ciò non riguarda solo i disturbi fisici. Anche le difficoltà di natura psichica, lavorativa o sociale sono difficili da sopportare. In caso di bisogno, è possibile ricorrere alla consulenza psico-oncologica o psicosociale (vedi Appendice). Ciò può favorire la riabilitazione.

Scopo degli esami di controllo è anche l'individuazione tempestiva e la cura di eventuali recidive, di un tumore secondario o di metastasi.

La frequenza delle visite di controllo dipende dallo stadio della malattia, dalle terapie e dal suo stato di salute.

Lesioni precancerose

Nel primo anno dalla diagnosi e/o dalla terapia, sono di regola indicati controlli ogni 4–6 mesi. Se in occasione di tali controlli non emergono risultati anomali, bastano ulteriori controlli una volta l'anno.

Cancro del collo dell'utero

Nei primi 2–3 anni dalla terapia, di regola sono opportuni controlli medici ogni tre mesi. In seguito, sono sufficienti esami di controllo ogni 6–12 mesi.

Non esiti a rivolgersi subito al medico all'insorgere di sintomi e disturbi: non aspetti il successivo controllo.



Convivere con il cancro

Numerose persone confrontate con una diagnosi di cancro vivono oggi meglio e più a lungo rispetto ad alcuni decenni fa. Alcuni riescono a svolgere le consuete attività parallelamente alla terapia, altri invece non ne sono più in grado.

Ascoltare se stessi

Si conceda del tempo per riorganizzare in modo consapevole la sua vita. Cerchi di individuare ciò che potrebbe contribuire a migliorare la sua qualità di vita. A volte basta porsi semplici domande come:

- > Cosa è importante per me?
- > Cosa mi occorre?
- > Come posso ottenere ciò che desidero?
- > Chi può darmi una mano?

Dopo una terapia il reinserimento nella vita quotidiana è a volte difficile. Per questo è importante ascoltare la propria «voce interiore». Legga anche le informazioni in appendice e il capitolo delle indicazioni generali in quest'opuscolo.

Cercare il dialogo

Proprio come le persone sane affrontano ognuno a modo suo le questioni esistenziali, anche una malattia è vissuta in modo diffe-

rente da ogni individuo. La gamma delle reazioni va da un «andrà tutto bene!» o «speriamo che vada tutto bene!» a «di certo andrà tutto storto!» o «è finita, non c'è più speranza!».

Sentimenti di paura sono strettamente legati ad ogni malattia tumorale, indipendentemente dalle 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 generali. Ciò che può aiutare una persona può non significare nulla per un'altra o viceversa.

Assistenza specialistica

Non esiti a richiedere un'assistenza specialistica se necessario. Si rivolga all'équipe curante o al medico di famiglia per ricevere la raccomandazione e la prescrizione di misure coperte dalla cassa malati.

Per questioni psicosociali o per informazioni sulle offerte di riabilitazione può rivolgersi anche al servizio sociale dell'ospedale o alla sua lega cantonale contro il cancro.

Appendice

Chieda consiglio

L'équipe curante

Le darà volentieri informazioni e consigli per superare i disturbi legati alla malattia e ai trattamenti. Rifletta sulla possibilità di avvalersi di eventuali misure complementari in grado di contribuire al suo recupero e reinserimento nella vita professionale e sociale e di migliorare il suo benessere.

Richieda anche la consulenza di uno psico-oncologo se lo ritiene necessario. È uno specialista di problemi di natura psichica legati a una malattia tumorale.

La sua lega cantonale contro il cancro

La sua lega le offre consulenza, assistenza e sostegno per superare le difficoltà dovute alla malattia. L'offerta delle leghe cantonali comprende anche il colloquio personale, aiuto nel chiarimento di questioni assicurative, corsi, il procurare particolari specialisti, per esempio per il linfo-drenaggio, la consulenza psicooncologica, le terapie complementari.

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 e alle terapie che sta seguendo. La chiamata e la consulenza sono gratuite.

Scambio con altri pazienti (forum internet, gruppi di autoaiuto)

Lei ha inoltre la possibilità di discutere di ciò che le sta a cuore in un forum in internet, ad esempio all'indirizzo www.forumcancro.ch, una prestazione di Linea cancro.

Nei gruppi di autoaiuto, le persone colpite si scambiano esperienze e si informano a vicenda.

Il dialogo con persone che hanno vissuto una situazione simile è spesso utile e liberatorio.

Venire a conoscenza dei vari modi in cui altri malati o familiari hanno superato i momenti difficili può dare coraggio. Tenga però presente che ciò che ha aiutato o danneggiato un'altra persona non deve necessariamente avere lo stesso effetto su di lei.

Assicurazione

I costi del trattamento antitumorale vengono assunti dall'assicurazione di base obbligatoria a condizione che la terapia sia omologata o che il preparato figuri nel cosiddetto elenco delle specialità dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Il suo medico curante le darà tutte le informazioni necessarie.

Anche nell'ambito di uno studio clinico (vedi p. 27) i costi per i trattamenti con sostanze omologate sono coperti. Alcune procedure relative a nuove terapie sottostanno tuttavia a condizioni specifiche.

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 sua lega cantonale contro il cancro di farlo per lei.

Consulti anche l'opuscolo «Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali» (vedi p. 44).

Opuscoli della Lega contro il cancro

- > **Il cancro del corpo dell'utero**
Carcinoma endometriale, sarcoma uterino
- > **Il cancro dell'ovaio**
Tumori ovarici
- > **Terapie medicamentose dei tumori**
Chemioterapia, terapia antiormonale, immunoterapia
- > **La radioterapia**
- > **Vivere con il cancro, senza dolore**
- > **Fatica e stanchezza**
Individuare le cause, trovare delle soluzioni
- > **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
- > **Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali**
- > **Rischio di cancro ereditario**
Guida per le famiglie con numerosi casi di cancro
- > **Krebs – von den Genen zum Menschen/Le cancer – des gènes à l’homme**
Un CD-ROM che illustra l’origine e il trattamento delle malattie tumorali (fr. 25.–, più spese di spedizione). Non disponibile in italiano.
- > **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**

Le nostre pubblicazioni si possono ordinare

- > presso la lega contro il cancro della sua regione
- > per telefono: 0844 85 00 00
- > per e-mail: shop@legacancro.ch
- > in internet: 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 della cervice**», Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici, 2005, disponibile online: www.aimac.it → tipi di cancro → Il cancro della cervice
 «**Trattamento dei tumori nell’ambito di uno studio clinico**», reperibile presso il Gruppo svizzero di ricerca clinica sul cancro (SAKK), tel. 031 389 91 91, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch

Internet

Italiano

www.bag.admin.ch → italiano → Temi → Malattie e medicina → Malattie trasmissibile → virus del papilloma umano (HPV)

L'Ufficio federale della Sanità pubblica informa sulle possibilità di vaccinarsi contro l'HPV

www.aimac.it → tipi di cancro → cervice

Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici

www.airc.it/tumori/tumore-all-utero-e-cervice-uterina.asp

Associazione italiana per la ricerca sul cancro

www.forumcancro.ch

Il forum internet della Lega contro il cancro

www.legacancro.ch → Prevenzione → Varie malattie → Cancro del collo dell'utero

Informazioni di base sulla vaccinazione anti-HPV

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

Inglese

www.cancer.gov/cancertopics/types/cervical

National Cancer Institute USA

www.cancer.org → choose a cancer topic → cervical cancer

American Cancer Society, USA

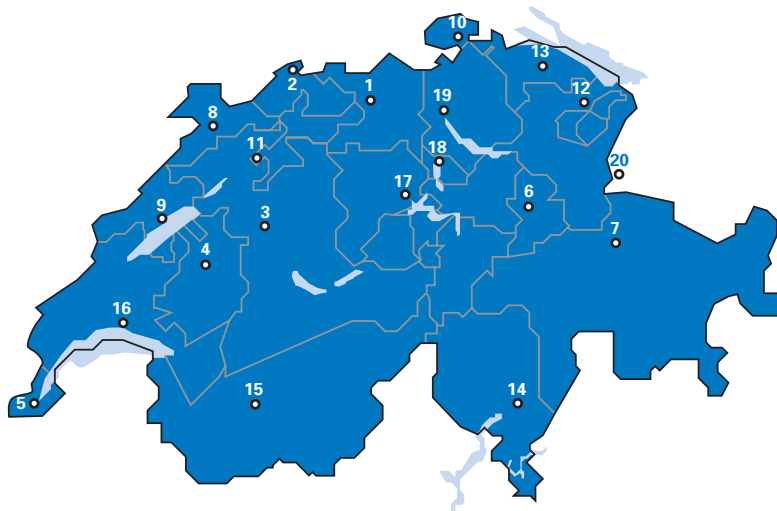
www.macmillan.org.uk → cancer information → cancer types → cervical cancer

A non-profit cancer information service

Fonti

Le pubblicazioni e i siti internet citati in questo opuscolo sono serviti alla Lega contro il cancro anche come fonti. Essi soddisfano complessivamente i criteri di qualità della Health On the Net Foundation, il cosiddetto HonCode (vedi www.hon.ch/HONcode/Italian).

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
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
www.krebssliga-glarus.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 des Moulins 12
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. 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

Forum

www.forumcancro.ch,
il forum internet della
Lega contro il cancro

Linea stop tabacco

tel. 0848 000 181
massimo 8 centesimi
al minuto (rete fissa)
lunedì-venerdì
ore 11.00–19.00

Opuscoli

tel. 0844 85 00 00
shop@legacancro.ch

Siamo molto grati del suo sostegno.

La sua Lega contro il cancro: