

casstiopea

LINFOMI

COSA SONO, TERAPIA, EFFETTI



ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LE LEUCEMIE-LINFOMI E MIELOMA
O N L U S

Opuscolo per il paziente

Testo a cura di Maurizio Martelli
Ematologia, Policlinico Umberto I, Università “Sapienza” di Roma

Finito di stampare nel mese di aprile 2019

INDICE:

COSA SONO I LINFOMI	4
I DIVERSI TIPI DI LINFOMA: HODGKIN E NON HODGKIN E LA LORO CLASSIFICAZIONE	5
IL LINFOMA DI HODGKIN (LH)	5
I LINFOMI NON-HODGKIN (LNH)	5
QUANTO SONO DIFFUSI E CHI INTERESSANO	6
FATTORI DI RISCHIO E CAUSE	6
QUALI SONO I SINTOMI	7
DIAGNOSI E VALUTAZIONE DELLA MALATTIA	7
STADIAZIONE	9
PROGNOSI	10
TERAPIE	10
A. LA CHEMIOTERAPIA	10
B. GLI ANTICORPI MONOCLONALI	11
C. LA RADIOTERAPIA	11
D. TERAPIA DI SUPPORTO	12
E. TRAPIANTO	12
F. PROTOCOLLI SPERIMENTALI	13
MALATTIA MINIMA RESIDUA	14
DOPO LE TERAPIE ED EFFETTI A LUNGO TERMINE	15
FERTILITÀ E LINFOMI	16
ASPETTI PSICOLOGICI	16



COSA SONO I LINFOMI?

Il **linfoma** è un tumore ematologico che interessa i linfociti, cellule del sistema linfatico che hanno il compito di proteggere il corpo dalle infezioni. I linfociti sono presenti nelle ghiandole linfatiche (**linfonodi**), **nel midollo, nella milza** e la malattia può diffondersi attraverso il sangue e/o i vasi linfatici ad altri linfonodi od organi. I linfociti, infatti circolano nel sangue ed in tutti gli altri organi del corpo alla ricerca di antigeni estranei da eliminare. I linfociti tumorali non perdono questa capacità di circolare nel corpo, per cui i linfomi sono in genere malattie diffuse fin dall'inizio in tutto l'organismo anche a distanza del luogo d'origine.

I DIVERSI TIPI DI LINFOMA: HODGKIN E NON HODGKIN E LA LORO CLASSIFICAZIONE

I linfomi sono suddivisi in due grandi categorie: linfoma di Hodgkin (LH) e linfomi non Hodgkin (LNH).

IL LINFOMA DI HODGKIN (LH)

Il Linfoma di Hodgkin (LH), che prende il nome dal primo medico che lo ha descritto nel 1832, è caratterizzato dalla presenza di cellule chiamate di Reed-Sternberg.

Il linfoma di Hodgkin origina da linfociti B che, pur avendo accumulato nel loro DNA errori incompatibili con una corretta funzionalità, sfuggono, per motivi ancora non del tutto chiariti, all'eliminazione da parte delle cellule di sorveglianza e danno origine ad una popolazione tumorale. Dato che il tessuto linfatico è diffuso praticamente in tutto il corpo, il linfoma di Hodgkin è un tumore che può insorgere in diverse localizzazioni anatomiche. Per questo motivo, alla diagnosi e prima di cominciare le terapie, tutti i pazienti vanno incontro ad un percorso di 'stadiazione' che serve ad identificare le sedi anatomiche coinvolte dalla malattia attraverso indagini strumentali (ecografia, TAC, PET, etc.). In genere si diffonde però in maniera "prevedibile"

verso le stazioni linfonodali più vicine a quelle di esordio. Raramente la localizzazione iniziale è in organi non linfatici.

La classificazione del linfoma di Hodgkin presenta due sottocategorie: quello classico e quello a predominanza linfocitaria. A sua volta il linfoma di Hodgkin classico è distinto in 4 sottotipi: a sclerosi nodulare, ricco di linfociti, a cellularità mista, a deplezione linfocitaria.

I LINFOMI NON-HODGKIN (LNH)

I linfomi non Hodgkin (LNH) si distinguono dagli Hodgkin perché non sono presenti le cellule di Reed-Sternberg e hanno origine dai linfociti B o dai linfociti T.

Mentre i primi rappresentano la forma più comune, i linfomi a cellule T sono più rari. Un'ulteriore classificazione dei linfomi di tipo B li suddivide in forme di basso grado di malignità o a crescita lenta (indolenti) e in forme di alto grado di malignità o a crescita rapida (aggressivi). Oltre alle sedi classiche linfonodali i LNH possono interessare nel 15-20% dei casi tessuto linfoide di altri sedi, quali il tratto gastrointestinale, genitourinario, sistema nervoso centrale, mammella, ghiandole lacrimali, tiroide e cute. Sulla base dell'aggressività e delle cellule di origine si classificano molti tipi di LNH, ognuno dei quali ha un'evoluzione, una prognosi e degli approcci terapeutici peculiari. È quindi estremamente importante sapere con molta precisione il tipo di LNH di fronte a cui ci si trova per poter scegliere la terapia più adeguata.



FATTORI DI RISCHIO E CAUSE

QUANTO SONO DIFFUSI E CHI INTERESSANO

Il linfoma di Hodgkin rappresenta circa lo 0.5% dei tumori diagnosticati; può presentarsi in soggetti di tutte le età, ma è più frequente nei giovani e negli adulti sopra i 50 anni.

Il linfoma non Hodgkin rappresenta circa il 3% di tutte le neoplasie; può presentarsi in soggetti di tutte le età, ma è più frequente negli adulti con più di 65 anni.

Le cause dei linfomi non sono conosciute. Ci sono però dei fattori di rischio che possono contribuire all'insorgenza della malattia, come per esempio l'esposizione a pesticidi, agenti chimici e agenti inquinanti, virus e radiazioni. E' bene comunque precisare che la presenza di un "fattore di rischio" non equivale alla certezza di ammalarsi ma ad una probabilità superiore rispetto all'assenza di tale fattore.

Alcuni agenti infettivi sono inoltre stati riconosciuti come fattori favorevoli all'insorgenza di sottotipi particolari di linfoma. Tra questi ultimi si possono ricordare in particolare *Helicobacter pylori* (HP) nel linfoma gastrico del MALT; infezione cronica da virus

dell'epatite C (HCV), Chlamydia psittaci nel linfoma degli annessi orbitari, Virus di Epstein-Barr (EBV), l'Human Immunodeficiency Virus (HIV).

Tra le cause che possono favorire l'insorgenza dei linfomi vanno considerate anche le terapie immunosoppressive a lungo termine, come quelle che si somministrano dopo trapianto di organo solido (cuore, polmone ecc.).

Molto si discute circa una **familiarità** dei linfomi, come di tutti i tumori in genere. In realtà non esiste una dimostrazione di ereditarietà, non è al momento identificato nessun particolare assetto genetico che indentifichi un aumentato rischio di insorgenza di linfoma. E' ipotizzabile che certi soggetti presentino una maggiore predisposizione ereditaria a all'insorgenza di queste mutazioni con l'invecchiamento o con l'esposizione a fattori mutageni come fumo o altri agenti cancerogeni.

QUALI SONO I SINTOMI

Il sintomo che più frequentemente spinge il paziente a rivolgersi al medico è l'ingrossamento di uno o più linfonodi superficiali nella regione del collo, delle ascelle o dell'inguine. I linfonodi ingrossati sono in genere non dolenti. Ci può essere l'ingrossamento contemporaneo di più regioni linfonodali. A volte ci possono essere febbre o febricola, stanchezza, sudorazione notturna, prurito, diminuzione del peso corporeo non altrimenti spiegabili.

Altri sintomi che possono manifestarsi con una

certa frequenza sono: a) la tosse, difficoltà di respiro, dolori toracici, rigonfiamento del collo per la presenza di linfonodi ingrossati nel torace e/o infiltrazione dei polmoni; b) mancanza di appetito; c) sensazione di precoce sazietà, dolori addominali, diarrea per la presenza di localizzazioni addominali; d) confusione mentale, alterazioni della personalità, disturbi della parola, perdita della forza in uno o più arti per localizzazioni del sistema nervoso centrale. Questi sintomi non sono tuttavia specifici dei linfomi e la biopsia del linfonodo o di altre lesioni extralinfonodali sono indispensabili per escludere altre malattie e stabilire la diagnosi.

DIAGNOSI E VALUTAZIONE DELLA MALATTIA

E' fondamentale un'accurata diagnosi della patologia attraverso una visita dal medico specialista ematologo, oncologo o chirurgo, dopo un'attenta anamnesi, l'esame fisico, un eventuale esame del sangue ed esami radiologici, sulla base della biopsia di un linfonodo ingrossato o di altro tessuto che viene esaminato al microscopio. La biopsia è indispensabile sia per la diagnosi di linfoma sia (soprattutto) per stabilire con esattezza di quale tipo di linfoma si tratta.

Un preciso inquadramento diagnostico di un linfoma necessita di diverse indagini che consentono non solo di identificare la malattia, ma anche di

caratterizzarla dal punto di vista biologico.

Tale inquadramento prevede:

- Una **visita medica** accurata per valutare i sintomi e i segni della patologia
- Un **esame emocromocitometrico** coadiuvato dall'esame morfologico del sangue venoso periferico che consentono di valutare il numero e l'aspetto delle cellule del sangue per avere una prima indicazione della possibile presenza di malattia nel circolo periferico.
- L'**esame del midollo osseo**, prelevato mediante agoaspirato midollare e biopsia osteomidollare dalle ossa del bacino, in anestesia locale. Servono per valutare la presenza di cellule patologiche mediante l'utilizzo di un microscopio ottico
- Le **analisi molecolari** permettono di valutare la presenza di marcatori molecolari in campioni di aspirato midollare e/o di sangue periferico utili non solo a fini prognostici e per definire la terapia più adatta, ma anche per monitorare la risposta ai trattamenti (vedi sotto)
- **Esami di imaging** - come radiografia del torace, tomografia computerizzata, risonanza magnetica o ecografia - per verificare la presenza di eventuali siti extramidollari di localizzazione della malattia, o infezioni in atto
- La **biopsia linfonodale**, che consiste nell'intervento di asportazione parziale o totale di un linfonodo allo scopo di determinare il tipo di linfoma.



STADIAZIONE

Con il termine stadiazione si intende la valutazione complessiva degli esami effettuati per la diagnosi per poter stabilire l'estensione e la diffusione del tumore. La stadiazione è un processo fondamentale per poter poi stabilire la prognosi e il trattamento più idoneo.

Gli stadi classificati sono 4:

Stadio I Un unico distretto linfonodale interessato

Stadio II Due o più distretti linfonodali interessati situati solo sopra il diaframma (collo, ascelle, torace) o solo sotto il diaframma (addome, zona pelvica, inguine)

Stadio III Interessamento di linfonodi sia sopra sia sotto il diaframma

Stadio IV Malattia diffusa a linfonodi e ad altri organi extra-linfatici (es. fegato, milza, polmoni, midollo osseo)

Ogni stadio può inoltre essere classificato come A o B. Con B si intende la presenza di sintomi sistemici (la febbre, il prurito generalizzato, la sudorazione notturna profusa e il calo di peso), che indicano una prognosi più sfavorevole. Se questi sintomi non sono presenti si indica la lettera A.

PROGNOSI

Con il termine di prognosi si intende la possibilità di prevedere l'evoluzione della malattia in un preciso soggetto in termini di guaribilità, di sopravvivenza (che ad oggi si aggira intorno al 80% per i Linfomi di Hodgkin e al 60% per i Non Hodgkin) e di qualità di vita. Come per ogni malattia tumorale, anche nel caso dei linfomi, la prognosi è funzione delle caratteristiche di aggressività e di estensione della malattia, ma anche delle condizioni di base del soggetto dipendenti da età, malattie pregresse ed eventuali malattie concomitanti. Si deve infatti considerare anche che ai fini della prognosi è fondamentale la capacità che il paziente deve avere di tollerare trattamenti più o meno aggressivi.

La valutazione della prognosi dipende dall'analisi dei seguenti fattori:

- diagnosi precisa del sottotipo di linfoma e dei suoi eventuali marker molecolari;
- stadiazione (estensione della malattia nei vari distretti dell'organismo);
- calcolo (ove esistente) dell'indice di rischio prognostico;
- valutazione delle condizioni generali del paziente e della sua capacità di tollerare la terapia più adeguata.

TERAPIE

A. LA CHEMIOTERAPIA

Con questo termine si intende una terapia con farmaci utilizzati per bloccare la crescita delle cellule tumorali e impedirne la replicazione. Abitualmente si somministrano più farmaci assieme (in regime ambulatoriale, anche se a volte può essere necessario un breve ricovero), solitamente attraverso un'infusione venosa, ma esistono anche farmaci somministrati per via orale e, in alcune forme di linfoma, anche per via intratecale (nel liquor cefalo-rachidiano mediante puntura lombare). A seconda del tipo di trattamento, i farmaci possono essere somministrati in uno o più giorni, a seguito dei quali vi è un periodo di pausa di qualche settimana fino alla nuova somministrazione (questo periodo di tempo tra una somministrazione e l'altra si definisce "ciclo"). I farmaci chemioterapici non sono però sufficientemente selettivi contro le cellule tumorali e distruggono anche alcune cellule sane ed in particolare gli elementi del midollo osseo dal quale si sviluppano i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine. Tra gli effetti collaterali più importanti vi possono essere l'anemia o calo dei globuli bianchi con conseguente maggiore facilità di infezioni o ancora calo delle piastrine con possibile tendenza al sanguinamento. Anche le cellule delle mucose (bocca, stomaco, organi genitali) e le cellule del sistema pilifero possono essere compromesse nella loro replicazione. Durante il periodo di trattamento si è sottoposti a controlli periodici in ospedale per



verificare se i farmaci somministrati sono ben tollerati.

B. GLI ANTICORPI MONOCLONALI

Gli anticorpi monoclonali sono molecole biologiche in grado di riconoscere determinate cellule dell'organismo e quindi distruggerle in maniera selettiva. Alcuni anticorpi possono danneggiare la cellula linfomata con il loro semplice legame, altri servono a veicolare un veleno o un isotopo radioattivo che penetrano così in modo selettivo nella cellula e la distruggono. Gli anticorpi possono essere somministrati da soli o in associazione ad un trattamento chemioterapico, secondo il tipo di linfoma. La somministrazione avviene per via endovenosa. Sono solitamente ben tollerati e possono essere somministrati in regime sia ambulatoriale sia di ricovero. La durata dell'infusione è fatta con tempi variabili e può prolungarsi in caso di effetti collaterali. L'infusione viene abitualmente preceduta da una premedicazione composta da paracetamolo, antistaminici e/o cortisone per prevenire eventuali reazioni simili a quelle allergiche.

C. LA RADIOTERAPIA

La Radioterapia costituisce un'importante opzione terapeutica nella cura dei linfomi. Può essere utilizzata da sola o in combinazione con altri trattamenti (chemioterapia, chemioimmunoterapia). Consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia per distruggere le cellule tumorali evitando il più possibile di distruggere cellule sane.

Le radiazioni sono generate da apparecchiature molto sofisticate chiamate acceleratori lineari. E' un trattamento indolore localizzato, che coinvolge zone ben delimitate del corpo dove in genere sono presenti all'esordio le adenopatie di maggiori dimensioni. Le radiazioni colpiscono le cellule malate a livello del distretto corporeo interessato dal trattamento, danneggiandole o uccidendole.

Il trattamento viene eseguito presso il centro di radioterapia dell'ospedale, la durata del ciclo dipende dal tipo e dallo stadio della malattia. Grazie all'importante progresso tecnologico, la moderna radioterapia riesce a somministrare la dose necessaria in modo molto più preciso di una volta, con miglior risparmio dei tessuti sani circostanti. Nel corso degli anni, si è inoltre assistito ad una progressiva riduzione dei volumi irradiati e delle dosi somministrate con diminuzione significativa del rischio di tossicità tardiva propria dei trattamenti di vecchia generazione.



D. TERAPIA DI SUPPORTO

Oltre al trattamento con farmaci chemioterapici, anticorpi monoclonali e/o radioterapia, sono fondamentali le terapie di supporto che aiutano a controllare e superare effetti collaterali e complicanze. Queste comprendono:

Trasfusioni di emocomponenti (globuli rossi, piastrine) per trattare l'anemia e la riduzione della conta piastrinica

Antibiotici, antifungini e antivirali. Per la prevenzione e il trattamento delle eventuali infezioni

Fattori di crescita (G-CSF) per stimolare la produzione di globuli bianchi (neutrofilo) e limitare il più possibile il rischio di infezioni

Terapia antidolorifica, nel caso di dolore al cavo orale o a livello addominale per l'insorgenza di infiammazione a carico della mucosa gastro-intestinale in seguito all'utilizzo di chemioterapici

Idratazione con grandi quantità di liquidi per proteggere il rene dall'effetto tossico dei chemioterapici e dalle sostanze liberate dalle cellule leucemiche distrutte.

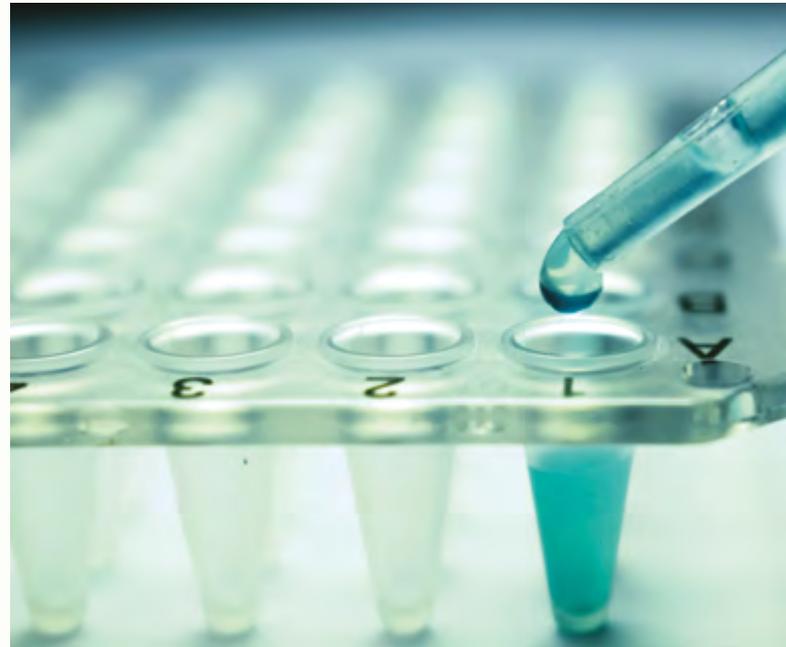
Farmaci antiemetici per il controllo della nausea precoce e tardiva indotta da chemioterapia con ottima tollerabilità ed efficacia.

Eritropoietina per stimolare la produzione di globuli rossi determinando un aumento dei valori di emoglobina che può ridursi per l'effetto mielotossico della chemioterapia, migliorando l'anemia.

Accurata igiene del cavo orale con antisettici e micostatici

E. TRAPIANTO

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche è una procedura che può essere usata nella terapia dei linfomi, soprattutto in caso di recidiva o mancata risposta alla terapia di prima linea. Il trapianto consiste in una chemioterapia molto intensa (condizionamento) a cui segue la re-infusione (una semplice trasfusione) di una sacca di cellule staminali emopoietiche, prelevate in precedenza dal midollo (trapianto di midollo) o più frequentemente dal sangue (trapianto di cellule staminali periferiche). Si parla di trapianto autologo (autotrapianto) quando le cellule sono del paziente stesso e di trapianto allogenico (allogotrapianto) quando il donatore è una persona diversa (fratello/sorella o estraneo geneticamente compatibile). Nel caso dei linfomi è frequente l'utilizzo del trapianto autologo mentre il trapianto allogenico è impiegato in casi selezionati generalmente dopo fallimento del trapianto autologo.



F. PROTOCOLLI SPERIMENTALI

I protocolli sperimentali consistono nella sperimentazione scientifica di nuove forme di trattamento (farmaci nuovi o dosaggi e combinazioni innovative di farmaci già utilizzati nella pratica clinica) o sulla raccolta di dati epidemiologici (incidenza, cause, diagnosi e terapie adottate riguardanti la malattia) su ampi numeri di pazienti su ampi numeri di pazienti. Per protocollo si intende un documento che stabilisce gli elementi essenziali dello studio e le modalità di conduzione dello stesso. Lo scopo è quello di favorire la ricerca clinica e la ricerca di cure sempre più efficaci e specifiche per il tipo di malattia, con meno effetti collaterali per i pazienti con un conseguente miglioramento della loro qualità di vita, con l'obiettivo di fare entrare nella pratica clinica le conoscenze acquisite grazie ai protocolli sperimentali stessi. Questi studi sono condotti in secondo i principi sanciti dalla legislazione italiana

sulla ricerca clinica e approvati dai Comitati Etici e dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) a garanzia della loro correttezza da tutti i punti di vista (legale, scientifico ed etico). La partecipazione ad un protocollo sperimentale non garantisce ovviamente di per sé la certezza di un esito positivo, ma garantisce comunque la disponibilità di trattamenti almeno pari a quelli esistenti nella

pratica clinica per quel tipo di malattia al momento dell'attuazione dello studio. La conduzione di questi studi contribuisce al miglioramento della ricerca sui linfomi attraverso la raccolta di dati clinici (sempre codificati), la loro elaborazione statistica e la pubblicazione su riviste scientifiche dei risultati ottenuti al termine della sperimentazione.

Nell'ambito di questa attività, la **Fondazione Italiana Linfomi Onlus (FIL)** sviluppa progetti di ricerca per la cura dei linfomi. La FIL in pochi anni ha condotto o collaborato alla gestione di circa **70 studi clinici** per la cura dei linfomi.

La FIL lavora attraverso apposite Commissioni Scientifiche composte da esperti provenienti da diversi centri italiani che si occupano di valutare proposte di studi e fornire indicazioni sulle terapie o sulle tecniche diagnostiche per i diversi tipi di linfoma, oggetto dell'attività di ricerca.

La FIL si avvale inoltre della collaborazione di una rete di laboratori per le analisi sulla malattia minima residua (MRD) e collabora inoltre con diversi gruppi di ricerca europei e internazionali.

Per partecipare ad uno studio clinico il medico, responsabile dello studio presso il centro ematologico, informa il paziente sullo studio, sugli effetti secondari e i benefici che il paziente può trarre dalla ricerca. Il medico ha il compito di spiegare il protocollo e di soddisfare tutte le richieste e i dubbi del paziente. Il paziente deve avere il tempo per formulare domande. La partecipazione ad uno studio è una libera scelta del paziente che può ritirarsi anche durante il suo svolgimento, senza alcuna penalità e senza perdere alcun beneficio di cui sarebbe titolare al di fuori della ricerca. La decisione

di abbandonare lo studio non compromette in alcun modo la qualità dell'assistenza e delle cure mediche che il paziente riceverà successivamente al ritiro del suo consenso. Il medico dello studio avrà il compito di illustrare le modalità di interruzione della terapia eventualmente in corso per evitare rischi alla salute del paziente. La partecipazione ad uno studio clinico non comporta alcun compenso né alcun costo per il paziente. Il paziente sarà seguito in ogni tappa della ricerca attentamente e secondo precise indicazioni definite nel Protocollo.

Per avere maggiori informazioni su FIL scrivi a comunicazione@filinf.it

MALATTIA MINIMA RESIDUA

Tecniche di laboratorio molto sensibili come la citofluorimetria e, soprattutto, la biologia molecolare permettono di identificare la presenza di piccole quantità di malattia nei soggetti in apparente remissione completa.

Questo permette la precoce identificazione di eventuali recidive.



DOPO LE TERAPIE ED EFFETTI A LUNGO TERMINE

Durante il trattamento, viene eseguito almeno un esame strumentale (TC o TC/PET) per valutare se il linfoma risponde alla terapia. Se gli esiti degli esami sono buoni, si procede al completamento dell'iter terapeutico, altrimenti si passa ad una terapia alternativa.

Un ulteriore controllo viene effettuato al completamento del trattamento, per valutare la risposta finale. Ciò avviene attraverso esami strumentali come la TC/PET, eventuale biopsia del midollo osseo e la ripetizione di esami che all'inizio erano alterati.

Se la remissione è completa, inizia un periodo di visite di controllo, all'inizio ravvicinate, poi meno frequenti. Queste visite servono per valutare lo stato di salute e l'andamento della situazione clinica della malattia, con l'esecuzione di esami strumentali in tempistiche di controllo stabilite.

Questo periodo di controlli si definisce "follow up" e viene solitamente svolto in regime ambulatoriale.

In molti casi la risposta clinica alla terapia sarà completa, ma può anche verificarsi una non risposta alla terapia o una recidiva del linfoma, che quindi si ripresenta.

In questi casi si opta per un nuovo percorso terapeutico, solitamente diverso da quello iniziale.

La qualità della vita dopo la cura di un linfoma

dipende da diversi fattori: età del paziente, presenza di altre patologie, tipo di risposta alla terapia (parziale o completa) e durata, stato sociale, "aggressività" del percorso terapeutico, eventuali complicanze post-terapia.

La comunicazione con il proprio medico è sempre fondamentale sia per essere rassicurati in merito alle tempistiche e modalità di svolgimento dei controlli sia per monitorare gli eventuali effetti collaterali delle terapie a lungo termine che si possono verificare a seguito della somministrazione di schemi chemioterapici.

Vari fattori possono influenzare il rischio di sviluppare queste complicanze, come l'età al momento del trattamento, il tipo e la durata della terapia e la presenza di patologie preesistenti.

La cardiotoxicità è un possibile effetto collaterale ritardato del trattamento ed è determinato dall'utilizzo di una classe di chemioterapici chiamata antracicline. Importante per prevenire questa complicanza è l'esecuzione durante il periodo di follow-up di visite cardiologiche periodiche anche in assenza di sintomatologia specifica.

Altra complicanza a lungo termine è l'insorgenza di disturbi di funzionamento delle ghiandole endocrine adibite alla produzione di ormoni.

Le seconde neoplasie sono tipicamente effetti tardivi con comparsa a 10 o più anni con un incremento di rischio rispetto alla popolazione normale che si pensa possa perdurare per 30 anni dopo il termine della terapia. Abitudini quali fumo e consumo di alcolici incrementano ovviamente il rischio in particolare per il tumore polmonare e gastrointestinale.

Alcuni chemioterapici possono avere effetti sulla

cute che si presentano con alterazioni di colore, tendenza alla disidratazione e ipersensibilità in caso di esposizione al sole.

Uno stile di vita corretto (dieta, esercizio fisico, ridotto consumo alcolico, astensione dal fumo) aiuta la prevenzione e il controllo di tali effetti.

FERTILITÀ E LINFOMI

Alcuni trattamenti per la cura dei tumori possono causare sterilità reversibile o irreversibile. Per prevenire questo fenomeno, che riguarda sia la fertilità maschile sia quella femminile, vi sono alcuni provvedimenti che possono essere adottati prima dell'inizio delle cure.

Durante il trattamento è ritenuto sconsigliabile intraprendere una gravidanza perché le terapie possono provocare malformazioni fetali. Si consiglia di utilizzare un metodo contraccettivo efficace per tutto il periodo della terapia e anche per alcuni mesi successivi al suo termine.

ASPETTI PSICOLOGICI

Ognuno affronta la diagnosi e la malattia in maniera personale, non c'è una modalità più giusta di un'altra. Ciò che è importante è non chiudersi in se stessi, superare quella sensazione di disorientamento e frustrazione per lasciare spazio alla combattività, alla speranza e alla condivisione della propria vita

(e anche degli aspetti legati alla malattia) con i propri familiari e amici, per trovare in loro un valido sostegno che faccia sentire meno soli.

Spesso si rivela importante avvalersi di un sostegno psicologico che possa essere di riferimento nella gestione della malattia e nel percorso che si dovrà affrontare passo a passo.

Mantenere pensieri positivi aiuta ad approcciare meglio le cure a cui si va incontro, da un punto di vista psicologico ma anche fisico.

Può essere anche utile frequentare gruppi di pazienti, con cui poter condividere i propri timori e le proprie domande, cercando in loro un sostegno in quanto vivono o hanno vissuto lo stesso percorso.





Nel 2016 si è costituito il Gruppo AIL Pazienti Linfomi grazie alla collaborazione tra l'Associazione Italiana contro le Leucemie-linfomi e Mieloma Onlus (AIL) e la Fondazione Italiana Linfomi Onlus (FIL).

Il gruppo ha come obiettivo fondamentale il mutuo aiuto tra pazienti e le sue attività sono volte a diffondere la conoscenza dei linfomi, ad incoraggiare la ricerca in questo campo, ad aggiornare i pazienti sulle innovazioni terapeutiche e a promuovere iniziative sociali.

Il gruppo è formato esclusivamente da pazienti e familiari per condividere esperienze, affrontare problematiche comuni ed essere sempre aggiornati sugli sviluppi delle ricerche

relative alla diagnosi e cura dei linfomi. Il gruppo non si sostituisce in alcun modo alla figura del medico ma rappresenta un sostegno per i pazienti, fornendo risposte alle loro domande e aiutandoli a migliorare l'approccio alla malattia. Il contributo della FIL al gruppo dà un valore aggiunto in termini scientifici dato che la FIL raggruppa oltre 150 centri ematologici italiani che lavorano in "rete" per realizzare ricerche scientifiche finalizzate all'incremento della percentuale di guarigione dei pazienti affetti da linfoma, allo sviluppo delle conoscenze biologiche in questo campo e al miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

Potete contattare il gruppo scrivendo all'indirizzo

mail: infolinfomi@ailpazienti.org



La Fondazione Italiana Linfomi Onlus (FIL) sviluppa progetti di ricerca per la cura dei linfomi, patologie che in Italia colpiscono ogni anno circa 15.000 nuovi pazienti, che significa 40 nuovi casi al giorno, quasi 2 ogni ora.

La ricerca scientifica negli ultimi 20 anni ha contribuito a rendere sempre più guaribile il linfoma (circa l'80% dei Linfomi di Hodgkin e circa il 60 % dei Non Hodgkin guarisce) e a migliorare la qualità della vita dopo le cure, ma c'è ancora molto, moltissimo da fare.

PER SAPERNE DI PIÙ:

Uffici PACTO - Spalto Marengo, 44 - 15121 Alessandria (AL)

tel. 0131-033152 mail: comunicazione@filinf.it

www.filinf.it





Il ruolo fondamentale dell'AIL è l'attività svolta in collaborazione con le strutture pubbliche, sia universitarie che ospedaliere, a favore dei malati. L'organizzazione si basa sull'autonomia delle singole sedi provinciali e sul principio che i fondi siano spesi, nel più limpido dei modi, là dove sono raccolti e per gli obiettivi che di volta in volta vengono proposti: ricerca scientifica, assistenza sanitaria, formazione del personale.

LA PRESENZA ATTIVA SUL TERRITORIO



16.428 Volontari

.....

Sezioni Provinciali **81**

.....

296 Operatori sanitari
finanziati
con i progetti AIL

.....

Centri di ematologia
sostenuti in tutta Italia **116**

.....

35 Province con
case AIL

L'AIL, con le sue 81 associazioni provinciali
.....

FINANZIA LA RICERCA

sulle leucemie, i linfomi, il mieloma e le altre malattie del sangue.

SOSTIENE IL GIMEMA

(Gruppo Italiano Malattie EMatologiche dell'Adulto), una fondazione no-profit per lo sviluppo e la promozione della ricerca scientifica che opera per identificare e divulgare i migliori standard diagnostici e terapeutici per le malattie ematologiche.

ORGANIZZA IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI

per evitare il ricovero in ospedale a tutti i pazienti che possono essere curati nella propria casa con l'aiuto di familiari e amici.

COLLABORA A SOSTENERE LE SPESE

per assicurare il funzionamento dei Centri di Ematologia e di Trapianto di Cellule Staminali, per realizzare o ristrutturare ambulatori, day hospital, reparti di ricovero, per acquistare apparecchiature all'avanguardia e per finanziare personale sanitario che consenta il buon funzionamento delle strutture.

AIUTA I PAZIENTI E I LORO FAMILIARI

offrendo servizi per affrontare al meglio il percorso di cura della malattia.

REALIZZA LE CASE AIL

vicine ai maggiori Centri di ematologia. Case di accoglienza pensate per ospitare i pazienti non residenti che devono affrontare lunghi periodi di cura, assistiti dai propri familiari.

SOSTIENE SCUOLE E SALE GIOCO IN OSPEDALE

per consentire a bambini e ragazzi di non perdere il contatto con la realtà esterna, di continuare regolarmente gli studi e non trascurare l'importanza del gioco grazie alla presenza e al sostegno psicologico di operatori e volontari.

CONTRIBUISCE ALLA FORMAZIONE E ALL'AGGIORNAMENTO

di medici, biologi, infermieri e tecnici di laboratorio attraverso l'erogazione di borse di studio, prestazioni professionali e contratti di lavoro a tempo determinato e indeterminato.

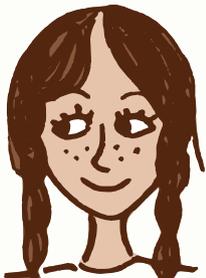
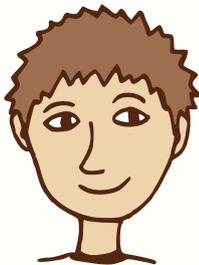
PROMUOVE SEMINARI PER I PAZIENTI

per garantire loro un confronto diretto con gli specialisti del settore e informazioni sempre aggiornate sulla loro malattia.

ORGANIZZA IL SERVIZIO DI CONSULENZA

denominato "Sportello Sociale AIL" per affrontare le problematiche sociali dei pazienti di malattie ematologiche e dei loro familiari. Un valido strumento per facilitare l'orientamento tra i percorsi della burocrazia fornendo informazioni sui temi dei diritti e agevolazioni assistenziali. Per accedere al servizio visita la pagina sportellosociale.ail.it

Negli ultimi anni, i progressi straordinari della ricerca scientifica e terapie sempre più efficaci - compreso il trapianto di cellule staminali - hanno reso leucemie, linfomi e mieloma sempre più curabili. Ma questo risultato non è sufficiente: il nostro obiettivo è curare al meglio tutti i pazienti aumentando non solo la durata, ma anche la qualità della vita e la percentuale di guarigioni.





AIL Nazionale - ONLUS
Via Casilina, 5 - 00182 Roma
tel. 06/7038601 - ailpazienti@ail.it

www.ail.it

con la collaborazione di

