



Linfoma di Hodgkin

«Opuscolo condiviso con i pazienti»

A cura di:

Dr. Stefano Luminari

Oncologia Medica

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Dott.ssa Annalisa Guida

Oncologia Medica

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Dott.ssa Stefania Badiali

Oncologia Medica

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Revisore:

Prof. Massimo Federico

Oncologia Medica

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Responsabile Collana informativa:

Dr.ssa Caterina Stelitano

Progetto creativo:

Paola Francesca Meduri

Webmaster:

Davide Borrello

Webdesigner:

Gaetano Partinico

Stampa e impaginazione:

Giotto Arte della Stampa



“Se proprio doveva accadere, meglio un linfoma che altro...”

È una frase che molti neodiagnosticati, me compreso, hanno sentito pronunciare in modo diretto o indiretto. E sarebbe facile oggi, quando tutto si è concluso nel migliore dei modi, dire che l'enunciato corrisponde al vero.

In realtà la diagnosi di tumore porta con sé un forte impatto su tutte le dimensioni della vita, anche se siamo culturalmente portati a pensare in primis ai sintomi fisici. Emerge in questa fase una lunga serie di bisogni che a volte faticano a trovare risposte. Uno di questi è la necessità di avere informazioni, chiarimenti, approfondimenti sulla propria malattia, per avere maggiore consapevolezza e partecipare attivamente al processo di cura.

Spesso si dice che una buona informazione sia la migliore medicina, ma l'informazione medica “fai da te” figlia dello sviluppo della rete e dei social, nasconde qualche insidia. In questi anni abbiamo assistito a un processo rapidissimo di alfabetizzazione digitale al quale non è corrisposto un percorso altrettanto qualitativo di alfabetizzazione sanitaria, quella che gli anglosassoni chiamano Health Literacy, e cioè la capacità di ottenere, elaborare e comprendere informazioni sanitarie per effettuare scelte consapevoli.

Gli utenti che cercano informazioni mediche, spesso non sanno discernere siti e documenti attendibili da quelli poco seri, e senza gli adeguati strumenti faticano a valutare l'attendibilità delle fonti. È per questo motivo che abbiamo pensato a questa collana informativa. Una collana che parte dalla condivisione dei contenuti da parte di molti clinici, avvalendosi però anche del contributo insostituibile dei pazienti afferenti a Linfovita, che hanno effettuato un lavoro di revisione. Una revisione di contenuti attraverso la competenza, unica e insostituibile, di chi ha vissuto in prima persona la malattia e ne conosce a fondo le difficoltà.

Medici e pazienti insieme, valorizzando le differenze che una volta tanto uniscono e non separano, per cercare di raggiungere quella “centralità del paziente” che spesso descriviamo ai congressi, ma che sappiamo bene quanto sia difficile da raggiungere.

Noi ci stiamo provando, con umiltà e determinazione...

Davide Petruzzelli

Presidente nazionale Linfovita



Un GRAZIE! a tutti coloro che hanno contribuito sin dal primo momento per la realizzazione e la riuscita di questo progetto. La Collana Informativa nasce dopo la mia personale esperienza come paziente, con l'obiettivo di migliorare l'informazione ed affiancare e sostenere il paziente lungo il difficile percorso della malattia.

Un GRAZIE! ai pazienti e ai loro familiari che hanno condiviso con me questa idea e che mi danno ogni giorno stimoli per andare avanti; sono loro i principali destinatari di questo progetto ed è a loro che è dedicato tutto lo sforzo, per aiutarli ad affrontare e combattere insieme ai propri cari una battaglia spesso lunga e dolorosa, una battaglia che a volte li vede sconfitti.

Un GRAZIE! ai colleghi che fanno il loro lavoro con amore e a tutti gli operatori in questo settore che, a vario titolo danno un valido aiuto a chi combatte questa patologia. Questi opuscoli sono lo sforzo e il risultato di tutto l'amore e la professionalità profusa per dare uno strumento utile e facilmente comprensibile a chi si trova a dover combattere questa malattia.

Un Grazie agli amici ed alla mia famiglia!

Caterina Stelitano

«...Quando l'amore chiama, seguitelo anche se ha vie sassose e ripide.» (Kahlil Gibran)

«...perché inspiegabilmente, con una forza sconosciuta, si affaccia la speranza. Da ogni fibra irrompe l'anelito alla vita che ci fa urlare: "Io vincerò!"»

Paola Spaggiari
Reggio Emilia



Indice

Introduzione	pag. 4
Sintomatologia	” 5
Diagnosi	” 5
Stadiazione	” 9
Follow-up	” 16
Breve glossario.....	” 17

INTRODUZIONE

Il linfoma di Hodgkin è una neoplasia del sistema linfatico e prende il suo nome da Thomas Hodgkin, il medico inglese che descrisse la malattia per primo nel 1832 (in passato si parlava anche di «morbo di Hodgkin», dal latino «morbus» cioè malattia).

Il linfoma di Hodgkin presenta un'incidenza di circa 3 nuovi casi ogni 100.000 abitanti all'anno, si manifesta prevalentemente in soggetti giovani, in una fascia di età compresa tra i 15 ed i 35 anni, o in adulti di oltre 50 anni. Le cause che determinano la comparsa di questo tipo di tumore sono ancora sconosciute, anche se in circa 1/3 dei casi è possibile dimostrare la presenza del virus di Epstein-Barr (il virus della mononucleosi infettiva) all'interno delle cellule neoplastiche.

Numerosi studi sono in corso per poter stabilire con quale meccanismo il virus possa determinare la trasformazione di una cellula sana in una cellula neoplastica.

Il linfoma di Hodgkin esordisce solitamente allo stadio primo o secondo e si diffonde in maniera "prevedibile" verso le stazioni linfonodali più vicine a quelle di esordio. Raramente la localizzazione iniziale è in organi non linfatici.

In base all'aspetto delle cellule tumorali al microscopio, il linfoma di Hodgkin si suddivide in varianti specifiche; l'elemento comune a tutte queste varianti è comunque la presenza, all'interno della neoplasia, di una cellula caratteristica detta di cellula di Reed-Sternberg.

Il linfoma di Hodgkin è oggi considerato una delle neoplasie più curabili nell'oncologia moderna. Grazie all'uso combinato di terapie mediche (chemioterapia) e della radioterapia è possibile ottenere la guarigione nel 85% circa dei casi. La probabilità di guarire

è superiore al 90% nei pazienti con malattia localizzata e scende un po', mantenendosi comunque al di sopra del 70-75% nei pazienti con malattia più estesa.

SINTOMI

Il linfoma di Hodgkin si manifesta generalmente con l'ingrandimento di uno o più linfonodi, solitamente nel collo. Molti se ne accorgono per caso durante l'igiene personale.

Possono essere inoltre riscontrati, con elevata frequenza, i seguenti sintomi (i cosiddetti sintomi B):

- febbre non spiegabile con altre cause;
- dimagrimento;
- sudorazioni notturne abbondanti;
- prurito;
- affaticamento.

NB. Sia l'ingrossamento dei linfonodi sia la presenza dei sintomi sopra descritti, non sono esclusivi dei linfomi; occorre pertanto che la loro presenza venga valutata da un medico al fine di eseguire tutte le indagini necessarie a rivelare la presenza di un linfoma o di altra malattia, anche banale, che possa manifestarsi con gli stessi sintomi.

DIAGNOSI

Per arrivare alla diagnosi e stabilire la terapia è necessario eseguire alcuni esami fondamentali.

Domande rivolte al paziente (anamnesi): Il primo passo consiste nella raccolta della storia clinica, con particolare attenzione ai sintomi soggettivi.

Il medico deve essere messo a conoscenza dei sintomi, delle ma-

lattie preesistenti e quelle concomitanti, delle allergie e dei farmaci assunti, l'ambiente sociale in cui il paziente vive e tutte le informazioni sanitarie e non, che possono dare indicazioni importanti per il trattamento e l'assistenza successivi.

La successiva visita deve mirare alla valutazione dei cosiddetti parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione, temperatura, peso e altezza), del torace e dell'addome e di tutte le stazioni linfonodali del collo, delle ascelle, dell'inguine e alla ricerca di eventuale ingrandimento del fegato e della milza.

Per escludere altre malattie che si manifestano con l'ingrossamento dei linfonodi (es. infezioni virali o batteriche o malattie del sistema immunitario) e per studiare meglio il linfoma il medico farà eseguire una serie di esami di laboratorio.

L'esame del sangue: in base al quadro ematico, all'attività degli enzimi del fegato o in base al contenuto di sostanze minerali nel sangue, il medico può dedurre importanti indizi sulla presenza e sull'attività del linfoma.

Per confermare il sospetto di linfoma: La diagnosi si basa su un prelievo chirurgico, detto biopsia, e sulla successiva analisi del tessuto prelevato da parte dell'anatomopatologo con un esame definito esame istologico.

Un linfonodo sospetto presenta generalmente dimensioni aumentate (> 1 cm) e tende ad aumentare di dimensioni nel tempo, generalmente non è dolente e presenta una consistenza dura alla palpazione.

NB. I linfonodi vanno incontro normalmente a variazioni delle

loro dimensioni nel corso di diverse malattie infettive come ad esempio la toxoplasmosi, la mononucleosi infettiva, l'infezione da citomegalovirus...). Pertanto prima di procedere alla biopsia è sempre opportuno escludere le cause infettive eseguendo esami specifici per queste malattie.

Nella maggior parte dei casi il linfonodo da prelevare è un linfonodo superficiale, situato cioè subito al di sotto della cute; in questo caso la biopsia consiste in un piccolo intervento chirurgico in anestesia locale con il quale il chirurgo isola e preleva il linfonodo da inviare in laboratorio per le analisi diagnostiche.

Se invece le sedi interessate sono poste in profondità può essere necessario un intervento chirurgico in anestesia generale o tramite delle sonde (laparoscopia), con un periodo di permanenza in ospedale di alcuni giorni.

Il linfonodo così prelevato viene quindi analizzato al microscopio dai medici anatomopatologi, i quali, sulla base di caratteristiche specifiche di aspetto, forma e tipo di cellule presenti nel campione, formulano la diagnosi.

Procedimenti per immagini (esami radiologici): Dopo che è stata formulata la diagnosi di linfoma il medico valuterà l'estensione della malattia nell'organismo, cioè lo stadio clinico. Si dovranno eseguire, a tal fine, una serie di esami per valutare sia i linfonodi profondi del torace e dell'addome, sia gli organi interni.

Prima dell'esecuzione di qualsiasi esame strumentale il personale medico valuterà la presenza di particolari situazioni che possano renderne difficoltosa l'esecuzione dei principali esami e in particolare della TAC con mezzo di contrasto (stati allergici, difficoltà

a tollerare gli spazi chiusi, presenza di materiali metallici quali pace-maker o clips chirurgiche).

La **TAC (tomografia assiale computerizzata)** è una tecnica radiologica che permette di visualizzare un organo attraverso tante radiografie eseguite su piani successivi. Le immagini vengono poi elaborate da un computer che ricostruisce l'insieme dettagliato delle strutture interne dell'organo. Per aumentare la capacità dei raggi X di distinguere le strutture dell'organismo viene somministrata, sotto forma di iniezione endovenosa o di liquido da bere, una sostanza definita mezzo di contrasto. La procedura richiede circa mezz'ora.

La **RMN**, a differenza della TAC, utilizza gli effetti di un campo magnetico, anziché i raggi X, per costruire un'immagine in sezione dei tessuti interni del corpo. Durante l'esame si resta sdraiati ed immobili su un lettino che scivola all'interno di un cilindro di metallo, aperto alle estremità, in cui viene creato il campo magnetico. L'esame dura circa un'ora e la macchina è molto rumorosa.

Un'indagine sempre più impiegata nella stadiazione dei linfomi è la **PET**, da sola o combinata con la TAC (PET/TAC). Tale metodica sfrutta la capacità di uno speciale mezzo di contrasto blandamente radioattivo a base di glucosio, di accumularsi nelle zone corporee colpite dal linfoma ed è quindi in grado rilevare la presenza della malattia in quelle sedi per le quali altri esami non hanno dato risultati certi. La durata globale dell'esame è di circa un'ora e mezzo.

Di volta in volta possono essere indicate altre indagini e procedure quali ecografie, scintigrafie, endoscopie, biopsie di altri organi. Un'altra procedura è la **BOM** cioè il prelievo di un piccolo fram-

mento osseo dalla regione posta appena sopra il gluteo e detta cresta iliaca posteriore. La biopsia si esegue in anestesia locale. Quando l'effetto dell'anestesia scompare si può avvertire un lieve indolenzimento della regione. Questo esame serve per diagnosticare la presenza di malattia a livello del midollo osseo, il tessuto contenuto all'interno delle ossa responsabile della formazione delle cellule del sangue (globuli bianchi, globuli rossi e piastrine). Attualmente grazie all'utilizzo della PET che studia molto bene anche l'osso è possibile evitare in alcuni casi l'esecuzione della BOM di stadiazione.

La valutazione dei risultati di tutte le procedure diagnostiche permette di definire lo stadio clinico, cioè l'esatta estensione del linfoma nell'organismo. Questo passaggio è fondamentale per impostare il corretto programma di cura per il linfoma.

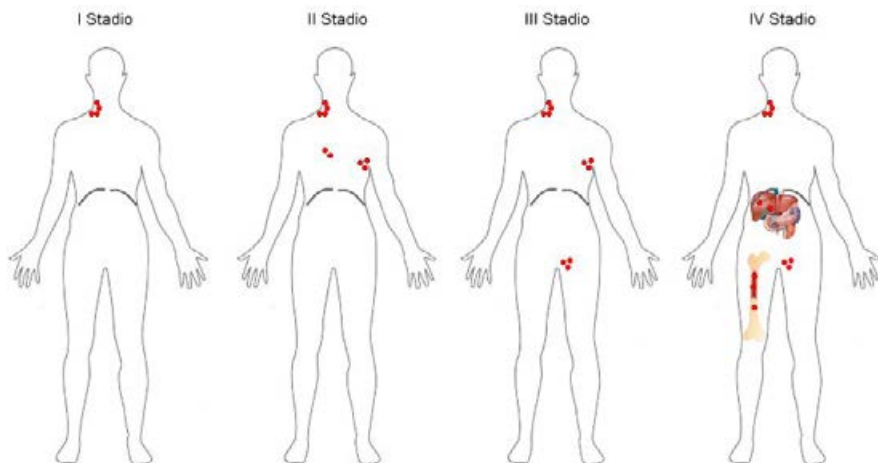
STADIAZIONE DEI LINFOMI

Gli stadi clinici del linfoma di Hodgkin sono quattro:

- *Stadio I – È interessato soltanto un distretto linfonodale o soltanto un organo non linfatico e nessun altro linfonodo.*
- *Stadio II – Sono interessate due o più stazioni linfonodali limitate a un solo lato del diaframma.*
- *Stadio III – Sono interessate due o più stazioni linfonodali sia sopra che sotto il **diaframma**.*
- *Stadio IV – Il più avanzato, Il tumore è esteso a più organi o al midollo osseo.*

Ogni stadio si suddivide ulteriormente in 'A' o 'B' in funzione

della presenza dei seguenti sintomi : perdita di oltre il 10% del peso negli ultimi sei mesi, febbre non spiegabile con altre cause, sudorazioni notturne. I pazienti asintomatici sono classificati A, mentre quelli che presentano anche uno soltanto dei sintomi sono definiti B.



Terapia del linfoma di Hodgkin

Le modalità di trattamento disponibili comprendono la **chemioterapia**, la **radioterapia** e, in un numero selezionato di casi, il trapianto di midollo osseo (**TMO**).

Il programma di cura deriva generalmente dall'impiego combinato di due o più di tali modalità terapeutiche, che vengono erogate in sequenza per combinare, e quindi potenziare, le azioni antitumorali dei diversi farmaci e delle diverse terapie.

Poiché le cellule del linfoma circolano in tutto l'organismo non è possibile curare la malattia solo rimuovendo chirurgicamente le masse tumorali; è sempre necessario ricorrere alla **chemioterapia** e/o alla **radioterapia**.

Chemioterapia

La **chemioterapia** (CT) è un trattamento farmacologico che interessa tutto l'organismo e che viene generalmente somministrato con iniezioni o flebo per via endovenosa, allo scopo di colpire la malattia in tutte le sue sedi, con vari meccanismi d'azione.

La somministrazione avviene in uno o più giorni ed è eseguita generalmente in regime di day hospital, ma a volte può richiedere un breve periodo di ricovero.

Gli schemi chemioterapici utilizzati nel trattamento del linfoma di Hodgkin possono essere di vario tipo, a seconda delle caratteristiche della malattia e dallo stato fisico della persona.

Le sigle con le quali vengono identificati fanno riferimento ai farmaci utilizzati.

Per la chemioterapia si sceglie generalmente lo schema ABVD (acronimo dei nomi dei quattro farmaci antitumorali usati: adriamicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina), considerato il regime standard e quello al momento più utilizzato al livello mondiale.

Uno schema diverso da ABVD che può essere utilizzato per il trattamento del linfoma di Hodgkin è denominato BEACOPP. Questo regime terapeutico prevede l'utilizzo di un maggior numero di farmaci rispetto ad ABVD è associato a maggiori effetti collaterali e richiede maggiori attenzioni da parte del personale medico. Lo schema BEACOPP è generalmente utilizzato nei casi che presentano malattia più avanzata,.

Gli effetti collaterali della chemioterapia dipendono dal fatto che i farmaci non sono in grado di distinguere tra cellule sane e cellule tumorali.

Gli effetti che si possono manifestare variano per tipo ed intensità, non solo in rapporto ai diversi schemi chemioterapici ma anche alla tollerabilità individuale.

In base al periodo in cui compaiono possiamo suddividerli in immediati e a medio termine.

Gli effetti immediati compaiono durante la chemioterapia o nei giorni subito successivi e sono rappresentati prevalentemente da nausea, vomito, dolori addominali e gastrici.

Per prevenire o ridurre l'entità di tali disturbi vengono proposti dei farmaci detti antiemetici estremamente efficaci. Se non si ha difficoltà a mangiare e a bere è sufficiente seguire la terapia antiemetica consigliata, in questo modo il senso di nausea o il vomito si esauriranno in alcune ore. Se, viceversa, non si riesce a bere e quindi non si può reintegrare i liquidi persi, oppure se i sintomi non passano è necessario informare il medico.

Gli effetti collaterali a medio termine compaiono dopo alcune settimane dalla chemioterapia, i più frequenti sono:

1. Caduta temporanea dei capelli (**alopecia**): si verifica di solito entro il primo mese. È necessario sottolineare che non esistono rimedi farmacologici che possono evitare questo evento. I capelli inizieranno a ricrescere quando la terapia sarà sospesa. È possibile che i capelli abbiano inizialmente una consistenza diversa, e, a volte, diverso colore, ma nel giro di alcuni mesi avranno ripreso l'aspetto originario.

2. Irritazione delle mucose (**mucosite**) della bocca, dell'intestino e della vescica che può manifestarsi con infezioni e dolore del cavo orale, dolore addominale e diarrea, disturbi urinari. Può manifestarsi con semplice bruciore o vere ulcerazioni.

Nella bocca può esserci la complicazione di un'infezione da funghi (**mughetto**). Se è molto dolorosa è opportuno assumere un analgesico prima dei pasti. Se ciò impedisce di mangiare o bere

normalmente, è bene informare il medico. Per prevenire o attenuare la **mucosite** può essere utile rispettare un'attenta igiene orale (sciacqui con collutorio, lavaggio accurato dei denti e delle gengive con spazzolini a setole morbide e dentifrici non irritanti) ed evitare cibi piccanti, salati o troppo caldi.

3. Diarrea: se le scariche sono molto intense e acquose è necessario reintegrare i liquidi perduti bevendo abbondantemente ed impiegando integratori salati. Se è presente febbre è necessario informare il medico.

4. Formicolii, riduzione della sensibilità alle mani e ai piedi, stitichezza; tali disturbi tendono a ridursi e quindi a scomparire con la sospensione della terapia.

5. Riduzione dei globuli rossi (**anemia**), globuli bianchi (**leucopenia**) e piastrine (**piastrinopenia**). Le cellule del sangue sono particolarmente vulnerabili all'azione della chemioterapia. L'effetto tossico della chemioterapia su queste particolari cellule si traduce in una riduzione del loro numero nel sangue circolante. A seconda dell'intensità del trattamento gli abbassamenti che si verificano sono di vario grado e durata. La **leucopenia**, soprattutto se prolungata nel tempo, può determinare un elevato rischio di infezioni.

Nel caso in cui i globuli bianchi raggiungano livelli molto bassi è possibile che vengano somministrati dei farmaci specifici, i cosiddetti fattori di crescita che agiscono direttamente su alcune cellule del midollo osseo promuovendo la rapida riproduzione di globuli bianchi o rossi. In questo modo è possibile limitare o addirittura evitare la **leucopenia** e l'**anemia** consentendo di non essere esposti a rischi e di non ritardare la somministrazione delle terapie. I periodi di intervallo tra i cicli di chemioterapia sono necessari al recupero dei valori normali.

Data la vulnerabilità dell'ovaio alla chemioterapia, con il conse-

guente rischio di **sterilità**, nella donna in età fertile verranno impiegate terapie ormonali capaci di bloccare l'attività dell'ovaio per il periodo della chemioterapia, evitandone il danno irreversibile. Nell'uomo non è disponibile un'analoga protezione della funzione delle **gonadi**. Pertanto, prima di iniziare le cure, potrà essere consigliato di ricorrere al congelamento del seme in apposite banche.

Radioterapia

La **radioterapia** (RT) sfrutta l'azione tumoricida delle radiazioni emesse da apposite apparecchiature. Il fascio di radiazioni viene diretto e centrato su regioni corporee più o meno estese, a seconda delle necessità. In genere la durata del trattamento è di 3-4 settimane, con 5 sedute settimanali della durata di pochi minuti.

Prima di avviare la RT è necessario delimitare con precisione la regione corporea da trattare escludendo invece le regioni non interessate dal linfoma al fine di non danneggiarle. A questo scopo dovrà sottoporsi ad un esame **TAC** definito "di centraggio".

La **radioterapia** riveste un ruolo importante, soprattutto nella cura del linfoma di Hodgkin in forma localizzata. In tal caso fa seguito alla chemioterapia allo scopo di eliminare completamente la malattia dalle sedi linfonodali inizialmente interessate.

Quando il linfoma si presenta in più sedi invece, il ruolo della radioterapia è limitato al trattamento di eventuali masse tumorali residue dopo la chemioterapia.

Gli effetti collaterali della radioterapia sono correlati direttamente alle zone corporee sottoposte all'irradiazione. Così, nel trattamento delle stazioni del collo si possono verificare irritazione della bocca, dell'esofago e della trachea, con difficoltà all'alimentazione, secchezza della bocca, alterazione del gusto, tosse. Durante l'irradiazione dei linfonodi addominali invece si può manifestare

mucosite del canale intestinale con dolori e diarrea.

L'irradiazione della testa provoca sempre perdita irreversibile dei capelli, ma solo nella zona attraversata dai raggi. La cute irradiata va incontro ad arrossamento (**eritema**) con eventuale desquamazione e successiva **iperpigmentazione**.

Come sintomi generali, infine, i disturbi più frequentemente riscontrati sono l'affaticabilità, la nausea, l'inappetenza.

Chemioterapia ad alte dosi e trapianto di midollo

La chemioterapia ad alte dosi e il trapianto di midollo osseo (TMO) costituiscono una valida opportunità terapeutica solo ed esclusivamente in caso di ricaduta dopo il trattamento iniziale.

La chemioterapia ad alte dosi consiste nel somministrare dosi molto elevate di chemioterapici, ed eventualmente di radioterapia, al fine di eradicare la malattia. Tale trattamento comporta però anche la distruzione irreversibile del midollo osseo, che quindi deve essere ricostituito mediante l'infusione di cellule capaci di rigenerarlo completamente. Queste cellule si chiamano **cellule staminali emopoietiche** e possono essere prelevate da Lei stesso (**trapianto autologo**) o da un donatore sano compatibile con Lei (**trapianto allogenico**). La raccolta delle cellule staminali periferiche viene detta **aferesi**.

Il **trapianto autologo** è oggi una modalità di trattamento abbastanza sicura, ma che, per le elevate dosi di farmaci impiegate, può essere utilizzata fino ai 60/65 anni.

Il **trapianto allogenico**, oltre all'effetto delle alte dosi di chemioterapia, sfrutta anche la capacità del midollo del donatore di combattere il linfoma con meccanismo immunologico.

Il trapianto allogenico non è esente da rischi; questi sono correlati non tanto al rigetto, quanto al suo fenomeno opposto, cioè la "**malattia da trapianto contro l'ospite**". Essa consiste in una eccessiva

aggressione immunologica da parte del midollo trapiantato nei confronti dell'organismo ricevente.

Il trapianto allogenico è pertanto riservato a persone in buone condizioni di salute e a volte è effettuato anche dopo un trapianto autologo.

Entrambe le procedure di trapianto richiedono una fase di degenza di due-quattro settimane in camere protette o sterili al fine di prevenire l'insorgenza di infezioni nel periodo di ricostruzione del midollo osseo (*aplasia midollare*). Durante la degenza sono inoltre frequenti la trasfusione di sangue e/o piastrine e la somministrazione di antibiotici.

Controlli successivi alle terapie

Durante le terapie è necessario eseguire almeno un controllo strumentale (*TAC* o *TAC/PET*) per valutare se il linfoma risponde al trattamento. Se la risposta iniziale viene giudicata soddisfacente si procederà al completamento del programma terapeutico, in caso contrario sarà necessario avviare una terapia alternativa detta di seconda linea o di salvataggio.

Un ulteriore controllo verrà eseguito al termine delle cure (*CT+RT*) valutando la risposta finale al trattamento. La completa scomparsa della malattia viene definita **Remissione Completa** (*RC*).

Terminato il periodo di terapia sono comunque necessari controlli periodici, sia clinici che strumentali, presso una struttura specializzata.

Tali controlli consistono in:

- visita medica;
- esami emato-chimici;
- eventuali esami strumentali (*TAC*,

I controlli periodici hanno il duplice scopo di diagnosticare pre-

cocemente l'eventuale ricomparsa del linfoma (*recidiva*) e le eventuali complicanze legate ai trattamenti eseguiti.

COSA VUOL DIRE?

Piccolo glossario dei termini usati più spesso

A

Aferesi: procedimento mediante il quale si preleva il sangue (che viene frazionato nei suoi componenti) dal circolo sanguigno del paziente o del donatore. Vengono così trattenuti e convogliati in una sacca di raccolta gli elementi di cui si necessita mentre si reinfondono al donatore tutti gli altri. Questa procedura avviene con l'ausilio di una macchina computerizzata detta separatore cellulare. Mediante questa tecnica si possono prelevare separatamente i globuli rossi, i globuli bianchi, le piastrine, il plasma e le cellule staminali.

Alopecia: totale o parziale caduta dei capelli dovuta ai trattamenti utilizzati per la cura del linfoma.

Anemia: calo del numero dei globuli rossi nel sangue che si manifesta con debolezza, affanno, pallore e aumento del battito cardiaco.

Apoptosi: meccanismo fisiologico di invecchiamento e morte naturale della cellula.

Aplasia midollare: periodo di durata variabile, in cui compaiono disturbi legati al mancato funzionamento del midollo osseo; il midollo del paziente risulta infatti danneggiato dalle terapie, mentre quello del donatore non è ancora in grado di produrre autonomamente tutte le cellule del sangue. In questo particolare periodo sono di solito necessarie trasfusioni di globuli rossi e piastrine e può comparire la febbre.

Biopsia linfonodale: prelievo, in anestesia locale o generale, di un linfonodo superficiale o profondo, necessario per svelare la pre-

senza del linfoma.

BOM - Biopsia ossea: asportazione, in anestesia locale, di un piccolo frammento osseo dalla regione posta sopra il gluteo e chiamata cresta iliaca posteriore.

Cellule staminali emopoietiche: cellule prodotte dal midollo osseo che danno origine a tutte le cellule del sangue: globuli bianchi, globuli rossi, piastrine.

Chemioterapia: trattamento con uno o più farmaci utilizzato per combattere il linfoma.

Diaframma: muscolo posto alla base dei polmoni che separa la cavità toracica da quella addominale.

Eritema: arrossamento, diffuso o localizzato, della pelle, spesso associato a prurito.

Fattori prognostici: caratteristiche legate alla neoplasia e/o al paziente in grado di dare indicazioni sul probabile decorso della malattia.

Gonadi: ghiandole sessuali, le ovaie nella donna, i testicoli nell'uomo.

Iperpigmentazione: presenza di macchie scure sulla pelle.

Linfa: fluido che trasporta al sangue, attraverso i canali linfatici, sostanze di rifiuto dagli spazi situati fra le varie cellule. Trasporta anche le cellule che servono per contrastare malattie ed infezioni.

Linfociti: cellule presenti nel sangue, prodotte dal midollo osseo e da altri organi. Combattono le infezioni producendo anticorpi.

Linfonodi: organi situati lungo il decorso dei vasi linfatici e implicati nei meccanismi di difesa immunitaria. Gruppi di linfonodi sono localizzati nella zona ascellare, nell'inguine, nel collo, nel torace e nell'addome. Si chiamano anche linfoghiandole.

Leucopenia: calo del numero dei globuli bianchi nel sangue con conseguente maggiore suscettibilità alle infezioni.

Malattia da trapianto contro l'ospite (graft versus host dise-

ase-GVHD): malattia determinata dall'attivazione del sistema immunitario del donatore nei confronti del ricevente. Gli organi bersaglio di questa attivazione sono il fegato, l'intestino e la cute. Questa condizione si presenta solo ed esclusivamente nel corso del trapianto di midollo allogenico.

Mediastino: area situata al centro del torace, fra i polmoni. Contiene il cuore, grossi vasi sanguigni, la trachea, l'esofago e numerosi linfonodi.

Metastasi: trasferimento di cellule neoplastiche dall'organo sede d'origine della neoplasia ad un altro organo; questo termine è usato per i tumori solidi e non per i linfomi.

Monochemioterapia: trattamento farmacologico del tumore mediante l'impiego di un solo farmaco.

Mucosite: infiammazione delle mucose (membrane che rivestono l'interno della bocca, dell'intestino e della vescica).

Mughetto: infiammazione della mucosa del cavo orale causata da un fungo.

Performance Status: indicatore delle condizioni generali di salute del paziente.

PET (Tomografia ad emissione di positroni): metodica che sfrutta la capacità di uno speciale mezzo di contrasto, somministrato per via endovenosa, di fornire indicazioni sul metabolismo, la fisiologia, l'attività biochimica e la patologia di organi e tessuti.

Piastrinopenia: calo del numero delle piastrine nel sangue che si può manifestare con perdita di sangue dal naso o dalla bocca, oppure con la comparsa di lividi sulla pelle.

Polichemioterapia: trattamento del tumore mediante l'associazione di più farmaci antitumorali che agiscono diffondendosi nell'organismo ed eliminando le cellule tumorali.

Radioterapia: tecnica che si avvale dell'azione biologica delle radiazioni ionizzanti per eliminare le cellule cancerose e ridurre le

dimensioni di un tumore. I raggi sono erogati da una macchina in grado di centrare con precisione il bersaglio.

Recidiva: rilievo clinico di una ripresa di malattia dopo una fase di quiescenza.

Remissione: scomparsa dei segni e sintomi della neoplasia. Quando ciò si verifica si dice che la malattia è “in remissione”. Può essere temporanea o definitiva.

RMN (Risonanza magnetica nucleare): tecnica radiologica che utilizza gli effetti di un campo magnetico per costruire un'immagine in sezione dei tessuti interni.

Sistema linfatico: i tessuti e gli organi che producono, ospitano e trasportano i globuli bianchi che combattono le infezioni ed altre malattie. Comprende midollo osseo, milza, timo e linfonodi unitamente ad una rete di vasi sottilissimi i quali, diramandosi come i vasi sanguigni in tutti i tessuti del corpo, trasportano la linfa e i globuli bianchi in tutto l'organismo.

Stadio o stadiazione: insieme delle indagini diagnostiche utilizzate per stabilire l'esatta estensione del tumore.

Sterilità: incapacità di concepire un figlio.

TAC (Tomografia assiale computerizzata): tecnica radiologica che tramite i raggi x permette di effettuare diverse immagini di un organo e di visualizzarne le strutture interne.

Trapianto autologo o autotrapianto: infusione di cellule staminali emopoietiche per rigenerare il midollo osseo. Le cellule staminali sono prelevate dal paziente stesso.

Trapianto allogenico: infusione di cellule staminali emopoietiche per rigenerare il midollo osseo. Le cellule staminali sono prelevate da un donatore sano, compatibile con il ricevente.



Sede legale ed operativa:
Via Saverio Vollarò, 5 - 89125 Reggio Calabria
Cod. Fiscale Associazione 92091880804

caterinastelitano27@gmail.com
www.linfovita.it - www.facebook.com

Cell. 334.6982198 - Cell. 340.8647494

Per contribuire:

BANCA PROSSIMA FILIALE DI MILANO
Piazza Paolo Ferrari 10
IBAN: IT36R0335901600100000133050

POSTE ITALIANE: C/C n° 1025286558
IBAN: IT22 E076 0116 3000 0102 5286 558

Comitato Direttivo Nazionale:
 Davide Petruzzelli - Milano
 Caterina Stelitano - Reggio Calabria
 Daniele Angiolelli - Pescara
 Francesco Angrilli - Pescara
 Christina Cox - Roma
 Paola Spaggiari - Reggio Emilia
 Paola Francesca Meduri - Reggio Calabria



Questo libretto è stato stampato su carte FSC certificate



LIBRETTO REALIZZATO CON IL CONTRIBUTO
DELLA PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA



IL PROGETTO INFORMATIVO PAZIENTI CON LINFOMA È STATO REALIZZATO
GRAZIE A UN CONTRIBUTO DEL COMMUNITY AWARD EDIZIONE 2015
SUPPORTATO DA GILEAD SCIENCES

Community Award
PROGRAMM

Opuscolo offerto dall'Associazione LINFOVITA