

Segue da Emoflash di Settembre

Linfomi

I trattamento del linfoma non-Hodgkin varia moltissimo in base al sottotipo.

In alcuni casi di linfomi indolenti, il trattamento non è necessario al momento della diagnosi. Gli studi indicano che l'attesa non compromette gli esiti e previene l'esposizione del paziente agli effetti indesiderati del trattamento prima del necessario.

Nei soggetti con linfomi indolenti il trattamento, se necessario, può prolungare la vita e alleviare i sintomi per molti anni. Nei soggetti con linfomi aggressivi la guarigione è possibile, pertanto si evita di solito l'attesa senza trattamento. La percentuale di guarigione e di sopravvivenza dipende dal tipo di linfoma non-Hodgkin e dallo stadio della malattia all'inizio del trattamento. Paradossalmente i linfomi asintomatici rispondono rapidamente al trattamento e vanno in fase di remissione (controllo della malattia), con buona sopravvivenza a lungo termine, anche se solitamente non si ottiene la guarigione. Al contrario, le forme aggressive del linfoma non-Hodgkin, che solitamente richiedono un intenso trattamento per andare in remissione, hanno maggiori probabilità di guarigione.

Linfomi non-Hodgkin al I stadio: malattia limitata

I soggetti con linfomi indolenti che presentano una malattia molto limitata (I stadio) vengono spesso trattati con radioterapia confinata alla sede del linfoma e alle aree adiacenti. Con questo approccio, la maggior parte dei pazienti non subisce recidiva della malattia nella zona irradiata, ma i linfomi non-Hodgkin possono ripresentarsi in altre sedi fino a 10 anni dopo il trattamento, rendendo pertanto necessario il monitoraggio a lungo termine del soggetto. I soggetti affetti da linfomi aggressivi al primissimo stadio devono essere trattati con chemioterapia combinata e, talvolta, con radioterapia.

Linfomi non-Hodgkin al II stadio: malattia limitata o avanzata

Il linfoma non-Hodgkin al II stadio di solito si com-

porta come una malattia limitata (I stadio), ma a volte si comporta come una malattia in stadio avanzato. I medici scelgono il trattamento in base al comportamento della malattia.

Linfomi non-Hodgkin al III e IV stadio: malattia avanzata

Quasi tutti i soggetti con linfomi indolenti presentano malattia allo stadio da II a IV. Inizialmente, non tutti richiedono trattamento, ma vengono monitorati alla ricerca di progressione della malattia, che potrebbe indicare la necessità di avviare una terapia, talvolta a distanza di anni dalla diagnosi iniziale. Non vi sono evidenze relative al fatto che il trattamento precoce nei soggetti con linfomi indolenti, negli stadi più avanzati, possa prolungare la sopravvivenza. Nel caso in cui la patologia progredisca rapidamente, esistono diverse opzioni di trattamento. Esistono molteplici opzioni terapeutiche; la scelta del trattamento può dipendere da una serie di fattori, fra cui il sottotipo di linfoma, l'entità della diffusione e i sintomi del soggetto, oltre alle condizioni mediche concomitanti. Il trattamento può includere la somministrazione di anticorpi monoclonali (come rituximab) in monoterapia o in combinazione con chemioterapia. La maggior parte dei trattamenti viene somministrata per via endovenosa. A volte si usano farmaci orali. Il trattamento generalmente provoca una remissione. La durata media della remissione dipende dall'intensità del trattamento. Il trattamento talvolta può includere anche terapia di mantenimento (terapia somministrata dopo il trattamento iniziale per aiutare la prevenzione delle recidive). Ai soggetti con linfomi aggressivi allo stadio da II a IV vengono somministrati tempestivamente farmaci chemioterapici in combinazione, spesso in associazione a rituximab. Esistono molte associazioni di farmaci chemioterapici potenzialmente efficaci. Le associazioni di chemioterapici vengono spesso indicate con nomi derivati dalle iniziali di ciascun farmaco. Per esempio, una delle associazioni più vecchie e usate più di frequente è nota come CHOP (ciclofosfamide, [idrossi]doxorubicina, vincristina [On-

covin] e prednisone). È stato dimostrato che rituximab migliora l'esito della CHOP e attualmente viene aggiunto di routine alla combinazione (R-CHOP). Circa il 60%-70% dei soggetti con linfomi non-Hodgkin aggressivi allo stadio avanzato viene curato con successo con la chemioterapia R-CHOP. Sono in fase di sperimentazione altre combinazioni di farmaci. In ogni caso, la chemioterapia, che spesso causa la riduzione del numero delle cellule ematiche, viene maggiormente tollerata se somministrata insieme a speciali proteine (denominate fattori di crescita), che stimolano la crescita e la produzione delle cellule ematiche.

Strategie post-trattamento

Dopo la radioterapia, aumenta il rischio di tumori secondari che si sviluppano nell'arco di 10 o più anni dopo il trattamento in organi localizzati nel campo delle radiazioni. In alcuni soggetti possono svilupparsi leucemie molti anni dopo il trattamento con successo del linfoma non-Hodgkin, indipendentemente dal trattamento utilizzato.

Al termine del trattamento, i soggetti vengono sottoposti a esami e visite regolari per rilevare un'eventuale recidiva del linfoma (sorveglianza post-trattamento). Il tipo di esami dipende dai fattori di rischio del paziente e dal tipo di trattamento ricevuto.

Recidiva

La maggior parte dei soggetti che presentano recidiva di un linfoma aggressivo ricevono alte dosi di farmaci chemioterapici associati a trapianto autologo di cellule staminali, cioè usando cellule staminali del soggetto stesso. Con questo tipo di trattamento, alcuni soggetti guariscono.

Talvolta è possibile utilizzare le cellule staminali di un fratello o persino di un donatore non consanguineo (trapianto allogenico), ma questo tipo di trapianto presenta un rischio maggiore di complicanze. Talvolta, ai soggetti viene proposto un trattamento con cellule T con recettore chimerico di antigene (CAR), ossia linfociti T ingegnerizzati geneticamente per combattere il linfoma.

Linfoma di Burkitt

Il linfoma di Burkitt è un tipo di linfoma non-Hodgkin molto aggressivo, un tumore dei globuli bianchi che origina dai linfociti B.

Può insorgere a qualsiasi età, ma è più comune nei bambini e nei giovani adulti, in particolare nei soggetti maschi. Diversamente da altri linfomi, il linfoma di Burkitt ha una distribuzione geografica specifica: è particolarmente diffuso nell'Africa centrale e più raro negli Stati Uniti. L'infezione da virus di Epstein-Barr è associata al linfoma di Burkitt. È

anche più comune nei soggetti con infezione da HIV. Il linfoma di Burkitt evolve e si diffonde rapidamente, spesso fino a interessare il midollo osseo, il sangue e il sistema nervoso centrale. Si manifestano allora debolezza e affaticamento. Una grande quantità di cellule linfomatose può accumularsi nei linfonodi e negli organi addominali, causando gonfiore.

Le cellule linfomatose possono invadere l'intestino tenue, causando occlusione o sanguinamento. Collo e mandibola possono gonfiarsi, talvolta in modo dolente. Per formulare la diagnosi, si effettua una biopsia del tessuto anomalo e si prescrivono altre indagini per la stadiazione della malattia. Se non trattato, il linfoma di Burkitt risulta rapidamente letale. Raramente si può ricorrere a intervento chirurgico per rimuovere parti di intestino ostruite, sanguinanti o rotte. La chemioterapia intensiva, che include somministrazione di farmaci chemioterapici nel liquido che circonda il cervello e nel midollo spinale per prevenire la diffusione a queste aree, può risultare curativa in oltre l'80% dei casi.

Linfomi cutanei a cellule T

I tipi più comuni di CTCL sono:

- Micosi fungoide
- Sindrome di Sézary

La maggioranza dei soggetti che sviluppa CTCL ha un'età superiore ai 50 anni. Origina dalle cellule T (linfociti T) mature e colpisce prima di tutto la cute.

La micosi fungoide insorge in modo subdolo e progredisce così lentamente da non essere riconosciuta subito. Provoca un'eruzione cutanea di lunga durata, pruriginosa, un lieve ispessimento cutaneo che sviluppa noduli in fase tardiva e si estende lentamente. In alcuni soggetti, evolve in una forma leucemica (sindrome di Sézary). In altri soggetti, si estende ai linfonodi e agli organi interni. Allo stadio iniziale, i medici incontrano difficoltà nel diagnosticare questa malattia, perfino con la biopsia. In fase tardiva, la biopsia mostra cellule linfomatose nella cute. Anche la sindrome di Sézary inizia in modo subdolo e progredisce lentamente. Provoca un arrossamento della pelle di tutto il corpo con screpolatura dei palmi delle mani e delle piante dei piedi. L'ingrossamento dei linfonodi di solito è lieve. Oltre a eruzione cutanea, si possono anche sviluppare sintomi quali febbre, sudorazione notturna e perdita di peso. Come nel caso della micosi fungoide, i medici incontrano difficoltà nel diagnosticare questa malattia allo stadio iniziale, perfino con la biopsia cutanea. Uno striscio di sangue (vale a dire l'esame al microscopio di una goccia di sangue) può evidenziare cellule

di Sézary (cellule T maligne con un aspetto caratteristico), agevolando la formulazione della diagnosi in aggiunta alla biopsia cutanea. Il trattamento del CTCL può essere suddiviso in:

- Terapia diretta alla pelle, come la terapia con la luce (fototerapia) o farmaci per uso topico.
- Terapia sistemica, come chemioterapia o farmaci mirati, solitamente somministrata per via endovenosa.

La terapia diretta alla pelle viene solitamente

avviata per prima e spesso è efficace per anni. Questo tipo di trattamento include creme medicate come corticosteroidi o retinoidi applicate sulla pelle, oppure una forma di radioterapia chiamata radioterapia con elettroni o con luce solare (fototerapia). La chemioterapia viene somministrata se la terapia diretta per la pelle non ha successo o in soggetti con CTCL diffuso oltre la cute.

Tratto da msdmanuals.com

Programma Trapianti di Treviso a pieno regime

Dopo l'accreditamento da parte del Centro Regionale e Nazionale Trapianti avvenuto a fine 2023, il Programma Trapianti di Treviso, diretto dalla dr.ssa Marta Stanzani, ha ufficialmente iniziato la sua attività a pieno ritmo. Infatti, da gennaio ad oggi, sono già stati eseguiti dieci Trapianti di Midollo Osseo (TMO) Allogenico, ovvero da Donatore, di cui nove da Donatore familiare e uno da Donatore individuato nel Registro Mondiale dedicato. Entro la fine dell'anno sono già in programma altre 17 procedure, numeri che potrebbero aumentare. L'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana e la Regione Veneto hanno fortemente voluto e sostenuto il Centro del Ca' Foncello, in modo da ottimizzare le risorse umane e finanziarie: ora, finalmente, tutti i pazienti Ematologici residenti nelle province di Treviso e Belluno, che attraversano un momento delicato e complesso della propria vita, hanno la possibilità di essere seguiti dal Centro Trapianti vicino a casa, indubbio vantaggio in termini di qualità di vita.

La dr.ssa Stanzani guida un team specializzato che collabora strettamente con l'Unità operativa di Ematologia, diretta dal dr. Filippo Gherlinzoni, e quella di Medicina TrASFusionale, diretta dalla dr.ssa Arianna Veronesi. Inoltre, continua la collaborazione proficua con il prof Damiano Rondelli, direttore dell'Ematologia e Centro Trapianti dell'Università dell'Illinois di Chicago, che assicura una costante condivisione con le procedure e i protocolli in essere negli Stati Uniti d'America.

Importanti tappe sono previste nel prossimo futuro del Programma Trapianti trevigiano: il prestigioso accreditamento Europeo (JACIE) e l'inizio delle Terapie Cellulari Avanzate ingegnerizzate (CAR-T) per il trattamento di patologie ematologiche come i linfomi e i mielomi. Il dr Gherlinzoni, ha voluto ribadire che: «È grazie all'impegno, alla collaborazione e alla condivisione dei molteplici specialisti coinvolti nella procedura del trapianto,

dai medici ai biologi dei laboratori che il Centro TMO funziona bene. Vogliamo informare che esiste questo Programma che viene portato avanti con eccellente qualità, all'avanguardia e di rilevante spessore scientifico».

Il prof Rondelli, riferendosi alla sua collaborazione dagli USA, ha commentato: «Mi confronto settimanalmente, anche se online, con il team trevigiano, formato dalla dr.ssa Stanzani e dai suoi collaboratori. Devo ringraziare tutti per aver creduto in questo progetto. Il programma è partito da subito con la volontà di essere già a un livello molto alto, ad esempio nel dosaggio del farmaco di chemioterapia, personalizzato da persona a persona, inoltre, vengono fatti trapianti sia da donatore compatibile che incompatibile. I pazienti potranno rivolgersi al Ca' Foncello sapendo di poter contare su un Centro di alta qualità, e non posso che ringraziare per l'opportunità che ho di lavorare con voi».

«Il nostro ospedale, che ha visto effettuare 42 trapianti autologhi nel 2023, oggi, grazie al gruppo coordinato dalla dr.ssa Stanzani, ha già eseguito 10 trapianti di midollo osseo da donatore: numeri importanti, proprio perché avevamo l'obiettivo di non far "girare" i nostri pazienti - ha spiegato il direttore generale, Francesco Benazzi -. La persona, così facendo, si sente presa davvero in carico perché trova nel reparto di Ematologia di Treviso una risposta a 360°, un altro tassello che si inserisce nel perseguimento continuo dell'umanizzazione delle cure. Il Centro di Treviso, con accreditamento istituzionale sia del Centro Regionale Trapianti sia di quello Nazionale, sta puntando all'accreditamento JACIE, riconoscimento di qualità importantissimo che ci inserirà nell'elenco dei centri più importante d'Europa. Ci tengo a ringraziare tutti i professionisti coinvolti».

Tratto da aulss2.veneto.it



800 59 11 47

dal lunedì al venerdì
orario d'ufficio

DIREZIONE

Via G. Murat 85 - 20159 Milano
Tel: 02 69008117 - Fax 02 69016332
Sito Internet: www.emo-casa.com
info@emo-casa.com



Come aiutarci:

- a mezzo versamento c/c postale 40444200 intestato a: **Progetto Emo-Casa ETS**
- con bonifico bancario Monte dei Paschi di Siena Ag. 51 - Milano
cod. IBAN IT22 N010 3001 6580 0006 1127 249
- con bonifico bancario Banca Popolare di Sondrio Ag. 15 - Milano
cod. IBAN IT23 R056 9601 6140 0000 3788 X80
- con donazione ONLINE direttamente dal nostro sito www.emo-casa.com
- devolvendo il 5 per mille alla nostra Associazione c.f. 97205190156 usando:
mod. integrativo CUD; mod. 730/1-bis redditi; mod. unico persone fisiche

16124 Genova P.tta Jacopo da Varagine 1/28

Tel. 010 2541440

Fax 010 2473561

E-mail: progettoemocasaonlus.ge@gmail.com

35138 Padova Via Bezzecca, 4/c

Tel. 049 8713791

Fax 049 8714346

Banca Popolare di Sondrio

Filiale 553 - Padova

IBAN IT67 V056 9612 1000 0000 3678 X01

E-mail: emocasa.pd@gmail.com

Delegazione Padova - Rovigo - Treviso - Venezia

Vicenza

38122 Trento Piazza Venezia 13

Tel. e Fax 0461 235948

Cassa Rurale di Trento

Filiale di Trento - Via Grazioli

IBAN IT03 H083 0401 8330 0000 9791 479

E-mail: progetto.emo.casa.onlus.tn@gmail.com

Delegazione Trento - Belluno - Bolzano

28100 Novara Viale Roma, 41

Tel. e Fax 0321 640171

E-mail: emocasa.novara@gmail.com

Delegazione Novara - Asti - Biella - Verbania
Vercelli

37134 Verona Via Rovigo, 23

Tel. 045 8205524

Fax 045 582608

Banca Popolare di Sondrio

Filiale 493 - Verona

IBAN IT86 D056 9611 7000 0000 4613 X95

E-mail: progetto.emocasa.vr@gmail.com

Delegazione Verona - Brescia - Mantova

48121 Ravenna Via Pellegrino Matteucci, 20

Tel. e Fax 0544 217106

E-mail: emo.ra@libero.it

Delegazione di Ravenna - Forlì/Cesena - Rimini

Emoflash

MENSILE ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE "Progetto Emo-Casa ETS"

Direzione, Redazione, Amministrazione, Via G. Murat 85 - 20159 Milano • tel: 02 69008117 - fax 02 69016332

Direttore Responsabile: Tesolin Flavio

Comitato di Redazione: Nosari Anna Maria Rita, Crugnola Monica, Zaffaroni Livio, Maggis Francesco, De Miccoli Rita, Andreescu Luminita Mihaela

Iscrizione Tribunale di Milano N. 174 del 16/03/1998 - Fotocomposizione: LimprontaGrafica Milano - Stampa: Grafica Briantea srl - Usmate (MI)