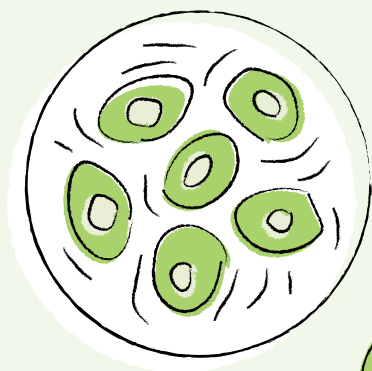


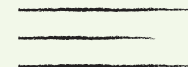
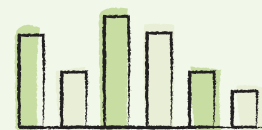
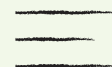


ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA



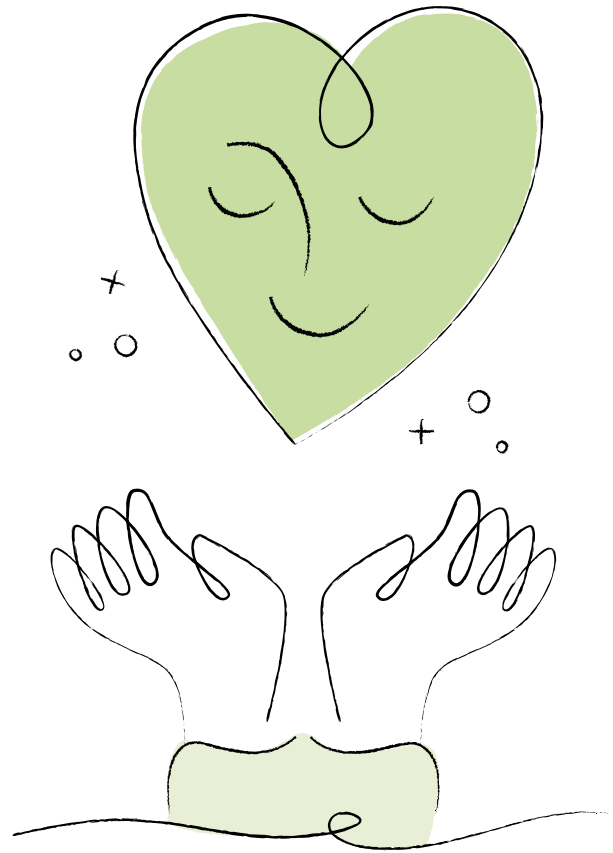
Linfomi

Piccola guida per pazienti,
familiari e caregiver



Luigi Rigacci Responsabile UOC Ematologia e Centro Trapianto Cellule Staminali
Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico e Università Campus Bio-Medico, Roma.
Progetto grafico e illustrazioni realizzate da Studio Super Santos.
Novembre 2024.

Insieme
a voi



Care e cari pazienti e caregivers,

L'Associazione Italiana contro Leucemie, linfomi e mieloma sa bene che l'esperienza della malattia vi mette in contatto con emozioni, sentimenti, paure con cui può essere complesso venire a patti e che può essere faticoso condividere con chi si ama.

Per questo, da sempre la missione di AIL è assistere voi e le vostre famiglie accompagnandovi in tutte le fasi della malattia, con servizi adeguati alle vostre esigenze, per non farvi mai sentire soli; sostenere la ricerca scientifica per la cura dei tumori del sangue, migliorare la vostra qualità di vita e sensibilizzare sull'opinione pubblica alla lotta contro le malattie del sangue e alla loro conoscenza.

L'opuscolo che state per leggere vuole essere un utile strumento informativo su tutti gli aspetti che riguardano e ruotano intorno ai tumori del sangue: diagnosi, trattamenti, effetti collaterali, controlli da effettuare legati alla patologia, e tutte le informazioni necessarie a pazienti, familiari e caregivers per affrontare al meglio il percorso di cura.

Tuttavia, è importante sottolineare che la ricerca scientifica, anche grazie al sostegno della nostra Associazione, compie ogni giorno grandi progressi; pertanto, il consiglio è di fare riferimento al proprio ematologo e alla sezione "News ematologiche" del sito web di AIL (www.ail.it) per essere costantemente aggiornati sulle novità terapeutiche e sui servizi di AIL dedicati a pazienti e caregivers, come il Numero verde AIL 800 22 65 24 per ricevere consulenze gratuite relative a problemi ematologici, supporto psicologico e sportello sociale, attivo tutto l'anno, dal lunedì al venerdì.

Buona lettura



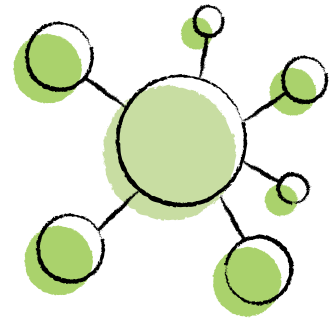
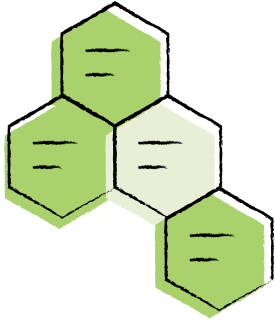
Giuseppe Toro
Presidente Nazionale AIL

Indice

8	Linfomi
10	Cosa sono i linfomi?
10	I diversi tipi di linfoma: Hodgkin e non Hodgkin
12	Quanto sono diffusi e chi interessano
12	Fattori di rischio e cause
12	Quali sono i sintomi
13	Diagnosi e valutazione della malattia
13	Stadiazione
14	Prognosi
15	Terapie
20	Malattia minima residua
20	Dopo le terapie ed effetti a lungo termine
21	Fertilità e linfomi
<hr/>	
22	Piccoli passi verso una nuova normalità
<hr/>	
28	Glossario

Linfomi





Cosa sono i linfomi?

Il **linfoma** è un tumore ematologico che colpisce le cellule del sistema linfatico, ovvero i linfociti, cellule del sistema immunitario che in condizioni di normalità circolano in tutto il corpo alla ricerca di antigeni estranei da eliminare. I linfociti sono presenti nei **linfonodi** (ghiandole linfatiche), **nel midollo e nella milza**, e possono diffondersi in tutti gli organi. I linfociti patologici non perdono la capacità di circolare nel corpo diffondendosi fin dall'inizio in tutto l'organismo anche a distanza dal luogo di origine. Per questo i linfomi sono in genere malattie diffuse e in queste malattie il concetto oncologico di 'metastasi' non ha nessun valore o significato.

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 in maniera 'ordinata' e '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 e 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.

I linfomi a cellule B 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 (**linfomi indolenti**) e in forme di alto grado di malignità o a crescita rapida (**linfomi aggressivi**). Oltre alle sedi classiche linfonodali, i LNH possono interessare nel 15-20% dei casi tessuto linfoide extra linfonodale ed in questo caso si parla di **linfoma extranodale**.

Le sedi non linfonodali più frequentemente interessate sono il tratto gastrointestinale, la cute, l'apparato genitourinario, il sistema nervoso centrale, l'intestino, la mammella, le ghiandole lacrimali, le

ghiandole salivari, il testicolo, la tiroide e il polmone. La definizione istologica dei LNH permette la definizione di malattie diverse (circa 60-70 malattie), ognuna delle 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 troviamo per poter scegliere la giusta terapia.

Per questo, per una miglior definizione dell'istotipo, talvolta l'ematologo può chiedere una revisione dei preparati istologici o anche un nuovo prelievo quando quello precedentemente eseguito non risultasse idoneo a formulare una diagnosi ben circoscritta.

Linfomi indolenti

Si tratta di linfomi a lenta crescita, il più frequente di questi è il linfoma follicolare, che spesso entrano in una sorta di 'simbiosi' con l'organismo ospite, ed in particolare con il sistema immunitario dell'ospite. Proprio perché hanno una lenta crescita, i comuni chemioterapici, che hanno la loro principale attività sulle cellule in rapida proliferazione, hanno un'efficacia ridotta. I chemioterapici agiscono molto bene anche sui linfomi indolenti ma non riescono ad eliminare totalmente la malattia, proprio perché una buona parte delle cellule del linfoma è in fase di 'quiescenza', non si riproduce, e non risente dell'effetto della chemioterapia.

Per questo motivo nei linfomi indolenti potreste avere la proposta dal vostro Ematologo di trattare la malattia secondo il principio del 'watch and wait' (letteralmente, guarda e aspetta), come dicono gli inglesi, ovvero della vigile attesa per capire come si comporta la malattia. Questo potrebbe indurre una situazione di ansia, che è tuttavia ingiustificata, perché in realtà la vigile attesa è una terapia. Infatti, il vostro

ematologo continuerà a controllarvi attivamente per capire quale sia il momento giusto per iniziare un trattamento. Quando il trattamento verrà iniziato, lo scopo sarà sempre quello di eliminare la malattia e le possibilità di riuscita sono identiche sia che si inizi la terapia subito alla diagnosi, sia che la si inizi quando ce n'è veramente necessità.

La fase di vigile attesa è talmente attiva che il paziente diventa medico di sé stesso e, al di là dei periodici controlli programmati, segnalerà al suo ematologo eventuali cambiamenti delle linfadenopatie o comparsa di sintomi non presenti in precedenza. La fase di vigile attesa può durare anche anni.

Linfomi aggressivi

Si tratta di linfomi che necessitano di un trattamento immediato perché se non trattati portano a danni gravi e pericolosi per l'organismo. La scelta del trattamento dipende dalla precisa definizione del tipo di linfoma.

Linfomi extranodali

Fra i linfomi extranodali cioè che insorgono in organi al di fuori dei linfonodi i linfomi cutanei sono un'entità molto particolare perché la particolarità della presentazione degli stessi li rende 'visibili' al mondo esterno creando, oltre ai problemi della malattia, anche importanti problemi di tipo sociale e relazionale.

La stretta collaborazione fra dermatologi, specificatamente dedicati a queste malattie, e ematologi ha permesso negli ultimi anni di migliorare in maniera molto significativa l'efficacia dei trattamenti. La FIL ha dedicato infatti ai linfomi cutanei una commissione ad hoc che coinvolge i maggiori esperti ematologi e dermatologi di questa patologia a livello nazionale.

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.

Fattori di rischio e cause

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.

È 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 favorenti l'insorgenza di sottotipi particolari di linfoma. Tra questi si possono ricordare in particolare l'*Helicobacter pylori* (HP) nel linfoma gastrico del MALT; l'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) e la *Chlamydia psittaci* nel linfoma degli annessi orbitari, il virus di Epstein-Barr (EBV) e l'Human Immunodeficiency Virus (HIV) associati a diversi tipi di linfoma. 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.) o come quelle che si utilizzano nelle malattie autoimmuni. Molto si discute circa una familiarità dei linfomi, come di

tutti i tumori in genere. In realtà, non esiste una dimostrazione di ereditarietà, e non è al momento identificato nessun particolare assetto genetico che indentifichi un aumentato rischio di insorgenza di linfoma. È ipotizzabile, invece, che certi soggetti presentino una maggiore predisposizione ereditaria (appunto, familiarità) all'insorgenza di quelle mutazioni, favorenti lo sviluppo del linfoma, 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 linfonodi. A volte ci possono essere febbre (di solito superiore a 38°C), stanchezza, sudorazione notturna profusa, diminuzione del peso corporeo non altrimenti spiegabile, prurito diffuso con lesioni da grattamento.

Altri sintomi che possono manifestarsi con una certa frequenza sono:

- a) **tosse, difficoltà di respiro, dolori toracici, rigonfiamento del collo**
- b) **mancanza di appetito;**
- c) **sensazione di precoce sazietà, dolori addominali, diarrea;**
- 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 extra-linfonodali sono indispensabili per escludere altre malattie e definire la diagnosi.

Diagnosi e valutazione della malattia

La biopsia è l'unico esame che può portare a una diagnosi certa. La biopsia linfonodale, quando possibile, cioè per le linfadenopatie superficiali, permette di dare un nome ed un cognome al linfoma. Nel caso di linfadenopatie profonde (del mediastino o dell'addome) verrà scelta dall'ematologo o dall'oncologo la via migliore per prelevare tessuto sufficiente per effettuare una diagnosi.

Nessun esame strumentale può portare a una diagnosi. Successivamente alla diagnosi la stadiazione, eseguita con esami strumentali e laboratoristici, è un primo momento fondamentale ed il primo approccio terapeutico.

Stadiazione

Con il termine stadiazione si intende la valutazione complessiva degli esami effettuati per poter stabilire l'estensione e la diffusione della malattia.

La stadiazione è un processo fondamentale per poter poi stabilire la prognosi e il trattamento più idoneo, si può dire che la stadiazione è il primo atto terapeutico. Questo perché, sapendo esattamente quali sono le sedi di malattia, alla fine del trattamento dobbiamo andare a ricontrollarle per capire se sono sparite e quale risultato si è ottenuto.

Un preciso inquadramento del linfoma necessita di diverse indagini che consentono non solo di identificare dove si trova la malattia, ma anche di caratterizzarla dal punto di vista biologico.

Tale inquadramento prevede generalmente:

- ✓ **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 di sangue midollare e biopsia osteomidollare dalle ossa del bacino, in anestesia locale. Servono per valutare la presenza di cellule patologiche e per valutare anche la riserva midollare del paziente;**
- ✓ **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 (terapia target), ma anche per monitorare la risposta ai trattamenti (vedi sotto);**
- ✓ **Esami di imaging come radiografia del torace, ecografia dell'addome, Tomografia Computerizzata con contrasto, FDG-PET, Risonanza Magnetica, per definire la presenza di malattia linfonodale ed eventuali siti extra-linfonodali o infezioni in atto.**

Gli stadi identificabili 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, la sudorazione notturna profusa e la perdita di peso), che possono essere utili all'ematologo per la scelta terapeutica. Se questi sintomi non sono presenti, si indica la lettera A.

Prognosi

Con il termine prognosi si intende la possibilità di prevedere l'evoluzione della malattia in un preciso soggetto in termini di guaribilità, di sopravvivenza e di qualità di vita. I linfomi sono generalmente malattie molto chemiosensibili e radiosensibili, per questo sono ben curabili e con elevata possibilità di guarigione.

Come per ogni malattia tumorale, anche nel caso dei linfomi, la prognosi è in 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 intesi come potenziali target per terapie mirate;**
- ✓ **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 (presenza quindi di malattie concomitanti).**

Terapie

Le basi di ogni terapia sono:

La fiducia nel curante (quindi il rapporto medico/paziente): non ci dovrà essere timore nel chiedere al medico chiarimenti oppure esprimere dubbi e paure.

La consapevolezza di quello che si ha e la consapevolezza di ciò che si deve fare: sapere cosa facciamo e perché può permettere di superare meglio momenti di difficoltà o debolezza.

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 (polichemioterapia) in regime ambulatoriale, solitamente attraverso un'infusione venosa tramite un catetere venoso centrale, ma esistono anche farmaci somministrati per via orale e, in alcune forme di linfoma, anche per via intratecale (nel liquor cefalorachidiano mediante puntura lombare).

A volte può essere necessario un breve ricovero. 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 selettivi contro le cellule tumorali e distruggono anche alcune cellule sane, 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

c'è perciò l'anemia, o calo dei globuli bianchi, con conseguente maggiore facilità di infezioni o – ancora – il 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. Per questi motivi, durante il periodo di trattamento si è sottoposti a controlli periodici in ospedale per verificare se i farmaci somministrati sono ben tollerati e prevenire eventuali complicanze.

B. Gli anticorpi monoclonali

Gli anticorpi monoclonali sono molecole biologiche specifiche per un determinato antigene e in grado di riconoscere determinate cellule dell'organismo e quindi distruggerle in maniera selettiva.

Alcuni anticorpi possono danneggiare la cellula linfomatoso con il loro semplice legame (anticorpi non coniugati), altri servono a veicolare un veleno o un isotopo radioattivo che penetrano così in modo selettivo nella cellula e la distruggono (anticorpi coniugati).

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 o sottocutanea. 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 è stato il primo trattamento utilizzato nei linfomi e costituisce tutt'ora un'importante opzione terapeutica nella cura dei linfomi. Può essere utilizzata da sola o in combinazione con altri trattamenti (chemioterapia, chemio-immunoterapia). Consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia che distruggono le cellule tumorali evitando il più possibile di distruggere cellule sane. Le radiazioni sono generate da apparecchiature molto sofisticate chiamate acceleratori lineari. È un trattamento indolore localizzato, che coinvolge zone ben delimitate del corpo dove in genere sono presenti all'esordio le adenopatie di maggiori dimensioni.

Il trattamento viene eseguito presso il centro di radioterapia dell'ospedale, ha una durata di pochi minuti e si protrae per 2, 3 o 4 settimane (lun. ven.) in base al tipo, allo stadio della malattia e quindi al dosaggio complessivo da somministrare.

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, infatti, 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 (neutrofili) e limitare il più possibile il rischio di infezioni riducendo al minimo il periodo di neutropenia.
- ✓ **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

Che ruolo attivo può avere il paziente per superare gli effetti collaterali della immunochimioterapia e della radioterapia ?

Come già detto, questo non sarà forse il periodo più bello della vita del paziente ma l'importante è che sappia che tutto questo è fatto per ottenere il risultato voluto, ovvero la remissione completa che è il primo passo verso la guarigione.

Questa consapevolezza è fondamentale per superare gli effetti collaterali e ridurre al massimo i rischi connessi alla terapia. Affrontare con il proprio curante questi punti sarà di volta in volta fondamentale e i pochi e generici consigli di seguito esposti costituiscono solo un supporto e uno stimolo per affrontare proprio con il curante questi problemi. Come potrete vedere, il filo conduttore di tutti questi consigli è legato al rischio infettivo che è la più seria e preoccupante complicanza di un trattamento chemioterapico.

Alimentazione

↳ L'alimentazione deve essere completa e varia. I cibi non vanno quindi eliminati. I carboidrati vanno tuttavia limitati il più possibile. Si devono evitare cibi crudi (carne o pesce) ed alimenti pericolosi, come i formaggi eccessivamente freschi. Le verdure crude devono essere molto ben lavate. L'alimentazione non deve essere quantitativamente eccessiva (non importa aumentare di peso, anzi!) e limitata ai 4 pasti quotidiani. L'idratazione è fondamentale, quindi l'assunzione di almeno 2 litri di acqua al giorno, se non controindicato per comorbidità, è necessaria.

Gli alcolici devono essere eliminati. Per situazioni particolari sarà necessario confrontarsi con un nutrizionista.

Attività fisica

↳ Questo è un periodo in cui le energie devono essere principalmente direzionate al superamento degli effetti tossici della terapia, quindi ogni tipo di attività agonistica non è consigliato. Un'attività fisica continuativa e controllata è invece indispensabile. Sicuramente le camminate o le passeggiate all'aria aperta sono fortemente raccomandate, così come il salire le scale compatibilmente con il livello di anemia. Meno indicate sono le attività in spazi chiusi e con molte persone. Durante le terapie non è il caso di sottoporsi ad attività fisiche che mettano eccessivamente sotto sforzo l'apparato cardiocircolatorio, per cui ogni attività deve essere portata avanti fino a che non si entra sotto sforzo. A quel punto è opportuno fermarsi. Anche in questo caso ci si può rivolgere a chinesologi professionisti esperti.

Vita sociale e di relazione

↳ Considerando che in corso di terapia le difese immunitarie vanno incontro ad una riduzione di efficacia, e considerando che ogni episodio infettivo può influire negativamente sulla riuscita di un trattamento, perché causerebbe l'interruzione dello stesso, è opportuno cercare di evitare ogni possibile fonte di infezione. Solitamente diciamo molto semplicemente ai nostri pazienti di non andare a cercarsela! Questo sicuramente, soprattutto in certi periodi dell'anno, riduce le possibilità di

socializzazione ma è di estrema importanza per l'obiettivo che abbiamo. Trovare delle soluzioni, riducendo il numero di persone, responsabilizzando amici e parenti è sicuramente un'importantissima attività proattiva che il paziente e i caregiver devono attuare. Relativamente alla sfera sessuale, ribadendo l'inopportunità di concepire in questo periodo, si possono avere normali rapporti facendo uso di adeguate protezioni per ridurre le infezioni. Naturalmente l'aspetto psicologico è in questo periodo molto importante, e l'aver rapporti con il proprio partner ne è componente fondamentale e va affrontata con la dovuta attenzione da parte del partner stesso.

Cura della persona

↳ In questo periodo bisogna evitare di fare manicure o pedicure o colorazione dei capelli. Anche i massaggi o le cure termali sono sconsigliati. Tutte queste attenzioni sono prevalentemente atte a ridurre i rischi infettivi. Confrontatevi anche per questo, comunque, sempre con il vostro curante.

Quanto sopra descritto ha l'obiettivo primario di fare in modo che un periodo molto difficile possa passare nella maggiore normalità possibile.

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. Terapie target e nuove immunoterapie

Come dicevamo all'inizio del capitolo, i linfomi sono malattie molto chemiosensibili e quindi abbiamo la possibilità di risolverle positivamente con la sola chemioterapia o con la immunochemioterapia associando o meno la radioterapia, anch'essa molto utile. Ci sono però situazioni in cui la chemioterapia ha poco effetto per resistenza innata oppure perché si sono sviluppati cloni cellulari resistenti.

Per queste situazioni si stanno facendo sempre più avanti trattamenti **target**, ovvero terapie che agiscono selettivamente sulle cellule malate riconoscendo alcuni antigeni o recettori presenti prevalentemente sulle cellule linfomatose.

Queste terapie possono essere utilizzate da sole oppure in combinazione con la chemioterapia e sono rappresentate da anticorpi monoclonali di nuova generazione sia non coniugati che coniugati (Polatuzumab Vedotin, Loncastuximab, Tafasitamab) oppure da molecole che inibiscono alcune vie metaboliche predilette dalle cellule linfomatose (ad esempio gli inibitori del recettore BTK).

Altri trattamenti innovativi sono rappresentati dalla **immunoterapia** con linfociti T del paziente ingegnerizzati, cioè linfociti T ai quali è stato insegnato ad aggredire le cellule di linfoma (CAR-T).

Oppure ci sono alcuni nuovi anticorpi, detti bispecifici, che hanno la capacità di 'avvicinare' le cellule patologiche di linfoma ai linfociti T effettori del paziente permettendo a questi di eliminare la cellula linfomatosa. Considerando l'importanza del rapporto medico-paziente discuterete di questi trattamenti possibili con il vostro ematologo di riferimento è molto importante.

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. 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 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 considerati 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 ed anonimizzati), la loro elaborazione statistica e la pubblicazione su riviste scientifiche dei risultati ottenuti al termine della sperimentazione.

In Italia, la Fondazione Italiana Linfomi - ETS (FIL) si occupa di sviluppare progetti di ricerca per la cura dei linfomi. La FIL dal 2010 ad oggi ha condotto o collaborato alla gestione di circa 100 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 proporre e 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 stesso, sugli effetti secondari e sui 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 responsabile 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.

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. Diversamente dalle leucemie, dove la determinazione della malattia minima residua rappresenta una fondamentale tappa per il proseguimento della terapia, nei linfomi l'utilizzo di questo parametro trova applicazione in pochissimi tipi di linfoma (mantellare in primo luogo, ed alcuni linfomi rari) e soprattutto non è ancora un marcatore utilizzato per scelte terapeutiche, ma solo per monitoraggio nel follow-up della malattia.

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 si è ottenuta quella che chiamiamo Remissione Completa, ovvero la scomparsa di ogni segno e sintomo della malattia presenti alla diagnosi e identificati con la stadiazione, inizia un periodo di visite di controllo, all'inizio ravvicinate, poi sempre meno frequenti (si definisce follow-up).

Queste visite servono per valutare lo stato di salute, eventuali complicanze e l'andamento 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 risposta solo parziale o una mancata risposta alla terapia o una recidiva del linfoma. In questi casi si opta per un nuovo percorso terapeutico, solitamente diverso da quello iniziale, facendo uso di farmaci alternativi a

quelli utilizzati in prima linea o attuando trattamenti innovativi. La qualità della vita dopo la cura di un linfoma dipende da diversi fattori: età del paziente, presenza di altre patologie, tipo e durata della risposta alla terapia (parziale o completa), la rete di supporto sociale, "aggressività" del percorso terapeutico, eventuali complicanze post-terapia.

La comunicazione con il proprio medico è sempre fondamentale, sia per essere assicurati 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 delle terapie.

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, eliminazione dell'alcol, 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 (preservazione della fertilità).

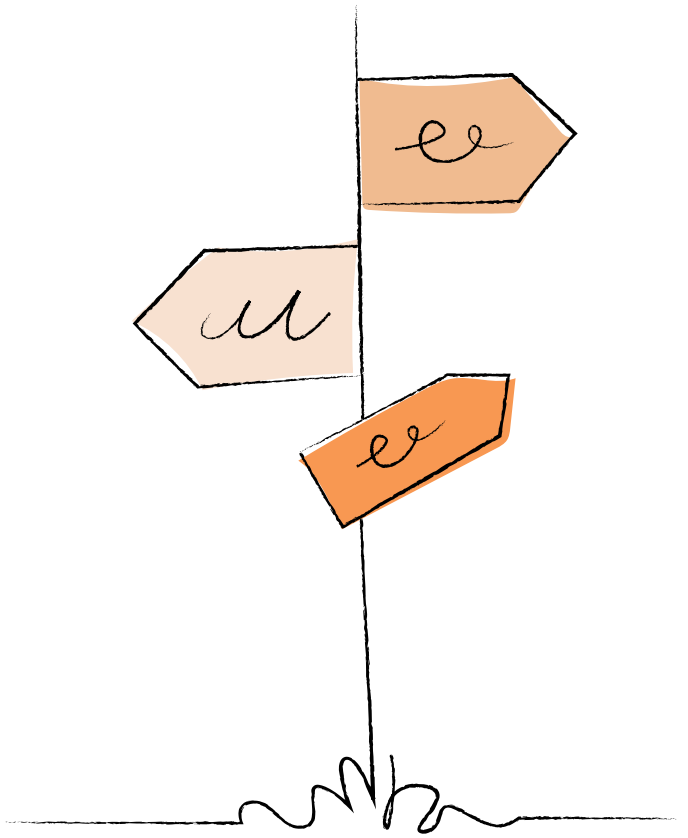
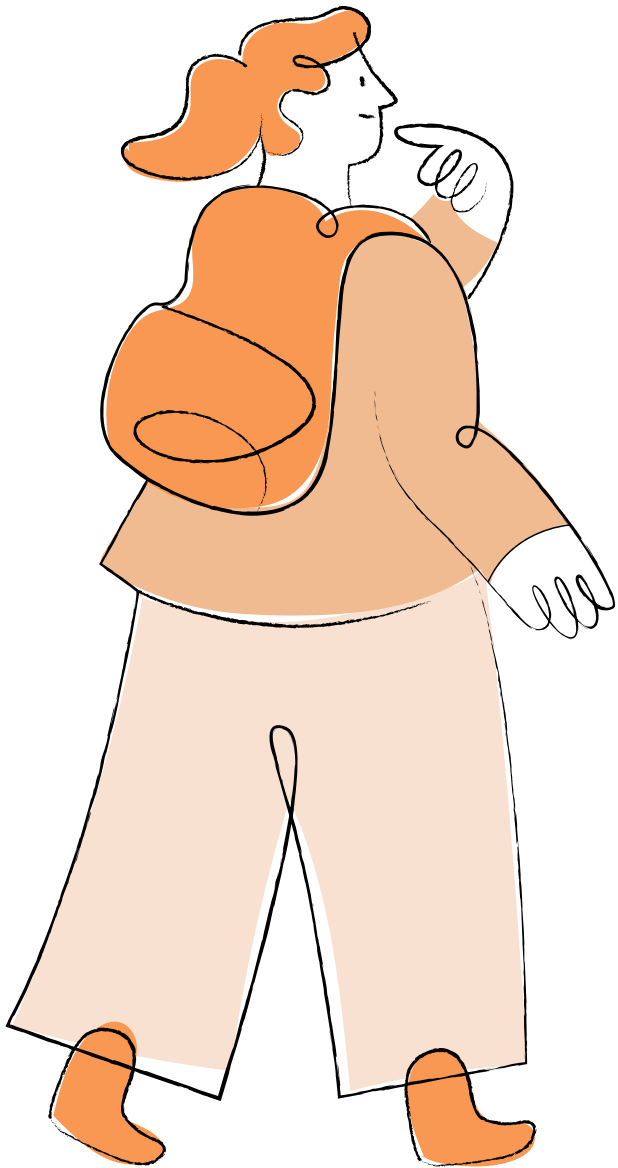
Questo argomento dovrà essere affrontato con il curante durante la fase di stadiazione e prima dell'inizio della terapia per trovare la soluzione migliore in relazione alla volontà del paziente, alla sua età ed ai rischi che ritardare l'inizio della terapia comporterebbe. Percorsi ben definiti sono ormai presenti in quasi tutte le Ematologie o Oncologie. Durante il trattamento è 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 i due anni successivi al suo termine.

Piccoli passi verso una nuova normalità



Capitolo a cura del Gruppo pazienti linfomi AIL-FIL



Piccoli passi verso una nuova normalità

Il momento in cui si riceve la diagnosi è sicuramente un momento di grande sconforto e **paura**.

Siamo assaliti da un senso di immobilità, come se tutto intorno a noi si fermasse per un istante, persino il nostro respiro o il battito del cuore sembrano cessare la loro attività. I pensieri corrono alla velocità della luce e convergono verso scenari bui e pieni di incertezze. Siamo immobili in un tunnel, non possiamo tornare indietro e non avanziamo. Viviamo immobilizzati nel terrore.

Tuttavia, se decidiamo di restare fermi senza fare alcun passo, ci priviamo della possibilità di scoprire se da qualche parte c'è una via d'uscita per noi.

La **conoscenza** è uno dei passi che ci conduce verso quel puntino luminoso in fondo al tunnel, guidandoci lungo tutto il nostro percorso. Quando iniziamo a capire meglio la nostra malattia, a conoscere le terapie e a fidarci dei medici e degli infermieri che ci guidano nel percorso di cura, iniziamo a muovere i primi passi verso la luce. Non possiamo controllare ciò che è esterno a noi, la malattia e le terapie, ma possiamo controllare noi stessi. Il modo in cui parliamo a noi stessi, come gestiamo le emozioni e dove indirizziamo i nostri pensieri sono tutti aspetti che possiamo gestire.

A volte, **fermarsi un attimo e tornare a concentrarsi su ciò che ci fa stare bene**, eliminando il superfluo, può fare una grande differenza. Riprendere quella passeggiata nel bosco che abbiamo sempre rimandato perché non avevamo tempo, leggere quel libro che è rimasto lì sul comodino a prendere polvere e che non abbiamo mai finito.

Riscoprire vecchie passioni come l'arte e la pittura, o scoprirne di nuove. Così torniamo a prenderci cura delle piante, a comprare le tele e i colori. Torniamo a prenderci cura di noi stessi, ad amarci. La malattia arriva e ci rammenta che ci eravamo allontanati da noi stessi, dalla nostra essenza, dalla nostra natura. Arriva e può ricordarci semplicemente di prenderci cura di noi. Di amarci.

E in questo processo di cura di noi stessi stiamo inconsapevolmente aiutando il nostro organismo a reagire.

Ognuno reagisce alla diagnosi in modo differente, ma è di fondamentale importanza **accogliere e ascoltare ogni emozione**, che sia essa rabbia, paura, tristezza, solitudine, senso di smarrimento. Soprattutto non esistono emozioni giuste o sbagliate, piuttosto funzionali o disfunzionali: spesso diventa indispensabile chiedersi

“Questa sensazione, questo pensiero, questa convinzione mi è utile ora? E se sì, che funzione ha al fine di farmi stare meglio?”

Una famosa psicoterapeuta americana, Virginia Satir, diceva, infatti, **“La vita non è come dovrebbe essere, la vita è quello che è. È il modo in cui l'affronti che fa la differenza”**.

Anche concentrarsi sulle azioni che possiamo fare, come capire meglio la malattia e le cure disponibili, può darci un senso di controllo e farci sentire più forti. Informarsi, parlare con il medico, scoprire che ci sono molte strade possibili e che **la ricerca ha fatto enormi passi avanti**, può ridurre la paura e farci sentire più consapevoli. Diventiamo consapevoli.

Questo non significa che sarà facile, ma nemmeno che sarà impossibile. La tristezza arriverà, e va bene così. Anziché cercare di sopprimerla, possiamo **lavorare per migliorare la qualità della nostra vita**, attraverso l'alimentazione, la meditazione e coltivando rapporti sinceri. Il nostro corpo si nutre non solo di alimenti, ma di suoni, parole, immagini: iniziamo a scegliere il nostro "cibo" per amarci totalmente nel corpo, nella mente e nell'anima. Leggere, ad esempio, può essere utile: ci aiuta a restare presenti nel qui e ora, senza proiettarci in un futuro che non esiste ancora.

Anche sentirsi arrabbiati è un sentimento naturale, non va minimizzato o nascosto. Piuttosto, possiamo provare a trasformare la rabbia in qualcosa di costruttivo ed incanalarla in attività come scrivere, camminare, fare attività fisica.

Non dimentichiamoci che chiedere aiuto, magari a uno specialista, è sempre un'opzione valida.

La terapia può anche cambiare il nostro corpo, ed è normale faticare ad accettarlo. Ma **tutto cambia, niente è permanente.** Lo stesso albero perde le foglie e rifiorisce ogni anno. Pensare che ciò che stiamo vivendo non è permanente, ci dà fiducia. Proviamo ad immaginare la terapia come la stagione in cui il nostro albero perde le foglie. Perdere le foglie ci fa osservare maggiormente il tronco ed i rami che le sorreggono: resta l'essenziale. Curiamo le nostre radici, il nostro tronco e i nostri rami per accogliere una nuova primavera e nuove foglie.

Molto spesso **ci si sente incompresi**, è difficile spiegare ciò che si prova, ma anche quando proviamo a farlo dobbiamo capire che non è semplice comprendere per chi non vive la malattia in prima persona. Le persone che ci circondano e ci

vogliono bene, talvolta fanno molta più fatica di noi perché non sanno cosa sentiamo. È importante spiegare loro cosa proviamo con sincerità: dire loro come vorremmo ci aiutassero, oppure chiedere di evitare di parlarci in un certo modo perché magari ci infastidisce: potrebbe rivelarsi fondamentale per vivere serenamente un periodo così sfidante! Parlare, poi, con persone che hanno vissuto la nostra stessa esperienza di malattia ci fa sentire meno soli, ma soprattutto ci fa capire che tutto quello che proviamo e pensiamo è molto frequente tra pazienti, ed è del tutto normale.

Il tumore arriva come un tornado che mette a dura prova le relazioni interpersonali, soprattutto quelle affettive.

Sono frequenti i casi di "allontanamento" del partner dopo la diagnosi, o quelli in cui si ha paura di un possibile abbandono o distacco. Questo genera una ferita emotiva che potrebbe indurci a sentire il dovere di soddisfare le esigenze del partner per non "perderlo". E questo può succedere anche nel rapporto sessuale.

Non dobbiamo privarcene, ma amarci anche in questo, nell'accettare che anche il nostro piacere possa cambiare durante le terapie. Proviamo invece, anche con l'aiuto del partner, ad esplorare il nostro "nuovo" corpo e ad ascoltarlo, così da creare una nuova sinergia che ci leghi. Allo stesso modo è normale che il partner, così come un amico, si senta messo da parte nel nostro processo di amor proprio e autoguarigione, e quindi tenda a costruire un muro invece di costruire un nuovo spazio relazionale.

È frequente tra ex-pazienti sentir pronunciare queste parole: "con il tumore ho perso molti amici, alcuni di loro si sono dileguati nel nulla".

Non facciamocene una colpa, e non accaniamoci contro di loro. Comprendiamo che siamo tutti diversi, che molte persone non riescono a sostenere una situazione emotivamente così intensa e dura. Piuttosto guardiamo a chi è rimasto al nostro fianco, a chi ogni giorno continua a regalarci un sorriso non per compiacerci ma il semplice gusto di farlo, o alle nuove persone che sono entrate nella nostra vita proprio "grazie" alla malattia.

Il legame affettivo che nasce nel dolore è temprato. Molti di noi hanno trovato dei grandi amici nei vicini di letto durante le infusioni di farmaci chemioterapici, o negli infermieri che diventano i nostri confidenti.

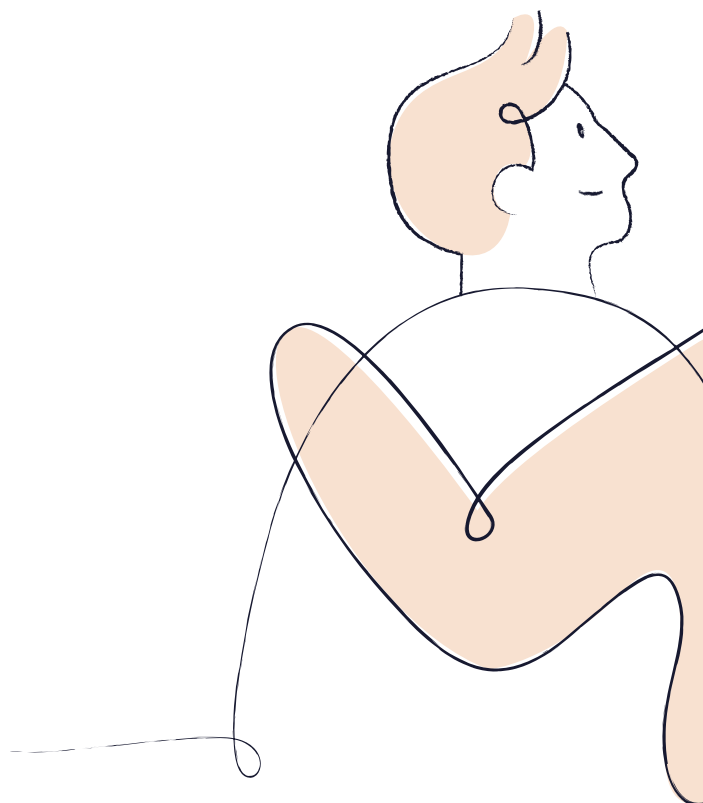
Ciò che vogliamo davvero dalle persone care che ci circondano è che ci guardino con gli stessi occhi di sempre.

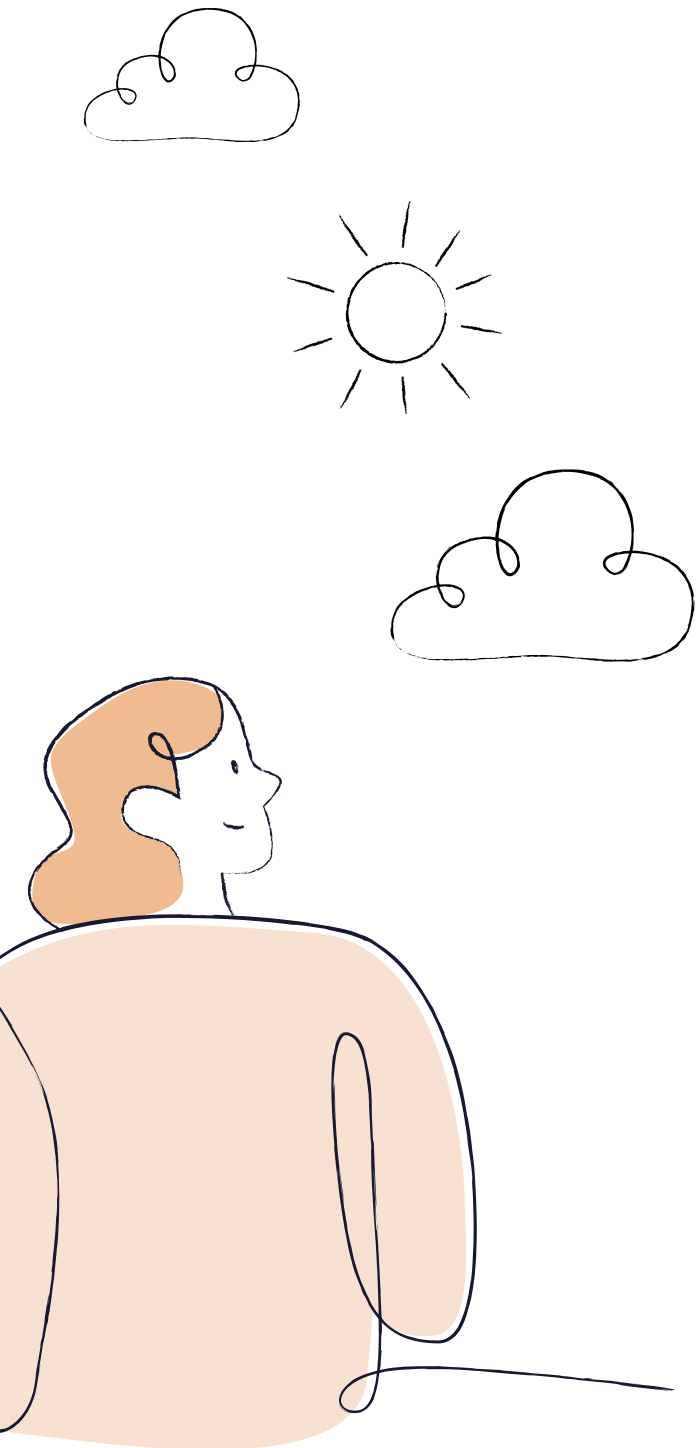
Vogliamo l'amica che continua a raccontarci delle sue disavventure amorose senza che abbia il timore di sentirsi inadeguata o che pensi che i suoi problemi siano futili, abbiamo bisogno dell'amico che ci porta a fare un giro sulla sua auto nuova, della mamma che ci ripete continuamente che dobbiamo mangiare, del vicino di casa che ci ferma sul pianerottolo per raccontarci le ultime dal quartiere.

Questa "normalità" intorno a noi è l'ancoraggio della nostra barca nel mare mosso.

Infine, non dobbiamo dimenticare che tutti gli sforzi che facciamo per cercare di reagire alla diagnosi di malattia li facciamo per noi stessi, non perché dobbiamo farci carico di una responsabilità di trionfo sulla malattia.

Non stiamo combattendo una guerra, stiamo coltivando la nostra pace interiore, base fondamentale per superare serenamente le terapie.





Il Gruppo Ail Pazienti Linfomi si è costituito nel 2016, grazie alla collaborazione tra l'Associazione Italiana contro le Leucemie-linfomi e Mieloma-ETS (AIL) e la Fondazione Italiana Linfomi-ETS (FIL).

Il gruppo è formato da pazienti, familiari e caregiver che desiderano 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 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.

Potete contattare il gruppo scrivendo all'indirizzo:

infolinfomi@ailpazienti.org

Glossario

Qui di seguito troverete una breve spiegazione di alcuni termini scientifici presenti nel testo

Adenopatia:

aumento delle dimensioni di un linfonodo

Anticorpo:

proteina prodotta dai linfociti B contro un determinato antigene

Antigene :

molecola presente sulla superficie di una cellula in grado di essere riconosciuta dal sistema immunitario come estranea o potenzialmente pericolosa

Biologia molecolare:

è la branca della biologia che studia gli esseri viventi a livello dei meccanismi molecolari alla base della loro fisiologia. In particolare la biologia molecolare è utile a identificare alterazioni del DNA associate ad alcune patologie

Chemiosensibile:

lo è un tumore che si dimostra sensibile alla chemioterapia

Citofluorimetria:

esame di laboratorio che ha lo scopo di classificare e tipizzare i vari tipi di linfociti B e T

Follow-up:

controllo periodico

Immunochemioterapia:

associazione fra chemioterapia e immunoterapia

Immunoterapia:

terapia antitumorale che utilizza anticorpi prodotti in laboratorio contro determinati antigeni presenti sulle cellule tumorali

Intratecale:

terapia specifica iniettata all'interno del rachide lombare (colonna vertebrale)

Istotipo:

tipizzazione delle cellule di un tessuto (sia normale che patologico)

Linfociti (B e T):

I linfociti fanno parte dei globuli bianchi, questi sono cellule circolanti nel sangue. I linfociti B sono quelle cellule deputate alla produzione di anticorpi (immunità umorale), i linfociti T sono invece quelle cellule che 'attaccano' direttamente gli organismi estranei distruggendoli (immunità cellulo-mediata)

Liquor cefalorachidiano:

liquido nel quale 'galleggiano' l'encefalo e il midollo spinale

Metastasi:

tumori secondari originati da cellule che si sono staccate da un tumore primario in un certo organo e sono poi migrate in un'altra sede

Micostatici:

farmaci che agiscono sui funghi rallentando il loro sviluppo

Mielotossico:

qualsiasi sostanza tossica per il midollo osseo ovvero l'organo deputato alla produzione quotidiana di globuli rossi, globuli bianchi e piastrine

Radiosensibile:

lo è un tumore che si dimostra sensibile alla radioterapia

Remissione completa:

la scomparsa, alla fine della terapia, di tutti i segni e sintomi della malattia presenti all'inizio della terapia

Sistema linfatico:

sistema costituito da linfonodi e vasi linfatici. Fanno parte del sistema linfatico anche la milza, le tonsille e le placche del Peyer presenti nell'intestino tenue

Tessuto linfoide extra linfonodale:

tessuto costituito da linfociti che si organizza al di fuori dei linfonodi

Note

A series of 20 horizontal dotted lines, evenly spaced, extending across the width of the page. These lines are intended for writing notes.



La **Fondazione Italiana Linfomi-ETS (FIL)** è una organizzazione nazionale con sede ad Alessandria e Modena originata dalla naturale evoluzione dell'Intergruppo Italiano Linfomi (IIL), gruppo di cooperazione spontanea tra clinici e ricercatori impegnati nello studio e nella terapia dei linfomi in Italia sorto nel 1993.

Nel 2010 l'unione di tali gruppi preesistenti in un unico organismo nazionale ha dato vita alla FIL, che collabora con oltre 1.000 soci (medici e personale sanitario) appartenenti a circa 150 diversi centri ematologici ed oncoematologici distribuiti sul territorio nazionale.

La FIL svolge attività di ricerca scientifica sui linfomi e gli studi che sponsorizza hanno come unico fine quello di migliorare la salute dei pazienti.

Oltre allo svolgimento della prevalente attività di ricerca clinica sui linfomi, FIL promuove progetti formativi per medici ematologi, specialisti di discipline collegate alla diagnosi e cura dei linfomi (patologi, radioterapisti, medici nucleari, radiologi, biologi, dermatologi, infermieri, coordinatori di ricerca clinica, ecc.), l'assegnazione di borse di studio a giovani ricercatori e collaborazioni con altri Enti e Istituzioni per la divulgazione della conoscenza dei linfomi (come la collaborazione con AIL ETS per a supporto del Gruppo Pazienti Linfomi).

Per saperne di più:

Uffici PACTO – Spalto Marengo 44
15121 Alessandria (AL)

Tel: 0131 033152

Mail: comunicazione@filinf.it

www.fondazioneitalianalinfomi.it

Instagram: [fondazioneitalianalinfomi](https://www.instagram.com/fondazioneitalianalinfomi)

Facebook: Fondazione Italiana Linfomi-ETS

LinkedIn: FIL-Fondazione Italiana Linfomi

X: FIL_ETS



ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA

La nostra missione

AIL promuove e sostiene la ricerca scientifica per la cura delle leucemie, dei linfomi e del mieloma; assiste i pazienti e le famiglie accompagnandoli in tutte le fasi del percorso attraverso la malattia con servizi adeguati alle loro esigenze; si propone di migliorare la qualità di vita dei malati e di sensibilizzare l'opinione pubblica alla lotta contro le malattie del sangue.

Nel 2023, AIL Nazionale
e le sue Sezioni hanno...



finanziato **146**
progetti di ricerca



curato **1.872**
pazienti nella propria
abitazione



supportato **111**
centri di ematologia



ospitato **2.395**
pazienti e familiari
nelle Case AIL

I servizi che offriamo per un futuro senza tumori del sangue:

Aggiorniamo pazienti e famiglie su patologie e terapie disponibili

↳ organizzando, per 2500 pazienti l'anno, seminari sulle principali malattie ematologiche nei quali esperti analizzano i diversi aspetti delle patologie e si confrontano con pazienti e caregiver, protagonisti della giornata.

Offriamo informazioni e supporto per pazienti e famiglie

↳ grazie al Numero Verde AIL, attivo dal lunedì al venerdì allo 800 22 65 24: in linea un ematologo, uno psicologo e un esperto di diritto del lavoro e agevolazioni sociali.

Diamo voce ai diritti dei pazienti

↳ attraverso i Gruppi AIL Pazienti (articolazione organizzativa di AIL Nazionale) ci occupiamo di diritti di informazione, di accesso alle cure e sociali.

Finanziamo la ricerca

↳ su leucemie, linfomi, mieloma e altre malattie del sangue e sosteniamo il GIMEMA (Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto).

Forniamo cure domiciliari

↳ evitando ogni anno a 1.492 adulti e 380 bambini difficoltà e rischi connessi allo spostamento verso l'ospedale e permettendo loro una migliore qualità di vita.

Aiutiamo pazienti e familiari con servizi socioassistenziali

↳ un aiuto concreto per 6.346 pazienti e familiari ogni anno, che include consulenze legali, assistenza sociale, supporto psicologico.

Supportiamo i Centri di Ematologia

↳ e di Trapianto di Cellule Staminali aiutando a realizzare/ristrutturare day hospital, reparti, ambulatori e laboratori, ad acquistare apparecchiature, a finanziare personale sanitario e a sostenere protocolli di cura sperimentale.

Sosteniamo la mobilità dei pazienti

↳ con 5.186 viaggi solidali (per garantire gli spostamenti a chi deve curarsi lontano dalla residenza) e 1.521 pazienti e familiari, adulti e bambini, accompagnati.

Accogliamo pazienti e familiari nelle Case AIL

↳ in prossimità dei centri ematologici e gestite da 38 sezioni per ospitare 1.117 pazienti e 1.278 familiari quando si spostano dal luogo di residenza per le terapie.

Contribuiamo alla formazione e l'aggiornamento

↳ di medici, biologi, infermieri e tecnici di laboratorio con l'erogazione di borse di studio, prestazioni professionali e contratti di lavoro.

Supportiamo pazienti e familiari nell'affrontare le problematiche sociali

↳ con il servizio "sportello sociale AIL": per facilitare l'orientamento tra i percorsi della burocrazia, fornendo informazioni su diritti e agevolazioni assistenziali. 248 pazienti all'anno usufruiscono del servizio.



ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA

Trova la Sezione AIL
più vicina a te



www.ail.it

Con il patrocinio di

