

Il cancro della tiroide




AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro,
parenti e amici

La Collana del Girasole

Il cancro della tiroide

AIMaC è grata a MacMillan Cancer Support  (www.macmillan.org.uk) per aver concesso in esclusiva l'utilizzazione di questo libretto e per aver consentito al Comitato Scientifico di adattarlo ai fini di una migliore comprensione da parte di pazienti, parenti e amici e di adeguarne il contenuto alla realtà del Servizio Sanitario Nazionale, alla cultura, alle abitudini e ai rapporti medico-infermiere-paziente del nostro Paese.

Legenda

Per praticità di consultazione a lato del testo sono stati inseriti dei riquadri contraddistinti da piccole icone, ognuna delle quali ha il seguente significato:



richiama l'attenzione su alcuni concetti espressi nel testo a fianco



definizione di un termine tecnico



rimando ad altri libretti della Collana del Girasole o ad altre pubblicazioni di AIMaC



rimando a siti internet

Revisione critica del testo: Prof. **S. M. Aloj** (professore emerito di patologia molecolare - Università di Napoli Federico II); **S. Morelli** (Gruppo Oncologico Multidisciplinare per la Tiroide - Centro di Riferimento Oncologico Regionale dell'Umbria); **E. Puxeddu** (coordinatore del Gruppo Oncologico Multidisciplinare per la Tiroide - Centro di Riferimento Oncologico Regionale dell'Umbria; professore associato di endocrinologia - Università di Perugia).

Editing: **C. Di Loreto** (AIMaC)

Questa pubblicazione è stata realizzata grazie al sostegno ricevuto da Alleanza Contro il Cancro (www.alleanzacontroilcancro.it) nell'ambito del Servizio nazionale di accoglienza e Informazione in ONcologia-SION".

Quarta edizione: aprile 2016

Titolo originale dell'opera: **Understanding Cancer of the thyroid**

© AIMaC 2016. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di AIMaC, come convenuto con MacMillan Cancer Support..

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, AIMaC declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.

Indice

- 5 Introduzione
- 6 Che cos'è il cancro?
- 7 La tiroide
- 8 Il cancro della tiroide
- 10 Quali sono le cause e i fattori di rischio del cancro della tiroide?
- 11 Quali sono i sintomi del cancro della tiroide?
- 12 Come si formula la diagnosi?
- 15 Ulteriori esami
- 15 La stadiazione del cancro della tiroide
- 17 Quali sono i tipi di trattamento usati?
- 19 La chirurgia
- 22 Terapia sostitutiva con ormone tiroideo (TSO)
- 23 Ablazione con iodio radioattivo
- 26 La radioterapia esterna (o transcutanea)
- 29 La chemioterapia
- 30 La terapia biologica a bersaglio molecolare
- 31 I controlli dopo le terapie
- 33 La comunicazione in famiglia
- 34 Come potete aiutare voi stessi
- 35 Le terapie complementari
- 36 Gli studi clinici
- 37 Sussidi economici e tutela del lavoro



Introduzione

L'obiettivo di questo libretto, che ha carattere puramente informativo, è di aiutare i malati di cancro ed anche i loro familiari e amici a saperne di più sui tumori della tiroide, di cui si diagnosticano ogni anno in Italia circa 7.500 nuovi casi, nel tentativo di rispondere, almeno in parte, alle domande più comuni relative a diagnosi e trattamento di questa malattia.

Naturalmente, questo libretto non contiene indicazioni utili a stabilire quale sia il trattamento migliore per il singolo caso, in quanto l'unico a poterlo fare è il medico curante che è a conoscenza di tutta la storia clinica del paziente.

Per ulteriori informazioni è disponibile il servizio offerto dall'helpline di AIMaC, un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it.



Le cellule sono i 'mattoni' con cui sono costruiti i nostri organi. Le cellule crescono dividendosi in modo ordinato e controllato; se questo processo si altera, le cellule crescono senza controllo e formano una massa che si definisce 'tumore'.



Biopsia: prelievo di un campione di tessuto che sarà esaminato al microscopio per valutare le caratteristiche morfologiche e chimiche delle cellule di un tumore.

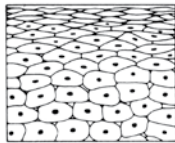
Esame istologico: esame che consente di valutare al microscopio le caratteristiche morfologiche e chimiche (istochimica) del tessuto e decidere se si tratta di una lesione benigna o maligna.

Metastasi: cancro secondario costituito da cellule tumorali staccatesi dal cancro primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo altri organi.

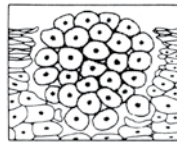
Che cos'è il cancro?

Il cancro non è una malattia unica, non ha un'unica causa né un unico tipo di trattamento: esistono oltre 200 tipi diversi di cancro con nomi e trattamenti diversi che stanno diventando sempre più 'personalizzati'. Di norma le cellule del nostro organismo che si moltiplicano, lo fanno in modo ordinato e controllato; se, per un qualsiasi motivo, il processo si altera, la crescita cellulare procede senza controllo. Si forma così una massa che si definisce 'tumore'.

I tumori possono essere **benigni** o **maligni**. Per stabilire se il tumore è benigno o maligno (cancro) si esegue una **biopsia**, che consiste nell'**esame istologico** di un frammento del tumore.



Cellule normali



Cellule tumorali

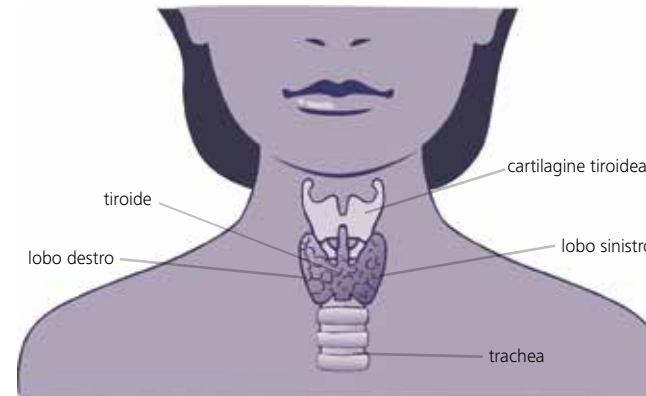
Le cellule dei tumori benigni crescono lentamente e non invadono altre parti dell'organismo; tuttavia, se il tumore benigno continua a crescere nel sito di origine finirà con l'esercitare pressione sugli organi adiacenti. Al contrario, i tumori maligni sono costituiti da cellule che hanno la capacità di invadere e distruggere i tessuti circostanti e di diffondere a distanza, ovvero, al di là della sede di origine del tumore primitivo. Le cellule del cancro possono staccarsi dal tumore primitivo e migrare attraverso il sangue o il sistema linfatico. Quando raggiungono un nuovo sito, le cellule continuano a dividersi, dando così origine ad una **metastasi**.

La tiroide

La tiroide è una ghiandola che si trova nella parte anteriore del collo appena al di sotto della cartilagine tiroidea, quella regione che, nell'uomo, costituisce il *pomo di Adamo*. La sua forma ricorda quella di una farfalla le cui ali costituiscono i *lobi* (destro e sinistro), mentre il corpo è la parte centrale detta *istmo*.

La tiroide è una **ghiandola endocrina** che produce **ormoni** fondamentali per il corretto funzionamento del nostro organismo. È costituita da due tipi di cellule: le cellule follicolari che producono gli ormoni *triiodotironina* (T3) e *tiroxina* (T4) e le cellule parafollicolari (cellule C) che producono l'ormone *calcitonina*. La tiroxina e la triiodotironina contengono **iodio**. La tiroxina controlla aspetti fondamentali del metabolismo; è convertita in altri tessuti (principalmente rene e fegato) nella triiodotironina che rappresenta la forma biologicamente attiva dell'ormone tiroideo. La calcitonina controlla i livelli di calcio nell'organismo.

La funzione della tiroide è regolata da un altro ormone, la **tireotropina**, prodotto dall'**ipofisi**. Quando l'organismo richiede una maggiore quantità di ormoni tiroidei, l'ipofisi produce la tireotropina che stimola la tiroide a produrre e secernere una maggiore quantità di questi ormoni. A sua volta l'ipofisi è regolata dall'**ipotalamo**.



Ghiandola endocrina: organo che produce ormoni.

Ormoni: sostanze prodotte dalle ghiandole endocrine dell'organismo e immesse nella circolazione sanguigna; ogni ormone è preposto al controllo della funzione di alcune cellule e organi.

Iodio: elemento chimico normalmente presente nella nostra dieta.

Tireotropina o TSH: ormone prodotto dall'ipofisi che regola il funzionamento della tiroide.

Ipofisi (o ghiandola pituitaria): ghiandola endocrina posta al centro della base cranica, immediatamente sotto al cervello.

Ipotalamo: ghiandola che si trova nel cervello, al centro tra i due emisferi.



ipertiroidismo: eccessiva secrezione di ormoni tiroidei.

ipotiroidismo: ridotta secrezione di ormoni tiroidei.

Affinché la tiroide funzioni normalmente e produca la giusta quantità di ormoni, occorre assicurare all'organismo una quantità sufficiente di iodio che la tiroide, a differenza di altri organi e tessuti, concentra attivamente.

Le malattie della tiroide possono comportare un aumento oppure una diminuzione della produzione di ormoni: nel primo caso si parla di **ipertiroidismo**, nel secondo di **ipotiroidismo**.

Il cancro della tiroide

Mentre i noduli benigni sono molto comuni (gozzo nodulare), il cancro della tiroide è relativamente più raro. Nella maggior parte dei casi i noduli non provocano problemi particolari, passando spesso inosservati tanto da essere occasionalmente scoperti soltanto con la palpazione o nel corso di un'ecografia del collo. Solo in una piccola percentuale di pazienti comportano i sintomi tipici dell'ipertiroidismo o, addirittura, della **tireotossicosi**. Tuttavia, se non adeguatamente diagnosticati e trattati, possono crescere al punto da creare problemi alla **deglutizione** e alla **fonazione** per compressione dei tessuti circostanti.

Il cancro della tiroide è la forma più comune di tumore del sistema endocrino; in senso assoluto, è relativamente raro, rappresentando il 3,8% di tutti i casi di carcinoma che si sviluppano nell'uomo.

Sulla base del tipo di cellule da cui ha origine, il cancro della tiroide può essere di due tipi:

- **midollare** se deriva dalle cellule parafollicolari, quelle che producono l'ormone calcitonina;
- **non midollare** se ha origine dalle cellule follicolari, quelle che sintetizzano gli ormoni tiroxina e triiodotironina.

Nell'ambito dei carcinomi non midollari si possono ricono-

scere i seguenti sottotipi (istotipi):

- il **carcinoma papillare**: è il più diffuso dei carcinomi tiroidei; è frequente nei soggetti di 30-50 anni; presenta, generalmente, un basso grado di malignità, che tende comunque ad aumentare nei pazienti più anziani;
- il **carcinoma follicolare**: è meno diffuso; si diagnostica prevalentemente negli anziani. Rispetto al carcinoma papillare appare più aggressivo, pur mantenendo una crescita lenta e una **prognosi** relativamente favorevole;
- il **carcinoma poco differenziato**: deriva dall'evoluzione in senso più aggressivo delle forme papillari e follicolari, rispetto alle quali risulta crescere più velocemente;
- il **carcinoma anaplastico**: si può considerare una forma piuttosto rara, che si riscontra in prevalenza negli anziani portatori di gozzo da lunga data. Ha un'altissima malignità. Si manifesta spesso con ingrossamento rapido e doloroso della ghiandola. È, in senso assoluto, uno dei tumori più aggressivi ed è molto difficile da trattare.

La **familiarità** del cancro della tiroide, vale a dire l'insorgenza di uno stesso tumore in più componenti della stessa famiglia, è ora riconosciuta anche per il tipo derivante dalle cellule follicolari. Esistono alcune **sindromi** associate al cancro della tiroide non midollare (sindrome di Gardner, malattia di Cowden, complesso di Carney e sindrome di Werner). Conoscere l'esistenza di forme familiari della malattia consente di individuare famiglie a rischio e rende possibile la prevenzione.

Il **carcinoma midollare** è poco diffuso e colpisce soggetti al di sopra dei 50 anni. Può insorgere in forma sporadica o familiare (trasmissione ereditaria di geni anomali), spesso in associazione ad altri tumori o altre malattie dell'apparato endocrino. Per tale motivo, coloro ai quali è diagnosticato un carcinoma midollare della tiroide devono sottoporsi ad un test genetico che consente di escludere o confermare che si tratti di una forma ereditaria. Se il test genetico ri-



Tireotossicosi: quadro clinico che s'instaura in conseguenza della presenza in circolo di livelli troppo alti degli ormoni tiroidei.

Deglutizione: sequenza di contrazioni muscolari che fanno scendere il cibo dalla cavità orale allo stomaco.

Fonazione: processo che consente alle corde vocali di emettere suoni articolati.

Prognosi: previsione sul probabile andamento della malattia, formulata sulla base delle condizioni del malato, delle possibilità terapeutiche, delle potenziali complicazioni o delle condizioni ambientali.

Familiarità: presenza di più casi di una malattia nella stessa famiglia.

Sindromi: malattie che coinvolgono più organi.



Conoscere l'esistenza di forme familiari di cancro della tiroide consente di individuare famiglie a rischio e rende possibile la prevenzione.



Maggiori informazioni sui linfomi non Hodgkin sono disponibili sul libretto **I linfomi non Hodgkin** (La Collana del Girasole).



Familiarità: presenza di più casi di una malattia nella stessa famiglia.

sulta positivo, i familiari di primo grado del paziente (genitori, fratelli, figli) devono sottoporsi al test per verificare la predisposizione, o meno, alla malattia (50% di probabilità). Anche per il carcinoma midollare la prognosi è buona se è limitato alla tiroide, ma diventa sfavorevole in presenza di metastasi.

Oltre al carcinoma anaplastico, altre forme molto rare sono il linfoma tiroideo, di solito del tipo non Hodgkin a crescita rapida, e il carcinoma a cellule squamose.

Quali sono le cause e i fattori di rischio del cancro della tiroide?

Le cause di questa malattia non sono note, ma si conoscono almeno due fattori di rischio: le radiazioni ionizzanti (in particolare per la forma papillare) e la **familiarità**.

L'esposizione a radiazioni ionizzanti, soprattutto nell'infanzia (per esempio per trattamenti radioterapici a livello della regione testa-collo), aumenta il rischio, così come l'esposizione accidentale alle radiazioni, ovvero a livelli elevati di radioattività nell'ambiente (per esempio, quella liberata a seguito dell'esplosione del reattore nucleare di Chernobyl, in Ucraina, nel 1986 o dell'incidente alla centrale di Fukushima, in Giappone, nel 2011).

La familiarità riguarda tutte le forme di cancro della tiroide ed è più frequente nei carcinomi midollari. Si distinguono due forme di carcinoma familiare (ereditario):

- il **carcinoma midollare familiare isolato** (coinvolge soltanto la tiroide) in cui la malattia può colpire più componenti dello stesso nucleo familiare,
- la **sindrome da neoplasia endocrina multipla di tipo 2 (MEN 2)**, in cui i componenti di uno stesso nucleo familiare accanto al carcinoma midollare della tiroide, sempre presente, possono sviluppare anche altri tumori delle

ghiandole endocrine (ad esempio, tumori della midollare del surrene o delle paratiroidi per il tipo MEN 2A, oppure tumori della midollare del surrene o neurinomi del tratto gastro-enterico per il tipo MEN 2B).

L'origine familiare di taluni carcinomi midollari della tiroide (v. pag. 9) ha portato a ipotizzare che la malattia fosse causata da alterazioni genetiche. Oggi sappiamo che le alterazioni molecolari responsabili dello sviluppo del carcinoma midollare consistono principalmente in mutazioni del gene detto RET, che controlla la crescita cellulare in diversi tessuti ma che, nella forma alterata, perde tale funzione e conduce alla formazione del cancro. Il progresso delle conoscenze, derivante dalla ricerca, ha consentito di allestire un test genetico che identifica le alterazioni del gene RET. Tutte le persone affette da carcinoma midollare dovrebbero sottoporsi a questo test: se il risultato è positivo, è opportuno che anche i familiari di primo grado del paziente (genitori, fratelli, figli) vi si sottopongano per escludere o confermare la predisposizione alla malattia. Nelle persone con alterazioni del gene RET, anche in assenza di segni riferibili alla presenza del tumore, può essere utile considerare l'intervento di rimozione della tiroide per prevenire l'insorgenza della malattia.

Quali sono i sintomi del cancro della tiroide?

Nella maggior parte dei casi i tumori della tiroide crescono molto lentamente e si riconoscono incidentalmente nel corso dell'esecuzione di esami radiografici o ecografici del collo per altre patologie. Nel caso diventino sintomatici, il primo segno è di solito un rigonfiamento indolore, comunemente definito *gozzo*, che compare nel collo e che s'ingrossa sempre di più, in alcuni casi fino a comprimere



Esofago: condotto attraverso il quale gli alimenti e i liquidi che ingeriamo passano dalla gola allo stomaco.

Trachea: canale attraverso il quale respiriamo, che si estende dalla laringe ai bronchi.



Esofago: condotto attraverso il quale gli alimenti e i liquidi che ingeriamo passano dalla gola allo stomaco.

Trachea: canale attraverso il quale respiriamo, che si estende dalla laringe ai bronchi.

Ormoni: sostanze prodotte dalle ghiandole endocrine dell'organismo e immesse nella circolazione sanguigna; ogni ormone è preposto al controllo della funzione di alcune cellule o organi specifici.



Endocrinologo: medico specialista che si occupa dello studio e della diagnosi di tutte le alterazioni e malattie delle ghiandole endocrine cosiddette perché secernono gli ormoni.

Tireotropina o TSH: ormone prodotto dall'ipofisi che regola il funzionamento della tiroide.

l'**esofago** o la **trachea**, provocando così difficoltà alla deglutizione o alla respirazione. Oppure possono comparire alterazioni della voce determinate dalla compressione dei nervi ricorrenti. In casi molto rari di tumori maligni della tiroide, i primi sintomi possono essere causati dalla diffusione della malattia ad altri organi come ossa o polmoni. Difficilmente il tumore della tiroide influisce sulla produzione degli **ormoni**; pertanto, i sintomi di ipertiroidismo o di ipotiroidismo (v. pag. 8) sono rari.

Se notate la presenza di un rigonfiamento, ancorché limitato (ad esempio un nodulo), nel collo, è bene che consultiate immediatamente il medico curante. Tuttavia, è importante sottolineare che nella maggior parte dei casi il gozzo è di natura benigna e, generalmente, legato alla carenza di iodio negli alimenti e nelle acque, particolarmente significativa in alcune regioni italiane. La presenza del gozzo non è ritenuta, a tutt'oggi, una condizione di rischio per lo sviluppo di un carcinoma, anche se il tumore potrebbe insorgere nel suo ambito.

Come si formula la diagnosi?

Solitamente l'iter diagnostico comincia dal medico di medicina generale, che vi visita e vi fa domande sulla vostra storia familiare e sulle vostre condizioni generali. Dopo la visita, se lo ritiene opportuno, può suggerirvi di consultare un **endocrinologo** per una più approfondita valutazione ed eventuale esecuzione di ulteriori esami.

Analisi del sangue: le analisi del sangue non consentono di diagnosticare un cancro della tiroide; tuttavia, viene eseguito il dosaggio dell'ormone ipofisario **tireotropina** per valutare lo stato funzionale della ghiandola, ossia verificare se c'è ipotiroidismo o ipertiroidismo. Nella maggior parte dei casi, la presenza della malattia non altera il fun-

zionamento della tiroide e i livelli degli ormoni tiroidei *triiodotironina* (T3) e *tiroxina* (T4) sono generalmente normali. Nei casi in cui alla comparsa di noduli corrisponda un aumento degli ormoni tiroidei e un abbassamento del livello della tireotropina, il tumore è generalmente benigno. Il livello della tireotropina è, spesso, l'indice che meglio rappresenta lo stato funzionale della tiroide.

Ecografia. Si esegue per valutare le caratteristiche morfologiche della tiroide e del nodulo. Usa le riflessioni degli ultrasuoni emessi da una piccola sorgente che, opportunamente convertite in immagini per mezzo di un computer, servono per visualizzare le strutture interne del collo e della tiroide.

Dopo avervi fatto sdraiare sul lettino il medico spalma sulla superficie anteriore del collo un sottile strato di gel, che migliora il contatto con la cute di un piccolo strumento, simile ad un microfono, che emette gli ultrasuoni e riceve le loro riflessioni. Facendolo scorrere sul collo, il medico può visualizzare sul monitor le immagini da cui apprende le condizioni della tiroide ed accerta se eventuali noduli sono **solidi** oppure se si tratta di **cisti**. Può stabilire anche le dimensioni dei noduli e i loro rapporti con le strutture circostanti. L'ecografia non comporta rischi o fastidi di alcun tipo per il paziente.

Scintigrafia tiroidea. Fornisce informazioni sulle caratteristiche funzionali della tiroide, ossia sulla sua capacità di captare e concentrare lo iodio. Per questo, prima dell'esame si somministra, generalmente per bocca, una soluzione contenente iodio radioattivo; in alternativa si utilizza un'iniezione endovenosa di tecnezio 99, elemento che si comporta in modo simile allo iodio ma che, emettendo radiazioni per un tempo molto più breve, riduce ulteriormente l'esposizione ad una fonte, ancorché modesta, di radiazioni.

I noduli in cui la captazione dello iodio è maggiore di quella del tessuto normale si definiscono **noduli caldi**; quelli, invece, in cui la captazione è più bassa o assente si defi-



Noduli solidi: costituiti da un gruppo di cellule.

Cisti: piccole sacche di liquido che si formano nel tessuto tiroideo.

niscono **noduli freddi**. I noduli caldi sono generalmente benigni, mentre quelli freddi sono sospetti perché rivelano un'alterazione della funzione delle cellule follicolari e possono nascondere un tumore in circa il 5% dei casi. Se la scintigrafia mette in evidenza un nodulo freddo è opportuno fare seguire all'esame una biopsia mediante ago sottile (v. sotto) per escludere o confermare l'esistenza di cellule sospette.

La scintigrafia non comporta rischi o fastidi significativi per il paziente; in particolare, il rischio radiologico è minimo perché la dose di radioisotopo utilizzata è molto bassa e a rapido decadimento. In ogni caso l'esame non deve essere effettuato nelle donne in gravidanza e in allattamento per evitare danni alla tiroide del nascituro / bambino.

Biopsia mediante ago sottile. Consiste nell'introdurre delicatamente un ago sottile nel nodulo presente nel collo. Generalmente il medico preferisce eseguire l'esame in corso di ecografia (v. pag. 13) al fine di dirigere con maggior precisione l'ago nella regione desiderata. L'ago preleva dal nodulo alcune cellule, che sono poi trattate adeguatamente per l'esecuzione dell'esame citologico, che serve a individuare l'eventuale presenza di cellule tumorali.

Biopsia dei linfonodi. Se i linfonodi del collo risultano di volume maggiore del normale e vi è il sospetto che possano contenere cellule tumorali, si procede alla biopsia con ago sottile anche dei linfonodi. Al fine di aumentare la sensibilità dell'esame citologico nell'individuare l'eventuale diffusione del tumore (**metastasi**), sul liquido di lavaggio dell'ago utilizzato per la biopsia si esegue il dosaggio della tireoglobulina e della calcitonina, due sostanze prodotte rispettivamente dai tumori non midollari e da quelli midollari. Quando la biopsia dei linfonodi non è praticabile o non riesce a fornire materiale sufficiente per un esame accurato, è necessario eseguire una biopsia chirurgica in anestesia locale o generale. In questo caso il chirurgo pratica una piccola incisione nella cute in prossimità del punto in cui è localizzato il linfonodo sospetto, e lo asporta.



La scintigrafia non deve essere effettuata nelle donne in gravidanza e in allattamento per evitare danni alla tiroide del nascituro o del bambino.



Metastasi: cancro secondario derivante da cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi.

Ulteriori esami

Tomografia computerizzata (TC). È una tecnica radiologica che permette di rilevare la presenza di tumore e **metastasi** nella maggior parte degli organi del corpo. Consente di ottenere tante inquadrature dello stesso organo su piani successivi. Le immagini così prodotte sono inviate a un computer che le elabora per dare poi il quadro dettagliato delle strutture interne esaminate. La procedura è sicura, indolore e richiede circa mezz'ora. È consigliabile non mangiare né bere per almeno 4 ore prima dell'esecuzione della TC.

Per ottenere immagini ancora più chiare il medico può utilizzare un **mezzo di contrasto**, la cui somministrazione può indurre una sensazione diffusa di calore per qualche minuto. Tuttavia, se si sospetta la presenza di un carcinoma papillare o follicolare (v. pag. 9), generalmente si preferisce non usare il mezzo di contrasto, perché questo potrebbe interferire con successivi esami diagnostici o trattamenti. I soggetti con allergia allo iodio o asma possono comunque essere sottoposti alla TC con mezzo di contrasto, ma nelle 12-48 ore precedenti ricevono una terapia desensibilizzante.

La stadiazione del cancro della tiroide

La stadiazione viene formulata in base ai dati sulle dimensioni e l'estensione del tumore, ossia se questo è entro i confini dell'organo o al di fuori di esso. Lo stadio è il parametro che indica quanto sia grande il tumore e se è diffuso ai linfonodi adiacenti e/o ad altri organi (**metastasi**). La stadiazione è utile all'oncologo per stabilire qual è il trattamento più idoneo per il singolo caso.



Metastasi: cancro secondario derivante da cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi.

Mezzo di contrasto: sostanza contenente iodio (v.), che si somministra sotto forma di bevanda o di iniezione attraverso una vena del braccio.

Iodio: elemento chimico normalmente presente nella nostra dieta.



Si parla ancora comunemente di tomografia assiale computerizzata o TAC, ma l'aggettivo 'assiale' è oggi inappropriato, perché le nuove tecniche a spirale consentono di ottenere più immagini in una sola scansione, mentre la scansione solo sul piano assiale, ossia trasversale, permetteva di produrre un'immagine alla volta.

Esistono due modi per definire lo stadio dei tumori: il sistema numerico e il sistema TNM.

Il **sistema numerico** classifica i tumori secondo quattro stadi:

- **stadio 1**: il tumore è piccolo e circoscritto;
- **stadio 2 o 3**: il tumore ha invaso i linfonodi adiacenti;
- **stadio 4**: il tumore si è diffuso ad altri organi.

Nel caso dei tumori della tiroide, la stadiazione dipende dal tipo di tumore e dall'età del paziente.

I carcinomi papillari e follicolari sono classificati in funzione dell'età del paziente secondo il seguente schema.

età inferiore a 45 anni	<ul style="list-style-type: none"> • stadio 1: il tumore, indipendentemente dalle dimensioni, può avere invaso i tessuti e i linfonodi adiacenti, ma non si è diffuso ad altri organi; • stadio 2: il tumore, indipendentemente dalle dimensioni, si è diffuso ad altri organi (ad esempio ossa o polmone);
età pari o superiore a 45 anni	<ul style="list-style-type: none"> • stadio 1: il tumore ha un diametro massimo di 2 cm ed è confinato alla tiroide; • stadio 2: il tumore ha un diametro compreso tra 2 e 4 cm ed è confinato alla tiroide; • stadio 3: il tumore ha un diametro superiore a 4 cm ed è confinato alla tiroide; oppure, il tumore, indipendentemente dalle dimensioni, ha iniziato a diffondersi oltre la tiroide nei tessuti molli vicini o ha invaso i linfonodi adiacenti del compartimento centrale; • stadio 4A: il tumore, indipendentemente dalle dimensioni, ha superato la capsula tiroidea e ha invaso il tessuto muscolare e/o la laringe e/o la trachea e/o l'esofago e/o il nervo laringeo ricorrente e/o i linfonodi laterali del collo o della parte superiore del torace; • stadio 4B: il tumore, indipendentemente dalle dimensioni, ha invaso la fascia prevertebrale e/o l'arteria carotidea e/o i vasi mediastinici; • stadio 4C: il tumore, indipendentemente dalle dimensioni e dall'invasione linfonodale, si è diffuso ad altri organi (ad esempio ossa o polmone).

Il sistema TNM

T	Indica le dimensioni del tumore. Comprende 4 stadi:	T1 - T4
N	Indica se nei linfonodi adiacenti alla tiroide sono presenti cellule tumorali. Comprende due stadi:	N0 : assenza di cellule tumorali; N1 : presenza di cellule tumorali (N1a : nei linfonodi nel compartimento centrale, N1b nei linfonodi laterali del collo)
M	indica se sono presenti metastasi . Comprende due stadi:	M0 : assenza di metastasi; M1 : presenza di metastasi.



Metastasi: cancro secondario derivante da cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi.

Associando gli stadi T, N e M è poi possibile definire la stadiazione complessiva della malattia.

Tutti i **tumori anaplastici** sono considerati T4, suddivisi in due stadi:

T4a: tumore di qualsiasi dimensione confinato alla tiroide, asportabile chirurgicamente;

T4b: tumore di qualsiasi dimensione esteso oltre la capsula tiroidea, non asportabile chirurgicamente.

I carcinomi papillari e follicolari diagnosticati in soggetti di età inferiore a 45 anni hanno in assoluto la prognosi migliore, con una stadiazione di malattia che, anche in presenza di **metastasi** a distanza, non supera lo stadio II.

Quali sono i tipi di trattamento usati?

Chirurgia, ablazione con iodio radioattivo e radioterapia possono essere praticati singolarmente o in combinazione. Molte forme di cancro della tiroide possono essere trat-



È importante informare i medici se si praticano altri trattamenti: molte sostanze anche d'uso comune possono interferire con i farmaci.



Endocrinologo-oncologo: medico specializzato nel trattamento dei tumori delle ghiandole endocrine.

Anatomo-patologo: medico esperto nella diagnosi delle malattie sulla base dello studio delle cellule al microscopio.

Nutrizionista: medico specialista, esperto nella valutazione e nel trattamento di tutti gli aspetti collegati alla nutrizione.



Nessun trattamento può essere attuato senza il vostro consenso.

tate, di solito con ottimi risultati, e la maggior parte dei pazienti arriva alla guarigione completa.

È importante informare i medici se si praticano altri trattamenti, sia contro il tumore sia più semplicemente perché 'fanno sentire meglio', giacché molte sostanze, anche di uso comune, possono interferire con i farmaci.

Pianificazione del trattamento

Un'équipe composta da vari specialisti - tra cui un chirurgo specializzato nella chirurgia dei tumori della tiroide, un **endocrinologo-oncologo**, un medico specialista in medicina nucleare (che, nel caso dei carcinomi papillari e follicolari, è responsabile della somministrazione della terapia ablativa con radioiodio, v. pag. 23), un **anatomo-patologo**, ed eventualmente anche un infermiere specializzato nel trattamento dei pazienti oncologici, un **nutrizionista**, un dietista, un fisioterapista e uno psicologo - elabora il piano di trattamento tenendo conto di vari fattori quali l'età e le condizioni generali, il tipo e lo stadio del tumore.

Se due trattamenti sono ugualmente efficaci per il tipo e lo stadio del tumore da cui siete affetti (ad esempio, chirurgia o chemioterapia), i medici vi offriranno la possibilità di scegliere. In questi casi è molto difficile prendere una decisione; è bene assicurarsi di avere ricevuto tutte le informazioni sulle diverse opzioni disponibili, che cosa comporta ognuna di esse e quali sono gli effetti collaterali cui potrebbe dare adito, in modo che possiate decidere qual è il trattamento giusto per voi. Potrebbe essere utile discutere dei pro e contro di ogni trattamento con l'oncologo di fiducia o con il medico di famiglia.

Il consenso informato

Prima di procedere a qualunque trattamento il medico ha il dovere di spiegarvi nei dettagli lo scopo, le modalità e le conseguenze che questo potrebbe avere; quindi, vi chiederà di firmare un apposito modulo di consenso, con il quale autorizzate il personale sanitario ad attuare tutte le procedure necessarie. Nessun trattamento può essere attuato senza

il vostro consenso, e prima di firmare l'apposito modulo dovrete avere ricevuto tutte le informazioni necessarie su:

- tipo e durata del trattamento consigliato;
- vantaggi e svantaggi;
- eventuali alternative terapeutiche disponibili;
- rischi o effetti collaterali significativi.

Se le informazioni che avete ricevuto non sono chiare, non abbiate timore di chiedere che vi siano ripetute. Alcuni trattamenti oncologici sono complessi, per cui i medici sono abituati a spiegare le modalità di trattamento più volte finché i pazienti hanno compreso perfettamente in che cosa consistono e che cosa comportano.

È un vostro diritto chiedere chiarimenti perché è importante che abbiate la consapevolezza di come il trattamento sarà effettuato e di quali conseguenze avrà. Se pensate di non essere in grado di decidere subito, potete sempre chiedere che vi sia lasciato altro tempo per riflettere.

Potete anche decidere di rifiutare il trattamento. In questo caso il medico vi spiegherà quali conseguenze potrebbe avere tale decisione. L'importante è informare il medico o l'infermiere che vi hanno in carico, che ne prenderanno nota nella documentazione clinica. Non dovete fornire alcuna spiegazione per la decisione di rifiutare il trattamento, ma è utile condividere con i medici le vostre preoccupazioni in modo che possano offrirvi i consigli più opportuni.

La chirurgia

La chirurgia rappresenta il trattamento di prima scelta per i tumori della tiroide. Se la diagnosi e il trattamento sono precoci, ossia se s'interviene quando il tumore è ancora in una fase iniziale, le possibilità di guarigione completa sono ottime nella maggior parte dei casi.



Tiroidectomia totale: intervento di asportazione di tutta la tiroide.

Lobo-istmectomia o emitiroidectomia: intervento di asportazione di metà tiroide.

Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.



Tracheotomia: intervento che consiste nel praticare un'apertura nel collo per consentire la respirazione.

Fleboclisi: infusione per endovena.

Non sempre i medici riescono a formulare una diagnosi esatta prima dell'intervento chirurgico. Anche se il tumore risulta confinato ad un solo lobo tiroideo, è pratica comune eseguire una **tiroidectomia totale** per essere sicuri di rimuovere anche parti della ghiandola che potrebbero essere state infiltrate, in modo non evidente, da cellule tumorali. In alcuni casi di carcinomi papillari e follicolari molto piccoli, a basso rischio, potrebbe essere sufficiente anche soltanto un intervento di **lobo-istmectomia**.

Talvolta il chirurgo potrebbe decidere di asportare alcuni, o tutti, i linfonodi adiacenti per analizzarli allo scopo di accertare l'eventuale presenza di cellule tumorali. Ciò può essere utile per ridurre il rischio di **recidiva** dopo l'intervento chirurgico. In alcuni casi il chirurgo potrebbe decidere di asportare parte dei tessuti adiacenti alla ghiandola, in particolare se il tumore ha iniziato a diffondersi oltre la tiroide (tumore localmente avanzato), oppure se è di tipo anaplastico (v. pag. 9), e quindi tende a diffondere molto rapidamente.

Nei rari casi piuttosto estesi localmente, il chirurgo è costretto ad asportare un segmento della trachea (v. pag. 12) e ad eseguire una **tracheotomia**.

All'asportazione chirurgica della tiroide si fa seguire, in taluni casi, la cosiddetta ablazione con iodio radioattivo (v. pag. 23), al fine di eliminare eventuali residui di ghiandola che il chirurgo non ha potuto rimuovere.

Dopo l'intervento

Dopo l'intervento sarete presto in grado di muovervi autonomamente. Sarete incoraggiati ad alzarvi e a camminare quanto prima possibile. Questa è una fase importante della convalescenza. Anche se preferirete stare a letto, sarete spronati a eseguire regolarmente esercizi con le gambe e di ginnastica respiratoria, secondo le indicazioni fornite dal fisioterapista.

Sarete sottoposti a **fleboclisi** per reintegrare liquidi e i sali fino a che non sarete in grado di mangiare e bere auto-

mamente (di solito dopo 24 ore dall'intervento). Vi sarà applicato un **drenaggio**, che sarà rimosso di solito dopo 24-48 ore. Per consentirvi di respirare più facilmente, gli infermieri vi sistemano in posizione semi-seduta con la schiena leggermente sollevata. Nei primi giorni del periodo post-operatorio potreste accusare qualche dolore o fastidio, per controllare il quale vi saranno somministrati farmaci analgesici. Qualora il dolore dovesse persistere, informate il personale infermieristico in modo che il preparato adottato fino a quel momento possa essere sostituito con altri fino ad individuare quello più efficace. Sarete dimessi probabilmente nel giro di due-cinque giorni dopo l'intervento.

Nutrizione. La deglutizione può essere fastidiosa; di conseguenza, si può avere difficoltà a nutrirvi normalmente. Per questo è preferibile una dieta a base di cibi morbidi/liquidi o fare ricorso agli integratori sotto forma di bevande. È importante mantenere una dieta bilanciata e riceverete le giuste indicazioni per farlo prima di tornare a casa.

Voce rauca. Dati i rapporti anatomici della tiroide con le strutture adiacenti, l'intervento chirurgico potrebbe avere degli effetti sui nervi ricorrenti che controllano l'attività della laringe. Di conseguenza, potreste notare un abbassamento di voce che, in assenza di danno chirurgico dei nervi, scompare completamente in poco tempo, ma la ripresa della funzionalità potrebbe richiedere anche qualche mese.

Variazione dei livelli di calcio. L'intervento di **tiroidectomia** può comportare anche un insulto transitorio oppure l'asportazione delle **paratiroidi**, ghiandole in stretto contatto con i quattro vertici della tiroide, importanti nella regolazione del metabolismo del calcio. Di conseguenza, i livelli di calcio si abbassano. In tal caso, il medico prescrive un'integrazione di calcio associata a vitamina D. Questo trattamento è di breve durata ma, in alcuni casi, potrebbe essere necessario protrarlo per sempre.

Stanchezza. È assolutamente normale accusare un po' di stanchezza nelle prime settimane immediatamente succes-



Drenaggio: tubo applicato dopo un intervento chirurgico per drenare la raccolta di liquido dalla ferita. In alcuni casi può essere necessario applicare due drenaggi.



Maggiori informazioni sui problemi nutrizionali sono disponibili su **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) e **Neoplasia e perdita di peso – Che cosa fare?** (La Biblioteca del Girasole).



Tiroidectomia: intervento di asportazione della tiroide.

Paratiroidi: piccole formazioni poste sulla faccia posteriore della tiroide (due per lobo). Secernono un ormone che regola i livelli di calcio nel sangue.

sive all'intervento, soprattutto se dovete rimandare l'inizio della terapia di sostituzione ormonale (v. sotto).

Cicatrice. La cicatrice, localizzata nella porzione inferiore della superficie anteriore del collo, appare inizialmente irritata o scura, ma tende a schiarirsi col tempo.

Consigli pratici

- Riguardarsi e riposare molto per recuperare le energie fisiche e psicologiche.
- Seguire una dieta ben bilanciata.
- Non portare o sollevare pesi né compiere sforzi che comportino la contrazione dei muscoli del collo per il tempo necessario alla ripresa.
- Se si avverte dolore o rigidità del collo, si ha difficoltà a spostare lo sguardo lateralmente ed è, quindi, consigliabile non guidare fino a quando i movimenti del collo non saranno più un problema di solito dopo qualche settimana. Seguire le indicazioni del fisioterapista. Se il problema persiste oltre il necessario, contattare il medico.

In generale, dopo l'intervento si può ritornare a fare tutto quello che si faceva prima. Il periodo di convalescenza varia da persona a persona: alcuni sono in grado di ritornare a praticare un'attività sportiva dopo appena due settimane, altri hanno un tempo di recupero più lungo.

Terapia di sostituzione con ormone tiroideo

La tiroide secerne ormoni indispensabili per il regolare svolgimento di molte funzioni dell'organismo (v. pag. 7). Se è rimossa chirurgicamente, la produzione degli ormoni tiroidei cessa. Per tale motivo dopo l'intervento chirurgico si prescrive una terapia di sostituzione degli ormoni tiroi-

dei (o TSO): normalmente è sufficiente assumere un preparato contenente l'ormone tiroxina (T4) (in compressa o in formulazione liquida) una volta al giorno, possibilmente la mattina a digiuno, 20-30 minuti prima di colazione o dell'assunzione di altri farmaci, onde evitare che questi interferiscano con l'assorbimento della tiroxina.

Il dosaggio della tiroxina varia da paziente a paziente e viene stabilito sulla base del risultato del test per la determinazione del livello di **tireotropina** che si prescrive nei primi tempi successivi alla tiroidectomia.

Nel primo periodo dopo l'intervento, nei pazienti a rischio intermedio-elevato di ripresa di malattia, è opportuno somministrare un dosaggio ormonale lievemente superiore rispetto al dosaggio sostitutivo, in grado di sopprimere i livelli di TSH. In questi casi il medico vi può richiedere di sottoporvi più frequentemente ad analisi per controllare i livelli della tireotropina e degli ormoni tiroidei nel sangue.

Il periodo di adeguamento della terapia di sostituzione ormonale potrebbe durare anche alcuni mesi, durante i quali potreste avvertire qualche lieve disturbo attribuibile al dosaggio inadeguato dell'ormone. Tuttavia, tutti i disturbi dovrebbero scomparire con l'individuazione della giusta dose.

Ablazione con iodio radioattivo

Questo trattamento consiste nella distruzione del tessuto tiroideo che non è stato rimosso con la **tiroidectomia** totale o subtotale, mediante l'utilizzo di un isotopo radioattivo, lo iodio 131 (I^{131}), con l'obiettivo di:

- eliminare eventuali residui di tumore non asportati dal chirurgo, riducendo così la possibilità di **recidiva**;
- eseguire una scintigrafia *total body* (v. pag. 32), ad elevata sensibilità, per escludere la presenza di **metastasi**.



Tireotropina o TSH: ormone prodotto dall'ipofisi che regola il funzionamento della tiroide.



Tiroidectomia: intervento di asportazione della tiroide.

Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Metastasi: cancro secondario derivante da cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi.

Questa terapia, cui in passato venivano sottoposti pressoché tutti i pazienti affetti da carcinoma tiroideo non midollare, è oggi praticata in casi selezionati e riservata soprattutto al trattamento post-chirurgico dei carcinomi papillari e follicolari della tiroide a rischio intermedio-elevato di recidiva e delle forme poco differenziate. Molti di questi tumori hanno in effetti la capacità di captare lo iodio e di incorporarlo in modo molto simile al tessuto normale.



Tireotropina o TSH: ormone prodotto dall'ipofisi che regola il funzionamento della tiroide.

Preparazione alla terapia

La tiroide capta attivamente lo iodio. Questa è una funzione, specifica della ghiandola, fortemente stimolata dalla **tireotropina**, il principale regolatore della funzione delle cellule tiroidee. Pertanto, in preparazione al trattamento con iodio radioattivo è necessario far aumentare i livelli di tireotropina. Ciò si può ottenere attraverso la sospensione della terapia di sostituzione ormonale con tiroxina per un periodo di 3-6 settimane, durante le quali potrebbero manifestarsi i sintomi di ipotiroidismo quali depressione, aumento di peso, perdita di memoria, diminuzione della capacità di concentrazione e stanchezza. Tali sintomi scompariranno alla ripresa della terapia di sostituzione ormonale. Tuttavia il metodo oggi di gran lunga preferito per ottenere l'innalzamento del livello della tireotropina nel sangue è la somministrazione dell'*ormone tireotropo umano ricombinante (rhTSH)* prodotto mediante tecniche di ingegneria genetica. Questo farmaco, dal nome commerciale di *Thyrogen®*, è analogo alla tireotropina prodotta dall'organismo. Il suo uso previene la comparsa dei sintomi di ipotiroidismo, poiché non è necessaria la sospensione della terapia di sostituzione ormonale con tiroxina (v. pag. 22). Il trattamento consiste in due iniezioni intramuscolari distanziate di 24 ore seguite dalla somministrazione dello iodio radioattivo. Il trattamento con l'ormone tireotropo umano ricombinante non provoca effetti collaterali importanti; solo in alcuni pazienti si manifestano senso di nausea, vomito, cefalea e debolezza. È importante tenere conto che questo farmaco



L'ablazione con iodio radioattivo può essere praticata solo in ambiente ospedaliero.

appartiene alla categoria di quelli distribuiti esclusivamente a livello ospedaliero.

La dieta

Prima di iniziare il trattamento, l'oncologo può consigliare una dieta povera di iodio, perché l'assunzione di una quantità eccessiva di quest'elemento riduce l'efficacia del trattamento. È quindi consigliabile escludere dalla dieta pesce e frutti di mare, sale da cucina iodato, alimenti contenenti il colorante rosa E127 (salumi, ciliegie candite e fragole sciroppate, ecc.) e non fare uso di farmaci contro la tosse e integratori vitaminici a base di iodio. Anche latte, latticini e uova, contengono un'elevata concentrazione di iodio, e può quindi essere consigliabile ridurre il consumo. Naturalmente, queste sono indicazioni generali; spetta al vostro medico fornirvi tutte le informazioni per una dieta corretta, in generale, e nel caso particolare che vi riguarda.

Effetti collaterali

In casi molto rari dopo il trattamento con iodio radioattivo si possono accusare dolore, stanchezza e a volte anche difficoltà respiratoria. Ricordarsi sempre di informare il medico curante di qualsiasi disturbo così che possa prescrivere i farmaci più indicati per ridurre i fastidi.

Purtroppo, a differenza della radioterapia esterna (v. pag. 26), l'ablazione con radioiodio rende leggermente radioattivi per circa quattro-cinque giorni, durante i quali la radioattività assorbita è eliminata principalmente attraverso l'urina, ma anche attraverso la saliva e il sudore. Di conseguenza, si deve rimanere per qualche giorno in ospedale fino a che il livello della radioattività non avrà raggiunto i limiti di sicurezza. Durante questo periodo è necessario adottare alcune precauzioni al fine di proteggere dalle radiazioni il personale ospedaliero, i familiari e amici che vengono in visita. Tenendo presente che la procedura varia da ospedale a ospedale, è bene chiedere per tempo a medici e infermieri quale sia il protocollo adottato dal centro presso cui si è in cura. In linea di massima:



L'ablazione con iodio radioattivo rende leggermente radioattivi per qualche giorno.



Queste misure di sicurezza e le limitazioni alle visite possono far sentire soli, spaventati e depressi in un momento in cui si desidera, invece, il conforto dei propri cari. In tal caso non esitate a parlare con il personale che vi segue.

- il paziente è sistemato in una stanza appartata, da solo o insieme a un altro paziente sottoposto allo stesso trattamento, e può comunicare con l'esterno attraverso un interfono;
- schermi di piombo sono sistemati su ambedue i lati del letto oppure vicino alla porta di ingresso per impedire la dispersione delle radiazioni;
- le visite sono vietate o limitate e di breve durata. I visitatori e il personale medico-infermieristico non possono avvicinarsi troppo al letto per evitare l'esposizione alle radiazioni;
- i minori di 18 anni e le donne in gravidanza non sono ammessi nella stanza del paziente;
- gli infermieri misurano il livello di radiazioni nella stanza con un piccolo strumento denominato contatore Geiger.

Fertilità e allattamento

Durante il trattamento e nei dodici mesi successivi, è consigliabile prevenire il concepimento attraverso l'adozione di un sistema contraccettivo adeguato. In caso di presunta o accertata gravidanza, il trattamento con iodio radioattivo non è possibile. Esso non dovrebbe avere effetti sulla fertilità; tuttavia, sussiste un minimo rischio nel caso in cui siano necessari più cicli terapeutici.

Le donne che allattano dovrebbero interrompere l'allattamento un paio di giorni prima di sottoporsi al trattamento con iodio radioattivo. È assolutamente sconsigliato di riprendere l'allattamento subito dopo il trattamento, ma non ci sono controindicazioni per future maternità.

La radioterapia esterna (o transcutanea)

La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia per distruggere le cellule tumorali, avendo cura di

danneggiare il meno possibile le cellule normali. Si esegue presso il centro di radioterapia dell'ospedale. Le sessioni di terapia si svolgono di solito dal lunedì al venerdì, con una pausa a fine settimana. La durata e il tipo di trattamento che riceverete dipenderanno dal tipo e dal grado del tumore. Il radioterapista discuterà con voi qual è il trattamento migliore per il vostro caso.

Per i tumori della tiroide questo tipo di radioterapia è consigliato solo per i carcinomi midollari e anaplastici (v. pag. 9), che sono poco o per niente sensibili al trattamento con lo iodio radioattivo (v. pag. 23). Tuttavia, in alcuni casi la radioterapia esterna può essere combinata con questo trattamento per aumentare le possibilità di guarigione.

I tumori della tiroide sono trattati mediante radioterapia esterna nei casi in cui non è stato possibile procedere all'asportazione totale della tiroide; è presente una **metastasi** singola non raggiungibile chirurgicamente; sono presenti metastasi, generalmente ossee, dolorose; la captazione dello iodio da parte del tumore è scarsa o assente; la malattia si ripresenta dopo il trattamento.

Pianificazione del trattamento

Per ottenere il massimo giovamento dalla radioterapia, la pianificazione del trattamento deve essere molto scrupolosa. Questo compito spetta al radioterapista. È indispensabile che in ogni sessione di trattamento si assuma la stessa posizione sul lettino. Per facilitare quest'operazione, prima di avviare il trattamento potrebbe essere necessario costruire una speciale maschera di plastica per proteggere le parti della testa e del collo che non devono essere irradiate. In questo caso, nel corso della prima visita al centro di radioterapia si prende l'impronta del volto e del collo. La volta successiva vi è chiesto di indossare la maschera e di sdraiarsi sul lettino sotto un'apposita macchina, detta simulatore, oppure sotto lo scanner con cui si esegue la TC, per scattare radiografie dell'area da irradiare. La zona da irradiare è marcata tracciando sulla maschera appositi



Metastasi: cancro secondario derivante da cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi.



La pianificazione del trattamento è una parte importante della radioterapia e può richiedere diversi appuntamenti.



Maggiori informazioni sulla terapia radiante sono disponibili su **La radioterapia** (La Collana del Girasole); **Domande e risposte sulla radioterapia**; DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIRO, Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica.

segni con un pennarello. Se non si usa la maschera, i segni di demarcazione della zona da irradiare sono tracciati sulla cute allo scopo di aiutare il tecnico che esegue il trattamento a posizionarvi esattamente sul lettino e a orientare le radiazioni sul punto esatto. Questi segni devono rimanere ben visibili per tutta la durata del trattamento, ma possono essere rimossi agevolmente alla sua conclusione. Alcune volte l'area da irradiare può essere marcata con piccoli tatuaggi permanenti, che, tuttavia, si eseguono solo con il vostro consenso. All'inizio del trattamento vi saranno date le istruzioni sul modo in cui prendervi cura della cute dell'area irradiata.

Le sessioni di trattamento

Prima di ogni sessione di trattamento, il tecnico di radiologia che esegue l'irradiazione vi posiziona correttamente sul lettino e verifica che siate comodi. Durante il trattamento, che dura solo qualche minuto, si rimane soli nella sala, ma tramite un interfono è possibile comunicare con il tecnico che controlla lo svolgimento della procedura dalla stanza a fianco. La maschera trasparente è applicata per tenere la testa quanto più ferma possibile per tutta la durata della sessione di trattamento. La radioterapia non è dolorosa, ma si deve avere la pazienza di rimanere immobili fino al termine della sessione di trattamento.

Effetti collaterali

La radioterapia può causare effetti collaterali generali come senso di nausea e stanchezza. Inoltre, l'irradiazione del collo può causare effetti collaterali specifici quali: dolore alla deglutizione, secchezza delle fauci e infiammazione della cute, che può anche tendere a scurirsi. L'entità degli effetti collaterali dipende dall'intensità della dose irradiata e dalla durata del trattamento.

Se avete difficoltà a deglutire, la gola potrebbe essere infiammata. In questo caso, il medico può consigliare di controllare questo fastidioso effetto collaterale, ad esempio, riducendo o evitando, per il tempo necessario, i cibi solidi

e sostituendoli con bevande ipercaloriche (integratori), in vendita anche presso alcuni supermercati.

Se la cute del collo si irrita, il personale del centro di radioterapia può fornirvi le indicazioni necessarie per risolvere il problema e lenire il fastidio. È bene lavare l'area trattata solo con acqua, evitando l'uso di saponi profumati o creme, e asciugarla tamponandola delicatamente con un asciugamano. La zona irradiata deve essere mantenuta quanto più asciutta possibile per tutta la durata del trattamento.

Questi effetti collaterali sono solitamente temporanei e scompaiono gradualmente in un paio di settimane dopo la conclusione del trattamento. Se, invece, dovessero persistere, informate il medico.

La radioterapia esterna non rende radioattivi e si può stare a contatto con gli altri, anche con i bambini, senza alcun pericolo né per voi né per loro per tutta la durata del trattamento. La radioterapia esterna non ha effetti sulla capacità di procreare, ma sarebbe meglio fare uso di contraccettivi per almeno i primi dodici mesi successivi al trattamento. In caso di gravidanza, le donne sono sottoposte a controlli periodici dei livelli ormonali per tutta la durata della gestazione. In ogni caso è bene cercare di riposare il più possibile.

La chemioterapia

La chemioterapia consiste nell'impiego di particolari farmaci, detti citotossici o *antiblastici*, per distruggere le cellule tumorali. Molto raramente si ricorre a questo tipo di trattamento perché i tumori della tiroide non rispondono bene alla chemioterapia.



Maggiori informazioni sui problemi nutrizionali sono disponibili su **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) e **Neoplasia e perdita di peso – Che cosa fare?** (La Biblioteca del Girasole).

La terapia biologica a bersaglio molecolare

Si tratta di una terapia innovativa che utilizza farmaci che agiscono in modo molto specifico. Contrariamente ai farmaci chemioterapici tradizionali, che attaccano le cellule che crescono più rapidamente (come le cellule cancerose), questi farmaci 'mirati' sono diretti contro bersagli specifici da cui dipende la crescita delle cellule tumorali.

Inibitori delle tirosino-chinasi: classe di farmaci 'mirati' verso oncoproteine, come BRAF e RET (con funzione tirosino-chinasica), mutate in molti casi di cancro della tiroide e responsabili del loro sviluppo. Farmaci di questo tipo che si sono dimostrati efficaci negli studi clinici sono: sorafenib (*Nexavar*®), sunitinib (*Sutent*®), pazopanib (*Votrient*®), lenvatinib (*Lenvima*®), vandetanib (*Caprelsa*®) e cabozantinib (*Cometriq*®). Sorafenib e lenvatinib si sono dimostrati efficaci nella terapia dei carcinomi papillari e follicolari nel corso di due grandi studi clinici e sono stati approvati nel trattamento delle forme avanzate di queste malattie. Vandetanib e cabozantinib si sono dimostrati invece efficaci nella terapia dei carcinomi midollari e per questo sono stati approvati nel trattamento delle forme avanzate della malattia. Al momento in cui va in stampa questo libretto, in Italia si può utilizzare solo il vandetanib, essendo sorafenib, lenvatinib e cabozantinib ancora in attesa di approvazione.

Inibitori dell'angiogenesi: rappresentano un'altra classe di farmaci potenzialmente efficaci. Per crescere i tumori necessitano dello sviluppo adeguato dei vasi sanguigni che garantiscono l'apporto di nutrienti. Il tumore produce sostanze in grado di promuovere lo sviluppo di nuovi vasi sanguigni (il fenomeno si chiama **angiogenesi**). Gli inibitori dell'angiogenesi funzionano contrastando la formazione di nuovi vasi tagliando, in tal modo, l'apporto di nutrienti



Angiogenesi: processo di sviluppo di nuovi vasi sanguigni.

al tumore. Alcuni degli inibitori delle tirosino-chinasi citati come sunitinib, sorafenib, lenvatinib e pazopanib sono attivi anche come inibitori dell'angiogenesi.

Altri farmaci sono ancora in corso di sperimentazione clinica e sembrano promettenti anche nel trattamento del carcinoma midollare e del carcinoma anaplastico.

I controlli dopo le terapie

Dosaggio della tireoglobulina nel sangue. La **tireoglobulina** è una proteina normalmente prodotta dalla tiroide. In assenza di patologia tiroidea, essa è confinata alla ghiandola e solo piccole tracce della molecola passano nel sangue; se, invece, è presente un'inflammatione o un nodulo, sia benigno che maligno, i livelli di tireoglobulina nel sangue aumentano considerevolmente, soprattutto se il tumore è di tipo papillare o follicolare. Tuttavia, il riscontro di valori elevati di tireoglobulina in presenza di noduli o di gozzo nodulare non è di per sé indicativo di patologia maligna. Se la tiroide è stata asportata chirurgicamente e se è stato effettuato il trattamento di ablazione con iodio radioattivo (v. pag. 23), la produzione di tireoglobulina dovrebbe cessare. In tali casi, la persistenza di livelli significativi di tireoglobulina nel sangue segnala che sono ancora presenti cellule tumorali sfuggite al trattamento. Pertanto, la determinazione dei livelli di tireoglobulina nel sangue, solitamente dosata unitamente agli autoanticorpi anti-tireoglobulina, è un metodo molto utile per accertare la presenza di eventuale tessuto neoplastico. L'analisi si ripete, di solito, a intervalli regolari ogni 6-12 mesi.

L'ormone **tireotropina** stimola la captazione dello iodio ed anche la produzione di tireoglobulina da parte delle cellule tiroidee, sia benigne che maligne; pertanto per aumentare la sensibilità del test, è opportuno procedere al suo dosaggio dopo la somministrazione dell'ormone tireotropo



Tireoglobulina: proteina normalmente prodotta dalla tiroide.



Tireotropina o TSH: ormone prodotto dall'ipofisi che regola il funzionamento della tiroide.

umano ricombinante (v. pag. 24), generalmente dopo otto-dodici mesi dal trattamento iniziale. Spesso si associa al dosaggio della tireoglobulina l'esecuzione di una scintigrafia "total body" a scopo diagnostico (v. sotto).

Scintigrafia total body. Il vostro medico potrebbe anche consigliare un test di captazione dello iodio radioattivo mediante scintigrafia total body allo scopo di verificare se ci sono aree in cui l'isotopo è concentrato da cellule tumorali. Affinché lo iodio possa essere captato efficacemente, è necessario, anche in questo caso, innalzare i livelli di tireotropina attraverso la somministrazione dell'ormone tireotropo umano ricombinante (v. pag. 24).

L'esecuzione dell'esame prevede in primo luogo la somministrazione per bocca di una capsula contenente lo iodio radioattivo; quindi, dopo 48 ore, si esegue una scansione scintigrafica di tutto il corpo. Questa tecnica è di per sé indolore, ma dovrete rimanere sdraiati e immobili per circa 30-60 minuti. La quantità di radioattività somministrata è molto inferiore a quella utilizzata per l'ablazione con lo iodio radioattivo (v. pag. 23), ma comunque significativa. Pertanto, sebbene non vi sia l'esigenza di un ricovero in una camera protetta, anche in questo caso è necessario adottare alcune precauzioni soprattutto per evitare il contatto diretto con bambini e ragazzi e con donne in stato di gravidanza.

Dosaggio della calcitonina e del CEA nel sangue. Poiché le cellule di carcinoma midollare secernono nel sangue queste due proteine, la loro persistenza o ricomparsa dopo il trattamento è indicativa della persistenza o ricomparsa della malattia. Il loro dosaggio si esegue ogni sei-dodici mesi.

Ecografia del collo. Insieme al dosaggio della tireoglobulina per i carcinomi papillari e follicolari, e della calcitonina e del **CEA** per i carcinomi midollari, l'ecografia del collo rappresenta l'esame più importante nel follow-up dei pazienti affetti da cancro della tiroide; infatti, tutti i

tumori tiroidei, se ricrescono, tendono a farlo con elevata frequenza in prossimità della tiroide. I moderni apparecchi ecografici permettono di visualizzare molto accuratamente i tessuti del collo e di riconoscere la **recidiva** anche quando la lesione misura solo pochi millimetri di diametro. In questi casi, l'ecografia può essere utile anche per guidare l'esecuzione di biopsie di conferma. Presupposto essenziale è che l'esame sia eseguito da operatori con esperienza specifica.

Altri esami. In alcuni casi è necessario eseguire altri esami strumentali (TC, risonanza magnetica), scintigrafie con impiego di **mezzi di contrasto** specifici per il tessuto osseo o per le cellule del carcinoma midollare. È stato dimostrato che la **PET/TC**, una tecnica diagnostica molto sofisticata, riveste un ruolo importante nella diagnosi delle recidive o persistenze di malattia dei carcinomi papillari e follicolari che hanno perso la capacità di captare lo iodio radioattivo.

La comunicazione in famiglia

Generalmente non è facile parlare di cancro, soprattutto quando la persona malata è un congiunto o un amico. Rispetto a tale difficoltà, le reazioni sono varie e individuali. Talvolta si rifiuta la malattia e ci si comporta come se niente fosse. Spesso non parlare rappresenta un modo per proteggere il malato e se stessi dai forti sentimenti di angoscia, incertezza, paura e rabbia, anche se la mancanza di comunicazione può rendere ancor più difficile affrontare la malattia e può contribuire ad accrescere la sensazione di solitudine della persona malata. Saper ascoltare è un modo per facilitare la comunicazione con la persona malata, lasciandola libera di esprimere solo quanto si sente rispetto alla sua situazione, ma è fondamentale anche concedersi



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Mezzo di contrasto: sostanza contenente iodio (v. sotto), che si somministra sotto forma di bevanda o di iniezione attraverso una vena del braccio.

Iodio: elemento chimico normalmente presente nella nostra dieta.

PET/TC: tomografia ad emissione di positroni (PET) - una tecnica diagnostica molto sofisticata basata sulla conoscenza che determinati tessuti, fra cui i tumori, consumano più glucosio rispetto ai tessuti normali - abbinata alla tomografia computerizzata (TC) per offrire al medico la possibilità di eseguire una serie di radiografie.



Maggiori informazioni e consigli sul modo migliore per comunicare con una persona malata di cancro sono disponibili su **Non so cosa dire - Come parlare al malato di cancro** (La Collana del Girasole).



CEA (o antigene carcinoembrionario): glicoproteina circolante nel sangue associata in particolare alla presenza di tumori del colon-retto.



Maggiori informazioni e consigli sono disponibili su **Cosa dico ai miei figli? – Una guida per il genitore malato di cancro** (La Collana del Girasole).

di manifestare le proprie emozioni, senza averne timore. Ai bambini è importante dire sempre la verità, nel modo più appropriato alla loro età, per evitare che sulle situazioni che non capiscono sviluppino fantasie di gran lunga peggiori della realtà. Gli adolescenti vivono una fase evolutiva molto delicata, caratterizzata da sentimenti contrastanti verso i genitori, rabbia e desiderio di autonomia che esprimono anche attraverso parole e comportamenti spiacevoli. La malattia del genitore può portarli a distaccarsi, ma al tempo stesso può alimentare le angosce, accentuando bisogni di attenzione e di accudimento.

Come potete aiutare voi stessi

Mantenere un atteggiamento mentale positivo può aiutare il fisico ad affrontare meglio le terapie. Sentirsi affaticati e svogliati è normale, come lo è l'alternanza di giornate in cui ci si sente abbastanza bene e altre, invece, in cui i momenti di sconforto prenderanno il sopravvento. Alcuni pazienti cercano di vivere una vita quanto più normale possibile e sentono il desiderio di stabilire nuove priorità ascoltando maggiormente i propri bisogni: trascorrere più tempo con i propri cari, fare le vacanze sognate da sempre o dedicarsi ad interessi prima non coltivati. Mantenere la propria vita sociale e professionale può essere d'aiuto, ma non si deve vivere come un problema l'eventuale bisogno di riposare. Fare un po' di esercizio fisico, purché non troppo impegnativo solleva lo spirito e aiuta ad allentare la tensione.

In ogni caso parlare con un professionista esperto nell'assistenza ai pazienti oncologici può aiutare ad individuare le criticità e le risorse disponibili durante la malattia. Può giovare anche partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto, in cui si conoscono altre



Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo.

Mantenere una progettualità.

Mantenere la propria vita sociale e professionale.

Imparare a volersi bene.

Richiedere il sostegno psicologico.

Partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto.

persone che vivono, o hanno vissuto, la stessa esperienza. Condividere le emozioni e i pensieri in uno spazio protetto insieme a persone 'che ci sono già passate' può favorire l'espressione di sentimenti che si è scelto di non condividere con parenti e amici, oltre consentire di apprendere qualche 'dritta' utilissima per affrontare i problemi quotidiani.

I trattamenti non convenzionali

I trattamenti non convenzionali¹ possono essere utili per migliorare la qualità della vita e il benessere dei pazienti e, a volte, sono in grado di ridurre gli effetti collaterali della chemioterapia. Molti pazienti ritengono che diano loro più forza per affrontare i trattamenti e maggiore fiducia nel beneficio che ne otterranno. Alcune tecniche a meditazione corporea, come la meditazione o la visualizzazione di immagini, contribuiscono a ridurre l'ansia e possono essere messe in atto sia alla presenza di un esperto che da soli. Altre, come ad esempio i massaggi dolci, richiedono l'intervento di familiari o curanti, e possono essere utili per aiutare la persona malata a provare sensazioni benefiche. Il contatto fisico, il semplice sfioramento delle dita possono essere un potente strumento di sostegno per persone che devono affrontare un futuro di incertezze, ansia e dolore, a livello fisico ed emotivo. Sfiore qualcuno con dolcezza è anche un modo per esprimere amore e solidarietà. Presso ospedali, ASL e associazioni di volontariato onco-

1. Per chiarezza, va spiegato che con il termine *trattamenti* si definiscono tutte quelle pratiche che possono migliorare le condizioni fisiche e la qualità della vita del malato, anche se non vi è certezza sulla loro reale capacità di favorire la guarigione. I trattamenti si distinguono in:

convenzionali: sono quelli utilizzati dai medici (chirurgia, radioterapia e chemioterapia), che sono stati validati da numerosi studi clinici e la cui efficacia è universalmente riconosciuta;
non convenzionali: sono tutti i metodi che non rientrano tra i trattamenti convenzionali e che si suddividono in:

a. *trattamenti complementari:* sono utilizzati come integrazione o, come indica la definizione, complemento ai trattamenti convenzionali;

b. *trattamenti alternativi:* sono utilizzati in sostituzione dei trattamenti convenzionali.



AIMaC può fornire gli indirizzi e i numeri di telefono (numero verde 840 503579).



Maggiori informazioni sono disponibili su **I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico** (La Collana del Girasole).

logico sono disponibili delle terapie complementari, tra le quali massaggi, agopuntura, aromaterapia, tecniche di rilassamento. Queste ultime hanno l'effetto di rilassare la tensione muscolare, ridurre lo stress e la stanchezza, lenire il dolore, migliorare il sonno, recuperare il controllo delle emozioni.

Gli studi clinici

Gli studi clinici sono sperimentazioni condotte sui pazienti per varie finalità:

- testare nuovi trattamenti;
- verificare se i trattamenti disponibili, combinati o somministrati in maniera diversa, sono più efficaci o causano meno effetti collaterali;
- confrontare l'efficacia dei farmaci utilizzati per il controllo dei sintomi;
- studiare il principio di azione dei farmaci antitumorali;
- vedere quali trattamenti hanno il miglior rapporto costo-beneficio.

Gli studi clinici costituiscono l'unico modo affidabile per verificare se il nuovo trattamento (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, ecc.) è più efficace di quello o quelli al momento disponibili.

Partecipare ad uno studio clinico significa avere la possibilità di essere sottoposti al trattamento in sperimentazione o, se fate parte del gruppo di controllo, di ricevere il miglior trattamento convenzionale disponibile per la vostra malattia. Ovviamente, nessuno può garantire a priori che il nuovo trattamento, seppur efficace, dia risultati migliori di quello convenzionale. Se parteciperete ad uno studio clinico sarete sottoposti ad una serie di controlli molto rigo-

rosi, comprendenti un numero di esami e visite mediche anche maggiore di quello previsto normalmente.

Se il trattamento oggetto della sperimentazione si dimostra efficace o più efficace rispetto al trattamento convenzionale, sarete i primi a trarne beneficio. Di solito, agli studi clinici partecipano diversi ospedali.

Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro

La malattia e le terapie cui siete sottoposti possono comportare una condizione di disabilità, temporanea o permanente, più o meno grave con conseguenti difficoltà nella vita di tutti i giorni.

Per superare queste difficoltà numerose leggi dello Stato prevedono l'accesso a vari benefici: ad esempio, il malato che presenti un certo grado di invalidità e/o di handicap può richiedere sussidi economici erogati dall'INPS o dagli altri enti o casse di previdenza; il malato lavoratore può usufruire di un periodo di congedo, oppure di permessi orari o giornalieri, senza perdere la retribuzione, sia durante che dopo il trattamento, ed ha anche la possibilità di passare dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo parziale fino a che le condizioni di salute non consentono di riprendere il normale orario di lavoro. La legge prevede permessi/congedi e la priorità nell'accesso al part-time anche per il familiare lavoratore che assiste il malato.



Maggiori informazioni sono disponibili su ***Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato*** (La Collana del Girasole).



Maggiori informazioni sui diritti dei malati di cancro sono disponibili su ***I diritti del malato di cancro*** (La Collana del Girasole), che può essere richiesto alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricato dal sito www.aimac.it.

I punti informativi

Sono attivi presso i principali centri di cura per consultare e ritirare il materiale informativo o per parlare con personale qualificato e ricevere chiarimenti. Per gli indirizzi rivolgersi ad AIMaC (840 503579).

Avellino	Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati
Aviano (PN)	Centro di Riferimento Oncologico
Bagheria	Villa Santa Teresa Diagnostica Per Immagini e Radioterapia
Bari	Istituto Tumori Giovanni Paolo II - IRCCS Ospedale Oncologico
Benevento	Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli
Cagliari	AOU Azienda Ospedaliero-Universitaria - Presidio Policlinico Monserrato
Genova	IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
L'Aquila	Presidio Ospedaliero San Salvatore
Messina	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte Centro Oncologico di Eccellenza Peloritano
Milano	IRCCS Ospedale S. Raffaele Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Napoli	AORN Ospedali dei Colli Monaldi - Cotugno - C.T.O. Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale A. Cardarelli Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G.Pascale Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II Azienda Ospedaliera Universitaria Seconda Università degli Studi di Napoli
Padova	Istituto Oncologico Veneto IRCCS
Paola	Ospedale San Francesco di Paola
Pavia	Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS
Perugia	Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia
Pozzilli (IS)	IRCCS Neuromed
Rionero in Vulture (PZ)	IRCCS CROB Centro di Riferimento Oncologico di Basilicata
Roma	Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini Azienda Ospedaliera Sant'Andrea Fondazione Policlinico Tor Vergata (PTV) Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" Istituto Nazionale Tumori Regina Elena Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Policlinico Universitario Campus Bio-Medico Umberto I Policlinico di Roma - Sapienza, Università di Roma
Rozzano (MI)	Istituto Clinico Humanitas
S. Giovanni Rotondo (FG)	IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza
Terni	Azienda Ospedaliera S. Maria
Torino	Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino (Presidio Molinette)
Trieste	Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste
Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Policlinico Borgo Roma

La Collana del Girasole

- 1 Non so cosa dire
- 2 La chemioterapia
- 3 La radioterapia
- 4 Il cancro del colon retto
- 5 Il cancro della mammella
- 6 Il cancro della cervice
- 7 Il cancro del polmone
- 8 Il cancro della prostata
- 9 Il melanoma
- 10 Sessualità e cancro
- 11 I diritti del malato di cancro
- 12 Linfedema
- 13 La nutrizione nel malato oncologico
- 14 I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico
- 15 La caduta dei capelli
- 16 Il cancro avanzato
- 17 Il linfoma di Hodgkin
- 18 I linfomi non Hodgkin
- 19 Il cancro dell'ovaio
- 20 Il cancro dello stomaco
- 21 Che cosa dico ai miei figli?
- 22 I tumori cerebrali
- 23 Il cancro del fegato
- 24 Il cancro del pancreas
- 25 La terapia del dolore
- 26 Il cancro del rene
- 27 La fatigue
- 28 Il cancro della tiroide
- 29 Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato
- 30 Le assicurazioni private per il malato di cancro
- 31 Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità
- 32 Il mesotelioma
- 33 Il tumore negli anziani e il ruolo dei caregiver
- 34 Il cancro della vescica

2 DVD: La chemioterapia - La radioterapia

AIMaC pubblica anche:

96 Schede sui Farmaci Antitumorali

Forniscono informazioni di carattere generale sulle singole terapie antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

50 Schede sui Tumori

Forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- Adroterapia
- Elettrochemioterapia - per il trattamento delle metastasi cutanee
- Il test del PSA
- Il tumore del collo dell'utero
- La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente
- La prevenzione dei tumori occupazionali: il Registro di Esposizione ad Agenti Cancerogeni e Mutageni
- La ricostruzione del seno: informarsi, capire, parlare
- La Vita dopo il Cancro**
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Oltre le nuvole (disponibile solo online)
- Padre dopo il cancro
- Tumori rari - Come orientarsi

** è pubblicato da F.A.V.O. Federazione nazionale delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (www.favo.it), di cui AIMaC è socio

AIMaC è anche presente su



<http://forumtumore.aimac.it>



La Helpline

La helpline di AIMaC: un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 **numero verde 840 503579**, e-mail **info@aimac.it**

FOTO HELPLINE

AIMaC è una Onlus iscritta nel Registro delle Associazioni di Volontariato della Regione Lazio. Offriamo gratuitamente i nostri servizi di informazione e counseling ai malati di cancro e ai loro cari.

Abbiamo bisogno anche del tuo aiuto e della tua partecipazione. Se questo libretto ti ha fornito informazioni utili, puoi aiutarci a produrne altri

- **iscrivendoti ad AIMaC** (quota associativa € 20 per i soci ordinari, € 125 per i soci sostenitori)
- **donando un contributo libero mediante**
 - assegno non trasferibile intestato a AIMaC
 - c/c postale n° 20301016 intestato a "AIMaC – via Barberini, 11 – 00187 Roma".
IBAN: IT 33 B 07601 03200 000020301016
 - bonifico bancario intestato a AIMaC, c/o Cassa di Risparmio di Ravenna
IBAN: IT 78 Y 06270 03200 CC0730081718
 - carta di credito attraverso il sito www.aimac.it

Finito di stampare nel mese di aprile 2016
Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. | www.mediateca.cc
Impaginazione: Artwork di Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
840 503 579 numero verde | www.aimac.it | info@aimac.it