

QUALE FUTURO QUALI SPERANZE

Nel corso del 1999 l'**Associazione Emo-Casa**, ha fornito i seguenti servizi:

- *trasporto* dei pazienti da casa al reparto ospedaliero di ematologia e ritorno
- *assistenza* sanitaria domiciliare
- *sostentamento* economico alle famiglie e ai pazienti più bisognosi affetti dalla malattia
- *l'Associazione* ha messo a disposizione del reparto di ematologia dell'ospedale di Niguarda infermieri specializzati che vanno a integrare il personale mancante.

Tutti questi servizi sono stati forniti non solo a Milano dove c'è la Sede Nazionale, ma anche nelle città dove sono presenti le Delegazioni.

Per l'anno 2000, l'Associazione, intende sviluppare meglio sia il trasporto dei pazienti, sia l'assistenza soprattutto domiciliare.

È importante ricordare che tutti questi servizi, vengono offerti in sinergia con le istituzioni presenti sul territorio; come associazione, non vogliamo sostituirci alle strutture pubbliche, ma lavorare gomito a gomito per offrire meglio questi servizi che sono molto importanti anche da un punto di vista psicologico. ■

Tutto quello che si deve sapere sul trapianto di midollo osseo

In questo numero, vogliamo continuare l'approfondimento del Trapianto di midollo osseo, facendo ancora ai nostri esperti alcune domande che vanno così a completare il ciclo informativo su questa terapia, che sempre di più offre uno spiraglio di vita.

DOMANDA: Come viene trattato il midollo osseo per eliminare le cellule tumorali?

RISPOSTA: Una volta prelevate, le cellule del midollo osseo possono essere sottoposte in laboratorio a un trattamento con degli agenti specifici. In particolare nelle seguenti situazioni:

- 1 - Nel caso dell'autotrapianto, qualora la malattia abbia interessato anche il midollo del paziente (come ad esempio in alcuni linfomi, in stadio avanzato) o quando la malattia interessa primitivamente il midollo e la chemioterapia di induzione non sia riuscita ad sradicarla completamente, le cellule maligne contaminanti possono essere rimosse attraverso tecniche molto avanzate. Queste possono prevedere sia l'utilizzo di chemioterapia in laboratorio sia l'utilizzo di microsfele cui vengono coniugati particolari anticorpi, detti monoclonali, specificamente diretti contro le cellule tumorali. Le microsfele, adese alle cellule tumorali, vengono poi eliminate usando dei campi magnetici, eliminando in questo modo dal midollo le cellule tumorali stesse. Queste tecniche vengono denominate procedure di "purgazione" delle cellule maligne.
- 2 - Nel caso del trapianto allogenico, (da donatore) qualora sussista un rischio elevato di sviluppare la malattia del trapianto verso l'ospite; è il caso, per esempio, del trapianto aploidentico, condizione in cui il donatore non è completamente compatibile (HLA identico al ricevente). Per diminuirne l'incidenza e la gravità di tale complicanza le cellule del midollo del donatore possono venire depletate di una particolare popolazione di linfociti (i linfociti T), ritenuti i maggiori responsabili della malattia del trapianto verso l'ospite. È giusto però ricordare che tale procedura, sottraendo cellule che, fra l'altro, sono dotate di effetto antileucemico, eleva in maniera considerevole la possibilità che dopo il trapianto si verifichi una recidiva di malattia.

Cosa accade dopo il trapianto?

Entro due settimane circa, le cellule midollari trapiantate iniziano ad attecchire e a ripopolare l'organismo del paziente con cellule sane; ci vogliono comunque, affinché il nuovo midollo del paziente sia sviluppato a tal punto da produrre un numero sufficiente di cellule mature, non meno di tre o quattro settimane.

Nelle prime due o tre settimane dopo il trapianto, nell'attesa che si compia l'attecchimento e la maturazione delle nuove cellule midollari, il paziente va incontro ad uno stato di aplasia, ossia non produce cellule mature; come conseguenza della morte naturale delle cellule già presenti,

si verifica una progressiva diminuzione delle cellule del sangue circolanti, che si traduce in una discesa dei valori emocromocitometrici: i globuli bianchi scendono rapidamente a zero mentre, di pari passo, le piastrine e i globuli rossi calano velocemente di numero. Per sopperire alla mancata produzione cellulare ed evitare le pericolose conseguenze che ne deriverebbero il paziente viene periodicamente trasfuso con concentrati piastrinici ed unità di globuli rossi di donatori volontari, accuratamente selezionati. Queste cellule, che sono sottoposte a rigidissimi controlli, hanno la funzione di sostituire temporaneamente le cellule del paziente, che sono in via di maturazione.

Nonostante queste trasfusioni, però, le prime due settimane dopo il trapianto sono le più difficili per il paziente, il quale, non avendo globuli bianchi, deve superare un periodo di profonda immunosoppressione (a differenza dei globuli rossi e delle piastrine, i globuli bianchi non possono essere trasfusi).

Tale periodo è molto delicato, soprattutto per quanto riguarda la possibilità di contrarre vari tipi di infezione, batteriche e fungine. Al fine di prevenire le infezioni, oltre al ricovero in camera sterile (ove l'aria viene continuamente fatta ricircolare in appositi filtri a flusso controllato), rigorosamente singola e con propri servizi igienici, vengono messi in atto tutti i possibili presidi di controllo ambientale e periodicamente vengono eseguiti dei tamponi di controllo su varie parti della superficie corporea del paziente. Inoltre viene somministrata una terapia antibiotica di profilassi contro i più comuni germi normalmente presenti nel corpo, soprattutto a livello gastroenterico.

Nel caso in cui, nonostante tutti gli interventi, il paziente vada incontro a episodio infettivo con conseguente febbre, viene subito iniziata un'antibioticoterapia ad ampio spettro, composta di due o tre diversi antibiotici antibatterici somministrati per via endovena. Per maggior sicurezza vengono eseguiti prelievi di sangue (emoculture) per individuare la presenza del microrganismo responsabile dell'infezione.

Importanti anche i fattori di crescita (la cui principale funzione è quella di stimolare il midollo osseo a produrre più cellule), sono prodotti dal nostro organismo per regolare l'attività emopoietica del midollo. Grazie alla ricerca oggi i fattori di crescita riescono a essere sintetizzati in laboratorio e fanno parte dei prodotti farmaceutici di normale utilizzo clinico; somministrati a pazienti che, a causa della chemioterapia, vanno incontro a una diminuzione temporanea dei globuli bianchi, essi abbreviano in maniera significativa il tempo necessario alla ripresa della funzione midollare e perciò alla risalita dei globuli bianchi stessi. Come diretta conseguenza, i fattori di crescita diminuiscono i giorni in cui più alto è il rischio di contrarre infezioni.

Vi sono effetti secondari legati al trapianto? Quali?

Un importante effetto secondario del trapianto di midollo osseo è la sterilità, ossia l'impossibilità di generare prole. È questa una conseguenza legata ancora una volta alla chemioterapia ed alla radioterapia che precedono il trapianto. Il regime di condizionamento, infatti, danneggia in modo purtroppo quasi sempre irreversibile le cellule ovariche e testicolari deputate alla produzione delle cellule germinali, cioè le cellule uovo nella donna e gli spermatozoi nell'uomo. È molto importante però sottolineare il fatto che le funzioni sessuali non vengono assolutamente alterate. Sterilità non significa né impotenza né frigidità! ■