

STA NEI RENI IL NUOVO FATTORE ANTICANCR

Lultimo fattore anticancro scoperto si trova nel rene, dove un gruppo di ricercatori dell'Università di Bristol ha trovato una molecola in grado di impedire alle cellule cancerose di riprodursi. La ricerca è pubblicata su Cancer

TEST DEL DNA PUÒ PREVENIRE IL TUMORE

Una scoperta, pubblicata su Nature Medicine, apre prospettive di notevoli benefici, ma anche di gravi problemi sociali, se verrà sfruttata nei suoi risvolti puramente economici. In sintesi, all'Università del Michigan hanno messo a punto un'analisi dei geni che identifica i pazienti a rischio di tumore al polmone. Sarà uno strumento utilissimo per prevenire o curare meglio la malattia.

IL TEST CHE INDIVIDUA I TUMORI PRECOCI DEL SENO

Sebbene ci siano miglioramenti continui nella mammografia, il tumore al seno in donne giovani è difficile da individuare perché il tessuto del seno tende a essere molto denso. Comunque, dato che la maggior parte dei tumori iniziano nei dotti galattofori, a Hopkins è stato sviluppato un nuovo esame che può aiutare a identificare forme di tumore al seno molto precoci in giovani pazienti. In questo test, la soluzione salina è iniettata nei dotti attraverso un catetere sottile inserito nel capezzolo che poi viene irrigato con cellule del dotto.

TUMORE MAMMARIO FAMILIARE: COME INDIVIDUARE CHI È A RISCHIO?

Sappiamo che circa 1/5 dei casi di carcinoma mammario è legato a familiarità e che quasi 1/3 di questi dipende da mutazioni geniche a livello di alcuni geni che si associano frequentemente in queste pazienti a neoplasie ovariche. Sappiamo anche che alcune misure preventive, come l'ovariectomia e la mastectomia bilaterali, pur essendo fortemente invalidanti, rivestono attualmente un'importanza notevole in questa categoria di pazienti.
Fonte: J Natl Cancer Inst. 2002

LA CURA DELLA LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA PRESENTA FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI

Molti giovani che superano la leucemia linfoblastica acuta, specialmente coloro sottoposti a irradiazione del cranio, presentano fattori di rischio cardiovascolari, correlati al trattamento antitumorale. Sono stati studiati i casi di 26 giovaniche avevano superato la leucemia linfoblastica acuta, 16 di questi erano stati sottoposti solo a chemioterapia, mentre 10 avevano ricevuto cicli d'irradiazione a livello del cranio. I partecipanti trattati con irradiazione cranica avevano più alti livelli di trigliceridi e della lipoproteina C a bassissima densità.

Dissertazione sulla leucemia

RISALE al 1827 la prima informazione su un caso di leucemia, ma il riconoscimento che si trattasse di una malattia con una sua individualità, spetta a un fisiologo scozzese (Bennett) e ad un patologo tedesco (Virchow) che, in modo del tutto indipendente uno dall'altro, la presentarono nel 1845.

Fu Virchow a coniarne il nome, parlando della leucemia come di **“sangue bianco”** e quindi di **“leucemia”** nel 1847. Sono passati molti anni prima di riuscire a classificare le leucemie nelle principali forme che sono accettate oggi come: (acute, croniche, linfatiche e mieloidi) e, solamente intorno agli anni '30 la diagnosi venne riconosciuta nei reparti ospedalieri.

Che ne era degli ammalati, considerando che la leucemia è sempre esistita? Semplicemente i malati morivano tutti irrimediabilmente, e morivano tutti di emorragie, anemie; diagnosi sicuramente incomplete, ma non scorrette, perché ancora oggi i malati di leucemia, destinati a non guarire, hanno questo tipo di complicanze.

Negli anni '50-'60 hanno incominciato a utilizzare farmaci efficaci, capaci di diminuire temporaneamente le cellule maligne dal sangue dei pazienti affetti da leucemia linfatica acuta. Se si riusciva a ottenere la scomparsa di queste cellule per più di tre mesi, si poteva parlare di **remissione midollare**.

Fu chiamata **terapia di induzione**, questa prima cura iniziale, perché capace di indurre appunto questa “remissione midollare”; ci si è accorti che non bisognava solo combattere le cellule leucemiche visibili al microscopio, ma anche quelle invisibili, nascoste nel midollo osseo o in altri organi o tessuti dove fungono da cellule-madri che continuano a produrre cellule leucemiche. Queste cellule madri, che tendenzialmente stanno in letargo, hanno un metabolismo ridotto, perciò non assorbono farmaci, ma ogni tanto di risvegliano e si moltiplicano. A questo punto vennero sviluppate terapie di somministrazioni di farmaci più sopportabile di quelli usati all'inizio, ma, somministrabili per lunghi periodi (1 o 2 anni) in modo da uccidere le cellule proliferanti, fino a “esaurire” le cellule madri. Questa terapia è definita **terapia di mantenimento**.

Negli altri tipi di leucemia, le strategie sono leggermente diverse; si può sottolineare che con la sola somministrazione dei farmaci, si riesce oggi a **guarire il 70% dei bambini e il 30-40% degli adulti** affetti da leucemia linfatica acuta e leucemia mieloide acuta.

Non è così per le leucemie croniche, che rispondono male ai farmaci. Infatti, per queste forme croniche, si è trovato il modo di utilizzare il trapianto di midollo.

Questo tipo di intervento (il trapianto di midollo) è stato messo a punto dopo vari tentativi tra il 1939 e il 1960. Il provvedimento tuttora drastico, e nonostante i rischi, riesce a portare alla guarigione circa la metà dei pazienti che vi hanno ricorso. I problemi del trapianto di midollo, sono legati soprat-

tutto alla scarsità di persone compatibili e alle infezioni che possono colpire il ricevente durante la fase di attecchimento del trapianto stesso.

Sono state create delle vere e proprie banche di donatori per aumentare le probabilità di avere a disposizione più donatori di midollo. Trovare un donatore compatibile al di fuori della famiglia è molto difficile, la probabilità è inferiore a uno su 100.000: in Europa abbiamo attualmente a disposizione oltre 600.000 potenziali donatori, ma si dovrà superare il milione per avere una discreta probabilità di trovare il donatore. Il trapianto da donatore esterno è comunque più rischioso che da fratello.

Dalle statistiche disponibili, in Italia si verificano circa 4.500 – 5000 nuovi casi ogni anno, fra i bambini, si tratta per lo più di leucemie linfatiche acute, negli adulti invece, prevalgono le leucemie croniche.

Spiegazione sulle varie leucemie

Come riconoscerla? Quali i sintomi?

I sintomi premonitori variano moltissimo e comprendono: stanchezza, predisposizione a infezioni banali (tonsilliti, faringiti) e a manifestazioni emorragiche (petecchie, emorragie dal naso o dalle gengive, facilità di ecchimosi e così via). Nei bambini spesso si hanno frequentemente dolori ossei (agli arti), l'ingrossamento delle linfoghiandole nelle loro sedi abituali (collo, ascelle, inguine) della milza e del fegato. Bisogna però dire che è difficile, con questi sintomi, stabilire che si tratti subito di leucemia, spesso occorrono più esami e qualche volta anche il ricovero, prima di arrivare a stabilire la diagnosi precisa.

*La leucemia è un'espansione neoplastica di cellule del sangue fabbricate dal midollo; come diverse sono le cellule, così anche le leucemie. Esse si dividono in due categorie: **linfatiche** e **mieloidi**; entrambe possono essere acute o croniche. **Leucemia cronica**: è figlia di una proliferazione lenta, le cellule crescono lentamente, e muoiono molto lentamente, si accumulano: chi ne è colpito arriva, per esempio, ad avere un numero esorbitante di globuli bianchi. **Leucemia acuta**: il processo di espansione è tumultuoso e veloce, rendendo questo tipo di leucemia molto più grave. Le **mieloidi croniche** diventano certamente acute, le **linfatiche croniche** quasi mai, è possibile, ma è raro. La **leucemia acuta** è sì molto grave, ma si può guarire, è curabile, e nell'infanzia la percentuale di guarigione è ormai del 50%. I metodi di cura sono la **chemioterapia** e il **trapianto di midollo**. L'aspettativa di vita di quella cronica è invece di circa 10 anni nei casi migliori. La ricerca in questo campo è estremamente attiva. Un corollario finale riguarda la definizione di **linfomi**: sono dello stesso tipo della malattia, che colpisce però un tipo diverso di cellule: quelle dei linfonodi, e non il sangue circolante.*

SOS salute



**Informazione
assistenza**
800*822150

lunedì e giovedì
dalle 15.00 alle 18.00

DIREZIONE

Via G. Murat 85 - 20159 Milano
Tel: (02) 69008117 - Telefax (02) 69016332

c/c postale 40444200

intestato:
Associazione

PROGETTO EMO-CASA
c/c bancario n. 7815-23
Monte dei Paschi di Siena
Agenzia n. 5 - Milano

CAB cd. ABI
1605 1030

16100 *Genova* Via Lomellini, 8
Tel. 010/2473561

17027 *Pietra Ligure* - Unità mobile
Tel. 0347/5745626

35138 *Padova* Via Bezzecca, 1 int. 1
Tel. 049/8714164

28100 *Novara* Via Gnifetti, 16
Tel. 0321/640171-172

48100 *Ravenna* Via G. Garattoni, 12
Tel. 0544/217106

00100 *Roma* Via Buonarroti, 7
Tel. e Fax 06/7003535

38100 *Trento* Via Zara, 4
Tel. 0461/235948

37100 *Verona* Via Polveriera Vecchia, 25
Tel. 045/8205524 - Fax 045/8207535

Emoflash

MENSILE ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE "Progetto Emo-casa"

Direzione, Redazione, Amministrazione, via G. Murat 85 - 20159 Milano • tel: (02) 69008117 - telefax (02) 69016332

Direttore Responsabile: Tesolin Flavio

Comitato di Redazione: Nosari Anna Maria Rita, Crugnola Monica, Zaffaroni Livio, Maggis Francesco, De Miccoli Rita, Andreescu Luminita Mihaela
Iscrizione Tribunale di Milano N. 174 del 16/03/1998 - Fotocomposizione: LimprontaGrafica Milano - Stampa: Grafica Briantea srl - Monticello (LC)