

È stato aperto il sito internet
dell'Associazione che è:
www.emo-casa.com

per scriverci:
info@emo-casa.com

A RADIO FARMACO CONTRO IL LINFOMA DI HODGKIN

Approvato un nuovo farmaco contro il linfoma non-Hodgkin. Il farmaco riconosce l'antigene presente nelle cellule tumorali. L'importante novità del farmaco sta nel fatto che l'anticorpo è a sua volta legato ad una sostanza radioattiva; ciò consente di raggiungere tutte le cellule neoplastiche e colpisce direttamente con le radiazioni. La terapia si svolge nell'arco di una settimana e prevede l'uso di una dose di farmaco a bassa radioattività. Le indicazioni terapeutiche riguardano esclusivamente i soggetti portatori di linfoma non-Hodgkin che sono refrattari alle terapie convenzionali.

I LINFOMA NON-HODGKIN: IL TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI?

Il trapianto autologo di cellule staminali nella terapia del linfoma non-Hodgkin di grado intermedio ha dimostrato di essere superiore alla chemioterapia convenzionale.

Hanno preso parte ad uno studio 150 pazienti con linfoma non-Hodgkin ad alto rischio divisi in due gruppi. L'incidenza di risposta completa è stata del 68% nel gruppo sottoposto a chemioterapia e 76% nel gruppo a cui è stato effettuato il trapianto delle cellule staminali.

RISCHIO DI CARCINOMA DELLA MAMMELLA...

Le donne sottoposte a radio terapia per curare il linfoma di Hodgkin presentano un aumento del rischio di sviluppare il carcinoma della mammella superiore di 3 volte rispetto al normale. Il pericolo aumenta anche di otto volte nelle donne in età inferiore ai 30 anni. Lo studio è stato presentato dai ricercatori della Mayo Clinic nel corso dell'ultima conferenza europea. Sono state valutate circa 2200 donne sottoposte a radioterapia tra il 1950 e il 1993.

VANTAGGI NON SIGNIFICATIVI DEL TRAPIANTO...

Un trapianto di midollo osseo durante la prima remissione della malattia è stato compiuto su 100 bambini con leucemia linfoblastica acuta. La percentuale di sopravvivenza a 10 anni, libera da recidive, è stata del 6% più alta nel gruppo di studio relativo ai 350 bambini sottoposti a trattamento con chemioterapia. Da questo studio sembra risultare che non ci sono vantaggi significativi nel sottoporre a trapianto di midollo osseo alla prima remissione i bambini con leucemia linfoblastica acuta.

Conversazione sulla leucemia

(seconda parte)

NEL PRECEDENTE ARTICOLO abbiamo cercato di sintetizzare i principali passaggi del progresso scientifico nel campo delle leucemie. È indispensabile aggiungere brevemente quali sono stati i progressi terapeutici. La chemioterapia (uso di sostanze chimiche impegnate a distruggere direttamente le cellule leucemiche) resta ancora oggi la base di ogni trattamento.

L'inizio dell'uso di queste sostanze parte dalla fine degli anni Quaranta a Boston: **Farber** e i suoi collaboratori individuano un farmaco che riesce a bloccare la proliferazione delle cellule leucemiche linfatiche. Questo risultato è stato ottenuto somministrando un antagonista dell'acido folinico, sostanza necessaria per la crescita delle cellule della leucemia linfatica. Il concetto di base non era nuovo, infatti si trattava di applicare alla leucemia quanto già provato da **Paul Ehrlich** (medico batteriologo e chimico) nei primi anni del secolo contro la sifilide e portato avanti negli anni Trenta da **Alexander Fleming** e da **Gerhard Domagk** contro gli altri batteri patogeni: impiegare sostanze chimiche per bloccare lo sviluppo delle cellule viventi. Le loro scoperte furono i sulfamidici e la penicillina. Con queste basi di partenza Farber dimostrò che l'**aminopterin**a era capace di produrre un arresto nello sviluppo della **leucemia linfatica**. Nonostante le difficoltà iniziali, si rivelò, in seguito, un'epoca gloriosa della medicina moderna, quella della **chemioterapia anti-leucemica** e **antineoplastica** in generale.

Il successo, anche se parziale, venne quando si calibrò la somministrazione di più farmaci associati o in sequenza; solo le varie combinazioni permisero di osservare quali fossero quelle più efficaci. Soltanto l'accurato studio di una lunga serie di pazienti (in tutto il mondo) permise di far conoscere le caratteristiche di quelli che rispondevano positivamente (o negativamente), in modo che nuove combinazioni di farmaci si potessero sperimentare.

Con il passare del tempo le persone leucemiche si sono trovate sempre più coinvolte in programmi di cura complessi e fastidiosi; infatti è risaputo che questi farmaci possono provocare vomito, nausea, perdita di capelli, disturbi intestinali, riduzione dei globuli bianchi con rischio di infezioni, riduzione delle piastrine nel sangue circolante con pericolo di emorragie e così via. Sono fenomeni di breve durata, ma intensi dal punto di vista fisico e psicologico, tant'è vero che nell'immaginario collettivo esiste un alone di paura e di sconforto nei confronti della chemioterapia. Si deve però aggiungere che oggi sono stati messi a punto molti provvedimenti per prevenire queste complicazioni e rendere più tollerabili anche i trattamenti più complessi. Tutto l'insieme costituisce la cosiddetta **terapia di supporto**, fondamentale nella medicina oncologica di oggi.

Grandi sono state le difficoltà incontrate dai chemioterapisti, perché il difetto dei farmaci chemioterapici è quello di non riuscire a distribuirsi regolarmente in tutti gli organi e apparati. La leucemia, come si sa, tende a disseminare cellule maligne in tutto l'organismo: se queste cellule penetrano nel cervello, si trovano dentro un organo protetto da varie barriere che impediscono ai farmaci di raggiungerle.

Tra il 1960 e 1970 accadde che metà dei bambini affetti da **leucemia acuta** e che avevano brillantemente risposto alla chemioterapia, soccombevano per **leucemia encefalica**. Il problema fu in parte risolto ricorrendo alla radioterapia: infatti, irradiando l'intero cranio dei bambini a cui era stata diagnostica la leucemia, si ridusse l'incidenza di questa complicazione dal 50% al 5%; purtroppo la radioterapia può lasciare danni permanenti più o meno gravi nei bambini più piccoli. Oggi la radioterapia è stata sostituita (sempre nei bambini), dalla somministrazione di un farmaco che, ad altissime dosi, è capace di attraversare le barriere anatomiche. Si lascia agire questo farmaco per 24-48 ore e in questo

modo si eliminano i rischi della radioterapia senza pregiudicare il buon esito delle cure.

Le numerose ricerche non sono servite in tutti questi anni a trovare farmaci nuovi, pertanto si tende a sfruttare meglio quelli vecchi in quanto si sono rivelati ancora i più efficaci. Un tentativo di curare la leucemia ha riguardato il **sistema immunitario**. Circa trent'anni fa le ricerche si concentrarono sulla possibilità di interessare, se stimolate, le difese naturali contro la malattia; cioè si pensò di attivare il sistema immunitario (che è deputato a eliminare dal nostro organismo tutto ciò che è estraneo o anomalo, come anormale sono le cellule maligne). A tutt'oggi le ricerche non sono state abbandonate del tutto anche se non hanno ancora portato a benefici consistenti. I **vaccini**, costituiti da **cellule leucemiche uccise**, o da **batteri** dotati di potente attività stimolatrice, hanno fallito l'obiettivo. Risultati minimi si sono ottenuti con l'uso dell'**interferone**, che tuttavia riesce a bloccare per anni una forma di **leucemia cronica**. Interessante, invece, è stato il tentativo di agire sulla maturazione delle cellule leucemiche, nel senso che se si riesce a far maturare una cellula maligna, questa perde la sua caratteristica principale che è la capacità di riprodursi senza sosta. Ultimo ritrovato utile, che ha suscitato grandi speranze più o meno soddisfacenti, è stato il **trapianto di midollo**, il quale, in linea di massima, viene applicato solo quando non ci sono altre alternative. Il successo in questo caso, anche se può apparire modesto, è stato del 50%, una percentuale questa che deve essere invece considerata quasi un pieno successo.

Il trapianto di midollo è indicato nelle **leucemie acute mieloidi** (questo quando la remissione è stata raggiunta), nelle leucemie mieloidi croniche e nelle leucemie linfatiche in 2^a remissione (cioè dopo che vi sia stata una ricaduta). Il trapianto porta a raddoppiare il numero di guarigioni delle acute (da 25 a 50%) e guarisce il 55-60% delle croniche (le quali, senza trapianto, sicuramente avrebbero avuto un destino diverso). Ma il trapianto non deve rimanere l'ultima spiaggia. Negli anni '80 si è scoperto che le **cellule staminali**, cioè le **cellule madri del midollo osseo** da cui prendono origine tutti gli elementi del sangue, possono *uscire* dalla sede midollare e trovarsi in piccola quantità nel sangue circolante periferico. Si è quindi studiato il modo di farle uscire in numero maggiore mediante opportuni stimolanti biologici. Un'altra scoperta, fatta sempre alla fine degli anni '80, ha offerto ai medici una possibilità in più di ovviare alla carenza dei donatori. Tale scoperta riguardava una proprietà unica del sangue del neonato all'interno del cordone ombelicale e nella placenta che si è rivelato ricco di cellule staminali. Si possono ricavare circa 80-150 grammi, sufficienti a fare un trapianto di midollo in bambini del peso di 30-60 kg; fino a oggi sono stati sostituiti i trapianti di midollo con una decina di trapianti da sangue di cordone ombelicale o placentare: sono stati eseguiti al **Centro Leucemia Infantili** di Padova. Si stanno pertanto organizzando **Banche di sangue di cordone ombelicale**, che rendono disponibile questo prodotto a tutti i Centri di trapianto del mondo. Il vantaggio del sangue di cordone criocongelato è che è immediatamente pronto, lo svantaggio è invece quello della quantità: con 100 grammi di sangue di cordone non si può trapiantare un ammalato del peso superiore a 60 kg, per il quale occorrono almeno 150-200 grammi, quantità che si può raccogliere solo in pochi casi. Bisogna sottolineare che l'organizzazione di una banca di sangue cordonale è più costosa dell'organizzazione di un archivio di donatori di midollo osseo. Allo stato attuale, di qualsiasi cosa si parli, ambedue le procedure sono utili e necessarie e devono essere disponibili ai centri trapianti.

(Continua nel prossimo numero)



Sir Alexander Fleming scopritore della penicillina

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

Sito Internet: www.emo-casa.com
info@emo-casa.com

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

23900 Lecco Via Carducci, 4/A
Tel. 0341 499534 / 0341 255014

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)