



Conoscere i linfomi Cerchiamo di capirne di più

Negli ultimi 20 anni, l'incidenza dei linfomi nel mondo è raddoppiata, anche se negli ultimi tempi la crescita sembra esaurirsi, ma rimangono tra il 6° e 8° posto tra i tumori più frequenti.

I linfomi sono tumori che originano dal tessuto linfatico che costituisce il sistema immunitario importante per la difesa del nostro organismo da agenti patogeni. L'apparato linfatico comprende:

- i vasi linfatici che scorrono come dei vasi sanguigni in tutto l'organismo drenando i tessuti
- i linfonodi (circa 600) collocati lungo tutti i vasi linfatici che svolgono una funzione di filtraggio della linfa che trasporta agenti patogeni, scorie metaboliche, sostanze nutritive e cellule morte
- la milza, il timo, le tonsille e il midollo osseo completano l'apparato linfatico.

I linfociti sono le cellule più importanti del sistema linfatico distinguendosi in:

- linfociti B che prodotti dal midollo osseo, maturano nei linfonodi fino a divenire plasmacellule dedicate alla produzione di anticorpi.
- linfociti T che maturano nel timo e che oltre ad avere una funzione diretta nella difesa immunitaria contro agenti esterni, collaborano con i linfociti B attenuando o rafforzando la loro azione.

Tutte le patologie tumorali dipendono da errori a carico del patrimonio genetico cellulare tale da indurre in genere una anomala e incontrollata proliferazione cellulare e una riduzione della mortalità delle cellule stesse. Questi errori possono essere correlati a numerosi fattori quali radiazioni, infezioni, sostanze tossiche, malattie autoimmuni, terapie immunosoppressive croniche, età.

I linfomi sono pertanto l'espressione tumorale di un danno a carico dei linfociti e i linfociti patologici rappresentano la massa tumorale.

I linfomi si distinguono in:

- Linfomi di Hodgkin contrassegnati dalla presenza nel tessuto della cellula Reed-Sternberg che non è presente in altre forme; questo linfoma è più frequente tra i 20 e i 30 anni e presenta un secondo picco di frequenza in età avanzata in generale hanno una prognosi migliore.
- Linfomi non Hodgkin più frequenti nell'adulto e in particolare in età avanzata, costituiti da un gruppo molto variegato di patologie (più di 30), generalmente suddivise, in base alle caratteristiche di crescita cellulare, in linfomi a basso grado di malignità o indolenti, e linfomi ad alto grado di malignità o aggressivi che comportano atteggiamenti terapeutici diversificati.

Stadiazione

Classifica la diffusione della malattia nel corpo

- Stadio I** è colpita solo una regione linfonodale circoscritta.
- Stadio II** sono colpite due regioni linfonodali situate sullo stesso lato del diaframma.
- Stadio III** sono colpiti linfonodi situati su entrambi i lati del diaframma.
- Stadio IV** non sono colpiti solo i linfonodi, ma anche organi come il fegato, milza, polmoni o midollo osseo.

Italia

Linfoma di Hodgkin (LH)

Una cellula sotto accusa

All'inizio del ventesimo secolo, Dorothy Reed e Carl Sternberg definirono per la prima volta le caratteristiche istologiche della malattia, sottolineando il peculiare riscontro di cellule giganti multinucleate circondate da un corredo di cellule infiammatorie reattive.

Proprio a causa di questa abbondante ed eterogenea popolazione cellulare di accompagnamento, il morbo di Hodgkin è stato per lunghi anni considerato una malattia infettiva. Soltanto negli ultimi decenni si è riusciti a dimostrare, tramite metodiche di biologia molecolare, come proprio quelle cellule giganti descritte da Reed e Sternberg all'inizio del secolo rappresentassero la vera componente tumorale della malattia, sancendo definitivamente l'appartenenza del "morbo di Hodgkin" alla famiglia dei linfomi in quanto ha rappresentato il primo tumore emetologico a offrire una risposta curativa alla terapia.

Lo scoglio principale contro cui si sono scontrati i ricercatori nello studio del linfoma di Hodgkin è rappresentato proprio dalla difficoltà di analizzare la biologia delle singole cellule tumorali, a causa della loro rarità nei tessuti colpiti dalla malattia. Le comuni metodiche di ricerca sono infatti di scarsa utilità nello studio di questo linfoma, in quanto esse, valutando tutto il tessuto, non riescono a ottenere informazioni "pure" sulla componente tumorale, essendo questa sovrachiata numericamente dalle cellule reattive circostanti.

L'obiettivo principale nello studio della malattia è quindi diventato proprio questo isolare la cellula di Reed-Sternberg.

A questa sfida si è risposto con un progetto il cui

fine è quello di isolare, purificare e studiare un numero significativo di cellule vitali di Reed-Sternberg.

Come differenziare le cellule sane da quelle malate? Tutte le cellule del nostro corpo presentano sulla loro superficie particolari proteine, le cui combinazioni variano a seconda del tessuto di appartenenza. Così, le cellule del cuore esprimono un insieme di pro-

teine differenti rispetto a quelle del fegato, le quali a loro volta saranno diverse da quelle del cervello o del midollo osseo.

Nel caso del linfoma di Hodgkin, le cellule di Reed-Sternberg esprimono caratteristiche ibride tra due distinte classi di globuli bianchi: i linfociti e i neutrofili.

Studiando un particolare assetto di combinazioni, è possibile utilizzare anticorpi diretti contro specifiche proteine per selezionare solo le cellule della malattia, separandole da tutte le altre.

Gli anticorpi utilizzati sono legati a delle microbiglie magnetiche, delle dimensioni di circa un milionesimo di centimetro. Le

cellule vengono quindi fatte passare attraverso un potente campo magnetico: alla fine della procedura le Reed-Sternberg, essendo le uniche a presentare la particolare combinazione di proteine studiata, rimarranno legate al magnete e isolate da tutte le altre. Così purificate, le cellule tumorali possono essere studiate a fondo e i loro geni messi sotto esame per cercare di trovare la chiave della malattia.

Oggi resta da svelare un ulteriore grande segreto: il perché. Il perché la malattia si sviluppa, perché cresce, perché si cura e perché, a volte, non risponde alle terapie. La ricerca, in corso nel mondo in questo momento, ha l'obiettivo di aiutare a trovare proprio queste fondamentali risposte, proseguendo una storia iniziata da un medico inglese nel lontano 1832.

la storia

Fu Thomas Hodgkin nel 1832, poco più che trentenne, ad effettuare la prima descrizione della malattia, riportando il caso di sette pazienti affetti da un ingrossamento dei linfonodi e della milza.

A questa sua prima osservazione seguì un silenzio di oltre 20 anni, quando, nel 1856, un altro medico inglese, Samuel Wilks, presentò alla comunità scientifica 15 casi con le stesse caratteristiche descritte in precedenza da Hodgkin.

Dal momento che la malattia non aveva ancora un nome, nei nove anni successivi si decise di chiamarla col nome di "morbo di Wilks". Poi, nel 1865 lo stesso Wilks, venuto a conoscenza del lavoro volto da Hodgkin, con grande generosità gliene attribuì il merito, chiamando la malattia "morbo di Hodgkin".

Linfoma non Hodgkin (LNH)

S spesso il paziente ad una visita ambulatoriale ha il sospetto di avere solo una patologia linfoproliferativa con un iter diagnostico completo da eseguire e che il primo passo è il prelievo biotico di un linfonodo sospetto.

La grande maggioranza (circa il 90%) dei LNH è costituita da linfomi derivati da linfociti B, nell'ambito di quali, le due forme istologiche più frequenti sono: il **linfoma diffuso a grandi cellule** (linfoma aggressivo) e il **linfoma follicolare** (linfoma indolente), che da soli rappresentano il 50% di tutti i LNH.

Le manifestazioni cliniche più frequenti (80% dei casi) sono rappresentate dall'ingrossamento dei linfonodi sulle stazioni linfatiche superficiali (collo, ascelle, inguine) e profondi (addome, mediastino), ma la malattia può interessare qualsiasi organo o tessuto.

Anche il midollo osseo può essere sede di infiltrazioni patologiche e in alcuni casi è possibile anche evidenziare una disseminazione di cellule linfomatose nel sangue periferico (leucemizzazione).

Talvolta i pazienti possono presentare sintomi sistemici come febbre, prurito, sudorazione notturna e perdita di peso. La presenza di questi sintomi viene definita come stadio B, per distinguerla dalle forme A completamente asintomatiche.

La diagnosi istologica rappresenta soltanto il primo e fondamentale passo che il paziente deve affrontare. Per poter definire meglio le caratteristiche,

Thomas Hodgkin



l'aggressività e l'estensione della malattia, è necessario sottoporre il paziente ad una serie di indagini strumentali. La TAC (tomografia assiale computerizzata), la biopsia osteomidollare, la PET (tomoscintigrafia globale corporea), che consentono di completare quella che viene chiamata stadiazione. Al termine della terapia sarà possibile confrontare le analisi strumentali per determinare il risultato terapeutico ottenuto. Nel tentativo di fornire informazioni sulla prognosi, sono stati messi a punto dei modelli che consentono di stratificare i pazienti in base alla presenza o meno di alcuni fattori di rischio.

La terapia viene proposta illustrandone i benefici e rischi correlati e sottoponendo un consenso informato scritto ai pazienti affetti da LNH, ma varia ampiamente in relazione all'esame istologico, agli indici di prognosi, alla presenza di una malattia sintomatica o meno, oltre che all'età e alle condizioni generali del paziente (presenta di eventuali altre malattie).

L'obiettivo principale della terapia è quello di ottenere la remissione completa (RC), ossia la scomparsa della malattia da tutte le sedi dove era presente al momento della diagnosi.

I pazienti che non rispondono alla terapia o che sono recidivati, possono essere avviati a chemioterapia ad alte dosi e successivo trapianto autologo di cellule staminali emopoietiche precedentemente 'raccolte' dal paziente stesso.

Tratto da una ricerca fatta in internet da "Progetto Emo-casa"

L'importanza del medico di famiglia

È molto importante che il medico di famiglia sia sensibile e attento alla descrizione dei sintomi fattagli dal paziente.

Quindi:

- deve essere altamente motivato al raggiungimento della sua diagnosi
- deve avere un rapporto molto stretto con i propri sintomi
- deve essere disposto a dedicare del tempo per dare la possibilità al medico di famiglia di analizzare le diagnosi potenziali.

Nei linfomi spesso, come in buona parte dei tumori delle parti esterne, è possibile orientarsi dopo una semplice visita.

Nell'era di una medicina ipertecnologica il valore attribuibile al metodo clinico sembra essere ancora inalterato. Infatti, nell'approccio con il paziente, i passaggi fondamentali e irrinunciabili, su cui si basa il processo decisionale, sono rappresentati da ciò che si riesce a far emergere dalla storia clinica e da un accurato esame obiettivo.

Salute

O
S

Informazione assistenza

800*59 11 47

dal lunedì al venerdì
orario ufficio

O
N
L
S



DIREZIONE

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

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

Come aiutarci:

- a mezzo versamento c/c postale 40444200 intestato a: **Progetto Emo-Casa onlus**
- con bonifico bancario Monte dei Paschi di Siena Ag. 14 - Milano
cod. iban IT95 K010 3001 6140 0000 0256 054
- devolvendo il 5 per mille alla nostra Associazione c.f. 97205190156 usando:
mod. integrativo CUD; mod. 730/1-bis redditi; mod. unico persone fisiche

16124 Genova P.za Jacopo da Varagine 1/28

Tel. e Fax 010 2473561

E-mail: progetto_emocasa@alice.it

35138 Padova Via Bezzecca, 4/b int. 1

Tel. 049 8713791 - Fax 049 8714346

Cassa di Risparmio del Veneto
Filiale 00323 - Padova - Via Bezzecca 2/B
IBAN IT51 T062 2512 1461 0000 0000 049
E-mail: emocasa.pd@gmail.com

48100 Ravenna Via G. Garattoni, 12

Tel. e Fax 0544 217106

38100 Trento Via Zara, 4

Tel. e Fax 0461 235948

Cassa Rurale di Trento
Filiale di Trento - Via Giovanelli
IBAN IT05 H083 0401 8090 0000 9791 479

28100 Novara Via Gnifetti, 16

Tel. 0321 640172 - Fax 0321 640171

E-mail: emo-casa@libero.it

37134 Verona Via G. Bozzini, 9

Tel. 045 8205524 - Fax 045 8207535

Cassa di Risparmio del Veneto
Filiale 00813 - Verona - Viale del Lavoro 8
IBAN IT35 Z062 2511 7376 2500 6300 415
E-mail: emocasa.verona@gmail.com

00141 Roma V.le Tirreno, 44

Tel. 06 87195633

36100 Vicenza Via Turra, 12

Tel. e Fax 0444 303708

Banca Popolare di Vicenza
Filiale 5 - Vicenza - Viale Trieste 335
IBAN IT87 X057 2811 8030 1557 0352 831

17027 Pietra Ligure - Unità mobile

Tel. 347 5745626

Emoflash

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

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 - Usmate (MI)