

# Microcitoma polmonare, dalla diagnosi alla cura

VERSIONE AGGIORNATA DELLA GUIDA  
PER PAZIENTI E FAMIGLIARI



## Perché nasce questo libretto?

Il presente opuscolo è concepito per aiutarvi a trovare le risposte a molte delle domande che possono insorgere in merito al microcitoma polmonare.

L'opuscolo contiene domande inerenti alle caratteristiche di questo tipo di tumore, alla diagnosi, ai sintomi e alle opzioni di trattamento. È rivolto primariamente alle persone affette da questa malattia, ma anche ai loro familiari e amici.

Il testo è stato realizzato da medici oncologi, ma non vuole sostituirsi alle informazioni fornite dal personale sanitario che vi ha in cura.

Le parole in **grassetto** sono termini importanti e il loro significato è spiegato nella sezione “Parole da conoscere” presente alla fine dell’opuscolo. Il significato invece delle parole in *corsivo* viene trattato direttamente nel libretto informativo.

A cura di

**Prof.ssa Silvia Novello**

**Dott.ssa Benedetta Del Rio**

**Prof. Paolo Bironzo**

**Stefania Vallone**

*Università di Torino, A.O.U. San Luigi – Orbassano (TO)*  
*WALCE A.P.S.*

# Microcitoma polmonare, dalla diagnosi alla cura

## INDICE

Introduzione .....	4
Il microcitoma: aspetti generali .....	5
Quali sono le cause del microcitoma? .....	6
Quali sono i sintomi causati dal microcitoma? .....	8
Come si giunge alla diagnosi di microcitoma? .....	10
Che cos'è la stadiazione tumorale? .....	12
Come può essere trattato il microcitoma? .....	14
Che cos'è la chemioterapia? .....	16
Che cos'è la radioterapia? .....	18
Che cos'è l'immunoterapia? .....	20
Come si valuta la risposta al trattamento? .....	21
Nuovi farmaci in studio .....	23
Che cos'è una sperimentazione clinica? .....	24
Che cosa sono le cure palliative? .....	25
Parole da conoscere .....	27

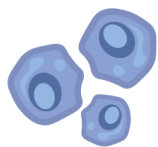
## INTRODUZIONE

Il termine cancro o tumore maligno indica una malattia caratterizzata da cellule anormale, in grado di moltiplicarsi senza controllo e di diffondersi a distanza attraverso i vasi sanguigni o linfatici, infiltrando e colonizzando i tessuti sani. Il processo che trasforma le cellule normali in tumorali avviene attraverso varie tappe in cui si accumulano numerosi danni a carico dei costituenti cellulari, specie del **DNA**. In questo modo le cellule acquisiscono nuove capacità di proliferazione e diffusione, svincolandosi dai meccanismi di controllo. Man mano che le cellule proliferano, si organizzano e formano la massa tumorale.

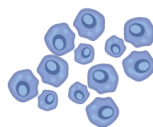
La massa da cui tutto è partito viene definita **tumore primitivo** e le nuove masse che si formano in altri organi si chiamano **metastasi**.

Il tumore prende il nome dall'organo dal quale origina, pertanto se le cellule di un tumore polmonare arrivano al fegato, si parlerà di tumore polmonare con metastasi epatiche e non di tumore del fegato. Le cellule tumorali che formano le metastasi mantengono infatti le stesse caratteristiche di quelle del tumore primitivo da cui hanno origine e per questo i trattamenti vengono scelti pensando sempre al tumore di origine (in questo caso il polmone) per colpire sia le cellule della massa primitiva sia le metastasi.

In base all'aspetto che le cellule tumorali assumono al microscopio, si possono distinguere **due grandi categorie di tumore del polmone**:



**Carcinoma polmonare non a piccole cellule**  
in cui rientrano  
l'adenocarcinoma e il  
carcinoma squamoso



**Carcinoma polmonare a piccole cellule**  
anche detto microcitoma  
o *Small Cell Lung Cancer*  
"SCLC", secondo la dicitura  
anglosassone

## IL MICROCITOMA: ASPETTI GENERALI

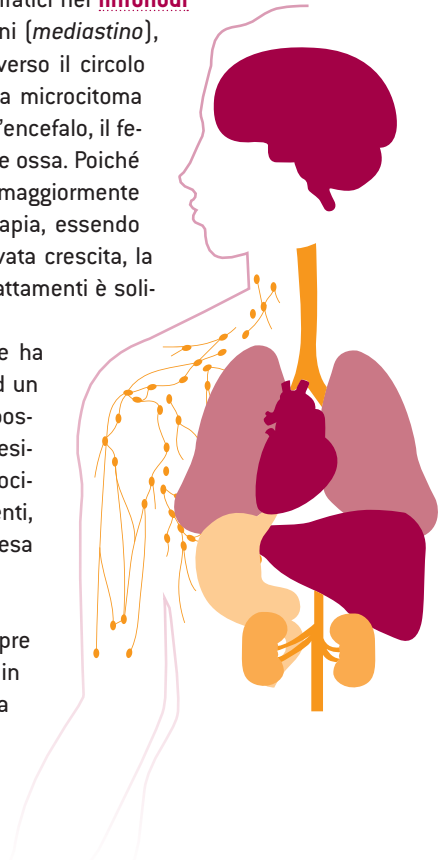
Il microcitoma polmonare è una tipologia di tumore del polmone caratterizzata da cellule di piccole dimensioni, che al microscopio ricordano nella forma i chicchi d'avena, elemento che lo rende facilmente distinguibile dagli altri tipi di tumore polmonare. Le differenze riguardano anche la biologia, la sede di origine nei polmoni e la modalità di risposta ai trattamenti.

Le cellule tumorali del microcitoma nascono da cellule del rivestimento bronchiale e sono considerate più aggressive rispetto alle cellule degli altri tumori polmonari, perché sono in grado di replicarsi velocemente, sviluppando precocemente una massa tumorale e propagandosi ai **linfonodi** e ad altri organi.

In genere il tumore si sviluppa nella parte centrale del torace, vicino alla zona definita *ilo polmonare*, cioè nel punto di ingresso di vasi sanguigni, linfatici e bronchi nel polmone. A causa dell'elevata capacità di moltiplicarsi e propagarsi, le cellule possono diffondersi rapidamente attraverso i vasi linfatici nei **linfonodi** regionali, occupando lo spazio tra i due polmoni (*mediastino*), e possono anche diffondersi a distanza attraverso il circolo sanguigno creando *metastasi*. Le metastasi da microcitoma si localizzano prevalentemente in organi quali l'encefalo, il fegato, i surreni (ghiandole poste sopra i reni) e le ossa. Poiché durante la fase di replicazione le cellule sono maggiormente suscettibili alla chemioterapia ed alla radioterapia, essendo il microcitoma caratterizzato da cellule ad elevata crescita, la sensibilità della malattia nei confronti di tali trattamenti è solitamente buona.

Tuttavia, una cellula che prolifera rapidamente ha una maggiore probabilità di andare incontro ad un elevato tasso di mutazioni. Queste mutazioni possono causare l'insorgenza di meccanismi di resistenza ai trattamenti. Per questo motivo il microcitoma risponde generalmente bene ai trattamenti, ma ha un elevato rischio di recidiva, cioè di ripresa di malattia dopo una iniziale risposta alle cure.

Il microcitoma polmonare nasce quasi sempre nella parte centrale del torace, vicino al punto in cui i bronchi principali entrano nel polmone (una zona chiamata "ilo"). Da lì cresce molto rapida-



mente e tende a diffondersi presto, prima attraverso i **linfonodi** del mediastino (lo spazio tra i due polmoni) e poi, tramite il sangue, in altre parti del corpo.

### **Qual è la frequenza di nuove diagnosi di microcitoma?**

Nel 2022 sono state stimate circa 2.5 milioni di nuove diagnosi di tumore polmonare a livello mondiale.

Nel 2024 in Italia, sono stati diagnosticati 44.831 nuovi casi di tumore al polmone, ovvero l'11% circa di tutte le diagnosi di tumore nella popolazione generale.

Circa il 15% dei casi di tumore del polmone è da riferirsi al microcitoma, pertanto si possono stimare circa 6.700 nuove diagnosi all'anno nel nostro paese.

Poiché il microcitoma è un tumore strettamente correlato al fumo di sigaretta e, almeno nei paesi industrializzati si è assistito a una riduzione della dipendenza tabagica, il numero di casi diagnosticati è gradualmente diminuito.

### **È possibile sapere da quanto tempo ho questa malattia?**

È una domanda molto frequente, ma purtroppo è difficile risalire al momento esatto in cui il tumore si è sviluppato. Il tumore del polmone, soprattutto il microcitoma, nasce dopo anni di esposizione ad agenti nocivi, come il fumo di sigaretta. Le cellule dei bronchi vengono "stressate" per molto tempo prima di trasformarsi in cellule anomale e formare il tumore. Tuttavia, è verosimile che non trascorra troppo tempo dalla nascita del tumore alla sua manifestazione, in ragione della sua velocità di crescita. In generale, più del 50% delle cellule che formano il microcitoma si moltiplica attivamente in ogni momento (negli altri tumori polmonari è solo il 10-15% circa). Questo significa che il volume del tumore può raddoppiare in un tempo relativamente breve, tra i 50 e i 200 giorni circa.

---

## QUALI SONO LE CAUSE DEL MICROCITOMA?

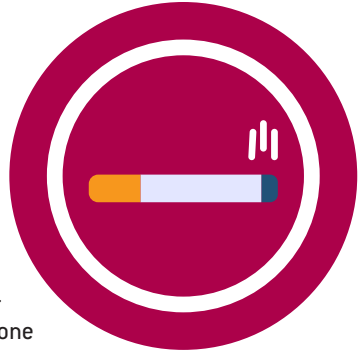
Non esiste una sola causa identificabile con certezza per ogni tumore del polmone, ma ci sono diversi fattori di rischio, cioè abitudini di vita o esposizioni professionali o ambientali che aumentano la probabilità di ammalarsi e su molti di questi si può intervenire per cercare di prevenire la malattia o ridurre il rischio

### **Quali sono i principali fattori di rischio?**

Il fumo di tabacco costituisce il più importante fattore di rischio per l'insorgenza di tumore del polmone, poiché contiene molte sostanze cancerogene in grado di danneggiare irreparabilmente le cellule dell'organismo.

Il microcitoma è il tumore maggiormente correlato a una storia di fumo, ed è deci-

samente raro riscontrarlo in persone che non hanno mai fumato. Il rischio di sviluppare un tumore del polmone cresce con l'aumento del numero di sigarette fumate e della durata dell'abitudine. Di contro, l'interruzione della dipendenza tabagica è in grado di ridurre tale rischio progressivamente.



Anche quando il microcitoma è già stato diagnosticato, smettere di fumare risulta estremamente utile; aiuta infatti a migliorare la funzione polmonare e cardiovascolare favorendo una migliore tollerabilità ai trattamenti e una minore incidenza di complicanze correlate a essi.

L'interruzione dell'abitudine al fumo migliora la qualità di vita e la prognosi complessiva, anche a seguito della diagnosi. Inoltre, il tumore non è l'unica malattia che il fumo può causare. Smettere di fumare diminuisce la probabilità di presentare altre malattie tipicamente legate al fumo (cardiologiche, respiratorie, vascolari, neurologiche, etc).



Non dobbiamo dimenticare che il fumo è una dipendenza e che smettere di fumare può essere molto difficile anche quando vi è un'importante motivazione personale. Il medico di famiglia e l'oncologo possono consigliare e prescrivere farmaci e sostituti della nicotina utili a rendere più semplice questo percorso. Inoltre, sul territorio italiano sono presenti strutture gratuite dedicate, i "centri antifumo", che aiutano le persone che vogliono abbandonare l'abitudine tabagica con percorsi e personale specializzato (<https://smettodifumare.iss.it/it/guida-smetto-di-fumare/guida-smettere-fumare/scopri-i-centri-anti-fumo/>).

Altri fattori che possono aumentare la probabilità di insorgenza di un tumore del polmone sono l'esposizione al fumo passivo nonché ad altre sostanze quali: asbesto, cromo, arsenico, cloruro di vinile, idrocarburi aromatici policiclici, radon. Questi fattori hanno tra loro un effetto sinergico cioè, se vi è un'esposizione a due o più sostanze, il loro effetto si moltiplica e l'effetto nocivo viene ulteriormente potenziato qualora vi sia l'esposizione contemporanea al fumo di tabacco.

### **C'è un maggiore rischio di microcitoma nella stessa famiglia?**

Al momento non sono state individuate sindromi genetiche o mutazioni geniche ere-

ditarie che favoriscano l'insorgenza di microcitoma. Il microcitoma non è da considerarsi una malattia ereditaria, le mutazioni genetiche acquisite dalle cellule tumorali non fanno parte del patrimonio genetico trasmesso dai genitori ai figli.

---

## QUALI SONO I SINTOMI CAUSATI DAL MICROCITOMA?

Con il termine *sintomi* si intendono i disturbi legati a una malattia. I sintomi possono indurre la persona che li avverte a recarsi dal medico per una visita, iniziando così il percorso che conduce alla diagnosi della malattia.

I tumori polmonari possono essere del tutto asintomatici per lungo tempo e tendono a provocare sintomi solo in una fase piuttosto avanzata. Pertanto, il riscontro in fasi più precoci è spesso occasionale eseguendo indagini radiologiche per altri motivi. Inoltre, quando i sintomi sono presenti, generalmente sono aspecifici, cioè non sono attribuibili unicamente a un tumore del polmone.

I sintomi riscontrati in caso di tumore del polmone (in generale) sono dovuti ad un danno diretto nei confronti degli organi da parte delle cellule tumorali, ma anche a un danno indiretto determinato da irritazione locale e innesco di un meccanismo di infiammazione.

### **Alcuni sintomi frequentemente riscontrati in caso di tumore del polmone sono:**

- **Tosse produttiva (catarrale) o stizzosa (secca)**, sintomo presente nella maggior parte dei fumatori e in chi soffre di bronchite cronica. È importante valutare i cambiamenti della tosse in termini di intensità, durata e caratteristiche. Si può passare ad esempio da rari colpi di tosse al mattino a una sintomatologia persistente nell'arco della giornata, a causa di una maggiore irritazione delle pareti bronchiali da parte delle cellule tumorali.
- **Sangue nel catarro (emoftoe)**, che si manifesta perché le pareti bronchiali interessate dal tumore sono più fragili causando a volte un sanguinamento. È importante segnalarla sempre al medico ed allertarlo se ci sono sanguinamenti cospicui.



- **Mancanza di fiato o difficoltà respiratoria** (*dispnea*). Anche questo sintomo è tipico dei fumatori e dei bronchitici cronici, per cui la cosa fondamentale è valutarne il peggioramento nel tempo ed eventuali aggravamenti in acuto. Ad esempio, una dispnea che prima si mostrava solo eseguendo sforzi e che inizia a presentarsi per sforzi minimi o a riposo. Il peggioramento della dispnea può essere correlato all'ostruzione di alcuni bronchi da parte del tumore o alla formazione di un'eccessiva quota di **liquido pleurico** nel foglietto di rivestimento del polmone (*pleura*), formatosi per irritazione diretta da parte delle cellule tumorali, che impedisce al polmone di espandersi correttamente. Anche in questo caso un peggioramento rapido della dispnea è da segnalare tempestivamente al medico.
- **Dolore al torace, a volte irradiato alla spalla e al braccio**. Il dolore può intensificarsi con la respirazione, con la tosse o con i cambiamenti di posizione. È causato da un interessamento delle fibre nervose presenti nella parete toracica da parte delle cellule tumorali.
- **Difficoltà alla deglutizione** (*disfagia*), per una compressione dell'esofago dall'esterno da parte della massa tumorale.
- **Altri sintomi**: stanchezza eccessiva (*astenia*), perdita di appetito e di peso.



Quando il tumore si è diffuso al di fuori del torace, può causare sintomi diversi in relazione all'organo in cui si è localizzato: mal di testa, dolore osseo, ingiallimento della cute o della *sclera* (parte bianca dell'occhio), ecc.

Il microcitoma, più frequentemente degli altri tipi di tumore del polmone, si può inoltre associare a *sindromi paraneoplastiche*, caratterizzate da manifestazioni che si verificano in zone distanti dal tumore o dalle sue metastasi. Possono essere scatenate da sostanze o ormoni prodotti dalle cellule tumorali che entrando in circolo possono causare: febbre (soprattutto nelle ore serali), dolori articolari diffusi, riduzione dei valori di sodio e incremento del calcio agli esami del sangue, incremento dei livelli di cortisolo nel sangue con alterazioni metaboliche. Tali sindromi possono essere dovute anche alla formazione di anticorpi antitumorali che erroneamente riconoscono organi sani, come ad esempio i muscoli della spalla e dell'anca (*muscoli prossimali*) causando sindromi neurologiche caratterizzate da stanchezza, dolore e alterazioni

della sensibilità con sensazione di punture di spillo alle estremità degli arti. Si ricorda ancora che tutti questi sintomi sono aspecifici e si riscontrano anche in patologie non tumorali; pertanto, solo un medico può stabilirne la reale associazione.

### **In che modo cambieranno questi sintomi nel corso del trattamento?**

Alcuni sintomi possono regredire una volta intrapresa la cura, altri si attenuano un poco per volta. Ad esempio, i sintomi dovuti alla presenza di una grossa massa tumorale che ostruisce alcuni bronchi, possono regredire se la malattia risponde ai trattamenti e si riduce. In altri casi può essere necessario adottare ulteriori provvedimenti, come ad esempio drenare il **liquido pleurico** mediante *toracentesi* se è causa di una grave mancanza del respiro o usare dei farmaci per la gestione dei sintomi.

---

## COME SI GIUNGE ALLA DIAGNOSI DI MICROCITOMA?

### **1. Riscontro della neoplasia**

- **La radiografia del torace (Rx)** è uno degli esami con il quale più spesso vengono riscontrati i tumori del polmone. Spesso la radiografia del torace viene eseguita per indagare un'infezione polmonare o come parte di accertamenti preoperatori. Non si tratta di un esame specifico per la diagnosi di tumore al polmone, ma può rappresentare il primo elemento di sospetto.



**La tomografia computerizzata (TC)** è un esame molto più preciso della radiografia del torace, in quanto permette di definire la sede, le dimensioni e i rapporti del tumore con le strutture adiacenti. In genere viene effettuata con l'infusione endovenosa del mezzo di contrasto, che permette di migliorare la risoluzione delle immagini. Tale esame non consente di definire il tipo di tumore, per la quale è indispensabile l'analisi al microscopio di una biopsia. Lo studio TC viene esteso non solo a livello del torace, ma anche a livello dell'addome e talvolta dell'encefalo per valutare l'eventuale diffusione del tumore negli organi che più frequentemente sono sede di **metastasi** (encefalo, fegato, surreni).

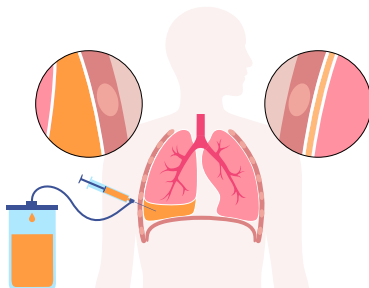
- **La tomografia ad emissione di positroni (PET)** è una tecnica diagnostica di medicina nucleare che comporta la somministrazione per via endovenosa di una sostanza a base di zucchero legata a una molecola radioattiva. Le cellule che si replicano più velocemente sono più avidi di zucchero e pertanto tale composto si accumula in queste aree. La PET rileva la distribuzione corporea della molecola radioattiva, ricreando un'immagine radiologica in cui le zone con più zucchero sono messe in risalto da colori maggiormente brillanti rispetto alle zone normali. Questo esame è utile per migliorare la definizione delle sedi di malattia in alcune situazioni o confermare il sospetto di natura tumorale in caso lesioni di significato incerto evidenziate alla TC.

## 2. Prelievo di un campione tissutale

Una volta che è stata individuata la lesione tumorale è necessario prelevare un campione di tessuto per effettuare la **diagnosi anatomopatologica** che è alla base di qualsiasi trattamento oncologico. Questo passaggio è fondamentale per poter confermare che si tratti di un tumore e per identificarne la tipologia. Solo così è possibile scegliere il trattamento più corretto. Le metodiche più frequentemente impiegate per il prelievo cito-istologico sono:

- **Fibrobroncoscopia.** Mediante un broncoscopio (un tubicino flessibile di piccole dimensioni dotato di fibre ottiche, si accede alle vie aeree dalle narici o dalla bocca visionando l'albero bronchiale ed eventuali anomalie in tale sede. L'esame permette di prelevare cellule o frammenti di tessuto in tumori che si localizzano in sede toracica "centrale". Poiché il microcitoma si trova più frequentemente in posizione centrale a livello del polmone, questa è la procedura più frequentemente utilizzata per la sua diagnosi.
- **Agobiopsia polmonare TC guidata o eco-guidata.** Viene introdotto un ago attraverso la parete toracica, in anestesia locale, e grazie alla guida delle immagini radiologiche, ottenute dalla TC o dall'ecografia, si possono raggiungere masse tumorali più "periferiche". La stessa tecnica può essere usata per eseguire la biopsia su una **metastasi** del tumore (es a livello del fegato o di un linfonodo).

- **Toracentesi.** Nei casi in cui vi sia un **versamento pleurico** abbondante è possibile estrarre tale liquido mediante l'inserimento di un ago attraverso la parete toracica. Talora con l'analisi microscopica di tale liquido è possibile riscontrare cellule tumorali.



### Diagnosi anatomopatologica

I campioni tumorali ottenuti tramite le biopsie vengono analizzati al microscopio, per definire con sicurezza la natura e il tipo di tumore.

### Quale tipo di specialisti si occupa di questo tipo di tumore polmonare?

Non esistono specialisti che si occupano unicamente del microcitoma. Il tumore del polmone (in generale) è una patologia complessa che richiede, dalla diagnosi alla terapia, un'équipe di diversi specialisti, fra cui:

- Oncologi
- Radiologi e/o Medici nucleari
- Pneumologi (specialisti dei polmoni)
- Radioterapisti
- Chirurghi toracici
- Anatomopatologi

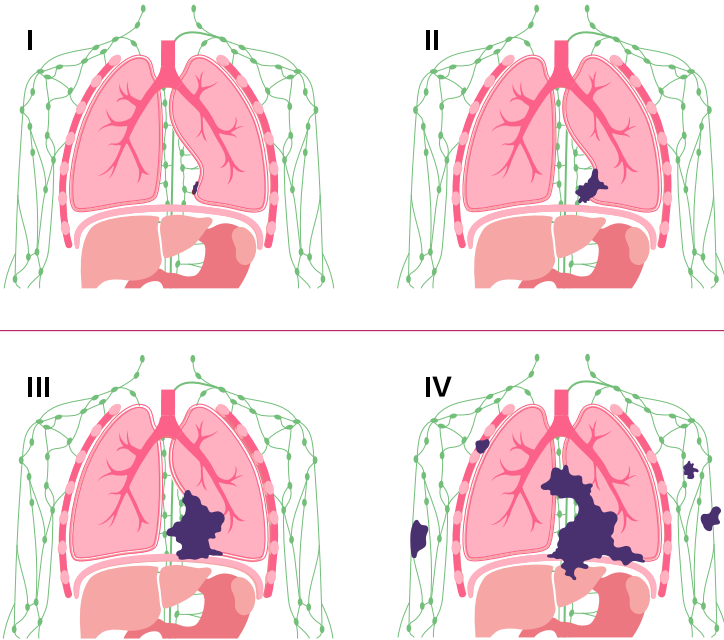


## CHE COS'È LA STADIAZIONE TUMORALE?

La stadiazione tumorale consente di descrivere la sede, le dimensioni e l'estensione della massa, valutando l'interessamento linfonodale e l'eventuale diffusione del tumore dal torace ad altri organi.

La stadiazione viene effettuata generalmente tramite TC total body (ovvero di testa-collo-torace ed addome) e, talvolta, PET. La stadiazione è fondamentale per definire lo stadio della malattia e dare una corretta indicazione terapeutica, in quanto ogni stadio ha una diversa prognosi e richiede tipi di trattamento diversi.

La stadiazione tumorale utilizza la classificazione TNM: la lettera T si riferisce alla dimensione e ai rapporti del tumore con gli organi vicini; la lettera N al coinvolgimento dei **linfonodi**; la lettera M alla presenza di **metastasi** a distanza. La combinazione dei diversi indicatori (T, N e M) permette di identificare 4 stadi,



sulla base dell'entità e della diffusione corporea del tumore. Lo stadio quarto indica che la malattia è metastatica.

La classificazione in stadi è uno strumento che aiuta i medici a individuare il trattamento più appropriato, ma da sola non determina né la scelta terapeutica né la prognosi. Per definirle in modo accurato è fondamentale considerare anche le condizioni generali del paziente, i suoi eventuali ulteriori problemi di salute nonché la risposta attesa e le possibili tossicità delle terapie.

Nella pratica clinica, il microcitoma viene definito in “malattia limitata” o “malattia estesa”.

La *malattia limitata* è localizzata al torace, ai **linfonodi** regionali e al mediastino. La *malattia estesa* indica invece la presenza di **metastasi** a distanza, al di fuori del torace. La maggior parte delle diagnosi di microcitoma avviene quando il tumore si è già localizzato al di fuori del torace. Solo un terzo dei casi viene diagnosticato quando la malattia è in stadio limitato.

---

## COME PUÒ ESSERE TRATTATO IL MICROCITOMA?

La scelta del trattamento dipende dalla stadiazione della malattia, dalle condizioni generali della persona, dalla sua età e dalle eventuali patologie concomitanti.

### **Il microcitoma è un tumore operabile?**

Nella quasi totalità dei casi la chirurgia non è indicata nel trattamento del microcitoma perché, in considerazione della biologia tumorale aggressiva, viene ritenuto un tumore potenzialmente già disseminato al momento della diagnosi, e proprio per questo, più adeguatamente aggredibile con altre strategie terapeutiche. La chirurgia può rimuovere solo la massa tumorale in una determinata sede, ma non può bloccare la crescita tumorale nelle altre sedi di diffusione del tumore. Intervenire chirurgicamente su un tumore già diffuso ad altri organi non solo risulta inefficace, ma può anche essere dannoso. Se il tumore non può essere rimosso completamente, l'organismo viene infatti sottoposto allo stress e ai rischi dell'intervento, con conseguente maggiore fragilità e ridotta capacità di reagire alla malattia ancora presente in altre sedi. Solo in casi molto rari e selezionati, in cui il tumore è di piccole dimensioni e non ha interessato altre strutture, può essere valutato un approccio multimodale che includa anche la chirurgia.

### **Il trattamento del microcitoma è diverso rispetto a quello degli altri tumori polmonari?**

Sì, è differente per molte ragioni. Nel caso del microcitoma, le uniche terapie mediche attualmente approvate sono la chemioterapia e l'immunoterapia. Questi tipi di farmaci vengono utilizzati anche per altri tumori del polmone, ma lo schema di trattamento utilizzato in questo caso è specifico per il microcitoma. Negli ultimi anni, hanno assunto grande importanza nel trattamento degli altri tipi di tumore del polmone le terapie a bersaglio molecolare. Tuttavia, esse non sono disponibili per il trattamento del microcitoma in quanto non sono presenti in questa malattia le alterazioni genetiche che consentano l'utilizzo di farmaci a bersaglio molecolare. Nuovi trattamenti di tipo chemioterapico ed immunoterapico si stanno affacciando nella pratica clinica dei pazienti affetti da microcitoma grazie agli enormi sforzi della ricerca scientifica in questo ambito.

### **Quale è il trattamento standard per il microcitoma?**

Il trattamento standard per il microcitoma dipenderà dall'estensione della malattia. Come abbiamo detto si considera malattia limitata quando il tumore si trova solo

all'interno del torace; malattia estesa quando vi è evidenza di **metastasi** anche al di fuori. In caso di malattia limitata il trattamento di scelta sarà costituito da chemioterapia e radioterapia seguite da immunoterapia di consolidamento. Nel caso di malattia estesa da una terapia sistemica costituita da chemio-immunoterapia eventualmente associata, in fase di mantenimento, dall'aggiunta di un secondo chemioterapico all'immunoterapia.



### Malattia limitata

Nel caso della *malattia limitata* è indicato un trattamento combinato con chemioterapia e radioterapia del torace, che possono essere somministrate contemporaneamente o in successione, in base al volume tumorale e alle caratteristiche del paziente. La radioterapia è un trattamento locale. Tale terapia si basa sull'utilizzo di radiazioni che vengono inviate contro le cellule tumorali in maniera precisa attraverso un acceleratore di particelle, cercando di evitare il più possibile di colpire le cellule sane. Le cellule tumorali colpite vengono danneggiate fino a non essere più in grado di replicarsi e vanno incontro a morte. Questo permette di bloccare la crescita e ridurre la malattia.

La chemioterapia, invece, viene somministrata per via endovenosa e si diffonde attraverso il circolo sanguigno, raggiungendo le cellule tumorali. In questo modo le rende più sensibili alla radioterapia e contribuisce a eliminare eventuali cellule neoplastiche circolanti non visibili agli esami radiologici. Il trattamento combinato chemio-radioterapico migliora il controllo locale della malattia e la prognosi, perché riduce la probabilità che la malattia si ripresenti o cresca nella stessa sede.

Al termine della chemio-radioterapia se il tumore è rimasto uguale o ha ridotto le sue dimensioni bisogna considerare un trattamento immunoterapico che serve a consolidare il risultato, da eseguirsi per massimo 2 anni. Al momento della stesura di questo lavoro, l'immunoterapico **durvalumab** è disponibile (su richiesta) attraverso un programma di "uso compassionevole", in attesa dell'approvazione da parte di AIFA e della sua piena disponibilità ai pazienti in Italia.

Nei pazienti con malattia limitata, va inoltre valutata la possibilità di effettuare un trattamento di radioterapia "preventiva" a livello del cervello [cosiddetta radioterapia profilattica panencefalica, o PCI secondo l'acronimo anglosassone].

### Malattia estesa

In caso di *malattia estesa* è necessario un trattamento sistemico. Le terapie sistemiche, come chemioterapia e immunoterapia, sono in grado di diffondersi in tutto il corpo attraverso il sangue e permettere un controllo generalizzato (*sistemico*) della malattia, andando a colpire sia il tumore primitivo sia le eventuali **metastasi**. In questo caso la radioterapia del torace non viene effettuata in quanto non consentirebbe un adeguato controllo della malattia in tutte le sue sedi. La chemioterapia e la immunoterapia vengono dapprima somministrate contemporaneamente e successivamente al termine della chemioterapia viene mantenuto il solo trattamento immunoterapico. Uno studio recente suggerisce che, in quest'ultima fase del trattamento, l'aggiunta di un chemioterapico (lurbinctedina) sia in grado di migliorare il controllo nel tempo della malattia e quindi l'efficacia della cura. Al momento della stesura di questo volume, il farmaco non è ancora disponibile in pratica clinica.

Quindi, in sintesi, se la malattia è:

- **Limitata**: chemioterapia e radioterapia concomitante o in sequenza seguite da immunoterapia
- **Estesa**: terapia sistemica con chemioterapia e immunoterapia

---

## CHE COS'È LA CHEMIOTERAPIA?

I chemioterapici, detti anche farmaci antitumorali o citotossici, agiscono sulle cellule che si stanno replicando, bloccandone la crescita e inducendone la morte. Colpiscono in modo particolare le cellule tumorali, che si dividono rapidamente e in modo incontrollato. Tuttavia, la chemioterapia non è in grado di distinguere tra cellule tumorali e cellule sane in fase di replicazione, e per questo può danneggiare anche tessuti normali, causando effetti collaterali solitamente transitori tra i quali diarrea, perdita dei capelli, infiammazione delle mucose, riduzione dei globuli bianchi (che rappresentano le nostre difese immunitarie), globuli rossi (causando anemia), e piastrine (aumentando il rischio di sanguinamento). La chemioterapia è particolarmente efficace in questo tipo di tumore perché il microcitoma è costituito da cellule aggressive in grado di proliferare rapidamente e dotate di un'elevata capacità di disseminazione in circolo. Queste caratteristiche lo rendono sia una malattia aggressiva, sia allo stesso tempo particolarmente sensibile a questi farmaci.

Generalmente si preferisce usare una combinazione di farmaci, con meccanismo d'azione differente. Lo schema più diffuso per il trattamento del microcitoma è a base di un derivato del platino (cisplatino o carboplatino) ed etoposide. La somministrazione di questi farmaci avviene per via endovenosa sebbene, nel caso

dell'etoposide, questa possa talvolta essere assunta anche per via orale. I farmaci attraverso il circolo sanguigno raggiungono le diverse sedi corporee espletando la loro azione antitumorale.

Il trattamento viene somministrato in cicli trisettimanali, ogni ciclo è formato da tre giorni consecutivi di terapia a cui seguono circa tre settimane di riposo, per permettere al corpo un corretto recupero. Il primo giorno di trattamento vengono somministrati i due farmaci chemioterapici, e nel caso di malattia estesa, anche l'immunoterapia; il secondo e il terzo giorno viene somministrata solo l'etoposide.

Tale combinazione di farmaci viene solitamente effettuata per un totale di 4 (o in casi particolari 6) cicli in pazienti con malattia estesa, oppure 3-4 cicli quando associata a radioterapia toracica nei pazienti con malattia in stadio limitato.

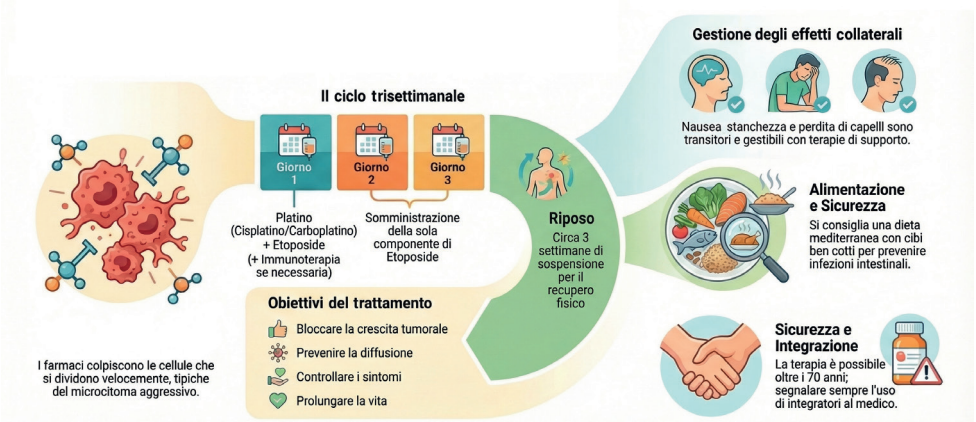
Gli obiettivi della chemioterapia sono: ottenere una risposta (bloccare o far regredire la malattia), rallentare la crescita tumorale, prevenire la diffusione del tumore e controllare i sintomi legati alla malattia nonché prolungare la vita.

### Un'età superiore ai 70 anni controindica un trattamento chemioterapico?

Circa un quarto delle diagnosi di microcitoma riguardano pazienti con età superiore ai 70 anni. Non ci sono controindicazioni assolute ad effettuare un trattamento chemioterapico in questi pazienti, l'unico accorgimento può riguardare la scelta dei dosaggi e degli schemi terapeutici per limitarne le tossicità. Secondo i dati ottenuti dagli studi clinici, il beneficio della chemioterapia si può ottenere anche nella popolazione anziana.

### Quali sono gli effetti collaterali della chemioterapia?

La chemioterapia non è selettiva nei confronti delle cellule tumorali, per cui danneggia tutte le cellule che proliferano rapidamente, ad esempio le cellule sane delle



mucose intestinali, dei capelli e del sistema emopoietico (da cui hanno origine i costituenti del sangue). Questi danni sono la causa principale degli effetti collaterali. Tali disturbi si riducono a distanza di giorni dal trattamento, perché le cellule sane si rigenerano, e possono essere gestiti grazie alle terapie di supporto.

Alcuni effetti collaterali che si possono verificare in corso di chemioterapia sono: nausea e vomito, disturbi intestinali, perdita dei capelli, tossicità alle fibre nervose con alterazioni dell'udito o alterazione della sensibilità di mani e piedi, alterazione dei valori agli esami del sangue come riduzione dell'emoglobina con stanchezza, riduzione delle difese immunitarie con aumento del rischio di infezioni e riduzione dei valori delle piastrine con rischio di ecchimosi e micro-emorragie.

Per saperne di più sugli effetti collaterali da chemioterapia, può consultare l'opuscolo di WALCE A.P.S. "Terapie di supporto nel tumore del polmone"

### **Quale alimentazione si deve adottare durante la chemioterapia?**

Non ci sono diete particolari da rispettare durante i trattamenti, si consiglia esclusivamente una dieta bilanciata, come quella mediterranea. La chemioterapia può talvolta modificare i gusti (cosiddetta *disgeusia*), per cui talvolta le abitudini alimentari possono modificarsi in corso di trattamento.

È bene informare il proprio medico se si assumono prodotti di erboristeria o integratori alimentari, poiché potrebbero avere interazioni con la terapia antitumorale.

È inoltre preferibile assumere solo cibi ben cotti, per limitare il rischio di infezioni gastrointestinali.

---

## CHE COS'È LA RADIOTERAPIA?

La radioterapia è una terapia che prevede l'impiego di radiazioni ionizzanti ad alta energia al fine di danneggiare il **DNA** delle cellule tumorali, arrestando la crescita tumorale o distruggendo tali cellule. La macchina da cui vengono erogate queste radiazioni è simile a quella della tomografia computerizzata (TC) ma, a differenza di quest'ultima, le radiazioni erogate hanno un dosaggio elevato e convergono in un preciso punto dell'organismo, dove è localizzato il tumore.

La radioterapia ha un ruolo fondamentale nel trattamento del microcitoma, soprattutto nel caso di *malattia limitata* in associazione alla chemioterapia.

La radioterapia ha anche un ruolo importante nel controllo delle **metastasi** cerebrali, sia a scopo profilattico (PCI, vedi dopo) che curativo. Un altro campo di applicazione della radioterapia sono le **metastasi** ossee, con uno scopo palliativo antalgico. La radioterapia sulle **metastasi** ossee è infatti capace di migliorare il dolore nella sede trattata e di ridurre il rischio di fratture patologiche.

La durata del trattamento radioterapico dipende dai volumi tumorali, dalla sede e dall'intento curativo o palliativo. Ad esempio, a livello toracico, nel trattamento della malattia limitata, le sedute sono giornaliere, hanno una durata di pochi minuti e si protraggono per circa 5 settimane. Invece un trattamento a livello osseo volto a migliorare il controllo del dolore può avvenire in una o poche sedute.

### Cosa significa "irradiazione profilattica dell'encefalo"?

In pazienti con *malattia limitata* e in casi selezionati in pazienti con malattia estesa, senza **metastasi** a livello encefalico visibili agli esami radiologici, a seguito di una buona risposta al trattamento di prima linea, è possibile effettuare un trattamento radioterapico preventivo a livello encefalico (PCI), frequente sede di **metastasi** da microcitoma. Tale trattamento viene effettuato in 10 sedute, al fine di limitare la possibilità che la malattia vada a localizzarsi in questa sede. Gli effetti collaterali più comuni nel breve termine includono perdita di capelli, astenia, eritema del cuoio capelluto, nausea e cefalea; nella maggior parte dei casi si risolvono entro poche settimane dal termine del trattamento.

Un possibile effetto collaterale a lungo termine è invece il declino delle funzioni cognitive, con difficoltà di memoria, attenzione e ragionamento. Tecniche moderne di radioterapia (cosiddette "hippocampal sparing") sembrano ridurre tale rischio. La decisione di intraprendere questo trattamento deve essere condivisa tra oncologo radioterapista e paziente, valutando attentamente, per ogni singolo caso, il bilancio tra benefici attesi e rischio di effetti collaterali.



**Distruzione Mirata delle Cellule Tumorali**  
Le radiazioni colpiscono con precisione il tumore per arrestarne la crescita senza rendere il paziente radioattivo.

**Prevenzione delle Metastasi (PCI)**  
Trattamento preventivo al cervello per ridurre drasticamente il rischio di future localizzazioni della malattia.

**Scopo Palliativo e Antalgico**  
Efficace nel ridurre il dolore osseo e prevenire fratture causate da metastasi.

### Gestione del Percorso e della Sicurezza



Poche sedute

#### Durata Variabile delle Sedute

Da poche sedute per il dolore osseo fino a 5 settimane per il trattamento toracico.



Fino a 5 settimane



#### Gestione degli Effetti Collaterali

Sintomi come disagia o stanchezza sono generalmente lievi e scompaiono poche settimane dopo il termine.



#### Sicurezza per i Contatti Sociali

È assolutamente possibile stare vicino a bambini e donne in gravidanza dopo il trattamento.

### Quali sono gli effetti collaterali della radioterapia?

I più comuni effetti collaterali che si verificano irradiando il torace sono:

- Difficoltà nella deglutizione (*disfagia*) dei cibi solidi e liquidi provocata dall'infiammazione delle pareti dell'esofago, organo che permette il passaggio del pasto dalla bocca allo stomaco e si localizza nello spazio tra i polmoni (*mediastino*).
- Tosse stizzosa dovuta all'irritazione dei bronchi.
- Alterazioni della cute con arrossamento (*eritema*), prurito o erosione cutanea.
- Polmonite da raggi e fibrosi polmonare che si manifestano con difficoltà respiratorie.
- Stanchezza e calo dell'appetito, per il rilascio in circolo di sostanze tumorali che causano infiammazione e agiscono a livello dei centri della fame.

In caso di apparizione di tali sintomi è bene informare il proprio radioterapista, al fine di effettuare un monitoraggio nel tempo e, se necessario, assumere una terapia specifica.

La maggior parte degli effetti collaterali sono di lieve entità e regrediscono completamente dopo alcune settimane dalla fine del trattamento radioterapico. La radioterapia non causa radioattività ed è pertanto assolutamente possibile avere contatti con bambini e donne in gravidanza.

---

## CHE COS'È L'IMMUNOTERAPIA?

L'immunoterapia si riferisce ad alcuni farmaci che, al contrario della chemioterapia, non attaccano direttamente le cellule tumorali ma rendono capaci le cellule del nostro **sistema immunitario** di riconoscere le cellule tumorali e combatterle.

Viene utilizzata nella malattia limitata al termine della chemioterapia e della radioterapia se vi è stata una risposta i trattamenti come consolidamento. Viene infusa per via endovenosa ogni 4 settimane per un massimo di 2 anni. Durante questo trattamento di mantenimento si effettuano periodici esami radiologici per controllare che la malattia rimanga ben controllata.

Nella malattia in *stadio esteso* invece si somministra insieme alla chemioterapia il primo giorno di ogni ciclo ogni 3 settimane. Al termine dei 4 cicli di chemioterapia se la malattia ha risposto al trattamento si può continuare come terapia di mantenimento da sola ogni 3 settimane finché il tumore risulta ben controllato e finché non vi sono effetti collaterali degni di nota. Durante il mantenimento si effettueranno esami radiologici periodici per verificare che la malattia rimanga sotto controllo.

## Quali sono gli effetti collaterali dell'immunoterapia?

Si tratta nella maggior parte dei casi di una terapia ben tollerata, l'effetto collaterale più comune è la stanchezza che nella maggior parte dei pazienti non è troppo marcata. In minore percentuale di casi, l'immunoterapia può causare effetti collaterali dovuti a una risposta autoimmune. In questi casi, il **sistema immunitario** viene eccessivamente stimolato e può attaccare anche organi sani, provocando disturbi come disfunzioni ormonali (specie della tiroide), della cute o diarrea. Molto raramente questo tipo di reazioni autoimmunitarie possono verificarsi a carico di organi più "nobili" come fegato, cuore, polmoni e cervello. Nella maggior parte dei casi tali eventi sono identificabili precocemente dall'oncologo e completamente reversibili con le terapie appropriate.

L'indicazione all'immunoterapia va valutata con particolare attenzione in quei pazienti che soffrono già di una malattia autoimmune. C'è il rischio, infatti, che l'immunoterapia possa riattivare o peggiorare la malattia autoimmune. Sarà necessario valutare caso per caso tale rischio, spesso consultando lo specialista della malattia non oncologica in oggetto.



## COME SI VALUTA LA RISPOSTA AL TRATTAMENTO?

Dopo aver effettuato un certo numero di cicli di terapia sistemica, vengono ripetuti gli esami radiologici effettuati per la stadiazione iniziale, per valutare i cambiamenti del tumore (se è aumentato di dimensioni o si è ridotto o è rimasto stazionario). La stabilità o la riduzione delle dimensioni del tumore sono considerate segni di risposta al trattamento. In assenza di terapia, infatti, il tumore tende naturalmente a cresce-

re; il mantenimento di dimensioni stabili indica quindi che il trattamento sta agendo in modo efficace. La completa scomparsa del tumore alla TC rappresenta invece un evento raro.

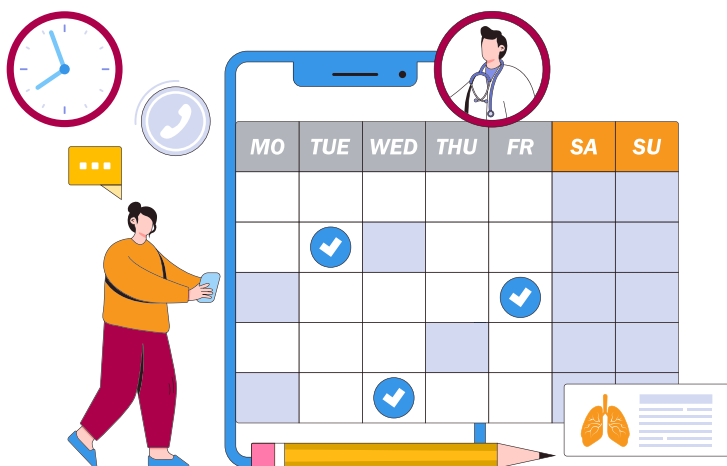
### **Il tumore ha risposto al trattamento, cosa fare? Sono previsti controlli periodici?**

Il microcitoma generalmente è piuttosto sensibile ai trattamenti chemio e radioterapici; tuttavia, dopo un'iniziale risposta alle cure eseguite, si può ripresentare nella stessa sede di esordio o localizzarsi a distanza.

Per questo motivo, anche dopo la conclusione del trattamento è importante effettuare regolarmente visite di controllo ed esami radiologici. Ciò consente di individuare precocemente eventuali recidive o un nuovo aumento delle dimensioni del tumore, anche in caso di buona risposta al trattamento. In occasione di ogni visita, al fine di monitorare la risposta alla terapia, verranno valutati: l'eventuale presenza o aggravamento di sintomi, i parametri vitali, gli esami del sangue e le immagini radiologiche. Una volta terminato il trattamento, le visite di controllo vengono effettuate con una cadenza periodica con intervalli che tendono a modificarsi sulla base del tempo intercorso dalla fine delle terapie.

### **Se il tumore non ha risposto alla terapia, quali sono le altre opzioni di cura?**

Se la terapia non ha funzionato, o ha smesso di essere efficace e il tumore ha ripreso a crescere, sarà necessario valutare una nuova strategia terapeutica, detta di *seconda linea*. Quando possibile va sempre valutata la possibilità di partecipazione a studi clinici, che permettono di somministrare farmaci nuovi, con interessanti dati di efficacia, e confrontarli con la cura standard.



Qualora non fosse possibile partecipare a sperimentazioni cliniche, la scelta del trattamento in questa fase di malattia dipenderà dallo stato di salute del malato e dalla latenza con cui si è ripresentata la malattia. Se il tumore si ripresenta dopo almeno sei mesi dal precedente trattamento, è possibile effettuare un *rechallenge*, ossia riutilizzare gli stessi farmaci chemioterapici che in passato si erano dimostrati efficaci. Al contrario, se la malattia non risponde alla chemioterapia in corso o progredisce entro sei mesi dal termine del trattamento, è necessario modificare lo schema terapeutico e utilizzare farmaci diversi. Al momento in Italia l'unico farmaco registrato in questo contesto è un chemioterapico il topotecan, somministrabile per via endovenosa o orale. Altri farmaci chemioterapici, con un profilo di tollerabilità migliore lurbinectedina, paclitaxel e irinotecan vengono talvolta impiegati. In caso di mancata risposta al primo trattamento chemioterapico e di un importante deterioramento dello stato di salute, può essere utile valutare il ricorso alle cure palliative.

## NUOVI FARMACI NON ANCORA DISPONIBILI

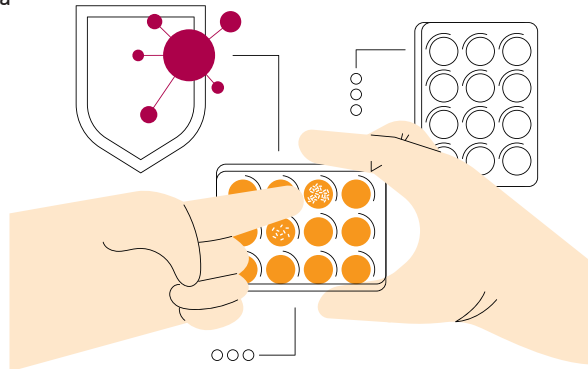
**Lurbinectedina** è un farmaco chemioterapico che ha dimostrato buoni dati di efficacia nel trattamento dei pazienti con malattia resistente a platino. Più recentemente ha dimostrato anche beneficio in aggiunta all'immunoterapia nel mantenimento dopo chemioterapia nei pazienti con malattia estesa.

Al momento il farmaco non è prescrivibile in Italia per nessuna indicazione, ma è possibile che nei prossimi mesi o anni entri a far parte della pratica clinica.

**Tarlatamab** è un farmaco immunoterapico di nuova generazione, in grado di riconoscere le cellule del microcitoma e di attivare le cellule del **sistema immunitario** nei loro confronti "traghettandole" sulla malattia attraverso il suo meccanismo di azione.

**Studi clinici** hanno dimostrato la sua migliore efficacia rispetto alla chemioterapia di II linea in pazienti con malattia estesa in progressione alla chemioterapia con platino.

Studi più recenti stanno indagando il suo ruolo in aggiunta all'immunoterapia nei pazienti con malattia limitata che sono stati sottoposti a chemio-radioterapia così come nel setting di mantenimento dopo chemio-immunoterapia nella malattia estesa.



Al momento della stesura di questo testo, anche questo farmaco non è prescrivibile nel nostro Paese, ma è possibile che la situazione cambi nei prossimi mesi o anni.

## CHE COS'È UNA SPERIMENTAZIONE CLINICA?

Una sperimentazione clinica (o studio clinico) è un tipo di ricerca con cui si studiano nuovi farmaci e/o nuove strategie terapeutiche. Tutte le terapie oncologiche, oggi disponibili, derivano da uno studio clinico al quale hanno partecipato volontariamente persone affette da un tumore condotto su pazienti affetti da tumore che hanno volontariamente partecipato a tali sperimentazioni. Quando i farmaci testati in uno studio clinico dimostrano di funzionare meglio della cura standard (talvolta meglio di un **placebo**, cioè una sostanza senza effetto terapeutico), vengono approvati e diventano parte della pratica clinica. Gli **studi clinici** sono disegnati per includere pazienti con lo stesso tumore e stadio di malattia e possono avere diversi obiettivi diversi come: controllare la malattia, ridurre il rischio di ricaduta dopo il termine della cura, diminuire gli effetti collaterali delle terapie o personalizzare il trattamento (cioè scegliere il farmaco specifico e meno tossico per una determinata persona).

Per partecipare a una sperimentazione clinica è necessario soddisfare alcuni *criteri di inclusione ed esclusione*, che riflettono le caratteristiche della persona e della malattia. Questi criteri hanno l'intento di rendere omogenea la popolazione oggetto di studio e la sicurezza dei partecipanti, limitando le possibili tossicità delle cure somministrate all'interno della sperimentazione stessa.

In alcuni **studi clinici** è prevista una *randomizzazione*, ovvero la suddivisione dei partecipanti in due gruppi in modo casuale. Un gruppo riceve il trattamento standard già in uso, mentre l'altro riceve il trattamento in studio, che deve dimostrare di essere migliore o almeno efficace quanto quello standard.



La randomizzazione avviene in modo completamente casuale, né il medico né il paziente possono scegliere o influenzare il trattamento assegnato. Questo meccanismo garantisce l'imparzialità dello studio e la maggiore affidabilità dei risultati, permettendo di stabilire con certezza se un nuovo farmaco offra un reale vantaggio.

In alcuni casi viene utilizzato anche il **placebo**, ossia una sostanza priva di principio attivo, somministrata senza che il paziente (e talvolta anche il medico) sappia se si tratta del farmaco o del **placebo**. Questo approccio serve a evitare condizionamenti e a rendere i risultati dello studio ancora più attendibili e imparziali nelle situazioni in cui non è previsto un trattamento standard di confronto.

Partecipare a uno studio clinico significa essere informati in modo chiaro su tutto ciò che riguarda il trattamento: come si svolgerà, quali possono essere gli effetti collaterali, qual è l'obiettivo dello studio e quale beneficio potrebbe offrire rispetto alla terapia standard.

Per questo è importante leggere con attenzione le informazioni fornite e chiedere all'oncologo tutti i chiarimenti necessari prima di decidere di farne parte. Viene sempre richiesta la firma del consenso informato, che testimonia l'avvenuta informazione. Il consenso può essere, per legge, ritirato dal paziente in qualsiasi momento permettendo la sua uscita dallo studio clinico.

#### **Dove posso trovare informazioni riguardo agli studi clinici attivi per la mia malattia?**

- Parlando con il tuo oncologo di riferimento
- Sul sito AIOM (<https://studiclinici.aiom.it>)
- Nei siti in cui vengono registrati gli studi clinici (<https://clinicaltrials.gov/>; <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/search>)
- Nei siti delle associazioni che supportano i pazienti affetti da tumore del polmone (<http://www.womenagainstlungcancer.org>; [www.lungcancereurope.eu](http://www.lungcancereurope.eu))

---

## CHE COSA SONO LE CURE PALLIATIVE?

Sono trattamenti dedicati al controllo dei sintomi della malattia, come dolore, mancanza di fiato, nausea, stanchezza o ansia.

Non agiscono direttamente sul tumore, ma mirano a migliorare il benessere e la qualità di vita della persona. In alcuni casi, soprattutto quando il paziente è particolarmente fragile, i trattamenti oncologici attivi (chemioterapia, immunoterapia, radioterapia) possono essere poco indicati: il rischio di effetti collaterali gravi può superare

di gran lunga il beneficio atteso. In questi casi può essere più utile concentrarsi sul controllo dei sintomi e sul sostegno alla qualità di vita attraverso le cure palliative, invece di effettuare un trattamento oncologico attivo.

Le cure palliative sono erogate da professionisti specificamente formati, i medici palliativisti, esperti nella gestione del dolore e di tutti gli altri disturbi fisici, psicologici ed emotivi.

Questi professionisti possono seguire i pazienti in ospedale, in ambulatorio oppure direttamente a casa.

Oggi le cure palliative non sono più considerate “l’ultima opportunità”: possono (e in molti casi dovrebbero) essere integrate fin dal momento della diagnosi, in parallelo ai trattamenti oncologici attivi (chemio, immuno e radioterapia), come supporto aggiuntivo che accompagna il percorso di cura. In questo caso si parla di cure simultanee i cui obiettivi sono:

- alleviare i sintomi,
- ridurre gli effetti collaterali delle terapie,
- migliorare la qualità di vita,
- offrire sostegno al paziente e la famiglia sul piano fisico ed emotivo.

Avere cure simultanee significa essere seguiti da un’*équipe* più ampia e coordinata, che lavora accanto all’oncologo per offrire un’assistenza più attenta e personalizzata. Quando la malattia è in fase avanzata e l’assistenza a domicilio risulta troppo complessa, è possibile valutare il ricovero in strutture dedicate, gli hospice. Si tratta di ambienti gestiti da personale sanitario qualificato, concepiti per essere accoglienti e familiari, in cui i parenti possono restare accanto al proprio caro in ogni momento, in ambienti più riservati e tranquilli e in cui l’umanità e il rispetto vengono prima di tutto.



#### **Dove posso trovare altre informazioni sulla mia malattia?**

In qualsiasi momento, avrai la possibilità di chiedere al tuo oncologo di riferimento chiarimenti sul tuo tipo di tumore, sugli esami diagnostico-stadiativi da effettuare e sulle diverse opzioni di cura

Avere informazioni sulla tua malattia e sui possibili trattamenti può aiutarti a essere più prepara-

to, a comprendere meglio il percorso terapeutico e a gestire eventuali momenti di difficoltà. Numerosi centri oncologici e associazioni di pazienti offrono opuscoli, guide, siti dedicati, incontri informativi e programmi di supporto. Rivolgerti a queste risorse può aiutarti a trovare risposte affidabili e a sentirti meno solo nel percorso di cura.

Alcuni esempi sono:

- <http://www.womenagainstlungcancer.org>
- <https://www.esmo.org/Patients/Patient-Guides>
- [www.iaslc.org/patient-resources/advocacy-partners](http://www.iaslc.org/patient-resources/advocacy-partners)
- [www.lungcancereurope.eu](http://www.lungcancereurope.eu)

---

## PAROLE DA CONOSCERE

### ANALISI ANATOMOPATOLOGICA

È l'esame in cui il medico anatomopatologo osserva al microscopio il campione prelevato con una biopsia. Guarda come sono fatte e organizzate le cellule e usa colorazioni o reagenti speciali per capire quali proteine contengono. Queste informazioni permettono di arrivare a una diagnosi precisa.

---

### DIAGNOSI ANATOMOPATOLOGICA

Vedi analisi anatomopatologica.

---

### DNA

Contiene le informazioni che guidano il funzionamento delle cellule e la produzione dei loro componenti.

---

### LINFONODI

Sono piccole strutture del sistema linfatico che filtrano virus, batteri e cellule anomale. Al loro interno si attivano importanti risposte di difesa dell'organismo.

---

### LIQUIDO PLEURICO

È il liquido che si trova tra le membrane che rivestono il polmone. Se diventa troppo abbondante, a causa di infiammazioni o malattie, può ostacolare l'espansione del polmone.

---

### **METASTASI**

Sono nuove sedi di malattia che si formano lontano dal tumore iniziale. Si sviluppano quando alcune cellule tumorali viaggiano attraverso sangue o sistema linfatico e si fermano in altri organi, dove ricominciano a crescere.

---

### **PLACEBO**

È una sostanza senza effetto terapeutico. Viene usata in alcuni **studi clinici** per confrontare i risultati della nuova cura con qualcosa che non contiene il principio attivo. Significa riprendere un farmaco già usato in passato, se in precedenza aveva funzionato bene. Si considera quando la malattia ritorna dopo un periodo di controllo ottenuto con quella stessa cura.

---

### **SISTEMA IMMUNITARIO**

È il sistema di difesa del corpo. Ci protegge da virus, batteri e anche da cellule anomale, come quelle tumorali.

---

### **STUDI CLINICI**

Sono ricerche che permettono di valutare se una nuova cura o strategia terapeutica funziona e se è sicura per i pazienti.

---

### **TERAPIA DI PRIMA LINEA**

È il primo trattamento che viene iniziato dopo la diagnosi di tumore.

---

### **TERAPIA DI SECONDA LINEA**

È il trattamento che si usa quando la prima terapia non funziona più o non è tollerata, oppure quando la malattia ricomincia a manifestarsi.

---

### **VERSAMENTO PLEURICO**

Vedi liquido pleurico.

---







**WALCE APS (Women Against Lung Cancer in Europe – Donne Contro il Tumore del Polmone in Europa)** è un'associazione a "respiro europeo" che, dal 2006, si impegna nella lotta contro le neoplasie toraciche, ascoltando i bisogni delle persone colpite dalla malattia e delle loro famiglie e dando voce alle loro testimonianze, alle loro richieste e ai loro diritti.

WALCE è impegnata anche in campagne di sensibilizzazione e in iniziative di prevenzione primaria rivolte alla popolazione, con l'obiettivo di costruire una comunità più informata, consapevole ed empatica nei confronti di chi vive con questa forma di tumore.



**WALCE A.P.S.**

**c/o AOU San Luigi SCU Oncologia Medica**

Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (TO) – Italia

Tel. +39 011 902 69 80

[info@womenagainstlungcancer.eu](mailto:info@womenagainstlungcancer.eu)

[www.womenagainstlungcancer.org](http://www.womenagainstlungcancer.org)

C.F. 95587750019

IBAN IT7810200830689000040877852

Con il contributo non condizionato di

