

Cancro dell'esofago

Cos'è il cancro dell'esofago?

Siamo qui per spiegartelo.

www.anticancerfund.org

www.esmo.org

CANCRO DELL'ESOFAGO: UNA GUIDA PER IL PAZIENTE

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE BASATE SULLE LINEE GUIDA PER LA PRATICA CLINICA ESMO

La presente guida è stata preparata dall'Anticancer Fund come servizio per il paziente, per aiutare lui/lei e i suoi familiari a comprendere meglio la natura del cancro dell'esofago e a riconoscere le migliori scelte terapeutiche a disposizione in base al sottotipo di tumore esofageo da cui è affetto/a. Raccomandiamo ai pazienti di chiedere ai loro medici quali sono gli esami o i tipi di trattamento necessari per la tipologia e lo stadio della loro malattia. Le informazioni mediche riportate in questo documento si basano sulle linee guida per la pratica clinica della European Society for Medical Oncology (ESMO) per il trattamento del cancro dell'esofago. La presente guida per il paziente è stata sviluppata in collaborazione con l'ESMO ed è distribuita con il permesso dell'ESMO. La guida è stata scritta da un clinico e rivista da due oncologi dell'ESMO, uno dei quali è l'autore principale delle linee guida per la pratica clinica destinate ai medici professionisti. I testi sono stati rivisti anche dai rappresentanti dei pazienti dell'ESMO Cancer Patient Working Group.

Ulteriori informazioni sull'Anticancer Fund sono disponibili all'indirizzo www.anticancerfund.org

Ulteriori informazioni sulla European Society for Medical Oncology sono disponibili all'indirizzo www.esmo.org

La definizione dei termini contrassegnati con l'asterisco è fornita alla fine del documento.

Sommario

Definizione di cancro dell'esofago	3
Il cancro dell'esofago è frequente?	4
Quali sono le cause del cancro dell'esofago?	5
Come viene diagnosticato il cancro dell'esofago?.....	7
Cosa è importante sapere ai fini della scelta del trattamento ottimale?.....	9
Quali sono le opzioni di trattamento?.....	13
Quali sono i possibili effetti indesiderati del trattamento?.....	21
Cosa succede una volta terminato il trattamento?	23
Definizione dei termini tecnici.....	25

I testi della presente guida sono stati scritti dalla Dott.ssa Annemie Michiels (Anticancer Fund) e rivisti dal Dott. Gauthier Bouche (Anticancer Fund), dalla Dott.ssa Svetlana Jezdic , dal Prof. Michael Stahl (ESMO) e da David Kirby (Oesophageal Patients Association UK, per conto dell'ESMO Cancer Patients Working Group).

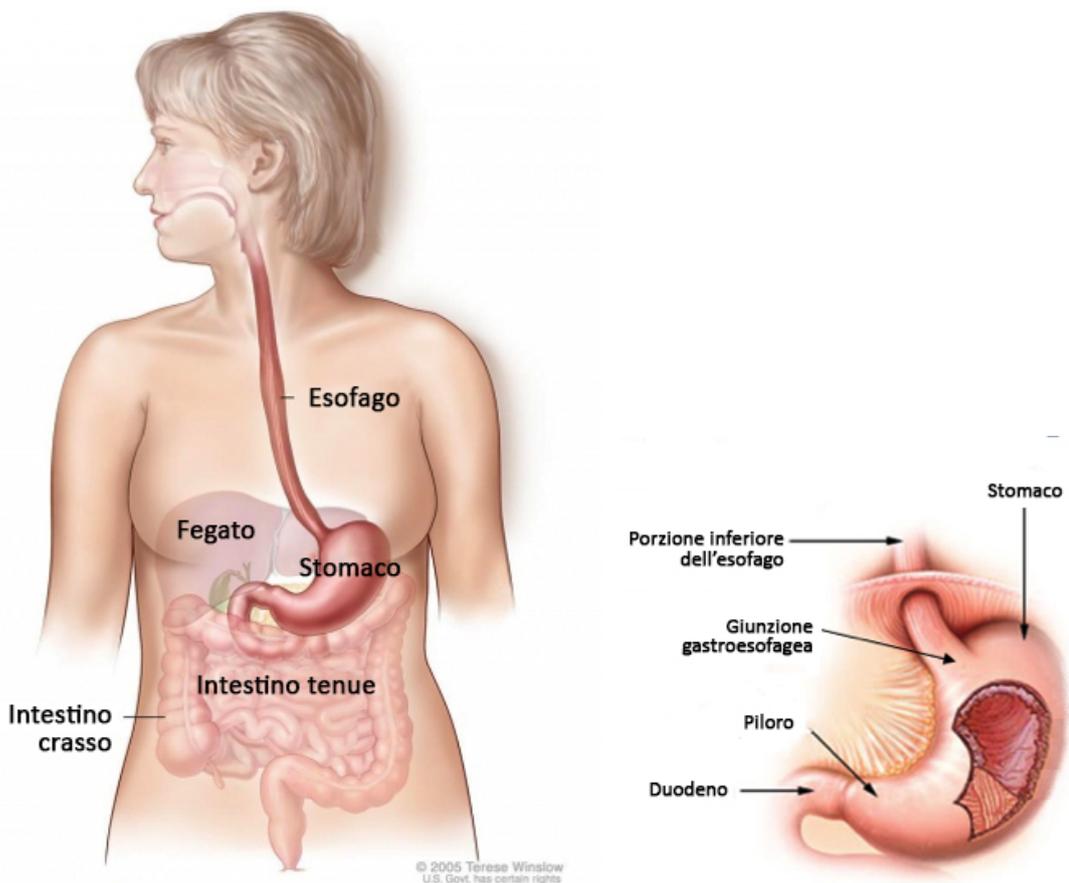
I testi sono stati tradotti in italiano da un traduttore professionista.

DEFINIZIONE DI CANCRO DELL'ESOFAGO

La definizione fornita di seguito è adattata da quella del National Cancer Institute (NCI) degli Stati Uniti d'America, che ne ha gentilmente permesso l'utilizzo.

Il cancro dell'esofago è un tumore maligno che si forma nel tessuto di rivestimento dell'esofago. L'esofago è l'organo a forma di tubo, circondato da uno strato muscolare, attraverso cui il cibo passa dalla gola allo stomaco.

I due tipi principali di cancro dell'esofago sono il carcinoma a cellule squamose e l'adenocarcinoma. Il carcinoma a cellule squamose è un tumore che origina nelle cellule piatte che rivestono internamente l'esofago. L'adenocarcinoma è un tumore che origina nelle cellule che producono e rilasciano muco* e altre sostanze liquide. Entrambi i due tipi di cancro hanno una frequenza pressoché analoga.



Anatomia dell'apparato digerente (sinistra) e anatomia della porzione inferiore dell'esofago, della giunzione gastroesofagea e dello stomaco (destra)

Nota importante su altri tipi di cancro dell'esofago

I carcinomi a piccole cellule sono un tipo molto raro di cancro esofageo. Le informazioni fornite nella presente Guida per il Paziente non si riferiscono ai carcinomi a piccole cellule.

IL CANCRO DELL'ESOFAGO È FREQUENTE?

In Europa, circa 5-10 uomini su 1000 e circa 1 donna su 1000 svilupperanno un cancro dell'esofago nell'arco della vita.

Nel 2008, è stato stimato che in Europa circa 35.000 uomini e circa 10.000 donne siano stati colpiti da una neoplasia maligna dell'esofago. Tuttavia, l'incidenza del cancro esofageo varia sostanzialmente da un Paese europeo all'altro. Il cancro dell'esofago è più frequente in Francia e nel Regno Unito ed è meno frequente in Grecia.

I carcinomi a cellule squamose sono più frequenti in Asia, mentre gli adenocarcinomi hanno un'incidenza più elevata nei Paesi occidentali, ove si è assistito a un rapido aumento dei casi di malattia. La maggior parte dei tumori maligni dell'esofago si sviluppa in soggetti di età superiore a 65 anni.

Le differenze nella distribuzione geografica dei 2 principali tipi di cancro esofageo, i carcinomi a cellule squamose e gli adenocarcinomi, sono dovute ai diversi fattori implicati nello sviluppo di queste forme tumorali. I carcinomi a cellule squamose sono associati principalmente al consumo di bevande alcoliche e al fumo, mentre gli adenocarcinomi sono associati soprattutto alla malattia da reflusso gastroesofageo*, una condizione correlata all'obesità. Ciò spiega anche il rapido aumento dei casi di adenocarcinoma registrato nei Paesi europei.

QUALI SONO LE CAUSE DEL CANCRO DELL'ESOFAGO?

A tutt'oggi, non è ancora chiaro perché si sviluppi il cancro dell'esofago. Tuttavia, sono stati identificati alcuni fattori di rischio*. I fattori di rischio* aumentano la probabilità di sviluppare un cancro, ma non sono una condizione né necessaria né sufficiente a causarlo. I fattori di rischio non costituiscono di per sé una causa.

Alcune persone che presentano questi fattori di rischio non svilupperanno mai un cancro dell'esofago, mentre altre persone che non presentano nessuno di questi fattori di rischio* potrebbero comunque svilupparlo.

I principali fattori di rischio per carcinoma a cellule squamose dell'esofago sono:

- **Il consumo di tabacco:** fumare e masticare tabacco aumenta il rischio di sviluppare un carcinoma a cellule squamose. Il rischio aumenta proporzionalmente con la durata dell'abitudine al fumo e con il numero di sigarette fumate al giorno. 
- **Il consumo di bevande alcoliche:** la probabilità di sviluppare un carcinoma a cellule squamose aumenta in maniera proporzionale alla quantità di alcol assunta. Il consumo di alcol e il fumo combinati aumentano il rischio in misura sensibilmente maggiore rispetto a ognuno di questi due fattori separati. 
- **Un basso consumo di frutta e di verdura fresche:** nelle persone che consumano scarse quantità di frutta e verdura è stato osservato un rischio maggiore di sviluppare un carcinoma a cellule squamose.
- **Bere maté:** il maté è un infuso di erbe noto come yerba mate comunemente utilizzato in Sud America. Un consumo pesante (1 litro o più al giorno) di maté aumenta il rischio di insorgenza di un carcinoma a cellule squamose.
- **Masticare betel:** il betel quid è una miscela di piante che viene masticata in molte culture dell'Asia sudorientale. Le foglie della pianta di betel hanno un effetto leggermente stimolante, ma aumentano anche il rischio di sviluppare un cancro esofageo.
- **Alcune condizioni mediche:**
 - o L'acalasia aumenta il rischio di insorgenza di un carcinoma a cellule squamose. L'acalasia è una patologia caratterizzata dalla progressiva incapacità di rilasciamento dello sfintere esofageo inferiore (il muscolo a forma di anello posto all'estremità inferiore dell'esofago), con conseguente ristagno dei cibi e delle bevande nell'esofago e dilatazione dello stesso.
 - o Altre malattie rare come la tilosi* e la sindrome di Plummer-Vinson* aumentano anch'esse il rischio di sviluppare un carcinoma a cellule squamose dell'esofago.

I principali fattori di rischio* per adenocarcinoma esofageo sono:

- **L'esofago di Barrett:** l'esofago di Barrett è una condizione in cui le cellule normali che rivestono la superficie interna dell'esofago vengono sostituite da cellule simili a quelle che si trovano normalmente nell'intestino. La sostituzione delle cellule che si trovano normalmente in un dato organo con un altro tipo di cellule prende il nome di metaplasia. In realtà, questo fenomeno costituisce un adattamento della porzione inferiore dell'esofago all'esposizione prolungata (anni) al reflusso acido* proveniente dallo stomaco. Rispetto alle cellule normali, le cellule metaplastiche hanno maggiori probabilità di trasformarsi in cellule displastiche e alla fine in cellule tumorali. La displasia è un'alterazione nell'organizzazione delle cellule che può evolvere in cancro.

I fattori di rischio per esofago di Barrett sono:

- o La malattia da reflusso gastroesofageo: chiamata a volte malattia da reflusso acido, è una condizione caratterizzata dalla risalita degli acidi gastrici nell'esofago, che viene pertanto danneggiato. Il sintomo più comune di questa malattia è rappresentato dal bruciore di stomaco. Dopo un lungo periodo di reflusso acido, il rivestimento interno dell'esofago può mostrare aree di metaplasia.
- o L'obesità aumenta il rischio di esofago di Barrett e di adenocarcinoma esofageo attraverso svariati meccanismi. Ciò è dovuto in parte al rischio più elevato di malattia da reflusso gastroesofageo associato all'obesità, ma vi è anche un nesso causale diretto. Nelle persone obese il reflusso acido è più frequente e si manifesta in forma più grave, soprattutto quando il grasso tende ad accumularsi preferenzialmente nell'addome invece che nelle cosce e nei fianchi.

Benché la maggior parte dei soggetti affetti da esofago di Barrett non svilupperà mai un cancro dell'esofago, essi devono sottoporsi periodicamente a controlli medici e a indagini strumentali. Al fine di identificare il prima possibile un'eventuale evoluzione in displasia o in cancro esofageo, il gastroenterologo deve eseguire a intervalli regolari un'endoscopia comprensiva di biopsie*.

- Analogamente, **l'uso di tabacco e il consumo di bevande alcoliche** possono entrambi aumentare il rischio di adenocarcinoma, anche se il contributo di questi fattori allo sviluppo dell'adenocarcinoma è inferiore a quello che si osserva per il carcinoma a cellule squamose.

Altri fattori presumibilmente associati a un aumento del rischio di sviluppare tumori dell'esofago comprendono il consumo elevato di carne rossa, di cibi confezionati e di bevande molto calde o l'esposizione a certe sostanze chimiche. Per contro, altri fattori sembrano avere un effetto protettivo, come l'infezione dello stomaco con *Helicobacter pylori** e l'uso prolungato di farmaci appartenenti alla classe degli antinfiammatori non steroidei (FANS*). Tuttavia, le evidenze sono discordanti e sono necessari ulteriori studi.

COME VIENE DIAGNOSTICATO IL CANCRO DELL'ESOFAGO?

Il sospetto di un cancro dell'esofago può sorgere in diverse situazioni.

Le persone con esofago di Barrett devono essere regolarmente monitorate al fine di identificare il prima possibile un'eventuale evoluzione in adenocarcinoma.

In tutte le altre persone, alcuni sintomi possono essere indicativi della presenza di un cancro esofageo.

- Difficoltà a deglutire (disfagia), singhiozzo o risalita del cibo nell'esofago
- Perdita di peso inspiegata
- Dolore o fastidio alla gola o alla schiena
- Raucedine
- Tosse persistente
- Tosse o vomito con presenza di sangue

Tutti questi sintomi possono essere dovuti anche ad altre condizioni. Il medico raccoglierà informazioni per capire quali potrebbero essere le cause più probabili di questi sintomi. Quando sono presenti più sintomi contemporaneamente, e soprattutto se questi sintomi persistono, devono essere sempre effettuati ulteriori accertamenti.

La diagnosi di cancro esofageo si basa sugli esami descritti di seguito:

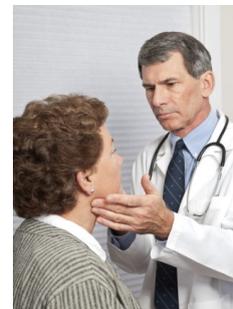
1. Esame obiettivo.

Il medico chiede al paziente di riferire i sintomi che ha avuto ed esegue un esame clinico comprensivo di ispezione e palpazione dell'addome e dei linfonodi* del collo e delle ascelle.

2. Esame endoscopico.

Durante l'esame endoscopico del tratto digestivo superiore o esofagogastroduodenoscopia, il medico fa scendere lungo la gola del paziente un endoscopio, uno strumento sottile e flessibile a forma di tubo dotato di un sistema di illuminazione. Ciò permette al medico di visualizzare il tessuto di rivestimento dell'esofago, dello stomaco e della prima parte dell'intestino tenue. Il medico può esplorare anche la porzione superiore della trachea (vie aeree). Se vengono osservate aree anomale, possono essere effettuate delle biopsie* (prelievo di campioni di tessuto) inserendo appositi strumenti nell'endoscopio. Questi campioni di tessuto vengono analizzati in laboratorio da uno specialista (vedi esame istologico*).

Durante l'endoscopia può essere eseguita anche un'endosonografia*. Questo esame consiste nell'introdurre una sonda ecografica nell'esofago attraverso la gola allo scopo di ottenere immagini dei diversi strati della parete dell'esofago, dei linfonodi* adiacenti e di altre strutture. Questa tecnica viene utilizzata per determinare la profondità di invasione del tumore attraverso la parete esofagea e nei tessuti o linfonodi vicini. Queste informazioni sono molto importanti e, per i pazienti candidati a chirurgia, devono essere ottenute prima dell'intervento.



L'endosonografia fornisce informazioni preziose per il chirurgo e può anche guidare la raccolta di un piccolo campione (biopsia) di una lesione sospetta durante l'endoscopia. Pertanto, eseguire un'endosonografia è utile soprattutto prima della chirurgia.

3. Esame radiologico.

Al fine di formulare la diagnosi, di valutare l'estensione della malattia e di stabilire il piano di trattamento, i medici dovranno eseguire alcune indagini radiologiche. Generalmente viene effettuata una TC* del torace e dell'addome. Allo scopo di stabilire con precisione la localizzazione del tumore nell'esofago può essere eseguita una radiografia con assunzione orale di mezzo di contrasto baritato. Questo esame consiste nell'acquisizione di immagini a raggi X* o radiografie dopo che il paziente ha bevuto alcuni sorsi di un liquido a base di solfato di bario. Questo liquido appare di un colore bianco luminoso sulle immagini radiografiche e permette di delineare molto chiaramente il rivestimento interno dell'esofago. Per verificare il grado di diffusione del tumore al di fuori dell'esofago può essere eseguita una PET. Può essere effettuato anche un esame endoscopico delle vie aeree (faringe, laringe, trachea e bronchi).



4. Esame istologico*.

La biopsia,* che è il campione di tessuto ottenuto durante l'endoscopia, sarà analizzata in laboratorio da un anatomo-patologo*. Questa procedura prende il nome di esame istologico. Utilizzando il microscopio e diversi altri test, l'anatomo-patologo confermerà la diagnosi di cancro e otterrà altre informazioni sulle caratteristiche del tumore. In particolare, l'esame istologico* permetterà di definire il tipo istologico* della neoplasia, ossia carcinoma a cellule squamose se il tumore è costituito dalle cellule piatte che rivestono l'esofago o adenocarcinoma se è costituito dalle cellule che producono e rilasciano muco* e altre sostanze liquide.



Quando viene effettuato un intervento chirurgico allo scopo di rimuovere un tumore, vengono analizzati in laboratorio anche il tumore e i linfonodi asportati. Questa procedura è molto importante per confermare i risultati della biopsia e per ottenere ulteriori informazioni sul cancro.

COSA È IMPORTANTE SAPERE AI FINI DELLA SCELTA DEL TRATTAMENTO OTTIMALE?

Ai fini della scelta del trattamento ottimale i medici devono considerare molti aspetti riguardanti sia il paziente sia il cancro.

Informazioni rilevanti sul paziente

- Storia medica personale
- Risultati dell'esame obiettivo
- Benessere generale e forma fisica
- Risultati degli esami del sangue, ivi compresi la conta delle cellule ematiche per verificare la presenza di anemia* e i test di funzionalità epatica e renale
- I risultati dell'endoscopia e della TC del torace e dell'addome. In alcuni pazienti saranno effettuati un'endosonografia* e/o una radiografia con mezzo di contrasto baritato.
- I risultati della valutazione preoperatoria. A seconda dello stato generale di salute del paziente, la valutazione preoperatoria potrebbe includere altri esami del sangue, una radiografia* del torace, un ECG* o elettrocardiogramma e un esame della funzionalità polmonare.
- Le preferenze del paziente per il tipo di trattamento.

I risultati di queste valutazioni sono importanti al fine di stabilire se il paziente sia idoneo per la chirurgia.

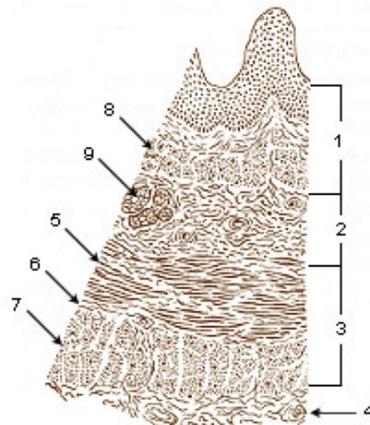


Informazioni rilevanti sul cancro

- **Stadiazione**

I medici utilizzano la stadiazione allo scopo di valutare l'estensione del tumore (ossia il suo grado di diffusione alle altre parti del corpo) e la prognosi* del paziente. Il metodo di stadiazione comunemente utilizzato è il sistema TNM. Nel sistema TNM, il tumore viene classificato in uno degli stadi descritti nella tabella sottostante in base alla combinazione delle categorie T (dimensioni del tumore e invasione dei tessuti adiacenti), N (interessamento dei linfonodi*) e M (presenza di metastasi* o diffusione del tumore ad altri organi del corpo).

Al fine di comprendere le definizioni di estensione locale del tumore, è importante sapere che la parete dell'esofago è formata da differenti strati, come illustrato nella figura di cui sotto:



Sezione della parete esofagea. Procedendo dall'interno all'esterno, i diversi strati che compongono la parete esofagea sono:

- 1: la mucosa*, costituita dall'epitelio*, dalla lamina propria* e dalla *muscularis mucosae** (8). La mucosa o membrana mucosa è lo strato interno dell'esofago e produce diverse sostanze liquide.
- 2: la sottomucosa*, contenente le ghiandole esofagee (9). La sottomucosa fornisce sostegno alla mucosa e la connette con gli strati muscolari sottostanti. Le ghiandole producono muco e fuoriescono sulla superficie attraverso un lungo dotto. Il muco ha la funzione di lubrificare e proteggere la parete esofagea.
- 3: la muscolare propria, con i numeri 5, 6 e 7 che indicano strati muscolari differenti. Gli strati muscolari si contraggono in maniera alternata allo scopo di far scendere il cibo attraverso l'esofago.
- 4: tonaca avventizia. Questo strato esterno è costituito da tessuto connettivo e fornisce sostegno all'esofago.

Conoscere lo stadio esatto del tumore è essenziale al fine di prendere le giuste decisioni terapeutiche. Più basso è lo stadio, migliore sarà la prognosi*. Normalmente la stadiazione viene eseguita due volte: dopo il completamento degli esami clinici e radiologici e dopo la chirurgia. Se viene effettuata la chirurgia, la stadiazione potrebbe basarsi anche sull'esame di laboratorio del tumore rimosso.

Nella tabella sottostante vengono descritti i differenti stadi del cancro dell'esofago. Poiché le definizioni sono piuttosto tecniche, per spiegazioni più dettagliate è raccomandabile rivolgersi a un medico.

Stadio	Definizione
Stadio 0	<i>Il tumore è detto carcinoma in situ, che significa che esso è circoscritto solo all'epitelio* o che l'esame istologico* evidenzia la presenza di displasia di alto grado, ma non di cellule tumorali. La displasia è un'alterazione nell'organizzazione delle cellule che rivestono l'esofago. Non vi è diffusione del tumore ai linfonodi* o ad altre parti del corpo.</i>
Stadio I	<i>Il tumore invade più in profondità la parete esofagea. Non vi è diffusione del tumore ai linfonodi* o ad altre parti del corpo.</i>
Stadio IA	<i>Il tumore invade la mucosa* (T1a) o la sottomucosa* (T1b).</i>
Stadio IB	<i>Il tumore invade la muscolare propria (T2).</i>

Stadio II	<i>Il tumore invade lo strato più profondo della parete esofagea, chiamato tonaca avventizia, o interessa 1 o 2 linfonodi vicini. Non vi è diffusione ad altre parti del corpo.</i>
Stadio IIA	<i>Il tumore invade la tonaca avventizia (T3). Non vi è diffusione del tumore ai linfonodi.</i>
Stadio IIB	<i>Il tumore invade la mucosa (T1a), la sottomucosa (T1b) o la muscolare propria (T2), e vi è interessamento di 1 o 2 linfonodi vicini.</i>
Stadio III	<i>Il tumore interessa più di 2 linfonodi o ha iniziato a invadere i tessuti circostanti. Non vi è diffusione ad altre parti del corpo.</i>
Stadio IIIA	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Il tumore invade la pleura*, il pericardio* o il diaframma* e non vi è diffusione ai linfonodi, oppure</i> – <i>Il tumore invade la tonaca avventizia e vi è interessamento di 1 o 2 linfonodi, oppure</i> – <i>Il tumore invade la mucosa, la sottomucosa o la muscolare propria e vi è interessamento di 3-6 linfonodi regionali.</i>
Stadio IIIB	<i>Il tumore invade la tonaca avventizia e vi è interessamento di 3-6 linfonodi.</i>
Stadio IIIC	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Il tumore invade la pleura*, il pericardio* o il diaframma* e vi è interessamento di 1-6 linfonodi, oppure</i> – <i>Il tumore invade strutture vicine come l'aorta, una vertebra o la trachea (vie aeree), indipendentemente dall'interessamento linfonodale, oppure</i> – <i>Vi è interessamento di più di 6 linfonodi, indipendentemente dall'entità dell'invasione locale del tumore.</i>
Stadio IV	<i>Il tumore si è diffuso ad altre parti del corpo, indipendentemente dall'entità dell'invasione locale e dell'interessamento linfonodale.</i>

- **Resecabilità**

I chirurghi giudicheranno il tumore operabile (o resecabile), che significa che è possibile asportarlo *in toto* mediante intervento chirurgico, o inoperabile (o non resecabile), che significa che non è possibile asportarlo. Un tumore può essere considerato non resecabile perché ha infiltrato troppo in profondità i tessuti o i linfonodi vicini*, è troppo vicino a vasi sanguigni importanti o si è diffuso ad organi distanti del corpo. Non vi è una linea di demarcazione netta tra tumori resecabili e non resecabili in base allo stadio TNM della malattia, ma i tumori agli stadi iniziali hanno maggiori probabilità di essere resecabili. La decisione dipenderà anche dall'idoneità del paziente a sostenere l'intervento chirurgico.

- **Localizzazione del tumore nell'esofago**

Ai fini della scelta del trattamento ottimale è importante conoscere la sede precisa del tumore. A seconda della loro localizzazione verticale nell'esofago, i tumori vengono generalmente classificati in:

- cervicali, che originano nella porzione superiore dell'esofago situata a livello del collo;
- intratoracici, che originano nella porzione centrale dell'esofago situata a livello del torace;
- della giunzione gastroesofagea, che originano nella porzione inferiore dell'esofago che si connette allo stomaco.

- **Risultati della biopsia***

Il tessuto tumorale ottenuto dalla biopsia sarà analizzato in laboratorio. Questa procedura prende il nome di esame istologico*. Il secondo esame istologico consiste nell'analisi del tumore e dei linfonodi* asportati durante l'intervento chirurgico. Questo secondo esame istologico è molto importante per confermare i risultati della biopsia e ottenere ulteriori informazioni sul cancro. I risultati della biopsia devono includere:

- **Il tipo istologico***

Il tipo istologico indica il tipo di cellule da cui è costituito il tumore. I tumori formati dalle cellule piatte che rivestono internamente l'esofago vengono classificati come carcinomi a cellule squamose, mentre quelli formati dalle cellule che producono e secernono muco* e altre sostanze liquide vengono classificati come adenocarcinomi. Se il tumore viene classificato dall'anatomo-patologo* come carcinoma a piccole cellule, un tipo molto raro di cancro esofageo, esso verrà trattato di conseguenza. Tuttavia, le informazioni fornite in questa Guida per il Paziente non si riferiscono ai carcinomi a piccole cellule.

- **Grado**

Il grado è definito dalla misura in cui le cellule tumorali differiscono nel loro aspetto dalle normali cellule esofagee e dalla velocità con cui esse si moltiplicano. Il cancro dell'esofago può essere classificato in 4 gradi differenti. Più basso è il grado, migliore sarà la prognosi*.

Oltre a studiare il campione biotico al microscopio, l'anatomo-patologo* lo utilizzerà per eseguire alcune analisi che forniranno informazioni sui geni delle cellule tumorali. Queste analisi includono l'ibridazione in situ fluorescente (*fluorescence in situ hybridization*, FISH*) o l'immunoistochimica*.

- **Stato di HER2***

La valutazione dello stato di HER2 deve essere effettuata per gli adenocarcinomi localizzati nella porzione inferiore dell'esofago, vicino alla giunzione con lo stomaco. Utilizzando il test FISH* o l'immunoistochimica, l'anatomo-patologo studia i geni delle cellule tumorali. Alcune cellule mostrano l'amplificazione di un gene chiamato HER2, ossia un numero in eccesso di copie di questo gene in uno dei cromosomi* della cellula. Il gene HER2 è responsabile della produzione di una proteina che può aumentare il grado di malignità di una cellula favorendone la crescita e la migrazione. Inoltre, lo stato di HER2 è un elemento importante ai fini della scelta del trattamento. Quando nelle cellule tumorali sono presenti un numero in eccesso di copie del gene HER2 e livelli superiori alla norma della proteina corrispondente, il tumore viene classificato come HER2-positivo. In caso contrario, il tumore viene classificato come HER2-negativo. I tumori HER2-positivi hanno un decorso aggressivo.

QUALI SONO LE OPZIONI DI TRATTAMENTO?

La pianificazione del trattamento richiede il coinvolgimento di un'équipe multidisciplinare di professionisti medici. Normalmente, specialisti di branche diverse si riuniscono allo scopo di analizzare e discutere ogni singolo caso in quella che viene chiamata opinione multidisciplinare* o *tumour board*. Nel corso di questa riunione viene discussa la pianificazione del trattamento utilizzando le informazioni rilevanti descritte in precedenza.



In genere, il trattamento combina strategie di intervento che:

- Agiscono sul cancro a livello locale, come la chirurgia o la radioterapia*
- Agiscono sulle cellule tumorali presenti in tutto il corpo mediante una terapia sistemica* come la chemioterapia

Il tipo e l'entità del trattamento dipenderanno dallo stadio della malattia, dalle caratteristiche del tumore e dai rischi per il paziente.

Tutti i trattamenti descritti di seguito presentano benefici, rischi e controindicazioni. Affinché i pazienti siano consapevoli delle possibili conseguenze del trattamento, si consiglia loro di rivolgersi agli oncologi curanti per conoscere i rischi e i benefici attesi di ogni strategia terapeutica. Per alcuni pazienti sono disponibili alternative diverse e la scelta di un'opzione al posto di un'altra deve essere discussa soppesando i rischi e i benefici.

Quando il tumore è considerato resecabile e il paziente è ritenuto idoneo, il trattamento di scelta è rappresentato dalla chirurgia. Questo in caso di malattia localizzata. La chirurgia è quindi l'opzione da preferire, ma, poiché gli interventi chirurgici sull'esofago comportano rischi elevati, non tutti i pazienti possono essere operati. Lo stadio della malattia, la localizzazione del tumore, il tipo istologico* (adenocarcinoma o carcinoma a cellule squamose) e la forma fisica del paziente influenzano fortemente le possibilità di successo della chirurgia. Solitamente, la diffusione del tumore ad altri organi (malattia estesa) preclude la chirurgia.

Piano di trattamento per l'adenocarcinoma in stadio da 0 a III

Il tumore è un adenocarcinoma ed è circoscritto all'esofago o si è diffuso alle strutture adiacenti. I linfonodi regionali possono essere o non essere interessati. Non vi è diffusione ad altre parti del corpo.*

1. Il tumore è considerato operabile

La chirurgia è il trattamento raccomandato e consiste nella rimozione della parte di esofago in cui è localizzato il tumore.

Per gli stadi localmente avanzati (stadio III), il trattamento sarà discusso nell'ambito dell'opinione multidisciplinare*. A seconda dell'estensione e dello stadio del tumore, può essere somministrata la chemioterapia* prima e dopo l'intervento o una combinazione di chemioterapia e radioterapia* prima dell'intervento. L'obiettivo di questa strategia è quello di ridurre le dimensioni del tumore e di eliminare le cellule tumorali che non verranno rimosse dall'intervento chirurgico, nell'intento di migliorare l'esito dell'operazione.

Chirurgia

Nei pazienti idonei, la chirurgia rappresenta il trattamento di scelta, anche in presenza di interessamento di linfonodi* vicini. Tuttavia, la presenza di interessamento linfonodale riduce le possibilità di cura dei pazienti. Per questo motivo, se durante la stadiazione iniziale sorge il sospetto di un coinvolgimento linfonodale, nell'ambito dell'opinione multidisciplinare* deve essere discussa l'eventualità di un trattamento combinato includente la chemioterapia o la chemioradioterapia*.

Procedure chirurgiche

Durante l'intervento chirurgico verrà asportata la porzione dell'esofago contenente il tumore. Oggigiorno esistono diverse modalità o tecniche per asportare il tumore, ma non è ancora chiaro quale tipo di chirurgia debba essere raccomandato. La scelta della tecnica chirurgica dipenderà dalla sede del tumore, dall'estensione della malattia e dall'esperienza del chirurgo. Oltre ad asportare l'esofago come descritto di seguito, il chirurgo rimuoverà tutti i linfonodi vicini, che saranno analizzati da un anatomo-patologo* per la presenza di cellule tumorali. Ciò è importante per definire lo stadio della malattia. Nella maggior parte dei casi verrà rimossa anche una parte dello stomaco.



L'esofago e i linfonodi possono essere asportati praticando 2 incisioni (collo e addome) o 3 incisioni. Quando viene asportata la maggior parte dell'esofago, viene rimosso il tumore insieme ad ampi margini di tessuto sano al di sopra e al di sotto del tumore. Successivamente, lo stomaco viene sollevato e collegato alla parte superiore dell'esofago. In alcuni casi, per sostituire la porzione di esofago asportata il chirurgo può utilizzare parte dell'intestino.

A tutt'oggi non è ancora chiaro quale tipo di chirurgia debba essere raccomandato e la scelta di un approccio rispetto a un altro dipenderà dall'esperienza del chirurgo.

La chirurgia dell'esofago è associata a rischi elevati. Per questo motivo, il chirurgo deve avere esperienza in questo tipo di procedure. I rischi e gli effetti indesiderati della chirurgia dell'esofago saranno illustrati in una sezione successiva del presente documento e devono essere discussi anticipatamente con i medici.

Terapia adiuvante

La terapia adiuvante è un trattamento che viene somministrato in aggiunta al trattamento principale, che in questo caso consiste nella rimozione chirurgica del tumore. La chemioterapia somministrata prima e, se possibile, dopo la chirurgia, costituisce il trattamento standard. Un'altra opzione è rappresentata dalla somministrazione della radioterapia in combinazione con la chemioterapia prima della chirurgia. Di seguito vengono illustrati i benefici e i rischi delle diverse strategie.

La **chemioterapia** consiste nella somministrazione di farmaci allo scopo di distruggere le cellule tumorali o di limitarne la crescita. La chemioterapia somministrata prima della chirurgia ha l'obiettivo di ridurre le dimensioni del tumore e di facilitarne l'asportazione chirurgica. Questa strategia, che prende il nome di **chemioterapia neoadiuvante** o preoperatoria, ha mostrato di arrecare un beneficio in tutti i tipi di cancro esofageo, ma i suoi vantaggi sono maggiori nell'adenocarcinoma.



I pazienti che hanno un adenocarcinoma localizzato nella porzione inferiore dell'esofago (vicino allo stomaco) possono trarre beneficio dalla chemioterapia somministrata prima e dopo la chirurgia. La chemioterapia somministrata sia prima sia dopo la chirurgia è detta **chemioterapia perioperatoria** ed è attualmente raccomandata per i pazienti con adenocarcinoma localmente avanzato.

I farmaci utilizzati per il trattamento dell'adenocarcinoma sono cisplatino*, 5-fluorouracile* ed eventualmente epirubicina*. La scelta di un agente rispetto ad un altro dipende dal giudizio del medico.

Gli effetti indesiderati più frequenti dei farmaci chemioterapici saranno descritti in una sezione successiva della presente guida. In genere, essi scompaiono dopo la conclusione del trattamento. Oggigiorno sono disponibili alcune strategie per prevenire o alleviare alcuni di questi effetti indesiderati. Tali strategie devono essere discusse anticipatamente con il personale medico.

Un'altra opzione di trattamento è rappresentata dalla radioterapia* in combinazione con la chemioterapia somministrate prima della chirurgia (**chemioradioterapia preoperatoria**). Tuttavia, resta ancora da stabilire quali pazienti traggano beneficio da questa modalità intensiva di trattamento. La chemioradioterapia* è la somministrazione combinata della chemioterapia e della radioterapia nello stesso periodo di tempo e secondo uno schema specifico. La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni dirette sulla sede del tumore allo scopo di uccidere le cellule tumorali. I risultati di ricerche recenti suggeriscono che la chemioradioterapia seguita dalla chirurgia determini un aumento della sopravvivenza dei pazienti, soprattutto di quelli con adenocarcinoma localmente avanzato. Sfortunatamente, l'uso sia della radioterapia sia della chemioterapia aumenta il rischio di sviluppare effetti indesiderati. È stato dimostrato che prima della chirurgia i pazienti sottoposti a chemioradioterapia possono essere più deboli e, quindi, essere maggiormente esposti al rischio di manifestare complicanze postoperatorie gravi. Per questo motivo la chemioradioterapia preoperatoria non deve essere somministrata a tutti i pazienti e l'équipe multidisciplinare di esperti deve discutere la possibile terapia ottimale per ogni singolo paziente.

Gli effetti indesiderati della chemioradioterapia sono quelli della chemioterapia e della radioterapia. I farmaci utilizzati con maggiore frequenza sono cisplatino* e 5-fluorouracile*, ma a discrezione del medico possono essere utilizzati anche altri agenti. Gli effetti indesiderati più frequenti della chemioterapia e della radioterapia saranno descritti in una sezione successiva della presente guida. In genere, essi scompaiono dopo la conclusione del trattamento. Oggigiorno sono disponibili alcune strategie per prevenire o alleviare alcuni di questi effetti indesiderati. Tali strategie devono essere discusse anticipatamente con i medici.

La chemioterapia e la chemioradioterapia possono essere somministrate anche dopo la chirurgia. Questa strategia è chiamata terapia postoperatoria o adiuvante. Tuttavia, ad oggi il beneficio derivante dalla somministrazione della chemioterapia e della chemioradioterapia dopo la chirurgia non è ancora chiaro e gli effetti indesiderati del trattamento possono essere difficili da gestire. L'unica eccezione in cui la chemioterapia o la chemioradioterapia postoperatoria mostra un beneficio evidente è rappresentata dai pazienti con adenocarcinoma della porzione inferiore dell'esofago sottoposti a chirurgia limitata. Con chirurgia limitata si intende che, durante l'intervento, insieme alla parte di esofago colpita viene rimosso solo un numero limitato di linfonodi*.

2. Il tumore è considerato inoperabile

Quando il tumore è considerato inoperabile o il paziente non è idoneo per l'intervento chirurgico, la combinazione della chemioterapia* e della radioterapia* (chemioradioterapia) è l'opzione da preferire in quanto si è dimostrata più efficace rispetto alla sola radioterapia. Normalmente vengono somministrati cisplatino* e 5-fluorouracile*, ma a discrezione del medico possono essere utilizzati anche altri agenti. Può essere valutata anche la sola chemioterapia. La scelta del trattamento deve sempre essere discussa nell'ambito dell'opinione multidisciplinare*.

La chemioradioterapia o la chemioterapia può essere somministrata con l'intento di curare il cancro o di ridurre i sintomi, a seconda dell'estensione della malattia.

Gli effetti indesiderati più frequenti della chemioterapia e della radioterapia saranno descritti in una sezione successiva della presente guida. In genere, essi scompaiono dopo la conclusione del trattamento. Oggigiorno sono disponibili alcune strategie per prevenire o alleviare alcuni di questi effetti indesiderati. Tali strategie devono essere discusse anticipatamente con i medici.

Piano di trattamento per il carcinoma a cellule squamose in stadio da 0 a III

Il tumore è un carcinoma a cellule squamose ed è circoscritto all'esofago o si è diffuso alle strutture adiacenti. I linfonodi regionali possono essere o non essere interessati. Non vi è diffusione ad altre parti del corpo.*

1. Il tumore è considerato operabile

La chirurgia è il trattamento raccomandato e consiste nella rimozione della parte di esofago in cui è localizzato il tumore. Il tipo di chirurgia dipenderà dall'estensione del tumore.

Nei tumori che hanno invaso lo strato più profondo della parete esofagea o le strutture adiacenti, la sola chemioterapia o una combinazione di chemioterapia* e radioterapia* (chemioradioterapia) somministrata prima della chirurgia possono migliorare l'esito dell'intervento. Se il tumore risponde bene alla chemioterapia o alla chemioradioterapia, la chirurgia può essere posticipata o potrebbe diventare persino superflua. Queste opzioni di trattamento saranno discusse nell'ambito dell'opinione multidisciplinare.

Qualora non fosse possibile asportare completamente il tumore, dopo la chirurgia potrebbe essere valutata la somministrazione di altri cicli di chemioradioterapia.

Chirurgia

La chirurgia è il trattamento di scelta per i pazienti con tumori agli stadi iniziali che risultano idonei a sostenere l'intervento, anche in presenza di interessamento dei linfonodi* vicini. Tuttavia, la presenza di interessamento linfonodale riduce le possibilità di cura dei pazienti. Per questo motivo, se durante la stadiazione iniziale sorge il sospetto di un coinvolgimento linfonodale, nell'ambito dell'opinione multidisciplinare* deve essere discussa l'eventualità di un trattamento combinato includente la chemioterapia o la chemioradioterapia.

Procedure chirurgiche

Oggigiorno esistono diverse modalità o tecniche per asportare il tumore. La scelta della tecnica chirurgica dipenderà dalla sede del tumore, dall'estensione della malattia e dall'esperienza del chirurgo. Oltre ad asportare l'esofago (come descritto di seguito), il chirurgo rimuoverà tutti i linfonodi vicini, che saranno analizzati da un anatomo-patologo* per la presenza di cellule tumorali.

Cancro dell'esofago: una guida per il paziente –

Informazioni basate sulle Linee Guida per la Pratica Clinica ESMO - v.2012.1

Pagina 16

Il presente documento è distribuito dall'Anticancer Fund con il permesso dell'ESMO.

Le informazioni contenute in questo documento non sostituiscono il parere del medico, sono a esclusivo uso personale e non possono essere in alcun modo modificate, riprodotte o divulgate senza l'autorizzazione scritta dell'ESMO e dell'Anticancer Fund.

- **Resezione endoscopica* di carcinoma a cellule squamose circoscritto alla mucosa***

La resezione endoscopica consiste nell'asportare una parte dell'esofago in sede di endoscopia. In questa procedura, il medico fa scendere lungo la gola del paziente un sottile strumento flessibile a forma di tubo dotato di un sistema di illuminazione. L'endoscopio è provvisto di un dispositivo chirurgico che permette di eseguire una resezione del tumore. Questo intervento è raccomandato per il carcinoma a cellule squamose circoscritto alla mucosa e deve essere effettuato in centri specializzati da chirurghi e gastroenterologi* con esperienza in questo tipo di procedura. In genere, questa tecnica permette di preservare l'esofago del paziente.

- **Rimozione di una parte dell'esofago o di tutto l'esofago per un carcinoma a cellule squamose che si è esteso allo strato più profondo della parete esofagea o alle strutture adiacenti, con o senza invasione dei linfonodi regionali***

Il tipo di chirurgia dipende dalla sede del tumore. Nei tumori che hanno infiltrato lo strato più profondo della parete esofagea o le strutture adiacenti, una combinazione di chemioterapia* e radioterapia* somministrata prima della chirurgia può ridurre le dimensioni del tumore e migliorare l'esito dell'intervento.



- **Carcinoma a cellule squamose della porzione superiore dell'esofago (cervicale)**

L'esofago e i linfonodi possono essere asportati praticando 2 incisioni (collo e addome) o 3 incisioni. A tutt'oggi non è ancora chiaro quale tipo di chirurgia debba essere raccomandato e la scelta di un approccio rispetto all'altro dipenderà soprattutto dall'esperienza del chirurgo.

- **Carcinoma a cellule squamose della porzione centrale dell'esofago (intratoracica)**

Quando un carcinoma a cellule squamose è localizzato nella regione centrale dell'esofago, la procedura chirurgica raccomandata è rappresentata dall'esofagectomia transtoracica. Il chirurgo praticherà due incisioni, una nell'addome e una nel torace, e asporterà la maggior parte dell'esofago, ossia rimuoverà il tumore insieme ad ampi margini di tessuto sano al di sopra e al di sotto del tumore. Successivamente, lo stomaco verrà sollevato e collegato alla parte superiore dell'esofago. Se lo stomaco non può essere utilizzato, al fine di sostituire la porzione di esofago asportata il chirurgo utilizzerà parte dell'intestino.

- **Carcinoma a cellule squamose della porzione inferiore dell'esofago (giunzione gastroesofagea)**

Quando il tumore è localizzato nella porzione inferiore dell'esofago, vicino allo stomaco, viene rimossa anche una parte dello stomaco. La parte rimanente dello stomaco verrà collegata alla porzione superiore dell'esofago. Solitamente vengono praticate due incisioni, una nell'addome e una nel collo, ma nessuna nel torace. Alcune tecniche prevedono tre incisioni: nell'addome, nel torace e nel collo.

La chirurgia dell'esofago è associata a rischi elevati e non è esente da effetti indesiderati. Il chirurgo deve avere esperienza in questo tipo di procedure. I rischi e gli effetti indesiderati della chirurgia dell'esofago verranno descritti in una sezione successiva del presente documento e devono essere discussi anticipatamente con i medici.

Terapia adiuvante

La terapia adiuvante è un trattamento che viene somministrato in aggiunta al trattamento principale, che in questo caso consiste nell'asportazione chirurgica del tumore.

La decisione di somministrare la chemioterapia e a volte la radioterapia* prima della chirurgia dipende dall'estensione e dallo stadio del tumore.

La decisione di somministrare la chemioterapia in combinazione con la radioterapia dopo la chirurgia dipende dal successo della resezione completa del tumore durante l'intervento chirurgico.

La **chemioradioterapia*** è la somministrazione della chemioterapia in combinazione con la radioterapia nello stesso periodo di tempo e secondo uno schema specifico. La chemioterapia consiste nell'uso di farmaci allo scopo di uccidere le cellule tumorali o di limitarne la crescita. La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni dirette specificamente sull'area del tumore allo scopo di uccidere le cellule tumorali.

L'effetto della chemioradioterapia somministrata prima della chirurgia è ancora in fase di studio e i suoi benefici non sono stati ancora dimostrati per tutti i pazienti. I risultati di ricerche recenti suggeriscono che la chemioradioterapia seguita dalla chirurgia potrebbe determinare un aumento della sopravvivenza dei pazienti con carcinoma a cellule squamose infiltrante lo strato più profondo della parete esofagea o le strutture adiacenti. Sfortunatamente, l'uso sia della radioterapia sia della chemioterapia aumenta il rischio di sviluppare effetti indesiderati. È stato dimostrato che prima della chirurgia i pazienti sottoposti a chemioradioterapia possono essere più deboli e, quindi, essere maggiormente esposti al rischio di manifestare complicanze postoperatorie gravi. Per questo motivo non è ancora chiaro quali pazienti possano trarre beneficio dalla chemioradioterapia preoperatoria. Tuttavia, questa strategia di trattamento è raccomandata per tutti i pazienti con tumori che hanno infiltrato lo strato più profondo della parete esofagea o le strutture adiacenti.

Gli effetti indesiderati della chemioradioterapia sono quelli della chemioterapia e della radioterapia. Gli effetti indesiderati più frequenti della chemioterapia e della radioterapia saranno descritti in una sezione successiva della presente guida (vedi *"Possibili effetti indesiderati delle terapie utilizzate per il trattamento dei tumori dell'esofago"*). In genere, essi scompaiono dopo la conclusione del trattamento. Oggigiorno sono disponibili alcune strategie per prevenire o alleviare alcuni di questi effetti indesiderati. Tali strategie devono essere discusse anticipatamente con i medici.

Se il tumore risponde bene alla chemioradioterapia, i medici potrebbero decidere di continuare questo trattamento e di posticipare la chirurgia. La risposta del tumore è la riduzione delle sue dimensioni a seguito del trattamento e viene valutata in base allo stato di salute percepito dal paziente, a un'endoscopia* (comprensiva di nuove biopsie*) e ad esami di diagnostica per immagini che possono includere un esofagogramma*, una TC* o una PET*. In caso di risposta favorevole, i medici potrebbero decidere di aumentare la dose di radioterapia. Alcuni studi hanno dimostrato che l'aumento della dose di radioterapia è associato a una sopravvivenza simile a quella ottenuta con la chirurgia. Tuttavia, vi è una probabilità più elevata che il tumore ricompaa nella porzione dell'esofago in cui si era sviluppato originariamente. Pertanto, è molto importante che il paziente venga strettamente monitorato da un'équipe multidisciplinare di esperti e che, in caso di progressione del tumore, venga sottoposto il prima possibile a chirurgia.

In alcuni pazienti la chirurgia non è necessaria. In questi casi, il trattamento prende il nome di chemioradioterapia definitiva. Questa strategia è raccomandata soprattutto nei pazienti con tumori della porzione superiore (cervicale) dell'esofago, che sono difficili da asportare chirurgicamente.

Dopo la chirurgia, la porzione di esofago asportata sarà analizzata in laboratorio da un anatomo-patologo*. Questa procedura è detta esame istologico*. L'anatomo-patologo verificherà che i margini del pezzo resecato siano liberi da tumore e, quindi, che il tumore sia stato interamente rimosso. La presenza di cellule tumorali nei margini del pezzo operatorio indica che una parte del tumore è rimasta in sede. In tal caso, allo scopo di eliminare le cellule tumorali ancora presenti nel corpo potrebbe essere somministrata un'altra chemioradioterapia, che prende il nome di terapia postoperatoria o adiuvante.

Tuttavia, oggi i benefici arrecati dalla chemioradioterapia somministrata dopo la chirurgia non sono stati ancora stabiliti.

2. Il tumore è considerato inoperabile

Per i pazienti che non sono idonei o non vogliono sottoporsi all'intervento chirurgico, la chemioradioterapia* ha un effetto migliore rispetto alla sola radioterapia*. Il trattamento deve sempre essere discusso nell'ambito dell'opinione multidisciplinare*. Normalmente vengono somministrati cisplatino* e 5-fluorouracile*, ma a discrezione del medico possono essere utilizzati anche altri farmaci. La dose standard di radiazioni è pari o superiore a 60 Gy, anche se generalmente vengono raccomandate dosi più alte. Gy sta per Gray, l'unità di misura della dose di radiazioni somministrata durante la radioterapia. La chemioradioterapia può essere somministrata con l'intento di curare il cancro, di alleviare i sintomi o entrambi, a seconda dell'estensione della malattia.

Piano di trattamento per la malattia metastatica* (stadio IV)

Il tumore è un carcinoma a cellule squamose o un adenocarcinoma e si è diffuso ad altre parti del corpo come i polmoni o il fegato, indipendentemente dal grado di invasione locale e dalla presenza o assenza di interessamento linfonodale.*

I pazienti con cancro esofageo metastatico possono essere valutati per diverse opzioni terapeutiche tese ad alleviare i sintomi. La scelta dipenderà dalla situazione specifica del singolo paziente.

Trattamento locale

La **brachiterapia** è un tipo di radioterapia* in cui il materiale radioattivo viene posto direttamente nel tumore o vicino a esso. A causa della vicinanza del materiale radioattivo con il tumore e della breve distanza che le radiazioni devono percorrere per raggiungerlo, possono essere somministrate dosi di radioterapia superiori a quelle utilizzate nella radioterapia esterna, in cui le radiazioni vengono emesse da una sorgente esterna al corpo e dirette sull'area del tumore. Nei pazienti con cancro esofageo metastatico*, questa strategia può ridurre i disturbi e i problemi di deglutizione. È stato dimostrato che la brachiterapia ha un migliore effetto a lungo termine ed è associata a una frequenza più bassa di effetti indesiderati rispetto al posizionamento di **uno stent**. Lo stent è un dispositivo in metallo a forma di tubo che viene inserito nell'esofago al fine di evitare che l'organo venga ostruito dalle dimensioni crescenti della massa tumorale e di permettere il passaggio del cibo al suo interno. Gli effetti indesiderati della brachiterapia sono mal di gola temporaneo e nausea. In presenza di uno stent, esiste il rischio che il tumore, dopo qualche tempo, possa estendersi al di sopra di una delle estremità del dispositivo ostruendo di nuovo l'esofago.

Terapia sistemica*

La terapia sistemica è un trattamento che ha lo scopo di agire sulle cellule tumorali presenti in tutto il corpo, a differenza della terapia locale, come la chirurgia o la radioterapia*, che agisce sulle cellule tumorali presenti all'interno di un'area definita. Il principale tipo di terapia sistemica è rappresentato dalla chemioterapia*.

La chemioterapia può aiutare a ridurre i sintomi e deve essere presa in considerazione soprattutto nei pazienti idonei e con buono stato generale di salute. Tradizionalmente vengono utilizzati cisplatino* e 5-fluorouracile*. Tuttavia, alcuni agenti più nuovi appartenenti alle stesse classi farmacoterapeutiche sembrano offrire un'efficacia superiore e una migliore qualità di vita.

I pazienti con adenocarcinoma della porzione inferiore dell'esofago devono essere sottoposti a screening per lo stato di HER2*. Quando sono presenti un numero eccessivo di copie del gene HER2 o livelli troppo elevati della proteina corrispondente HER2, il tumore viene definito HER2-positivo. In caso di tumore HER2-positivo, potrebbe essere aggiunto alla chemioterapia un farmaco chiamato trastuzumab*. Trastuzumab è un farmaco avente come bersaglio specifico la proteina HER2. Questo tipo di trattamento è detto terapia a bersaglio molecolare*.

QUALI SONO I POSSIBILI EFFETTI INDESIDERATI DEL TRATTAMENTO?

Rischi ed effetti indesiderati della chirurgia

L'asportazione dell'esofago è una procedura chirurgica ad alto rischio. I rischi associati alla chirurgia dell'esofago sono diversi e possono causare problemi di salute indesiderati chiamati complicazioni. In genere queste complicazioni sono gestibili, ma a volte sono difficili da trattare e possono risultare anche fatali.

Tutti gli interventi chirurgici eseguiti in anestesia* generale sono associati al rischio di sviluppare alcune complicazioni. Queste complicazioni si verificano raramente e includono trombosi venosa profonda*, problemi cardiaci o respiratori, sanguinamento, infezioni o reazioni all'anestesia. I medici adotteranno le misure più appropriate per ridurre al minimo il rischio che si verifichino complicazioni.

Il collegamento dello stomaco alla porzione rimanente dell'esofago è detta anastomosi. A volte, nel periodo postoperatorio l'anastomosi può riaprirsi o causare un'infezione nel torace, mentre il restringimento dell'esofago dovuto alla formazione di tessuto cicatriziale può dare problemi di deglutizione. Questo restringimento può essere nuovamente dilatato in corso di endoscopia*, alleviando il problema.

In alcuni pazienti lo stomaco può impiegare più tempo di prima per svuotarsi e ciò può causare nausea e vomito. Altri pazienti possono soffrire di bruciori di stomaco a causa dell'asportazione dello strato muscolare che separa l'esofago dallo stomaco. Oggigiorno sono disponibili farmaci efficaci per alleviare questi sintomi. Un nutrizionista* o un dietologo può fornire consigli ai pazienti e aiutarli a ricominciare ad alimentarsi reintroducendo gradualmente i cibi e le bevande in base al processo di guarigione dell'esofago.

Rischi ed effetti indesiderati della chemioterapia*

I principali effetti indesiderati della chemioterapia sono:

- perdita dei capelli
- nausea e vomito
- diarrea
- infiammazione della bocca o formazione di ulcere in bocca
- riduzione delle conte di cellule ematiche. Una riduzione del numero di globuli bianchi aumenta il rischio di contrarre infezioni e complica il loro trattamento. Una riduzione del numero di globuli rossi* può portare a una condizione nota come anemia* che causa stanchezza e affanno. Una riduzione del numero di piastrine* aumenta la suscettibilità del paziente alla formazione di lividi e ai sanguinamenti (es. perdite di sangue dal naso o dalle gengive).

Oltre a questi effetti generali, ogni farmaco può causare anche effetti indesiderati differenti. I più comuni sono descritti di seguito, anche se non tutti i pazienti li manifestano o li manifestano con la stessa intensità.

- 5-fluorouracile* può causare affaticamento, che può persistere per alcuni mesi dopo la conclusione del trattamento.
- Cisplatino* potrebbe causare perdita dell'udito e danno renale. Prima dell'inizio del trattamento vengono eseguiti gli esami del sangue per la valutazione della funzionalità renale. Al fine di prevenire un danno renale, durante il trattamento è molto importante bere molta acqua.
- In casi rari, epirubicina* può danneggiare il muscolo cardiaco, anche se in genere si osservano effetti sul cuore solo nei pazienti che assumono il farmaco per molti mesi o che soffrivano di problemi cardiaci già prima di iniziare il trattamento. Se il paziente ha problemi cardiaci, prima di iniziare il trattamento il medico gli prescriverà un esame di diagnostica per immagini per accertarsi che il suo cuore sia in grado di tollerare il farmaco. Inoltre, epirubicina può rendere la pelle più sensibile alla luce solare e causare arrossamento nelle aree in cui il paziente ha precedentemente ricevuto la radioterapia*. Per alcuni giorni dopo il trattamento l'urina potrebbe assumere una colorazione rossa o rosa. Questo colore non è dovuto alla presenza di sangue, bensì al colore del farmaco.

Rischi ed effetti indesiderati della chemioradioterapia*

Gli effetti indesiderati della chemioradioterapia sono quelli della chemioterapia* (descritti poc'anzi) e della radioterapia. I principali effetti indesiderati della radioterapia del torace e/o dello stomaco sono nausea e forte mal di gola. Poiché mangiare potrebbe essere difficile, alcuni pazienti possono mostrare un calo temporaneo del peso corporeo o potrebbero richiedere la somministrazione endovenosa* di liquidi extra.

Rischi ed effetti indesiderati della terapia a bersaglio molecolare*

I più comuni effetti indesiderati di trastuzumab* sono affaticamento, diarrea e reazioni al farmaco tra cui brividi, febbre, nausea, respiro sibilante, cefalea e sensazione di svenimento. Tuttavia, in genere queste reazioni diminuiscono con la continuazione del trattamento.

COSA SUCCEDERÀ UNA VOLTA TERMINATO IL TRATTAMENTO?

Dopo che il trattamento è stato completato, non è insolito che i pazienti sviluppino sintomi a esso correlati.

- Spesso nel periodo post-trattamento compaiono ansia, difficoltà a dormire o depressione; i pazienti che sviluppano questi sintomi potrebbero aver bisogno di un sostegno psicologico.
- Disturbi della memoria e difficoltà di concentrazione sono effetti indesiderati non rari della chemioterapia* e in genere tendono a scomparire nell'arco di alcuni mesi.
- Per un po' di tempo la deglutizione può essere dolorosa, soprattutto quando vengono ingeriti cibi solidi. Un nutrizionista* o un dietologo può aiutare il paziente ad alimentarsi di nuovo e ad adattare la dieta in base al processo di guarigione dell'esofago.



Follow-up* con i medici

Dopo il completamento del trattamento, i medici proporranno ai pazienti di sottoporsi a un programma di follow-up, consistente di controlli medici periodici, con i seguenti obiettivi:

- valutare e trattare gli effetti avversi del trattamento
- fornire al paziente sostegno psicologico e informazioni per facilitare il ritorno alla vita normale
- identificare il prima possibile un'eventuale recidiva*.

Oggi, non vi è una frequenza o un intervallo standard raccomandato per le visite di follow-up. Solo nei casi in cui la chemioradioterapia* è stata l'unico trattamento del carcinoma a cellule squamose localmente avanzato, ossia quando non è stato eseguito alcun intervento chirurgico, il paziente deve essere sottoposto a stretto controllo. Ciò è necessario al fine di identificare il prima possibile un'eventuale crescita o estensione del tumore (progressione) e di sottoporre il paziente a chirurgia.

Le visite di follow-up con l'oncologo devono includere:

- La raccolta della storia medica, la registrazione dei sintomi e l'esame clinico. Inoltre, il medico o il dietologo valuterà con particolare attenzione la dieta ed eventuali problemi di nutrizione.
- In alcuni casi il medico potrebbe richiedere l'esecuzione di una nuova endoscopia* corredata di eventuale biopsia* o di un esame di diagnostica per immagini come un esofagogramma*, una TC* o una PET*.

Ritorno alla vita normale

Vivere con il pensiero di una possibile ricomparsa del tumore può essere difficile. In base alle conoscenze attualmente disponibili, non può essere raccomandata alcuna strategia specifica per ridurre il rischio di recidiva* dopo il completamento del trattamento. A causa del cancro stesso e del suo trattamento, per alcune persone tornare alla vita normale potrebbe non essere facile. L'immagine corporea, l'affaticamento, il lavoro, la sfera emotiva o lo stile di vita potrebbero essere fonte di preoccupazioni. Parlare di questi problemi con i familiari, gli amici o il personale medico può essere d'aiuto. Alcuni pazienti possono trovare sostegno anche in gruppi di ex-pazienti o in servizi telefonici di informazione e assistenza.

Cosa succederebbe se il cancro dovesse ricomparire?

La ricomparsa di un tumore prende il nome di recidiva*. Il trattamento dipende dalla sede e dall'estensione della recidiva e dalle terapie precedentemente ricevute. Il cancro può ricomparire nell'esofago o in un'altra parte del corpo.

Se il cancro si ripresenta nell'esofago, il trattamento consiste spesso nella rimozione dell'esofago. Se il paziente non è in grado di tollerare un intervento chirurgico a causa di altri problemi di salute, il cancro potrebbe essere trattato con la chemioterapia, con la radioterapia o con entrambe.

In caso di recidiva locale della malattia dopo la chirurgia, potrebbero essere utilizzate la radioterapia e/o la chemioterapia. Se il paziente ha già ricevuto la radioterapia, in genere una nuova irradiazione è sconsigliata. Se il paziente è già stato trattato con la chemioterapia, il trattamento chemioterapico in linea di massima può essere ripetuto. A volte vengono somministrati gli stessi farmaci utilizzati in precedenza, anche se spesso è preferibile ricorrere a farmaci diversi.

Un'eventuale recidiva della malattia in altri organi o tessuti* deve essere trattata come descritto in precedenza nel paragrafo "Piano di trattamento per la malattia metastatica* (stadio IV)".

DEFINIZIONE DEI TERMINI TECNICI

5-fluorouracile

Farmaco utilizzato per trattare i sintomi del cancro del colon, della mammella, dello stomaco e del pancreas. Viene utilizzato anche in una formulazione in crema per trattare alcune affezioni cutanee. 5-fluorouracile arresta la sintesi di DNA all'interno della cellula e può uccidere le cellule cancerose. È un tipo di antimetabolita. È chiamato anche 5-FU e fluorouracile.

Anatomo-patologo

Medico specializzato in istopatologia*, ossia nello studio delle cellule e dei tessuti malati al microscopio.

Anemia

Condizione caratterizzata dalla riduzione al di sotto della norma del numero di globuli rossi* o della quantità di emoglobina. Il ferro contenente l'emoglobina trasporta l'ossigeno dai polmoni al resto del corpo; in presenza di questa condizione, il trasporto di ossigeno ai tessuti diminuisce.

Anestesia

Stato reversibile di perdita della coscienza in cui il paziente non avverte dolore, non ha riflessi normali e risponde in misura minore allo stress. L'anestesia viene indotta artificialmente mediante la somministrazione di sostanze note come anestetici. Può essere totale o parziale e rende possibile l'esecuzione degli interventi chirurgici sui pazienti.

Biopsia

Rimozione di cellule o di tessuti* da sottoporre all'esame di un anatomo-patologo*. L'anatomo-patologo può analizzare il tessuto al microscopio o sottoporre le cellule o il tessuto ad altre analisi. Esistono molti tipi diversi di biopsia. I più comuni includono: (1) la biopsia incisionale, consistente nella rimozione di un solo campione di tessuto; (2) la biopsia escissionale, consistente nella rimozione di un'intera massa o area sospetta; e (3) l'agobiopsia, consistente nel prelievo di un campione di tessuto o di liquido attraverso un ago. Quando viene utilizzato un ago di grosso calibro, la procedura prende il nome di biopsia con ago a scatto. Quando invece viene utilizzato un ago di piccolo calibro, la procedura viene detta biopsia per aspirazione con ago sottile.

Chemioradioterapia

Trattamento che combina la chemioterapia* con la radioterapia*.

Chemioterapia

Tipo di trattamento antitumorale basato sull'uso di farmaci che uccidono le cellule cancerose e/o ne limitano la proliferazione. In genere, questi farmaci vengono somministrati al paziente mediante infusione lenta in una vena, ma possono essere somministrati anche per via orale, con un'infusione diretta in un arto o con un'infusione nel fegato, a seconda della sede del tumore.

Cisplatino

Farmaco utilizzato per trattare molte forme tumorali. Cisplatino contiene un metallo chiamato platino. Uccide le cellule cancerose danneggiando il loro DNA e impedendo che vadano incontro a divisione. È un tipo di agente alchilante.

Cromosoma

Struttura organizzata contenente i geni che codificano per caratteristiche del corpo come il colore dei capelli o il sesso. Le cellule umane hanno 23 coppie di cromosomi (per un totale di 46 cromosomi). Le cellule cancerose o leucemiche presentano spesso un'anomalia cromosomica, ossia una variazione della struttura o del numero dei cromosomi, come la duplicazione di una parte di cromosoma o un cromosoma in più (47 cromosomi) oppure la delezione di una regione cromosomica o un cromosoma in meno (45 cromosomi). Un'inversione cromosomica o genetica è un'anomalia in cui non vi è aggiunta o perdita di cromosomi, ma una porzione del cromosoma risulta invertita. Per esempio, nella parola "inoisrevne", l'ordine delle lettere centrali risulta invertito.

Diaframma

Il sottile muscolo, situato sotto ai polmoni e al cuore, che separa la cavità toracica da quella addominale.

ECG/elettrocardiogramma

Tracciato che mostra l'andamento dell'attività elettrica del cuore nel tempo. Questo tracciato viene generato da un apposito strumento chiamato elettrocardiografo e può rilevare la presenza di anomalie quali blocchi arteriosi, squilibri degli elettroliti (particelle dotate di carica elettrica) e alterazioni nella conduzione degli impulsi elettrici attraverso il tessuto cardiaco. È detto anche ECG.

Endoscopia/endoscopico

Procedura medica in cui il medico inserisce uno strumento a forma di tubo nel corpo del paziente al fine di esplorarne l'interno. Esistono molti tipi di endoscopia, ciascuno dei quali è stato sviluppato per esplorare una regione specifica del corpo.

Endosonografia

Procedura che consiste nell'introdurre nel corpo del paziente un endoscopio, un sottile strumento a forma di tubo dotato di un sistema di illuminazione e di lenti per la visualizzazione. Grazie a una sonda posta all'estremità dell'endoscopio, le onde sonore ad alta energia (ultrasuoni) vengono riflesse dagli organi interni generando un eco. L'eco di ritorno viene trasmesso a un elaboratore e convertito in un'immagine delle strutture corporee (sonogramma). È chiamata anche ecografia endoscopica ed EUS.

Endovenosa

In o all'interno di una vena. Si riferisce solitamente alla modalità di somministrazione di un farmaco o di un'altra sostanza attraverso un ago o un catetere inserito in una vena. Detta anche ev.

Epirubicina

Farmaco utilizzato insieme ad altri agenti per trattare il cancro della mammella in stadio iniziale che si è diffuso ai linfonodi*. È in fase di studio anche per il trattamento di altre forme tumorali. Epirubicina è un antibiotico appartenente alla classe delle antracicline. È chiamato anche Ellence ed epirubicina cloridrato.

Epitelio

Termine utilizzato per indicare le cellule che rivestono gli organi cavi e le ghiandole e le cellule di cui è composta la superficie esterna del corpo. Le cellule epiteliali aiutano a proteggere o ad avvolgere gli organi. La maggior parte di esse produce muco* o altre secrezioni.

Esofagogramma

Serie di radiografie dell'esofago ottenute dopo che il paziente ha bevuto un liquido contenente solfato di bario (un composto del bario, un metallo di colore bianco-argento). Il solfato di bario ricopre la parete interna dell'esofago e ne delinea il contorno, rendendola visibile sulle immagini radiografiche. È detto anche esofagogramma con contrasto.

Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)

Farmaci che abbassano la febbre e riducono il gonfiore, il dolore e l'arrossamento. Sono detti anche FANS.

Fattore di rischio

Condizione o caratteristica che aumenta la probabilità di sviluppare una malattia. Alcuni esempi di fattori di rischio per insorgenza del cancro sono l'età, la storia familiare di alcune forme tumorali, il consumo di prodotti a base di tabacco, l'esposizione alle radiazioni o a determinate sostanze chimiche, le infezioni sostenute da certi virus o batteri e alcune mutazioni genetiche.

FISH/Ibridazione in situ fluorescente

Tecnica utilizzata dagli anatomo-patologi* per rilevare la presenza di alterazioni a livello di geni e cromosomi*. La FISH è in grado di identificare specifiche anomalie nei geni o nei cromosomi aiutando l'anatomo-patologo a caratterizzare il tipo di cancro da cui è affetto un paziente.

Follow-up

Monitoraggio dello stato di salute di una persona nel tempo dopo la conclusione del trattamento. Include l'osservazione dello stato di salute dei pazienti che partecipano a uno studio o sperimentazione clinica per un periodo di tempo, sia durante lo svolgimento dello studio sia dopo la sua conclusione.

Gastroenterologo

Medico specializzato nella diagnosi e nel trattamento delle malattie e dei disturbi dell'apparato digerente.

Globuli rossi

Il tipo di cellule presenti in maggiori quantità nel sangue e che conferiscono a esso il suo caratteristico colore rosso. La loro funzione principale è quella di trasportare l'ossigeno.

Helicobacter pylori

Tipo di batterio che causa infiammazione e ulcere nello stomaco o nell'intestino tenue. Le persone con infezione da *Helicobacter pylori* possono essere maggiormente a rischio di sviluppare tumori dello stomaco, ivi compreso il linfoma di tipo MALT (tessuto linfoide associato alle mucose). È detto anche *H. pylori*.

HER2

Proteina coinvolta nei normali processi di crescita cellulare. È presente in alcuni tipi di cellule tumorali, ivi comprese quelle mammarie e ovariche. Le cellule tumorali prelevate dall'organismo possono essere analizzate per la presenza di HER2/neu al fine di orientare la scelta del trattamento ottimale. HER2/neu è un tipo di recettore tirosin-chinasico. È chiamata anche c-erbB-2, recettore 2 per l'EGF umano e recettore 2 del fattore di crescita epidermico umano.

Immunoistochimica

L'immunoistochimica o IHC è una tecnica utilizzata allo scopo di rilevare la presenza di antigeni (es. proteine) nelle cellule di una sezione di tessuto*, sfruttando il principio per cui nei tessuti biologici gli anticorpi si legano specificamente a particolari antigeni. Questi antigeni vengono visualizzati grazie alla marcatura dell'anticorpo con una sostanza fluorescente, un enzima oppure oro colloidale. La colorazione immunoistochimica viene ampiamente utilizzata per diagnosticare anomalie cellulari come quelle che si osservano nei tumori maligni.

Istologia

Studio delle cellule e dei tessuti* malati mediante l'utilizzo di un microscopio.

Lamina propria

Sottile strato di tessuto* connettivo lasso che si trova al di sotto dell'epitelio* e che costituisce insieme all'epitelio la mucosa*. Il termine mucosa (o membrana mucosa) si riferisce sempre alla combinazione dell'epitelio e della lamina propria.

Linfonodo

Massa rotondeggiante di tessuto* linfatico avvolta da una capsula di tessuto connettivo. I linfonodi filtrano la linfa e immagazzinano i linfociti. Sono situati lungo i vasi linfatici. Sono detti anche ghiandole linfatiche.

Malattia da reflusso gastroesofageo

Risalita dei contenuti acidi dello stomaco nell'esofago (l'organo a forma di tubo che collega la bocca allo stomaco). È chiamata anche reflusso esofageo, reflusso gastrico o reflusso acido.

Metastasi/metastatico

Diffusione di un tumore da una parte del corpo a un'altra. Un tumore costituito da cellule che si sono trasferite da una sede corporea a un'altra è detto tumore metastatico o metastasi. Le metastasi contengono cellule simili a quelle del tumore originario.

Muco

Sostanza vischiosa secreta dalle membrane mucose che rivestono buona parte delle superfici interne del corpo. È composta da proteine, enzimi antimicrobici, anticorpi e sali. Il muco serve a proteggere le cellule dell'epitelio* di rivestimento degli apparati respiratorio, gastrointestinale, urinario, genitale, visivo e uditivo.

Mucosa

Membrana umida che riveste internamente alcuni organi e cavità del corpo. Le ghiandole presenti nelle mucosa producono muco*. È detta anche membrana mucosa.

Muscularis mucosae

Strato sottile e profondo di fibre muscolari lisce che si trova in alcune membrane mucose (mucose) e nel tratto digestivo. La *muscularis mucosae* separa le membrane mucose da uno strato più profondo di tessuto chiamato sottomucosa.

Nutrizionista

Professionista sanitario che fornisce consigli sul cibo, sulla nutrizione e sul loro impatto sulla salute. Alcuni utilizzano i termini "dietologo" e "nutrizionista" in maniera più o meno intercambiabile. Tuttavia, vi sono importanti differenze da Paese a Paese per quanto riguarda il tipo di formazione necessaria per diventare un nutrizionista o un dietologo riconosciuto. In alcuni Paesi, una persona potrebbe definirsi nutrizionista esperto pur essendo interamente autodidatta.

Opinione multidisciplinare

Modalità di pianificazione del trattamento in cui un gruppo di medici di specialità (discipline) diverse analizza e discute le condizioni mediche e le opzioni terapeutiche di un paziente. Nel trattamento dei tumori, l'opinione multidisciplinare può basarsi sul parere di un oncologo clinico (che prescrive la terapia con farmaci antitumorali), di un oncologo chirurgo (che tratta il cancro con la chirurgia) e di un oncologo radiologo* (che tratta il cancro con la radioterapia*). È detta anche *tumour board*.

Pericardio

La doppia membrana che riveste il cuore e le radici dei grossi vasi, avvolgendoli in una specie di sacco. Il pericardio ha diverse funzioni. È fondamentale per fissare e mantenere il cuore nella posizione corretta all'interno della cavità toracica e per evitare la sua eccessiva dilatazione quando il volume di sangue aumenta. All'interno del pericardio vi è un sottile spazio detto cavo pericardico. Il cavo pericardico contiene un liquido che riduce lo sfregamento tra le due membrane pericardiche permettendo loro di scorrere l'una sull'altra.

PET

Procedura di diagnostica per immagini in cui viene iniettata in una vena una piccola quantità di glucosio (zucchero) radioattivo e viene utilizzato un apposito scanner per ottenere immagini computerizzate dettagliate delle aree corporee interne in cui si è concentrato il glucosio. Poiché le cellule cancerose utilizzano spesso più glucosio rispetto alle cellule sane, le immagini ottenute possono essere utilizzate per identificare le cellule tumorali all'interno del corpo. È detta anche tomografia a emissione di positroni.

Piastrine

Piccoli frammenti di cellule che svolgono un ruolo fondamentale nella formazione dei coaguli di sangue. I pazienti con una bassa conta di piastrine sono a rischio di emorragia grave. Per contro, i pazienti con una conta elevata di piastrine sono a rischio di trombosi (formazione di coaguli di sangue che possono ostruire i vasi sanguigni causando ictus o altre gravi condizioni) e possono essere anche a rischio di emorragia grave a causa del malfunzionamento delle piastrine.

Pleura

Sottile strato di tessuto* che riveste i polmoni e la parete interna della cavità toracica. La pleura protegge i polmoni e ne attutisce i movimenti. Questo tessuto secerne una piccola quantità di liquido che agisce come lubrificante, permettendo ai polmoni di muoversi senza problemi nella cavità toracica durante la respirazione.

Prognosi

Il probabile esito o decorso di una malattia; la probabilità di guarire o di andare incontro a recidiva*.

Radioterapia

Terapia per il trattamento dei tumori che sfrutta le radiazioni. I fasci di radiazioni vengono sempre diretti verso l'area specifica in cui si trova il tumore.

Raggi X/radiografia

Forma di radiazioni utilizzate per ottenere immagini delle strutture interne degli oggetti. In medicina, i raggi X vengono comunemente utilizzati per ottenere immagini delle strutture interne del corpo.

Recidiva

Ripresa di un cancro o di una malattia (in genere su base autoimmune), solitamente dopo un periodo di tempo durante il quale il cancro o la malattia in questione non era presente o non poteva essere rilevato. La recidiva può verificarsi nella stessa sede del tumore originario (primario) o in un'altra parte del corpo. È detta anche cancro o malattia ricorrente.

Sindrome di Plummer-Vinson

Malattia caratterizzata dalla presenza di anemia conseguente alla carenza di ferro e dalla crescita "a ragnatela" di membrane esofagee che rendono difficoltosa la deglutizione. Avere la sindrome di Plummer-Vinson può aumentare il rischio di sviluppare un cancro esofageo. È detta anche sindrome di Paterson-Kelly e disfagia sideropenica.

Sottomucosa

Nel tratto gastrointestinale, strato di tessuto* connettivo denso irregolare o di tessuto connettivo lasso che sostiene la mucosa* e la collega alle fibre muscolari lisce sottostanti (fibre disposte in senso circolare all'interno di strati muscolari longitudinali).

TC (tomografia computerizzata)

Esame radiologico in cui i dati raccolti dal passaggio di fasci di raggi X* negli organi del corpo vengono rielaborati da un computer, in modo da ricostruire un'immagine dettagliata della sezione studiata.

Terapia a bersaglio molecolare

Tipo di trattamento che utilizza farmaci o altre sostanze, come gli anticorpi monoclonali, per identificare e attaccare specifiche cellule tumorali. La terapia a bersaglio molecolare può avere meno effetti indesiderati di altri tipi di trattamenti antitumorali.

Terapia sistemica

Trattamento a base di sostanze che, viaggiando nel circolo sanguigno, raggiungono e attaccano le cellule tumorali in tutto il corpo. La chemioterapia e l'immunoterapia sono esempi di terapia sistemica.

Tessuto

Gruppo o strato di cellule che lavorano insieme per svolgere una specifica funzione.

Tilosi

Disturbo ereditario caratterizzato da ipercheratosi (callosità) dei palmi delle mani e delle piante dei piedi e dalla comparsa di chiazze anomale di tessuto biancastro nel cavo orale, note come leucoplachie.

Tipo istologico

Categoria in cui viene classificato un tumore in base alle caratteristiche delle sue cellule e di altre strutture osservate al microscopio.

Trastuzumab

Trastuzumab è un anticorpo monoclonale che è stato sviluppato per legarsi a HER2*. Attraverso il suo legame con HER2, trastuzumab attiva le cellule del sistema immunitario, che uccidono così le cellule tumorali. Inoltre, trastuzumab impedisce a HER2 di inviare i segnali che promuovono la crescita delle cellule tumorali. Circa un quarto dei tumori della mammella e un quinto dei tumori dello stomaco sovraesprimono HER2.

Trombosi venosa profonda

Formazione di un coagulo di sangue in una vena profonda delle gambe o della regione inferiore della pelvi. I sintomi possono includere dolore, gonfiore, calore e arrossamento nell'area interessata. È detta anche TVP.

Le Guide ESMO/Anticancer Fund per il Paziente sono state ideate per aiutare i malati, i loro familiari e le persone che li assistono a comprendere la natura di diversi tipi di cancro e a riconoscere le migliori opzioni terapeutiche disponibili. Le informazioni mediche riportate nelle Guide per il Paziente si basano sulle Linee Guida per la Pratica Clinica ESMO, che sono state sviluppate allo scopo di guidare gli oncologi clinici nella diagnosi, nel follow-up e nel trattamento di diversi tipi di cancro. Queste guide sono state realizzate dall'Anticancer Fund in stretta collaborazione con l'ESMO Guidelines Working Group e l'ESMO Cancer Patient Working Group.

Ulteriori informazioni sono reperibili sui siti web www.esmo.org e www.anticancerfund.org

