

Tumori ORL e cerebrali: questi sconosciuti

Un viaggio alla scoperta di forme neoplastiche ancora "orfane" e delle più promettenti terapie

i tumori del seno, della prostata, del colon e del polmone.

Il COM ha recentemente investito parte dei suoi sforzi formativi proprio nell'approfondimento di queste due forme di carcinoma, alla ricerca di terapie più efficaci. L'obiettivo riveste una particolare importanza perché i trattamenti oggi disponibili sono pochi. Tradizionalmente le opzioni terapeutiche standard erano chirurgia e radioterapia perché con la chemioterapia non si ot-

tenevano gli stessi risultati garantiti in altre neoplasie. Negli ultimi anni qualcosa però sta iniziando a muoversi. Il congresso di Padova sui tumori cerebrali che si è tenuto lo scorso marzo lo dimostra, in particolare per la cura del glioblastoma multiforme, una tra le neoplasie cerebrali più frequenti ed aggressive con una sopravvivenza media di un anno dalla diagnosi. I ricercatori (ne diamo conto in questo numero) hanno dimostrato che, dopo l'intervento chirurgico, la somministrazione della chemioterapia a base di temozolomide, in aggiunta alla radioterapia, raddoppia il numero di persone vive a 24 mesi di distanza dall'operazione. Anche per i tumori di testa e collo gli ultimi studi sono diretti alla messa a punto di terapie a bersaglio molecolare efficaci. In particolare si stanno sperimentando gli inibitori del recettore EGF, particolarmente promettenti nel trattamento di neoplasie metastatiche o recidivate. Per approfondire questo ramo della ricerca, la dottoressa D'Ambrosio ha trascorso un semestre nel prestigioso Royal Marsden di Londra, punto di riferimento internazionale nel trattamento delle neoplasie del distretto cervico-facciale. Quanto appreso da D'Ambrosio verrà adesso messo a disposizione di tutti i pazienti del COM. L'ennesima dimostrazione della volontà del centro di puntare sull'eccellenza nella cura di tutte le neoplasie, grazie al costante aggiornamento dei medici e degli altri operatori sanitari attivi.

NEOPLASIE CEREBRALI E CARCINOMI DI TESTA E COLLO: patologie spesso "poco gettonate" nonostante il progressivo incremento dei tassi di incidenza. Un trend da non sottovalutare per patologie spesso in secondo piano rispetto ai *big killer* dell'oncologia,



In Europa hanno un'incidenza di 5 casi su 100.000 abitanti/anno e causano il 2% di tutte le morti per cancro

I l p u n t o s u :

I tumori cerebrali

I tipi di neoplasia

ASTROCITOMI: originano da piccole cellule stellate chiamate astrociti. Possono crescere ovunque nel cervello e nel midollo spinale. Negli adulti, gli astrocitomi si sviluppano più frequentemente nel cervello; nei bambini, invece, nel tronco encefalico, nel cervello e nel cervelletto.

GLIOMI DEL TRONCO ENCEFALICO: originano nella parte inferiore del cervello, cioè a livello del tronco encefalico che regola molte funzioni vitali. Questi tumori generalmente non possono essere rimossi.

EPENDIMOMI: normalmente si sviluppano nel tessuto di rivestimento dei ventricoli, ma possono originare anche nel midollo spinale. Sebbene questi tumori possano svilupparsi a qualsiasi età, sono però più comuni nei bambini e negli adolescenti.

OLIGODENDROGLIOMI: Questi tumori generalmente originano nel cervello, crescono lentamente e di solito non si diffondono nei tessuti circostanti. Gli oligodendrogliomi sono rari e compaiono più spesso in adulti di media età.

MEDULLOBLASTOMI: originano da cellule nervose primitive (in fase di sviluppo) che normalmente scompaiono dall'organismo dopo la nascita. La maggior parte dei medulloblastomi si forma nel cervelletto, ma possono svilupparsi anche in altre zone. Sono tumori molto più diffusi nei bambini, in particolar modo nei maschi.

MENINGIOMI: si formano nelle meningi e generalmente sono benigni. Compaiono con più frequenza nelle donne di età compresa tra i 30 e i 50 anni.

CRANIOFARINGIOMI: si sviluppano nella regione della ghiandola pituitaria. Generalmente di carattere benigno, sono talvolta considerati maligni in quanto possono comprimere e danneggiare l'ipotalamo compromettendo funzioni vitali. Questi tumori sono più frequenti in bambini e adolescenti.

TUMORI DELLE CELLULE GERMINALI: originano da cellule embrionali della linea germinale. I più frequenti sono i germinomi.

TUMORI DELLA REGIONE PINEALE: si sviluppano nelle regioni circostanti la ghiandola pineale, un minuscolo organo situato al centro del cervello. Possono essere sia a crescita lenta che veloce. Dato che la regione pineale è molto difficile da raggiungere, è spesso impossibile asportarli.

LE NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE possono comparire in qualsiasi momento della vita, ma sono due le fasce d'età che sembrano maggiormente colpite: quella tra i 3 e i 12 anni e, negli adulti, quella tra i 40 e i 70 anni. L'incidenza complessiva nei due sessi è simile. È da precisare però che negli uomini è più elevata la frequenza di forme maligne (7 per 100.000 rispetto a 4,7 per 100.000 nelle donne). Negli adulti circa la metà dei tumori cerebrali è rappresentata dai **gliomi** (in particolare astrocitomi) e dai meningiomi (25-30% dei tumori cerebrali primari sintomatici). Negli ultimi 3 decenni si è registrato un progressivo aumento di nuovi casi, non imputabile solamente alla maggiore diffusione delle migliorate metodiche di imaging (TC e RM cerebrali). L'incremento ha riguardato principalmente la fascia di età >65 anni, dove l'incidenza è più che raddoppiata.

La prognosi è subordinata al tipo di tumore, al grado di malignità, alla localizzazione, alla diffusione, all'età del paziente, al periodo intercorso fra la comparsa dei sintomi e la diagnosi del tumore, alle conseguenze della patologia sul piano funzionale e, in caso di intervento chirurgico, all'estensione dell'exeresi.

LE CURE DISPONIBILI

I trattamenti impiegati per la cura dei tumori cerebrali sono: chirurgia, radioterapia e chemioterapia. Questi metodi possono essere utilizzati anche in combinazione in base alle necessità del paziente.

Chirurgia. La resezione chirurgica rappresenta la prima opzione terapeutica. L'obiettivo è eliminare la massima estensione del tumore in considerazione della sede e delle condizioni del paziente. Grazie all'uso di tecniche di microchirurgia, le complicanze post operatorie sono limitate. La TAC senza e con contrasto misura il residuo post-chirurgico. Deve essere eseguita entro 48-72 ore, perché costituisce un importante fattore prognostico.

Quando non è possibile intervenire chirurgicamente, si esegue una biopsia stereotassica, il prelievo cioè di una piccola quantità di tumore sufficiente per la diagnosi istologica e la definizione degli altri parametri prognostici.

Radioterapia. Il trattamento radioterapico standard dei tumori gliali prevede l'erogazione di 59,4 /60 Gy in 33/30 frazioni giornaliere da 1,8-2 Gy ciascuna (6 settimane totali di trattamento) e dovrebbe iniziare entro 4-6 settimane dall'intervento. Sono stati effettuati numerosi tentativi di migliorare i risultati ottenuti con la radioterapia con altre modalità terapeutiche

Lo studio

Recentemente è stato pubblicato per esteso sul *New England Journal of Medicine* uno studio condotto dall'Organizzazione Europea per la Ricerca e la Cura del Cancro (EORTC) e dal National Cancer Institute del Canada (NCIC). Lo studio, che ha coinvolto circa 600 pazienti per tre anni, ha dimostrato che la chemioterapia con temozolomide, sia somministrata contemporaneamente che dopo la radioterapia, aumenta di quasi 2 volte la sopravvivenza dei pazienti con tumore cerebrale ad alto grado di malignità, come il glioblastoma multiforme. In particolare si è visto che la sopravvivenza mediana dei pazienti trattati con la combinazione radio-temozolomide era di 14,6 mesi contro i 12,1 mesi di chi era stato curato con la sola radioterapia. Dopo 2 anni questa condizione favorevole è aumentata a 26,5% nel primo gruppo contro il 10,4% del secondo. Vantaggio che si è poi mantenuto a distanza, appunto, di quasi tre anni dalla resezione del tumore, con una riduzione del rischio di morte del 37%. In base a queste evidenze e al basso profilo di tossicità il trattamento chemio-radio è perciò diventato lo standard per i pazienti con glioblastoma.

(iperfrazionamento giornaliero, impianto locale di sorgenti radioattive, utilizzo di radiosensibilizzanti), senza risultati apprezzabili.

La chemioterapia. L'elevata chemioresistenza delle neoplasie gliali e la presenza della barriera ematoencefalica rappresentano i principali ostacoli all'applicazione della chemioterapia nei gliomi. Le nitrosuree sono state a lungo i principali farmaci utilizzati per il trattamento delle neoplasie gliali, sia in modo "adiuvante", al termine della radioterapia, oppure in caso di recidive o di progressione radiologica della malattia in pazienti già trattati. Per quanto riguarda i nuovi farmaci, sono stati fatti notevoli passi avanti con la **temozolomide**. Disponibile in forma orale ha dimostrato un'ottima tollerabilità clinica senza nausea e perdita di capelli, problemi particolarmente sentiti da tutti i pazienti che devono fare la chemioterapia.

Le nuove frontiere della ricerca

A PADOVA SI È SVOLTA L'11 E IL 12 MARZO la terza Conferenza Internazionale sui Tumori cerebrali, dove si è discusso delle prospettive della ricerca e della terapia.

Sono in fase di sperimentazione nei pazienti con tumori cerebrali nuovi e promettenti farmaci, come l'irinotecan, il gefitinib, l'erlotinib. Al centro dell'attenzione degli addetti ai lavori i farmaci antiangiogenetici che bloccano la formazione dei vasi sanguigni impedendo l'ossigenazione del tumore.

Anche la sperimentazione del Glivec ha riscosso grande attenzione. Farmaco orale ben tollerato, il Glivec agisce bloccando una proteina anomala presente nelle cellule tumorali.

Grazie alla biologia molecolare è possibile conoscere con precisione non solo la probabilità di sviluppare un nuovo tumore ma anche la terapia a cui il paziente potrà rispondere meglio. La possibilità di conoscere il profilo genetico e molecolare di ogni tumore ha provocato una rivoluzione nel nostro modo di affrontare le varie neoplasie cerebrali, dal punto di vista diagnostico, prognostico e terapeutico.

I risultati più straordinari hanno riguardato lo studio di un enzima, lo O-6-metilguanina-DNA metil-transferasi (MGMT) che gioca un ruolo chiave nel meccanismo di resistenza al tumore. Questo enzima ripara infatti il danno indotto dai farmaci e protegge la cellula tumorale. Quando MGMT è inattivato la chemioterapia ha un'azione determinante nella sopravvivenza dei pazienti: chi presenta la metilazione ha una sopravvivenza mediana di 21,7 mesi se trattato con radioterapia e temozolomide contro 15,3 mesi se riceve solo radioterapia; viceversa i pazienti senza metilazione del gene ottengono con radioterapia e temozolomide una mediana di 12,7 mesi contro 11,8 mesi se ricevono solo radioterapia. Si tratta di risultati straordinari contro una patologia che fino ad oggi non dava speranze concrete di guarigione. La ricerca genetico-molecolare permette di testare direttamente sulla neoplasia la metilazione o meno di MGMT, permettendo dunque di conoscere prima quale sarà la risposta nei singoli pazienti e di modificare di conseguenza il trattamento.

DR. ROBERTA DEPENNI,
DR. FEDERICA BERTOLINI

Il team multidisciplinare del COM

Chirurgia, radioterapia e chemioterapia possono essere utilizzati in combinazione personalizzando il trattamento in base alle necessità del singolo paziente. A questo proposito è stata istituita nel 2004 l'Unità di Neuro-Oncologia dell'Azienda Ospedaliera del Policlinico di Modena allo scopo di portare all'attenzione di un team multidisciplinare i pazienti con tumori cerebrali sia primitivi che secondari. Il gruppo è costituito da neurochirurgo, radioterapista, oncologo medico, neuroradiologo, neuropatologo, neurologo. Insieme collaborano ad una scelta ragionata del miglior trattamento disponibile secondo un programma discusso e approvato collegialmente. L'incontro dell'Unità di Neuro-Oncologia avviene tutti i lunedì dalla ore 13 alle ore 14.30 presso la Radioterapia

Il trattamento delle neoplasie del distretto cervico-facciale

616 MILA I CASI DI TUMORI TESTA-COLLO (cavo orale, faringe, laringe) diagnosticati in tutto il mondo, 144 mila solo in Europa. Queste neoplasie stanno rivestendo una crescente importanza, prima di tutto per i tassi di prevalenza in costante aumento (con un incremento pari all'1,5% all'anno) soprattutto per il maggiore consumo di alcool e tabacco. Vengono colpiti soprattutto le donne e i più giovani. Nella maggioranza dei casi la diagnosi viene fatta tardivamente, in stadi avanzati (stadi III e IV) più difficili da trattare.

Storicamente i pazienti venivano sottoposti a chirurgia e successiva radioterapia o a sola radioterapia nelle forme non resecabili, con una possibilità di controllo locale della malattia che oscillava tra il 10 e il 40% a 5 anni. Visti i risultati poco soddisfacenti, si è cercato di dare un nuovo impulso all'impiego dei trattamenti integrati, con particolare attenzione alla chemioterapia sistemica. Il trattamento del carcinoma squamo-cellulare cervico-facciale si è infatti notevolmente evoluto nelle ultime due decadi, grazie all'aggiunta della chemioterapia, non più solo palliativa, all'introduzione di nuove tecniche radioterapiche e all'impiego di una chirurgia con preservazione d'organo.

MALATTIA LOCALMENTE AVANZATA

In questi casi si ricorre a chemio-radioterapia integrate con finalità radicali o con terapia adiuvante dopo chirurgia definitiva. Lo scopo della **terapia multimodale** è di aumentare il tasso di cura e garantire una migliore preservazione (integrità) d'organo. La metanalisi pubblicata da Pignon nel 2000 ha sancito il ruolo della chemioterapia nei tumori del distretto cervico-facciale, analizzando numerosi trial clinici condotti su un totale di quasi 11.000 pazienti.

Nell'ambito del trattamento multimodale, la chemioterapia può essere somministrata prima della radioterapia (sequenziale o di induzione) o simultaneamente (concomitante). Lo studio di Pignon ha documentato un beneficio assoluto a 5 anni pari all'8% nei pazienti sottoposti a chemio-radioterapia concomitante, con particolare riferimento a schemi chemioterapici con il cisplatino. Non significativo in termini di beneficio assoluto è risultato l'impiego della chemioterapia di induzione.

TUMORI LOCALMENTE AVANZATI DELLA LARINGE

L'uso della **chemio-radioterapia concomitante** è in questi casi di uguale efficacia rispetto alle tradizionali chirurgia+RT, con il vantaggio di risparmiare al paziente un intervento mutilante, preservando la funzione d'organo. La chemio-radioterapia concomitante, con recupero chirurgico in caso di mancata remissione completa, può dunque essere considerata al momento la migliore alternativa alla chirurgia radicale nei tumori laringei localmente avanzati.

CHEMIO-RADIOTERAPIA INTEGRATA ADIUVANTE

Il rischio di recidiva loco-regionale è particolarmente elevato in pazienti con tumori molto estesi, sottoposti a resezione chirurgica non radicale, con metastasi linfonodali multiple o estensione extra-capsulare della malattia e in presenza di segni di aggressività tumorale (invasione perineurale o intravascolare). L'uso della **chemio-radioterapia post-operatoria** ha dimostrato un significativo vantaggio in termini di controllo locale della malattia e sopravvivenza a 5 anni, senza elevata incidenza di effetti collaterali tardivi.

Quanto ai farmaci chemioterapici impiegati nel trattamento dei carcinomi cervico-facciali, la maggiore efficacia viene riconosciuta ai regimi contenenti il **cisplatino**. Nella corrente pratica clinica, la somministrazione di 2 cicli di terapia con cisplatino e fluorouracile precede la chemioradioterapia concomitante, nel corso della quale il cisplatino è infuso con cadenza settimanale o trisettimanale. Sono tuttavia allo studio nuovi regimi di polichemioterapia, i più promettenti dei quali includono i taxani (paclitaxel o docetaxel).

TERAPIA ANTIBLASTICA

I tumori all'esordio clinico presentano un'elevata responsività a questo tipo di terapia, consentendo di ottenere una percentuale di risposte obiettive dell'85% circa, con il 35-50% di risposte cliniche complete, due terzi delle quali risultano essere risposte patologiche complete alla verifica biotipica o operatoria. Nella malattia recidivata o metastatica, che ha una sopravvivenza mediana di 6 mesi, vengono ottenute risposte obiettive nel 35-50% dei casi, complete nel 10-12%.

Gli inibitori del recettore EGFR

NELLA CURA DEI TUMORI del distretto cervico-facciale è molto sentita l'esigenza di sviluppare nuove strategie terapeutiche in grado di migliorare il controllo della malattia in fase recidivata o metastatica, attualmente deludente. È in questa prospettiva che si è iniziato ad impiegare le terapie molecolari nel trattamento dei tumori testa-collo.

I carcinomi squamocellulari cervico-facciali hanno un'elevata espressione (90-100% dei casi) del recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR). L'attivazione di EGFR comporta l'innescio di processi intracellulari che determinano un incremento della proliferazione cellulare, un'inibizione dell'apoptosi (morte cellulare programmata), uno stimolo alla neo-vascularizzazione e un potenziamento delle capacità di adesione e di invasione. Tutti meccanismi che aumentano l'aggressività biologica di una neoplasia. Infatti, l'aumentata espressione di EGFR è correlata a una prognosi peggiore, ad una maggiore frequenza di recidive locali e metastasi a distanza e ad una minore sensibilità e/o maggiore resistenza a chemioterapia e radioterapia.

Negli ultimi anni l'industria farmaceutica ha messo a disposizione nuove molecole con attività estremamente selettiva, in grado di bloccare il recettore EGFR agendo sulla sua porzione con attività tirosino-kinasica (gefitinib, lapatinib) o su quella che lega l'EGFR (cetuximab).

In uno studio di fase II, condotto su pazienti con carcinoma di testa e collo recidivato o metastatico, l'impiego di gefitinib (IRESSA) in monoterapia ha permesso di ottenere un controllo della malattia nel 53% dei casi, con un tempo di sopravvivenza mediana di 8,1 mesi. Sono stati conseguiti risultati sovrapponibili utilizzando il cetuximab in associazione a chemioterapia con platino derivati.

Il passo successivo è naturalmente quello di usare tali molecole insieme alla chemio-radioterapia con finalità radicali nei tumori localmente avanzati di testa e collo, per accrescere il controllo della malattia. Inibendo l'EGFR, infatti, si dovrebbe non solo aumentare la radiosensibilità del tumore, ma arrestare la proliferazione cellulare durante la RT. Alcuni studi clinici, al momento in corso in Europa, forniranno la risposta a tale quesito in pochi anni.

Da menzionare infine, alcune terapie innovative che prevedono l'uso di **virus oncolitici** in associazione a chemio-radioterapia e che sfruttano la particolare capacità di tali virus di danneggiare selettivamente le cellule tumorali.



La terapia sistemica è ormai parte integrante nel trattamento dei tumori di testa e collo, con dignità pari a quella di chirurgia e radioterapia, fino a qualche anno fa considerati gli unici approcci terapeutici in grado di garantire un controllo della malattia. Il trattamento multimodale, che si giova dell'introduzione di nuove tecniche radioterapiche (quali la radioterapia a intensità modulata) e della "targeted therapy", riflette anche la necessità di un approccio multidisciplinare a questo tipo di pazienti, in cui il giudizio concorde dell'oncologo medico, del radioterapista e del chirurgo conducano ad una scelta ragionata del miglior trattamento disponibile.

Il centro interdipartimentale dei tumori di testa e collo

Il Centro Interdipartimentale dei Tumori di Testa e Collo (CITTC) è stato creato nel 2004, per iniziativa del Dipartimento di Oncoematologia, in collaborazione con il Dr. Presutti (Clinica ORL) e il Dr. Bertoni (Radioterapia). L'obiettivo è indirizzare il paziente affetto da neoplasia cervico-facciale all'attenzione di un team multidisciplinare. Il gruppo è costituito dall'oncologo medico, dal radioterapista, dal chirurgo otorinolaringoiatra, dal chirurgo maxillo-facciale e da quello plastico. Le singole competenze dei professionisti coinvolti vengono utilizzate in sinergia, in modo che il paziente venga avviato all'iter diagnostico, alla terapia appropriata (chirurgia, chemio-radioterapia) e ai successivi controlli in tempi brevi e secondo un programma discusso e approvato da tutti. L'ambulatorio del CITTC si tiene con cadenza settimanale (il mercoledì dalle 14 alle 15) presso la Clinica Otorinolaringoiatrica e l'inserimento dei pazienti avviene tramite prenotazione alla caposala della clinica ORL.



V i t a d a C O M

Come si cura sulle rive del Tamigi

PER ARRICCHIRE IL PROPRIO BAGAGLIO CULTURALE e in particolare approfondire la sua conoscenza in tema di tumori del distretto cervico-facciale, la dottoressa Consuelo D'Ambrosio, ha richiesto di trascorrere un periodo di 6 mesi presso l'Unità Tumori Testa-Collo del Royal Marsden Hospital di Londra. Un momento importante di formazione, ora al servizio dei pazienti del centro oncologico modenese.



Dott.ssa D'Ambrosio, qual è stato l'impatto con il centro dove ha svolto il suo stage?

Il Marsden è il più antico ospedale oncologico al mondo e gode – meritatamente – di fama internazionale nel trattamento delle neoplasie di testa e collo, rappresentando il centro di riferimento nazionale ed europeo. Vi giunge una quantità notevole di pazienti, non solo dall'Inghilterra e dal resto del continente europeo, ma anche da numerosi paesi di medio ed estremo oriente. Questa caratteristica rende il Marsden un osservatorio privilegiato di questa patologia, grazie alla qualità e complessità dei casi clinici che vengono presentati.

L'aspetto più innovativo del centro?

Al Marsden la gestione multidisciplinare del malato co-

stituisce da diversi anni una realtà consolidata, confermando che questa strategia è la più fruttuosa nel trattamento di una patologia così complessa.

Cosa le ha lasciato l'esperienza londinese?

Il periodo trascorso a Londra mi ha arricchito in modo impagabile in termini professionali, grazie anche alla preparazione e alla disponibilità delle persone con cui ho avuto il privilegio di lavorare. In particolare ho potuto sfruttare la maggiore familiarità nella gestione quotidiana della malattia e delle sue complicanze. Ho avuto la straordinaria opportunità di partecipare a studi clinici che impiegavano nuovi farmaci o terapie innovative che mi auguro siano presto disponibili anche per i pazienti modenese.

Le collaborazioni scientifiche

Sono in aumento gli scambi di collaborazione scientifica con qualificate strutture estere.

La Dr.ssa **Valentina Guarneri** della Divisione di Oncologia Medica, sta svolgendo attualmente presso l'**MD Anderson Cancer Center di Houston, Texas**, un periodo di studio sul progetto "Integrazione di parametri clinici e biologici nel disegno di studi clinici di terapia primaria nel carcinoma mammario operabile". Il soggiorno avrà la durata di 6 mesi e si concluderà il 31/7/05. Il progetto è finanziato dalla Fondazione Komen Italia.

La Dr.ssa **Samatha Pozzi** ha svolto dal 2 ottobre 2004 al 31 gennaio scorso un periodo di studio presso il **Dana Farber Cancer Institute di Boston**, conducendo ricerche in particolare su terapie innovative del mieloma multiplo.

La Dr.ssa **Elena Romagnani** ha da poco iniziato uno stage della durata di 1 anno finalizzato a seguire studi di fase II e III sulle neoplasie dell'apparato gastroenterico, presso l'**Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (borsa di studio IOSI)**, Ospedale regionale Bellinzona e Valli (Ospedale San Giovanni), Bellinzona Svizzera (Direttore Prof. Franco Cavalli).

La Dr.ssa **Michela Maur** tra poche settimane inizierà uno stage presso lo stesso **Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (borsa di studio IOSI)** sul seguente progetto di ricerca: studi di fase I per lo sviluppo di nuovi farmaci in collaborazione con SENDO (Southern Europe New Drug Organization, Dr.ssa Silvia Marsoni, Divisione di Oncologia, Milano). Fase I di combinazione con mTOR inibitore e capecitabina o paclitaxel.

Il II° Meeting del Dipartimento Integrato di Oncologia ed Ematologia avrà luogo sabato 29 Ottobre presso il Centro Congressi dell'Università di Modena. Il Meeting sarà organizzato con il Coordinamento Oncologico provinciale.

Segreteria Scientifica e Organizzativa:

Paola Cocconcetti
Tel 059.4222329
e.mail cocconcetti.paola@unimore.it
Elisa Veratelli
Tel. 347.6771552
e.mail veratelli.elisa@unimore.it.

Coordinamento oncologico provinciale

È stato avviato il COORDINAMENTO ONCOLOGICO PROVINCIALE, sotto la direzione del prof. Pier Franco Conte, con ruolo di indirizzo e validazione tecnico-rganizzativa dei vari progetti in ambito oncologico provinciale, coadiuvato da un comitato tecnico-scientifico locale e da un COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE composto da: Prof F. Cavalli (direttore Istituto Oncologico della Svizzera Italiana -IOSI), Prof. J.C. Horiot (direttore del Servizio di Radioterapia di Digione), Prof. T. Sheldon (National Institute for Clinical Excellence – NICE – Università di York).

La chirurgia in diretta

L'Associazione Otorinolaringologi Ospedalieri Italiani (AOOI), grazie alla collaborazione della Provincia, del Comune e dell'Università degli Studi di Modena, ha organizzato il congresso su "La chirurgia ricostruttiva microvascolare in oncologia cervico-cefalica" che si terrà dal 15 al 17 settembre 2005.

Il Consiglio Direttivo dell'AOOI ha deciso di organizzare questo incontro di aggiornamento a Modena, tenendo conto della posizione geografica della città emiliana e della presenza di un modernissimo centro servizi all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Policlinico, collegato con tutte le sale operatorie. Ciò offre l'occasione per organizzare una giornata di chirurgia in diretta quale manifestazione satellite che dovrebbe rendere maggiormente interessante l'iniziativa e possa rappresentare un ulteriore momento di formazione per i giovani colleghi.



La nostra voce

La parola è un segno che si incunea tra il silenzio e la vita.

La parola per superare silenzi e grida.

La parola come trama, testimonianza

E meta di solidarietà e aiuto

Aiutateci a dare voce alla solidarietà

La nostra voce per la tutela e l'assistenza dei laringectomizzati è una associazione di volontariato che dal 1968 opera sul territorio della provincia modenese per assistere i pazienti affetti da tumore alla laringe e supportare la famiglia

Cosa facciamo

- Counselling e sostegno psicologico pre, intra e post operatorio al paziente e ai famigliari
- Immediata assistenza domiciliare post -dimissione per le prime medicazioni rese necessarie dall'intervento di laringectomia fino alla autogestione della stomia
- Prosecuzione delle visite domiciliari con fini di sostegno psicologico
- Rieducazione fonetica per singoli pazienti con logopedista e di gruppo nelle scuole di riabilitazione
- Assistenza domiciliare ai pazienti in fase critica avanzata di malattia
- Corsi di riabilitazione e ginnastica funzionale con brevetto nazionale per terapie in acqua
- Assistenza burocratica per il disbrigo di pratiche di invalidità e accompagnamento

- Supporto alla ricerca per patologia correlata
- Aggiornamento costante a carattere scientifico e tecnico
- Attività di aiuto a pazienti e familiari e di reinserimento sociale
- Attività di prevenzione di fumo e alcol e agenti inquinanti ambientali



LA NOSTRA VOCE

Associazione Modenese
per l'Assistenza e la Tutela dei Laringectomizzati

**Sedi delle scuole di riabilitazione
Modena, Carpi, Pavullo, Sassuolo, Vignola**

La nostra voce

Via Cialdini 4 - 41100 Modena

Tel/fax: 059.8264.31

Cell: 335.5260902

info@lanostravoce.it

www.lanostravoce.it

Consiglio direttivo

Presidente: Claudio Duroni

Vicepresidente: Giancarlo Bellentani

Segretaria: Marina Nini

Componenti:

**Elda Baracchi, Roberto Boni, Luciano Cattani,
Franco Cavazzoni, Enzo Ferrari, Mario Monari,
Luigi Piva, Pompeo Silingardi**

COM
n e w s
c e n t r o m o d e n e s e

ANNO 3, N. 6, LUGLIO 2005

Reg. Trib.
di Brescia
n. 6/2004
del 25-2-2004

o n c o l o g i c o

Rivista ufficiale
del Dipartimento integrato
di Oncologia
ed Ematologia



Comitato scientifico

Prof. Pier Franco Conte
Prof. Giuseppe Torelli
Dr. Gabriele Luppi

Direttore responsabile

Mauro Boldrini

Coordinamento

Gino Tomasini

Redazione

Sergio Ceccone, Carlo Buffoli,
Daniela Peliccioli, Giuliano
D'Ambrosio

Segreteria di redazione

Sheila Zucchi

com.unimo.it

Giorgio Fontana

Intermedia editore

Amministratore: Sabrina Smerrieri
via Malta, 12/b - 25124 Brescia
Tel. 030.226105 - Fax 030.2420472
Via Costantino Morin, 44 - 00195 Roma
Tel. 06.3723187
www.medinews.it - imediabs@tin.it

Stampa

Officine Grafiche Staged