

Tumore delle ovaie. Chi ha i geni Brca 1 e 2 rischia di più. Per evitare di ammalarsi la Jolie le ha tolte. Tante la emulano. Guida alla scelta

Angelina e i dilemmi delle altre

L'AIRC

Si comincia con l'azalea

Ogni anno, in Italia, 4.800 donne si ammalano di un tumore all'ovaio, 2.100 di un cancro della cervice uterina, 8.200 di uno dell'endometrio, mentre le nuove diagnosi di tumore al seno sono 48.000. Di queste l'87 per cento è ancora viva dopo cinque anni. I tassi di sopravvivenza sono abbastanza confortanti anche per il tumore alla cervice, al 71%, e all'endometrio, al 77%. Per l'ovaio, invece, i numeri non sono ancora buoni: a cinque anni dalla diagnosi è infatti in vita solo il 37% delle malate. Bisogna fare di più.

Per continuare a migliorare la sopravvivenza - per esempio attraverso la diagnosi precoce con nuovi marcatori e con tecnologie sensibili e affidabili, e la terapia, oggi sempre più personalizzata - da più di trent'anni l'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) promuove, nello stesso giorno in cui si celebra la Festa della mamma, cioè l'8 maggio, la Giornata dell'azalea dedicata proprio a raccogliere fondi per la ricerca sui tumori femminili.

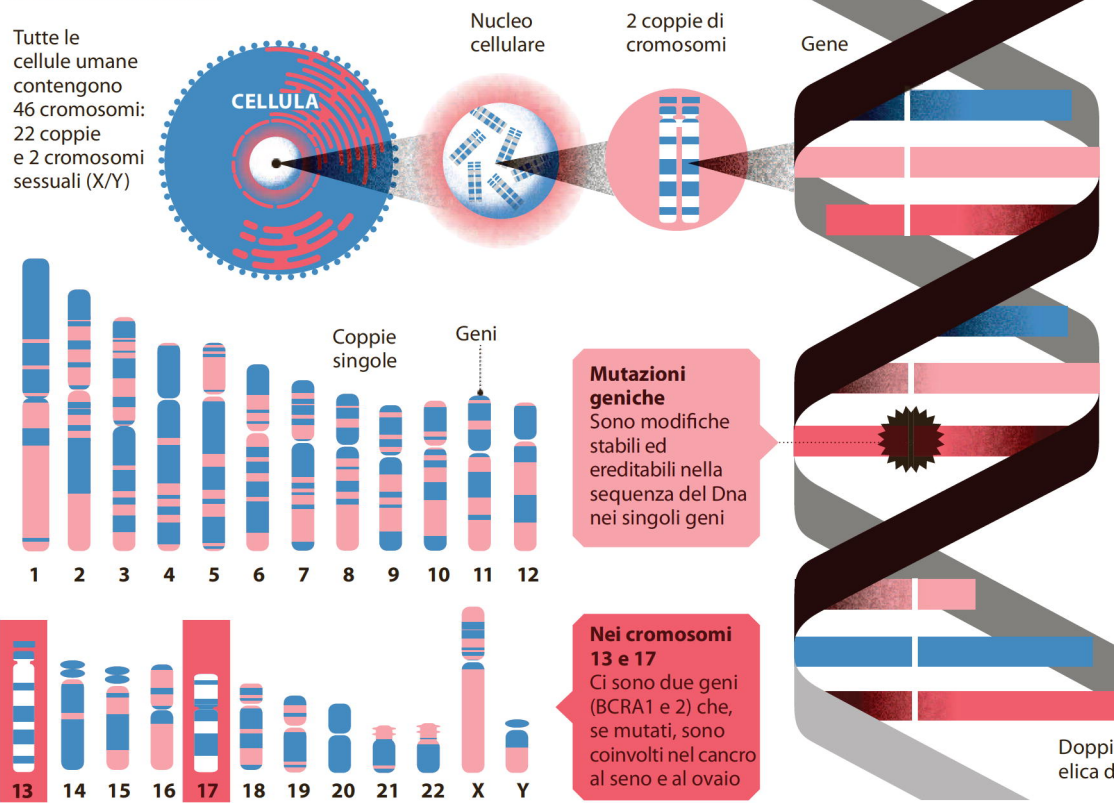
Occasione anche per distribuire materiale informativo sulla prevenzione e sulla diagnosi precoce di tutti i tumori femminili.

Oltre 20.000 volontari proporranno, in 3.600 piazze italiane, più di 600.000 piante di azalee di diversi colori, al costo di 15 euro l'una, accompagnate da una guida su maternità e cancro, argomento principale della campagna 2016. Per sapere dove trovare le azalee, e conoscere tutte le iniziative associate alla Giornata, si può andare sul sito www.airc.it oppure chiamare il numero verde 840 001 001.

agnese codignola

I CROMOSOMI

Tutte le cellule umane contengono 46 cromosomi: 22 coppie e 2 cromosomi sessuali (X/Y)



AGNESE CODIGNOLA

TRA il 2000 e il 2012 il numero di asportazioni di mammelle e ovaie per prevenire il cancro negli Stati Uniti è cresciuto di 5 volte; nello stesso periodo, 17 celebrities hanno parlato ai media della loro malattia e spesso delle proprie scelte, preventive o terapeutiche: i due fatti sono strettamente connessi. È l'effetto Jolie, descritto in uno studio pubblicato su *Annals of Surgical Oncology*, ed esteso anche in Italia, soprattutto negli ultimi anni. Una corsa al test genetico, e alla richiesta di mutilazione profilattica, non sempre motivata. Per il seno, come per l'ovaio: come ha fatto Angelina a distanza di un paio d'anni. Al centro c'è una mutazione del gene BRCA (1 o 2): chi se la porta addosso ha un aumento del rischio di sviluppare un tumore. Qui i destini delle due neoplasie si separano perché il tumore del seno si può diagnosticare precocemente e, se così accade, si può spesso guarire o comunque controllare: questo apre alle donne portatrici della mutazione la possibilità di tenere i propri seni sotto strettissimo controllo invece che mutarli. Non è così per l'ovaio, un tumore che fa paura. Perché insorge e si sviluppa silenziosamente, viene quasi sempre intercettato quando è

già avanzato e finora non aveva reali nemici farmacologici, come dimostra un numero, su tutti: a cinque anni dalla diagnosi, è in vita solo il 37 per cento delle malate.

Per questo, da anni, gli sforzi dei ricercatori si concentrano sull'individuazione di tutto ciò che può anticipare la diagnosi, e curare meglio. Come spiega Domenica Lorusso, del reparto di chirurgia ginecologica dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano. «Purtroppo diversi studi dimostrano che non esiste uno screening efficace: non

**Non c'è screening efficace
Ci sono però casi in cui
serve stretta sorveglianza**

c'è, a oggi, l'equivalente della mammografia. Né l'ecografia né alcune sostanze candidate al ruolo di marcatori precoci raggiungono l'obiettivo». Il che non significa che si debba attendere la sorte passivamente: tutte le donne, quelle che non hanno la mutazione, devono sottoporsi a controlli periodici: molti dei tumori ovarici vengono scoperti durante normali visite ginecologiche.

Per le donne con la mutazione, le possibilità di ammalarsi sono di più, quindi si ragiona su misure preventive. Dopo la meno-

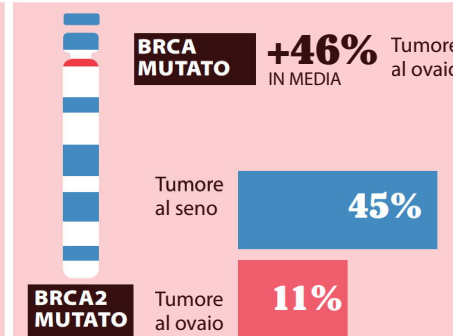
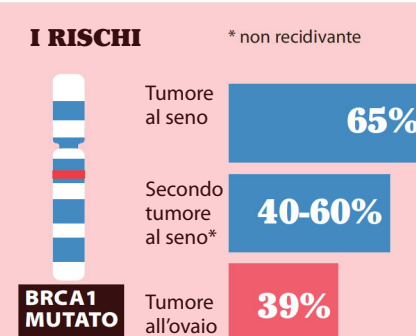
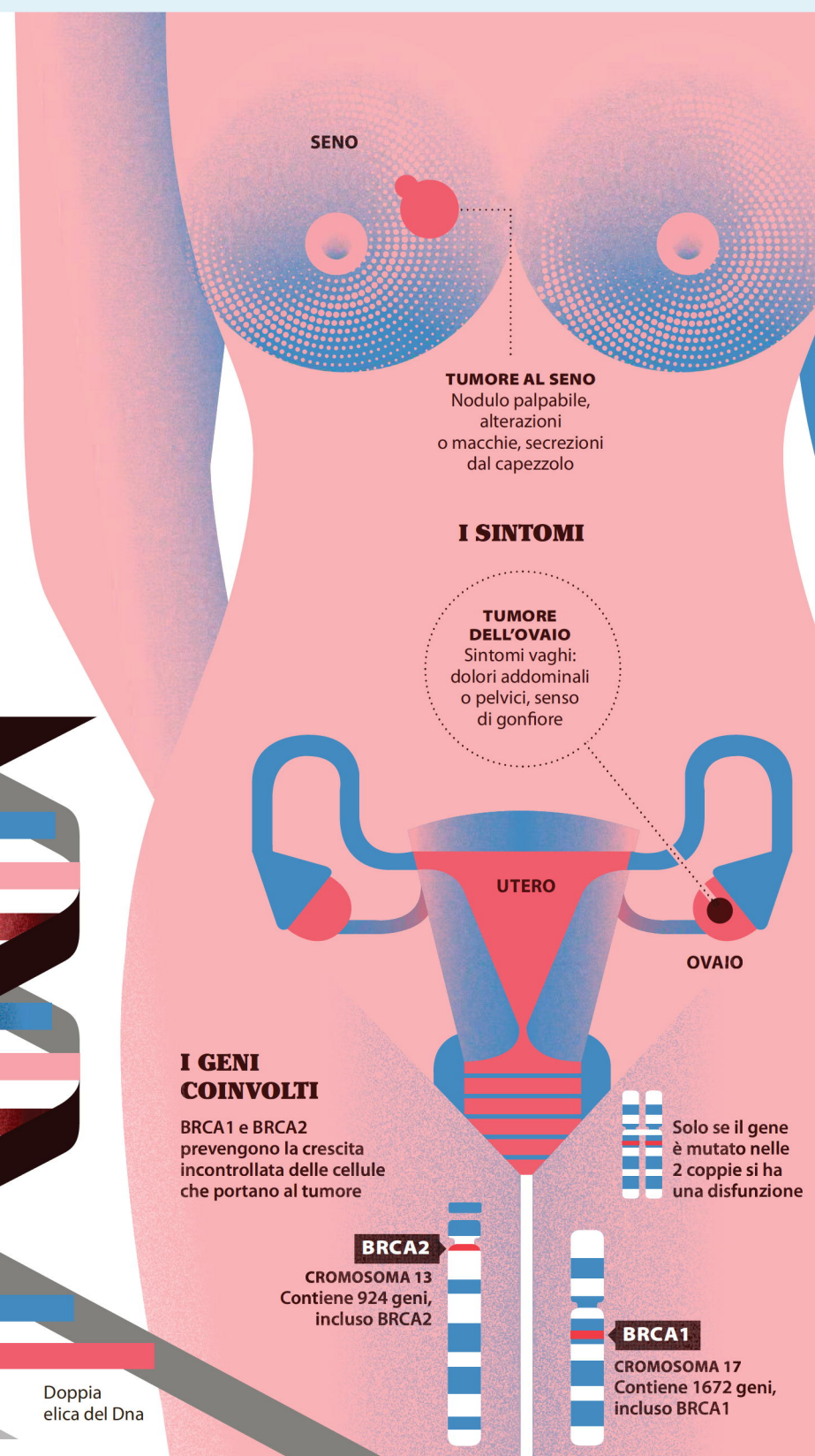
pausa possono considerare l'asportazione di tube e ovaio (la malattia si presenta mediamente intorno ai 51 anni). Durante l'età fertile gli esperti consigliano comunque la sorveglianza stretta, che può aiutare a cogliere per tempo le prime lesioni. Le quali sono molto specifiche, di solito non sono a elevata malignità e insorgono quasi sempre solo nelle tube. Questo fatto apre una nuova possibilità. «Alcuni studi stanno verificando - annuncia la ginecologa - se, soprattutto nelle donne in pre-menopausa, l'asportazione delle sole tube (intervento poco invasivo, fatto in laparoscopia), quando il tumore è iniziale, possa avere lo stesso effetto preventivo di quella dell'ovaio. Se così fosse l'intervento più radicale si potrebbe effettuare in un secondo tempo, quando la donna non è più fertile, consentendo anche a chi ha la mutazione di avere una vita normale, che comprenda, se desiderata, la maternità»

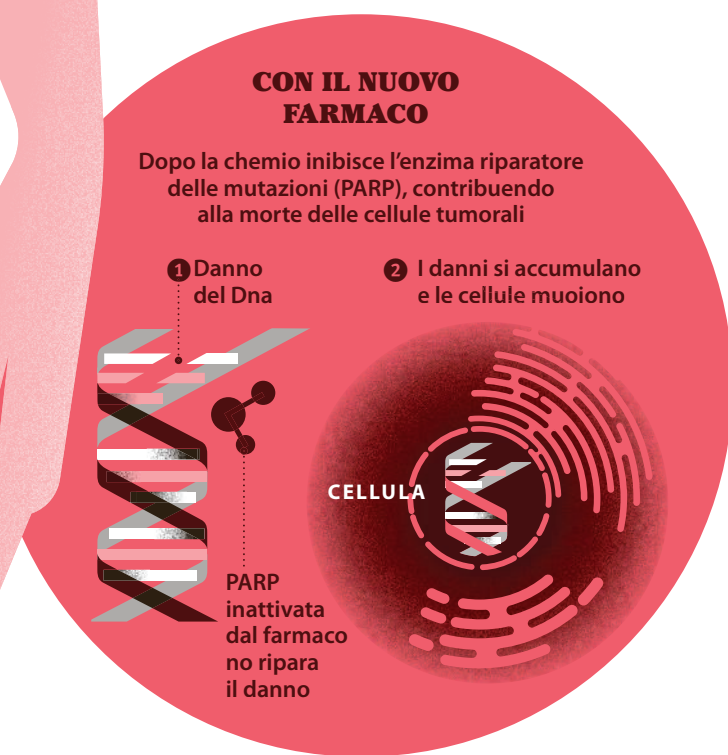
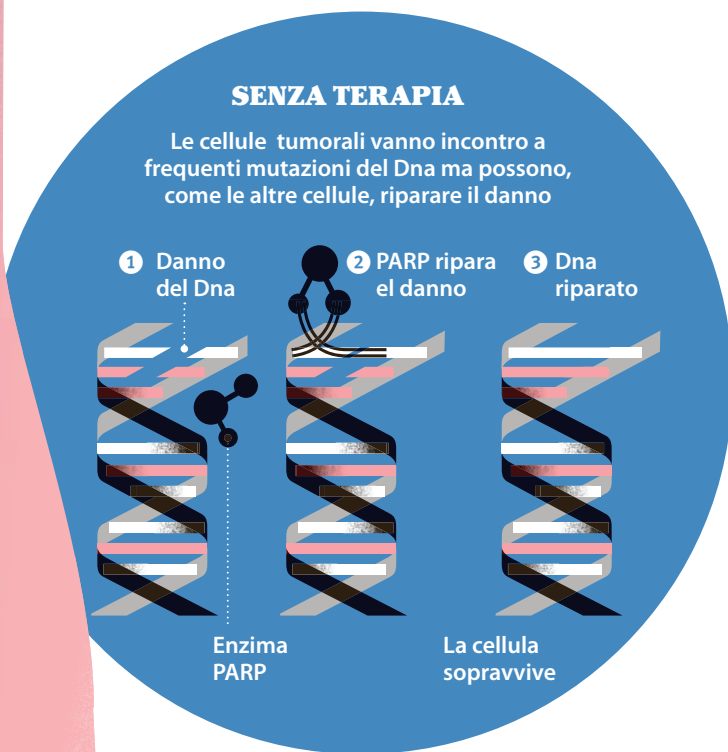
La strategia da scegliere dipende anche dal tipo di mutazione, perché la 1 e la 2 sono assai diverse. Chi ha il gene BRCA1 mutato, infatti, ha un rischio di avere un tumore ovarico entro gli 80 anni del 45 per cento, mentre chi ha BRCA2 lo ha solo del 12. Cambia poi anche il tipo di neoplasia: per BRCA1 il più frequente è la bestia nera dei tumori ginecologici, il cosiddetto triplo ne-

gativo, contro il quale ci sono pochissimi strumenti terapeutici, mentre chi ha BRCA2 è molto più probabilmente destinata a sviluppare un carcinoma positivo per gli estrogeni, curabile con diverse terapie e caratterizzato da una sopravvivenza decisamente più favorevole. Anche per questo da alcuni mesi le nuove linee guida italiane (stilate dalle società scientifiche degli oncologi, dei genetisti, dei patologi e dei biologi) prevedono che, fatta la diagnosi di tumore all'ovaio, si stabilisca se si è in presen-

L'unica via certa è quella chirurgica. Ma si studia se è possibile limitarla alle tube

za della mutazione, e se si di quale. Oltretutto negli ultimi anni è comparso un dato nuovo: si consigliava di fare il test solo alle donne che avevano casi di tumore del seno o dell'ovaio in famiglia, oggi si sa che la mutazione può essere attiva anche in donne prive di familiarità, ormai il 30-40 per cento dei casi. «Questo accade probabilmente perché le famiglie sono molto più eterogenee di una volta, ed è più complicato risalire alle donne con la mutazione nella famiglia allargata: non di rado casi sospetti pas-





Il farmaco. Una terapia che agisce sul genoma della neoplasia. E può rallentarla. Già negli ospedali

Inganna il Dna e il cancro non cresce più

ELVIRA NASELLI

DELLE duecentocinquanta mila donne al mondo che ogni anno si ammalano di tumore alle ovaie una percentuale tra il 15 e il 25 per cento è positiva alla mutazione BRCA. Quello alle ovaie è un cancro subdolo, che ha la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi più bassa tra tutti i tumori ginecologici: circa il 37 per cento contro l'89 del tumore al seno. Per questo non basta che la diagnosi sia precoce: deve essere tempestiva.

C'è però una grossa novità in campo terapeutico. Finora infatti, oltre a chirurgia e poi chemioterapia, di strategie per affrontare il "killer silenzioso", come viene definito, non ce ne erano altre. Ma la conoscenza della genomica ha consentito l'arrivo di nuovi farmaci specifici e dalla scorsa settimana è rimborsabile

la prima molecola per trattare le pazienti con recidiva di tumore ovarico positivo alla mutazione BRCA, dopo la fine della chemioterapia. Dunque come mantenimento, per allontanare future recidive.

Il farmaco, olaparib, un inibitore PARP, che si assume per via orale, otto compresse al giorno, funziona inibendo il meccanismo con cui il DNA del tumore si ripara, dunque rallentandone la crescita o riducendone le dimensioni. «Il farmaco - spiega Nicoletta Colombo, direttore Ginecologia medica oncologica allo Ieo di Milano - ha dimostrato di diminuire il rischio recidiva dell'80 per cento e di rallentare la comparsa del tumore di 7 mesi. Ma la vera novità è che abbiamo un marcatore predittivo, e quindi possiamo utilizzare il farmaco solo in chi ha la mutazione». Che diventa target oncologico. «È un'arma in più - premet-

te Giovanni Scambia, primario Ginecologia oncologica del policlinico Gemelli di Roma - che agisce selettivamente colpendo soltanto le cellule con mutazione BRCA. È un tassello, insieme alla chirurgia e ad altri farmaci. Ed è il primo di questa classe di farmaci».

Ma come individuare le donne positive a BRCA 1 e 2? Partendo dalle malate e allargandosi alla componente femminile della famiglia, che ha un rischio maggiore. Ma non è così facile. «Nonostante l'Aiom suggerisca di effettuare i test su tutte le pazienti con tumore all'ovaio - premette Sandro Pignata, direttore Uro-ginecologia dell'Istituto dei tumori Pascale di Napoli - in realtà il sistema sanitario non è pronto e la situazione cambia da regione a regione. Per una questione di rimborsabilità, non prevista dappertutto. E per i limiti tecnologici di alcuni laboratori, che non sono in grado di eseguire test così complessi. Per anni abbiamo sottovalutato l'importanza e la frequenza di questa mutazione, ma invece è una strategia importante per trovare le donne a rischio. Almeno nell'ambito familiare. È importante cominciare da loro. Pur sapendo, purtroppo, che il 30-40 per cento delle malate non ha una storia familiare di malattia alle spalle. Estendere a tutte le donne questi test, però, non avrebbe significato e costerebbe troppo. E ora aspettiamo i risultati di olaparib nella sperimentazione che si è appena conclusa sui tumori all'ovaio in prima linea, e non nella recidiva: se fossero buoni potremmo usare il farmaco da subito».

IL CASO

Houston, Italy

Circa 800 milioni di dollari l'anno per la ricerca, e il più alto numero in assoluto di studi clinici per testare le terapie più innovative. Questo è l'MD Anderson di Houston, un'eccellenza tra i Cancer Center di tutto il mondo. Che ha firmato proprio ieri all'Istituto superiore di Sanità una partnership con Alleanza Contro il Cancro (ACC), la rete italiana dei poli oncologici: la più grande che esista in Europa, a cui afferiscono oltre 90 mila nuovi pazienti ogni anno. Alleanza e il grande centro texano collaboreranno a progetti di ricerca con l'effetto di consentire l'accesso a terapie innovative a molti pazienti italiani. L'MD Anderson sta portando avanti progetti ambiziosi, nell'ambito della nuova guerra al cancro lanciata da Obama col nome di Moonshot, uno sforzo ingente per trovare le cure per neoplasie oggi senza terapie mirate, come alcuni tipi di tumore al seno, il melanoma, i tumori cerebrali, quelli al polmone, al colon. I progetti di ricerca riguarderanno soprattutto la medicina di precisione, la genomica e l'immunoterapia. «Lavoreremo - spiega Ruggero De Maria, presidente di Alleanza Contro il Cancro - insieme a James Allison, il padre delle immunoterapie oncologiche che stanno completamente cambiando la storia del cancro. Non sono, però, efficaci per tutti i pazienti. E il nostro primo obiettivo sarà quello identificare in anticipo le persone per le quali l'immunoterapia non sarà efficace, scoprire il perché e fare in modo che rispondano».

Tiziana Moriconi

sano inosservati perché ritenuti sporadici. A maggior ragione, quindi, si considera indispensabile definire subito lo stato di BRCA», commenta l'esperta.

Le cose vanno meglio sul fronte terapeutico, perché l'olaparib (vedi servizio a destra) è più efficace della chemioterapia classica, basata sul platino, e perché molto ci si attende dall'immunoterapia; tutte le grandi aziende, che stanno verificando i nuovi farmaci immunoterapici su più tumori contemporaneamente, hanno infatti inserito nei piani di sviluppo anche il carcinoma ovarico, e i primi dati disponibili indicano che anche in questo, come in altri tumori, l'approccio basato sul sistema immunitario potrebbe rappresentare una svolta.

Ma di fronte a questa neoplasia così complicata l'unica vera arma oggi sarebbe uno strumento di diagnosi precoce valido per tutte le donne. E qualche speranza la offre uno studio britannico che ha dimostrato come «facendo insieme ecografia transvaginale e dosaggio del marcatore CA125 - spiega Giovanni Scambia, direttore della Ginecologia Oncologica del policlinico Gemelli di Roma - si riesce ad ipotizzare una diagnosi precoce, arrivando a una riduzione di mortalità. Un grande passo avanti, fino a qualche tempo fa ritenuto impensabile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DETTAGLI DELL'INIBITORE

Per pazienti con tumore ovarico in stadio avanzato



I FATTORI DI RISCHIO Del tumore ovarico

- Età tra 50 e 65 anni
- Tumore al seno in passato
- Familiari con cancro seno/ovaio
- Cicli mestruali corti
- Fumo, sovrappeso e obesità
- Mutazioni genetiche (BRCA 1/2)

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI FONTE RIELABORAZIONE DATI ASTRAZENECA / STANDFORD CANCER CENTRE / OMS

Nausea? puoi vincerla

SENZA MEDICINALI!



I bracciali P6 Nausea Control® Sea Band® sono un metodo contro il mal d'auto, il mal d'aria ed il mal di mare.

Semplici da utilizzare, agiscono rapidamente applicando il principio dell'acupressione che permette di

controllare nausea e vomito senza assumere medicinali.

Sono disponibili nelle versioni per adulti e per bambini, in tessuto ipoallergenico, lavabili e riutilizzabili oltre 50 volte.

Disponibili anche per nausea in gravidanza nella versione

P6 Nausea Control Sea Band Mama.



L'ORIGINALE

IN FARMACIA È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le istruzioni per l'uso. Aut. Min. Sal. 06/07/2015
Distribuito da Consulteam srl - Via Pasquale Paoli, 1 - 22100 Como - www.p6nauseacontrol.com