

Nella quotidianità del paziente neoplastico

CASCO è una rivista che si è andata affermando nel mondo oncologico soprattutto perché affronta le problematiche quotidiane del paziente neoplastico allo scopo di individuare le possibilità di controllo o di prevenzione sia degli eventi avversi dovuti alla terapia, sia degli effetti della malattia stessa.

Nel Congresso dell'ASCO sono generalmente pubblicati gli abstract dei lavori più importanti sulle terapie di supporto. In questo numero di CASCO dedichiamo un articolo alle novità di ASCO 2016 in tema di terapia antiemetica, di gestione della fatigue, del controllo del dolore, della neuropatia periferica, a così via perché è solo valutando un ampio panorama di abstract che possono essere identificati i lavori che, (almeno apparentemente) corretti da un punto di vista metodologico, possono far pensare ad una rapida trasmissione delle novità alla pratica clinica quotidiana.

In questo numero di CASCO si dà spazio a quelle problematiche di terapia di supporto che raramente sono trattate nelle riviste oncologiche: sesso e cancro e la preservazione della fertilità nelle pazienti con carcinoma della mammella operato sottoposte a chemioterapia precauzionale. Il sesso è un argomento "sensibile", di difficile discussione con il/la paziente per la difficoltosa narrazione dei disturbi sessuali; tuttavia, date le numerose possibilità terapeutiche, è necessario che tutti gli oncologi imparino ad affrontarlo con i propri pazienti. Non meno delicato è il problema della fertilità delle donne operate di carcinoma della mammella in premenopausa desiderose di avere un figlio dopo le terapie precauzionali necessarie per ridurre il rischio di metastasi a distanza. Anche in questo campo è opportuna una crescita culturale del medico oncologo non solo per *counseling*, ma anche per indirizzare eventualmente la paziente verso le strutture di riferimento.

Finalmente abbiamo a disposizione due inibitori del PD-1, il nivolumab e il pembrolizumab, farmaci già approvati con numerose indicazioni: melanoma adiuvante e metastatico in prima o in successive linee di terapia, carcinomi del polmone squamocellulare ed adenocarcinoma in seconda linea di terapia (e a breve lo saranno anche in prima linea),

carcinoma renale, vescicale, testa-collo sempre in seconda linea dopo un'iniziale chemioterapia e linfomi non Hodgkin*. Si stima che un numero crescente di pazienti riceveranno nei prossimi mesi un'immunoterapia per cui è assolutamente prioritario conoscerne le tossicità e saperle prevenire o trattare adeguatamente: è questo l'obiettivo che si pone l'articolo della rubrica "gestione degli eventi avversi".

Non meno rilevante è il progresso che si è ottenuto nella prevenzione dell'emesi da chemioterapia e, da questo punto di vista, l'olanzapina sembra essere la molecola giusta per migliorare il controllo della nausea che, com'è noto, è uno dei pochi problemi ancora irrisolti della terapia antiemetica. Ovviamente sarà necessario un maggiore sforzo di ricerca per ridurre la tossicità sul sistema nervoso centrale, in particolare la sedazione: negli studi pubblicati è riportata di grado 3-4 in circa il 5% dei pazienti, mentre in esperienze personali di colleghi che hanno ripetutamente utilizzato l'olanzapina nella pratica clinica alla dose di 10 mg, la sedazione di grado 3-4 sembra essere presente in percentuali nettamente superiori. Al riguardo sarà importante pianificare uno studio su un ampio numero di pazienti in cui un dosaggio inferiore (ad es., 5 mg) di olanzapina sia testato vs 10 mg, per valutare se le due dosi abbiano un'efficacia simile e se ci sia una riduzione della tossicità (vedi rubrica "Casi clinici").

Infine, nella rubrica "Statistica per concetti", viene esposta la logica con cui analizzare nel modo più efficace una tabella doppia, argomento trasversale a tutta la gamma delle terapie di supporto.

Cogliamo l'occasione di questo editoriale per segnalare che il network NCSO ha recentemente terminato i suoi primi studi indipendenti (che verranno a breve inviati per la pubblicazione su riviste internazionali) e che i vari gruppi di lavoro che costituiscono la spina dorsale del NCSO stanno elaborando nuovi protocolli ai quali, speriamo, l'oncologia italiana dia la più ampia adesione. *Buona lettura!*

**Enzo Ballatori
Fausto Roila**

*Pembrolizumab in monoterapia è indicato: nel trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) nei pazienti adulti; nel trattamento di prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con tumour proportion score (TPS) $\geq 50\%$ in assenza di tumore positivo per mutazione di EGFR o per ALK; nel trattamento del NSCLC localmente avanzato o metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con TPS $\geq 1\%$ e che hanno ricevuto almeno un precedente trattamento chemioterapico. I pazienti con tumore positivo per mutazione di EGFR o per ALK devono anche avere ricevuto una terapia mirata prima di ricevere pembrolizumab.