

Cenni metodologici (ISS 2004)

Livelli di prova

I	prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
II	prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
III	prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
IV	prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
V	prove ottenute da studi di casistica («serie di casi») senza gruppo di controllo
VI	prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida

Forza delle raccomandazioni della procedura o farmaco

A	fortemente raccomandati da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
B	non sempre raccomandati, ma attentamente considerati
C	sostanziale incertezza a favore o contro
D	non raccomandati
E	fortemente sconsigliati

rare appetito, peso corporeo e nausea, non è paragonabile al megestrolo acetato: la sonnolenza, e lo stato confusionale che induce influenzano lo stato cognitivo in pazienti già trattati con oppioidi. Per la **melatonina** è stato ipotizzato un effetto positivo contro anoressia e astenia. La **talidomide** inibisce la produzione di TNF e altre citochine proinfiammatorie e possiede un effetto antiangiogenetico. E' efficace nell'inibire la perdita di peso e di massa magra e il suo lieve effetto sedativo può essere vantaggioso, ma l'effetto negativo temibile è la neuropatia sensoriale assonale distale con dolori agli arti inferiori (Gordon 2005). Un trattamento con **anti cox-2** migliora il metabolismo energetico a riposo e l'appetito; il trattamento combinato di celecoxib (200 mg 2 il dì), MPA (500 mg 2 il dì) e supplementazione nutrizionale per 6 settimane ha indotto stabilità del peso corporeo e miglioramento significativo di nausea e fatigue (Lundholm 2004, Cerchietti 2004). Vanno comunque tenuti in considerazione gli esiti dei recenti trial clinici sulla tossicità cardiaca. ◆

BIBLIOGRAFIA

- ◆ AIOM. Linee guida. Trattamento e prevenzione della cachessia neoplastica. 2006.
- ◆ Moses AWG et al. Reduced total energy expenditure and physical activity in cachectic patients with pancreatic cancer can be modulated by an energy and protein dense oral supplement enriched with n-3 fatty acids. *Br J Cancer* 2004; 90: 996.
- ◆ Gramignano G et al. Efficacy of l-carnitine administration on fatigue, nutritional status, oxidative stress, and related quality of life in 12 advanced cancer patients undergoing anticancer therapy. *Nutrition* 2006; 22: 136.
- ◆ Maltoni M et al. High-dose progestins for the treatment of cancer anorexia-cachexia syndrome: a systematic review of randomised clinical trials. *Ann Oncol* 2001; 12: 289.
- ◆ Gordon JN et al. Thalidomide in the treatment of cancer cachexia: a randomised placebo controlled trial. *Gut* 2005; 54: 540.
- ◆ Lundholm K et al. Evidence that long-term cox treatment improves energy homeostasis and body composition in cancer patients with progressive cachexia. *Int J Oncol* 2004; 24: 505.
- ◆ Cerchietti LC et al. Effects of celecoxib, medroxyprogesterone, and dietary intervention on systemic syndromes in patients with advanced lung adenocarcinoma: a pilot study. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 85.
- ◆ Istituto superiore di sanità, Agenzia per i servizi sanitari regionali: programma nazionale per le linee guida: manuale metodologico. 2004.

Recensione

PSICO ONCOLOGIA



Giovanni Marchioro
Dentro il dolore
 Milano: Franco Angeli, 2007
 134 pagine, 14 euro

Il ruolo dello psicologo nella malattia tumorale, specie in quella avanzata, non può essere confinato a una generica solidarietà umana, ma deve essere quello di promuovere la crescita della persona sofferente, nonostante (o proprio perché) essa intraveda più vicini gli orizzonti spaziali e temporali della sua vita.

Il libro di Giovanni Marchioro testimonia, in ag-

giunta, come il percorso con il paziente sia anche un percorso di crescita per il terapeuta, che aggiunge alla propria costruzione personale ogni singolo caso affrontato, ogni perdita subita, ogni parola data e ricevuta.

La malattia trasforma il corpo e, tramite esso, lo spirito: un volto denudato dall'alopecia, per esempio, ritrova quei connotati (gli occhi e la testa

sembrano più grandi) in grado di muovere l'individuo adulto alla compassione per il cucciolo. Eppure, la mutazione somatica che induce la pietas degli altri, induce l'orrore del paziente, che vi vede l'implosione della propria personalità e la rinuncia di ogni pretesa estetica che lo rendevano un individuo unico.

Questa separazione da sé porta alla terza delle

condizioni che il colloquio psicologico vuole sconfi-ggere: dopo la solitudine e il silenzio, la nostalgia della propria vita. Lo psico oncologo si prefigge di accompagnare il paziente oltre il limite, la soglia, il «temenos» della malattia, per aiutarlo a ritrovare se stesso e la propria, sacra, individualità.

S. P.