

## Cap. 2.b.: il fallimento della Chemioterapia

Qualsiasi forma di Chemio-Terapia causa un danno irreparabile alle condizioni fisiche di coloro che si espongono all'azione di questi veleni, chiamati "farmaci cito-tossici".

Lo stesso Giuramento d'Ippocrate fa espressamente divieto di somministrare "veleno" al paziente, anche se richiesto dall'ammalato stesso (vedi Giuramento d'Ippocrate).

Questi veleni ("Farmaci cito-tossici"), entrano nel circolo sanguigno tramite iniezione e/o fleboclisi endovenosa, oppure per assorbimento indiretto dallo stomaco o dalla mucosa intestinale.

Questo tipo di trattamento è diverso dalla Chirurgia o dalla Radio-Terapia, che concentrano i loro effetti su punti o aree specifici del corpo umano (terapie "mirate").

Negli ospedali si fa ricorso alla Chemio-Terapia quando c'è la possibilità che le cellule tumorali possano essere presenti in altre zone dell'organismo oltre alla sede del tumore primario.

Ma raramente la Chemio-Terapia garantisce un periodo di sopravvivenza di almeno 5 anni, indicato impropriamente come "periodo di cura".

La Chemio-Terapia arresta temporaneamente l'anomala crescita cellulare, oppure può alleviare il dolore per qualche tempo, o allungare di poco il tempo di sopravvivenza.

Raramente si può parlare di "remissione": dati bibliografici riferiscono percentuali di riuscita in meno dell'1% in caso di cancro del pancreas, del 3% in caso di cancro al fegato, del 7% in caso di cancro dell'intestino.....

Esistono circa 60-70 farmaci citotossici in commercio in tutto il mondo.

Per l'Italia i nomi commerciali sono riportati in tabella 2a (elenco parziale):

Alcuni di questi veleni causano meno problemi di altri come: insonnia, spossatezza, diarrea, alopecia, stomatite, leucopenia, piastrinopenia, anemia, nausea, vomito...

Questi sono gli effetti collaterali immediati e conosciuti perchè visibilmente riscontrabili.

Ciò di cui raramente si parla sono gli effetti più gravi e più duraturi, le cui conseguenze deteriorano profondamente la vita del paziente e il decorso stesso della sua malattia, rendendo inutili persino le terapie basate sull'immuno-stimolazione dei linfociti Natural Killer, sull'attività apoptotica e detossificante di estratti di piante mediche.

Questi danni profondi e irreversibili, di cui raramente si discute, sono i seguenti:

- 1) grave riduzione, stabile e duratura, del numero di particolari tipi e sottotipi di globuli bianchi, indispensabili alla risposta immunitaria *specific*a contro il tumore.
- 2) mutazioni cellulari di tipo somatico, con comparsa di altri tumori secondari e/o metastasi
- 3) mutazioni cellulari di tipo germinale (testicoli oppure ovaie), con comparsa di sterilità, aborti o di bimbi malformati in quei casi di genitore sopravvissuto alla Chemio-Terapia e al Cancro.
- 4) accelerazione della crescita del tumore, anzichè una sua riduzione, con comparsa di resistenza crociata del tumore ad altri veleni (pompa glicoproteica di membrana).

La Chemio-Terapia è quindi controindicata in maniera assoluta in qualsiasi forma di associazione alla Immuno-Terapia.

La Chemio-Terapia è infatti gravemente depletoria soprattutto nei confronti dei linfociti, di cui è stata riconosciuta la buona capacità di identificazione e di distruzione di masse tumorali mediante Immuno-Terapia specifica anti-neoplastica (vedi capitolo 4).

Si può infatti affermare, secondo l'autore del presente lavoro, che *saranno solo e soltanto le difese immunitarie del paziente stesso a risolvere la patologia neoplastica, portandolo così ad una completa guarigione dal Cancro.*

La Chirurgia e la Radio-Terapia devono essere considerate soltanto come tecniche o metodiche d'appoggio capaci di eliminare una certa quota della massa tumorale primitiva e delle sue metastasi, fermo restando che *nessuna di queste due componenti deve essere considerata causa di guarigione finale del paziente dal tumore*: l'eventuale ed effettiva guarigione del paziente dal proprio tumore dipenderà solo e soltanto dalla capacità delle difese immunitarie di riconoscere e distruggere in maniera selettiva e radicale il tumore stesso. L'Immuno-Terapia nega pertanto alla Chemio-Terapia qualsiasi valenza curativa e di *guarigione* nei confronti del tumore.

Si può pertanto affermare che è stato già dimostrato in letteratura medica il fallimento sostanziale della Chemio-Terapia per quasi tutte le forme tumorali (vedi Tabella 2b<sup>[1, 2, 7, 9, 12, 15, 18, 19, 23, 26, 31, 32, 33, 35, 36, 42, 44, 46, 50, 53, 54, 57, 60, 64, 65, 67, 68, 70, 72, 77, 80, 81, 82, 84, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 99, 100, 102, 104, 105, 109, 107, 110, 111, 113, 115, 117, 118, 121, 125, 127, 128, 133, 135, 137, 139, 140, 149, 150, 151, 152, 160, 162, 164, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 178, 180, 181, 183, 1035, 1067-1073, 1174-1184]</sup>): la Chemio-Terapia riduce la massa tumorale, sia pure al gravissimo prezzo di arrecare danni estesi a tutti gli organi e ai tessuti del paziente, determinando: insufficienza midollare (con la conseguenza di infezioni e di caduta di difesa immunitaria contro il tumore stesso), insufficienza epatica e renale, possibile evoluzione in fibrosi polmonare con insufficienza respiratoria, danni cardiaci e ai vasi ematici, leucemie e cancri secondari in percentuale variabile. In ogni caso, la ripresa neoplastica avviene quasi sempre, spesso caratterizzata da resistenza crociata delle cellule tumorali ad altri farmaci chemio-terapici, in cicli di Chemio-Terapia successiva di seconda o terza linea, fino ad essere definita alla fine, in termini del tutto inappropriati, "Chemio-Terapia di *salvataggio*": in realtà una Chemio-Terapia finale e distruttiva, eseguita con farmaci chemioterapici di vario tipo, che non riescono mai a *salvare* il paziente, né tanto meno a condurlo a guarigione effettiva...."

Nel 1975, il prof. Hardin Jones, dell'Università della California, dimostra per la prima volta, in uno studio su ampia scala durato 23 anni, che per gli ammalati di Cancro che si sono rifiutati di sottoporsi a Chirurgia, Radio-Terapia, e Chemio-Terapia, (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), la sopravvivenza media è di 3-4 volte più alta, rispetto a quelli che si sono sottoposti a trattamenti medici standard (Chirurgia, Radio-Terapia e Chemio-Terapia).

Tale constatazione è stata confermata, da allora, più volte nella letteratura medica, ad esempio per cancro della mammella (<sup>1067</sup>) [*The natural history of breast carcinoma in the elderly: implications for screening and treatment*, Cancer 2004; 100(9), pp.:1807-1813] dove in assenza di terapie mediche ufficiali la sopravvivenza media di donne affette da tumore al seno è di 12 anni e mezzo, mentre quelle che si sono sottoposte a trattamenti medici standard (Chirurgia, Radio-Terapia e Chemio-Terapia), sono morte in media entro 3 anni.

A fronte di tutto ciò, studi multicentrici di sperimentazioni cliniche su donne affette da cancro al seno, pubblicati nel 2003-2004, in merito agli esiti di combinazioni varie di Chemio-Terapie, riportano esiti totalmente inconcludenti: ad esempio con tempo libero di malattia di circa 5 mesi, e mediana di sopravvivenza di 15 mesi (<sup>1068</sup>)[*Multicentre, phase II study evaluating capecitabine monotherapy in patients with anthracycline and taxane-pretreated metastatic breast cancer*, Eur. J.Cancer, 2004; 40(4), PP:536-542], oppure nella cosiddetta "chemio di salvataggio", con mediane di sopravvivenza libera di soli 8 mesi, con tempo medio di risposta di 4 mesi, e una progressione di malattia entro 5 mesi (<sup>1069</sup>)[*Full dose paclitaxel plus vinorelbine as salvage chemotherapy anthracycline-resistant advanced breast cancer: a phase II study*, J.Chemother. 2003,15(6),pp.:607-612], oppure con tempi di sopravvivenza libera da progressione di malattia di 3 anni con mediana di sopravvivenza di circa 1 anno (<sup>1070</sup>)[*Phase II study of docetaxel in combination with epirubicin an protracted venous infusion 5-fluorouracil (ETF) in patients with recurrent or metastatic breast cancer. A Yorkshire breast cancer research group study*, Br.J.Cancer, 2004, 90(11),pp.:2131-2134], oppure con mediana di sopravvivenza di 2 anni (<sup>1071</sup>)[*Capecitabine plus paclitaxel as front-line combination therapy for metastatic breast cancer: a multicenter phase II study*, J.Clin.Oncol.2004,22(12),pp: 2321-2327], oppure con

sopravvivenza libera da progressione di malattia di 8-10 mesi, con mediana di sopravvivenza di 18-19 mesi (<sup>1072</sup>)[*Phase III study of intravenous vinorelbine in combination with epirubicin versus epirubicin alone in patients with advanced breast cancer: a Scandinavian Breast Group Trial*, J.Clin.Oncol.2004, 22(12),pp.:2313-2320]. Infine, l'impiego "compassionevole" della Chemio-Terapia somministrata per bocca: "...An open-label, non randomized, compassionate-use study was carried..."(<sup>1073</sup>)[*Oral capecitabine in anthracycline and taxane-pretreated advanced/metastatic breast cancer*, Acta Oncol.,2004,43(2), pp.:186-189].

Ancora, nel 1990, il prof. Ulrich Abel, dell'Università di Heidelberg affermava: "...*sebbene i farmaci chemioterapici portino ad una "risposta", cioè ad una diminuzione di massa del tumore, questa riduzione non produce un prolungamento della sopravvivenza del paziente; anzi, il cancro ritorna più aggressivo di prima, poiché la Chemio favorisce la crescita di ceppi tumorali resistenti. Inoltre la Chemio danneggia gravemente le difese dell'organismo, tra cui il sistema immunitario, spesso i reni e il fegato...*"

Secondo i dati presentati dal dott. Abel, i pazienti trattati con Chemio-Terapia hanno risultati significativamente minori, in termini di sopravvivenza, rispetto a pazienti trattati con la medicina convenzionale, raggruppati e confrontati per tipo e stadio di tumore.

Abel afferma: "...*Un'analisi bilanciata e imparziale della letteratura medica mostra un indice di successi terapeutici quasi nullo nei trattamenti impiegati convenzionalmente per la cura delle forme avanzate dei tumori solidi*"...(Chemotherapy of advanced epithelial cancer: a critical survey. HippokratesVerlag, Stuttgart, 1990; Healing Journal, No.1-2, Vol.7, 1990)

Nel 1991, l'oncologo Albert Braverman scrive: "...*nessun tipo di tumore solido che era considerato incurabile nel 1975 è curabile oggi. Molti oncologi raccomandano la Chemioterapia per praticamente qualsiasi forma di tumore, con aspettative che il sistematico fallimento non scoraggia...*"

### **Quando la Chemio-Terapia è utile.**

La Chemio-Terapia è utile soltanto nel 1,5% (uno virgola cinque per cento) dei casi secondo una commissione OMS del 1980.

Secondo una rassegna di 1.500 pubblicazioni scientifiche effettuate dal prof. Jones dell'Università della California, tale percentuale di successo sale al 2%.

Molto più ottimista l'Istituto Gerson, che giunge a stimare una percentuale di successo (sopravvissuti a cinque anni dalla diagnosi) addirittura del 15%, con un fallimento sostanziale però dell'85% dei casi, fallimento che sale al 93% nel caso dei tumori dell'intestino, al 97% nel caso di tumore al fegato, al 99% di fallimento se tumore al pancreas (<sup>749</sup>) [Gerson C.: La Terapia Gerson. Macroedizioni,2002].

### **Validità dubbia delle statistiche ufficiali**

Le statistiche ufficiali di riuscita del successo terapeutico delle terapie standard attuali non hanno alcun fondamento.

Nel 1985, il prof. John Cairns dell'università di Havard pubblica una critica devastante su Scientific American: "...*a parte rari tipi di leucemia, non è possibile rilevare alcun significativo cambiamento dell'incidenza di morti per cancro a seguito dell'uso su ampia scala della Chemio-Terapia. Non ci sono evidenze scientifiche che la Chemio-Terapia possa curare i vari tipi di cancro che oggi affliggono la società...*"

Nel 1987, 42 parlamentari del Congresso USA chiedono che si faccia chiarezza sulle terapie alternative che potrebbero essere usate per la cura del Cancro. Tra le altre cose, viene fatto notare che neanche la Chirurgia è approvata come trattamento per il Cancro, poiché neanche uno studio con il tradizionale gruppo di controllo è stato mai effettuato per valutarne i risultati a lungo termine. Neanche la Chemio-Terapia è approvata, ma è solo in fase sperimentale e dura ormai da 50 anni.

In sostanza:

Buona "Incidenza di Risposta" vuol dire solo che il tumore si è soltanto ridotto di volume, ma non vuol dire che è stato debellato.

"Risposta": vuol dire: diminuzione del volume della massa tumorale nota.

"Incidenza di Risposta": percentuale di pazienti in cui si osserva, nei mesi successivi alla Chemio-Terapia, una diminuzione della massa tumorale nota.

"Durata di Risposta": vuol dire quanto tempo dura tale riduzione di massa tumorale.

"Risposta completa" massa tumorale non più rilevabile alle indagini diagnostiche.

"Risposta parziale": riduzione della massa tumorale del 50%

Gli studi ECRI (*Emergency Care Research Institute*) affermano che l'"Incidenza di Risposta", cioè la riduzione di massa tumorale a seguito della Chemio-Terapia, non si correla affatto con il "Prolungamento della sopravvivenza della vita del paziente".

"Remissione" non significa affatto "sopravvivere più a lungo".

La letteratura medica inerente alla Chemio-Terapia non usa mai termini quali:

"guarigione" e "qualità della vita".

Viceversa, nella letteratura medica su Chemioterapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo per casi di cancro con metastasi, le statistiche pubblicate fanno spesso apparire i risultati come migliori di quanto lo siano in realtà.

Ad esempio, vengono esclusi dalle statistiche quei pazienti che muoiono a causa delle infezioni subentrate subito dopo il trapianto di midollo osseo, non attecchito, con fallimento quindi del trapianto.

Questi pazienti vengono definiti dai ricercatori con il termine di "decessi prematuri".

Ad esempio, l'incidenza di decessi prematuri nelle donne con metastasi alla mammella è stata riportata in 31 studi pubblicati dal 1984 al 1994. La media era del 10% negli studi fatti dal 1992 al 1994. Viceversa sale al 17% considerando solo gli studi del 1994.

In altri casi, i pazienti morti per un'infezione non risultano morti per il cancro, e compaiono invece nel numero dei pazienti "guariti".

## **Costo economico della Chemio-Terapia**

Si ritiene che la Chemio-Terapia costi allo stato italiano circa 30 miliardi di Euro l'anno.

[*L'immensa Balla della Ricerca sul Cancro*, Lorenzo Acerra, Macroedizioni, 2000, cap.8.5: La legge è con i "Di Bella"]

## **Carcinoma del pancreas:**

Il tempo medio di sopravvivenza è di 3 mesi, in pazienti sottoposti a Chemio-Terapia, mentre nei pazienti di controllo (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), non sottoposti a Chemio, il tempo medio di sopravvivenza è di circa 4 mesi (<sup>118</sup>) [Frey C., *Cancer*, vol. 47, pp. 27-31, 1981]. Mediante Chemio-Terapia si raggiunsero percentuali di risposta (riduzione della massa tumorale) di oltre il 30% (<sup>38,285,321,401</sup>) [Scheithauer W.: *Tumor Diagnostik and Therapie*, vol. 5, pp. 44-48, 1984; O'Connel: *Seminars in Oncol.*, vol. 3, pp. 1032-1039, 1985; Meyer: *Tumor Diagnostic and Therapie*, vol. 8, pp. 54-58, 1987; Brennan: .in:DeVita "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia, 4 a. edizione, pp. 849-882, 1993], ma il tempo di sopravvivenza, rispetto a pazienti NON trattati con Chemio (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), non cambia.

## **Leucemia Linfatica Cronica**

In questa patologia, in un recente studio polacco effettuato su 229 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia, la mediana di sopravvivenza (50%) è di circa 3-4 anni, con la curva di sopravvivenza che si stabilizza leggermente negli anni successivi, con valori di sopravvivenza a 8-9 anni del 30% (per pazienti di età superiore a 65 anni) e del 15-20% per pazienti di età meno anziana, ma comunque adulta.<sup>(1176)</sup> [T. Robak: *The effect of subsequent therapies in patients with chronic lymphocytic leucemia previously treated with prednisone and either cladribine or chlorambucil*, Haematologica, 90, pp.: 994-996, 2005].

In un altro lavoro recente durato 10 anni, 78 pazienti su un totale di 134 pazienti originari, furono successivamente seguiti nella seconda fase di terapia, poichè ritenuti ancora idonei per proseguire la Chemio; di essi, la sopravvivenza libera da progressione di malattia risultò essere comunque inferiore ai 3-4 anni per oltre il 75% di questi 78 pazienti. La maggior parte dei 56 pazienti, che non furono dichiarati idonei a proseguire il trial sperimentale con questi 78 pazienti, vennero esclusi per i seguenti motivi: infezione da virus dell'epatite B, da *Listeria monocytogenes*, da Zoster virus, citopenia persistente, anemia emolitica autoimmune, neoplasia non ematologica, emorragia cerebrale, transaminasi persistentemente alte.<sup>(1177)</sup> [F.R.Mauro: *Fludarabine + prednisone + alfa-interferon followed or not by alfa-interferon maintenance therapy for previously untreated patients with chronic lymphocytic leucemia: long term results of a randomized study*, Haematologica 88(12), pp.1348-1355, 2003]

Nota: secondo l'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, queste esclusioni dai protocolli di cura con Chemio sono molto comuni e tendono a "falsare" i risultati finali.

## **Leucemia linfoblastica Acuta nell'Adulto**

Lavori recenti di Chemio-Terapia di salvataggio per pazienti primariamente refrattari o in ricaduta da Leucemia Linfoblastica Acuta su 135 adulti dimostrano che le percentuali di sopravvivenza tendono a linearizzarsi soltanto dopo il primo anno dalla Chemio, con percentuali di sopravvivenza inferiori al 20%. Dopo 24 mesi, la percentuali di pazienti ancora in vita è inferiore al 10% circa.<sup>(1178)</sup> [Camera A.: *GIMELA ALL –Rescue 97: a salvage strategy for primary refractory or relapsed adult acute lymphoblastic leucemia*, Haematologica, 89(2), pp.145-155, 2004. [www.haematologica.org](http://www.haematologica.org) ]

Nota: secondo l'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, poichè la Chemio è notoriamente inefficace su gran parte dei tumori, ci si chiede come mai la Chemio risulti essere così efficace nella Leucemia Linfoblastica Acuta. Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica Acuta, al Linfoma di Hodgkin o a quello Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore. (Vedi dopo).

## **Leucemia linfatica Acuta nei bambini**

La Leucemia Linfatica Acuta nei Bambini, trattata con Chemio, ha una prognosi meno pesante rispetto agli adulti. Nei bambini, infatti, studi recenti del 1998, su casistiche molto estese (2038 bambini), riferiscono percentuali di sopravvivenza variabili fra il 42% e il 66,8% a 10-12 anni di distanza dal trattamento chemioterapico, con stabilizzazione della curva di mortalità verso il quinto-sesto anno dalla cura con Chemio.<sup>(1179)</sup> [R. Consolini: *Clinical relevance of CD10 expression in childhood ALL*, Haematologica 83, pp.: 967-973, 1998]

Nota: secondo l'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, poichè la Chemio è notoriamente inefficace su gran parte dei tumori, ci si chiede come mai la Chemio risulti essere così efficace nella Leucemia Linfatica Acuta. Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica Acuta, al Linfoma di Hodgkin o a quello Non Hodgkin.

Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore. (vedi dopo).

### **Leucemia Mieloide Cronica**

Si riportano i seguenti dati, estrapolati su 1.084 pazienti, tutti sottoposti a Chemio-Terapia, e quasi tutti trapiantati con cellule staminali del midollo osseo: rispetto alla Leucemia Mieloide Acuta, la mediana di sopravvivenza è migliore, con circa il 60% dei pazienti ancora vivi a 24 mesi e una curva di sopravvivenza che tende a stabilizzarsi su valori leggermente inferiori negli anni successivi. Diversa invece la situazione nei pazienti con Leucemia Mieloide Cronica in fase progressiva, dove il 50% dei pazienti risulta essere ancora vivo dopo soli 12 mesi, percentuale che scende a circa il 35 % dopo 24 mesi, stabilizzandosi successivamente intorno al 30% circa. <sup>(1180)</sup> [De Souza: *Validation of the EBMT risk score in chronic myeloid leucemia in Brazil and allogeneic transplant outcome*, Haematologica, 90, pp.: 232-237, 2005. [www.haematologica.org](http://www.haematologica.org) ]

### **Leucemia Mieloide Acuta**

Negli anziani, in studio recente del 2004, su 621 pazienti anziani, di età superiore a 60 anni, tutti sottoposti a Chemio-Terapia, risulta che la mediana di sopravvivenza (50%) è di appena 5-7 mesi. Con una Chemio-Terapia aggressiva, meno del 10% risultavano ancora vivi dopo 20 mesi; viceversa, con un approccio conservativo (Chemio a basso dosaggio), dopo 20 mesi era vivo ancora il 20% circa dei pazienti, che però calava anch'esso al 10% dopo ulteriori 20 mesi. Entrambe le curve declinano a meno del 2-5% di sopravvissuti nei mesi successivi. <sup>(1181)</sup> [Pulsioni A.: *Survival of elderly patients with acute myeloid leukaemia*, Haematologica, 89, pp.: 296-303, 2004; [www.haematologica.org](http://www.haematologica.org) ].

In un altro studio recente del 2004, su 258 pazienti anziani, sempre affetti da Leucemia Mieloide Acuta e sottoposti a Chemio-Terapia con autotrapianto di cellule staminali, la mediana di sopravvivenza (50%) sale ad appena 8 mesi, e a 24 mesi risulta essere vivo circa il 23-24% di tutti i pazienti. Tale percentuale declina quindi ulteriormente a 36 mesi e a 48 mesi (4 anni), dove sembra finalmente stabilizzarsi sul 10% circa di sopravvissuti. <sup>(1182)</sup> [Oriol A.: *Feasibility and results of autologous stem cell transplantation in de novo acute myeloid leukemia in patients over 60 years old. Results of the CETLAM AML-99 protocol*, Haematologica, 89, pp.: 791-800, 2004; [www.haematologica.org](http://www.haematologica.org) ]

### **Mieloma Multiplo**

Circa il 25% dei pazienti sopravvive al quinto anno dal trattamento con Chemio-Terapia, meno del 5% è ancora vivo dopo 10 anni. <sup>(1183)</sup> [Kenneth C. Anderson: *Management of Multiple Myeloma Today*, Seminars in Hematology, vol. 36, No.1, suppl.3, 1999].

### **Linfoma di Hodgkin**

In un recente lavoro del 2003, si sono presi in considerazione 97 pazienti, tutti sottoposti a Chemio-Terapia, Radio-Terapia e a trapianto di cellule staminali, in un arco di tempo di 18 anni: dal 1982 al 2000. Nei pazienti con Linfoma chemio-resistente, la mediana di sopravvivenza (50%) è solo di 2 anni, con stabilizzazione della curva di sopravvivenza al 30% dopo il quinto anno dal trattamento. Nei pazienti, invece, con Linfoma chemio-sensibile, si assiste ad una lenta discesa della curva di sopravvivenza che però si stabilizza molto bene al sesto anno, con percentuale di sopravvissuti del 60%, e permanendo invariata nei 10 dieci anni successivi. Si ritiene che tale curva non tenda a modificarsi ulteriormente. <sup>(1184)</sup> [P.L. Zinzani: *High-dose therapy with autologous transplantation*

for Hodgkin's disease: the Bologna experience, *Haematologica*, 88,(05), pp.: 522-528, 2003; [www.haematologica.org](http://www.haematologica.org) ]

Nota: secondo l'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, poiché la Chemio è notoriamente inefficace su gran parte dei tumori, ci si chiede come mai la Chemio risulti essere così efficace nel Linfoma di Hodgkin. Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica Acuta, al Linfoma di Hodgkin o a quello Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore. (Vedi dopo).

## Linfoma NON Hodgkin

In un recente lavoro del 2005, si sono presi in considerazione 374 pazienti, tutti sottoposti a Chemio-Terapia. In base alla *International Prognostic Index* (IPI), sono stati suddivisi in 4 gruppi: a basso rischio, a basso-intermedio rischio, ad alto-intermedio rischio, e infine ad alto rischio. Le diverse curve di sopravvivenza ottenute non si discostano significativamente da quanto già noto in letteratura medica:

- 1) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 1 anno per i pazienti ad *alto* rischio, con percentuale di sopravvissuti di circa il 10% dopo il quinto anno, con curva ancora in calo negli anni successivi;
- 2) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 3 anni per i pazienti a rischio *alto-intermedio*, con percentuale di sopravvissuti di circa il 25% dopo il sesto anno ;
- 3) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 4 anni per i pazienti a rischio *basso-intermedio*, con percentuale di sopravvissuti di circa il 40% dopo il sesto anno; di circa il 37% dopo il settimo anno;
- 4) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 8 anni per i pazienti a *basso* rischio, con percentuale di sopravvissuti leggermente più bassa negli anni successivi. <sup>(1185)</sup> [M.van Agthoven: *Cost determinants in aggressive non-Hodgkin's lymphoma*, *Haematologica*, 90(5), pp.: 661-672, 2005].

Nota: secondo l'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, poiché la Chemio è notoriamente inefficace su gran parte dei tumori, ci si chiede come mai la Chemio risulti essere così efficace nella Linfoma NON Hodgkin. Si rammenta che alcuni farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica Acuta al Linfoma di Hodgkin o a quello Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore. Si riporta a titolo d'esempio quanto scritto su un recente libro di Medicina Savagno L.: *I linfomi Non Hodgkin*, Piccin Editore, pp.: 202:

“...la traslocazione è necessaria ma non sufficiente per la trasformazione neoplastica dei linfociti B. Il lettore deve concordare che la monoclonalità sia in genere un segnale di malignità; tuttavia questa non rappresenta una regola assoluta e priva di eccezioni: infatti abbiamo già rilevato come all'inizio di una intensa e specifica reazione immune (difensiva), i linfociti proliferano esprimendo un'attivazione uniforme, e solo un freno che interviene fisiologicamente più tardi rende autolimitante la proliferazione reattiva. Un esempio clinico illuminante viene dal caso di FR, un giovane di 28 anni, che per una tonsillite necrotizzante con adenopatie satelliti venne sottoposto a biopsia nel 1984. La diagnosi di 3 diversi patologi suggeriva un linfoma maligno con qualche marginale differenza classificativi tra l'uno e l'altro. Uno di questi patologi aveva anche riscontrato la monoclonalità dei linfociti tonsillari. Quando l'oncologo medico lo vide, esisteva ancora – prima di qualsiasi trattamento antiblastico o radiante – un linfonodo di 2 cm di diametro al gonion, mentre la lesione tonsillare si era spontaneamente ripianata, durante un trattamento sulfamidico. Un citoaspirato linfonodale dimostrò un tappeto omogeneo di linfoblasti atipici e spesso in mitosi, con aspetto francamente maligno. Due giorni dopo, al momento di dare la risposta, il linfonodo si era ridotto, ed aveva un diametro massimo di mezzo centimetro; si praticò allora un nuovo citoaspirato, che dimostrò che a questo punto non vi erano più i linfoblasti atipici e vivacemente proliferanti, ma a quelli si era sostituita una popolazione cellulare completamente diversa, formata quasi interamente da plasmacellule mature. Questo fatto (l'evoluzione tipica dei linfociti in blasti, che poi si trasformavano in plasmacellule) fece interpretare correttamente tutto l'episodio come una

malattia flogistico-reattiva, e non neoplastica; si desistette perciò da qualsiasi trattamento antitumorale e il giovane sta ora avviandosi tranquillamente all'età matura senza traccia di linfoma, ad oltre dieci anni dall'episodio. Morale: la monoclonalità è una caratteristica quasi costante nelle neoplasie, ma da sola non basta per una diagnosi di assoluta sicurezza..."

## **Tumori al cervello**

La percentuale di sopravvivenza a 5 anni, nel caso di astrocitomi di quarto grado (glioblastoma multiforme) è appena del- 4-5%.<sup>(1035)</sup> [McLendon R: Cancer, 98 (8), pp.: 1745-1748, 2003]. In 30 anni, dice l'articolo scientifico, tale valore non è migliorato di un solo punto.

## **Carcinoma ovarico**

101 donne trattate con dose standard di cisplatino hanno mostrato un eguale tempo di sopravvivenza di altre 306 donne trattate invece con elevato dosaggio dicisplatino <sup>(22,78)</sup>[Bella M.: Abstract No. 706, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., vol.11, pp.223, 1992] [Colombo N.: Abstract No. 614, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncology, vol. 12, pp 255, 1993].

Altri studi confermano questi risultati <sup>(81,329,330)</sup> [Conte P.F.: Abstract No. 880, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. 12, pp 273, 1993];[Ozols R.F, "Journal of Clinical Oncology", Vol. 5, pp 641-647, 1987.];[ Ozols R.F.: Seminars in Oncol., vol. 21, Suppl. 2, pp. 1-9, 1994].

## **Carcinoma dell'utero e dell'endometrio**

Nel caso di metastasi curate con diverse associazioni di chemioterapici si riesce a indurre una percentuale di risposta parziale del tumore di oltre il 40%, ma da studi randomizzati non deriva alcun prolungamento del tempo di sopravvivenza

<sup>(31,186,327,455,492)</sup> [Williams, C.J.: Raven Press, New York, pp. 417-446, 1986];[ Thigpen J.T.: Cancer, Vol. 60, pp. 2104-2116, 1987];[Hoskins WJ.in:DeVita:*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*, Lippincott and Co, Philadelphia, 4.a edizione, pp. 1125-1152, 1993]; [Omura G.A.: Seminars in Oncol. Vol. 21,pp. 54-62, 1994];[Bonomi P.: J.Clin.Oncol., vol.3, pp. 1079-1085, 1985].

Addirittura, in un vasto studio su 260 donne allo stadio IIB e IV, un'associazione di Chemio-Terapia e di Radio-Terapia si è dimostrata addirittura peggiore della sola Radioterapia <sup>(450)</sup> [Tattersall M.H.: J.Clin. Oncol., Vol. 13, pp. 444-445, 1995].

## **Carcinoma dello stomaco**

Kingston valutò l'efficacia dei chemioterapici rispetto a placebo (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), in pazienti con carcinoma gastrico inoperabile. Il gruppo di 95 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia dimostrò di avere un tempo di sopravvivenza medio del tutto sovrapponibile a quello dei pazienti trattati con placebo <sup>(221)</sup> [Kingston R.D.: Clinical Oncology, vol. 4, pp. 55-69, 1978].

L'unanime valutazione di molti altri autori è che la letteratura medica non evidenzia alcun prolungamento della vita attraverso la Chemio-Terapia, nel caso dei carcinomi dello stomaco<sup>(178,277,300,358)</sup>

[Moertel CG.: Cancer, vol. 36, pp. 675-682, 1975];[Queiber W.: Onkologie, vol. 9, pp. 319-331, 1986];[Hockey M.S.: Slevin and Staquet, Raven Press, New York, pp. 221-240, 1986];[Mc Donald: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 42-49, 1988]

Dodici studi randomizzati, che hanno confrontato la Chemio-Terapia post-operatoria con pazienti di controllo (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), hanno dimostrato la sovrapposizione dei tempi di sopravvivenza <sup>(7,210,171,154)</sup>.

[Alexander H.L. .in:DeVita: *Cancro, principi e pratica dell'oncologia*, Lippincott and Co., Philadelphia, 1993, 4.a ediz.];[Kelsen D.: Seminars in Oncol., vol. 18, pp. 543-559, 1991];[Hermans J.: J.Clin.Oncol. Vol. 11, pp. 1441-1447, 1993];[Hallissey M.T.: The Lancet, vol. 343, pp. 1309-1312, 1994].

## **Carcinomi della regione testa/collo**

Molti lavori dimostrano che la Chemio-Terapia post-operatoria non apporta alcun prolungamento della vita rispetto ai pazienti non trattati con Chemio-Terapia, comunque con alimentazione libera, senza diete particolari (<sup>60,435</sup>) [Stell P.M.: Br. J. Cancer, vol. 61, pp. 779-787, 1990];[Chalmers T. in: De Vita: "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia, 4.a edizione, pp 235-241, 1993].

Altri lavori dimostrano, su un totale di 23 studi su Chemio-Terapia pre-operatoria e Chemio-Terapia post-operatoria, che non c'è alcuna differenza fra gruppi trattati e quelli non trattati (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari).(<sup>72,74,98,195,397, 449</sup>) [Tannock I.F.: J.Clin. Oncol., Vol. 6, pp.1337-1387, 1984];[Clark J.R.: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 35-44, 1988];[Dodion P.: Raven Press, New York, pp. 525-547, 1986];[Choski A.J.: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 45-49, 1998];[Schantz S.P. : in : De Vita V. "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia, 4 a. edizione, pp. 574-630, 1993];[Jacobs C.: J. Clin. Oncol., vol. 8 pp. 838-847, 1990]

## **Carcinoma colon-rettale**

Secondo Nicholls (<sup>317</sup>) [Nicholls J.: in : Slevin and Staquet, *Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni*, Raven Press, New York, pp. 241-271, 1986] e Kane (204) [Kane M.J.: Seminars in Oncology, vol. 18, pp. 421-442, 1991], i gruppi di pazienti non trattati con Chemio-Terapia (ma comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), dimostrano di avere una sopravvivenza superiore a quella dei pazienti sottoposti a Chemio-Terapia.

Anche i risultati raggiunti su 1.523 pazienti, mediante applicazione di Chemio-Terapia in infusione epatica, non dimostrano alcun vantaggio nella sopravvivenza e, in contrasto con l'effettiva intenzione di questi studi, dimostrano addirittura un incremento di metastasi al fegato. (<sup>301,429, 485</sup>) [Soybel D.L.: Current Problems in Cancer, vol. 11, pp. 257-356, 1987];[Weber W.: SAKK Anticancer Research, Vol. 13, pp. 1839-1840, 1993];[Moertel CG.: The New Engl. J. Med., vol. 330, pp. 1136-1142, 1994].

## **Carcinoma del polmone a cellule non piccole**

Per il carcinoma del polmone a cellule non piccole in stadio avanzato non esistono indicazioni di un evidente influsso sulla prognosi esercitato dalla sola Chemio-Terapia (<sup>2</sup>) [Abel U.: Biomed and Pharmacother, vol. 46, 1992, aggiorn. 1995, pp. 439-452].

Nel caso del carcinoma bronchiale a cellule non piccole, vengono evidenziati in alcuni studi miglioramenti della sopravvivenza non significativi statisticamente, che sono così limitati che non giustificano l'impiego di terapie tossiche come da Chemio.

Questa valutazione viene condivisa dagli autori di numerosi lavori: (<sup>16,39,158,259, 296, 361</sup>) [Bakowski M.T.: Cancer Treatments Reviews, vol.10, pp. 159-172, 1983];[Mitrou P.S.: *Atemw.-Lungenkrhk.*, vol. 12, pp. 544-549, 1986];[Rankin E.M.: Slevin and Staquet, *Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni*, Raven Press, New York, pp. 447-492, 1986];[Liu R.J.: Seminars in Oncol., vol. 20, pp. 296-301, 1993];[Hansen: J.Clin. Oncol., vol. 5, pp. 1711-1712, 1987].;[Brown M.: in: Rosenthal S.: "*Supporto medico del paziente con cancro*", W.B. Saunders Co, Philadelphia, pp. 200-215, 1987]

## **Carcinoma bronchiale a piccole cellule**

George e altri, nel 1986 scrivevano:"...con solo modeste percentuali di remissione, incapacità a lungo termine di azione palliativa (contenimento dei sintomi di malattia), ed un modestissimo numero di sopravvissuti a 2-3 anni di distanza anche tra i pazienti presi negli stadi iniziali di malattia, nessun trattamento con Chemio può essere considerato standard per il carcinoma del polmone a piccole cellule (<sup>127</sup>) [George TK, in : Cancer, vol. 568, pp. 1193-1198, 1986].

Nel decennio successivo, Klastersky (1995) fece un riassunto dei più importanti studi che erano stati eseguiti: "...recentemente, sono stati tentati numerosi diversi regimi chemioterapici, nella speranza di migliorare i risultati aumentando l'intensità della dose. Tutti questi sforzi, dal più estremo (Chemioterapia con trapianto di midollo osseo) al più semplice (raddoppiamento delle dosi), sono falliti. Nessun risultato significativo è stato ottenuto per aumento delle dosi chemioterapiche nel trattamento del carcinoma del polmone a piccole cellule, né per combinazione di singoli agenti..."<sup>(223)</sup> [Klastersky J., in *Seminars in Oncology*, vol. 22, Suppl. 2, pp. 11-12, 1995].

Kokron (1982) osservava: "...nel gruppo di controllo non trattato con Chemio-Terapia (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari, n.d.t.), evidenti vantaggi erano relativi alla qualità della vita a seguito dell'assenza degli effetti collaterali dei chemioterapici e della più breve durata della fase terminale della malattia..."<sup>(232)</sup> [Kokron O., in: *Onkologie*, vol. 5, pp. 56-59, 1982].

## **Cancro renale**

La sopravvivenza a due anni dalla diagnosi è notoriamente ritenuta "caso aneddotico" (*anedoctal cases*), o comunque con percentuali di sopravvivenza molto basse, già a due anni dalla diagnosi (10-20%), se sottoposti a Chemio-Terapia<sup>(1174,1175)</sup> [Gattinoni L.: *Renal cancer treatment: a review of the literature*, *Tumori*, 2003, 89(5), pp.: 476-484; Flanigan RC.: *Metastatic renal cell carcinoma*, *Curr. Treat. Options Oncol.* 2003, 4(5), pp.: 385-390].

## **Cancro della Prostata.**

Il 4 novembre 1995, la rivista scientifica *The Lancet* annuncia: "...il 90% dei casi di cancro alla prostata non diventano mai significativi, clinicamente. La percentuale di sopravvivenza a 10 anni tra i pazienti che non avevano ricevuto alcun trattamento (né Chirurgia, né Radio-Terapia, né Chemio-Terapia, né Ormono-Terapia) era del 91,5%, contro il 77% dei pazienti sottoposti a Radio-Terapia..."

Nota dell'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci: la Radio-Terapia, come noto, distrugge anche le difese immunitarie locali, in primo luogo i linfonodi vicini al tumore, ricchi di Linfociti Natural-Killer, purtroppo estremamente sensibili alle radiazioni.

Sempre il *The Lancet*, rincarò la dose il 9 dicembre 1995 con l'annuncio-shock:

"...la chirurgia totale per il trattamento del cancro alla prostata riesce. solo a far diffondere la malattia: monitorando 14 interventi chirurgici consecutivi, furono scoperte nel sangue di 12 pazienti cellule tumorali provenienti dalla prostata a seguito dell'operazione. Quegli stessi pazienti non avevano però mostrato alcuna cellula tumorale in circolo nel sangue prima dell'intervento chirurgico..."

## **Cancro della mammella**

Secondo il dott. Ulich Abel, non vi è nessuna evidenza diretta che la Chemio-Terapia prolunghi la sopravvivenza; ciò è particolarmente degno di nota, poichè tutte le donne affette da tumore al seno vengono sottoposte a Chemio sia prima che dopo il trattamento chirurgico (*Chemotherapy of advanced epithelial cancer*, *Healing Journal*, No.1-2, Vol. 7, 1990, Gerson Institute).

Il dott. Nelson Erlick, direttore dell'ECRI (*Emergency Care Research Institute*), effettuò nel marzo 1996 un'approfondita analisi degli studi pubblicati dalla letteratura medica sul cancro della mammella fino all'anno 1994. Furono studiati 1.500 lavori scientifici.

Basandosi su tutti i dati disponibili, risultò che:

1). Nella fase iniziale della Chemio-Terapia c'è una "Incidenza di Risposta" più elevata con Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo che con la Chemio-Terapia standard. Cioè: la massa del tumore diminuisce ("Incidenza di Risposta"). Però la "Risposta" non dura a lungo e il cancro ricomincia successivamente a progredire.

2) La Chemio-Terapia standard offre alle pazienti con metastasi del cancro alla mammella un “Tempo di Risposta” più lungo (cioè il numero di mesi nel quale la diminuzione della massa tumorale dura più a lungo), e inoltre più pazienti sopravvivono per un anno rispetto a quelli trattati con Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo.

3) La ricerca scientifica su Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo non ha ancora identificato alcun sotto-gruppo della popolazione in cui tale trattamento può garantire un periodo di non-progressione del cancro che sia maggiore di quello dei gruppi di controllo.

Fino ad ora, la letteratura medica non ha mai affermato che la Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo possa comportare la guarigione da cancro della mammella. La Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo comporta però un guadagno di circa 150-200 mila Euro-dollari per ogni trapianto di midollo osseo. Senza considerare però l'elevata percentuale di decessi nei mesi successivi al trapianto di midollo osseo, a causa di infezioni mortali da germi, sopravvenute nelle pazienti prive, in quel momento, di difese immunitarie adeguate, causa la pesante Chemio-Terapia effettuata e la mancanza di midollo osseo attivo, poiché non ancora attecchito, nonostante il trapianto effettuato nelle settimane precedenti. Su questo fatto, è importante far rilevare che sul *Wall Street Journal* del 17 novembre 1994, in un articolo di copertina che descriveva la pressione politica esercitata sulle compagnie assicurative, affinché pagassero per i trapianti di midollo osseo in caso di tumore al seno di stadio avanzato, gli esperti fornivano anche qui rapporti totalmente negativi su questo tipo di approccio.

Viceversa, a proposito invece di tumori della mammella in fase iniziale, Phillip Day, nel suo celebre libro “*Cancro: se vuoi la vita prepara la verità*”, alle pagine 20 e 21 riporta l'incredibile testimonianza del Dott. Irwin Bross del *Roswell Memorial Park Institute* di New York, testimonianza che si riporta per intero:

“Se si è una donna, alla quale è stato diagnosticato un tumore al seno in fase iniziale (cioè senza evidenza di metastasi), c'è un semplice dato scientifico che bisognerebbe conoscere: quando un patologo diagnostica una lesione del tipo “tumore al seno in stadio iniziale”, più della metà delle volte il patologo sta commettendo un errore, ossia non si tratta realmente di tumore al seno. Quello che la maggioranza delle donne ha realmente, è un tumore che, visto al microscopio illuminato, somiglia al cancro per il patologo. Esistono possibilità che tale tumore non abbia la capacità di metastatizzare, cosa che caratterizza il cancro vero e proprio. Il primo *trial* clinico controllato al mondo, riguardante le terapie coadiuvanti per il tumore al seno, fu condotto nel mio dipartimento. Il dott. Lesile Blumenson ed io facemmo una sorprendente scoperta: più della metà delle pazienti avevano un tumore, ma essi, all'apparenza, si presentavano piuttosto come lesioni benigne. La nostra scoperta non risultò popolare tra i medici professionisti. Essi non avrebbero potuto mai sopportare di ammettere la verità scientifica perché, a quel tempo, la terapia consisteva nella mastectomia radicale. Ammettere la verità avrebbe potuto condurre le donne, che avevano perso una mammella a causa di una diagnosi scorretta, ad intraprendere azioni legali per imperizia. I medici del *National Cancer Institute*, furiosi, ci allontanarono dalla ricerca. Probabilmente riuscirono ad insabbiare le nostre scoperte e a bloccare nuove pubblicazioni. In sostanza, il tumore al seno e il cancro della prostata sono statisticamente gemelli: quando le funzioni dei due organi sessuali interessati diminuiscono, le cellule spesso divengono anormali e appaiono come cellule tumorali. Il *Journal of the American Medical Association* ha riferito di valori di sopravvivenza sorprendentemente alti in cancri della prostata *non trattati*, il che dimostra che 7 tumori su 8 NON erano cancri. Non c'è quindi motivo per le donne di entrare in panico nel momento in cui sentono pronunciare la parola “cancro”. E' il panico invece a renderle facili vittime...”

Conclusione

Paul Wintre mostra una visione più cruda dei fatti e spiega così la dinamica del sistema: “E’ improbabile che qualche medico interrompa consapevolmente una terapia oncologica per proteggere i suoi affari o la sua carriera. Ma ogni medico ha le sue idee in merito al miglior trattamento, sulla base di quanto ha appreso. Tuttavia, le Multinazionali Chemio-farmaceutiche hanno un’influenza estremamente marcata su quanto viene insegnato ai medici. I medici hanno troppo da fare per approfondire le statistiche sui trattamenti del cancro, e danno per scontato che ciò che viene loro insegnato all’Università, o ciò che viene dimostrato nelle pagine delle riviste di aggiornamento, sia il miglior trattamento possibile, poiché scientificamente dimostrato. Né possono permettersi il sospetto che tali trattamenti rappresentino la cosa migliore solo per le Multinazionali Chemio-farmaceutiche, che esercitano la loro influenza sulle istituzioni culturali mediche di livello elevato, a loro appartenenti ...”

(Tratto da: Winter Paul: the cacell Home page, <http://www.best.com/handpen/Cancell/cancell.htm> ).

Così, sostenendo la tesi che la Chemio-Terapia NON è curativa e che realmente ha scarsa efficacia sulle forme più diffuse di cancro, il dott. Martin F. Shapiro affermava sul *Los Angeles Times*, il 9 gennaio 1991: “...mentre alcuni oncologi informano i loro pazienti sulla mancanza di prove che la terapia abbia efficacia, altri potrebbero essere stati sviati da documenti scientifici che esprimono ottimismo senza garanzie sulla Chemio-Terapia. Altri ancora sono sensibili agli incentivi economici. I medici possono guadagnare molto più denaro portando avanti pratiche di Chemio-Terapia di quanto possano apportando sollievo e conforto a pazienti in fin di vita e alle loro famiglie.

E il dott. Samuel Epstein, il 4 febbraio 1992, dichiara: “...esprimiamo la preoccupazione che il sistema generosamente fondato per la lotta contro il cancro, il *National Cancer Institute* (NCI), l’*American Cancer Society* (ACS) e circa altri venti centri per il trattamento del cancro, abbiano sviato e confuso il pubblico e il Congresso (degli Stati Uniti) attraverso ripetute dichiarazioni in base alle quali si starebbe per vincere la guerra al cancro...

Tabella 2a: Farmaci cito-tossici in vendita in Italia per Chemio-Terapia

*i nomi commerciali sono in corsivo. I costi, in Lire, sono riferiti all'anno 1998*

**AZIENDE FARMACEUTICHE:**

*Astra Zeneca S.p.A.*

*Aventis Pharma S.p.A.*

*Bristol-Myers Squibb S.p.A.*

*Chiron Italia S.r.l.*

*Dompè Biotec S.p.A.*

*Eli Lilly S.p.A.*

*Glaxo Wellcome S.p.A.*

*Ipsen S.p.A.*

*Italfarmaco S.p.A.*

*Janssen-Cilag S.p.A.*

*Novartis Farma S.p.A.*

*Roche S.p.A.*

*Schering Plough S.p.A.*

**Agenti alchilanti**

Ciclofosfamide :

**ENDOXAN ASTA®** di Asta Medica: 50 confetti da 50 mg l'uno, fascia A, Lire 17.300

*ENDOXAN ASTA*® di Asta Medica: fiale da 0,5 grammi; Fascia A, Lire : 8700

*ENDOXAN ASTA*® di Asta Medica: fiale da 1 grammo; Fascia A, lire: 15.400

Ifosfamide

Mostarda azotata

Clorambucil:

*LEUKERAN*® della Glaxo: 25 compresse da 5 mg l'una; fascia A, Lire 22.200

*LINFOLYSIN*® del Nuovo Ist. Sier. Milan.: 50 confetti da 2 mg l'uno; fascia A, Lire 19.800

Busulfan:

*MYLERAN*® della Glaxo: 100 compresse da 2 mg; fascia A, Lire 29.000

Melfalan :

*ALKERAN*® della Glaxo: 25 compresse da 5 mg l'una; Fascia A, Lire: 26.300

Nitrosuree:

A) Carmustina (BCNU)

B) Iomustina (CCNU)

Cis-diclorodiammina platino:

*CIS-PLATINO TEVA*® della Teva: fiale da 20 ml da 10 mg per endovena; fascia A, Lire 20.200

*CIS-PLATINO TEVA*® della Teva: fiale da 100 ml da 50 mg per endovena; fascia A, lire 84.200

*CITOPLATINO*® della Rhone Poulenc: fiale da 10 mg per endovena; fascia A, lire 20.800

*CITOPLATINO*® della Rhone Poulenc: fiale da 25 mg per endovena; fascia A, lire 47.800

*CITOPLATINO*® della Rhone Poulenc: fiale da 50 mg per endovena; fascia A, lire 95.000

*PLATAMINE*® della Pharmacia; fiale da 10 mg; Fascia A, lire 20.800

*PLATAMINE*® della Pharmacia; fiale da 25 mg; Fascia A, lire 47.800

*PLATAMINE*® della Pharmacia fiale da 50 mg ; Fascia C, lire 91.000

*PLATINEX*® della BMS fiale per endovena da 10 mg; Fascia C, lire 19.200

*PLATINEX*® della BMS fiale per endovena da 10 mg in 20 ml, sol. Pronta; Fascia A, lire 20.200.

*PLATINEX*® della BMS: fiale per endovena da 25 mg in 50 ml; fascia A, lire 45.700

*PLATINEX*® della BMS: fiale per endovena da 50 mg in 100 ml; fascia C, lire 91.100

Carboplatino:

*PARAPLATIN*® della BMS: fiale da 150 mg per endovena (Fascia A, Lire 265.000)

*PARAPLATIN*® della BMS: fiale da 50 mg per endovena (Fascia A, Lire 88.200)

### **Antibiotici anti-tumorali (ricavati dallo Streptomyces):**

Doxorubicina (Adriamicina):

*ADRIBLASTINA SOL. PRON.*® della Pharmacia : fiale da 10 mg in 5 ml; Fascia C, Lire 29.000.

Daunorubicina (Daunomucina):

*DAUNOBLASTINA*® della Pharmacia : fiale da 20 mg; fascia A, lire 25.500

Bleomicina:

*BLEOMICINA*® della Rhone Poulenc: fiale liofilizz. da 15 mg per endovena; fascia A, lire 52.700

Dactinomicina (Actinomicina D):

Mitomicina C:

*MITOMYCIN C*® della Kyowa; fiale da 2 mg; Fascia A, lire 21.400

### **Alcaloidi di origine vegetale**

#### **Alcaloidi della Vinca :**

Vincristina:

*VINCRISTINA PHARMACIA*® della Pharmacia: fiale da 1 mg; fascia C; lire 21.300

*VINCRISTINA PHARMACIA*® della Pharmacia: fiale 2 mg; fascia C; lire 42.600

*VINCRISTINA TEVA*® della Teva: fiale da 1 mg; fascia C; lire 23.300

*VINCRISTINA*® della Eli Lilly: fiale da 1 mg, fascia A; lire 23.200

Vinblastina:

*VELBE*® della Eli Lilly; fiala da 10 mg; fascia A, lire 29.900

#### **Derivati dalla Mandragora:**

VP-16 (Mandragora, Podofillotossina)

**Derivati del Tasso** (*Taxus baccatus*: Tasso, Albero della Morte (Italian); Tree of Death (English); Eilec (Deutsch);

TAXOL 100

TAXORENE

### **Anti-Metaboliti (antagonisti delle purine)**

Tioguanina (6 Thioguanina, 6 TG)

*THIOGUANINE*® della Glaxo, 25 compresse da 40 mg, fascia A, lire 76300

Mercaptopurina (6- Mercaptopurina, 6 MP)

*PURINETHOL*® della Glaxo, 25 compresse da 50 mg, fascia A, lire 26100

### **Antagonisti delle pirimidine**

Citarabina (Citosina arabinoside, ARA-C)

*ARACYTIN*® della Pharmacia: fiale da 100 mg in 10 ml, fascia A, lire 9.400

*ARACYTIN*® della Pharmacia: fiale da 500 mg in 5 ml, fascia A, lire 36.400

*ERPALFA*® della Intes: collirio da 0,5 % in 5 ml, impiegata nelle cheratiti virali; fascia C, lire 6100

Fluorouracile (5-Fluorouracile, 5-FU)

*FLUOROURACILE TEVA*® della Teva, fiale da 250 mg; fascia A, lire 12.100.

*FLUOROURACILE*® della Roche, fiale da 250 mg in 45 ml; fascia C, lire 31.300  
*EFUDIX*® della Roche, unguento da 20 grammi al 5%; fascia A, lire 8700; impiegato per applicazioni d'unguento sulla pelle per cheratosi solare, cheratosi senile, malattia di Bowen, epiteliomi basocellulari

Metotrexato (MTX)

*BRIMEXATE*® della BMS ; fiale da 20 mg; fascia C, lire 8.800

*METHOTREXATE 500*® della Wyeth; fiale da 500 mg; fascia A, lire 146.200

*METHOTREXATE*® della Wyeth; 100 compresse da 2,5 mg; fascia C, lire 25.800

*METHOTREXATE*® della Wyeth; 25 compresse da 2,5 mg; fascia A, lire 9.600

*METHOTREXATE*® della Wyeth; fiale da 50 mg; fascia A, lire 12.800 *METHOTREXATE*® della Wyeth; fiale da 5 mg; fascia A, lire 3.400

*METHOTRESSATO TEVA*® della Teva ; fiale da 500 mg; fascia A, lire 146.300

*METHOTRESSATO TEVA*® della Teva ; fiale da 50 mg; fascia A, lire 19.800

Nota: impiegato anche nell'artrite reumatoide dell'adulto

Dacarbazina

*DETICENE*® della Rhone Poulenc: fiale da 100 mg in 10 ml; fascia A, lire 10.200

DTIC (Imidazol-4-carboxamide-dimetiltriazeno)

ALTRI CHEMIOTERAPICI:

Vindesina Solfato

*ELDISINE*® della Eli Lilly, fiale da 5 mg fascia A, lire 282.400

Tabella 2b : Il fallimento della Chemio-Terapia (dati di bibliografia)

Acta Oncol., 43(2), pp.:186-189, 2004

Abstract No. 146, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., Vol. 11, p 80, 1992.

Abstract No. 163, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. 9, p.43, 1990.

Abstract No. 614, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., Vol. 12, pp 255, 1993.

Abstract No. 706, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., Vol.11, pp.223, 1992.

Abstract No. 880, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. Vol. 12, pp 273, 1993.

*Atemw.-Lungenkrhk.*, vol. 12, pp. 544-549, 1986

Biomed and Pharmacother, vol. 46, 1992, aggiorn. 1995, pp. 439-452

Brit. J. Cancer, vol. 61, pp. 779-787, 1990

Br.J.Cancer, 90(11),pp.:2131-2134, 2004

Brit. Med. J., Vol. 28, pp. 213-221, 1962

Brit. Med. J., vol 293, pp. 871-876, 1986

Cancer, vol. 36, pp. 675-682, 1975

Cancer , vol. 38 pp. 13-20, 1976

Cancer, vol. 47, pp. 27-31, 1981

Cancer, vol. 56, pp. 1193-1198, 1986

Cancer, vol. 57, pp. :567-570, 1986

Cancer, Vol. 60, pp. 2104-2116, 1987

Cancer, Vol. 69, pp. 476-481, 1991

Cancer, Vol. 98, pp.: 1745-1748, 2003

Cancer, Vol.100 pp.:1807-1813, 2004

Cancer and Metastatic Review, vol. 6, pp. 503-520, 1987

Cancer Statist. In Med., vol. 8, pp. 405-413, 1989

Cancer Treatment Reports, vol. 65, pp. 973-978, 1981

Cancer Treatment Reports, Vol. 69, pp. 1127-1130, 1985.

Cancer Treatments Reviews, vol.10, pp. 159-172, 1983

Clinical Oncology, Vol. 4, pp. 55-69, 1978

Clinical Oncology, Vol. 8, pp. 149-158, 1982.

Current Problems in Cancer, vol. 11, pp. 257-356, 1987

Curr. Treat. Options Oncol. 2003, 4(5), pp.: 385-390

De Vita: "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia, 4.a edizione, 1993.

Dt. Med. Wschr., vol. 114, pp. 935-938, 1986

Eur. J.Cancer, 40(4), PP:536-542, 2004;

Gut, volume 25, pp. 682-688, 1984

Haematologica 83, pp.: 967-973, 1998 [www.haematologica.org ]

Haematologica, 88,(05), pp.: 522-528, 2003 [www.haematologica.org ]

Haematologica 88(12), pp.1348-1355, 2003. [www.haematologica.org ]

Haematologica, 89(2), pp.145-155, 2004. [www.haematologica.org ]

Haematologica, 89, pp.: 296-303, 2004 [www.haematologica.org ]

Haematologica, 89, pp.: 791-800, 2004 [www.haematologica.org ]

Haematologica, 90, pp.: 232-237, 2005 [www.haematologica.org ]

Haematologica, 90, pp.: 661-672, 2005.

Haematologica, 90, pp.: 994-996, 2005.

*Interview in Cancer Care*, volume 1, edizioni MMV, p.8, 1994

J. Amer. Med. Assoc., vol. 259, pp. 3571-3578, 1988

J. Cancer Res. Clin. Oncol. , vol. 114, pp. 183-185, 1988

J.Chemother.,15(6),pp.:607-612, 2003

J. Clin. Oncol. , Vol. 6, pp.1337-1387, 1984

J. Clin. Oncol., vol.3, pp. 1079-1085, 1985

J. Clin. Oncol., vol. 5, pp. 1711-1712, 1987.

J. Clin. Oncol., vol. 8 pp. 838-847, 1990

J. Clin. Oncol., vol. 9, pp. 305-312

J. Clin. Oncol. vol. 11, pp. 1441-1447, 1993

J. Clin. Oncol., vol.12, pp. 1789-1795, 1994

J.Clin. Oncol., Vol. 13, pp. 444-445, 1995

J.Clin.Oncol., 22(12),pp.:2313-2320, 2004

J.Clin.Oncol.,22(12),pp: 2321-2327, 2004

Kirkwood and Yasko: Current Medicine, Philadelphia, pp. 82-86

Laryngt. Rhinol. Otol., vol. 66, pp. 200-204, 1987

Nagel and Sauer, Aktuelle Onkologie, W. Zuckschwerdt Verlag, Munchen, 1993, pp. 580-582

Onkologie, vol. 5, pp. 56-59, 1982

Onkologie, vol. 7, pp. 297-299, 1984

Onkologie, vol. 9, pp. 319-331, 1986

*Praktische Onkologie*, vol. II, Zuckschwerdt Verlag Munchen, pp.: 115-122, 1992

*Praktische Onkologie*, vol.: III, W. Zuckschwerdt Verlag Munchen, pp.: 52-63, 1993,

Proc. Amer. Soc. Clin. Oncology, Vol. 13, p 336, 1994

SAKK Anticancer Research, Vol. 13, pp. 1839-1840, 1993.

Seminars in Hematology, vol. 36, No.1, suppl.3, 1999.

Seminars in Oncol., vol. 3, pp. 1032-1039, 1985  
Seminars in Oncol., vol. 13/3, Suppl. 3, pp. 92-96, 1986  
Seminars in Oncol., vol. 15, Suppl. 3, pp. 42-49, 1988  
Seminars in Oncol., vol. 15, Suppl. 3, pp. 35-44, 1988  
Seminars in Oncol., vol. 15, Suppl. 3, pp. 45-49, 1998  
Seminars in Oncol., vol. 18, pp. 421-442, 1991  
Seminars in Oncol., vol. 18, pp. 543-559, 1991  
Seminars in Oncol., vol. 19, pp. 317-332, 1992  
Seminars in Oncol., vol. 20, pp. 296-301, 1993  
Seminars in Oncol., vol. 21, Suppl. 1, pp. 10-16, 1994  
Seminars in Oncol. Vol. 21, pp. 54-62, 1994  
Seminars in Oncol., vol. 21, Suppl. 2, pp. 1-9, 1994  
Seminars in Oncol., vol. 22, Suppl. 2, pp. 11-12, 1995

Slevin and Staquet, *Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni*, Raven Press, New York, 1986

The Lancet, vol. I, pp. 715-719, 1971  
The Lancet, vol. II, pp. 1161-1165, 1975B  
The Lancet, vol. 341 i, pp. 418-422, 1993  
The Lancet, vol. 343, pp. 1309-1312, 1994

The New Engl. J. Med., vol. 313, pp. 1241-1246, 1985  
The New Engl. J. Med., vol. 330, pp. 1136-1142, 1994

Tumor Diagnostik and Therapie, vol. 5, pp. 44-48, 1984  
Tumor Diagnostic and Therapie, vol. 8, pp. 54-58, 1987

Tumori, 2003, 89(5), pp.: 476-484.