

√ Manuale per i pazienti

Il tumore della prostata

**EUROPA
UOMO** 

Europa Uomo Italia Onlus
Prima associazione italiana
per l'informazione
sulle patologie prostatiche



ProADAMO Fondazione Onlus
Progetti di ricerca scientifica e clinica
per il tumore della prostata



Il tumore della prostata

Questa pubblicazione
è stata realizzata grazie alla collaborazione fra:

Europa Uomo Italia Onlus

Prima associazione italiana per l'informazione sulle patologie prostatiche

Viale Beatrice d'Este 37 - 20122 Milano

Per associarsi e ricevere informazioni:

tel. 02.58.32.07.73 - fax 02.58.31.37.22

Numero Verde: 800.869.960 (da rete fissa)

e-mail: europauomo.italy@virgilio.it

Sito Internet: www.europauomo.it

ProADAMO Fondazione Onlus

Progetti di ricerca scientifica e clinica per il tumore della prostata

e-mail: info@proadamo.it

Sito Internet: www.proadamo.it

Indice

Introduzione

	Presidente Europa Uomo Italia Onlus Ettore Fumagalli	pag 04
	Presidente ProADAMO Fondazione Onlus Gianfranco Negri-Clementi	pag 06
Cap. 1	La prostata: dov'è, che funzione ha	pag 08
Cap. 2	Il cancro alla prostata: che cos'è e quali sono i fattori di rischio	pag 11
Cap. 3	Quando scatta l'allarme? I sintomi aiutano poco	pag 13
Cap. 4	La diagnosi: come si formula	pag 16
Cap. 5	Stadiazione e classi di rischio	pag 20
Cap. 6	Chirurgia	pag 22
Cap. 7	Radioterapia	pag 31
Cap. 8	HIFU (High Intensity Focused Ultrasound) e Crioablazione	pag 37
Cap. 9	Programmi di monitoraggio del tumore della prostata	pag 39
Cap. 10	La terapia ormonale	pag 42
Cap. 11	La chemioterapia	pag 46
Cap. 12	Le domande dei pazienti	pag 53

Conoscere aiuta a diminuire i pericoli

Ettore Fumagalli

Presidente di Europa Uomo Italia Onlus, Milano

Se l'uomo dedicasse alla prevenzione del tumore della prostata la stessa attenzione che oggi la donna dedica a quella del seno, si valuta che su ogni mille uomini visitati per un controllo annuale, 76 scoprirebbero di presentare patologie dell'apparato genitourinario. Patologie non significa tumore, bensì allarme per qualcosa che non funziona nel proprio organismo. Può essere un'infezione, un ingrossamento della prostata o la cosa più temuta: il tumore. Per quanto riguarda il vero e proprio carcinoma della prostata, soltanto nel 2012 in Italia si stimano oltre 42.000* nuovi casi e si calcola che ogni italiano con più di 65 anni abbia circa il 3 per cento di probabilità di morire a causa della malattia. È la neoplasia più frequentemente diagnosticata negli uomini, eppure gli uomini ne sanno così poco che vengono colti alla sprovvista quando sono costretti ad affrontare la diagnosi medica. È una sorta di pudore che porta l'uomo ad ignorare volutamente o inconsciamente i pericoli di una malattia che riguarda così da vicino anche il suo sesso. Poi, quando succede, il paziente non sa a chi rivolgersi.

Recenti risultati di studi decennali hanno ridimensionato, infatti, anche il valore del marcatore più noto, il PSA, che è sempre stato un "segnalatore" di anomalie prostatiche, ma mai, da solo, indice sicuro di tumore. Di qui l'allarme per le sovra-diagnosi e i rischi di sovra-trattamento (di interventi radicali



non strettamente necessari). Ma resta il fatto che intervenire per tempo per estirpare o contenere la malattia può salvare molte vite. Per ottenere questo è necessario che la popolazione maschile sappia che cosa deve fare e quando cogliere i segnali d'allarme, come deve comportarsi, con chi consultarsi.

L'informazione adeguata – e di conseguenza una prevenzione diffusa – ha dimezzato i casi di morte per tumore al seno. Il fine del libretto, realizzato con la competente collaborazione delle dottoresse specialiste dell'Istituto dei tumori di Milano che partecipano al Programma Prostata, è quello di avvicinarsi a questo obiettivo. Lo sforzo delle autrici – che abbiamo voluto fossero tutte donne – è stato quello della chiarezza e della semplicità, senza trascurare però la precisione tecnica. Si è cercato di rispondere a tutti gli interrogativi che un uomo che sospetta di essere malato può porsi, di accompagnarlo nel decorso della malattia, di spiegare quali sono le possibilità di cura e che cosa succede dopo.

Mi auguro che questo prezioso opuscolo possa contribuire a formare una nuova conoscenza che l'uomo deve avere di sé. È il primo passo di una politica della salute che può aiutare ad individuare per tempo il male, affrontarlo, curarlo.

* Fonte: Rossi S, Crocetti E, Capocaccia R, Gatta G and the AIRTUM Working Group. Estimates of cancer burden in Italy. Tumori, 99:416:424, 2013.

La patologia ferisce anche l'anima

Gianfranco Negri-Clementi

Presidente di ProADAMO Fondazione Onlus, Milano

Cari Amici,
è per me una doppia soddisfazione poter presentare questa piccola ma importante opera.

Lo è sia come presidente della Fondazione ProADAMO, che ha voluto contribuire alla realizzazione e alla pubblicazione di questo opuscolo, sia come uomo, perché la vita e l'esperienza mi consentono ogni giorno di più di apprezzare il valore della conoscenza e della sua diffusione.

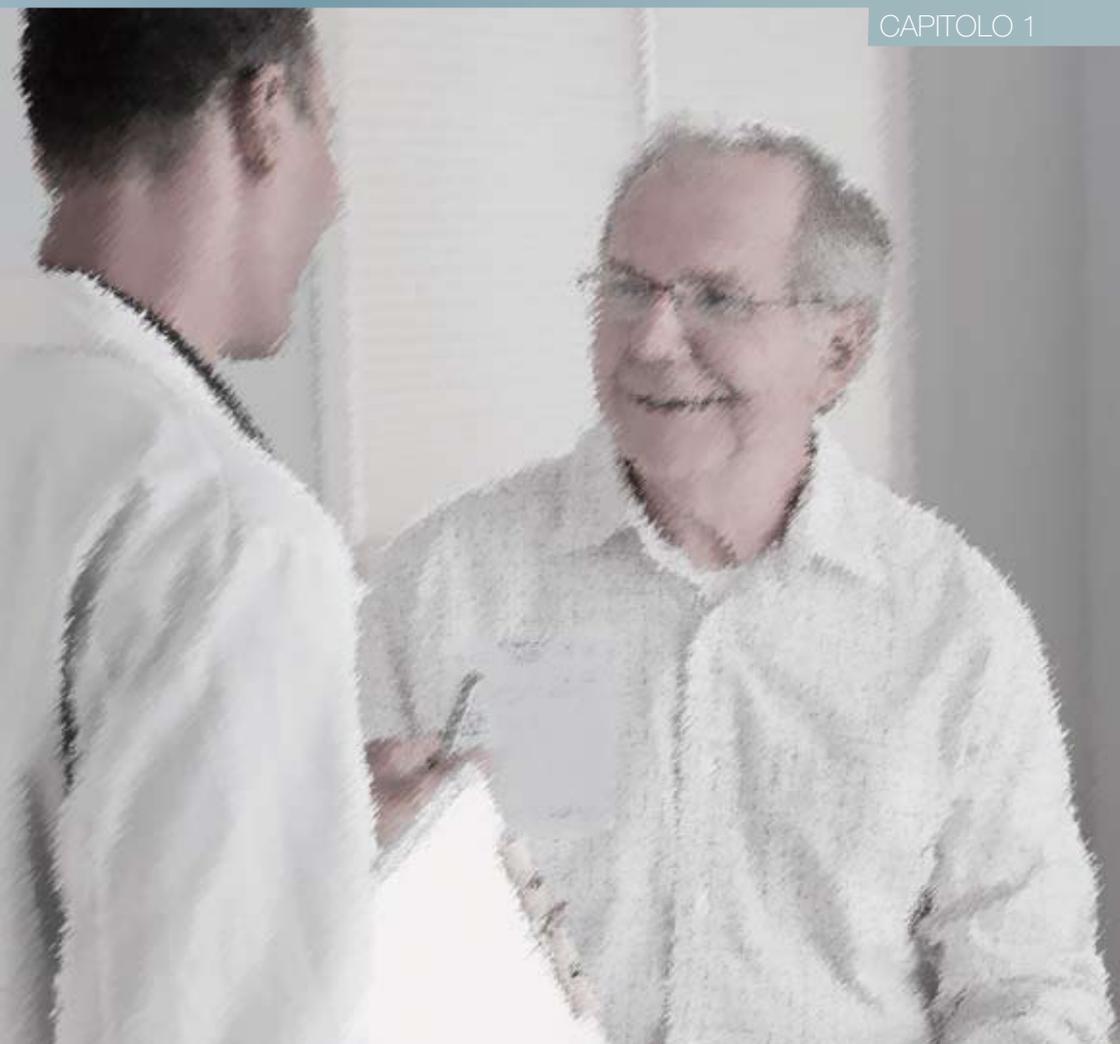
Leggete con attenzione. Che siate pazienti, o loro familiari, o medici, o solo curiosi di sapere. Vi accorgete che il tumore della prostata è una patologia che non si cura solo in ospedale. È una malattia che non riguarda solo il medico e il paziente. Il tumore della prostata diventa anche una patologia dell'anima. Ogni uomo che ne sia colpito deve affrontare paure e incognite che lo costringono a ricostruire la sua identità maschile. Deve ricomporre la sua immagine sociale. Per questo parlarne è vitale, e diffondere questa preziosa pubblicazione è per noi di ProADAMO e per gli amici di Europa Uomo Italia un obiettivo di primaria importanza. Alcune specialiste del team multidisciplinare del Programma Prostata, dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, presentano qui una descrizione rigorosamente scientifica, ma



anche chiara e utile, di che cosa sia il tumore della prostata, di come si arrivi alla sua diagnosi, delle possibili terapie, e degli atteggiamenti osservazionali che potrebbero essere adottati. Desidero sottolineare che si tratta di un lavoro interamente svolto da donne: un'urologa, due oncologhe radioterapiste, due oncologhe, una radiologa, due psicologhe. La scelta di un

team solo femminile non è casuale. Vuole dare un ulteriore segnale, ai pazienti e ai loro familiari, dell'importanza del ruolo della donna per la capacità di attenzione e di cura che le sono proprie e che troppo spesso mancano a noi uomini.

Il lavoro che ha portato a questa pubblicazione è stato coordinato dal Dott. Valdagni, Direttore del Programma Prostata nonché, lo rilevo con orgoglio e gratitudine, Coordinatore dell'Advisory Board di ProADAMO.



è quella di produrre una parte del liquido seminale che, insieme agli spermatozoi (che originano dai testicoli) ed al liquido proveniente dalle vescicole seminali, viene espulso con l'eiaculazione attraverso il dotto eiaculatore. Tra le componenti del liquido prostatico vi è una proteina, il PSA (Antigene Prostatico Specifico), presente anche nel sangue, che ha la funzione di fluidificare il coagulo spermatico per facilitare il movimento degli spermatozoi.



Il cancro alla prostata: che cos'è e quali sono i fattori di rischio

Il cancro alla prostata è il tumore maschile più frequente: in Italia, ogni anno, ne sono diagnosticati circa 42.800 casi.

Colpisce prevalentemente soggetti di età superiore ai 50 anni, mentre è più raro si riscontri in età più giovanile.

Cellule tumorali nella prostata sono presenti nel 40% circa degli uomini al di sopra dei 50 anni. Questa percentuale aumenta progressivamente con l'età. Recenti studi e statistiche scientifiche stimano che quasi tutti gli uomini di età superiore agli 80 anni abbiano un piccolo focolaio di cancro prostatico. Ciò implica che molti uomini, pur avendo questa malattia, muoiono per altre cause.

È il tumore maschile più frequente

Il tumore della prostata comprende, infatti, una varietà di forme, da quelle a crescita molto lenta - che possono non dare problemi nell'arco della vita e che per questo vengono definite "indolenti" - ad altre forme più aggressive che invece crescono rapidamente superando i confini della ghiandola e possono diffondersi, attraverso il sangue ed il sistema lin-

fatico ad altre parti dell'organismo, dando così origine alla diffusione del cancro in altre zone, cioè alle metastasi.

Le cause reali del tumore della prostata sono sconosciute, tuttavia sono stati individuati alcuni fattori di rischio ed alcune condizioni che ne aumentano la probabilità di insorgenza.

I fattori di rischio "certi" sono la familiarità e l'età. Gli uomini con un parente stretto (padre, fratello) affetto da carcinoma della prostata hanno un rischio doppio di ammalarsi rispetto alla popolazione generale. Il rischio cresce ulteriormente se in famiglia c'è più di un parente affetto e se la malattia è stata diagnosticata prima dei 65 anni.

Un altro significativo fattore di rischio è l'appartenenza all'etnia afro-americana: in questa popolazione l'incidenza è, infatti, maggiore.

Inoltre, sembra che la probabilità di ammalarsi possa aumentare in presenza di alcune condizioni come l'infiammazione della prostata (prostatite) cronica o ricorrente, gli elevati valori di ormoni maschili, l'esposizione ad inquinanti ambientali, il fumo, l'obesità ed un'alimentazione ricca di grassi animali (in particolare latticini e carni rosse) e povera di frutta e verdure.

Recentemente sono stati identificati dei geni le cui mutazioni sono legate ad un aumento del rischio di tumore prostatico.



Quando scatta l'allarme? I sintomi aiutano poco

Il tumore prostatico in fase iniziale non dà alcuna sintomatologia.

La maggior parte dei tumori prostatici viene diagnosticata proprio in questa fase, quando cioè non ci sono sintomi specifici.

Spesso, infatti, i pazienti che si rivolgono all'urologo presen-

tano i tipici sintomi derivanti dall'ipertrofia prostatica, cioè la patologia benigna che colpisce la prostata in relazione all'avanzare dell'età del paziente. Questi possono essere: aumento della frequenza delle minzioni, sia diurne che notturne, difficoltà ad iniziare la minzione, sensazione di incompleto svuotamento della vescica al termine della minzione, debolezza del getto urinario, saltuari bruciori durante la minzione, difficoltà nell'avere l'erezione, saltuaria presenza di sangue nello sperma.

Però questi disturbi, se legati alla presenza di un cancro, insorgono, nella maggior parte dei casi, quando già il tumore è in fase localmente avanzata.

La comparsa di questi sintomi in forma più o meno acuta si può osservare anche se vi è un'inflammazione della prostata: la prostatite.

Ma allora, quando scatta l'allarme?

In ogni caso, la presenza e la persistenza anche solo di alcuni di questi sintomi deve spingere il paziente ad effettuare rapidamente una visita urologica per la diagnosi corretta e le cure del caso. Nelle rare forme di tumore prostatico che sono diagnosticate in forma già metastatica, i sintomi sono riferibili agli organi colpiti dalle metastasi e, poiché spesso le metastasi colpiscono lo scheletro, il dolore osseo resistente ai comuni analgesici, rappresenta una sintomatologia fortemente indicativa.

Il sospetto clinico deriva da:

- anomala crescita del valore del PSA negli anni;
- valori di PSA persistentemente elevati anche dopo terapia medica adeguata;
- anomalie all'esplorazione rettale con riscontro di nodulo palpabile;

- familiarità e fattori di rischio positivi in presenza di PSA elevato.

In caso di sospetto clinico di tumore prostatico l'urologo richiede, insieme con altri esami come l'ecografia della prostata, la biopsia prostatica, che è l'unico modo attualmente disponibile per fare diagnosi di carcinoma prostatico.



La diagnosi: come si formula

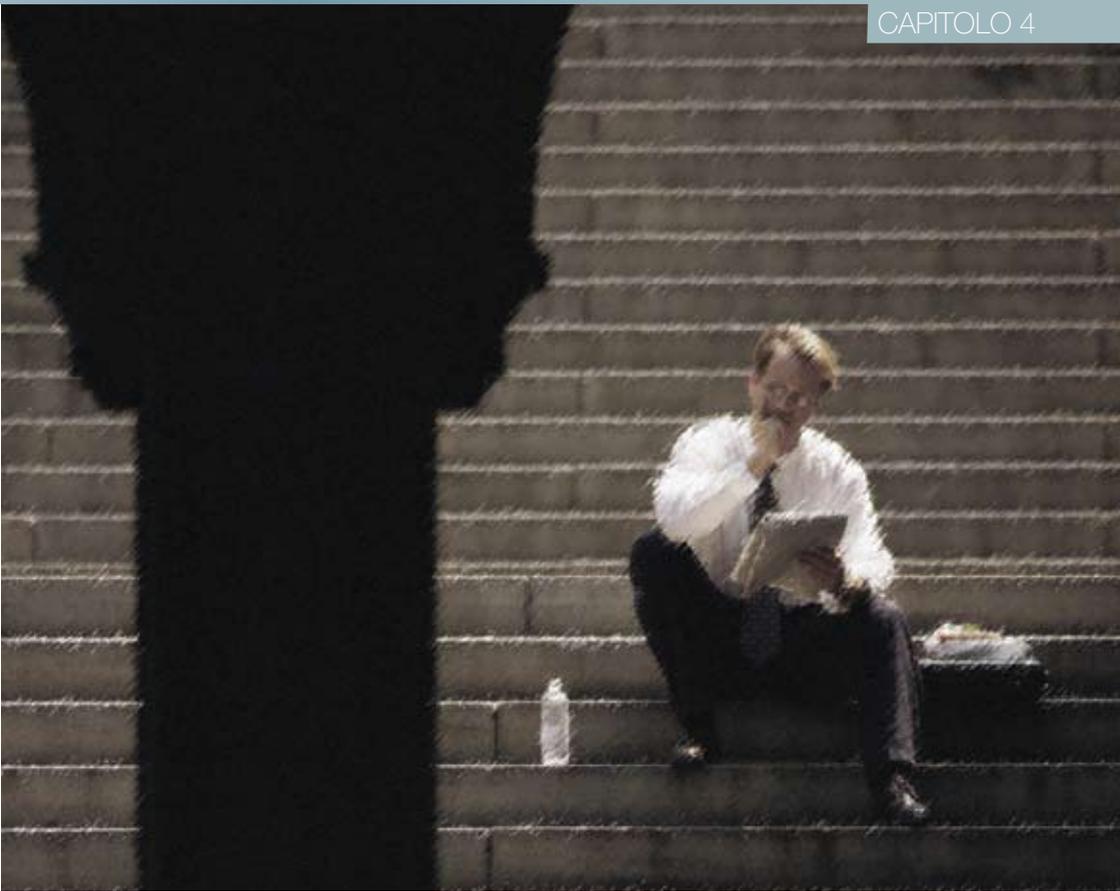
Il prelievo del sangue per il dosaggio del PSA è il dato che di solito si rende disponibile prima della valutazione urologica specialistica.

Il PSA è considerato generalmente “normale” per valori inferiori a 4 ng/ml. Tuttavia, poiché il PSA tende a crescere con l’aumentare dell’età del soggetto, alcuni laboratori ne fissano il limite a 2.5 ng/ml. Ogni valore del PSA sarà naturalmente valutato e interpretato tenendo conto dell’età della persona.

Il PSA non è un marcatore tumorale

Il valore del PSA può talvolta essere più alto della norma, anche in assenza di tumore alla prostata, in seguito a diverse situazioni quali:

- infiammazioni della vescica (cistite) o della prostata (prostatite);
- una esplorazione rettale nei giorni precedenti il prelievo di sangue;
- un rapporto sessuale con eiaculazione nei giorni precedenti il prelievo di sangue;



- un'ecografia prostatica transrettale nei giorni precedenti il prelievo di sangue;
- l'uso prolungato della bicicletta / cyclette (che può dare origine a piccoli traumi della prostata che fanno aumentare il PSA) nei giorni precedenti il prelievo di sangue.

La valutazione urologica comprende anche l'esplorazione rettale. Questa visita, di facile esecuzione, permette al medico di ricavare importanti informazioni sulla prostata: il volume, la consistenza, la regolarità dei margini e della sua superficie, la presenza di noduli sospetti, la presenza di dolore locale. Dopo la visita è probabile che il medico richieda una ecografia prostatica transrettale che permetterà di ottene-

re dati più precisi sulle dimensioni e sull'architettura della prostata. L'ecografia prostatica transrettale non fa diagnosi di tumore prostatico ma consente di ottenere importanti informazioni che, se associate alla storia clinica, alla visita e al valore di PSA, possono suggerire l'esecuzione delle biopsie prostatiche, unico strumento attualmente valido per la diagnosi del tumore.

La biopsia della prostata

La biopsia prostatica consiste nel prelievo di alcuni campioni di tessuto che vengono analizzati dall'anatomo-patologo il quale formula o esclude la diagnosi di carcinoma della prostata.

I prelievi prostatici vengono eseguiti sotto guida ecografica solitamente attraverso il retto e dopo aver effettuato un'anestesia locale.

La procedura è di breve durata (10-15 minuti) e ha come effetti collaterali più frequenti: modesto sanguinamento dal retto, possibile presenza di sangue nelle urine e nello sperma nei giorni dopo la biopsia. Questi fenomeni regrediscono spontaneamente nel giro di alcuni giorni.

Se la biopsia risulta negativa, la presenza di cellule tumorali nella prostata non è esclusa al 100%. Di conseguenza è possibile che, nei casi più sospetti, l'urologo possa richiedere di eseguire nuovamente i prelievi dopo un certo periodo di tempo (6 -12 mesi).

Se la biopsia risulta positiva, significa che nella prostata è presente un tumore. In questo caso può essere necessario, a discrezione dello specialista ed in relazione alle caratteristiche della neoplasia, l'esecuzione di ulteriori esami come la Tomografia Computerizzata (TC) dell'addome e la Scin-

tigrafia ossea. Questi esami, che sono di tipo radiologico e non sono dolorosi, permettono di capire se il tumore ha intaccato altri organi.

Risonanza Multiparametrica della prostata

La metodica più idonea nello studio della prostata è la Risonanza Magnetica Multiparametrica, che permette di identificare le eventuali lesioni neoplastiche e di valutare i tessuti circostanti.

Lo studio della prostata viene definito multiparametrico quando viene acquisito con diverse sequenze che permettono di valutare la morfologia della prostata, la densità cellulare, la perfusione ematica e il metabolismo.

È necessario l'utilizzo di apparecchiature performanti ad alto campo con specifici hardware e software e l'utilizzo combinato di tre bobine (antenne), due di superficie e una endorettale.

La Risonanza Magnetica della prostata può essere usata per studiare pazienti con PSA alterato e valutare i casi da biopsiare, per mirare eventuali biopsie, nella rivalutazione di pazienti con PSA alterato e biopsie negative, nella valutazione dell'estensione del tumore per pianificare il trattamento migliore, nella valutazione di pazienti che sono entrati in un programma di "sorveglianza attiva" e nel rilevare l'eventuale presenza di recidive in pazienti sottoposti a prostatectomia e con rialzo del PSA.

Stadiazione e classi di rischio

Gli aspetti delle cellule tumorali al microscopio sono valutati attraverso il "grading", che descrive il grado di differenziazione delle cellule tumorali ed è quantificato con il punteggio di Gleason (che va da 2 a 10).

Più basso è il punteggio di Gleason meno aggressivo è il tumore.

La stadiazione consente di quantificare l'estensione del tumore. Il metodo utilizzato è il sistema TNM che consente di indicare l'estensione del tumore (stadio T), l'interessamento linfonodale (stadio N), le eventuali metastasi a distanza (stadio M).

Se il tumore è presente solo nella ghiandola prostatica, è definito "localizzato" (T1/T2); se ha superato la capsula prostatica o invaso le vescicole seminali è definito "localmente avanzato"; se ha dato metastasi ai linfonodi o agli organi o alle ossa è definito "avanzato" o "metastatico".

In relazione alle diverse caratteristiche del tumore ed al valore del PSA è possibile definire le "classi di rischio", sulla base delle quali si incentrano le strategie terapeutiche.

Classi di rischio	Stadio	Punteggio Gleason	PSA (ng/mL)
Molto basso	T1c e	≤ 3+3 fino a un massimo di 3 campioni biotipici positivi; la quantità di tumore di ogni campione non può essere maggiore del 50% e	<10; il rapporto tra il PSA e il volume della prostata, altresì definito come densità del PSA, deve essere inferiore a 0.15 ng/mL/g
Basso	T1-2a e	≤3+3 e	≤10
Intermedio	T2b-2c e/o	≤3+4 e/o	10-20
Alto	T3 e/o	≥4+3 e/o	≥20
Molto alto	T4 e/o N+*	qualsiasi	qualsiasi

* N+: linfonodi interessati dalla malattia

Le strategie terapeutiche in funzione delle classi di rischio

	Atteggiamento osservazionale	Intento curativo	Intento di Cronicizzazione/ palliativo
Molto basso	Sorveglianza attiva	Chirurgia (prostatectomia radicale) Radioterapia a fasci esterni Brachiterapia	
Basso	Controlli urologici* Sorveglianza attiva* Vigile attesa*	Chirurgia (prostatectomia radicale) Radioterapia a fasci esterni Brachiterapia	
Intermedio	Vigile attesa*	Chirurgia (prostatectomia radicale) Radioterapia a fasci esterni Radioterapia a fasci esterni più ormonoterapia Brachiterapia* più radioterapia a fasci esterni	Ormonoterapia*
Alto	NO (vigile attesa*)	Radioterapia a fasci esterni più ormonoterapia Radioterapia a fasci esterni più brachiterapia più ormonoterapia* Chirurgia* (prostatectomia radicale)	Ormonoterapia*
Molto alto	NO (vigile attesa*)	Radioterapia a fasci esterni più ormonoterapia	Ormonoterapia
Presenza di metastasi	NO	NO	Ormonoterapia Chemioterapia Radioterapia palliativa

* in casi selezionati



Chirurgia

Indicazioni

In presenza di una diagnosi di tumore prostatico localizzato, quindi confinato alla prostata, l'intervento chirurgico ha finalità curativa.

In questo caso, vengono asportati tutta la prostata, le vescicole seminali e i linfonodi regionali (cioè le ghiandole linfatiche situate attorno alla prostata e nel bacino). Il nome corretto di questa procedura è: "Prostatectomia radicale e linfadenectomia pelvica bilaterale".

Lo scopo è quello di rimuovere completamente tutto il tumore e consentire la guarigione del paziente.

L'intervento di prostatectomia radicale: la preparazione all'intervento, le diverse tecniche

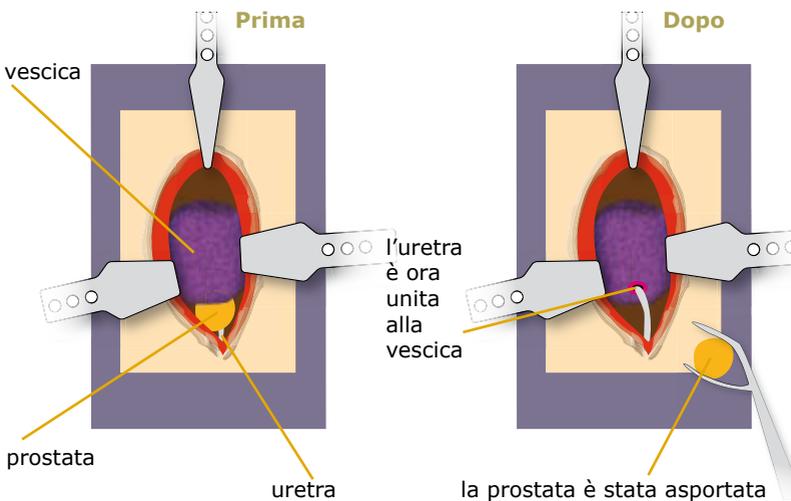
L'anestesista valuterà il paziente in fase preoperatoria e le eventuali patologie associate, prescriverà gli esami preoperatori di routine (visita cardiologica, elettrocardiogramma e esami ematochimici) e, se indicato, richiederà ulteriori esami di accertamento.

Se il paziente desiderasse mantenere la possibilità di avere figli, può depositare lo sperma prima dell'intervento presso i centri medici specializzati in fertilità e crioconservazione.

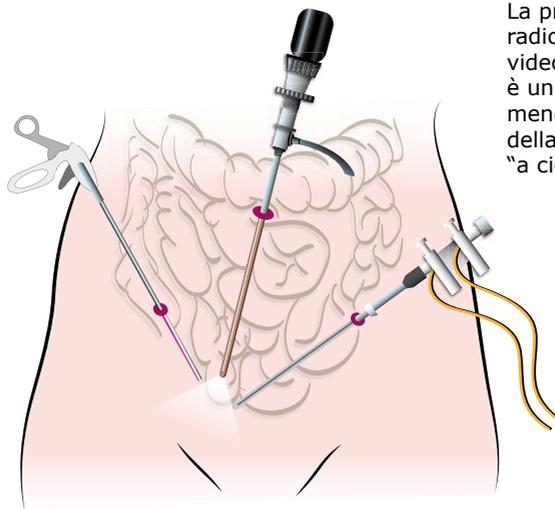
L'intervento di prostatectomia radicale presenta i rischi generali di qualsiasi intervento chirurgico di una certa importanza.

L'urologo può asportare la prostata e i linfonodi con diverse tecniche:

- incidendo la parete addominale dal pube all'ombelico: in questo caso si parla di prostatectomia radicale "a cielo aperto".



PROSTATECTOMIA RADICALE "A CIELO APERTO"



La prostatectomia radicale video-laparoscopica è un intervento meno invasivo della chirurgia "a cielo aperto"

PROSTATECTOMIA RADICALE VIDEO-LAPAROSCOPICA

- incidendo la parete addominale in alcuni punti (solitamente 5): attraverso questi tagli di circa un centimetro, l'urologo introduce la telecamera e gli strumenti per eseguire l'intervento; in questo caso si parla di prostatectomia radicale video-laparoscopica.
- utilizzando un robot durante la procedura video-laparoscopica; (Prostatectomia radicale con Robot Da Vinci) in questo caso si parla di prostatectomia radicale con robot o robotica.

L'utilizzo del robot, infatti, permette di operare con un ingrandimento visivo di circa 20 volte e con una visione a 3 dimensioni, consentendo di eseguire l'intervento con accuratezza, soprattutto se effettuato da mani esperte, ed assicurando al paziente ripresa post-operatoria più veloce, in particolar modo se paragonata alla tecnica a cielo aperto. L'intervento prevede la creazione di 5-6 piccole incisioni ad-

dominali di circa un centimetro ciascuna per poter introdurre lo strumento operatorio.

Dopo avere asportato la prostata e le vescicole seminali l'urologo ricostruisce con una sutura la continuità tra la vescica e l'uretra e inserisce un catetere vescicale che serve a drenare l'urina e a proteggere la sutura chirurgica.

Vengono poi solitamente posizionati uno o due drenaggi che fuoriescono dall'addome, portando all'esterno il siero che si forma nella zona da dove sono stati asportati la prostata e i linfonodi.

È da sottolineare che, allo stato attuale, i risultati oncologici e gli effetti collaterali a lungo termine (incontinenza, deficit dell'erezione) sono paragonabili in tutte le tecniche descritte se queste vengono effettuate in centri con esperienza.

La prostata e le strutture rimosse chirurgicamente vengono fatte sempre analizzare all'anatomo-patologo per avere ulteriori, importanti informazioni sulla malattia. In base al referto patologico potrebbe essere necessario impostare ulteriori terapie in grado di prevenire la possibilità di ricaduta della malattia. In questo caso la terapia, che può essere la radioterapia e/o la terapia ormonale, viene definita "adiuvante", cioè di "aiuto" all'intervento chirurgico.

Decorso post operatorio e degenza in ospedale

Solitamente, in assenza di particolari complicazioni, la degenza post operatoria in ospedale è di circa una settimana durante la quale vengono somministrati farmaci (antidolorifici, antibiotici, eparina per prevenire le complicanze vascolari quali le trombosi venose), liquidi ed effettuati periodici controlli ematici.

Si medica la ferita chirurgica e i drenaggi addominali vengo-

no rimossi appena la secrezione del siero si riduce. Il catetere vescicale viene mantenuto in sede fino a quando l'urologo ritiene che la sutura tra vescica e uretra sia completamente guarita. È possibile che prima della rimozione del catetere vescicale venga effettuato un esame radiografico - la cistografia - che conferma l'avvenuta guarigione della sutura.

La convalescenza a casa

Dopo la dimissione dall'ospedale, si dovrà avvertire il proprio Medico di Medicina Generale dell'intervento chirurgico subito e delle terapie che il paziente dovrà proseguire a domicilio. Il paziente potrebbe essere dimesso con il catetere vescicale e/o i drenaggi addominali ancora in sede. Il personale del reparto urologico insegnerà la manutenzione, abbastanza semplice, di questi presidi. Nel giro di 3-4 settimane, in assenza di complicanze, la maggioranza dei pazienti riprende le normali funzioni fisiche abituali quotidiane.

Effetti collaterali della prostatectomia radicale

Avendo rimosso completamente la prostata e le vescicole seminali, non viene più prodotto lo sperma. Le conseguenze sono che il paziente diventerà sterile e avrà un orgasmo senza eiaculazione.

I più importanti effetti collaterali della prostatectomia radicale sono l'incontinenza urinaria e la difficoltà o l'assenza dell'erezione.

L'incontinenza si verifica soprattutto dopo aver rimosso il catetere vescicale e persiste per un periodo di tempo variabile, da poche settimane fino a qualche mese dall'intervento. Si parla di incontinenza "da sforzo", che si verifica cioè in se-



guito a movimenti che comportano un brusco aumento della pressione addominale (come, per esempio, sollevare pacchi pesanti, starnutire o tossire). Solitamente l'incontinenza regredisce entro sei mesi; se continua oltre i sei mesi, è definita incontinenza urinaria stabilizzata.

Se la perdita di urine non è eccessiva, è possibile effettuare, sotto controllo specialistico, degli esercizi specifici volti a rinforzare il muscolo responsabile della continenza urinaria, parzialmente danneggiato e/o indebolito dalle manovre chirurgiche.

La riduzione o l'assenza dell'erezione sono effetti collaterali comuni dopo prostatectomia radicale, che diventano più frequenti con l'aumentare dell'età del paziente. I nervi deputati all'erezione del pene scorrono in stretto rapporto alla prostata e possono venire parzialmente danneggiati dalla procedura chirurgica.

La prostatectomia "nerve-sparing" è la tecnica chirurgica che permette di risparmiare il fascio nervoso e di avere una più alta probabilità di conservare l'erezione; viene eseguita se il tumore è ancora confinato alla prostata. L'andrologo potrà consigliare una cura appropriata in quanto sono disponibili diverse formulazioni di farmaci.

I vantaggi della prostatectomia radicale

I vantaggi della chirurgia possono essere così riassunti:

- il tumore viene trattato in un tempo unico;
- dopo l'intervento, il PSA è un esame molto più preciso in quanto diventa un marcatore specifico del tumore;
- l'esame istologico sulla prostata e sulle vescicole seminali asportate può dare all'urologo indicazioni ulteriori sul tipo di tumore e sulla sua aggressività, tanto da poter indicare

la necessità di una terapia “adiuvante” alla procedura chirurgica.

I controlli dopo la terapia chirurgica

L'urologo richiederà di controllare il PSA dopo 30-45 giorni dalla prostatectomia radicale per verificare che il suo valore si sia azzerato. In seguito, il paziente eseguirà periodici controlli urologici ambulatoriali ai quali dovrà portare il PSA. L'urologo richiederà ulteriori esami solo in casi particolari. Qualora il PSA si rialzasse, l'urologo valuterà la possibilità di ulteriori indagini per evidenziare una eventuale ripresa del tumore.

I controlli urologici ambulatoriali sono molto importanti in quanto permettono di attivare in tempo utile le terapie necessarie in caso di rialzo del PSA.

Luoghi comuni, domande e perplessità frequenti riguardanti la chirurgia

Spesso il paziente pensa: “Se tolgo tutta la prostata chirurgicamente il tumore non tornerà più: tolto il dente, tolto il dolore”.

La prostatectomia radicale rimuove completamente la neoplasia ma il “ritorno” del tumore, tecnicamente definito “recidiva”, è determinato dall'aggressività biologica del tumore, ossia dalla capacità intrinseca della malattia di potersi ripresentare a distanza di tempo dal trattamento radicale, sia esso chirurgico o radioterapico. Qualsiasi cura con intento radicale non può comunque garantire al 100% che il tumore non darà mai più segni di sé. Per questo motivo si effettuano i controlli uro-oncologici periodici.



Radioterapia

La radioterapia eventualmente associata alla terapia ormonale, rappresenta una delle opzioni terapeutiche per i pazienti affetti da tumore della prostata. Si basa sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti (normalmente raggi X, radionuclidi o in casi particolari protoni e ioni carbonio).

Ne esistono due tipi:

- la radioterapia a fasci esterni (RT);
- la brachiterapia (BRT).

Radioterapia a fasci esterni

La radioterapia a fasci esterni viene somministrata mediante una macchina chiamata "acceleratore lineare".

Possono essere sottoposti a radioterapia a fasci esterni i pazienti con tumore della prostata in qualsiasi classe di rischio. Se i pazienti sono in classe di rischio intermedia/alta, l'oncologo radioterapista potrà associare alla RT un trattamento con ormoni.

Prima di iniziare il trattamento radiante, l'oncologo radioterapista sottopone il paziente ad una TC (tomografia computerizzata) dell'addome, detta "di simulazione" o "di centratura", che permette di identificare sia il bersaglio da irradiare, o target, (la loggia prostatica ed eventualmente i linfonodi pelvici), sia gli organi vicini al bersaglio, detti "organi a rischio" (retto, vescica, teste femorali, piccolo intestino), che devono essere schermati dalle radiazioni, al fine di ridurre al minimo la possibilità di effetti collaterali determinati dal superamento delle dosi di tolleranza dei singoli organi a rischio.

Al termine delle procedure di simulazione saranno effettuati dei tatuaggi puntiformi sulla cute del bacino. Lo scopo dei tatuaggi è quello di permettere ai tecnici sanitari di radiologia medica di centrare con precisione il paziente ad ogni singola frazione di radioterapia. Nel caso dei pazienti con prostata in sede la centratura è facilitata dall'impianto nella ghiandola prostatica di markers fiduciali. Si tratta di una procedura effettuata sotto guida ecografica prima dell'esecuzione della TC di centratura.

Anche durante la RT possono essere acquisite delle immagini TC o delle radiografie del bacino per assicurare la precisione del trattamento radiante.

Un trattamento conformazionale

Grazie ai progressi tecnologici e all'accuratezza della fase di pianificazione, la radioterapia della prostata è un trattamento conformazionale, cioè la dose di radiazioni si "modella" attorno alla prostata e se irradiati eventualmente ai linfonodi pelvi-

ci, con il massimo risparmio degli organi sani circostanti. I trattamenti più diffusi sono indicati con gli acronimi 3D-CRT (radioterapia conformazionale tridimensionale), VMAT (trattamento volumetrico dinamico ad intensità modulata), IMRT (radioterapia a modulazione della fluensa del fascio) e IGRT (radioterapia guidata dalle immagini). Per IGRT si intende un trattamento radiante in cui il bersaglio della radioterapia è identificato tramite immagini acquisite sul lettino di trattamento. Il trattamento radiante a fasci esterni con frazionamento convenzionale può durare fino 2 mesi a seconda della dose di radiazioni erogata, durante i quali i pazienti devono essere sottoposti quotidianamente, da lunedì a venerdì, alla frazione giornaliera di radioterapia.

Qualsiasi sia la tecnica di irradiazione, il paziente effettua la radioterapia coricato su un lettino, attorno al quale ruota il braccio di un'apparecchiatura chiamata acceleratore lineare, che in posizioni precise e definite dal piano di cura di radioterapia, emette un fascio di radiazioni che vanno a colpire con accuratezza la prostata.

Normalmente il trattamento giornaliero impegna per 15-25 minuti, al termine dei quali il paziente può tornare a svolgere le sue abituali attività lavorative o ricreative.

Radioterapia post-operatoria

La radioterapia post-operatoria ha due differenti finalità: adiuvante e di salvataggio. È definita adiuvante quando si prefigge, in pazienti operati con tumore localmente avanzato e in presenza di margini chirurgici positivi, di aumentare il controllo locale. In questo caso viene effettuata entro pochi mesi dalla prostatectomia radicale. Un trattamento radiante di salvataggio può essere indicato in caso di mancata negativizzazione del

PSA dopo prostatectomia radicale o qualora, anche a distanza di anni dalla chirurgia si avesse un rialzo di PSA.

Brachiterapia

In questo caso le sorgenti radioattive vengono posizionate o impiantate direttamente all'interno della prostata. Come trattamento esclusivo è indicata nei pazienti con tumore della prostata circoscritto alla ghiandola prostatica e con fattori prognostici favorevoli. Nei pazienti con tumore della prostata in classe di rischio intermedia/alta la brachiterapia può essere associata alla radioterapia a fasci esterni. In questi casi viene spesso prescritto in associazione un trattamento ormonale.

La brachiterapia prevede un tempo chirurgico in anestesia spinale (o generale), durante il quale le sorgenti radioattive sono collocate all'interno della ghiandola prostatica sotto guida ecografica transrettale.

Questa modalità di cura prevede, un breve ricovero ospedaliero, durante il quale, prima dell'avvio della brachiterapia, il paziente sarà sottoposto ad una valutazione anestesiologicala. Vi sono due diversi tipi di impianti.

Impianto permanente

Le sorgenti radioattive, generalmente sotto forma di piccoli semi di iodio o palladio, sono posizionate all'interno della ghiandola prostatica e vi rimangono per sempre, senza conseguenze per il paziente. Per alcune settimane dopo l'impianto è necessario seguire alcune norme cautelative, come non essere a stretto contatto con i bambini e le donne incinte. Nell'eventualità, sebbene rara, che qualche seme possa uscire dalla prostata trasportato dallo sperma, è consigliato per qualche tempo l'uso del preservativo durante i rapporti sessuali.

Impianto temporaneo

La sorgente radioattiva, l'iridio, è posizionata temporaneamente all'interno di vettori o piccoli tubi collocati all'interno della prostata per un numero di sedute variabile a seconda del piano di cura. Durante il trattamento il paziente radioterapico è ospitato per breve tempo in una stanza isolata sotto lo stretto controllo del personale medico e tecnico. Al termine del ricovero, generalmente della durata di 2-3 giorni, le sorgenti ed i vettori sono completamente rimossi, pertanto non è necessario seguire alcuna norma comportamentale specifica.

Possibili effetti collaterali acuti della radioterapia

Gli effetti collaterali acuti compaiono durante il trattamento e tendono a regredire completamente dopo la sua conclusione. L'entità di tali effetti collaterali varia da paziente a paziente ed è controllabile con adeguata terapia medica.

I disturbi che più frequentemente compaiono sono quelli minzionali (aumento della frequenza delle minzioni, difficoltà a ritardare la minzione, presenza di sangue nelle urine, minzione rallentata, bruciore e dolore durante la minzione), e ano-rettali (perdita di sangue dal retto, sensazione di dover defecare senza emissione di feci, bruciore o dolore durante la defecazione, perdita di muco dal retto). Possono manifestarsi anche dolori addominali e diarrea (in caso di irradiazione dei linfonodi pelvici). Infine, durante il periodo di trattamento, può comparire anche una sensazione di affaticamento e spossatezza.

Possibili effetti collaterali tardivi della radioterapia

Gli effetti collaterali tardivi possono comparire a distanza di mesi o anni dalla fine del trattamento. Potrebbero verificarsi



saltuarie perdite di sangue dal retto e/o con l'urina, deficit dell'erezione e riduzione o assenza di sperma.

I vantaggi della radioterapia

La radioterapia a fasci esterni viene condotta in regime ambulatoriale. Si tratta di un trattamento nella maggior parte dei casi ben tollerato ed il paziente può recarsi ad effettuare la seduta giornaliera di terapia senza la necessità di essere accompagnato.

Per la brachiterapia è necessario un breve ricovero per l'impianto delle sorgenti radioattive nella ghiandola prostatica ed una degenza di qualche giorno.

I controlli dopo la radioterapia

Dopo la radio terapia è importante sottoporsi a visite radioterapiche periodiche. Oltre al PSA, l'oncologo radioterapista visiterà il paziente e valuterà gli effetti collaterali legati al trattamento. Potrebbero essere richiesti ulteriori esami del sangue per i pazienti in terapia ormonale o accertamenti di diagnostica per immagini in caso il PSA aumentasse.

Luoghi comuni, domande e perplessità frequenti riguardanti la radioterapia

Ecco le domande più frequentemente poste dai pazienti.

"Durante la radioterapia sono radioattivo?"

Solo la brachiterapia con impianto permanente, che comporta il posizionamento di semi radioattivi nella prostata, richiede che il paziente, immediatamente dopo l'impianto, usi qualche cautela nei confronti dei bambini e delle donne in gravidanza.

Le altre metodiche non comportano alcun rischio per le persone che circondano il paziente, in quanto le radiazioni sono erogate solo nel momento in cui il paziente si trova sul lettino di trattamento.

"È possibile avere rapporti sessuali durante la radioterapia? Posso trasmettere il tumore alla mia partner?"

È certamente possibile avere rapporti sessuali durante il trattamento e il tumore non viene trasmesso per via sessuale.

Un unico accorgimento riguarda i pazienti sottoposti a brachiterapia con impianto permanente, poiché, in rarissimi casi, è capitato che uno dei semi posizionati nella ghiandola prostatica sia uscito durante un rapporto sessuale: perciò viene consigliato, solo nelle prime settimane dopo l'impianto, di avere rapporti utilizzando il preservativo.



HIFU (High Intensity Focused Ultrasound) e Crioablazione

Queste terapie, definite anche mini-invasive, sono indicate in pazienti affetti da tumore della prostata selezionati. Il tessuto tumorale è aggredito con il calore nel caso dell'HIFU (l'acronimo significa "ultrasuoni focalizzati ad alta intensità", in questo caso alla prostata) o con il freddo nel caso della crioablazione. Queste terapie non rappresentano attualmente lo standard di cura per il tumore della prostata e sono solitamente riservate a pazienti con tumore localizzato per il quale non sia possibile ricorrere alla prostatectomia radicale o alla radioterapia a causa di malattie concomitanti o per l'età avanzata ed in caso di ripresa del tumore in loggia prostatica dopo che le precedenti terapie locali siano fallite.

Un ulteriore ambito di applicazione dell'HIFU e della crioablazione è il trattamento della recidiva locale.



Programmi di monitoraggio del tumore della prostata

Alcuni tumori della prostata, in particolare quelli che ricadono in classe di rischio molto bassa, bassa e talvolta intermedia, possono avere un decorso lento e indolente e, per questo, avere scarse ripercussioni sulla speranza di vita del portatore anche se non sottoposti a trattamento radicale. Di conseguenza, possono essere solo monitorati nel tempo, evitando così gli effetti collaterali di trattamenti inutili. I programmi di monitoraggio prevedono di avviare un trattamento quando vi è un beneficio dimostrato. Nella Sorveglianza Attiva, con intento radicale, in caso di modifica delle caratteristiche di malattia; mentre nella Vigile Attesa, con l'obiettivo di controllare i sintomi alla loro comparsa o imminenza.

Sorveglianza Attiva

La Sorveglianza Attiva permette di evitare o ritardare gli effetti collaterali dei trattamenti radicali standard (prostatecto-

mia radicale, RT, brachiterapia) nei tumori che potrebbero non dare manifestazioni cliniche nell'arco della vita del paziente. In particolare vengono valutati per la Sorveglianza Attiva i pazienti con queste caratteristiche:

- Stadio T (estensione del tumore nella prostata valutabile anche attraverso la visita) pari o inferiore a 2a;
- Punteggio Gleason pari o inferiore a 3+3;
- PSA inferiore a 10 ng/ml;
- Un limitato numero di biopsie positive sul totale dei prelievi effettuati (in genere 2);
- Buone condizioni di salute;
- Aspettativa di vita superiore a 10 anni.

Se il paziente presenta queste caratteristiche, è possibile proporre controlli clinici, di laboratorio e strumentali (dosaggio del PSA, esplorazione rettale digitale e biopsia transrettale) a scadenze regolari e predefinite, in alternativa ai trattamenti radicali.

Se qualche parametro varia nel tempo e diviene indicativo di una malattia potenzialmente evolutiva, lo specialista può proporre il trattamento standard, indicato alle nuove caratteristiche di malattia o del paziente.

La Sorveglianza Attiva è da alcuni anni inclusa nella maggior parte delle linee guida internazionali e può essere proposta all'interno di protocolli internazionali, dei quali il più diffuso in Italia è lo studio PRIAS (www.prias-project.org).

Vigile Attesa

Un altro programma di monitoraggio del tumore della prostata è la Vigile Attesa che viene solitamente proposta ai pazienti con un'aspettativa di vita limitata (inferiore a 10 anni)

per età o la coesistenza di importanti malattie croniche. In questo modo si evita che gli effetti collaterali dei trattamenti attivi possano peggiorare la qualità della vita dei pazienti. La Vigile Attesa prevede controlli a intervalli semestrali, mediante PSA e visita clinica con esplorazione rettale. Si intraprende un trattamento per il tumore, generalmente di tipo ormonale, solo se il tumore della prostata diventa o rischia di diventare sintomatico, cioè di creare disturbi.



La terapia ormonale

Il tumore della prostata cresce anche grazie all'attività del testosterone, l'ormone sessuale maschile prodotto principalmente dai testicoli. Abbassando il livello di testosterone nel sangue è perciò possibile rallentare, se non addirittura bloccare, la crescita delle cellule tumorali, ridurre le dimensioni del tumore e controllarne i sintomi.

Il livello di testosterone può essere ridotto rimuovendo i testicoli con un intervento chirurgico chiamato orchietomia oppure somministrando ormoni, cioè sostanze che controllano la

crescita e l'attività delle cellule, sotto forma di compresse e/o di iniezioni.

La terapia ormonale può essere utilizzata in diverse situazioni cliniche per:

- **cronicizzare la malattia:**

1. come trattamento del tumore prostatico avanzato o metastatico;
2. dopo chirurgia o radioterapia a fasci esterni o brachiterapia se il livello di PSA aumenta costantemente.

- **prevenire la ripresa di malattia:**

1. dopo chirurgia se il tumore ha intaccato i linfonodi (terapia adiuvante);
2. prima, durante e/o dopo la radioterapia a fasci esterni nei tumori a rischio intermedio/alto (terapia neoadiuvante e adiuvante), per circa 2-3 anni.

- **ridurre il volume della prostata (in combinazione con brachiterapia).**

A seconda del meccanismo d'azione i farmaci possono distinguersi in:

- a. analoghi e antagonisti del GnRH, l'ormone che stimola le gonadotropine: questi farmaci bloccano l'azione degli ormoni che inducono la produzione di testosterone (ormone maschile) da parte dei testicoli. Sono somministrati per iniezione intramuscolare o sottodermica mensile o trimestrale. Gli analoghi più usati sono: goserelin (Zoladex®), leuprorelin (Enantone®, Eligard®), buserelin (Suprefact®) e triptorelin (Decapeptyl®); l'antagonista è degarelix (Firmagon®).
- b. antiandrogeni: questi farmaci si legano alle proteine o recettori presenti all'interno delle cellule tumorali, impedendo in tal modo l'azione stimolante del testosterone. Sono spesso somministrati sotto forma di compresse da assumere giornalmente, anche in associazione con gli analoghi del

GnRH. I più usati sono: bicalutamide (Casodex®) e flutamide (Drogonil®, Eulexin®).

- c. abiraterone: (Zytiga®) blocca la crescita tumorale attraverso il blocco della produzione di testosterone all'interno del tumore e in ogni sede di produzione.
- d. enzalutamide: (Xtandi®) agisce inibendo il recettore degli androgeni e quindi bloccando la crescita tumorale.

Entrambi i farmaci sono approvati per l'uso nei pazienti in progressione alla chemioterapia con Docetaxel avendo dimostrato di aumentare la sopravvivenza; abiraterone ha da poco ricevuto approvazione per l'uso prima della chemioterapia.

Possibili effetti collaterali durante la terapia ormonale

Ridurre la produzione del testosterone causa effetti collaterali, che in genere si possono risolvere alla conclusione del trattamento.

I più frequenti sono: vampate di calore, sudorazione eccessiva, riduzione delle masse muscolari, aumento di peso, disturbi del tono dell'umore, anemia, osteoporosi, perdita della libido e disfunzione dell'erezione, aumento del senso di stanchezza, sia fisica che mentale.

Alcuni ormoni come la flutamide e la bicalutamide possono causare ingrossamento e un senso di tensione, a volte dolorosa, delle mammelle. Questi disturbi possono essere controllati irradiando a basse dosi il tessuto mammario prima di iniziare l'ormonoterapia oppure assumendo specifici farmaci.

Per ridurre gli effetti indesiderati degli ormoni, in alcuni casi selezionati, si considera la possibilità di effettuare brevi periodi di interruzione: si parla in tal caso di terapia ormonale intermittente.

I vantaggi della terapia ormonale

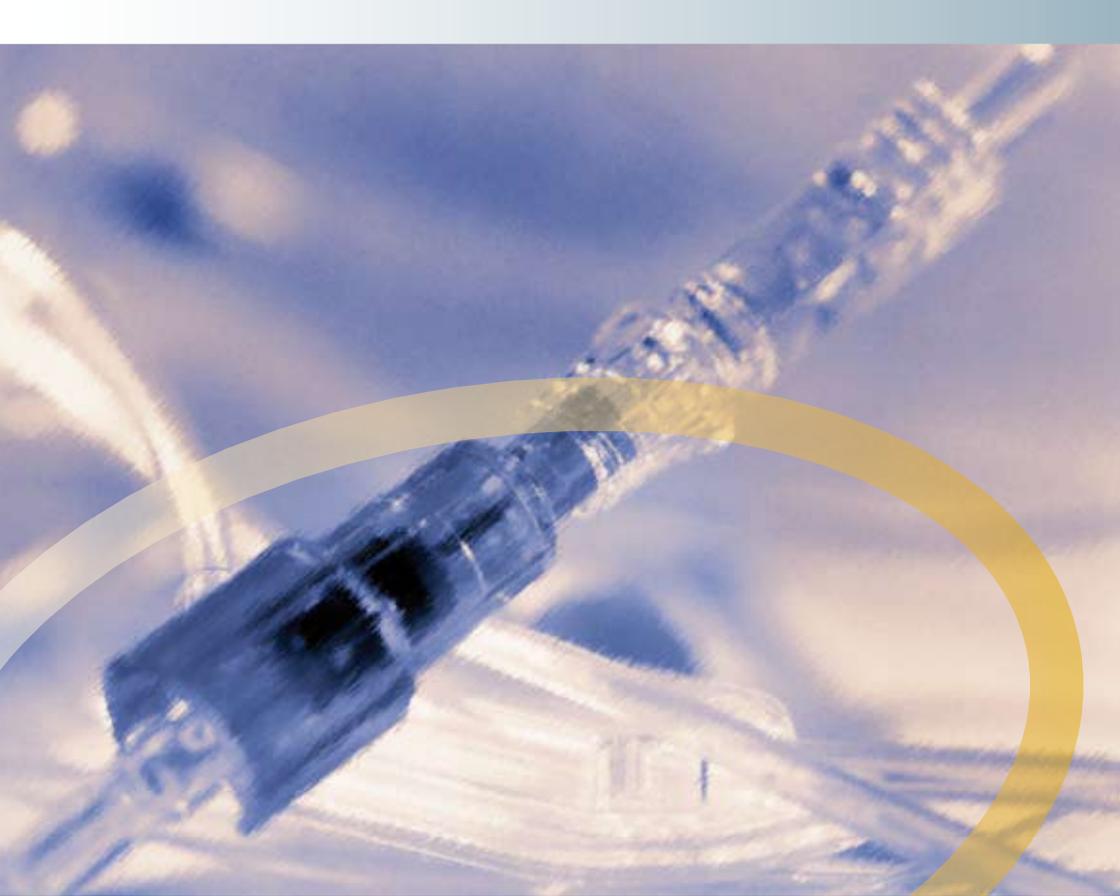
La terapia ormonale permette, nei pazienti operati o sottoposti a radioterapia con intento curativo, di ridurre il rischio di ricadute. Nei pazienti in cui si è verificata una ricaduta o il tumore non è suscettibile di chirurgia o radioterapia, il trattamento ormonale è finalizzato a cronicizzare la malattia.

I controlli durante la terapia ormonale

In generale, durante la terapia ormonale verranno effettuati una visita medica e un prelievo del sangue per il PSA e il testosterone ogni 3-4 mesi. Quando la terapia ormonale è utilizzata per cronicizzare la malattia, oltre agli esami del sangue, periodicamente potrà essere effettuato anche il controllo delle sedi evidenti di malattia (per esempio con la scintigrafia ossea e la TC).

Luoghi comuni, domande e perplessità frequenti riguardanti la terapia ormonale

I pazienti spesso credono che le dosi e i tempi di somministrazione della terapia ormonale possano essere modificati in base ai valori del PSA. In realtà il trattamento ormonale, per essere efficace, deve essere assunto con regolarità e secondo le dosi indicate dal medico, indipendentemente dall'andamento del PSA. Solo su indicazione del medico, il trattamento può essere interrotto quando il PSA si riduce in modo significativo e ripreso quando ricomincia a risalire, ma solo in assenza di malattia visibile agli esami strumentali e nell'ambito di una personalizzazione dei trattamenti.



La chemioterapia

La chemioterapia utilizza farmaci particolari detti "antineoplastici", capaci cioè di uccidere, attraverso particolari meccanismi, le cellule tumorali. Questo approccio, utilizzato con successo per numerose patologie oncologiche, non ha avuto in passato larga applicazione nel trattamento del tumore prostatico a causa della scarsa efficacia dei vecchi farmaci.

Negli ultimi anni, grazie ai nuovi farmaci, si sono ottenuti considerevoli risultati. La chemioterapia ha trovato un im-

portante ruolo terapeutico se la malattia è diffusa fuori dalla prostata, e quindi è metastatica, e quando la terapia ormonale non è più efficace, e cioè il tumore è diventato resistente alla castrazione.

L'obiettivo della chemioterapia è ridurre l'estensione della malattia, dei sintomi e migliorare la qualità della vita. I farmaci più comunemente utilizzati sono: docetaxel (Taxotere®), e cabazitaxel (Jevtana®). Ad oggi il regime di prima scelta prevede l'uso di docetaxel associato a corticosteroidi, somministrato per via endovenosa con cicli da ripetersi generalmente ogni 21 giorni in regime ambulatoriale o di day-Hospital o, in casi selezionati, in ricovero presso strutture specializzate.

Al fallimento della prima linea di trattamento chemioterapico può oggi essere utilizzato un secondo chemioterapico, il cabazitaxel, taxano di nuova generazione, che ha dimostrato la sua efficacia in pazienti diventati resistenti al docetaxel. Anch'esso prevede una somministrazione per via infusione ogni 21 giorni.

Possibili effetti collaterali durante la chemioterapia

La chemioterapia utilizzata per il tumore prostatico può causare: nausea, vomito, diarrea, stitichezza, infiammazione del cavo orale.

Questi effetti collaterali possono essere risolti attraverso l'uso di farmaci sintomatici che verranno prescritti dall'oncologo medico. Alcuni trattamenti chemioterapici possono causare formicolii ai piedi e alle mani, che tenderanno a risolversi dopo la fine della chemioterapia. Spesso si verifica la caduta dei capelli parziale o totale (alopecia) reversibile alla fine della terapia. Durante il trattamento chemioterapi-

co può verificarsi un abbassamento del numero dei globuli bianchi, le cellule del sangue deputate alla difesa del sistema immunitario. Qualora ciò si verificasse, potrebbe comparire febbre, che l'oncologo medico tratterà con paracetamolo ed eventualmente antibiotici e farmaci che stimolano la produzione di globuli bianchi (fattori di crescita). In caso di comparsa di febbre è buona norma avvertire l'oncologo medico e richiedere una visita da parte del medico di famiglia. In questa occasione potrà anche essere necessario effettuare un prelievo del sangue.

Il trattamento potrebbe anche causare un abbassamento dei valori di globuli rossi con comparsa di anemia talvolta accompagnata da senso di stanchezza e malessere. Anche in questo caso potrebbe rendersi necessario l'uso di farmaci per stimolare la produzione di globuli rossi e, in rari casi, di trasfusioni. Infine, il trattamento può causare un abbassamento dei valori di piastrine che potrebbe rendersi evidente con la comparsa di emorragie di lieve o modesta entità (sanguinamento delle gengive, del naso, comparsa di minuscole macchie rosse sulla pelle).

I vantaggi della chemioterapia

L'obiettivo della chemioterapia è ridurre l'estensione della malattia, eliminare gli eventuali sintomi presenti e migliorare la qualità della vita.

I controlli durante la chemioterapia

Durante il trattamento chemioterapico, l'oncologo medico richiede degli esami di laboratorio e strumentali (tra cui PSA, testosterone, TC, Scintigrafia ossea) per verificare se la ma-

lattia regredisce, progredisce o rimane stabile. In base al risultato verrà deciso se proseguire o interrompere la somministrazione del farmaco utilizzato.

Spesso si sente parlare della chemioterapia come dell' "ultima spiaggia"; in realtà, il paziente candidato alla chemioterapia è un paziente che non risponde più al trattamento ormonale, essendo diventato "resistente alla castrazione". In questi casi la chemioterapia offre, buone chance terapeutiche, riducendo o rendendo stabile il PSA e le lesioni metastatiche in molti casi e controllando i sintomi tumore-correlati.

Gli interrogativi più frequenti

"A causa della chemioterapia mi cadranno i capelli?"

Non tutti i farmaci chemioterapici causano l'alopecia - il termine scientifico che indica la caduta dei capelli. Purtroppo, il docetaxel, farmaco largamente adoperato nel tumore prostatico, può causare tossicità alle unghie, ai peli e ai capelli, con conseguente alopecia parziale o totale in molti pazienti.

"Potrò condurre una vita normale durante la chemioterapia?"

Compatibilmente con gli effetti collaterali che i farmaci potrebbero causare, i pazienti sottoposti a chemioterapia possono svolgere le normali attività quotidiane, stare a contatto con adulti e bambini e coltivare i propri hobby.

"Per quanto tempo dovrò fare la chemioterapia? E quanto dura un ciclo?"

La chemioterapia viene effettuata di solito sotto forma di diversi cicli di trattamento. A seconda del farmaco o della combinazione di farmaci somministrata, ogni ciclo può

avere diversa durata. Generalmente tra l'inizio di un ciclo e l'inizio del successivo è previsto un intervallo di tre settimane. Il numero totale di cicli di chemioterapia dipende soprattutto dalla risposta del tumore al trattamento e dalla tollerabilità (comparsa di effetti collaterali). Solitamente la durata è di alcuni mesi. Periodicamente è necessario eseguire esami ematochimici ed esami strumentali al fine di verificarne l'efficacia. Sulla base dei risultati di tali esami è possibile modificare il piano di trattamento. La chemioterapia viene generalmente effettuata in ospedale in "day hospital". In alcuni casi è necessario un ricovero di breve durata.

I radiofarmaci

Alpharadin (cloruro di radio-223) è un radio-farmaco con emissione di radiazioni alfa (contenente un nuclide che emette particelle alfa) svi-



luppato in pazienti con tumore alla prostata e metastasi ossee. Questo prodotto simula il metabolismo del calcio nelle ossa, e ha come bersaglio le aree ad elevato turnover osseo all'interno e intorno alle metastasi ossee.

Il farmaco è stato di recente immesso in commercio anche in Italia, ed è indicato in presenza di malattia metastatica ossea con sintomi (dolore).



Le domande dei pazienti

Dopo la diagnosi, è normale andare in crisi emotiva?

La diagnosi di tumore alla prostata, anche quando la prognosi è favorevole, porta con sé tutto il peso emotivo di essere una diagnosi di cancro. Dunque, una eventuale crisi emotiva è assolutamente nella norma.

Molto probabilmente, al paziente verranno subito in mente tutte le persone conosciute che hanno avuto un problema di tumore, andrà più facilmente con il ricordo alle vicende andate male, gli potrà sembrare che tutto il suo mondo stia improvvisamente crollando.

All'inizio, queste reazioni sono naturali e il paziente dovrà darsi un po' di tempo per cercare di capire che cosa gli stia accadendo. E dovrà, altresì, cercare di ottenere tutte le informazioni che pensa possano essergli utili perché, così facendo, man mano che la situazione si chiarirà, riuscirà a riprendere il controllo della sua quotidianità. Se, invece, dovesse accorgersi che la preoccupazione per la malattia non diminuisce, rendendolo sempre nervoso ed irrequieto, non dovrà esitare a chiedere un sostegno psicologico.

Come si fa a scegliere la cura "giusta" quando si hanno più possibilità?

Per le forme di più frequente riscontro, ossia quelle a rischio basso e intermedio, sono generalmente disponibili più proposte terapeutiche di equivalente efficacia, che il medico illustrerà al paziente. All'interno di queste possibilità sta solo al paziente scegliere la strada che desidera intraprendere. Per decidere, egli dovrà considerare allora le differenti modalità di esecuzione, i diversi effetti collaterali e i propri pensieri e pregiudizi relativi alle varie terapie proposte.

Assumersi la responsabilità di scegliere non è una cosa semplice: al paziente potrà talvolta sembrare troppo gravoso, potrebbe sentirsi disorientato di fronte alle diverse strategie proposte e potrebbe preferire che sia il medico a decidere per lui. È auspicabile però che, ricevute tutte le informazioni dallo specialista, sia messo in condizione di prendere una decisione consapevole e soggettiva, per quanto supportata dal medico.

Alcuni uomini preferiscono un intervento di chirurgia radicale perché dà loro la sensazione di risolvere tutto in tempi brevi e "togliersi il pensiero", altri, invece, prediligono terapie meno in-



vasive o temono l'anestesia totale ed optano per la radioterapia, anche se comporta tempi di attesa e di trattamento più lunghi.

Questo è solo un esempio di considerazioni che spesso si sentono fare dai pazienti in fase di scelta terapeutica, ma le alternative di cura a cui il paziente potrebbe essere messo di fronte comprendono anche altre terapie, quali la brachiterapia e l'ormonoterapia o anche un atteggiamento osservazionale. Dovrà, perciò, fare i conti con il suo carattere, con il suo livello di ansia, con le sue convinzioni ed abitudini di vita, informarsi bene e considerare i diversi possibili effetti collaterali - in particolare sulla sessualità - ed effettuare la scelta che più sentirà in sintonia con se stesso e le sue aspettative per il futuro. Lasciandosi assicurare sul fatto che la scelta "giusta" è semplicemente la sua, in quanto quella della persona interessata, dal momento che, se il medico propone la possibilità di scegliere, è perché da un punto di vista dell'efficacia del trattamento e della percentuale di successo terapeutico non vi sono differenze: tra le proposte che si fanno non ci sono scelte sbagliate, ma solo più possibilità giuste!

Dopo aver appreso dallo specialista le caratteristiche delle varie proposte terapeutiche disponibili per la sua malattia, il paziente dovrà prendersi il tempo necessario e riflettere sulle informazioni che ha ricevuto, parlarne anche in famiglia e, se sorgessero dubbi, non dovrà esitare a chiedere ulteriori spiegazioni o, eventualmente, consultare un altro specialista.

Che cosa si può fare per affrontare al meglio il tumore alla prostata e gli effetti delle cure?

La strada per non farsi sopraffare dagli effetti della malattia passa attraverso la rinuncia al silenzio e all'isolamento. La tentazione che

potrà venire al paziente, infatti, è quella di chiudersi in se stesso, nascondersi o camuffarsi, evitare luoghi e situazioni nei quali i "cambiamenti" potrebbero essere scoperti, bloccare il futuro nella nostalgia di ciò che era e rinunciare per sempre all'intimità e al piacere del sesso. Rinunciare a tutto per la malattia, però, non risolve i problemi, viceversa aumenta il dolore e la solitudine.

Affrontare e tollerare il cambiamento

Per ritrovare un equilibrio è necessario: affrontare e tollerare il cambiamento, abbandonare l'idea che ciascuno ha di se stesso per scoprirne una nuova e, infine, abbandonare i vecchi ruoli per sperimentarsi in altri inediti ma non meno affascinanti.

Come ci si può sentire ancora "uomo" convivendo con problematiche quali l'incontinenza o l'impotenza?

Gli effetti collaterali tipici delle terapie per il tumore della prostata vanno a toccare l'uomo nei suoi punti più delicati: come è possibile "sentirsi bene" portando un pannolone? Come è possibile sentirsi ancora "maschio" quando si vede il seno crescere, si hanno le vampate e l'eros sembra essere solo un lontano ricordo? Come è possibile fare ancora l'amore quando si sa di non avere più "gli strumenti" di un tempo?

Rinunciare alla tentazione di chiudersi in se stesso

A ciò si aggiunga il fatto che l'età in cui è più frequente la diagnosi, coincide generalmente con quella del pensionamento: un momento delicato per l'uomo, in cui egli ha la necessità di cambiare le proprie abitudini e di reinventarsi come persona.



Trovare nuovi stimoli per sé, sentendo i limiti determinati dalla malattia o dalla terapia non è sempre facile: “Non so più chi sono: ex impiegato, ex collega, e adesso anche ex maschio!” Vergogna, imbarazzo, perdita di autostima, rabbia e senso di inadeguatezza, sono sentimenti che possono turbare la serenità del paziente. Sarà a questo punto fondamentale per lui rinunciare alla tentazione di chiudersi in se stesso e anche combatterla cercando sostegno nel partner, nei famigliari, negli amici, nei professionisti medici e psicologi.

Il paziente potrà utilmente anche cercare occasioni per parlare e confrontarsi con chi sta vivendo situazioni simili alla sua: questo lo aiuterà a sentirsi meno solo e “diverso”.

Nella e alla "coppia", che cosa succede in questa nuova situazione?

Non è solo il paziente a soffrire per la malattia e le sue conseguenze ma anche chi gli sta vicino. Se si pensa alla vita sessuale, bisogna considerare che la sessualità non si limita soltanto al rapporto vero e proprio, ma significa anche affetto, comunicazione, desiderio, complicità, intimità, piacere. Qualche paziente potrebbe avere difficoltà legate all'ansia di non poter più soddisfare il partner e questo senso di inadeguatezza portarlo a diventare improvvisamente geloso e possessivo. Potrebbe altresì aver timore ad avvicinare il partner per la paura di fallire e, a sua volta, anche il partner potrebbe stargli lontano per paura di ferirlo; entrambi potrebbero non provare nemmeno più a fare l'amore per il timore di fare o farsi del male.

La coppia potrebbe, insomma, non riuscire a sopportare che tutto ciò che una volta era una spontanea fonte di piacere, ora vada progettato, organizzato e sia coadiuvato dai farmaci. Abitudini e ruoli possono crollare, lasciando a volte il vuoto, la distanza e la sensazione di non riconoscersi più l'un l'altro e di non sapersi aiutare. Anche se con l'età l'attività sessuale può rallentare, non diminuisce però il bisogno di tenerezza e di confidenza, il desiderio di amare e sentirsi amati.

La coppia dovrebbe quindi imparare a valorizzare altri aspetti e altre modalità di stare insieme, anche nell'intimità. Dovrebbe provare a cercare modi nuovi per dare e ricevere piacere, imparare a conoscere i nuovi "tempi", tentare di affrontare i momenti imbarazzanti con ironia e complicità. Per alcuni versi la malattia può essere anche un'occasione

per avvicinarsi di più, per rafforzare i legami, per ridefinire le priorità della vita, e anche per osare e concedersi ciò che prima sembrava impossibile.

In conclusione, qualche consiglio utile

È utile/necessario cambiare alcune abitudini di vita, quali l'alimentazione o l'attività fisica, per prevenire il tumore alla prostata o per rallentarne la crescita?

A questo proposito non vi sono ancora dati assoluti e univoci. Alcune ricerche riportano dati statistici che individuerebbero come fattori predisponenti del tumore della prostata un'alimentazione particolarmente ricca di latticini e carne rossa.

Le indicazioni vanno nella direzione delle corrette abitudini di vita generali: un'alimentazione sana e variegata, ricca di frutta e verdura e un po' di moto, in modi e tempi adeguati allo stato di salute e all'età.

Non vi è alcuna controindicazione all'uso della bicicletta o della motocicletta se non nella settimana immediatamente precedente un prelievo del sangue per il controllo del PSA, in quanto tali attività comportano una stimolazione della ghiandola prostatica con conseguente aumento del livello di PSA.

"Su Internet ho letto che..."

I media sono un'importante fonte di informazioni. Attenzione però a non fare paragoni tra la propria esperienza e quella di altre persone e soprattutto a non credere ciecamente alla informazioni che a volte provengono da fonti non attendibili. Diventa fondamentale, a questo punto, esprimere i propri dubbi e chiarirli con l'oncologo di riferimento che conosce nel dettaglio la situazione clinica del paziente.

Si ringraziano

per l'elaborazione e la revisione del testo

Le dottoresse del Programma Prostata della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano:

Barbara Avuzzi, *Oncologo Radioterapista*

Nice Bedini, *Oncologo Radioterapista*

Lara Bellardita, *Psicologa*

Simona Donegani, *Psicologa*

Cristina Marenghi, *Oncologo Medico*

Antonella Messina, *Radiologo*

Silvia Stagni, *Urologo*

Elena Verzoni, *Oncologo Medico*

per il coordinamento

Clara Marrone ed Elena Ronchi

Segreteria Scientifica, Programma Prostata

Per la supervisione dei contenuti:

Riccardo Valdagni

Direttore, S.C. Radioterapia Oncologica 1

e Programma Prostata, Direzione Scientifica

Per la supervisione grafica:

Maria Donelli

Segreteria Organizzativa, Europa Uomo Italia Onlus

Progetto grafico e impaginazione:

Studio **Grafica&Immagine**

www.graficaimmagine.com

Immagini: **Photos**

Illustrazioni di **Grafica&Immagine** per © Europa Uomo

Stampa: **Graphicscalve** Spa

Loc. Ponte Formello 24020 - Vilminore di Scalve (Bg)