

La Collana del Girasole

n. 8

Il cancro della prostata



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro,
parenti e amici

La Collana del Girasole

Il cancro della prostata

cos'è, come affrontarlo

Legenda

Per praticità di consultazione a lato del testo sono stati inseriti dei riquadri contraddistinti da piccole icone, ognuna delle quali ha il seguente significato:



richiama l'attenzione su alcuni concetti espressi nel testo a fianco



definizione di un termine tecnico



rimando ad altri libretti della Collana del Girasole o ad altre pubblicazioni di AIMaC



rimando a pubblicazioni di F.A.V.O. (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia)

Elaborazione del testo: **Riccardo Valdagni** (Direttore Programma Prostata), **Roberto Salvioni** (Direttore S.C. Urologia), **Nice Bedini** (oncologo radioterapista), **Giuseppe Procopio** (oncologo medico), **Simona Donegani** (psicologa e psicoterapeuta), **Maria Olga Giganti** (oncologo medico borsista) - Programma Prostata, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori - Milano

Editing: **Claudia Di Loreto** (AIMaC)

Quarta edizione: ottobre 2009

Titolo originale dell'opera: *Understanding Cancer of the Prostate*

© AIMaC 2009. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di AIMaC.

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, AIMaC declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.

Indice

- 5 Introduzione
- 6 Che cos'è il cancro
- 7 La prostata
- 8 Che cos'è il cancro della prostata
- 9 Quali sono le cause del cancro della prostata?
- 10 Quali sono i sintomi del cancro della prostata?
- 10 Screening
- 11 Come si formula la diagnosi?
- 16 La scala di Gleason
- 16 Gli stadi del cancro della prostata
- 17 Le classi di rischio
- 18 Atteggiamenti osservazionali
- 20 La chirurgia
- 24 La radioterapia
- 30 L'ormonoterapia
- 32 La chemioterapia
- 33 Come affrontare i principali effetti collaterali del trattamento?
- 36 La scelta della terapia: l'importanza della collaborazione medico-paziente
- 37 Follow-up
- 40 Quando c'è ripresa di malattia
- 40 Il dolore e le terapie palliative
- 40 Le emozioni
- 43 Terapie complementari
- 44 Gli studi clinici
- 45 Sussidi economici e tutela del lavoro per il malato di cancro



Introduzione

L'obiettivo di questo libretto, che ha carattere puramente informativo, è di aiutare i malati di cancro, i loro familiari e amici a saperne di più sul tumore della prostata nel tentativo di rispondere, almeno in parte, alle domande più comuni relative alla sua diagnosi e al suo trattamento.

Il tumore della prostata è una malattia di notevole rilevanza non solo per l'impatto clinico-sanitario, ma anche per i risvolti assistenziali, economici, sociali e psicologici che determina. Tuttavia, si deve precisare che se è diagnosticato al suo esordio, esistono oggi diverse opzioni terapeutiche con ottime probabilità di guarigione.

Naturalmente, questo libretto non contiene indicazioni utili a stabilire quale sia il trattamento migliore per il singolo caso, in quanto l'unico a poterlo fare è il medico specialista dopo un'accurata e completa valutazione del paziente.

Per ulteriori informazioni o per parlare con professionisti pronti ad ascoltarvi, l'equipe di AIMaC è a disposizione dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00, al numero verde 840 503579 o allo 06 4825107.



La divisione cellulare è un processo ordinato e controllato, ma se si altera, le cellule continuano a dividersi senza controllo, formando una massa che si definisce 'tumore'.



Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.

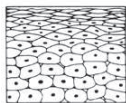
Sistema linfatico: elemento del sistema immunitario, il sistema naturale di difesa dell'organismo dalle infezioni e dalle malattie. È costituito da vari organi quali il midollo osseo, il timo, la milza e i linfonodi, collegati tra loro da una rete di minuscoli vasi detti vasi linfatici. Nel sistema linfatico fluisce la linfa, un liquido giallo contenente i linfociti, ossia le cellule che devono combattere le malattie.

Metastasi: cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi. Per tale motivo si parla anche di tumore secondario.

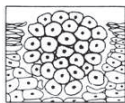
Che cos'è il cancro?

Il cancro non è una malattia unica, non ha un'unica causa né un unico tipo di trattamento: esistono oltre 200 tipi diversi di cancro, ognuno con un suo nome e un suo trattamento.

Benché le cellule che costituiscono le varie parti dell'organismo abbiano aspetto diverso e funzionino anche in modo diverso, la maggior parte si riparano e si riproducono nello stesso modo. Di norma, la divisione delle cellule avviene in maniera ordinata e controllata, ma se, per un qualsiasi motivo, questo processo si altera, le cellule 'impazziscono' e continuano a dividersi senza controllo, dando origine a una massa che si definisce 'tumore'.



Cellule normali



Cellule tumorali

I tumori possono essere **benigni** o **maligni**. I medici sono in grado di stabilire se un tumore è benigno o maligno sulla base di una **biopsia**. Le cellule dei tumori benigni crescono lentamente e non hanno la capacità di diffondersi ad altre parti dell'organismo; tuttavia, se continuano a crescere nel sito originale, possono diventare un problema, in quanto esercitano pressione contro gli organi adiacenti. Al contrario, i tumori maligni sono costituiti da cellule che, in assenza di un adeguato trattamento, hanno la capacità di invadere e distruggere i tessuti circostanti e di diffondersi a distanza, ovvero, al di là della sede di insorgenza del tumore primitivo. In altre parole le cellule neoplastiche possono staccarsi dal tumore primitivo e diffondersi principalmente attraverso il sangue o il **sistema linfatico**. Quando raggiungono un nuovo sito, le cellule possono continuare a dividersi, dando così origine ad una **metastasi**.

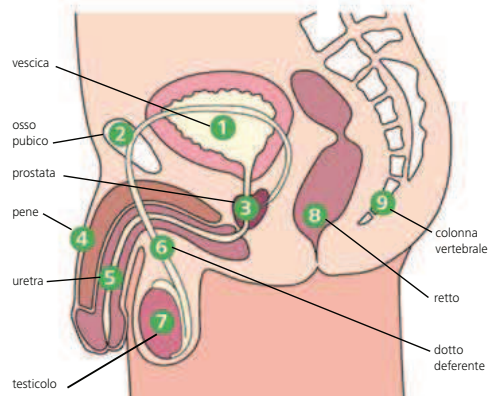
La prostata

La prostata è una piccola ghiandola che fa parte dell'apparato genitale maschile. È localizzata nella **pelvi** ed è posta al di sotto della vescica, anteriormente all'intestino retto. Circonda la porzione iniziale dell'**uretra** ed è rivestita da tessuto muscolare e da una capsula fibrosa.

La prostata secerne un liquido biancastro piuttosto denso, che si mescola con quello proveniente dalle **vescicole seminali** e con gli **spermatozoi** per costituire il **liquido seminale**. Tra le componenti di questo liquido vi è anche una proteina detta **antigene prostatico specifico** o **PSA** (v. pag. 12) che è presente e misurabile nel sangue.

La crescita e la funzione della prostata dipendono dall'ormone sessuale maschile, il **testosterone**, che è prodotto dai testicoli.

La porzione posteriore della prostata è situato in prossimità dell'ultimo tratto dell'intestino, il retto. Vicino alla prostata sono localizzati anche alcuni **linfonodi**, che fanno parte del sistema linfatico.



Pelvi: porzione inferiore della grande cavità addominale.

Uretra: canale che trasporta l'urina dalla vescica al pene.

Vescicole seminali: ghiandole che hanno la funzione di produrre il liquido seminale.

Spermatozoi: cellule sessuali maschili.

Liquido seminale: liquido organico di colore bianco-giallastro, di aspetto opalescente o lattescente, che contiene gli spermatozoi (v.sopra) e altre sostanze di natura organica. È detto anche sperma.

PSA o antigene prostatico specifico: proteina secreta dalla prostata e presente nel liquido seminale e nel sangue.

Testosterone: ormone sessuale maschile prodotto dai testicoli.

Linfonodi: piccole ghiandole delle dimensioni di un fagiolo che costituiscono il sistema linfatico. Svolgono una funzione di difesa per l'organismo.



Il cancro della prostata è il tumore più frequente nel maschio italiano. Colpisce prevalentemente gli uomini oltre i 50 anni. Comprende una varietà di forme che vanno da quelle a crescita molto lenta, che possono non dare problemi se non dopo anni, ad altre che, invece, possono crescere rapidamente, superando i confini della ghiandola e diffondendosi ad altre parti dell'organismo.

Che cos'è il cancro della prostata?

Il cancro della prostata è il tumore maschile più diffuso nei paesi industrializzati ed anche in Italia è al primo posto. Il numero di casi diagnosticati è in continuo aumento per due ragioni fondamentali:

- diffusione delle pratiche diagnostiche (test del PSA, visita urologica);
- invecchiamento della popolazione.

La malattia colpisce più comunemente gli uomini di età superiore a 50 anni, mentre è più rara nei soggetti più giovani. A differenza della maggior parte dei tumori, piccoli focolai di cellule tumorali possono essere presenti nella prostata senza che rappresentino un reale pericolo per la salute del paziente. Ciò si riscontra in circa il 40% degli uomini ultracinquantenni e questa percentuale aumenta progressivamente con l'età, divenendo elevata dopo i 70 anni. Si stima, perciò, che quasi tutti gli uomini di età superiore a 80 anni abbiano un piccolo focolaio di cancro prostatico. Ciò significa che molti, pur avendo la malattia, muoiono per altre cause.

Il tumore della prostata comprende una varietà di forme che vanno da quelle a crescita molto lenta, che possono non dare problemi nell'arco della vita della persona, ad altre che, invece, possono crescere rapidamente, superando i confini della ghiandola e diffondendosi ad altre parti dell'organismo. Circa la metà di tutti i tumori diagnosticati ha una prognosi e un'evoluzione favorevole.

Quali sono le cause del cancro della prostata?

Anche se le reali cause rimangono tuttora sconosciute, si possono, tuttavia, individuare alcuni potenziali fattori di rischio che aumentano le probabilità di ammalarsi, sebbene non siano direttamente responsabili dell'insorgenza della malattia.

Gli unici fattori di rischio certi sono la storia familiare e l'età. Gli uomini che hanno un parente stretto (padre, zio o fratello) che ha, o ha avuto, questo tumore, hanno un alto rischio di ammalarsi (rischio che è ancora più elevato se la malattia è stata diagnosticata a più di un familiare anche prima di 65 anni), ed è bene che effettuino controlli a partire dai 40-45 anni.

Il rischio può aumentare in presenza di alcune condizioni quali l'obesità, i livelli elevati di ormoni maschili, l'esposizione a inquinanti ambientali, il fumo e un eccessivo consumo di latticini, come pure se si segue una dieta ricca di grassi animali (burro, carni rosse, soprattutto se con elevato livello di ormoni) e povera di frutta e verdura. Un altro significativo fattore di rischio è l'appartenenza all'etnia afro-americana, essendo la malattia più diffusa tra i maschi di razza nera rispetto a quelli di razza caucasica. Da ultimo, sono in costante aumento gli studi che stabiliscono una correlazione tra la malattia e l'infiammazione cronica o ricorrente della prostata. Benché non sia ancora chiaro quale sia la causa scatenante di questa risposta infiammatoria da cui potrebbe derivare il danno al tessuto prostatico che favorisce lo sviluppo di cellule tumorali, si pensa che virus, batteri e sostanze tossiche introdotte dall'esterno possano avere un ruolo determinante.



Le reali cause del cancro della prostata sono tuttora sconosciute, ma si possono individuare alcuni potenziali fattori di rischio.

Gli uomini che hanno un parente stretto (padre, zio o fratello) che ha, o ha avuto, questo tumore, hanno maggiori probabilità di ammalarsi. Il rischio aumenta se la malattia è stata diagnosticata a più di un familiare e in età inferiore a 65 anni.

Quali sono i sintomi del cancro della prostata?



Iperplasia prostatica benigna: ingrossamento della prostata frequente negli uomini che hanno più di 50 anni. È impropriamente detta ipertrofia prostatica benigna.

Minzione: emissione di urina all'esterno.

Uretra: canale che trasporta l'urina dalla vescica al pene.



Nella maggior parte dei casi l'ingrossamento della prostata è di natura benigna e non costituisce pericolo per la salute.



PSA o antigene prostatico specifico: proteina secreta dalla prostata e presente nel liquido seminale e nel sangue.

Purtroppo il cancro della prostata non ha sintomi specifici; infatti, sia nel caso di un'iperplasia prostatica benigna, molto frequente dopo i 50 anni, sia nel caso di un tumore, i disturbi che si possono riscontrare sono:

- indebolimento del getto delle urine;
- frequente necessità di urinare, sia di giorno che di notte;
- incontenibile stimolo ad urinare (in alcune occasioni);
- possibile dolore alla **minzione**;
- presenza di sangue mentre si urina (in alcune occasioni).

I sintomi compaiono solo se il tumore è abbastanza voluminoso da esercitare pressione sull'**uretra**, ma difficilmente se è in stadio iniziale e di piccole dimensioni. Il tumore della prostata cresce spesso lentamente e per questo motivo i sintomi possono rimanere assenti per molti anni.

Se accusate uno dei predetti sintomi, consultate il medico, ricordando, però, che nella maggior parte dei casi l'ingrossamento della prostata risulterà di natura benigna e non costituirà pericolo per la salute.

Screening

Negli ultimi anni lo *screening* per la diagnosi precoce ha assunto un ruolo fondamentale per alcune forme di neoplasia. Il tumore della prostata merita, tuttavia, un discorso a parte. Quando è in stadio iniziale, può essere diagnosticato grazie anche alle indicazioni fornite dal valore del **PSA** (v. pag. 12). Tuttavia, questa proteina non è un marcatore specifico

della presenza di un tumore bensì un indicatore d'organo, ossia l'aumento del valore del PSA può essere il segnale di un alterato funzionamento della prostata, come ad esempio accade in corso di un'infezione o di un'infiammazione. In poche parole, un valore specifico di PSA non è sinonimo di tumore.

Inoltre, quando anche la malattia fosse diagnosticata grazie alla combinazione del test del PSA con altri esami strumentali, se il tumore è di piccole dimensioni e a bassa aggressività, potrebbe prestarsi ad una soluzione di tipo osservazionale (v. pag. 19).

Se desiderate sottoporvi al test del PSA, parlatene con il vostro medico che saprà fornirvi tutte le informazioni necessarie.



Il PSA non è un marcatore specifico della presenza di cancro, bensì è un indicatore d'organo: un valore specifico di PSA non è sinonimo di tumore.



Maggiori informazioni sul test del PSA sono disponibili su **Il test del PSA: Informarsi, capire, parlarne** (La Biblioteca del Girasole).

Come si formula la diagnosi?

Solitamente l'iter diagnostico comincia dal medico di medicina generale, che vi visita e vi fa domande sulla vostra storia familiare e sulle vostre condizioni generali. Dopo la visita, se lo ritiene opportuno, può suggerirvi di consultare l'urologo per una più approfondita valutazione ed eventuale esecuzione di ulteriori esami.

Esplorazione rettale digitale: esame che l'urologo esegue, dopo aver indossato un guanto lubrificato, inserendo un dito attraverso l'ano per palpare la prostata, valutandone le dimensioni e la consistenza, e riscontrare l'eventuale presenza di noduli sospetti. Può essere fastidioso, ma in generale non è doloroso. Di solito, in presenza di tumore, la prostata risulta indurita e 'nodosa', mentre in presenza di iperplasia prostatica benigna è ingrossata, soda e liscia. In alcuni casi, potrebbe risultare normale alla palpazione, nonostante la presenza di un tumore.



Esplorazione rettale digitale: esame che consente all'urologo di valutare direttamente dimensioni e consistenza della prostata e riscontrare la presenza di eventuali noduli sospetti. Può essere fastidiosa, ma non è dolorosa.



PSA o antigene prostatico specifico: proteina secreta dalla prostata e presente nel liquido seminale e nel sangue.

Iperplasia prostatica benigna: ingrossamento della prostata frequente negli uomini che hanno più di 50 anni. È impropriamente detta ipertrofia prostatica benigna.



L'interpretazione del livello di PSA deve essere sempre correlata all'età dell'individuo.



Esplorazione rettale digitale: esame che consente all'urologo di valutare direttamente dimensioni e consistenza della prostata e riscontrare la presenza di eventuali noduli sospetti. Può essere fastidiosa, ma non è dolorosa.

Cistoscopia: esame che consente al medico di studiare direttamente le strutture interne della vescica per mezzo di uno strumento che si chiama cistoscopio.

Test del PSA: semplice prelievo di sangue che consente di misurare il livello dell'**antigene prostatico specifico (PSA)**, la proteina secreta dalla prostata che è normalmente presente in minima quantità nel sangue, ma il cui livello tende ad aumentare nei pazienti affetti da cancro della prostata. Tuttavia, il test non è sempre di univoca interpretazione perché, da una parte, il livello di PSA cresce con l'età e per la presenza di altre malattie e disfunzioni prostatiche (infezione urinaria o **iperplasia prostatica benigna**) e, dall'altra, può risultare nella norma nel 30% dei pazienti affetti da tumore della prostata.

Si considera *generalmente* nella norma un valore di PSA totale inferiore a 4 ng/ml. Non esiste, infatti, un valore assoluto di normalità, anche se è poco probabile che valori compresi tra 2 e 4 ng/ml si associno alla presenza di un tumore. Nell'intervallo tra 2 e 4 ng/ml, il livello di PSA tende a crescere di pari passo con l'età e con il naturale incremento del volume della prostata, tipico dell'invecchiamento. La sua interpretazione deve, perciò, essere sempre messa in relazione con l'età dell'individuo: ad esempio, un valore di 4 ng/ml può essere 'normale' in un uomo di 70 anni, ma non lo è in un uomo di 50 anni. Ecco perché alcuni laboratori pongono il limite di normalità a 2,5 ng/ml e non a 4. A parte l'età, il livello di PSA, e quindi l'esito del test, possono risentire leggermente anche dalle seguenti condizioni:

- un recente rapporto sessuale con eiaculazione;
- una visita con **esplorazione rettale digitale** (v. pag. 11);
- un'ecografia transrettale (v. pag. successiva);
- manovre urologiche (inserimento di catetere, **cistoscopia**);
- minimi traumatismi dovuti all'uso della bicicletta o alla guida prolungata della moto.

È, pertanto, consigliabile attendere qualche giorno prima di effettuare il test.

Un livello di PSA compreso tra 4 e 10 ng/ml indica la pre-

senza di un problema che potrebbe essere di origine:

- infettiva o infiammatoria (prostatite);
- benigna (**iperplasia prostatica benigna**);
- maligna (tumore).

Il risultato del test deve essere **sempre** fatto leggere ed interpretare dal medico.

Dopo il trattamento, il livello di PSA si abbassa tornando nei limiti della norma, talvolta fino ad azzerarsi, in un tempo variabile in funzione della terapia ricevuta (chirurgia, radioterapia, ormonoterapia, chemioterapia). Per tale motivo, controllare il livello del PSA dopo la terapia è utile per monitorare l'evoluzione della malattia e per valutare l'efficacia del trattamento.

Ecografia transrettale (TRUS): tecnica di diagnostica per immagini che utilizza gli ultrasuoni per visualizzare le strutture interne di una regione corporea. Si esegue inserendo delicatamente attraverso l'ano una piccola sonda che emette ultrasuoni. Le riflessioni degli ultrasuoni sono convertite in immagini per mezzo di un computer. Permette di misurare le dimensioni della prostata ed è di ausilio all'urologo come guida nell'esecuzione della biopsia (quando indicato).

Biopsia: consiste nel prelievo per via rettale di alcuni campioni di cellule dalla prostata che sono poi inviati al laboratorio di anatomia patologica per l'esame istologico al microscopio. La biopsia si effettua, di solito, se dai primi accertamenti vi sia il sospetto di un tumore. Si esegue normalmente durante l'ecografia in anestesia locale. L'ecografista introduce delicatamente l'ago attraverso il retto fino a raggiungere la prostata. È prevista la somministrazione di antibiotici per prevenire eventuali infezioni. La biopsia può essere fastidiosa e può causare un leggero sanguinamento di cui si vede traccia nei giorni successivi nelle urine e nello sperma.



Iperplasia prostatica benigna: ingrossamento della prostata frequente negli uomini che hanno più di 50 anni. È impropriamente detta ipertrofia prostatica benigna.



Controllare il livello del PSA dopo un trattamento è utile per monitorare il decorso della malattia e la risposta al trattamento.



Ecografia transrettale (TRUS): tecnica diagnostica che utilizza gli ultrasuoni per visualizzare le strutture interne di un organo. Si esegue inserendo delicatamente attraverso l'ano una piccola sonda che emette ultrasuoni. Le riflessioni degli ultrasuoni sono convertite in immagini per mezzo di un computer.



Soltanto la biopsia consente di porre la diagnosi di cancro della prostata. La visita medica con esplorazione rettale e il test del PSA non sono sufficienti.

Per la conformazione della prostata e per il tipo di tumore, la biopsia potrebbe dare un esito negativo anche in presenza di cellule tumorali. Se la biopsia è negativa, ma dall'esplorazione rettale rimane il sospetto di un tumore, vi potrebbe essere chiesto di ripetere la biopsia oppure l'esame del PSA a distanza di pochi mesi. Se il PSA risulta aumentato, si deve ripetere la biopsia. Se questa conferma il sospetto, si eseguono ulteriori indagini per valutare se le cellule tumorali sono circoscritte alla prostata o si sono diffuse ad altri organi.



Radiofarmaco: sostanza moderatamente radioattiva.



La scintigrafia ossea è in grado di individuare anche altre malattie dello scheletro. Per tale motivo una scintigrafia ossea 'positiva' non necessariamente indica la presenza di un tumore.

Scintigrafia ossea: tecnica di diagnostica per immagini molto sensibile che serve per rilevare la presenza di cellule tumorali nelle ossa. Si esegue nel reparto di medicina nucleare. Dopo l'iniezione di un **radiofarmaco** in una vena del braccio, è necessario attendere fino a tre ore prima che si possa procedere all'esame. Il tessuto osseo infiltrato dalle cellule tumorali assorbe più radiofarmaco del tessuto sano, e di conseguenza appare più marcato. Al termine dell'esame si stampa una particolare radiografia dello scheletro. Anche se il livello di radioattività del radiofarmaco è molto basso e innocuo, è importante che non vi allontaniate dal reparto per tutta la durata dell'esame (circa tre-quattro ore), utilizzando alla sua conclusione i servizi igienici in modo che l'urina, leggermente radioattiva, confluisca in appositi raccoglitori.

La scintigrafia ossea è in grado di rilevare anche altre malattie dello scheletro. Per tale motivo un esito 'positivo' non necessariamente indica la presenza di un tumore. Pertanto, l'urologo potrebbe richiedere altri accertamenti per confermare o escludere il sospetto.

Tomografia computerizzata (TC): sofisticata tecnica di diagnostica per immagini che permette di rilevare la presenza di un tumore e di metastasi nella maggior parte degli organi del corpo. È comunemente nota come tomogra-

fia assiale computerizzata o TAC, ma l'aggettivo 'assiale' è oggi inappropriato, giacché le nuove tecniche di scansione volumetrica consentono di ottenere immagini su più piani, non solo su quello assiale, e da angolature diverse. Un computer elabora le immagini così ottenute offrendo il quadro dettagliato del corpo ed eventualmente del tumore (indicando dimensioni e posizione). Per ottenere immagini ancora più chiare si può usare un **mezzo di contrasto** contenente iodio, che s'inietta in una vena del braccio. La TC è indolore, ma si deve rimanere sdraiati e fermi il più possibile per circa 20 minuti.

Risonanza magnetica nucleare (RMN): tecnica diagnostica simile alla TC, ma a differenza di questa utilizza campi magnetici anziché di raggi X per creare una serie di immagini dell'organo esaminato. Al pari dell'ecografia transrettale (v. pag. 13) può essere eseguita utilizzando una sonda inserita delicatamente attraverso l'ano. La RMN è indolore, ma molto rumorosa. Si deve rimanere sdraiati e fermi il più possibile sul lettino fino alla conclusione dell'esame.

Tomografia ad emissione di positroni (PET-TC): sofisticata tecnica di diagnostica per immagini usata principalmente nello studio di alcuni particolari tumori, tra i quali quello della prostata. Prevede la somministrazione per endovena di un **radiofarmaco** a base di sostanze naturali (colina o glucosio), che sono assorbite in maggiore quantità dalle cellule tumorali rispetto a quelle sane. L'esame vero e proprio si esegue dopo un paio d'ore dall'iniezione. La macchina PET-TC trasforma in immagini le radiazioni gamma che il radiofarmaco emette, riconoscendo così i segnali provenienti da tumori anche molto piccoli. Contemporaneamente la TC fotografa in immagini tridimensionali l'anatomia interna e permette di localizzare la sede del tumore con precisione millimetrica.



Mezzo di contrasto: in radiologia (es. TC), sostanza (generalmente iodio) utilizzata per la sua proprietà di maggiore o di minore trasparenza ai raggi X rispetto ai tessuti del corpo umano. Introdotta nell'organismo per via orale o endovenosa, consente una migliore visualizzazione delle strutture anatomiche.



Radiofarmaco: sostanza moderatamente radioattiva.



Grading: sistema di valutazione basato sull'aspetto delle cellule tumorali al microscopio e sull'aggressività del tumore.



La scala di Gleason è il metodo più usato per valutare l'architettura e la disposizione delle cellule tumorali all'interno della prostata secondo i seguenti punteggi:

- da 2 a 6: tumore a crescita lenta, con minore tendenza a diffondere a distanza;
- 7: tumore con comportamento intermedio;
- da 8 a 10: tumore a crescita rapida.



Metastasi: cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi. Per tale motivo si parla anche di tumore secondario.

Linfonodi: piccole ghiandole delle dimensioni di un fagiolo che fanno parte del sistema linfatico. Svolgono una funzione di difesa per l'organismo.

È consigliabile non allontanarsi dal reparto di medicina nucleare per tutta la durata dell'esame, utilizzando alla sua conclusione i servizi igienici in modo che l'urina, leggermente radioattiva, confluisca in appositi raccoglitori.

La scala di Gleason

L'aspetto delle cellule tumorali al microscopio e l'aggressività del tumore, ossia la rapidità con cui questo tende a crescere e a diffondersi ad altri organi, sono convenzionalmente valutati attraverso il **grading**. Per i tumori della prostata, il metodo più usato è la scala di Gleason, che valuta l'architettura delle cellule tumorali e la loro disposizione all'interno della ghiandola attraverso un punteggio da 2 a 10:

- **da 2 a 6:** tumore generalmente a crescita lenta, e con minore tendenza a diffondere a distanza;
- **7:** tumore con comportamento intermedio;
- **da 8 a 10:** tumore molto aggressivo.

Quindi più basso è il punteggio, più basso è il grado del tumore.

Gli stadi del cancro della prostata

La stadiazione è un modo convenzionale per indicare la localizzazione e le dimensioni del tumore, quindi per stabilire se la malattia si è diffusa ad altre strutture anatomiche, ossia se sono presenti **metastasi**. Il metodo più usato anche nel caso dei tumori della prostata è il sistema TNM, ove T indica l'estensione del tumore, N l'interessamento dei **linfonodi** e M la presenza di metastasi.

Gli stadi del cancro della prostata secondo l'estensione

T1	tumore circoscritto alla prostata, troppo piccolo per essere palpabile all'esplorazione rettale (v. pag. 11) o visibile con l'ecografia, ma diagnosticabile incidentalmente durante resezione transuretrale (TURP, v. pag. 21) o con biopsia effettuata dopo il riscontro di un livello di PSA elevato;
T2	tumore circoscritto alla prostata, ma palpabile all'esplorazione rettale (v. pag. 11) o visibile all'ecografia;
T3	tumore diffuso oltre la prostata che ha invaso la capsula (T3a) o le vescicole seminali (T3b);
T4	tumore diffuso oltre la prostata che ha invaso i tessuti adiacenti.

I tumori di stadio T1-T2 si definiscono 'localizzati', quelli di stadio T3 'localmente avanzati', mentre quelli che hanno raggiunto i linfonodi, le ossa o altri organi si definiscono 'avanzati' o 'metastatici'.

Le classi di rischio

Recentemente la storica definizione di tumore 'localizzato' o 'localmente avanzato' è stata sostituita dal concetto di 'rischio di progressione della malattia' sulla base di 4 classi: rischio basso, intermedio, alto e molto alto (Linee Guida NCCN, versione 2.2007). La classe di rischio si assegna tenendo conto dello stadio e del grado della malattia ed anche del livello di PSA di ciascun paziente.

La tabella riassuntiva della pagina seguente è un adattamento delle linee guida pubblicate dal National Comprehensive Cancer Network, www.nccn.org, una rete cui aderiscono ventuno tra i maggiori centri di ricerca e cura dei tumori a livello mondiale.



Il rischio di progressione della malattia è un concetto che ha sostituito la distinzione tra tumore localizzato e localmente avanzato. Si distinguono quattro classi di rischio: basso, intermedio, alto e molto alto.

Le classi di rischio per i tumori della prostata

	Stadio		Punteggio Gleason		PSA (ng/mL)
Rischio basso	T 1-2a	e	2-6	e	<10
Rischio intermedio	T 2b-2c	oppure	7	oppure	10-20
Rischio alto	T 3a	oppure	8-10	oppure	>20
Rischio molto alto	T 3b-T4				

Ad esempio un paziente con tumore di stadio T2a, PSA = 7 ng/mL e punteggio di Gleason = 3+3 rientra nella classe di rischio basso e quindi la malattia ha una prognosi favorevole.

Le strategie terapeutiche in funzione delle classi di rischio

Una volta individuata la classe di rischio a cui appartiene il paziente, lo specialista valuta le diverse opzioni terapeutiche, che hanno obiettivi differenti a seconda delle caratteristiche della malattia. L'intento del trattamento può essere:

- *curativo* se mira alla guarigione;
- *di cronicizzazione* se mira a tenere sotto controllo la malattia nel tempo;
- *palliativo* se mira a ridurre o eliminare i sintomi causati dalla progressione della malattia.

Atteggiamenti osservazionali

In presenza di alcuni fattori (stadio T pari o inferiore a 2, Gleason pari o inferiore a 3+3, PSA inferiore a 10 ng/ml, numero limitato - 1 o 2 - di biopsie positive, ecc.), la prognosi è molto favorevole e quindi la probabilità che il tu-

Le strategie terapeutiche in funzione delle classi di rischio

	Atteggiamento osservazionale	Intento curativo	Intento di cronicizzazione/palliativo
Rischio basso	Vigile attesa* Sorveglianza attiva*	Chirurgia (prostatectomia radicale) Radioterapia a fasci esterni Brachiterapia	
Rischio intermedio	Vigile attesa*	Chirurgia (prostatectomia radicale) Radioterapia a fasci esterni Radioterapia a fasci esterni più ormonoterapia Brachiterapia* più radioterapia a fasci esterni	Ormonoterapia*
Rischio alto	Non proponibile (vigile attesa*)	Radioterapia più ormonoterapia Chirurgia* (prostatectomia radicale)	Ormonoterapia*
Rischio molto alto	Non proponibile (vigile attesa*)	Radioterapia a fasci esterni più ormonoterapia	Ormonoterapia
Presenza di metastasi	NO	NO	Ormonoterapia Chemioterapia Radioterapia palliativa

* solo in casi selezionati



Indolente: tumore della prostata che presenta caratteristiche per le quali la probabilità di evolvere a forma aggressiva può essere molto bassa.

more della prostata evolve in una forma aggressiva può essere molto bassa. In questi casi la malattia si definisce **indolente** e si presta a soluzioni di tipo osservazionale. Si distinguono due tipi di atteggiamenti osservazionali:

- **sorveglianza attiva:** è un approccio molto recente che può essere proposto ai pazienti in buone condizioni di salute, con un'aspettativa di vita superiore a 10 anni e con malattia scarsamente aggressiva. In questi casi, si effettuano controlli clinici, di laboratorio (test del PSA) e strumentali (ecografia transrettale e biopsia, v. pag. 13) a intervalli periodici e ravvicinati. Se qualche parametro risulta cambiato rispetto ai controlli precedenti, l'urologo può proporre un trattamento curativo (chirurgia, radioterapia a fasci esterni, brachiterapia). In Italia la sorveglianza attiva è attualmente considerata un'area di studio;
- **vigile attesa:** è un approccio proposto solitamente ai pazienti affetti da altre malattie importanti o con un'aspettativa di vita inferiore a 10 anni, indipendentemente dalle caratteristiche del tumore. In questi casi si effettuano controlli a intervalli più dilazionati nel tempo, per lo più semestrali, mediante visita urologica con esplorazione rettale (v. pag. 11), ma senza eseguire nuove biopsie. S'intraprende un trattamento per il tumore, generalmente di tipo ormonale, solo se compaiono disturbi.

La chirurgia

L'urologo discuterà con voi quello che ritiene sia il tipo di trattamento chirurgico più appropriato in funzione delle caratteristiche, delle dimensioni e dell'eventuale estensione del tumore. Prima di dare il consenso all'intervento, chiedete che vi illustri dettagliatamente l'operazione, vi indichi

le probabilità di riuscita e gli eventuali effetti collaterali. Nessuna operazione o procedura può essere eseguita senza il vostro consenso, ma è importante che siate sufficientemente informati per effettuare una scelta consapevole. Due sono i tipi di trattamento chirurgico per il cancro della prostata: la **prostatectomia radicale** e l'**orchiectomia**.

Vi è poi un terzo tipo di intervento, la **resezione transuretrale della prostata (TURP)**, che si utilizza solo quando il volume del tumore è tale da comprimere l'**uretra**, ostacolando il flusso dell'urina. La TURP, infatti, ha il solo scopo di liberare il passaggio e ripristinare il deflusso dell'urina, ma non consente di eliminare tutte le cellule tumorali. Si esegue per via endoscopica inserendo nell'uretra attraverso il pene uno strumento con cui si procede all'asportazione del tumore.

Prostatectomia radicale

Consiste nell'asportazione totale della prostata, delle vescicole seminali e, generalmente, dei linfonodi presenti nel bacino allo scopo di eliminare tutto il tumore; l'accesso può essere attraverso l'addome (tecnica a cielo aperto) oppure attraverso l'area compresa tra scroto e ano. È un intervento complesso, che richiede buone capacità di recupero, e per questo si esegue di solito nei pazienti di età inferiore a 70 anni.

La prostatectomia radicale può essere seguita dalla radioterapia a fasci esterni (v. pag. 25), se vi è la possibilità che nella sede di intervento siano rimaste cellule tumorali, oppure dall'ormonoterapia (v. pag. 30), se le cellule tumorali hanno invaso i linfonodi presenti nel bacino.

In alternativa all'intervento tradizionale a cielo aperto, si può considerare la tecnica laparoscopica, che prevede alcune piccole incisioni praticate nella parte inferiore dell'addome attraverso le quali il chirurgo introduce un'apposita apparecchiatura, che gli consente di avere un'ottima visione del campo operatorio. Rispetto all'intervento tradizionale,



Nessuna operazione o procedura può essere eseguita senza il vostro consenso.



Prostatectomia radicale: intervento chirurgico di asportazione totale della prostata.

Orchiectomia: intervento chirurgico di asportazione dei testicoli.

Resezione transuretrale della prostata (TURP): intervento chirurgico avente lo scopo di ripristinare il deflusso dell'urina ostruito dal tumore.

Uretra: canale che trasporta l'urina dalla vescica al pene.



Incontinenza urinaria: difficoltà a controllare lo svuotamento della vescica con perdita involontaria di urina.

Prostatectomia radicale nerve-sparing: intervento chirurgico di asportazione della prostata risparmiando i nervi adiacenti, in particolare quelli che controllano l'erezione.

Minzione: atto dell'urinare.

la laparoscopia ha una durata operatoria più lunga, ma tempi di ricovero e di recupero più brevi, consentendo un rapido ritorno alle consuete attività. Si deve, tuttavia, precisare che è ancora relativamente poco diffusa, e i vantaggi ottenibili rispetto alla prostatectomia chirurgica non sono ancora ben definiti. Ad oggi, è utilizzata solo in pochi centri; pertanto, l'eventuale scelta deve tenere conto anche dell'esperienza maturata dal chirurgo.

Come la maggior parte dei trattamenti, anche la prostatectomia radicale può comportare effetti collaterali e conseguenze negative per il paziente, tra i quali spiccano i danni alla funzione erettile e l'**incontinenza urinaria** (v. pag. 23). Oggi, per ridurre soprattutto i problemi di disfunzione erettile, quando le caratteristiche del tumore lo permettano, si effettua la **prostatectomia radicale nerve-sparing**, che consente di risparmiare i fasci nervosi che decorrono in prossimità della prostata, preservando, quindi, i nervi che controllano l'erezione e aumentando le probabilità di un buon recupero dopo l'intervento.

Dopo l'intervento

Dopo la prostatectomia radicale sarete sottoposti ad alcune fleboclisi di liquidi e farmaci e vi sarà posizionato un catetere per aiutarvi nella **minzione** nei primi giorni. Se l'intervento è stato eseguito con la tecnica tradizionale (v. pag. 21), è probabile che alla ferita sia applicato un drenaggio. Subito dopo l'intervento potrete accusare qualche dolore, soprattutto in posizione eretta, che passerà con l'assunzione regolare di farmaci analgesici; tuttavia se persiste, informate il personale medico. La dimissione dall'ospedale solitamente avviene nel giro di sette-dieci giorni dopo l'intervento. Quora, dopo la rimozione del catetere, la minzione risulti ancora difficoltosa, l'urologo potrà decidere di riposizionarne un altro per qualche giorno.

Possibili effetti collaterali

I possibili effetti collaterali della prostatectomia radicale sono la **disfunzione erettile** (v. pag. 34), l'assenza dell'**iaculazione** e l'incontinenza.

La disfunzione erettile è causata da un ridotto afflusso di sangue al pene per la compromissione di arterie o nervi. Purtroppo è un effetto collaterale abbastanza frequente, giacché l'intento della prostatectomia radicale è di asportare tutto il tumore, ed è quindi elevato il rischio di danneggiare i nervi che avvolgono la prostata e che controllano l'erezione. Anche un danno lieve, spesso inevitabile, può compromettere la funzione erettile, soprattutto nei pazienti di età avanzata. Tale rischio, pur significativo, varia in funzione del singolo caso e, naturalmente, dell'età, divenendo maggiore dopo i 70 anni. L'assenza di eiaculazione è una conseguenza inevitabile dell'intervento dovuta all'asportazione delle vescicole seminali.

L'**incontinenza urinaria** (v. pag. 35) dopo l'intervento è molto meno frequente. Nella maggior parte dei pazienti compare alla rimozione del catetere, ma la situazione migliora gradualmente e a distanza di un anno dall'intervento, solo una minima parte dei pazienti dovrà fare ricorso agli assorbenti o al catetere.

Orchiectomia

L'**orchiectomia**, o castrazione chirurgica, consiste nell'asportazione di entrambi i **testicoli** allo scopo di eliminare la produzione dell'ormone **testosterone** e rallentare così la crescita del tumore. È, infatti, noto da tempo il rapporto tra il testosterone e la crescita e lo sviluppo del tumore prostatico. L'eliminazione del testosterone rappresenta, perciò, una soluzione 'terapeutica'. L'intervento si può eseguire ambulatorialmente in anestesia locale; se, invece, si richiede l'anestesia generale, è necessaria una degenza di un paio di giorni. I testicoli possono essere sostituiti con protesi inserite nel sacco scrotale. Il ricorso a questa soluzione chi-



Disfunzione erettile: incapacità a raggiungere e/o mantenere un'erezione sufficiente per un rapporto sessuale.

Eiaculazione: emissione di liquido seminale attraverso l'uretra (v. sotto) determinata dalla contrazione dei muscoli alla base del pene in seguito al raggiungimento dell'orgasmo.

Uretra: canale che trasporta l'urina dalla vescica al pene.

Incontinenza urinaria: difficoltà a controllare lo svuotamento della vescica con perdita involontaria di urina.

Orchiectomia: intervento chirurgico di asportazione di uno o di entrambi i testicoli.

Testicolo: ghiandola responsabile della produzione degli spermatozoi e del testosterone, l'ormone sessuale maschile.

Testosterone: ormone sessuale maschile.

urgica è, tuttavia, sempre più raro grazie all'ormai ampio e diffuso impiego di efficaci terapie ormonali (v. pag. 30).

Assistenza a casa dopo l'intervento

Prima di fare ritorno a casa vi saranno forniti i riferimenti del personale medico e paramedico cui rivolgervi in caso di bisogno e vi sarà fissato un appuntamento per la visita di controllo. Alcuni centri prevedono un servizio di supporto psicologico individuale e familiare per i malati di cancro che, comunque, può sempre essere richiesto da ogni paziente a prescindere dall'ospedale di riferimento.

Gli assistenti sociali possono essere un valido punto di riferimento per i bisogni di sostegno e assistenza, non solo di carattere pratico, una volta dimessi dall'ospedale, e possono essere contattati già durante il ricovero. Se desiderate parlare con uno psicologo o con un assistente sociale, chiedete al medico o all'infermiere/a per sapere come prendere un appuntamento.

La radioterapia

La radioterapia utilizza radiazioni ad alta energia per distruggere le cellule tumorali, cercando al tempo stesso di salvaguardare i tessuti e gli organi sani circostanti. Può avere diverse finalità:

- **intento curativo:** si esegue allo scopo di eliminare radicalmente tutte le cellule tumorali presenti nella prostata;
- **intento adiuvante post-operatorio:** si esegue dopo l'intervento chirurgico per eliminare eventuali cellule tumorali residue o per ridurre il rischio di **recidiva**;
- **intento post-operatorio di salvataggio:** si esegue dopo l'intervento chirurgico o in presenza di recidiva;

- **intento palliativo:** si esegue per ridurre il volume del tumore e lenire, quindi, il dolore, soprattutto se la malattia si è diffusa, per esempio, alle ossa. In quest'ultimo caso può servire anche per ridurre il rischio di frattura.

Due sono le modalità di trattamento per i tumori della prostata:

- la **radioterapia a fasci esterni**, che consiste nell'irradiazione con raggi X per mezzo di una macchina detta acceleratore lineare;
- **brachiterapia** (v. pag. 27), in cui le sorgenti radioattive sono collocate direttamente all'interno della prostata.

Radioterapia a fasci esterni

Rappresenta una delle opzioni terapeutiche curative per il trattamento dei tumori prostatici a rischio basso, intermedio ed alto. (v. pag. 17). Il ciclo di trattamento prevede cinque sedute settimanali (dal lunedì al venerdì e una pausa nel week-end) e può protrarsi per sette-otto settimane. La pianificazione del trattamento è una fase estremamente importante, che può richiedere anche due-tre appuntamenti. Dopo la prima visita il **radioterapista oncologo** (di seguito sinteticamente il radioterapista), il medico che pianifica e segue il trattamento, vi fissa un appuntamento per la cosiddetta **TC di centraggio**, che serve per definire con la massima precisione la zona da irradiare (detta *target* o bersaglio), proteggendo dalle radiazioni gli organi sani vicini. La zona da irradiare è, quindi, delimitata sulla cute eseguendo, con un ago sottile e inchiostro di china, dei tatuaggi puntiformi permanenti. I tatuaggi servono per rendere facilmente individuabile l'area da irradiare e assicurare la precisione del trattamento per tutta la sua durata. Ogni seduta di terapia dura pochi minuti, durante i quali dovete rimanere immobili sul lettino. Pur rimanendo soli nella sala, potete comunicare con il tecnico che vi osserva mediante un monitor dalla stanza a fianco.



Maggiori informazioni sulla terapia radiante sono disponibili su: **La radioterapia** (La Collana del Girasole), DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIRO, Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica.



Brachiterapia: irradiazione della prostata dal suo interno attraverso il posizionamento di sorgenti radioattive.

Radioterapista oncologo: medico specialista che pone l'indicazione alla radioterapia e che insieme al fisico sanitario realizza il piano di cura personalizzato.

TC di centraggio: fase molto importante della radioterapia in cui si delimita con precisione la zona da irradiare, proteggendo dalle radiazioni gli organi sani vicini.



La radioterapia utilizza radiazioni ad alta energia per distruggere le cellule tumorali, salvaguardando quanto più possibile i tessuti e gli organi circostanti.



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.



Maggiori informazioni sui problemi nutrizionali sono disponibili su **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) e **Neoplasia e perdita di peso – Che cosa fare?** (La Biblioteca del Girasole).

Maggiori informazioni sulla fatica sono disponibili su **La fatigue** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni sono disponibili su **Sessualità e cancro** (La Collana del Girasole).

La prostata è un organo che richiede un'irradiazione precisa e selettiva, perché è collocata in una sede a stretto contatto con il retto e la vescica, organi sani sensibili alla radioterapia. Per questo si ricorre alla cosiddetta **radioterapia conformazionale o radioterapia ad intensità modulata** (IMRT), nella quale un'apposita macchina modella il fascio di radiazioni in modo da conformarlo perfettamente alla prostata, riducendo in tal modo il danno a carico della vescica e del retto) ed anche gli effetti collaterali.

Possibili effetti collaterali

Le reazioni ai trattamenti e, quindi, la frequenza e l'intensità degli effetti collaterali variano da persona a persona. Gli effetti collaterali della radioterapia della prostata possono essere acuti o tardivi.

Gli **effetti collaterali acuti** si manifestano durante il ciclo di trattamento e possono comprendere:

- **cistite:** infiammazione della vescica, accompagnata da uno stimolo più frequente a urinare e talvolta da una sensazione di bruciore;
- **problemi intestinali:** possono comprendere incontinenza fecale, diarrea, urgenza rettale anche in assenza di feci, bruciore o fastidio anale, in casi rari sanguinamento rettale;
- **fatigue:** senso di debolezza generale.

La maggior parte di questi effetti collaterali scompare gradualmente nel giro di un mese dalla conclusione della terapia.

Gli **effetti collaterali tardivi** possono comparire a distanza di mesi o anni dalla conclusione del trattamento, e possono includere:

- **disfunzione erettile:** incapacità di raggiungere e/o mantenere una valida erezione e, quindi, di avere rapporti sessuali soddisfacenti;
- **diminuzione o scomparsa del liquido seminale;**

- **irritazione dell'intestino o della vescica:** l'irradiazione può indebolire i vasi sanguigni che irrorano la vescica e il retto con conseguente comparsa di tracce di sangue o di vero e proprio sanguinamento nelle urine e nelle feci;
- **modificazione delle abitudini intestinali:** comparsa di meteorismo e perdita di muco, oppure svuotamento dell'intestino anche più volte al giorno.

Il rischio di **incontinenza urinaria** è molto basso, sia subito dopo il trattamento che a distanza di tempo.

Se notate uno qualunque di questi segni, informate il radioterapista, che potrà prescrivere alcuni farmaci in grado di alleviare i disturbi.

Una precisazione importante: la radioterapia a fasci esterni non rende radioattivi e potrete quindi stare a contatto con gli altri, anche con i bambini o con le donne in gravidanza.

Brachiterapia

La **brachiterapia** rappresenta una delle opzioni terapeutiche curative per il trattamento dei tumori prostatici a rischio basso e intermedio. Prevede il posizionamento di sorgenti radioattive direttamente all'interno della prostata. Pur essendo nota da decenni, questa tecnica si è affermata negli ultimi anni grazie ai progressi della tecnologia.

L'impianto delle sorgenti radioattive può essere permanente o temporaneo. Nell'uno e nell'altro caso la procedura è preceduta da uno **studio volumetrico** per calcolare esattamente le dimensioni e la posizione della prostata e stabilire, quindi, quante sorgenti radioattive inserire e dove posizionarle. Il giorno prima dell'esecuzione dello studio volumetrico è bene osservare una dieta particolare per favorire lo svuotamento dell'intestino, e prima di procedere all'ecografia, si esegue anche un clistere.

Nella **brachiterapia con impianto permanente**, le piccole sorgenti radioattive (impropriamente dette 'semi') sono posizionate nella prostata in anestesia epidurale (o più raramente generale) e sotto controllo ecografico.



Incontinenza urinaria: difficoltà a controllare lo svuotamento della vescica con perdita involontaria di urina.



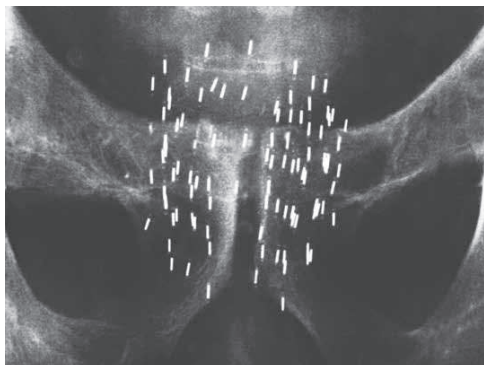
La radioterapia non rende radioattivi e si può stare a contatto con gli altri, anche con i bambini o con le donne in gravidanza.



Brachiterapia: irradiazione della prostata dal suo interno attraverso il posizionamento di sorgenti radioattive.



La brachiterapia può essere effettuata con impianto permanente o temporaneo delle sorgenti radioattive.



Le sorgenti radioattive dopo il posizionamento all'interno della prostata

La procedura dura circa un paio d'ore. Una volta inseriti, i 'semi' rilasciano la radioattività contenuta, che così gradualmente diminuisce fino ad esaurirsi nell'arco di alcuni mesi. I 'semi' rimangono, quindi, inattivi all'interno della prostata per tutta la vita.

A seguito della procedura, la prostata potrebbe gonfiarsi ostacolando il deflusso di urina attraverso l'**uretra**; per tale motivo si applica un catetere, che è rimosso entro un paio d'ore oppure il giorno dopo.

La maggior parte dei pazienti rimane in ospedale 24 ore, anche se talvolta è possibile fare ritorno a casa appena smaltito l'effetto dell'anestesia e l'attività urinaria è ritornata normale. Nel periodo immediatamente successivo all'impianto, non è necessario modificare le abitudini quotidiane, ma è bene non stare troppo vicino a donne che sono o potrebbero essere in gravidanza, e non tenere in grembo i bambini piccoli, mentre è possibile abbracciarli o coccolarli per alcuni minuti al giorno.

In casi rarissimi è capitato che un singolo seme sia uscito dalla prostata durante un rapporto sessuale, trasportato dal flusso del liquido seminale. Per questo, è consigliabile

utilizzare il preservativo. Infine, non occorre allarmarsi se il liquido seminale appare inizialmente di colore più scuro: ciò è dovuto alla procedura di inserimento degli aghi e si risolverà in poco tempo.

Nella **brachiterapia con impianto temporaneo**, le sorgenti radioattive sono inserite per un tempo determinato all'interno della prostata. Preliminare all'impianto dei 'semi' è il posizionamento dei **vettori** in cui saranno introdotti. (questa procedura richiede circa un'ora e si esegue in anestesia lombare/spinale una sola volta. S'inseriscono, quindi, le sorgenti radioattive e poi si procede all'irradiazione vera e propria della prostata, che si ripete generalmente due volte al giorno (mattina e sera) per due giorni consecutivi. Una volta concluso il trattamento è possibile tornare a casa, senza la preoccupazione di essere radioattivi.

Possibili effetti collaterali

La brachiterapia può causare, in linea generale, gli stessi effetti collaterali della radioterapia a fasci esterni (v. pag. 25). Dopo l'inserimento delle sorgenti radioattive è abbastanza comune avvertire una lieve sensazione di dolore, e potrebbe riscontrarsi anche la presenza di sangue nelle urine. Ciò in generale è normale, ma se il sangue dovesse aumentare oppure fossero presenti coaguli, occorre informare immediatamente il medico. È buona norma, in ogni caso, bere molto per aumentare la **diuresi** e prevenire così la formazione di coaguli.

Mentre gli effetti collaterali a carico dell'intestino sono molto meno frequenti rispetto a quelli indotti dalla radioterapia a fasci esterni, il rischio di problemi urinari (difficoltà ad urinare spontaneamente, minzione dolorosa, più frequente e/o più scarsa) può essere più elevato e per tale motivo è necessario l'inserimento di un catetere dopo il posizionamento dei 'semi'. Questi effetti collaterali migliorano nell'arco di sei-dodici mesi. Ridurre il consumo di caffè e bere molta acqua aiuta a limitare l'irritazione.



Uretra: canale che trasporta l'urina dalla vescica al pene.



Vettori: vie usate per posizionare le sorgenti radioattive.



Diuresi: quantità di urina eliminata.

L'ormonoterapia



Ormoni: sostanze prodotte dalle ghiandole dell'organismo e immesse nella circolazione sanguigna; ogni ormone è preposto al controllo della funzione di alcune cellule o organi specifici.

Testosterone: ormone sessuale maschile prodotto dai testicoli.

Orchiectomia: intervento chirurgico di asportazione dei testicoli.

Ormonoterapia: somministrazione di sostanze che agiscono sulla produzione o sull'azione degli ormoni prodotti dall'organismo.



Prima di iniziare l'ormonoterapia è fondamentale conoscere i benefici, ma anche i possibili effetti indesiderati che può causare.



Analoghi del GnRH: farmaci in grado di bloccare la produzione degli ormoni maschili.

Gli **ormoni** sono sostanze prodotte dall'organismo, che controllano la crescita e l'attività delle cellule.

Il cancro della prostata cresce grazie anche all'attività del **testosterone**, l'ormone sessuale maschile prodotto principalmente dai testicoli. Se si abbassa il livello di testosterone in circolo, si può rallentare, se non addirittura bloccare, la crescita delle cellule tumorali, ridurre le dimensioni del tumore e controllare i sintomi.

Il livello di testosterone può essere ridotto chirurgicamente mediante l'intervento di **orchiectomia** (v. pag. 23), oppure farmacologicamente con la somministrazione di farmaci per via orale e/o iniettiva.

L'**ormonoterapia** può essere utilizzata:

- come trattamento standard in caso di malattia avanzata o metastatica allo scopo di controllarla nel tempo o ridurre i sintomi;
- dopo la chirurgia o radioterapia se il livello di PSA continua ad aumentare;
- dopo la chirurgia se il tumore ha interessato i linfonodi;
- in combinazione con la radioterapia a fasci esterni (v. pag. 25) nei tumori a rischio intermedio e alto;
- in combinazione con la brachiterapia per ridurre il volume della prostata e favorire, quindi, l'irradiazione.

Sarete tenuti sotto rigoroso controllo per valutare la risposta al trattamento sulla base degli eventuali sintomi. Anche in questo caso, la determinazione del livello di PSA rappresenta un ottimo parametro per giudicare l'efficacia dell'ormonoterapia.

I farmaci utilizzati si distinguono in funzione del meccanismo d'azione e sono:

- **analoghi del GnRH:** bloccano la produzione degli or-

moni maschili da parte dei testicoli, e si somministrano per iniezione intramuscolare o sottodermica mensile o trimestrale. I più usati sono goserelin (*Zoladex*®), leuprorelin (*Enantone*®, *Eligard*®), buserelin (*Suprefact*®) e triptorelin (*Decapeptyl*®);

- **antiandrogeni:** si legano alle proteine presenti sulla superficie delle cellule tumorali, impedendo in tal modo al testosterone di entrare; si somministrano spesso sotto forma di compresse da assumere giornalmente, e spesso anche in associazione con gli analoghi del GnRH. I più usati sono: flutamida (*Drogenil*®, *Eulexin*®), ciproterone acetato (*Androcur*®) e bicalutamida (*Casodex*®).

Studi recenti hanno dimostrato che in molti casi di tumore in classe di rischio intermedio o alto (v. pag. 17), un ciclo di ormonoterapia prima e durante la radioterapia (ormonoterapia neoadiuvante) oppure prima, durante e dopo (ormonoterapia adiuvante) la radioterapia può migliorare nettamente i risultati e l'efficacia dell'irradiazione.

Dopo la prostatectomia, nei casi in cui il tumore sia diffuso oltre la prostata nei linfonodi, l'ormonoterapia può ridurre il rischio di sviluppo di metastasi.

Possibili effetti collaterali

L'ormonoterapia può produrre effetti collaterali che sono in genere reversibili e si risolvono alla conclusione del trattamento. I più frequenti sono: vampate di calore, sudorazione eccessiva, stanchezza, riduzione delle masse muscolari, aumento di peso, disturbi del tono dell'umore, **anemia**, osteoporosi, perdita della **libido** e **disfunzione erettile**. Talvolta può aumentare il senso di stanchezza, sia fisica che mentale. Alcuni preparati ormonali (flutamida e bicalutamida) possono causare ingrossamento e un senso di tensione, a volte dolorosa, delle mammelle. Questo disturbo si può controllare somministrando, prima di iniziare l'ormonoterapia, una radioterapia a basse dosi al tessuto mammario oppure farmaci specifici.



Antiandrogeni: farmaci che si legano ai recettori, ossia alle proteine presenti sulla superficie delle cellule tumorali, impedendo in tal modo al testosterone di entrare.



Maggiori informazioni sui singoli preparati sono disponibili sui **Profili Farmacologici**.



Anemia: riduzione dei livelli di emoglobina nel sangue.

Emoglobina: proteina che trasporta ossigeno alle cellule e si trova all'interno dei globuli rossi.

Libido: desiderio sessuale.

Disfunzione erettile: incapacità a raggiungere e/o mantenere un'erezione sufficiente per un rapporto sessuale.

Gli effetti collaterali possono compromettere la qualità di vita dei pazienti, soprattutto se giovani e se necessitano di un trattamento a lungo termine. Per ovviare a questi disturbi, è possibile prendere in considerazione il trattamento esclusivo con gli antiandrogeni (v. pag. 31).

Per ridurre gli effetti collaterali della terapia alcuni specialisti adottano una modalità di somministrazione intermittente, vale a dire che attuano l'ormonoterapia per alcuni mesi, la interrompono per un breve periodo e quindi la riprendono. Ciò avviene, però, solo nell'ambito di studi clinici.

Orchiectomia

Il livello di testosterone si può abbassare anche asportando chirurgicamente i testicoli con l'intervento di **orchiectomia** (v. pag. 23), che consente di controllare la malattia per diversi anni, migliorando la qualità di vita nella maggioranza dei pazienti. Rispetto all'ormonoterapia, l'orchiectomia consente di evitare l'assunzione di farmaci e i loro potenziali effetti collaterali quali senso di fastidio, dolore, o l'ingrossamento della ghiandola mammaria.

La chemioterapia

Consiste nell'impiego di particolari farmaci antineoplastici per distruggere o tenere sotto controllo le cellule tumorali. Sebbene la chemioterapia sia utilizzata con successo per numerose forme tumorali, la sua efficacia molto limitata ne ha limitato l'uso per il tumore della prostata. Tuttavia, negli ultimi tempi, grazie ai promettenti risultati ottenuti con nuovi farmaci, la chemioterapia ha trovato uno spazio terapeutico in alcuni casi specifici, dimostrandosi particolarmente indicata quando il tumore si è diffuso all'esterno della prostata, dando metastasi, e l'ormonoterapia (v. pag. 30) non è più efficace. In generale la chemioterapia riduce le dimensioni del tumore, mantenendolo sotto controllo,

allevia i sintomi e preserva una discreta qualità di vita. Tra i farmaci più usati: taxotere (*Docetaxel*®), steroidi (prednisone o prednisolone), mitoxantrone (*Novantrone*®, *Onkotrone*®) e estramustina (*Estracyt*®). Il taxotere è attualmente il farmaco di riferimento per il tumore della prostata in stadio avanzato e che non risponde più all'ormonoterapia. Esso si somministra per via endovenosa con cicli da effettuare ogni tre settimane presso una struttura ospedaliera.

Possibili effetti collaterali

I chemioterapici possono determinare effetti collaterali che modificano temporaneamente alcuni valori degli esami del sangue. Per questo motivo sarete sottoposti periodicamente ad analisi di laboratorio, e comunque sempre prima di iniziare il ciclo di trattamento. Se l'oncologo lo riterrà necessario, vi saranno somministrati antibiotici per prevenire possibili infezioni; in caso di anemia vi saranno prescritte emotrasfusioni o un farmaco, l'**eritropoietina**.

Altri effetti collaterali includono stanchezza, caduta dei capelli, senso di nausea e vomito. Questi ultimi sono controllabili oggi con farmaci efficaci detti **antiemetici** e quindi rappresentano in generale un problema di modesta entità. Gli effetti collaterali indotti dalla chemioterapia per il tumore della prostata non sono di solito particolarmente invalidanti e comunque si risolvono alla conclusione della terapia.

Come affrontare i principali effetti collaterali del trattamento?

Il trattamento del tumore della prostata, come tutte le terapie antitumorali, può causare effetti collaterali a breve e a lungo termine. È, quindi, importante che prima di essere sottoposti a qualunque trattamento siate correttamente informati per valutare con attenzione gli eventuali



Orchiectomia: intervento chirurgico di asportazione dei testicoli.



Maggiori informazioni sulla chemioterapia sono disponibili su: **La chemioterapia** (La Collana del Girasole); DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIOM, Associazione Italiana di Oncologia Medica.



Maggiori informazioni sul singolo prodotto antitumorale (come si somministra, quali sono gli effetti collaterali più e meno frequenti) e sui regimi di combinazione sono disponibili sui **Profili Farmacologici** (scaricabili da www.aimac.it, oppure richiedibili alla segreteria di AIMaC - numero verde 840 503579).



Eritropoietina: ormone che stimola la produzione di globuli rossi nel midollo osseo.

Antiemetici: farmaci in grado di prevenire e controllare nausea e vomito.



Maggiori informazioni sono disponibili su: **La caduta dei capelli** e **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) e **Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?** (La Biblioteca del Girasole).



Prima di iniziare qualunque trattamento è importante acquisire tutte le informazioni necessarie per effettuare una scelta consapevole.



Libido: desiderio sessuale.

rischi e le possibili soluzioni, così da effettuare una scelta consapevole, tenendo, tuttavia, sempre ben presente che non è possibile prevedere con certezza quali effetti collaterali si manifesteranno nel singolo caso.

Funzione sessuale

In momenti di particolare stress emotivo e/o fisico, come accade di fronte alla diagnosi di tumore o durante i trattamenti oncologici, è possibile che si perda interesse per il sesso e che il desiderio sessuale (**libido**) diminuisca. Questa condizione, però, è reversibile e potrà risolversi non appena vi sentirete meglio. In alcuni casi la disfunzione erettile, non essendo dovuta solo a fattori meccanici legati al trattamento, ma anche alle esperienze personali, può non essere definitiva e dunque può migliorare col tempo (eventualmente ricorrendo ad aiuti farmacologici). Purtroppo molti uomini, indipendentemente dall'età, hanno difficoltà a parlare con il proprio medico di questioni personali come la sessualità, e alcuni non riescono a farlo nemmeno con il partner per paura di essere respinti o non capiti.

Il primo passo è quindi vincere questa resistenza parlando con il medico, con il partner o con un amico, manifestando le proprie ansie e paure. Il secondo passo potrà consistere nel ricorso a una 'riabilitazione/terapia della funzione sessuale' con la somministrazione di farmaci specifici e nel supporto psico-sessuologico individuale o di coppia.

L'urologo-andrologo potrà prescrivere farmaci per la disfunzione erettile da assumere in compresse prima del rapporto sessuale attenendosi scrupolosamente ai tempi e alle dosi indicate. Tra questi i più diffusi sono quali sildenafil (*Viagra*®), tadalafil (*Cialis*®) e vardenafil (*Levitra*®, *Vivanza*®). Queste molecole aumentano l'afflusso di sangue all'interno del pene e, perciò, consentono di raggiungere l'erezione. Sono disponibili anche farmaci somministrabili localmente, con iniezione sottocutanea nel pene eseguita con un ago molto sottile, simile a quello utilizzato per la sommini-

strazione dell'insulina. Tra questi i più usati sono alprostadil (*Caverject*®) o la papaverina. Queste sostanze riducono il calibro dei vasi sanguigni, rallentando il flusso del sangue, che viene trattenuto nel pene, provocando un'erezione immediata. In molti casi si ottengono buoni risultati, anche se gli svantaggi sono il fastidio di dover praticare l'iniezione poco prima del rapporto e la possibile sensazione di dolore durante l'erezione.

Se i farmaci non funzionano, è possibile ricorrere ad un dispositivo esterno (*vacuum device*), che, applicato alla radice del pene, genera una pressione negativa, determinando un aumento di flusso sanguigno nel pene e quindi l'erezione, o al posizionamento di una protesi nel pene. L'impianto di una protesi è una procedura chirurgica che richiede un breve ricovero ospedaliero e l'anestesia, e che è indicata solo in pazienti selezionati, che hanno determinate caratteristiche. La maggior parte degli uomini con problemi di disfunzione erettile in seguito alla prostatectomia o alla radioterapia probabilmente trarrà vantaggio dai trattamenti descritti, ma ogni paziente è diverso dall'altro e il consiglio di uno specialista e un apposito counselling potranno essere molto utili.

Infertilità

Alcuni dei trattamenti per il cancro della prostata possono comportare il rischio di sterilità, il che vuol dire che non si ha più la possibilità di procreare per l'assenza di **cellule germinali** o per la presenza di alterazioni a loro carico, con conseguenti effetti sulla funzione degli spermatozoi. È importante che discutiate il rischio di sterilità col vostro medico prima di iniziare il trattamento e, se lo riterrete opportuno, chiedete informazioni per l'eventuale crioconservazione del seme.

Incontinenza urinaria

Perdere il controllo della vescica può essere una conseguenza della malattia in sé o del trattamento, anche se sono



Maggiori informazioni sono disponibili su **Sessualità e cancro** (La Collana del Girasole).



Cellule germinali: cellule progenitrici degli spermatozoi nel maschio, e degli oociti nella femmina.



Maggiori informazioni sono disponibili sulla brochure **Padre dopo il cancro - Come preservare la fertilità dopo un tumore** (La Biblioteca del Girasole).



Gli indirizzi della Banca del Seme possono essere consultati su www.aimac.it.

stati compiuti progressi notevoli sia per limitare la possibilità che si verifichi sia per risolverlo qualora si sviluppi.

L'incontinenza urinaria si può attenuare e risolvere gradualmente eseguendo esercizi specifici di fisioterapia mirati al recupero della capacità di trattenere l'urina in vescica. Se la fisioterapia non si rivela efficace e il problema persiste per mesi dopo l'intervento, è bene rivolgersi nuovamente allo specialista per valutare altre soluzioni terapeutiche.

La scelta della terapia: l'importanza della collaborazione medico - paziente

Nel tumore della prostata il processo decisionale che porta alla scelta di una determinata terapia può risultare complesso. Per le forme più frequenti, ossia quelle a rischio basso e intermedio, sono disponibili più proposte terapeutiche di pari efficacia, ma differenti per modalità di esecuzione ed effetti collaterali. In particolare è stato dimostrato che risultati curativi sostanzialmente sovrapponibili si ottengono nei tumori a rischio basso (circa il 50% delle forme diagnosticcate) con la prostatectomia radicale, la radioterapia a fasci esterni e la brachiterapia; nei tumori a rischio intermedio, con la prostatectomia radicale o la radioterapia a fasci esterni associata o meno a ormonoterapia; nei tumori a rischio alto con la radioterapia a fasci esterni associata a ormonoterapia o con la chirurgia (in casi selezionati).

Per questo motivo è molto importante comprendere bene i pro e i contro di ogni trattamento e i possibili effetti collaterali che questo può comportare. La scelta di una terapia non è semplice: vi potrà sembrare troppo gravoso, potreste sentirvi disorientati di fronte alle diverse strategie proposte e potreste preferire che sia il medico a scegliere per voi.



Nel tumore della prostata il processo decisionale che porta alla scelta di una determinata modalità terapeutica può risultare complesso.

È perciò importante discutere approfonditamente tutti gli aspetti con il medico, che illustrerà i benefici e i potenziali effetti collaterali di ogni trattamento per consentirvi di decidere insieme a lui la strategia più adatta, tenendo conto non soltanto delle caratteristiche della malattia e dello stato di salute, ma anche del peso soggettivo che attribuite ai potenziali effetti collaterali (ad esempio, l'importanza e la qualità della vita sessuale).

Dopo aver appreso quali sono le proposte terapeutiche disponibili per la vostra malattia, prendetevi il tempo necessario per riflettere sulle informazioni ricevute, parlatene in famiglia e, se sorgono dubbi, non esitate a chiedere di nuovo ulteriori spiegazioni all'urologo o al vostro medico di fiducia. Nel caso in cui non foste convinti delle risposte o delle proposte terapeutiche che avete ricevuto, è un vostro diritto chiedere un secondo parere consultando un altro specialista.

Follow-up

Terminate le terapie, i medici pianificano i controlli periodici che hanno la funzione di tenere sotto controllo il risultato raggiunto con i trattamenti oppure di monitorare il paziente (atteggiamenti osservazionali), e che includono visite mediche con esplorazione rettale, analisi del sangue (tra cui il PSA, v. pag. 12), visita e, all'occorrenza, esami strumentali specifici (ecografia prostatica transrettale o TC). È questo ciò che i medici definiscono convenzionalmente come follow-up.

I controlli sono inizialmente frequenti (tre-sei mesi) e poi si diradano nel tempo (una volta all'anno). Se siete in terapia con farmaci oppure se accusate effetti collaterali dei trattamenti, nei primi mesi è consigliabile presentarsi periodicamente dal medico di famiglia; tuttavia, se nell'intervallo tra un controllo e l'altro avete dei problemi o avvertite nuovi sintomi, è bene contattare lo specialista non appena possibile.

Trattamento	Benefici	Effetti indesiderati
Atteggiamenti osservazionali	<ul style="list-style-type: none"> Nessun rischio di effetti collaterali Nessun cambiamento importante della vita quotidiana 	<ul style="list-style-type: none"> Ansia per la periodicità dei controlli e degli esami Ansia per la possibilità che il tumore cresca creando complicazioni e interessando altri organi Dubbio di aver posticipato una scelta inevitabile
Prostatectomia radicale	<ul style="list-style-type: none"> Il tumore può essere asportato completamente ed in un'unica seduta La chirurgia può essere seguita da radioterapia se il tumore non è stato asportato completamente o se insorge una recidiva Il controllo periodico del livello del PSA può consentire di accertare tempestivamente l'eventuale ripresa di malattia (recidiva) 	<ul style="list-style-type: none"> L'operazione richiede una degenza di una settimana e una convalescenza di 3-4 settimane Rischio di disfunzione erettile Rischio di incontinenza urinaria La perdita di sangue può richiedere trasfusione Rischio di decesso correlato all'intervento (1/1000 casi) Possibilità dopo l'intervento di una radioterapia adiuvante
Radioterapia a fasci esterni	<ul style="list-style-type: none"> Il tumore può essere distrutto completamente in modo non invasivo Non comporta manovre chirurgiche Non richiede anestesia Piuttosto raro il rischio di incontinenza urinaria Disfunzione erettile minore rispetto alla prostatectomia Il controllo periodico del livello del PSA può consentire di accertare tempestivamente l'eventuale recidiva 	<ul style="list-style-type: none"> È necessario recarsi in ospedale, per il trattamento, tutti i giorni feriali per 7-8 settimane Stanchezza durante e dopo il trattamento (può persistere anche per qualche mese) Lievi modifiche dell'attività intestinale e cistite sono comuni durante il trattamento Possibili effetti a lungo termine sulla vescica e sul retto Rischio di disfunzione erettile Se il tumore recidiva localmente dopo il trattamento, la 'chirurgia di salvataggio' comporta un maggior rischio di complicazioni
Brachiterapia	<ul style="list-style-type: none"> Il tumore può essere distrutto completamente in modo limitatamente invasivo Procedura semplice (richiede, a seconda della metodica o un'unica sessione terapeutica o quattro sedute successive) Ripresa della vita normale in tempi brevi Minore rischio di stanchezza rispetto alla radioterapia a fasci esterni Minore rischio di problemi intestinali rispetto alla radioterapia Minore rischio di incontinenza e di disfunzione erettile rispetto alla prostatectomia Il controllo periodico del livello del PSA può consentire di accertare tempestivamente l'eventuale recidiva 	<ul style="list-style-type: none"> Adatta in generale solo per tumori iniziali e a basso rischio Richiede la somministrazione di un anestetico Non disponibile presso tutti i centri oncologici Può causare bruciore alla minzione per diversi mesi Se il tumore recidiva localmente dopo il trattamento, la 'chirurgia di salvataggio' comporta un maggior rischio di complicazioni
Ormonoterapia	<ul style="list-style-type: none"> È una cura che si effettua a domicilio e non richiede ricovero o day hospital Può tenere il tumore sotto controllo per diversi anni L'efficacia del trattamento si può monitorare con il controllo del PSA Può essere usata in combinazione con la radioterapia con intento curativo 	<ul style="list-style-type: none"> Non è sufficiente per eliminare tutte le cellule tumorali se attuata come unico trattamento Può causare diversi effetti collaterali, quali dolore e gonfiore delle mammelle, vampate di calore, incapacità di avere l'erezione e diminuzione del desiderio sessuale; raramente può causare diarrea o problemi intestinali Gli effetti collaterali variano in funzione del tipo di ormonoterapia utilizzata
Chemioterapia	<ul style="list-style-type: none"> Colpisce le cellule tumorali che tendono a crescere e a diffondersi localmente e a distanza nelle diverse sedi dell'organismo. Non è quindi in grado di guarire, ma solo di rallentare il decorso della malattia e di controllare i sintomi. 	<ul style="list-style-type: none"> Può causare effetti collaterali di tipo ematologico a carico delle cellule che compongono il sangue e il midollo osseo (riduzione dei globuli bianchi, dei globuli rossi e delle piastrine); può dare diradamento o perdita dei capelli; debolezza di varia intensità; alterazione e infiammazione delle mucose.

Quando c'è ripresa di malattia

Talvolta il tumore non risponde positivamente e con successo ai trattamenti e vi è, quindi, una ripresa della malattia, riconosciuta e diagnosticata grazie all'esecuzione degli esami di controllo periodici (v. pag. 37). È questo un evento psicologicamente pesante, ma non bisogna farsi sopraffare dalle emozioni, giacché esistono soluzioni terapeutiche alternative, dette 'di salvataggio' (radioterapia a fasci esterni, chirurgia, ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU), ormonoterapia e chemioterapia) che possono riportare sotto controllo la crescita del tumore e consentire la guarigione o la 'cronicizzazione' della malattia.

Il dolore e le terapie palliative

Se sono presenti metastasi a distanza (in particolare alle ossa), il medico ha oggi a disposizione un'ampia varietà di farmaci che, in combinazione tra loro, possono aiutare a controllare il dolore e la sofferenza e a prevenire complicanze come le fratture ossee. Può essere utile anche effettuare una radioterapia mirata per attenuare il dolore legato alle metastasi ossee e per consolidare i segmenti di osso che loro presenza ha reso più fragili.

Le emozioni

Lo choc della diagnosi

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, e benché il medico vi abbia rassicurato sulla buona possibilità di cura, è probabile che

continuate a pensare: *"non riesco più a non pensarci, il cancro mi è entrato in testa..."*. Il pensiero corre a tutte le persone che conoscete che hanno avuto questo problema, soprattutto alle vicende meno fortunate, vi sembrerà che tutto il vostro mondo stia improvvisamente crollando. È naturale avere inizialmente questa reazione: occorre tempo per capire che cosa sta accadendo.

Raccogliete tutte le informazioni che pensate vi possano essere utili e vi accorgete che man mano che la situazione si chiarisce riuscirete a riprendere il controllo della vostra quotidianità.

Se vi accorgete che la preoccupazione per la malattia diventa troppo invasiva, occupa le giornate e le notti, rendendovi sempre nervosi e irrequieti, non esitate a chiedere aiuto. Non cadete nello stereotipo che *"l'uomo non deve chiedere mai"*: saper riconoscere i propri bisogni e saper chiedere è segno di maturità, non di debolezza.

La 'fatica' della cura

Gli effetti collaterali tipici delle terapie per il tumore della prostata vanno a toccare l'uomo nei suoi punti più delicati: come si fa a sentirsi bene portando un pannolone o perdendo un po' di urina ogni volta che si compie uno sforzo? Come si fa a sentirsi ancora 'maschio' quando si vede il seno crescere, si hanno le vampate, ci si commuove per un nonnulla e l'eros sembra essere solo un lontano ricordo? Come si fa a fare ancora l'amore quando si sa di non avere più 'gli strumenti' di una volta? A ciò si aggiunge il fatto che l'età in cui è più frequente la diagnosi coincide generalmente con l'andata in pensione, ossia con l'uscita dalla vita attiva. Si tratta, quindi, di una fase della vita in cui si ha la necessità, sia pratica che emotiva, di reinventare le proprie abitudini, ma anche la propria persona.

Trovare nuovi stimoli per sé e intraprendere dei cambiamenti, sentendo anche i limiti determinati dalla malattia o dalla terapia, non è facile: *"non so più chi sono: ex impiegato,*



Maggiori informazioni sono disponibili su **La terapia e il controllo del dolore** (La Collana del Girasole).

ex collega, e adesso anche ex maschio!". Vergogna, imbarazzo, perdita di autostima, rabbia, senso di inadeguatezza, sono sentimenti che potreste riconoscere in voi.

Le fatiche della coppia

Non è solo il paziente che soffre per la malattia e le sue conseguenze, ma è la famiglia intera che vede il proprio caro stare male, ed anche la coppia ne risente, perché è messo in crisi il suo stesso equilibrio. Se si pensa alla vita sessuale bisogna considerare che la sessualità non si limita soltanto al rapporto sessuale, ma significa anche affetto, comunicazione, desiderio, intimità, piacere.

Il cancro della prostata e gli effetti collaterali delle terapie, più che in altri tipi di tumore, possono incidere negativamente su tutti questi aspetti. Potreste avere difficoltà legate all'ansia di non poter più soddisfare il partner, oppure, non sentendovi più all'altezza, potreste divenire improvvisamente gelosi e possessivi; potreste aver timore ad avvicinare il partner per la paura di fallire, mentre, a sua volta, il partner potrebbe starvi lontano per paura di ferirvi. Entrambi potreste non provare nemmeno più a fare l'amore per il timore di fare o farvi del male anche fisicamente. La coppia potrebbe non riuscire a sopportare che tutto ciò che una volta era una spontanea fonte di piacere ora vada progettato e organizzato e sia in balia di farmaci. Abitudini e ruoli consolidati negli anni possono crollare, lasciando a volte il vuoto, la distanza e la sensazione di non riconoscersi più l'un l'altro e non sapersi aiutare a vicenda.

Anche se a volte con l'età l'attività sessuale rallenta, non diminuisce, però, il bisogno di tenerezza, di confidenza, il desiderio di amare e sentirsi amati.

Che cosa potete fare?

La strada per non farvi sopraffare dagli effetti della malattia passa attraverso la rinuncia al silenzio e all'isolamento, resistendo alla tentazione di chiudersi in se stessi, na-

scondersi o camuffarsi, evitare luoghi e situazioni nei quali i cambiamenti potrebbero essere scoperti, bloccare il futuro nella nostalgia di ciò che eravate e rinunciare per sempre all'intimità e al piacere del sesso.

Rinunciare a tutto per la malattia non risolve i problemi, ma aumenta il dolore e la solitudine. Per ritrovare l'equilibrio è necessario affrontare e accettare il cambiamento, accantonare l'idea di sé prima della malattia e aprirsi alla scoperta di una nuova, abbandonare vecchi ruoli per sperimentarne altri inediti, costruire nuove risposte alla domanda "chi sono?". La coppia deve imparare a valorizzare altri aspetti e altre modalità di stare insieme, anche nell'intimità: cercare modi nuovi per dare e ricevere piacere, imparare a conoscere i nuovi 'tempi', 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.

Terapie complementari

Le terapie complementari sono utilizzate come integrazione o, come indica la definizione, complemento ai trattamenti oncologici convenzionali. Possono essere utili per migliorare la qualità della vita e il benessere del paziente e, a volte, sono in grado di ridurre gli effetti collaterali della chemioterapia. Molti pazienti ritengono che le terapie complementari diano loro più forza per affrontare i trattamenti.

Alcune tecniche a mediazione corporea (meditazione o visualizzazione di immagini) contribuiscono a ridurre l'ansia e possono essere messe in atto anche da soli. Altre (massaggi dolci) richiedono l'intervento di familiari o curanti, e



Maggiori informazioni sulle terapie complementari sono disponibili sul libretto **Tumori - I trattamenti non convenzionali** (La Collana del Girasole).

possono essere utili per aiutare la persona malata a provare sensazioni benefiche.

Presso alcuni ospedali, ASL e associazioni di volontariato oncologico sono disponibili alcune terapie complementari, tra le quali massaggi, agopuntura, aromaterapia, tecniche di rilassamento (allentano la tensione muscolare, riducono lo stress, favoriscono il sonno, alleviano la stanchezza, leniscono il dolore, fanno recuperare il controllo delle emozioni).

Gli studi clinici

Gli studi clinici sono sperimentazioni condotte sui pazienti per varie finalità:

- testare nuovi trattamenti;
- verificare se i trattamenti disponibili, combinati o somministrati in maniera diversa, sono più efficaci o causano meno effetti collaterali;
- confrontare l'efficacia dei farmaci utilizzati per il controllo dei sintomi;
- studiare il principio di azione dei farmaci antitumorali;
- vedere quali trattamenti hanno il miglior rapporto costo-beneficio.

Gli studi clinici costituiscono l'unico modo affidabile per verificare se il nuovo trattamento (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, ecc.) è più efficace di quello o quelli al momento disponibili.

Partecipare ad uno studio clinico significa avere la possibilità di essere sottoposti al trattamento in sperimentazione o, se fate parte del gruppo di controllo, di ricevere il miglior trattamento convenzionale disponibile per la vostra malattia. Ovviamente, nessuno può garantire a priori che il nuovo trattamento, seppur efficace, dia risultati migliori

di quello convenzionale. Se parteciperete ad uno studio clinico sarete sottoposti ad una serie di controlli molto rigorosi, comprendenti un numero di esami e visite mediche anche maggiore di quello previsto normalmente.

Se il trattamento oggetto della sperimentazione si dimostra efficace o più efficace rispetto al trattamento convenzionale, sarete i primi a trarne beneficio. Di solito, agli studi clinici partecipano diversi ospedali.

Sussidi economici e tutela del lavoro per il malato di cancro

La malattia e le terapie possono comportare una condizione di disabilità, temporanea o permanente, più o meno grave con conseguenti limitazioni nella vita di tutti i giorni. Per superare queste difficoltà numerose leggi dello Stato prevedono l'accesso a vari benefici: ad esempio, il malato che presenti un certo grado di invalidità e/o di handicap può richiedere sussidi economici erogati dall'INPS o dagli altri enti o casse di previdenza.; il malato lavoratore può usufruire di un periodo di congedo, oppure di permessi orari o giornalieri, senza perdere la retribuzione, sia durante che dopo il trattamento, ed ha anche la possibilità di passare dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo parziale fino a che le condizioni di salute non consentono di riprendere il normale orario di lavoro. La legge prevede permessi e congedi per l'accesso al part-time anche per il familiare lavoratore che assiste il malato.

Per saperne di più vi consigliamo la lettura del nostro libretto ***I diritti del malato di cancro***, che spiega come orientarsi ed avviare le pratiche necessarie per il riconoscimento dei propri diritti.



Maggiori informazioni sugli studi clinici sono disponibili sul libretto ***Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato*** (La Collana del Girasole).



Maggiori informazioni sui diritti dei malati di cancro sono disponibili su ***I diritti del malato di cancro*** (La Collana del Girasole), che può essere richiesto alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricato dal sito www.aimac.it.

I punti informativi

Sono a disposizione, presso i principali istituti per lo studio e la cura dei tumori, per consultare e ritirare il materiale informativo o per parlare con personale qualificato e ricevere chiarimenti.

Sono attualmente attivi i seguenti punti informativi:

Aviano (PN)	Centro di Riferimento Oncologico - Day Hospital del Dipartimento di Oncologia Medica c/o Biblioteca Pazienti, URP, Psiconcologia
Bari Iglesias (CA)	Ospedale Oncologico Giovanni Paolo II - Dipartimento di Oncologia Medica Consulta Disabili della Provincia Sulcis-Iglesiente - Servizio di Accoglienza e Tutela del Paziente
Milano	Istituto Nazionale Neurologico C. Besta - Dipartimento di Neuroncologia Istituto Nazionale Tumori - SIRIO, c/o Biblioteca Istituto S. Raffaele - Sportello Psico-Oncologico e del Volontariato, c/o Radioterapia
Napoli	Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale - Servizio di Psico-Oncologia Policlinico dell'Università Federico II - Dipartimento di Endocrinologia e Oncologia Molecolare Clinica Seconda Università degli Studi di Napoli - Servizio di Oncologia Medica, Dipartimento Medico-Chirurgico di Internistica Clinica e Sperimentale Fondazione Maugeri - Divisione di Chirurgia Generale e Senologia Fondazione Maugeri - Servizio di Psicologia
Pavia	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - Locale di accoglienza del Day Hospital Onco-Ematologico
Roma	Istituto Regina Elena - Sala Multimediale della Biblioteca dei Pazienti R. Maceratini Ospedale Fatebenefratelli - Divisione di Oncologia, Unità Operativa di Oncologia Casa Sollievo della Sofferenza - Oncologia Medica Azienda Sanitaria S. Giovanni Battista - Centro Assistenza Servizio (CAS) Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti - Oncologia Medica
S. Giovanni Rotondo (FG) Torino Trieste	

Sono in via di attivazione i seguenti punti informativi:

Avellino Bagheria	Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati - Reparto Oncoematologico Villa Santa Teresa - Diagnostica Per Immagini e Radioterapia Reparto di Radioterapia SSD Psicologia
Benevento Genova L'Aquila Messina	Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli - Unità Operativa di Oncologia Istituto Nazionale Tumori IST Università degli Studi - Dipartimento di Oncologia Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico G. Martino - Unità Operativa Complessa Terapie Integrate in Oncologia Azienda ospedaliera A. Cardarelli Istituto Oncologico Veneto
Napoli Padova Paola Perugia Roma	Ospedale San Francesco di Paola - Unità Operativa di Oncologia Medica Ospedale S. Maria della Misericordia - Oncologia Medica Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri - Unità Operativa Complessa di Oncologia
Roma	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - Unità Operativa di Psicologia Oncologica
Roma	Sapienza, Università di Roma, Umberto I Policlinico di Roma - Dipartimento di Oncologia Medica
Terni	Azienda Ospedaliera S. Maria

La Collana del Girasole

- 1 **Non so cosa dire**
- 2 **La chemioterapia***
- 3 **La radioterapia***
- 4 **Il cancro del colon retto**
- 5 **Il cancro della mammella**
- 6 **Il cancro della cervice**
- 7 **Il cancro del polmone**
- 8 **Il cancro della prostata**
- 9 **Il melanoma**
- 10 **Sessualità e cancro**
- 11 **I diritti del malato di cancro**
- 12 **Linfedema**
- 13 **La nutrizione nel malato oncologico**
- 14 **Tumori - I trattamenti non convenzionali**
- 15 **La caduta dei capelli**
- 16 **Il cancro avanzato**
- 17 **Il linfoma di Hodgkin**
- 18 **I linfomi non Hodgkin**
- 19 **Il cancro dell'ovaio**
- 20 **Il cancro dello stomaco**
- 21 **Che cosa dico ai miei figli?**
- 22 **I tumori cerebrali**
- 23 **Il cancro del fegato**
- 24 **La resezione epatica**
- 25 **La terapia e il controllo del dolore**
- 26 **Il cancro del rene**
- 27 **La fatigue**
- 28 **Il cancro della tiroide**
- 29 **Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato**

* sono disponibili anche in DVD

AIMaC pubblica anche:

Profili Farmacologici

96 schede che forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Profili DST

50 schede che forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

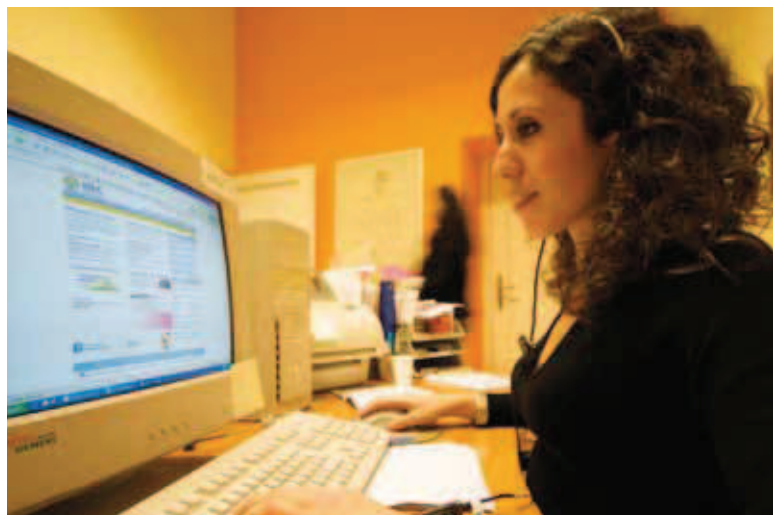
La Biblioteca del Girasole

- Domande e risposte sul tumore della laringe
- Il test del PSA
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Padre dopo il cancro
- Trattamenti non convenzionali per i malati di cancro (atti del convegno)

** pubblicato da F.A.V.O. Federazione nazionale delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (www.favo.it), di cui AIMaC è socio

La Helpline

La helpline di AIMaC: un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 **numero verde 840 503579**, e-mail **info@aimac.it**



AIMaC è una Onlus iscritta nel Registro delle Associazioni di Volontariato della Regione Lazio. Offriamo gratuitamente i nostri servizi di informazione e counseling ai malati di cancro e ai loro cari.

Abbiamo bisogno anche del tuo aiuto e della tua partecipazione. Se questo libretto ti ha fornito informazioni utili, puoi aiutarci a produrne altri

- **iscrivendoti ad AIMaC** (quota associativa € 20 per i soci ordinari, € 125 per i soci sostenitori)
- **donando un contributo libero mediante**
 - assegno non trasferibile intestato a AIMaC
 - c/c postale n° 20301016 intestato a "AIMaC – via Barberini, 11 – 00187 Roma".
IBAN: IT 33 B 07601 03200 000020301016
 - bonifico bancario intestato a AIMaC, c/o Cassa di Risparmio di Ravenna
IBAN: IT 78 Y 06270 03200 CC0730081718
 - carta di credito attraverso il sito www.aimac.it

Finito di stampare nel mese di ottobre 2009
Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. I www.mediateca.cc
Impaginazione: Artwork di Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
840 503 579 numero verde | www.aimac.it | info@aimac.it