

Il cancro della prostata



aimac

associazione italiana malati
di cancro, parenti e amici

La Collana del Girasole

Il cancro della prostata

Che 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 siti internet

Elaborazione del testo: **A. Alessi, B. Avuzzi, L. Bellardita, S. Donegani, C. Marengi, A. Messina, C. Marrone, B. Noris Chiorda, S. Stagni, E. Verzoni** - Programma Prostata - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori – Milano

Si ringraziano per la collaborazione: **A. Marchianò** (direttore Dipartimento Diagnostica per Immagini e Radioterapia); **G. Procopio** (responsabile Oncologia Medica Genitourinaria); **N. Nicolai** (vice responsabile Prostate Cancer Unit); **R. Salvioni** (direttore Chirurgia Urologica); **R. Valdagni** (responsabile Prostate Cancer Unit, direttore Programma Prostata e Radioterapia Oncologica 1) - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori – Milano.

Traduzione e editing: **C. Di Loreto** (Aimac)

Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del Progetto SION "Program of information to cancer patients" finanziato dalla Stavros Niarchos Foundation (www.snf.org).

Nona edizione: febbraio 2018

© Aimac 2018. 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
- 8 Quali sono le cause del cancro della prostata?
- 9 Quali sono i sintomi del cancro della prostata?
- 10 Screening
- 10 Come si formula la diagnosi?
- 15 La scala di Gleason e il Grade Group
- 16 Gli stadi del cancro della prostata
- 17 Le classi di rischio
- 19 Programmi o strategie sola osservazione
- 20 La chirurgia
- 23 La radioterapia
- 29 L'ormonoterapia
- 32 La chemioterapia
- 33 I radiofarmaci
- 33 HIFU e crioablazione
- 34 Come affrontare i principali effetti collaterali del trattamento?
- 36 I controlli dopo le terapie
- 39 Quando c'è ripresa di malattia
- 39 Il dolore e le terapie palliative
- 40 L'importanza dello stato nutrizionale
- 41 Le emozioni
- 43 I trattamenti non convenzionali
- 44 Gli studi clinici
- 45 Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati 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, gran parte dei tumori della prostata oggi diagnosticati può essere trattata con ottime probabilità di guarigione e molti casi hanno un andamento così favorevole da poter essere monitorati nel tempo in programmi osservazionali che permettono di ritardare o evitare i trattamenti radicali.

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

Per ulteriori informazioni è disponibile il servizio offerto dall'helpline di Aimag, un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni informativi 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.



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



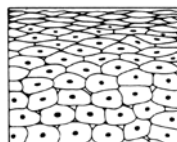
Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.

Sistema linfatico: componente 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.

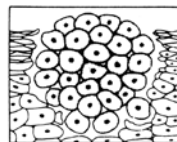
Metastasi: cellule tumorali che, staccatesi dal tumore primitivo, si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici e raggiungono in tal modo altri organi.

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 ripara e si riproduce nello stesso modo. Di norma, la riproduzione delle cellule avviene in maniera ordinata e controllata, ma se, per diversi motivi, questo processo si altera, le cellule perdono alcuni importanti sistemi di controllo della loro crescita e della loro specifica funzione e iniziano a crescere e ad accumularsi, dando origine a una massa che si definisce 'tumore'.



Cellule normali



Cellule tumorali

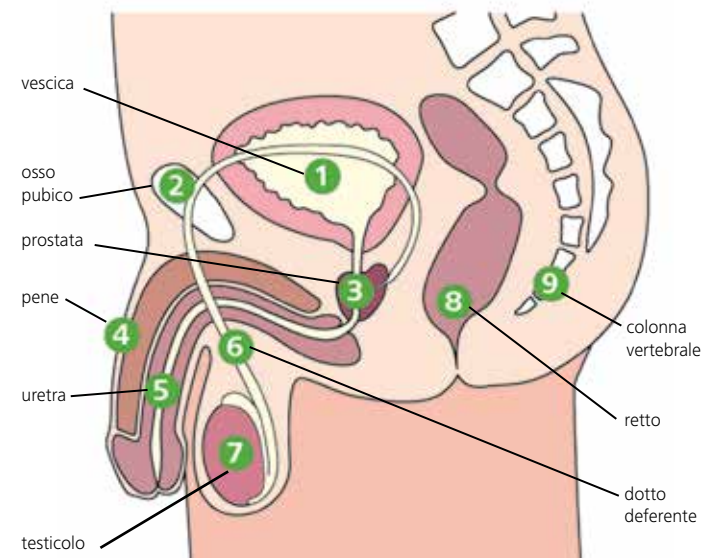
I tumori possono essere **benigni** o **maligni**. I medici sono in grado di stabilire se un tumore è benigno o maligno sulla base di una **biopsia**. Le cellule dei tumori benigni crescono lentamente e non hanno la capacità di diffondersi ad altre parti dell'organismo; tuttavia, se continuano a crescere nel sito originale, possono creare dei problemi in quanto esercitano pressione contro gli organi adiacenti. I tumori maligni sono, invece, 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, vale a dire 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. 10,11) che è presente e misurabile nel sangue. La prostata è essenziale per il mantenimento della fertilità. La sua crescita e la sua funzione dipendono dall'ormone sessuale maschile, il **testosterone**, che è prodotto dai testicoli.

La porzione posteriore della prostata è situata 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.

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.

Che cos'è il cancro della prostata?



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, ad altre che, invece, possono crescere rapidamente, superando i confini della ghiandola e diffondendosi ad altre parti dell'organismo.

Il cancro della prostata è il tumore maschile più diffuso nei paesi industrializzati, Italia compresa, e il numero di casi diagnosticati è in continuo aumento per due ragioni fondamentali:

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

La malattia è più comune negli ultracinquantenni e la sua frequenza aumenta con l'età.

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 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 favorevoli.

Quali sono le cause del cancro della prostata?



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

Anche se le cause reali 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 di primo grado (padre, zio o fratello) che ha, o ha avuto, questo tumore hanno un maggiore rischio di ammalarsi (soprattutto se la malattia è stata diagnosticata a più di un familiare anche prima di 65 anni) ed è bene che effettuino controlli a par-

tire dai 40-45 anni. Il rischio può aumentare in presenza di alcune condizioni quali l'obesità, l'innalzamento dei livelli degli ormoni maschili, l'esposizione a inquinanti ambientali, il fumo, una dieta ricca di latticini e 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 reazione infiammatoria da cui potrebbe derivare il danno che favorisce lo sviluppo di cellule tumorali, si pensa che virus, batteri e sostanze tossiche introdotte dall'esterno possano avere un ruolo determinante.

Quali sono i sintomi del cancro della prostata?

Il cancro della prostata non ha sintomi specifici, e i disturbi che si possono riscontrare sono gli stessi che si accompagnano all'**iperplasia prostatica benigna**, molto frequente dopo i 50 anni, vale a dire:

- 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



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.



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.

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.

Screening



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



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



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

Negli ultimi anni lo screening per la diagnosi precoce in persone senza sintomi ha assunto un ruolo importante per talune neoplasie, ma per il tumore della prostata si richiedono alcune considerazioni.

Il primo esame che normalmente si esegue è il test del **PSA** (v. pag. 11), molto importante perché indica il funzionamento della prostata. Per tale motivo questa proteina è definita indicatore d'organo, ma non è un marcatore specifico della presenza di un tumore: un livello elevato di PSA può indicare anche la presenza di un'infezione o infiammazione o di ipertrofia prostatica benigna e non è solo segno di un tumore.

L'utilizzo del PSA come strumento di screening nella popolazione maschile generale è ancora motivo di discussione; infatti, se da un lato favorisce la diminuzione della mortalità, dall'altro determina un aumento delle diagnosi di tumori caratterizzati da un decorso talmente lento che altrimenti non si sarebbero manifestati nell'arco della vita. Tuttavia, la loro scoperta induce a un trattamento terapeutico con effetti collaterali talvolta rilevanti.

Come si formula la diagnosi?

Solitamente l'iter diagnostico comincia dal medico di me-

dicina generale, che effettua una visita e raccoglie informazioni sulla storia familiare e sulle condizioni generali. Dopo la visita, se lo ritiene opportuno, può suggerire 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.

Test del PSA: esame del 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 con l'età, in presenza di infezione urinaria o iperplasia prostatica benigna o di tumore della prostata. Tuttavia, il test non è sempre di univoca interpretazione anche perché può risultare nella norma nel 30% dei casi nonostante la presenza di tumore della prostata. Pertanto, l'interpretazione del risultato dell'esame deve essere sempre messa in relazione con l'età e con la storia clinica 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. Altri fattori che possono influire leggermente sul livello di PSA e, quindi, sull'esito del test sono: un recente rapporto sessuale con eiaculazione; un'esplorazione rettale digitale (v. sopra); un'ecografia transrettale; manovre urologiche (inserimento di catetere, **cistoscopia**); minimi traumi causati dall'uso prolungato della bicicletta o della moto. In tali casi è consigliabile attendere qualche giorno prima di effettuare il test.



Esplorazione rettale digitale: procedura 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.



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

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



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



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.

Dopo il trattamento il livello di PSA è utilizzato per valutare l'efficacia della terapia effettuata (chirurgia, radioterapia, brachiterapia) o per controllare l'evoluzione della malattia (in caso di ormonoterapia, chemioterapia).

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 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 attraverso un approccio transrettale o transperineale. Nel primo caso l'urologo introduce delicatamente l'ago attraverso il retto fino a raggiungere la prostata; nel secondo caso l'ago viene inserito nella zona cutanea tra i testicoli e l'ano. È prevista la somministrazione di antibiotici per prevenire eventuali infezioni.

La biopsia può essere fastidiosa e causare un sanguinamento che, nella maggior parte dei casi, è leggero e si manifesta con tracce di sangue nelle urine e nello sperma nei giorni successivi.

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, 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, può essere necessario eseguire ulteriori indagini per valutare se le cellule tumorali si sono diffuse ad altri organi.

Biopsia mirata con tecnica di fusione: questa metodica permette di effettuare delle biopsie prostatiche guidate mirate su aree sospette, identificate con risonanza magnetica, che sono poi coregistrate ('fuse') con le immagini dell'ecografia. Questa metodica è attualmente consigliata in casi selezionati oppure all'interno di studi controllati (per esempio in pazienti in sorveglianza attiva) e non rappresenta ancora un metodo di diagnosi alternativo in tutti i pazienti.

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 non allontanarsi dal reparto per l'intera 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 il medico potrebbe richiedere altri accertamenti per confermare o escludere il sospetto.

Tomografia computerizzata (TC): 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 tomografia 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 e da angolature diverse. Un computer elabora le immagini così ot-



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.



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.

tenute 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 multiparametrica (MP-RM): rappresenta una particolare tipologia di esame RM, che prevede l'acquisizione di parametri multipli: la valutazione **morfologica** della ghiandola prostatica e delle strutture circostanti (sequenze T2), e la valutazione funzionale mediante la diffusione (mappa della densità delle cellule prostatiche, che aumenta in caso di neoplasia) e la perfusione (studio con mezzo di contrasto con una mappa della vascolarizzazione della prostata, che aumenta nelle neoplasie). Richiede un'apparecchiatura RM di ultima generazione, operante ad elevata intensità di campo magnetico (almeno 1,5 Tesla), e con una specifica dotazione di tecnologie e di software. Per la complessità dell'esame, sono state codificate delle linee guida internazionali, definite PI-RADS, per l'esecuzione e la refertazione dell'esame MP-MRI della prostata, che permettono una valutazione oggettiva delle lesioni prostatiche, assegnando loro un punteggio compreso tra 1 e 5, che rappresenta un indice di probabilità che la lesione rappresenti una neoplasia prostatica aggressiva.



Radiofarmaco: sostanza debolmente radioattiva a base di sostanze naturali (colina o glucosio).

Tomografia ad emissione di positroni (PET-TC): metodica di medicina nucleare che prevede la somministrazione, per via endovenosa, di una piccola quantità di **radiofarmaco**, che permette di ottenere informazioni importanti sull'attività metabolica del tumore in studio. Nel caso del carcinoma prostatico il radiofarmaco maggiormente utilizzato è la colina marcata con il C11 o con l'F18; molto promettente è anche l'utilizzo del Ga68-PSMA. Dopo la somministrazione del radiofarmaco, il paziente dovrà stare in una sala d'attesa all'interno del reparto di

medicina nucleare. Il periodo tra la somministrazione del radiofarmaco e l'esame dipende dal tipo di radiofarmaco utilizzato, generalmente di circa un'ora; successivamente il paziente verrà invitato a sdraiarsi sul lettino radiologico per l'acquisizione delle immagini. Al termine dell'esame il paziente potrà riprendere le sue normali attività.

Test di recente introduzione

Alcuni test sono stati valutati in studi clinici. Poiché il loro vantaggio rispetto al solo PSA sul singolo paziente è risultato complessivamente limitato, ad oggi non sono entrati nella routine clinica. I test disponibili in Italia sono:

PCA3: test che si effettua sulle urine prelevate dopo massaggio prostatico. La sua utilizzazione riguarda l'indicazione a ripetere una biopsia prostatica, dopo una prima negativa, in caso di sospetto persistente di malattia;

-2proPSA e il cosiddetto indice di salute prostatica **PHI:** test che si effettua sul sangue e che trova indicazione a decidere se effettuare la biopsia prostatica. Tuttavia l'impatto clinico non è ancora determinato per il beneficio modesto che aggiunge al processo decisionale.

Allo stato attuale nessun esame può sostituire il test del PSA che continua a rimanere l'esame di primo livello.

La scala di Gleason e il Grade Group

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, si valutano convenzionalmente attraverso il **grading**. Per i tumori della prostata, il metodo più usato è stato la scala di Gleason, che si basa su un punteggio da 2 a 10 (da 2 a 6: tumore generalmente a crescita lenta e con scarsa tendenza a diffondersi a distanza; 7: tumore di grado intermedio; da 8 a 10: tumore molto



La scala di Gleason è il metodo più usato per valutare l'aspetto delle cellule tumorali all'interno della prostata e l'aggressività della malattia: più basso è il punteggio, più basso è il grado del tumore.



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

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

Dal 2016 è stata proposta e progressivamente introdotta una nuova classificazione, chiamata Grade Group (GG), che distingue i tumori in 5 gruppi. Questa nuova classificazione presenta il vantaggio di una maggiore semplicità e immediatezza (il grado più basso è 1) e si correla meglio alla prognosi. Nella fase di transizione da una all'altra classificazione, sono entrambe riportate nei referti.

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 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

La storica definizione di tumore 'localizzato' o 'localmente avanzato' è stata ormai sostituita dal concetto di 'rischio di progressione della malattia' sulla base di 5 classi: rischio molto basso, basso, intermedio, alto e molto alto¹. La classe di rischio si assegna tenendo conto dello stadio e del grado della malattia, come anche del livello di PSA.

Le classi di rischio per i tumori della prostata

	Stadio		Grado		PSA (ng/mL)
Rischio molto basso	T 1c	e	3+3 / GG1 fino a un massimo di 2 campioni biop- tici positivi; la quantità di tumore di ogni campione non può essere maggiore del 50%	e	<10; il rapporto tra PSA e volume della prostata, altresì definito come densità del PSA, deve essere inferiore a 0,15 ng/ml/g
Rischio basso	T 1-2a	e	3+3 / GG1	e	<10
Rischio intermedio	T 2b-2c	e/o	3+4 / GG2 4+3 / GG3 (intermedio "sfavorevole")	e/o e/o	10-20
Rischio alto	T 3a	e/o	≥4 (GG4 o GG5)		>20
Rischio molto alto	T 3b-4	e/o	Più di 4 campioni biop- tici con Gleason ≥4 (GG4 o 5)		qualsiasi
Presenza di metastasi	N+ e/o M+		qualsiasi		qualsiasi

Esempio: un paziente con tumore di stadio T2a, PSA = 7 ng/ml e punteggio di Gleason = 3+3/GG1 rientra nella classe di rischio basso e quindi ha una prognosi favorevole.

1. Linee Guida del National Comprehensive Cancer Network (NCCN; www.nccn.org), una rete cui aderiscono ventuno tra i maggiori centri di ricerca e cura dei tumori a livello mondiale.



Metastasi: cellule tumorali che, staccatesi dal tumore primitivo, si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici e raggiungono in tal modo altri organi.

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

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 e osservazionali che hanno obiettivi differenti a seconda delle caratteristiche della malattia. L'intento 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. La tabella riassume le strategie terapeutiche per classe di rischio.

	Sola osservazione (monitoraggio clinico)	Intento curativo	Intento di cronicizzazione/ palliativo
Rischio molto basso	Sorveglianza attiva	- Chirurgia (prostatectomia radicale) - Radioterapia a fasci esterni - Brachiterapia	
Rischio basso	Controlli urologici* Sorveglianza attiva* Vigile attesa*	- Chirurgia (prostatectomia radicale) - Radioterapia a fasci esterni - Brachiterapia	
Rischio intermedio	Vigile attesa*	- Chirurgia (prostatectomia radicale) - Radioterapia a fasci esterni esclusiva o combinata con ormonoterapia	Ormonoterapia*
Rischio alto	NO (vigile attesa*)	- Radioterapia a fasci esterni più ormonoterapia - Chirurgia* (prostatectomia radicale)	Ormonoterapia*
Rischio molto alto	NO (vigile attesa*)	- Radioterapia a fasci esterni più ormonoterapia - Chirurgia*	Ormonoterapia
Presenza di metastasi	NO	NO	Ormonoterapia "classica" Ormonoterapia di nuova generazione Radiofarmaci Chemioterapia Radioterapia palliativa

* solo in casi selezionati

Programmi o strategie sola osservazione

Per sola osservazione s'intende la possibilità di attuare un monitoraggio clinico attraverso controlli ed esami senza effettuare un trattamento immediato. Per il tumore della prostata le strategie osservazionali sono:

- **sorveglianza attiva:** è un approccio che può essere proposto ai pazienti con malattia scarsamente aggressiva e potenzialmente **indolente**, in buone condizioni di salute, con un'aspettativa di vita superiore a 10 anni e che sarebbero candidati a un trattamento radicale. In questi casi, si effettuano controlli clinici (esplorazione rettale), di laboratorio (PSA, pag. 10, 11) e strumentali (biopsia, v. pag. 12) a intervalli definiti con l'obiettivo di evitare o posporre gli effetti collaterali dei trattamenti. La sorveglianza attiva rappresenta un'alternativa alle terapie radicali (prostatectomia radicale, radioterapia esterna, brachiterapia) per i pazienti in classe di rischio molto bassa e anche in alcuni casi bassa (v. tabella di pag. 18). Se durante la sorveglianza attiva, qualche parametro risulta cambiato o se il paziente desidera interromperla, il medico può proporre ancora un trattamento curativo;
- **vigile attesa:** è un approccio proposto solitamente ai pazienti affetti anche da altre malattie importanti o con un'aspettativa di vita inferiore a 10 anni, in cui si privilegia il mantenimento di una buona qualità di vita limitando gli effetti collaterali delle terapie e l'utilizzo di trattamenti invasivi. Prevede controlli a intervalli per lo più semestrali mediante test del PSA e visita urologica con esplorazione rettale (v. pag. 11), mentre la ripetizione della biopsia non è indicata. Si inizia una terapia antitumorale (generalmente di tipo ormonale) se compaiono sintomi o disturbi.

È molto importante comprendere bene i pro e i contro



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

per contribuire alla scelta della strategia terapeutica-osservazionale più indicata, che deve tenere conto non solo delle caratteristiche della malattia e dello stato di salute del paziente, ma anche del peso soggettivo che ogni paziente attribuisce ai potenziali effetti collaterali (ad esempio l'importanza e la qualità della vita sessuale). 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.

La chirurgia



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

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.



Prostatectomia radicale: intervento chirurgico di asportazione totale della prostata.

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. Si esegue con diverse tecniche:

- *a cielo aperto*: il chirurgo pratica un'incisione nell'addome oppure nell'area compresa tra scroto e ano (tecnica a cielo aperto). 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;
- *mini-invasiva*: il chirurgo pratica alcune piccole incisioni

nella parte inferiore dell'addome e attraverso queste introduce una videocamera e gli strumenti chirurgici necessari per asportare la prostata. Rispetto all'intervento a cielo aperto i tempi di ricovero e di recupero sono più brevi e l'entità del rischio di sanguinamento è inferiore. Gli effetti collaterali funzionali sono confrontabili con la chirurgia a cielo aperto. È praticata solo in alcuni centri. Può essere condotta in forma pura (laparoscopica), o mediante l'uso di un robot chirurgico (laparoscopica, robot-assistita). Durante l'intervento il chirurgo manovra da una postazione computerizzata i bracci del robot che terminano con gli strumenti chirurgici necessari a condurre l'operazione.

Durante l'intervento di prostatectomia radicale il chirurgo solitamente asporta i linfonodi attorno alla prostata e nel bacino per verificare se vi sono presenti cellule tumorali.

Un intervento di questa portata può comportare effetti collaterali per il paziente, come la riduzione o scomparsa della funzione erettile e l'incontinenza urinaria di vario grado (v. pag. 23). Oggi, per ridurre soprattutto i problemi di disfunzione erettile, quando le caratteristiche del tumore lo permettano, il chirurgo può proporre la **prostatectomia radicale nerve-sparing**, che ha l'obiettivo 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 recupero della funzione erettile dopo l'intervento.

Il tessuto asportato viene sempre esaminato dall'anatomopatologo che stabilisce diversi parametri: il grading (ovvero l'aggressività della neoplasia), l'estensione del tumore, se i linfonodi sono stati coinvolti dal tumore, se l'intervento è stato radicale, ecc. Sulla base del referto dell'anatomopatologo è possibile valutare la necessità di ulteriori terapie (radioterapia e/o ormonoterapia), utili a ottimizzare il risultato della chirurgia e ridurre al minimo il rischio che la malattia si ripresenti.



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



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

Eiaculazione: emissione attraverso l'uretra (v. sotto) di liquido seminale 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.



Per saperne di più sulle banche del seme rivolgersi all'helpline di Aimac dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 (numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it).

Dopo l'intervento

Dopo la prostatectomia radicale sarete sottoposti ad infusioni endovenose di liquidi e antibiotici. Per favorire la guarigione della ferita interna, è applicato un catetere vescicale che fa defluire l'urina in un apposito sacchetto. È probabile che sia applicato anche un drenaggio addominale. L'evento più probabile che si verifica dopo l'intervento è la comparsa di un dolore moderato alla ferita, che si allevia con la somministrazione di farmaci antidolorifici.

La dimissione dall'ospedale avviene nel giro di sette-dieci giorni dopo l'intervento, salvo complicazioni. Se il catetere o il drenaggio sono ancora in sede vi saranno impartite le istruzioni per la manutenzione e le medicazioni da effettuare a casa.

Possibili effetti collaterali

I possibili effetti collaterali della prostatectomia radicale sono la **disfunzione erettile**, l'assenza di **eziaculazione** e l'**incontinenza urinaria**.

La disfunzione erettile è un effetto collaterale abbastanza frequente causato dal ridotto afflusso di sangue al pene a seguito della compromissione di arterie e/o nervi. Il rischio che, durante l'intervento, i nervi che avvolgono la prostata e che controllano l'erezione siano danneggiati è elevato: anche un danno lieve, spesso inevitabile, può compromettere la funzione erettile, soprattutto nei pazienti anziani. 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 che contengono il liquido seminale. Per tale motivo, se desiderate avere figli dopo l'intervento, potete prendere in considerazione la possibilità di depositare lo sperma presso una cosiddetta 'banca del seme'.

I problemi di incontinenza urinaria (v. pag. 36) dopo l'intervento sono meno frequenti e si manifestano per lo più con la perdita di urina all'aumento della pressione addomi-

nale, ad esempio in conseguenza di uno sforzo (sollevando pesi, tossendo, starnutendo, ecc). Nella maggior parte dei pazienti l'incontinenza compare dopo la rimozione del catetere, ma migliora gradualmente entro 6-12 mesi. Dopo questo periodo solo una minima parte dei pazienti deve fare ricorso agli assorbenti o all'applicazione di un catetere.

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

Assistenza a casa dopo l'intervento

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

Anche gli assistenti sociali possono essere validi referenti per i bisogni di sostegno e assistenza, non solo di carattere pratico, una volta dimessi dall'ospedale. Se desiderate parlare con uno psicologo o con un assistente sociale, chiedete al medico o all'infermiere informazioni su come prendere appuntamento.

La radioterapia

La radioterapia, eventualmente associata alla terapia ormonale, rappresenta una delle opzioni terapeutiche per i pazienti affetti da tumore della prostata. La radioterapia utilizza radiazioni ionizzanti ad alta energia per distruggere le cellule tumorali, cercando al tempo stesso di salvaguardare i tessuti e gli organi sani circostanti.



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.

Può avere diverse finalità:

- **intento curativo:** si esegue allo scopo di eliminare radicalmente tutte le cellule tumorali presenti nella prostata e/o nei linfonodi pelvici;
- **intento adiuvante post-operatorio:** si esegue entro pochi mesi dopo l'intervento chirurgico per eliminare eventuali cellule tumorali residue e ridurre il rischio di **recidiva** locale;
- **intento post-operatorio di salvataggio:** si esegue dopo l'intervento chirurgico solo in caso di risalita del PSA e/o in caso di recidiva;
- **intento palliativo:** si esegue nei pazienti in cui la malattia si è diffusa ad altri organi, per esempio alle ossa. In questo caso serve a lenire il dolore e anche a consolidare l'osso, riducendo il rischio di frattura. Si può effettuare un trattamento palliativo anche sulla prostata quando la malattia è localmente estesa e può condizionare una sintomatologia locale da compressione/infiltrazione degli organi vicini (vescica, retto).

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

- la **radioterapia a fasci esterni**, che consiste nell'irradiazione con raggi X prodotti da una macchina detta *acceleratore lineare*;
- la **brachiterapia** (v. pag. 27), che prevede l'inserimento di sorgenti radioattive 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 e alto. (v. pag. 17). Un ciclo di radioterapia prevede cinque sedute settimanali (dal lunedì al venerdì e una pausa nel week-end) e può protrarsi per cinque-otto settimane. Trattamenti di durata inferiore hanno mostrato

risultati promettenti ma sono a tutt'ora sperimentali.

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) vi fissa un appuntamento per la cosiddetta **TC di centratura**, 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. Conclusa la fase di simulazione, viene elaborato il piano di cura personalizzato per ciascun paziente, la cui finalità è di somministrare la dose curativa sul tumore con il massimo risparmio possibile degli organi a rischio. 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.

Dati gli stretti rapporti anatomici tra la prostata, il retto e la vescica, organi molto sensibili alle radiazioni, si ricorre alla cosiddetta radioterapia con fasci a intensità modulata (IMRT), nella quale un'apposita macchina modella il fascio di radiazioni in modo da conformarlo perfettamente alla prostata, riducendo così il danno a carico della vescica e del retto, e, conseguentemente, gli effetti collaterali.

Sempre più diffusa è la radioterapia guidata dalle immagini (IGRT), una tecnica sofisticata in cui le radiazioni sono erogate sotto la guida di immagini che permettono di identificare con la massima precisione la prostata prima di ogni seduta. Come riferimento si possono utilizzare dei semini d'oro precedentemente posizionati nella ghiandola che si evidenziano alla tomografia computerizzata.



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

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



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



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



Minzione: emissione di urina all'esterno.



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 sono disponibili su **La fatigue** (La Collana del Girasole).

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

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:

- *disturbi della minzione:* aumento della frequenza delle minzioni, dolore e/o bruciore, difficoltà a rinviare la minzione, riduzione del getto urinario, raramente presenza di sangue nelle urine;
- *sintomi intestinali:* dolore, bruciore o sensazione di peso anale; perdita di sangue e/o muco dal retto soprattutto dopo la defecazione; stimolo ad evacuare senza riuscire ad emettere feci; in caso di irradiazione dei linfonodi pelvici lieve o moderata diarrea, meteorismo e lievi e saltuari dolori addominali;
- senso di debolezza generale.

La maggior parte degli effetti collaterali acuti 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:

- *disturbi della minzione:* aumentata frequenza delle minzioni, difficoltà a posticipare la minzione, possibile presenza di sangue nelle urine;
- *sintomi intestinali:* meteorismo, aumento della frequenza delle scariche giornaliere, possibile presenza di sangue nelle feci;
- *disfunzione erettile:* incapacità di raggiungere e/o mantenere una valida erezione e, quindi, di avere rapporti sessuali soddisfacenti;
- *diminuzione o scomparsa del liquido seminale.*

Gli effetti collaterali tardivi sono molto meno frequenti rispetto a quelli acuti, ma tendono a diventare permanenti. Il rischio di **incontinenza urinaria** è molto basso, sia subito dopo il trattamento sia a distanza di tempo.

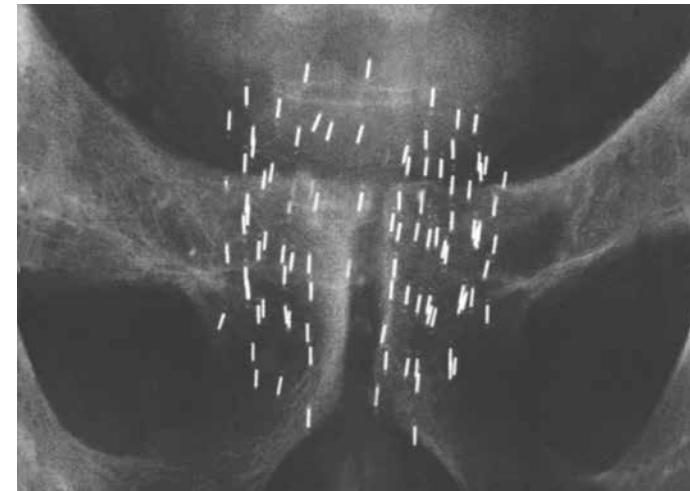
Se notate uno qualunque di questi segni, informate il radioterapista, che potrà prescrivere alcuni farmaci in grado di alleviare i disturbi.

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** è una forma di radioterapia che prevede il posizionamento di piccole sorgenti radioattive (impropriamente dette 'semi') direttamente all'interno della prostata in anestesia epidurale o generale e sotto guida ecografica transrettale. La procedura richiede circa un paio d'ore.

È indicata per il trattamento dei tumori della prostata a basso rischio di progressione, mentre per quelli a rischio intermedio e alto si associa di solito alla radioterapia a fasci esterni e alla terapia ormonale. Prima del trattamento si eseguono un'ecografia della prostata con sonda transrettale e un'**uroflussometria**.



Le sorgenti radioattive dopo il posizionamento all'interno della prostata



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.

Uroflussometria: indagine non invasiva che permette di studiare e valutare il flusso urinario durante la minzione.



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



Vettori: vie usate per posizionare le sorgenti radioattive.



Diuresi: quantità di urina eliminata.

La brachiterapia può essere attuata con impianto permanente o temporaneo.

Nella **brachiterapia con impianto permanente**, le sorgenti radioattive sono posizionate all'interno della prostata dove rilasciano gradualmente la radioattività fino a che questa si esaurisce nell'arco di alcuni mesi. I 'semi' rimangono, quindi, inattivi all'interno della prostata per tutta la vita. La procedura di impianto dei 'semi' richiede il ricovero ospedaliero.

Nel periodo immediatamente successivo all'impianto, è bene non essere a stretto contatto con i bambini e le donne in gravidanza. Inoltre, poiché esiste la possibilità, benché rara, che un 'seme' migri dalla prostata nello sperma, durante i rapporti sessuali è consigliato l'uso del preservativo.

Nella **brachiterapia con impianto temporaneo** l'impianto delle sorgenti radioattive è preceduto dall'inserimento di appositi **vettori** in cui saranno introdotti i 'semi'. Questa procedura richiede circa un'ora e si esegue una o più volte a seconda del piano terapeutico. Alla sua conclusione 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 e non sarà necessaria alcuna precauzione.

Possibili effetti collaterali

La brachiterapia può causare, in linea generale, gli stessi effetti collaterali della radioterapia a fasci esterni (v. pag. 24). Dopo l'inserimento delle sorgenti radioattive è abbastanza comune avvertire una lieve sensazione di dolore e riscontrare tracce di sangue nelle urine. Ciò in generale è normale, ma se la quantità di sangue dovesse aumentare oppure fossero presenti coaguli oppure il dolore fosse significativo, occorre informare immediatamente il radioterapista. 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.

L'ormonoterapia

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

Il **testosterone**, l'ormone sessuale maschile prodotto principalmente dai testicoli, influisce sulla crescita del cancro della prostata. Abbassando il livello di testosterone in circolo, è possibile rallentare, e in taluni casi bloccare, la crescita delle cellule tumorali, ridurre le dimensioni del tumore e controllare i sintomi.

Il livello di testosterone può essere ridotto farmacologicamente con la somministrazione, per via orale e/o iniettiva, di farmaci simili agli ormoni prodotti dall'organismo, che controllano la crescita e l'attività delle cellule.

Grazie all'impiego di queste terapie ormonali efficaci, l'**orchiectomia**, intervento chirurgico che consiste nell'asportazione di entrambi i testicoli allo scopo di eliminare la produzione di testosterone si usa ormai in casi estremamente rari per coloro che sviluppano un'intolleranza ai farmaci ormonali.

L'**ormonoterapia** può essere utilizzata:

- per controllare la malattia in stadio avanzato o metastatico e dopo chirurgia, radioterapia o brachiterapia se il livello di PSA continua ad aumentare;
- per prevenire la ripresa della malattia se i linfonodi risul-



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.

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

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

tano invasi dalle cellule tumorali o in combinazione con la radioterapia a fasci esterni nei tumori a rischio intermedio e alto;

- per ridurre il volume della prostata e favorire, quindi, la brachiterapia.

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

- **analoghi o antagonisti del GnRH:** bloccano la produzione degli ormoni 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*®), triptorelin (*Decapeptyl*®) e degarelix (*Firmagon*®);
- **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, sovente in associazione con gli analoghi del GnRH. I più usati sono: bicalutamide (*Casodex*®) e flutamide (*Drogenil*®, *Eulexin*®).

L'**ormonoterapia** può essere somministrata prima, durante o dopo la chirurgia, radioterapia o brachiterapia (rispettivamente neoadiuvante, concomitante e adiuvante).

Per valutare la risposta all'ormonoterapia è necessario sottoporsi a visite di controllo e ripetere il test del PSA ogni 3-4 mesi. In caso di malattia avanzata o metastatica potrebbe essere necessario sottoporsi a esami radiologici (scintigrafia ossea, PET, RMN, radiografie mirate degli organi interessati dalle metastasi). L'ormonoterapia utilizzata in modo continuativo per lunghi periodi può diminuire in alcuni casi il suo effetto terapeutico di controllo della malattia. Il primo segnale è l'aumento costante del PSA. Al fallimento dell'ormonoterapia si può tentare un altro trattamento ormonale o chemioterapico.

Di recente introduzione sono due trattamenti ormonali

che attualmente si utilizzano nella fase metastatica della malattia: abiraterone (*Zytiga*®) ed enzalutamide (*Xtandi*®). Abiraterone agisce bloccando la produzione del testosterone da parte delle ghiandole surrenaliche, mentre enzalutamide è un farmaco che inibisce con una triplice azione l'attività del recettore per gli androgeni. Questi trattamenti ormonali hanno dimostrato di aumentare la sopravvivenza dei pazienti affetti da neoplasia prostatica avanzata. Inoltre sono meglio tollerati rispetto alla chemioterapia, e ciò ne consente l'utilizzo anche in pazienti anziani. Entrambi i farmaci sono indicati ed approvati per il trattamento di pazienti che abbiano già ricevuto un trattamento ormonale classico e siano progrediti, prima o dopo avere ricevuto la chemioterapia con docetaxel.

Possibili effetti collaterali

Gli effetti collaterali dell'ormonoterapia si risolvono in genere alla conclusione del trattamento. Più frequentemente si presentano: 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**, maggiore senso di stanchezza, sia fisica che mentale. Alcuni preparati ormonali (flutamide e bicalutamide) tendono a ingrossare le mammelle, creando un senso di tensione, a volte dolorosa. Questo disturbo si può controllare somministrando, in associazione all'ormonoterapia, farmaci specifici. Gli effetti collaterali possono compromettere la qualità di vita dei pazienti in modo significativo, soprattutto se necessitano di un trattamento a lungo termine. Per ridurre gli effetti collaterali della terapia alcuni specialisti adottano una modalità di somministrazione intermittente, vale a dire che somministrano il trattamento per un certo periodo, lo sospendono al riscontro di un abbassamento significativo del PSA e lo riprendono quando questo aumenta di nuovo. Tuttavia, l'efficacia di questa modalità di trattamento deve essere ancora valutata attraverso studi clinici. In alcuni casi



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

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



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



Maggiori informazioni sui singoli preparati sono disponibili sulle **Schede sui farmaci antitumorali**.



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



Anemia: riduzione dei livelli di emoglobina (v. sotto) 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.

selezionati è possibile considerare l'utilizzo della sola terapia con gli antiandrogeni (v. pag. 31) nell'intento di limitare alcuni effetti collaterali.

La chemioterapia



Maggiori informazioni 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 sulle **Schede sui Farmaci Antitumorali**, che possono essere richieste alla segreteria di Aimac (numero verde 840 503579) oppure scaricate dal sito www.aimac.it.

Consiste nell'impiego di particolari farmaci capaci di distruggere o tenere sotto controllo le cellule tumorali e per questo motivo detti antineoplastici. La chemioterapia viene somministrata per ridurre le dimensioni del tumore, mantenere la situazione sotto controllo, alleviare i sintomi e i dolori causati dalle metastasi alle ossa e preservare una discreta qualità di vita. Tra i farmaci più usati: docetaxel (*Taxotere*®) e cabazitaxel (*Jevtana*®). Il docetaxel è attualmente il farmaco di riferimento per il tumore della prostata in stadio avanzato e che non risponde più all'ormonoterapia. Si somministra per via endovenosa con cicli da effettuare ogni tre settimane presso una struttura ospedaliera. Recentemente ha anche dimostrato di essere efficace nel prolungare la sopravvivenza in pazienti che presentano malattia metastatica già alla presentazione del problema oncologico; in questo caso la chemioterapia viene associata per 6 cicli alla terapia ormonale classica. L'applicabilità di tale trattamento viene decisa dal medico oncologo sulla base delle caratteristiche della malattia e del paziente.

Il cabazitaxel è un nuovo chemioterapico che ha dimostrato una buona efficacia antitumorale anche nei pazienti già trattati con ormonoterapia e chemioterapia, e rappresenta pertanto una valida opzione terapeutica nei pazienti affetti da neoplasia avanzata che abbiano una progressione ai precedenti trattamenti.

Possibili effetti collaterali

I farmaci chemioterapici possono modificare tempora-

neamente alcuni valori degli esami del sangue che vanno quindi controllati con una certa frequenza e comunque sempre prima di iniziare il ciclo di trattamento. Se necessario, vi saranno somministrati antibiotici per prevenire possibili infezioni; in caso di anemia vi saranno prescritte emotrasfusioni o un farmaco, l'**eritropoietina**.

I più comuni effetti collaterali includono stanchezza, caduta dei capelli, diarrea, formicolii alle estremità di mani e piedi, senso di nausea e vomito. Questi ultimi sono controllabili oggi con farmaci efficaci detti **antiemetici**.

In genere, gli effetti collaterali indotti dalla chemioterapia si risolvono alla conclusione della terapia.

I radiofarmaci

Radium 223 è un radiofarmaco che contiene una sostanza radioattiva e può essere utilizzato nel trattamento delle metastasi ossee, anche per eliminare il dolore. Si somministra per via endovenosa. Essendo simile al calcio, il farmaco va a localizzarsi elettivamente a livello delle ossa, ove sviluppa la sua attività radioattiva, emettendo particelle alfa, che hanno la caratteristica di avere un raggio d'azione molto piccolo. Per questo motivo il farmaco è molto efficace a livello delle metastasi ossee e poco dannoso per le strutture e gli organi vicini.

HIFU e crioablazione

Queste terapie mininvasive sono indicate in casi selezionati. La tecnica **HIFU** prevede l'uso di ultrasuoni focalizzati ad alta intensità e l'introduzione di una sonda all'interno del



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, La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) e **Neoplasia e perdita di peso – Che cosa fare?** (La Biblioteca del Girasole).



HIFU: tecnica che consiste nell'impiego di ultrasuoni focalizzati ad alta intensità erogati da un'apposita sonda introdotta attraverso sonde nel retto.



Crioablazione: terapia per il tumore della prostata che prevede l'introduzione attraverso il retto di una sonda che 'brucia' il tumore con temperature molto basse.

retto, attraverso la quale vengono emessi gli ultrasuoni che aggre-discono il tumore con il calore. La **crioablazione** si basa, invece, sull'introduzione di una sonda che 'brucia' il tumore con temperature molto basse.

Queste terapie sono indicate in caso di tumore localizzato che non può essere trattato con la prostatectomia radicale o la radioterapia a causa di malattie concomitanti o per l'età avanzata del paziente, e in alcuni casi di ripresa del tumore dopo il fallimento di precedenti terapie locali.

Come affrontare i principali effetti collaterali del trattamento?



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



Libido: desiderio sessuale.



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

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 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; 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' basata sulla somministrazione di farmaci specifici e sul 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 sildenafil (*Viagra®*), tadalafil (*Cialis®*), vardenafil (*Levitra®*, *Vivanza®*), avanafil (*Spedra®*, *Rabestrom®*, *Sildenafil generici*). 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 somministrazione 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, indicata solo in pazienti selezionati, con determinate caratteristiche.



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



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



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



Le analisi del sangue includono anche il test del PSA (v. pag. 11).

Gli esami strumentali possono includere ecografia prostatica transrettale, RM, PET-TC o TC.

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 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.

I controlli dopo le terapie

Terminate le terapie, i medici pianificano i controlli periodici che hanno la funzione di monitorare la malattia e gli effetti collaterali delle terapie. È questo ciò che i medici definiscono convenzionalmente *follow-up*. I controlli sono inizialmente frequenti (tre-sei mesi) e poi si diradano nel

Pro e contro delle terapie del tumore della prostata

Trattamento	Pro	Contro
Atteggiamenti osservazionali - sorveglianza attiva	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun effetto collaterale • Nessun cambiamento importante della vita quotidiana 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibili complicazioni alla biopsia di controllo • Impossibilità di effettuare una terapia specifica per il variare dei dati anagrafici e clinici nel tempo (per esempio, la chirurgia per oltrepassati limiti di età) • Ansia per la periodicità dei controlli • Ansia per la possibilità che il tumore cresca creando complicazioni e interessando altri organi • Dubbio di aver posticipato una scelta inevitabile
- vigile attesa	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun effetto collaterale • 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
Prostatectomia radicale	<ul style="list-style-type: none"> • Il tumore viene asportato in un'unica seduta • Le tecniche chirurgiche mininvasive consentono l'asportazione della prostata e del tumore con tempo di recupero più rapido. • La chirurgia può essere seguita dalla radioterapia e/o dall'ormonoterapia se necessario per ridurre il rischio di recidiva. • Il controllo periodico del livello del PSA può consentire di accertare tempestivamente l'eventuale ripresa della malattia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Degenza di una settimana e una convalescenza di 3-4 settimane • Rischio di disfunzione erettile • Rischio di incontinenza urinaria • Possono essere necessarie trasfusioni di sangue durante o dopo l'operazione • Rischio di decesso correlato all'intervento (1/1000 casi) • Sterilità dopo l'intervento • Le tecniche chirurgiche mininvasive si considerano efficaci quanto la chirurgia tradizionale a cielo aperto solo se effettuate da chirurghi molto esperti • Può essere necessario effettuare radioterapia o ormonoterapia dopo l'intervento
Radioterapia a fasci esterni	<ul style="list-style-type: none"> • Il tumore può essere eliminato completamente in modo non invasivo • Non richiede manovre chirurgiche • Non richiede ricovero o anestesia • Basso rischio di incontinenza urinaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di recarsi in ospedale, per il trattamento, tutti i giorni feriali per 5-8 settimane • Rischio di disfunzione erettile • Rischio di disturbi della minzione • Rischio di sintomi intestinali • Rischio di infertilità • Diminuzione o scomparsa del liquido seminale • Stanchezza durante e dopo il trattamento (può persistere anche per qualche mese) • Se il tumore recidiva localmente dopo il trattamento, la 'chirurgia di salvataggio' comporta un maggior rischio di complicazioni

Pro e contro delle terapie del tumore della prostata

Trattamento	Pro	Contro
Brachiterapia	<ul style="list-style-type: none">• Il tumore può essere eliminato completamente in modo poco invasivo• Procedura semplice: a seconda della metodica, richiede da una a quattro sedute• Utilizzata in regime di ricovero• Ripresa della vita normale in tempi brevi• Minor rischio di problemi intestinali e di disfunzione erettile rispetto alla radioterapia a fasci esterni• Basso rischio di incontinenza urinaria	<ul style="list-style-type: none">• Non adatta a tutti i tumori della prostata• Richiede il ricovero• Richiede l'anestesia epidurale• Rischio di infertilità• Non è disponibile presso tutti i centri oncologici• Maggiore rischio di disturbi urinari rispetto alla radioterapia a fasci esterni• Se il tumore recidiva localmente dopo il trattamento, la 'chirurgia di salvataggio' comporta un maggior rischio di complicazioni
Ormonoterapia classica	<ul style="list-style-type: none">• Si può effettuare 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 controllando il 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 effettuata come unico trattamento• Può causare diversi effetti collaterali (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
Ormonoterapia di nuova generazione	<ul style="list-style-type: none">• Si può effettuare a domicilio e non richiede ricovero o day hospital ma solo l'accesso in ospedale 1 volta/mese circa• Colpisce le cellule tumorali che tendono a crescere e a diffondersi localmente e a distanza nelle diverse sedi dell'organismo• Consente di rallentare il decorso della malattia, di controllare i sintomi e di prolungare la sopravvivenza	<ul style="list-style-type: none">• Non è in grado di guarire ma solo di rallentare il decorso della malattia• Può causare effetti collaterali, quali astenia, ipertensione, squilibri elettrolitici, alterazioni della funzionalità epatica
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• Consente di rallentare il decorso della malattia, di controllare i sintomi e di prolungare la sopravvivenza	<ul style="list-style-type: none">• Non è in grado di guarire ma solo di rallentare il decorso della malattia• Può causare effetti collaterali importanti quali riduzione dei globuli bianchi con possibile insorgenza di infezioni, dei globuli rossi e delle piastrine; diradamento o perdita dei capelli; debolezza di varia intensità; alterazione e infiammazione delle mucose

tempo (una volta all'anno). Se siete in terapia con farmaci oppure se accusate gli effetti collaterali dei trattamenti, nei primi mesi è consigliabile presentarsi periodicamente dal medi-co di famiglia; tuttavia, se nell'intervallo tra un controllo e l'altro avete dei problemi o avvertite nuovi sintomi, è bene contattare lo specialista.

Quando c'è ripresa di malattia

Talvolta il tumore non risponde in modo soddisfacente ai trattamenti; può presentarsi in questi casi una ripresa della malattia, riconosciuta e diagnosticata grazie all'esecuzione degli esami di controllo periodici (v. pag. 36). Nonostante ciò costituisca un evento psicologicamente pesante, è bene sapere che esistono soluzioni terapeutiche alternative, dette 'di salvataggio' (radioterapia a fasci esterni, chirurgia, HIFU, crioablazione, ormonoterapia e chemioterapia) che possono riportare sotto controllo la crescita del tumore e consentire la guarigione o la 'cronicizzazione' della malattia, ossia la convivenza prolungata con la 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 la loro presenza ha reso più fragili.



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

L'importanza dello stato nutrizionale

Il paziente con tumore evidenzia spesso una perdita di peso conseguente a un'alimentazione insufficiente o inadeguata per mancanza di appetito e per fattori legati alla malattia e alle terapie cui viene sottoposto. Questa condizione, definita malnutrizione, va sempre prevenuta e contrastata efficacemente, poiché il mantenimento del peso e soprattutto della massa muscolare consente al malato di essere trattato più efficacemente, di sviluppare un minor numero di complicanze legate alle terapie e di preservare più a lungo una buona autonomia funzionale e una soddisfacente qualità di vita.

Le società scientifiche di oncologia medica (AIOM) e di nutrizione clinica (SINPE) unitamente alla Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (F.A.V.O.) hanno sottoscritto la Carta dei Diritti del Paziente Oncologico all'Appropriato e Tempestivo Supporto Nutrizionale al fine di sensibilizzare anche il paziente sull'importanza del controllo dello stato nutrizionale. È, infatti, di fondamentale importanza che il paziente sia inserito, sin dal momento della diagnosi, in un percorso di controlli (visite ed esami) finalizzati a prevenire e correggere tempestivamente il prevedibile deterioramento dello stato di nutrizione legato alla malattia e alle terapie. Ogni malato ha diritto a ricevere una valutazione specialistica completa e tempestiva del proprio stato nutrizionale, che fornisca indicazioni sull'eventuale presenza del rischio di malnutrizione e su come adeguare, se necessario, la propria alimentazione. Qualora si manifesti una perdita di peso, o comunque uno stato di malnutrizione, ha diritto alla prescrizione di un supporto nutrizionale appropriato - anche con l'aiuto di integratori orali o, in casi più gravi, attraverso la nutrizione artificiale (per via endovenosa o attraverso sondino sonde

o stomie) - da parte di personale specializzato (medico nutrizionista, dietista), che, in collaborazione con l'oncologo, gli fornirà indicazioni personalizzate anche in base al tipo di malattia e alle cure in atto o previste.

Inoltre, AIOM e SINPE mettono in guardia sulla diffusa e pericolosa disinformazione ad opera di internet, libri, programmi televisivi e radiofonici circa l'efficacia di ipotetiche diete ipocaloriche e ipoproteiche anti-cancro, non supportate da alcuna evidenza scientifica e potenzialmente dannose per il paziente in quanto in grado di causare o aggravare lo stato di malnutrizione.

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 possa essere stato rassicurante, è probabile che continuiate ad essere preoccupati. 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, però, la preoccupazione per la malattia diventa troppo invasiva, occupando le giornate e le notti, rendendovi nervosi e irrequieti, non esitate a chiedere aiuto a uno specialista.

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 per-



[www.favo.it/
pubblicazioni/1500-
carta-diritti-nutrizione.
html](http://www.favo.it/pubblicazioni/1500-carta-diritti-nutrizione.html)



Maggiori informazioni sugli aspetti nutrizionali sono disponibili su **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) che può essere richiesto alla segreteria di Aimac (numero verde 840 503579) oppure scaricato dal sito www.aimac.it.

dendo un po' di urina ogni volta che si compie uno sforzo? Come ci si può sentire 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 può fare ancora l'amore quando si sa di non avere più 'gli strumenti' di una volta?

A ciò si aggiunga il fatto che l'età in cui è più frequente la diagnosi coincide generalmente con il pensionamento, ossia con l'uscita dalla vita attiva. Si tratta, quindi, di una fase della vita in cui si ha la necessità, pratica ed 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, 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. 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, 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. Possono svilupparsi difficoltà legate all'ansia di non poter più soddisfare il partner; insicurezza e perdita di autostima possono portare a gelosia e possessività. Può nascere il timore di avvicinare il partner per la paura di fallire, mentre, a sua volta, il partner potrebbe allontanarsi per paura di ferire. 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 nella riabilitazione

sessuale 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.

Che cosa potete fare?

La strada per non farvi sopraffare dagli effetti della malattia passa attraverso la rinuncia al silenzio e all'isolamento: resistere alla tentazione di chiudersi in se stessi, nascondersi o camuffarsi, evitare luoghi e situazioni nei quali i segni della malattia potrebbero essere scoperti. 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 un nuovo sé, abbandonare vecchi ruoli per sperimentarne altri inediti, costruire nuove risposte alla domanda "chi sono?".

La coppia può 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 per concedersi ciò che prima sembrava impossibile.

I trattamenti non convenzionali

I trattamenti non convenzionali² possono essere utili per

2. Per chiarezza, va spiegato che con il termine trattamenti si definiscono tutte quelle pratiche che possono migliorare le condizioni fisiche e la qualità della vita del malato, anche se non vi è certezza sulla loro reale capacità di favorire la guarigione. I trattamenti si distinguono in:

convenzionali: sono quelli utilizzati dai medici (chirurgia, radioterapia e chemioterapia), che sono stati validati da numerosi studi clinici e la cui efficacia è universalmente riconosciuta; **non convenzionali:** sono tutti i metodi che non rientrano tra i trattamenti convenzionali e che si suddividono in:

a. *trattamenti complementari:* sono utilizzati come integrazione o, come indica la definizione, complemento ai trattamenti convenzionali;

b. *trattamenti alternativi:* sono utilizzati in sostituzione dei trattamenti convenzionali.



Maggiori informazioni sono disponibili su **I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico** (La Collana del Girasole).

migliorare la qualità della vita e il benessere dei pazienti e, a volte, sono in grado di ridurre gli effetti collaterali della chemioterapia.

Alcune tecniche a mediazione corporea, come la meditazione o la visualizzazione di immagini, contribuiscono a ridurre l'ansia e possono essere messe in atto alla presenza di un esperto o da soli; altre, come ad esempio i massaggi dolci, richiedono l'intervento di familiari o curanti.

Le tecniche di rilassamento hanno l'effetto di rilassare la tensione muscolare, ridurre lo stress, mitigare la stanchezza e lenire il dolore, migliorare il sonno, recuperare il controllo delle emozioni.

Gli studi clinici

Gli studi clinici sono sperimentazioni condotte sui pazienti al fine di testare nuovi trattamenti; verificare se i trattamenti in studio sono più efficaci o causano meno effetti collaterali; confrontare l'efficacia dei farmaci nel controllo dei sintomi; studiare meglio il principio di azione dei farmaci antitumorali; vedere quali trattamenti hanno il miglior rapporto costo-beneficio.

Chi partecipa a uno studio clinico ha la possibilità di ricevere il trattamento in sperimentazione o, se fa parte del gruppo di controllo, il miglior trattamento convenzionale disponibile per la malattia da cui è affetto. Ovviamente, nessuno può garantire a priori che il nuovo trattamento dia risultati migliori di quello convenzionale. Se il trattamento in studio si dimostra più efficace del trattamento convenzionale, i pazienti che vi partecipano saranno i primi a trarne beneficio. Di solito, agli studi clinici partecipano diversi ospedali.



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



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.

Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro

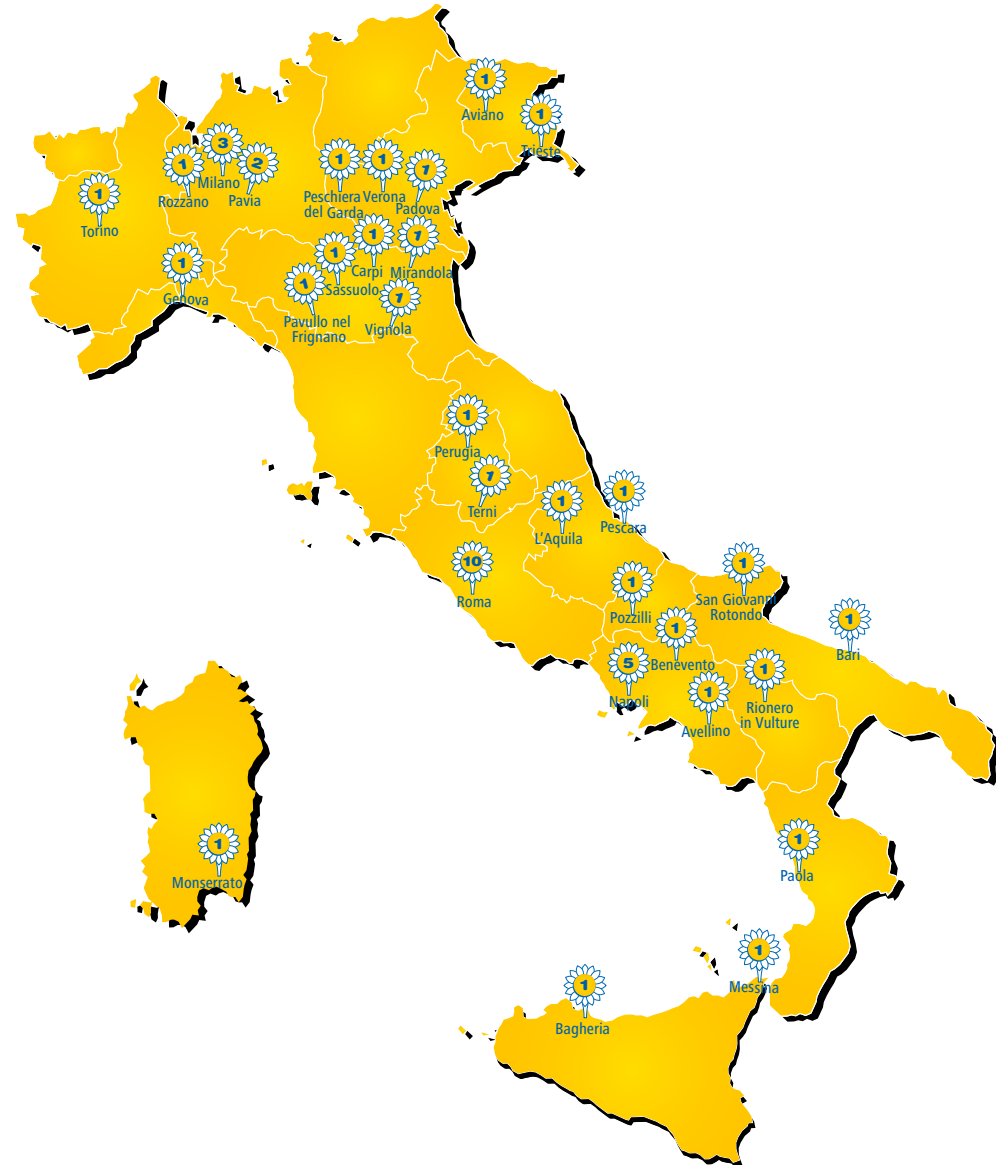
La malattia e le terapie possono comportare una condizione di disabilità, temporanea o permanente, più o meno grave con conseguenti limitazioni nella vita di tutti i giorni. Per superare queste difficoltà numerose leggi dello Stato prevedono l'accesso a vari benefici: ad esempio, il malato che presenti 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.



Maggiori informazioni 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 attivi presso i principali centri di cura. Omogenei per approccio al paziente e attività, distribuiscono gratuitamente materiale informativo per i pazienti e i loro familiari e svolgono attività di ricerca per individuarne i nuovi bisogni. Per i nomi e gli indirizzi dei singoli ai centri rivolgersi ad Aimac (840 503579) oppure consultare il sito dell'associazione all'indirizzo www.aimac.it.



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 I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico
- 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 Il cancro del pancreas
- 25 La terapia 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
- 30 Il mieloma multiplo
- 31 Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità
- 32 Il mesotelioma
- 33 Il tumore negli anziani e il ruolo dei caregiver
- 34 Il cancro del testicolo

2 DVD: La chemioterapia - La radioterapia

Aimac pubblica anche:

Schede sui farmaci antitumorali

Forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Schede sui tumori

Forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- 10 cose che bisogna sapere sul tumore del pancreas**
- Adroterapia
- Biologici e biosimilari
- Chi è il caregiver – Il suo ruolo a fianco del malato oncologico
- Elettrochemioterapia - per il trattamento delle metastasi cutanee
- Il test del PSA
- Il tumore del collo dell'utero
- Il tumore dello stomaco - La vita dopo la gastrectomia**
- Immuno-oncologia, di cosa si tratta?
- La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente
- La prevenzione dei tumori occupazionali: il Registro di Esposizione ad Agenti Cancerogeni e Mutageni
- La ricostruzione del seno: informarsi, capire, parlare
- La vita dopo il cancro**
- Lavoratori malati di tumore: 10 consigli al datore di lavoro
- Le terapie immuno-oncologiche
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Oltre le nuvole*
- Padre dopo il cancro
- Patologie oncologiche e invalidanti - Quello che è importante sapere per le lavoratrici e i lavoratori
- Quando il mio papà è tornato*
- Quando un figlio è malato**
- Tumori rari - Come orientarsi

* disponibile solo online

** pubblicato da F.A.V.O. (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 febbraio 2018

Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. I www.mediateca.cc

Impaginazione: Artwork di Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



AIMaC è anche presente su



YouTube

<http://forumtumore.aimac.it>



aimac

associazione italiana malati
di cancro, parenti e amici

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