Diagnosi: cancro alla prostata, e poi?

Quelli con l'arcobaleno

mepha

Premessa

Cancro della prostata, e adesso?

«Ho il cancro della prostata.» Un'affermazione legata a molte sensazioni, che può generare paure, insicurezze e sollevare un'infinità di interrogativi. Cosa mi succederà? Riuscirò a guarire? E se non ho speranze di guarigione, come posso preservare la migliore qualità di vita? Qual è la terapia giusta per me? Che ne sarà della mia virilità?

Il medico le spiegherà cosa significa nel suo caso avere un cancro della prostata. La informerà anche su quanto è progredita la malattia, qual è il suo livello di rischio stimato e quali opzioni terapeutiche sono disponibili. Poiché la decisione sul trattamento spetta in ultima analisi a lei, è importante che comprenda bene le informazioni del medico. Quest'opuscolo è pensato per permetterle di rileggere con calma gli aspetti principali del cancro della prostata e del suo trattamento.

Desidereremmo anche che fungesse da stimolo a richiedere tutta l'assistenza di cui può aver bisogno nella sua situazione. Alla fine dell'opuscolo trova indicazioni utili in merito.

Negli ultimi anni sono aumentate le conoscenze sul cancro della prostata e sui modi per curarlo. Il cammino verso nuovi miglioramenti non si è ancora concluso e il futuro ci riserverà sicuramente altri progressi. Le informazioni contenute nell'opuscolo rispecchiano lo stato delle conoscenze nel 2008. Nuove scoperte potrebbero pertanto modificare il panorama delle opzioni terapeutiche descritte in queste pagine.

Indice

La prostata e il cancro 4
- *Cos'è il cancro della prostata?* 4
- *Il cancro più frequente negli uomini* 4
- *Nuove conoscenze* 5

La prostata sana 6

Il percorso fino alla scelta della terapia 8
- *Valutazione iniziale* 8
- *La determinazione del PSA* 9
- *Caratteristiche del prelievo di tessuto (biopsia)* 10
- *Quanto è progredita la malattia?* 11
- *Valutazione del rischio per la scelta del trattamento* 15

Opzioni terapeutiche contro il cancro della prostata 18
- *Svariate possibilità* 18
- *Domande e incertezze devono essere chiarite* 19
- *Aspettare e sorvegliare attivamente il cancro (active surveillance)* 20
- *Aspettare e osservare (watchful waiting)* 21
- *La rimozione chirurgica della prostata in uno stadio precoce del tumore (prostatectomia radicale)* 22
- *La radioterapia* 27
- *La terapia ormonale per impedire la crescita delle cellule del cancro della prostata* 33
- *La chemioterapia* 39
- *Altre importanti misure* 39

Breve panoramica sulle opzioni terapeutiche per il cancro della prostata 42
- *Cancro della prostata localizzato* 42
- *Cancro della prostata in stadio avanzato con metastasi a distanza* 43
- *La scelta di una delle terapie proposte* 44
- *Visite di controllo* 46

La terapia nell'ambito di uno studio 46

Gestire la malattia: chi mi può aiutare? 48

Ulteriori informazioni 50

Glossario 54

Ringraziamenti 57

Appunti 58

Cos'è il cancro della prostata?

Il cancro della prostata è una malattia dovuta ad una degenerazione maligna di cellule della prostata, degenerazione risalente a molto tempo prima della manifestazione clinica. Contrariamente alle cellule sane, le cellule degenerate si moltiplicano in modo incontrollato e se non vengono arrestate possono prima o poi invadere e distruggere l'ambiente circostante. In alcune forme di cancro ciò si verifica solo dopo parecchi anni, mentre in altri il processo è più rapido.

Si parla di diagnosi tempestiva o precoce se le cellule tumorali si sono diffuse solo all'interno della prostata. Se è individuato in fase più avanzata, il cancro ha già oltrepassato la capsula dell'organo e forse sta già crescendo nei tessuti adiacenti. È possibile anche che abbia già raggiunto i linfonodi più vicini. In seguito, infine, possono svilupparsi metastasi, ossia insediamenti del tumore in organi lontani. La sede tipica di metastasi è lo scheletro, più raramente sono interessati altri organi come i polmoni o il fegato.

Il cancro più frequente negli uomini

Il cancro della prostata è il tumore maschile più frequente in Svizzera. Non sappiamo ancora con precisione come mai da una cellula sana finisca per svilupparsi una cellula tumorale. Il cancro della prostata è praticamente inesistente sotto i 50 anni e poi la frequenza cresce con l'età, quindi si può presumere che l'età contribuisca allo sviluppo della malattia. Si ipotizza anche che alla sua comparsa contribuiscano la predisposizione genetica (presenza del cancro in famiglia) e un elevato consumo di carne e grassi animali, anche se questi fattori non sono mai gli unici responsabili.

Nuove conoscenze

Negli ultimi anni sono aumentate le conoscenze sul cancro della prostata e sulla sua terapia. Grazie alle migliori possibilità di prevenzione, oggi questo tumore viene individuato spesso nello stadio precoce, ossia quando ci sono ancora buone probabilità di guarigione.

Il cancro prostatico non è sempre uguale. Alcune forme crescono relativamente in fretta, altre molto lentamente. Queste ultime in genere non arrecano grossi danni. Il decorso della malattia nelle forme a crescita rapida è influenzato anche da altri fattori supplementari.

Se il cancro viene diagnosticato tempestivamente, esistono speranze di guarigione. Nei casi in cui non è più pensabile eliminare tutte le cellule tumorali, il trattamento mira ad arrestare l'ulteriore diffusione del tumore per rimandare il più a lungo possibile un peggioramento delle condizioni. Inoltre, un altro obiettivo del trattamento è la prevenzione di eventuali disturbi o la cura dei sintomi esistenti, per preservare la qualità di vita del paziente.

La prostata sana

La prostata è situata direttamente sotto la vescica. È attraversata dalla prima porzione dell'uretra e dalla parte terminale dei dotti spermatici. Confina con il retto, quindi è facilmente palpabile attraverso quest'organo. L'esame viene chiamato dai medici «esplorazione rettale digitale».

Allo sbocco della vescica nell'uretra si trova il muscolo sfintere vescicale interno, mentre lo sfintere esterno è situato sotto la prostata. Questi due muscoli regolano la fuoriuscita dell'urina dalla vescica (continenza urinaria).

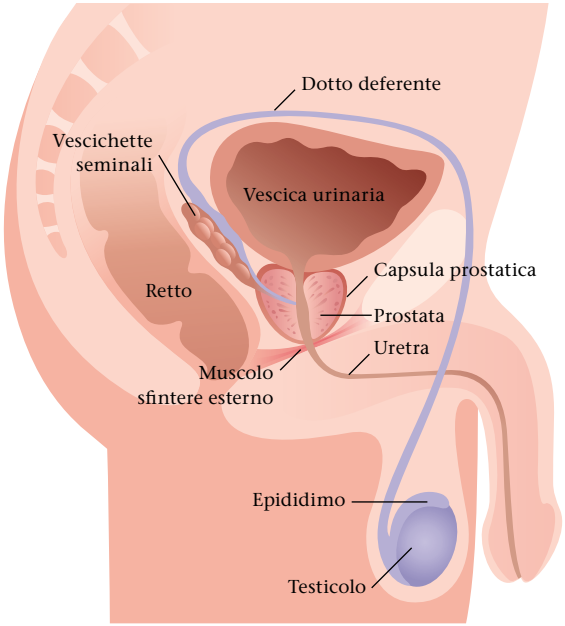
La prostata è costituita in prevalenza da una miriade di piccole ghiandole ed è avvolta da una capsula. Le ghiandole producono un secreto che costituisce un componente fondamentale del liquido seminale.

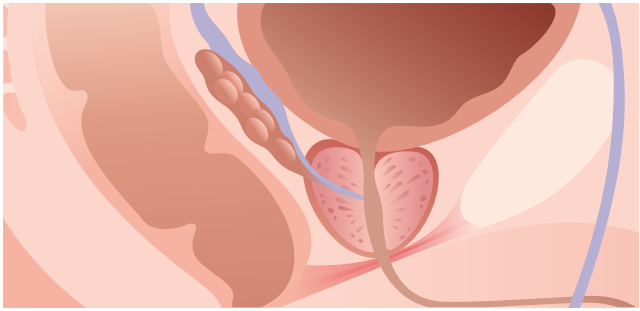
Anche le vescicole seminali, adiacenti alla prostata, partecipano alla produzione del liquido seminale. Queste piccole ghiandole sfociano nei dotti spermatici, che partono dall'epididimo.

La porzione terminale dei due dotti spermatici attraversa la prostata per immettersi nell'uretra.

Gli epididimi fungono da serbatoio degli spermatozoi prodotti nei testicoli.

Il tessuto che circonda la prostata contiene alcuni linfonodi (ghiandole linfatiche), nervi e vasi sanguigni. I nervi sono importanti per l'erezione del pene.





Le ghiandole della prostata sono formate da molte cellule di piccole dimensioni. La loro attività è regolata da un meccanismo raffinato, che garantisce anche una regolare divisione cellulare. Quando diventano vecchie, le cellule vengono sostituite da cellule nuove. A differenza delle cellule sane, le cellule tumorali sono regolate da un meccanismo diverso. Pertanto, si moltiplicano in maniera incontrollata e invadono i tessuti adiacenti.

Il percorso fino alla scelta della terapia

L'accertamento del cancro della prostata avviene di solito in diverse fasi: la determinazione del PSA nel sangue, l'esplorazione rettale e infine il prelievo di un campione di tessuto (biopsia) dalla prostata per l'esame microscopico. Quest'ultima procedura è necessaria per assicurare la diagnosi.

Non ogni cancro della prostata presenta lo stesso livello di malignità. Dopo la diagnosi vengono analizzate alcune caratteristiche della malattia per stimare il rischio individuale associato alla malattia

Valutazione iniziale

La diagnosi «cancro della prostata» non rivela ancora nulla sull'effettiva gravità dell'affezione. Per una valutazione precisa è necessario raccogliere dati su una serie di caratteristiche del cancro. Elementi importanti sono:

- il reperto della palpazione rettale
- il valore del PSA
- determinate caratteristiche della biopsia.

Talvolta vengono eseguite indagini supplementari. Il quadro generale costituito dalle caratteristiche riscontrate e dai risultati degli esami permette di formulare un giudizio sulla gravità della malattia e della sua pericolosità per il paziente, e forma una solida base per scegliere la corretta procedura medica.

La determinazione del PSA

«PSA» è l'acronimo (in inglese) di «antigene prostatico specifico», una proteina prodotta dalle cellule della prostata e rilasciata nel sangue. Di solito, in presenza di un cancro della prostata sale il livello di tale proteina. Tuttavia, oltre al cancro (e alle sue metastasi) ci sono altre circostanze o malattie che determinano un aumento del PSA. Per misurare l'antigene è necessario un prelievo di sangue.

Dal valore del PSA si può anche eseguire una stima grossolana dell'entità della malattia. Concentrazioni molto alte di solito (ma non sempre) indicano una grande estensione. Al contrario, valori bassi rispecchiano (non sempre) una diffusione piuttosto limitata.

La determinazione del PSA

Il valore del PSA è un parametro importante in molte circostanze nel quadro della malattia:

- nella fase di prevenzione può segnalare la presenza del cancro
- dopo la diagnosi, combinato con altri accertamenti, permette di valutare più accuratamente la malattia tumorale
- nel corso della terapia la determinazione del PSA diventa un utile strumento per controllarne l'andamento. Un crollo del valore indica che il paziente risponde alla terapia
- infine, il PSA ha un ruolo anche nella fase di controllo. Misurandone la concentrazione, si può verificare se dopo l'eliminazione del tumore, esso sia scomparso per sempre. Infatti, un nuovo aumento del PSA potrebbe indicarne la ricomparsa

Caratteristiche del prelievo di tessuto (biopsia)

La biopsia prostatica consiste nel prelievo, nel corso della stessa seduta, di numerosi piccoli campioni. Il numero di campioni in cui si è riscontrato del tessuto tumorale e la quantità di tessuto tumorale in rapporto a tutto il materiale prelevato forniscono indizi sulle dimensioni del cancro.

La scala di Gleason

Il cancro sta crescendo molto lentamente o bisogna fare i conti con una rapida espansione? Per rispondere a questa domanda, durante l'esame microscopico si mette a confronto l'aspetto del cancro prostatico con quello del tessuto prostatico normale e si valuta l'entità delle differenze.

Gli specialisti usano la cosiddetta scala di Gleason, che va da 2 a 10 (anche se raramente il punteggio è inferiore a 6). Questa scala rappresenta un importante indicatore. Se il punteggio è basso (5–6), il cancro non è molto differente dal normale tessuto prostatico ed è da considerarsi poco maligno (si espande molto lentamente). Mentre se il punteggio è molto alto (8–10), al contrario vi è una forte differenza, quindi bisogna partire dal presupposto che crescerà e si diffonderà più rapidamente.

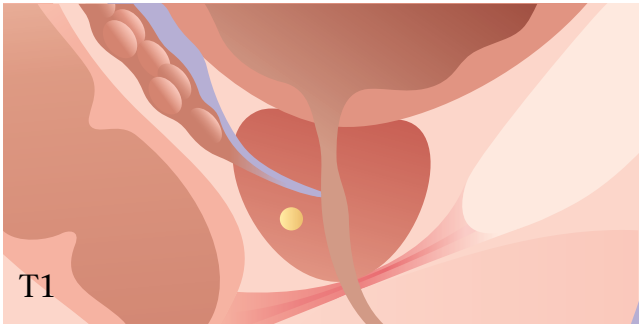
Un cancro limitato alla prostata implica procedure terapeutiche diverse rispetto ad un cancro con un'estensione maggiore.

Quanto è progredita la malattia?

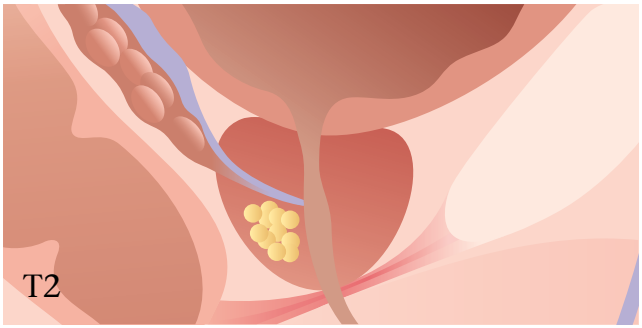
Una questione fondamentale dopo la diagnosi è conoscere l'estensione o diffusione del cancro. Oltre alla crescita all'interno e intorno alla prostata, bisogna prendere in considerazione un possibile coinvolgimento dei linfonodi adiacenti e lo sviluppo di metastasi in organi lontani. Un cancro limitato alla prostata implica procedure terapeutiche diverse rispetto ad un cancro con un'estensione maggiore.

Lo stadio del tumore e la classificazione TNM

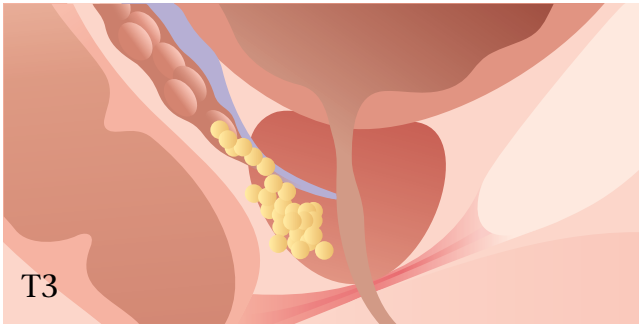
L'estensione del cancro viene definita stadio del tumore (si intende sempre un tumore maligno). Per indicare con precisione lo stadio vengono utilizzate le lettere T, N e M. «T», accompagnato da un numero compreso tra 1 e 4, indica l'estensione palpabile del cancro nella prostata. «N» informa se sono colpiti anche i linfonodi adiacenti della pelvi (N1) oppure no (N0). Infine, la lettera «M» segnala la presenza di metastasi in linfonodi più lontani o in altri organi, come le ossa (M0: nessuna metastasi, M1: metastasi individuate).



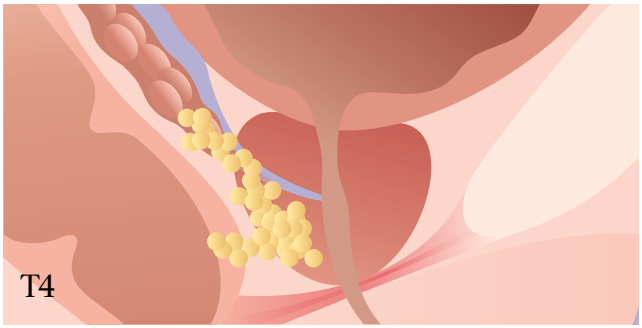
T1: Il tumore è situato all'interno della capsula della prostata (limitato alla prostata/localmente circoscritto) ed è estremamente piccolo. Non è possibile individuarlo con l'esplorazione rettale. É stato scoperto solo in base a un aumento del PSA o durante l'esame microscopico di tessuto proveniente da un intervento chirurgico per rimuovere un ingrossamento benigno della prostata.



T2: Il tumore è situato all'interno della capsula della prostata (limitato alla prostata/localmente circoscritto), ma è più grande di T1. È palpabile e può estendersi ad una o ad entrambe le metà della prostata.



T3: Il tumore ha attraversato la capsula della prostata. Può avere infiltrato anche le vescicole seminali (localmente avanzato).



T4: Il tumore ha attraversato la capsula della prostata e ha infiltrato strutture adiacenti diverse dalle vescicole seminali, per esempio il retto (oppure il collo della vescia) (localmente avanzato).

N0: nessuna infiltrazione dei linfonodi adiacenti

N1: infiltrazione dei linfonodi adiacenti

M0: assenza di metastasi in organi lontani, per esempio nelle ossa

M1: presenza di metastasi in organi lontani (avanzato metastatico)

Ecco tre esempi per capire la classificazione TNM:
T2 N0 M0 indica uno stadio tumorale relativamente precoce, localmente limitato. Il tumore è circoscritto alla prostata **(T2)** e non presenta metastasi nei linfonodi adiacenti **(N0)**, né a distanza **(M0)**. Uno stadio localmente avanzato invece si ha per esempio quando il tumore oltrepassa la capsula **(T3)**, infiltra i linfonodi adiacenti **(N1)**, ma non presenta metastasi in organi distanti **(M0)**. Lo stadio appena descritto viene indicato con **T3 N1 M0**.

Per contro, se è definito **T4 N1 M1**, significa che il tumore si trova in uno stadio ancora più avanzato e ha già formato metastasi a distanza **(M1)**. Inoltre, il cancro ha infiltrato organi adiacenti, per esempio il collo della vescica **(T4)**, e i linfonodi regionali **(N1)**.

L'esplorazione rettale consente solo una valutazione approssimativa dell'estensione del tumore nella prostata. Altre indicazioni sono fornite dalle ulteriori caratteristiche della malattia (valore del PSA, risultati dell'esame bioptico). Talvolta il medico può prescrivere ulteriori indagini per determinare lo stadio del tumore, come una tomografia computerizzata (TAC) o una risonanza magnetica (MRI). Inoltre, si può ricorrere ad una cosiddetta scintigrafia scheletrica per ricercare metastasi nelle ossa.

Malattia locale – malattia localmente avanzata – malattia avanzata metastatica

Quando il cancro è individuato precocemente significa che non supera i confini della prostata, quindi si parla di una diffusione localmente limitata. Viene definito localmente avanzato se si è già spinto oltre la capsula della prostata, ma solo nelle immediate vicinanze. Se invece si è ulteriormente diffuso, formando metastasi in parti lontane dell'organismo, si parla di cancro avanzato metastatico.

Valutazione del rischio per la scelta del trattamento

Le varie caratteristiche del tumore vengono analizzate per inquadrare scrupolosamente il suo livello di malignità e le probabilità che sia limitato alla prostata (localmente).

Se il rischio che possano già esserci focolai molto piccoli e non ancora individuabili al di fuori della prostata è reputato molto piccolo, ci sono alte probabilità che una terapia locale (operazione o radioterapia) porti alla guarigione.

Nel capitolo seguente verranno descritte le varie opzioni terapeutiche, dipendenti dallo stadio tumorale e del livello di rischio.

Il cancro della prostata non è sempre uguale

La sola diagnosi di cancro della prostata non fornisce indicazioni sull'effettiva pericolosità della malattia. Per una valutazione più precisa della situazione di partenza vengono prese in considerazione soprattutto le seguenti caratteristiche, oltre allo stadio tumorale (estensione della malattia):

- la scala Gleason (quanto velocemente o quanto lentamente tenderà ad espandersi il tumore?)
- il valore PSA, misurato nel sangue
- il reperto della palpazione rettale

Queste diverse caratteristiche contribuiscono a formare un quadro generale della malattia, che consente di valutarne il rischio e che, unito alla determinazione dello stadio tumorale, costituisce la base fondamentale per scegliere la forma e l'intensità del trattamento.

Oggi disponiamo di una serie di moderne terapie per curare il cancro della prostata. A seconda della situazione iniziale si può ricorrere a:

- un intervento chirurgico
- una radioterapia
- una terapia ormonale
- una chemioterapia

Alcune di queste procedure possono anche essere combinate.

Svariate possibilità

Le terapia ideale per il singolo paziente dipende dallo stadio della malattia e dalla valutazione del suo rischio. Altri fattori tenuti in debito conto sono lo stato di salute generale, l'età, i desideri e le eventuali obiezioni del paziente. Se le condizioni iniziali lo consentono, in alcuni casi è persino opportuno attendere.

A seconda della situazione, si può ricorrere a diverse opzioni terapeutiche

È importante ponderare attentamente i pro e i contro di ogni trattamento. Il suo urologo le parlerà esaurientemente delle misure più appropriate al suo caso. Probabilmente nel colloquio verranno coinvolti anche altri specialisti, come un radioterapista, un oncologo e anche il suo medico di famiglia.

Se ha un/una partner, di solito è meglio renderlo/a partecipe il più presto possibile e invitarlo/a ai colloqui medici.

Domande e incertezze devono essere chiarite

Non esiti a domandare quali sono le probabilità di successo della terapia che le è stata proposta, con quali effetti collaterali dovrà fare i conti e quali altri metodi entrerebbero eventualmente in discussione. Una volta che conoscerà con precisione le opzioni terapeutiche disponibili nel suo caso e i vantaggi e gli svantaggi di ognuna di esse, si sentirà molto più sicuro nella scelta di una o dell'altra terapia. Domandi sempre chiarimenti se non ha compreso qualcosa.

Spesso è difficile affrontare il discorso delle possibili conseguenze delle varie terapie, perché toccano anche la sfera intima. Ciò nonostante è importante chiarire anche questi aspetti, per una piena consapevolezza delle mosse future e delle possibili varianti. Se dovesse avere difficoltà a parlare apertamente di questi temi con il medico, le ricordiamo che il medico è specialista nel gestire pazienti che si trovano nella sua stessa situazione e che comprende benissimo la problematica in gioco.

Richiedere un secondo parere (second opinion)

Soprattutto negli stadi iniziali, quando il paziente non soffre ancora di sintomi, è difficile scegliere una variante terapeutica. Ovviamente non è consigliabile aspettare mesi prima di decidere cosa si vuol fare, ma è altrettanto sconsigliabile farsi prendere dallo stress. Se non si sente sicuro, può tranquillamente rivolgersi ad un altro specialista per ottenere un secondo parere (second opinion). Il suo medico curante o istituzioni come la Lega svizzera contro il cancro possono consigliarle i medici che fanno al caso suo. Trova il recapito della Lega svizzera contro il cancro nel capitolo «Ulteriori informazioni».

Se non si sente sicuro, può rivolgersi ad un altro specialista per ottenere un secondo parere (second opinion).

Aspettare e sorvegliare attivamente il cancro (active surveillance)

Nei casi in cui il cancro della prostata è individuato in uno stadio precoce, se la situazione è giudicata favorevole si può rimandare il trattamento, a condizione che il cancro sia limitato alla prostata e che la velocità di progressione della malattia sia giudicata bassa. Tuttavia, per non perdere il momento ideale per avviare una terapia curativa è necessario attuare una sorveglianza stretta. Alcune alterazioni importanti devono essere individuate il più tempestivamente possibile. Ciò significa che il paziente dovrà recarsi regolarmente dal medico per sottoporsi ad esplorazione rettale e alla determinazione del PSA nel sangue, mentre a intervalli prestabiliti bisognerà ripetere la biopsia.

Vantaggi e svantaggi

Il metodo della sorveglianza attiva è utilizzabile solo se il cancro è scoperto in una fase precoce ed è giudicato a crescita lenta. Il grande vantaggio è l'assenza di effetti collaterali o di complicazioni immediate dovute a un trattamento.

Il grande svantaggio invece è la possibilità data al tumore di espandersi. I regolari controlli possono diventare un peso psichico per il paziente e se il tumore nell'intervallo tra due visite mediche superasse i confini della prostata, le iniziali buone probabilità di guarigione improvvisamente si ridurrebbero. Di conseguenza, l'opzione della sorveglianza attiva viene consigliata solo se il paziente, sulla base degli accertamenti già eseguiti, soddisfa tutti i requisiti che consentono di concludere che il suo tumore sia di natura poco maligna.

Aspettare e osservare (watchful waiting)

Nei pazienti anziani affetti da un cancro limitato alla prostata e giudicato molto lento nella crescita, a seconda delle circostanze si può rinunciare a un trattamento. Gli studi hanno mostrato che in questi pazienti il cancro progredisce così poco in 10 anni che non provoca disturbi né accorcia la speranza di vita. In considerazione dell'età del paziente, quindi, c'è un'elevata probabilità che il cancro della prostata non generi mai disturbi nel resto dell'esistenza.

Se un paziente anziano con un cancro della prostata di dimensioni molto piccole e valutato poco maligno decide di non farsi curare, resta comunque sotto sorveglianza medica. Ovviamente, se in seguito dovessero comparire disturbi, essi verrebbero trattati di conseguenza.

Vantaggi e svantaggi

Aspettare e osservare significa non avviare alcuna terapia, quindi nemmeno fare i conti nell'immediato con effetti collaterali. Tuttavia, poiché il tumore continuerà a crescere, è possibile che la malattia si manifesti in un secondo tempo e provochi sintomi tali da richiedere un trattamento.

Nei pazienti anziani affetti da un cancro limitato alla prostata e giudicato poco maligno, di solito la malattia progredisce molto poco in 10 anni.

La rimozione chirurgica della prostata in uno stadio precoce del tumore (prostatectomia radicale)

L'operazione è uno dei metodi terapeutici principali in caso di individuazione precoce di cancro della prostata. La rimozione chirurgica della prostata con i suoi focolai maligni può significare l'eliminazione totale del tumore e la guarigione del paziente. La condizione primaria è che il tumore sia circoscritto alla prostata (localmente limitato) e che dopo l'operazione non rimangano cellule tumorali nell'organismo. Per questo motivo è molto importante la valutazione complessiva delle caratteristiche del cancro (il valore del PSA, l'esplorazione rettale, la scala Gleason, lo stadio tumorale), per ottenere un'accurata stima del rischio.

Per rimuovere possibilmente tutte le cellule tumorali, oltre alla prostata e alla porzione di uretra che la attraversa, per sicurezza vengono asportate anche le vescicole seminali e le parti terminali dei dotti spermatici. In seguito l'uretra viene nuovamente collegata alla vescica.

A seconda delle circostanze, possono essere asportati anche alcuni linfonodi locali.

Alla prostata si accede per via anteriore, con un'incisione sopra il pube, o dal perineo. Inoltre, è possibile eseguire una rimozione della prostata in tecnica laparoscopica. Con questo intervento si evita una lunga incisione per mettere in mostra il campo operatorio, ma attraverso piccoli tagli della parete addominale si introducono delle sonde nella piccola pelvi, che fungono da canali per introdurre speciali strumenti di asportazione della prostata e dei suoi annessi. In alcune cliniche, gli urologi eseguono una rimozione laparoscopica della prostata con l'aiuto di un robot intelligente (robot Da-Vinci).

Durante l'intervento viene posto in sede un catetere urinario, che verrà rimosso dopo qualche giorno.

Dopo l'intervento

La durata della degenza ospedaliera dipende dal tipo di intervento e dallo stato di salute generale del paziente. Di solito varia tra i quattro e i dodici giorni. La fase di convalescenza può essere più o meno lunga a seconda della forma fisica del paziente prima dell'operazione. Generalmente è di almeno due settimane e può durare fino a qualche mese.

Vi è una vasta esperienza chirurgica sull'intervento di rimozione della prostata. Malgrado i continui perfezionamenti della tecnica operatoria, dopo l'intervento possono tuttavia insorgere alcune limitazioni, di entità più o meno importante. Gli effetti collaterali principali sono gli eventuali problemi nel controllo dell'urina (incontinenza urinaria) e nell'erezione del pene (capacità erettile).

Vi è una vasta esperienza chirurgica sull' intervento di rimozione della prostata

Incontinenza urinaria
A causa della localizzazione della prostata, nell'intervento di rimozione viene asportato anche il muscolo sfintere interno della vescica. Di conseguenza, il controllo dell'urina è totalmente a carico dello sfintere esterno. Nei primi tempi dopo l'intervento spesso insorgono difficoltà nel controllare la minzione. Tuttavia, la situazione può migliorare con un adeguato training della muscolatura del pavimento pelvico.

Se l'intervento tocca anche lo sfintere esterno, il rischio di una perdita incontrollata di urina è maggiore. Ma anche in questo caso, nella maggior parte degli uomini il training del pavimento pelvico riesce a ripristinare la continenza, in alcuni casi persino dopo un periodo di un anno.

I disturbi postoperatori di controllo della minzione consistono molto spesso in un cosiddetto «sgocciolamento» o nella perdita di urina dopo un colpo di tosse, uno starnuto o durante sforzi fisici. La perdita completa del controllo, ossia la vera incontinenza urinaria, è un evento raro.

Capacità erettile
Dopo l'intervento, la maggior parte degli uomini incorre in difficoltà più o meno gravi nel raggiungere l'erezione. A seconda del livello di rischio, prima dell'operazione si decide se ricorrere a una tecnica che risparmi il fascio di vasi e nervi responsabili dell'erezione, che passano in vicinanza della prostata. Purtroppo, non tutte le localizzazioni e dimensioni del tumore lo consentono e talvolta il fascio di nervi e vasi dev'essere asportato da uno o persino da ambedue i lati. L'asportazione dai due lati impedisce praticamente l'erezione, ma ciò non significa che contemporaneamente si riduca il desiderio sessuale (libido) e la capacità di raggiungere l'orgasmo. Se l'erezione dovesse essere seriamente compromessa dopo l'intervento chirurgico, in molti casi si rivelano utili misure farmacologiche o ausili tecnici.

Prima dell'operazione, gli urologi non sono in grado di prevedere con certezza se sarà possibile risparmiare il fascio di nervi e vasi che si trova in immediata vicinanza della prostata. Solo durante l'intervento possono valutare con precisione l'estensione del cancro e quindi stabilire se è inevitabile l'asportazione del fascio neurovascolare da uno o persino da entrambi i lati.

Lo stato di salute prima dell'intervento è importante
Il grado postoperatorio di continenza urinaria o di capacità erettile non dipende soltanto dalla localizzazione e dalle dimensioni del tumore, ma anche dall'età del paziente, dalle condizioni prima dell'operazione e dall'esperienza dell'urologo.

Lo stato di salute prima dell'intervento incide sulla comparsa di complicazioni in seguito.

Parlare delle conseguenze dell'intervento
Anche se non è sempre facile parlare delle conseguenze che riguardano la sfera intima, in ogni caso è doveroso discutere con il medico degli eventuali disturbi comparsi dopo l'intervento. È importante parlarne apertamente e senza reticenze, perché solo un'informazione esauriente può aiutare il medico a definire le migliori misure da mettere in atto.

Esame microscopico del tessuto asportato
Dopo l'intervento, il tessuto rimosso viene analizzato attentamente al microscopio. Lo stadio tumorale, che prima dell'operazione poteva essere solo stimato, ora è definito esattamente. Se si ottiene la conferma che il cancro non oltrepassava la capsula della prostata, ci sono buone probabilità di una completa guarigione.

Ma può anche emergere un dato non individuabile in precedenza, ossia che il tumore ha superato la capsula della prostata. In questo caso vi è un rischio maggiore che l'intervento non abbia asportato tutte le cellule tumorali e che il cancro possa ricomparire. Lo stesso vale se l'esame microscopico rivela dei linfonodi colpiti. Le situazioni con un elevato rischio di recidiva spesso richiedono la valutazione di un radio-oncologo (specialista di radioterapia). Infatti, il rischio di una ricomparsa locale del tumore può essere ridotto se si esegue una radioterapia postoperatoria (radioterapia adiuvante). A seconda delle circostanze può entrare in linea di conto anche una terapia ormonale.

Vantaggi e svantaggi dell'intervento chirurgico

Se l'intervento è eseguito tempestivamente offre l'opportunità di rimuovere tutte le cellule tumorali, quindi di guarire il paziente. Inoltre, dato che il tessuto asportato è esaminato al microscopio, si può valutare con precisione l'effettivo grado di progressione della malattia e determinare se sussiste un rischio basso o elevato di recidiva del tumore e se può essere indicata una radioterapia aggiuntiva.

Per contro, a fronte di questi vantaggi vi è il fatto che alcuni disturbi postoperatori, relativi in particolare alla capacità di controllare la minzione e di erigere il pene, sono difficili da prevedere nelle singole situazioni.

La radioterapia

La radioterapia modifica la struttura fondamentale (il materiale genetico) della cellula tumorale prostatica, che di conseguenza muore al momento della divisione successiva. Al contrario, una cellula sana subisce uno scarso o nessun danno dalla radioterapia.

I raggi X carichi di energia distruggono le cellule del cancro della prostata.

Negli stadi iniziali della malattia, con tumore limitato alla prostata (T1 e T2), il paziente può essere trattato chirurgicamente o mediante radioterapia. Negli stadi più avanzati, in cui il cancro ha oltrepassato i confini dell'organo, di solito si raccomanda la radioterapia e più raramente l'intervento chirurgico.

Nei tumori in stadio avanzato e in caso di un forte rischio di recidiva, prima, durante e dopo l'irradiazione viene eseguita una terapia ormonale per ridurre tale rischio.

È possibile eseguire una radioterapia anche quando il paziente è inoperabile per motivi medici oppure quando l'intervento chirurgico non è riuscito a rimuovere tutto il tessuto tumorale.

L'irradiazione può avvenire dall'esterno (radioterapia esterna o percutanea) o dall'interno con il posizionamento di sorgenti radioattive direttamente nella prostata. Con questa tecnica i raggi vengono emessi nelle immediate vicinanze del tumore (brachiterapia).

La radioterapia esterna viene eseguita ambulatorialmente, mentre la brachiterapia richiede un ricovero ospedaliero di due o tre giorni.

La radioterapia esterna (percutanea)

La radioterapia esterna comporta l'impiego di raggi X molto carichi di energia. Tale procedura viene chiamata anche radioterapia con fotoni (da non confondere con «protoni»).

Il trattamento dura complessivamente dalle sette alle otto settimane. In questo periodo il paziente viene irradiato una volta al giorno per cinque giorni alla settimana, anche se ogni seduta dura solo pochi minuti.

Piano di trattamento

Prima di iniziare la radioterapia è necessaria una laboriosa preparazione, con molti calcoli da eseguire. In un colloquio informativo, a cui è bene che assistano anche i propri congiunti, viene discusso nel dettaglio il trattamento previsto. Dopo l'esecuzione di una particolare tomografia computerizzata, il medico determina il campo da irradiare. In seguito, la dose di radiazioni viene determinata con l'ausilio di un computer. Tale procedura assicura che la prostata e i tessuti adiacenti siano investiti da una dose adeguata di radiazioni, mentre gli organi vicini sani vengano il più possibile risparmiati.

In base ai calcoli eseguiti, sulla pelle del paziente vengono provvisoriamente marcati i punti d'accesso della radioterapia (campo di irradiazione).

Prima della radioterapia viene definito un accurato piano di trattamento.

Possibilità di guarigione

Negli stadi precoci, le probabilità di guarigione dopo l'intervento chirurgico o la radioterapia sono equiparabili.

Più il tumore è piccolo al momento della diagnosi e più è basso il rischio che si siano formate metastasi non ancora individuabili, più la probabilità di guarire è alta. Persino per i tumori che hanno superato i confini della prostata e infiltrato i tessuti adiacenti esistono possibilità, anche se minori, di guarigione.

Effetti collaterali della radioterapia

Si distinguono due tipi di effetti collaterali di una radioterapia. Ci sono reazioni infiammatorie immediate durante il trattamento e nelle successive quattro-otto settimane, e ci sono le cosiddette complicazioni tardive, che si manifestano mesi o anni dopo.

Reazioni immediate

Reazioni immediate a seguito di una radioterapia sono per esempio le infiammazioni della vescica e dell'uretra. I relativi sintomi sono un aumento di frequenza della minzione, unito a una sensazione di bruciore. Un'infiammazione del confinante intestino retto può provocare un aumento delle evacuazioni e talvolta anche diarrea. Dalla terza settimana di irradiazione si può provare una stanchezza più frequente. L'entità di questi sintomi può essere più o meno grave. Tuttavia, di solito regrediscono totalmente o quasi nelle due-otto settimane dopo la conclusione del trattamento.

Complicazioni tardive

La conseguenza tardiva più frequente, che può comparire anche dopo settimane o mesi, è un'infiammazione cronica dell'intestino retto, che può provocare un aumento della frequenza delle evacuazioni, specialmente al mattino. Occasionalmente si possono notare anche feci tinte di sangue, che in taluni casi richiedono un trattamento. Il rischio di questa complicazione cresce con l'età e si manifesta in meno

di un paziente su dieci. È quindi importante discuterne con gli specialisti prima di iniziare la terapia.

Più rari sono i problemi a carico della vescica o dell'uretra nel lungo termine. La radioterapia può lasciare in eredità una lieve diminuzione della capacità di riempimento della vescica.

La capacità di raggiungere l'erezione del pene (capacita erettile) può essere più o meno compromessa. Bisogna considerare che le sottili fibre nervose responsabili dell'erezione subiscono danni dall'irradiazione e sono sottoposte a un processo di invecchiamento accelerato.

Vantaggi e svantaggi della radioterapia

Molti specialisti ritengono che il rischio di complicazioni di una radioterapia sia inferiore rispetto a quello di un intervento chirurgico, soprattutto in rapporto alla continenza urinaria e alla capacità erettile. Inoltre, lo stress per l'organismo è inferiore a quello procurato da un'operazione.

Tuttavia, non va sottovalutato l'impegno per il paziente di una terapia ambulatoriale che si protrae fino a sette-otto settimane.

Poiché l'irradiazione non comporta la rimozione della prostata (e dei linfonodi), non è possibile esaminare il tessuto al microscopio e quindi nemmeno determinare precisamente lo stadio del tumore come dopo un intervento chirurgico. Inoltre, il PSA non scende fino al valore zero, perché il tessuto prostatico non viene distrutto totalmente. Di conseguenza, tale indicatore risulta meno affidabile per controllare la guarigione dopo una radioterapia.

La radioterapia dall'interno mediante innesto di una sorgente radioattiva (brachiterapia con seeds)

La radioterapia interna consiste nell'impianto attraverso il perineo di piccolissimi semi radioattivi (seeds) nella prostata. L'intervento viene eseguito in narcosi sotto controllo ecografico. I semi restano impiantati nella prostata, da dove emettono raggi per un lungo periodo. Poiché l'irradiazione è praticamente circoscritta alla regione della prostata e non raggiunge il resto dell'organismo, questo metodo viene ritenuto meno traumatico rispetto alla radioterapia esterna. La brachiterapia di solito richiede un ricovero ospedaliero di soli due o tre giorni.

Tuttavia, tale procedura è indicata solo quando la prostata non è troppo grande in rapporto all'età, nei tumori poco maligni in stadi molto precoci e se in precedenza non è stato eseguito un intervento di rimozione parziale attraverso l'uretra per un ingrossamento benigno della prostata.

La terapia ormonale per impedire la crescita delle cellule del cancro della prostata

L'ormone maschile testosterone favorisce la crescita delle cellule tumorali della prostata. Se la sua azione viene inibita, le cellule del cancro crescono male e muoiono: questo è il principio su cui si basa la terapia ormonale.

Il testosterone favorisce la crescita delle cellule tumorali della prostata. Se si disinnesca quest'ormone, le cellule del cancro non possono più crescere e muoiono.

La terapia ormonale è lo standard nei pazienti con malattia in stadio avanzato che ha formato metastasi a distanza. Sebbene la guarigione definitiva non sia un obiettivo raggiungibile in questo stadio, il decorso della malattia può essere influenzato molto positivamente dalla terapia ormonale, in quanto di solito ne viene impedita l'espansione per lunghi periodi. In questo modo è possibile mantenere sotto scacco il cancro per un certo tempo, nei pazienti anziani a volte fino alla morte naturale.

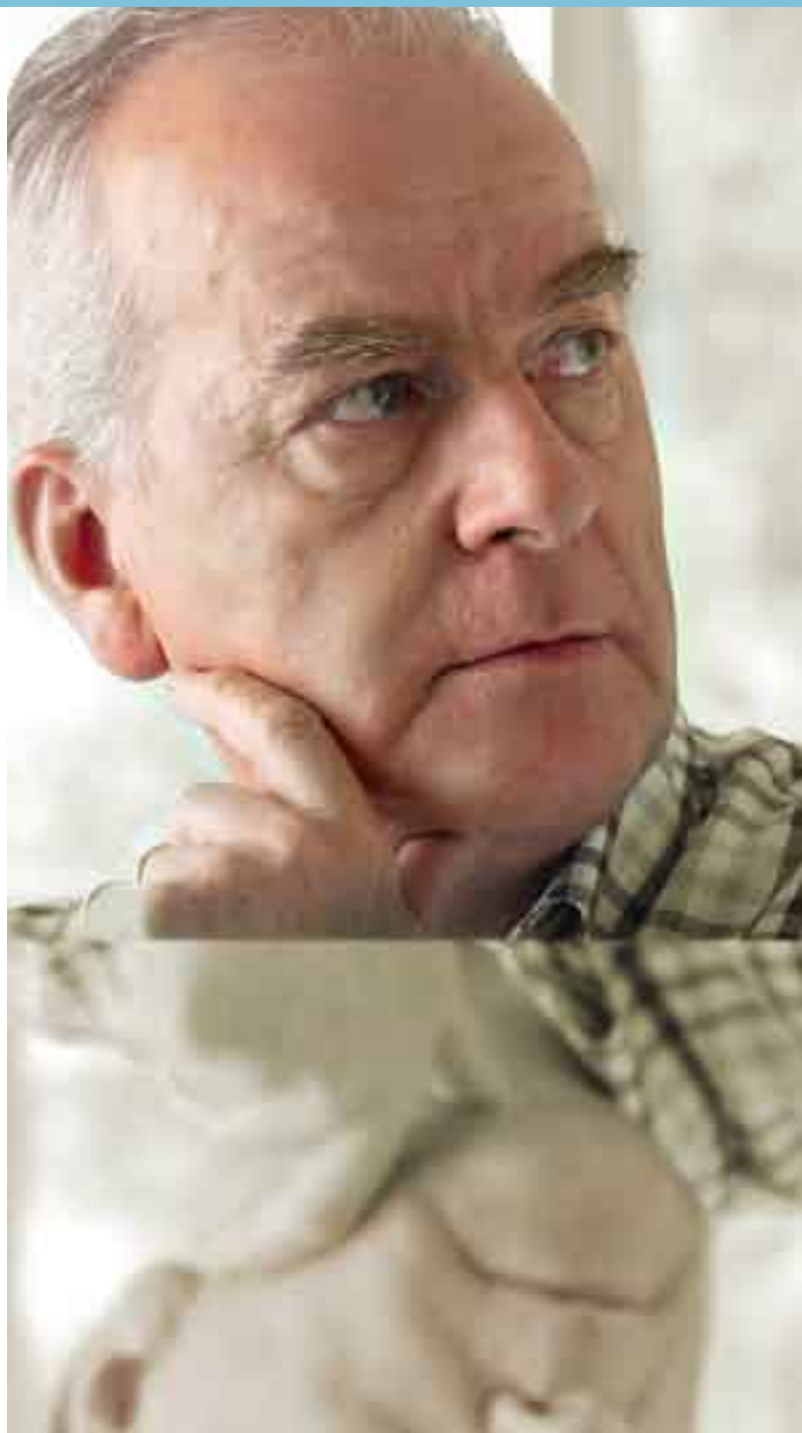
La terapia ormonale viene utilizzata a seconda delle circostanze anche in casi di cancro localizzato, sia come monoterapia o in combinazione con una radioterapia. In determinate costellazioni iniziali, la terapia ormonale può migliorare le probabilità di guarigione di una radioterapia in pazienti con cancro della prostata localmente avanzato. Questa forma di terapia ormonale viene chiamata adiuvante.

Vari metodi

La terapia ormonale può sfruttare diversi meccanismi. Da una parte si può arrestare la produzione di testosterone nell'organismo con un intervento chirurgico o con la somministrazione di farmaci. Dall'altra, si può intervenire direttamente sulle cellule prostatiche per renderle insensibili all'azione del testosterone, anche in questo caso con una terapia farmacologica. Il medico illustrerà al paziente qual è la forma di terapia ormonale più adatta al suo caso.

Arresto chirurgico della produzione di testosterone

La maggior parte del testosterone viene prodotta nei testicoli. Perciò una maniera rapida e duratura per interrompere il rilascio di testosterone è la rimozione chirurgica del tessuto che sintetizza l'ormone nei testicoli. L'intervento è semplice ed è quasi privo di complicazioni. Poiché viene rimosso solo il tessuto che produce l'ormone e non tutto il testicolo, le conseguenze estetiche sono minime.



Arresto farmacologico della produzione di testosterone
La produzione di testosterone nei testicoli può essere inibita anche dalla somministrazione di un cosiddetto LHRH analogo. Il medicamento agisce sul circolo che regola la produzione del testosterone. La somministrazione avviene con un'iniezione sottocutanea; a seconda del preparato, ogni mese o ogni tre mesi.

Nei casi di cancro della prostata in stadio avanzato con metastasi il trattamento deve protrarsi per tutta la vita, dato che la sospensione del farmaco fa riprendere la produzione di testosterone. Ciò nonostante, se il cancro risponde bene alla terapia in alcune circostanze è possibile sospendere temporaneamente la terapia ormonale e riavviarla solo quando il PSA ritorna a salire. Con queste provvisorie riattivazioni del testosterone si possono ridurre gli effetti collaterali causati dall'inibizione dell'ormone e migliorare la qualità della vita.

Se la terapia ormonale avviene in concomitanza con una radioterapia per curare un cancro localizzato (terapia adiuvante), la sua durata varia da sei mesi ad almeno tre anni, a seconda dello stato iniziale.

Effetti collaterali della soppressione del testosterone
Indipendentemente dal metodo, chirurgico o farmacologico, per sopprimere la produzione di testosterone nei testicoli, la mancanza di questo ormone implica la comparsa di effetti indesiderati. Tra i più frequenti vanno annoverati gli accessi di sudore (paragonabili alle vampate di calore femminili) e una diminuzione del desiderio sessuale (libido), oltre che della capacità erettile. Spesso si riscontra anche una diminuzione del rendimento fisico, causata dalla riduzione della massa muscolare. Inoltre, una prolungata carenza di testosterone può comportare un aumento della fragilità delle ossa (osteoporosi).

Inibizione farmacologica dell'effetto del testosterone (blocco androgenico)
Invece di sopprimerne la produzione del testosterone, è possibile intervenire alla fine della catena e impedire che il testosterone agisca sulle cellule della prostata. Tra i vari medicamenti sviluppati, oggi perlopiù vengono utilizzati i cosiddetti antiandrogeni non steroidei. Questi farmaci bloccano l'interazione del testosterone con la cellula tumorale. Vengono assunti per via orale, a seconda del preparato una o tre volte al giorno.

Con questa terapia il livello di testosterone nell'organismo non viene modificato. Tuttavia, anche in questo caso possono presentarsi alcuni effetti collaterali per via dell'inibizione dell'effetto dell'ormone. Tipicamente può insorgere un ingrossamento doloroso delle ghiandole mammarie, che si può evitare con un'irradiazione preventiva delle mammelle, procedura che dura pochi giorni e viene effettuata ambulatorialmente. È importante che tale trattamento avvenga prima che le mammelle comincino a ingrossarsi. In un secondo tempo, infatti, l'irradiazione non riesce più a ridurre l'ingrossamento.

A seconda delle circostanze, il trattamento con antiandrogeni può compromettere il desiderio sessuale, la capacità erettile e il rendimento fisico. Le osservazioni e gli studi hanno però evidenziato che, nei confronti del blocco della produzione di testosterone, la qualità di vita è meno limitata, soprattutto perché gli effetti summenzionati sulla libido, sull'erezione e sul rendimento fisico risultano meno marcati.

La terapia ormonale combinata
Le due modalità di terapia ormonale, ossia l'arresto della produzione di testosterone e l'inibizione dell'effetto dell'ormone sulle cellule della prostata, possono essere combinate nello stesso trattamento. Si distinguono una combinazione a breve termine e una a lungo termine.

Combinazione a breve termine di un LHRH analogo e di un antiandrogeno

L'arresto della produzione di testosterone non avviene dall'oggi al domani dopo l'iniezione di un LHRH analogo. Nelle prime settimane di trattamento si verifica addirittura un aumento del livello dell'ormone. Il calo desiderato sopraggiunge solo in un secondo tempo. Per questo motivo, all'inizio della serie di iniezioni si somministra per breve tempo anche un antiandrogeno, che inibisce l'azione del testosterone finché il LHRH analogo non ne sopprima sufficientemente la produzione.

Combinazione a lungo termine (blocco ormonale totale)

Il testosterone viene prodotto in piccole quantità anche al di fuori dei testicoli, più precisamente nelle ghiandole surrenali. Perciò talvolta si decide di associare in modo duraturo un LHRH analogo (o l'intervento chirurgico ai testicoli) a un antiandrogeno. In questo caso si parla di blocco ormonale totale. È un'opzione a cui si ricorre spesso quando il cancro della prostata non risponde più alla terapia con un solo medicamento.

Una terapia ormonale combinata spesso viene scelta quando il cancro della prostata non risponde più alla terapia con un solo medicamento.

La chemioterapia

Dopo un tempo più o meno lungo, la terapia ormonale perde efficacia. A partire da questo momento, una chemioterapia aggiuntiva può aiutare a mantenere il controllo della malattia. I farmaci utilizzati vengono chiamati citostatici: interferiscono con la divisione cellulare e quindi agiscono in modo mirato sulle cellule che si dividono spesso, tra cui le cellule tumorali, che vengono di conseguenza annientate.

In caso di necessità, la chemioterapia può essere utilizzata in un secondo tempo per integrare la terapia ormonale.

Ultimamente sono stati compiuti importanti progressi nel campo della chemioterapia. I medicamenti attualmente in uso spesso sono in grado di ridurre i disturbi causati dal cancro. Inoltre, i preparati moderni sono più tollerabili e possono consentire un miglioramento complessivo della qualità di vita e un prolungamento della sopravvivenza.

Pertanto, il cancro della prostata che non risponde più a una terapia ormonale oggigiorno può essere trattato molto meglio rispetto al passato. Anche durante la chemioterapia non si può rinunciare alla somministrazione di un LHRH analogo (a meno che il paziente non sia già stato operato ai testicoli).

Altre importanti misure

Nei pazienti affetti da cancro della prostata in fase avanzata, la terapia non è solo orientata al controllo della malattia, ma anche alla prevenzione o alla riduzione delle sue possibili conseguenze, tra cui spicca il trattamento del dolore e dei disturbi della minzione.

La terapia del dolore prevede varie opzioni, che possono essere impiegate singolarmente o in combinazione. Oltre ai classici analgesici, per il trattamento delle metastasi ossee vengono somministrate infusioni di farmaci che stabilizzano le ossa, chiamati bifosfonati. Tali infusioni vengono ripetute ogni 3–4 settimane. Per dolori locali alle ossa può servire anche una radioterapia. Nel caso di un blocco delle vie urinarie, si può intervenire con un catetere vescicale o chirurgicamente.

Per avviare tempestivamente il trattamento più adatto sono necessari regolari controlli medici.

Cancro della prostata localizzato

Se il tumore è circoscritto entro i confini della prostata e si reputa che cresca molto lentamente, può darsi che la scelta migliore sia aspettare.

Se invece il tumore, sempre limitato alla prostata, sembra crescere rapidamente, si raccomanda un intervento chirurgico o una radioterapia. In determinate costellazioni di rischio la radioterapia viene integrata da una terapia ormonale per aumentare le probabilità di guarigione.

Nello stadio localmente avanzato (il tumore ha oltrepassato la capsula per infiltrare i tessuti adiacenti ma non ha formato metastasi in organi lontani) di solito si raccomanda la radioterapia o la terapia ormonale. Eventualmente può essere utile combinare le due procedure.

Se il tumore è limitato alla prostata, inoltre, è lecito confidare in una guarigione definitiva dalla malattia. Mentre se il tumore ha già oltrepassato la capsula dell'organo, le probabilità di guarigione si riducono. Anche un elevato punteggio sulla scala Gleason o alti livelli di PSA sono associati ad un rischio aumentato, tuttavia a priori non si può escludere una guarigione.

Cancro della prostata in stadio avanzato con metastasi a distanza

Se il tumore è in stadio avanzato non è possibile rimuoverlo completamente. Di conseguenza, il trattamento è focalizzato sul ritardare un'ulteriore diffusione della malattia e sulla prevenzione o cura dei sintomi che l'accompagnano. La crescita del tumore viene controllata con una terapia ormonale, sorretta più avanti da una chemioterapia aggiuntiva se dovesse esaurire la sua efficacia.

La medicina non si concentra solo sulla lotta contro il cancro. Nel frattempo si sono acquisite molte conoscenze su come ridurre i disturbi che accompagnano il decorso della malattia.

La scelta di una delle terapie proposte

Specialmente se il tumore è limitato alla prostata, si presentano varie opzioni terapeutiche. Il medico spiega nei dettagli le varianti disponibili, in modo che il paziente possa ponderare tutti i pro e i contro di ogni singola procedura.

Il paziente prende con calma la sua decisione a favore di una terapia e contro un'altra durante un colloquio con il medico, in genere in presenza del/la partner. Nel farlo ha un ruolo cruciale l'importanza soggettiva dei vari aspetti.

Molti uomini non vogliono accettare l'idea di convivere con la loro malattia quando sanno che esistono possibilità per combatterla. Di conseguenza sono pronti a correre il rischio di subire una menomazione (nei casi estremi fino alla perdita della capacità erettile e di controllare la minzione) se in cambio hanno la speranza di guarire definitivamente.

Per altri pazienti, invece, è prioritario preservare la qualità della vita, quindi desiderano evitare il più possibile le complicazioni di una terapia. Perciò tenderanno a scegliere una terapia magari con meno probabilità di guarigione, ma anche con meno rischi di compromettere la capacità erettile o la continenza urinaria.

Come si vede, l'atteggiamento individuale è decisivo per la scelta della terapia.

Domande da porre al medico che possono aiutarla a decidere:

- Quanto si è già presumibilmente espanso il mio cancro della prostata? (stima dello stadio tumorale?)
- Quanto è alto il punteggio sulla scala Gleason (qual è presumibilmente la velocità di crescita del tumore?)
- Sono necessari ulteriori accertamenti? Perché? Perché no?
- Dovrei chiedere un secondo parere?
- Quali opzioni terapeutiche ho a disposizione?
- Quali sono i loro vantaggi e svantaggi?
- Quali probabilità ci sono che una di queste opzioni porti alla guarigione definitiva?
- Quali complicazioni comporta ognuna di queste terapie e quanto è alto il rischio corrispondente?
- Quali possibilità di trattamento ho se incorro in una di queste complicazioni, soprattutto un'incontinenza urinaria o un disturbo dell'erezione?
- Se decido di farmi operare, quanto sarà lunga la degenza in ospedale?
- Quanto dura la convalescenza fino al pieno ristabilimento?
- Se decido di sottopormi a radioterapia, quanto durerà il trattamento?
- Quali forme di radioterapia entrano in linea di considerazione nel mio caso?
- Che prospettive ho in caso di terapia farmacologica?
- Che prospettive ho se per adesso decido di rinunciare a una terapia attiva (solo osservazione)?
- Quante visite di controllo sono necessarie in questo periodo?

Visite di controllo

Il trattamento di un cancro della prostata implica anche regolari controlli dopo la terapia. Il medico le dirà quanto frequenti dovranno essere tali visite e quali altri specialisti dovrà consultare. Dovrà anche essere stabilito il suo specialista di riferimento se dovessero insorgere problemi nell'intervallo tra una visita di controllo e l'altra.

Lo scopo di queste visite è controllare il progresso della guarigione. Bisogna riconoscere tempestivamente un'eventuale ricomparsa (recidiva) della malattia, per intervenire subito. I controlli servono anche per garantire che eventuali effetti collaterali della terapia, disturbi concomitanti o complicazioni vengano immediatamente inquadrati e trattati nel modo appropriato.

La terapia nell'ambito di uno studio

La ricerca di migliori possibilità terapeutiche contro il cancro della prostata non si è ancora conclusa.

Quando si scoprono nuovi metodi, dopo una fase approfondita di accertamenti preliminari, giunge il momento di testarli con studi specifici sui pazienti (studi clinici). In questi studi, per esempio, possono essere provati nuovi medicamenti, oppure nuove possibilità di utilizzo di preparati noti.

Prima di testare sull'uomo una nuova sostanza nell'ambito di uno studio clinico, quest'ultima deve percorrere un lungo e laborioso iter di esami. Solo se ha superato questa rigida selezione può essere somministrata ad esseri umani, nel contesto di studi strettamente sorvegliati.

Tali studi vengono eseguiti in conformità a regole scientifiche internazionalmente riconosciute e alle disposizioni legali in materia. Con questo si vuole garantire che vengano condotti solo studi con un adeguato scopo terapeutico e che i pazienti che vi partecipano non siano esposti a inutili rischi.

Lo stesso vale per l'introduzione di nuovi metodi di radioterapia o di nuove procedure chirurgiche.

L'esecuzione di uno studio clinico viene controllata scrupolosamente da una commissione di verifica indipendente. Per eseguire la verifica, la commissione riceve una descrizione dettagliata delle motivazioni scientifiche che stanno alla base dello studio e dei suoi scopi, nonché dello svolgimento previsto. Solo se la commissione di verifica considera sufficienti i dati in suo possesso e ritiene che lo studio sia necessario e non inutilmente pericoloso, dà il via libera alla sua realizzazione.

Nella fase di pianificazione del trattamento, può chiedere al suo medico se esiste uno studio clinico a cui lei potrebbe eventualmente partecipare. Potrebbe avere l'occasione di accedere a trattamenti nuovi e non ancora omologati. Informazioni sugli studi clinici sono ottenibili anche presso il Gruppo Svizzero di Ricerca Clinica sul Cancro (SAKK) con sede a Berna (vedi capitolo «Ulteriori informazioni»).

«Quando il medico mi ha comunicato la diagnosi sono caduto in un baratro di depressione, disperazione e paura.» In molti pazienti la notizia di un cancro alla prostata scatena un caos emotivo.

Alla preoccupazione per la salute si aggiunge la paura di perdere la propria virilità, e in più anche la pretesa di non mostrarsi insicuri né ansiosi e di poter gestire da soli tutti i problemi. Le proprie aspettative e le convenzioni sociali rendono difficoltoso per molti uomini un approccio aperto alla malattia e alle sue conseguenze. Purtroppo, tale atteggiamento spesso conduce a rassegnazione e chiusura in se stessi.

Ogni persona affronta alla sua maniera la diagnosi di cancro della prostata. Non esiste una ricetta collaudata. In ogni caso, la gestione della malattia e delle sue possibili conseguenze, tra cui i cambiamenti nella vita sessuale, richiede tempo, sia per chi ne è colpito, sia per il suo o la sua partner.

«Ho avuto bisogno di parecchio tempo per riuscire a convivere con questa nuova situazione.»

Le proprie risorse nel gestire la malattia possono essere incentivate da un ambiente comprensivo. Se lei è una persona che non è abituata a richiedere aiuto e a parlare apertamente dei suoi problemi, forse in questa situazione speciale troverà il coraggio di confidarsi con il/la suo/a partner o con altre persone che le stanno vicino. Più si dimostrerà aperto, più il suo ambiente saprà come comportarsi nei suoi confronti e darle l'aiuto di cui necessita.

«All'inizio ho avuto molte difficoltà ad accettare l'aiuto e il sostegno di altre persone.»

Quando le conseguenze psichiche, relazionali o più banalmente pratiche della malattia lo richiedono, può essere utile ricorrere provvisoriamente all'aiuto di uno specialista. Questo tipo di accompagnamento viene definito sostegno psicooncologico, ed è a disposizione non solo del paziente, ma anche del/la partner e delle persone vicine.

A seconda delle necessità, può bastare già un'unica seduta oppure un ciclo di visite. Se desidera beneficiare di un'assistenza psicooncologica, il medico saprà indirizzarla da uno specialista. Anche la Lega contro il cancro può fungere da intermediario (vedi capitolo «Ulteriori informazioni»).

Molti pazienti trovano conforto nel trovarsi con altri uomini nella stessa situazione. In un gruppo di autoaiuto potrà condividere e scambiare esperienze di prima mano riguardo alle preoccupazioni, alle paure e ai problemi legati alla malattia e trovare comprensione e magari anche qualche buon consiglio. Nello scambio di informazioni con altri pazienti bisogna ovviamente tener conto che non tutto ciò che è servito (o ha nuociuto) a qualcun altro valga anche nella propria situazione, comunque per molte persone è incoraggiante sapere che altri hanno attraversato difficoltà simili.

Il medico e la Lega contro il cancro possono darle informazioni sui gruppi di autoaiuto nella sua zona.

Alcuni pazienti preferiscono discuterne su Internet, per esempio nel sito www.krebsforum.ch, gestito dalla Lega contro il cancro.

Lega svizzera contro il cancro

La Lega svizzera contro il cancro è un'organizzazione di utilità pubblica che sostiene i malati di cancro e i loro congiunti. Inoltre si impegna per la prevenzione e per promuovere la ricerca sul cancro.

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00
Fax 031 389 91 60
e-mail info@krebsliga.ch
www.krebsliga.ch

Leghe cantonali e regionali contro il cancro

20 leghe cantonali e regionali in Svizzera e nel principato del Liechtenstein sono attive sul territorio in favore dei malati di cancro e dei loro familiari. Tutte le leghe cantonali offrono i seguenti servizi:

- consulenza / accompagnamento / informazione
- gruppi di discussione / gruppi di autoaiuto
- corsi
- sostegno finanziario
- contatto con servizi esterni (Spitex, servizi di trasporto, ecc.)

Per una panoramica dell'offerta la invitiamo a rivolgersi alla sua lega regionale contro il cancro. Il recapito è fornito dalla Lega svizzera contro il cancro o dal suo medico curante.

Linea cancro 0800 11 88 11

Alla Linea cancro un team di specialisti risponde per telefono alle domande sui tumori. La linea è aperta da lunedì a venerdì, dalle ore 10 alle 18, chiamando lo 0800 11 88 11. La chiamata e il colloquio di consulenza sono gratuiti.

Scambio di informazioni con altri pazienti su Internet

Nel sito www.krebsforum.ch, i pazienti possono entrare in contatto con altri malati, porre domande e scambiare esperienze.

Opuscoli per pazienti e familiari

La Lega svizzera contro il cancro pubblica numerosi opuscoli per pazienti e familiari, che possono essere ordinati direttamente alla Lega contro il cancro o scaricati da Internet (www.krebsliga.ch > Opuscoli).

Gruppo Svizzero di Ricerca Clinica sul Cancro (SAKK)

Gruppo di lavoro che conduce studi clinici in Svizzera con lo scopo di migliorare il risultato delle terapie contro il cancro.

Gruppo Svizzero di Ricerca Clinica sul Cancro

Coordinamento centrale
Effingerstrasse 40
3008 Berna
Tel. 031 389 91 91
Fax 031 389 92 00
E-mail: sakkcc@sakk.ch
www.sakk.ch (> Patienti)

Società svizzera di urologia (SGU)
Office SGU-SSU
15, avenue des Planches
CH-1820 Montreux
Tel. 021 963 21 39
Fax 021 963 21 49
E-mail: office@cpconsulting.ch
www.urologie.ch

Per gli indirizzi di cliniche e urologi consultare www.urologie.ch (> Kliniken und Urologen [DE]/> cliniques et urologues [FR]) o scrivere a info@urologie.ch

Libri

Diagnose: Prostatakrebs.
Ein Ratgeber – nicht nur für Männer.
Lothar Weissbach und Edith A. Boedefeld. 2. Auflage 2007. W. Zuckerschwerdt Verlag.

Prostatakarzinom.
Alternativen zur radikalen Operation.
Ein Ratgeber für Betroffene, Ärzte und medizinisch interessierte Leser.
Ulrich Köppen und Kent Wallner. 3. Auflage 2007. Schattauer Verlag.

Glossario

Androgeni: ormoni sessuali maschili. L'esponente principale è il testosterone

Biopsia: prelievo di tessuto per l'esame microscopico

Brachiterapia: metodo per irradiare un focolaio di cancro. La sorgente radioattiva viene impiantata direttamente nella prostata per irradiare il tumore da distanza molto ravvicinata

Cancro: malattia in cui cellule originariamente sane si alterano e iniziano a moltiplicarsi senza controllo, infiltrando e distruggendo i tessuti adiacenti. In un secondo tempo forma metastasi in altre parti del corpo

Capacità erettile: possibilità di raggiungere l'erezione (potenza)

Incontinenza urinaria: perdita involontaria di urina

Linfonodi (linfoghiandole): organi che appartengono al sistema immunitario. Hanno la forma di piccoli noduli ovali e fungono da stazioni di filtraggio. Nei linfonodi avviene il riconoscimento di microorganismi patogeni o di cellule tumorali e la loro eliminazione parziale o totale

MRI: acronimo dell'inglese Magnetic Resonance Imaging. Come nella TAC, vengono combinate numerosi immagini di una regione del corpo per visualizzare gli organi interni in sezione. Contrariamente alla TAC, questo procedimento non usa i raggi X ma sfrutta i campi magnetici

Oncologo: specialista di malattie tumorali

Patologo: specialista nell'esame delle biopsie al microscopio. Identifica le cellule tumorali e in caso di cancro della prostata stabilisce il punteggio della scala Gleason

PSA: **P**rostata **S**pecific **A**ntigen. Sostanza prodotta dalla prostata e rilasciata nel circolo sanguigno. Il valore del PSA può essere determinato con un esame del sangue e dà indicazioni sulla presenza di alterazioni nella prostata

Psicooncologo: specialista esperto nell'assistenza a persone malate di cancro e ai loro familiari, per aiutarli a superare le conseguenze somatiche e psichiche del cancro

Radio-oncologo: specialista nell'uso della radioterapia per curare il cancro

Radioterapia: irradiazione specifica e mirata del cancro, con lo scopo di uccidere le cellule tumorali

Recidiva: ricaduta, ricomparsa della malattia

Ritenzione urinaria: impossibilità di urinare malgrado la vescica piena

Scala Gleason: il punteggio della scala Gleason dà informazioni sul grado di diversità del tessuto tumorale dal normale tessuto prostatico. Va da 2 a 10 ed è considerato il parametro per giudicare la velocità di crescita del cancro

Scintigrafia ossea o scheletrica: esame in cui al paziente viene somministrata una sostanza debolmente radioattiva che funge da marcatore. Un accumulo della sostanza nelle ossa potrebbe indicare la presenza di metastasi

TAC: acronimo di Tomografia Assiale Computerizzata. Esame radiologico in cui vengono effettuate numerose radiografie di una regione del corpo per ottenere immagini in sezione degli organi interni

Terapia adiuvante: trattamento eseguito in aggiunta all'intervento chirurgico o alla radioterapia in pazienti esposti ad elevato rischio di recidiva, con lo scopo di ridurne il rischio

Transrettale: attraverso l'intestino retto

Transuretrale: attraverso l'uretra

Tumore: accumulo di cellule a crescita incontrollata. Con «cancro» si definisce un tumore maligno

Urologo: specialista di malattie degli organi urinari maschili e femminili, nonché degli organi genitali maschili

Vasi linfatici: i vasi linfatici trasportano la linfa dai tessuti nei linfonodi, dove avviene la distruzione dei microrganismi patogeni o delle cellule alterate

Visite di controllo: assistenza e controlli regolari dopo un trattamento

Ringraziamenti

Per i loro preziosi consigli e contributi si ringraziano:

Dr. med. Richard Cathomas, caposervizio di oncologia medica, Ospedale cantonale dei Grigioni, Coira, richard.cathomas@ksgr.ch

Dr. med. Urs Meier, primario della Clinica di radio-oncologia, Ospedale cantonale di Winterthur, urs.meier@ksw.ch

Dr. med. Räto Strebel, co-primario e direttore del servizio di urologia, Ospedale cantonale dei Grigioni, Coira, raeto.strebel@ksgr.ch

Testo
Dr. med. Dagmar Meyer, Basilea

Versioni
Tedesca, francese, italiana

Ulteriori informazioni
www.mepha.ch

Appunti

23230-400801

Quelli con l’arcobaleno

mepha