

DIAGNOSI E CURA DELLE PATOLOGIE DELLA PROSTATA.

Collana “Luciano Giuliani”



WHAT'S NEW IN
MONTALEGRO
CULTURA DELLA SALUTE





Dott. PAOLO PUPPO
Medico Chirurgo

Nato a Genova il 31/01/1952.

Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Genova nel luglio 1976 con 110/110 e lode.

Abilitazione all'esercizio della professione Medico Chirurgica nel 1976.

Specializzazione in Urologia presso l'Università degli Studi di Genova nel luglio 1979 con 50/50 e lode.

Specializzazione in Andrologia presso l'Università degli Studi di Pisa nel 1986.

Responsabile dell'Urologia Oncologica dell'Humanitas Mater Domini di Castellanza.

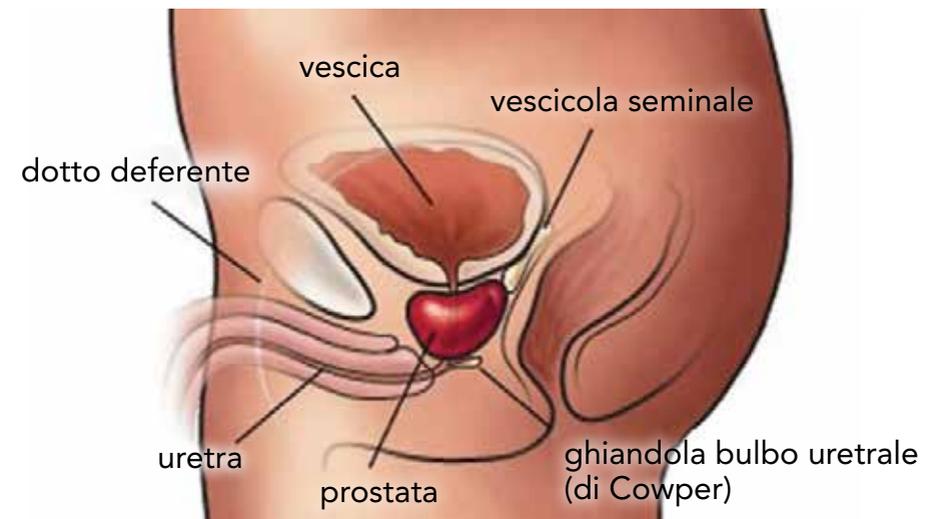
Paolo Puppo garantisce di essere l'autore e l'unico titolare di ogni e qualsiasi diritto esclusivo relativo all'opera oggetto della pubblicazione "Diagnosi e cura delle patologie della prostata".

Egli si impegna pertanto a garantire e manlevare l'Editore da eventuali pretese e/o azioni di terzi che rivendicassero diritti sull'opera oggetto della presente pubblicazione, impegnandosi a tenerlo indenne da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dall'accertamento dell'altrui paternità dell'opera e/o di parti di essa.

Per le sue funzioni e la sua posizione, la prostata è un organo molto importante per la qualità della vita. Un corretto inquadramento dei problemi che questa ghiandola può causare è di vitale importanza per la salute del maschio in tutte le età, ovviamente in misura maggiore con l'invecchiamento ("aging male").

La prostata è una ghiandola impari e mediana, bilobata, che produce gran parte del liquido seminale, localizzata sotto la vescica, dietro il pube e davanti al retto.

È attraversata dal primo tratto dell'uretra, il condotto che dalla vescica porta all'esterno l'urina attraverso il pene.



Cowper

Le malattie della prostata possono essere di origine infiammatoria, neoplastica benigna e neoplastica maligna.

PROSTATITI

Le **prostatiti** sono molto frequenti in età giovanile; possono avere un andamento acuto o cronico ed essere dovute a cause diverse.

Anche nei giovani, in sostanza, la prostata è soggetta a **particolari infiammazioni** dovute a molteplici fattori: infettivi (germi comuni) o comportamentali (stress, fumo, alcol, vita sedentaria, alimentazione inadeguata).

L'infiammazione della ghiandola può essere causa di una serie di disturbi: aumento della frequenza della minzione, bruciore durante minzione ed eiaculazione, pesantezza a livello perineale e testicolare.

Le prostatiti possono essere batteriche o non batteriche, a seconda della presenza o meno di batteri nello sperma, oppure possono presentarsi come prostatodinia (dolore prostatico).

Le prime sono causate frequentemente da germi Gram negativi e, solo in minima parte, da Gram positivi; sono caratterizzate da febbre elevata, brividi, dolori alla parte inferiore della colonna vertebrale e vari gradi di ostruzione vescicale.

Le prostatiti non batteriche sono le più frequenti e vengono spesso contratte per via sessuale (da partner infetto). Il Paziente con dolore prostatico presenta gli stessi sintomi di una prostatite, ma senza infezioni urinarie documentate, né anomalie nel secreto prostatico. Questo problema è frequente nei giovani e causa di notevoli disturbi che possono essere temporaneamente

invalidanti. È possibile individuare per tempo l'insorgenza di una prostatite batterica acuta, in quanto caratterizzata da un improvviso aumento della febbre (prima lieve, poi elevata), brividi, dolore al perineo (zona compresa tra l'ano e la base del pene), minzioni frequenti diurne e notturne e ostruzione vescicale.

Le prostatiti possono essere acute e croniche.

I sintomi della prostatite acuta sono: febbre elevata, dolore perineale e/o uretrale, aumentata frequenza minzionale, con fastidio durante la minzione.

I sintomi delle prostatiti croniche sono più sfumati e possono essere dolorosi (dolenza testicolare, pesantezza dolorosa del perineo, fastidio inguinale, dolore gluteo o alla base della colonna lombo-sacrale), meno frequentemente urinari e sessuali (es. eiaculazione precoce).

La **diagnosi** di prostatite viene in genere realizzata con l'**esplorazione rettale**, che nelle forme acute evoca uno spiccato dolore.

La **spermicoltura** è talora necessaria, anche se in presenza di una forma acuta la terapia antibiotica deve essere comunque imposta e iniziata prima di avere i risultati ed è talora difficile chiedere al Paziente di eseguirla; essa è più utile nelle forme croniche.

Raramente utile l'ecografia transrettale. Le prostatiti (sia acute sia croniche) possono causare **amenti del PSA (Antigene Prostatico Specifico)**, che tuttavia ritorna in genere ai valori di base a cura avvenuta.

Nelle forme recidivanti e in quelle croniche **è fondamentale escludere l'effetto causale di un'ostruzione urinaria a livello**

del collo vescicale, ostruzione talora congenita che, nelle forme più gravi, può manifestarsi anche in età pediatrica. Si tratta di un malfunzionamento della muscolatura liscia vescicale, che confluisce nel primo tratto dell'uretra e, fisiologicamente, contraendosi e aprendosi, "dà il la" all'inizio della minzione. Un'incompleta apertura causa ostruzione (sclerosi del collo vescicale), che costringe la vescica ad aumentare la pressione di uscita dell'urina: poiché nel primo tratto dell'uretra sboccano i dotti eiaculatori, un'elevata pressione in fase minzionale può causare un reflusso di urina al loro interno e quindi di quelli prostatici, con conseguente infiammazione e/o infezione. Una semplice **flussometria**, che comporta una o più minzioni in uno speciale apparecchio che misura il flusso per secondo, può già orientare la diagnosi verso un malfunzionamento del collo vescicale.

La terapia più efficace per le prostatiti batteriche consiste in una cura a base di **farmaci antibatterici**, associati a **farmaci antiinfiammatori**.

Non sempre il risultato della terapia è soddisfacente benché gli antibiotici siano efficaci sui germi patogeni responsabili delle infezioni urinarie; possono perciò essere necessari ripetuti cicli terapeutici.

Ugualmente, anche per le prostatiti croniche è utile associare la terapia antibiotica con i farmaci antiinfiammatori, ma non bisogna dimenticare la possibilità di una causa ostruttiva, che può essere corretta con **farmaci alfa-litici**.

IPERTROFIA PROSTATICA

L'**ipertrofia prostatica**, altrimenti detta adenoma della prostata, è in pratica un ingrossamento benigno della ghiandola, che inizia ben prima di quanto si possa immaginare. Intorno ai 30 anni, la ghiandola tende a modificarsi di consistenza e volume. Progressivamente diventa più grossa e si indurisce. Contemporaneamente la vescica invecchia: la sua parete è per lo più costituita da un muscolo che contraendosi espelle l'urina attraverso l'uretra. Con il tempo, la parete vescicale diventa più debole e si deve ispessire per poter svolgere la sua funzione. Inoltre, diventando più rigida in seguito all'ispessimento, percepisce il proprio riempimento in modo improprio.

Il risultato dell'invecchiamento del complesso prostata vescica, che ancora oggi per comodità è chiamato **ipertrofia prostatica**, è fondamentalmente caratterizzato da tre fenomeni, ciascuno indipendente dall'altro:

1) ingrossamento di volume della prostata, che non ha generalmente risvolti patologici, eccetto in rari casi il sanguinamento nelle urine e avviene anche attraverso la formazione di un lobo mediano detto in passato adenoma (che NON è un pertanto un tumore maligno);

2) comparsa di sintomi e segni urinari. I più comuni sono l'urgenza, la frequenza minzionale, il "bruciore" durante e dopo la minzione percepito a livello del pene, il flusso urinario rallentato, il senso di svuotamento incompleto della vescica, la minzione in due tempi e lo sgocciolamento post-minzionale;

3) l'aumento della pressione necessaria alla vescica per svuotarsi,

che si ripercuote specialmente nel tratto di vescica più distale e nell'uretra prostatica.

Questo fenomeno può determinare le **"complicanze" dell'ipertrofia prostatica**, ovvero la ritenzione urinaria acuta, ovvero l'impossibilità di fatto a svuotare la vescica (richiede il posizionamento di un catetere vescicale in urgenza), **le infezioni urinarie, l'ematuria, il danneggiamento della vescica**, che a volte tende a sviluppare un residuo urinario fisso progressivamente maggiore, **il danneggiamento dei reni** - fenomeno fortunatamente raro - e **i calcoli endovesicali**.

La prevenzione dell'ipertrofia prostatica non esiste; non esistono diete o comportamenti che possano impedirne o ritardarne l'insorgere. Una vita e una dieta sana, equilibrata, priva di abusi, può ritardare l'insorgenza dei sintomi o diminuirne l'entità.

L'inquadramento diagnostico del Paziente sintomatico si basa su alcuni accertamenti: l'**esplorazione rettale**, la **flussometria** con valutazione del ristagno post-minzionale e il **PSA**. L'esplorazione rettale dà un'idea del volume e della consistenza della ghiandola, la flussometria urinaria è un esame non invasivo che misura la velocità di uscita dell'urina e dà un'idea seppur grossolana del danneggiamento della vescica, il PSA serve a escludere la presenza di un tumore maligno.

I principali fattori di rischio per lo sviluppo di complicanze sono il volume prostatico > 30 mL e il PSA > 1.5 mg/L.

Il trattamento dell'ipertrofia prostatica deve essere adattato alla gravità dei sintomi e del danneggiamento vescicale, oltre che alle necessità del singolo Paziente (terapia "su misura"). Solamente la presenza di complicanze rende obbligatorio il trattamento.

L'ipertrofia prostatica, non complicata e asintomatica o modestamente sintomatica, non deve essere obbligatoriamente curata, ma solo monitorata periodicamente per anticipare l'eventuale sviluppo di complicanze o del deterioramento della qualità minzionale. Spesso in questi casi è sufficiente il cambiamento di stile di vita per migliorare la qualità della minzione.

È consigliabile invece curare l'ipertrofia prostatica sintomatica, specialmente quando determina preoccupazione nell'individuo affetto, anche in assenza di complicanze.

La terapia è medica o chirurgica.

La terapia medica si fonda su due categorie di farmaci:

1) alfa litici (alfuzosina, terazosina, tamsulosin, doxazosina, silodosina per citare i principali), che agiscono facilitando il rilasciamento della vescica, sono in grado di ridurre l'entità dei disturbi urinari dal momento dell'assunzione, ma NON sono in grado da soli di ridurre in modo significativo il rischio di complicanze, specialmente nel lungo periodo;

2) inibitori della 5 alfa reduttasi (finasteride, dutasteride), che agiscono sulla qualità dei tessuti prostatici, riducono il volume della ghiandola e l'entità dei disturbi urinari in tempi piuttosto lunghi, circa 4-6 mesi. In associazione con gli alfa litici diminuiscono significativamente il rischio di complicanze anche nel lungo termine.

Prima di stabilire la terapia si deve tenere conto dei principali effetti collaterali di ciascuna categoria di farmaci.

Gli alfa litici possono interagire con altri farmaci anti-ipertensivi e indurre, in soggetti predisposti, crisi di bassa pressione.

Gli inibitori della 5 alfa reduttasi possono interferire, nel 5-10% dei Pazienti trattati, con l'attività sessuale. Inoltre gli alfa litici, specialmente tamsulosin e silodosina, possono essere alla base di fenomeni di perdita dell'eiaculazione.

La terapia chirurgica dell'ipertrofia prostatica dovrebbe essere riservata ai Pazienti che chiedono immediatamente la terapia migliore in termini di controllo dei sintomi e riduzione del rischio di complicanze; oppure a Pazienti in terapia medica ma insoddisfatti; o, ancora, in caso di complicanze per Pazienti che non abbiano importanti malattie concomitanti e una significativa aspettativa di vita. Una conseguenza molto frequente della chirurgia è la perdita della eiaculazione, di cui il Paziente DEVE essere sempre edotto; non è noto alcun effetto significativo sull'erezione.

La tecnica chirurgica più utilizzata nel mondo è l'**incisione/resezione endoscopica transuretrale della prostata**. L'adenomectomia "**a cielo aperto**" viene utilizzata molto più raramente e solo in caso di ghiandole prostatiche eccedenti il peso di 100 gr (5 volte il normale).

L'incisione/resezione endoscopica della prostata consiste nell'allargamento della porzione distale della vescica, del collo vescicale e del tratto di uretra che passa all'interno della prostata. Può essere eseguito con un'ansa a corrente elettrica monopolare o bipolare (TURP bipolare) e con diversi tipi di laser.

La **TURP bipolare** sta sostituendo la monopolare perché ha risultati equivalenti ma, utilizzando un circuito bipolare che NON attraversa il Paziente e la soluzione salina, è più sicura. L'uso del **laser (a olmio o a tullio)** dovrebbe assicurare un minor sanguinamento, ma in realtà la miglior garanzia per una buona emostasi e per un decorso postoperatorio scevro da problemi sta nell'esperienza dell'operatore.

TUMORI DELLA PROSTATA

I tumori maligni della prostata sono rappresentati nella quasi totalità dall'**adenocarcinoma prostatico**. Pur essendo in ogni caso maligno, ossia in grado di generare metastasi, può comportarsi in maniera molto diversa in base a quanto le cellule che lo costituiscono differiscono dalle cellule prostatiche dai cui originano. Diagnosticando precocemente e trattando tutti i tumori della prostata, si corre perciò il rischio di trattare tumori indolenti, che non avrebbero mai portato a morte; non eseguendo diagnosi precoce, ovviamente, il rischio è di avere delle morti per tumore che avrebbero potuto essere evitate.

Il punto fondamentale è quindi una diagnosi il più precisa possibile, che non ci dica solo che il tumore è presente, ma che indichi anche di quale tipo è. In altre parole si possono anche non trattare una parte di tumori della prostata, ma bisogna che la diagnosi di tumore a basso rischio sia sicura.

Il sospetto di tumore alla prostata si basa sull'esplorazione rettale e segni/sintomi riconducibili a un'estensione locale o a

distanza della neoplasia, **ma soprattutto sui marcatori tumorali, in primo luogo il PSA**. Non esiste un valore "normale" del PSA, in quanto esso va "interpretato" dallo Specialista. Il PSA è molto sensibile, ma è poco specifico, ossia non indica solo la presenza di tumore; quindi il limite del dosaggio annuale del PSA è che molti Pazienti eseguono biopsie prostatiche "inutili", cioè che non identificano alcun tumore e idealmente dovrebbero essere risparmiate. L'utilizzo di farmaci inibitori delle 5 alfa reduttasi, come la dutasteride, non influenza negativamente la sensibilità del PSA; al contrario una corretta valutazione del PSA in corso di terapia, una volta raggiunto il nadir, affina le possibilità di una previsione corretta.

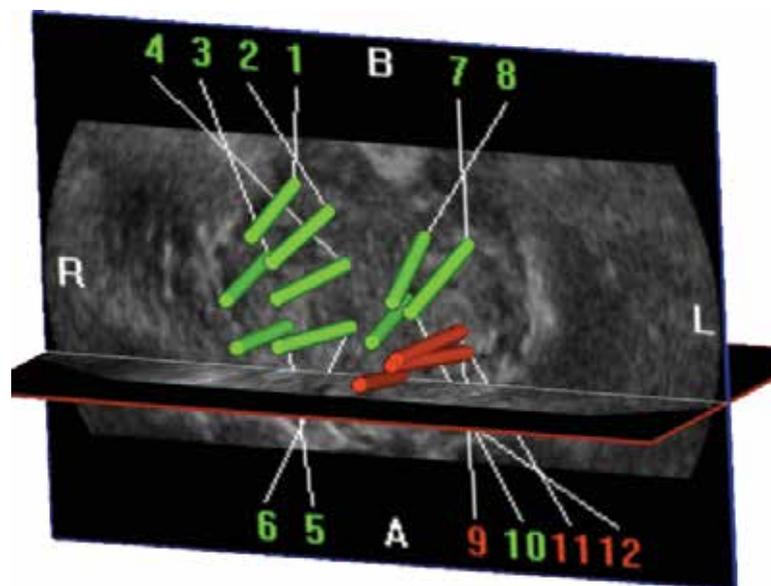
Negli ultimi anni si sono resi disponibili due importanti marcatori di malattia prostatica che stanno contribuendo a migliorare la capacità diagnostica del PSA. Il primo marcatore è denominato **PHI** (acronimo della denominazione inglese Prostate Health Index, cioè Indice di salute prostatica) e deriva da un'elaborazione matematica dei dati relativi a tre analisi: PSA totale, PSA libero e [-2]proPSA. Un secondo marcatore, il **PCA3**, è risultato molto utile nell'indicare quali Pazienti debbano essere sottoposti a un'ulteriore biopsia. Il PCA3, a differenza dell'indice PHI che necessita di un prelievo di sangue, è un marcatore misurato nelle urine dei Pazienti dopo l'esplorazione rettale. In conclusione, l'**indice PHI** e il **PCA3** sono nuovi e promettenti marcatori tumorali nei Pazienti, con sospetto cancro prostatico. Hanno due ruoli differenti e complementari.

In ogni caso, l'esame fondamentale per la diagnosi di tumore

della prostata è la **biopsia prostatica**, che si esegue normalmente attraverso il retto con l'aiuto di una sonda ecografica. Purtroppo sinora la qualità della biopsia prostatica è sempre stata molto bassa. Infatti l'ago della biopsia viene guidato dall'immagine ecografica, quando sappiamo che il tumore ha ecograficamente lo stesso aspetto del tessuto normale. Per migliorare l'attendibilità della biopsia è stato aumentato a dismisura il numero di prelievi, sino agli attuali 18 o persino 24, per realizzare un mappaggio della prostata e non una biopsia mirata. L'ecografia dovrebbe fornire la localizzazione della biopsia, ma è in 2 dimensioni e non consente la registrazione del tragitto dell'ago. Quindi non si riesce a determinare se si sta eseguendo un reale mappaggio o se si continua a biopsiare la stessa zona. In pratica la biopsia attualmente è del tutto operatore-dipendente.

L'accuratezza della **risonanza magnetica (RM)** è molto superiore a quella dell'**ecografia** e della **tomografia computerizzata (TC)** nella discriminazione tra tessuto normale e neoplastico. Con le nuove apparecchiature, si giunge anche a una capacità di diagnosi del 90%. Purtroppo, non è al momento possibile eseguire una biopsia sotto RM. In pratica, quando si fa la biopsia, si riesce a disporre di immagini che rivelano condizioni sospette, ma non consentono di mirare le lesioni, in quanto l'immagine ecografica è del tutto diversa. È da poco disponibile in Italia un nuovo software che agisce in combinazione con un **ecografo in 3D** ed è in grado di combinare le immagini RM con quelle ecografiche. In pratica quindi si lavora in 3 dimensioni (e infatti, per comodità, parliamo di **stereobiopsia prostatica**), con la possibilità di simulare il tragitto della biopsia e cambiarlo se non soddisfacente e, ancora, di registrare il tragitto di ogni biopsia eseguita. In più, la zona designata dalla RM come la più sospetta, dopo la fusione di immagine con l'ecografia, compare come

un bersaglio nell'immagine ricostruita in 3D, in modo tale che l'operatore può pianificarne (e verificarne) l'effettiva puntura.



La stereobiopsia aumenta la precisione della biopsia, evitando di pungere più volte la stessa zona e consente di mirare le zone risultate sospette alla RM. Inoltre, registra una mappa tridimensionale delle biopsie eseguite in modo tale che, abbinando i risultati dell'esame istologico, si possa ricostruire con discreta approssimazione la localizzazione e il volume del tumore. Sicuramente la stereobiopsia aumenterà quella che si definisce "detection rate" (ossia il numero di tumori diagno-

sticati per numero di biopsie eseguite), ma dovrebbe diminuire di molto anche il numero delle ribiopsie, cioè della replica di biopsie.

Questi dati, assieme al grado di malignità del tumore, contribuiscono in maniera decisiva a stabilire la categoria di rischio. Una volta stabilito correttamente il rischio, il trattamento può essere pianificato con una sicurezza molto maggiore. In altre parole, di fronte a un piccolo tumore a bassa malignità, si può tranquillamente proporre come opzione anche la semplice vigile attesa, mentre nel caso di un tumore di 1-2 cm a malignità anche solo intermedia sarà necessario un trattamento chirurgico o radioterapico. Le biopsie effettuate sinora non davano assolutamente lo stesso grado di affidabilità.

Come già anticipato, il tumore della prostata, pur se sempre maligno, può avere diversi gradi di malignità. La diversità è sintetizzata da un numero detto "**somma di Gleason**" (**Gleason score - GS**), che va da 4 a 10.

Gli adenocarcinomi GS 8-10 (definiti come scarsamente differenziati) sono i più aggressivi, tendono frequentemente a provocare metastasi e hanno un decorso molto più rapido. Gli adenocarcinomi Gleason 4-6 (definiti come ben differenziati) sono al contrario molto lenti, qualche volta addirittura indolenti e richiedono talora anni per portare gravi conseguenze al Paziente. Gli adenocarcinomi Gleason 7 presentano caratteristiche di aggressività intermedie.

Mettendo insieme le varie caratteristiche del tumore (Gleason score, marcatori preoperatori, indicatori bioptici), i tumori della

prostata vengono divisi in categorie di rischio (alto, medio e basso); per rischio si intende ovviamente quello di morte dovuta a cancro della prostata.

Inoltre la neoplasia al momento della diagnosi può avere una diversa diffusione nell'organismo. Può essere completamente contenuta all'interno della ghiandola (in termini tecnici, stadio T2; T1 se la neoplasia non può essere palpata dal retto o identificata con esami radiologici); può aver intaccato i tessuti che rivestono la ghiandola (stadio T3); oppure può infiltrare la vescica o il retto (stadio T4). Quando la neoplasia acquisisce la capacità di diffondersi a distanza, può dare metastasi ai linfonodi più prossimi alla prostata (stadio N1), oppure, più raramente, alle ossa o altri organi (stadio M1).

Lo stadio della neoplasia è definito dall'esplorazione rettale e da indagini strumentali accessorie che si eseguono solo in caso di fondato sospetto di diffusione metastatica (es. in caso di PSA > 20 ng/ml alla diagnosi o di neoplasia scarsamente differenziata o di franca infiltrazione dei tessuti circostanti o degli organi adiacenti). Nei casi di neoplasia metastatica o M1 all'esordio, l'unica terapia percorribile è medica, negli altri casi sono possibili diverse opzioni terapeutiche in base alle caratteristiche del tumore e del Paziente.

Si possono definire 4 categorie di tumore alla prostata non metastatico, attraverso la combinazione di PSA alla diagnosi, somma di Gleason e stadio:

1) basso rischio: neoplasie completamente contenute all'interno della ghiandola, T1 o T2, ben differenziate con PSA alla diagnosi < 10;

2) medio rischio: neoplasie completamente contenute all'interno della ghiandola, T1 o T2 e caratterizzate da differenziazione moderata (Gleason score 7) o da PSA alla diagnosi ≥ 10 ;

3) alto rischio: neoplasie che infiltrano i tessuti circostanti la ghiandola (T3), oppure neoplasie scarsamente differenziate (Gleason score 8-10), oppure con PSA alla diagnosi ≥ 20 ng/ml o diverse combinazioni di ciascuna di queste caratteristiche;

4) altissimo rischio: neoplasie che alla diagnosi infiltrano gli organi circostanti (T4) o presentano metastasi linfonodali (N+).

Vediamo le terapie del tumore alla prostata non metastatico:

1) Tumore a basso rischio

In questo caso il trattamento è fortemente dipendente dall'aspettativa di vita del Paziente che è una combinazione dell'età e delle patologie concomitanti (es. malattie cardiache, respiratorie, vascolari, diabete, concomitanti neoplasie etc.). Le opzioni disponibili sono la sorveglianza attiva, gli ultrasuoni focalizzati (HIFU), l'intervento chirurgico e la radioterapia.

La **sorveglianza attiva** consiste nel monitoraggio del PSA, visite rettali, eventuali ripetizioni della biopsia prostatica a intervalli predeterminati. In caso di segni di progressione della malattia è necessario passare a un trattamento attivo, ovvero intervento chirurgico o radioterapia. La sorveglianza attiva è un trattamento emergente non ancora validato scientificamente e che richiede comunque un'attendibilità massima della biopsia.

L'intervento chirurgico e la radioterapia possono essere eseguite in questo caso con le tecniche più conservative (**prostatectomia "nerve sparing"/intrafasciale, tomoterapia**), atte a preservare la continenza urinaria (che in questi casi ha una probabilità prossima al 100%) e l'erezione (che in questi casi ha una probabilità prossima al 70%). Con la chirurgia, l'eiaculazione viene comunque persa. Da segnalare che in caso di ricaduta della malattia dopo l'intervento, è possibile eseguire ancora una radioterapia sul letto chirurgico a scopo curativo, mentre non è possibile il contrario.

In casi con bassa aspettativa di vita, la probabilità che la malattia abbia il tempo di progredire e causare complicanze mortali è praticamente virtuale e in questo caso non dovrebbe essere curata.

2) Tumore a medio o alto rischio

In questo caso, se si escludono soggetti con importanti malattie concomitanti che limitano fortemente l'aspettativa di vita, la probabilità che la malattia progredisca e possa risultare fatale è significativa e pertanto è richiesto un trattamento.

È preferibile iniziare con l'intervento chirurgico (**prostatectomia non "nerve sparing", con linfadenectomia estesa**), che in questo caso, per maggiore sicurezza del Paziente, non può essere conservativo limitando fortemente la possibilità di recupero spontaneo della funzione erettile se si escludono casi a medio rischio con neoplasia identificata solo in un lobo della ghiandola. L'intervento eventualmente può essere coadiuvato da una successiva terapia radiante o ormonale a discrezione del clinico.

Non è da escludere a priori iniziare la cura con la radioterapia, ma questa preclude la possibilità di una chirurgia sicura "di salvataggio" in caso di ricaduta e richiede obbligatoriamente, per le neoplasie localmente avanzate, la combinazione con la terapia ormonale costringendo a subire gli effetti collaterali che non sono certo trascurabili.

3) Altissimo rischio

Nei casi in cui la chirurgia non è praticabile, si deve ricorrere alla radioterapia combinata alla terapia ormonale. Laddove la chirurgia è percorribile senza incorrere in eccessive mutilazioni per il Paziente, deve essere eseguita come primo passo e seguita dalla combinazione di radioterapia/terapia ormonale.

PUBBLICAZIONE

What's new in

COLLANA

Luciano Giuliani



MONTALLEGRO

TITOLO

Diagnosi e cura delle patologie della prostata.

AUTORE

Dott. Paolo Puppo

EDIZIONE

Casa di Cura Villa Montallegro

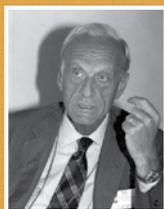
DIRETTORE RESPONSABILE

Francesco Berti Riboli

HA COLLABORATO

Mario Bottaro (Redazione)

Stampato nel mese di dicembre 2012



COLLANA DEDICATA AL PROF. LUCIANO GIULIANI

Pian di Scò (AR) il 4 Novembre 1928 - Genova 18 agosto 1994.

Direttore dal 1971 al 1994 della Clinica Urologica - e relativa Scuola di Specializzazione - dell'Università degli Studi di Genova (a Lui oggi dedicata).

Presidente della Società Italiana di Urologia dal 1978 al 1982.

Presidente del X Congresso della Società Europea di Urologia nel 1992.

"Padre e maestro di vita e di scienza" di tutti gli urologi cresciuti in Genova.

Altre pubblicazioni della stessa collana:

Trattamento "su misura" dei tumori della vescica.

Il trattamento endoscopico dei calcoli di rene, uretere e vescica.

CASA DI CURA VILLA MONTALLEGRO

Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova - Tel. +39 010 35311 - Fax +39 010 3531 397

Call center +39 010 3531.283 (lunedì - venerdì dalle ore 9 alle 13 e dalle ore 13.30 alle ore 18)

clienti@montallegro.it - info@montallegro.it - www.montallegro.it

