

TUMORE DELLA PROSTATA: UNA RISPOSTA ALLE DOMANDE PIÙ FREQUENTI DEL PAZIENTE.

Collana “per saperne di più”



WHAT'S NEW IN
MONTALEGRO
CULTURA DELLA SALUTE





Prof. ALCHIEDE SIMONATO
Medico Chirurgo

Nato a S. Michele al Tagliamento
(VE) il 12/03/1961.

Laurea in Medicina e Chirurgia
presso l'Università degli Studi
di Trieste nel 1989.

Abilitazione all'esercizio della
professione Medico Chirurgica
nel 1989.

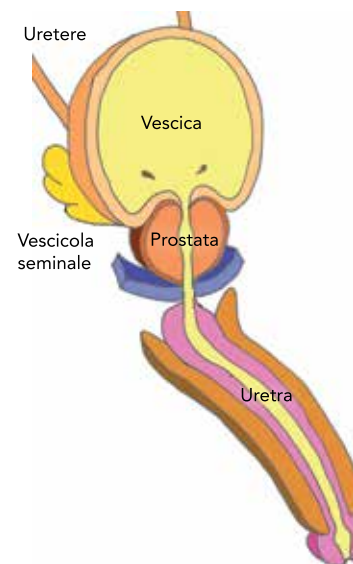
Specializzazione in Urologia
presso l'Università degli Studi
di Trieste nel 1994.

Professore Associato di Urologia
presso l'Università degli Studi di
Genova.

Dirigente Medico di I° livello
presso la Clinica Urologica
"L. Giuliani" IRCCS Azienda
Ospedaliera Universitaria San
Martino - IST - Istituto Nazionale
per la Ricerca sul Cancro.

Alchiede Simonato garantisce di
essere l'autore e l'unico titolare
di ogni e qualsiasi diritto esclusivo
relativo all'opera oggetto della
pubblicazione "Tumore della pro-
stata: una risposta alle domande
più frequenti del Paziente".

Egli si impegna pertanto a garan-
tire e manlevare l'Editore da even-
tuali pretese e/o azioni di terzi che
rivendicassero diritti sull'opera
oggetto della presente pubbli-
cazione, impegnandosi a tenerlo
indenne da ogni conseguenza
pregiudizievole derivante dall'ac-
certamento dell'altrui paternità
dell'opera e/o di parti di essa.



COS'È LA PROSTATA?

La prostata fa parte del sistema ripro-
duttivo maschile. Ha le dimensioni e la
forma di una castagna e pesa circa 20
grammi. Come si vede dalla figura, la
prostata si trova sotto la vescica e pog-
gia con il suo apice su una struttura mu-
scolare: il muscolo elevatore dell'ano. Le
fibre anteriori di questo muscolo sono
molto importanti perché concorrono a
costituire lo sfintere striato (proprio la
conservazione e il rispetto di queste fi-
bre da parte del Chirurgo saranno de-

terminanti per il mantenimento della continenza nei Pazienti che si sotto-
pongono a chirurgia prostatica). La prostata è attraversata da un canale
chiamato uretra. L'uretra permette lo svuotamento della vescica facendo
passare l'urina attraverso il suo lume. La funzione principale della prostata
è di produrre parte del liquido seminale (sperma). Durante l'eiaculazione
gli spermatozoi prodotti nei testicoli e i fluidi prodotti dalla prostata e
dalle vescichette seminali sono spinte nell'uretra prostatica e da qui all'e-
sterno attraverso l'uretra del pene. Con l'invecchiamento, aumentano le
possibilità di avere un tumore prostatico. Il tumore della prostata è tra i
tumori più comuni nei maschi ed è una delle cause più frequenti di morte
per tumore nel sesso maschile. I progressi nella sorveglianza, nella dia-
gnosi e nel trattamento hanno migliorato la prognosi e la sopravvivenza
dei Pazienti con questa malattia.

COSA SI INTENDE PER TUMORE LOCALIZZATO DELLA PROSTATA?

Il tumore localizzato della prostata è un tumore che non si è esteso al di

fuori della prostata. Un tumore esteso ad altre parti del corpo è più difficile da trattare e non può più essere curato chirurgicamente.

Attualmente molti dei tumori prostatici diagnosticati sono confinati alla prostata. Se non trattati, i tumori localizzati possono crescere e invadere altre parti del corpo o metastatizzare e causare la morte del Paziente.

Anche se alcuni tumori possono crescere molto rapidamente, la maggior parte cresce molto lentamente nell'arco di anni. Ne consegue che una persona di 80 anni, portatore di tumore prostatico localizzato a lenta crescita, morirà più probabilmente con il tumore alla prostata e non per il tumore stesso.

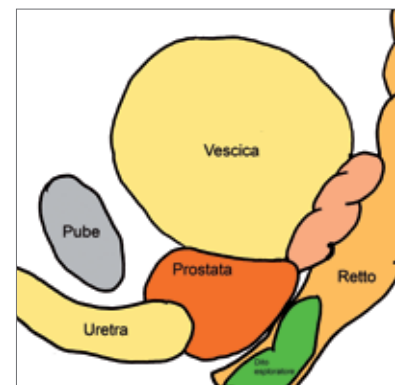
QUALI SONO I SINTOMI DEL TUMORE LOCALIZZATO DELLA PROSTATA?

Con l'invecchiamento, l'uomo può andare incontro a sintomi urinari. Questi possono includere una riduzione di potenza del flusso e la necessità di andare frequentemente a urinare, sia durante il giorno sia durante la notte. Questi non sono sintomi di un cancro della prostata ma di una malattia assolutamente benigna chiamata "ipertrofia prostatica". Negli stadi iniziali solo pochissimi uomini presentano dei sintomi come disturbi urinari o dolore. Poiché non ci sono segni clinici di allarme, per questo tumore il parere Medico specialistico è fondamentale nella diagnosi.

COME SI FA LA DIAGNOSI DEL TUMORE DELLA PROSTATA?

Ci sono due esami usati per trovare il tumore della prostata. Uno è l'esplorazione rettale, l'altro è un esame del sangue per ricercare l'antigene prostatico specifico (PSA).

L'esplorazione rettale è parte di un esame obiettivo, eseguito dal Medico con l'utilizzo di un guanto e del lubrificante. Il dito, disegnato in verde nella figura, è introdotto nel retto in modo tale da poter apprezzare la superficie prostatica.



L'area di prostata adiacente al retto è quella in cui più comunemente si sviluppa questo tumore. Se la prostata ha un nodulo duro o appare irregolare, si può ipotizzare di avere a che fare con un segno di cancro della prostata.

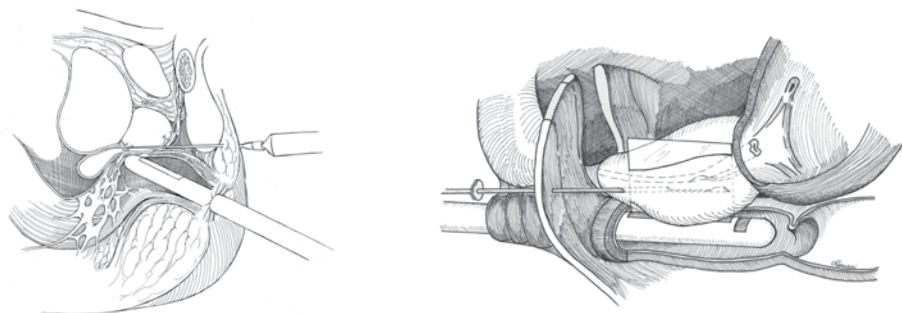
Il PSA è una proteina prodotta da cellule prostatiche. Negli uomini, il PSA può essere trovato nel sangue. Una prostata sana non rilascia molto PSA, così livelli ematici elevati di PSA possono essere un indice (sospetto) di tumore prostatico. Il PSA può però essere elevato per altre ragioni come una crescita benigna (non cancerosa) della prostata o a causa di infezioni urinarie o prostatiche (infiammatorie). Bassi livelli ematici di PSA d'altro canto non significano sempre che non ci sia un cancro della prostata. Molti tumori prostatici di basso stadio possono iniziare a crescere con livelli di PSA relativamente bassi.

Oggi i tumori prostatici sono individuati principalmente con l'analisi del PSA.

Questo esame ha aiutato i Medici a scoprire e trattare molti tumori prostatici che altrimenti non sarebbero stati "smascherati".

Inoltre bisogna ricordare che, anche quando c'è un'evidenza clinica di tumore prostatico, per fare diagnosi di certezza bisogna ricorrere a una biopsia. La biopsia è una procedura che preleva con un ago numerosi campioni di tessuto prostatico. Per guidare l'ago si esegue di solito un'ecografia trans rettale.

Il materiale prelevato viene poi affidato all'Anatomopatologo



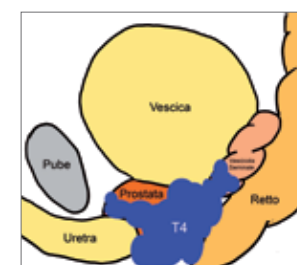
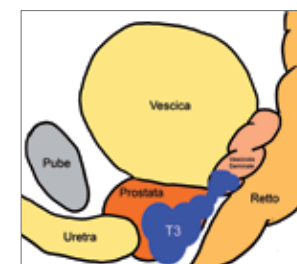
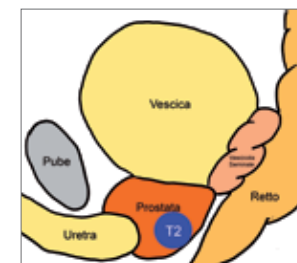
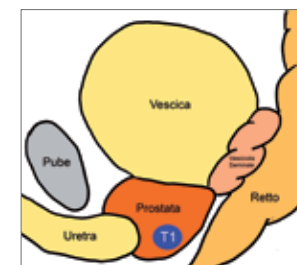
(è un esperto che studia con il microscopio e con particolari colorazioni i cambiamenti che avvengono nei tessuti del corpo a causa delle malattie). Il Patologo guarda e valuta i campioni di tessuto per determinare la presenza del tumore. Per fortuna molti uomini sottoposti alla biopsia non hanno il cancro. La biopsia, se fatta bene, generalmente ha pochissime complicanze (infezioni o sanguinamenti) e queste sono sempre di rapida risoluzione.

COS'È IL GRADO DEL TUMORE?

Se è riscontrato un tumore, il Patologo gli attribuisce un "grado". Il grado è la misura (una fondata previsione) di quanto rapidamente il tumore potenzialmente può crescere e diffondersi. Il più comune sistema di misura del grado del tumore per la prostata è il punteggio Gleason. Il punteggio di Gleason va da 2 a 10. Per determinare il grado di un tumore, il Patologo attribuisce un punteggio a ogni campione di tessuto della biopsia e poi somma i due valori più comuni per ottenere il punteggio Gleason. I punteggi da 2 a 4 indicano una bassa aggressività, tuttavia questi valori in sostanza si riscontrano quasi mai dopo una biopsia. Il punteggio più basso e meno aggressivo che si riscontra è di 5. Tumori con valori di Gleason superiori a 6 mostrano via via una maggiore aggressività e pericolosità.

COS'È LO STADIO DEL TUMORE?

Lo stadio del tumore indica la sua dimensione e la sua diffusione. Come per altri tumori, i carcinomi che interessano solo una piccola parte della prostata hanno le maggiori possibilità di essere curati rispetto a tumori diffusi a tutta la ghiandola. Tuttavia anche le neoplasie che interessano tutta la ghiandola, ma confinate nell'organo, sono più facilmente guaribili rispetto a quelle estese al di fuori della prostata. Sfortunatamente, i tumori diffusi in altre sedi distanti dalla prostata stessa, come i linfonodi o le ossa, hanno una prognosi peggiore. Il sistema utilizzato per la stadiazione (la valutazione dell'estensione della malattia mediante esami clinici e strumentali) del tumore è il sistema TNM che indica T = Tumor (tumore, in blu nello schema), N = Nodes (linfonodi) e M = Metastasis (metastasi). Usando la voce "T" del sistema, i tumori localizzati all'interno della prostata sono stadati come T1 e T2. I T1 (a-b-c), hanno un'esplorazione digito-rettale normale, mentre i T2 (a-b-c) hanno un'esplorazione digito-rettale non normale, ma non vi è segno di sconfinamento del tumore al di fuori della prostata. I T3 hanno un'esplorazione digito-rettale che rileva uno sconfinamento della neoplasia al di fuori della ghiandola. Con N0 s'intende che non vi è segno di invasione del tumore ai linfonodi della prostata. Con M0 s'intende che non vi sono metastasi rilevabili. Se il tumore si è diffuso ai linfonodi o ad altre parti del corpo, lo stadio è modificato a N (1-2) per i linfonodi e/o M (1a-1b-1c) per le metastasi.



COSA SI DOVREBBE CONSIDERARE NELLA SCELTA DEL TRATTAMENTO?

Quattro punti sono veramente importanti nel scegliere un trattamento per il tumore della prostata:

- 1) qual è la propria aspettativa di vita;
- 2) qual è lo stato di salute generale;
- 3) quali sono le caratteristiche del tumore;
- 4) quali sono le preferenze personali del Paziente.

1) Aspettativa di vita: quanto a lungo ci si aspetta che il Paziente viva?

L'aspettativa di vita, legata all'età "fisiologica" del Paziente, è un parametro molto importante da considerare nella scelta del trattamento. Quando l'aspettativa di vita di un uomo è abbastanza lunga (maggiore di 10 anni), anche il tumore localizzato della prostata può causare morte. Con l'avanzare dell'età o in concomitanza con altre gravi malattie, le probabilità che il tumore peggiori o sia la causa della morte sono molto minori.

2) Stato di salute generale: quali altri problemi di salute si hanno?

Lo stato di salute generale include la storia della salute del Paziente e la storia della salute della sua famiglia. Devono essere prese in considerazione tutte le malattie cardiorespiratorie e metaboliche, ma soprattutto bisogna valutare se sono ben compensate dalla terapia specifica, perché queste influenzano l'aspettativa di vita. Inoltre le malattie associate possono aumentare sensibilmente i rischi e le complicanze dei trattamenti.

3) Caratteristiche del tumore: quanto aggressiva è la malattia?

Il trattamento del carcinoma prostatico è molto complesso e la sua storia clinica è abbastanza imprevedibile. Tuttavia in linea di massima possiamo dire che esistono neoplasie a basso rischio, a rischio intermedio e ad alto rischio. Il PSA, il Gleason score e l'esplorazione rettale attribuiscono il

rischio della malattia. La decisione di trattare o sorvegliare la malattia va attentamente concordata con il Medico in base a un rapporto di estrema fiducia perché bisogna essere coscienti che qualsiasi decisione può essere discussa e messa in dubbio da altri Medici o Pazienti.

4) Preferenze personali: cosa è importante per noi?

Ogni uomo ha priorità diverse e ha una propria visione della vita e della malattia.

Questa premessa fa sì che si possano avere diverse preferenze nel scegliere il tipo di trattamento. Alcuni uomini vogliono eliminare il tumore, indipendentemente dalla propria età e dallo stadio e grado della malattia. Sono disposti ad affrontare le complicanze del trattamento in cambio della possibilità di una cura. Altri sono preoccupati di come alcuni trattamenti potrebbero peggiorare la propria qualità di vita soprattutto nella sfera sessuale e relazionale e la loro scelta potrebbe essere condizionata dal voler evitare certe complicanze. Tutto sommato le valutazioni personali di ogni Paziente sono il punto più importante nella scelta del trattamento.

QUAL È IL TRATTAMENTO PER IL TUMORE PROSTATICO LOCALIZZATO?

I trattamenti curativi per il tumore localizzato della prostata sono **la chirurgia e la radioterapia**.

Non ci sono informazioni univoche che mostrino uno dei trattamenti come nettamente migliore dell'altro, anche se nel Paziente giovane a rischio intermedio o alto si preferisce la chirurgia. Negli uomini con un tumore molto aggressivo, le possibilità che la neoplasia si ripresenti sono purtroppo alte con qualunque di questi trattamenti.

La prostatectomia radicale è un'operazione che rimuove chirurgicamente la prostata. Il termine "radicale" indica che l'intera prostata e i tessuti circostanti sono rimossi. Può essere eseguita con tecnica chirurgica tradizionale "a cielo aperto" o per via laparoscopica, con o senza l'aiuto del robot.

La radioterapia può essere utilizzata con due metodiche: brachiterapia e radioterapia esterna. Con la brachiterapia s'impiantano dei piccoli "semi" radioattivi nella prostata. Questa operazione si esegue con l'utilizzo di aghi che attraversano la pelle fra scroto e ano. Con la radioterapia esterna la prostata e gli altri tessuti importanti sono trattati con un fascio di radiazioni esterno attentamente mirato. Le due terapie radianti possono essere anche combinate.

La terapia ormonale può ridurre i sintomi del cancro negli uomini che non possono essere trattati con altre terapie o scelgono di non sottoporsi a esse. La terapia ormonale può peggiorare una patologia diabetica o cardiaca preesistente. Non è usualmente indicata nella cura di una malattia localizzata nei Pazienti con età inferiore ai 73-75 anni.

Si sta studiando la possibilità di eseguire una terapia focale conservativa nei Pazienti a basso rischio che presentano un unico focolaio neoplastico. Le tecniche adottate sono la crioterapia e le radiofrequenze. I risultati sono in corso di valutazione, tuttavia esistono alcune perplessità, la maggiore delle quali è la multifocalità del carcinoma prostatico, per cui si rischierebbe di non essere curativi. Inoltre queste tecniche possono avere complicanze locali piuttosto gravi, soprattutto per il retto, vista la posizione periferica delle lesioni neoplastiche prostatiche.

QUALI SONO BENEFICI E RISCHI DI OGNI TRATTAMENTO?

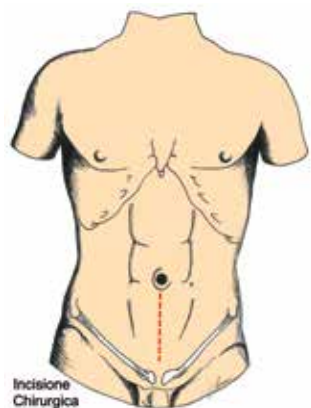
Sorveglianza attiva o vigile attesa

La sorveglianza attiva può essere una scelta personale o dovuta a una breve aspettativa di vita e alla volontà di evitare possibili problemi col trattamento. In alcuni casi può essere una buona scelta per uomini con lunga aspettativa di vita e tumore a basso-rischio. Questi Pazienti di solito hanno un basso punteggio Gleason, un basso valore di PSA e uno stadio clinico iniziale. Studi clinici dimostrano che Pazienti con tumore localizzato, di basso grado presentano minori probabilità di crescita tumorale nei primi 10 anni dalla diagnosi.

Il principale svantaggio della sorveglianza attiva è che nel tempo il tumore può peggiorare le sue caratteristiche fino a diventare in-trattabile. Infatti, i segni del peggioramento del tumore e il momento esatto per iniziare una terapia non sempre sono evidenti. Se il cancro si diffonde oltre la prostata nel periodo fra due controlli, ci sono buone possibilità che non sia più curabile. Quando esso si diffonde nell'organismo, spesso lo fa aggredendo le ossa. Ciò provoca dolore e può impedire alla persona di intraprendere le normali attività quotidiane, peggiorando la qualità della vita residua.

Prostatectomia radicale e radioterapia

Queste due terapie sono le uniche che possono essere considerate curative (cioè in grado di rimuovere la malattia). Gli effetti indesiderati più comuni sono l'impotenza (erezione non sufficiente a condurre un rapporto soddisfacente), l'incontinenza urinaria (perdita involontaria di urine) e altri sintomi urinari. Inoltre possono manifestarsi problemi intestinali, problemi rettali come sanguinamenti, fastidi o dolore. Ogni terapia può presentare complicanze più o meno gravi. Nessuna terapia è a rischio zero.



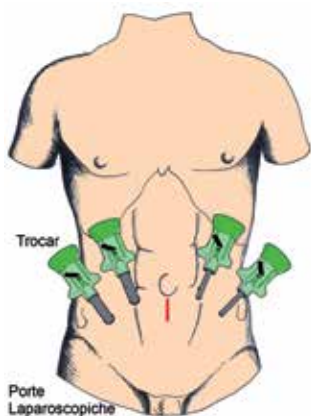
Prostatectomia radicale

La prostatectomia radicale è un'operazione che prevede la rimozione della prostata. La chirurgia richiede un'anestesia e il Paziente può essere dimesso anche solo dopo 3 giorni con un catetere vescicale. Solitamente però, per maggiore tranquillità, è dimesso dopo 7 giorni, senza catetere, capace di minzioni spontanee. Il principale beneficio di questa

terapia è quello di rimuovere tutto il cancro. Tuttavia se esso è già diffuso, la rimozione può non essere curativa e quindi non indicata. Se la neoplasia è localizzata, questo trattamento offre la possibilità di liberarsi della malattia per il resto della propria vita. Lo svantaggio principale sono le complicanze legate all'intervento chirurgico. La disfunzione erettile e l'incontinenza urinaria sono i problemi più comuni. L'incontinenza urinaria dopo prostatectomia radicale attualmente è di raro riscontro e di solito si riduce o scompare col tempo. Altri

problemi riportati dai Pazienti includono: irritazione vescicale, sintomi gastrointestinali, infezioni vescicali, riduzione del flusso urinario e perdita di urine.

Le probabilità di avere una disfunzione erettile dipendono dall'età e dallo stato di salute del Paziente, dalla sua funzione sessuale prima del trattamento, dallo stadio del tumore e dell'abilità dell'operatore a preser-



vare i nervi che controllano l'erezione durante l'intervento. Gli uomini più giovani (quelli sotto i 60 anni) hanno maggiore possibilità di preservare l'erezione. Anche se questo problema si presenta dopo l'intervento, può risolversi nel tempo. Ci sono inoltre farmaci e dispositivi che possono aiutare a trattare il problema.

Oggi esistono diversi modi di rimuovere la prostata: a cielo aperto (con il taglio), laparoscopico (con piccoli fori sull'addome) o con il robot.

Nelle due illustrazioni sono segnate in rosso le incisioni della parete addominale necessarie per i due tipi d'intervento. Nella tecnica laparoscopica classica o robot assistita sono praticate delle piccole incisioni necessarie per l'inserimento dei trocar, vere e proprie porte di accesso dove inserire gli strumenti necessari per eseguire l'intervento. Nella tecnica laparoscopica l'incisione serve solamente per estrarre la prostata dall'addome del Paziente.

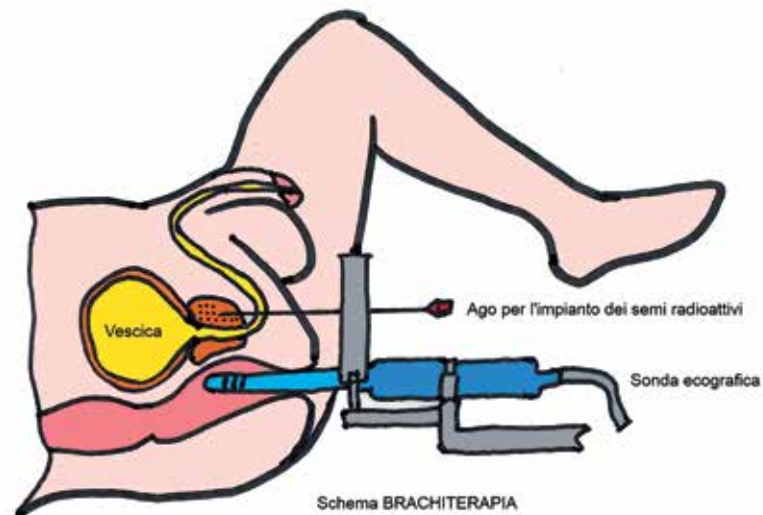
Le differenze tra queste tecniche si possono notare solo nell'immediato post operatorio e per la cicatrice. Queste si riducono a una minore perdita di sangue (ma si parla di differenze di 400-500 ml che non richiedono nemmeno una trasfusione), 2-3 giorni di degenza e una più rapida ripresa agli sforzi fisici intensi. I risultati a medio e lungo termine (che sono i più importanti: continenza e ripresa della potenza sessuale) sono invece assolutamente sovrapponibili a parità di abilità ed esperienza dell'operatore. Quindi oggi si può ancora dire che tutte queste tecniche sono valide e hanno ottimi risultati se eseguite da mani esperte.

In conclusione, la prostatectomia radicale ha il vantaggio rispetto alla radioterapia, in Pazienti correttamente selezionati, di consentire un esame istologico e una stadiazione precisa e di essere un trattamento rapido i cui risultati si vedono altrettanto rapidamente. Le complicanze chirurgiche sono rare e talvolta possono risultare anche gravi, ma normalmente si risolvono in poco tempo. La mortalità a causa dell'intervento è inferiore ai 2 Pazienti su mille. In caso di recidiva locale si può utilizzare con successo la

radioterapia. Lo svantaggio è di affrontare un intervento chirurgico e di avere un rischio d'impotenza maggiore.

Brachiterapia

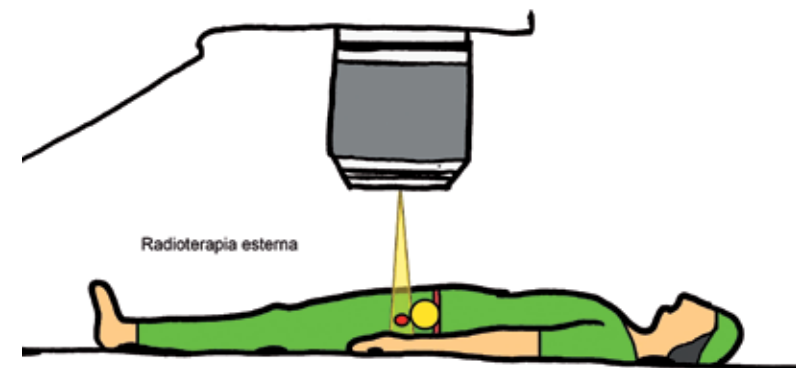
È una terapia radiante che prevede il posizionamento di semi radioattivi all'interno della prostata. Il Paziente non deve avere una prostata voluminosa e non deve avere particolari disturbi prostatici. Il vantaggio rispetto alla radioterapia tradizionale è che il trattamento dura un giorno solo, ma si esegue in sala operatoria. Richiede, infatti, un'anestesia mentre i semi sono collocati nella prostata. Le complicanze più comunemente riportate sono i disturbi gastrointestinali. La disfunzione erettile e l'incontinenza urinaria sono meno comuni rispetto ad altri trattamenti, tuttavia altri problemi urinari possono presentarsi ma in una piccola percentuale di uomini. La presenza di sangue nelle urine è un problema comune subito dopo il posizionamento dei semi.



Radioterapia esterna

La radioterapia esterna dirige le radiazioni nella prostata per uccidere le sole cellule tumorali. Il Paziente non deve avere una prostata voluminosa e non deve avere particolari disturbi prostatici. Non sono necessarie manovre chirurgiche o anestesologiche.

Ogni trattamento radiante richiede solo pochi minuti. Vengono eseguiti una volta al giorno, 5 giorni a settimana per 7-8 settimane. Con le innovazioni odierne le radiazioni necessarie possono essere dirette alla prostata, senza che grandi quantità si indirizzino ai tessuti circostanti come vescica e retto. Negli uomini che hanno problemi intestinali, come morbo di Crohn o colite ulcerosa, o hanno subito irradiazione pelvica, la radioterapia esterna potrebbe essere una scelta sbagliata.



Come la brachiterapia, la radioterapia esterna può causare problemi intestinali. Diarrea e incontinenza fecale sono le complicanze più frequenti. Meno frequenti sono la disfunzione erettile e l'incontinenza urinaria, ma possono comunque comparire dopo il primo anno dal trattamento. Sintomi irritativi urinari sono di solito presenti subito dopo la radioterapia, ma scompaiono nel giro di 1 o 2 anni. Il dolore rettale riportato dai Pazienti dopo il primo anno dalla radioterapia tende lentamente a scomparire. La presenza di sangue nelle urine sembra non essere comune.

PUBBLICAZIONE

What's new in

COLLANA

per saperne di più



MONTALLEGRO

TITOLO

Tumore della prostata: una risposta
alle domande più frequenti del Paziente.

AUTORE

Prof. Alchiede Simonato

EDIZIONE

Casa di Cura Villa Montallegro

DIRETTORE RESPONSABILE

Francesco Berti Riboli

HA COLLABORATO

Mario Bottaro (Redazione)

Stampato nel mese di dicembre 2012



COLLANA "PER SAPERNE DI PIÙ"

Le neoplasie, insieme alle patologie cardiovascolari, sono oggi le malattie più gravi nel mondo occidentale. "per saperne di più" si propone di fornire ai nostri Pazienti, con l'aiuto dei nostri Professionisti, un'informazione chiara e semplice sulle neoplasie più comuni perché è anche con la conoscenza che si vince la battaglia contro la malattia.

Altre pubblicazioni della stessa collana:

Tumore del colon-retto: una risposta alle domande più frequenti del Paziente.

Tumore della mammella: una risposta alle domande più frequenti della Paziente.

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

