




Il tumore della prostata

AIO
FONDAZIONE M

A silhouette of a human torso from the neck down to the waist, rendered in a dark blue color. A lighter blue glow highlights the area of the prostate gland, which is located in the pelvic region. The background is a soft, light pinkish-orange gradient.

La **prostata** è una ghiandola, presente solo negli uomini, situata dietro l'intestino. In condizioni normali ha le dimensioni di una noce e avvolge l'uretra, canale deputato al trasporto dell'urina dalla vescica all'esterno. Tra i suoi compiti c'è quello di produrre e immagazzinare il liquido seminale che viene rilasciato durante l'eiaculazione sempre attraverso l'uretra.



Ipertrofia e tumore, qual è la differenza?

Con l'avanzare dell'età si possono presentare due alterazioni nelle cellule della prostata: una è l'aumento di volume delle cellule, che si manifesta come ingrossamento della prostata o ipertrofia, e l'altro è un aumento incontrollato del numero delle cellule, in questo caso si parla di tumore. L'ipertrofia è frequente e può essere scambiata per una degenerazione tumorale. Il tumore però è costituito da cellule modificate della prostata che si moltiplicano e invadono i tessuti circostanti diffondendosi anche ad altri organi per dare origine a metastasi.

Epidemiologia

Il carcinoma della prostata è uno dei tumori più diffusi nella popolazione maschile. A dover mantenere alta la guardia sono soprattutto gli uomini che hanno superato i 50 anni. La probabilità di sviluppare il tumore è osservata in 1 caso ogni 8, tra i 60 e gli 80 anni. Il tumore è più raro nei giovani, a 40 anni la probabilità è di 1 caso ogni 10.000 uomini. Oggi esistono buone speranze per i soggetti che sviluppano la malattia. In molti casi il tumore può essere trattato con successo, soprattutto nelle fasi più precoci.

Fattori di rischio

Le cause all'origine del carcinoma alla prostata non sono note. È stato provato però che alcuni fattori dietetici e comportamentali possono associarsi alla malattia.

Alimentazione. Una dieta ricca di grassi, soprattutto saturi, come fritti e insaccati, e l'eccessivo consumo di carne rossa aumenterebbero l'incidenza.

I "difensori" della prostata. La dieta vegetariana sembra svolgere un'azione protettiva. Andrebbero privilegiati in particolare gli ortaggi gialli e verdi, l'olio d'oliva e la frutta. Consigliabile l'apporto di vitamina A, D, E e del selenio, contenuti nelle verdure e nella frutta.

La sedentarietà. Uno stile di vita sedentario sembra aumentare l'incidenza della malattia.

Le sostanze chimiche. Il cadmio, alcuni fertilizzanti e coloranti sono importanti fattori di rischio.



Ma le statistiche evidenziano un apparente paradosso: a volte, per garantire al paziente la migliore qualità di vita, è opportuno "stare a guardare"!

Spesso si tratta di formazioni poco aggressive e i trattamenti potrebbero causare più danni che benefici. Un'attenta analisi, caso per caso, è quindi particolarmente importante per scegliere la strada terapeutica più efficace per il paziente.

Attenzione però! Un ingrossamento della prostata non è necessariamente indice di un tumore, anche in caso di cellule maligne la crescita può essere così lenta da non costituire un pericolo reale. Si calcola che il 70% degli ottantenni abbia un piccolo tumore prostatico.

Come si diagnostica

Se gli studi clinici dimostrano senza ombra di dubbio l'importanza di esami "preventivi" contro alcuni tumori, come quello della mammella o del colon, per le neoplasie della prostata esistono dati discordanti. Ci sono due scuole di pensiero: la prima (americana) suggerisce esami diagnostici preventivi a tutti gli uomini con più di 50 anni. La seconda sottolinea come la letteratura non abbia ancora confermato la reale utilità di una diagnosi precoce in assenza di sintomi per migliorare la sopravvivenza e le probabilità di guarigione.

L'esame del PSA: il pomo della discordia

Il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e il Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica hanno pubblicato un documento nel quale si afferma che *il test del PSA (esame di screening per la ricerca dell'antigene specifico della prostata) aumenta sì le diagnosi, anche precoci, della malattia, ma non garantisce un'effettiva diminuzione della mortalità.*

Il documento contrasta in particolare con i suggerimenti degli urologi americani che invitano invece tutti gli uomini che hanno superato i 50 anni a sottoporsi al test e suggeriscono di eseguire una biopsia già quando i valori superano i 2,5 nanogrammi (ng)/mL. Indicazione in netto contrasto con quella fornita dagli specialisti nel nostro Paese, dove il *parametro di riferimento è di 4 ng/mL, ma a volte sale anche fino a 8 ng/mL, prima che gli oncologi decidano di intervenire.*

Cos'è l'esame del PSA

Si tratta di un semplice esame del sangue che verifica il livello di una sostanza, il PSA (Prostate Specific Antigene) appunto, una proteina secreta dalla prostata e normalmente presente nel sangue in piccole quantità. È stato dimostrato infatti che il livello aumenta in presenza di un tumore.

Non si tratta di un esame infallibile!

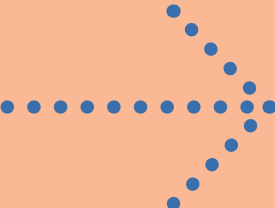
È possibile trovarsi di fronte a falsi positivi (livelli di PSA elevati senza presenza effettiva di tumore) e falsi negativi (livelli di antigeni nella norma in presenza di tumore). Sono spesso quindi necessarie ulteriori indagini.

Nel dubbio l'esame va fatto comunque!


Nonostante le posizioni contrastanti degli esperti, l'analisi del PSA resta consigliabile per tutti gli uomini con più di 50 anni, monitorando nel tempo i valori.

L'esame del PSA non discrimina tra tumori veri e

quelli definiti indolenti, che sono destinati a non svilupparsi. Secondo questa osservazione oltre il 30% degli uomini di 50 anni "ospiterebbe" un carcinoma nella propria prostata e la percentuale tende a salire con l'età. Ma il rischio di manifestare un tumore nell'arco della



Attenzione però! Se sotto i 50 anni è accettabile un livello di 2,5 ng/mL, dai 50 ai 60 anni il valore soglia è 3,5 e arriva a 4,5 tra i 60 e i 69 e sale fino a 6,5 ng/mL negli uomini tra i 70 e i 79 anni. La soglia di intervento dovrebbe essere rappresentata dalla presenza di sintomi, evitando di considerare solo il rischio legato all'età.



vita è solo dell'8%. In altri termini, **il 22% dei 50enni, pur avendo di fatto un tumore, quasi certamente non si ammalerà mai.**

Sottoponendo al test del PSA tutti gli uomini adulti, anche senza sintomi (stimolo frequente ad urinare e dolore), si rischia di trattare in modo eccessivo (con biopsia, chirurgia, radioterapia e farmaci) pazienti che non hanno necessità di essere curati.

Attenti però quando l'aumento è repentino

Secondo uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, il tumore è tanto più pericoloso quanto più velocemente aumenta il PSA in un periodo di tempo definito. I ricercatori hanno cioè dimostrato che esiste una relazione diretta tra la velocità con cui il livello dell'antigene aumenta (quella che in termine tecnico si chiama "PSA-Velocity") e la malignità della malattia.

L'esame del PSA viene inoltre utilizzato durante la fase terapeutica per monitorare la risposta dei pazienti ai trattamenti e ancora nella fase successiva di controllo per evidenziare un'eventuale ricomparsa della malattia (ricidiva).

Le terapie

Nel trattamento del tumore della prostata il medico può scegliere tra chirurgia, ormonoterapia, radioterapia e chemioterapia. Con un'opzione atipica in più, non fare niente (attesa vigile).

Non preoccupatevi quindi se il vostro oncologo/urologo dovesse suggerirvi di lasciare le cose come stanno! Molte forme di tumore della prostata sono infatti poco aggressive, tendono a rimanere localizzate e a crescere poco. In questi casi, anche in considerazione dell'età del paziente, può risultare preferibile mantenere il quadro sotto controllo piuttosto che intervenire aumentando il rischio di effetti collaterali (in primis, l'impotenza).





Chirurgia

La prostatectomia radicale rimuove in blocco la ghiandola prostatica e le vescicole seminali ed è attualmente considerata il “gold standard” per le elevate percentuali di guarigione del tumore prostatico localizzato. Sebbene il miglioramento della tecnica chirurgica (ad esempio tecnica “nerve-sparing”, che mantiene le connessioni nervose) abbia consentito una riduzione delle complicanze post-chirurgiche, la loro frequenza e l’impatto sulla qualità della vita dei malati, impongono un’accurata selezione dei pazienti.

- **La prostatectomia radicale con asportazione dei linfonodi pelvici** consiste nell’asportazione totale della ghiandola e dei linfonodi per via addominale o perineale. Questa procedura si esegue solo nei casi in cui il carcinoma non si sia diffuso ad altri organi e in pazienti giovani con tumore di grado elevato.

Dopo l’intervento, il PSA serico non dovrebbe essere più dosabile. La persistenza di livelli dosabili di PSA è indice di mancata radicalità dell’intervento, mentre la ricomparsa di livelli dosabili di PSA è espressione di ricaduta della malattia.

- **Prostatectomia transuretrale.** Il trattamento chirurgico è spesso inevitabile per rimuovere quella parte del tumore che ostruisce l’uretra, il canale che trasporta l’urina dalla vescica all’esterno. Il più comune intervento è la prostatectomia transuretrale con enucleazione della prostata attraverso l’uretra. Si può eseguire in anestesia generale o epidurale, cioè l’anestetico viene somministrato intorno al midollo spinale a livello dell’articolazione lombo-sacrale, rendendo in tal modo il paziente insensibile al dolore, ma mantenendo la coscienza.



I possibili effetti collaterali della chirurgia

Impotenza. La conseguenza più importante è l'impotenza, anche per questo i pazienti vengono selezionati accuratamente. In molti casi si tratta comunque di una situazione transitoria.

Incontinenza. Si tratta di un problema poco frequente. Se ciò avvenisse, la situazione solitamente migliora una volta rimosso il catetere. A distanza di circa un anno dall'intervento circa il 25% di chi è stato operato ha perdite sporadiche di urina, solo il 5% deve fare ricorso agli assorbenti e meno dell'1% ad un catetere.

Cicatizzazione della vescica. Avviene raramente e determina l'ostruzione del deflusso dell'urina. In questo caso il problema si risolve abbastanza facilmente con un piccolo intervento che si esegue attraverso l'uretra.

Radioterapia

Le radiazioni ad alta energia vengono utilizzate per distruggere le cellule tumorali, cercando al tempo stesso di danneggiare il meno possibile le cellule normali. Il trattamento radioterapico del carcinoma della prostata prevede solitamente l'irradiazione esterna, ma in alcuni casi si può procedere anche con quella interna. Il ciclo di terapia può protrarsi per alcune settimane. La durata dipende dal tipo di tumore, dalle sue dimensioni e dalla sua eventuale diffusione. Le complicazioni consistono più frequentemente in una sintomatologia infiammatoria a carico dell'uretra, del retto e della vescica.

La radioterapia non è "radioattiva" per chi sta vicino al malato! È possibile stare a contatto con gli altri, anche con i bambini, senza alcun pericolo di contaminazione per tutta la durata del trattamento.

Brachiterapia

La brachiterapia è una forma di *radioterapia mirata*, che prevede l'inserimento di piccolissimi "semi" radioattivi all'interno della ghiandola prostatica. L'intervento dura, in media, meno di 90 minuti e può essere eseguito anche in anestesia locale. I semi radioattivi (con *Palladio 103* o *Iodio 125*) vengono sistemati all'interno della prostata attraverso aghi sottili, che i chirurghi introducono aiutandosi con un costante controllo ecografico. La precisione è essenziale, perché i semi radioattivi devono distruggere tutte le cellule neoplastiche presenti all'interno della ghiandola, senza danneggiare i tessuti vicini.

La radioattività decade entro sei mesi (nel caso dello iodio i tempi sono un po' più lunghi) e i semi rimangono nella prostata senza provocare problemi. I vantaggi per il paziente - rispetto all'intervento



I possibili effetti collaterali della radioterapia

In alcuni casi la radioterapia della prostata può dare:

- fastidi a livello del retto e aumento della peristalsi intestinale
- irritazione della regione anale
- cistite, la minzione può diventare in questi casi più frequente della norma e potrebbe dare sensazione di bruciore
- problemi di erezione

Non preoccupatevi comunque: esistono medicinali in grado di alleviare questo genere di disturbi. Questi effetti scompaiono di solito gradualmente nel giro di poche settimane dalla conclusione del trattamento.

chirurgico radicale – sono notevoli: degenza ridotta al minimo, rapido ritorno a una vita normale, bassissimi casi di incontinenza urinaria e ridotta probabilità di andare incontro all'impotenza sessuale (20-30 per cento dei casi, contro il 60-70 per cento manifestati nella "prostatectomia radicale").

La brachiterapia non può essere, però, utilizzata in tutti i casi di tumore della prostata.

La massa cancerosa deve essere ben localizzata e di dimensioni ridotte. E la prostata deve comunque avere alcune caratteristiche che vanno attentamente valutate dall'urologo.

Ormonoterapia

La crescita del carcinoma prostatico dipende dagli ormoni maschili, gli androgeni. Può quindi essere curato con l'ormonoterapia (detta anche *deprivazione androgenica*), ottenuta tramite intervento chirurgico (*orchiectomia* e *orchiectomia sub-capsulare*) o attraverso farmaci.

I farmaci sono di diversi tipi e possono agire in due modi:

- impedendo la produzione degli ormoni maschili a livello del sistema nervoso centrale, o
- bloccandone l'azione a livello periferico.

Questi farmaci possono essere utilizzati in associazione realizzando il cosiddetto blocco androgenico completo.

I possibili effetti collaterali dell'ormonoterapia

Questo tipo di trattamento può causare diversi effetti collaterali, variabili in funzione della terapia scelta. Tra i più comuni vi sono:

- gonfiore delle mammelle
- vampate di calore
- sudorazione eccessiva
- incapacità di avere l'erezione
- diminuzione del desiderio sessuale
- stanchezza
- aumento di peso

Anche in questi casi è possibile risolvere farmacologicamente i problemi: parlatene quindi con il vostro oncologo senza esitare.

Chemioterapia

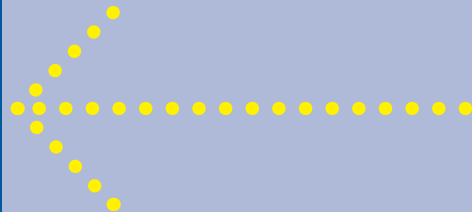
La chemioterapia per il carcinoma prostatico era una terapia considerata solamente negli stadi avanzati, in cui il tumore diventa refrattario alla terapia ormonale.

Si pensava che il carcinoma ormone-refrattario non rispondesse alla chemioterapia, ma attualmente esistono dati clinici che evidenziano un miglioramento della sopravvivenza e qualità della vita in questi pazienti con la chemioterapia.

In questo stadio della malattia, i farmaci impiegati come chemioterapici includono l'estrarnustina fosfato, le antracicline, il mitoxantrone, la ciclofosfamida, il carboplatino, l'etoposide, gli alcaloidi della vinca e i taxani.

Ad oggi, i *farmaci di scelta* sono i taxani, sulla base delle evidenze di due studi di fase III, in cui la combinazione di docetaxel con prednisone è risultata più efficace rispetto ad altri trattamenti standard.

Anche *i farmaci a base di platino sono diventati parte integrante* dei moderni regimi chemioterapici e sono impiegati in un'ampia varietà di tumori. In particolare, una nuova e unica formulazione orale del platino, il *satraplatino*, è stata sperimentata con successo nel carcinoma prostatico ormone-refrattario in studi di fase I e II. Sono grandi le aspettative per l'imminente



presentazione dei risultati dello studio di fase III per la registrazione del satraplatino, prevista per l'inizio del 2007. L'efficacia terapeutica, oltre che la maneggevolezza e la buona tollerabilità del satraplatino ne fanno un'interessante opzione terapeutica per questa tipologia di pazienti.



E dopo?

Il tumore della prostata e le sue conseguenze colpiscono l'uomo non solo nella sua sfera fisica ma anche in quella emotiva. I sentimenti più diffusi di fronte alla diagnosi e agli effetti di un intervento di prostatectomia e delle terapie sono paura e ansia. Si teme di non poter tornare più quelli di prima. Questo senso di inadeguatezza può minare anche la vita relazionale, soprattutto quella di coppia.

L'importanza di una compagna vicina

È in questa fase di vulnerabilità che l'uomo ha bisogno di sentire la propria compagna vicina. Ad essa è richiesto uno sforzo importante per ottimizzare la sfera affettiva sessuale prima del procedimento terapeutico (chirurgico e/o radioterapico, ormonoterapico), che può sicuramente rendere più agevole il successivo recupero psicofisico dell'uomo. La moglie o la fidanzata possono rivestire inoltre un ruolo fondamentale sia durante il decorso della malattia che nella fase successiva, spronando l'uomo a esternare le proprie sensazioni e ad aderire ai protocolli di cura e controllo.



L'uomo e la sua sessualità

Soprattutto chi ha subito l'asportazione della prostata ma anche chi si è sottoposto a radio od ormonoterapia può andare incontro a impotenza e infertilità. È bene tenere presente che **non tutti gli effetti delle terapie sono definitivi** e che è necessaria una buona dose di pazienza perché tornare alla vita di prima richiede tempo!

Inoltre... le tecniche chirurgiche sempre più sofisticate permettono interventi meno invasivi e con minori effetti collaterali.

Esistono anche medicinali molto efficaci contro l'impotenza. Non dimenticate però che ogni farmaco può avere effetti collaterali, per esempio abbassare la pressione sanguigna, o, in alcuni casi, causare problemi a livello cardiaco!

Per questo è fondamentale, prima dell'assunzione, lasciare da parte ogni vergogna e parlarne con il proprio medico.

Un pacemaker contro i problemi di erezione

Per attenuare i problemi di erezione che affliggono molti uomini operati di tumore alla prostata è stata messa a punto, in Italia (al San Raffaele di Milano) e negli Stati Uniti, una tecnica innovativa che prevede l'uso di un "pacemaker" inserito nella cavità pelvica dai chirurghi, durante

l'intervento. Il pacemaker, che può essere attivato tramite un telecomando, genera una serie di deboli impulsi elettrici che a loro volta stimolano i nervi destinati all'erezione (nervi che in molti casi vengono recisi per asportare il tumore). L'erezione è resa possibile grazie all'applicazione di due placche metalliche (rivestite da materiale biocompatibile) nel solco pelvico attorno ai nervi che inducono l'erezione e che aderiscono alla capsula prostatica.

Se il paziente, dopo l'intervento, non riesce ad avere rapporti sessuali, può utilizzare il pacemaker. In caso contrario, le placche metalliche restano inerti, senza creare problemi all'organismo.

Il pacemaker, inoltre, *non provoca effetti collaterali e non ha controindicazioni.*

La dieta dopo la terapia: addio a cibi piccanti e a cioccolato!

In genere le persone che soffrono di patologie alla prostata, non solo di tumore, devono evitare quei cibi con azione irritante per le vie urinarie: *insaccati, cioccolato, cibi piccanti e speziati, fritture e frutta secca.* Anche le *bevande gassate ed alcoliche* possono essere controindicate.

Da consigliare invece una dieta varia ed assortita come quella *mediterranea*, ricca di frutta, verdura, cereali e pesce e povera di grassi animali.

Il follow-up

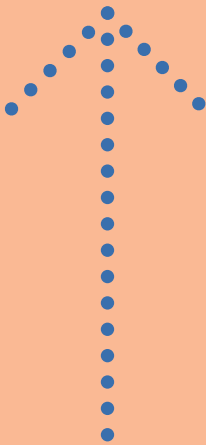
Se il tumore è riconosciuto in fase iniziale, la sopravvivenza è vicina al 100%. La prognosi nel lungo periodo dipende da diversi fattori e in particolare da:

- età del paziente,
- stadio della malattia,
- trattamento scelto.

Periodicamente saranno richiesti controlli. In particolare verranno monitorati i livelli del PSA con una frequenza decisa dall'oncologo per scoprire l'eventuale ripresa della malattia. Insieme al medico si stabilirà inoltre quando eseguire un'esplorazione rettale di controllo.

Attenzione però

Gli intervalli tra i controlli vengono stabiliti sulla base di statistiche sulla velocità di aumento del PSA e sulla probabilità di ripresa della malattia. Le statistiche però non sono infallibili. Se tra un controllo e l'altro doveste avere dei problemi o avvertiste nuovi sintomi, è importante contattare il vostro oncologo il più presto possibile.



Domande e risposte

Il tumore alla prostata provoca disturbi negli stadi iniziali?

Il tumore alla prostata negli stadi iniziali è spesso asintomatico perché origina nelle zone periferiche della prostata e, solo in una fase successiva, può dare una sintomatologia importante come ad esempio disturbi della minzione (atto dell'urinare).

Può colpire anche i giovani?

Le patologie prostatiche possono presentarsi ad ogni età. Tuttavia, mentre le prostatiti colpiscono prevalentemente nella fascia di età che va dai 20 ai 50 anni, l'ipertrofia prostatica benigna e il tumore alla prostata insorgono più tardi e vanno via via crescendo dopo i 50 anni.

A che età è necessario effettuare visite periodiche per prevenire il tumore alla prostata?

Superati i 50 anni, è consigliato il controllo periodico annuale del PSA (vedi paragrafo specifico) e un'esplorazione rettale da parte dell'urologo.

L'ipertrofia prostatica benigna può degenerare nel carcinoma alla prostata?

No. Sono due patologie distinte e separate. Inoltre originano in zone differenti della ghiandola prostatica e possono coesistere, ma non vi è un diretto collegamento tra le due malattie.

Si deve limitare l'attività sessuale avendo il tumore della prostata?

L'attività sessuale non causa alcuna interferenza sulla progressione della malattia.

Durante il trattamento di radioterapia è possibile fare sesso?

Assolutamente sì!

Il tumore della prostata è ereditario?

È più corretto dire che esiste una familiarità, l'ereditarietà è piuttosto rara. Poiché però è accertata la familiarità è bene che, chi ha avuto un padre o un fratello affetto da tale malattia, introduca il PSA tra i suoi esami di routine dal 45° anno di età.

Il solo valore elevato del PSA può essere considerato diagnostico?

Per una diagnosi sicura di carcinoma prostatico sono indispensabili ulteriori indagini, quali l'ecografia prostatica transrettale e le biopsie prostatiche ecoguidate.

La TAC o la Risonanza magnetica possono individuare precocemente il tumore?

La Tomografia Computerizzata (TAC) e la Risonanza Magnetica (RMN) non vengono utilizzate routinariamente a causa della bassa sensibilità nel valutare l'estensione locale della malattia e la presenza di malattia metastatica. Sono invece indicate in pazienti ad alto rischio di avere un carcinoma non più localizzato (sulla scorta della esplorazione rettale, di un PSA superiore a 20 ng/ml o di un riscontro istologico di una forma molto aggressiva).

Quando viene eseguita la scintigrafia ossea?

La scintigrafia ossea, eseguita per evidenziare eventuali metastasi ossee, è indicata nei pazienti con PSA di partenza superiore a 10 ng/ml.



È possibile praticare sport?

L'attività sportiva non è assolutamente preclusa ed anzi può essere consigliata al paziente con tumore della prostata all'interno di un trattamento psico-fisico di supporto. Nei mesi successivi ad un intervento chirurgico o a trattamento radioterapico una ponderata attività fisica può risultare utile per un pieno recupero delle energie fisiche e mentali.

Ci sono sport assolutamente sconsigliati?

È particolarmente sconsigliata solo un'attività sportiva molto intensa: quest'ultima può anche alterare l'equilibrio ormonale, ad esempio aumentando i livelli ematici degli androgeni. La pratica di alcuni sport quali il *ciclismo*, l'*equitazione* o il *canottaggio* a causa della loro natura traumatica nella zona perineale e pelvica è certamente da sconsigliare a tutti i pazienti con *patologie prostatiche* ma soprattutto in coloro che presentano un quadro di prostatite o ipertrofia prostatica, che invece potranno praticare con beneficio tutte le altre attività sportive.

Come sarà la mia vita sessuale dopo i trattamenti antitumorali?

Come è stato spiegato, l'asportazione della prostata e i trattamenti di radio o ormonoterapia possono, in alcuni casi, provocare disfunzioni erettili oppure generare infertilità. L'impotenza può essere temporanea, soprattutto quando causata dai farmaci. Quando è invece permanente si può ricorrere ad alcuni ritrovati che migliorano la capacità di erezione. Non dimenticate infine che alcuni disturbi possono essere legati ad ansia più che a problemi fisici veri e

propri. È bene quindi parlarne con lo specialista e con la propria compagna!

Dopo chirurgia “nerve sparing” quando si può ipotizzare un recupero spontaneo dell’erezione?

Ci sono speranze fino a 18 mesi dall’intervento.

La radioterapia può essere alternativa alla chirurgia?

La radioterapia è un’ottima alternativa alla chirurgia e in alcuni casi può portare alla guarigione completa di malattia.

Quando è preferibile l’ormonoterapia?

L’ormonoterapia ha una sua collocazione ben precisa e la sua opzione è limitata nel tempo. Si sceglie nei casi in cui sono dimostrate metastasi o in forme avanzate come supporto alla chirurgia o alla radioterapia. Anche il radioterapista può proporre una terapia ormonale, che in questo caso ha il solo scopo di potenziare l’azione della radioterapia.

Esistono particolari precauzioni o attenzioni da seguire dopo un’operazione di prostatectomia radicale? Per esempio guidare l’auto?

Non ci sono precauzioni particolari: l’intervento è difficoltoso per il chirurgo ma ha generalmente un post-operatorio semplice. Appena il paziente se la sente può fare attività fisica in proporzione alle sue possibilità.

In che percentuale la malattia si ripresenta?

Considerando che la malattia più frequente è quella a basso rischio, la percentuale di recidiva dipende dallo stadio e dal grado della malattia.

Esistono tre categorie di rischio di recidiva:

1. I pazienti che hanno il PSA inferiore a 10 e Gleason uguale o inferiore a 6 hanno un rischio di recidiva molto basso (10%);
2. Per quelli con PSA superiore a 10 e Gleason uguale o superiore a 7 la percentuale si alza al 30%;
3. Per quanti hanno Gleason superiore a 8 la percentuale arriva al 70%.

Cos’è il punteggio di Gleason?

Prende il nome dal dottor Gleason che ha ideato questa classificazione definendo 5 gradi di malignità dell’adenocarcinoma prostatico, con massima aggressività al grado 5. Il patologo descrive quindi la severità della malattia sul preparato istologico utilizzando la somma dei due gradi più frequenti. Il punteggio di Gleason andrà perciò da un minimo di 2 ad un massimo di 10.

Per sintetizzare: da 2 a 4 il tumore è ben differenziato, da 5 a 7 mediamente differenziato, da 8 a 10 scarsamente differenziato. Le situazioni cliniche più frequenti sono punteggio 6-7.

Perché è importante il punteggio di Gleason?

Il punteggio di Gleason assume un’importanza fondamentale nel condizionare le scelte prognostiche: mettendo insieme il punteggio di Gleason, lo stadio della malattia e il valore del PSA è infatti possibile ipotizzare l’esito clinico del trattamento e le probabilità di guarigione.





via Nöe, 23
20133 Milano
tel. +39 02 70630279
fax +39 02 2360018

Sede legale:
Via G. Mameli, 3/1
16122 Genova

info@fondazioneaiom.it
www.fondazioneaiom.it



Intermedia editore

Via Malta 12B, 25124 Brescia
Tel. 030 226105 fax 030 2420472
imediabs@tin.it

Via C. Morin 44, 00195 Roma
Tel. 06 3723187
intermedia@intermedianews.it

*Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di **Pharmion***