

IL CARCINOMA DELLA PROSTATA

LA PROSTATA: che organo è? a cosa serve? dove è situata?

La prostata è una **ghiandola** che fa parte dell'apparato genitale maschile, insieme alle vescicole seminali, le ampolle deferenziali, i vasi deferenti, i testicoli, gli epididimi ed il pene.

La funzione della prostata è quella di **produrre una parte del liquido seminale** che, insieme alla parte prodotta dalle vescicole seminali e agli spermatozoi, viene versato nell'uretra (il canale che porta l'urina dalla vescica all'esterno) e quindi espulso all'esterno al momento dell'eiaculazione. Inoltre, producendo zinco, ha un ruolo antibatterico proteggendoci dalle infezioni delle vie urinarie.

La sua posizione anatomica nella parte più profonda del bacino, **posta sotto alla vescica ed attraversata dall'uretra** (fig.1), attribuisce alla prostata un ruolo anche nella funzione del basso apparato urinario. Questo ruolo diventa importante nella patologia conosciuta come **ipertrofia prostatica** o "**adenoma prostatico**". Nel giovane, infatti, la prostata ha la forma e le dimensioni di una piccola castagna, con la punta rivolta in basso e la base verso l'alto a

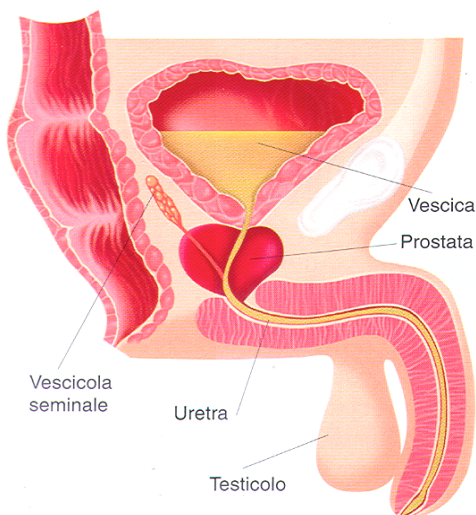


FIG. 1

contatto con la vescica; con il progredire dell'età la prostata va incontro ad un processo di progressivo e più o meno rapido ingrossamento (fig. 2) che ne modifica la forma e le dimensioni.

L'ipertrofia della prostata è una situazione piuttosto frequente dopo i 50-60 anni e non deve essere considerata una malattia fino a che non causa ostacolo al flusso dell'urina e/o sintomi che alterino il fisiologico atto dello svuotamento vescicale (minzione)

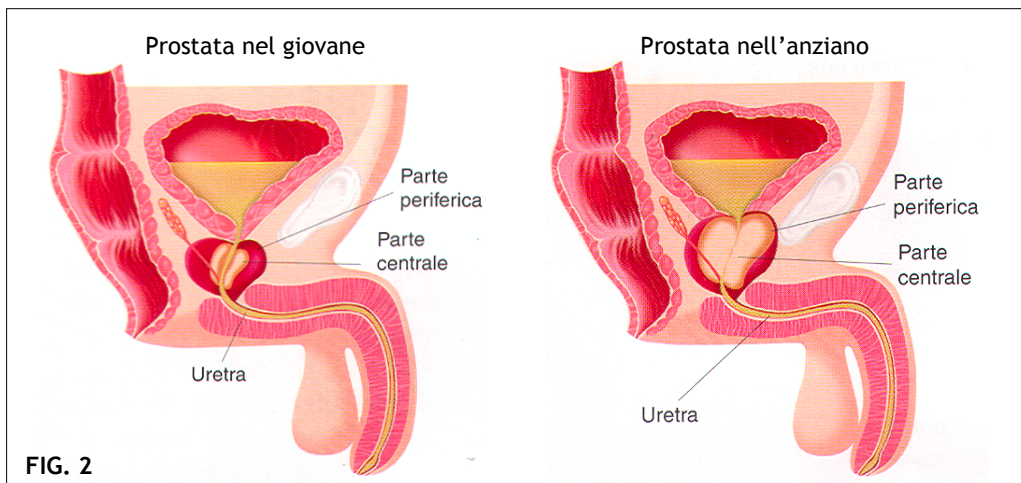


FIG. 2

ma, soprattutto, non deve essere confusa con la malattia maligna che può colpire la prostata e cioè con il **carcinoma prostatico**.

CARCINOMA PROSTATICO

Che malattia è? Come si scopre?

Carcinoma prostatico è il termine più preciso per indicare il tipo più frequente di tumore maligno che colpisce la prostata.

Le statistiche degli ultimi 10 anni ci dicono che questa malattia è in aumento, fino a rappresentare il **secondo tumore maligno per frequenza** diagnosticato nel maschio dopo i 60 anni ma, soprattutto, che questa neoplasia comincia ad essere riscontrata anche nei pazienti più giovani. Fortunatamente oggi questa malattia viene spesso scoperta in fase iniziale quando non è ancora visibile né palpabile e quando, cioè, è possibile curarla in modo definitivo. Inoltre, l'evoluzione naturale del tumore può essere lenta a tal punto che

in alcuni casi, non riesce a raggiungere la fase avanzata prima che il paziente muoia per altre cause. Ciò significa che l'urologo ha il dovere di scoprire il tumore in fase sempre più precoce nei pazienti giovani, di non esasperare gli esami diagnostici nei pazienti anziani e di consigliare la terapia più efficace ed il meno invasiva possibile in ciascun singolo caso.

Le **cause** che favoriscono lo sviluppo del tumore prostatico non sono ancora del tutto conosciute anche se **fattori genetici, ambientali e alimentari** (dieta ipercalorica) sono sicuramente implicati.

A differenza dell'ipertrofia benigna il carcinoma generalmente nasce e si **sviluppa nella zona periferica** della ghiandola, cioè una zona che può essere palpata con la visita rettale.

Nei casi iniziali, però, le cellule tumorali si possono trovare sparse a gruppi di piccole dimensioni (fig.3) e, quindi, non possono essere scoperte con la visita; **la presenza del tumore può allora essere sospettata da un semplice prelievo di sangue per**

dosare il PSA (antigene prostatico specifico). In altri casi le cellule tumorali sono raggruppate a formare un nodulo (fig.4) che può facilmente essere riconosciuto all'esplorazione rettale (fig.5) come una zona più dura che a volte può anche deformare la superficie della ghiandola.

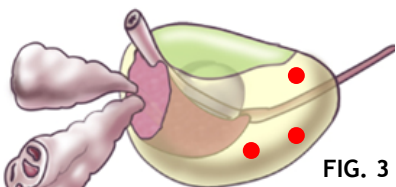


FIG. 3

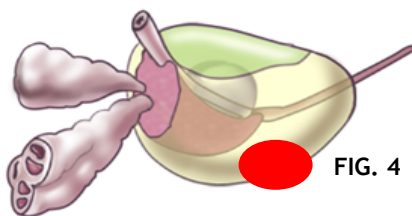


FIG. 4

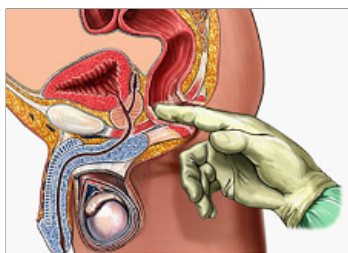


FIG. 5

Quando il PSA risulta sospetto oppure la visita dell'urologo riscontra un nodulo indurito sulla superficie periferica della prostata, anche se il paziente non accusa disturbi, è consigliabile eseguire la **biopsia prostatica**.

La biopsia viene generalmente eseguita ambulatorialmente o in day hospital, attraverso una sonda ecografica che, inserita nel retto (fig.6), consente di dirigere un ago sottile in punti precisi della ghiandola ed eventualmente

anche all'interno di noduli visibili con l'ecografia; l'ago, collegato ad un sistema automatico, preleva, in modo molto rapido e generalmente poco doloroso, piccoli campioni di tessuto prostatico che verranno esaminati al microscopio (fig.7) dallo specialista anatomo-patologo.



FIG. 6

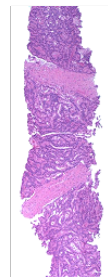


FIG. 7

Si devono eseguire almeno **8-10 prelievi**, aumentando il numero quando la prostata è voluminosa o quando si deve ripetere la biopsia a distanza di tempo.

La **ripetizione della biopsia** è consigliabile se la prima biopsia è risultata negativa per tumore ma il PSA e/o la visita rettale rimangono sospetti oppure quando la prima biopsia ha riscontrato alterazioni come la PIN di alto grado o l'ASAP che possono nascondere un tumore già presente o evolvere nel carcinoma.

Se la biopsia risulta positiva per tumore le informazioni ottenute, insieme al valore del PSA e al risultato della visita rettale, consentono di calcolare in modo statistico le probabilità che la malattia sia localizzata solo alla prostata. Prima che il medico possa consigliare la cura più adeguata, in alcuni casi è opportuno eseguire altri esami come la tomografia assiale computerizzata (TAC) (fig.8) o la risonanza ma-

gnetica nucleare (RMN) dell'addome e la scintigrafia ossea di tutto lo scheletro.



FIG. 8

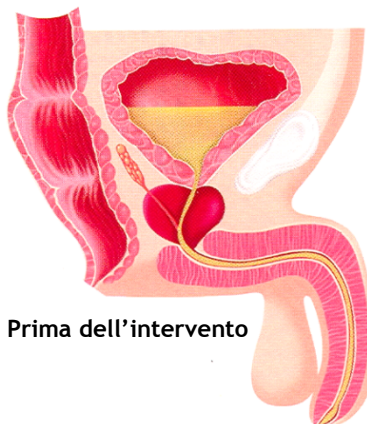
CARCINOMA PROSTATICO

Come si cura?

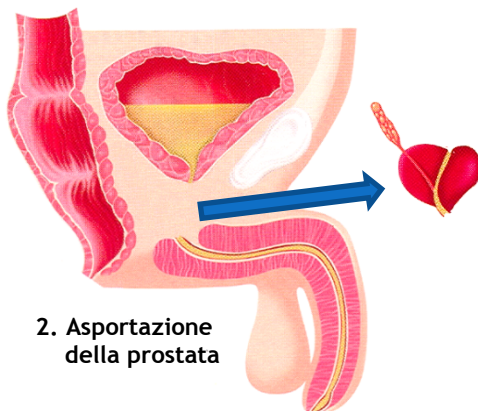
Una delle terapie più diffuse per il tumore della prostata è rappresentata dall'intervento chirurgico, chiamato **prostatectomia radicale** (fig.9), che prevede l'asportazione totale della prostata, delle vescichette seminali e, in alcuni casi, dei linfonodi, la legatura dei deferenti e l'anastomosi (unione per mezzo di punti di sutura) fra vescica e uretra.

L'intervento può venire eseguito con le tecniche tradizionali, che prevedono un'incisione dall'ombelico al pube (tecnica retropubica) (fig.10) o tra l'ano e i testicoli (tecnica transperineale) (fig.11), oppure con la più moderna tecnica laparoscopica (fig. 12). La **laparoscopia** è una tecnica operatoria che consente di eseguire l'intervento con particolari strumenti che passano all'interno di piccole cannule (fig.13), del diametro di 5 e 10 mm, inseriti nell'addome attraverso piccoli buchi dello stesso diametro. Una particolare telecamera consente di operare guardando l'immagine del

PROSTATECTOMIA RADICALE



1. Prima dell'intervento



2. Asportazione della prostata



3. Anastomosi vesico-uretrale

FIG. 9

Prostatectomia retropubica

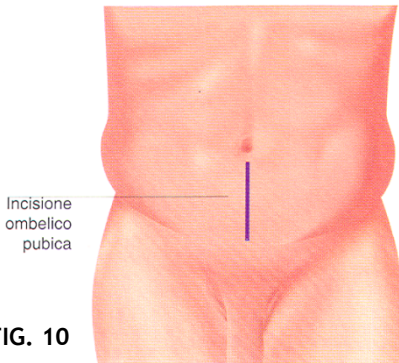


FIG. 10



FIG. 13



FIG. 14

Prostatectomia perineale

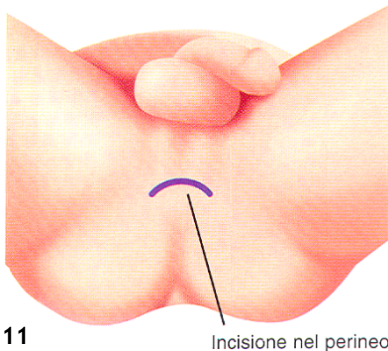


FIG. 11

Prostatectomia laparoscopica

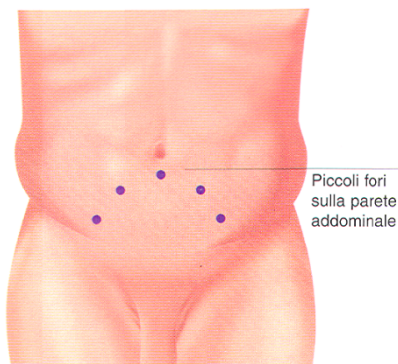


FIG. 12

campo operatorio su di un monitor (fig. 14). I vantaggi dimostrati da questa tecnica sono dovuti alla migliore visione dei dettagli anatomici e alla **minore invasività** che si traducono in **minor sanguinamento**, minor rischio di trasfusioni di sangue, **più rapido recupero** post-operatorio e più rapido ritorno alle normali attività quotidiane. Non esiste invece alcuna dimostrazione che la tecnica laparoscopica possa diminuire gli **effetti collaterali** dell'intervento che sono principalmente l'impotenza (**deficit dell'erezione**) e l'**incontinenza dell'urina**. Per fortuna questi effetti collaterali sono già diminuiti negli ultimi anni grazie al maggior numero di diagnosi precoci che consentono di risparmiare i nervi che passano vicino alla prostata e grazie ai protocolli di riabilitazione sessuale ed urinaria che il paziente deve seguire per alcuni mesi dopo l'intervento. In caso di mancato risparmio dei nervi erettori l'erezione può comunque essere recuperata con particolari presidi. Il rischio di incontinenza urinaria persistente si aggira intorno al 10-15% ma anche questo problema può beneficiare di interventi mini-invasivi (vedi opuscolo sull' incontinenza

urinaria). **Altre complicanze più rare** sono rappresentate da: stenosi dell'anastomosi vescico-uretrale, raccolte di linfa, fistole urinose, lesioni del retto (molto rare), lesioni ureterali, trombosi venose agli arti inferiori (per prevenire tale complicanze si eseguono delle punture di eparina e il paziente è invitato a mobilizzarsi precocemente). Una valida alternativa alla prostatectomia radicale è rappresentata dalla **radioterapia**, soprattutto nei pazienti in cui l'età o le condizioni generali di salute rendono rischioso l'intervento.

In casi selezionati la radioterapia può venire associata alla **terapia ormonale** oppure, è possibile eseguirla durante l'intervento chirurgico (**radioterapia intraoperatoria, IORT**), utilizzando una particolare macchina (fig.15) che consente di inviare le radiazioni sulla prostata, attraverso il taglio chirurgico. Questa particolare tecnica viene eseguita in pochissimi centri specializzati tra cui l'Ospedale Maggiore di Novara. Un'ulteriore opzione terapeutica è rappresentata dall'impiego di **farmaci che impediscono la produzione di testosterone** da parte dei testicoli (LH-RH analoghi, somministrati per via sottocutanea o intramuscolare ogni mese oppure ogni tre mesi) o **che impediscono al testosterone di agire sulle cellule prostatiche** (antiandrogeni periferici, somministrati in pastiglie da assumere tutti i giorni oppure, a seconda del prodotto utilizzato, in fiale intramuscolari). Scopo di tale terapia è quello di rimuovere il principale stimolo alla crescita del tumore rappresentato dal testosterone. Qualsiasi cura venga effettuata (chirurgia, radioterapia, ormonoterapia)



FIG. 15

il paziente deve sottoporsi a controlli periodici, con frequenza stabilita dallo specialista in base allo stadio della malattia e al tipo di terapia.

I controlli si basano sul dosaggio del PSA e sulla visita rettale; in assenza di sintomi questi semplici accertamenti sono sufficienti a rassicurare il paziente ad ogni controllo.

È compito esclusivo dello specialista interpretare eventuali sintomi, movimenti del PSA o modificazioni della visita rettale e programmare ulteriori accertamenti.

ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO nella nostra struttura

1. Sospetta patologia prostatica.
2. Prenotazione di visita urologica presso il CUP con impegnativa del medico curante.
3. Visita urologica presso l'ambulatorio di Urologia (Poliambulatori, stanza n°16). Il paziente è invitato a portare con sé la eventuale documentazione già in suo possesso.

4. Se l'urologo lo ritiene necessario prenota la biopsia prostatica fornendo al paziente la preparazione necessaria per l'esecuzione della stessa.
5. La biopsia viene effettuata presso il DH di Urologia (Padiglione B, IV piano). In tale occasione viene fissato l'appuntamento per il ritiro dell'esame istologico.
6. Consegna dell'esame istologico.
7. Se la biopsia è positiva per tumore, in caso di indicazione chirurgica/laparoscopica, il medico prenota l'intervento (tempo di attesa circa 1 mese).
8. Esecuzione di eventuali esami di staging. (TC addome, scintigrafia ossea, ecc.)
9. Pericovero presso il reparto di urologia: visita medica, esami ematochimici, es. urine, rx torace, ecg, visita anestesiológica, eventuali altre visite specialistiche, visita fisiatrica (presso Sede S. Giuliano), eventuali predepositi per autodonazioni di sangue.
10. Ricovero la mattina precedente l'intervento.
11. Intervento.
12. Degenza (circa 5-6 giorni). Alla dimissione vengono programmati tutti i successivi appuntamenti. Il paziente torna a casa con il catetere vescicale.
13. Dopo 10-15 giorni dall'intervento rimozione del catetere vescicale previa Rx cistografia (in reparto).
14. Primo controllo del PSA ad 1 mese dall'intervento.
15. Prima visita di controllo presso l'Ambulatorio di Patologia Prostatica (DH di Urologia, Padiglione B, IV piano), consegna dell'esame istologico definitivo e impostazione di eventuali terapie adiuvanti. Il successivo iter terapeutico viene discusso nell'ambito del gruppo interdisciplinare (GIC) insieme a oncologi, radioterapisti e anatomopatologi.
16. Visita per la riabilitazione andrologica nell'ambulatorio dedicato.
17. A 1 mese dalla rimozione del catetere visita fisiatrica per la riabilitazione del piano perineale presso la sede S. Giuliano.
18. A scadenze prestabilite visite di controllo con PSA e eventuali altri esami (ogni 3 mesi per circa 1-2 anni, ogni 6-12 mesi successivamente).

INFORMAZIONI UTILI

Ambulatorio di Urologia generale

Ubicazione: Poliambulatori, stanza n° 16

Giorni e orari di attività:

dal lunedì al venerdì, ore 8.30-11.30

Prenotazioni:

☎ 800.227717 Lun-Ven ore 9.00-17.00

Oppure direttamente agli sportelli CUP

N.B. Per la prenotazione è necessario essere in possesso dell'impegnativa del medico curante.

Centro Tumori - Visite di prevenzione

Dedicato alla prevenzione del tumore della prostata.

Ubicazione: Poliambulatori, Centro Tumori

Giorni e orari di attività:

Venerdì ore 14.00-15.00

Prenotazioni:

☎ 0321373.3395 Lun-ven ore 9.00-17.00

Oppure direttamente agli sportelli CUP.

Ambulatorio di Oncologia Prostatica

Dedicato alle malattie della prostata con particolare riguardo all'oncologia. In questo spazio si svolge il follow up dei pazienti operati di prostatectomia radicale e/o sottoposti a radioterapia e terapia ormonale.

Ubicazione: Day Hospital, Pad. B, IV piano

Giorni e orari di attività:

Martedì ore 14.00-16.00

Prenotazioni:

☎ 0321 373.3649 Lun-Ven ore 14.00-15.00 oppure recandosi in Day Hospital, Lun-Ven ore 14.00-15.00.

Biopsia prostatica

Esame che consiste nel prelievo di piccoli frustoli di tessuto prostatico al fine di analizzarne la struttura microscopica. Viene eseguito per via transrettale, sotto guida ecografica, in anestesia locale.

Ubicazione: Day Hospital, Pad. B, IV piano

Giorni e orari di attività:

Giovedì ore 8.30-10.30

Prenotazioni:

☎ 0321 373.3649 Lun-Ven ore 14.00-15.00 oppure recandosi in Day

Hospital, Lun-Ven ore 14.00-15.00.

NB: è necessario passare a ritirare il foglio con le istruzioni per la preparazione necessaria .

Ambulatorio di Riabilitazione

Andrologica

Dedicato al follow up andrologico dei pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia pelvica maggiore.

Ubicazione: Reparto, Pad. B, IV piano

Giorni e orari di attività:

Mercoledì ore 14.00-16.00

Prenotazioni:

☎ 0321 373.3649 Lun-Ven ore 14.00-15.00 oppure recandosi in Day Hospital, Lun-Ven ore 14.00-15.00.

Ambulatorio di Riabilitazione del piano perineale

Dedicato alla riabilitazione dei pazienti con incontinenza urinaria post operatoria

Ubicazione: Sede distaccata S. Giuliano

Giorni e orari di attività: da concordare secondo disponibilità.

Prenotazioni:

☎ 0321 373.4898 Lun-Ven ore 9.00-15.00

NB: necessaria impegnativa per Visita Fisiatrice.

REPARTO DI UROLOGIA

Padiglione B, IV piano

☎ 0321 373.3417

Fax 0321 373.3763

Email: urologia@maggioreosp.novara.it

Questo opuscolo informativo nasce con lo scopo di trattare in modo semplice e sintetico le problematiche del carcinoma prostatico e non ha quindi la presunzione di affrontare l'argomento nella sua completezza e nei minimi dettagli. I medici del reparto si rendono disponibili per eventuali approfondimenti e chiarimenti.