



Cancro della prostata



**Un'informazione della
Lega contro il cancro
per malati e familiari**

Le Leghe contro il cancro in Svizzera: prossimità, confidenzialità, professionalità

Offriamo consulenza e sostegno di prossimità ai pazienti oncologici, ai loro familiari e amici. Nelle 60 sedi delle Leghe contro il cancro operano un centinaio di professionisti ai quali si può far capo gratuitamente durante tutte le fasi della malattia.

Le Leghe cantonali organizzano campagne di sensibilizzazione e prevenzione delle malattie tumorali presso la popolazione, con l'obiettivo di promuovere stili di vita salutari e quindi ridurre il rischio individuale di ammalarsi di cancro.

Impressum

Editrice

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40, Casella postale
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00, Fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch, www.legacancro.ch

4ª edizione – Responsabili del progetto

Regula Schär, lic. phil., collaboratrice scientifica;
Ernst Schlumpf, collaboratore redazionale;
entrambi della Lega svizzera contro il cancro,
Berna

Supervisione specialistica/testo

Dott. med. Karin Huwiler, collaboratrice scientifica della Lega svizzera contro il cancro, Berna;
prof. dott. med. George Thalmann, primario e direttore della Clinica urologica universitaria, Inselspital, Berna

Ringraziamo la persona malata di cancro con cui abbiamo collaborato per l'attenta lettura della bozza e per il prezioso riscontro.

Programma di ginnastica del pavimento pelvico

Jacqueline de Jong, PtMSc, SOMT Pelvic education, Physio Artos, Interlaken

Collaboratori della Lega svizzera contro il cancro, Berna – Contenuti/testo/redazione

Sabine Jenny, lic. phil., MAS, infermiera specialista SS, coordinatrice; Verena Marti, responsabile pubblicazioni; Regula Schär, lic. phil., collaboratrice scientifica; dott. med. Mark Witschi, collaboratore scientifico; Lorenzo Terzi, collaboratore pubblicazioni

Questo opuscolo è disponibile anche in francese e tedesco.

© 2015, 2006, Lega svizzera contro il cancro, Berna | 4ª edizione

Traduzione

Paolo Giannoni, Thun

Lettorato

Antonio Campagnuolo, Lugano

Foto di copertina

Da: Albrecht Dürer, Adamo ed Eva

Illustrazioni

p. 7: Frank Geisler, illustratore scientifico, Berlino

Foto

p. 4: ImagePoint AG Zurigo
p. 16, 22, 32, 46, 52: Shutterstock
p. 56/57: Jacqueline de Jong, Physio Artos, Interlaken

Design

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Stampa

Ast & Fischer AG, Wabern

Indice

- 5 Editoriale**
- 6 Che cos'è il cancro?**
- 12 Il cancro della prostata**
 - 12 La prostata e le sue funzioni
 - 12 Possibili cause e rischi
 - 14 Diagnosi precoce del cancro della prostata
 - 15 Possibili disturbi e sintomi
- 17 Esami e diagnosi**
 - 17 Primi accertamenti
 - 18 Ulteriori esami per la precisazione della diagnosi
 - 19 Stadi della malattia
- 23 Possibilità terapeutiche per il cancro della prostata**
 - 23 «Active surveillance», la sorveglianza attiva
 - 25 «Watchful waiting», aspettare e osservare
 - 25 Intervento chirurgico: prostatectomia radicale
 - 28 Radioterapia
 - 32 Terapie medicamentose
- 38 Quale terapia per quale stadio di malattia**
 - 38 Pianificazione della terapia
 - 43 Terapia dei tumori della prostata localizzati
 - 43 Terapia dei tumori prostatici localmente avanzati
 - 44 Terapia delle metastasi ossee del cancro della prostata
 - 44 Terapia del cancro della prostata resistente alla castrazione
 - 47 Terapia nel quadro di uno studio clinico
- 48 Come affrontare gli effetti indesiderati**
 - 49 Ripercussioni sulla sessualità e sulla fertilità
 - 50 Effetti sulla continenza urinaria
- 53 Altri trattamenti**
 - 53 Assistenza e riabilitazione
 - 54 Terapia del dolore
 - 55 Medicina complementare
 - 56 Ginnastica del pavimento pelvico
- 58 Dopo le terapie**
- 60 Consulenza e informazione**



Caro lettore

Una diagnosi di cancro è spesso uno shock, sia per chi la riceve in prima persona, sia per i familiari e gli amici. Stravolge la quotidianità e cambia, da un momento all'altro, le prospettive di vita. Scatena una tempesta di sentimenti contrastanti di paura, di rabbia e di speranza. Suscita mille interrogativi.

Ci auguriamo che le informazioni contenute nel presente opuscolo Le siano di aiuto nell'affrontare la malattia. Le spiegheremo come insorge il cancro della prostata, come si formula la diagnosi e quali sono i tipi di trattamento usati. Le forniremo indicazioni utili per il periodo che segue le terapie e, per facilitarLe la convivenza con la malattia, La indirizzeremo verso servizi di sostegno.

Le terapie contro il cancro della prostata sono sempre più efficaci e meglio tollerate. Oggigiorno, nella maggior parte dei casi, il cancro della prostata è curabile se diagnosticato in tempo, ossia mentre è ancora circoscritto alla prostata.

Se al momento della diagnosi il cancro della prostata si trova già in uno stadio più avanzato, spesso è possibile rallentare la progressione della malattia e lenirne i sintomi. Anche quando la guarigione completa non è più possibile, vi sono delle misure capaci di mantenere la qualità di vita.

In caso di domande, non esiti a rivolgerti a un medico o al personale curante. Chieda aiuto a chi Le sta vicino: familiari, amici, vicini di casa.

Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro troverà ulteriori informazioni e suggerimenti. Inoltre, può contare sul sostegno e sulla disponibilità all'ascolto delle consulenti specializzate delle Leghe cantonali e regionali nonché della Linea cancro. A pagina 60 sono elencati i recapiti dei rispettivi servizi di consulenza.

Le auguriamo ogni bene.

La Sua Lega contro il cancro

Che cos'è il cancro?

Il termine «cancro» denota un insieme di malattie diverse che presentano caratteristiche comuni:

- Cellule che, in origine, erano normali incominciano a proliferare in modo incontrollato, trasformandosi così in cellule cancerose.
- Le cellule cancerose s'infiltrano nel tessuto circostante distruggendolo e invadendolo.
- Le cellule cancerose hanno la capacità di staccarsi dal loro luogo d'insorgenza per formare nuovi focolai di malattia in altre parti del corpo (metastasi).

Quando si parla di cancro, s'intende una crescita incontrollata, maligna di cellule corporee. Spesso il cancro è chiamato anche «tumore». Un tumore è un accumulo patologico di cellule che può essere di natura benigna o maligna. I tumori maligni sono spesso designati anche con il termine di «neoplasie». Una neoplasia è una massa di nuova formazione, una «neoformazione» (dal greco *néos* = nuovo).

Vi sono oltre duecento tipi diversi di cancro. Si opera una distinzione tra tumori solidi, che originano dalle cellule di un organo e che formano una massa di cellule (nodulo) e malattie del sistema sanguigno e linfatico (p. es. leucemie). Una leucemia può manifestarsi, per esempio, attraverso un ingros-

samento dei linfonodi oppure con alterazioni del quadro ematologico.

I tumori maligni solidi che originano dai tessuti di rivestimento, come la pelle e le mucose, o dai tessuti ghiandolari sono chiamati «carcinomi». Ecco perché il cancro della prostata, per esempio, è chiamato anche «carcinoma prostatico».

Sono definiti «sarcomi» i tumori maligni solidi che originano da tessuti connettivi, adiposi, cartilaginei, muscolari e ossei o da vasi.

Benigno o maligno?

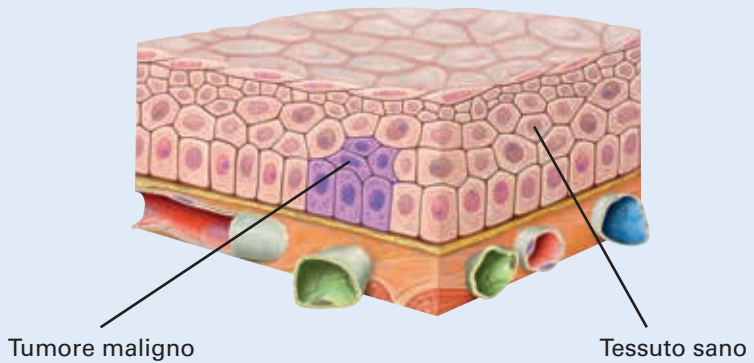
I tumori benigni, crescendo, comprimono i tessuti sani, ma non li infiltrano. Inoltre, i tumori benigni non formano metastasi. Secondo la loro localizzazione, anche i tumori benigni possono tuttavia provocare seri disturbi dovuti alla compressione di tessuti sani (p. es. nervi) o a stenosi di orifici o condotti anatomici (p. es. vasi sanguigni).

Vi sono tumori benigni che, con il tempo, possono evolvere in tumori maligni. I polipi intestinali ne sono un esempio. Si tratta di escrescenze sulla superficie della mucosa intestinale che possono precedere la comparsa di un cancro dell'intestino.

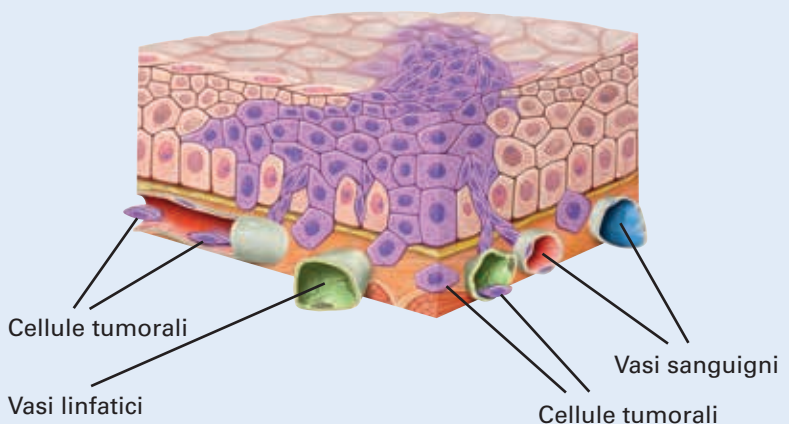
Come si forma un tumore

Esempio: carcinoma, tumore maligno che trae origine da tessuti epiteliali di rivestimento

Il tumore incomincia a svilupparsi nel tessuto sano.



Il tumore si infiltra nei tessuti adiacenti. Attraverso i vasi sanguigni (in rosso/blu) e linfatici (in verde), le cellule tumorali si diffondono in altri organi dove formano metastasi.



I tumori maligni, invece, s'infiltrano nei tessuti adiacenti, danneggiandoli. Inoltre, essi formano nuovi vasi sanguigni per approvvigionarsi di sostanze nutritive.

Le cellule cancerose possono raggiungere i linfonodi e altri organi attraverso i vasi linfatici e sanguigni, e formarvi metastasi. Di solito, è possibile stabilire da quale organo e tipo di cellula derivino le metastasi.

Tutto ha inizio nella cellula

I tessuti e gli organi che formano il nostro corpo sono costituiti da milioni di cellule. Il nucleo cellulare racchiude il piano di costruzione dell'essere vivente: il patrimonio genetico (genoma) con i suoi cromosomi e geni; esso è composto dal DNA (acido desossiribonucleico), il materiale portatore del messaggio genetico.

La divisione cellulare dà origine a nuove cellule, assicurando così il ricambio cellulare. Il patrimonio genetico può subire dei danni se, durante il processo di divisione cellulare, si verificano degli errori oppure per tante altre cause. Normalmente le cellule sono in grado di riconoscere e riparare i danni subiti oppure di programmare la propria morte. Tuttavia, può accadere che tali meccanismi falliscano e che le cellule danneggiate (mutate) riescano a moltiplicarsi libera-

mente. Tali cellule proliferano in modo incontrollato e si accumulano fino a formare un nodulo, un tumore.

Dimensioni inimmaginabili

Un tumore con un diametro di un centimetro è costituito da milioni di cellule. Gli sono occorsi presumibilmente diversi anni per raggiungere tale grandezza. In altre parole: un tumore non insorge dall'oggi al domani. La sua velocità di crescita può variare secondo il tipo di cancro.

Cause

Le malattie oncologiche sono da ricondurre a mutazioni del patrimonio genetico delle cellule. Alcuni dei fattori che favoriscono tali mutazioni e che giocano un ruolo nell'insorgenza del cancro sono noti:

- il naturale processo d'invecchiamento,
- lo stile di vita (alimentazione poco equilibrata, attività fisica insufficiente, fumo, alcol ecc.),
- influssi esterni (p. es. virus, sostanze nocive, fumo, raggi UV),
- fattori ereditari e genetici.

Vi sono fattori di rischio influenzabili e fattori di rischio non influenzabili. Si stima che all'incirca un terzo delle malattie oncologiche potrebbero essere evitate eliminando fattori di rischio come il

tabacco o l'alcol. Le altre malattie oncologiche sono da ricondurre a fattori di rischio non modificabili o sconosciuti.

In generale, sono molteplici i fattori che concorrono all'insorgenza del cancro. Nel caso singolo, invece, spesso non è possibile individuare con esattezza i fattori che hanno causato la malattia.

Invecchiamento

Il naturale processo d'invecchiamento favorisce l'insorgenza di malattie oncologiche. La maggior parte dei tipi di cancro sono tanto più frequenti quanto più avanzata è l'età. Suppergiù il 90 per cento delle malattie oncologiche insorgono in persone che hanno superato i 50 anni di età.

Di norma, la divisione cellulare e i meccanismi di riparazione si svolgono correttamente. Ciononostante, con il tempo e l'avanzare dell'età, si accumulano gli errori nel patrimonio genetico che potrebbero dare origine a una malattia oncologica. Con l'età aumenta quindi il rischio di ammalarsi di cancro. Poiché nella nostra società l'aspettativa media di vita è in aumento, si assiste a un incremento dei casi di cancro.

Stile di vita

Lo stile di vita è modificabile. In altre parole, è possibile modificare le proprie abitudini in fatto di fumo, alcol, alimentazione e movimento. Vivendo in modo sano, si può quindi ridurre il proprio rischio di ammalarsi di alcuni tipi di cancro.

Influssi esterni

A taluni influssi esterni, come per esempio le polveri sottili siamo esposti involontariamente. Le nostre possibilità di mettercene al riparo sono assai limitate. Da tal altri influssi esterni, invece, possiamo salvaguardarci, per esempio attraverso la protezione solare contro i raggi UV o le vaccinazioni contro i virus che favoriscono l'insorgenza del cancro.

Fattori genetici

Si stima che da cinque a dieci pazienti oncologici su cento presentano un'alterazione del patrimonio genetico che accresce il rischio di contrarre il cancro e la cui natura ereditaria può essere accertata. In tali casi si parla di «tumori ereditari». Le persone con una presunta o accertata predisposizione al cancro dovrebbero poter beneficiare di una consulenza genetica. Non è possibile influire sulla predisposizione stessa, ma alcuni tipi di cancro possono essere diagnosticati precocemente oppure prevenuti con misure profilattiche.

In alcune famiglie il cancro della prostata, per esempio, ricorre con maggiore frequenza che in altre. Per saperne di più legga il capitolo «Possibili cause e rischi» (vedi p. 12) e l'opuscolo intitolato «Rischio di cancro ereditario» (vedi p. 63).

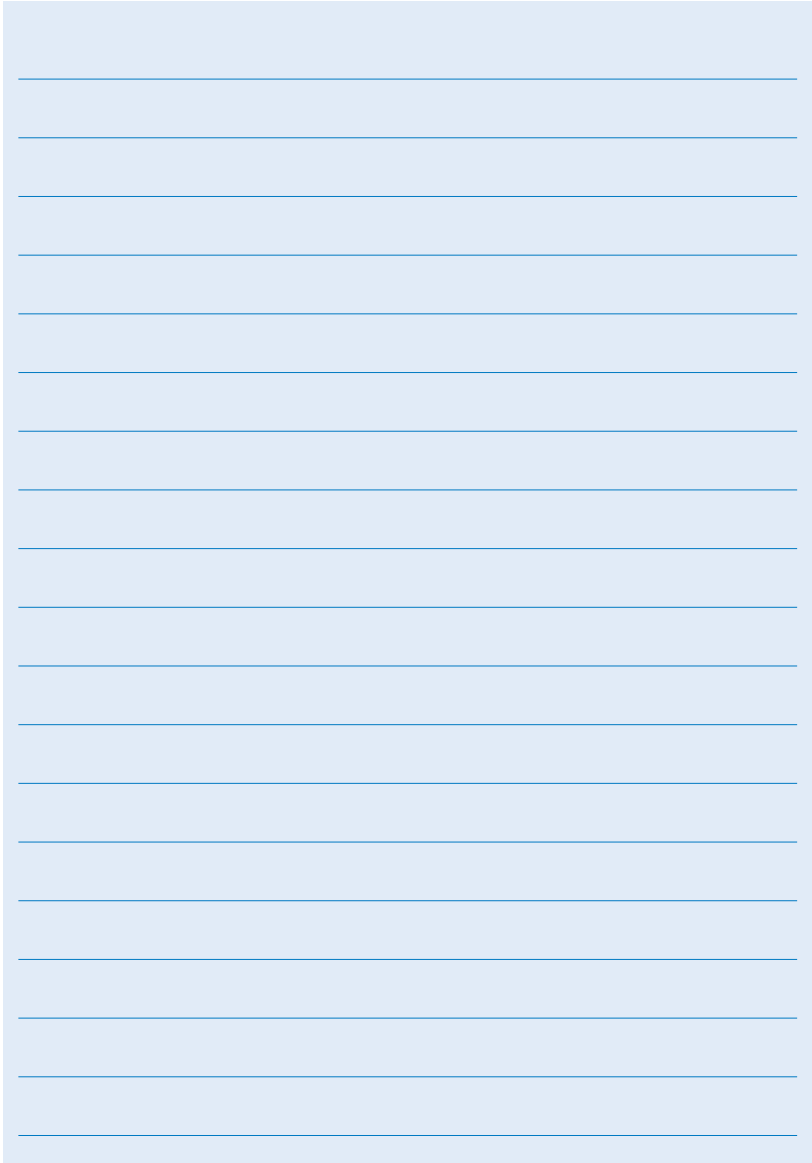
Perché io?

È possibile che si stia chiedendo perché il cancro abbia colpito proprio Lei. Forse si domanda fra l'altro: «Che cosa ho sbagliato?» È più che normale porsi tali interrogativi ed essere colti dallo sgomento o dalla rabbia. Le cause che portano all'insorgenza di una malattia oncologica sono molto complesse e difficili da capire anche per gli specialisti.

Nessuno può mettersi completamente al riparo dal cancro. Possono ammalarsi di cancro sia le persone che conducono una vita sana, sia le persone con comportamenti a rischio. Inoltre, di cancro ci si può ammalare a qualsiasi età. Che una persona si ammali di cancro oppure no, in parte, è anche una questione di casualità o di destino. In ogni caso, una diagnosi di cancro comporta indiscutibilmente un carico emotivo importante.

L'opuscolo intitolato «Quando anche l'anima soffre» (vedi p. 63) della Lega contro il cancro si sofferma sugli aspetti psicologici della malattia, suggerendo possibili modalità di gestione degli stati d'animo ad essa legati.

I miei appunti



A large light blue rectangular area containing horizontal blue lines, serving as a space for notes.

Il cancro della prostata

Il cancro (o carcinoma) della prostata è un tumore che colpisce la ghiandola prostatica (la prostata).

Il tumore insorge se le cellule della prostata degenerano e si moltiplicano in modo incontrollato.

Le singole cellule tumorali possono raggiungere i vicini linfonodi attraverso i vasi linfatici e migrare in altri organi attraverso i vasi sanguigni, provocando metastasi nell'osso pelvico, nella colonna vertebrale e nella gabbia toracica.

La prostata e le sue funzioni

La prostata è una ghiandola delle dimensioni di una castagna e fa parte degli organi sessuali maschili interni, come il dotto deferente e la vescicola seminale. Si trova immediatamente sotto la vescica urinaria e circonda la parte superiore dell'uretra.

La prostata produce l'antigene specifico della prostata (PSA), che fuoriesce dall'uretra assieme al liquido della vescicola seminale e allo sperma (eiaculazione). Il PSA rende liquido l'eiaculato. Una capsula di tessuto connettivo, la cosiddetta «capsula prostatica», circonda la prostata.

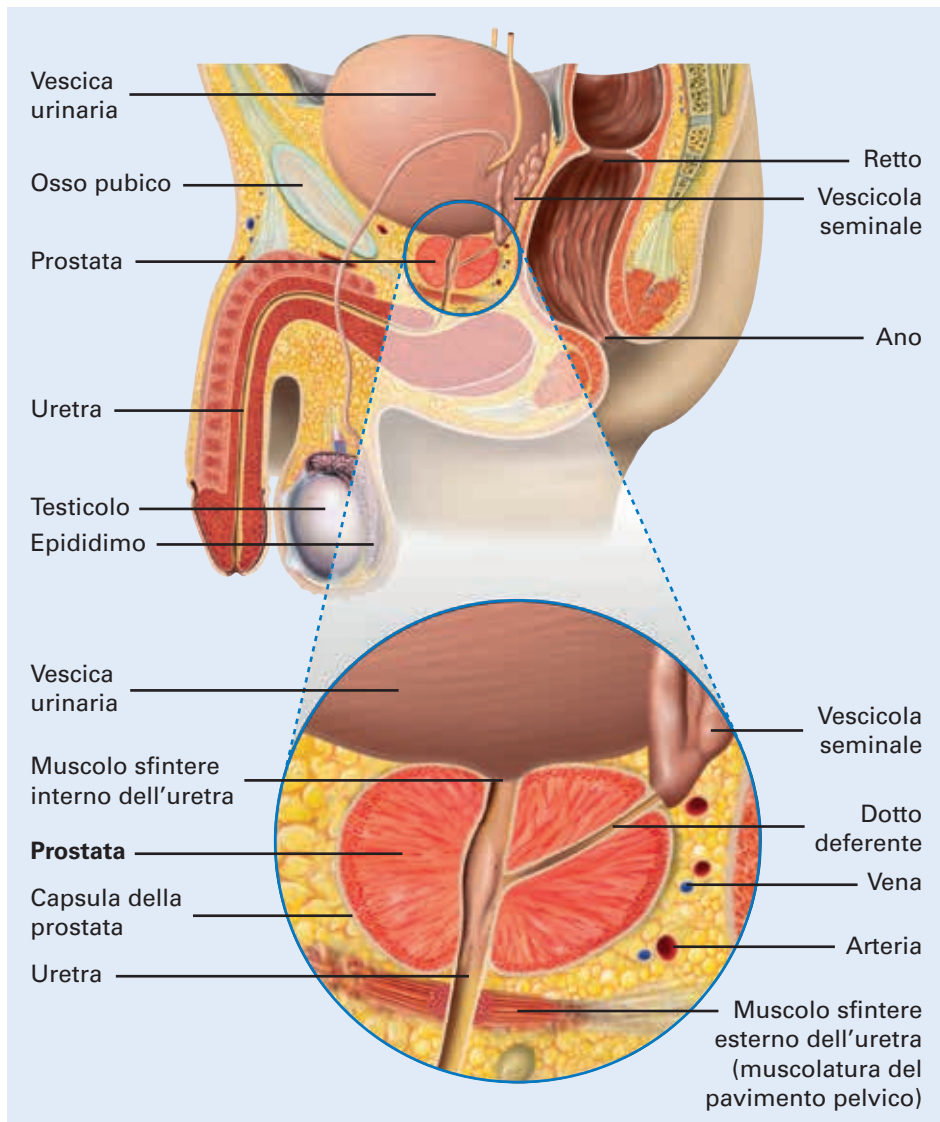
La prostata si suddivide in una zona esterna (zona periferica), una zona interna e una cosiddetta «zona di transizione» (zona peri-uretrale). Il cancro della prostata interessa con maggiore frequenza la zona esterna, la più vicina al retto.

Possibili cause e rischi

In linea di principio, qualsiasi uomo può ammalarsi di cancro della prostata. In Svizzera, i tumori prostatici sono in assoluto il tipo di tumore diagnosticato con maggiore frequenza tra gli uomini. Ogni anno ci sono circa 6000 nuovi casi di cancro della prostata e circa 1300 decessi dovuti a questa patologia.

La ricerca medica si concentra molto sui processi, che ancora non sono stati chiariti, che portano all'insorgenza dei tumori prostatici. Tuttavia, ad oggi non si conoscono cause evidenti della patologia.

Alcuni fattori sembrano però essere corresponsabili dell'insorgenza del tumore prostatico.



Sezione del bacino maschile e dettaglio della prostata.

L'età

Il tumore prostatico è un cosiddetto «cancro senile». Il cancro della prostata è la forma di cancro più diffusa tra gli ultracinquantenni. Quasi la metà degli uomini colpiti dalla malattia ha o supera i 70 anni al momento della diagnosi.

Fattori di rischio familiari

La probabilità di ammalarsi aumenta se un proprio parente (padre o fratello) è già malato di cancro della prostata.

Inoltre, agli uomini di origine afro-americana viene diagnosticato il cancro della prostata con maggiore frequenza rispetto agli altri.

Testosterone

Il testosterone, l'ormone sessuale maschile, promuove la crescita delle cellule sane della prostata e può favorire anche quella delle cellule tumorali. Ad oggi non sappiamo esattamente quale sia l'in-

fluenza del testosterone sull'insorgenza del cancro della prostata.

Diagnosi precoce del cancro della prostata

Al momento i medici non sono unanimi circa l'opportunità e le modalità di programmi sistematici di diagnosi precoce.

È quindi opportuno che chieda al Suo medico di spiegarLe quali siano i fattori di rischio. Sottoporsi o meno agli accertamenti diagnostici precoci è una decisione individuale, in cui la propria specifica situazione personale svolge un ruolo importante.

L'importante è prendere questa decisione dopo essere stati accuratamente informati sui vantaggi e gli svantaggi della diagnosi precoce del cancro della prostata. Ciò significa conoscere i pro e i contro

Uno stile di vita sano ...

... riduce il rischio di ammalarsi di cancro.

Questo include, ad esempio:

- praticare regolarmente attività fisica,
- consumare molte fibre alimentari (soprattutto prodotti integrali, cui si aggiungono le fibre di frutta, verdura e legumi),
- consumare poca carne rossa,
- bere poco alcol,
- non essere sovrappeso.

dei test e degli altri esami (ad es. della biopsia prostatica, vedi p. 18) in presenza di un valore elevato di PSA (vedi p. 17) e conoscere le varie possibilità terapeutiche (inclusa la «sorveglianza attiva» vedi p. 23) in caso di carcinoma della prostata.

Per ulteriori informazioni sulla diagnosi precoce del cancro della prostata, rimandiamo a pagina 62 del relativo opuscolo della Lega contro il cancro.

Possibili disturbi e sintomi

Molti tumori prostatici evolvono lentamente. È possibile che un tumore della prostata resti per anni in uno stadio precoce e non causi problemi alla salute o dolore. Perciò i tumori di questo tipo sono chiamati anche carcinomi indolenti (dal latino *indolentia* = assenza di dolore).

In uno stadio avanzato, il tumore della prostata può diffondersi al tessuto circostante e formare metastasi. Nel caso del carcinoma prostatico, esse interessano prevalentemente le ossa del bacino, la colonna vertebrale o la gabbia toracica. Il male alla schiena, in particolare quello nella regione sacrale (sciatalgia), possono essere i primi sintomi di un cancro

della prostata e/o di metastasi di un carcinoma prostatico.

Ci sono altri sintomi che sono tipici di un ingrossamento benigno (iperplasia prostatica benigna) o di un'infezione della prostata (prostatite):

- difficoltà nella minzione, ad esempio getto debole d'urina o minzione a gocce,
- minzione frequente,
- minzione dolorosa,
- sangue nelle urine,
- sangue nello sperma o eiaculazione dolorosa.

Anche questi disturbi vanno comunque sottoposti ad indagini accurate.



Esami e diagnosi

Durante una visita di routine o in occasione di accertamenti volti a chiarire alcuni sintomi (vedi p. 15) vengono eseguiti di norma i seguenti esami medici.

Primi accertamenti

Anamnesi

La raccolta dettagliata di informazioni sul paziente da parte del medico si chiama «anamnesi». Si registrano disturbi, sintomi, patologie precedenti e dati sulla vita e il lavoro del paziente.

Esame obiettivo – ERD

L'esame obiettivo include la palpazione della prostata. La maggior parte dei tumori interessano la zona esterna della prostata, la più vicina al retto. Il medico può tastare una parte della prostata attraverso il retto e rilevare alterazioni dimensionali o la presenza di noduli, che potrebbero indicare

la presenza di un cancro della prostata. Questo esame è chiamato «esplorazione rettale digitale» (ERD). Non tutti i tumori prostatici sono però palpabili.

Valore del PSA

Il PSA (antigene prostata-specifico) è una proteina formata solo dalle cellule prostatiche. In presenza di un cancro della prostata può accadere che venga prodotto più PSA, la cui concentrazione elevata è rilevabile nel sangue.

Un valore elevato del PSA non significa necessariamente che si sia malati di cancro della prostata. La produzione di PSA dipende da diversi fattori. Anche le patologie prostatiche benigne, come l'iperplasia prostatica benigna, i farmaci che agiscono a livello ormonale e il processo d'invecchiamento del corpo possono influenzare la formazione del PSA.

Buono a sapersi

Un valore elevato di PSA o una modifica della prostata rilevata alla palpazione possono indicare un tumore prostatico. È però possibile stabilire con certezza se vi sia un carcinoma prostatico solo con una biopsia della prostata ovvero un esame al microscopio dei campioni di tessuto (istologia: dal greco *histos* = tessuto e *logos* = studio) (vedi capitolo successivo, p. 18).

Ulteriori esami per la precisazione della diagnosi

Ecografia prostatica transrettale (TRUS) – biopsia della prostata

La TRUS (ecografia transrettale, rettale = del retto) prevede l'inserimento di una sonda ecografica nel retto. Le immagini ecografiche consentono di determinare le dimensioni della prostata ed eventuali infiammazioni.

Durante la TRUS si possono prelevare, con l'ausilio di uno strumento per la biopsia, fino a 13 campioni di tessuto. Gli esami istologici al microscopio rivelano se vi sia un tumore prostatico e quali siano le sue caratteristiche biologiche. Questo è determinante per la scelta della terapia (vedi Differenziazione delle cellule cancerose p. 21).

Esami integrativi per immagini

Gli esami di *imaging* sono in grado di precisare la diagnosi e rivelare eventuali metastasi. Una radiografia, una tomografia computerizzata (CT), una scintigrafia ossea e/o una tomografia a risonanza magnetica (MRI) possono escludere o confermare nel singolo caso il sospetto di metastasi.

Spesso con una MRI è possibile anche determinare l'estensione del tumore. Non è però sempre possibile farlo perché certi tumori non sono visibili (ad es. tumori con *Gleason Score* 6, vedi p. 21). Si potrà chiarire l'estensione locale di questi tumori solo con l'indagine istologica al microscopio, dopo una biopsia prostatica o dopo aver asportato chirurgicamente la prostata (prostatectomia, vedi p. 25).

Un'altra possibilità, oggi usata con maggiore frequenza, di diagnosticare un tumore prostatico o di individuare le metastasi è la procedura PET, una tecnica di diagnostica per immagini di tutto il corpo. L'acronimo deriva da Positron Emission Tomography, tomografia ad emissione di positroni. Essa consente di distinguere sia i diversi tipi di tessuti, ossa, linfonodi ecc. che i processi metabolici.

Valutazione dei linfonodi

Le metastasi si formano quando alcune cellule cancerose si staccano dal tumore originario e arrivano ad altri organi o nelle ossa attraverso il circolo sanguigno o il sistema linfatico. Nel caso del carcinoma della prostata, le cellule cancerose possono interessare innanzitutto i linfonodi vicini, i cosiddetti linfonodi regionali.

Non è sempre possibile determinare con l'*imaging* se i linfonodi siano stati colpiti. Per questo, quando si asporta chirurgicamente la prostata (prostatectomia, vedi pp. 25 sg.) di norma vengono asportati anche i linfonodi. Il tessuto linfonodale viene esaminato al microscopio, per potersi esprimere con certezza sullo stato della malattia.

Stadi della malattia

Classificazione TNM

I diversi risultati degli esami consentono di individuare e valutare l'entità della malattia. Per descrivere la diffusione anatomica della patologia tumorale e/o per definirne il grado di gravità, si ricorre alla classificazione TNM della International Union Against Cancer (UICC). Questa classificazione viene chiamata anche stadiazione o, in inglese, staging.

Le lettere T, N, M indicano:

- T** Tumore (primario) (dal latino *primarius* = in primo luogo)
- N** Linfonodi regionali (dal latino *nodus* = nodo)
- M** Metastasi (propaggini)

Con la stadiazione, e tenendo conto di altri fattori, è possibile definire la terapia più adatta.

Classificazione TNM, 2014

T Indica il tumore (primario). L'estensione del tumore viene espressa da numeri che vanno dallo 0 al 4. Più alto è il numero, maggiori sono la diffusione del tumore o le sue dimensioni.

T1 Tumore non rilevabile clinicamente: non è palpabile né visibile nelle immagini diagnostiche:

T1a tumore incidentale diagnosticato istologicamente nel 5 per cento o meno del tessuto asportato.

T1b tumore incidentale diagnosticato istologicamente in oltre il 5 per cento del tessuto asportato.

T1c tumore diagnosticato mediante agobiopsia (ad es. per un valore elevato di PSA).

T2 Il tumore è circoscritto alla prostata.

T2a è interessata meno della metà di un lobo.

T2b è interessata più della metà di un lobo.

T2c sono interessati entrambi i lobi prostatici.

T3 Il tumore ha oltrepassato la capsula della prostata.

T3a Il tumore ha oltrepassato la capsula della prostata ed ha interessato il collo vescicale.

T3b Il tumore ha colpito la vescicola seminale.

T4 Il tumore è insediato o ha infiltrato altre strutture adiacenti oltre il collo vescicale o alla vescicola seminale.

N Indica i linfonodi (latino *nodus* = nodo).

NX I linfonodi regionali (vicini) non sono valutabili.

N0 I linfonodi vicini non sono interessati dal tumore.

N1 Metastasi ai linfonodi regionali (vicini).

M Indica le metastasi (propaggini) in altri organi, talvolta chiamate anche metastasi lontane.

M0 Nessuna metastasi documentabile.

M1 Metastasi

M1a Sono interessati linfonodi non regionali (non vicini).

M1b Metastasi ossee.

M1c Metastasi in altri organi.

Differenziazione delle cellule cancerose: *grading* e *Gleason Score*

Per scegliere la terapia, oltre alla classificazione TNM, si valuta anche il tessuto canceroso. Sulla base dei campioni istologici si esamina quanto le cellule cancerose, causa del tumore, si differenzino rispetto alle cellule sane.

In questo modo è possibile valutare con quanta lentezza o aggressività si svilupperà presumibilmente il tumore. Più le cellule cancerose si differenziano dalle cellule sane, più maligne sono e più rapidamente crescerà il tumore. Gli esperti parlano di «cellule indifferenziate» o di «grado di differenziazione», in inglese *grading*.

Nel caso del cancro della prostata, il grado di differenziazione delle cellule cancerose viene solitamente valutato con il sistema sviluppato dal patologo americano Donald F. Gleason: il *Gleason Score*.

Il *Gleason Score* esprime il grado di differenziazione con un sistema di punti da 6 a 10. Valori bassi significano che le cellule cancerose sono ancora relativamente simili a quelle sane e che il tumore si sviluppa lentamente. In presenza di valori superiori a 7 aumenta la probabilità che il tumore si sviluppi in modo rapido ed aggressivo.

Così come la classificazione TNM, il *Gleason Score* serve per la prognosi della malattia e per definire i metodi terapeutici.



Possibilità terapeutiche per il cancro della prostata

I principali metodi terapeutici per i tumori della prostata sono l'asportazione chirurgica della stessa (prostatectomia radicale), la radioterapia e la terapia medicamentosa (chemioterapia, terapia antiormonale o terapia mirata).

La scelta della terapia dipende dallo stadio della malattia e dal grado e/o tipo di tessuto tumorale (vedi p. 21).

Se il tumore è circoscritto alla prostata, è potenzialmente guaribile. Se il tumore ha oltrepassato la capsula della prostata (vedi classificazione TNM p. 19) o se si sono formate metastasi, le possibilità di guarire diminuiscono.

«Active surveillance», la sorveglianza attiva

Nel caso dei tumori circoscritti alla prostata, che non causano disturbi alla salute e che sono considerati a basso rischio, si può eventualmente rinunciare ad una terapia immediata (chirurgia, radioterapia) e adottare invece la strategia della sorveglianza attiva (*active surveillance*).

Active surveillance significa che si monitora la progressione del tumore prostatico attraverso accertamenti periodici (misurazione del PSA, TRUS e biopsia, vedi pp. 17

sg.). Ciò consente di rilevare precocemente le alterazioni del tumore ed attivare eventualmente le terapie curative necessarie, una prostatectomia o una radioterapia.

Attualmente si valuta la possibile utilità, nell'ambito della sorveglianza attiva, di un esame di *imaging* con una MRI (vedi p. 18).

Si prende in considerazione l'*active surveillance* se:

- il valore PSA è inferiore a 10 ng/ml (nanogrammi per millilitro),
- il tumore non è palpabile (T1c, vedi classificazione TNM, p. 20) o il tumore, circoscritto alla prostata, non ha interessato oltre la metà di un lobo prostatico (T2a),
- nella biopsia è presente meno del 50 per cento di tessuto canceroso,
- il *Gleason Score* è inferiore o uguale a 6 (vedi p. 21).

Per i soggetti interessati, la sorveglianza attiva significa:

- sottoporsi con regolarità a controlli ed esami,
- non fare inizialmente alcuna terapia e non doversi quindi confrontare con i possibili effetti indesiderati,
- vivere con il carico psicologico di essere malati di cancro della prostata, ma di non seguire alcuna terapia,

Sorveglianza attiva sì o no?

Pro

- Non ho disturbi e vorrei evitare la terapia fin quando sarà possibile.
- Non desidero farmi carico del peso delle terapie e dei loro possibili effetti collaterali in questa situazione.
- Sono pronto a farmi controllare periodicamente dal medico.
- Riesco a convivere bene con il fatto di avere un tumore della prostata senza fare alcuna terapia.
- Posso iniziare la terapia in qualsiasi momento.
- Faccio quello che mi consiglia il mio medico.

.....

.....

.....

.....

.....

Contro

- Desidero che il tumore prostatico sia trattato. Mi logora l'idea di avere un tumore che cresce nel mio corpo e di non fare alcuna terapia.
- Vorrei continuare a vivere, se possibile, senza il tumore prostatico nel mio corpo e desidero sottopormi ad un intervento chirurgico o alla radioterapia.
- Non desidero sottopormi ai controlli e agli esami medici e ogni volta aspettare con ansia i risultati degli esami.
- Il carico psicologico è eccessivo per me. Ho paura che il tumore, potenzialmente guaribile, diventi inguaribile malgrado la sorveglianza.
- Voglio sfruttare subito tutte le possibilità terapeutiche. Accetto i possibili effetti collaterali.
- Faccio quello che mi consiglia il mio medico.

.....

.....

.....

.....

.....

- poter iniziare in qualsiasi momento la terapia, se il carico psicologico diventa eccessivo.

Chieda al Suo medico curante di spiegarLe vantaggi e svantaggi dell'*active surveillance*.

«**Watchful waiting**», **aspettare e osservare**

Questa strategia terapeutica può essere proposta agli uomini più anziani (oltre i 75 anni di età), quando è possibile ritenere che il tumore della prostata non metta a rischio la loro vita negli anni che restano loro da vivere. Il *watchful waiting*, o vigile attesa, può rappresentare un'opzione anche per i pazienti già affetti da altre patologie. Il *watchful waiting* non punta alla guarigione, ma al mantenimento della qualità della vita.

Si inizia la terapia solo se il tumore causa disturbi. In occasione di regolari controlli medici si accerta costantemente se sia necessario avviare una terapia.

Di norma si applica una terapia antiormonale (vedi p. 33) per alleviare i disturbi causati dal tumore alla prostata. Si rinuncia solitamente all'intervento chirurgico o alla radioterapia per evitare il carico che la terapia comporta e i possibili effetti indesiderati.

Intervento chirurgico: prostatectomia radicale

Finché il tumore è circoscritto alla prostata, e quindi non ha oltrepassato la capsula della prostata e formato metastasi, l'asportazione chirurgica della prostata (prostatectomia radicale) rappresenta un metodo terapeutico curativo che promette buoni risultati.

L'intervento prevede l'asportazione del tumore assieme a tutta la prostata, parte dell'uretra, la parte terminale dei canali spermatici e tutta la vescicola seminale. Si opera cercando di risparmiare i nervi nella misura in cui ciò sia possibile, per preservare il controllo della minzione e la capacità erettile. Si raccomanda di scegliere un centro in cui queste operazioni vengono svolte di routine.

Dopo l'asportazione della prostata, l'uretra e la vescica vengono nuovamente collegate fra loro. Per qualche giorno, fino alla guarigione della sutura, l'urina viene fatta defluire attraverso un catetere.

La prostatectomia radicale prevede l'asportazione dello sfintere uretrale interno. Dopo l'intervento, lo sfintere uretrale esterno deve quindi svolgere da solo la funzione di chiusura della vescica. Il muscolo può impiegare giorni o

settimane per imparare questa funzione. Durante tale periodo è possibile che vi siano perdite involontarie di urina. Alcuni soggetti devono convivere con un'incontinenza permanente dopo la prostatectomia (vedi «Effetti sulla continenza urinaria», p. 50).

Per lo più, in occasione della prostatectomia radicale vengono rimossi anche i linfonodi regionali (linfadenectomia). Se durante l'intervento si riscontra qualcosa di poco chiaro o inatteso, può essere disposta un'indagine istologica dei linfonodi (esame istologico intraoperatorio), per stabilire come debba procedere la chirurgia. Il chirurgo discuterà con Lei i dettagli dell'operazione.

La scelta della tecnica chirurgica dipende dal tipo e dalle dimensioni del tumore prostatico, dalle condizioni fisiche e dalle altre patologie del soggetto nonché dall'esperienza dell'urologo.

Esistono diverse tecniche chirurgiche, con i relativi vantaggi e svantaggi, che il Suo urologo Le illustrerà:

- Prostatectomia retropubica (intervento classico): incisione dell'addome sotto dell'ombelico fino al pube, che rende accessibile la cavità addominale.
- Prostatectomia laparoscopica (esame endoscopico): con questa tecnica gli strumenti chirurgici e una telecamera vengono introdotti nel corpo del paziente attraverso varie, piccole incisioni. In questo modo è possibile operare all'interno del corpo umano monitorando l'operazione su uno schermo. Si tratta di una cosiddetta «tecnica mininvasiva».
- Prostatectomia laparoscopica robot assistita: con questa tecnica laparoscopica evoluta, gli strumenti e una telecamera vengono tenuti da bracci robotici (fino a quattro) e manovrati dall'urologo che si avvale di un monitor a visione tridimensionale. Sul monitor, l'operatore vede le zone adiacenti alla prostata fortemente ingrandite.
- Prostatectomia perineale (incisione del perineo): il perineo si trova tra l'ano e lo scroto. Con l'incisione perineale, effettuata di rado, si accede alla prostata.

Possibili conseguenze dell'operazione

- Nella maggior parte dei casi, dopo l'intervento, il controllo dello sfintere uretrale è compromesso. Si possono perdere involontariamente gocce di

urina soprattutto nel caso di forti sollecitazioni fisiche (sollevare pesi, alzarsi in piedi, tossire ecc.).

- Di rado può accadere che dopo settimane o mesi l'uretra si restringa o si chiuda come conseguenza di una cicatrizzazione ipertrofica in corrispondenza dei punti di sutura vescicali. Ciò comporta un getto d'urina notevolmente indebolito e l'incapacità di svuotare completamente la vescica.

In questi casi è opportuno consultare l'urologo.

- Nella misura in cui è stato possibile risparmiare i fasci neurovascolari su uno o su entrambi i lati, un'erezione naturale totale o parziale sarà presto o tardi di nuovo possibile. Se è necessario tagliare i fasci neurovascolari (p.es. per i tumori di grandi dimensioni), il pene non sarà più in grado di irrigidirsi (vedi p. 49).

Non abbiate paura di fare domande prima della prostatectomia

- Nel mio caso c'è un'altra possibilità terapeutica oltre alla prostatectomia?
- Perché mi viene tolta la prostata con un'incisione sottoaddominale, con un'incisione perineale, per via laparoscopica o mediante laparoscopia robot assistita?
- Qual è l'esperienza del mio medico curante con il metodo d'intervento sinora utilizzato?
- Per quanto tempo dovrò tenere il catetere urinario dopo l'intervento?
- Per quanto tempo dovrò restare in ospedale dopo l'intervento?
- Dopo l'intervento posso restare impotente o incontinente? Per quanto tempo? Quali sono le possibili terapie per l'incontinenza urinaria o l'impotenza?
- Quali ulteriori terapie o controlli sono previsti?

- Gli uomini che hanno subito una prostatectomia non sono più in grado di procreare perché viene esportata anche la vescicola seminale, necessaria alla produzione del liquido seminale. Chi pianifica di avere ancora dei figli, dovrebbe quindi considerare la possibilità di depositare il seme prima dell'intervento chirurgico (vedi p. 49).

Radioterapia

La radioterapia danneggia le cellule tumorali in modo tale da farle morire. Le radiazioni possono però produrre effetti anche sulle cellule sane e causare disturbi temporanei. L'opuscolo della Lega contro il cancro «La radioterapia» fornisce ulteriori informazioni in merito.

La radioterapia della prostata può sostituire la prostatectomia nel caso di tumori piccoli e circoscritti alla prostata. Le possibilità di guarigione dei due metodi sono quasi le stesse.

Nel caso di alcuni tumori della prostata, la radioterapia viene applicata a titolo complementare dopo l'intervento chirurgico, se, ad esempio, non è stato possibile asportare tutto il tessuto tumorale o se si sospetta che vi siano ancora cellule tumorali.

La radioterapia esterna (radioterapia percutanea)

Con la radioterapia esterna le radiazioni vengono dirette sul tessuto colpito dal tumore attraverso la pelle (via percutanea). Di norma la radioterapia del tumore della prostata dura da sei a otto settimane, con cinque sedute la settimana. Le singole sedute durano solo pochi minuti.

Prima della prima seduta di radioterapia, si ricostruisce un'immagine tridimensionale della prostata e delle strutture adiacenti con una tomografia computerizzata (CT). Si può così determinare la posizione ottimale del corpo (sdraiato) durante la radioterapia e marcare sulla pelle con un pennarello il cosiddetto campo d'irradiazione. Grazie a questi segni è possibile ritrovare esattamente la stessa posizione in occasione di ogni seduta di terapia e i raggi possono essere puntati in modo preciso sulla prostata.

La radioterapia a modulazione d'intensità (IMRT) consente di variare (modulare) la dose di radiazioni all'interno del campo d'irradiazione e di adeguarla in base alla sensibilità del tessuto. In questo modo è possibile irradiare con un'intensità differente e diverse angolazioni le singole aree del tumore della prostata, aumentando l'efficacia della terapia.

Con l'irradiazione mirata si salvaguardano il più possibile gli organi sani circostanti (ad es. l'intestino tenue, la vescica, gli organi sessuali). I progressi tecnici degli ultimi anni hanno fatto molto, ciononostante possono verificarsi effetti indesiderati.

Possibili conseguenze della terapia

- La pelle nel campo d'irradiazione può arrossarsi ed essere più sensibile. Anche nelle settimane successive alla fine della terapia, il campo d'irradiazione non può essere esposto alla luce solare diretta. Chieda alla Sua équipe curante per quanto tempo dovrà evitare il sole e come curare la pelle durante e dopo la terapia.
- Durante e dopo la radioterapia, è possibile provare dolore alla vescica o sentire un bisogno maggiore di urinare; raramente può presentarsi anche incontinenza urinaria.
- La radioterapia può irritare il retto e causare problemi intestinali come dolori durante la defecazione, sangue nelle feci o diarrea.
- La radioterapia può comportare disturbi erettili che possono presentarsi non subito, ma dopo settimane o mesi dalla fine della terapia. Rispetto alla prostatectomia, è più raro che vi sia impotenza permanente in seguito alla radioterapia (vedi pp. 25 sgg.).
- L'irradiazione della prostata può coinvolgere anche il testicolo e la vescicola seminale. Questo può danneggiare le cellule spermatiche e compromettere la capacità di procreare.

Radioterapia interna (brachiterapia)

La brachiterapia (dal greco *brachys* = corto, vicino) o brachiterapia interstiziale (dal latino *interstitium* = fessura) prevede l'inserimento di

Intervento chirurgico o radioterapia?

Nello stadio precoce del cancro della prostata, le possibilità di guarigione con l'intervento chirurgico o la radioterapia sono pressoché le stesse.

La terapia viene scelta su base individuale. Le conseguenze della terapia, l'età e lo stato di salute generale sono i criteri che vengono considerati quando si sceglie se operare o meno o se fare o non fare una radioterapia.

piccoli elementi radioattivi, come sorgente di radiazioni, direttamente nel tessuto tumorale o molto vicino ad esso. Diversamente dalla radioterapia esterna, la dose di radiazioni può essere portata direttamente nel tumore, per irradiare e danneggiare da «dentro» il tessuto tumorale.

Non si possono trattare con la brachiterapia tutti i tumori prostatici. In alcuni casi non sarà utilizzata come unica terapia, ma in combinazione con una radioterapia esterna. L'aggressività del tumore e il rischio di recidiva rappresentano fattori decisivi a favore o contro la radioterapia interna. In base al tipo di tumore, si opta per la brachiterapia LDR (*Low Dose Rate* = a basso dosaggio) o HDR (*High Dose Rate* = ad alto dosaggio).

Brachiterapia LDR

Brachiterapia LDR con impianto di capsule radioattive (semi o, in inglese, *seeds*): con una cannula attraverso il perineo si inseriscono in determinati punti della prostata delle sorgenti radioattive millimetriche. Per circa dodici mesi, i semi «irradiano» il tumore dall'interno, con intensità decrescente.

Le capsule, non più radioattive, rimangono nella prostata e non devono quindi essere rimosse.

L'impianto dei semi richiede una breve degenza in ospedale. L'intervento viene effettuato sotto anestesia generale o rachianestesia (anestesia spinale). Dopo 4-6 settimane viene effettuato un controllo, in occasione del quale si verifica la posizione dei semi mediante una tomografia computerizzata.

Brachiterapia HDR

La brachiterapia HDR (high dose rate = ad alto dosaggio) con procedimento *afterloading*: si introducono nel tumore dei minuscoli tubi di plastica che vengono poi caricati di radioattività (dall'inglese *afterloading* = caricamento differito). Al termine della terapia i tubicini di plastica sono rimossi.

Questo trattamento consente una radioterapia a dosaggio elevato in un breve arco di tempo. La terapia HDR viene per lo più applicata in combinazione con una radioterapia esterna.

L'intervento viene effettuato sotto anestesia generale o rachianestesia (anestesia spinale). Il trattamento richiede una breve degenza in ospedale.

Possibili conseguenze della terapia

- Come nel caso della radioterapia esterna, la brachiterapia può irritare il retto o la vescica e provocare temporaneamente diarrea o bruciore al momento della minzione.
- In casi rari, può verificarsi incontinenza urinaria transitoria.
- La capacità erettile può ridursi dopo mesi o anni dalla fine della radioterapia interna.
- La brachiterapia può compromettere la capacità di procreare.

Importante

Proprio come nel caso della radioterapia esterna, una volta che la radioattività delle capsule radioattive è esaurita, nel corpo del paziente non vi sono più radiazioni. Nel caso si rendessero necessarie misure cautelative, il paziente ne sarà informato dall'équipe curante.

Radio 223

Le metastasi ossee del cancro della prostata possono essere irradiate anche dall'interno. A tal fine si somministra al paziente un farmaco che contiene il principio attivo radio 223 dicloruro.

Si tratta di un cosiddetto «radiofarmaco», un medicinale cioè che contiene una sostanza radioattiva (radio 223), somministrato per via endovenosa. Attraverso il circolo sanguigno, la sostanza arriva nelle ossa, dove si deposita in particolare nelle aree interessate dalle metastasi ossee, che in questo modo possono essere irradiate da vicino. È così possibile rallentare il progredire della malattia o alleviarne i sintomi.

Visto che il radio 223 viene principalmente smaltito ed espulso attraverso l'intestino e, in piccola parte, i reni, bisogna prendere misure cautelative in relazione alla defecazione, al vomito o all'urina. La Sua équipe curante La informerà in merito.

Possibili effetti indesiderati

- Diarrea, nausea o vomito.
- A causa di una riduzione delle piastrine (trombocitopenia), può aumentare la tendenza al sanguinamento.
- A causa della possibile riduzione dei globuli bianchi, possono aumentare le infezioni.



Terapie medicamentose

Terapia antiormonale

La terapia antiormonale viene spesso combinata con una radioterapia (vedi sezione precedente).

Il testosterone, l'ormone sessuale, si forma nei testicoli e in piccola parte (2–5 per cento) nelle ghiandole surrenali. Il testosterone influenza la crescita delle cellule della prostata e pertanto, in taluni casi, anche lo sviluppo di un tumore della prostata.

Con la terapia antiormonale si blocca l'influenza del testosterone sulla crescita dei tumori della prostata ormono-dipendenti. Ciò avviene inibendo la formazione del testosterone nei testicoli o attraverso farmaci che bloccano l'effetto dell'ormone sulla crescita del tumore. Questo può essere ottenuto con una terapia chirurgica o medicamentosa.

- I medicinali antiormonali agiscono secondo questi meccanismi per ostacolare la produzione di testosterone:
 - L'ipofisi controlla il rilascio di sostanze-messaggero che stimolano la produzione di testosterone nei testicoli. Con determinati farmaci (i cosiddetti «agonisti LHRH»),

l'ipofisi può essere influenzata in modo tale che non vengano più inviati segnali ai testicoli di produrre testosterone.

- I cosiddetti «antiandrogeni» bloccano l'effetto del testosterone, impedendo che l'ormone si leghi al recettore della cellula cancerosa e che ne stimoli quindi la divisione.
- Con un intervento, denominato «orchietomia sottocapsulare», si asporta il tessuto del testicolo che produce il testosterone. Non si asportano epididimo e scroto, in modo che dopo l'intervento, esternamente, non sia visibile pressoché alcuna differenza rispetto a prima.

Nel migliore dei casi, l'orchietomia sottocapsulare e le terapie medicamentose antiormonali reprimono la crescita del tumore della prostata e delle eventuali metastasi per vari anni.

La terapia antiormonale viene oggi eseguita prevalentemente con medicinali antiormonali. L'orchietomia sottocapsulare viene generalmente praticata solo nei casi di emergenza, quando il cancro della prostata ha formato metastasi nella colonna vertebrale, causando una paraplegia.

Visto che le cellule cancerose sviluppano la capacità di dividersi senza l'intervento del testosterone, il tumore può ricominciare a crescere malgrado la terapia anti-ormonale. In tali casi si parla di «carcinoma prostatico ormone-resistente» o «resistente alla castrazione». La terapia medicamentosa viene quindi cambiata e si possono somministrare medicinali anti-ormonali con un diverso meccanismo d'azione.

L'efficacia della terapia antiormonale viene verificata con controlli periodici del valore PSA (vedi p. 17). Un loro aumento in un lasso di tempo prolungato indica che il tumore della prostata ha sviluppato una resistenza alla castrazione e ha ricominciato a crescere.

Possibili effetti indesiderati

- Vampate di calore, stanchezza, fatigue, mancanza di motivazione, difficoltà di concentrazione e stati depressivi.
- Riduzione o perdita della libido (desiderio sessuale), della capacità d'erezione e della capacità di procreare.
- Raramente, gonfiore doloroso della regione del petto (ginecomastia). Una radioterapia preventiva del seno riduce questo rischio.

- Nel caso di una prolungata mancanza di testosterone è possibile una riduzione precoce della massa ossea (osteoporosi). Somministrando tempestivamente i cosiddetti «bifosfonati» (vedi p. 36) è possibile ridurre tale rischio.
- Sindrome metabolica: le terapie antiormonali possono alterare il metabolismo e causare, ad esempio, ipertensione (pressione alta) o diabete.

Chemioterapia

La chemioterapia è un trattamento con i cosiddetti citostatici (dal greco *zytos* = cellula, *statikós* = arresto), cioè farmaci che distruggono o frenano lo sviluppo delle cellule. Al contrario della radioterapia, che agisce localmente, questi farmaci si diffondono attraverso la circolazione del sangue anche ad altre regioni del corpo. Per questo si parla di azione sistemica.

I citostatici impediscono la divisione e l'ulteriore moltiplicazione delle cellule tumorali a crescita rapida. Tuttavia, nella chemioterapia si danneggiano anche le cellule sane che crescono rapidamente, come ad esempio le cellule del sistema che porta alla formazione del sangue (midollo osseo), le cellule dei follicoli dei capelli o quelle delle mucose (bocca, stomaco, intestino).

Medicamenti e misure complementari

Il medico può prescrivere vari farmaci o misure, anche a titolo preventivo, contro i sintomi e gli effetti collaterali della malattia e della terapia, come nausea, vomito, diarrea, stitichezza, febbre, infezioni, difficoltà di respiro, dolori e valori ematici alterati:

- Antiemetici per nausea e vomito.
- Antidiarroeici per la diarrea o lassativi per la stitichezza.
- Antipiretici per la febbre (in parte coincidono con gli analgesici).
- Antibiotici per le infezioni batteriche.
- Antimicotici contro i funghi.
- Analgesici per il dolore.
- Misure che contrastano le infiammazioni delle mucose nella bocca e nella regione del collo (ad es. risciacqui, igiene della bocca).
- Trasfusioni ematiche o farmaci in caso di anemia o trasfusioni di piastrine in caso di rischio di sanguinamento.
- Misure (igiene, farmaci) a sostegno del sistema immunitario in caso di forte riduzione dei globuli bianchi (leucopenia, neutropenia).
- Bifosfonati contro l'osteoporosi; l'osteoporosi comporta una riduzione della massa ossea.
- Preparati cortisonici, anche per prevenire le reazioni allergiche e contro la nausea.

Affinché la terapia sia efficace, è importante assumere i farmaci attenendosi esattamente alla prescrizione. Legga con attenzione anche il capitolo «Come affrontare gli effetti indesiderati» a pagina 48 sgg.

Il danno causato alle cellule sane è la causa principale dei diversi, possibili effetti collaterali di una chemioterapia. Tuttavia, mentre le cellule tumorali muoiono, gli organi riescono generalmente a riprendersi, e gli effetti collaterali diminuiscono dopo il trattamento.

Nel caso del tumore della prostata si possono somministrare i citostatici se le terapie antiormonali non funzionano (più) e il tumore è diventato quindi resistente alla castrazione (vedi p. 34). La chemioterapia consente da un lato di prolungare la vita e dall'altro di alleviare i sintomi come il dolore.

I benefici e gli eventuali effetti collaterali della chemioterapia devono essere accuratamente soppesati.

Possibili effetti indesiderati

Gli effetti collaterali nel caso specifico dipendono dal tipo di farmaco, dal dosaggio e dalla sensibilità individuale. Il Suo oncologo La informerà e consiglierà in merito.

I possibili effetti indesiderati sono mutamenti del quadro ematologico legati ad un maggiore rischio di infezioni, disturbi gastrointestinali o perdita dei capelli.

Bifosfonati

La mancanza di testosterone può comportare una diminuzione della densità ossea (osteoporosi), con un conseguente aumento del rischio di fratture. I bifosfonati sono medicinali in grado di frenare la degradazione ossea.

I bifosfonati vengono impiegati anche in presenza di metastasi ossee per alleviare i dolori alle ossa o prevenire le fratture. Spesso vengono utilizzati anche a titolo complementare nel trattamento con analgesici, calcio e vitamina D.

I possibili effetti indesiderati dei bifosfonati sono: disturbi gastrointestinali, sintomi simili a quelli dell'influenza, anemia, necrosi dei mascellari. A titolo preventivo è raccomandato un esame dentistico per eliminare eventuali focolai infettivi prima dell'inizio della terapia.

Terapie mirate, le «targeted therapies»

Le cellule partecipano ad un sistema complesso di segnali, che inviano e ricevono, per dividersi e moltiplicarsi, svolgere il proprio compito nell'organismo e infine morire, facendo spazio ad una nuova cellula.

Sopra e all'interno di ogni cellula ci sono numerose «antenne», molto diverse tra loro (recettori, caratteristiche, antigeni, proteine ecc.), alle quali possono legarsi certe molecole. Parte così una serie di reazioni, le cosiddette «cascate di segnali», importanti per la formazione e la funzione della cellula nonché per la sua morte.

In alcuni casi si è riusciti ad individuare segnali, recettori e molecole caratteristici di determinate cellule cancerose. È stato ed è così possibile sviluppare principi attivi utilizzabili in modo mirato, che disturbano le vie di segnalazione cellulare.

I principi attivi delle terapie mirate riconoscono le «antenne» delle cellule tumorali e le bloccano in modo mirato, in modo che non parta la cascata di segnali. Si frenano così, in via permanente o temporanea, la crescita o il metabolismo di un tumore. Le cellule sane non sono colpite.

Si spera che le terapie «mirate» siano più efficaci e comportino al contempo meno effetti collaterali.

Queste terapie mirate sono chiamate anche «terapie molecolari» o «biologiche» perché agiscono sui processi di crescita, divisione e metabolici della moltiplicazione delle cellule tumorali.

Da poco si dispone di medicinali mirati per il trattamento del carcinoma metastatico della prostata. Alcuni medicinali sono già stati autorizzati da Swiss Medic, altri vengono ancora testati (vedi «Terapia nel quadro di uno studio clinico», p. 47).

I medicinali mirati sono somministrati se la chemioterapia è inefficace o per inibire la produzione di testosterone.

Possibili effetti indesiderati

Dipende dal tipo di medicamento, dalla combinazione farmacologica e dalla predisposizione individuale del paziente quali siano gli effetti collaterali nel singolo caso, quando si manifestino e con quale intensità. Chieda alla Sua équipe curante quali sono i possibili effetti indesiderati noti della terapia mirata nel Suo caso.

Quale terapia per quale stadio di malattia

La scelta terapeutica in caso di cancro della prostata è determinata dallo stadio (vedi pp. 19 sgg.), dal grado di aggressività e dall'estensione della malattia:

- Il tumore è circoscritto alla prostata?
- I linfonodi sono contaminati? Il tumore ha formato metastasi in altri organi?
- Quali sono le caratteristiche del tessuto tumorale prelevato tramite biopsia o asportato chirurgicamente (per es. tipo di cellule)?

Inoltre la terapia è pianificata in considerazione delle condizioni generali di salute del paziente e del suo modo di concepire la qualità di vita.

Pianificazione della terapia

Possono trascorrere da alcuni giorni fino ad alcune settimane prima che siano disponibili tutti gli esiti degli esami. L'attesa richiede molta pazienza. Quanto più completo è il quadro della situazione, tanto più il piano di terapia sarà commisurato al Suo caso specifico.

La pianificazione e il monitoraggio della terapia sono interdisciplinari. In altre parole: medici specialisti di diverse discipline si riuniscono per valutare collegialmente la Sua

situazione e formulare la proposta terapeutica che ritengono più adatta per Lei.

In caso di cancro della prostata, le branche della medicina interessate sono:

- Urologia: malattie dell'apparato urinario, deferente e degli organi genitali maschili
- Oncologia: terapie medicamentose contro i tumori, terapie di supporto, coordinamento della presa a carico oncologica, controlli periodici dopo il trattamento.
- Patologia: diagnostica dei tessuti.
- Psico-oncologia: sostegno nell'affrontare i cambiamenti dovuti alla malattia oncologica.
- Radiologia e medicina nucleare: diagnostica per immagini e terapia guidata dalle immagini.
- Radiooncologia: radioterapia.

Intenti terapeutici

Il tipo di tumore e lo stadio della malattia determinano lo scopo che si persegue con la terapia.

Intento curativo

(dal lat. *curare* = curare, guarire)
L'obiettivo che ci si prefigge con la terapia è di curare la malattia.

In linea generale, l'intento è curativo quando la malattia non è trop-

po estesa, il tumore può essere asportato completamente e non vi sono metastasi.

Nel caso del cancro della prostata tuttavia, l'asportazione totale del tessuto canceroso da sola non è sufficiente se l'obiettivo della terapia è una remissione completa e duratura. Il rischio che i segni e i sintomi della malattia ricompiano (recidiva) permane.

Per ridurre ulteriormente il rischio di ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie, l'intervento chirurgico è quindi spesso preceduto o seguito da una terapia farmacologica e/o dalla radioterapia.

Intento palliativo

(dal lat. *palliare* = avvolgere in un mantello, proteggere)

Se una remissione è considerata improbabile, l'obiettivo della terapia è di impedire che la malattia progredisca e di controllarne i sintomi.

A volte si riesce a stabilizzare la malattia per molto tempo.

La qualità di vita è prioritaria: gli interventi di medici, infermieri, psicologi, assistenti spirituali e altre figure professionali mirano ad alleviare i sintomi e le conseguenze della malattia come per esempio i dolori, l'ansia, la paura, la stan-

chezza, le difficoltà di alimentazione ecc.

Faccia chiarezza dentro di sé, eventualmente con l'aiuto di uno psico-oncologo o di una psico-oncologa, sul significato che ha per Lei l'espressione «qualità di vita». In seguito ne parli con la Sua équipe curante affinché possa tener conto delle Sue esigenze personali.

Terapia neoadiuvante

(dal gr. *neos* = nuovo e dal lat. *adiuvare* = sostenere, aiutare)

La terapia (chemioterapia, radioterapia) è chiamata «neoadiuvante» allorché è effettuata prima dell'intervento chirurgico allo scopo di rimpicciolire il tumore. La terapia neoadiuvante rende il tumore operabile o, nei casi più favorevoli, ne consente l'asportazione chirurgica completa.

Terapia adiuvante

(dal lat. *adiuvare* = sostenere, aiutare)

La terapia (chemioterapia, radioterapia) è chiamata «adiuvante» allorché è effettuata dopo l'intervento chirurgico al fine di eliminare eventuali cellule tumorali residue.

Essa mira alla distruzione anche delle metastasi più piccole (micro-metastasi) per ridurre il rischio di recidiva, ossia per impedire alla malattia di ripresentarsi o di progredire.

Scopi della terapia

Prima di sottoporsi alla terapia raccomandata è utile domandare al medico quale scopo si persegue con la terapia: l'intento della terapia è curativo o palliativo?

Nel corso della terapia gli obiettivi terapeutici sono periodicamente rivalutati e, se necessario, ridefiniti sulla base dell'andamento della malattia, della risposta alla terapia e della situazione individuale. Gli adeguamenti terapeutici sono concordati con il paziente.

Chieda consiglio e sostegno

Chieda tutto ciò che vuole sapere sulla terapia.

Si faccia accompagnare ai colloqui con i medici da un familiare o da una persona a Lei vicina. Si prepari ai colloqui facendo una lista di tutte le domande che vuole porre in modo da non dimenticarne alcuna.

Può interpellare anche il Suo medico di base o chiedere un secondo parere a un altro medico specialista o centro d'eccellenza. Non deve temere che ciò sia interpretato come un segno di sfiducia. Si tratta di un diritto ormai generalmente riconosciuto.

Qualora sentisse l'esigenza di parlare del carico emotivo e delle ripercussioni sociali che la malattia

comporta per Lei, può chiedere di essere indirizzato a uno psico-oncologo o a una psico-oncologa. I colloqui di sostegno possono alleviare la Sua sofferenza psicologica e aiutarLa a trovare delle modalità per affrontare il percorso di malattia (vedi p. 60).

Decisione condivisa

Le consigliamo di chiedere un colloquio con i medici specialisti competenti per le terapie che Le sono state proposte. In alcuni ospedali e in alcune strutture ambulatoriali vi è una persona responsabile del coordinamento delle terapie che può fungere da interlocutrice.

Può porre domande in qualsiasi momento, rimettere in discussione una decisione presa in precedenza o chiedere tempo per riflettere. L'importante è che non acconsenta a una misura terapeutica prima di essere stato informato in dettaglio e in modo per Lei comprensibile sul suo svolgimento, sulle sue possibili conseguenze e sui suoi possibili effetti collaterali.

Ha il diritto di respingere una proposta terapeutica, ma prima si faccia spiegare come potrebbe evolvere la malattia senza la terapia che Le è stata proposta.

Se vuole, può dichiarare ai medici di non voler essere coinvolto nella scelta terapeutica. Tuttavia, per

La mia diagnosi – la mia terapia

I risultati dei miei esami

La mia diagnosi

Quali terapie sono state programmate? Ci sono alternative?

Quali ulteriori controlli saranno necessari?

A chi posso rivolgermi se ho domande, prima, durante o dopo la terapia?

Non esiti a domandare

- Quali vantaggi e svantaggi ha il trattamento?
- Che esperienza ha l'ospedale nel trattamento del cancro della prostata? Quanto spesso operano e i chirurghi hanno già operato il cancro della prostata? Queste domande sono importanti, dal momento che l'esperienza dell'équipe medica influisce sull'andamento della malattia e sulla qualità della vita.
- I linfonodi devono essere rimossi? Quali sono le conseguenze per la mia salute?
- Quali complicazioni potrebbero esserci durante l'operazione?
- Quali rischi ed effetti collaterali devo tenere in considerazione? Sono temporanei o permanenti? Cosa si può fare contro?
- Quale funzione corporea verrebbe alterata dal trattamento?
- Il trattamento può causare incontinenza urinaria ossia la perdita involontaria di urina?
- Che influsso avrebbe il trattamento sulla mia capacità di procreare e sulla mia sessualità?
- Come incidono la malattia e il trattamento sulla mia vita privata e lavorativa?
- Cosa significherebbe per la qualità della mia vita e del mio tempo se io rinunciassi ad alcuni trattamenti?
- Ci sono alternative ai trattamenti consigliati?

interventi chirurgici e altre terapie è indispensabile il Suo consenso.

Terapia dei tumori della prostata localizzati

Nel caso dei tumori della prostata localizzati, e cioè dei tumori che non hanno ancora oltrepassato la capsula della prostata (T1–T2c, vedi classificazione TNM a p. 20), le possibilità di guarigione sono elevate.

I tumori della prostata che non causano disturbi e che sono classificati come «tumori a crescita lenta» possono essere seguiti nel quadro della sorveglianza attiva (*active surveillance*) o anche, a seconda dell'età delle persone colpite, della vigile attesa (*watchful waiting*, p. 25). Se ciò non è possibile, le forme terapeutiche di un carcinoma prostatico localizzato sono la prostatectomia radicale o la radioterapia. Le possibilità di guarigione sono ritenute le stesse nei due metodi terapeutici. Dipende da diversi fattori individuali se eseguire o meno una terapia antiormonale dopo queste terapie.

Parli coi Suoi medici curanti di quale sia il metodo terapeutico più adatto al Suo caso.

Terapia dei tumori prostatici localmente avanzati

Se il tumore ha oltrepassato la capsula della prostata e può aver formato metastasi in altri organi o nelle ossa, si tratta di un carcinoma prostatico localmente avanzato e/o metastatico (da T3, vedi classificazione TNM a p. 20).

In questi stadi della malattia, si può rallentarne il decorso o arrestare la sua progressione.

Anche in questo caso la scelta della terapia dipende dallo stadio della malattia, dai disturbi che provoca, dall'aspettativa di vita e dalla concezione individuale della qualità della vita. Il Suo oncologo Le illustrerà le possibili terapie, i loro vantaggi e gli effetti indesiderati (vedi pp. 48 sgg.).

La radioterapia e la prostatectomia radicale, che prevede anche l'asportazione dei linfonodi, sono forme terapeutiche possibili nel caso dei tumori prostatici localmente avanzati e con metastasi. Si può applicare anche una terapia antiormonale.

Le combinazioni terapeutiche disponibili sono:

- una prostatectomia radicale (vedi pp. 25 sgg.) e una radioterapia (vedi pp. 28 sgg.),
- una prostatectomia radicale e una terapia antiormonale (vedi pp. 33 sgg.),
- una radioterapia e una terapia antiormonale.

Se il tumore prostatico localmente avanzato e/o metastatico non causa disturbi, se le persone colpite hanno già compiuto i 75 anni di età, o hanno altre patologie importanti, in determinate condizioni, il *watchful waiting* (aspettare e osservare, vedi p. 25) può rappresentare un'opzione terapeutica alternativa. Sono prioritari in questo caso il mantenimento della qualità della vita e l'assenza di disturbi. Le terapie sono avviate solo nel momento in cui il tumore causa disturbi.

Terapia delle metastasi ossee del cancro della prostata

I tumori della prostata possono formare metastasi in altri organi o nelle ossa. Sono interessati principalmente la colonna vertebrale, il bacino e la gabbia toracica.

Le metastasi possono causare dolore o fratture spontanee o comprimere i nervi nella colonna vertebrale.

Lo scopo della terapia antiormonale (vedi pp. 33 sgg.), con medicinali o mediante orchietomia sottocapsulare, è di frenare la progressione della malattia.

Possono contribuire ad alleviare i sintomi anche l'assunzione di bifosfonati (vedi p. 36), farmaci mirati, una terapia con radio 223 (vedi p. 31) o una radioterapia mirata.

Terapia del cancro della prostata resistente alla castrazione

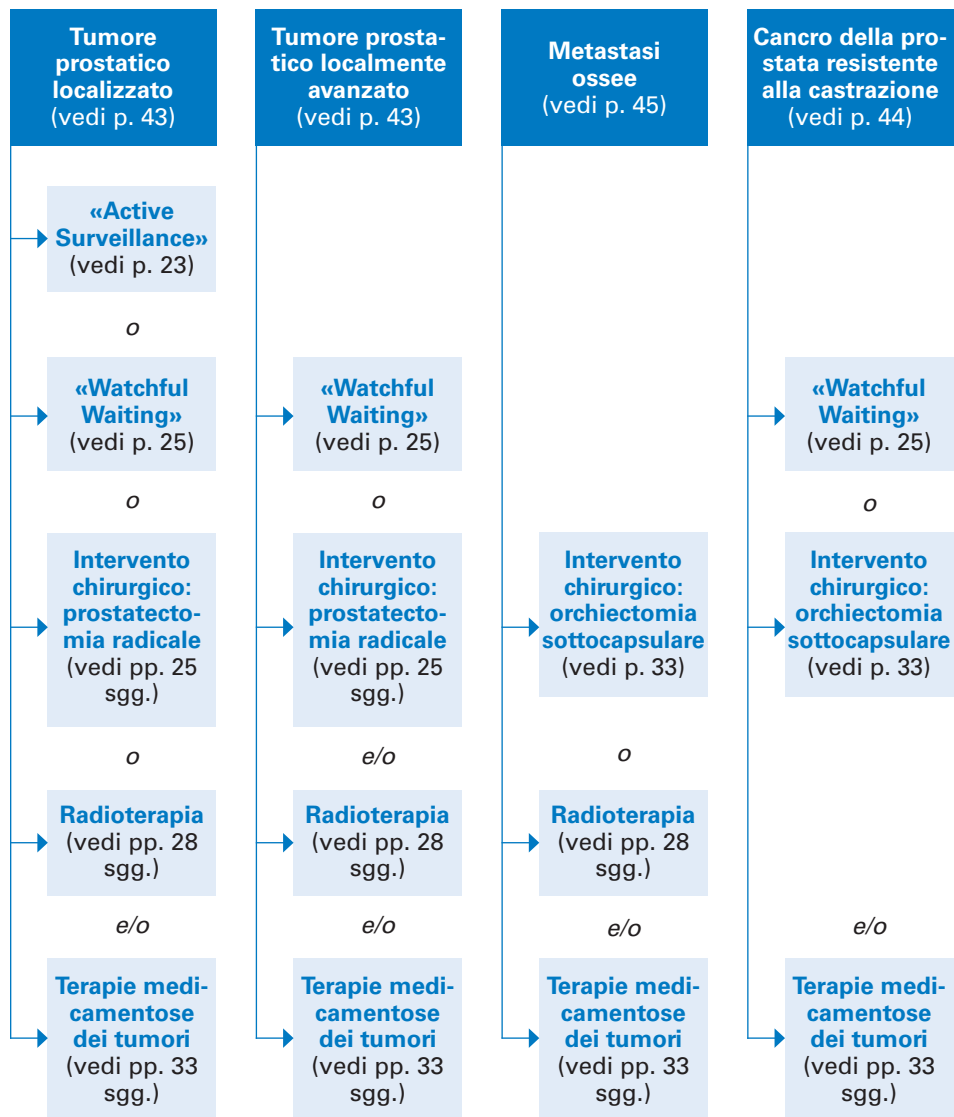
Le cellule del cancro della prostata possono ricominciare a dividersi malgrado le terapie antiormonali (vedi Carcinoma della prostata resistente alla castrazione p. 34).

Una chemioterapia (vedi pp. 34 sgg.) o le terapie mirate possono ritardare la progressione della malattia, alleviare i disturbi o salvaguardare la qualità della vita.

Per prevenire le metastasi ossee, in determinati casi, si possono prescrivere bifosfonati.

Nei casi di cancro della prostata resistente alla castrazione, anche il *watchful waiting* (vedi p. 25) può rappresentare un'opzione terapeutica. I Suoi medici curanti Le illustreranno questa possibilità.

Possibilità terapeutiche per il cancro della prostata





Terapia nel quadro di uno studio clinico

La ricerca terapeutica continua. Alla fase preclinica, che si svolge in laboratorio, segue la fase clinica, che avviene presso i pazienti.

Nell'ambito di studi clinici si verifica se le terapie sperimentali si dimostrano più efficaci e sono meglio tollerate delle terapie standard.

L'obiettivo che si persegue con le terapie sperimentali è che i pazienti ne traggano beneficio, per esempio, in termini di sopravvivenza, di velocità di progressione della malattia e di qualità di vita.

È possibile che anche a Lei si proponga di partecipare a uno studio clinico. Oppure può informarsi Lei stesso sugli studi clinici in corso per la Sua patologia, per esempio, consultando il sito www.kofam.ch.

È di esclusiva competenza del Suo medico curante informarla sui vantaggi e sugli svantaggi che potrebbe comportare per Lei la partecipazione a uno specifico studio clinico.

Vi sono pazienti che decidono di partecipare a uno studio clinico nella speranza che anche altri malati di cancro possano un giorno beneficiare delle nuove possibilità terapeutiche.

Naturalmente, però, è libero di accettare di partecipare a uno studio clinico oppure di rifiutare una tale proposta terapeutica. Anzi, anche una volta che ha accettato di essere arruolato in uno studio clinico, ha la possibilità di uscirne in qualsiasi momento.

Un Suo eventuale rifiuto di partecipare a uno studio clinico non ha alcuna ripercussione negativa sulla Sua terapia: beneficerà in ogni caso della migliore terapia possibile in conformità allo stato dell'arte nella cura dei tumori maligni.

L'opuscolo intitolato «Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 64) spiega in che cosa consiste uno studio clinico e che cosa potrebbe implicare per Lei la partecipazione a uno studio clinico in generale.

Come affrontare gli effetti indesiderati

L'intervento chirurgico, la radioterapia e le terapie medicamentose dei tumori sono diverse tra loro in termini di azione e di effetti collaterali.

Se, in quale forma e con quale intensità si presentino effetti collaterali varia molto da individuo a individuo. Ci sono effetti indesiderati che si manifestano durante la terapia per poi diminuire, mentre altri insorgono solo al termine del trattamento.

Alcuni effetti indesiderati, come infiammazioni, infezioni, disturbi nervosi o reazioni cutanee si presentano solo con determinate terapie. È possibile che Lei non ne soffra mai. La Sua équipe curante Le fornirà informazioni in merito.

Molti effetti collaterali possono essere trattati con medicinali o cure mediche e attenuarsi dopo qualche giorno, settimana o mese. È importante che informi la Sua équipe curante in caso di disturbi, in modo che si possa intervenire con i provvedimenti del caso.

Specie se lo stadio della malattia è avanzato, è opportuno soppesare bene il successo terapeutico atteso da una parte e i relativi effetti indesiderati dall'altra.

Importante

- Alcuni disturbi, come dolore e nausea, sono probabili. Per attenuarli, Le verranno prescritti, a seconda della terapia scelta, dei medicinali complementari ancor prima di iniziare il trattamento (ad es. analgesici, medicinali contro la nausea). È importante prenderli esattamente come prescritto.
- Parli con la Sua équipe curante prima di assumere prodotti di Sua iniziativa. Questo vale anche per le piante, i prodotti della medicina complementare e simili. Anche se sono «naturali» e appaiono innocui, potrebbero influenzare l'efficacia della terapia oncologica ed essere quindi controindicati. La Sua équipe curante la consiglierà se desidera misure di medicina complementare.

Vari opuscoli della Lega contro il cancro (vedi pp. 62 sgg.) si occupano delle terapie comuni contro il cancro e degli effetti della malattia e della terapia, indicando come affrontare gli effetti indesiderati.

Ripercussioni sulla sessualità e sulla fertilità

Ogni forma di terapia (vedi pp. 23 sgg.) del cancro della prostata, che sia l'intervento chirurgico, una terapia medicamentosa o una radioterapia, può compromettere, in via transitoria o permanente, la sessualità maschile e la capacità di procreare.

Prima dell'inizio della terapia, chiedi al Suo medico quali siano le possibili ripercussioni dei trattamenti sulla fertilità e la sessualità. Se pianifica di avere ancora dei figli, chiedi ai Suoi medici curanti se sia necessario depositare il seme prima dell'intervento chirurgico, in modo da poter diventare padre in futuro.

Se viene asportata tutta la prostata (prostatectomia radicale, vedi pp. 25 sgg.) è possibile che si lesioni o che si debba asportare completamente, a causa delle dimensioni del tumore, il fascio neurovascolare che regola l'erezione (irrigimento del pene). La capacità di avere un'erezione spontanea può quindi andare perduta, temporaneamente o per sempre.

Nella prostatectomia radicale viene asportata, oltre alla prostata,

anche la vescicola seminale. Sia la prostata che la vescicola seminale producono secreti necessari alla formazione del liquido seminale. In mancanza di tali secreti, non viene più eiaculato il liquido seminale. Si perde quindi la capacità spontanea di procreare.

Troverà maggiori informazioni in merito nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Il cancro e la sessualità maschile».

È bene sapere

- La capacità di avere un orgasmo resta sostanzialmente inalterata, anche se non viene più eiaculato liquido seminale (si parla di «orgasmo secco» o di «aneicizzazione»).
- La fertilità viene persa perché non viene più eiaculato il liquido seminale che contiene gli spermatozoi.
- La capacità di raggiungere l'erezione può ridursi di più o di meno a seconda dei casi oppure può andare persa completamente. In questo caso gli esperti parlano di «disfunzione erettile».
- Il Suo urologo potrà indicarle quali siano le possibilità di provocare artificialmente un'erezione. Si faccia spiegare vantaggi e svantaggi.

- Magari desidera rivolgersi anche ad un terapeuta sessuale? Si possono provare desiderio e soddisfazione sessuale anche senza un'erezione e in modi diversi rispetto al rapporto sessuale.
- I cambiamenti della propria vita sessuale coinvolgeranno sempre anche la Sua o il Suo partner. Per questo è importante che anche i partner siano, se possibile, presenti ai colloqui. Sarà così possibile affrontare insieme le esigenze, le insicurezze e le paure che entrambi possono avere.
- Troverà molte indicazioni utili nell'opuscolo «Il cancro e la sessualità maschile» (vedi p. 63).

Effetti sulla continenza urinaria

L'espressione «continenza urinaria» indica la capacità di trattenere l'urina ovvero di controllare consapevolmente la minzione. L'incontinenza urinaria implica quindi che il controllo dell'urina non funziona più a sufficienza e che ci sono perdite involontarie di urina.

Il controllo dell'urina è regolato nell'uomo da tre meccanismi di chiusura: dalla pressione esercitata dalla prostata sull'uretra, dallo sfintere (muscolo di chiusura) interno «involontario» e dallo sfintere esterno «volontario».

Nella rimozione chirurgica della prostata (vedi prostatectomia radicale pp. 25 sgg.), si asporta anche lo sfintere interno insieme alla prostata, di cui fa parte.

Non esiti a chiedere

- Parli delle Sue paure e delle Sue aspettative in materia di amore e sessualità prima di iniziare la terapia. Prenda Lei l'iniziativa se il Suo medico non affronta l'argomento.
- Si ricordi che gli specialisti che si occupano di cancro della prostata, hanno già parlato di queste cose con molti uomini e sono quindi esperti.
- Usi pure le parole che utilizza normalmente. Il medico La capirà e la conversazione sarà più naturale.

Lo sfintere esterno, che nell'operazione può essere risparmiato, in genere è sufficiente per controllare l'urina. Possono però passare giorni o settimane prima che il muscolo, dopo l'intervento, abbia «imparato» a controllare da solo la funzione di chiusura della vescica.

Durante questo periodo, soprattutto quando si compie uno sforzo (ad es. sollevando qualcosa o facendo un salto) o si tossisce, è possibile che vi siano perdite involontarie di urina. Si faccia consigliare su quali sistemi (condom urinario, assorbenti) possono aiutarLa a vivere il più possibile normalmente la Sua quotidianità.

Una ginnastica mirata del pavimento pelvico (vedi p. 56 sg.), che allena in modo consapevole lo sfintere esterno, può aiutare a recuperare la continenza urinaria il più presto possibile. Chieda ai Suoi medici curanti se nel Suo caso sia opportuno seguire un programma mirato di esercizi per la continenza con un fisioterapista. Può fare riferimento anche al relativo materiale informativo (vedi «Opuscoli di altre organizzazioni» e «Internet», p. 64).

In alcuni casi, lo sfintere esterno viene lesionato durante l'intervento chirurgico e così, malgrado una riabilitazione intensiva, il muscolo non riesce ad assolvere alla funzione di chiusura della vescica. La conseguenza è l'incontinenza urinaria permanente. Chieda all'urologo quali siano le possibilità di trattamento o gli ausili di cui può avvalersi in questo caso.



Altri trattamenti

Assistenza e riabilitazione

Nel periodo successivo al trattamento, Lei è invitata a sottoporsi regolarmente a visite mediche, ad accertamenti ed esami clinici. Verrà effettuata la palpazione della prostata (ERD, vedi p. 17) e misurato il valore del PSA nel sangue (vedi p. 17). Valori crescenti di PSA nel sangue possono causare, a lungo andare, la crescita del tumore (ricidivo) o il sorgere di metastasi.

Si effettuano controlli regolari attraverso l'uso delle immagini (CT, MRI o la PET-CT, vedi p. 18) e, a seconda dei casi, anche attraverso l'ecografia prostatica transrettale (vedi p. 18).

I controlli periodici permettono di rilevare e alleviare i disturbi connessi alla terapia o alla malattia stessa. Questi non riguardano soltanto disturbi quali stanchezza, dolore, ma anche paure e difficoltà legate alla sfera psichica, sociale e lavorativa che devono essere prese in considerazione.

Se lo ritiene utile e necessario, può usufruire di un sostegno psico-oncologico o psicosociale (vedi «Consulenza e informazione», p. 60). Anche il ruolo del suo medico è essenziale in questa fase.

È importante che parli delle difficoltà che incontra nella gestione della malattia e che chieda aiuto nella ricerca di soluzioni. Ciò facilita la riabilitazione oncologica, ossia il reinserimento nella quotidianità.

Se avesse domande relative al desiderio di avere dei figli o alla sessualità stessa, non esiti a rivolgersi al proprio medico e al personale dell'équipe curante.

La frequenza dei controlli periodici dipende dal tipo di cancro, dallo stadio della malattia, dalle terapie e dalle condizioni generali.

I controlli periodici consentono di diagnosticare un'eventuale recidiva (ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie) o possibili metastasi e d'intervenire in caso di problemi legati alla progressione della malattia. Nel caso di una terapia antiormonale, per esempio, la quale può durare diversi anni, è molto importante considerare gli effetti indesiderati che le terapie stesse comportano.

Alcuni disturbi potrebbero essere legati ad una recidiva o ad alcune metastasi. Esse possono essere individuate e trattate nel contesto dei controlli periodici.

Non esiti ad avvisare tempestivamente il Suo medico curante se, tra un controllo periodico e l'altro, dovesse accusare disturbi di qualsiasi natura.

Vi sono misure riabilitative che aiutano a recuperare le forze dopo le terapie (vedi l'opuscolo «Attività fisica e cancro», p. 63).

Nell'opuscolo «Seminari» (p. 63), della Lega contro il cancro, trova informazioni relative ai seminari della durata compresa tra due e sette giorni. Presso le Leghe cantonali può ottenere informazioni in merito ai luoghi dove si svolgono i corsi.

Terapia del dolore

I dolori legati al cancro possono essere curati; in molti casi, regrediscono completamente. La terapia del dolore può essere di tipo farmacologico, ma può anche consistere in un trattamento di radioterapia o in un intervento chirurgico.

Chi soffre di dolori, con il tempo, diventa fragile e vulnerabile.

Perciò è importante che riferisca al Suo medico, per esempio all'oncologo, che ha dolori. È controproducente tacere di avere dolori, sopportandoli in silenzio. Non bisogna arrendersi al dolore. Il dolore è una sofferenza inutile. La terapia del dolore offre un'ampia gamma di possibili misure terapeutiche di cui ogni paziente oncologico dovrebbe poter usufruire.

Esprima apertamente verso il Suo medico eventuali perplessità, Sue o dei Suoi familiari, nei confronti della morfina o di altri oppiacei.

La diffidenza nei confronti della morfina deriva, di solito, da credenze infondate. Il Suo medico La rassicurerà. Ciò è essenziale perché i suoi dolori potrebbero rispondere proprio alla morfina o ad altri oppiacei.

Se desidera approfondire l'argomento, può leggere l'opuscolo «Dolori da cancro e loro cura» (vedi p. 62).

Medicina complementare

Non pochi pazienti oncologici si affidano a metodi di medicina complementare, in concomitanza con le terapie convenzionali. Come lo dice la parola stessa, la medicina complementare o non convenzionale integra la medicina convenzionale, non la sostituisce.

I metodi di medicina complementare possono influire positivamente sulle condizioni generali e sulla qualità di vita dei pazienti durante e dopo le terapie; possono rinvigorire l'organismo e rendere meglio sopportabili gli effetti collaterali delle terapie convenzionali. In generale, non sono però efficaci contro il tumore.

Vi sono invece pazienti oncologici che rifiutano di sottoporsi a una terapia convenzionale e optano, in sua vece, per una terapia alternativa. La Lega contro il cancro sconsiglia una tale scelta. Legga a questo proposito l'opuscolo intitolato «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 62).

Informi il Suo medico circa la Sua intenzione di ricorrere alla medicina complementare in modo che possiate scegliere insieme il metodo che fa per Lei. Metta al corrente il medico anche di eventuali rimedi che prende già o di terapie che sta seguendo per accertarsi che siano compatibili con la terapia oncologica convenzionale.

Non assuma rimedi cosiddetti «naturali» senza il consenso del Suo medico. Anche prodotti di medicina complementare in apparenza innocui possono interferire con le terapie oncologiche e pertanto essere controindicati.

Ginnastica del pavimento pelvico

Dopo l'asportazione della prostata (vedi pp. 25 sgg.) può accadere che vi siano perdite involontarie di urina, soprattutto quando ci si alza o ci si siede ma anche quando si ride, si tossisce, ci si china o si comprime l'addome.

La maggior parte degli operati recuperano la continenza dopo un certo periodo. La ginnastica mirata del pavimento pelvico svolge un ruolo fondamentale in tal senso. Essa riabilita e rafforza i muscoli che aiutano a chiudere l'uretra e anche quelli che supportano la funzione erettile.

La ginnastica consapevole dei muscoli necessari per controllare l'urina non è semplicissima. Spesso si allenano i muscoli sbagliati, come quelli dei glutei e i muscoli addominali. Anche l'intensità dell'esercizio è fondamentale per avere successo. Se non si sente sicuro, vale la pena consultare un fisioterapista specializzato (vedi www.pelvisuisse.ch).

Raccomandazioni generali dopo l'intervento

- Per 6 settimane non sollevare pesi superiori ai 5 chili.
- Bere molto, soprattutto acqua naturale.

- All'inizio stare seduti poco, camminare per 30 minuti due volte al giorno.
- Cominciare con gli esercizi subito dopo la rimozione del catetere.

I seguenti esercizi descrivono come allenare il pavimento pelvico e lo sfintere a casa.

Esercizio 1 Contrarre la muscolatura del pavimento pelvico – stare in tensione per 6 secondi – rilassare – 6 secondi di pausa

Posizione iniziale

L'esercizio viene svolto da sdraiati (vedi immagine sotto). In seguito, quando si sarà educato alla percezione consapevole del pavimento pelvico, potrà fare l'esercizio anche da seduto o in piedi.



Contragga lo sfintere, come quando vuole trattenere le feci (questo movimento è una combinazione di due azioni: «chiudere e tirare dentro»).

Intanto continui a respirare o conti ad alta voce fino a 6.

La muscolatura addominale, dei glutei e delle gambe deve rimanere rilassata.

Intensità

15 ripetizioni 3 volte al giorno.

Per ottenere una crescita ottimale dello strato muscolare, gli esercizi devono essere svolti per 4 mesi.

Esercizio 2

Contrarre rapidamente e con forza per 5 volte la muscolatura del pavimento pelvico dopo ogni minzione

Questo esercizio aiuta contro lo «sgocciolamento» post-minzionale. Favorisce anche la coordinazione della muscolatura del pavimento pelvico.

Esercizio 3

Aumentare la contrazione involontaria della muscolatura del pavimento pelvico



Quando si tossisce, si starnutisce, si ride e si parla a voce alta si dovrebbe tirare dentro il basso ventre (sopra l'osso pubico) e tendere la muscolatura del pavimento pelvico.

Esercizio 4

Allenare il pavimento pelvico nella quotidianità

Faccia attenzione alla postura quando si alza, quando solleva qualcosa e quando si china.



Contragga la muscolatura del basso ventre e del pavimento pelvico e si inginocchi. In questo modo si attiva la collaborazione muscolare tra i muscoli dell'addome e quelli del pavimento pelvico.

In linea generale, i movimenti che salvaguardano la schiena sono movimenti corretti anche per il pavimento pelvico!

Dopo le terapie

Una volta concluse le terapie, non è sempre facile tornare alla propria vita di tutti i giorni. Per settimane la Sua agenda era fitta di appuntamenti medici. Ha superato diverse terapie con l'accompagnamento e il sostegno della Sua équipe curante. Le persone a Lei vicine si sono prese cura di Lei e hanno tentato di sgravarLa dell'uno o dell'altro peso.

Vi è stato chi ha condiviso con Lei paure e speranze, dandoLe il coraggio di tenere duro. Per lungo tempo era al centro dell'attenzione altrui, per così dire.

Ora l'attenzione generale non è più tutta puntata su di Lei e sulle Sue condizioni di salute. Deve, in un certo senso, riabituarsi a cavarsela da sé, quasi in tutte le cose. Sarebbe normale se, in questo momento, avvertisse un senso di smarrimento, di solitudine e d'incertezza.

Le terapie sono finite, ma niente è più come prima. È possibile che non se la senta ancora di affrontare la quotidianità, con tutti i suoi impegni. Forse soffre ancora delle conseguenze psicofisiche della

malattia e delle terapie, soffre di stanchezza, svogliatezza o di una profonda tristezza.

Chi La circonda probabilmente non riesce a capire del tutto che cosa Le stia accadendo e si aspetta che Lei si rimetta al passo con il solito tran tran. È molto importante, invece, che Lei si concentri sui Suoi bisogni e che non si lasci mettere sotto pressione.

Si prenda tempo per adattarsi alle mutate circostanze. Cerchi di capire che cosa Le fa bene e che cosa contribuisce a migliorare la Sua qualità di vita.

Questi interrogativi potrebbero aiutarLa a fare più chiarezza:

- Che cosa conta di più per me in questo momento?
- Di che cosa ho bisogno?
- Come posso ottenere ciò di cui ho bisogno?
- Chi potrebbe aiutarmi?

Comunicare con gli altri

Così come ognuno affronta a modo suo le questioni esistenziali, ogni paziente ha il proprio modo di vivere la malattia. Gli atteggiamenti possono essere i più disparati e spaziare da «Andrà tutto bene» a «Basta che tutto vada bene» fino a «Ormai non c'è più niente da fare», «Sento che devo morire».

Il cancro incute paura, indipendentemente dalla prognosi.

Intrattenersi con altri può facilitare l'elaborazione delle proprie esperienze legate alla malattia. Alcuni, infatti, sentono il bisogno di confidarsi con qualcuno. Altri, invece, non vogliono o non osano parlare delle proprie angosce, inquietudini e preoccupazioni. Altri ancora si aspettano che siano gli altri a rompere il ghiaccio.

Non ci sono regole valide per tutti. Ciò che una data persona considera utile, agli occhi di un'altra può apparire del tutto sconveniente. Sta a Lei scoprire quali sono le Sue esigenze e, in particolare, i Suoi bisogni in fatto di comunicazione, e quindi scegliere se aprirsi e con chi.

Chiedere aiuto a chi è competente

Una volta finite le terapie potrebbe avvertire un senso di smarrimento e beneficiare in modo speciale del sostegno della Lega contro il cancro o di altri professionisti della salute (vedi «Consulenza e informazione», pp. 60 sgg.).

Chieda consiglio anche al Suo medico, possibilmente prima che finiscano le terapie, qualora ritenesse di poter trarre beneficio da una particolare offerta di sostegno. Insieme potrete scegliere la misura più idonea per Lei e chiarire se i costi sono assunti dalla cassa malati.

Consulenza e informazione

Chieda consiglio

Équipe curante

L'équipe curante può consigliare cosa fare in caso di disturbi legati alla malattia e alle terapie. Rifletta anche Lei su possibili misure in grado di migliorare la Sua qualità di vita e di favorire la Sua riabilitazione.

Sostegno psico-oncologico

Una malattia oncologica non ha ripercussioni solo fisiche, ma anche psichiche che possono manifestarsi attraverso stati di ansia, di tristezza o di depressione.

Se sentisse che il carico emotivo della malattia sta per diventare troppo pesante per Lei, chieda di poter usufruire di un sostegno psico-oncologico. Uno psico-oncologo accoglie la sofferenza psichica dei malati di cancro e dei loro cari, li aiuta a riconoscere modalità utili nell'affrontare e nell'elaborare le esperienze legate alla malattia.

Varie figure professionali possono offrire un sostegno psico-oncologico (p.es. medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, teologi ecc.). L'essenziale è che abbiano esperienza nella presa a carico di pazienti oncologici e dei loro familiari e che abbiano seguito una formazione che abilita a tale ruolo.

La Sua Lega contro il cancro cantonale o sovracantonale

Le Leghe cantonali e sovracantonali consigliano, accompagnano e sostengono i malati e i loro familiari in tutte le fasi della malattia. Offrono aiuto pratico per risolvere problemi organizzativi (p.es. custodia bambini, noleggio letto elettrico), aiuti finanziari in situazioni di disagio

economico legato alla malattia nonché consulenza assicurativa e orientamento in ambito giuridico. Forniscono materiale informativo, organizzano gruppi di autoaiuto e corsi, indirizzano agli specialisti (p. es. nei campi dell'alimentazione, delle terapie complementari).

Linea cancro 0800 11 88 11

Le operatrici specializzate della Linea cancro Le offrono un ascolto attivo, rispondono alle Sue domande sui molteplici aspetti della malattia, La orientano verso altre forme di sostegno consone ai Suoi bisogni, accolgono le Sue paure e incertezze, il Suo vissuto di malattia. Le chiamate al numero verde e le consulenze telefoniche sono gratuite. I clienti che usano Skype possono raggiungere le operatrici anche all'indirizzo Skype krebs-telefon.ch (attualmente solo in tedesco e francese).

Cancerline – la chat sul cancro

I bambini, i giovani e gli adulti possono accedere alla chat dal sito www.krebsliga.ch/cancerline e chattare con una consulente (lunedì-venerdì, ore 11–16). Possono farsi spiegare la malattia, porre domande e scrivere ciò che sta loro a cuore.

Malati di cancro: come dirlo ai figli?

Una delle prime domande che si pone un genitore che riceve una diagnosi di cancro è «Come faccio a dirlo ai miei figli?».

Il pieghevole intitolato «Malati di cancro: come dirlo ai figli?» vuole aiutare i genitori malati di cancro in questo difficile e delicato compito. Contiene anche consigli per gli insegnanti. Inoltre, chi volesse approfondire l'argomento, può leggere l'opuscolo intitolato «Se un genitore si ammala di cancro – Come parlarne con i figli?» (vedi p. 63).

Linea stop tabacco 0848 000 181

Consulenti specializzate Le forniscono informazioni, La motivano al cambiamento e, se lo desidera, La seguono nel processo di disassuefazione dal fumo, richiamandoLa gratuitamente.

Seminari

La Lega contro il cancro organizza seminari e corsi nel fine settimana in diverse località della Svizzera per persone ammalate di cancro (www.legacancro.ch/ riabilitazione) e programma corsi (vedi opuscolo «Seminari» p. 63).

Attività fisica

Molti malati di cancro constatano che l'attività fisica ha un effetto rivitalizzante. Praticare della ginnastica insieme con altri malati di cancro potrebbe aiutarLa a riacquistare fiducia nel Suo corpo e a combattere la stanchezza e la spossatezza. Si informi presso la Sua Lega cantonale o sovracantonale e legga l'opuscolo «Attività fisica e cancro» (vedi p. 63).

Altri malati di cancro

Intrattenersi con persone accomunate da uno stesso vissuto, può infondere coraggio e aiutare a sentirsi meno soli. Può essere utile confrontare il proprio modo di far fronte a determinate situazioni con le modalità di gestione della malattia o del lutto adottate da altri. Ognuno deve comunque fare le proprie esperienze e scegliere le strategie più consone alla propria personalità. Non c'è, in effetti, un modo giusto o sbagliato di vivere la malattia.

Piattaforme virtuali di scambio

Chi sente l'esigenza di condividere le proprie esperienze legate alla malattia può usufruire della piattaforma virtuale di scambio, moderata dalle operatrici della Linea cancro www.forumcancro.ch. Anche l'Associazione Italiana Malati di

Cancro, parenti e amici (AIMaC) ha aperto un forum di discussione per i pazienti e i loro familiari:

www.forumtumore.aimac.it.

Gruppi di autoaiuto

Partecipando agli incontri dei gruppi di autoaiuto, si ha l'opportunità di parlare con persone che hanno vissuto o stanno vivendo un'esperienza analoga alla propria e di scambiarsi informazioni di vario tipo.

Si informi presso la Sua Lega cantonale o sovracantonale se vi sono gruppi di autoaiuto o gruppi parola che si riuniscono nelle Sue vicinanze e sull'offerta di corsi per malati di cancro e i loro familiari. Su www.selbsthilfes Schweiz.ch può cercare gruppi di autoaiuto nella Sua zona.

Associazione PROCASI

Associazione della Svizzera italiana di informazione sul cancro alla prostata e di sostegno alle persone che ne sono state colpite.

PROCASI

c/o Lega ticinese contro il cancro
Piazza Nosetto 3, 6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 40

procasi@outlook.com, www.legacancro.ch

Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio (SACD) o Spitex per malati di cancro

Vi sono servizi di assistenza e cura a domicilio o Spitex specializzati nella presa a carico del paziente oncologico.

Tali organizzazioni intervengono in qualsiasi fase della malattia. Le offrono la loro consulenza e il loro sostegno al Suo domicilio, tra un ciclo di terapia e l'altro e una volta conclusa la terapia, fra l'altro, nella gestione degli effetti collaterali. Prenda contatto con la Lega contro il cancro per ottenerne gli indirizzi.

Consulenza dietetica

Molti ospedali dispongono di un servizio di dietetica. Sul territorio operano dietiste e dietisti indipendenti che, in generale, collaborano con i medici e sono membri della

ASDD Associazione Svizzera

Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP

Altenbergstrasse 29, Casella postale 686
3000 Berna 8

Tel. 031 313 88 70

service@svde-asdd.ch

Sul sito dell'ASDD può cercare un/una dietista diplomato/a (www.svde-asdd.ch).

palliative ch

Presso il segretariato dell'Associazione Svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi e sul sito dell'associazione trova gli indirizzi delle sezioni cantonali di palliative ch e degli enti erogatori di cure palliative che operano nella Sua zona. Queste reti assicurano che le persone ammalate possano ricevere un'assistenza ed una cura ottimali, indipendentemente dal luogo dove abitano.

palliative ch

Bubenberplatz 11, 3011 Berna

Tel. 044 240 16 21

info@palliative.ch, www.palliative.ch

Prestazioni assicurative

Le spese di cura in caso di cancro sono rimborsate dall'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal), a condizione che risultino da modalità terapeutiche riconosciute ovvero che il farmaco figuri nel cosiddetto «Elenco delle specialità» dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Il Suo medico curante è tenuto ad informarLa compiutamente a tale proposito.

Sono coperte altresì le spese di cura derivanti dalla partecipazione a uno studio clinico (vedi p. 47) che prevede la somministrazione di sostanze riconosciute. Qualora fossero impiegati medicinali non ancora omologati per il commercio o nuovi procedimenti o si rendessero necessarie ulteriori misure (p.es. analisi genetiche), i costi di regola non vengono addebitati a Lei, bensì finanziati con fondi per la ricerca.

Verifichi preventivamente se l'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal) o l'assicurazione integrativa garantisce la copertura delle spese dovute a consulti o a trattamenti aggiuntivi non medici nonché a lungodegenze.

Legga anche l'opuscolo «Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali» (vedi p. 63).

Opuscoli della Lega contro il cancro

- **Accertamento diagnostico precoce del cancro alla prostata**
- **Terapie medicamentose dei tumori**
Chemioterapia, terapia antiormonale, immunoterapia
- **Terapie orali in oncologia**
- **La radioterapia**
- **Alternativi? Complementari?**
Rischi e benefici di metodi non provati in oncologia
- **Dolori da cancro e loro cura**

- **Diario del dolore**
Ascolto i miei dolori
- **Dolometer® VAS**
Misuratore per valutare l'intensità dei dolori
- **Senza forze**
Cause e gestione della stanchezza associata al cancro
- **Difficoltà di alimentazione e cancro**
- **Il linfedema e il cancro**
- **Il cancro e la sessualità maschile**
- **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**
Consigli e suggerimenti da capo a piedi
- **Attività fisica e cancro**
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- **Il moto fa bene**
Esercizi per donne operate al seno
- **Quando anche l'anima soffre**
Il cancro si ripercuote su tutte le dimensioni dell'esistenza
- **Seminari**
Per persone malate di cancro
- **Accompagnare un malato di cancro**
Una guida della Lega contro il cancro per familiari e amici
- **Se un genitore si ammala di cancro**
Come parlarne con i figli?
- **Malati di cancro: come dirlo ai figli?**
Un'informazione per genitori con consigli per i docenti

- **Rischio di cancro ereditario**
Guida per le famiglie con numerosi casi di cancro
- **Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali**
- **Direttive anticipate della Lega contro il cancro**
La mia volontà vincolante rispetto alla malattia, l'agonia e alla morte
- **Scelte di fine vita**
- **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**

Modalità di ordinazione

- Lega cantonale contro il cancro
- Telefono 0844 85 00 00
- shop@legacancro.ch
- www.legacancro.ch/opuscoli

Sul sito www.legacancro.ch/opuscoli trova tutte le pubblicazioni disponibili presso la Lega contro il cancro. La maggior parte delle pubblicazioni è gratuita e sono fornite per posta o possono essere scaricate da Internet. Sono offerte dalla Lega svizzera contro il cancro e dalla Lega del Suo Cantone di residenza. Ciò è possibile soltanto grazie ai generosi donatori.

Il Suo parere ci interessa

Sul sito www.forumcancro.ch può esprimere la Sua opinione sugli opuscoli della Lega contro il cancro compilando un breve questionario. La ringraziamo fin d'ora per il Suo contributo.

Opuscoli di altre organizzazioni

«**Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico**», 2015, Gruppo Svizzero di Ricerca Clinica sul Cancro SAKK, ordinazione online: www.sakk.ch

«**Il cancro della prostata**», opuscolo dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC). Scaricabile gratuitamente dal sito www.aimac.it

«**Il tumore della prostata**», opuscolo dell'associazione italiana Europa Uomo Onlus, scaricabile dal sito www.europa-uomo.it

«**E se tu facessi un controllo**», dell'Istituto Nazionale dei tumori (IRCCS), scaricabile gratuitamente dal sito www.europa-uomo.it

Lecture consigliate

«**Mio fratello cancro. Cosa devi sapere per gestire la malattia e il tuo oncologo**», di Helen Bee Leonard Bee, Ed. Nicola Palumbi, 2015

«**L'alimentazione nella prevenzione del cancro. I consigli di un medico oncologo per mantenersi sani**», di Mirco Bindi, Ed. Scribo, 2015

«**Il tumore alla prostata. Paziente, familiari e medici: esperienze narrate**». E-book, di Lara Bellardita, Tiziana Magnani, Riccardo Valdagni, Ed. Springer Verlag, 2013

«**Tutto quello che bisogna sapere sul tumore della prostata**», di Francesco Tramacere, Ed. Aracne, 2010

«**La prostata sconosciuta**», di Sergio Musitelli, Paolo Marandola, Jallous Hussein, Ed. La Goliardica Pavese, 2001

«**Diagnose-Schock: Krebs**», Hilfe für die Seele, konkrete Unterstützung für Betroffene und Angehörige. Alfred Künzler, Stefan Mamié, Carmen Schürer, Springer-Verlag, 2012, ca. Fr. 30.– (in tedesco).

La Lega ticinese contro il cancro dispone di una biblioteca tematica. Il catalogo può essere richiesto per e-mail: info@legacancro-ti.ch.

Alcune Leghe cantonali contro il cancro dispongono di una biblioteca presso la quale questi libri e altri ancora possono essere presi in prestito gratuitamente. Si informi presso la Lega del Suo cantone di residenza (vedi pp. 66 sg.).

La Lega svizzera contro il cancro, la Lega bernese e la Lega zurighese contro il cancro dispongono di un catalogo bibliotecario online che prevede la possibilità di ordinare e di riservare libri. Il prestito bibliotecario ovvero l'invio dei libri è garantito in tutta la Svizzera.

Sul nostro sito in tedesco

www.krebsliga.ch/bibliothek

Qui c'è anche un collegamento diretto al sito con libri per bambini:

www.krebsliga.ch/kinderbibliothek

www.bernischekrebsliga.ch → Das bieten wir → Informationen finden → Bibliothek

www.krebsligazuerich.ch → Beratung & Unterstützung → Bibliothek

Inserendo la chiave di ricerca «Angehörige», «Partnerschaft», «Krankheitsbewältigung» si possono trovare i libri pertinenti.

Internet

Italiano

Offerta della Lega contro il cancro

www.forumcancro.ch

Piattaforma virtuale di scambio della Lega contro il cancro.

www.legacancro.ch

Servizi di sostegno della Lega svizzera contro il cancro e recapiti delle Leghe cantonali.

www.legacancro.ch/cancerline

La Lega contro il cancro offre a bambini, giovani e adulti una chat con consulenza.

www.legacancro.ch/migranti

Schede informative in albanese, portoghese, serbo-croato-bosniaco, spagnolo, turco e, in parte, anche in inglese su alcuni frequenti tipi di cancro e sulla prevenzione. La varietà degli argomenti e delle lingue sarà via via ampliata.

www.legacancro.ch/seminari

Seminari proposti dalla Lega contro il cancro per affrontare al meglio la vita quotidiana durante la malattia.

Altri enti e consultori, altre associazioni

www.eoc.ch

Centro prostata Svizzera Italiana

www.selbsthilfeschweiz.ch

Gruppi di autoaiuto

www.palliative.ch

Associazione Svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi

www.aimac.it: parola-chiave da cercare: «prostata»

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC).

www.airc.it: parola-chiave da cercare: «prostata»

Associazione Italiana per la ricerca sul cancro

www.siu.it

Società italiana di urologia (SIU)

www.europauomo.it

Associazione per l'informazione sulle patologie prostatiche

www.proadamo.it

Fondazione italiana ProAdamo Onlus

www.ieo.it

Istituto europeo di oncologia

mi.it

Fondazione IRCCS, Istituto Nazionale dei tumori

www.aiom.it

Associazione Italiana Oncologia Medica

www.urologie.ch (sito in tedesco e in francese)

Società Svizzera di Urologia

www.psychoonkologie.ch

Società Svizzera di Psico-Oncologia (sito in tedesco e in francese)

www.inkontinex.ch

Schweizerische Gesellschaft für Blasen-schwäche (sito in tedesco)

www.swissurology.ch

Società Svizzera di Urologia (sito in tedesco e in francese)

www.pelvisuisse.ch

Verein Pelvisuisse (sito in tedesco)

www.krebshilfe.de

Deutsche Krebshilfe (sito in tedesco)

Inglese

www.europa-uomo.org

The European Prostate Cancer Coalition
www.esmo.org: parola-chiave da cercare: «prostata»

European Society for Medical Oncology

www.cancer.org

American Cancer Society

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology

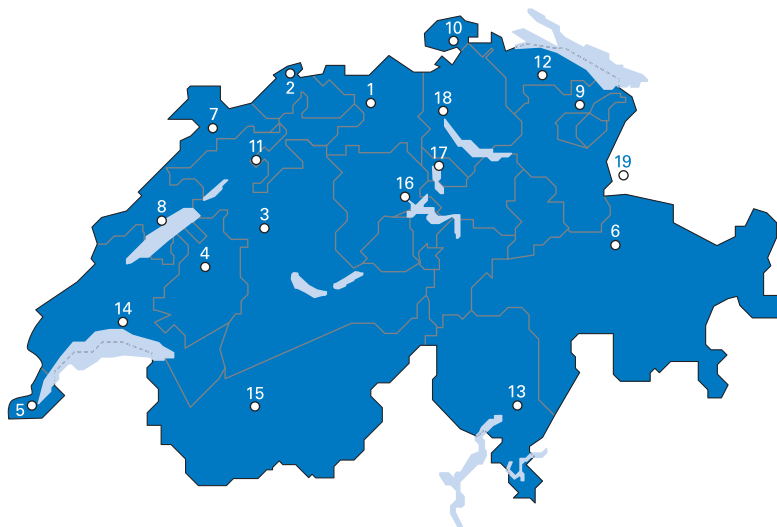
www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service

Fonti

Le pubblicazioni e i siti Internet citati nel presente opuscolo servono alla Lega contro il cancro anche da fonte. Soddisfano sostanzialmente i criteri di qualità della Health On the Net Foundation, il cosiddetto HonCode (vedi www.hon.ch/HON-code/Italian).

La Lega contro il cancro offre aiuto e consulenza



1 Krebsliga Aargau

Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel

Petersplatz 12
4051 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga Ligue bernoise contre le cancer

Marktgasse 55
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg

route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer

11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Graubünden

Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
Fax 081 300 50 80
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

7 Ligue jurassienne contre le cancer

rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

8 Ligue neuchâteloise contre le cancer

faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 886 85 90
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

**9 Krebsliga Ostschweiz
SG, AR, AI, GL**

Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 Krebsliga Schaffhausen

Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn

Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

**13 Lega ticinese
contro il cancro**

Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
Fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

**14 Ligue vaudoise
contre le cancer**

place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0

**15 Ligue valaisanne contre le cancer
Krebsliga Wallis**

Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

**16 Krebsliga Zentralschweiz
LU, OW, NW, SZ, UR**

Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

17 Krebsliga Zug

Alpenstrasse 14
6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6

18 Krebsliga Zürich

Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

19 Krebshilfe Liechtenstein

Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

**Lega svizzera
contro il cancro**

Effingerstrasse 40
casella postale
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00
Fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch
CP 30-4843-9

Opuscoli

Tel. 0844 85 00 00
shop@legacancro.ch
www.legacancro.ch/
opuscoli

Forum

www.forumcancro.ch,
piattaforma virtuale della
Lega contro il cancro

Cancerline

www.legacancro.ch/
cancerline, la chat sul
cancro per bambini,
adolescenti e adulti
lunedì–venerdì
ore 11.00–16.00

Skype

krebstelefon.ch
lunedì–venerdì
ore 11.00–16.00

Linea stop tabacco

Tel. 0848 000 181
massimo 8 centesimi
al minuto (rete fissa)
lunedì–venerdì
ore 11.00–19.00

**Le siamo molto grati
del Suo sostegno.**

**Linea cancro
0800 11 88 11**

lunedì–venerdì
ore 9.00–19.00
chiamata gratuita
helpline@legacancro.ch

Uniti contro il cancro

Questo opuscolo Le viene consegnato dalla Sua Lega contro il cancro, la quale è a Sua disposizione con la sua ampia gamma di prestazioni di consulenza, accompagnamento e sostegno. All'interno trova l'indirizzo della Sua Lega cantonale o regionale.