

Cosa
bisogna
sapere
e cosa
è utile
fare

TUMORE della PROSTATA

INDICAZIONI GENERALI



Società Italiana di Urologia
largo R. Lanciani, 1 - 00162 Roma
Tel. 0686202637 - Fax 0686325073
www.siu.it - info@siu.it

Invia le tue domande relative a questo argomento
al nostro team di esperti sul sito: www.siu.it
utilizzando il servizio "L'urologo Risponde"



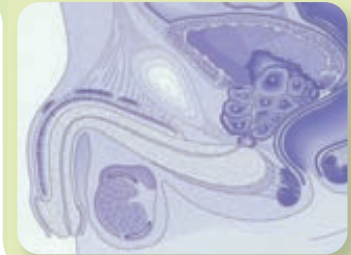
Materiale informativo
a cura della
Società Italiana di Urologia

● Carcinoma della prostata

È il tumore più comune per gli uomini occidentali. Il tasso di incidenza annuale di PCa nel nord-america è di 160 nuovi casi all'anno per ogni 100.000 abitanti.

● Le Cause

Le cause del cancro alla prostata sono tuttora sconosciute. Fattori di rischio accertati sono età e la familiarità. Gli uomini che hanno un familiare di primo grado che ha avuto questo tipo di tumore hanno il doppio del rischio di svilupparlo.



Storia naturale: Il PCa nasce come un nodulo intraprostatico. Questa fase può durare un tempo molto variabile in base all'aggressività biologica del tumore. Tumori indolenti possono restare intraprostatici anche per molti anni, tanto che fino all'80% degli ultraottantenni deceduti per altra causa e sottoposti ad autopsia presentano un riscontro incidentale di carcinoma prostatico. Al contrario, i casi di tumore aggressivo si mostrano rapidamente evolutivi. Il tumore acquista lentamente zone di malignità superiore, si espande nel contesto della ghiandola e ne oltrepassa la capsula invadendo i peduncoli vasculo-nervosi, successivamente le vescicole seminali, l'uretra e il collo vescicale. L'invasione avanzata della vescica porta a chiudere gli sbocchi degli ureteri fino all'insufficienza renale. La diffusione a distanza della malattia coinvolge in prima istanza le vie linfatiche (linfonodi pelvici), e le ossa dello scheletro assiale.

● Manifestazioni cliniche

Il tumore prostatico in fase precoce non dà luogo a sintomi. Talvolta, tuttavia, il PCa può causare problemi

simili a quelli della ipertrofia prostatica benigna, come frequenza e urgenza minzionale, nicturia. Infrequente è anche l'emospermia (sangue nello sperma). In stadio avanzato il sintomo più comune è il dolore osseo, spesso localizzato alle vertebre, alla pelvi o alle gambe, causato da metastasi in queste sedi.

● Lo Screening

Dato che i sintomi del PCa compaiono nella malattia avanzata, quando la prospettiva di guarigione è persa, è necessario fare diagnosi in assenza di sintomi attraverso uno screening. Lo screening del tumore prostatico comprende l'esplorazione rettale e il dosaggio del PSA.



Lo screening identifica una popolazione a rischio in cui è necessario eseguire ulteriori esami, come la biopsia prostatica. Lo screening mira a anticipare la malattia sintomatica anche di molti anni, pertanto deve essere evitato in pazienti con

limitata aspettativa di vita. Quando effettuare il dosaggio ematico del PSA? Dai 50 fino agli 80anni di età. Può essere proposto prima negli uomini con storia familiare di tumori alla prostata. Il PSA è una molecola prodotta dalla prostata. Livelli superiori a 4 ng/ml sono generalmente considerati anormali. Tuttavia molte variabili influenzano il PSA e rendono questa regola inesatta: l'età del paziente, le dimensioni della prostata, la presenza di altre malattie prostatiche (prostatiti, IPB, traumatismi). Pertanto in presenza di un PSA alterato è sempre necessaria l'interpretazione da parte dello specialista urologo, per distinguere quale situazione approfondire. Altri parametri possono aggiungere specificità al PSA, come il rapporto libero/totale del PSA, la PSA velocity o la PSA density. Altri

markers possono dirimere casi dubbi, come il pro PSA e la PCA3 nelle urine. L'esplorazione rettale consente all'urologo di identificare noduli di incrementata consistenza nelle zone esplorabili della ghiandola.

● Metodi per la diagnosi/stadiazione

Biopsia prostatica: quando lo screening ha posto il dubbio e la valutazione clinica lo ha confermato, si prospetta una valutazione più invasiva. L'unico esame in grado di infrangere le incertezze e diagnosticare il PCa è la biopsia, ossia l'asportazione di piccoli frammenti di tessuto per l'esame al microscopio. La biopsia prostatica oggi è mini-invasiva, ambulatoriale e in anestesia locale. Ovviamente la sensibilità al dolore è individuale, ma la biopsia transrettale risulta quasi sempre "priva di dolore". Pazienti con importanti comorbidità (cardiopatici, ad esempio) possono comunque richiedere l'ospedalizzazione per la biopsia prostatica.

Stadiazione clinica: attualmente non esistono esami di immagine abbastanza accurati per distinguere se tumori prostatici in fase iniziale sono realmente confinati alla prostata. L'ecografia transrettale può identificare l'infiltrazione delle vescicole seminali.

La risonanza magnetica nucleare fornisce pochi risultati in aggiunta, a spese di un maggior costo e minor accessibilità. Alcuni nomogrammi, come le "tavole di Partin" sono affidabili per predire lo stadio locale del tumore prostatico in base ai seguenti parametri clinici: PSA preoperatorio, Gleason score biptico, risultato dell'esplorazione rettale.

Scintigrafia ossea: identifica metastasi ossee, che compaiono in tumori avanzati. Pertanto viene consigliata se i parametri clinici sono sfavorevoli

Tomografia Assiale: è capace di identificare lesioni secondarie a linfonodi e altri visceri. Anche questa valutazione è riservata ai pazienti con parametri clinici sfavorevoli.

● La Terapia

Le armi a disposizione degli urologi per curare questo tumore sono molte. Ognuna presenta differente efficacia, effetti collaterali e controindicazioni, ma tutte possono ridurre in percentuali diverse le funzioni erettiva, urinaria e intestinale. Pertanto attualmente la terapia del carcinoma prostatico deve essere confezionata "caso per caso" dopo aver studiato bene le caratteristiche del paziente e del suo tumore.

● Prostatectomia radicale. Nerve-Sparing/Non-Nerve Sparing

- Chirurgia Open;
- Videolaparoscopia;
- Chirurgia Robotica;

● Radioterapia o brachiterapia

● Ormonoterapia

● Sorveglianza attiva (osservazione e rimandare una terapia radicale)

● Vigile attesa (osservazione con eventuale uso di terapie palliative)

● Ultrasuoni focalizzati ad alta intensità HIFU, Criochirurgia e terapie focali.

● Chemioterapia

Caratteristiche che influenzano la scelta terapeutica:

Del paziente: Età, Comorbidità, Aspettativa di vita, Attività sessuale, Disturbi urinari, Incontinenza urinaria, Disturbi intestinali, la sua preferenza.

Del tumore: PSA preoperatorio, grading di Gleason della biopsia, risultato dell'esplorazione rettale, numero di frustoli coinvolti, presenza di metastasi alla TC o scintigrafia, e altre.

Prostatectomia Radicale Nerve-Sparing: indica una chirurgia prostatica che conserva i fasci vascolo-nervosi che decorrono sulla superficie posterolaterale della ghiandola, e che sono responsabili dell'erezione del pene. Dato che tali fasci sono tra le prime strutture anatomiche coinvolte dal tumore prostatico extraghiandolare, questa tecnica può essere usata nella cura solo di PCa in stadio iniziale, e con specifiche caratteristiche cliniche. Questa tecnica consente di mantenere l'erezione spontanea nei due terzi dei pazienti trattati con prostatectomia, specie se sotto i 70 anni di età, a condizione che avessero una buona erezione preoperatoria. Sembra che la chirurgia robotica possa massimizzare i risultati della Nerve-sparing, anche se sono in corso studi per la conferma a lungo termine di questi dati.