

Sosteniamoci



Fondazione GSTU

— per il paziente oncologico —

Ricerca, assistenza, formazione culturale, attività editoriale

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE: TUMORI DEL RENE, VESCICA, PROSTATA, TESTICOLO E PENE

Prostata: cos'è?

È una ghiandola a forma di castagna, situata al di sotto della vescica, responsabile della produzione di una parte del liquido seminale pro-



dotto durante l'eiaculazione.

Il tumore della prostata.

Il cancro della prostata è il tumore maligno più frequente nel sesso maschile ma non quello più letale: il dosaggio del PSA permette di fare diagnosi precoce.

Il PSA: l'indicatore della prostata

Il PSA è una proteina presente all'interno delle cellule prostatiche sia benigne che maligne. Il suo dosaggio nel sangue permette di monitorare l'attività della ghiandola.

Quando andare dall'urologo?

Iniziare a 50 anni. Per coloro che hanno familiarità per il carcinoma prostatico è opportuno sottoporsi annualmente alla visita urologica e al dosaggio del PSA a partire dai 40 anni.

Il PSA può aumentare anche in corso di patologie non neoplastiche come l'ipertrofia prostatica benigna o la prostatite. La pro-

babilità di un carcinoma prostatico è, in assenza di sintomi irritativi e/o voluminosa ipertrofia prostatica, del 5% per un PSA inferiore a 4 ng/ml ma sale al 25% tra 4 e 10 ng/ml ed è del 50% per un PSA superiore a 10 ng/ml.

Esistono fattori di rischio?

All'aumentare dell'età aumenta la frequenza del carcinoma della prostata. Se a 40 anni la probabilità è 1 caso su 10.000, tra i 60 e gli 80 anni diventa 1 su 8. Gli uomini con uno o più parenti di primo grado affetti da carcinoma prostatico hanno un rischio da 2 a 10 volte maggiore.

Come si manifesta?

Nelle fasi iniziali (diagnosi precoce) non è associato a sintomi e l'unico reperto è un PSA elevato o un'alterazione della ghiandola evidenziata alla visita.

Come si fa la diagnosi?

Il PSA e la visita urologica sono sufficienti. La biopsia prostatica confermerà un sospetto.



È possibile curarlo?

Sì. Molto dipende dalla fase in cui il carcinoma viene diagnosticato. Per fortuna oggi più dell'80% delle volte

viene scoperto quando ancora è confinato alla prostata.

Qual è la terapia?

Oggi esistono numerose opzioni terapeutiche che devono essere adattate al singolo paziente. Il trattamento di scelta quando possibile rimane la rimozione chirurgica della prostata (prostatectomia radicale). I rischi maggiori sono l'incontinenza urinaria e il deficit erettile. Oggi grazie alle tecniche *nerve sparing* la percentuale di queste complicanze si è notevolmente ridotta. L'intervento viene proposto in genere sotto i 70 anni. Tra le altre possibilità terapeutiche devono essere considerate la radioterapia, la terapia ormonale e la chemioterapia, le ultime riservate alle forme diagnosticate tardivamente. Nei tumori a basso rischio si può considerare la "vigile attesa" (monitorare la malattia) per intervenire solo quando rappresenta un rischio per il paziente.

È possibile prevenirlo?

È verosimile che una dieta ricca di verdure, di vitamina C ed E e agenti antiossidanti siano un fattore protettivo nei confronti del cancro. Una vita regolare senza fumo, alcool e con una moderata attività fisica sono un rimedio efficace nella prevenzione del tumore della prostata e di molti altri tumori. La conoscenza del rischio correlato alla familiarità rappresenta una delle armi più efficaci per la diagnosi precoce.

Il carcinoma della prostata è stato definito il killer silenzioso della nostra epoca. *La prevenzione e la diagnosi precoce sono la migliore arma per fare scacco matto al carcinoma prostatico.*



- Heidenreich A et al. *EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease.* Eur Urol. 2011; 59:61.
- Mottet N et al. *EAU guidelines on prostate cancer. Part II: Treatment of advanced, relapsing, and castration-resistant prostate cancer.* Eur Urol. 2011; 59:572.
- Ploussard G et al. *The contemporary concept of significant versus insignificant prostate cancer.* Eur Urol. 2011;60:291.
- Chun FK et al. *Optimizing performance and interpretation of prostate biopsy: a critical analysis of the literature.* Eur Urol. 2010;58:851.

Ma il pollo e le uova incrementano il rischio di recidiva di tumore prostatico? Dobbiamo ascoltare tutto ciò che si dice?

Circa due anni fa è stato pubblicato un articolo (*Am J Clin Nutr* 2009) che

metteva in evidenza il rischio di recidiva per i pazienti già trattati per carcinoma prostatico associato ad un eccessivo consumo di uova e/o di pollo, soprattutto se di quest'ultimo si ingerisce anche la pelle. Questi dati derivano da una valutazione condotta per due anni sulle abitudini dietetiche di quasi 1300 pazienti da parte di alcuni ricercatori della Harvard School of Public Health in Boston, Massachusetts. Nulla ad oggi è stato poi pubblicato sull'argomento specifico.



E' importante che messaggi del genere, condotti su popolazioni selezionate di pazienti, con abitudini alimentari e patrimonio genetico diversi dai nostri, non vengano riportati incondizionatamente nella nostra realtà.

Il paziente affetto da tumore che combatte o ha vinto la sua battaglia contro la malattia deve modificare le sue abitudini alimentari ed il suo stile di vita?

Probabilmente si! Ma que-

sto deve avvenire solo per fattori di rischio accertati e confermati nel tempo.

Tumore del pene.

È un tumore relativamente raro. Ha un'incidenza maggiore nelle popolazioni con scarse abitudini igieniche. Nei Paesi sviluppati viene diagnosticato ad un individuo su 100.000. E' praticamente assente tra le popolazioni che adottano per motivi religiosi la circoncisione subito dopo la nascita. L'età media in cui si manifesta è 60 anni, ed è raro nei giovani.

Esistono fattori di rischio?

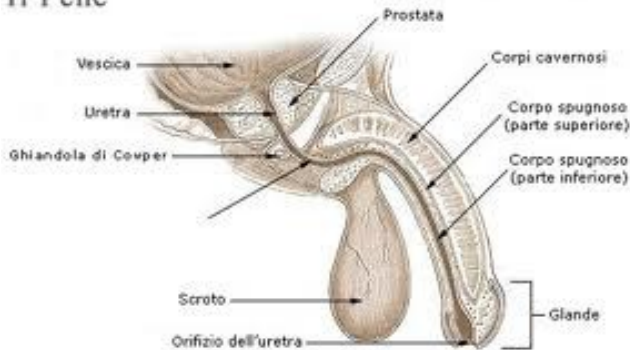
La fimosi (difficoltà a far scorrere il prepuzio sul glande) sia essa congenita o acquisita rappresenta il principale fattore di rischio al quale è possibile porre rimedio. Patologie infiammatorie croniche della cute del pene e del glande e l'infezione da HPV (papilloma virus) responsabile dei condilomi sono possibili condizioni predisponenti.

È possibile fare prevenzione?

La risoluzione della fimosi con la circoncisione non solo rappresenta un intervento



Il Pene



necessario perché un soggetto possa mantenere soddisfacenti condizioni igieniche e attività sessuale ma di per sé riduce del 5% il rischio. Quella effettuata in età adulta permette di evidenziare lesioni non altrimenti visibili.

Dove insorge?

Per il 95% dei casi è un tumore che cresce sul rivestimento del glande o sul foglietto interno del prepuzio. Si presenta come una zona rossastra e rilevata, tendente alla crescita. Esistono lesioni che sono state individuate come precancerose che è necessario identificare precocemente.

Come si cura?

In fase iniziale è possibile una terapia conservativa con laser. Se la malattia è confinata al prepuzio sarà sufficiente una semplice circoncisione. Per le forme infiltranti può rendersi necessaria un'amputazione del pene. È pertanto fondamentale una diagnosi precoce. Basta rivolgersi al medico se una qualsiasi lesione persiste per oltre 10 giorni.

1. Pizzocaro G et al. EAU Guide-

lines Group on Penile Cancer. EAU penile cancer guidelines 2009. Eur Urol. 2009; 57:1002.

2. Branney P et al. Patients' experiences of penile cancer. Eur Urol. 2011; 59:959.

Tumore della vescica

Il tumore della vescica origina dalle cellule di rivestimento interno, detto urotelio.

Quanto è frequente?

Più di quanto si possa pensare. In Italia ogni anno, malgrado fortemente sotto-stimato, si registrano circa 17.000 nuovi casi. Tra i tumori urologici, è al secondo posto dopo il carcinoma prostatico.

Gli uomini sono più colpiti delle donne, con un'età media di circa 65 anni.

Quali sono le cause?

Ad oggi è una delle poche neoplasie per cui è stato dimostrato il ruolo svolto da fattori ambientali e di stile di vita.

Al primo posto il fumo di sigaretta (sia attivo che

passivo), responsabile del 70% dei carcinomi vescicali. Un fumatore ha un rischio 4 volte più elevato, che si incrementa in relazione al numero di sigarette e alla durata dell'abitudine.

Anche l'esposizione professionale a sostanze chimiche cancerogene è da annoverare tra le principali cause. I lavoratori a rischio sono i pittori, i verniciatori, gli impiegati nell'industria tessile o nella produzione di coloranti, alluminio e gomma, i camionisti e alcune categorie di artigiani.

Si può prevenire?

Sicuro! È opportuno correggere le abitudini non salutari:

1. Smetti di fumare! Il fumo di sigaretta causa la morte di 80-90.000 persone (è come se ogni giorno precipitasse un jumbo jet senza alcun superstite a bordo). Il fumo fa una vittima ogni 7 minuti: un numero di morti circa 10 volte superiore a quello di tutti gli incidenti stradali e circa 100 volte superiore a tutti gli omicidi.



2. Cosa porti in tavola? Una dieta ricca di frutta e verdura previene l'insorgenza dei tumori vescicali e non solo.



Evitare i cibi ricchi di grassi e le frittiture riduce l'insorgenza di diverse malattie neoplastiche, cardiache e metaboliche.

3. Bevi molto ma attenzione a ciò che bevi! Durante un processo non corretto di clorazione delle acque si producono composti alogenati fortemente cancerogeni. Non da meno sono le falde d'acqua inquinate dai prodotti usati nell'industria e nell'agricoltura.

Quando rivolgersi al medico?

La presenza di sangue nelle urine (ematuria) è un segno frequente di neoplasia vescicale, anche se comune ad altre malattie benigne dell'apparato urinario.

L'ematuria è un importante campanello d'allarme che non può e non deve essere sottovalutato.

Altri sintomi malgrado meno frequenti sono bruciore durante la minzione, senso di peso a livello pelvico, infezioni urinarie ricorrenti.

Come si fa la diagnosi?

Le tecniche diagnostiche vanno dalle più semplici, come l'esame d'urina e l'ecografia, alle più complesse, come la TAC e la cistoscopia. Quest'ultima permette di osservare direttamente la neoplasia e di prelevare dei frammenti di

tessuto per l'esame istologico.

Come si cura?

La terapia dei carcinomi vescicali dipende dalla fase più o meno iniziale in cui viene posta la diagnosi.

Per tumori di piccole dimensioni, la resezione per via endoscopica è il trattamento spesso risolutivo. Per prevenire la recidiva, vengono effettuate instillazioni endovesicali di farmaci.

Per neoplasie in stadio avanzato, il trattamento di scelta è la cistectomia, cioè la rimozione dell'organo. Oggi la vescica può essere "ricostruita" con l'intestino evitando sacche di raccolta esterne.

- Seth A. Strobe, et al. *The causal role of cigarette smoking in bladder cancer initiation and progression, and the role of urologists in smoking cessation.* J Urol. 2008 ;180::31.
- Serretta V et al; **Members of the foundation Gruppo Studi Tumori Urologici (GSTU).** *Cigarette smoking and drinking water source: correlation with clinical features and pathology of superficial bladder carcinoma.* Urol Int. 2009;82:318.
- Serretta V et al. *Preliminary report of a multicentric study on environmental risk factors in Ta-T1 transitional cell carcinoma of the bladder.* Urol. Int. 2006;77:152.
- Babjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R, Kaasinen E, Bohle A, Palou J. *Guidelines on Ta-T1 (non muscle invasive) bladder cancer.* European Association of Urology 2008.
- Stenzl A et al. *Treatment of muscle-invasive and metas-*

tatic bladder cancer: update of the EAU guidelines. Eur Urol. 2011 ;59:2009.

Tumore del rene

I reni sono due organi situati nella parte posteriore dell'addome. La loro funzione è quella di filtrare il sangue e di eliminare, attraverso le urine, le sostanze tossiche.

Quanto è diffuso?

Il tumore del rene non è molto frequente e si manifesta con maggiore frequenza nel sesso maschile.

In Italia colpisce ogni anno 4000 persone: in 2 casi su 3 si tratta di uomini con un'età media di 50 anni.

Esiste anche un tumore renale dell'infanzia, detto nefroblastoma o tumore di Wilms.

Quali sono i soggetti a rischio?

I fumatori sono i soggetti più a rischio. Altre condizio-



ni predisponenti sono la dialisi prolungata, la malattia policistica del rene, l'esposizione cronica a sostanze cancerogene, quali l'asbesto, il cadmio, la fenacetina (un antidolorifico oggi non più in commercio).

Esistono anche delle condizioni familiari o ereditarie che è importante conoscere.

Quali sono i sintomi?

In fase iniziale il carcinoma renale non dà sintomi e può essere diagnosticato occasionalmente nel corso di un'ecografia o di una TAC, eseguite per altre patologie.

Il sintomo più frequente che non bisogna mai sottovalutare è la presenza di sangue nell'urina.

Come si fa una diagnosi precoce?

L'ecografia è il mezzo più facile per diagnosticare un tumore renale. L'impiego sempre più frequente dell'ecografia permette di fare diagnosi quando il tumore è ancora allo stadio iniziale aumentando la sopravvivenza.

L'ulteriore percorso diagnostico verrà poi stabilito dal medico curante o dallo specialista.

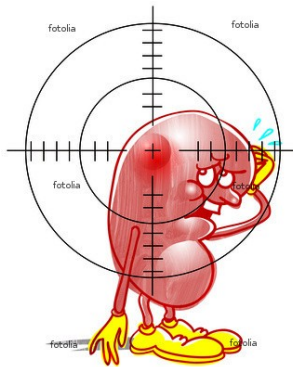
Come si cura?

Il trattamento chirurgico rimane quello più efficace. Consiste nella *nephrectomia radicale*, ossia nell'asportazione dell'organo e dei tessuti circostanti. Se possibile, è preferibile effettuare una chirurgia conservativa, asportando solo la massa tumorale.

Se la malattia è in uno stadio avanzato, la terapia si avvale di risultati di recenti ricerche di biologia molecolare con farmaci che danno risposte cliniche un tempo

irraggiungibili.

Fondamentale è quindi la precocità della diagnosi.



- Nepple KG, et al. *Population Based Analysis of the Increasing Incidence of Kidney Cancer in the United States: Evaluation of Age Specific Trends From 1975 to 2006.* J Urol. 2011; 187:32
- Lipworth L, et al. *The epidemiology of renal cell carcinoma.* J Urol 2006;176:2353
- Bex A et al. *Integrating surgery with targeted therapies for renal cell carcinoma: current evidence and ongoing trials.* Eur Urol. 2010 ;58:819.
- Clarke NW. *Integrating surgery with targeted therapies for renal cell carcinoma: maximizing benefits, minimizing risk.* Eur Urol. 2010;58:829.

Tumore del testicolo

Quanto è diffuso?

È una neoplasia relativamente rara. Rappresenta solo l'1% di tutti i tumori ma merita grande attenzione. Nel corso degli ultimi 30

anni si è assistito infatti ad un aumento della sua frequenza ma, di contro, la malattia è curabile in quasi il 90% dei casi se la terapia viene correttamente applicata, anche nelle forme metastatiche.

Colpisce soprattutto giovani adulti, tra i 15 e i 35 anni, spesso nel pieno dell'attività sociale e lavorativa ed è importante conoscerne le caratteristiche per ottenere una diagnosi precoce.

Allo stato attuale viene considerata una neoplasia curabile e guaribile.

Quali sono le cause?

Uno dei principali fattori di rischio è il criptorchidismo, ovvero la mancata discesa nello scroto di uno dei testicoli, che rimane nell'inguine o in cavità addominale. La probabilità di degenerazione neoplastica in tali casi aumenta del 40%.

Fortunatamente la correzione chirurgica del criptorchidismo nel bambino riduce notevolmente il rischio di tumore.

Una semplice visita permette la diagnosi e il trattamento precoce.

I traumi testicolari rappresentano un'altra condizione che potrebbe predisporre l'insorgenza, ma è probabile che spesso permettano di svelare un tumore del quale non ci si era accorti.

Quali sono i segnali da non trascurare?

La presenza di un nodulo o la variazione di volume del testicolo devono essere subito segnalati al medico, anche se non necessariamente indicano un tumore.

La comparsa acuta di dolore o la raccolta improvvisa di liquido nello scroto, sono altri segnali d'allarme che possono rappresentare l'esordio della malattia.

E' opportuno che gli uomini, soprattutto i ragazzi, imparino a conoscere bene il proprio corpo e ad effettuare periodicamente l'autopalpazione dei testicoli (è sufficiente una volta ogni 6 mesi). Questo è infatti il modo più semplice per riconoscere tempestivamente la malattia e modificarne l'intero decorso.

La diagnosi precoce permette la guarigione!



Come si effettua l'autopalpazione?

Di seguito sono elencate le 5 raccomandazioni del National Cancer Institute per l'auto-esame del testicolo, che andrebbe effettuato dopo una doccia o un bagno caldo (quando i tessuti contenuti nello scroto si rilassano).

1. Porsi di fronte a uno specchio per osservare la presenza di eventuali anomalie allo scroto.
2. Palpare ogni testicolo con un movimento rotatorio delicato, usando entrambe le mani: dita indice e medio nella zona inferiore e pollice in quella superiore.
3. Non allarmarsi se si apprezza una masserella morbida al polo superiore e posteriore del testicolo: è l'epididimo, un tubulo aggrovigliato che ha la funzione di trasportare lo sperma.
4. Invece se vengono riscontrate formazioni dure, occorre rivolgersi al medico.

Qual è la terapia?

Il trattamento, così come la prognosi, varia a seconda dello stadio in cui viene posta la diagnosi.

L'asportazione chirurgica del testicolo e del funicolo spermatico rappresenta la terapia d'elezione. E' un intervento chirurgico semplice che, generalmente, non altera l'attività sessuale e riproduttiva dell'uomo e che permette il ritorno a casa entro 24-48 ore. Il testicolo asportato può essere sostituito da una protesi in silicone, che risulta del tutto indistinguibile dall'originale.

Nei casi più avanzati, oltre alla chirurgia, si ricorre alla radioterapia e alla chemioterapia, che forniscono un controllo della malattia. I tumori del testicolo sono infatti molto sensibili ai farmaci e sono guaribili fino al 90% dei casi.

Un esempio?

La "salita più dura" per il grande campione del ciclismo Lance Armstrong è stata la sua lotta contro il cancro che ha vinto nel 1998, due anni dopo la diagnosi di una neoplasia al testicolo destro. Dal 1999 al 2005 ha continuato a vincere, indossando la maglia gialla per ben sette volte consecutive.

- Casey RG, et al. *Scrotal signs and symptoms in the general population, the value of testis self-examination and the pitfalls of a scrotal screening programme: is the two-week rule relevant?* World J Urol. 2011;29:387.
- Foster RS. *Role of urologist in testis cancer management.* J Urol. 2011;186:2151.
- Albers P, et al. *European Association of Urology EAU guidelines on testicular cancer: 2011 update.* Eur Urol. 2011;60:304.

*A CURA DI:
Prof. Vincenzo Serretta,
Dr.ssa Vincenza Alonge,
Dr. Giovanni Caruana.*



**“è semplicemente
il mio stile!”**



Fondazione GSTU

per il paziente oncologico

**Ricerca, assistenza, formazione culturale,
attività editoriale.**

SOSTENETE LE ATTIVITÀ DELLA FONDAZIONE

Anche un piccolo contributo può essere importante... e tutti possono partecipare affinché le nostre iniziative siano di aiuto agli altri !!!

VERSAMENTO BANCARIO

a favore di

Fondazione GSTU,

UNICREDIT SPA - IBAN: IT54S0200804632000300497122

Fondazione GSTU,

Sede legale: *p.zza Luigi Sturzo, n. 40, 90139 Palermo*

~~Sede operativa: via XX Settembre n. 64, 90141 Palermo~~

Sito web: www.gstu.eu

Contatti:

e-mail: gstu@gstu.it

~~+39-3737343569~~