



Società Italiana di Urologia Oncologica  
Italian Society of Uro-Oncology

# Un'esperienza chiamata cancro

Storie di pazienti che  
l'hanno combattuto

A cura di Mauro Boldrini e Sabrina Smerrieri

 **Intermedia** EDITORE

*Progetto Editoriale*

**Intermedia** per la comunicazione integrata  
via Malta 12/B, Brescia  
tel. 030 226105

*Autori*

Mauro Boldrini, Sabrina Smerrieri

*Coordinamento scientifico*

**SIUrO**

*Presidente* prof. Giaro Conti  
via Dante 17, 40126 Bologna  
tel. 345 4669048 - 051 349224

*Ha collaborato*

Fabrizio Fiorelli

© 2015 Intermedia srl



Società Italiana di Urologia Oncologica  
Italian Society of Uro-Oncology

# Un'esperienza chiamata cancro

**Storie di pazienti  
che l'hanno combattuto**

A cura di Mauro Boldrini  
e Sabrina Smerrieri



# Introduzione

Un libro prezioso, in cui abbiamo raccolto le toccanti testimonianze di 13 pazienti colpiti da tumori a carico dell'apparato urogenitale. In quest'ambito rientrano alcune fra le neoplasie più frequenti nella popolazione italiana: il cancro della prostata, che nel 2014 ha fatto registrare circa 36.000 nuove diagnosi, diventando il tumore più frequente nel sesso maschile è il terzo più diffuso (11% di tutti i casi), e quello della vescica, con circa 26.000 nuovi casi (21.000 tra gli uomini e 5.000 tra le donne), che si colloca al quinto posto (7%). Senza dimenticare il carcinoma del rene e il tumore del testicolo, che colpisce soprattutto giovani under 40, con un impatto anche psicologico molto pesante e talvolta difficile da gestire.

Nelle storie di questi pazienti ricorre in maniera costante lo shock legato al momento della diagnosi: preoccupazione, paura, angoscia. Ma anche la voglia di combattere e di rialzarsi. Storie umane, molto prima che mediche, che hanno in comune lo schiaffo che la vita ti dà quando, inaspettatamente, ti rovescia addosso un peso che ti fa vacillare.

Il giorno in cui una persona scopre di avere il cancro non è più un giorno "qualunque", ma apre una nuova fase perché cambia il valore attribuito alla vita e al futuro. Il momento della comunicazione della diagnosi provoca una frattura importante nella vita del paziente, fra ciò che si è "prima" e ciò che si teme di diventare "dopo", se ci sarà un dopo. Un difficile equilibrio che pone le scelte del medico tra informazione, condivisione, scelta spesso fra quantità e qualità della vita. In Italia possiamo considerarci all'avanguardia nella gestione dei pazienti colpiti da neoplasie uro-oncologiche, come dimostrano le alte percentuali di sopravvivenza nel carcinoma della prostata (91%), del testicolo (94%), del rene (85%) e della vescica (80%).

I passi in avanti compiuti negli ultimi anni sono stati significativi; un esempio per tutti: l'intervento chirurgico radicale nel tumore della prostata oggi non

è più la sola opzione e nuove opportunità possono essere offerte ai pazienti, compresa l'osservazione. Fino a un decennio fa non era così, come ci dimostra la storia di Ettore.

Ma persiste ancora la problematica della comunicazione fra urologo, oncologo, radioterapista e le altre figure chiave coinvolte nel percorso di diagnosi e cura. Una criticità emersa anche in questo libro, ad esempio nella testimonianza di Filippo, un giovane colpito da tumore del testicolo.

Per questo la SIUrO (Società Italiana di Urologia Oncologica) ha siglato un accordo insieme ad AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), AIRO (Associazione Italiana Radioterapia Oncologica), AURO.it (Associazione Urologi Italiani), CIPOMO (Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri), SIU (Società Italiana di Urologia), AIRB (Associazione Italiana di radiobiologia) per realizzare un vero e proprio team multidisciplinare uro-oncologico.

Per la prima volta nel nostro Paese sette società scientifiche si sono unite nella lotta ai tumori della prostata, della vescica, del rene, del testicolo e del pene. L'obiettivo è migliorare il dialogo fra gli specialisti per creare percorsi di cura condivisi e uniformi su tutto il territorio, individuare i centri di riferimento e favorire il lavoro in team, definendo anche i requisiti minimi che le strutture devono raggiungere per trattare queste malattie. Si tratta di un processo che è insieme culturale e clinico-organizzativo. La multidisciplinarietà non è un'opzione, è ormai un obbligo, non possiamo farne a meno. Ed è parte del DNA della nostra società scientifica: infatti il Comitato Direttivo di SIUrO, in base a quanto stabilito nello Statuto, è formato per il 50% da urologi, l'altra metà da specialisti appartenenti a discipline diverse (oncologi medici, patologi, oncologi radioterapisti, ricercatori di base). Qualche anno fa è stata pubblicata una ricerca in cui un gruppo di pazienti, prima valutato con criteri monodisciplinari,

è stato poi esaminato da un team multidisciplinare: nel 37% dei casi è stata cambiata la diagnosi o la terapia. È chiaro quindi quale debba essere la strada da seguire.

La nostra società scientifica è in prima linea anche nella prevenzione, la vera arma per sconfiggere il cancro. Per questo promuoviamo, insieme alla Fondazione Umberto Veronesi e all'AURO, il progetto SAM per “la salute al maschile”. L'obiettivo è portare una nuova cultura della prevenzione anche negli uomini e sostenere concretamente la ricerca scientifica in questo campo.

**GIARIO CONTI**

*Segretario SIURO (Società Italiana di Urologia Oncologica)*

# La SIUR0

La Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUR0) è una Associazione non profit fondata nel 1990. I suoi obiettivi principali sono:

- promuovere il collegamento e la cooperazione tra i rappresentanti di discipline diverse, interessati nella gestione multidisciplinare del paziente affetto da neoplasie dell'apparato uro-genitale, sia singolarmente che attraverso la collaborazione con altri Enti o Associazioni con finalità analoghe o complementari
- favorire la diffusione delle conoscenze nell'uro-oncologia, promuovendo incontri, dibattiti, conferenze, manifestazioni didattiche e congressi su aspetti generali o specifici, curando la pubblicazione e la diffusione di libri, riviste e periodici, istituendo o assegnando borse di studio a giovani laureati o borse di perfezionamento presso Istituti, Centri o Enti
- svolgere attività di formazione continua (ECM)
- favorire la nascita di una 'nuova' figura di specialista che, pur mantenendo la propria afferenza alla disciplina di origine, sia motivato a superare le barriere di tipo attitudinale, culturale ed operativo della propria disciplina e a sviluppare uno specifico interesse e specifiche competenze nella diagnosi e terapie delle neoplasie uro-genitali, attraverso la formazione continua.

La SIURO riunisce regolarmente urologi, oncologi medici, oncologi radioterapisti, anatomo-patologi, radiologi ricercatori di base, psicologi e, più in generale, gli specialisti coinvolti nella cura dei tumori uro-oncologici per confrontare le proprie conoscenze ed esperienze professionali e per sviluppare un patrimonio culturale comune. Sul piano operativo il confronto ha portato alla istituzionalizzazione e alla validazione di modelli collaborativi (protocolli multispecialistici, ambulatori multidisciplinari) sempre più diffusi nella realtà sanitaria del Paese.

## COMITATO DIRETTIVO 2015-2018

*Presidente:*

**Riccardo Valdagni** Oncologo Radioterapista

*Past President/Segretario/Tesoriere:*

**Giario N. Conti** Urologo

*Vice Presidente:*

**Sergio Bracarda** Oncologo Medico

*Incoming President*

**Alberto Lapini** Urologo

*Consiglieri:*

**Vincenzo Altieri** Urologo

**Enrico Bollito** Patologo

**Marco Borghesi** Urologo

**Renzo Colombo** Urologo

**Luigi F. Da Pozzo** Urologo

**Cinzia Ortega** Oncologo Medico

**Roberto Sanseverino** Urologo

**Gigliola Sica** Ricercatore di Base

**Vittorio Vavassori** Oncologo Radioterapista

## FACULTY 2015-2018

**Stefano Arcangeli** Oncologo Radioterapista

**Barbara Avuzzi** Oncologo Radioterapista

**Lara Bellardita** Psicologa

**Roberto Bortolus** Oncologo Radioterapista

**Orazio Caffo** Oncologo Medico

**Giorgio Cruciani** Oncologo Medico

**Francesca Demichelis** Ricercatore di Base

**Giovanni Fellin** Oncologo Radioterapista

**Michelangelo Fiorentino** Patologo

**Rodolfo Hurle** Urologo

**Barbara Jereczek** Oncologo Radioterapista

**Federico Lanzi** Urologo

**Massimo Maffezzini** Urologo

**Tiziana Magnani** Project Manager

**Debora Marchiori** Urologo

**Giuseppe Martorana** Urologo

**Valeria Panebianco** Radiologia

**Giovanni L. Pappagallo** Epidemiologo Clinico

**Carlo Patriarca** Patologo

**Camillo Porta** Oncologo Medico

**Tommaso Praye** Urologo

**Giuseppe Procopio** Oncologo Medico

**Mimma Rizzo** Oncologo Medico

**Giuseppe Sanguineti** Oncologo Radioterapista

**Daniele Santini** Oncologo Medico

**Vincenzo Scattoni** Urologo

**Riccardo Schiavina** Urologo

**Sergio Serni** Urologo

**Cora Sternberg** Oncologo Medico

**Sergio Villa** Oncologo Radioterapista

**Alessandro Volpe** Urologo

**Nadia Zaffaroni** Ricercatore di Base



Società Italiana di Urologia Oncologica  
Italian Society of Uro-Oncology



# Nota degli Autori

L'obiettivo che ci siamo posti con questo libro è cercare di scattare un'istantanea sui tumori urogenitali, la loro diffusione, cause e terapie possibili, come vengono affrontati oggi dai medici, come sono vissuti dai pazienti. Da un punto di osservazione privilegiato, la collaborazione con SIUrO (Società Italiana di Urologia Oncologica).

Per affrontare il tema siamo partiti dal problema generale, con la descrizione dei vari tumori, i dati, le armi per combatterli, per soffermarci poi sul particolare, le singole storie di chi è stato colpito. La prima sezione del libro, infatti, analizza brevemente tutte le forme di cancro, che cosa sono, quante persone colpiscono in Italia e nel mondo: dai big killer (seno, polmone, colon-retto, prostata) a quelli meno diffusi. Abbiamo approfondito l'importanza della diagnosi precoce, i progressi terapeutici, le nuove frontiere della ricerca per poi analizzare, più nello specifico il tumore della prostata, al testicolo, del rene e della vescica, descrivendo ogni patologia urogenitale.

La ricerca medico-scientifica e l'innovazione in oncologia hanno portato in quarant'anni a raddoppiare le percentuali di sopravvivenza. In alcune neoplasie si sono ormai raggiunte cifre davvero inimmaginabili fino a pochi anni fa. Emblematico in questo senso è il caso del tumore della prostata: attualmente, nel nostro Paese, ben il 91% dei pazienti colpiti da questa neoplasia sopravvive alla malattia. Questi risultati sono il frutto del lavoro dei ricercatori, dei clinici, dell'industria. Ma tutto ciò non sarebbe stato possibile se non ci fosse stato un cambiamento «epocale» anche nel rapporto medico-paziente. Poi, al termine di questa prima sezione, ampio spazio è stato riservato alla prevenzione e all'importanza degli screening.

Senza eccedere nel facile trionfalismo, oggi possiamo dire che il cancro non è più un "male incurabile", anche se i numeri positivi non devono far dimenticare che dietro ad ogni nuova diagnosi di cancro c'è una persona che inizia ad affrontare una dolorosa sfida, una famiglia che deve condividere con il proprio

caro sofferenze e preoccupazioni, un partner che a volte non sa come comportarsi. Spesso si presentano anche problemi lavorativi ed economici a complicare il quadro di queste persone. Che però trovano la forza di combattere, di seguire i percorsi indicati dai medici, effettuare controlli periodici, interventi chirurgici, terapie anche per anni, modulando le loro esistenze sulla presenza del tumore.

E di questo si parla nella seconda parte del volume, dove sono state raccolte le testimonianze di tredici pazienti, dieci uomini e tre donne. Il più giovane ha appena 23 anni, il più anziano 82. Storie diverse, non solo dal punto di vista clinico, ma anche da quello umano, da cui traspare la differente reazione alla malattia. C'è chi decide di impegnarsi nel volontariato, iniziando a collaborare con associazioni, chi invece riesce a trovare all'interno del proprio nucleo familiare la forza per continuare. Per tutti c'è la voglia di cambiare il meno possibile la propria vita quotidiana, per alcuni c'è il desiderio di continuare a praticare le stesse attività di prima, anche sportive. Per non sentirsi vinti, per continuare a combattere con le proprie forze e l'aiuto dei medici.

# Il cancro

## Cosa è un tumore?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce con la parola “*tumore*” (conosciuto anche con i termini di “cancro”, “carcinoma”, “malattie neoplastiche” o “neoplasia”) un gruppo di malattie che possono interessare qualsiasi parte del corpo. Il cancro, infatti, non indica un'unica patologia, ma una serie di patologie (circa 200) che colpisce organi e tessuti differenti. Esistono cause diverse, ma anche fattori di rischio comuni tra le diverse neoplasie, ed ognuna di esse prevede particolari analisi e terapie specifiche. In molti casi, la formazione di un tumore è, comunque, un processo lento e progressivo, che nelle fasi iniziali viene controllato con successo dai sistemi di difesa dell'organismo (meccanismi di riparazione del genoma e di difesa immunitaria). Dal suo inizio biologico la malattia può impiegare molto tempo a manifestarsi, anche decine di anni.

## Come si forma e come agisce?

In alcune cellule possono accumularsi delle mutazioni genetiche che consentono una sopravvivenza illimitata e una capacità anomala di moltiplicazione, che consente alla malattia di crescere a dismisura e di invadere altri tessuti, danneggiandoli. Quando le cellule tumorali abbandonano il loro luogo di origine e s'insediano in altre parti del corpo si parla di *metastasi*.

## Quali sono le cause?

Nell'ultimo secolo il cancro è diventato una delle malattie più diffuse in tutto il mondo. L'incremento delle neoplasie è dovuto a molteplici fattori, come il costante aumento della vita media o il maggiore inquinamento ambientale. Le principali cause di questo fenomeno sono distinte in due categorie: *stimoli esterni* e *stimoli interni*.

Tra gli *stimoli esterni* si riconosce la tendenza tra la popolazione ad adottare

stili di vita non salutari, quali il fumo, l'abuso di alcol, agenti chimici, l'esposizione a radiazioni (compresi i raggi ultravioletti del sole), la sedentarietà e una dieta scorretta.

Gli *stimoli interni* comprendono, invece, elevati livelli ormonali o mutazioni genetiche e alterate condizioni del sistema immunitario. In realtà, solo in rari casi, le cause sono già “scritte” all'origine nei geni, sono cioè ereditarie.

### Quali sono le differenze tra tumori benigni e maligni?

In genere, i tumori benigni si sviluppano molto lentamente e le cellule non hanno la capacità di diffondersi ad altre parti dell'organismo. Tuttavia, se continuano a svilupparsi, possono esercitare pressione o danni contro gli organi sani limitrofi.

I tumori maligni sono, invece, composti da cellule che, senza un adeguato trattamento, possono invadere i tessuti circostanti ed estendersi al di fuori della sede di insorgenza. Le vie di diffusione principali delle cellule tumorali sono il sangue e il sistema linfatico. Quando raggiungono una nuova sede, possono continuare a dividersi e a generare metastasi. Anche quando il tumore maligno si diffonde, le sue caratteristiche rimangono a quelle del tessuto di origine: per cui anche se un cancro della mammella metastatizza ai polmoni, il trattamento e la denominazione non cambiano per cui parliamo ancora di cancro della mammella e non del polmone.

La biopsia è un esame che consente di accertare l'eventuale presenza di cellule maligne e viene svolto per verificare l'esistenza della malattia. L'esame consiste nel prelievo di un campione di cellule o di tessuto che viene poi esaminato al microscopio.

### Chi è a rischio?

Ogni persona può essere considerata a rischio. Il più importante tra i fattori favorevoli un cancro è l'invecchiamento, visto che esso favorisce il progressivo accumularsi di mutazioni. Infatti, l'incidenza dei tumori aumenta con il passare degli anni. Nel nostro Paese oltre il 50% delle neoplasie solide (mammella, prostata, polmone, colon) è diagnosticato in pazienti al di sopra dei 65 anni.

Ad ogni modo, diverse forme di cancro si possono presentare, con frequenza variabile, a qualunque età, in particolare ci sono certi tipi di tumore, come i tumori linfatici (leucemie, linfomi) e alle cellule germinali del testicolo e dell'ovaio, che possono verificarsi anche nei giovani.

La prevenzione primaria resta, comunque, l'arma vincente: infatti, il 40% delle neoplasie si potrebbe evitare adottando uno stile di vita sano. Inoltre la diagnosi precoce consente di cogliere la malattia in una fase iniziale, aumentando le probabilità di curarla. In questo senso, ha enorme importanza l'adesione alle campagne di screening per certe forme di tumore (mammella, colon, cervice uterina).

## Quanti italiani colpisce?

Nel 2015 in Italia sono stati diagnosticati circa 363.300 nuovi casi di tumore, quasi mille al giorno, di cui 194.400 (54%) negli uomini e 168.900 (46%) nelle donne. Se si escludono le neoplasie della pelle, il tumore più frequente nel totale della popolazione (uomini e donne) è quello del colon-retto (14% del totale), che conta oltre 52mila nuove diagnosi ogni anno.

A seguire, in successione, troviamo il tumore della mammella (13%, di cui il 98% nelle donne, che conta 48mila casi), il tumore della prostata (11% con 35mila diagnosi), il tumore del polmone (15% colpisce circa 38mila persone, di cui quasi il 30% nel sesso femminile) ed i tumori della vescica (7%) con 27mila casi (22mila tra gli uomini, 5mila tra le donne).

Dividendo i dati per sesso, tra gli uomini prevale il tumore della prostata che rappresenta il 20% di tutte le neoplasie diagnosticate; seguono quello del polmone (15%, con tendenza alla riduzione nel tempo), del colon-retto (14%), della vescica (10%) e dello stomaco (5%). Tra le donne, il cancro della mammella è il più frequente, rappresentando il 29% di tutte le neoplasie, seguito da colon-retto (13%), polmone (6%), tiroide (5%) e corpo dell'utero (5%).

Nel nostro Paese, il cancro colpisce più nelle regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali. Tra i motivi di questa differenza territoriale si possono citare una diversa esposizione ad elementi cancerogeni (inquinamento ambientale), un diverso stile di vita (abitudini alimentari) e una differente propensione riproduttiva (maggior numero di figli).

La possibilità di sopravvivere ad un cancro è oggi sempre maggiore: in base agli ultimi dati ben il 57% degli uomini ed il 63% delle donne sconfiggono la malattia. La possibilità di guarire da un tumore dipende soprattutto da due fattori: la prevenzione secondaria (cioè l'adesione a programmi di screening) e le terapie specifiche. La diagnosi precoce è, infatti, uno strumento fondamentale per aggredire il tumore negli stadi iniziali, cioè quando si è formato da poco tempo ed è quindi circoscritto. Quanto prima viene effettuata la diagnosi,

tanto maggiore sarà la probabilità di essere curati con tempestività ed efficacia. Aderire quindi ai programmi di controllo ed effettuare esami regolari consente, quindi, di riconoscere in tempo il formarsi di una neoplasia.

## Come si cura?

In relazione alla diffusione della malattia, gli approcci terapeutici sono diversi. In ogni caso, sia nel caso dei trattamenti locali (chirurgia e radioterapia) che di quelli sistemici (chemioterapia, terapie biologiche, immunoterapia) negli ultimi anni abbiamo assistito ad una evoluzione significativa che oggi consente di ridurre gli effetti collaterali dei trattamenti e soprattutto migliorare il controllo della malattia. Queste terapie possono essere utilizzate singolarmente o in combinazione tra loro. Una volta terminato il trattamento, è importante effettuare esami periodici di controllo (*follow-up*) per gestire eventuali complicazioni dovute al trattamento effettuato e cogliere la possibile ricomparsa di cellule tumorali (recidive).

## CHIRURGIA

L'intervento chirurgico è spesso tra le prime opzioni di trattamento dei tumori solidi, in particolare nei casi in cui la diagnosi è precoce e la massa ha dimensioni ridotte. Altre volte (quando il carcinoma è molto esteso ed in fase avanzata oppure la massa tumorale è in una posizione delicata), la chirurgia può essere associata alla chemioterapia e/o alla radioterapia o ad altre terapie di per ottenere un effetto sinergico (trattamenti “multimodali”). In ogni caso, un'operazione chirurgica, così come la fase di convalescenza successiva all'intervento, sono un passaggio che va affrontato con consapevolezza e determinazione ed è bene che il paziente chieda e ottenga prima dell'intervento tutte le informazioni necessarie sui vantaggi, sui possibili effetti collaterali, sulle conseguenze attese, sui tempi di recupero.

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati in chirurgia, le numerose innovazioni tecnologiche e le tecniche più moderne garantiscono una migliore efficacia delle procedure e dei risultati, ma soprattutto della gestione delle conseguenze per i pazienti.

Nell'ambito dei nuovi strumenti disponibili, ad esempio, il controllo e l'arresto delle emorragie (emostasi) è possibile con una precisione prima impensabile, grazie a dispositivi di elettrocoagulazione bipolare, a ultrasuoni, a radiofrequenza e a sostanze “sigillanti” che possono essere impiegate in caso di

necessità. I fili di sutura di nuova generazione, riassorbibili e non, riducono le infezioni e garantiscono un migliore risultato estetico. Le suturatrici meccaniche lineari e circolari con punti in titanio, proposte già dai chirurghi russi negli anni '70, sono oggi disponibili in un'estrema varietà di forme e misure. Le sale operatorie abbondano oggi di tecnologie sofisticate, sia sotto il versante anestesiologicalo che chirurgico: strumenti di ingrandimento (microscopi operatori), energie come il laser e gli ultrasuoni, manipolatori di precisione come il "robot" chirurgico, "navigatori" tridimensionali adottati soprattutto in neurochirurgia e ortopedia.

La chirurgia laparoscopica ha reso molte procedure meno traumatiche per il malato (cicatrici minime, dolore ridotto, dimissioni anche entro 48 ore, rapida ripresa delle normali attività lavorative) e ha contribuito a ridurre gli effetti collaterali degli interventi.

Infine, grazie anche alla maggior precocità delle diagnosi, sempre più spesso l'asportazione totale dell'organo è stata sostituita da interventi individualizzati, dove la resezione completa del tumore, ma il più possibile conservativa dell'organo (tumorectomia, sempre più utilizzata per esempio per i piccoli tumori renali). Questo può variare in relazione alle caratteristiche cliniche e biologiche della malattia, ma anche alle diverse esigenze sociali, culturali e allo stato di benessere del singolo paziente.

## CHEMIOTERAPIA

La chemioterapia è tuttora considerata un trattamento chiave per la cura dei tumori. Consiste nella somministrazione di farmaci citotossici (o antiblastici), il cui compito è distruggere le cellule cancerogene, interrompendone la crescita e la

La chemioterapia può essere:

- **adiuvante**, quando viene eseguita dopo il trattamento chirurgico, con lo scopo di eliminare eventuali cellule tumorali non visibili. In questo modo si riduce il rischio di recidiva della malattia
- **neoadiuvante**, se eseguita prima di un'operazione, per ridurre le dimensioni del tumore e facilitarne l'asportazione

Quando la neoplasia non può essere eliminata con la chirurgia perché le metastasi sono già diffuse nell'organismo, i chemioterapici possono comunque prolungare la sopravvivenza del paziente. Il trattamento può anche migliorare alcuni sintomi causati dalla massa tumorale. In campo ematologico l'uso di grandi quantità di farmaci chemioterapici è anche usato per preparare l'organismo a un trapianto di midollo osseo o di cellule staminali.

## Gli effetti collaterali più frequenti

<b>Caduta dei capelli</b>	è uno degli effetti più temuti, ma non riguarda tutti i farmaci. Solitamente ricrescono nell'arco di 3-6 mesi dopo la conclusione del ciclo di terapia
<b>Nausea e vomito</b>	le sedute di chemioterapia, in alcuni casi, provocano conati di vomito e forte senso di nausea. Esistono farmaci specifici (antiemetici) che nella stragrande maggioranza dei casi sono in grado di prevenire e combattere questi sintomi.
<b>Fatigue</b>	è una normale reazione del corpo alla malattia e ai farmaci ed è caratterizzata da una sensazione di affaticamento psicofisico. Questa sensazione a volte prosegue anche dopo la fine del trattamento.
<b>Abbassamento delle difese immunitarie</b>	i farmaci chemioterapici, per il loro specifico meccanismo di azione, possono ridurre le cellule del sangue che difendono dalle infezioni. Esistono farmaci specifici (fattori di crescita) che stimolano il midollo osseo a compensare questa riduzione.
<b>Irritazione al cavo orale</b>	la ridotta capacità dell'organismo di rispondere alle infezioni facilita la comparsa di irritazione e ulcere alla bocca. Generalmente sono curate con antibiotici e sciacqui periodici. Va evitato il fumo di sigaretta e l'alcool.
<b>Anemia</b>	i trattamenti (o la malattia stessa) possono generare perdita di emoglobina e/o globuli rossi, diminuendo così la capacità di trasportare ossigeno nel sangue. Ne derivano varie conseguenze, tra cui la sensazione di stanchezza. Anche in questo caso esistono farmaci specifici.
<b>Emorragie</b>	alcune molecole possono compromettere l'azione delle piastrine e rallentare così la coagulazione del sangue. Durante i cicli possono sopraggiungere emorragie nasali, lividi o abbondanti perdite ematiche a fronte di piccoli tagli o graffi. A volte è quindi necessaria una trasfusione di piastrine.
<b>Dolore</b>	può essere causato direttamente dal tumore, oppure, più raramente, dagli effetti collaterali delle terapie. È importante che il paziente riferisca sempre al medico i sintomi riscontrati. A seconda dell'intensità vengono utilizzati diversi medicinali che riescono a controllare adeguatamente il sintomo

proliferazione. I farmaci chemioterapici raggiungono le cellule malate attraverso il sangue, impedendone la divisione e riproduzione. Vengono somministrati per via endovenosa o per via orale e grazie ad alcune terapie di supporto sono oggi meglio tollerati. Ad esempio sono stati sviluppati farmaci in grado di controllare in modo efficace la nausea e il vomito oppure di curare o prevenire la riduzione delle difese immunitarie che a volte accompagnano le terapie.

Il trattamento può comprendere una o più molecole, ma la scelta della corretta terapia dipende da diversi fattori, quali il tipo di carcinoma, lo stadio in cui si trova, e ovviamente le condizioni biologiche del malato (età, stato di salute, altre malattie concomitanti). La chemioterapia viene solitamente som-

ministrata in cicli, composti da un numero variabile di sedute, che vengono interrotti da un periodo di pausa. Il numero complessivo di sedute è variabile in base allo stadio della malattia e alla risposta del tumore alla terapia. I farmaci chemioterapici possono avere effetti negativi sulle cellule sane, ma i disturbi generalmente sono temporanei e diminuiscono progressivamente, fino a scomparire dopo la conclusione della terapia. I tessuti sani dell'organismo più esposti alle controindicazioni sono l'apparato digerente, la mucosa della bocca, il midollo osseo e i follicoli piliferi. La presenza e l'intensità degli effetti collaterali varia in base alla tipologia di trattamento e alle condizioni generali di salute del malato.

## **RADIOTERAPIA**

La radioterapia è un particolare tipo di terapia fisica che utilizza le radiazioni nella cura dei tumori. Queste radiazioni sono dette radiazioni ionizzanti. Nel caso della radioterapia le radiazioni ionizzanti, si utilizzano proprio per colpire e distruggere le cellule tumorali, cercando nel contempo di risparmiare i tessuti e gli organi sani circostanti. Le radiazioni ionizzanti vengono indirizzate sulle cellule tumorali al fine di danneggiarne il DNA. Anche le cellule sane presenti nel campo di trattamento possono subire un ugual danno, ma esse dispongono di efficaci meccanismi di riparazione, a differenza delle cellule neoplastiche per le quali un danno è più facilmente irreversibile.

La radioterapia, può essere somministrata in due modi:

- radioterapia esterna (o transcutanea, o a fasci esterni): si chiama così perché la fonte di raggi è posizionata all'esterno del corpo. Si tratta di una procedura indolore e che viene in genere eseguita ambulatorialmente. Nella radioterapia transcutanea in relazione a diversi fattori, si stabiliscono la durata e la dose complessiva del trattamento; viene determinata la dose di radiazioni totale necessaria a distruggere il tumore e si stabilisce poi in quante frazioni vada somministrata, e con quale frequenza, la dose stessa; il trattamento dura diverse settimane.
- brachiterapia: la fonte della radiazione ( sorgenti sigillate di radioisotopi, sotto forma di semi o fili ) è posizionata direttamente all'interno dell'organo da irradiare; a seconda della sostanza radioattiva utilizzata l'impianto brachiterapico può essere temporaneo o permanente. Si tratta di una procedura invasiva che richiede il ricovero e prevede l'anestesia epidurale o generale; il ricovero è di pochi giorni.

A seconda dello stadio di malattia, della strategia terapeutica scelta e delle

condizioni cliniche del paziente la radioterapia può avere diversi obiettivi:

- radioterapia radicale: ha lo scopo di eliminare completamente il tumore;
- radioterapia palliativa e sintomatica: può essere utilizzata per allungare il tempo alla progressione della malattia e alleviare alcuni sintomi provocati dal tumore;
- radioterapia postoperatoria: può essere consigliata subito dopo l'intervento chirurgico di asportazione del tumore, per aumentare le probabilità di eliminare l'eventuale residuo di malattia e prevenire la recidiva (radioterapia adiuvante) oppure utilizzata, differita nel tempo, per la presenza di una recidiva (radioterapia di salvataggio).

La moderna radioterapia transcutanea, basata sull'utilizzo della TC nell'elaborazione del piano di cura, si è caratterizzata per la capacità di individuare e ricostruire il bersaglio con maggiore precisione, di distribuire in modo più selettivo la dose e di erogarla in maniera più appropriata oltre che di risparmiare gli organi a rischio. È avvenuta una rivoluzione copernicana: prima il bersaglio, poi l'arrangiamento dei campi e le schermature per collimare la dose (3D-CRT). Nella RT ad intensità modulata (IMRT) invece della sua suddivisione in pochi segmenti, il campo di irradiazione viene suddiviso in centinaia di segmenti caratterizzati da diverse intensità di dose ed il collimatore multilamellare è utilizzato per creare campi conformati attorno a bersagli irregolari e per modulare l'intensità di dose. Le tecniche di IMRT si dimostrano particolarmente migliorative rispetto a tecniche 3DCRT nel caso di irradiazione di bersagli concavi con organi a rischio posizionati all'interno della concavità (ad es. nell'irradiazione della prostata e dei linfonodi pelvici in cui l'IMRT riesce a risparmiare significativamente il retto e le anse intestinali).

La IMRT ha incoraggiato l'attuazione di schemi di ipofrazionamento della dose e del cosiddetto "boost simultaneo integrato (SIB)", cioè l'erogazione nella stessa seduta di RT di differenti dosi a differenti volumi, ovviando alla necessità di contributi aggiuntivi di terapia e minimizzando le incertezze dosimetriche presenti nella RT convenzionale, anche conformazionale. Le tecniche 3D-CRT e IMRT rappresentano oggi lo standard del trattamento radiante in campo uro-oncologico. La IGRT (RT guidata dalle immagini) è un utile strumento per ridurre l'entità e la frequenza degli errori di esecuzione del trattamento; la IGRT consente di limitare il rischio di "mancare" il bersaglio, di ridurre l'entità dei margini (il che può permettere un incremento "sicuro" della dose di prescrizione) e di contenere le incertezze geometriche nella dose erogata, specialmente utile nei regimi di ipofrazionamento della dose

## TERAPIE BIOLOGICHE

Le terapie a bersaglio molecolare, conosciute con il nome di “target therapy”, sono in grado di colpire le cellule tumorali con un’azione più selettiva rispetto alla chemioterapia. Si tratta, infatti, di farmaci “biologi” che agiscono selettivamente su recettori specifici, che sono responsabili della crescita delle cellule neoplastiche e che si trovano spesso poco o per niente espressi nelle cellule sane. Grazie a questo meccanismo di azione gli effetti collaterali sono molto diversi da quelli della chemioterapia e nel complesso questi farmaci possono risultare meglio tollerati.

Le terapie biologiche possono includere:

- anticorpi monoclonali;
- piccole molecole;
- terapie immunologiche.

La restrizione maggiore al loro impiego è lo spettro d’azione limitato a quelle particolari neoplasie che presentano alterazioni molecolari specifiche. L’utilizzo di queste terapie, tuttavia, presenta alcune problematiche. Nella maggior parte dei casi, pur conoscendo il bersaglio su cui agiscono, non sappiamo se esso sia realmente espresso nelle cellule tumorali di un determinato paziente. Inoltre, dopo un periodo di tempo variabile, le cellule tumorali possono sviluppare dei meccanismi di resistenza a queste terapie, a tutto ciò si aggiunge il problema dei costi, visto che i farmaci biologici presentano spesso un costo particolarmente elevato.

## Approccio multidisciplinare e terapie multimodali

La sempre più ampia disponibilità di scelte terapeutiche altamente efficaci, la possibilità di utilizzare sequenze o combinazioni di terapie anche molto diverse fra loro, la richiesta di conoscenze specifiche complesse e la necessità di valutare ogni singolo paziente (e non solo la sua malattia) ha reso oggi indispensabile un approccio multidisciplinare e “collegiale” al malato oncologico (e non solo). Questo richiede un profondo cambio culturale sia da parte dei medici che dei pazienti. È in grado di offrire una maggiore appropriatezza sia in fase diagnostica sia in fase terapeutica e di follow-up. Le principali società scientifiche stanno compiendo un grande sforzo per individuare le modalità per poter realizzare e offrire ai pazienti questa modalità di approccio in maniera sempre più ampia sul tutto il territorio nazionale e non solo in pochi centri di riferimento



# La prostata

La prostata è una piccola ghiandola dell'apparato maschile che produce fluido e nutrienti per il liquido seminale. Avvolge l'uretra, che è un piccolo tubo in cui viaggiano sia l'urina che lo sperma e si trova sotto la vescica. In condizioni di salute le sue dimensioni sono paragonabili a quelle di una noce, ma diversi fattori (età, patologie, disfunzioni) possono portarla ad ingrossarsi o dare disturbi soprattutto di tipo urinario. La ghiandola prostatica risulta sensibile all'azione degli ormoni, in particolare del testosterone, che sono prodotti soprattutto nei testicoli e in minima parte nelle ghiandole surrenali (poste sui reni).

## Il tumore della prostata

Ha origine dalle cellule presenti all'interno della ghiandola che cominciano a crescere in maniera incontrollata. Proprio per questo si parla, in genere, di adenocarcinoma. Altri tipi di tumori più rari si possono generare nella ghiandola prostatica: sono i sarcomi, i carcinomi a piccole cellule e i carcinomi a cellule di transizione.

Come per le altre neoplasie, il tumore viene classificato, con il sistema TNM, in base alla sua estensione locale e all'interessamento o meno delle strutture vicine (categoria T), dei linfonodi (categoria N) e della presenza o meno di metastasi (categoria M).

Viene anche valutata l'aggressività biologica più o meno elevata (espressa dal punteggio di Gleason che oggi va dal più basso possibile,  $3+3=6$  che indica una malattia poco aggressiva e in genere incapace di diffondersi e dare metastasi fino alla forma più aggressiva con un punteggio  $5+5=10$ ). La nuova classificazione dell'organizzazione della sanità identifica 5 classi di rischio in base al punteggio di Gleason recentemente modificato

**Stadio T1:** il tumore è localizzato alla prostata, viene scoperto per caso dopo un intervento disostruttivo (TUR-P) per ipertrofia prostatica benigna (T1a e T1b) oppure con una biopsia eseguita per PSA elevato o comunque sospetto.

**Stadio T2:** il tumore è localizzato alla prostata, ma è palpabile all'esplorazione rettale o visibile all'ecografia.

**Stadio T3:** il tumore si è diffuso al di fuori della prostata e ha invaso la capsula (T3a) o le vescicole seminali (T3b)

**Stadio T4:** il tumore non interessa solo la prostata, ma ha invaso anche gli organi vicini (vescica, retto e strutture adiacenti).

Le categorie N (linfonodi) e M (Metastasi) indicano la diffusione o meno del tumore ai linfonodi, alle ossea o ad altri organi. Meno del 10-15% dei casi è diagnosticato in questo stadio.

### I numeri della malattia

Nell'ultimo decennio, questo tumore è diventato il più frequente nella popolazione maschile dei Paesi occidentali. Questo dato è dovuto, oltre alla presenza di fattori di rischio, alla maggiore probabilità di diagnosticare la malattia, che è presente in forma latente nel 15-30% degli over 50 e in circa il 70% degli ottantenni. La sempre maggiore diffusione dell'analisi del dosaggio dell'antigene prostatico specifico (PSA) negli ultimi dieci anni ha profondamente modificato anche l'epidemiologia di questa neoplasia.

Il cancro della prostata rappresenta circa il 20% di tutti i tumori diagnosticati a partire dai 50 anni di età. Nel 2015 ci sono stati circa 35mila nuovi casi registrati in Italia con qualche differenza fra Nord e Sud del paese, probabilmente per la diversa diffusione del test PSA, che varia da regione a regione. La sopravvivenza al tumore della prostata è molto alta: basti pensare che, se diagnosticato in fase iniziale, questa raggiunge quasi il 100% a 5 anni e il 94% dopo 15.

Nel nostro Paese vivono circa 398.000 persone con diagnosi di patologia prostatica. Il 65% di queste diagnosi è stato formulato da meno di 5 anni, il 10% da oltre 10 e, data la biologia della malattia, una elevata percentuale di casi viene riscontrata nell'età più avanzata (sopra i 75 anni), anche se negli ultimi due decenni la diagnosi si è progressivamente spostata verso fasce di età più basse in particolare la sesta decade. Nel 2012 si sono osservati 7.282 decessi per cancro prostatico (ISTAT). Si deve però considerare che, trattandosi di persone anziane, risulta spesso difficile separare i casi di morte dovuti esclusivamente al tumore da quelli causati anche da altri fattori come l'età avanzata.

## Fattori di rischio e prevenzione

Le cause reali del cancro prostatico rimangono ancora sconosciute. L'emergere di forme clinicamente silenti e non aggressive ha complicato l'interpretazione della diversa distribuzione dei fattori di rischio.

È comunque possibile individuare alcuni potenziali fattori di rischio che aumentano la probabilità di ammalarsi. È provato, infatti, come alcuni fattori dietetici e comportamentali, oltre all'età, possano essere associati allo sviluppo della malattia. Intervenire per correggere il proprio stile di vita, quindi, può avere effetti preventivi.

In particolare una dieta ricca di grassi, soprattutto saturi come fritti e insaccati, e l'eccessivo consumo di carne rossa e latticini (quindi anche di calcio) aumenterebbero il rischio di sviluppare il tumore. La dieta vegetariana o comunque basata principalmente sul consumo di frutta e verdura sembrerebbe invece svolgere un'azione protettiva. Andrebbero privilegiati in particolare gli ortaggi gialli e verdi (carote, albicocche, pomodori, spinaci e broccoli, cavoli e cavolfiori, verdura a foglia verde), olio extravergine d'oliva, ma anche ribes, kiwi, fragole, noci, cereali integrali e tutti i legumi. Consigliabile anche il consumo (non l'abuso) di vitamine A, D, E e del selenio.

Si sottolinea sempre come sia importante che la dieta sia equilibrata e non sbilanciata; non è necessario "eliminare" drasticamente intere categorie di alimenti ma bilanciarne la presenza con tutti gli altri

Altro fattore di rischio noto è la sedentarietà: come per altre neoplasie, svolgere un'attività fisica moderata ma costante sembra avere effetti protettivi.

L'insorgenza del tumore può anche essere legata a un'esposizione prolungata nel tempo a sostanze chimiche come il cadmio, ad alcuni fertilizzanti e coloranti. Concentrazioni elevate di androgeni nel sangue possono favorire lo sviluppo della malattia. Inoltre sono noti anche fattori ereditari o etnici che possono predisporre al cancro. Anche se in una minoranza dei casi (<15%), gli uomini con un parente di primo grado (nonno, padre o fratello) affetto da questa malattia presentano un rischio 2-3 volte più alto di sviluppare cancro alla prostata; per chi ha più di un familiare colpito il rischio aumenta di 3-5 volte rispetto a chi non ha precedenti casi in famiglia. Inoltre, questa malattia è più diffusa tra i maschi di etnia africana e afro-americana rispetto ai caucasici e meno diffusa fra cinesi e giapponesi (che vivono però in Cina e in Giappone). A queste persone sono consigliati controlli medici periodici, già a partire dai 45 anni, per monitorare lo stato di salute del proprio apparato urinario e riproduttivo.

## Sintomi e diagnosi

Il cancro della prostata non presenta, soprattutto nelle fasi iniziali, sintomi specifici. I disturbi che si possono riscontrare sono in genere dovuti ad altre patologie non collegate al tumore, come l'iperplasia prostatica benigna, molto frequente dopo i 50 anni. Tra questi, vanno ricordati:

- indebolimento del getto delle urine.
- sensazione di incompleto svuotamento della vescica
- minzione in due tempi
- urgenza minzionale
- necessità di alzarsi di notte
- intervallo fra una minzione e l'altra inferiore a due ore
- indugio prima di iniziare a urinare

Quasi tutti questi sintomi sono nella stragrande maggioranza dei casi legati all'ipertrofia prostatica benigna e non al tumore.

Più raramente possono comparire anche

- possibile dolore alla minzione;
- presenza di sangue nelle urine (in alcune occasioni).

I sintomi del tumore compaiono, in genere, solo se la neoplasia è abbastanza voluminosa da esercitare pressione sull'uretra, da infiltrare le pareti della vescica e del retto o da occludere gli ureteri, impedendo quindi il passaggio dell'urina dai reni alla vescica e da questa all'esterno. Generalmente la malattia si caratterizza per una crescita molto lenta: per tale motivo i sintomi possono rimanere assenti anche per diversi anni.

Se gli studi clinici dimostrano senza ombra di dubbio l'importanza di esami "preventivi" contro alcuni tumori, come quello della mammella (con la mammografia) o del colon (ricerca di sangue occulto nelle feci), per le neoplasie della prostata prevalgono dati e pareri discordanti. In particolare le istituzioni regolatorie, sia americane che europee disincentivano l'uso del PSA come screening "di massa". Le autorità europee sottolineano come la letteratura non abbia ancora confermato la reale utilità di una diagnosi precoce, in assenza di sintomi, nel migliorare la sopravvivenza e le probabilità di guarigione, esponendo al contrario a una quota elevata di "sovradiagnosi" e, quel che più conta, di "sovratrattamenti"

L'esame del PSA non andrebbe quindi utilizzato in maniera indiscriminata come strumento di screening del tumore della prostata, ma solo per pazienti appartenenti a categorie a rischio o in presenza di sintomi, e sempre in accordo con il proprio urologo di fiducia dopo aver ricevuto un'adeguata informazione sui vantaggi e svantaggi dell'esecuzione del test.

Il PSA identifica una proteina normalmente prodotta dalla prostata (è una componente dello sperma) e generalmente presente in piccole quantità nel sangue di un uomo. Questa proteina può aumentare non solo in presenza di un tumore ma anche per la normale crescita del volume della prostata negli anni (Ipertrofia Prostatica Benigna), per la presenza di fenomeni infiammatori più o meno acuti e per una serie di fattori diversi.

Con una semplice analisi del sangue è possibile monitorarne il livello: un'elevata concentrazione di PSA può far sospettare la presenza di un tumore. La sensibilità del test, tuttavia, varia dal 70 all'80%, di conseguenza, il 20-30% delle neoplasie non viene individuato quando il PSA viene utilizzato come unico mezzo diagnostico.

Ancora controverso e non codificato, soprattutto in fase diagnostica iniziale, l'utilizzo di altri marcatori come il PHI e il PCA3; possono essere utilizzati in fasi successive (per esempio in caso di precedenti biopsie negative con PSA sempre "sospetto").

Un altro accertamento per la diagnosi precoce del tumore alla prostata è l'esplorazione rettale. Si tratta di un esame semplice grazie al quale l'urologo può individuare la presenza di noduli prostatici sospetti. Viene spesso evitato dalla maggior parte della popolazione maschile – probabilmente per ragioni di pudore – anche se si tratta di una visita semplice e indolore che tuttavia richiede una buona esperienza da parte dell'urologo.

Se la ricerca del PSA e l'esplorazione rettale danno luogo ad un sospetto di neoplasia prostatica, si consiglia di effettuare una biopsia prostatica sotto guida ecografica. La sola ecografia transrettale non è un esame affidabile per la diagnosi di tumore prostatico, per la sua alta percentuale sia di falsi positivi sia di falsi negativi.

## Le principali terapie

Nel trattamento del tumore della prostata esistono diverse opzioni: chirurgia, radioterapia, ormonoterapia, chemioterapia che si possono applicare in diverse fasi della malattia, alcune con intento curativo (chirurgia, radioterapia) altre con intento di controllo del tumore nel tempo e di prolungamento della sopravvivenza.

Una percentuale molto elevata di tumori prostatici però è biologicamente poco aggressiva e progredisce molto lentamente nel tempo (malattia "indolente" o " clinicamente insignificante")

In questi casi possono essere messe in campo strategie osservazionali come

la *sorveglianza attiva*, che prevede uno stretto controllo del paziente con valutazioni periodiche del PSA (in genere ogni tre mesi), visite con esplorazione rettale (in genere ogni sei mesi) e biopsie “di riclassificazione” anch’esse programmate (per il programma PRIAS a uno, quattro e sette anni dalla prima biopsia salvo diverse indicazioni); lo scopo della *sorveglianza attiva* è di ridurre il numero di trattamenti non necessari e di avviare al trattamento stesso solo chi ne ha bisogno, se ne ha bisogno e quando ne ha bisogno.

Ovviamente senza ridurre la possibilità di cura e di guarigione di questi pazienti. La sfida è quella di identificare con sempre maggiore precisione e affidabilità, sin dall’inizio, quei tumori a bassa aggressività biologica e a basso rischio di progressione, che potrebbero non costituire mai una minaccia per la salute e ancor meno per la vita di chi ne è portatore, consentendo che il paziente muoia “con” il suo tumore ma non “per” il suo tumore.

A differenza della *sorveglianza attiva*, la *vigile attesa* si propone di evitare un trattamento per cui nessuna terapia specifica viene adottata fino alla comparsa dei primi sintomi.

È praticata soprattutto in uomini molto anziani o già colpiti da altre gravi patologie. In quest’ultimo caso la terapia (di solito ormonale) viene posticipata a quando compaiono sintomi evidenti. Lo scopo della cura, in questo caso, non è guarire il malato ma proteggerne la qualità di vita.

## CHIRURGIA

La chirurgia del carcinoma della prostata prevede sempre l’asportazione totale della ghiandola con le vescicole seminali e la ricostruzione della via urinaria “anastomizzando” la vescica direttamente all’uretra. L’asportazione dei linfonodi può essere evitata nelle forme a rischio basso, ma dovrebbe essere effettuata, se possibile in modalità “estesa” nelle forme a rischio intermedio e ancor più in quelle a rischio elevato.

Sono possibili diversi approcci che comprendono la chirurgia a cielo aperto, quella laparoscopica e quella laparoscopica “robot-assistita”; i trattamenti laparoscopici e soprattutto con l’ausilio del robot si ripropongono di ridurre l’invasività dell’atto chirurgico sia durante il tempo operatorio (minor sanguinamento) che nelle fasi successive con una ipotizzata (anche se ancora da dimostrare) minore incidenza di effetti collaterali, in particolare impotenza e incontinenza.

La prostatectomia radicale, comunque eseguita, viene considerata (insieme alla radioterapia, esterna o brachiterapia) una terapia standard per la cura

del tumore localizzato, grazie alle elevate percentuali di guarigione. Il miglioramento della tecnica chirurgica (ad esempio con il “nerve sparing”) ha consentito, inoltre, di ridurre le complicanze postchirurgiche, come la disfunzione erettile e l’incontinenza, ma la loro frequenza e l’impatto sulla qualità della vita dei malati impongono un’accurata selezione dei pazienti.

## **RADIOTERAPIA**

Il trattamento radioterapico prevede solitamente l’irradiazione esterna, ma in casi selezionati in uno stadio iniziale di malattia si può procedere anche a quella interna (brachiterapia). La radioterapia sulla prostata e/o sui linfonodi pelvici trova indicazione, in alternativa o in associazione alla chirurgia così come in associazione o meno con la terapia ormonale, in tutti i casi di tumore non metastatico ma risulta estremamente utile anche nel paziente con recidiva o nel paziente metastatico, quando la malattia si è diffusa ad altri organi. La durata del ciclo di radioterapia dipende dal frazionamento scelto, dalla dose totale che si vuole erogare e dalla dose utilizzata per la singola frazione oltre che dall’insorgenza di effetti collaterali particolarmente rilevanti. Gli effetti collaterali indotti dalla radioterapia possono essere acuti, presenti cioè durante il trattamento o tardivi, quando compaiono a mesi o anni di distanza dal trattamento. Quelli acuti comprendono: disturbi della minzione, disturbi rettali e/o intestinali, stanchezza. Gli effetti collaterali tardivi sono rappresentati invece da: disturbi minzionali (ma l’incontinenza è rara), sanguinamento rettale e disfunzione erettile.

Le moderne tecniche utilizzano elevati criteri di selettività nell’irradiazione con erogazione di elevate dosi al tumore e riduzione degli effetti collaterali che scompaiono di solito gradualmente nel giro di poche settimane dalla conclusione del trattamento, anche se quelli tardivi (come la disfunzione erettile) una volta comparsi tendono a diventare permanenti.

## **ORMONOTERAPIA**

Poiché tutte le cellule che costituiscono il tumore della prostata presentano i recettori per gli ormoni maschili (androgeni) la malattia è molto sensibile alla terapia ormonale. Per questo motivo la terapia ormonale rappresenta il trattamento di scelta sia in associazione ai trattamenti locali, chirurgici e radioterapici, nel caso di malattia localizzata ad elevata probabilità di recidiva, sia quando la malattia si trova in stadio metastatico (o quando non sono proponibili terapie locali con intento radicale). La terapia ormonale standard ha lo scopo di azze-

rare i livelli di androgeni nel sangue (la cosiddetta castrazione chimica) oppure di limitarne l'azione bloccando l'ormone a livello periferico dei recettori. I possibili effetti collaterali del trattamento includono: rigonfiamento alle mammelle, vampate di calore, sudorazione eccessiva, stanchezza, aumento di peso, problemi di erezione e di libido, perdita di densità minerale ossea (osteoporosi). Questi effetti possono (e devono) essere in gran parte prevenuti.

### **TERAPIE SUCCESSIVE**

Nel caso in cui la terapia ormonale non risulti più efficace, perché la neoplasia diventa "resistente alla castrazione", il tumore riesce a crescere anche in assenza di testosterone circolante. Questo avviene perché è in grado di produrre autonomamente l'ormone necessario e di mutare i suoi recettori. Negli ultimi dieci anni sono stati sviluppati diversi farmaci che hanno prodotto un significativo incremento della sopravvivenza dei pazienti.

Fino a qualche anno fa, l'unico chemioterapico registrato negli USA e in Europa era il mitoxantrone, somministrato in combinazione con piccole dosi di cortisone. Aveva dimostrato un vantaggio sulla qualità di vita e in particolare sulla diminuzione del dolore e del PSA, ma nessun miglioramento di sopravvivenza. Il cancro della prostata è stato, quindi, per molto tempo considerato difficilmente trattabile con la chemioterapia, soprattutto per le caratteristiche biologiche delle cellule, che si riproducono molto lentamente e rendono più complicato utilizzare i farmaci. La situazione si è modificata grazie agli studi condotti con un farmaco, il docetaxel, che è rimasto fino a poco tempo fa la terapia standard di prima linea nel carcinoma della prostata, refrattario ai trattamenti ormonali di prima linea. Più recentemente è stata introdotta un'ulteriore chemioterapia di salvataggio appartenente alla famiglia dei taxani (cabazitaxel), che può essere utilizzata in caso di ripresa di malattia dopo docetaxel. Ancor più di recente, sono state introdotte terapie ormonali di nuova generazione: un potente inibitore enzimatico (abiraterone) che blocca la produzione di testosterone da parte del tumore e un nuovo anti-androgeno (enzalutamide) che blocca tutto il "sentiero" dei recettori per gli androgeni, non solo sulla superficie della cellula, ma fino al loro ingresso nel nucleo e nel DNA. Entrambi sono disponibili in Italia e possono essere utilizzati sia prima che dopo docetaxel (nel caso di enzalutamide la rimborsabilità è attesa a breve).

### **LA MEDICINA NUCLEARE: I RADIOFARMACI**

Le ultime novità per il trattamento della prostata provengono dalla medi-

cina nucleare, che utilizza medicinali che emettono basse dosi di radiazioni (radio-farmaci). Si tratta di molecole che al loro interno possiedono almeno uno o più radionuclidi artificiali (atomi radioattivi).

### Il Radio-223 dicloruro (Ra-223)

---

È il primo radio-farmaco ad azione specifica sul tessuto osseo che aumenta la sopravvivenza globale dei pazienti con metastasi ossee da tumore della prostata, resistente alla castrazione (mCRPC), senza indurre danni rilevanti a carico del midollo. Questo radio-farmaco emette radiazioni alfa e si lega alla componente minerale dell'osso. Ha come bersaglio le aree ad elevato turnover osseo. Il suo profilo farmacocinetico è caratterizzato da una rapida biodistribuzione ed eliminazione da parte dell'organismo.

La somministrazione avviene mediante un'iniezione endovenosa e il paziente, dopo un breve periodo di osservazione, può tornare al proprio domicilio seguendo alcune semplici precauzioni per quanto riguarda il contatto con altre persone e le norme di vita quotidiana durante i giorni seguenti il trattamento.



# La vescica

## La vescica

La vescica è un organo muscolare cavo che fa parte dell'apparato urinario. È posta nel bacino e raccoglie l'urina che viene filtrata dai reni prima di essere eliminata attraverso l'uretra. L'urina si forma nei reni e contiene soprattutto acqua e sostanze solubili eliminate dall'organismo. Il condotto che parte da ognuno dei due reni è detto uretere, incanala l'urina nella vescica che confina posteriormente con il retto nell'uomo, con l'utero nella donna.

La parete della vescica è costituita da diversi strati o tuniche; il più interno è uno strato di cellule di transizione (o uroteliali), da cui originano la maggior parte dei tumori vescicali (e dell'alta via escrettrice); andando verso l'esterno si incontra la cosiddetta lamina propria (un connettivo di sostegno) e poi lo strato muscolare che consente la contrazione e lo svuotamento dell'organo. Uno strato di grasso ricopre la vescica separandola dagli organi vicini.

Dalla vescica parte l'uretra, un condotto che passa attraverso la ghiandola prostatica e il pene nell'uomo, mentre nella donna è più breve e si apre direttamente nel vestibolo della vagina.

## Il tumore della vescica

Il carcinoma deriva dalla trasformazione maligna di alcune cellule che rivestono la superficie interna dell'organo. La forma più frequente è quello a cellule di transizione, che costituisce circa il 95% dei casi. Altri tipi di tumore sono l'adenocarcinoma e il carcinoma squamoso primitivo (che può svilupparsi anche in seguito a infiammazioni croniche o infezioni ripetute), ma sono notevolmente meno diffusi.

La malattia si manifesta più spesso sulle pareti laterali dell'organo, e ha un aspetto papillare (cioè come piccole escrescenze) nel 75% dei casi, oppure una forma piatta o nodulare. La distinzione tra il carcinoma maligno e il papilloma,

che è invece un tumore meno aggressivo, si basa sul numero di strati cellulari coinvolti ma soprattutto dalla degenerazione delle cellule rispetto a quelle originali.

Un'importante caratteristica di queste ultime forme, sia maligne che benigne, è la tendenza a riformarsi (recidiva).

### Stadiazione

Anche il tumore della vescica è classificato in base al sistema TNM.

**Stadio in situ (Cis o Tis):** è un tumore molto superficiale, spesso non visibile a occhio nudo, ma composto di cellule molto aggressive che possono dare metastasi a distanza precocemente

**Stadio Ta:** quando il tumore non invade il tessuto connettivo sottoepiteliale (lamina propria)

**Stadio T1:** quando il tumore invade il tessuto connettivo sottoepiteliale (lamina propria) ma non lo stato muscolare

**Stadio T2:** quando il tumore invade il tessuto muscolare

**Stadio T3:** quando il tumore invade i tessuti peri-vescicali (grasso)

**Stadio T4:** quando il tumore infiltra la parete pelvica e addominale e/o gli organi adiacenti, prostata o utero e vagina, retto.

Le categorie N (linfonodi) e M (Metastasi) indicano la diffusione o meno del tumore ai linfonodi, alle ossa o ad altri organi.

Il “Grado” esprime la malignità, vale a dire l'aggressività biologica della malattia. Attualmente, secondo le indicazioni dell'organizzazione mondiale della sanità (WHO) i tumori vescicali vengono distinti in alto e basso grado (con la vecchia classificazione in G1m G2 e G3)

Va sottolineato che circa il 70% dei tumori della vescica, alla prima diagnosi, appartengono alle categorie Ta e T1 (più o meno con presenza di Cis) vale a dire non sono muscoli-invasivi (NMIBC)

### Fattori di rischio e prevenzione

La quasi totalità di questi tumori è costituita dai carcinomi uroteliali (a cellule di transizione), che rappresentano il principale tumore delle vie escretorie urinarie, dalla pelvi renale all'uretra.

Sono stati identificati vari fattori di rischio e altri sono ancora considerati potenziali. In particolare, il fumo di sigaretta è responsabile di almeno il 50% dei tumori delle vie urinarie. Al tabacco sono attribuiti i due terzi del rischio complessivo negli uomini e un terzo nelle donne. Diversi studi hanno dimostrato che le probabilità di sviluppare il tumore nei fumatori sono da 4 a 5 volte superiori a quelle di chi non fuma. Aumentano con la durata e l'intensità di esposizione al fumo, in entrambi i sessi. Il rischio si riduce solo smettendo, e dopo 15 anni si avvicina a quello dei non tabagisti.

Il 25% circa di questi tumori è attualmente attribuibile anche all'esposizioni ambientali a sostanze cancerogene. È noto infatti il ruolo dei coloranti derivati dall'anilina, così come l'esposizione cronica a sostanze cancerogene presenti nell'ambiente o ad amine aromatiche (benzidina, 2-naftilammina, elementi contenuti anche nel fumo).

Altri fattori di rischio sono stati identificati nei derivati dell'arsenico, inquinanti dell'acqua potabile, classificati nel 2004 tra i cancerogeni di Gruppo 1 dalla IARC (Internazional Agency for Research on Cancer).

Anche l'assunzione cronica di alcuni farmaci può favorire l'insorgenza di questo tumore. Conosciuto è il rischio conseguente all'assunzione di fenacetina, analgesico derivato dall'anilina, oggi sostituito dal paracetamolo, suo metabolita attivo e privo di tossicità renale. Anche alcune infestazioni parassitarie (ad esempio la schistosomiasi) possono essere causa di forme istologiche del tumore, ma sono diffuse soprattutto in Medio Oriente o in Egitto. Infine, normalmente il tumore delle vie urinarie non è considerato tra le neoplasie a trasmissione familiare, ma è stato documentato l'aumento del rischio di carcinomi uroteliali, specie a carico del tratto superiore (pelvi renale e uretere), in famiglie con carcinoma del colon-retto non poliposico ereditario (sindrome di Lynch).

Per prevenire il cancro, è consigliabile migliorare lo stile di vita: in particolare, seguire una dieta sana ed equilibrata; svolgere una regolare attività fisica e soprattutto abolire il fumo. Invece, misure preventive sul luogo di lavoro sono indicate per le categorie occupazionali a rischio (industria tessile, dei coloranti, della gomma e del cuoio), considerando anche che il tumore della vescica si sviluppa anche a distanza di 10-25 anni dall'esposizione.

## I numeri della malattia

L'incidenza del tumore della vescica è stabile dalla seconda metà degli anni '90 per entrambi i sessi, pur considerando l'invecchiamento della popolazione. Questa patologia colpisce maggiormente gli uomini, probabilmente per

una maggiore abitudine al fumo di sigaretta e l'esposizione a fattori ambientali cancerogeni. Si sviluppa in persone con età compresa tra i 55 e i 70 anni, e l'incidenza tende ad aumentare con l'età. Raramente, invece, si manifesta prima dei 40 anni.

In Italia nel 2015 sono stati stimati circa 26 mila nuovi casi. A fronte delle nuove diagnosi, si registra anche una sensibile riduzione del tasso di mortalità, che rappresenta il 4% del totale dei decessi oncologici. Oltre l'80% degli uomini e delle donne che hanno ricevuto diagnosi di un tumore della vescica nella seconda metà degli anni 2000 erano ancora in vita 5 anni dopo.

La probabilità di sopravvivere dopo cinque anni dalla prima diagnosi corrisponde in generale all'84% per gli uomini e arriva al 94% per le donne. La speranza di vita quindi è significativamente migliorata, grazie anche al fatto che la diagnosi viene fatta sempre più spesso in stadio iniziale.

### Sintomi e diagnosi

Non esistono segni o sintomi specifici per i tumori vescicali che permettano una diagnosi precoce. Il principale segnale del tumore è la presenza di sangue nelle urine che può essere visibile a occhio nudo o solo al microscopio (microematuria). Altri sintomi iniziali possono essere la necessità di urinare più frequentemente, l'urgenza, il dolore o la difficoltà all'atto di urinare (minzione).

Questi sintomi non sono sempre e necessariamente segno di un tumore della vescica, perché possono essere causati anche da infezioni urinarie, specialmente se il sangue non è presente nelle urine. Nell'uomo questi sintomi possono poi essere causati da un ingrossamento della prostata. Nella malattia avanzata possono ovviamente essere associati disturbi specifici delle aree interessate dalla malattia e/o dolore. Per questi motivi, è bene rivolgersi al proprio medico, che prescriverà gli esami più indicati.

Il persistere o ripetersi di ematuria (sangue nelle urine), soprattutto in soggetti a rischio (fumatori, esposizioni professionali) o con anamnesi positiva per la patologia, costituisce in genere un vero e proprio campanello di allarme. Per formulare la diagnosi completa sono però necessarie l'anamnesi (un'indagine sull'ambiente di lavoro e sulle abitudini del paziente), l'esame clinico, l'esame citologico (ricerca di cellule tumorali) nelle urine e altri esami più specifici. La cistoscopia è la tecnica diagnostica più sensibile e affidabile. Viene eseguita ambulatorialmente, nel maschio con l'utilizzo di gel uretrali contenenti un blando anestetico locale per ridurre il fastidio della manovra e consiste nell'introduzione di uno strumento ottico per osservare la superficie interna della vescica.

## Le principali terapie

Nei pazienti con tumori superficiali, la mortalità è bassa e la lesione può essere asportata completamente con una resezione trans-uretrale grazie a un “resetto” inserito attraverso la camicia del cistoscopi. Questa manovra è diagnostica nei tumori infiltranti, ma anche terapeutica in quelli superficiali non muscolo-invasivi. Nei casi a rischio elevato, la stadiazione viene completata con l'esecuzione di una URO-TC ed eventuali ulteriori esami diagnostici decisi dall'equipe.

I tumori invasivi (che si estendono al muscolo) mostrano una sopravvivenza che raggiunge il 50% a 5 anni.

Le recidive locali in caso di tumori superficiali dopo asportazione possono essere prevenute con instillazioni endovesicali di farmaci chemioterapici (Mitomicina-C o Farmorubicina) con bacillo Calmette-Guérin (BCG), in particolare nel carcinoma in situ o in quelli a cellule di transizione di alto grado.

I tumori che hanno invaso la parete vescicale in profondità, richiedono invece una cistectomia, vale a dire una asportazione della vescica, che nella stragrande maggioranza dei casi deve essere totale; solo in pochi pazienti selezionati (in genere grandi anziani, pazienti ad elevato rischio chirurgico, forme tumorali particolari) può essere eseguita una cistectomia parziale che non rappresenta però un trattamento standard.

L'asportazione della vescica prevede la successiva ricostruzione della via urinaria: è possibile, sulla base della situazione clinica e generale del paziente, ricostruire una neo-vescica utilizzando un tratto di intestino, costruire un serbatoio continente che il paziente svuota con dei cateterismi o utilizzare un “condotto” con un breve tratto di intestino, per condurre le urine all'esterno.

Le alternative terapeutiche che mirano a conservare la vescica (cosiddette “bladder sparing”) si basano sulla radioterapia o, meglio, sulla combinazione trimodale di TUR-B iniziale seguita da una alternanza di chemioterapia e radioterapia.

I dati di efficacia a nostra disposizione non sono univoci e questi trattamenti non costituiscono uno standard terapeutico, a meno di scelte specifiche del paziente o di contrindicazioni all'intervento chirurgico. Richiede una sostanziale collaborazione fra i diversi specialisti, urologi, oncologi radioterapisti, oncologi medici.

Un discorso a parte merita la chemioterapia neoadiuvante, quella cioè eseguita “prima” dell'intervento con lo scopo di ridurre la massa tumorale e rendere l'intervento più efficace; i dati in merito sono abbastanza convincenti da

aver reso consigliabile la chemioterapia neoadiuvante preoperatoria per una sostanziale percentuale di pazienti.

La chemioterapia adiuvante (cioè somministrata dopo la chirurgia) attualmente non ha ancora un ruolo definito, anche se in alcuni studi sembrerebbe migliorare la sopravvivenza di alcuni sottogruppi di pazienti con metastasi ai linfonodi loco-regionali e/o per neoplasie infiltranti di grosse dimensioni (ma in ogni caso dovrà essere frutto di scelta condivisa fra il medico ed il paziente). Quando il tumore ha generato metastasi la terapia di scelta resta quella chemioterapica, disponibile in combinazioni diverse. In tutti i casi è necessaria una forte e strutturata collaborazione multidisciplinare fra urologi, oncologi radioterapisti, oncologi medici

## LA CHIRURGIA

Gli interventi per il trattamento chirurgico del tumore della vescica sono diversi. *La resezione trans-uretrale (TUR-B)* consiste nell'introduzione in vescica attraverso l'uretra di uno strumento ottico dotato di un resettore. Come detto sopra questa tecnica permette di asportare il tumore oppure di bruciarlo tramite il metodo della folgorazione con elettricità ad alta energia.

*La cistectomia radicale* è, invece, un intervento che consiste nella rimozione della vescica, dei tessuti e dei linfonodi adiacenti. Si esegue quando il tumore è esteso alla parete muscolare o la sorpassa

Nell'uomo vengono asportati consensualmente la prostata e le vescicole seminali, nella donna (di norma) utero, ovaie e parte della vagina.

La cistectomia radicale è oggi il trattamento più utilizzato per le neoplasie vescicali muscolo-infiltranti, anche se è possibile attuare strategie di conservazione dell'organo in pazienti selezionati. Come accennato sopra, *la cistectomia parziale* non è uno standard terapeutico e deve essere eseguita solo in pazienti selezionati e in casi particolari-

## LA RADIOTERAPIA

L'asportazione della vescica ha un impatto considerevole sulla qualità della vita, che l'introduzione delle tecniche di ricostruzione ha solo parzialmente ridotto. La radioterapia transcutanea, oltre che nell'ambito della strategia conservativa, al fine di evitare la cistectomia è stata largamente utilizzata in quella frazione di pazienti che per comorbidità, età avanzata od assoluto rifiuto, non risultavano idonei ad una cistectomia radicale. Le limitazioni della radioterapia sono rappresentate dalla moderata radiosensibilità di questa neoplasia, la

cui probabilità di eradicazione è dose dipendente, e dalla elevata probabilità che dosi alte di radiazioni su tutta la vescica possano indurre effetti collaterali tardivi, quali la riduzione della sua distensibilità per fibrosi della parete e la comparsa di episodi di ematuria di difficile controllo

La radioterapia è, in genere, utilizzata sia come unico trattamento (approccio unimodale), con una finalità quasi sempre palliativa sia con chirurgia e chemioterapia (approccio trimodale), in pazienti selezionati, con una finalità curativa ed in alternativa alla cistectomia. La terapia trimodale, che include la resezione endoscopica citoreducitiva, la radioterapia esterna e la chemioterapia sistemica, ha lo scopo di ottenere nei pazienti trattati la preservazione della vescica e di mantenere intatta la fisiologica funzione vescicale con una conseguente migliore qualità di vita. In numerose esperienze cliniche, con questo approccio conservativo sono stati ottenuti risultati paragonabili a quelli ottenuti con la chirurgia in casistiche simili. La radioterapia trova poi una sua indicazione nel trattamento dei sintomi nei pazienti in progressione dopo chirurgia ed in quelli metastatici.

## **LA CHEMIOTERAPIA**

Nel caso delle forme superficiali viene utilizzata l'instillazione endovesicale con l'obiettivo di prevenire le recidive. I principali agenti utilizzati per instillazione endo-vescicale sono tiotepa, doxorubicina (epirubicina) e mitomicina C; tuttavia il farmaco più utilizzato è una forma attenuata dell'agente che provoca la tubercolosi (BCG). Nelle forme infiltranti o in quelle già diffuse al di fuori della vescica la chemioterapia cerca di distruggere le cellule tumorali che si sono sviluppate negli altri organi: i principali agenti chemioterapici usati sono rappresentati dal cisplatino, carboplatino, gemcitabina, methotrexate, doxorubicina, vinblastina, paclitaxel e vinflunina.



# I testicoli

## I testicoli

Sono gli organi sessuali maschili, di forma ovale, situati sin dalla nascita nello scroto, il sacco di pelle posto sotto la base del pene, e trattenuti in esso attraverso una struttura chiamata gubernaculum. I testicoli sono collegati all'apparato genitale attraverso il funicolo spermatico che racchiude il dotto deferente, vasi e nervi. I testicoli svolgono due funzioni essenziali: la gametogenesi (formazione di spermatozoi) e l'attività endocrina (produzione di testosterone). Le cellule germinali producono lo sperma immaturo che viaggia attraverso una rete di tubuli (seminiferi) prima molto piccoli, poi sempre più grandi, fino all'epididimo, dove gli spermatozoi giungono a maturazione e sono immagazzinati. Attraverso il dotto deferente vengono poi inviati verso le vescicole seminali e la prostata. Durante l'eiaculazione, il liquido seminale (composto dalla parte testicolare e da quella prostatica) viene immesso nell'uretra e spinto verso l'esterno.

Nel tessuto interstiziale dei testicoli, tra i tubuli contorti, si trovano gruppi di cellule endocrine che costituiscono la ghiandola di Leydig (addeita alla produzione degli ormoni maschili).

## Il tumore del testicolo

Il carcinoma testicolare è una forma rara di cancro. Le cellule malate si formano dai tessuti di uno o entrambi i testicoli. Si manifesta più comunemente nei giovani maschi tra i 15 e i 35 anni. Quasi tutte le neoplasie si originano nelle cellule che producono gli spermatozoi, e sono per questo chiamati germinali (seminomi e non seminomi). Questi due tipi di tumore presentano crescita e diffusione differenti e quindi sono trattati in modo diverso. Le altre varianti cancerogene sono indicate come non germinali, ma sono molto rare.

## TUMORI DI ORIGINE GERMINALE

Costituiscono il 95% circa dei tumori testicolari. Ciascun tipo di neoplasia

germinale rappresenta la controparte maligna del normale sviluppo embrionale. Sono distinti in due grandi gruppi per le diverse caratteristiche cliniche e l'approccio terapeutico.

*I seminomi* sono i più numerosi. Si distinguono a loro volta in seminomi cosiddetti classici (tipici) e in spermatocitici. Complessivamente rappresentano il 40-50% dei tumori, ma quelli di tipo classico costituiscono più del 95% dei seminomi e si sviluppano nei maschi più giovani (tra i 25 e i 45 anni), mentre lo spermatocitico è più raro e si manifesta in età avanzata (oltre 65 anni), cresce più lentamente e rimane in genere localizzato al testicolo. Alcuni seminomi possono causare un aumento di gonadotropina corionica umana (beta-HCG) in circolo, che può quindi essere utilizzata come marcatore tumorale. I seminomi sono particolarmente sensibili alla radio e alla chemioterapia.

*I non seminomi* corrispondono alla forma tumorale dei tessuti nelle prime fasi dello sviluppo embrionale. Le cellule che li compongono sono immature, e possono dare origine sia all'embrione sia alla placenta. Colpiscono i maschi tra i 20 e i 30 anni e rispondono bene alla chemioterapia, ma sono poco sensibili alla radioterapia. Esistono quattro forme di non seminomi: il carcinoma embrionale, il carcinoma del sacco vitellino e il corion carcinoma più aggressivo, ma raro e il teratoma (maturo o immaturo). Esistono poi, e sono abbastanza frequenti, anche forme miste che vengono in genere trattati come i non seminomi.

## **TUMORI NON GERMINALI**

Sono quelli che si sviluppano da cellule che producono gli ormoni maschili o non specializzate. I principali tipi sono i tumori delle cellule di Leydig e delle cellule del Sertoli. I primi derivano dalle cellule deputate alla produzione di ormoni maschili e si osservano in genere nei bambini tra i 5 e i 10 anni, talvolta anche negli adulti. Producono androgeni, come il testosterone, ma in qualche caso anche estrogeni. La maggior parte di questi tumori è benigna: non si diffonde al di fuori del testicolo ed è trattata definitivamente con la chirurgia.

I tumori delle cellule del Sertoli e gli androblastomi, invece, derivano da cellule che sostengono, nutrono e producono lo sperma. Sono in genere benigni ma se si diffondono non rispondono a chemio e radioterapia.

## **TUMORI TESTICOLARI SECONDARI**

Sono neoplasie che si manifestano in un altro organo, per poi aggredire il testicolo. Non sono quindi veri e propri tumori testicolari. Tra questi ci sono:

- *Il linfoma*: è il più comune tra i tumori testicolari secondari. Si manifesta più frequentemente dei tumori primari in uomini adulti con più di 50 anni
- *La leucemia*: nei casi acuti, le cellule neoplastiche possono formare un tumore nel testicolo
- *I bromi*: derivano dal tessuto connettivo
- *I mesoteliomi*: hanno origine dalla tonaca albuginea, cioè la membrana che riveste il testicolo

## Stadiazione

La stadiazione dei tumori del testicolo è molto complessa, e il sistema TNM viene integrato da una serie di altre scale.

Si tiene conto dello stadio locale, cioè della diffusione del tumore all'interno dello scroto e agli organi vicini (categoria T), della diffusione ai linfonodi (categoria N) alle dimensioni, numero e sede dei linfonodi interessati (sopra o sotto il diaframma), della presenza di marcatori (categoria S) e di metastasi a distanza (categoria M).

**Stadio zero:** carcinoma in situ; sono presenti cellule tumorali nei tubuli ma non si sono ancora diffuse a tutto il testicolo.

**Stadio I:** stadio iniziale di cancro testicolare invasivo. La malattia è localizzata al testicolo e all'epididimo, ma non presenta evidenza di diffusione ai linfonodi o agli organi vicini. I livelli dei marcatori sono spesso nel range di normalità.

**Stadio II:** il tumore si diffonde attraverso i vasi sanguigni e linfatici a livello addominale e pelvico; i linfonodi retroperitoneali hanno dimensioni comprese tra 2 e 5 centimetri o superiori. I marcatori tumorali possono essere normali o laterati.

**Stadio III:** il tumore si è diffuso fino al funicolo spermatico e interessa non solo i linfonodi addominali, ma anche quelli del torace e situati sotto al collo (sovraclavicolari e mediastinici). I livelli dei marcatori tumorali nel siero possono essere molto elevati.

**Stadio IV:** sono presenti metastasi ad altri organi (fegato, reni, polmoni, cervello).

## Fattori di rischio e prevenzione

Per quanto riguarda i carcinomi del testicolo, i pazienti con criptorchidismo (testicolo che non discende nello scroto durante lo sviluppo) hanno un rischio da 10 a 40 volte superiore di sviluppare il cancro (di tipo seminoma) rispetto ai maschi normali. Se l'intervento di orchidopessia (fissazione chirurgica del testi-

colo nella borsa scrotale) è stato eseguito prima dei 6 anni, il rischio si riduce, mentre aumenta se parenti di primo grado hanno ricevuto diagnosi di tumore del testicolo. Secondo alcuni studi epidemiologici, l'utilizzo degli estrogeni durante la gravidanza può aumentare la predisposizione della neoplasia nel nascituro; anche l'abuso di alcol e sedativi nella madre è un altro importante elemento di rischio.

Non è mai stato dimostrato che i traumi a livello testicolare possano causare direttamente il cancro; spesso però è proprio l'evento traumatico che consente di arrivare alla diagnosi.

Per la prevenzione, è molto consigliata l'autopalpazione del testicolo a partire dalla pubertà. Nei maschi con storia di criptorchidismo, atrofia testicolare, precedente tumore testicolare o familiari di primo grado affetti dalla malattia, è indicata anche una visita urologica specialistica annuale.

### I numeri delle malattie

I carcinomi del testicolo costituiscono solo l'1% di tutti i tumori nei maschi, ma sono tra i più frequenti in età compresa tra 20 e 40 anni e rappresentano la maggioranza dei tumori testicolari che colpiscono persone giovani. Negli anziani over-65, invece, la neoplasia più frequente è il linfoma.

In Italia si contano circa 1.600-2000 nuovi casi ogni anno fra seminomi e non seminomi. Queste neoplasie hanno tuttavia una bassissima mortalità: quasi 40mila persone in Italia hanno avuto una diagnosi di tumore al testicolo nel corso della loro vita e oltre un terzo di questi risulta guarito da più di vent'anni.

### Sintomi e diagnosi

Generalmente i sintomi di un carcinoma ai testicoli non sono mai eclatanti e precoci, per questo motivo possono passare anche diversi mesi prima di giungere a una diagnosi precisa. Spesso infatti la tumefazione (cioè l'ingrossamento del testicolo) o la massa palpabile si manifesta senza dolore. Il paziente può accorgersi che qualcosa non va, notando un testicolo ingrossato o indurito.

Alcuni segni non devono essere sottovalutati, e devono invece essere riportati tempestivamente al medico, anche se non sono necessariamente legati al tumore:

- rigonfiamento del testicolo,
- perdita di volume,
- sensazione di pesantezza nello scroto,

- dolore sordo nella parte inferiore dell'addome o all'inguine,
- improvvisa formazione di liquido nello scroto,
- dolore o senso di disagio al testicolo o allo scroto,
- sangue nelle urine,
- ginecomastia.

Altri sintomi, al contrario, non sono normalmente collegati al tumore testicolare, tra questi:

- presenza di foruncoli o arrossamenti esterni del testicolo,
- masse libere all'interno dello scroto, non collegate ad alcuna struttura interna,
- masse nello scroto che danno l'impressione di avere un terzo testicolo,
- dolore o sensazione di calore avvertiti durante la minzione.

L'esame clinico è fondamentale: nei casi sospetti il medico procederà inizialmente alla palpazione del testicolo (esame fisico) e all'anamnesi. Il paziente sarà poi sottoposto a un'ecografia testicolare, che permette di distinguere una forma cistica (in genere benigna) da una solida. È possibile esaminare anche eventuali marcatori tumorali nel siero, come alfa-fetoproteina (AFP) e beta-gonadotropina corionica umana (beta-HCG) o lattato deidrogenasi (LDH).

Se si sospetta un tumore si dovrà eseguire l'orchietomia inguinale esplorativa, che prevede la rimozione del testicolo attraverso un'incisione all'inguine. Un campione di tessuto del testicolo sarà poi analizzato per determinare l'origine del tumore. La biopsia non è consigliata prima dell'asportazione del testicolo, perché il rischio di diffondere il tumore è piuttosto alto. Una radiografia al torace può essere eseguita prima dell'intervento chirurgico per escludere la presenza di metastasi polmonari, ma si possono utilizzare altre metodiche d'immagine, come la risonanza magnetica (RMN), la tomografia computerizzata (TAC) per individuare metastasi ad altri organi. Altri esami più particolari come la PET, vengono di volta in volta decisi dall'equipe nel follow-up della malattia

## Le principali terapie per il tumore del testicolo

Come per la maggioranza dei tumori, i trattamenti (chirurgia, radioterapia e chemioterapia) variano in base allo stadio della malattia e delle sue caratteristiche istologiche.

Il tumore del testicolo è trattato con la chirurgia ma è considerato molto

sensibile alla radioterapia e alla chemioterapia. Questi trattamenti consentono dei tassi di guarigione complessiva che sono vicini al 100%.

## LA CHIRURGIA

Il trattamento chirurgico di asportazione del testicolo (orchietomia) per quanto invasivo, si rivela efficace qualunque sia il tipo di tumore e indipendentemente dallo stadio sia per fare una diagnosi precisa, sia a scopo curativo.

Consiste nell'asportazione del testicolo con legatura del funicolo spermatico attraverso un'incisione a livello inguinale interno (orchifunicolectomia). Al posto del testicolo asportato, viene solitamente posizionata una protesi in silicone.

In alcuni casi, che dipendono dallo stadio e dal tipo di tumore, si può decidere di asportare i linfonodi retro peritoneali, cioè situati dietro agli organi addominali, tra i reni e lungo la vena cava e l'aorta. (linfoadenectomia retroperitoneale). Attualmente, nei centri specializzati, la linfoadenectomia può, in base alle condizioni oncologiche, essere eseguita con tecnica nerve sparing, nel tentativo di evitare complicanze neurologiche, come la perdita dell'eiaculazione. Questo effetto collaterale della chirurgia non intacca il piacere sessuale, ma impedisce la riproduzione e in qualche modo può avere un impatto psicologicamente negativo sulla funzione sessuale nel suo complesso. Le nuove tecniche chirurgiche, quando applicabili in ambito di sicurezza oncologica, consentono di preservare i fasci nervosi anteriori e di mantenere così una corretta eiaculazione nell'80-90% dei casi.

Il tumore del testicolo tende a diffondersi nell'organismo attraverso il sistema linfatico e quindi ai linfonodi, attraverso cui può colpire i polmoni, ma anche il fegato, il cervello e altri organi.

## LA RADIOTERAPIA

La radioterapia transcutanea è indicata come trattamento adiuvante (in particolare dopo la chirurgia dei seminomi). Essa viene impiegata a basso dosaggio nei seminomi in stadio iniziale (I, IIa, IIb) allo scopo di diminuire il già ridotto tasso di recidive linfonodali in sede addominale e pelvica. Le modalità di irradiazione così come le dosi erogate e i volumi irradiati (linfonodi para-aortici bilateralmente e iliaci omolaterali al tumore) variano in base allo stadio della malattia. Le bassi dosi e i ridotti volumi, attualmente impiegati hanno ridotto di molto la tossicità del trattamento ma questo trattamento storico ed efficace è tuttavia associato ad una tossicità gonadica e al rischio di sviluppare neoplasie secondarie non germinali. La radioterapia non incide sulla sessualità

del paziente ma può agire però sulla produzione di sperma, effetto in genere transitorio ma che può anche diventare permanente; viene pertanto suggerito il deposito del liquido seminale in una banca del seme. Negli stadi più avanzati della malattia la radioterapia può essere impiegata nell'ambito di un trattamento integrato (per esempio nella gestione di casi con metastasi cerebrali) o, più raramente, come trattamento palliativo o sintomatico, in grado, cioè, di dare sollievo al dolore e ai sintomi della malattia, ma non di guarirla.

## LA CHEMIOTERAPIA

Nei casi in cui ci si trova di fronte ad un seminoma che potrebbe essere a rischio di ricaduta la somministrazione di un singolo ciclo di carboplatino si è dimostrata efficace allo stesso modo della radioterapia e della vigile attesa. Considerato che l'impatto psicologico e fisico dei tre trattamenti è molto diverso, risulta di particolare importanza una approfondita discussione con il paziente da cui possa scaturire una scelta terapeutica condivisa.

Nel caso la malattia non sia localizzata (sia perché non c'è stata una rapida e/o completa dei markers sia perché esistono delle evidenze radiologiche di malattia residua) lo schema più frequentemente utilizzato è il PEB (associazione di Cisplatino, Etoposide e Bleomicina), attivo sia nei seminomi sia nei non seminomi.

Nei tumori in stadio iniziale le possibilità di guarigione sono molto alte (fino al 100%): il trattamento chirurgico è in questi casi risolutivo e non richiede ulteriori terapie (radio e chemioterapia). Anche nei pazienti che hanno bisogno di ulteriori trattamenti, la percentuale di guarigione rimane elevata (intorno al 90%), soprattutto grazie alla chemioterapia.

Al termine del programma terapeutico, i pazienti sono seguiti con visite programmate, esami strumentali e dosaggio dei marcatori tumorali circolanti. In particolare, è consigliato un follow-up di 10 anni dopo la diagnosi, anche se la maggior parte delle recidive della malattia si manifesta nei primi 2 anni.

Anche per le neoplasie testicolari, dopo l'intervento di asportazione del testicolo, sono possibili strategie di sola osservazione (sorveglianza attiva) con una programmazione strutturata di controlli periodici, in particolare rivolti al testicolo controlaterale, al retroperitoneo e agli altri organi possibili sedi di metastasi a distanza.

Il problema è bilanciare gli effetti potenzialmente dannosi di un follow-up troppo intenso con la necessità di non sottovalutare la comparsa di una ricaduta di malattia il cui riconoscimento dovrebbe essere il più precoce possibile.



# I reni

## I reni

Sono due organi posti simmetricamente nella parte posteriore dell'addome, a livello lombare. Hanno la forma di due fagioli, ma delle dimensioni di un pugno. Fanno parte del sistema urinario e hanno il compito di filtrare il sangue ed eliminare le sostanze tossiche prodotte dall'organismo con l'urina.

Ogni rene contiene più di un milione di piccole unità di filtrazione, chiamate nefroni. L'urina raccolta nel nefrone fluisce attraverso gli ureteri nella vescica, dove sarà espulsa dal corpo attraverso l'uretra, nell'atto della minzione.

## Il tumore del rene

Le cellule renali possono talvolta proliferare in maniera incontrollata e anomala e generare così il tumore del rene. Nell'adulto, la forma più comune è l'adenocarcinoma a cellule chiare, che si origina dalle cellule che ricoprono il tratto prossimale dei tubuli renali, a loro volta parte dei nefroni. Esistono anche delle varianti istologiche meno frequenti come quella midollare, del Bellini, sarcomatoide, papillare e a cellule cromofobe. Nei bambini la tipologia più diffusa è, invece, il tumore di Wilms.

## Stadiazione

Anche il tumore del rene viene stadionato utilizzando il sistema TNM

**Stadio T1 (a e b):** il tumore è confinato al rene e non supera rispettivamente i 4 (T1a) e 7 (T1b) cm di diametro.

**Stadio T2:** il tumore è confinato al rene ma supera i 7 cm di diametro

**Stadio T3 (a-c):** il tumore si estende al grasso perirenale (T3a), alla vena cava ma sotto il diaframma (T3b) o alla vena cava sopra il diaframma o ne infiltra la parete (T3c)

**Stadio T4:** il tumore ha invaso anche gli organi vicini.

Le categorie N (linfonodi) e M (Metastasi) indicano la diffusione o meno del tumore ai linfonodi o ad altri organi (fegato, polmoni, ossa, cervello).

## Fattori di rischio e prevenzione

Si tratta di un tumore difficile da diagnosticare perché, soprattutto, nelle prime fasi della malattia, dà pochi segnali. A tutt'oggi non esiste una prevenzione specifica della malattia, ma è possibile eliminare o ridurre alcuni fattori che la favoriscono, grazie a un corretto stile di vita. Come per altre neoplasie, il fumo è considerato uno dei maggiori elementi di rischio. È stato stimato, infatti, che l'eliminazione di questo vizio potrebbe ridurre del 20% la probabilità di sviluppare un adenocarcinoma. Altre condizioni che espongono all'insorgenza sono l'obesità e l'ipertensione. Inoltre, l'elevato consumo di grassi animali (carni, latticini) può essere una concausa, mentre una dieta ricca di vegetali può svolgere un ruolo protettivo.

Esiste, poi, una componente del rischio legata a fattori genetici: in particolare, i parenti di primo grado di pazienti affetti da carcinoma possono sviluppare una probabilità quattro volte maggiore di essere colpiti dallo stesso tumore rispetto alla popolazione generale. Inoltre, una relazione diretta tra una specifica mutazione e la possibilità di sviluppare, tra gli altri, anche un tumore è stata riscontrata nella sindrome di von Hippel-Lindau (VHL).

Alcune malattie renali croniche possono aumentare il rischio di insorgenza del cancro. Per esempio i pazienti affetti da malattia renale policistica, sottoposti a dialisi per lungo tempo, presentano un rischio fino a 30 volte maggiore di sviluppare una neoplasia.

Altri fattori predisponenti sono: l'abuso di FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei) e in particolare di fenacetina e l'esposizione prolungata ai derivati del petrolio, al torotrast e allo zinco (soprattutto per alcune categorie professionali).

## I numeri della malattia

Il tumore del rene e delle vie urinarie rappresenta circa il 2-3% di tutti i tumori. Prevale nel sesso maschile (con un rapporto di 2 a 1 fra uomini e donne) e colpisce soprattutto gli over-60.

Nel 2014 sono stati stimati quasi 12.600 nuovi casi in Italia: circa 8.300 tra gli uomini e 4.300 tra le donne, con un aumento dell'1,4% nel sesso maschile e di quasi un punto percentuale tra le donne rispetto al decennio precedente.

La malattia sembra veri casi più frequentemente nelle aree urbane rispetto a quelle rurali: le cause precise non sono ancora note, ma si conoscono alcuni possibili fattori di rischio. Questo spiega perché la maggiore frequenza di casi interessa l'Italia Settentrionale. Ad aumentare però non sono solo le diagnosi. Sulla base dei dati degli ultimi tre anni, il tasso di mortalità si è stabilizzato (secondo dati ISTAT del 2011, i decessi per tumore al rene sono stati circa 3261), e si registra un importante aumento della probabilità di sopravvivenza. Questo dato è da attribuire verosimilmente all'allungamento della durata media della vita, a una maggiore possibilità di diagnosi precoci e a un'intensa raccolta dati presso i centri deputati al censimento di queste patologie (Registri Tumori Regionali). In Italia, risiedono oggi più di 84 mila persone con pregressa diagnosi di tumore al rene e alle vie urinarie. Circa il 60% di questi pazienti ha affrontato la diagnosi da oltre 5 anni. Ad un anno dalla diagnosi la probabilità di sopravvivere dopo 5 anni aumenta dell'83% in uomini e donne, per arrivare rispettivamente all'87% e al 91% a cinque anni dalla diagnosi. Rispetto quindi ai decenni precedenti la speranza di vita è notevolmente migliorata e questi valori appaiono uniformi in tutto il Paese, con livelli leggermente inferiori solo al Sud.

## Sintomi e diagnosi

I sintomi caratteristici del tumore renale sono: dolore al fianco, al dorso, all'addome e presenza di massa palpabile o presenza di sangue nelle urine. In oltre il 30% dei casi, però, il riscontro è occasionale. Questo accade quando un paziente si sottopone a un accertamento radiologico a livello addominale (ecografia, TAC, RMN) per altri motivi e casualmente si scopre una massa renale. Questa "accidentalità" è in realtà un evento fortunato, perché consente di riscontrare la patologia prima che dia segno di sé, quindi in uno stadio precoce e più facilmente guaribile in maniera definitiva con l'intervento chirurgico. In altri casi, invece, potrebbero manifestarsi i prima i segni di una malattia avanzata, che possono essere aspecifici, come febbre, debolezza, inappetenza, calo di peso, dolore al fianco, presenza di sangue nelle urine, oppure più specifici e causati dallo sviluppo delle metastasi, soprattutto a livello osseo. Altre sedi comunemente colpite dalle forme metastatiche sono i linfonodi, in prevalenza quelli addominali e toracici, i polmoni, il fegato, e il cervello. Il tumore del rene è inoltre noto per la sua capacità di dare metastasi negli organi più disparati, sebbene questi eventi siano eccezionali.

La diagnosi di carcinoma renale inizia generalmente con il riscontro di una

massa sospetta a livello dei reni, che si può ottenere in prima battuta attraverso una ecografia renale, seguita da una TAC stadiante, che comprende, a seconda dei casi, l'esame completo dell'addome e, se necessario del torace e dell'encefalo e da una scintigrafia ossea.

La biopsia della massa renale non è in genere indicata quando le dimensioni o le caratteristiche siano tali da consigliare in ogni caso l'intervento chirurgico. La diagnosi definitiva è fondamentalmente istologica: avviene dopo che le sezioni della massa renale sono valutate dall'anatomo-patologo che dovrà definire quale sia il tipo istologico del tumore, dato questo fondamentale sia per la prognosi che per eventuali successive terapie.

## Le principali terapie

### CHIRURGIA

La principale terapia per il cancro al rene è di tipo chirurgico. Esistono diverse procedure che variano secondo il tipo di neoplasia, il livello della malattia e lo stato fisico generale della persona.

Il trattamento chirurgico tradizionale consiste nella rimozione di tutto o di una parte del rene (*nephrectomia*). Scopo dell'intervento è rimuovere il tumore primario e il tessuto implicato nel rene. Anche se il cancro si è già diffuso, l'intervento può ancora dare risultati favorevoli e le linee guida sostengono l'utilità della nefrectomia, quando possibile, anche nei pazienti con malattia avanzata o metastatica.

La nefrectomia può essere *radicale classica* (asportazione del rene, surrene, grasso perineale, capsula di Gerota, parte dell'uretere e dei linfonodi locoregionali), *semplice* (asportazione solo del rene), *parziale* (nei tumori di piccole dimensioni, che sono di sempre più frequente osservazione). Si tratta di un intervento comune, abbastanza sicuro, con rischi contenuti in assenza di altre patologie, come problemi cardiaci o epatici.

Recentemente sono state sviluppate tecniche chirurgiche meno invasive, che si stanno sempre più diffondendo. Tra queste vi sono:

- la *chirurgia mininvasiva* o *laparoscopica*, che può essere utilizzata sia per le nefrectomie radicali che (in alcuni casi) parziali. Rispetto alla chirurgia tradizionale permette una minore perdita di sangue, una ridotta degenza in ospedale e tempi di recupero più brevi, meno bisogno di farmaci antidolorifici. La laparoscopia è stata utilizzata in passato con successo in combinazione con altre due tecniche chirurgiche, chiamate crio-chirurgia e abla-

zione in radiofrequenza (RFA), per distruggere i piccoli tumori del rene in pazienti selezionati.

- *La criochirurgia* viene oggi eseguita per via percutanea, senza incisioni, sotto guida TC o eco e sfrutta l'effetto del congelamento rapido per distruggere il tumore. Le criosonde oggi disponibili e la tecnologia che le comanda permette di ottenere lesioni molto mirate e di volume preciso, limitando il danno solo al tessuto tumorale che si vuole rimuovere.
- *L'ablazione in radiofrequenza*, anch'essa oggi eseguita per via percutanea agisce invece distruggendo il tumore attraverso il calore. All'interno della massa tumorale viene inserita una sorta di ago, la cui punta raggiunge temperature vicine ai 100° C che provocano la necrosi coagulativa delle cellule malate.

Il trattamento chirurgico potrebbe essere considerato una valida scelta terapeutica anche nella fase metastatica della patologia, perché alcuni studi hanno dimostrato che l'asportazione della neoplasia primitiva migliora le risposte che si ottengono successivamente con la terapia medica. Tale indicazione oggi è indicata soprattutto per i pazienti con lunga aspettativa di vita e in buone condizioni generali.

È importante, in tutte le fasi del trattamento, mantenere una dieta equilibrata. L'assunzione di integratori alimentari o di multivitaminici non è generalmente consigliata, se non in casi particolari, per favorire il recupero fisico dopo l'intervento. Durante la terapia con i farmaci specifici, la stanchezza può diventare un effetto collaterale molto fastidioso e alcuni pazienti potrebbero trarre beneficio dall'assunzione controllata di multivitaminici e/o integratori alimentari.

## RADIOTERAPIA

Questo trattamento non trova particolari indicazioni nel trattamento della neoplasia renale se non nel caso delle metastasi, in particolare in presenza di progressione cerebrale, dove nel caso di poche lesioni si può procedere ad una irradiazione selettiva delle metastasi utilizzando tecniche di radiocirurgia o di radioterapia frazionata stereotassica o all'irradiazione di tutto l'encefalo nel caso di numerose lesioni, oppure nel caso di metastasi ossee dolorose, dove poche frazioni di radioterapia, ma eventualmente anche una singola seduta, possono essere efficaci nella riduzione dei sintomi e nella riduzione della terapia farmacologica necessaria.

## LA TERAPIA MEDICA

Nei casi di adenocarcinomi la terapia medica si basa sulle terapie biologiche (*targeted therapy*). Questi farmaci sono in grado di contrastare la proliferazione cellulare, o attraverso l'inibizione della formazione di nuove vasi sanguigni necessari al tumore per nutrirsi o attraverso il blocco di alcuni "interruttori" molecolari che stimolano la crescita tumorale.

In linea generale è possibile riassumere così le loro indicazioni principali:

- *sunitinib*,  *pazopanib* e  *bevacizumab* sono indicati nei pazienti con tumore renale metastatico che non hanno mai ricevuto una terapia medica, con prognosi buona ed intermedia, il  *temsirolimus* invece nei casi di prognosi più severa.
- *everolimus*,  *sorafenib* e  *axitinib* sono attualmente impiegati come terapie di seconda linea.

La prognosi nei malati che non hanno mai ricevuto una terapia medica è definita sulla base di particolari fattori di rischio, presenti alla comparsa delle metastasi.

## L'IMMUNOTERAPIA

L'immunoterapia è oggi utilizzata molto di rado, in centri altamente specializzati, per il trattamento di pazienti giovani e in buone condizioni psicofisiche. È una tecnica, basata sulla capacità che alcune sostanze (come interferone e interleuchina-2) hanno di stimolare il nostro sistema immunitario. Il cancro può essere aggredito dal nostro "sistema di sorveglianza", per questo si è pensato di utilizzare queste sostanze a scopo terapeutico. Gli studi non hanno mostrato un grande vantaggio di sopravvivenza per i pazienti sottoposti a immunoterapia, rispetto a quelli trattati con sola terapia di supporto o placebo. Tuttavia si è assistito ad una certa percentuale (10-20%) di regressione delle metastasi. La sola eccezione è rappresentata dalla somministrazione di una sostanza (la interleuchina-2) ad alte dosi, la quale ha fornito delle risposte complete della durata di molti anni in una percentuale di pazienti inferiore al 10%. Più recentemente si sono ottenuti risultati molto promettenti con nuovi farmaci che sbloccano il sistema immunitario consentendogli di aggredire il tumore (inibitori del *check-point*).

## LA CHEMIOTERAPIA

Pur trovando largo impiego in quasi tutti i tipi di tumore, non è indicata nei pazienti con carcinoma del rene.

## Controlli periodici

I pazienti operati di tumore del rene, nei quali non si è dimostrata la presenza di metastasi alla stadiazione, non sono sottoposti ad alcun ulteriore trattamento. È comunque consigliabile seguire la valutazione fatta dall'equipe che seguito il paziente per poter programmare i successivi controlli.

Nei primi due anni, si consiglia di eseguire una visita ogni 3 mesi con esami del sangue, per testare valori come emocromo con formula, funzionalità epatica e renale e gli indici di infiammazione (VES e PCR).

Per quanto riguarda i controlli radiologici, da effettuarsi solitamente ogni sei mesi, si può alternare l'esecuzione di una TC dell'addome, con mezzo di contrasto iodato, a una radiografia del torace assieme a un'ecografia dell'addome completo. Ulteriori accertamenti come scintigrafia ossea, altre radiografie o ecografie sono indicati solo sulla base di un sospetto clinico di recidiva: cioè sulla base di segni e/o sintomi specifici, come un dolore lombare o la comparsa di una tumefazione non dolente al collo.

Con il passare del tempo le visite e gli esami di controllo potranno essere meno frequenti, per esempio ogni sei mesi dal terzo al quinto anno e annuali dal sesto al decimo.

# Le principali domande sui tumori genito urinari

---

## Il tumore della prostata

### **Provoca disturbi negli stadi iniziali?**

Negli stadi iniziali, questo tumore è spesso asintomatico perché origina nelle zone periferiche della prostata e, solo in una fase successiva, può dare una sintomatologia importante come disturbi della minzione in conseguenza dell'ingrossamento della ghiandola e quindi compressione dell'uretra.

### **Durante il trattamento è preferibile seguire una dieta specifica?**

I pazienti che soffrono di patologie della prostata (non solo di tumore) devono evitare cibi irritanti delle vie urinarie, come insaccati, cibi piccanti e speziati, fritture e frutta secca. In qualche caso anche le bevande gassate e gli alcolici possono essere controindicati. Meglio è invece seguire una dieta varia e assortita come quella mediterranea, ricca di frutta, ortaggi (pomodori e crucifere), cereali, pesce, olio d'oliva e povera di grassi animali. Dieta che peraltro potrebbe aiutare anche nella prevenzione del tumore.

### **L'ipertrofia prostatica benigna (IPB) può degenerare in carcinoma alla prostata?**

No, le due patologie sono ben distinte. Originano in zone diverse della ghiandola prostatica e possono coesistere, ma non esiste un diretto collegamento tra le due condizioni.

### **Con il tumore della prostata si deve limitare l'attività sessuale?**

L'attività sessuale non ha alcuna influenza sulla progressione della malattia, tuttavia durante il trattamento possono insorgere problemi di libido e di erezione a causa dei farmaci somministrati. In questo caso, è consigliabile parlarne con il medico di fiducia.

### **Il solo valore elevato del PSA può essere considerato diagnostico?**

No, per una diagnosi più completa di carcinoma prostatico sono indispensabili ulteriori indagini, come l'esplorazione rettale e l'ecografia prostatica trans-rettale, abbinata eventualmente alla biopsia prostatica eco-guidata.

### **Con il tumore della prostata è possibile praticare attività fisica? Quali sport sono sconsigliati?**

L'attività sportiva non è preclusa in assoluto, anzi può essere consigliata al paziente nell'ambito di un trattamento psico-fisico di supporto. Meglio evitare quelli troppo intensi e che causano traumi in zona perineale e pelvica, come il ciclismo, l'equitazione o il canottaggio, ma è possibile fare brevi escursioni in bicicletta.

### **Esistono particolari precauzioni dopo un'operazione di prostatectomia radicale? Per esempio guidare l'auto si può?**

Non ci sono precauzioni particolari. Appena il paziente se la sente può guidare l'auto e svolgere attività quotidiane in relazione alle sue possibilità.

### **Cos'è il punteggio di Gleason? E perché è importante?**

Prende il nome dal patologo Donald Gleason che ha ideato questa classificazione definendo 5 gradi di malignità dell'adenocarcinoma prostatico. Il punteggio di Gleason assume un'importanza fondamentale nel condizionare la scelta terapeutica perché distingue i tumori che hanno tendenza a progredire velocemente o meno: mettendo insieme il punteggio di Gleason, lo stadio della malattia e il valore del PSA è infatti possibile ipotizzare l'esito clinico del trattamento e le probabilità di guarigione.

### **Durante le terapie posso avere rapporti sessuali?**

Non ci sono controindicazioni. Tuttavia, se la partner è in età fertile, durante le terapie sistemiche (specie la chemioterapia) vanno usati dei metodi contraccettivi al fine di evitare gravidanze per il rischio mal formativo.

### **Posso viaggiare? Anche in aereo?**

Non ci sono controindicazioni ai viaggi. È bene però evitare luoghi dove si possono contrarre malattie infettive (diarree, ecc.) o dove non vi sono sistemi sanitari analoghi al modello occidentale. Bisogna assicurarsi di possedere documenti in regola, in caso sopraggiungano problemi di salute. Si può viaggiare in aereo, ma in caso si soffra di disturbi polmonari è bene consultare il proprio oncologo. I soggiorni in montagna ad alta quota potrebbero non essere consigliati e, anche in questo caso, sentire prima della partenza lo specialista.

---

## **Il tumore della vescica**

### **Quali controlli devo fare dopo l'intervento?**

È bene essere seguiti da un oncologo di fiducia che stabilirà la frequenza delle visite e gli esami da fare. I controlli variano a seconda dello stadio del tumore.

### **Cosa posso fare per la stanchezza?**

La stanchezza è un sintomo fastidioso e da non trascurare. È importante restare a riposo, senza sforzare ulteriormente l'organismo. Spesso è dovuta al trattamento che può essere momentaneamente sospeso, ma in ogni caso è bene rivolgersi al proprio oncologo.

### **L'alimentazione, gli integratori e le vitamine mi possono aiutare?**

Non vi sono dati scientifici in merito, ma con una dieta equilibrata e un buon apporto idrico e salino si può sicuramente trarre giovamento.

### **Durante le terapie posso stare a contatto con parenti e amici, donne in gravidanza e bambini?**

I farmaci specifici per la cura del tumore o i loro effetti collaterali non sono mai nocivi per le persone che ci stanno accanto, nemmeno per le donne in gravidanza e per i bambini. Non vi è modo per cui di trasferire il farmaco ad altri se non con l'allattamento: le madri che assumono farmaci non possono quindi allattare i figli. Solo con certi esami diagnostici, come le scintigrafie, è necessaria qualche precauzione, ma il personale sanitario informa sempre i pazienti in merito.

### **Durante le terapie posso avere rapporti sessuali?**

Non ci sono controindicazioni ad avere rapporti sessuali. Tuttavia, se la paziente è in età fertile o se lo è la propria partner, durante le terapie sistemiche e quelle endovesicali vanno usati dei metodi contraccettivi al fine di evitare gravidanze per il rischio malformativo.

### **Posso viaggiare? Anche in aereo?**

Non ci sono controindicazioni ai viaggi. È bene evitare luoghi dove si possono contrarre malattie infettive (diarrea, ecc.) o dove non vi sono sistemi sanitari analoghi al modello occidentale. Bisogna tuttavia assicurarsi di avere i documenti in regola in caso di problemi di salute. I soggiorni in montagna ad alta quota potrebbero non essere consigliati ed è anche in questo caso bene consultare prima della partenza l'oncologo di fiducia.

### **I tumori della vescica colpiscono anche i bambini?**

Fortunatamente questa forma di cancro è estremamente rara nei bambini.

### **Esiste un test di screening per il tumore della vescica?**

Non al momento, sebbene esami periodici dell'urina, specialmente per evidenziare presenza di sangue in tracce, possano permettere una diagnosi più precoce.

---

## Il tumore del testicolo

### **Dopo l'asportazione di un testicolo è ancora possibile fare l'amore e avere figli?**

L'intervento di orchietomia, con asportazione di un testicolo, non dà ricadute sull'erezione, né sulla produzione di testosterone e di sperma, e il paziente può continuare la sua attività sessuale come prima della chirurgia. È possibile notare un calo della libido, ma è utile ricordare che è solo transitorio. Se sono stati asportati entrambi i testicoli, la produzione di testosterone si blocca, quindi anche la pulsione sessuale. In questo caso, è necessario assumere una terapia sostitutiva con testosterone (in compresse, iniezione o cerotto), che riporta alla normalità la libido e l'erezione.

### **Che effetti collaterali ha la chemioterapia?**

Fino a qualche anno fa, vomito e nausea colpivano pesantemente i pazienti che si sottoponevano a questi trattamenti. Oggi, grazie ai nuovi farmaci anti-vomito, coloro che veramente soffrono di questi disturbi sono una stretta minoranza e, anche in questi pazienti, i sintomi sono limitati.

### **Con la chemioterapia possono cadermi i capelli?**

Con i trattamenti polichemioterapici e anche i più nuovi trattamenti per i tumori testicolari conservano l'effetto collaterale di far cadere i capelli. La perdita (si chiama alopecia) è comunque temporanea, si manifesta dopo circa tre settimane dall'inizio della terapia e con la sospensione del trattamento i capelli ricominciano a crescere.

### **La radioterapia fa male?**

Fra le frasi come la radioterapia 'brucia', o 'asciuga' appartengono ad un passato ormai lontano. Le moderne tecniche radioterapiche, che utilizzano dosaggi di radiazioni molto più bassi, permettono di guarire e sulla pelle si nota soltanto un piccolo tatuaggio, più piccolo della capocchia di uno spillo.

### **Si può continuare a lavorare o studiare?**

Tranne ovviamente qualche giorno di riposo per l'intervento chirurgico, già dopo una settimana si può riprendere il lavoro o lo studio. Se il lavoro è faticoso (muratore, autista, ecc.) si dovrebbe aspettare qualche giorno in più.

### **Che rischi comporta l'orchietomia?**

Non più di quelli di una qualsiasi operazione chirurgica, se non l'aspetto estetico della perdita di un testicolo che può essere risolto con l'impianto di una protesi.

Dopo la linfadenectomia (cioè l'asportazione dei linfonodi retroperitoneali), necessaria se sono evidenti metastasi ai linfonodi, si può manifestare eiaculazione retrograda, cioè la fuoriuscita di liquido seminale in vescica e la sua eliminazione con l'urina, che può causare disagio. Le nuove tecniche chirurgiche, che risparmiano i nervi, possono però evitare questo evento nell'80-90% dei casi.

### **Devo evitare i rapporti sessuali? Posso trasmettere il tumore?**

Prima di tutto, il cancro non è contagioso. Se invece sei in trattamento con chemio o radioterapia, sarebbe preferibile usare il profilattico, sia perché alcuni farmaci chemioterapici possono passare nello sperma e produrre irritazione alla partner, ma anche per evitare gravidanze indesiderate, dato che sia la chemioterapia che la radioterapia possono alterare gli spermatozoi e causare uno sviluppo anormale del nascituro. Una volta che il trattamento è terminato non rimane alcun rischio di anomalità nel feto.

---

## **Il tumore del rene**

### **Cos'è il "grado"?**

Il grado rappresenta il livello di differenziazione del tumore rispetto al rene sano. Va da 1 a 4 e generalmente i gradi più bassi hanno un comportamento meno aggressivo.

### **Quali controlli sono consigliati dopo l'intervento?**

Dopo la chirurgia è fondamentale essere seguiti dal proprio oncologo. I controlli sono inizialmente trimestrali e sono costituiti da una visita, da specifici esami radiologici e del sangue.

### **Cosa fare in caso di comparsa di metastasi?**

In caso di metastasi è necessario contattare al più presto il proprio oncologo, che illustrerà le strategie terapeutiche del caso e la necessità di eventuali altri esami.

### **Come comportarsi durante la terapia antitumorale?**

Durante la terapia antitumorale è opportuno adottare specifici accorgimenti che dipendono dal farmaco che si sta assumendo e che vengono illustrati dall'oncologo all'inizio della cura. In linea generale si consigliano una dieta equilibrata, senza eccessi alimentari o alcolici, una vita possibilmente priva di forti stress o fatiche fisiche.

### **L'alimentazione, gli integratori e le vitamine mi possono aiutare?**

Non vi sono dati scientifici in merito all'utilizzo di integratori, ma si può sicuramente trarre giovamento da una dieta equilibrata e da un buon apporto idrico e salino.

### **Che fare per i problemi della pelle? E per il palmo delle mani e le piante dei piedi?**

Sono problemi frequenti con alcuni farmaci specifici per la cura del tumore in stadio avanzato. Può anche essere osservato un cambiamento del colore della pelle, comunque reversibile dopo la sospensione delle terapie. Si dovrebbero utilizzare calzature che siano il più morbide possibile, come quelle da ginnastica in abbinamento a una calza spugnosa. Esistono creme da applicare sulla cute, ma in certi casi può essere necessario sospendere momentaneamente la terapia o ridurre la dose di farmaco. È bene comunque contattare sempre il proprio oncologo.

### **Durante le terapie posso stare a contatto con gli altri, con donne in gravidanza e con i bambini?**

I farmaci specifici per la cura del tumore renale o i loro effetti collaterali non sono mai nocivi per le persone che ci stanno accanto, nemmeno per le donne gravide o per i bambini. L'unico modo per cui è possibile trasmettere i composti delle terapie è con l'allattamento. Le madri in terapia, quindi, non possono allattare. Solo in caso di certi esami diagnostici, come le scintigrafie, è necessaria qualche precauzione, ma il personale sanitario informa sempre i pazienti in merito.



Le testimonianze dei pazienti

ETTORE:

## “Donare il sangue è stata la mia fortuna”

Ho sempre svolto la mia attività nel campo della finanza, prima come agente di cambio e consulente, poi come azionista e presidente di consiglio di amministrazione di diverse banche; tra il 1980 e il 1988 ho presieduto la Borsa italiana. Nel quadriennio successivo ho invece capitanato la federazione delle borse europee. Adesso svolgo di nuovo l'attività di consulente. Se c'è una cosa che ho imparato nel mio lavoro è che bisogna sempre guardare avanti.

Ma, accanto alla mia professione, mi è sempre piaciuto svolgere attività sociali e di solidarietà: per oltre 30 anni ho donato il sangue alla clinica Mangiagalli di Milano, diventando anche presidente dell'associazione dei donatori. E proprio a seguito di questo impegno, ho scoperto il tumore.

Ogni quattro mesi, infatti, mi sottoponevo ad analisi di controllo dei valori ematici. Da uno di questi esami di routine è risultato che il valore del PSA era mosso. Da diversi anni sapevo di avere un adenoma benigno alla prostata e da allora i medici mi tenevano monitorato.

Dopo la scoperta di questo valore elevato, il personale sanitario della Mangiagalli mi ha suggerito di sottopormi ad una biopsia e per questo mi sono rivolto al San Raffaele. Così ho scoperto di avere un carcinoma prostatico: era il 2004 e avevo 67 anni. Nel momento in cui mi è stata comunicata la diagnosi mi è caduto il mondo addosso.

La mia storia clinica è piuttosto semplice. Mi sono ammalato 11 anni fa e dopo la prima biopsia a Milano ne ho subite altre tre. In seguito alle prime due ho deciso di partecipare a uno studio clinico. Ho svolto una terza biopsia e sono stato inserito in uno studio di quattro anni in doppio cieco sulla finasteride. Ma, a un certo punto, mi è stato comunicato che avrei dovuto abbandonare la ricerca: dal San Raffaele i miei vetrini erano stati mandati negli Stati Uniti per essere analizzati, con risultati sconcertanti. Una biopsia negativa a Milano, agli americani era invece risultata positiva. Con termini tecnici, mi dissero che avevo 3+3 di score di Gleason ma il livello di PSA era 7. Insomma, bisognava intervenire. I medici italiani hanno perciò deciso di portarmi subito in sala operatoria, sono stato operato subendo la rimozione della prostata. Oggi il mio caso si sarebbe risolto solo con una sorveglianza attiva. Nell'ormai lontano 2004 invece la soluzione è stata il bisturi e la prostatectomia. Non ho avuto problemi o traumi psicologici in seguito

all'intervento, tuttavia non posso negare che il ricorso alla chirurgia ha portato nella mia vita due grossi problemi come la disfunzione erettile e l'incontinenza (che ho combattuto e in parte vinto).

Sono stato operato al San Raffaele di Milano. Ho avuto delle complicazioni post operatorie causate da un linfocele che mi ha costretto a due mesi di convalescenza prima in ospedale poi a casa. Ne sono comunque uscito bene e ho potuto ricominciare fin da subito con lo sport, da sempre un mio grande hobby. Tuttavia i medici mi hanno spiegato che per altri dieci anni non ci si può considerare guariti. Io ho sempre svolto i controlli e ho seguito tutte le raccomandazioni che i medici solitamente prescrivono agli operati, non ho più dovuto assumere nessun farmaco, il livello di PSA adesso è 0 e la mia situazione clinica è tranquilla.

Prima di incontrare il tumore ritenevo di avere un minimo di cultura medico-scientifica, in realtà sulla mia malattia sapevo davvero poco e quindi mi sono fidato ciecamente di quello che mi diceva il mio urologo. Oggi probabilmente non seguirei lo stesso percorso. Ho capito che l'approccio al tumore della prostata deve essere completamente diverso: prima di decidere come intervenire, è consigliabile sentire il parere di più specialisti e non solo di un singolo oncologo medico, anche quello dell'urologo, radioterapista, psicologo, anatomopatologo e medico nucleare. La multidisciplinarietà deve essere la chiave per sconfiggere questo cancro.

È questa la linea portata avanti da Europa Uomo Italia, un'associazione senza scopo di lucro di cui faccio parte, che si pone l'obiettivo di informare pazienti e cittadini sulle patologie prostatiche, supportata da un comitato scientifico composto da alcuni tra i più importanti e stimati specialisti italiani. Mi sono avvicinato all'Associazione durante la malattia e, invece di sprofondare nell'autocommiserazione, ho deciso di rimboccarmi le maniche e provare ad aiutare altre persone con lo stesso genere di problema. Ho conosciuto questa ONLUS perché un mio cliente, incontrato durante l'attività di promotore finanziario, ne era il Vice-Presidente. Ho iniziato a essere sempre più coinvolto in questa realtà fino a diventarne presidente nel 2008, compito che tutt'ora ho l'onore di svolgere. Sono molto contento e orgoglioso delle iniziative che portiamo avanti.

All'inizio abbiamo faticato a chiarire sia quale fosse la nostra mission sia la posizione da tenere riguardo la famosa *querelle* sull'esame del PSA. Esistono infatti diverse scuole di pensiero su questo test: dopo due studi internazionali, uno europeo e uno americano, la nostra Associazione

ha deciso di considerare che l'esame non è un vero *marker*, anche se molte volte può essere utile a diagnosticare la neoplasia, ma un semplice indicatore a cui vanno affiancati altri accertamenti.

Il secondo messaggio che vogliamo dare alla comunità scientifica e alle istituzioni è di procedere lungo la strada della costituzione delle Prostate Cancer Unit sul modello di quelle già attive da anni contro il tumore del seno. In altre parole, da una medicina basata sulla scienza e coscienza del singolo specialista, si deve arrivare, in futuro, a scegliere la miglior terapia attraverso una visione multidisciplinare, ponderata da più medici insieme al paziente.

Infine il motto di Europa Uomo Italia è “parlane con il tuo medico”, perché tra malato e camice bianco ci devono essere collaborazione e un dialogo costruttivo. Purtroppo non sempre questo avviene nei nostri ospedali e la nostra Associazione si batte per raggiungere anche questo obiettivo. La lotta contro il tumore della prostata è molto cambiata in questi anni e la mia storia personale è un ottimo esempio di questa rivoluzione.

Per il mio futuro spero di continuare a lavorare e praticare sport il più a lungo possibile. Ho “solo” 78 anni e non ho nessuna intenzione di andare in pensione o di ritirarmi, sono sempre stato una persona molto attiva, pratico quasi tutte le settimane alpinismo, anche di recente ho camminato per chilometri a una quota di 3.300 metri. Sto cercando qualcuno a cui cedere il testimone di Europa Uomo. Non sono ancora riuscito a individuare la persona giusta, anche se penso di essere sulla buona strada. Ma non è ancora il momento, prima ho ancora parecchie energie da spendere per questa nostra Associazione.

FILIPPO:

“Mai nessun problema di salute, non pensavo di potermi ammalare... fino a quella brutta sorpresa”

Mi chiamo Filippo e qualche anno fa ho dovuto affrontare una gran brutta esperienza. Sono nato a San Virgilio di Marebbe, un bellissimo paese dell'Alto Adige di circa 1.500 anime, dove tuttora vivo con mio figlio e la mia compagna. A me piace moltissimo abitare tra le montagne lontano dallo smog, dal traffico e dalla vita caotica della città. In questa piccola località gestisco un Hotel, dove insegno ai clienti a sciare.

Data la professione che svolgo, le mie vacanze di solito sono in autunno, prima delle festività natalizie durante le quali siamo sempre molto impegnati. Nel novembre del 2007, mentre ero in ferie, ho iniziato a sentire un forte dolore ad un testicolo. In un primo momento non mi sono preoccupato e pensavo che si trattasse di un colpo d'aria, un piccolo trauma o magari che i jeans troppo stretti mi avessero causato qualche problema. Tuttavia il dolore non passava, anzi aumentava. Una volta finite le festività natalizie, ho deciso di andare dal mio medico di famiglia. Dopo una breve visita mi ha consigliato di recarmi al centro urologico dell'ospedale di Bressanone. Si tratta della struttura ospedaliera specializzata più vicina a San Virgilio di Marebbe. Dopo controlli più approfonditi mi hanno comunicato la diagnosi: avevo un tumore al testicolo.

La notizia ovviamente mi ha sconvolto, non avrei mai pensato che una cosa del genere potesse capitare proprio a me. Avevo 35 anni e ho sempre ritenuto di condurre una vita sana.

Anche per questioni professionali ho praticato sempre moltissimo sport e movimento fisico. Non solo lo sci: mi piace molto anche il golf, girare in bicicletta, la corsa e quando ho tempo andare in piscina. Non ho mai fumato e bevo alcolici, ma con moderazione. Come quasi tutti gli sportivi, ogni anno a ottobre devo sottopormi alla visita medica per l'idoneità. Da questi controlli non ho mai avuto brutte sorprese. In più non mi sono mai interessato a questo genere di malattie. Se per caso sfogliavo un giornale, o una rivista, e vedevo un articolo dedicato al cancro e alla sua prevenzione, giravo immediatamente pagina. Pensavo fosse quasi impossibile per un uomo della mia età e con uno stile di vita estremamente sano essere colpito da questo male.

Solo dopo aver parlato con i medici, ho scoperto che il tumore del

testicolo è purtroppo una malattia “giovanile”.

Devo ammettere che il trauma della scoperta del cancro fu notevolmente amplificato dal modo con cui la notizia mi venne comunicata. Il medico di Bressanone insistette che il giorno dopo avrei dovuto essere subito operato e che non c’era assolutamente tempo da perdere. Ero già abbastanza scioccato e, tornando a casa, presi la decisione che non sarei mai più tornato in quell’ospedale. Dovevo cercare un altro centro, dove sottopormi a tutte le cure necessarie. Così mi sono ricordato che uno dei clienti abituali al mio Hotel è un oncologo, il prof. Riccardo Valdagni dell’Istituto Tumori di Milano. Non avevo contatti diretti con lui e quindi ho dovuto cercare su internet i suoi recapiti. Una volta trovati, l’ho chiamato immediatamente.

Il prof. in quel momento si trovava a Londra per un convegno internazionale e appena ha visto la mia telefonata mi ha richiamato. Valdagni è stato molto bravo e mi ha subito tranquillizzato, spiegandomi in modo chiaro e semplice che la mia malattia era risolvibile. Poiché era assente mi ha indirizzato al suo collega, il dott. Roberto Salvioni, il quale mi ha comunicato che appena possibile mi avrebbe operato. Nonostante quest’ultima telefonata mi avesse un po’ calmato, psicologicamente stavo davvero malissimo. Sono andato a letto e quella notte ho dormito veramente male. Di nuovo in preda all’ansia, il giorno successivo ho richiamato il dott. Salvioni per fissare un appuntamento, anche se erano solo le 7.30 di lunedì mattina. Infatti, l’urologo in quel momento si trovava ancora in automobile e non era ancora arrivato in ospedale. Comunque la sera stessa ero a Milano ricoverato presso l’Istituto dei Tumori. Il giorno successivo ho svolto tutte le visite mediche pre-operatorie di routine e il mercoledì ho subito l’intervento di asportazione della neoplasia al testicolo. È stata l’unica terapia che ho dovuto affrontare. Tre mesi dopo l’operazione, i medici mi hanno sottoposto a nuovi esami approfonditi per valutare la risposta del mio organismo alla cura. Sono quindi sceso di nuovo a Milano e insieme a tutto il team medico che mi aveva seguito ho valutato come procedere. Esistevano, infatti, altre possibilità di cura come la radioterapia o la chemioterapia. Alla fine abbiamo deciso di non far niente perché i parametri erano buoni e quindi bastava tenere monitorata la situazione. Era l’aprile del 2008 e da allora non mi sono più sottoposto a nessun genere di cura.

Come tutti i pazienti oncologici ho dovuto affrontare esami periodici di controllo. Nel 2015 per la prima volta non dovrò sottopormi a nessuna

visita di follow up. È tutto rimandato all'inizio del 2016, dal prossimo anno in poi i controlli medici saranno biennali.

Non posso dire che i primi anni dopo la scoperta del tumore siano stati belli e spensierati. Ero sempre insicuro e dentro di me cresceva, di giorno in giorno, la paura che la malattia potesse ripresentarsi e attaccare i linfonodi. Ogni volta che dovevo affrontare un test o un esame mille dubbi mi affliggevano. Man mano che il tempo trascorreva, e che le varie analisi confermavano la mia guarigione, ho ricominciato a sperare. Tuttavia, è servito parecchio tempo prima di tornare a vivere senza angoscia.

Nei primi mesi dopo la diagnosi, lo staff medico dell'Istituto Tumori di Milano mi ha consigliato di rivolgermi ad uno psicologo. Io però ho rifiutato, la malattia era mia e dovevo affrontarla da solo. Il conforto e il sostegno l'ho trovato nella mia famiglia che mi è sempre stata vicina. Con i parenti più stretti e la mia compagna sono riuscito a parlare di quel che provavo giorno dopo giorno, esame dopo esame. Anche loro soffrivano un po' con me. Adesso ho sconfitto la malattia e sono più contento, sereno e spensierato di prima. Il cancro, infatti, mi ha insegnato a dare importanza a cose che prima mi parevano insignificanti. Davo troppo peso al lavoro ed ero troppo concentrato solo ed esclusivamente sulla mia attività. Ora, invece, penso di più alla mia famiglia e ai miei cari, soprattutto adesso che sono diventato anche papà.

EDO:

## “Dopo l’esperienza del cancro ho deciso: mi impegno nel volontariato”

Sono nato e ho sempre vissuto a Milano, ho 65 anni. Ero un imprenditore che lavorava nel settore della cancelleria e degli articoli da regalo. Dico “ero” perché un tumore alla vescica mi ha obbligato ad abbandonare la mia amata attività. Esami, cure e tutto il decorso della malattia mi hanno costretto a occuparmi sempre più marginalmente della ditta. Il volume di affari della mia impresa era piccolo e quindi ho preferito gettare la spugna e andare in pensione anticipata.

Non è stata per nulla una scelta indolore, perché il lavoro è sempre stato alle prime posizioni nella classifica delle cose che amo. Sono stato fortunato e posso affermare d’essere stato un uomo che si è realizzato anche nel “dovere”. Ho lavorato sempre e solo in ufficio, non sono mai stato a stretto contatto con particolari sostanze chimiche, che si pensa possano in qualche modo favorire l’insorgenza della patologia. Ho anche sempre praticato attività sportiva, mi piace tantissimo nuotare in piscina e – pur nei ritagli di tempo – sono sempre riuscito ad allenarmi almeno due-tre volte la settimana. Era il mio modo per stare in forma, rilassarmi e cercare di compensare la sedentarietà che contraddistingueva il lavoro di imprenditore. Non ho mai fumato, né consumato dosi eccessive di alcol, giusto un bicchiere a pasto e nemmeno tutti i giorni. In altre parole, ho sempre condotto una vita molto tranquilla e sana e mai avrei pensato che un giorno mi sarei ammalato di tumore. Tanto meno uno un po’ particolare e nemmeno troppo “famoso” come quello alla vescica.

A inizio agosto del 2012 ho scoperto delle tracce di sangue nelle urine ma già prima di quel momento avevo avuto la sensazione che qualcosa non andasse bene. Mi sentivo come se avessi un po’ di cistite. In questi casi assumevo, dietro prescrizione medica, degli antibiotici. In quel fatidico agosto avevo fatto un’urinocoltura risultata negativa. Insomma, nulla di grave, tuttavia il fastidio continuava e perduravano le preoccupazioni per quelle tracce di sangue. Mi sono immediatamente rivolto ad un urologo del Policlinico di Milano che mi ha prescritto un’ecografia e l’esame delle urine su tre campioni. Il dottore è stato chiaro fin da subito, mi aveva fissato quei controlli anche per cercare presenza di cellule tumorali.

Gli esami sono risultati entrambi positivi e quindi al Policlinico di

Milano ho svolto un primo intervento in endoscopia TURV per l'asportazione della massa su cui in seguito è stato fatto l'esame istologico. Il tumore era un T2 G3 con alta profondità e aveva già contaminato il tessuto della vescica, per cui dovevo essere operato il prima possibile.

Al Policlinico mi avevano comunicato il risultato dell'esame in un modo che non mi è piaciuto per niente. Ho ricevuto un foglio con scritta la diagnosi senza avere una minima spiegazione a voce dal personale medico. Tuttavia, sapevo cosa significasse la parola "infiltrazione": il termine indica la penetrazione del tumore all'interno della vescica. Sinceramente avrei gradito due parole da parte di un medico e non solo un semplice e freddo pezzo di carta. Per questo ho deciso di abbandonare quella struttura e mi sono rivolto all'Istituto dei Tumori dove, invece, ho trovato, oltre a tanta competenza, anche molta umanità.

Nel novembre del 2013 ho dovuto affrontare quattro cicli di chemioterapia preparatoria che mi hanno portato effetti collaterali, in particolare nausea e debolezza. Sono entrato in un protocollo di sperimentazione per testare un nuovo farmaco contro il tumore e anche in questo caso ci sono state controindicazioni, tra cui un'eruzione cutanea e forti sbalzi di pressione. Dopo che i medici sono riusciti a stabilizzare la situazione, mi hanno sottoposto a una cistectomia radicale con asportazione della vescica. Hanno creato una nuova vescica utilizzando 40 centimetri del mio intestino. Ho avuto delle piccole complicazioni postoperatorie che per fortuna si sono subito risolte. Il mio giudizio sull'Istituto dei Tumori è decisamente positivo. In una fase estremamente dedicata della mia vita mi sono trovato circondato da ottimi professionisti. Tuttora mi reco in quest'ospedale per i controlli semestrali, sono finalmente tornato a nuotare in piscina e la mia vita è tornata come prima. Sono passati due anni dall'intervento chirurgico e oggi sto abbastanza bene.

Nel periodo immediatamente successivo alle terapie ho notato con mio estremo rammarico che, personale medico a parte, non avevo nessun altro genere di supporto in ospedale. Certo intorno a me ho avuto la mia famiglia e soprattutto mia moglie che è stata un punto di riferimento molto importante durante la malattia. Ma non tutti possono avere la mia stessa fortuna. Una persona quindi può correre il rischio di trovarsi sola durante e, soprattutto, dopo la malattia.

I momenti più difficili per un paziente oncologico sono determinati proprio dagli spazi "vuoti", quando è fuori dall'ospedale e dal percorso

di cura. Ho deciso che dovevo fare qualcosa e quindi insieme con altri ho fondato nel 2014 l'associazione Palinuro il cui nome esteso è Associazione Pazienti Liberi dalle Neoplasie Uroteliali ([www.associazionepalinuro.com](http://www.associazionepalinuro.com)).

Il tumore alla vescica è una neoplasia intorno alla quale ci sono poco approfondimento, informazione e ricerca medica. L'innovazione delle terapie è veramente carente e l'intervento più frequente è quello chirurgico che porta problemi legati all'incontinenza, alla funzionalità intestinale, alla vita sessuale e tanti altri aspetti fisici e psicologici.

Una volta guariti, la maggior parte degli ex pazienti non vuole più interessarsi alla patologia e non parla facilmente dei propri problemi.

Durante il mio percorso clinico ho avuto occasione di confrontarmi con altri compagni di reparto e tutti condividevamo queste opinioni. Ci sentivamo un po' soli nonostante gli ottimi medici a nostra disposizione e l'amorevole comprensione dei parenti. Così, all'interno dell'Istituto, con persone che si sono conosciute tra una chemio e l'altra, abbiamo fondato questa Associazione. Palinuro vuole essere una rete di assistenza e supporto per i pazienti: per questo organizziamo incontri negli ospedali, prepariamo materiale informativo e vogliamo iniziare a raccogliere fondi per sostenere la ricerca contro le neoplasie uroteliali. Siamo quasi tutti ex pazienti e quindi sappiamo come approcciarci a chi sta soffrendo. In più, abbiamo nella nostra squadra importanti specialisti, tra cui il prof. Massimo Maffezzini, uno dei medici che mi ha preso in cura all'Istituto Tumori di Milano.

Per me la malattia è sempre presente perché quando vivi un'esperienza di questo tipo, non si può cancellarla dalla memoria. Oggi vivo nella filosofia del "carpe diem" e non mi lascio sfuggire le piccole gioie e le soddisfazioni. Sento di dover seguire, sostenere e ascoltare le persone che iniziano ad affrontare questa malattia. Alla mia età – non so quanto mi resta da vivere – se per un po' di anni andrà avanti così, ne sarò felice.

CLELIA:

“Sono tre i tumori che mi hanno colpito, quello alla vescica il più duro... ma non perdo il coraggio”

Ho 82 anni, abito a Bologna, sono sempre stata casalinga. Fisicamente ero sanissima, sono arrivata all'età di 63 anni senza sapere cosa fosse una compressa. Fino a quando il cancro mi ha colpito per ben tre volte nel giro di pochi anni. Nel 2004 sono stata operata al colon per un carcinoma. Dopo esami del sangue di routine, è emerso che il livello di emoglobina era molto basso e quindi mi è stato consigliato di svolgere l'esame delle feci per la diagnosi del tumore del colon-retto. Il risultato è stato positivo; da quel momento ho subito cinque cicli di chemioterapia, che però mi ha causato una forte allergia, sono stata davvero malissimo. Mi ero appena ripresa quando, due anni dopo, nel 2006, mi è stato diagnosticato un altro cancro, questa volta al seno. Per questo problema sono stata sottoposta a radioterapia e da alcuni anni assumo delle pastiglie di aromasin. Tiravo avanti, nonostante le brutte sorprese e le cure che dovevo affrontare. Poi, all'inizio del 2009, ho scoperto di avere un nuovo tumore, questa volta alla vescica...

Me ne sono accorta perché provavo molto dolore ogni volta che urinavo. Da una cistoscopia e una TAC è arrivata la terza spiacevole diagnosi. Un oncologo dell'ospedale Malpighi di Bologna mi ha raccomandato al suo collega, il prof. Giuseppe Martorana. Dopo una breve visita mi hanno detto che dovevo essere operata alla svelta, non c'era tempo da perdere. Fisicamente stavo davvero male in quel momento, non riuscivo nemmeno più a camminare dal dolore che provavo. Sono stata ricoverata, la prima operazione è consistita in un raschiamento alla vescica, che mi ha provocato un fortissimo dolore. Disperata, ho telefonato al prof. Martorana per chiedergli cosa potevo fare. Lui con estrema sincerità mi ha detto che l'unica soluzione era stringere i denti, il dolore sarebbe passato. Invece non scompariva, anzi aumentava. Sono stati mesi di inferno, finché stanca e duramente provata, angosciata perché non vedevo miglioramenti, ho fatto un nuovo controllo. Il raschiamento non bastava, era necessaria una seconda operazione che però non poteva essere effettuata prima di sei mesi. Ho pregato Martorana di accelerare i tempi, perché non sarei stata in grado di aspettare così tanto in quelle condizioni. Per mia fortuna dopo tre mesi, nel luglio del 2009, sono rientrata in sala operatoria. L'intervento è andato bene, anche se ha messo a dura prova l'intero mio organismo. Sono stata per sedici giorni in ospedale, molti di questi a

digiuno. E una volta dimessa, pur essendo più tranquilla nella mia casa, per rimettermi in sesto c'è voluto davvero molto tempo. Il problema più grande è stato la sensazione continua di nausea, passata solo un anno dopo l'operazione. Ovviamente in quelle condizioni ho sempre mangiato pochissimo. Mi sono sforzata di non rifiutare il cibo, ma ho perso sei chili in pochi mesi. L'intestino a poco poco si è sistemato e ha ricominciato a funzionare normalmente. Ho così finalmente perso quell'insopportabile sensazione di dover sempre rigettare il cibo.

Durante l'intervento alla vescica i chirurghi non sono riusciti a ricostruire la parte malata, adesso ho il sacchetto. La convivenza con quest'apparecchio sostitutivo è molto difficile, ho sempre la paura che si stacchi. Vestirsi, dormire, salire le scale sono tutte operazioni che complicano la mia quotidianità. Ma bisogna andare avanti, anche se è piuttosto dura. Con il tempo ho imparato ad accettare il sacchetto e lo considero quasi parte integrante della famiglia chiamandolo in modo scherzoso con i miei figli "l'altro figlio", dopo mesi in cui ero terrorizzata ad assentarmi a lungo fuori casa per la paura che si staccasse in mezzo alla gente, o in luoghi all'aperto, ho adottato un piccolo accorgimento. Facendo un controllo visivo e accurato riesco a capire se devo sostituirlo oppure posso rimanere fuori casa senza timore di sorprese indesiderate. Tra le tre diverse forme di tumore che ho dovuto affrontare, quella alla vescica è stata senza dubbio la più complessa e con le conseguenze più dure. Sono guarita dal tumore del colon che non mi ha mai recato eccessivi problemi. Lo stesso è successo per quello al seno. Al Malpighi di Bologna mi sono trovata bene anche se dovevo condividere la camera con altre cinque donne, ma si sa che in ospedale non si può essere troppo schizzinosi. Oltre che dai medici, io e la mia famiglia abbiamo ricevuto un prezioso aiuto anche dal personale infermieristico. Tutti sono stati davvero molto gentili, comprensivi e umani. In particolare devo ringraziare Luca: è stato lui a insegnare a me e a tutti i miei famigliari la delicata procedura del cambio del sacchetto. Abbiamo imparato subito come si fa, è stato davvero un ottimo insegnante. Nella mia vita, il cancro è stata una triplice esperienza che ho vissuto insieme ai miei due figli, che ne sono usciti molto provati, perché molto attaccati alla loro mamma... È stata importante anche la presenza del mio compagno. Ora sto meglio, cerco il più possibile di non dare troppi pensieri, di pesare il meno possibile su chi mi sta vicino. Per il futuro mi auguro solo di star bene, ma andando avanti con gli anni, mi devo rassegnare, ci saranno altri problemi di salute, già ne accuso agli occhi, alla schiena, alle gambe. Tutte cose che so essere normali, segni dell'età, che cerco di accettare.

LEONARDO:

## “Un check-up aziendale ha scoperto la malattia e la mia vita è cambiata per sempre”

Tutto è accaduto nove anni fa. Già da molto tempo soffrivo per un adenoma prostatico e per questo tenevo controllato il PSA attraverso test annuali, che la mia azienda mi concedeva presso il CDI di Milano. A un certo punto il mio PSA ha evidenziato valori e trend compatibili con una patologia di tipo oncologico. Mi sono subito recato al Policlinico di Milano, per sottopormi a una serie di biopsie della prostata che hanno evidenziato uno stato di precancerosi. La probabilità d'insorgenza di un tumore maligno era molto alta, ma la diagnosi definitiva del cancro è avvenuta solo qualche mese dopo. Quella volta, però, ho avuto non una ma due grandi brutte sorprese: un adenocarcinoma alla prostata e un tumore del colon-retto. Io, mia moglie e le mie due figlie siamo stati come folgorati da una diagnosi così terribile e spietata. Abbiamo deciso di rivolgerci subito all'Ospedale S. Raffaele di Milano, dove gli oncologi mi hanno comunicato che dovevo al più presto subire due interventi per asportare entrambe le neoplasie. Nella prima settimana di giugno del 2006 sono stato operato dal dott. Marco Cristallo per l'ADK all'ampolla rettale, poi nell'ottobre seguente sono stato sottoposto a una prostatectomia radicale dal prof. Renzo Colombo. Non è stato un momento facile: i medici con estrema sincerità mi hanno comunicato fin da subito che ero un paziente complicato da gestire. Sono obeso e soffro di ipertensione fin da quando avevo 30 anni. Sono stato molto soddisfatto per l'esito del primo intervento relativo al colon-retto grazie alla grande esperienza del dott. Cristallo. Il secondo intervento di prostatectomia radicale si è presentato molto più complesso, considerando anche le mie condizioni e la mia scelta relativa alla tecnica operatoria del nerve sparing. L'intervento, infatti, non è stato in grado di eradicare subito completamente la malattia, permanendo ancora dei residui di attività biochimica evidenziati attraverso una certa instabilità del PSA; i medici hanno preso in considerazione la radioterapia, visto che da parte mia non era troppo gradita la vigile attesa. Così all'inizio del 2008 sono stato sottoposto a 26 cicli di Tomoterapia, grazie alla quale il PSA si è finalmente azzerato. Ma devo ammettere che non è stata proprio una passeggiata: la cura provoca, infatti, numerosi effetti collaterali. Ho avuto anche forti

problemi di equilibrio, ma non è dimostrabile che il disturbo sia stato causato proprio dalla Tomoterapia.

In questi anni, in cui ho dovuto combattere contro il tumore, ho affrontato anche una terribile esperienza dal punto di vista umano. Un mio collega, nonché carissimo amico, è morto proprio a causa di un carcinoma prostatico particolarmente aggressivo. Sono ormai certo che, in questa particolare esperienza della vita che si chiama “cancro”, bisogna avere anche un po’ di fortuna. Io credo di averla avuta e questo anche grazie al San Raffaele. Qui mi sono trovato davvero benissimo, il personale oltre ad essere molto preparato affronta con particolare attenzione l’aspetto umano della malattia. Ti senti seguito, non sei mai lasciato solo come invece, a volte, capita ad alcuni pazienti oncologici in altre strutture. Devo riconoscere di essere un malato molto “particolare”, perché ho sempre assillato i medici e tutto il personale sanitario con mille domande. Talvolta mi chiedevo e ancora mi chiedo, vista la mia struttura mentale, se mi preoccupa più il non conoscere o la malattia. Ho sempre cercato di capire con precisione ciò che mi stava capitando e non mi sono quasi mai accontento di una sola spiegazione. Da questo punto di vista il San Raffaele è stato eccellente. Ho studiato ingegneria e da sempre ho una grande passione per tutta la ricerca scientifica, anche per quella medica. Devo ammettere che la malattia ha fatto crescere questa mia passione. Il tumore alla prostata è una patologia molto complessa, ed è difficile trovare un unico professionista che possieda una conoscenza multidisciplinare approfondita e che quindi abbia una visione globale del disturbo. Adesso la mia situazione clinica si sta stabilizzando e da qualche anno mi sento decisamente meglio, tuttavia a livello sessuale non sto vivendo molto bene gli effetti collaterali delle cure a cui sono stato sottoposto. Per contrastare la disfunzione erettile mi era già stata prescritta qualche anno fa una terapia, che però non ho potuto seguire a causa della scarsa compatibilità dei farmaci per la disfunzione erettile con quelli attinenti altre patologie da cui sono affetto: fibrillazione atriale e ipertensione arteriosa. Mi prefiggo di riconsiderare la cosa avvalendomi ancora una volta del supporto di qualche cardiologo del San Raffaele. La mia battaglia contro il cancro non solo non è finita, ma sono molto fiducioso di riuscire ancora una volta a vincere, magari anche con un po’ di fortuna e ovviamente con l’aiuto degli amici del San Raffaele.

ENRICO:

## “Più che un malato oggi mi sento un sorvegliato speciale”

La mia esperienza mi ha insegnato che non sempre di fronte ad un tumore bisogna intervenire tempestivamente, aggredendolo con cure più o meno intensive. A volte basta osservarlo, tenerlo sotto controllo e solo se necessario sottoporsi a terapie. Molte neoplasie sono dormienti e affrontarle con chemioterapia o ormonoterapia provocherebbe più danni che benefici alla salute.

È stato questo il mio caso: colpito da un tumore alla prostata nel 2008, mi è stato diagnosticato un carcinoma in seguito ad una biopsia che ho svolto in un ospedale milanese. La scelta di quell'esame è stata in realtà un errore, perché il livello di PSA era tutto sommato relativamente basso. Molto probabilmente un altro medico non me l'avrebbe prescritto, anche perché quel test per poco non mi costava la vita. Ho avuto una serie di complicazioni, che mi hanno portato a un avvelenamento molto serio. In un primo momento, avrei dovuto sottopormi addirittura a una dialisi; poi, per fortuna, dopo una degenza in ospedale durata 14 giorni, mi sono lentamente ripreso. I medici mi hanno spiegato che sono eventi che possono capitare, quando ci si sottopone a esami molto invasivi. Ho avuto dunque questa crisi gravissima, pur non direttamente collegata alla neoplasia.

La mia prima reazione alla diagnosi di cancro è stata scioccante, anche perché avevo appena affrontato la brutta esperienza della biopsia.

“Cancro” è una parola che incute sempre timore, anche se oggi sappiamo che non è più sinonimo di male incurabile. La medicina e gli specialisti hanno ottenuto grandi successi contro questa malattia. Nonostante i miei studi umanistici ero a conoscenza di tutte queste informazioni mediche e sapevo che potevo guarire. Però leggere sulla propria cartella clinica la parola “cancro” è una sensazione che non auguro a nessuno.

Personalmente, avevo già avuto esperienze molto negative con il tumore. La mia prima moglie è deceduta per un carcinoma della mammella e anche alcuni carissimi amici sono scomparsi a causa di questo male.

Per tutte queste ragioni la scoperta di essere affetto da un tumore è stato un momento drammatico, che non dimenticherò mai. Ricordo

ancora il mio primo desiderio... liberarmi al più presto della neoplasia. Sono così entrato in cura all'Istituto Tumori di Milano e il medico che mi seguiva in un primo momento ha optato per un ciclo di radioterapia. In seguito a successivi accertamenti ha pensato di intervenire chirurgicamente. L'obiettivo era cercare una terapia che potesse garantirmi una buona qualità di vita. Ma alla fine i medici, tenendo conto di una serie di parametri, tra cui anche la mia età, sono arrivati alla conclusione di non procedere in alcun modo. Il termine tecnico preciso è "sorveglianza attiva"; in altre parole, ci si comporta con il tumore come dice il proverbio: "non ti arresto, ma ti tengo d'occhio".

Nel mio caso specifico, intervenire con il bisturi avrebbe provocato conseguenze gravi ed invalidanti. Così da oltre sette anni sono in sorveglianza attiva. Certo, all'inizio è difficile anche solo concepire di essere ammalati e al tempo stesso non ricevere nessuna cura. Poi ti abitui e capisci che si può vivere benissimo anche con il cancro. È fondamentale monitorare scrupolosamente lo stato di salute e come prima cosa il livello di PSA che, per mia fortuna, è costantemente diminuito.

Ogni tre mesi mi sottopongo a questo controllo, ogni sei mesi faccio una visita e ogni due anni circa effettuo una biopsia. Quest'ultimo esame, a differenza della prima volta, non mi ha più procurato alcun problema.

Adesso al tumore non ci penso quasi mai e non ho per niente paura. Non lo dico per darmi forza o per sminuire quello che mi è capitato, la malattia è una presenza marginale nella mia esistenza. Anche se sono in pensione, e nonostante il cancro, continuo a lavorare e a studiare, che nel mio caso sono sinonimi. Sono, infatti, un ex professore: ho sempre insegnato storia della filosofia all'Università Statale di Milano. Da qualche anno sono direttore della *Rivista di Storia della Filosofia*, una pubblicazione molto autorevole, che è considerata in classe A secondo tutta una serie di complicati parametri.

Quest'attività assorbe moltissimo tempo, però sa darmi incredibili soddisfazioni. Da giovane ho sempre praticato sport, poi col passare degli anni ho progressivamente abbandonato l'attività fisica.

Ancora adesso cerco di tenermi in movimento il più possibile.

Cammino tantissimo per le strade di Milano, perché ho un cagnolino e non lo posso tenere tutto il giorno chiuso in casa. Con la scusa che lo devo portar fuori, ne approfitto per fare qualche passo.

In questi anni di sorveglianza attiva, la malattia non mi ha ma

impedito di dedicarmi a un'altra mia grande passione: i viaggi. Sono stato in posti stupendi con la mia famiglia, anche molto distanti dall'Italia come in America, in Australia e in Africa. Certo, al mio prossimo compleanno compirò 80 anni e, quindi, non posso avere le stesse prospettive per il futuro di un mio studente. Però sono lo stesso fiducioso e guardo sempre avanti con un po' di sano ottimismo.

BARBARA:

## “La gioia di essere mamma, poi la doccia fredda: avevo un tumore”

Ho 49 anni e abito in provincia di Bergamo. Il 2 luglio del 2007 ho dato alla luce il mio secondo figlio e, subito dopo il parto, ho notato una massa sulla parte sinistra dell'addome. Durante tutti i controlli svolti, nel corso della gravidanza, nessun medico si era accorto di nulla. Eppure quando mi toccavo sentivo qualcosa di strano, ma ignoravo cosa potesse essere e non ho voluto approfondire. Alle mie domande i medici risposero che si trattava dell'utero che doveva ancora rientrare in sede. Quando tornai al reparto maternità per togliere i punti, la ginecologa di turno quel giorno non era della stessa opinione. Mi fece un'ecografia addominale che ha così svelato che quella massa di 19 centimetri per 19 era in realtà un tumore del rene. Il medico che mi aveva visitato è stato categorico: dovevo essere operata immediatamente.

Tutto è diventato frenetico. Mi dicevano che dovevo prenotare una TAC, io correvo a prenotarla e poi tornavo ad allattare il mio piccolino. Mi dicevano di mandare urgentemente il referto dell'ecografia e io spedivo mail e fax. Poi tornavo ad occuparmi del pranzo e dell'organizzazione del nuovo assetto familiare. Mi sentivo un automa.

Per fortuna, un carissimo e preziosissimo amico ha fermato la trottole.

Ha preso per mano me, mio marito e i nostri due bambini e ci ha accompagnato fino a Como, all'Ospedale “S. Anna”. Lì ho incontrato per la prima volta il prof. Giario Conti un uomo di straordinaria umanità e un medico eccezionale che ha cambiato il corso della mia vita.

Dopo avermi visitata il prof. ha confermato la diagnosi: dovevo essere operata al più presto e l'intervento era ad alto rischio. Non avevo alternative e neanche molto tempo per scegliere cosa fare. Ero frastornata e disperata perché avevo partorito solo da poche settimane e l'altro figlio aveva due anni. Immaginavo di tutto tranne che di dover decidere se affrontare un intervento salvavita. È stato un momento difficilissimo. I minuti passavano e io ascoltavo quel medico che cercava di infondermi fiducia.

La mia paura è diminuita dopo il colloquio e io volevo assolutamente che il prof. Conti mi operasse e mi togliesse quel maledetto tumore. La massa era così grossa da non poter essere rimossa dal fianco e quindi hanno dovuto aprirmi tutto l'addome. Per molto tempo ho avuto parecchie difficoltà a camminare, piegarli o prendere in braccio i miei bambini.

Mi hanno raccomandato un mese di riposo assoluto ed io ho seguito scrupolosamente ogni indicazione.

Su consiglio del prof. Conti, ho preso contatti con il reparto di Oncologia di Bergamo: volevo essere seguita in una struttura vicino a casa. Nella mia città, ho iniziato ad andare anche dallo psicologo, ho capito che avevo assolutamente bisogno di questo sostegno. Quando il cancro entra nella tua vita, anche se lo fa in modo dirompente come nel mio caso, non riesci ad accorgerti subito dei danni e dei cambiamenti che provoca. Tutto il tuo mondo, la tua vita e quella delle persone che vivono a stretto contatto con te vengono inesorabilmente stravolti. E da soli diventa tutto più difficile perché i problemi sono tanti così come la sofferenza. Mio marito ha dovuto prendersi il congedo di attesa dal lavoro. Ma questa è stata anche una benedizione. Abbiamo affrontato tutto insieme e, seppur in forti difficoltà, abbiamo cresciuto insieme i nostri bimbi. Non ci siamo fatti fermare dalla malattia: tre mesi dopo l'intervento, con tutte le incognite del caso, abbiamo firmato il contratto (e anche il mutuo) per una nuova casa, affrontato i lavori di ristrutturazione e il trasloco.

A ottobre del 2008 ho subito un intervento di ricostruzione dell'addome. Ho dovuto aspettare più di un anno, perché tutte le ferite interne al mio corpo si cicatrizzassero. Questa seconda operazione è stata un po' più complicata del previsto, e ho rivissuto gli stessi problemi di deambulazione del 2007. Per più di tre anni, ho dormito seduta e tante altre azioni quotidiane come alzarmi, prendere in braccio i bimbi, cambiare i pannolini sul fasciatoio sono diventate molto difficili e spesso impossibili. Finalmente sembrava che la situazione stesse migliorando, mi sentivo meglio, andavo ai controlli da sola e avevo anche ripreso a lavorare part-time. Proprio in quel momento sono comparse le prime metastasi. Il colpo è stato veramente duro, forse ancor più della diagnosi iniziale. Le metastasi sono il vero spartiacque: lì ho capito che non avrei più potuto guarire dal cancro. Era la vigilia di Natale del 2010. I nuovi esami hanno evidenziato una massa al fegato e al polmone, una ai tessuti molli della colonna vertebrale (L5) e un linfonodo ingrossato. E così è ricominciato tutto: ospedali, esami, bambini da affidare a qualcuno per la notte, corse per avere al più presto una biopsia. Siamo andati ad Arezzo dal prof. Sergio Bracarda, uno dei massimi esperti del tumore del rene che con molta franchezza ci ha consigliato di intervenire chirurgicamente. Mi ha indirizzato ancora una volta dal prof. Conti che è stato quindi di nuovo la nostra salvezza. Si trattava, infatti, di un intervento ad alto

rischio. L'11 febbraio 2011 ho subito una doppia rimozione: una al linfonodo ingrossato e l'altra al fegato. Il tutto è durato più o meno 10 ore e l'intervento è stato brillantemente superato. L'8 marzo 2011 è stata invece la volta della colonna vertebrale: rimozione radicale della massa a carico dei tessuti molli della L5.

In seguito è cominciata una nuova avventura: le chemioterapie con i nuovi farmaci biologici. Queste cure hanno l'obiettivo di far "morire di fame" il tumore. Si assumono per via orale e gli effetti collaterali non mancano. Non ho perso i capelli ma, in seguito alle cure, si sono completamente sbiancati. Ho cominciato con un protocollo sperimentale, che ho portato avanti per due anni. Nel gennaio 2013 però un controllo ha evidenziato una nuova formazione a carico del fegato. Quella bestia di cancro non voleva proprio sapere di arrendersi. Ma io sono determinata a vender cara la mia pelle. Mi sono affidata al prof. Colledan, dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Il 2 aprile 2013 sono entrata in sala operatoria per un epatectomia radicale destra. A maggio, prima di iniziare una nuova terapia chemioterapica, le metastasi al polmone erano diventate nove. Io e mio marito abbiamo letto il referto prima di entrare in studio dall'oncologo, con i nostri due bambini per mano. Tre mesi dopo nuova TAC di rivalutazione e le metastasi sono diventate venti di cui una è già 2,5 centimetri. È stato un altro durissimo colpo. Un malato di cancro sopporta ogni genere di dolore nella speranza che serva almeno a contrastare la malattia. Un referto del genere metterebbe KO anche il più tenace dei combattenti. Questo però è purtroppo un altro degli aspetti poco entusiasmanti di chi è costretto a convivere con il cancro: non ci sono certezze, nessuno ti può dire quanto durerà e la situazione può cambiare da un momento all'altro, anche in bene voglio pensare. Puoi solo cercare di concentrarti sull'oggi, costringerti a continuare a progettare e sperare e gioire, gioire per tante piccole grandi cose che senza il tumore difficilmente avresti apprezzato.

Da agosto 2014 sto sottoponendomi all'ennesima nuova terapia, con un farmaco di recente uscita. A volte non riesco a camminare, perché si formano piaghe sotto i piedi e alle mani. Altre volte sono talmente stanca che non mi alzo dal letto per giorni. Faccio molta fatica a ingerire il cibo, perché "brucia" qualsiasi cosa che mangio. Inoltre, la tiroide e la pressione sono alterate. Adesso il disturbo più grosso è in bocca: ho la lingua tutta tagliata e le gengive che si gonfiano. Non sono proprio dei farmaci innocui, però, devo assolutamente proseguire con le cure. Ai miei bambini, né io né mio marito abbiamo ancora

parlato specificatamente di cancro. Sanno che la loro mamma soffre di una malattia abbastanza grave, che la costringe a prendere dei medicinali, che a volte la fanno stare male. Non è facile essere madre e paziente oncologica. A volte, durante la cena, devi scappare in bagno a vomitare, oppure non mangi per un giorno intero o manchi da casa per visite e terapie. Sono tutte cose che i miei figli, per quanto piccoli, riescono già a notare. Ma è soprattutto per loro, che sopporto tutto questo! Devo riuscire (spero il più a lungo possibile) a continuare a combattere la mia battaglia contro il tumore.

LUIGI:

## “Sono stato malato, è vero, ma alle gare podistiche non rinuncio”

Molte persone cominciano a praticare sport da bambini e poi continuano fino a quando arrivano all'età adulta. Io invece, sotto questo aspetto, posso dire di essere un anticonformista, ho iniziato a fare un po' di moto solo molto tardi nella vita. Ho sempre condotto una vita sedentaria e lo sport preferivo guardarlo in TV. Poi lavoravo in posta e quindi dal punto di vista fisico la mia professione non è mai stata pesante. Quando sei giovane, non pensi che l'inattività possa provocare problemi di salute nel futuro ma poi, quando arrivi a 50 anni, ti accorgi che sei in sovrappeso, che per più di 20 anni hai fumato e che soprattutto non hai quasi mai mosso un muscolo! Allora decidi di “correre ai ripari” nel vero senso della parola. Il mio medico mi ha prescritto un farmaco molto particolare, ma estremamente efficace per prevenire tutta una serie di malattie: l'attività fisica. Ho iniziato con qualche camminata vicino a casa, poi ho proseguito con la corsa vera e propria. All'inizio è stata davvero dura, il mio fisico non era proprio abituato e dopo un paio di chilometri ero costretto a fermarmi. Poi sono riuscito a prendere il ritmo, i muscoli e i polmoni facevano sempre meno fatica. Non l'avrei mai detto, ma correre mi piaceva e ho iniziato a prenderci gusto e a farlo non solo per una questione di salute. Certe passioni esplodono quando meno te lo aspetti: così ho cominciato seriamente ad allenarmi dalle tre alle quattro volte la settimana. Il passo successivo è stato iscrivermi a qualche gara. Negli ultimi 20 anni, ho partecipato a competizioni di dieci chilometri, mezze maratone fino alla più terribile, ma anche la più bella di tutte le gare: la maratona. Oggi ho 73 anni, mi alleno quattro volte la settimana e corro almeno 50 chilometri. Non è facile alla mia età, anche perché nel frattempo ho avuto qualche problema.

La gara più difficile della mia vita non è stata correre i mitologici 42 chilometri e 195 metri come Fidippide. È stata affrontare una malattia che ho scoperto di avere circa una decina di anni fa e che si chiama “cancro alla prostata”. Come stabilito dal CONI quando inizi a gareggiare devi svolgere tutti gli anni delle visite specifiche per ottenere l'idoneità sportiva. Durante uno di questi controlli, mi è stato esaminato anche il livello di PSA nel sangue. Era altissimo e mi sono rivolto immediatamente all'Ospedale Policlinico di Napoli, dove

all'epoca lavorava il prof. Vincenzo Altieri. Ho reagito da subito bene alla malattia, nel senso che non mi sono né spaventato né rassegnato passivamente all'idea di avere un tumore. Mi sentivo bene, tanto è vero che ho continuato a correre anche dopo la diagnosi. Per mia fortuna, il cancro che mi ha colpito non è mai stato troppo aggressivo e, a differenza di tanti altri uomini, non ho dovuto subire chemioterapie o operazioni chirurgiche. Quindi mi sono risparmiato anche i relativi effetti collaterali di queste cure. D'accordo con il prof. Altieri ho dovuto seguire una terapia farmacologica in compresse, che consentono di tenere sotto un determinato livello il PSA. Dopo soli quattro mesi, infatti, è tornato a zero, tanto che il professore decise di sospendere le cure. Purtroppo, dopo poco tempo, ho dovuto ricominciare l'assunzione dei medicinali, cosa che faccio ancora oggi. Inoltre, ogni anno, mi sottopongo a regolari visite al Policlinico di Napoli. Nel primo periodo i controlli erano mensili, poi sono diventati semestrali, da alcuni anni ogni 12 mesi. Le pillole che assumo non mi hanno mai provocato nessun effetto collaterale, mi ritengo davvero fortunato. Non so dire se è stata la vita sedentaria che ho condotto fino a cinquant'anni a causarmi la malattia. L'unica certezza è che nella mia famiglia il cancro alla prostata non era una novità, perché ho avuto parenti molto stretti che hanno vissuto la mia stessa esperienza. Ma io non mi sono mai sentito in pericolo. Durante questi anni ho potuto contare sulla vicinanza di mia moglie e dei miei due figli. La nostra è una famiglia molto unita: mi hanno sempre aiutato, accompagnandomi ai controlli medici, ricordandomi le medicine e standomi a fianco nei momenti più difficili. La malattia non ha mai fermato la mia voglia di correre e ho intenzione di continuare a gareggiare, finché il fisico me lo permetterà. Da quando ho iniziato, ho imparato tante cose su modalità di allenamento, respirazione, tecnica di corsa e stretching. Mi trovo regolarmente con un gruppo di corridori, ci alleniamo tutti insieme e partecipiamo ad alcune gare. Oggi sono il loro coach! Ogni tanto mi ricordo di avere un cancro, ma questo non è un peso, anzi, rappresentano uno stimolo in più per cercare di migliorare anche le mie performance atletiche.

CLARA:

## “L’emozione di tornare in classe dopo le cure, un giorno davvero indimenticabile”

Settembre per me è il mese più brutto dell’anno e il motivo è molto semplice: in questo periodo finiscono le vacanze e ricomincia la scuola. Nessuno sfugge a questo destino, né gli studenti né chi, come me, è una professoressa d’inglese alle Superiori. Proprio in quel mese del 2013, una mattina – dopo solo pochi giorni di lavoro – ho avuto una strana e improvvisa emorragia.

Lo spavento è stato grande e mi hanno portato di corsa al pronto soccorso dell’Arcispedale S. Anna di Ferrara, la città dove vivo. Ho eseguito una serie di esami approfonditi tra cui anche la resezione di un polipo con successiva biopsia. L’esito finale è stato terribile: carcinoma infiltrante della vescica di alto grado. La diagnosi è stata davvero inaspettata, ho sempre avuto un’ottima salute e non ho mai saltato un solo controllo medico. Anche dal ginecologo sono sempre andata per le consuete visite specialistiche annuali come pap test ed ecografie. L’unico problema di cui soffrivo di tanto in tanto, è stata la cistite con il suo classico e fastidiosissimo bruciore. Ma niente di grave, bastava prendere degli antibiotici e il problema scompariva.

In quel settembre nero del 2013 la mia prima reazione al cancro è stata la disperazione totale. Ho rifiutato di credere che fosse vero quello che mi stava capitando. Preferivo pensare che si trattasse di uno scherzo di pessimo gusto che il destino mi aveva riservato. Purtroppo la realtà era un’altra. Avevo una grave malattia e volevo uscirne al più presto. Nel giro di pochi giorni ho deciso di reagire e l’istinto di sopravvivenza ha preso in me il sopravvento. Dovevo trovare la persona giusta per sottopormi a quel delicato intervento, sapendo però che non avevo tempo da perdere.

Ho iniziato a girare diversi centri specializzati in Emilia e Lombardia alla ricerca di quello migliore dove svolgere l’operazione. Tutti i medici che ho interpellato mi hanno posto davanti a due alternative, entrambe poco allettanti. La mia vescica sarebbe stata interamente rimossa.

Durante l’intervento bisogna valutare se fosse stato possibile ricostruire l’organo attraverso altri tessuti del mio corpo. Oppure avrei avuto per il resto della vita un sacchetto esterno per la raccolta dell’urina.

Tuttavia la mia preoccupazione primaria è stata fin dall’inizio sopravvivere e sconfiggere il cancro, con quale metodo e con quali

conseguenze mi interessava davvero poco. Alla fine un conoscente mi ha parlato molto bene del prof. Giuseppe Martorana della clinica urologica del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna. Sono andata nel capoluogo emiliano e ho deciso immediatamente che sarebbe stato lui a operarmi.

Sinceramente non so dire cosa mi abbia convinta. Forse è stato l'istinto, oppure la professionalità o la sensazione di assoluta fiducia che ho provato fin da subito nei confronti del professore. A Bologna tutto il team che mi ha seguita, dal primario all'infermiere, dall'anestesista all'infermiere mi ha dato un senso di tranquillità, pace e sicurezza: mi sono affidata a tutti loro completamente. La mia scelta non poteva essere migliore.

Nel novembre del 2013 sono stata operata e durante l'intervento hanno effettuato una biopsia per verificare se l'estensione della patologia verso il collo vescicale consentisse la ricostruzione della vescica secondo Studer. I chirurghi hanno potuto ricostruire l'organo togliendomi un pezzo di intestino e confezionando una sacca che svolge la funzione della vescica. Il post intervento è stato meno doloroso di quanto pensassi grazie alla morfina che ha azzerato il dolore, ma risvegliarsi in un letto con otto tubi che escono dal tuo corpo non è una sensazione piacevole. Il primo ricordo, uscita dalla sala operatoria, è stato quello di un'infermiera, Alessandra, che mi accarezzava la testa. Una sensazione così piacevole che mi è rimasta in mente dopo tanto tempo. Il ricovero è durato tre settimane e in questo periodo ho realizzato come fossi cambiata per sempre. È qualcosa difficile da accettare soprattutto nei primi giorni dopo l'operazione. Per quasi tre settimane ho avuto un catetere e i medici mi hanno insegnato ad adattarmi al nuovo corpo che ha delle caratteristiche completamente diverse.

La "nuova vescica" segue delle sue regole. Io non sento lo stimolo di dover andare in bagno. Ho imparato a capire e distinguere in maniera profonda i piccoli movimenti e le nuove sensazioni del mio corpo. Perché esistono dei segnali sottili e solo con il tempo si è in grado di individuarli. È fondamentale ascoltare molto attentamente il proprio organismo, perché non ho più le stesse manifestazioni che avevo prima. L'elemento psicologico è fortissimo, si ha un forte ribrezzo, un rifiuto per un corpo che non si è più capaci di controllare. L'impressione è quella di essere invecchiati di 40 anni in un solo giorno. Inoltre, diventare incontinente, e all'inizio in modo totale, ha escluso, almeno per la prima parte del percorso post-operatorio, qualsiasi attività sessuale. Ho seguito al Laboratorio di Urodinamica

del Sant'Orsola di Bologna, un corso di riabilitazione del pavimento pelvico, svolto da Ambra, un'ottima professionista che mi ha dato un aiuto eccezionale. Mi hanno spiegato alcuni particolari movimenti per la contrazione dei muscoli perineali che se allenati diventano più resistenti così da permettere il controllo della vescica ed evitare la fuoriuscita incontrollata dell'urina. Ho l'obbligo di svuotarla ogni due ore, anche di notte, e quindi devo far suonare la sveglia e andare in bagno a intervalli regolari. Un'esistenza completamente cambiata, a cui bisogna adattarsi. Ma almeno dopo l'operazione non ho più subito nessuna terapia. Ora sto seguendo un percorso di follow-up oncologico, controlli urologici ed effettuo regolarmente TAC con contrasto ogni sei mesi.

Dopo Pasqua dello scorso anno sono anche tornata a lavorare. I miei studenti, nel frattempo, erano stati informati dai colleghi sulle mie condizioni di salute. Alcuni di loro mi hanno scritto, altri hanno mandato regali o comunque hanno manifestato il loro affetto in questo mio momento difficile. Il sostegno e la vicinanza emotiva delle persone intorno a me sono stati fondamentali e in ogni caso anche esperienze durissime come questa hanno paradossalmente un aspetto positivo: fanno apprezzare fino in fondo quale grande regalo sia la vita! Riprendere con l'insegnamento e il mio solito tran tran quotidiano mi ha aiutato a distogliere l'attenzione da un pensiero ossessivo. Una domanda che ti ronza in testa... il tumore ritornerà un giorno? Ovviamente non posso darmi una risposta. Per adesso, so solo che se la mia vita dovesse continuare così, io sarei più che contenta. Adattarsi è difficile... ma non impossibile.

GIOVANNI:

“Parlare della malattia mi è servito, come avrei fatto senza *I Venerdi di Europa Uomo?*”

La prima volta che ho incontrato il cancro è stata circa vent'anni fa. Nel 1995 un tumore all'intestino ha portato via mia moglie. Oggi, grazie alle nuove tecniche e ai farmaci innovativi a disposizione, lei sarebbe ancora viva, ancora vicino a me. Dopo quel tragico evento, ho rimosso la parola “tumore” sia dal mio vocabolario che dalla mia mente. Non ho proprio più voluto pensarci, fino a quando, nel 2013, ho dovuto confrontarmi ancora una volta con la parola e con la malattia: mi hanno diagnosticato una neoplasia alla prostata attraverso una biopsia effettuata dopo una serie di esami del PSA.

Dentro di me è scattato il panico e, pur ottantenne, ho visto svanire tutti i miei progetti, le mie aspettative, le cose che ancora volevo fare e le persone che volevo ancora abbracciare. Mi reputo una persona attiva in ambito professionale e culturale, ho tanti amici: non volevo spendere tutte le mie energie per combattere il cancro. Questo momento – per fortuna – è durato poco anche grazie a una mia sconosciuta forza di reazione. Ancora oggi mi domando dove ho preso le energie e la forza per andare avanti. La riscoperta di una salda fede in Dio? Il desiderio di vedere crescere i miei quattro nipotini? L'estremo desiderio di finire un libro che stavo scrivendo? Forse l'amore dei familiari, dei tanti amici che mi circondavano o la sensibilità umana dei medici che ho incontrato in ospedale. A oggi non sono ancora riuscito a trovare una risposta, ma l'esperienza mi ha fatto capire l'importanza della prevenzione, intesa sia come stile di vita sia come diagnosi precoce. Ho deciso di impegnarmi in qualcosa che le promuovesse entrambe e per questo ho iniziato a frequentare Europa Uomo Italia Onlus, un'associazione dalla quale ho ricevuto un sostegno importante soprattutto durante le prime fasi della malattia. Conosco da molti anni il suo Presidente, il dott. Ettore Fumagalli, perché è Socio onorario dell'AIAF – Associazione Italiana degli Analisti e Consulenti Finanziari, organizzazione di cui io sono sia membro del Consiglio Direttivo che amministratore delegato della controllata AIAF Formazione e Cultura. Quando Ettore ha saputo che avevo un tumore alla prostata mi ha subito invitato a prendere contatto con la Segreteria di Europa Uomo (la mitica Signora Maria) e con il gruppo de “I Venerdi di Europa Uomo”, bella iniziativa che prevede incontri tra pazienti colpiti da tumore della prostata, loro familiari e uno psicologo. L'obiettivo è conoscere persone

afflitte dallo stesso male, raccontare le proprie esperienze, confrontarsi e scambiarsi informazioni pratiche e consigli. Quei pomeriggi hanno rappresentato un momento importante, grazie al quale ho imparato a non avere paura e a convivere con la malattia. Partecipare alla vita associativa è anche un modo per proporre dei miglioramenti, nel campo degli iter burocratici, logistici, conoscitivi ed anche per sensibilizzare le istituzioni e la società civile verso questa patologia.

Dopo la biopsia, ho realizzato che il primario urologo che mi stava curando e il suo patologo non erano d'accordo su quale terapia adottare. Alla fine raggiunto un "compromesso" e mi dissero che dovevo essere operato al più presto. La loro decisione mi ha lasciato molto perplesso, mi sembrava esagerato aprire la pancia a un "giovannotto" di 80 anni. Allora ho espresso tutti i miei dubbi agli amici di Europa Uomo, che mi hanno consigliato di rivolgermi a un altro ospedale per un secondo parere, prima di prendere una decisione definitiva. Fra i centri suggeriti ho scelto di rivolgermi allo IEO – Istituto Europeo di Oncologia di Milano dove, invece, i medici hanno optato per la radioterapia. Grazie ai macchinari modernissimi disponibili in tale centro, hanno potuto curare il mio tumore senza usare il bisturi. Nel corso del 2013 ho svolto un totale di 26 cicli di radioterapia. Gli effetti collaterali, più che sopportabili, mi hanno portato a credere ancora di più nella cura. Il mio tumore è stato bloccato e ora svolgo dei regolari controlli. Il timore della comparsa di metastasi è, per ora, scongiurato.

Spendo parecchio tempo libero nelle iniziative di Europa Uomo. Partecipo all'organizzazione di eventi, "giro nei quartieri di Milano" per parlare di tumore della prostata; insieme a un urologo sempre diverso, infatti, teniamo conferenze aperte al pubblico nei vari centri socio-ricreativi, durante le quali l'argomento principale è la prostata e l'attenzione ai fattori di rischio rispetto al tumore. Il mio ruolo è solitamente quello di presentare l'associazione, spiegare la nostra mission, invitare i partecipanti ad associarsi e a sostenerci. Dopo pochi mesi, da Associato di "Europa Uomo Italia Onlus" sono entrato nel Consiglio Direttivo: il mio modo per sdebitarmi, ora, con l'associazione è di continuare l'impegno in questa splendida realtà che accoglie i pazienti e i loro familiari.

EDOARDO:

## “Dopo la diagnosi ho dovuto superare lo sconforto, il calcio è stato il mio più grande alleato”

Ho 45 anni e vivo a Gallarate, in provincia di Varese. Dal 2008 sto combattendo la mia personale battaglia contro il tumore del rene. Mi è stato diagnosticato attraverso un'ecografia alla quale mi sono sottoposto dopo aver trovato del sangue nelle urine.

In questi anni, ho sempre cercato di affrontare la malattia a testa alta, senza mai perdere il lume della ragione di fronte alle innumerevoli prove che ho trovato lungo la mia strada.

La prima è stata un intervento di nefrectomia. I medici mi hanno completamente asportato il rene sinistro, perché la neoplasia era già troppo estesa e non sono riusciti a salvarmi l'organo.

La seconda sfida è stata, invece, affrontare le cure farmacologiche. All'inizio gli oncologi mi hanno prescritto una molecola, il sunitinib, per due cicli e poi ne ho fatti circa una cinquantina con un altro principio attivo, il sorafenib. L'assunzione di questi medicinali si è accompagnata a una serie di effetti collaterali. Quello più fastidioso, in assoluto, da sopportare è stata la comparsa di “bruciate” importanti sia sulle mani sia sui piedi. Molti pazienti oncologici sono costretti a sospendere questa tipologia terapeutica per colpa delle controindicazioni troppo forti rispetto ai benefici contro le cellule tumorali. Per fortuna non è stato il mio caso, anche se devo riconoscere che la cura a cui sono stato sottoposto è stata abbastanza pesante, ma in fondo non avevo alternative.

La terza prova da affrontare è stata trovare una struttura ospedaliera adeguata perché nella prima, cui mi sono affidato, non mi sono trovato bene. Non sapevo però dove andare e a chi rivolgermi. Un aiuto mi è arrivato da alcuni amici, molto particolari. Diversi mesi prima ho iniziato a frequentare un forum on-line di pazienti. Su questo portale si “incontrano” persone nella mia stessa situazione, ed è possibile scambiarsi commenti, pareri, consigli e raccomandazioni su terapie, strutture ospedaliere, effetti collaterali delle cure, la vita quotidiana con la malattia. Per me è molto importante poter contare anche sull'aiuto e sul supporto dei miei amici virtuali. Mi sono iscritto a questo forum, dopo aver visto un topic specifico dedicato al farmaco che stavo utilizzando in quel momento. Durante uno scambio di opinioni, un altro utente mi ha fortemente consigliato di rivolgermi al Policlinico

S. Matteo di Pavia e al dott. Camillo Porta. Sono riuscito a contattare l'oncologo, che mi ha subito accettato nel suo reparto.

Una nuova operazione chirurgica ha rappresentato la mia quarta prova contro il cancro. Il mio stato di salute nel corso dei mesi è peggiorato. Dopo l'asportazione del rene, ho affrontato un intervento alla colonna vertebrale a causa di una metastasi vertebrale con decompressione midollare. Ora insieme con l'oncologo stiamo cercando di pianificare, quale potrebbe essere la nuova terapia da intraprendere. Gli esami evidenziano una progressione della malattia che è cominciata circa un anno fa. Il dott. Porta mi ha parlato di alcuni farmaci nuovi, ma al momento non abbiamo ancora deciso niente. Un'altra opzione è riutilizzare alcuni medicinali che ho già preso nel corso delle precedenti cure.

Nei numerosi momenti di sconforto, mi viene una grande voglia di giocare a calcio. È sempre stata una mia passione e le partite non le guardavo solo allo stadio o in televisione. Sono stato anche calciatore dilettante. Ovviamente da quando il cancro ha fatto irruzione nella mia vita, ho dovuto appendere le scarpe con i tacchetti al chiodo. Riprendere questo mio hobby sarà la mia prossima sfida. Io sono fiducioso, presto tornerò a sgambettare su qualche campo insieme agli amici. Nelle mie condizioni avere ancora progetti è importante... Vorrei dirlo a tutti: senza fiducia non si va da nessuna parte.

FRANCESCO:

## “La tecnologia è un grande aiuto: è stato un robot a centrare la diagnosi”

Il tumore della prostata è, purtroppo, una triste costante della mia famiglia. Nel corso degli anni ha colpito sia mio nonno che mio padre. Per questo, a partire dai cinquant'anni, iniziai a monitorare regolarmente il mio livello del PSA. Nel 2010, a soli 52 anni, cominciai ad aumentare in modo sensibile, e nell'arco di poco più di 12 mesi era salito da 1 a 20. Non avevo alternative: dovevo sottopormi a esami più approfonditi. Per questo affrontai due biopsie, una nella mia città, e l'altra in centro di riferimento a Milano: entrambe risultarono negative, nonostante l'elevato numero di prelievi. Io sono un ingegnere informatico, non un medico, tuttavia mi sembrava davvero assurdo avere un PSA così alto, crescente in modo esponenziale, e una biopsia negativa. Dovevo fare qualcosa, non potevo vivere con questo dubbio. Così nel 2011 mi recai in Olanda dal prof. Jelle Barentsz, uno specialista all'avanguardia nel campo della diagnostica dei tumori genito-urinari. Nel suo centro di Nijmegen mi sono sottoposto a un esame particolare. La biopsia non mi è stata fatta da un medico, ma attraverso un apposito e innovativo macchinario, una specie di robot. Il prelievo è stato eseguito mentre mi trovavo nel tubo della risonanza magnetica a 3 Tesla; in questo modo i medici potevano vedere bene l'area sospetta e dirigervi con precisione l'ago bioptico del robot. Mentre nelle biopsie precedenti l'ago mi aveva colpito complessivamente, e inutilmente, quasi quaranta volte – tutti colpi a vuoto, nel senso che tutti avevano mancato il tumore – li sono bastati cinque colpi: cinque centri! Di solito prendiamo solo tre campioni, mi disse il dott. Barentsz, ma poiché sei venuto apposta dall'Italia...

La “gita in Olanda” mi era stata suggerita dal prof. Riccardo Valdagni, direttore del “Programma Prostata” all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Io stesso descrissi il mio caso via email al prof. Barentsz un venerdì sera, e il sabato mattina avevo già la sua risposta, con la quale mi invitava a Nijmegen. Insegno Analisi dei Dati all'Università Cattolica, e grazie a quest'attività ho libero accesso a tutta la letteratura scientifica; avevo quindi potuto leggere gli articoli pubblicati dal medico olandese, e recuperarne l'indirizzo email. Le mie sono state tutte scelte consapevoli, e ho potuto rivolgermi ai migliori specialisti. Dopo aver scoperto il cancro, ho iniziato a leggere – con irritazione – diversi

articoli di illustri oncologi che criticano il test del PSA. L'accusa maggiore è che questo test sia poco affidabile e che pertanto non sia possibile considerarlo un marker sicuro. Nel mio caso specifico, il vero problema non è stato il monitoraggio del livello di questo enzima nel sangue, ma la biopsia. Se il prelievo bioptico non è mirato, è difficile valutare in maniera corretta l'estensione o l'aggressività del cancro, e riuscire ad avere una diagnosi azzeccata è come indovinare un terno al lotto. Il mio tumore era anteriore e non sarebbe stato possibile trovarlo, se non con una tecnica di imaging. Questo robot, in grado di eseguire la biopsia sotto la guida diretta della risonanza magnetica, è un'innovazione molto promettente che meriterebbe una maggior diffusione. Dal punto di vista tecnologico il marchingegno è piuttosto semplice, piccolo. Sono invece sofisticati la risonanza ad alta risoluzione e gli algoritmi di elaborazione delle immagini. E, ovviamente, l'esperienza del radiologo. L'esame costa senz'altro di più rispetto a una biopsia classica ma è anche vero che – nel mio caso – ho dovuto subire due test totalmente inutili che hanno comportato uno spreco di risorse, oltre al mio personale disagio. Senza considerare che ho perso un anno, il tumore nel frattempo era già allo stadio T3 e si era esteso al di fuori della ghiandola. Il Gleason score era 4+4, indice di forma aggressiva e pericolosa. Non potevo certo sprecare altro tempo.

Rientrato dall'Olanda con una diagnosi certa, nel settembre 2011 sono stato operato al San Raffaele Turro dal Prof. Giorgio Guazzoni, che ha optato per una prostatectomia robotica. L'intervento ha confermato la gravità della neoplasia e ha trovato anche un linfonodo positivo. Per questo, ho dovuto sottopormi anche a un trattamento radioterapico; contemporaneamente ho anche iniziato una terapia ormonale completa. Gli effetti collaterali di queste cure sono stati tutto sommato scarsi da un punto di vista fisico. A livello psicologico, invece, si sono rivelati piuttosto pesanti. Ho vissuto molto male il fatto di non avere più libido – a soli cinquant'anni – e in poche settimane sono caduto in depressione.

Per uscirne, ho chiesto supporto psicologico al gruppo che opera all'interno del team del dottor Valdagni. Il sostegno ricevuto è stato molto prezioso e mi ha aiutato ad affrontare al meglio le terapie, che hanno azzerato non solo il mio desiderio sessuale, ma – fortunatamente – anche il PSA. Poi, con mia grande gioia, a fine 2013, dopo due anni di terapia ormonale, ho sospeso tutti i trattamenti. Con un T3 e un linfonodo positivo, il mio cancro era

comunque già allo stadio 4 e quindi la prognosi non era delle più rosee, ma finora le cure hanno avuto il loro effetto.

Nella mia lotta contro la malattia ho avuto parecchie grosse fortune. La prima, di aver conosciuto il dott. Valdagni, che mi suggerito il test in Olanda. Senza quella diagnosi, ora avrei probabilmente un cancro con metastasi diffuse. La seconda, che mi sono trovato davvero bene con tutto il personale medico del San Raffaele, sia nel reparto di urologia che in quello di radioterapia. La terza, di avere un'assicurazione sanitaria, l'investimento migliore che abbia fatto in vita mia. Qualche anno prima della mia disavventura avevo infatti sottoscritto una polizza che ha coperto tutte le spese. Il solo costo della biopsia in Olanda ammontava a circa 6 mila euro. "Last, but not least", di aver trovato pieno supporto da parte di una psicoterapeuta del "Programma Prostata", la dott.ssa Simona Donegani, che mi ha accompagnato in un lungo percorso di rinnovamento personale, quasi di rinascita.

Quale sarebbe stato il mio destino se non avessi avuto le informazioni adeguate, se non parlassi fluentemente l'inglese, se non avessi avuto una copertura finanziaria... e se non avessi incontrato, lungo questo difficile cammino, persone speciali? Il dott. Valdagni, il dott. Barentsz, il prof. Guazzoni, la dott.ssa Centemero, il dott. Lughezzani, il dott. Cozzarini, il dott. Speroni, il dott. Fiordelise, la dott.ssa Donegani... e altre ancora. Certo, la tecnologia è importante – il mio caso lo dimostra – ma sono gli uomini che fanno la differenza.

Con la soppressione della terapia ormonale la libido è tornata, ma a quel punto ho avvertito gli effetti collaterali della prostatectomia. Non ho mai avuto problemi di incontinenza, ma l'operazione ha provocato un'impotenza totale. Vista l'aggressività del tumore, e la sua posizione, non era stato purtroppo possibile utilizzare le tecnica di nerve-sparing. A 55 anni, questo handicap pesa. Ho risolto il problema nel dicembre 2014, con l'impianto di una protesi gonfiabile di ultima generazione. L'operazione, e la protesi, non mi sono costate alcunché, perché passate gratuitamente dal Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna. Del resto, nella mia terra due cose sono particolarmente importanti: la buona tavola e il buon sesso.

ERMANNNO:

## “Ho continuato a studiare, conquistare la laurea mi ha aiutato a combattere il cancro”

Mi chiamo Ermanno, vengo dalla provincia di Caserta e sono uno studente universitario di 23 anni. Il mio obiettivo è ottenere la laurea magistrale in storia dell'arte all'Università di Perugia. Ho scoperto di avere un tumore al testicolo nell'aprile del 2013 anche se le prime avvisaglie della malattia sono iniziate già nel febbraio dello stesso anno. In quel mese infatti ho iniziato ad avere forti coliche renali e febbre molto alta. In questo primo momento al testicolo non sentivo particolare dolore o altri sintomi. Dopo poche settimane però ho iniziato a notare delle anomalie alla gonade sinistra. Attraverso l'autopalpazione la sentivo decisamente più ruvida rispetto all'altra. Una TAC e altre analisi hanno evidenziato un forte ingrossamento dei linfonodi e un livello molto alto di globuli bianchi nel sangue.

Non mi aspettavo proprio di dover ricevere una diagnosi di cancro, tanto meno in quel momento. Avevo solo 21 anni e alla mia giovane età non avevo mai avuto nessun problema di salute. Mi sono informato, attraverso internet, su cosa fosse il tumore del testicolo e ho così scoperto che è una malattia che colpisce soprattutto i giovani e che ha un buon tasso di guarigione. Però quando i medici hanno ipotizzato la possibilità di una neoplasia ho sperato fino all'ultimo che si sbagliassero, che alla fine avrei ricevuto un'altra diagnosi. Le prime due settimane non sapevo proprio come reagire alla notizia che ero stato colpito dal cancro. Poi, sia io che la mia famiglia ci siamo rimboccati le maniche e abbiamo trovato la forza di affrontarlo.

Sono riuscito ad ottenere un appuntamento con prof. Michele Gallucci, urologo-oncologo dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma. Data la gravità della mia situazione clinica dopo appena tre giorni sono stato operato. L'intervento chirurgico è andato bene e subito dopo sono andato in cura dalla dottoressa Cora Sternberg, oncologa statunitense che da diversi anni lavora all'Ospedale San Camillo di Roma. Ho cominciato dopo pochissimi giorni la chemioterapia perché avevo due metastasi di cinque e dieci centimetri localizzate sul fegato. Ho dovuto affrontare quattro cicli di cure che si sono protratti fino a metà luglio del 2013. Gli effetti collaterali non si sono fatti attendere. Ho avuto nausea e mal di stomaco, perdita delle unghie dei piedi, caduta dei capelli e delle sopracciglia, mancata

crescita della barba. Tutto questo ho dovuto sopportare. Poi, dopo aver terminato le terapie, sono stato sottoposto a una visita dal dott. Giovanni Rosti nel suo ospedale a Treviso: la dott.ssa Sternberg voleva anche il suo parere. Anche secondo questo specialista la mia situazione era decisamente migliorata, anche se ha notato la presenza di piccole cicatrici epatiche sul fegato che, per fortuna, pian piano si sono dissolte. Adesso ho terminato tutte le terapie e (una volta) ogni quattro mesi devo affrontare esami di follow up.

Durante quei terribili mesi il cancro non è riuscito a interrompere la mia carriera universitaria. Ho continuato a studiare nonostante l'intervento e le chemioterapie. Ho svolto regolarmente gli esami e ho scritto la tesina finché, lo scorso anno, ho preso la laurea triennale. Ho dovuto informare della mia malattia sia i compagni di studi che i professori e tutti sono stati molto comprensivi nei miei confronti. L'università mi ha aiutato ad sconfiggere il cancro. I problemi di salute non hanno reso difficoltoso lo studio, anzi passare ore sui libri è stato un piacevole svago perché mi distraevo dalle preoccupazioni. Un altro grande supporto è arrivato dalla mia famiglia soprattutto da mio padre e mio fratello. Sono entrambi medici e, anche se non sono specializzati in oncologia, è una bella fortuna avere due camici bianchi in casa quando devi affrontare un tumore. Ovviamente durante i mesi delle cure sono tornato a casa non potevo rimanere solo a Perugia. Avevo già terminato le lezioni e sono andato in Umbria solo per svolgere gli esami della sessione estiva.

Il tumore è stata una grande prova, che sicuramente mi ha segnato per sempre. Non mi aspettavo di trovare un ostacolo del genere sulla mia strada, così giovane...

Dopo questa esperienza, affronto tutti i problemi in un altro modo, le futilità non hanno più senso. Adesso penso solo al mio futuro, l'anno prossimo spero di terminare la magistrale e gli studi. Voglio entrare al più presto nel mondo del lavoro. Mi piacerebbe molto lavorare all'interno di un museo mentre l'idea di diventare professore di storia dell'arte alle medie o superiori non mi attira molto. Però sono pronto anche a questa sfida: insegnare a giovani svogliati quali quadri ha dipinto Picasso e quali statue ha scolpito Canova. In fondo dopo il cancro posso affrontare qualsiasi cosa.

# Glossario

**Adiuvante, terapia:** chemioterapia, radioterapia, ormonoterapia o terapia biologica abbinata alla chirurgia e/o alla radioterapia per il trattamento del tumore primario, che mira a ridurre il rischio di recidiva e a prolungare la sopravvivenza del malato.

**Biopsia:** rimozione di un campione di tessuto che viene poi esaminato al microscopio per controllare la presenza o meno di cellule cancerose.

**Cancro:** termine generico che raggruppa oltre duecento malattie diverse caratterizzate da una crescita anomala, incontrollabile di cellule.

**Carcinoma:** uno dei tipi di cancro basilari, in cui il tumore maligno origina dal tessuto epiteliale, come nel caso dei polmoni, dell'intestino, della mammella. È il contrario di quanto accade con i sarcomi, che originano dal tessuto connettivo, come ossa e cartilagini.

**Cellula:** costituente fondamentale dei tessuti dell'organismo. Il corpo umano ne ha più di 200 tipi diversi.

**Chemioterapia:** tecnica che prevede l'utilizzo di farmaci per distruggere le cellule tumorali, interferire con la loro crescita e/o impedire la loro riproduzione.

**Cisti:** sacca chiusa o nodulo dal contenuto fluido o semifluido.

**Criteri di Eleggibilità:** requisiti per la selezione dei partecipanti ai trial clinici. Tra i criteri, le caratteristiche del tumore del paziente, il suo stato di salute generale e altri fattori.

**Effetti collaterali:** effetti o azioni di un farmaco diversi da quelli desiderati, inclusi gli effetti avversi o tossicità

come nausea, diarrea, perdita dei capelli.

**Endoscopia:** esame degli organi del corpo o delle cavità mediante l'utilizzo di un endoscopio, uno strumento simile ad un tubo con luce e telecamera.

**Epidemiologia:** studio dell'incidenza e della distribuzione di una malattia nella popolazione e del rapporto tra la malattia e fattori come l'età, lo stile di vita, l'ambiente, ecc.

**Ereditarietà:** caratteristiche genetiche trasferite da un genitore alla sua discendenza.

**Fattore di crescita:** sostanza che influenza la crescita regolando la divisione cellulare.

**Fattore di rischio:** attività, condizione o agente ambientale che aumenta le probabilità di sviluppo di cancro. Ad esempio: fumo, obesità, età, mutazione genetica.

**Incidenza:** la proporzione di popolazione affetta da una patologia in un preciso periodo di tempo.

**Marker tumorali:** proteine, ormoni o altre sostanze chimiche riscontrate nel sangue di alcuni malati di cancro. La misurazione dei marker umorali può essere utilizzata come strumento prognostico o come metodo di monitoraggio progressivo del trattamento.

**Metastasi:** diffusione del cancro da una parte dell'organismo ad un'altra. Le cellule tumorali possono staccarsi dal tumore originario e, attraverso il sangue o il sistema linfatico, arrivare ad altre zone del corpo, in particolare a linfonodi, cervello, polmoni, fegato, ossa.

**Micrometastasi:** agglomerati microscopici di cellule tumorali diffuse dal tumore originario ad un linfonodo o ad altre aree dell'organismo. Si sviluppano e crescono fino a diventare tumori metastatici.

**Mutazione:** variazione in un gene. Le mutazioni in ovuli e sperma possono essere trasmesse alla prole; le mutazioni in altre cellule dell'organismo possono provocare il cancro.

**Oncogene:** un gene normale che quando muta svolge un ruolo significativo nel causare il cancro.

**Oncologia:** studio dei tumori.

**Ormone:** sostanza prodotta da un organo o ghiandola e condotta dal sangue che produce effetti specifici su altri organi e ghiandole.

**Prevalenza:** indica il numero di persone che, nella popolazione generale, ha ricevuto una precedente diagnosi di tumore. È condizionata sia dalla frequenza con cui ci si ammala che dalla durata della patologia (sopravvivenza).

**Prevenzione:** può essere primaria, secondaria o terziaria. La prevenzione primaria comprende le misure di ridotta esposizione ad elementi che causano il cancro. La secondaria riguarda l'individuazione precoce del tumore. La terziaria si riferisce al trattamento medico della malattia operata e al follow up.

**Prostata:** ghiandola solida, oblunga situata alla base della vescica nell'apparato genito-urinario maschile. Di dimensioni simili a quelle di una noce, circonda l'uretra e il collo della vescica ed è dotata di dotti che sfociano nell'uretra.

**Radioterapia:** trattamento con raggi X ad energia elevata che uccidono o danneggiano le cellule tumorali. La radioterapia esterna utilizza una macchina per indirizzare precisamente i raggi al tumore. La radioterapia interna (detta brachiterapia) utilizza materiale radioattivo inserito nell'organismo il più possibile vicino al cancro e poi rimosso dopo un determinato periodo di tempo.

**Recidiva:** ricomparsa del cancro dopo il miglioramento o la remissione.

**Rene:** organo a forma di fagiolo dalle dimensioni di un pugno situato nella parte posteriore dell'addome. Sono due e fanno parte del sistema urinario e ha il compito di filtrare il sangue ed eliminare con l'urina le sostanze tossiche prodotte dall'organismo.

**Risonanza Magnetica:** tecnologia che utilizza un forte campo magnetico per produrre immagini diagnostiche di tessuti molli come cervello, cuore e vasi sanguigni. Non comporta esposizione alle radiazioni

**Screening:** controllo in assenza di sintomi o manifestazioni di malattia. esempi di screening sono la mammografia (per il cancro della mammella), il Pap-test (cancro della cervice) e il sangue occulto nelle feci (cancro del colon-retto).

**TAC (Tomografia assiale computerizzata):** esame diagnostico che utilizza un apparecchio a raggi X e un computer per produrre un'immagine dettagliata, a sezioni trasversali e tridimensionale del corpo. Solitamente a definizione migliore rispetto alle radiografie a raggi X.

**Testicolo:** organo sessuale maschile. Sono due e sono contenuti fin dalla nascita nello scroto. Svolge funzioni analoghe a quella delle ovaie nella donna: la gametogenesi (formazione di spermatozoi) e l'attività endocrina (produzione di testosterone).

**Trial Clinico:** analisi accuratamente pianificata e controllata che prevede l'impiego di pazienti per la verifica degli effetti di un farmaco, di un trattamento medico o di una combinazione terapeutica.

**Test genetico:** utilizzo di diverse tecniche di laboratorio per verificare se una persona ha qualche mutazione genetica portatrice di rischio o predisposizione al cancro. esistono test che identificano alcuni geni associati al cancro della mammella, dell'ovaio, della tiroide e altre patologie neoplastiche maligne.

**Tumore:** massa distinta di cellule che crescono più rapidamente rispetto alla norma e mostrano parziale o completa mancanza di organizzazione strutturale. Può essere benigno o maligno.

**Vaccini:** agenti terapeutici che stimolano il sistema immunitario a riconoscere e attaccare le cellule tumorali. soluzione che contiene virus o batteri indeboliti o morti – o parti di essi – che inducono il sistema immunitario a riconoscere e combattere le cellule di una determinata patologia.

**Vescica:** è un organo cavo che raccoglie l'urina, filtrata dai reni prima di essere eliminata attraverso l'uretra, che fa parte dell'apparato urinario.

## Link utili

**AIFA** (Agenzia Italiana del Farmaco) [www.agenziafarmaco.gov.it](http://www.agenziafarmaco.gov.it)

**AIMaC** (Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici) [www.aimac.it](http://www.aimac.it)

**AIOM** (Associazione Italiana di Oncologia Medica) [www.aiom.it](http://www.aiom.it)

**AUA** (American Urological Association) [www.auanet.org](http://www.auanet.org)

**AUR** (American Urological Association) [www.auanet.org](http://www.auanet.org)

**AIRTUM** (Associazione Italiana Registri Tumori) [www.registri-tumori.it](http://www.registri-tumori.it)

**AURO** (Associazione Urologi Italiani) [www.auro.it](http://www.auro.it)

**ASCO** (American Society of Clinical Oncology) [www.asco.org](http://www.asco.org)

**EAU** (European Association of Urology) [www.uroweb.org](http://www.uroweb.org)

**EMA** (European Medicines Agency) [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)

**ESMO** (European Society for Medical Oncology) [www.esmo.org](http://www.esmo.org)

**EUROPA UOMO** (Associazione di pazienti con tumore alla prostata) [www.europauomo.it](http://www.europauomo.it)

**FAVO** (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) [www.favo.it](http://www.favo.it)

**FONDAZIONE AIOM** [www.fondazioneaiom.it](http://www.fondazioneaiom.it)

**FONDAZIONE VERONESI** [www.fondazioneveronesi.it](http://www.fondazioneveronesi.it)

**IL RITRATTO DELLA SALUTE** [www.ilritrattodellasalute.org](http://www.ilritrattodellasalute.org)

**ISTAT** [www.istat.it](http://www.istat.it)

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ** [www.iss.it](http://www.iss.it)

**LILT** (Lega Italiana Lotta Tumori) [www.lilit.it](http://www.lilit.it)

**MINISTERO DELLA SALUTE** [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

**SIURO** (Società Italiana di Urologia Oncologica) [www.siuro.it](http://www.siuro.it)

**SUO** (Society of Urologic Oncology) [www.suonet.org](http://www.suonet.org)

**UROLOGY CARE FOUNDATION** [www.urologyhealth.org](http://www.urologyhealth.org)

# Indice

- 5 Introduzione
  - GIARIO CONTI**, Presidente SIUrO
- 8 La SIUrO
- 11 Nota degli Autori
- 13 Il cancro
- 21 La prostata
- 29 La vescica
- 35 I testicoli
- 43 I reni
- 50 Le principali domande sui tumori genito urinari
  
- 57 Le testimonianze dei pazienti
  - 58 **ETTORE**: “Donare il sangue è stata la mia fortuna”
  - 61 **FILIPPO**: “Mai nessun problema di salute, non pensavo di potermi ammalare... fino a quella brutta sorpresa”
  - 64 **EDO**: “Dopo l’esperienza del cancro ho deciso: mi impegno nel volontariato”
  - 67 **CLELIA**: “Sono tre i tumori che mi hanno colpito, quello alla vescica il più duro... ma non perdo il coraggio”
  - 69 **LEONARDO**: “Un check-up aziendale ha scoperto la malattia e la mia vita è cambiata per sempre”
  - 71 **ENRICO**: “Più che un malato oggi mi sento un sorvegliato speciale”
  - 74 **BARBARA**: “La gioia di essere mamma, poi la doccia fredda: avevo un tumore”
  - 78 **LUIGI**: “Sono stato malato, è vero, ma alle gare podistiche non rinuncio”
  - 80 **CLARA**: “L’emozione di tornare in classe dopo le cure, un giorno davvero indimenticabile”
  - 83 **GIOVANNI**: “Parlare della malattia mi è servito, come avrei fatto senza I Venerdì di Europa Uomo?”
  - 85 **EDOARDO**: “Dopo la diagnosi ho dovuto superare lo sconforto, il calcio è stato il mio più grande alleato”
  - 87 **FRANCESCO**: “La tecnologia è un grande aiuto: è stato un robot a centrare la diagnosi”
  - 90 **ERMANNO**: “Ho continuato a studiare, conquistare la laurea mi ha aiutato a combattere il cancro”



Società Italiana di Urologia Oncologica  
Italian Society of Uro-Oncology

via Dante 17, 40126 Bologna  
tel. 345 4669048 · 051 349224  
fax 051 349224

[www.siuo.it](http://www.siuo.it)



via Malta 12/b, 25124 Brescia  
[intermedia@intermedianews.it](mailto:intermedia@intermedianews.it)

[www.medinews.it](http://www.medinews.it)  
[www.intermedianews.it](http://www.intermedianews.it)