

Buone notizie sul fronte del tabagismo, uno dei più gravi problemi di salute pubblica e tra i principali fattori di rischio per il tumore del polmone. Da un'indagine Doxa, condotta su 4.000 italiani con più di 15 anni, sono infatti emersi dati incoraggianti sull'abbandono delle "bionde". I nostri connazionali che fumano sono ancora tantissimi: 13 milioni e mezzo, distribuiti equamente tra Nord, Centro e Sud e pari al 27,6% della popolazione (il 33,2% dei maschi e il 22,5% delle femmine). Una percentuale simile a quella registrata nel 2002, ma con la conferma di un trend positivo nei giovani tra i 15 e i 24 anni: dal 34,1% di fumatori nel 2001 si è passati al 29,1% nel 2002, e al 26,8% nel 2003. In particolare, sono "sempre più sagge" le ragazze comprese in questa fascia d'età: quelle che fumano sono infatti scese dal 30,4% del 2001 al 26,9% del 2002 e al 20,7% del 2003. Oltre alla riduzione del "vizio" tra i giovani, anche "un lieve calo dei fumatori medi (15-24 sigarette al giorno) a vantaggio dei meno accaniti (meno di 15 al giorno) e un lieve calo dei consumi (2 sigarette in meno nel giorno dell'intervista)". Ma anche una "bassa dipendenza dalla nicotina per 7 fumatori su 10 e una maggiore sensibilità dei medici: uno su 4 ha consigliato ai propri pazienti di smettere". Gli italiani fumano in media 16 sigarette al giorno. La maggior parte dei fumatori (13,5%) dichiara però un consumo lieve (meno di 15 sigarette al giorno); segue un 11,2% di medi fumatori (15-24 al giorno) e un 2,6% di forti fumatori (oltre 25 al giorno). I più fedeli sono i connazionali 25-44enni. L'età media della prima sigaretta è 18 anni, ma il 57% dei fumatori confessa di aver iniziato da minorenne. Gli ex fumatori sono il 16,6% (hanno smesso in media a 41,3 anni e per l'85,5% senza aiuti farmacologici o psicologici), mentre tra i fumatori che hanno provato a smettere ma senza successo (40,6%) 9 su 10 ci ha tentato senza supporto e uno su 5 ha ripreso il pacchetto dopo anni. La sigaretta preferita è la prima del mattino (7 fumatori su 10 la mettono in bocca entro la prima ora dopo la sveglia), un fumatore su 5 dice di fumare spesso nelle prime ore del giorno e il 27,3% non resiste nemmeno quando è malato.

Newsletter di informazione per cittadini e pazienti dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica**

Aiom

info società

Nel n.6 | 2003

- 1** Editoriale
- 2** Qualità di vita
- 4** Ricerca e terapia
- 5** Alimentazione
- 6** Riflettori su:
tumore della prostata



PARLARE CON IL MEDICO, IL PRIMO PASSO VERSO LA GUARIGIONE

Molte persone hanno difficoltà a parlare con il proprio medico, indipendentemente dal motivo della visita. Ricevere una diagnosi di malattia grave può rendere la comunicazione ancora più complicata per le sensazioni di incertezza, paura, tristezza e, talvolta, perfino di riluttanza ad avere informazioni ulteriori.

Prima di tutto, per prendere decisioni riguardo alla cura, i malati di cancro devono essere informati sulla loro diagnosi. È importante comprendere in primo luogo il tipo e lo stadio del cancro in questione. I pazienti dovrebbero sentirsi liberi di porre domande riguardo alla loro diagnosi, alle opzioni di trattamento disponibili, al medico e all'équipe che li sta curando e ai responsabili della struttura in cui sono trattati. Dovrebbero anche poter consultare un secondo e un terzo specialista.

Oltre all'oncologo, sono fonti di informazioni anche **Internet**, le **biblioteche** e gli **altri malati di cancro**.

L'ideale sarebbe però che i pazienti valutassero sempre le informazioni raccolte con la collaborazione del loro oncologo.

Per aiutare i pazienti a migliorare la comunicazione con il loro medico, possono rilevarsi utili i seguenti consigli:

1. Preparare un elenco di domande in anticipo

Una diagnosi di cancro può stravolgere qualsiasi equilibrio. Avere un elenco di domande scritte da porre al medico può aiutare a mantenere la concentrazione e ad organizzarsi.

- Fate in modo che le vostre domande siano brevi e specifiche
- Ponete sempre la domanda più importante per prima
- Non abbiate paura di interpellare il vostro medico o l'infermiere con domande ulteriori.

2. Annotate le risposte alle vostre domande

Questo vi aiuterà a:

- mantenere la concentrazione
- organizzarvi mentalmente
- ricordare le risposte e le istruzioni ricevute dal medico
- pensare ad altre domande da porre durante la visita.

3. Se avete incertezze, chiedete sempre

- Se non sapete il significato di un termine, **CHIEDETE**. Ad esempio: "Non capisco cosa significhi questa parola. Me la può spiegare per favore?"
- Se non capite cosa vi sta dicendo il medico, **CHIEDETEGLI** di spiegare i concetti in termini meno scientifici – non tutti comprendono il linguaggio medico all'inizio. Ad esempio: "Cos'è la predisposizione genetica e in che modo mi riguarda?"
- Se il vostro medico in quel momento ha poco tempo, **CHIEDETE** se potete chiamare lui o l'infermiere più tardi per farvi spiegare qualcosa che non avete compreso o che è rimasto irrisolto
- Se volete visionare gli esiti degli esami a raggi X, cartelle o grafici che vi aiutino a comprendere diagnosi e trattamento, **CHIEDETE** di vederli e **CHIEDETE** spiegazioni al medico.

4. Fatevi accompagnare alla visita

In genere è una buona idea portare un membro della famiglia o un amico fidato alle vostre visite. Avere qualcuno vicino è utile perché potrebbe:

- prestare aiuto
- ricordare aspetti della conversazione che possono esservi sfuggiti
- selezionare le informazioni che il medico vi ha dato
- formulare domande alle quali non avete pensato durante la visita.

LE DOMANDE DA NON DIMENTICARE MAI

Le seguenti domande vi aiuteranno ad iniziare a familiarizzare con la vostra diagnosi e con le opzioni di trattamento consigliabili. Non si tratta di una lista completa. Ciascuno può personalizzare e integrare l'elenco come ritiene opportuno.

1. Qual è la mia prognosi a lungo termine?
2. Che progressione avrà la mia malattia?
3. È curabile?
4. Che tasso di sopravvivenza ha?
5. Con che frequenza e per quanto tempo dovrò sottopormi alle cure?
6. Ci sono effetti collaterali con queste cure?
7. Qual è il rapporto rischio/beneficio del trattamento?
8. A chi posso rivolgermi per domande o chiarimenti in orari extra?
9. Esistono opzioni di trattamento oltre allo standard di cura per questa malattia?
10. Cos'è un trial clinico?
11. Posso entrare a far parte?
12. Perché sì, perché no?
13. Cosa sono le medicine alternative e complementari?
14. Esistono medicine alternative e complementari per me?
15. Mi può indicare del materiale informativo che mi possa far capire meglio la mia malattia?
16. Posso contattare lei o l'infermiere per valutare ulteriori informazioni ricevute?
17. Esistono gruppi di sostegno che consiglierebbe a chi è malato come me?
18. C'è qualcos'altro che dovrei chiederle?

OPPIACEI, ITALIA FANALINO DI CODA NELLE PRESCRIZIONI

In Italia la prescrizione dei farmaci contro il dolore è ancora un tabù. Nonostante i nuovi ricettari siano stati semplificati per la prescrizione degli oppiacei, il nostro Paese rimane il fanalino di coda nel mondo, al quintultimo posto con 150 prescrizioni medie giornaliere per milione di abitanti, prima solo di Ecuador, Cina, Bolivia e Algeria. Più attenti al dolore lamentato dai malati sono persino Senegal, Zambia e India. La prescrizione degli oppiacei in Italia diventa addirittura "imbarazzante" dal confronto con il resto d'Europa. I tre milioni di confezioni dello scorso anno (150 mila in più rispetto al 2001) sono 12 volte meno di quelle somministrate in Germania, 32 in meno rispetto alla Francia e addirittura 110 volte in meno della Danimarca. "Eppure, – afferma il prof. Francesco Di Costanzo, segretario nazionale dell'Aiom – ogni anno, 3 milioni di italiani sono colpiti da dolore dopo un intervento chirurgico, mentre 300 mila sono i malati cronici e 140 mila i malati terminali di cancro che hanno bisogno di cure palliative. Appena l'8% degli anestesisti prescrive oppiacei contro il dolore post-operatorio".

CONTRO IL DOLORE ALLEANZA ONCOLOGI MEDICI DI FAMIGLIA

Oncologi e medici di famiglia italiani 'alleati' contro il dolore che affligge il 30% dei malati di tumore già nelle prime fasi per arrivare all'85% nei pazienti terminali. A stringere questo patto di lavoro sono l'Associazione di oncologia medica (Aiom) e la Società di medicina generale (Simg) con l'obiettivo di promuovere le cure palliative e l'uso degli oppiacei nel nostro paese. Gli specialisti sono chiamati ad una prescrizione più attenta e puntuale mentre i medici di famiglia avranno il compito di 'fotografare' le esigenze del paziente, misurare l'intensità del dolore per ottimizzare la cura e controllare gli effetti collaterali della terapia. "Dal primo gennaio del prossimo anno - annuncia Ovidio Brignoli, vice presidente della Simg - le Regioni saranno inoltre obbligate a promuovere corsi di formazione sul dolore per i medici di base, secondo quanto deciso dal ministero della Salute". I camici bianchi verranno formati anche on line con corsi a distanza sul sito www.ministerosalute.it. Analoghe iniziative verranno promosse dall'alleanza fra oncologi e medici di famiglia, che hanno già avviato un corso sulla 'fatica da cancro', l'astenia che colpisce fino all'80% dei malati.

LA MALATTIA NON VA IN VACANZA

Anziani, bambini, malati cronici: l'estate è un periodo difficile per i più deboli. L'allarme è particolarmente alto per le persone con tumore che, tra il 78 e il 96% dei casi, sono afflitte anche da fatigue, la 'malattia nella malattia' che impedisce di svolgere anche le normali attività quotidiane, come scendere le scale, lavarsi, vestirsi, condizione amplificata dalle alte temperature. "La cura della fatigue – dichiara il prof. Francesco Cognetti, presidente nazionale dell'Aiom e direttore scientifico dell'Istituto Regina Elena di Roma – deve essere più attenta d'estate, quando le condizioni per il paziente sono più avverse. Oggi, grazie a nuove molecole, è possibile assicurare anche nel periodo estivo una buona qualità di vita al malato oncologico". L'interesse nei confronti del paziente non deve cioè mai 'andare in vacanza', per questo vanno utilizzate tutte le armi, anche farmacologiche oggi a disposizione. Tra questi, i nuovi farmaci anti fatigue. L'ultima nata si chiama darbopoiatina alfa, ed è una nuova eritropoietina in grado di dare rapidamente benessere al paziente. La molecola è oggi disponibile anche in Italia.

Meno infarti nelle donne che hanno "vinto" il cancro al seno

Le donne che sono sopravvissute al cancro al seno corrono meno rischi di subire infarti cardiaci. Un effetto molto più evidente nelle donne anziane predisposte a malattie cardiovascolari, per le quali l'infarto rappresenta la prima causa di morte. Lo studio statunitense, realizzato dall'University of Chicago e pubblicato sulla rivista 'Cancer', suggerisce che l'alto livello di estrogeni, generalmente presente nelle donne con tumori mammari, interagisce con il farmaco comunemente usato contro le recidive di questo tipo di tumore, il tamoxifene, abbassando il rischio di disfunzioni cardiache. La ricerca ha analizzato un campione di 6 mila donne (partecipanti allo studio 'Surveillance, Epidemiology, and End Results' – SEER – del National Cancer Institute) che erano sopravvissute a cancro al seno, sviluppato dopo la menopausa e diagnosticato nelle fasi iniziali. I loro dati sono stati confrontati con quelli di 23 mila donne di controllo. Le donne sono state seguite per cinque anni e le analisi hanno rivelato che, mediamente, il cancro al seno riduceva del 34% il rischio di ricoveri ospedalieri a causa di infarti. L'effetto protettivo era maggiore (rischio più basso del 50%) nelle donne che avevano uno o più fattori di rischio per disfunzioni cardiache e minore (15%) in quelle non predisposte alle malattie cardiovascolari.

L'AUTOEROTISMO GIOVANILE PROTEGGE LA PROSTATA

L'autoerotismo 'al maschile' serve a tenere lontano il cancro. Secondo uno studio australiano, i ragazzi vent'anni che si masturbano frequentemente hanno meno probabilità di fare i conti, in età adulta, con il tumore della prostata. I ricercatori del Cancer Council Victoria di Melbourne sostengono che l'effetto benefico di questa pratica sarebbe dovuto al fatto che "eiaculando spesso, si previene la nascita di pericolosi carcinogeni nel glande". Lo studio, pubblicato su New Scientist, è stato condotto su 1.079 malati di cancro alla prostata e 1.259 persone sane. "E chi, a vent'anni o giù di lì, eiaculava almeno cinque volte a settimana – spiega Graham Giles – ha almeno un terzo di probabilità in meno di ammalarsi di una forma aggressiva di questo tumore". La scoperta contraddice precedenti ricerche che attribuivano, a chi aveva avuto un'intensa attività sessuale o molti partner, il 40% in più di possibilità di ammalarsi di questa forma di tumore. "Ma questi studi – commenta Giles – erano concentrati più sul numero di partner, e quindi sui possibili contatti con diversi tipi di infezioni a trasmissione sessuale. Mentre attraverso la masturbazione si aggira questo 'inconveniente' e in più – conclude – si utilizzano i dotti spermatici e si evita che si produca una degenerazione cellulare che può essere pericolosa con l'avanzare degli anni".



NESSUN RISCHIO PER CHI VA IN AEREO

Buone notizie per chi prende frequentemente l'aereo. I viaggi ad alta quota, infatti, non aumentano il rischio di tumori, secondo i risultati del più vasto studio condotto in materia. I ricercatori dell'Università di Bielefeld, in Germania, 'scagionano' i raggi cosmici, particelle provenienti dallo spazio che interagiscono con gli atomi presenti nell'atmosfera e che da molti sono ritenuti cancerogeni. Viaggiando a 10 mila metri di altezza si è esposti a queste radiazioni ben 150 volte in più del livello del mare. Le preoccupazioni maggiori riguardavano gli equipaggi degli aerei, che, secondo studi precedenti, correrebbero il doppio del rischio di cancro del seno e probabilità di tumori della pelle ben 15 volte maggiori. Ben diverse le conclusioni di questa nuova ricerca che ha esaminato 44 mila persone al lavoro sugli aerei in otto Paesi europei, verificando che il numero di morti per cancro non è maggiore rispetto al resto della popolazione. E addirittura, un altro studio condotto dagli stessi ricercatori, in corso di pubblicazione sull'International Journal of Cancer, rileva un terzo di decessi per cancro in meno fra i piloti.

LE VIRTÙ DEL MENÙ VERDE

Per tenere lontano il cancro non occorrono scorpacciate pantagrueliche di frutta e verdura. Secondo uno studio francese basterebbe infatti un menù con normali quantità di vegetali per ridurre di un terzo l'incidenza dei tumori, almeno nei maschi. Il menù verde 'senza eccessi' allungherebbe anche del 37% l'aspettativa di vita dei rappresentati del sesso forte, dice Serge Hercberg del French Medical Research Institute (INSERM), dopo aver osservato 13.000 volontari maschi e femmine nutriti con 'piccole quantità' di multivitamine e minerali per 8 anni. Dosi, spiegano gli autori della ricerca, simili a quelle contenute in una dieta normale con frutta e verdura. Se per le donne i benefici non sembrano esser stati clamorosi, per gli uomini la dieta verde si è rivelata molto utile. Tanto che, stimano gli esperti, moltissimi casi di tumore potrebbero essere evitati ogni anno se gli uomini mangiassero più frutta e verdura.



alimentazione

DONNE, FATE ATTENZIONE AI CIBI GRASSI

Mangiare cibi ricchi di grassi può raddoppiare il rischio per le donne di sviluppare il cancro al seno. È quanto emerge da una ricerca pubblicata sulla rivista medica The Lancet e sponsorizzata dal Medical Research Council and Cancer Research britannico che per la prima volta prova un legame tra la malattia e un'alimentazione grassa. Secondo gli esperti, le ultime scoperte mostrano come semplici cambiamenti alla propria dieta, come ad esempio bere latte scremato, possono diminuire significativamente il rischio di cancro al seno. Le donne che consumano oltre 90 grammi di grasso al giorno, sottolinea infatti la ricerca, hanno il doppio di possibilità di sviluppare la malattia rispetto a quelle che ne consumano meno di 40 grammi ogni giorno.

UNA PIZZA AL GIORNO...

La pizza aiuta a proteggere gli italiani dal cancro. Fra i consumatori abituali del piatto più amato e imitato al mondo, infatti, sono meno frequenti i tumori dell'apparato digerente. A rivelare i benefici della pizza nella dieta è uno studio condotto dai ricercatori dell'Istituto Mario Negri di Milano, pubblicato sull'International Journal of Cancer. La ricerca è on line sul sito della Wiley InterScience. L'equipe, coordinata dal dottor Silvano Gallus, ha analizzato la relazione tra il consumo di questo alimento e il rischio di cancro confrontando 3.315 pazienti con tumore dell'apparato digerente e della laringe con 4.999 persone ricoverate in ospedale per altri disturbi. Ognuno ha compilato un questionario con domande sulle proprie abitudini a tavola, pizza compresa. I ricercatori li hanno poi divisi in tre categorie, cioè non consumatori (meno di una porzione di pizza al mese), consumatori occasionali (1-3 porzioni al mese) e regolari (una o più porzioni alla settimana), calcolando per ciascun gruppo il rischio di ammalarsi di cancro. Ebbene, rispetto ai pazienti senza tumore, tra i malati di tumore del cavo orale, faringe, esofago, laringe, colon e retto vi è una più alta percentuale di non amanti di margherita o capricciosa. Per esempio, quasi il 58% dei malati di cancro all'esofago non mangiava pizza, rispetto al 37% degli altri. Le virtù protettive sono risultate maggiori per cavo orale e faringe, esofago e colon. Secondo i ricercatori il merito andrebbe a due ingredienti fondamentali: pomodoro e olio di oliva.

LA PROSTATA NON AMA IL CALCIO

Una dieta troppo ricca di calcio raddoppia il rischio di cancro alla prostata. Ma i golosi di latte e latticini possono stare tranquilli, perché questi cibi non sembrano essere pericolosi. Lo sostiene uno studio statunitense, pubblicato sulla rivista 'Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention', secondo il quale il calcio potrebbe essere cancerogeno negli uomini perché riduce la produzione interna di un sostanza (1,25 diidrossivitamina D3), che inibisce l'eccessiva proliferazione delle cellule prostatiche. Carmen Rodriguez dell'American Cancer Society (Atlanta), e Edward L. Giovannucci del Brigham and Women's Hospital (Harvard Medical School, Boston), hanno seguito per 10 anni 65mila uomini 'over60' (partecipanti allo studio 'Cancer Prevention Study II - Nutrition'). I dati raccolti sulla loro abitudini alimentari sono stati confrontati con i casi di tumore alla prostata (3.811), verificatisi durante il periodo di studio. L'analisi ha indicato che, se il consumo totale di calcio giornaliero era superiore a 2000 mg, la probabilità di cancro alla prostata era maggiore del 50%, rispetto a chi assumeva meno di 700 mg al giorno del minerale. Inoltre, se almeno 2000 mg di calcio venivano assunti ogni giorno negli alimenti ingeriti, il rischio di cancro alla prostata aumentava di 2,1 volte. Nonostante ciò i latticini, anche se ricchi di calcio, non sono risultati alimenti 'a rischio'. Secondo i ricercatori, questi dati indicano che un eccessivo consumo di calcio, oltre la dose giornaliera raccomandata (800 mg), può aumentare il rischio di sviluppare il tumore.

Il tumore della prostata è molto raro prima dei 50 anni anche se, qualora esistano particolari fattori di rischio quali la familiarità, possono essere consigliabili dei controlli specialistici anche prima del raggiungimento di questa età. L'importanza dell'età come fattore di rischio porterà il tumore alla prostata a diventare ancora più importante con l'incremento della longevità. In ogni caso è importante sottolineare che **IL TUMORE ALLA PROSTATA TRATTATO IN STADIO PRECOCE PUÒ ESSERE BEN CURATO.**

Pertanto ogni uomo, superati i 50 anni, dovrebbe effettuare regolarmente dei controlli specialistici: questi si avvalgono del dosaggio ematico del PSA e dell'esplorazione rettale e qualora sia necessario di una ecografia prostatica transrettale con eventuale biopsia. Ciò permetterà la scoperta della eventuale malattia in uno stadio precoce; di conseguenza si potrà effettuare una più efficace terapia con un netto miglioramento della sopravvivenza. La chirurgia e la radioterapia, se effettuate negli stadi iniziali, possono assicurare fino nell'85% circa dei casi l'assenza di recidiva ad un controllo dopo 5 anni.

1

I fattori di rischio

Non si conoscono le cause del tumore della prostata ma è stato provato che alcuni fattori dietetici e comportamentali sono spesso associati a questa malattia. Un'alimentazione ricca di grassi (specie quelli saturi) così come l'eccessivo consumo di carne rossa ne aumentano l'incidenza. L'azione dei grassi si potrebbe collegare ad un aumento della produzione del testosterone e a una diminuzione dell'assorbimento della vitamina A. Al contrario una dieta vegetariana, in particolare modo verdure gialle e verdi, olio d'oliva e frutta, sembrerebbe svolgere un'azione protettiva sulla formazione della neoplasia prostatica attraverso sostanze con azione antiossidante. Anche le vitamine A, D, E ed il Selenio portano un decremento del rischio di ammalarsi.

È sicuramente importante poi lo stile di vita che, qualora sia caratterizzato da sedentarietà, induce un aumento dell'incidenza della malattia. Vi sono poi delle sostanze chimiche quali il cadmio, alcuni fertilizzanti e coloranti che risultano essere importanti fattori di rischio. In questi ultimi anni è stata inoltre

proposta la presenza di infezioni virali (ad esempio Herpes Virus di tipo 2) quali possibili cause dell'insorgenza della malattia ma questa ipotesi non è stata finora accertata.

2

La diagnosi

Per una corretta e precoce diagnosi della neoplasia prostatica (tumore della prostata) è indispensabile avvalersi di alcuni esami quali il dosaggio del PSA e l'Esplorazione Rettale (ER).

Il PSA (Prostatic Specific Antigen) è un normale esame che prevede un prelievo di sangue per individuare i livelli di antigene prostatico specifico, una glicoproteina prodotta dalla prostata. In presenza di cancro, infatti, i valori del PSA aumentano perché le cellule ghiandolari malate, infiammate o tumorali producono molto più PSA delle cellule normali. Il superamento del valore soglia di 4 nanogrammi per ml deve destare l'attenzione del medico in quanto possibile segno di patologia neoplastica.

Il PSA si è dimostrato il più attendibile fra tutti i marcatori di carcinoma prostatico.

L'Esplorazione Rettale (ER) è l'altro accertamento indispensabile per la diagnosi precoce del tumore alla prostata. È un esame semplice grazie al quale l'urologo può individuare la presenza di noduli prostatici sospetti. Sia il PSA che l'esplorazione rettale (ER) devono essere effettuati una volta all'anno in modo da assicurare al paziente un buon margine di sicurezza dal momento che la malattia ha solitamente uno sviluppo piuttosto lento.

La prevenzione

La prevenzione si realizza eliminando i principali fattori di rischio evidenziati dagli studi internazionali, cioè **dieta ricca di grassi** ed **esposizione al cadmio**, un metallo pesante, o a **radiazioni**. Fondamentale è anche lo **screening** oncologico, raccomandato soprattutto agli uomini che hanno famigliari colpiti da questa stessa forma di tumore.

3



La terapia

4

Decidere quale sia il trattamento migliore per il carcinoma della prostata non è sempre semplice e occorre prendere in considerazione diversi fattori, i più importanti dei quali sono senz'altro l'età del paziente, le sue condizioni generali e il grado o lo stadio del tumore. Le opzioni terapeutiche sono **chirurgia**, **radioterapia** ed **ormonoterapia**.

Chirurgia

Gli interventi chirurgici proposti possono essere:

1. Prostatectomia radicale con asportazione dei linfonodi pelvici

La prostatectomia radicale consiste nell'asportazione totale della ghiandola per via addominale o perineale. Questa procedura si esegue solo nei casi in cui il carcinoma non si sia diffuso ad altri organi e in pazienti giovani con tumore di grado elevato. L'intervento può causare a volte l'impotenza sessuale e l'incontinenza urinaria, anche se le moderne tecniche chirurgiche hanno permesso di ridurre la frequenza di tali complicazioni.

2. Prostatectomia transuretrale

Il trattamento chirurgico è spesso inevitabile per rimuovere quella parte del tumore che ostruisce l'uretra, il canale che trasporta l'urina dalla vescica al pene. L'intervento più comune è la prostatectomia transuretrale con enucleazione della prostata attraverso l'uretra. Si può eseguire in anestesia generale o epidurale, vale a dire che l'anestetico viene somministrato intorno al midollo spinale a livello dell'articolazione lombo-sacrale, rendendo in tal modo il paziente insensibile al dolore, ma mantenendone la coscienza.

Radioterapia

Le radiazioni ad alta energia vengono utilizzate per distruggere

DEDICATO A LEI

La compagna ha un ruolo molto importante nella prevenzione del tumore della prostata.

L'approccio dell'uomo a queste problematiche può essere a volte troppo timoroso; la donna pertanto dovrebbe invogliare il paziente ad eseguire la prima visita specialistica ed i successivi controlli periodici. Ugualmente fondamentale è poi il ruolo della partner durante l'iter diagnostico ed il percorso di avvicinamento all'atto terapeutico.

Il vissuto sessuale del paziente con tumore della prostata si viene facilmente a scontrare con sentimenti di paura, ansia ed inadeguatezza nei confronti di una malattia che rischia di minare la sua mascolinità e vita relazionale. L'uomo deve sentire vicina la propria partner in un momento di vulnerabilità psicologica in cui vede in pericolo la sua sessualità ed integrità fisica. Cercare di ottimizzare la sfera affettivo-sessuale prima del procedimento terapeutico (chirurgico e/o radioterapico), può sicuramente rendere più agevole il successivo recupero psico-fisico dell'uomo.

le cellule tumorali, cercando al tempo stesso di danneggiare il meno possibile le cellule normali. Il trattamento radioterapico del carcinoma della prostata prevede solitamente l'irradiazione esterna, ma in alcuni casi si può procedere anche a irradiazione interna. Il ciclo di terapia può protrarsi per alcune settimane. La durata dipende dal tipo del tumore, dalle sue dimensioni e dalla sua eventuale diffusione. Le complicazioni consistono più frequentemente in sintomatologia infiammatoria a carico dell'uretra del retto e della vescica.

Ormonoterapia

Poiché il carcinoma prostatico è un tumore dipendente dagli ormoni maschili, gli androgeni, può essere curato mediante il loro abbattimento, detto deprivazione androgenica. Quest'ultima si può ottenere chirurgicamente con **orchietomia**, ossia l'asportazione di uno o di entrambi i testicoli. All'intervento può seguire a volte l'applicazione di una protesi sintetica per mantenere la forma e l'aspetto dei testicoli. Spesso si preferisce semplificare ulteriormente l'intervento asportando la sola parte interna dei testicoli. Questa procedura, che si chiama **orchietomia subcapsulare**, rende superfluo l'inserimento della protesi.

Oggi viene proposta più semplicemente la deprivazione androgenica mediante farmaci. Questi farmaci sono di diversi tipi e possono agire in linea di massima o bloccando la produzione degli ormoni maschili a livello del sistema nervoso centrale oppure bloccandone l'azione a livello periferico. Inoltre essi possono essere utilizzati anche in associazione realizzando il cosiddetto blocco androgenico completo. I principali effetti collaterali della castrazione chimica sono: impotenza, vampate di calore, ritenzione idrica e per alcuni farmaci anche ginecomastia (crescita del seno), disturbi gastrointestinali e insufficienza epatica.

LA DOMANDA È importante lo screening oncologico?

Il cancro può essere curato con maggiore successo se viene diagnosticato nelle fasi iniziali. Per questo è importante sottoporsi regolarmente agli screening. Attualmente si possono effettuare screening per il cancro della mammella, del colon, del retto, della cervice, della prostata, del testicolo, della cavità orale e della cute. In alcuni casi, come per il cancro della mammella, del testicolo e della cute, è consigliato l'auto-esame. Chi è ad alto rischio di sviluppare un cancro dovrebbe inoltre consultare il proprio medico per programmare uno screening personalizzato.

IL GIORNO CHE "INCONTRAI" IL LINFOMA DI HODGKIN

Tutto iniziò alla fine dell'estate del 1982. Avevo 42 anni. Da vario tempo sentivo un dolore persistente al fianco sinistro e, dopo qualche tentativo di cura senza risultati, il medico di famiglia mi prescrisse degli esami più approfonditi. Feci una ecografia e subito dopo mi ricoverarono in ospedale dove iniziarono una lunga serie di analisi. Una volta terminati gli accertamenti, mi trasferirono dal reparto medico a quello oncologico: da quel momento capii quali erano le mie vere condizioni. Se fino ad allora avevo sottovalutato "il male" e avevo continuato a sperare in un qualcosa di diverso, da quel momento fu chiaro che non avevo nessun alibi per non guardare in faccia alla realtà. I medici che mi accolsero nel centro oncologico si comportarono bene con me, facendomi capire con tatto che del mio male – il Linfoma di Hodgkin – si poteva guarire. Nel gennaio 1983 iniziai così la cura che, tra chemioterapie e radioterapia, durò un intero anno e mi debilitò profondamente. Finito l'anno i medici mi dissero che potevo considerarmi guarito. Se c'era una cosa a cui non riuscivo a credere era appunto quella di non dover più sostenere quelle cure, ma poi, vedendo i buoni risultati delle visite di controllo, mi resi conto che quello che mi avevano detto era la verità.

Da allora di tempo ne è passato molto ed io sto bene. Oggi posso dire grazie a tutti, dai medici ai tecnici, a tutto il personale degli ospedali che mi hanno accolto, ma un grazie particolare va alla mia famiglia: a mia moglie e ai miei figli che mi hanno dato giorno dopo giorno gli stimoli e la voglia di superare gli ostacoli. Con queste poche righe, caro lettore, posso e voglio dirti che con la volontà e la medicina oggi più di ieri si può guarire.

La malattia insegna a vivere

Scriveteci le vostre storie, quelle di un vostro parente o amico.

Le più significative verranno pubblicate. Condividere la vostra esperienza aiuterà tutti a sentirsi meno soli e a combattere la battaglia più dura: quella contro il tumore.



L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)

L'AIOM è nata nel 1973 e riunisce la maggioranza degli oncologi medici italiani. Tra i suoi obiettivi, la ricerca e l'informazione corretta su cura e prevenzione dei tumori. La sede è a Milano in via Nöe 23 tel. 02 70630279 aiom.mi@iscalinet.it www.aiom.it; www.oncologiaonline.org.

Il presidente nazionale è il prof. Francesco Cognetti

800.237303

è il numero verde dell'Associazione
Italiana di Oncologia Medica
Dal lunedì al venerdì, dalle 13 alle 17



Newsletter di informazione per cittadini e pazienti dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica**

Supplemento a AIOM NOTIZIE ANNO III N.6 Reg. Trib. di Brescia n° 35/2001 del 2/7/2001

info
società

Consiglio Direttivo Nazionale AIOM

Presidente
Francesco Cognetti
Presidente Eletto
Roberto Labianca
Segretario
Francesco Di Costanzo
Tesoriere
Giovanni Bernardo
Consiglieri
Vincenzo Adamo, Sandro Barni, Lucio Crinò, Sabino De Placido, Luigi Manzione, Giovanni Rosti, Armando Santoro, Marco Venturini

AIOM info**società**

Direttore Responsabile
Mauro Boldrini
Coordinamento
Gino Tomasini
Sabrina Smerrieri
Redazione
Carlo Buffoli, Sergio Ceccone, Viviana Colombassi, Maria Vascon
Stampa
Officine Grafiche Staged
S. Zeno Naviglio (Bs)

Intermedia editore

Healthcare Communication Network
via Cefalonia 24 - 25124 Brescia
Tel. 030.226105 - Fax. 030.2420472
mediabs@tin.it
Via C. Morin, 44 - 00195 Roma
Tel. 06.3723187
intermedia@intermedianews.it
www.intermedianews.it
www.medinews.it

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di

