

editoriale

## Costo dei farmaci e terapie personalizzate

**Sono sempre meno** le donne che in Italia muoiono per un cancro del seno. Lo dimostrano gli ultimi dati dell'International Agency for Research on Cancer (IARC): a fronte di un aumento di incidenza, salita dai 32.037 casi del 2000 a 36.634 del 2002, si è registrata un'ulteriore diminuzione dei decessi: erano stati 11.902 nel 2000, sono scesi a 11.345 nel 2002. A confortare ulteriormente le donne è anche uno studio inglese, che raffronta la mortalità di 5 Paesi Europei dal 1950 al 2000. L'istogramma presentato dai ricercatori mette in evidenza come i tassi di mortalità raggiunti dall'Italia (25 donne ogni 100.000) siano superiori solo a quelli della Svezia (23 donne ogni 100.000), ma inferiori a quelli di Francia (27), Inghilterra (30) e Olanda (33). Un progresso enorme, che si scontra però con un problema non di poco conto: il costo dei farmaci. Gli ormonoterapici di nuova generazione rappresentano ormai la terapia d'elezione per la stragrande maggioranza delle pazienti ma costano

15 volte in più del tamoxifene (0,45 euro alla compressa contro i 6 euro degli inibitori dell'aromatasi). Per far fronte alla situazione l'AIOM, attraverso la sua Fondazione, favorirà lo sviluppo di studi clinici indipendenti, in grado di stabilire il più corretto ed efficace uso dei farmaci sulla singola persona. Su questa base, il prossimo mese di giugno, partirà una ricerca coordinata dall'Istituto Tumori di Genova, dall'Istituto Regina Elena di Roma e dall'Università Federico II di Napoli, che coinvolgerà più di 100 centri sul territorio nazionale e 2000 pazienti in post menopausa. Obiettivo: verificare, con semplici prelievi di sangue, la presenza nelle donne di un polimorfismo sul gene CYP19, che sembra correlato ad una migliore risposta agli inibitori dell'aromatasi. Alle donne con il polimorfismo verrà somministrato subito l'inibitore dell'aromatasi, mentre le altre potranno essere trattate efficacemente con il tamoxifene.

# focuson

## oncologia

2

**Il tumore della prostata**

7

**NEWS**  
**In pillole**

8

**Dottore, mi può spiegare...**

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

**Aiom**

La prostata è una ghiandola presente solo negli uomini. In condizioni normali ha le dimensioni di una noce, è situata dietro l'intestino e avvolge il canale deputato al trasporto dell'urina (l'uretra). Tra i suoi compiti c'è quello di produrre e immagazzinare il liquido seminale rilasciato durante l'eiaculazione. Il tumore della prostata, provocato dalla crescita incontrollata di alcune cellule all'interno della ghiandola stessa, è meno comune di quanto si pensi: si stima che i nuovi casi in Italia siano circa 8.000 all'anno. Può infatti accadere che l'ipertrofia, cioè l'ingrossamento della prostata, venga scambiato per una degenerazione tumorale. Si parla invece correttamente di tumore quando le cellule invadono i tessuti circostanti e riescono a diffondersi anche ad altri organi dando origine a metastasi.

# il tumore della prostata

## I primi controlli? Dopo i 45 anni

In genere il tumore della prostata insorge dopo i 45 anni, raramente si riscontrano casi tra i giovani. Se a 40 anni la probabilità è di 1 caso ogni 10.000 uomini, tra i 60 e gli 80 anni diventa di 1 su 8. Secondo gli esperti la maggior parte degli ottantenni presenterebbe una forma di tumore, anche se molto spesso si tratta di malattie benigne.

Un ingrossamento non è necessariamente indice della presenza di un cancro, anche in caso di cellule maligne, la crescita può essere così lenta da non costituire un pericolo reale. Si calcola che il 70 per cento degli ottantenni ha un piccolo tumore prostatico.

## Il ruolo dei geni

Il cancro è una malattia genetica. E anche per il tumore della prostata i geni sembrano avere un ruolo nell'aumento del rischio, soprattutto se all'interno della famiglia si sono già avuti altri casi: gli uomini che hanno la mutazione del **gene BRCA1 o 2** (gli stessi implicati nel tumore del seno) hanno un rischio che è da 2 a 5 volte quello degli uomini con i geni non mutati. Infine, sembra esserci un legame tra alti livelli di **testosterone** o di un **ormone chiamato insulin-like growth factor 1** e un aumento di rischio.

## II PSA della discordia

C'è molta discussione tra gli esperti sull'opportunità di sottoporre tutti gli uomini sopra i 50 anni alla misurazione del PSA (l'Antigene Prostatico Specifico, in grado di segnalare la presenza del tumore della prostata), indipendentemente dalla presenza di sintomi.

Il test aumenta sì le diagnosi, anche precoci della malattia, ma questo non è sufficiente a far diminuire la mortalità. Questa tesi - che suona eretica a molti urologi - è contenuta in un documento del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica, messo a punto da un gruppo di esperti italiani, coordinati da Francesco Boccardo, oncologo dell'Istituto per la ricerca sul cancro di Genova. Il documento, condiviso dall'AIOM, contrasta in particolare con i suggerimenti degli urologi americani, che invece invitano tutti gli uomini che hanno passato i 50 anni a sottoporsi al test del PSA e suggeriscono di eseguire una biopsia quando i valori già superano i 2,5 nanogrammi, mentre in Italia il parametro di riferimento utilizzato è quello dei 4 nanogrammi, e a volte sale fino a 8 nanogrammi, prima che gli oncologi decidano di intervenire. Secondo il CNR allo stato attuale delle conoscenze non è raccomandabile, in attesa di altri studi, sottoporre indiscriminatamente la popolazione maschile a test diagnostici, quali il PSA, in assenza di sintomi, basandosi unicamente sul maggiore rischio legato all'età. Il PSA

misura nel sangue i livelli di una molecola associata alla neoplasia, ma rischia anche di far scoprire molti tumori che in realtà non si manifesterebbero mai nel corso della vita. Insomma, **non discrimina tra i tumori veri e quelli definiti indolenti**, che sono destinati a rimanere fermi. Oltre il 30% degli uomini di 50 anni "ospiterebbe" un carcinoma nella propria prostata e la percentuale tende a salire con l'età. Ma il rischio di manifestare un tumore nell'arco della vita di durata media è solo dell'8%. In altri termini, il 22% dei 50enni, pur avendo di fatto un tumore, quasi certamente non si ammalerà mai. Sottoponendo al test del PSA tutti gli uomini adulti, anche senza sintomi (stimolo frequente ad urinare, dolore), si rischia di trattare in modo eccessivo (con la biopsia, la chirurgia, la radioterapia e i farmaci) pazienti che non andrebbero trattati. E spesso le conseguenze di questi trattamenti (in particolare di quelli chirurgici) sono pesanti: l'impotenza sessuale e l'incontinenza, in forme variabili. Il test del Psa non appare, dunque, sullo stesso piano della **mammografia**, del **Pap test** o della **ricerca del sangue occulto nelle feci**, che permettono di diagnosticare con estremo anticipo i tumori del seno, dell'utero e del colon-retto.

### ... ma l'esame va sempre fatto

Ciò non toglie l'importanza dell'analisi, che va fatta sempre dai 50 anni in poi, monitorando nel tempo i valori, senza dare importanza ad un unico test che ha dato risultati alterati. I valori del Psa crescono con l'età, per cui se fino ai 49 anni si può accettare un valore di 2,5 nanogrammi per millilitro, dai 50 ai 60 anni la normalità si posiziona sui 3,5; dai 60 ai 69 anni a 4,5, mentre tra i 70 e i 79 a 6,5.



## Le domande più frequenti

### Il tumore alla prostata provoca disturbi negli stadi iniziali?

Negli stadi iniziali il tumore alla prostata è spesso asintomatico perché origina nelle zone periferiche della prostata e, solo in una fase successiva, può dare una sintomatologia importante come ad esempio disturbi della minzione (atto dell'urinare).

### Può colpire anche i giovani?

Le patologie prostatiche possono presentarsi ad ogni età. Tuttavia, mentre le prostatiti colpiscono prevalentemente nella fascia di età che va dai 20 ai 50 anni, l'Ipertrofia Prostatica Benigna e il tumore alla prostata insorgono più tardi e vanno via via crescendo dopo i 50 anni.

### A che età è necessario effettuare visite periodiche per prevenire il tumore alla prostata?

Superati i 50 anni il controllo periodico, su base annua, del PSA (vedi paragrafo specifico) e una esplorazione rettale da parte dell'urologo, possono permettere l'individuazione precoce della malattia e fornire maggiori possibilità per scongiurarla.

### Cosa si può fare per evitare l'insorgenza del tumore della prostata?

Uno stile di vita non sedentario ed una dieta mediterranea basata sul consumo di vegetali, frutta e olio di oliva sembrerebbero avere un ruolo protettivo.

### Si deve limitare l'attività sessuale avendo il tumore della prostata?

L'attività sessuale non ha alcuna interferenza sulla progressione della malattia.

### Il tumore della prostata è una malattia ereditaria?

No, ma è stata comunque accertata una maggior incidenza nei maschi con familiarità per la malattia. È pertanto necessario in questi soggetti effettuare dei controlli periodici.

### L'Ipertrofia Prostatica Benigna può degenerare nel carcinoma alla prostata?

No. Sono due patologie ben distinte e separate. Inoltre si originano in zone

## Attenti però all'aumento repentino dell'antigene

Recentemente I ricercatori del Dana-Farber Cancer Institute di Boston e di altri ospedali della città americana propongono un nuovo ruolo per il PSA: quello di indicatore di malignità. Secondo quanto pubblicato sul New England Journal of Medicine, infatti, il tumore è tanto più pericoloso quanto più velocemente aumenta il PSA in un periodo di tempo definito (nello studio: un anno). Gli urologi statunitensi sono arrivati a questa conclusione selezionando più di mille volontari che partecipavano a un programma di prevenzione e che avevano subito l'asportazione totale della prostata. Esaminando la "storia clinica" di tutti i volontari, gli esperti hanno potuto verificare come si era comportato il PSA nei 12 mesi precedenti l'intervento, e hanno dimostrato che esiste una **relazione diretta tra la velocità con cui esso aumenta** (quella che in termine tecnico si chiama

**"PSA-Velocity") e la malignità della malattia** presente. Se il valore del PSA cresce più di due nanogrammi per millilitro di sangue in un anno, il rischio aumenta di dieci volte. Viceversa, se l'incremento è modesto, con ogni probabilità la neoplasia non costituisce un pericolo. Il dato è molto utile perché permette di individuare subito - e, soprattutto, senza bisogno di esami invasivi - le persone che hanno bisogno di un approccio più aggressivo perché affette da una forma di tumore più pericolosa. In questo modo è possibile personalizzare la terapia e aumentare sensibilmente le possibilità di guarigione.

differenti della ghiandola prostatica. Possono coesistere ma non vi è un diretto collegamento tra le due patologie

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

Per una diagnosi sicura di carcinoma prostatico sono indispensabili ulteriori indagini, quali l'ecografia prostatica transrettale e le biopsie prostatiche ecoguidate.

### La TAC o la Risonanza magnetica possono individuare precocemente il tumore?

La Tomografia Computerizzata (TAC) e la Risonanza Magnetica (RMN) non vengono utilizzate routinariamente a causa della loro bassa sensibilità nel valutare l'estensione locale della malattia e la presenza di malattia metastatica. Sono invece indicate in pazienti ad alto rischio di avere un carcinoma non più localizzato (sulla scorta della esplorazione rettale, di un PSA superiore a 20 ng/ml o di un riscontro istologico di una forma molto aggressiva).

### E la scintigrafia ossea?

La scintigrafia ossea, eseguita per evidenziare eventuali metastasi ossee, è indicata nei pazienti con PSA di partenza superiore a 10 ng/ml.



## Di corsa verso la guarigione



L'attività sportiva non è assolutamente preclusa ed anzi può essere consigliata al paziente con tumore della prostata all'interno di un trattamento psico-fisico di supporto. Nei mesi successivi ad un intervento chirurgico o ad un trattamento radioterapico una ponderata attività fisica può risultare utile per un pieno recupero delle energie fisiche e mentali. È particolarmente sconsigliata solo un'attività sportiva molto intensa: quest'ultima può anche alterare l'equilibrio ormonale ad esempio aumentando i livelli ematici degli androgeni. La pratica di alcuni sport quali il ciclismo, l'equitazione o il canottaggio a causa della loro natura traumatica nella zona perineale e pelvica è certamente da sconsigliare a tutti i pazienti con patologie prostatiche ma soprattutto in coloro che presentano un quadro di prostatite o ipertrofia prostatica, che invece potranno praticare con beneficio tutte le altre attività sportive

### Le cure disponibili

Chirurgia, ormonoterapia, radioterapia e brachiterapia sono le opzioni più utilizzate. L'intervento di asportazione della prostata (prostatectomia) viene effettuato nella metà dei casi ed è indicato quando il tumore è limitato alla ghiandola. Nella scelta della chirurgia vanno però valutate anche le condizioni generali del paziente e le malattie concomitanti.

Poiché il carcinoma prostatico è un tumore dipendente dagli ormoni maschili, gli androgeni, può essere curato bloccando la loro produzioni attraverso i farmaci ormonoterapici.

Le radiazioni ad alta energia vengono utilizzate per distruggere le cellule tumorali, cercando di danneggiare il meno possibile le cellule normali. Il trattamento prevede solitamente l'irradiazione esterna.

La brachiterapia è una forma di radioterapia mirata, che prevede l'inserimento di piccolissimi "semi" radioattivi all'interno della ghiandola prostatica.

L'intervento dura, in media, meno di 90 minuti e può essere eseguito anche in anestesia locale. I semi radioattivi (Palladio 103 o Iodio 125) vengono sistemati all'interno della prostata attraverso aghi sottili, che i chirurghi introducono aiutandosi con un costante controllo ecografico. La precisione è essenziale, perché gli elementi radioattivi devono distruggere tutte le cellule neoplastiche presenti all'interno della ghiandola, senza danneggiare i tessuti vicini. La radioattività in genere decade entro sei mesi (nel caso dello iodio, i tempi sono un po' più lunghi), e i semi rimangono poi inerti nella prostata, senza provocare problemi. I vantaggi per il paziente - rispetto all'intervento chirurgico radicale - sono notevoli: degenza ridotta al minimo, rapido ritorno a una vita normale, bassissimi casi di incontinenza urinaria e una ridotta probabilità di andare incontro all'impotenza sessuale (20-30 per cento dei casi, contro il 60-70 per cento della "prostatectomia radicale"). La brachiterapia non può essere utilizzata, però, in tutti i casi di tumore della prostata. La massa cancerosa deve essere ben localizzata e di dimensioni ridotte. E la prostata deve comunque avere alcune caratteristiche che vanno attentamente valutate dall'urologo.

### Addio ai cibi piccanti e al cioccolato

In genere le persone che soffrono di patologie alla prostata, non solo di tumore, devono evitare quei cibi con azione irritativa sulle vie urinarie: **carni insaccate, cioccolato, cibi piccanti e speziati, frittture e frutta secca.** In diversi casi anche le **bevande gassate ed alcoliche** possono essere controindicate. Da consigliare una dieta varia ed assortita come quella mediterranea, ricca di frutta, verdura, cereali e pesce e povera di grassi animali.

## Un pacemaker contro i problemi di erezione

Per attenuare i problemi di erezione che affliggono molti uomini operati di tumore alla prostata è stata messa a punto, in Italia (al San Raffaele di Milano) e negli Stati Uniti, una tecnica innovativa che prevede l'uso di un "pacemaker" inserito nella cavità pelvica dai chirurghi, durante l'intervento. Il pacemaker può poi essere attivato tramite un telecomando, e genera una serie di deboli impulsi elettrici che a loro volta stimolano i nervi destinati all'erezione (nervi che in molti casi vengono recisi per asportare il tumore). L'erezione è resa possibile grazie all'applicazione di due placche metalliche (rivestite da materiale biocompatibile) nel solco pelvico, attorno ai nervi che sono deputati all'erezione e che aderiscono alla capsula prostatica. Se il paziente, dopo l'intervento, non riesce ad avere rapporti sessuali, può utilizzare il pacemaker. Altrimenti, le placche metalliche restano inerti, senza creare problemi all'organismo. Il pacemaker, inoltre, non provoca effetti collaterali e non ha controindicazioni.

## Europa Uomo, una lobby per i malati

Un gruppo di pazienti colpiti dal tumore alla prostata ha deciso di organizzarsi per chiedere alle istituzioni una prevenzione più incisiva e un'assistenza migliore. È nata così **Europa Uomo Italia**, sul modello di Europa Donna, un'analoga associazione che da anni si batte con l'obiettivo di stimolare i responsabili delle politiche sanitarie ad adottare provvedimenti sempre più efficaci per combattere, in questo caso, il tumore al seno. Europa Uomo ha mosso i primi passi nel 2002, grazie all'impulso di **Umberto Veronesi**, direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia a Milano, e di **Alberto Costa**, direttore della European School of Oncology, con l'appoggio della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Chi si associa (il contributo annuale minimo è di 10 euro) riceve la rivista semestrale di Europa Uomo e ha la possibilità di partecipare gratuitamente a diversi corsi di prevenzione. L'associazione organizza inoltre per i propri iscritti una serie di lezioni di aggiornamento, sempre incentrate sugli argomenti-chiave come le strategie preventive e i più avanzati metodi di cura del carcinoma prostatico. Europa Uomo offre anche un servizio di **informazioni telefoniche** (tramite la segreteria, dal lunedì al venerdì, negli orari d'ufficio), di carattere generale. Questo servizio nei prossimi mesi verrà ampliato, e nella sede centrale dell'associazione sarà presente anche un esperto, che risponderà alle domande di carattere strettamente oncologico.

Chi volesse contattare Europa Uomo Italia questi sono i riferimenti:

Viale Beatrice d'Este, 37, 20122 Milano;

tel. 02 85464528; fax 02 85464545; europauomo.italy@virgilio.it





# Dottore, mi può spiegare...



## Come si fa a sapere se esiste una predisposizione genetica al cancro?

Attualmente sono disponibili test genetici che possono indicare una predisposizione individuale ad alcuni tipi di cancro, come quello della mammella, dell'ovaio e del colon. Oggi i medici sono per esempio in grado di verificare la presenza in una donna di uno o due geni – chiamati BRCA1 e BRCA2 – associati ad un elevato rischio di sviluppare un cancro della mammella. Lo scopo dei test genetici è quello di fornire un accurato controllo del rischio, di migliorare la diagnosi precoce ed effettuare i giusti interventi per evitare che si sviluppi il tumore. L'utilizzo di questi test solleva tuttavia importanti questioni, inclusi la privacy medica e gli effetti psicologici che essi possono avere su una persona e sui suoi familiari.

## Cos'è il Pap Test e perché si chiama così?

La prova di Papanicolaou (Pap-test) consiste nel prelievo di una piccola quantità di muco presente nella

cervice uterina che viene poi analizzata in laboratorio. Il muco contiene numerosissime cellule di esfoliazione (cellule vecchie del tessuto che ricopre la parete uterina), e la loro analisi è utile per scoprire un eventuale tumore del collo dell'utero in fase precoce. Il Pap test o striscio cervico vaginale prende il nome dal medico che l'ha messo a punto ormai nel lontano 1943: il dott. Gorge Papanicolaou.

## Cosa devo fare quando ho terminato la terapia? A chi devo rivolgermi: il mio interlocutore è l'oncologo o il medico di famiglia?

Una volta terminata la chemioterapia solitamente si entra in un programma di follow up, in cui verranno cadenzate le visite e le indagini diagnostiche che dovranno essere effettuate. Tutto ciò avviene con il coordinamento dell'oncologo.

## Cosa sono i marker tumorali?

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

**800.237303**

è il numero verde dell'Associazione  
Italiana di Oncologia Medica

Dal lunedì al venerdì, dalle 13 alle 17  
con il sostegno di Novartis

**focuson**  
oncologia

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

**Aiom**

Supplemento a AIOM NOTIZIE.  
n. 12/2005  
Reg. Trib. di Brescia  
n° 35/2001 del 2/7/2001

### Consiglio Direttivo Nazionale AIOM

*Presidente*  
Roberto Labianca  
*Presidente Eletto*  
Emilio Bajetta  
*Segretario*  
Carmelo Iacono  
*Tesoriere*  
Marco Venturini  
*Consiglieri*  
Vincenzo Adamo, Sandro  
Barni, Oscar Bertetto, Filippo  
De Marinis, Gianfranco  
Filippelli, Fausto Roila,  
Giovanni Rosti, Vittorina  
Zagonel

### Focus on Oncologia

*Direttore Responsabile*  
Mauro Boldrini

*Coordinamento*  
Gino Tomasini

*Redazione*  
Carlo Buffoli,  
Sergio Ceccone,  
Daniela Peliccioli,  
Giuliano D'Ambrosio

*Segreteria di redazione*  
Sheila Zucchi

*Stampa*  
Officine Grafiche Staged  
S. Zeno Naviglio (Bs)

### Intermedia editore

*Amministratore*  
Sabrina Smerrieri

Via Malta 12B  
25124 Brescia  
Tel. 030.226105  
Fax. 030.2420472  
imediabs@tin.it

Via C. Morin, 44  
00195 Roma  
Tel. 06.3723187  
intermedia@intermedianews.it  
www.medinews.it

Questa pubblicazione è resa possibile  
da un educational grant di



Innovazione per la salute