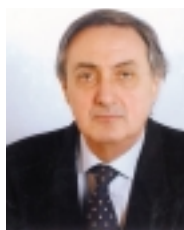


M E D I C I N A

Chirurgia o radioterapia?



> Pietro Tombolini,
direttore della
divisione di urologia
dell'Ospedale S. Carlo
di Milano

«**C**hirurgia o radioterapia? Dottore, mi dica lei cosa devo fare...»: medico e paziente, seduti uno di fronte all'altro, con un referto che parla di tumore e decisioni importanti da prendere. L'avvio del percorso terapeutico, nel carcinoma prostatico, è un momento particolare nella storia di una malattia altrettanto particolare, in cui la comunicazione della diagnosi e la valutazione delle diverse terapie a disposizione aprono questioni nuove nel rapporto tra chi cura e chi chiede di essere curato. Problemi e opportunità che vanno ben oltre i confini della patologia per toccare da vicino la sfera delle emozioni e delle relazioni.

«Il chirurgo non ha voluto pronunciarsi su come affrontare la questione lasciando a noi e a mio padre la scelta tra l'operazione e la radioterapia (...). Perché il chirurgo non ci ha indirizzato su una strada certa da seguire? Entro il 26 luglio dobbiamo dare una risposta...»



L'AVVIO DEL PERCORSO
TERAPEUTICO IMPLICA
PROBLEMI E OPPORTUNITÀ
CHE VANNO OLTRE I CONFINI
DELLA PATOLOGIA



> **IL PUNTO È PROPRIO QUESTO:** il tumore della prostata spesso non ha una terapia d'elezione, ovvero una soluzione che funzioni meglio delle altre in termini di sopravvivenza e di controllo della malattia. Stando alle pubblicazioni scientifiche, la chirurgia e la radioterapia, in tutte le loro varianti, sostanzialmente si equivalgono nei risultati, ma comportano tempi, modalità di svolgimento ed effetti collaterali diversi, che toccano la dimensione più strettamente personale del paziente: il modo in cui vive, le persone che lo circondano, le aspettative e le paure che ha. E allora è lui stesso a dover imboccare una strada tra le diverse possibili.

«Oggi non si dice più "facciamo così" - spiega Pietro Tombolini, direttore della divisione di Urologia dell'Ospedale San Carlo di Milano - ma si coinvolge il paziente nella decisione finale». Il che, tiene a precisare, non significa lavarsene le mani: «Le terapie chirurgiche e radioterapiche contro il carcinoma prostatico hanno due principali ordini di complicità: i disturbi della sessualità e della continenza urinaria. In alcune situazioni, il medico propende per una soluzione, considerando il tipo di diagnosi e l'età del soggetto. Ma in molti altri casi

IL TUMORE DELLA PROSTATA NON HA UNA TERAPIA DI ELEZIONE

non ci sono elementi prognostici di rilievo per preferire una terapia, allora bisogna valutare un insieme complesso di fattori, ascoltando il paziente e spiegando con la massima chiarezza e da subito le varie opzioni con gli svantaggi che possono risultare più o meno gravi, a seconda dell'interesse e dei bisogni della persona. Ad alcuni uomini, dopo una certa età l'idea di perdere la funzione erettile può anche non fare paura, per altri è una prospettiva menomante. Dipende dalla situazione di partenza. L'incontinenza preoccupa di più, ma, fortunatamente, di solito le tecniche odierne ci permettono di essere rassicuranti».

MA COME SI VIVE QUESTO MOMENTO DALL'ALTRA PARTE DEL TAVOLO DEL MEDICO?

«Guardi, lei ha un microfocolaio di tumore. Bisogna operare, oppure fare radioterapia. E bisogna interveni-

re nell'arco di due o tre mesi». Enrico, di lì a due mesi, avrebbe compiuto 50 anni e quella mattina l'esito della biopsia proprio non se lo aspettava. «In quel momento pensi tante cose, che devi metabolizzare in pochissimo tempo. Mi sono mentalmente dato delle probabilità di sopravvivere, delle scadenze per affrontare i problemi che si sarebbero presentati a casa. All'improvviso, ti senti diverso rispetto agli altri, quelli sani, senti di aver qualcosa dentro che ti consuma e ti condanna. Però, poi, pensando al referto e alle parole dell'urologo e dell'anatomopatologa, mi sono detto "Ok, per ora non muoio. Vediamo come va". Mi hanno spiegato in dettaglio le tre opzio-





ni, i pro e i contro, facendomi presente che nel mio caso l'età è un fattore determinante. Ho detto subito sì all'intervento, ho firmato i fogli, e via. Dopo circa un mese mi hanno operato di prostatectomia radicale nerve sparing. Mi hanno informato dei dati percentuali sull'incidenza di impotenza e di incontinenza, ma non me li ricordo, per me erano tutte informazioni nuove e, in quel momento, non così importanti. E dopo l'intervento... beh, finché non le provi sulla tua pelle, non ti rendi conto di quanto possono pesare certe cose. Per un po', ho dovuto usare i pannoloni. Mi hanno detto: "Faccia gli esercizi per l'incontinenza e per l'im-

potenza, poi provi con il Cialis, e se ci sono problemi, prenotiamo una visita con l'andrologo". Ci sono problemi. Vado dall'andrologo che mi consiglia di abbandonare le pastiglie. Ora sto facendo le iniezioni di prostaglandina per stimolare la vascolarizzazione dei corpi cavernosi, due alla settimana. Funzionano e io e mia moglie siamo contenti. Io ero terrorizzato all'idea di non poter più fare l'amore, in un maschio può essere devastante. Ma devi reagire, imparare a ridimensionare le cose (hai degli handicap, ma ci si può convivere) e, perché no, a riderci su. I miei colleghi mi prendono in giro, ci scambiamo battute. Uno di loro mi

ha raccontato, solo dopo aver saputo del mio intervento, di essere stato operato un paio di anni fa; io credevo gli avessero asportato un rene... Da allora si è rinchiuso in se stesso, è andato in depressione, ha problemi seri con la moglie, e solo ora si è rivolto ad uno psicologo. Quello che mi pare essenziale è parlarne, in coppia, in famiglia e con i medici, senza paura di chiedere e di dire che una soluzione non funziona».

Gli esperti concordano nel definire il tumore prostatico una neoplasia complessa dal punto di vista psicologico. «Oltre all'impatto di una diagnosi di cancro, sempre traumatica perché si porta dietro la metafora della distruzione, ha la caratteristica di essere spesso diagnosticato in una situazione asintomatica», chiarisce Simona Donegani, psicologa presso l'Istituto nazionale tumori di Milano e responsabile del progetto "Per un sentire condiviso: l'uomo e il tumore alla prostata". «Il che è un bene, perché la diagnosi precoce dà la possibilità di curarlo con successo, ma crea delle difficoltà emotive e comunicative, dal momento che il paziente si sente dire che è malato senza >



> averne la percezione, perché non ha disturbi. Perlomeno non ancora. Occorre fargli presente questo salto temporale».

CAPITA DUNQUE CHE LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI SCATENI DUE REAZIONI DI SEGNO OPPOSTO.

«Il problema è che, sia perché mio padre non avverte alcun fastidio sia perché turbato dai resoconti di amici circa gli effetti collaterali della radioterapia, rifiuta lo stesso tipo di cura»

«Il medico ha consigliato di aspettare un paio di mesi continuando la terapia adiuvante per poi scegliere se operare o fare la radioterapia. Purtroppo mio padre si è convinto che sia meglio operare, ma non vuole aspettare, vuole farlo subito: che rischi corre?»

«Molte persone - racconta Pietro Tombolini - sono così impressionate dalla diagnosi, provano un desiderio così impellente di guarire, di uscire dal tunnel dell'angoscia, che tutto il resto, qualunque rischio collaterale, passa in secondo piano. Ma è certo che, una volta effettuato l'intervento o completati i cicli di radioterapia, si scontrerebbero con una realtà più dura del previsto. Allora siamo noi

medici ad anticipare questo meccanismo e a rimarcare le problematiche legate alle diverse terapie, a spingerli alla riflessione, nel rispetto delle loro esigenze e della loro personalità. In altri casi, invece, è difficile parlare di trattamenti a pazienti che non provano dolore, che non avvertono alcun sintomo. Alcuni si alzano e se ne vanno».

«Ho 71 anni e mi è sempre piaciuto far l'amore... Un urologo mi consiglia la prostatectomia radicale o la radioterapia, a mia scelta. Un altro mi consiglia la prostatectomia. Io vorrei curarmi e conservare la mia capacità lavorativa e la mia normale attività sessuale»

Inoltre, ci sono le peculiarità di una patologia che, per essere curata, può compromettere la sessualità e la continenza, «fortemente collegate con l'identità, l'autostima, la sicurezza di sé e all'idea di mascolinità» dice Gabriella Morasso, psico-oncologa presso l'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova. Sono tutti aspetti che contribuiscono a disorientare un uomo, che in quel momento vorrebbe solo sentirsi indicare con certezza una via d'uscita. Inve-

SPESSE SONO LE DONNE A RIVOLGERSI A NOI PERCHÈ IL MARITO È IN DIFFICOLTÀ

ce, gli viene richiesto di compiere una scelta per lui cruciale. È qui che serve la presenza del medico che, in un certo modo, può giocare d'anticipo: «Tocca a noi incoraggiare il paziente, prepararlo ed essere pronti

ad accoglierlo con un sostegno integrato e multidisciplinare, con l'aiuto di andrologi, sessuologi e psicologi», specifica Tombolini.

Nel caso del carcinoma prostatico, secondo Gabriella Morasso, l'esito clinico e psicologico è legato a doppio filo a tre fattori: «Il rapporto di coppia, le risorse interne ed esterne della persona e la comunicazione e la relazione medico-paziente». L'incontinenza, ad esempio, si può affrontare meglio se c'è un buon supporto familiare e spesso, soprattutto negli uomini più giovani, le problematiche sessuali pesano non solo in un'accezione fisica, ma anche per la paura di fallire e di non soddisfare la compagna. «Un sostegno psicologico può essere utile proprio ad attivare queste risorse, magari nascoste, ma presenti». Per molti uomini, però, non è facile chiedere questo tipo di aiuto; chi domanda, spiega Morasso, si «sente malato e incapace. Spesso sono le donne, più disponibili a riconoscere una sofferenza emo-



► tiva, a rivolgersi a noi perché il marito è in difficoltà e vogliono sapere come comportarsi per farlo sentire meno male». Un grande passo avanti sarebbe l'inserimento di un programma di sostegno psicologico nella routine terapeutica; in questo modo, chiunque si ammalasse di prostata, si sentirebbe "autorizzato" ad ammettere che ha un problema non solo fisico.

Durante la fase decisionale, il paziente può trovare accanto a uno psicologo il modo di vagliare le opzioni terapeutiche. Racconta Simona Donegani: «Un uomo, a una settimana dalla diagnosi, viene a spiegarmi perché pensa di scegliere la radioterapia. Mi chiede cosa ne penso e gli dico che io concordo. "E se avessi detto chirurgia?". Gli rispondo che

sono d'accordo con la sua decisione perché è consapevole, ha ricevuto le informazioni, ha compreso il linguaggio, ne ha parlato con la compagna e, pur con un certo grado di incertezza, ha compiuto la scelta che riteneva migliore per lui in quel momento. Non conta tanto il perché, si può anche scegliere per paura. Ma va bene così, è legittimo dire "Questo è troppo per me" e propendere per la soluzione meno angosciata. L'importante è esplicitare queste ragioni, qualunque esse siano».

Dal lavoro di squadra tutti, medici e ammalati, possono trarre dei vantaggi. E gli specialisti devono ricor-

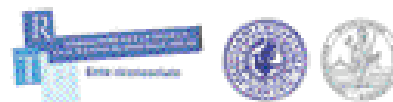
DAL LAVORO DI SQUADRA MEDICI E AMMALATI POSSONO TRARRE DEI VANTAGGI

dare che la richiesta principale di un ammalato rimane una domanda tecnica e di cura, e che il medico non lo deve lasciare solo. Sono numerosi i pazienti che, secondo Gabriella Morasso, pur vedendo molti specialisti, mancano di un riferimento unico, costante: «Sappiamo qual è la strada da percorrere, ma siamo ancora lontani da una situazione soddisfacente. Credo sia un problema da un lato di organizzazione delle strutture sanitarie, dall'altro di formazione professionale. Oggi si sta iniziando a lavorare, e penso che in futuro i giovani medici saranno più preparati a gestire la comunicazione con il paziente nella sua globalità». ■

Fondazione per la Ricerca e la Terapia in Urologia RTU ONLUS First International Course

Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena
Fondazione IRCCS di Natura Pubblica

Università degli Studi di Milano



PSA: PAST, PRESENT AND FUTURE. SHOULD WE FIND PROSTATE CANCER OR SHOULD WE LOOK FOR IT?

15-17 September 2005 - Aula Magna, Università degli Studi - Milan, Italy

President: Prof. Francesco Rocco

Thursday, September 15th, 2005

I SESSION

Chairmen: VB. Matveev, A. Bono

Incidence and prevalence of Prostate Cancer in western and eastern countries

Faculty: G. Bartsch - Innsbruck (Austria)
A. Bono - Varese (Italy)
D. Bostwick - Glen Allen (USA)
P. Boyle - Lyon (France)
VB. Matveev - Moscow (Russia)
F. Rocco - Milan (Italy)
W. Sakr - Detroit (USA)
R. Scarpa - Orbassano (Italy)
L. Thompson - San Antonio (USA)
R. Wang - Beijing (China)
T. Wang - Beijing (China)

Friday, September 16th, 2005

II SESSION

Chairmen: D. Bostwick, G. Coggi

Natural history of Prostate Cancer

Faculty: F. Algaba - Barcelona (Spain)
D. Bostwick - Glen Allen (USA)
G. Coggi - Milan (Italy)
M. Donovan - New York (USA)
G. Mikuz - Innsbruck (Austria)
R. Montironi - Ancona (Italy)
W. Sakr - Detroit (USA)

III SESSION

Chairmen: G. Bartsch, M. Pavone Macaluso

Significant and non significant Prostate Cancer

Faculty: G. Bartsch - Innsbruck (Austria)
W. Catalona - Chicago (USA)
H. Huland - Hamburg (Germany)
M.W. Kattan - Cleveland (USA)
M. Pavone Macaluso - Palermo (Italy)
M. Zelefsky - New York (USA)

IV SESSION

Chairmen: C. C. Schulman, F. Rocco

The role of PSA in diagnosis and screening of Prostate Cancer

Faculty: W. Catalona - Chicago (USA)
L. Klotz - Toronto (Canada)
VB. Matveev - Moscow (Russia)
F. Rocco - Milan (Italy)
F. Schroeder - Rotterdam (Netherlands)
C. C. Schulman - Brussels (Belgium)
P. Tallec - Paris (France)
L.M. Thompson - San Antonio (USA)

V SESSION

Chairmen: P. Tallec, G. Martorana

The role of PSA in monitoring treatment outcome of Prostate Cancer

Faculty: P.C. Albertsen - Farmington (USA)
P. Nersis - Copenhagen (Denmark)

G. Martorana - Bologna (Italy)

R. Orecchia - Milan (Italy)

P. Tallec - Paris (France)

M. Zelefsky - New York (USA)

Saturday, September 17th, 2005

VI SESSION

Chairmen: H. Huland, F. Selvaggi

Decision making for treatment of Prostate Cancer: the risk of undertreatment and overtreatment

Faculty: W. Catalona - Chicago (USA)
J. Eastham - New York (USA)
H. Huland - Hamburg (Germany)
M.W. Kattan - Cleveland (USA)
L. Klotz - Toronto (Canada)
F. Schroeder - Rotterdam (Netherlands)
F. Selvaggi - Bari (Italy)
L. Thompson - San Antonio (USA)

VII SESSION

Chairmen: E. Pisani - T. Lotti

EUROPA UOMO: The Patient's point of view

Faculty: L. Denis - Antwerp (Belgium)
T. Lotti - Naples (Italy)
E. Pisani - Milan (Italy)
F. Sereni - Milan (Italy)

The Course is supported by
Società Italiana di Urologia - SIU
Official Language: English
Simultaneous Translation into Italian
Program online at www.emiliaviaggi.it



For information, Registration, Accomodation please contact the
Course Organization Office
Emilia Viaggi Congressi & Meeting srl
Ph. +39 051 235993 - Fax +39 051 2914435
congressi@emiliaviaggi.it