

DOMANDE DEI LETTORI

Indirizzate le vostre lettere per corrispondenza
viale Beatrice d'Este 37 - 20122 Milano

Mi è stato diagnosticato un tumore della prostata e dovrò fare la radioterapia. Mi devo aspettare cambiamenti nella mia vita personale e di relazione?



La radioterapia esterna consiste nell'uso di radiazioni per distruggere le cellule tumorali, cercando al tempo stesso di danneggiare il meno possibile le cellule normali.

È un trattamento localizzato, generalmente indolore, che coinvolge aree limitate dell'organismo. Nella maggior parte dei casi gli effetti collaterali sono temporanei e tendono ad attenuarsi dopo il termine della radioterapia (effetti collaterali acuti). In rari casi questi sintomi possono persistere dopo la conclusione del trattamento o ricomparire dopo diversi mesi dal termine della radioterapia (effetti collaterali tardivi). In rari casi richiedono una terapia farmacologica per ridurne l'intensità. Gli effetti acuti possono essere ricondotti a un'infezione della vescica urinaria a causa della quale si può avvertire più frequentemente la necessità di urinare, anche di notte, e una sensazione di bruciore; vi possono essere inoltre cambiamenti delle abitudini intestinali con possibilità di bruciore o fastidio anale, sensazione dell'urgenza di defecare in assenza di feci nel retto. Durante la radioterapia, talora è possibile avvertire un lieve senso di debolezza, che non compromette in genere la normale attività quotidiana.

Raramente nei mesi successivi al trattamento possono comparire tracce di sangue o di vero e proprio sanguinamento nelle urine e nelle feci, per i quali è utile informare l'oncologo radioterapista in modo che possa valutare la situazione e impostare il trattamento più idoneo. In una limitata percentuale di pazienti è possibile osservare una di-

minuzione della funzione erettile e/o disturbi legati all'eiaculazione (riduzione o scomparsa del liquido seminale). Con la radioterapia esterna, a differenza della chirurgia, il rischio di incontinenza urinaria è molto basso. Va infine ricordato che durante il trattamento in alcun modo il paziente "diventa radioattivo" o porta con sé delle radiazioni, quindi può avere una normale vita di relazione.

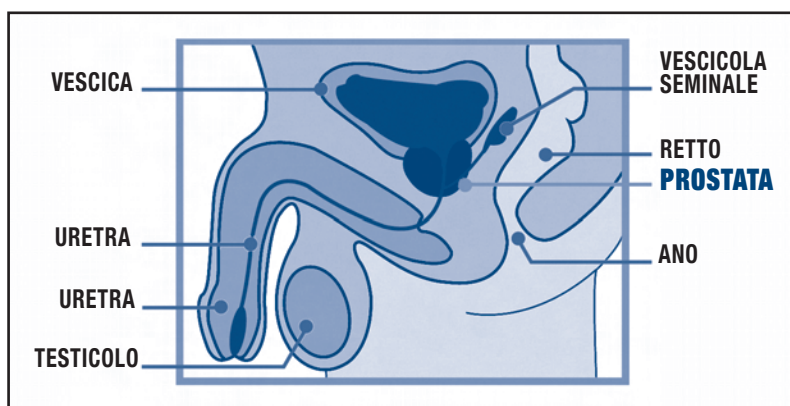
Prof.ssa Barbara A. Jereczek
Vicedirettore Divisione di Radioterapia
Istituto Europeo di Oncologia - Milano
Ricercatore
Università degli Studi di Milano

Tumore della prostata: impotenza e incontinenza sono inevitabili e irreversibili? Ho 56 anni, mi hanno diagnosticato un tumore alla prostata che è stato classificato come a basso rischio; dopo numerosi colloqui con diversi specialisti ho deciso di sottopormi all'intervento chirurgico perché ho bisogno di sentire che questa "cosa" mi è stata tolta dal corpo. Sono anche pronto ad affrontare il rischio dell'impotenza e dell'incontinenza ma, se si dovessero verificare, sono irreversibili o è possibile fare qualcosa?

Nei soggetti giovani, con neoplasie a basso rischio localizzate alla ghiandola è possibile eseguire un intervento chirurgico, cosiddetto "nerve sparing", che si propone di conservare i nervi responsabili dell'erezione, che decorrono molto vicino alla ghiandola, senza correre eccessivi rischi di non essere oncologicamente radicali; in questo caso la conservazione della potenza sessuale è possibile in una percentuale elevata di casi. Inoltre, una precoce e corretta riabilitazione sessuale, generalmente eseguita con farmaci assunti per via orale quali Viagra®, Levitra® o Cialis®, è fondamentale per ripristinare al massimo la funzione erettile.

Nei casi più difficili è anche possibile, durante il periodo di riabilitazione, ricorrere a farmaci (prostaglandine) iniettati direttamente all'interno del pene (Caverjet®) e in questo caso sono fondamentali il coinvolgimento e la collaborazione della partner: i dati di letteratura indicano chiaramente che la riabilitazione effettuata "di nascosto" è meno efficace di quella condivisa con la propria compagna.

Per quanto riguarda l'incontinenza, la sua incidenza - sempre nei soggetti giovani e in buona salute - è estremamente bassa (ben al di sotto del 10%) e molti pazienti



DOMANDE DEI LETTORI

a: Europa Uomo Italia Onlus
per e-mail: europauomo.italy@virgilio.it



riacquistano una buona continenza dopo pochi giorni o settimane dall'intervento; una modesta incontinenza "da sforzo" (colpi di tosse, sforzi addominali, starnuti) è abbastanza frequente e se si prolunga è possibile instaurare una riabilitazione basata su un'adeguata ginnastica pelvica sia attiva che passiva (utilizzando delle minime stimola-

zioni elettriche per qualche settimana); in questo caso la collaborazione del paziente nell'imparare ed eseguire correttamente gli esercizi prescritti è fondamentale, come fondamentale è la costanza e la pazienza: tutti i percorsi riabilitativi richiedono tempo per offrire i migliori risultati. Nei pochi casi sfavorevoli in cui la sola riabilitazione non è in grado di ripristinare completamente la continenza, sarà comunque possibile ricorrere a provvedimenti chirurgici, quali il posizionamento di due piccoli "palloncini" di fianco all'uretra per aumentarne la pressione di chiusura o, nei casi più seri (improbabile nel suo), l'impianto di uno sfintere artificiale, un sistema completamente impiantabile, non visibile in alcun modo dall'esterno e che consente un recupero totale della continenza anche nei casi ribelli ai trattamenti precedenti.

Dott. Giario Conti

Direttore di Chirurgia e Struttura complessa di Urologia
Azienda Ospedaliera S. Anna - Como

Mio padre ha 74 anni e, recentemente, gli è stata diagnosticata una neoplasia prostatica avanzata con esteso interessamento osseo. Il medico che lo ha visitato gli ha suggerito una terapia ormonale. Vorrei sapere se tale trattamento costituisce una scelta adeguata e quali risultati ed effetti collaterali potranno conseguire.

I tumori della prostata rientrano nella categoria delle neoplasie ormono-dipendenti, dipendono, cioè, da alcuni ormoni - nel caso specifico quelli maschili - per svilupparsi e crescere. La terapia ormonale "ablativa" (che agisce, cioè, sottraendo questi ormoni alla malattia e, ovviamente, anche all'organismo) rappresenta da decenni il trattamento di scelta del carcinoma prostatico avanzato ed è in grado di ottenere un controllo di malattia in oltre l'80% dei casi per una durata prevedibile di anni. Purtroppo esisto-

no anche casi resistenti a tale opzione terapeutica e casi nei quali la durata del controllo della malattia è minore.

Le attuali scelte terapeutiche, che lo specialista che ha in cura suo padre potrà consigliarle, sono rappresentate dall'orchietomia bilaterale (castrazione chirurgica, una metodica non molto diffusa in Europa!) e dalla somministrazione sottocutanea o intramu-



scolare di farmaci a lungo rilascio (così detti LH-RH analoghi: Luteinizing Hormone - Releasing Hormone) da somministrare ogni 4-12 settimane. Questi farmaci bloccano, a livello centrale, la produzione degli ormoni maschili (in particolare del testosterone), i cosiddetti antiandrogeni periferici sono invece così chiamati in quanto agiscono direttamente sul bersaglio e sono da assumere per bocca (compresse). Gli antiandrogeni periferici sono in genere utilizzati insieme agli LH-RH analoghi nella fase iniziale della terapia, ma possono essere utilizzati anche per periodi più lunghi nell'ambito del cosiddetto "blocco androgenico completo". In alcuni casi possono essere impiegati anche da soli (malattia localmente avanzata, rifiuto dell'LH-RH analogo). In tal caso, però, la dose del farmaco deve essere aumentata (bicalutamide 150). Pur essendo in genere ben tollerati, gli LH-RH analoghi - sottraendo all'organismo gli ormoni maschili - causano un quadro di castrazione clinica, caratterizzato da vampi di calore, perdita della libido e della funzione erettile, riduzione della forza muscolare, turbe cognitive, alterazioni della glicemia ed altro ancora. Un insieme di disturbi, recentemente definito "sindrome metabolica" che può portare, nel caso di terapie protratte, a quadri clinici preoccupanti. L'uso dei soli antiandrogeni periferici riduce l'incidenza di effetti collaterali, in particolare dell'impotenza, ma causa frequentemente ginecomastia e mastodinia (gonfiore dei capezzoli con estrema sensibilità, dolente, degli stessi).

In conclusione, l'opzione terapeutica che le è stata proposta è corretta, sappia inoltre che in alcuni casi, sulla base di un accordo tra clinico e paziente, la terapia ormonale può essere interrotta temporaneamente, in modo programmato, per ridurre l'incidenza degli effetti collaterali e, forse, aumentare la durata complessiva della sua efficacia. Questo tipo di terapia viene definito "terapia intermittente".

Dott. Sergio Bracarda

S.S. Oncologia Urologia, S.C. Oncologia Medica
Ospedale S. Maria della Misericordia,
Azienda Ospedaliera - Perugia