

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

**Sono affetto da un tumore classificato "indolente". Desidero far rilevare che in Sicilia il tumore della prostata indolente è poco conosciuto dalla maggior parte degli urologi, per non parlare dei medici di famiglia, che non ne hanno la minima idea. Ritengo sarebbe utile spiegare di che cosa si tratta.**



L'adenocarcinoma della prostata può presentarsi con un'aggressività biologica e un'evoluzione molto variabile. Esistono tumori prostatici altamente aggressivi, con una elevata potenzialità di metastatizzazione e, quindi, una elevata mortalità e, dall'altro estremo, tumori prostatici non aggressivi, a lentissima evoluzione e non mortali. L'evoluzione del tumore può essere così lenta che il soggetto affetto da questo tumore non muore a causa di questa malattia, ma con questa malattia e per altri motivi clinici più gravi. È per questo motivo che spesso, nelle autopsie di pazienti deceduti di altre patologie, si riscontra la presenza di questo tumore prostatico di cui il paziente, asintomatico per il tumore prostatico, non ne sapeva nulla. Esistono quindi dei tumori prostatici ad andamento clinico evolutivo benigno e che sono denominati "indolenti".

Uno dei parametri che è utilizzato per valutare l'aggressività biologica del tumore prostatico è il "Gleason score", che è riportato dall'anatomopatologo dopo la visione della biopsia. Il "Gleason score" è, quindi, un parametro visibile sul referto istologico della biopsia prostatica.

Il sistema di classificazione secondo Gleason valuta l'architettura (pattern) del carcinoma della prostata. Sono identificati sia il pattern principale (predominante) sia il

secondario (secondo più comune) e viene loro assegnato un punteggio da 1 a 5, indicando con 1 l'aspetto più differenziato e con 5 quello meno differenziato. Se un tumore ha solo un pattern istologico allora ai patterns primari e secondari è assegnato lo stesso numero (ad esempio Gleason 3+3=6). Viceversa, a un tumore con predominante pattern 3 e una componente minore di pattern 4 sarebbe assegnato un punteggio di 3+4= 7 (score di Gleason = 7).

È così possibile distinguere tre classi di tumori:

GLEASON score = 4 - 6 = tumore ben differenziato

GLEASON score = 7 (3+4 oppure 4+3) = tumore mediamente differenziato

GLEASON score = 8 - 10 = tumore scarsamente diverso

Le situazioni cliniche più frequenti sono quelle con "Gleason score" = 6 - 7.

Lo score di Gleason assume un'importanza fondamentale nel condizionare le scelte prognostiche perché mettendo insieme lo score di Gleason, lo stadio di malattia e il valore del PSA è possibile costruire dei veri e propri fattori di rischio, di malattia metastatica assente, per esempio, e di esito clinico del trattamento in termini di probabilità di guarigione, con situazioni più favorevoli.

Il tumore clinicamente indolente è definito come un tumore che, alla diagnosi e sulla biopsia, ha un Gleason score  $\leq 6$ , ha 1 solo frustolo bioptico coinvolto e con una estensione di  $< 3$  mm e ha un PSA density  $< 0.15$  (rapporto fra PSA e volume prostatico) (secondo i criteri di J. Epstein).

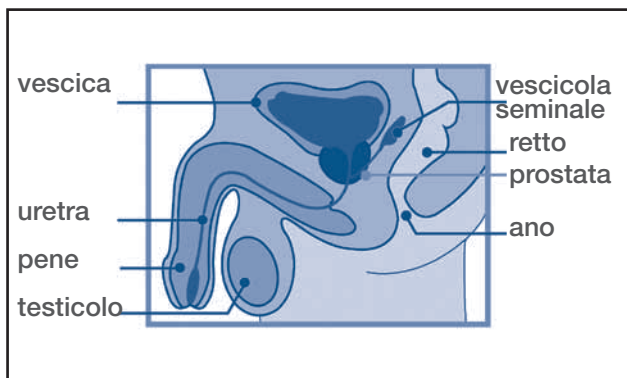
Questa valutazione viene effettuata al momento della diagnosi e non sempre corrisponde alla realtà. Il tumore con queste caratteristiche può sembrare indolente ma, una volta eseguito l'intervento chirurgico con l'asportazione di tutta la prostata, il tumore può rivelarsi più voluminoso e aggressivo.

Un tumore indolente è un tumore intracapsulare con Gleason score  $\leq 6$  e un volume tumorale  $< 0.5$  cc all'esame istologico definitivo.

Perciò, quando si valuta una biopsia prostatica bisogna stare attenti a classificare il tumore come clinicamente indolente perché si rischia di sottovalutare la reale gravità del caso. Viceversa, a volte, si procede con terapie aggressive e con conseguenti complicanze senza che vi sia una reale necessità perché il tumore è di piccole dimensioni e poco aggressivo. In questo caso è anche possibile adottare un programma di "vigile sorveglianza" e posticipare il trattamento definitivo quando il tumore dovesse diventare più aggressivo e più voluminoso.

**Dott. Vincenzo Scattoni**  
Urologo

Fondazione San Raffaele  
del Monte Tabor, Milano





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



**Con riferimento ai miei rapporti sessuali dopo prostatectomia radicale, durante l'orgasmo ho notato la fuoriuscita di alcune gocce di urina. È normale? Si può fare qualcosa?**

Ecco, questa è una domanda davvero importante!

Un certo numero di pazienti dopo prostatectomia radicale riferiscono – talvolta, in realtà, se ne lamentano – la fuga di alcune gocce di urina al momento dell'orgasmo. Ciò accade soprattutto nei primi 12 mesi dopo l'intervento chirurgico.

Quanti pazienti? La letteratura riferisce di una percentuale che va dal 20% fino al 90%. Sono quindi molti; non ci si deve sentire diversi o perfino menomati. In tal senso bisogna dire che talvolta i pazienti associano addirittura la perdita di queste gocce di urina ad una sensazione simile a quelle che avevano in occasione della eiaculazione.

Questa perdita di urine ha un nome scientifico: climacturia. Tra i pazienti operati che descrivono la presenza di

climacturia, circa nel 40% dei casi la perdita di gocce di urina compare in meno della metà dei rapporti sessuali; al contrario, la climacturia compare in occasione di ogni rapporto circa nel 20% dei pazienti. I più fortunati lamentano la perdita di urina solo occasionalmente.

È poi certo vero che non tutti i pazienti soffrono di un identico problema. Nella maggior parte dei casi (60%) la perdita ammonta a poche gocce; nel 30% circa dei pazienti si tratta di meno di 10 cc di urine perse, mentre poco più del 10% riferisce una perdita più copiosa.

In tutti i casi, ed in tutti gli studi presenti in letteratura, la perdita di urine al momento dell'orgasmo è indipendente dalla età del paziente e dalla continenza urinaria raggiunta dal paziente dopo la chirurgia prostatica; ciò significa che potresti perdere delle gocce di urina al momento dell'orgasmo anche se fossi perfettamente continente nel corso della giornata e durante il riposo notturno. Al pari, i dati e l'esperienza clinica non sembrano dirci che esista un maggior rischio di climacturia nei pazienti con difficoltà di erezione. Quindi, i pazienti possono perdere al momento dell'orgasmo qualora abbiano erezioni insoddisfacenti come pure nel caso di erezioni perfette; i due aspetti sono indipendenti! Cosa fare per cercare di evitare queste perdite? Ad oggi l'unico suggerimento valido è quello di svuotare la vescica prima di ogni rapporto, sia questo penetrativo o masturbatorio.

**Dott. Andrea Salonia**  
Urologo

Fondazione San Raffaele del Monte Tabor, Milano

## Ricorda che Europa Uomo ha bisogno di te

### QUOTE ASSOCIATIVE

Ogni associato deve essere in regola con il versamento della quota associativa annuale (minimo 10 euro) che deve essere fatto dal mese di gennaio a favore di: "Europa Uomo Italia Onlus, viale Beatrice D'Este 37, 20122 Milano" con causale: "Quota Associativa + anno".

### CONTRIBUTI

L'associazione Europa Uomo Italia è Organizzazione non Lucrativa di Utilità Sociale (Onlus), iscritta all'anagrafe unica delle Onlus. Pertanto, ogni erogazione liberale in suo favore è, alternativamente:

- detraibile dall'imposta lorda ai fini IRPEF per un importo pari al 19% dell'erogazione liberale effettuata, sino a un valore massimo di euro 2.065,83 (art. 15, lettera i-ter del D.P.R. 917/1986);

- deducibile dal reddito dichiarato fino al 10% del reddito dichiarato stesso e comunque fino a 70.000,00 euro, ai sensi dell'art. 14, Legge 80/2005. Il contributo deve essere versato a favore di: "Europa Uomo Italia Onlus, viale Beatrice D'Este 37, 20122 Milano", con causale: "Contributo".

### 5 PER MILLE

Con il 5 per mille sostenere le nostre attività non ti costa nulla. Cerca nella tua dichiarazione dei redditi la parte riservata alla scelta per la destinazione del 5 per mille dell'Irpef e nel riquadro dedicato "al sostegno delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni riconosciute, ecc." apponi la tua firma e scrivi il nostro numero di codice fiscale:

**9 7 3 1 6 2 6 0 1 5 3**

### SCEGLI TU COME FARE I VERSAMENTI

1) con bollettino di versamento sul c/c postale n. 52 73 96 12 (il bollettino è inserito al centro di questa rivista)

2) con bonifico bancario sul c/c postale n. 52 73 96 12  
ABI: 07601 – CAB: 01600  
CIN: S  
IBAN: IT16 S07601 01600 000052739612

3) con bonifico bancario sul c/c BANCA PROSSIMA n. 1 0 0 0 / 1 6 2 7  
ABI: 03359 – CAB: 01600  
CIN: N  
IBAN: IT84 N033 5901 6001 0000 0001 627