



**PERCORSO
AZZURRO**
20-28 NOVEMBRE



**SE GUARDI IN BASSO
CI VEDI LUNGO**

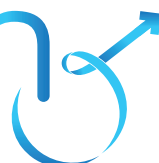


LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

LILT

for

men 
PERCORSO AZZURRO

**CONTRO I TUMORI MASCHILI
LA PREVENZIONE È LA TUA PRIMA ALLEATA.**



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for

men

PERCORSO AZZURRO



PAG. 4: LETTERA DEL PRESIDENTE

PAG. 5: IL TUMORE DELLA PROSTATA

- Cos'è la prostata?
- Quali sono le dimensioni della prostata e cos'è l'iperplasia prostatica benigna?
- Come si cura l'ipertrofia prostatica benigna?
- Cos'è il carcinoma della prostata?
- Fatti e cifre
- Variabilità territoriale
- È possibile la diagnosi precoce?
- Sintomi
- Quali sono i fattori di rischio per il carcinoma prostatico?
- Si può prevenire l'insorgenza del carcinoma prostatico?
- Come si manifesta il carcinoma prostatico?
- Come si diagnostica il carcinoma prostatico?
- Come vanno interpretati i valori del sangue del PSA?
- Come si cura il carcinoma prostatico?

PAG. 20: IL TUMORE DEL PENE

- Anatomia del pene
- Patologie del pene non tumorali
- Che cosa è il tumore del pene?
- Fatti e cifre
- Sintomi
- Fattori di rischio
- Come si diagnostica il tumore del pene?
- Si può prevenire l'insorgenza del tumore del pene?
- Come si cura il tumore del pene?

PAG. 28: IL TUMORE DEL TESTICOLO

- Anatomia del testicolo
- Fatti e cifre
- Che cos'è il tumore del testicolo?
- Fattori di rischio
- Sintomi
- Come si diagnostica il tumore del testicolo?
- Come si cura il tumore del testicolo?

PAG. 28: LILT

- Cos'è la LILT
- La mission
- Le attività
- Come sostenere la LILT

PAG. 29: ASSOCIAZIONI PROVINCIALI LILT

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!



“Percorso azzurro” LILT for Men è una nuova campagna di sensibilizzazione della **LILT** dedicata esclusivamente alle patologie tumorali della sfera genitale maschile.

I dati epidemiologici registrano che ogni anno circa il 55% dei tumori maligni vengono diagnosticati agli uomini, rispetto al 45% diagnosticato alle donne.

Le neoplasie “esclusivamente” maschili sono: il tumore alla prostata -che rappresenta la 3° causa di morte per gli uomini in tutto il mondo, ma tendenzialmente la prima per incidenza, essendo aumentata l’aspettativa di vita-, e seppure più rari, il tumore al testicolo ed il carcinoma del pene. Conoscerli per prevenirli è lo scopo di questa pubblicazione!

Per decenni queste patologie tumorali sono state considerate quasi un vero e proprio tabù. Oggi, l’atteggiamento psico-sociale sta cambiando e fondamentali passi in avanti sono stati compiuti grazie alla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla ricerca, e alla terapia. Grazie ad una maggiore e costante corretta informazione si è, in particolare, sviluppata la cultura della prevenzione e della diagnosi precoce, che si stanno sempre più diffondendo e consolidando. Attraverso la prevenzione è, infatti, possibile oggi vincere il tumore! Bastano salutari, semplici comportamenti, e periodici controlli clinico-strumentali.

La prevenzione e la diagnosi precoce oggi guariscono oltre il 60% dei casi di cancro e siamo altresì consapevoli che intensificando le campagne di sensibilizzazione potremmo arrivare già oggi ad una guaribilità superiore all’80%. Tuttavia, nonostante i miglioramenti scientifici avvenuti nel tempo, il livello di guardia deve restare ancora alto sul fronte della sensibilizzazione, soprattutto nei confronti dei giovani.

Questa certezza fa sì che la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori sia sempre più attivamente impegnata sul fronte della “prevenzione”, intesa sia come prevenzione primaria (adozione di stili e comportamenti di vita salutari: niente fumo -responsabile del 30% dei tumori-, corretta alimentazione, attività fisica e lotta alla cancerogenesi ambientale e professionale), sia come prevenzione secondaria (esami e controlli periodici per poter effettuare una vincente diagnosi precoce). Prevenire significa vivere! L’informazione corretta e l’educazione alla salute sono elementi basilari per una efficace prevenzione.

Prof. Francesco Schittulli

Presidente Nazionale

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

IL TUMORE DELLA PROSTATA

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

COS'È LA PROSTATITA?

La prostata è una ghiandola a forma di castagna situata sotto la vescica dell'uomo, davanti al retto, e circonda la porzione iniziale dell'uretra (condotto che collega la vescica con l'esterno) (Figura 1).

La prostata partecipa al meccanismo dell'eiaculazione, secernendo la parte maggiore del liquido seminale, mezzo di trasporto degli spermatozoi. Le ghiandole prostatiche producono tra l'altro una sostanza specifica, chiamata Antigene Prostatico Specifico (PSA), che viene escreto anche nel sangue dove può essere dosato.

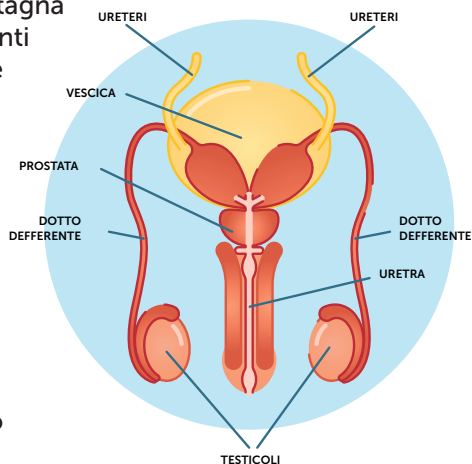


Figura 1: La prostata e i suoi apparati

QUALI SONO LE DIMENSIONI DELLA PROSTATA E COS'È L'IPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA?

Le dimensioni della prostata tendono ad aumentare con il passare degli anni, variando da quelle di una castagna in età giovanile a quelle di un'albicocca intorno a 40-50 anni. Questo aumento di volume, che è mediato dall'ormone maschile Testosterone, si chiama Iperplasia Benigna della Prostata (IPB); non è un tumore, non rappresenta un maggior rischio di ammalarsi di cancro della prostata e non si trasforma in cancro. L'IPB, tuttavia, può produrre dei sintomi che sono comuni a quelli del carcinoma prostatico in fase iniziale e che sono legati all'ostacolo meccanico esercitato dalla prostata stessa al deflusso dell'urina dalla vescica (minzione):

- difficoltà ad iniziare ad urinare;
- necessità urgente ad urinare con difficoltà a trattenere le urine;
- necessità di urinare frequentemente, soprattutto di notte, con conseguente disturbo del sonno;
- ridotta potenza del getto di urina e necessità di esercitare una forte pressione per urinare.

Aumentando ulteriormente le dimensioni della prostata questi sintomi possono aggravarsi, giungendo a:

- improvvisa impossibilità a urinare (ritenzione acuta di urina) con necessità di ricorrere all'inserimento di un catetere vescicale;

- ristagno di urina con possibile sviluppo di infezioni ricorrenti delle vie urinarie.

COME SI CURA L'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA?

Per l'IPB esistono fondamentalmente tre approcci terapeutici.

Nelle forme iniziali si consiglia di:

- a) modificare il proprio stile di vita, ad esempio limitando forti ingestioni di liquidi la sera;
- b) svuotare il più completamente possibile la vescica ad ogni minzione;
- c) non trattenere a lungo l'urina. Alcuni farmaci quali antistaminici, antidepressivi, tranquillanti e certi anti-ipertensivi, possono peggiorare i sintomi dell'IPB.

Nelle forme più avanzate si può ricorrere a farmaci specifici o alla chirurgia. Il medico di Medicina Generale e lo specialista Urologo potranno consigliare la migliore strategia terapeutica.

COS'È IL CARCINOMA DELLA PROSTATA?

Il carcinoma prostatico più frequente è l'adenocarcinoma; esso consiste nella crescita incontrollata di alcune cellule ghiandolari che acquisiscono la capacità di infiltrare e di invadere le strutture e gli organi contigui e, attraverso il sistema linfatico e sanguigno, raggiungere organi distanti (metastasi).

L'incidenza nei Paesi occidentali è di oltre 55 nuovi casi per 100 mila abitanti. Raramente è riscontrato prima dei 40 anni. La sua incidenza aumenta con il progredire dell'età, colpendo prevalentemente i maschi dopo il 50° anno con un picco di incidenza intorno ai 70 anni. La prognosi di questo tumore dipende da alcuni fattori e, in particolare, dall'estensione della neoplasia al momento della diagnosi e dall'età del paziente.

INCIDENZA IN ITALIA

36 MILA NUOVI CASI IN ITALIA/ANNO

1 UOMO OGNI 9

**MASSIMA INCIDENZA - NUOVI CASI - IN UOMINI
DI ETÀ OLTRE I 65 ANNI - 2/3**

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

FATTI E CIFRE: INCIDENZA, MORTALITÀ E PREVALENZA PER TUMORE DELLA PROSTATA IN ITALIA

Il tumore della prostata è il tumore più diffuso nella popolazione maschile e rappresenta oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati a partire dai 50 anni di età. È divenuto, nell'ultimo decennio, il tumore rilevato più frequentemente più che per la presenza di fattori di rischio, per la maggiore probabilità di diagnosticare tale malattia, che è presente in forma latente nel 15-30% dei soggetti oltre i 50 anni e in circa il 70% degli ottantenni.

L'incidenza del carcinoma prostatico ha mostrato un trend in crescita fino al 2003, in concomitanza della maggiore diffusione del test dell'antigene prostatico specifico (PSA) quale strumento per la diagnosi precoce dei casi prevalenti, e successivamente un andamento in diminuzione. In Italia l'incidenza del tumore della prostata attesa è di circa 36.000 nuovi casi per anno.

Il rapido incremento del tasso di incidenza del carcinoma prostatico è correlato all'attività di diagnosi precoce basata sul test per la ricerca dell'antigene prostatico (PSA). Infatti, la maggiore diffusione di questa pratica clinica ha consentito di individuare con maggiore frequenza forme clinicamente silenti e comunque non aggressive, producendo quindi anche un'elevata quota di sovra-diagnosi e di conseguente sovra-trattamento.

Ad un elevato aumento dell'incidenza, infatti, non corrisponde un altrettanto consistente aumento della mortalità che anzi, dopo un lieve aumento tra il 1970 e il 2000 (da 16 a 19 per 100.000/anno), risulta in riduzione (figura 2).

Il carcinoma prostatico occupa il terzo posto nella scala della mortalità (8% sul totale dei decessi oncologici), nella quasi totalità dei casi riguardanti maschi al di sopra dei 70 anni.

Al rapido aumento della prevalenza hanno concorso rispettivamente:
I) l'incremento dell'incidenza, che include una quota di tumori indolenti;

II) il miglioramento della sopravvivenza, conseguenza di una miglior offerta terapeutica, ma anche della diagnosi di neoplasie asintomatiche, con conseguente possibile sovra-trattamento;

III) l'invecchiamento demografico, che incide in modo particolare nel caso dei carcinomi prostatici perché questi tumori si manifestano prevalentemente in età anziana (figura 3).

Figura 2: stime di incidenza e mortalità per tumore della prostata in Italia.
Tassi standardizzati per 100.000 persone/anno (popolazione standard europea), età 0-99 anni.

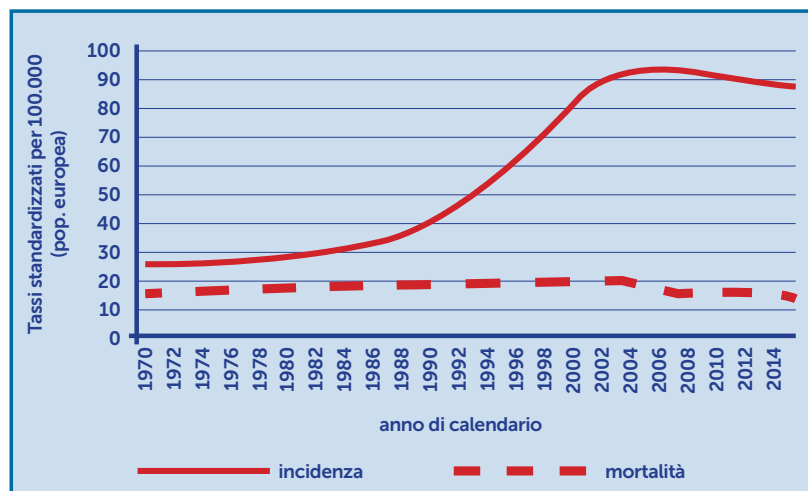
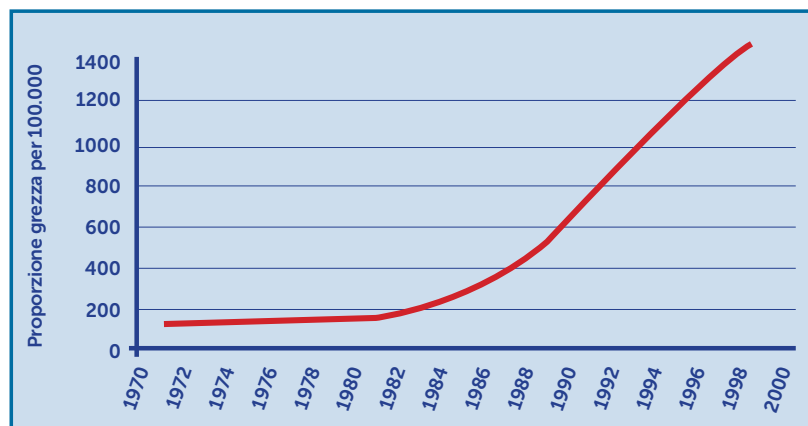


Figura 3: stime di prevalenza per tumore della prostata in Italia. Proporzione grezza per 100.000 abitanti, età 0-99 anni. (La prevalenza è espressa come proporzione grezza poiché fornisce informazioni sul reale carico sanitario della patologia oncologica)



SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

VARIABILITÀ TERRITORIALE

Le tendenze temporali dell'incidenza stimata sono simili in tutte le aree italiane, ma il meridione presenta livelli molto più bassi rispetto al resto del Paese.

Negli anni più recenti si stima, per le regioni del nord e del sud Italia, una lieve diminuzione del rischio di ammalarsi, mentre per le regioni centrali il rischio rimane stabile (intorno a 100 per 100.000/anno).

Per la mortalità (figura 5) si stimano andamenti simili ma con livelli diversi tra le macroaree italiane (gradiente Nord-Sud) dal 1970 fino alla fine degli anni Ottanta. Le tendenze leggermente crescenti per le regioni del nord e del centro (rispettivamente da 18 a 20 e da 16 a 19 per 100.000/anno) si stabilizzano a partire dagli anni novanta mentre per le regioni meridionali la crescita continua fino a raggiungere ed uniformarsi ai valori delle altre aree del paese negli anni 2000. A partire dal 2000 il tasso di mortalità risulta in riduzione per tutte le aree italiane e assume valori omogenei su tutto il territorio nazionale (da 19 a 15 per 100.000/anno).

Se diagnosticato in fase iniziale, oggi oltre il 90% dei pazienti riesce a guarire o a convivere anche per decenni con la malattia.

Figura 4: stime di incidenza di tumore della prostata per area geografica. Tassi standardizzati per 100.000 persone/anno (popolazione standard europea), età 0-99 anni.

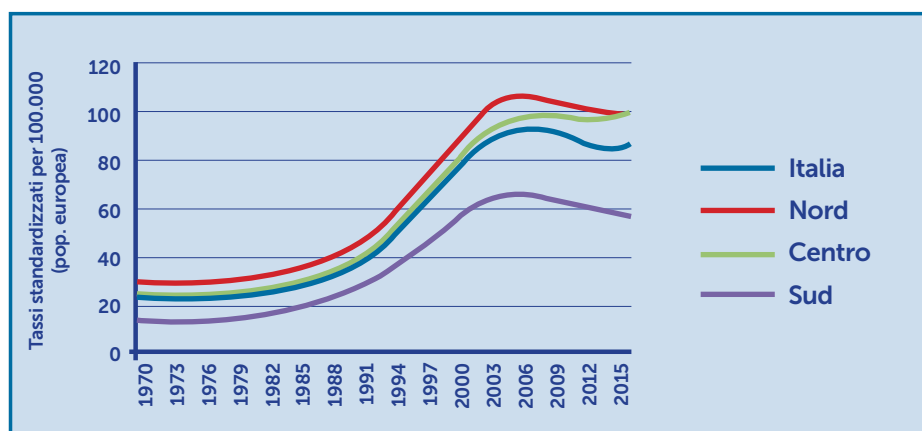
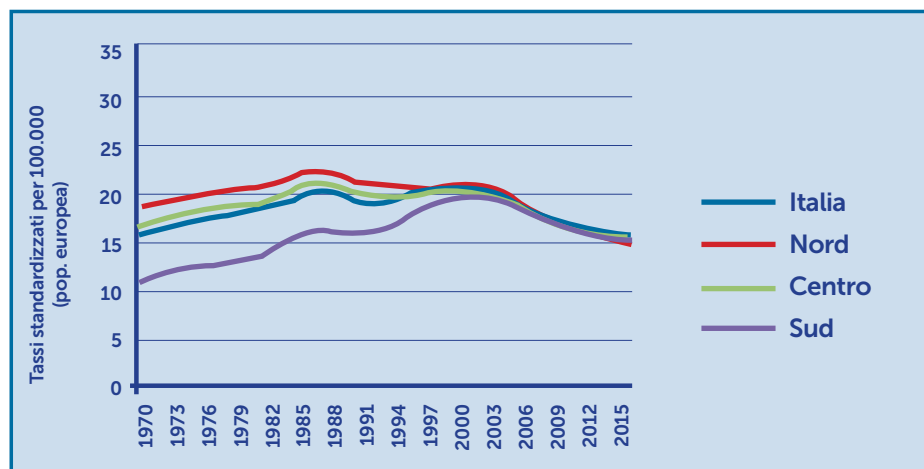


Figura 5: stime di mortalità per tumore della prostata per area geografica. Tassi standardizzati per 100.000 persone/anno (popolazione standard europea), età 0-99 anni.



È POSSIBILE LA DIAGNOSI PRECOCE?

Nelle fasi iniziali il tumore della prostata è spesso asintomatico; ciò significa che il paziente non avverte alcun sintomo, rimanendo ignaro della condizione. Negli ultimi anni, grazie alla crescente presa di coscienza dei pericoli della malattia, la maggior parte dei tumori prostatici viene diagnosticata proprio in queste fasi iniziali.

Una visita urologica accompagnata al controllo del PSA, mediante **analisi del sangue**, permette di identificare i soggetti a rischio nei quali effettuare ulteriori accertamenti.

Se il tumore viene ignorato, l'aumento delle sue dimensioni è associato a problemi connessi con la **minzione**, in quanto l'organo circonda l'uretra prostatica. I cambiamenti all'interno della ghiandola, quindi, influenzano direttamente la funzione urinaria.

SINTOMI

I sintomi del tumore alla prostata possono includere:

- difficoltà a urinare (esitazione);
- stimolo frequente a urinare, specialmente di notte (nicturia);
- difficoltà a mantenere un flusso costante di urina (il flusso

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

è debole, intermittente o persiste la sensazione di non riuscire a svuotare la vescica in modo completo);

- dolore o bruciore durante la minzione;
- sangue nelle urine o nello sperma;
- disfunzione erettile (impotenza);
- eiaculazione dolorosa;
- disagio nella zona pelvica;
- stanchezza, perdita di appetito e malessere generale;
- dolore generalizzato a schiena, fianchi o bacino.

N.B. I sintomi urinari descritti si manifestano in modo simile ad altri problemi prostatici di tipo benigno, come l'**iperplasia prostatica (IPB)**. Per questo motivo, se si verifica una o più di queste manifestazioni, è consigliabile sottoporsi a specifici accertamenti medici senza farsi prendere dal panico; potrebbe infatti trattarsi di un "semplice" ingrossamento benigno della prostata. Ancora, la comparsa di questi sintomi in forma acuta potrebbe essere spia di un'infezione della prostata, generalmente batterica: la **prostatite**.

QUALI SONO I FATTORI DI RISCHIO PER IL CARCINOMA PROSTATICO?

Poiché il carcinoma prostatico è molto raro prima dei 40-50 anni ma la sua incidenza aumenta rapidamente in età più avanzata, l'età è da considerarsi il principale fattore di rischio. Altri fattori di rischio riconosciuti sono:

- **Familiarità:** il rischio di sviluppare un carcinoma della prostata è 2-3 volte maggiore per chi ha un familiare di primo grado affetto dalla stessa malattia. Tale rischio aumenta fino a 10 volte con l'aumentare del numero dei familiari colpiti.
- **Razza:** questo tumore è essenzialmente una malattia dei Paesi occidentali; l'incidenza e la mortalità più elevata si osserva nei maschi afro-americani degli Stati Uniti, la più bassa in Giappone, Cina ed altri Paesi asiatici.

L'infezione cronica con conseguente stress ossidativo e danno cellulare, sembra sempre più incidere in mutazioni facilitanti la carcinogenesi della ghiandola suddetta.

Altri fattori di rischio, per i quali le evidenze sono meno consolidate, comprendono:

- **Fattori dietetici:** una dieta ricca di grassi e l'obesità (Indice di Massa Corporea – IMC – superiore a 29) sembrano comportare un incremento dell'incidenza. L'azione sfavorevole dei grassi è da collegarsi ad un aumento della produzione del testosterone e ad una diminuzione dell'assorbimento della vitamina A. Anche deficit nella dieta di vitamina D e selenio sono stati associati ad una maggiore incidenza di carcinoma della prostata.

La tabella seguente riassume i fattori di rischio per il carcinoma della prostata.

FATTORI DI RISCHIO DEL TUMORE DELLA PROSTATA

CERTI	PROBABILI	POSSIBILI
Genetici: • Familiarità • Invecchiamento	• Dieta ricca di latticini e carne rossa • Dieta povera di verdure	• Vita sedentaria e carni rosse • Inquinamento

SI PUÒ PREVENIRE L'INSORGENZA DEL CARCINOMA PROSTATICO?

Come raccomandato per numerose altre patologie, anche nel caso delle affezioni della prostata, una costante attività fisica, la riduzione del peso corporeo e un'alimentazione equilibrata, povera di grassi e ricca di frutta e verdura (soprattutto ortaggi gialli, pomodori e peperoni dotati di proprietà antiossidanti, sostanze ricche di vitamina A, D, E e il selenio) sembrano essere utili nel ridurre il rischio di malattia.

COME SI MANIFESTA IL CARCINOMA PROSTATICO?

Questo tumore è generalmente caratterizzato da una crescita molto lenta; nella fase iniziale è frequentemente asintomatico e può quindi restare non diagnosticato per anni.

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

Progredendo la malattia generalmente compaiono i segni dovuti all'ingrossamento della prostata che, peraltro, non sono differenziabili da quelli sostenuti dall'ipertrofia prostatica benigna: pollachiuria (emissione frequente di piccole quantità di urina); nicturia (necessità, anche molto frequente, di eliminazione dell'urina durante la notte); disuria (emissione di urine accompagnata da dolore); diminuzione della potenza del getto urinario. Altri sintomi raramente possono essere legati alla progressione locale del tumore: ematospermia (sangue nello sperma), dolore perineale e alterazioni della funzione erettile.

In meno del 10% di pazienti il carcinoma della prostata si manifesta con sintomi legati alla sua disseminazione metastatica quali dolori ossei anche gravi.

Un tumore alla prostata maligno può metastatizzare ai linfonodi della pelvi e, progressivamente, diffondersi ad altre parti del corpo.

Il carcinoma prostatico tende a metastatizzare soprattutto alle ossa della colonna vertebrale, del bacino, delle costole e del femore. Il dolore osseo, quindi, può essere un sintomo del tumore alla prostata avanzato. Se la metastasi comprime il midollo spinale, può causare debolezza o intorpidimento agli arti inferiori, incontinenza urinaria e fecale.

COME SI DIAGNOSTICA IL CARCINOMA PROSTATICO?

Una diagnosi accurata si basa essenzialmente sulle seguenti indagini:

Esplorazione digito-rettale (DRE): rappresenta il primo esame a cui deve sottoporsi il paziente con disturbi riferibili alla prostata. Poiché il carcinoma della prostata origina nella maggior parte dei casi (70%) nella porzione periferica dell'organo, tale esame è di aiuto ma non consente l'individuazione di tumori molto piccoli e allo stadio iniziale. La DRE è di semplice esecuzione, dura solo una decina di secondi, è indolore.

Dosaggio del PSA (Antigene Prostatico Specifico): questa sostanza, prodotta dalla ghiandola prostatica, può essere dosata con un semplice prelievo di sangue. La sua quantità nel sangue tende ad aumentare con l'età, per cui è normale che nell'anziano sia superiore rispetto a quella del giovane. La quantità di PSA nel sangue può aumentare sensibilmente qualora le strutture ghiandolari della prostata vengano danneggiate (infezioni delle vie urinarie, iperplasia prostatica benigna o in seguito a manovre strumentali).

COME VANNO INTERPRETATI I VALORI DEL SANGUE DEL PSA?

Un valore di PSA superiore a 4,0 ng/ml non è assolutamente indicativo della presenza di un tumore, come un valore inferiore non lo esclude al cento per cento. Detto in altri termini, non tutti gli uomini con valori di PSA superiore a 4,0 ng/ml hanno un cancro, ma allo stesso tempo un PSA al di sotto di 4,0 ng/ml non esclude la presenza di un cancro.

Il risultato del PSA potrebbe essere alterato anche da condizioni che determinano un massaggio della prostata, come andare in bicicletta, sottoporsi ad una visita o a una ecografia, avere rapporti sessuali. In questi casi, quindi, è meglio rimandare di tre giorni il prelievo per il PSA. Promettenti appaiono altri marker, quali il 2proPSA, il PHI ed il PCA3, che al momento devono essere prescritti solo dallo specialista.

- **Ecografia transrettale (TRUS):** questa indagine consente di ottenere informazioni essenziali quali la morfologia, le dimensioni e la struttura della ghiandola. Parametro importante per ipotizzare la presenza di carcinoma è la dimensione della lesione. L'ecografia permette inoltre di valutare l'eventuale diffusione del tumore al di fuori della ghiandola alle vescicole seminali, caratteristiche queste importanti dal punto di vista prognostico e per la pianificazione delle cure.
- **Agobiopsia prostatica:** l'ecografia consente inoltre di guidare con precisione all'interno della prostata un sottilissimo ago per eseguire biopsie multiple di ogni nodulo palpabile o visibile ecograficamente e/o di ottenere una mappatura completa della ghiandola prostatica mediante prelievi in più punti. I frustoli di tessuto così ottenuti, esaminati istologicamente, definiranno la natura della lesione.
- **Risonanza Magnetica Multiparametrica:** negli ultimi anni sono stati fatti progressi enormi nell'Imaging della prostata grazie alla Risonanza Magnetica (RM) multiparametrica. La metodica si basa sull'associazione di differenti tecniche di studio effettuate durante un singolo esame, rappresentate da: studio morfologico per la valutazione dell'anatomia della ghiandola e ricerca della eventuale lesione; studio di Spettroscopia a idrogeno per la valutazione dei metaboliti della ghiandola e della lesione; studio di Diffusione per la valutazione del grado di proliferazione

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

e di eventuale danno cellulare; studio di Perfusionazione acquisito durante somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto paramagnetico per la valutazione della vascolarizzazione. La RM multiparametrica della prostata migliora, pertanto, le performance della RM convenzionale ed è diventata fondamentale per pianificare il percorso diagnostico-terapeutico dei Pazienti. Nella pratica clinica con la RM multiparametrica si esegue una completa mappatura dell'intero volume prostatico per l'identificazione di zone sospette su cui eseguire successivamente prelievi biotipici mirati sotto guida ecografica o della stessa RM, così da evitare le biopsie random. Inoltre, tale metodica è utile per eseguire una corretta stadiazione loco-regionale della malattia e nel follow-up dopo terapia. Non è invasiva e non espone a radiazioni ionizzanti.

- **PET-TC con Fluorocolina (^{18}F -Colina):** è un esame metabolico utile nello studio di neoplasie a lenta crescita, come il tumore prostatico, che si basa sulla somministrazione per via endovenosa di un radiofarmaco, la Fluorocolina, ovvero la colina, indispensabile per la costruzione delle nostre cellule, in particolare di quelle tumorali, che viene resa debolmente radioattiva. Poiché la Fluorocolina si accumula nelle cellule prostatiche sia normali che patologiche, questo esame non viene utilizzato per la diagnosi di tumore prostatico bensì nel sospetto di ripresa di malattia nei pazienti con incremento significativo del PSA dopo terapia chirurgica e/o radiante e/o ormonale del tumore primitivo e con scintigrafia ossea e/o TC addominale pelvica negativi o dubbi, e nella valutazione dei pazienti ad alto rischio di avere malattia a distanza (metastasi linfonodali e ossee).

COME SI CURA IL CARCINOMA PROSTATICO?

Definito lo stadio della malattia si pone la scelta del trattamento, sulla base di:

- a) età del paziente;
- b) estensione della malattia;
- c) eventuali malattie concomitanti.

Le opzioni terapeutiche sono di tipo:

- CHIRURGICO;
- RADIANTE;
- FARMACOLOGICO;
- COMBINAZIONE DELLE PRECEDENTI TERAPIE.
- **Chirurgico:** la prostatectomia radicale rappresenta la terapia d'elezione del carcinoma prostatico in fase locale (la malattia deve essere confinata alla prostata) e consiste nell'asportazione completa della ghiandola.
Dopo la chirurgia, il PSA sierico non dovrebbe essere più dosabile e la persistenza di livelli dosabili di PSA è indice dell'esistenza di un residuo di malattia. La ricomparsa di quantità dosabili di PSA nel sangue è un segnale di ripresa della malattia.
La prostatectomia radicale per i tumori confinati alla ghiandola consente la guarigione in un'elevata percentuale dei pazienti.
Tra le possibili complicanze della prostatectomia radicale vi sono l'incontinenza (incapacità a trattenere le urine) e l'impotenza.
L'incidenza di tali complicanze varia nelle diverse casistiche fino al 10% circa ed è minore utilizzando tecniche chirurgiche avanzate, che prevedono la preservazione dei plessi nervosi adiacenti la prostata (tecnica "nerve sparing"). Negli ultimi anni si è fatta strada la chirurgia mini invasiva, grazie all'avvento della prostatectomia radicale laparoscopica (LRP), con riduzione del sanguinamento e più veloce ritorno alla vita normale.
L'avvento del sistema robotizzato "Da Vinci" ha cambiato la pratica urologica standard per il tumore alla prostata grazie alla tridimensionalità delle immagini (ralp).
La metodica ralp – laparoscopia robot assistita – testimonia affidabilità e sicurezza, pertanto è standard therapy.

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

- **Radiante:** la radioterapia rappresenta una valida alternativa alla rimozione chirurgica dell'intera ghiandola nei casi in cui la chirurgia non sia fattibile (ad esempio per l'età avanzata o altre malattie concomitanti, per desiderio del malato o per grado di diffusione della malattia non curabile chirurgicamente). La radioterapia è attualmente utilizzata con due modalità: radioterapia esterna e radioterapia interstiziale. L'utilizzo della radioterapia esterna, definita "conformazionale", permette di colpire con maggior efficacia terapeutica il tumore risparmiando i tessuti normali. Ad oggi la tecnica IMRT (radioterapia ad intensità modulata) è in grado di minimizzare la tossicità attesa, garantendo alte dosi e conformando in modo preciso la dose sul volume da irradiare – dose escalation – così da raggiungere la piena efficacia terapeutica alla pari della radioterapia 3d conformazionale (3d-crt). All'orizzonte si affacciano la tomo-therapy e la virtual-hdr, evoluzioni radioterapiche che si spera possano offrire sempre più vantaggi terapeutici e sempre meno tossicità. La metodica, definita "radioterapia interstiziale" o "brachiterapia", consiste nell'inserimento all'interno della prostata di "semi radioattivi" (palladio o iodio 131). Lo scopo è di ridurre alcuni effetti collaterali indesiderati che possono seguire a radioterapia esterna.
- **Farmacologico:** il trattamento con farmaci che sopprimono la produzione degli ormoni maschili o che ne impediscono l'azione sulla prostata, viene utilizzato prevalentemente per i pazienti non candidabili alla chirurgia. L'utilizzo di antiandrogeni e LHRH-analoghi (Luteinizing hormone-releasing hormone) garantiscono un adeguato blocco della produzione del testosterone. Questa classe di farmaci si accompagna ad effetti collaterali quali calo della libido, impotenza e vampate di calore. La recente introduzione di un nuovo farmaco, definito antagonista del GnRH (gonadotropin releasing hormone), che blocca immediatamente e direttamente nell'ipofisi i recettori dell'ormone che regola i livelli di testosterone, fa sì che non vi sia la necessità di associare un anti-androgeno eliminando così degli effetti collaterali ad esso collegati. Anche se i tumori della prostata rispondono inizialmente all'ormonoterapia, una significativa percentuale di essi sviluppa, in tempi variabili, una progressiva

resistenza al trattamento ed è necessario un trattamento chemioterapico.

- **Combinazione delle precedenti terapie:** a volte le opzioni terapeutiche sono usate in concomitanza o in aggiunta ad altre cure. Infine, proprio perché spesso volte il carcinoma prostatico evolve con estrema indolenza e colpisce individui in età molto avanzata, in genere portatori di importanti altre patologie, in casi selezionati esiste la possibilità di attuare una strategia di osservazione e attesa.

Alcuni pazienti con diagnosi di carcinoma prostatico (malattia iniziale e basso rischio di progressione) possono giovare di un atteggiamento osservazionale nel tempo: tali approcci includono la cosiddetta "sorveglianza attiva" (che corrisponde ad un posticipo dell'inizio del trattamento, a fronte di un controllo periodico del PSA e ripetute biopsie) e la "vigile attesa" (astensione di ogni forma di terapia sino alla comparsa di una sintomatologia).

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

IL TUMORE DEL PENE

ANATOMIA DEL PENE

Il pene è una struttura cilindrica totalmente avvolta da cute costituita da una **radice**, che si trova compresa nel perineo, e di un **corpo**, che sporge pendulo all'esterno anteriore alla sinfisi pubica e allo scroto.

Il corpo è a sua volta costituito da un'asta ed un'estremità detta **glande** la cui base è chiamata **corona**.

La cute riveste interamente il pene ed essa, avvolgendolo, lo ricopre formando a livello della corona del glande il **prepuzio**, che ricopre il glande presentandosi con una struttura corrugata e pieghettata a livello del suo apice. In alcuni casi il prepuzio può non coprire completamente il glande. Internamente il corpo del pene è costituito dai **corpi cavernosi**, strutture altamente vascolarizzate, avvolte da tessuto muscolare e fibroso chiamato **albuginea** e dal **corpo spongioso** nel cui interno decorre l'uretra.

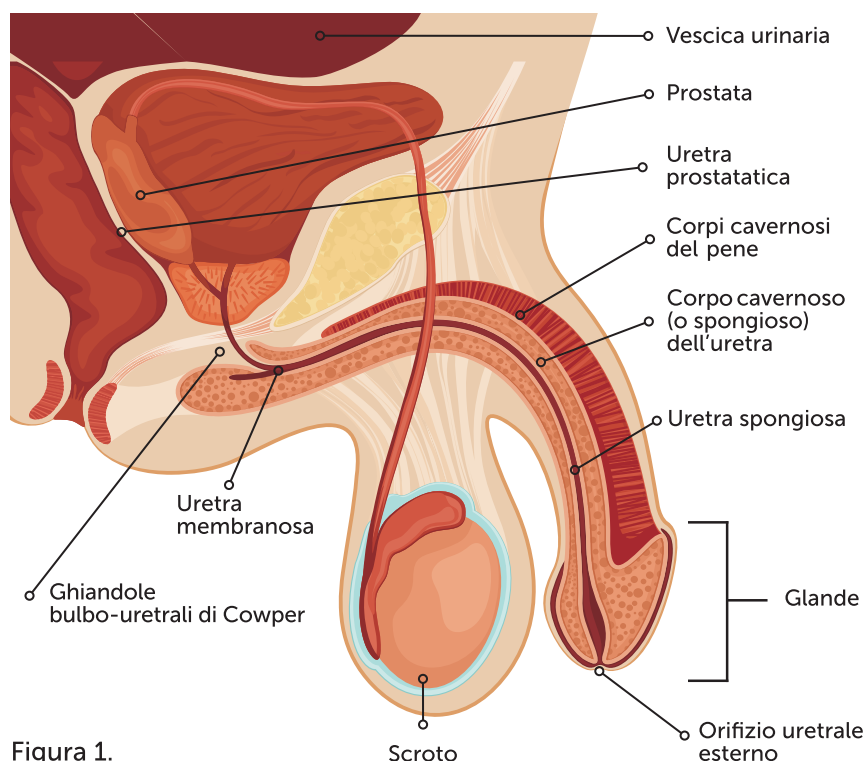


Figura 1.
Anatomia del pene

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

Oltre ad essere l'ultimo organo del tratto delle vie urinarie, il pene rappresenta un organo fondamentale per la riproduzione tramite l'erezione. Quest'ultimo fenomeno è determinato da un aumento di apporto di sangue arterioso ai corpi cavernosi che – per effetto dell'albuginea – tendono progressivamente a inturgidirsi comprimendo le vene circostanti, riducendo così il deflusso di sangue, causando quindi il turgore erettile. Contemporaneamente una serie di contrazioni dei muscoli alla base del pene e dell'epididimo (che si trova vicino ai testicoli) consentono l'eiaculazione, ovvero l'emissione attraverso l'uretra di liquido seminale.

PATOLOGIE DEL PENE NON TUMORALI

Alcune patologie sia sistemiche che localizzate possono interessare il pene, tra cui:

- **Malattie a trasmissione sessuale.** Le patologie del pene maggiormente frequenti sono le malattie a trasmissione sessuale da parte di funghi, batteri e parassiti tra cui la candidosi, la gonorrea, infezioni da herpes virus, oppure la sifilide. Queste patologie colpiscono spesso il glande che si presenta gonfio, infiammato e dolente con secrezioni (in questo caso si chiama balanite) oppure in alcuni casi possono presentarsi delle lesioni chiamate condilomi (o verruche) spesso determinate da infezioni da papilloma virus. Queste infezioni sono frequenti in caso di rapporti non protetti con alto rischio di trasmissione al partner.
- **Malattie dermatologiche.** Altre patologie benigne sono quelle dermatologiche tra cui dermatiti su base allergica o infiammatoria (determinate da farmaci, prodotti topici oppure da indumenti) oppure la psoriasi – patologia verosimilmente autoimmune – che interessa non solo la cute del pene ma anche altri distretti corporei.
- **Fimosi.** La fimosi è caratterizzata da un restringimento dell'orifizio prepuziale che può essere sia congenita che acquisita in seguito ad infezioni croniche. Negli adolescenti e negli adulti la fimosi può causare dolore durante l'erezione ma, altrimenti, non è dolorosa. Coloro che sono colpiti, sono a maggior rischio di incorrere in una infiammazione del glande, nota come balanite e altre complicazioni. Durante i primi anni di vita del bambino non dovrebbero essere tentati sforzi per retrarre il prepuzio. Per coloro la cui condizione non migliora

può essere indicato aspettare ancora del tempo o utilizzare una crema con steroide per tentare di allentare la pelle stretta. Se ciò non risultasse efficace, si potrebbero raccomandare dei trattamenti chirurgici come la circoncisione.

CHE COSA È IL TUMORE DEL PENE?

Il tumore del pene più comune è il **carcinoma spinocellulare** (95% dei casi) che trae origine dal rivestimento epidermico del glande e dalla parte interna del prepuzio. Seguono altri tumori come il **melanoma**, il **sarcoma** e altri ancora, decisamente molto rari. Questa neoplasia nasce dalla crescita incontrollata di alcune cellule dell'epitelio che acquisiscono la capacità di infiltrare e di invadere le strutture e gli organi contigui e, attraverso il sistema linfatico e sanguigno, raggiungere organi distanti (metastasi).

FATTI E CIFRE: INCIDENZA, MORTALITÀ E PREVALENZA PER TUMORE DELLA PROSTATA IN ITALIA

In Europa il carcinoma del pene è un tumore raro, rappresentando meno dell'1% di tutti i tumori. Il rischio di sviluppare un tumore del pene varia moltissimo da paese a paese, con un tasso di incidenza in Brasile, Uganda e Thailandia che è 20-30 volte maggiore (2-3 nuovi casi/anno per 100.000 uomini) rispetto ai Paesi industrializzati, dove l'incidenza è inferiore a un caso/anno per 100.000 uomini. In Europa il picco d'incidenza si registra tra gli uomini con età superiore ai 75 anni, dove ogni anno si verificano fra 5 e 10 nuovi casi ogni 100.000.

Nel 2017 sono stati stimati in Italia circa 500 nuovi casi di neoplasia del pene, non sono invece disponibili dati di mortalità. La prognosi è da considerarsi favorevole e la sopravvivenza media a 5 anni si attesta intorno al 74%, diminuendo se è presente o meno il coinvolgimento dei linfonodi locoregionali o distanza. Fondamentale pertanto è la diagnosi precoce.

In Italia gli uomini vivi con diagnosi di tumore del pene son circa 4500, con un tasso di prevalenza simile in tutte le varie aree geografiche.

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

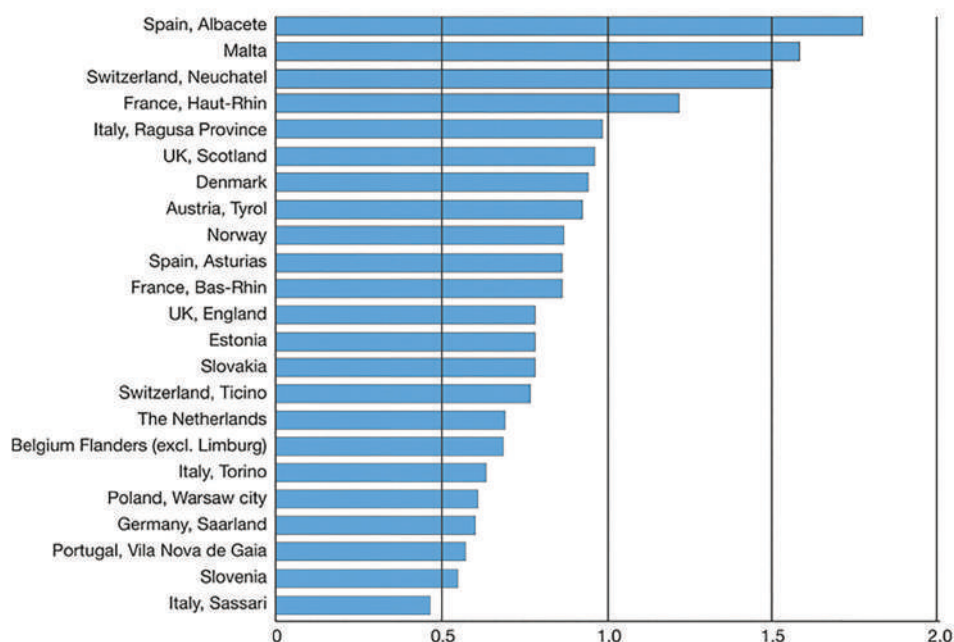


Figura 2.
Incidenza annuale del tumore al pene in Europa

SINTOMI

Un'alterazione dell'aspetto della pelle che potrebbe cambiare colore o diventare più sottile rappresenta un iniziale segno di sospetta neoplasia del pene. In alcuni casi si possono formare dei noduli, più o meno dolorosi, oppure ulcere o placche superficiali biancastre o rossastre associate o meno a delle secrezioni irritanti. Negli stadi avanzati possono essere presenti delle tumefazioni a livello inguinale segno di probabile interessamento linfonodale.

Nessuno di questi sintomi da solo è sufficiente per una diagnosi certa di tumore del pene, dal momento che gli stessi sintomi potrebbero essere causati anche da patologie benigne; per questo motivo è importante rivolgersi sempre al medico in caso di dubbio.

Tuttavia noduli o ulcere che non migliorano dopo una terapia antibiotica o antimicotica e tendono ad un aumentare di dimensioni, devono far sospettare la presenza di una neoplasia del pene.

FATTORI DI RISCHIO

Tra i fattori di rischio predisponenti per l'insorgenza del tumore del pene è possibile menzionare:

- **Fumo di sigaretta:** l'esposizione al tabacco è associata ad un aumentato rischio di insorgenza di tumore del pene in maniera dose dipendente.
- **Fimosi:** è stato dimostrato che gli uomini non circoncisi nell'infanzia presentano un aumentato rischio di sviluppo di neoplasia del pene. Si attesta che questo rischio sia mediato dalla presenza di fimosi.
- **Infezione da papilloma virus (HPV):** esistono diversi ceppi virali che possono portare allo sviluppo di neoformazioni benigne (verruche o condilomi) e maligne. La trasmissione dei papilloma virus che infettano le mucose genitali avviene quasi esclusivamente per via sessuale, sebbene sia possibile – almeno teoricamente – anche la trasmissione attraverso l'uso promiscuo di biancheria intima infetta; inoltre, anche se rara, è possibile la trasmissione materno-fetale al momento del parto. La trasmissione sessuale dell'HPV avviene tipicamente durante rapporti completi di natura genitale-genitale ed ano-genitale, ma è possibile anche attraverso rapporti oro-genitali, oro-anali, manuali-genitali o per semplice contatto dei genitali esterni. Per questo motivo, l'infezione da HPV è associata all'insorgenza non soltanto di neoplasie del pene ma anche a livello del collo dell'utero, cavo orale, ano, esofago e laringe.
- **Virus dell'immunodeficienza umana (HIV):** l'incidenza di tumore del pene è circa 4-8 volte superiore nei soggetti infetti rispetto agli uomini sani, la ragione di questa associazione rimane incerta. Si suppone tuttavia che in questi soggetti ci sia una maggior predisposizione all'acquisizione del papilloma virus, noto fattore di rischio.

COME SI DIAGNOSTICA IL TUMORE DEL PENE?

La diagnosi di tumore del pene deve essere sospettata negli uomini che presentano una massa o un'ulcera del pene. In questo caso è indispensabile consultare uno specialista che, dopo un'adeguata visita medica che valuti lo stato locale dell'organo e palpi i linfonodi locali (quelli inguinali), esegua una biopsia della lesione che confermi o meno la presenza di cellule tumorali.

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

Una volta stabilita la diagnosi di tumore del pene, è fondamentale stabilire l'estensione della malattia nell'organismo eseguendo degli esami radiologici tra cui la risonanza magnetica del pene, l'ecografia dei cavi inguinali con eventuale ago-biopsia dei linfonodi, la tomografia computerizzata **(TC)** e la tomografia a emissione di positroni **(PET)**, queste ultime per valutare l'interessamento di organi a distanza.

SI PUÒ PREVENIRE L'INSORGENZA DEL TUMORE DEL PENE?

Al momento non esistono strategie precise ed efficaci per prevenire il tumore del pene tuttavia particolare attenzione dovrebbe essere fatta in caso di insorgenza di lesioni in pazienti adulti con fimosi, HIV positivi, o con storia di condilomi penieni. Sicuramente una buona igiene degli organi genitali è fondamentale per la prevenzione di questo tumore, ma da sola non è sufficiente. È importante anche evitare i fattori di rischio già noti: attenzione quindi al fumo di sigaretta e ai comportamenti sessuali che aumentano il rischio di contrarre infezioni da HPV o HIV.

La circoncisione precoce riduce l'incidenza del tumore del pene di 3-5 volte, mentre quella effettuata in età adulta non ha effetti protettivi.

La conoscenza della relazione causale fra infezione da HPV e cancro ha permesso di attuare strategie di prevenzione primaria e secondaria. Il vaccino per l'HPV è approvato in Italia nelle ragazze dal 12° anno di età dal 2007 e dal 2014 l'offerta è stata estesa ai ragazzi e a sottogruppi a rischio (pazienti HIV positivi), al momento i dati in merito ai tassi di copertura vaccinale si riferiscono soltanto alla popolazione femminile.

COME SI CURA IL TUMORE DEL PENE?

Il tumore del pene se diagnosticato nelle fasi precoci è solitamente guaribile, la scelta del trattamento più adeguato dipende da diversi fattori tra cui: l'estensione e la posizione del tumore, le condizioni del paziente e la preferenza del paziente.

La chirurgia è il trattamento di scelta quando il tumore è localizzato a livello del pene, ma esistono diverse tecniche chirurgiche in base alle caratteristiche della neoplasia.

La chirurgia mirata alla conservazione dell'organo viene utilizzata nelle forme a basso rischio di recidiva ed esistono diverse tecniche tra cui:



- **la chirurgia laser:** che utilizza una sorgente di energia laser distruggendo le cellule tumorali più superficiali (questa tecnica è utilizzata nelle forme tumorali estremamente precoci).
- **la circoncisione:** tecnica chirurgica che consente di asportare le lesioni tumorali confinanti al prepuzio.
- **la chirurgia di Mohs:** che prevede l'asportazione di uno strato molto sottile di tessuto, che viene analizzato; se ci sono cellule cancerose si procede con l'asportazione di uno strato alla volta fino a che se ne incontra uno completamente sano.
- **l'asportazione semplice del tumore** e di una piccola parte di tessuto adiacente con il bisturi.
In alcuni casi, se il tumore è molto esteso in profondità, è necessario eseguire un'asportazione parziale o totale del pene. La chirurgia è inoltre fondamentale nei casi in cui sia necessario rimuovere i linfonodi inguinali qualora fossero interessati dalla malattia.

La radioterapia con fasci esterni o tramite la brachiterapia, che prevede l'utilizzo di piccole particelle radioattive posizionate all'interno del tumore, può essere utilizzata nei casi in cui la chirurgia sia controindicata o in combinazione alla chirurgia per ridurre il rischio di recidiva.

La chemioterapia invece può essere utilizzata sia prima della chirurgia, nei casi in cui dall'inizio l'asportazione della neoplasia o dei linfonodi non sia tecnicamente fattibile al fine di ridurre il volume tumorale, oppure nei casi in cui la malattia sia disseminata in altri distretti corporei.

Per i pazienti in cui la malattia progredisce dopo la chemioterapia iniziale, la prognosi è infausta pertanto quando è possibile è necessario offrire a questi pazienti la possibilità di partecipare a studi clinici.

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

IL TUMORE DEL TESTICOLO

ANATOMIA DEL TESTICOLO

I testicoli sono due organi ovoidali del peso di circa 20 grammi, situati all'interno della borsa scrotale, localizzata subito al di sotto dell'osso pubico (facilmente palpabile). I tubuli seminiferi, produttori gli spermatozoi, sono la struttura maggiormente rappresentata nel volume testicolare; tra i tubuli seminiferi sono interposte le cellule di Leydig, le quali producono invece il principale ormone maschile: il testosterone.

Gli spermatozoi prodotti nei testicoli raggiungono l'uretra (il canale adibito al trasporto dell'urina verso l'esterno) attraverso i condotti deferenti; questi ultimi si portano in alto, verso i canali inguinali (il punto in cui è più alta la probabilità che si formino le ernie) fino al bacino, per poi discendere posteriormente alla prostata quasi a contatto con le vescichette seminali (addette, assieme alla prostata, alla produzione della quasi totalità del liquido seminale o sperma, in cui sono immersi gli spermatozoi) e inserirsi, appunto, nell'uretra come dotti eiaculatori.

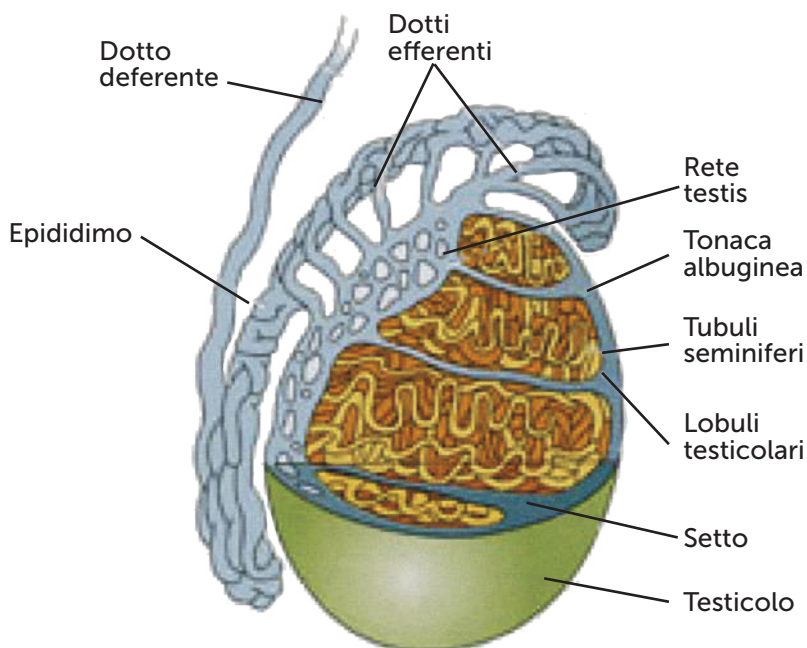


Figura 1.
Anatomia del testicolo

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

FATTI E CIFRE: INCIDENZA, MORTALITÀ E PREVALENZA PER TUMORE DEL TESTICOLO IN ITALIA

Sono tumori che epidemiologicamente rappresentano circa l'1-3% delle neoplasie del sesso maschile. La loro importanza in campo oncologico è data da due motivi contrapposti: sono la forma di tumore più frequente nei soggetti al di sotto dei 45 anni; hanno una curabilità di oltre il 90%, almeno nei paesi occidentali.

CHE COSA È IL TUMORE DEL TESTICOLO?

Il 95% dei tumori del testicolo deriva dalle cellule germinali e viene suddiviso in due grandi gruppi: seminomi (circa il 50%) e non seminomi.

Tra i non-seminomi si annoverano poi:

- CARCINOMA EMBRIONARIO
- TUMORE DEL SENO ENDODERMICO
- CORIONCARCINOMA
- TERATOMA.

Le forme miste, molto frequenti, sono considerate e trattate come non seminomi. È inoltre possibile riscontrare forme di cosiddetto carcinoma in situ (definito TIN o CIS), le quali possono poi trasformarsi in carcinomi con il passare del tempo.

Il restante 5% dei tumori del testicolo è costituito da tumori derivanti dallo stroma gonadico (tumori delle cellule di Leydig, di Sertoli o della granulosa) o di altro tipo (particolarmente rari).

FATTORI DI RISCHIO

Attualmente l'unico fattore di rischio certo per il tumore del testicolo risulta essere il criptorchidismo, ovvero la presenza di un testicolo ritenuto nel cavo addominale e non disceso nella borsa scrotale. Questo aumenterebbe il rischio di sviluppare un tumore del testicolo di circa 2,5-11 volte.

Altri fattori sospetti, anche se non ancora verificati con certezza, sono:

- la presenza di elevati valori ormonali durante la gravidanza della madre
- una storia familiare di tumori del testicolo
- l'esposizione lavorativa a radiazioni ionizzanti
- la presenza di una rara condizione genetica, la sindrome di Klinefelter.

Bisogna inoltre considerare la frequente associazione dei tumori del testicolo ad anomalie più o meno gravi nella produzione dello sperma, fino ad arrivare all'infertilità.

SINTOMI

La principale e più frequente manifestazione del tumore del testicolo risulta essere la presenza di una massa dura (dolente o indolente), a livello dello scroto. Da considerarsi è il possibile ritardo diagnostico, mediamente calcolato di 2-3 mesi dovuto o a ritrosia del paziente nel farsi visitare dal medico o a una diagnosi iniziale di patologia infiammatoria (epididimite, orchiepididimite). Qualora la malattia dovesse presentarsi in fase avanzata potranno essere presenti lombalgie, dovute spesso alla compressione di varie strutture da parte di linfonodi aumentati di volume, disturbi respiratori, causati da possibili metastasi polmonari o linfonodi aumentati di volume, comprimenti le strutture respiratorie. Il riscontro di elevati livelli di alcuni marcatori tumorali nel sangue (vedi più avanti) può aiutare nella conferma diagnostica.

COME SI DIAGNOSTICA IL TUMORE DEL TESTICOLO?

Il tumore del testicolo andrebbe sempre sospettato come diagnosi differenziale nel riscontro di una massa dura a livello scrotale:

- **Le indagini di primo livello** sono rappresentate da un'ecografia scrotale associata, in caso di conferma del dubbio clinico, a prelievo di sangue per la determinazione di alcuni marcatori tumorali (AFP, cioè alfa fetoproteina; beta HCG, cioè beta Human Chorionic Gonadotropin, la stessa del test di gravidanza; LDH, cioè Lattato deidrogenasi). Il dosaggio di questi marcatori risulta fondamentale sia per la successiva decisione terapeutica che per il controllo dell'andamento della efficacia della terapia stessa.
- **Il secondo step** è invariabilmente rappresentato dalla orchietomia. Questo è un intervento effettuato sempre per via inguinale, così da analizzare anche il funicolo ed evitare possibili «contaminazioni» della borsa scrotale (orchifunilectomia per via inguinale).
L'intervento ha un duplice scopo:
 - diagnostico, cioè confermare o meno la diagnosi di tumore (l'esame dei campioni di tessuto si chiama esame istologico e il risultato

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

- dell'esame istologico prende il nome di diagnosi istopatologica);
- classificativo, volto cioè a stabilire il "tipo" di tumore valutandone gli eventuali fattori di rischio e scegliere così la terapia più adeguata.

N.B. All'intervento devono sempre seguire:

- il dosaggio periodico dei marcatori tumorali, se elevati prima dell'intervento;
- l'effettuazione di esami radiologici per definire l'estensione della malattia (stadiazione).

COME SI CURA IL TUMORE DEL TESTICOLO?

La scelta terapeutica migliore è basata su un insieme di fattori sia legati alla malattia (estensione, o stadio, e classe prognostica, nel caso di malattia avanzata) che al paziente (condizioni generali, preferenze).

È preferibile perciò che l'equipe medica che ha preso in carico il paziente giunga ad una concorde decisione, attraverso quella che viene definita come valutazione clinica «multidisciplinare», definita tale per la presenza di specialisti di più discipline. Per il tumore del testicolo, il gruppo multidisciplinare può includere oncologi medici, radioterapisti, chirurghi urologi e anatomici patologi. Il tumore del testicolo ha una vasta gamma di terapie, le quali possono essere utilizzate singolarmente o in combinazione tra loro. Lo standard terapeutico del tumore del testicolo è rappresentato dalla chirurgia (orchietomia, linfadenectomia retroperitoneale, chirurgia della malattia residua in altre sedi), dalla radioterapia e dalla chemioterapia. Limitatamente ad alcune forme di tumore a basso rischio, viene inoltre presa in considerazione la cosiddetta «attenta osservazione».

Come detto, sono diversi i fattori che influenzano la scelta terapeutica:

- tipo istologico: seminoma (interessante prevalentemente il tessuto linfonodale e caratterizzato da elevata sensibilità alla radioterapia oltre che alla chemioterapia), oppure non seminoma (più aggressivo ma con elevata sensibilità alla chemioterapia);
- l'estensione del tumore;
- la classe prognostica.

N.B. Nel caso di recidiva di malattia vanno considerate le modalità di ricomparsa della stessa.

A) Chirurgia

- **Orchifunilectomia per via inguinale:** ha, come già detto, una valenza sia diagnostica che terapeutica (rimozione della neoplasia primitiva). La via d'accesso inguinale è obbligatoria. Approcci conservativi possono essere presi in considerazione in casi selezionati:
 - effettuazione di biopsie intra operatorie (a cielo aperto, nel dubbio di una patologia benigna);
 - interventi di chirurgia conservativa (ad esempio nei rari casi di tumore bilaterale).

N.B. dato l'elevato rischio che comportano, questi approcci vanno affrontati solo in centri di riferimento per la gestione di casi di tumore del testicolo.

- **Linfadenectomia retroperitoneale (RPLND):** effettuata solo nei casi di non seminoma, consiste nell'asportazione di alcuni linfonodi addominali. Può essere effettuata in via precauzionale per:
 - stabilire se linfonodi apparentemente normali (stadio I) o solo leggermente ingranditi (stadio IIa) siano o meno interessati dalla malattia, e allora si effettuerà un intervento limitato alle sole aree a maggiore rischio di interessamento metastatico (lo scopo è di ridurre le complicanze dell'intervento, come l'incidenza di eiaculazione retrograda: cosiddetta «linfadenectomia nerve sparing»);
 - rimuovere eventuali residui di malattia dopo l'effettuazione di una chemioterapia più radicale, avente come obiettivo l'asportazione e l'analisi istologica di tutta la malattia residua dopo la chemioterapia. L'effettuazione della linfadenectomia per malattia residua è molto più complessa e gravata da rischi, anche vascolari, e deve essere quindi effettuata solo da chirurghi esperti nell'effettuazione di questo tipo di intervento.
- **Chirurgia della malattia residua, altre sedi:** in questo caso si rende necessaria un'accurata valutazione della sua eventuale asportazione.
- **Chirurgia di salvataggio:** la quale viene effettuata, per mancanza di alternative, in pazienti non più trattabili con chemioterapia. Pur essendo gravata da rischi molto alti, può arrivare a controllare

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

la malattia nel 25 per cento dei casi. Deve essere indicata in ambito multidisciplinare ed effettuata da chirurghi di comprovata esperienza in questo campo.

B) L'attenta osservazione (sorveglianza)

Consiste nell'effettuazione di soli controlli periodici (visita, esami strumentali e marcatori) con eventuale trattamento della recidiva.

Può essere applicata solo a pazienti con malattia localizzata e viene in genere suggerita a pazienti con basso rischio di recidiva. Il non seminoma in stadio I senza fattori di rischio (soprattutto infiltrazione vasculolinfatica) all'esame istologico, rappresenta lo standard di indicazione per questa opzione terapeutica; potendo comunque tale indicazione essere estesa anche a casi di seminoma o a casi di non-seminoma con fattori di rischio che rifiutino trattamenti più adeguati.

C) La radioterapia

La radioterapia consiste nell'utilizzo di radiazioni di raggi X o di altre fonti radianti per uccidere le cellule tumorali.

Viene somministrata dall'esterno del corpo attraverso una macchina, l'acceleratore lineare. Nei seminomi in stadio iniziale (I, IIa, IIb), viene impiegata a basso dosaggio (da 20 a 36 gray) allo scopo di diminuire il tasso di recidive linfonodali in sede addominale (dal 20% al 3-4%).

Le modalità di irradiazione variano in base allo stadio della malattia. Si può infatti impiegare la radioterapia negli stadi più avanzati della malattia nell'ambito di un trattamento integrato (per esempio nella gestione di casi con metastasi cerebrali) o, più raramente, come trattamento palliativo, volto cioè a dare sollievo al dolore e ai sintomi della malattia, ma non di guarirla definitivamente.

D) La chemioterapia

È una terapia basata su farmaci in grado di uccidere le cellule tumorali ovunque esse si trovino: è quindi un trattamento sistemico, a differenza della chirurgia e della radioterapia.

I farmaci possono essere utilizzati singolarmente o in combinazione (opzione più spesso presa in considerazione) ed essere somministrati per bocca o iniettati per via intramuscolare o endovenosa. La prognosi dei tumori del testicolo è stata rivoluzionata dall'avvento della chemioterapia,

la quale ha permesso di raggiungere percentuali di guarigione assolutamente uniche; la chemioterapia risulta essere quindi la terapia di scelta nella maggior parte dei casi di malattia non localizzata (a eccezione del seminoma con interessamento linfonodale iniziale).

Lo schema standard di chemioterapia, definito PEB (cisPlatino, Etoposide, Bleomicina), viene somministrato a intervalli di 21 giorni per tre o quattro cicli, a seconda delle indicazioni. Nel caso in cui la malattia non dovesse rispondere al trattamento con PEB, possono essere impiegati schemi di terapia alternativi (PEI, VeIP, VIP, TIP, eccetera), contenenti farmaci almeno in parte diversi (ifosfamide, vinblastina, taxolo, eccetera), o schemi di terapia ad alte dosi. Anche nel caso di un trattamento chemioterapico, le scelte vanno prese in un multidisciplinare e la somministrazione della chemioterapia dev'essere effettuata in un centro oncologico sotto il controllo di un oncologo esperto in tale patologia. Questa restrizione vale ancora di più nei casi di malattia a rischio intermedio o elevato e nei casi di risposta non ottimale o di recidiva.

Tutti questi casi andrebbero inseriti in studi clinici che abbiano come obiettivo il miglioramento ulteriore delle risposte ottenibili.

SE GUARDI IN BASSO CI VEDI LUNGO!

COS'È LA LILT

La LILT, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, è l'unico Ente Pubblico su base associativa esistente in Italia con la specifica finalità di combattere il cancro.

La LILT è la più antica organizzazione nazionale del settore. Venne infatti fondata nel 1922 e già nel 1927 ottenne il riconoscimento giuridico e la qualifica di "Ente Morale" con decreto di Vittorio Emanuele III, re d'Italia.

Opera senza fini di lucro su tutto il territorio nazionale, sotto la vigilanza del Ministero della Salute. Collabora con lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni e gli altri enti ed organismi operanti in campo oncologico.

È membro dell'European Cancer Leagues (ECL) e svolge un ruolo istituzionale nell'ambito della programmazione oncologica europea. Mantiene rapporti con l'European Cancer Society e con analoghe istituzioni in Cina, Albania e Kosovo. Nell'agosto 2009 la LILT ha aderito al network internazionale European Men's Health Forum (EMHF).

LA MISSION

L'obiettivo principale della LILT è sconfiggere i tumori attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La Prevenzione, infatti, è considerata da sempre il compito istituzionale prioritario della LILT – così come ben evidenziato dallo stesso pay-off "Prevenire è vivere" – e rappresenta ancora l'arma più efficace nella lotta contro il cancro. Un dato confermato dalla ridotta mortalità per alcune neoplasie e dall'allungamento e miglioramento della qualità della vita del malato oncologico.

LE ATTIVITÀ

La LILT è da sempre un punto di riferimento nel panorama della prevenzione oncologica, sia in Italia che all'estero, offrendo numerosi servizi e stimolando, attraverso convenzioni e protocolli d'intesa, uno scambio di informazioni ed esperienze al fine di stabilire e realizzare proficue sinergie. Indubbiamente la promozione e l'attuazione di una cultura della prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) rappresenta l'attività principale della LILT. Per questo è il più grande ente pubblico dedicato alla lotta contro i tumori, intesa in tutti i suoi aspetti.

Prevenzione primaria: corretta alimentazione ed educazione alla salute attraverso la diffusione di materiale didattico-informativo (campagne di sensibilizzazione, incontri nelle scuole, ecc.); realizzazione di eventi a carattere provinciale e regionale; manifestazioni a carattere nazionale; lotta al tabagismo (percorsi per smettere di fumare, campagne informative, linea verde SOS LILT 800 998877).

Prevenzione secondaria: visite specialistiche ed esami per la diagnosi precoce con l'obiettivo di identificare eventuali forme tumorali allo stadio iniziale, aumentando così notevolmente la possibilità di completa guarigione e di ricorrere a cure poco aggressive.

Prevenzione terziaria: riabilitazione fisica, psichica, sociale e occupazionale del malato oncologico. Un prezioso compito che la LILT è in grado di offrire grazie all'attività delle



Associazioni Provinciali, dei punti Prevenzione (ambulatori) e in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Assistenza domiciliare: preziosa integrazione alle cure ospedaliere, tramite le Sezioni Provinciali, che garantiscono un'assistenza di tipo medico, psicologico, infermieristico e in molti casi anche psico-sociale ed economico. Particolare attenzione verso il malato oncologico, per costruire attorno a lui una rete di solidarietà, di sicurezza e di informazione, per offrirgli la certezza di non essere solo. A tal proposito, la LILT ha contribuito in maniera sostanziale alla redazione e promozione del Manifesto dei Diritti del Malato Oncologico, che tutela il malato e la sua famiglia sia in ambito lavorativo che sociale.

Ricerca: realizza progetti su tematiche inerenti la Prevenzione ed elargisce borse di studio per operatori sanitari dedicati alla lotta ai tumori

COME SOSTENERE LA LILT

Con una donazione

Le donazioni possono essere effettuate:

- per la Sede Nazionale
 - con carta di credito collegandosi al sito www.lilt.it;
- Sul conto corrente postale n° 28220002
Codice IBAN: IT73 H076 0103 2000 0002 8220 002
- Con bonifico bancario intestato a Lega Italiana Lotta Contro Tumori - Sede Centrale
c/o Tesoreria MONTE DEI PASCHI DI SIENA - Via del Corso 232 - 00186 Roma
Codice IBAN: IT 61 E 01030 03200 000006418011
BIC: PASCITMMROM
- direttamente alla Sezione LILT della tua Provincia consultando il sito www.lilt.it.

5 per mille per la LILT

È possibile aiutare la LILT devolvendo il 5 per Mille dell'Irpef. È sufficiente firmare nello spazio "Finanziamento della ricerca sanitaria" oppure "Finanziamento della ricerca scientifica e della Università" per la Sede Nazionale (C.F. 80118410580) e nello spazio "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett. a) del D.Lgs. n. 460 del 1997" per sostenere l'Associazione LILT della propria Provincia, che si trova su www.lilt.it cliccando alla voce "La LILT in Italia" e selezionando la propria Regione. Tutte le informazioni sono disponibili sul sito <https://www.5x1000allalilt.it/> e su www.lilt.it

Quote sociali

Per diventare socio LILT è sufficiente versare la quota annuale (10 euro, come socio ordinario; 150 euro, come socio sostenitore; 300 euro, come socio beneficiario).

ASSOCIAZIONI PROVINCIALI LILT

SEDE CENTRALE	TEL. 06.4425971	sede.centrale@lilt.it
AGRIGENTO	TEL. 0925.905056	agrigento@lilt.it
ALESSANDRIA	TEL. 0131.206369 - 0131.41301	alessandria@lilt.it
ANCONA	TEL. 071.2071203	ancona@lilt.it
AOSTA	TEL. 0165.31331	aosta@lilt.it
AREZZO		arezzo@lilt.it
ASCOLI PICENO	CELL. 339.8389111	ascolipiceno@lilt.it
ASTI	TEL. 0141.595196	asti@lilt.it
AVELLINO	TEL. 0825.73550	avellino@lilt.it
BARI	TEL. 080.52104040	bari@lilt.it
BARLETTA	TEL. 0883.332714	barletta@lilt.it
BELLUNO	TEL. 0437.944952 - CELL. 348.4988800	belluno@lilt.it
BENEVENTO	TEL. 0824.313799	benevento@lilt.it
BERGAMO	TEL. 035.242117	bergamo@lilt.it
BIELLA	TEL. 015.8352111	biella@lilt.it
BOLOGNA	TEL. 051.4399148	bologna@lilt.it
BOLZANO	TEL. 0471.402000	bolzano@lilt.it
BRESCIA	TEL. 030.3775471	brescia@lilt.it
BRINDISI	CELL. 389.9213978	brindisi@lilt.it
CAGLIARI	TEL. 070.495558	cagliari@lilt.it
CALTANISSETTA	CELL. 393.8110020	caltanissetta@lilt.it
CAMPOBASSO	TEL. 0875.714008	campobasso@lilt.it
CASERTA	CELL. 333.2736202	caserta@lilt.it
CATANIA	TEL. 095.7598457	catania@lilt.it
CATANZARO	TEL. 0961.725026	catanzaro@lilt.it
CHIETI	TEL. 0871.564889	chieti@lilt.it
COMO	TEL. 031.271675	como@lilt.it
COSENZA	TEL. 0984.28547	cosenza@lilt.it
CREMONA	TEL. 0372.412341	cremona@lilt.it
CROTONE	TEL. 0962.901594	crotone@lilt.it
CUNEO	TEL. 0171.697057	cuneo@lilt.it
ENNA	TEL. 0935.1960323 - CELL. 340.7248442	enna@lilt.it
FERMO		fermo@lilt.it
FERRARA	CELL. 340.9780408	ferrara@lilt.it
FIRENZE	TEL. 055.576939	firenze@lilt.it
FOGGIA	TEL. 0881.661465	foggia@lilt.it

FORLÌ-CESENA	TEL. 0543.731882	forli-cesena@lilt.it
FROSINONE	TEL. 0775.2072611 - CELL. 333.2568341	frosinone@lilt.it
GENOVA	TEL. 010.2530160	genova@lilt.it
GORIZIA	TEL. 0481.44007	isontina@lilt.it
GROSSETO	TEL. 0564.453261	grosseto@lilt.it
IMPERIA	TEL. 0184.1951700	imperia@lilt.it
ISERNIA	CELL. 393.9214669	isernia@lilt.it
L'AQUILA	TEL. 0862.580566	laquila@lilt.it
LA SPEZIA	TEL. 0187.733996 - CELL. 344.3825540	laspezia@lilt.it
LATINA	TEL. 0773.694124	latina@lilt.it
LECCE	TEL. 0833.512777	lecce@lilt.it
LECCO	TEL. 039.599623	lecco@lilt.it
LIVORNO	TEL. 058.6811921	livorno@lilt.it
LODI	TEL. 0371.423052	lodi@lilt.it
LUCCA	CELL. 340.3100213	lucca@lilt.it
MACERATA	CELL. 331.9189268	macerata@lilt.it
MANTOVA	TEL. 0376.369177	mantova@lilt.it
MASSA CARRARA	TEL. 0585.488280	massa-carrara@lilt.it
MATERA	TEL. 0835.332696	matera@lilt.it
MESSINA	TEL. 090.3690211	messina@lilt.it
MILANO		
MONZA BRIANZA	TEL. 02.49521	milanomonzabrianza@lilt.it
MODENA	TEL. 059.374217	modena@lilt.it
NAPOLI	TEL. 081.5466888	napoli@lilt.it
NOVARA	TEL. 0321.35404	novara@lilt.it
NUORO	TEL. 0784.438670	nuoro@lilt.it
ORISTANO	TEL. 0783.74368	oristano@lilt.it
PADOVA	TEL. 049.8070205	padova@lilt.it
PALERMO	TEL. 091.6165777	palermo@lilt.it
PARMA	TEL. 0521.988886	parma@lilt.it
PAVIA	TEL. 0382.27167	pavia@lilt.it
PERUGIA	CELL. 349.4684388	perugia@lilt.it
PESARO E URBINO	CELL. 338.8076868	pesaro-urbino@lilt.it
PESCARA	TEL. 085.4283537 - CELL. 328.0235511	pescara@lilt.it
PIACENZA	TEL. 0523.384706	piacenza@lilt.it
PISA	TEL. 050.830684	pisa@lilt.it

ASSOCIAZIONI PROVINCIALI LILT

PISTOIA	TEL. 0573.1603201	pistoia@lilt.it
PORDENONE	TEL. 0434. 20042 CELL. 388.8393281 (SOLO NASTRO ROSA)	pordenone@lilt.it
POTENZA	TEL. 0971.441968	potenza@lilt.it
PRATO	TEL. 0574.511794 - 0574.572798	prato@lilt.it
RAGUSA	CELL. 334.3985455	ragusa@lilt.it
RAVENNA	CELL. 345.4233751	ravenna@lilt.it
REGGIO CALABRIA	TEL. 0965.331563 - CELL. 331.1035252	reggiocalabria@lilt.it
REGGIO EMILIA	TEL. 0522.283844	reggioemilia@lilt.it
RIETI	TEL. 0746.268112	rieti@lilt.it
RIMINI	TEL. 0541.56492	rimini@lilt.it
ROMA	TEL. 06.88817637/47	roma@lilt.it
ROVIGO	TEL. 0425.411092	rovigo@lilt.it
SALERNO	TEL. 089.241623	salerno@lilt.it
SASSARI	TEL. 079.214688	sassari@lilt.it
SAVONA	TEL. 019.812962	savona@lilt.it
SIENA	TEL. 0577.247259	siena@lilt.it
SIRACUSA	TEL. 0931.67306 - CELL. 328.9835816	siracusa@lilt.it
SONDRIO	TEL. 0342.219413	sondrio@lilt.it
TARANTO	CELL. 328.1752630	taranto@lilt.it
TERAMO	CELL. 338.1541142	teramo@lilt.it
TERNI	TEL. 0744.431220	terni@lilt.it
TORINO	TEL. 011.836626	torino@lilt.it
TRAPANI	CELL. 328.8746678	trapani@lilt.it
TRENTO	TEL. 0461.922733	trento@lilt.it
TREVISO	TEL. 0422.1740616 - 0422.321855	treviso@lilt.it
TRIESTE	TEL. 040.398312	trieste@lilt.it
UDINE	TEL. 0432.548999	udine@lilt.it
VARESE	TEL. 0331.623002	varese@lilt.it
VENEZIA	TEL. 041.958443	venezia@lilt.it
VERBANIA	CELL. 335.5400383	verbania@lilt.it
VERCELLI	TEL. 0161.255517	vercelli@lilt.it
VERONA	TEL. 045.8303675	verona@lilt.it
VIBO VALENTIA	TEL. 0963.547107	vibovalentia@lilt.it
VICENZA	TEL. 0444.513881	vicenza@lilt.it
VITERBO	TEL. 0761.325225	viterbo@lilt.it

COORDINATORI REGIONALI LILT

ABRUZZO	DOTT. MARCO LOMBARDO	abruzzo@lilt.it
BASILICATA	DOTT. VINCENZO BARILE	basilicata@lilt.it
CALABRIA	DOTT. FRANCESCO PETROLO	calabria@lilt.it
CAMPANIA	DOTT. OTO CUSANO	campania@lilt.it
EMILIA-ROMAGNA	DOTT. LUIGI VIANA	emiliaromagna@lilt.it
FRIULI VENEZIA GIULIA	PROF.SSA BRUNA SCAGGIANTE	friuliveneziagiulia@lilt.it
LAZIO	DOTT. ALFREDO CECCONI	lazio@lilt.it
LIGURIA	DOTT. PAOLO SALA	liguria@lilt.it
LOMBARDIA	DOTT.SSA SILVIA VILLA	lobbardia@lilt.it
MARCHE	DOTT.SSA ROSA BRUNORI	marche@lilt.it
MOLISE	DOTT. MARIO PIETRACUPA	molise@lilt.it
PIEMONTE VALLE D'AOSTA	DOTT. SALVATORE LUBERTO	piemonte@lilt.it
PUGLIA	PROF. AVV. SAVINO CANNONE	puglia@lilt.it
SARDEGNA	DOTT. ALFREDO SCHIRRU	sardegna@lilt.it
SICILIA	DOTT. GIUSEPPE SCIBILIA	sicilia@lilt.it
TOSCANA	DOTT. EUGENIO PACI	toscana@lilt.it
TRENTINO-ALTO ADIGE	PROF. MARIO CRISTOFOLINI	trentinoaltoadige@lilt.it
UMBRIA	PROF. ANTONIO RULLI	umbria@lilt.it
VENETO	ING. DINO TABACCHI	veneto@lilt.it

NOTE

[illegible]







LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for

men

PERCORSO AZZURRO



SOS LILT
800-998877

www.lilt.it    lilt nazionale