



**NOVEMBRE
MESE BLU**



Muoviti. Per te.

SIMONE BARONI PER LILT

In collaborazione con

i/PARIOLI



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

LILT

for

men
NASTRO BLU



**SOS LILT
800-998877**

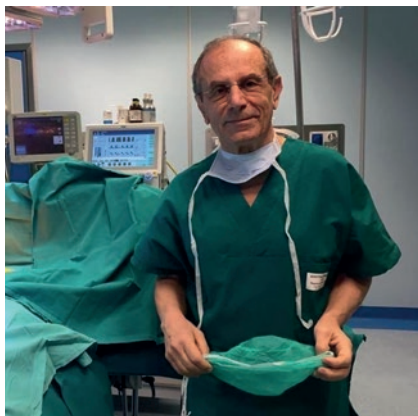
www.lilt.it © ⓘ ⓘ ⓘ lilt nazionale

**NOVEMBRE È IL MESE BLU DELLA PREVENZIONE
È ORA DI MUOVERSI: BASTA UNA VISITA UROLOGICA.**

INDICE

Introduzione del Presidente	4
Il tumore della prostata	6
Cos'è la prostata?	6
Iperplasia prostatica benigna: cause, sintomi e cure	6
Conoscere il carcinoma della prostata	7
Fatti e cifre: incidenza, mortalità e prevalenza in Italia	8
È possibile la diagnosi precoce?	8
I sintomi a cui prestare attenzione	8
Fattori di rischio	9
Prevenire l'insorgenza	10
Come si diagnostica?	11
Come interpretare i valori del PSA?	11
Altri esami di approfondimento	11
Come si cura?	12
Sessualità, fertilità e vita dopo le cure	14
 Il tumore del pene	 17
Anatomia	17
Patologie del pene non tumorali	18
Che cos'è il tumore del pene?	18
Fatti e cifre: incidenza, mortalità e prevalenza in Italia	19
Sintomi	19
Fattori di rischio	19
Come si diagnostica?	20
Si può prevenire l'insorgenza?	20
Come si cura?	21
 Il tumore del testicolo	 24
Anatomia	24
Fatti e cifre: incidenza, mortalità e prevalenza in Italia	25
Che cos'è?	25
Fattori di rischio	25
Prevenzione	25
Sintomi	26
Come si diagnostica?	26
Come si cura?	27
 La LILT	 30
La missione	30
Le attività	30
Come sostenere la LILT	31
Donazioni	31
5x1000	31

INTRODUZIONE DEL PRESIDENTE



LILT FOR MEN - NASTRO BLU è la campagna di sensibilizzazione con cui ogni anno la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) richiama l'attenzione sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce dei tumori della sfera genitale maschile.

Con oltre 40.000 nuovi casi previsti all'anno, il tumore alla prostata è uno dei più diffusi, rappresentando più del 20% di tutti i tumori maschili. Se diagnosticato precocemente, vanta una percentuale di guarigione altissima, superiore al 90%. Seppure

più rari, gli altri tumori prettamente maschili sono quello al testicolo (circa 2.000 diagnosi all'anno) e il carcinoma del pene. Nel complesso, si tratta di neoplasie considerate culturalmente ancora oggi un tabù, e la visita urologica una fonte di paura o imbarazzo. Il risultato è che gli uomini sono meno informati, più restii rispetto alle donne a sottoporsi a visite di controllo preventive e, di conseguenza, meno attenti alla propria salute.

Questa pubblicazione vuole offrire un breve strumento utile alla promozione di una corretta informazione che miri allo sviluppo di una cultura della prevenzione e della diagnosi precoce, consolidandole nel tessuto psicosociale, contribuendo a superare paure, reticenze e falsi miti. Conoscere i tumori, infatti, significa anche diventare più consapevoli di come prevenirli e vincerli. Per questo la LILT è ogni giorno al fianco della persona con i propri ambulatori, gli specialisti e le attività di educazione sanitaria presenti su tutto il territorio nazionale.

Diffondere la cultura della prevenzione come metodo di vita significa costruire un futuro in cui sempre più uomini scelgano di prendersi cura di sé, senza timori né esitazioni. È una responsabilità individuale, ma anche un impegno collettivo che riguarda famiglie, istituzioni, professionisti sanitari, mondo della scuola e società.

Insieme possiamo abbattere il muro del silenzio e del disagio, trasformando la prevenzione in un'abitudine e continuando a vincere la sfida più importante: quella della vita!

Prof. Francesco Schittulli

Presidente Nazionale LILT

Senologo-Chirurgo e Oncologo

IL TUMORE DELLA PROSTATA

IL TUMORE DELLA PROSTATA

COS'È LA PROSTATA?

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).

Partecipa al meccanismo dell'eiaculazione, secernendo la parte maggiore del liquido seminale, mezzo di trasporto degli spermatozoi. Le ghiandole prostatiche producono tra l'altro un enzima chiamato Antigene Prostatico Specifico (PSA), che in quantità minori si può trovare anche nel sangue, da cui può dunque essere prelevato e dosato.

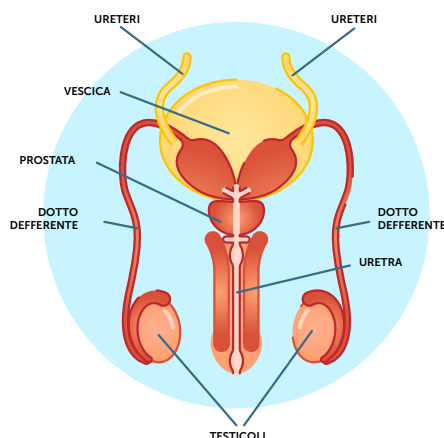


Figura 1: PROSTATA E I SUOI APPARATI

IPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA: CAUSE, SINTOMI E CURE

Con l'età, tendenzialmente intorno ai 40-50 anni, la prostata tende a ingrossarsi. Questo aumento di volume, che è mediato dall'ormone maschile Testosterone, è un fenomeno noto come Iperplasia Benigna della Prostata (IPB): non è un tumore e non aumenta il rischio di svilupparne uno. Tuttavia, l'IPB può causare sintomi simili a quelli del carcinoma prostatico in fase iniziale, che interessano la minzione (il processo di espulsione dell'urina dalla vescica), in particolare:

- difficoltà a urinare;
- necessità urgente e/o frequente a urinare, con difficoltà a trattenere le urine;
- ridotta potenza del getto di urina e bisogno di esercitare una forte pressione.

Se le dimensioni della prostata aumentano ulteriormente, si può andare incontro anche a una improvvisa impossibilità a urinare (ritenzione acuta) con necessità di ricorrere all'inserimento di un catetere vescicale, o a un

ristagno di urina con possibile sviluppo di infezioni ricorrenti delle vie urinarie. Alcuni farmaci quali antistaminici, antidepressivi, tranquillanti e certi anti-ipertensivi, possono peggiorare i sintomi dell'IPB.

Per l'iperplasia prostatica esistono fondamentalmente tre approcci terapeutici. Nelle forme iniziali si consiglia di:

- modificare il proprio stile di vita, ad esempio evitando di bere molti liquidi la sera;
- svuotare il più completamente possibile la vescica a ogni minzione;
- non trattenere a lungo l'urina.

Nelle forme più avanzate si può ricorrere a farmaci specifici o alla chirurgia. Oltre alla tradizionale resezione trans-uretrale (TURP), sono oggi disponibili tecniche chirurgiche mini-invasive come l'enucleazione della prostata con laser (HoLEP, ThuLEP), la vaporizzazione fotoselettiva (PVP), l'embolizzazione delle arterie prostatiche e, per le forme più lievi, procedure ambulatoriali come Rezum e UroLift. Queste tecniche, disponibili nei centri di riferimento, consentono spesso un recupero più rapido e una minore incidenza di effetti collaterali rispetto alla chirurgia tradizionale. Il medico di Medicina Generale e lo specialista Urologo potranno consigliare la migliore strategia terapeutica.

CONOSCERE IL CARCINOMA DELLA PROSTATA

Il tumore della prostata più frequente è l'adenocarcinoma: consiste nella crescita incontrollata di alcune cellule ghiandolari che acquisiscono la capacità di infiltrare e invadere le strutture e gli organi contigui e, attraverso il sistema linfatico e sanguigno, raggiungere organi distanti (metastasi). Raramente è riscontrato prima dei 40 anni. Nei Paesi occidentali l'incidenza è di oltre 55 nuovi casi per 100 mila abitanti, ma aumenta con il progredire dell'età, colpendo prevalentemente i maschi dopo i 50 anni, 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
40 mila nuovi casi in Italia/anno
1 uomo ogni 9
Massima incidenza/nuovi casi negli uomini over 65

FATTI E CIFRE: INCIDENZA, MORTALITÀ E PREVALENZA IN ITALIA

Il tumore della prostata è il tumore più frequentemente diagnosticato negli uomini in Italia. Le più recenti stime indicano circa 40.000 nuove diagnosi nel 2025, pari a circa il 17% dei tumori maschili. Nell'ultimo decennio, è divenuta la neoplasia rilevata con maggiore frequenza più che per la presenza di fattori di rischio, per la maggiore probabilità di diagnosi di tale malattia, poiché è presente in forma latente nel 15-30% dei soggetti oltre i 50 anni e in circa il 70% degli ottantenni.

L'incidenza è cresciuta soprattutto grazie alla grande diffusione del test per la ricerca dell'antigene prostatico specifico (PSA), che consente diagnosi più precoci.

Tale tumore occupa il terzo posto nella scala della mortalità (8% sul totale dei decessi oncologici), e nella quasi totalità riguarda uomini sopra i 70 anni.

Al rapido aumento della prevalenza hanno concorso rispettivamente:

- l'incremento dell'incidenza, che include una quota di tumori indolenti;
- il miglioramento della sopravvivenza, conseguenza di una miglior offerta terapeutica, ma anche della diagnosi di neoplasie asintomatiche, con conseguente possibile sovra-trattamento;
- l'invecchiamento demografico, che incide in modo particolare nel caso dei carcinomi prostatici perché questi tumori si manifestano prevalentemente in età anziana.

È POSSIBILE LA DIAGNOSI PRECOCE?

Nelle fasi iniziali, il tumore della prostata è spesso asintomatico. Nei soggetti senza sintomi, l'eventuale dosaggio del PSA va deciso in modo informato e personalizzato, considerando età, aspettativa di vita e fattori di rischio. Le linee guida europee suggeriscono di dosare il PSA a partire dai 50 anni nella popolazione generale, dai 45 anni in presenza di familiarità significativa o negli uomini di ascendenza africana, e dai 40 anni nei portatori di mutazione BRCA2. Un PSA alterato non equivale a una diagnosi di tumore e va interpretato nel contesto clinico.

I SINTOMI A CUI PRESTARE ATTENZIONE

Questo tumore è generalmente caratterizzato da una crescita molto lenta; nella fase iniziale è frequentemente asintomatico e può quindi restare non diagnosticato per anni. Crescendo, la massa comprime le strutture adiacenti e può dare origine a disturbi legati alla sfera urinaria, quali:

- difficoltà a urinare (esitazione);
- stimolo frequente a urinare di notte (nicturia) o generale aumento della frequenza della minzione nell'arco delle 24 ore, ma con ridotto volume totale dell'urina emessa (pollachiuria);
- flusso debole, intermittente, o persistente sensazione di non riuscire a svuotare la vescica;

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

Si tratta di sintomi che, da soli, non indicano necessariamente un tumore, poiché come detto sono comuni anche all'iperplasia prostatica benigna, o essere spia per esempio di un'infezione della prostata di natura batterica (prostatite). Proprio per questo, è sempre importante rivolgersi al medico per sottoporsi ad accertamenti, senza allarmismi, ma senza rimandare.

In meno del 10% di pazienti il carcinoma prostatico si manifesta con sintomi legati alla sua disseminazione metastatica quali dolori ossei anche gravi. Un tumore maligno può, infatti, metastatizzare ai linfonodi della pelvi e, progressivamente, diffondersi ad altre parti del corpo.

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

FATTORI DI RISCHIO

Per il tumore alla prostata, i principali fattori di rischio certi sono sempre di natura genetica, nello specifico:

- **Età:** è da considerarsi il principale fattore di rischio, poiché tale neoplasia è molto rara prima dei 40-50 anni ma la sua incidenza cresce rapidamente in età più avanzata.
- **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, ma aumenta fino a 10 volte se i familiari colpiti aumentano. In quest'ultimo caso, o se in presenza di una storia familiare di tumore della mammella o dell'ovaio, può essere utile una consulenza genetica per valutare la presenza di mutazioni ereditarie (ad esempio nei geni BRCA1, BRCA2 o in altri geni coinvolti nella riparazione del DNA). Conoscere questa informazione aiuta a programmare controlli personalizzati e, nelle fasi più avanzate di malattia, orientare la scelta di terapie mirate.
- **Etnia:** 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.

Anche se con evidenze meno consolidate, altri fattori di rischio sono di natura dietetica. Infatti, una dieta ricca di grassi saturi 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 a una maggiore incidenza di carcinoma della prostata. Infine, l'infiammazione cronica con conseguenziale stress ossidativo e danno cellulare, sembra sempre più incidere in mutazioni facilitanti la carcinogenesi prostatica.

PREVENIRE L'INSORGENZA

Come per molte altre malattie croniche, anche nel caso delle patologie della prostata lo **stile di vita** gioca un ruolo chiave.

Numerosi studi hanno mostrato che una costante attività fisica contribuisce a mantenere un peso adeguato, migliora il metabolismo degli ormoni maschili e riduce i processi infiammatori, tutti fattori che possono incidere sul rischio oncologico.

La **corretta alimentazione** è un altro pilastro: ridurre i grassi animali e privilegiare frutta, verdura e legumi permette di assumere sostanze antiossidanti e vitamine protettive (come A, D, E e selenio).

Alcuni alimenti, in particolare i pomodori ricchi di licopene, gli ortaggi gialli e i peperoni, sembrano avere un effetto protettivo.

Anche i cereali integrali e il pesce, tipici della dieta mediterranea, sono associati a un miglior equilibrio ormonale e a un minor rischio di patologie cardiovascolari, che spesso si accompagnano a quelle oncologiche.

Un ruolo non trascurabile lo ha il **fumo di sigaretta**, che può aumentare l'aggressività di alcune forme tumorali e favorire infiammazione cronica; smettere rappresenta quindi una scelta utile non solo per la salute generale, ma anche per la prevenzione prostatica. Anche il consumo eccessivo di alcol va limitato.

La **gestione del peso corporeo** è un altro aspetto cruciale: l'obesità e l'eccesso di grasso addominale sono stati associati a un maggior rischio di forme avanzate di carcinoma prostatico. Mantenere un indice di massa corporea nella norma, insieme a una buona qualità del sonno e alla riduzione dello stress cronico, contribuisce al benessere generale e alla salute della prostata.

Infine, la prevenzione non riguarda solo lo stile di vita, ma anche la consapevolezza dei propri **fattori di rischio**. Conoscere la storia familiare e parlarne con il medico aiuta a programmare controlli personalizzati. Anche se non possiamo azzerare il rischio, possiamo ridurlo in modo significativo e, soprattutto, favorire una diagnosi più precoce e trattamenti più efficaci.

COME SI DIAGNOSTICA?

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 INTERPRETARE I VALORI DEL PSA?

Il PSA può aumentare transitoriamente in presenza di infezioni urinarie o prostatiti, ritenzione urinaria, recenti procedure o manipolazioni prostatiche e, in misura variabile, dopo eiaculazione o intensa attività ciclistica. Per questo il prelievo va programmato e, se necessario, ripetuto secondo le indicazioni del medico, evitando interpretazioni basate su una singola misurazione.

ALTRI ESAMI DI APPROFONDIMENTO

In caso di risultati sospetti, gli esami di approfondimento includono:

- **Ecografia transrettale (TRUS):** è utile soprattutto per valutare il volume e l'anatomia della prostata e può essere impiegata come guida durante alcune procedure biotiche. Oggi non rappresenta l'esame principale per individuare o stadare un carcinoma prostatico: in questo ruolo la Risonanza Magnetica Multiparametrica ha una maggiore accuratezza.
- **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. Negli ultimi anni si è progressivamente affermata la via transperineale, oggi preferita a quella trans-rettale tradizionale: questo approccio riduce in modo significativo il rischio di infezioni post-biotiche, comprese le rare ma temibili sepsi, rendendo generalmente superflua un'estesa profilassi antibiotica.

- **Risonanza Magnetica Multiparametrica:** negli ultimi anni sono stati fatti progressi enormi nell'Imaging della prostata grazie a questa metodica. 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 e di eventuale danno cellulare; studio di Perfusionamento 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. Oggi la RM multiparametrica viene eseguita, ove possibile, prima della biopsia prostatica: questo percorso ("RM-prima") permette di indirizzare con maggiore precisione il prelievo biotipico verso le aree sospette, riducendo le biopsie non necessarie.
- **PET/TC con traccianti diretti contro il PSMA:** è oggi una delle metodiche di riferimento per la stadiazione della malattia ad alto rischio e, se disponibile, può aumentare l'accuratezza anche nei pazienti con rischio intermedio sfavorevole. Ha inoltre un ruolo importante nella localizzazione della malattia in caso di recidiva biochimica. Non è invece indicata di routine per la stadiazione dei tumori a basso rischio.

COME SI CURA?

La scelta terapeutica si basa sullo stadio clinico, il livello del PSA, il Gleason score, l'età, le comorbidità e l'aspettativa di vita. Nei pazienti con tumore della prostata localizzato esistono diverse opzioni terapeutiche:

- **Sorveglianza attiva:** è lo standard per molti pazienti con tumore a basso rischio e aspettativa di vita sufficientemente lunga, e può essere considerata in casi selezionati a rischio intermedio favorevole. Prevede controlli programmati con PSA, visita clinica, Risonanza Magnetica e biopsie ripetute secondo il profilo di rischio. Una RM stabile può consentire di ridurre il numero di biopsie in pazienti selezionati, ma non le rende automaticamente superflue. Nei pazienti con aspettativa di vita limitata e nei quali non sarebbe indicato un trattamento curativo in caso di progressione si parla invece di watchful waiting, una strategia

diversa dalla sorveglianza attiva.

- **Chirurgia:** prevede un intervento di prostatectomia radicale, ossia l'asportazione della prostata, dei tessuti vicini e dei linfonodi regionali, al fine di determinare l'eventuale interessamento metastatico. Sono possibili diversi approcci, che comprendono la chirurgia convenzionale a cielo aperto, la chirurgia mini-invasiva laparoscopica e la chirurgia robotica, oggi tecnica di riferimento nella maggior parte dei centri ad alto volume. L'approccio robotico offre al chirurgo una visione tridimensionale ingrandita e una maggiore precisione di movimento, facilitando la preservazione dei fasci nervosi adiacenti alla prostata (tecnica nerve sparing) e favorendo, nella maggior parte dei casi, un recupero post-operatorio più rapido. La prostatectomia radicale per i tumori confinati alla ghiandola consente la guarigione in un'elevata percentuale dei pazienti. Tra le possibili complicanze vi sono l'incontinenza (incapacità a trattenere le urine) e l'impotenza, ma la loro incidenza varia nelle diverse casistiche fino al 10% circa ed è minore utilizzando tecniche chirurgiche avanzate.
- **Radioterapia:** viene oggi eseguita con tecniche ad alta precisione che consentono di trattare il tumore riducendo l'esposizione dei tessuti sani circostanti. Nella maggior parte dei pazienti sono disponibili schemi ipofrazionati, che permettono di ridurre la durata complessiva del trattamento, spesso a circa 4-6 settimane. In pazienti selezionati possono essere utilizzati anche schemi ultra-ipofrazionati o stereotassici in poche sedute. La scelta dipende dalla classe di rischio e dalle caratteristiche cliniche del paziente. Nei tumori a rischio intermedio o alto, la radioterapia può essere associata per periodi variabili alla terapia di deprivazione androgenica.
- **Terapia ormonale:** nei pazienti con malattia in stadio avanzato e non candidabili alla chirurgia è indicato un trattamento farmacologico che sopprime la produzione degli ormoni maschili o ne impedisce l'azione sulla prostata. Sono utilizzati prevalentemente gli antiandrogeni e LHRH-analoghi (Luteinizing hormone-releasing hormone) che 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. Accanto agli antiandrogeni tradizionali e agli analoghi LHRH, sono oggi disponibili farmaci di nuova generazione, i cosiddetti inibitori della via del recettore androgenico (abiraterone, enzalutamide, apalutamide, darolutamide). Questi farmaci, associati alla terapia di deprivazione androgenica, hanno dimostrato di migliorare la sopravvivenza sia nella malattia metastatica sia, in casi selezionati ad alto rischio, dopo la ricomparsa della malattia (recidiva biochimica) a seguito di un trattamento locale.
- **Terapia radiometabolica:** è una branca della medicina nucleare che utilizza sostanze radioattive per trattare alcune patologie sfruttando

la selettività di queste ultime nel legarsi ai tessuti malati, e quindi risparmiando dall'irradiazione i tessuti sani. Per il tumore della prostata, due sono i trattamenti radiometabolici approvati in Italia: il Radium-223 e il 177Lu-PSMA-617, in grado di migliorare la sopravvivenza nei pazienti metastatici resistenti alla castrazione. L'impiego del 177Lu-PSMA-617 richiede la preventiva dimostrazione, tramite PET-TC con 68Ga-PSMA, di una malattia che esprima in modo significativo questo bersaglio molecolare sulle cellule tumorali.

- **Terapia focale:** rappresenta un'opzione intermedia tra la sorveglianza attiva e i trattamenti radicali, riservata a pazienti accuratamente selezionati con malattia limitata a un'unica area della prostata (unifocale) e rischio basso o intermedio. Tecniche come gli ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU), la crioterapia, l'elettroporazione irreversibile e il laser interstiziale permettono di trattare solo la porzione di ghiandola interessata dal tumore, risparmiando il tessuto sano circostante e riducendo il rischio di incontinenza e disfunzione erettile rispetto ai trattamenti radicali. Si tratta di tecniche ancora in evoluzione: è consigliabile eseguirle in centri con comprovata esperienza e, quando possibile, nell'ambito di registri prospettici o studi clinici.

Nei pazienti con malattia metastatica, l'analisi molecolare del tumore e - quando indicato - il test genetico germinale, possono identificare alterazioni di BRCA1, BRCA2 o di altri geni della riparazione del DNA, utili per orientare l'impiego di terapie mirate come gli inibitori di PARP.

SESSUALITÀ, FERTILITÀ E VITA DOPO LE CURE

Al termine dei trattamenti è del tutto naturale porsi domande riguardo al corpo, al desiderio e alla qualità complessiva della vita. In fase post-chirurgica, soprattutto dopo prostatectomia, possono manifestarsi incontinenza urinaria transitoria e disfunzione erettile; la radioterapia può determinare irritazioni a carico delle vie urinarie e, a distanza di tempo, incidere sulla funzione erettile; le terapie ormonali, infine, possono ridurre la libido e indurre astenia o alterazioni della composizione corporea.

Questi effetti collaterali, seppur frequenti, tendono spesso a migliorare grazie a interventi riabilitativi mirati. Gli esercizi del pavimento pelvico, guidati da un fisioterapista specializzato, favoriscono il recupero della continenza urinaria.

Nei pazienti sottoposti a chirurgia con preservazione dei fasci nervosi, l'avvio precoce - già nelle prime settimane dopo l'intervento - di un programma di riabilitazione della funzione erettile, concordato con l'urologo, può favorire un recupero più rapido e completo.

L'urologo può proporre diversi aiuti per recuperare l'erezione, come farmaci mirati, piccoli dispositivi a pompa, iniezioni locali o, nei casi più complessi, l'impianto di una protesi.

Parallelamente, un supporto psicologico o sessuologico risulta prezioso per affrontare ansia, cambiamenti dell'immagine corporea e difficoltà relazionali, aiutando la coppia a ristabilire intimità e benessere.

Quando sono previste terapie con possibile impatto sulla capacità riproduttiva, è opportuno valutare precocemente la crioconservazione del seme e pianificare un consulto andrologico. In presenza di compromissione della fertilità, possono essere intrapresi percorsi di procreazione medicalmente assistita.

Infine, uno stile di vita attivo, un'alimentazione equilibrata e una corretta gestione del peso rappresentano strumenti fondamentali per sostenere energia, umore e funzione sessuale durante e dopo i trattamenti, migliorando nel complesso la qualità della vita del paziente.

IL TUMORE DEL PENE

IL TUMORE DEL PENE

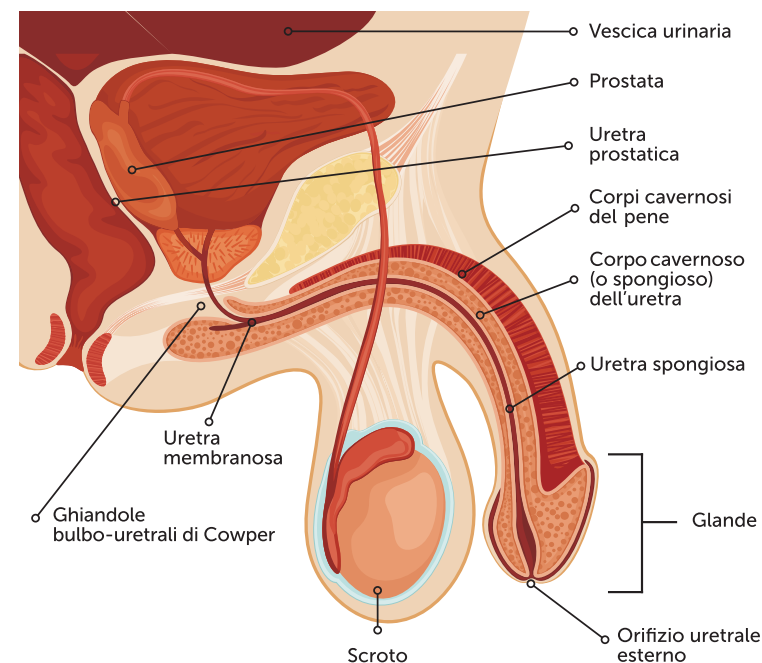


Figura 1: ANATOMIA DEL PENE

ANATOMIA

Il pene è l'organo genitale maschile esterno e rappresenta anche l'ultimo tratto delle vie urinarie. Ha una struttura cilindrica, interamente rivestita di cute, ed è costituito da una radice – situata internamente, nel perineo – e da un corpo, la parte visibile esternamente, anteriore allo scroto.

Il corpo si compone di un'asta e di un'estremità detta glande, la cui base prende il nome di corona. La cute che riveste il pene forma, a livello della corona, il prepuzio: una piega mobile che normalmente ricopre il glande e può essere retratta. Glande, corona e prepuzio sono le aree più frequentemente interessate da alterazioni della cute e delle mucose, ed è quindi buona norma osservarle regolarmente nell'ambito della propria igiene quotidiana.

Internamente, il corpo del pene è costituito dai corpi cavernosi – due strutture altamente vascolarizzate, avvolte da tessuto fibroso (albuginea)

– e dal corpo spongioso, all'interno del quale decorre l'uretra, il canale che convoglia urina e liquido seminale verso l'esterno.

Oltre alla funzione urinaria, il pene svolge un ruolo fondamentale nella riproduzione attraverso l'erezione: l'afflusso di sangue arterioso ai corpi cavernosi ne determina il turgore, mentre la contrazione dei muscoli perineali contribuisce all'eiaculazione, l'emissione di liquido seminale attraverso l'uretra.

PATOLOGIE DEL PENE NON TUMORALI

Il pene può essere interessato da diverse patologie non tumorali, di natura infettiva, dermatologica o strutturale.

- **Malattie a trasmissione sessuale:** sono le patologie più frequenti a carico del pene. Possono essere causate da batteri (gonorrea, sifilide), funghi (candidosi) o virus (herpes genitale, papillomavirus – HPV). Spesso colpiscono il glande, che si presenta gonfio, infiammato e dolente, talvolta con secrezioni: questa condizione si chiama balanite. L'infezione da HPV può inoltre causare la comparsa di lesioni chiamate condilomi (verruche genitali) e rappresenta il principale fattore di rischio infettivo per il tumore del pene, trattato nei capitoli successivi; per questo motivo la vaccinazione anti-HPV, raccomandata anche per i maschi, costituisce oggi un'importante misura di prevenzione. Queste infezioni sono più frequenti in caso di rapporti non protetti, con concreto rischio di trasmissione al partner.
- **Malattie dermatologiche:** comprendono dermatiti su base allergica o infiammatoria (da farmaci, prodotti topici o indumenti), la psoriasi – patologia verosimilmente autoimmune – che interessa non solo la cute del pene ma anche altri distretti corporei.
- **Fimosi:** si tratta di una condizione caratterizzata da un restringimento dell'orifizio prepuziale, congenito o acquisito in seguito a infezioni croniche. Negli adolescenti e negli adulti può causare dolore durante l'erezione, ma al di fuori di questa circostanza non è generalmente dolorosa. Chi ne è affetto è maggiormente esposto al rischio di infiammazione del glande (balanite) e altre complicazioni. Nei casi di fimosi congenita, durante i primi anni di vita del bambino non è indicato forzare la retrazione del prepuzio. Se la condizione persiste e non risolve da sola nel tempo, è possibile ricorrere a una crema a base di steroidi per allentare la cute ristretta; in assenza di miglioramento, può essere consigliato un trattamento chirurgico come la circoncisione.

CHE COS'È IL TUMORE DEL PENE?

Come tutti i tumori, il tumore del pene nasce dalla crescita incontrollata di alcune cellule dell'epitelio che acquisiscono la capacità di infiltrare e invadere le strutture circostanti e, attraverso il sistema linfatico e sanguigno, di raggiungere organi distanti (metastasi).

Nel 95% dei casi si tratta di un carcinoma spinocellulare (o a cellule squamose), che origina dal rivestimento epidermico del glande e dalla parte interna del prepuzio. Più raramente si osservano altri istotipi, come il melanoma o il sarcoma.

FATTI E CIFRE: INCIDENZA, MORTALITÀ E PREVALENZA IN ITALIA

In Europa il carcinoma del pene è un tumore raro, rappresentando meno dell'1% di tutti i tumori. Il rischio di sviluppare questa neoplasia varia molto da Paese a Paese. Nei Paesi industrializzati l'incidenza è 1 caso/anno ogni 100.000 uomini, decisamente inferiore rispetto ad altre aree come l'Africa sub-sahariana, il Sud America o il Sud-est asiatico, dove il tasso di incidenza è 20-30 volte maggiore (2-3 nuovi casi/anno per 100.000 uomini). In Europa il picco si registra tra gli uomini sopra i 75 anni, dove ogni anno si verificano fra 5 e 10 nuovi casi ogni 100.000.

Si stima che in Italia si verifichino circa 500 nuovi casi l'anno; non sono invece disponibili dati di mortalità. La prognosi è da considerarsi favorevole: la sopravvivenza media a 5 anni si attesta intorno al 74%, riducendosi in presenza di coinvolgimento dei linfonodi locoregionali o a distanza. Fondamentale, pertanto, è la diagnosi precoce.

In Italia gli uomini che vivono con una diagnosi di tumore del pene sono circa 4.500, con un tasso di prevalenza simile in tutte le aree geografiche.

SINTOMI

Un'alterazione nell'aspetto della pelle del glande, della corona o del prepuzio – un'area che potrebbe mutare colore o diventare più sottile – rappresenta un primo segnale a cui prestare attenzione. In alcuni casi si possono formare noduli, più o meno dolorosi, oppure ulcere o placche superficiali biancastre o rossastre, associate o meno a secrezioni irritanti. Negli stadi più avanzati possono comparire tumefazioni a livello inguinale, segno di probabile interessamento dei linfonodi.

Nessuno di questi sintomi, da solo, è sufficiente per una diagnosi certa di tumore del pene, dal momento che gli stessi disturbi potrebbero essere causati anche da patologie benigne; per questo è importante rivolgersi sempre al medico in caso di dubbio. Tuttavia, noduli o ulcere che non migliorano dopo una terapia antibiotica o antimicotica, e che tendono ad 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 si possono menzionare:

- **Infezione da papilloma virus (HPV):** rappresenta il principale fattore di rischio infettivo. Alcuni ceppi virali possono causare neoformazioni

benigne (verruche o condilomi) e maligne. La trasmissione avviene quasi esclusivamente per via sessuale, in diverse modalità di contatto genitale. Per questo motivo, l'infezione da HPV è associata, oltre che al tumore del pene, anche a quelli del collo dell'utero, del cavo orale, dell'ano, dell'esofago e della laringe. Anche se rara, è possibile la trasmissione materno-fetale al momento del parto.

- **Fumo di sigaretta:** l'esposizione al tabacco è associata a un aumentato rischio di tumore del pene, in maniera dose-dipendente.
- **Fimosi:** gli uomini non circoncisi nell'infanzia presentano un aumentato rischio di sviluppare una neoplasia del pene, un effetto mediato dalla presenza di fimosi.
- **Virus dell'immunodeficienza umana (HIV):** negli uomini con infezione da HIV l'incidenza di tumore del pene è circa 4-8 volte superiore rispetto alla popolazione generale. La ragione di questa associazione rimane incerta, ma si ipotizza una maggiore predisposizione all'acquisizione dell'HPV, già noto fattore di rischio.

COME SI DIAGNOSTICA?

La diagnosi di tumore del pene va indagata negli uomini che presentano una lesione sospetta dell'organo, come descritto nel capitolo precedente. In questo caso è indispensabile consultare uno specialista che, dopo un'adeguata visita medica - volta a valutare lo stato locale dell'organo e a palpare i linfonodi inguinali - esegua una biopsia della lesione per confermare o escludere la presenza di cellule tumorali.

Una volta fatta la diagnosi, è fondamentale definire l'estensione della malattia attraverso alcuni esami radiologici, tra cui:

- risonanza magnetica del pene;
- ecografia dei cavi inguinali, con eventuale ago-biopsia dei linfonodi;
- tomografia computerizzata (TC);
- tomografia a emissione di positroni (PET).

TC e PET vengono utilizzate in particolare per valutare l'eventuale interessamento di organi a distanza.

SI PUÒ PREVENIRE L'INSORGENZA?

Non esiste una strategia di prevenzione in grado di eliminare completamente il rischio di tumore del pene, ma diverse misure permettono di ridurlo in modo significativo.

Una particolare attenzione è raccomandata in caso di comparsa di lesioni sospette in pazienti adulti con fimosi, con infezione da HIV o con una storia di condilomi al pene. Una buona igiene degli organi genitali è un elemento fondamentale per la prevenzione, anche se da sola non è sufficiente. È utile inoltre limitare l'esposizione ai fattori di rischio noti, evitando il fumo di

sigaretta e i comportamenti sessuali che aumentano il rischio di contrarre infezioni da HPV o HIV.

La misura più efficace resta però la vaccinazione anti-HPV, che agisce contro i tipi (ceppi) di HPV responsabili della maggior parte dei tumori genitali. In Italia, il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale raccomanda la somministrazione nel corso del dodicesimo anno di vita (11 anni compiuti) sia alle ragazze che ai ragazzi. La vaccinazione è gratuita fino a 26 anni per le donne e almeno fino a 18 anni per gli uomini, con possibili estensioni previste da alcune Regioni; è inoltre gratuita senza limiti di età per alcune categorie a rischio, tra cui le persone con infezione da HIV. Per essere pienamente efficace, il vaccino deve essere somministrato prima che l'organismo sia entrato in contatto con il virus, quindi preferibilmente prima dell'inizio dell'attività sessuale. Il vaccino è molto sicuro: gli effetti collaterali più comuni sono dolore, rossore, gonfiore e prurito nella sede di iniezione.

COME SI CURA?

Se diagnosticato in fase precoce, il tumore del pene è solitamente guaribile. La scelta del trattamento più adeguato dipende da diversi fattori, tra cui l'estensione e la posizione del tumore, le condizioni generali del paziente e le sue preferenze.

La chirurgia è il trattamento di scelta quando il tumore è localizzato al pene, con diverse procedure possibili in base alle caratteristiche della neoplasia. Nelle forme a basso rischio di recidiva si privilegia la chirurgia conservativa, volta a preservare l'organo.

- **Chirurgia laser:** utilizza una sorgente di energia laser per distruggere le cellule tumorali più superficiali. È utilizzata nelle forme tumorali estremamente precoci.
- **Circoncisione:** consente di asportare le lesioni tumorali confinate al prepuzio.
- **Chirurgia di Mohs:** prevede l'asportazione sottili strati di tessuto, analizzati progressivamente, fino a raggiungere uno strato completamente privo di cellule tumorali.
- **Asportazione chirurgica semplice:** rimozione della lesione insieme a una piccola parte di tessuto sano circostante.

Quando il tumore si estende in profondità, può essere necessaria un'asportazione parziale o totale del pene. La chirurgia è inoltre fondamentale per la rimozione dei linfonodi inguinali, qualora fossero interessati dalla malattia.

La **radioterapia** - a fasci esterni o tramite brachiterapia, che prevede l'utilizzo di piccole particelle radioattive posizionate all'interno del tumore - può essere utilizzata quando la chirurgia è controindicata, o in combinazione per ridurre il rischio di recidiva.

La **chemioterapia** può essere impiegata prima dell'intervento chirurgico,

per ridurre le dimensioni del tumore quando l'asportazione non sia inizialmente fattibile, oppure nei casi in cui la malattia si sia diffusa in altri distretti corporei.

Nei pazienti in cui la malattia progredisce dopo la chemioterapia iniziale, la prognosi è purtroppo sfavorevole. In questi casi è importante offrire, quando possibile, la partecipazione a studi clinici, insieme a un adeguato supporto per la gestione dei sintomi e della qualità della vita.

IL TUMORE DEL TESTICOLO

IL TUMORE DEL TESTICOLO

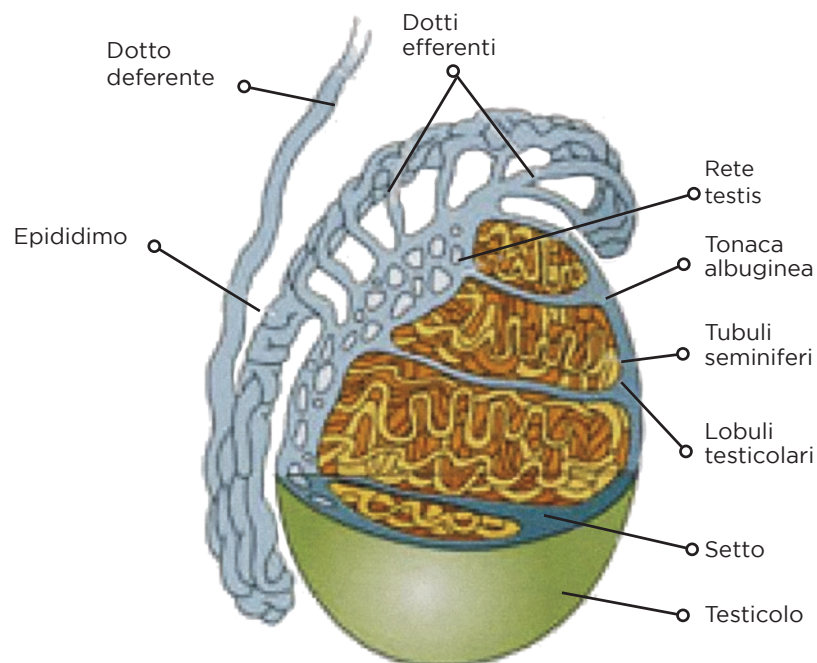


Figura 1: ANATOMIA DEL TESTICOLO

ANATOMIA

I testicoli sono due organi ovoidali, del peso di circa 20 grammi, situati all'interno della borsa scrotale, subito al di sotto dell'osso pubico: una posizione che li rende facilmente palpabili. Al loro interno, i tubuli seminiferi producono gli spermatozoi, mentre le cellule di Leydig – interposte tra i tubuli – producono il principale ormone maschile, il testosterone.

Dai tubuli seminiferi, gli spermatozoi raggiungono l'epididimo – una struttura addossata al testicolo in cui completano la loro maturazione – e da qui il dotto deferente, il canale che li trasporta verso l'alto, attraverso i canali inguinali (una delle sedi più frequenti di ernie), fino al bacino. Qui il dotto deferente decorre posteriormente alla prostata, quasi a contatto con le vescicole seminali – che insieme alla prostata producono la quasi totalità del liquido seminale, in cui sono immersi gli spermatozoi – per poi confluire nell'uretra come dotto eiaculatore. (Figura 1).

FATTI E CIFRE: INCIDENZA, MORTALITÀ E PREVALENZA IN ITALIA

Le neoplasie del testicolo rappresentano circa l'1-1,5% delle neoplasie del sesso maschile. La loro rilevanza in campo oncologico nasce da due elementi opposti: sono il tumore più frequente negli uomini sotto i 50 anni (l'11% delle neoplasie maschili in questa fascia d'età), con un picco di incidenza specifico tra i 15 e i 40 anni, ma hanno al tempo stesso un tasso di guarigione superiore al 90%, almeno nei Paesi occidentali.

CHE COS'È?

Il 95% dei tumori del testicolo origina dalle cellule germinali, quelle da cui si formano gli spermatozoi, e si suddivide in due grandi gruppi: seminomi (circa il 50%) e non seminomi. Tra questi ultimi si comprendono forme diverse:

- carcinoma embrionario;
- tumore del seno endodermico
- corioncarinoma;
- teratoma.

Le forme miste, molto frequenti, sono trattate come i non seminomi.

È inoltre possibile riscontrare neoplasie germinali in situ (definito TIN o CIS): una lesione non ancora invasiva che, nel tempo, può evolvere in tumore.

Il restante 5% dei casi 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

L'unico fattore di rischio accertato è il criptorchidismo, ovvero la mancata discesa di un testicolo nella borsa scrotale, che rimane invece nell'addome. Questa condizione aumenta il rischio di sviluppare un tumore del testicolo di circa 2,5-11 volte.

Altri fattori sospettati, ma non ancora confermati con certezza, sono:

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

I tumori del testicolo sono inoltre frequentemente associati ad anomalie della produzione dello sperma, fino ad arrivare all'infertilità.

PREVENZIONE

Per questo tumore non esiste un programma di prevenzione specifico. Tuttavia, di solito la malattia esordisce con segni riconoscibili: un nodulo, un aumento di volume, un gonfiore o un senso di pesantezza del testicolo. Per questo è importante che gli uomini imparino a riconoscere eventuali

cambiamenti della propria anatomia tramite l'autopalpazione.

L'**autopalpazione testicolare** è un gesto semplice e rapido, da eseguire una volta al mese preferibilmente dopo un bagno caldo (quando la cute scrotale è più rilassata). Si prende il testicolo con due mani, facendolo scorrere tra pollice, indice e dito medio di entrambe le mani (pollice nella parte superiore del testicolo, indice e medio dal lato inferiore). Si eseguono quindi piccoli movimenti rotatori con le dita, in modo da esplorare tutta la superficie. Vanno segnalati al medico eventuali noduli duri, protuberanze lisce e arrotondate, o qualsiasi cambiamento di forma, dimensione o consistenza.



SINTOMI

Il disturbo più comune e frequente è la **presenza di una massa dura, dolente o indolente, a livello dello scroto**. Non è raro un ritardo diagnostico di 2-3 mesi, dovuto talvolta alla ritrosia del paziente a farsi visitare, talvolta a una diagnosi iniziale di patologia infiammatoria (epididimite, orchiepididimite). Nelle fasi più avanzate possono comparire mal di schiena (lombalgia), dovuti alla compressione di strutture da parte di linfonodi ingrossati, o disturbi respiratori, legati a eventuali metastasi polmonari o a linfonodi che comprimono le vie respiratorie. Anche il riscontro di livelli elevati di alcuni marcatori tumorali nel sangue (vedi più avanti) può contribuire alla diagnosi.

COME SI DIAGNOSTICA?

Il tumore del testicolo va sempre sospettato di fronte a una massa dura a livello scrotale.

Il primo esame è un'ecografia scrotale; se conferma il dubbio clinico, si associa a un prelievo di sangue per dosare alcuni marcatori tumorali:

- alfafetoproteina (AFP);
- beta Human Chorionic Gonadotropin (beta HCG), lo stesso ormone dosato nel test di gravidanza;
- lattato deidrogenasi (LDH).

Il dosaggio di questi marcatori è importante sia per impostare la terapia che per monitorarne l'efficacia nel tempo.

Il passaggio successivo è l'orchietomia, l'intervento chirurgico che rimuove

il testicolo insieme al funicolo spermatico, effettuato sempre per via inguinale. Ha un duplice scopo:

- **diagnostico**, per confermare o meno che si tratti di tumore, attraverso l'esame istologico del tessuto asportato;
- **classificativo**, per stabilire il "tipo" di tumore valutandone gli eventuali fattori di rischio e definire così la terapia più adeguata.

Dopo l'intervento si procede sempre con il controllo periodico dei marcatori tumorali (se elevati prima dell'intervento) e con esami radiologici per definire l'estensione della malattia (stadiazione).

COME SI CURA?

La scelta della terapia dipende da un insieme di fattori legati alla malattia (estensione, stadio, classe di rischio) e da fattori legati al paziente (condizioni generali, preferenze). La decisione è bene dunque che sia presa da un'équipe multidisciplinare composta da specialisti di più discipline, che per il tumore del testicolo può includere oncologi medici, radioterapisti, chirurghi urologi e anatomopatologi.

Lo standard terapeutico del tumore del testicolo è rappresentato dalla **chirurgia**, dalla **radioterapia** e dalla **chemioterapia**, che possono essere utilizzate singolarmente o in combinazione tra loro. Nei casi a basso rischio, si può anche optare per la sola **"attenta osservazione"**.

Chirurgia

Esistono diverse tipologie di intervento.

- **Orchifuniclectomia per via inguinale:** ha una valenza sia diagnostica che terapeutica (rimozione della neoplasia primitiva). Approcci conservativi possono essere presi in considerazione in casi selezionati, tra cui: biopsie intraoperatorie (a cielo aperto, se si sospetta una patologia benigna); interventi di chirurgia conservativi (per esempio, nei rari casi di tumore bilaterale). N.B. dato l'elevato rischio che comportano, tali 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 eseguita 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 una chemioterapia più radicale, con obiettivo l'asportazione e l'analisi istologica.

Effettuare una linfadenectomia per malattia residua è molto più complessa e gravata da rischi, anche vascolari, e deve essere quindi effettuata solo da chirurghi esperti in questo tipo di intervento. In casi selezionati – in particolare nelle forme in stadio iniziale (I o IIa a basso volume), e per l'asportazione della malattia residua dopo chemioterapia – la linfadenectomia retroperitoneale può essere eseguita, presso centri di riferimento con elevata esperienza, anche con tecnica laparoscopica o robot-assistita, con l'obiettivo di ridurre l'invasività dell'intervento.

- **Chirurgia della malattia residua:** in questo caso si rende necessaria un'accurata valutazione della sua eventuale asportazione.
- **Chirurgia di salvataggio:** effettuata, per mancanza di alternative, in pazienti non più trattabili con chemioterapia. Pur essendo gravata da rischi molto alti, può arrivare a controllare la malattia nel 25% dei casi. Deve essere indicata in ambito multidisciplinare ed effettuata da chirurghi di comprovata esperienza in questo campo.

Radioterapia

Utilizza radiazioni di raggi X o di altre radiazioni per distruggere le cellule tumorali, ed è somministrata dall'esterno tramite un macchinario chiamato acceleratore lineare. Nei seminomi in stadio iniziale (I, IIa, IIb), viene impiegata a basso dosaggio per 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, per alleviare il dolore e i sintomi negli stadi avanzati.

Chemioterapia

Utilizza farmaci in grado di raggiungere le cellule tumorali in tutto l'organismo. È la terapia di scelta nella maggior parte dei casi di malattia non localizzata (a eccezione del seminoma con interessamento linfonodale iniziale). 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 chemioterapia ha rivoluzionato la prognosi di questo tumore, consentendo di ottenere percentuali di guarigione molto elevate. Il trattamento prevede generalmente una combinazione di più farmaci, scelta dall'oncologo in base al tipo e allo stadio della malattia e alle caratteristiche del paziente. Se la malattia non risponde al primo trattamento o si ripresenta, sono disponibili ulteriori possibilità terapeutiche. La scelta deve essere effettuata da un'équipe multidisciplinare esperta, preferibilmente presso un centro specializzato nella cura dei tumori del testicolo.

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.

Attenta osservazione (sorveglianza)

Consiste in controlli periodici (visita, esami strumentali e marcatori) con eventuale trattamento solo in caso di recidiva. È un'opzione riservata ai pazienti con malattia localizzata e 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. La sorveglianza può essere presa in considerazione, dopo l'intervento, in pazienti selezionati con malattia in stadio iniziale. La scelta dipende dal tipo di tumore, dai fattori di rischio e dalla possibilità di rispettare scrupolosamente il programma dei controlli, e deve essere condivisa con l'équipe curante.

Poiché il tumore del testicolo colpisce spesso uomini giovani e sia la malattia sia i trattamenti possono ridurre la fertilità, prima di chemioterapia, radioterapia o altri trattamenti potenzialmente gonadotossici deve essere discusso, quando possibile senza ritardare la terapia, il ricorso alla crioconservazione del seme.

LA LILT

La LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - è l'unico ente pubblico nazionale su base associativa esistente in Italia con la specifica finalità di vincere il cancro. Vigilata dal Ministero della Salute, opera senza fini di lucro e ha come compito istituzionale principale la promozione della cultura della prevenzione oncologica come metodo di vita.

Da oltre 100 anni la LILT promuove su tutto il territorio nazionale - in collaborazione con le principali istituzioni e le più importanti organizzazioni nazionali e internazionali operanti in campo oncologico - campagne di sensibilizzazione e iniziative volte alla diffusione della corretta informazione e di uno stile di vita sano. È membro dell'European Cancer Leagues (ECL) e svolge un ruolo istituzionale nell'ambito della programmazione oncologica europea.

LA MISSIONE

Obiettivo della LILT è vincere i tumori attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria. "Prevenire è vivere" è il motto dell'Ente: la prevenzione rappresenta l'arma più efficace nella lotta contro il cancro, come confermato dalla ridotta mortalità per alcune neoplasie e dall'allungamento e miglioramento della qualità della vita del malato oncologico.

LE ATTIVITÀ

- Prevenzione primaria: corretta alimentazione ed educazione alla salute attraverso materiale didattico-informativo, campagne di sensibilizzazione, incontri nelle scuole, manifestazioni nazionali e regionali, lotta al tabagismo (linea verde SOS LILT 800 998877).
- Prevenzione secondaria: visite specialistiche ed esami per la diagnosi precoce, con l'obiettivo di identificare eventuali lesioni tumorali allo stadio iniziale, aumentando notevolmente la possibilità di guarigione e ricorrendo a cure meno aggressive.
- Prevenzione terziaria: riabilitazione fisica, psicologica, sociale e occupazionale del malato oncologico, grazie alle Associazioni Provinciali e ai Punti Prevenzione (ambulatori) in collaborazione con il SSN.
- Assistenza domiciliare: integrazione alle cure ospedaliere tramite le Associazioni Provinciali, che garantiscono un'assistenza di tipo medico, psicologico, infermieristico e, in molti casi, anche psico-sociale ed economico.
- Ricerca scientifica: la LILT promuove studi sull'innovazione e la prevenzione, collaborando con istituzioni nazionali e internazionali. Nell'ultimo decennio sono stati finanziati oltre 100 progetti per circa 20 milioni di euro, con particolare riferimento al miglioramento della prevenzione primaria, secondaria e dell'assistenza ai pazienti oncologici e ai loro familiari.

COME SOSTENERE LA LILT

DONAZIONI

Le donazioni in denaro alla Sede Nazionale possono essere effettuate

- 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 Tritone, 14 - 00186 Roma
Codice IBAN: IT 61 E 01030 03200 000006418011
BIC: PASCITMMROM

Puoi scoprire altri modi per effettuare una donazione alla LILT visitando il sito web alla pagina <https://www.lilt.it/come-aiutarci/privati/donazioni>

5X1000

La LILT è impegnata a promuovere e attuare studi inerenti l'innovazione e la ricerca. Nell'ultimo decennio sono stati finanziati oltre 100 progetti per circa 20 milioni di euro, aventi particolare riferimento al miglioramento della qualità della prevenzione primaria, secondaria e dell'assistenza ai pazienti oncologici e ai loro familiari.

Nei modelli CU, 730 e UNICO Compila il riquadro "Finanziamento della ricerca sanitaria" oppure il riquadro "Finanziamento della Ricerca Scientifica e della Università", indicando il C.F. 80118410580 (Sede Nazionale).

Tutte le informazioni su www.5x1000allalilt.it

Si ringraziano sentitamente:

Giuseppe Tonini

Vicepresidente Comitato Scientifico LILT

e i membri della Task Force LILT Tumori della Prostata

Si ringrazia il Teatro Parioli-Costanzo per la collaborazione alla campagna, nell'ambito del Protocollo d'Intesa in essere.



www.liltformen.it