



Cancro della prostata



**Un'informazione della Lega
contro il cancro
per malati e familiari**

Impressum

Editrice

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40
casella postale 8219
3001 Berna
telefono 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch

Consulenza tecnica

(in ordine alfabetico)

PD dott. med. Daniel M. Aebersold, sostituto
primario, Radio-oncologia, Inselspital Berna;
Dott. med. Emanuel Jacky, capoclinica,
Oncologia, Ospedale universitario Zurigo;
Anita Margulies, BSN, RN, Oncologia,
Ospedale universitario Zurigo;
Dott. med. Rudolf Morant, direttore medico,
Oncologia, ZeTuP San Gallo e Coira;
Dott. med. Thomas Sauter, medico FMH in
urologia, Berna;
Dott. med. Osama Shahin, capoclinica,
Clinica urologica universitaria, Liestal;
Dott. med. Armin Thöni, direttore medico,
Radio-oncologia, Ospedale Lindenhof, Berna

Autori

Dott. phil. Nicolas Broccard, giornalista
scientifico, Berna
Susanne Lanz, Lega svizzera contro il cancro,
Berna

Redazione

Christina Müller, Bellinzona

Illustrazioni

Willi R. Hess, disegnatore scientifico, Berna

Copertina

Secondo Albrecht Dürer, Adamo ed Eva

Foto

Pagina 4: ImagePoint AG, Zurigo

Design

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Stampa

Ast & Fischer AG, Wabern

Questo opuscolo è disponibile anche in
francese e tedesco.

© 2014, 2006

Lega svizzera contro il cancro, Berna
2ª edizione invariata

Sommario

Editoriale	5
Cos'è il cancro?	6
Il cancro della prostata	7
Esami e diagnosi	10
Stadi della malattia	12
La terapia del cancro della prostata	13
Indicazioni generali	13
Ripercussioni sulla sessualità	14
Ripercussioni sulla continenza d'urina	15
La terapia nei primi stadi	16
La terapia in uno stadio avanzato	17
La terapia nell'ambito di uno studio clinico	18
Visite di controllo	18
I metodi terapeutici	19
L'intervento chirurgico	19
La radioterapia	20
La terapia ormonale	22
La chemioterapia	24
Aspettare e osservare (watchful waiting)	25
La medicina complementare	25
Convivere con il cancro	26
Appendice	27



Caro lettore

Per le persone colpite dalla malattia e i loro familiari in un primo tempo la diagnosi di cancro costituisce uno shock. La routine quotidiana e le prospettive di vita si modificano improvvisamente, si alternano sentimenti di paura e di speranza. Spesso si è disorientati e da un momento all'altro tutto sembra messo in discussione.

Il cancro della prostata ha inoltre anche ripercussioni sulla sfera sessuale. L'autostima e l'identità maschile possono essere compromesse. Ogni uomo percepisce il proprio corpo e la propria virilità a modo suo. Anche gli influssi sociali e la propria storia di vita rivestono un ruolo importante.

Alcuni uomini hanno difficoltà a parlare in modo aperto della propria sessualità. Tuttavia, se i problemi non vengono riconosciuti e individuati, sarà difficile trovare delle soluzioni insieme al medico e al/alla partner. Per questo motivo le raccomandiamo di affrontare l'argomento della sessualità con il suo medico curante già prima dell'inizio della terapia.

Il presente opuscolo descrive in breve la malattia, la diagnostica e la terapia. Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (v. appendice) troverà ulteriori indicazioni e informazioni che magari le potranno essere utili.

Negli scorsi anni, grazie alla diagnosi precoce e ai progressi della medicina, le terapie sono divenute più efficaci e meno invasive. Per trovare la migliore cura per il suo specifico caso è essenziale un colloquio approfondito con il suo medico.

In molti casi il cancro della prostata oggi può essere curato, in altri il decorso della malattia può essere rallentato. La scienza medica attribuisce inoltre sempre più importanza alla conservazione della qualità della vita. Per il cancro della prostata in certi casi ciò può anche significare adottare una strategia di vigile attesa, prima di iniziare una vera e propria terapia.

Ci auguriamo di cuore che, assieme ai suoi familiari, all'équipe curante ed eventualmente anche grazie all'aiuto di specialisti (v. appendice), trovi una via per affrontare la malattia e le sue conseguenze.

La sua Lega contro il cancro

Cos'è il cancro?

Cancro è il termine generico, di uso comune, con cui si indica una malattia tumorale maligna. I tumori sono degenerazioni dei tessuti che possono avere un carattere benigno o maligno. Accanto a numerosi tumori benigni, vi sono oltre cento diversi tipi di affezioni tumorali maligne. Secondo l'origine del tumore, in medicina vengono utilizzate le definizioni di carcinoma o sarcoma.

I tumori benigni possono solo occupare il posto di tessuti sani. I tumori maligni, invece, possono distruggere i tessuti circostanti e invaderli; attraverso i vasi sanguigni e linfatici, le cellule tumorali maligne possono inoltre diffondersi in altri organi, dando origine alle cosiddette metastasi (riproduzione di tumori in punti lontani dal focolaio d'origine).

Tutto ha inizio nella cellula

I tessuti e gli organi del nostro corpo sono formati da miliardi di cellule. Le cellule costituiscono gli elementi essenziali del nostro corpo. Nel nucleo di ognuna di queste cellule si trova il «piano di costruzione» di ogni persona, ossia il patrimonio ereditario (cromosomi e migliaia di geni). L'insieme di questo patrimonio ereditario viene anche chiamato DNA (acido deossiribonucleico).

Molte possibili cause

Apparentemente «per caso», ma anche a causa di influssi esterni (ambiente circostante, alimentazione, sostanze nocive ecc.), in seguito al naturale processo di invecchiamento o a fattori congeniti, il piano di costruzione di una cellula (chiamato struttura genetica) può subire delle modifiche.

In genere le difese proprie del corpo sono in grado di riparare questo genere di «guasti» nella struttura genetica della cellula. Se tuttavia ciò non avviene, la cellula modificata può riprodursi a piacimento e divenire «immortale». Le cellule si sviluppano in maniera incontrollata, si ammassano e con il tempo formano un nodulo, ossia un tumore. Il carattere benigno o maligno del tumore dipende da altri fattori ancora, che il medico può chiarire attraverso opportuni esami, generalmente combinati con il prelievo di un campione di tessuto.

Dimensioni inimmaginabili

Un tumore di un centimetro di diametro contiene già un miliardo di cellule e con grande probabilità ha raggiunto tali dimensioni nel corso di diversi anni. Ciò significa che un tumore non si sviluppa da un giorno all'altro. La velocità di riproduzione varia notevolmente da un tumore all'altro e da individuo a individuo.

I rischi

In definitiva, ammalarsi di cancro è una questione di destino: possono ammalarsi sia gli ottimisti sia i pessimisti, sia le persone che vivono in modo sano sia quelle che vivono più pericolosamente. Il rischio di tumore può tuttavia essere ridotto, adottando uno stile di vita sano ed evitando i comportamenti che possono favorire l'insorgere del cancro. Non vi è però alcuna garanzia contro il cancro. La domanda perché una persona sia più o meno predisposta al cancro alla fine rimane aperta.

In determinate famiglie alcune forme tumorali ricorrono con una certa frequenza. Ulteriori informazioni a questo proposito sono reperibili nell'opuscolo «Rischio di cancro ereditario» (v. appendice).

Il cancro della prostata

La prostata (ghiandola prostatica) ha le dimensioni di una castagna. Essa si trova direttamente sotto la vescica urinaria e racchiude ad anello la parte superiore dell'uretra maschile (v. illustrazione alla pagina seguente). Anche i canali spermatici, che trasportano gli spermatozoi provenienti dai testicoli, attraversano la prostata prima di immettersi nell'uretra. La prostata produce un liquido viscoso (liquido seminale) che viene espulso con l'eiaculazione assieme agli spermatozoi durante l'orgasmo.

I tumori della prostata si sviluppano molto lentamente e generalmente non provocano disturbi, fintanto che rimangono circoscritti alla prostata. Spesso non vengono nemmeno scoperti e molti uomini affetti da cancro della prostata muoiono per altre cause, senza avere mai saputo di avere un tumore maligno. È del tutto possibile che un tumore della prostata permanga per 10 anni o più in uno stadio precoce senza causare problemi.

- > Talvolta i dolori alla schiena possono essere un primo segnale di un cancro della prostata. Si manifestano, quando si sono già formate metastasi nella colonna vertebrale.

Purtroppo si tratta di uno stadio della malattia piuttosto avanzato in cui la malattia tumorale non può più essere guarita.

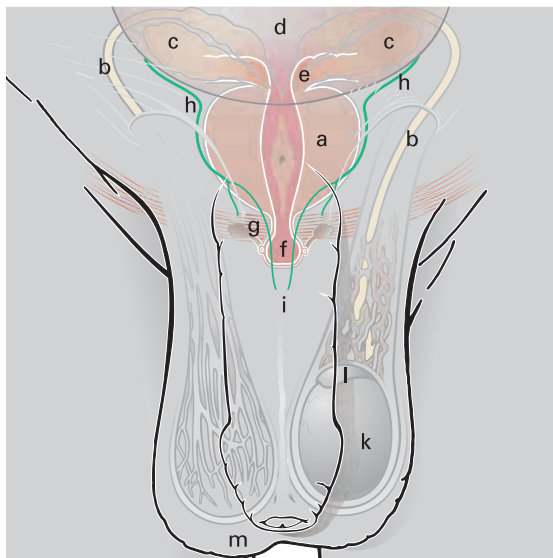
Disturbi quali

- > un getto d'urina più debole,
- > minzione frequente, anche di notte,
- > stimolo della minzione frequente,
- > tracce di sangue nell'urina,
- > eiaculazione dolorosa o contenente tracce di sangue

sono tipici delle *malattie benigne della prostata* (che devono comunque essere trattate dal profilo urologico).

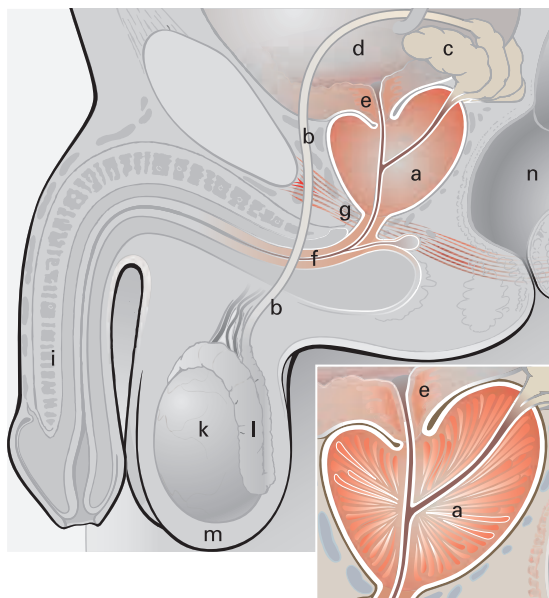
Oggi in genere il cancro della prostata viene riconosciuto attraverso l'esame del sangue (PSA, v. anche a pag. 10) e mediante palpazione.

Negli scorsi anni le possibilità di guarigione e di convivenza con la malattia, anche per un periodo prolungato e con una qualità di vita accettabile, sono aumentate: grazie ad esami di diagnosi precoce, molti tumori della prostata possono oggi essere individuati in uno stadio precoce e trattati con buone prospettive di guarigione.



Vista frontale e laterale della prostata e degli organi/vasi circostanti

- (a) Prostata
- (b) Canale spermatico
- (c) Vescicole seminali
- (d) Vescica
- (e) Collo vescicale (con sfintere uretrale interno)
- (f) Uretra/sfintere uretrale esterno
- (g) Pavimento pelvico (sostiene, fra l'altro, lo sfintere uretrale esterno)



Il tumore più diffuso tra gli uomini in età avanzata

Fra gli uomini, soprattutto di età superiore ai 65 anni, il cancro della prostata è la forma tumorale più frequente (ma non la prima causa di morte). In Svizzera ogni anno 3500 uomini sono colpiti da questa malattia.

- h Fascio di nervi e vasi (fascio neurovascolare)
- i Pene
- k Testicolo
- l Epididimo
- m Scroto
- n Retto

Il cancro della prostata non deve essere confuso con un'ipertrofia (ingrandimento) benigna della prostata (ipertrofia o iperplasia prostatica), un disturbo che provoca il restringimento dell'uretra ed è molto più frequente del cancro della prostata.

Esami e diagnosi

Una diagnosi comprende in genere diversi esami, importanti per la scelta della terapia migliore. Nel caso di una diagnosi precoce durante una visita di routine o in presenza dei sintomi menzionati, di regola vengono eseguiti i seguenti esami medici.

Individuazione del valore PSA

Il PSA (antigene specifico della prostata) è una proteina formata nella prostata, che può essere rilevata nel sangue. Il suo valore è indicato in nanogrammi ng (= miliardesimo di grammo).

- > Un valore PSA tra 0 e 4 ng/ml è considerato normale.
- > Tra 4 e 10 ng/ml è considerato leggermente elevato.
- > Un valore superiore ai 10 ng/ml è considerato elevato.
- > Un valore PSA elevato può indicare la presenza di un tumore e richiede pertanto ulteriori osservazioni ed accertamenti. Tuttavia questo valore spesso è leggermente elevato a causa di un'afezione prostatica benigna (per es. un'ipertrofia, un'infiammazione) piuttosto che per un tumore. Il valore può anche aumentare in seguito alla palpazione della prostata o dopo una cistoscopia (esame endoscopico della vescica).

- > Né la palpazione né il test PSA forniscono la prova certa della presenza di un tumore maligno. Per questo motivo un valore PSA leggermente elevato o un suo eventuale aumento graduale viene spesso osservato sull'arco di diversi mesi prima di procedere ad ulteriori esami.
- > Al termine di un trattamento del cancro della prostata il valore PSA serve come «marker (o marcatore) tumorale» per controllare il decorso della malattia.

Palpazione della prostata

- > Spesso un tumore si sviluppa nella parte esterna della prostata e il medico può pertanto individuarlo semplicemente quale zona indurita, inserendo un dito nel retto. L'esame è definito ERD (esame rettale digitale). Tuttavia, non tutti i tumori sono individuabili attraverso la palpazione.
- > Se si sospetta la presenza di un tumore vengono effettuati ulteriori accertamenti; per una diagnosi inequivocabile è inevitabile prelevare un campione di tessuto (biopsia).

Ecografia prostatica transrettale (TRUS)

- > Essa viene effettuata per determinare le dimensioni della prostata. Il termine tecnico con cui viene definito l'esame è TRUS (ecografia prostatica transrettale).

Biopsia

- > Il prelievo di un campione di tessuto viene in genere effettuato tramite una TRUS. Ciò consente un controllo visivo durante il prelievo di 8–12 campioni di tessuto da zone ben definite. Grazie all'esame microscopico si può diagnosticare il cancro e determinare l'aggressività delle cellule tumorali (v. riquadro Gleason Score).

Gleason Score

In base ai campioni di tessuto si può costatare il grado di degenerazione delle cellule tumorali rispetto alle cellule normali della prostata. In questo modo è possibile osservare l'aggressività del tumore e la rapidità con cui si sviluppa. Gli specialisti utilizzano il termine «grading». La divergenza rispetto ai valori normali viene espressa con un sistema di punti (da 2 a 10) chiamato Gleason Score. Valori bassi significano che il cancro si sviluppa lentamente. Valori superiori a 7 indicano, invece, il rischio che il tumore si sviluppi in modo rapido e aggressivo.

Diagnostica per immagini

- > In caso di sospetti fondati, la diagnostica per immagini può rivelare la presenza di eventuali metastasi od offrire ulteriori informazioni per una diagnosi più precisa. Ad essa si ricorre anche per la pianificazione della terapia. Tramite una scintigrafia ossea è possibile confermare o escludere la presenza di metastasi nelle ossa. In singoli casi si utilizzano anche la tomografia computerizzata (CT), la tomografia a risonanza magnetica (MRI) e le normali radiografie.

Valutazione dei linfonodi

- > Le prime parti del corpo in cui si sviluppano le metastasi sono i linfonodi regionali. Considerando che le metastasi piccole non possono essere individuate mediante gli esami radiologici, prima di decidere la terapia può essere opportuno effettuare il prelievo di un campione di tessuto dai nodi linfatici (linfadenectomia). In tal modo è possibile determinare in misura attendibile lo stadio di sviluppo della malattia. Nella maggior parte dei casi i nodi linfatici vengono tuttavia asportati ed esaminati solo nel quadro di una prostatectomia (v. pag. 19).

Stadi della malattia

I diversi esami consentono di individuare e valutare l'entità della malattia, di effettuare cioè una cosiddetta stadiazione («staging»). Per definire la suddivisione dei diversi stadi si ricorre alla classificazione internazionale TNM.

- T** indica le dimensioni del tumore, espresse in cifre tra 0 e 4. Più il valore è elevato, più è avanzato il grado di diffusione.
- T1** Il tumore è limitato all'area della prostata ed è rilevabile solo al microscopio.
 - T2** Il tumore è ancora localizzato all'interno della capsula prostatica.
 - T3** Il tumore si è esteso oltre la capsula prostatica.
 - T4** Il tumore si è diffuso negli organi adiacenti.
- N** indica i linfonodi (dall'inglese node = nodo). Il valore N0 significa che nei linfonodi non sono presenti tumori; il valore N1 indica che nei linfonodi del bacino sono presenti cellule tumorali.
- M** indica la presenza di metastasi. Il valore M0 indica che non vi sono metastasi, mentre il valore M1 stabilisce la presenza di metastasi.

Mediante l'aggiunta di lettere minuscole è possibile precisare ulteriormente la diagnosi. Il valore T2a, per esempio, indica che il tumore è presente unicamente in un lato della prostata.

La terapia del cancro della prostata

Indicazioni generali

La terapia viene adattata alla sua personale situazione. Determinanti sono soprattutto

- > lo stadio della malattia (v. capitolo Esami e diagnosi), cioè
 - l'estensione locale del tumore,
 - il valore PSA,
 - il Gleason Score;
- > la dimensione della prostata;
- > la compromissione unilaterale o bilaterale della prostata;
- > la sua età e la sua aspettativa di vita;
- > la sua costituzione fisica e psichica;
- > il suo atteggiamento personale.

Obiettivo della terapia

Se il tumore è circoscritto alla prostata, si sceglie, nei limiti del possibile, la terapia che offre le massime possibilità di guarigione (terapia curativa). Se il tumore ha già sviluppato metastasi in altri organi non è più possibile guarire la malattia; il decorso della malattia può tuttavia essere rallentato durante un periodo prolungato e gli eventuali dolori possono essere attenuati (terapia palliativa).

Scelta della terapia

La terapia viene pianificata in maniera interdisciplinare. Ciò significa che la situazione è valutata da medici di diversi ambiti di specializzazione. È di notevole vantaggio discutere le proposte di cura direttamente con il rispettivo specialista in urologia, in radio-oncologia o in oncologia. Ma forse desidera consultare anche il suo medico di famiglia o richiedere un secondo parere? Il medico che ha svolto gli esami o il medico curante non lo vedrà come un segno di sfiducia, ma lo considera un suo diritto.

Effetti collaterali

Se e in quale intensità si manifestano degli effetti secondari dipende molto dall'individuo. Oggi, diversi effetti collaterali menzionati nelle pagine seguenti possono essere attenuati grazie a cure mediche e trattamenti specifici. La premessa è che informi la sua équipe curante nel caso si presentino tali disturbi.

Determinati effetti collaterali possono manifestarsi durante la terapia per poi svanire gradualmente una volta terminato il trattamento, mentre altri possono insorgere solo in seguito, ossia al termine del trattamento vero e proprio.

Si prenda sufficiente tempo per la scelta della terapia:

- > Vi sono alternative al trattamento proposto?
- > Quali sono i vantaggi e gli svantaggi dei diversi trattamenti?
- > Quali effetti collaterali si devono prendere in considerazione?
- > Cosa può fare se dopo il trattamento diventa incontinente, cioè se non è più in grado di trattenere l'urina? (v. anche pag. 15)
- > Di quali eventuali ripercussioni sulla vita sessuale deve tenere conto? (v. paragrafo seguente).

Ripercussioni sulla sessualità

Nella scelta della terapia antitumorale le possibili ripercussioni del trattamento sulle funzioni sessuali dell'uomo (irrigidimento del pene, eiaculazione) hanno un ruolo decisivo. Si cerca quindi di ottimizzare da un lato le possibilità di guarigione o di rallentamento della malattia, dall'altro di conservare al meglio la potenza e la qualità di vita. Ogni forma di terapia si ripercuote tuttavia, anche se in misura diversa, sulle funzioni sessuali.

- > Discuta dei suoi timori e delle sue aspettative riguardo l'amore e la sfera sessuale possibilmente prima di decidersi a favore di una certa terapia. Prenda l'iniziativa qualora il medico non dovesse affrontare lui stesso l'argomento.
- > Forse le sarà più facile parlarne, tenendo presente che i medici specializzati nella cura delle malattie della prostata hanno una notevole esperienza con questo tipo di colloqui e hanno già fornito ragguagli a molti altri uomini.
- > Se si sente più a suo agio faccia pure uso di parole che utilizza abitualmente. Il suo medico non avrà problemi a capirla e inoltre la conversazione sarà probabilmente più spontanea.

Alcune osservazioni importanti

- > La facoltà di avere un orgasmo viene conservata, sebbene non vi sia più secrezione di liquido seminale (si parla di orgasmo secco o di mancata eiaculazione).
- > A causa della mancanza di liquido seminale e degli spermatozoi in esso contenuti, la fertilità va persa.
- > Secondo i singoli casi la capacità di erezione (l'irrigidimento del pene) può essere più o

meno compromessa o venire completamente a mancare (v. capitolo Metodi terapeutici).

Gli specialisti parlano di disfunzione erettile (DE).

- > Il suo urologo la può consigliare se dovesse perdere totalmente la naturale capacità di erezione o se quest'ultima dovesse essere compromessa in misura grave. Vi sono, infatti, diverse possibilità per raggiungere un'erezione in modo artificiale (iniezioni, pompe a vuoto, medicinali, impianti/protesi). L'urologo potrà spiegarle i rispettivi vantaggi e svantaggi e valutare qual è il metodo più appropriato nel suo caso.

Forse desidera sentire anche il parere di un terapeuta sessuale. Il desiderio e l'appagamento sessuale possono essere raggiunti anche senza l'erezione e anche senza un rapporto sessuale vero e proprio.

- > I cambiamenti relativi alla sfera sentimentale e sessuale concernono sempre anche la/il partner. Per questo è importante che lei o lui partecipino a questi colloqui. In questo modo potrete parlare insieme dei bisogni, delle incertezze e delle paure di entrambi.

Ripercussioni sulla continenza d'urina

Per il controllo dell'urina l'uomo sano dispone fondamentalmente di due meccanismi di chiusura: lo sfintere (muscolo di chiusura) interno «involontario», situato tra la vescica e la prostata, e lo sfintere esterno «volontario», localizzato sotto la prostata, che è parte integrante della muscolatura del pavimento pelvico (v. illustrazione a pag. 8/9).

In seguito alla prostatectomia radicale (v. pag. 19) lo sfintere interno viene a mancare, poiché viene asportato insieme alla prostata, di cui fa parte. Tuttavia, lo sfintere esterno, che nell'operazione può essere risparmiato, in genere è sufficiente per controllare l'urina. Esso circonda l'uretra come un anello, garantendo, anche senza controllo volontario, una chiusura stagna.

Nonostante ciò, soprattutto durante i primi tre mesi dopo l'operazione, può risultare difficile rimanere completamente «asciutti», soprattutto, quando si compie un certo sforzo. Quando per esempio ride, starnutisce o tossisce, aumenta contemporaneamente anche la pressione nella vescica, cosicché alcune gocce possono oltrepassare lo sfintere intatto, ma ancora debole.

Alcune osservazioni importanti

- > La perdita incontrollata di urina in genere è temporanea. Per catturare le piccole perdite di urina esistono, anche per gli uomini, assorbenti speciali; chiedi raggugli al tuo urologo. I fornitori di prodotti/assorbenti contro l'incontinenza si possono trovare con le rispettive parole chiave anche in Internet.
- > In genere, non appena è stato rimosso il catetere, è possibile iniziare con un programma di esercizi per il rafforzamento del pavimento pelvico. L'obiettivo è di attivare volontariamente lo sfintere intatto, di tenerlo in esercizio e di rafforzarlo, interrompendo, per esempio, il getto di urina durante la minzione.

Di solito si tratta di esercizi che si possono imparare ed eseguire in modo autonomo. A tale riguardo si rinvia al materiale informativo indicato in appendice (v. Opuscoli di altre organizzazioni, pag. 29). Se necessario è anche possibile ricorrere a una terapia fisioterapica.

- > In ogni caso vale la pena affrontare l'incontinenza e trattarla in modo attivo! Se dovesse avere problemi di questo tipo non esiti a parlarne.

La terapia nei primi stadi

I singoli metodi terapeutici vengono descritti in maggiore dettaglio alle pagine 19–25.

Nei primi stadi della malattia (v. pag. 12) nella maggior parte dei casi la guarigione è possibile. In questo caso si parla di approccio terapeutico curativo. Questo obiettivo può essere raggiunto

- > tramite l'asportazione dell'intera prostata;
- > tramite la radioterapia esterna della prostata;
- > tramite una radioterapia interna (o intracavitaria) della prostata (brachiterapia).
- > In certi casi dopo la diagnosi è possibile dapprima rinunciare a una terapia, ma sono assolutamente necessari esami di controllo, effettuati a intervalli regolari (vigile attesa o watchful waiting).
- > Nel caso di tumori aggressivi in uno stadio precoce (valori PSA e Gleason Score elevati), in seguito all'intervento chirurgico o alla radioterapia può inoltre essere presa in considerazione una terapia ormonale.

La terapia in uno stadio avanzato

I singoli metodi terapeutici vengono descritti in maggiore dettaglio alle pagine 19–25.

Se il tumore si è esteso nella vescica o nell'uretra o ha formato metastasi nei linfonodi o nelle ossa, la malattia non può più essere guarita. Nonostante ciò è possibile ritardare la crescita del tumore per un periodo prolungato, spesso anche per anni. A tale proposito riveste particolare importanza la conservazione della qualità della vita.

- > La terapia di scelta è una *terapia ormonale*.
- > Se la crescita del tumore non è ormonodipendente, a seconda dei casi si può effettuare una *chemioterapia*.

L'operazione o la radioterapia offrono quasi le stesse possibilità di guarigione nei tumori della prostata diagnosticati in uno stadio iniziale. Nella scelta della terapia dovranno pertanto essere considerati i diversi effetti collaterali, l'età del paziente e il suo stato di salute generale.

- > Per lenire i dolori dovuti alle metastasi ossee, la parte del corpo interessata può anche essere irradiata. Talvolta può anche essere indicato un intervento chirurgico.
- > Medicamenti quali i bifosfonati possono da un lato rafforzare le ossa, dall'altro alleviare i dolori causati dalle metastasi.
- > A seconda dei sintomi e delle necessità, per migliorare la qualità della vita possono essere adottate anche misure di medicina complementare.
- > Per i trattamenti menzionati sono competenti specialisti di diversi campi della medicina (urologia, oncologia, radio-oncologia). Per informazioni si rivolga al rispettivo specialista.

La terapia del dolore

Nei tumori della prostata in stadio avanzato, in particolare nel caso di metastasi nelle ossa, possono manifestarsi dolori che devono essere curati. I dolori possono sempre essere leniti e in taluni casi persino del tutto eliminati (v. Opuscoli, pag. 28), sia tramite medicinali sia ricorrendo ad altre misure quali la radioterapia o l'intervento chirurgico.

La premessa è che informi ripetutamente il suo interlocutore medico (urologo, medico di famiglia, oncologo) sui suoi dolori, in modo da poter intraprendere il trattamento necessario, adeguandolo costantemente al decorso della malattia. I dolori non curati indeboliscono l'organismo, logorando il malato e togliendogli le ultime energie.

Importante: i possibili effetti collaterali di una terapia del dolore sono sempre meno gravi della tacita sopportazione dei dolori.

La terapia nell'ambito di uno studio clinico

In medicina vengono costantemente sviluppati nuovi approcci terapeutici e nuove procedure, che al termine di un lungo percorso vengono sperimentati anche sul paziente. Per lo più si verifica se, tramite nuove misure, i trattamenti già consolidati si possono ulteriormente migliorare sul piano dell'efficacia e della tollerabilità o se è possibile ottenere dei benefici (sopravvivenza più lunga, rallentamento della crescita del tumore, riduzione dei dolori ecc.).

Può darsi che le sia proposto di effettuare una parte del trattamento nell'ambito di un tale studio clinico. La partecipazione è sempre facoltativa e ha il diritto di ritirarsi dal trattamento o di interrompere la terapia in qualsiasi momento. L'opuscolo «Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico» (v. appendice) illustra gli aspetti principali di questi studi clinici e di che cosa tenere conto.

Visite di controllo

È assolutamente necessario sottoporsi ai regolari esami di controllo. Essi servono a

- > individuare tempestivamente gli effetti collaterali del trattamento e adottare, se possibile, le misure necessarie per porvi rimedio;
- > vigilare e confermare il processo di guarigione;
- > valutare se la malattia ricompare, se il tumore si sviluppa ulteriormente o se si formano delle metastasi.

Nel caso in cui tra un appuntamento e l'altro dovessero sorgere problemi, non esiti a contattare il suo medico curante.

I metodi terapeutici

L'intervento chirurgico

L'intervento chirurgico mira all'eliminazione radicale del tumore, conservando al massimo la continenza (controllo dell'urina) e la capacità di erezione (irrigidimento del pene). Conviene scegliere un centro di cure in cui questi interventi sono effettuati con frequenza regolare.

Dapprima vengono escisi i linfonodi su entrambi i lati della prostata. In seguito viene asportata la prostata con le rispettive vescicole seminali e la parte terminale dei canali spermatici (prostatectomia radicale). Se il tumore ha aggredito i linfonodi, la situazione viene sottoposta a una nuova valutazione. Lo specialista responsabile dell'operazione discuterà con lei i dettagli prima dell'intervento.

Nella prostatectomia lo sfintere uretrale, situato al di sotto della prostata, che impedisce la perdita involontaria dell'urina, viene conservato. In seguito all'asportazione della prostata, l'uretra e la vescica vengono nuovamente collegate fra loro tramite l'inserimento di un catetere. Il catetere può essere rimosso da sette a dieci giorni più tardi, non appena la sutura è guarita e non è più permeabile.

Vicino alla prostata passano due fasci vascolari neurali, i cosiddetti fasci neurovascolari (v. pag. 8). Questi sono corresponsabili dell'irrigidimento del pene, poiché convogliano i segnali necessari per l'erezione ai corpi cavernosi del pene.

Se il tumore è piccolo e non palpabile, i fasci neurali possono essere risparmiati mediante una tecnica chirurgica particolare (intervento mininvasivo), sebbene le possibilità di conservazione della facoltà di erezione possano variare notevolmente (tra il 30% e il 90%).

Esistono diverse tecniche chirurgiche con i relativi vantaggi e svantaggi che il suo urologo le illustrerà volentieri.

- > *Prostatectomia retropubica*: incisione dell'addome al di sotto dell'ombelico fino all'altezza del pube. Attualmente si tratta del metodo più usato.
- > *Laparoscopia (esame endoscopico)*: con questa tecnica gli strumenti chirurgici e una piccola telecamera vengono introdotti nel corpo del paziente attraverso piccole incisioni. In questo modo è possibile operare all'interno del corpo umano monitorando l'operazione su uno schermo video. Si tratta di una cosiddetta tecnica mininvasiva.

- > *Prostatectomia perineale (incisione del perineo)*: il perineo si trova tra l'ano e lo scroto. In questo punto non è possibile effettuare un'escissione del linfonodo. Anche questa tecnica rientra fra gli interventi invasivi minimi. In Svizzera si ricorre di rado a questa tecnica.
- > Di rado può accadere che dopo settimane o mesi i punti di sutura tra la vescica e l'uretra si restringano o si chiudano come conseguenza di una cicatrizzazione ipertrofica. Ciò comporta un getto d'urina notevolmente indebolito e l'incapacità di svuotare completamente la vescica. In questi casi è opportuno consultare l'urologo.

La scelta della tecnica chirurgica dipende dal paziente e dai risultati delle analisi oltre che dall'esperienza e dalla valutazione personale dell'urologo responsabile dell'intervento.

Possibili effetti secondari

- > Nella maggior parte dei casi, nei primi tre mesi successivi all'intervento il controllo dello sfintere uretrale è leggermente compromesso. Soprattutto nel caso di forti sollecitazioni fisiche (sollevare pesi, alzarsi in piedi, tossire, starnutire ecc.) si possono perdere involontariamente gocce di urina. Tuttavia, nei 3-6 mesi successivi all'operazione la maggior parte degli uomini è di nuovo in grado di trattenere l'urina senza problemi (v. anche alla pag. 15, Continenza d'urina). Solo raramente un uomo deve sottoporsi a un trattamento a causa di una perdita incontrollata e prolungata di urina (incontinenza).

- > Secondo la misura in cui è stato possibile risparmiare i fasci neurovascolari su uno o entrambi i lati, un'erezione naturale totale o parziale sarà presto o tardi di nuovo possibile. Se è necessario tagliare i fasci neurali (per esempio per i tumori di grandi dimensioni), il pene non sarà più in grado di irrigidirsi.

La percezione dell'orgasmo si conserva tuttavia invariata (v. pag. 14 Sessualità).

La radioterapia

La radioterapia danneggia le cellule tumorali in modo che non possano più dividersi e riprodursi e di conseguenza muoiano. Le radiazioni producono effetti anche sulle cellule sane e possono causare effetti collaterali. Contrariamente

alle cellule tumorali, quelle sane in maggioranza si riprendono.

Nella radioterapia l'intera prostata viene sottoposta ai raggi allo scopo di distruggere tutte le cellule tumorali e guarire il paziente. Grazie ai progressi della tecnica, la radioterapia viene oggi considerata in molti casi una vera e propria alternativa all'intervento chirurgico. Inoltre, la radioterapia può anche essere applicata a titolo complementare nel caso di un'operazione o per il trattamento di certe metastasi.

La radioterapia esterna *(radioterapia percutanea)*

Il termine «percutaneo» significa «attraverso la pelle». Il campo d'irradiazione viene definito in modo esatto attraverso una tomografia computerizzata. In questo modo è possibile puntare i raggi sulla prostata, risparmiando in larga misura l'uretra e il retto. I progressi tecnici degli scorsi anni hanno contribuito molto a migliorare questo metodo. Per un periodo che può variare da sei a otto settimane, il paziente si sottopone cinque volte la settimana alla radioterapia. Le singole sedute durano solo pochi minuti. Spesso si effettua temporaneamente una terapia ormonale di accompagnamento (v. pag. 22).

Possibili effetti secondari

- > Durante e dopo la radioterapia, il retto e la vescica urinaria potranno essere irritati e il bisogno di urinare e di defecare spesso potrà perdurare ancora nel tempo. Inoltre sono possibili cicatrizzazioni, soprattutto nell'area di sbocco dell'uretra, che possono impedire lo svuotamento completo della vescica. I sintomi possono accentuarsi se vengono irradiati non solo la prostata, bensì anche le vie linfatiche.
- > La perdita della potenza si manifesta più raramente che in seguito all'asportazione chirurgica della prostata. La capacità di erezione può peggiorare gradualmente, spesso però solo mesi o anni dopo la radioterapia.

Radioterapia interna o intracavitaria *(brachiterapia)*

L'applicazione di questa tecnica prevede l'irradiazione diretto del tessuto tumorale, ossia all'interno dell'organo colpito (con anestesia parziale o totale).

Importante: affinché i costi siano coperti dall'assicurazione malattia di base, la brachiterapia può essere effettuata solo in determinati centri e a condizione che siano soddisfatte determinate premesse.

Brachiterapia LDR con capsule radioattive (semi o seeds) (Low Dose Rate = dosaggio basso): minuscole capsule di metallo a contenuto radioattivo, i cosiddetti semi o seeds, vengono introdotte nella prostata. Per circa sei mesi irradiano, con intensità decrescente, la prostata. Questa tecnica d'irradiazione è definita interna o intracavitaria (dal greco brachys = corto) oppure brachiterapia interstiziale (da interstizio = spazio tra due corpi o due parti dello stesso corpo). Le capsule, non più radioattive, rimangono nella prostata. Il trattamento viene effettuato ambulatorialmente o richiede una breve degenza in ospedale.

Brachiterapia HDR (High Dose Rate = dosaggio elevato) con procedimento afterloading: dopo essere stati introdotti nella prostata, minuscoli tubi di plastica vengono caricati di radioattività e rimossi al termine della terapia. Il procedimento è definito «afterloading» (= ricarica) e consente una radioterapia a dosaggio elevato in un breve arco di tempo. In Svizzera questa tecnica viene applicata solo in alcuni centri e per lo più in combinazione con una radioterapia esterna. Il trattamento richiede una breve degenza in ospedale.

Possibili effetti secondari

- > Rispetto alla radioterapia esterna, la vescica urinaria e il retto subiscono un'irritazione maggiore, mentre l'uretra viene meno irritata. Le conseguenze possono essere disturbi durante la minzione.
- > La capacità di erezione può ridursi solo dopo mesi o anni dalla radioterapia e in misura minore rispetto alla radioterapia esterna.

Importante: proprio come nel caso della radioterapia percutanea, una volta che la radioattività delle capsule radioattive è esaurita, nel corpo del paziente non vi sono più radiazioni. Nel caso si rendessero necessarie misure cautelative, sarà informato a tale proposito.

La terapia ormonale

Con la terapia ormonale si elimina l'effetto del testosterone, l'ormone sessuale maschile, sulla prostata. Questo genere di terapia viene spesso combinato con una radioterapia (v. paragrafo precedente).

Il testosterone si forma nei testicoli e riveste un ruolo determinante nello sviluppo dell'uomo. Influenza la crescita delle cellule della prostata e pertanto, in taluni casi, anche lo sviluppo di un tu-

more. Non vi è unanimità tra gli specialisti sull'entità del suo influsso sul desiderio sessuale (libido) e sulla potenza.

- > Tramite un piccolo intervento chirurgico viene asportato il tessuto del testicolo (orchiectomia) in modo che il corpo non sia più in grado di produrre testosterone.
- > Oggi, tuttavia, l'effetto del testosterone viene spesso neutralizzato tramite medicinali. Per la maggior parte degli uomini, infatti, dal punto di vista psicologico, la terapia ormonale è più facile da accet-

tare. Esistono diversi gruppi di medicinali con diversi meccanismi d'azione.

- Il segnale per la formazione di testosterone nei testicoli viene controllato dall'ipofisi. Con determinati farmaci (i cosiddetti agonisti LHRH) l'ipofisi può essere influenzata in modo tale che i testicoli non producano più testosterone. All'inizio della terapia questi medicinali sono combinati con gli antiandrogeni (v. punto successivo).
- Un altro gruppo di farmaci (i cosiddetti antiandrogeni) inibisce l'effetto diretto del testosterone sulle cellule della prostata.

- > La terapia ormonale attenua la crescita del tumore e anche di eventuali metastasi, nel migliore dei casi anche per diversi anni. In seguito inizia di nuovo a crescere; in questo caso si parla di cancro della prostata resistente agli ormoni o refrattario agli ormoni. Si ipotizza che con il passare del tempo il tumore si «abitu» alla mancanza di ormoni e «impari» a crescere anche senza il supporto del testosterone. Il valore PSA (v. pag. 10) permette di riconoscere questo genere di situazione ed ha anche lo scopo di controllare la terapia ormonale.

Bifosfonati

Questi medicinali sono in grado di frenare l'atrofia ossea e di prevenire la porosità delle ossa (osteoporosi) in mancanza di testosterone. Attenuano anche i dolori nelle ossa dovuti al tumore e proteggono dalle fratture. In presenza di metastasi ossee i bifosfonati vengono pertanto utilizzati anche a titolo complementare nel trattamento con analgesici (antidolorifici).

Possibili effetti secondari

Disturbi gastro-intestinali, sintomi simili a quelli dell'influenza, anemia, necrosi dei mascellari (a titolo preventivo è raccomandato un esame dentistico per eliminare eventuali focolai infettivi prima dell'inizio della terapia).

Possibili effetti secondari

- > Secondo l'individuo, forte riduzione della capacità di erezione.
- > Secondo l'individuo, forte riduzione della libido (desiderio sessuale).
- > Vampate di calore, stanchezza, mancanza di motivazione, difficoltà di concentrazione.
- > In parte, gonfiore doloroso della regione del petto (ginecomastia). Una radioterapia preventiva del seno riduce questo rischio.
- > Nel caso di una prolungata mancanza di testosterone: riduzione precoce della massa ossea (osteoporosi). Somministrando i cosiddetti bifosfonati (v. riquadro) è possibile ridurre tale rischio.

La chemioterapia

Il termine indica un trattamento con i cosiddetti citostatici (dal greco *zyto* = cellula e *statikós* = arresto), cioè medicinali che distruggono o frenano lo sviluppo delle cellule. Attraverso la circolazione del sangue i citostatici si diffondono in tutto il corpo e impediscono la divisione e la multi-

plicazione delle cellule tumorali a crescita rapida. Anche le cellule sane che crescono rapidamente (p. es. le cellule delle mucose, del sistema che porta alla formazione del sangue, le cellule dei capelli) subiscono gli stessi effetti; queste ultime possono tuttavia riprendersi, mentre le cellule tumorali muoiono. La scelta dei citostatici dipende dal tipo di tumore; ve ne sono oltre cento.

- > Se la terapia ormonale non è (più) efficace, si può valutare l'impiego di diversi farmaci chemioterapici, da un lato per prolungare la durata della vita, dall'altro per attenuare i sintomi quali i dolori alle ossa. I benefici e gli eventuali effetti collaterali devono essere accuratamente soppesati.

Possibili effetti secondari

Mutamenti del quadro ematologico, disturbi gastro-intestinali, disturbi delle funzioni cardiache, maggiore rischio di infezioni. In generale, gli effetti collaterali dipendono molto dal tipo di farmaco, dall'indicazione e dal dosaggio. Il suo oncologo la informerà adeguatamente a tale proposito.

Aspettare e osservare (watchful waiting)

Se il tumore non è molto aggressivo, cresce lentamente, e i previsti effetti collaterali del trattamento (rischi connessi con l'operazione, danni dovuti alla radioterapia, perdita dell'erezione, problemi di continenza) prevalgono sui vantaggi (durata e qualità della vita), l'inizio della terapia può, in certi casi, essere posticipato.

La vigile attesa «watchful waiting» è indicata soprattutto

- > negli uomini di età superiore ai 70–75 anni,
- > con bassi valori PSA,
- > con basso Gleason Score,
- > nei tumori non evidenti alla palpazione.

Per le persone colpite «aspettare e osservare» significa:

- > controlli medici regolari (esami tramite palpazione, rilevamento del valore PSA, ev. biopsie annuali), in modo da individuare tempestivamente, cioè in uno stadio guaribile, un eventuale progredire della malattia e poter intraprendere le necessarie terapie;
- > accettare il rischio che un tumore generalmente curabile possa, col tempo, trasformarsi in un tumore incurabile;

- > non doversi confrontare, almeno per un certo periodo, con le conseguenze e gli effetti collaterali di un trattamento;
- > sopportare il peso psicologico di non fare «niente» contro una malattia potenzialmente minacciosa.

La medicina complementare

Molti uomini con una diagnosi di cancro della prostata ricorrono, accanto alle terapie della medicina classica, anche ai metodi della medicina *complementare*. Come dice il termine stesso, la medicina complementare costituisce un trattamento che completa quello della medicina tradizionale. In certi casi determinati metodi possono aiutare a migliorare il benessere generale e la qualità della vita prima e durante il trattamento antitumorale (v. anche Opuscoli, pag. 28).

Si sconsiglia invece di ricorrere ai cosiddetti metodi *alternativi*, che si *sostituiscono* cioè al trattamento antitumorale della medicina classica.

Gli uomini affetti da un tumore alla prostata in stadio avanzato possono chiarire in un colloquio personale con il medico curante o con il medico di famiglia se nel loro caso specifico è opportuno ricorrere a misure della medicina complementare.

Convivere con il cancro

Numerose persone confrontate con una diagnosi di cancro oggi vivono meglio e più a lungo che alcuni decenni fa. Tuttavia, spesso, il trattamento è lungo e difficoltoso. C'è chi riesce a svolgere contemporaneamente i propri doveri quotidiani, per altri ciò diventa praticamente impossibile.

Ascoltare sé stessi

Si conceda il tempo necessario per ricrearsi in modo consapevole una nuova prospettiva di vita. Il rientro graduale nella vita di tutti i giorni può avvenire tranquillamente passo per passo, tenendo conto del carico che è in grado di sopportare.

Proprio come le persone sane affrontano diversamente le questioni esistenziali, anche una situazione di malattia è vissuta in modo differente da un individuo all'altro. Vi è chi dice: «Tutto andrà bene!», chi si preoccupa pensando: «Speriamo che tutto vada bene!», e infine chi pensa: «Di certo andrà tutto storto!», oppure «Dovrò morire!».

Cercare il dialogo

Indipendentemente dalle possibilità di guarigione, la paura della morte è strettamente connessa con ogni malattia tumorale. Alcuni non vogliono parlarne, mentre altri vorrebbero parlarne, ma non

osano affrontare il tema. Altri ancora sono delusi se le persone che li circondano fanno finta di niente. Tuttavia non esistono ricette miracolose. Quello che può aiutare una persona, per un altro può non significare nulla o viceversa.

Cerchi di scoprire quali elementi contribuiscono maggiormente a migliorare la sua qualità di vita. A volte semplici domande del tipo: «Quali sono le mie priorità? Cosa mi occorre? Cosa conta per me? Come potrei raggiungere il mio obiettivo? Chi mi potrebbe aiutare?» possono servire da stimolo per fare chiarezza. Legga anche le ulteriori indicazioni contenute nell'appendice.

Richiedere un'assistenza specialistica

Se uno stato di ansia o di inquietudine dovesse persistere e non sapesse più come farvi fronte, non esiti a richiedere un'adeguata assistenza specialistica o ne parli con la sua équipe curante o con il medico di famiglia. In questo modo le potranno eventualmente essere raccomandate e prescritte ulteriori misure di sostegno coperte dall'assicurazione malattia di base. Secondo lo specifico problema, le potrà fornire aiuto anche il servizio sociale dell'ospedale o la Lega cantonale contro il cancro.

Appendice

Chieda consiglio

La sua équipe curante

... le fornirà volentieri ulteriori indicazioni per superare le difficoltà legate alla malattia e ai trattamenti. Consideri anche la possibilità di ricorrere a eventuali misure complementari, in grado di contribuire alla sua riabilitazione e a migliorare il suo benessere.

La sua Lega cantonale contro il cancro

... le offre consulenza, assistenza e sostegno per superare le difficoltà dovute alla malattia. L'offerta delle leghe cantonali comprende anche corsi o aiuto nel chiarimento di questioni assicurative.

Linea cancro 0800 11 88 11

Una specialista le presta ascolto, la informa sui possibili passi da intraprendere e risponderà alle sue domande relative alla malattia tumorale e alle terapie che sta seguendo. La chiamata e la consulenza sono gratuite. Il servizio è anonimo.

Scambio con altre persone colpite

Ha inoltre la possibilità di discutere di ciò che le sta a cuore in un forum in Internet, per esempio all'indirizzo www.forumcancro.ch, una prestazione del servizio di consulenza telefonico Linea cancro.

La preghiamo tuttavia di tenere presente che ciò che ha aiutato o danneggiato un'altra persona non deve necessariamente avere lo stesso effetto su di lei. Al contrario però, leggere in che modo altri, sia persone colpite sia i loro familiari, sono riusciti a gestire la situazione può di certo aiutare.

Assicurazione

- > I costi di trattamento in caso di cancro vengono assunti dall'assicurazione base obbligatoria a condizione che si tratti di una forma di trattamento riconosciuto o che il prodotto figuri nel cosiddetto elenco delle specialità dell'UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica). Il suo medico curante è tenuto a informarla accuratamente a questo proposito.
- > Anche nell'ambito di uno studio clinico (v. pag. 18) i costi per i trattamenti con sostanze riconosciute sono coperti. Alcune procedure relative a nuove terapie sono tuttavia legate a determinate condizioni.
- > Per consulenze/terapie complementari di carattere non medico, la copertura dei costi da parte dell'assicurazione base o dell'assicurazione complementare non è garantita. Occorre quindi chiarire la questione di persona, oppure tramite il medico di famiglia o quello curante, l'ospedale o la Lega cantonale contro il cancro.
- > Le persone cui è stata diagnosticata una malattia tumorale vengono accettate solo con riserve in una nuova assicurazione malattia complementare. Anche per assicurazioni sulla vita che superano una determinata somma l'assicurazione esprimerà delle riserve.

Opuscoli della Lega contro il cancro

Le pubblicazioni della Lega contro il cancro possono aiutarla ad affrontare meglio la sua situazione. Salvo indicazioni contrarie, sono messi a disposizione gratuitamente dalla sua Lega cantonale contro il cancro – un servizio reso possibile unicamente grazie alle generose offerte delle sostenitrici e dei sostenitori della Lega contro il cancro.

- > **Terapie medicamentose dei tumori**
Chemioterapia, terapia antiormonale, immunoterapia
- > **La radioterapia**
- > **Il cancro e la sessualità maschile**
- > **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**
Suggerimenti e consigli da capo a piedi
- > **Vivere con il cancro, senza dolore**
Vademecum per i pazienti e i loro familiari
- > **Diario del dolore**
Ascolto i miei dolori
- > **Dolometer®VAS**
Strumento per la misurazione dell'intensità del dolore con indicatore scorrevole
- > **Senza forze**
Individuare le cause, trovare delle soluzioni

- > **Difficoltà di alimentazione legate al cancro**
Guida per superare i problemi di inappetenza e di digestione
- > **Alternativi? Complementari?**
Rischi e benefici di metodi di cura non provati in oncologia
- > **Attività fisica e cancro**
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- > **Accompagnare un malato di cancro**
Guida per familiari e amici
- > **Rischio di cancro ereditario**
Guida per malati e familiari
- > **Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali**
- > **Direttive anticipate della Lega contro il cancro**
Fr. 15.– o download gratuito da www.legacancro.ch/dirretiveanticipate
- > **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**
Una guida sulle cure palliative

Modalità di ordinazione

- > Lega cantonale o regionale contro il cancro
- > Telefono 0844 85 00 00
- > shop@legacancro.ch
- > www.legacancro.ch/opuscoli

In Internet si trova l'elenco completo di tutti gli opuscoli della Lega contro il cancro con una breve descrizione di ogni guida.

Opuscoli di altre organizzazioni

- > All'indirizzo www.aimac.it (Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici) sono reperibili diverse pubblicazioni gratuite, disponibili online, tra cui «Il cancro della prostata» (→ Informazioni sul cancro → La collana del girasole → Libretti).
- > www.prostatakrebs-ratgeber.de (opuscolo online dell'organizzazione tedesca di autoaiuto per persone colpite da cancro della prostata).
- > www.prostata.de (sito in tedesco con diversi titoli, di cui una parte illustrati e scaricabili da Internet, → Weitere Infos → Broschüren).
- > «Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico», reperibile presso l'Istituto svizzero per la ricerca applicata sul cancro SIAK, tel. 031 389 91 91, www.sakk.ch, e-mail: sakkcc@sakk.ch.

Bibliografia

- > David Kirk, Malattie della prostata, Alpha Test (2006)

Internet

- > www.aimac.it (Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici)
- > www.prevenzioneprostata.it (sito della Società italiana di urologia dedicata alle patologie della prostata)
- > www.siu.it (Società italiana di urologia)
- > www.sportellocancro.it (sito d'informazione del Corriere della Sera, realizzato in collaborazione con la Fondazione Umberto Veronesi)
- > www.urologie.ch (Società svizzera di urologia)

In lingua francese

- > www.incontinex.ch (Società svizzera di aiuto alle persone incontinenti)
→ Options thérapeutiques → Rééducation du plancher pelvien
- > www.prosca.net (Associazione di sostegno alle persone colpite da cancro della prostata, Ginevra)

In lingua tedesca

- > www.prostata.de (sostenuto da una ditta farmaceutica)
- > www.prostatakrebs-bps.de (Associazione di oltre 160 gruppi di autoaiuto in Germania)
- > www.uroonkologie.de (per persone interessate agli aspetti scientifici)

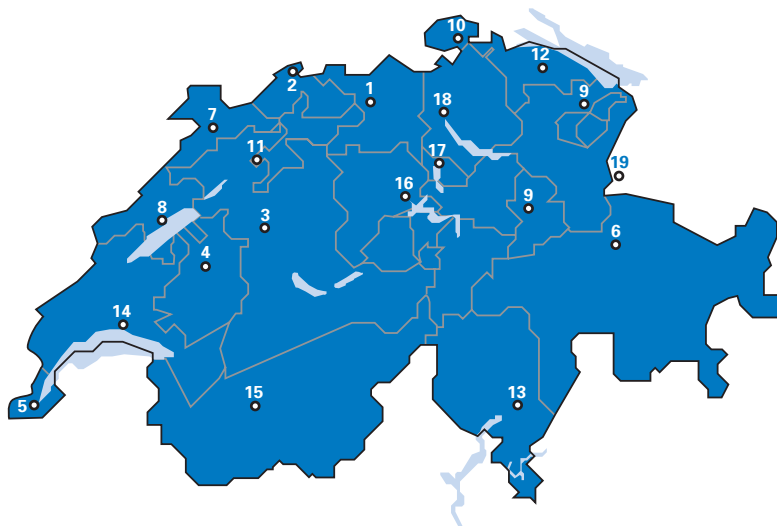
In lingua inglese

- > www.cancer.gov/prostate (informazioni sul cancro della prostata del National Cancer Institute USA)

Fonti

La Lega contro il cancro attinge alle pubblicazioni e ai siti Internet menzionati in questo opuscolo quali fonti d'informazione. I siti indicati corrispondono a grandi linee ai criteri di qualità della Health On the Net Foundation e sono pertanto conformi al cosiddetto standard HONcode (www.hon.ch/HONcode/Italian).

La Lega contro il cancro offre aiuto e consulenza



1 Krebsliga Aargau
Milchgasse 41
5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebsliga-aargau.ch
www.krebsliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel
Mittlere Strasse 35
4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga
Ligue bernoise contre le cancer
Marktgassee 55
Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebsliga.ch
www.bernischekrebsliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise
contre le cancer
Krebsliga Freiburg
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise
contre le cancer
11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Graubünden
Alexanderstrasse 38
Postfach 368
7000 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebsliga-gr.ch
www.krebsliga-gr.ch
PK 70-1442-0

7 Ligue jurassienne contre le cancer
rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

8 Ligue neuchâteloise
contre le cancer
faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

- 9 Krebsliga Ostschweiz
SG, AR, AI, GL**
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1
- 10 Krebsliga Schaffhausen**
Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2
- 11 Krebsliga Solothurn**
Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7
- 12 Thurgauische Krebsliga**
Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4
- 13 Lega ticinese
contro il cancro**
Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
Fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6
- 14 Ligue vaudoise
contre le cancer**
place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0
- 15 Ligue valaisanne contre le cancer
Krebsliga Wallis**
Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 970 35 41
Mobile 079 644 80 18
Fax 027 970 33 34
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2
- 16 Krebsliga Zentralschweiz
LU, OW, NW, SZ, UR**
Hirschmattstrasse 29
6003 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5
- 17 Krebsliga Zug**
Alpenstrasse 14
6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6
- 18 Krebsliga Zürich**
Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5
- 19 Krebshilfe Liechtenstein**
Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-3253-1

Legga svizzera contro il cancro

Effingerstrasse 40
Casella postale 8219
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00
Fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch
CP 30-4843-9

Opuscoli

Tel. 0844 85 00 00
shop@legacancro.ch
www.legacancro.ch/opuscoli

Forum

www.forumcancro.ch,
piattaforma virtuale della
Legga contro il cancro

Guida cancro

www.legacancro.ch/guida-
cancro, albo virtuale della
Legga contro il cancro per la
pubblicazione di offerte
psicosociali di sostegno (corsi,
consulenze ecc.) in Svizzera

Linea stop tabacco

Tel. 0848 000 181
massimo 8 centesimi
al minuto (rete fissa)
lunedì–venerdì
ore 11.00–19.00

**Siamo molto grati del Suo
sostegno.**

Linea cancro 0800 11 88 11

lunedì–venerdì
ore 9.00–19.00
chiamata gratuita
helpline@legacancro.ch

Uniti contro il cancro

Offerto dalla sua Lega contro il cancro: