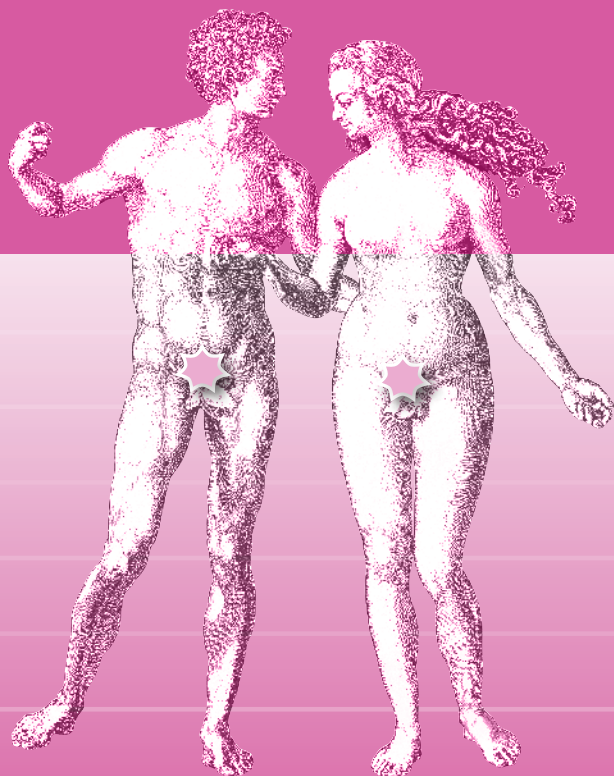




Il cancro della vescica

Carcinoma uroteliale



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
tel. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch

Redazione

Christina Müller, Bellinzona

Capoprogetto

Susanne Lanz, Lega svizzera contro il cancro, Berna

Consulenza scientifica

Dott. med. Osama Shahin, specialista
FMH in urologia, Basilea
Dott. med. Michèle Voegeli, capo clinica
oncologia, ospedale cantonale, Liestal (BL)

Testo

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

Traduzione

Sergio Pastore, Sennwald

Copertina

Adamo ed Eva, secondo un disegno
di Albrecht Dürer

Illustrazioni

p. 8, 9: Willi R. Hess, illustratore scienti-
fico, Berna
p. 10, 33: Daniel Haldemann, grafico,
Wil SG

Foto

p. 4, 42: ImagePoint SA, Zurigo
p. 18, 28: mauritius images S.R.L.

Design

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Stampa

Ast & Fischer SA, Wabern

Il presente opuscolo è disponibile anche
in lingua francese e tedesca.

© 2010

Lega svizzera contro il cancro, Berna

Sommario

Editoriale	5
Che cos'è il cancro?	6
Il cancro della vescica	8
La vescica e gli organi vicini	8
Cause e rischi	11
I possibili sintomi	12
Esami e diagnosi	13
Gli stadi della malattia	15
Indicazioni generali sulla terapia	19
La scelta della terapia	20
Gli effetti indesiderati	21
Gli effetti sulla sessualità	22
Gli effetti sulla continenza urinaria	23
La terapia nell'ambito di uno studio clinico	24
La terapia del carcinoma uroteliale	25
La terapia in uno stadio precoce	25
La terapia in uno stadio avanzato	25
La terapia del dolore	26
Il post-trattamento e la riabilitazione	27
Metodi terapeutici	29
TURV: resezione transuretrale della vesica	29
Cistectomia: asportazione chirurgica della vescica	30
Derivazioni urinarie	32
Le terapie medicamentose	36
La radioterapia (irradiazione)	39
La medicina complementare	40
Convivere con il cancro	41
Appendice	43



Cara lettrice, caro lettore

Quando nel testo è utilizzata solo la forma maschile o femminile, questa si riferisce a persone di entrambi i sessi.

Nel primo momento la diagnosi di cancro rappresenta uno shock per il paziente e i suoi familiari. La quotidianità e le prospettive di vita cambiano improvvisamente e in un'alternarsi di speranze e timori sorgono tante domande.

Il presente opuscolo descrive in forma succinta la malattia, la diagnosi e la terapia del cancro della vescica.

Se la malattia è diagnosticata e curata in uno stadio precoce, oggi è curabile. Negli stadi avanzati si può rallentare la sua progressione e attenuarne i sintomi.

Grazie ai progressi in campo medico la terapia è oggi più efficace ed anche meglio tollerata. Ciò contribuisce sensibilmente a migliorare la qualità della vita, anche nel caso – per esempio – che il tumore in stadio avanzato sia ormai inoperabile.

Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro, troverà altre indicazioni e informazioni che la aiuteranno a convivere meglio con la malattia (vedi p. 44).

Accetti di buon grado l'aiuto che persone a lei vicine vorranno offrirle. Potrà comunque rivolgersi in qualsiasi momento all'équipe curante e, se necessario, richiedere anche il parere di altri esperti (vedi appendice).

La sua Lega contro il cancro

Che cos'è il cancro?

Cancro è il termine di uso comune con cui si indica una malattia tumorale maligna. I tumori sono proliferazioni dei tessuti che possono avere carattere benigno o maligno. Accanto a numerosi tumori benigni vi sono oltre cento diversi tipi di tumore maligno.

I tumori maligni che originano da tessuti epiteliali quali la pelle, le mucose o il tessuto ghiandolare sono detti anche carcinomi. Il cancro della vescica si sviluppa quasi sempre nella mucosa della vescica ed è detto carcinoma uroteliale.

Benigno o maligno?

I tumori benigni crescono di solito lentamente e possono solo comprimere i tessuti sani vicini. I tumori maligni, invece, possono infiltrarsi nel tessuto circostante e distruggerlo. Inoltre attraverso i vasi linfatici e sanguigni le cellule tumorali possono «migrare» nei linfonodi vicini e in seguito in altri organi e formarvi delle metastasi (tumori secondari).

In genere si può accertare da quale organo originino le metastasi in base al loro tipo di cellule. Le metastasi di un carcinoma uroteliale presenti per esempio nel fegato, non vanno confuse con un cancro del fegato, che origina dalle cellule epatiche. L'esame istologico (os-

servazione al microscopio di un tessuto) permette di distinguere le metastasi dal cancro primario di un organo.

Tutto ha inizio nella cellula

I tessuti e gli organi del nostro corpo sono formati da bilioni di cellule. Le cellule sono gli elementi di base del nostro corpo. Nel nucleo di ogni cellula si trova il «progetto di costruzione» esatto di ogni individuo: è il suo patrimonio ereditario, il genoma, contenente i cromosomi e i geni. I mattoni che formano la struttura chimica del genoma sono i cosiddetti acidi desossiribonucleici (DNA).

Attraverso la divisione cellulare nascono in continuazione nuove cellule mentre quelle vecchie muoiono: è un processo programmato nel genoma. In genere una cellula sana si divide soltanto per un determinato numero di volte. Il genoma può però subire dei danni che alterano il meccanismo di divisione cellulare.

Di solito l'organismo è in grado di riparare i danni subiti da una cellula. Se però ciò non riesce, la cellula fuori controllo, che ha cioè subito una mutazione, può riprodursi ininterrottamente. Le cellule fuori controllo si aggregano e formano col tempo un nodulo, il tumore.

Dimensioni inimmaginabili

Un tumore di un centimetro di diametro contiene già milioni di cellule e può aver raggiunto queste dimensioni nel corso di vari anni. Ciò significa che un tumore non si sviluppa da un giorno all'altro. La rapidità di crescita varia però notevolmente da tumore a tumore e da individuo a individuo.

Cause molteplici

In genere la causa di un tumore rimane ignota. Il patrimonio ereditario di una cellula può subire delle modifiche apparentemente «per caso», ma anche per il naturale processo d'invecchiamento, per cause esterne (radiazioni, ambiente, sostanze nocive, stile di vita, alimentazione ecc.) o anche per fattori ereditari.

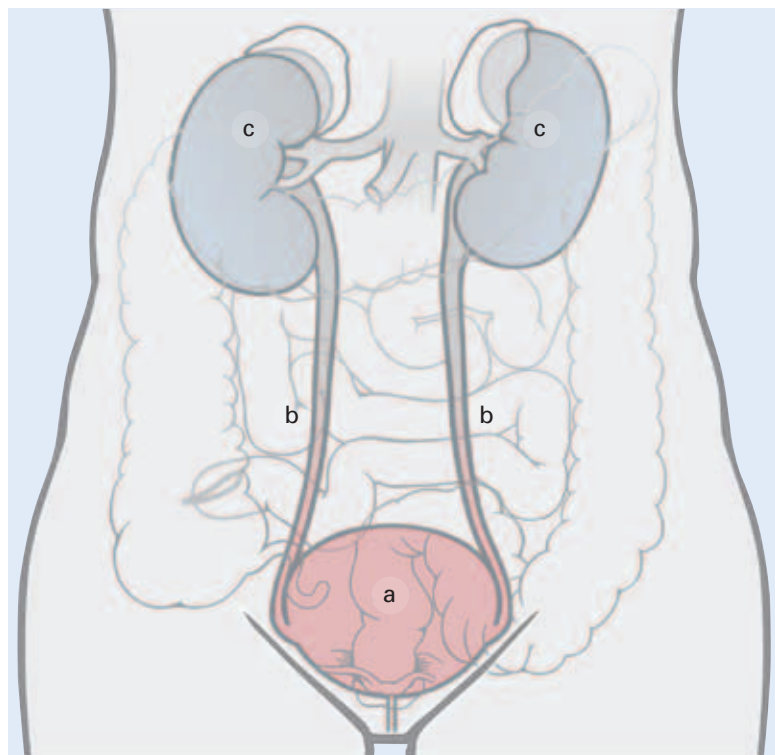
Rischio di cancro

Si può ridurre il rischio di alcuni tumori adottando uno stile di vita sano, rinunciando per esempio al fumo, alimentandosi in modo equilibrato, praticando regolarmente un'attività fisica. Per molti altri tumori invece non si sa come ridurre il rischio.

Non si può prevedere se una persona si ammalerà di cancro. Possono esserne colpiti l'ottimista e il pessimista, chi conduce una vita sana e chi trascura la propria salute. Nessuno può proteggersi in maniera assolutamente sicura dal cancro.

In alcune famiglie si osserva una maggiore incidenza rispetto alla media di certi tipi di cancro. Troverà altre informazioni in merito nell'opuscolo «Rischio di cancro ereditario». Un CD-Rom, «Krebs – von den Genen zum Menschen/Le cancer: des gènes à l'homme», offre altre informazioni sullo sviluppo del cancro (non disponibile in italiano, vedi p. 44).

Il cancro della vescica



Le vie urinarie

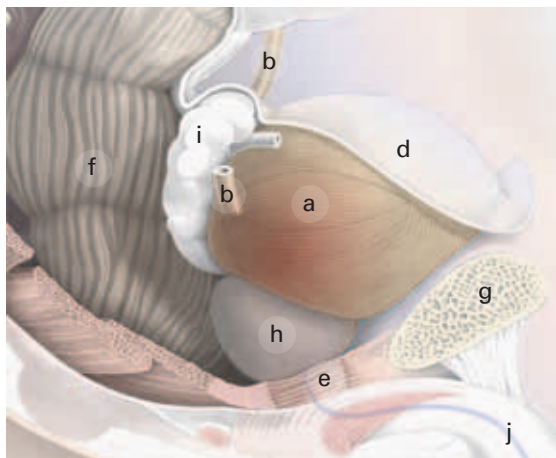
- a) vescica
- b) ureteri
- c) reni e surreni

La vescica e gli organi vicini

La vescica è un organo cavo elastico situato nella pelvi, immediatamente dietro la parte superiore della sinfisi pubica. È fissata al peritoneo e anche al pavimento pelvico per mezzo di legamenti e vasi sanguigni.

Nell'uomo la vescica è situata sopra la prostata. Dietro la vescica si trovano i dotti seminali, il retto e le vescicole seminali in cui si accumula il liquido seminale prodotto dalla prostata.

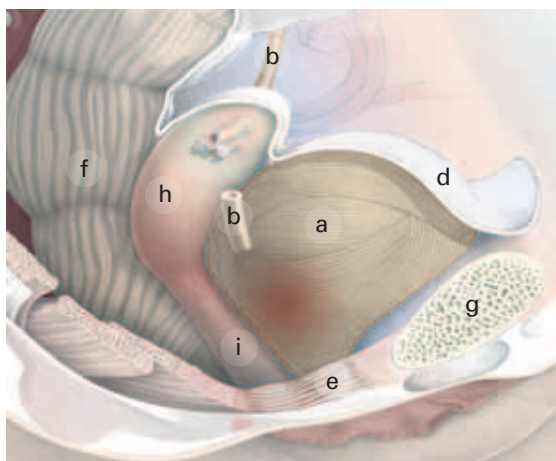
Nella donna dietro la vescica si trovano l'utero e la parte superiore della vagina e dietro di essi il retto.



La vescica e gli organi vicini nell'uomo

(veduta laterale)

- a) vescica urinaria
- b) uretere
- c) reni e surreni (vedi p. 8)
- d) peritoneo
- e) pavimento pelvico (diaframma)
- f) colon e retto
- g) osso pubico
- h) prostata
- i) vescicola seminale
- j) uretra



La vescica e gli organi vicini nella donna

(veduta laterale)

- a) vescica urinaria
- b) uretere
- c) reni e surreni (vedi p. 8)
- d) peritoneo
- e) pavimento pelvico (diaframma)
- f) colon e retto
- g) osso pubico
- h) utero
- i) vagina

La vescica e l'uretra formano le vie urinarie *inferiori*. La pelvi renale e gli ureteri formano invece le vie urinarie deferenti *superiori*.

La funzione della vescica

La vescica funge da serbatoio temporaneo dell'urina. L'urina si forma nei reni, fluisce nel bacinetto renale e quindi nella vescica attraverso gli ureteri. Nella vescica l'urina per-

mane fin quando un certo volume (300–500 ml) non stimola la minzione che avviene attraverso l'uretra con un atto volontario.

Lo svuotamento della vescica è sostenuto dalle contrazioni muscolari della parete vescicale. La vescica sana di una persona adulta può contenere fino a 500 ml di urina.

Lo sfintere interno, situato nel collo che connette la vescica con l'uretra, controlla il deflusso dell'urina. Questo sfintere non sottostà al controllo volontario com'è invece il caso per lo sfintere uretrale esterno che possiamo contrarre o rilasciare volontariamente.

L'uretra della donna misura circa 3-5 cm. Si estende dalla vescica al vestibolo vaginale passando per il pavimento pelvico. L'uretra dell'uomo misura circa 25 cm e va dalla vescica al glande dopo aver attraversato la prostata e il pene.

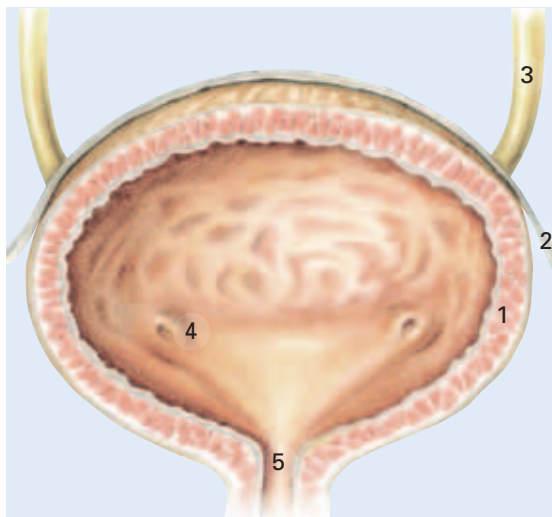
Lo sviluppo del carcinoma uroteliale

Il cancro della vescica si sviluppa praticamente sempre dalle cellule della mucosa, il cosiddetto urotelio: per questo si parla anche di carcinoma uroteliale. I tumori della vescica possono svilupparsi anche dalle cellule della parete vescicale, ma in misura decisamente minore (nel 5% dei casi). Questi tumori hanno infatti altri nomi (carcinomi squamocellulari, adenomi, sarcomi).

Spesso si sviluppano simultaneamente vari tumori. Oltre il 70% dei carcinomi della vescica sono diagnosticati in uno stadio precoce: il cancro è ancora limitato alla mu-

Sezione trasversale della vescica

1. parete vescicale (dall'interno all'esterno):
 - mucosa e tessuto connettivo interno (urotelio, lamina propria)
 - strati muscolari (muscularis)
 - strato di tessuto connettivo esterno (serosa)
2. peritoneo
3. uretere
4. sbocco dell'uretere nella vescica
5. uretra



cosa o allo strato interno del tessuto connettivo. In questo stadio si parla di carcinoma uroteliale «superficiale».

Sempre più spesso questi tumori sono però definiti come «non-muscle-invasive bladder cancer» (NMIBC) ovvero «carcinomi vescicali non muscolo-invasivi». Si tratta cioè di carcinomi uroteliali che non hanno ancora invaso il muscolo della vescica. La nuova denominazione si è resa necessaria poiché il termine «superficiale» induceva a credere che si trattasse di un'affezione del tutto innocua, ciò che non è il caso per molti tumori di questo genere.

I tumori più aggressivi possono estendersi localmente fino a invadere gli strati muscolari e l'intera parete vescicale. Gli specialisti chiamano questi tumori carcinomi vescicali muscolo-invasivi (vedi anche p. 16).

Negli stadi avanzati il carcinoma uroteliale può estendersi agli organi vicini. Le cellule cancerose possono invadere i linfonodi prossimali ed essere poi trasportate, attraverso il circolo sanguigno, in organi vicini o anche distanti, dove possono formare delle metastasi.

Nella maggior parte dei casi si formano metastasi vescicali nei pol-

moni, nel fegato e nelle ossa, inoltre nella prostata, nell'utero e nella vagina.

Gli uomini colpiti tre volte di più delle donne

Ogni anno si diagnosticano in Svizzera circa 880 carcinomi uroteliali nella popolazione maschile e oltre 280 in quella femminile. Fra le donne l'incidenza del carcinoma è in aumento. Prima dei 50 anni non si registrano praticamente casi di carcinoma uroteliale. Circa due terzi delle persone colpite hanno oltre 70 anni al momento della diagnosi.

Cause e rischi

Non si conosce la causa precisa di questo cancro. Alcuni fattori possono incrementare il rischio di ammalarsi ma non provocano necessariamente un tumore. Molti di questi fattori non possono essere evitati per cui nessuno deve sentirsi in colpa se è colpito da questa malattia.

Possibili fattori di rischio

- > Il fumo. Il fumo di sigaretta contiene numerose sostanze cancerogene. Una volta inalate arrivano nel sangue, sono filtrate dai reni e giungono con l'urina nella vescica. Prima di essere espulse aggrediscono la parete dell'organo.

- > Età avanzata.
- > Sostanze chimiche. Il frequente o costante contatto con certe sostanze chimiche può accrescere il rischio di cancro uroteliale. Oggi l'uso di queste sostanze è in gran parte vietato e le misure di sicurezza sul posto di lavoro sono state adeguate, tuttavia questo fattore di rischio permane. Il carcinoma uroteliale può insorgere anche decenni dopo l'esposizione al rischio: il periodo di latenza è dunque elevato. In Svizzera il carcinoma uroteliale è considerato una malattia professionale se c'è stata esposizione al rischio.
- > Infiammazione cronica della vescica (cistite).
- > Abuso di analgesici. L'assunzione prolungata di certi principi attivi può favorire lo sviluppo del cancro della vescica.
- > La schistosomiasi o bilharziosi. È provocata da un parassita, molto frequente nei paesi tropicali e subtropicali, che può colpire anche la vescica. Causa un'infezione cronica che si protrae per anni e può dare origine a un cancro.
- > Precedenti chemioterapie o radioterapie nella regione del bacino.

I possibili sintomi

Il cancro della vescica spesso per lungo tempo non procura disturbi specifici. Alcuni sintomi possono però essere imputabili a questo cancro:

- > Sangue nell'urina. L'urina ha un colore rossastro o scuro. Il termine tecnico per questo fenomeno è ematuria. È in genere indolore.
- > Frequenti minzioni senza effettiva necessità (pollachiuria).
- > Bruciori nella regione vescicale durante la minzione.

Questi disturbi possono essere causati da altre patologie meno gravi, come per es. un'infezione delle vie urinarie. Frequenti cistiti possono però essere a volte sintomi di un carcinoma uroteliale. Sono quindi necessari accertamenti medici se si manifestano disturbi di questo genere.

Esami e diagnosi

In caso di disturbi o sintomi che fanno pensare a un tumore, un medico urologo (specialista del sistema urogenitale dell'uomo e delle vie urinarie della donna) effettuerà verosimilmente i seguenti esami medici:

- > Anamnesi. Il medico s'informerà dei disturbi o sintomi, delle condizioni generali del paziente e anche delle malattie pregresse.
- > Esame dell'urina. Anche se il medico di famiglia inviante ha già eseguito questo esame, in genere viene ripetuto per individuare tracce microscopiche di sangue.
- > Altri esami dell'urina per l'accertamento di specifiche proteine tumorali non fanno parte dei comuni esami e i costi non sono coperti dall'assicurazione malattia.

Interventi diagnostici/biopsie

- > Cistoscopia. Previa anestesia locale dell'uretra si inserisce un sottile tubo flessibile (cistoscopio) nella vescica. Il cistoscopio è munito in punta di una minuscola videocamera e di una fonte luminosa. L'urologo può così esaminare la vescica dall'interno e accertare o escludere alterazioni.

La diagnosi definitiva di un tumore della vescica si basa sempre sui risultati della cistoscopia.

- > Irrigazione della vescica (lavaggio citologico). In occasione della cistoscopia si procede per mezzo di un sottile catetere all'irrigazione della vescica con una soluzione fisiologica. Nel liquido del lavaggio si possono trovare cellule della mucosa vescicale (urotelio) che saranno esaminate al microscopio. Con questo metodo si possono diagnosticare – con un grado di certezza relativamente elevato – anche i cosiddetti tumori piatti della vescica (carcinomi in situ CIS).
- > I prelievi di tessuto per la biopsia si effettuano generalmente durante l'operazione, in anestesia generale o parziale: senza anestesia il prelievo risulterebbe troppo doloroso (vedi p. 29, «TURV»).

Esami diagnostici per immagini

- > Ecografia. Offre prime indicazioni in merito a sedimenti urinari o ad alterazioni del deflusso urinario nei reni (ristagno). L'ecografia può anche suggerire la presenza di metastasi nel fegato e a volte anche nei linfonodi.

- > Urografia endovenosa (IVU). Si inietta in una vena un mezzo di contrasto che già dopo alcuni minuti giunge nelle vie urinarie attraverso i reni. Si eseguono quindi a tempi prestabiliti varie radiografie: esse mostrano da un lato la funzione espellente dei reni, dall'altro offrono immagini dei reni, degli ureteri e della vescica e permettono di accertare eventuali tumori delle vie urinarie superiori.
- > Tomografia computerizzata (TC). Oggi ha sostituito in larga parte l'urografia poiché permette l'osservazione di altri organi addominali, per es. linfonodi ingrossati ed eventualmente invasi dal tumore.
- > Diagnostica fotodinamica (vedi riquadro). Vi si ricorre occasionalmente, ma non fa parte degli esami comuni.

La cistoscopia permette in genere di presumere se si tratta di un tumore non muscolo-invasivo, cioè circoscritto alla mucosa, oppure di un tumore muscolo-invasivo in stadio avanzato, un tumore cioè che ha già invaso lo strato muscolare più profondo della parete vescicale.

La diagnosi definitiva del tumore sarà però possibile solo dopo il

prelievo chirurgico e l'esame al microscopio del tessuto.

Esami supplementari

In uno stadio avanzato della malattia aumenta il rischio di metastasi a distanza. Si tratta di tumori secondari che si sviluppano in altri organi. Per pianificare una terapia ottimale è importante sapere se sono presenti metastasi.

Se sussiste perciò il fondato sospetto di metastasi in organi non addominali si ricorre ad altri metodi diagnostici per immagini:

- > Eventuale tomografia computerizzata (TC) del torace e tomografia a risonanza magnetica di altre regioni dell'organismo (TRM, IRM). Con la tomografia a emissione di positroni (TEP) si possono eventualmente ricercare le cause dell'ingrossamento dei linfonodi. In caso di cancro della vescica questo esame si esegue però raramente.
- > Scintigrafia di tutto lo scheletro. Si effettua in caso di fondato sospetto di metastasi ossee. Il tracciante radioattivo o radiofarmaco è iniettato per endovena. Esso si concentra nelle regioni dello scheletro in cui si è prodotto un rimodellamento osseo, come succede per esempio per le metastasi.

Con una camera speciale – la gamma camera – si ottiene un’immagine dell’intero scheletro. Le concentrazioni del tracciante che sembrano indicare la presenza di metastasi sono riconoscibili come focolai neri.

Nel singolo caso non si applicheranno mai tutti i metodi diagnostici qui descritti. Si eseguiranno gli esami opportuni sulla base della situazione individuale del paziente e dei risultati già disponibili.

Gli stadi della malattia

Classificazione

I vari esami permettono di accertare e valutare l’estensione e lo stadio della malattia. Si parla quindi di classificazione o stadiazione (staging in inglese). La stadiazione è importante per la scelta della terapia ottimale.

Per la suddivisione degli stadi del carcinoma uroteliale si ricorre alla classificazione internazionale TNM.

La diagnostica fotodinamica (PDD)

Spesso la cistoscopia non è sufficiente per individuare determinati carcinomi uroteliali.

Perciò due o tre ore prima della cistoscopia si instilla nella vescica, per mezzo di un catetere, una sostanza fluorescente che si deposita soprattutto nelle cellule cancerose. Quindi col cistoscopio s’illumina la vescica con una luce blu di stimolazione. Le aree tumorali assumono una netta colorazione rossa fluorescente e possono così essere riconosciute meglio.

Questo metodo è detto diagnostica fotodinamica (PDD) o cistoscopia a fluorescenza. È applicato anche durante un intervento chirurgico (TURV, vedi p. 29).

T sta per tumore ed estensione locale del tumore. L'estensione si indica con le cifre da 0 a 4. Più alta è la cifra, più esteso è il tumore o più avanzato è il suo stadio. Più precisamente:

Carcinomi uroteliali non muscolo-invasivi («superficiali»)

Tis/Cis Tumore in situ/carcinoma in situ. Il tumore è circoscritto alla mucosa ed è piatto e sottile.

Ta Il tumore è circoscritto alla mucosa e protrude nella vescica.

T1 Il tumore ha invaso lo strato di tessuto connettivo interno.

Carcinomi uroteliali muscolo-invasivi

T2 Il tumore ha invaso lo strato muscolare:

T2a la metà interna dello strato

T2b la metà esterna dello strato

T3 Il tumore si è infiltrato nello strato esterno del tessuto connettivo:

T3a solo nello strato interno

T3b è già nello strato esterno e invade il tessuto grasso che circonda la vescica.

Carcinomi uroteliali inoperabili

T4 Il tumore ha invaso gli organi vicini (prostata, utero, vagina, parete dell'addome e del bacino). Le lettere minuscole precisano l'organo colpito: T4a, per esempio, significa che sono invasi la prostata, nell'uomo, e l'utero e la vagina nella donna. T4b segnala che le cellule cancerose hanno invaso la parete dell'addome e del bacino.

N sta per linfonodo. Questa lettera indica se sono stati colpiti i linfonodi vicini o regionali. In genere i linfonodi sono colpiti prima che si formino metastasi in altri organi.

N0 I linfonodi prossimali sono liberi da cellule tumorali.

N1 Presenza di una metastasi del diametro massimo di 2 cm in un linfonodo prossimale.

N2 Presenza di una o più metastasi del diametro massimo di 5 cm in uno o più linfonodi prossimali.

N3 Presenza di una o più metastasi di diametro superiore a 5 cm in uno o più linfonodi prossimali.

- M** sta per metastasi in altri organi. Sono dette anche metastasi a distanza. Si tratta di tumori secondari sviluppatisi da cellule cancerose della vescica in un organo qualsiasi del corpo.
- M0** Nessuna presenza di metastasi.
- M1** Presenza di metastasi. Il carcinoma uroteliale forma metastasi il più delle volte nei polmoni, nel fegato e nelle ossa nonché nell'utero, nella vagina e nella prostata.

Il suo medico risponderà con piacere alle sue domande in merito.

La differenziazione delle cellule cancerose (Grading dei tumori)

In base ai campioni di tessuto prelevati si può riconoscere chiaramente se le cellule cancerose della vescica sono ancora simili alle cellule normali, rispettivamente quanto si differenziano da esse. Si può così stimare la probabile rapidità di crescita o l'aggressività del tumore. Gli specialisti parlano di grado di differenziazione o «grading».

La differenziazione è indicata con la lettera «G» e le cifre da 1 a 3.

- G1** Le cellule cancerose sono ancora molto simili alle cellule normali della vescica (ben differenziate).
- G2** Le cellule tumorali si distinguono ancora chiaramente dalle cellule sane della vescica (moderatamente differenziate).
- G3** Le cellule tumorali non hanno quasi nessuna somiglianza con le cellule normali della vescica e sono quindi più maligne delle cellule classificate sotto G1 e G2 (scarsamente differenziate).

I carcinomi G1 e G2 sono considerati tumori «low grade» (di basso grado), quelli G3 «high grade» (di alto grado). Questi ultimi sono più aggressivi e tendono a invadere i linfonodi e a formare metastasi in altri organi.

Importante

Anche un tumore di piccole dimensioni può essere un carcinoma «high grade».



Indicazioni generali sulla terapia

- *I singoli metodi terapeutici vengono descritti da pagina 29.*
- *Troverà altre informazioni sulla terapia del cancro della vescica da pagina 25.*

La scelta del trattamento dipende in primo luogo

- > dalla posizione del tumore nella vescica,
- > dallo stadio della malattia (vedi p. 15 sgg.) e dal «grading» del tumore. Il tumore è circoscritto alla mucosa? Sono interessati i linfonodi? Si sono formate metastasi in altri organi?
- > dall'età e dallo stato generale di salute del/della paziente,
- > dai desideri personali e dalla disposizione del/della paziente.

Possibilità terapeutiche

I principali metodi di cura sono i seguenti:

- > operazione
- > terapie farmacologiche (chemio e immunoterapia)
- > radioterapia

Questi metodi possono essere applicati singolarmente o combinati tra loro. Se vengono combinati, ciò può avvenire simultaneamente o in successione. Scopo primario è l'asportazione totale o più completa possibile del tumore.

Si ricorre alla chirurgia e/o alla radioterapia in caso di tumori ben localizzati perché questi metodi hanno un'efficacia locale.

Le terapie farmacologiche per contro hanno un effetto sistemico poiché i farmaci si diffondono, attraverso il circolo sanguigno e le vie linfatiche, in tutto l'organismo. Tuttavia in caso di carcinoma uroteliale è possibile, a determinate condizioni, una terapia medicamentosa locale – la chemioterapia intravesicale – poiché essa produce il suo effetto unicamente nella vescica (vedi p. 36). In questi casi il farmaco è instillato nella vescica per mezzo di un catetere.

Secondo il tipo e lo stadio della malattia, cambiano gli obiettivi e i principi terapeutici.

Gli scopi terapeutici

Curativo

La terapia ha per obiettivo la guarigione. Una terapia curativa viene perseguita di regola quando il tumore non si è ancora diffuso molto, quando è possibile asportare chirurgicamente tutto il tumore e quando non sono presenti metastasi.

Palliativo

(dal latino palliare = coprire, avvolgere, ammantare)

Se la guarigione è improbabile, si cerca di rallentare la progressione della malattia mediante varie cure mediche con l'obiettivo di assicurare alla paziente la migliore qualità di vita possibile. Spesso è possibile tenere sotto controllo la malattia per lunghi periodi.

Inoltre possono essere adottate varie misure mediche, infermieristiche, psicologiche e spirituali per attenuare i disturbi come i dolori e ansie.

I principi terapeutici

Terapia adiuvante

(dal latino adiuvarre = sostenere, aiutare)

Si definiscono adiuvanti le terapie postoperatorie che hanno per scopo l'eliminazione di eventuali cellule cancerose residue e la riduzione del rischio di recidiva (ricomparsa del tumore) e di metastasi.

Terapia neoadiuvante/

preoperatoria

(dal greco néos = nuovo)

Terapia che precede l'intervento chirurgico allo scopo di ridurre la massa tumorale. La terapia può consentire un'operazione meno invasiva.

La scelta della terapia

La terapia è programmata e controllata in genere a livello interdisciplinare. Ciò significa che lo specialista in urologia si avvarrà della consulenza di specialisti in altri campi (per es. oncologia, radio-oncologia, patologia, stomaterapia) per stabilire la migliore terapia possibile in base alla sua situazione personale.

La scelta della terapia viene operata insieme a lei. Lei può in qualsiasi momento porre delle domande, mettere in discussione le decisioni prese in precedenza o riservarsi il tempo per riflettere.

- > È sicuramente opportuno che lei discuta delle varie proposte di trattamento con i rispettivi specialisti. L'ideale sarebbe che uno specialista coordinasse tutta questa procedura.
- > Magari può esserle d'aiuto farsi accompagnare ai colloqui da un familiare o da una persona di sua fiducia.
- > Può anche consultare il suo medico di famiglia o richiedere un secondo parere medico. Per il medico curante questo non significa una mancanza di fiducia nei suoi confronti, sa bene che è un suo diritto.

- > Se lo ritiene opportuno richieda una consulenza psico-oncologica. Questo tipo di consulenza non considera solo gli aspetti terapeutici della malattia, ma anche le sue implicazioni psicologiche e sociali.

Si prenda il tempo per porre tutte le domande che ha in merito alla terapia.

- > L'ospedale è specializzato nella cura del carcinoma uroteliale? L'esperienza del chirurgo urologo può essere decisiva per una prognosi favorevole (probabilità di guarigione, aspettativa di vita, qualità della vita).
- > La terapia proposta è curativa o palliativa? (vedi p. 19). Può allungare la vita? Migliora la qualità della vita?
- > Quali vantaggi e svantaggi comporta la terapia (anche in merito alla qualità di vita e/o alla speranza di vita)?
- > Esistono alternative alla terapia proposta?
- > Quali sono gli effetti indesiderati previsti? Sono passeggeri o permanenti? Come si possono combattere?
- > C'è il rischio d'incontinenza urinaria?
- > Che tipo di derivazione urinaria è prevista nel suo caso dopo l'asportazione della vescica? (vedi p. 32)
- > Che riflessi avrà l'intervento sulla fertilità e la sessualità? (vedi p. 22)
- > Quali altri disturbi possono comparire se sono colpiti dal tumore anche altri organi?
- > Che effetti avranno la malattia e la terapia sulla sua vita quotidiana, sulle persone a lei vicine e sul suo benessere?
- > L'eventuale rinuncia a certe terapie quali effetti concreti avrebbe sulla sua speranza di vita e sulla sua qualità di vita?

Gli effetti indesiderati

La comparsa e la gravità degli effetti indesiderati variano da individuo a individuo. Alcuni effetti indesiderati descritti nel capitolo «Metodi terapeutici» (vedi p. 29 e seguenti) possono manifestarsi durante il trattamento e scomparire in seguito spontaneamente; altri effetti si manifestano solo più tardi, cioè una volta conclusa la terapia vera e propria. La maggior parte degli effetti collaterali si attenua dopo alcuni giorni, talvolta dopo settimane e mesi.

Diversi effetti indesiderati oggi possono essere attenuati con misure mediche e infermieristiche in modo da risultare meno molesti. È però necessario che lei comunichi all'équipe curante i suoi disturbi.

Specialmente in uno stadio avanzato della malattia si consiglia di soppesare attentamente i probabili effetti positivi della terapia e gli eventuali effetti indesiderati.

Importante

- > Alcuni effetti indesiderati sono prevedibili. Per alleviarli le saranno prescritti, a seconda della terapia prescelta, fin dall'inizio determinati farmaci di accompagnamento (vedi p. 38). Si attenga scrupolosamente alle prescrizioni mediche.
- > Si consulti sempre con l'équipe curante prima di assumere altri farmaci di sua iniziativa. Ciò vale anche per pomate, medicamenti di medicina complementare, lozioni ecc. Pur trattandosi di prodotti «naturali» e apparentemente innocui potrebbero interferire con la terapia (cioè essere controindicati).

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 44) illustrano le terapie antitumorali più diffuse e gli effetti della malattia e della terapia, fornendo utili indicazioni per meglio convivere.

Gli effetti sulla sessualità

Se il tumore può essere asportato per via transuretrale, gli organi vicini, sia nell'uomo sia nella donna, non subiscono in genere danni. In caso di asportazione completa della vescica (cistectomia radicale) dovranno invece essere asportate anche la prostata e le vescicole seminali nell'uomo e l'utero ed eventualmente le ovaie e parte della parete vaginale nella donna.

Informazioni utili per l'uomo

- > L'uomo perde la facoltà di procreare poiché il liquido seminale prodotto dalla prostata viene a mancare.
- > Spesso anche l'erezione non è più possibile. Gli esperti parlano in questo caso di disfunzione erettile. I nervi responsabili dell'erezione sono paralleli alla prostata e possono subire lesioni durante l'intervento chirurgico.
- > Tuttavia l'attrazione sessuale e la capacità di orgasmo permangono anche senza eiaculazione. Si parla in questo caso di orgasmo secco o aneiaculatorio (= mancata eiaculazione).

- > L'urologo potrà prestarle aiuto in caso di perdita della funzione erettile o di erezione insufficiente. Vi sono varie possibilità d'indurre l'erezione in modo artificiale per permettere il rapporto sessuale. Si faccia spiegare i vantaggi e gli inconvenienti dei metodi.

Informazioni utili per la donna

- > Una gravidanza non è più possibile poiché l'utero è stato asportato. Al momento della diagnosi di cancro della vescica molte pazienti sono tuttavia già in menopausa.
- > A causa dell'intervento la vagina può restringersi o accorciarsi. In genere si possono avere ancora rapporti sessuali, ma con certe limitazioni. Anche le sensazioni possono alterarsi.
- > La penetrazione può essere facilitata con lubrificanti idrosolubili, non profumati e incolori. La ginecologa saprà dirle se nel suo caso sono eventualmente indicati anche altri prodotti.

Gli effetti sulla continenza urinaria

Gli effetti sulla continenza urinaria dipendono dai seguenti fattori:

- > tipo ed estensione dell'intervento chirurgico (vedi p. 29 e seguenti)
- > nuova derivazione urinaria, eventualmente necessaria dopo l'operazione (vedi p. 32).

Nella maggioranza dei casi è necessario un certo esercizio dopo l'operazione:

- > se il controllo naturale della minzione è ancora possibile occorrerà allenare nuovamente questa funzione.
- > se il controllo non è più possibile poiché si è resa necessaria la creazione di un'urostomia – derivazione artificiale ed esterna delle urine – occorrerà apprendere a vivere con la nuova situazione.

Richieda in ogni caso aiuto e sostegno medico e terapeutico, per esempio di un fisioterapista o di una stomaterapista (vedi anche

Maggiori informazioni ...

... sugli effetti del cancro e delle terapie oncologiche sulla sessualità e come farvi fronte si trovano negli opuscoli «Il cancro e la sessualità maschile» e «Il cancro e la sessualità femminile» (vedi p. 44).

appendice). Non nasconda i problemi e le difficoltà: c'è rimedio (quasi) a tutto.

La terapia nell'ambito di uno studio clinico

La ricerca medica sviluppa in continuazione nuovi approcci terapeutici e metodi di cura. Dopo numerose fasi si esamina, nell'ambito di studi clinici, assieme ai pazienti, se grazie alle innovazioni sia possibile migliorare l'efficacia e la tollerabilità di terapie già consolidate.

L'obiettivo è che le persone trattate traggano beneficio dalle nuove forme di terapia, ad esempio un allungamento della vita, il rallentamento della progressione della malattia, meno dolori ecc.

Può darsi che le venga proposto di effettuare parte della terapia nel quadro di un tale studio clinico. La partecipazione a uno studio clinico è volontaria; può decidere in maniera autonoma se farlo o no. Anche dopo aver dato il suo assenso può sempre cambiare idea. Può anche informarsi lei direttamente su studi attuali in corso.

Solo un colloquio personale con il suo medico potrà chiarire quali vantaggi e rischi potrebbe avere nel suo caso la partecipazione a uno studio clinico.

L'opuscolo «Trattamento dei tumori nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 45) spiega le ragioni di questi studi e i vantaggi che presenterebbe una sua eventuale partecipazione.

La terapia del carcinoma uroteliale

La terapia in uno stadio precoce

- *Veda anche le indicazioni generali da pagina 19.*
- *Troverà altre informazioni sugli stadi della malattia da pagina 15.*
- *I singoli metodi terapeutici vengono descritti nei particolari da pagina 29.*

Carcinoma uroteliale non muscolo-invasivo («superficiale»)

Se il tumore è circoscritto alla mucosa e allo strato interno del tessuto connettivo, può essere in genere asportato attraverso l'uretra (resezione transuretrale della vescica – TURV), conservando quindi la vescica.

Con questo intervento il tumore è asportato completamente e il tessuto viene poi esaminato al microscopio. Solo dopo questo esame istologico si potrà stabilire lo stadio della malattia e il «grading» tumorale (vedi p. 17).

Per prevenire la ricomparsa del tumore (recidiva) dopo la TURV si instillerà – in genere entro le sei ore successive – un citostatico nella vescica che vi rimarrà per un'ora. Saranno così distrutte eventuali cellule cancerose presenti nell'urina. Questo intervento è detto anche chemioterapia intravesicale postoperatoria.

Dopo l'esame al microscopio del tumore vescicale può essere raccomandata una terapia adiuvante. Se le cellule cancerose risultano aggressive (vedi p. 17, «Grading dei tumori»), o se è colpito anche lo strato interno del tessuto connettivo, sono possibili i seguenti interventi:

- > Eventuali altri lavaggi della vescica per un periodo di due a sei settimane e quindi eventualmente una nuova TURV per asportare residui del tumore (postresezione).
- > Lavaggio locale e settimanale con citostatici per un periodo di quattro a sei settimane.
- > Lavaggio settimanale per sei settimane con un vaccino BCG (vedi p. 36).

Questi lavaggi possono essere praticati sempre, anche per mesi e anni.

La terapia in uno stadio avanzato

- *Veda anche le indicazioni generali da pagina 19.*
- *Troverà altre informazioni sugli stadi della malattia da pagina 15.*
- *I singoli metodi terapeutici vengono descritti nei particolari da pagina 29.*

Carcinoma uroteliale muscolo-invasivo

Se il tumore ha invaso lo strato muscolare della parete vescicale, o si è esteso persino oltre, la terapia di prima scelta sarà l'asportazione completa della vescica (cistectomia) e dei tessuti vicini.

Questa operazione rende necessaria la creazione di una nuova derivazione urinaria (vedi p. 32): l'urina sarà espulsa attraverso un'apertura artificiale nella parete addominale (urostomia) oppure attraverso una vescica sostitutiva che sarà collegata all'uretra.

A completamento dell'operazione potrà essere presa eventualmente in considerazione la chemioterapia, da applicarsi prima o dopo l'intervento chirurgico (terapia neoadiuvante o adiuvante, vedi p. 20).

In alternativa alla cistectomia si può in certi casi – per es. se l'asportazione della vescica risulta improponibile o il paziente la rifiuta – ripiegare sulla resezione parziale transuretrale (TURV) seguita dalla radioterapia o dalla radiochemioterapia (associazione di radio e chemioterapia).

Il rischio di recidiva (ricomparsa del tumore) è però più elevato che non in caso di asportazione completa della vescica.

Carcinomi inoperabili

Se il tumore è inoperabile, se sono colpiti i linfonodi e/o sono presenti metastasi, la chemioterapia può rallentare la crescita del tumore e attenuare i sintomi e i dolori causati dal cancro (terapia palliativa).

Altre terapie possibili:

- > Radioterapia. Si applica per curare i dolori da metastasi o per arrestare emorragie nella vescica.
- > Asportazione chirurgica della vescica. In genere questo intervento rende necessaria la creazione di un'apertura nella parete addominale (urostomia).
- > Ampia resezione transuretrale del tumore (TURV), associata eventualmente alla radiochemioterapia (nel quadro di uno studio clinico).

La terapia del dolore

Nel cancro della vescica, soprattutto negli stadi avanzati e metastatici, possono comparire dei dolori. I dolori debilitano e deprimono inutilmente il paziente, sottraendogli preziose energie.

È quindi importante parlarne con il medico: il dolore non va sopportato in silenzio.

I dolori tumorali possono sempre essere alleviati e in molti casi persino eliminati grazie ai farmaci o ad altre misure come la radioterapia o un intervento chirurgico. La terapia del dolore offre oggi un ampio ventaglio di possibilità di cui è opportuno giovarsi.

Maggiori informazioni ...

... su come combattere i dolori si trovano nell'opuscolo «Vivere con il cancro, senza dolore» (vedi p. 44).

Il post-trattamento e la riabilitazione

Una volta conclusa la terapia, le saranno consigliati regolari esami di controllo. Tali esami hanno tra l'altro lo scopo di individuare e attenuare i disturbi dovuti alla malattia e alla cura.

Ciò non riguarda solo i disturbi fisici, per es. complicazioni legate alla derivazione urinaria. Anche i problemi di natura psichica, professionale o sociale possono creare difficoltà.

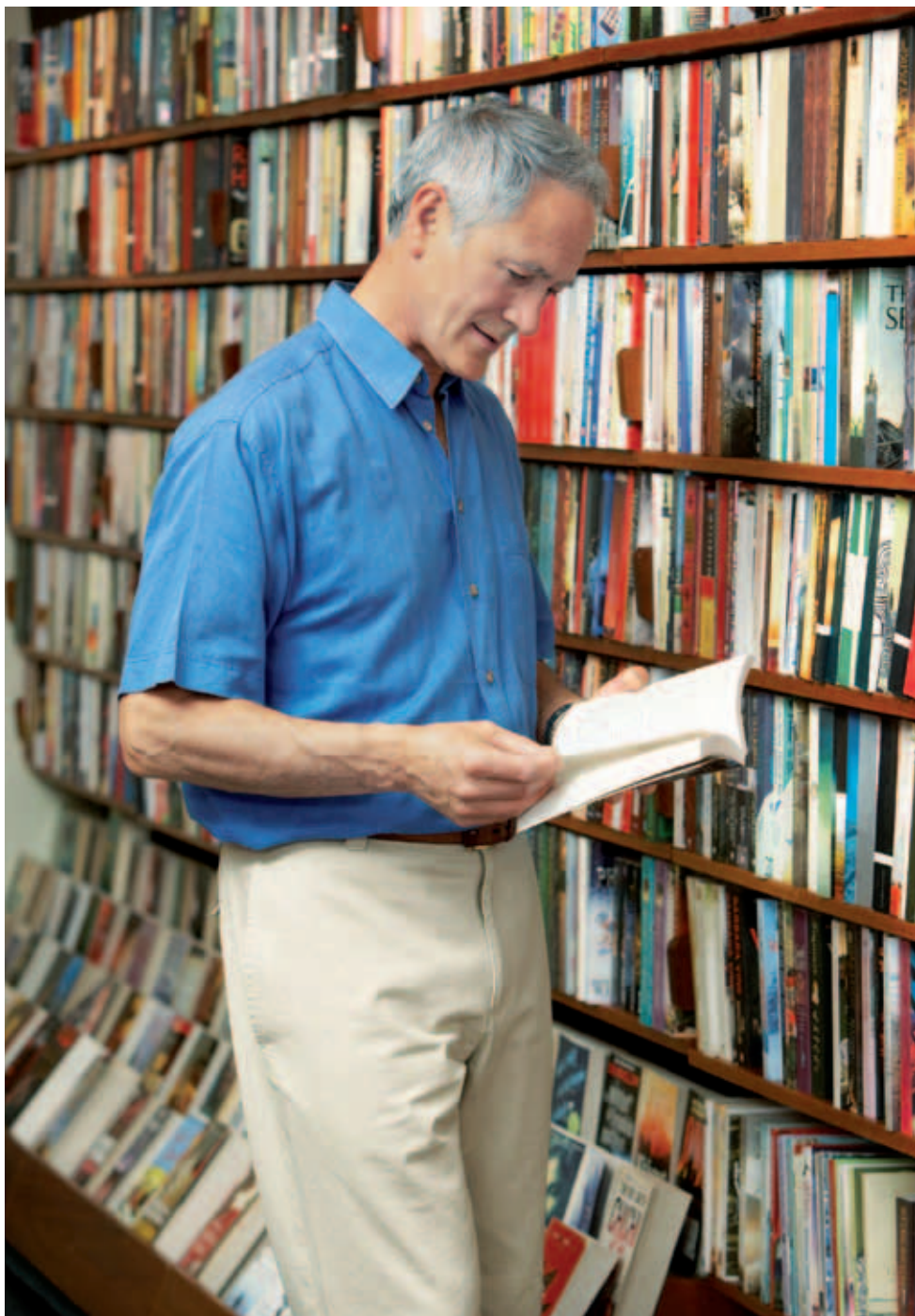
In caso di bisogno, è possibile ricorrere alla consulenza psico-oncologica o psicosociale (vedi Appendice). Ciò può favorire una buona riabilitazione.

Scopo degli esami di controllo è anche l'individuazione tempestiva e la cura di eventuali recidive, di un tumore secondario o di metastasi.

La frequenza delle visite di controllo dipende dallo stadio della malattia, dalle terapie e dal suo stato di salute.

- > In caso di carcinoma uroteliale non muscolo-invasivo si consiglia inizialmente una cistoscopia di controllo ogni tre mesi, in seguito ogni sei mesi. In caso di assenza di tumori o di tumori poco aggressivi può bastare una cistoscopia annuale. Per i tumori aggressivi si consiglia un controllo ogni tre a sei mesi.
- > In caso di asportazione radicale della vescica (cistectomia) sono indicati vari esami, a seconda dei sintomi e dei referti medici. Si eseguiranno inizialmente ogni sei mesi, in seguito una volta l'anno.

Non esiti a rivolgersi subito al medico all'insorgere di sintomi e disturbi: non aspetti il successivo controllo.



Metodi terapeutici

- *Osservare anche le indicazioni generali da pagina 19.*
- *Ulteriori informazioni sugli stadi della malattia sono riportate da pagina 15.*
- *Per la scelta del metodo e il momento di applicazione si veda da pagina 25.*

TURV: resezione trans-uretrale della vescica

In uno stadio precoce l'intervento (per es. a fini diagnostici, vedi p. 13) si pratica di solito attraverso l'uretra. Il termine tecnico è resezione transuretrale della vescica (TURV).

In anestesia parziale o generale si introduce nella vescica il cosiddetto resettoscopio munito di videocamera e fonte luminosa. Il tumore è asportato per mezzo di un'ansa elettrica. Il campo di operazione e l'intervento sono visibili e controllati via monitor.

In vari casi dopo la resezione transuretrale la vescica è sottoposta a lavaggio con un chemiofarmaco (vedi p. 36). Ciò riduce il rischio di ricomparsa del tumore (ricidiva).

Dopo l'operazione, nella vescica viene inserito un catetere per due o tre giorni affinché l'urina non ristagni. La vescica così non si dilaterà e la ferita avrà tutto il tempo di rimarginarsi.

Non è escluso che alcune settimane dopo sia necessaria una seconda TURV (postresezione) o che si debba più tardi asportare comunque tutta la vescica (cistectomia).

Possibili conseguenze dell'operazione

Le complicazioni durante la TURV sono molto rare. Possono verificarsi però emorragie che compromettono la visibilità, cosicché è necessario interrompere l'operazione.

Successive perdite di sangue possono ostruire il catetere: i grumi di sangue devono essere rimossi in anestesia parziale o generale. È anche possibile una perforazione della parete vescicale che però guarisce in genere spontaneamente. È raro che si debba operare per richiudere una perforazione di notevoli dimensioni.

Cistectomia: asportazione chirurgica della vescica

Tecnica operatoria a cielo aperto

Quando si rende necessaria l'asportazione chirurgica della vescica, l'intervento viene praticato in anestesia generale dopo apertura della parete addominale.

Prima di asportare la vescica si recidono ed esaminano i linfonodi delle vie linfatiche nella regione tumorale alla ricerca di cellule cancerose. Ciò permette di accertare lo stadio della malattia e può influire sulle successive misure terapeutiche.

Negli uomini oltre alla vescica si asporteranno anche la prostata e le vescicole seminali (cistoprostatectomia) e se necessario anche l'uretra o parti di essa.

Nelle donne di regola si asporteranno anche l'utero ed eventualmente l'uretra e/o la parte terminale della vagina. A seconda della situazione e dell'età della donna possono essere asportate anche le ovaie e gli ovidotti.

Oggi si cerca, sempreché l'estensione del tumore lo permetta, di risparmiare i nervi (vedi p. 32) allo scopo di conservare almeno par-

zialmente la funzione erettile degli uomini. Questa tecnica conservativa può inoltre migliorare la continenza urinaria sia degli uomini sia delle donne qualora si confezioni una neovescica con un segmento dell'intestino (vedi p. 32).

Dopo l'asportazione della vescica occorre creare una nuova derivazione per il deflusso dell'urina. Vi sono varie possibilità, che dipendono dalla situazione clinica (vedi capitolo seguente).

La degenza ospedaliera è di due o tre settimane.

Possibili conseguenze dell'operazione

Emorragie ed emorragie secondarie, infiammazioni. Se è stata confezionata una vescica sostitutiva (neovescica) sono possibili perdite involontarie di urina, notturne e anche diurne, gocciolamento dopo la minzione, ristagno urinario nei reni e disturbi del metabolismo.

A seguito dell'asportazione degli organi genitali interni i pazienti perdono la capacità riproduttiva. La funzione erettile degli uomini può essere compromessa; le donne più giovani possono presentare, dopo l'asportazione delle ovaie, i disturbi associati alla menopausa (vedi p. 22 sg.).

Tecniche operatorie e laparoscopiche robotizzate

In laparoscopia s'introducono nel corpo gli strumenti chirurgici e una videocamera attraverso piccoli fori praticati nella parete addominale. È così possibile operare a cielo chiuso controllando l'intervento via monitor.

Questa tecnica è detta mininvasiva perché sono necessari solo piccoli fori e i dolori postoperatori sono meno forti che non in caso di ampi tagli nell'addome.

La tecnica operatoria laparoscopica può essere anche «robotizzata». Gli strumenti chirurgici sono fissati a quattro bracci robotici manovrati dall'urologo che siede a una consolle. Questa è dotata di un monitor che proietta immagini tridimensionali.

La consolle si trova in genere nella sala operatoria, ma potrebbe essere anche altrove. Durante l'operazione il paziente è affiancato, oltre che dal robot, anche da un assistente e da un'infermiera.

Operare risparmiando i nervi

Nell'asportare la vescica e/o la prostata c'è il rischio di ledere dei nervi che contribuiscono all'erezione maschile. Essi passano ai due lati della vescica e della prostata e trasmettono ai corpi cavernosi del pene i segnali necessari per l'erezione. Influiscono inoltre sulla continenza urinaria sia dell'uomo sia della donna.

In alcuni casi questi nervi possono essere risparmiati durante l'operazione, almeno da un lato. È così possibile – in caso di confezione di una vescica sostitutiva – recuperare più facilmente e migliorare la continenza urinaria.

Se non si ledono o recidono i nervi ci sono più possibilità di conservare la funzione erettile, ma le probabilità di successo variano considerevolmente. Saranno tanto più elevate quanto più giovane è il paziente e quanto più soddisfacenti erano le erezioni in precedenza. La sola conservazione dei nervi non garantisce dunque la capacità erettile.

Queste tecniche operatorie mininvasive per l'asportazione completa della vescica (cistectomia) e la creazione di derivazioni urinarie sono eseguite per il momento – o dovrebbero essere eseguite – esclusivamente in centri specializzati.

Un'operazione di questo genere dura molto di più, è più rischiosa e notevolmente più cara. I vantaggi per il paziente consistono in emorragie mediamente meno forti di quelle procurate dalla tecnica operatoria a cielo aperto e in tempi di recupero a volte più brevi.

Nel complesso le tecniche mininvasive non hanno finora soppiantato la tecnica operatoria a cielo aperto. I costi, la durata più lunga dell'intervento e le esigenze tecniche non sono compensati dai vantaggi tuttora modesti. Per questo molti urologi preferiscono ancora la tecnica «classica» a cielo aperto che è del resto continuamente perfezionata e migliorata.

Quale tecnica operatoria?

La scelta della tecnica operatoria (chirurgia a cielo aperto o mininvasiva) dipende tra l'altro dalla paziente e dall'esperienza dell'operatore chirurgico. Il buon esito dell'intervento dipende in massima parte dall'esperienza personale dell'urologo nella tecnica da lui pre-

ferita. Non sempre gli apparecchi più moderni e più cari sono garanzia di successo.

Derivazioni urinarie

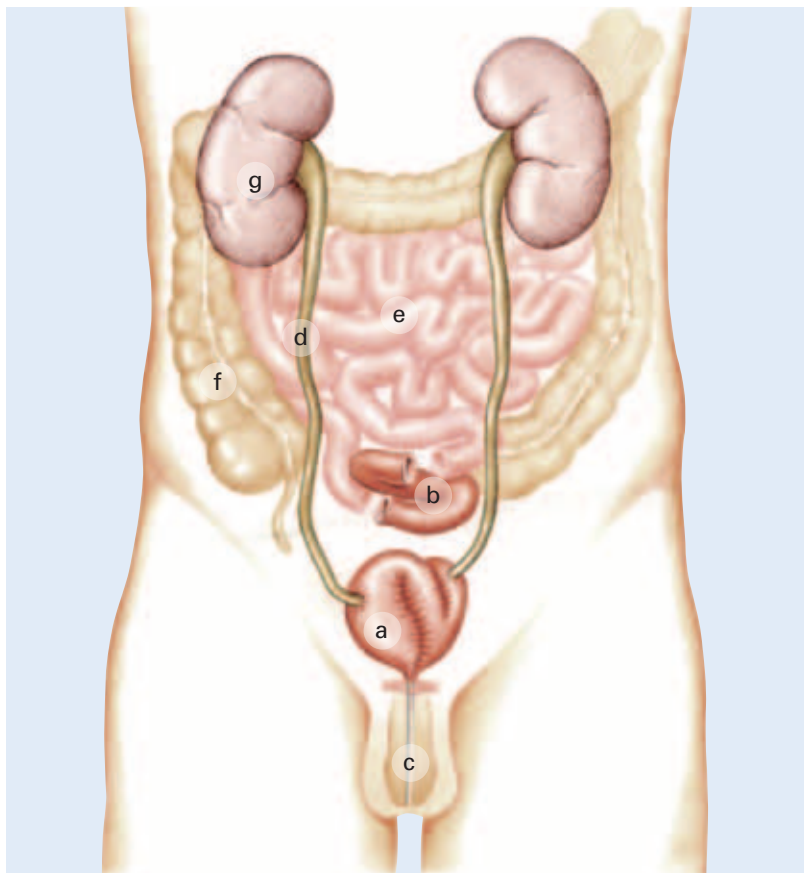
L'asportazione completa della vescica non permette più l'espulsione dell'urina per via naturale. Occorre perciò creare una nuova derivazione per il suo deflusso. Ci sono diverse possibilità, dipendenti dalla situazione, dallo stadio del tumore, dallo stato generale di salute e dai desideri del paziente.

Le consigliamo di discutere le questioni riguardanti le derivazioni urinarie prima dell'operazione:

- > Quali vantaggi e inconvenienti hanno le varianti che le sono state proposte?
- > Che riflessi avranno sulla sua attività, l'ambiente, la sessualità, la continenza urinaria e più in generale sulla qualità della vita?

La vescica sostitutiva (neovescica)

La vescica sostitutiva è confezionata con un segmento dell'intestino tenue o del colon: essa raccoglierà l'urina come la vescica originaria. La neovescica verrà collegata agli ureteri provenienti dai reni.



Creazione di una vescica sostitutiva

- a) vescica sostitutiva (neovesicica)
- b) segmento di intestino usato per la confezione della vescica sostitutiva
- c) uretra
- d) uretere
- e) intestino tenue
- f) colon (intestino crasso)
- g) reni

Quindi si collegherà il collo della vescica all'uretra: l'urina potrà così essere espulsa per via naturale. Il controllo della minzione è possibile con la contrazione degli sfinteri, ma ciò richiede un intenso esercizio dopo l'operazione.

Poiché non c'è più lo stimolo naturale alla minzione occorre in genere svuotare la vescica ogni quattro ore, anche di notte. L'espulsione dell'urina si ottiene rilassando il pavimento pelvico e comprimendo leggermente la muscolatura addominale.

Si consiglia al paziente di mettere due sveglie affinché la vescica non si dilati inavvertitamente troppo per l'eccesso di urina. Un'estensione eccessiva permanente della vescica sostitutiva – dovuta al fatto che il paziente non sente lo stimolo all'evacuazione o al mancato rispetto degli orari per l'espulsione dell'urina – può provocare alla lunga gravi complicazioni.

La creazione di una vescica sostitutiva è possibile solo quando:

- > il paziente e la paziente hanno meno di 70 anni; i pazienti anziani hanno più problemi di continenza e sono colpiti perciò più spesso da complicazioni tardive;
- > si è potuta conservare l'uretra o se essa non era invasa dal tumore;

- > la funzione epatica, renale e intestinale è normale;
- > il paziente e la paziente sono in grado di assolvere il programma di esercizi per la capacità della vescica e la continenza e sono disposti a svuotare a intervalli regolari la vescica, di giorno e di notte. Se da parte loro c'è questa disponibilità ci vorranno fino a sei mesi per recuperare la continenza diurna.

Pouch (tasca continent)

Una variante della vescica sostitutiva è il cosiddetto pouch (= tasca in inglese). Anche in questo caso si confeziona un serbatoio di raccolta con un segmento dell'intestino tenue o del colon.

Diversamente dalla vescica sostitutiva la derivazione sbocca all'esterno da un'apertura praticata nella parete addominale (urostomia) ed è chiusa con una valvola. Il paziente evacuerà da solo l'urina quando sarà necessario per mezzo di un catetere monouso. Spesso la stomia è praticata nell'ombelico, una buona soluzione anche da un punto di vista estetico.

Il/la paziente deve essere disposto/a a svuotare (cateterizzare) la tasca ogni quattro ore e avere imparato la tecnica corretta.

Condotta ileale/Urostomia

Se la confezione di una vescica sostitutiva o di un pouch non sono possibili né desiderati, si praticherà una urostomia.

Gli ureteri provenienti dai reni vengono collegati ad un segmento dell'intestino tenue di 15–25 centimetri. Il segmento d'intestino funge da «raccordo» ed è detto «ileum conduit» (condotto ileale). Più raramente si utilizza anche un segmento di colon («colon conduit» – condotto colico).

La parte terminale aperta del segmento intestinale è fatta fuoriuscire dalla parete addominale in un punto adatto: l'urina fuoriesce in continuazione ed è raccolta in

un'apposita sacca. La sacca è fissata all'addome e deve essere svuotata regolarmente (vedi riquadro «Consulenza della stomaterapista»).

Impianto di una derivazione uretere-colon (HDI)

Una forma più rara di derivazione urinaria consiste nel collegare i due ureteri con un segmento del colon presso l'ano. In questo caso l'urina sarà evacuata con le feci. Condizione necessaria è il buon funzionamento dello sfintere anale. Saranno necessari controlli medici per tutta la vita poiché più tardi possono svilupparsi tumori nella regione del colon in cui sono stati impiantati gli ureteri.

Consulenza della stomaterapista

Se nel suo caso si prospetta la necessità di una derivazione urinaria dovrebbe esserne informato possibilmente prima dell'operazione.

Se è prevista la creazione di una stomia è bene consultare una stomaterapista.

Se lo desidera può mettersi in contatto con persone che vivono già da tempo con una urostomia. Veda in merito l'indirizzo di ilco-Ticino, l'associazione cantonale dei portatori di stomia (p. 43).

Troverà più ampie informazioni sulla creazione di una stomia e il modo di convivere con essa nell'opuscolo «L'urostomia» (vedi p. 44).

Le terapie medicamentose

Terapie medicamentose locali (instillazioni)

Se non è stato necessario asportare la vescica e se il tumore era del tipo non muscolo-invasivo, una terapia locale integrativa può ridurre il rischio di ricomparsa del tumore (recidiva).

Terapia locale significa che il principio attivo è collocato direttamente in una determinata regione dell'organismo senza giungervi attraverso il circolo sanguigno o per via orale o gastrica.

Nella terapia del carcinoma uroteliale il farmaco è collocato direttamente nella vescica per via transuretrale e per mezzo di un catetere. Questo metodo è detto instillazione (dal latino stilla = goccia, instillare = gocciolare).

Instillazione di citostatici

Quando in oncologia si parla di chemioterapia, s'intende in genere una terapia citostatica (vedi p. 37).

Una prima instillazione di citostatici viene somministrata di solito immediatamente dopo l'operazione (vedi p. 25).

Dopo la definitiva diagnosi si consiglia, secondo lo stadio e l'aggressività del tumore, una seconda instillazione.

Una instillazione con vaccino BCG (vedi più in basso) è indicata in caso di tumori aggressivi o di carcinoma in situ (CIS).

In linea di massima la chemioterapia locale è meglio tollerata di una terapia con citostatici somministrati per endovena e che si diffondono in tutto il corpo. Fra gli effetti indesiderati più frequenti figurano un'irritazione della vescica e talora anche piccole quantità di sangue nell'urina.

Instillazione di vaccino BCG (Immunoterapia locale)

Se sussiste un rischio elevato di ricomparsa del tumore o di una sua infiltrazione nello strato muscolare, alcune settimane dopo l'operazione può essere presa in considerazione una immunoterapia locale.

Questa consiste nell'instillazione di bacilli tubercolari attenuati (bacilli di Calmette-Guérin) nella vescica che vi restano per un'ora. I bacilli provocano una reazione infiammatoria che inibisce in modo efficace lo sviluppo e la crescita di cellule cancerose.

Il preciso meccanismo di azione è a tutt'oggi ignoto. Il vaccino BCG fu sviluppato per combattere la tubercolosi.

Possibili effetti indesiderati sono l'irritazione della vescica, febbre e sintomi febbrili come brividi, stanchezza o dolori alle ossa.

In un caso su cento l'immunoterapia locale può provocare una grave infezione dovuta ai bacilli della tubercolosi: l'infezione può però essere curata con successo. Si rivolga senza indugio al medico se si manifestassero dei disturbi.

Chemioterapia (citostatici)

Per chemioterapia s'intende una cura a base di farmaci, i cosiddetti citostatici (dal greco *zyto* = cellula e *statikós* = fermare, bloccare), che distruggono le cellule tumorali o ne inibiscono la crescita.

A differenza della radioterapia, che agisce localmente, i citostatici si diffondono in tutto il corpo attraverso il circolo sanguigno: essi hanno dunque un effetto sistemico. A volte però anche i citostatici sono somministrati *localmente*, per esempio proprio nella cura del carcinoma uroteliale (vedi p. 36).

Questi farmaci impediscono la divisione e la conseguente proliferazione delle cellule tumorali a crescita rapida. Nell'applicazione sistemica tuttavia i farmaci danneggiano anche le cellule sane a crescita rapida, per esempio le cellule del sistema emopoietico (midollo osseo), dei capelli, delle mucose (bocca, stomaco, intestino, vagina), gli spermatozoi e gli ovociti.

La chemioterapia sistemica si applica negli stadi più avanzati del carcinoma uroteliale e in varie forme:

- > Chemioterapia preoperatoria per ridurre il tumore (terapia neoadiuvante).
- > Chemioterapia postoperatoria (terapia adiuvante): esclusiva o combinata con la radioterapia (radiochemioterapia) allo scopo di ridurre il rischio di recidiva.
- > Chemioterapia combinata con la radioterapia (radiochemioterapia) come alternativa all'operazione (si applica raramente).
- > Chemioterapia a scopo palliativo se la guarigione non è più possibile.

Il danneggiamento involontario delle cellule sane è la causa principale degli eventuali effetti collaterali indesiderati della chemioterapia. Ma mentre le cellule cancerose muoiono, le cellule normali di solito si riprendono: infatti al termine della terapia diminuiscono anche gli effetti indesiderati.

Per i vari tipi di tumore si utilizzano citostatici specifici: ne esistono oltre cento diversi. Per il carcinoma uroteliale si combinano in genere da due a quattro principi attivi, somministrati in vari cicli, con un intervallo tra un ciclo e l'altro.

Possibili effetti indesiderati:

- > alterazioni del quadro ematico che possono aumentare il rischio di infezioni o di emorragie nonché di esaurimento fisico (fatigue);
- > nausea e vomito, infiammazione delle mucose soprattutto orali, alterazioni del gusto;
- > affezioni renali/delle vie urinarie;
- > reazioni allergiche come difficoltà respiratorie, brividi di febbre, disturbi cardiocircolatori, prurito, eruzioni cutanee;
- > caduta dei capelli;
- > disturbi nervosi (formicolio alle mani e ai piedi).

Farmaci di accompagnamento

Per combattere i sintomi legati alla malattia o alle terapie, come febbre, infezioni, anemia e dolori, il medico può prescrivere – anche a scopo preventivo – diversi altri farmaci o terapie:

- > medicinali contro la nausea e il vomito (antiemetici),
- > collutori o spray contro le afte in bocca,
- > antibiotici contro le infezioni batteriche,
- > antimicotici contro le infezioni da funghi,
- > trasfusioni di sangue o somministrazione di farmaci (eritropoietina) in caso di anemia o trasfusione di piastrine in caso di rischio di emorragia,
- > antidolorifici (vedi anche p. 26),
- > in caso di forte diminuzione dei globuli bianchi: medicinali che stimolano la formazione dei globuli bianchi.

Nel singolo caso la comparsa di questi effetti collaterali e la loro intensità dipendono dal genere di farmaco, dalla combinazione dei farmaci, ma anche dalla posologia e dalla sensibilità individuale. Il medico, l'infermiera o la sua persona di riferimento nell'istituto ospedaliero le daranno tutte le informazioni e i consigli necessari.

Legga anche le indicazioni generali a pagina 21.

Maggiori informazioni ...

... sui farmaci antitumorali e su come combattere gli effetti indesiderati si trovano nell'opuscolo «Terapie medicamentose dei tumori» (vedi p. 44).

La radioterapia (irradiazione)

La radioterapia permette di danneggiare le cellule tumorali, in maniera che non possano più dividersi e moltiplicarsi e muoiano. Si ottiene quindi una diminuzione del volume del tumore.

I raggi possono però avere effetti anche sulle cellule sane e provocare temporaneamente dei disturbi. Contrariamente alle cellule cancerose, quelle sane si riprendono però quasi tutte.

La radioterapia si applica soprattutto negli stadi avanzati del carcinoma uroteliale, per esempio come cura integrativa della resezione transuretrale (TURV) quando il tumore ha potuto essere asportato il più possibile completamente.

A seconda della situazione la radioterapia viene associata alla chemioterapia per aumentare l'efficacia (radiochemioterapia).

Di solito i raggi vengono diretti sul tumore e sui linfonodi adiacenti o su una metastasi attraverso la pelle (terapia percutanea).

Prima di iniziare la radioterapia, il campo d'irradiazione è delimitato con grande precisione per mezzo di tomografie computerizzate; si calcola inoltre in quale punto e in quale dose i raggi devono produrre il loro effetto. Lo scopo è d'irradiare possibilmente solo il tumore e di risparmiare per quanto possibile tessuti e organi adiacenti, per es. il retto.

Il/la paziente si recherà per quattro a sei settimane al centro di radioterapia, regolarmente dal lunedì a venerdì. Le singole irradiazioni durano solo pochi minuti.

Possibili effetti della terapia

- > Irritazione e infiammazione della vescica, dolori durante la minzione, incontinenza urinaria.
- > Infiammazione del retto e diarrea.
- > Secchezza e arrossamento delle mucose e della pelle irradiate.

Grazie alla moderna tecnologia gli effetti collaterali sono oggi in genere più rari e meno severi di un tempo. Dipendono comunque dalla dose complessiva di raggi e dalle zone irradiate. Se si manifestano i disturbi suddetti deve assolutamente comunicarlo al suo radio-oncologo o a un'altra persona dell'équipe curante.

Maggiori informazioni ...

... sulla radioterapie e su come combattere gli effetti indesiderati si trovano nell'opuscolo «La radioterapia» (vedi p. 44).

La medicina complementare

Numerosi malati di cancro ricorrono, oltre alle tradizionali terapie mediche, anche ai metodi complementari di cura. *Complementari* significa che tali metodi completano la terapia medica classica.

Alcuni di questi metodi possono contribuire a migliorare il benessere generale e la qualità di vita durante o dopo una terapia antitumorale, ma in genere non hanno alcun effetto curativo sul tumore stesso.

Alcuni metodi vengono applicati anche *in alternativa*, cioè *in sostituzione* della terapia antitumorale tradizionale. La Lega contro il cancro lo sconsiglia. Troverà maggiori informazioni in merito nell'opuscolo «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 44).

Parli con il suo medico, la sua équipe curante o il suo medico di famiglia se intende ricorrere a una terapia di medicina complementare o lo sta già facendo. È il modo migliore per chiarire se e quali metodi potrebbero essere utili nel suo caso senza compromettere l'effetto della terapia antitumorale raccomandata dall'équipe medica.

Comunque non usi preparati della medicina complementare senza avvisarne il medico. Anche se apparentemente innocui possono influenzare negativamente la terapia antitumorale ed essere dunque controindicati.

Convivere con il cancro

Numerose persone confrontate con una diagnosi di cancro vivono oggi meglio e più a lungo che non in passato. I trattamenti però spesso sono lunghi e gravosi. Alcune persone riescono a svolgere le loro consuete attività parallelamente alla terapia, altre invece non ne sono più in grado.

Ascoltare se stessi

Si conceda del tempo per riorganizzare in modo consapevole la sua vita. Cerchi di individuare ciò che potrebbe contribuire a migliorare la sua qualità di vita. A volte basta porsi semplici domande come:

- > Cosa è importante per me?
- > Cosa mi occorre?
- > Come posso ottenere ciò che desidero?
- > Chi può darmi una mano?

Dopo una terapia il reinserimento nella vita quotidiana talvolta è difficile. Per questo è importante rispettare i propri bisogni. Legga anche le informazioni in appendice e il capitolo delle indicazioni generali in questo opuscolo.

Cercare il dialogo

Proprio come le persone sane affrontano ognuno a modo suo le questioni esistenziali, anche una

malattia è vissuta in modo differente da ogni individuo. La gamma delle reazioni va da un «Andrà tutto bene!» o «Speriamo che vada tutto bene!» a «Di certo andrà tutto storto!» o «È finita, non c'è più speranza!».

Sentimenti di paura sono strettamente legati a ogni malattia tumorale, indipendentemente dalle probabilità di guarigione. Alcune persone non desiderano o non osano parlare della loro situazione, per altre è importante confidarsi con qualcuno. Altre ancora sono deluse se chi li circonda fa finta di niente. Tuttavia non esistono ricette generali. Ciò che può aiutare una persona, non è necessariamente la cosa più indicata per un'altra.

Assistenza specialistica

Non esiti a richiedere un'assistenza specialistica. Parli con il suo medico o un'altra persona della sua équipe curante. In questo modo potranno esserle raccomandate o prescritte misure coperte dalla cassa malati.

Per questioni psicosociali e offerte relative alla riabilitazione può rivolgersi alla sua Lega cantonale contro il cancro o al servizio sociale dell'ospedale.



Appendice

Chieda consiglio

L'équipe curante

Le darà volentieri informazioni e consigli per superare i disturbi legati alla malattia e ai trattamenti. Rifletta sulla possibilità di avvalersi di eventuali misure complementari in grado di contribuire al suo recupero e reinserimento nella vita professionale e sociale e di migliorare il suo benessere.

Richieda anche la consulenza di uno psico-oncologo, se lo ritiene necessario. È uno specialista di problemi di natura psichica legati a una malattia tumorale.

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 il colloquio personale, aiuto nel chiarimento di questioni assicurative, corsi, il procurare particolari specialisti, per esempio per il linfodrenaggio, la consulenza psico-oncologica, le terapie complementari ecc.

Linea cancro 0800 11 88 11

Una specialista le presterà ascolto, la informerà sui possibili passi da intraprendere e risponderà alle sue domande relative alla malattia e alle terapie che sta seguendo. La chiamata e la consulenza sono gratuite.

Scambio con altri pazienti (forum Internet, gruppi di auto-aiuto)

Il dialogo con persone che hanno vissuto una situazione simile è spesso utile e liberatorio. Venire a conoscenza dei vari modi in cui altri malati o familiari hanno superato i momenti difficili può dare coraggio. Tenga però presente che ciò che ha aiutato o danneggiato un'altra persona non deve necessariamente avere lo stesso effetto su di lei.

Fori Internet

Lei ha in oltre la possibilità di discutere di ciò che le sta a cuore in un forum in Internet, ad esempio all'indirizzo www.forumcancro.ch, una prestazione della Linea cancro.

Organizzazioni di auto-aiuto

Nei gruppi di auto-aiuto, le persone colpite si scambiano esperienze e se informano a vicenda. Se deve subire un intervento di urostomia, o lo ha già subito, può mettersi in contatto con il suo gruppo regionale per stomizzati.

ilco-Ticino

Remo Ferrari
via Muro della Rossa 15
6600 Solduno
tel. 091 751 33 81

Assicurazione

I costi del trattamento antitumorale vengono assunti dall'assicurazione di base obbligatoria a condizione che la terapia sia omologata o che il preparato figuri nel cosiddetto elenco delle specialità dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Il suo medico curante le darà tutte le informazioni necessarie.

Per consulenze/terapie complementari di carattere non medico la copertura dei costi da parte dell'assicurazione di base o dell'assicurazione complementare non è garantita. Occorre quindi chiarire la questione prima di iniziare il trattamento. Lo faccia di persona o chieda al suo medico di famiglia, al medico curante, all'ospedale o alla sua lega cantonale contro il cancro di farlo per lei.

Consulti anche l'opuscolo «Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali» (vedi p. 44).

Opuscoli della Lega contro il cancro

- > **Terapie medicamentose dei tumori**
Chemioterapia, terapia antiormonale, immunoterapia
- > **La radioterapia**
- > **L'urostomia**
Guida per persone con una derivazione urinaria
- > **Il cancro e la sessualità femminile**
- > **Il cancro e la sessualità maschile**
- > **Vivere con il cancro, senza dolore**
- > **Fatica e stanchezza**
Individuare le cause, trovare delle soluzioni
- > **Difficoltà di alimentazione legate al cancro**
- > **Il linfedema**
Informazioni per i pazienti per la prevenzione e la cura
- > **Attività fisica e cancro**
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- > **Alternativi? Complementari?**
Rischi e benefici di metodi non provati in oncologia
- > **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**
Suggerimenti e idee da capo a piedi
- > **Accompagnare un malato di cancro**
Guida per familiari e amici
- > **Come aiutare il proprio bambino?**
Quando mamma o papà si ammala di cancro
- > **Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali**
- > **Neuland entdecken – REHA-Seminare der Krebsliga/A la decouverte de nouveaux horizons – Stages de réadaptation**
Programma di corsi
- > **Rischio di cancro ereditario**
Guida per le famiglie con numerosi casi di cancro
- > **Krebs – von den Genen zum Menschen/Le cancer – des gènes à l'homme**
Un CD-ROM che illustra l'origine e il trattamento delle malattie tumorali (fr. 25.–, più spese di spedizione). Non disponibile in italiano.
- > **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**
- > **Direttive anticipate in caso di cancro**
Guida e modulo da compilare (fr. 18.–); download gratuito da: www.legacancro.ch/direttiveanticipate

Le nostre pubblicazioni si possono ordinare:

- > presso la lega contro il cancro della sua regione
- > per telefono: 0844 85 00 00
- > per e-mail: shop@legacancro.ch
- > in Internet: www.legacancro.ch

Nel sito www.legacancro.ch/opuscoli trova tutti gli opuscoli della Lega contro il cancro. Le pubblicazioni sono in maggioranza gratuite e possono anche essere scaricate. Le vengono offerte dalla Lega svizzera contro il cancro e dalla sua Lega cantonale contro il cancro. Ciò è possibile solo grazie alle donazioni.

Opuscoli di altre organizzazioni

«Trattamento dei tumori nell'ambito di uno studio clinico», reperibile presso il Gruppo svizzero di ricerca clinica sul cancro (SAKK), tel. 031 389 9191, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch

Internet

Italiano

www.aimac.it

Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici

www.airc.it → Conoscere la malattia → Tumore vescica

Associazione italiana per la ricerca sul cancro

www.forumcancro.ch

Il forum Internet della Lega contro il cancro

www.ilco.ch

Associazione svizzera dei gruppi regionali degli stomizzati

www.legacancro.ch/it

Informazioni, opuscoli e link della Lega svizzera contro il cancro

Francese

www.inkontinex.ch

Société suisse d'aide aux personnes incontinentes

www.liguecancer.ch/guidecancer

Banca dati offerte e servizi psicosociali

Tedesco

www.krebsliga.ch/wegweiser

Banca dati di offerte e servizi psicosociali

www.patientenkompetenz.ch

Fondazione per promuovere l'autodeterminazione in caso di malattia

Inglese

www.cancer.org → choose a cancer topic

→ Bladder Cancer

American Cancer Society, USA

www.cancer.gov/cancertopics/types/bladder

National Cancer Institute, USA

www.macmillan.org.uk → Cancer types

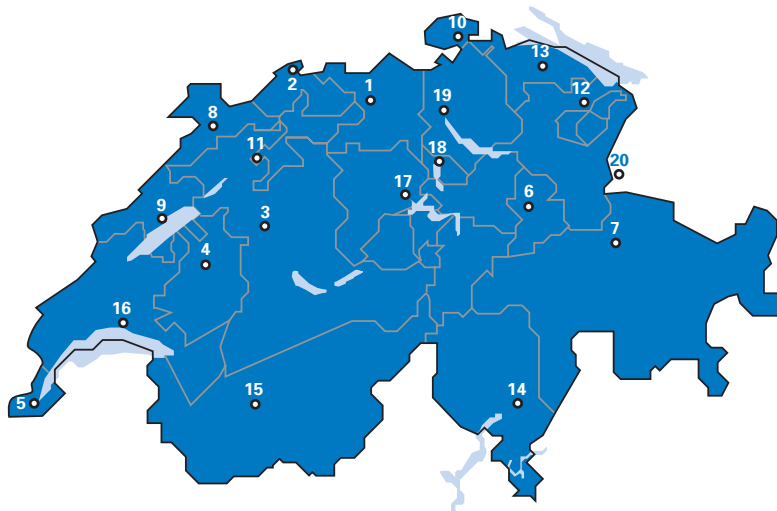
→ Bladder cancer

Macmillan Cancer Support, a non-profit cancer information service, UK

Fonti

Le pubblicazioni e i siti Internet citati in questo opuscolo sono serviti alla Lega contro il cancro anche come fonti. Essi soddisfano complessivamente i criteri di qualità della Health On the Net Foundation, il cosiddetto HonCode (vedi www.hon.ch/HONcode/Italian).

Consulenza e aiuto – la lega contro il cancro nella sua regione



1 Krebsliga Aargau

Milchgasse 41, 5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-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.krebssliga-basel.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga

Ligue bernoise contre le cancer

Marktgasse 55, Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg

Route de Beaumont 2
case postale 75
1709 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 425 54 01
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer

17, boulevard des Philosophes
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 Glarus

Kantonsspital, 8750 Glarus
Tel. 055 646 32 47
Fax 055 646 43 00
krebssliga-gl@bluewin.ch
www.krebssliga-glarus.ch
PK 87-2462-9

7 Krebsliga Graubünden

Alexanderstrasse 38, 7000 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

8 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

- 9 Ligue neuchâtoise contre le cancer**
Faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
Incc@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9
- 10 Krebsliga Schaffhausen**
Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
b.hofmann@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 Krebsliga St. Gallen-Appenzell**
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
beratung@krebssliga-sg.ch
www.krebssliga-sg.ch
PK 90-15390-1
- 13 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
- 14 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
- 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. 027 922 93 21
Mobile 079 644 80 18
Fax 027 970 33 34
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2
- 16 Ligue vaudoise contre le cancer**
Av. Gratta-Paille 2
case postale 411
1000 Lausanne 30 Grey
tél. 021 641 15 15
fax 021 641 15 40
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0
- 17 Krebsliga Zentralschweiz**
Hirschmattstrasse 29, 6003 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5
- 18 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
- 19 Krebsliga Zürich**
Moussonstrasse 2, 8044 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssliga-zh.ch
www.krebssliga-zh.ch
PK 80-868-5
- 20 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 90-4828-8

Lega 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

Linea cancro

tel. 0800 11 88 11
(chiamata gratuita)
lunedì-venerdì
ore 10.00–18.00
helpline@legacancro.ch

www.forum-cancro.ch

Il forum Internet della
Lega contro il cancro

Linea stop tabacco

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

Opuscoli

tel. 0844 85 00 00
shop@legacancro.ch

Siamo molto grati del suo sostegno.

La sua Lega contro il cancro: