

Rosanna Lambertucci

Ha intervistato

Il Prof. GIOVANNI MUTO

Direttore SC Urologia Ospedale San Giovanni Bosco Torino – Presidente Ass. Urologi Italiani

Prof. Muto, con il passare degli anni la prostata (questa ghiandola che ha le dimensioni di una noce situata dietro all'intestino e avvolge il canale, l'uretra, deputato all'urina) va naturalmente incontro a modificazioni fisiologiche ...in pratica invecchia e con l'invecchiamento cosa può accadere?

Il 40% degli uomini oltre i 50 anni ha disturbi alla prostata. Quando il suo aumento di volume rende difficoltoso il flusso dell'urina dalla vescica all'uretra e, quando arrivato ad un certo grado, lo impedisce del tutto.

Nella **prima fase** della malattia, quella cosiddetta irritativa, il disturbo principale è il bisogno continuo di urinare, soprattutto di notte: il malato è costretto a interrompere il sonno più volte per l'impellente esigenza di andare in bagno.

Alla fase irritativa, che può insorgere anche intorno ai 35-40 anni, segue quella **ostruttiva**: la prostata ingrossata comprime l'uretra, il canale che fa comunicare la vescica con l'esterno, ostacolando il deflusso dell'urina. A questa fase corrispondono nuovi disturbi bruciore e dolore durante la minzione, sensazione di mancato svuotamento vescicale, sgocciolamento post minzionale. Il malato ha difficoltà ad iniziare ad urinare, ha un getto più debole e prolungato e gli resta la sensazione di non aver svuotato del tutto la vescica).

Con il tempo la situazione peggiora: lo svuotamento avviene a più riprese, goccia a goccia. A questo punto l'ostruzione è totale.

Oggi il tumore della prostata colpisce circa 44.000 nuovi casi l'anno ed è il secondo tumore più frequente nel sesso maschile nei paesi occidentali, come ci si può accorgere tempestivamente della presenza di un tumore alla prostata?

Negli ultimi anni si è un po' abbassata l'età di comparsa dei problemi alla prostata anche 35/40 anni.

È necessaria una visita dall'urologo...come le donne periodicamente fanno una mammografia così gli uomini dovrebbero fare, superati i 50 anni, degli esami periodici:

1) L'esplorazione rettale: attraverso al quale l'urologo può palpare la parte esterna della prostata, individuando eventuali ingrossamenti del tessuto.

2) L'analisi del PSA – antigene specifico della prostata presente nel sangue. Il PSA è una proteina che normalmente è prodotta dalla prostata nel liquido seminale per renderlo più fluido. Parte di questa proteina è presente nel sangue, in forma libera o associata ad altre sostanze. È stato visto che la quantità di PSA nel sangue aumenta quando la prostata è malata.

3) L'ecografia prostatica: una sonda, inserita nel retto, può fotografare il tessuto prostatico, rivelando eventuali tumori, anche di piccole dimensioni.

4) La Biopsia del tessuto: un esame di conferma della presenza di un tumore. È molto importante sottolineare che nella fase iniziale le cellule cancerose crescono molto lentamente non manifestano segni di malattia è il caso di persone molto anziane. Altri tipi di tumori possono essere molto dannosi, invadendo anche altre parti del corpo e provocando sintomi di malattia solo quando diventa troppo tardi.

Ci sono delle novità interessanti che riguardano la diagnosi, un esame più attendibile?

In caso di persistenza e progressione del PSA, nonostante la biopsia prostatica NEGATIVA per tumore e persistenza di elevati valori del PSA, è oggi possibile effettuare il PCA3 TEST. Questo nuovo biomarkers

(PCA3) è dosato nelle urine dopo massaggio prostatico e, utilizzando tecniche di amplificazione genica, si può valutare l'espressione del gene PCA3 nelle cellule raccolte in un campione di urina. Rispetto al PSA, il PCA3 score ha una maggiore specificità (74% contro 17%) per cui è più utile nel valutare la necessità di ripetere la biopsia prostatica in caso di persistenza di elevati valori del PSA.

Ci sono delle novità che riguardano la chirurgia?

Quando la prostata non è molto grande, quando il tumore è tutto localizzato all'interno della prostata e non fuoriesce, nei pazienti portatori di patologie che sconsigliano una prolungata anestesia generale o a rischio di fenomeni trombo embolici, si pratica la **BRACHITERAPIA**: è una forma di radioterapia in cui delle piccole capsule (semi) contenenti sorgenti radioattive (palladio e iodio) vengono impiantate nella prostata sotto guida ecografica. Ciascun seme rilascia una piccola quantità di energia radiante ad una limitata porzione di tessuto prostatico. Questa tecnica non danneggia le strutture adiacenti alla prostata: retto, vescica, uretra.

Quando bisogna intervenire chirurgicamente?

Il trattamento chirurgico è uno dei trattamenti più consigliati in caso di tumore alla prostata, consiste nella rimozione di tutta la ghiandola (prostatectomia radicale) con un'incisione tra lo scroto e l'ano (approccio perineale) oppure nella parte inferiore dell'addome (approccio retro pubico).

L'intervento chirurgico di Prostatectomia Radicale rappresenta a tutt'oggi il gold standard per il trattamento delle neoplasie prostatiche organo-confinate.

Le nuove tecniche chirurgiche:

- Radioterapia
- HIFU (è una procedura ad alta precisione che utilizza ultrasuoni focalizzati ad alta intensità per riscaldare e distruggere il tessuto malato. Questa tecnologia consente l'esecuzione di un'"ablazione" precisa del tessuto malato e per questo motivo viene definita chirurgia HIFU. Dato che distrugge il tessuto malato in maniera non invasiva)
- Crioterapia

Una delle maggiori preoccupazioni dei pazienti che devono essere sottoposti ad un intervento chirurgico alla prostata è quella delle ripercussioni sulla sfera sessuale. Oggi la chirurgia dispone di nuove tecniche per salvare la virilità?

La tecnica si chiama "nerve-sparing". Con l'intervento di prostatectomia radicale si rimuove non solo il tessuto prostatico malato ma anche dei fasci vascolo nervosi, indispensabili per la vita sessuale. Questi, infatti, trasmettono gli impulsi che portano all'erezione. E' importante toglierli questi fasci perché potrebbero presentare dei residui tumorali. Quindi, per non interrompere la sessualità quelle "strade nervose" vanno ripristinate. Questo è possibile prelevando dalla gamba, nell'area del malleolo, un segmento di nervo surale, che corre nel polpaccio. Il fascio nervoso viene trasferito là dove c'era la prostata e cucito a monte e a valle, con le parti restante dei nervi erigenti non ci sono problemi di rigetto perché si tratta di auto donazione. L'intervento dura 30 minuti con 4 giorni di degenza.

Prof. Muto di recente è stata pubblicata una notizia sensazionale per quanto riguarda la cura del tumore alla prostata...dei geni in grado di far regredire le metastasi...una scoperta fatta se non sbaglio proprio da Lei...

La scoperta è stata fatta dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Istituto oncologico Mediterraneo di Catania ed anche io. Si tratta di due minuscoli geni che hanno il miracoloso effetto, se inoculati nel paziente, di far regredire le metastasi che si sviluppano dal tumore prostatico. In altre parole è stato individuato il meccanismo attraverso cui il tumore alla prostata diventa sempre più aggressivo e maligno tanto da divenire refrattario alla terapia. Devo aggiungere per una corretta informazione che per ora questa nuova terapia genica è risultata efficace solo nella sperimentazione in laboratorio.