

Tumori urologici: della prostata, del rene e delle vie urinarie

Informazioni
sul percorso
di cura

INDICE:

- Tumori della prostata, cos'è il tumore alla prostata	pag. 4
- Come si diagnostica	pag. 4
- Come si cura	pag. 5
- Tumori del rene, cos'è il tumore del rene	pag. 6
- Come si diagnostica	pag. 6
- Come si cura	pag. 6
- Tumori della vescica e delle vie urinarie, il tumore	pag. 8
- Come si diagnostica	pag. 8
- Come si cura	pag. 8

TUMORI DELLA PROSTATA

Cos'è il tumore della prostata

La prostata è una ghiandola che produce il liquido seminale (sperma) ed è localizzata nella pelvi, sotto la vescica. Il tumore della prostata è la neoplasia più comune negli uomini, in Italia ci sono circa 40.500 nuovi casi ogni anno. L'età media d'insorgenza è di 72 anni. Fino al 10% dei casi è associato a una suscettibilità genetica e si stima che il rischio di sviluppare tumore della prostata sia doppio se c'è un familiare di primo grado affetto. Nella maggior parte dei casi familiari, la predisposizione genetica deriva dalla mutazione del gene BRCA, un gene associato anche ad altri tumori. Nella maggioranza dei casi il tumore della prostata è sporadico e non associato a suscettibilità genetica.

Come si diagnostica

La diagnosi precoce (screening) del tumore della prostata consiste nell'analisi del PSA nel sangue e deve essere riservato ai soggetti più a rischio, in base all'età, all'etnia, alla familiarità e all'eventuale stato del portatore di mutazione del gene BRCA.

La sua prescrizione va discussa dal medico con il paziente per verificare il bilancio di rischi e benefici, ma è comunque solitamente suggerita a tutti gli uomini tra i 50 e i 75 anni.

La maggior parte dei casi di tumore della prostata viene diagnosticata in fase iniziale, quando la patologia non dà segnali, grazie a un programma di prevenzione, diagnosi precoce o screening.

Meno frequentemente la diagnosi di tumore della prostata segue accertamenti diagnostici per sintomi e segni legati alla crescita locale della malattia, come la diminuzione della potenza del getto urinario, l'aumento della frequenza delle minzioni, il bruciore alla minzione e il dolore perineale (che peraltro sono più frequentemente correlati all'ingrandimento benigno della prostata).

Più raramente ancora il tumore della prostata viene diagnosticato in fase avanzata, quando la malattia ha localizzazioni (metastasi) a distanza: una sede frequente di metastasi sono le ossa, e in questo caso il sintomo è il dolore osseo per lesioni ossee o fratture patologiche, principalmente alla colonna vertebrale.

Nel sospetto di tumore della prostata, è necessario eseguire una risonanza magnetica multiparametrica a cui seguirà, in caso di confermato sospetto di tumore, una biopsia della prostata. Gli accertamenti successivi (TAC, scintigrafia ossea, o PET) sono prescritti dallo specialista oncologo, urologo o radioterapista in base alla situazione individuale.

Come si cura

Nella persona con tumore localizzato unicamente alla prostata e ai linfonodi locali, le opzioni di cura sono la chirurgia o la radioterapia.

Le scelte più adeguate al singolo individuo sono stabilite da un gruppo multidisciplinare composto da specialisti in oncologia, urologia e radioterapia, con l'ausilio di radiologi, medici nucleari e anatomopatologi, a volte coadiuvati da psicologi.

Il tipo di trattamento dipende anche dall'età, dalle patologie concomitanti, dall'aggressività della malattia rilevata in biopsia, dalla sua estensione e dall'aspettativa di vita.

In un piccolo numero di persone con malattia poco estesa può essere proposta una sorveglianza attiva, cioè dei controlli con visite periodiche e frequenti valutazioni del PSA e di altri parametri (come risonanza e biopsia), senza eseguire chirurgia o radioterapia, per valutare la velocità di crescita della malattia prima di decidere come intervenire.

Nelle persone con malattia più estesa e aggressiva viene proposta la chirurgia o la radioterapia, in base all'età e agli altri problemi di salute del paziente. Dalla chirurgia e dalla radioterapia possono insorgere spiacevoli complicanze come l'incontinenza urinaria con conseguente necessità di utilizzare pannolini e l'impotenza sessuale, cioè l'impossibilità ad avere rapporti sessuali.

Per ridurre il rischio di complicanze, la chirurgia negli ultimi anni è diventata sempre meno invasiva e all'Ospedale Niguarda viene effettuata con una speciale tecnica robotica (chiamata "Retzius-sparing"), in grado di ridurre il rischio di incontinenza. L'evoluzione della tecnologia ha portato l'Ospedale Niguarda ad avere in dotazione 6 diverse piattaforme robotiche per la chirurgia addominale, incluso il robot "single-port", che permette ai chirurghi di effettuare l'intervento con un'unica incisione.

Il paziente informato dei benefici e dei rischi connessi alle diverse possibilità di cura, è guidato nella scelta del migliore percorso terapeutico.

Nelle persone con tumore della prostata avanzato, cioè esteso anche ad altri organi, invece, la terapia è con farmaci. Poiché la crescita del tumore della prostata è sostenuta dalla produzione di testosterone, il cardine della terapia è la deprivazione ormonale del testosterone mediante terapie ormonali che ne comportano la soppressione.

Nei tumori estesi ma sensibili alla deprivazione ormonale si propongono in aggiunta terapie ormonali di nuova generazione o chemioterapia.

È nella fase più avanzata della malattia, quando la crescita del tumore non è più controllata dalla sola deprivazione ormonale, che vengono proposte le terapie ormonali di nuova generazione e la chemioterapia. Negli individui che non rispondono alle terapie

ormonali, e sono portatori di mutazioni di BRCA nel tumore o nel sangue si possono proporre terapie con farmaci della classe dei PARP inibitori. Esistono anche terapie radiorecettoriali, somministrate per endovena e che rilasciano radiazioni ionizzanti in prossimità delle metastasi; attualmente tali terapie hanno come bersaglio le ossa, ma è stata recentemente approvata una terapia che agisce su altre sedi della malattia.

TUMORI DEL RENE

Cos'è il tumore del rene

Il tumore del rene si sviluppa nei reni, gli organi localizzati in addome, deputati alla produzione di urina per l'escrezione delle sostanze tossiche e ad altre funzioni cruciali per l'organismo. Ogni anno in Italia si registrano circa 12.600 nuove diagnosi. Il tumore del rene è più comune negli uomini che nelle donne e insorge in genere in età avanzata. I principali fattori di rischio sono il fumo di sigaretta, l'obesità e l'esposizione occupazionale a cancerogeni chimici. Più raramente insorge nell'ambito di una sindrome genetica, come la sindrome di Von Hippel Lindau. Attualmente non esistono programmi di prevenzione secondaria o screening.

Come si diagnostica

Spesso la diagnosi è incidentale, cioè dopo indagini radiologiche eseguite per altre ragioni. I sintomi possono insorgere precocemente ma più spesso sono tardivi e si presentano quando la malattia è già in fase avanzata. Questi possono includere ematuria (sangue nelle urine), dolore, massa palpabile al fianco e alterazioni sistemiche come l'ipertensione, il dimagrimento, l'ipercalcemia e l'anemia.

In caso di malattia localizzata al rene, si propone un intervento chirurgico di asportazione totale o, se possibile, parziale del rene (nephrectomia totale o parziale) che oltre ad accertare la diagnosi è curativo.

In caso di malattia avanzata, cioè estesa ad altri organi oltre al rene, la diagnosi viene accertata tramite biopsia di una metastasi più raramente del rene stesso.

Come si cura

Il percorso di cura del tumore renale è stabilito da un gruppo multidisciplinare esperto composto da specialisti in oncologia, urologia, radiologia e anatomia patologica, a volte coadiuvato dagli psicologi.

Circa la metà dei casi di tumore del rene viene diagnosticato in fase precoce, per cui l'asportazione completa o parziale del rene è risolutiva. Nello specifico, oggi la maggior

parte dei tumori del rene viene asportata con tecnica mini-invasiva (laparoscopica o robotica), rimuovendo solo la massa tumorale e risparmiando la porzione sana del rene interessato; solo in una minoranza di casi diventa necessario asportare tutto il rene, e anche in questo caso l'intervento viene effettuato con piccole incisioni in chirurgia robotica. Molto spesso basta un'unica incisione utilizzando il robot chiamato "single-port".

Nonostante l'asportazione in alcuni casi il tumore recidiva nella stessa sede o in altri organi, a distanza di tempo variabile dall'intervento.

In molti casi la malattia recidivata nella stessa sede della prima chirurgia, o in altri organi (metastasi), può essere operata a scopo radicale, cioè rimuovendo interamente la parte malata. Per i pazienti che vengono sottoposti a questi interventi e risolvono la malattia, è stata di recente approvata l'immunoterapia con infusioni ogni 3 settimane per 1 anno, per ridurre il rischio di ulteriori recidive.

Quando il tumore del rene è diagnosticato in fase avanzata (inoperabile) o sono presenti metastasi che non sono asportabili in modo radicale, il cardine della cura è la terapia medica.

La terapia medica nel tumore del rene non è mai chemioterapia: è sempre costituita da farmaci innovativi che sono in forma di compresse o endovena (immunoterapia).

In alcuni casi, e in base alle problematiche emergenti, a queste terapie vengono affiancate la nefrectomia e/o la radioterapia delle metastasi.

La terapia medica più adeguata di prima linea è stabilita tenendo conto delle caratteristiche del tumore e del paziente. In genere, consiste in una combinazione di farmaci di due categorie: l'immunoterapia, che aiuta il nostro sistema immunitario a reagire contro il tumore, e i farmaci orali che bloccano dei recettori favorendo la morte delle cellule tumorali.

Le combinazioni sono diverse e includono: axitinib associato a pembrolizumab; cabozantinib associato a nivolumab; lenvatinib associato a pembrolizumab; nivolumab associato a ipilimumab (quest'ultima combinazione è di sola immunoterapia). In casi molto selezionati a basso rischio e in presenza di poche metastasi, viene proposta la sorveglianza attiva, posticipando la terapia medica in caso di avanzamento della malattia.

Se la malattia non risponde alla prima terapia, c'è la possibilità di proseguire i trattamenti con dei farmaci orali che agiscono su recettori diversi rispetto ai primi.

La radioterapia trova applicazione nella riduzione dei sintomi causati da alcune metastasi, specie quelle alle ossa e all'encefalo.

TUMORI DELLA VESCICA E DELLE VIE URINARIE

Cos'è il tumore della vescica e delle vie urinarie

I tumori uroteliali si sviluppano nella mucosa che riveste le vie urinarie, cioè le strutture che portano l'urina dai reni fino all'esterno, la vescica e l'uretra e le alte vie urinarie, costituite dai bacinetti renali e dagli ureteri. I primi raccolgono l'urina dai reni e la convogliano nella vescica, prima dell'escrezione. I tumori uroteliali sono il 4° tumore per incidenza in Italia, con circa 30.000 nuovi casi ogni anno, di cui la gran parte negli uomini. I fattori di rischio più comuni sono l'esposizione al fumo di sigaretta e a sostanze chimiche della classe delle amine aromatiche, la radioterapia sulla pelvi, l'irritazione cronica da particolari infezioni ricorrenti, calcoli o catetere a permanenza.

Come si diagnostica

Spesso la diagnosi consegue alla comparsa di sintomi quali presenza di sangue nelle urine, bruciore, urgenza o aumentata frequenza alla minzione, dolore alla pelvi o gonfiore agli arti inferiori.

La diagnosi è accertata tramite esami del sangue e delle urine, ecografia dell'addome e una cistoscopia che consente sia di visualizzare direttamente eventuali lesioni nella vescica che di effettuare una biopsia per la diagnosi patologica.

Come si cura

Il trattamento dei tumori uroteliali è stabilito in base all'estensione della malattia che può essere localizzata all'organo di origine o interessare altri organi.

Nella malattia localizzata all'organo di origine, il trattamento più adeguato dipende dal livello di invasività della neoplasia all'interno della parete.

Nella malattia localizzata che interessa la mucosa superficialmente (non-muscolo-infiltrante) il trattamento consiste nella rimozione con procedura endoscopica trans-uretrale con o senza instillazioni vescicali periodiche di un farmaco anti-tumorale.

Nella malattia estesa oltre la mucosa (muscolo-infiltrante) il trattamento consiste nella asportazione della vescica (cistectomia) o della via urinaria. L'atto chirurgico è, quando possibile, preceduto da alcune settimane di somministrazione di chemioterapia con Cisplatino e Gemcitabina, che aumentano la probabilità dell'intervento chirurgico di ridurre la malattia.

All'Ospedale Niguarda questo tipo di interventi viene effettuato nella maggior parte dei casi, mediante chirurgia robotica attraverso piccole incisioni; l'asportazione della

vescica richiede la ricostruzione di una via urinaria alternativa per l'eliminazione delle urine, che può essere o una stomia addominale (cioè un "buco" sull'addome da cui esce l'urina, con un sacchetto adesivo che rimane sotto i vestiti e non è visibile dagli altri) o una neovescica (cioè un serbatoio interno costruito utilizzando un tratto di intestino).

Nella malattia avanzata non più operabile o con metastasi in altri organi, il trattamento iniziale è la chemioterapia. Nelle persone che rispondono alla chemioterapia, si può eseguire un trattamento di mantenimento con immunoterapia.

Nelle persone che non rispondono alla terapia medica oncologica citotossica, si può eseguire l'immunoterapia. Le terapie successive sono personalizzate in base allo stato individuale e alle sedi di malattia. La radioterapia può essere indicata per il controllo di sintomi. Nei casi clinici, ove si rilevi indicazione, il percorso di cura sarà coadiuvato dagli psicologi.

CENTRALINO

02 6444.1

Ufficio Relazioni con il Pubblico
Padiglione 1 , piano terra
tel: 02 6444.2794/2795
urp@ospedaleniguarda.it

SPORTELLI

Prenotazione
Presso l'Ospedale (Blocco Nord e Blocco Sud)
e presso le Case di Comunità
Per gli orari consulta il sito
www.ospedaleniguarda.it.

Cartelle cliniche
Padiglione 1, piano terra
tel: 02 6444.2212
certificazionisanitarie@ospedaleniguarda.it

Ufficio stranieri
Blocco Nord, piano terra
lun-ven: 8.30-15.30

PARCHEGGI E PUNTI VIDIMAZIONE

Parcheggio Sud, ingresso Via Zubiani:
3,20 euro fino a 4 ore / 4.00 euro da 4 a
24 ore

Parcheggi interni: 1 euro 30 min.
3 euro 60 min. / 5 euro ogni ora successiva

Per l'esonero al pagamento (con
contrassegno disabili, documento di
identità e biglietto del parcheggio)
rivolgersi ai punti vidimazione:
Padiglione 1, Portineria (7.00-21.00)
Blocco DEA, Portineria (21.00-7.00)

Contatti

Niguarda Cancer Center:

mail: cancer@ospedaleniguarda.it

A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
P.zza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
Tel. 02 6444.1 - Fax 02 6420901

www.ospedaleniguarda.it

Aggiornamento Aprile 2025
Mod. 04190
a cura di: Comunicazione
comunicazione@ospedaleniguarda.it

Edizione speciale sostenuta da:

"Progetto Contact Center - Professionisti Pronti a Rispondere"

Realizzato con il supporto di:

