

Ipertrafia prostatica e tumore prostatico: che differenza c'è?

E' fondamentale distinguere il **tumore prostatico**, che è una neoplasia maligna dall'**ipertrafia prostatica benigna** (IPB) che è un ingrossamento benigno della prostata che non ha alcuna malignità.

Precisiamo che il termine benigno e maligno hanno un significato preciso: maligno è quella malattia che prolifera e che può attaccare organi vicini o lontani (metastasi)

Per benigno si intende un processo di sviluppo che tende ad aumentare le dimensioni dell'organo, ma senza diffondersi ad organi vicini o a distanza.

Sintomi e segni

- **IPB:** necessità di urinare più frequente, bisogno di urinare di notte, getto urinario ridotto, tempo di attesa per urinare aumentato.
- **Tumore della prostata:** molto spesso non c'è alcun sintomo

Cause e fattori di rischio

- **IPB:** nessuna causa certa. Verosimilmente c'è familiarità
- **Tumore della prostata:** Nessuna causa certa. E' associato alla razza (più frequente negli afro-americani e meno negli orientali) e c'è familiarità. Sembra che sia favorito, tra le altre cose, dalla dieta occidentale, dall'obesità e dall'elevato colesterolo e inibito dall'uso di tè verde, pomodori e selenio: al momento NON VI SONO PROTOCOLLI DI PREVENZIONE CONDIVISI E UNIVOCI (come invece per esempio l'astensione dal fumo di sigaretta per il polmone)

Quando rivolgersi al medico

Nel corso della sua vita, la donna ha tanti momenti per ricorrere al ginecologo (prime mestruazioni, contraccezione, gravidanza, menopausa), mentre nel caso dell'uomo, non essendo più neanche effettuata la visita di leva, non vi sono ragioni specifiche per recarsi dall'urologo.

Un check up prostatico è consigliabile SOPRA i 50 anni nei soggetti normali, mentre nei soggetti con familiarità per patologie prostatiche, soprattutto tumore, o di razza afroamericana, conviene anticipare il controllo a 40 anni.

Controlli, diagnosi e prevenzione

- **IPB:** quando e se compaiono disturbi, è utile eseguire un approfondimento. Questo avviene di solito raccogliendo con cura la storia del paziente, ed effettuando una ecografia addome completo e una uroflussimetria con valutazione del residuo post minzionale. Questi due esami ci danno parecchie informazioni, tra le quali:
 - 1) dimensioni della prostata,
 - 2) controllo dell'apparato urinario
 - 3) controllo del flusso urinario
 - 4) verifica dell'accurato svuotamento della vescica
- **TUMORE:** e' importante diagnosticare il tumore prostatico, come in quasi tutti i casi oncologici, con buon anticipo.

- Per questo, il **PSA** si è dimostrato efficace.

L'uso del PSA, tuttavia, sembra avere consentito di diagnosticare un numero estremamente elevato di tumori, alcuni dei quali, forse non realmente aggressivi. I dati più recenti sembrano tuttavia mettere in luce un crescente vantaggio nell'uso del **PSA** come strumento di screening (F.Schroeder: European Association of Urology febbraio 2012).

Personalmente, consiglio ai miei pazienti il dosaggio del PSA sopra i 50 anni e a seguire una volta ogni 12 mesi.

- Esistono **altri marcatori** (es. PCA3) ma non sono ancora disponibili dati univoci sull'efficacia in termini diagnostici tanto da poterli consigliare routinariamente.

- **Biopsia prostatica**: può essere fatta per via trans rettale o trans perineale: E' **INDISPENSABILE PER FARE DIAGNOSI**, mentre l'ecografia prostatica trans rettale, da sola, non è di alcun aiuto diagnostico senza la biopsia. Non è indicata per fare diagnosi.

- **Scintigrafia ossea**: ci dice se il tumore ha interessato le ossa. Se la biopsia è positiva, può essere utile ricorrere alla scintigrafia ossea se:

1) il gleason score della biopsia è > 7

2) il PSA è > 10

3) l'esplorazione rettale è francamente positiva

- **TAC addome con mezzo di contrasto**: ci dice se il tumore ha interessato i visceri dell'addome e/o i linfonodi. Utile nei medesimi casi della scintigrafia ossea.

- **PET con COLINA**: Non si utilizza in fase diagnostica ma in fase di controllo, se i valori di PSA risalgono dopo o durante il trattamento.

Terapia e trattamento

- **IPB**: dalla semplice terapia comportamentale (bere molto, non fare vita eccessivamente sedentaria, dieta adeguata etc.) si passa alla terapia farmacologica: esistono diverse classi di farmaci che contribuiscono in modo efficace a ridurre i sintomi e disturbi legati all'IPB. (alfa litici, inibitori 5 alfa reduttasi etc.)

Qualora non sia sufficiente la terapia farmacologica, si può ricorrere alla chirurgia.

Anche in questo caso c'è un'ampia sfera di possibilità: dalla endoscopia tradizionale (resezione prostatica trans uretrale TURP) all'uso endoscopico del laser (laser ad OLMIO; KTP; TULLIO etc.) alla chirurgia tradizionale (adenomectomia prostatica).

- **TUMORE DELLA PROSTATA**: vigile attesa, brachiterapia, radioterapia, trattamento HIFU (Ultrasuoni Focalizzati ad Elevata Intensità), chirurgia tradizionale, chirurgia laparoscopica/robotica, terapia ormonale sono i trattamenti più diffusi.
 - **VIGILE ATTESA**: In casi molto selezionati si può evitare l'intervento attivo e scegliere un atteggiamento conservativo, monitorando la possibile evoluzione della neoplasia.
 - **BRACHITERAPIA**: piccoli semi radioattivi che vengono inseriti nella prostata in una sola seduta operatoria. Un trattamento effettuato con buoni risultati in alcuni centri italiani
 - **RADIOTERAPIA ESTERNA**: il paziente riceve alcune applicazioni di raggi che hanno l'effetto di danneggiare il tessuto prostatico e inibire lo sviluppo del tumore.

- HIFU: trattamento con Ultrasuoni per via trans-rettale, che distruggono il tessuto prostatico mediante l'aumento della temperatura. E' un trattamento che fornisce buoni risultati nel trattamento della malattia localizzata, è praticato in centri di elevata specializzazione italiani.
- CHIRURGIA: consiste nella rimozione fisica della prostata e del tumore dall'organismo del paziente
- CHIRURGIA LAPAROSCOPICA/ROBOTICA:consiste nella rimozione fisica della prostata e del tumore dall'organismo del paziente, minimizzando il trauma chirurgico consentendo al paziente, soprattutto per quanto riguarda l'approccio robotico, un eccellente risultato in termini di recupero della continenza e della potenza sessuale.
- TERAPIA ORMONALE: riservata a casi selezionati, soprattutto a pazienti che presentino una malattia avanzata o che per varie ragioni non possano effettuare o rifiutino il trattamento chirurgico o radiante. E' spesso utilizzata in associazione alla radioterapia, o in casi di progressione di malattia dopo chirurgia e/o radioterapia.
- CHEMIOTERAPIA E NUOVI FARMACI: rappresentano una frontiera nuova per il trattamento del tumore prostatico avanzato, resistente al trattamento con ormonoterapia. Sono di competenza ONCOLOGICA, o meglio multidisciplinare (oncologo + urologo + eventuali altri consulenti)

Conclusioni

IPB e **tumore della prostata** sono due malattie diverse e non correlate, che possono interessare, anche insieme, lo stesso organo (Prostata).

La sintomatologia è quasi sempre legata all'IPB, mentre il tumore resta silente.

Ad oggi, esistono per entrambi trattamenti molto efficaci e spesso in grado di guarire la malattia riducendo al minimo l'impatto sulla qualità di vita del paziente.

E' quindi importante tenere sotto controllo la prostata,