

# Cancro della prostata

1

## Epidemiologia ed Eziologia

- Neoplasia piu' frequente nei maschi dopo il ca. polmone
- INCIDENZA 100/ 100000
- AL TERZO POSTO COME CAUSA DI MORTE PER CANCRO
- L'INCIDENZA AUMENTA CON L'ETA'
- ETA' MEDIA DI DIAGNOSI: 66 ANNI

2

## Fattori di rischio

### Genetici:

-5-10%

### Ambientali:

- Dieta ricca in Grassi
- radiazioni

### Ormonali:

- Concentrazioni sieriche di testosterone

3

## ANATOMIA PATOLOGICA

### ORIGINE

- T. EPITELIALI (90%)
- T. STROMALI (RABDOMIOSACROMA, LEIOMIOSARCOMA)
- T. SECONDARI

### TUMORI EPITELIALI

- ADENOCARCINOMA
- CARCINOMA A CELLULE TRANSIZIONALI
- CARCINOMA A CELLULE SQUAMOSE
- CARCINOMA NEUROENDOCRINO

## STORIA NATURALE

- Crescita locoregionale: infiltrazione della capsula, degli spazi perineurali, vescicole seminali, trigono vescicale, raramente retto e uretra.
- La diffusione linfatica coinvolge i linfonodi otturatori, presacrali, iliaci interni ed esterni.
- La metastatizzazione ossea (80%) è localizzata prevalentemente al rachide con lesioni osteoblastiche, per i plessi venosi di Batson.
- Metastasi viscerali meno frequenti.

5

## SINTOMI E SEGNI

- Disturbi della minzione (disuria, riduzione del getto minzionale, pollachiuria, nicturia)
- Ostruzione vescicale, acuta o cronica fino all'insufficienza renale.
- Ematospermia per interessamento delle vesciche seminali
- Impotenza
- Dolore da localizzazione ossea secondaria.
- Anemia /Pancitopenia da infiltrazione midollare

6

## ESAME OBIETTIVO

DRE: Digital rectal examination

7

## Diagnosi

- Ecografia pelvica transrettale
- Biopsia transrettale ecoguidata
- Marcatore Tumorali: PSA (1-4 ng/ml)

8

## STADIAZIONE

**Completamento stadiativo con**

**TC total body**

**RMN**

**UROGRAFIA**

**SCINTIGRAFIA OSSEA**

9

## STADIAZIONE

**T1** neoplasia non visibile con la diagnostica per immagini

**T2** neoplasia localizzata alla prostata che non supera la capsule

**T3** neoplasia che supera la capsula prostatica

**T4** neoplasia che infiltra gli organi vicini

## GRADING (SCORE DI GLEASON)

**Determinato nelle due aree più vaste con morfologia differente**

**2-10**

10

## Trattamento

11

## Chirurgia

- Prostatectomia radicale per via retropubica con asportazione della prostata, del collo vescicale, delle vescicole seminali, ampolle deferenziali, strutture vascolari e nervose adiacenti.
- La radicalità chirurgica deve essere confermata con l'azzeramento dei livelli alterati di PSA

## Radioterapia

Consente di ottenere risultati comparabili alla chirurgia nelle forme localizzate.

Indicata come trattamento adiuvante nelle forme localmente avanzate dopo chirurgia

Ha un ruolo palliativo nel trattamento palliativo delle lesioni metastatiche sintomatiche

## Ormonoterapia

Rappresenta il trattamento standard nella malattia avanzata

Castrazione farmacologica: LH-RH agonisti

Farmaci ad azione antiandrogena: competizione recettoriale col testosterone (flutamide, bicalutamide)

**BAT: BLOCCO ANDROGENICO TOTALE**

## Chemioterapia

Docetaxel  
Fotemustina