

Il cancro muscolo-invasivo della vescica




aimac

La Collana del Girasole

Il cancro muscolo-invasivo della vescica

che cos'è, come combatterlo

Aimac è grata a MacMillan Cancer Support  (www.macmillan.org.uk) per aver concesso in esclusiva l'utilizzazione di questo libretto e per aver consentito al Comitato Scientifico di adattarlo ai fini di una migliore comprensione da parte di pazienti, parenti e amici e di adeguarne il contenuto alla realtà del Servizio Sanitario Nazionale, alla cultura, alle abitudini e ai rapporti medico-infermiere-paziente del nostro Paese.

Legenda

Per praticità di consultazione a lato del testo sono stati inseriti dei riquadri contraddistinti da piccole icone, ognuna delle quali ha il seguente significato:



richiama l'attenzione su alcuni concetti espressi nel testo a fianco



definizione di un termine tecnico



rimando ad altri libretti della Collana del Girasole o ad altre pubblicazioni di AIMaC



rimando a siti internet

Revisione critica del testo: **R. Colombo** (Dipartimento di Urologia, Università "Vita-Salute", Ospedale San Raffaele – Milano); **E. Fiorini** (Presidente APS Associazione PaLiNUro)

Editing: **C. Di Loreto** (Aimac)

Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del Progetto "Insieme si può. Una rete nazionale a sostegno del malato oncologico"; avviso n.1/2018 finanziamento di iniziative e progetti di rilevanza nazionale ai sensi degli artt. 72 e 73 del D. lgs n. 117/2017 finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Prima edizione: febbraio 2022

Titolo originale dell'opera: ***Understanding Muscle-Invasive and Advanced Bladder Cancer***

© Aimac 2022. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di Aimac come convenuto con Macmillan Cancer Support.

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, Aimac declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.

Indice

- 5 Introduzione
- 6 Che cos'è il cancro?
- 7 La vescica
- 8 Il sistema linfatico
- 9 Quali sono le cause del cancro della vescica?
- 11 Quali sono i tipi del cancro della vescica?
- 12 Quali sono i sintomi del cancro della vescica?
- 13 Come si formula la diagnosi?
- 15 Ulteriori esami
- 17 Che cos'è la resezione endoscopica del cancro della vescica?
- 18 Stadiazione e grading del cancro della vescica
- 20 Quali sono i tipi di trattamento usati?
- 22 La chirurgia
- 27 La radioterapia
- 29 La chemioterapia
- 31 L'immunoterapia
- 32 Trattamenti di supporto
- 33 I controlli dopo le terapie
- 34 Se il cancro della vescica si ripresenta
- 35 Come si gestisce la derivazione urinaria
- 39 Cambiamenti dell'immagine corporea
- 39 La vita sessuale
- 42 La comunicazione in famiglia
- 43 Come aiutare se stessi
- 44 I trattamenti non convenzionali
- 44 Gli studi clinici
- 45 Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro



Introduzione

L'obiettivo di questo libretto, che ha carattere puramente informativo, è di aiutare i malati di cancro e anche i loro familiari e amici a saperne di più sul tumore muscolo-invasivo della vescica nel tentativo di rispondere, almeno in parte, alle domande più comuni relative a diagnosi e trattamento di questa malattia.

Naturalmente, questo libretto non contiene indicazioni utili a stabilire quale sia il trattamento migliore per il singolo caso, in quanto l'unico a poterlo fare è il medico curante che è a conoscenza di tutta la storia clinica del paziente.

Per ulteriori informazioni è disponibile il servizio offerto dall'helpline di Aimac, un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - tel. 06 4825107, e-mail info@aimac.it.



La divisione cellulare è un processo ordinato e controllato, ma se si altera, le cellule 'impazziscono' e continuano a dividersi senza controllo, formando una massa che si definisce 'tumore'.



Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.

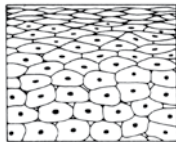
Sistema linfatico: elemento del sistema immunitario, il sistema naturale di difesa dell'organismo dalle infezioni e dalle malattie. È costituito da vari organi quali il midollo osseo, il timo, la milza e i linfonodi, collegati tra loro da una rete di minuscoli vasi detti *vasi linfatici*. Nel sistema linfatico fluisce la *linfa*, un liquido giallo contenente i *linfociti*, ossia le cellule che devono combattere le malattie.

Metastasi: cellule neoplastiche staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi. Per tale motivo si parla anche di tumore secondario.

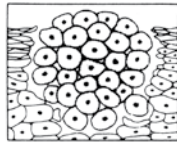
Che cos'è il cancro?

Il cancro non è una malattia unica, non ha un'unica causa né un unico tipo di trattamento: esistono oltre 200 tipi diversi di cancro, ognuno con un suo nome e un suo trattamento. Per questa ragione si sta consolidando il principio della "personalizzazione" della terapia oncologica.

Benché le cellule che costituiscono le varie parti dell'organismo abbiano aspetto diverso e funzionino anche in modo diverso, la maggior parte si ripara e si riproduce nello stesso modo. Di norma la divisione delle cellule avviene in maniera ordinata e controllata, ma se, per un qualsiasi motivo, questo processo si altera, le cellule 'impazziscono' e continuano a dividersi senza controllo, formando una massa che si definisce 'tumore'.



Cellule normali

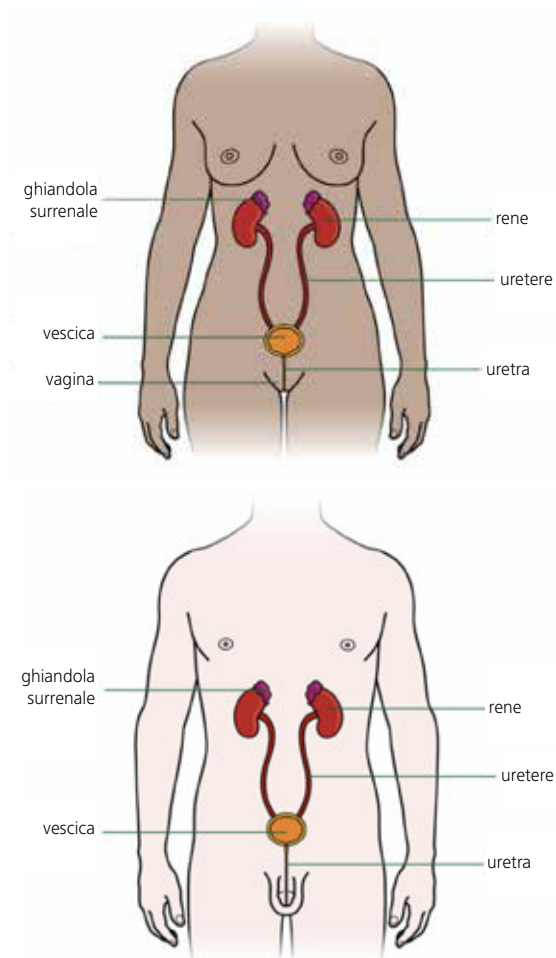


Cellule tumorali

I tumori possono essere **benigni** o **maligni**. I medici sono in grado di stabilire se un tumore è benigno o maligno sulla base di una **biopsia**. Le cellule dei tumori benigni crescono lentamente e non hanno la capacità di diffondersi ad altre parti dell'organismo; tuttavia, se continuano a crescere nel sito originale, possono diventare un problema, in quanto esercitano pressione contro gli organi adiacenti. Al contrario, i tumori maligni sono costituiti da cellule che, in assenza di un trattamento opportuno, hanno la capacità di invadere e distruggere i tessuti circostanti e di diffondersi a distanza, vale a dire al di là della sede di insorgenza del tumore primitivo. In altre parole, le cellule neoplastiche possono staccarsi dal tumore primitivo e diffondersi attraverso il circolo sanguigno o il **sistema linfatico**. Quando raggiungono un nuovo sito, le cellule possono continuare a dividersi, dando così origine a una **metastasi**.

La vescica

La **vescica** è un organo muscolare cavo situato nella **pelvi** e deputato a raccogliere l'urina prodotta dai reni. Internamente la vescica è rivestita dall'**urotelio**, un sottile **tessuto epiteliale** costituito da cellule molto particolari, cosiddette uroteliali o transizionali, la cui particolarità è essere impermeabili ai liquidi, per cui sono in grado di impedire il riassorbimento dell'urina. Un sottile strato di tessuto connettivo separa l'urotelio dalla restante parte più interna



Vescica: organo cavo muscolo-membranoso che funge da serbatoio di raccolta dell'urina.

Pelvi: porzione inferiore della grande cavità addominale.

Urotelio: tessuto epiteliale impermeabile che costituisce il rivestimento interno della vescica.

Tessuto epiteliale: uno dei quattro tipi fondamentali di tessuto (gli altri sono: tessuto di supporto o connettivo, tessuto muscolare e tessuto nervoso) che compongono il corpo dei vertebrati e quindi dell'uomo. Costituisce il rivestimento interno ed esterno della maggior parte delle superfici corporee. Il tessuto epiteliale, a differenza del connettivo sottostante, non è vascolarizzato.



Minzione: atto con il quale l'urina viene espulsa dall'organismo.

Urina: liquido prodotto dai reni attraverso un processo di filtrazione del sangue; contiene acqua, ioni e piccoli composti solubili, nel quale sono disciolte sostanze di rifiuto e parte dei nutrienti in eccesso.

Ureteri: condotti sottili che collegano i reni con la vescica, permettendo il deflusso dell'urina.

Uretra: piccolo canale lungo circa 3,8 cm nella donna e 20 cm nell'uomo attraverso il quale l'urina viene eliminata dall'organismo.

della parete vescicale, costituita da tessuto muscolare liscio e da tessuto elastico che rendono la vescica resistente e capace di espandersi e contrarsi durante la **minzione**.

L'**urina** è un liquido contenente acqua, sali e sostanze di rifiuto del metabolismo cellulare. È prodotta dai reni attraverso un processo di filtrazione del sangue e viene espulsa attraverso gli **ureteri**. Man mano che la vescica si riempie, si espande in modo da consentire all'urina di accumularsi. Quando raggiunge il limite di riempimento, la vescica invia un segnale al cervello, che ci fa percepire lo stimolo di andare al bagno. Il muscolo che costituisce la parete vescicale si contrae e spinge l'urina verso l'esterno attraverso l'**uretra**. Questo canale è dotato di una struttura muscolare che funge da sfintere. Gli sfinteri (uno esterno e uno interno) hanno la funzione di mantenere chiusa l'uretra, impedendo in tal modo la fuoriuscita incontrollata di urina, consentendone il passaggio solo quando necessario e sotto il controllo della volontà. *Nella donna*, l'uretra si presenta come un breve canale contiguo alla vagina. *Nell'uomo*, l'uretra è più lunga e passa attraverso la prostata fino al pene (v. figure a pag. 7).



Vasi linfatici: rete di vasi capillari che drenano la linfa e collegano i linfonodi dei vari distretti corporei.

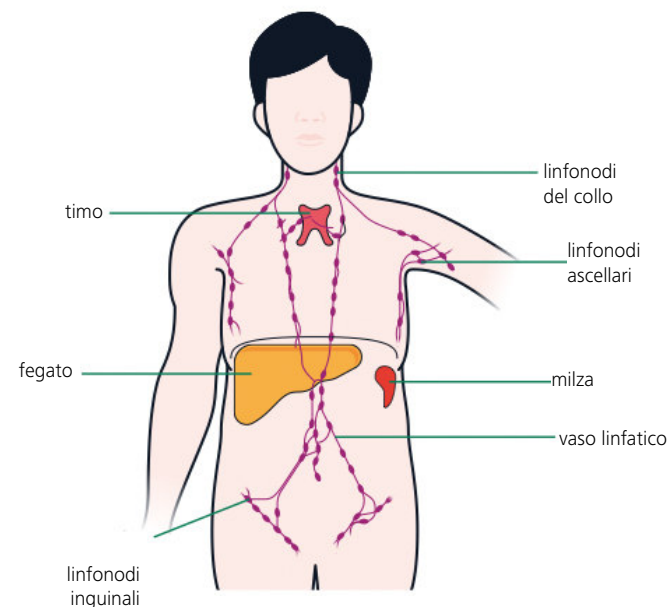
Linfonodi: piccole ghiandole a forma di fagiolo che filtrano sostanze dannose, cellule atipiche e microorganismi contenuti nella linfa.

Il sistema linfatico

Il sistema linfatico ha la funzione di difenderci dalle infezioni e dalle malattie; in più, drena la linfa dai tessuti del nostro corpo prima di reimmetterla in circolo nel sangue. È costituito da piccoli **vasi linfatici** che collegano tra di loro gruppi di **linfonodi** distribuiti in tutto l'organismo. Queste piccole ghiandole a forma di fagiolo filtrano batteri e virus contenuti nella linfa. Quando l'organismo sviluppa un'infezione, i linfonodi si possono ingrossare nel tentativo di frenarla o debellarla.

Talvolta, anche le cellule tumorali possono diffondersi at-

traverso il sistema linfatico. Le cellule che originano da un tumore della vescica si diffondono innanzitutto ai linfonodi situati più vicino alla vescica (linfonodi pelvici). Alcuni esami radiologici (v. pag. 16) possono identificare i linfonodi che si sospetta siano invasi dalle cellule tumorali.



Quali sono le cause del cancro della vescica?

Ogni anno in Italia si diagnosticano circa 30.000 casi di tumore della vescica. In circa 23.000 casi, il tumore interessa solo lo strato più superficiale della parete vescicale (**urotelio** e **sottomucosa**) e ha prognosi buona; nei casi restanti, il tumore è esteso allo strato più profondo della vescica o ai tessuti vicini e ha una prognosi meno buona.

Si sa molto poco in merito ai fattori che determinano l'insorgenza del cancro della vescica e nella maggior parte



Urotelio: tessuto epiteliale impermeabile che costituisce il rivestimento interno della vescica.

Sottomucosa: sottile membrana che si trova subito sotto l'urotelio.



I fattori che aumentano le probabilità di sviluppare un tumore della vescica sono:

- età;
- fumo;
- sesso;
- esposizione professionale a sostanze chimiche;
- infezione;
- precedente trattamento per tumore;
- storia familiare di tumore della vescica.

Avere un fattore di rischio non significa che ci si ammalerà necessariamente, così come non avere fattori di rischio non significa che non si possa sviluppare la malattia.



Catetere: tubicino flessibile di materiale, lunghezza e numero di estremità variabili in funzione dell'uso.

dei casi la causa è sconosciuta. È stato, tuttavia, dimostrato che le probabilità di sviluppare un tumore della vescica possono aumentare in presenza di determinati fattori di rischio che predispongono all'insorgenza della malattia, in particolare:

- **età:** il tumore della vescica è più comune tra gli individui con più di 70 anni, mentre raramente viene diagnosticato in individui di età inferiore a 40 anni;
- **fumo:** nei forti fumatori, il rischio di sviluppare un tumore della vescica è circa quattro volte superiore a quello dei non fumatori e aumenta in proporzione agli anni per cui si è fumato e alla quantità di sigarette consumate. Le sostanze chimiche contenute nel fumo di sigaretta vengono assorbite a livello polmonare, si diffondono attraverso il sangue e vengono eliminate con l'urina. Il contatto continuato con queste sostanze danneggia le cellule dell'urotelio che rivestono la vescica e può causare nel tempo l'insorgenza di un tumore;
- **sesso:** il tumore della vescica è circa tre volte più frequente tra gli uomini che nelle donne;
- **esposizione professionale a sostanze chimiche** (vernici, gomma, pellame, materiali tessili, stampa, prodotti per capelli, gas, plastica): queste sostanze, utilizzate in passato in vari settori industriali, sono oggi prevalentemente vietate. La loro azione è, in genere, molto lenta e possono trascorrere oltre 25 anni tra il momento dell'esposizione e l'insorgenza del tumore della vescica;
- **infezione:** infezioni urinarie ricorrenti e calcoli alla vescica non trattati sono spesso associati al carcinoma a cellule squamose della vescica, un tumore poco frequente, ma a prognosi infausta. Gli individui paralizzati a seguito di una lesione del midollo spinale devono portare per lungo tempo un **catetere** vescicale e sono, quindi, più soggetti alle infezioni della vescica e possono avere un rischio più elevato di sviluppare un tumore;

- **precedente trattamento per tumore:** chi è stato sottoposto a radioterapia della **pelvi** o a chemioterapia con *ciclofosfamide* ha un rischio più elevato di sviluppare un tumore della vescica. Tuttavia, i benefici di questa terapia sono di gran lunga superiori al rischio di sviluppare la malattia;
- **diabete:** più che questa malattia in sé, il trattamento con il *pioglitazone* è stato associato a un aumento del rischio di sviluppare un tumore della vescica, ma ciò non è stato riscontrato con altri farmaci antidiabete;
- **storia familiare:** se uno o più parenti stretti hanno avuto un tumore della vescica, il rischio di sviluppare la malattia è maggiore rispetto al resto della popolazione. In alcuni casi, ciò può essere dovuto al fatto che persone della stessa famiglia hanno in comune alcuni fattori di rischio, ad esempio il fumo.

Tuttavia, avere un fattore di rischio non significa che ci si ammalerà necessariamente, così come non avere fattori di rischio non significa che non si possa sviluppare la malattia.

Quali sono i tipi di cancro della vescica?

Il tumore della vescica più frequente è il carcinoma uroteliale (detto anche a cellule transizionali), che ha origine dalle cellule che costituiscono l'**urotelio** (v. pag. 7). Meno diffusi sono il carcinoma a cellule squamose, l'adenocarcinoma e il carcinoma a piccole cellule, che hanno origine da tipi differenti di cellule della mucosa di rivestimento.

In base alla localizzazione delle cellule tumorali, il carcinoma della vescica viene definito:

- **non muscolo-invasivo:** le cellule tumorali sono localizzate solo nell'epitelio e nella **sottomucosa**, lo strato più



Pelvi: porzione inferiore della grande cavità addominale.

Diabete: malattia caratterizzata da aumento del glucosio nel sangue e dalla sua comparsa nelle urine; è legata in genere a una carente produzione di insulina da parte del pancreas; se non trattata può dar luogo a gravi complicazioni a carico dei reni, del sistema cardiovascolare e del sistema nervoso.



Il cancro della vescica non è una malattia infettiva e non si trasmette ad altri.



Urotelio: tessuto epiteliale impermeabile che costituisce il rivestimento interno della vescica.

Sottomucosa: sottile membrana che si trova subito sotto l'urotelio.



In base alla localizzazione delle cellule tumorali, il carcinoma della vescica si definisce:

- non muscolo-invasivo;
- muscolo-invasivo;
- localmente avanzato;
- avanzato.

superficiale della vescica;

- **muscolo-invasivo:** le cellule tumorali si sono diffuse nello spessore della parete attraverso lo strato muscolare;
- **localmente avanzato:** le cellule tumorali si sono diffuse al di fuori della vescica raggiungendo tessuti e/o organi adiacenti; possono essere rilevate anche in uno dei linfonodi pelvici, che sono i più vicini alla vescica;
- **avanzato:** le cellule tumorali hanno raggiunto tessuti o organi vicini, ma non contigui alla vescica, o organi lontani rispetto a questa.

Le informazioni riportate in questo libretto si riferiscono al carcinoma vescicale muscolo-invasivo e avanzato.

Quali sono i sintomi del cancro della vescica?

Il sintomo più frequente di un tumore della vescica è l'**ematuria**. Può manifestarsi all'improvviso e poi sparire e tornare di nuovo. Le urine possono apparire di colore rosa, rosso e talvolta anche marrone. Qualora si noti la presenza di sangue nelle urine è importante recarsi al più presto possibile dal medico di famiglia, che prescriverà le analisi del caso.

Talvolta il sangue non si vede a occhio nudo e la sua presenza si rileva solo con l'analisi delle urine.

Se il paziente accusa sintomi relativi alle vie urinarie, vale a dire:

- sensazione di bruciore all'atto della **minzione**;
- bisogno più frequente di urinare

il medico di famiglia gli prescriverà l'analisi delle urine per accertare l'eventuale presenza di sangue invisibile. Un sintomo meno comune è il dolore nella parte bassa

dell'addome o della schiena.

Si deve tenere presente che la maggior parte di coloro che avvertono questi sintomi non ha un tumore; essi, infatti, possono essere dovuti anche a un'infezione urinaria o alla presenza di calcoli localizzati alla vescica o ai reni. Tuttavia, in presenza di uno qualsiasi dei sintomi descritti, è bene consultare il medico di famiglia, che prescriverà accertamenti approfonditi per individuarne la causa, ricordando che, nel caso si tratti di tumore, più precoce è la diagnosi, maggiori sono le probabilità di guarigione.

Come si formula la diagnosi?

Solitamente l'iter diagnostico comincia dal medico di famiglia, che visita il paziente e gli fa domande sulla sua storia familiare e sulle sue condizioni generali. Quindi può prescrivere alcuni esami, partendo dalle analisi delle urine per accertare l'eventuale presenza di sangue invisibile oppure, in presenza di ematuria, per verificare se questa sia dovuta ad altre ragioni, per esempio un'infezione.

Sulla base del risultato della visita e dell'analisi delle urine, il medico di famiglia può consigliare di consultare un **urologo** per una più approfondita valutazione ed eventuale esecuzione di ulteriori esami miranti a diagnosticare la presenza di un tumore della vescica e a fornire informazioni preliminari sul tipo di intervento da attuare.

Gli accertamenti iniziali includono:

Esame citologico delle urine: consiste nella ricerca di cellule tumorali nelle urine. Solitamente si esegue su tre campioni di urina raccolti in giorni consecutivi.

Ecografia: è una tecnica diagnostica che impiega gli ultrasuoni per visualizzare le strutture interne di una regione corporea, in questo caso degli organi delle vie urinarie.



Nel caso si tratti di tumore, più precoce è la diagnosi, maggiori sono le probabilità di guarigione.



Ematuria: presenza di sangue (in tracce o in notevole quantità o anche in forma di piccoli grumi) nelle urine.

Minzione: atto con il quale l'urina viene espulsa dall'organismo.



Se si nota la presenza di sangue nelle urine, recarsi al più presto dal medico di famiglia.



Urologo: medico chirurgo, esperto nella diagnosi e nel trattamento delle malattie dell'apparato urinario maschile e femminile, come anche degli organi dell'apparato genitale maschile.

Si esegue in ambulatorio, è indolore, richiede circa 15-20 minuti ed è facilmente ripetibile. Prima dell'esame si deve bere molto in modo che la vescica sia piena e quindi più facile da visualizzare. Dopo aver sistemato il paziente nella corretta posizione sul lettino, l'urologo distribuisce sull'addome un apposito gel, quindi, fa scorrere sulla regione un piccolo strumento che emette gli ultrasuoni. Le rifrazioni degli ultrasuoni sono convertite in immagini per mezzo di un computer.

È un esame molto affidabile e in grado di identificare anche tumori di piccole dimensioni.

Nel caso in cui l'esame citologico e l'ecografia facciano sospettare la presenza di un tumore vescicale, la conferma può venire dalla visualizzazione diretta del tumore attraverso la cistoscopia.

Cistoscopia: esame che permette di visualizzare dall'interno la vescica e l'uretra per mezzo di un **cistoscopio**. Questo strumento può essere rigido o flessibile, ma quest'ultimo è il più usato in quanto minimamente traumatico.

L'urologo (o l'infermiere) applica un gel anestetico sull'apertura dell'uretra allo scopo di rendere meno fastidiosa la procedura. L'urologo fa quindi scorrere delicatamente il cistoscopio attraverso l'**uretra** fino a raggiungere la vescica. La luce emessa dal cistoscopio consente di visualizzare molto bene la mucosa che riveste la vescica e l'uretra. L'esame si esegue ambulatorialmente, di solito in anestesia locale, e dura solo pochi minuti. La procedura può risultare fastidiosa, ma non è dolorosa. Nei giorni successivi è possibile avvertire una sensazione di bruciore o un lieve dolore all'atto della **minzione**, come pure rilevare la presenza di tracce o piccoli grumi di sangue nelle urine. Questi sintomi dovrebbero, però, scomparire nel giro di un paio di giorni. In caso contrario occorre informare l'urologo.

Cistoscopia a fluorescenza con luce blu: esame che richiede l'instillazione nella vescica, mediante un sottile ca-

tetere, di un farmaco contenente sostanze fluorescenti che vengono assorbite specificamente dalle cellule tumorali. In conseguenza di ciò, assumono un colore rosa e sono quindi più facilmente individuabili sotto la particolare luce di colore blu utilizzata per l'esame. L'urologo può quindi visualizzarle e studiarle più chiaramente.

Questa tecnica è particolarmente utile allo scopo di accrescere l'accuratezza della diagnosi nel caso di tumori di piccole dimensioni e di tumori piatti.

Ulteriori esami

Altri esami (tomografia computerizzata, risonanza magnetica con mezzo di contrasto, v. pag. 16) servono per documentare con maggiore precisione la sede del tumore, l'interessamento delle vie urinarie, il rapporto con gli organi vicini, lo stato dei linfonodi e l'eventuale presenza di metastasi in altri organi.

Tomografia computerizzata (TC): è la tecnica radiologica oggi più utilizzata. Permette di ottenere tante fotografie sequenziali dello stesso distretto corporeo su piani successivi, formando così un quadro tridimensionale delle strutture interne esaminate. Le immagini così prodotte sono inviate a un computer che le elabora per dare poi il quadro dettagliato delle strutture interne di un organo. La procedura è sicura, indolore e richiede circa mezz'ora. La quantità di radiazioni utilizzata è talmente modesta che non c'è motivo per cui il paziente debba preoccuparsi per eventuali danni a se stesso e a chi gli sta intorno, anche se l'esame deve essere ripetuto frequentemente. Nella maggior parte dei casi la TC richiede la somministrazione di un **mezzo di contrasto**, che consente di visualizzare meglio le strutture interne del corpo. Il mezzo di contrasto



Cistoscopio: strumento caratterizzato da un tubo sottile contenente una fonte luminosa e una piccola telecamera che consente di osservare l'interno della vescica e dell'uretra.

Uretra: piccolo canale lungo circa 3,8 cm nella donna e 20 cm nell'uomo attraverso il quale l'urina viene eliminata dall'organismo.

Minzione: atto con il quale l'urina viene espulsa dall'organismo.



Mezzo di contrasto: sostanza moderatamente radioattiva utilizzata in radiologia per creare un contrasto tra organi e strutture di densità uniforme. Oltre a essere iniettato in vena, può essere somministrato sotto forma di bevanda.



Iodio: elemento chimico normalmente presente nella nostra dieta.

Mezzo di contrasto: sostanza moderatamente radioattiva utilizzata in radiologia per creare un contrasto tra organi e strutture di densità uniforme. Oltre a essere iniettato in vena, può essere somministrato sotto forma di bevanda.



Prima della RMN si devono togliere tutti gli oggetti metallici. Non possono sottoporsi alla RMN i portatori di monitor cardiaci, pacemaker o clip chirurgiche.

può dare una sensazione diffusa di calore per qualche minuto. È importante che prima della somministrazione si informi il medico se si è allergici allo **iodio** o si soffre di asma allo scopo di evitare una reazione piuttosto seria.

È possibile fare ritorno a casa alla conclusione dell'esame.

Risonanza magnetica nucleare (RMN): procedura diagnostica simile alla TC, ma che usa i campi magnetici anziché i raggi X per dare una serie di immagini in sezione trasversale delle strutture interne dell'organo oggetto della prova. Dura circa 30-45 minuti. In alcuni casi si somministra un **mezzo di contrasto** in vena (di solito del braccio) per migliorare la qualità delle immagini. Prima della RMN è necessario togliere tutti gli oggetti metallici. I portatori di monitor cardiaci, pacemaker o di protesi di metallo non possono sottoporsi alla RMN.

La TC e la RMN esaminano i linfonodi localizzati a livello della vescica e anche in altri distretti più distanti, come pure altri organi, tra cui i polmoni e il fegato. Ciò consente di stabilire se le cellule tumorali si sono diffuse dalla vescica ad altri organi.

Tomografia a emissione di positroni (PET): tecnica diagnostica molto sofisticata che combina la tomografia computerizzata (TC, v. pag. 15) tradizionale con la tomografia a emissione di positroni (PET), che utilizza una bassa dose di zucchero radioattivo per misurare l'attività delle cellule nelle diverse parti del corpo. In questo modo, consente di ottenere informazioni più dettagliate e importanti per stabilire quale sia il trattamento più indicato. Prevede la somministrazione in vena (di solito del braccio) di una piccola quantità di sostanza moderatamente radioattiva. L'esame vero e proprio inizia dopo circa un'ora e richiede mediamente 30-90 minuti. Di solito è consigliabile non mangiare per almeno 6 ore prima dell'esame, ma è consentito bere. Si può fare ritorno a casa dopo l'esame.

Scintigrafia ossea: tecnica di diagnostica per immagini molto sensibile che serve per rilevare la presenza di cel-

lule tumorali nelle ossa. Si esegue nel reparto di medicina nucleare. Dopo l'iniezione di un **radiofarmaco** in una vena del braccio, è necessario attendere fino a tre ore prima che si possa procedere all'esame. Il tessuto osseo infiltrato dalle cellule tumorali assorbe più radiofarmaco del tessuto sano e, di conseguenza, appare più marcato. Al termine dell'esame si stampa una particolare radiografia dello scheletro. Anche se il livello di radioattività del radiofarmaco è molto basso e innocuo, è importante non allontanarsi dal reparto per l'intera durata dell'esame (circa tre-quattro ore), utilizzando alla sua conclusione i servizi igienici in modo che l'urina, leggermente radioattiva, confluisca in appositi raccoglitori. La scintigrafia ossea è in grado di rilevare anche altre malattie dello scheletro. Per tale motivo un esito 'positivo' non necessariamente indica la presenza di un tumore. Pertanto, il medico potrebbe richiedere altri accertamenti per confermare o escludere il sospetto.

Che cos'è la resezione endoscopica del cancro della vescica?

Una volta completati tutti gli accertamenti clinici, salvo casi particolari, la resezione endoscopica rappresenta il primo approccio terapeutico ed è indispensabile per fornire all'urologo le informazioni necessarie per la scelta del trattamento successivo più adeguato per il paziente. Quest'intervento ha lo scopo di asportare il tumore, totalmente o più spesso in parte, per consentire all'anatomo-patologo di stabilirne il tipo istologico, il grado di malignità (*grading*, v. pag. 19) e l'entità della penetrazione nello spessore della parete vescicale. Si effettua in regime di ricovero ospedaliero, generalmente in **anestesia spinale**. L'urologo introduce in vescica, attraverso l'uretra, uno stru-



Radiofarmaco: composto chimico che contiene al suo interno un radionuclide, ossia un atomo radioattivo; si usa in medicina nucleare a scopo diagnostico e terapeutico.



La scintigrafia ossea è in grado di rilevare anche altre malattie dello scheletro, per cui un esito 'positivo' non necessariamente indica la presenza di un tumore.



Anestesia spinale: tipo di anestesia loco-regionale che si effettua inserendo un ago tra due vertebre della colonna, di solito a livello lombare. Consente di rendere insensibile la zona dall'addome agli arti inferiori.

mento rigido chiamato resettore che consente di visualizzare il tumore e di ridurlo in tanti frammenti che vengono poi prelevati e inviati all'anatomo-patologo. L'intervento è in genere ben tollerato, anche se non totalmente esente da complicanze quali il sanguinamento vescicale o la comparsa di dolore addominale. Al paziente può essere applicato un catetere vescicale che manterrà per 2-3 giorni, dopodiché può essere dimesso. Eventuali disturbi residui sono di modesta entità e si risolvono spontaneamente in breve tempo.

Stadiazione e grading del cancro della vescica

Sulla base delle informazioni ottenute con gli accertamenti clinici e con l'esame istologico dei frammenti prelevati con la resezione endoscopica, è possibile stabilire lo stadio e il grado del tumore della vescica e, di conseguenza, il trattamento più indicato per il singolo paziente.

La stadiazione

Stadio è il termine tecnico usato per descrivere le dimensioni del tumore e la sua eventuale diffusione a distanza. Per i tumori della vescica, lo stadio indica anche l'entità della penetrazione nello spessore della parete vescicale.

Il sistema di **stadiazione** più utilizzato per il tumore della vescica è il cosiddetto TNM, ove T si riferisce alle dimensioni del tumore, N allo stato dei linfonodi adiacenti e M alla presenza di metastasi.

T per Tumore

Il carcinoma muscolo-invasivo e avanzato della vescica viene classificato in stadi da T2 a T4. Nello specifico:

- **T2** indica che le cellule tumorali sono cresciute nel mu-

scolo della parete della vescica;

- **T3** indica che le cellule tumorali hanno superato il muscolo della vescica e hanno raggiunto il tessuto adiposo che la circonda;
- **T4** indica che le cellule tumorali hanno raggiunto altri organi localizzati in prossimità della vescica o nella pelvi.

N per linfoNodi

- **N0** indica che nei linfonodi non sono presenti cellule tumorali;
- **N1** indica che le cellule tumorali sono presenti in uno dei linfonodi pelvici, che sono i più vicini alla vescica;
- **N2** indica che le cellule tumorali sono presenti in più linfonodi pelvici;
- **N3** indica che le cellule tumorali sono presenti in uno o più linfonodi distanti dalla vescica, ma comunque all'interno dell'addome.

M per Metastasi

- **M0** indica che le cellule tumorali non si sono diffuse ad altri organi;
- **M1** indica che le cellule tumorali si sono diffuse ad altri organi, quali le ossa, i polmoni, il fegato o linfonodi al di fuori dell'addome.

Il grading

Grading è un termine tecnico con il quale si descrive l'aspetto delle cellule tumorali al microscopio. Il grado fornisce informazioni sul comportamento e sull'aggressività delle cellule tumorali. Si distinguono sostanzialmente due gradi: basso e alto. Nei carcinomi muscolo-invasivi o avanzati della vescica, il grading è quasi sempre alto.



Stadio: termine tecnico usato per descrivere le dimensioni del tumore, la sua estensione nell'organo di origine e la sua eventuale diffusione a distanza.

Stadiazione (o staging): processo che consente di stabilire l'estensione e la diffusione del tumore.



Grading: termine tecnico che descrive l'aspetto delle cellule tumorali al microscopio e fornisce informazioni sul comportamento e sull'aggressività del tumore.

Quali sono i tipi di trattamento usati?



Urologo: medico chirurgo, esperto nella diagnosi e nel trattamento delle malattie dell'apparato urinario maschile e femminile, come anche degli organi dell'apparato genitale maschile.

Oncologo: medico specialista, esperto nel trattamento medico dei tumori.

Radioterapista: oncologo specializzato nel trattamento dei tumori con la radioterapia, una tecnica che impiega radiazioni ad alta energia per provocare la morte delle cellule tumorali.

Anatomo-patologo: medico specialista, esperto nella diagnosi delle malattie sulla base dello studio delle cellule al microscopio.

Nutrizionista: medico specialista, esperto nella diagnosi e nel trattamento delle alterazioni metaboliche e nutrizionali causate dalle malattie, incluso il cancro.

Sono possibili diversi trattamenti per il cancro della vescica muscolo-invasivo e avanzato. La scelta del trattamento definitivo più indicato dipende dallo stadio e dal grado della malattia (v. pag. 18), ma anche da altri fattori, tra cui l'età, il peso, i farmaci assunti e le condizioni generali di salute del paziente.

Il trattamento orientato alla guarigione

Il trattamento può avere come scopo la guarigione, ma se questa non è possibile, può essere attuato per tenere sotto controllo la malattia, avendo come obiettivo il prolungamento della sopravvivenza e la riduzione dei sintomi. I pazienti affetti da carcinoma vescicale muscolo-invasivo e alcuni affetti da carcinoma vescicale localmente avanzato ricevono di solito un trattamento mirato a raggiungere la guarigione. L'**urologo** e l'**oncologo** spiegheranno al paziente le differenti opzioni terapeutiche e i fattori da tenere in considerazione per condividere le scelte terapeutiche. La decisione sul tipo di trattamento viene quindi concordata dagli specialisti coinvolgendo, nella maggioranza dei casi, anche il paziente.

Pianificazione del trattamento

Un'équipe composta da vari specialisti - tra cui un **urologo**, un **oncologo**, un **radioterapista**, un **anatomo-patologo**, un infermiere specializzato nel trattamento dei pazienti oncologici, un **nutrizionista**, un fisioterapista e uno psicologo, e anche altri specialisti a seconda del tipo di problemi causati dalla malattia o dalle cure necessarie - elabora il piano di trattamento tenendo conto di vari fattori quali l'età e le condizioni generali del paziente, il tipo e lo stadio del tumore, la presenza di malattie concomitanti che rendono controindicati l'asportazione chirurgica del tumore (e talvolta delle sue

metastasi) o l'impiego di determinati farmaci.

È bene assicurarsi di avere ricevuto tutte le informazioni sui diversi trattamenti proposti, che cosa comporta ognuno di essi e quali sono gli effetti collaterali. Potrebbe essere utile discutere dei pro e contro di ogni trattamento con i singoli specialisti o con il medico di famiglia.

Il consenso informato

Prima di procedere a qualunque trattamento il medico ha il dovere di spiegare dettagliatamente al paziente lo scopo, le modalità e le conseguenze che questo potrebbe avere; quindi, gli chiederà di firmare un apposito modulo di consenso, con il quale il paziente autorizza il personale sanitario ad attuare tutte le procedure necessarie. Nessun trattamento può essere attuato senza il consenso del paziente e prima di firmare l'apposito modulo è indispensabile avere ricevuto tutte le informazioni necessarie su:

- tipo e durata del trattamento consigliato;
- vantaggi e svantaggi;
- eventuali alternative terapeutiche disponibili;
- rischi o effetti collaterali significativi.

Se le informazioni ricevute non sono chiare, non si deve avere timore di chiedere che siano ripetute. Alcuni trattamenti oncologici sono complessi, per cui i medici sono abituati a spiegare le modalità di trattamento più volte finché i pazienti hanno compreso perfettamente in che cosa consistono e che cosa comportano.

È un diritto del paziente chiedere chiarimenti perché è importante avere la consapevolezza di come il trattamento sarà effettuato e di quali conseguenze avrà. Se si pensa di non essere in grado di decidere subito, è sempre possibile chiedere che sia lasciato altro tempo per riflettere.

Il paziente può anche decidere di rifiutare il trattamento. In questo caso il medico gli spiegherà quali conseguenze potrebbe avere tale decisione. L'importante è che informi il medico o l'infermiere che lo hanno in carico, che ne



Nessun trattamento può essere attuato senza il consenso del paziente.



È un diritto del paziente chiedere chiarimenti perché è importante avere la consapevolezza di come il trattamento sarà effettuato e di quali conseguenze avrà.



Cistectomia: intervento di asportazione della vescica.

Stadio: termine tecnico usato per descrivere le dimensioni del tumore, la sua estensione nell'organo di origine e la sua eventuale diffusione a distanza.

Prostata: ghiandola situata in profondità nella pelvi, la cui attività è legata alla funzione sessuale e alla fertilità. Secerne un liquido che confluisce nello sperma.

Vescicole seminali: ghiandole che hanno la funzione di produrre una parte del liquido seminale.

Linfonodi: piccole ghiandole a forma di fagiolo che filtrano sostanze dannose, cellule atipiche e microorganismi contenuti nella linfa.

Liquido seminale (o sperma): liquido fecondante maschile di aspetto opaco, biancastro, che l'uomo eiacula con l'orgasmo.

prenderanno nota nella documentazione clinica. Non si deve fornire alcuna spiegazione per la decisione di rifiutare il trattamento, ma è utile condividere con i medici le proprie preoccupazioni in modo che possano offrire i consigli più opportuni.

La chirurgia

Cistectomia

L'intervento più indicato nei casi in cui il tumore, pur essendo muscolo-invasivo, rimane confinato alla vescica e non ha ancora interessato gli organi vicini e i linfonodi pelvici, è rappresentato dalla **cistectomia** che consiste nella rimozione dell'intera vescica e di una parte dei tessuti circostanti. Nella stessa sede, il chirurgo crea una derivazione per far defluire l'urina che non può più uscire attraverso la vescica (v. pag. 7). La decisione è presa dal chirurgo tenendo conto dello **stadio** della malattia, delle condizioni generali di salute e dell'età del paziente. La cistectomia può avere un impatto anche sulla vita sessuale e sulla fertilità, per cui è fondamentale che il paziente discuta approfonditamente con il chirurgo tutti i dettagli dell'intervento. *Nell'uomo:* il chirurgo rimuove la vescica, la **prostata**, le **vescicole seminali**, una parte dell'uretra (o talvolta anche tutta) e anche i **linfonodi** localizzati vicino alla vescica.

Dopo la cistectomia, l'uomo può avere difficoltà a raggiungere o mantenere l'erezione (disfunzione erettile), perché la rimozione della prostata può aver danneggiato i nervi circostanti. Il chirurgo darà indicazioni su come è possibile gestire questo disturbo.

Dopo l'intervento, il **liquido seminale** non può più essere emesso. Di conseguenza, si perde la capacità di procreare secondo le vie naturali. Soprattutto i soggetti più giovani, che desiderano avere figli, devono approfondire

quest'argomento con il chirurgo/l'urologo prima di sottoporsi all'intervento e valutare la possibilità di depositare un campione di sperma presso la banca del seme per un'eventuale fecondazione con tecniche assistite dopo l'intervento.

Nella donna: il chirurgo rimuove la vescica, i linfonodi adiacenti e l'uretra. Generalmente, rimuove anche l'**utero**, le **ovaie**, la **cervice** e parte della **vagina**. Se la donna non è in menopausa, il chirurgo può valutare con lei la possibilità di preservare le ovaie.

Dopo l'intervento, i rapporti sessuali non sono più possibili o lo sono con difficoltà e la donna può accorgersi che il piacere sessuale è molto diverso; infatti, la ridotta lunghezza della vagina conseguente alla parziale rimozione rende fastidiosa e talvolta difficile la penetrazione. Un dilatatore vaginale potrebbe essere utile per risolvere il problema, ma è bene parlarne prima con lo specialista.

La cistectomia può essere eseguita con tecnica tradizionale a cielo aperto oppure per via laparoscopica. La **cistectomia a cielo aperto** prevede l'incisione della parete addominale; può avere complicazioni e ha tempi di recupero abbastanza lunghi. Nella **cistectomia per via laparoscopica**, il chirurgo fa nell'addome una serie di piccoli fori: attraverso uno introduce il **laparoscopia**, attraverso gli altri fori appositi strumenti chirurgici per rimuovere il tumore. Questo tipo di intervento ha tempi di recupero più brevi rispetto a quello a cielo aperto, ma non è indicato per tutti i pazienti. In alcuni casi, il chirurgo, durante la laparoscopia, può utilizzare una macchina particolare denominata **robot** (da cui il nome di laparoscopia robotica), grazie al quale il chirurgo, seduto a una postazione dotata di monitor e comandi, manovra gli strumenti che ha introdotto attraverso i piccoli fori praticati nella parete addominale.

La derivazione urinaria

A seguito della rimozione della vescica, il chirurgo può creare una derivazione per far defluire l'urina che non può più u-



Maggiori informazioni sulla preservazione della fertilità sono disponibili su **Padre dopo il cancro** (La Biblioteca del Girasole).



Utero: organo cavo che accoglie il feto durante la gravidanza.

Ovaio: una delle due ghiandole che rappresentano le gonadi femminili ed assolvono ad una doppia funzione riproduttiva (produzione della cellula uovo o ovocita) ed endocrina (produzione di ormoni).

Cervice: collo dell'utero, ossia la porzione inferiore di quest'organo.

Vagina: canale muscolo-membranoso che riceve il pene durante il rapporto sessuale e si estende dagli organi genitali esterni (vulva) all'utero.

Laparoscopia: tubo sottile contenente una fonte luminosa e una piccola telecamera.



Il chirurgo illustrerà approfonditamente al paziente ogni modalità di realizzazione della derivazione urinaria e consiglierà quella che ritiene più indicata. L'intervento deve essere eseguito da un chirurgo esperto che potrebbe essere disponibile solo nei grandi ospedali.



Condotta: canale.

Condotta ileale: canale creato con tessuto prelevato dall'intestino del paziente che consente il deflusso continuo dell'urina nel sacchetto posizionato sull'addome.

Autocateterismo: manovra con la quale il paziente introduce un catetere nella neovescica per consentirne lo svuotamento completo.

scire attraverso la vescica attraverso tre diverse modalità:

- urostomia (condotto ileale),
- ricostruzione della vescica (neovescica),
- derivazione urinaria continente.

Urostomia: in questo tipo di intervento, il chirurgo recide una porzione dell'intestino tenue, la chiude a un'estremità e la utilizza come nuovo raccogliitore per le urine. Quindi collega a questa nuova vescica i due ureteri che trasportano l'urina dai reni. Il chirurgo fa fuoriuscire l'altra estremità della nuova vescica attraverso la parete addominale, creando un'apertura che prende il nome di stoma. In questo modo, la porzione di intestino crea un **condotto**, attraverso il quale l'urina defluisce all'esterno dell'organismo e si raccoglie in un apposito sacchetto che viene fissato sull'addome mediante una placca adesiva per evitare che si sposti. Il paziente deve svuotare e sostituire regolarmente il sacchetto secondo le istruzioni impartite dagli infermieri dopo l'intervento. Un tipo comune di urostomia è il **condotto ileale**.

Ricostruzione della vescica: il chirurgo crea una nuova vescica, detta neovescica, nella sede di quella naturale, utilizzando un segmento di intestino. La neovescica viene quindi 'aboccata' ossia collegata all'uretra e agli ureteri. Il paziente è quindi in grado di urinare per via naturale contraendo i muscoli addominali e spingendo verso il basso. Il paziente deve svuotare periodicamente (ogni 2-3 ore sia di giorno che di notte) perché l'intervento compromette i nervi che mandano il segnale indicante il riempimento della vescica. In alcuni casi, il paziente viene addestrato a eseguire l'**autocateterismo**.

Derivazione urinaria continente: il chirurgo recide un segmento di intestino, lo chiude a un'estremità e ottiene così una 'sacca' per la raccolta delle urine. Quindi collega a questa nuova vescica i due ureteri che trasportano l'urina dai reni. Il chirurgo recide un segmento di un altro tessuto

(di solito l'appendice), quindi fa fuoriuscire l'altra estremità della neovescica attraverso la parete addominale creando un'apertura che prende il nome di stoma. La derivazione urinaria continente non richiede l'uso di un sacchetto per la raccolta dell'urina come per il condotto ileale (v. pag. 24), ma il paziente deve svuotare periodicamente (circa 5-6 volte al giorno) la vescica con l'autocateterismo.

L'idea di subire una derivazione urinaria può essere difficile da accettare. Per questo è bene che il paziente chiarisca ogni dubbio prima dell'intervento ponendo tutte le domande che gli passano per la mente. Può anche essere molto utile parlare con un paziente che ha già subito questo tipo di intervento. Con il tempo, la pratica e la pazienza, convivere con la derivazione urinaria diventerà più semplice.

Prima dell'intervento

Il chirurgo ha un colloquio con il paziente durante il quale gli illustrerà i passaggi dell'intervento e del postoperatorio. Un infermiere specializzato fornirà al paziente le istruzioni per la gestione della derivazione urinaria. È questo il momento giusto per fare domande o esternare preoccupazioni relative all'intervento. Se il paziente ritiene di avere bisogno di aiuto una volta dimesso dall'ospedale, è bene che informi l'infermiere al più presto possibile in modo che possa valutare come aiutarlo.

Prima dell'intervento, il chirurgo pianificherà con estrema attenzione la posizione dello stoma, nel caso in cui abbia deciso di procedere a urostomia, e tratterà un segno sull'addome in modo da individuarlo facilmente in sede di intervento.

Spesso lo stoma viene collocato a destra dell'ombelico, ma se il paziente è mancino, può essere posto a sinistra. Il criterio è in genere quello che la posizione prescelta sia compatibile con le esigenze del paziente.

Se il chirurgo ha deciso di procedere a una derivazione urinaria continente (v. pag. 24), lo stoma viene posizionato



Protocollo ERAS: protocollo avente come obiettivo il recupero ottimale e il ritorno precoce e sicuro del paziente alle attività quotidiane. Il nome deriva dall'acronimo inglese che significa 'miglior recupero dopo un intervento chirurgico'.

in modo che il paziente possa introdurre un catetere attraverso di esso il più agevolmente possibile.

Presso alcuni ospedali viene attuato il **protocollo ERAS** avente come obiettivo il recupero ottimale e il ritorno precoce e sicuro del paziente alle attività quotidiane. Il protocollo ERAS coinvolge diversi specialisti e figure professionali (chirurgo, anestesista, infermiere, fisioterapista, nutrizionista, dietista), che assistono il paziente durante il suo percorso pre- e postoperatorio, e prevede la collaborazione attiva del paziente.

Dopo l'intervento

La degenza

Il periodo di degenza in ospedale dipenderà dall'estensione dell'intervento chirurgico e dalla capacità di recupero del paziente; di solito oscilla tra 10 e 16 giorni. Non si possono, tuttavia, escludere a priori eventuali complicanze che prolungano i tempi di degenza.

Il paziente viene incoraggiato ad alzarsi e a camminare quanto prima possibile dopo l'intervento. Potrebbe comparire diarrea, in conseguenza dell'utilizzo di una porzione di intestino per la derivazione urinaria, ma di solito l'attività intestinale si ripristina entro pochi giorni.

Dolore o fastidio

Nei primi giorni del postoperatorio è normale accusare dolore o fastidio intorno alla ferita, che potranno persistere per qualche settimana. Per controllare il dolore, saranno somministrati (di solito per endovena) dei farmaci analgesici; se il dolore non si placa, il paziente deve informare al più presto l'infermiere che lo assiste, o il medico curante se è già stato dimesso, in modo che possano prescrivere gli analgesici più efficaci.

Gonfiore intorno alla ferita

La regione intorno alla ferita apparirà per un po' di tempo livida e gonfia a causa dell'accumulo di sangue o di linfa, ma questi segni scompariranno gradualmente nell'arco di

qualche settimana. Talvolta, la raccolta di liquido linfatico o di sangue potrebbe raggiungere proporzioni tali da richiedere un drenaggio da parte del personale medico-infermieristico. Si tratta di un'evenienza spiacevole, ma anche questa tenderà a scomparire nel tempo, di solito nell'arco di qualche settimana.

Appuntamento per i controlli postoperatori

Prima delle dimissioni, sarà fissato l'appuntamento per il controllo postoperatorio da effettuarsi presso l'ambulatorio. È a questo punto che, generalmente, verrà comunicato al paziente il risultato dell'esame istologico e, di conseguenza, la necessità, in alcuni casi, di ulteriori trattamenti. Sarà questo il momento giusto per discutere di tutti gli eventuali problemi insorti dopo l'intervento, delle terapie cui il paziente dovrà sottoporsi e delle loro eventuali complicanze.

Avere cura di se stessi

Una volta a casa, il paziente dovrà riguardarsi per un po' di tempo, riposare molto per recuperare le energie fisiche e anche psicologiche e seguire una dieta ben bilanciata. Gli sarà consigliato di non portare o sollevare pesi, non andare a lavorare, non fare sforzi o attività sportiva per il tempo necessario alla ripresa.

La radioterapia

La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia per provocare la morte delle cellule tumorali, cercando al tempo stesso di danneggiare il meno possibile le cellule normali. Nel trattamento del tumore muscolo-invasivo ancora confinato alla vescica, la radioterapia può essere utilizzata in combinazione con la resezione endoscopica o con la chemioterapia (chemioradioterapia) allo scopo di guarire la malattia; nelle forme avanzate è in genere utiliz-



Maggiori informazioni sulla radioterapia sono disponibili su **La radioterapia** (La Collana del Girasole).

zata per ridurre le dimensioni del tumore o per alleviare il dolore provocato sia dal tumore che dalle metastasi.

Il numero di trattamenti e la durata del ciclo dipendono dal tipo e dalle dimensioni del tumore, come anche dallo scopo della terapia (la guarigione o il controllo del dolore). Il ciclo di radioterapia prevede sessioni giornaliere (dal lunedì al venerdì) della durata di circa 15 minuti. Per il cancro della vescica, il ciclo di radioterapia può richiedere da 4 a 7 settimane.

Tre sono le modalità di esecuzione della radioterapia per il trattamento del cancro della vescica:

- **radioterapia guidata dalle immagini (IGRT):** utilizza immagini prese prima e durante la somministrazione della radiazione mentre il paziente è sdraiato sul lettino del trattamento allo scopo di verificare dove si trova esattamente la massa tumorale e quali sono le sue dimensioni per orientare con la massima precisione il fascio di radiazioni e preservare i tessuti sani circostanti;
- **radioterapia con fasci a intensità modulata (IMRT):** è una tecnica avanzata di radioterapia che utilizza una macchina in grado di conformare alte dosi di radiazioni alla forma e dimensioni del tumore, risparmiando in tal modo i tessuti sani circostanti. Prevede l'impiego di fasci multipli di diversa intensità e per questo consente di modulare con la massima precisione l'intensità della dose che va a colpire la massa tumorale in ogni punto specifico a un livello differente. Ciò consente di orientare radiazioni di differente intensità su parti differenti della vescica;
- **radioterapia conformazionale tridimensionale:** utilizza una particolare macchina in grado di sagomare il fascio di radiazioni in funzione della forma e delle dimensioni del tumore, assicurando in tal modo un maggiore assorbimento delle radiazioni da parte delle cellule tumorali e la preservazione dei tessuti sani circostanti.

Quando la radioterapia è utilizzata insieme alla chemio-

terapia, gli effetti collaterali possono avere un'intensità superiore a quelli della chemioterapia o della radioterapia da sole, per cui è indispensabile che il paziente sia in buone condizioni generali.

In alcuni casi prima e durante la radioterapia viene fatto inalare al paziente un gas denominato carbogeno, costituito da una miscela di ossigeno e anidride carbonica. È possibile che al paziente vengano prescritte anche compresse di nicotinamide da assumere prima della sessione di radioterapia. Carbogeno e nicotinamide favoriscono l'assorbimento dell'ossigeno da parte delle cellule tumorali, rendendole in tal modo più sensibili all'azione della radioterapia. Questo trattamento non è disponibile presso tutti gli ospedali.

Effetti collaterali

La radioterapia della vescica può causare nausea, vomito e stanchezza, in misura più o meno invalidante in funzione della dose irradiata e della durata del trattamento. Nella maggior parte dei casi gli effetti collaterali sono comunque controllabili con specifici trattamenti e in genere scompaiono alla conclusione del trattamento. Di solito, se lo scopo del trattamento è di lenire i sintomi, gli effetti collaterali sono più lievi. In ogni caso è sempre bene informare l'oncologo se persistono.

La chemioterapia

La chemioterapia consiste nell'impiego di farmaci, detti citotossici o antitumorali, che, attraverso il circolo sanguigno, possono raggiungere le cellule tumorali in ogni parte dell'organismo. I farmaci chemioterapici sono somministrati tipicamente per via endovenosa e in alcuni casi in compresse. La loro somministrazione avviene attraverso



Maggiori informazioni sono disponibili su **La chemioterapia** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni sul singolo prodotto utilizzato per la chemioterapia (come si somministra, quali sono gli effetti collaterali più e meno frequenti) sono disponibili sulle **Schede sui farmaci antitumorali**, che possono essere richieste alla segreteria di Aimac (tel. 06 4825107) oppure scaricate dal sito www.aimac.it.



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Emocromo: esame di laboratorio che fornisce indicazioni dettagliate sulle cellule presenti nel sangue.

Globuli bianchi: cellule ematiche che aiutano l'organismo a combattere le infezioni.

Piastrine: cellule ematiche che servono alla coagulazione del sangue.

Globuli rossi: cellule ematiche che trasportano l'ossigeno e altre sostanze a tutti i tessuti dell'organismo.

Stomatite: infiammazione del cavo orale.

Stipsi: stitichezza.



Maggiori informazioni sui problemi nutrizionali sono disponibili su **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni sono disponibili su **La caduta dei capelli** (La Collana del Girasole).

cicli di trattamento a cadenza variabile (settimanale, trisettimanale). La durata di ogni somministrazione (da minuti a ore) dipende dai farmaci utilizzati; generalmente le sedute sono eseguite in regime ambulatoriale e solo in alcuni casi può essere necessario il ricovero in ospedale.

I chemioterapici più utilizzati per il trattamento del carcinoma della vescica sono prevalentemente *cisplatino*, *carboplatino* e *gemcitabina*. La chemioterapia può essere attuata:

- prima dell'intervento chirurgico o della radioterapia con l'obiettivo di ridurre il diametro tumorale e il rischio di **recidiva**. Questo tipo di chemioterapia si definisce *neoadiuvante*;
- insieme alla radioterapia con l'obiettivo di accrescerne l'efficacia (chemioradioterapia);
- dopo l'intervento chirurgico nel caso in cui vi sia il rischio che possano essere sfuggite alcune cellule tumorali troppo piccole per essere visualizzate nel corso dell'intervento. Questo tipo di chemioterapia che si definisce *adiuvante* ha lo scopo di ridurre il rischio di recidiva e migliorare le prospettive di vita a lungo termine del paziente.

Effetti collaterali

Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto e in funzione dei farmaci utilizzati. Alcuni effetti collaterali si manifestano durante o subito dopo la chemioterapia, altri possono verificarsi a distanza di tempo. Nella maggior parte dei casi gli effetti collaterali sono comunque controllabili con specifici trattamenti e in genere si risolvono alla conclusione del trattamento.

I principali effetti collaterali possono essere rappresentati da: nausea e vomito; alterazione dei valori dell'**emocromo** con calo dei **globuli bianchi** (e conseguente possibile aumento del rischio di infezione), delle **piastrine** (con possibile sanguinamento) e dei **globuli rossi** con conseguente anemia; caduta dei capelli; **stomatite**; **stipsi**, diarrea e do-

lori addominali; diminuzione dell'appetito; modificazioni del gusto; stanchezza; dolori ossei, articolari o muscolari; crampi muscolari; **iperpigmentazione** o **desquamazione** della cute o delle unghie; disturbi neurologici (formicolii e prurito a mani e piedi talora associati a diminuita sensibilità e raramente a difficoltà al movimento); alterazioni della funzionalità epatica e renale; reazioni allergiche localizzate o generalizzate; alterazioni della funzionalità cardiaca; stravasamento del farmaco chemioterapico dalla vena in cui viene infusa la terapia; alterazioni del ciclo mestruale con possibile **menopausa precoce**.

Durante la chemioterapia, è importante usare un metodo contraccettivo (ad esempio il profilattico) per l'intera durata del trattamento.

L'immunoterapia

L'immunoterapia (o terapia biologica) consiste nella somministrazione per via endovenosa di sostanze prodotte dall'organismo stesso oppure di origine sintetica con lo scopo di stimolare, orientare o ripristinare il **sistema immunitario** dell'organismo rendendolo in grado di contrastare la malattia. Può essere utile per controllare la malattia di stadio avanzato oppure che ha già prodotto **metastasi** in altri organi. In alcuni casi può servire a ridurre le dimensioni del tumore o a rallentarne la crescita. L'utilizzo di questi farmaci è ad oggi limitato a pazienti che presentano una neoplasia vescicale con particolari caratteristiche biologiche o che non hanno riportato miglioramenti dopo la chemioterapia standard.

Le sostanze attualmente più utilizzate per l'immunoterapia del cancro della vescica sono prevalentemente rappresentate da anticorpi monoclonali appartenenti alla classe dei cosiddetti *inibitori dei checkpoint immunitari*, una famiglia



Iperpigmentazione: aumento della colorazione della pelle e delle unghie.

Desquamazione: perdita dello strato superiore della pelle.

Menopausa: cessazione delle mestruazioni e, quindi, della funzione riproduttiva; è precoce quando compare prima dell'età fisiologica.



Sistema immunitario: insieme di organi e di cellule specializzate che costituiscono il naturale meccanismo di difesa del nostro organismo contro ogni tipo di aggressione dall'esterno (virus, batteri, cellule tumorali, ecc.).

Metastasi: cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono per vicinanza oppure attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi. Per tale motivo si parla anche di tumore secondario.



Maggiori informazioni sul singolo prodotto utilizzato per la terapia biologica (come si somministra, quali sono gli effetti collaterali più e meno frequenti) sono disponibili sulle **Schede sui farmaci antitumorali**, che possono essere richieste alla segreteria di Aimac (tel. 06 4825107) oppure scaricate dal sito www.aimac.it.

di proteine che fungono da freno alla risposta immunitaria. La loro inibizione potenzia l'attività antitumorale da parte delle cellule del sistema immunitario, che così possono ridurre o bloccare la crescita tumorale. I due inibitori dei checkpoint immunitari attualmente più utilizzati sono atezolizumab e pembrolizumab.

Atezolizumab: questo farmaco si lega alla proteina PD-L1, che si esprime sulle cellule tumorali e sulle cellule immunitarie infiltranti il tumore, bloccandone le interazioni con i recettori. In questo modo può contribuire a ridurre le dimensioni della massa tumorale o a rallentarne la crescita. Somministrato per via endovenosa ogni due settimane, è un trattamento usualmente molto ben tollerato, ma che in alcuni casi può portare a effetti collaterali. È indicato per il trattamento del carcinoma vescicale avanzato.

Pembrolizumab: questo farmaco si lega alla proteina PD-1, che si esprime sulla superficie delle cellule T del sistema immunitario, bloccandone l'azione. In questo modo, stimola l'azione del sistema immunitario contro le cellule tumorali, contribuendo in tal modo a ridurre le dimensioni della massa tumorale o a bloccarne la crescita.

Trattamenti di supporto

Per controllare i sintomi del carcinoma avanzato della vescica sono disponibili vari trattamenti. Ad esempio, la radioterapia può essere consigliabile per alleviare il dolore, soprattutto nel caso delle metastasi alle ossa. Talvolta l'effetto è rapido e si può notare un miglioramento nell'arco di pochi giorni; altre volte, invece, possono trascorrere alcune settimane prima che il paziente ne tragga beneficio. Utili per il controllo del dolore possono essere anche i farmaci denominati *bifosfonati*.



Maggiori informazioni sul controllo del dolore sono disponibili su **La terapia e il controllo del dolore** (La Collana del Girasole).

Esistono rimedi anche per alleviare altri sintomi quali la mancanza di respiro, la nausea o la stanchezza. L'importante è informare tempestivamente l'oncologo/urologo se compaiono nuovi sintomi o se quelli già presenti peggiorano.

Trattamento del blocco ureterale o renale

In alcuni casi, il tumore della vescica può impedire il flusso dell'urina dai reni verso la vescica attraverso gli ureteri. Ciò si manifesta con dolore o fastidio alla schiena oppure al fianco, febbre, sensazione di malessere.

Se il blocco coinvolge gli ureteri, l'urologo può consigliare l'applicazione di uno **stent** all'interno di uno o di entrambi gli ureteri in modo da ripristinare il flusso dell'urina dai reni alla vescica. L'indicazione al posizionamento di uno stent ureterali dipende dalle condizioni generali di salute del paziente e richiede solitamente l'**anestesia spinale**.

Nel corso dell'intervento, l'urologo introduce il **cistoscopio** attraverso l'uretra spingendolo fino alla vescica. Applica quindi lo stent nell'uretere facendo scorrere un sottile filo metallico attraverso il cistoscopio. Se non è possibile posizionare lo stent, l'urologo potrebbe decidere di inserire un tubicino che, attraverso la pelle del dorso, penetra nel rene e termina nella pelvi renale, confezionando così una nefrostomia. In questo modo, l'urina può fluire all'esterno. L'intervento viene eseguito in anestesia locale sotto controllo radiografico o ecografico. L'infermiere fornirà al paziente le istruzioni per prendersi cura della nefrostomia.

I controlli dopo le terapie

Concluse le terapie, il paziente deve sottoporsi a controlli periodici che comprenderanno visite mediche, analisi del sangue e alcuni esami strumentali (ecografia/TC/RMN/PET, v. pag. 16). È questo ciò che i medici definiscono



Stent: tubicino flessibile o rigido che viene applicato per consentire la dilatazione di organi cavi come i vasi sanguigni o gli ureteri.

Anestesia spinale: tipo di anestesia loco-regionale che si effettua inserendo un ago tra due vertebre della colonna, di solito a livello lombare. Consente di rendere insensibile la zona dall'addome agli arti inferiori.

Cistoscopio: strumento caratterizzato da un tubo sottile contenente una fonte luminosa e una piccola telecamera che consente di osservare l'interno della vescica e dell'uretra.

convenzionalmente *follow-up*. All'inizio i controlli hanno una frequenza più ravvicinata (quattro mesi) per poi diradarsi nel tempo (una volta all'anno). Inoltre, se si è in trattamento con farmaci anticoagulanti, antidiabetici o antiipertensivi oppure se si accusano effetti collaterali dopo il trattamento, nei primi mesi è consigliabile presentarsi periodicamente dal medico di famiglia.

Se nei periodi di intervallo tra un controllo e l'altro il paziente avesse dei problemi o avvertisse nuovi sintomi, deve contattare lo specialista al più presto possibile. Molti pazienti riferiscono di sentirsi molto agitati, almeno all'inizio, nei periodi che precedono i controlli. Ciò è assolutamente naturale. In tale situazione potrebbe essere utile avere aiuto dai familiari, dagli amici oppure da una delle organizzazioni che si occupano specificamente di pazienti con tumore della vescica.



AIMaC potrà fornire gli indirizzi e i numeri di telefono (tel. 06 4825107).

Se il cancro della vescica si ripresenta



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Se il tumore si ripresenta, vale a dire se insorge una **recidiva**, di solito si procede di nuovo a un trattamento, che verrà scelto in funzione del sito interessato e del trattamento precedentemente ricevuto dal paziente. Sarà l'urologo/oncologo a illustrargli le possibili opzioni sulla base del singolo caso.

Se la recidiva si verifica dopo la radioterapia, si può prendere in considerazione la cistectomia (v. pag. 22). Se la vescica è già stata asportata, si possono considerare altri trattamenti, sempre in funzione della situazione del paziente.

Come si gestisce la derivazione urinaria?

Abituarsi alla derivazione urinaria e prendersene cura richiede tempo. Come tutte le cose, diventerà più semplice con la pratica. Anche una volta fatto ritorno a casa, il paziente rimane comunque in contatto con gli infermieri del reparto a cui rivolgersi per qualunque esigenza. Prima delle dimissioni, l'infermiere controllerà che sia stato preparato tutto il materiale di cui il paziente avrà bisogno, ad esempio sacchetti per urostomia o cateteri. Questi dispositivi monouso sono erogati gratuitamente dalla ASL di riferimento del paziente dietro presentazione di certificato del medico specialista e prescrizione medica; il paziente potrà ricevere i dispositivi direttamente dalla ASL o tramite altri servizi territoriali (farmacie, sanitarie, ecc.).

Urostomia

Il paziente deve essere consapevole del fatto che l'intervento di cistectomia (v. pag. 22) con urostomia (v. pag. 24) rappresenta per sé e la sua famiglia un periodo di significativi cambiamenti. Deve accettare questa nuova condizione e deve imparare a gestire la stomia e farla diventare parte della sua routine quotidiana. La cosa fondamentale è avere pazienza per abituarsi alla nuova condizione, ma ben presto sarà possibile tornare alla normale vita di tutti i giorni.

Altrettanto importante è prendersi cura della cute che circonda lo stoma. Nei primi giorni dopo l'intervento sarà l'infermiere a prendersi cura dello stoma, preoccupandosi soprattutto di svuotare il sacchetto e cambiarlo secondo necessità. Inizialmente lo stoma può variare di dimensioni, essendo livido e gonfio, ma nell'arco di sei-otto settimane raggiungerà le dimensioni definitive. Nei primi tempi sono possibili sanguinamenti e fuoriuscita di **muco**, che potrebbe manifestarsi anche sotto forma di



Abituarsi alla derivazione urinaria e prendersene cura richiede tempo. Come tutte le cose, diventerà più semplice con la pratica.



Muco: liquido denso, biancastro, costituito da proteine e sali disciolti nell'acqua prodotto dalle ghiandole di numerosi tessuti del corpo.



I sacchetti per urostomia sono molto discreti e non si notano sotto i vestiti.

La consapevolezza della stomia può far sentire il paziente in imbarazzo, ma chi gli sta intorno non si accorge di nulla.

pallide strie visibili nelle urine.

Al momento opportuno, l'infermiere istruirà il paziente (e/o i suoi familiari o amici in modo che siano in grado di supportarlo) su come pulire lo stoma e cambiare il sacchetto. Sono disponibili più tipi di sacchetti; l'infermiere specializzato sarà sicuramente in grado di consigliare quello più adatto al singolo caso.

I sacchetti per urostomia sono piatti, per cui sono molto discreti e non si notano sotto i vestiti. Tuttavia, la visibilità del sacchetto sotto gli abiti dipende dalle dimensioni e dalla localizzazione dello stoma. Molti pazienti portatori di urostomia riescono a indossare abiti aderenti senza che nessuno si accorga di nulla. La consapevolezza della stomia può far sentire il paziente in imbarazzo, ma nella realtà chi gli sta intorno non si accorgerà di nulla, a meno che non sia il paziente stesso a informarlo.

Ricostruzione della vescica

All'atto delle dimissioni dopo l'intervento, il paziente avrà ancora il catetere per drenare l'urina dalla neovesica. Il catetere sarà rimosso dopo qualche settimana, dopo una cistografia di controllo.

Nel frattempo, il tessuto intestinale utilizzato per ricostruire la vescica continua a produrre **muco**, che, essendo così denso, potrebbe ostruire il catetere, che per questo motivo, deve essere lavato una o più volte al giorno con l'ausilio di un apposito liquido e di una siringa, seguendo le istruzioni ricevute dall'urologo e dall'infermiere. Una volta rimosso il catetere il paziente deve imparare a svuotare la neovesica secondo le istruzioni fornite dall'urologo.

Inizialmente, sarà necessario svuotare la neovesica ogni 2-3 ore. Lo stimolo alla **minzione** potrebbe essere cambiato e potrebbe essere utile impostare una sveglia per ricordarsi di svuotare la neovesica, soprattutto durante la notte. Col tempo, la neovesica tende a dilatarsi e, di conseguenza, è in grado di trattenere una maggiore quantità di urina. Tuttavia, è sempre consigliabile svuotare la neovesica almeno

ogni 3-4 ore per evitare che si dilati eccessivamente. Ciò espone il paziente al rischio di non riuscire a svuotarla completamente in modo spontaneo, richiedendo quindi il ricorso all'**autocateterismo**. Il paziente potrebbe notare una perdita di urina, soprattutto di notte, ma la situazione è destinata a migliorare nel tempo. Un buon consiglio può essere quello di eseguire con costanza esercizi per il rafforzamento del pavimento pelvico, in modo da ridurre la perdita involontaria di urina. Ottimi risultati per migliorare la continenza urinaria si possono ottenere con l'aiuto di un fisioterapista specializzato nella riabilitazione del piano perineale. Molto importante è l'igiene della neovesica, perché il muco prodotto dall'intestino utilizzato per la ricostruzione potrebbe causare un'infezione. Per il lavaggio si usa un catetere che viene introdotto nella neovesica attraverso l'uretra. È raccomandabile bere almeno 1 litro e mezzo di acqua al giorno.

Derivazione urinaria continente

All'atto delle dimissioni, il paziente lascia l'ospedale con un catetere che fuoriesce dallo stoma cutaneo. Il catetere viene rimosso di solito dopo 4-6 settimane. In tale occasione, il paziente riceverà le istruzioni su come svuotare e lavare la neovesica. Per svuotare la neovesica può utilizzare un catetere che introduce attraverso lo stoma. Inizialmente, quest'operazione dovrà essere ripetuta ogni due ore circa fino a quando la neovesica non aumenterà di volume; col tempo, si potrà allungare quest'intervallo su consiglio dell'urologo di riferimento. Potrebbe essere utile puntare la sveglia per ricordarselo.

La neovesica deve anche essere lavata, perché il tessuto intestinale con cui è stata realizzata continua a produrre muco, che potrebbe evidenziarsi nelle urine sotto forma di filamenti. Se ristagna, il muco può causare infezione. Per questo la neovesica deve essere lavata più volte al giorno introducendo della soluzione fisiologica attraverso il catetere che si usa per svuotare l'urina.



Autocateterismo: manovra con la quale il paziente introduce un catetere nella neovesica per consentirne lo svuotamento completo.



Il paziente deve sempre chiedere all'urologo informazioni dettagliate sui tempi e sulle modalità di svuotamento della sua neovesica.



Muco: liquido denso, biancastro, costituito da proteine e sali disciolti nell'acqua prodotto dalle ghiandole di numerosi tessuti del corpo.

Minzione: atto con il quale l'urina viene espulsa dall'organismo.



L'urologo di riferimento provvederà a consigliare le modalità e la frequenza dell'autocateterismo, qualora si rendesse necessario.



Cambiamenti dell'immagine corporea

Il paziente potrebbe temere di non riuscire ad adattarsi ai cambiamenti del corpo e del modo in cui questo appare e funziona. Ciò può influire sull'**immagine corporea**, l'idea che ognuno ha di sé, del modo in cui si vede e di ciò che pensa di come si vede. Questa è una reazione normale e può volerci del tempo per adattarsi. Se, tuttavia, questo stato d'animo persiste, è importante parlare con il personale medico.

Molti pazienti si sentono tranquillizzati dopo aver condiviso le proprie preoccupazioni anche con un familiare o un amico o un'altra persona di cui si fidano.



Immagine corporea: idea che ognuno ha di sé, del modo in cui si vede e di ciò che pensa di come si vede.

La vita sessuale

I trattamenti per il carcinoma della vescica possono avere un effetto diretto sulla vita sessuale. Se il paziente ha una cicatrice o è portatore di una stomia, è possibile che si senta in imbarazzo e si preoccupi della sua immagine corporea. Ciò può influire sul desiderio sessuale. Anche gli effetti collaterali del trattamento o i sintomi della malattia, come la stanchezza, possono contribuire a ridurre l'interesse per il sesso.

Il medico o l'infermiere spiegheranno al paziente i possibili effetti dei trattamenti sulla vita sessuale. Se la malattia e i relativi trattamenti hanno effetti sulla vita sessuale, ciò può essere vissuto come una grave perdita. Non è necessario avere una relazione affettiva per provare queste sensazioni.



Maggiori informazioni sono disponibili su **Sessualità e cancro** (La Collana del Girasole).



Disfunzione erettile: incapacità di raggiungere o mantenere l'erezione.

Andrologo: medico specialista esperto nella prevenzione e nel trattamento delle malattie che riguardano la sfera sessuale e riproduttiva dell'uomo.

Per l'uomo

La chirurgia e la radioterapia possono danneggiare i nervi degli organi sessuali, con la conseguenza che il paziente potrebbe non essere in grado di raggiungere o mantenere l'erezione. Si parla in questo caso di **disfunzione erettile**.

Sono disponibili diversi farmaci che, favorendo un maggiore afflusso di sangue verso il pene, possono aiutare il paziente a raggiungere l'erezione. I farmaci possono essere sotto forma di compresse, bastoncini (pellet) uretrali e iniezioni peniene. All'inizio, potrebbe essere necessario provare un trattamento più volte. L'**andrologo** offrirà al paziente i consigli più idonei per il suo caso e una spiegazione dettagliata dei diversi trattamenti.

I farmaci in compresse utilizzati per il trattamento della disfunzione erettile sono *sildenafil*, *ildenafil* e *tadalafil*. Questi favoriscono il raggiungimento dell'erezione se i nervi non sono danneggiati, ma possono non essere indicati in caso di problemi cardiaci.

Il bastoncino uretrale è parte di un dispositivo transuretrale, sterile, monouso che rilascia il farmaco nell'uretra maschile. Il bastoncino uretrale è di dimensioni molto piccole (nell'ordine di millimetri) ed è contenuto nell'estremità di un applicatore di polipropilene.

La pompa per vuoto è un dispositivo meccanico che sfrutta il vuoto creato da una pompa aspirante per indurre l'erezione. È costituito da un tubo di silicone in cui viene inserito il pene flaccido e da una pompa aspirante collegata a un cilindro che ne aspira l'aria creando il vuoto. Tale risucchio fa sì che il sangue venga richiamato nel pene, consentendo l'erezione. Applicando un anello elastico alla base del pene che impedisce il deflusso del sangue, è possibile mantenere l'erezione per un massimo di 30 minuti. Esiste anche la possibilità di indurre un'erezione soddisfacente iniettando direttamente nel pene piccole dosi di farmaci a base di prostaglandine. L'urologo e l'andrologo consiglieranno la soluzione migliore per superare il deficit erettile caso per caso.

Per la donna

Il trattamento per un tumore della vescica può indurre modificazioni della vagina, che di solito si accorcia dopo un intervento chirurgico o perde elasticità e si restringe a seguito della radioterapia. Ciò può rendere difficile o fastidiosa la penetrazione durante il rapporto sessuale.

Quando la paziente si sentirà pronta, potrà ricominciare ad avere regolarmente rapporti intimi chiedendo al partner di essere molto delicato nella penetrazione per aiutare ad allungare gradualmente la vagina, riducendo le difficoltà e il fastidio. In questi casi può essere consigliabile utilizzare un dilatatore vaginale per bloccare il restringimento della vagina. Si tratta di un tubicino di plastica, molto simile a un tampone, di diverse dimensioni, che si usa con un lubrificante. In realtà benché sia molto diffuso, non è dimostrato quanto il dilatatore vaginale sia realmente efficace. In alcuni casi viene suggerito di usare gel o creme a base di estrogeno, l'ormone femminile, che hanno lo scopo di ridurre l'eventuale fastidio.

In ogni caso, fondamentale è condividere le proprie sensazioni con il partner. Un colloquio aperto, sincero può contribuire a rafforzare l'unione, coinvolgendo entrambi nella ricerca del modo migliore per riprendere la vita sessuale, adattandola alla nuova situazione.

Può essere molto utile anche la consulenza di uno **psicosessuologo**.



Tutti i pazienti in trattamento per carcinoma della vescica potrebbero avere bisogno di un po' di tempo per accettare la nuova situazione. Alcuni traggono beneficio dal colloquio con uno psicoterapeuta o con un terapeuta sessuale.



Psicosessuologo: psicologo specializzato in psicosessuologia, scienza che studia i problemi connessi con la sessualità, la sua espressione o la sua negazione, e i relativi disturbi a livello mentale.

La comunicazione in famiglia



Maggiori informazioni e consigli sul modo migliore per comunicare con una persona malata di cancro sono disponibili su **Non so cosa dire** (La Collana del Girasole).

Generalmente non è facile parlare di cancro, soprattutto quando la persona malata è un familiare o un amico. Rispetto a tale difficoltà, le reazioni sono varie e individuali. Talvolta si rifiuta la malattia e ci si comporta come se niente fosse. Spesso non parlare rappresenta un modo per proteggere il malato e se stessi dai forti sentimenti di angoscia, incertezza, paura e rabbia che la malattia può suscitare, anche se la mancanza di comunicazione può rendere ancora più difficile affrontare la malattia e può contribuire ad accrescere la sensazione di solitudine della persona malata. Saper ascoltare è un modo per facilitare la comunicazione con la persona malata, lasciandola libera di esprimere solo quanto si sente rispetto alla sua situazione, ma è fondamentale anche concedersi di manifestare le proprie emozioni, senza averne timore.

Parlare ai bambini: ai bambini è importante comunicare sempre la verità nel modo più appropriato alla loro età, evitando così che sulle situazioni che non capiscono possano sviluppare fantasie di gran lunga peggiori della realtà. Gli adolescenti vivono una fase evolutiva in cui si provano sentimenti contrastanti verso i genitori e spesso manifestano la loro rabbia e desiderio di autonomia anche attraverso parole e comportamenti spiacevoli. La malattia del genitore può accentuare la rabbia nei suoi confronti, portando l'adolescente a distaccarsi, ma al tempo stesso può alimentare le angosce, accentuando il bisogno di attenzione e di accudimento.



Maggiori informazioni e consigli sono disponibili su **Che cosa dico ai miei figli?** (La Collana del Girasole).

Come aiutare se stessi

Mantenere un atteggiamento mentale positivo può aiutare il fisico ad affrontare meglio le terapie. Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo. Non esitate a porre domande e chiedere all'oncologo di essere sempre informati sulla situazione.

Sentirsi affaticati e svogliati è normale, come lo è l'alternanza di giornate in cui ci si sentirà abbastanza bene e altre, invece, in cui i momenti di sconforto prenderanno il sopravvento. In tali casi non esitate a richiedere un aiuto specializzato, a cui troppo spesso non si ricorre per paura di mostrare gli aspetti più vulnerabili di sé.

Alcune persone cercano di vivere una vita quanto più normale possibile e sentono il desiderio di stabilire nuove priorità ascoltando maggiormente i propri bisogni: trascorrere più tempo con i propri cari, fare le vacanze che si sono sempre sognate o dedicarsi ad interessi che venivano trascurati e rimandati nel tempo. Mantenere la propria vita sociale e professionale può essere d'aiuto, ma non sentirsi in imbarazzo se si avverte il bisogno di riposare. Fare un po' di esercizio fisico, purché non sia troppo impegnativo, solleva lo spirito e aiuta ad allentare la tensione. È sempre bene, tuttavia, consultare l'oncologo prima di iniziare qualunque programma di esercizi fisici.

Anche se in alcuni momenti forse si avrà voglia di stare un po' soli con se stessi, condividere i sentimenti con gli altri può aiutare ad affrontare la malattia e i trattamenti. Alcuni pazienti ritengono che parlare con un professionista esperto nell'assistenza ai pazienti oncologici possa aiutarli a individuare le criticità e le risorse disponibili durante la malattia. Una persona competente ed esterna rispetto al malato e alla sua rete familiare, può, infatti, aiutare a districare pensieri, sentimenti e idee non sempre facili da esternare e spesso difficili da condividere.

Può giovare anche partecipare ai gruppi di sostegno psi-



Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo.

Mantenere una progettualità.



Mantenere la propria vita sociale e professionale.

Imparare a volersi bene.

Richiedere il sostegno psicologico.



Partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto.



APS Associazione PaLiNUro offre informazioni e sostegno alle persone affette da carcinoma della vescica (e-mail info@associazionepalinuro.com, tel. 350.9084589).

Per *trattamenti* s'intendono tutte le pratiche che possono migliorare le condizioni fisiche e la qualità della vita del malato, a prescindere dalla loro reale capacità di favorire la guarigione. I trattamenti si distinguono in:

- *convenzionali*: sono quelli utilizzati dai medici (chirurgia, radioterapia e chemioterapia), validati da numerosi studi clinici e di efficacia universalmente riconosciuta;

- *non convenzionali*: sono quelli che non rientrano tra i trattamenti convenzionali; si suddividono in:

a) *complementari*: sono utilizzati come integrazione, complemento ai trattamenti convenzionali;

b) *trattamenti alternativi*: sono utilizzati in sostituzione dei trattamenti convenzionali.

cologico e di auto-mutuo aiuto, in cui conoscere altre persone che vivono la vostra stessa esperienza. Condividere le emozioni e i pensieri in uno spazio protetto insieme a persone che vivono la stessa esperienza può essere un modo per dare espressione a quei sentimenti di cui magari si è preferito non parlare con parenti e amici, oltre che un mezzo per apprendere qualche suggerimento utile per affrontare i problemi della vita quotidiana.

I trattamenti non convenzionali

I trattamenti non convenzionali possono essere utili per migliorare la qualità della vita e il benessere dei pazienti.

Alcuni ospedali, ASL e associazioni di volontariato oncologico offrono la possibilità di effettuare delle terapie complementari, tra le quali massaggi, agopuntura, aromaterapia, musicoterapia, tecniche di rilassamento. Queste ultime hanno l'effetto di rilassare la tensione muscolare, ridurre lo stress, mitigare la stanchezza, lenire il dolore, migliorare il sonno, recuperare il controllo delle emozioni.

È importante che il paziente sappia che una terapia non convenzionale non può sostituirsi a una terapia specifica contro il tumore: essa può migliorare la tollerabilità della chemioterapia, ma non è un'alternativa.

Gli studi clinici

Gli studi clinici sono sperimentazioni condotte sui pazienti al fine di testare nuovi trattamenti; verificare se i trattamenti in studio sono più efficaci o causano meno effetti collaterali; confrontare l'efficacia dei farmaci nel control-

lo dei sintomi; studiare meglio il principio di azione dei farmaci antitumorali; vedere quali trattamenti hanno il miglior rapporto costo-beneficio.

Chi partecipa a uno studio clinico ha la possibilità di ricevere il trattamento in sperimentazione o, se fa parte del gruppo di controllo, il miglior trattamento convenzionale disponibile per la malattia da cui è affetto. Ovviamente, nessuno può garantire a priori che il nuovo trattamento dia risultati migliori di quello convenzionale. Se il trattamento in studio si dimostra più efficace del trattamento convenzionale, i pazienti che vi partecipano saranno i primi a trarne beneficio. Di solito, agli studi clinici partecipano diversi ospedali.

Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro

La malattia e le terapie possono comportare una condizione di disabilità, temporanea o permanente, più o meno grave con conseguenti limitazioni nella vita di tutti i giorni. Per superare queste difficoltà numerose leggi dello Stato prevedono l'accesso a vari benefici: ad esempio, il malato che presenti un certo grado di invalidità e/o di handicap può richiedere sussidi economici erogati dall'INPS o dagli altri enti o casse di previdenza; il malato lavoratore può usufruire di un periodo di congedo, oppure di permessi orari o giornalieri, senza perdere la retribuzione, sia durante che dopo il trattamento, e ha anche la possibilità di passare dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo parziale fino a che le condizioni di salute non consentono di riprendere il normale orario di lavoro. La legge prevede permessi e congedi per l'accesso al part-time anche per il familiare lavoratore che assiste il malato.



Gli studi clinici costituiscono l'unico modo affidabile per verificare se il nuovo trattamento (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, ecc.) è più efficace di quello o quelli al momento disponibili.



Maggiori informazioni sono disponibili su **I trattamenti non convenzionali** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni sono disponibili su **Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni sono disponibili su **I diritti del malato di cancro** (La Collana del Girasole), che può essere richiesto alla segreteria di AIMaC (tel. 06 4825107) oppure scaricato dal sito www.aimac.it.

I punti informativi

Sono attivi presso i principali centri di cura. Omogenei per approccio al paziente e attività, distribuiscono gratuitamente materiale informativo per i pazienti e i loro familiari e svolgono attività di ricerca per individuarne i nuovi bisogni. **Per i nomi e gli indirizzi dei singoli centri rivolgersi ad Aimac (06 4825107) oppure consultare il sito dell'associazione all'indirizzo www.aimac.it.**



La Collana del Girasole

- 1 Non so cosa dire
- 2 La chemioterapia
- 3 La radioterapia
- 4 Il cancro del colon retto
- 5 Il cancro della mammella
- 6 Il cancro della cervice
- 7 Il cancro del polmone
- 8 Il cancro della prostata
- 9 Il melanoma
- 10 Sexualità e cancro
- 11 I diritti del malato di cancro
- 12 Linfedema
- 13 La nutrizione nel malato oncologico
- 14 I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico
- 15 La caduta dei capelli
- 16 Il cancro avanzato
- 17 Il linfoma di Hodgkin
- 18 I linfomi non Hodgkin
- 19 Il cancro dell'ovaio
- 20 Il cancro dello stomaco
- 21 Che cosa dico ai miei figli?
- 22 I tumori cerebrali
- 23 Il cancro del fegato
- 24 Il cancro del pancreas
- 25 La terapia del dolore
- 26 Il cancro del rene
- 27 La fatigue
- 28 Il cancro della tiroide
- 29 Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato
- 30 Il mieloma multiplo
- 31 Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità
- 32 Il mesotelioma
- 33 Il tumore negli anziani e il ruolo dei caregiver
- 34 Il cancro del testicolo
- 35 Il cancro muscolo-invasivo della vescica

Aimac pubblica anche:

Schede sui farmaci antitumorali

Forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Schede sui tumori

Forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- Adroterapia
- Elettrochemioterapia - per il trattamento delle metastasi cutanee*
- I test molecolari in oncologia
- Il dolore neuropatico dopo il cancro **
- Il test del PSA
- La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente
- La prevenzione dei tumori occupazionali: il Registro di Esposizione ad Agenti Cancerogeni e Mutageni
- La ricostruzione del seno: informarsi, capire, parlare
- La stomia nel cancro del colon-retto
- La termoablazione **
- La vita dopo il cancro**
- Lavoratori malati di tumore: 10 consigli al datore di lavoro
- Le terapie immuno-oncologiche
- Oltre le nuvole*
- Padre dopo il cancro
- Quando il mio papà è tornato*
- Quando un figlio è malato**
- Radiologia interventistica
- Tumori rari - Come orientarsi

* disponibile solo online

** pubblicato da F.A.V.O. (www.favo.it) di cui Aimac è socio



La helpline di Aimac: un servizio che risponde in tempo reale alle domande dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - **tel. 06 4825107**, e-mail **info@aimac.it**.

Aimac è una Onlus iscritta nel Registro delle Associazioni di Volontariato della Regione Lazio. Offriamo gratuitamente i nostri servizi di informazione e counseling ai malati di cancro e ai loro cari.

Abbiamo bisogno anche del tuo aiuto e della tua partecipazione. Se questo libretto ti ha fornito informazioni utili, puoi aiutarci a produrne altri

- **iscrivendoti ad Aimac** (quota associativa € 30 per i soci ordinari, € 125 per i soci sostenitori)
- **donando un contributo libero mediante**
 - assegno non trasferibile intestato a Aimac
 - c/c postale n° 20301016 intestato a "Aimac – via Barberini, 11 – 00187 Roma".
IBAN: IT 33 B 07601 03200 000020301016
 - bonifico bancario intestato a Aimac, c/o Cassa di Risparmio di Ravenna
IBAN: IT 78 Y 06270 03200 CC0730081718
 - carta di credito attraverso il sito www.aimac.it

Finito di stampare nel mese di febbraio 2022

Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. | www.mediateca.cc

Impaginazione: Artwork di Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



AIMaC è anche presente su



YouTube

<http://forumtumore.aimac.it>



aimac

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
840 503 579 numero verde | www.aimac.it | info@aimac.it