



Ospedale "Cristo Re"
Centro Oncologico
Interdisciplinare - Roma



Prevenzione diagnosi e cura dei tumori

MAMMELLA

UTERO

RENE

TESTICOLO

PROSTATA

VESCICA

MELANOMA

FEGATO

PANCREAS

STOMACO

COLON-RETTO

POLMONE

CAVO ORALE

■ PRESENTAZIONE

Il Centro Oncologico Multidisciplinare dell'Ospedale Cristo Re è stato realizzato con la collaborazione della Lega Italiana per la lotta contro i Tumori, per svolgere nella Città di Roma e particolarmente nella zona di Nord Ovest una efficace azione di prevenzione ed anticipazione diagnostica dei tumori più frequenti.

Il centro ubicato in appositi ed attrezzati locali all'interno dell'Ospedale funziona ogni mattina con e senza prenotazione per offrire alla popolazione un servizio sempre disponibile attraverso qualificati specialisti ed i necessari esami strumentali.

L'attività si svolge nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e delle sue regole professionali ed economiche.

Oltre il Centro prevenzione c'è l'Ospedale con la sua struttura di degenza e di cura in grado di affrontare qualunque tipo di problema oncologico.

La precocità della diagnosi costituisce oggi la condizione di maggiore rilevanza per ottenere una guarigione definitiva: è questo l'obiettivo clinico e sociale al quale è indirizzata l'attività del Centro Oncologico Multidisciplinare dell'Ospedale Cristo Re.

■ ATTIVITÀ AMBULATORIALE

L'Ambulatorio di prevenzione ed anticipazione diagnostica funziona tutti i giorni feriali dalle 9 alle 13 con sezioni separate per le diverse patologie, affidate a specialisti del settore.

■ SEDE E SEGRETERIA

Per informazioni e prenotazioni è possibile recarsi presso il Centro Oncologico Multidisciplinare dell'Ospedale Cristo Re a Roma, in via delle Calasanziane 25, o chiamare i seguenti numeri telefonici:

- Centralino tel. 06 612451
- Prenotazioni tel. 06 612459.

Comitato scientifico

Prof. Giorgio Arcangeli	<i>Radioterapia</i>
Prof. Renato Cavaliere	<i>Chirurgia Oncologica</i>
Prof. Luca Chinni	<i>Dermatologia</i>
Prof. Mario Colosimo	<i>Radiologia</i>
Prof. Enrico De Campora	<i>Otorinolaringoiatria</i>
Prof. Aldo Felici	<i>Chirurgia Ricostruttiva</i>
Prof. Carlo Foggi	<i>Oncologia</i>
Prof. Massimo Lopez	<i>Oncologia</i>
Prof. Ignazio Maiolino	<i>Ematologia</i>
Prof. Massimo Martelli	<i>Chirurgia Toracica</i>
Prof. Mario Mazzetti	<i>Gastroenterologia</i>
Prof. Vito Pansadoro	<i>Urologia</i>
Prof. Cosimo Prantera	<i>Gastroenterologia</i>
Prof. Carlo Sbiroli	<i>Ginecologia</i>
Prof. Francesco Schittulli	<i>Chirurgia Senologica</i>
Prof. Aldo Vecchione	<i>Anatomia Patologica</i>
Prof. Giuseppe Visco	<i>Epatologia</i>

Comitato clinico

Dr. Aldo Barnabà	<i>Radiologo</i>
Dr. Giovanni Brandimarte	<i>Gastroenterologo</i>
Dr. Lorenzo Defidio	<i>Urologo</i>
Dr. Paolo Dragoni	<i>Oncologo</i>
Dr. Bruno Giovinazzo	<i>Radiologo</i>
Prof. Raffaele Greco	<i>Anestesista</i>
Dott.ssa Patrizia Menna	<i>Pneumologa</i>
Dr.ssa Teresa Meucci	<i>Endocrinologa</i>
Prof. Gianni Serra	<i>Ginecologo</i>
Dr. Manlio Schettini	<i>Urologo</i>
Dr. Fortunato Spoletini	<i>Chirurgo</i>
Dott.ssa Maria Vittoria Torresi	<i>Laboratorista</i>
Dr. Isidoro Vittori	<i>Patologo</i>

■ MELANOMA

Rappresenta l'1-2% di tutti i tumori maligni, con 6000 nuovi casi/anno e causa oltre 1.500 morti/anno in Italia.

Fattori di rischio

- a. Nuovo nevo. La comparsa, dopo i 40 anni, di un nuovo nevo con aspetto diverso dagli altri.
- b. Modificazioni di un nevo. Il cambiamento dei caratteri di un vecchio nevo per forma, dimensione, colore, superficie e comparsa di prurito, dolore o bruciore.

Come si previene

Controllo clinico della cute almeno una volta ogni 2 anni. Evitare, soprattutto per i bambini, scottature e/o esposizioni prolungate e violente dei nevi cutanei ai raggi solari, in particolare nelle ore centrali della giornata. Utilizzare creme solari ad alta protezione che per essere efficaci devono essere applicate più volte nella giornata, essere resistenti all'acqua ed alla traspirazione e contenere filtri per raggi UVA e UVB.

Diagnosi precoce

Controllo medico alla comparsa dei segni sospetti ossia alle modificazioni dei caratteri di un nevo preesistente. Epiluminescenza. Escissione chirurgica per esame istologico.

Segni clinici

Asimmetria (un neo della forma irregolare), Bordi frastagliati (un disegno ben delineato, ma irregolare come quello di una carta geografica), Colore policromo (nero, marrone scuro, rosa, rossastro), Dimensione superiore a 6 mm.. Evoluzione progressiva (tende ad allargarsi raddoppiando in circa 3-6 mesi).

Completamento diagnostico

TAC total body, linfoscintigrafia dinamica.

Trattamento

Escissione chirurgica ampia, Esame istologico del linfonodo sentinella ed eventuale linfettomia della stazione satellite, Interferone, Vaccino, Chemioterapia.

■ TUMORE DELLA MAMMELLA

L'incidenza del tumore è di 37.000 nuovi casi/anno in Italia. Colpisce 1 donna su 10 e nel sesso femminile rappresenta il 25% di tutti i tumori.

Fattori di rischio

Il rischio si modifica in rapporto all'età: i tassi di incidenza aumentano esponenzialmente fin verso i 50 anni, quindi subiscono una pausa, o addirittura una lieve diminuzione, per poi riprendere a crescere, ma con un tasso inferiore, dopo l'età della menopausa. Esiste una stretta correlazione tra l'insorgenza del tumore mammario e gli ormoni femminili. La prima gravidanza precoce e l'allattamento riducono il rischio, che aumenta per effetto della terapia ormonale sostitutiva con associazioni di estrogeni e progestinici, in età perimenopausale e in menopausa, se protratta per più di 5 anni. Altri fattori di rischio riconosciuti sono rappresentati dal numero di parenti di I grado con tumori alla mammella, l'obesità dopo la menopausa, l'eccessivo consumo di alcol, l'età al menarca e l'eventuale diagnosi di iperplasia atipica. Solo il 5%-7% dei tumori della mammella sono dovuti a fattori genetici riconosciuti. Un precedente carcinoma della mammella aumenta le probabilità di un secondo tumore alla stessa o nell'altra mammella. Le radiazioni ionizzanti, se utilizzate ripetutamente in età prepubere o puberale, anche a scopo diagnostico, specialmente sulla parete toracica e sulla colonna vertebrale, costituiscono riconosciuti fattori di rischio. Il ruolo di una dieta ricca di grassi (saturi) è ancora oggetto di notevoli controversie.

Come si previene

Attualmente non c'è ancora una reale prevenzione primaria per il carcinoma della mammella: studi sulla farmaco prevenzione sono in una fase avanzata di sviluppo, utilizzati prevalentemente, per ora, allo scopo di ridurre il rischio di insorgenza del tumore sulla seconda mammella. Sembra che un'opportuna attività fisica abbia un ruolo protettivo e, nonostante alcuni aspetti della dieta non siano ancora chiari, è consigliabile comunque un maggiore consumo di verdure e frutta fresca.

Diagnosi precoce

Con un'adeguata diagnosi precoce, le possibilità di vincere questo tipo di tumore sono altissime.

Esecuzione periodica dell'autopalpazione fin dall'età giovanile. A partire dai 40 anni di età rivolgersi al proprio medico di fiducia, ovvero a specialisti esperti in

senologia per concordare eventuali programmi individuali di prevenzione e di diagnosi precoce (autopalpazione, visita, mammografia, ecografia).

Se indicata l'ecografia può essere eseguita anche prima dei 40 anni. Adatta per le mammelle dense delle giovani donne o delle donne che non abbiano allattato, è consigliata in modo complementare alla mammografia ogni qualvolta questa non risulti conclusiva. L'ecografia non può essere utilizzata come unico test per la diagnosi precoce del tumore della mammella.

Il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le Regioni, garantisce a tutte le donne tra i 45-50 e 69 anni (fascia d'età a maggior rischio) l'esecuzione di una mammografia gratuita ogni due anni.

Sono presenti su gran parte del territorio nazionale "programmi di screening organizzato", che prevedono l'attuazione di una mammografia (e degli eventuali necessari approfondimenti) ogni due anni per le donne nella fascia di età 50-69 anni. È attualmente in fase di studio l'estensione dello screening alle donne di età compresa fra i 45-50 anni e alle donne di età superiore ai 69 anni. La LILT auspica che i programmi organizzati di screening siano estesi con cadenza annuale, anche a partire dai 40 anni di età.

Segni clinici

Nodulo mammario: è il segno iniziale più frequente (80%); si presenta duro rispetto alla normale consistenza della mammella e quasi sempre non dolente. Altri segni (presenti in fase avanzata di malattia): cute con caratteristiche che ricordano la buccia d'arancia, retrazione del capezzolo, indurimento della mammella, noduli ascellari.

Protocolli diagnostici

Mammografia, ecografia, agoaspirato, (RMN-PET).

Trattamento

Chirurgia: prevalentemente conservativa, sotto forma di quadrantectomia, o di escissione ampia, seguite da radioterapia anche intraoperatoria, ovvero se necessaria, mastectomia radicale modificata. Il trattamento chirurgico dei linfonodi ascellari va dalla ricerca del linfonodo sentinella, eventualmente seguito da linfettomia ascellare alla linfettomia ascellare d'emblée in presenza di un chiaro coinvolgimento dei linfonodi. Se prevista, la polichemioterapia può precedere e/o seguire la chirurgia, associata o in sequenza con l'ormonoterapia nei casi sensibili.

■ TUMORE DEL POLMONE

In Italia l'incidenza del tumore del polmone è di oltre 38.000 casi l'anno per gli uomini e di oltre 8.000 per le donne. Da solo rappresenta il 20% di tutte le morti per tumore in Italia ed è al primo posto come causa di morte per tumore negli uomini. È in aumento nelle donne in Italia e in Europa in seguito all'acquisizione dell'abitudine del fumo. Il fumo di sigaretta ne è la causa principale. Negli Stati Uniti, nel Nord Europa, e anche in Italia per gli uomini l'incidenza è diminuita in seguito alla riduzione del consumo di tabacco.

Fattori di rischio

- Condizione di fumatore, esposizione al fumo passivo, esposizione ad agenti cancerogeni ambientali (amianto, cromo, arsenico, idrocarburi aromatici policiclici, cloruro di vinile, radon e nichel), inquinamento atmosferico (elevate concentrazioni di particolato fine nell'aria aumentano del 15% il rischio di contrarre un tumore polmonare).

Come si previene

- Essendo noto il rapporto tra fumo di sigaretta e tumore del polmone, è possibile attuare una prevenzione primaria rimuovendo la causa con l'abolizione del fumo di sigaretta.

Diagnosi precoce

- La presentazione clinica precoce assume un particolare significato, dal momento che la diagnosi tempestiva implica una ragionevole aspettativa di guarigione. Sfortunatamente i soli tentativi diagnostici utilizzabili per un programma di screening sono rappresentati dall'indagine radiografica del torace e dall'esame citopatologico (anche biomolecolare) dell'escreato, che nei molti studi clinici effettuati si sono dimostrati di scarsa sensibilità diagnostica. Essi conservano però le loro potenzialità per gli individui ad alto rischio, per cui in quei casi è consigliabile l'esecuzione di una radiografia del torace in due proiezioni con cadenza annuale. Sono in corso studi rivolti a valutare l'utilità della TC spirale del torace in gruppi di individui considerati particolarmente a rischio per l'intensità e la durata dell'esposizione al fumo di sigaretta.

Segni clinici

- Episodio di tipo broncopolmonitico che non guarisce con le usuali cure. Modificazione delle caratteristiche sonore della tosse cronica mattutina e stizzosa del fumatore. Sangue nell'escreato.

Protocolli diagnostici

- Rx standard del torace, TC, RMN-PET, esame citologico dell'escreato, broncoscopia, mediastinoscopia, biopsia.

Trattamento

- Chirurgia - resezione polmonare, radioterapia, chemioterapia.

■ TUMORE DELLO STOMACO

È un tumore tra i più frequenti con quasi 20.000 nuovi casi/anno in Italia. Di recente è stata rilevata una diminuzione delle forme localizzate al corpo ed all'antro mentre sono sensibilmente aumentate quelle cardiali.

Fattori di rischio

Una dieta ricca di amidi, grassi e cibi affumicati o salati ne può favorire l'insorgenza, così come l'eccessivo consumo di alcol e il fumo di sigaretta. Di recente ha assunto sempre maggiore importanza il ruolo svolto dall'*Helicobacter Pylori*, un batterio responsabile anche dell'ulcera gastrica e duodenale. Sono fattori favorenti l'insorgenza del tumore la gastrite cronica atrofica specie se familiare e una pregressa resezione gastrica per ulcera (neoplasia del moncone gastrico).

Come si previene

Un'alimentazione di tipo mediterraneo, con abbondante verdura e frutta fresca e poca carne alla griglia o affumicata sembra avere un effetto protettivo. L'abbandono del fumo di sigaretta può aiutare. Nel caso di infezione da *Helicobacter Pylori* procedere a una semplice terapia antibiotica che dovrebbe essere in grado di eradicare il batterio.

Diagnosi precoce

La diagnosi per il tumore dello stomaco si basa, soprattutto per le persone a rischio, sul controllo periodico tramite la gastroscopia con biopsia.

Segni clinici

Nausea, difficoltà di digestione, mancanza di appetito o difficoltà a mangiare. Sintomi più gravi sono il vomito con sangue o la perdita di peso con anemia.

Protocolli diagnostici

Markers tumorali (CEA, CA 19.9), esofagogastroduodenoscopia, ecoendoscopia, Rx digerente, TAC total body con idroTAC gastrica, PET-TAC.

Trattamento

Resezione gastrica totale o subtotale, Gastrectomia prossimale e resezioni gastriche parziali, linfettomia, chemioterapia pre e/o postoperatoria, radioterapia nei casi localmente avanzati, anche intraoperatoria. Gli interventi operatori possono essere condotti a termine anche in videolaparoscopia.

■ TUMORE DEL COLON-RETTO

È la seconda causa di morte per tumore nell'insieme dei due sessi in Italia. Ogni anno 34.000 persone si ammalano di un carcinoma coloretale e 17.000 muoiono per questa malattia. L'incidenza è elevata nei Paesi ad alto sviluppo economico e di conseguenza si ritiene che il rischio sia associato ad una dieta ricca di grassi, proteine, calorie, alcol e carne, ma povera di fibre, calcio e folati.

Fattori di rischio

I tumori coloretali presentano, sotto il profilo del rischio tre caratteristiche di grande interesse:

- 1) Fattori di rischio ambientali, prevalentemente di natura alimentare. I più documentati sono il sovrappeso e l'obesità, una dieta ipercalorica, il consumo di grassi animali e carni rosse. Un'alimentazione ricca di vegetali sembra svolgere un ruolo protettivo. Molto controverso è il ruolo del fumo di tabacco, mentre è unanime l'accordo sulla funzione protettiva dell'attività fisica indipendentemente dal peso corporeo.
- 2) Lesioni precancerose, gli adenomi, che sono i precursori biologici della maggior parte dei carcinomi. La sequenza ADENOMA-CARCINOMA è ormai confermata, oltre che sotto il duplice profilo morfologico e clinico, anche da osservazioni biomolecolari.
- 3) Fattori familiari ed ereditari, che determinano l'origine sicuramente genetica di due tipi di tumore coloretale, che sono il cancro derivante dalla poliposi familiare ed il cancro coloretale ereditario non su poliposi.
Il rischio di questo tumore (come in altri), dopo i 40 anni aumenta con l'età.
- 4) Malattie infiammatorie croniche dell'intestino.

Come si previene

Seguire una dieta bilanciata ricca di verdure e frutta fresca, limitata nella carne, povera di grassi, sale e conservanti contenenti nitrati. È determinante l'endoscopia, che mira ad evitare l'insorgenza del cancro attraverso la semplice rimozione, sempre per via endoscopica, dei polipi adenomatosi.

Diagnosi precoce

Dopo i 50 anni effettuare con cadenza biennale il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e, in caso di positività, la colonscopia. Se esiste una storia familiare di carcinoma o polipi del grosso intestino, fin dalla giovane età rivolgersi a specialisti esperti in gastroenterologia per concordare programmi individuali di diagnosi precoce basati su controlli colonscopici.

Il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le Regioni, offre a tutti gli uomini e le donne, a partire dai 50 anni di età, la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni mediante comunicazione individuale ad entrare in un percorso, nel quale sono assicurati anche gli ulteriori esami di approfondimento e il trattamento eventualmente necessari (programma di "screening" organizzato).

Sono in corso di studio analisi molecolari di alterazioni geniche nelle cellule di esfoliazione del colon presenti nelle feci, quale nuovo approccio diagnostico non invasivo per individuare precocemente i tumori coloretali e perfino le lesioni precancerose.

Segni clinici

Modificazione delle abitudini intestinali: in particolare stipsi ingravescente ed alternanza fra stipsi e diarrea, perdita di sangue con le feci, dolori addominali di tipo colico.

Protocolli diagnostici

Markers tumorali (CEA, CA 19.9), rettoscolonscopia con biopsia, TAC, RX clisma opaco.

Trattamento

Chirurgia - Resezione colica o coloretale (anche videolaparoscopica), chemioterapia pre e/o post-operatoria, associata (solo nel retto) a radioterapia preferibilmente preoperatoria.

■ TUMORE DEL FEGATO

Viene considerato un tumore primitivo non frequente con circa 5.000 nuovi casi/anno in Italia. Sono invece relativamente frequenti i tumori secondari, ovvero le metastasi, che colonizzano il fegato provenendo da altri organi.

Fattori di rischio

Le epatiti virali B e C sono la principale causa dell'insorgenza dell'epatocarcinoma che si verifica in genere almeno 15 anni dopo il contatto iniziale. Questi tumori insorgono anche nelle cirrosi alcoliche e solo nel 10% dei casi su fegato sano. Nulla può dirsi per i più rari colangiocarcinomi.

Come si previene

In linea di principio gli epatocarcinomi sarebbero largamente evitabili, se non altro per il limitato numero di fattori in grado di provarli. In particolare, gli effetti del virus dell'epatite B possono prevenirsi con un'adeguata immunizzazione (Una misura efficace è risultata la vaccinazione per l'epatite B, che in Italia è obbligatoria per tutti i bambini). Per quanto riguarda invece l'epatite C non sono disponibili vaccini. In caso di infezione cronica da virus dell'epatite B o C è comunque possibile contenere la replicazione del virus con alcuni trattamenti farmacologici. Nella realtà italiana, inoltre, è opportuna una riduzione dei danni epatici derivanti dall'assunzione di elevate quantità di alcol e dal fumo di sigarette (aflatossine), mentre meno quantificabili sono i potenziali effetti di altri fattori, dalla dieta alle esposizioni occupazionali.

Diagnosi precoce

È possibile diagnosticare un epatocarcinoma poco tempo dopo la sua insorgenza, sottoponendo i soggetti a rischio, ossia i cirrotici, a dosaggio semestrale dell'AFP (alfafetoproteina) e ad ecografia epatica.

Segni clinici

Il tumore del fegato è stato anche chiamato tumore silenzioso perché, soprattutto nelle fasi iniziali, non dà alcun segno di sé. Via via che la malattia si diffonde, però, iniziano a comparire i sintomi specifici, tra i quali il dolore alla parte superiore dell'addome, che si può irradiare anche al dorso e alle spalle, l'ingrossamento del ventre, la perdita di peso e di appetito, la nausea, il vomito, la sensazione di sazietà, la stanchezza, l'ittero, la colorazione scura delle urine e la febbre, l'edema agli arti inferiori.

• **Protocolli diagnostici**

Esami di laboratorio e markers tumorali (alfafetoproteina), ecografia epatica, TAC - RMN, agobiopsia con esame istologico.

• **Trattamento**

Resezione epatica minore o maggiore; trattamenti ablativi percutanei come termoablazione, criochirurgia, chemoembolizzazione; in casi selezionati trapianto di fegato.

■ TUMORE DEL PANCREAS

Ogni anno sono circa 6.000 le persone colpite dal tumore del pancreas.

Fattori di rischio

Una piccola percentuale di carcinoma del pancreas è dovuta all'azione di fattori genetici, tanto che si configura un carcinoma pancreatico familiare, anche se non è nota la mutazione causale. Sono fattori di rischio il diabete non insulino-dipendente (ovvero quello che in genere si manifesta dopo i 45 anni di età), la pancreatite cronica e alcune malattie genetiche rare quali la sindrome di von Hippel-Lindau e la neoplasia endocrina multipla di tipo I. Anche alcol e caffè sono sospettati di favorirne lo sviluppo (anche se la correlazione non appare certa), così come alcune esposizioni professionali a solventi di uso industriale e agricolo e a derivati della lavorazione del petrolio.

Come si previene

È senza dubbio importante non fumare, dal momento che il fumo di sigaretta rappresenta il carcinogeno più chiaramente implicato nel determinismo di una neoplasia maligna pancreaticata, e avere una dieta ricca di verdure e frutta fresca e povera di alcol. Le persone che hanno altri casi di tumore del pancreas in famiglia dovrebbero sottoporsi a controlli periodici.

Diagnosi precoce

La diagnosi precoce può essere ottenuta attraverso periodiche ecografie dopo i 60 anni, nei soggetti a rischio.

Segni clinici

Purtroppo il tumore del pancreas in fase precoce non dà segni particolari. La diagnosi spesso viene fatta quando la malattia è già estesa. Possono così manifestarsi perdita di peso e di appetito, ittero, dolore localizzato all'addome superiore o medio, spesso irradiato in regione dorsale, astenia, nausea o vomito.

Protocolli diagnostici

Esami ematochimici, ecografia addominale, TAC e/o RMN e colangio RMN, ecoendoscopia, PET-TAC, CPRE e/o PTC, biopsia e markers tumorali (CEA, Ca 19.9).

Trattamento

Resezioni pancreatiche tipo duodenocefalopancreaectomia, resezione pancreaticata distale, pancreaectomia totale, interventi derivativi biliari o digestivi nei casi inoperabili ed ostruenti. Applicazione di endoprotesi biliari per via endoscopica. Chemioterapia e radioterapia.

■ TUMORE DEL CAVO ORALE

L'incidenza cresce con l'età e si riscontra in prevalenza nelle aree alpine e nel Nord Est (causa del maggior consumo di alcol e tabacco), rappresenta il 4% dei tumori maligni nell'uomo e l'1% nella donna. Ogni anno in Italia vengono scoperti, grazie alla diagnosi precoce, 4.000 nuovi casi di tumori del cavo orale, guaribili in altissima percentuale.

Fattori di rischio

Abuso di alcol e uso di tabacco in tutte le sue forme (alcol e tabacco, se associati, potenziano a vicenda i loro effetti lesivi sulla mucosa orale). Scarsa igiene orale, microtraumatismi dentari (denti rotti, scheggiati) e protesici, lesioni pretumorali (leucoplachia: placchette biancastre non dolenti; eritroplachia: placchette rossastre indolenti, lichen planus).

Come si previene

Eliminazione dei fattori di rischio: alcol e tabacco, cura delle lesioni orali, cura dell'igiene orale, controllo annuale della dentatura presso lo specialista odontostomatologico, dieta ricca di verdure e frutta fresca.

Diagnosi precoce

Autoesame del cavo orale, controllo clinico stomatologico e otorinolaringoiatrico delle lesioni di nuova insorgenza che non regrediscono spontaneamente entro 15 giorni, controllo clinico annuale per forti bevitori e fumatori.

Segni clinici

Macchie bianche o rosse persistenti, ulcerazioni o vegetazioni persistenti, indurimento localizzato. Spesso queste lesioni insorgono in prossimità di un dente cariato o nei punti di appoggio delle protesi dentarie. Le sedi più colpite sono la lingua, il pavimento della bocca, la mucosa della guancia, la regione tonsillare.

Protocolli diagnostici

Biopsia, ecografia del collo, TAC-RMN.

Trattamento

Chirurgia (escissione, linfektomia), chemioterapia e/o radioterapia.

■ TUMORE DEL TESTICOLO

È un tumore raro (meno dell'1% di tutti i tumori del maschio). In Italia l'incidenza è di circa 870 casi/anno, colpisce soprattutto uomini giovani e attualmente è guaribile nella quasi totalità dei casi diagnosticati in fase iniziale e nell'80-90% di quelli diagnosticati in fase avanzata.

Fattori di rischio

La mancata discesa del testicolo nello scroto (criptorchidismo) è causa predisponente, aumentando il rischio di contrarre la malattia da 10 a 40 volte. Ha importanza la storia familiare: i parenti di primo grado dei pazienti con tumore del testicolo hanno un rischio aumentato, anche se non ben quantificabile.

Come si previene

Risolvendo chirurgicamente le situazioni di criptorchidismo.

Diagnosi precoce

Con l'autopalpazione viene rilevato come un nodulo duro e generalmente insensibile all'interno del testicolo. Qualche volta può essere dolente. A partire dai 14 anni è bene eseguire l'autopalpazione regolarmente.

Segni clinici

Presenza di un nodulo duro, rigonfiamento del testicolo, improvviso aumento di liquido nello scroto, dolore e pesantezza nel testicolo o nello scroto.

Protocolli diagnostici

Determinazione dei markers tumorali (BHCG, AFP, LDH), che fornisce importanti informazioni relativamente alla diagnosi, alla stadiazione, alla prognosi e alla valutazione della risposta alla terapia. Ecografia testicolare, biopsia e eventuale orchietomia, mai per via trans-scrotale. A fini di stadiazione è necessaria la TAC, anche del cranio nel caso del corioncarcinoma per l'aumentata incidenza di metastasi cerebrali.

Trattamento

Asportazione del testicolo, linfektomia retroperitoneale, chemioterapia e radioterapia.

■ TUMORE DELLA PROSTATA

Rappresenta il secondo tumore più frequente in molti Paesi occidentali. Ogni anno in Italia oltre 20.000 uomini si ammalano di tumore alla prostata. Il tumore può avere un andamento silente per molti anni, a volte può non dare manifestazioni cliniche per tutta la vita. Se il tumore è diagnosticato al suo esordio esistono diverse possibilità terapeutiche con ottime probabilità di guarigione.

Fattori di rischio

Il rischio aumenta dopo i 50 anni con l'avanzare dell'età. I tre quarti dei casi si sviluppa dopo i 65 anni. Elevati livelli di androgeni endogeni aumentano il rischio. Aver avuto un parente di primo grado (padre o fratello) affetto da tumore della prostata, soprattutto se diagnosticato prima dei 65 anni, espone a un rischio 10 volte maggiore di sviluppare la malattia.

Come si previene

Una costante attività fisica, la riduzione del peso corporeo e un'alimentazione equilibrata, povera di grassi e ricca di verdure e frutta fresca (soprattutto ortaggi gialli, pomodori e peperoni dotati di proprietà antiossidanti, sostanze ricche di vitamina A, D, E e selenio) sembrano essere utili nel ridurre il rischio di malattia.

Diagnosi precoce

Si raccomanda l'esplorazione rettale e la determinazione dell'antigene prostatico specifico (PSA) una volta all'anno nei soggetti tra 50 e 79 anni di età, insieme all'ecografia transrettale. Il dosaggio del PSA va anticipato a partire dai 40 anni se esiste una storia familiare di neoplasie prostatiche. Correntemente, il valore di 4,0 nanogrammi per millilitro di PSA nel siero è ritenuto il valore massimo normale. Però, quando esistono fattori di rischio quali la familiarità, anche per valori di PSA più bassi di 4,0 nanogrammi per millilitro, si impone maggiore attenzione. Un valore alto del PSA non deve tuttavia allarmare: il dosaggio del PSA non è specifico di tumore alla prostata, può rilevare anche un'alterazione del normale funzionamento della ghiandola, come per esempio un'infezione urinaria. Il risultato del PSA potrebbe essere alterato anche da condizioni che determinano un massaggio della prostata, come andare in bicicletta, sottoporsi ad una visita o ad un'ecografia, avere rapporti sessuali. In questi casi, quindi, è meglio rimandare di tre giorni il prelievo per il PSA.

Segni clinici

Disturbi della minzione: minzione difficile (disuria) e frequente (pollachiuria), dolore alla minzione, ematuria, senso di peso perineale nella zona retto-vescicale, evacuazione incompleta e incontrollabile, ritenzione acuta di urina.

Protocolli diagnostici

PSA (rapporto libero/totale), ecografia transrettale, biopsie multiple transrettali, RMN pelvica.

Trattamento

Chirurgia (casi iniziali) anche videolaparoscopica, radioterapia, ormonoterapia, chemioterapia nei casi avanzati.

■ TUMORE DELLA VESCICA

Il tumore della vescica, in costante aumento nei Paesi industrializzati, rappresenta circa il 70% delle forme tumorali a carico dell'apparato urinario e oltre il 3% di tutti i tumori. È più comune tra i 60 e i 70 anni, ed è tre volte più frequente negli uomini che nelle donne. La sopravvivenza a cinque anni supera, in Italia, il 70% dei casi.

Fattori di rischio

Fumo di sigaretta, l'esposizione cronica alle amine aromatiche e nitrosamine (frequente nei lavoratori dell'industria tessile, dei coloranti, della gomma e del cuoio), l'assunzione di farmaci come la ciclofosfamide e l'infezione da parassiti come Bilharzia e Schistosoma haematobium, diffusi in alcuni Paesi del Medio Oriente (Egitto in particolare), infezioni da papillomavirus, calcolosi vescicale.

Come si previene

Non esistono al momento programmi di screening o metodi di diagnosi precoce scientificamente affidabili. Occorre quindi mettere in atto misure di prevenzione legate alle abitudini di vita che consistono nell'abolizione del fumo e in una dieta sana ed equilibrata.

Diagnosi precoce

Esame citologico dell'urina ai primi disturbi della minzione o in caso di ematuria è necessaria ecografia e cistoscopia.

Segni clinici

I sintomi con cui si può presentare il tumore della vescica sono comuni anche ad altre malattie che colpiscono l'apparato urinario. Manifestazioni frequenti sono la presenza di sangue nelle urine e la formazione di coaguli, la sensazione di bruciore alla vescica quando si comprime l'addome, la difficoltà e il dolore a urinare, la maggior facilità a contrarre infezioni. Con la progressione della malattia questi disturbi possono diventare importanti.

Protocolli diagnostici

Esami ematochimici, esame citologico delle urine, ecografia reno-vescicale, TAC e/o RMN con contrasto, cistoscopia (biopsia).

Trattamento

Cistectomia parziale o totale, resezione transuretrale, chemioterapia (endovescicale e sistemica) e radioterapia.

■ TUMORE DEL RENE

Il tumore del rene rappresenta circa il 2% di tutti i tumori, con una incidenza di circa 6.000 casi/anno in Italia. La frequenza è doppia negli uomini che nelle donne.

Fattori di rischio

Un fattore di rischio è rappresentato dall'esposizione cronica ad alcuni metalli e sostanze particolari: sono fortemente sospettati di possedere un'azione cancerogena sul rene il piombo, il cadmio, la fenacetina e il torotrast. Esistono infine delle forme ereditarie molto rare quali la sindrome di von Hippel-Lindau (VHL), il carcinoma papillare ereditario ed il carcinoma a cellule chiare non associato ad altre manifestazioni della sindrome di VHL. Anche il fumo del tabacco aumenta le possibilità di insorgenza dei tumori renali.

Come si previene

Al momento attuale non è possibile prevenire il tumore del rene, se non evitando i fattori di rischio come ad esempio il fumo di sigaretta.

Diagnosi precoce

Non ci sono segni precoci di malattia. La diagnosi precoce in genere deriva da Ecografia e TAC eseguite per altre cause.

Segni clinici

In fase iniziale questa malattia può non dar segno di sé e non provocare disturbi particolari. I sintomi classici di tumore del rene avanzato sono tre: una massa palpabile nell'addome, il riscontro di sangue nelle urine (ematuria) e il dolore localizzato a livello lombare. Ci sono poi effetti più generali sull'organismo quali per esempio la perdita di peso, una marcata stanchezza, febbre, anemia, ipertensione arteriosa e ipercalcemia.

Protocolli diagnostici

Ecografia addominale, TAC e/o RMN, urografia, agobiopsia.

Trattamento

Chirurgia (nephrectomia o enucleoresezione), chemioterapia e immunoterapia.

■ TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Il tumore del collo dell'utero è più frequente nella fascia di età compresa tra i 35 e i 50 anni, con 3.500 nuovi casi/anno. La principale causa responsabile è l'infezione da Papilloma Virus umano (HPV), in particolare di tipo 16 e 18 che si trasmette durante l'attività sessuale.

Fattori di rischio

Infezione precoce e persistente da HPV. Attività sessuale che predispone a contrarre un'infezione da HPV: attività sessuale precoce, rapporti sessuali non protetti da metodi di barriera meccanica (profilattico), rapporti con molti partners, pregresse e ripetute infezioni ginecologiche erpetiche, elevato numero di gravidanze.

È importante inoltre sapere che molte persone affette dal Papilloma virus non presentano segni clinici e non hanno sintomi e quindi possono trasmettere il virus a loro insaputa.

Come si previene

Rapporti sessuali protetti grazie all'impiego di metodi di barriera meccanica (profilattico), Igiene e cura dell'igiene sessuale. Oggi sono in avanzata fase di sperimentazione vaccini contro il papillomavirus da effettuare in giovane età (12-16 anni).

Diagnosi precoce

Il PAP- TEST, associato eventualmente alla visita ginecologica, attualmente rimane lo strumento più efficace per una corretta diagnosi precoce. In base ai programmi di screening, attivi sul nostro territorio nazionale, tutte le donne a partire dai 25 anni di età e sino al 64° anno devono sottoporsi all'esecuzione del Pap test ogni 3 anni. Nelle donne più giovani le linee guida americane consigliano di datare il 1° controllo entro 3 anni dall'inizio dei rapporti sessuali. L'esame che viene indicato per accertare o escludere la presenza di una lesione cervicale sospettata con il Pap test è la **colposcopia**. Attualmente il test HPV DNA, è un ulteriore esame a cui si può ricorrere per completare in alcuni casi la diagnosi. Entro due anni saranno disponibili i risultati di studi in corso che permetteranno la valutazione dell'utilizzo dell'HPV DNA come eventuale test di I livello nei programmi organizzati di screening.

Segni clinici

Perdita di sangue dopo un rapporto sessuale, perdita di sangue tra un ciclo e l'altro o in menopausa, perdite vaginali. Tuttavia il tumore, soprattutto nelle fasi iniziali, è frequentemente asintomatico.

Protocolli diagnostici

Visita clinica, esame colpocitologico, esame colposcopico con biopsia mirata per la tipizzazione istologica della lesione, eventuale cervicoisteroscopia o raschiamento frazionato, RMN.

Trattamento

Chirurgia (Resezione del collo o isteroannessetomia radicale, linfectomia), radioterapia, chemioterapia.

■ TUMORE DEL CORPO DELL'UTERO

In Italia la sua incidenza è di 7.700 casi l'anno. Rappresenta il quarto tumore del sesso femminile, dopo il carcinoma della mammella, del colon e del polmone. Colpisce le donne in post-menopausa con una percentuale di eccezioni di circa il 10%.

Fattori di rischio

Il rischio aumenta dopo i 60 anni. La terapia ormonale sostitutiva (TOS) con soli estrogeni assunta in post-menopausa per più di 5 anni aumenta il rischio di tumore dell'endometrio. Sindrome dell'ovaio policistico. Iperplasia endometriale atipica. Per le pazienti affette da carcinoma della mammella in trattamento con tamoxifene è stato segnalato un maggior rischio di sviluppare una neoplasia endometriale.

Come si previene

Occorre eliminare e curare alcuni fattori che ne favoriscono l'insorgenza e cioè: diabete, obesità e ipertensione arteriosa.

Diagnosi precoce

Visita ginecologica annuale, ecografia pelvica transvaginale annuale durante l'assunzione di TOS, isteroscopia se indicata dal ginecologo.

Segni clinici

Perdita di sangue tra un ciclo mestruale e l'altro in età peri-menopausale o in menopausa.

Protocolli diagnostici

Ecografia pelvica transvaginale, TAC-RMN, isteroscopia con biopsia.

Trattamento

Chirurgia (Isteroannessetomia radicale, linfectomia), chemioterapia.

Prevenzione dei tumori

prevenire è vivere

SUGGERIMENTI PRATICI:

- 1** Eliminare, ove possibile le condizioni di rischio, e comunque tenerne il massimo conto.
- 2** In assenza di sintomi, dopo i 40/50 anni sottoporsi ogni 2 anni agli esami preventivi.
- 3** In assenza di sintomi, se ci sono stati casi di tumore in famiglia, eseguire gli esami di controllo ogni anno per la specifica patologia.
- 4** In caso di sintomi specifici avviare subito gli esami previsti dal protocollo diagnostico, sotto controllo medico.
- 5** Partecipare ai programmi di screening organizzati dalla propria Regione per i tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto.



Ospedale "Cristo Re"
Centro Oncologico
Interdisciplinare - Roma



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere