



IN SALUTE

Inserto di informazione di ASST Mantova

SALUTE AL MASCHILE



**Siamo sempre
più connessi!**

**ASST Mantova
ti raggiunge
anche su **Instagram**
e **YouTube**.**

OBIETTIVO SALUTE > DI MASSIMILIANO BECCARIA, DIRETTORE STRUTTURA PNEUMOLOGIA OSPEDALE DI MANTOVA

CANCRO AL POMONE, LUNG UNIT MULTIDISCIPLINARE

In Europa il secondo tumore più frequente negli uomini, si punta alla diagnosi precoce

Il cancro primario del polmone ha origine nelle cellule che rivestono i bronchi e parti del polmone e si distingue in due tipi principali: a piccole cellule (circa il 15 per cento dei casi) e non a piccole cellule, considerato il tipo più comune. In Europa, il carcinoma del polmone è la seconda tipologia di cancro più frequente negli uomini (dopo quello della prostata) e la terza più comune nelle donne (dopo mammella e colon-retto). Secondo una stima del 2018, in Europa, i nuovi casi diagnosticati sono stati oltre 470.000, di cui 312.000 fra gli uomini e 158.000 nelle donne. In Europa, la

mortalità si è ridotta negli uomini, ma è in aumento nelle donne. La maggior parte dei casi viene diagnosticata in pazienti di età pari o superiore a 65 anni e l'età mediana al momento della diagnosi è di 70 anni. In tutto il mondo, il cancro ai polmoni è la principale causa di morte correlata al cancro negli uomini e la seconda causa principale nelle donne.

Il fumo di sigaretta è il principale fattore di rischio. In Europa, è la prima causa di tumore polmonare negli uomini per il 90 per cento dei casi e per l'80 per cento dei casi nelle donne. Altri fattori di rischio sono l'esposizione a livelli eccessi-

vamente elevati di radon per contaminazione ambientale o contatto professionale (minatori), la suscettibilità genetica o predisposizione del proprio corredo genetico allo sviluppo del tumore che può essere aumentata dalla scorretta abitudine al fumo di tabacco e l'esposizione inconsapevole a inquinanti domestici e ambientali, quali asbesto e arsenico.

La comparsa di sintomi quali tosse persistente, infezioni polmonari senza risoluzione o recidivanti, affanno, raucedine (abbassamento della voce), dolore persistente al torace o alla spalla o presenza di sangue nell'espettorato (catarro), inducono al sospetto diagnostico. Quest'ultimo sintomo ha il valore predittivo più alto, ma è una caratteristica di solo un quinto dei tumori polmonari. Altri sintomi aspecifici sono febbre, inappetenza, calo del peso non giustificato e senso di estrema stanchezza.

La diagnosi nella fase più precoce è fortemente associata a un miglioramento della sopravvivenza. Per diagnosticare e definire quanto estesa sia la malattia servono test di imaging partendo dalla semplice radiografia del torace, passando per la tac torace con mezzo di con-

trasto per arrivare alla stadiazione completa con l'utilizzo della pet tac total body.

Se gli esami radiografici identificano una lesione sospetta per patologia neoplastica si esegue una biopsia. A seconda dello stadio, dell'istologia, delle alterazioni genetiche e delle condizioni del paziente, gli approcci terapeutici nel tumore polmonare non a piccole cellule comprendono solitamente la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia, l'immunoterapia, la terapia a bersaglio molecolare da sola o in modalità combinata. La resezione chirurgica con intento curativo è raccomandata per i pazienti con malattia confinata nel polmone e senza metastasi linfonodali controlaterali o mediastinici e senza metastasi a distanza.

Al Carlo Poma l'approccio alla malattia è multidisciplinare. Il paziente viene inviato dal medico di base nel sospetto di una patologia neoplastica polmonare a eseguire una indagine radiografica. Se viene identificata una lesione sospetta il paziente si procede con una prima visita pneumologica (o a volte direttamente dal chirurgo toracico). A questo punto si eseguirà il completamento della stadiazione



Massimiliano Beccaria

e lo studio funzionale respiratorio completo (spirometria globale con diffusione alveolo capillare del CO). Con questi esami si passa alla discussione collegiale della lung unit che coinvolge pneumologi, chirurghi toracici, radiologi, oncologi, radioterapisti, medici di medicina nucleare, anatomo patologi. Insieme si decide la miglior strategia diagnostica (broncoscopia o biopsia transtoracica o altra biopsia).

Una volta eseguita la biopsia verrà posta diagnosi istologica e saranno eseguite tutte le ricerche genetiche per il miglior approccio terapeutico possibile. L'arco temporale fra la presa in carico e la decisione terapeutica è di massimo 21 giorni.



Professionisti al lavoro in Pneumologia



ALCUNI DATI SUL FUMO IN ITALIA

Dati Ministero della salute



20,5% della popolazione italiana sopra i 15 anni fuma

Aumenta il numero di sigarette al giorno che diventano **12,2**. Un quarto dei fumatori supera le **20**.



L'età media dei fumatori è **46,7 anni**.



Tra i fumatori l'**81,1%** consuma **sigarette confezionate**, l'**11,2%** **sigarette fatte a mano**, il **14%** **sigarette a tabacco riscaldato** e il **5%** **e-cig**.



In Italia si stima che ogni anno i decessi attribuiti al fumo di tabacco siano 93mila. Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme.

Il fumo di tabacco, in particolare, è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive e altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie.

Circa il **50%** dei fumatori muore in media 14 anni prima dei non fumatori e i fumatori sono affetti per più anni da condizioni precarie di salute nel corso della vita.

OBIETTIVO SALUTE > DI PAOLO PARMA, DIRETTORE STRUTTURA UROLOGIA

TUMORE PROSTATICO, PERCORSO DEDICATO

La 'prostat cancer unit' di Asst è all'avanguardia ed è stata certificata per i suoi standard elevati di qualità

Il tumore prostatico rappresenta il 15 per cento di tutte le neoplasie ed è la seconda più frequente nella popolazione maschile. Si sviluppa più spesso negli ultracinquantenni. Nel mondo 1,5 milioni di uomini all'anno presentano una diagnosi di tumore prostatico. In Italia, nel 2016, sono stati registrati 35 mila nuovi casi.

La diagnosi di tumore prostatico viene effettuata mediante una visita ed esecuzione dell'analisi del sangue che si chiama Psa (antigene prostatico specifico). Se il Psa risulta elevato per età o per aumento significativo nell'arco di 12 mesi si procede ad eseguire una risonanza magnetica prostatica e una successiva biopsia mirata, la cosiddetta biopsia di fusione (fusion biopsy). Con la fusion biopsy si passa dal 30-40 per cento di positività al 40-60 per cento. Vengono identificati solo i tumori aggressivi, cosiddetti clinicamente significativi e si riduce il numero di prelievi rendendo più tollerabile e meno invasivo l'esame.

Si utilizza un nuovo ecografo con il quale le immagini della risonanza magnetica prostatica



L'équipe dell'Urologia con il primario Paolo Parma, secondo da destra

vengono fuse con le immagini ecografiche della prostata in tempo reale durante la biopsia. Fino a qualche anno fa la biopsia prostatica standard veniva eseguita in modo 'random, a sestanti' cioè attraverso prelievi nella porzione periferica senza la possibilità di identificare le lesioni sospette. Era quindi un esame eseguito in modo standardizzato, ma senza precisione. Con la metodica fusion, invece, un radiologo dedicato e

l'urologo identificano la lesione e la marcano. È quindi possibile praticare uno o due prelievi mirati della lesione sospetta, detta target, più alcuni prelievi nelle zone non sospette.

Una volta ottenuta la diagnosi di neoplasia prostatica tutti i casi vengono discussi all'interno del gruppo multidisciplinare, la 'prostate cancer unit'. I pazienti infatti possono presentare una malattia prostatica a basso rischio, alto rischio e a rischio intermedio. A seconda del tipo di malattia prostatica, dell'età e delle comorbidità si sceglierà il trattamento più appropriato per quel paziente.

La prostate cancer unit, che coordina, è attiva dal 2018 in Asst Mantova ed è formata da sei urologi, tre radiologi, due radioterapisti, due oncologi medici, due medici di Medicina Nucleare e un anatomopatologo che si occupano specificatamente della diagnosi e del trattamento del tumore prostatico. Il team permette la massima collaborazione tra i vari professionisti permette, con la riduzione dei tempi di attesa per le visite, le indagini diagnosti-

che e le decisioni terapeutiche. Il paziente accede quindi a un percorso diagnostico terapeutico in cui viene gestita a 360 gradi la patologia prostatica dall'inizio fino alla terapia ed ai controlli successivi. Il team si avvale anche di consulenti fisiatrici per la riabilitazione post operatoria. I vantaggi sono evidenti non solo per i pazienti, ma anche per gli specialisti che hanno la possibilità di confrontarsi periodicamente e valutare direttamente il paziente e le sue varie problematiche così da poter ge-

stire al meglio la sua patologia. Nel 2020 il percorso diagnostico e terapeutico relativo al tumore prostatico ha ottenuto la certificazione nazionale da parte dell'ente Certiquality che ne ha attestato l'alta qualità. Ogni anno viene revisionato, integrato o modificato a seconda delle nuove evidenze scientifiche e degli aggiornamenti tecnologici di cui si dota l'azienda. L'ente certificatore esegue una verifica annuale e indica eventuali azioni correttive per un miglioramento continuo.



Paolo Parma, primo da sinistra, con i colleghi

**PROSTATE
CANCER team**
UNA SQUADRA DI SPECIALISTI CONTRO IL TUMORE DELLA PROSTATA

Il trattamento di alcune patologie, prime fra tutte quelle di natura oncologica, richiede il coinvolgimento di più specialisti che cooperano in tutte le fasi ed attività clinico-assistenziali per garantire:

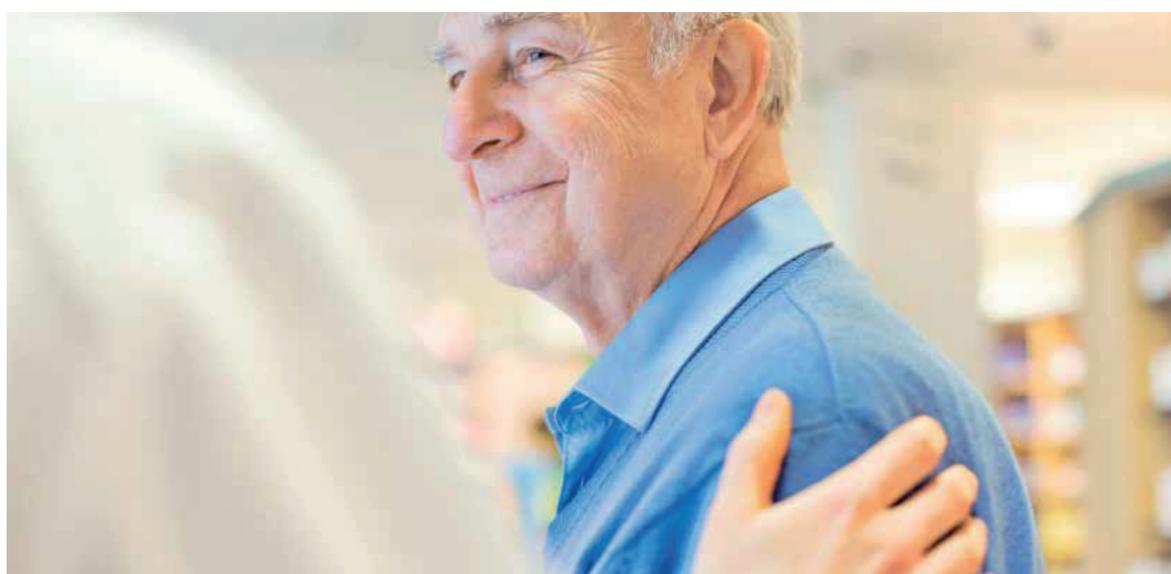
- la definizione del miglior percorso di cura del paziente, già a partire dagli accertamenti diagnostici;
- l'individuazione, in base ai dati clinici e anatomo-patologici, dei diversi piani terapeutici più appropriati.

I pazienti con tumore della prostata hanno la garanzia di:

- una presa in carico tempestiva, integrata e multidisciplinare in funzione delle esigenze clinico-assistenziali specifiche di ciascun paziente;
- professionalità altamente qualificate;
- terapie appropriate ed innovative.

Il **team multidisciplinare** è una squadra di specialisti costituita da tutte le figure mediche e sanitarie che si occupano di una specifica patologia. Gli **obiettivi** della squadra di specialisti sono prendere insieme le giuste decisioni cliniche basandosi sulle evidenze scientifiche e coordinare il percorso di cura in ogni fase del processo clinico-diagnostico-terapeutico-assistenziale e riabilitativo, incoraggiando i pazienti a essere parte attiva nel percorso di cura.

Per maggiori informazioni
inquadra il QRCode



DOMENICA 1° OTTOBRE 2023



PRIMA GIORNATA

della **campagna per le Vaccinazioni Antinfluenzali**, su tutto il territorio di **Regione Lombardia**

- **Cittadini over 60**
- **Bambini dai 2 ai 6 anni**
- **Donne in stato di gravidanza**
- **Operatori sanitari**
- **Forze dell'ordine, Polizia locale, Vigili del fuoco**
- **Insegnanti e personale scolastico**

**L'ACCESSO ALLA VACCINAZIONE
È CONSENTITO SOLO SU APPUNTAMENTO**

PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI:
vaccinazioneantinfluenzale.regione.lombardia.it
a partire dal **28 settembre 2023**

Ricorda ti portare con te:

- la Tessera Sanitaria
- il Documento di identità
- l'Autocertificazione (non richiesta per bambini e cittadini over 60)



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

ASST di Mantova
Strada Lago Paiolo, 10
46100 - Mantova (MN)

Centralino 03762011

www.asst-mantova.it

www.mantovasalute.asst-mantova.it

