

Lo screening per il carcinoma prostatico

Ciro Niro

Medico di medicina generale
San Severo (FG)
Responsabile Dipartimento
di Uro-Andrologia AIMEF

Il dibattito sull'utilità o meno di utilizzare il test del PSA come strumento di screening continua all'interno della comunità scientifica italiana. Una consensus conference della Società Italiana di Urologia Oncologica ha portato alla formulazione di un puntuale decalogo, alla cui discussione hanno partecipato anche rappresentanti della medicina generale i quali hanno ribadito la necessità di una informazione condivisa con il paziente nel suo percorso decisionale

Il tumore della prostata è una delle neoplasie più comuni dell'uomo nei Paesi sviluppati e il più comune in quelli industrializzati. Esso si manifesta particolarmente nella popolazione maschile di età >50 anni e la sua distribuzione mostra una larga variabilità mondiale, legata principalmente alla differente diffusione nei vari Paesi del test del PSA (disponibile sin dal 1980).

La diffusione di nuove procedure diagnostiche, in special modo proprio del PSA, ha determinato un evidente aumento del numero di nuovi carcinomi della prostata diagnosticati, ma non ancora una chiara diminuzione della mortalità.

In Italia, in uomini di età compresa tra i 55 e i 74 anni si è evidenziato un recente declino della mortalità cancro correlata, anche se non in tutte le aree geografiche. Dettagliate informazioni sulla sua incidenza sono disponibili sui registri tumori locali, ma la loro reale diffusione riguarda solo circa il 20% della popolazione italiana.

Va rilevato che anche negli Stati Uniti, nell'ultima decade, si è avuta una riduzione della mortalità, ma il significato di questa apparente diminuzione rimane controverso: coloro che sostengono lo screening di massa e l'intervento precoce correlano la diminuzione di mortalità al successo della terapia, coloro che sono contrari allo screening asseriscono che questo miglioramento è dovuto in realtà a un *lead-time bias* (anticipazione diagnostica).

È da notare che lo scopo dello screening è di diagnosticare tumori prostatici clinicamente significativi, a

uno stadio in cui l'intervento possa portare a una riduzione della morbilità e della mortalità.

Purtroppo i risultati tanto attesi dei due più grandi trial, quello americano (PLCO - Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian cancer screening trial. *NEJM* 2009; 360: 1310-9) e quello europeo (ERSPC - European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. *NEJM* 2009; 360: 1320-8), oltre a non aver chiarito definitivamente il ruolo dello screening nel cancro prostatico, hanno evidenziato i limiti del test PSA-screening: non è in grado di differenziare un cancro indolente (non clinicamente significativo) da uno letale, invia molti uomini a biopsia diagnostica e a trattamenti, con incertezze in termini di reale beneficio sulla mortalità, produce molta ansia.

■ Posizione delle società scientifiche

Non essendoci a oggi prove decisive per raccomandare lo screening sia di massa sia opportunistico, molte società scientifiche in tutto il mondo hanno prodotto delle raccomandazioni sull'uso del test PSA-screening, con vari up-date: la maggior parte di esse non si schiera contro, tuttavia non lo raccomanda.

C'è da osservare che, nonostante la raccomandazione a non effettuare il test-screening, da una recente indagine negli USA oltre la metà degli uomini dopo i 50 anni risulta aver effettuato il test nell'anno precedente e, di questi, un terzo non è a conoscenza di averlo eseguito nei tre mesi precedenti; anche in Gran

Bretagna, dove il test è meno richiesto, due terzi degli uomini screenati nel 2003 non era a conoscenza di averlo eseguito.

Negli ultimi dieci anni, nell'ambito della medicina generale negli USA e in Europa, il dosaggio del PSA è sostanzialmente aumentato, ad indicare che sono aumentate le richieste da parte del medico delle cure primarie.

Anche in Italia diverse società scientifiche (urologiche, oncologiche e della medicina generale) hanno fornito delle raccomandazioni sul corretto uso del test del PSA, evidenziando nel tempo la loro posizione nei confronti dello screening di massa o opportunistico.

■ Consensus conference SIUro

La SIUro (Società Italiana di Urologia Oncologica) ha organizzato una consensus conference (Bologna, marzo 2010) sullo screening del carcinoma prostatico, per commentare in maniera approfondita le conclusioni dei due grandi studi citati, e per produrre raccomandazioni utili nella pratica quotidiana. Alla consensus hanno partecipato numerose società scientifiche italiane coinvolte nella diagnosi e cura di questo tumore.

La medicina generale era rappresentata da AIMEF e SIMG: i loro rappresentanti hanno tenuto una relazione sulla diffusione del test PSA nell'ambito della medicina generale e sulla necessità di una "informazione condivisa" con il paziente nel suo processo decisionale.

I lavori hanno portato alla formulazione di un decalogo.

Suggerimenti per una buona pratica clinica

In questo ambito diventa assolutamente necessaria, come d'altra parte raccomandato da parte di varie organizzazioni scientifiche (American Academy of Family Physicians, American Cancer Society), l'informazione del paziente sui potenziali, ma incerti, benefici e sui conosciuti rischi dello screening del cancro prostatico e della sua terapia. Oltre che essere informato sulle incertezze delle attuali evidenze scientifiche, il paziente va assistito nel considerare le sue aspettative prima di decidere se sottoporsi al test del PSA.

Perché ciò si realizzi è necessario cercare di superare tutte quelle bar-

riere, spesso legate al medico e all'ambiente in cui lavora, che impediscono una breve, ma approfondita informazione per aiutare il paziente nella sua decisione.

Il sostegno a decidere va considerato un vero e proprio impegno etico, sia occupandosi delle incertezze sia favorendo la collaborazione medico-paziente, onde promuovere l'autonomia di quest'ultimo e, migliorando le sue conoscenze, creare aspettative più realistiche.

I punti più importanti che dovrebbero essere illustrati chiaramente al paziente, accertandosi che vengano ben recepiti, in modo che egli poi possa autonomamente scegliere se sottoporsi al test del PSA, riguardano la particolare storia biologica di questo tumore, i rischi e le attuali

incertezze dello screening, le altre possibili cause di un aumento dei valori del PSA, le successive fasi nel caso venga diagnosticato un tumore (tabella 1).

È da aggiungere che nonostante il colloquio, l'ultima decisione per l'effettuazione dello screening è spesso influenzata dalle caratteristiche psicologiche del paziente (ansia nei confronti del tumore), aspettative riguardo al test e storia familiare di cancro; tuttavia, in attesa che altri trial chiariscano le problematiche aperte su questo tumore, è oggi probabilmente necessaria da parte di tutti - medici e pazienti - una revisione culturale che modifichi l'opinione comune che tutti i cancri prostatici vadano trattati.

Screening sul carcinoma prostatico: il decalogo SIUrO

La SIUrO:

1. Definisce screening di popolazione un intervento di salute pubblica, consistente nell'invito attivo di una popolazione asintomatica a esami per diagnosi precoce.
2. Prende atto dell'enorme diffusione dell'utilizzo del PSA nella popolazione asintomatica e/o su richiesta del paziente (cosiddetto screening spontaneo e/o opportunistico).
3. Ribadisce che lo screening di popolazione inteso come politica sanitaria con chiamata per fasce di età non è ancora supportato da chiare evidenze scientifiche.
4. Riconosce che il rapporto benefici/danni (riduzione di mortalità cancro specifica/effetti collaterali della diagnosi e dei trattamenti) non è a tutt'oggi sufficiente a giustificare uno screening di popolazione.
5. Ribadisce l'importanza di fornire al paziente adeguate informazioni su possibili vantaggi e svantaggi di una diagnosi precoce (PSA, biopsia, ecc).
6. È a favore di una diagnosi precoce (PSA, biopsia, ecc) in pazienti sintomatici (disturbi urinari) e in casi accertati di aumentato rischio (familiarità, etnia).
7. Rimarca che l'utilizzo improprio del PSA può determinare un eccesso sia di diagnosi sia di trattamenti non strettamente necessari per malattie clinicamente non significative (effetti negativi sulla qualità della vita).
8. Incoraggia e supporta gli studi clinici (per esempio protocolli di sorveglianza attiva) che possano concorrere a evitare trattamenti inappropriati per eccesso e gli effetti collaterali conseguenti.
9. Incoraggia e supporta le ricerche cliniche che possano permettere di differenziare le neoplasie prostatiche più aggressive da quelle clinicamente non significative (ricerche nel campo della genetica, dei biomarcatori e dell'imaging).
10. Incoraggia e supporta ricerche e studi di ogni forma di prevenzione.

Tabella 1

Concetti da chiarire al paziente

1. Il tumore della prostata è una importante malattia e diventa più frequente con l'avanzare dell'età.
2. Sebbene sia la seconda più frequente causa di morte per tumore nella popolazione maschile, molti uomini affetti da cancro prostatico non moriranno per questa malattia.
3. Nessuno sa se un regolare screening sul cancro prostatico riduca il rischio di morte per questo tumore.
4. Si possono verificare falsi positivi e falsi negativi al test del PSA: il 70% circa degli uomini con risultato anormale non ha il tumore prostatico e allo stesso modo il 20% circa degli uomini con valori del PSA nella norma ha un cancro prostatico.
5. Il PSA può risultare alterato per varie altre cause oltre al cancro.
6. Se il PSA risulta alterato il successivo step è la biopsia della prostata.
7. Se la biopsia evidenzia un cancro, saranno considerate varie opzioni terapeutiche in relazione all'estensione della malattia (chirurgia, radioterapia, ormonoterapia, chemioterapia).
8. Il trattamento del ca prostatico può determinare disfunzione sessuale, incontinenza urinaria, disfunzioni intestinali e altri eventi avversi, la cui percentuale dipende dal trattamento e si correla con l'età e la presenza di altre malattie.