

Il PSA avanza, ma il tumore non recede

Il ricorso al dosaggio del PSA per la diagnosi precoce dei tumori prostatici in soggetti asintomatici è oramai molto diffuso in Italia. Senza vantaggi, secondo i dati di mortalità raccolti dall'ISS dal 1970 al 2005.

Un'indagine condotta nella medicina generale su 220.000 persone prive di sintomi o di precedenti urologici, mostra che più del 30 per cento della popolazione maschile di oltre 50 anni ha effettuato il dosaggio almeno una volta e che la proporzione è si è quadruplicata negli ultimi 5 anni (D'Ambrosio 2004).

Questi dati suscitano preoccupazione per diversi e importanti motivi:

- sovradiagnosi e sovratrattamento: l'elevato rischio di scoprire neoplasie prostatiche che non si sarebbero manifestate nell'arco della vita del soggetto, sia per la frequenza di forme intraprostatiche non evolutive, sia per la prevalenza del tumore in età avanzata, in cui coesiste una mortalità competitiva importante per altre patologie;
- mancanza di prove che lo screening riduca la mortalità;
- incertezza del bilancio beneficio-rischio, dato l'impatto sulla qualità della vita delle sequele dell'intervento di prostatectomia (impotenza nel 30-60 e incontinenza urinaria nel 10-30 per cento degli operati; Stanford 2000).

La sovradiagnosi è probabilmente un effetto inevitabile della maggior parte degli screening oncologici: non tutte le lesioni focali istologicamente neoplastiche si evolvono, ma la ricerca di tumori, con tecniche sempre più accurate, porta a diagnosticare una certa percentuale di neoplasie cosiddette indolenti, che attualmente non è possibile distinguere dalle altre. L'esistenza di queste forme è stata scoperta proprio a seguito degli screening, dato che la diagnosi clinica avviene ovviamente nei pazienti sintomatici. Nel caso della prostata, il dato è però particolarmente importante: è nota da ben prima dell'era dello screening, sulla

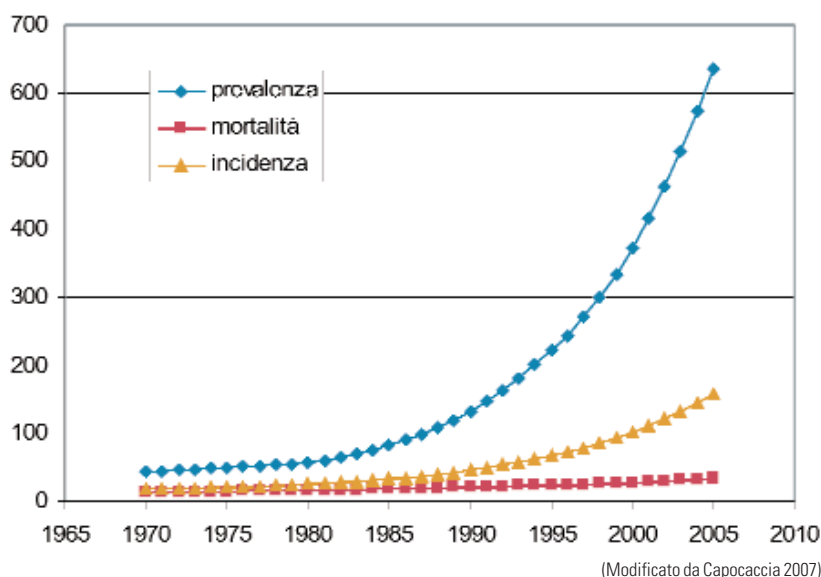
scorta di reperti anatomopatologici, l'elevata percentuale di neoplasie per niente o scarsamente evolutive, per lo meno nell'arco di due decenni. Circa un terzo degli uomini da 50 anni in poi ha cellule neoplastiche nella prostata e la percentuale aumenta in modo proporzionale all'età. Da notare che questa alta prevalenza si rileva tanto in popolazioni in cui l'incidenza di forme invasive e la mortalità per cancro della prostata sono elevate, sia in quelle, come il Giappone, dove sono invece molto minori (Shiraishi 1994). In Italia l'entità della sovradiagnosi è stimata tra il 50 e il 150 per cento (Zappa 1998). Si tratta quindi di una considerazione da tenere ben presente nella decisione di procedere o meno con uno screening, del cui beneficio, posto che ci sia, solo una minoranza di persone si avvarrebbe.

La figura presenta dati italiani dell'Istituto superiore di sanità. Fino al 1999 sono riferiti a casi rilevati, mentre per gli anni dal 2000 al 2005 si tratta di stime. Risalta il divario tra l'incidenza in progressivo aumento e la mortalità sostanzialmente stabile da molti anni (mostra in realtà un lievissimo incremento). ▶▶▶

Massimo Tombesi
Medicina generale
Macerata

TENDENZA DEL CANCRO DELLA PROSTATA IN ITALIA: MORTALITÀ, INCIDENZA E PREVALENZA

FIGURA 1



La prevalenza mostra addirittura un incremento esponenziale. Si potrebbe sostenere che è troppo presto per osservare una diminuzione di mortalità, ma come spiegare che la mortalità resta pressoché identica mentre l'incidenza quadruplica e la prevalenza è più di 6 volte quella di 20 anni fa? Di quanto si amplierebbe questo divario, se lo screening si generalizzasse ulteriormente?

Anche se la diagnosi precoce fosse effettivamente efficace nel ridurre la mortalità, rimane una sproporzione con i casi diagnosticati e trattati e l'obiezione principale allo screening sarebbe l'incertezza del bilancio beneficio-rischio: come giustificare un trattamento con un anticipo di decine di anni? Che possibilità diagnostiche, predittive e terapeutiche si potrebbero avere tra altri 10-20 anni? E' lecito proporre oggi un intervento con importanti conseguenze negative sulla qualità della vita a una persona cui potrebbe giovare, forse, dopo così tanto tempo?

La risposta all'ultima di queste domande c'è: negli Stati Uniti è stato segnalato che la «vigile attesa» dopo la diagnosi di tumore prostatico effettuata mediante screening è una opzione scartata da oltre il 90 per cento delle persone con un tumore il cui rischio di evolutività è a dir poco remoto. Pur non essendo del tutto privi di criteri predittivi (i tumori con un basso punteggio di Gleason, meglio differenziati, con PSA inferiore o uguale a 10 e confinati all'interno della prostata, progrediscono in una piccola percentuale di casi), solo il 9 per cento su alcune centinaia di soggetti in queste condizioni ha scelto di non sottoporsi a trattamento immediato (Peck 2007). A questo punto il quadro nel quale si trovano a operare i medici di medicina generale, è ben delineato. Le persone con una diagnosi di tumore della prostata non tengono in considerazione, nel decidere se operarsi o meno, dei criteri predittivi di evolutività della patologia, ma preferiscono «andare sul sicuro».

L'emotività ha la meglio sulla razionalità. Se sul piano individuale la decisione è comprensibile, su quello di popolazione si dovrebbe concludere che quasi sicuramente i danni della pratica corrente finiscono per prevalere sul beneficio atteso, perché ogni screening diagnostica proprio le forme meno aggressive.

Il counselling, raccomandato da molti per favorire una scelta autonoma da parte dell'inte-

ressato, è molto difficile, perché sono ardui da comprendere per il pubblico concetti come quello di tumore indolente, o di diagnosi dannosa. Nella medicina generale, dove la richiesta del PSA spesso proviene dalle mogli degli interessati, il counselling unisce l'inefficacia dell'essere fatto per interposta persona a quella derivante dal porsi «contro» la prevenzione massicciamente propagandata.

Lo screening si autocatalizza (Tombesi 2005). Sempre più persone tendono a decidere in base a quello che fanno gli altri. I medici che tentano di fornire un'informazione corretta si sentono in minoranza e si portano su posizioni difensive, per non essere accusati di omissione nell'eventualità che prima o poi si giunga comunque a diagnosticare il tumore. Questa eventualità è tutt'altro che remota e le conseguenze professionali saranno gravi: in mancanza di un sostegno istituzionale, nell'ambito giudiziale poco rileveranno i dati scientifici o le incertezze che circondano lo screening.

Non è chiaro il motivo della mancanza di una posizione esplicita e documentata da parte del Ministero della salute, che serva da orientamento anche per il pubblico. Non è bene che siano solo la televisione, gli inserti dei quotidiani e le campagne mediatiche a dare un riferimento sanitario (vedi l'articolo a pagina 11). Data la diffusione che sta avendo il test per il PSA e il proliferare di iniziative estemporanee in favore dello screening, sarebbe opportuno pensare all'istituzione di una apposita Authority regolatoria. ■

Bibliografia

Capocaccia R. Prostate cancer trend estimates in Italy. Roma: ISS, 2007.

D'Ambrosio G et al. Practice of opportunistic prostate specific antigen screening in Italy, data from the Health Search Database. *Eur J Cancer Prev* 2004; 13: 383.

Stanford JL et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: The Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA* 2000; 283: 354.

Shiraishi T et al. The frequency of latent prostatic carcinoma in young males: the Japanese experience. *Vivo* 1994; 8: 445.

Zappa M et al. Overdiagnosis of prostate carcinoma by screening: an estimate based on the results of the Florence Screening Pilot Study. *Ann Oncol* 1998; 9: 1297.

Peck P. ASCO prostate: men reluctant to choose active surveillance for low risk prostate cancer. *MedPage Today* 2007: <http://www.medpagetoday.com/Urology/ASCOProstate/tb/5105>

Tombesi M. Gli screening oncologici. In Tombesi M. *Prevenzione nella pratica clinica*. Torino: UTET, 2005.