

**Dott. Giario Conti**

Direttore responsabile
del periodico "Europa Uomo"
Direttore Reparto di Urologia
Ospedale Sant'Anna, Como

Egregio Dott. Conti, Caro Direttore, ho 43 anni e a mio fratello maggiore (55 anni) è stato diagnosticato un tumore della prostata dopo un lungo iter. Dopo aver effettuato per anni il test del PSA (inserito negli esami di routine dal medico di famiglia), che sembrava avere valori normali, si è deciso a farsi visitare dall'urologo che gli ha prescritto ulteriori indagini. Dato che ho questo precedente in famiglia, secondo lei dovrei cominciare a preoccuparmi? Quali sono le indicazioni per effettuare una corretta diagnosi precoce del tumore della prostata?

Mario, Milano

Caro Mario, non ci sono motivi per cui lei debba cominciare a preoccuparsi, perché è vero che la familiarità aumenta il rischio di sviluppare una neoplasia della prostata ma questo non significa per forza che questo evento si debba verificare (questo vale per molte altre situazioni, dal colesterolo elevato alla pressione alta e via dicendo). È però giusto, proprio in considerazione di questa situazione, mantenere dei controlli cosiddetti di screening, che nella popolazione di base non vengono ritenuti

indispensabili. Questo per poter effettuare una diagnosi precoce, nel caso che ce ne possa essere necessità.

La prima cosa che mi sento di suggerirle è di consultare un urologo, che possa valutare la sua situazione clinica globale e prescriverle una prima valutazione del PSA. Questi dati potranno dare delle indicazioni preziose, sia in merito a una patologia benigna, come l'ipertrofia prostatica, peraltro rara alla sua età, per lo meno sotto il profilo dei sintomi sia in merito al monitoraggio del rischio oncologico. Un valore molto basso di PSA può essere rassicurante, soprattutto se accompagnato da una visita negativa e porterà alla programmazione di un monitoraggio con tempi più lunghi e meno "aggressivo".

Valori più elevati, ma ancora "tranquilli", sempre in presenza di una visita negativa, potrebbero indurre il suo urologo a programmare un

monitoraggio più stretto, eventualmente non solo con il PSA.

Se poi il PSA dovesse avere valori sospetti (che andrebbero comunque confermati, eventualmente dopo una terapia adeguata) o se il suo urologo avesse qualche dubbio visitandola, sarà possibile eseguire delle valutazioni ulteriori, fino ad arrivare, se ritenuta necessaria, all'esecuzione di una biopsia della prostata. L'esame ha un'invasività limitata, viene eseguito in anestesia locale e non richiede ricovero o ospedalizzazione, ma solo qualche giorno di riposo, ed è in genere capace di sciogliere molti dubbi, qualora sussistessero dopo le prime valutazioni.

Ripeto però che il fatto di avere un fratello affetto da carcinoma della prostata aumenta il suo rischio rispetto alla popolazione generale, senza rendere inevitabile che anche lei debba soffrire della stessa patologia.



Gentile Dott. Conti,
Ho 65 anni mi sto curando da
8 anni con ormonoterapia. Nel
timore che non sia più efficace, ho
letto che oltre alla chemioterapia
vi sono nuove terapie per la fase
avanzata della malattia. Quali sono
e quali aspettative di vita possono
dare?

Giulio, Roma

Caro Giulio, anche se lei non specifica la sua condizione di partenza e se la terapia ormonale è stato il primo e unico trattamento, posso tuttavia provare a rispondere alla sua domanda. È vero, esistono oggi diverse possibilità terapeutiche per le forme che diventano resistenti alla castrazione (anche se da quel che capisco non è il suo caso). Possiamo utilizzare due farmaci chemioterapici, Docetaxel e Cabazitaxel, due farmaci ormonali di nuova generazione (detti ARTA), Abiraterone e Enzalutamide, e un radiofarmaco, il Radium 223. Tutti questi farmaci sono in genere abbastanza ben tollerati (hanno profili di tossicità diversi che vanno valutati in ogni singolo paziente) e sono in grado, grazie alla loro efficacia terapeutica, di prolungare in modo significativo la sopravvivenza dei pazienti

e anche di salvaguardare, in maniera altrettanto significativa, la loro qualità della vita. Abbiamo anche la possibilità, in alcuni pazienti metastatici, di anticipare l'uso alcuni di questi farmaci in una fase più precoce della malattia, quella metastatica ma ancora sensibile alla castrazione, con risultati molto interessanti.

La scelta di quale farmaco utilizzare per primo, e con che sequenza utilizzare poi gli altri, in caso di necessità, richiede una valutazione attenta di ogni singolo soggetto e della sua malattia, perché le caratteristiche possono variare molto, così come le patologie associate che possono indirizzare verso una scelta piuttosto che un'altra. Quello che è importante è non "demonizzare" i farmaci di cui disponiamo. La chemioterapia, per esempio, non è sempre cattiva e mal tollerata ed è in grado di dare risultati eccellenti. Così come i nuovi farmaci non sono privi di effetti collaterali, che devono comunque essere valutati e trattati, quando si presentano.

Quello che è importante per offrire al paziente la miscela migliore possibile di efficacia terapeutica e conservazione della qualità della vita, è eseguire sempre una valutazione multifattoriale, che non si limiti solo al tumore ma prenda in considerazione la persona nella sua totalità e individualità.

Una delle situazioni che spesso vengono sottovalutate per esempio, durante la terapia ormonale di deprivazione androgenica (castrazione), è l'impatto che la terapia stessa può avere sulla salute dell'osso, con impoverimento dello stesso, induzione di osteoporosi e aumento del rischio di fratture.

La carenza di testosterone ha un effetto negativo anche su una serie di aspetti metabolici, apparentemente banali, che nel loro insieme vengono a costituire la cosiddetta "sindrome

metabolica", come un innalzamento, in genere modesto, della glicemia, l'ipertensione, la perdita di massa muscolare a favore della massa adiposa (aumento della circonferenza addominale), aumento dei lipidi nel sangue, calo dell'emoglobina, impatto negativo sul tono dell'umore e via dicendo.

Tutti questi aspetti sono facilmente prevenibili, spesso anche solo con suggerimenti dietetici e comportamentali, modificando lo stile di vita (molto esercizio fisico, per esempio); a volte è necessario assumere piccole quantità di farmaci molto ben tollerati, come la vitamina D periodicamente, e di alimenti ricchi di calcio (raramente è necessario assumere il calcio sotto forma di medicinale). Solo in alcuni casi è necessario ricorrere a trattamenti farmacologici più specifici.

Importante è tenere presente che questi problemi potrebbero presentarsi e che contrastarli, oltre ad essere relativamente semplice (soprattutto con la collaborazione attiva del proprio medico di medicina generale che auspicabilmente dovrebbe far parte del team multidisciplinare che vi cura) ha anche un impatto fondamentale sulla conservazione della qualità della vita, permettendo alla grande maggioranza dei soggetti di evitare problemi che ne ridurrebbero l'autonomia e la libertà e che, a lungo andare, potrebbero influire negativamente sulla salute generale.

Ancora e sempre non dobbiamo curare il tumore dimenticandoci della persona, ma curare la persona che ha un tumore, come ben sapevano i medici delle generazioni precedenti. È senza dubbio un po' più complicato, richiede un po' più di attenzione e collaborazione dei medici fra loro e con il paziente, ma i risultati finali saranno incommensurabilmente migliori. ■

