

Prostata e altre patologie genito-urinarie: giocare d'anticipo

Giocare d'anticipo è possibile nel tumore alla prostata, dosando il PSA ed eseguendo una corretta valutazione clinica. Sospendere il fumo di sigaretta riduce il rischio di neoplasia vescicale, il cui sintomo più precoce è la comparsa di sangue nelle urine. L'autopalpazione consente la diagnosi precoce del tumore al testicolo, mentre l'igiene accurata e la vaccinazione contro l'HPV possono ridurre l'insorgenza di tumore al pene.



Dott. Marco Roscigno

Unità Operativa Complessa
di Urologia
Azienda Socio-Sanitaria
Territoriale "Papa Giovanni XXIII",
Bergamo



Nell'ambito delle patologie tumorali, la diagnosi precoce è fondamentale per consentire la maggior possibilità di cura definitiva, riducendo l'invasività dei trattamenti (chirurgia, radioterapia, chemioterapia) e i conseguenti effetti collaterali.

Per "screening" si intende la ricerca di un tumore prima che la persona che ne è affetta presenti qualunque tipo di sintomo; un tumore asintomatico è generalmente diagnosticato in fase precoce, e pertanto più facilmente curabile.

Se il medico consiglia un test di screening, non significa che abbia necessariamente il dubbio della

presenza di una malattia: un test di screening viene richiesto in assenza di sintomi. Lo screening ha significato se consente un aumento della diagnosi di una certa neoplasia, e la riduzione della mortalità.

Giocare d'anticipo: in quali patologie urologiche?

Il tumore della prostata è l'unico che si presti ad uno screening, grazie all'esame del PSA (Antigene Prostatico Specifico), una proteina prodotta dalla prostata, facilmente dosabile nel sangue. A partire dalla fine degli anni '80, con la diffusione del PSA, si è assistito ad un "dram-

matico" aumento della diagnosi di tumore prostatico, in stadi più precoci rispetto ai periodi precedenti, cui si associava una riduzione della mortalità che, tuttavia, non era facile attribuire alla sola introduzione del nuovo esame o al contemporaneo miglioramento della qualità delle cure. Per tale motivo vennero eseguiti diversi studi per valutare l'utilità del PSA come test di screening.

Screening con PSA: sì o no?

Nel 2009 vennero pubblicati, sulla prestigiosa rivista "New England Journal of Medicine", i risultati dei due studi più importanti, uno ameri-

cano ed uno europeo. I dati dei due studi erano contrastanti: nello studio americano non risultava alcuna riduzione della mortalità nel gruppo sottoposto a screening (dosaggio annuale del PSA), rispetto al gruppo controllo. Nello studio europeo, invece, il gruppo sottoposto a dosaggio periodico del PSA presentava una riduzione della mortalità di circa il 20 per cento. Questa divergenza ha portato ad una notevole confusione nell'atteggiamento clinico generale, e alla raccomandazione contraria all'utilizzo del PSA come screening, soprattutto nei paesi anglosassoni. Tale raccomandazione prendeva in considerazione anche il rischio di sovradiagnosi di tumore prostatico (ossia la diagnosi di neoplasie indolenti, non pericolose, che non creerebbero mai problemi al paziente), stimata intorno al 40 per cento, e il conseguente sovratrattamento di tali neoplasie (chirurgia, radioterapia e altre), con gli associati effetti collaterali temporanei e permanenti ed il loro impatto sulla qualità di vita.

Dopo un altro decennio, tuttavia, il quadro sembra essere più chiaro: dopo un periodo di vent'anni di follow-up (il controllo periodico dei pazienti inseriti nello studio), lo studio europeo prevede una riduzione della mortalità del 21 per cento e la possibilità di prevenire una morte ogni 101 pazienti sottoposti a screening con il PSA e ogni 13 pazienti trattati.

Per comprendere l'importanza di tali risultati basta pensare che per prevenire la morte per tumore della mammella occorre sottoporre a mammografia fra 111 e 235 donne, mentre per il tumore del colon il numero di pazienti da sottoporre a screening è di 850. Per entrambi questi tumori è ben consolidata l'indicazione ad eseguire lo screening. Nello studio americano, invece, dopo diciassette anni di follow-up,

**L'igiene intima
è sempre
fondamentale,
soprattutto per
ridurre il rischio
di sviluppo del
tumore del pene**

continua a non esserci una differenza di rischio di mortalità fra i due bracci dello studio. Tuttavia, alcuni limiti dello studio sono stati ben evidenziati: in particolare, nel gruppo di controllo, cioè quello non sottoposto a screening con PSA, l'80 per cento dei pazienti aveva eseguito almeno un dosaggio del PSA durante il periodo di studio. Lo studio sembra suggerire che non vi siano differenze fra uno screening organizzato (il dosaggio del PSA secondo periodi prefissati) e uno screening definito "opportunistico" (richiesto dal paziente o consigliato dal proprio medico senza che questo esame rientri in un programma prestabilito), ma non confuta l'utilità in sé del PSA.

A corroborare l'utilità dello screening con PSA si sono recentemente aggiunte pubblicazioni che hanno dimostrato come, nei Paesi che abbiano ridotto l'utilizzo di tale esame, si sia notato negli ultimi anni un aumento della mortalità da tumore alla prostata, condizione che non si verificava più dall'inizio degli anni '90.

Chi deve eseguire l'esame del PSA?

Le attuali raccomandazioni della EAU - Società Europea di Urologia - indicano che lo screening debba essere offerto a pazienti con una aspettativa di vita di almeno dieci anni o più. Un primo PSA dovrebbe

essere dosato fra i 40-45 anni, per impostare un programma di controlli basati sui rischi del singolo paziente e sul primo valore di PSA. La AUA - Associazione di Urologia Americana - suggerisce che la decisione di iniziare uno screening con PSA sia condivisa fra il medico curante ed un paziente ben informato su rischi e vantaggi del test (la sovradiagnosi e il sovratrattamento, discussi in precedenza), nei soggetti fra i 55 e i 69 anni.

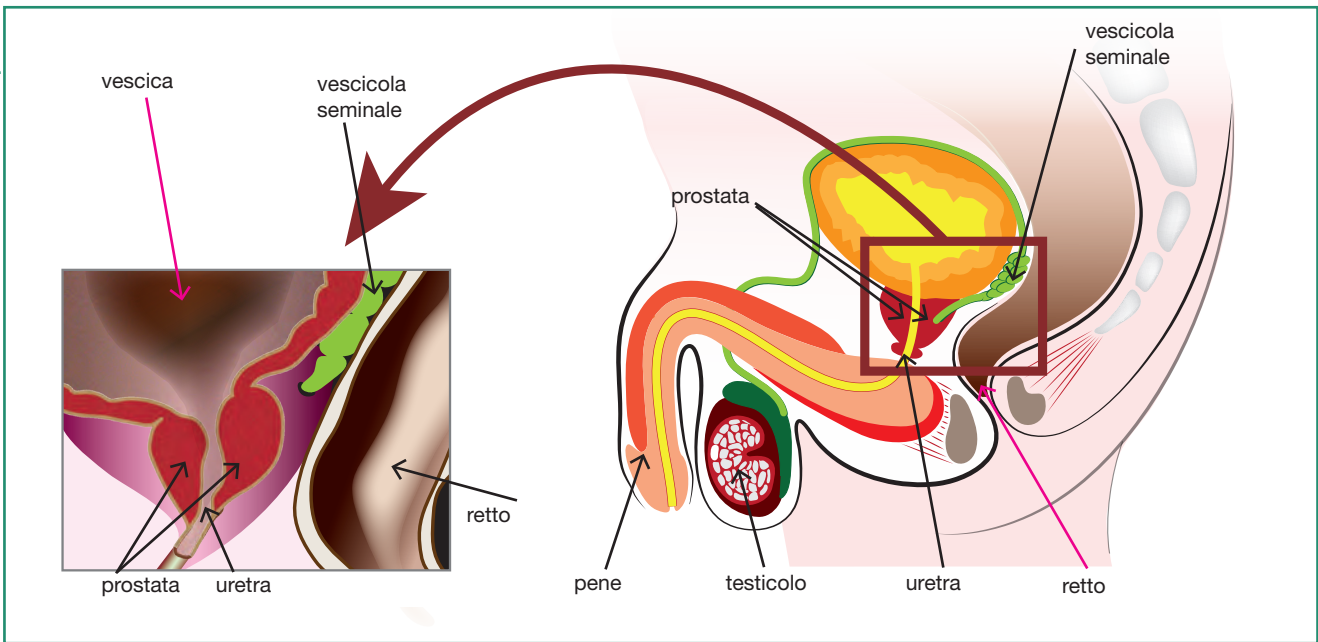
Come ridurre il rischio di sovradiagnosi?

Per prima cosa, il PSA deve essere inserito nel contesto clinico del singolo paziente (età, storia familiare, volume prostatico ed esplorazione rettale). La visita urologica e l'esplorazione rettale sono parte fondamentale del processo diagnostico, perché il riscontro di un'anomalia nella consistenza della prostata durante la palpazione, può essere associato ad un rischio di tumore del 30 per cento, anche in caso di PSA normale.

Secondo, un singolo valore di PSA ha un significato limitato, perché può aumentare, anche in maniera marcata, in conseguenza di altre patologie della prostata, come infezioni, infiammazioni, così come per svariate condizioni esterne (per esempio un rapporto sessuale, l'utilizzo intenso della bicicletta e altro, sino a tre giorni prima del prelievo di sangue).

La Risonanza Magnetica Multiparametrica della prostata

La Risonanza viene definita "multiparametrica" quando vengono acquisite diverse sequenze di immagini che permettono di valutare la morfologia della prostata, la densità cellulare, la perfusione ematica e il metabolismo. Questo esame si è dimostrato molto sensibile nell'individuare aree sospette all'interno della prostata.



In queste aree, sottoposte a biopsie mirate, la probabilità di trovare cellule tumorali più aggressive e pericolose è maggiore. Al contrario, nelle zone che risultano normali, la probabilità di trovare delle cellule aggressive è bassa, anche se non trascurabile. La Risonanza Magnetica Multiparametrica, ove disponibile, può quindi essere inserita nel processo decisionale di esecuzione di una biopsia prostatica, per ottenere un aumento della diagnosi di tumori aggressivi e una riduzione di quelli non pericolosi. Occorre tuttavia sottolineare che in nessun modo la Risonanza Magnetica Multiparametrica può essere considerata un esame di screening e, quindi, sostituirsi all'esame del PSA e alla valutazione clinica globale.

Come ridurre il rischio di sovratrattamento?

La Sorveglianza Attiva è ormai un trattamento raccomandato per pazienti ben selezionati, cui sia stato diagnosticato un tumore della prostata a "basso rischio". La Sorveglianza Attiva ha l'obiettivo di ridurre il sovratrattamento, senza perdere la possibilità di curare la malattia. I pazienti vengono seguiti con controlli periodici che includono il dosaggio del PSA, l'esplorazione rettale, eventualmente la Risonanza Magnetica della prostata, e la ripetizione delle biopsie prostatiche ad intervalli prestabiliti. Se duran-

te questi controlli si dimostra un cambiamento nell'aggressività del tumore, il paziente viene indirizzato ad un trattamento attivo (chirurgia, radioterapia, brachiterapia) quando la malattia è ancora curabile. Questo approccio, dopo di 15 anni di follow up, riduce gli effetti collaterali delle terapie (incontinenza urinaria, disfunzione erettile, tossicità intestinale) fin nel 65 per cento dei pazienti selezionati.

Diagnosi precoce in altre patologie urologiche

Per gli altri tumori urologici non esistono protocolli di screening scientificamente affidabili.

Tuttavia, per il **tumore della vescica**, vi sono misure di prevenzione legate ad abitudini comportamentali, in particolare la **sospensione del fumo di sigaretta**, che è il più importante fattore di rischio. Inoltre, vi sono gruppi di lavoratori esposti ad alcune sostanze chimiche (industrie di coloranti, cuoio, automobili, metallo, carta e gomma), che possono meritare una sorveglianza più stretta. Infine, va sempre indagata la presenza di **sangue nelle urine** (macroematuria) che, spesso non accompagnata da dolore o altri disturbi, si manifesta nell'85 per cento dei tumori vescicali. In presenza di tale sintomo è opportuno eseguire un'ecografia dell'apparato urinario e la citologia urinaria (raccolta per

tre giorni consecutivi delle prime urine del mattino, in contenitori appositi) e, in caso di sospetto, una cistoscopia (che consiste nella valutazione diretta con uno strumento dotato di telecamera della parete interna della vescica).

Per il **tumore del rene** non esistono metodi per favorire una diagnosi precoce. Anche se sempre più tumori vengono diagnosticati occasionalmente durante indagini diagnostiche eseguite per altri motivi, un'ecografia periodica non è raccomandata dalle linee guida.

Per il **tumore del testicolo** è fondamentale l'**autopalpazione**, dopo un bagno o una doccia calda, quando la pelle dello scroto è più rilassata e consente di esaminare più facilmente i testicoli ed constatare la comparsa di eventuali irregolarità.

L'igiene intima è sempre fondamentale e soprattutto per ridurre il rischio di sviluppo del tumore del pene. In particolare, negli uomini non circoncisi, un'accurata igiene evita che le secrezioni ristagnino al di sotto del prepuzio, causando una irritazione cronica che predispone allo sviluppo di tumori. Inoltre, è stata dimostrata, come per le donne nel tumore della cervice uterina, l'utilità della vaccinazione in età adolescenziale (12 anni) contro il Papilloma virus (HPV). Un'infezione da HPV aumenta il rischio di tumore al pene da quattro a otto volte. ■