

**Dott. Giario Conti**

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

**E**gregio Dott. Conti. Le riassumo brevemente la mia situazione.

Operato a novembre 2012 di prostatectomia radicale; Gleason 3+4 pT3a R1 per interessamento dei margini di resezione su entrambi i lati, 6 mm a destra e 3 mm a sinistra.

Per due anni il PSA si è mantenuto su valori di circa 0.04-0.08, fluttuante. È andato poi lentamente aumentando fino ad arrivare, a sei anni dall'intervento, a superare il valore di 0.2 ng/ml per poi ridiscendere e risalire più volte per poi stabilizzarsi fra 0.25 e 0.38 all'ultimo controllo (nel frattempo una risonanza negativa).

Abbiamo concordato per una PET-PSMA prima di iniziare la radioterapia di salvataggio sulla loggia prostatica e sui linfonodi pelvici. Dottore, ormai siamo entrati nell'ordine di idee che dovrò affrontare la radioterapia, sperando che gli effetti collaterali non siano molto pesanti.

Secondo Lei, dal momento che la radioterapia inizierà con un PSA ancora basso e inferiore a 0.5 ci sono buone speranze che sia efficace? Si riuscirà a bloccare o quanto meno tenere sotto controllo la malattia?

**Carissimo**, credo che ci siano tutte le premesse per essere ottimista. L'intervento è avvenuto sei anni fa e la ricaduta biochimica si è verificata dopo un lungo intervallo di tempo e con una crescita decisamente lenta.

Non meraviglia, ma lo diciamo

spesso, che gli esami eseguiti (PET-PSMA e risonanza magnetica) siano negativi; con valori di PSA così bassi la probabilità di avere dei falsi negativi è decisamente elevata e molto si discute sulla opportunità di eseguirli in questa fase della malattia.

Quello che è importante, però, è che inizierete la radioterapia di salvataggio con valori di PSA inferiori a 0.5 ng/ml e questo vi mette nelle migliori condizioni per avere la maggiore probabilità di successo. Con le tecniche moderne non credo che gli effetti collaterali saranno molto pesanti, e comunque possono essere affrontati, qualora si dovessero verificare. Affrontate il percorso con un sorriso, lasciate da parte l'ansia, se ci riuscite, e vedrete che, insieme, affronterete questa sfida con la giusta disposizione d'animo

**G**entile Dottore, con PSA effettuato per controllo di 5.75 e rapporto F/T di 23% mi è stata consigliata biopsia prostatica (mio papà e mio fratello hanno avuto un tumore della prostata). Papà ha sempre sofferto di incontinenza dopo l'intervento, mio fratello meno ma con vita molto limitata. Io non potrei non fare nulla?

**Gentile Signore**, forse lei ha una posizione troppo estrema. In primo luogo, se il PSA che ha eseguito è il primo della sua vita, può ricontrollarlo per capire come si muove nel tempo (se ne ha più di uno non è necessario). In secondo luogo la biopsia fornisce un dato diagnostico, non



è una strada senza ritorno. Nel caso dovesse risultare positiva si apre una serie di possibili scenari e la chirurgia (con le sue ben note possibili conseguenze) è solo uno di questi, che vanno dalla Sorveglianza Attiva (se indicata) alla brachiterapia, alla radioterapia a fasci esterni e, ovviamente, alla chirurgia. Non fare nulla è pericoloso e potrebbe esporla in futuro a rischi ben maggiori. Non serve nascondere la testa come non serve fasciarsela prima del tempo. Sempre e comunque il trattamento deve essere personalizzato e per farlo occorre tenere presente la persona/paziente nel suo insieme, con le sue esigenze e le sue aspettative ma, ovviamente, anche le caratteristiche biologiche di un eventuale tumore. Facciamo un passo alla volta e vedrà che alla fine troverà la sua strada, che magari sarà molto diversa da quella di suo fratello e di suo papà. Anche per gli effetti collaterali e la conservazione della qualità della vita.

**E**gregio Dott. Conti, le scrivo per un dubbio in merito all'esito istologico della biopsia prostatica eseguita in seguito a un innalzamento del PSA che, dopo essersi mantenuto per anni (lo controllo periodicamente ogni sei mesi) intorno a valori medi di 4-5 ng/ml e con un rapporto libero totale (F/T) intorno al 20% ha raggiunto il valore di 7,8 (in realtà poi ridisceso a circa 5 ng/ml). 13/16 prelievi sono risultati negativi, mentre in 3/14 (tutti nel lobo di destra) viene segnalato un PIN di alto grado (HG PIN). Mi è stato consigliato di proseguire con gli abituali controlli semestrali del PSA. Sono un po' spaventato dalla parola "Alto Grado". Non esiste il rischio che possa in seguito comparire un tumore? O che sia già presente?

**Il PIN di alto grado (HG)** non è un tumore, ma viene ritenuto una forma pre-tumorale che, come tale, potrebbe non evolvere mai verso una trasformazione maligna ma che deve comunque essere monitorata nel tempo. Il controllo periodico del PSA è fondamentale ma potrebbe non essere sufficiente, soprattutto se si manifesta una chiara tendenza all'aumento o se le fluttuazioni tendono comunque a salire. Oggi esiste la possibilità, qualora esista un dubbio clinico, anche dopo una biopsia negativa, o con un PIN di alto Grado, o con una indicazione di ASAP (una forma decisamente più sospetta) di eseguire una risonanza magnetica multiparametrica (con immagini ottenute nei parametri T2, DWI con mappe ADC e DCE) con definizione del punteggio PI-RADS 2 per definire le tempistiche ma anche le modalità di esecuzione della nuova biopsia. È importante che, se si decide di eseguire una Risonanza Magnetica, questa venga eseguita utilizzando i parametri corretti, con macchine adeguate e da radiologi esperti e formati nella valutazione della ghiandola prostatica e delle sue alterazioni, più o meno sospette in senso tumorale.

**B**uon giorno Dottore carissimo, dieci anni fa, a 51 anni, sono stato operato a cielo aperto di prostatectomia radicale per carcinoma della prostata e sto complessivamente bene, senza segni di ricaduta della malattia. Il problema è rappresentato dalla disfunzione erettile per la quale da molto tempo utilizzo iniezioni intracavernose di prostaglandine, al dosaggio di 10 mcg, una alla settimana o anche meno. Mi sembra che con il passare del tempo l'efficacia del farmaco diminuisca. Posso aumentare la dose, passando a 20 mcg (o magari provando con 15 mcg)?

**Caro lettore,** è senza dubbio possibile aumentare il dosaggio del farmaco (esistono anche le confezioni da 20 mcg, non è necessario usarne due da 10 mcg) ma questo aumento deve essere fatto in sintonia con il suo medico per capire se è opportuno e soprattutto per capire quali rischi di effetti collaterali si corrono raddoppiando o comunque aumentando la dose. La sicurezza deve andare di pari passo con l'efficacia. Mi raccomando, non usi il "fai da te" ma consulti il suo urologo.

