



## Rapporto sulla Giornata del cancro 2010: accertamento diagnostico precoce del cancro della prostata

Il cancro della prostata è il tipo di cancro più diffuso tra gli uomini. Il test del PSA consente di scoprire i carcinomi prostatici in uno stadio iniziale. Ma l'esecuzione periodica del test del PSA comporta anche una riduzione della mortalità? Gli uomini sono informati adeguatamente sulla possibilità di sottoporsi ad un test del PSA e sulle conseguenze? E le [sovradiagnosi](#) e l'[eccesso terapeutico](#) sono eticamente sostenibili? Si sono affrontate queste ed altre domande in occasione della Giornata del cancro di quest'anno, dedicata al tema dell'"Accertamento diagnostico precoce del cancro della prostata", il 28 ottobre 2010 allo Stade de Suisse di Berna. 112 esperti ed interessati hanno accolto l'invito a partecipare della Lega svizzera contro il cancro, organizzatrice dell'evento.

Uno screening ha l'obiettivo di scoprire le malattie in uno stadio precoce, in modo che le si possa curare. "I soggetti sottoposti a screening, però, non solo dovrebbero sapere prima di essere malati ma dovrebbero poi anche vivere più a lungo", ha dichiarato *Johann Steurer* dell'Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer dell'Università di Zurigo. Questo non è affatto così ovvio quanto sembrerebbe. Il test del PSA individua anche, in uno stadio precoce, quei carcinomi che magari non sarebbero mai diventati un problema medico. Le sovradiagnosi e le terapie inutili, legate al dosaggio del PSA, sono un problema serio.

Non c'è attualmente consenso tra i medici sullo [screening del cancro della prostata](#). Secondo un sondaggio condotto tra 158 medici di famiglia, il 50% di loro è convinto che i vantaggi dello screening del PSA siano superiori agli svantaggi. Ciononostante raccomandano di eseguirlo il 75 per cento dei medici. Steurer parla a tale proposito di "dissonanza cognitiva":



Hanno partecipato alla Giornata del cancro 2010  
112 esperti ed interessati

© LSC

"Non credono nello screening ma lo consigliano comunque." Il 40 per cento di loro lo fa evidentemente anche per paura di possibili conseguenze legali.

Steurer ha chiesto una corretta comunicazione dei dati, per consentire ad ogni uomo di decidere se sottoporsi o meno alla misurazione del valore del PSA. Questo include non solo gli effetti positivi ma anche gli svantaggi, e cioè le conseguenze negative della terapia, come l'impotenza e l'incontinenza.

I numeri relativi alla mortalità e all'incidenza del carcinoma della prostata sono stati forniti da *Christine Bouchardy*, vicepresidente dell'Istituto nazionale di epidemiologia e registrazione del cancro (NICER) e medico responsabile del Registro dei tumori di Ginevra. Ogni anno, in Svizzera si ammala di cancro della prostata un uomo su otto, cioè 5700 uomini, con 1300 decessi. Si stima che nel nostro Paese siano 19.000 gli uomini ai quali è stato diagnosticato un cancro della prostata negli ultimi cinque anni. In Svizzera sono 200.000 le persone colpite indirettamente, perché vicine ad un ammalato.



# lega svizzera contro il cancro

A parte l'età e il rischio familiare, non sono noti fattori di rischio accertati per il carcinoma prostatico e per questo non vi sono neppure delle misure preventive. Studi epidemiologici hanno evidenziato una frequenza molto maggiore della malattia in Occidente rispetto all'Oriente: negli USA ci si ammala dieci volte di più di cancro della prostata che in Asia. Tra gli immigrati di origine asiatica negli USA però, il rischio dopo due generazioni aumenta fino a raggiungere il livello degli americani. Questo indica che i fattori ambientali, come lo stile di vita, potrebbero giocare un ruolo importante nell'insorgenza del carcinoma della prostata. Un'altra ragione potrebbe essere però la maggiore diffusione nei Paesi occidentali dell'accertamento diagnostico precoce.

In Svizzera, così come in altri Paesi, si è registrato un forte aumento nell'incidenza della malattia a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, soprattutto tra gli uomini con un'età compresa tra i 50 e i 69 anni. Oggi circa la metà delle malattie colpisce uomini in questa fascia d'età. Questa "epidemia", che col tempo si è stabilizzata, va ricondotta almeno in parte ad un maggiore utilizzo del test del PSA tra i soggetti di questa età. Secondo Bouchardy, sembra che lo screening abbia ripercussioni positive sulla mortalità da cancro della prostata, in calo in Svizzera dal 1993. Si tratta di una riduzione del 18% nell'arco di 10 anni. Con un tasso di sopravvivenza dell'82 per cento a cinque anni dalla diagnosi, la Svizzera è prima tra i Paesi che vantano le migliori chance di guarigione.

Secondo Bouchardy non si tratta più di decidere "screening sì o no". Gli uomini e i medici infatti non hanno atteso che vi fosse consenso su questo. In Svizzera si sottopongono già all'accertamento diagnostico precoce il 60% degli uomini del gruppo target. "Dovremmo anche porre fine alla polemica sull'efficacia dello screening del cancro della prostata", ha chiesto Bouchardy, evidenziando il calo della mortalità. Nondimeno, ha affermato sempre Bouchardy, la sovradiagnosi e le terapie che ne conseguono hanno rappresentato un problema per lo screening. Vi sono uomini che devono convivere con sequele pesanti – come l'impotenza e l'incontinenza – per tumori che senza lo screening non si sarebbero mai scoperti. Per questo bisognerebbe spiegare ai pazienti le conseguenze positive e negative, in modo che possano prendere una decisione assolutamente consapevole. E vi sarebbero anche altri problemi: la qualità del test non sarebbe ottimale, visto che diversi laboratori rileverebbero valori differenti per gli stessi campioni ematici. Inoltre, vi sarebbero delle grandi variazioni da medico a medico nelle informazioni fornite. Nel rispondere a domande come "A partire da quale età e con quale frequenza bisogna eseguire il test? Da quale livello soglia in poi un esito è considerato sospetto?", bisognerebbe dare informazioni e consigli uniformi e standardizzati.

Ma al momento si brancola nel buio anche per quanto concerne la prognosi: a causa della mancanza di studi randomizzati, non è chiaro quale sia la terapia migliore, se l'intervento chirurgico, la radioterapia o la cosiddetta "[active surveillance](#)" (sorveglianza attiva). "A seconda del medico, al paziente viene data una risposta diversa", afferma Bouchardy che aggiunge che questo potrebbe anche ripercuotersi sulla prognosi. Per quanto concerne le chance di sopravvivenza, un'analisi dei dati del Registro dei tumori di Ginevra ha evidenziato poi grosse differenze dovute allo status socio-economico: gli operai comuni muoiono di cancro il doppio dei dirigenti, cosa che Bouchardy riconduce ad una minore partecipazione allo screening e anche ad una minore costanza nel seguire le terapie tra i gruppi meno istruiti. "Le disparità nel Paese sono notevoli ed inaccettabili", ha affermato Bouchardy: "C'è bisogno di uniformità nelle informazioni, per tutti."



# lega svizzera contro il cancro

Il medico di famiglia *Markus Battaglia*, che esercita a Bubenberg e presso il Berner Institut für Hausarztmedizin di Berna, si è espresso in termini meno positivi sullo screening, mostrando come la gestione del test del PSA non sia così semplice all'atto pratico. "Noi sostanzialmente non consigliamo agli uomini che non accusano disturbi di sottoporsi al test del PSA", ha detto Battaglia. Mancherebbero infatti indicazioni convincenti del fatto che questo possa influire positivamente sull'aspettativa di vita o sulla qualità della vita. "Se qualcuno desidera fare il test del PSA, lo eseguiamo solo dopo un colloquio approfondito." Citando due casi, Battaglia ha mostrato quanto diversamente si comportino le persone che vengono a sapere di avere il cancro. Uno dei due uomini ha reagito bene, ha deciso di non sottoporsi ad alcun trattamento malgrado il valore del PSA fosse alto e si trattasse di un carcinoma relativamente aggressivo e vive da 6 anni senza disturbi, mentre il secondo ha optato per l'intervento radicale ed ha quindi accettato incontinenza ed impotenza, malgrado avesse la possibilità di aspettare e di farsi controllare periodicamente (sorveglianza attiva). Secondo Battaglia, il grado di Gleason, col quale oggi si misura l'aggressività di un tumore e in base al quale si decide il trattamento, dice troppo poco. "Vorremmo sapere quali sono i tumori aggressivi e quali quelli a lenta progressione, con i quali si può convivere per molti anni." Secondo lui, fintantoché, di fronte ad un cancro, non sarà possibile distinguere tra "predatori" e "animali da compagnia", e quindi tra carcinomi clinicamente significativi e carcinomi meno aggressivi, col test del PSA ci si infila nella tana del diavolo. Battaglia ha ammesso la possibilità di ridurre la mortalità da cancro della prostata con il dosaggio del PSA ma si interroga anche su quale sia il prezzo da pagare. "Supponiamo che si debbano operare 50 pazienti, perché non ne muoia uno. Io però ho a che fare anche con gli altri 49 uomini, che non ne derivano alcun beneficio ma solo effetti secondari e che non compaiono in alcuna statistica."



I relatori rispondono alle domande del pubblico  
© LSC

In effetti una delle sfide principali è quella di gestire le tante diagnosi di cancro. "4 uomini su 5, a cui è stato diagnosticato un carcinoma prostatico, muoiono per altre cause", ha dichiarato *Hans-Peter Schmid* dell'Ospedale cantonale di San Gallo, che ha illustrato il concetto dell'"active surveillance", la sorveglianza attiva. Si tratta della stretta osservazione di un nuovo carcinoma a basso rischio in pazienti le cui condizioni di salute generale sono buone. In questo modo si intende risparmiare ai soggetti con

un'aspettativa di vita di almeno 10 anni operazioni e relativi effetti collaterali, perlomeno per un certo periodo.

Si controlla il tumore con il test del PSA, l'esplorazione rettale digitale e mediante biopsie. "Le indagini radiologiche non sono rilevanti nella sorveglianza attiva", ha detto Schmid. Se la malattia progredisce, si avvia una terapia curativa, ad esempio quando il valore del PSA raddoppia in meno di tre anni, se aumenta il grado di Gleason, in presenza di un riscontro maggiore alla palpazione o anche, molto semplicemente, se il paziente lo desidera.



# lega svizzera contro il cancro

Gli studi sulla sorveglianza attiva sono però ancora pochi. Ciononostante la procedura viene sempre di più riconosciuta come un'opzione seria ed un'alternativa al trattamento curativo immediato. Attualmente in Svizzera i maggiori centri urologici si stanno organizzando per creare insieme un registro per la sorveglianza attiva.

*Marcel Zwahlen*, dell'Institut für Sozial- und Präventivmedizin di Berna ha presentato la situazione – a livello di dati – degli effetti dell'accertamento diagnostico precoce del carcinoma prostatico mediante test del PSA, da un punto di vista epidemiologico. Non è così facile rispondere alla domanda se lo screening del PSA riduca la mortalità. Infatti, con il test del PSA si anticipa il momento della diagnosi di 5 – 10 anni rispetto alle indagini diagnostiche di tipo clinico. A ciò si aggiunga che nel caso dell'accertamento diagnostico precoce, in generale, si tendono a scoprire i tumori a lenta crescita rispetto a quelli a progressione veloce e che di norma sono meno "cattivi". "In questo modo la sopravvivenza dopo la diagnosi effettuata col test del PSA appare più lunga, anche se può essere che non diminuiscano i decessi", ha affermato Zwahlen. Le sovradiagnosi sono un ulteriore problema. Si tratta di diagnosi che non avrebbero mai portato a problemi nel corso della vita. Sulla base dei dati disponibili, Zwahlen stima che dal 40 al 60 per cento dei carcinomi prostatici che sono stati scoperti col dosaggio del PSA nell'ambito di un accertamento diagnostico precoce, siano delle sovradiagnosi.

Gli studi che indagano le conseguenze di uno screening sistematico del PSA mostrerebbero quindi solo dopo 5 – 10 anni un eventuale effetto del test del PSA sulla mortalità. Attualmente però sono pochi i dati provenienti da studi che presentino un periodo di osservazione adeguato. Un grosso studio europeo, pubblicato nel 2009, ha riscontrato una riduzione della mortalità specifica per cancro della prostata del 20 per cento dopo 10 anni. Nello studio di Göteborg, pubblicato nel 2010, che rientrava in quello europeo e vantava un periodo di osservazione di 14 anni, la riduzione era del 44 per cento (sono morti di cancro della prostata 44 uomini su 10.000 partecipanti allo screening sistematico ma ne sono morti 78 su 10.000 tra quelli che non hanno partecipato allo screening). Questi studi però non includono dati sulla qualità della vita. Visto che lo screening del PSA, rispetto a nessuno screening, porta a molte più diagnosi e terapie del cancro della prostata e visto che le terapie possono avere conseguenze pesanti, c'è bisogno di un quadro chiaro del bilancio complessivo della qualità della vita. "Sarebbe più facile decidere pro o contro lo screening del PSA se si disponesse di dati validi sulla qualità della vita."

*Matthias Schwenkglenks* dell'Institute of Pharmaceutical Medicine dell'Università di Basilea ha presentato delle riflessioni economico-sanitarie sull'accertamento diagnostico precoce del carcinoma prostatico. I benefici derivanti dallo screening sono ragionevolmente rapportati ai costi? E se la risposta è sì, come devono essere fatti gli screening in modo da ottenere il migliore rapporto costi-benefici possibile? Come ha spiegato Schwenkglenks, a causa dell'insufficienza di dati medici, le analisi costi-benefici dello screening del PSA sono poche. E' chiaro che: "Fintanto che non si riuscirà a distinguere i carcinomi pericolosi da quelli innocui, lo screening è - semmai - economicamente giustificato solo fino ad un'età di 70 anni circa", ha affermato Schwenkglenks. Dopo tale età, il beneficio rapportato ai costi sarebbe secondo lui inaccettabilmente basso, perché quello che si può guadagnare con lo screening, e cioè altri anni di vita, verrebbe vanificato da altre cause di morte.



# lega svizzera contro il cancro

Per poter decidere in modo informato, gli uomini devono comprendere i benefici ma anche i rischi dello screening del PSA. Ciò presuppone che i medici capiscano i dati rilevanti e che li comunichino in modo chiaro. Tuttavia spesso non è così, a causa di statistiche poco trasparenti, come ha efficacemente illustrato *Markus Feufel* del Max Planck Institut für Bildungsforschung di Berlino, mostrando quali statistiche creino confusione e quali facilitino la comprensione. "I tassi di sopravvivenza sono una misura scadente per comunicare il beneficio di un accertamento diagnostico precoce", ha affermato Feufel. Sarebbero invece più indicativi i tassi dei decessi. Ma anche qui bisognerebbe distinguere tra una riduzione del rischio "relativa" e "assoluta". Una percentuale di riduzione relativa del rischio del 20 o addirittura del 40 per cento, così come dimostrata dal tanto citato studio di Göteborg, impressiona ma comporterebbe una sopravvalutazione dell'efficacia del test del PSA. Cosa significa in realtà questo 20 per cento? Nell'arco di 9 anni sono morti di cancro della prostata 36 uomini su 10.000 tra quelli non sottoposti a screening e 29 su 10.000 tra quelli che hanno partecipato allo screening, quindi 7 uomini in meno. Sette decessi in meno per cancro della prostata sono il 20% dei 36 uomini che sono morti senza essersi sottoposti allo screening. La comunicazione dei dati assoluti e in rapporto ad una classe di riferimento, fa comprendere meglio il rischio. Feufel ci ha detto in sostanza: "Siamo in grado di comprendere i rischi se sono comunicati in modo trasparente."

Nella tavola rotonda che è seguita, si è concordato che uno screening sistematico del PSA oggi come oggi non sarebbe giustificabile. "Vorrei un test migliore ma al momento non abbiamo altro", ha detto *Carlos Quinto*, medico di famiglia a Pfeffingen, che ha sottolineato



La tavola rotonda ha concluso la Giornata del cancro  
© LSC

l'importanza di prendersi del tempo per una persona, informandola sul test del PSA e chiarendo eventuali dubbi perché non tutti, anzi, sanno davvero di cosa si parla. "Coi gruppi meno istruiti, è molto più complicato far passare il messaggio", ha affermato Quinto.

*Walter Raaflaub*, medico di famiglia in pensione ed autore del best-seller "Tote Hose" in cui ha descritto in modo implacabile le proprie esperienze di paziente con un carcinoma prostatico, ha individuato nella necessità di

migliorare la comunicazione medico-paziente uno dei problemi più urgenti. "Dobbiamo cercare di migliorare il rapporto che il medico ha col paziente." Bisognerebbe coinvolgere fin dall'inizio anche la partner del paziente, perché entrano in gioco così tanti aspetti umani.

"Abbiamo bisogno di una presa di coscienza tra gli uomini", ha affermato *Franz Recker*, primario di urologia all'Ospedale cantonale di Aarau. Dovrebbero conoscere vantaggi e svantaggi prima di iniziare lo screening, per poter poi decidere autonomamente. Una difficoltà dello screening del cancro della prostata consisterebbe anche nel fatto che non tutti i tumori diagnosticati precocemente devono poi anche essere trattati mentre quelli che vanno trattati devono essere tutti diagnosticati presto. Secondo Recker bisogna fare qualcosa



# lega svizzera contro il cancro

anche per migliorare la collaborazione tra urologi e medici di famiglia. "Da parte nostra, dobbiamo informare ancora meglio i medici di famiglia."

Gli urologi dovrebbero informare meglio i medici di famiglia e i medici di famiglia dovrebbero fare lo stesso con i pazienti, soprattutto quelli meno istruiti. Evidentemente il fabbisogno di informazioni è enorme, per tutti. Su questo la Lega contro il cancro intende attivarsi di più.

## Glossario

Screening:

per screening (del cancro della prostata) si intende in questo rapporto l'accertamento diagnostico precoce individuale e non sistematico del cancro prostatico mediante test del PSA.

Active surveillance (sorveglianza attiva) / watchful waiting:

La sorveglianza attiva consiste nella stretta osservazione di un nuovo carcinoma che si è scoperto, a basso rischio, potenzialmente guaribile in un paziente che si qualificerebbe per una terapia curativa immediata in quanto la sua aspettativa di vita è di almeno 10 anni. La terapia curativa viene avviata in caso di progressione della malattia o su richiesta del paziente.

La watchful waiting può essere impiegata in tumori sia potenzialmente guaribili sia inguaribili. Si rinuncia ad un trattamento immediato in pazienti con un'aspettativa di vita inferiore ai 10 anni. Se insorgono sintomi o se i valori del PSA raddoppiano in breve tempo, si somministra una terapia palliativa (per lo più ormonale).

Sovradiagnosi / eccesso terapeutico:

Si intendono per sovradiagnosi quei tumori che – se non scoperti – non avrebbero mai dato disturbi al paziente o comunque non ne avrebbero causato la morte. Per eccesso terapeutico si intende il trattamento di tali tumori.

*Theres Lüthi*