Cancro prostatico localizzato: intervento o attesa?

Data 28 giugno 2007
Categoria urologia

Il trattamento (chirurgico o radiante) del cancro prostatico localizzato aumenterebbe la sopravvivenza anche nei soggetti anziani, ma data la natura osservazionale dello studio è necessaria prudenza nell'interpretare questi risultati.

Per determinare quale sia la scelta migliore nel cancro prostatico localizzato sono stati analizzati i dati sanitari di 44.630 uomini di età compresa tra 65 e 80 anni nei quali, tra il 1991 e il 1999, era stato diagnosticato un cancro prostatico localizzato, di tipo ben differenziato o moderatamente differenziato, e che erano vivi ad almeno un anno dalla diagnosi. I pazienti sono stati seguiti fino al decesso oppure fino alla fine dello studio (31 dicembre 2002).
I soggetti sono stati sudddivisi in base al trattamento ricevuto: 32.022 sono stati sottoposti a prostatectomia oppure a terapia radiante mentre 12.608 non hanno ricevuto alcun trattamento (gruppo osservazione). Sono stati esclusi i pazienti che erano stati trattati solo con terapia ormonale.
Alla fine dei 12 anni di osservazione era deceduto il 37% del gruppo osservazione e il 23,8% del gruppo trattamento. Anche la sopravvivenza a 5 e a 10 anni era più elevata nel gruppo trattamento.
Dopo aver aggiustato i dati per vari fattori confondenti (caratteristiche del tumore, comorbidità, ecc.) rimaneva un vantaggio significativo in termini di sopravvivenza a favore del gruppo trattamento (HR 0,69; IC95% 0,66-0,72). Un beneficio del trattamento si vide in tutti i sottogruppi, inclusi gli anziani (75-80 anni), i pazienti di razza nera e in quelli con cancro prostatico a basso rischio.
Gli autori concludono però, prudentemente, che a causa della natura osservazionale dello studio non si può garantire la correzione completa dei bias di selezione e dei fattori confondenti per cui questi risultati devono essere confermati da RCT.

Fonte:
Wong Yu-Ning et al. Survival Associated With Treatment vs Observation of Localized Prostate Cancer in Elderly Men. JAMA. 2006 Dec 13;296:2683-2693.

Commento di Renato Rossi

Esiste solo uno studio randomizzato e controllato in cui la prostatectomia radicale sia stata confrontata con la vigile attesa nel cancro prostatico localizzato. In questo studio si suggeriva un beneficio dell'intervento nel ridurre la mortalità, ma nel nostro commento facevamo notare che esso era evidente solo nei pazienti di età inferiore ai 65 anni. Inoltre il cancro prostatico era stato diagnosticato grazie all'esplorazione rettale oppure con esame istologico dopo una resezione trans-uretrale per ipertrofia prostatica e non tramite screening con PSA. Attualmente invece molti cancri della prostata sono diagnosticati grazie al dosaggio del PSA. Non sappiamo quindi se risultati di quel trial si possano automaticamente estendere ai cancri scoperti in questo modo, che potrebbero essere meno aggressivi.
Ora lo studio osservazionale recensito in questa pillola lascia intendere che il trattamento chirurgico o radiante possa essere utile anche nei pazienti più anziani. Tuttavia un editorialista si chiede se sia realmente così o non si tratti invece del solito bias di selezione per cui i pazienti che vengono trattati sono anche quelli più sani, notando che solo il 2,1% del totale della popolazione arruolata è morto a causa del cancro prostatico. In altre parole, forse è ancora attuale il vecchio detto secondo il quale molti muoiono "con" il cancro della prostata "ma non a causa di esso". Finchè non avremo RCT che confrontino le varie opzioni, continuerà a valere quanto suggerito dalle linee guida: personalizzare la scelta del trattamento sul singolo paziente tendo conto dell'aspettativa di vita, delle sue condizioni di salute e delle sue preferenze.

Infine dallo studio erano stati esclusi i pazienti trattati solo con ormonoterapia (che ha i suoi rischi di effetti collaterali ma che molti potrebbero preferire all'intervento chirurgico o alla radioterapia) e sulla quale quindi non è possibili neppure fare speculazioni di efficacia rispetto alle altre scelte.

Referenze

1. Bill-Axelson A et al. for the Scandinavian Prostate Cancer Group Study No. 4 . Radical Prostatectomy versus Watchful Waiting in Early Prostate Cancer. N Engl J Med 2005 May 12; 352:1977-1984.
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1743

Commento di Marco Grassi

Questo ampio studio osservazionale mette in discussione la pratica attendista "wait and see" (attendi e osserva) nei pazienti anziani con neoplasia prostatica. Lo studio effettuato su più di 44.000 americani di età compresa fra i 65 e 80 anni mostra che la scelta di trattare aggressivamente con chirurgia e radioterapia porta ad una diminuzione di mortalità di circa il 30%, indicando che trattare offre un chiaro vantaggio. La ricerca, pubblicata su JAMA, è la prima che mette in discussione una pratica consolidata: i pazienti anziani non necessitano di trattamento di una neoplasia prostatica

diagnosticata in tarda età perchè il suo accrescimento è tanto lento che molto probabilmente il paziente morirà prima di qualche altra patologia competitiva.
Secondo Yu-Ning Wong, la ricercatrice che ha condotto la ricerca, l'opinione corrente che il "watchful waiting" (vigile attesa n.d.a.) sia la pratica più sicura nei pazienti anziani è messa in discussione da questo studio " che suggerisce che ci potrebbero essere benefici da un trattamento aggressivo, anche nei pazienti anziani".
Condizionale d'obbligo, trattandosi di uno studio osservazionale che, come peraltro correttamente segnalato dagli autori, non è in grado di eliminare tutti i fattori di confondimento che possono inficiare la validità dei risultati. Uno per tutti, lo stato di salute complessivo e comorbidità dei soggetti arruolati è stato desunto dalle cartelle cliniche (come è stato dichiarato dagli autori) e non visitando i pazienti. E' quindi possibile che il gruppo non trattato fosse mediamente meno sano di quanto non riportassero le cartelle cliniche. Sebbene Yu-Ning Wong abbia assicurato che è stata compiuta una analisi estremamente accurata dei fattori confondenti nondimeno ha ammesso che lo studio ha le debolezze tipiche di questo genere di studi, adatti per individuare trend o suggerire ipotesi di lavoro ma non per indicare relazioni causali certe.