



Vigile attesa in K prostata a bassa malignità

Data 04 maggio 2005
Categoria urologia

Nei casi a bassa malignità il trattamento aggressivo del carcinoma prostatico potrebbe essere evitato.

In questo studio sono stati reclutati, tra il 1971 e il 1984, 767 uomini (età 55-74 anni) con cancro prostatico localizzato, trattati con vigile attesa oppure con terapia antiandrogena (immediata o differita alla comparsa dei sintomi). Il follow-up medio fu di 24 anni. Nei primi 15 anni di osservazione la mortalità per cancro prostatico fu di 33 per 1000 persone/anno, dopo il 15° anno fu di 18 per 1000 persone/anno, una differenza statisticamente non significativa. Nei soggetti che avevano un tumore con score di Gleason 2-4 il rischio di morte, durante 20 anni di follow-up, era basso (6 decessi per 1000 persone/anno) mentre coloro che avevano un Gleason di 8-10 avevano un rischio di morte elevato nei primi 10 anni (131 per 1000 persone/anno). Con score intermedi anche il rischio di morte da cancro prostatico risultava intermedio: rispettivamente con Gleason di 5 la mortalità era di 12 per 1000 persone/anno, con Gleason di 6 era di 30 e con Gleason di 7 era di 65. Gli autori concludono che il rischio di morte da cancro prostatico rimane stabile anche dopo 15 anni dalla diagnosi e ciò sconsiglia un trattamento aggressivo nei pazienti con neoplasia localizzata di basso grado.

Fonte: JAMA. 2005 May 4; 293:2095-2101.

Commento di Renato Rossi

Il trattamento del cancro prostatico localizzato rimane controverso e le linee guida raccomandano di discutere con il paziente le varie opzioni possibili (terapia chirurgica, radioterapia, vigile attesa) perchè vi sono pochi dati in letteratura che ci permettano di dire quale di queste sia preferibile. La scelta deve prendere in considerazione l'età del paziente, la comorbidità, la sua aspettativa di vita, lo score di Gleason, i valori di PSA e infine le preferenze del paziente correttamente informato. Secondo uno studio possono essere candidati al watchful waiting i pazienti che soddisfano i seguenti parametri: PSA < 10 ng/mL, stadio T2A, score di Gleason 3+3 o inferiore (De Vries SH et al. J Urol 2004;172:2193-2196).

La prostatectomia può comportare la guarigione definitiva ma è gravata da complicanze immediate e tardive, la radioterapia non richiede il ricovero ma ha pure essa delle complicanze e potrebbe non essere efficace come la terapia chirurgica per periodi superiori ai 10 anni. La vigile attesa evita le complicanze del trattamento ma lascia il tumore e non ne impedisce la progressione in caso di forme aggressive. Anche alla luce di quest'ultimo studio può essere ragionevole proporre la vigile attesa (o la radioterapia) nei soggetti con aspettativa di vita inferiore a 10 anni e basso grado di malignità. Negli altri casi si potrà optare per la terapia chirurgica o la radioterapia tenendo conto dell'età (oggi si tende a proporre la prostatectomia fino ai 75 anni se le condizioni di salute sono buone) e anche delle preferenze del paziente. Vi sono alcuni problemi che rimangono aperti. Intanto non è sempre facile stabilire se il tumore prostatico è veramente localizzato a causa dei limiti intrinseci alle varie tecniche di imaging per cui una neoplasia definita localizzata potrebbe invece aver già oltrepassato la capsula prostatica. Inoltre gli studi che hanno valutato l'evoluzione dei cancri non trattati chirurgicamente o con radioterapia hanno arruolato pazienti in cui la diagnosi è stata fatta prima dell'era del PSA per cui non è detto che i loro risultati siano applicabili a neoplasie scoperte con lo screening e probabilmente di minor significato clinico. Solo RCT disegnati ad hoc potranno stabilire la reale efficacia dello screening e delle varie opzioni terapeutiche.