



Poche le evidenze per decidere sul cancro prostatico

Data 27 settembre 2008
Categoria urologia

Finchè non saranno pubblicati i risultati degli RCT attualmente in progress la decisione di quale sia il miglior trattamento del cancro prostatico localizzato deve scontare ampi margini di incertezza.

Questa revisione della letteratura ha cercato trials clinici randomizzati e controllati e studi osservazionali per determinare quale sia il trattamento migliore nel cancro prostatico localizzato. La ricerca in vari database ha permesso di identificare 18 RCT e 473 studi osservazionali. Purtroppo le evidenze di buona qualità sono poche e non si può dire se un trattamento sia superiore all'altro; inoltre tutte le opzioni (prostatectomia radicale, radioterapia e deprivazione androgenica) possono causare eventi avversi.

In un RCT la prostatectomia, rispetto alla sorveglianza, ha ridotto la mortalità totale (24% vs 30%; $p = 0,04$) e quella specifica (5% vs 10%; $P = 0,01$) a 10 anni, tuttavia solo nei pazienti con meno di 65 anni. Inoltre in molti la malattia non era stata scoperta grazie al dosaggio del PSA e non è stato possibile determinare l'efficacia dell'intervento associata allo score di Gleason o ai valori di PSA iniziali.

Al contrario in un altro RCT di dimensioni minori e più datato non si trovò differenza tra prostatectomia e sorveglianza. Un altro piccolo trial ha trovato che la prostatectomia riduce a 5 anni il rischio di recidiva rispetto alla radioterapia esterna (14% vs 39%; $P = 0,04$).

Non ci sono dimostrazioni che un regime radioterapico sia superiore ad un altro e non ci sono RCT che abbiano valutato la deprivazione androgenica primaria. Essa, associata come terapia adiuvante alla prostatectomia, non ha ridotto la progressione biochimica rispetto al solo intervento chirurgico.

Infine non ci sono RCT che hanno paragonato tra loro brachiterapia, crioterapia, prostatectomia effettuata con robot, terapia radiante con fotoni o ad intensità modulata.

Per quanto riguarda gli studi osservazionali, essi dimostrano un'ampia sovrapposizione delle stime di efficacia tra i vari trattamenti disponibili.

Gli autori concludono che i dati disponibili non sono sufficienti per valutare i benefici relativi delle varie scelte terapeutiche nel cancro prostatico localizzato. Viene raccomandato di decidere considerando le preferenze non solo del medico ma anche del paziente, informando sui potenziali benefici e danni delle terapie rispetto alla possibile progressione se si decide di ricorrere solo alla sorveglianza.

Fonte:

Wilt TJ et al. Systematic Review: Comparative Effectiveness and Harms of Treatments for Clinically Localized Prostate Cancer. *Ann Intern Med* 2008 Mar 18; 148:435-448.

Commento di Renato Rossi

Questa importante revisione della letteratura, preparata per l'Agency for Healthcare Research and Quality, mette nero su bianco quanto già scrivemmo in una pillola precedente commentando le linee guida sul trattamento del cancro prostatico localizzato.

Non resta quindi che rimanere nel limbo dell'incertezza finchè non saranno completati e resi noti i risultati di due studi randomizzati (il Prostate Cancer Intervention Versus Observation Trial e il Prostate Testing for Cancer and Treatment Study) che stanno paragonando la prostatectomia radicale o la radioterapia con il watchful waiting o il monitoraggio attivo in pazienti con cancro prostatico scoperto soprattutto tramite screening col dosaggio del PSA.

E' ovvio che le decisioni prese quando la scienza ammette apertamente di non sapere, come in questo caso, non sono mai facili, nè per i medici nè tanto meno per i pazienti che invece vorrebbero risposte chiare e sicure ai loro dubbi.

Purtroppo non è possibile rispondere con un semplice sì o con un semplice no. Ogni terapia può avere dei vantaggi ma comportare anche degli effetti avversi a livello intestinale, urinario e della sfera sessuale. D'altra parte non intervenire vuol dire evitare gli effetti avversi dei trattamenti, ma nello stesso tempo correre il rischio di una potenziale progressione del tumore. Il paziente deve essere ben conscio di queste problematiche, anche se questo probabilmente lo metterà in difficoltà nella scelta.

In questo senso le indicazioni delle linee guida possono essere un utile binario da seguire: preferenze del paziente, aspettativa di vita e presenza o meno di comorbidità dovranno essere tenute nel debito conto.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3694>