



Screening con PSA: a che punto siamo?

Data 11 ottobre 2026
Categoria urologia

Un'aggiornata revisione Cochrane ha fatto il punto sullo stato dell'arte circa un argomento controverso come lo screening del cancro prostatico con PSA.

Questa testata si è spesso occupata dello screening del cancro prostatico effettuata con il dosaggio del PSA e delle criticità che questa pratica può comportare.

Una revisione Cochrane del 2013 aveva concluso che lo screening con PSA non riduce in modo significativo la mortalità da cancro prostatico né quella complessiva. Tuttavia dati provenienti da nuovi studi e da studi più vecchi con follow-up prolungati ha reso necessario un aggiornamento.

Di seguito riportiamo le conclusioni principali.

Lo screening:

- riduce la mortalità dovuta al cancro prostatico (circa 2 decessi in meno ogni 1000 screenati per molti anni – prove di certezza moderata);
- forse riduce la mortalità complessiva ma l'effetto su questo outcome potrebbe anche essere nullo (prove di bassa certezza);
- aumenta il numero di diagnosi di forme tumorali localizzate a basso rischio mentre sembra avere effetto minimo o nullo per le forme avanzate.

Gli autori nelle loro conclusioni avvertono che la fiducia in queste stime è ridotta a causa dei limiti, delle imprecisioni e della incoerenza degli studi analizzati.

Chedire?

Lo screening con PSA porta a una modesta riduzione della mortalità specifica mentre per la mortalità totale il dato è più incerto, ma rimangono due problemi. Il primo: l'impatto sulle diagnosi di forme a rischio elevato sembra piccolo o nullo. Il secondo: le criticità legate alle sovradiagnosi di forme a basso rischio e dei conseguenti sovratrattamenti. Per il vero i sovratrattamenti oggi sono un aspetto mitigato dalla pratica della sorveglianza attiva. Lo score di Gleason, i livelli di PSA, la stadiazione TNM, la risonanza multiparametrica, sono essenziali per classificare il paziente a basso rischio evolutivo a cui si può proporre il monitoraggio periodico invece del trattamento immediato (di solito prostatectomia). Questa scelta è indicata in caso di: PSA ≤ 10 ng/ml, Gleason ≤ 6 , Stadiazione T2a, $\leq 2-3$ campioni biopsici positivi su 10-12.

Le conclusioni che se ne possono trarre sono in accordo con quanto consigliato da varie linee guida: la decisione se prescrivere o meno lo screening va presa considerando le preferenze del paziente dopo informazione completa su benefici e rischi.

Renato Rossi

Bibliografia

1. Franco JV, Hwang EC, Jung JH, Vaimberg O, Ilic D, Cleves A, Dahm P. Prostate-specific antigen (PSA) test for prostate cancer screening. Cochrane Database Syst Rev. 2026 May 15;5(5):CD004720. doi: 10.1002/14651858.CD004720.pub4. PMID: 42134821; PMCID: PMC13175749.