

## NOTIZIE DALLA RETE ONCOLOGICA PER I MMG

Periodico in collaborazione con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

### IL RUOLO DEL PSA NEL TUMORE DELLA PROSTATA

In Italia il carcinoma della prostata è attualmente la neoplasia più frequente tra i maschi e rappresenta oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati a partire dai 50 anni di età.

Occupava il terzo posto nella scala della mortalità, nella quasi totalità dei casi riguardando maschi al di sopra dei 70 anni.

Si tratta comunque di una causa di morte in costante moderata diminuzione (-1,9 % per anno) da oltre un ventennio.

Ricordiamo però che il tumore della prostata è presente in forma latente nel 15-30% dei soggetti oltre i 50 anni ed in circa il 70% degli ottantenni.

La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti con carcinoma prostatico, si attesta attualmente al 91,4%, in costante e sensibile crescita.

#### Cos'è il PSA ?

Il PSA è una **glicoproteina prodotta principalmente dal tessuto ghiandolare prostatico**.

Viene secreto nel liquido seminale e in condizioni fisiologiche solo quantità minime di antigene raggiungono il circolo ematico.

#### A cura dei dottori:

Gianni Boella, Francesca D'Agostino, Giovanni De Luigi, Gianfranco Ferrero, Diego Giroto, Marinella Mistrangelo, Paolo Morato, Patrizia Piano, Oscar Bertetto.

## NOTIZIE DALLA RETE ONCOLOGICA PER I MMG

Periodico in collaborazione con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

### Quando AUMENTA?

Il sovertimento della normale istoarchitettura prostatica, in caso di patologia benigna (iperplasia prostatica, prostatite, ritenzione urinaria) o maligna della prostata, determina un incremento dei livelli ematici di PSA.

I livelli possono incrementare nelle seguenti condizioni:

- **condizioni fisiologiche** (es. attività sessuale recente o fisica intensa).
- **dopo l'esecuzione di alcune manovre diagnostiche, quali la cistoscopia o la biopsia prostatica** (in quest'ultimo caso, sono descritti incrementi fino a 50 volte, con ritorno ai valori pre-biopsia anche in 30-60 giorni).
- **dopo l'esecuzione dell'esplorazione rettale. L'effetto sembra limitato e ristretto ai casi con PSA > 10 ng/mL;** tuttavia è raccomandabile eseguire il prelievo per il PSA prima dell'esplorazione rettale, o almeno 24 ore dopo la manovra.

### Quando DIMINUISCE?

**In seguito all'impiego di inibitori della 5- $\alpha$ -reduttasi (finasteride, dutasteride).**

Se si intende monitorare con il PSA pazienti da trattare con inibitori della 5- $\alpha$ -reduttasi, è consigliabile eseguire un prelievo basale per la determinazione del marcatore prima dell'inizio del trattamento.

**A cura dei dottori:**

Gianni Boella, Francesca D'Agostino, Giovanni De Luigi, Gianfranco Ferrero, Diego Giroto, Marinella Mistrangelo, Paolo Morato, Patrizia Piano, Oscar Bertetto.

# NOTIZIE DALLA RETE ONCOLOGICA PER I MMG

Periodico in collaborazione con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

## ESISTE UN SOLO TIPO DI PSA DOSABILE? I “DERIVATI” DEL PSA

**1) PSA velocity:** esprime il tasso di incremento del PSA nel tempo e **AVREBBE** la capacità di predire l'insorgenza del cancro con significativo anticipo diagnostico rispetto al superamento del valore soglia. La PSA velocity manca ancora del necessario livello di **standardizzazione**. La posizione delle linee guida che danno indicazioni su questa variabile è in parte contraddittoria.

### **2) Rapporto PSA libero/totale**

La posizione delle linee guida sul suo utilizzo si può così riassumere:

- **PUO'** (non **DEVE**) essere preso in considerazione nei casi in cui si desideri meglio definire la probabilità di neoplasia prima della biopsia iniziale, ma le evidenze siano ancora insufficienti per formulare specifiche raccomandazioni di pratica clinica.
- Il valore cut-off ottimale al di sotto del quale una biopsia dovrebbe essere effettuata, non è ancora condiviso.
- Ha valore esclusivamente in fase diagnostica e non trova applicazione nella stadiazione, nel follow-up dopo la terapia primaria e nel monitoraggio della terapia per la malattia avanzata.

**3) PSA density (PSAD):** esprime il rapporto tra PSA circolante e dimensioni della ghiandola misurate ecograficamente e si basa sull'osservazione che la quantità di PSA prodotto e rilasciato in circolo per grammo di tessuto ghiandolare è molto superiore nel cancro rispetto all'iperplasia prostatica.

Diverse le variabili (es. possibile imprecisione nella determinazione ecografica del volume prostatico, differente rapporto nei singoli individui tra tessuto ghiandolare, che produce PSA, e stroma, che non lo produce).

A cura dei dottori:

Gianni Boella, Francesca D'Agostino, Giovanni De Luigi, Gianfranco Ferrero, Diego Giroto, Marinella Mistrangelo, Paolo Morato, Patrizia Piano, Oscar Bertetto.

## NOTIZIE DALLA RETE ONCOLOGICA PER I MMG

Periodico in collaborazione con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

### ATTENZIONE!

Mentre è in discussione l'attuazione dello screening organizzato, esistono evidenze sufficienti che attribuiscono a questa pratica UN'ELEVATA QUANTITÀ DI SOVRADIAGNOSI.

### Screening con il PSA

**PRO:** lo screening con il PSA può identificare tumori della prostata iniziali, anche anni prima che siano apprezzabili all'esplorazione digitale o che si associno sintomi.

**CONTRO:** data la scarsa specificità del dosaggio del PSA, valori elevati di tale marcatore possono essere ascrivibili a condizioni diverse rispetto alla neoplasia così come può anche verificarsi, se pur in una percentuale minore di casi, che pazienti affetti da carcinoma prostatico non presentino valori di PSA elevati.

### Gli studi clinici lo consigliano dunque?

Tre importanti trial randomizzati per lo screening del carcinoma della prostata con PSA sono stati completati - ERSPC (Europa), PCLO (Stati Uniti) e CAP (Regno Unito) - ma hanno dato risultati diversi.

I risultati a portano a concludere che uno screening organizzato basato sul PSA avrebbe poche probabilità di produrre un impatto significativo sulla mortalità cancro-specifica del carcinoma della prostata, mentre causerebbe con certezza effetti collaterali negativi immediati dovuti alla sovra diagnosi e ai falsi positivi.

### A cura dei dottori:

Gianni Boella, Francesca D'Agostino, Giovanni De Luigi, Gianfranco Ferrero, Diego Giroto, Marinella Mistrangelo, Paolo Morato, Patrizia Piano, Oscar Bertetto.

## NOTIZIE DALLA RETE ONCOLOGICA PER I MMG

Periodico in collaborazione con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

### Ci sono delle indicazioni riguardo all'uso "spontaneo" del PSA come test di screening in uomini asintomatici?

- 1) si dovrebbe evitare di avviare allo screening con il PSA gli individui al di sopra dei 75 anni e/o con una attesa di vita inferiore a 10 anni in quanto eventuali benefici sono marginali rispetto ai rischi;
- 2) il dosaggio del PSA può essere offerto agli uomini con una attesa di vita maggiore di 10 anni che lo desiderino, purché essi siano informati dei rischi (prevalenti) e dei benefici (limitati) legati alla somministrazione del test e con le azioni conseguenti al risultato dello stesso;
- 3) IL DOSAGGIO DEL PSA COME TEST DI SCREENING IN UOMINI ASINTOMATICI DOVREBBE ESSERE SCONSIGLIATO SOTTO I 50 ANNI A UOMINI SENZA FATTORI DI RISCHIO;
- 4) in uomini di età compresa fra 40 e 50 anni, con fattori di rischio come familiarità o etnia, l'opportunità di un monitoraggio con PSA dovrebbe essere discussa caso per caso spiegando all'interessato i potenziali rischi (sovradiagnosi, sovratrattamento) e i possibili benefici.

### COME COMPORTARCI, DUNQUE? PRUDENZA!

Garantendo che siano fornite all'interessato le più adeguate informazioni non solo sui rischi e benefici, ma anche sui limiti diagnostici del test.

#### Bibliografia:

- I Numeri del cancro in Italia (AIOM, CCM, AIRTUM)
- Linee guida AIOM Carcinoma della prostata 2018

#### A cura dei dottori:

Gianni Boella, Francesca D'Agostino, Giovanni De Luigi, Gianfranco Ferrero, Diego Giroto, Marinella Mistrangelo, Paolo Morato, Patrizia Piano, Oscar Bertetto.