

Questo contenuto è pubblicato su Corriere della Sera Digital Edition, la nostra applicazione per tablet e smartphone: [Scopri Corriere Digital Edition](#)

SEZIONI

EDIZIONI LOCALI

CORRIERE

ARCHIVIO

SERVIZI

CERCA 

SCOPRI L'APP >

 LOGIN

SCOPRI

SOTTOSCRIVI



Corriere della Sera - 24 settembre 2017 - pagina 56

«Vigilanza» sul tumore alla prostata

Uno studio indica che se il cancro è a basso rischio la sorveglianza attiva può essere l'opzione migliore. Negli altri casi la scelta è fra chirurgia e radioterapia



Gli addetti ai lavori aspettavano gli esiti dello studio Protect (dall'inglese Prostate Testing for Cancer and Treatment) da anni. La sperimentazione ha coinvolto 82.429 uomini di età compresa fra i 50 e i 69 anni che avevano fatto un test del Psa (Antigene Prostatico Specifico) tra il 1999 e il 2009 e ha confrontato i risultati ottenuti con i due approcci curativi per il trattamento del cancro alla prostata localizzato: chirurgia e radioterapia.

«Le due strategie danno risultati eguali sul piano dell'efficacia, ma il loro effetto sulla qualità della vita dei pazienti è molto diverso» spiega Riccardo Valdagni, direttore del Programma Prostata e Radioterapia Oncologica 1 all'Istituto Nazionale Tumori (Int) di Milano, commentando i risultati dello studio, pubblicati sul *New England Journal of Medicine*. In media i partecipanti sono stati seguiti per 10 anni e la mortalità dei pazienti con tumore alla prostata in classe di rischio basso e intermedio è stata inferiore all'1%, a prescindere dal tipo di percorso terapeutico seguito. I ricercatori hanno anche valutato problemi urinari, intestinali, sessuali e la qualità della vita generale dei 1.643 partecipanti che hanno ricevuto una diagnosi di carcinoma.

«A 6 anni dalle cure — precisa Valdagni, che è anche presidente della Società Italiana di Urologia Oncologica (SIURO) —, il 17% dei malati sottoposti a prostatectomia radicale doveva ricorrere ad assorbenti per l'incontinenza, contro il 4% di quelli sottoposti a radioterapia. Per quanto riguarda la capacità di mantenere un'erezione sufficiente a un rapporto sessuale le percentuali erano del 17% dopo chirurgia e del 27% dopo trattamento radiante. La funzionalità intestinale e i disagi legati alla presenza di sangue nelle feci erano invece peggiori nei soggetti trattati con la radioterapia».

Che fare, allora, a fronte di una diagnosi di carcinoma prostatico? «Quello alla prostata è il tipo di cancro più frequente tra i maschi a partire dai 50 anni di età — risponde Giario Conti, segretario nazionale SIURO e primario di Urologia al Sant'Anna di Como —. In Italia si registrano circa 35mila nuovi casi ogni anno. E se la mortalità è in calo dal Duemila (oggi 8 pazienti su 10 superano la malattia), è fondamentale che le terapie vengano personalizzate sul singolo paziente in base al tipo di neoplasia, alla sua aggressività, al rischio che la malattia peggiori. E soprattutto alle preferenze della persona sui possibili effetti collaterali».

Non esiste, insomma, una risposta universale valida per tutti i malati su quale sia il trattamento migliore. Più di un terzo degli italiani che ogni anno devono fare i conti con questa neoplasia (oltre 10mila su 35mila nuovi casi) soffre di una forma indolente, cioè poco aggressiva, localizzata alla prostata e di dimensioni ridotte. «Sono questi i casi nei quali ha un ruolo la sorveglianza attiva, che prevede di monitorare la malattia attraverso esami specifici e controlli periodici, in alternativa alle terapie radicali e ai loro effetti collaterali — aggiunge Valdagni, che con i colleghi dell'Int ha appena pubblicato un articolo scientifico sulla più ampia casistica italiana di pazienti seguiti per 11 anni come “sorvegliati speciali” (si vedano box e infografica) —. Con importanti vantaggi per il benessere degli uomini e risparmi economici per il Servizio Sanitario Nazionale. Il presupposto su cui si basa questa

Anche in Italia sono in crescita i pazienti seguiti con questa strategia, riconosciuta da anni nelle più importanti linee guida internazionali, e le statistiche mondiali fugano i dubbi sul possibile effetto “ansiogeno” dei continui controlli: negli oltre 900 pazienti trattati all’Istituto Nazionale dei Tumori milanese, solo l’1% degli uomini ha abbandonato il protocollo per via di un disagio psicologico.

«La volontà e le preferenze dei diretti interessati — sottolinea Valdagni — hanno un ruolo centrale nella cura di questo tumore, così come nella prevenzione. Come hanno ribadito lo scorso marzo gli esperti della Task Force di Prevenzione americana, ogni uomo dai 40 ai 50 anni dovrebbe parlare del test del Psa con il proprio medico o specialista. La decisione se fare o meno questo esame del sangue (che misura l’antigene prostatico specifico ed è in grado di segnalare anomalie della prostata, tra le quali anche eventuali tumori) dev’essere individuale e ragionata. È fondamentale che gli interessati siano informati dei possibili risultati, dei pro e dei contro».

«Il Psa può essere utile— conclude l’oncologo dell’istituto dei Tumori di Milano — , ma si deve tenere presente che causa un’anticipazione della diagnosi di tutti i tumori della prostata, aggressivi e indolenti. E, in caso di cancro, il malato deve essere informato correttamente di tutte le opzioni disponibili nel suo caso» .

Vera Martinella

©RIPRODUZIONE RISERVATA