

PROSTATA, NON DIMENTICARE LA SALUTE AL MASCHILE

di Anna Lisa Bonfranceschi, Sandro Iannaccone, Tiziana Moriconi, Viola Rita Fateveli come volete, a paralume, alla Chevron, a manubrio, a ferro di cavallo, alla Dali. E chiamateli come più vi piace, mustacchi, favoriti, barbighi. L'importante è sfoggiare, questo novembre, un bel paio di baffi sul viso. La causa è nobile: cambiare, oltre che i propri, anche i connotati della salute maschile. È infatti appena iniziato il Movember, l'evento annuale nato oltre 15 anni fa in Australia il cui nome è una crasi tra November e moustache e che ha lo scopo di favorire la sensibilizzazione, la prevenzione e la cura della salute maschile, in particolare relativamente al tumore alla prostata. Una patologia che è, in Italia come in molti altri paesi occidentali, la neoplasia più frequente tra gli uomini e che da sola rappresenta oltre un quinto di tutti i tumori diagnosticati a partire dai cinquant'anni di età. Il rischio è simile a quello del cancro al seno per le donne: nel corso della vita, si ammala di tumore alla prostata un uomo ogni 8. Stando agli ultimi dati disponibili, nel nostro paese sono circa 564mila gli uomini che vivono dopo una diagnosi, e per quest'anno sono attesi circa 36mila nuovi casi. Sensibilizzare è particolarmente importante perché, nonostante tutto, la prevenzione maschile viene vissuta ancora troppo spesso come un tabù: per molti uomini è difficile mettere da parte remore e imbarazzi e rivolgersi al dottore. Sono proprio questi i temi su cui spinge di più la Movember Foundation (e non è la sola in questo mese dedicato alla prevenzione dei tumori maschili): oltre che ribadire l'importanza dei check-up annuali, specialmente per gli over 50, la fondazione incoraggia anche ad adottare stili di vita più salutari - come evitare un eccessivo apporto di grassi, l'obesità e il fumo, e fare più attività fisica - e a superare lo stigma sociale. Proprio in occasione di Movember, Fondazione Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) pubblicherà sul suo sito (www.fondazioneaiom.it) il nuovo Quaderno sul tumore della prostata, con informazioni dedicate ai pazienti e a chiunque voglia saperne di più. Il quaderno è il primo di sei dedicati alla prevenzione. Controlli rimandati per Covid: quanto peseranno i ritardi? Ci si mette anche una pandemia a rendere più complicato andare dall'urologo o dall'andrologo per un controllo. Lo scenario che si prospetta - interi reparti di ospedali chiusi, visite bloccate - lo conosciamo, perché lo abbiamo già vissuto la scorsa primavera. Quanto peseranno i ritardi nelle diagnosi di tumore della prostata dovuti all'emergenza sanitaria? Stimarlo è difficile. Oltreoceano ci ha provato la National Comprehensive Cancer Network: un ritardo nella diagnosi di 6-12 mesi comporterebbe un rischio minimo nella maggior parte dei casi, e per questo consiglia controlli di routine negli asintomatici fino a fine pandemia. Eppure, secondo alcuni esperti, l'emergenza attuale, specie se prolungata, potrebbe avere effetti non trascurabili. "Uno studio che abbiamo condotto in Italia ad un mese di distanza dal primo caso documentato di Covid-19 rivela che nel periodo iniziale, tra febbraio-marzo 2020, gli interventi chirurgici in 33 unità di urologia sono diminuiti di ben il 78%, tra cui anche quelli per tumore, calati del 35%", dice Bernardo Rocco, Direttore della Clinica Urologica Universitaria di Modena e Reggio Emilia e membro del Comitato Scientifico di **Fondazione Umberto Veronesi**, che dal 2015 ha lanciato il progetto SAM - Salute al Maschile per finanziare la ricerca scientifica nel campo dell'oncologia maschile, e come ogni novembre ha in programma numerose iniziative per la prevenzione del tumore della prostata. "Con la seconda ondata, purtroppo, stiamo assistendo a una nuova riduzione degli interventi. Ed è per questo che è importante mantenere i controlli, per quanto possibile, per non aggiungere ritardo al ritardo" Già. "La paura del coronavirus rischia di tener lontani i pazienti dagli ospedali, portandoli a rimandare la visita da uno specialista per i piccoli problemi urinari, che spesso sono l'occasione per i primi esami di screening", conferma Rocco Damiano, ordinario di Urologia all'Università Magna Graecia di Catanzaro e

responsabile risorse e comunicazione della Società Italiana di Urologia: “In questo momento difficile, se non si hanno sintomi, segni clinici o di laboratorio, è possibile rimandare i controlli iniziali. In caso contrario, solo dopo un'attenta valutazione del medico è possibile valutare il rischio di procrastinare gli esami diagnostici o un eventuale trattamento”.

Mai dire Psa: la diagnosi precoce va personalizzata In cosa consiste lo screening per il tumore della prostata? Un esame c'è, e sappiamo sempre meglio come usarlo: il famigerato test del PSA (antigene prostatico specifico). Che però non è uno strumento per lo screening di massa né di autodiagnosi, perché in termini assoluti il valore del PSA dice poco. Questa proteina è più correttamente un indicatore della salute della prostata, che aumenta sì in presenza di tumore, ma non solo: con una gita in bicicletta, con i rapporti sessuali, con un'infezione o con l'aumento di volume della ghiandola prostatica. Così come, banalmente, con l'età. Ed è proprio l'età uno dei fattori che dovrebbe guidare la prescrizione appropriata del test. Al tempo stesso, è possibile trovare tumori anche in uomini con valori di PSA sotto il limite di guardia, ricordano dall'American Cancer Society. Il PSA non va considerato, in sostanza, come un test specifico per il tumore: “Con un valore di PSA di 2 ng/ml il rischio di avere un tumore è pari al 17% mentre con un PSA pari a 4 ng/ml (nanogrammi per millilitro) è pari al 27% - continua Damiano. Oggi l'intervallo di normalità è considerato tra 0 e 4 ng/ml nel sangue”.

Aumentare la specificità del test Sopra questo valore il rischio di avere un tumore è significativo ma di per sé dice ancora poco: “Dobbiamo aumentare la specificità del test - spiega - rapportando il valore di PSA al volume della ghiandola o calcolando l'intervallo di tempo in cui questo valore raddoppia”. Se questi esami, uniti alla valutazione clinica, confermano un sospetto, allora lo specialista può prescrivere il dosaggio di altri biomarcatori nel sangue e nelle urine, e una risonanza magnetica multiparametrica della prostata, ed eventualmente procedere alla biopsia. “Se la biopsia è negativa, ma il valore del PSA continua a salire nel tempo o gli altri marcatori confermano il sospetto di un tumore, la biopsia può essere ripetuta a distanza di 12-24 mesi - riprende Damiano - e a questo punto il tasso di riscontro del tumore è elevatissimo”. Insomma, la diagnosi precoce deve essere altamente personalizzata o rischia di avere costi inutilmente alti e, soprattutto, di portare a trattare chi non ne ha bisogno. “Quando, nel passato, sono stati compiuti screening di massa con il PSA abbiamo visto una riduzione fino al 20% di rischio di morte per cancro alla prostata su un periodo superiore a 10 anni - va avanti Damiano - a fronte, però, di un maggior numero di diagnosi di malattie silenti e poco significative, con un rischio considerevole di trattamenti eccessivi”. Per questo più che usare il PSA per lo screening di massa, l'esame dovrebbe essere individualizzato: “Prescritto almeno una volta dopo i 50 anni e in particolare in una fascia di età compresa tra i 55 e i 65 anni - spiega l'esperto - mentre nelle persone di età superiore a 70 anni il tumore alla prostata è molto diffuso, ma molto spesso non ha conseguenze sull'aspettativa di vita”. Sì, perché non sempre scoprire di avere un tumore alla prostata significa cominciare un trattamento.

Ma la sorveglianza funziona o no? Intervenire o aspettare? È un bivio che si presenta a molti uomini con un tumore della prostata: quelli con una malattia “indolente” o “non clinicamente significativa” - come dicono i medici - che potrebbero evitare l'intervento o la radioterapia. Gli ultimi dati del più grande progetto di sorveglianza attiva a livello mondiale, il consorzio GAP3, avvertono però che qualcosa non gira come dovrebbe: nei circa 30 mila pazienti analizzati, quasi 4 uomini su 10 che entrano in un programma di sorveglianza attiva ne escono prima di 5 anni per entrare in una sala operatoria o per sottoporsi alla radioterapia. Che significa? “Che la sorveglianza attiva sta in parte fallendo il suo obiettivo, cioè evitare i trattamenti inutili a tutti i pazienti che non ne hanno bisogno”, risponde Riccardo Valdagni, direttore del Programma Prostata presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, che partecipa al Consorzio GAP3. Una parte importante dei pazienti che escono dalla sorveglianza ha infatti un

tumore indolente quando viene operato. Perché, allora, non è rimasta nel programma? “Esistono due ordini di problemi: uno di metodo e uno di relazione tra medici e pazienti”, sottolinea l’esperto: “La nostra esperienza di oltre 1.200 pazienti seguiti in quindici anni ci ha insegnato che è possibile fare sorveglianza in sicurezza se il medico segue strettamente il protocollo. Visite ed esami devono essere sistematici e i criteri per interrompere l’osservazione e cominciare un trattamento devono essere chiari. Ma questi principi non sono applicati da tutti”. Il programma adottato all’Istituto Nazionale dei Tumori (che è quello testato da molti anni nello studio Prias) prevede esami del sangue quattro volte l’anno per controllare il Psa (antigene prostatico specifico), una visita ogni sei mesi e la biopsia prostatica dopo un anno e ancora dopo 4, 7, 10 anni. A questo si è aggiunta la risonanza magnetica della prostata, la cui utilità all’interno del programma di sorveglianza è attualmente in studio.

Se il medico non “cura” la paura C’è però un 15-20% di pazienti che abbandona per motivi legati all’ansia, propria o del medico, che il tumore possa avanzare. “La sensazione di molti è che manchi in parte la cultura della relazione - dice Valdagni - e che noi medici non siamo sempre preparati ad accogliere adeguatamente la componente emotiva nel dialogo medico-paziente. Nel nostro Istituto, chi entra nel programma di sorveglianza incontra urologo, oncologo radioterapista e ha la possibilità di essere affiancato e seguito anche da un gruppo di psicologi. Pensiamo che questo approccio multidisciplinare possa spiegare perché la percentuale di chi abbandona per ansia è inferiore al 2% nella nostra pratica clinica”. Nessun dubbio, quindi, che il protocollo di sorveglianza sia efficace e sicuro, se condotto bene. Tanto che sta per essere esteso anche a pazienti selezionati che presentano un piccolo tumore della prostata di grado 2. “I dati suggeriscono che la maggior parte di questi tumori sia indolente - spiega il medico - e si ritiene che anche in questo gruppo di pazienti si facciano troppi trattamenti non necessari. Nei prossimi mesi faremo partire un nuovo studio per confermarlo”. “La mia vita in sorveglianza”

“La prima cosa che mi ha detto l’urologo è che avrei avuto tre possibilità. Non è certo quello che si aspetta di sentire chi riceve una diagnosi di cancro”. A parlare è Cosimo Pieri, ex manager milanese, classe 1952, con una grande passione per lo sci e un brevetto di volo preso quando aveva 56 anni. “Mi illudevo di essere informato sul tumore della prostata: sapevo che era frequente e con una sopravvivenza alta. Pensavo che, preso per tempo, fosse un qualcosa che si toglie e via, tutto come prima. E invece no. Torniamo alle tre possibilità: potevo operarmi o fare la radioterapia, ma con possibili effetti collaterali. Oppure non trattarlo affatto ed entrare nel programma di sorveglianza attiva, perché il mio - mi disse il medico - non era un problema gravissimo. Avevo già tolto un melanoma in passato, quindi che un tumore non fosse un problema gravissimo era un’affermazione strana e nuova per me”. La storia di Cosimo in realtà cominciava sette anni prima di questo episodio, nel 2010, sempre nello studio di un urologo, da cui era andato per disturbi urinari dovuti all’ipertrofia prostatica benigna. Tutto si era risolto con un intervento, ma da allora era Cosimo ha cominciato a fare il test del PSA e controlli ogni anno. È così che nel 2017 il medico scopre un nodulo nella prostata. Contemporaneamente, il valore del PSA risultava raddoppiato rispetto al valore precedente (da 0,7 a 1,4), seppure sempre sotto il valore considerato “soglia” in oncologia. Le analisi successive confermarono il sospetto: era un tumore, ma per fortuna di grado 1, che vuol dire non aggressivo.

“Avevo bisogno di più informazioni per decidere e di confrontarmi con qualcuno, così sono andato da Europa Uomo, un’associazione di pazienti e medici. E ho trovato le risposte che cercavo”, continua a raccontare Cosimo: “Può sembrare un cliché ma è vero: noi uomini cerchiamo sempre di risolverci i problemi da soli, di non chiedere aiuto. Ma nel tempo ridotto di una visita i medici non possono darti tutte le informazioni di cui hai bisogno per prendere certe decisioni. E spesso il paziente quando esce dall’ospedale è lasciato solo. A volte manca il terreno sotto i piedi: dopo la diagnosi si è portati in certi momenti alla depressione e avoler strafare per vivere appieno

ogni cosa". La decisione, consapevole, di Cosimo è stata quella di entrare nel programma di sorveglianza attiva, in cui è tutt'ora, con controlli regolari, stabiliti da un protocollo. "I medici come Valdagni hanno veramente fatto la differenza per le persone con un tumore della prostata, perché fino ad alcuni anni fa si interveniva e basta, con tutte le conseguenze che questo può comportare per la qualità di vita. Non sono un suo paziente, quindi, non ho conflitti di interessi", scherza Cosimo Pieri. Un aspetto che deve sempre considerare chi entra nella sorveglianza, è quello psicologico: "Aver passato la vita a risolvere problemi e a gestire lo stress da pressione credo mi abbia abituato a non risentire troppo dell'ansia", racconta: "Per me questa era la soluzione migliore, forte anche dell'appoggio della mia famiglia. Vedo invece molti uomini che vivono con disagio il fatto di doversi sottoporre agli esami e non sanno come gestire la paura del tumore, che vivono come uno stigma. In questi casi bisogna essere assistiti dal punto di vista psicologico, perché il supporto è più importante di quello che si pensa. L'altro aspetto davvero fondamentale è essere seguiti non da un solo medico, ma da un gruppo multidisciplinare, come è accaduto a me. Questo l'ho capito dopo, ma ora so che fa la differenza". C'è un messaggio sociale importante da passare per Cosimo: "Gli uomini devono sapere che un'altissima percentuale di chi scopre il tumore alla prostata può fare sorveglianza attiva, e questo è un incentivo importante a farsi controllare. In Europa Uomo, di cui oggi faccio parte, organizziamo visite gratuite e campagne di sensibilizzazione. "In questi anni ho imparato tantissime cose che possono fare la differenza su come si vive la malattia. Qualunque sia la strada che si sceglie di seguire, c'è tanto che si può fare per vivere meglio".

Quando "cancro" è il nome sbagliato Dopo 20 anni e più di prove accumulate, forse sarebbe finalmente il caso anche di dare un nuovo nome al carcinoma della prostata di grado 1 e non chiamarlo più cancro. "Prima, infatti, si pensava che questo fosse un tumore maligno iniziale, ma recenti studi ci dicono che molto probabilmente non è così e che non è in grado di dare metastasi", spiega l'oncologo: I casi di progressione sembrano, infatti, attribuibili a tumori di grado superiore, presenti sin dall'inizio o comparsi successivamente. Certo, bisogna essere sicuri che quello che abbiamo di fronte sia davvero un grado 1 e che non ci siano focolai di malattia più aggressiva in altre parti della prostata. Non è sempre semplice, ma ci vengono in aiuto biopsie e risonanze magnetiche che oggi sono molto più sensibili e accurate di una decina di anni fa. Possiamo garantire questa certezza a tutti? "Qui entriamo in un problema di risorse, che non è solo italiano ma anche europeo", risponde Valdagni: "Presuppone fondi nazionali per la strumentazione e per la formazione degli operatori. Da alcuni anni in Italia la situazione è mediamente buona e in continuo miglioramento. Curarsi nei centri specializzati non è una garanzia assoluta, ma parliamo di esami non disponibili in tutti i centri e che dipendono molto dall'esperienza e dalla competenza di chi li esegue".

Impotenza e incontinenza: la soluzione c'è, ma costa troppo Degli oltre 35mila uomini che nel nostro paese ogni anno si ammalano di tumore della prostata, solo 16mila vengono sottoposti a prostatectomia radicale, l'intervento per l'asportazione della ghiandola prostatica che quasi ovunque viene oggi eseguito con tecnologie robotiche. "Questo intervento - come anche la radioterapia - può portare a due complicanze: l'incontinenza urinaria e disfunzioni sessuali. Nei casi gravi, questi deficit che non possono essere trattati con i farmaci e bisogna ricorrere all'intervento chirurgico", dice Aldo De Rose, specialista urologo e andrologo all'ospedale universitario San Martino di Genova e Presidente dell'Associazione Andrologi Italiani. Tra gli altri possibili effetti vi è anche l'accorciamento del pene fino a 2 centimetri nell'anno successivo l'intervento e la mancanza di eiaculazione. Per quanto riguarda l' incontinenza, si verifica in circa il 40% dei pazienti operati, ma nella maggior parte dei casi si risolve o si riduce, anche grazie alla riabilitazione del pavimento pelvico. "Tuttavia - ricorda De Rose - dall'1 al 3% dei pazienti operati rimangono incontinenti. È una situazione che condiziona pesantemente la qualità di vita e di relazione dei pazienti, ma molto spesso viene

sopportata con rassegnazione, come se non si potesse porre rimedio". Invece una soluzione c'è, come anche per l'impotenza: "Non mancano le tecnologie né gli specialisti per applicarle, ma i fondi", spiega l'esperto: "Oggi infatti il DRG copre solo un quarto del costo dell'intervento complessivo e di conseguenza ASL e Regioni rifiutano, in molti reparti di urologia, l'acquisto dello sfintere artificiale, il cui costo è di circa 12mila euro. Ogni anno non si impiantano più di 220 sfinteri artificiali, lasciando fuori almeno 500 pazienti che ne avrebbero diritto". Per quanto riguarda l'impotenza, più di 7.800 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale sviluppano un deficit erettile, e di questi circa il 20% ne soffre in forma grave. "Eppure effettuiamo appena 500 impianti di protesi peniene l'anno nel nostro Paese, e di questi appena 140 sono pazienti prostatectomizzati. È chiaro che i pazienti non coprono la spesa autonomamente sono costretti a terribili disagi". Qualcuno ha detto "desideri"?

Va detto che oggi i trattamenti possibili sono molti e le tecnologie avanzate consentono una precisione mai ottenuta prima. "Per esempio, sempre per i tumori a basso rischio, è possibile ricorrere agli ultrasuoni ad alta intensità che oggi sono in grado di colpire la zona 'dominante' del tumore, lasciando illese le aree limitrofe, oppure si possono utilizzare delle sostanze fotodinamiche", spiega Alberto Lapini, presidente della Società italiana di urologia oncologica. Tutto un altro capitolo è poi quello della malattia avanzata. Oggi sappiamo che la cellula tumorale si produce da sola il testosterone (di cui ha bisogno per crescere) a partire dal colesterolo e da altri steroidi, e che questo è uno dei motivi per cui la malattia diventa resistente alla terapia standard ormonale che blocca la produzione dell'ormone maschile. "Prima avevamo pochissimi farmaci, mentre ora abbiamo terapie mirate di nuova generazione, alcune delle quali ancora non disponibili in Italia ma in arrivo, che bloccano i recettori del testosterone a valle, sulla cellula tumorale e che hanno un effetto di molte volte superiore ai primi inibitori. Ci sono anche dati promettenti sull'uso dell'immunoterapia per alcune forme del tumore. In ogni caso - conclude Lapini - di fronte a una diagnosi di tumore della prostata bisogna analizzare tanti aspetti e arrivare a una decisione condivisa con il paziente che parta dai suoi bisogni e dai suoi desideri". Per mantenerla in salute I consigli per mantenere la prostata in salute sono gli stessi che riducono il rischio degli altri tumori e di molte malattie. Per quanto riguarda la dieta sembra avere un ruolo importante la riduzione del consumo di carni rosse e un apporto limitato di formaggi. Bere i classici due litri di acqua al giorno e limitare quanto più possibile gli alcolici e le spezie piccanti, che infiammano la prostata, come anche i crostacei e il caffè. Più in generale, bisogna evitare gli sbalzi di temperatura improvvisi (in particolare il raffreddamento). Ancora, è ben noto l'effetto del fumo sulla circolazione e, quindi, anche come fattore di rischio per l'impotenza. Ben venga l'attività fisica, ma stando attenti a quegli sport che possono peggiorare le condizioni di chi soffre di prostatiti perché sollecitano il pavimento pelvico: dal ciclismo all'equitazione, mentre via libera a passeggiate, corsa e nuoto.

[PROSTATA, NON DIMENTICARE LA SALUTE AL MASCHILE]