

Cancro della prostata

E' il primo tumore per frequenza nell'uomo.

E' raccomandato il controllo del PSA totale e free dopo i cinquanta anni.

In presenza di episodi flogistici ricorrenti della prostata il monitoraggio del PSA va praticato anche in età inferiore.

Per la diagnostica corrente vedi quanto scritto sui protocolli PICURO per la prostata. vediamo qui di seguito invece le procedure più innovative.

Esistono oggi marcatori più attendibili quali l'EPCA 2 o addirittura predittivi come l'RNA-sel e l'ELAC 2 non ancora praticabili routinariamente.

La diagnosi strumentale oggi praticata con l'ecografia provoca spesso una sottostima della diffusione della malattia portando sul tavolo operatorio pazienti non aderenti alle corrette indicazioni per la chirurgia.

Bisogna eseguire la RMN con bobina endorettale per ovviare al limite ecografico. Si definisce in questo modo meglio l'interessamento della capsula prostatica riferimento chiave per le indicazioni di operabilità. Si può oggi abbinare, assieme alla RMN, la spettrografia colina/citrato che indica se e dove il tessuto tumorale è presente nell'ambito della prostata o fuori di essa indicando e guidando se positiva la successiva biopsia oppure evitando se negativa un'inutile biopsia.

Su tre cancri prostatici diagnosticati solo uno ha un andamento clinico evolutivo. Spesso il tumore ha un andamento clinico benigno. Questo dipende dall'esame istologico in cui si determina il Gleason e da altri parametri clinico strumentali sul dato dei quali si determina la relativa fascia di rischio.

Il Gleason se superiore a sette, anche se si intersecano altre eventuali valutazioni, indica una malattia aggressiva, inferiore o uguale a sette la malattia può avere andamento indolente.

L'atto chirurgico rappresenta sempre un intervento di debulkin (riduzione volumetrica) se praticato sulla prostata ed un intervento di stadiazione (valutazione della diffusione di malattia) se praticato sui linfonodi pelvici, quest'ultimo approccio non è raccomandato dalla linee guida.

Il debulkin chirurgico non garantisce l'eventuale ricaduta di malattia. Questo vale anche per la radioterapia sulla ghiandola prostatica.

Si è stabilito infatti il comportamento della vigile attesa in cui il paziente attraverso un attento monitoraggio attende che la malattia acquisisca i requisiti per un trattamento.

Questo comportamento nasce dalle caratteristiche invalidanti dei trattamenti anche se questi, con le nuove tecniche, si sono ridotte come incidenza.

Gli eventi avversi più frequenti ai trattamenti sono l'impotenza, l'incontinenza urinaria e le lesioni post-attiniche (post radioterapia).

Prima di ogni trattamento bisogna completare la diagnosi con l'esecuzione almeno della scintigrafia ossea meglio della PET-TC con colina, con tutti i limiti noti, che consente una valutazione di diffusione di malattia anche al di fuori dello scheletro.

I trattamenti medici praticati d'inibizione ormonale parziale o totale (BAT) danno risultati buoni, spesso con la normalizzazione del dato del PSA.

Purtroppo questo risultato può essere limitato nel tempo.

Per ovviare in parte a questo limite alcuni specialisti praticano l'ormonosoppressione intermittente.

In caso di mancata risposta o resistenza alla terapia occorre valutare l'eventuale mutazione neuroendocrina del carcinoma, se questa è avvenuta esiste una opportunità terapeutica ulteriore.

Esistono poi trials clinici in cui sono stati utilizzati e si utilizzano farmaci verso bersagli molecolari sia recettoriali di membrana citoplasmatica che di membrana nucleare. Non sono applicati in Italia.

La chemioterapia ha una valenza palliativa (agisce solo sui sintomi) e se applicata può pregiudicare l'efficacia di altri approcci terapeutici.

[\(Vedi su schemi terapeutici PICURO le modalità di applicazione della mia terapia - Picuro1-2\)](#)