

Pillole di educazione sanitaria per cittadini-consumatori

Screening con PSA: più danni e gli stessi morti!

Scheda 112

Premessa. In Italia si diagnosticano ogni anno ~45.000 casi di cancro(ca) prostatico con ~8.500 morti: meno del 3% delle morti nei maschi. Molti continuano a credere che la strada migliore per combatterlo sia fare PSA di screening dai 50 anni in poi e operare i casi individuati. C'è poca consapevolezza dei danni che possono fare in una popolazione screening e successivi interventi, e della necessità di confrontarli sempre con i danni che possono fare (o non fare) molti tumori. Per il ca prostatico la scheda ^{ES 77, 1} ha affrontato in dettaglio questo bilancio tra danni e benefici, che molti ritengono **sfavorevole**.

Moltissimi ca prostatici (e di altri organi) non progrediscono: lo dimostrano le autopsie di uomini morti per altre cause. In 65enni ~2 autopsie su 3 hanno rilevato ca prostatici ^a, in 80enni 4 autopsie su 5 ¹. Molti ca senza sintomi scoperti con PSA non avanzano, o lo fanno così lentamente che non avrebbero dato sintomi per tutta la vita. Sono **sovradignosi**, che aumentano facendo più biopsie.

Il sito del Ministero della Salute^b mi ha chiarito perché non fare PSA di screening!



Perché un'altra Scheda sul PSA?

Altre schede hanno già affrontato il tema ¹, ma un dato nuovo può far pendere la bilancia in modo più forte a sfavore dello screening.

La domanda di fondo è: perché fare questo screening? Quasi tutti concorderanno che, per aver senso, lo screening dovrebbe:

1) **allungare la vita**, riducendo le morti da ca alla prostata, **senza aumentare in pari misura altre cause di morte**

2) **migliorare la qualità di vita** di chi riceve la diagnosi. Si converrà che il risultato 2) è molto improbabile. Infatti, per ogni 1.000 maschi di 55-69 anni che fanno PSA di screening per 10 anni, i dati mostrano ¹:

- **1 morte da ca prostatico** evitata, contro
- **~110 uomini con falsi positivi**, cui in genere segue una **biopsia**, oltre a frequenti **problemi psicologici e di funzionalità sessuale** persistenti anche dopo un anno
- **~36 con problemi medio-gravi da biopsia**: dolore e imbarazzo, febbre, sanguinamenti, infezioni, transitorie



difficoltà urinarie. **Ricovero nell'1%** delle biopsie

• **110 diagnosi di ca prostatico (operato nel 90%** dei casi) in uomini che in grande maggioranza sarebbero andati bene comunque, e molti sarebbero rimasti asintomatici a vita

• **2 seri eventi cardiovascolari + 1 trombo- venosa profonda o embolia polmonare**

• **29 pazienti con impotenza e 18 con incontinenza urinaria** tra i 110 operati, **in aggiunta** ai casi già di norma presenti per entrambe.

Difficile parlare di *miglioramenti di qualità di vita* per l'insieme di questi 1000 maschi!

Ma anche il risultato 1) è improbabile. Infatti

una completa revisione di tutte le ricerche valide sul tema ², e una sintesi delle revisioni su screening e mortalità ² concludono per un risultato del tutto nullo sulla **mortalità totale**, e per l'assenza di una **riduzione significativa di mortalità da ca prostatico!**



La grande ricerca europea ERSPC ³

I fautori dello screening si appellano a questa grande ricerca ³, attuata in 8 paesi Italia compresa. È di discreta qualità ² e l'unica ad aver dimostrato una **riduzione di mortalità da ca prostatico: -21%** a 13 anni (mentre **le altre**, criticate, mostrano tutte addirittura **tendenza all'aumento di mortalità da ca alla prostata** ²). In ERSPC il risultato è stato molto influenzato da quello di Svezia e Olanda; gli altri paesi non hanno avuto riduzioni significative di mortalità da ca prostatico.

Che messaggio è arrivato ai medici?

Questo: "Dopo 13 anni il monitoraggio del PSA riduce in modo significativo la mortalità. Salva vite" ^c.

Tab. 1 – Mortalità totale nel gruppo con offerta di PSA e in quello di controllo ³

Risultati ERSPC a 13 anni	Rapporto tra tassi di mortalità
Morti da ogni causa	{ • 55-69 anni • tutte le età
	nessuna differenza nessuna differenza

Purtroppo ciò **non è vero**. Infatti in ERSPC si sono “evitate morti da ca prostatico”, ma **sono aumentate altre morti**, e il bilancio complessivo non è di vite salvate (Tab. 1).

È chiaro che l'orientamento del medico è decisivo!



Dott. Enzo Scafuro
MMG - ASL di Milano

Commento. Dato che la mortalità per ca prostatico è quasi il 3% della mortalità totale nei maschi, una sua riduzione del 21% dovrebbe tradursi nello 0,6%~ di mortalità totale in meno: e molti direbbero comunque che è poco, dato che in ERSPC **per ogni morte da ca prostatico evitata** si sono **operati 27 tumori**, dei quali **molti non si sarebbero mai manifestati**. Ma dopo 13 anni la mortalità non si è ridotta^d.

Come si decide di fare screening con PSA?

Un'indagine² su un campione rappresentativo nazionale USA di adulti dai 50 anni che avevano discusso di screening per ca prostatico con un medico. I rispondenti si ritenevano ben informati, ma pensavano che di ca prostatico morisse 1 uomo su 5 anziché 1 su ~35. Le Tab. 2 e 3 mostrano altre distorsioni informative.

Anche senza PSA posso fare tanto per la mia prostata e la mia vita!



Tab. 2 – Importanza delle fonti d'informazione su ca prostatico e screening

Fonte “molto importante”*	
Medico curante	88%
Famiglia/amici	44%
Media	27%
Internet	14%
Si ritengono molto ben informati	64%
Conoscenze base: zero risposte corrette	67%

* 8-10 in una scala d'importanza da 0 (nessuna) a 10 (estrema)

Il PSA si associava in modo significativo con il consiglio del medico, la discussione dei *pro* (e non dei *contro*) e con il **pensare che riduca la mortalità** specifica. **Commento.** Le ricerche² dimostrano che al crescere delle conoscenze cala l'interesse per il PSA. Le tabelle mostrano una carenza di requisiti per decisioni condivise: gli assistiti non partecipano a discussioni *bilanciate* sulle conseguenze del PSA, hanno conoscenze inadeguate, spesso le loro preferenze non sono richieste. Una ricerca inglese che mostra una discreta tolleranza verso la sovradiagnosi² prospetta due soli scenari: riduzione della mortalità specifica del 50% o del 10%. I ricercatori (come i medici e i cittadini) non sono sfiorati dal pensiero che il **PSA non riduca la mortalità totale** e dia dunque **serie complicanze senza benefici netti** per l'insieme degli uomini che lo attuano. Si può quindi andare incontro

Tab. 3 – Caratteristiche della discussione e comunicazione sul PSA

PSA era parte di un programma regolare di screening ... che prevedeva l'età a cui smettere	88% 4%
Screening proposto dall'interessato	35%
dal medico	65%
Il medico ha chiesto le preferenze sul PSA	57%
Decisione finale presa da interessato	32%
dal medico	7%
condivisa	61%
Discussi i pro e i contro: tanto	40%
un po'	54%
per nulla	6%
Motivi per fare PSA spiegati bene	84%
Raccomandazioni del medico: pro	73%
contro	1%
neutrale/altro	26%
Coinvolgimento desiderato: di più	18%
lo stesso	81%

a quel “**disastro sanitario**” denunciato proprio dall'inventore del PSA². Gli assistiti devono essere grati al curante che spiega i rischi del PSA, e come proteggersi in altri modi.

Stili di vita protettivi (v. anche Pillola ES 40/2008)

Negli USA chi **non fuma** ha un rischio di ca prostatico **-30%**⁴. **Evitare integratori di selenio e calcio**. I medici USA con diagnosi di ca prostatico⁵ e alto consumo di **legumi, verdura, frutta/noci, cereali integrali, soia, pesce, olio e aceto** hanno meno **mortalità specifica e totale: -54 e -36%**. Quelli con dieta **più occidentale** (più **carni trasformate, latticini grassi...**) rispettivamente **+153 e +67%**. Questi benefici sovrappongono ciò che lo screening promette (e non mantiene).

Dott. Alberto Donzelli, Direttore Area EdAp - ASL Milano

1. *Pillole di ES 40/2008* Ridurre il rischio di ca alla prostata; 77/2012 Fare un PSA di screening? Preferisco di no; 93/2013. E le corrispondenti *Pillole di BPC* per medici.
2. Per bibliografia vedi *Pillola di BPC per medici* 128/2015.
3. Schroder FH et al. Screening and prostate cancer mortality: ... ERSPC at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014; 384:2027 (Suppl. appendix p. 20).
4. Carter BD et al. Smoking and mortality: beyond established causes. *New Engl J Med* 2015;372:631.
5. Yang M et al. Dietary patterns after prostate cancer diagnosis in relation to disease-specific and total mortality. *Cancer Prev Res* 2015; 8:545.

- (a) Ma le biopsie non avrebbero potuto identificarli tutti.
- (b) <http://www.salute.gov.it>-->La nostra salute-->Enciclopedia Salute-->Tumori-->Tumore della prostata
- (c) Frase attribuita al Responsabile scientifico dei Ricercatori³ e rilanciata dai media.
- (d) I PSA sono frequentissimi nei maschi di 70 anni e più, ma a queste età in ERSPC con il PSA ci sono stati in tendenza persino **più morti per ca prostatico (+17%)**. In Regioni con valido sistema informativo come la Toscana, i dati 2013 dell'Agenzia Sanitaria Regionale mostrano che **i maschi di 70-79 anni eseguono in % ancor più PSA** rispetto ai maschi di 50-69 anni, esponendosi a **seri danni**.