Cancro prostatico non metastatico: meglio la prostatectomia?

Data 30 maggio 2008
Categoria urologia

Secondo uno studio osservazionale di coorte nel cancro prostatico non metastatico la prostatectomia comporta, a10 anni, benefici superiori alla terapia radiante e alla vigile attesa.

In questo studio di coorte svizzero sono stati reclutati 844 pazienti a cui era stato diagnosticato un cancro prostatico tra il 1989 e il 1998. I soggetti erano stati trattati in vario modo: intervento chirurgico di prostatectomia, radioterapia, ormonoterapia, ma molti (per la precisione 378) sono stati sottoposti unicamente alla osservazione (cosiddetto wait and see). Della coorte presa in esame è stata valutata la sopravvivenza a 5 e a 10 anni.
La sopravvivenza a 5 anni non sembrava risentire in modo determinante del tipo di terapia scelta. A 10 anni invece si è visto che la sopravvivenza era dell'83% nei pazienti sottoposti a prostatectomia, del 75% in quelli trattati con radioterapia e del 72% in quelli tenuti in osservazione.
L'aumento della mortalità specifica (cioè attribuita al cancro prostatico) risultò essere più elevato nel gruppo di pazienti trattato con radioterapia e in quello tenuto in osservazione rispetto all'intervento chirurgico. Questo era evidente soprattutto per i pazienti con meno di 70 anni e quelli con tumore poco differenziato.

Fonte:

Merglen A et al. Short-and long term mortality with localized prostate cancer. Arch Int Med 2007;167:1944-50.

Commento di Renato Rossi

Non è ancora ben stabilito quale sia il trattamento di scelta del cancro prostatico localizzato. Secondo i dati di questo studio l'intervento di prostatectomia garantirebbe una sopravvivenza a lungo termine maggiore rispetto alla radioterapia ed alla vigile attesa. L'intervento sarebbe più utile nei soggetti con aspettativa di vita più prolungata (< 70 anni) oppure in quelli con cancro poco differenziato. Ovviamente trattandosi di uno studio di tipo osservazionale il dato va interpretato con cautela perchè i vari gruppi non erano randomizzati e quindi sono possibili vari tipi di bias, come per esempio il bias di selezione.
Le linee guida comunque sono abbastanza in linea con questi risultati e suggeriscono di attuare l'intervento di prostatectomia nei soggetti con meno di 70 anni senza importanti comorbidità mentre nei pazienti con patologie gravi associate o con aspettativa di vita limitata ci si può orientare verso la radioterapia o, in altri casi, verso la semplice osservazione clinica.
Tuttavia recentemente questo approccio è stato messo in dubbio. Uno studio, sempre osservazionale, suggeriva che il trattamento (chirurgico o radiante) del cancro prostatico localizzato potrebbe aumentare la sopravvivenza anche nei soggetti anziani, ma data la natura intrinseca dello studio ritenemmo necessaria prudenza nell'interpretare questi risultati .
Esiste anche uno studio randomizzato e controllato su poco meno di 700 pazienti, nel quale la prostatectomia radicale ridusse la mortalità generale e specifica, la diffusione locale e metastatica nel carcinoma prostatico allo stadio iniziale durante un follow-up medio di poco più di 8 anni.
Tuttavia nel nostro commento si faceva notare che il cancro prostatico era stato scoperto grazie all'esplorazione rettale oppure con esame istologico dopo una resezione trans-uretrale per ipertrofia prostatica e non tramite screening con PSA. Attualmente invece molti cancri della prostata sono diagnosticati grazie al dosaggio del PSA. Non sappiamo quindi se risultati di questo studio si possano automaticamente estendere ai cancri scoperti in questo modo, che potrebbero essere meno aggressivi. In secondo luogo l'analisi per sottogruppi dimostrò che i benefici della prostatectomia erano evidenti nei pazienti con età inferiore ai 65 anni mentre l'intervento chirurgico non era superiore alla semplice sorveglianza senza dosaggio seriato del PSA nei soggetti più anziani.
D'altra parte anche in un altro studio osservazionale si concludeva che nel cancro a bassa malignità l'intervento chirurgico potrebbe essere evitato .
In conclusione rimangono ancora zone di incertezza per cui diventa importante discutere con il paziente le varie opzioni terapeutiche a disposizione.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2971
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1743
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1731