Cosa fare quando il PSA aumenta in assenza di neoplasia?

Data 07 luglio 2011
Categoria urologia

In questa pillola viene trattato il problema del paziente con aumento del PSA senza segni clinici e radiologici di tumore prostatico.

Può capitare di trovarsi di fronte ad un paziente con minimi sintomi urinari del tratto inferiore con PSA che aumenta senza evidenza di Neoplasia Prostatica dopo aver eseguito una o più biopsie. Mancando evidenze ogni specialista si regola in base alla propria esperienza. Le cause più frequenti sono: la Ipertrofia Prostatica Benigna, una Neoplasia della prostata, la prostatite sintomatica o asintomatica e la Bladder Outlet Oobstruction, BOO, che rappresenta un marker di futuro rischio di ritenzione urinaria acuta.
In caso di PSA aumentato o che aumenta nel tempo si usano diversi test per evitare inutili biopsie della prostata e il più utilizzato è il rapporto PSA libero/PSA totale con un cutoff del 15%; superiore si tratterebbe di una forma benigna, inferiore di una maligna ma altri considerano più sicuro considerare gli estremi, maggiore di 20% e inferiore a 10%. Va notato che questo rapporto si usa solo in caso di PSA tra 4 e 10, la cosiddetta zona grigia. Altri test meno utilizzati sono il PSA density con un cutoff del 0,078 e il PSA velocity con un cutoff di 0,75 ng/anno. Tutti questi test non offrono garanzie di certezza al nostro paziente.
Molti specialisti per ragioni di prudenza e di medicina difensiva preferiscono ricorrere alla biopsia prostatica con 10-16 prelievi e in caso di negatività una seconda biopsia a distanza di mesi, se il PSA continua ad aumentare, con più di 20 prelievi, la cosiddetta saturation biopsy. Se una seconda o ancora una terza biopsia risultassero negative lo specialista potrebbe consigliare al nostro paziente una terapia con fluorchinolonici o della Serenoa Repens (Saw Palmetto o Palma della Florida) per il sospetto di una prostatite asintomatica ma non ci sono evidenze che l'infiammazione aumenti il PSA.

Recentemente è uscito un articolo che mostra un utile algoritmo in grado di guidare le scelte diagnostiche e terapeutiche. L'articolo è in full text.

Fig. 1 PSA prostate-specific antigen, DRE digital rectal examination, TRUS transrectal ultrasound, LUTS lower urinary tract symptoms, EPB extended prostate biopsies, IPSS international prostate symptoms score, UDO urodynamic observations, PdetQmax detrusor pressure at maximum flow, TURP transurethral resection of prostate, BPH benign prostatichyperplasia.

ClementinoStefanetti

Referenze

1. Roger R Dmochowski. Bladder Outlet Obstruction: Etiology and Evaluation. Rev Urol. 2005; 7(Suppl 6): S3-S13. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1477620/pdf/riu007006_S003.pdf
2.Lee R, Localio AR. A meta-analysis of the performance characteristics of the free prostate-specific antigen test. Urology. 2006 Apr;67(4):762-8.
3. Prostate Saturation Biopsy. www.aetna.com/cpb/medical/data/600_699/0698.html
4.van Renterghem K. A new algorithm in patients with elevated and/or rising prostate-specific antigen level, minor lower urinary tract symptoms, and negative multisite prostate biopsies. Int Urol Nephrol. 2010;42:29-38. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2844972/pdf/11255_2009_Article_9596.pdf

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 18/11/2026 alle ore 18:48 | Pagina 1 di 1