PSA velocity: serve?

Data 28 luglio 2011
Categoria urologia

Secondo i dati del braccio placebo del Prostate Cancer Prevention Trial non è giustificato usare la PSA velocity per decidere se sottoporre o meno un paziente alla biopsia prostatica.

Gli autori di questo studio hanno valutato glii 5.519 uomini arruolati nel braccio placebo del Prostate Cancer Prevention Trial, in cui veniva confrontata la finasteride versus placebo.
I partecipanti avevano un'età >= 55 anni, un livello di PSA iniziale uguale o inferiore a 3 e una esplorazione rettale negativa. Veniva eseguito un PSA ogni anni e dopo 7 anni di trattamento con placebo i partecipanti vennero sottoposti a biopsia prostatica.
Analizzando i dati è emerso che proporre una biopsia quando l'aumento del PSA (PSA velocity) è superiore a 0,35 ng/mL/anno (come suggeriscono alcune linee guida) porterebbe ad un aumento della capacità predittiva di cancro prostatico molto piccolo, sia per qaunto riguarda i cancri con score di Gleason >= 7 sia per quanto riguarda i cancri clincamente significativi. Per questo motivo gli autori raccomadano di non usare la PSA velocity come unico criterio per decidere una eventuale biopsia prostatica. Infatti se si usasse solo questa misurazione si avrebbe un aumento consistente di biopsia inutili: circa un uomo ogni sette dovrebbe essere sottoposto a biopsia prostatica.
Un editoriale di commento conclude che il test del PSA come strumento di screening continua a lasciare molto a desiderare.

Fonte:

1. Vickers AJ et al. An Empirical Evaluation of Guidelines on Prostate-specific Antigen Velocity in Prostate Cancer Detection. JNCI J Natl Cancer Inst. doi: 10.1093/jnci/djr028. Pubblicato anticipatamente online il 24 febbraio 2011.
2. The Science and Art of Prostate Cancer Screening. Siu-Long Yao and Grace L. Lu-Yao.
JNCI J Natl Cancer Inst. doi: 10.1093/jnci/djr047. Pubblicato anticipatamente online il 24 febbraio 2011.

Commento di Renato Rossi

Le problematiche relative al cancro prostatico e allo screening sono note: il tumore è molto frequente, ma spesso si tratta di forme che, pur essendo istologicamente maligne, hanno una evoluzione clinica lenta ed indolente. Pertanto lo screening diffuso mediante dosaggio del PSA può portare a diagnosticare e trattare inutilmente molti pazienti (fenomeno dellasovradiagnosi).
Due ampi RCT (uno americano ed uno europeo) hanno portato a risultati contrastanti, per cui è ancora oggetto di dibattito se i benefici dello screening siano superiori ai danni derivanti da un sovratrattamento.
La difficoltà maggiore risiede nel fatto che non abbiamo ancora disponibile un test che ci dica quali sono i cancri evolutivi che conviene trattare precocemente e quali sono quelli indolenti che potrebbero semplicemente essere ogetto di sorveglianza periodica.
Alcuni hanno proposto di usare la PSA velocity, vale a dire la velocità con cui i valori di PSA aumentano nel tempo. Uno studio di qualche anno fa aveva evidenziato che gli uomini con PSA velocity maggiore di 0.35 ng/mL/anno avevano un rischio relativo di morte per cancro prostatico rispetto agli uomini con PSA velocity fino a 0.35 ng/mL/anno superiore di quasi cinque volte (RR = 4.7, 95% CI = da 1.3 a 16.5; P = .02); i tassi per 100 000 persona-anni erano 1240 per gli uomini con PSA velocity oltre 0.35 ng/mL/anno e 140 per quelli con PSA velocity fino a 0.35 ng/mL/anno.
Lo studio recensito in questa pillola suggerisce al contrario che usare il cut off di PSA velocity di 0,35 ng/mL/anno non porta ad un miglioramento importante della nostra capacità di discriminare cancri con score di Gleason >= 7 oppure cancri clinicamente importanti.
Come concludere? In attesa che il futuro porti a sviluppare test predittivi più precisi, ci sembra, in accordo con i due editorialisti che commentano lo studio, di poter affermare che il PSA continua a mostrare limiti non indifferenti.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2843

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 21/11/2026 alle ore 2:58 | Pagina 1 di 1