Screening del cancro prostatico: una nuova metanalisi

Data 28 ottobre 2018
Categoria urologia

Secondo una nuova meta-analisi lo screening del cancro prostatico mediante dosaggio del PSA riduce lievemente la mortalità specifica ma non quella totale.

Questa testata si è occupata spesso dello **screening del cancro prostatico** mediante dosaggio del PSA, sia recensendo RCT in cui lo screening veniva paragonato al non-screening sia esaminando metanalisi e linee guida. Alcune pillole sono richiamate in bibliografia .

L'occasione per ritornare sull'argomento viene offerta da **una nuova metanalisi** che ha assemblato i risultati di 5 RCT per un totale di oltre 720.000 uomini arruolati .
In particolare negli RCT esaminati sono compresi lo studio CAP, lo studio PLCO e lo studio ERSPC.

La metanalisi ha evidenziato che lo screening con PSA **non riduce la mortalità totale** (evidenza di qualità moderata).
Lo screening può avere un piccolo effetto nella riduzione della **mortalità da cancro prostatico** , ma anche nessun effetto: riduzione in termini relativi del 4% ma con intervello di confidenza al 95% compreso tra - 15% e + 8% (bassa qualità delle evidenze).

Gli autori hanno poi esaminati i dati dello studio con il **minor rischio di bias** , trovando che lo screening non riduce la mortalità totale mentre può ridurre la mortalità da cancro prostatico del 21% in termini relativi (con 95%CI compreso tra -31% e -9%). Gli autori definiscono questo dato di certezza moderata.
Detto in altre parole: **è necessario screenare 1000 uomini per 10 anni per evitare un decesso da cancro della prostata**.

Secondo gli autori il piccolo beneficio ottenibile sulla mortalità specifica va **confrontato** con i rischi sia a breve termine (falsi positivi, falsi negativi, complicanze della biopsia) sia a lungo termine (complicanze urinarie e sessuali associate ad interventi chirurgici e/o a terapie).

Ci sembra che ci sia poco da aggiungere perchè in merito ci siamo espressi molte volte: lo screening con PSA comporta una piccola riduzione della mortalità specifica, nessun impatto sulla mortalità totale, un aumento del rischio di sovradiagnosi e sovratrattamenti legati alla scoperta di forme istologicamente maligne ma clinicamente indolenti (che non sarebbero mai state diagnosticate senza lo screening).

Pertanto la decisione se prescrivere o meno lo screening con PSA **andrà discussa col singolo paziente** ,adeguatamente informato sui rischi e sui benefici, dopo aver considerato anche fattori come l'etnia e la familiarità per questa forma di neoplasia.

RenatoRossi

Bibliografia

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6920
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6813
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5211
4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5124
5. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5095
6. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4983
7. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4554
8. Ilic D et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. BMJ 2018; 362:k3519.