



Corso di aggiornamento per medici di medicina generale "Attualità in tema di carcinoma prostatico: opinioni a confronto"

Sabato 9 febbraio 2008 si è tenuto presso l'Auditorium Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Messina un Corso di Aggiornamento per Medici di Medicina Generale dal titolo "Attualità in tema di Carcinoma Prostatico: Opinioni a Confronto". L'evento, accreditato da programma ministeriale ECM con otto crediti, è stato moderato dal Dr Carlo Aragona (Direttore dell'Unità Operativa di Urologia dell'Ospedale Papardo di Messina) e dal Prof. Giuseppe Morgia (Direttore della Clinica Urologica del Policlinico Universitario di Messina). Gli obiettivi del Corso sono stati quelli di approfondire le conoscenze dei Medici di Famiglia in tema di Carcinoma Prostatico con orientamenti comunicativi calibrati all'audience.

I lavori sono stati introdotti dal Presidente dell'Ordine dei Medici di Messina Dott. Nunzio Romeo il quale ha tracciato il un profilo di eccellenza dei due moderatori ed ha introdotto i termini generali dell'argomento. Il Dott. Giovanni Caminti, Medico di Famiglia e Componente del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Messina, ha parlato del "**punto di vista del Medico di Famiglia**" ed alle principali problematiche legate alla funzione di questo ruolo quando ci si trova in presenza di un Carcinoma della Prostata: Quando richiedere il PSA. Come preparare il Paziente all'ospedalizzazione (biopsia prostatica, intervento chirurgico). Le problematiche domiciliari legate al post-intervento (gestione del catetere, incontinenza, etc.), il follow-up.

Il Prof. Carlo Magno (della Clinica Urologica del Policlinico di Messina) ha parlato di "**Epidemiologia e Screening del Carcinoma della Prostata**", chiarendo all'uditorio che, con i mezzi oggi a nostra disposizione, non è eticamente né economicamente corretto eseguire uno screening di questa malattia su una popolazione sana.

Il Dott. Antonino Isgrò (dell'Unità Operativa di Urologia dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina) ha parlato delle problematiche relative al "**PSA**", al suo significato clinico che, a causa delle molteplici influenze sul suo dosaggio, oggi non può più essere considerato un marcatore tumorale ma, più propriamente, "espressione di rischio tumorale maligno".

Il Dott. Massimo Madonna (della Clinica Urologica di Sassari) ha poi illustrato ai partecipanti le problematiche correlate alla "**Biopsia Prostatica**", le sue tecniche di esecuzione, l'ecografia endo-rettale, l'indicazione all'esecuzione della biopsia e quando è opportuno eseguire una re-biopsia.

Di "**Stadiazione e Fattori Prognostici**" ha successivamente parlato il Dott. Antonio Iannello (dell'Unità Operativa di Urologia dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina), soffermandosi sull'importanza della stadiazione clinica nelle consequenziali implicazioni terapeutiche.

Il Dott. Salvatore Rotondo (dell'Unità Operativa di Urologia dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina) ha trattato delle indicazioni e degli obiettivi della "**Terapia Medica**" del Carcinoma della prostata.

Infine il Prof. Giuseppe Morgia esposto avvalendosi di interessanti filmati quali siano i principi della "**Terapia Chirurgica**" mostrando quali tecniche sia a cielo aperto che laparoscopiche, oggi consentono di raggiungere importanti traguardi terapeutici fino alla guarigione in un numero sempre maggiore di casi.

Il Corso è stato quindi chiuso da una sessione coordinata dal Dott. Carlo Aragona dedicata alla "**Discussione interattiva di casi clinici con Televoto**" che ha consentito un particolare coinvolgimento dell'uditorio sulle strategie sia diagnostiche che terapeutiche da intraprendere di fronte ad una diagnosi di carcinoma della prostata.

Da quanto articolatamente discusso si è potuto evincere come l'Adenocarcinoma della prostata è il più frequente tumore maligno tra gli uomini, rappresentando circa il 9 % delle cause di morte nel sesso maschile. Esso coesiste con l'adenoma (o ipertrofia prostatica) solitamente in una forma silente anche per decenni, la sua incidenza aumenta con l'età e quindi è in incremento parallelamente all'invecchiamento della popolazione, per fortuna la gran parte della popolazione presenta un adenocarcinoma che rimarrà silente



nella ghiandola prostatica senza dare segno di sé. I fattori di rischio sono rappresentati dall'età: circa il 30% degli uomini di oltre 50 anni presenta microfocolati di carcinoma prostatici, mentre questa incidenza sale fino al 70% al di sopra degli 80 anni. Per fortuna la sua scarsa evolutività presentata nella gran parte dei casi da questa malattia fa sì che la gran parte della popolazione maschile muoia CON un carcinoma della prostata ma NON PER esso.

Gli individui di razza nera presentano un rischio maggiore di venire colpiti dal carcinoma prostatico nelle sue forme più aggressive rispetto a quelli di razza bianca, mentre l'incidenza di questa neoplasia è nelle popolazioni orientali. E' stato inoltre dimostrato che gli uomini con un parente di primo grado (padre, fratello) in cui tale neoplasia si sia sviluppata intorno ai 50 anni hanno una probabilità circa 7 volte maggiore di sviluppare un cancro prostatico. La dieta ricca di grassi costituisce un fattore di rischio.

Circa il 70% degli adenocarcinomi ha origine nella zona più periferica della ghiandola prostatica, a contatto posteriormente con il retto. Per questo motivo è difficile che un carcinoma prostatico, almeno nelle prime fasi del suo sviluppo, dia disturbi della minzione (a differenza della ipertrofia prostatica che invece si sviluppa dalla porzione centrale della ghiandola, a contatto con l'uretra). Per questo motivo l'esplorazione rettale è in grado di palpare un piccolo nodulo carcinomatoso, anche se la negatività dell'esame non esclude comunque la presenza di un focolaio neoplastico di piccole dimensioni in una zona più profonda della ghiandola.

L'esplorazione rettale, quindi è la prima, semplice procedura con la quale il medico può direttamente valutare palpare la prostata ed individuare eventuali noduli carcinomatosi. Va però considerato che l'esplorazione diventa difficilmente consente una diagnosi precoce, in quanto quando questa diventa patognomonica per la presenza di Carcinoma prostatico ci troviamo di solito in uno stadio avanzato di malattia.

Il PSA, una proteina prodotta dalle cellule prostatiche e normalmente circolante nel sangue ad una concentrazione al di sotto di <4 ng/ml, consente oggi di porre diagnosi di questa malattia in fase precoce, attraverso l'identificazione di un aumento dei suoi livelli plasmatici. Tuttavia, però, aumenti del PSA, sebbene di solito meno marcati, si possono verificare anche in patologie prostatiche non neoplastiche, come la iperplasia (o ipertrofia) e le prostatiti: tutto questo rende spesso impossibile una diagnosi precoce.

Un aumento significativo del PSA o una esplorazione sospetta portano l'urologo ad eseguire una biopsia prostatica ecoguidata che può essere eseguita sia per via endorettale che per via trans-perineale.

La scintigrafia ossea total body, la TAC addomino-pelvica, l'Rx del torace e la Risonanza Magnetica Nucleare addomino-pelvica rappresentano gli esami strumentali per la stadiazione della malattia.

E' opportuno ricordare come una diagnosi precoce di carcinoma della prostata confinato alla ghiandola può portare ad una guarigione dalla malattia attraverso la sua rimozione. Esistono attualmente tre principali tipi codificati di terapia del carcinoma prostatico: chirurgia, radioterapia, terapia ormonale. Altre terapie sono attualmente in corso di sperimentazione ed è probabile che in prossimo futuro, una volta codificate, vengano utilizzate su vasta scala.

L'intervento chirurgico per la terapia del carcinoma della prostata consiste nella "prostatectomia radicale": asportazione di tutta la prostata comprese le vescicole seminali, eseguendo possibilmente una asportazione dei linfonodi tributari (linfoadenectomia pelvica) situati lateralmente alla prostata, lungo i vasi iliaci. Questo intervento è riservato ai tumori organo-confinati ed in pazienti che abbiano una speranza di vita superiore a 10 anni ed è gravato frequentemente da sequele post-operatorie quali l'impotenza e l'incontinenza urinaria.

Poiché una certa percentuale di casi all'esame istologico i margini di resezione risultano positivi, è possibile che si renda necessario un trattamento complementare (radioterapia, la terapia ormonale o entrambi). L'utilizzazione delle metodiche laparoscopiche (tradizionali e con l'ausilio del robot) sembrerebbero ridurre in maniera significativa la complicità e la morbilità intrinseca dell'intervento.

La radioterapia esterna conformazionale, oltre che come terapia complementare alla chirurgia, può essere utilizzata come alternativa alla chirurgia nei tumori prostatici localizzati o comunque localmente avanzati, offrendo una buona qualità di vita. Esistono forme di radioterapi in fase sperimentale quali la Brachiterapia



trans perineale (impianto di semi di iodio o di palladio radioattivi nella prostata) e, più recentemente la Radioterapia a modulazione di intensità (IMRT).

Fin dagli anni quaranta è conosciuta l'androgeno-dipendenza del Carcinoma della Prostata, questo infatti è in grado di proliferare solo in presenza di testosterone, l'assenza di quest'ultimo determina una citostasi, di solito per diversi anni. Il testosterone è prodotto per il 90% dai testicoli e per circa il 10% dalle ghiandole surrenali. Ormai da circa oltre 20 anni sono presenti farmaci in grado di bloccare l'azione del testosterone mediante un meccanismo periferico (sui testicoli: farmaci antiandrogeni steroidei e non steroidei) e, più recentemente centrale (direttamente sull'ipofisi: LHRH analoghi). Questo tipo di terapia medica viene impiegata in monoterapia in tutti quei casi in cui, per motivi legati all'età avanzata, alle condizioni generali del paziente o allo stadio della malattia, vi sia una controindicazione alla chirurgia o alla terapia radiante. Essa viene anche impiegata come terapia complementare in alcuni pazienti sottoposti a prostatectomia radicale o a radioterapia per potenziarne l'azione terapeutica in casi in cui si riscontrino margini di sezione positivi all'esame istologico o qualora lo stadio del tumore sia localmente avanzato.

Il corso ha visto una numerosa e fattiva partecipazione di Medici di Famiglia e del territorio che hanno seguito con particolare attenzione tutte le varie fasi dei lavori percependo l'importante "take home message" lanciato dalla faculty: il medico di Medicina Generale occupa un ruolo centrale sia nella diagnostica precoce del Carcinoma Prostatico. Questo è elemento fondamentale ed indispensabile per ottenere una guarigione dalla malattia, e per un adeguato follow-up dei pazienti sottoposti a terapie sia mediche che chirurgiche per questo tipo di patologia.

L'Ordine dei Medici ha infine messo a disposizione degli iscritti o degli interessati le relazioni sul sito web istituzionale all'indirizzo www.omceo.me.it.