

PSA bocciato dagli Usa, gli italiani: servono nuovi marker

Pochi giorni fa la posizione della United States preventive services task force: niente Psa per gli uomini sani perché il test non salva la vita mentre spesso porta a esami o trattamenti inutili e dolorosi. Una decisione che ha alimentato il dibattito ormai in corso da anni sul valore predittivo di questo marcatore tumorale. «È ormai unanime il consenso sul fatto che non sia oggi proponibile uno screening di massa degli ultra 45enni sani e privi di sintomi, in quanto il Psa non garantisce i risultati che su altri fronti hanno dato Pap test, mammografia o ricerca del sangue occulto nelle feci» afferma Giario Conti, presidente dell'Associazione urologi italiani. «Già a marzo 2010 la Società italiana di urologia oncologica (Siuo) aveva diramato un decalogo operativo con queste indicazioni, fatte salve alcune fasce di popolazione, a partire dai casi di familiarità per ca prostatico, i pazienti etnicamente a rischio o quelli sintomatici, che invece richiedono un monitoraggio attento e scrupoloso. Oggi rimane valido il criterio di una biopsia eco-guidata per valori di Psa $\geq$ a 10 ng/ml, mentre ancora aperto è il fronte su come discriminare tumori indolenti, potenzialmente da non trattare, da quelli più aggressivi; un problema è anche la cosiddetta zona grigia, quella con valori di Psa compresi tra 2,5 e 10 ng/ml, dove la decisione se effettuare o meno l'esame istologico deve basarsi sull'analisi di altri elementi che aiutino a interpretare il valore del Psa totale. Per questo servono nuovi marker che aiutino l'urologo nel percorso diagnostico. Due sono al momento i più promettenti. Il primo è il Pca3, un test genetico eseguito su urine dopo massaggio prostatico, molto utile in pazienti con biopsia negativa ma Psa sospetto e che può servire per decidere se ripetere l'esame istologico e, quindi, in estrema sintesi, a ridurre il numero di rebiopsie. Il secondo è il -2ProPsa (Phi), un marker ematico che fornisce indicazioni sull'aggressività della malattia, in quanto sembra maggiormente espresso nei tumori ad alto rischio. Per entrare nella pratica clinica quotidiana devono essere ancora validati, definendone chiaramente limiti e campi di applicazione, ma promettono di essere molto utili nell'armamentario diagnostico, con la consapevolezza di tutti, però, che nessun esame in medicina può garantire sensibilità e specificità del 100%».