

Antigene prostatico specifico e carcinoma prostatico: conoscenze e attese dei pazienti

Salvatore Campo

Responsabile Nazionale Area Urologia SIMG

Introduzione e obiettivi

È attuale un dibattito internazionale sul ruolo dell'antigene prostatico specifico (PSA) come strumento per la diagnosi precoce del carcinoma prostatico (CaP) e come indagine di screening.

Il suo uso clinico, a partire dagli anni '90, avrebbe determinato un'*over-detection*, un'anticipazione diagnostica e un'*over-treatment* con possibili pesanti inferenze sulla qualità di vita, in assenza di chiare evidenze di riduzione della mortalità malattia-specifica^{1,2}.

Le terapie per il CaP possono avere effetti secondari (disfunzione erettile, incontinenza urinaria, mortalità peri-operatoria, osteoporosi, turbe dell'umore ecc.) in percentuale variabile con la tipologia del trattamento che comunque compromettono la qualità di vita del paziente.

Se la problematica portata in ambito medico acquisisce una dimensione dialettico-scientifica, se viene riferita al singolo individuo si carica di contenuti emotivi e di intime reazioni di risposta individuale, condizionate da componenti socio-culturali e da altre legate alla personalità cosciente.

L'informazione orale, nel contesto di una visita ambulatoriale, è spesso incompleta, anche per i limiti legati alla disponibilità di tempo.

Nell'ambito di un processo di *clinical governance*, di *setting* professionale e d'informazione corretta da portare al cittadino abbiamo voluto verificare quale fosse, nel cittadino-paziente, il grado di conoscenza del significato e delle implicazioni del PSA come test di screening e rilevare l'influenza che un'informazione dedicata può avere sul processo decisionale del cittadino.

Alcune condizioni culturali, biologiche e cognitive possono condizionare e invalidare l'intelligibilità dell'informazione, per cui il cittadino-paziente finirebbe per delegare il medico nel processo decisionale.

Proprio per questo ci siamo chiesti anche quale fosse l'atteggiamento di un paziente ideale, con buone condizioni culturali, psicofisiche e buona conoscenza della problematica; abbiamo individuato questo paziente nei 94 Medici di Medicina Generale (MMG) che hanno preso parte a tre eventi formativi su iperplasia benigna prostatica (IPB)/CaP, con partecipato dibattito sull'uso clinico del PSA.

Metodi

Undici MMG hanno somministrato due questionari ai loro pazienti maschi ≥ 50 anni, il primo, il *Quest Paz A*, al momento della prescrizione del PSA, nello studio del medico; subito dopo la compilazione e restituzione del *Quest Paz A* sono stati consegnati al paziente una *nota informativa* sulla "questione PSA", in cui veniva spiegato il significato del PSA e la problematica dell'*over-detection* e dell'*over-treatment*, e il *Quest Paz B*. A casa il paziente, dopo la lettura della nota informativa, compilava il *Quest Paz B* che restituiva al MMG ritornando per l'esibizione del risultato del dosaggio del PSA.

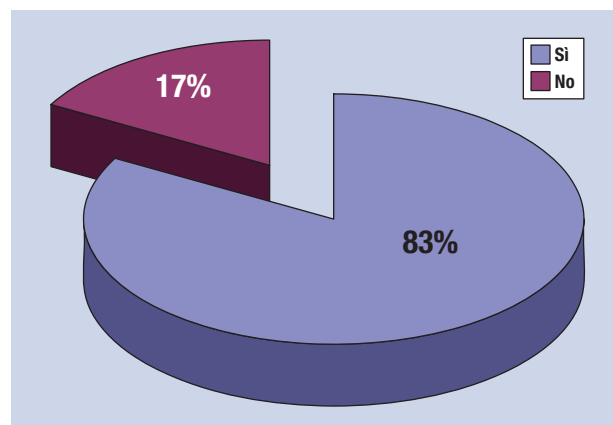
Ai 94 MMG, individuati come "pazienti ideali", è stato somministrato un terzo questionario, *Quest MMG*, per indagare sul loro atteggiamento auto-prescrittivo del PSA e sul loro verosimile atteggiamento nel caso fossero interessati da una diagnosi di CaP iniziale.

Quest Paz A

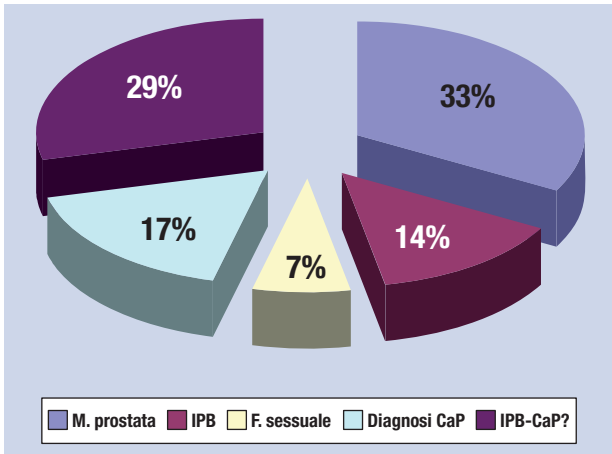
Compilato al momento della prescrizione del PSA.

Obiettivo: rilevare nei cittadini il grado di conoscenza del significato del PSA e delle implicazioni della diagnosi di CaP, prima dell'informazione.

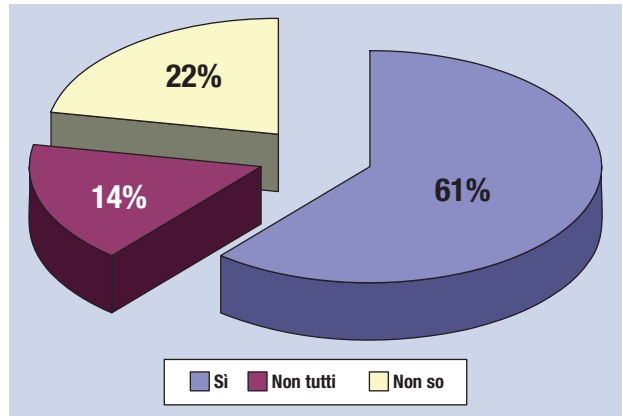
1. Sai a cosa serve il PSA?



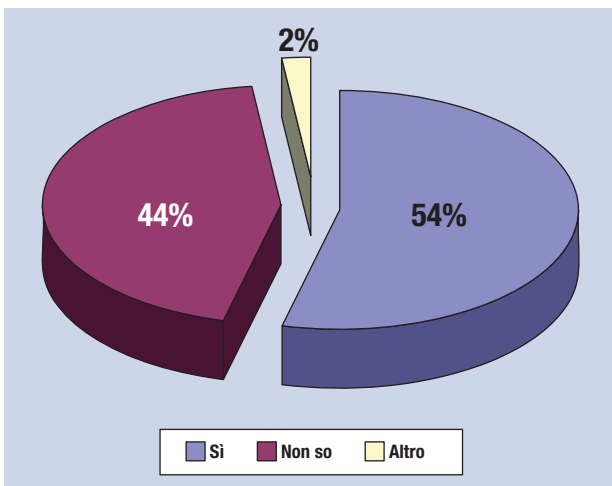
2. Secondo le tue conoscenze, il PSA serve per:



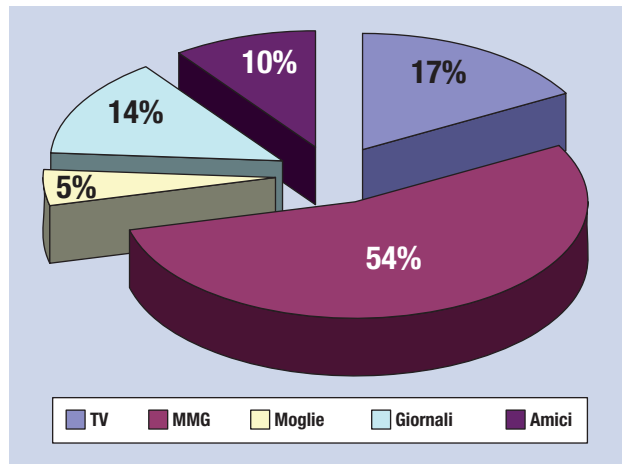
5. Secondo le tue conoscenze, ritieni che tutti i tumori prostatici, diagnosticati in fase precoce, vanno trattati perché prima o poi diventano invasivi:



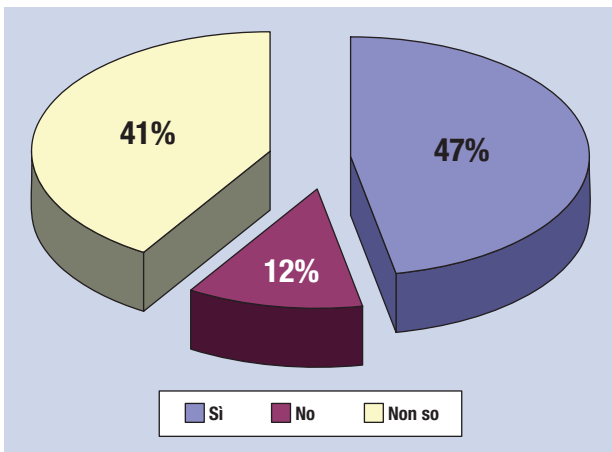
3. Secondo le tue conoscenze, ritieni che, dopo la diagnosi precoce di CaP, la terapia porta sempre a guarigione e a un sicuro aumento della sopravvivenza:



6. Da chi hai sentito parlare, per la prima volta, di PSA?



4. Secondo le tue conoscenze, ritieni che la terapia del tumore prostatico porti notevoli effetti collaterali:

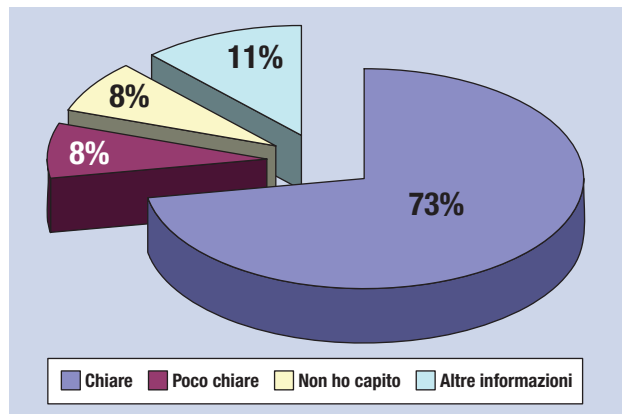


Quest Paz B

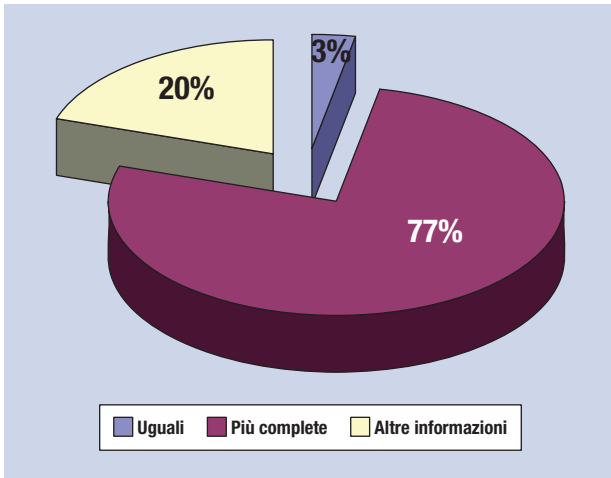
Compilato dal paziente a casa, dopo aver letto la nota informativa sul PSA.

Obiettivo: rilevare l'influenza che un'informazione dedicata può avere sul processo decisionale del cittadino.

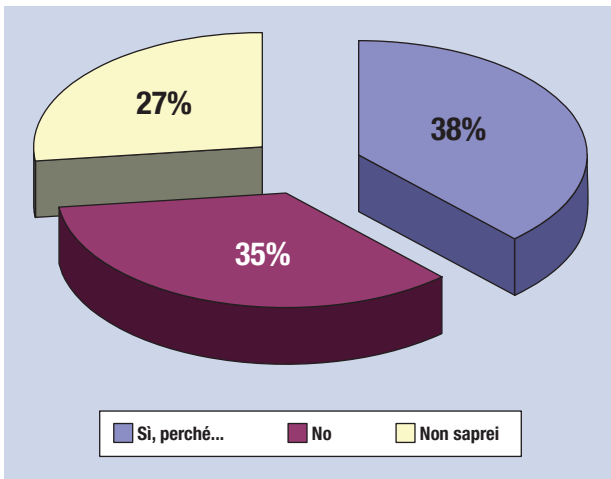
1. Le informazioni che ti sono state fornite sono:



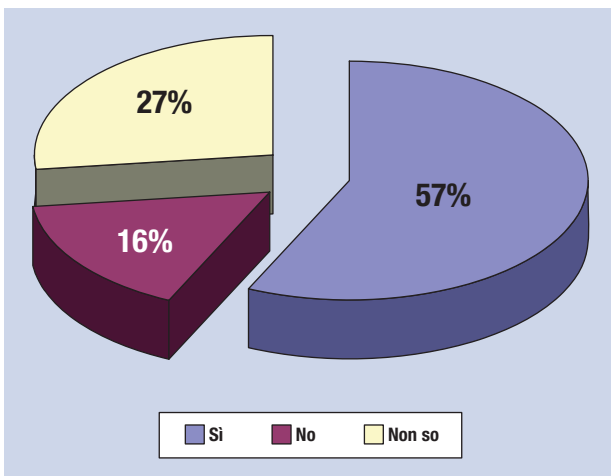
2. Le informazioni che ti sono state fornite, rispetto a quelle che avevi, sono:



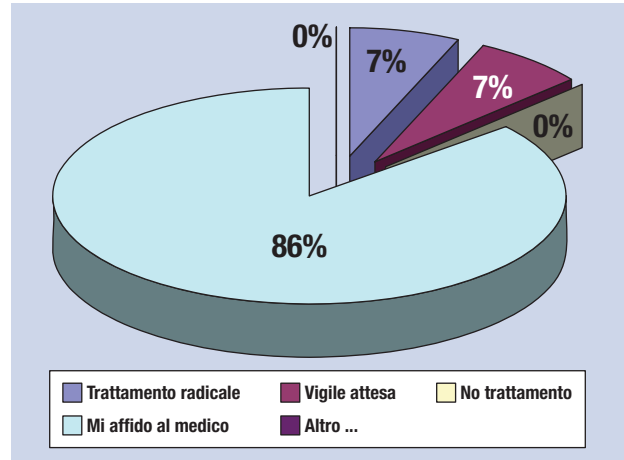
3. Le informazioni che ti sono state fornite hanno modificato il tuo atteggiamento nei confronti del problema?



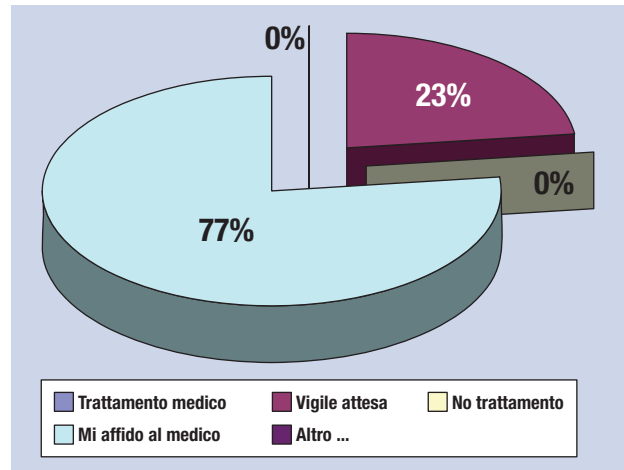
4. Dopo le informazioni che ti sono state fornite, vorresti fare un dosaggio periodico del PSA, con finalità di diagnosi precoce?



5. Se hai 69 anni o meno e ti venisse diagnosticato un tumore prostatico in fase iniziale:



6. Se hai 70 anni o più e ti venisse diagnosticato un tumore prostatico in fase iniziale:

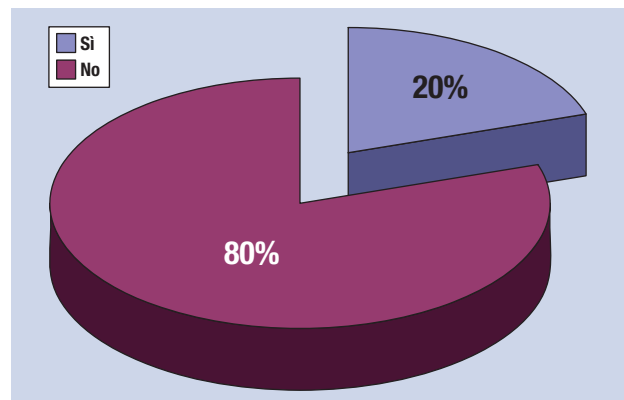


Quest MMG-pazienti

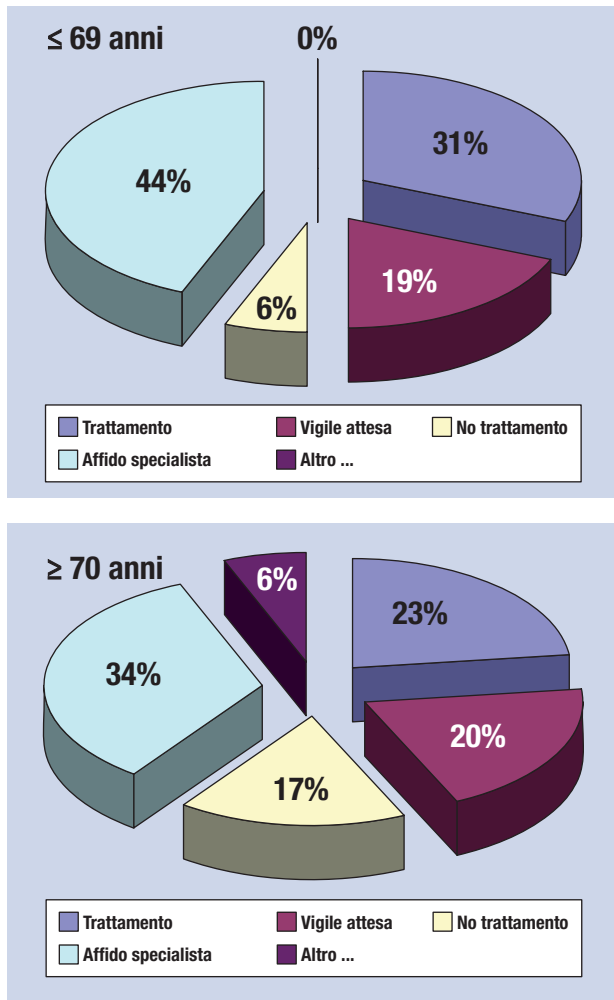
Somministrato a 94 MMG.

Obiettivo: verificare il comportamento del MMG, come paziente ideale, ben informato.

1. Se hai un'età tra 50-69 anni e sei asintomatico per patologia prostatica, farai il dosaggio del PSA?



2. Se ti venisse diagnosticato un CaP iniziale verso quale trattamento saresti orientato:



Risultati

Nonostante l'83% dei pazienti affermi di sapere a cosa serve il PSA, solo il 29% dimostra di conoscerne il significato clinico. I pazienti, soprattutto, non hanno la chiara percezione degli eventi che derivano dalla diagnosi di CaP e nel 54% dei casi confidano nei benefici della terapia sulla malattia e sulla sopravvivenza, mentre il 44% si esprime con "non so". Il MMG è la fonte principale d'informazione sul PSA (54%).

Hanno apprezzato l'informazione dedicata della nota informativa, che nel 38% di loro ha modificato l'atteggiamento nei confronti del problema; inoltre, l'informazione ha reso meno solida, per il CaP, la generica affermazione che "prevenire è meglio che curare", tanto che solo il 57% dichiara di voler utilizzare nel futuro il PSA ai fini di una diagnosi precoce. Nel momento terapeutico prevale la delega decisionale al Medico sia nei pazienti ≤ 69 anni (86%), sia in quelli ≥ 70 anni (77%).

I MMG-pazienti hanno rivelato un maggiore e atteso decisionismo. Questo modello di paziente ben informato dichiara di voler

eseguire nel futuro su se stesso il dosaggio del PSA, ai fini della diagnosi precoce, solo nel 20% dei casi.

Dopo un'eventuale diagnosi di CaP iniziale, i MMG-pazienti si affiderebbero alle valutazioni dello specialista nel 44% dei ≤ 69 e nel 34% di quelli ≥ 70 anni; si sottolinea la loro propensione alla vigile attesa nel 19% e nel 20% dei casi.

Conclusioni

Il cittadino non ha l'esatta percezione delle problematiche relative a PSA-storia naturale del CaP-diagnosi precoce e del CaP-disease management-esiti. Il dato che una percentuale rilevante di pazienti si affiderebbe nelle scelte, in caso di CaP iniziale, al MMG o allo specialista rafforza la necessità di informare adeguatamente il cittadino su procedimenti che possono avere influenze sul suo benessere.

Nel governo clinico, la prescrizione informata del PSA e l'informazione dedicata e completa in caso di diagnosi di CaP sono componenti essenziali del processo decisionale che interessa il paziente, con il supporto del MMG e dello specialista.

In una materia in cui il mondo scientifico non fornisce certezze assolute, emerge anche il rischio di una dissinergia di comportamenti tra i diversi attori di un processo di cure (MMG-urologo-oncologo-...), con orientamenti e scelte diverse. È possibile che accada che parte dei medici tenga conto di alcune evidenze e attenui l'entusiasmo nella prescrizione del PSA come screening opportunistico, mentre altri continuino a prescrivere il PSA a tutti gli over 50, contribuendo a effettuare uno "screening epidemiologico silente" e a indirizzare a terapia radicale tutti i CaP iniziali, non tenendo conto della possibile prospettiva, per casi selezionati, della vigile attesa.

Si avverte, quindi, come problema attivo nella realtà italiana la necessità di assicurare coerenza alla filiera d'interventi che afferiscono a un problema clinico del paziente.

Questo può avvenire dispiegando una rete nodale che sia funzionale all'efficienza e all'efficacia degli interventi, ispirata alle evidenze scientifiche attuali ma che sia anche illuminante e come tale non perda mai di vista il benessere del cittadino-paziente.

Bibliografia di riferimento

Draisma G, Boer R, Otto SJ, van der Crujisen IW, Damhuis RA, Schröder FH, et al. *Lead times and over-detection due to prostate-specific antigen screening estimates from the European randomized Study of Screening for Prostate Cancer*. J Natl Cancer Inst 2003;95:868-78.

Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt T. *Screening for prostate cancer*. Cochrane Database Syst Rev 2006;(3):CD004720.

Hanno partecipato allo studio i seguenti MMG della Sezione SIMG di Palermo: Mario Campo, Girolamo Consiglio, Luigi Galvano, Giovanni Geraci, Francesco Giacobelli, Paolo Giarrusso, Francesco Magliozzo, Vincenzo Mazzola, Umberto Pozzocco, Luigi Spicola.