

L'importanza del medico di famiglia

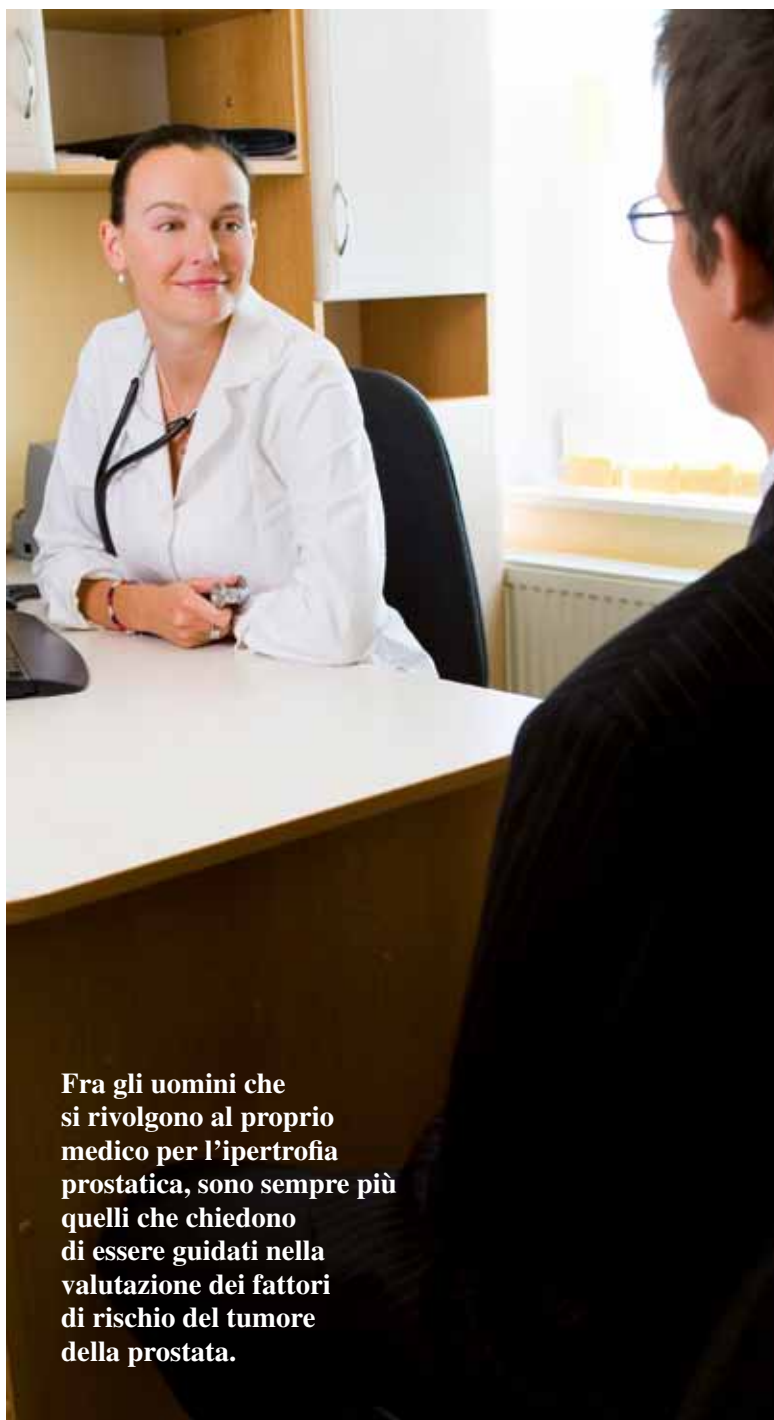


Dott. Aurelio Sessa
Medico di Medicina Generale
Presidente Lombardia
Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)
Comitato Scientifico di Europa Uomo Italia Onlus

Qualcuno sostiene che gli uomini generalmente non sanno che cosa sia veramente la prostata fino a quando non comincia a “farsi sentire”. In effetti, non è un organo vitale ma è una specie di “centralino” dell’apparato urinario e riproduttivo maschile. La funzione principale di questa ghiandola è quella di produrre il liquido seminale quale ambiente idoneo al mantenimento degli spermatozoi durante l’iaculazione.

La prostata è attraversata dall’uretra che è un canale che trasporta l’urina e il liquido seminale.

Durante il corso della vita la prostata può essere colpita da diverse malattie. Le più comuni sono quelle ipertrofiche (ipertrofia prostatica benigna o IBP), infiammatorie, solitamente di origine batterica (le prostatiti) e tumorali (adenocarcinoma prostatico). Mentre le prostatiti colpiscono più spesso in età giovanile, le altre due condizioni



Fra gli uomini che si rivolgono al proprio medico per l’ipertrofia prostatica, sono sempre più quelli che chiedono di essere guidati nella valutazione dei fattori di rischio del tumore della prostata.

sono più comuni mano a mano che l'età avanza. Questo è il motivo per cui l'uomo comincia ad accorgersi personalmente dell'esistenza della prostata dopo i 50 anni, proprio per una serie di disturbi che sempre più frequentemente si presentano con il passare degli anni.

Questi disturbi prendono il nome di LUTS, un acronimo inglese che significa "Low Urinary Tract Symptom" ossia "Sintomi delle basse vie urinarie".

Sono questi i sintomi che portano il paziente, solitamente ultracinquantenne, dal proprio medico di famiglia riferendogli di alzarsi spesso di notte ad urinare e che il getto – specialmente alla mattina – è debole e che tutto ciò, da qualche tempo, rende la sua vita non gradevole...

Ma quanti sono questi uomini?

Dal database di HealthSearch (Unità di ricerca della Simg - Società Italiana di Medicina Generale), che raccoglie le cartelle cliniche di oltre 2 milioni di persone - da parte di circa 1000 medici di famiglia italiani -, emerge che, rapportando il dato all'intera popolazione italiana, siano almeno 4 milioni gli uomini affetti da patologia prostatica.

Come si evince dalla figura 1, la prevalenza incrementa continuamente sia perché aumenta costantemente la vita media dei maschi italiani e sia perché vengono poste più diagnosi. Infatti, i maschi ricorrono più frequentemente al proprio medico, riferendogli questi disturbi in maggior quantità rispetto agli anni precedenti.

Tra l'altro, "l'epidemia" di IPB interessa praticamente quasi un maschio su 2 dopo i 65 anni e con una distribuzione geografica con una maggior prevalenza nel Sud Italia (fig. 2 e fig. 3).

Compito del medico di famiglia è innanzitutto cercare di alleviare ai suoi pazienti questa sintomatologia fastidiosa in una gestione complementare con l'urologo e impo-

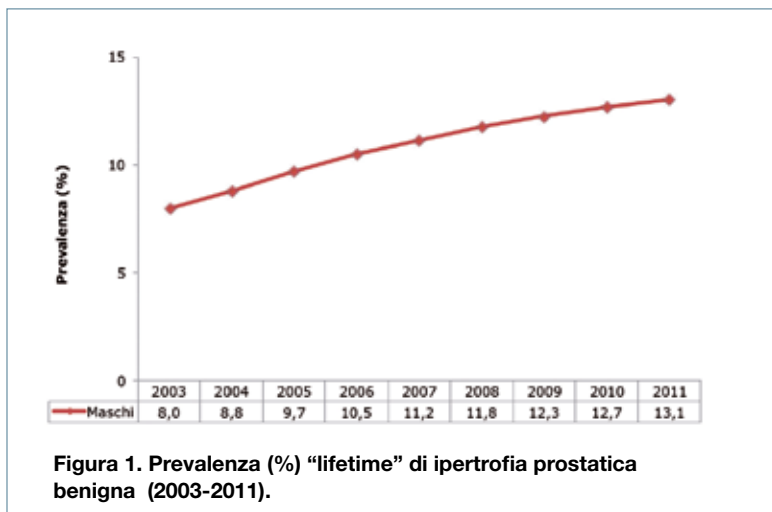


Figura 1. Prevalenza (%) "lifetime" di ipertrofia prostatica benigna (2003-2011).

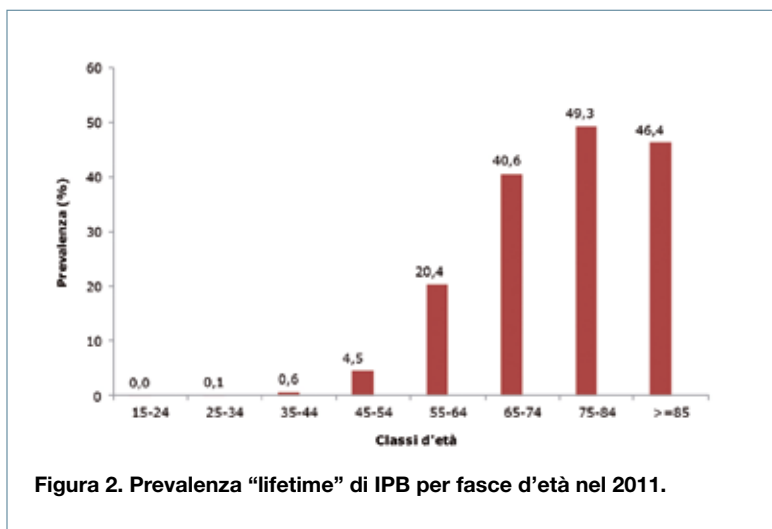


Figura 2. Prevalenza "lifetime" di IPB per fasce d'età nel 2011.

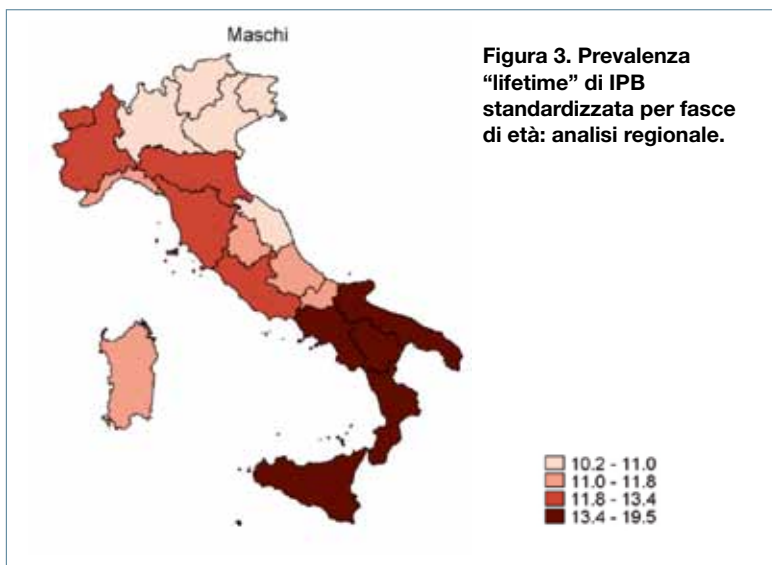


Figura 3. Prevalenza "lifetime" di IPB standardizzata per fasce di età: analisi regionale.

stare una terapia farmacologica appropriata al fine di prevenire la progressione verso due eventi spiacevoli quali la ritenzione acuta d'urina e la terapia chirurgica.

Orbene, i nostri pazienti, che definiamo "prostatici", vogliono anche informazioni sul tumore della prostata, sia perché molti loro coetanei hanno vissuto questa esperienza e sia perché è una paura che, se anche non viene direttamente esplicitata, li accompagna.

Talvolta il tutto parte con una richiesta di eseguire il dosaggio del PSA mentre vengono prescritti altri esami ematochimici, altre volte perché il nostro paziente l'ha letto su qualche rivista o ne ha sentito parlare in televisione oppure perché il medico di famiglia lo prescrive proprio a completamento di indagini diagnostiche nei pazienti con disturbi prostatici.

In assenza di un sospetto diagnostico o di fattori di rischio, è importante informare il paziente sui pro e i contro del dosaggio del PSA

I dati epidemiologici ci dicono che in Italia ogni anno sono più di 40 mila gli uomini con una nuova diagnosi di tumore della prostata, il che significa che ogni medico di famiglia ha mediamente un nuovo paziente ogni anno con questa diagnosi, oltre ai pazienti ai quali è stata posta la diagnosi negli anni precedenti.

Anche la prevalenza del tumore della prostata è cresciuta negli ultimi anni (fig. 4), in particolare dagli anni '90, quando è stata dimostrata l'utilità del PSA nella diagnosi di tumore della prostata e da allora si è diffuso ampiamente l'uso clinico

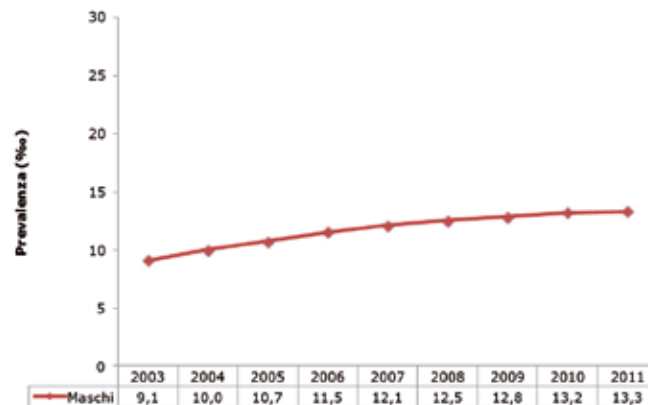


Figura 4. Prevalenza (casi per 1000) di tumore della prostata dal 2003 al 2011.

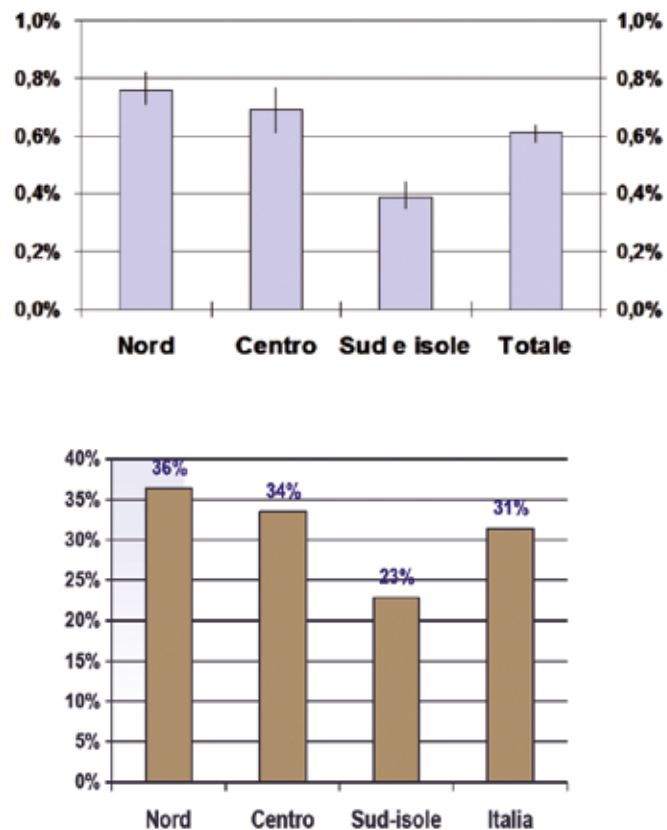
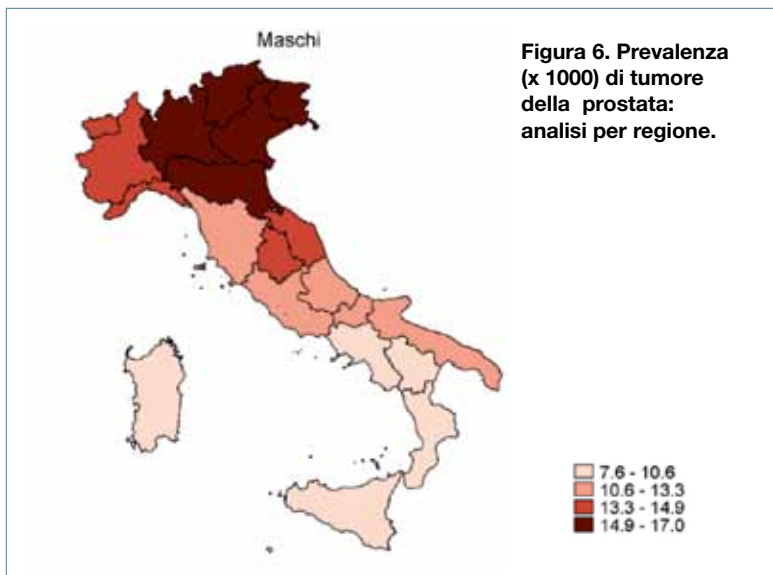


Figura 5. Percentuale di casi di tumore della prostata (in alto) in seguito alle prescrizioni di PSA nella popolazione maschile sopra i 50 anni (in basso).



del suo dosaggio.

Ciò è dimostrabile anche in Italia perché laddove si richiede un maggior numero di dosaggi di PSA vi è un aumento della diagnosi di tumore della prostata (fig. 5), tanto che la distribuzione geografica mostra una maggior prevalenza nel Nord/Nord-Est rispetto al Sud Italia con un rapporto quasi di due casi al Nord contro un caso al Sud (fig. 6). Siamo convinti che possano entrare in gioco in questa differenza sia una diversa alimentazione che fattori

ambientali concomitanti, ma il dato più significativo è che al Sud vengono richieste meno determinazioni di PSA rispetto al Nord Italia.

Ciò a conferma del fatto che l'uso del PSA nell'attività clinica ha determinato una importante anticipazione diagnostica ma anche un sovratratteggio di quelle forme neoplastiche che non si sarebbero mai rese clinicamente manifeste.

Per questo motivo riteniamo, come società scientifica, di non supportare campagne che vogliano promu-

vere lo screening di massa del PSA ma che sia importante discutere con il paziente l'opportunità di tale dosaggio, nel caso lo desideri, fornendo tutte le informazioni sui pro e i contro della determinazione del marcatore in assenza di un sospetto diagnostico o di fattori di rischio. Quindi, il ruolo del medico di famiglia è determinante del processo di cura del paziente, non solo nel momento della diagnosi, ma anche nei momenti successivi all'insorgenza della patologia anche per indirizzare e affidare il paziente alle migliori cure specialistiche.

Oggi le cure possono variare dagli atteggiamenti osservazionali nel tempo, e cioè dal monitoraggio della "Sorveglianza Attiva" alla "Vigile Attesa" o "Watchful Waiting", alla chirurgia oppure la radioterapia o la terapia ormonale, talora diversamente combinate.

Ebbene, l'urologo potrà consigliare e valutare insieme con il paziente la terapia più adatta in relazione alle caratteristiche del tumore e alle aspettative del paziente stesso.

Ogni trattamento può avere reazioni avverse o interferenze con terapie farmacologiche che il paziente assume perché portatore di altre patologie. Ecco che, nei tempi successivi, diventa ancora più importante il rapporto con il proprio medico di famiglia, che è depositario della continuità delle cure del paziente. L'alleanza con il paziente deve tradursi nei modi e nei tempi in cui l'aderenza alle terapie deve essere massima, così come la calendarizzazione dei controlli ematochimici e strumentali che devono essere valutati con l'urologo nella visione di una gestione integrata.

Oggi, fortunatamente, grazie all'impegno della ricerca, dell'epidemiologia clinica, delle cure e di questa gestione interdisciplinare la sopravvivenza di questa neoplasia è tra le migliori in campo oncologico e continuiamo, nel tempo, di migliorare sempre più questo percorso di cura. ■

