

**Dott. Giario Conti**

Direttore responsabile
del periodico "Europa Uomo"
Direttore Reparto di Urologia
Ospedale Sant'Anna, Como

Egregio Dott. Conti, sono un uomo di 65 anni, che ha subito una prostatectomia radicale nel 2010 per un carcinoma Gleason 3+4 limitato alla prostata con PSA di 5.7 all'esordio.

La mia vita oscilla fra ansia e depressione costantemente collegate a quello che definisco "l'incubo degli zeri". Gli zeri che mi sogno di notte: quelli del PSA dopo l'intervento... Ma è così importante questo esame? E qual è il valore certo oltre il quale bisogna cominciare a preoccuparsi? Ho letto la sua risposta sul numero scorso e visto che, secondo me, oltre che un urologo Lei è un buon consigliere, le chiedo, ma come si fa a convivere con questa paura di morire che si rinnova periodicamente?



Caro lettore, comprendo molto bene la sua ansia, che è quella di molti pazienti nelle sue condizioni ma, come ho avuto più volte modo di sottolineare in altre occasioni, non posso condividerla perché... non ha alcun motivo reale di esistere.

Gli incubi sono creazioni della nostra mente, del nostro subconscio, della parte più emotiva di noi che spesso prende il sopravvento e ci rovina l'esistenza. Gli zeri non possono e non devono diventare un incubo, i numeri sono solo delle indicazioni, non una sentenza di morte, e vanno interpretati, non presi come tali.

Dopo una prostatectomia radicale, come sappiamo, il PSA scende a valori molto bassi, prossimi allo zero, in un tempo relativamente breve, in genere 4-6 settimane dopo l'intervento chirurgico. In genere è indicato come 0.01 ng/ml oppure, più correttamente a mio parere, come "indossabile". E a questi livelli

dovrebbe rimanere nel tempo, indefinitamente. La sua determinazione periodica è importante ed è l'unico strumento da utilizzarsi nel "follow-up" salvo che in casi molto particolari.

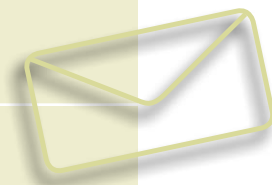
Qualche volta, tuttavia, più o meno lentamente, risale e questo, ovviamente, genera preoccupazione e ansia nei pazienti.

Il livello di soglia, raggiunto il quale si può parlare, secondo tutte le linee guida, di recidiva "biochimica" e quindi di fallimento della chirurgia, è 0.2 ng/ml. Al di sotto di questo valore le fluttuazioni possono essere molto variabili e devono essere valutate in un contesto più generale. Al di sotto del valore di 0.1 ng/ml, poi (tutti gli 0.0x per intenderci), le variabilità legate al margine di errore dei laboratori sono più ampie del valore stesso che viene misurato e quindi non dovrebbero essere considerate se non come segnali

di attenzione; certamente non di allarme.

Nei pazienti che sono stati invece sottoposti a radioterapia i criteri sono un po' diversi. È necessario identificare il cosiddetto "Nadir" del PSA, cioè il valore più basso raggiunto dopo la radioterapia (ottimale sarebbe un valore inferiore a 0.5 ng/ml); una volta raggiunto (il che può avvenire dopo un periodo di 12-18 mesi dalla fine del trattamento), il Nadir dovrebbe mantenersi nel tempo, anche in questo caso indefinitamente, come l'indossabilità dopo prostatectomia radicale. In caso di risalita del PSA si può parlare di fallimento della radioterapia quando il valore supera di 2 ng/ml il valore del Nadir (criteri di Phoenix, definiti dall'ASTRO, la Società Americana di Radioterapia Oncologica).

Torniamo però al contesto di cui parlavo poco sopra: un numero è un numero, e di per sé non significa



assolutamente nulla. Nella valutazione bisogna tenere conto di molti altri parametri:

- Com'era il livello di PSA prima dell'intervento (maggiore o minore di 10 ng/ml?)
- Com'era l'esame istologico del pezzo operatorio (punteggio di Gleason 3+3 o superiore, presenza o assenza di margini chirurgici positivi, infiltrazione o meno delle vescicole seminali, presenza o meno di metastasi ai linfonodi, perforazione o meno della capsula prostatica)
- Quanto tempo è trascorso fra l'intervento e il movimento in salita del PSA (più o meno di un anno?)
- A che velocità cresce il marcatore, il cosiddetto tempo di raddoppiamento, PSA-DT (maggiore o minore di 6 mesi-un anno?)

La composizione di questi e di altri parametri clinici fornisce informazioni sull'aggressività della malattia, definisce un profilo di rischio

per l'eventuale ripresa di malattia, aiuta a capirne la sede (locale e a distanza) e a scegliere un eventuale trattamento, in genere con buone probabilità di successo.

Lei è stato operato nel 2010 per una neoplasia a rischio intermedio basso; oggi siamo nel 2015 e sono quindi passati cinque anni dall'intervento senza che si siano verificati segni di ricaduta. La situazione clinica è dunque ottimale per poter confidare in un successo definitivo. Non trascuri poi il fatto che, in ogni caso, dopo ben cinque anni dall'intervento, un'eventuale ripresa sarebbe comunque espressione di una malattia ben poco aggressiva e quindi facilmente controllabile. Le probabilità giocano sempre più a suo favore e questo dovrebbe essere motivo di tranquillità e di soddisfazione, non di ansia e di depressione.

In questo momento lei non è una persona malata, e non si deve sentire tale. La sua vita dovrebbe scorrere

sui binari della normalità, di ciò che la rende piena e interessante; lei può, e deve, fare tutto ciò che le piace e di cui sente il bisogno, perché nulla nel suo corpo la limita in questo senso. Il suo rischio di ricaduta è molto basso. Il suo rischio di soffrire in futuro per questo tumore ancora più basso. Il suo rischio di morire a causa di questo tumore, ancora più basso. Giusto per darle un'immagine, il suo rischio di morte è comunque più alto se attraversa una strada sulle strisce pedonali e con il semaforo verde. Non parliamo se decide di mettersi in macchina e di andare a Roma utilizzando il tratto Bologna-Firenze dell'autostrada del Sole.

Il problema è principalmente nella mente che proietta gli incubi e i fantasmi cui lei accenna nella sua domanda ma che non hanno alcuna consistenza concreta, alcun riscontro nella realtà dei fatti. Guardi al lato positivo della sua vicenda umana: è incappato in una disavventura, è vero, ma ha avuto l'opportunità di affrontarla e di risolverla, di poter guardare con ottimismo al futuro e di poter considerare questo problema di salute come un "incidente di percorso". La vita ne riserva sempre, nessuno ne è esente ma non per tutti la possibilità di uscire dall'incubo è uguale.

Dal lato pratico il suggerimento resta quello di eseguire il PSA con una frequenza non eccessiva (a cinque anni dall'intervento, in un caso come il suo, sei mesi è un intervallo assolutamente adeguato) e di fidarsi del marcatore. In questi casi è abbastanza affidabile ed è importante tenerlo monitorato; ogni altro esame strumentale in questa fase per un paziente come lei non ha alcun ruolo. Però la sigla PSA deve continuare a significare **Antigene Prostatico Specifico**, non deve diventare **Amplificatore dello Stress del Paziente**. ■

