

# Tutti i medici la conoscono, i più la evitano. Lo strano caso della sorveglianza attiva



**Dott. Riccardo Valdagni**  
Direttore Radioterapia  
Oncologica 1  
Direttore  
"Programma Prostata"  
Responsabile Prostate  
Cancer Unit  
Fondazione IRCCS  
Istituto Nazionale  
dei Tumori, Milano



**Dott.ssa Barbara Avuzzi**  
Oncologo  
Radioterapista  
Fondazione IRCCS  
Istituto Nazionale  
dei Tumori, Milano



**L**a sorveglianza attiva è una delle possibili strade che il paziente può seguire, oltre alla chirurgia o alla radioterapia (a fasci esterni o brachiterapia), quando riceve una diagnosi di tumore della prostata in classe di rischio bassa o molto bassa, cioè di piccole dimensioni e potenzialmente non aggressivo, considerato quindi "indolente"<sup>1</sup>. La sorveglianza attiva si caratterizza

per essere un programma di tipo osservazionale in quanto si "osserva", mediante esami e visite, l'andamento della malattia senza trattarla.

Il vantaggio offerto dalla sorveglianza attiva è di poter evitare a questi pazienti un trattamento curativo (e i relativi possibili effetti collaterali come incontinenza urinaria, disfunzione erettile, san-

**Sorveglianza attiva: si fa o non si fa? Gli inaspettati risultati di due studi americani in merito all'atteggiamento ed alle scelte terapeutiche dei medici di fronte ad un paziente con nuova diagnosi di tumore della prostata in classe di rischio bassa o molto bassa.**



guinamento rettale o urinario) o di posporlo fino al momento in cui la malattia dovesse modificare il suo comportamento.

I controlli che vengono richiesti in sorveglianza dipendono dal protocollo clinico di riferimento e generalmente includono il dosaggio del PSA a cadenza trimestrale, l'esplorazione rettale due volte l'anno e la ripetizione delle biopsie prostatiche

a cadenze programmate (in Italia, ove è attivo e maggiormente seguito il protocollo di sorveglianza attiva denominato PRIAS<sup>2</sup>: biopsie a un anno dalla diagnosi, poi ogni tre anni fino al decimo anno).

Il vantaggio di non trattare un tumore che potrebbe non dare mai segno di sé nell'arco della vita del paziente è noto e ben chiaro sia agli urologi che agli oncologi radioterapisti, le due figure professionali che si occupano principalmente dei pazienti con cancro prostatico in classe di rischio bassa e molto bassa. La validità della sorveglianza attiva come alternativa alle terapie curative nei pazienti affetti da carcinoma della prostata in classe di rischio bassa e molto bassa è prevalentemente basata sugli studi pionieristici canadesi (Klotz et al, JCO 2015) e confermata dall'inclusione della sorveglianza nelle principali linee guida internazionali (EAU, ESMO, AUA, NCCN, NICE).

Tuttavia, la distanza tra il dire e il fare clinico è ancora molto ampia: stupisce, infatti, che la sorveglianza non faccia ancora parte in modo routinario e sistematico delle proposte che vengono fatte ai pazienti, come emerge chiaramente da due indagini condotte recentemente negli Stati Uniti.

Nel primo studio, più di 700 medici (specialisti in urologia e radioterapia oncologica), accuratamente selezionati per esperienza e competenze specifiche, sono stati intervistati in merito a due casi clinici riguardanti due pazienti affetti da tumore prostatico in classe di rischio bassa, con caratteristiche simili di malattia ma con differenti età (60 e 65 anni). È stato loro chiesto se avrebbero raccomandato la sorveglianza attiva, quali scelte terapeutiche avrebbero consigliato, se secondo loro la chirurgia, la radioterapia e la sorveglianza sono utilizzate troppo o troppo poco in questi casi e quanti dei loro pazienti nella pratica clinica quotidiana accettano la proposta di sorveglianza

(Kim et al, Medical Care 2014).

I risultati sono stati molto interessanti: fra i medici intervistati il 71.9% considera la sorveglianza attiva una scelta efficace; secondo l'80% questa strategia è poco proposta ai pazienti americani ma, nonostante questa consapevolezza, solo il 22.1% di loro la propone ai nuovi pazienti. Il 68.6% dei medici si sentirebbe più incline a consigliarla, ma unicamente al paziente ultrasessantacinquenne. Solo il 27.8% degli urologi e il 16.2% dei radioterapisti ha pensato di proporre questa strada al paziente sessantenne.

In generale gli urologi, rispetto agli oncologi radioterapisti, sono più propensi a pensare che la sorveglianza attiva sia efficace (75.5% vs 65.7%) e si sentono più tranquilli nel proporla (75.8% vs 61.7%). Gli Autori sottolineano che questa differenza tra specialisti potrebbe derivare dagli aspetti clinici legati alla gestione della sorveglianza (esplorazione rettale, dosaggio di PSA, biopsia prostatica) che sono tradizionalmente parte della pratica urologica quotidiana.

Chirurgia (44.9%) e radioterapia a fasci esterni o brachiterapia (35.4%) sono e restano le scelte terapeutiche maggiormente sponsorizzate. I chirurghi pensano che la radioterapia sia sovrautilizzata in questi pazienti e gli oncologi radioterapisti pensano lo stesso della prostatectomia radicale: è evidente quanto questa visione monospecialistica sia parziale e fuorviante, non ponga l'interesse del paziente al centro delle azioni mediche e sia una barriera dietro la quale i medici restano confinati, condizionando negativamente la loro capacità di proporre (non di prescrivere) una strategia differente rispetto alla propria specialità. E ancora, entrambe le categorie riferiscono uno scarso interesse da parte dei pazienti nei confronti della sorveglianza e questo, secondo gli autori dello studio, deriva da una incompleta/inadeguata

ta informazione fornita dai medici nel momento della diagnosi. Una maggiore attenzione all'educazione del paziente nel momento in cui si entra in una fase delicata come quella della scelta tra le proposte terapeutiche, aiuta ad aumentare la consapevolezza della propria malattia e fornisce al paziente gli strumenti per poter scegliere con ridotto stress la strada migliore per se stesso, sorveglianza attiva compresa.

L'atteggiamento clinico rilevato dalle interviste è confermato dalla seconda indagine effettuata, nella quale gli autori hanno estrapolato dal database nazionale americano SEER<sup>3</sup> una casistica di circa 12.000 pazienti, che hanno ricevuto una diagnosi di carcinoma della prostata in classe di rischio bassa tra il 2006 e il 2009. La fase diagnostica ha

coinvolto più di 2000 urologi. Essi e più di 800 oncologi radioterapisti sono stati fautori anche delle proposte terapeutiche (i radioterapisti hanno visitato più della metà dei pazienti considerati in questa valutazione) (Hoffman et al, JAMA Int Med 2014). Questo studio ha analizzato il ruolo del medico nella fase di proposta terapeutica, quantificando i pazienti affetti da tumore della prostata in classe di rischio bassa che effettivamente hanno seguito un programma di tipo osservazionale. Anche in questo caso l'80.1% dei pazienti è stato candidato a chirurgia o radioterapia e solo il 19.9% è stato seguito con un atteggiamento di tipo osservazionale. È da sottolineare che i pazienti analizzati avevano un'età superiore a 66 anni e che il

70% di pazienti con età compresa fra 76 e 80 anni e il 55% dei pazienti con età superiore a 80 anni ha rispettivamente effettuato un trattamento chirurgico o radioterapico nonostante avesse un tumore indolente!

Gli autori dello studio definiscono questo risultato "impressionante": tenendo conto dell'età dei pazienti e delle loro malattie concomitanti, una grande quota di essi ha affrontato un trattamento che non ha portato ad alcun beneficio per quanto riguarda la sopravvivenza

legata al tumore prostatico, correndo unicamente il rischio di avere effetti collaterali anche rilevanti.

Al pari dello studio precedentemente descritto, i pazienti esaminati dagli urologi scelgono più frequentemente la sorveglianza attiva

rispetto a quando vengono visti in prima battuta dall'oncologo radioterapista.

Il risultato comune delle due ricerche è che nella scelta del trattamento è preponderante l'influenza del medico che ha comunicato la diagnosi: il paziente opta per il trattamento consigliato dal clinico e se il medico è fortemente influenzato dalla sua esperienza professionale, il paziente è privato della possibilità di conoscere e scegliere una strada alternativa.

E il fatto che solo il 20% dei pazienti riceve una proposta di sorveglianza attiva, nonostante la consapevolezza che lo specialista ha in merito all'efficacia di questo atteggiamento, non può non far riflettere.

Come migliorare questa situazione? La soluzione ottimale è data

dalla gestione oncologica multidisciplinare di questa malattia: il paziente che riceve una diagnosi di cancro della prostata, incontrando contemporaneamente l'urologo, l'oncologo radioterapista ed eventualmente l'oncologo medico, riceve informazioni complete, univoche, oggettive e non autoreferenziali.

Una visita multidisciplinare permette quindi al paziente di avere tutti i dati sui possibili trattamenti in maniera bilanciata e questo gli consentirà di scegliere consapevolmente la strategia per lui più consona.

Ed è dimostrato anche nella nostra pratica clinica (Magnani et al, 2012) che quando i pazienti vengono valutati in un contesto di multidisciplinarietà, la condivisione e l'accordo esistente fra i medici del team multidisciplinare sulle proposte terapeutiche e osservazionali, favoriscono significativamente l'accettazione da parte del paziente della sorveglianza attiva, che raddoppia quando confrontata con visite fatte dal singolo specialista (Aizer et al, JCO 2012).

Da questi dati emerge chiaramente la necessità di continuare a promuovere e favorire le conoscenze e le informazioni sull'approccio multidisciplinare del cancro della prostata e sulla sorveglianza attiva in particolare, sia in ambito specialistico medico, sia tra i medici di medicina generale, sia nell'opinione pubblica. ■

#### Note

<sup>1</sup> Presenza di PSA < 10 ng/ml, Gleason Pattern Score (GPS) 3+3 e stadio clinico T1c o T2a e quindi malattia non palpabile nella prostata (T1c) oppure presenza unicamente di un piccolo nodulo palpabile in un lobo prostatico (T2a).

<sup>2</sup> Prostate Cancer Research International Active Surveillance.

<sup>3</sup> National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology, and End Results.

**Solo il 20% dei pazienti riceve una proposta di sorveglianza attiva, nonostante la consapevolezza che lo specialista ha in merito all'efficacia di questo atteggiamento**