

LA PREVENZIONE ONCOLOGICA



IL CARCINOMA DELLA PROSTATA

Rev. 1/2015



IL CARCINOMA DELLA PROSTATA: la prevenzione

a cura del Dr. Roberto Benelli

Il **carcinoma della prostata** (CaP) e l'**iperplasia prostatica benigna** (IPB) sono patologie ad elevata incidenza nei paesi occidentali. Il CaP generalmente origina dalla zona periferica della prostata (prostata caudale) e pertanto è inizialmente asintomatico. L'IPB, al contrario, prende origine dalla zona di transizione (prostata craniale) che delimita l'uretra e quindi si manifesta con sintomatologia minzionale. Solo il 20% di IPB e di CaP coesistono nella stessa zona della prostata e richiedono un lungo tempo per la iniziazione e la progressione.

Carcinoma della prostata: quali sono le conoscenze attuali?

L'**incidenza** della neoplasia incrementa con l'aumentare dell'età. Pur essendo al primo posto per incidenza, occupa il terzo posto per mortalità. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 91%. La neoplasia è presente in forma latente nel 15-30% dei soggetti oltre i 50 a. ed in circa il 70% degli ottantenni. I **fattori ereditari** incidono in una minoranza dei casi (<15%). La **storia familiare** è un'importante determinante del rischio. Infatti i parenti di 1° grado di soggetti con neoplasia hanno un rischio aumentato di sviluppare un CaP rispetto alla popolazione generale. Se consideriamo l'**etnia**, la maggiore incidenza della neoplasia si riscontra nella popolazione afro-americana e nei paesi occidentali in cui risulta correlata con gli **stili di vita**. Una conferma viene offerta dall'aumento di incidenza nelle **popolazioni migranti** dai paesi asiatici all'Europa/USA che modificano il loro stile di vita rispetto ai paesi di origine.

Riguardo alla **prognosi** il CaP risulta più aggressivo nei soggetti giovani, in quelli con storia familiare positiva e con Gleason score elevato (>6). Nei soggetti anziani al contrario ha, in genere, una crescita lenta.

Esiste una indicazione allo screening?

Esiste oggi una maggiore probabilità di diagnosticare un CaP attraverso il **dosaggio del PSA**. Il suo eccessivo utilizzo ha tuttavia aspetti negativi in quanto: 1-ha portato ad una impennata nelle diagnosi (anticipazione diagnostica) tanto da falsare i dati di incidenza della neoplasia; 2-ha permesso di diagnosticare carcinomi prostatici «indolenti» a lenta evoluzione; 3-ha favorito l'«*overtreatment*» della neoplasia che, talora, ha portato al peggioramento della qualità di vita dei soggetti trattati. Sulla base di questi dati, attualmente, non sussiste l'indicazione alla diffusione dello screening con PSA perchè la maggior parte dei tumori prostatici sono di basso grado, piccolo volume, clinicamente silenti, biologicamente non aggressivi e a lenta evoluzione («indolenti») e quindi suscettibili di «sorveglianza attiva» e di controlli clinici periodici. La determinazione del PSA può semmai essere utile nei soggetti a rischio. Gli attuali studi di genomica sono rivolti alla scoperta e all'utilizzo di biomarkers atti a valutare l'aggressività della neoplasia ai fini di un corretto trattamento. Gli attuali test molecolari hanno tuttavia un costo elevato e non sono ancora validati.

Infiammazione e cancro della prostata

Il CaP e la IPB hanno **eziologia multifattoriale**. Risulta comunque che l'infiammazione cronica di basso grado o «silente», evenienza frequente nei tessuti prostatici, si associa frequentemente a queste patologie ed, in modo particolare, aumenta il rischio di cancro in forme di alto grado,

a maggior rischio. Di conseguenza sono allo studio possibili percorsi di prevenzione della neoplasia. Di rilievo è il ruolo della medicina complementare, secondo i dettami del Dr. William R. Fair, urologo-oncologo al MSKCC di NY-NY alla fine del '900, nel rallentare la progressione neoplastica, allungare la sopravvivenza, migliorare la qualità della vita.

Dieta e stile di vita come modelli di prevenzione

Esiste un incremento di evidenza che la dieta e lo stile di vita possono esercitare un ruolo nella biologia del cancro della prostata e nella tumorigenesi. Il CaP è considerato un ottimo modello di studio in cui possono essere sperimentati agenti chemiopreventivi, questo perché è caratterizzato da un'elevata prevalenza, da un lungo periodo di latenza e dalla progressione generalmente lenta. Numerosi composti e agenti dietetici hanno azione antineoplastica e possono ridurre il rischio di cancro alla prostata come osservato in studi sperimentali, epidemiologici e studi caso-controllo. Questo tipo di studi, tuttavia, non sempre sono sufficienti a provare un reale beneficio derivante dal loro impiego in ambito clinico. Occorre infatti considerare come: a) l'assunzione di erbe, vitamine e supplementi non è esente da rischi; b) i supplementi devono essere testati e verificati anche in trials randomizzati.

Per definire un'azione preventiva di uno o più composti occorrono inoltre moltissimi anni e ciò rappresenta un limite evidente.

Allo stato attuale delle conoscenze risulta che gli **inibitori della 5-alfa reduttasi** Finasteride e Dutasteride riducono il rischio di CaP relativamente alle forme di basso grado.

Al contrario, il risultato finale dello studio SELECT (SELECT Trial=*Selenium and Vitamin E cancer prevention trial*), condotto con Selenio e Vitamina E, ha dimostrato che alfa-tocoferolo incrementa il rischio di CaP in modo significativo (17%). Da un ulteriore studio è emerso che la supplementazione con Selenio non diminuisce il rischio, anzi, lo incrementa in forme di alto grado tra gli individui con elevati valori basali di questo minerale. Inoltre la vitamina E incrementa il rischio in soggetti con bassi valori di selenio (*Kristal et al., 2014*). La supplementazione con 140 µgr o più di Selenio in individui con CaP, può aumentare il rischio di mortalità da CaP (*Kenfield et al., 2015*). Ne consegue che la supplementazione con tali composti, alle dosi che eccedono quelle dietetiche, deve essere evitata.

In base alle attuali conoscenze, l'approccio nella prevenzione del CaP deve focalizzarsi sul **modello nutrizionale** e gli **stili di vita** che si possono riassumere in:

- 1) dieta antinfiammatoria e riduzione dell'apporto calorico [evitare cibi di provenienza animale (carni e latticini) e privilegiare alimenti vegetali];
- 2) consumo di alimenti contenenti composti chemiopreventivi piuttosto che chemioprevenzione farmacologica o con fitoterapici;
- 3) regolare attività fisica;
- 4) controllo del peso e del girovita (raggiungere il peso forma);
- 5) prevenzione delle malattie dismetaboliche, diabete, sindrome metabolica, obesità nei soggetti geneticamente suscettibili.

Tutte queste azioni dovrebbero essere intraprese: a) come prevenzione primaria nei soggetti con familiarità per CaP; b) nei soggetti anziani con carcinoma di basso grado, a crescita lenta (cosiddetto «indolente»), in cui la sorveglianza attiva rappresenta un'opzione perseguibile (*Bellardita et al., 2014*); c) nei pazienti sottoposti ad intervento con intento radicale; d) nei casi in trattamento ormonale (blocco androgenico) esposti al rischio di sindrome metabolica e cardiovascolare.

In ultima analisi, si raccomanda il controllo dell'infiammazione e dei fattori e segnali di crescita e vascolari implicati nella cancerogenesi.



LEGA TUMORI SEZIONE DI PRATO

Prato, Via Giuseppe Catani 26/3

Tel. 0574-572798 - Fax 0574-572648

www.legatumoriprato.it - info@legatumoriprato.it

GIORNI DI ATTIVITA'

L'attività sanitaria viene svolta il Lunedì, il Mercoledì ed il Venerdì dalle ore 8.30 alle 16.30 ed il Martedì ed il Giovedì dalle ore 8.30 alle 12.30 e dalle 14.00 alle 18.00.

PER APPUNTAMENTI

Telefonare dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 12.00.

SOSTIENI LA LILT

Sostieni la LILT e le sue attività diventando socio e con donazioni.

Dona il 5x1000 alla LILT Sez. di Prato - Codice Fiscale = 01685160978