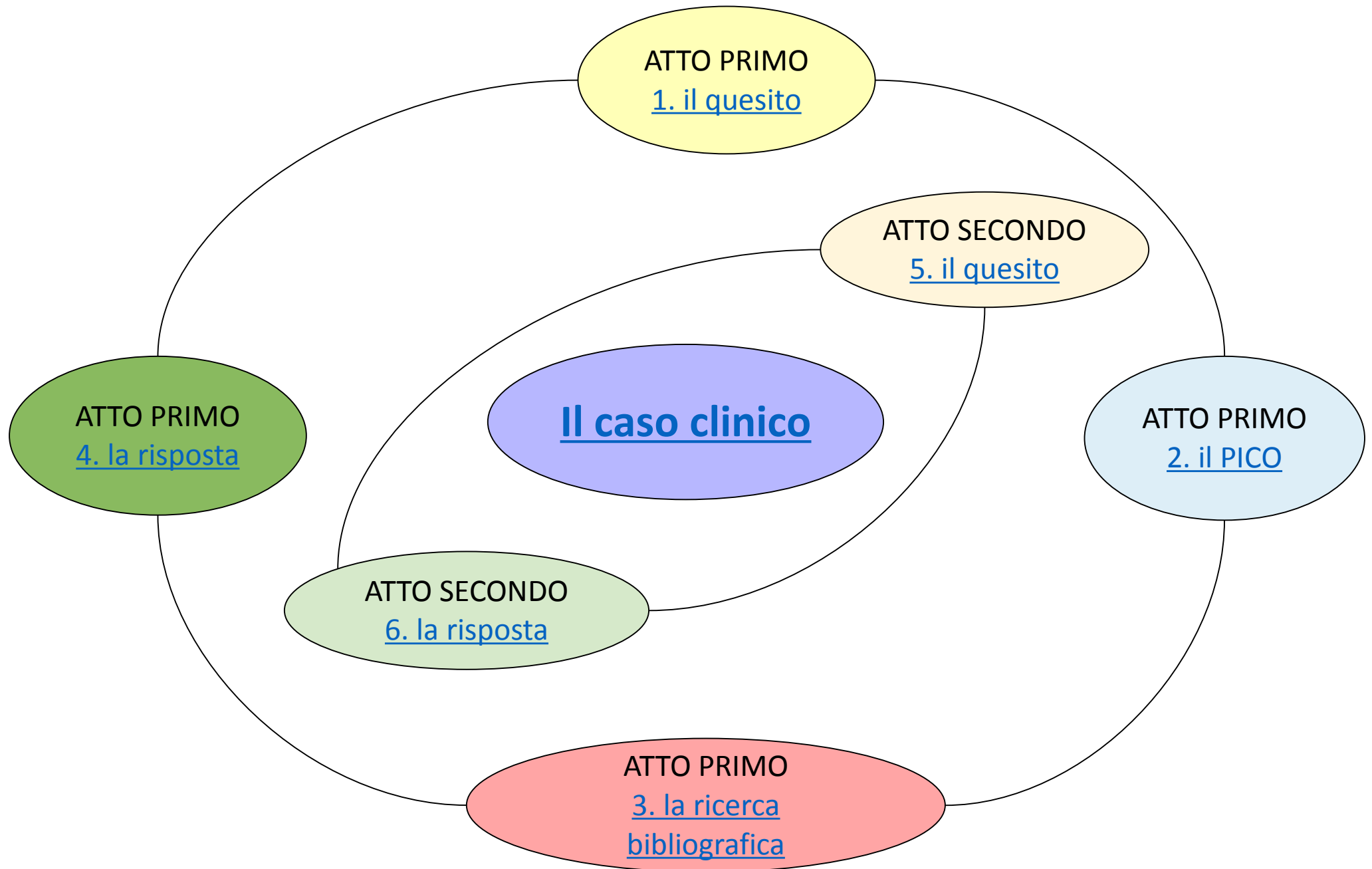


“Dùtor, a mè gnù la prospera!”

Operetta (non proprio comica) in due atti



“Dùtor, a mè gnù la prospera!”

ATTO PRIMO - Il PSA aumentato con gli antibiotici non va trattato! (quasi mai).

IL CASO CLINICO:

Giuseppe, 78 anni, diabetico e iperteso, è in terapia da tempo con tamsulosina per lievi disturbi minzionali associati ad un modesto rialzo del PSA. Negli ultimi due anni Giuseppe è stato sottoposto a svariati controlli urologici, sempre con esplorazione rettale negativa per noduli sospetti ma costante lieve rialzo del PSA:

- gennaio 2014: PSA 4,76 ng/ml e rapporto > 1,16
- giugno 2014: PSA 5,45 ng/ml e rapporto > 1,16
- ottobre 2014: PSA 5,06 ng/ml e rapporto > 1,16
- marzo 2015: PSA 5,67 ng/ml e rapporto > 1,16
- ottobre 2015: PSA 6,57 ng/ml e rapporto > 1,16

All'ultimo controllo, pur in presenza di ER negativa e paziente asintomatico per IVU/prostatite, lo specialista richiede nuova visita dopo 3-6 mesi con nuovo dosaggio del PSA preceduto da terapia con Levofloxacin 500 mg 1 cp di per 5 giorni.



“Dùtor, a mè gnù la prospera!”

ATTO PRIMO - Il PSA aumentato con gli antibiotici non va trattato! (quasi mai).

1. IL QUESITO:

Nei pazienti con PSA lievemente aumentato (4-10 ng/ml) è indicato prescrivere un trattamento antibiotico empirico prima di un successivo controllo di follow up?



“Dùtor, a mè gnù la prospera!”

ATTO PRIMO - Il PSA aumentato con gli antibiotici non va trattato! (quasi mai).

2. IL PICO:

Popolazione: paziente anziano con rialzo modesto del PSA ed esplorazione rettale (ER) negativa per neoformazioni/prostatite

Intervento: somministrazione di terapia antibiotica empirica

Confronto: non somministrazione della terapia antibiotica

Outcome (Esito): riduzione del valore di PSA, riduzione del numero di biopsie prostatiche



“Dùtor, a mè gnù la prospera!”

ATTO PRIMO - Il PSA aumentato con gli antibiotici non va trattato! (quasi mai).

3. LA RICERCA BIBLIOGRAFICA

PubMed:

PSA e terapia antibiotica. [Link](#).

Cochrane library:

[PSA](#)

Linee guida:

[Regione Piemonte](#)

Risorse Point of Care:

[uptodate](#)



“Dùtor, a mè gnù la prospera!”

ATTO PRIMO - Il PSA aumentato con gli antibiotici non va trattato! (quasi mai).

4. LA RISPOSTA:

Giuseppe non ha valori preoccupanti di PSA, e con obiettività negativa per sospetta neoplasia dovrebbe ridurre sia i controlli urologici che dosaggi del marker. Inoltre è del tutto inappropriato (e potenzialmente dannoso) un trattamento antibiotico “profilattico” pre-valutazione, in assenza di segni clinici di prostatite.



“Dùtor, a mè gnù la prospera!”

ATTO PRIMO - Il PSA aumentato con gli antibiotici non va trattato! (quasi mai).

4. LA RISPOSTA:

Esistono alcuni studi pubblicati in letteratura, tra cui un recente RCT italiano ([link](#)) di gennaio 2016, che hanno testato un trattamento antibiotico preliminare al dosaggio del PSA, della durata di 3-6 settimane ([link](#)).

Sebbene gli studi coinvolgano un numero limitato di pazienti (in tutti i casi < 200 pazienti arruolati), i risultati sono comunque stati concordi nell'affermare che **il trattamento antibiotico NON riduce significativamente i valori di PSA e quindi non riduce l'incidenza di esecuzione di biopsia prostatica**. L'unica indicazione al suo utilizzo rimane la presenza di una prostatite, evidenziabile dalla esplorazione rettale dolorosa.

Inoltre gli studi hanno sperimentato l'uso di terapia antibiotica protratta per 3-6 settimane (con chinolonico) e quindi risulterebbe ulteriormente inappropriato l'utilizzo di antibiotici nella sola settimana antecedente il dosaggio del PSA, come si osserva spesso nella pratica clinica.



“Dùtor, a mè gnù la prospera!”

ATTO SECONDO: Il PSA non va cercato senza il paziente aver visitato!

Dalla valutazione del quesito clinico proposto è emerso un ulteriore dubbio, cui si può rispondere con la stessa ricerca bibliografica impostata:

5. IL QUESITO:

Quando e a chi proporre l'esecuzione del PSA in assenza di disturbi prostatici?



“Dùtor, a mè gnù la prospera!”

ATTO SECONDO: Il PSA non va cercato senza il paziente aver visitato!

6. LA RISPOSTA:

Una revisione Cochrane del 2013 ha analizzato, in 5 RCT che hanno arruolato oltre 340.000 pazienti, il ruolo del PSA e degli altri test diagnostici (ER e biopsia trans-rettale) nello screening per il tumore della prostata e conclude che lo screening è gravato da sovratrattamento e sovradiagnosi. Solo uno studio europeo ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) ha mostrato benefici in termini di mortalità sottoponendo a screening 141.000 uomini, con biopsie raccomandate per i soggetti con livelli di PSA superiori a 3 ng/ml, e arrivando a trattare 1500 soggetti per 10 anni, per evitare una morte in più dovuta al cancro della prostata. I risultati peggiorano nei pazienti con più di 69 anni.

Le raccomandazioni che troviamo nella Linea Guida Regione Piemonte (2009) ci ricordano che:

1. allo stato attuale delle conoscenze non si raccomanda l'attivazione di programmi di screening di popolazione per il carcinoma prostatico.
2. Per le stesse motivazioni **lo screening non dovrebbe essere proposto a livello individuale** e non è opportuna l'esecuzione di test diagnostici quali il PSA, in ambito ospedaliero o ambulatoriale, sulla base unicamente del maggiore rischio legato all'età, in assenza di sospetto clinico, o di espressa richiesta del paziente, opportunamente informato sul rapporto tra benefici e rischi.



“Dùtor, a mè gnù la prospera!”

ATTO SECONDO: Il PSA non va cercato senza il paziente aver visitato!

6. LA RISPOSTA:

3. In particolare non è raccomandata l'esecuzione del test di screening con PSA negli uomini di 75 anni o più o con una speranza di vita inferiore ai 10 anni.

4. Nel caso venisse eseguito il dosaggio del PSA ricordarsi che:

- se si riscontra PSA tra 4-7 ng/ml si suggerisce di ripetere il test dopo diverse settimane;
- prima del test avvisare il paziente di non avere rapporti sessuali/eiaculazione/ guidare bicicletta/ eseguire intensa attività fisica per almeno 48 ore prima;
- escludere presenza di Infezioni delle vie urinarie. In quest'ultimo caso rinviare di 1 mese;
- **trattare con antibiotico solo se sintomatici per prostatite;**
- in caso di riscontro di valori alterati di PSA, in particolare per valori inferiori a 10 ng/ml, è opportuno in primo luogo verificare se possono esserci altre possibili spiegazioni; anche in ragione dell'elevata variabilità biologica, in soggetti senza alcun sospetto clinico è opportuno ripetere la misurazione dello stesso prima di procedere ad ulteriori test diagnostici più invasivi;
- nella pratica clinica non esiste un singolo valore di cut-off del PSA in corrispondenza del quale può essere raccomandata l'esecuzione di una biopsia e la decisione di effettuare una biopsia prostatica non dovrebbe basarsi esclusivamente sui livelli di PSA totale rilevati, in particolare per rilievi < 10 ng/ml (confermati).

