

# **Incidenza del tumore della prostata a Genova: cambiamenti nel tempo e problemi di «overdiagnosis»**

**Vercelli M, Quaglia A, Botta L, Foschi R, Trama A,  
Gatta G, Casella C, Puppo A, Marani E**

**IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST  
Istituto nazionale per la ricerca sul cancro.  
U.O.S. Epidemiologia descrittiva (Registro tumori).**

# BACKGROUND

- Nella città di Genova, come nel resto d'Italia, il tumore della prostata é la neoplasia più frequente nei maschi con un'incidenza di oltre 500 nuovi casi all'anno (incidenza 2005) rappresentando da solo il 20% di tutti i tumori.
- Dal 1986 (anno di inizio attività di registrazione del Registro Tumori Regione Liguria) fino al 2005 l'incidenza è aumentata del 6% l'anno, **specie in seguito al ricorso sempre più frequente al test del PSA**

**Si è osservata un'inversione di tendenza dal 2004**

Cambiamento della distribuzione per età:

i pazienti anziani (75 o più anni) sono passati

da 48% nel 1996 a 31% nel 2005

# OBIETTIVI

Valutare eventuali variazioni nel tempo

▶ **delle caratteristiche del tumore**  
(stadio alla diagnosi)

▶ **delle modalità terapeutiche**  
(prostatectomia, radioterapia e terapie non radicali/palliative)

# MATERIALI E METODI

- Collaborazione allo studio sul tumore della prostata in Italia (studio «High resolution» EURO CARE): forniti 300 casi per l'anno 2005 e 300 per gli anni 1996/1997. I casi sono stati campionati centralmente dall'ISS sulla banca dati EURO CARE
- Suddivisione dei soggetti in categorie di rischio in base ai valori del Gleason score e del TNM clinico accorpando T, N e M clinico in 6 classi:

<b>CARATTERISTICHE DI RISCHIO</b>	
TNM	Gleason
T1-T2	$\leq 7$
T3-T4	$\leq 7$
N1/M1	$\leq 7$
T1-T2	$\geq 8$
T3-T4	$\geq 8$
N1/M1	$\geq 8$

# RISULTATI (1)

## Distribuzione degli stadi alla diagnosi nei 2 periodi in studio

Confrontando lo stadio alla diagnosi nei due periodi si assiste ad un aumento degli stadi localizzati (T1T2N0M0) da 63% a 88% e ad una diminuzione degli stadi avanzati N1M1 (da 12% a 3%) e di quelli sconosciuti (da 16% a 4%).

	1996-1997		2005	
	Casi	%	Casi	%
T1T2N0M0	190	63,3	264	88,0
T3T4N0M0	17	5,7	7	2,3
N1	9	3,0	8	2,7
M1	36	12,0	9	3,0
Sconosciuto	48	16,0	12	4,0
Totale	300	100,0	300	100,0

# RISULTATI (2)

## Distribuzione delle classi di rischio nei 2 periodi in studio

Le classi di rischio sono ottenute con la combinazione del TNM e del Gleason score: i tumori della prima classe di rischio rappresentavano già il 52% nel 1996/97 e raggiungono il 79% nel 2005.

I casi sconosciuti sono passati da 28% a 8%.

	1996-1997		2005	
	Casi	%	Casi	%
T1T2N0M0 G<=7	156	52,0	237	79,0
T3T4N0M0 G<=7	9	3,0	4	1,3
N1M1 G<=7	15	5,0	5	1,7
T1T2 G>=8	18	6,0	21	7,0
T3T4 G>=8	5	1,7	3	1,0
N1M1 G>=8	12	4,0	7	2,3
Sconosciuto	85	28,3	23	7,7
<b>Totale</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

## RISULTATI (3)

La percentuale di prostatectomia è cresciuta nei due periodi da 22% a 43%, mentre la radioterapia è scesa da 16% a 14% con una diminuzione marcata anche dell'ormonoterapia da 31% a 12%.

	<b>1996-1997</b>		<b>2005</b>	
	Casi	%	Casi	%
Prostatectomia	67	22,3	130	43,3
Radioterapia	47	15,7	42	14,0
Ormonoterapia	92	30,7	37	12,3
Sconosciuto	94	31,3	91	30,3
<b>Totale</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

# CONCLUSIONI (1)

Dall'analisi dei dati dello studio ad alta risoluzione a Genova nei due periodi emerge una modifica delle caratteristiche di diagnosi e presa in carico del carcinoma prostatico.

Si osserva una diminuzione dell'età alla diagnosi e un aumento degli stadi localizzati che riflette l'anticipazione diagnostica legata al ricorso a partire dagli anni 90' al test del PSA.

Appare particolarmente marcato l'aumento fra i due periodi considerati della percentuale di tumori a stadio molto precoce e a bassissimo rischio.

Addirittura il 88% dei casi del 2005 risultano «tumori incidentali», vale a dire tumori che, con tutta probabilità, non avrebbero dato segno di sé prima della morte.



## **CONCLUSIONI (2)**

**Si configura quindi un'allarmante situazione di «overdiagnosis» con tutte le conseguenze negative correlate a tale «bias» di carattere clinico**

**Quanto sostenuto trova conferma nel comportamento dei trend di incidenza e mortalità.**

**A fronte di un incremento straordinario di nuovi casi diagnosticati annualmente, non si assiste ad una diminuzione dei tassi di mortalità, come qualunque test di screening, organizzato od opportunistico, dovrebbe produrre.**