



Lo screening oncologico secondo l'American Cancer Society

Data 18 marzo 2006
Categoria oncologia

L'American Cancer Society ha aggiornato le sue linee guida annuali sulla diagnosi precoce delle neoplasie enfatizzando il counselling e l'informazione sugli aspetti negativi dello screening.

Di seguito i punti principali

1. Cancromammario

Per quanto riguarda l'autoesame del seno si dice testualmente di informare le donne circa i benefici potenziali, le limitazioni e i pericoli della metodica. Solo per le donne che decidono di non sottoporsi allo screening mammografico o di farlo saltuariamente può essere un metodo accettabile.

L'esame clinico della mammella dovrebbe essere effettuato ogni tre anni dai 20 ai 39 anni e in seguito ogni anno.

La mammografia viene consigliata a partire dai 40 anni con periodicità annuale.

Le donne dovrebbero inoltre essere informate dell'utilità dello screening mammografico nel ridurre il rischio di morte da cancro mammario, nel permettere una terapia meno aggressiva e un ventaglio di trattamenti più ampio. Nello stesso tempo si devono evidenziare i limiti della mammografia soprattutto il fatto che vi possono essere dei falsi negativi. I pericoli potenziali dello screening includono i falsi positivi, biopsie non necessarie, disagi psicologici. La decisione di smettere lo screening mammografico deve essere individualizzata considerando benefici e rischi nel contesto dello stato di salute generale della paziente.

Attualmente non ci sono dati sul comportamento da tenere nelle donne ad alto rischio, anche se queste pazienti potrebbero beneficiare di un inizio anticipato dello screening, di intervalli più corti e di modalità nuove come la risonanza magnetica e l'ecografia associata alla mammografia. Anche la mammografia digitale potrebbe offrire vantaggi, in alcuni gruppi di donne, rispetto alla mammografia tradizionale.

2. Cancrocervicale

Lo screening dovrebbe iniziare circa 3 anni dopo l'inizio delle mestruazioni e comunque non dopo i 21 anni. Fino ai 30 anni è raccomandato uno screening annuale con il Pap-test tradizionale o biennale con il test a strato sottile.

In seguito, per le donne che hanno avuto tre test consecutivi negativi l'intervallo può essere di 2 o 3 anni, indipendentemente dal metodo usato.

In alternativa dopo i 30 anni le donne con tre test normali possono essere sottoposte ad HPV test associato alla citologia convenzionale o a strato sottile. Un HPV test positivo non indica la presenza di cancro.

Lo screening può essere interrotto a 70 anni se il test è stato negativo negli ultimi 10 anni.

Le pazienti immunocompromesse dovrebbero essere screenate due volte nel primo anno dopo la diagnosi e in seguito ogni anno.

3. Cancro del colon

Lo screening dovrebbe iniziare a 50 anni. Le metodiche consigliate sono la ricerca del sangue occulto fecale ogni anno, la sigmoidoscopia flessibile ogni 5 anni (eventualmente in associazione al FOBT annuale), il clismaopaco ogni 5 anni oppure le colonoscopia ogni 10 anni. Tuttavia recenti studi hanno avanzato dubbi sulla sensibilità del FOBT e sul follow-up inappropriato che segue spesso un FOBT positivo.

Uno screening più aggressivo è consigliato nei soggetti a rischio elevato (storia di polipi adenomatosi o di pregresso cancro del colon, storia di cancro o adenoma del colon in familiari di primo grado prima dei 60 anni, storia di malattia infiammatoria intestinale di lunga durata, presenza di cancro colorettale non poliposico familiare o poliposi familiare)

4. Cancro dell'endometrio

Per le donne a rischio medio non viene consigliato alcuno screening; però i medici devono informare circa l'aumento del rischio di tale neoplasia dopo la menopausa per cui devono essere subito riferiti sintomi come perdite ematiche vaginali. Nelle donne con storia familiare o personale di cancro colorettale non poliposico familiare vi è un aumento del rischio di cancro dell'endometrio: a partire dai 35 anni dovrebbero essere sottoposte ogni anno allo screening tramite istologia endometriale.

5. Cancro della prostata

Non vi sono ancora evidenze sufficienti per raccomandare lo screening con PSA, tuttavia è importante condividere la decisione con il paziente dopo averlo informare sulla utilità e sui limiti/rischi del test. Gli uomini a rischio più elevato (per esempio per aver avuto un familiare di primo grado affetto da cancro prostatico in giovane età) dovrebbero essere screenati a partire dai 40-45 anni. Le linee guida ricordano che il PSA è specifico della prostata ma non del cancro prostatico per cui non c'è un valore certo di cut-off.

6. Cancropolmonare

Nessuna organizzazione consiglia lo screening del cancro polmonare nei soggetti a rischio (per esempio fumatori di vecchia data). Tuttavia la disponibilità della TAC spirale può rendere possibile una diagnosi precoce del tumore polmonare: l'esame però dovrebbe essere eseguito, per chi lo desidera fare, solo in centri specializzati con specifica esperienza sulla metodica, sulla diagnosi e sul follow-up. I fumatori dovrebbero essere informati che la priorità maggiore



è quella di smettere di fumare.

Fonte: Cancer J Clin. 2006;56:11-25

Commento di Renato Rossi

Questo aggiornamento delle linee guida non aggiunge nulla di sostanziale a quanto già si sapeva. Da notare comunque che, in generale, viene enfatizzato il ruolo del counseling e del consenso informato e che non andrebbero taciti, accanto ai benefici, anche i rischi legati allo screening oncologico.

Per chi vuole approfondire su queste problematiche e in particolare sull'importanza del counseling rimando al relativo capitolo del Manuale di Clinica Pratica, liberamente consultabile su Pillole.org.