# Screening con RM annuale in donne ad alto rischio per K mammario

**Data** 14 febbraio 2008
**Categoria** oncologia

Uno screening annuale con Risonanza Magnetica (RM) è raccomandato per donne ad alto rischio di cancro mammario.

Uno screening annuale con Risonanza Magnetica (RM) è raccomandato per donne ad alto rischio ( circa 20-25%) di contrarre cancro mammario nel corso della vita, donne con forte familiarità per cancro mammario od ovarico e donne in trattamento per linfoma di Hodgkin. Per altri sottogruppi di donne a rischio intermedio non sono disponibili dati sufficienti per raccomandare o meno l'esecuzione di uno screening annuale con RM. A questi sottogruppi appartengono le donne con pregressa diagnosi di cancro mammario, carcinoma in situ, iperplasia atipica, seno denso alla mammografia.

**Raccomandazioni per l'utilizzo di RM in aggiunta alla mammografia nello screening del cancro mammario**

[b]Screening annuale con RM *[/b]

Portatrici di mutazione BRCA
Parenti di primo grado di portatrici di mutazione BRCA
Rischio > 20-25% ( come calcolato da modelli predittivi basati prevalentemente sulla familiarità)

[b]Screening annuale con RM **[/b]

Radiazioni in sede toracica ricevute fra i 10 e 30 anni
Sindrome di Li-Fraumeni e parenti di primo grado
Sindrome di Cowden e Bannayan-Riley-Ruvalcaba e parenti di primo grado

[b]Non esistono sufficienti prove di efficacia per raccomandare o meno lo screening con RM §[/b]

Rischio compreso fra 15 e 20%
Carcinoma in situ
Iperplasia duttale atipica
Seno particolarmente denso alla mammografia
Donne con pregressa neoplasia mammaria

[b]Screening con RM non raccomandato[/b]

Rischio < 15%

* Indicazioni basate su trial non randomizzati e studi osservazionali
** Indicazioni basate sul consenso di esperti
§ Il costo della RM non dovrebbe costituire una barriera all'utilizzo della RM

**Fonte**:
American Cancer Society Guidelines for Breast Screening with MRI as an Adjunct to Mammography. CA Cancer J Clin 2007;57:75–89

**Commento di Marco Grassi**

Con queste nuove linee guida della American Cancer Society (ACS ) si introduce nello screening del cancro mammario il concetto di rischio differenziato e la necessità di diverso trattamento preventivo, più aggressivo per le donne a maggior rischio di contrarre un cancro mammario nel corso della vita. Ciò, se da un punto di vista teorico ha un senso, d'altro lato pone notevoli problemi pratici, soprattutto per le donne oggetto di queste nuove linee guida. La maggior parte delle donne non ha infatti alcuna idea a quale categoria di rischio appartiene, senza contare il fatto che, come numerosa letteratura dimostra, le donne tendono a sovrastimare il loro rischio di ammalare di cancro mammario. Inoltre i diversi modelli di calcolo del rischio attualmente utilizzati dai clinici possono fornire risultati ampiamente divergenti. Si pone pertanto il problema di attuare uno screening nello screening, cioè di selezionare nella popolazione generale sottogruppi di donne che si ritengono a rischio aumentato con strumenti epidemiologico-statistici ( modelli di calcolo del rischio) per poi passare, in base alle stime ottenute, alla pratica preventiva vera e propria della esecuzione annuale di una RM. Ciò premesso, il rischio di ampliare a dismisura la platea della potenziale popolazione target è altissimo sia per l'imprecisione della stima del rischio, sia per la riduzione della età di accesso allo screening ( le donne a maggior rischio o con forte familiarità potrebbero iniziare già dopo i trenta anni di età) sia, inevitabilmente, per le forti spinte commerciali sempre più presenti quando si parla di screening. Ad un aumento di popolazione target sia assocerà poi un inevitabile

aumento dei falsi positivi. La RM è infatti una metodica diagnostica molto più sensibile della mammografia nel rilevare anormalità mammarie ( fatto positivo perchè sfuggono meno tumori) ma paga ben 3 punti percentuali come specificità rispetto alla mammografia ( significa un 3% di falsi positivi in più). Possono sembrare cifre irrisorie ma su centinaia di migliaia di RM eseguite significano migliaia di immagini falsamente attribuite a tumore, con ciò che ne consegue in termini di ulteriore aggressività diagnostico/terapeutica.
Sulla adozione della RM come strumento di screening vi sono poi da fare alcune considerazioni banalmente tecniche:
1) l'utilizzo nella diagnostica della patologia mammaria è ancora limitato, mancano quindi strumenti e radiologi preparati alla lettura delle immagini
2) Apparecchiature e radiologi sono di qualità non uniforme: qualità delle immagini e qualità della loro lettura è molto più variabile rispetto alla mammografia.
3) in generale gli apparecchi di RM sono non uniformemente diffusi sul territorio. Molte donne dovrebbero effettuare spostamenti anche di centinaia di km per effettuare una RM, fattore disincentivante lo screening.
Le nuove LG hanno poi un approccio equivoco nella valutazione delle donne a rischio moderato di sviluppare un tumore, includendo in questo sottogruppo, sorprendentemente, anche quelle con tumore pregresso o forme in atto poco aggressive. Il rischio di seconda diagnosi di tumore è infatti mediamente del 10%, rischio considerato non sufficiente per giustificare una regolare esecuzione di RM così come in condizioni preneoplastiche come carcinoma lobulare in situ o iperplasia duttale atipica, il rischio di sviluppo di neoplasia non è sufficientemente aumentato da richiedere uno screening con RM. Messaggio complessivo tutt'altro che chiaro.
Infine, non viene minimamente considerato l'aspetto economico dello screening. Anzi viene espressamente affermato che " il costo della RM non dovrebbe costituire una barriera all'utilizzo della RM". Evidentemente gli estensori di queste LG provengono dall'iperuranio dove le considerazioni economiche sono fastidi di cui non è necessario tenere alcun conto.
Viceversa, fra i requisiti per l'effettuazione di procedure di screening vi è la disponibilità di risorse adeguate per la gestione dello screening, degli iter successivi nei soggetti positivi e la disponibilità deve essere a lungo termine
.
Sotto ogni punto di vista queste LG sono poco utili e probabilmente controproducenti.

**Referenze**

Lega Italiana per la lotta contro i tumori. Raccomandazioni per gli screening in oncologia. 1988