Mammografia: conta anche il radiologo

Data 01 luglio 2008
Categoria ginecologia

La performance diagnostica della mammografia sembra dipendere dalle caratteristiche e dall'esperienza del radiologo.

Al fine di determinare se l'esperinza del radiologo sia importante per l'interpretazione della mammografia è stata valutata la performance di 123 medici che avevano interpretato quasi 36.000 mammografie diagnostiche, cioè effettuate per esaminare un problema mammario fra il gennaio 1996 e il dicembre 2003.
La sensibilità media della mammograia risultò essere del 79% (range da 27% a 100%) mentre la specificità media fu del 95,7% (range da 84% a 100%). I radiologi che lavoravano in un centro accademico ottenevano la sensibilità più elevata (88%) con un leggero peggioramento della specificità (92,2%). I radiologici che si occupavano per almeno il 20% del loro tempo a leggere mammogrammi avevano una sensibilità dell'80% ed una specificità del 95,4% rispetto a chi dedicava meno tempo alla mammografia (sensibilità 70% e specificità 96%).
Gli autori concludono che vi sono considerevoli variazioni nella abilità interpretativa dei ragiologici per la mammografia che non può essere spiegata dalle caretteristiche delle pazienti. Questa variabilità è preoccupante.

Fonte:

Miglioretti DL et al. Radiologist Characteristics Associated With Interpretive Performance of Diagnostic Mammography. J Natl Cancer Inst 2007;99:1854-1863.

Commento di Renato Rossi

Questo studio è interessante per vari aspetti. Anzitutto ci dice che nella interpretazione della lastra mammografica conta molto l'esperienza del radiologo. In Italia, dove di solito i radiologi che leggono le mammografie dei centri senologici dedicano sicuramente molto più del 20% del loro tempo lavorativo a questo compito, la performance dovrebbe essere migliore di quella ottenuta dai loro colleghi statunitensi. Un altro punto degno di attenzione è il dato di sensibilità e specificità: in questo caso si trattava di mammografie eseguite a scopo diagnostico e non di screening, tuttavia i valori non sono molto diversi da quelli rilevati in uno studio pubblicato dal New England Journal of Medicine in cui veniva valutata la performance della mammografia letta in modo tradizionale rispetto a quella letta con l'ausilio del computer (lettura assistita). In questo studio si trattava di mammografie di screening: per la lettura tradizionale la sensibilità era dell' 80,4% e la specificità del 90,2% mentre per la lettura assistita la sensibilità aumentava all'84,0% ma la specificità si riduceva all'87,2%.
Tutti questi dati ci dicono che, in termini generali, sensibilità e specificità del test non cambiano molto se vengono eseguiti per screening o per scopo diagnostico. Ovviamente però cambia molto il valore predittivo del test a seconda se viene somministrato ad una popolazione indifferenziata in cui la probabilità pre-test (o prevalenza della malattia) è bassa ed a una popolazione di donne con un problema clinico mammario, in cui la probabilità pre-test di avere una neoplasia è più elevata.
E' noto che la prevalenza del tumore mammario varia sia in rapporto alla popolazione studiata sia in rapporto all'età. Per esempio se ipotizziamo che in una popolazione di donne di 45 anni la prevalenza della malattia sia attorno all'1,5% e la sensibilità della mammografia dell'85% con una specificità del 95%, il valore predittivo positivo (VPP) del test sarà del 20% e il valore predittivo negativo sarà del 99,7%. Invece se ipotizziamo una probabilità pre-test del 4%, come per esempio in una popolazione di donne di 60 anni, a parità di sensibilità e specificità, il VPP sarà del 41% e il VPN sarà del 99,3%.
I valori cambiano radicalmente se il test viene effettuato non a scopo di screening ma di diagnosi. Se per esempio ipotizziamo che in una popolazione di donne di 60 anni a cui riscontriamo un nodulo mammario di recente insorgenza la probabilità pre-test di cancro mammario sia del 50% il VPP del test sarà molto alto (94%) mentre il VPN si riduce (86%).
In altre parole la sensibilità e la specificità della mammografia sono importanti, ma altrettanto se non di più è la tipologia della paziente a cui il test viene somministrato: se la probabilità di cancro è bassa un test positivo ha buone probabilità di essere un falso positivo, se invece la probabilità di cancro è elevata un test positivo è quasi sicuramente corretto mentre uno negativo ha discrete possibilità di essere sbagliato.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3353