



Il Multicancer Early Detection test (MCED)

Data 15 ottobre 2026
Categoria oncologia

Il New England Journal of Medicine ha pubblicato i risultati preliminari di uno studio che ha valutato il MCED.

Il MCED è un test che si esegue sul sangue e si basa sul fatto che in circolo si trovano piccoli frammenti di DNA liberati dalle cellule, il cosiddetto cell-free DNA (cfDNA). Le cellule tumorali, quando liberano il loro DNA nel sangue, lasciano una sorta di "impronta epigenetica" diversa da quella delle cellule normali. Il test in pratica cerca particolari configurazioni di gruppi metile distribuiti nel DNA. Un algoritmo di machine learning confronta questi pattern con quelli appresi da grandi quantità di campioni di cellule tumorali e cellule normali.

Il risultato ha due componenti:

1. Cancer Signal Detected / Not Detected: c'è oppure non c'è un pattern compatibile con la presenza di un tumore?
2. Cancer Signal Origin (CSO): se viene rilevato il segnale, l'algoritmo cerca di stabilire da quale organo o tessuto provenga.

Questo secondo passaggio è molto importante perché consente di indirizzare gli accertamenti successivi: per esempio, se il segnale viene attribuito al pancreas, si possono indirizzare gli esami diagnostici verso quella regione. Per questo non si tratta di un test diagnostico: un CSO positivo significa che è stato rilevato un "cancer signal" che richiede poi esami diagnostici convenzionali per capire se esiste realmente un tumore.

Il New England Journal of Medicine ha pubblicato nel settembre 2026 lo studio randomizzato NHS-Galleri, che ha randomizzato persone di 50–77 anni a screening con MCED + cure usuali oppure sole cure usuali. Dopo tre cicli annuali non ha dimostrato una riduzione dell'incidenza combinata dei tumori in stadio III e IV (endpoint primario). Per lo stadio IV (endpoint secondario) vi era una tendenza a una riduzione del 14% (RR = 0,86) non significativa dal punto di vista statistico (IC 95% 0,74–1,00). Contemporaneamente il test ha aumentato del 16% le diagnosi di tumori in stadio I-II, compresi tumori come pancreas, ovaio, esofago e fegato/vie biliari.

Se si aumentano le diagnosi di neoplasie in stadio iniziale sarebbe logico aspettarsi una contemporanea riduzione delle diagnosi di tumori in fase avanzata nel gruppo sottoposto al test rispetto alla "usual care". Questo invece non si è verificato, anche se vi era una tendenza a una modesta riduzione delle diagnosi di tumori in fase IV (endpoint secondario).

Ma la domanda più importante è questa: dato per accertato che il test scopre più tumori in fase iniziale, ci saranno meno decessi cancro-specifici? E quante saranno le sovradiagnosi?

Proprio per questo gli autori scrivono che servirà un follow-up più lungo per capire se la diagnosi tramite sangue avvenga abbastanza presto da modificare gli esiti clinici a lungo termine.

Il trial continua e i risultati su endpoint clinici (compresa la mortalità cancro-specifica) e sulle sovradiagnosi saranno disponibili tra alcuni anni.

In conclusione, per il momento possiamo dire che il test aumenta la diagnosi di alcuni tumori in stadio precoce e sembra ridurre le diagnosi di stadio IV, ma non ha ridotto complessivamente le diagnosi di tumore in stadio III-IV (endpoint primario). Non è ancora dimostrato che queste anticipazioni diagnostiche si traducano in una riduzione della mortalità o in un beneficio clinico netto. Ed è proprio dai risultati a lungo termine che potremo capire se quelle diagnosi precoci rappresentano prevalentemente un anticipo utile della diagnosi oppure, almeno in parte, l'identificazione di tumori che non avrebbero mai dato problemi.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Sasieni P, Johnson P, Round T, Warwick J, Jones H, Dolly S, Lee L, Lee Y, Kumar H, Liang W, Smittenaar R, Neal RD, Swanton C. Effect of Screening with Multicancer Early-Detection Test on Late-Stage Cancer Diagnosis. N Engl J Med. 2026 Sep 22. doi: 10.1056/NEJMoa2505723. Epub ahead of print. PMID: 42776074.