



## Il Manuale di Clinica Pratica

**Titolo** Lo screening del cancro polmonare  
**Data** 19 febbraio 2006 alle 12:33:00  
**Autore** R.Rossi

Ressa:

Temo che in questo caso le cose vadano ancor peggio che negli altri screening.

Rossi  
Ahimè, sì!

Diverse meta-analisi hanno concluso che i metodi finora usati (radiografia del torace associata o meno all'esame dell'escreato) non hanno dimostrato di ridurre la mortalità e che le tecnologie emergenti come la tomografia computerizzata spirale e la PET devono essere valutate in studi clinici ben disegnati prima che la comunità scientifica raccomandi l'adozione di programmi di screening [1,2].

Di conseguenza nessuna società scientifica attualmente raccomanda lo screening del cancro polmonare perché ci sono prove convincenti che esso possa diagnosticare il cancro del polmone in uno stadio precoce tuttavia non ci sono studi che abbiano dimostrato che l'anticipazione della diagnosi riduca la mortalità.

Ressa

Quindi per il momento niente screening!

Rossi:

Del tutto recentemente anche la U.S. Preventive Services Task Force ha preso posizione sull'argomento [3], ma mentre nelle precedenti raccomandazioni del 1996 aveva sconsigliato lo screening, nelle attuali assume una linea potremmo dire "pilatesca".

Infatti conclude che ci sono evidenze insufficienti sia contro che a favore dello screening del cancro polmonare effettuato con la TAC a basse dosi, con la radiografia del torace, con l'esame citologico dell'escreato o con una combinazione di questi test.

Ressa:

Bah !Rossi:

A causa della natura invasiva di alcuni test diagnostici la probabilità di falsi positivi può creare significativi pericoli: la Task Force americana ammette di non essere in grado, sulla base della letteratura esistente, di bilanciare i benefici e i pericoli dello screening del cancro del polmone. Finora i benefici non sono stati stabiliti in alcun sottogruppo di pazienti, inclusi i soggetti asintomatici ad elevato rischio come i vecchi fumatori; i pericoli potrebbero essere maggiori dei benefici nei soggetti a basso rischio come i non fumatori.

La TAC del torace a basse dosi è all'incirca quattro volte più sensibile della radiografia del torace nello scoprire cancri in fase precoce, ma comporta un numero maggiore di falsi positivi, una maggior esposizione alle radiazioni, un aumento dei costi. I falsi positivi saranno probabilmente candidati a procedure diagnostiche invasive di cui non si conoscono né la morbilità né la mortalità. Tuttavia si sa che la mortalità peri-operatoria nei pazienti sintomatici varia dall'1,3% all'11,6% e la morbilità dall'8,8% al 44%, essendo più alta nei casi di resezioni polmonari ampie.

Altri pericoli dei falsi positivi sono l'ansia e la preoccupazione causate dal test, mentre i falsi negativi possono causare rassicurazioni che portano i pazienti a sottovalutare sintomi importanti. Tutti questi aspetti non sono stati ancora adeguatamente studiati.

Ressa:

Mi pare che, complessivamente, non ci siano argomenti convincenti per consigliarlo.

Rossi:

La revisione della letteratura effettuata dalla Task Force americana ha potuto determinare che nessuno dei sei RCT in cui veniva usata la radiografia del torace da sola o in combinazione all'esame citologico dell'escreato ha mostrato un qualche beneficio. Gli studi però erano limitati dal fatto che nella popolazione di controllo veniva effettuato un qualche grado di screening. Vi sono cinque studi caso-controllo giapponesi che suggeriscono un'utilità dello screening sia in soggetti ad alto che basso rischio, tuttavia questi risultati sono gravati da bias di selezione perché i soggetti che si sottopongono allo screening sono più sani di coloro che non vi si sottopongono. In sei studi caso-controllo la TAC a basso dosaggio ha portato ad una diagnosi precoce del cancro polmonare ma la mancanza di un gruppo di controllo rende impossibile determinare il beneficio sulla mortalità mentre vi sono percentuali elevate di falsi positivi.

Ressa:

Allora?

Rossi:

Le conclusioni, un po' sbiadite a mio avviso, della Task Force americana sono che i dati non giustificano lo screening tuttavia non è neppure possibile concludere che esso non funziona. Nuovi metodi di screening potrebbero svilupparsi in futuro e una riduzione, seppur piccola, della mortalità specifica salverebbe migliaia di vite ogni anno.

Ressa:

Le altre società scientifiche?

Come si pronunciano?Rossi:



Le linee-guida 2004 della American Cancer Society [5] riconfermano la raccomandazione di non usare la TC per la diagnosi precoce nei pazienti asintomatici, tuttavia ammettono che con l'enorme diffusione delle informazioni molti ex-fumatori possono decidere di sottoporsi a screening. In questo caso i pazienti dovrebbero prima consultarsi con il proprio medico sulla opportunità o meno di sottoporsi all'indagine diagnostica e poi, comunque, affidarsi a centri specializzati in questo campo.

Ressa:

Per favore, concludi.

Rossi:

E' vero che in uno studio [6] la TAC spirale a basso dosaggio in soggetti a rischio ha permesso di scoprire tumori polmonari in una fase molto iniziale, suscettibile di resezione chirurgica e che la sopravvivenza "stimata" a 10 anni era di circa il 90% ma non sappiamo se questo dato sia reale oppure una semplice anticipazione diagnostica, perchè lo studio mancava di un gruppo di controllo.

Da ultimo ricordo uno studio prospettico con follow-up di 5 anni che, pur essendo di tipo osservazionale, rileva che lo screening con TAC spirale non sembra portare benefici e anzi potrebbe essere più pericoloso che utile proprio per l'alta percentuale di falsi positivi [4] e un altro [7] che suggerisce il pericolo di sovradiagnosi dello screening: si diagnosticano tumori che sono maligni dal punto di vista istologico ma hanno un decorso indolente e non sarebbero mai diventati clinicamente sintomatici.

D'altra parte mettendo insieme i dati di tre studi osservazionali (due americani e uno italiano) alcuni autori hanno mostrato che lo screening medianete TAC aumenta il numero di diagnosi e di interventi di resezione polmonare ma non i casi diagnosticati in fase avanzata e i decessi [8].

Anche le ultime linee guida [9] sul cancro polmonare raccomandano di non screenare, neppure nei soggetti ad alto rischio.

Insomma per il momento meglio rimanere in attesa dei risultati degli RCT in corso, ricordando che probabilmente molto di più si può fare consigliando vivamente ai pazienti di smettere di fumare. BIBLIOGRAFIA

1. Manser LR et al. Thorax 2003;58:784-789.
2. Bach PB et al. Chest. 2003 ;123(1 Suppl):72S-82S.
3. U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2004; 140:738-739, 740-753
4. Swensen SJ et al. Radiology 2005 Apr; 235:259-265.
5. Smith RA et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2004. CA Cancer J Clin 2004; 54: 41-52.
6. The International Early Lung Cancer Action Program Investigators. Survival of Patients with Stage I Lung Cancer Detected on CT Screening. N Engl J Med 2006 Oct 26; 355:1763-1771.
7. Marcus MP et al. Extended Lung Cancer Incidence Follow-up in the Mayo Lung Project and Overdiagnosis . Journal of National Cancer Institute 2006 Jun 7; 98: 748-756
8. Swensen SJ et al. Computed Tomography Screening and Lung Cancer Outcomes. JAMA 2007 Mar 7;297:953-961.
9. Diagnosis and Management of Lung Cancer Executive Summary. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2nd Edition). Chest 2007 Sept; 132: 1S-19