- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.216.233.58 Sat, 27 Apr 2024, 01:35:12

Sovradiagnosi: il caso esemplare dello screening mammografico

SILVIA DEANDREA[1]

[1]Agenzia di Tutela della Salute, Pavia.

Pervenuto su invito il 20 febbraio 2020.

Nello screening mammografico la sovradiagnosi consiste nella diagnosi di cancri che non si sarebbero mai manifestati nel corso della vita se non fossero stati trovati dallo screening. Ciò si verifica perché non tutti i tumori maligni della mammella sono progressivi e determinerebbero evoluzione clinica: la diagnosi di forme precoci intercetta anche cancri a lenta crescita, indolenti o regressivi.

La sovradiagnosi e la sua quantificazione in rapporto agli altri limiti dello screening mammografico rispetto ai benefici attesi (riduzione della mortalità e della diagnosi di stadi avanzati) ha alimentato la nota "controversia", che ha visto contrapporsi sostenitori e detrattori dello screening per più di 20 anni[1].

Se l'esistenza in sé di una quota di sovradiagnosi non è messa in dubbio, la complessità in termini definitori e computazionali determina la presenza di almeno 20 diverse stime[2] che contribuiscono a generare diverse valutazioni del bilancio rischi/benefici dello screening. In tabella 1 sono citate quelle che hanno avuto maggiore visibilità e impatto nelle scelte dei decisori. Le differenze sono principalmente dovute alla scelta dei denominatori (tutti i cancri o i soli cancri individuati allo screening), dalla durata del periodo di osservazione e dagli studi su cui si basa la stima (trial e/o osservazionali). A fronte della valutazione condotta da un panel indipendente nel 2013, il Regno Unito[2] ha confermato la propria politica di screening mammografico di popolazione; anche le più recenti linee guida europee, sviluppate con GRADE-Evidence to Decision[3] e fonte ufficiale per le politiche degli Stati membri, hanno dato una raccomandazione a favore per la fascia 45-74 anni (forte per la fascia 50-69 anni).

Quindi, se i maggiori decisori pubblici hanno confermato le proprie politiche di screening organizzato sulla scorta delle evidenze disponibili, rimane aperto il fronte della comunicazione alle donne ai fini di una loro scelta informata. La letteratura indica che spesso l'informazione, anche quando fornita, non viene compresa in modo soddisfacente[4]. Una risposta italiana a questo problema è stata proposta dallo studio Donna Informata, che ha prodotto un Decision Aid[5] di cui si auspica l'adozione da parte di tutti i programmi di screening del nostro Paese.

Sebbene il tema della sovradiagnosi sia salito alla ribalta delle cronache per lo screening mammografico in particolare, va tenuto conto che il fenomeno esiste anche in patologie non cancerose (per es., osteoporosi) e, all'interno dell'area oncologica, esempi sono anche la prostata e la tiroide, con effetti di ordine di grandezza superiore alla mammella. A maggior ragione, la sovradiagnosi si verifica anche nelle popolazioni che si sottopongono a test (mammografia, ecografia, autopalpazione del seno o visita senologica) al di fuori dei programmi con tempi e modalità non appropriati; infine, anche casi sintomatici possono essere regressivi[6].

In conclusione, accettando l'inevitabilità della sovradiagnosi, anche in presenza di screening appropriato e di qualità, è importante che la sua interpretazione sia contestualizzata all'interno del più ampio bilancio rischi-benefici dell'intervento e che i valori individuali delle donne siano tenuti in conto. Strategie di mitigazione di sovradiagnosi e sovratrattamento devono avere un posto importante nell'agenda di ricerca nel campo della diagnosi precoce dei tumori.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Paci E. Mammografia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2017.
2. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Lancet 2012; 38: 1778-86.

Tabella 1. Bilancio tra benefici e danni: le stime.

Scenario	Vite salvate dallo screening	Casi di sovradiagnosi	Fonte
Ogni 1000 donne invitate per 10 anni	0,5	5	Gøtzsche, 2013[7]
Ogni 1000 donne di 50 anni di età che partecipano regolarmente, in 30 anni	8	4	Euroscreen, 2012[8]
Ogni 1000 donne invitate per 20 anni a partire dai 50 anni di età	4	13	UK Indepedent Panel, 2012[2]

Le diverse stime non sono immediatamente confrontabili.
Per dettagli sugli assunti e i modelli sottostanti alle stime fare riferimento alla fonte originale.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.216.233.58 Sat, 27 Apr 2024, 01:35:12

3. Schünemann HJ, Lerda D, Quinn C, et al.; European Commission Initiative on Breast Cancer. Breast cancer screening and diagnosis: a synopsis of the European Breast Guidelines. Ann Intern Med 2019; Nov 26. Raccomandazioni integrali disponibili su: https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/european-breast-cancer-guidelines (ultimo accesso 20 febbraio 2020).
4. Mathioudakis AG, Salakari M, Pylkkanen L, et al. Systematic review on women's values and preferences concerning breast cancer screening and diagnostic services. Psychooncology 2019; 28: 939-47.
5. Strumento decisionale per migliorare la scelta informata sullo screening mammografico organizzato. https://www.donnainformata-mammografia.it/ (ultimo accesso 20 febbraio 2020).
6. Segnan N, Minozzi S, Armaroli P, et al. Epidemiologic evidence of slow growing, nonprogressive or regressive breast cancer: a systematic review. Int J Cancer 2016; 139: 554-7.
7. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013; (6): CD001877.
8. Paci E, Euroscreen Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. J Med Screen 2012; 19 (suppl 1): 5-13.

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott. Silvia Deandrea
E-mail: silvia_deandrea@ats-pavia.it