Screening colonscopico: serve per il cancro del colon destro?

Data 16 settembre 2010
Categoria gastroenterologia

Lo screening colonscopico potrebbe ridurre solo il rischio di cancro del colon sinistro e non di quello destro.

Si tratta di uno studio tedesco che ha esaminato i dati di 3.287 soggetti sottoposti a colonscopia di screening (età media >= 55 anni). In circa il 18% dei soggetti uno screening colonscopico era già stato effettuato nei precedenti 10 anni. In media la colonscopia precedente era stata eseguita 5 anni prima.
La prevalenza di una neoplasia (definita come cancro o adenoma avanzato) del colon sinistro risultò essere più elevata nel gruppo mai screenato: 9% rispetto al 3% del gruppo già screenato.
Al contrario la prevalenza di neoplasia nel tratto destro del colon risultò essere simile nei due gruppi: circa il 3%.
Gli autori hanno aggiustato i risultati per vari fattori confondenti (età, sesso, storia familiare di cancro del colon) senza che questo cambiasse i dati.
Conclusioni: in un setting ambulatoriale lo screening colonscopico effettuato fino a 10 anni prima riduce il rischio di neoplasia del colon sinistro, ma non di quello destro.

Fonte:

Brenner H et al. Protection from right- and left-sided colorectal neoplasms after colonoscopy: Population-based study. J Natl Cancer Inst 2010 Jan 20; 102:89.

Commento di Renato Rossi

Già lavori precedenti avevano suggerito che la colonscopia è meno efficace nello scoprire tumori e adenomi della porzione destra del colon. Per esempio in uno studio canadese di tipo caso-controllo sono stati identificati oltre 10.000 pazienti morti con una diagnosi di cancro del colon. Questi casi sono stati confrontati con oltre 51.000 controlli (simili per età, sesso, luogo geografico e stato economico). I soggetti che avevano ricevuto una colonscopia avevano un rischio minore di morire per cancro del colon rispetto a chi non aveva effettuato una colonscopia. Ma, anche in questo caso, la riduzione del rischio (del 69%) era evidente solo per il cancro del colon sinistro.
In un altro studio sono stati seguiti per 14 anni più di 110.000 soggetti che avevano avuto una colonscopia negativa. Si è visto che l'endoscopia portava ad una riduzione del rischio di cancro del colon distale maggiore rispetto alla riduzione osservata per i cancri prossimali.
Le ragioni della minor efficacia dell'endoscopia per i tumori prossimali possono essere molte: anzitutto potrebbe essere in gioco una diversità biologica tra i tumori del colon sinistro e quelli del colon destro, poi si deve considerare una possibile minor visualizzazione per scarsa pulizia o per scarsa abilità dell'operatore delle porzioni destre del colon.
Un editorialitsa si chiede se la colonscopia sia efficace al punto tale da poter essere considerata l'esame principe per lo screening del cancro del colon e se tale efficacia, rispetto alla più semoplice rettosigmoidoscopia, giustifichi i costi e i rischi più elevati.
Il problema principale è che per il momento non sono disponibili studi clinici randomizzati e controllati sullo screening colonscopico, per cui è giocoforza ragionare solo su lavori di tipo osservazionale, con tutti i limiti conosciuti per questo tipo di studi.

Referenze

1. Baxter NN et al. Association of colonoscopy and death from colorectal cancer: A population-based, case–control study. Ann Intern Med 2009 Jan 6; 150:1.
2. Lakoff J et al. Risk of developing proximal versus distal colorectal cancer after a negative colonoscopy: A population-based study. Clin Gastroenterol Hepatol 2008 Oct; 6:1117.
3. Baxter NN and Rabeneck L. Is the effectiveness of colonoscopy "good enough"for population-based screening? J Natl Cancer Inst 2010 Jan 20; 102:70.

Commento di Clementino Stefanetti

Non ci sono RCT sulla efficacia dello screening della colonscopia nei soggetti asintomatici a moderato rischio ma rimane, però, il gold standard per la diagnosi di neoplasie del colon. Gli unici dati a disposizione derivano da studi di coorte e caso-controllo. L'ultimo studio pubblicato paragonava la riduzione della mortalità per neoplasia del colon con i dati aspettati del Surveillance, Epidemiology and End Results americano(SEER) con riduzione del rischio del 65% . Al contrario esistono almeno 3 RCT sullo screening con sigmoidoscopia con un trend positivo dopo i 7 anni di follow up .
Pertanto l'efficacia dello screening colonscopico deriva da evidenze indirette.
L'efficacia dello screening colonscopico nello scoprire lesioni prossimali è stato recentemente messo in discussione ma lo studio Canadese aveva limitazioni riguardanti l'impossibilità di differenziare le procedure di screening da quelle

diagnostiche .
Possibili spiegazioni possono essere dovute alla diversa esperienza degli endoscopisti, alla durata dell'esame e alla localizzazione delle lesioni.
In uno studio sullo screening colonscopico fatto da 12 esperti endoscopisti si notò che la percentuale di scoperta di adenomi e carcinomi era significativamente più alta quando il tempo impiegato era > di 6 minuti (28.3% vs. 11.8%, P<0.001) . Non si sa se questo effetto incida nei programmi di screening colonscopici.
La sensibilità della colonscopia è stata stimata usandola come standard di riferimento ossia effettuando una seconda colonscopia a breve distanza di tempo. Una revisione sistematica (465 pz) trovò una percentuale di fallimento del 2% per adenomi > di 10 mm e del 25% per adenomi < di 5 mm. La percentuale totale era del 22%
Un altro problema da considerare è la difficoltà nello scoprire lesioni a causa della loro localizzazione. Per esempio le lesioni piatte e depresse sono descritte, in letteratura, con frequenza maggiore di quanto ritenuto in passato e possono non essere scoperti alla colonscopia. (8) Ci sono poi lesioni localizzate all'interno di pieghe che sfuggono alla colonscopia .
Per concludere, il rischio di sviluppare una neoplasia del colon dopo una colonscopia negativa permane basso fino a oltre 10 anni ma occorre migliorare la tecnica per scoprire le lesioni prossimali che sono la tomba dell'endoscopista .

Referenze

1. Kahi CJ. Effect of screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009 Jul;7(7):770-5. http://goo.gl/wiSg
2. Hoff G, Grotmol T, Skovlund E, Bretthauer M, for the Norwegian Colorectal Cancer Prevention Study Group. Risk of colorectal cancer seven years after flexible sigmoidoscopy screening: randomised controlled trial. BMJ 2009;338:b1846 http://goo.gl/U1Dw
3. Segnan N, Senore C, Andreoni B, Aste H, Bonelli L, Crosta C, et al. Baseline findings of the Italian multicenter randomized controlled trial of "once-only sigmoidoscopy"—SCORE. J Natl Cancer Inst 2002;94:1763-72. http://jnci.oxfordjournals.org/cgi/reprint/94/23/1763.pdf
4. UK Flexible Sigmoidoscopy Screening Trial Investigators. Single flexible sigmoidoscopy screening to prevent colorectal cancer: baseline findings of a UK multicenter randomized trial. Lancet 2002;359:1291-300. http://goo.gl/W73s
5. Baxter NN. Association of colonoscopy and death from colorectal cancer.
Ann Intern Med. 2009 Jan 6;150(1):1-8. http://goo.gl/z3lP
6. Barclay RL. Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy. N Engl J Med. 2006 Dec 14;355(24):2533-41. http://goo.gl/klTI
7. Avan Rijn JC. Polyp miss rate determined by tandem colonoscopy: a systematic review. m J Gastroenterol. 2006 Feb;101(2):343-50.http://goo.gl/w2AV
8. JAMA. Soetikno RM. Prevalence of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic and symptomatic adults. 2008 Mar 5;299(9):1027-35.
http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/299/9/1027.pdf
9. Pickhardt PJ. Location of adenomas missed by optical colonoscopy. Ann Intern Med. 2004 Sep 7;141(5):352-9. http://www.annals.org/content/141/5/352.full.pdf
10. Singh H. Risk of developing colorectal cancer following a negative colonoscopy examination: evidence for a 10-year interval between colonoscopies.
JAMA. 2006 May 24;295(20):2366-73. http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/295/20/2366.pdf