Screening aneurisma aorta addominale riduce mortalità specifica, non totale

Data 28 aprile 2005
Categoria cardiovascolare

Lo screening per aneurisma dell'aorta addominale eseguito in maschi anziani riduce significativamente del 63 % la mortalità specifica non la totale.

Sono stati sottoposti a screening i maschi residenti nella Contea di Viborg (Danimarca) di età compresa tra 64 e 73 anni. Gli end points principali erano rappresentati da mortalità specifica per aneurisma dell'aorta addominale (AAA), mortalità totale e interventi di emergenza dovuti all'AAA. 4860 di 6333 uomini sono stati valutati (tasso di risposta 76.6%). 191 (4.0% degli screenati) aveva un AAA. Il follow-up medio è stato di 52 mesi. Nel gruppo sottoposto a screening è stata osservata una riduzione relativa degli interventi urgenti del 75% (95% CI 51% -91%) rispetto al gruppo di controllo. Le morti nel gruppo sottoposto a screening furono furono 9 morti e 27 nel gruppo di controllo. Il numero di pazienti da sottoporre a screening per salvare una vita è risultato pari a 352. La mortalità specifica è risultata ridotta in senso relativo del 67% (29% - 84%). La mortalità non dovuta ad aneurisma è risultata ridotta in modo non significativo nella misura dell' 8%. Gli Autori prospettano che i benefici dello screening possono aumentare nel tempo e concludono affermando che lo screening di massa effettuato in uomini anziani riduce la mortalità.

Fonte: BMJ 2005;330:750, doi:10.1136/bmj.38369.620162.82 (published 9 March 2005)

<ahref="http://www.pillole.org/public/phpBB2/viewtopic.php?t=18"> discussione su agorà medica

Commento di Renato Rossi
Il problema dello screening degli aneurismi dell'aorta addominale (AAA) si inscrive nella questione più generale degli screening. Anche in questo caso, come per esempio nel caso dello screening mammografico, gli studi dimostrano una riduzione della mortalità specifica (cioè una riduzione della mortalità dovuta a rottura dell'aneurisma) ma non una riduzione della mortalità totale. Ovviamente di fronte a questi dati uno si chiede che senso può avere la diffusione dello screening a tutta la popolazione dei presunti sani se poi non si risparmia nessun decesso. Perchè questo si verifica? Perchè gli studi mostrano dati tra loro apparentemente contrastanti? Se si riduce la mortalità da rottura di aneurisma perchè non si deve ridurre contemporaneamente anche la mortalità totale? Una risposta è che la mortalità da AAA rappresenta circa solo il 3% della mortalità totale quindi per dimostrare un beneficio su questo end-poit bisognerebbe disegnare uno studio di potenza statistica adeguata con centinaia di migliaia di soggetti arruolati. Questi studi costano molto sia in termini di impegno economico che organizzativo e sono difficilmente realizzabili. Ma un'altra spiegazione può essere anche che lo screening indiscriminato produce danni: si può ipotizzare che lo screening porti a scoprire AAA che non si sarebbero mai rotti ma che essendo diagnosticati portano il paziente sul tavolo operatorio. In questo caso se si verifica una complicanza post-chirurgica dopo un mese (per esempio un'embolia polmonare mortale) quel decesso sarà considerato come dovuto ad AAA o come dovuto ad altra causa? In altre parole ci potrebbe essere una misclassificazione degli end-point per cui si tende ad attribuire, nel gruppo non screenato, alcuni decessi non all'AAA ma ad altre cause: in questo modo apparentemente diminuisce la mortalità specifica ma non quella totale che è l'unico esito sul quale non si può discutere. Fornire raccomandazioni in queste consdizioni di incertezza non è facile: si dovrà senza dubbio tener conto dei risultati degli studi filtrandoli però con il buon senso. Probabilmente è ragionevole la proposta di Enzo Brizio, di cui alla discussione su Agorà, di screenare solo i soggetti a maggior rischio. Quindi no a screening generalizzato, probabilmente si a screening opportunistico e personalizzato.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 19/11/2026 alle ore 20:28 | Pagina 1 di 1