



Soli estrogeni in isterectomizzate non aumentano il rischio di cancro al seno

Data 13 aprile 2006
Categoria oncologia

Il trattamento con soli estrogeni in donne isterectomizzate non comporta un aumento del rischio di cancro mammario, ma si associa ad un aumento di anomalie mammografiche.

Nel braccio del WHI che valutava gli effetti degli estrogeni da soli in donne senza utero (10.739 donne di età compresa fra 50 e 79 anni) la terapia sembra portare ad una riduzione, peraltro non significativa, del rischio di cancro mammario. Le donne erano state suddivise in maniera randomizzata in due gruppi: ad un primo gruppo si somministravano estrogeni coniugati (0,625 mg/die), all'altro placebo. Durata dello studio: 7,1 anni. Alla fine dello studio non si è osservato un aumento dell'incidenza di cancro mammari nelle donne trattate con estrogeni da soli, anzi vi era un trend non significativo di riduzione del rischio (HR 0,80; IC95% 0,62-1,04; P = 0,09). Tuttavia è da notare che nel gruppo in trattamento attivo c'era un maggior numero di donne (36,2% vs 28,1%) che presentava delle anomalie allo screening mammografico tali da richiedere un follow-up più ravvicinato. Gli autori concludono che il trattamento con estrogeni da soli in donne in post-menopausa isterectomizzate non comporta un aumento del rischio di sviluppo di cancro mammario anche se si associa ad un aumento di anomalie mammografiche tali da richiedere un controllo più ravvicinato rispetto alle donne non trattate.

Fonte: JAMA. 2006; 295:1647-1657.

Commento di Renato Rossi

Lo studio WHI continua a produrre dati. Stavolta si tratta del braccio in cui venivano usati soli estrogeni coniugati in donne senza utero. Nel braccio del trial in cui venivano usati estrogeni coniugati + progestinico in donne con utero si registrò un aumento del cancro mammario, anche se, ad essere rigorosi, l'HR comprendeva l'unità quindi non era teoricamente significativo dal punto di vista statistico (HR 1,26; IC95% 1,00 - 1,59). Anche uno studio osservazionale, il Million Women Study, su più di un milione di donne, suggeriva che qualsiasi tipo di preparato estrogenico (per os o per via transdermica) ed il tibolone aumentano il rischio di cancro mammario, seppur con percentuali di rischio diverse. In realtà i risultati riferiti in questa pillola non sono una novità. I dati globali dello studio WHI con soli estrogeni erano già stati anticipati nel 2004: la terapia non riduce il rischio di cardiopatia ischemica, ma comporta un aumento significativo del 39% dello stroke (HR 1,39; 95%CI 1,10-1,77), una riduzione significativa del 39% delle fratture dell'anca (HR 0,61; 95%CI 0,41-0,81), una riduzione non significativa del rischio di cancro mammario, nessun effetto significativo sul rischio di embolia polmonare e di cancro del colon. L'analisi degli end-point composti evidenziava inoltre un aumento significativo del rischio di eventi cardiovascolari (12%) ed una riduzione del rischio di qualsiasi frattura (30%), mentre non era evidente nessun effetto sul numero totale delle neoplasie e sulla mortalità totale. Gli autori avevano calcolato che per 10.000 donne trattate per un anno con soli estrogeni si avesse un eccesso di 12 stroke ed una riduzione di 6 fratture di femore. Essi concludevano anche che la possibile riduzione del rischio di cancro mammario richiedeva ulteriori conferme. Questo è tanto più vero se si considera che questi risultati sono in contrasto con quelli degli studi precedenti. Recentemente sono state pubblicate altre analisi del braccio del WHI con soli estrogeni, che confermano i dati già anticipati: la terapia non riduce il rischio di infarto miocardico e di morte coronarica ed anzi aumenta il rischio di trombosi venosa. Risulta chiaro quindi che la decisione se somministrare o meno soli estrogeni alle donne senza utero in post-menopausa deve basarsi sulla valutazione globale degli effetti del trattamento sulla salute: anche se non sembra vi sia un aumento del rischio di cancro mammario (e una possibile riduzione richiede altre conferme) i benefici sui sintomi e sulle fratture debbono essere confrontati con i rischi cardiovascolari, specialmente di aumento di trombosi venose e di ictus.

Bibliografia

1. JAMA. 2002 Jul 17;288:321-333
2. Lancet 2003; 362:419
3. JAMA. 2004; 291:1701-1712.
4. Arch Intern Med. 2006;166:357-365.
5. Arch Intern Med. 2006;166:772-80.