Sigmoidoscopia per lo screening del cancro del colon

Data 09 maggio 2010
Categoria gastroenterologia

Lo screening con sigmoidoscopia flessibile effettuato tra i 55 e i 64 anni riduce l'incidenza di cancro del colon-retto e la mortalitàspecifica.

In questo RCT è stata valutata l'ipotesi che uno screening con sigmoidoscopio flessibile effettuato una sola volta, fra i 55 e i 64 anni di età, sia in grado di ridurre l'incidenza e la mortalità da cancro del colon-retto.
Sono stati individuati, tramite un questionario, 170.432 soggetti che si erano dichiarati disponibili a sottoporsi allo screening. Questi soggetti sono stati randomizzati all'intevento (offerta dello screening) oppure a controllo (non screening).
L'endpoint primario dello studio erano l'incidenza e la mortalità da cancro del colon.
L'analisi dei risultati è stata effettuata sia secondo l'intenzione a trattare sia per protocol.
Al gruppo intervento furono assegnati 57.237 partecipanti ed al gruppo controllo 113.195. Nell'analisi finale fuorno inclusi rispettivamente 57.099 e 112.939 soggetti. Dei partecipanti randomizzati allo screening effettuarono la sigmoidoscopia 40.674 (71%).
Il follow up mediano è stato di 11,2 anni. Durante questo periodo furono riscontrati affetti da cancro del colon 1.818 nel gruppo controllo e 706 nel gruppo intervento.
I decessi totali furono 13.768 nel gruppo controllo e 6.775 nel gruppo intervento.
I decessi da cancro del colon-retto furono 538 nel gruppo controllo e 189 nel gruppo intervento.
Nell'analisi effettuata secondo l'intenzione a trattare l'incidenza del cancro del colon.retto risultà ridotta nel gruppo screening del 23% (HR 0,77; 0,70-0,84) e la mortalità specifica del 31% (HR 0,69; 0,59-0,82).
Nell'analisi per protocol l'incidenza del cancro del colon-retto risultò ridotta del 33% (HR 0,67; 0,60-0,76) e la mortalità specifica del 43% (HR 0,57; 0,45-0,72).
L'incidenza dei cancri distali (retto e sigma) venne ridotta del 50% (HR 0,50; 0,42-0,59).
Il numero di pazienti che è necessario screenare per prevenire una diagnosi di cancro del colon-retto è di 191 e quello per prevenire un decesso da cancro del colon-retto è di 489.
Gli autori concludono che lo screening con sigmoidoscopio flessibile effettuato fra i 55 e i 64 anni è sicuro e conferisce un beneficio sostanziale e di lunga durata.

Fonte:

Atkin WS et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2010 May 8; 375:1624-1633.

Commento di Renato Rossi

Nei soggetti a rischio normale di cancro del colon-retto le linee guida consigliano lo screening con ricerca del sangue occulto fecale (FOBT) oppure con sigmoidoscopia o colonscopia, generalmente a partire dai 50 anni.
Mentre per lo screenig con sangue occulto fecale esistono RCT che hanno dimostrato una riduzione della mortalità specifica (anche se non di quella totale), finora non esistevano RCT sullo screening endoscopico, anche se i risultati preliminari dello studio NORCCAP lasciavano ben sperare . Tuttavia il cancro del colon ha una storia evolutiva particolare in quanto esso origina di solito da adenomi che si sviluppano lentamente. E' logico quindi attendersi che, se con un esame endoscopico, si riesce a diagnosticare la presenza di uno o più adenomi in una fase precoce, quando ancora non è avvenuta la trasformazione maligna, non solo si riduce l'incidenza da cancro del colon-retto, ma anche la mortalità.
Lo studio recensito in questa pillola dimostra come, in effetti, una sigmoidoscopia eseguita una volta nella vita fra i 55 e i 64 anni di età riduca, rispetto al non screening, l'incidenza di cancro del colon del 23% e la mortalità specifica del 31%. Non si riduce invece la mortalità totale. Usando i dati riportati dagli autori si può calcolare il rischio relativo (RR) della mortalità totale nel gruppo screenato rispetto al controllo: RR 0,97 (IC95% 0,95-1). Questo dato potrebbe essere interpretato dai critici degli screening oncologici come un risultato negativo.
Tuttavia, anche se secondo alcuni negli screening il dato principale da valutare dovrebbe essere quello sulla mortalità totale, va osservato che questo può non essere l'unico parametro su cui si deve basare il giudizio sulla bontà dell'intervento. Il fatto, per esempio, di riuscire a ridurre l'incidenza di cancro del colon-retto, grazie alla asportazione precoce di eventuali adenomi, vuol dire ridurre il numero degli interventi chirurgici demolitivi. Anche questo è sicuramente un obiettivo ragionevole da raggiungere. Se si esamina l'NNT necessario ad ottenere questo risultato si vede che esso è particolarmente attraente (= 191) tanto più se si considera che lo screening viene proposto una sola volta ed è molto meno invasivo e disturbante rispetto alla colonscopia totale. Ovviamente l'altra faccia della medaglia è rappresentata dal fatto che con il sigmoidoscopio si visualizza solo l'ultimo tratto del colon e quindi vengono "persi" gli adenomi e i cancri più prossimali.
Un altro punto che appare interessante è la percentuale di soggetti che effettivamente si sottopose allo screening: solo il

71% di quelli randomizzati alla sigmoidoscopia si sottopose in realtà all'esame. In pratica un paziente su tre, pur essendosi dichiarato disponibile a partecipare allo studio e ad effettuare l'endoscopia, in seguito non lo fece. E' probabile che nel mondo reale questa percentale sia maggiore, il che ridurrebbe l'efficacia dello screening.

Anche se il trial recensito in questa pillola prevedeva come controllo il non screening, è possibile paragonare indirettamente l'efficacia dello screening con sigmoidiscopia flessibile allo screening con FOBT, pur con tutti i limiti di questo tipo di confronti. Secondo una metanalisi Cochrane la riduzione della mortalità specifica ottenuta negli RCT con lo screening con sangue occulto fecale è del 16% e bisogna screenare per 10 anni circa 1.176 soggetti per avere un decesso in meno da cancro del colon-retto. Quindi lo screening con sigmoidoscopia risulta molto più efficace e, d'altra parte, questo risultato era facilmente immaginabile. Vi è da dire inoltre che lo screening con FOBT deve essere ripetuto periodicamente, mentre se si adotta la modalità usata nello studio di Atkin e collaboratori è sufficiente una sigmoidoscopia una sola volta.
Sono attualmente in corso studi randomizzatie controllati per valutare l'efficacia dello screening con colonscopia. E' ragionevole pensare che i risultati saranno migliori rispetto a quelli ottenibili con la sigmoidoscopia perchè con l'esame endoscopico di tutto il colon vengono visualizzati anche adenoni e cancri prossimali. Tuttavia la colonscopia è una metdocia più invasiva rispetto alla semplice sigmoidoscopia ed è gravata da un maggior numero di complicanze. Inoltre richiede un' accurata preparazione dell'intestino (pena la necessità di dover effettuare un secondo esame) necessita di un tempo maggiore e di un impegno notevole da parte delle strutture preposte. Tutto questo potrebbe giocare un ruolo importante nella effettiva trasferibilità dello screening colonscopico a larghi strati della popolazione target.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2622
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4677