# Polipectomia colonscopica riduce i decessi da cancro del colon

**Data** 12 agosto 2012
**Categoria** gastroenterologia

Il follow up a lungo termine del National Polyp STudy suggerisce che la rimozione durante colonscopia di polipi adenomatosi porta ad una riduzione della mortalità da cancro del colon.

Se durante una colonscopia viene riscontrata la presenza di uno o più polipi si procede alla asportazione endoscopica, a meno che lì'intervento non sia fattibile per ragioni tecniche (per esempio a causa delle dimensioni della neoformazione) o per la presenza di controindicazioni (per esempio elevato rischio emorragico).

Si ritiene che questa pratica sia in grado di ridurre il rischio di sviluppo di cancro del colon.
Una conferma arriva da un lungo follow up del National Polyp Study (NSP) in cui sono stati valutati tutti i pazienti inizialmente arruolati per una durata di 23 anni. Durante lo studio ci furono 2602 pazienti a cui venne asportato endoscopicamente un polipo .
Dopo un periodo mediano di oltre 15 anni era deceduta quasi la metà di essi (n = 1246), ma solo 12 a causa di un cancro del colon. Paragonando questi dati con la mortalità attesa per cancro del colon nella popolazione generale si è visto che la rimozione di uno o più polipi durante la colonscopia riduce la mortalità specifica del 53%.
Un altro dato interessante osservato dagli autori è che la mortalità da cancro del colon risultava simile sia nel gruppo a cui erano stati rimossi degli adenomi che nel gruppo a cui erano stati rimossi dei polpi non adenomatosi.

Lo studio NPS non è uno studio randomizzato e controllato che abbia confrontato screening colonscopico versus non screenig. Tuttavia i risultati a lungo termine suggeriscono che la rimozione durante colonscopia di uno o più adenomi sia in grado di ridurre la mortalità da cancro del colon.
Non è d'altra parte un dato sorprendente se si pensa alla storia naturale del cancro del colon che prende quasi sempre origine da polipi di tipo adenomatoso, con un lungo periodo di tempo prima della degenerazione neoplastica.

E' per questo motivo che, pur in assenza, finora, di RCT, riteniamo che lo screening colonscopico, permettendo la diagnosi e l'asportazione precoce di adenomi, possa essere efficace nel ridurre la mortalità da cancro del colon. D'altra parte, come abbiamo visto in pillole precedenti, vi sono dati incoraggianti provenienti dallo screening rettosigmoidoscopico .

Il problema principale della colonscopia è la bassa adesione spontanea ad un eventuale screening di massa. In un report ad interim dello studio COLONPREV, che confronta lo screening colonscopico con lo screening mediante ricerca del sangue occulto fecale, si è visto che la compliance era bassa con entrambe le metodiche, ma comunque più elevata con il FOBT (34,2% versus 24,6%), e che la scoperta di adenomi avanzati era più frequente nel gruppo colonscopia .
Per questo motivo un editorialista conclude che il FOBT non è un buon test di screening, anche se più accettato dai pazienti .

Detto questo rimane da definire da una parte quale test scegliere per lo screening di massa del cancro del colon e dall'altra in quale modo aumentare l'aderenza della popolazione.
Una strategia potrebbe essere quella di eseguire lo screening con la rettosigmoidoscopia che ha il vantaggio di essere più accettata dai pazienti e meno gravata da complicanze rispetto alla colonscopia, ma ha lo svantaggio di non visualizzare tutto il colon.
La colonscopia, al contrario, è probabilmente il gold standard ma anche la metodica con più problemi di compliance.

Una soluzione, pur in assenza di evidenze dirette, potrebbe essere quella di proporre, nei soggetti a rischio medio e senza familiarità per cancro del colon, una colonscopia una sola volta nella vita, attorno ai 60 anni .
Rimane invece da stabilire quale potrebbe essere il ruolo della colonscopia virtuale mediante TC.

Per quanto riguarda le linee guida, ricordiamo che esse non favoriscono un test particolare anche se privilegiano la colonscopia per i pazienti ad alto rischio. Sempre secondo le linee guida lo screening dovrebbe iniziare a partire dai 50 anni (nei soggetti a rischio per familiarità l'età d'inizio è anticipata a 40 anni), mentre dopo i 75 anni oppure nei pazienti con aspettativa di vita inferiore a 10 anni lo screening dovrebbe essere sospeso .

**RenatoRossi**

**Bibliografia**

1. Zauber AG et al. Colonoscopic Polypectomy and Long-Term Prevention of Colorectal-Cancer Deaths.

N Engl J Med 2012 Feb 23; 366:687-696.

2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5047

3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4677

4. Quintero E et al. for the COLONPREV Study Investigators. Colonoscopy versus Fecal Immunochemical Testing in Colorectal-Cancer Screening. N Engl J Med 2012 Feb 23; 366:697-706.

5. Bretthauer M and Kalager M. Colonoscopy as a Triage Screening Test. N Engl J Med 2012 Feb 23; 366: 759-760.

6. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4254

7. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2622

8. Qaseem A et al. for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians.
Screening for Colorectal Cancer: A Guidance Statement From the American College of Physicians. Ann Intern Med 2012 March 6; 156:378-386.