Screening del cancro polmonare: a che punto siamo?

Data 01 settembre 2013
Categoria pneumologia

Lo screening del cancro polmonare con TC a basse dosi può essere suggerito, ma solo dopo selezione accurata dei pazienti e solo se si può disporre di strutture ad elevata specializzazione.

Questa testata si è occupata in varie occasioni dello screening del cancro polmonare .
Recentemente sono state pubblicate delle linee guida e degli studi che ci permettono di ritornare sull'argomento.

Le linee guida 2013 dell'American College of Chest Physicians (ACCP) consigliano di sottoporre a screening con tomografia computerizzata a basse dosi i soggetti di età compresa tra 55 e 74 anni forti fumatori (30 pack years = almeno un pacchetto di sigarette al giorno per 30 anni) che continuano a fumare oppure che hanno smesso da meno di 15 anni .
Interessante notare, però, che le linee guida suggeriscono che questa raccomandazione deve essere valutata alla luce di quest'altra: al paziente va garantita una gestione ottimale, come quella dei soggetti arruolati nel National Lung Cancer Screening Trial (NLCST) .

Si tratta di un caveat molto importante dovuto soprattutto al fatto che la TC polmonare è in grado di evidenziare numerose lesioni benigne polmonari, come abbiamo avuto modo di dire più volte.
Il che comporta che lo screening è gravato da un numero elevato di falsi positivi con tutto quello che questo comporta (ulteriori accertamenti, talora anche invasivi, follow up, ansia, etc.). E' evidente che questo problema può essere affrontato solo in centri altamente specializzati che abbiano la necessaria esperienza per poterlo gestire al meglio.

Il problema dei falsi negativi viene confermato dal New England Journal of Medicine pubblica ora altri risultati del NLCST . Ricordiamo che in questo RCT erano stati reclutati circa 53.000 soggetti fumatori (30 pack-years, età 55-74 anni) randomizzati, ogni tre anni, a radiografia standard del torace oppure TC a basse dosi. Dopo un follow up di circa 6 anni e mezzo si è visto che lo screening con TC riduceva i decessi da cancro polmonare di circa il 20% rispetto alla radiografia standard .
I dati presentati ora mostrano che nel 27% dei casi la TC evidenziava un risultato anomalo contro un 9% dei casi nel grupporadiografia.
In pratica, un risultato anomalo si registrò in 7191 partecipanti del gruppo TC e in 2387 del gruppo radiografia. Un cancro polmonare venne diagnosticato rispettivamente in 292 e in 190 partecipanti.
La sensibilità della TC fu del 93% circa e la specificità del 73% circa.
La sensibilità della radiografia fu del 73% circa e la specificità del 91% circa.
Come si vede, la TC ha una sensibilità maggiore della radiografia a scapito di una minore specificità. Questo comporta un maggior numero di falsi positivi con conseguente rischio di accertamenti anche invasivi.

Si capisce bene, quindi, la cautela dell'ACCP quando sottolinea chiaramente le caratteristiche dei soggetti da sottoporre a screening ed enfatizza l'importanza del contesto sanitario altamente specializzato a cui il medico proponente dovrebbe inviare il paziente.

Per inciso è utile ricordare che nel 2012 sono stati pubblicati i risulati di un RCT danese sullo screening del cancro polmonare con TC a basse dosi . In questo studio erano stati arruolati poco più di 4000 soggetti. Perciò la casistica non è paragonabile a quella del NLCST, tuttavia, dopo un follow up di circa 5 anni, si è visto che la mortalità totale e quella dovuta a cancro polmonare non differivano nel gruppo randomizzato a screening e in quello a non screening.
Gli autori di questo RCT suggeriscono un follow up più lungo per poter meglio valutare l'efficacia dello screening, ma richiamano anche loro l'attenzione sul problema della sovradiagnosi.

Insomma, il messaggio take away per il medico pratico è semplice: si allo screening del cancro polmonare con TC, ma solo dopo selezione accurata dei pazienti e solo se si può disporre di strutture specializzate a cui fare riferimento.

RenatoRossi

Bibliografia

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5366

2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5240

3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5141

4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4800

5. Detterbeck FC et al. Screening for lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed. American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2013 May; 143:suppl:e78S. (http://dx.doi.org/10.1378/chest.12-2350)

6. Results of Initial Low-Dose Computed Tomographic Screening for Lung
Cancer. The National Lung Screening Trial Research Team. N Engl J Med 2013 May 23; 368:1980-1991

7. Saghir Z et al. CT screening for lung cancer brings forward early disease. The randomised Danish Lung Cancer Screening Trial: status after five annual screening rounds with low-dose CT. Thorax. 2012 Apr;67(4):296-301. Epub 2012 Jan 27.