



CONVEGNO NAZIONALE GISMa 2012

gis
ma
gruppoitalianoscreening
mammografico

Bologna 11-13 settembre

DIFFERENZE DI IMPATTO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO TRA DONNE GIOVANI ED ANZIANE

ORIONE LORENZO, RIMONDOT MONICA, VESUVIO STEFANIA, ALLASIA BARTOLOMEO*, GIORDANO LIVIA**

S.C. Unità Valutazione e Organizzazione dello Screening, Dipartimento Screening n. 7, Regione Piemonte;

* M.M.G., Dipartimento Screening n. 7, Regione Piemonte; ** C.P.O. - Piemonte

Da qualche anno, nel dipartimento regionale di screening corrispondente alla provincia di Cuneo, è stata avviata l'estensione dello screening mammografico ad alcune coorti di assistite di età compresa tra 45 e 49 anni; per tali coorti, in letteratura scientifica, è previsto un intervallo di rescreening pari ad un anno. Ciò si basa sulla complessa relazione tra i determinanti fondamentali dello screening in questa fascia d'età: prevalenza delle lesioni precliniche asintomatiche, caratteristiche biologiche della neoplasia, caratteristiche di validità del test.

È noto che, nella poliedrica complessità dei fattori di rischio dell'adenocarcinoma mammario, quello più rilevante è rappresentato dall'età della donna; la curva di incidenza dei nuovi casi mostra un aumento esponenziale a partire dai 35 anni e fino ai 50, allorché la crescita ha minore pendenza, pur configurando livelli di rischio relativo decisamente superiori. Nella fascia di età 45-49 anni, quindi, occorre considerare un rischio già significativo che, tuttavia, si confronta con le note caratteristiche di maggiore densità del parenchima mammario, che a sua volta si associa ad una minore validità della mammografia come test. Infatti, come specificano le indicazioni del Consensus italiano su tale problematica, una minore sensibilità della mammografia nelle donne giovani dipende verosimilmente più dall'effetto mascherante della densità radiologica del seno che da una maggiore aggressività e velocità di crescita del carcinoma mammario in questa età (a parità di stadio della neoplasia, una sopravvivenza minore è osservata sotto ai 30 anni).

Inoltre, occorre ricordare che, a parità di validità di test di screening, la condizione epidemiologica di minore prevalenza di lesioni precliniche asintomatiche mammarie nelle donne giovani determina, rispetto alle donne più anziane, un minore valore predittivo positivo (VPP) della mammografia.

La maggiore difficoltà incontrata nella gestione del primo livello mammografico nelle donne giovani si riverbera in un ragionevole aumento del recall rate (RR) ad approfondimento diagnostico di secondo livello. Inoltre, in tutte le esperienze di screening si osserva in questi casi l'aumento delle procedure diagnostiche necessarie, inclusa la biopsia chirurgica.

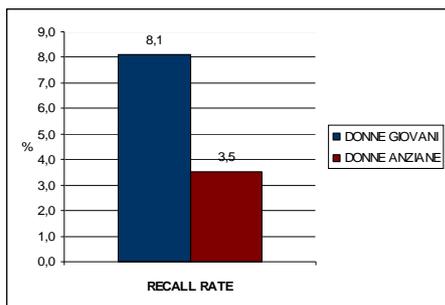
Il nostro studio, che è in assoluto il primo del genere condotto sulla popolazione della provincia di Cuneo, ha voluto valutare alla luce di tali problematiche l'impatto dello screening sulla prevalenza di adenocarcinoma in una coorte di donne giovani rispetto ad una di anziane appartenente alla classica coorte biennale.

Si sono considerate, per l'anno 2010, le coorti biennali estreme del range di età coperto sistematicamente dal Programma di screening regionale, ossia le donne 48-49enni e quelle 68-69enni, in considerazione della presenza di una differenza di venti anni tra i due insiemi, con le implicazioni relative alle variabili epidemiologiche di prevalenza e biologiche sull'età del parenchima mammario.

Riguardo alle donne giovani, esse sono state invitate con lettera senza appuntamento prefissato ad eseguire una mammografia; la copertura degli inviti è stata del 100% (8114/8114) e l'adesione allo screening del 30.9%, avendo aderito 2504 assistite; nella nostra esperienza tale invito incrementa del 20% l'adesione di base, che in assenza di lettera si assesta spontaneamente sul 10%. È interessante osservare inoltre che il follow up della subcoorte delle aderenti ha mostrato nell'anno successivo, il 2011, un'adesione pari al 79%.

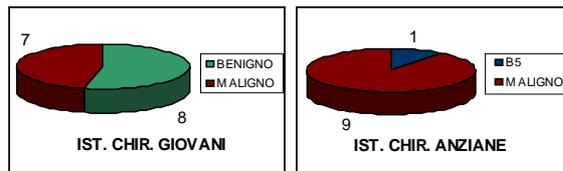
La copertura della coorte anziana di 68-69 anni è stata del 76.6% (2499/3262) e l'adesione è stata pari al 63.2%, avendo aderito alla mammografia 1580 assistite.

Il RR, espressione della specificità del primo livello, è stato decisamente superiore nelle donne giovani, attestandosi all'8.1% (204/2504), rispetto alla coorte anziana, dove è andato al secondo livello solo il 3.5% (55/1580) delle pazienti.



Circa i secondi livelli, di approfondimento diagnostico, il 7.4% della coorte 45-49enni (15/204) ed il 18.2% della coorte 68-69enni (10/55) ha avuto indicazione all'intervento chirurgico.

L'istologia chirurgica nelle 15 pazienti giovani ha messo in luce 8 tumori benigni e 7 maligni; il rapporto benigni/maligni, espressivo della specificità diagnostica del Programma dopo la fase di approfondimento ed utile a monitorare il sovratattamento, è stato B/M=1.1%.

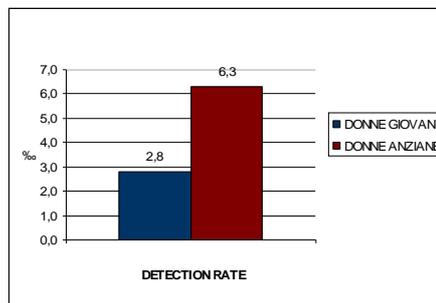


Nelle 10 pazienti anziane, 9 neoplasie sono risultate maligne, oltre ad un B5 alla stereotassi, rispetto al quale non è stata rilasciata dalla paziente l'autorizzazione al trattamento dei dati della cartella clinica relativa all'intervento chirurgico.

Nelle 48-49enni si sono rinvenuti 3 tumori in situ (2 duttali) e 4 invasivi; gli invasivi erano in 2 casi duttali (pT1c N0, pT2 N1a) e in 2 casi lobulari (pT1b N0, pT2 N1a).

Nelle 68-69enni, sulle 9 istologie disponibili, abbiamo osservato 1 tumore in situ, 7 adenocarcinomi duttali invasivi (pT1b N0, quattro pT1c N0, pT2 N0, pT2 N1a) ed 1 lobulare invasivo (pT2 N0).

Il tasso di identificazione degli adenocarcinomi, Detection Rate (DR), espressione della sensibilità diagnostica del Programma, è stato DR=2.8% (7/2504) nelle donne giovani e DR=6.3% (10/1580), volendo considerare anche il B5) nelle anziane, un dato fortemente espressivo della diversa incidenza della neoplasia nelle due fasce d'età.



Il nostro studio ha messo in luce *pro* e *contra* dello screening mammografico nelle donne giovani neonate al Programma, attraverso un confronto originale con la coorte di età più anziana, già selezionata dal punto di vista del rischio relativo epidemiologico attraverso esperienze di screening precedenti e caratterizzata sia da superiore prevalenza di lesioni precliniche asintomatiche potenzialmente identificabili che da condizioni biologiche tissutali più vantaggiose rispetto alle caratteristiche di validità del test di screening mammografico. Le difficoltà maggiori, per la prima coorte, risiedono nella minore specificità del primo livello, nell'inferiore specificità diagnostica del Programma dopo la fase di approfondimento e nella più bassa sensibilità diagnostica del Programma rispetto alla seconda coorte. Tali indicatori diagnostici confermano le differenze attese nello screening tra le due coorti. Tuttavia, a fronte di tali difficoltà, la letteratura scientifica ci informa che nelle donne giovani il numero di vite salvate mediante lo screening mammografico annuale, pur risultando la metà di quanto è ottenibile nella classica coorte 50-69enne, si attesta a 1-2/10.000 donne screenate il che, soprattutto in considerazione della maggiore aspettativa di vita nelle assistite giovani, depone a favore della necessità di un potenziamento di tale attività di screening, volto a giungere al più presto alla piena copertura da inviti di tutta questa popolazione cuneese.



S.C. Unità Valutazione e Organizzazione dello Screening, Dipartimento Screening n. 7, Regione Piemonte. Seduti: Stefania Vesuvio, Lorenzo Orione, Monica Rimondot.

In piedi: Bruna Belmesseri, Elisa Tallone, Cinzia Blangero, Silvia Peretti, Gabriella Gatti.