



SCREENING MAMMOGRAFICO

GESTIRE LA COMPLESSITÀ PER GUADAGNARE IN SALUTE

PERUGIA | 8-9 MARZO 2012 | CENTRO C

**Cancro intervallo, la revisione delle mammografie: obiettivi e potenzialità.
I pro e i contro delle diverse modalità di revisione
Stefano Ciatto, Alfonso Figerio**

Revisione ca. intervallo

| Categorie per la revisione dei radiogrammi precedenti il ca. di intervallo | |
|--|--|
| Occulto (anche alla diagnosi) | Alla revisione non si rilevano alterazioni meritevoli di approfondimento |
| Segni minimi | Minime alterazioni che non necessariamente impongono un approfondimento diagnostico (spesso rilevate per "bias" di revisione o con il senno del poi [lato e sede del carcinoma noti]) |
| Errore di screening (falso negativo) | Evidenza di alterazioni che impongono un approfondimento diagnostico |

| Per la soggettività del giudizio si può optare, in caso di revisione da parte di panel dispari, per una categorizzazione "a maggioranza". | |
|---|--------------------------------|
| Identificazione da parte di: | Classificazione corrispondente |
| nessun lettore | Occulto |
| Un solo lettore su tre | Segni minimi |
| Almeno due lettori su tre | Errore di screening |

Revisione ca. intervallo

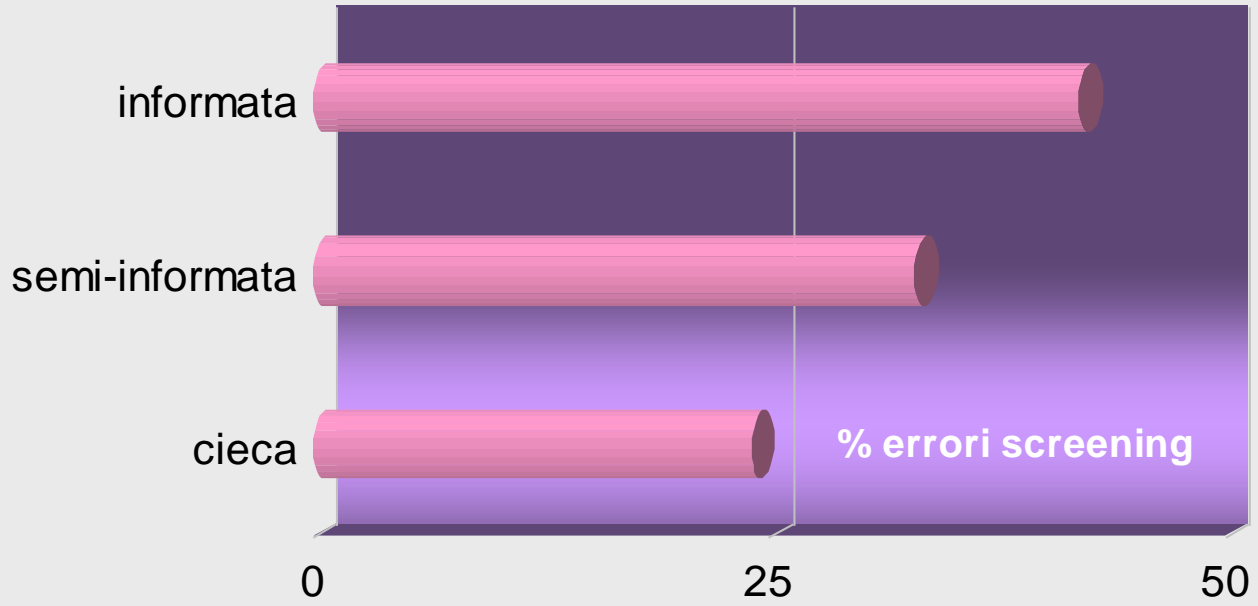
| Modalità di revisione dei radiogrammi precedenti il ca. di intervallo | | |
|---|---|---|
| Informata (molto) | sono disponibili anche i radiogrammi diagnostici | lavoro facile, si presta a sovrastimare l'errore, ideale per i revisori "primi della classe" |
| Semi- informata (poco) | non sono disponibili i radiogrammi diagnostici ma si rivedono (e lo si sa) solo i ca, di intervallo | il revisore è comunque facilitato dal fatto che sa che c'è stato un carcinoma (ma ignora sede e lato) |
| Cieca (non informata) | i ca. di intervallo sono mescolati con casi negativi in ratio almeno 4-5:1 | si avvicina di più alle condizioni nelle quali è stato commesso l'eventuale errore |

La revisione cieca è quella consigliata e certamente la più garantista

| classificazione di CI – concordanza tra radiologi e al variare della modalità di revisione | |
|--|----------|
| lettore A vs lettore B, lettura cieca | K 0.59 * |
| Lettore A vs lettore C, lettura informata | K 0.53 |
| Lettore A, lettura cieca vs. informata | K 0.27 |
| * Kappa > 0.40 = buona concordanza | |

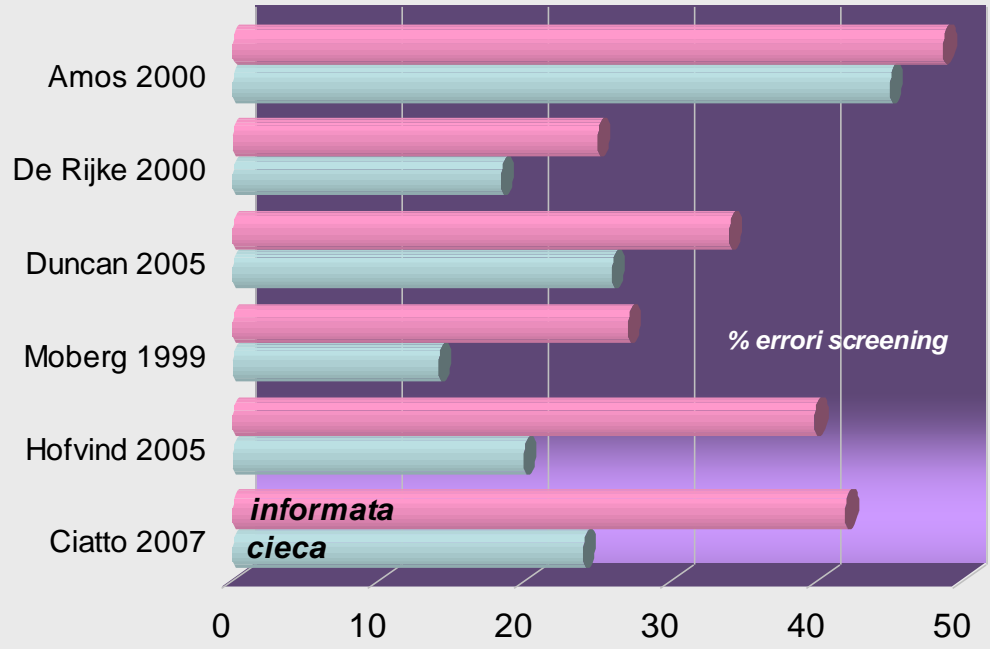
Modalità di **revisione** e esiti della stessa
100 casi (20 CI e 80 controlli negativi, classificati da **6 radiologi** con le **tre modalità in sequenza**
Ciatto S, Catarzi S, Lamberini MP et al. The Breast 2007;16:646

| classificazione | modalità di revisione | | |
|------------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| | cieca | semi-informata | informata |
| SM segni minimi | 6 % | 10 % | 20 % |
| ES errori di screening | 24 % | 33 % | 42 % |
| OR SM + ES | 1.00 | 1.78 (p=0.033) | 3.91 (p=0.000) |



Revisione ca. intervallo

| Studio | CI | revisori | IC/controlli | % valutati come ES | | |
|-----------------------|----|----------|--------------|--------------------|----------------|-----------|
| | | | | cieca | semi-informata | informata |
| Ciatto, 2007 | 20 | 6 | 1 : 4 | 24.0 % | 33.0 % | 42.0 % |
| Hofvind 2005 | 23 | 6 | 1 : 1.61 | 19.9 % | - | 35.9 % |
| Moberg 1999 | 59 | 3 | 1 : 8 | 14.1 % | - | 27.1 % |
| Duncan & Wallis, 1995 | 50 | 6 | 1 : 3 | 26.0 % | 36.0 % | 34.0 % |
| De Rijke, 2000 | 92 | 2 | 1 : 50 | 18.4 % | - | 25.0% |
| Amos, 2000 | 80 | 5 | 1 : 0.76 | 45.0 % | - | 48.7 % |





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

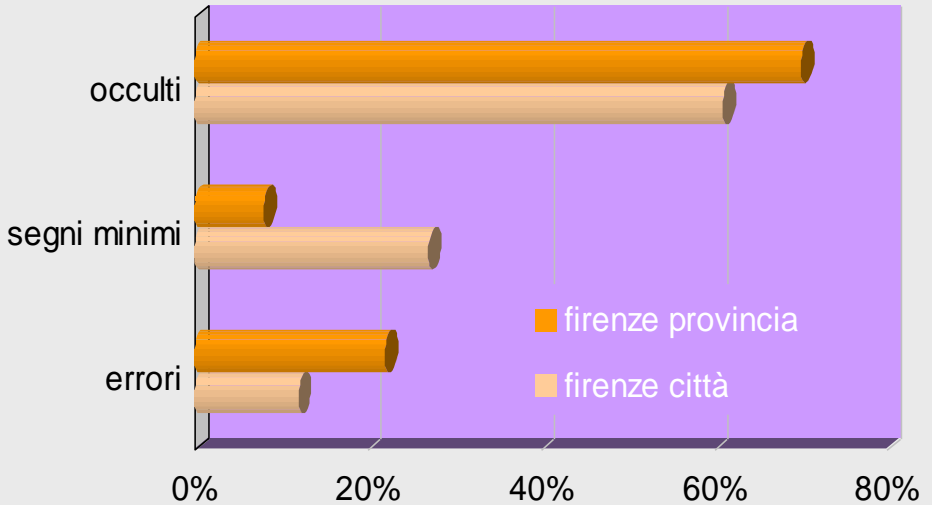
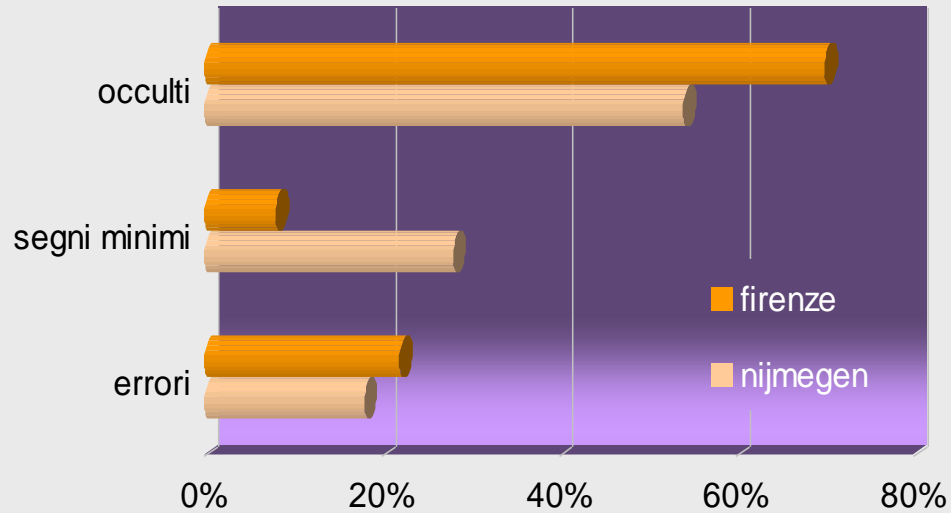
PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO:
ERRORI INTERPRETATIVI SUPPOSTI NELLA LETTURA DELLA
MAMMOGRAFIA e CANCRI INTERVALLO

Documento delle Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ministero della Salute

In ordine di affidabilità e preferenza la revisione *cieca* è certamente la migliore, seguita dalla *parzialmente informata* e dalla *completamente informata*. La prima, peraltro, è più complessa e po-

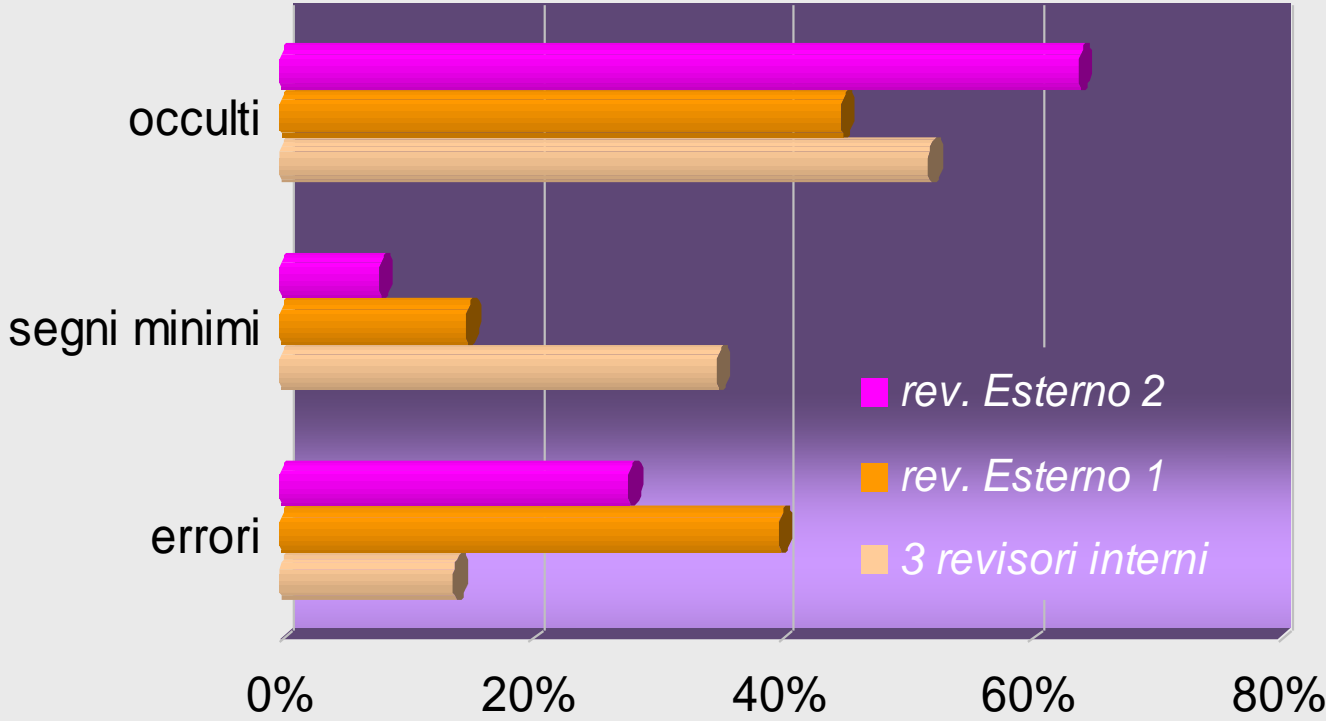
La procedura della revisione dei radiogrammi oltre all'obiettivo del miglioramento continuo della qualità delle letture attraverso il confronto dei radiogrammi di screening e diagnostici, può avere in alcuni casi anche lo scopo di accertare se vi sia stata imperizia o meno da parte del radiologo nella lettura di screening. Appare evidente da quanto detto che per questo secondo scopo l'unica modalità di revisione che possa dare una risposta valida è la revisione in cieco, che si configura quindi come procedura di "buona pratica" in occasione della nomina del CTU.

Risultati diversi o revisori diversi ?



Revisione ca. intervallo

stessa casistica (101 ca. di intervallo), valutatori diversi



rapporto preliminare RER per l'anno 2001
revisione interna: le lesioni segnalate da 1-2 revisori su 3 = segni minimi
i revisori esterni danno un giudizio più severo

la revisione dei CI è molto importante

la classificazione degli errori è molto soggettiva

insperabile un unico panel nazionale di revisori

accettabili i confronti solo se con lo stesso panel di revisori

One-stop diagnostic breast clinics: how often are breast cancers missed?

P Britton^{*,1}, SW Duffy², R Sinnatamby¹, MG Wallis¹, S Barter¹, M Gaskarth¹, A O'Neill³, C Caldas³, JD Brenton³, P Forouhi⁴ and GC Wishart⁴

¹Department of Radiology, Cambridge Breast Unit, Box 97, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge CB2 2QQ, UK; ²Cancer Research UK Centre for Epidemiology, Mathematics and Statistics, Wolfson Institute of Preventive Medicine, Barts and the London School of Medicine and Dentistry, London Charterhouse Square, London EC1 M 6BQ, UK; ³Department of Oncology, University of Cambridge and Oncology Centre, Addenbrooke's Hospital, Cambridge CB2 2QQ, UK; ⁴Department of Surgery, Cambridge Breast Unit, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge CB2 2QQ, UK

We have shown that triple assessment carried out in an MDT setting is extremely safe with an overall diagnostic accuracy of 99.6%. The lowest sensitivity for initial assessment occurs in younger women aged 40–49 years. For every 1000 patients seen and discharged, just over 4 will return and be diagnosed with breast cancer in the following 3 years. Of these, 1.3 will have been unequivocally missed at the initial presentation and a further 0.4 will have had a subtle imaging abnormality that was overlooked at the initial assessment. The 'missed' cancer rate overall is therefore 1.7 per 1000 women discharged over a 3-year period.

Tasso di errori: $1.3/4 = 32.5\%$
(standard CE <20%)



Ví decidete o no
a salíre su
questa bilancia
?