

Identificazione di soggetti a basso rischio di carcinoma del colonretto

Quesito clinico

E' possibile identificare i soggetti a rischio molto basso di carcinoma coloretale mediante un semplice indice clinico che consenta di evitare lo screening endoscopico?

Messaggio

Tra i soggetti che si sottopongono alla sigmoidoscopia di screening, una regola clinica basata su età, sesso e risultati della sigmoidoscopia, può individuare un sottogruppo a rischio molto basso di carcinoma coloretale (non superiore all'1,49%) che non richiederebbe un'ulteriore valutazione endoscopica. E' da notare, tuttavia, che tale regola è utile per identificare quei soggetti che non necessitano di ulteriori approfondimenti; viceversa, non è di ausilio nell'individuare coloro che dovrebbero sottoporsi ad esami aggiuntivi. La regola suggerirebbe, ad esempio, di effettuare una colonscopia dopo sigmoidoscopia a tutti i maschi con età > 55 anni e a tutti i soggetti, maschi o femmine, sopra i 60 anni, indipendentemente dal reperto sigmoidoscopico, il che appare irrealistico e non necessario ([LOE = 1b](#)).

Citazione

Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. [Using risk for advanced proximal colonic neoplasia to tailor endoscopic screening for colorectal cancer](#). Ann Intern Med 2003; 139:959-65.

Disegno dello studio: regola decisionale (validazione)

Ambiente (Contesto o Scenario): popolazione di soggetti asintomatici

Sinossi

Gli autori dello studio hanno creato e poi validato una regola decisionale basata su età e sesso di soggetti ricevuti una sigmoidoscopia di screening per determinare, fra gli individui screenati, chi potesse evitare una colonscopia successiva. Lo screening era offerto a soggetti asintomatici con età maggiore o uguale a 50 anni mai sottoposti a colonscopia preventiva. La maggior parte dei soggetti era di razza bianca e appartenente a ceti sociali medio-alti; tutti erano stati indirizzati allo screening da una compagnia che offriva la colonscopia come beneficio sanitario. La regola è stata ricavata dai dati di 1994 individui e poi validata su un secondo gruppo di 1031 soggetti. A ciascuna caratteristica era assegnato un punteggio e sulla base del calcolo finale veniva stimato il rischio di neoplasia prossimale. Caratteristica e punteggio: sesso maschile = 1 punto; età 55-59 anni = 1 punto, età 60-64 anni = 2 punti, età ≥ 65 anni = 3 punti. Allo scopo di approssimare i risultati a quelli di una sigmoidoscopia, venivano considerati soltanto i reperti distali (dal colon discendente in giù): iperplasia = 1 punto, adenoma tubulare < 1 cm = 2 punti, lesione avanzata = 3 punti. I soggetti a basso rischio (punteggio finale = 0 o 1), che costituivano il 47% del gruppo di validazione, avevano un rischio di neoplasia prossimale avanzata dello 0.4% (IC 95%, 0,05-1,49%). Utilizzando la regola e screenando soltanto i soggetti a rischio moderato o alto sarebbero stati identificati il 92% dei pazienti con cancro prossimale (numero necessario di soggetti da screenare = 24).

Commento

Lo studio è interessante e si fonda sul concetto di prevalenza o probabilità pre-test. Nell'ambito di una popolazione più ampia viene identificato un sottogruppo con bassa probabilità di malattia (neoplasia del colon prossimale). Attualmente si dispone di quattro studi randomizzati che hanno dimostrato il valore dello screening per il carcinoma coloretale utilizzando il test della ricerca di sangue occulto nelle feci (1). Il beneficio ottenuto in termini di riduzione della mortalità causa-specifica è pari al 27% (IC 95%, 10-43%). La sigmoidoscopia ha una maggiore sensibilità rispetto alla ricerca del sangue occulto fecale e pertanto il suo impiego come procedura di screening appare promettente, sebbene sia stato analizzato unicamente mediante studi osservazionali. Un ampio studio randomizzato per validare l'efficacia della sigmoidoscopia è attualmente in corso e si stima di averne i risultati nel 2005-2006. Una volta provata l'utilità del test, una migliore definizione dei soggetti da screenare potrà consentire una maggiore razionalizzazione delle risorse.

Dott. Fabio Puglisi

Clinica di Oncologia Medica

Polclinico Universitario di Udine

P.za S. Maria della Misericordia 15 - 33100 Udine

fabio.puglisi@med.uniud.it

Citazioni correlate

Boyle P, Autier P, Bartelink H, et al. **European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003)**. Ann Oncol 2003;14:973-1005.

Revisione tratta da **InfoPOEMs - InfoRetriever**

Tradotta dall'inglese dal dott. Fabio Puglisi

Progetto a cura del dott. Michele Tringali

Responsabile struttura Conoscenza e Ricerca - **Knowledge Centre**

Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia" - Udine

tringali.michele@aoud.sanita.fvg.it

Marzo 2004