



gis
ma
gruppoitaliano screening
mammografico

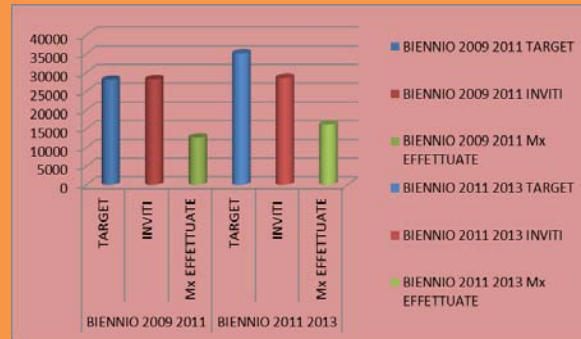
Torino 26 -27 settembre 2013

Analisi quantitativa – qualitativa dei tumori diagnosticati al II round di screening città di Taranto

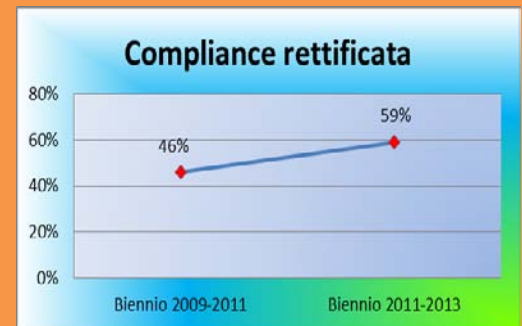
Giuseppe Melucci – Rossana Antonazzo – Monica Raguso SS Radiologia Senologica – SC Radiologia Ospedale SS. Annunziata TA – Direttore Maurizio Resta.
Anna Maria Sebastio – Salvatore Magnasco – Grazia Napoli – SC Anatomia Patologica - Ospedale SS. Annunziata TA –

INTRODUZIONE - MATERIALI E METODI

Il I round di screening del carcinoma mammario per la città di Taranto, iniziato il primo gennaio 2009, si è concluso il 28 febbraio 2011.
Il primo marzo 2011 ha preso il via il II round (biennio 2011 – 2013); al 31 maggio 2013 l'invito alla mammografia di screening è stato rivolto all'81 % del target (28593 donne su 35092).
Il secondo round ha visto un incremento di adesione rispetto al primo passaggio (+13%). Sono state effettuate 16100 mammografie (13963 per inviti di I livello, 1866 per sollecito, 271 per adesioni spontanee).



La compliance rettificata, è risultata pari al 59%, in incremento rispetto al I round (il dato risente in difetto della non sicura verificabilità di alcuni parametri, quali mammografia non effettuata per pregresso esame ravvicinato e/o per mancato recapito dell'invito).



Obiettivo del presente lavoro è stato valutare l'efficacia del programma di screening analizzando l'indicatore qualitativo legato a numero, dimensioni e istotipo dei tumori diagnosticati al II passaggio. E' stato analizzato il tasso d'identificazione complessivo; il dato è stato poi elaborato in prima istanza in base all'istotipo, calcolando la proporzione e il tasso di identificazione dei tumori duttali in situ. Con riferimento ai tumori invasivi sono stati analizzati proporzione e tasso di identificazione dei tumori < 15mm. Sono stati quindi analizzati proporzione dei tumori invasivi N negativi e dei tumori in II stadio.

RISULTATI

I tumori diagnosticati al II passaggio sono stati 133 (36 duttali in situ; 97 infiltranti).



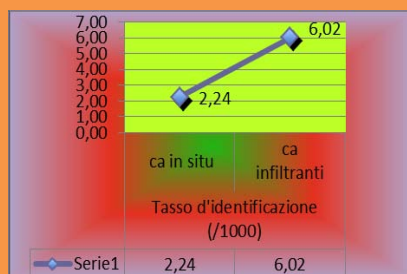
Il tasso di detezione tumorale globale su 16100 mx è risultato pari all' 8,26/1000.



La distribuzione percentuale in relazione all'istotipo ha evidenziato il 27% di forme in situ e il 73% di forme invasive.



Il tasso d'identificazione (/1000), per forme in situ e infiltranti è risultato pari a 2,24 e 6,02



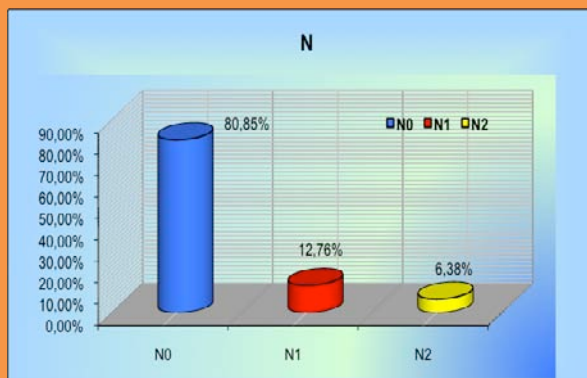
La proporzione in base alle dimensioni per le forme infiltranti ha evidenziato: <15mm nell' 83%; tra 15 e 20 mm nel 10%; > di 20 mm nel 7%.



Il tasso d'identificazione dei tumori invasivi ≤ di 15 e > di 15 mm è risultato rispettivamente pari al 4,97 e 1,06/1000.



Il valore percentuale dei tumori N negativi è risultato dell'80,85%. Il calcolo si basa su 47 casi con istologia definitiva documentata.



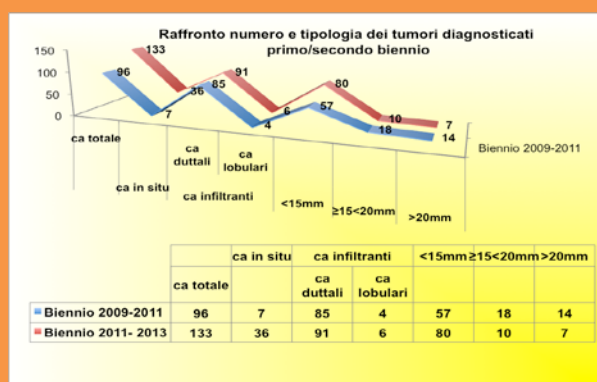
Il valore percentuale di tumori al II stadio è stato calcolato per T (>20 mm) sui tumori invasivi, per N≠0 sui 47 casi con istologia definitiva documentata. Proporzionalmente risulta pari al 17,51% sul totale delle forme invasive.



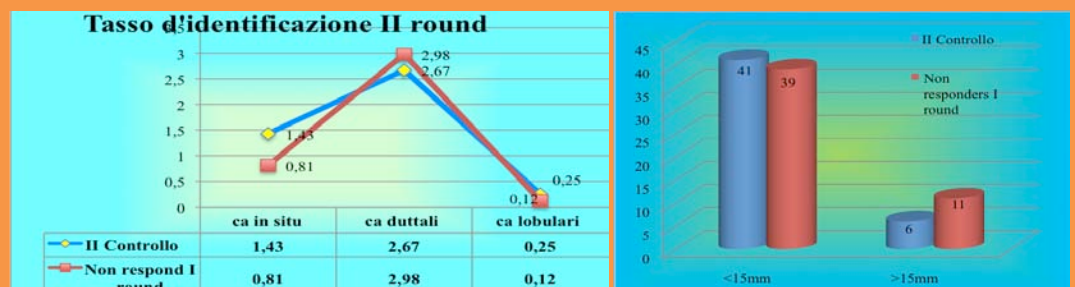
DISCUSSIONE

Nella fase di II round, tra i vari indicatori si è data particolare importanza alla valutazione del tasso di detezione tumorale, ritenendolo, insieme alla copertura del target, uno degli aspetti fondamentali per la valutazione di efficacia del programma. Nella popolazione al II passaggio i dati attesi sono un aumento della compliance, un incremento del tasso di detezione dei tumori in situ ed un incremento percentuale dei tumori invasivi di piccole dimensioni. Le linee guida nazionali ed europee raccomandano il calcolo dei parametri fornendo in alcuni casi standard numerici di riferimento. La verifica di qualità dei dati al II round è stata fatta attraverso il raffronto con i dati della letteratura e la comparazione con i dati del primo biennio. La compliance rettificata è risultata del 59% nella media del valore nazionale (60%). Il tasso totale di detezione tumorale globale è risultato dell'8.26/1000. Il tasso di detezione dei tumori in situ (diagnosticati mediante microistologia e confermati tutti all'istologia definitiva) è risultato pari a 2.4/1000, con corrispondente valore proporzionale (27%) in linea con i valori desiderati (> del 15-20%). Il tasso di detezione delle forme invasive (6.02/1000, tutte diagnosticate con microistologia) è risultato concordante con il valore medio nazionale (5/1000). Per i tumori invasivi di piccole dimensioni si è optato per il valore discriminante < di 15 mm, rientrando la maggior parte delle lesioni diagnosticale al di sotto di tale valore, non risultando perfettamente attendibile la misurazione calibrata sul valore soglia di 1 cm. Il tasso di detezione è risultato pari a 4.97/1000, con dato proporzionale (83%) aderente ai valori attesi (>50%). Analogamente, le percentuali dei tumori in II stadio (17,51%) e dei tumori N negativi (80.85%) sono risultate nei valori desiderabili (<25 e >75 rispettivamente).

Con riferimento ai dati del primo biennio, incrementano al II round il tasso totale di detezione tumorale (8.26/1000 vs 7.5 /1000) e il tasso di detezione dei tumori in situ (2.4/1000 vs 0.55), mentre si riduce lievemente il tasso di detezione delle forme invasive (6.02 vs 7.05).



Dei tumori diagnosticati al II passaggio si è potuto verificare che il 52,63% è stato diagnosticato in donne al secondo controllo effettivo, il 47,37% in donne al primo ingresso nel programma, non responders al I round. La discriminante è apparsa significativa per i tumori in situ, risultati circa il doppio (23 vs 13) nelle donne al secondo controllo. La percentuale dei tumori infiltranti è risultata sovrapponibile tra controlli e non responders ma in quest'ultima categoria sono stati riscontrati i tumori invasivi di maggiori dimensioni.



CONCLUSIONI

La conduzione di un programma di screening obbliga a sistematiche verifiche di qualità attraverso l'analisi dei parametri di performance. I dati indicano complessivamente valori degli indicatori aderenti agli standard. L' incremento del tasso diagnostico di tumori in situ, la maggiore rilevanza proporzionale di tumori invasivi di piccole dimensioni con linfonodi liberi da malattia nella popolazione sottoposta a screening periodico evidenziano una buona qualità del programma. Il processo di autovalutazione dei medici radiologi rappresenta una verifica necessaria per continuare a offrire lo screening come elemento valido per la diagnosi precoce.

BIBLIOGRAFIA

Survey GISMa: risultati, aspetti organizzativi e strategie per il miglioramento della qualità D. Giorgi in Atti congresso nazionale GISMa Bologna 5-6 maggio 2010.
Osservatorio Nazionale Screening - rapporti-annuali 2002 - 2012
Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella – Manuale operativo A cura di: Livia Giordano, Daniela Giorgi et al. In Epidemiologia e Prevenzione – marzo/aprile 2006
Relazione annuale sull'andamento dello screening in provincia di Trento – Anno 2007. S. Piffer, M. Pellegrini et al. Osservatorio Epidemiologico e Servizio di Senologia APPS Trento
European guidelines for quality assurance in breast screening and diagnosis. Perry N. et al. Fourth edition. European commission, Luxembourg 2006.