

CONTRACCETTIVI ORMONALI E RISCHIO DI CANCRO ALLA MAMMELLA: INFORMAZIONE KILLER

Focus on

RAFFAELLA MICIELI, MAURIZIO CANCIAN*,
GIORGIO TRESOLDI**

Medico Generale, Responsabile Area Ginecologica
SIMG; * Medico Generale, Responsabile Area
Oncologica SIMG; ** Medico Generale, Area
Ginecologica SIMG

Il caso

Un recente studio non ancora pubblicato, svolto su 103.000 donne norvegesi e svedesi, ha dimostrato un lieve aumento del rischio di sviluppare un cancro della mammella con l'uso di contraccettivi orali (CO). I dati, presentati in maniera preliminare al III European Breast Cancer Conference svoltosi a fine marzo a Barcellona, sono stati ripresi e pubblicati con grande clamore e altrettanta imprecisione da un settimanale molto diffuso. L'articolo comunica una forte sensazione di allarme a chiunque lo legga, avendo l'autrice usato sistemi per cui anche le dichiarazioni che tendono a ridimensionare il problema, perdono corpo nell'insieme della comunicazione del messaggio.

I DATI

- Il cancro della mammella è la neoplasia più comune nelle donne.
- L'incidenza aumenta con l'età: l'80% dei casi sono diagnosticati in donne oltre i 50 anni.
- Attualmente la probabilità di una donna italiana di ammalare di cancro della mammella nell'arco della sua vita è del 7%.
- La sopravvivenza a 5 anni è attualmente dell'85%, secondo dati pubblicati di recente dall'Istituto Europeo di Oncologia di Milano.
- Il ritardo dell'età di gravidanza ed il minor numero di gravidanze vanno ricordati tra i fattori di rischio dovuti a cambiamenti sociali.
- Il maggior numero di esami di screening effettuati fa sì che vengano diagnosticati un maggior numero di casi rispetto al passato.
- Nelle donne in terapia ormonale a scopo contraccettivo o sostitutivo le neoplasie della mammella diagnosticate sono più localizzate.
- Non esiste attualmente una dimostrazione certa del rapporto di causa-effetto tra l'uso di terapie ormonali e sviluppo di cancro della mammella.
- Uno studio del National Cancer Institute ha dimostrato che le donne sovrastimano il rischio di contrarre cancro della mammella e trascurano altri rischi anche più consistenti come quello cardiovascolare.
- La re-analisi del Gruppo Collaborativo su fattori ormonali e cancro al seno, pubblicata nel 1996 su Lancet che ha rivalutato i dati epidemiologici mondiali (un campione di 56.297 donne con cancro al seno e 100.239 donne senza cancro al seno, raccolti da circa

54 studi in 25 paesi diversi e che rappresenta circa il 90% delle informazioni disponibili) ha formulato le seguenti conclusioni:

- a. il rischio in donne che utilizzano CO è lievemente aumentato (Rischio Relativo [95% CI] = 1,24 [1,15-1,33] in Current users, $2p < 0,00001$); 1-4 anni dopo cessato uso 1,16; 5-9 anni dopo 1,07);
- b. dopo 10 anni dall'ultimo utilizzo non vi è più aumento di rischio di diagnosi di cancro al seno.

LA DISCUSSIONE

Il Rischio Relativo (RR)

In uno studio scientifico, si valuta come rischio relativo uguale all'unità (RR = 1,0) il rischio basale di sviluppare una data patologia in una popolazione che non è esposta all'elemento su cui si vuole indagare. Se il rischio aumenta, a causa di un dato fattore, il valore di questo indice salirà. Se diminuisce, il valore scenderà al di sotto dell'unità. La statistica sanitaria ci dice che sette donne su cento avranno un tumore al seno nel corso della loro esistenza. Questo è dunque il rischio basale (RR = 1,0) che ogni donna ha: sette probabilità su cento.

Secondo l'ultimo studio presentato a Barcellona in questi giorni, dopo cinque anni di assunzione di CO il rischio relativo salirebbe a 1,26 (RR = 1,26).

Questo significa che c'è un incremento del 26% rispetto al rischio basale.

Più chiara è la traduzione dell'incremento di rischio relativo (RR = 1,26) in numeri assoluti. Tale incremento significa che circa 1,3 donne in più su cento (da 7 si passa quindi a 8,3 donne su cento) potranno avere un

tumore al seno correlato al fatto di aver assunto CO. Questi invece sono i numeri citati nell'articolo:

- 26% di aumento del rischio in chi ha usato CO in un qualsiasi momento della sua vita;
- 56% per lunghi periodi di assunzione;
- 144% per chi usa CO a 45 anni ed oltre.

Nel valutare vantaggi e svantaggi della contraccezione orale, è inoltre utile valutare il rischio oncologico globale, considerando non solo i potenziali effetti negativi sul carcinoma della mammella ma anche i possibili effetti positivi su neoplasie di altre sedi:

- i CO riducono del 49% (RR = 0,51) il rischio relativo di tumori all'ovaio;
- anche per un uso molto breve di CO la riduzione di rischio per cancro ovarico risulterebbe del 40%, mentre per un tempo lungo di utilizzo (> 10 anni) tale rischio si ridurrebbe ben dell'80%;
- i CO conferirebbero una riduzione del 40-50% del rischio di sviluppo del cancro endometriale, indipendentemente dall'istotipo, e tale protezione inizierebbe dopo un anno di assunzione permanendo fino a molti anni dopo la cessazione dell'uso;
- i CO assunti per cinque anni o più, riducono il rischio relativo del tumore al colon del 19% (RR = 0,81), con un effetto maggiore (meno 54%, RR = 0,46) se l'assunzione è recente;
- il rischio di tumori al collo dell'utero è strettamente correlato al numero di partner, da cui dipende il rischio di contrarre infezioni da Papillomavirus oncogeni, non con l'uso dei CO.

Per quanto riguarda il rischio cardiovascolare correlato all'assunzione dei CO (indicazioni, controindicazioni, vantaggi e svantaggi nell'uso dei CO), rimandiamo al documento su CO e TVP già pubblicato nel sito.

LA COMUNICAZIONE

I medici della SIMG danno grande importanza alla comunicazione con il paziente, sia vista come comprensione dei problemi che egli esprime, sia, al contrario, come vera e propria "comunicazione" da parte del medico, di notizie necessarie al paziente stesso per la comprensione dei propri problemi e per le decisioni relative alle terapie da intraprendere. In questo senso curano la scelta del "setting" di studio, la scelta delle parole da usare a seconda della personalità, della cultura e del grado di comprensione dei vari pazienti e la scelta di un atteggiamento non verbale empatico. Al di fuori del rapporto diretto, è certo che sia utile a volte usare mezzi a forte diffusione che permettano la comunicazione di alcune informazioni ad un maggior numero di persone in breve tempo. Per que-

sto abbiamo prodotto materiali cartacei da studio e curato le pubblicazioni di articoli rivolti anche a personale non medico.

Per il Medico Generale è tassativo che al paziente arrivino tutte le notizie utili per la scelta di un corretto stile di vita. Tra queste sono comprese anche quelle relative alla scelta della tecnica contraccettiva.

Proprio per la rilevanza del problema e per il rispetto dovuto a ciascun paziente (o lettore di giornale - non cambiano gli obblighi etico-professionali) è altrettanto tassativo che la comunicazione sia corretta sia nella sostanza che nella forma.

Per questo ci inquieta molto che chiunque possa scrivere su argomenti di pertinenza medica seminando il panico immotivatamente ed inficiando il lavoro di chi da sempre cerca di mantenere alto il livello di attenzione, soprattutto nella prevenzione delle malattie neoplastiche, ma basso il livello di ansia che queste patologie spontaneamente stimolano. Auspichiamo ancora una volta che la diffusione di notizie di natura scientifica sia accuratamente vagliata da personale competente e diretta non ad ottenere lo scoop giornalistico, ma la più corretta e completa informazione possibile.

A servizio della gente e della verità.

Bibliografia

- ¹ *Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies.* Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet* 1996;347:1713-27.
- ² Walker GR, Schlesselman JJ, Ness RB. *Family history of cancer, oral contraceptive use, and ovarian cancer risk.* *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:8-14.
- ³ *The reduction in risk of ovarian cancer associated with oral-contraceptive use. The Cancer and Steroid Hormone Study of the Centers for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development.* *N Engl J Med* 1987;316:650-5.
- ⁴ Ness RB, Grisso JA, Klapper J, Schlesselman JJ, Silberzweig S, Vergona R, et al. *Risk of ovarian cancer in relation to estrogen and progestin dose and use characteristics of oral contraceptives.* SHARE Study Group. *Steroid Hormones and Reproductions.* *Am J Epidemiol* 2000;152:233-41.
- ⁵ Rosenberg L, Palmer JR, Zauber AG, Warshauer ME, Lewis JL Jr, Strom BL, et al. *A case-control study of oral contraceptive use and invasive epithelial ovarian cancer.* *Am J Epidemiol* 1994;139:654-61.
- ⁶ Burkman RT, Collins JA, Shulman LP, Williams JK. *Current perspectives on oral contraceptive use.* *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(Suppl.2):S4-12.
- ⁷ Fernandez E, La Vecchia C, Balducci A, Chatenoud L, Franceschi S, Negri E. *Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a meta-analysis.* *Br J Cancer* 2001;84:722-7.
- ⁸ Paley PJ. *Screening for the major malignancies affecting women: current guidelines.* *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1021-30.
- ⁹ *The Contraception Report* 2000;11:1-16.