

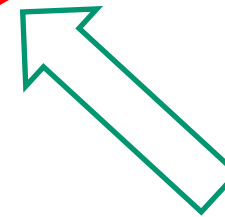
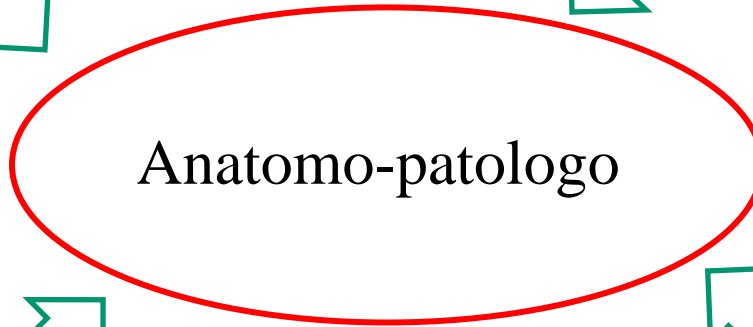
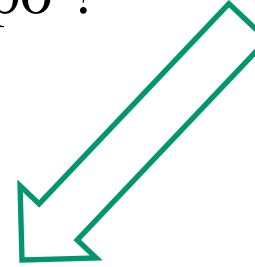
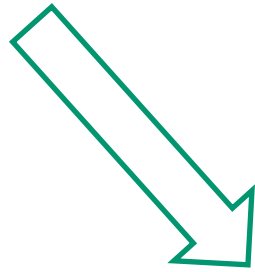
Interazione con l'endoscopista



Torino 20 novembre 2008

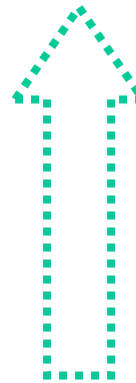
E' pronto ? Quanto devo aspettare ?

L'hai fatto vedere anche al capo ?



Ha, o sospetto, familiarità per tumori del colon ?

Devo farlo operare ?



Vieni in sala che facciamo un esame ?

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia ANNO 31 (6) NOVEMBRE-DICEMBRE 2007 SUPPLEMENTO 1



OSSERVATORIO
NAZIONALE
SCREENING

Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori coloretali

Manuale operativo

*Quality indicators for the evaluation
of colorectal cancer screening programmes*

Operative report

A cura di: *Manuel Zorzi, Priscilla Sassoli de' Bianchi,
Grazia Grazzini, Carlo Senore*
e il gruppo di lavoro sugli indicatori del GISCoR

Prefazione <i>Marco Zappa</i>	5
Riassunto	6
Introduzione	7
La struttura della scheda	11
Schema riassuntivo degli indicatori	13
Schede degli indicatori	20
Alcune definizioni operative	40
Copertura	42
Il follow up degli adenomi	45
Il Data warehouse nazionale degli screening	46
Bibliografia	47
Allegato 1 - La classificazione TNM del cancro del colon retto	49
Allegato 2 - Glossario dei termini	51

GISCOR
Gruppo
Italiano
Screening
ColoRettale

Inferenze

5c. Tempo tra l'esecuzione della colonscopia operativa e la disponibilità delle conclusioni diagnostiche
Delay between the operative assessment and the assessment result

Definizione	Tempo trascorso tra la data in cui è stata effettuata la colonscopia operativa e la data in cui sono disponibili le conclusioni diagnostiche.
Scopo	Valutare l'efficienza del programma nel pianificare l'espletamento delle procedure diagnostiche nel più breve tempo possibile.
Dati necessari	<ul style="list-style-type: none"> ■ Data in cui è stato effettuato l'approfondimento. ■ Data in cui è disponibile la conclusione diagnostica.
	Vanno selezionate le colonscopie di approfondimento operative, cioè quelle in cui sono state eseguite biopsie/polipectomie.
Formula	$= \frac{\text{n. persone che dispongono delle conclusioni diagnostiche entro 30 giorni dalla colonscopia}}{\text{n. persone sottoposte a colonscopia operativa}} \times 100$
Interpretazione	L'indicatore misura la durata complessiva del percorso necessario dalla prima colonscopia operativa per giungere alla definizione diagnostica, che tuttavia si compone di fasi diverse. L'elemento principale è rappresentato dal tempo impiegato per la refertazione istologica, mentre altri fattori sono legati alla quota di colonscopie operative seguite da ulteriori approfondimenti, endoscopici o radiologici. In caso di mancato rispetto dello standard proposto, l'identificazione degli eventuali passaggi critici viene demandata al singolo programma.
Standard di riferimento	<p>>90% entro 30 giorni per le conclusioni diagnostiche</p> <p>>90% entro 21 giorni per il referto istologico conclusivo</p>
Note	Solo nel caso in cui non sia disponibile la data della conclusione diagnostica, utilizzare la disponibilità del referto istologico.

Second-look come ?

- Solo su richiesta ?
- Informalmente ?
- In cieco ?

Second-look per ?

- Istologia villosa
- Grading displasia
- Adenomi cancerizzati

Istologia villosa e displasia di alto grado

- Aumento probabilità sviluppare adenomi avanzati e cancri se riscontro a esame di base di lesioni con displasia di alto grado o istologia villosa (Winawer et al Gastroenterology 2006; Atkin et al NEJM 1992; Yang et al JNCI 1998; Loeve et al Cancer 2004; Lieberman et al GE 2007)
- Colonscopia di follow-up rappresentano 20 % delle colonscopie totali.

- Grande variabilità nella definizione del grado di istologia villosa e grading della displasia (Golembeski et al Mod Pathol 2007)
- I patologi dovrebbero sviluppare metodi più quantitativi e riproducibili per interpretare elementi villosi e grado di displasia in un polipo (Rex et al Am J Gastroenterol 2008)

Adenoma Cancerizzato: La Gestione del Rischio Metastatico

Mortalità chirurgica (chirurgia elettiva)

- **0.8%** (Hassan et al 2005)
- **1.6% (< 65 aa) 4.4% (> 70 aa)** (Greenburg et al 1985)
- **0.64% (LS) 2.04% (OS)** (Tjiandra et al 2006)

Adenoma Cancerizzato: concordanza diagnostica

Buona concordanza diagnostica tra patologi esperti per i parametri

T	0.73
stato del margine di resezione	0.67
livello di invasione	0.68

Ma più bassa tra patologi esperti e non esperti

T	0.52 *
stato del margine di resezione	0.56 *
livello di invasione	0.58

*** $p \leq 0.05$**

Adenoma Cancerizzato: concordanza diagnostica

Per tutti scarsa concordanza relativamente al
giudizio sull'invasione vascolare

Variabilità osservata anche nel giudizio relativo
all'adeguatezza del preparato istologico per la
valutazione di

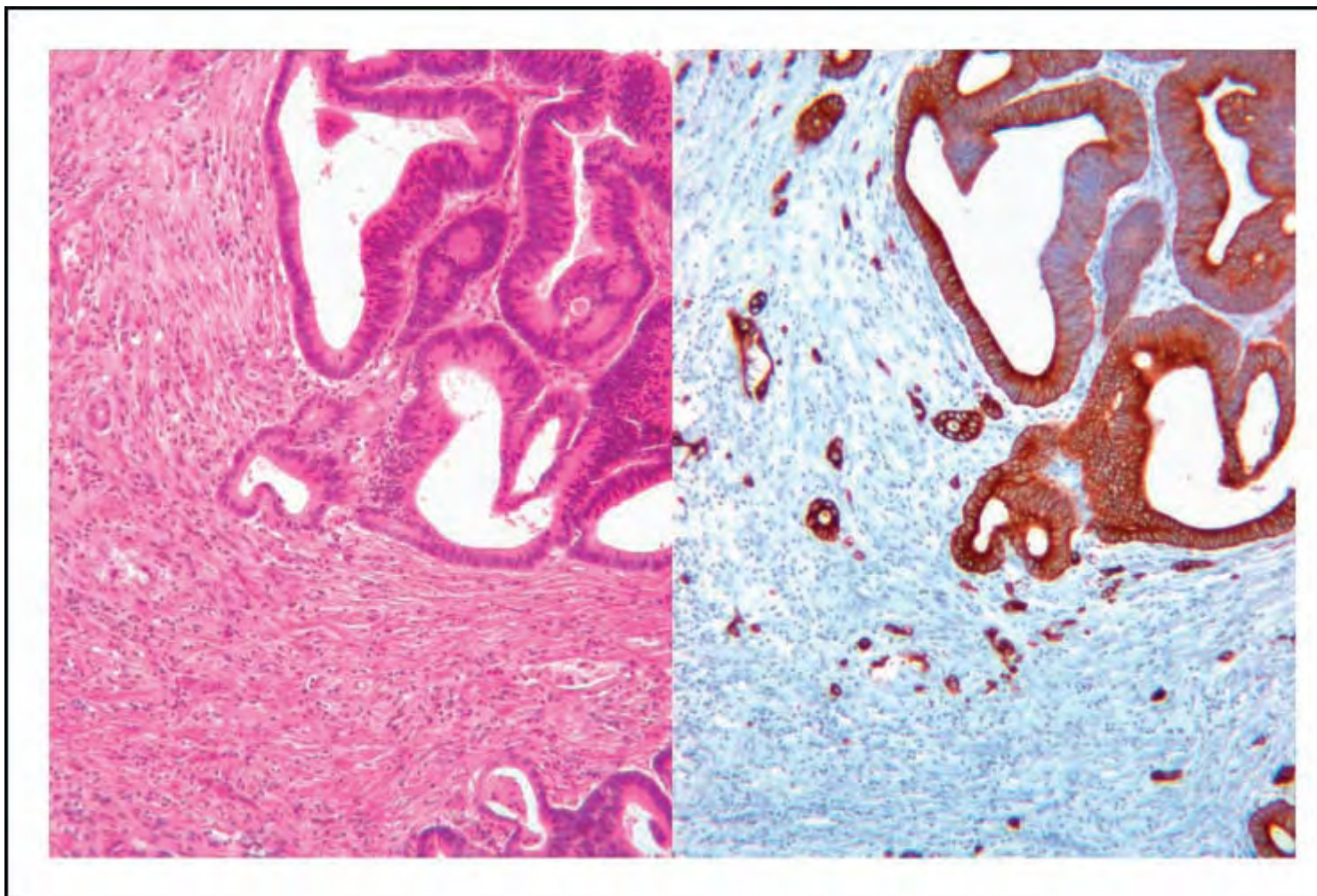
Livello di invasione

T

Komuta K, et al BJS 2004

Necessaria una seconda opinione per tutte
queste lesioni?

Ricerca del Budding tumorale con immunoistochimica



Turner et al Clin Cancer Res 2007;13(22 Suppl) 6871s November 15, 2007

Potenziiali markers molecolari

MSI (RT-PCR, immunohistochemistry)

Allelic imbalances/loss of heterozygosity (18q-)

Chromosomal instability (DNA ploidy)

Methylation (gene silencing, genome-wide or specific)

Oncogene expression (ras, myc)

Tumor suppressor gene loss (bcl-2, p21, p27, p53)

Proliferation/apoptosis (bcl-2, bax, Ki-67)

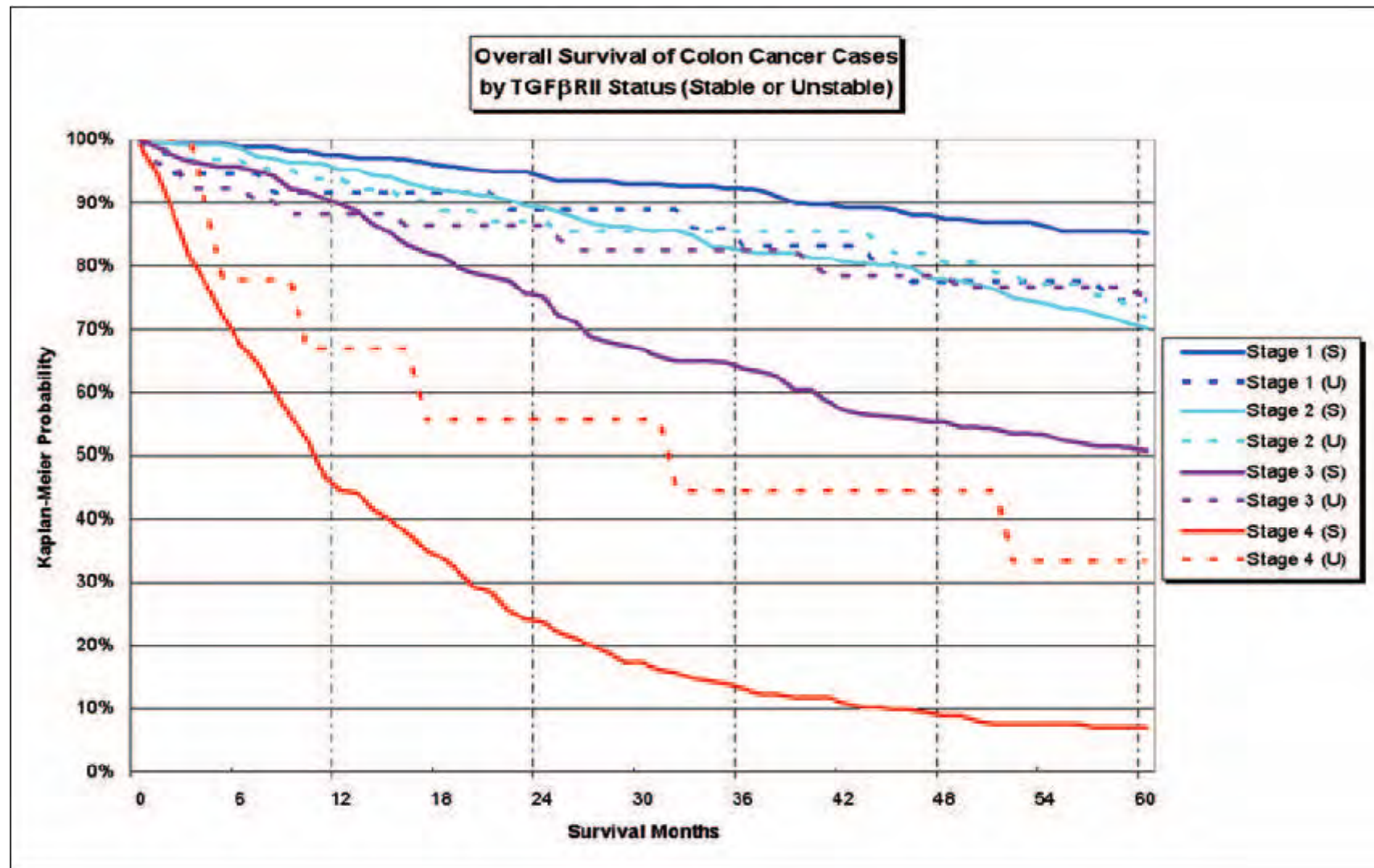
Angiogenesis (vascular endothelial growth factor, D2-40, CD31)

Inflammation (cyclooxygenase 2)

Cell adhesion (e-cadherin, h-catenin, CD44)

Specific predictive markers (e.g., epidermal growth factor receptor, thymidylate synthase, vascular endothelial growth factor, etc.)

Instabilità dei microsatelliti e sopravvivenza



Frederick L. Greene and Leslie H. Sobin *CA Cancer J Clin* 2008;58;180-190

- Tumor budding selects high-risk stage II cases.
- Refinements in histologic grading may further enhance its value.
- Detection of occult nodal metastasis warrants further evaluation.

- MSI-H identifies a better prognosis subset.
- Immunophenotypic studies of colorectal carcinoma should focus on marker panels that identify favorable and unfavorable groups.
- DNA microarrays look promising.
- Predictive marker immunohistochemistry assays are improving.

Sospetto familiarità

- Anamnesi
- Numero polipi (> 5 ?)
- Forma (piatti) e sede (colon dx)

Referto istologia: cosa chiedere ?

- Descrizione microstadiazione in tutti gli aspetti
- Chiara definizione del rischio
- Dichiarazione eventuale second-look (nome)

Endomicroscopia: esame istologico in sala endoscopica

