

**PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING
COLORETTALE PREVENZIONE SERENA
WORKSHOP 2014**

IL PROGRAMMA FS

Arrigo Arrigoni

S.C.GASTROENTEROLOGIA U

Azienda Citta' della Salute e della Scienza di Torino

Torino, 24 novembre 2014

RAZIONALE DELLO SCREENING CON RETTOSIGMOIDOSCOPIA (FS)



65-70% dei polipi e dei cancri sono distali

- DIAGNOSI PRECOCE DI CANCRO NEL TRATTO ESPLORATO
- RIDUZIONE INCIDENZA CANCRO ATTRAVERSO L'ASPORTAZIONE DEGLI ADENOMI

Lesioni distali sono “predittive” della presenza di lesioni prossimali

- Il 25-30% delle **lesioni prossimali** (polipi o cancro) possono essere diagnosticate eseguendo la colonscopia quando la FS evidenzia **lesioni distali a rischio** (adenomi villosi e/o di diametro > 1 cm e/o polipi multipli >3)

Semplice e rapida esecuzione: 5-10 min

Semplice preparazione: 1 clisma 2 ore prima

Ma...

- VALUTAZIONE LIMITATA AL RETTO-SIGMA (SE NEGATIVA)
- SIGMA E GIUNTO SIGMA-DISCENDENTE SONO TRATTI “PROBLEMATICI” E “FASTIDIOSI”
- DIVERTICOLOSI E SINDROMI ADERENZIALI POSSONO COMPLICARE LA SITUAZIONE
- POTRANNO ESSERE ESEGUITE CONTESTUALMENTE OPERATIVE CON RISCHI DI COMPLICANZE (EMORRAGIA, PERFORAZIONE)

NE CONSEGUE CHE....

- LA FS NON DEVE ESSERE BANALIZZATA
- CHI ADERISCE DEVE AVERE INFORMAZIONI COMPLETE E CHIARE

EFFICACIA DELLO SCREENING CON RETTOSIGMOIDOSCOPIA

Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial

Wendy S Atkin, Rob Edwards, Ines Kralj-Hans, Kate Wooldrage, Andrew R Hart, John M A Northover, D Max Parkin, Jane Wardle, Stephen W Duffy, Jack Cuzick, UK Flexible Sigmoidoscopy Trial Investigators

Lancet. 2010 May 8;375(9726):1624-33.

RIDUZIONE DI INCIDENZA DI CRC 33%

RIDUZIONE DI MORTALITA' 43%

NUMERO SOGGETTI DA SOTTOPORRE

A SCREENING PER:

- PREVENIRE UN CRC 191
- PREVENIRE UNA MORTE PER CRC 489

Once-Only Sigmoidoscopy in Colorectal Cancer Screening: Follow-up Findings of the Italian Randomized Controlled Trial—SCORE

Nereo Segnan, Paola Armadori, Luigina Bonelli, Mauro Risio, Stefania Sciallero, Marco Zappa, Bruno Andreoni, Arrigo Arrigoni, Luigi Bisanti, Claudia Casella, Cristiano Crosta, Fabio Falcini, Franco Ferrero, Adriano Giacomini, Orietta Giuliani, Alessandra Santarelli, Carmen Beatriz Visioli, Roberto Zanetti, Wendy S. Atkin, Carlo Senore; and the SCORE Working Group

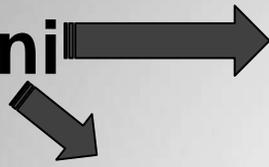
J Natl Cancer Inst. 2011 Dec 21;103(24):1903

RIDUZIONE DI INCIDENZA DI CRC 31%

RIDUZIONE DI MORTALITA' 38%

PROTOCOLLO DI SCREENING REGIONALE

■ **58 anni**



**SIGMOIDOSCOPIA
ONCE-ONLY**

- SE NEGATIVA
 - SE ADENOMI < 10 mm LR
- ↓
STOP

SOGGETTI CHE RIFIUTANO
SIGMOIDOSCOPIA



■ **59-69 anni**

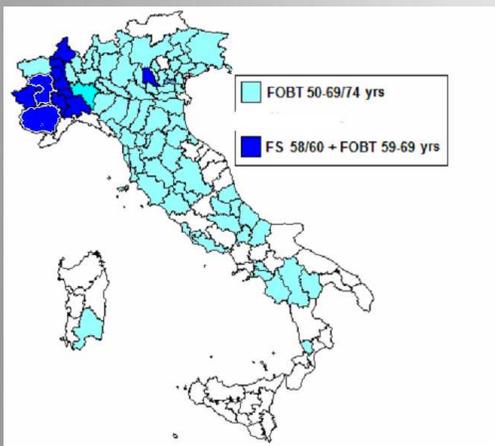
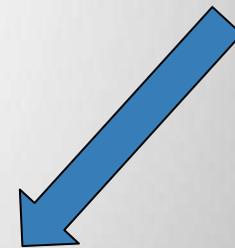


**FOBT BIENNALE
SE +**

- SE ADENOMI > 10 mm
- SE ADENOMI HR
- SE POLIPI + PREPARAZIONE INCOMPLETA

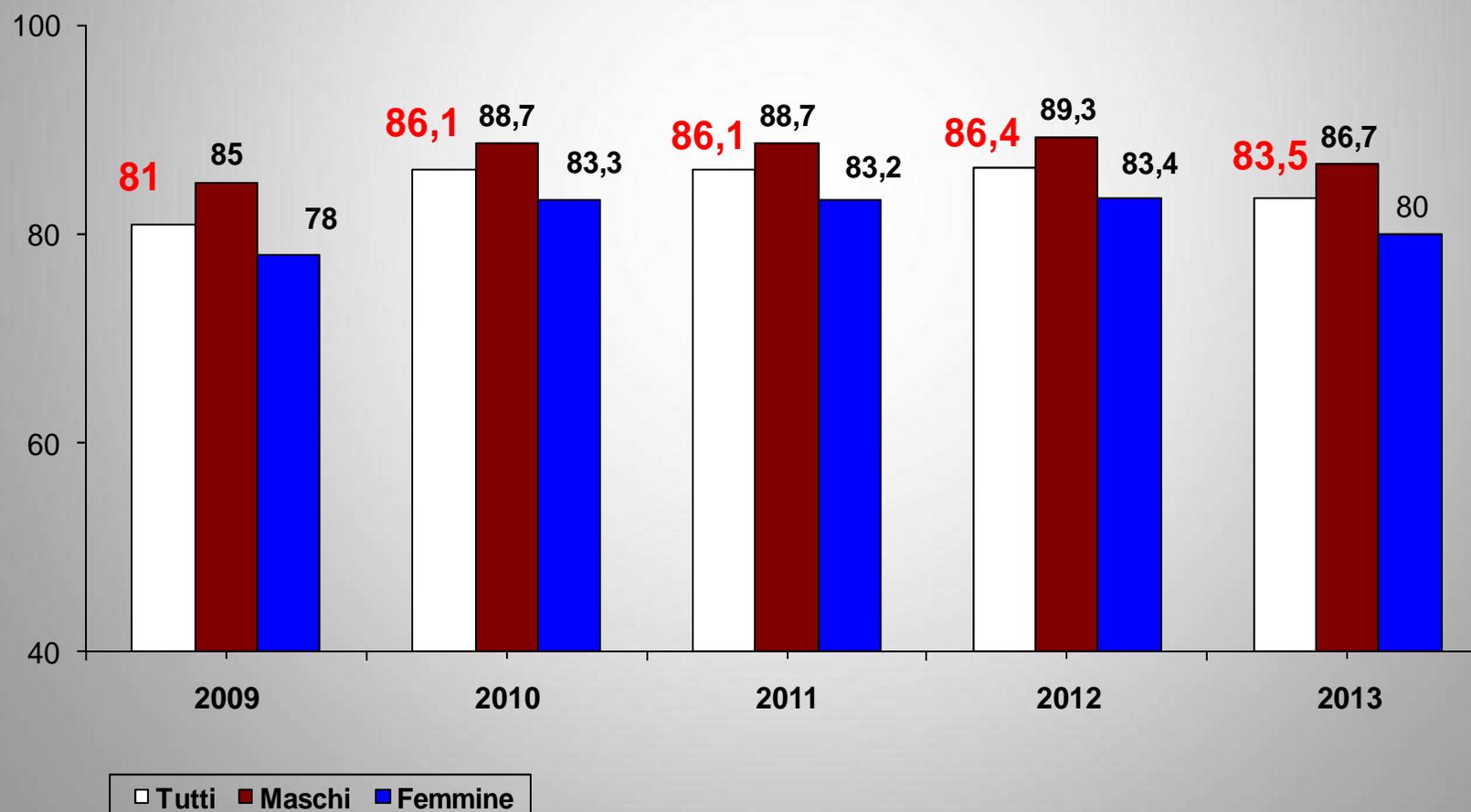


COLONSCOPIA



FS COMPLETE

Obiettivo: superamento del giunto sigmoideo-colico in condizioni di buona toeletta intestinale (valutata come “ottimale” o “meno che ottimale”. Desiderabile > 90% Accettabile > 85%



FS INCOMPLETE

VARIABILITA':

- TRA OPERATORI
- TRA CENTRI

FECI:

- Standardizzazione
- Tempo clistere-esame
- Corretta esecuzione (difficoltà ad eseguirlo? decubito? trattenuto a sufficienza?)
- Pompa di lavaggio
- Ripetizione clistere

INTOLLERANZA vs

ADERENZE/DIVERTICOLI/TORTUOSITA'

- Motivazione paziente
- Motivazione esecutori
- Rischi oggettivi in soggetto asintomatico

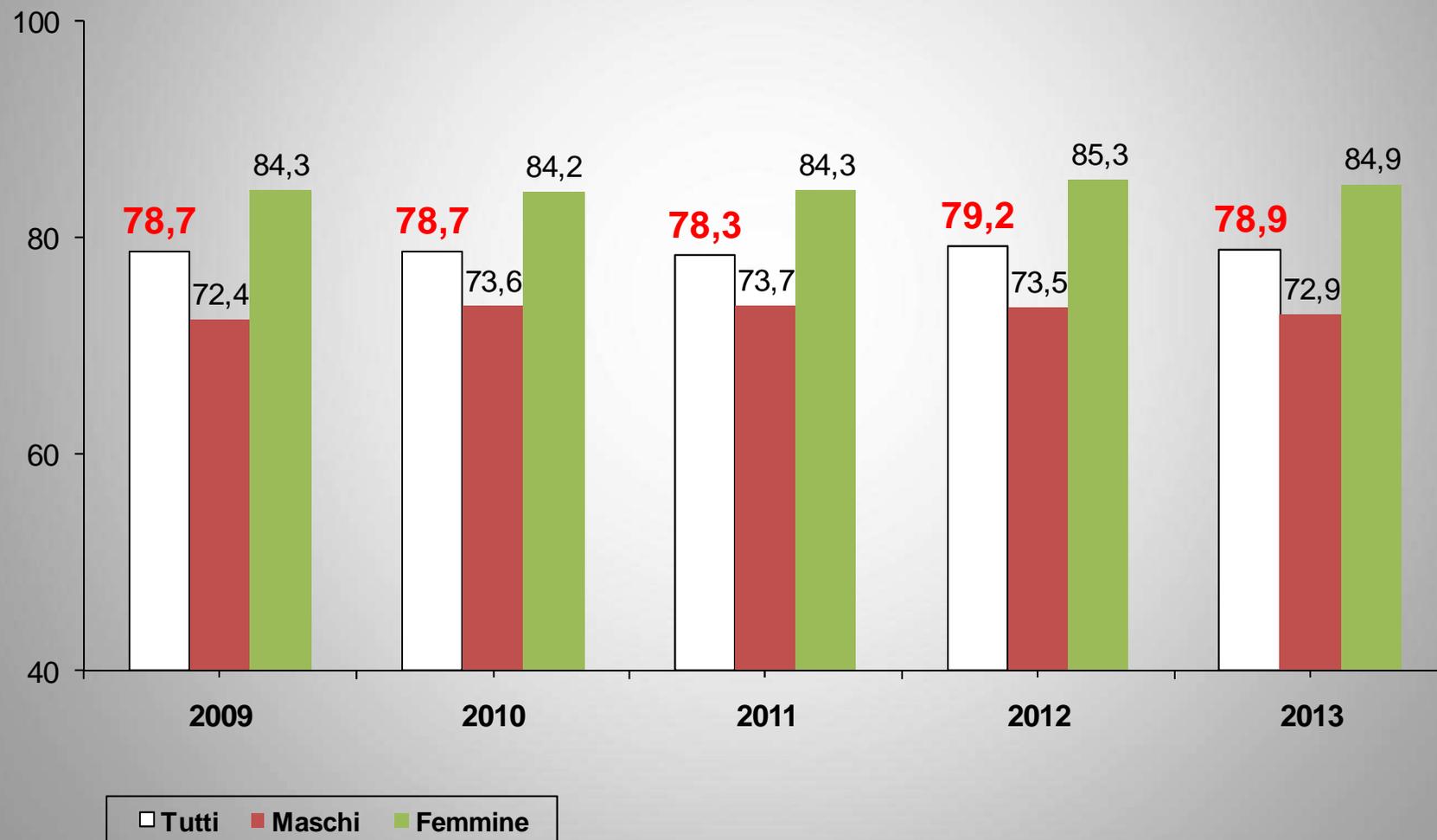
OPERATORI	Incompleto	Feci	Intolleranza Paziente	Aderenze Diverticoli Tortuosita'
A	21	14,3	3,6	1
B	21,1	10,8	7	1,8
C	31,3	17,1	11,6	2,1
D	26,9	17,9	5,3	3
E	29,8	18,5	5	7,8

CENTRI per n° FS	Incompleto	Feci	Intolleranza Paziente	Aderenze Diverticoli Tortuosita'
PIEMONTE	16,5	7	5,1	1,9
> 1000	9,7	3,6	1,9	1,1
	25,8	15,4	6,7	2,6
	16	5	8,1	1
500-1000	12,5	4,2	1,1	2,3
	25,8	9,8	11,6	3,9
	11,5	3,5	3,3	1,8
< 500	11	1,5	2,7	4,8
	9,8	2,6	1,6	2
	18,6	10,6	2	1,7

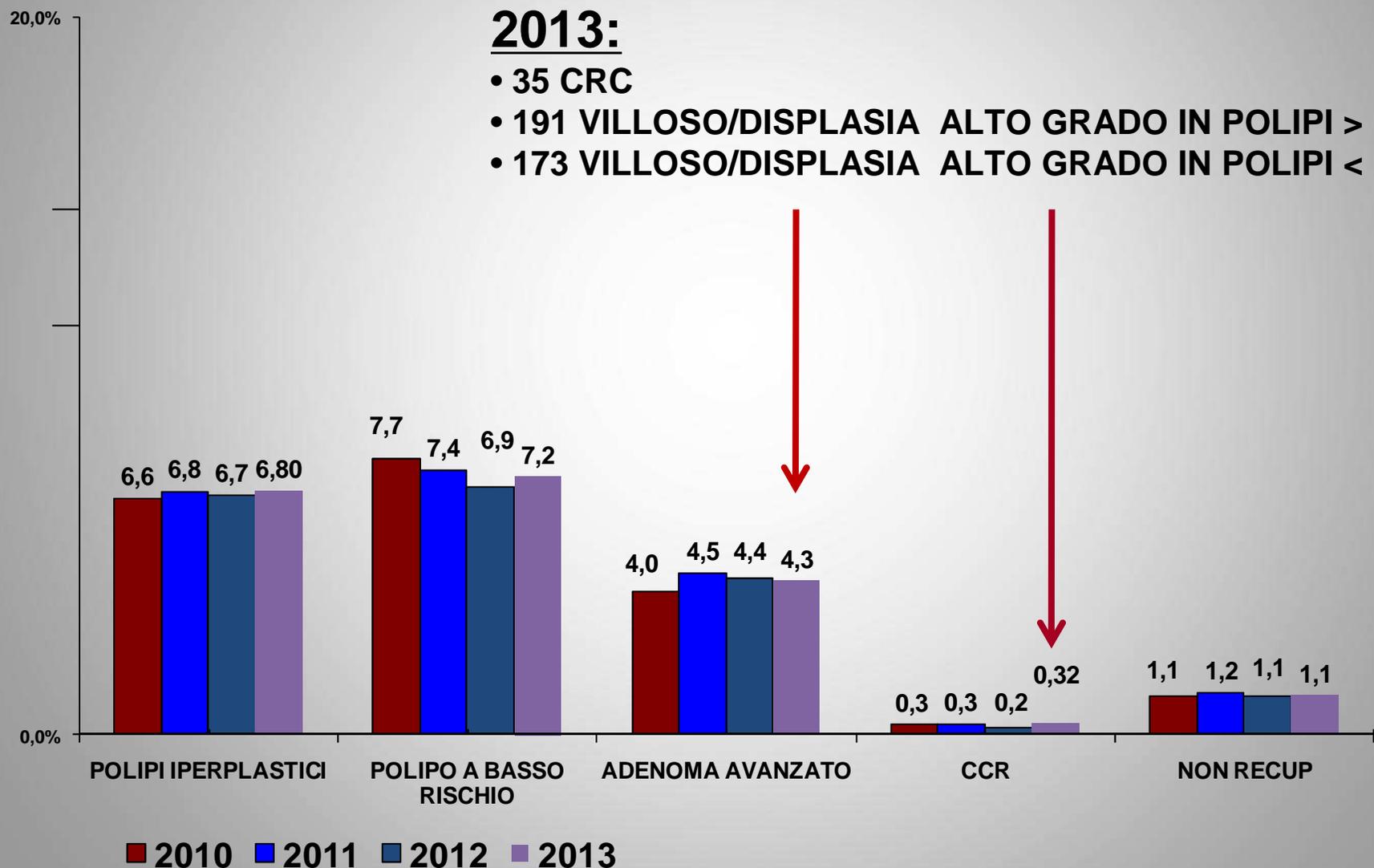
PREPARAZIONI INADEGUATE/IMPOSSIBILI

INVITO A RIPETERE FS IN ALTRA DATA PER PULIZIA INADEGUATA N°	FS RIPETUTA	FS NON RIPETUTA
183 <i>F</i>	16	167 (91%)
171 <i>M</i>	23	148 (86%)
354	39	315 (89%)

FS NEGATIVE

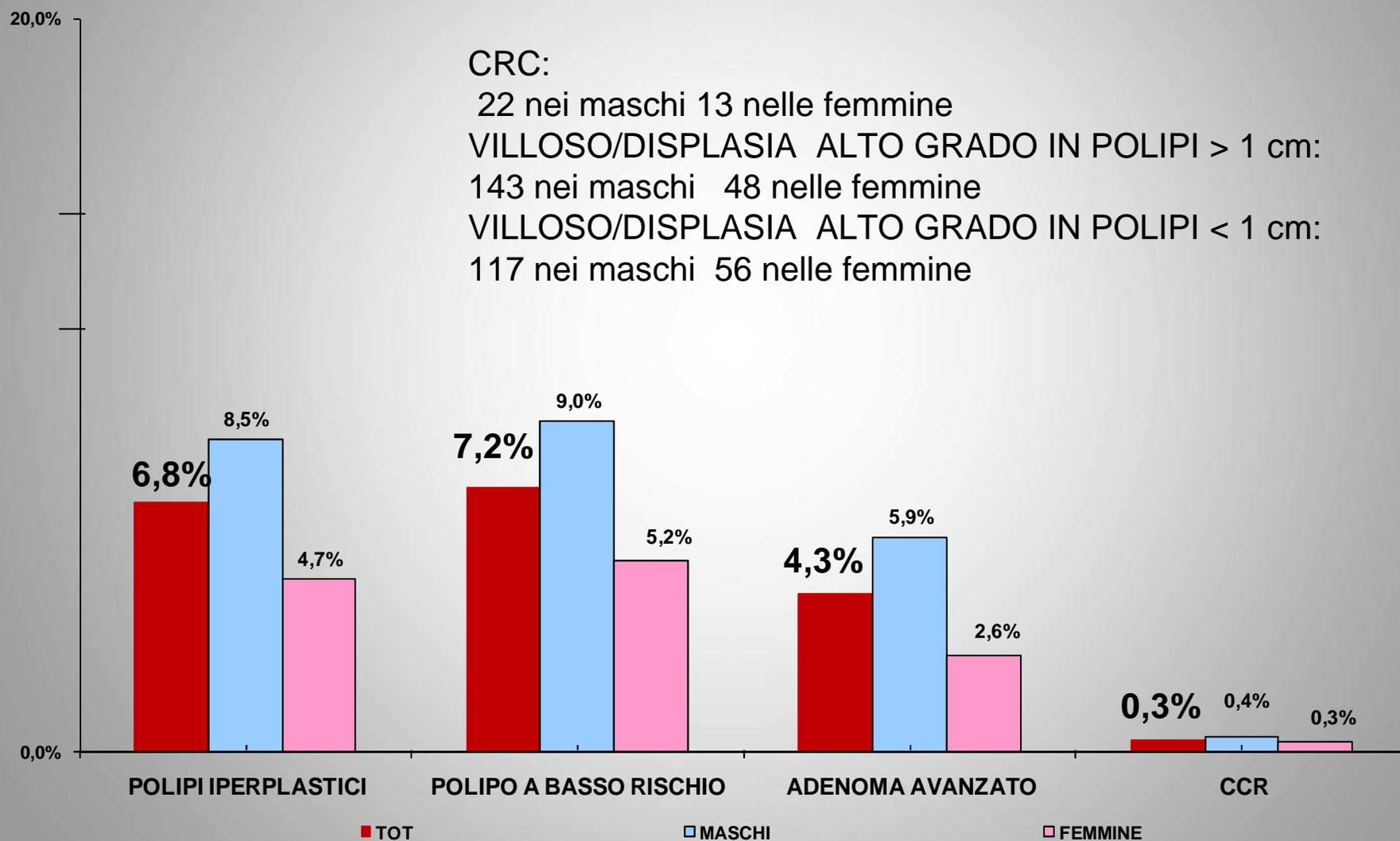


ESITI FS: LESIONI DISTALI RISCONTRATE



ESITI FS 2013 TOTALE LESIONI RICONTRATE PER SESSO

CRC:
22 nei maschi 13 nelle femmine
VILLOSO/DISPLASIA ALTO GRADO IN POLIPI > 1 cm:
143 nei maschi 48 nelle femmine
VILLOSO/DISPLASIA ALTO GRADO IN POLIPI < 1 cm:
117 nei maschi 56 nelle femmine



VARIABILITA' LESIONI RISCONTRATE PER CENTRO

FS n°	NEGATIVI %	IPERPLASTICI %	ADENOMI LR %	ADENOMI HR %	CCR %
>1500	81,9	4,9	6,7	4,5	0,2
	76,4	10,6	6,2	3,9	0,2
	80,5	5,1	7,3	4,8	0,5
500-1500	77,3	9,4	8	3,9	0,2
	76,5	8,2	6,8	6,3	0,3
	81,3	3	8,2	3,3	0,5
<500	73,7	10,2	3,9	7,5	0
	85,6	2,3	4,3	2,6	0,3
	76,7	3,3	12,3	4,9	0,3

COMPLETEZZA FS E NUMERO POLIPI

	No polipi	Uno	Due	Tre o quattro	> quattro
COMPLETO	80,05%	14,34%	3,72%	1,54%	0,35%
INCOMPLETO	76,56%	16,97%	4,37%	1,82%	0,28%
FECI	74,16%	19,14%	4,69%	1,74%	0,27%
INTOLLERANZA	83,82%	12,36%	2,36%	1,45%	0,00%
ADERENZE ECC.	84,39%	12,20%	2,44%	0,98%	0,00%

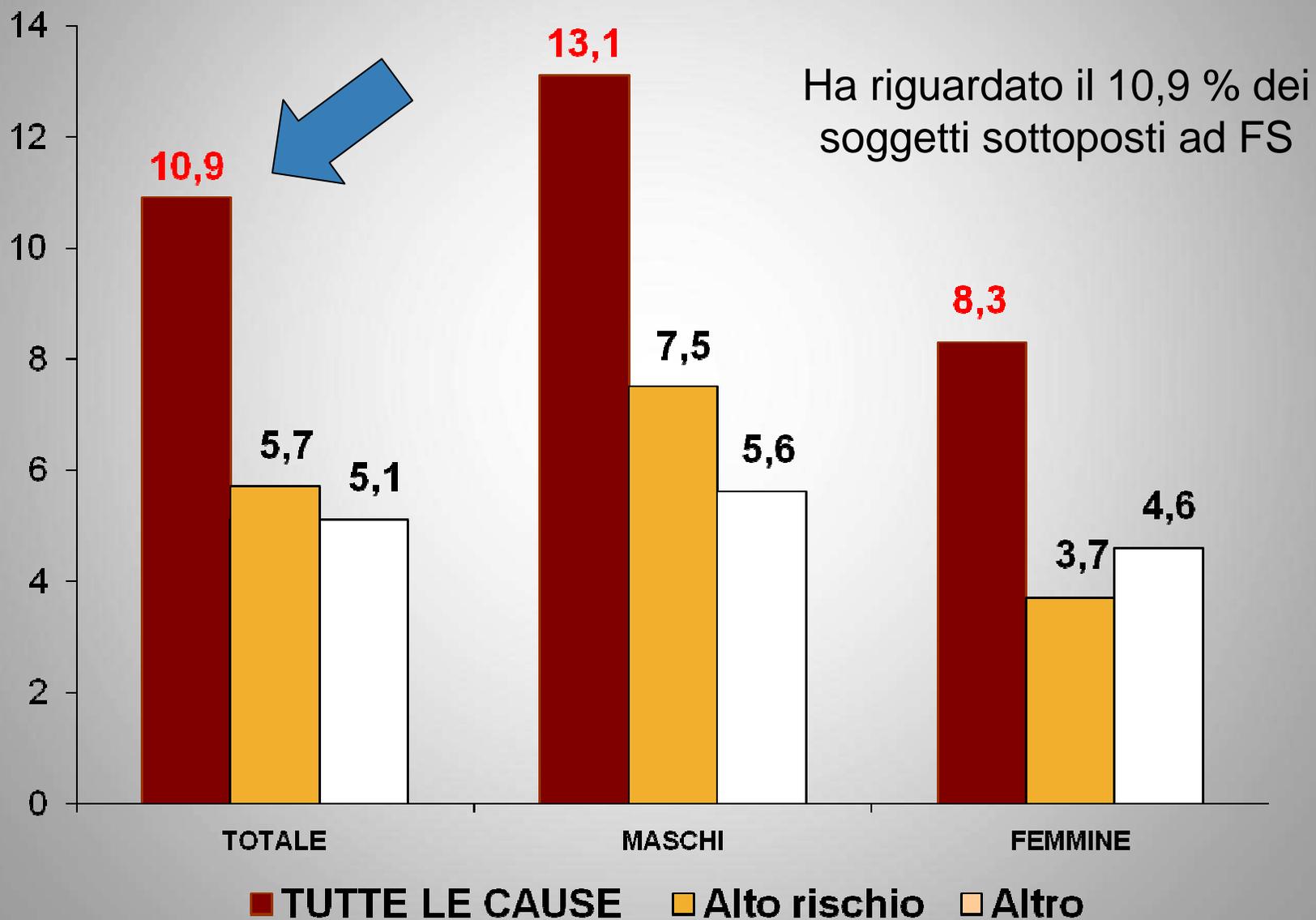
Il numero di polipi non risulta inferiore negli esami incompleti per feci...

COMPLETEZZA FS ED ISTOLOGIA POLIPI

	Negativo	Iperplastici	Adenoma LR	Adenomi multipli	Adenoma HR < 10 mm	Adenoma HR > 10 mm	Cancro
COMPLETO	79,8%	6,8%	6,9%	0,1%	1,6%	2,2%	0,2%
INCOMPLETO	74,8%	6,7%	7,7%	0,5%	1,5%	5,3%	0,7%
FECI	71,4%	8,%	7,8%	0,5%	1,7%	6,9%	0,4%
INTOLLERANZA	83,1%	4,4%	6,6%	0,2%	1,1%	2,4%	0,2%
ADERENZE ECC.	83,4%	3,4%	6,8%	0,5%	1%	2,5%	0,5%

..e l'incompletezza per feci non sembra influenzare l'individuazione di adenomi HR

INVII IN CT NEL 2013



ADESIONE ALLA CT DI II LIVELLO

Adesione Standard:

> 90% accettabile.

> 95% desiderabile

	2009	2010	2011	2012	2013
TOTALE	86 %	90,1%	87%	82%	84%
MASCHI	87,2%	90,5%	88,1%	84,9%	85,7%
FEMMINE	84,9 %	89,1%	84%	76,9%	81,2%



INTERVALLO TRA FS E COLONSCOPIA INDOTTA

Percentuale di soggetti giunti alla colonscopia dopo l'esecuzione della FS nei tempi accettabili (≤ 30 gg).

Standard accettabile: ≤ 30 gg almeno 90% degli assistiti inviati al II livello (GISCoR)

	< 30 gg	> 30 gg
2013	28,2%	71,8%
2012	32,2%	67,8%
2011	37,7%	62,3%
2010	43,6%	56,4%
2009	37,5%	62,5%

Variabilità tra Centri:

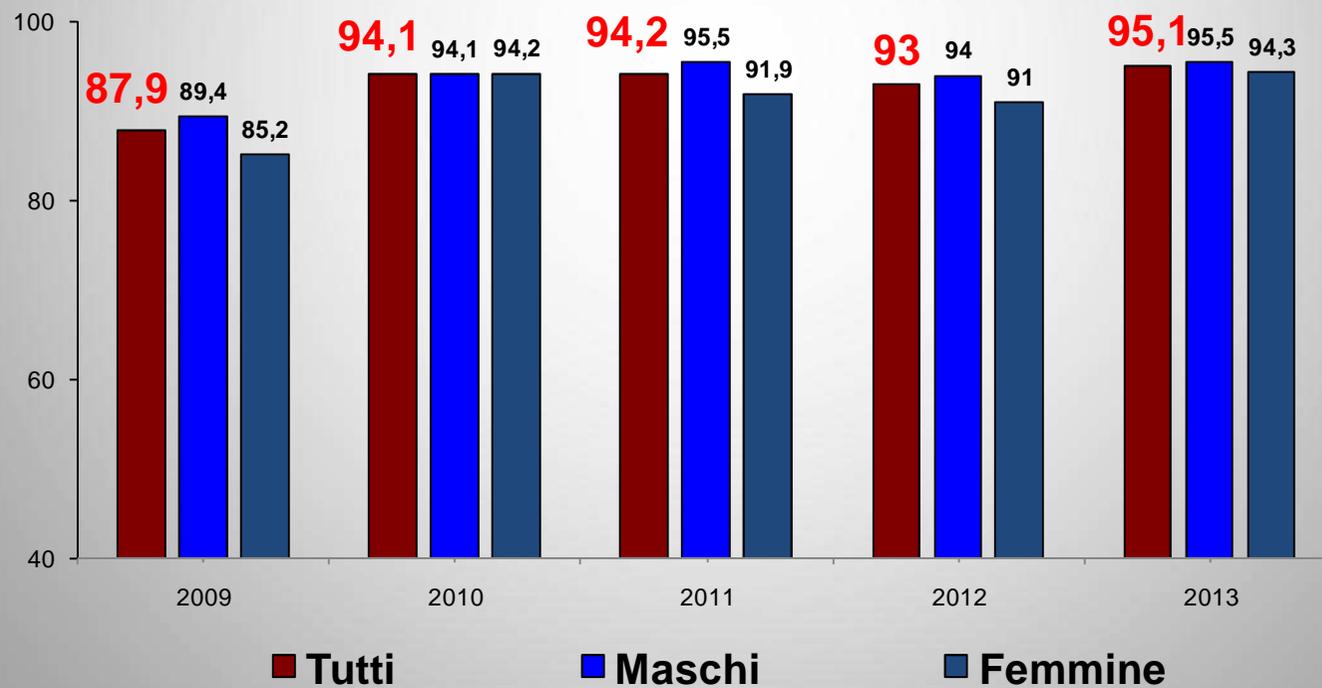
Da un minimo di 7,5% ad un massimo di 56,4 % di colonscopie FS indotte eseguite entro i 30 giorni

COLONSCOPIE COMPLETE

Raggiungimento del cieco

Desiderabile > 90%

(Suggerito > 95% nelle colon di screening)



ESITI COLONSCOPIA FS INDOTTA: LESIONI PROSSIMALI

	ADENOMI BASSO RISCHIO*	ADENOMI AVANZATI**	CCR
	%	%	%
2013	16,4%	10,9%	0,08%
2012	18,7%	9,7%	0,1%
2011	18,7%	11,7%	0,4%
2010	18,3%	9,5%	0,2%
2009	15,7%	9,8%	0,3%

* adenoma < 10 mm, con displasia di basso grado e con componente villosa <= 20% .

** adenoma ≥10 mm e/o con displasia di alto grado e/o con componente villosa >20%.

2013 LESIONI DIAGNOSTICATE ALLO SCREENING, PROSSIMALI E DISTALI

N° SOGGETTI CON	ADENOMI BASSO RISCHIO *	ADENOMI AVANZATI**	CCR	DETECTION RATE PER CRC (x 1000)	DETECTION RATE PER ADENOMA AVANZATO (x 1000)
DONNE	268	156	13	2,34	28,03
UOMINI	519	354	23	4,47	68,75
TOTALE	787	510	36	3,36	47,6

* adenoma < 10 mm, con displasia di basso grado e con componente villosa <= 20% .

** adenoma ≥10 mm e/o con displasia di alto grado e/o con componente villosa >20%.

Un crc ogni 297 FS

Un adenoma avanzato ogni 21 FS

Considerazioni conclusive

■ RISULTATI FAVOREVOLI :

- Diagnosi precoce di cancro con trattamento endoscopico o chirurgico mininvasivo
- Identificazione ed asportazione precoce di precursori

■ COMPLETEZZA DELLE SIGMOIDOSCOPIE AI LIMITI DELL'”ACCETTABILE” :

INTOLLERANZA

- Fattori soggettivi, (ansia, scarsa informazione, motivazione)
- Motivazione operatori ad operare in soggetti asintomatici
- Training/skill...

ADERENZE/TORTUOSITA'/DIVERTICOLOSI

- Rischi oggettivi, dolore
- Motivazione operatori ad insistere in soggetti asintomatici
- Training/skill...

Considerazioni conclusive 2

■ MA SOPRATTUTTO COMPLETEZZA AI LIMITI DELL'ACCETTABILE PER... PULIZIA INCOMPLETA

- Dato oggettivo, pur con variabilità
- Riserva da parte degli operatori nei confronti del rischio di lesioni “missed”
- Fattori legati alla preparazione (tempo di esecuzione del clistere, spostamento casa-ospedale, corretta esecuzione, rispetto degli orari di prenotazione)
- Ripetizione del clistere in sede, poco compatibile con i ritmi imposti (esami ogni 15 ‘)

■ SISTEMA CHE FUNZIONA “AL LIMITE”...

SEDUTE NUMERICAMENTE CONSISTENTI, 25-27 RS

- 4 esami ora, 15' tempo molto stretto per svestizione-esame-vestizione
- Prolungamento per operative (peraltro previste se polipo < 1 cm)
- Prolungamento per ripetizione clistere ed esame (ciclo di lavaggio comunque eseguito)
- Parco strumenti, minimo calcolato di 6 colonscopi per garantire rotazione senza arresto anche in caso di esami interrotti da ripetere
- Usura strumenti a fronte di un mancato ripristino

NE CONSEGUE UNA SCARSA POSSIBILITA' DI FAR FRONTE AD ESPANSIONI.....

Considerazioni conclusive 3

- ADESIONE ALLA COLONSCOPIA AL DI SOTTO DELL' "ACCETTABILE"
 - rifiuto per mancanza di informazione adeguata sulla necessità della colonscopia, o per timore
 - offerta della colonscopia non tempestiva

- INTERVALLO TRA FS E COLONSCOPIA INSODDISFACENTE
 - perdita di soggetti che si rivolgono ad altre strutture (extra screening)
 - perdita d' "interesse" da parte del soggetto
 - difficoltà a far fronte alla richiesta tempestivamente (sistema "al limite"....)

- COLONSCOPIE "COMPLETE" (CIECO) IN PERCENTUALE "ACCETTABILE"
 - esperienza/motivazione operatori
 - pulizia
 - previsione "difficoltà" in sede di RS (aderenze, dolore) e ricorso mirato ad altre soluzioni (Colon virtuale, colon in sedazione)

Ma se aumentasse l'adesione.....?

GRAZIE DELL'ATTENZIONE...

