

**PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING
COLORETTALE PREVENZIONE SERENA
WORKSHOP 2013**

IL PROGRAMMA FS

Arrigo Arrigoni

S.C.GASTROENTEROLOGIA 2

Azienda Citta' della Salute e della Scienza di Torino

Torino, 13 novembre 2013

RAZIONALE DELLO SCREENING CON RETTOSIGMOIDOSCOPIA

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

- **25-30%** dei polipi/cancri **prossimali** possono essere diagnosticati eseguendo una colonscopia “solo” ai pz che alla sigmoidoscopia evidenziano **lesioni 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

Colonscopia indotta da riscontri positivi



CRITICITA':

VALUTAZIONE LIMITATA AL RETTO-SIGMA (SE NEGATIVA)
IL PAZIENTE DEVE ESSERE BEN CONSCIO DI QUESTO LIMITE
COMPLICANZE (EMORRAGIA, PERFORAZIONE ecc) LEGATE A OPERATIVE

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

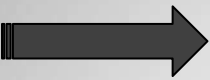
J Natl Cancer Inst. 2011 Dec 21;103(24):1903

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**

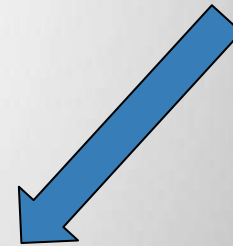
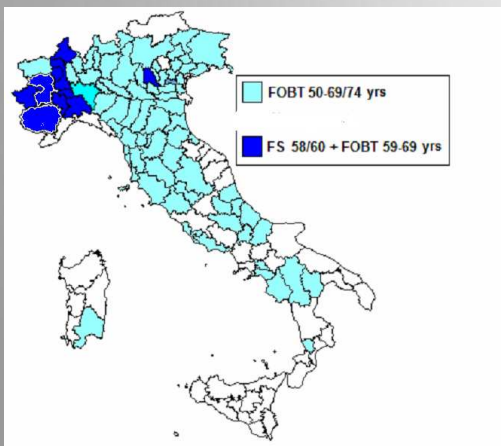


**FOBT BIENNALE
SE +**

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



COLONSCOPIA



SCREENING – REGIONE PIEMONTE

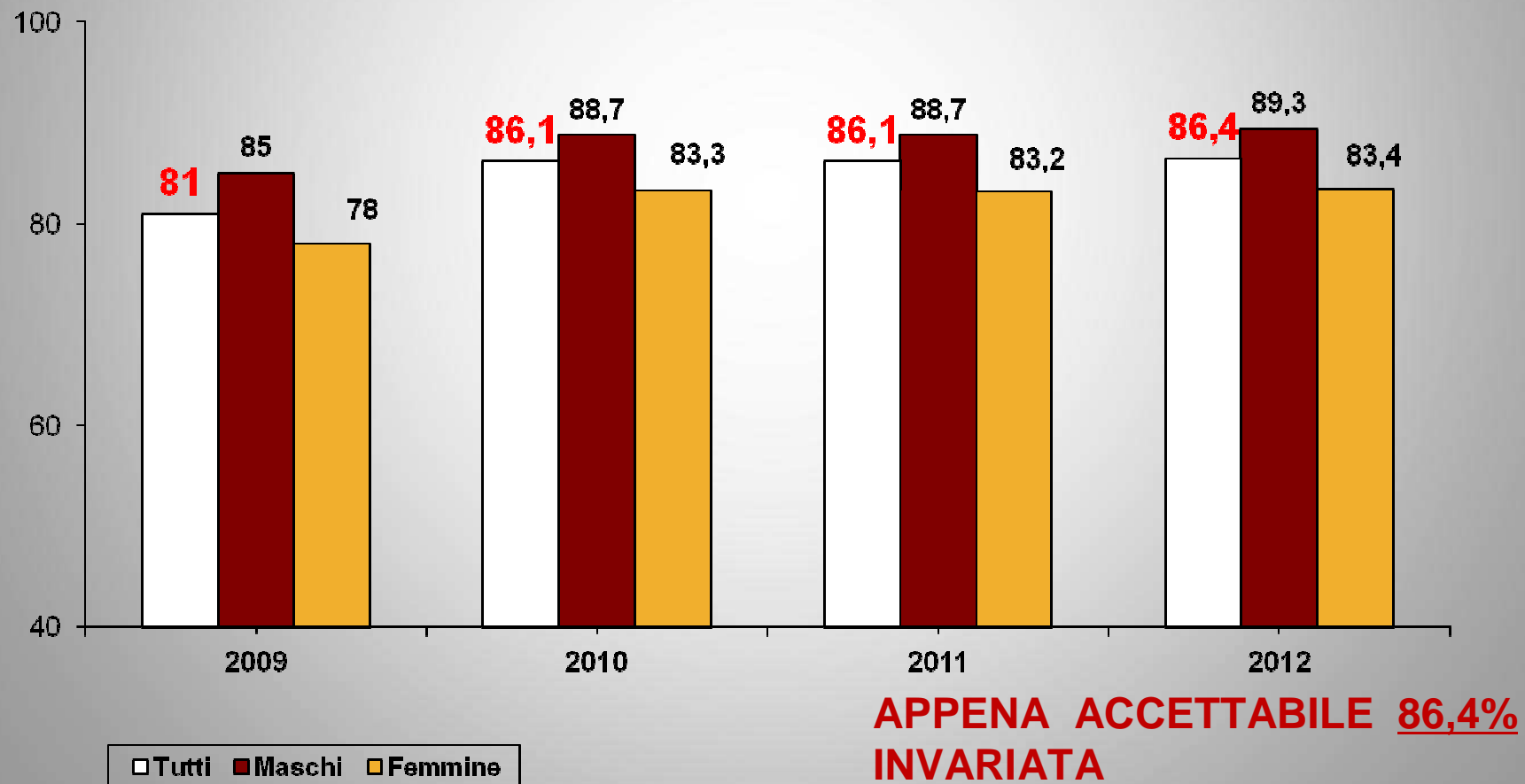
INVITI, ADESIONE AD FS ED A FOBT DI RECUPERO

	COORTE	Estensione inviti %
2012	50630	89
2011	56813	88

	FS	Adesione FS%	FOBT + FS %
2009	6446	27,1	39,3
2010	11562	24,4	34,5
2011	11112	22,8	29
2012	10787	24,4	35
2012 maschi	5512	25,5	33,7
2012 femmine	5375	23,3	36,2

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

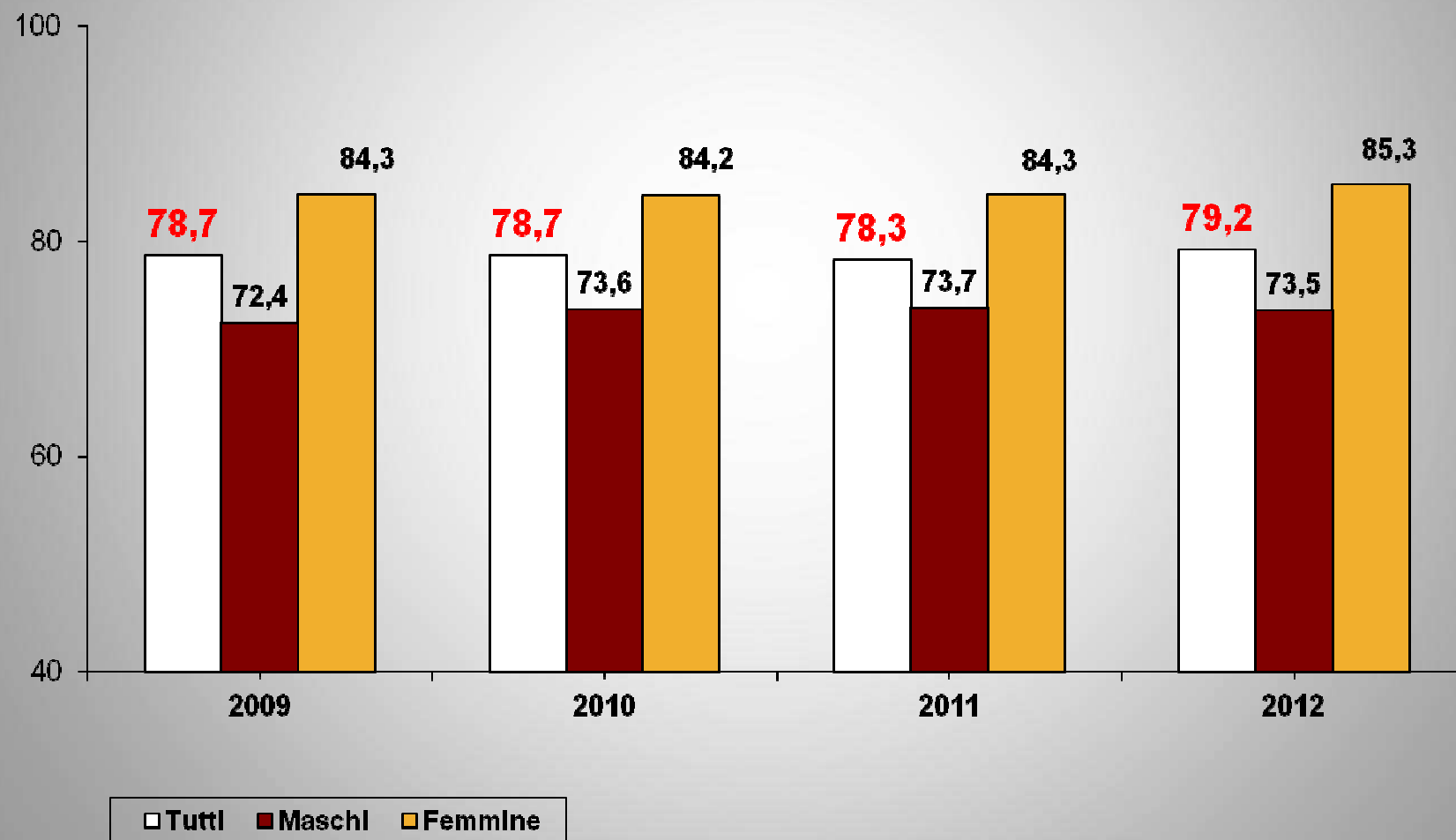
Incompletezza per feci:

- Standardizzazione
- Pompa di lavaggio
- Ripetizione clistere

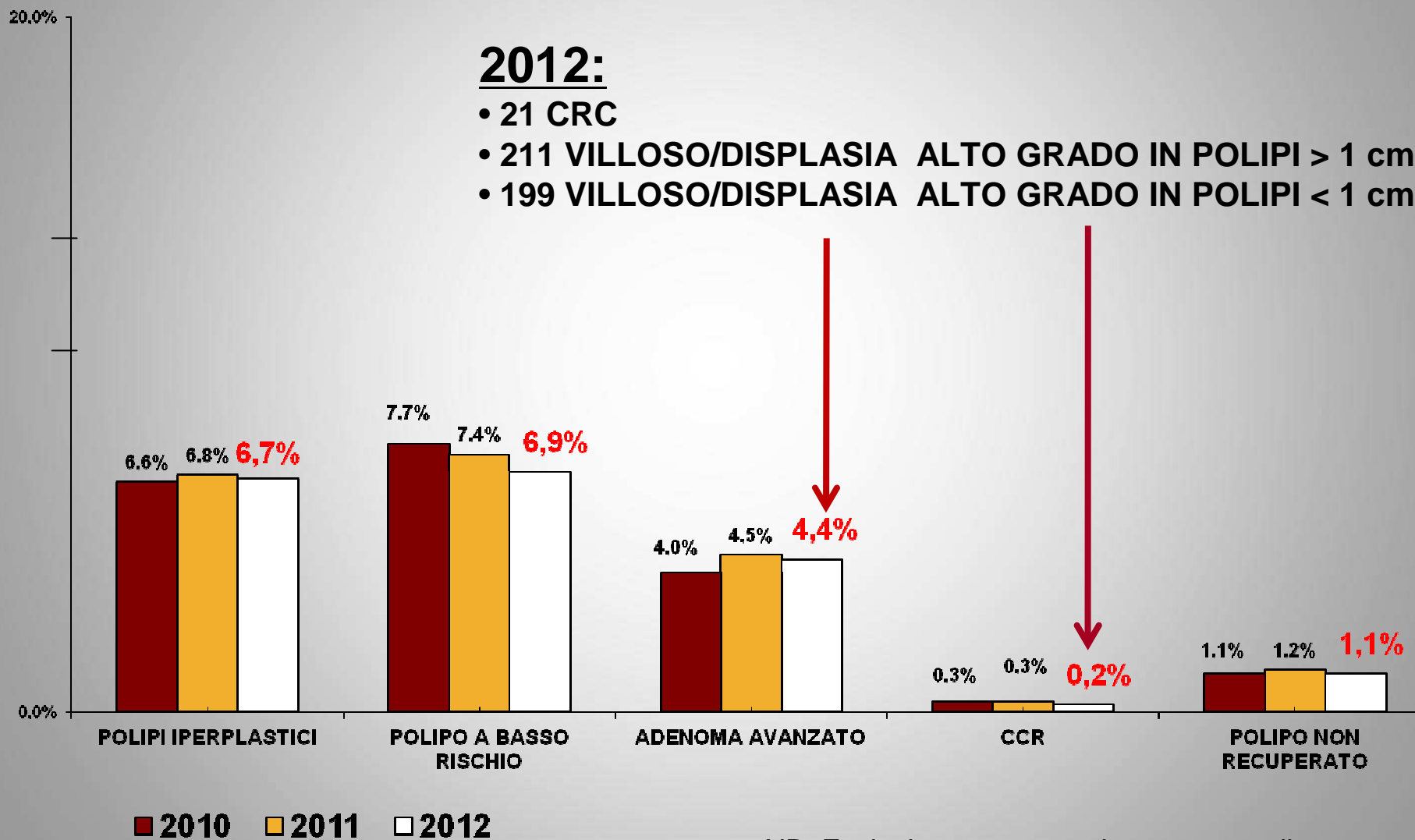
OPERATORI	Incompleto	Feci	Intolleranza Paziente	Aderenze Diverticoli Tortuosita'
A	18,96%	11,31%	7,3%	0,35%
B	17,3%	6,65%	8,56%	2,09%
C	19,78%	14,35%	4,78%	0,65%
D	19,4%	13,4%	5,31%	0,69%
E	26,4%	16,56%	5,28%	4,56%

CENTRI	Incompleto	Feci	Intolleranza Paziente	Aderenze Diverticoli Tortuosita'
1	20,03%	12,09%	6,38%	1,56%
2	17,51%	5,99%	3,23%	7,37%
3	12,78%	4,99%	5,43%	0,85%
4	8,32%	3,36%	0,96%	1,12%
5	20,3%	12,71%	5,31%	2,28%
6	9,2%	3,55%	2,02%	0,69%
7	8,29%	1,53%	2,39%	1,86%
8	9,94%	3,11%	1,86%	1,24%
9	14,49%	6,28%	1,57%	0,52%

FS NEGATIVE

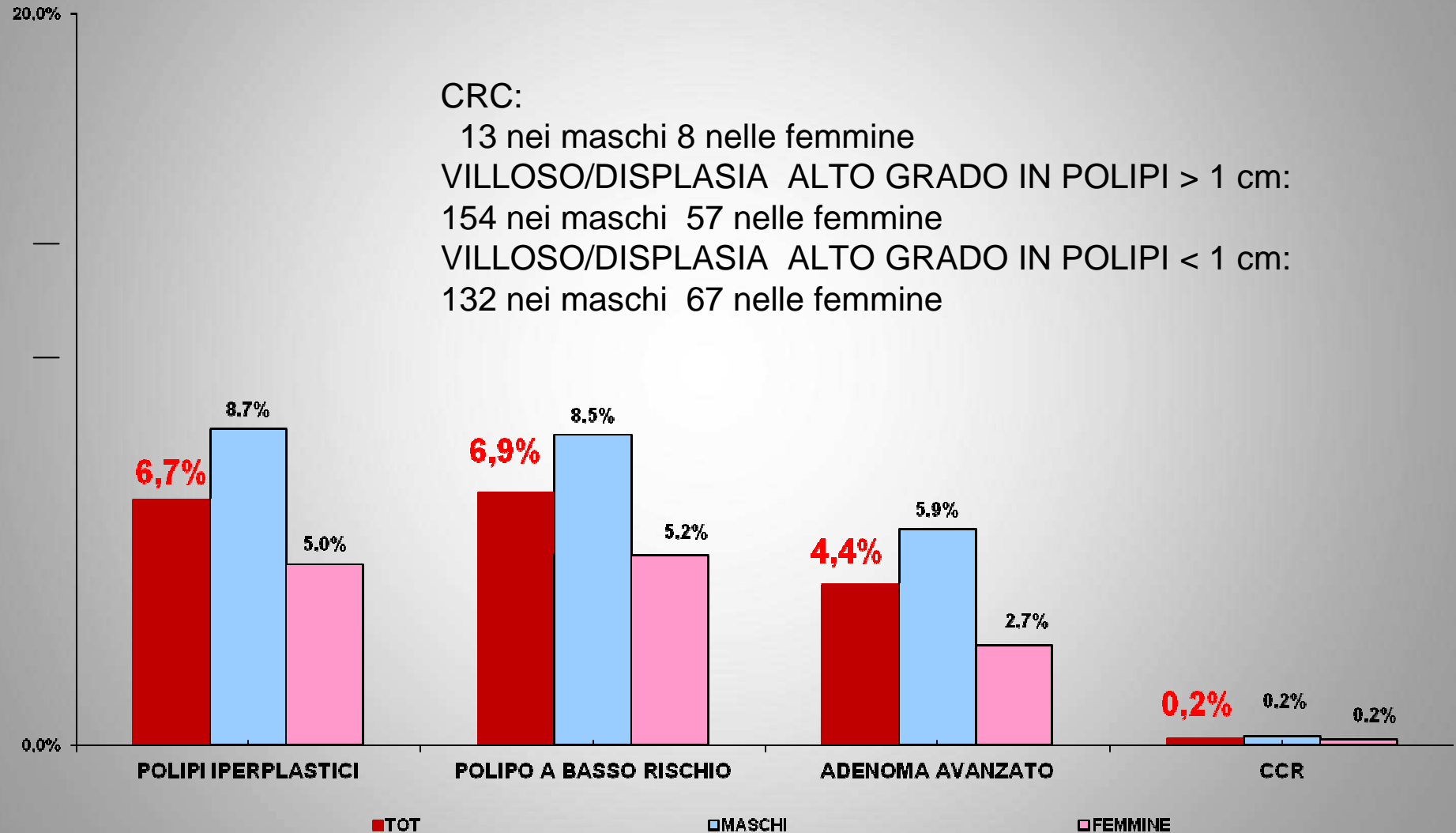


ESITI FS: LESIONI DISTALI RISCONTRATE



NB: Esclusi non recuperati e mucosa colica

ESITI FS 2012 TOTALE LESIONI RISCOstrate PER SESSO

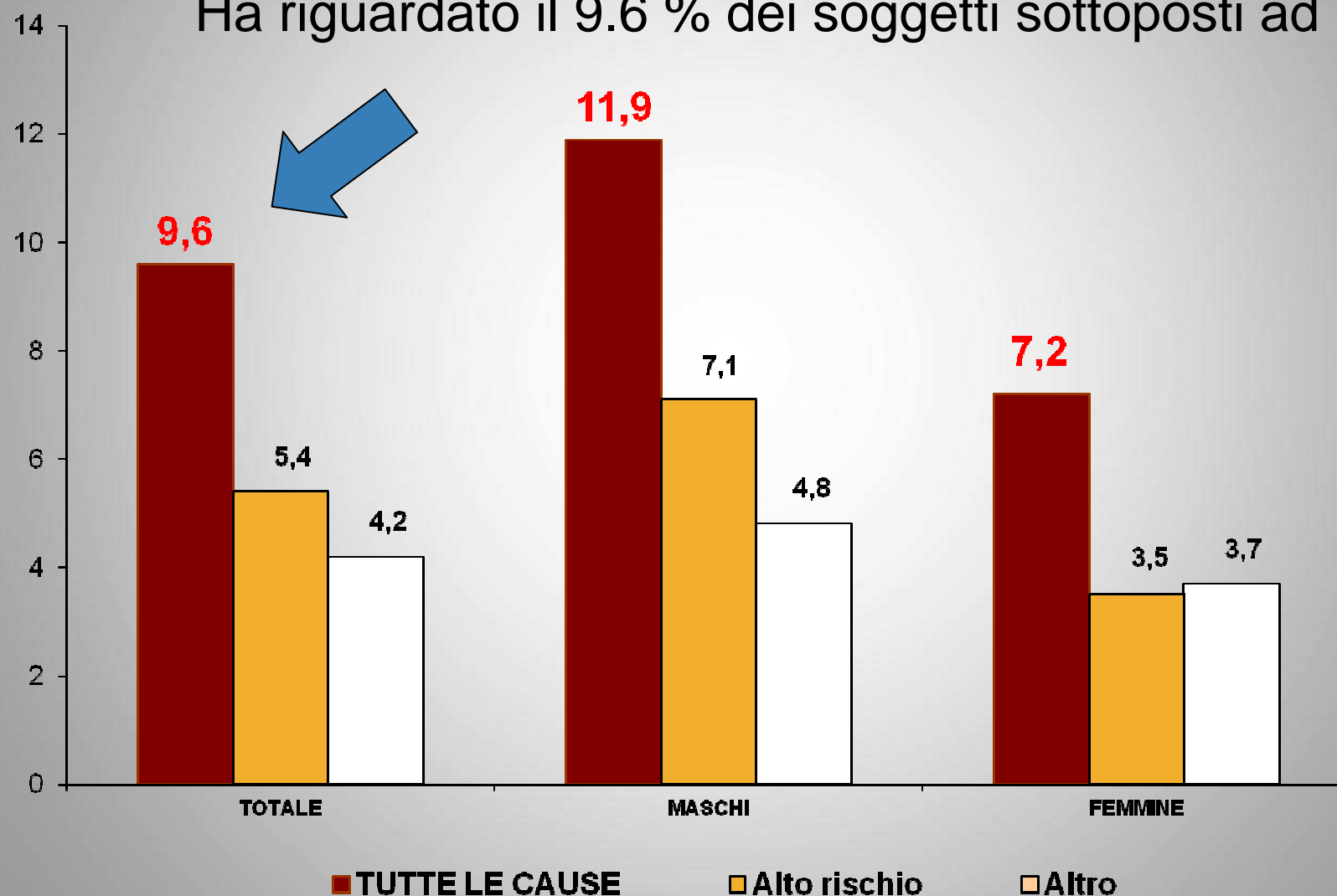


VARIABILITA' LESIONI RISCONTRATE PER CENTRO

	Negativo	Iperplastici	Adenoma LR	Adenoma HR	Cancro
1	79,47%	5,72%	6,99%	4,77%	0,21%
2	89,50%	11,52%	7,83%	8,3%	0,46%
3	79,96%	5,34%	7,03%	5,4%	0,13%
4	75,94%	9,6%	8,16%	4,32%	0,16%
5	80,65%	3,98%	6,74%	3,89%	0,38%
6	77,93%	10,29%	5,53%	3,39%	0,16%
7	80,44%	6,3%	6,56%	9,1%	0,13%
8	80,65%	1,24%	4,35%	1,24%	0%
9	77,49%	10,29%	8,03%	4,54%	0%

INVII IN CT NEL 2012

Ha riguardato il 9.6 % dei soggetti sottoposti ad FS



ADESIONE ALLA CT DI II LIVELLO

Adesione Standard:

> 90% accettabile.

> 95% desiderabile

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



INTERVALLO TRA RS 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
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 3,5% ad un massimo di 66,3% di colonscopie FS indotte eseguite entro i 30 giorni

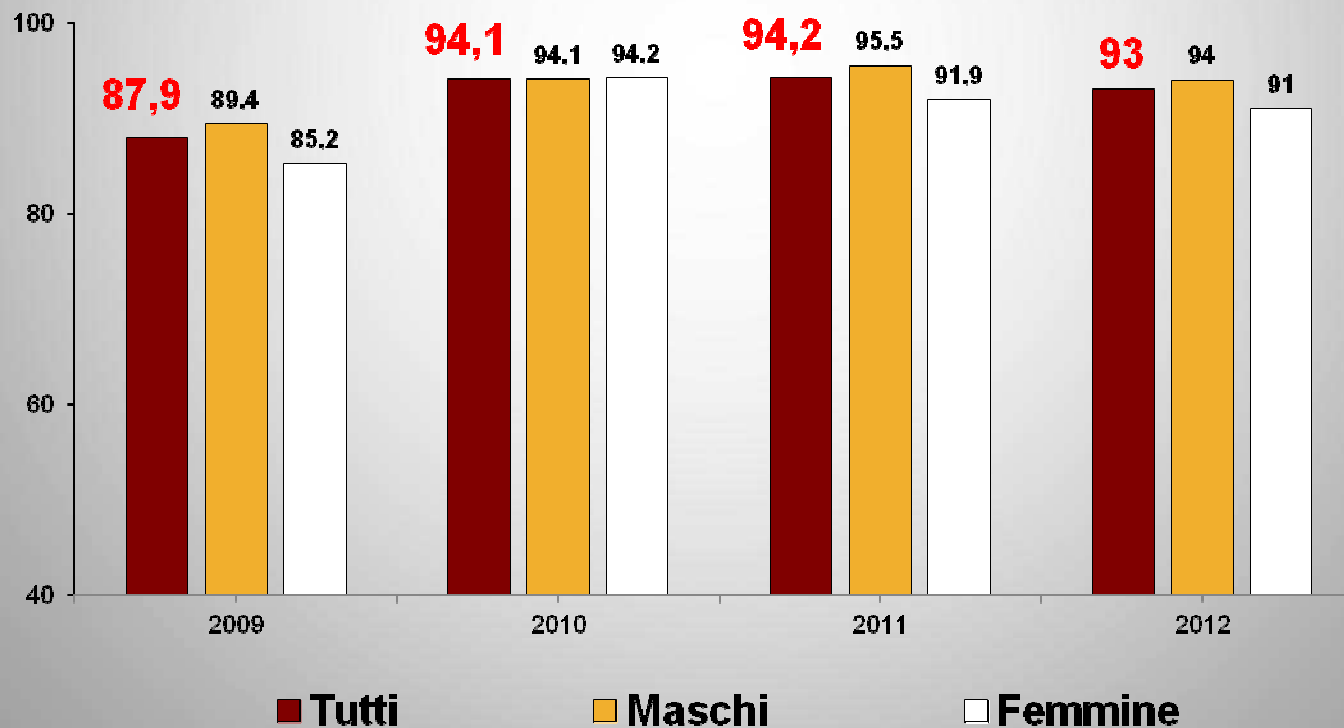
COLONSCOPIE COMPLETE

Raggiungimento del cieco

Desiderabile > 90%

Accettabile > 85%

(Suggerito > 95% nelle colon di screening)



ESITI COLONSCOPIA FS INDOTTA: LESIONI PROSSIMALI

	ADENOMI BASSO RISCHIO*	ADENOMI AVANZATI**	CCR
	%	%	%
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%.

INVII IN CT DA FS 2004-2012

FS=67495	INVII IN CT	CT	VPP ADENOMI AVANZATI**	VPP CCR
		%	%	%
Patologia/FH	1.8%	18.4%	5,5%	0,2%
ALTO RISCHIO	5.8%	58.7%	11,9%	0,3%
PREPARAZIONE	2.2%	22.9%	8.6%	0,2%

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

2012 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	286	152	7	1,23	26,74
UOMINI	503	352	15	2,87	67,28
TOTALE	787	504	22	2,02	46,17

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

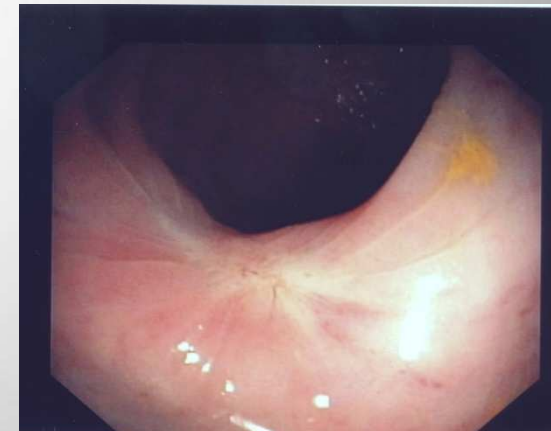
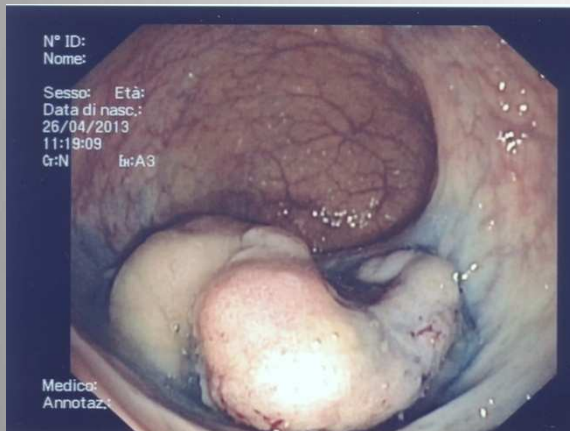
** adenoma ≥10 mm e/o con displasia di alto grado e/o con componente villosa >20%.

Un crc ogni 495 FS

Un adenoma avanzato ogni 22 FS

TRATTAMENTO CHIRURGICO E STADIAZIONE 2012

Totale	trattamento chirurgico	solo trattamento endoscopico
cancri *	86,6%	13,3%
cancri pT1	71,4%	28,5%
adenomi avanzati	0,7%	99,2%



*Adenomi cancerizzati low-risk asportati endoscopicamente

Considerazioni conclusive

- Estensione dell'offerta soddisfacente su tutto il territorio
- Adesione alla sigmoidoscopia di screening “bassa” e non in aumento
- Risultati favorevoli:
 - Diagnosi precoce di cancro con trattamento endoscopico o chirurgico mininvasivo
 - Identificazione ed asportazione precoce di precursori
- Completezza delle sigmoidoscopie in percentuali ai limiti dell’“accettabile” :
 - per pulizia incompleta
 - motivazione operatori
 - tempi
 - motivazione soggetti in esame (ansia, timore)

Considerazioni conclusive 2

- Adesione alla colonscopia al di sotto dei limiti dell'”accettabile”
 - rifiuto per mancanza di informazione adeguata sulla necessita' della colonscopia, o per timore
 - soggetti che si rivolgono ad altre strutture (extra screening)
 - offerta della colonscopia non tempestiva

- Intervallo tra FS e Colonscopia ancora insoddisfacente
 - perdita di soggetti che si rivolgono ad altre strutture
 - perdita d'”interesse” da parte del soggetto

- Colonscopie “complete” con raggiungimento 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...

