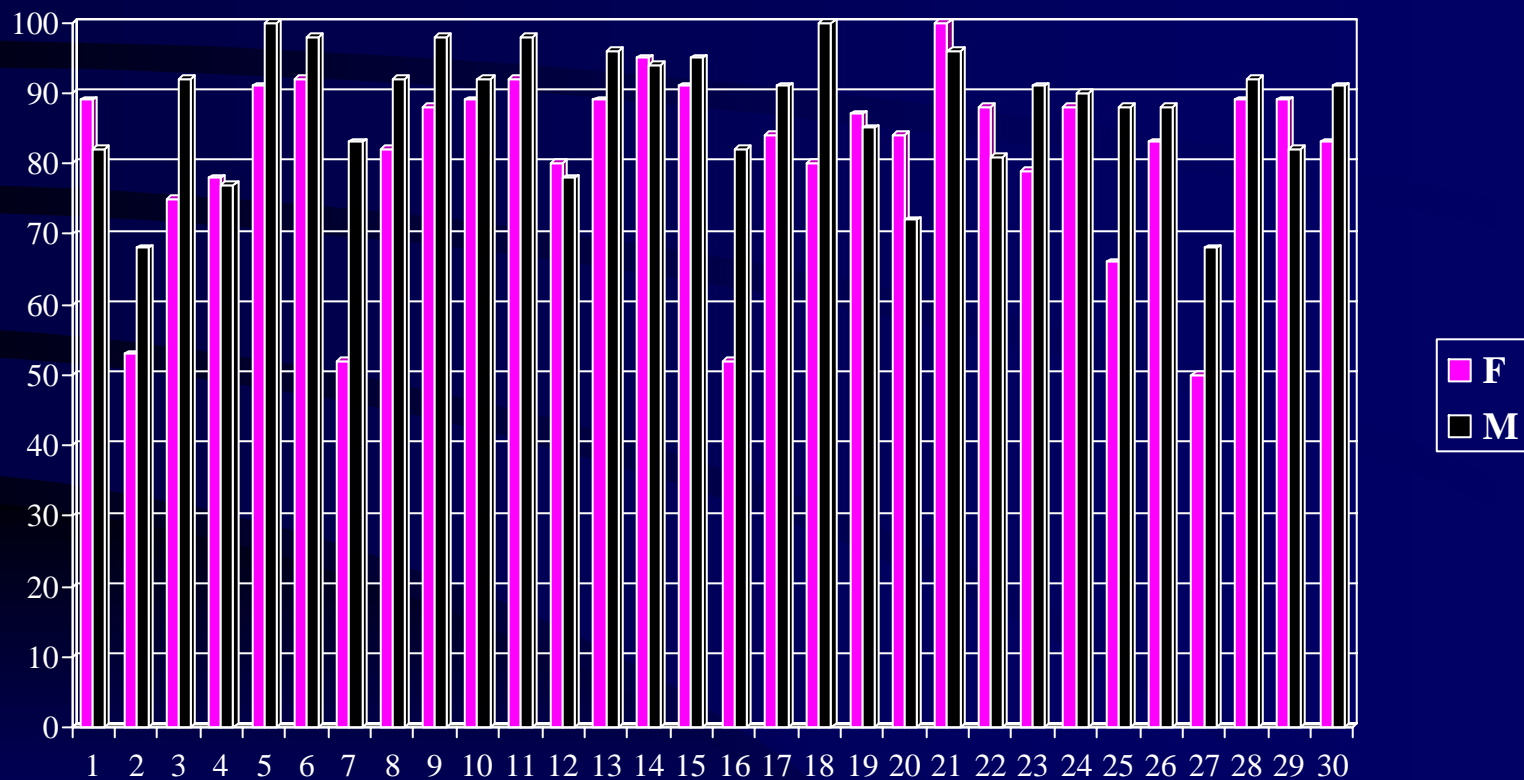


Rex D. K. et al.:

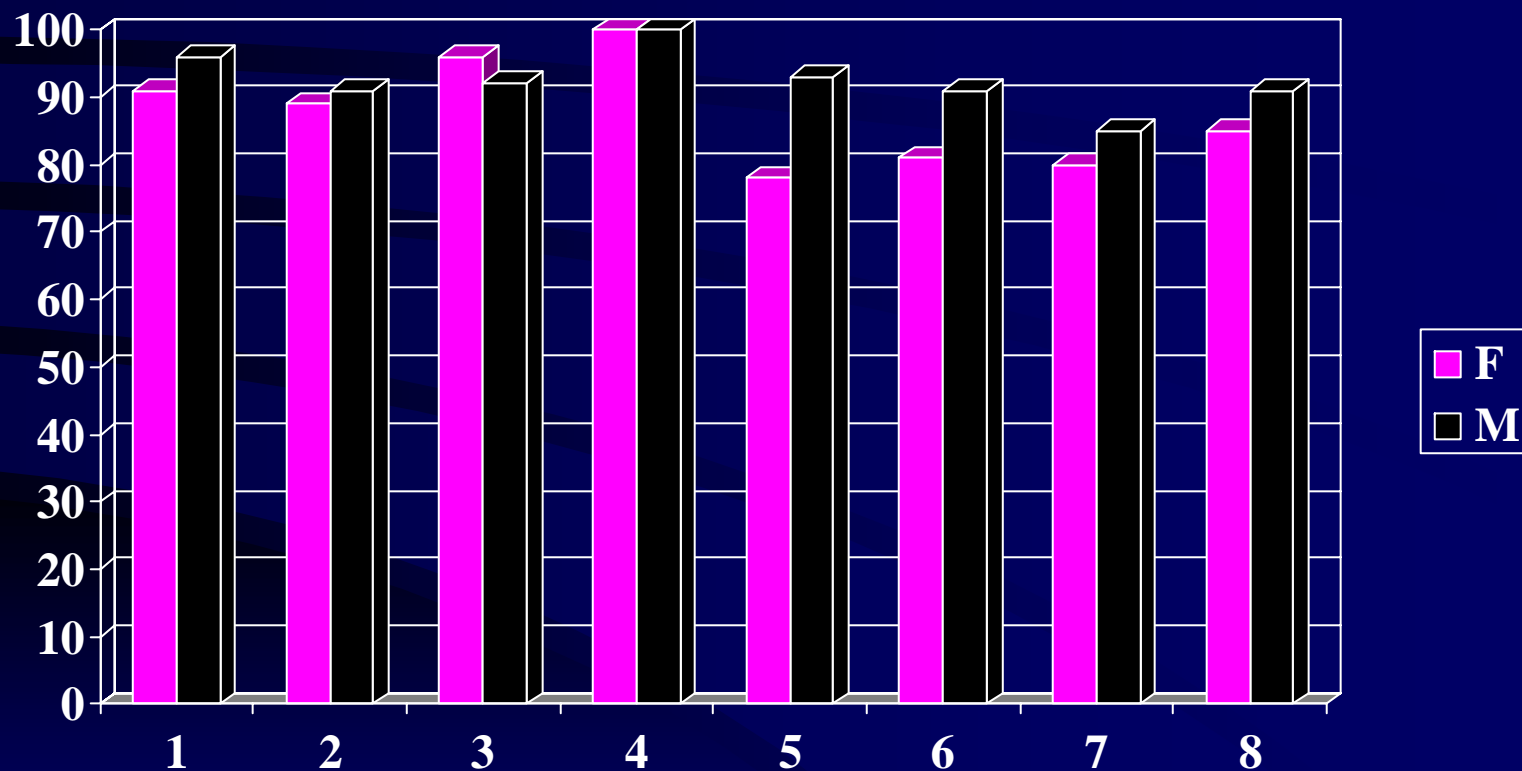
**QUALITY in the TECHNICAL
PERFORMANCE of COLONOSCOPY and
CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT
PROCESS for COLONOSCOPY:
RECOMMENDATIONS of the U.S. Multi-
Society TASK FORCE on COLORECTAL
CANCER**

American Journal Gastroenterology 2002;97:1296-1308

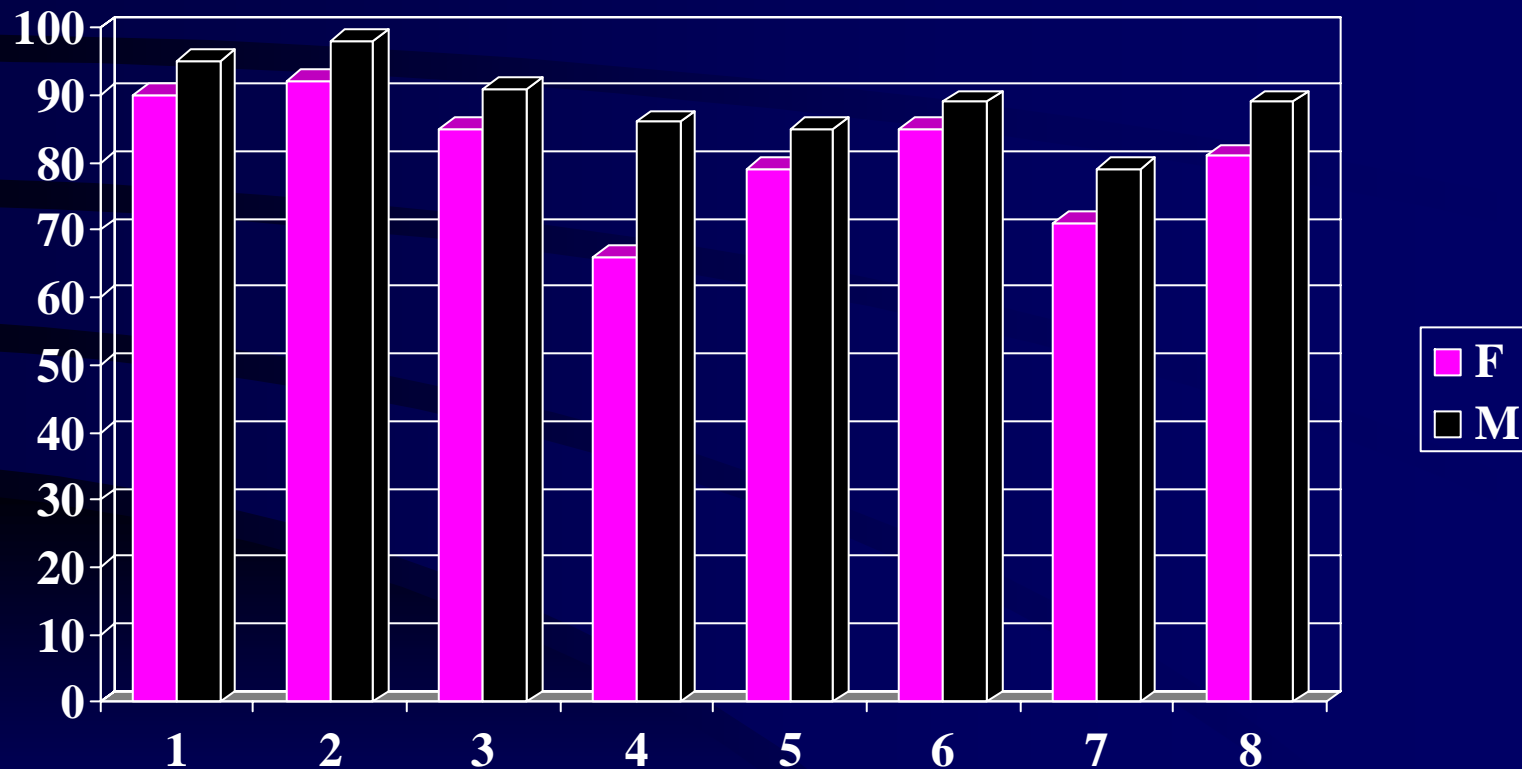
PROPORZIONE DI COLONSCOPIE COMPLETE PER OPERATORE



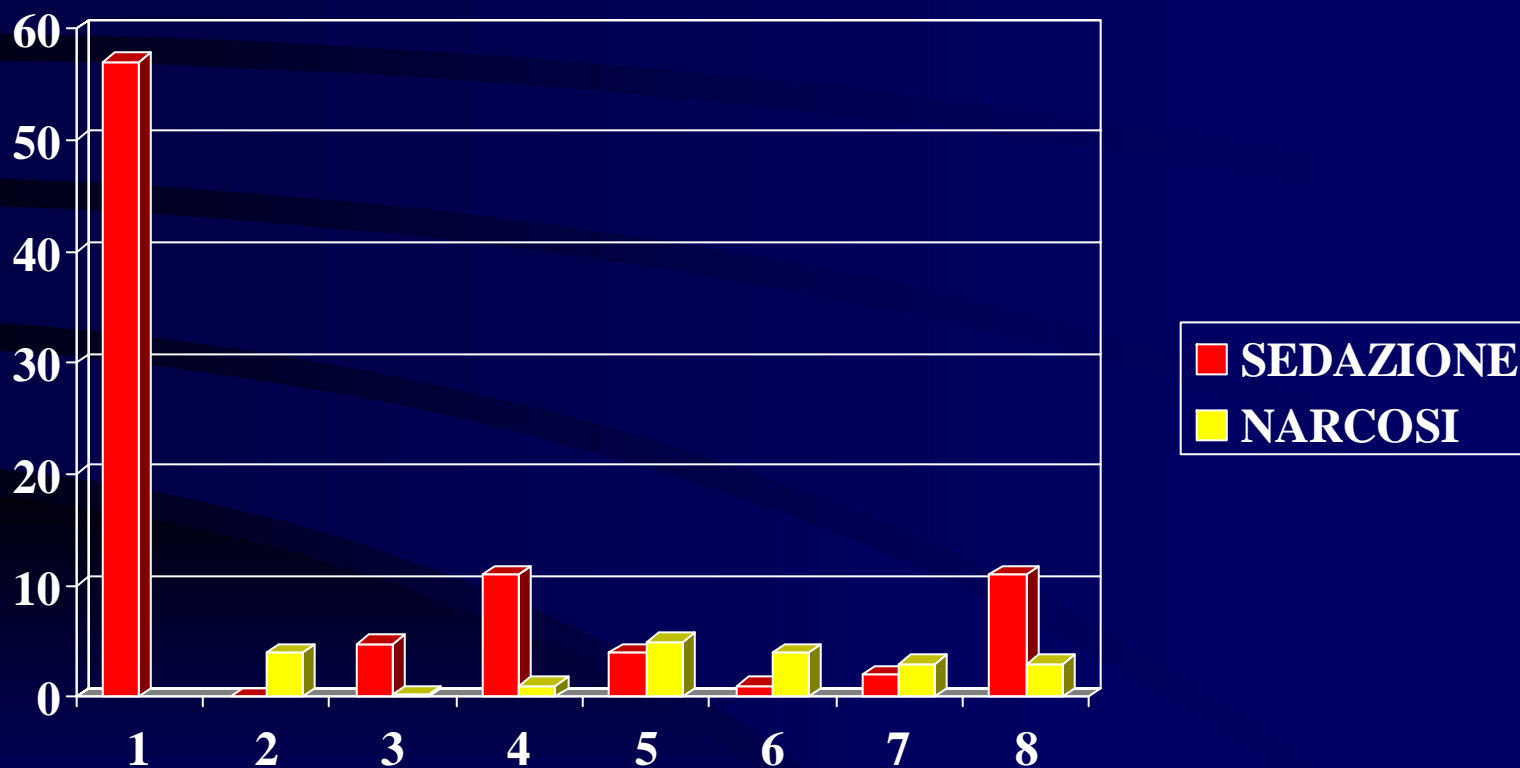
PROPORZIONE DI COLONSCOPIE COMPLETE PER SESSO E CENTRO-FS



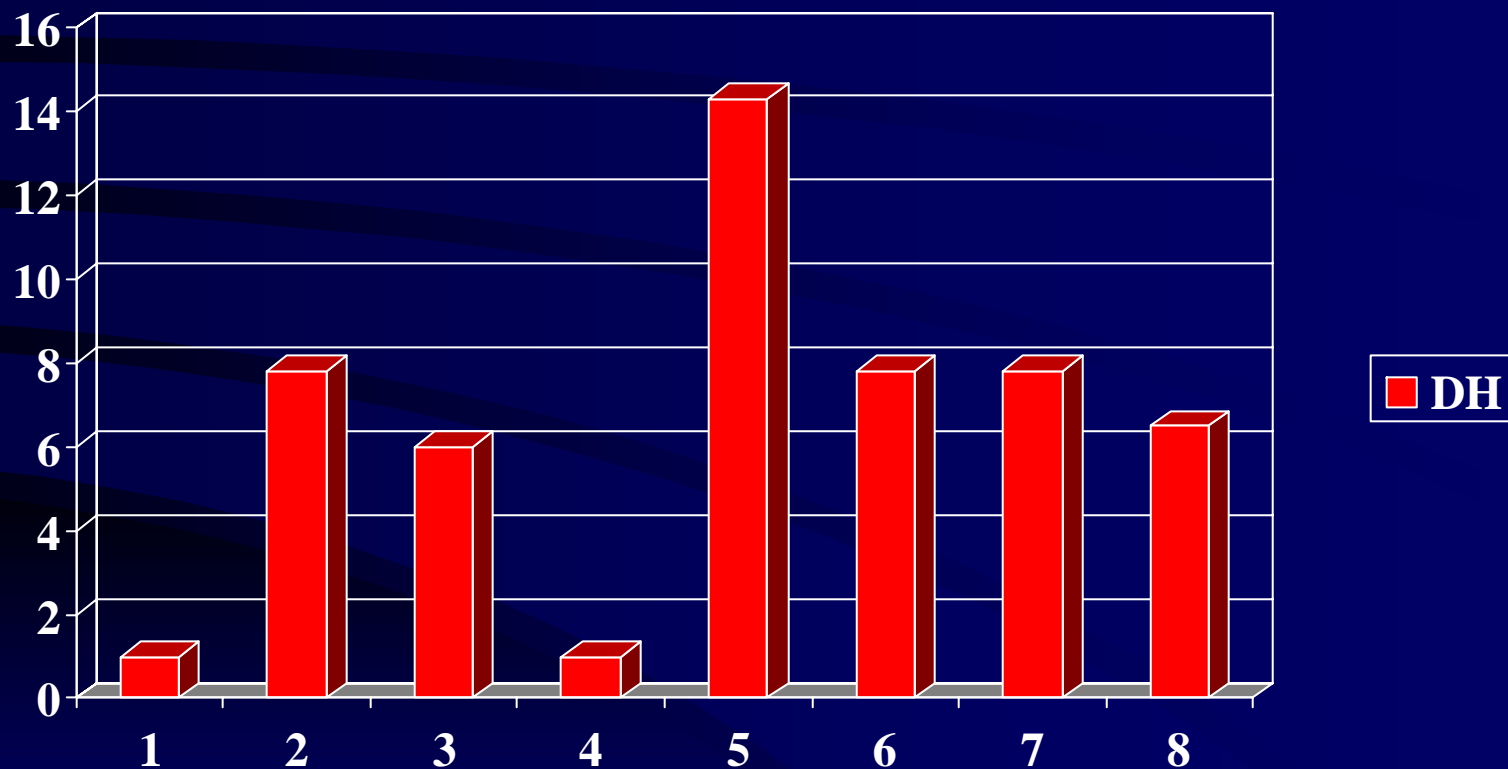
PROPORZIONE DI COLONSCOPIE COMPLETE PER SESSO E CENTRO-FOBT



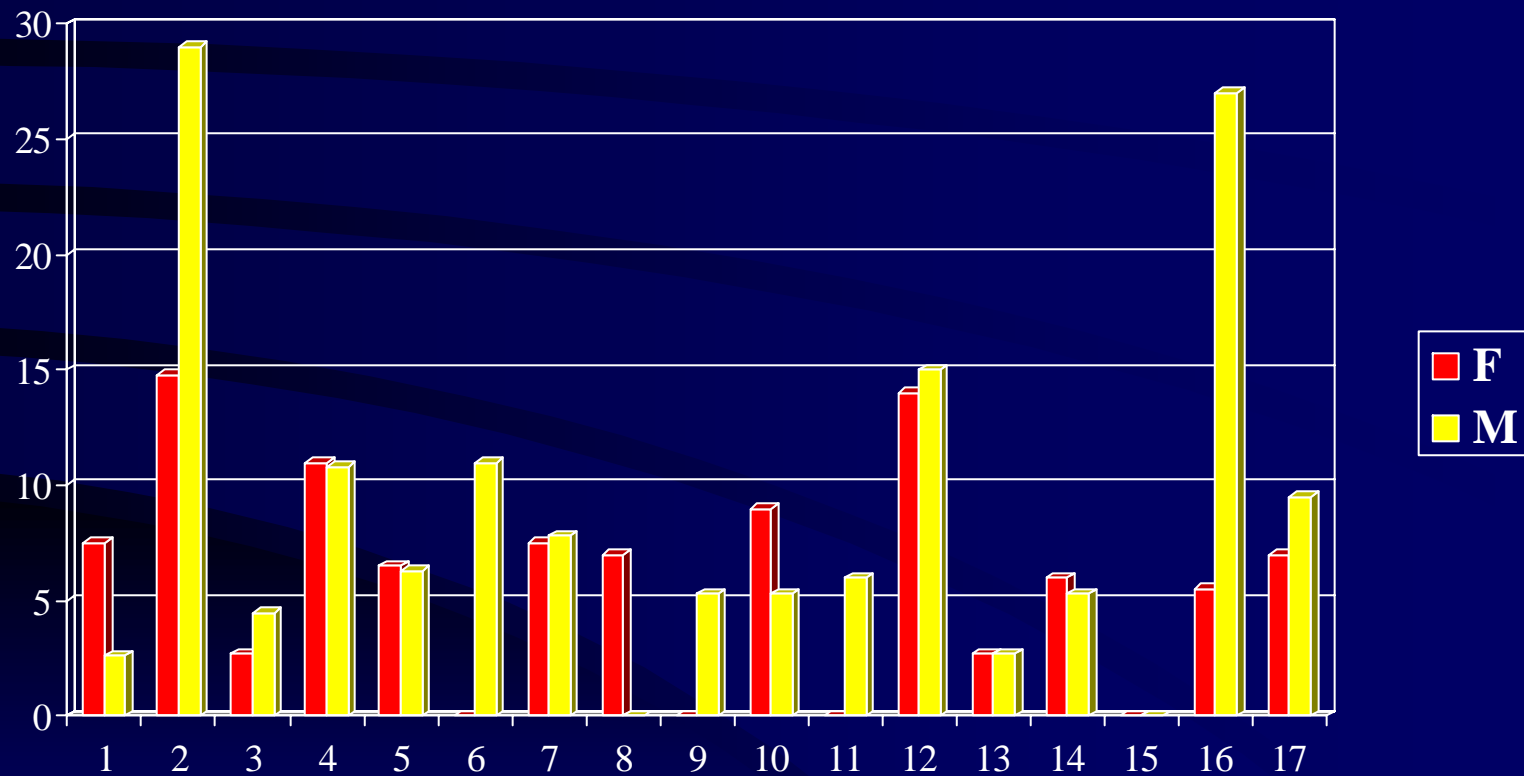
PROPORZIONE DI COLONSCOPIE CONDOTTE IN NARCOSI O CON SEDAZIONE PER CENTRO



PROPORZIONE DI COLONSCOPIE CONDOTTE IN DH PER CENTRO



TASSO DI IDENTIFICAZIONE DI ADENOMI PROSSIMALI AVANZATI PER OPERATORE E SESSO



PROBABILITA' DI AVERE UNA COLONSCOPIA INCOMPLETA

	OR	95% CI
SESSO		
UOMINI	1	
DONNE	1.765	1.380-2.257
ETA'		
55-59	1	
60-64	1.228	0.857-1.758
65-69	1.083	0.680-1.724
70 +	1.150	0.650-2.035

PROBABILITA' DI AVERE UNA COLONSCOPIA INCOMPLETA

	OR	95% CI
<i>SEDAZIONE</i>		
NO FARMACI	1	
NARCOSI	0.439	0.171-1.126
PETIDINA	0.786	0.440-1.404
BENZODIAZEPINE	0.951	0.600-1.507
ANALGESIA	0.790	0.528-1.181
<i>TIPO ESAME</i>		
COLONSCOPIA DA FOBT	1	
COLONSCOPIA DA FS	0.853	0.573-1.269

PROBABILITA' DI AVERE UNA COLONSCOPIA INCOMPLETA

	OR	95% CI
<i>CENTRI</i>		
A	1	
B	1.540	1.017-2.332
C	0.452	0.269-0.760
D	0.663	0.418-1.052
E	0.516	0.290-0.919
F	1.931	1.328-2.808
G	1.993	1.224-3.244

COLONSCOPIE DA FS POSITIVE: NEOPLASIE PROSSIMALI AVANZATE

	COLONSCOPIE	NEOPLASIE PROSSIMALI AVANZATE	%	95% CI
<i>DONNE</i>				
> 50 CT	179	16	8,9%	5,4%-14,4%
< 50 CT	155	5	3,2%	1,2%-7,8%
<i>UOMINI</i>				
>50CT	386	16	10,9%	8,1%-14,4%
<50CT	279	5	4,7%	2,6%-8,0%

COLONSCOPIE DA FOBT POSITIVE: NEOPLASIE PROSSIMALI AVANZATE

	COLONSCOPIE	NEOPLASIE PROSSIMALI AVANZATE	%	95% CI
<i>DONNE</i>				
> 50 CT	256	35	13,7%	9,8%-18,6%
< 50 CT	262	21	8,0%	5,1%-12,2%
<i>UOMINI</i>				
>50CT	375	80	21,3%	17,4%-25,9%
<50CT	304	41	13,5%	10,0%-18,0%

Raccomandazioni sulla qualità

- a) Esiste notevole variabilità nella qualità di esecuzione della colonscopia**
- b) La sensibilità per la neoplasia coloretale e il tasso di complicanze (perforazione tra 1/500 e 1/4000) sono le aree più critiche**
- c) La qualità della colonscopia è particolarmente importante nella diagnosi e nella prevenzione della neoplasia coloretale**

Intervalli
appropriati di
follow-up

Sanguinamento:

- FOBT positivo
- ematochezia
- anemia sideropenica
- melena con EGDS negativa

Intervallo

NR

NR

NR

NR

Screening

- rischio medio **10 anni**
- 1 parente di I grado con cancro (o adenomi) > 60 anni **10 anni**
- almeno 2 parenti di I grado con cancro (o adenomi) o 1 parente di I grado < 60 anni **5 anni**
- cancro ovarico o dell'endometrio diagnosticato < 50 anni **5 anni**

NR: non raccomandato

	Intervallo
▪ HNPCC (iniziare dall'età di 20-25 anni)	1-2 anni
▪ Dolore addominale, alterazioni dell'alvo	*
▪ Sigmoidoscopia positiva (polipo > 1 cm o polipo adenomatoso < 1 cm)	Vedi resezione adenomi
▪ Resezione di adenoma	
▣ 1-2 adenomi tubulari < 1 cm	5anni
▣ semplice esame di follow up o solo polipi iperplastici	5 anni
▣ >= 3 adenomi o adenoma villosa, > 1 cm o con displasia	3 anni
▣ Numerosi adenomi o adenoma sessile > 2 cm, rimosso brevi	intervalli
in maniera frammentaria	

* se la colonscopia è negativa e i sintomi persistono, l'esame deve essere ripetuto sec. le raccomandazioni di screening

Resezione di cancro coloretale:

- intervallo: in caso di “clean colon”, dopo 3 anni e poi ogni 5anni

Colite ulcerosa o colite di Crohn dopo 8 anni di pancolite o 15 anni di colite sinistra:

- intervallo: ogni 2-3 anni fino a 20 anni dall'inizio dei sintomi, poi ogni anno

Miglioramento della
qualità: indicatori di
qualità, valori soglia e
obiettivi

Indicazioni ed intervalli

- **rispetto dei tempi della sorveglianza dopo la polipectomia e dopo la resezione per cancro**
- **rispetto dei tempi di sorveglianza della colite ulcerosa e timing di inizio**
- **rispetto dei tempi di sorveglianza dopo l'esame di screening**

Precauzioni

- **Identificazione della classe ASA ed azione appropriata (obiettivo: 100%)**
- **Identificazione della terapia anticoagulante ed azione appropriata (obiettivo: 100%)**
- **Somministrazione adeguata della profilassi antibiotica (obiettivo 100%)**

Profilassi antibiotica

Considerare la profilassi caso per caso nelle seguenti condizioni:

- **protesi valvolari cardiache**
- **storia di endocardite**
- **shunt chirurgici sistemico-polmonari**
- **cirrosi epatica con ascite**

Colonscopia in entrata

- Percentuale di intubazione del ceco $\geq 90\%$ in tutti i casi e negli esami di screening $\geq 95\%$
- Documentazione nei referti endoscopici della intubazione cecale ed eventuale documentazione fotografica (se disponibile)

Colonscopia in uscita

- **Tempo medio dell'esame (durante la fase di uscita). Obiettivo: i tempi medi di uscita dovrebbero essere almeno di 6-10 minuti**
- **Prevalenza di adenomi individuati durante la colonscopia al primo esame.**
Obiettivo: $\geq 25\%$ negli uomini con età > 50 anni e $\geq 15\%$ nelle donne con età > 50 anni
- **Documentazione della qualità della preparazione intestinale.**
Obiettivo: 100%

Biopsia e Polipectomia

- Documentazione delle dimensioni, dell'aspetto e distribuzione dei polipi benigni inviati alla resezione chirurgica

Obiettivo: i polipi peduncolati ed i polipi sessili > 2 cm non dovrebbero essere inviati alla resezione chirurgica senza un tentativo di resezione endoscopica o in caso di inaccessibilità endoscopica

- Percentuale dei polipi del colon resecati recuperati per l'esame istologico

Obiettivo: $\geq 95\%$

Biopsia e Polipectomia

- **Numero e distribuzione dei campioni bioptici nella sorveglianza della colite ulcerosa e della colite di Crohn.**

Obiettivo: 4 prelievi bioptici ogni 10 cm di colon coinvolto o approssimativamente 30 biopsie nei casi di pancolite ulcerosa

Complicanze

- **Percentuale dei casi con consenso informato.**
Obiettivo: 100%
- **Percentuale dei casi con elencate le 4 complicanze maggiori (perforazione, sanguinamento post-polipectomia, reazioni avverse cardiopolmonari, omissione di significative neoplasie).**
Obiettivo: 100%
- **Incidenza di reazioni minori alla sedazione.**
Obiettivo: $\leq 1/100$

Complicanze

- Incidenza di reazioni avverse più serie (necessità di ventilazione con maschera o intubazione endotracheale).

Obiettivo: $< 1/300$

- Incidenza e tipo di perforazione. Obiettivo: $< 1/1000$; $< 1/2000$ negli esami di screening

- Incidenza di sanguinamento post-polipectomia immediata o tardiva. Obiettivo: $< 1/100$

Interazione con il Patolo

- **Percentuale di adenomi con elementi villosi.**
Obiettivo: < 10%
- **Referti che usano i termini carcinoma in situ o adenocarcinoma intramucoso.**
Obiettivo: nessuno
- **Definizione del grado di displasia negli adenomi come basso grado o alto grado.**
Obiettivo: 100%

Interazione con il paziente

- **Uso dei termini lieve, moderato o severo per descrivere la displasia e gli adenomi. Obiettivo: nessuno**
- **Adeguate caratterizzazione dei polipi maligni (margini di resezione, grado di differenziazione, presenza di invasione vascolare o linfatica. Obiettivo: 100%**