



# Appropriatezza delle indicazioni alla colonscopia in una Unità' di Endoscopia Digestiva con accesso diretto

Dr.D.Mazzucco

SC Gastroenterologia P.O.Rivoli

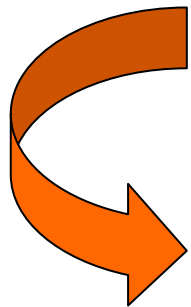
Aumento esponenziale delle richieste  
di colonscopie negli ultimi anni

MA

Allungamento tempi d'attesa

Costi non trascurabili

Risorse limitate



Necessarie Linee Guida per limitare gli esami  
inappropriati



**Linee guida più importanti:**

- American Society for Gastrointestinal Endoscopy  
"ASGE"
- European Panel for the Appropriateness of  
Gastrointestinal Endoscopy "EPAGE"



## **Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy**

A consensus statement from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Initially prepared by the Committee on Endoscopic Utilization. Revised by the Standards of Practice Committee and approved by the Governing Board.

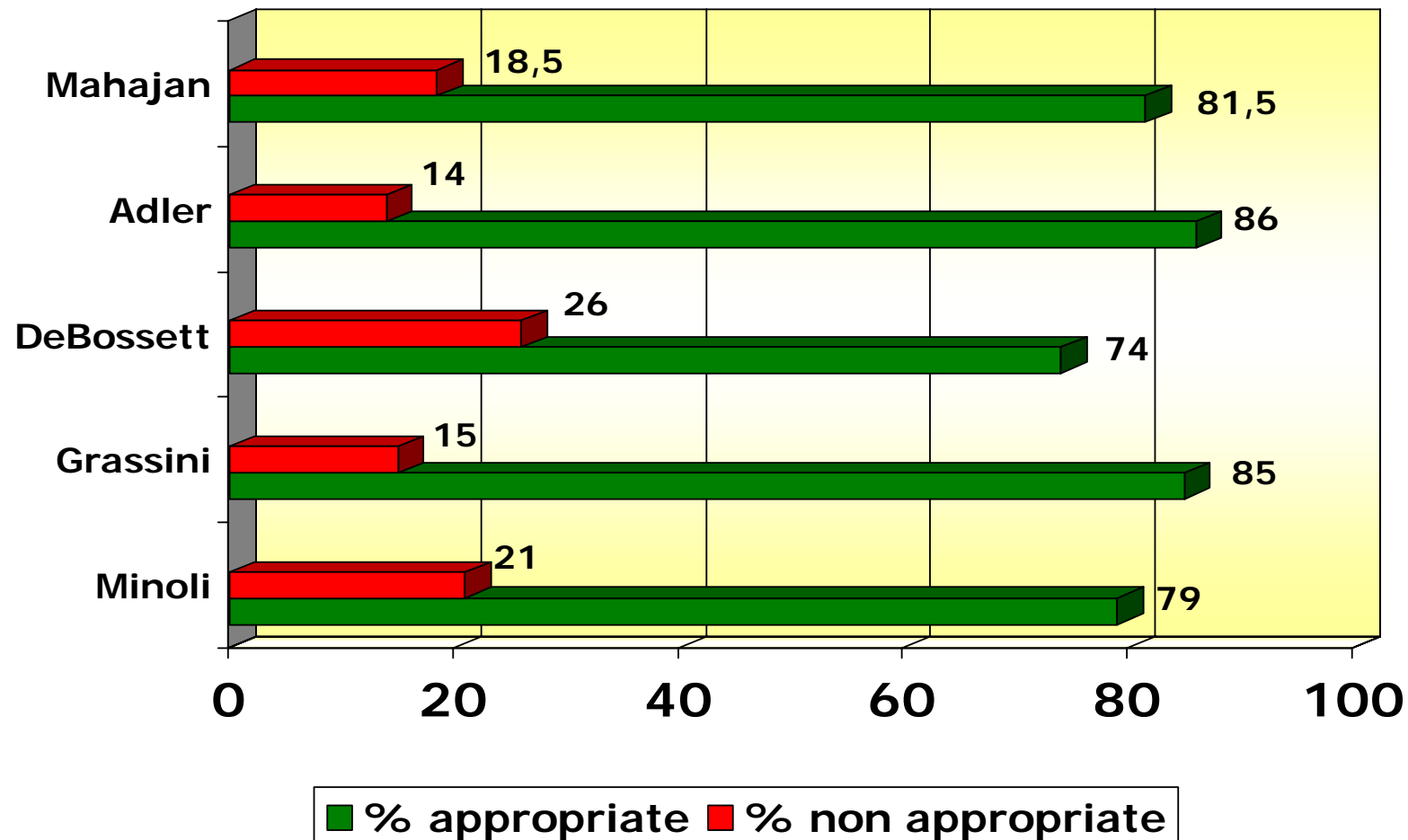
### **APPROPRIATE**

- ✓ Ematochezia-positività sangue occulto fecale
- ✓ Anemia sideropenica non spiegabile
- ✓ Sorveglianza per neoplasie e polipi colici
- ✓ Diarrea di origine non spiegabile, clinicamente significativa
- ✓ Sorveglianza di pazienti con IBD
- ✓ Valutazione di malattie infiammatorie del colon quando la colonscopia influenza l'immediato trattamento
- ✓ Dolore addominale cronico, quando gi escluse le altre cause
- ✓ Asportazione di polipi colici
- ✓ Dilatazione di lesioni stenotiche
- ✓ Trattamento palliativo di neoplasie stenosanti
- ✓ Decompressione di megacolon/volvolo

### **INAPPROPRIATE**

- Dolore addominale cronico o IBS stabile
- Diarrea acuta
- Malattia metastatica in assenza di segni o sintomi colici quando questo non influenzi il trattamento
- Follow-up di routine per le IBD asintomatiche ad eccezione della sorveglianza per displasia
- Sanguinamento GI superiore o melena con una dimostrata causa del tratto digestivo superiore

## APPROPRIATEZZA SEC ASGE DELLA COLONSCOPIA IN VARIE CASISTICHE



## **Appropriateness of colonoscopy in a digestive endoscopy unit: a prospective study using ASGE guidelines**

Renzo Suriani \*\*,<sup>1</sup> Mario Rizzetto \*\*,<sup>2</sup> Dario Mazzucco \*\*,<sup>1</sup> Silvia Grosso \*\*,<sup>1</sup> Paola Gastaldi \*\*,  
Maria Marino \*\*,<sup>3</sup> Sanseverinati Sabina \*\*,<sup>3</sup> Ivo Venturini \*\*,<sup>2</sup> Athos Borghi \*\*,<sup>3</sup> and  
Maria Luisa Zeneroli \*\*,<sup>3</sup>

### **SCOPI DELLO STUDIO**

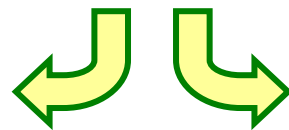
1. Valutare l'appropriatezza delle colonscopie in accordo con le Linee Guida ASGE nella pratica endoscopica di routine.
2. Analizzare in dettaglio le richieste non appropriate a seconda della categoria di medici invianti.

# PAZIENTI E METODI

PERIODO: Novembre 2001- Ottobre 2002

780 colonscopie consecutive, con accesso diretto presso la  
Struttura Complessa GEL dell'Osp. di Rivoli

677 colonscopie  
incluse nello studio



103 escluse per  
incompletezza dati,  
preparazione incompleta.

## CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI

SESSO (M/F): 355/322 (52/48%)

ETA' (anni): 64 +/-13anni (17-93)

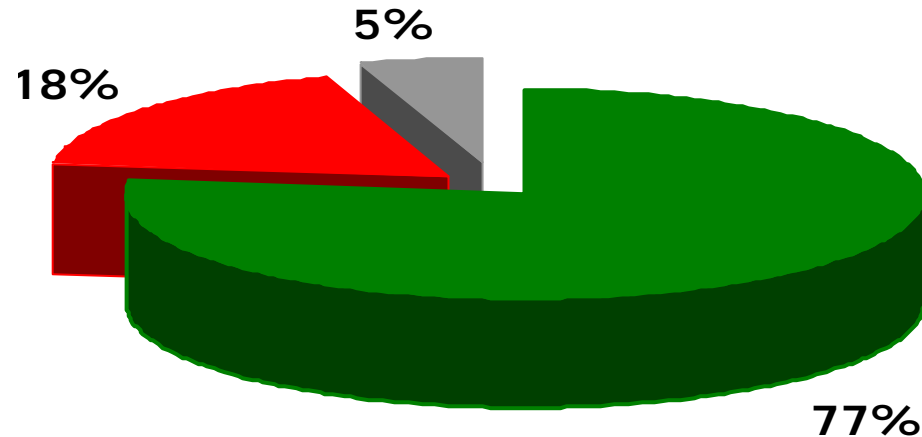
INVIATI DA:	Gastroenterologo ambulatoriale	290 (42.8%)
	Medico di Famiglia	150 (22.2%)
	Chirurghi ed Internisti	
	del nostro Ospedale	237 (35%)



## RISULTATI 1

### APPROPRIATEZZA SEC. ASGE

■ **Appropriate**  
■ **NON appropriate**  
■ **Non presenti in lista**



677 colonoscopie

✓ 520 appropriate (77%)

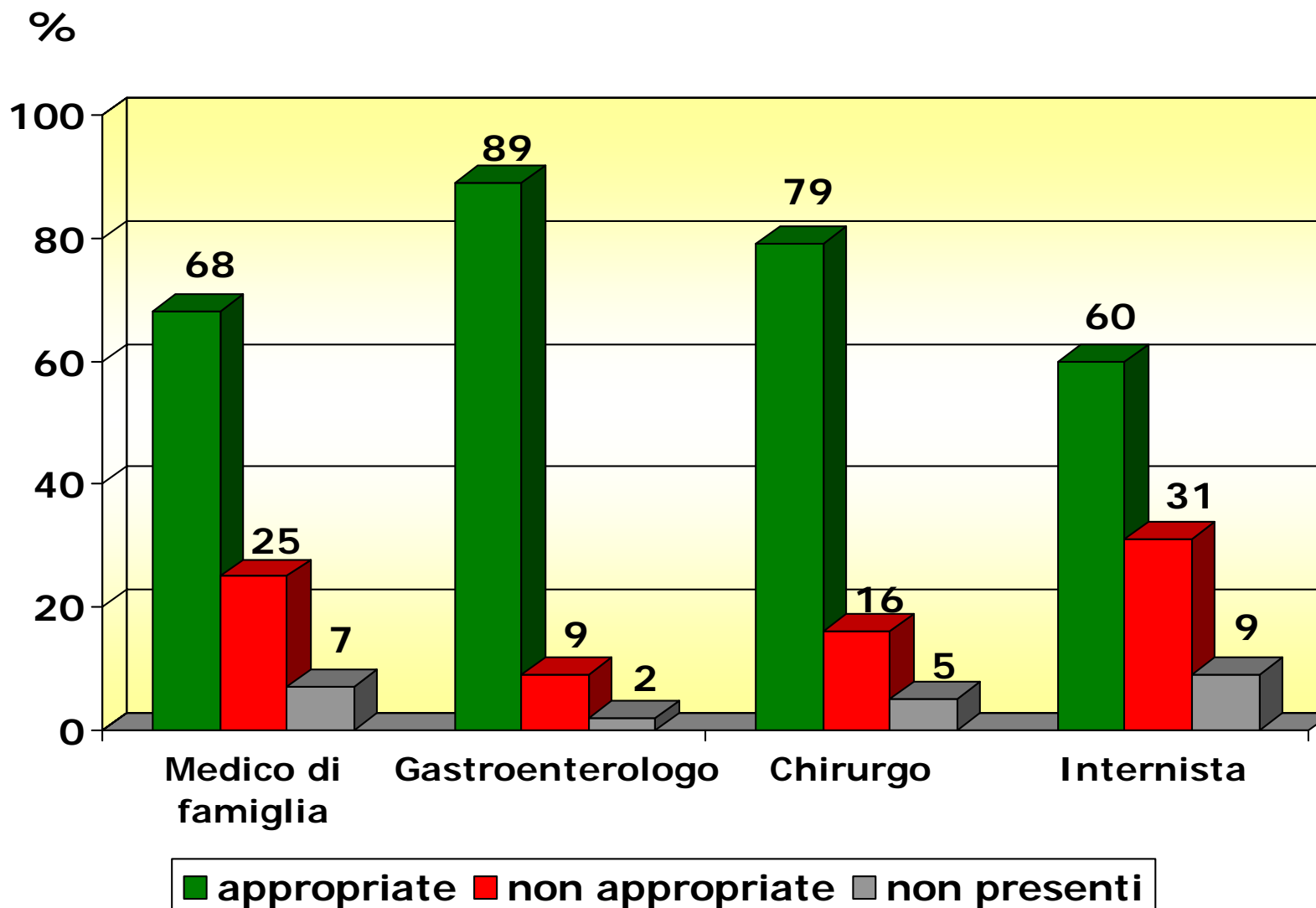
✓ 122 non appropriate (18%)

✓ 35 non presenti in lista (5%)

- Massa addominale di origine sconosciuta
- Perdita inspiegabile di peso
- Stipsi cronica
- Incontinenza fecale
- Fistola perianale
- Stadiazione di neoplasie pelviche
- Anemia normocromica
- CEA aumentato

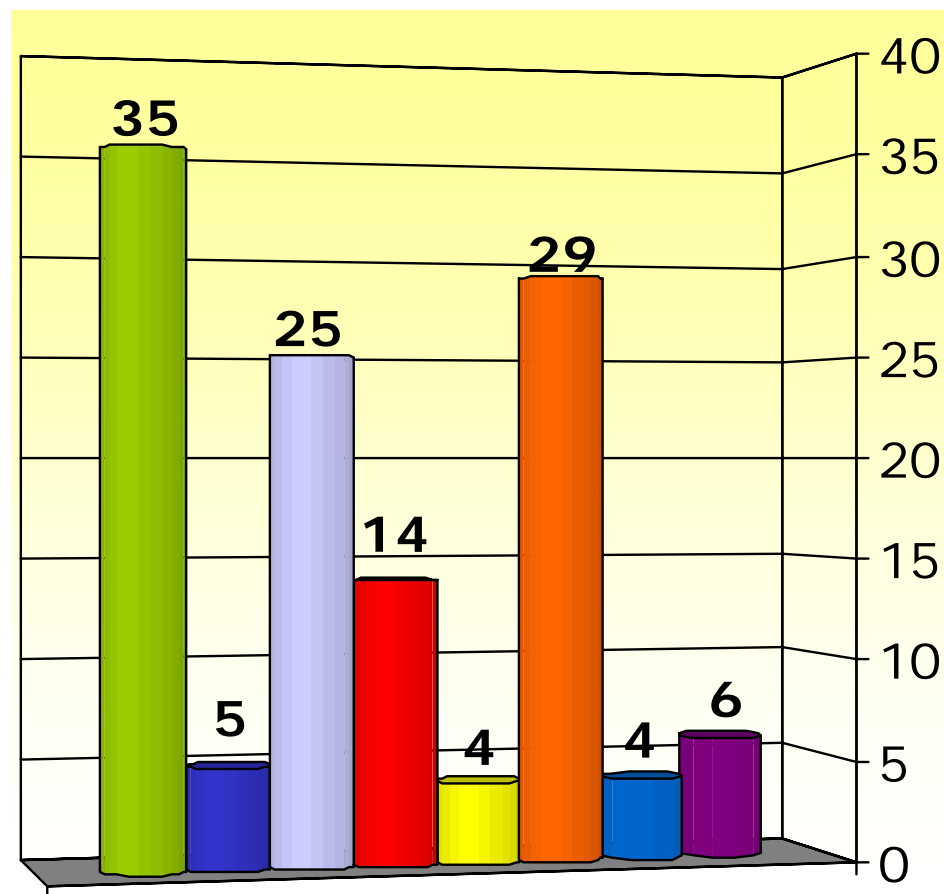
## RISULTATI 2

### APPROPRIATEZZA COLONSCOPIE SECONDO VARIE CATEGORIE DI MEDICI

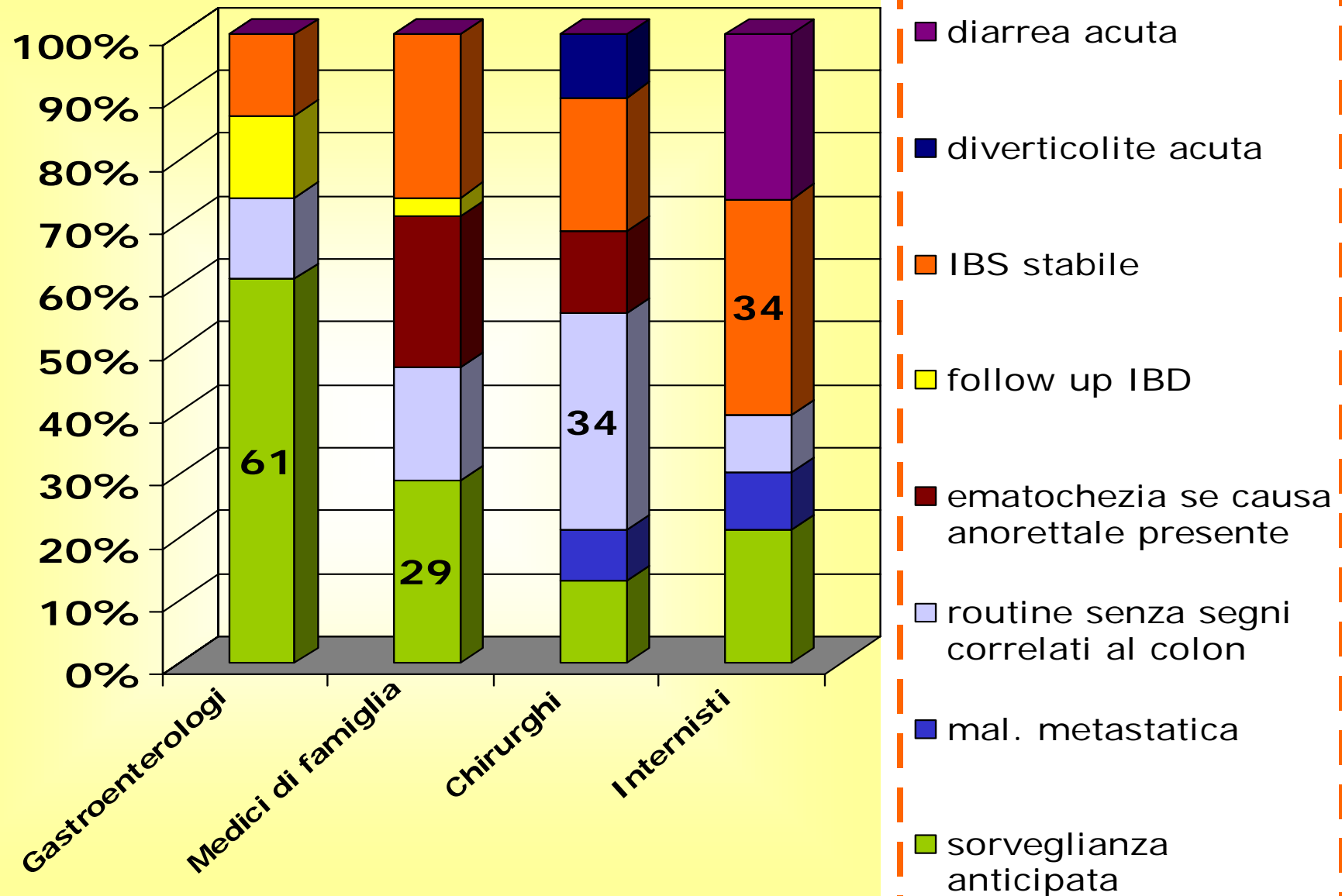


## RISULTATI 3 - INDICAZIONI INAPPROPRIATE

- sorveglianza anticipata
- mal. metastatica
- routine senza segni correlati al colon
- ematochezia se causa anorettale presente
- follow up IBD
- IBS stabile
- diverticolite acuta
- diarrea acuta



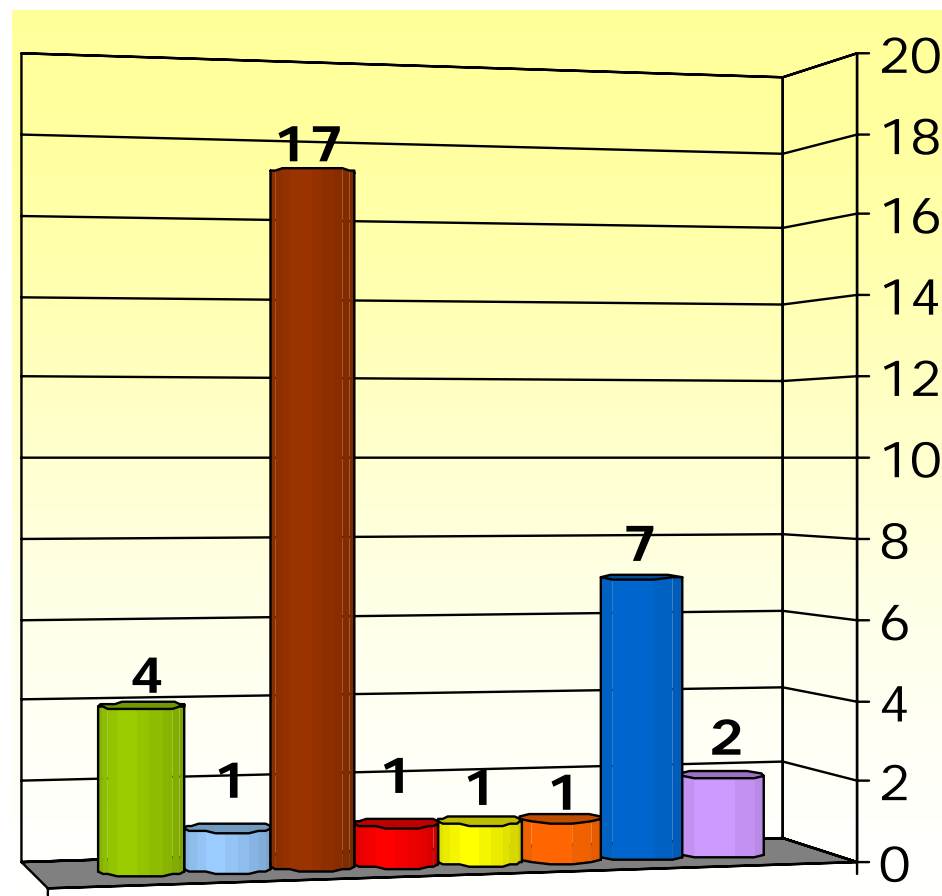
## RISULTATI 5 - RICHESTE INAPPROPRIATE SECONDO LA TIPOLOGIA DI MEDICO INVIANTE



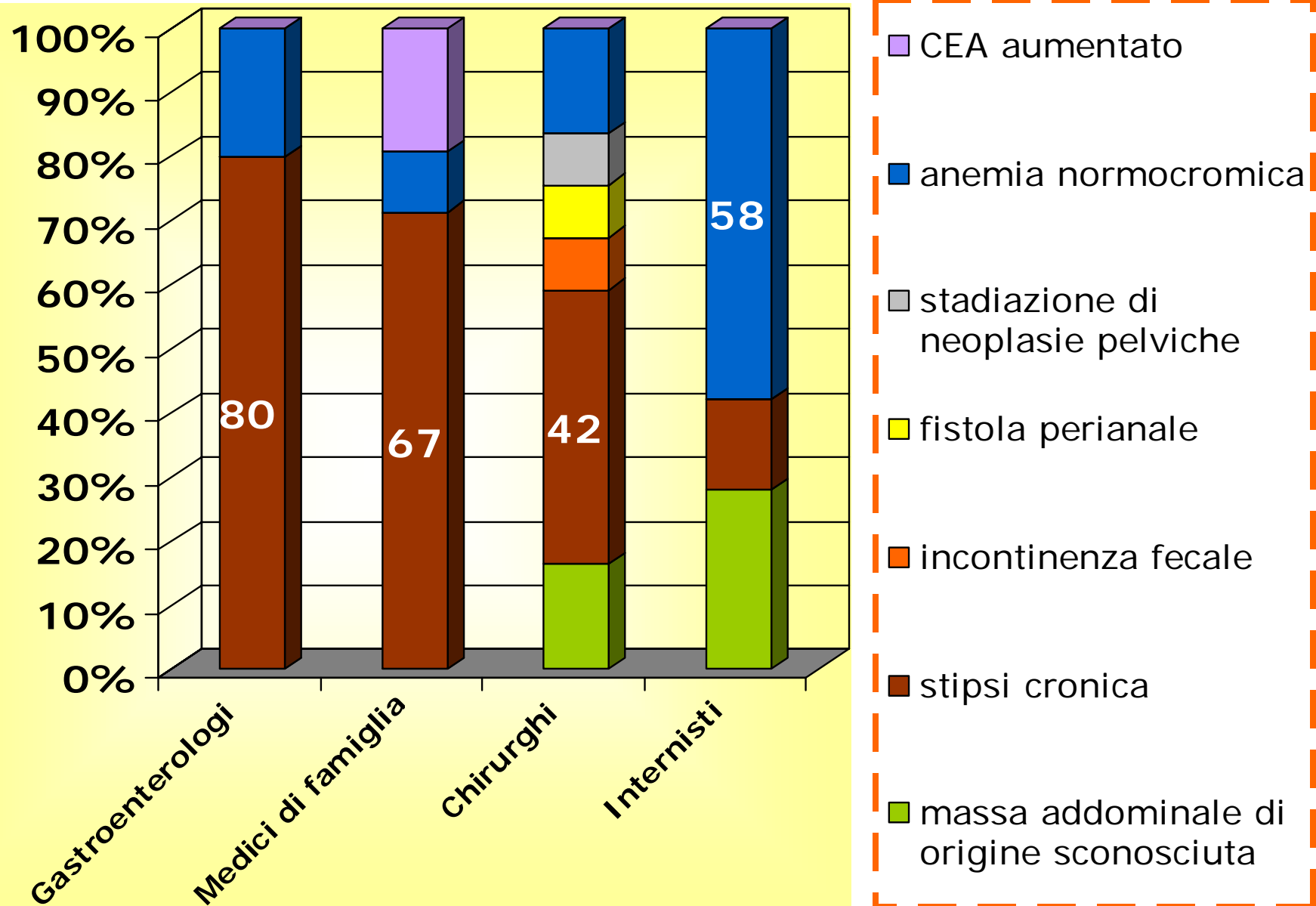
## RISULTATI 4 –

### INDICAZIONI NON PRESENTI IN LISTA ASGE

- massa addominale di origine sconosciuta
- perdita inspiegabile di peso
- stipsi cronica
- incontinenza fecale
- fistola perianale
- stadiazione di neoplasie pelviche
- anemia normocromica
- CEA aumentato



## RISULTATI 6 - INDICAZIONI NON PRESENTI IN LISTA SECONDO LA TIPOLOGIA DI MEDICO INVIANTE



**LIMITI DELLE LINEE**

**GUIDA:**

**RISCHIAMO DI  
PERDERE DIAGNOSI  
IMPORTANTI?**

	Procedure Appropriate (n=520)		Procedure Inappropriate (n=122)		Non riportate su linee guida ASGE (n.35)	
	N.	%	N.	%	N.	%
<b>Lesioni significative</b>						
Cancro coloretale avanzato	38	7.4	-	-	-	-
IBD	59	11.3	-	-	-	-
Polipi non iperplastici > 5 mm	111	21.3	15 Di cui 1 High Grade Displasia	12	3	8,5
<b>Totale</b>	<b>208</b>	<b>40</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>8,5</b>

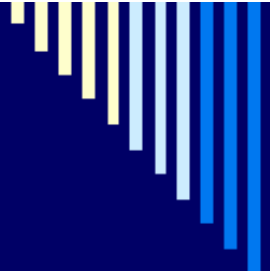


## POSSIBILI STRATEGIE FUTURE

- ✓ Aggiornamento continuo delle Linee Guida di appropriatezza
- ✓ Diffusione dei criteri di appropriatezza per migliorare la selezione dei pazienti (incontri, lettere ecc.)
- ✓ Ridurre al minimo il rischio di perdere diagnosi significative

# PROSPETTIVE DI UTILIZZO

- ❑ Definizione di budget minimo per l'implementazione di attività dei centri
- ❑ Definizione delle risorse in ambito di programmazione regionale
- ❑ Standardizzazione delle procedure
- ❑ Valutazione delle carenze per stabilire le priorità d'intervento
- ❑ Valutazione di efficienza in un'ottica comparativa ("benchmarking")
- ❑ Valutazione costo-efficacia nella definizione della migliore strategia di screening (cs vs sof)



## Aumento dei costi indotto da una colonscopia di qualità inferiore

- ❑ Ridotta percentuale di cs totali = incremento di esami a completamento diagnostico (clisma opaco o cs virtuale)
- ❑ Dilazione delle procedure operative (biopsia vs polipectomia immediata regime ambul. vs day hosp.) = incremento esami e degenze
- ❑ Uso della sedazione = maggiore “compliance” e quindi costo-efficacia
- ❑ Riduzione e gestione appropriata delle complicanze = meno ricoveri non indispensabili

costo medio

clisma opaco = € 91,67

DH per polipectomia (ICD9-CM 45.42) = € 581,04

# QUALITA' DELLA COLONSCOPIA

- ❑ Visualizzazione completa del colon > 90%  
(> 95% nello screening)
- ❑ Individuazione di adenomi con prevalenza adeguata  
(>25% M, >15% F)
- ❑ Polipectomia immediata, nella stessa seduta diagnostica,  
delle lesioni < 2 cm.
- ❑ Competenze idonee nella gestione delle complicanze  
(< 0.5% per es. diagnostici, 2.5 % per es. operativi)

**SIED – ASGE – Min.Salute - 2006**

## **Appropriateness of colonoscopy in a digestive endoscopy unit: a prospective study using ASGE guidelines**

Renzo Suriani <sup>\*\*,1</sup> Mario Rizzetto <sup>\*,2</sup> Dario Mazzucco <sup>\*\*,1</sup> Silvia Grosso <sup>\*\*,1</sup> Paola Gastaldi <sup>\*\*,1</sup>  
Maria Marino <sup>\*\*,3</sup> Sanseverinatti Sabina <sup>\*\*,3</sup> Ivo Venturini <sup>\*\*,3</sup> Athos Borghi <sup>\*\*,3</sup> and  
Maria Luisa Zeneroli <sup>\*\*,3</sup>

<sup>1</sup>\*\*, Department of Gastroenterology, Ospedale degli Interni, Rivoli, Italy

<sup>2</sup>\*\*, Gastroenterologia, Ospedale Molinetta, Università di Torino, Torino, Italy

<sup>3</sup>\*\*, Medicina Interna II, Department of Medicine and Medical Specialties, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italy

### **SCOPI DELLO STUDIO**

1. Valutare l'appropriatezza delle colonscopie in accordo con le Linee Guida ASGE nella pratica endoscopica di routine
2. Analizzare in dettaglio le richieste non appropriate per diffondere gli indicatori corretti alle varie categorie di medici