



S.S. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO

Evento Formativo Residenziale

PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING COLORETTALE PREVENZIONE SERENA – WORKSHOP 2018

ECM REGIONE PIEMONTE

CODICE : 300 - 31783
Crediti: 6

AREA DEL DOSSIER FORMATIVO

Obiettivi formativi tecnico - professionali

OBBIETTIVO FORMATIVO DI INTERESSE NAZIONALE

Contenuti tecnico-professionali

AREA TEMATICA REGIONALE

Prevenzione e promozione della salute

DESTINATARI

N° 95

PROFESSIONI SANITARIE

Medico
Biologo
Assistente sanitario
Infermiere professionale
Infermiere pediatrico
Tecnico di lab. Biomedico

PROFESSIONI NON SANITARIE

Assistenti amministrativi
Coadiutori amministrativi
Collaboratore amministrativo
Infermieri generici
Operatori socio-sanitari

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Invio di scheda di iscrizione alla segreteria organizzativa
Scheda scaricabile dal sito:
www.cpo.it

QUOTA DI ISCRIZIONE

Corso gratuito

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

Ceresa Matilde
Garena Francesca
formazione@cpo.it
Tel. 011- 6333874
Fax 011 - 6333886

DATA/E

21 novembre 2018

SEDE

Aula Magna Dental School – A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
Via Nizza, 230 Lingotto ingresso Otto Gallery fronte_Eataly- Torino

PROGRAMMA

- Ore 8.45 Registrazione dei partecipanti
Ore 9.15 Saluti delle autorità e introduzione ai lavori
Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte
Città della Salute e della Scienza di Torino
- 1° sessione: Adesione e copertura**
Ore 9.30 I dati del 2017
(Piero Bestagini)
Ore 9.45 Il monitoraggio delle disuguaglianze
(Teresa Spadea)
Ore 10.00 Barriere organizzative all'adesione
(Eva Anselmo)
Ore 10.15 L'audit sul programma; uno strumento per affrontare le criticità
(Gianfranco Corgiat)
Ore 10.30 Discussione
(Carlo Senore)
- 2° sessione: Indicatori diagnostici**
Ore 11.00 Il programma con sigmoidoscopia
(Renato Fasoli)
Ore 11.15 Il programma FIT
(Enrico Morello)
Ore 11.30 Monitoraggio degli indicatori di qualità in endoscopia
(Arrigo Arrigoni)
Ore 11.50 Discussione (Arrigo Arrigoni)
- 3° sessione: Aggiornamenti del protocollo regionale 1**
Ore 12.15 Aggiornamento del protocollo regionale: Anatomia Patologica (Paola Cassoni)
Ore 12.30 Trattamento dopo exeresi locale di neoplasia colica o rettale pT1 (Mauro Santarelli)
Ore 12.45 Trend di incidenza del cancro colo rettale: ci sono ragioni per riconsiderare l'età di inizio dello screening?
(Silvia Patriarca)
- Ore 13.00 Pausa pranzo**
- 4° sessione: Aggiornamenti del protocollo regionale 2**
Ore 14.00 Protocollo inviti per i non aderenti alla sigmoidoscopia
Utilizzo della colonscopia virtuale
Gestione dei pazienti in terapia anti-aggregante/anti-coagulante
Attività extra-screening
(Arrigo Arrigoni, Mario Fracchia, Carlo Senore)
Ore 15.10 Il nuovo Handbook della IARC
(Paola Armaroli)
Ore 15.20 Discussione
(Nereo Segnan)
Ore 16.00 Test di valutazione
(Carlo Senore)
Ore 16.30 Chiusura dell'evento

RESPONSABILE/I SCIENTIFICO/I

Carlo Senore

PROGETTISTA o RESPONSABILE ACCREDITAMENTO

Livia Giordano
Matilde Ceresa

DOCENTI/FORMATORI

- o Anselmo Eva
- o Armaroli Paola
- o Arrigoni Arrigo
- o Bestagini Piero
- o Cassoni Paola
- o Corgiat Gianfranco
- o Fasoli Renato
- o Fracchia Mario
- o Morello Enrico
- o Patriarca Silvia
- o Santarelli Mauro
- o Segnan Nereo
- o Senore Carlo
- o Spadea Teresa

UTILIZZO DELLA COLONSCOPIA VIRTUALE

Arrigo Arrigoni Carlo Senore

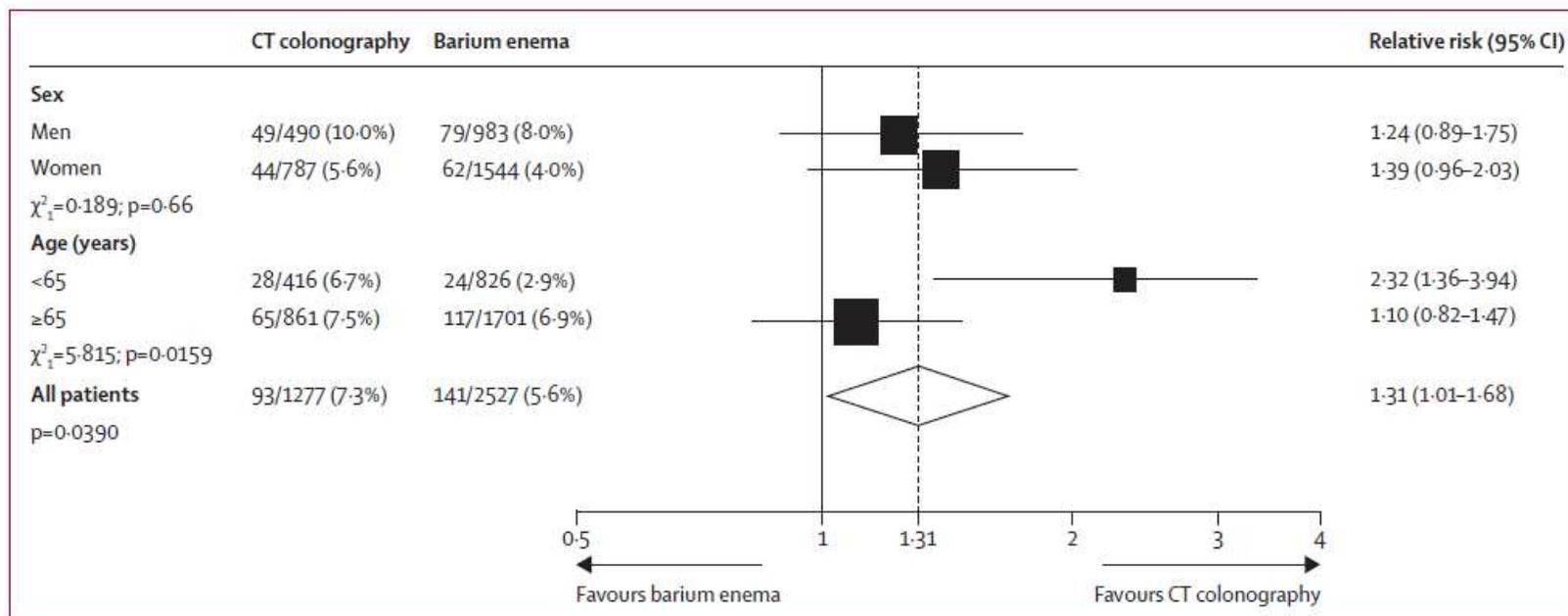
Torino, 21 novembre 2018

LA COLONSCOPIA VIRTUALE (CTC) HA SOSTITUITO IL CLISMA COLON DC

I trial SIGGAR (Halligan et al. 2013; Atkin et al. 20013) e le valutazioni economiche condotte nell'ambito del trial (Halligan et al 2015) hanno documentato la superiorità di questa metodica rispetto al clisma a doppio contrasto, il cui utilizzo non è più indicato.

Computed tomographic colonography versus barium enema for diagnosis of colorectal cancer or large polyps in symptomatic patients (SIGGAR): a multicentre randomised trial

*Steve Halligan, Kate Wooldrage, Edward Dadswell, Ines Kralj-Hans, Christian von Wagner, Rob Edwards, Guiqing Yao, Clive Kay, David Burling, Omar Faiz, Julian Teare, Richard J Lilford, Dion Morton, Jane Wardle, Wendy Atkin, for the SIGGAR investigators**



Colonscopia virtuale:

è il test di scelta per il completamento di colonscopie incomplete per motivi diversi dall'inadeguata preparazione intestinale.



- **Deformazioni perivisceritiche, diverticolari, stenosi, aderenze, intolleranza**

Ma indicate anche come:

- **Alternativa per soggetti che rifiutano la colonscopia**

- **Alternativa per soggetti fragili**

Pluri-morbidity, TAO, o doppia anti-aggregazione: la CTC per selezionare quei soggetti per cui i rischi associati all'esame e/o alla variazione delle possono essere bilanciati dal beneficio che può derivare dall'asportazione di lesioni clinicamente significative evidenziate dall'imaging.

- **Triage per Colonscopia in narcosi**

Soggetti per cui sia indicata una colonscopia in narcosi: l'opzione di un triage con CTC semplifica la gestione dei pazienti e allo stesso tempo favorisce un uso più efficiente di una risorsa molto limitata (tempi di attesa!), escludendo soggetti con esame radiologici negativo

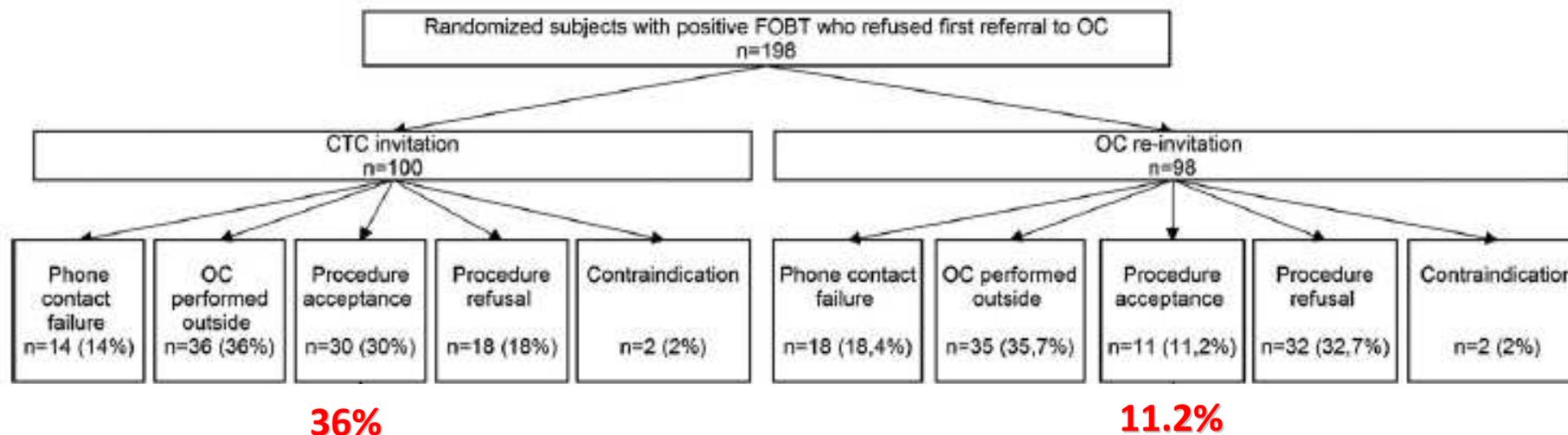
- **Triage per FIT+**

- **In ambito screening**

FIT + allo screening che rifiutano di sottoporsi a colonscopia (20-22%) potrebbero essere più motivati a sottoporvisi a seguito di riscontro di lesioni significative alla CTC.

Computed tomographic colonography in subjects with positive faecal occult blood test refusing optical colonoscopy

Lapo Sali^{a,*}, Grazia Grazzini^b, Leonardo Ventura^b, Massimo Falchini^a, Alessandra Borgheresi^a, Guido Castiglione^b, Michele Grimaldi^a, Nicola Ianniciello^c, Beatrice Mallardi^b, Marco Zappa^b, Mario Mascacchi^a



FIT+ che rifiutano la colonscopia dimostrano un'adesione più alta all'offerta di una CTC che ad un secondo invito alla colonscopia

Guidelines for the use of imaging in the NHS Bowel Cancer Screening Programme

In the NHSBCSP, conventional colonoscopy is most commonly contraindicated in:

- Patients with significant cardiovascular or respiratory comorbidity, which might compromise the safety of a colonoscopy examination.
- Individuals who are deemed too frail to undergo standard laxative preparation, but who are able to tolerate CTC using a reduced laxative faecal tagging regimen.
- Individuals with a history of incomplete colonoscopy.

Pazienti in TAO

Accuratezza diagnostica

La colonscopia virtuale (CTC) è un esame accurato per l'identificazione di neoplasia avanzata e permette di esaminare tutti i segmenti colici

(Pickardt NEJM 2003, 2008; Johnson NEJM 2008; Regge JAMA 2008)

I risultati di 2 meta-analisi di studi di confronto tra CTC e colonscopia indicano che la sensibilità per il cancro è equivalente per i due test, e pari al 90% per gli adenomi \geq 10 mm per la CTC

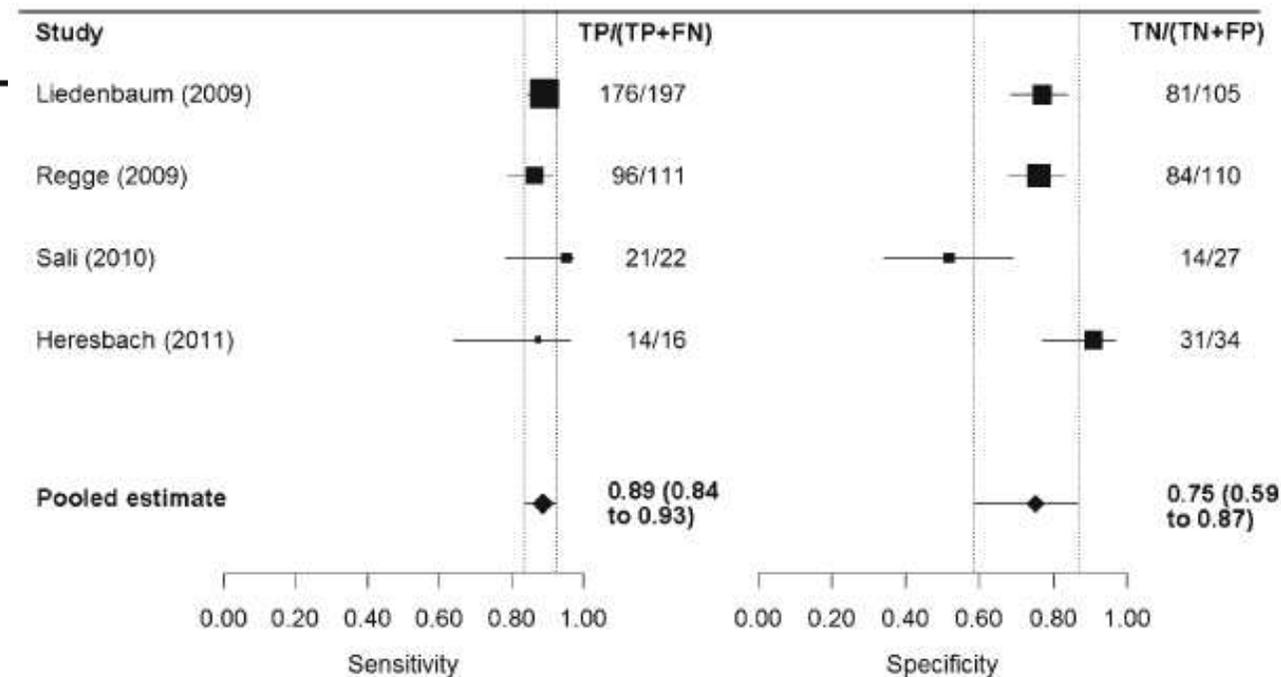
(Pickardt Radiology 2011; De Haan Eur Rad 2001)

Sensitivity and specificity of CT colonography for the detection of colonic neoplasia after positive faecal occult blood testing: systematic review and meta-analysis

Eur Radiol (2014) 24:1049–1058

Andrew A. Plumb • Steve Halligan • Douglas A. Pendsé • Stuart A. Taylor • Susan Mallett

Author	Year	Sn for ≥ 6 mm adenomas or cancer
Liedenbaum [26, 27]	2009	89 (85–94)
Regge [28]	2009	86 ^c (78–92)
Sali [29]	2010	96 (77–100)
Heresbach [30]	2011	88 (62–98)



Computed tomographic colonography versus colonoscopy for investigation of patients with symptoms suggestive of colorectal cancer (SIGGAR): a multicentre randomised trial

Wendy Atkin, Edward Dadswell, Kate Wooldrage, Ines Kralj-Hans, Christian von Wagner, Rob Edwards, Guiqing Yao, Clive Kay, David Burling, Omar Faiz, Julian Teare, Richard J Lilford, Dion Morton, Jane Wardle, Steve Halligan, for the SIGGAR investigators*

	CT colonography	Colonoscopy	Relative risk (95% CI)	p value
All patients, n	533	1047		
Colorectal cancer or polyp ≥ 10 mm	57 (10.7%)	119 (11.4%)	0.94 (0.70–1.27)	0.69
Colorectal cancer	30* (5.6%)	58† (5.5%)	1.02 (0.66–1.56)	0.94
Polyp ≥ 10 mm	27‡ (5.1%)	61§ (5.8%)	0.87 (0.56–1.35)	0.53
Patients who had their randomised procedure, n¶	503	967		
Colorectal cancer or polyp ≥ 10 mm	54 (10.7%)	116 (12.0%)	0.89 (0.66–1.21)	0.47
Colorectal cancer	28 (5.6%)	55 (5.7%)	0.98 (0.63–1.52)	0.92
Polyp ≥ 10 mm	26 (5.2%)	61 (6.3%)	0.82 (0.52–1.28)	0.38

For most patients CTC offers a similarly sensitive, less invasive alternative to colonoscopy.....

CTC should be considered as an alternative first-line investigation for patients with symptoms suggestive of colorectal cancer.....

Use of CT colonography in the English Bowel Cancer Screening Programme

Gut 2014;**63**:964–973.

Andrew A Plumb,¹ Steve Halligan,¹ Claire Nickerson,² Paul Bassett,³
 Andrew F Goddard,⁴ Stuart A Taylor,¹ Julietta Patnick,² David Burling⁵

Variable	Detection of adenomas and cancers (%)	PPV (%)
Average radiologist experience		
<300 cases	82/474 (17.3)	82/134 (61.2)
300–999 cases	205/1006 (20.4)	205/340 (60.3)
1000+ cases	282/1119 (25.2)*	382/400 (70.5)*
Average radiologist workload		
<175 cases/radiologist/annum	145/851 (17.0)	145/247 (58.7)
≥175 cases/radiologist/annum	424/1748 (24.3)†	424/627 (67.6)†
Interpretation strategy		
Primary two-dimensional interpretation	183/973 (18.8)	183/286 (64.0)
Three-dimensional interpretation	409/1758 (23.3)†	409/625 (57.5)
Bowel preparation		
Either purgation or tagging	301/1456 (20.7)	301/439 (68.6)†
Both purgation and tagging combined	268/1143 (23.4)	268/435 (61.6)

Esperienza del radiologo

Esami anno

Fecal tagging

—————> Aumentano detection

Use of CT colonography in the English Bowel Cancer Screening Programme *Gut* 2014;**63**:964–973.

Andrew A Plumb,¹ Steve Halligan,¹ Claire Nickerson,² Paul Bassett,³
Andrew F Goddard,⁴ Stuart A Taylor,¹ Julietta Patnick,² David Burling⁵

	CTC (n=2731)	Colonoscopy (n=72 817)	p Value*
Colorectal cancer (%)	124† (4.5)	6577 (9.0)	<0.0001
10 mm+ polyp (%)	340 (12.4)	14 992 (20.6)	<0.0001
10 mm+ adenoma (%)	320 (11.7)	13 571 (18.6)	<0.0001
6–9 mm polyp (%)	119 (4.4)	5773 (7.9)	<0.0001
6–9 mm adenoma (%)	103 (3.8)	5243 (7.2)	<0.0001
≤5 mm polyp (%)	75 (2.7)	16 085 (22.1)	<0.0001
≤5 mm adenoma (%)	45 (1.6)	10 870 (14.9)	<0.0001
6 mm+ adenoma or CRC (%)	547 (20.0)	25 391 (34.9)	<0.0001
10 mm+ adenoma or CRC (%)	444 (16.3)	20 148 (27.7)	<0.0001
Advanced neoplasia (%)	504 (18.5)	23 830 (32.7)	<0.0001

In the BCSP, detection rates after positive gFOBt are lower for CTC than colonoscopy,

Using CT colonography as a triage technique after a positive faecal occult blood test in colorectal cancer screening *Gut* 2009;**58**:1242–1249.

M H Liedenbaum,¹ A F van Rijn,¹ A H de Vries,¹ H M Dekker,² M Thomeer,³ C J van Marrewijk,³ L Hol,³ M G W Dijkgraaf,¹ P Fockens,¹ P M M Bossuyt,¹ E Dekker,¹ J Stoker¹

100 soggetti FIT+

Cut-off	% invii a TC	Costo CTC/costo TC
≥ 10 mm	46%	54%
≥ 6 mm	73%	27%

PER ESSERE COST-EFFECTIVE
(IN REALTA E' 76%)

Con le detection riscontrate non è cost-effective

Strategia da valutare eventualmente per

- valori bassi di FIT
- soggetti con precedenti negativi
- utilizzo di cut-off basso per FIT

conclusioni

CTC valido nelle indicazioni classiche

Triage per FIT+

Non è cost-effective, da valutare se bassa probabilità di lesioni
Bassi livelli al FIT
Cut off molto bassi

CTC nello screening

Livello di competenza dei radiologi lettori

Uso del CAD

Organizzazione acquisizione immagini e lettura