

PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING COLORETTALE

PREVENZIONE SERENA WORKSHOP 2018

INDICATORI DIAGNOSTICI:

IL PROGRAMMA CON SIGMOIDOSCOPIA

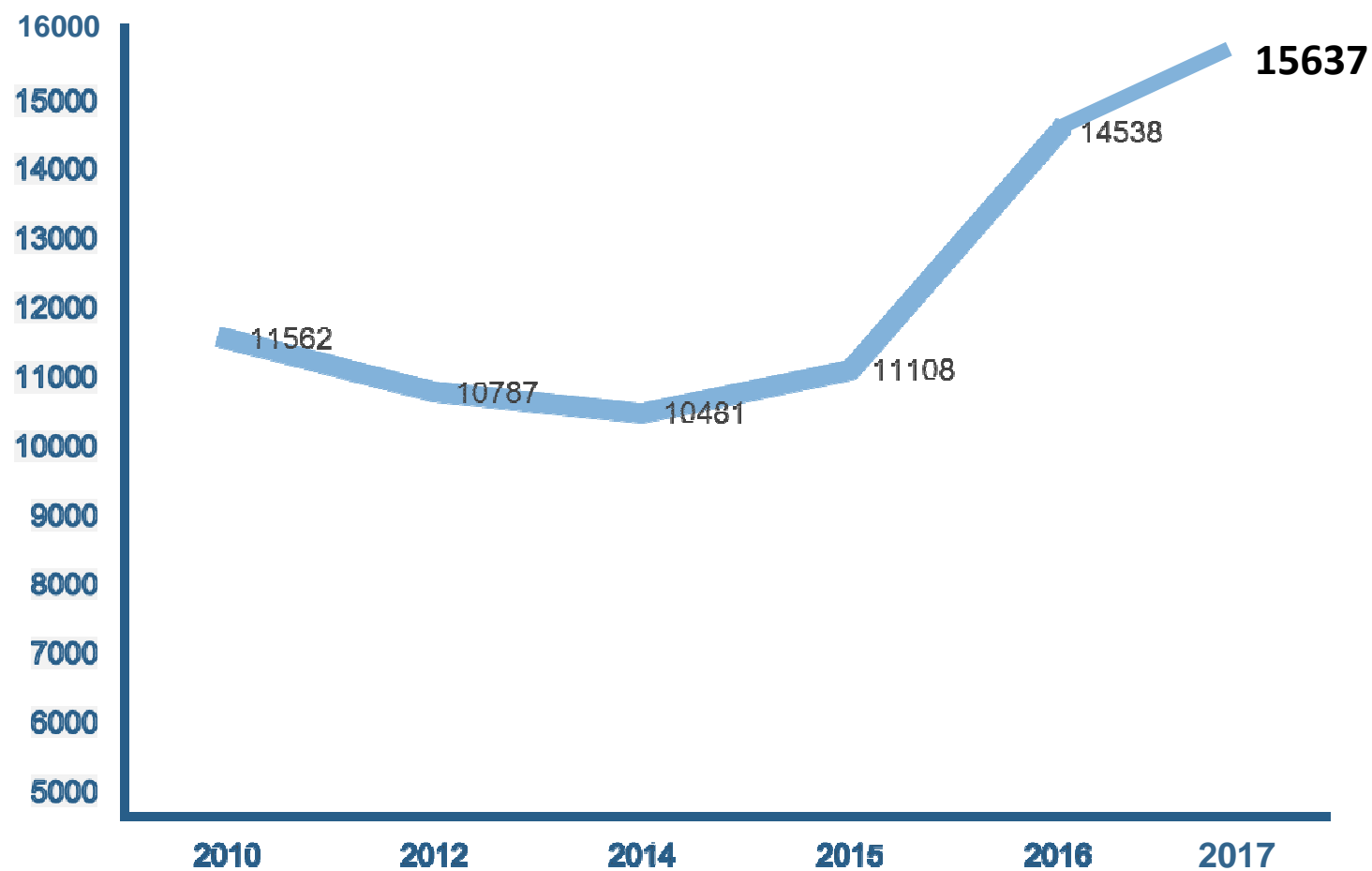
Renato Fasoli

**S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva -
Ospedale Santa Croce - Cuneo**



Torino, 25 novembre 2018

Sigmoidoscopie eseguite

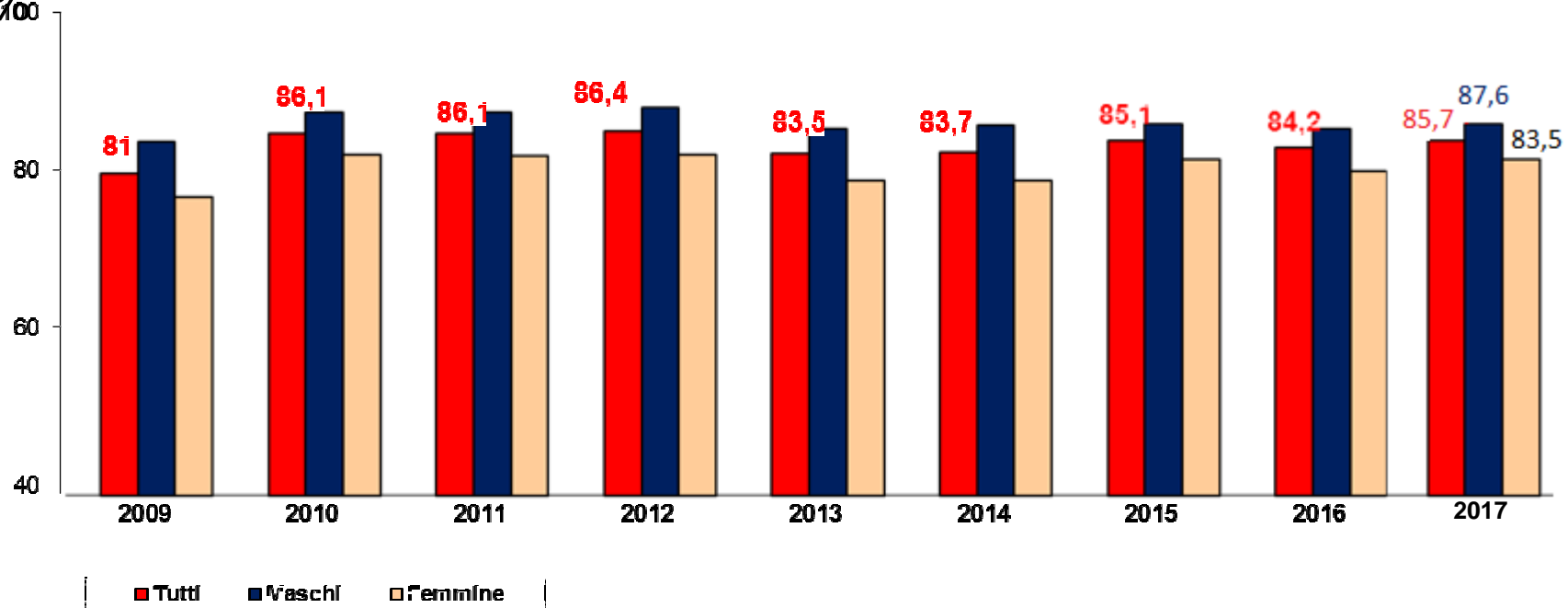


Sigmoidoscopie complete

2017: 15637 SIGMOIDOSCOPIE

M 52.8 % F 47.2%

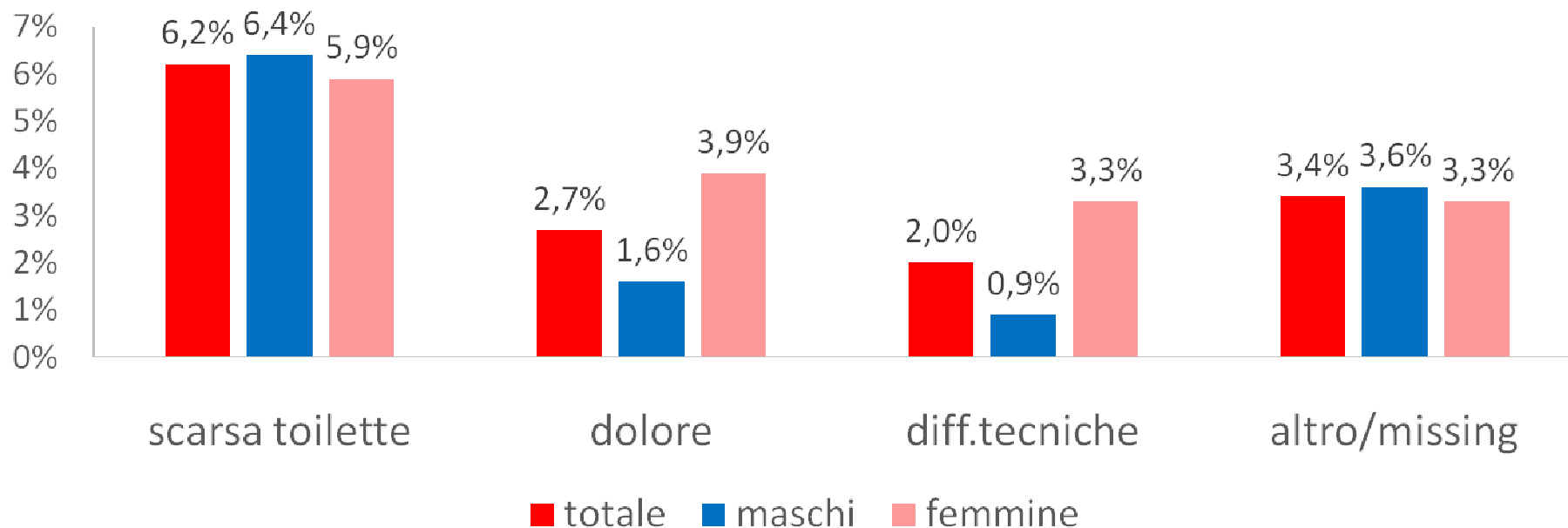
Obiettivo: superamento del giunto sigmoido-colico in condizioni di buona toeletta intestinale (“ottimale” o “meno che ottimale”). Desiderabile > 90% Accettabile > 85%



FS INCOMPLETE 2017

MOTIVI DI INCOMPLETEZZA:

Esami incompleti ed interrotti per dolore o per tortuosità più frequenti nel sesso femminile.
La pulizia incide in misura equivalente



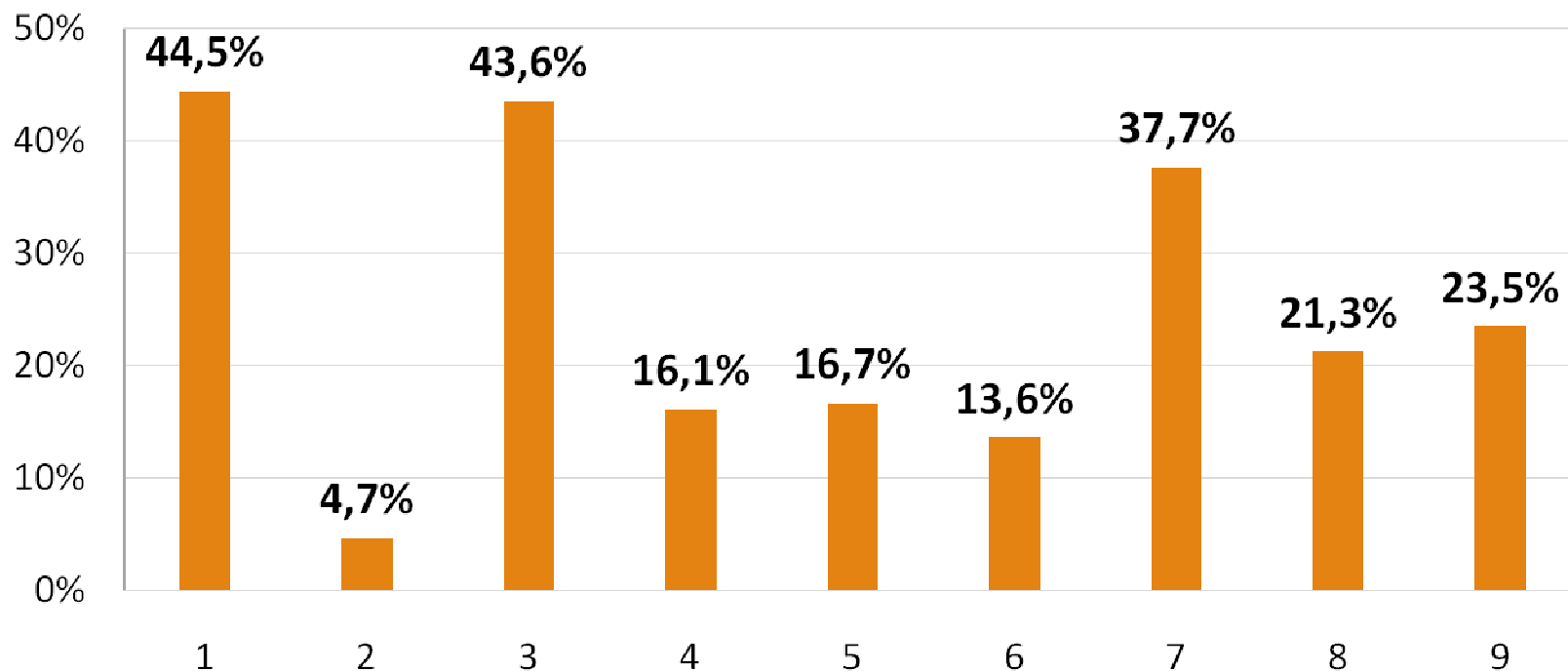
RIPETIZIONE ESAME

ALTRE METODICHE?

FS INCOMPLETE

% di esami condotti almeno fino a 40 cm

% di FS considerate incomplete con profondità ≥ 40 cm in soggetti non inviati a CT

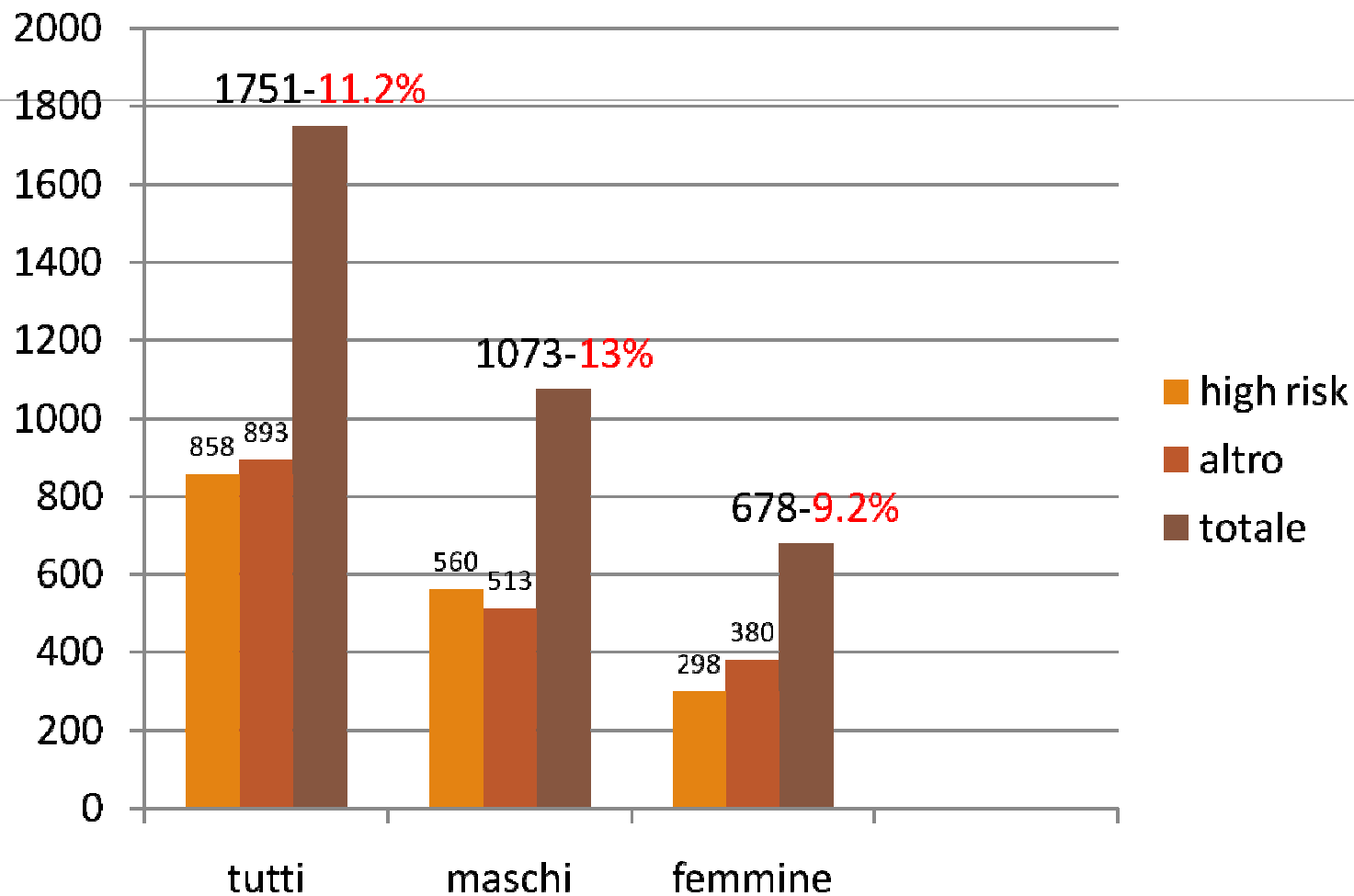


PREPARAZIONI INADEGUATE/IMPOSSIBILI

	Invito a ripetere FS per pulizia inadeguata	FS ripetuta	FS non ripetuta
Maschi	896	668	228 (25,4%)
Femmine	722	484	238 (33%)
Totale	1.618	1.152	446 (28,8%)

Una quota importante dei soggetti non si ripresenta, maggiore tra le donne.

Invii a pancoloscopia 2017



ADESIONE ALLA CT DI II LIVELLO

Adesione Standard:

- 90% accettabile.
- > 95% desiderabile



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TOTALE	86 %	90,1%	87%	82%	84%	86%	84,8%	86,4%	83,8%
MASCHI	87,2%	90,5%	88,1%	84,9%	85,7%	87,5%	87,9%	88,8%	87,6%
FEMMINE	84,9 %	89,1%	84%	76,9%	81,2%	84%	79,5%	82,5%	79,1%

Adesione subottimale.

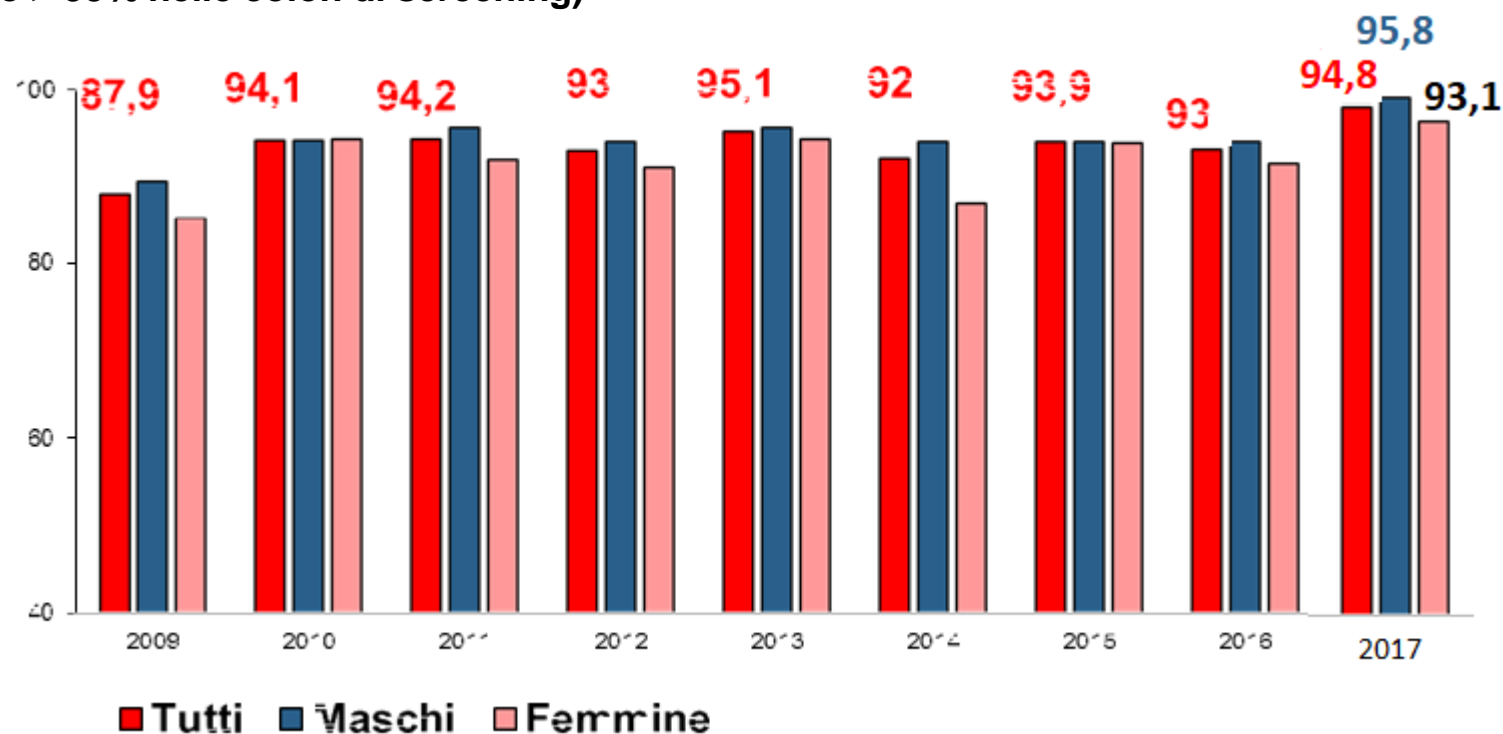
COLONSCOPIE COMPLETE

Raggiungimento del cieco

1.467 COLONSCOPIE INDOTTE DA FS

Desiderabile > 90%

(Suggerito > 95% nelle colon di screening)



**LA % DI RAGGIUNGIMENTO DEL CIECO E' STABILE E ADEGUATA
(INDICE DI QUALITA' DELLA COLONSCOPIA)**

COMPLICANZE REGISTRATE - 2017

- 2 sanguinamenti in sigmoidoscopia (su 15637 esami)
- 1 sanguinamento in colonscopia (su 1467 esami)
- nessun caso di perforazione (??)
- Nessuna altra complicanza segnalata

LESIONI DISTALI -2017

NB: In presenza di lesioni multiple viene registrata quella a maggior gravità per istologia e/o dimensioni

PERSONE CON LESIONI DISTALI*	NEGATIVO	MUCOSA NORMALE	POLIPI IPERPLASTICI	ADENOMI < 1 cm		ADENOMI >= 1 cm		CCR	POLIPO NON RECUPERATO	TOTALE
				TUBULARI E DISPLASIA BASSO GRADO	TV - V / DISPLASIA ALTO GRADO	TUBULARI E DISPLASIA BASSO GRADO	TV - V / DISPLASIA ALTO GRADO			
DONNE	5992	70	287	352	88	39	87	9	87	7011
UOMINI	6014	112	546	543	153	78	204	22	134	7806
TOTALE	12006	182	833	895	241	117	291	31	221	14817

* LESIONI INDIVIDUATE DALLA SIGMOIDOSCOPIA DI SCREENING (ANCHE SE EVENTUALMENTE LOCALIZZATE A MONTE DEL GIUNTO SIGMA DISCENDENTE)

LESIONI PROSSIMALI – 2017 (individuate alla c

	POLIPI	ADENOMI BASSO RISCHIO *	ADENOMI AVANZATI **	CCR	TOTALE lesioni avanzate
DONNE	138	110	42	1	43
UOMINI	344	290	111	3	114
TOTALE	482	400	153	4	157

LESIONI DIAGNOSTICATE ALLO SCREENING

NB: In presenza di lesioni multiple o di lesioni sia nel colon distale che in quello prossimale viene registrata quella a maggior gravità per istologia e/o dimensioni

	N° persone con cancro*	N° persone con adenoma cancerizzato	N° persone con adenoma avanzato [^]	N° persone con adenoma a basso rischio	Detection Rate per Cancro (x 1000)	Detection Rate per Adenoma Avanzato (x 1000)
Donne	11		233	371	1,5	31,6
Uomini	26		478	661	3,1	57,9
Totale	37 (45 nel 2016)	0	711 (686 nel 2016)	1032 (989 nel 2016)	2,4	45,5

* inclusi adenomi cancerizzati; tumori in situ e carcinomi intramucosi vanno inclusi tra gli adenomi avanzati

[^] adenoma avanzato: diametro massimo ≥ 1 cm, o con istologia villosa o tubulo-villosa, o displasia di alto grado

STADIAZIONE DELLE LESIONI DIAGNOST

pTNM (UICC87)	N-	N+	Nx	M+	N° Totale
pT1*	4	3	10	0	17
pT2	0	0	0	0	0
pT3	2	1	0	0	3
pT4	1	0	0	0	1
Ignoto	0	0	16	0	16
Totale	7	4	26	0	37

Legenda

T1	invasione della sottomucosa	N-	assenza di metastasi linfonodali
T2	invasione della muscolare propria	N+	presenza di metastasi linfonodali
T3	invasione attraverso la muscolare fino nella sottosierosa o nei tessuti pericolici o perirettali	Nx	metastasi linfonodali non note
T4	perforazione del peritoneo viscerale o invasione di altri organi o strutture	M+	presenza di metastasi a distanza

TRATTAMENTO CHIRURGICO 2017

Totale	N° persone che hanno eseguito trattamento chirurgico	N° persone che hanno eseguito solo trattamento endoscopico	N° persone che hanno rifiutato l'intervento chirurgico	N° persone invitate ad intervento chirurgico – esito non ancora noto
cancri *	8	14	0	17
cancri pT1	4	14	0	0
adenomi avanzati	9	702	0	0

* inclusi adenomi cancerizzati; tumori in situ e carcinomi intramucosi vanno inclusi tra gli adenomi avanzati

FOLLOW-UP: Raccomandazioni post colo

Esito del secondo livello	FOBT a 5 anni	FOBT a 2 anni	colonscopia a 5 anni	colonscopia a 3 anni	colonscopia a 1 anno	colonscopia a 6 mesi	invio a chirurgia	altro (CTC)
negativo / polipi non adenomatosi	299	0	37	35	10	1	1	15
adenoma a basso rischio (1)	144	0	26	121	10	1	1	5
adenoma a rischio intermedio (2)	37	0	16	434	79	18	3	14
adenoma ad alto rischio (3)	9	0	0	70	29	7	10	2
adenoma cancerizzato	0	0	0	0	0	0	0	0
polipi persi	23	0	2	8	4	2	1	4
altro	0	0	0	0	0	0	0	0

(1) Basso rischio: pazienti con 1 - 2 adenomi < 10mm, tubulari e con displasia di basso grado

(2) Rischio intermedio: pazienti con 3 – 4 adenomi o almeno 1 adenoma ≥ 10mm e < 20mm, o almeno 1 adenoma con componente villosa o displasia di alto grado

(3) Alto rischio: pazienti con 5 o più adenomi o un adenoma ≥ 20mm.

PROBLEMI APERTI SIGMOIDOSCOPIE – (

- Giudizio di incompletezza della sigmoidoscopia variabile e soggettivo – criticità nella ripetizione
- E' appropriato togliere i polipi >10 mm in corso di sigmoidoscopia?
- Come gestire i soggetti in cui fallisce la sigmoidoscopia per problemi diversi dalla scarsa toilette?
- Come gestire il consiglio di eseguire colonscopia per ragioni non legate al reperto in sigmoidoscopia (problemi con il software)?
- Problema delle colonscopie con polipectomia svolte in > 1 seduta (software)

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE – 1 – Om

CRITICITA' ORGANIZZATIVE

- Sedute numericamente consistenti (a Torino 25-27 FS al giorno, a Cuneo 14-15)
- Demotivazione degli operatori
- Tempi molto stretti per svestizione-esame-vestizione e per colloquio
- Incannulazione vena ? – Monitoraggio pulsiossimetrico ?
- Prolungamento per procedure operative (peraltro previste se polipo < 1 cm)
- Ritardi oltre i 30 giorni per l'invio a colonscopia

ADESIONE SUBOTTIMALE

- **alla sigmoidoscopia** (nel 66% che non aderisce sono verosimilmente presenti le stesse percentuali di lesioni - o addirittura percentuali superiori)
- **alla colonscopia** di approfondimento (mancata adesione per mancanza di informazione adeguata, per timore, per disordini organizzativi, ecc.ecc.; appuntamento per la colonscopia non tempestivo, con perdita di soggetti che si rivolgono ad altre strutture extra screening)

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE – 1 – Om

COMPLETEZZA DELLE SIGMOIDOSCOPIE AI LIMITI DELL'”ACCETTABILE” :

- Dolore, ridondanza, rigidità, diverticolosi
- Ansia, informazione inadeguata, motivazione (in soggetti asintomatici)

PULIZIA INCOMPLETA

- Difficoltà per tempo e corretta esecuzione del clistere
- Soggettività e riserva da parte degli operatori nei confronti del rischio di lesioni “missed”, nel rischio di giudicare in modo errato l'estensione dell'esame, ecc.ecc.

FOLLOW_UP

- Indicazione di sorveglianza endoscopica migliorabili, s.t. per quanto riguarda la diffusione della voce **controllo a 12 mesi**

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE – 2 - Luc

- **Risultati sostanzialmente stabili rispetto al recente passato, con crescita costante del numero delle sigmoidoscopie e lieve aumento del tasso di completamento di sigmoidoscopia e colonscopia.**
- **Percentuale di completezza della colonscopia soddisfacente**
 - esperienza/motivazione operatori
- **Diagnosi precoce di cancro in soggetti asintomatici (1 ogni 420 esami!)**
- **Identificazione ed asportazione precoce di precursori ad alto rischio (1 ogni 21 FS!)**
- **Qualità del management endoscopico (?)**

Grazie dell'attenzione

Un ringraziamento particolare ad Arrigo Arrigoni
per la presentazione dei dati del 2016

