

Valutazione qualità' e differenze fra operatori in colonscopia di screening

11 dicembre 2017

Colonscopia

- Negli ultimi 20 aa. sviluppato concetto di “colonscopia non infallibile”.
- Rex et al. 1997: 20% miss rate piccoli adenomi quasi inevitabile.
- Colonscopia tutt'ora “gold standard” nella diagnosi di adenomi.
- Comunque ruolo centrale per la colonscopia nello screening Ca colon.

Colonscopia

Necessita' di sviluppare standards di qualita' per migliorare l'efficacia della colonscopia nello screening.

Rex et al. Am J Gastroenterol 2002:

ADR: adenoma detection rate: % pz. in cui viene diagnosticato almeno un adenoma (e CRC ?).
Misura principale della qualita' in colonscopia.

Rex et al. Am J Gastroenterol 2006:

ADR (benchmark) in colonscopie di screening
soggetti > 50 aa. rischio medio: 25% M, 15% F

Colonscopia

Grande variabilita' dell'ADR fra diversi operatori, anche in condizioni di lavoro simili: stessa area di incidenza, strumentazione, specialita', anche nella stessa struttura.

Chen SC, Rex DK.

Endoscopist can be more powerful than age and gender in predicting adenoma detection at colonoscopy.

Am J Gastroenterol 2007

ADR COLONSCOPIE DA FOBT

Bretagne JF et al. Gastrointest Endosc 2010

3.642 colonscopie da FOBT (eta' pz. 50-74)

18 operatori

ADR: 34.3% variabile da 25.4% a 46.8%

ADR > 2 adenomi 13% variabile da 2.7% a 12.4%

ADR > 10 mm. 18% variabile da 14.2% a 28.0%

CRC 9.97% variabile da 6.3% a 16.4%

Operatore variabile indipendente nella diagnosi di
adenomi (no di CRC)

ADR COLONSCOPIE DA FOBT

- **Lee TJW et al. GUT 2012**
- 36.460 colonscopie da FOBT (eta' 60-69 aa.)
- 177 operatori
- ADR: 46.5% variabile 21.9-59.8%
- Ragg. cieco (non corretto): 95% variabile 76-100%
- ADR correla con raggiungimento del cieco.

ADR COLOSCOPIE DA FOBT

- **Lee TJW et al. GUT 2012**
- **Nelle conclusioni:** “The NHS BCSP provides high-quality colonoscopy, as demonstrated by high caecal intubation, ADR scores...”
- **Nella discussione:** “...It is not known at present which process will be most effective in minimising these variations, or indeed if it is possible for all colonoscopists to reach optimal standard...”

ADR e CANCRO INTERVALLO

Kaminsky MF et al. N Engl J Med. 2010

45.026 soggetti (40-66 aa.) colonscopia screening

186 operatori

Ragg. cieco (corretto): 84-98%

ADR	11%	11-15%	15-20%	> 20%
CRC int	22	12	7	1

ADR e' variabile indipendente del rischio di
cancro intervallo dopo colonscopia di sceening

ADR E CANCRO INTERVALLO

- **Rogal SS et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2013**
- 46.835 sigmoidoscopie di screening (55-74 aa.)
- 93 operatori
- 32 cancri intervallo
- ADR piu' basso (< 7.3%) incidenza CRC 9/10.000
- ADR piu' alto (> 11.3%) incidenza CRC 3.9/10.000
- Bassa ADR aumenta rischio di cancro intervallo distale.

CAUSE VARIABILITA'

- % raggiungimento cieco
- Tempi di retrazione colonscopio dal cieco.
- Preparazione inadeguata
- Difficolta' a diagnosticare polipi tra le pliche (> colon Dx).
- Difficolta' a riconoscere polipi piatti
- Polipectomia incompleta

INDICATORI QUALITA'

1)-Barclay et al. N Engl J Med 2006

cut-off > 6 minuti tempo di retrazione.

In altri studi non e' emersa una correlazione cosi' netta, ma inserito negli indicatori qualita'

2)-Rex et al. Am J Gastroenterol 2006

raggiungimento del cieco:

desiderabile > 90% colon routine. > 95% colon screening

(non considera pero' i casi di scarsa preparazione)

INDICATORI QUALITA'

3)-Rex et al. Am J Gastroenterol 2006

ADR in screening rischio medio: >25% M, > 15%
F in soggetti > 50 aa.

4) Rex et al. Am J Gastroenterol 2006

Complicanze:

perforazione: nello screening suggerita accettabile
< 1:1.000.

sanguinamento: nello screening suggerito
accettabile < 1:100.

INDICATORI QUALITA'

Volume di attivita'
dati non conclusivi

Adler et al. GUT 2013:

nessuna correlazione tra volume di attivita' e ADR, ma in Germania per fare colon da screening richieste > 200 colonscopie annue.

Segnan et al. European Guidelines CRC
screening: > 300 anno.

POLIPI SERRATI

Circa 35% CRC si sviluppa a partire da polipi serrati.
La colonscopia non riduce l'incidenza di CRC nel colon Dx con la stessa efficacia che nel colon Sx.

D.R. polipi serrati prossimali varia molto fra diversi operatori e correla con l'ADR.

Kahi et al. Gastrointest Endosc 2012

ADR 25% M e 15% F dovrebbe corrispondere a D.R. polipi serrati 5%.

De Wijkerslooth et al. Gastrointest Endosc 2013

D.R. polipi serrati correla con il tempo di retrazione

D.R. polipi serrati indicatore qualità ?

INTERVENTI SU OPERATORE PER MIGLIORARE ADR

Taber et al. Gastrointest Endosc. 2010

Intervento: misura tempo retrazione visibile sul monitor. 1387 colonscopie

Polyp detection rate pre: 37.7%, post 41.2% (n.s.)

Velasquez J et al. Rev Gastroenterol Peru 2009

Intervento: misura tempo retrazione, sempre > 6 min.
1042 colonscopie.

Polyp detection rate pre: 15.84%, post 15.55%

INTERVENTI SU OPERATORE

- **Lin OS et al. Gastrointest Endosc 2010**
- **Intervento: revisione letteratura, feed-back ogni 3-6 mesi su tempi retrazione e ADR con relativa discussione dei casi.**
- **10 operatori**
- **850 colonscopie pre intervento, 541 post**
- **Tempo retrazione pre: 6.57 min, post 8.07 (P<.01)**
- **ADR pre 19.6%, post 22.7% (n.s.)**

INTERVENTI SU OPERATORE

- **Shawney MS et al. Gastroenterology 2008**
- **Intervento: obiettivo di aumentare tempo retrazione > 7 min, feed-back mensile sull'andamento dello studio ad ogni operatore.**
- **42 operatori**
- **23.910 colonscopie**
- **Tempo retrazione > 7 min: pre 65%, post 99%**
- **Polyp detection rate: pre 35%, post 42% (n.s.)**

INTERVENTI SU OPERATORE

- **Barclay RL et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2008**
- **Intervento: revisione delle tecniche di di ispezione, previsto tempo retrazione > 8 min; timer con suono che scatta ogni 2 min (2 min per ogni segmento)**
- **12 operatori**
- **2325 colonscopie**
- **Tempi retrazione: pre 6.3 min, post 9.8 min (p<.001)**
- **ADR: pre 23.5%, post 34.7% (p<.0001)**

INTERVENTI SU OPERATORE

- **Imperiali G et al Endoscopy 2007**
- **Intervento: revisione di letteratura e tecnica, operatori meno esperti posti sotto supervisione, confronto del responsabile con operatori ADR bassa.**
- **8 operatori**
- **Raggiungimento cieco: pre 84.6%, post 93.1%**
- **Polyp detection rate globale: invariata pre-post ma ridotta variabilita' fra operatori: pre 14.1%-42.2% post 23.1%-35.5%.**

INTERVENTI NON SULL'OPERATORE

- **Gurudu SR et al. Gastrointest Endosc 2012**
- Preparazione split-dose:
- 3560 colon pre split-dose: ADR 27%
- 1615 colon post split-dose: ADR 32% ($p < 0.001$)

Leung FW et al. Gastrointest Endosc 2012

Water-aided colonoscopy (water-exchange, water-immersion).

Water-exchange superiore sul dolore del pz. e su ADR.

INTERVENTI NON SULL'OPERATORE

- **East JE et al. Gastrointest Endosc 2011**
- Cambiare la posizione del pz. durante la retrazione aumenta ADR.
- **Hewett DG et al. Gastrointest Endosc 2010**
- Cap-fitted colonoscopy
- **Yen AW et al. Gastrointest Endosc 2013**
- 101 colonscopie tradizionali: ADR 59%
- 100 colonscopie “water-exchange + cap assisted:
- ADR 75% $p < 0.02$

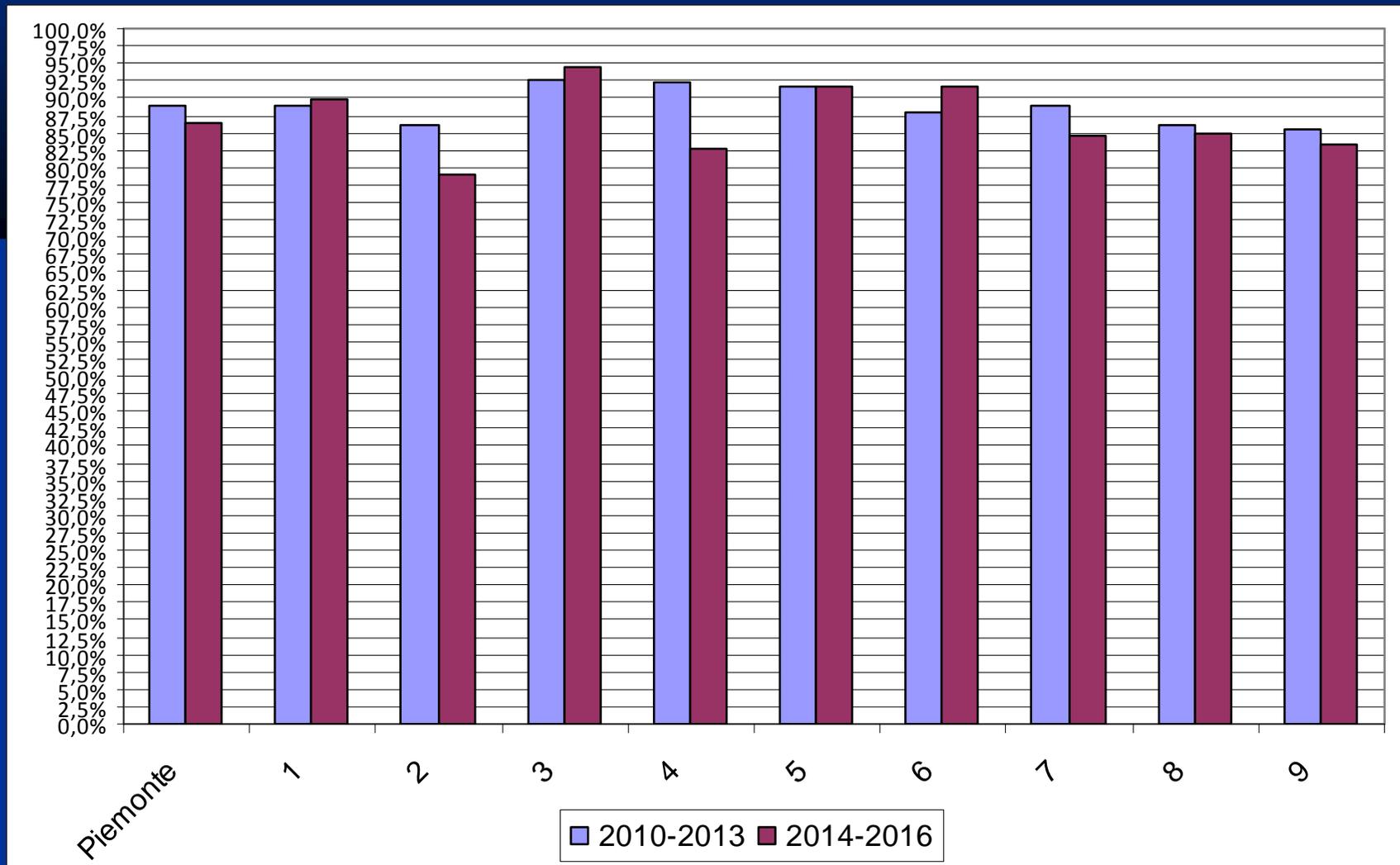
SOMMARIO

- **Dati consolidati di letteratura su variabilità ADR sempre legati all'operatore, poco dipendenti dalle tecniche.**

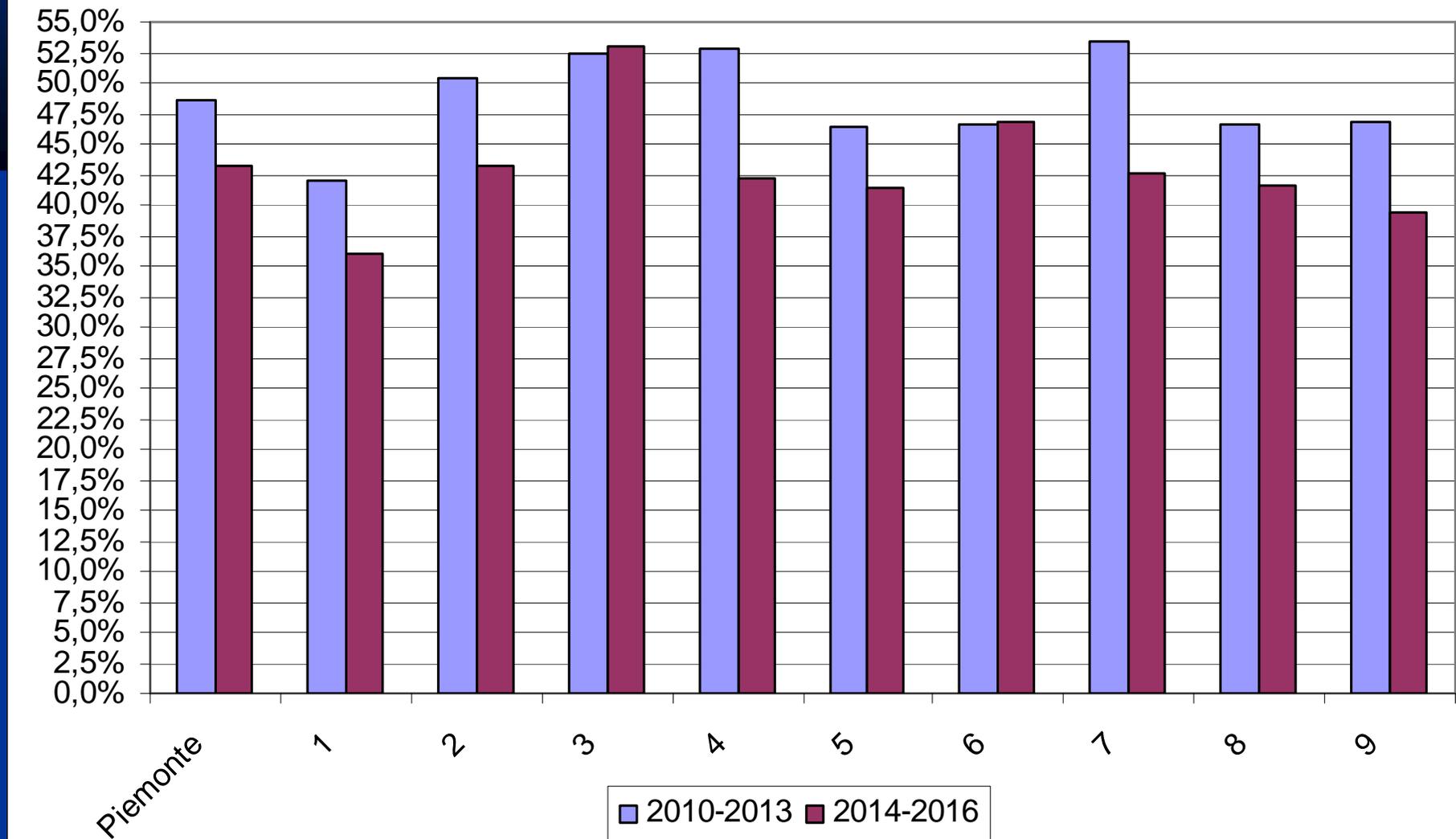
Studi su nuove tecniche spesso condotti da un singolo operatore.

Rimane la necessita' di cercare di ridurre al minimo la variabilità di base.

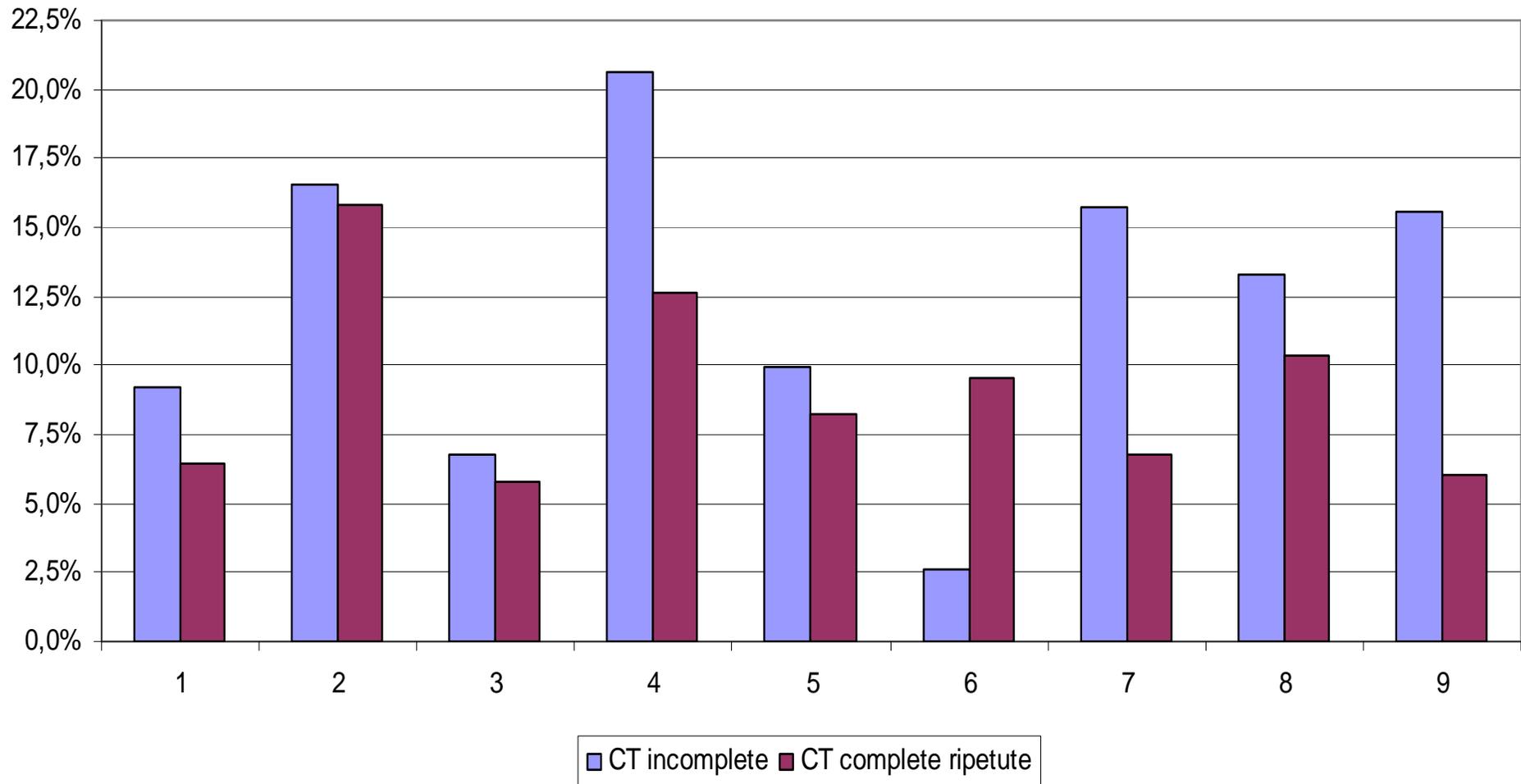
COMPLETEZZA ESAME



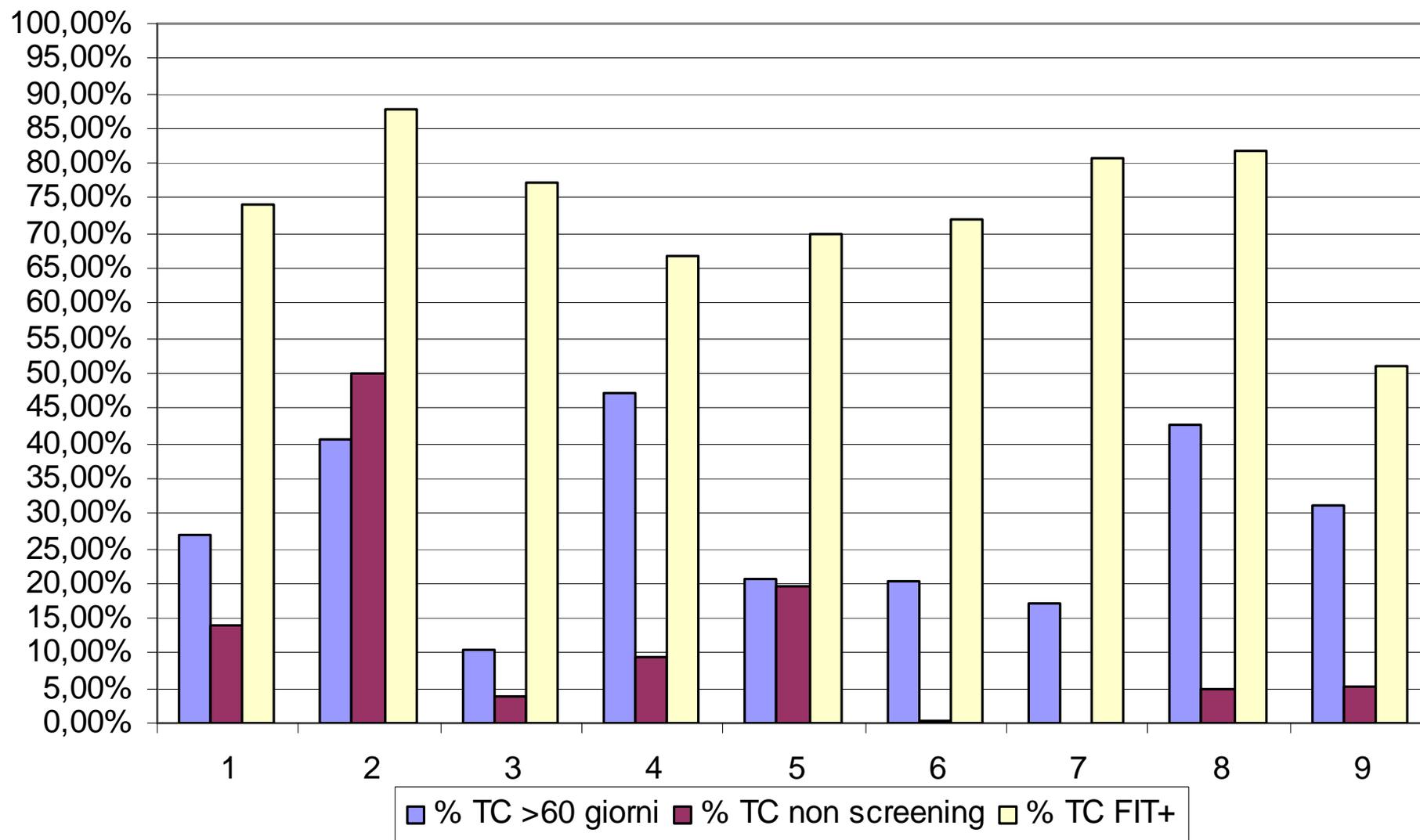
ADR



ESITI PRIMA COLONSCOPIA



TEMPI DI ATTESA E COMPLIANCE



SOMMARIO

- In qualunque attività' per poter migliorare e' necessario prima poter monitorizzare.

» **RESCUE**

Monitoraggio degli indicatori di qualità dell'endoscopia in Piemonte

RESCUE permette di misurare gli indicatori di qualità riferiti specificamente all'attività endoscopica di primo livello (sigmoidoscopia) e secondo livello (colonscopia di approfondimento indotta da una sigmoidoscopia o da un test per la ricerca del sangue occulto positivi) definiti dal Gruppo Italiano Screening tumori ColoRettali.

La valutazione può essere condotta sia a livello regionale (attraverso il confronto tra i diversi programmi) che a livello locale (attraverso l'analisi delle attività di ciascun centro di endoscopia e/o operatore).

Monitoraggio degli indicatori di qualità dell'endoscopia in Piemonte

RESCUE

rappresenta quindi uno strumento per attività di audit clinico finalizzate al miglioramento continuo della qualità, fornisce indicazioni per programmare eventuali azioni di miglioramento della pratica, attraverso programmi di formazione mirati, e offre elementi utili a individuare possibili quesiti di ricerca.

