

# Convegno Nazionale GISCoR 2015

La valutazione dimensionale  
della componente adenomatosa  
dei polipi: impatto potenziale sui  
carichi del follow-up

**Luca Messerini AOU Careggi, Firenze**  
**Paola Mantellini ISPO, Firenze**  
**Stefano Lazzi AOU Siena**

**19 -20 NOVEMBRE 2015**  
**NAPOLI | Hotel Royal Continental**

# Il **follow up** endoscopico degli adenomi metacroni: una **apprensione** dei programmi di screening colo-rettale

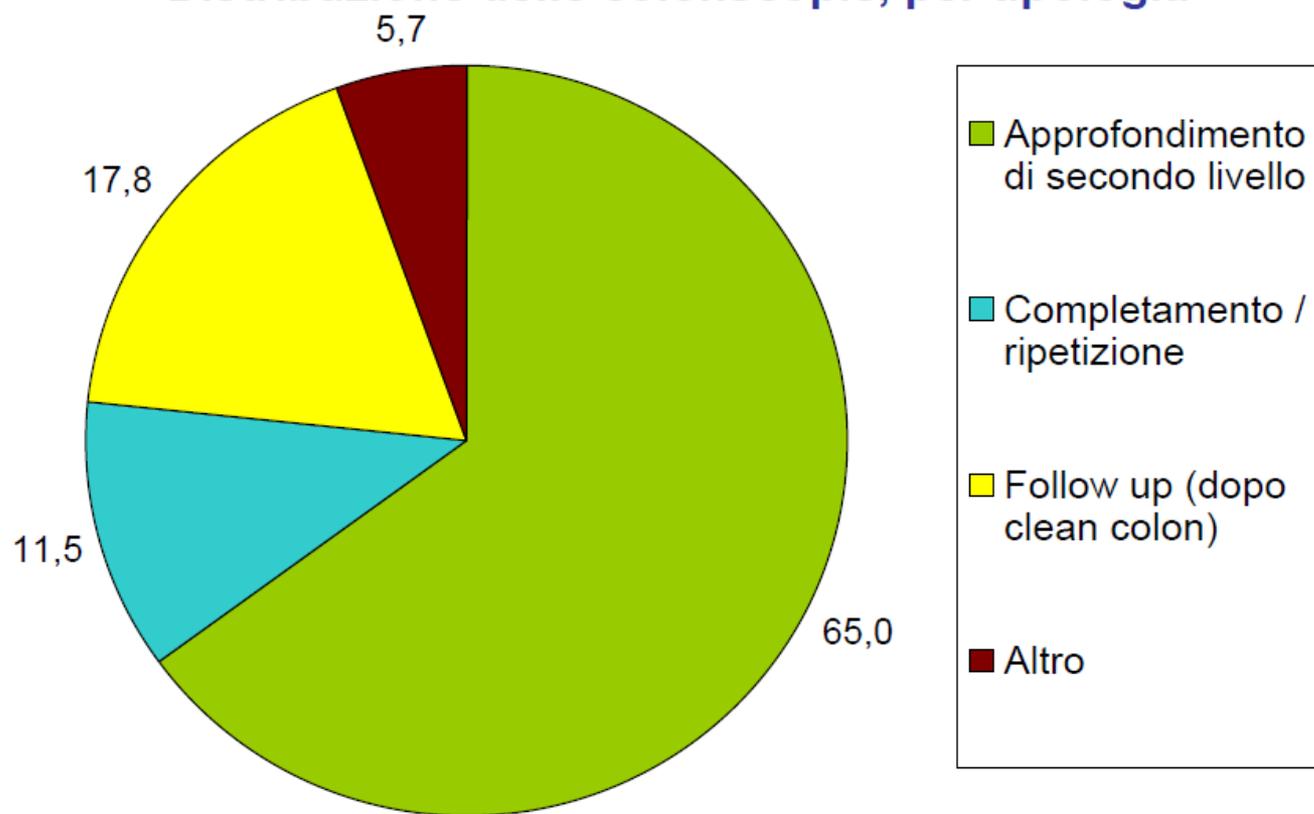
# Perché una **apprensione**?

**Volumi di attività elevati**

**Inappropriatezza**

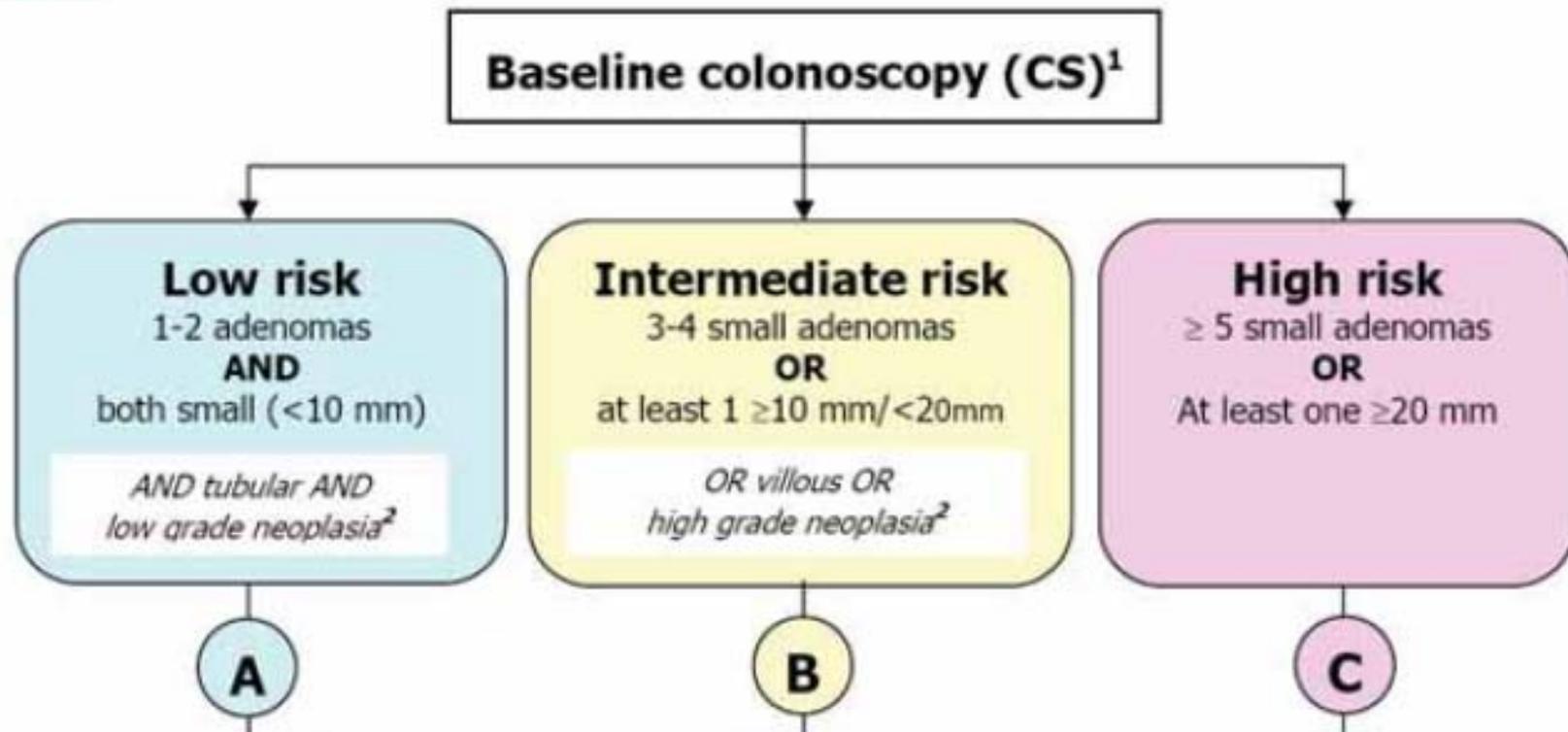
## Carico endoscopico

### Distribuzione delle colonscopie, per tipologia





## COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)





## COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)

**Baseline colonoscopy (CS)<sup>1</sup>**

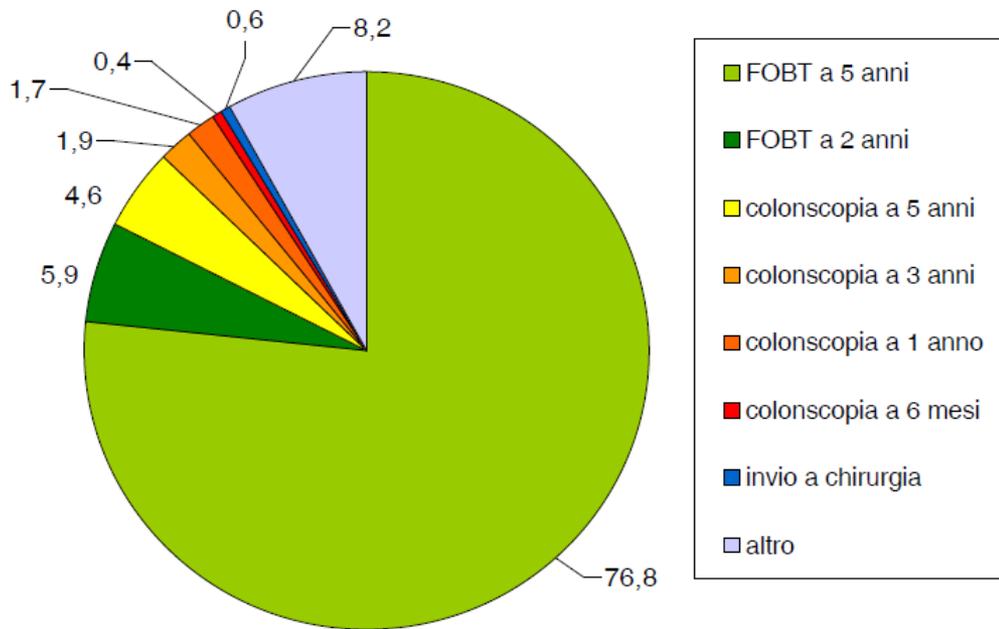
**Low risk**  
1-2 adenomas  
**AND**  
both small (<10 mm)

*AND tubular AND  
low grade neoplasia<sup>2</sup>*

**A**

**Rientra nello screening**

## Raccomandazione dopo CT negativa



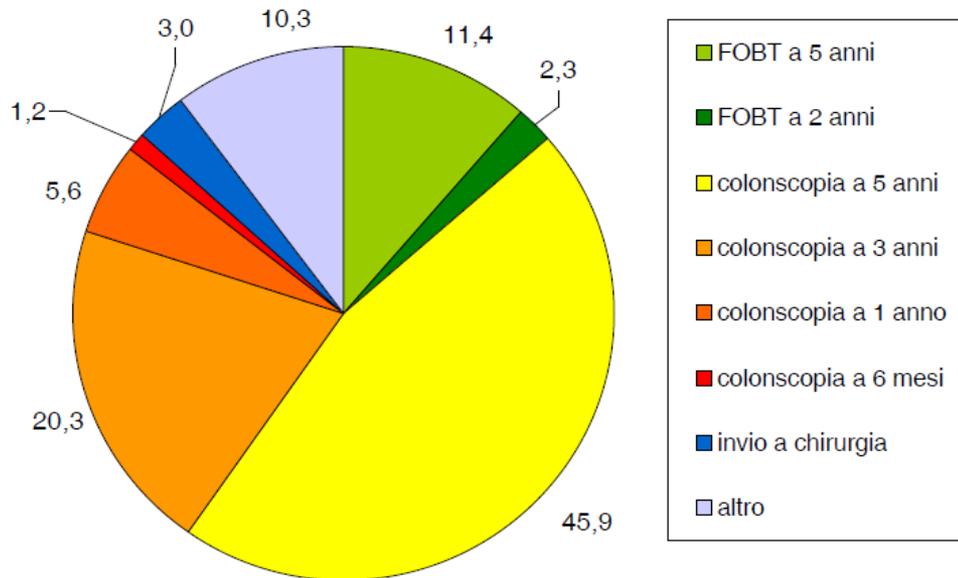
ILLANCE  
DIVAL (EU 2010)

(CS)<sup>1</sup>

**Low risk**  
1-2 adenomas  
**AND**  
both small (<10 mm)  
*AND tubular AND  
low grade neoplasia<sup>2</sup>*

**A**

## Raccomandazione dopo Adenoma a basso rischio





## COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)

**Baseline colonoscopy (CS)<sup>1</sup>**

1-2 adenomi <10 mm con  
componente villosa  
o displasia di alto grado

3-4 adenomi < 10 mm

≥ 1 adenoma tra 10 < 20 mm

**Intermediate risk**

3-4 small adenomas  
**OR**  
at least 1 ≥10 mm / <20mm

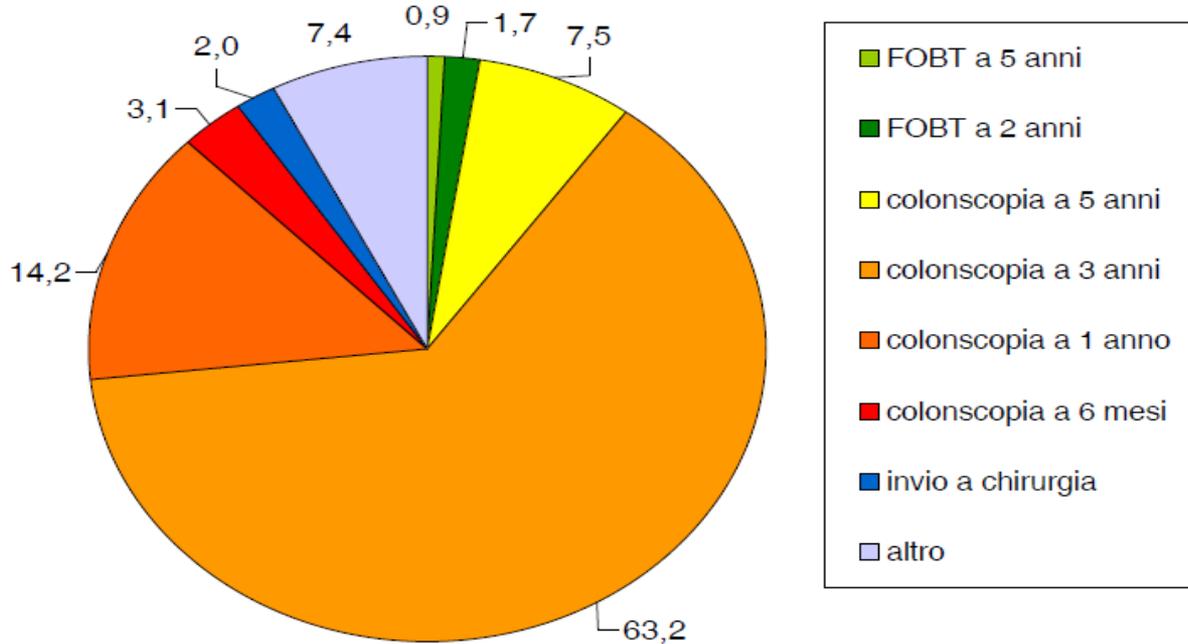
*OR villous OR  
high grade neoplasia<sup>2</sup>*

**B**

**SORVEGLIANZA**

Pancoloscopia a 3 aa,  
se negativa a 5 aa  
se negativa a 5 aa  
se negativa  
rientra in screening

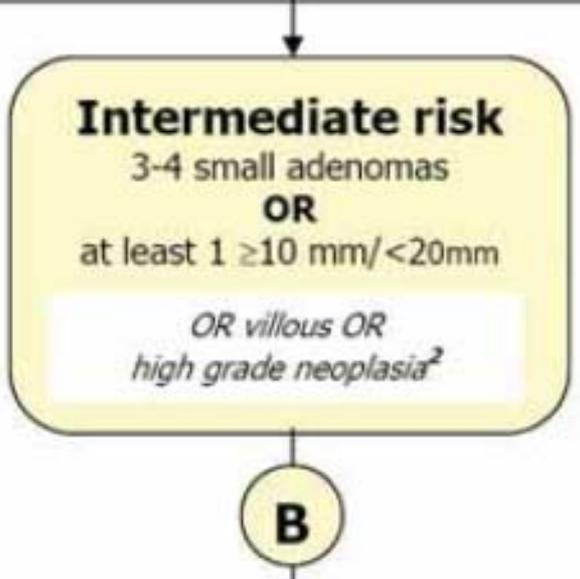
# Raccomandazione dopo Adenoma a rischio intermedio



1-2 adenomi <10 mm con componente villosa o displasia di alto grado

3-4 adenomi < 10 mm

≥ 1 adenoma tra 10 < 20 mm



**SORVEGLIANZA**

Pancolonscopia a 3 aa,  
 se negativa a 5 aa  
 se negativa a 5 aa  
 se negativa  
 rientra in screening

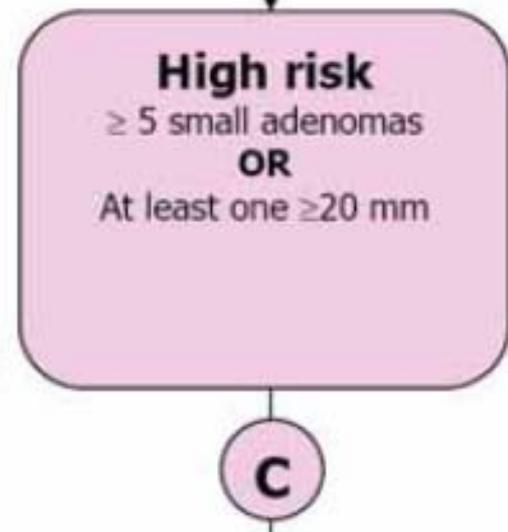




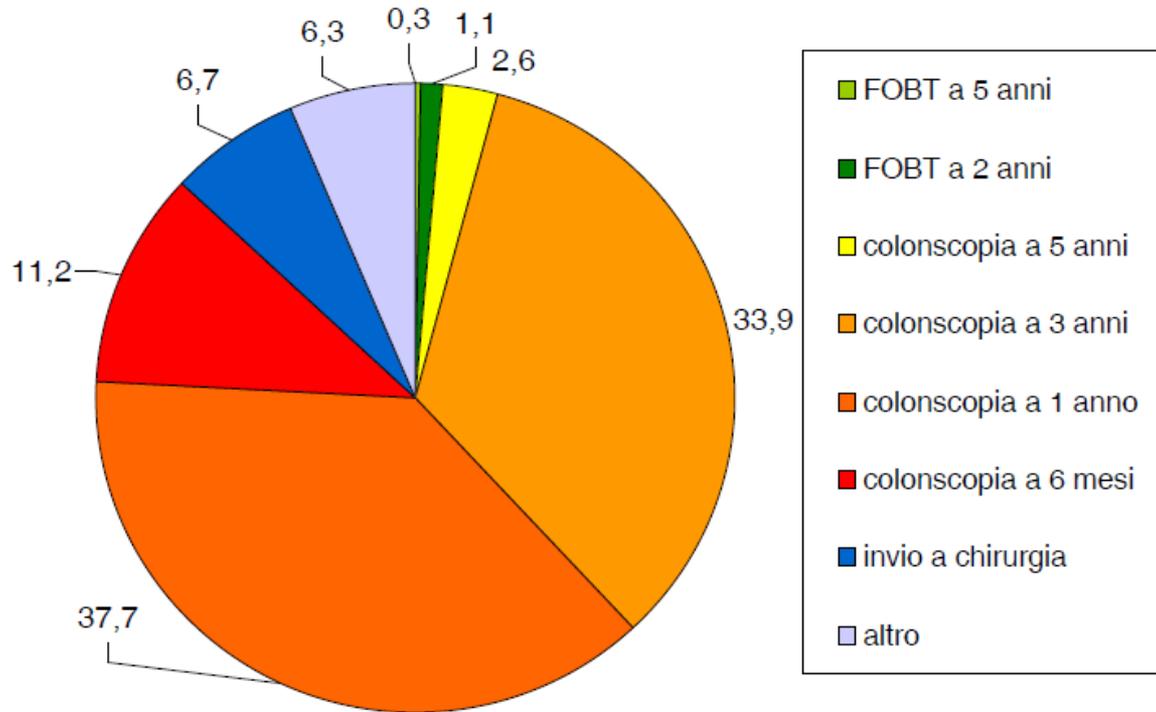
**COLONOSCOPIC SURVEILLANCE  
FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)**

**Baseline colonoscopy (CS)<sup>1</sup>**

**SORVEGLIANZA**  
Colonscopia ad 1 aa,  
  
se negativa a 3 aa,  
  
se negativa a 3 aa  
  
se negativa ogni 5 anni



# Raccomandazione dopo Adenoma ad alto rischio



Colonscopia ad 1 aa,  
se negativa a 3 aa,  
se negativa a 3 aa  
se negativa ogni 5 anni

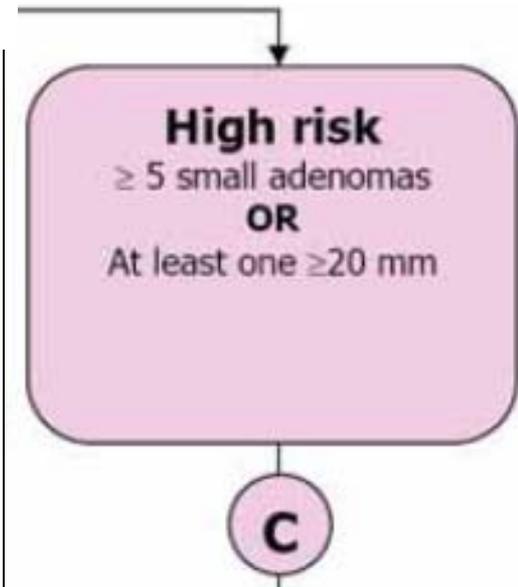


Tabella 7 - Tasso di identificazione diagnostica (DR x 1000) di lesioni istologicamente confermate (primi esami + esami successivi) - Anno 2013

Programmi	N. cancri	N. adenomi avanzati	N. adenomi semplici	N. esaminati	DR <sup>§</sup> grezzo cancro	DR <sup>§</sup> grezzo adenoma avanzato	DR <sup>§</sup> grezzo adenoma semplice	DR <sup>§</sup> grezzo cancro + adenoma avanzato
Azienda USL 1 Massa e Carrara	7	60	26	12.125	0,6	5,0	2,1	5,5
Azienda USL 2 Lucca	12	76	48	12.171	1,0	6,2	3,9	7,2
Azienda USL 3 Pistoia	13	78	21	5.123	2,5	15,2	4,1	17,8
Azienda USL 4 Prato	9	49	55	9.849	0,9	5,0	5,6	5,9
Azienda USL 5 Pisa	28	136	85	23.611	1,2	5,8	3,6	7,0
Azienda USL 6 Livorno	21	121	108	24.359	0,9	5,0	4,4	5,8
Azienda USL 7 Siena	20	105	135	13.619	1,5	7,7	9,9	9,2
Azienda USL 8 Arezzo	21	167	109	19.166	1,1	8,7	5,7	9,8
Azienda USL 9 Grosseto	18	123	77	13.050	1,4	9,4	5,9	10,8
Azienda USL 10 Firenze	70	473	210	58.345	1,2	8,1	3,6	9,3
Azienda USL 11 Empoli	18	92	83	17.547	1,0	5,2	4,7	6,3
Azienda USL 12 di Viareggio	7	31	28	4.633	1,5	6,7	6,0	8,2
<b>Regione Toscana</b>	<b>244</b>	<b>1.511</b>	<b>985</b>	<b>213.598</b>	<b>1,1</b>	<b>7,1</b>	<b>4,6</b>	<b>8,2</b>

§ = per 1.000 persone esaminate.

# Site visit nel 2014

## 6.1 Sintesi della situazione

Il servizio è organizzato con un patologo di riferimento dedicato allo screening.

La refertazione istologica è da ritenersi ottima ed accurata.

Attenendosi alle linee guida, il patologo indica la misura macroscopica del polipo e valuta dimensionalmente al microscopio ottico la componente adenomatosa, che viene riportata nella diagnosi istologica. Il valore dimensionale della componente adenomatosa (istologicamente valutata) rappresenta il riferimento per il programma in termini di follow up endoscopico successivo. L'utilizzo delle dimensioni istologiche dell'adenoma, e non di quelle macroscopiche del polipo, rende ragione del differente rapporto adenoma avanzato/adenoma semplice che da sempre si registra in questo programma.

# Casistica di screening programma senese 2011-2013

**360 casi con diagnosi  
di adenoma avanzato**

**Villosità**

**Numero  $\geq 3$**

**Dimensione  $\geq 10$  mm**

**Displasia di alto grado**

Villosità presente	59,7% (215/360)
Numero di polipi $\geq 3$	16,7% (60/360)
Dimensioni $\geq 10$ mm	54,2% (195/360)
Alto grado di displasia	32% (115/360)

# Focus sulle dimensioni istologiche

Calcolata l'estensione maggiore della displasia  
Valutate solo le polipectomie non piece-meal: 190 casi

Dopo la revisione istologica  
31 lesioni sono state considerate < 10 mm

Esse rappresentano il 16,3% delle lesioni esaminate,  
ma la questione è anche un'altra.....

# Focus sulle dimensioni istologiche

.....in 73 dei 190 casi esaminati l'attributo di adenoma avanzato è stato dato solo sulla base delle caratteristiche dimensionali (no evidenza di villosità e di alto grado)

11 (pari al 15%) di questi 73 casi sono stati, dopo revisione, classificati < 10 mm

# La parola a Luca.....