

CONVEGNO NAZIONALE

GISCoR

Gruppo Italiano Screening ColoRettale

Mantova

8-9 Novembre 2012

Il trattamento chirurgico e il follow up postchirurgico nello screening

Bruno Andreoni

Divisione Chirurgia Generale IEO

Facoltà Medicina - Milano



Trattamento chirurgico tumori colon retto screen detected

In un programma di screening, la diagnosi di tumore del colon-retto riguarda un Cittadino spesso asintomatico (non è un Paziente che va dal Medico, ma è il Servizio Sanitario che invita il Cittadino “sano”).

Le prestazioni nelle diverse fasi del programma (invito al test di 1° e di 2° livello; trattamento endoscopico o chirurgico; follow up) devono essere tempestive e di qualità.

Qualità e appropriatezza del programma di screening

- # Tracciato rigoroso e preciso di ogni contatto e di ogni prestazione sanitaria nell'ambito del programma**
- # Colonscopie di qualità**
- # Referti patologici di qualità con particolare attenzione agli “adenomi cancerizzati”**
- # Percorso preferenziale in caso di intervento chirurgico**
- # Se fattibile in sicurezza, chirurgia mini-invasiva**
- # Follow up appropriato con rigorosa registrazione in un database gestito dal programma di screening**

Il carico di lavoro delle U.O. di Chirurgia nell'era del programma di screening

Risultati programma di screening Regione Lombardia (report dicembre 2011)

- **Popolazione target: 2.424.000**
- **Invitati: 1.121.000 (2010); 1.272.000 (2007)**
- **Adesione: 47% (2010); 48.1% (2009)**
- **Colonscopie: 20.240 (2010)**
- **Compliance colonscopie: 79.2% (2010); 85.0% (2009)**
- **n° cancri: 739 (2010); 1.348 (2007)**
- **n° adenomi cancerizzati: 247 (2010); 254 (2007)**
- **n° adenomi high risk: 4.184 (2010); 5.881 (2007)**

Lavoro in Rete con traccia individuale in database centralizzato a livello di SSR

Il percorso di screening di un Cittadino:

- ❖ **1° invito FOBT (da ripetere ogni 2 anni in caso di negatività)**
- ❖ **Sollecito ai non responders**
- ❖ **Invito a colonscopia in caso di FOBT +, con prenotazione in Servizi di Endoscopia “accreditati”**
- ❖ **Referto patologico rilasciato da Servizi di Anatomia Patologica “accreditati”**

Trattamento chirurgico con percorso dedicato nella Rete di U.O. di Chirurgia Generale

Criticità:

- lista di attesa
- controllo qualità trattamento chirurgico
- trattamento appropriato dell' adenoma cancerizzato

Lista di attesa e Controllo di qualità

Il Cittadino ha diritto ad un trattamento tempestivo di qualità:

- ❖ **Comunità di Chirurghi “consapevoli” (formazione tra pari)**
- ❖ **Rete U.O. di Chirurgia accreditate dal Programma di screening (requisiti di accreditamento)**
- ❖ **Controlli di qualità (indicatori di processo e di risultato; questionari di gradimento da parte dei Pazienti; ove appropriato, chirurgia mini-invasiva;)**

Trattamento appropriato dell'adenoma cancerizzato

- ❖ Referti endoscopici condivisi da Servizi di Endoscopia accreditati con il programma di screening (**Formazione!!!**)
- ❖ Referti patologici condivisi da Servizi di Anatomia Patologica accreditati (**Formazione!!!**)
- ❖ Secondo parere patologico obbligatorio prima di un' eventuale decisione chirurgica
- ❖ Consenso informato approfondito (vantaggi/svantaggi di una sorveglianza clinica vs una radicalizzazione chirurgica dopo polipectomia completa di adenoma cancerizzato)

Carico di lavoro U.O. di Endoscopia e di Chirurgia nell'era del programma di screening

❖ **Carcinomi screen detected:**

n° pazienti: 739 (2010) - 1.348 (2007)

n° adenomi cancerizzati: 247 (2010) - 254 (2007)

VPP: 3.7% (2010) - 6.7 % (2007)

❖ **Adenoma a basso rischio:**

n° pazienti: 3.654 (2010) - 4.201 (2007)

VPP: 18.1% (2010) - 19% (2007)

❖ **Adenoma ad alto rischio:**

N° pazienti: 4.184 (2010) - 5.881 (2007)

VPP: 20.7% (2010) - 26.5% (2007)

In ogni caso, dopo il trattamento, follow up appropriato

Studi multicentrici prospettici condivisi dai Servizi di Endoscopia, di Anatomia patologica e di Chirurgia generale accreditati per lo screening

- ❖ **Confronto diverse modalità di asportazione di un adenoma (polipectomia con ansa, escissione sottomucosa, dissezione sottomucosa,**)
- ❖ **Criteri per definire completa una polipectomia endoscopica**
- ❖ **Valutazione del rischio dopo polipectomia “completa”**
- ❖ **Rischio in base alle caratteristiche patologiche**
- ❖ **Sorveglianza clinica dopo polipectomia completa vs radicalizzazione chirurgica**
- ❖ **.....**

Follow up appropriato con traccia del percorso registrato in un database gestito dalla Centrale Operativa del programma di screening

- ❖ **Condivisione a livello della Rete Oncologica del programma di follow up in rapporto al rischio**
- ❖ **Necessità di una stadiazione patologica rigorosa con informazioni complete**
- ❖ **Caratterizzazione biomolecolare (necessità di studi multicentrici sulle caratteristiche biologiche dei Carcinomi screen detected e in particolare dei Carcinomi intervallari)**

Studio multicentrico prospettico ROL “Confronto risultati clinici trattamento chirurgico e caratteristiche biologiche carcinomi screen vs non screen detected vs intervallari”

- ❖ **35 U.O. di Chirurgia della Rete Oncologica Lombarda**
- ❖ **Reclutamento (dal 4.6.2012) di 1.500 pazienti dopo intervento chirurgico radicale (follow up di 5 anni)**
- ❖ **Analisi biomolecolare materiale in paraffina: mutazioni oncogeni K-RAS e BRAF, analisi MSI e metilazione DNA**
- ❖ **Analisi biomolecolare materiale fresco: tecnica Whole Exome Sequencing (presso laboratori Nerviano Medical Science)**
- ❖ **Finanziamento di Regione Lombardia (Bando ROL)**

Studio multicentrico ROL

- **Confronto caratteristiche biomolecolari 3 sottogruppi di carcinomi colon retto (screen vs non screen detected vs intervallari)**
- **Confronto risultati clinici dopo chirurgia radicale, a parità di stadio patologico TNM**
- **Valore predittivo (es. risposta alla RT/CT neoadiuvante) e prognostico di una nuova classificazione biologica (“oltre il TNM”)**

Le “Colorectal Units” di una Comunità matura di Chirurghi in una Rete Oncologica Regionale

- ❖ **In una rete oncologica matura, al centro c'è il bisogno del Paziente: in un Programma di screening ogni U.O. di Chirurgia non ha l'obiettivo di “catturare” il Paziente (per guadagnare un DRG), ma di indirizzarlo dove possa essere eseguito un trattamento tempestivo di qualità.**
- ❖ **Il Chirurgo che osserva ambulatorialmente il Paziente deve ragionare con il Paziente sull'appropriatezza dell'eventuale indicazione chirurgica.**
- ❖ **Il Paziente, informato in modo corretto, deve potere scegliere la U.O. di Chirurgia a lui più conveniente.**

Le “Colorectal Unit” in una Comunità matura di Chirurghi in una Rete Oncologica Regionale

- ❖ **La Centrale operativa del programma di screening deve registrare il percorso del Paziente e controllare la qualità delle prestazioni con indicatori di processo e di risultato misurabili**
- ❖ **In base ai risultati clinici, le U.O. di Chirurgia devono essere “funzionalmente accreditate” al programma di screening**
- ❖ **I risultati del programma di screening (compresi quelli chirurgici) devono essere periodicamente pubblicizzati**
- ❖ **La collaborazione delle U.O. di Chirurgia nella Rete Oncologica Regionale facilita la realizzazione di studi multicentrici, in particolare per migliorare la appropriatezza delle prestazioni**