



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013

Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

G Baldassarre¹,
S Bencivenni¹,
A Ferronato¹,
M Franceschi¹,
F Tomba¹,
D Sella¹,
S Rigon²,
E Vanzetto³,
F Banovich⁴,
R Toffanin³

**SCREENING DEL TUMORE
COLORETTALE:
QUANTE PERSONE DEVONO ESSERE
SOTTOPOSTE
A FOBT E A COLONSCOPIA PER TROVARE
UN CANCRO O UNA NEOPLASIA
AVANZATA?**

1) Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Endoscopia, Dipartimento di chirurgia;
2) Servizio Epidemiologico; 3) Direzione Sanitaria; 4) Servizio di Educazione e Promozione della Salute, Dipartimento di Prevenzione, ULSS 4 AltoVicentino, Santorso (VI), Italy

Introduzione



Il carcinoma del grosso intestino è una delle principali cause di morbidità e mortalità per tumore, in tutti i Paesi occidentali.

In Italia annualmente quasi 50.000 nuovi casi di cancro del grosso intestino sono diagnosticati e circa 10.000 italiani muoiono di cancro del colon-retto.

L'obiettivo dello screening è quello di ridurre la mortalità attraverso l'identificazione di carcinomi in fase precoce e la riduzione dell'incidenza

Scopo



Calcolare quante persone devono essere sottoposte a screening con iFOBT (NNS) e quante a colonscopia (NNSC) per trovare un cancro (CRC), o una neoplasia avanzata (AN)

Popolazione & Metodi



Unità di Endoscopia ULSS 4 - Alto Vicentino

Periodo: 2004 - 2013 (4 rounds)

45.266 soggetti di età compresa tra 50 e 69 anni



**FOBT
CUT-OFF 100 NG/ML**

POSITIVO

NEGATIVO

COLONSCOPIA

FOBT OGNI 2 ANNI

Definizione



Neoplasia avanzata (AN) include:

- Cancro (CRC)
- Adenoma a rischio intermedio o alto (IHRA)

Risultati 1



Coorte iniziale di 45.266 soggetti

| Rounds | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|
| Popolazione (n.) | 33858 | 30727 | 27008 | 22552 |
| i-FOBT + (n., %) | 1655 (4.9) | 1230 (4.0) | 989 (3.7) | 863 (3.8) |
| Colonoscopia (n., %) | 1555 (93.9) | 1158 (94.1) | 928 (93.8) | 806 (93.4) |
| CRC | 115 | 60 | 27 | 25 |
| IHRA | 698 | 375 | 309 | 239 |
| AN | 813 | 435 | 336 | 264 |

Risultati 2



| Rounds | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|
| Popolazione (n.) | 33858 | 30727 | 27008 | 22552 |
| NNS-CRC | 294 | 512 | 1000 | 902 |
| NNS-AN | 42 | 71 | 80 | 85 |
| NNSC-CRC | 13.5 | 19.3 | 34.4 | 32.2 |
| NNSC-AN | 1.9 | 2.7 | 2.8 | 3.0 |

Risultati 3



| Rounds | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|
| Popolazione (n.) | 33858 | 30727 | 27008 | 22552 |
| PPV-iFOBT-CRC (%) | 6.9 | 4.9 | 2.7 | 2.9 |
| PPV-iFOBT-AN (%) | 49.1 | 35.4 | 33.9 | 30.6 |

Risultati 4



| Rounds | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|
| i-FOBT | 33858 | 61454 | 81024 | 90208 |
| n. tests /1 CRC | 294 | 1024 | 3001 | 3608 |
| n. tests /1 AN | 42 | 141 | 241 | 342 |

Conclusioni 1



- NNS-AN è stato 42 nel primo round analogamente ad altri studi con lo stesso iFOBT.
- Nei rounds successivi il NNS-AN aumenta, ma non troppo e con la tendenza a stabilizzarsi attorno a un valore che è circa il doppio di quello iniziale.

Conclusioni 2



NNSC-AN, pur aumentando leggermente, si è sempre mantenuto tra 2 e 3, riflettendo la stabilità del valore predittivo positivo della colonscopia.

Conclusione 3



- PPV-iFOBT-AN ha sfiorato il 50% nel primo round, è ridotto sensibilmente nel secondo, ma poi ha mostrato una tendenza a stabilizzarsi verso il 30% nei rounds successivi.
- PPV-iFOBT-CRC è invece ridotto più nettamente fino al terzo round, ma nel quarto round si è mantenuto stabile.

Conclusione 4



Il numero totale di tests necessari per trovare 1 AN, è stato 42 nel primo round ed è aumentato da 3 fino a circa 8 volte nei rounds successivi nei soggetti con iFOBT consecutivi negativi.



Grazie
per l'attenzione