

PROTOCOLLI DI FOLLOW-UP

Napoli 13 dicembre 2006

ANGELO PERA

U.O.A. Gastroenterologia

A.S.O. Mauriziano Umberto I

Torino



aigo

Resezione di cancro colorettales:

**Intervallo: in caso di "clean colon", dopo 3 anni
e poi ogni 5 anni**

Follow-up

1-2 adenomi <10 mm controllo non prima di 5-10 anni

3 o più adenomi/adenoma >10 mm
displasia severa/componente villosa controllo a 3 anni

Num. elevato di polipi
Preparazione incompleta controllo a 1 anno

Follow-up

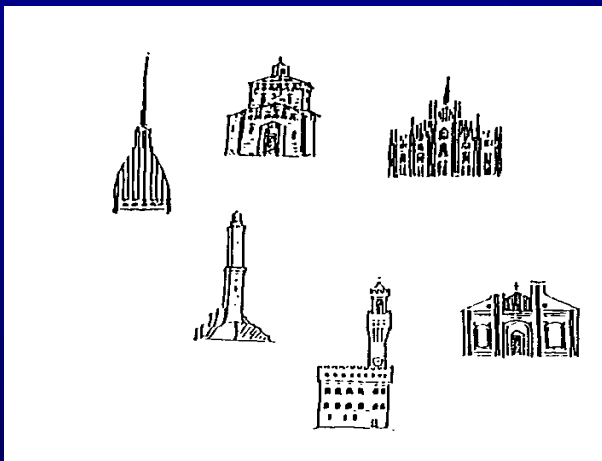
- Polipi iperplastici : **non consigliato controllo**
- Polipi cancerizzati: **follow-up come per adenomi**
(se rispettati criteri di non invasività: grading, stato del margine di resezione, livello di infiltrazione del peduncolo)
- Per i CCR operati: **controllo a 6 mesi se colon pre-operatorie incomplete, poi a 3 anni**
- Per K retto: **primo controllo anastomotico ad 1 anno**

Parametri predittivi per MTS LFN

- 1) Infiltrazione peduncolo
- 2) Margine di resezione endoscopica (inf a 1 mm)
- 3) Grading (I vs III)
- 4) Presenza di embolizzazione neoplastica linfatica o venosa
- 5) Rapporto quantitativo tra tessuto adenomatoso e carcinoma

Score 2

**Studio multicentrico italiano per la valutazione
di diverse strategie di
screening dei tumori del colon-retto**



CPO Piemonte

Fondo Edo Tempia – ASL 12 Biella

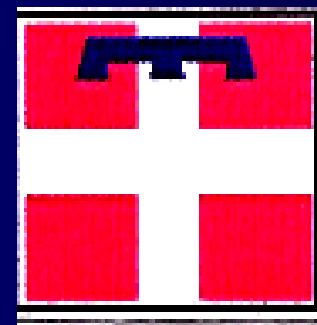
ASL Città di Milano

CSPO Firenze

ASL 13 Rimini

Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro

**Progetto dimostrativo di
screening dei tumori del colon-retto**



Regione Piemonte - Assessorato alla Sanita'

CPO Piemonte

ASL 1-4

**AO S. Giovanni Battista-Molinette,
Ospedale Mauriziano "Umberto I" - IRCC**

Medici di Medicina Generale

Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro

ARTICLES

Randomized Trial of Different Screening Strategies for Colorectal Cancer: Patient Response and Detection Rates

Nereo Segnan, Carlo Senore, Bruno Andreoni, Arrigo Arrigoni, Luigi Bisanti, Alessandro Cardelli, Guido Castiglione, Cristiano Crosta, Roberta DiPlacido, Arnaldo Ferrari, Roberto Ferraris, Franco Ferrero, Mario Fracchia, Stefano Gasperoni, Giuseppe Malfitana, Serafino Recchia, Mauro Risio, Mario Rizzetto, Giorgio Saracco, Mauro Spandre, Delio Turco, Patricia Turco, Marco Zappa, SCORE2 Working Group-Italy

Background: Although there is general consensus concerning the efficacy of colorectal cancer screening, there is a lack of agreement about which routine screening strategy should be adopted. We compared the participation and detection rates achievable through different strategies of colorectal cancer screening. **Methods:** From November 1999 through June 2001 we conducted a multicenter, randomized trial in Italy among a sample of 55–64 year olds in the general population who had an average risk of colorectal cancer. People with previous colorectal cancer, adenomas, inflammatory bowel disease, a recent (≤ 2 years) colorectal endoscopy or fecal occult blood test (FOBT), or two first-degree relatives with colorectal cancer were excluded. Eligible subjects were

method. Screening strategies using a fecal occult blood test (FOBT) and sigmoidoscopy are currently being evaluated for implementation in population-based screening programs in several European countries (i.e., the United Kingdom, Norway, and Finland) and in Australia (5–9). In Italy, the National Board for Oncology has issued guidelines recommending the implementation of pilot projects involving sigmoidoscopy and an FOBT for colorectal cancer screening (10). Although colonoscopy is the most complete endoscopic procedure available for colorectal cancer screening (11,12), direct evidence about its effectiveness, its complications, and its acceptability among individuals at average risk of the disease is still not sufficient to justify its use for routine screening (13). Comparative data about neoplasia detection rates, participation rates, economic costs, and the side effects of the different screening strategies are needed to estimate the effectiveness and the balance between ben-

OBIETTIVI

- Stima dell'accettabilità e della copertura raggiungibili con diverse modalità di screening
- Valutazione comparativa del tasso di identificazione diagnostica e stima dell'impatto su incidenza e mortalità per cancro coloretale
- Stima dei costi delle diverse alternative
- Definizione di indicatori di qualità del programma

ESAMI UTILIZZATI PER LO SCREENING

Varie strategie basate su:

- **RICERCA DEL SANGUE OCCULTO
(FOBT)**
(con test immunologico)
- **RETTOSIGMOIDOSCOPIA (FS)**

RISPOSTA ALL'INVITO (dati di Torino)

	INVITATI	ADERENTI	
	Numero	Numero	(%)
FOBT (posta)	3845	991	25.8
FOBT (MMG-Centro)	9397	2245	23.9
Scelta	FOBT	228	12.9
	1761	201	11.4
	FS	201	11.4
FS “once only”	3215	872	27.1
FS + FOBT	14893	3954	26.5
Totale	33111	8491	25.6



RISPONDENZA ALL'INVITO

• FOBT	32.3%	(1965/6081)
• FS	32.0%	(1929/6019)
• CT	26.1%	(1569/6023)



TASSO DI IDENTIFICAZIONE lesioni distali avanzate

• **FS** (n= 1907)

5.1%

(85 adenomi ; 12 CCR)

• **CT** (n=1556)

5.1%

(70 adenomi ; 9 CCR)



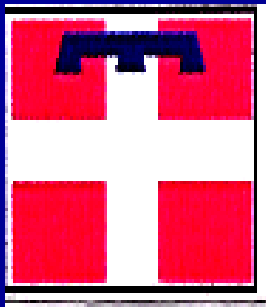
TASSO DI IDENTIFICAZIONE lesioni prossimali avanzate

• **CT** (n=1556)

2.8%

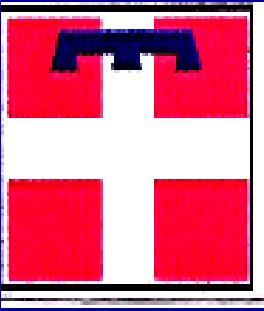
(39 adenomi ; 4 CCR)

**72.7% con reperto
di stadi avanzati e negativo o con
polipi a basso rischio**



IL PROGRAMMA PIEMONTESE





IL PROGRAMMA PIEMONTESE



NR: non raccomandato



Sanguinamento:

- FOBT positivo
- ematochezia
- anemia sideropenica
- melena con EGDS negativa

Intervallo

NR

NR

NR

NR

Screening

- rischio medio
- 1 parente di I grado con cancro (o adenomi) > 60 anni
- almeno 2 parenti di I grado con cancro (o adenomi)
 - o 1 parente di I grado < 60 anni
- cancro ovarico o dell'endometrio diagnosticato < 50 anni

Intervallo

10 anni

10 anni

5 anni

5 anni



Intervallo

- HNPCC (iniziare dall'età di 20-25 anni)	1-2 anni
- Dolore addominale, alterazioni dell'alvo	*
- Sigmoidoscopia positiva adenomi (polipo > 1 cm o polipo adenomatoso < 1 cm)	Vedi resezione
- Resezione di adenoma	
▣ 1-2 adenomi tubulari < 1 cm	5 anni
▣ semplice esame di follow up o solo polipi iperplastici	5 anni
▣ >/= 3 adenomi o adenoma villosa, > 1 cm o con displasia HG	3 anni
▣ Numerosi adenomi o adenoma sessile > 2 cm, rimosso in maniera frammentaria	Intervalli brevi

* se la colonscopia è negativa e i sintomi persistono, l'esame deve essere ripetuto sec. le raccomandazioni di screening