



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO

GISCoR
Gruppo
Italiano
Screening
Colorettale

ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013

Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

La sorveglianza post-polipectomia nei programmi di screening del Lazio

Marco Ferrara

U.O.C. di Gastroenterologia

Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO

GISCoR
Gruppo
Italiano
Screening
Colorettale

ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013

Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

L'attualità del problema

- ❖ *La sorveglianza costituisce dal 20 al 30% dell'attività endoscopica nella maggior parte delle unità operative del mondo occidentale*
- ❖ *Il 30-50% degli specialisti richiede controlli endoscopici non coerenti con le Linee Guida (fino al 67% in pz classificabili come "a basso rischio" - Radaelli, DLD - AIGO 2012)*
- ❖ *L'inappropriatezza nei controlli colonscopici espone i pazienti ad esami invasivi, inutili e costosi, penalizza le liste d'attesa ed i programmi di screening*



L'inappropriatezza nella sorveglianza è un problema complesso

- *Limiti culturali, scarsa comunicazione, carente collaborazione interdisciplinare*
- *Qualità della colonscopia, percepita come inadeguata*
- *Qualità della toilette intestinale*
- *Enfasi eccessiva sul problema "cancri intervallo"*
- *Medicina difensiva*
- *Conflitti d'interesse pubblico-privato*



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO

GISCoR
Gruppo
Italiano
Screening
Colorettale

ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

Razionale scientifico: utilità della sorveglianza endoscopica

- *Studi epidemiologici hanno indicato che non effettuare la sorveglianza incrementa il rischio di ccr di 3-4 vv*
Cottet, Gut 2012 – Brenner, AIM 2012
- *Il rischio relativo di “adenoma avanzato” è direttamente proporzionale ai reperti endoscopici della colonscopia di base*
- *Si è osservata una diagnosi di cancro nello 0.3-0.9% entro 5 anni dall’inizio della sorveglianza, ma la maggior parte di questi sono lesioni misconosciute alla colonscopia di base*
- *I veri “cancri intervallo” sono 1.1-2.7/1000/anno di follow-up nei pazienti con adenomi alla colonscopia di base (70% entro 36 mesi)*



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO

GISCoR
Gruppo
Italiano
Screening
Colorettale

ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

La colonscopia non è infallibile, ma è l'indagine più sensibile ed efficace

- *La colonscopia di screening può prevenire circa il 65% dei ccr, la polipectomia ridurre la mortalità del 53%*

Kahi, Clin Gastroenterol Hepatol 2009 - Zauber, New Engl J Med 2012 - Nishihara et Chan, New Engl J Med 2013

- *Negli USA la percentuale di incidenza e morte per ccr si è ridotta dagli aa '90 di circa il 2-3%/anno in virtù degli screening*
- *Per ogni incremento dell'1% di indagini si può ottenere una riduzione del 3% del tasso di mortalità*

ACS 2011 - Edwards, Cancer 2010 – Rabeneck, AJG 2010



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO

GISCoR
Gruppo
Italiano
Screening
Colorettale

ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

Razionale scientifico: criteri per la sorveglianza endoscopica

Il rischio è definito sulla base di 4 parametri essenziali:

- *numero adenomi*
 - *dimensioni adenomi*
 - *grado di displasia*
 - *componente villosa*
- *La presenza di displasia di alto grado è direttamente proporzionale alle dimensioni del polipo (< 1% se < 5 mm., 7-12% se 5-10 mm., circa 20% se > 10 mm.)*

Liebermann, Gastroenterology 2008



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

Gastroenterology 2012



European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis
First Edition



European Commission

2011

Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer

DAVID A. LIEBERMAN,* DOUGLAS K. REX,† SIDNEY J. WINAWER,§ FRANCIS M. GIARDIELLO,|| DAVID A. JOHNSON,¶ and THEODORE R. LEVIN**

*Oregon Health and Science University, Portland, Oregon; †Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana; ‡Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, New York; §Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland; ¶Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia; and **Kaiser Permanente Medical Center, Walnut Creek, California

CLINICAL GUIDELINE |



Screening for Colorectal Cancer: A Guidance Statement From the American College of Physicians

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Thomas D. Denberg, MD, PhD; Robert H. Hopkins Jr., MD; Linda L. Humphrey, MD, MPH; Joel Levine, MD; Donna E. Sweet, MD; and Paul Shekelle, MD, PhD, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians*

Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Authors

Cesare Hassan¹, Enrique Quintero^{2,3}, Jean-Marc Dumoncoeu⁴, Jaroslaw Regula⁵, Catarina Brandão⁶, Stanislas Chaussade⁷, Evelien Dekker⁸, Mario Dinis-Ribeiro⁹, Monika Ferlitsch⁹, Antonio Gimeno-Garcia^{2,3}, Yark Hazewinkel⁸, Rodrigo Jover^{3,10}, Mette Kalager^{11,12}, Magnus Loberg^{12,13}, Christian Pox¹⁴, Bjorn Rembacken¹⁵, David Lieberman¹⁶

Institutions

Institutions are listed at the end of article.

Endoscopy 2013



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO

GISCoR
Gruppo
Italiano
Screening
Colorettale

ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

Presupposti per la sorveglianza

- *I polipi devono essere asportati tutti e completamente, possibilmente sempre in blocco unico per consentire un orientamento corretto del materiale ed una valutazione istologica ottimale*
- *La colonscopia di base, oltre che totale, deve essere di buona qualità in termini di tecnica d'esecuzione e toilette intestinale*

Presupposto essenziale per il successo di un programma di sorveglianza è il raggiungimento quindi del “clean colon” alla colonscopia di base



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCOR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

US Task Force 2012

COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)

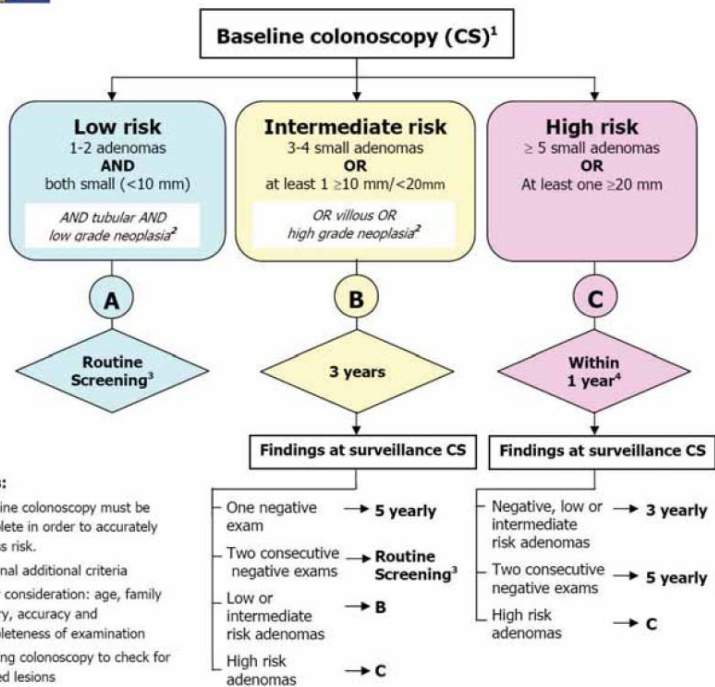


Table 1. 2012 Recommendations for Surveillance and Screening Intervals in Individuals With Baseline Average Risk

Baseline colonoscopy: most advanced finding(s)	Recommended surveillance interval (y)	Quality of evidence supporting the recommendation	New evidence stronger than 2006
No polyps	10	Moderate	Yes
Small (<10 mm) hyperplastic polyps in rectum or sigmoid	10	Moderate	No
1-2 small (<10 mm) tubular adenomas	5-10	Moderate	Yes
3-10 tubular adenomas	3	Moderate	Yes
>10 adenomas	<3	Moderate	No
One or more tubular adenomas ≥10 mm	3	High	Yes
One or more villous adenomas	3	Moderate	Yes
Adenoma with HGD	3	Moderate	No
Serrated lesions			
Sessile serrated polyp(s) <10 mm with no dysplasia	5	Low	NA
Sessile serrated polyp(s) ≥10 mm	3	Low	NA
OR			
Sessile serrated polyp with dysplasia			
OR			
Traditional serrated adenoma			
Serrated polyposis syndrome ⁴	1	Moderate	NA

NOTE. The recommendations assume that the baseline colonoscopy was complete and adequate and that all visible polyps were completely removed.

NA, not applicable.

⁴Based on the World Health Organization definition of serrated polyposis syndrome, with one of the following criteria: (1) at least 5 serrated polyps proximal to sigmoid; with 2 or more ≥10 mm; (2) any serrated polyps proximal to sigmoid with family history of serrated polyposis syndrome; and (3) ≥20 serrated polyps of any size throughout the colon.





VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCOR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

- ***Il controllo a 1 anno nell'alto rischio previsto dalle LLGG EU è definito sulla base di una probabilità doppia di adenomi avanzati metacroni, non di CCR (Martinez, AIM 2012)***
- ***L'incidenza di lesioni avanzate nell'US NPS a 1 o 3 anni non differisce (3%)***
- ***La precocità del controllo potrebbe avere lo scopo di escludere con maggiore sicurezza lesioni sincrone misconosciute all'esame indice o verificare la completezza dell'asportazione delle lesioni maggiori***
(inadeguate fino al 17% se piece-meal in dimensioni > 10 mm. – Pohl, CARE Study, Gastroenterology 2013)
- ***Il controllo a 5-10 anni nel basso rischio suggerito dalle LLGG US e non a screening di routine si giustifica con la possibilità di falsi negativi/scadente qualità dell'esame indice***
(fino al 17% per lesioni > 10 mm. - Rex, Gastroenterology '97 - Pickhardt, AIM 2004)
- ***Non vi sono evidenze sufficienti a supporto di queste raccomandazioni***
- ***La necessità di concentrare l'attenzione e le risorse più sullo screening che sulla sorveglianza ha indotto alla semplificazione ed all'adozione di criteri più restrittivi***



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCOR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

RMA		2011			2012		
		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata	
			Qualità non adeguata	Qualità adeguata		Qualità non adeguata	Qualità adeguata
	01-Negativi	93,1	3,0	4,0	93,2	1,7	5,1
	02-Lrisk	76,9	7,7	15,4	74,5	3,9	21,6
	03-Mrisk	65,0	12,5	22,5	58,0	8,7	33,3
	04-Hrisk	41,7	25,0	33,3	60,0	8,9	31,1
	05-Cancrì	87,5	0,0	12,5	84,6	0,0	15,4

RMB		2011			2012		
		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata	
			Qualità non adeguata	Qualità adeguata		Qualità non adeguata	Qualità adeguata
	01-Negativi	92,5	1,7	5,8	87,5	3,5	8,9
	02-Lrisk	84,0	0,0	16,0	83,9	3,2	12,9
	03-Mrisk	31,7	3,2	65,1	48,3	3,4	48,3
	04-Hrisk	31,0	2,8	66,2	57,0	5,6	37,4
	05-Cancrì	86,4	4,5	9,1	91,7	0,0	8,3

RME		2011			2012		
		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata	
			Qualità non adeguata	Qualità adeguata		Qualità non adeguata	Qualità adeguata
	01-Negativi	100,0	0,0	0,0	92,3	0,0	7,7
	02-Lrisk	0,0	0,0	100,0	90,3	0,0	9,7
	03-Mrisk	-	-	-	49,3	2,9	47,8
	04-Hrisk	0,0	0,0	100,0	35,0	0,0	65,0
	05-Cancrì	-	-	-	57,9	5,3	36,8



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

RMH		2011			2012		
		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata	
			Qualità non adeguata	Qualità adeguata		Qualità non adeguata	Qualità adeguata
	01-Negativi	77,0	4,7	18,4	80,3	0,0	19,7
	02-Lrisk	80,0	2,0	18,0	75,0	0,0	25,0
	03-Mrisk	43,3	1,4	55,4	39,7	0,0	60,3
	04-Hrisk	66,7	0,0	33,3	85,7	0,0	14,3
	05-Cancrì	81,5	0,0	18,5	87,5	0,0	12,5

RI		2011			2012		
		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata	
			Qualità non adeguata	Qualità adeguata		Qualità non adeguata	Qualità adeguata
	01-Negativi	-	-	-	61,5	0,0	38,5
	02-Lrisk	-	-	-	28,6	0,0	71,4
	03-Mrisk	-	-	-	62,5	0,0	37,5
	04-Hrisk	-	-	-	80,0	10,0	10,0
	05-Cancrì	-	-	-	-	-	-

LT		2011			2012		
		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata	
			Qualità non adeguata	Qualità adeguata		Qualità non adeguata	Qualità adeguata
	01-Negativi	72,5	17,5	10,0	68,2	24,2	7,6
	02-Lrisk	75,7	10,8	13,5	66,7	33,3	0,0
	03-Mrisk	66,1	12,4	21,5	56,3	24,1	19,5
	04-Hrisk	41,9	6,8	51,4	34,5	12,7	52,7
	05-Cancrì	93,5	0,0	6,5	100,0	0,0	0,0



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

		2011			2012		
		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata		Sorveglianza Appropriata	Sorveglianza non Appropriata	
			Qualità non adeguata	Qualità adeguata		Qualità non adeguata	Qualità adeguata
Lazio	01-Negativi	81,4	7,7	10,9	84,5	6,5	9,0
	02-Lrisk	78,4	5,0	16,5	75,6	8,7	15,7
	03-Mrisk	48,9	5,1	46,0	50,7	7,8	41,6
	04-Hrisk	45,3	5,5	49,2	52,9	6,5	40,6
	05-Cancro	85,8	0,7	13,4	84,1	1,1	14,8



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

Criticità

- *La qualità della preparazione non condiziona in modo determinante come nelle aspettative l'inappropriatezza della sorveglianza*
- *L'inappropriatezza si concentra nell'assegnazione di categoria di rischio dopo polipectomia (medio-alto >basso), non nei negativi o dopo diagnosi di ccr*
- *La valutazione delle dimensioni dei polipi (fino al 90% dei casi di inappropriatezza) , ancora più del loro numero, influenza più di ogni altro parametro la scelta della categoria di rischio errata (1-3-5 anni)*
- *Esiste una sopravvalutazione delle dimensioni da parte dell'endoscopista rispetto al patologo*
- *Le diverse indicazioni di rischio delle LG costituiscono un fattore di confusione*



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO

GISCoR
Gruppo
Italiano
Screening
Colorettale

ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

La poliposi serrata ed iperplastica: un nuovo scenario

- *Problema emergente, poche evidenze scientifiche, ma sempre più gli “esperti” ne evidenziano le caratteristiche di rischio*
- *Consulenza genetica (e/o diversa sorveglianza) se presenti i criteri WHO: 5 o più polipi prossimali al sigma, 2 o più dei quali > 10 mm., o 20 polipi di qualunque dimensione distribuiti a vari livelli*

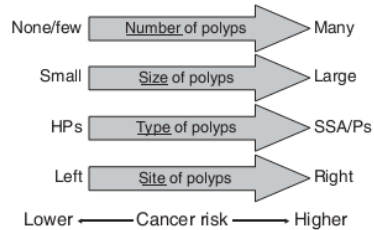


VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCOR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1



Consensus opinion surveillance intervals after endoscopic resection of serrated lesions

Rex DK, Am J Gastroenterol 2012
CLINICAL AND SYSTEMATIC REVIEWS

Histology	Size	Number	Location	Interval in years
HP	< 10 mm	Any number ^b	Rectosigmoid	10 ^c
HP	≤5 mm	≤3	Proximal to sigmoid	10
HP	Any	≥4	Proximal to sigmoid	5
HP	>5 mm	≥1	Proximal to sigmoid	5
SSA/P or TSA	< 10 mm	<3	Any	5
SSA/P or TSA	≥10mm	1	Any	3
SSA/P or TSA	< 10 mm	≥3	Any	3
SSA/P	≥10mm	≥2	Any	1–3 ^d
SSA/P w/dysplasia	Any	Any		1–3 ^e

HP : (aa'90) **75% dei polipi serrati e 28-42% di tutti i polipi**, < 5 mm - senza potenziale malignità

TSA: **1%, in genere colon sn**, peduncolati o “filiformi”, > 5 mm. - prima ritenuti non displastici, ora dotati di potenziale malignità

SSA (2003): **1-9% di tutti i polipi, in genere colon dx**, 0.6% delle cs di screening , D>M, sessili, > 5 mm. - frequente displasia



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

REVIEW ARTICLE

Serrated lesions and hyperplastic (serrated) polyposis relationship with colorectal cancer: classification and surveillance recommendations CME

Janina Orłowska, MD

Warsaw, Poland

GASTROINTEST ENDOSC 2013

TABLE 3. Guidelines for colorectal carcinoma colonoscopy screening and surveillance after the removal of serrated lesions according to the European Union¹⁵ and National Comprehensive Cancer Network⁷²⁻⁷⁴ recommendations, and the risk of malignant transformation¹⁴

Diagnosis	Risk of colorectal carcinoma ¹⁴	Interval for control*†
Hyperplastic polyp	None	No indication for follow-up
Sessile serrated lesion	Slightly increased, but exact data are missing	5 or 3 or 1 y
Traditional serrated adenoma	Increased	5 or 3 or 1 y
Mixed polyp	Increased, but exact data are not available	5 or 3 or 1 y

*The stated intervals for control apply to completely removed lesions. If the removal is incomplete or done in a piecemeal technique, a control examination including endoscopy and biopsy should be performed after 2 to 6 months.

†Time, depending on the risk group (low-, intermediate-, or high-risk group) typical for adenomas (according to Table 2).



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

Sindrome di Jass ("serrated pathway")

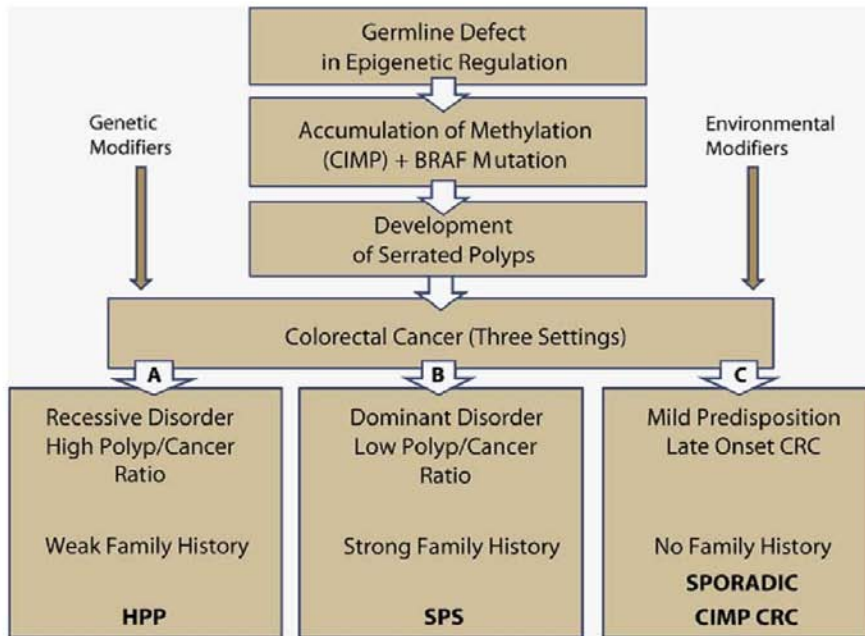


Figure 3. The diagram of 3 settings exemplifying serrated neoplasia according to Young and Jass.⁹⁶ **A**, Hyperplastic/serrated polyposis (HPP) where numerous serrated polyps develop and in which synchronous cancers may be present. **B**, serrated pathway syndrome (SPS), which is a multicase and multigeneration colorectal carcinoma (CRC) predisposition associated with few advanced serrated polyps. **C**, Sporadic CpG island methylator phenotype (CIMP) CRC where no evidence of a family history is apparent. *HPP*, hyperplastic polyp.



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO

GISCoR
Gruppo
Italiano
Screening
Colorettale

ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

Quando interrompere la sorveglianza?

- ***In età > 75 anni, se l'aspettativa di vita è inferiore a 10 anni***
US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer 2008 - American Geriatrics Society 2012

- ***A 80 anni, in quanto il rischio di neoplasia avanzata da questa età aumenta di 3 vv rispetto ai soggetti di età < 70***
Martinez, Gastroenterology 2009 - Chung, Gut 2011

- ***La sorveglianza deve considerare sempre fattori come età, comorbidità, aspettativa di vita, informazione e condivisione delle scelte con il paziente, familiarità***
Inoltre non esistono raccomandazioni basate su evidenze scientifiche, quindi valutare sempre e comunque:
 - *Il grado di rischio correlato alle caratteristiche degli adenomi asportati*
 - *Il grado di rischio correlato alla colonscopia, per comorbidità sistemica e locale (ad es. severa malattia diverticolare)*
 - *Le motivazioni del paziente, soprattutto se ad alto rischio*



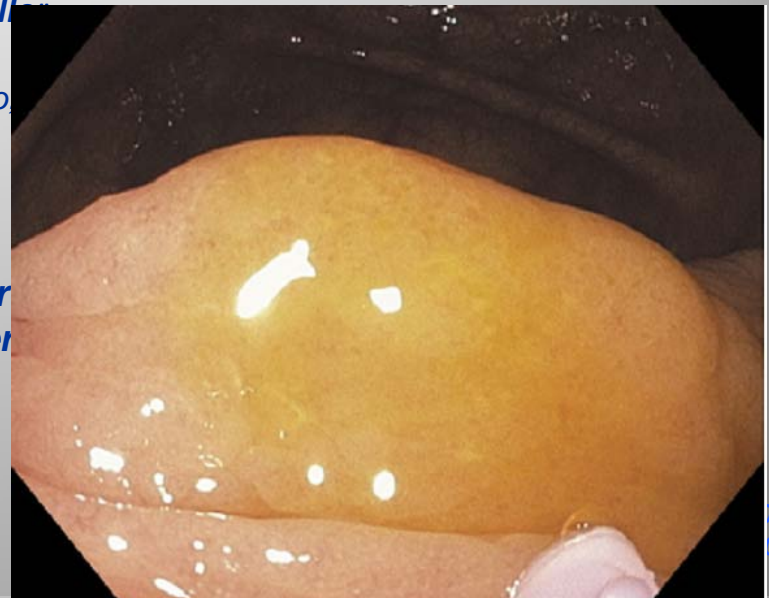
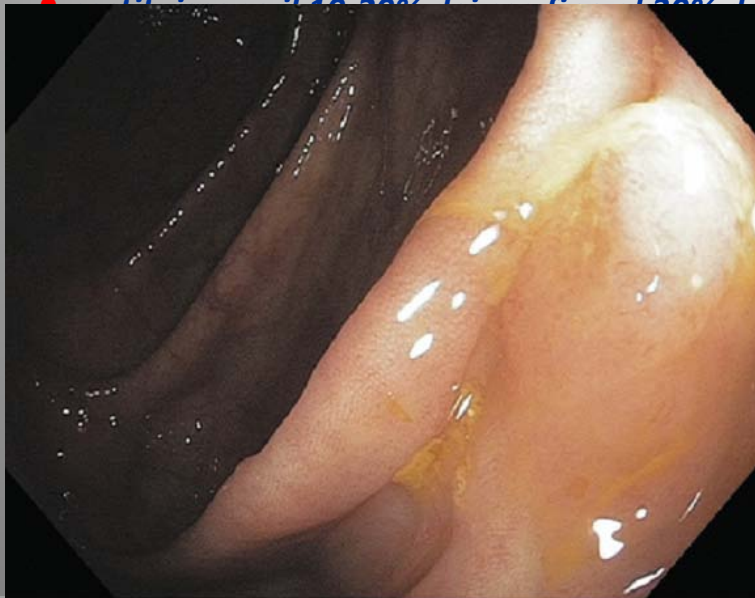
VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCOR
 WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO

GISCOR
 Gruppo
 Italiano
 Screening
 Colorettale

ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
 Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

I gastroenterologi possono fare di più per prevenire le morti da ccr...

➤ ***Trovare i “polipi serrati”***



• *... il 10-20% di ... 1-20% di “cancri intervallari”
 ... camente
 ... coperti da muco
 ... nestico
 ... ca se il numer
 ... ca sec i criteri*



VIII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR

WORKSHOP SCREENING CCR REGIONE LAZIO



ROMA, 3 E 4 OTTOBRE 2013
Auditorium Antonianum, Viale Manzoni 1

Avoiding and Defending Malpractice Suits for Postcolonoscopy Cancer: Advice From an Expert Witness

DOUGLAS K. REX

Division of Gastroenterology/Hepatology, Department of Medicine, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana

Clinical Gastroenterology
and Hepatology

2013