

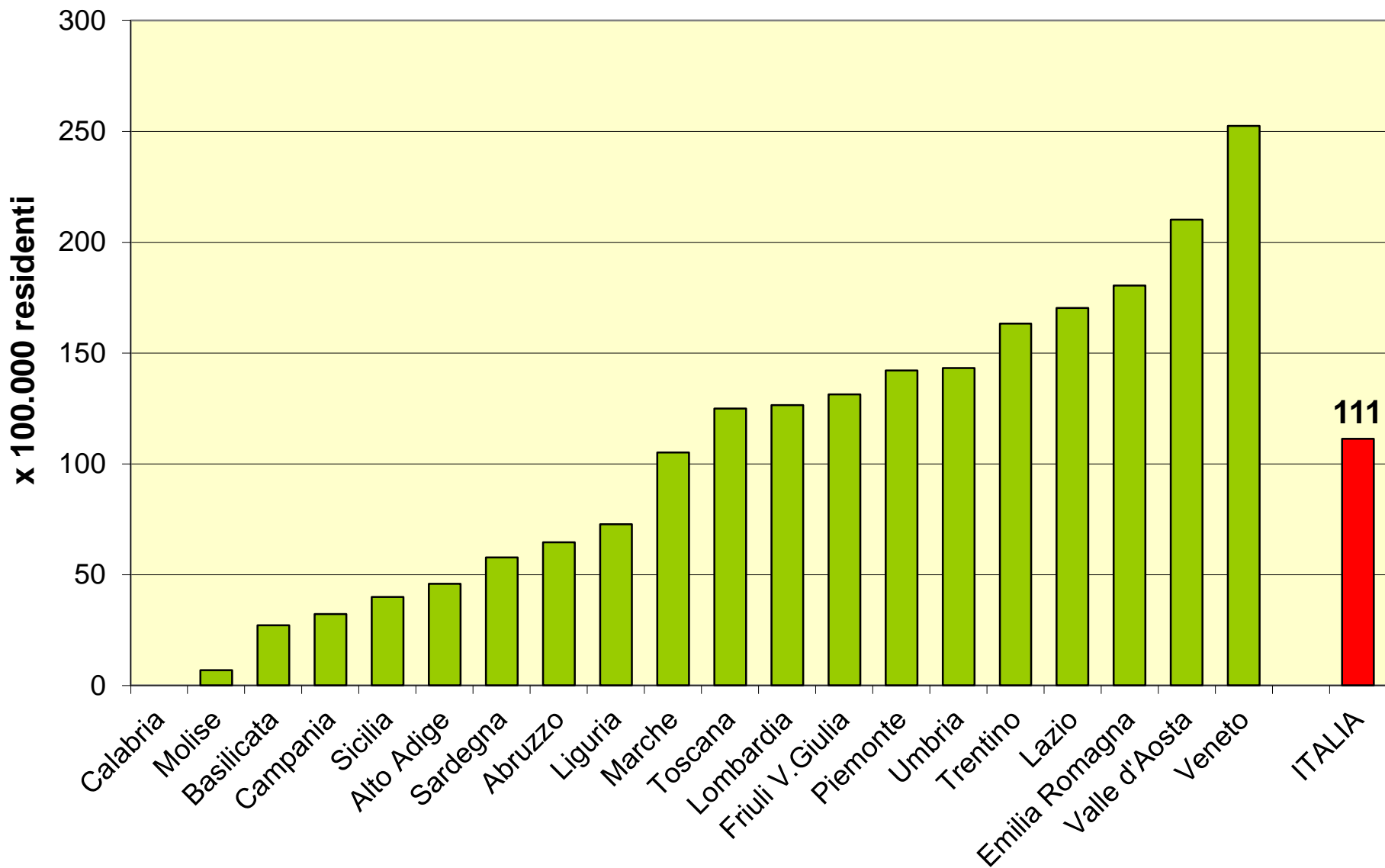
XIV congresso nazionale Giscor Verona 5-6 novembre 2019

Tavola rotonda sulla survey ONS
il punto di vista del patologo

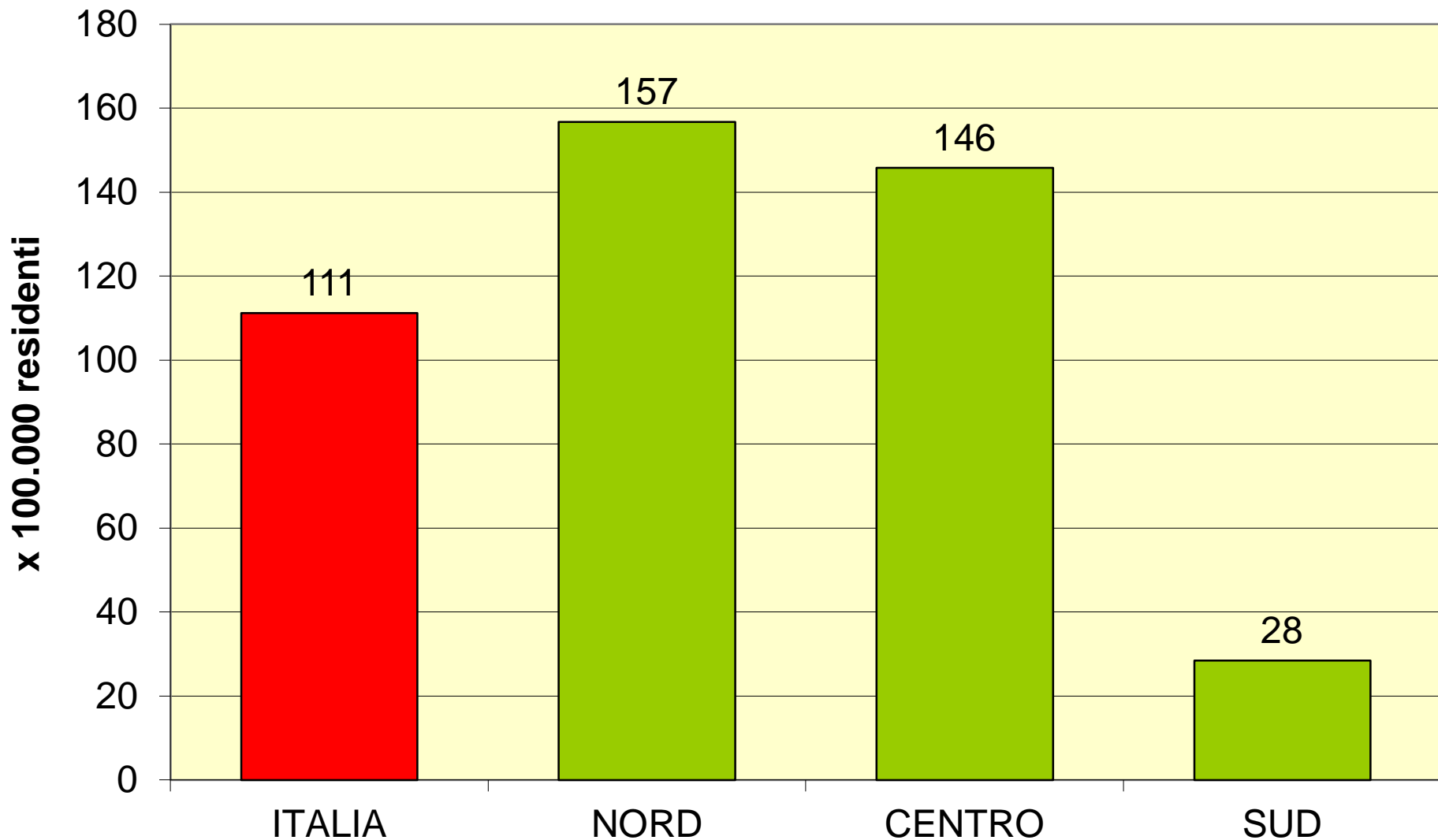
Antonio Scapinello

Istituto oncologico veneto sede di Castelfranco Veneto

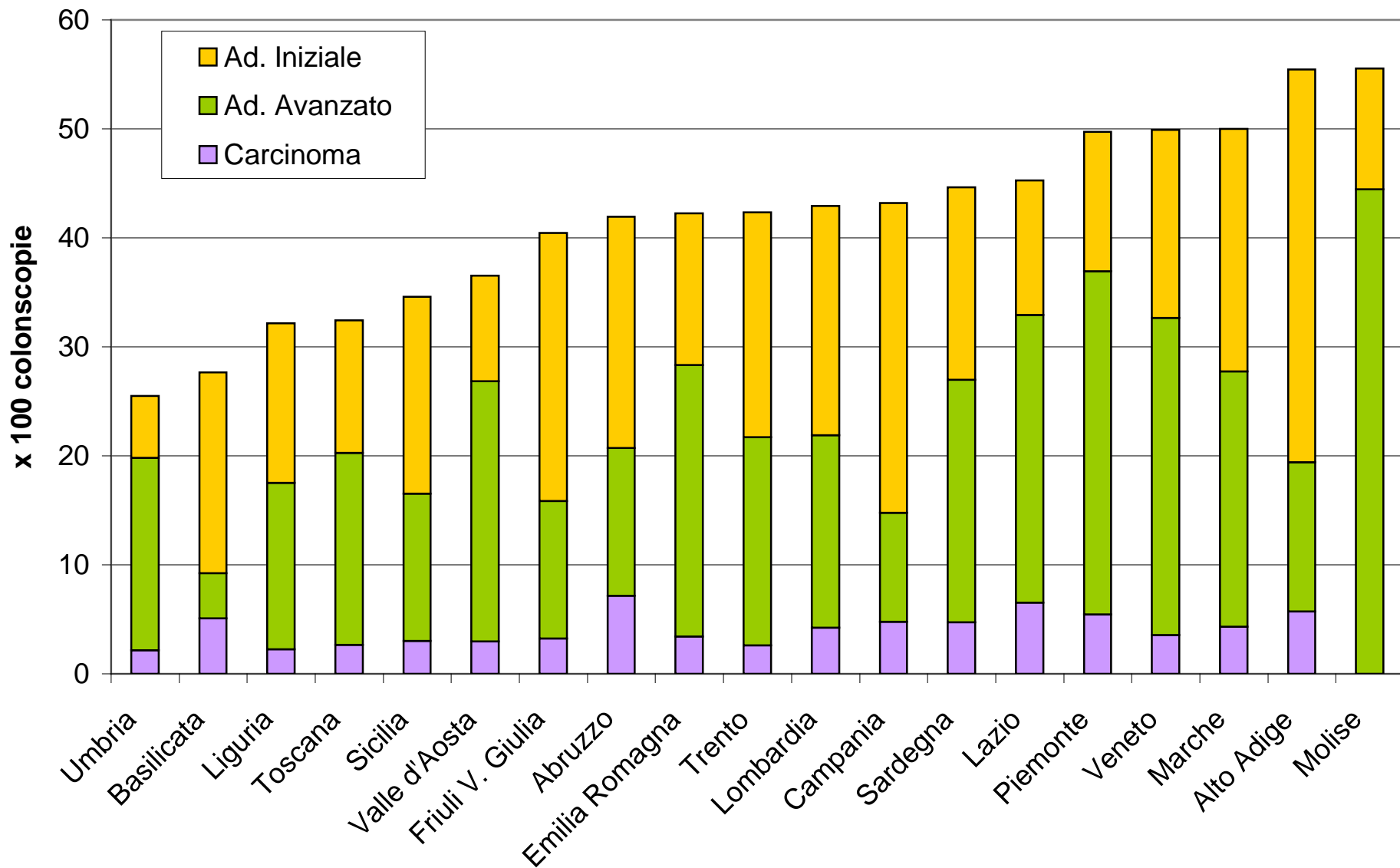
Tasso di identificazione di adenoma avanzato sulla popolazione target, per regione. Anno 2017



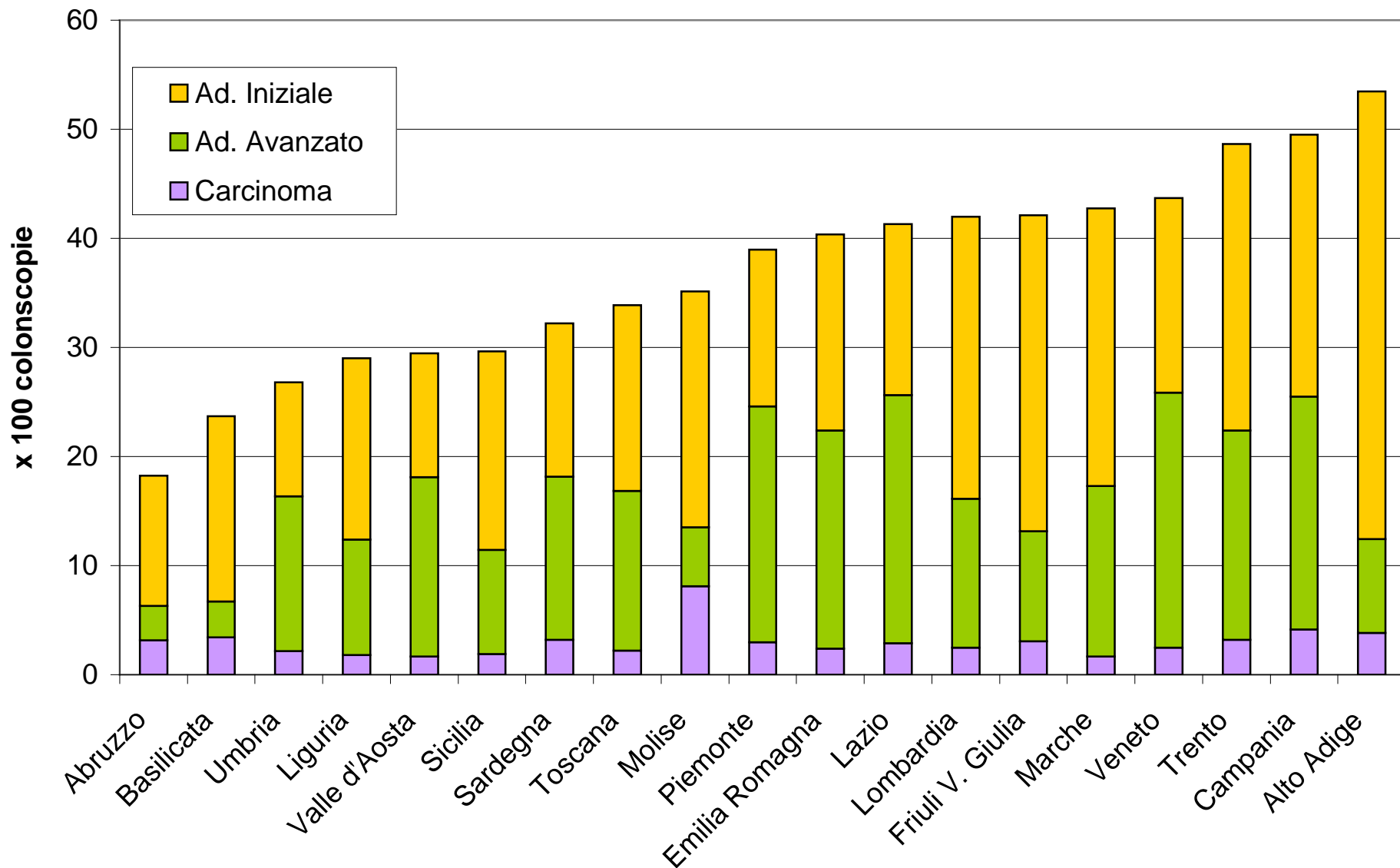
Tasso di identificazione di adenoma avanzato sulla popolazione target, per macroarea. Anno 2017



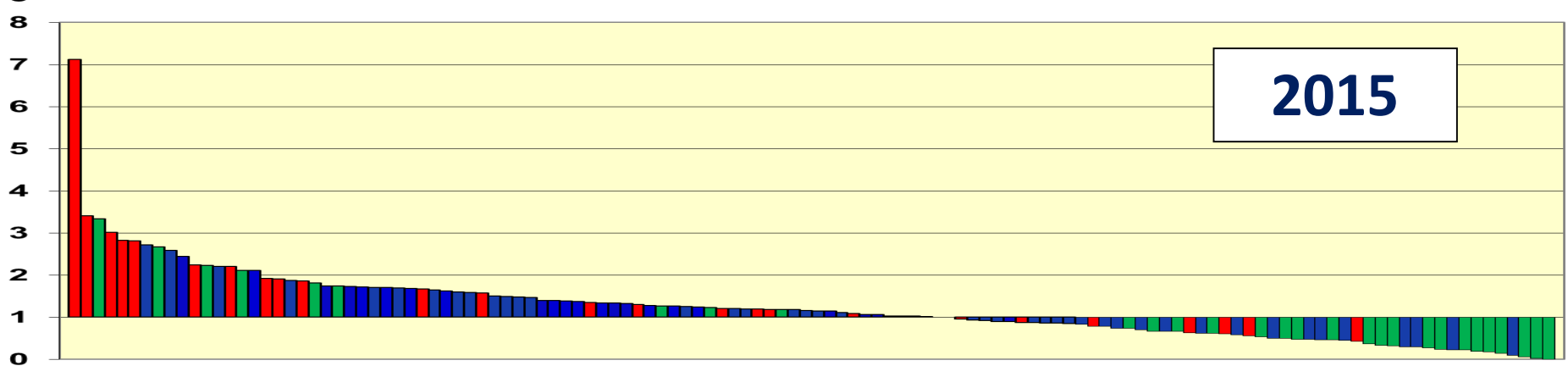
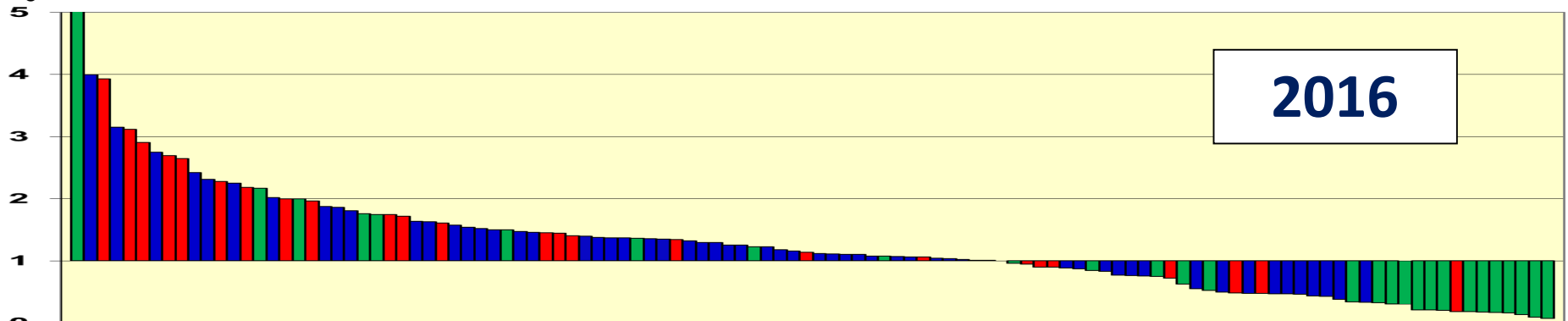
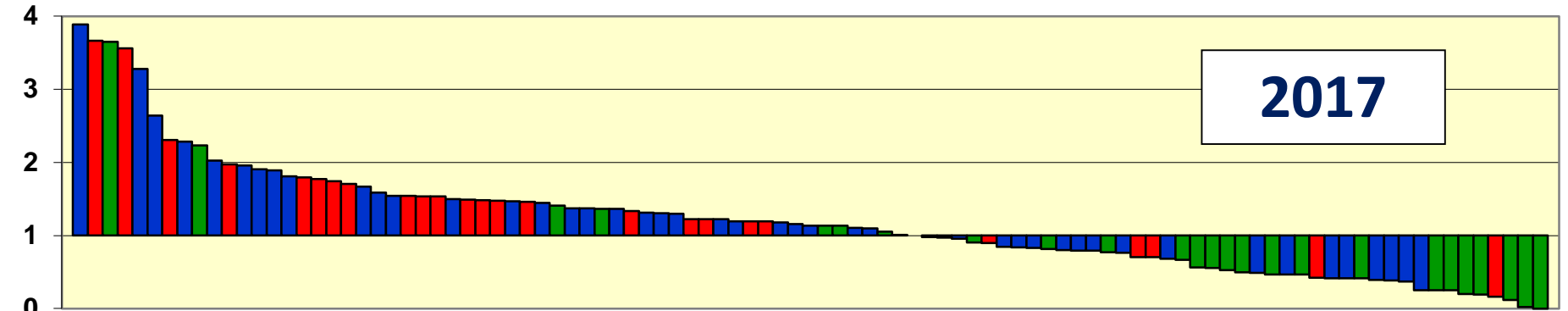
Valore Predittivo Positivo del SOF+ alla colonscopia, per regione – primi esami



Valore Predittivo Positivo del SOF+ alla colonscopia, per regione – esami successivi



Rapporto tra adenomi avanzati / iniziali, per macroarea (2015-2017)



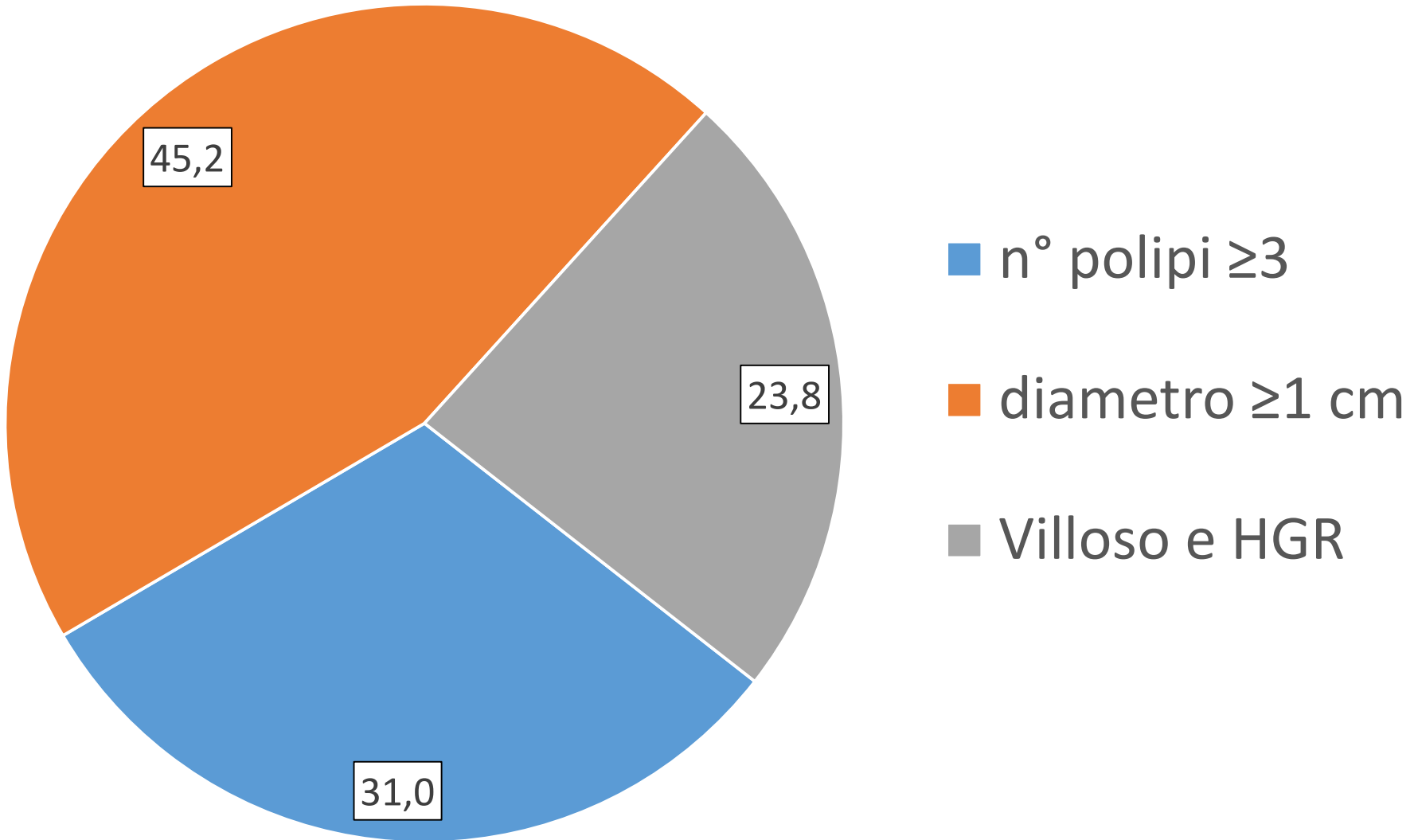
Possibili cause

- Variabilità dei cut-off del sangue occulto
- Variabilità di interpretazione istologica
- Variabilità nella DR degli endoscopisti

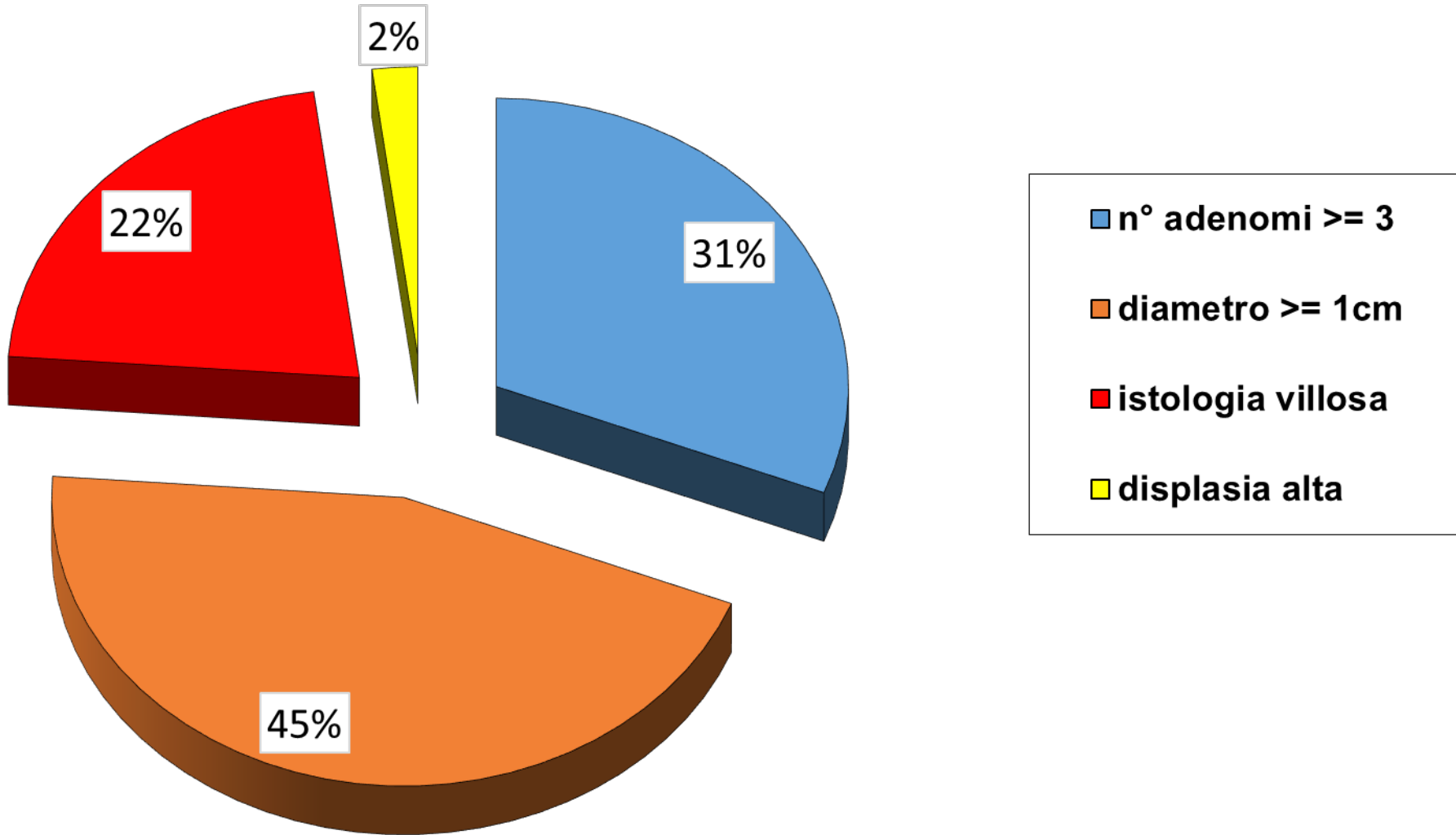
Come verificare le possibili cause

- Valutazione di indicatori analitici specifici che vanno pensati e pesati

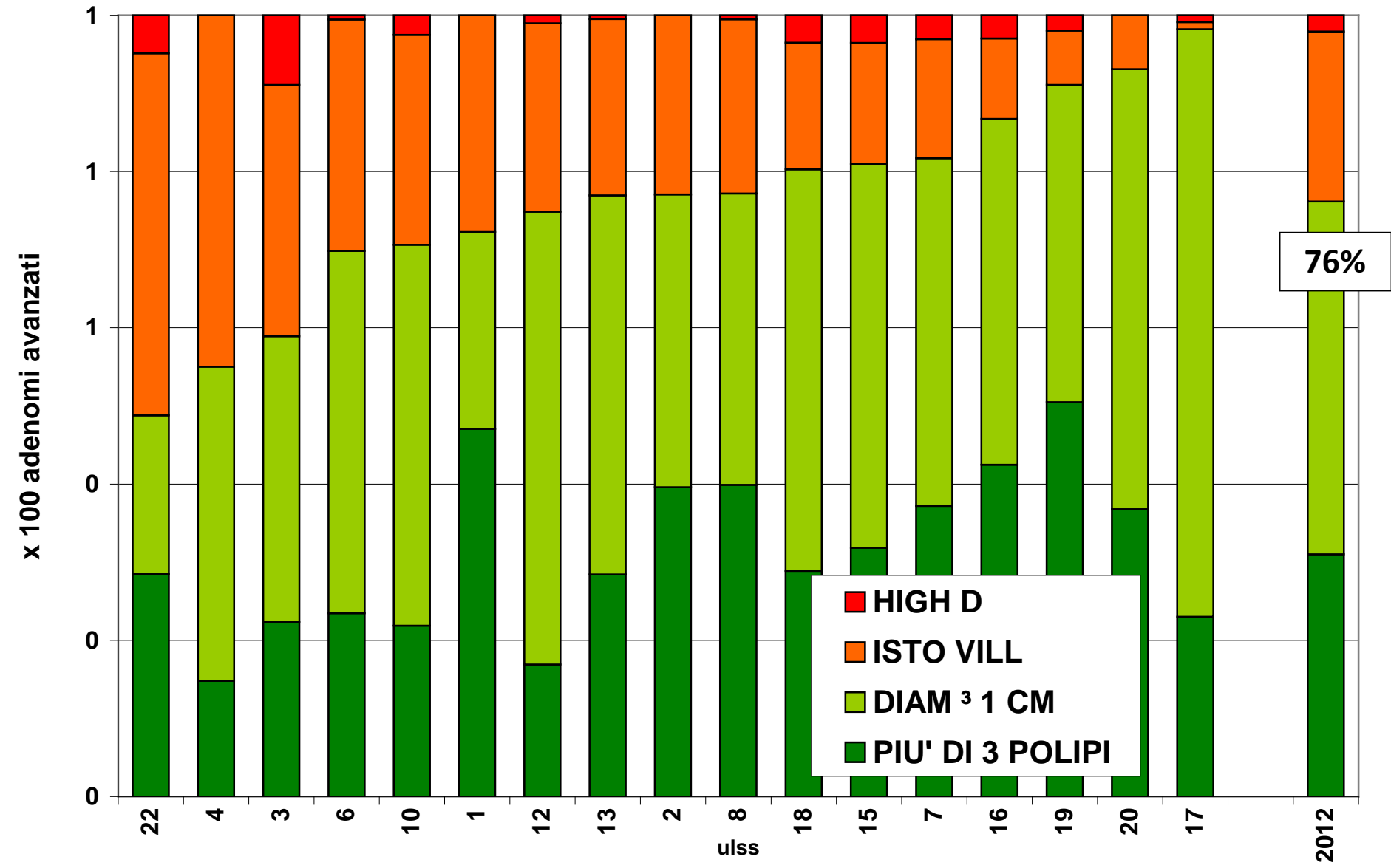
Composizione degli adenomi avanzati



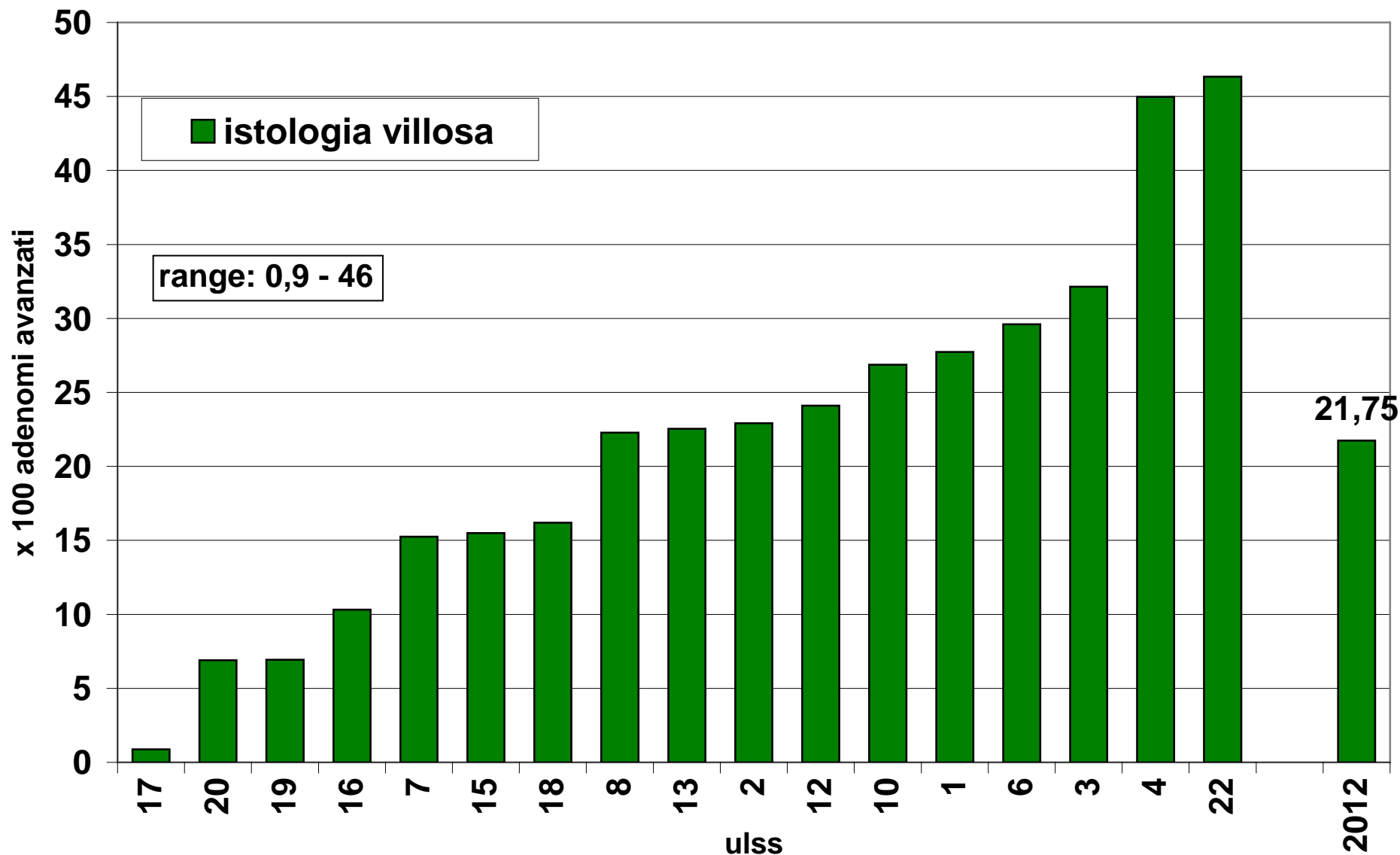
Composizione degli adenomi avanzati



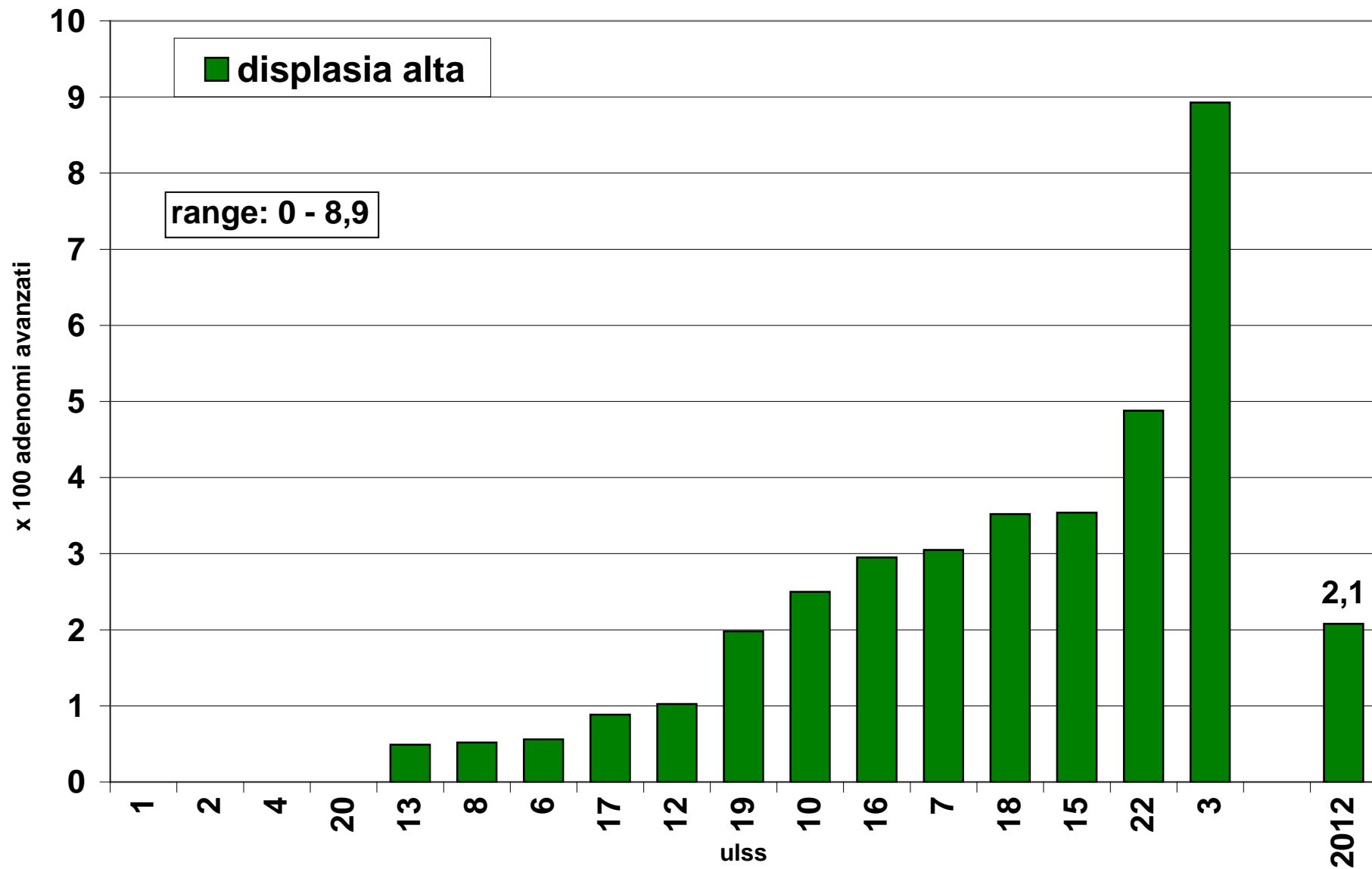
Composizione Adenomi Avanzati



Adenomi Avanzati: istologia villosa



Adenomi Avanzati: displasia di alto grado



I PROGRAMMI EDUCAZIONALI E DI CONTROLLO DI QUALITA'

- FINORA CONDOTTI PROGRAMMI DI CONFRONTO INTERISTITUZIONALE IN PATOLOGIA COLORETTALE DA SCREENING SU VETRINO VIRTUALE
- DALLA REGIONE VENETO
- DALLA REGIONE EMILIA ROMAGNA
- DALLA REGIONE PIEMONTE

Virtual microscopy for histology quality assurance of screen-detected polyps
Mauro Risio, Gianni Bussolati, Carlo Senore, Stefano Vigna, Elena Frangipane,
Nereo Segnan, Paola Cassoni
J Clin Pathol 2010;63:916-920.

Quota di lesioni con trattamento esclusivamente endoscopico

	Media 2017	10°-90° percentile
Tutti i carcinomi	21.0%	0 – 37.9%
Carcinomi pT1	18.9%	0 – 82.5%
Adenomi avanzati	94.2%	87.6 – 100%

Distribuzione per stadio alla diagnosi

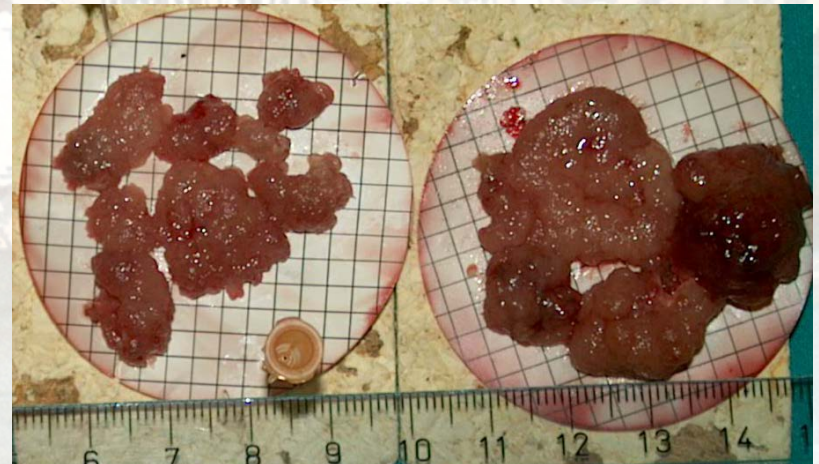
(solo casi con stadio noto = 68%)

Stadio	Programmi SOF	
	Primi esami (n = 923)	Es. successivi (n = 1158)
I	25.8	36.3
I*	37.6	18.0
II	16.6	19.2
III-IV	20.0	26.6

* adenomi cancerizzati trattati con sola resezione endoscopica

Scelta della tecnica di asportazione endoscopica

- Deve essere orientata a garantire l'integrità e l'interezza della lesione asportata.
- Quindi la resezione en bloc è da preferire alla resezione piecemeal



UTILIZZO DI ADEGUATI SUPPORTI

- Per le lesioni diminutive, in particolare se sessili, utilizzare sempre supporti di carta bibula cercando di orientare al meglio il campione appoggiando la base di resezione sul supporto. REALE? SI
- Per lesioni sessili sopra 1 cm stenderle accuratamente su supporto rigido (polistirolo o quant'altro. FATTIBILE? SI REALE? POCO

CHI MARCA E COME LA BASE D'IMPIANTO

- L'ENDOSCOPISTA A FRESCO E' NELLE MIGLIORI CONDIZIONI PER POTERLO FARE SPECIE NELLE LESIONI SESSILI A LARGA BASE D'IMPIANTO.
- CHINA NERA O ANCHE SEMPLICEMENTE IL BIANCHETTO DA CANCELLERIA
- POSSIBILE? SI
- REALE? MOLTO POCO

CHI MISURA COSA

REGIONE del VENETO

Raccomandazioni regionali
per la diagnosi anatomo-
patologica nello screening
per il tumore del colon retto.

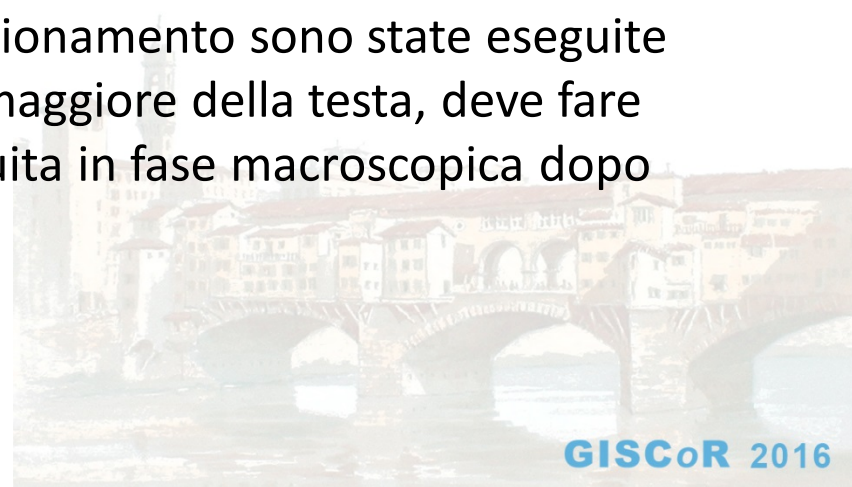
Documento di consenso dei patologi dello screening
per il tumore del colon retto della Regione Veneto.

Regione del Veneto
Assessorato alla Sanità e alla Programmazione Socio-Sanitaria
Direzioni Provinciali, Sussidiarietà Ministeriale, Ministeriale
Unità Organizzativa Prevenzione e Sanità Pubblica
Coordinamento Regionale Screening Oncologici

Secondo le linee guida europee è la dimensione istologica misurata su vetrino quella da utilizzare per le strategie di sorveglianza endoscopica perché consente di valutare precisamente solo la parte neoplastica della lesione.

In considerazione del fatto che appare ancora poco praticabile in modo sistematico questo tipo di misurazione, si consiglia di eseguire la valutazione istologica della dimensione quando il patologo osservi una sostanziale discrepanza tra tessuto adenomatoso e tessuto non adenomatoso.

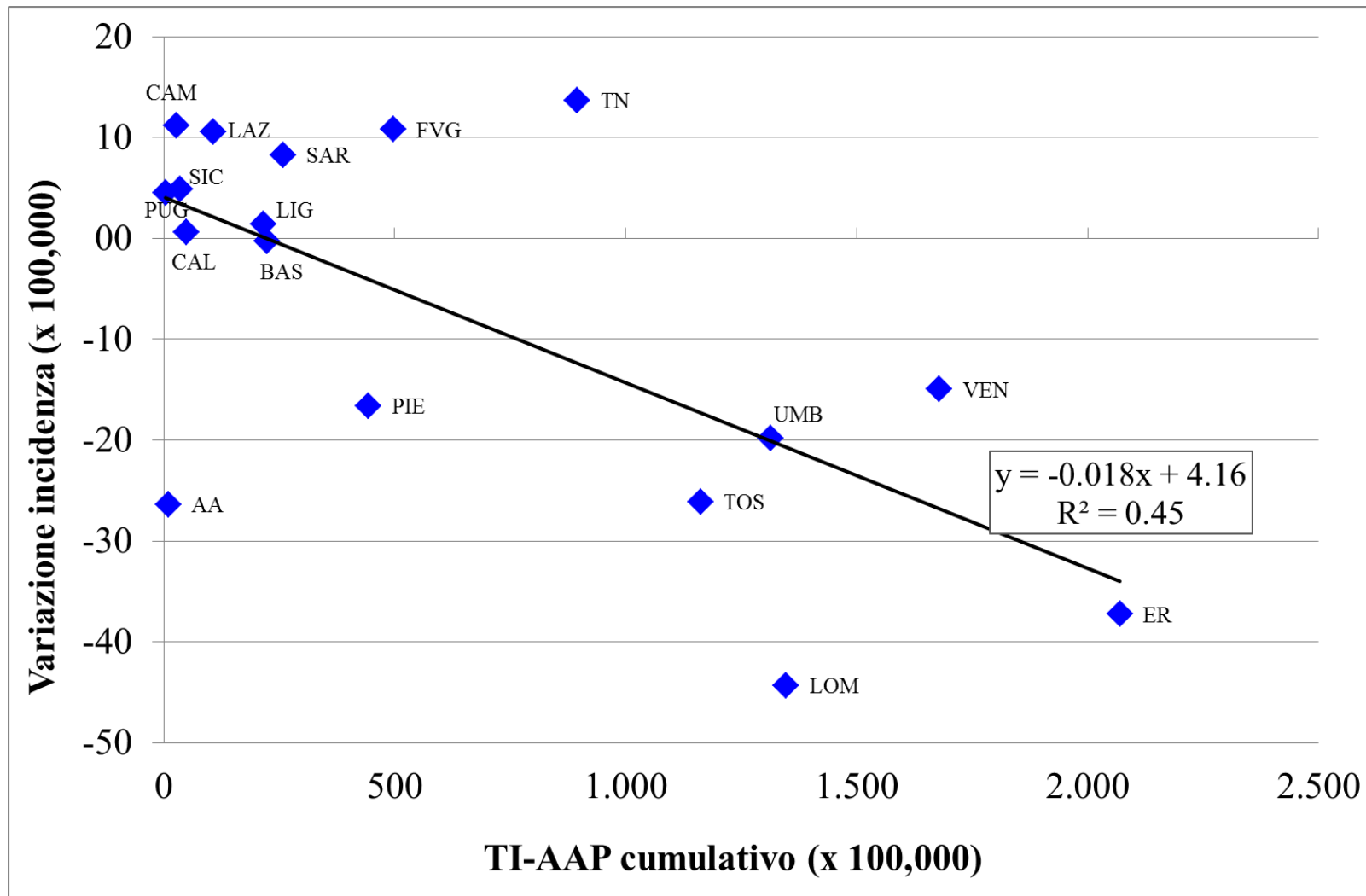
È evidente che se nel campionamento sono state eseguite sezioni trasversali all'asse maggiore della testa, deve fare riferimento la misura eseguita in fase macroscopica dopo fissazione.



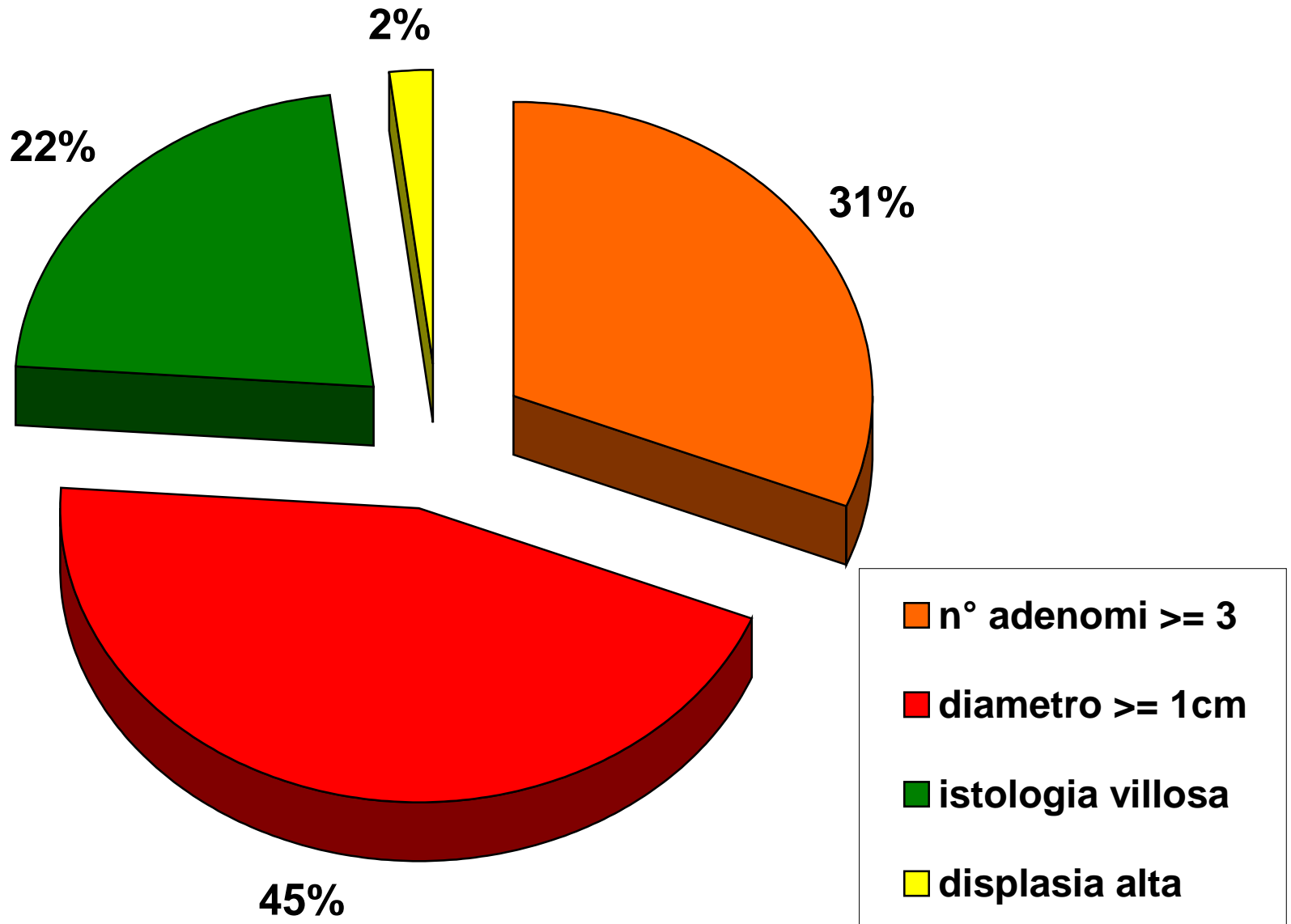
Polipo cancerizzato

- E' il più importante argomento di confronto tra patologi ed endoscopisti.
- La decisione da prendere circa il ricorso o meno alla chirurgia maggiore non può prescindere dalla valutazione istologica del rischio di progressione locale e metastasi linfonodale.
- La decisione va condivisa caso per caso e la proposta al paziente di una o dell'altra opzione (chirurgia maggiore verso follow-up endoscopico o altre alternative) deve tener conto di più fattori e deve essere espressione di una valutazione multidisciplinare esplicitamente documentata.

Tasso cumulativo di adenomi 2004-2012 e variazione di incidenza del CCR 2003-14, per Regione

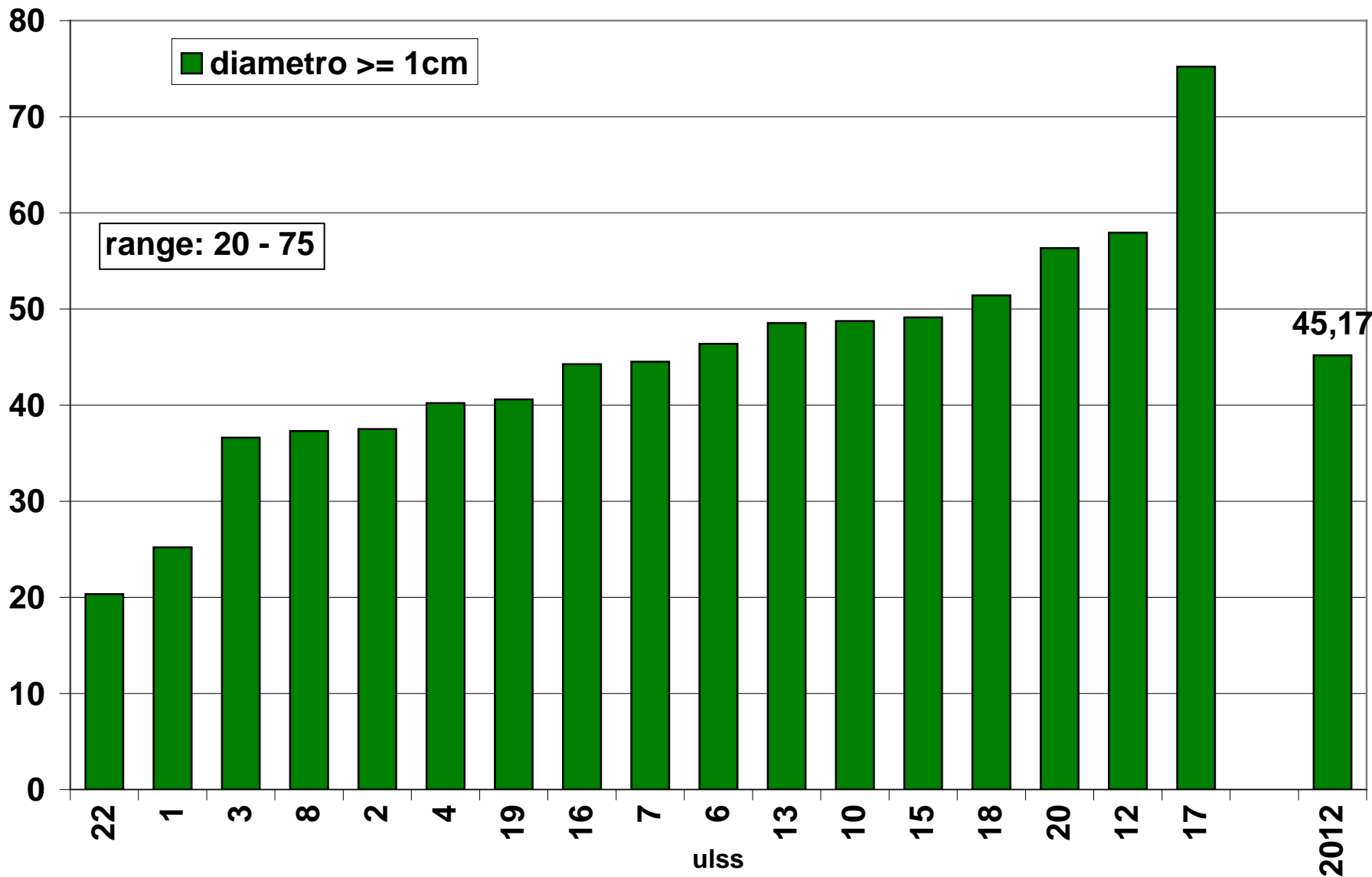


Composizione degli adenomi avanzati

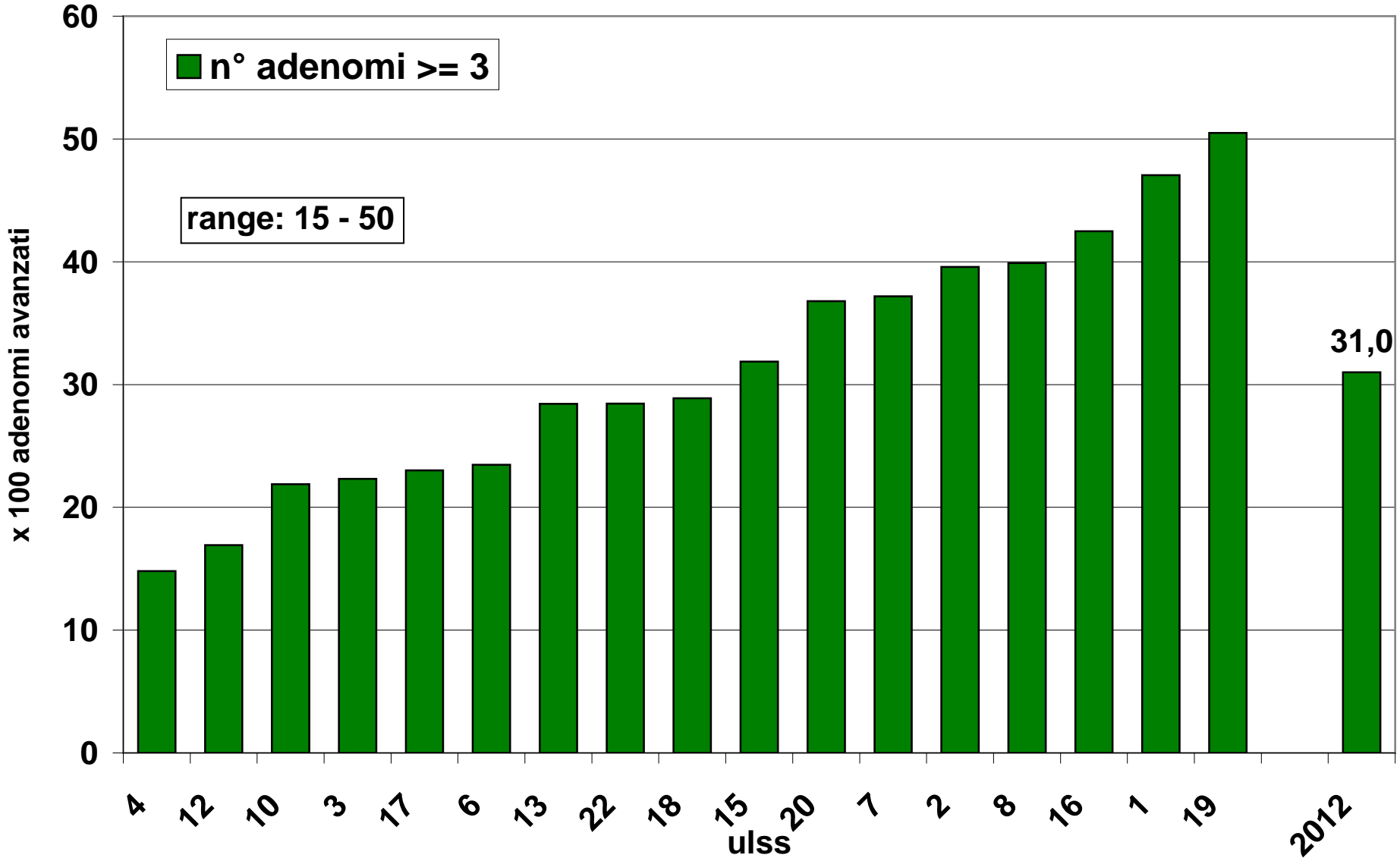


Adenomi Avanzati: diametro ≥ 1 cm

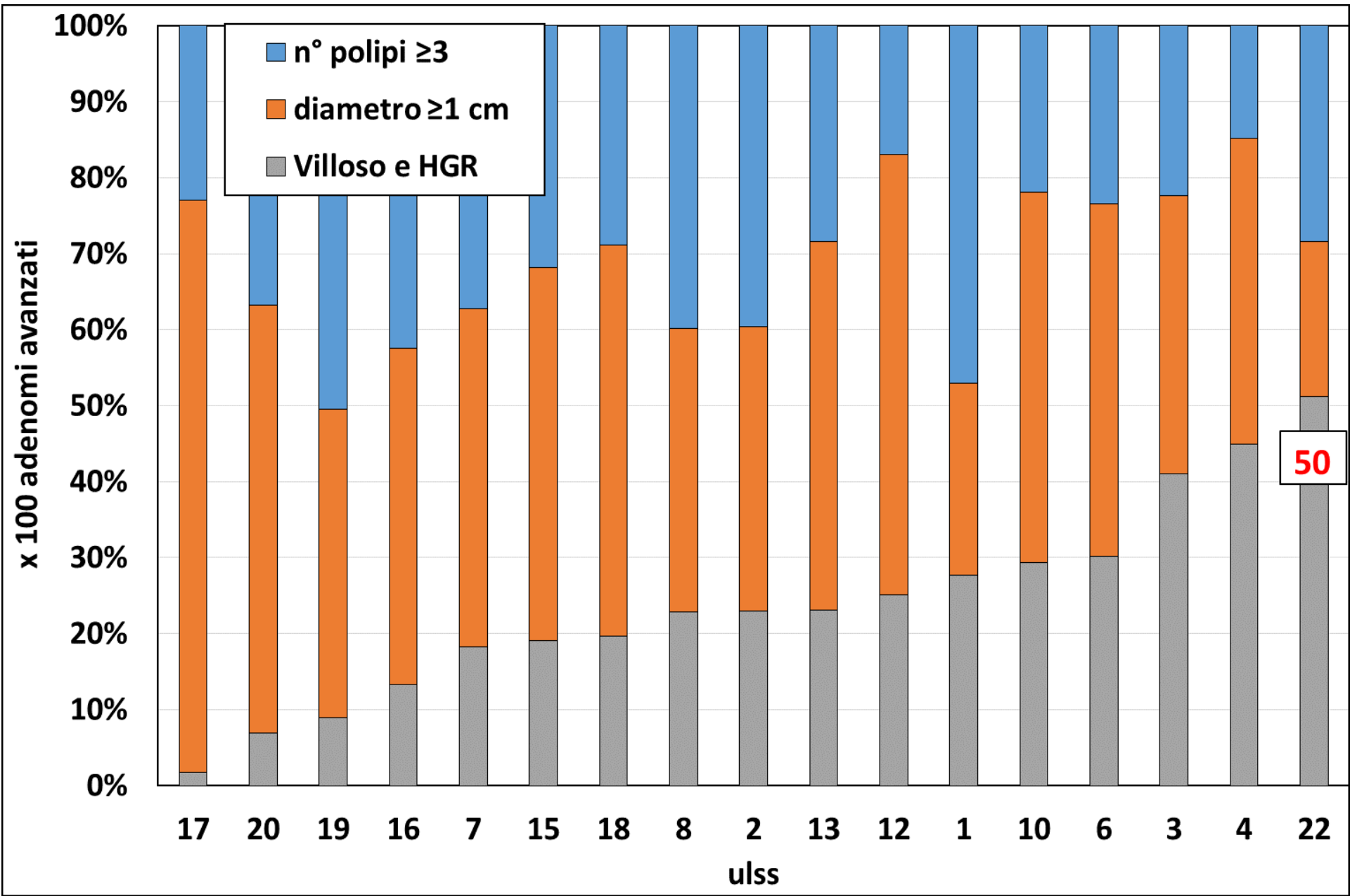
x 100 adenomi avanzati



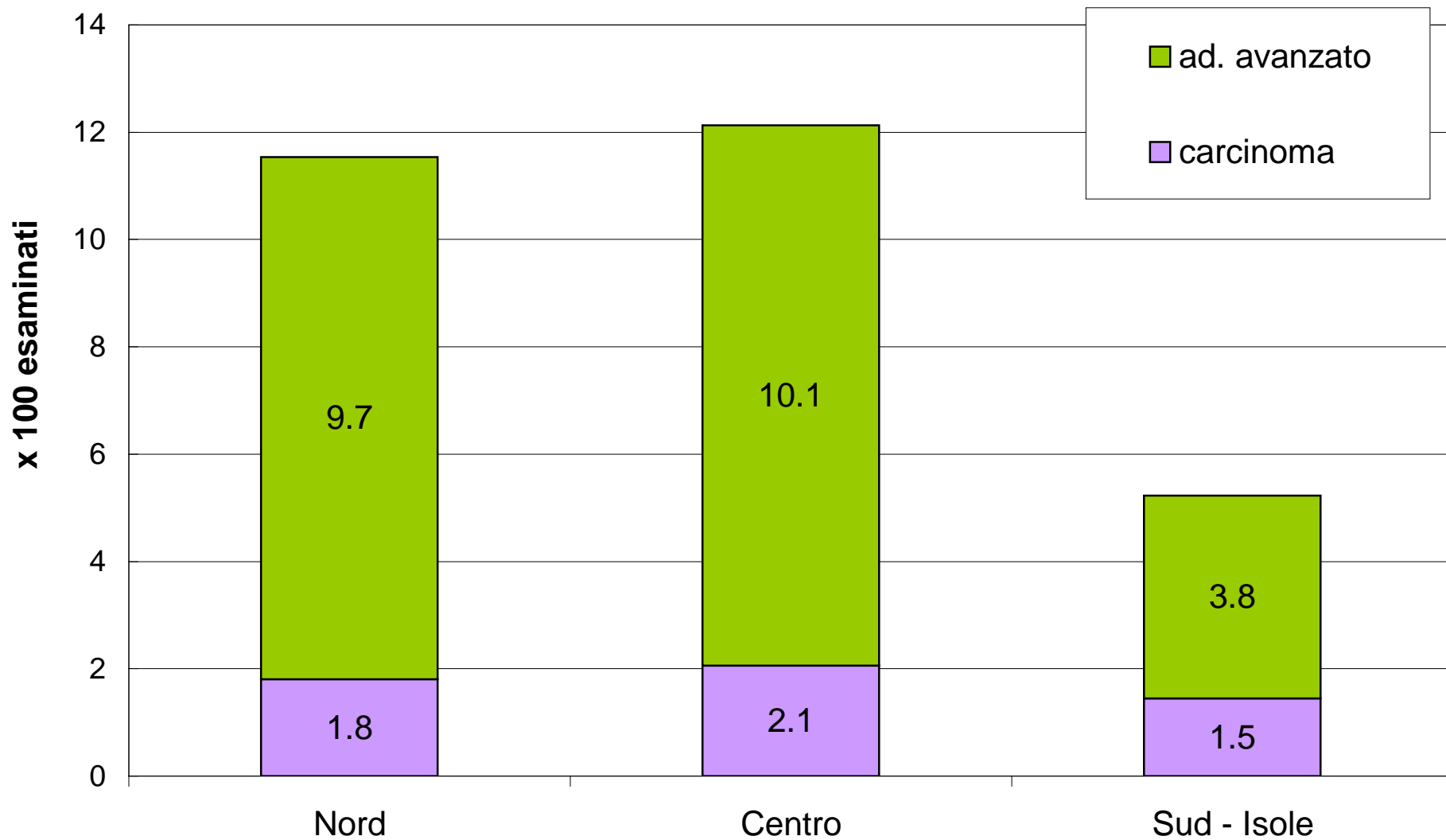
Adenomi Avanzati: n° adenomi ≥ 3



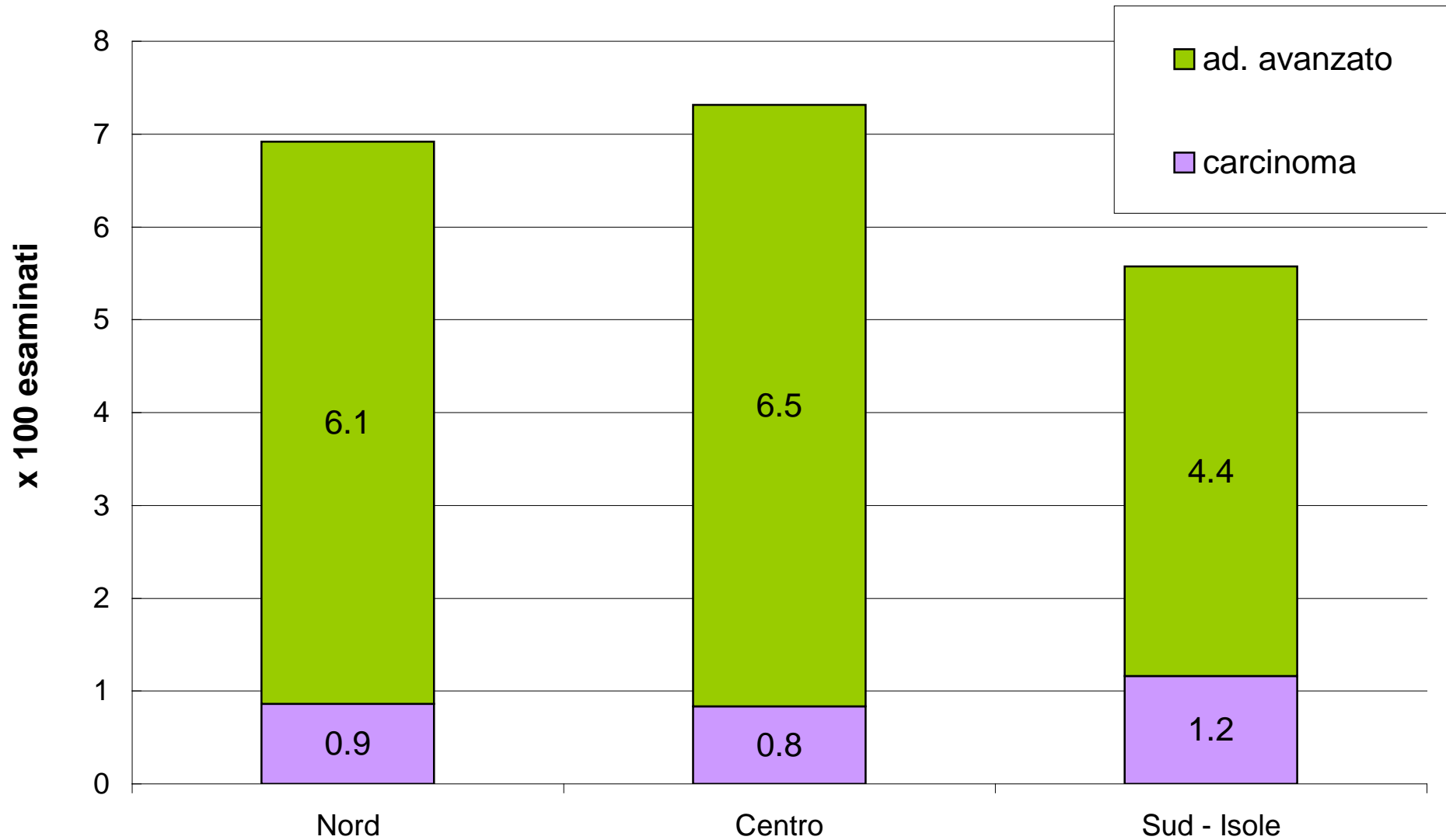
Composizione degli Adenomi Avanzati per ASL



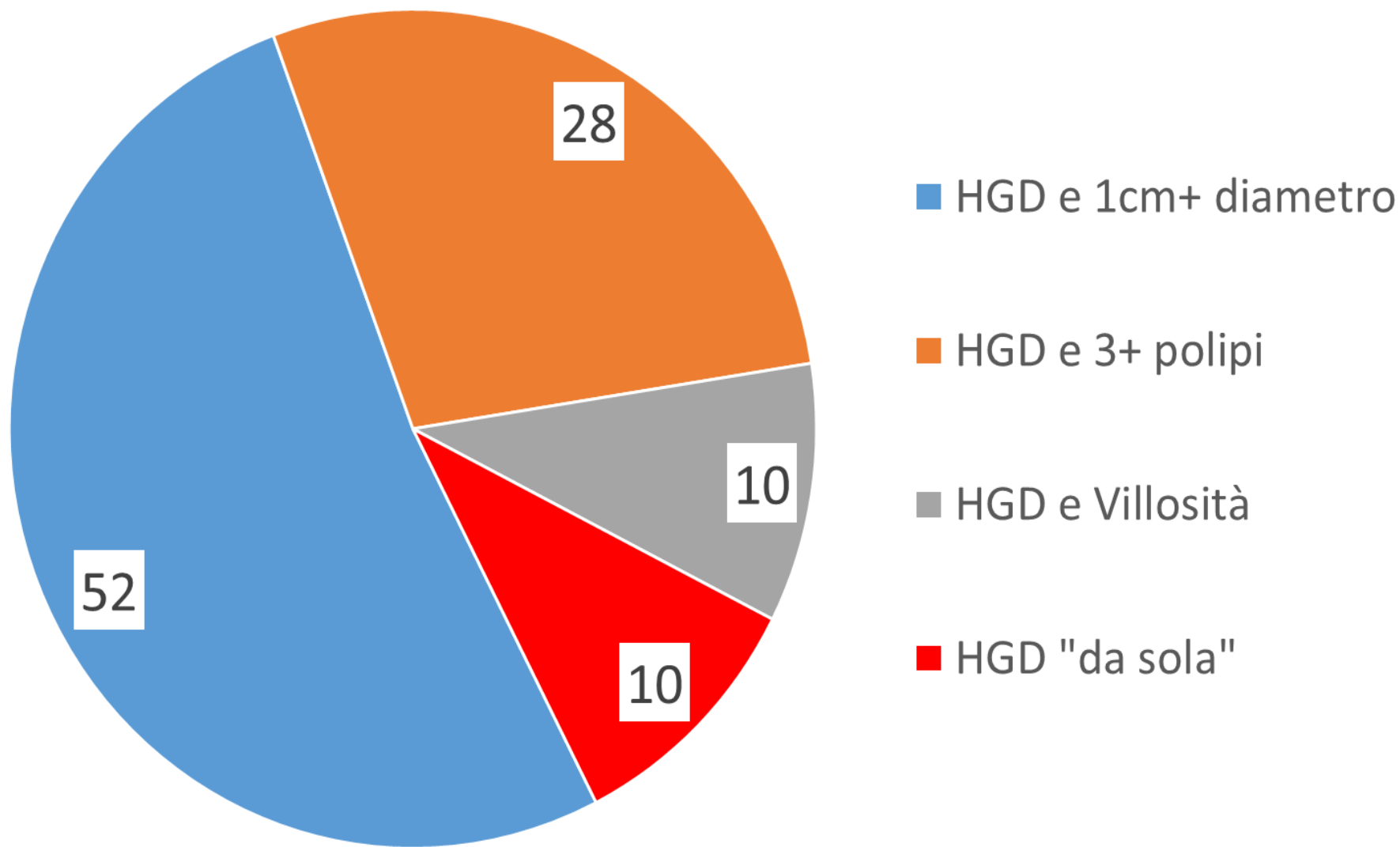
Tassi di identificazione per macroarea – primi esami



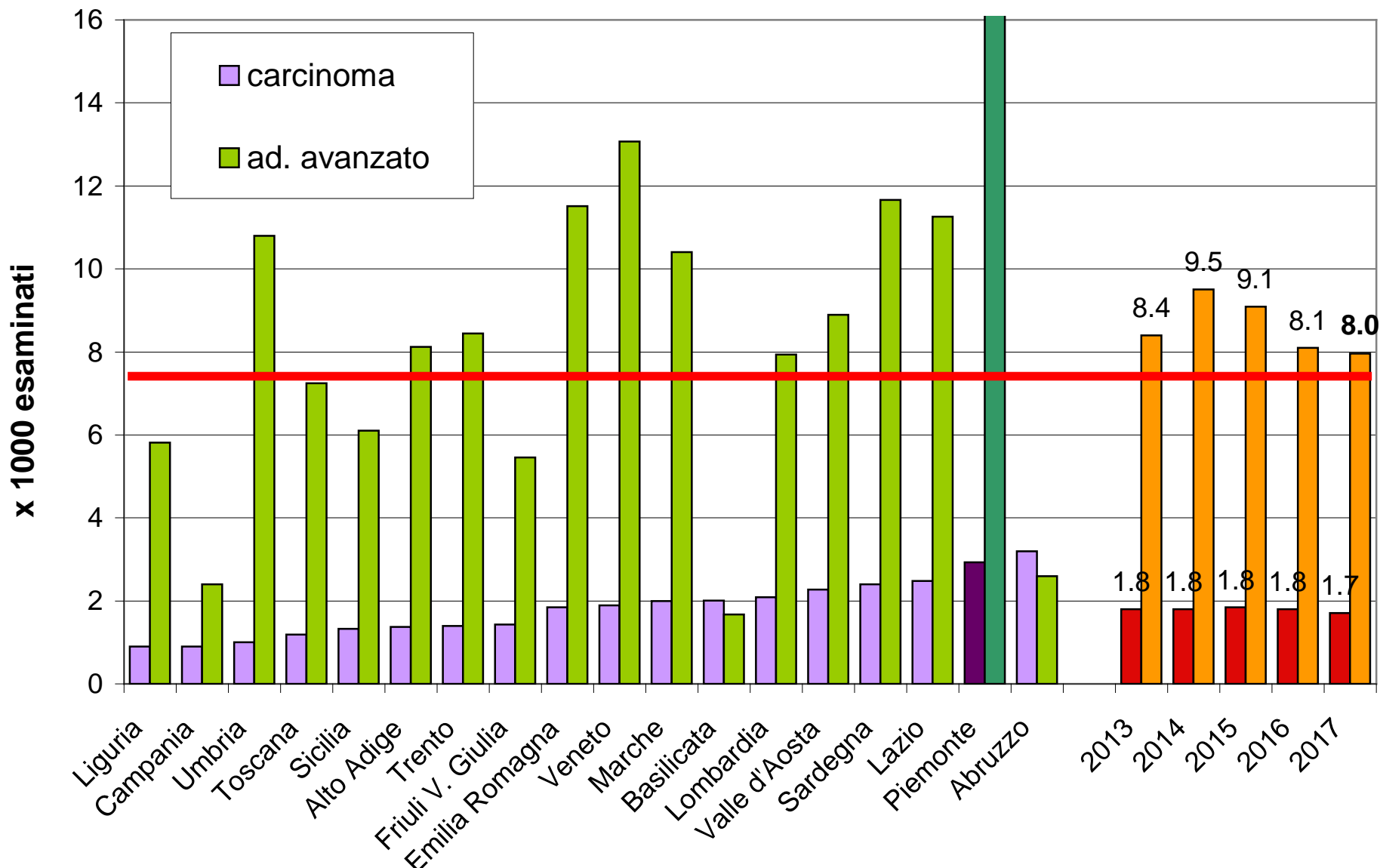
Tassi di identificazione per macroarea – es. successivi



HGD e presenza di altri fattori



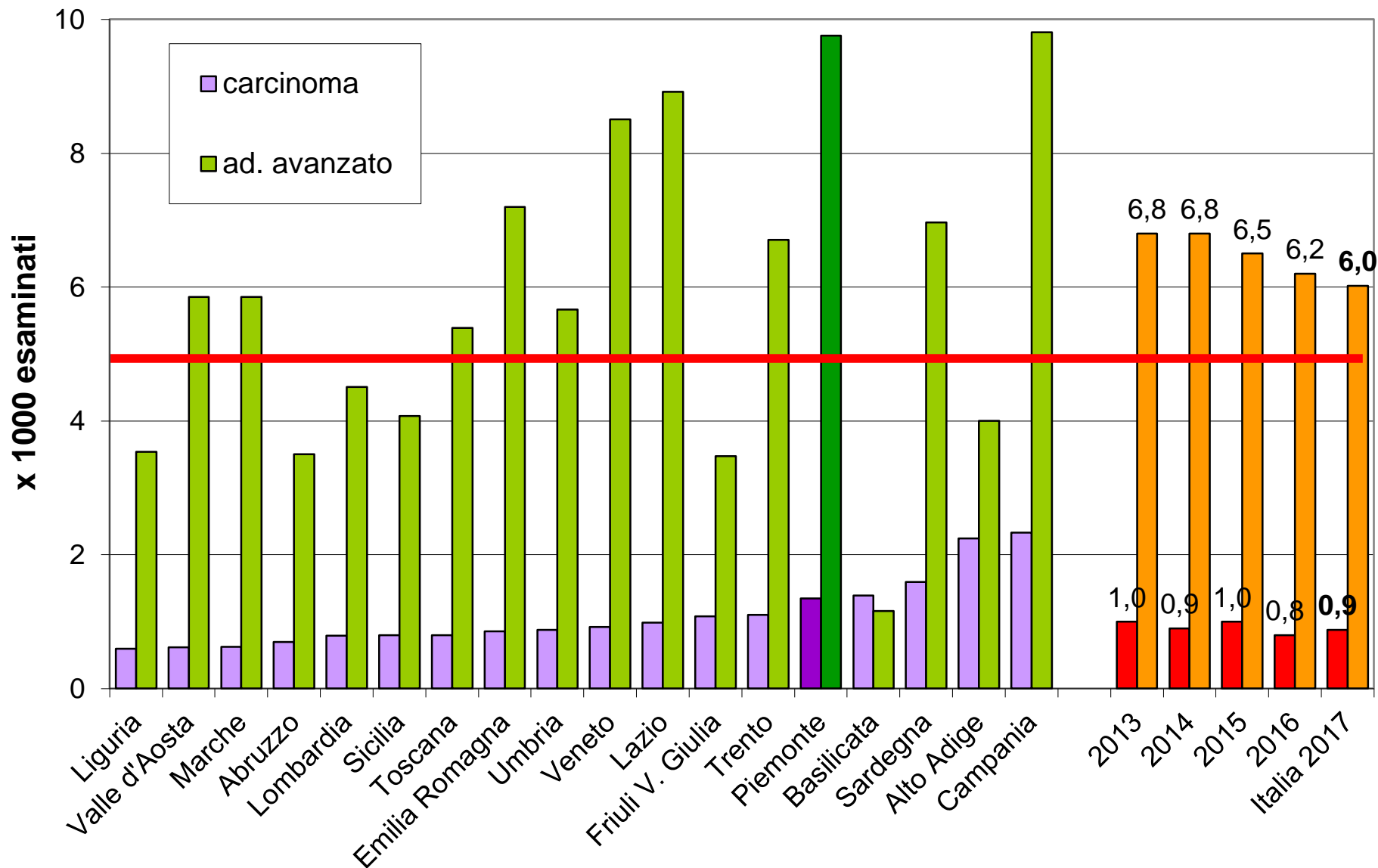
Tassi st. di identificazione ai primi esami



Carcinoma: Standard accettabile >2.0‰, desiderabile >2.5‰

AAV: Standard accettabile >7.5‰, desiderabile >10‰

Tassi st. di identificazione agli esami successivi



Carcinoma: Standard accettabile >1.0%, desiderabile >1.5%

AAV: Standard accettabile >5.0%, desiderabile >7.5%

Tasso di identificazione di adenoma avanzato sulla popolazione target

Espressione del potenziale di prevenzione ottenuto con lo screening

E' associato a molteplici variabili:

- Estensione teorica
- Estensione degli inviti
- Adesione
- Positività del test di screening
- Adesione alla colonscopia
- Sensibilità dell'endoscopista
- Refertazione del patologo
- **RECUPERO DEI DATI!!!**