

TUTTO QUELLO CHE AVRESTE
VOLUTO SAPERE SULLO
SCREENING
DEL COLON RETTO
MA...



ROMA
30 gennaio 2016

Ospedale Sandro Pertini

DIREZIONE SCIENTIFICA

Andrea Cocco
Elio Mattei
Luciana Olivieri

COORDINATORI

Marialuisa Mangia
Giuseppe Occhigrossi

CON IL PATROCINIO DI

GISCOR
Gruppo
Italiano
Screening
Colombellale

Reperti non neoplastici nella
colonoscopia di screening

08.30 FINALITÀ DELLO SCREENING NEOPLASIE
DEL COLON, MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE E
DIVERTICOLI

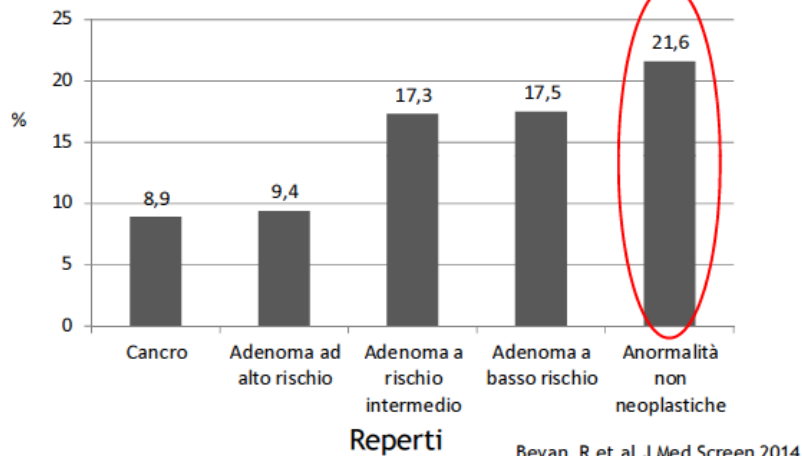
Focus: Sofia Bencivenni

Focus: Emilio di Giulio

reperti nello screening

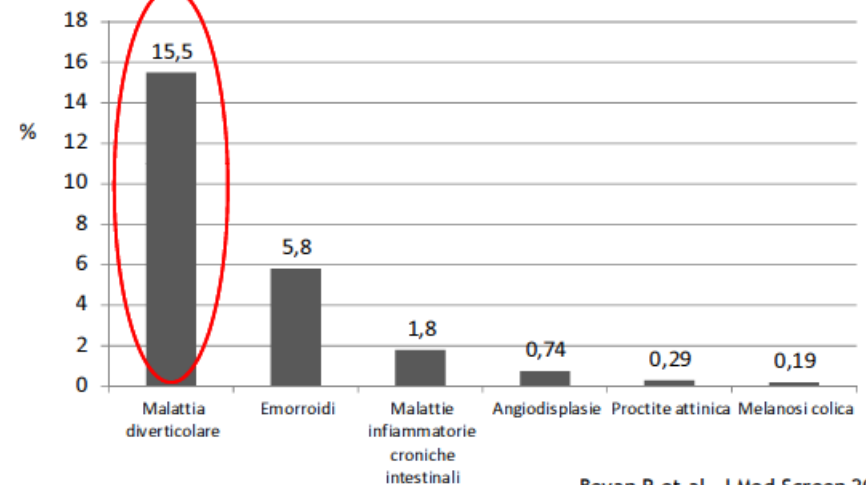
Colonscopia di screening: reperti (soggetti SOF+)

% reperti n = 121728



Colonscopia di screening: reperti non-neoplastici (soggetti SOF+)

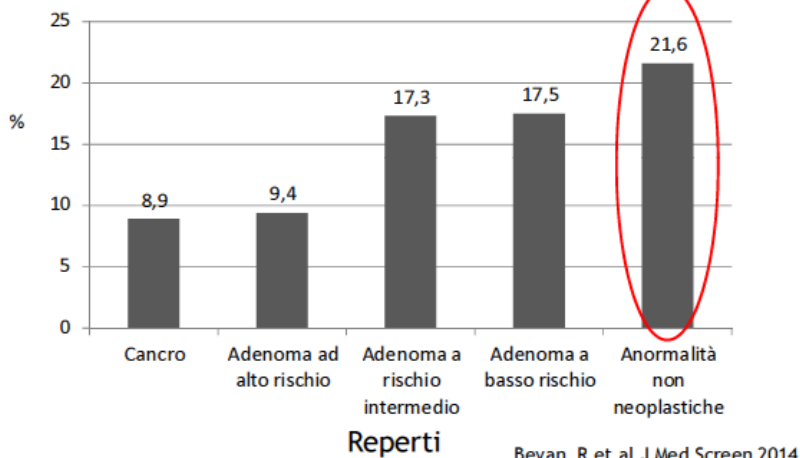
Frequenza patologie non neoplastiche



reperti nello screening

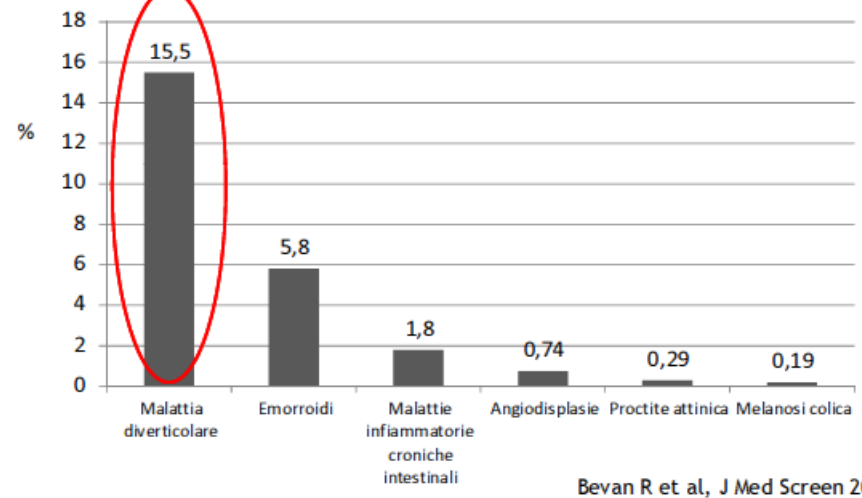
Colonscopia di screening: reperti (soggetti SOF+)

% reperti n = 121728



Colonscopia di screening: reperti non-neoplastici (soggetti SOF+)

Frequenza patologie non neoplastiche

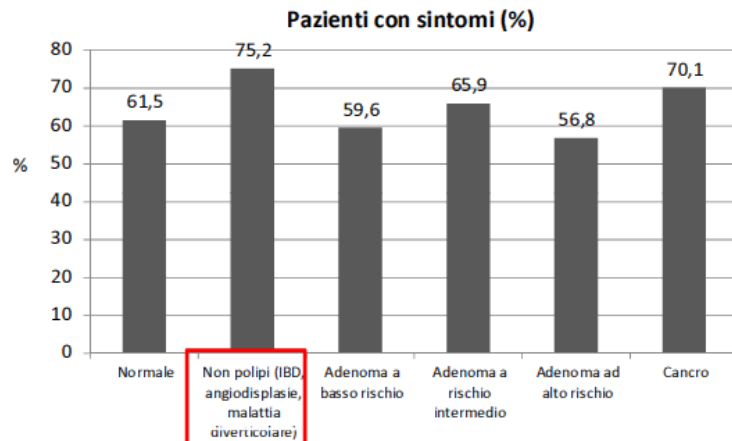


Italia survey 2012
adenoma avanzato: 24%
carcinoma: 5%
patologia non neoplastica: ?



il quadro clinico non e' utile per una diagnostica differenziale

Lesioni non neoplastiche, sintomi e colonscopia di screening
(n=834, SOF+, 759 colonscopie)



Rajasekhar PT et al, Colorectal Dis 2012

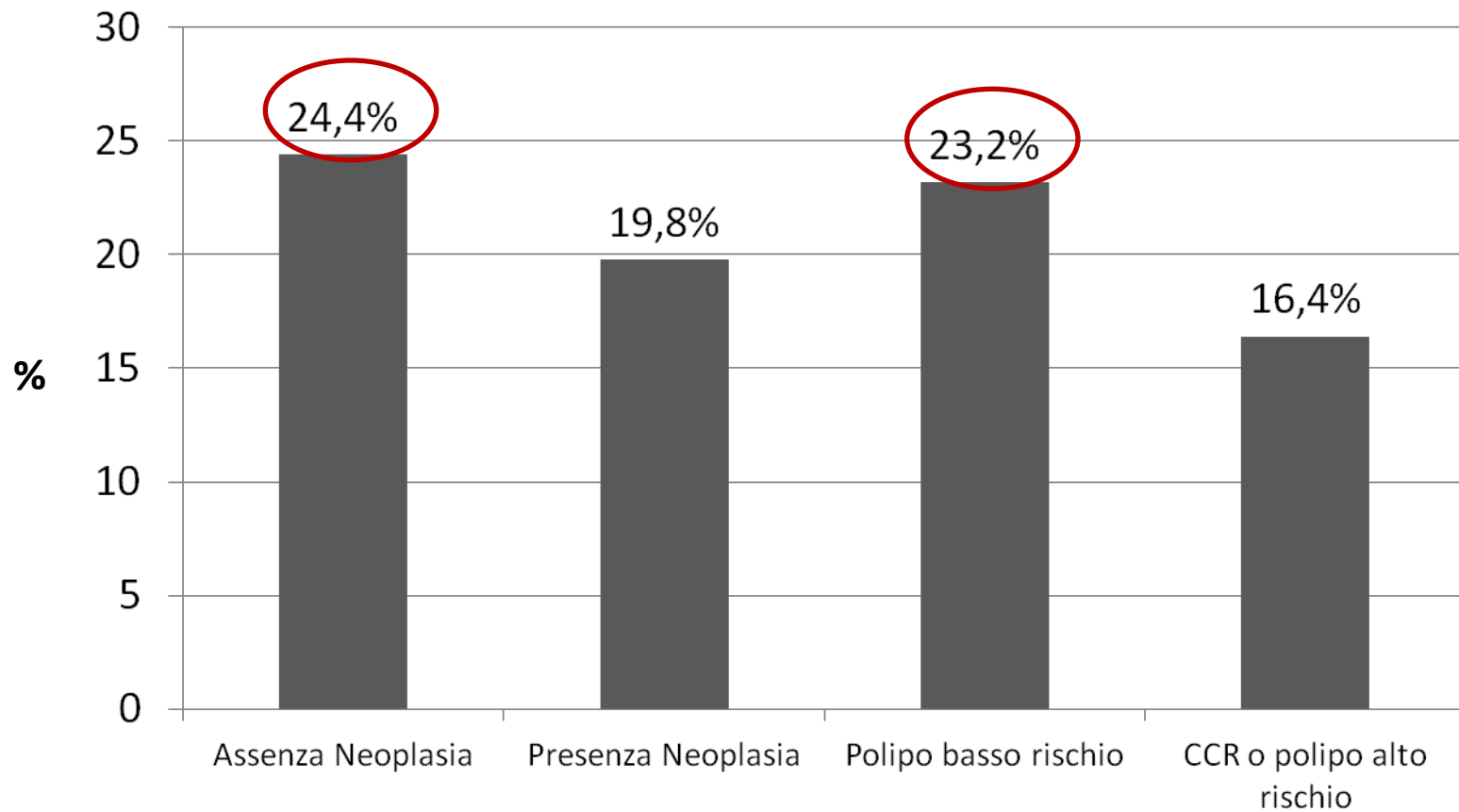
Lesioni non neoplastiche, sintomi e colonscopia di screening

Diagnosi Finale	Tipo di Sintomo (%)			
	Alterazioni alvo	Sanguinamento rettale	Dolore addominale	Calo ponderale
Normale (n=101)	40,6	52,5	5,9	1
Non polipi (n=141) (mal.diverticolare, ecc.)	36,9	49,6	11,3	2,1
Adenoma basso rischio (n=130)	36,2	49,2	11,5	3,1
Adenoma rischio intermedio (n=137)	29,2	62	8	0,7
Adenoma alto rischio (n=57)	28,1	57,9	8,8	5,3
Cancro (n=87)	33,3	55,2	11,5	0

Rajasekhar PT et al. Colorectal Dis 2012

Lesioni non neoplastiche e colonscopia di screening

Lesioni non neoplastiche



P=0,001

P=0,001

Bevan R et al, J Med Screen 2014

DEFINIZIONI

- **Diverticolosi** : presenza di diverticoli;
- **Malattia diverticolare sintomatica non complicata (SUDD)** : sintomi senza alterazioni organiche ;
- **Diverticolite** : dolore severo, alterazioni dell'alvo, febbre, leucocitosi ;
- **Malattia diverticolare complicata (CDD)** : diverticoliti ricorrenti, sanguinamento, stenosi, perforazione, fistolizzazione, ascessi, peritonite;
- **Colite segmentaria associata ai diverticoli (SCAD)** : flogosi cronica della mucosa interposta con risparmio del colon dx e del retto (0,3-1,3% delle diverticolosi, >M, età media 60 aa)

Malattia diverticolare: caratteristiche cliniche

Diverticolosi
asintomatica

Malattia diverticolare
sintomatica non complicata

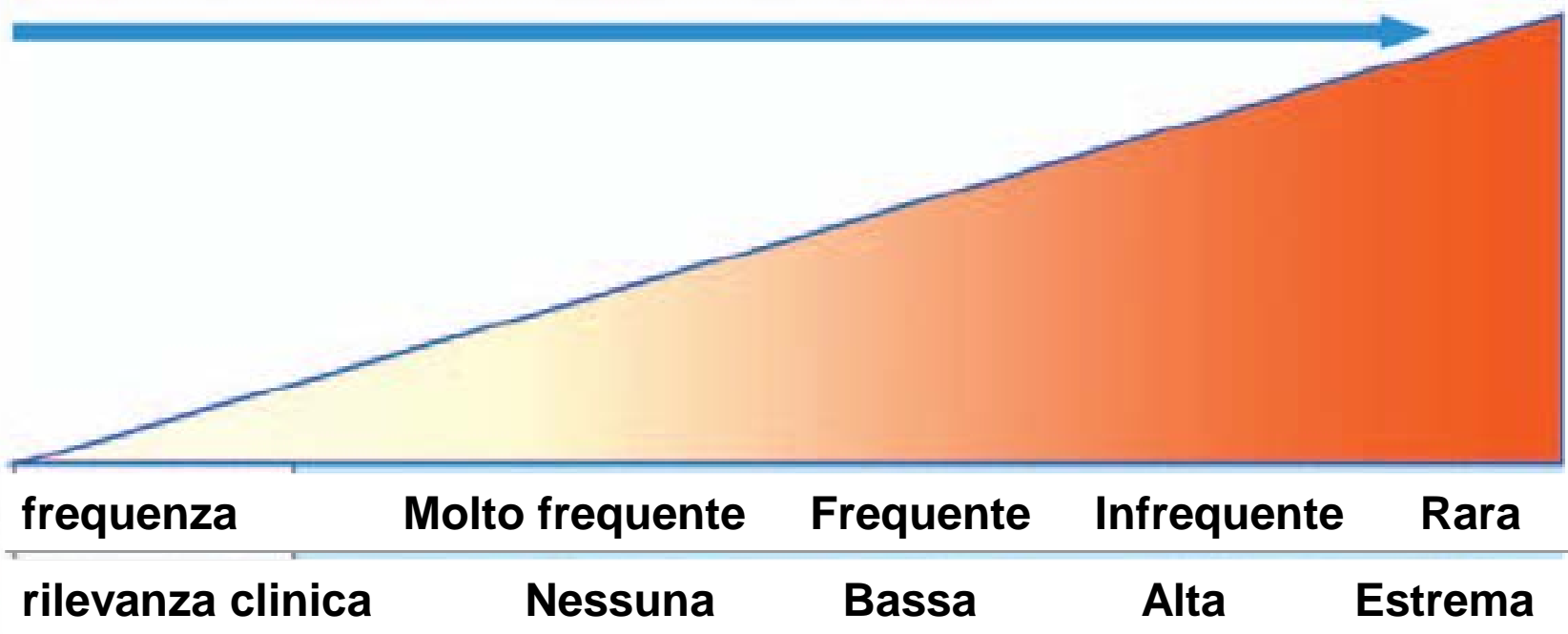
Diverticolite
non complicata /complicata

80%

20%



25%



Malattia diverticolare e rischio di cancro (revisione sistematica; n=1987, CCR:22)

- eterogeneità degli studi
- rischio basso dopo episodio di diverticolite acuta (1.6%, 95% IC 0.9-2.8%)
- rischio maggiore dopo diverticolite complicata (10.8 %, 95%IC 5.2-21.0%) vs. diverticolite non complicata (0.7%, 95% IC 0.3-1.4)

Malattia diverticolare e cancro colorettaie

Considerazioni conclusive

- debole plausibilità biologica della associazione
- ruolo dei **fattori confondenti**: età, accuratezza colonscopia, tipologia operatore, ecc.
- la diverticolite non complicata **non necessita di colonscopia di controllo**
- maggiore aggressività diagnostica nella diverticolite complicata (ma incerto legame patogenetico)

Malattia diverticolare e cancro colorettales

Italian consensus conference for colonic diverticulosis and diverticular disease

Rosario Cuomo¹, Giovanni Barbara², Fabio Pace³, Vito Annese⁴,
Gabrio Bassotti⁵, Gian A Binda⁶, Tino Casetti⁷, Antonio Colecchia²,
Davide Festi², Roberto Fiocca⁸, Andrea Laghi⁹, Giovanni Maconi¹⁰,
Riccardo Nascimbeni¹¹, Carmelo Scarpignato¹², Vincenzo Villanacci¹³
and Bruno Annibale¹⁴

United European Gastroenterology Journal
2014, Vol. 2(5) 413-442
© Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/2050640614547068
ueg.sagepub.com



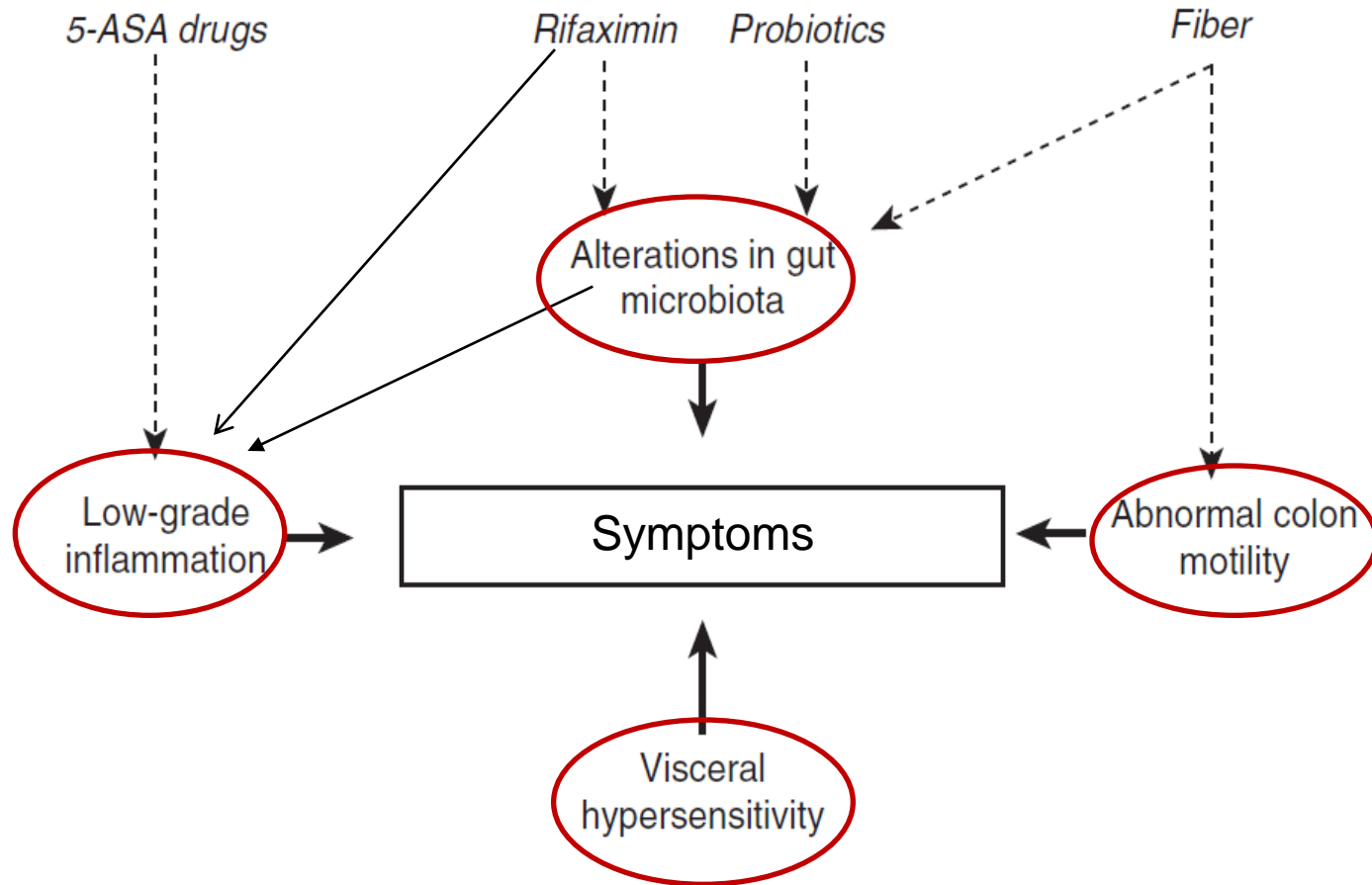
**La malattia diverticolare non aumenta il
rischio di cancro del colon-retto**

livello di evidenza: 4

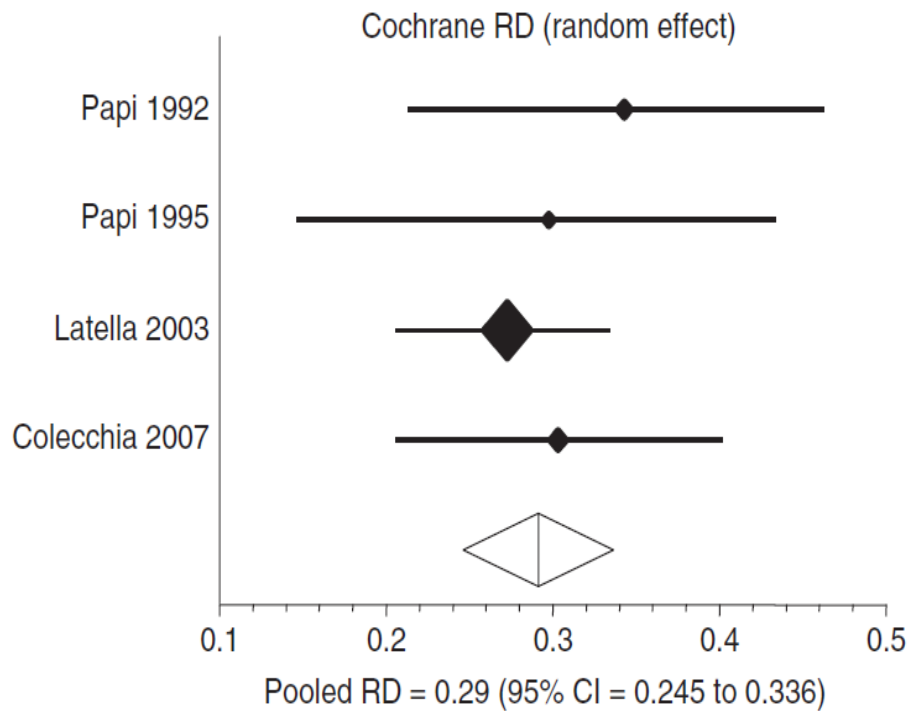
grado di raccomandazione: C

Malattia diverticolare

Terapia medica: razionale

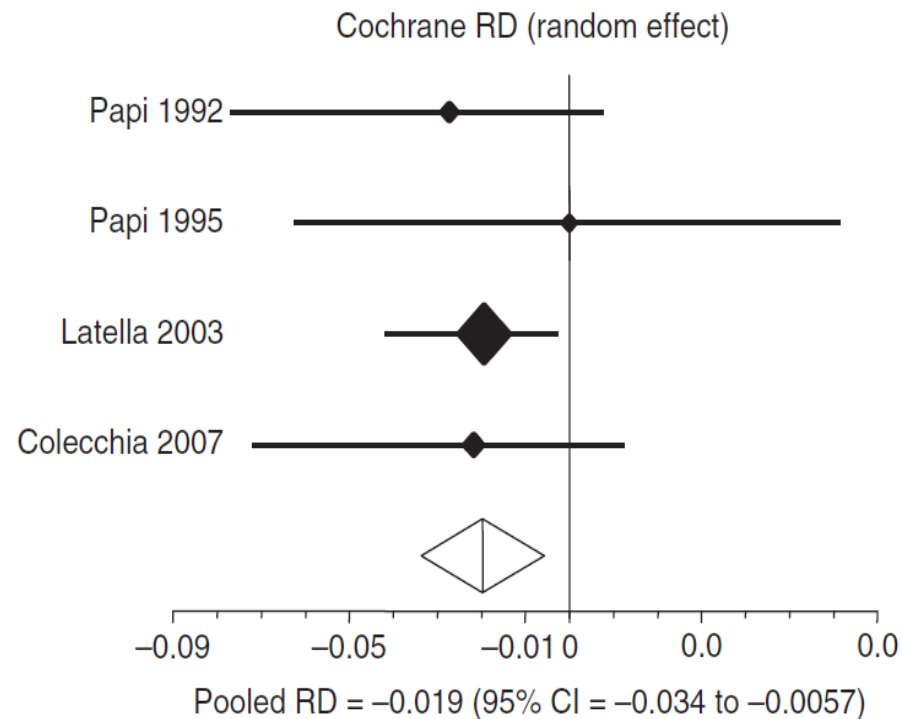


Rifaximina e SUD: meta-analisi



risoluzione sintomi

NNT = 3; RD=30%



frequenza di complicanze

NNT = 50; RD=2%

Bianchi M et al APT 2011

Diverticolite non complicata

Trattamento

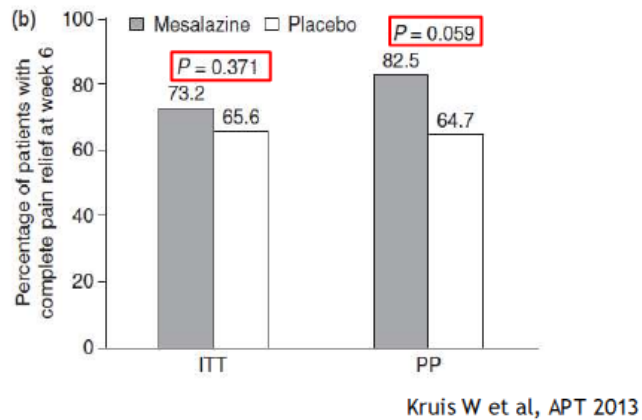
- **riposo a letto, restrizioni dietetiche, lassativi**
⇒ no influenza sulla efficacia della terapia
- non vantaggi tra antibiotici **iv vs orali** ⇒
gestione ambulatoriale (efficacia > 90%)
- uguale efficacia di **4-giorni vs 7-giorni** di
antibiotici a largo spettro.
- no evidenze che uso routinario di antibiotici
influenzi l'esito della malattia

*Schug-Pass, 2010; Ridgway, 2009; Hjern, 2007;
Chabok, 2012; Audeweg, 2013)*

Mesalazina e SUD

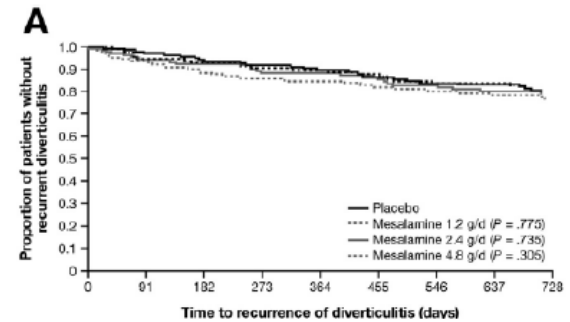
Mesalazina e SUD (RCT; 100 mg tid for 6 week)

risoluzione completa del dolore



Malattia diverticolare Diverticolite non complicata: prevenzione

n = 1182 pz (Studi PREVENT1 e 2)
end point = recidiva diverticolite



Raskin JB et al, GE 2014

Italian consensus conference for colonic diverticulosis and diverticular disease

Rosario Cuomo¹, Giovanni Barbara², Fabio Pace³, Vito Annese⁴,
Gabrio Bassotti⁵, Gian A Binda⁶, Tino Casetti⁷, Antonio Colecchia²,
Davide Festi², Roberto Fiocca⁸, Andrea Laghi⁹, Giovanni Maconi¹⁰,
Riccardo Nascimbeni¹¹, Carmelo Scarpignato¹², Vincenzo Villanacci¹³
and Bruno Annibale¹⁴

United European Gastroenterology Journal
2014, Vol. 2(5) 413-442
© Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/2050640614547068
ueg.sagepub.com



There is no rationale for drug treatment of <u>asymptomatic diverticulosis</u> , but there are limited indications to suggest an <u>increase in dietary fibre</u> .	2b	B
Fibre supplementation alone provides controversial results in terms of symptoms relief.	2b	B
Fibre plus rifaximin provide a greater prevalence of symptom-free patients compared to fibre alone.	2b	B
<u>Rifaximin plus fibre</u> is more effective than fibre alone in preventing acute diverticulitis with a low therapeutic advantage.	2b	B
There is <u>no clear evidence that mesalazine</u> alone is effective in <u>reducing symptoms</u> .	2b	B
There is <u>no clear evidence that mesalazine</u> reduces acute <u>episodes of diverticulitis</u> .	3b	C

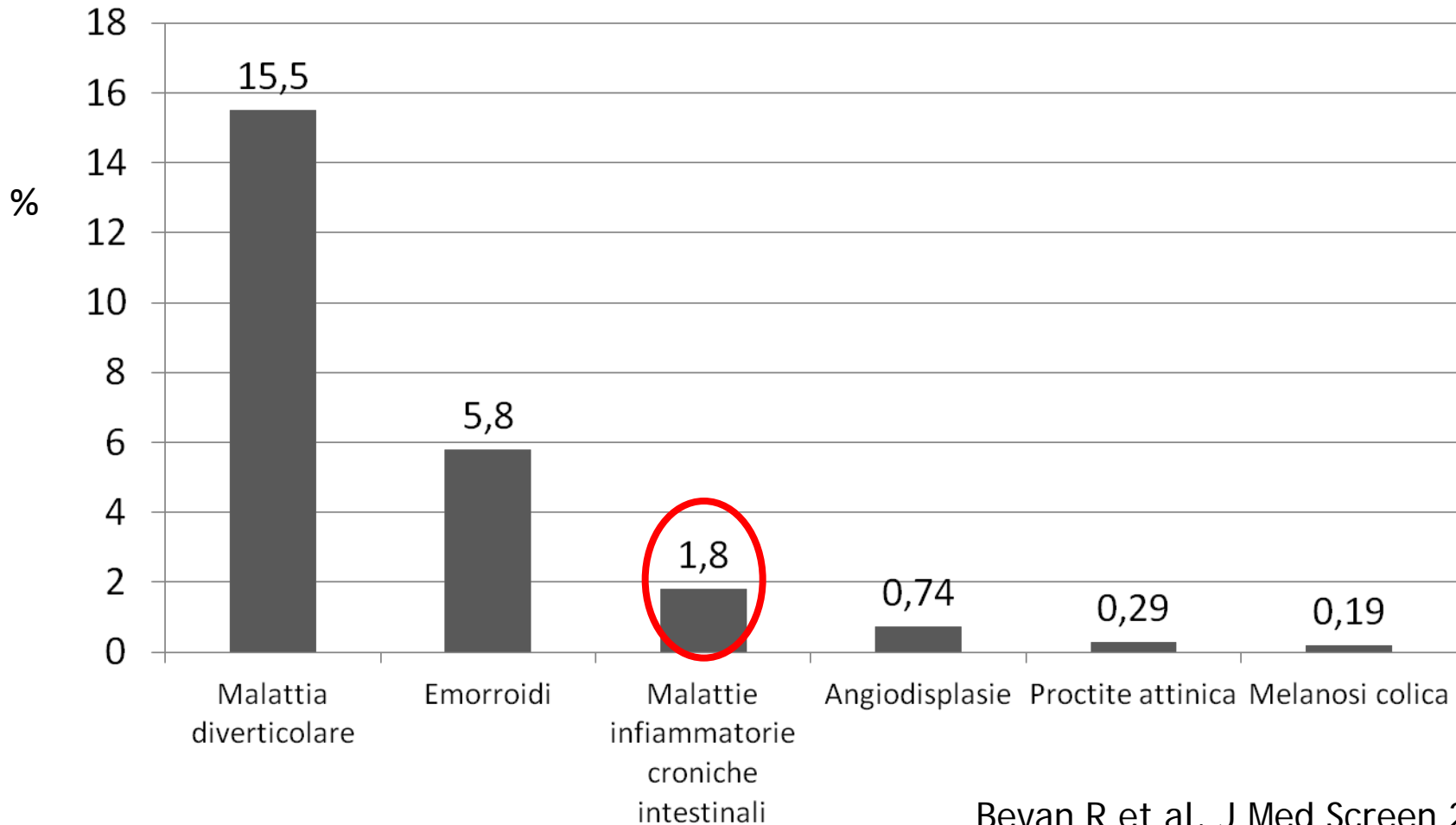
Reperti non neoplastici nella colonoscopia di screening

Considerazioni conclusive

- **i reperti non neoplastici (RNN) sono frequenti** durante colonoscopia di screening (mancano dati italiani)
- la **malattia diverticolare** rappresenta il RNN più frequente
- la **conoscenza della storia naturale** della malattia diverticolare e' indispensabile per la scelta della strategia gestionale
- necessità di studi per la definizione della frequenza dei RNN e di linee guida per la loro gestione, con attenzione alle possibili **ricadute sulla medicina del territorio ed ospedaliera**

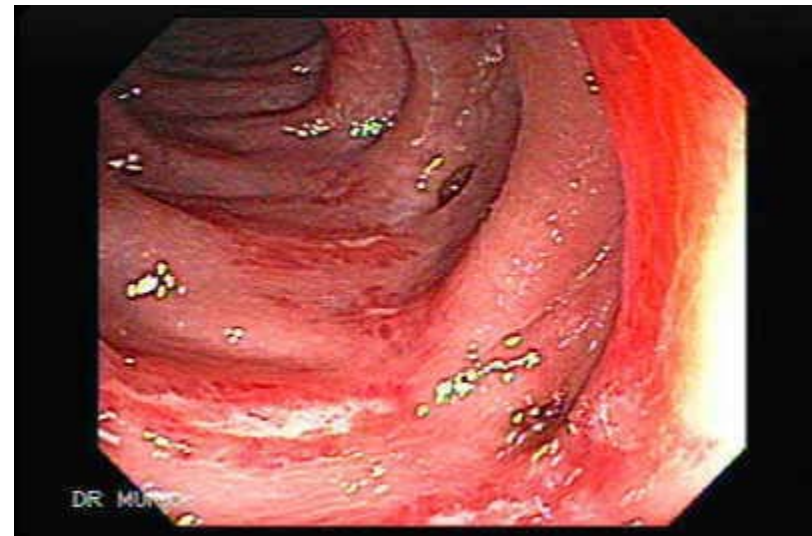
Colonscopia di screening: reperti non-neoplastici (soggetti SOF+)

Frequenza patologie non neoplastiche



Colite segmentaria associata a diverticolosi (SCAD)

- può essere indistinguibile dal MC e RCU
- età di insorgenza (media): 64 aa
- sintomi:
 - tenesmo
 - ematochezia
 - diarrea
- 10% chirurgia
- 25% recidiva entro 3 anni



Lamps LW, Knapple WL. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:27-31.
Mulhall AM, et al. Dis Colon Rectum 2009;52:1072-9.
Tursi A. Dig Dis Sci 2011;56:27-34.

IBD nello screening

- **diagnosi in genere già nota:**
 - picco di incidenza: 2^a-4^a decade;
 - secondo picco (modesto): 6^a-7^a decade
- **SOF improprio** in paziente con IBD nota
- sorveglianza per prevenzione CCR:
 - **colonscopia**

The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis

J A Eaden, K R Abrams, J F Mayberry

116 studies

**prevalence of CRC
in any UC patient:**

- **3.7% (95% CI 3.2–4.2%)**

incidence rates:

- **2% by 10 years,**
- **8% by 20 years,**
- **18% by 30 years**

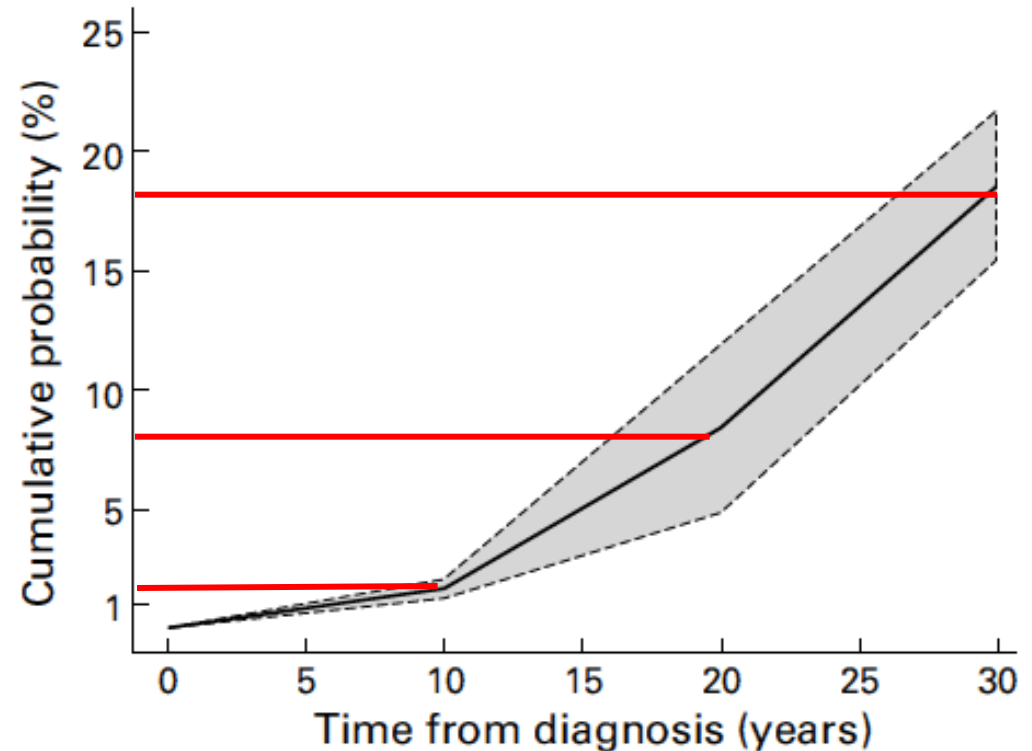


Figure 3 Cumulative risk of developing colorectal cancer for any patient with ulcerative colitis based on stratified data (using stratified incidence, n=19).

IBD: sorveglianza CCR

- a partire da **8-10 aa** (pancolite /col sinistra) dalla diagnosi:
- **frequenza in base al rischio:**
 - basso ogni 5 aa,
 - intermedio :3 aa,
 - alto: 1 a
- **biopsie random sui 4 quadranti ogni 10 cm** fino ad un totale di 33-36 biopsie (1% della mucosa totale !);
- **cromoendoscopia**

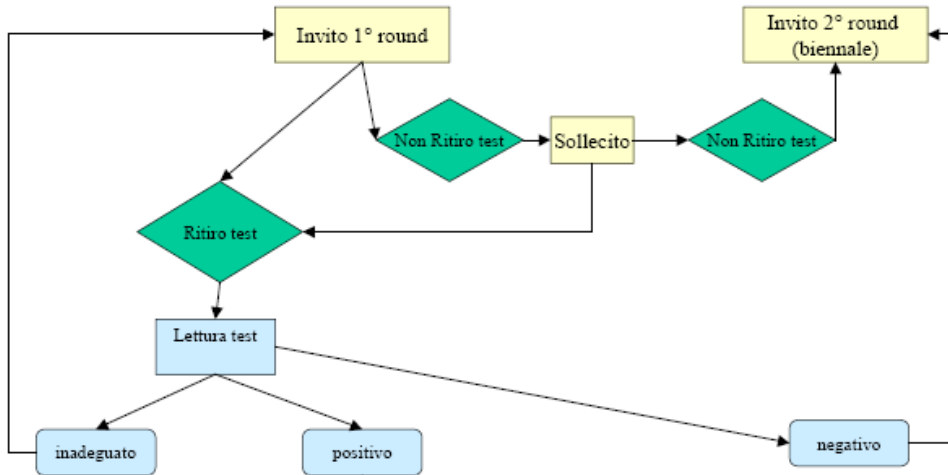
Table 1 Interval surveillance as recommended by different societies

Society	Low risk (5 years)	Intermediate risk (3 years)	High risk (1 year)
BSG [48]	Extensive colitis with no active endoscopic or histologic inflammation OR left-sided colitis OR Crohn's colitis with <50 % involvement	Extensive colitis with mild active endoscopic or histologic inflammation OR post-inflammatory polyps OR family history of CRC in FDR > 50 years	Extensive colitis with moderate to severe active endoscopic or histologic inflammation OR stricture in past 5 years OR dysplasia in past 5 years without surgery OR PSC OR family history of CRC in FDR < 50
ECCO [55]	Neither intermediate nor high-risk features	2–3 years Extensive colitis with mild or moderate active inflammation OR post-inflammatory polyps OR family history of CRC in FDR > 50	Stricture or dysplasia detected within past 5 years OR PSC OR extensive colitis with severe active inflammation OR family history of CRC in FDR < 50
NICE [56]	Extensive but quiescent UC or Crohn's colitis OR Left-sided UC or Crohn's colitis of similar extent	Extensive UC or Crohn's colitis with mild active inflammation OR post-inflammatory polyps OR family history of CRC in FDR > 50	Extensive UC or Crohn's with moderate or severe active inflammation OR PSC OR colonic stricture in past 5 years OR any dysplasia in last 5 years OR family history of CRC in FDR < 50

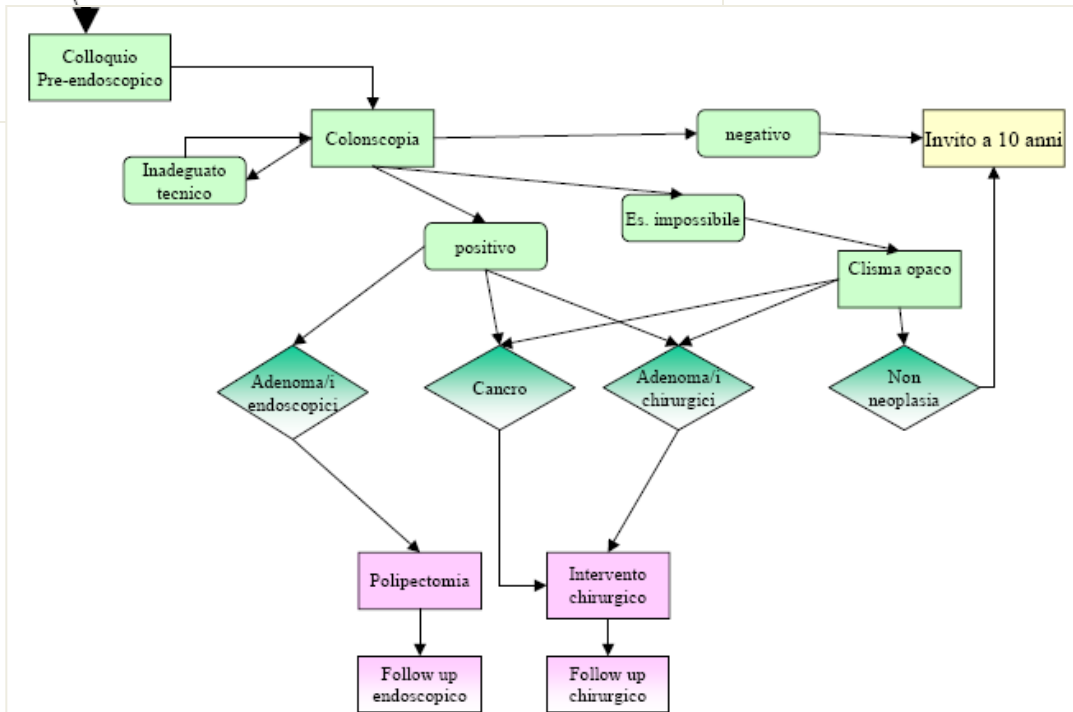
Nonrisk-stratified approach by American societies

ASGE [57]	Annual surveillance in any of the following: Active inflammation Anatomic abnormality (stricture, multiple pseudopolyps) History of dysplasia Family history of CRC in FDR PSC Otherwise every 1–3 years In patients with endoscopic and histologically normal mucosa on ≥ 2 surveillance colonoscopies, interval can be lengthened		
AGA [1]	Patients with extensive or left-sided colitis should begin surveillance 1–2 years after first screening Annual surveillance in patients with PSC The following patients may benefit from more frequent surveillance Family history of CRC in FDR Ongoing endoscopic or histologic inflammation Anatomic abnormalities: foreshortened colon, stricture, or inflammatory pseudopolyps After 2 negative examinations, further examinations can be performed every 1–3 years		

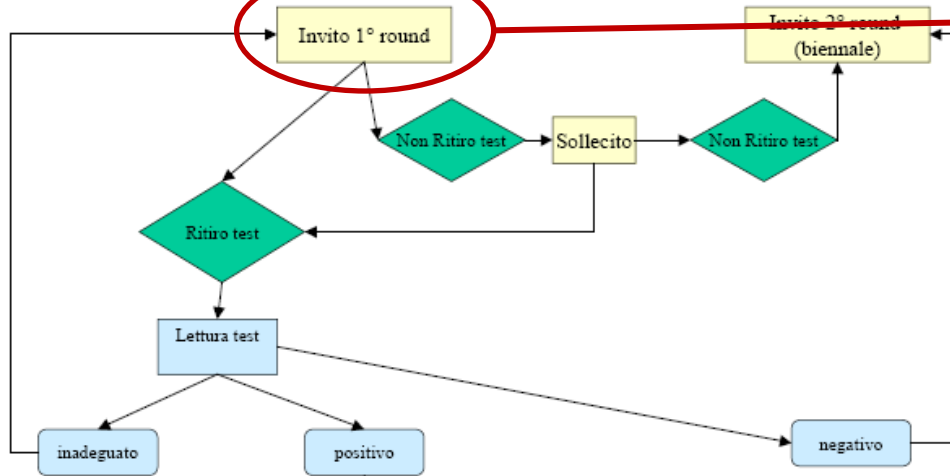
Flow Chart invito e primo livello



secondo
livello



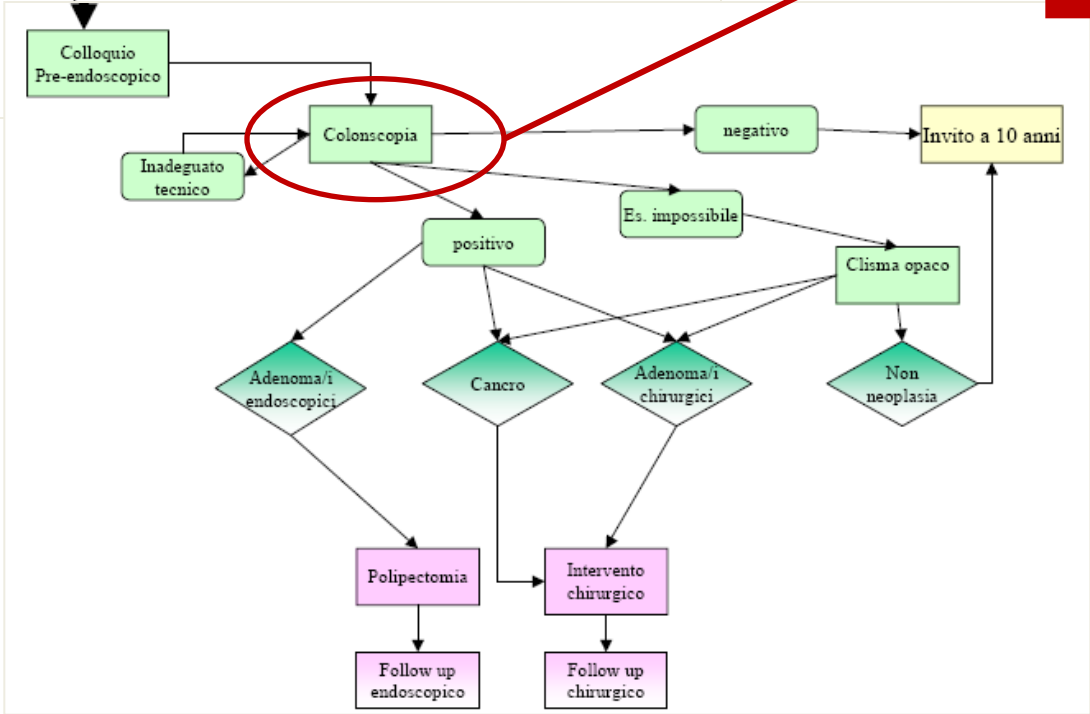
Flow Chart invito e primo livello



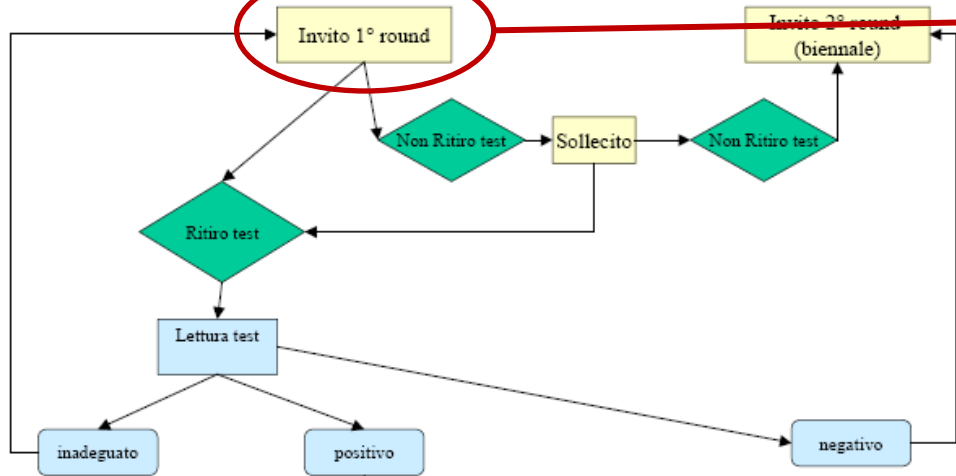
invito a soggetti con patologia non neoplastica nota

nuove diagnosi di patologia non neoplastica

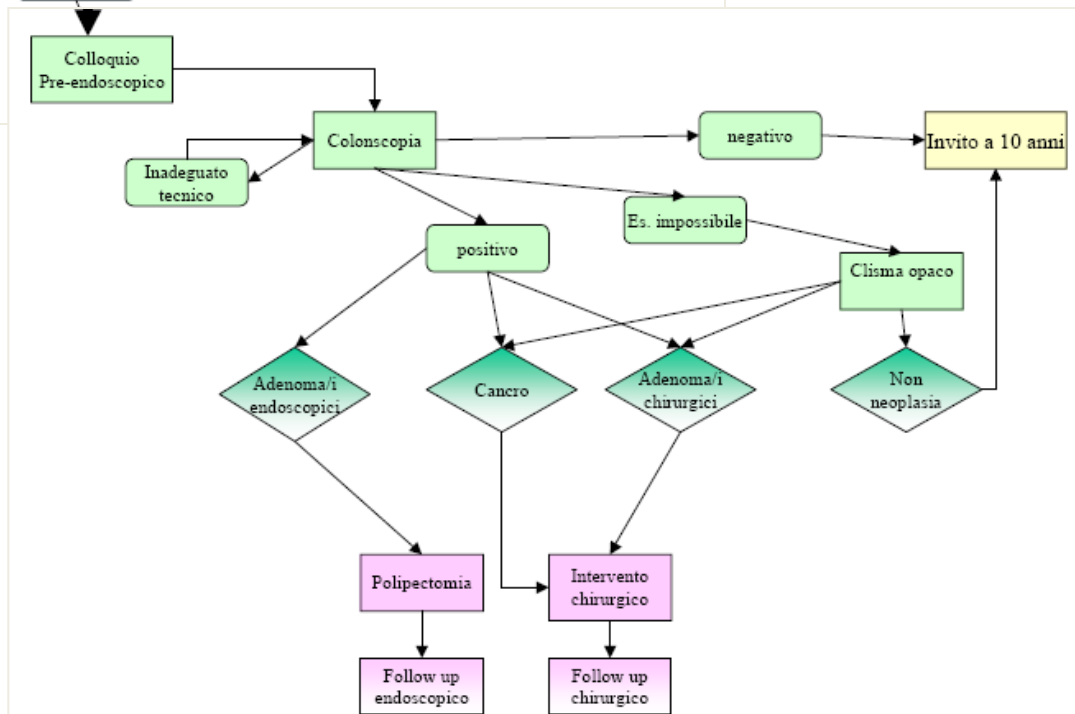
secondo livello



Flow Chart invito e primo livello



secondo livello



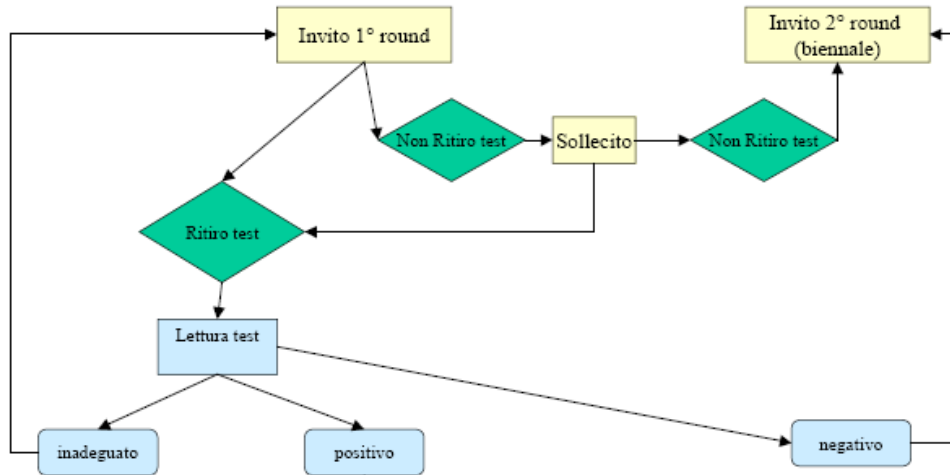
invito a soggetti con patologia non neoplastica nota



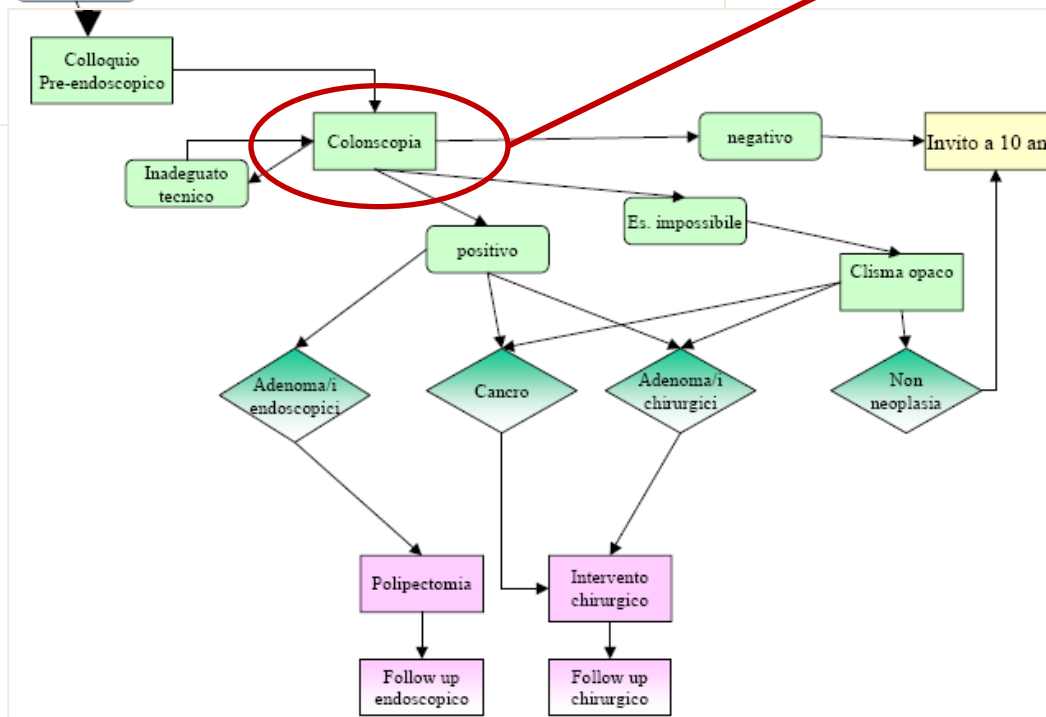
evitare l'invito o l'esecuzione del test:

- 1. database**
- 2. informativa paziente e/o MMG**
- 3. indirizzare a terapie e follow-up appropriati**

Flow Chart invito e primo livello



secondo livello



nuove diagnosi di patologia non neoplastica

1. indirizzare a gestione diagnostica e terapeutica appropriata
2. o a follow-up appropriati
3. non medicalizzare chi non ne ha bisogno