

GISCoR

gruppo italiano screening coloretale

**XII CONGRESSO
NAZIONALE 2017**

7-8 Novembre 2017

CORSO PRE-CONGRESSO

7 Novembre 2017

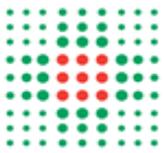
I casi pT1 nel programma di screening della Regione Emilia-Romagna

Orietta Giuliani

U.O. Epidemiologia e Registro Tumori

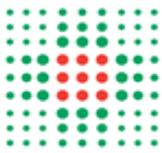
IRCCS (IRST) , Meldola (FC)

Cremona, 08 novembre 2017



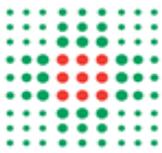
OBIETTIVI

- Valutare l'andamento dal 2005 al 2014 della proporzione di casi pT1 trattati con resezione chirurgica
- Valutare l'adesione al Follow-up nei pT1 trattati con polipectomia endoscopica e/o chirurgicamente



METODI – DISEGNO DELLO STUDIO

- Studio di **coorte retrospettiva** di pazienti sottoposti a screening con test per la ricerca del sangue occulto fecale
- Dal flusso informativo regionale dello screening colorettaie (SCR) si è definita la coorte per il periodo **2005-2014** (data del referto del test del sangue occulto fecale)
- **Coorte chiusa:** più semplice da seguire nel tempo



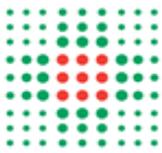
METODI – POPOLAZIONE IN STUDIO

Criteria di eleggibilità della coorte in studio:

- Persone **invitate e aderenti**
- FIT **positivo** (anno referto 2005-2014)
- Almeno una **colonscopia eseguita** entro 365 gg dal FIT
- Diagnosi di **cancro** colonscopia e/o all'intervento chirurgico

Criteria di esclusione:

- Sede della lesione cancro C21 (ano e canale anale)
- Diagnosi di carcinoidi, linfomi, melanomi e sarcomi



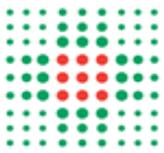
METODI – POPOLAZIONE IN STUDIO

Casi endoscopici:

- Diagnosi di **cancro** alla colonscopia
- **Polipectomia** del cancro eseguita
- indicazione/conclusione alla colonscopia “**invio a follow up**”

Casi chirurgici

- Diagnosi di cancro alla colonscopia e/o all'intervento
- **Trattamento chirurgico** eseguito
- pT uguale a **T1** (esclusi yT1)
- indicazione/conclusione alla colonscopia “**Chirurgia**”



OBIETTIVO PRIMARIO

Valutare l'andamento dal 2005 al 2014 della proporzione di casi pT1 trattati con resezione chirurgica



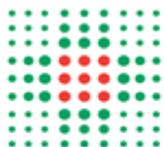
CASISTICA

Casi pT1 per tipologia di trattamento (endoscopico/chirurgico) e AUSL.
Regione Emilia-Romagna, 2005-2014

AZIENDA INVIANTE	pT1		TOTALE
	Endoscopici	Chirurgici	
Piacenza	28	29	57
Parma	67	92	159
Reggio Emilia	56	172	228
Modena	92	192	284
Bologna	91	232	324
Imola	18	35	53
Ferrara	50	142	192
Ravenna	91	130	221
Forlì	13	25	38
Cesena	26	56	82
Rimini	34	67	101
Totale	566	1173	1739

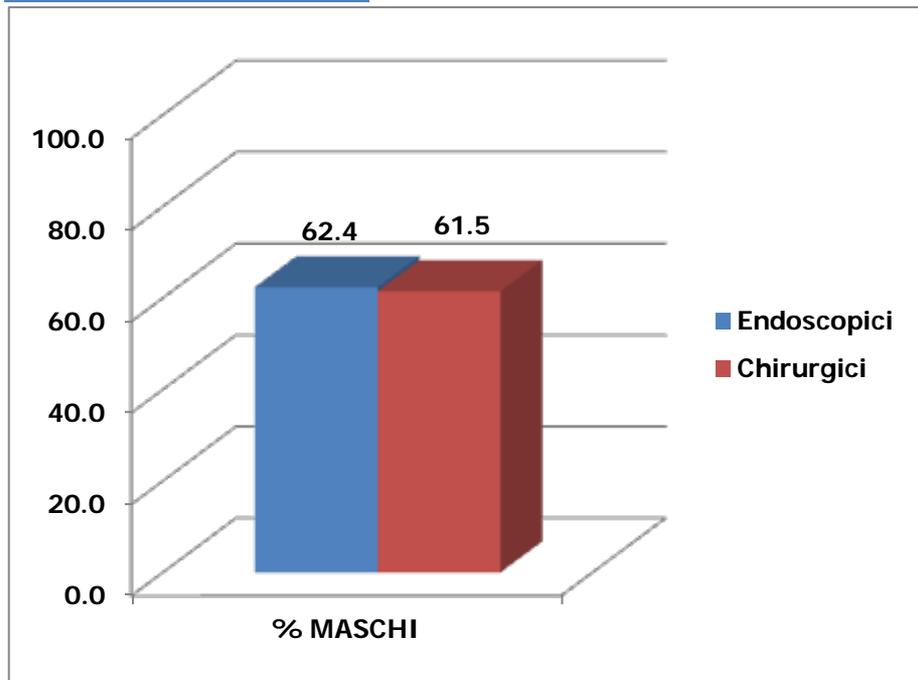
**Il 36% del totale dei
cancri screen-detected**

	N	%
N0 e (M0, MX,Missing)	1022	87.1
N1 e (M0, MX,Missing)	87	7.4
N2 e (M0, MX,Missing)	4	0.3
(N0, N1 , N2 , NX) e M+	2	0.2
NX	58	4.9

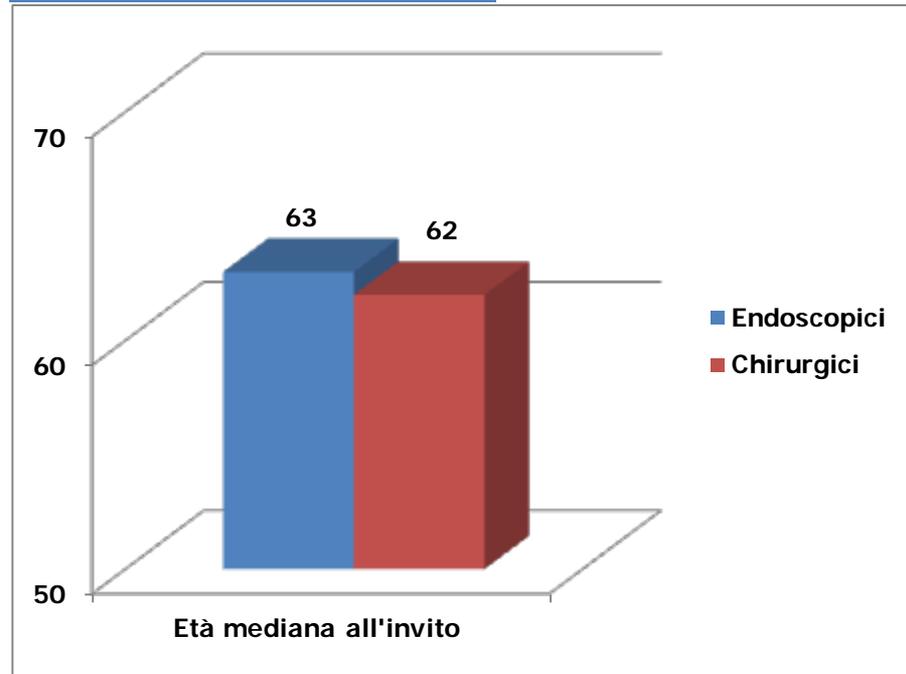


CASISTICA

GENERE: % maschi

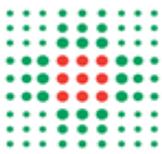


ETA': età mediana all'invito



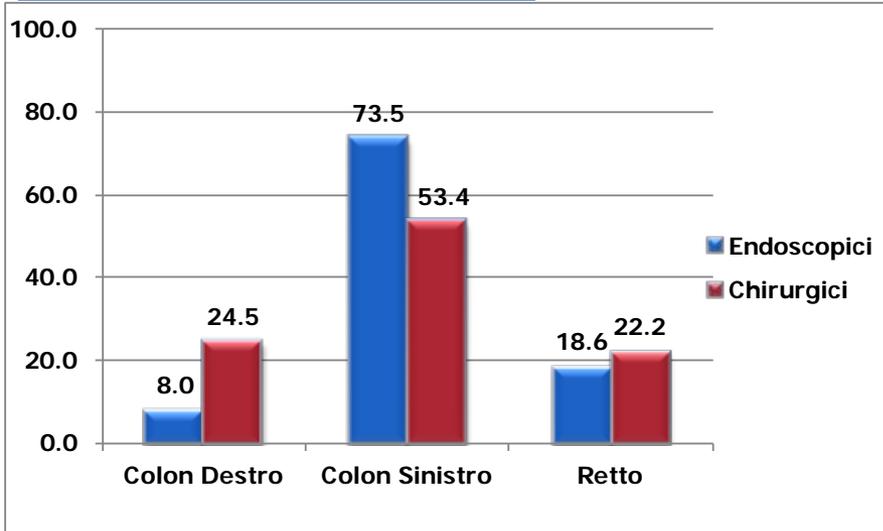
DOMICILIATI: 34 casi (2.0% del totale dei pT1)

- **pT1 con trattamento endoscopico**: N=7 (1.2%)
- **pT1 con trattamento chirurgico**: N=27 (2.3%)



CASISTICA

SEDE: % sul totale dei casi



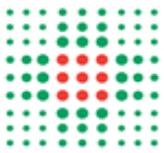
MORFOLOGIA: % sul totale dei casi

	Endoscopici (%)	Chirurgici (%)
Adenocarcinoma NAS	9.2	43.7
Adenocarcinoma in polipo adenomatoso	17.3	12.4
Adenocarcinoma tubulare	7.2	2.9
Adenocarcinoma serrato	0.2	0.0
Adenocarcinoma in adenoma villosa	4.8	3.8
Adenocarcinoma in adenoma tubulo villosa	60.8	36.0
Adenocarcinoma mucinoso	0.5	1.0
Carcinoma a cellule con anello a castone	0.0	0.2

TIPO LESIONE: % sul totale dei casi

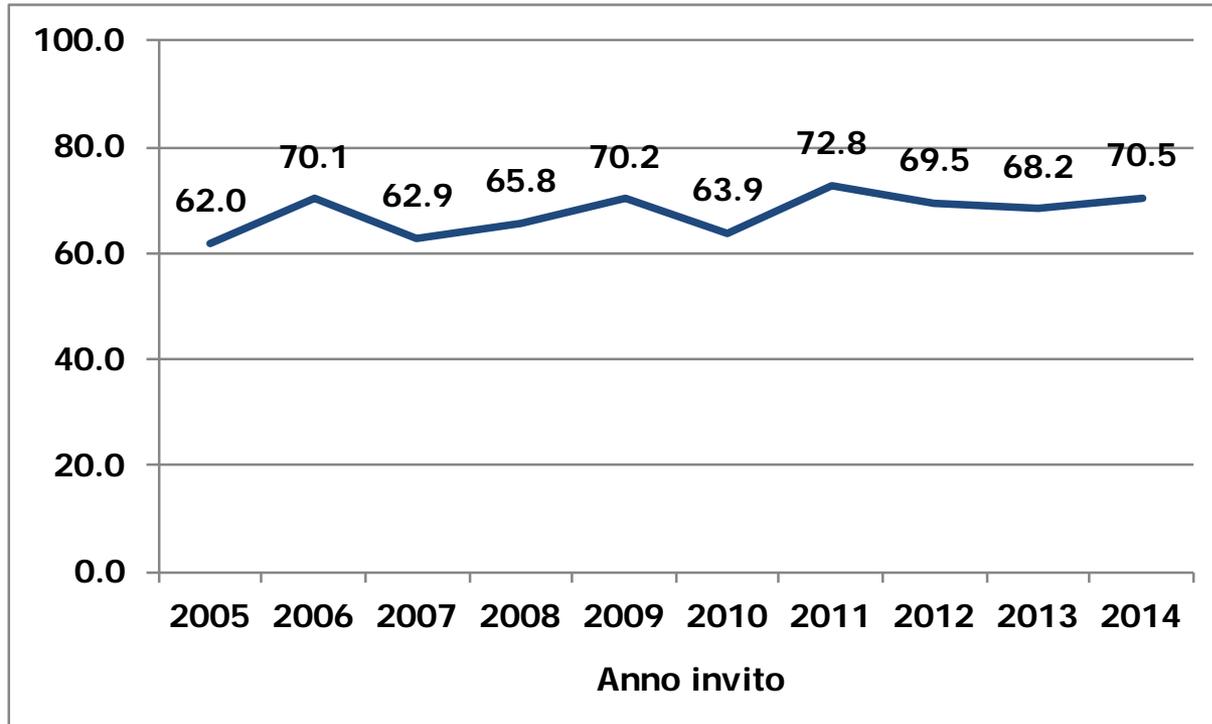
	Endoscopici (%)	Chirurgici (%)
SESSILE	30.9	39.9
PEDUNCOLATO	64.8	26.1
LESIONE PIATTA	3.7	12.4
LESIONE STENOSANTE	0.2	0.8
LESIONE ULCERO \ VEGETANTE	0.4	9.5
DATO NON DISPONIBILE*	0.0	11.3

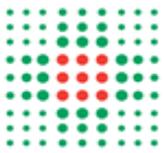
* Diagnosi di cancro effettuata all'intervento e colonscopia con diagnosi di polipi adenomatosi



RISULTATI

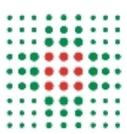
**Proporzione casi pT1 con trattamento chirurgico per anno di invito.
Regione Emilia-Romagna, 2005-2014**





OBIETTIVO SECONDARIO

Valutare l'adesione al Follow-up nei pT1 trattati con polipectomia endoscopica e/o chirurgicamente



FOLLOW UP DEI CASI TRATTATI CON CHIRURGIA

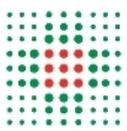
Le linee guida dell'AIOM che hanno come riferimento quelle ESMO ed ASCO indicano nel follow-up:

- esame clinico ogni 4 mesi per i primi 3 anni, poi ogni 6 mesi per i due anni successivi.

Non vi sono evidenze che indichino l'utilità degli enzimi epatici.

- CEA ogni 4 mesi per i primi 3 anni, poi ogni 6 mesi per i 2 anni successivi.
- **colonscopia dopo un anno dall'intervento, poi ogni 3 e quindi ogni 5 anni.** Nei pazienti senza uno studio del colon preoperatorio, la colonscopia va effettuata entro 6-12 mesi dall'intervento.
- non c'è ancora evidenza che ecografia e TC dell'addome superiore aumentino la sopravvivenza, ma in considerazione della possibilità di una diagnosi precoce di metastasi epatiche operabili, devono essere effettuate ogni 6-12 mesi per i primi 3 anni.
- non c'è indicazione all'uso routinario di Rx e TC del torace, *ma in considerazione della possibilità di una diagnosi precoce*, devono essere effettuate ogni 6-12 mesi per i primi 3 anni.
- l'esecuzione di una *18F-FDG-PET è indicata in presenza di recidiva dubbia o di rialzo del CEA senza evidenza di malattia all'imaging tradizionale*

Il protocollo diagnostico-terapeutico dello screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto. Regione Emilia-Romagna II edizione 2012



MANAGEMENT OF pT1 CANCER

8.4.3 Follow-up

After excision of a pT1 cancer, a standardised follow-up regime should be instituted.

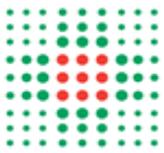
After removal of a low-risk pT1 cancer, many endoscopists consider the surveillance policy employed for high-risk adenomas to be appropriate follow-up .

In the case of removal of a high-risk pT1 cancer without additional completion surgery for whatever reason, a more intensive programme of follow-up would be appropriate because of the increased risk of cancer recurrence. It is suggested that such patients benefit from quarterly endoscopic inspection of the polypectomy site for 1 year and then bi-annual inspection for a further 2years. After this, the surveillance protocol for high-risk adenomas can be adopted. Given the increased risk of extramural recurrence in patients with high-risk pT1 cancers without completion surgery, it is also appropriate to use cross-sectional imaging of the abdomen on a bi-annual basis for a period of 3years.

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



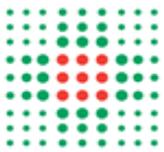
European Commission



OBIETTIVO SECONDARIO: METODI

Informazioni da diverse banche dati:

- Flusso informativo Screening Colon-Retto (**SCR**)
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale (**ASA**)
- Schede di dimissione ospedaliera (**SDO**)
- Rilevazione Mortalità (**ReM**)



OBIETTIVO SECONDARIO: METODI

Casi pT1: **1739** (566 Endoscopici e 1173 Chirurgici)



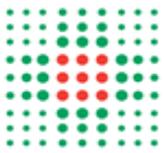
Casi esclusi:

Persone non residenti: N=34 (7 Endoscopici e 27 chirurgici)

Persone decedute entro 2aa: N=23

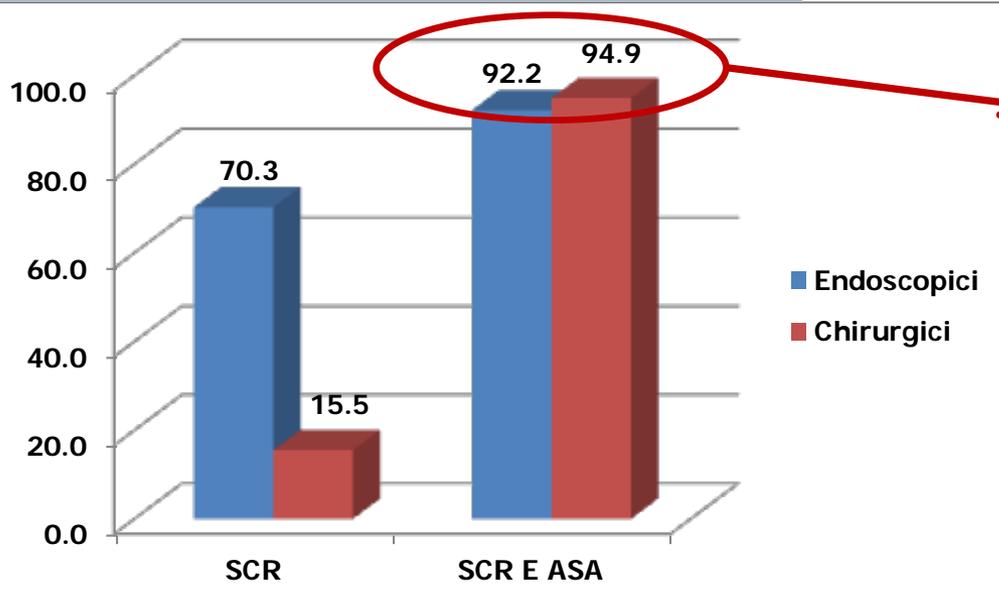


Casi pT1: **1682** (553 Endoscopici e 1129 Chirurgici)



RISULTATI

% CASI CON ALMENO UNA COLON DI FOLLOW UP



1639 casi riportano almeno una colon di FU
510 Endoscopici e **1071** Chirurgici

TEMPO MEDIANO ALLA PRIMA COLONSCOPIA FU*

SCR

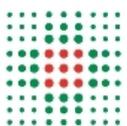
Endoscopici=382 gg Chirurgici=410 gg

SCR E ASA

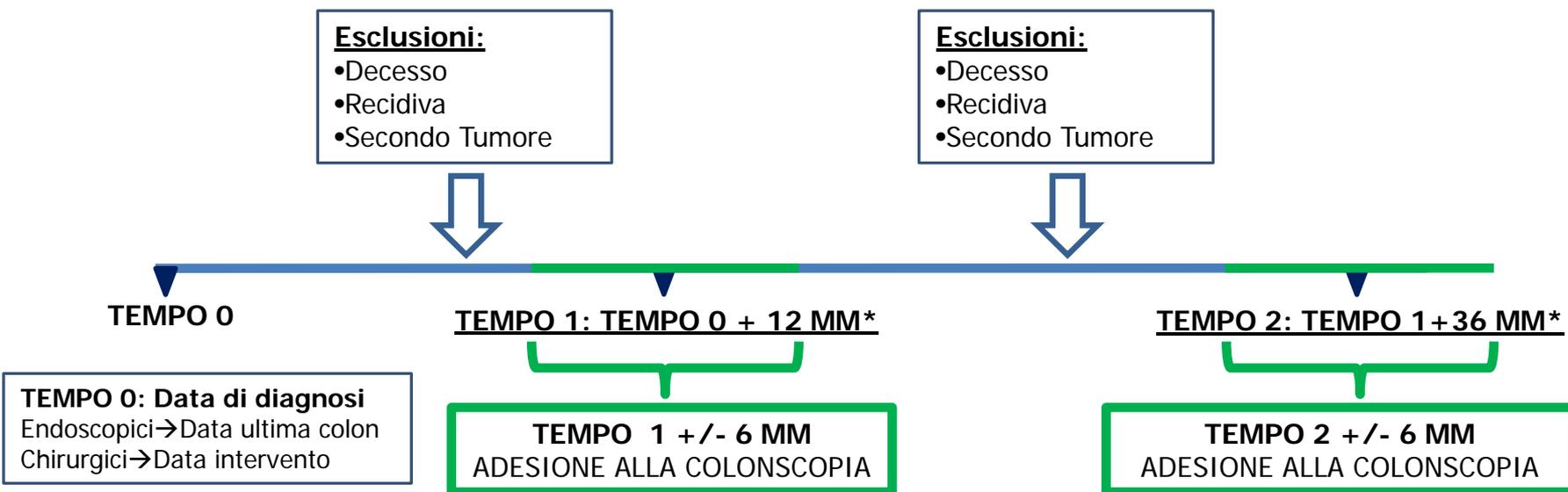
Endoscopici=386 gg Chirurgici=413gg

* **Endoscopici:** differenza tra data prima colon di FU e data ultima colon percorso diagnostico

Chirurgici: differenza tra data prima colon di FU e data intervento percorso diagnostico



OBIETTIVO SECONDARIO: METODI



ADESIONE ALLA COLONSCOPIA

TEMPO 1: Persone che effettuano almeno una colonscopia al Tempo 1 (+/-6mm)

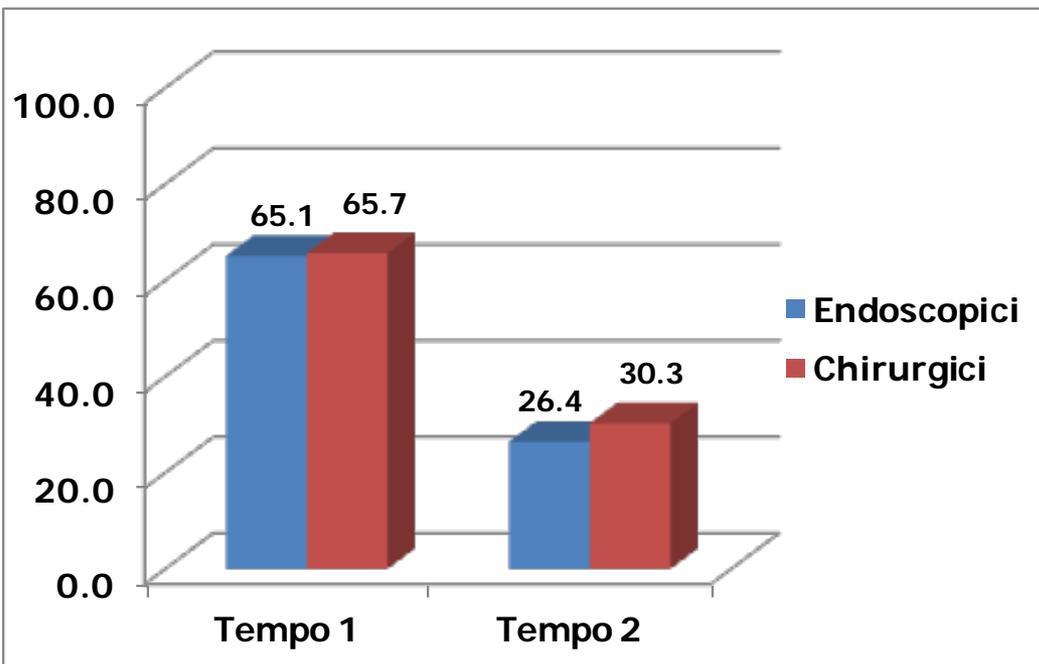
TEMPO 2: Persone che effettuano almeno una colonscopia al Tempo 2 (+/-6mm) e almeno una colonscopia al Tempo 1 (+/-6mm)

* Tempi previsti dalle Linee Guida "Il protocollo diagnostico – terapeutico dello screening del tumore del colon-retto"
Emilia-Romagna, II Edizione – Anno 2012



RISULTATI

ADESIONE (%)



PERCENTUALE ADERENTI AL TEMPO 2 SU ADERENTI AL TEMPO 1

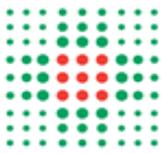
Endoscopici: 41.1%

Chirurgici: 45.9%

PERCENTUALE PERSONE CON ALMENO UNA COLONSCOPIA ENTRO IL TEMPO 2

Endoscopici: 90.1%

Chirurgici: 93.4%



VALUTAZIONE DEGLI ESAMI POST-TRATTAMENTO

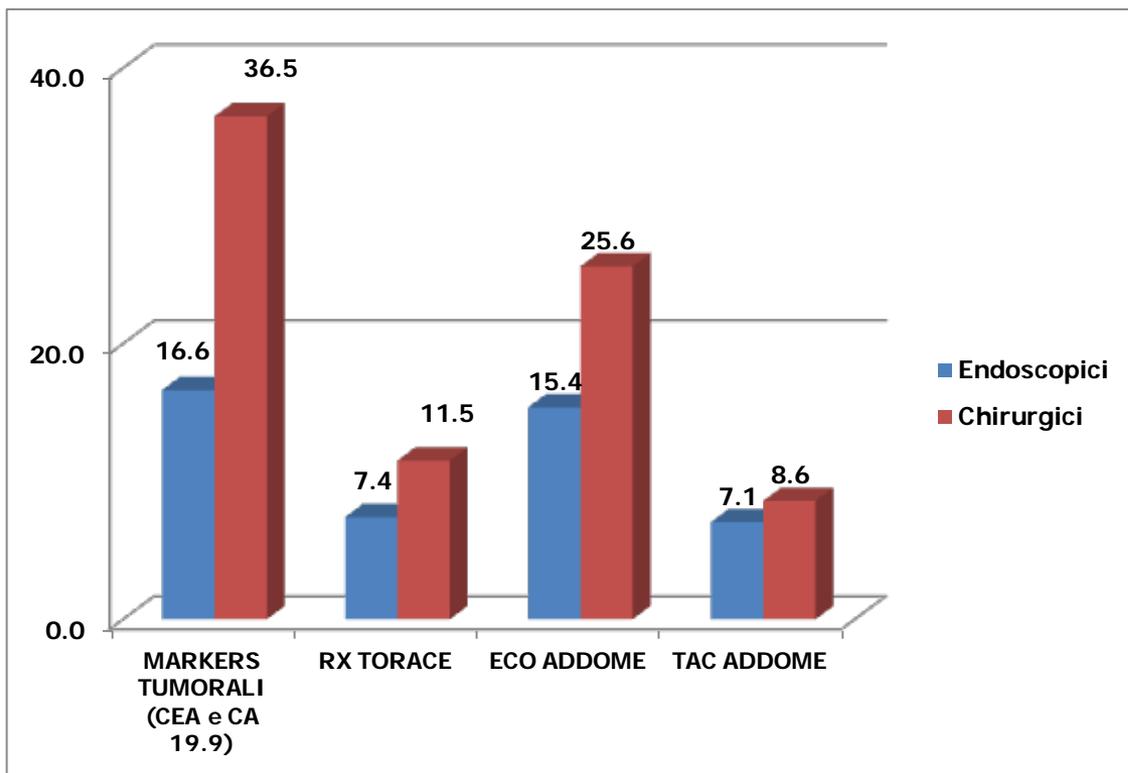
In tutta la casistica in studio abbiamo valutato quanti soggetti hanno eseguito, entro 6 mesi dal trattamento i seguenti esami (dal flusso ASA):

- **Markers tumorali (CEA, Ca 19.9)**
- **RX torace**
- **Eco addome**
- **TAC addome**



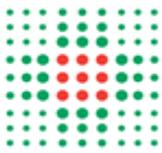
RISULTATI

ESAMI DIAGNOSTICI ENTRO 6 MESI* (%)



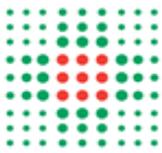
Trattamento	Almeno un esame eseguito (%)	Solo un esame eseguito (%)	Più di un esame eseguito (%)	Markers Tumorali E Rx Torace E (Eco o Tac addome) (%)
Endoscopico	30.6	18.8	11.8	3.1
Chirurgico	50.0	25.2	24.8	5.9

* **Endoscopici:** differenza tra data erogazione esame e data ultima colon percorso diagnostico
Chirurgici: differenza tra data erogazione esame e data intervento percorso diagnostico



CONCLUSIONI

- Dal 2005 al 2014 la proporzione di casi pT1 trattati **chirurgicamente non evidenzia nessun trend**
- L'adesione alla **colonscopia di follow-up** (calcolata utilizzando i flussi **SCR e ASA**) al **TEMPO 1** è rispettata nel 65% dei casi, mentre al **TEMPO 2** suggerisce che non ci sia una presa in carico strutturata
- Più del **90%** dei pazienti esegue almeno una colonscopia entro il TEMPO 2



Working in progress

Protocollo di studio

- **Obiettivo Principale:** Studiare l'associazione tra le caratteristiche patologiche, che permettono di distinguere tra T1 ad alto e a basso rischio e il tipo di gestione adottato per il paziente (resezione chirurgica vs follow-up endoscopico)
- **Obiettivi Secondari:** Studiare il follow up e le recidive.

... Sarà necessario integrare le informazioni aggiuntive (grading, margine di resezione, invasione linfatica/ vascolare e budding, etc....) con un controllo della casistica in studio da parte dei Centri Screening delle singole AUSL.