

**GISCoR**

gruppo italiano screening coloretale

**XII CONGRESSO  
NAZIONALE 2017**

7-8 Novembre 2017

**CORSO PRE-CONGRESSO**

7 Novembre 2017

# **Il management del pT1 esperienza del Veneto**

**Antonio Scapinello**

**Chiara Fedato**

**Manuel Zorzi**

# Il controllo e l'uso delle informazioni dei data base

- l'estrazione e il monitoraggio dei dati inseriti è cruciale per la corretta verifica delle strategie dello screening e per implementare eventuali azioni correttive.
- L'inserimento delle informazioni dei 3 livelli del management del pT1 (e non solo) nei data base regionali è corretta?
- Potrebbe essere ampliata e/o modificata?

# Perché?

---

- Perché i dati da inserire sono:
  - Tanti
  - A volte di difficile traduzione
  - Determinanti:
    - nell'identificare la lesione
    - nella gestione del FU
    - Nel fornire le informazioni necessarie per orientare le strategie dello screening

ULSS	Adenomi cancerizzati	Totale colonscopie
1	11 (0.6%)	1960
2	13 (0.5%)	2435
3	40 (1.5%)	2730
4	44 (0.9%)	4905
5	20 (0.9%)	2264
6	129 (3.5%)	3667
7	36 (0.9%)	4057
8	54 (1.4%)	3804
9	0	3916
10	18 (0.9%)	1997
12	35 (1.5%)	2395
13	44 (0.9%)	4808
14	0	433
15	28 (0.9%)	3260
16	103 (2.2%)	4740
17	40 (2.3%)	1759
18	11 (0.3%)	3655
19	12 (0.6%)	1861
20	36 (1.6%)	2223
21	2 (0.1%)	2534
22	23 (0.4%)	6132
<b>Veneto 2008 - 2012</b>	<b>699 (1.1%)</b>	<b>65535</b>

# Il questionario nasce

---

- Su iniziativa dei gruppi di lavoro degli anatomico-patologi e degli endoscopisti dei programmi di screening colorettales del Veneto
- Rivolto ai referenti dei programmi di screening e al personale coinvolto nelle operazioni di inserimento dati di 2° livello nel software
- Compilato in collaborazione tra segreterie/endoscopisti/anatomico-patologi

# 1. Chi compila la cartella di 2° livello nel software di screening

---

## A. personale della segreteria di screening

- $12/21 = 57\%$  (ulss 2,6,7,12,13,14,15,16,17,19,20,21)

## B. endoscopista

- $7/21 = 33\%$  (ulss 4,5,8,9,10,18,22)

## C. endoscopista e anatomo-patologo

- $2/21 = 10\%$  (ulss 1,3)

## D. altro, specificare

7. Se nel referto istologico è presente la seguente frase *“adenoma con displasia di alto grado ed area di adenocarcinoma intramucoso”*, il dato inserito nel software è

---

**A. adenoma ad alto rischio (avanzato)**

- $14/21 = 67\%$

**B. carcinoma pT1**

- **$6/21 = 23\%$  (ulss 5,9,12,19,20,21)**

- altro, specificare

- $1/21 = 5\%$  (ulss 2=deciso dal GruppoMD)

# QUESTIONARI COMPILATI DALLE SEGRETERIE

---

2. Dimensioni del polipo: 50% AP e 50% E
3. Dimensione del polipo frammentato: 83% E
4. Quale misurazione determina la raccomandazione:  
67% E, 33%AP
5. Raccomandazione è data dall'endoscopista: 100%
6. *“displasia di basso grado e focalmente di alto grado”* : 100% alto grado
7. *“ad. con displasia di alto grado ed area di adenocarcinoma intramucoso o in situ”*: non sono carcinomi! 4/12 risposte errate
8. *Adenoma cancerizzato (pT1)*: 92% resta in FU, 8% esce



# QUESTIONARI COMPILATI DA ENDOSCOPISTI/AP

---

2. Dimensioni del polipo: 67% AP e 33% E
3. Dimensione del polipo frammentato: 100% E
4. Quale misurazione determina la raccomandazione:  
100% E
5. Raccomandazione è data dall'endoscopista: 100%
6. *“displasia di basso grado e focalmente di alto grado”* :  
100% alto grado
7. *“ad. con displasia di alto grado ed area di adenocarcinoma intramucoso o in situ”*: **2/9 risposte errate**
8. *Adenoma cancerizzato (pT1)*:  
*50% resta in FU, 11% esce, 22% decide GMD*

# Conclusioni

---

1. **Compilazione: segreteria 59% , endoscopisti 41%**
2. **Dimensioni del polipo: 53% AP e 47% E**
3. **Dimensione del polipo frammentato: 88% E, 12% AP**
4. **Quale misurazione determina la raccomandazione: 59%AP, 41%E**
5. **Raccomandazione è data dall'endoscopista: 100%**
6. ***“displasia di basso grado e focalmente di alto grado” : 100% alto grado***
7. ***“ad. con displasia di alto grado ed area di adenocarcinoma intramucoso o in situ”: non sono carcinomi!***  
***1 su 4 scorretto inserimento***
8. ***Adenoma cancerizzato (pT1): 80% resta in FU, 20% esce***

# Conclusioni

---

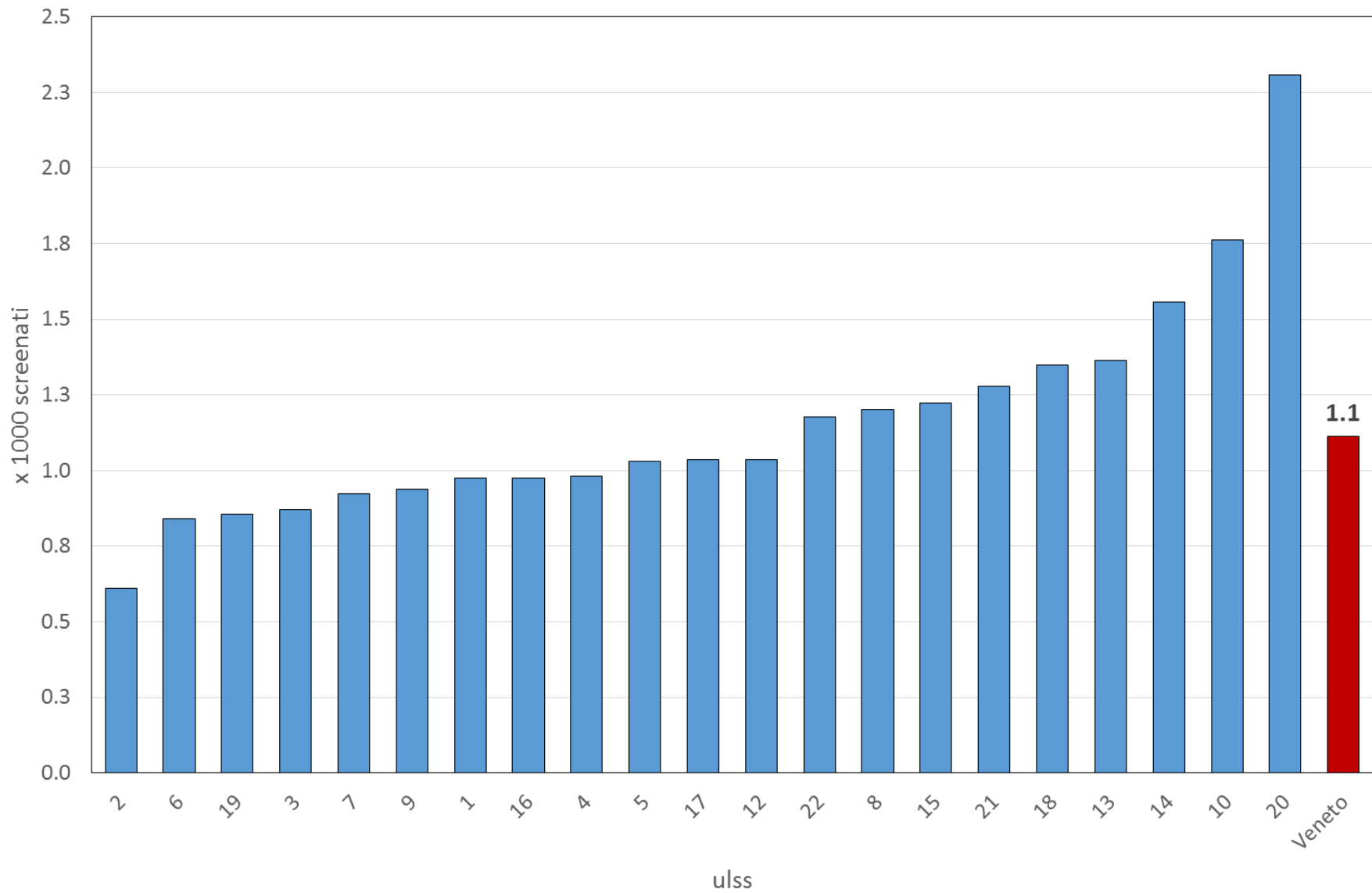
- **Compilazione: segreteria 57% , endoscopisti 43%**
- **Indicazioni chiare su:**
  - **Dimensioni del polipo da adottare (57% AP e 43%)**
  - **Dimensione del polipo frammentato (10% AP)**
  - ***“area di adenocarcinoma intramucoso o in situ”:  
non sono carcinomi (29%), ma adenomi avanzati  
Sono espressioni da evitare***
- ***Gestione degli Adenomi cancerizzati: FU (19% esce)?***

---

# **ANALISI pT1:VENETO 2015 - 2016**

CRSO - Coordinamento Regionale Screening Oncologici  
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria  
Regione Veneto

# Detection Rate per carcinomi per ulss 2015-2016



<b>Veneto</b>	<b>2016 N°</b>	<b>2016 %</b>	<b>2015 N°</b>	<b>2015 %</b>
Carcinomi	395		377	
pT1	95	24,1	95	25,1
• primi es	26	19,7	29	24,6
• esami succ	69	26,2	<b>66</b>	<b>25,3</b>
• Uomini	45	55,6	51	58
• Donne	36	44,4	<b>37</b>	<b>42</b>

<b>Veneto</b>	<b>2016 N°</b>	<b>2016 %</b>	<b>2015 N°</b>	<b>2015 %</b>
Carcinomi	395		377	
pT1	95	24,1	95	25,1
• Chirurgia	66	69,5	63	66,3
• Endoscopia	17	<b>17,9</b>	24	<b>25,3</b>
• Rifiuto ch	2	2,1	0	0
• No infor	10	10,9	8	8,4

<b>Stadiazione Ai primi esami</b>	<b>2015 (%)</b>	<b>2016 (%)</b>
pT1	28	21
• N-	<b>12 (42,9)</b>	<b>11 (52,4)</b>
• N+	<b>2 (7,1)</b>	<b>1 (4,8)</b>
• Nx	<b>14 (50,0)</b>	<b>9 (42,9)</b>
• M+	<b>0 (0,0)</b>	<b>0</b>



<b>Stadiazione Agli esami successivi</b>	<b>2015 (%)</b>	<b>2016 (%)</b>
pT1	60	60
• N-	<b>32 (53,3)</b>	<b>37(61,7)</b>
• N+	<b>4 (6,7)</b>	<b>2 (3,3)</b>
• Nx	<b>23 (38,3)</b>	<b>21 (35,0)</b>
• M+	<b>1 (1,7)</b>	<b>0</b>

<b>Stadiazione</b>	<b>2015 (%)</b>	<b>2016 (%)</b>
pT1	88	81
• N-	<b>44 (50)</b>	<b>48(59,2)</b>
• N+	<b>6 (6,2)</b>	<b>3 (3,7)</b>
• Nx	<b>39 (42,7)</b>	<b>30 (37,1)</b>
• M+	<b>1 (1,1)</b>	<b>0</b>

# Distribuzione complessiva dei pT1 per N e M dal 2003 al 2016

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
pT1_n-	26	27	46	76	54	69	58
pT1_n+	2	1	4	9	1	10	4
pT1_nx	4	8	46	26	42	55	7
pT1_m+						0	0
pT1_totn	32	36	96	111	97	134	69

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totali
pT1_n-	57	57	61	36	27	44	48	686
pT1_n+	3	3	7	3	4	6	3	60
pT1_nx	23	8	52	44	33	39	30	417
pT1_m+	0	3	1	1	1	1	0	7
pT1_totn	83	71	121	84	65	88	81	1168

# POLIPO CANCERIZZATO (pT1)

## G. ADENOMA CANCERIZZATO: SCHEMA DI REFERTAZIONE

- Adenocarcinoma in adenoma (adenoma cancerizzato) (pT1).
- Componente adenomatosa tubulare /tubulo-villosa/villosa con displasia di alto grado dell'epitelio.
  - Componente adenocarcinomatosa:
    - Grado di differenziazione bene/moderatamente (basso grado) / scarsamente (alto grado) differenziata (sec. WHO 2010).
    - Embozzazione neoplastica (linfatica/venosa) presente/assente.
    - Budding peritumorale assente (< 5 focoli a 20x) / presente, basso grado (<9 focoli a 20x)/alto grado(≥10 focoli a 20x)\*
- Microstadiazione (rapporto quantitativo tessuto adenomatoso/adenocarcinoma):
  - Livello di infiltrazione del peduncolo sec. **Haggitt** (peduncolati):
    - non valutabile;
    - infiltrazione limitata alla testa del polipo (livello 1);
    - infiltrazione al passaggio testa-peduncolo (livello 2);
    - infiltrazione del peduncolo (livello 3);
    - infiltrazione della sottomucosa sotto il peduncolo (livello 4).
  - Livello di infiltrazione della sottomucosa sec. **Kikuchi** (sessil):
    - non valutabile;
    - lieve infiltrazione della sottomucosa (200-300 µm) sm1;
    - infiltrazione della sottomucosa intermedio sm2;
    - infiltrazione della sottomucosa sino in prossimità della tonaca muscolare propria
- Misurazione micrometrica:
  - diametro massimo trasversale (ampiezza) della componente adenocarcinomatosa;
  - diametro massimo verticale (profondità) della componente adenocarcinomatosa: !!!
- Stato del margine di resezione:
  - indenne;
  - la neoplasia coinvolge il margine di resezione endoscopico: (ghiandole adenocarcinomatose sono presenti in corrispondenza del margine di resezione/ < mm 1 dal margine di resezione/ in corrispondenza della banda di elettrocoagulazione).

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  
Dipartimento Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria  
Dipartimento Operativo Prevenzione - Servizi Pubblici  
Coordinamento Regionale Screening Oncologici

\*Score di riferimento: < 5 foci = negativo ≥5 foci = positivo (Jeno, 2004).

\*Score di riferimento: 0-9 foci = basso grado; ≥10 foci = alto grado (Jeno, 2002).

Il caso verrà discusso in riunione multidisciplinare.

- la diagnosi di adenoma cancerizzato deve essere condivisa con un secondo patologo, preferibilmente di altra sede, con esperienza in patologia gastrointestinale è **NECESSARIO** predisporre audit periodici all'interno dei gruppi multidisciplinari

# La comunicazione del rischio nei pT1



Raccomandazioni regionali  
per la diagnosi anatomico-  
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.

---

- Non è stato ritenuto di raccomandare l'esplicitazione diretta della valutazione del rischio di progressione locale e/o metastatica essendo questa ricavabile dai dati forniti nel report diagnostico.
- Il caso verrà discusso in riunione multidisciplinare

Raccomandazioni regionali per la diagnosi anatomico-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.

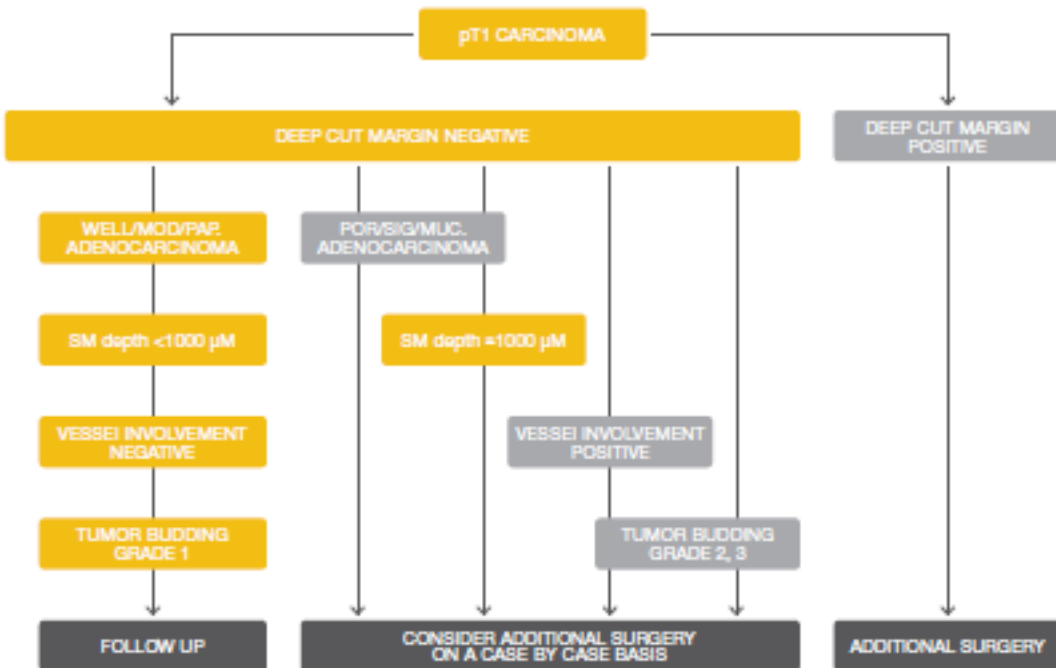
Regione del Veneto  
Assessorato alla Sanità e alla Programmazione Socio-Sanitaria  
Direzioni Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria  
Unità Organizzativa Prevenzione e Sanità Pubblica  
Coordinamento Regionale Screening Oncologici

(a)		Degree of Risk
Criteria		
Resection Margin < 1 mm		+++
Resection Margin 1-2 mm		+
Pedunculated Haggitt level 4		+++
Sessile: Kikuchi 2		++
Sessile: Kikuchi 3		+++
Poor differentiation		+++
Mucinous tumour		+
Tumour budding		+
Lympho-vascular invasion		++

(b)			
Total score	Grade of Risk	Current estimate of potential % risk of residual cancer	Recommended course of action to be discussed with patient
0	Very Low	< 3%	Routine Follow up
+	Low	< 5%	Assess other factors Careful follow up
++	Medium	5-10%	Discussion of risks/benefit of surgery or follow up with patient
	High	8-15%	Discuss risks with patient - err towards surgery
	Very high	> 20%	Recommend surgery unless patient unfit

Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) Guidelines 2014 for treatment of colorectal cancer. Int J Clin Oncol 2015



# osservazioni

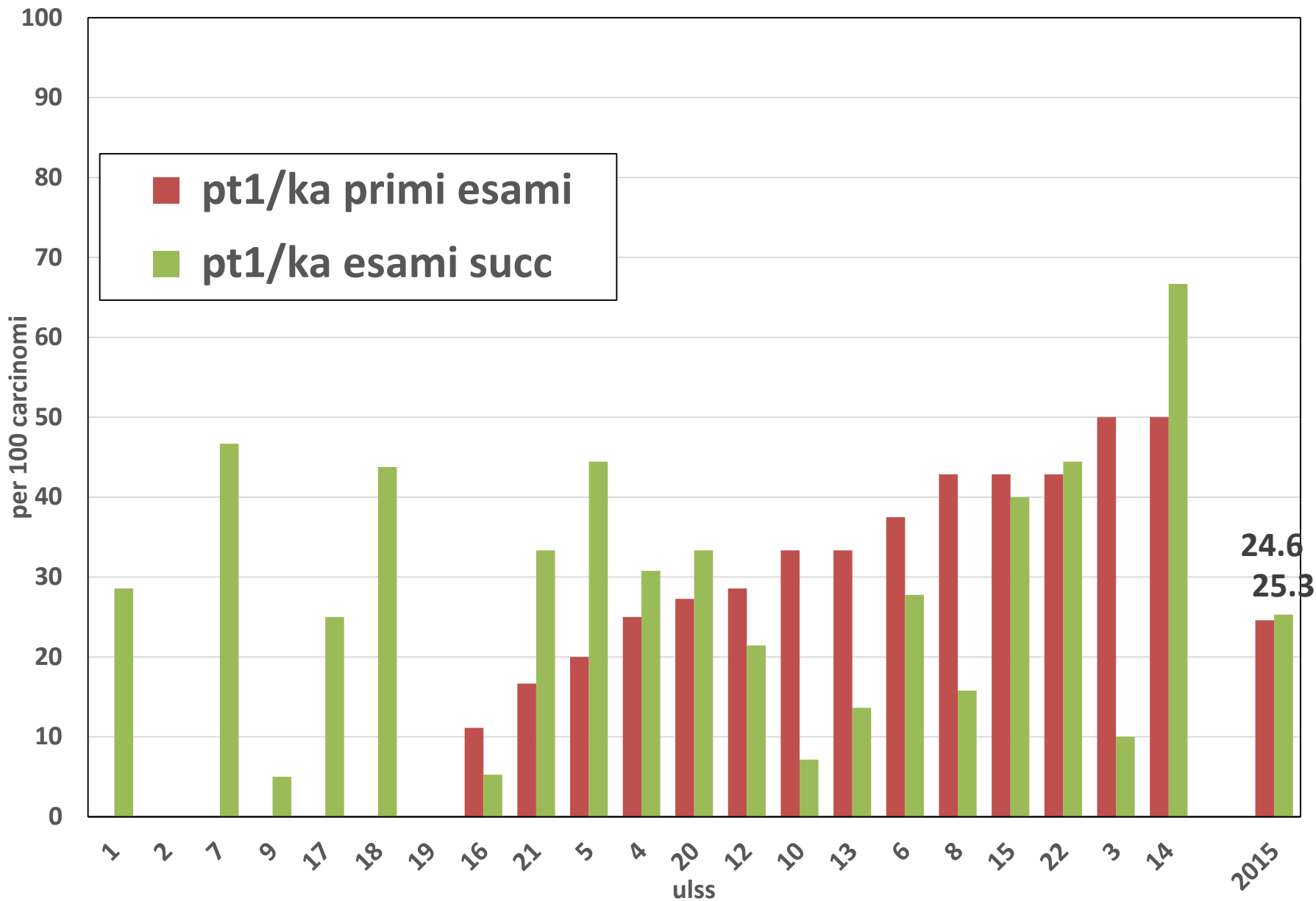
- Uno degli obiettivi dello studio istologico dei pT1 è quello di trovare parametri di valutazione che consentano di ridurre il ricorso alla chirurgia maggiore.
- La validazione statistica di questi parametri richiede una numerosità adeguata.
- In considerazione della relativa scarsità di informazioni di dettaglio istologico riguardanti i pT1 appare auspicabile una rivisitazione dei dati da inserire nei data base.
- Appare ragionevole proporre la condivisione di casistiche di pT1 di più regioni per ottenere una massa di dati significativa.

**Grazie per l'attenzione**

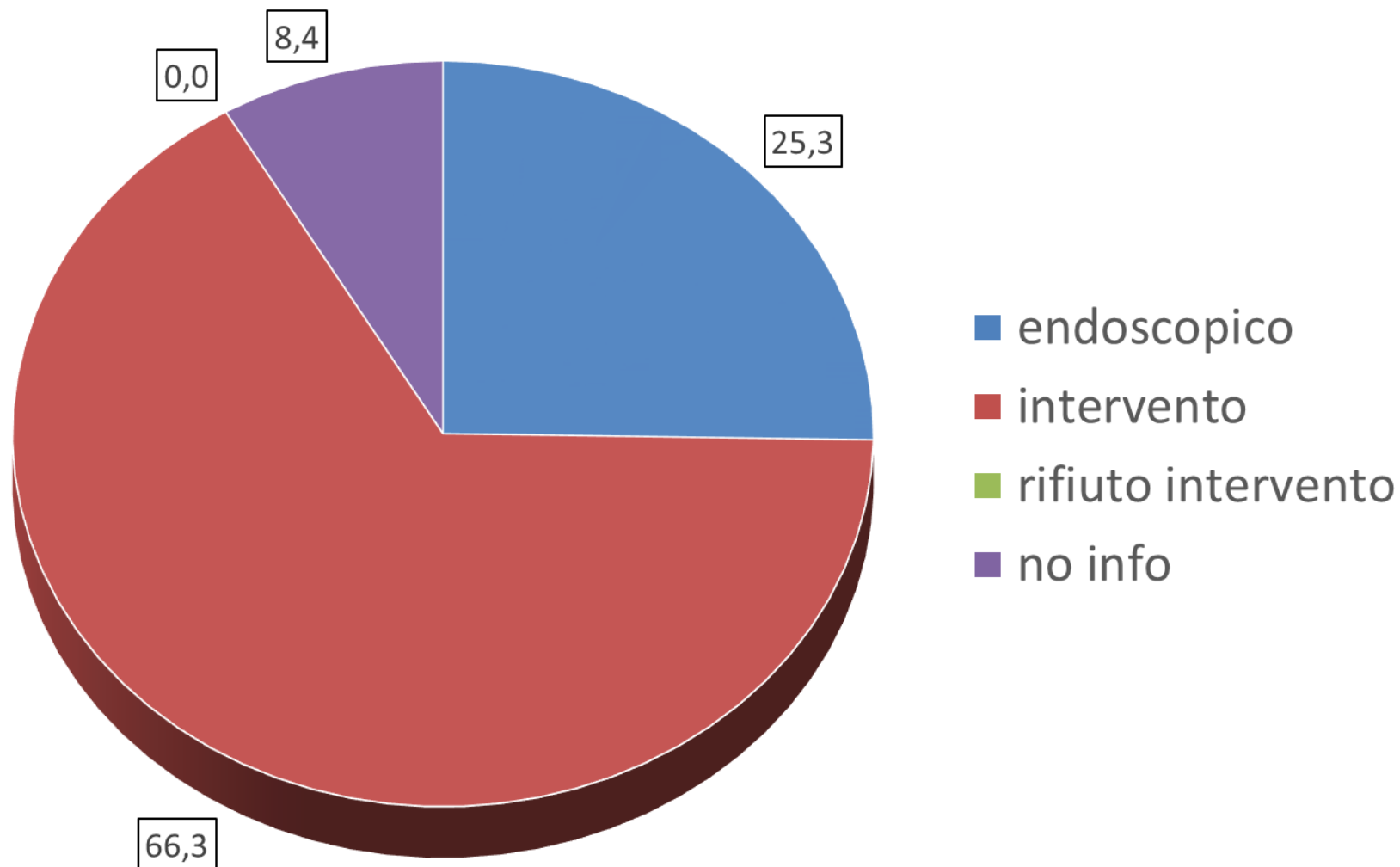


<b>Veneto 2015</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Carcinomi	377	
pT1	95	25,1%
• primi es	29	24,6%
• esami succ	66	<b>25,3%</b>
• Uomini	51	58%
• Donne	37	<b>42%</b>

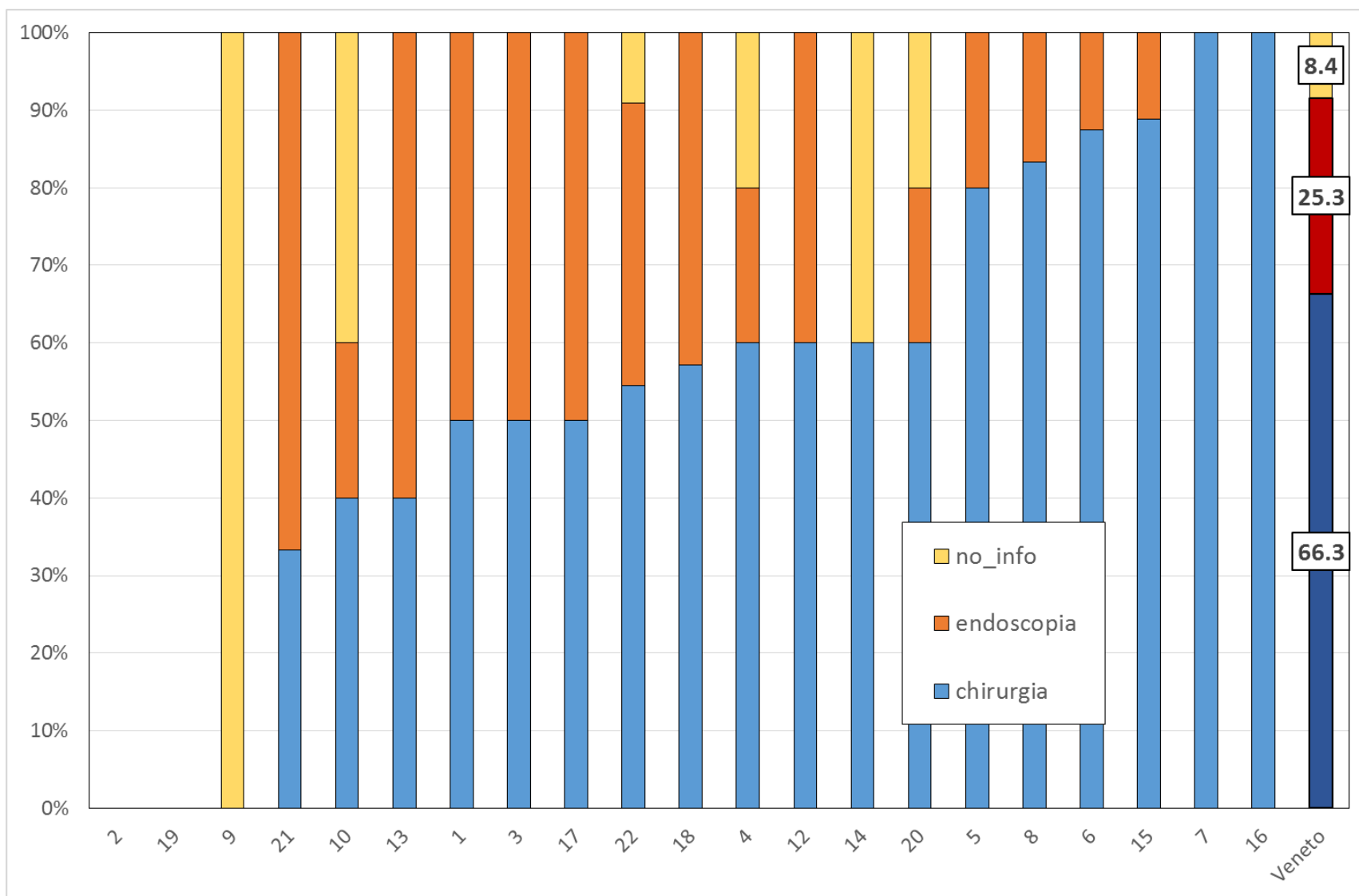
# % dei cancri pT1 sul totale dei cancri per ulss 2015



## Modalità di trattamento dei PT1 - 2015

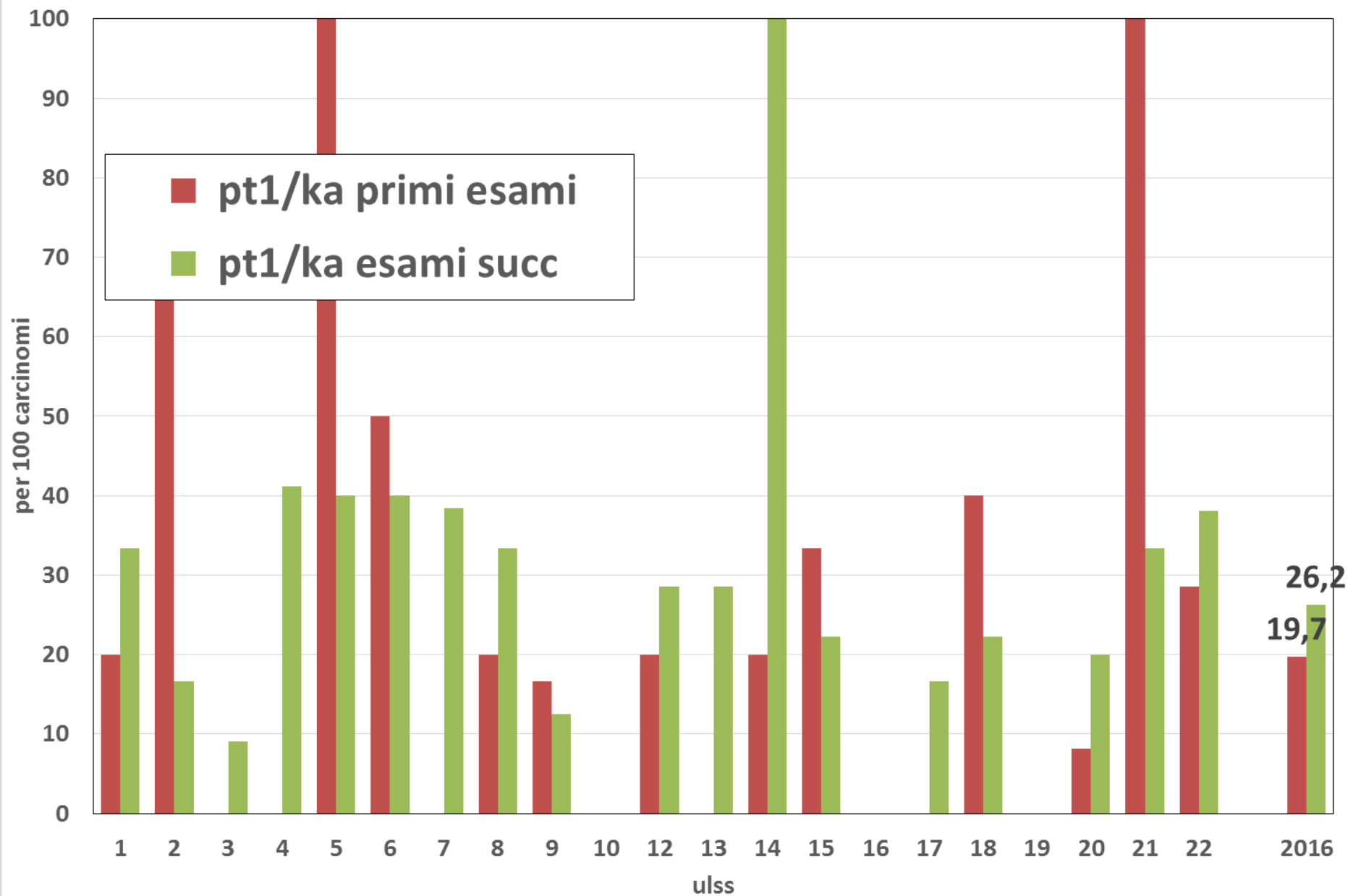


# Distribuzione del trattamento dei tumori pT1 per ulss 2015

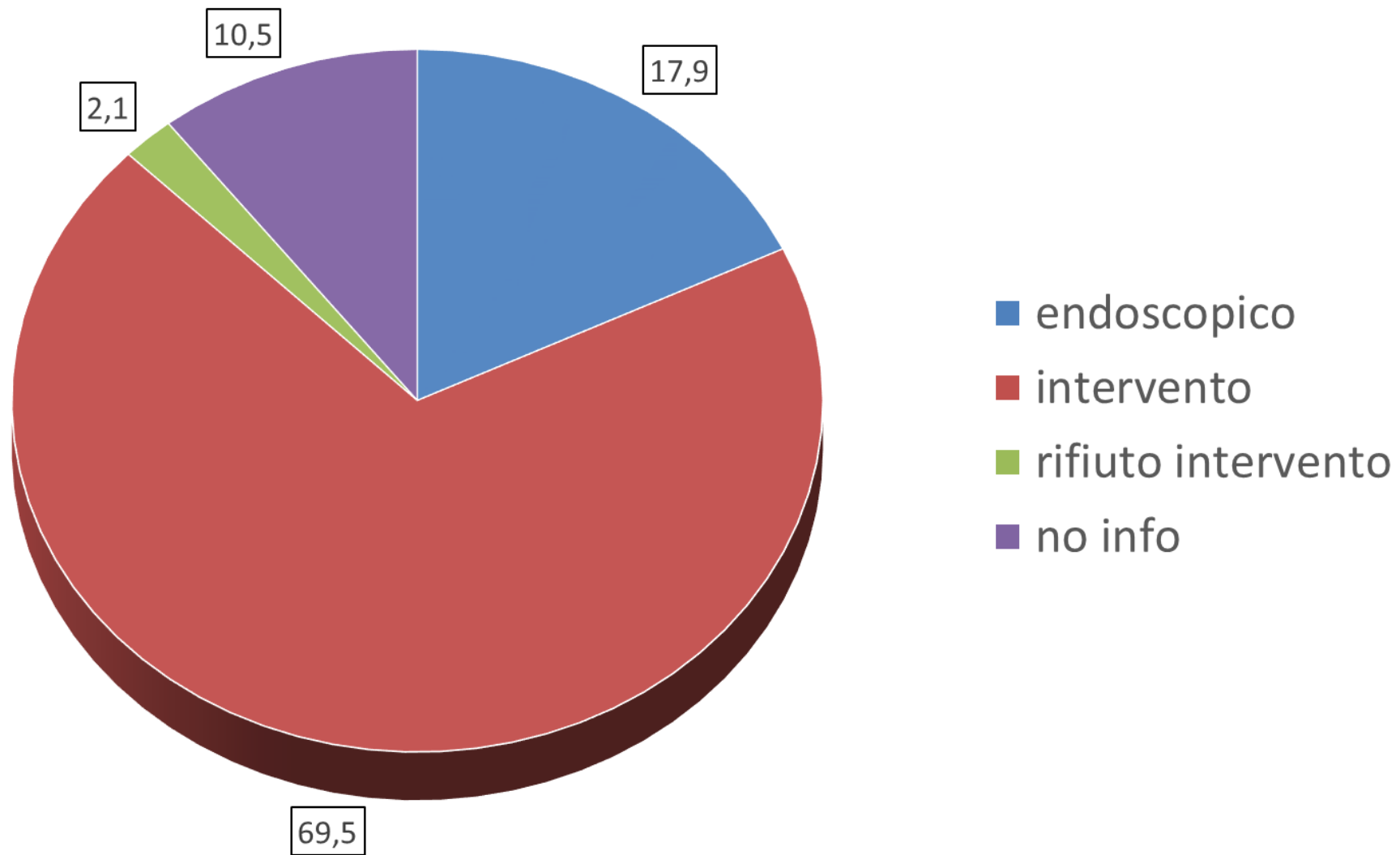


<b>Veneto 2016</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Carcinomi	395	
pT1	95	24,1%
• primi es	26	19,7%
• esami succ	69	<b>26,2%</b>
• Uomini	45	55,6%
• Donne	36	<b>44,4%</b>

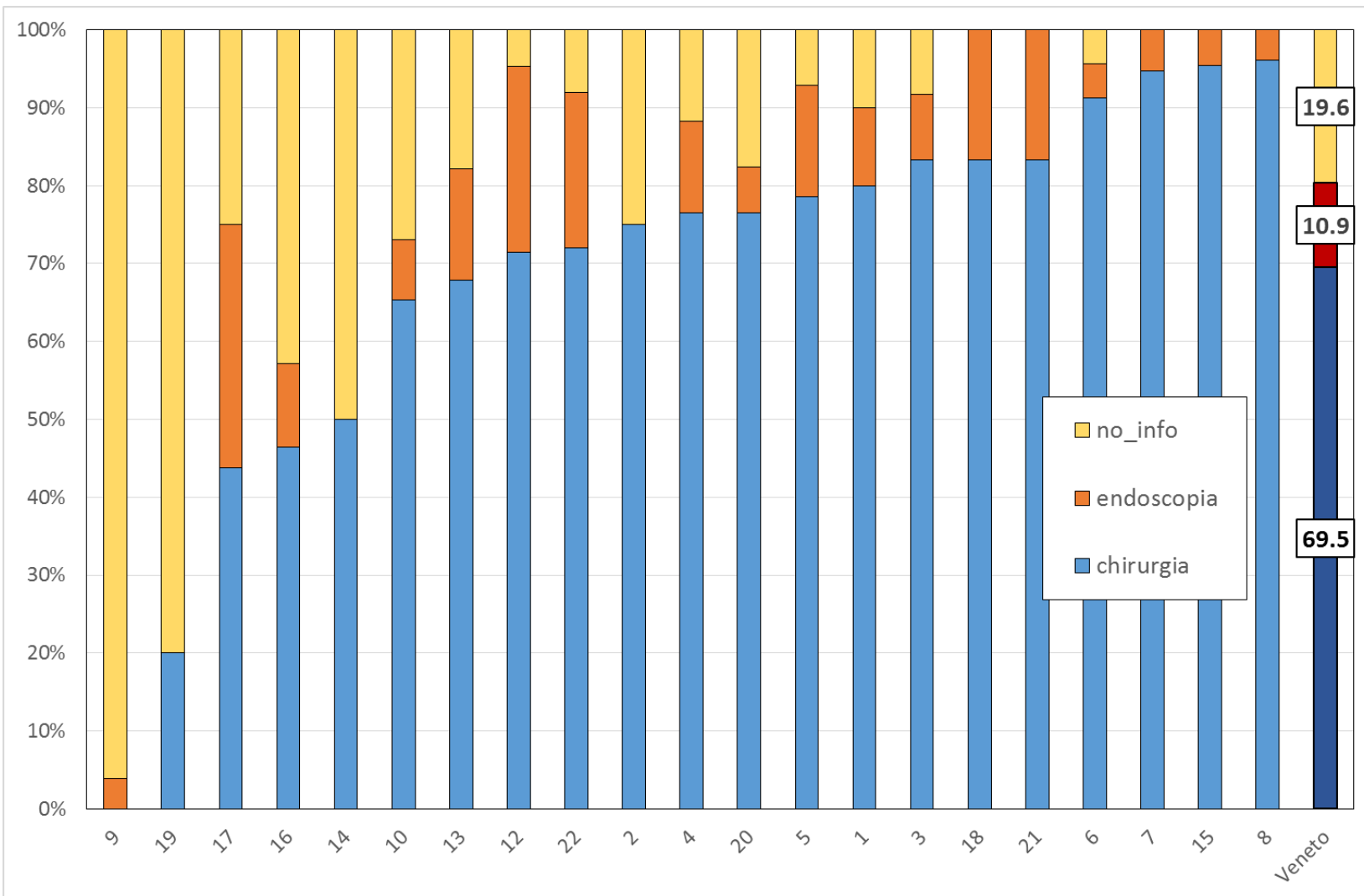
# % dei cancri pT1 sul totale dei cancri per ulss 2016



## Modalità di trattamento dei PT1 - 2016



# Distribuzione del trattamento dei pT1 per ulss 2016





## 8. Dopo aver trattato un caso di adenoma cancerizzato (pT1), quale raccomandazione viene suggerita

---

A. esce dallo screening

- $4/21 = 19\%$  (ulss 1,4,5,21)

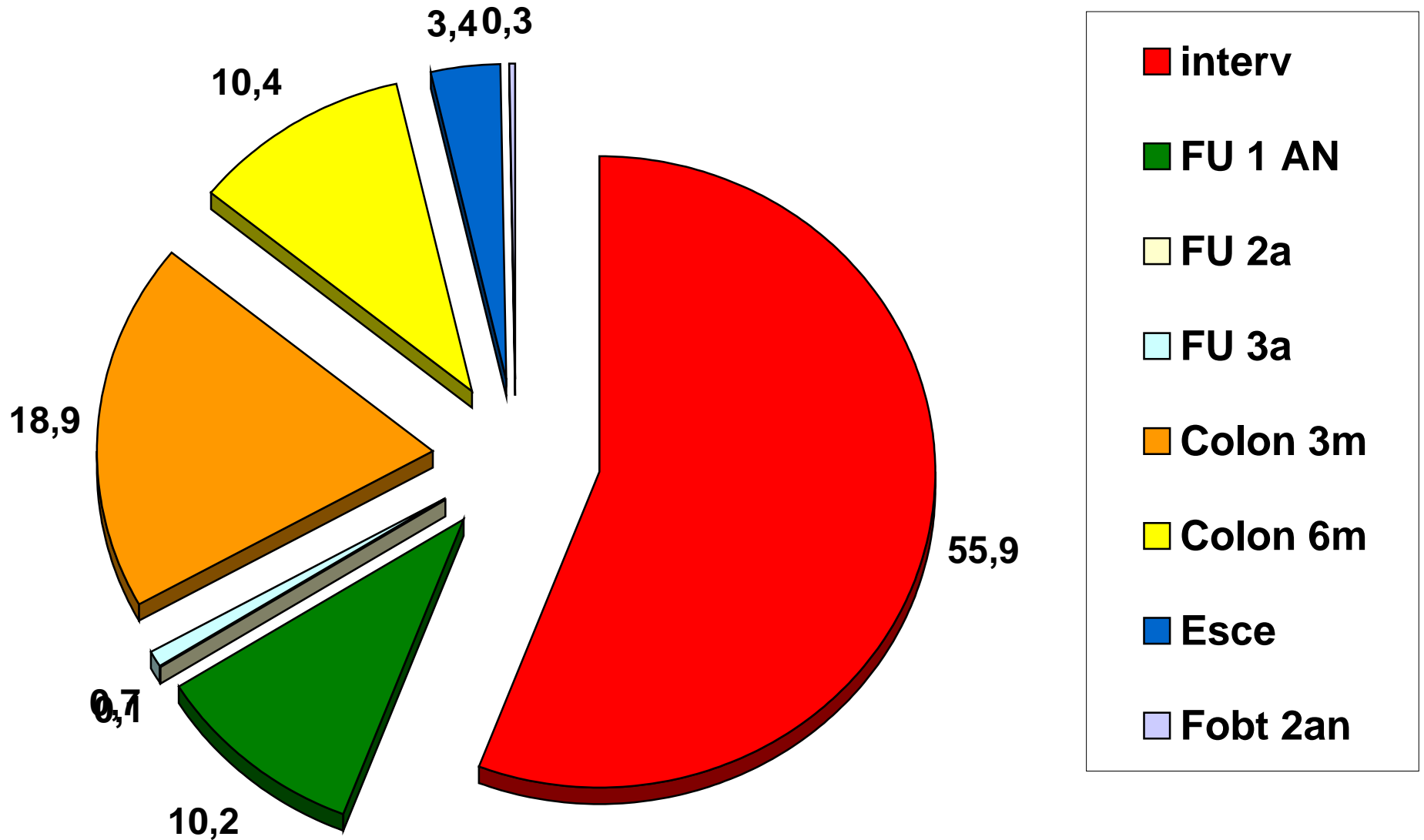
**B. follow-up endoscopico**

- $15/21 = 71\%$  (ulss 3,6,7,9,10,12,13,14,15,16,17,18,19,20,22)

C. altro, specificare

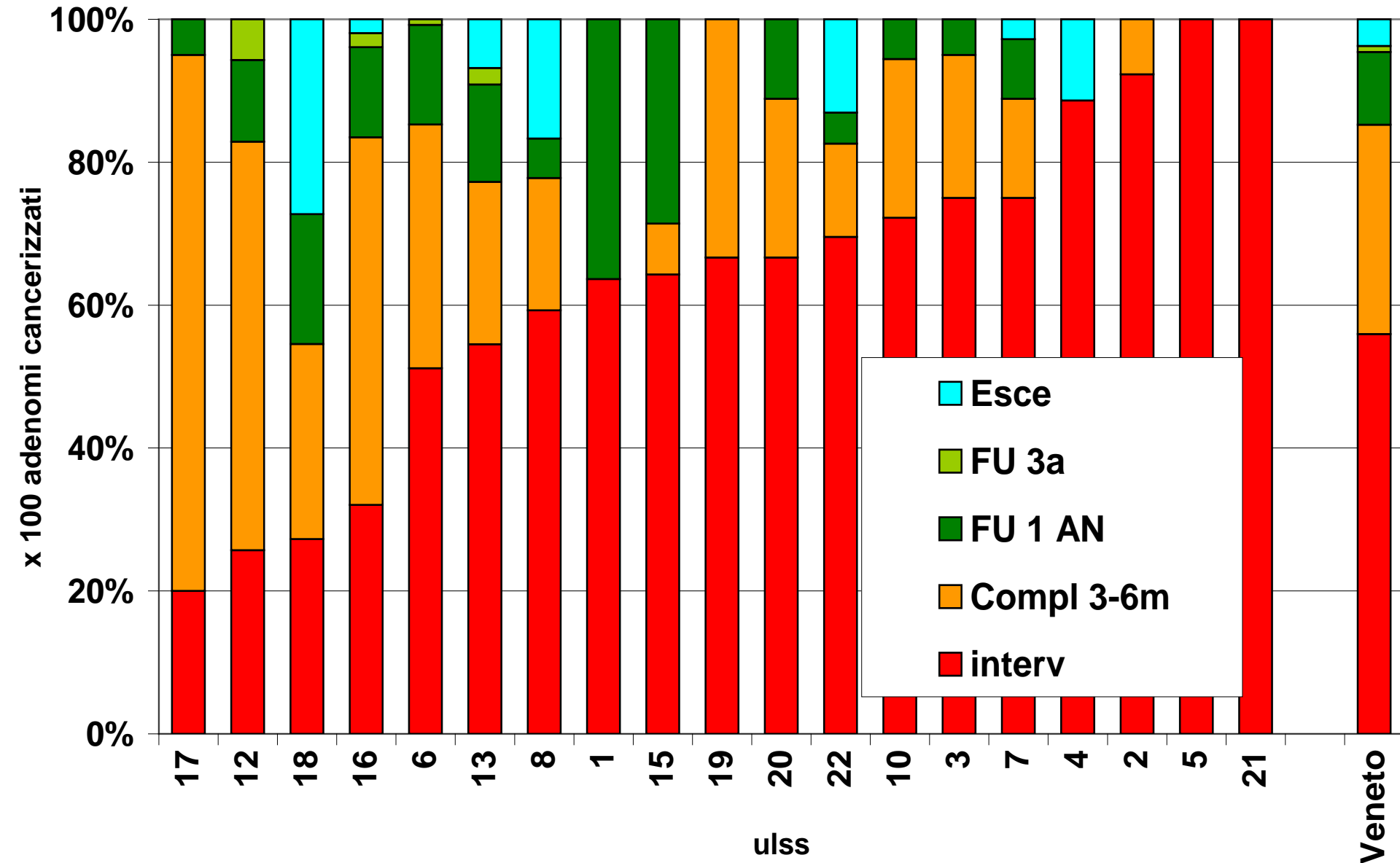
- $2/21 = 9\%$  (ulss 2 e 8= GruppoMD)

# Raccomandazione dopo ad cancerizzato



# Distribuzione % delle raccomandazioni

## dopo adenoma cancerizzato



## Note per gli autori:

- mantenere lo sfondo proposto solo per la slide del titolo;
- Si raccomanda di produrre un numero di diapositive congruo con la durata della relazione