

GISCoR

gruppo italiano screening coloretale

**XII CONGRESSO
NAZIONALE 2017**

7-8 Novembre 2017

CORSO PRE-CONGRESSO

7 Novembre 2017

L'ADENOMA CANCERIZZATO: ESITI DEL TRATTAMENTO IN UNA CASISTICA DI SCREENING

Carlo Senore



Centro di Riferimento per l'Epidemiologia
e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

Quota di lesioni con trattamento esclusivamente endoscopico

	Media 2013	10°-90° percentile
Tutti i carcinomi	14,9%	0 – 43,7%
Carcinomi pT1	21,0%	0 – 50,0%
Adenomi avanzati	96,4%	89,5 - 100%

Scopo dello studio

Analizzare la gestione dei pazienti con tumori pT1 diagnosticati in ambito di screening

- Scelte di trattamento
- Decorso clinico
- Outcome:
 - recidive locali e a distanza
 - sopravvivenza libera da malattia

Popolazione

Pazienti con tumore colorettales pT1, diagnosticato in 7 dei 9 dipartimenti del Programma Regionale di screening del Piemonte «Prevenzione Serena» tra il 2004 e il 2014.

ETA'	<ul style="list-style-type: none">• Età media: 64,9 anni
GENERE	<ul style="list-style-type: none">• 330 uomini 63.5%• 190 donne 36.5%
SEDE	<ul style="list-style-type: none">• 113 colon prossimale 21.7%• 311 colon distale 59.8%• 96 retto 18.5%
ESAME	<ul style="list-style-type: none">• 414 FIT 79.6%• 106 RS 20.4%
DIMENSIONI	<ul style="list-style-type: none">• Dimensione media: 18,2 mm
MORFOLOGIA	<ul style="list-style-type: none">• 259 peduncolate 49.8%• 261 non peduncolate 50.2%

1644 Carcinomi

543 in stadio **pT1**
(33.3%)

520 inclusi

Metodi

Revisione

della documentazione relativa all'esame endoscopico e successivo referto istologico delle cartelle cliniche dei pazienti sottoposti a ricovero

Follow-up tramite record-linkage

dell'archivio del programma di screening regionale con:

- Archivio schede di dimissione ospedaliera
- Archivio di mortalità gestito dal Registro Tumori

31/12/2014

- Successivi ricoveri/interventi
- Recidiva locale o a distanza
- Data e causa di morte

Risultati



ADENOMI CANCERIZZATI : Il Potenziale Metastatico Linfonodale

- **GRADING CARCINOMA**
- **INVASIONE VASCOLARE**
- **"BUDDING" TUMORALE**

+

- **MICROSTADIAZIONE**
Profondità di Invasione
Ampiezza di Invasione
Margine di Resezione
Rapporto Adenoma/Carcinoma

MINIMO RISCHIO
(0-0,7%)

BASSO RISCHIO
(8-18%)

ALTO RISCHIO
(20-40%)

Qualità del referto istologico

Considerando le lesioni reseccate endoscopicamente, la **completezza del referto istologico** in relazione alla valutazione dei criteri di rischio metastatico è passata a Torino dal

65.0% nel periodo 2000-2003

87.6% nel periodo 2002-2014

Nel resto del Piemonte è pari al **79.7%**

La proporzione di casi asportati en bloc all'endoscopia per cui è stato richiesto un **secondo parere** è passata a Torino dal

5.0% nel periodo 2000-2003

24.4% nel periodo 2008-2012

La pratica non è adottata nel resto del Piemonte

Risultati

EN BLOC (N=340)

- **160 alto rischio** (47,1%)
- **118 basso rischio** (34,7%)
- **62 non valutabile** (18,2%)

PIECEMEAL (N=52)

- **19 alto rischio** (36,5%)
- **9 basso rischio** (17,3%)
- **20 non valutabile** (37,7%)

**Incompletezza referto meno
probabile
per lesioni asportate en bloc**

OR 0.28, 95% CI: 0.14 - 0.56

**Alto rischio:
89%**

CHIRURGIA di COMPLETAMENTO

**Basso rischio:
59%**

CHIRURGIA di COMPLETAMENTO

Determinanti dell'invio in chirurgia

	OR	Limiti di confidenza al 95%	
Uomini	1		
Donne	1.78	1.05	3.02
58-64 anni	1		
65+ anni	0.92	0.56	1.52
1-15 mm	1		
16-25 mm	1.17	0.68	2.02
> 25 mm	2.90	1.46	5.78
Non peduncolato	1		
Peduncolato	0.35	0.21	0.59
Rischio incompleto	1		
Rischio basso	0.17	0.09	0.31
Rischio alto	2.01	1.03	3.90
Sede distale	1		
Sede prossimale	2.13	1.08	4.24

Determinanti dell'invio in chirurgia

Lesioni asportate	OR	Limiti di confidenza al 95%	
Uomini	1		
Donne	1.87	1.08	3.24
58-64 anni	1		
65+ anni	0.92	0.56	1.52
1-15 mm	1		
16-25 mm	1.07	0.61	1.89
> 25 mm	2.47	1.21	5.03
Non peduncolato	1		
Peduncolato	0.50	0.29	0.87
Rischio incompleto	1		
Rischio basso	0.40	0.21	0.78
Rischio alto	4.46	2.17	9.19
Sede distale	1		
Sede prossimale	1.82	0.86	3.83

Esiti

pazienti con lesione resecata endoscopicamente

250 casi ad alto rischio

11 casi: dati incompleti su parametri standard; positivi a uno dei nuovi parametri

60 casi: negativi per i parametri standard; positivi a uno dei nuovi parametri

179 casi: positivi solo per i parametri standard

195 casi operati

11 (5.6%): stato linfonodale missing;

11 (5.6%): nessun linfonodo;

57 (29.2%): 1-6 linfonodi; 2 (3.5%) positivi

60 (30.8%): 7-11 linfonodi; 5 (8.3%) positivi

56 (28.7%): \geq 12 linfonodi; 4 (7.1%) positivi

Esiti

pazienti con lesione resecata endoscopicamente

76 casi a basso rischio

21 casi operati:

- 3 (14.3%): stato linfonodale missing;
- 1 (4.8%): nessun linfonodo;
- 5 (23.8%): 1- 6 linfonodi; 0 positivi
- 3 (14.3%): 7-11 linfonodi; 0 positivi
- 9 (42.9%): ≥ 12 linfonodi; 0 positivi

66 casi rischio non valutabile/valutato

56 casi operati:

- 4 (7.1%): stato linfonodale missing;
- 3 (5.4%): nessun linfonodo;
- 11 (19.6%): 1- 6 linfonodi; 0 positivi
- 14 (25.0%): 7-11 linfonodi; 0 positivi
- 24 (42.9%): ≥ 12 linfonodi; 2 positivi

Esiti

Interessamento linfonodale

	N+		
	Numero	%	Totale
Invio diretto in chirurgia	12	9,6%	125
Radicalizzazione dopo resezione	13	4,8%	272
Totale	25	6,3%	397

Linfonodi asportati

N Linfonodi	Resecate	Chirurgia	Totale
Missing	18	2	20
	6,6%	1,6%	5,0%
0	15	4	19
	5,5%	3,2%	4,8%
1-6	73	16	89
	26,8%	12,8%	22,4%
7-11	77	45	122
	28,3%	36,0%	30,7%
≥ 12	89	58	147
	32,7%	46,4%	37,0%
Totale	272	125	397

Rischio di complicanze post-chirurgiche

	OR	95% CI
Uomini	1	
Donne	0.30	0.16 0.58
< 65 anni	1	
> 65 anni	1.38	0.80 2.38
0-6 linfonodi	1	
> 6 linfonodi	2.33	1.20 4.51

Decorso post-operatorio

Complicanze intraricovero		
Nessuna complicanza	340	85,6%
Insufficienza respiratoria, TEP, polmonite	11	2,8%
Emorragia	15	3,8%
Complicanze GI (vomito, colica biliare, occlusione...)	9	2,3%
Infezione ferita, ascesso, peritonite, fistola	15	3,8%
FA, IMA	1	0,3%
Altro	6	1,5%
Totale complicanze intra-ricovero	57	14,4%
Reintervento	5	1,3%

Complicanze a 30 gg*

Totale	13	3,3%
Reintervento	5	1,3%

* 11 deiscenza, laparoccele, stenosi, infezione

Esiti

Follow up

Media: 62,9 mesi

Mediana: 57

- **13** casi di **progressione di malattia (2,5%)**, 11 chirurgici e 2 trattati endoscopicamente
- **4 decessi** per causa CCR-correlata (0,8%), tutti sottoposti a chirurgia

Sopravvivenza libera da malattia 95,8%

Esiti

	Chirurgia			Resezione		
Livello di rischio	ricidiva	decesso	Totale	ricidiva	decesso	Totale
Mancante	2	0	32	0	0	3
Dati incompleti	5	1	100	1	0	4
Basso	0	0	21	0	0	49
Alto (nuovi parametri)	0	0	29	1	0	23
Alto (vecchi / nuovi parametri)	4	3	149	0	0	15
Totale	11	4	331	2	0	94
	3,3%	1,2%		2,1%	0,0%	

	RISULTATI	Casistiche di SCREENING [Fasoli 2015, Dig Liver Dis]	Casistiche NON di SCREENING [Hassan C. 2007, Dig Liver Dis; Courtney E.D. 2013, Colorectal Dis; Gill M.D. 2013, Colorectal Dis]
pT1	33.3% (543)	33,7% (306)	10 – 24%
Adenomi cancerizzati	23,8% (392)	24,4% (234)	4 – 10%
Dimensione media	18,2 mm	22,4 mm	24,07 mm
Età media	64,9 anni	63,1 anni	68,4 anni
Alto rischio	36,7%	34,0%	44 – 65%
Chirurgia	76,3%	67,0%	64,5%
• Alto rischio	89,0%	80,0%	38,4 – 80%
• Basso rischio	40,6%		20,0%

	RISULTATI	Casistiche di SCREENING [Fasoli 2015, Dig Liver Dis]	Casistiche NON di SCREENING [Hassan C. 2007, Dig Liver Dis; Courtney E.D. 2013, Colorectal Dis; Gill M.D. 2013, Colorectal Dis]
Residuo tumorale	32,5%	12,8%	15 – 30%
LNM	6,3%	7,2%	5 – 15%
Linfoadenectomia (< 12)	31,8%	58,0%	68,0%
Complicanze	14,4%		8 – 15,6%
Recidive	2,5% (62,9 mesi)	1,0% (18 mesi)	3 – 8% (18 – 36 mesi)

Management of Malignant Colonic Polyps: A Population-Based Analysis of Colonoscopic Polypectomy Versus Surgery

Cancer February 1, 2012

Gregory S. Cooper, MD^{1,2}; Fang Xu, MS^{1,3}; Jill S. Barnholtz Sloan, PhD^{2,3}; Siran M. Koroukian, PhD^{2,3};
and Mark D. Schluchter, PhD^{2,3}

SEER-Medicare database: pazienti di età > 65 anni
resezione endoscopica 35% degli adenomi cancerizzati
Proporzione in crescita negli anni recenti
Casi con parametri istologici favorevoli

Aggiustando per le variabili cliniche associate all'indicazione alla colonscopia (ad esempio comorbidità) la sopravviveza a lungo termine era sovrapponibile per il trattamento chirurgico e per quello endoscopico

CONCLUSIONI

Lo screening ha determinato un mutamento del profilo epidemiologico della malattia, con un aumento della quota di tumori in fase iniziale

Prognosi buona e rischio metastatico inferiore all'atteso.

Informazioni prognostiche potenzialmente utili ancora non disponibili in una quota consistente di casi

Approccio chirurgico da rivalutare
Monitoraggio sistematico degli esiti

Ilaria Giovo, Università di Torino;
Jasna Metovic, Università di Torino,
Paola Cassoni, Università di Torino;
Marco Calcagno, CPO Piemonte;
Marco Silvani, CPO Piemonte;
Giorgio Saracco, Università di Torino;

Grazie per l'attenzione!

carlo.senore@cpo.it