

6 DICEMBRE 2023

SALA "20 MAGGIO 2012" TERZA TORRE  
VIALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

screening  
femminili  
UNA SEMPLICE  
SANA ABITUDINE

screening  
tumore  
colon retto

2023  
SEMINARI  
REGIONALI

PROGRAMMA

REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
IN COLLABORAZIONE CON  
L'AUSL DI PIACENZA

Gli screening  
oncologici in  
Emilia-Romagna  
L'ANNO CHE VERRA'

## Fattori associati con il trattamento del polipo colorettale maligno screen-detected ad alto e basso rischio

Flavia Baldacchini, Orietta Giuliani, Fabio Falcini,  
Silvia Mancini, Alessandra Ravaoli, Rosa  
Vattiato, Federica Zamagni, Lauro Bucchi,  
Romano Sassatelli, Paolo Trande, Caterina  
Palmonari, Alessandro Mussetto,  
Carlo Fabbri, Angelo de Padova, e screening  
tumore colorettale Working Group Regione  
Emilia-Romagna

# RAZIONALE

- Un **polipo coloretale maligno (PCM)** è un adenoma con aspetto benigno ma che presenta all'esame istologico un focolaio di carcinoma che, attraverso la muscolaris mucosae, invade la sottomucosa (stadio TNM pT1)
- Il tipo di trattamento (solo polipectomia VS resezione chirurgica) deve considerare il **vantaggio** di entrambe le opzioni rispetto ai loro **effetti collaterali**
- Secondo le **Linee Guida europee (LGE)** la gestione del PCM dovrebbe essere identica a quella di un adenoma ad eccezione di una lesione ad alto rischio, definita da **invasione linfovascolare** o **differenziazione di grado 3** o **margini di resezione positivi**

# OBIETTIVI

- Identificare i **fattori** associati con la scelta del **tipo di trattamento** (solo polipectomia VS resezione chirurgica) in una serie di **PCM** screen-detected
- Valutare i fattori che determinano la **deviazione** dalle **Linee Guida Europee** per i **PCM** a basso e alto rischio

# METODI<sub>[1/5]</sub>

## **DISEGNO DELLO STUDIO**

- Studio osservazionale **retrospettivo**

**PERIODO IN STUDIO:** 2005-2016 (Data referto FIT)

**CENTRI PARTECIPANTI:** Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini

## **FONTI**

- Flusso informativo dello screening del cancro coloretale dell'Emilia-Romagna
- Validazione e integrazione dei dati da parte dei centri partecipanti

# METODI<sub>[2/5]</sub>

## Criteri di eleggibilità della coorte in studio:

- Persone invitate e aderenti al **FIT**
- **FIT** positivo con anno referto compreso tra il **2005 e il 2016**
- Almeno una **colonscopia** eseguita **entro 365 GG** dal FIT
- Diagnosi di cancro alla colonscopia
- **Polipectomia** eseguita sulla lesione cancro (esclusi i casi con sola biopsia)

## Criteri di esclusione:

- Sede della lesione cancro C21 (ano e canale anale)
- Diagnosi di carcinoide, linfoma, melanoma e sarcoma
- Diagnosi di cancro coloretale precedente alla diagnosi di pT1

## TIPO DI TRATTAMENTO



### **Solo polipectomia**

- indicazione/conclusione alla colonscopia di **"invio a follow up"**

### **Resezione chirurgica**

- indicazione/conclusione alla colonscopia di **"invio a chirurgia"**
- intervento eseguito entro 180 gg dalla colonscopia
- T1

# METODI<sub>[4/5]</sub>

## **Caratteristiche in studio - pazienti:**

- Caratteristiche patologiche per la distinzione tra PCM ad alto e basso rischio: grado di differenziazione del carcinoma, invasione linfovascolare, stato del margine di resezione
- Budding, sede, morfologia del polipo, tipo istologico, dimensione della lesione in mm
- Caratteristiche demografiche del paziente: sesso e età al FIT
- Caratteristiche dell'episodio di screening: periodo di diagnosi

## **Caratteristiche in studio - Centri screening:**

- Propensione alla polipectomia (% polipectomie)
- Volume di polipectomie (numero polipectomie)

## **Metodi statistici**

- Odds ratio (OR) e intervalli di confidenza al 95% (95%IC) stimati con un modello di regressione logistica multilevel
- Struttura gerarchica dei dati: pazienti (1° livello); centri di screening (2° livello)
- Stima della percentuale di varianza residua attribuibile all'eterogeneità tra centri screening



# RISULTATI<sub>[1/6]</sub>

**Tabella 1.** Fattori associati con la decisione di effettuare la resezione chirurgica

	Numero totale	Pazienti con intervento chirurgico		
		N	%	OR (95% CI)
<b>Totale</b>	954	564	59.12	NA
<b>Sesso</b>				
<i>Maschi</i>	563	335	59.5	
<i>Femmine</i>	391	229	58.6	
<b>Età alla diagnosi</b>				
<i>50-54</i>	160	98	61.3	
<i>55-59</i>	185	114	61.6	
<i>60-64</i>	240	152	63.3	
<i>65-69</i>	369	200	54.2	
<b>Periodo diagnosi</b>				
<i>2005-2007</i>	430	234	54.4	
<i>2008-2010</i>	240	152	63.3	
<i>2011-2013</i>	149	93	62.4	
<i>2014-2016</i>	135	85	63	
<b>Centro screening</b>				
<i>Reggio Emilia</i>	210	142	67.6	
<i>Modena</i>	241	134	55.6	
<i>Ferrara</i>	136	78	57.4	
<i>Ravenna</i>	185	94	50.8	
<i>Forlì</i>	31	22	71	
<i>Cesena</i>	68	53	77.9	
<i>Rimini</i>	83	41	49.4	

# RISULTATI<sub>[2/6]</sub>

**Tabella 1.** Fattori associati con la decisione di effettuare la resezione chirurgica

	Numero totale	Pazienti con intervento chirurgico		
		N	%	OR (95% CI)
<b>Sede</b>				
<i>Prossimale</i>	116	98	84.5	1 Rif.
<i>Distale</i>	625	340	54.4	0.33 (0.17-0.62)
<i>Retto</i>	213	126	59.2	0.19 (0.10-0.39)
<b>Morfologia</b>				
<i>Pedunculata</i>	478	218	45.6	1 Rif.
<i>Sessile</i>	398	282	70.9	2.02 (1.37-2.98)
<i>Piatta</i>	67	56	83.6	2.55 (1.09-5.95)
<i>Stenosante</i>	1	0	0	
<i>Vegetante</i>	10	8	80	4.55 (0.72-28.88)
<b>Dimensione mm</b>				
<i>&lt;10</i>	95	56	58.9	
<i>10-19</i>	433	249	57.5	
<i>20-29</i>	254	148	58.3	
<i>30-39</i>	108	68	63	
<i>40-49</i>	41	28	68.3	
<i>≥50</i>	23	15	65.2	1.21 (1.03-1.44)
<b>Tipo Istologico</b>				
<i>Adenocarcinoma in adenoma</i>	789	431	54.6	1 Rif.
<i>Adenocarcinoma</i>	164	132	80.5	2.17 (1.27-3.68)
<i>Carcinoma NOS</i>	1	1	100	

# RISULTATI<sub>[3/6]</sub>

**Tabella 1.** Fattori associati con la decisione di effettuare la resezione chirurgica

	Numero totale	Pazienti con intervento chirurgico		
		N	%	OR (95% CI)
<b>Grading</b>				
<i>Ben differenziato</i>	426	206	48.4	1 Rif.
<i>Moderatamente differenziato</i>	386	249	64.5	1.56 (1.04-2.33)
<i>Scarsamente differenziato/Indifferenziato</i>	65	56	86.2	3.01 (1.25-7.29)
<i>Non noto</i>	77	53	68.8	0.88 (0.44-1.74)
<b>Stato del margine di resezione libero</b>				
<i>Negativo</i>	303	76	25.1	1 Rif.
<i>Positivo</i>	358	301	84.1	14.65 (9.16-23.43)
<i>Indeterminato</i>	68	53	77.9	10.83 (5.24-22.38)
<i>Non noto</i>	225	134	59.6	4.77 (2.79-8.16)
<b>Invasione linfovaskolare</b>				
<i>Assente</i>	477	218	45.7	1 Rif.
<i>Presente</i>	94	78	83	7.42 (3.72-14.82)
<i>Non evidente</i>	102	70	68.6	1.96 (1.04-3.69)
<i>Non noto</i>	281	198	70.5	2.85 (1.70-4.77)
<b>Budding</b>				
<i>Basso grado/assente</i>	240	119	49.6	1 Rif.
<i>Alto grado/presente</i>	76	10	13.2	5.72 (2.34-13.98)
<i>Non noto</i>	638	261	40.9	1.08 (0.62-1.89)

percentuale di varianza residua attribuibile all'eterogeneità tra centri = 7%

## POLIPO MALIGNO COLOLORETTALE



### **BASSO RISCHIO**

ha **tutte** le seguenti caratteristiche:

- Grado 1 o Grado 2
- Margine di escissione negativo
- No invasione linfovascolare

### **ALTO RISCHIO**

ha **almeno una** delle seguenti caratteristiche:

- Grado 3
- Margine di escissione positivo/inderterminato
- Invasione linfovascolare

European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis.  
1st ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010:251-272.

# RISULTATI<sub>[5/6]</sub>

**Tabella 2.** Fattori associati con la decisione effettuare la resezione chirurgica nei PCM a basso rischio

percentuale di varianza residua attribuibile all'eterogeneità tra centri = 9%

	Numero totale	Pazienti con intervento chirurgico		
		N	%	OR (95% CI)
<b>Totale</b>	213	35	16.4	NA
<b>Sede</b>				
<i>Prossimale</i>	11	4	36.4	1 Rif.
<i>Distale</i>	160	24	15	0.23 (0.04-1.23)
<i>Retto</i>	42	7	16.7	0.33 (0.06-1.95)
<b>Morfologia</b>				
<i>Pedunculata</i>	154	24	15.6	1 Rif.
<i>Sessile</i>	55	10	18.8	1.35 (0.49-3.68)
<i>Piatta</i>	4	1	25	0.12 (0.00-23.56)
<b>Tipo Istologico</b>				
<i>Adenocarcinoma in adenoma</i>	207	34	16.4	1 Rif.
<i>Adenocarcinoma</i>	6	1	16.7	0.78 (0.06-9.58)
<b>Budding</b>				
<i>Basso grado/assente</i>	66	8	12.1	1 Rif.
<i>Alto grado/presente</i>	10	7	70	57.02 (6.90-471.45)
<i>Non noto</i>	137	20	14.6	0.66 (0.20-2.22)
<b>Volume polipectomie</b>				0.10 (0.03-0.33)

# RISULTATI<sub>[6/6]</sub>

**Tabella 3.** Fattori associati con la decisione di eseguire solo polipectomia nei PCM ad alto rischio

percentuale di varianza residua attribuibile all'eterogeneità tra centri = 9%

	Numero totale	Pazienti con sola polipectomia		
		N	%	OR (95% CI)
<b>Totale</b>	482	88	18.3	Na
<b>Sede</b>				
Prossimale	68	3	4.4	1 Rif.
Distale	289	59	20.4	4.34 (1.28-14.75)
Retto	125	26	20.8	6.25 (1.77-22.13)
<b>Morfologia</b>				
Pedunculata	185	50	27	1 Rif.
Sessile	246	33	13.4	0.40 (0.23-0.68)
Piatta	51	5	9.8	0.37 (0.13-1.06)
<b>Tipo Istologico</b>				
Adenocarcinoma in adenoma	393	79	20.1	1 Rif.
Adenocarcinoma	89	9	10.1	0.55 (0.25-1.19)
<b>Budding</b>				
Basso grado/assente	127	32	25.2	1 Rif.
Alto grado/presente	63	6	9.5	0.25 (0.10-0.68)
Non noto	292	50	17.1	0.71 (0.40-1.23)

# CONCLUSIONI<sub>[1/3]</sub>

I tre fattori indicati dalle **LGE** hanno avuto un **impatto** significativo sulla decisione della resezione chirurgica, ma **altre cinque caratteristiche** hanno avuto un ruolo nel processo decisionale: sede, morfologia, dimensioni lesione, tipo istologico e budding

# CONCLUSIONI<sub>[2/3]</sub>

Le deviazioni dalle LGE hanno una frequenza moderata e pressoché uguale per i PCM a basso rischio e per quelli ad alto rischio:

- Nei polipi maligni a basso rischio, la resezione chirurgica è stata fortemente favorita da un budding di grado elevato ed è stata molto meno frequente nei centri con un volume di polipectomie maggiore
- Nei polipi maligni ad alto rischio, un budding di grado elevato ha scoraggiato il follow-up. Una morfologia sessile e piatta ha avuto lo stesso effetto. Una sede distale e rettale, invece, ha aumentato la probabilità di follow-up



# CONCLUSIONI<sub>[3/3]</sub>

I risultati supportano la scelta della Commissione Europea di istituire un Gruppo di lavoro per la revisione delle Linee Guida europee, che è in corso



# Grazie

per l'attenzione

ISTITUT  
ROMAGNOL  
PER LO STUDIO  
DEI TUMORI  
DINO AMADORI

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori"  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico