

1^a Giornata di studio sul programma di screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto

Omero Triossi
Gastroenterologia
ASL Ravenna



**Percorso diagnostico terapeutico
del paziente affetto da cancro
colorettale**

Esperienza della ASL di Ravenna

Situazione iniziale: 2003

- ✓ **Ipotizzato avvio dello screening cancro colorettales nel 2005**
- ✓ **Variabilità di percorso**
 - ✓ **modalità di presa in cura del paziente**
 - ✓ **modalità diagnostiche**
 - ✓ **modalità terapeutiche**
- ✓ **Variabilità nei tempi di attesa**

Gruppo di lavoro

- ✓ **Coordinatore:** Triossi
- ✓ **Gastroenterologi:** Brancaccio, Caprio, Rani, Ricci Maccarini.
- ✓ **Oncologi:** Gentili, Naldoni, Tamberi, Turci.
- ✓ **Radioterapisti:** Teodorani, Venturini.
- ✓ **Radiologo:** Berretti
- ✓ **Chirurghi:** Guglielminetti, Luchini, Riccardi
- ✓ **Anatomopatologo:** Lanzasova
- ✓ **Medico di Medicina Generale:** Bonfà
- ✓ **Infermieri Professionali:** Bassi, Valtancoli
- ✓ **Epidemiologo:** Silvi

Ricerca e valutazione delle linee guida

- ✓ Il gruppo di lavoro ha condotto una ricerca sulle principali banche dati (Cochrane Library, Pubmed, Sign, National Guideline Clearinghouse, AUA website, Ontario, NCCN, ecc.) ritrovando numerose linee guida sulla gestione del cancro coloretale
- ✓ Una prima valutazione (Practice guidelines developed by specialty societies.... Grilli, Magrini et al. Lancet 2000) ha ridotto la scelta a 2 linee guida:
 - **NCCN (national comprehensive cancer network) v.1.2003: colorectal cancer**
 - **SIGN (scottish intercollegiate guidelines network) Marzo 2003: management of colorectal cancer**

Ricerca e valutazione delle linee guida

Valutazione tramite AGREE		
Linea guida	SIGN	NCCN
Obiettivo e motivazione	100%	77%
Coinvolgimento	78%	50%
Rigore elaborazione	84%	67%
Chiarezza presentazione	84%	67%
Applicabilità	72%	44%
Indipendenza	50%	50%


Ricerca e valutazione delle linee guida

Scottish Intercollegiate Guidelines Network

67

Management of Colorectal Cancer

A national clinical guideline



1	Introduction	1
2	Prevention and screening	3
3	The impact of colorectal cancer on patients and their families	8
4	Genetics	10
5	Primary care and referral	13
6	Diagnosis	15
7	Surgery	17
8	Pathology	21
9	Chemotherapy and radiotherapy	22
10	Follow up of patients treated for colorectal cancer	30
11	Palliative care and the management of symptoms in advanced disease	31
12	Implementation and audit	33
13	Information for discussion with patients and carers	35
14	Development of the guideline	39
	Abbreviations	42
	References	43

March 2003

Bologna, 10 Marzo 2005

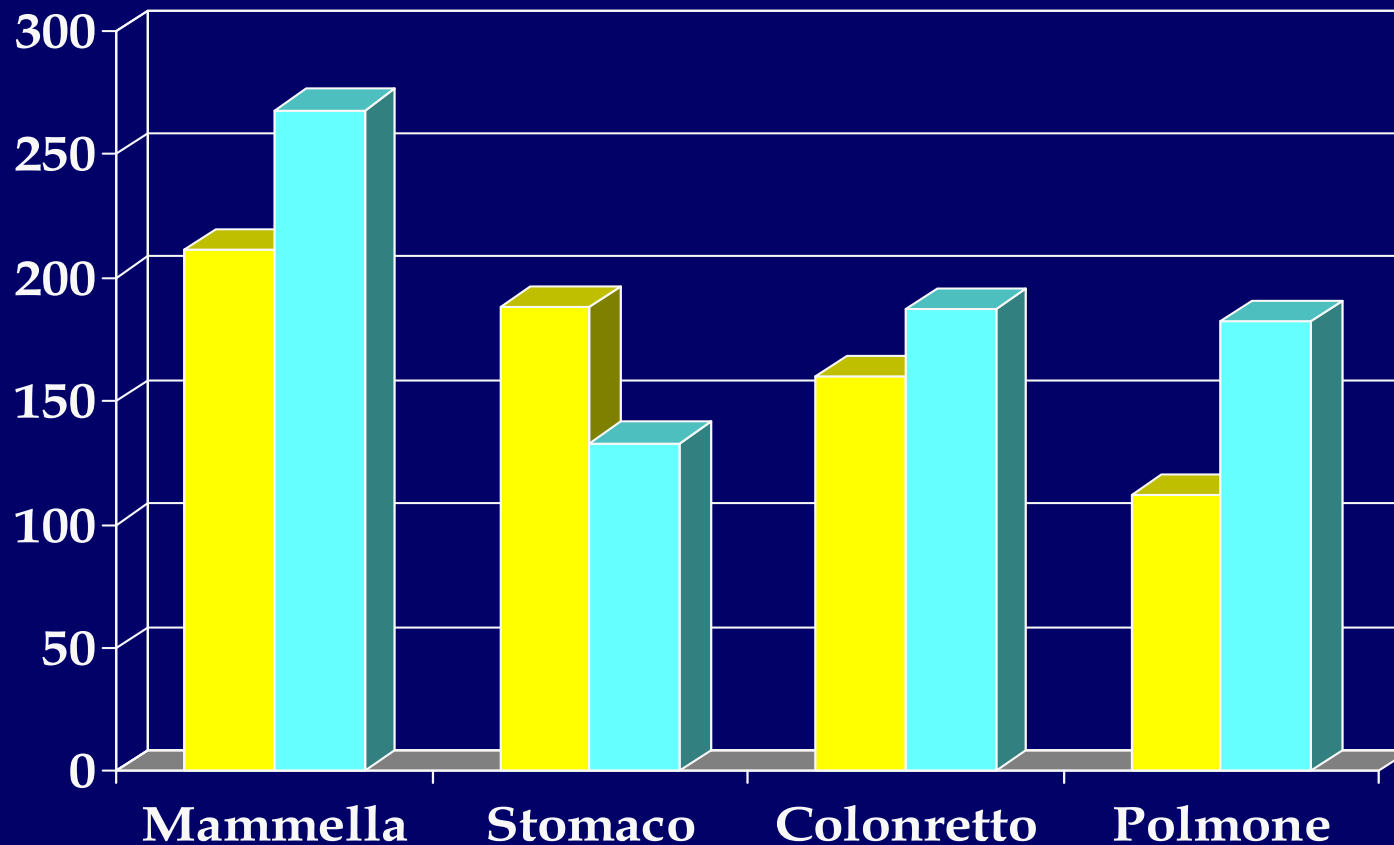
Ricerca e valutazione delle linee guida

Integrazioni della linea guida

- ✓ Nelson H, Petrelli N, Carlin A et al. Guidelines 2000 for colon and rectal cancer surgery . Journal of the National Cancer Institute 2001; Vol 93, No. 8: 583-596
- ✓ C. Perboni. Stoma care: obiettivi e procedure, gli ausili di raccolta, educazione del paziente all'autogestione del neostoma; quando e come in postoperatorio tardivo (Atti corso formazione AIOSS, AISTOM per infermieri professionali 1998-99)
- ✓ Caroli et al. Assistenza perioperatoria, le stomie (Nursing perioperatorio, Milano 1996)
Tronconelli. La riabilitazione enterostomale (L'infermiere professionale in chirurgia 1999).
- ✓ Tumori del colon-retto" A.I.O.M. 2002.
- ✓ Meyerhardt JA and Mayer RJ. Follow up strategies after curative resection of colorectal cancer. Seminars in Oncology, Vol. 30, No 3 (June), 2003: 349-360.
- ✓ Winawer S, Fletcher R, Rex D et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. Gastroenterology 2003;124:544-60.
- ✓ Rex D. Surveillance colonoscopy after resection of colorectal polyps and cancer. Clinical Update; Vol. 6, No. 2 October 1998.
- ✓ Bond JH for the Practice Parameters Committee of the ACG. Polyp guideline: diagnosis, treatment and surveillance for patients with colorectal polyps . American Journal of Gastroenterology 2000; Vol.95, No. 11.
- ✓ NCCN (National Comprehensive Cancer Network). Practice Guidelines in Oncology: Colorectal Cancer v.1.2003

Situazione locale

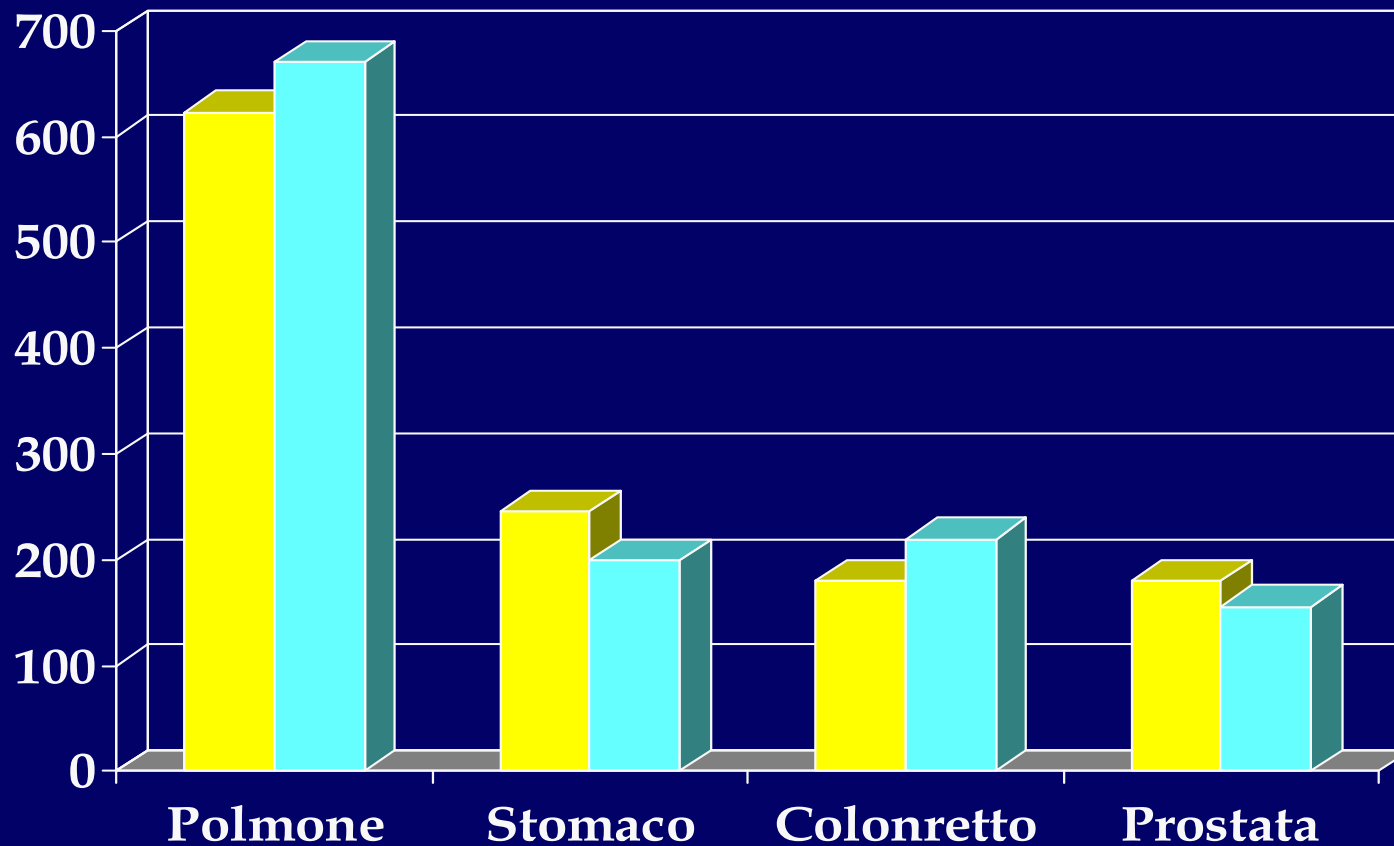
Mortalità primi quattro tumori provincia di Ravenna, femmine anni 1990-92, 2000-02



Bologna, 10 Marzo 2005

Situazione locale

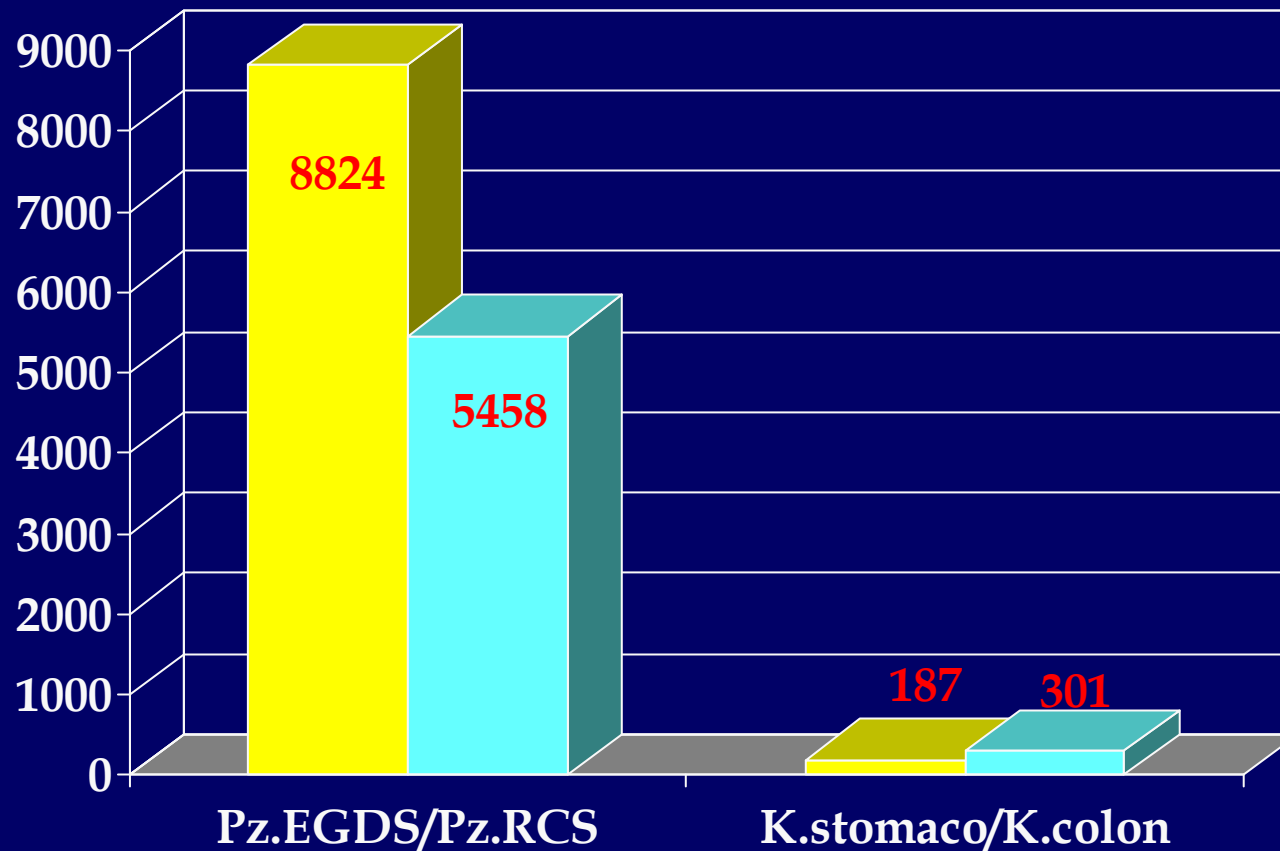
Mortalità primi quattro tumori provincia di Ravenna, maschi anni 1990-92, 2000-02



Bologna, 10 Marzo 2005

Situazione locale

Anno 2002



Bologna, 10 Marzo 2005

Diagnosi

Studio su pazienti sintomatici

Elevato valore predittivo positivo

- Sanguinamento rettale senza sintomi anali
- Sanguinamento rettale con alterazione dell'alvo
- Massa addominale palpabile
- Massa rettale palpabile

Basso valore predittivo positivo

- Sanguinamento rettale con sintomi anali
- Riduzione del numero delle evacuazioni e aumento di consistenza delle feci
- Dolore addominale

Diagnosi

- ✓ **Tutti i soggetti di età > di 50 anni con almeno uno dei sintomi ad elevato VPP, dovrebbero effettuare una colonscopia prioritaria (entro 2 settimane).**
- ✓ **La colonscopia costituisce l'indagine di prima scelta nella diagnostica del CCR**
- ✓ **Nei pazienti che rifiutano la colonscopia, o nei casi di esame endoscopico incompleto, è raccomandata l'esecuzione del clisma opaco**
- ✓ **In tutti i soggetti di età > 45 anni con anemia sideropenica, ad eziologia non altrimenti definita, dovrebbe essere presa in considerazione l'ipotesi diagnostica di CCR**

Sorveglianza

Studio su popolazione precedentemente trattata per adenoma o cancro coloretale

Pazienti con pregressa asportazione di adenomi del colon-retto

In caso di riscontro di 1-2 adenomi < 1 cm ripetere la colonscopia dopo 5 anni.

In caso di riscontro di 3 o più adenomi o almeno un adenoma ≥ 1 cm o almeno un adenoma con displasia severa eseguire il primo controllo colonscopico dopo 3 anni ed il secondo dopo 5 anni.

Sorveglianza

Pazienti con pregressa asportazione di adenomi del colon-retto

Si ricorda, ai fini della sorveglianza, che i polipi non recuperati vanno considerati adenomi

In caso di incertezza sulla completezza delle polipectomie, per il numero elevato dei polipi, e/o l'incompleta pulizia del colon, la colonscopia dovrebbe essere ripetuta dopo 1 anno, o prima

La durata della sorveglianza colonscopica va rapportata alle condizioni generali del paziente ed alla sua aspettativa di vita e, in ogni caso, la decisione di interromperla deve essere condivisa tra medico e paziente

Sorveglianza

Pazienti con pregressa asportazione di CCR

Tutti i pazienti con CCR operati con intento di radicalità dovrebbero essere sottoposti ad una pancoloscopia per escludere la presenza di adenomi o cancro sincroni entro il più breve tempo possibile dall'intervento (max 3 mesi), se non già stata eseguita in fase preoperatoria

Se la pancoloscopia pre o postoperatoria risulta normale, la successiva colonscopia va eseguita:

- cancro del colon: dopo 3 anni, se negativa ogni 5 anni**
- cancro del retto: dopo 6 mesi, poi dopo 30 mesi, poi ogni 5 anni**

Polipo adenomatoso

- ✓ Polipo adenomatoso semplice
- ✓ Polipo adenomatoso complesso:
 - ✓ Sessile > 2 Cm.
 - ✓ Polipo con cancro microinvasivo

Polipo adenomatoso

- ✓ **Descrizione del follow up endoscopico nel referto consegnato al paziente insieme all'esame istologico in caso di polipo semplice**
- ✓ **Presenza in cura dei pazienti con polipo complesso fino al trattamento definitivo (endoscopico o chirurgico)**

Percorso diagnostico terapeutico

- ✓ **La maggioranza dei pazienti giunge ad una diagnosi definitiva di cancro coloretale dopo l'esecuzione della colonscopia con prelievi biotici mirati**

Percorso diagnostico terapeutico

- ✓ La **gastroenterologia** predispone un appuntamento presso l'ambulatorio chirurgico dedicato (max 7 giorni di attesa)
- ✓ Nel momento in cui consegna il referto al paziente indica la data ed il luogo di tale appuntamento spiegando al paziente che sarà **preso in cura dalla chirurgia che effettuerà, in collaborazione con l'oncologia e la radioterapia**, tutti gli accertamenti necessari per effettuare l'intervento chirurgico nei tempi e modi più appropriati.

Percorso diagnostico terapeutico

- ✓ Se il paziente, dopo essersi consultato col proprio medico curante, non desidera avvalersi di tale opportunità è pregato di disdire l'appuntamento.
- ✓ Il **medico curante** discute col proprio paziente e consiglia, quando dovuto, l'effettuazione della colonscopia ai parenti di primo grado

Percorso diagnostico terapeutico

- ✓ Il paziente, dopo l'intervento chirurgico, entra in un programma di follow up gestito dall'**oncologia** in collaborazione con la chirurgia e/o la gastroenterologia quando emergono problematiche secondarie all'intervento chirurgico o in caso di comparsa di recidive o metastasi suscettibili di trattamento chirurgico

Assistenza Infermieristica

- ✓ **Tutti i pazienti con diagnosi di CRC dovrebbero avere un colloquio con un'infermiere professionale per ricevere informazioni e rassicurazioni**
- ✓ **Tutti i pazienti con stomia dovrebbero, entro 48 ore dall'intervento, ricevere da un'infermiere professionale rassicurazioni ed informazioni**

Percorso diagnostico terapeutico

Diagnosi	Inizio percorso	Presenza in cura	Discussione col Pz.	Follow up	Ulteriori informazioni
Gastroenterologo	Gastroenterologo	Chirurgo	MMG	Oncologo	Infermiere

Audit clinico – indicatori di processo

Area gastroenterologica

Criteri

Completezza del referto relativamente al follow-up endoscopico post polipectomia

Appropriatezza di timing del follow-up post polipectomia

Presenza in carico del polipo complesso

Audit clinico – indicatori di processo

Area chirurgica

Criteria

Timing di trattamento chirurgico entro 30 giorni

Appropriatezza profilassi malattia tromboembolica

Appropriatezza profilassi antibiotica

Appropriata richiesta visita oncologica

Audit clinico – indicatori di processo

Area oncologica

Criteria

Timing di presa in carico oncologia in pz. non operabile entro 30 giorni

Appropriata richiesta pancoloscopia postoperatoria

Audit clinico

- ✓ Dopo 9 mesi poi a cadenza annuale il gruppo di lavoro del CCR effettua un audit clinico sugli indicatori selezionati e riferisce a tutti gli interessati
- ✓ In tale occasione saranno discusse le modalità operative per colmare gli scostamenti rispetto agli intenti
- ✓ Il data base sui pazienti affetti da CCR è gestito dal gruppo di lavoro ed è di libero utilizzo da parte di tutti gli interessati

Colonscopia

✓ La colonscopia veniva prenotata attraverso due modalità:

✓ **prioritaria (entro 2 settimane)**

✓ **ordinaria (entro 2 mesi)**

sulla base della presenza o meno di fattori di rischio per patologia severa del colonretto

Colonscopia

- ✓ Mentre il tempo di attesa della modalità prioritaria è stato sempre mantenuto entro 15-16 giorni, seppure con molte difficoltà, nella modalità ordinaria il tempo di attesa ha raggiunto spesso gli 80-90 giorni
- ✓ Nella modalità ordinaria sono comprese anche le richieste di colonscopia eseguite nell'ambito di follow up postpolipectomia o postresezione di cancro coloretale (35% del totale delle ordinarie) per le quali **il tempo di attesa non rappresenta un elemento rilevante** (es. dopo una polipectomia singola di adenoma del colon il controllo colonscopico va effettuato dopo 5 anni).

Colonscopia

- ✓ E' stata attivata una **terza modalità di prenotazione della colonscopia esclusivamente dedicata al follow up**
- ✓ Nella richiesta indicare come motivo dell'esame:
 - ✓ **controllo post polipectomia**
 - ✓ **controllo post resezione**

Audit – primi dati

- ✓ Dal 1/1/2004 al 30/6/2004 eseguite 3175 colonscopie su base aziendale
- ✓ 1391 colonscopie distretto di Ravenna
- ✓ polipectomie in 507 pazienti (36%)
 - ✓ polipi iperplastici 32%
 - ✓ adenomi basso rischio 27,5%
 - ✓ adenomi alto rischio 33%
 - ✓ sessili > 2 cm senza K micro 1,5%
 - ✓ K microinvasivo 6%

Audit – primi dati

- ✓ Dal 1/1/2004 al 30/6/2004 diagnosticati 30 polipi con cancro microinvasivo
 - ✓ 12 sessili > 2 cm diametro
 - ✓ 3 operati
 - ✓ 3 sessili < 2 cm diametro
 - ✓ 1 operato
 - ✓ 15 pedunculati
 - ✓ nessuno operato

Audit – primi dati

- ✓ Dal 1/1/2004 al 30/6/2004 distretto di Ravenna
- ✓ Diagnosticati 63 cancro avanzati del colonretto
- ✓ Maschi 55% Femmine 45%
- ✓ Età max 96 min 51 media 71 \pm 11
- ✓ Seguito percorso concordato nel 95%

Audit – primi dati

- ✓ Dal 1/1/2004 al 30/6/2004 distretto di Ravenna
- ✓ Ricovero chirurgia urgente 45% programmato 55%
- ✓ Intervento con intento radicale 79%
- ✓ Intervento palliativo 6%
- ✓ Non intervento 15%
- ✓ Intervallo diagnosi intervento in giorni:
 - ✓ max 34 (1 solo caso)
 - ✓ min 6
 - ✓ media 15

Audit – primi dati

- ✓ Dal 1/1/2004 al 30/6/2004 distretto di Ravenna
- ✓ Colonscopia preoperatoria 82%
- ✓ Pancolonscopia 38%
- ✓ Colonscopia parziale 62%
- ✓ Per:
 - ✓ Stenosi 81%
 - ✓ Posizionato stent 6%
 - ✓ Inadeguata preparazione 13%
- ✓ Pancolonscopia postoperatoria 6%

Audit – primi dati

- ✓ Dal 1/1/2004 al 30/6/2004 distretto di Ravenna
- ✓ Assenza di visita oncologica nei pazienti ricoverati
49%
- ✓ Appropriata (età > 80 anni) 42%
- ✓ Non presente traccia in cartella, ma comunque
effettuata 31%
- ✓ Non effettuata, ma appropriata 27%

Audit clinico – indicatori di processo

Percorso complessivo

Indicatore	Target	Rilevato
% di pazienti che seguono il percorso concordato	> 90%	95%

Audit clinico – indicatori di processo

Area gastroenterologica

Indicatore	Target	Rilevato
% completezza del referto relativamente al follow-up endoscopico post polipectomia	100%	100%
% appropriatezza di timing del follow-up post polipectomia	100%	97%
% presa in carico del polipo complesso	100%	100%

Audit clinico – indicatori di processo

Area chirurgica

Indicatore	Target	Rilevato
% timing di trattamento chirurgico entro 30 giorni	90%	97%
% appropriatezza profilassi malattia tromboembolica	100%	98%
% appropriatezza profilassi antibiotica	100%	100%
% appropriata richiesta visita oncologica	100%	70%

Audit clinico – indicatori di processo

Area oncologica

Indicatore	Target	Rilevato
% timing di presa in carico oncologia in pz. non operabile entro 30 giorni	> 90%	95%
% appropriata richiesta pancolonscopia postoperatoria	100%	6%

Grazie per l'attenzione e la pazienza

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

La linea giusta è prevenire.

PROGRAMMA DI SCREENING PER LA
PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLON-RETTO

SCREENING.
vuol dire salute

Regione Emilia-Romagna

filo diretto con la sanità:
800 033 033 www.saluter.it

The poster features a stylized white line drawing of a person in a dynamic, athletic pose against an orange background. The text is arranged in a clear, hierarchical layout, starting with the regional health service name at the top, followed by the slogan, the program title, the screening logo, and finally the regional logo and contact information at the bottom.

Bologna, 10 Marzo 2005