Obiettivi formativi

La finalità del seminario è valutare, con il contributo degli operatori impegnati nello screening, l'andamento complessivo del programma attraverso:

- gli indicatori di processo e precoci di esito
- la verifica della qualità percepita: l'indagine di sorveglianza PASSI
- l'andamento del braccio di screening relativo ai familiari a rischio
- l'analisi dei flussi informativi regionali
- la valutazione dei cancri di intervallo
- l'illustrazione dei risultati delle esperienze di retraining
- l'analisi della mortalità, dell'incidenza e della prevalenza dei tumori del colon-retto

Inoltre i confronti previsti hanno l'obiettivo di far emergere le qualità e gli eventuali punti critici del programma di screening per intraprendere azioni di miglioramento e programmi di lavoro mirati.

La partecipazione al seminario è gratuita e inserita fra le iniziative di aggiornamento promosse dall'Assessorato regionale alle politiche per la salute.

Ai partecipanti verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

Sono stati richiesti i crediti formativi (ECM) presso la Regione Emilia-Romagna

Azienda USL di Bologna

in collaborazione con
Regione Emilia-Romagna
Assessorato politiche per la salute

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

La sorveglianza epidemiologica dello screening dei tumori del colon-retto nella Regione Emilia-Romagna

Seminario di studio

Bologna, 15 marzo 2011

Auditorium Regione Emilia-Romagna
Via A. Moro, 18 – Bologna

L'esperienza delle iniziative di retraining per endoscopisti e patologi nel programma di screening colorettale in Emilia-Romagna

Corso di retraining regionale per i patologi referenti dei programmi di screening dei tumori colorettali della regione Emilia-Romagna
I Edizione

Aula informatica
Azienda USL di Bologna
Via S.Isaia 94/a

Posti disponibili N. 18

La partecipazione all'incontro è gratuita.

E' richiesta l'iscrizione tramite modulo allegato da inviare via **e-mail** a
paola.pierotti@ausl.bologna.it
maria.loscalzo@ausl.bologna.it
entro il **10 Novembre 2010**
Ai partecipanti verrà rilasciato un attestato di partecipazione.
E' stata inoltrata richiesta di accreditamento ECM.

OBIETIVI DEL CORSO:

- *Promuovere l'adozione di criteri diagnostici omogenei e riproducibili*
- *Confronto tra pari per il monitoraggio e la valutazione di qualità della diagnosi*
- *Promuovere l'integrazione ed il confronto multidisciplinare nel percorso diagnostico del programma di screening*

L'aula di informatica si trova in via S. Isaia 94/a.
Dalla stazione centrale sono disponibili gli autobus 33, 21e D, dal centro l' autobus 14.

Segreteria Scientifica
Dott.ssa Claudia Bertarelli
Dott.ssa Patrizia Landi
Dr. Giovanni Lanza
Dr. Evandro Nigrisoli

Segreteria organizzativa
Dott.ssa Paola Pierotti
Sig.ra Maria Lo Scalzo
Anatomia Patologica Ospedale Maggiore
Via dell'Ospedale 8
40133 Bologna
Tel. 051-6478906 ; 051.6478394
Fax. 051-6478660
E-mail: paola..pierotti@ausl.bologna.it
maria.loscalzo@ausl.bologna.it

Servizio Sanitario Regionale
Emilia-Romagna
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

GISCoR
Gruppo Italiano Screening ColoRettale

SIAPEC - IAP

Regione Emilia-Romagna

Corso di retraining regionale per i patologi referenti dei programmi di screening dei tumori colorettali della regione Emilia-Romagna

I Edizione

16 Novembre 2010

Aula Informatica dell' Azienda USL Via S.Isaia 94/a BOLOGNA

Relatori

Claudia Bertarelli
Servizio di Anatomia Patologica e Citodiagnostica Osp. Maggiore AUSL Bologna

Tino Casetti
Servizio di Gastroenterolgia ed Endoscopia digestiva AUSL Ravenna

Elio Jovine
Servizio di Chirurgia generale Osp. Maggiore AUSL Bologna

Patrizia Landi
Servizio di Gastroenterologia Osp. Maggiore e Bellaria AUSL Bologna

Giovanni Lanza
Istituto di Anatomia Patologica Università di Ferrara

Carlo Naldoni
Assessorato Politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna

Evandro Nigrisoli
Servizio di Anatomia Patologica Osp. Bufalini AUSL Cesena

Priscilla Sassoli de' Bianchi
Assessorato Politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna

Programma

Ore 8,45
Registrazione dei partecipanti

Ore 9.00
Introduzione
C.Naldoni

Ore 9.15
Metodologia dell'intervento e presentazione della giornata
C.Bertarelli E. Nigrisoli

Ore 9.30
Valutazione dei preparati istologici

Ore 11.45
Pausa caffe'

Ore 12,00
Lo stato dello screening in Italia, avanzamento e monitoraggio
P. Landi C. Naldoni

Ore 13,30
Pranzo

Ore 14,30
Interazione con endoscopisti e chirurghi
T. Casetti E.Jovine

Ore 15.00
Concordanza diagnostica e risultati del test
P. Sassoli de' Bianchi

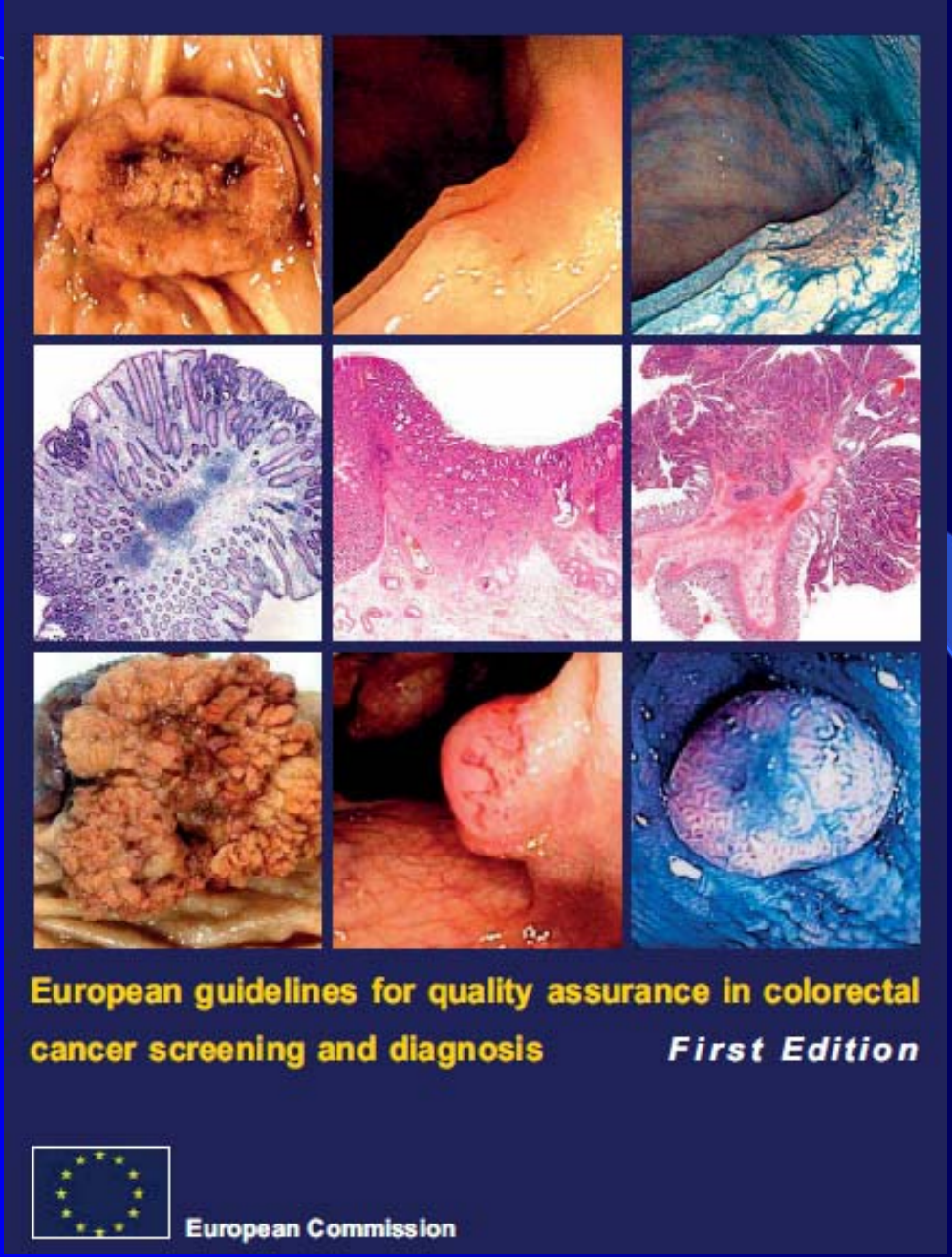
Ore 15.30
Discussione e confronto sui casi
G. Lanza

Ore 18,00
Conclusione

RegioneEmilia-Romagna
ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DELLO SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DEL COLON RETTO NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

1° EDIZIONE
Settembre 2009


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

Vetrini Digitali - Emilia Romagna Screening - Windows Internet Explorer

http://vetrinodigitale.ausl.bo.it/PACS_IT/index.htm

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Preferiti | Siti suggeriti | HotMail gratuita | Personalizzazione collegamenti | WindowsMedia | Raccolta Web Slice

Vetrini Digitali - Emilia Romagna Screening

Pagina Sicurezza Strumenti

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

PACS di Anatomia Patologica dell'Emilia Romagna.

Gruppo per la promozione ed il controllo della qualità in Citologia ed Istologia negli screening di prevenzione oncologica

- Atlante
- Seminari
- Archivio vetrini
- Istruzioni
- Telepatologia

Sistema di archiviazione e consultazione delle immagini di Anatomia Patologica (**Picture Archiving and Communication System** - PACS) realizzato per la promozione e la valutazione della qualità di Citologia ed Istologia negli screening per la prevenzione dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto.

Il **vetrino digitale** è lo strumento principale del PACS, impiegato in **telepatologia** per letture collegiali di preparati di cito-istologia, per didattica, consultazioni, per descrivere e documentare casi rari o rappresentativi e per costruire atlanti di riferimento.

Nell'**Archivio Vetrini** contenuto nel server regionale sono catalogati casi selezionati, finalizzati al controllo di concordanza diagnostica negli screening oncologici: le iniziative impostate e le modalità di partecipazione vengono comunicate direttamente ai Patologi interessati.

con la collaborazione di:

http://vetrinodigitale.ausl.bo.it/seminars/

Internet 100%

Start | Vetrini Digitali - E... | Microsoft PowerPoint... | Documento1 - Micro... | Collegamenti | 10.01

DigitlSlideLMS - Windows Internet Explorer

http://vetrinodigitale.ausl.bo.it/seminars/digitalslideLms/

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Preferiti | Siti suggeriti | HotMail gratuita | Personalizzazione collegamenti | WindowsMedia | Raccolta Web Slice

DigitlSlideLMS

Pagina Sicurezza Strumenti

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

I miei seminari | Catalogo seminari | La mia area | Messaggi (0) | Esci

Benvenuto: Nigrisoli Evandro

Seminari Attivi

I tuoi seminari

Corso di Retraining Regionale screening colon-retto

Al momento il seminario è : **Confermato**Durata Seminario: dal **16-11-2010** al **16-11-2010**.

Stai frequentando questo seminario, il tuo livello è **Docente**.

Fotografia

Avatar

Username: nigrisoli

E-mail: enigrisoli@ausl-cesena.emr.it

W3C XHTML 1.1 | W3C CSS | VIDEO

Fine | Internet | 100%

Start | DigitlSlideLMS - Wi... | Microsoft PowerPoint... | Documento1 - Micro... | Collegamenti | 10.02

DigitlSlideLMS - Windows Internet Explorer

http://vetrinodigitale.ausl.bo.it/seminars/digitalslideLms/index.php?modname=organization&op=organization&id_module_sel=25

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Preferiti | Siti suggeriti | HotMail gratuita | Personalizzazione collegamenti | WindowsMedia | Raccolta Web Slice

DigitlSlideLMS

Pagina Sicurezza Strumenti

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

I miei seminari | Catalogo seminari | La mia area | Messaggi (0) | Esci

Users area

- Materiali
- My evaluation

Coordinator area

Benvenuto : **Nigrisoli Evandro**
Sei in : **Corso di Retraining Regionale screening colon-retto**

Tempo parziale	Tempo totale	Utenti on line
00m	22m	1

Materiali	completati	incompletati
27	0	0

Progresso nel seminario

Materiali

- caso1
- caso2
- caso3
- caso4
- caso5
- caso6
- caso7
- caso8
- caso9
- caso10
- caso11
- caso12
- caso13
- caso14
- caso15

Internet 100%

Start | DigitlSlideLMS - Wi... | Microsoft PowerPoint... | Documento1 - Micro... | Collegamenti | 10.03

DigitlSlideLMS › Materiali - Windows Internet Explorer

http://vetrinodigitale.ausl.bo.it/seminars/digitalslideLms/index.php?modname=organization&op=custom_playitem&edit=1&id_item=256

I miei seminari | Catalogo seminari | La mia area | Messaggi (0) | Esci

- Users area
  - Materiali
  - My evaluation
- Coordinator area

Benvenuto : **Nigrisoli Evandro**
Sei in : **Corso di Retraining Regionale screening colon-retto**

Tempo parziale	Tempo totale	Utenti on line
02m	24m	1

Materiali	completati	incompletati
27	0	0

Progresso nel seminario

Materiali

Pagina iniziale materiali > caso1

<< Indietro

Titolo : caso1

Descrizione :

Project Information

Project / activity name: Screening_colon-retto_2010_Bologna
Description:
Start Date: 2010-10-28 00:00
Contact Name: Dott.ssa C.Bertarelli

Specimen Information

Body site: Colon
Date: 2010-10-22 00:00
Clinical history: Donna di 62 anni, tre polipi del colon destro, due di cm 1,5 e 1 di cm 1 di asse maggiore.
Pathologist's comment:

Digital Slide Information

Aperio ImageScope v10.2.2.2319 - [Barcode: Slide ID: 2231 File: E:\Images\Atlas\LARGE_BOWEL\Screening_Bologna2010\00938\Screening_colon-retto_2010_1.svs]

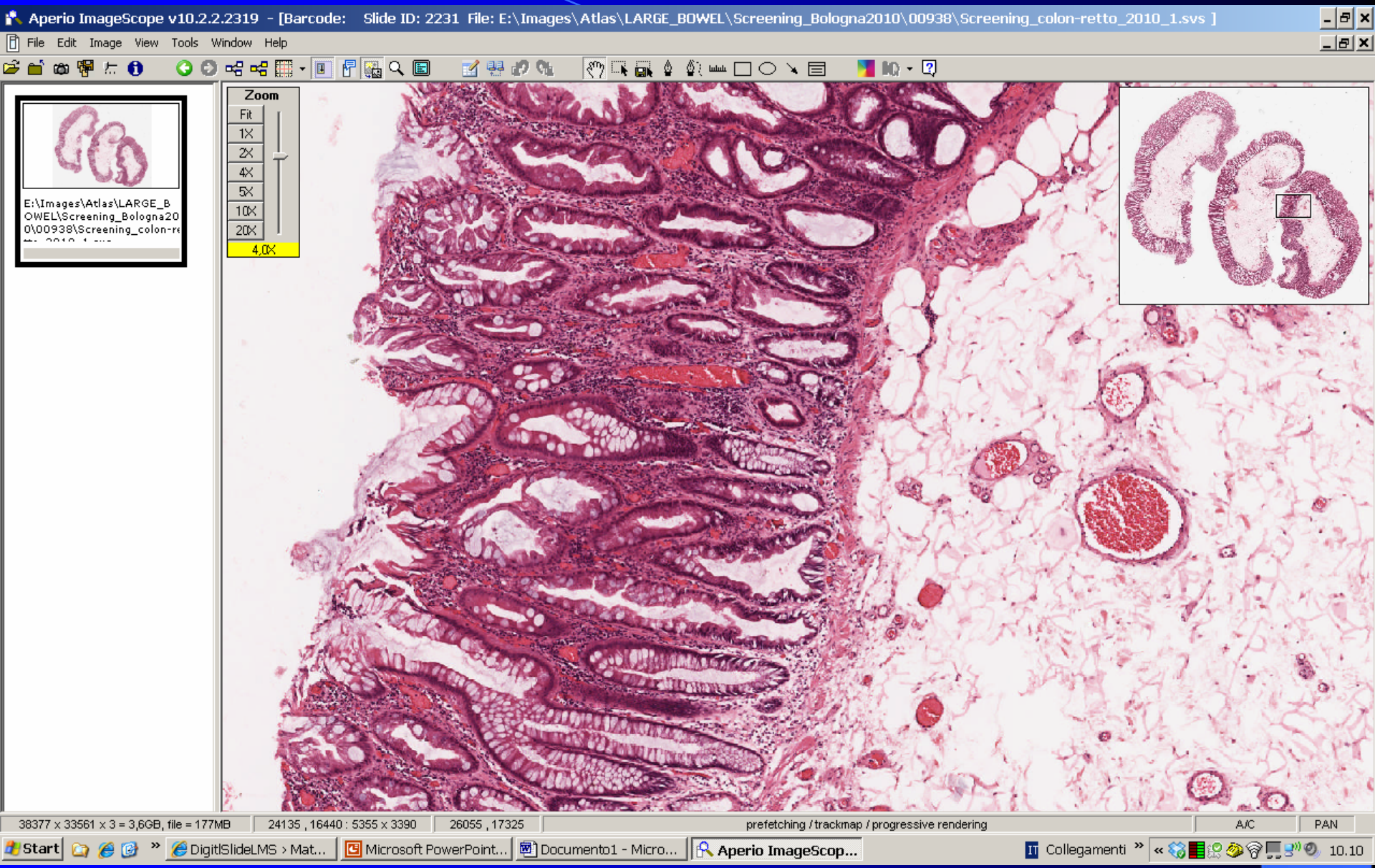
File Edit Image View Tools Window Help

E:\Images\Atlas\LARGE_B
OWEL\Screening_Bologna20
0\00938\Screening_colon-re

Zoom
Fit
1X
2X
4X
5X
10X
20X
0,4X

38377 x 33561 x 3 = 3,6GB, file = 177MB | -7326 , 0 : 38377 x 33561 | 17127 , 9603 | prefetching / trackmap / progressive rendering | A/C

Start | DigitlSlideLMS > Mat... | Microsoft PowerPoint... | Documento1 - Micro... | Aperio ImageScop... | Collegamenti | 10.08


Aperio ImageScope v10.2.2.2319 - [Barcode: Slide ID: 2231 File: E:\Images\Atlas\LARGE_BOWEL\Screening_Bologna2010\00938\Screening_colon-retto_2010_1.svs]
File Edit Image View Tools Window Help
E:\Images\Atlas\LARGE_B
OWEL\Screening_Bologna20
0\00938\Screening_colon-re
Zoom
Fit
1X
2X
4X
5X
10X
20X
4,0X
38377 x 33561 x 3 = 3,6GB, file = 177MB
24135 , 16440 : 5355 x 3390
26055 , 17325
prefetching / trackmap / progressive rendering
A/C
PAN
Start
DigitlSlideLMS > Mat...
Microsoft PowerPoint...
Documento1 - Micro...
Aperio ImageScop...
Collegamenti
10.10

DigitISlideLMS › Titolo : caso1 - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indietro Cerca Preferiti

Indirizzo http://vetrinodigitale.ausl.bo.it/seminars/digitalslideLms/index.php?modname=test&op=play Vai Collegamenti

- Materiali
- My evaluation

Coordinator area

Benvenuto : **Nigrisoli Evandro**
Sei in : **Corso di Retraining Regionale screening colon-retto**

Tempo parziale	Tempo totale	Utenti on line
07m	50m	1

Materiali	completati	incompletati
27	1	0

Progresso nel seminario

Domanda a risposta multipla

1) selezionare la diagnosi corretta

- [ ] polipo iperplastico/infiammatorio
- [ ] adenoma tubulare con displasia di basso grado
- [ ] adenoma tubulare con displasia di alto grado
- [ ] adenoma tubulo-villoso con displasia di basso grado
- [ ] adenoma tubulo-villoso con displasia di alto grado
- [ ] adenoma villoso con displasia di basso grado
- [ ] adenoma villoso con displasia di alto grado
- [ ] adenoma serrato tradizionale (TSA)/polipoide
- [x] SSA/adenoma serrato sessile

==========
ADENOMA CANCERIZZATO:
(specificare grading, embolizzazione, budding e margine)

- [ ] adenoma cancerizzato: grading basso grado
- [ ] adenoma cancerizzato: grading alto grado

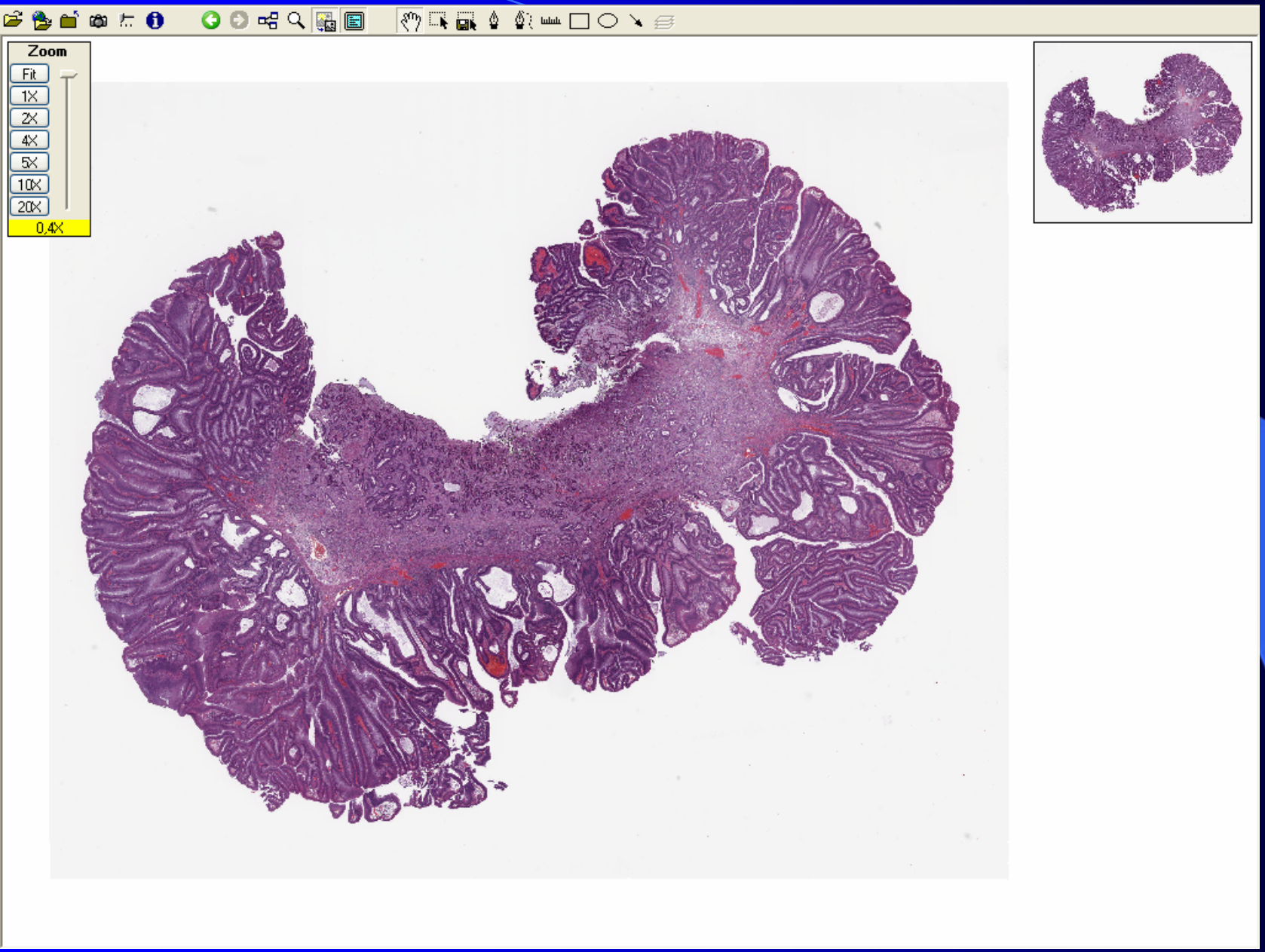
- [ ] adenoma cancerizzato: embolizzazione assente
- [ ] adenoma cancerizzato: embolizzazione presente
- [ ] adenoma cancerizzato: embolizzazione sospetta

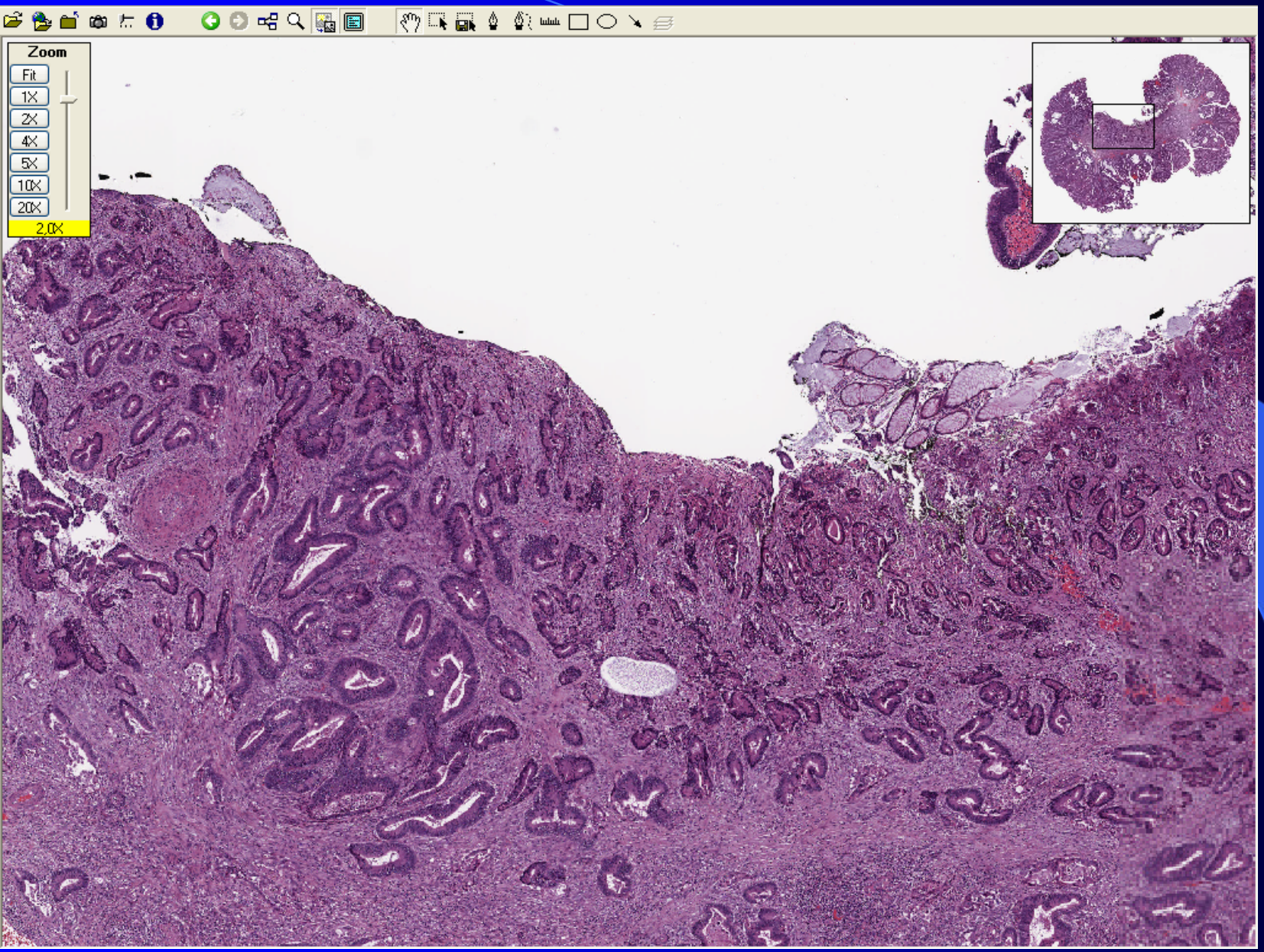
- [ ] adenoma cancerizzato: budding assente
- [ ] adenoma cancerizzato: budding presente

- [ ] adenoma cancerizzato: margine indenne
- [ ] adenoma cancerizzato: margine interessato

Operazione completata Internet

start Post... Citri... Arm... Digit... Ape... Scre... Micr... IT Desktop 14.26


Zoom
Fit
1X
2X
4X
5X
10X
20X
0,4X


Zoom
Fit
1X
2X
4X
5X
10X
20X
2,0X

DigitISlideLMS › Titolo : caso12 - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indirizzo http://vetrinodigitale.ausl.bo.it/seminars/digitalslideLms/index.php?modname=test&op=play

Evandro
Sei in : Corso di Retraining Regionale screening colon-retto

Tempo parziale	Tempo totale	Utenti on line
17m	1h 00m	0

Materiali	completati	incompletati
27	1	0

Progresso nel seminario

- [ ] adenoma tubulare con displasia di basso grado
- [ ] adenoma tubulare con displasia di alto grado
- [ ] adenoma tubulo-villoso con displasia di basso grado
- [ ] adenoma tubulo-villoso con displasia di alto grado
- [ ] adenoma villoso con displasia di basso grado
- [ ] adenoma villoso con displasia di alto grado
- [ ] adenoma serrato tradizionale (TSA)/polipoide
- [ ] SSA/adenoma serrato sessile

==========

ADENOMA CANCERIZZATO:
(specificare grading, embolizzazione, budding e margine)

- [x] adenoma cancerizzato: grading basso grado
- [ ] adenoma cancerizzato: grading alto grado

- [x] adenoma cancerizzato: embolizzazione assente
- [ ] adenoma cancerizzato: embolizzazione presente
- [ ] adenoma cancerizzato: embolizzazione sospetta

- [ ] adenoma cancerizzato: budding assente
- [x] adenoma cancerizzato: budding presente

- [ ] adenoma cancerizzato: margine indenne
- [x] adenoma cancerizzato: margine interessato
- [ ] adenoma cancerizzato: margine non valutabile

Salva e riprendi successivamente | Invia le risposte

W3C XHTML 1.1 W3C CSS

Operazione completata Internet

start Post... Citri... Arm... Digit... Ape... Scre... Micr... IT Desktop 14.36

Regione Emilia-Romagna
Assessorato politiche per la salute

Accuratezza diagnostica globale

Legenda								
	1	polipo iperplastico/altro	4	tubulo villoso basso grado	6	villoso basso grado	8	TSA
	2	tubulare basso grado	5	tubulo villoso alto grado	7	villoso alto grado	9	SSA
	3	tubulare alto grado					10	adenoma cancerizzato

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14	Caso 15	Caso 16	Caso 17	Caso 18	Caso 19	Caso 20	Caso 21	Caso 22	Caso 23	Caso 24	Caso 25	Caso 26	Caso 27
100	**9**	**10**	**7**	**8**	**10**	**1**	**10**	**3**	**10**	**6**	**3**	**10**	**7**	**6**	**3**	**9**	**8**	**8**	**4**	**4**	**5**	**2**	**10**	**6**	**5**	**5**	**1**
102	9	5	7	4	10	4	10	5	10	7	2	10	7	5	5	9	5	5	4	5	5	4	10	4	5	5	1
103	9	10	7	8	10	1	10	3	10	6	2	10	6	7	3	9	8	8	4	6	5	4	10	6	7	7	1
104	9	10	7	8	10	6	10	3	10	7	2	10	5	7	3	9	8	4	4	6	5	4	10	7	7	5	1
105	9	10	7	8	10	1	5	3	10	6	2	10	5	6	3	1	8	6	4	4	3	2	10	10	5	7	1
106	9	10	7	8	10	4	10	5	10	7	3	10	7	7	3	9	8	8	6	5	5	5	10	7	5	7	1
107	9	10	7	8	10	1	5	3	10	4	2	10	5	6	3	1	8	4	4	5	3	2	10	10	5	7	1
108	9	10	7	8	10	6	10	5	10	6	2	10	7	6	5	9	8	1	7	7	5	3	10	1	5	7	1
109	9	10	7	8	10	1	10	3	10	6	3	10	7	6	3	9	8	8	4	4	5	2	10	6	5	5	1
110	9	10	7	8	10	2	10	5	10	6	2	10	5	7	3	9	8	8	6	5	3	4	10	1	5	4	1
111	9	10	7	1	10	1	10	5	10	6	3	10	7	6	5	9	8	1	7	7	7	5	10	1	5	7	1
112	9	10	7	8	10	1	10	3	10	6	3	10	7	6	3	9	8	8	4	4	5	2	10	6	5	5	1
113	9	5	7	8	10	4	10	5	10	7	2	10	7	5	5	9	5	4	4	5	5	4	10	6	5	5	1
114	9	10	7	8	10	2	10	3	10	6	2	10	5	6	3	9	8	8	6	4	10	2	10	8	7	7	1
115	9	10	7	6	10	6	10	4	10	5	3	10	7	7	5	9	7	6	4	5	5	5	10	9	5	5	1
116	9	3	7	8	10	1	10	3	10	6	2	10	7	5	5	9	8	8	2	4	5	2	10	6	5	7	1
diagnosi maggior.	9	10	7	8	10	1	10	3	10	6	2	10	7	6	3	9	8	8	4	5	5	2	10	6	5	7	1
tot esatte	15	12	15	12	15	7	13	8	15	9	5	15	9	7	9	13	12	7	9	5	10	6	15	5	12	6	15
%	100	80	100	80	100	47	87	53	100	60	33	100	60	47	60	87	80	47	60	33	67	40	100	33	80	40	100

Consistenza diagnostica

1	polipo iperplastico/altro	4	tubulo villoso basso grado	6	villoso basso grado	8	TSA
2	tubulare basso grado	5	tubulo villoso alto grado	7	villoso alto grado	9	SSA
3	tubulare alto grado					10	adenoma cancerizzato

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14	Caso 15	Caso 16	Caso 17	Caso 18	Caso 19	Caso 20	Caso 21	Caso 22	Caso 23	Caso 24	Caso 25	Caso 26	Caso 27
100	**9**	**10**	**7**	**8**	**10**	**1**	**10**	**3**	**10**	**6**	**3**	**10**	**7**	**6**	**3**	**9**	**8**	**8**	**4**	**4**	**5**	**2**	**10**	**6**	**5**	**5**	**1**
102	9	5	7	4	10	4	10	5	10	7	2	10	7	5	5	9	5	5	4	5	5	4	10	4	5	5	1
103	9	10	7	8	10	1	10	3	10	6	2	10	6	7	3	9	8	8	4	6	5	4	10	6	7	7	1
104	9	10	7	8	10	6	10	3	10	7	2	10	5	7	3	9	8	4	4	6	5	4	10	7	7	5	1
105	9	10	7	8	10	1	5	3	10	6	2	10	5	6	3	1	8	6	4	4	3	2	10	10	5	7	1
106	9	10	7	8	10	4	10	5	10	7	3	10	7	7	3	9	8	8	6	5	5	5	10	7	5	7	1
107	9	10	7	8	10	1	5	3	10	4	2	10	5	6	3	1	8	4	4	5	3	2	10	10	5	7	1
108	9	10	7	8	10	6	10	5	10	6	2	10	7	6	5	9	8	1	7	7	5	3	10	1	5	7	1
109	9	10	7	8	10	1	10	3	10	6	3	10	7	6	3	9	8	8	4	4	5	2	10	6	5	5	1
110	9	10	7	8	10	2	10	5	10	6	2	10	5	7	3	9	8	8	6	5	3	4	10	1	5	4	1
111	9	10	7	1	10	1	10	5	10	6	3	10	7	6	5	9	8	1	7	7	7	5	10	1	5	7	1
112	9	10	7	8	10	1	10	3	10	6	3	10	7	6	3	9	8	8	4	4	5	2	10	6	5	5	1
113	9	5	7	8	10	4	10	5	10	7	2	10	7	5	5	9	5	4	4	5	5	4	10	6	5	5	1
114	9	10	7	8	10	2	10	3	10	6	2	10	5	6	3	9	8	8	6	4	10	2	10	8	7	7	1
115	9	10	7	6	10	6	10	4	10	5	3	10	7	7	5	9	7	6	4	5	5	5	10	9	5	5	1
116	9	3	7	8	10	1	10	3	10	6	2	10	7	5	5	9	8	8	2	4	5	2	10	6	5	7	1
% Consistenza	100	80	100	93	100	53	87	100	100	100	33	100	100	100	100	87	100	87	93	100	93	40	100	60	100	100	100

Risultati

Accuratezza diagnostica (quante volte la diagnosi era esatta)	281/405 (69,4%)
Consistenza diagnostica (quante volte la diagnosi ha determinato il corretto trattamento)	360/405 (88,9%)

Risultati

Sovradiagnosi villosità	21/60 (35%)
Sovragradazione displasia	26/90 (28,9%)
Concordanza lesioni serrate	60/75 (80%)
Sottodiagnosi pT1	5/90 (5,6%)
Sovradiagnosi pT1	
- su tutte le lesioni	3/405 (0,7%)
- sulle lesioni adenomatose	3/255 (1,2%)

Diagnostic accuracy of community pathologists in the interpretation of colorectal polyps

Bernard Denis, Carol Peters, Catherine Chapelain, Isabelle Kleinclaus, Anne Fricker, Richard Wild, Bernard Augé, Isabelle Gendre, Philippe Perrin, Denis Chatelain and Jean François Fléjou

Background and aims Management of patients with endoscopically removed colorectal polyps is generally dependent on pathological evaluation. The aim of this study was to assess the accuracy and clinical impact of pathologic interpretation of colorectal polyps by community pathologists.

Methods Two expert gastrointestinal pathologists reviewed the slides of 300 colorectal polyps initially examined by 14 general pathologists. Polyps had been detected by a fecal occult blood test colorectal cancer screening program in Haut-Rhin, a French administrative district.

Results Villous histology was overread in 24.8% of cases and high-grade dysplasia in 22.0%. The diagnosis of serrated adenoma was confirmed in 15.7% of cases. The diagnosis of T1 carcinoma was overestimated in seven cases (17.9%) and missed in four. In the screening program, the proportion of correct diagnoses of community pathologists was estimated at 45.3% of polyps, of misclassification without clinical impact at 27.5%, and of misclassification with a theoretical impact on management at 27.2%, leading to over-surveillance in 20.3% of polyps and to unnecessary surgical resection in three individuals. Overall, 37.5% of the pathology reports of malignant polyps were complete, presenting all criteria necessary for therapeutic decision-making.

Conclusion Community pathologists exhibited moderate accuracy for interpreting colorectal polyps, with an impact on patient management for around one out of five individuals. Our results confirm the intrinsic poor reliability of the pathologic interpretation of villous histology and high-grade dysplasia and suggest that these advanced pathologic features should be abandoned for clinical use. They illustrate the need for a clarification of the nomenclature of serrated polyps. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 21:1153–1160 © 2009 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2009, 21:1153–1160

Keywords: colorectal neoplasms/classification/pathology, colorectal neoplasms/diagnosis/pathology, colorectal neoplasms/prevention and control/diagnosis, intestinal polyps/pathology, mass screening, quality assurance/health care

Association pour le dépistage du cancer colorectal en Alsace (ADECA Alsace), Colmar Cedex, France

Correspondence to Dr Bernard Denis, MD, Médecine A, Hôpital Pasteur, 39 avenue de la Liberté, Colmar Cedex 68024, France
Tel: +33 3 89 12 41 01; fax: +33 3 89 12 46 33;
e-mail: bernard.denis@ch-colmar.eu.fr

Received 1 September 2008 Accepted 12 November 2008

Introduction

Colorectal cancer (CRC) is the second most common cause of death from malignant disease in France and resulted in about 16 000 deaths in 2000 [1]. CRC prevention is possible through the removal of colorectal neoplasia; several studies have shown that CRC incidence is reduced after polypectomy [2–4]. After polypectomy, decisions regarding surgical resection and surveillance intervals are based on pathology findings of the removed specimens. For example, removal of adenomatous polyps requires colonoscopic surveillance, whereas removal of nonadenomatous polyps generally does not. Advanced adenomas justify a 3-year postpolypectomy surveillance interval, whereas nonadvanced adenomas require a 5-year interval. Decisions regarding surgical resection after endoscopic removal of malignant polyps are based on pathologic features and adequacy of endoscopic resection. The accurate pathologic assessment of colorectal polyps is therefore crucial for patient-management decisions. Several studies have showed a poor interobserver agreement for the diagnosis of villous histology and high-grade dysplasia, even between expert pathologists, with moderate accuracy in community practice [5–14]. The impact of such poor-to-moderate diagnostic performance on routine patient management was not quantified. Similarly, few data are available on interobserver agreement and accuracy of pathologic interpretation for serrated polyps [15,16].

Data presented previously at 'Journées Francophones de Pathologie Digestive' and 'Digestive Disease Week' 2007 and published as abstract in Gastroenterol Clin Biol 2007; 31:A177 and Gastrointest Endosc 2007; 65:AB111.

0954-691X © 2009 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins DOI: 10.1097/MEG.0b013e32832211 24

Accuracy of pathologic interpretation of colorectal polyps by general pathologists in community practice

Douglas K. Rex, MD, Mahboob Alikhan, MD, Oscar Cummings, MD, Thomas M. Ulbright, MD
Indianapolis, Indiana

Background: The histologic features of colorectal polyps often guide colonoscopic surveillance and the need for surgical intervention. Our objective was to evaluate the pathologic interpretation of colorectal polyps by general pathologists in community practice.
Methods: Twenty histologic slides of colorectal polyps were reviewed by 20 randomly selected general pathologists in community practice. There were 5 malignant polyps, 9 adenomas, and 6 miscellaneous polyps.
Results: Cancer was correctly identified in 91% of readings and adenoma in 94%. The grade of differentiation of cancer was provided in 55% of readings, and comment regarding whether the resection margin was free of cancer was made by 50% of pathologists. Tubular adenoma was called tubulovillous or villous in 35% of readings, but tubulovillous or villous adenoma was seldom (2%) called tubular. High-grade dysplasia was correctly identified in 47% of 60 readings, was called invasive cancer in 22%, and was missed in 31%. Among miscellaneous polyps, hyperplastic polyp was correctly recognized in 75% of cases, and inflammatory polyp and juvenile polyp each were recognized by 16 of 20 pathologists (80%). Peutz-Jeghers hamartoma was identified by 4 of 20 pathologists (20%), and the polypoid phase of solitary rectal ulcer syndrome was recognized by 2 pathologists (10%).
Conclusion: Areas of strength with regard to interpretation of colon polyps by general pathologists in community practice included identification of cancer, adenoma, and certain non-neoplastic polyps (e.g., inflammatory and juvenile polyps). Areas of weakness included lack of comment on cancer differentiation and proximity to the resection line, erroneous identification of high-grade dysplasia, and identification of rare lesions. The results of this study suggest areas on which to focus continuing education and continuous quality improvement efforts with regard to polyp interpretation. (Gastrointest Endosc 1999;50:468-74.)

The histologic features of colorectal polyps guide management in several situations. For example, removal of adenomatous polyps requires colonoscopic follow-up evaluation, whereas removal of only nonadenomatous polyps generally does not.[1,2] Small tubular adenomas are not associated with increased lifetime risk for colorectal cancer[3] and may justify less intense surveillance after clearing colonoscopy.[1,2] Decisions regarding surgical resection after endoscopic removal of malignant polyps are generally based on pathologic features and adequacy of endoscopic resection.[4-23] Despite this, few data exist regarding the accuracy and interobserver variability of pathologic interpretation of colon polyps in clinical practice.[24] To identify strengths and deficiencies in the pathologic interpretation of colon polyps in clinical practice, we identified 20 histologic slides of colorectal polyps and submitted them for review by 20 randomly selected general pathologists in community practice.

METHODS

This study was approved by the institutional review board at our institution. Two academic pathologists (O.C, T.M.U) with a special interest in GI pathology selected one histologic slide for each of 20 endoscopically removed colon polyps (Table 1). The three well-differentiated malignant polyps had an identifiable stalk and had margins from the tumor to the cautery line of 2.8 mm, 1.9 mm, and 0.7 mm (Table 1). None of the malignant polyps had lymphatic or vascular invasion. Three benign adenomas had high-grade dysplasia (see definition later) (Table 1).

The slides were initially chosen by one pathologist (O.C.). The slides were selected because they demonstrated typical features of each type of polyp and their interpretation was considered straightforward. The second pathologist independently confirmed the diagnosis. Cases in which there was lack of agreement were excluded. All slides were selected from existing stored pathologic material, and all patient identifiers were removed to preserve confidentiality.

Received July 29, 1998. For revision November 16, 1998. Accepted January 14, 1999.

From the Departments of Medicine, Gastroenterology, and Pathology and Laboratory Medicine, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana.

Supported by a Research Award from the American College of Gastroenterology.

Reprint requests: Douglas K. Rex, MD, Indiana University Hospital, Room 2300, 550 N. University Blvd., Indianapolis, IN 46202.

Copyright © 1999 by the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *0016-5107/99/$8.00 + 0 37/1/97206*

	Retraining Patologi Emilia Romagna	Denis B et al 2009	Rex DK et al 1999
Sovradiagnosi villosità	35%	24,8%	34%
Sovragradazione displasia	28,9%	22%	12%
Concordanza lesioni serrate	80%	15,7%	//
Sottodiagnosi pT1	5,6%	11,2%	9%
Sovradiagnosi pT1	1,2%	17,9%	22%

Conclusioni

- Si confermano le difficoltà di standardizzazione di alcuni parametri morfologici
- Valutazione positiva della modalità di confronto fra pari
- Gradimento della tecnologia del “Vetrino Digitale”

Grazie a chi ha contribuito alla realizzazione del corso di retraining

Dr. Arrigo Bondi

Dr.ssa Paola Pierotti

Dr.ssa Stefania Lega

Grazie ai partecipanti

Dr. Pietro Caruana
Dr.ssa Loredana De Marco
Dr.ssa Silvia Serra
Dr.ssa Carmela Di Gregorio
Dr.ssa Luisa Losi
Dr.ssa Paola Baccarini
Dr.ssa Adele Fornelli

Dr. Giuseppe Galanti
Dr.ssa M. Rosaria Aprile
Dr. Giuseppe Lanzanova
Dr.ssa Roberta Gafà
Dr. Luca Saragoni
Dr.ssa Daniela Bartolini
Dr.ssa Giovanna Fabbretti