

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

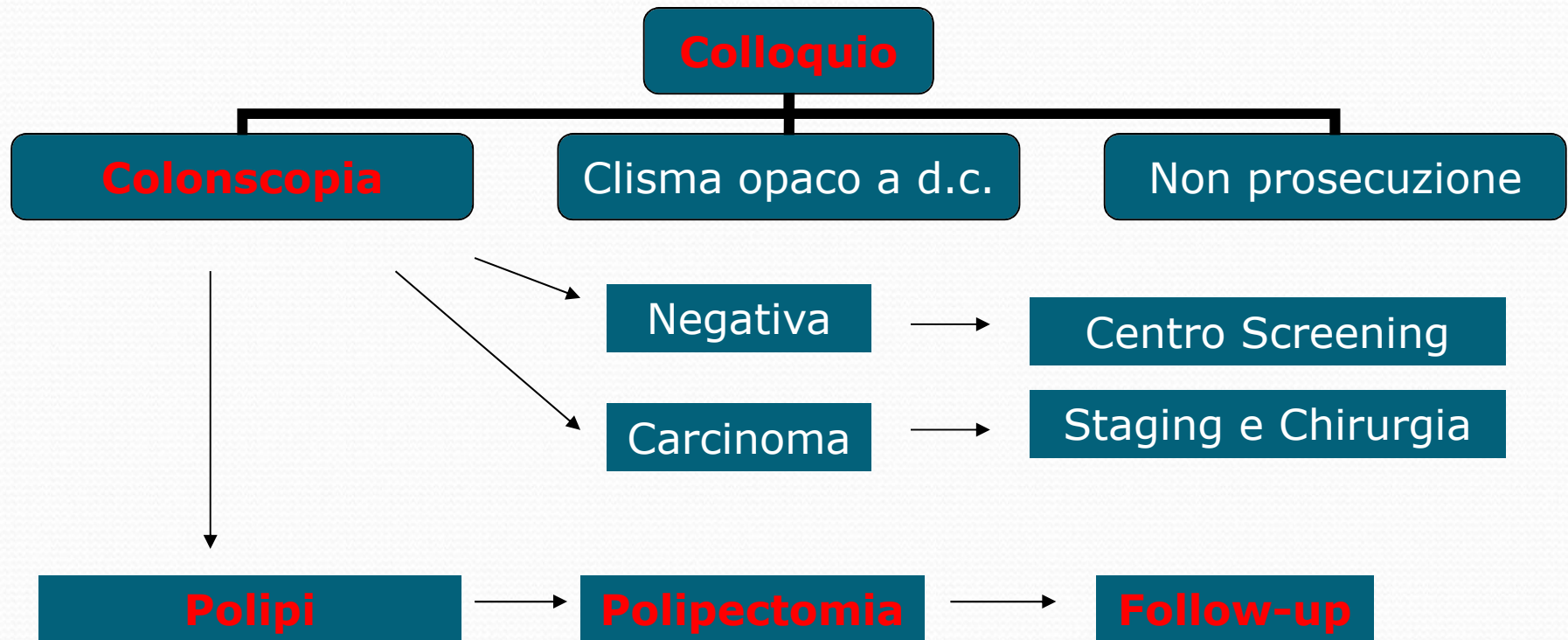
PREPARAZIONE ALLO SCREENING DEL COLON

L'ADESIONE ALLO SCREENING DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

Marco Ruina

Approfondimento diagnostico di Secondo Livello (FOBT+):

PERCORSO



LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROMOZIONE DELLA QUALITA' NEL II LIVELLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PROGRAMMA DI SCREENING DEI TUMORI DEL COLON RETTO IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA.

Sedazione

I sedativi e ansiolitici tipo benzodiazepine non hanno (alle dosi consigliate) proprietà analgesiche per cui il controllo del dolore richiede l'uso di specifici prodotti come ad esempio la Petidina.

L'oppiaceo dovrebbe essere somministrato prima della benzodiazepina osservandone l'effetto prima di procedere (raccomandazione di grado B).

Ogni centro endoscopico dovrà disporre dei farmaci per la induzione della sedazione e dei relativi antagonisti e degli strumenti per il monitoraggio dei pazienti sedati.

Prima della procedura endoscopica dovranno essere valutati eventuali fattori di rischio per la sedazione. In caso questa venga praticata sarà indicato il monitoraggio con pulsiossimetro. La somministrazione di O₂ viene consigliata come raccomandazione di grado C.

In tutti i pazienti sedati deve essere posizionato un catetere venoso da mantenere in sede fino al momento della dimissione.

Questa andrà autorizzata dal medico del Servizio dopo un adeguato periodo di osservazione da parte di personale formato e in ambienti idonei.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROMOZIONE DELLA QUALITA' NEL II LIVELLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PROGRAMMA DI SCREENING DEI TUMORI DEL COLON RETTO IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA.

Indicatori di qualità della colonscopia

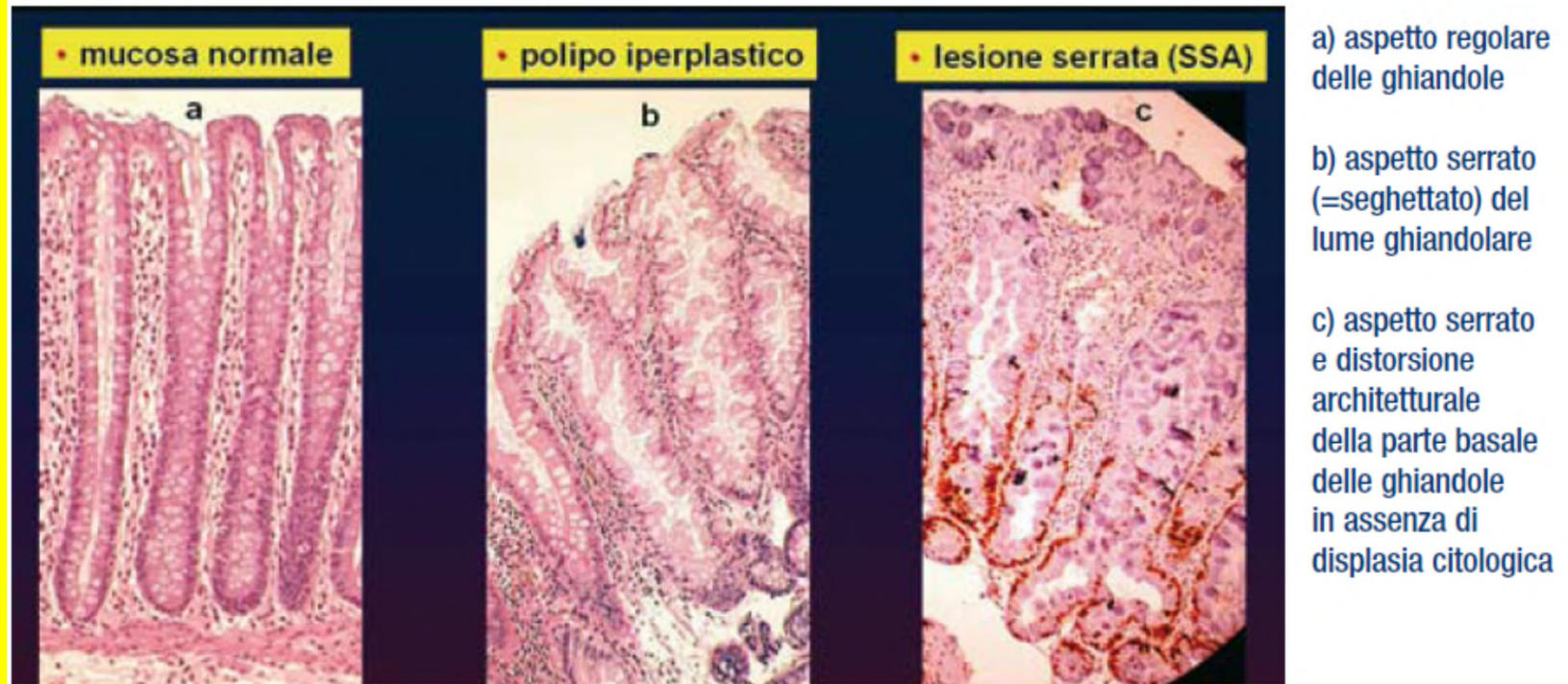
1. completezza grezza: N. esami fino al ceco/N. totale esami = >80%
2. preparazione intestinale insufficiente: n.ro esami inadeguati / n.ro esami <10%
3. intolleranza: n.ro es interrotti per intoller/n.ro totale esami <5%
4. interruzione per altri motivi (da specificare) n.ro es interrotti/n.ro tot esami <5%
5. presenza di consenso informato 100%
6. referto adeguato 100%
7. segnalazione delle complicanze (perforazione, emorragia, complicanze della sedazione)

Cosa sono le lesioni serrate

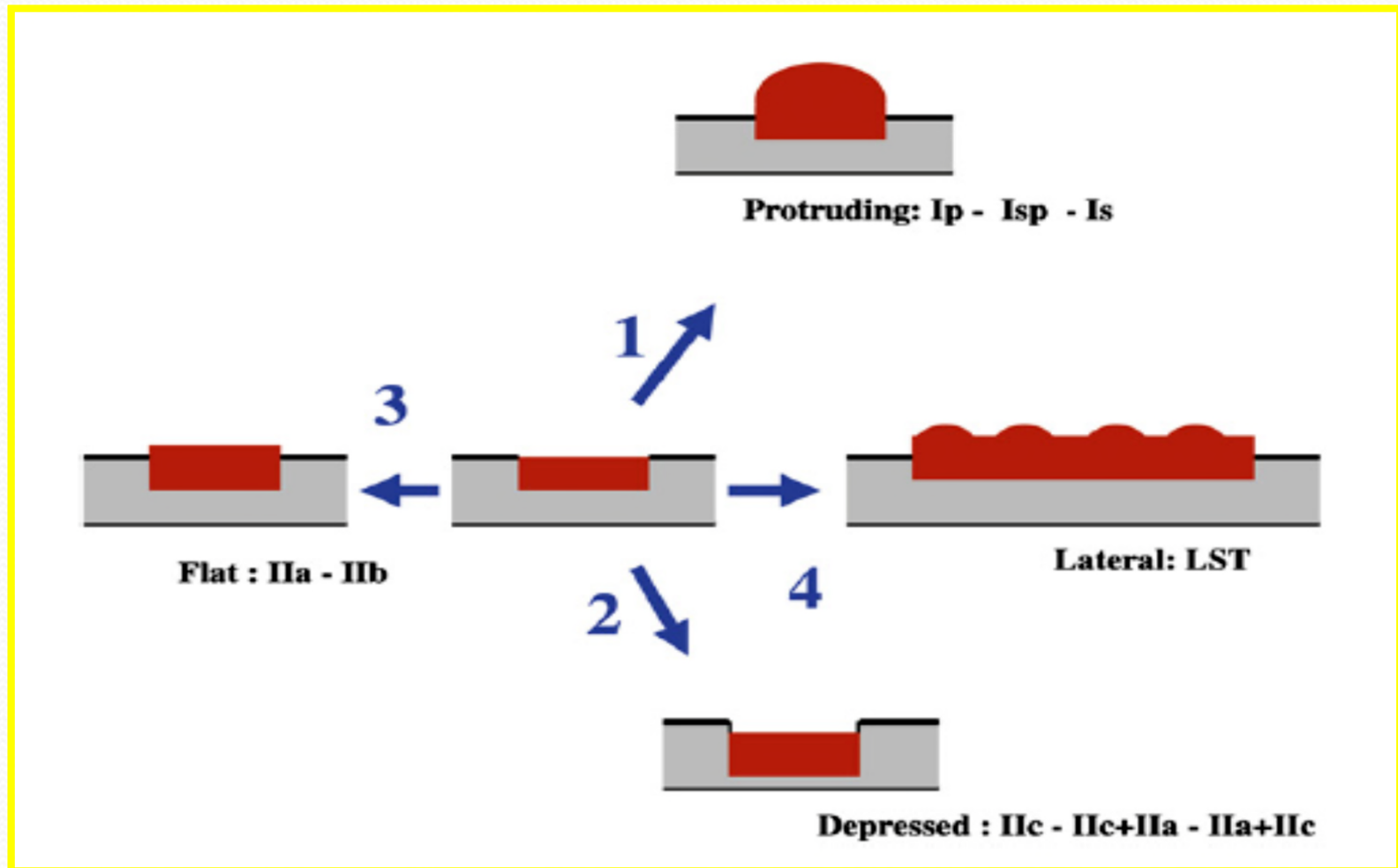
L'aggettivo è riferito all'aspetto seghettato del lume ghiandolare di queste lesioni.

Questo **marker fenotipico**, espressione dell'omonimo **pathway genetico**, è presente:

- nei **polipi iperplastici** tradizionali localizzati prevalentemente nel colon sinistro e che non hanno potenziale evolutivo
- nei cosiddetti **adenomi serrati sessili (SSA)**, termine equivoco che identifica lesioni generalmente non protrudenti (0-IIa), con pit pattern II, che all'istologia rivelano ghiandole con architettura distorta per deformazione a T o L della parte basale, ma costituite da cellule non displastiche: pur in assenza di displasia cellulare sono considerate a potenziale rischio evolutivo
- negli **adenomi serrati tradizionali**: veri e propri adenomi, composti da cellule displastiche, nei quali le ghiandole hanno aspetto seghettato del lume



Models of tumor growth during the development of colorectal neoplasia:



Classificazione morfologica delle lesioni superficiali

Classificazione di Parigi e Kyoto

Lesioni superficiali non polipoidi (tipo 0-IIa)-Laterally Spreading Tumors

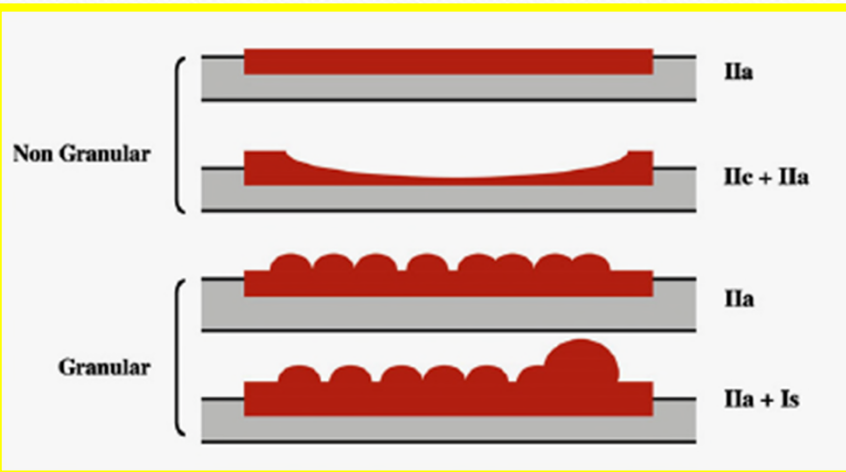


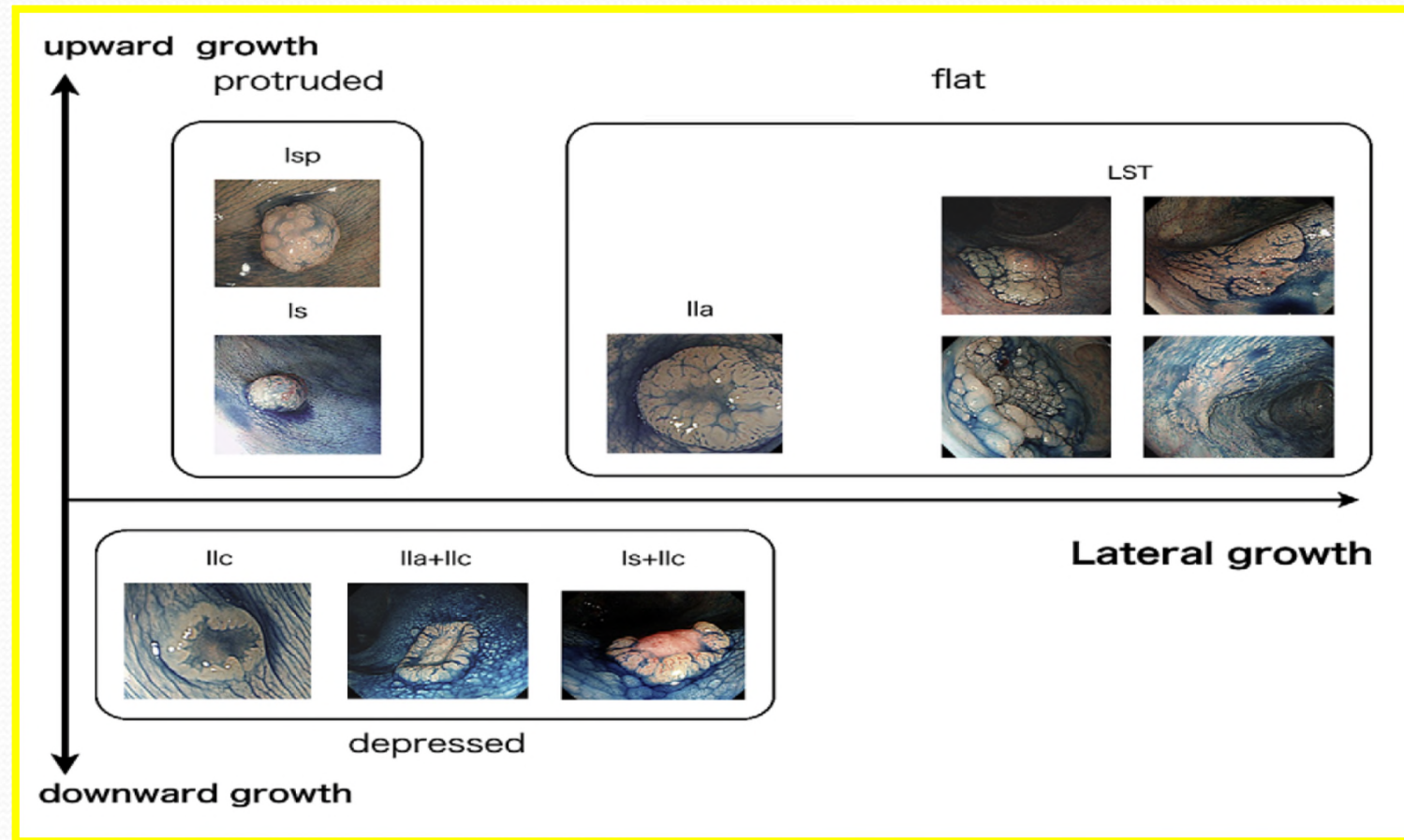
TABLE 2. Subtypes of LST lesions: morphologic classification of LST lesions and their correspondence in the Paris-Japanese classification*

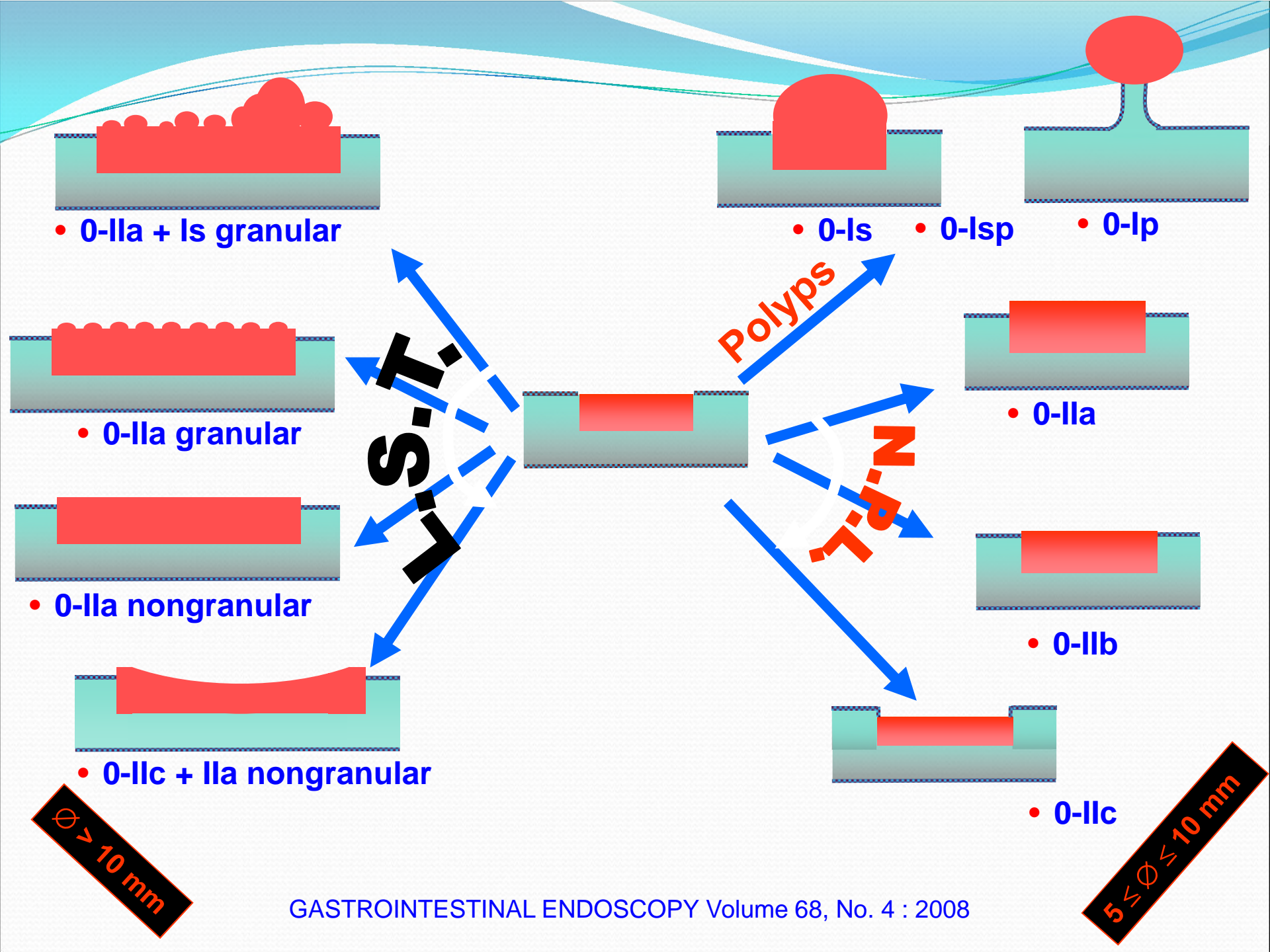
Subtypes of LST	Classification in type 0
LST granular	
Homogenous type	0-IIa
Nodular mixed type	0-IIa, 0-Is + IIa, 0-IIa + Is
LST nongranular	
Elevated type	0-IIa
Pseudodepressed type	0-IIa + IIc, 0-IIc + IIa

Kudo S et al GIE 2008; 68 (4) :S3-S47



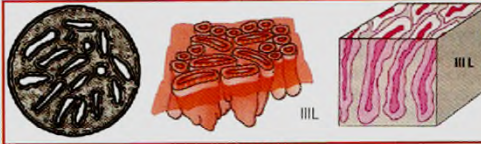

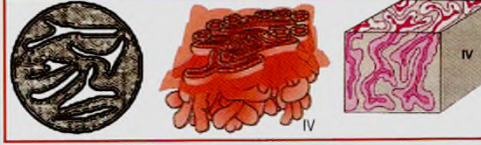

The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: GIE 2003;58: S3-43.

Classificazione morfologica delle lesioni superficiali

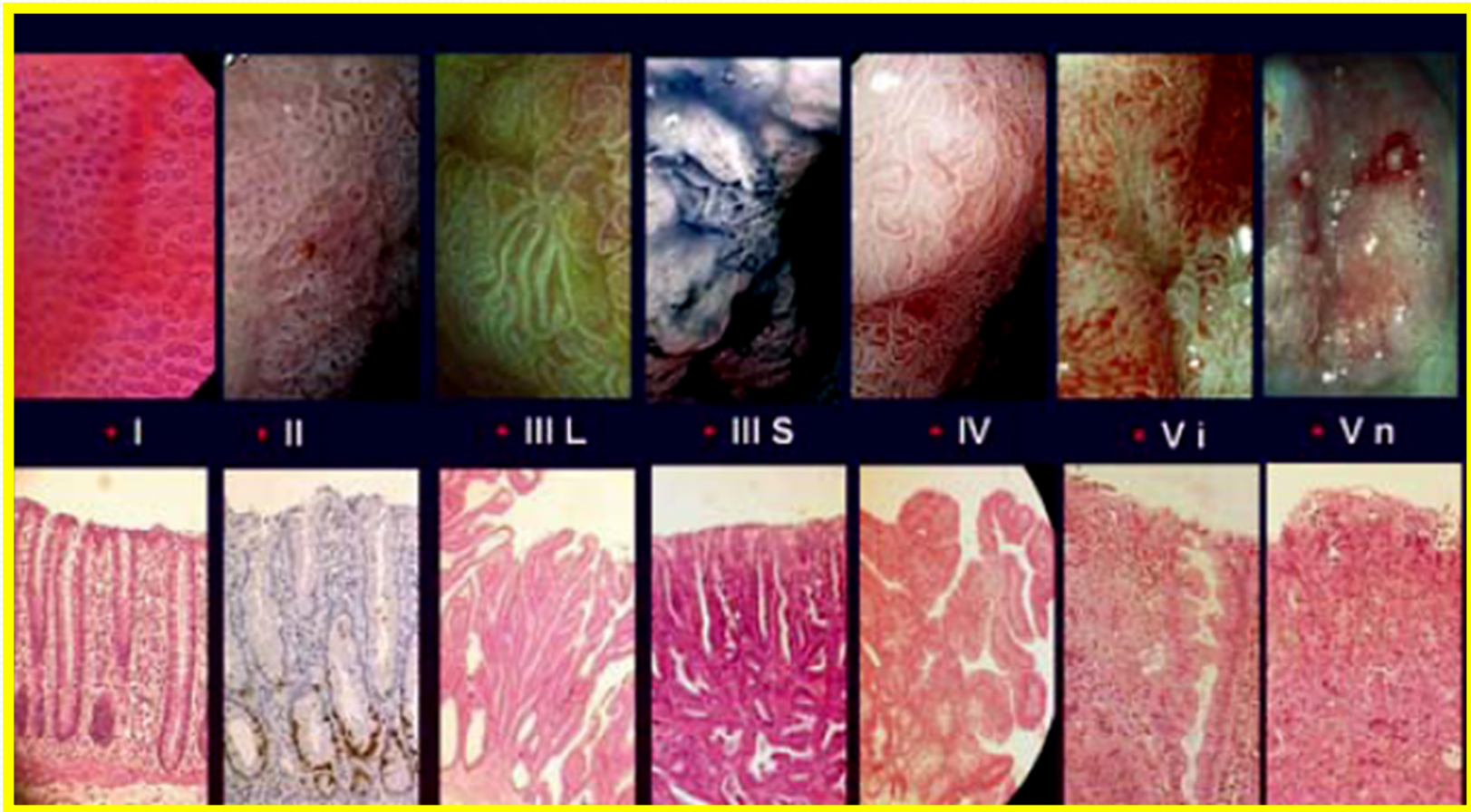




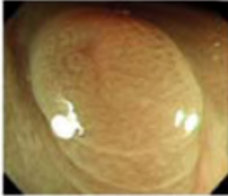

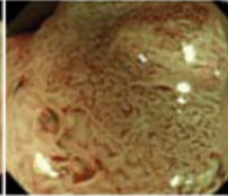
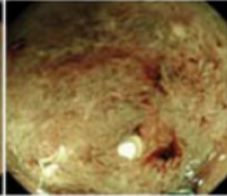
Pattern ghiandolare delle lesioni superficiali

Tipo	Morfologia	Schema
I	Pit circolari a distribuzione regolare	
II	Pit stellati o a croce poco più grandi della norma	
III L	Pit tubulari larghi o allungati leggermente ricurvi o rotondeggianti	
III s	Pit tubulari piccoli o tondeggianti compatti e più piccoli della norma	
IV	Pit arboriformi, larghi e tortuosi (cerebriformi)	
V	Pit irregolare per forma, disposizione e dimensioni o destrutturato	

Pattern ghiandolare delle lesioni superficiali

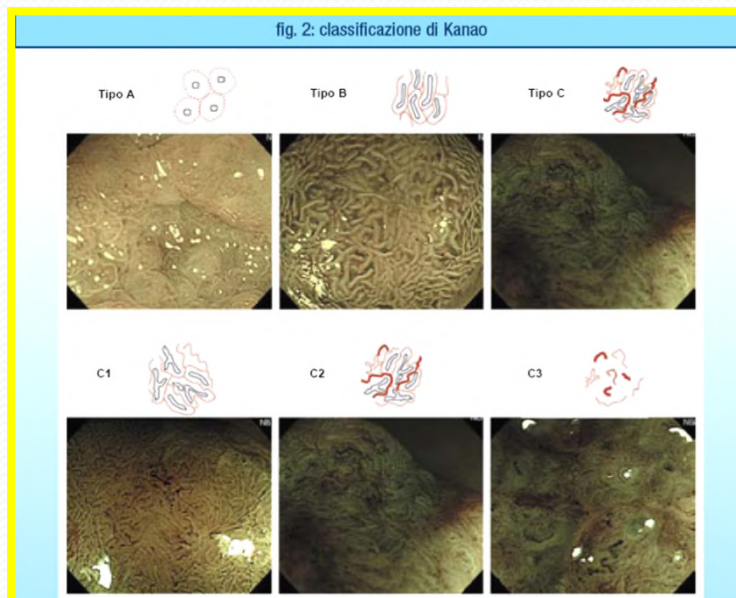


Classificazione del pattern vascolare

PATTERN CAPILLARE	Tipo I	Tipo II	Tipo III A	Tipo III B
ASPETTO ENDOSCOPICO				
ASPETTO DEI CAPILLARI	Trama capillare regolare Assenza di capillari "intrecciati"	Presenza di capillari "intrecciati" I vasi circondano gli orifizi delle cripte ghiandolari	Presenza di capillari "intrecciati" caratterizzati da fondo cieco, ramificazione e potatura irregolare Presenza di anarchia vascolare Alta densità capillare	Presenza di aree avascolari e di aree a scarsa capillarizzazione

Classificazione secondo Sano ed Emura

❖ CP IIIA= adenomi, neoplasie mucose o modicamente infiltranti (pSM1)

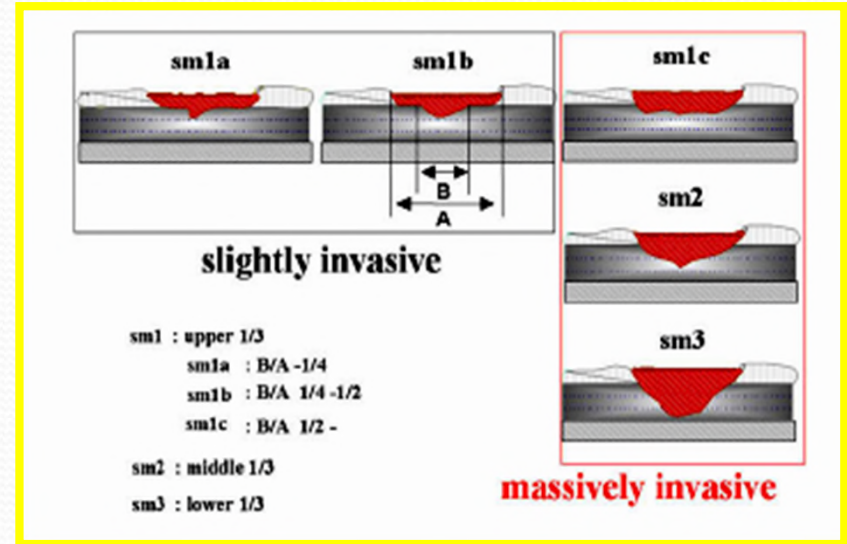
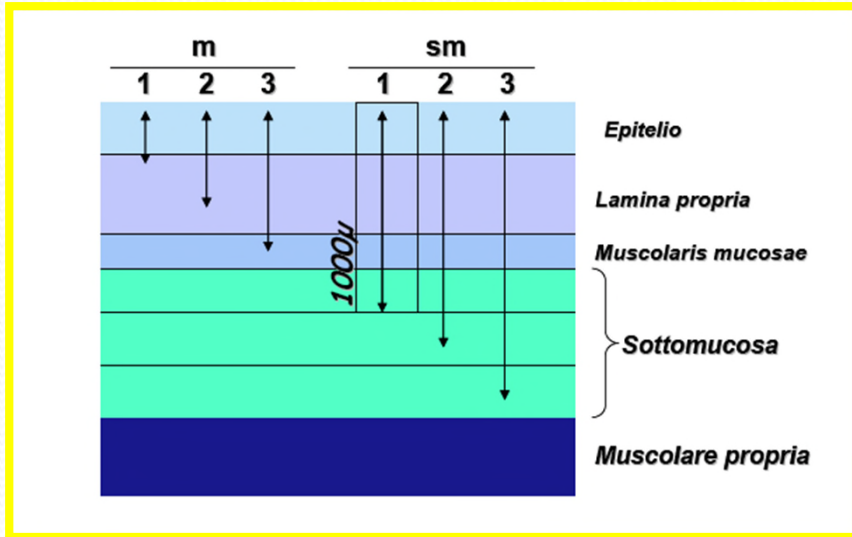


Classificazione secondo Kanao

❖ pattern di tipo B e di tipo C1= neoplasie limitate alla mucosa (M) o infiltranti solo il primo terzo della sottomucosa (SM1)

❖ pattern di tipo C3= neoplasia ampiamente infiltrante

Profondità di invasione della sottomucosa e rischio di MTS linfonodali



	Metastasi Inn (%)
sm1	0 - 2
sm2	0 - 11
sm3a	0 - 15
sm3b	0 - 15
sm3c	21

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROMOZIONE DELLA QUALITA' NEL II LIVELLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PROGRAMMA DI SCREENING DEI TUMORI DEL COLON RETTO IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA.

Follow-up delle lesioni tumorali del colon

Ai fini della sorveglianza i polipi non recuperati vanno considerati adenomi avanzati

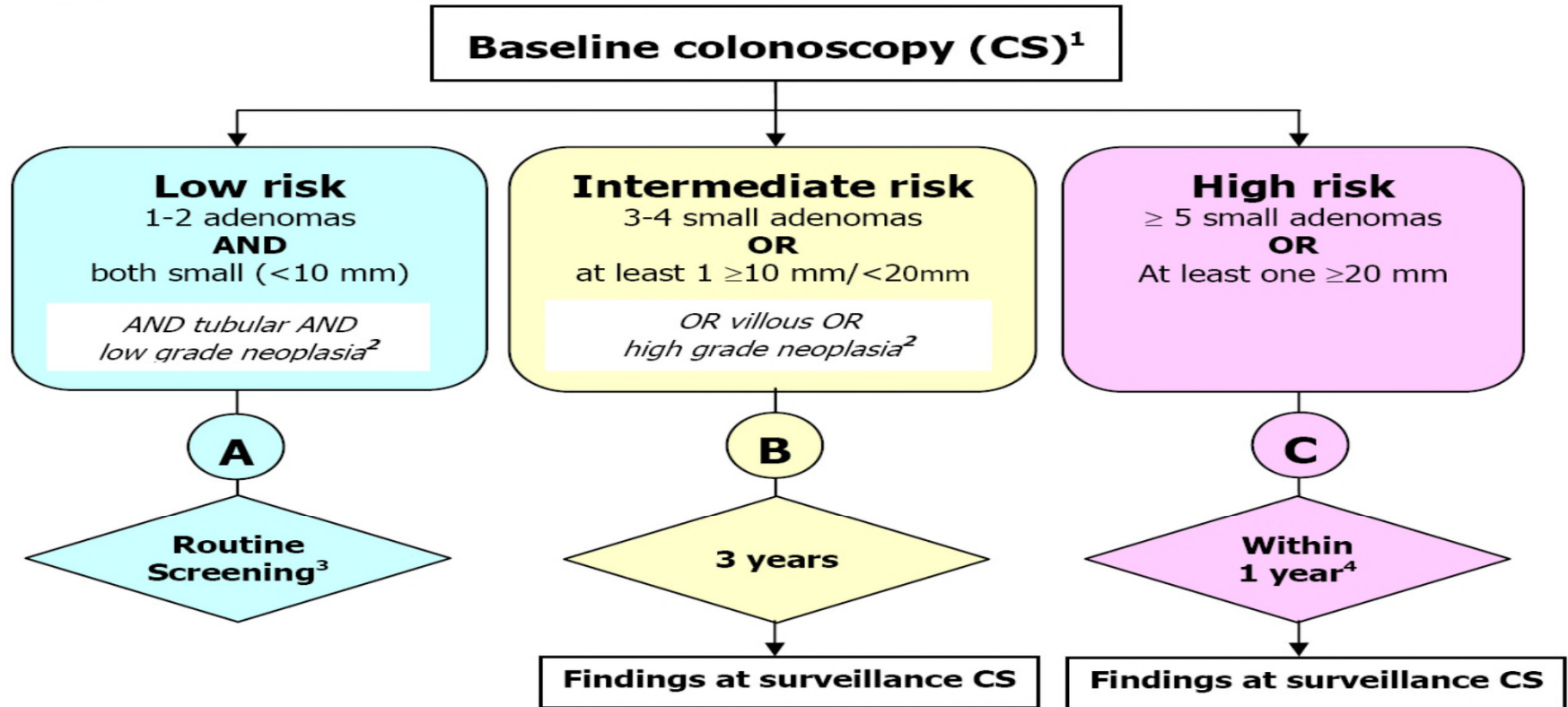
- In caso di incertezza sulla completezza delle polipectomie per il numero elevato dei polipi e/o l'incompleta pulizia del colon la colonscopia deve essere ripetuta entro un anno.
- In caso di polipectomia incompleta di singola lesione l'intervallo va valutato caso per caso.

- In caso di asportazione di 1 o 2 adenomi <10mm: controllo endoscopico dopo 5 anni, se negativo stop follow-up.
- In caso di asportazione di 3 o più adenomi o di almeno un adenoma >10mm o con displasia severa o con componente villosa controllo dopo 3 anni, se negativo controllo a 5 anni.
- In caso di polipo serrato controllo come per adenoma.
- In caso di polipi iperplastici non si ritiene opportuno consigliare un controllo endoscopico. Nel caso si riscontri un polipo iperplastico >10mm o un numero di polipi iperplastici >20 si consiglia un controllo endoscopico a 5 anni.

- Polipi cancerizzati con carcinoma intramucoso (che non supera la muscolaris mucosae) vengono considerati privi di malignità biologica e non richiedono ulteriori trattamenti, ma controlli analoghi agli adenomi ad alto rischio. In accordo con quanto definito dai Patologi i termini carcinoma intramucoso e carcinoma in situ sono da abbandonare in quanto inclusi nella definizione "displasia ad alto grado".
- Polipi cancerizzati con aree di carcinoma invasivo che supera la muscolaris mucosae e si estende alla sottomucosa: se rispettati i criteri di non invasività* comportarsi come per gli adenomi (valutare un eventuale controllo a 3-6 mesi).

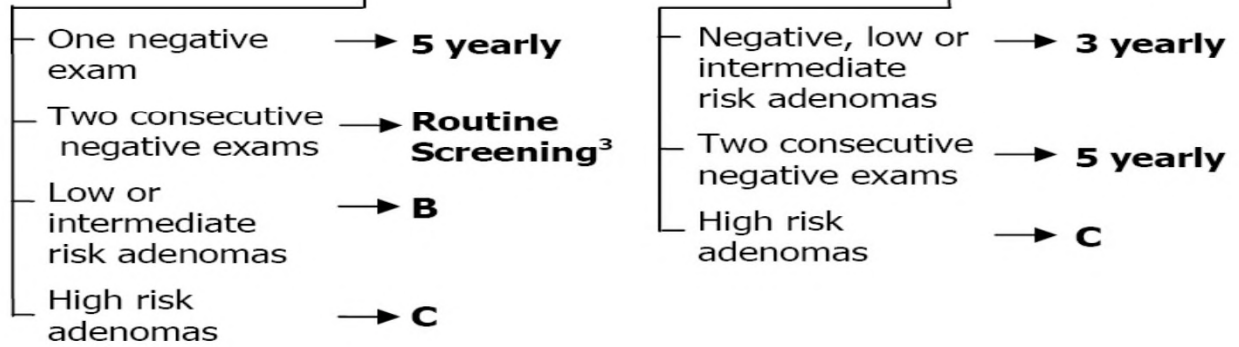


COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)



Notes:

- ¹ Baseline colonoscopy must be complete in order to accurately assess risk.
- ² Optional additional criteria
- ³ Other consideration: age, family history, accuracy and completeness of examination
- ⁴ Clearing colonoscopy to check for missed lesions



COME COMPORTARSI CON LA TERAPIA ANTIAGGREGANTE

- Le procedure endoscopiche vengono stratificate in base al rischio di emorragia:
 - polipectomia = **manovra ad alto rischio**
 - procedure diagnostiche (con o senza biopsia) = **manovre a basso rischio**

TERAPIA ANTIAGGREGANTE

- **Aspirina: non** sospesa qualunque sia la dimensione del polipo
- procedure a **basso rischio: anticoagulante** (con INR che non ecceda il range terapeutico) o **antiaggregante non** sospesi
- procedura ad **alto rischio** di sanguinamento (polipectomia) con pz. a **basso rischio trombotico** (mal. ischemica coronarica senza stent, mal. cerebrovascolare, mal. vascolare periferica) **clopidogrel** sospeso 7 giorni prima **CONTINUANDO SEMPRE L'ASPIRINA**

TERAPIA ANTIAGGREGANTE

- Pazienti ad **alto rischio trombotico**:

(stents coronarici impiantati da almeno 12 mesi se medicati ed almeno 1 mese se metallici) sospendere il **clopidogrel** 7 giorni prima
CONTINUANDO L'ASPIRINA

Stents coronarici a rilascio di farmaci posizionati da < 12 mesi o metallici inseriti da < di 6 settimane o da più di 6 settimane se concomitano fattori di rischio quali diabete, insufficienza renale o cardiaca, stenosi coronarica complessa, anamnesi di trombosi dello stent è opportuno consulto cardiologico e, nel caso di grossi polipi, solo biopsie rimandando la polipectomia

TERAPIA ANTICOAGULANTE

Procedure a basso rischio come quelle diagnostiche con o senza biopsie: controllo INR e se nel range ter. **NON** sospendere

Polipectomia in pazienti a basso rischio trombo-embolico (valvola meccanica in posizione aortica, valvola biologica, FA senza malattia valvolare, tromboembolia venosa da > 3 mesi): sospendere l'anticoagulante 5 giorni prima, controllare che l'INR sia < 1,5 il giorno della polipectomia e ricominciare il farmaco la sera stessa; 1 settimana dopo verificare l'INR

Pazienti **ad alto rischio** trombo-embolico (valvola meccanica mitralica, protesi valvolare e FA, FA e stenosi mitralica, tromboembolia venosa da < di 3 mesi, sindromi trombofiliche) sospendere la TAO 5 giorni prima della polipectomia ed iniziare eparina a basso peso molecolare (LMWH) 2 giorni dopo aver sospeso la TAO, non farla il giorno della polipectomia, ricominciare la TAO la sera stessa e continuare con le 2 terapie fino a che INR adeguato