

**WORKSHOP**

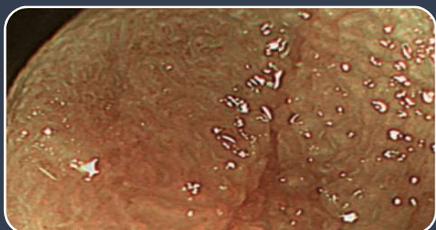
CRPT- PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING  
**PREVENZIONE SERENA**  
**9**  
**DICEMBRE** **PREVENZIONE SERENA:**  
L'OGGI E IL DOMANI  
2024 WORKSHOP 2024

**Dario Mazzucco**

*Direttore S.C. Gastroenterologia Ospedale Rivoli ASLTo3*

**Presentazione di un protocollo di studio  
per la valutazione della qualità della  
resezione di grossi polipi non peduncolati  
nello screening piemontese del CCR**

# PREMESSA



**Le lesioni sessili e piatte del colon  $\geq 20$  mm (LNPCP's) sono precursori ad alto rischio di cancro invasivo**

- La dimensione del polipo è correlata al rischio di invasione sottomucosa



**Queste lesioni sono difficili da rimuovere endoscopicamente**

- Le difficoltà derivano dalle grandi dimensioni, dalla forma piatta e dalla posizione di difficile accesso



**Al momento non esistono indicatori standardizzati per la qualità della polipectomia**

- Ma solo per la qualità della colonscopia (ADR, T di retrazione, intubazione cieco, BBPS)

# SCOPO DEL PROGETTO

CRPT - PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING  
**9** PREVENZIONE SERENA  
DICEMBRE L'OGGI E IL DOMANI  
2024 WORKSHOP 2024



Mancanza di indicatori  
di qualità  
standardizzati di  
riferimento

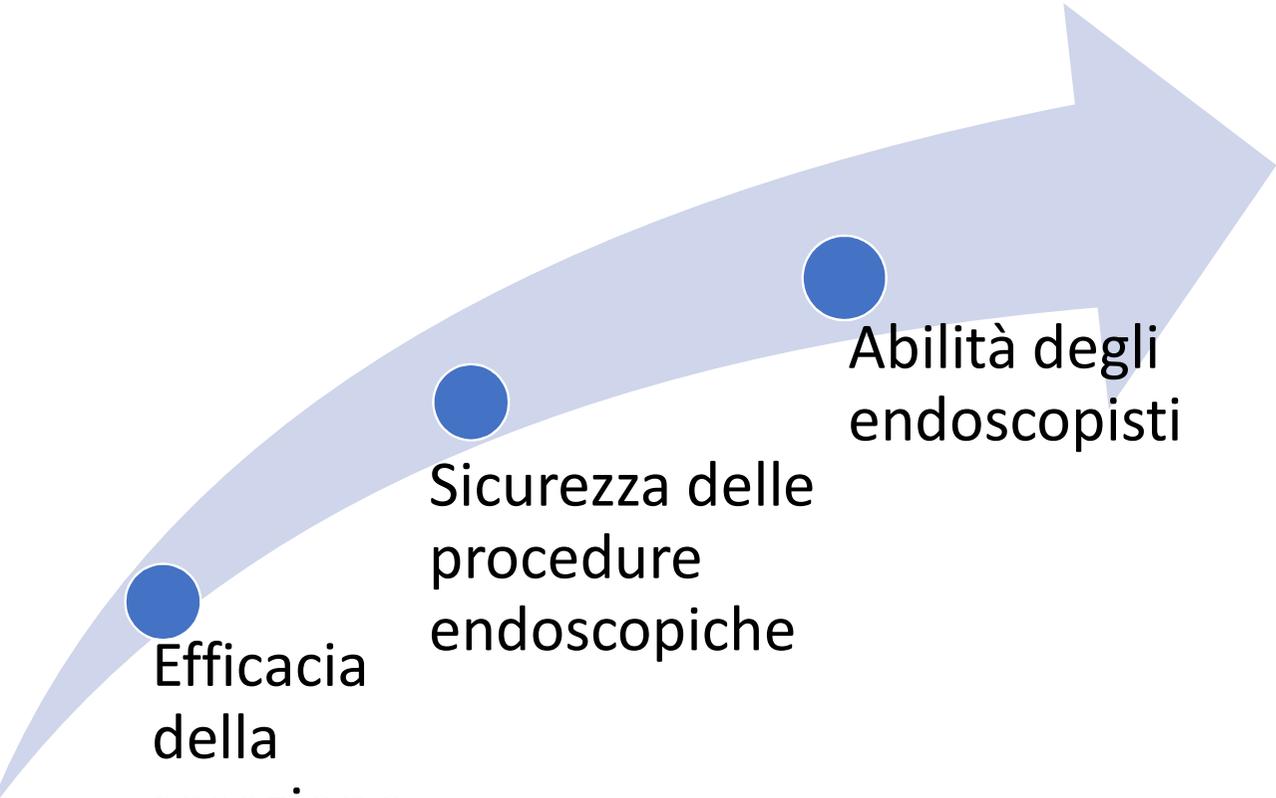
Individuazione  
parametri di  
qualità sulla base  
delle evidenze  
disponibili

Valutazione  
variabilità dei  
centri di  
Screening in  
Piemonte

Azioni di  
miglioramento  
delle pratiche  
resettive o di  
follow up

# PARAMETRI DI QUALITÀ

CRPT - PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING  
**9** PREVENZIONE SERENA  
DICEMBRE L'OGGI E IL DOMANI  
2024 WORKSHOP 2024



Efficacia  
della  
resezione  
endoscopica

Sicurezza delle  
procedure  
endoscopiche

Abilità degli  
endoscopisti

Ottimizzazione e  
standardizzazione delle  
tecniche di resezione  
endoscopica per i  
polipi di grandi  
dimensioni nel  
contesto dello  
screening della  
Regione Piemonte

# EFFICACIA della resezione endoscopica

## Indicatori di esito

### Tasso di successo tecnico

- Resezione macroscopicamente completa nel primo tentativo

### Tasso di successo clinico

- Assenza di neoplasia 12 mesi dopo il trattamento primario

### Tasso di recidiva

- Tutti i tessuti neoplastici visibili (dimensioni > 1 mm) dentro e intorno (entro 5 mm) la cicatrice nel corso del follow up endoscopico

## Indicatori di processo

### Esecuzione della colonscopia di sorveglianza

- da 3 a 6 mesi per la resezione piece meal e a 3 anni per la resezione R0 en-bloc e le lesioni serrate

### Invio alla chirurgia

- **Chirurgia primaria:** trattamento chirurgico senza un precedente tentativo di resezione endoscopica
- **Chirurgia secondaria:** chirurgia dopo una precedente resezione endoscopica.

## Tasso di eventi avversi

- Sindrome postpolipectomia (dolore addominale)
- Sanguinamento postpolipectomia diretta (identificazione del sanguinamento entro 24 ore)
- Sanguinamento ritardato (sintomi di sanguinamento >24 ore dopo la terapia endoscopica)
- Perforazione

Meulen LWT, van der Zander QEW, Bogie RMM, Keulen ETP, van Nunen AB, Winkens B, Straathof JWA, Hoge CV, de Ridder R, Moons LMG, Masclee AAM. Evaluation of polypectomy quality indicators of large nonpedunculated colorectal polyps in a nonexpert, bowel cancer screening cohort. *Gastrointest Endosc.* 2021 Dec;94(6):1085-1095.e2. doi: 10.1016/j.gie.2021.06.008. Epub 2021 Jun 15. PMID: 34139253.

Pohl H, Srivastava A, Bensen SP, Anderson P, Rothstein RI, Gordon SR, Levy LC, Toor A, Mackenzie TA, Rosch T, Robertson DJ. Incomplete polyp resection during colonoscopy-results of the complete adenoma resection (CARE) study. *Gastroenterology.* 2013 Jan;144(1):74-80.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2012.09.043. Epub 2012 Sep 25. Erratum in: *Gastroenterology.* 2021 Oct;161(4):1347. doi: 10.1053/j.gastro.2021.08.018. PMID: 23022496.

Hassan C, Repici A, Sharma P, Correale L, Zullo A, Bretthauer M, Senore C, Spada C, Bellisario C, Bhandari P, Rex DK. Efficacy and safety of endoscopic resection of large colorectal polyps: a systematic review and meta-analysis. *Gut.* 2016 May;65(5):806-20. doi: 10.1136/gutjnl-2014-308481. Epub 2015 Feb 13. PMID: 25681402.

## Esperienza

- ADR>25%, nel contesto dello screening >40%
- Intubazione del cieco >95%
- ESGE raccomanda che prima della pratica indipendente, dovrebbero essere eseguite un minimo di 30 procedure EMR .
- ESGE raccomanda di eseguire almeno 20 procedure ESD su modelli animali prima della pratica umana, con l'obiettivo di almeno otto resezioni complete in blocco negli ultimi 10 casi, senza perforazione.

## Livello 4

- Eseguire polipectomie complesse (>20mm)
- Gestire complicazioni («don't start what you can't finish!»)
- Condurre un follow-up accurato
- Formare e supervisionare i colleghi

# CONFRONTO di dati

	Hassan C, et al. Gut. 2016	Meulen LWT, et al. Gastrointest Endosc. 2021	Pohl H, et al. Gastroenterology. 2021
	Metanalisi	Studio retrospettivo	Studio prospettico
	%	%	%
Successo tecnico e clinico	90,3	84	89,9
Tasso di recidiva	13,8	16	10,1
Follow up	91	74 piecemeal 40 en-bloc	/
Invio alla chirurgia secondaria	8	7	/

Meulen LWT, van der Zander QEW, Bogie RMM, Keulen ETP, van Nunen AB, Winkens B, Straathof JWA, Hoge CV, de Ridder R, Moons LMG, Masclee AAM. Evaluation of polypectomy quality indicators of large nonpedunculated colorectal polyps in a nonexpert, bowel cancer screening cohort. *Gastrointest Endosc.* 2021 Dec;94(6):1085-1095.e2. doi: 10.1016/j.gie.2021.06.008. Epub 2021 Jun 15. PMID: 34139253.

Pohl H, Srivastava A, Bensen SP, Anderson P, Rothstein RI, Gordon SR, Levy LC, Toor A, Mackenzie TA, Rosch T, Robertson DJ. Incomplete polyp resection during colonoscopy-results of the complete adenoma resection (CARE) study. *Gastroenterology.* 2013 Jan;144(1):74-80.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2012.09.043. Epub 2012 Sep 25. Erratum in: *Gastroenterology.* 2021 Oct;161(4):1347. doi: 10.1053/j.gastro.2021.08.018. PMID: 23022496.

Hassan C, Repici A, Sharma P, Correale L, Zullo A, Bretthauer M, Senore C, Spada C, Bellisario C, Bhandari P, Rex DK. Efficacy and safety of endoscopic resection of large colorectal polyps: a systematic review and meta-analysis. *Gut.* 2016 May;65(5):806-20. doi: 10.1136/gutjnl-2014-308481. Epub 2015 Feb 13. PMID: 25681402.

# Cosa si farà nel pratico

Selezione casistica di  
1 anno su 4  
Programmi

Raccolta dati clinici  
non presenti  
sull'applicativo  
regionale usando una  
scheda standardizzata

Analisi e discussione  
dei risultati con gli  
operatori

# BOZZA scheda indicatori

## TRATTAMENTO POLIPI > o = 20 mm DA COLON FIT +

PERIODO DAL .... AL....

### Fonte dati:

- Estrazione referto screening da scheda CSI (comprendono una parte degli items da studiare) centralizzata al CPO o presso UVOS. *Items Indicati con \**
- Recupero referti di screening testuali.
- Recupero referto istologico, indicazioni al FU/intervento, referto del controllo o dell'intervento con relativi istologici.

### Caratteristiche dell'esame

#### Pulizia del colon\* (Classificazione Boston o Simili):

- No (descrittiva, ottimale, sufficiente, insufficiente...)
- Si (valida se score 6 e 2 in tutti i segmenti):
  - 1) si
  - 2) no (è stata consigliata ripetizione entro 1 anno: si/no)

#### Premedicazione\*:

- No
- Sedoanalgesia (midazolam, petidina, fentanyl..)
- Narcosi

#### Raggiungimento cieco\*:

- Si
- No  
motivo ... dolore, tortuosità, stenosi, pulizia sede raggiunta....

#### Tempo retrazione\*: minuti....

### Caratteristiche del polipo

SEDE\* (retto, sigma, discendente, trasverso, ascendente, cieco)

**DIMENSIONI\*:** mm...

### TIPOLOGIA (class. Parigi)\*

- Peduncolato (0-Ip)
- Sessile (0-Is)
- Semipeduncolato (0-Isp)
- LST (laterally spreading tumor, possono comparire dizioni come proliferazione, polipo piatto, flat, tutte lesioni poco rilevate rispetto alla larghezza)
  - LST Granulare omogeneo o misto (noduli focali/noduli misti/grossi nodi)
  - LST non granulare (rilevato o pseudodepresso)

(n.b.: nella descrizione degli LST possono comparire dizioni come 0-IIa rilevato, 0-IIb piatto, 0-IIc depresso e le loro combinazioni)

### PATTERN

- Non descritto
- Descritto  
classificazione Kudo  
classificazione JNET

### ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA

**Tecniche\*:** (nb nella scheda CSI descritta in modo generico, da precisare con referto cartaceo)

- Ansa (en bloc, frazionata, EMR), Tecniche accessorie (sollevamento, clip preventive, endoloop)
- Dissezione (ESD)
- Mista

**Radicalità endoscopica** al termine procedura si/no/non indicata

**COMPLICANZE IMMEDIATE\*:** nb nella scheda CSI descritta in modo generico, da precisare con referto cartaceo

- Sanguinamento:
  - No
  - Si, se si controllate con:
- Clips
- Emostasi iniettiva
- Perforazione no/si, se si controllate con:
- Ovesco
- Intervento

**ISTOLOGICO\*:** (nb la scheda CSI riposta ancora displasia lieve/moderata/grave! È comunque da precisare con referto istologico)

- Istotipo:
  - o Adenoma displasia basso grado
  - o Adenoma displasia alto grado
  - o Serrato con displasia
  - o Serrato senza displasia
  - o Iperplastico
  - o Adenoma con cancerizzazione
    - ampiezza > o < 2 mm
    - profondità > o < 1 mm
    - budding tumorale
    - emboli linfatico o ematici
    - rapporto adenoma/carcinoma

Per tutti, margini di resezione (su tessuto sano, su lesione)

### INDICAZIONI DI F.U\*:

- controllo a 6-12 mesi
- controllo a 3 anni
- chirurgia
- non indicato follow -up

A stack of five light-colored wooden blocks is centered on a grey background. Each block has a word printed on it in a bold, black, sans-serif font. The words are stacked vertically to form the sentence 'THANK YOU FOR YOUR ATTENTION'. A teal-colored rectangular area is overlaid on the top-left corner of the image.

**THANK**

**YOU**

**FOR**

**YOUR**

**ATTENTION**