

Il follow-up secondo le nuove linee guida

Prof. Franco Bazzoli

U.O. Gastroenterologia

Dipartimento di scienze mediche e chirurgiche

Università di Bologna

Obiettivi della sorveglianza

- Ridurre la morbilità e la mortalità da cancro del colon-retto
 - eliminando adenomi ad alto rischio
 - identificando tumori invasivi in una fase precoce

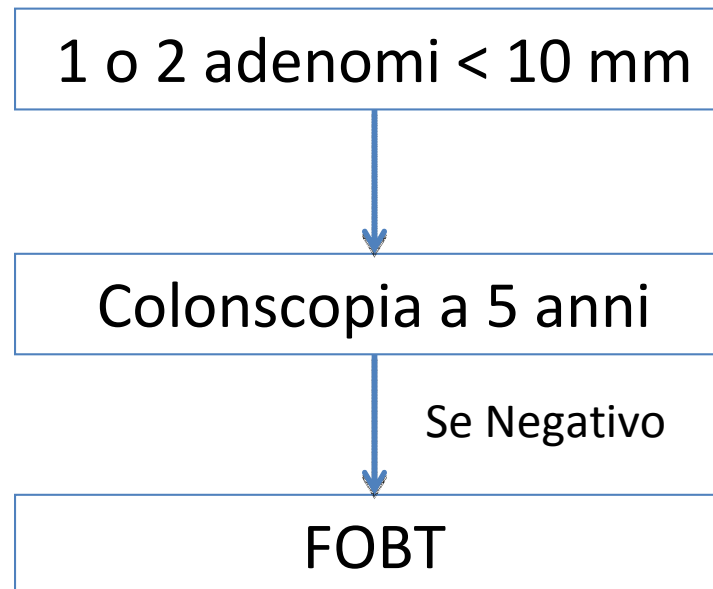


- La colonscopia è una risorsa costosa ed invasiva
 - sorveglianza solo in soggetti a rischio aumentato
 - una frequenza minima sufficiente per ridurre lo sviluppo del cancro
- La colonscopia di sorveglianza deve assolutamente rispondere ai più alti standard di qualità



Regione Emilia-Romagna

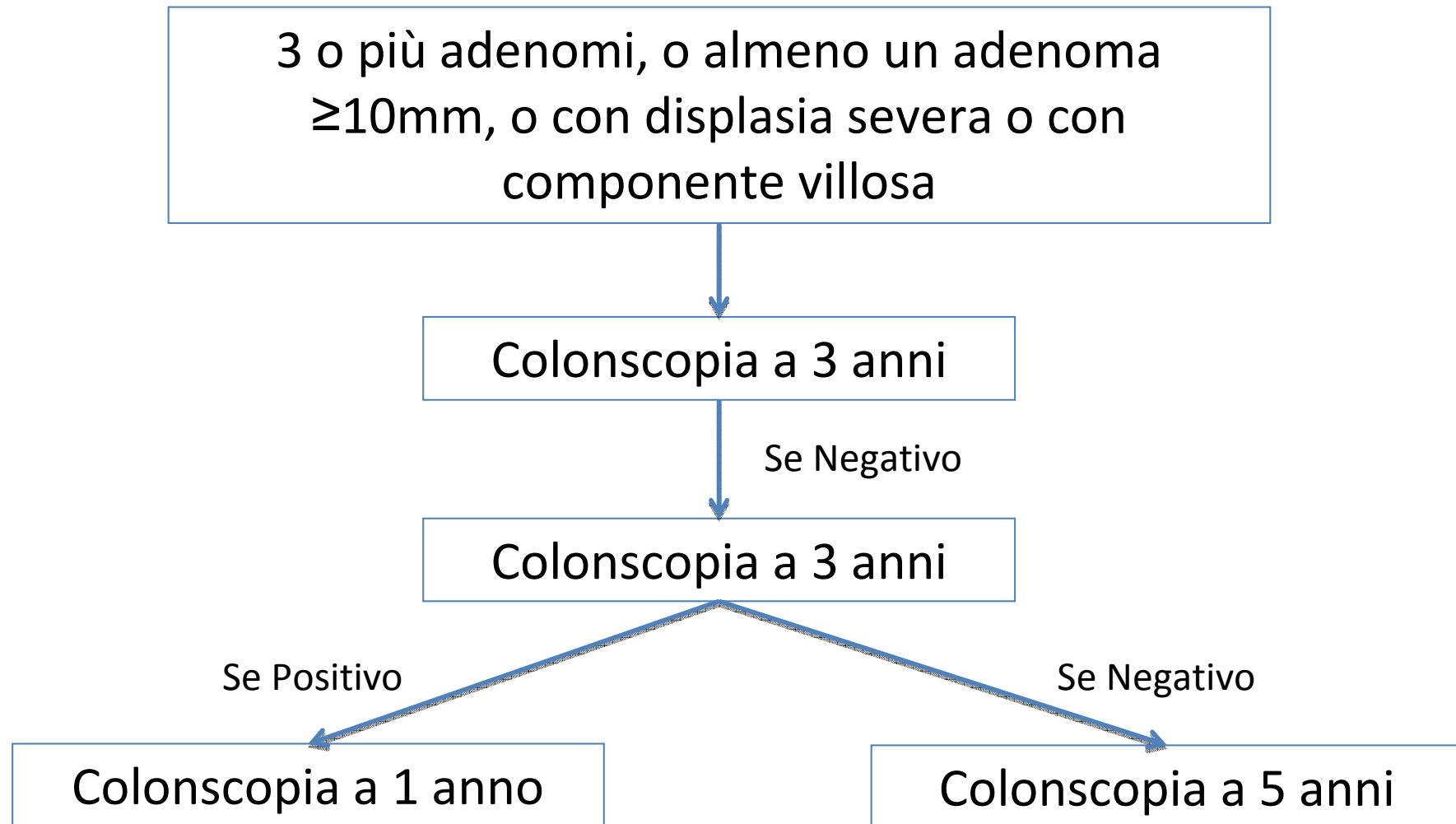
Linee guida 2009-2012





Regione Emilia-Romagna

Linee guida 2009-2012



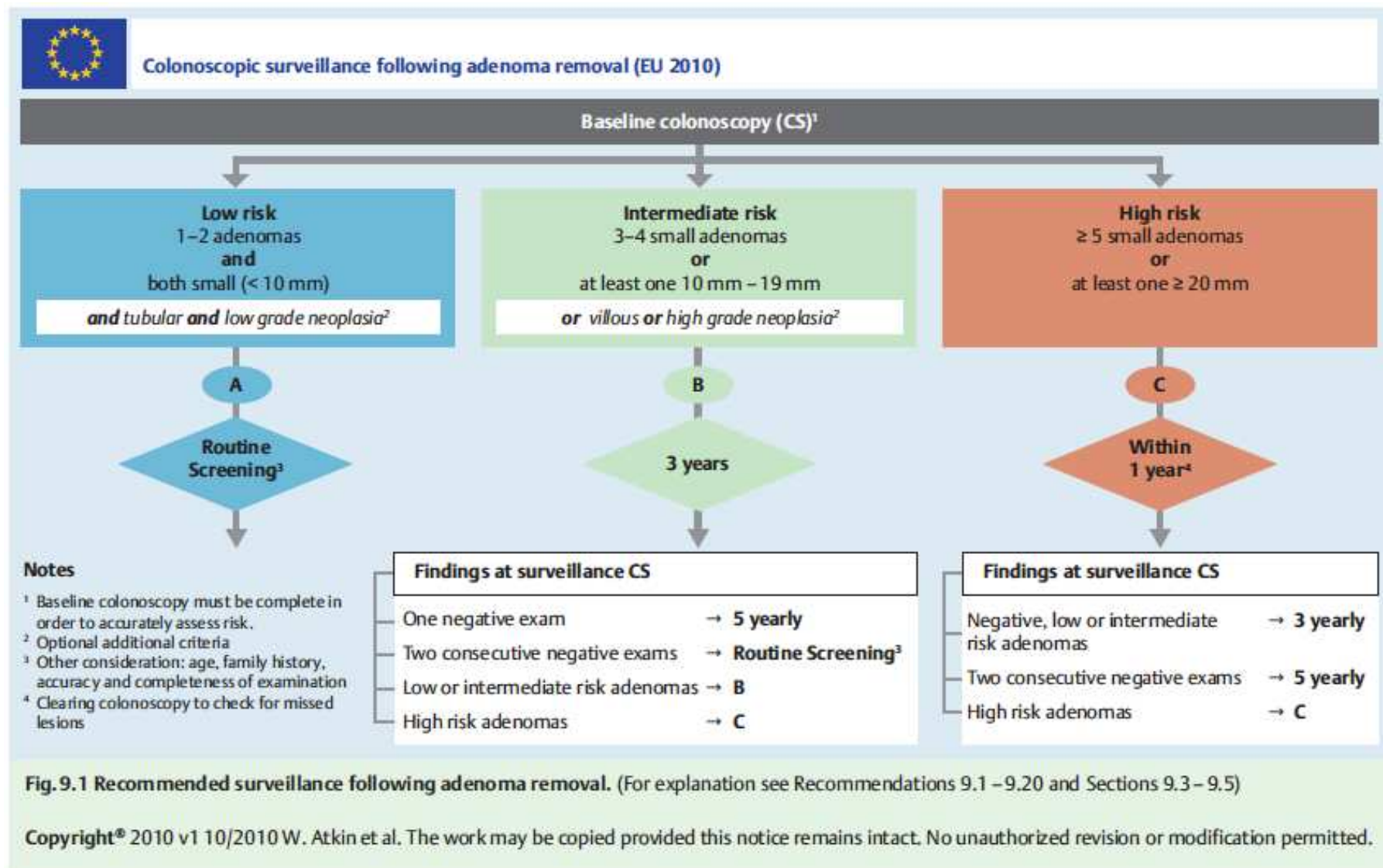
Stratificazione del rischio

- Possibilità di suddividere i pazienti in tre gruppi di rischio
 - Basso, Intermedio ed Alto
- Stratificazione del rischio → colonscopie iniziali e successive di alta qualità e completa rimozione di lesioni
- L'intervallo di sorveglianza, variabile, è determinato dal rischio di recidiva di adenomi avanzati e cancro
- Una nuova valutazione può essere fatta in base ai risultati al primo e successivo follow-up

Follow-up vs. Completamento diagnostico/terapeutico

- Si considera come esame di follow-up il primo che segue al raggiungimento di un “clean colon”.
- Le indagini eseguite nel percorso di eradicazione di una lesione e di lesioni multiple o per toilette insufficiente (entro 3 mesi) non vengono definite quali esami di follow-up ma vanno considerate completamento diagnostico/terapeutico

Il nuovo protocollo di sorveglianza





Basso Rischio

Pazienti con 1-2 adenomi di dimensioni inferiori ai 10 mm,
*e tubulari e con displasia a basso grado**



Continuare con screening (FOBT biennale)#

1. La baseline colonscopia deve essere completa per una corretta valutazione del rischio

*Sono considerati a basso rischio gli adenomi tubulari con displasia di basso grado di dimensioni < 10mm in numero di 1-2.

considerare età, storia familiare ed accuratezza/completeness della colonscopia

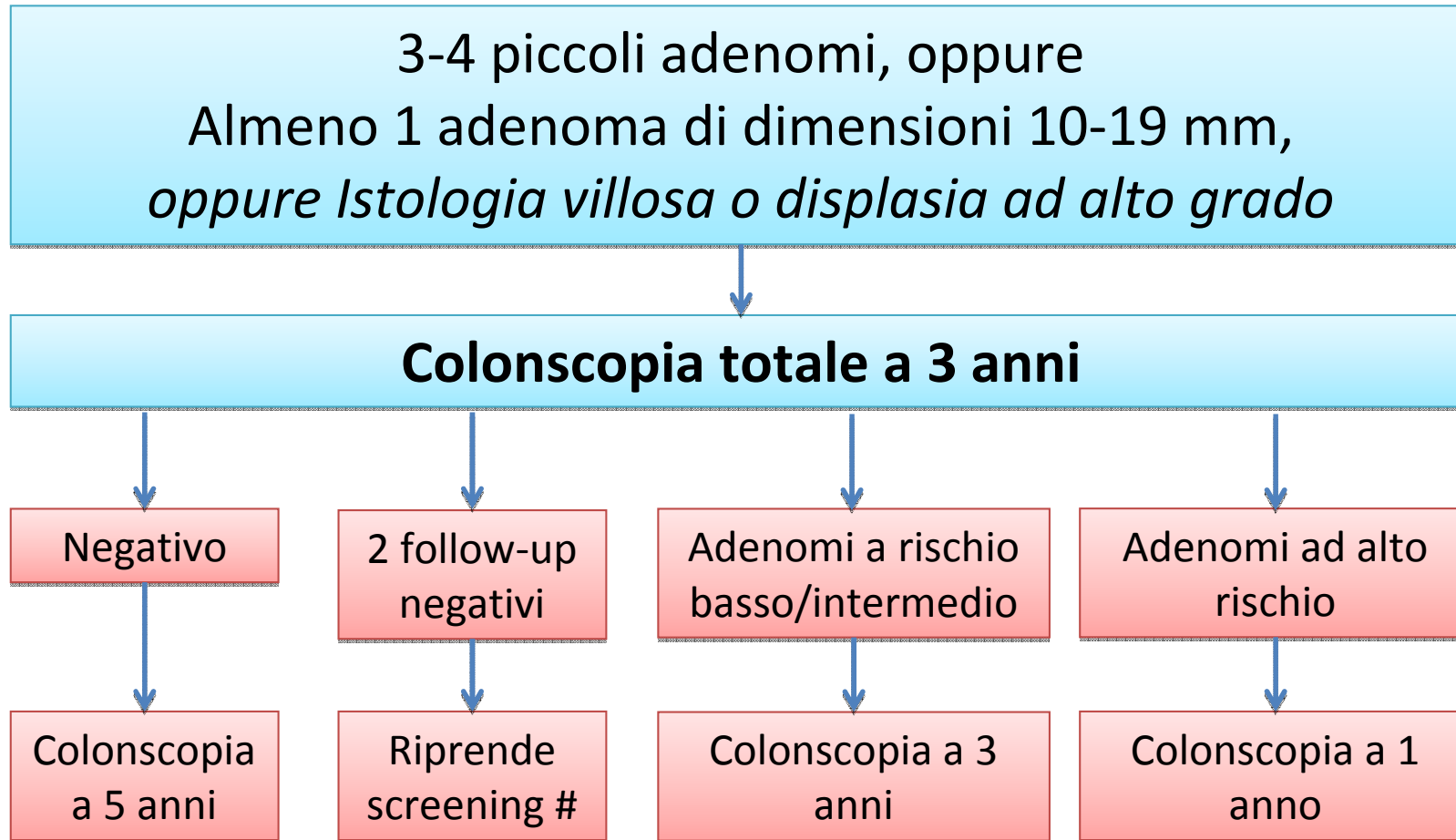
Rischio di Neoplasia Avanzata entro 5.5 anni

Colonscopia basale	Relative risk*	P value
Adenoma Tubulare <10 mm	2.56 (1.16-5.67)	.02
1 or 2	1.92 (0.83-4.42)	.13
>3	5.01 (2.10-11.96)	<.001
Adenoma Tubulare >10 mm	6.40 (2.74-14.94)	<.001
Adenoma Villosa	6.05 (2.48-14.71)	<.001
Displasia ad alto grado	6.87 (2.61-18.07)	<.001
Cancro	13.56 (5.54-33.18)	<.001

* Vs. colonscopia basale negativa



Rischio intermedio



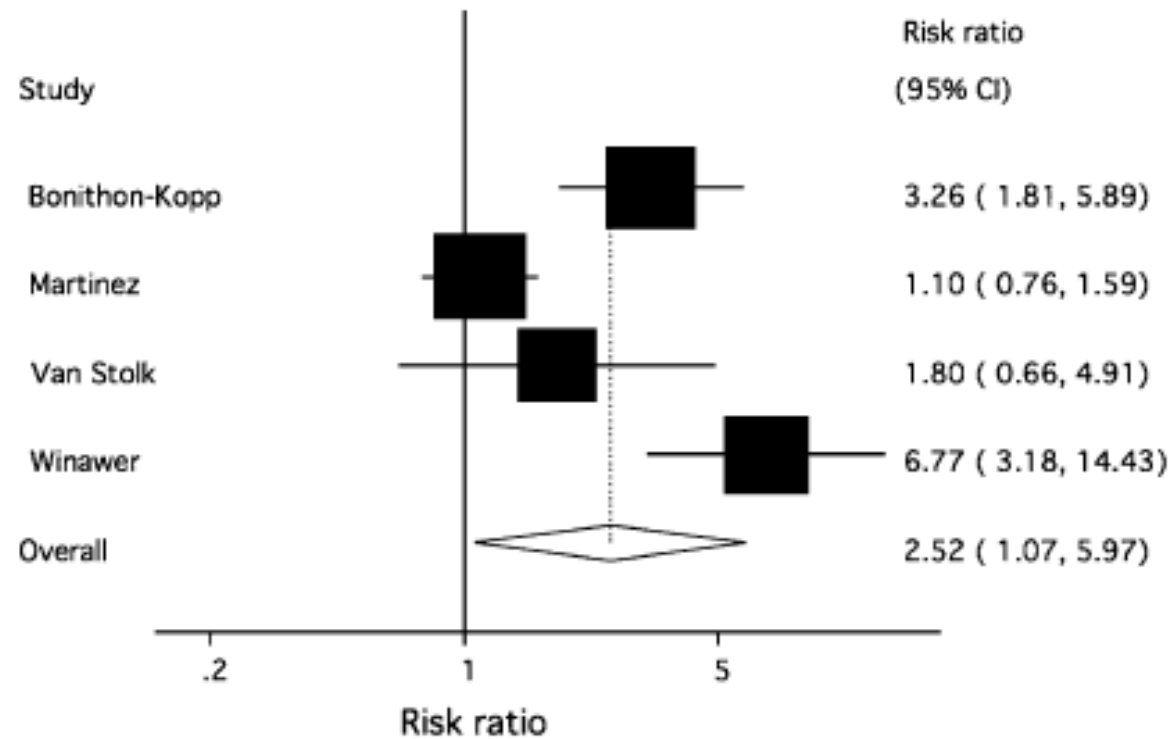
considerare età, storia familiare ed accuratezza/completezza della colonscopia

Pooled-analysis di diagnosi di neoplasia avanzata dopo polipectomia

Colonscopia basale	Neoplasia non avanzata Adjusted OR	Neoplasia Avanzata Adjusted OR
Numero Polipi		
1	1.00	1.00
2	1.46 (1.30-1.64)	1.39 (1.17-1.66)
3	2.05 (1.73-2.42)	1.85 (1.46-2.34)
4	2.23 (1.71-2.92)	2.41 (1.71-3.40)
5	3.63 (2.76-4.78)	3.87 (2.76-5.42)
	P trend <.0001	P trend <.0001
Dimensioni		
< 5 mm	1.00	1.00
5-10 mm	1.01 (0.90-1.14)	1.17 (0.95-1.42)
10-20 mm	0.94 (0.82-1.08)	2.27 (1.84-2.78)
>20 mm	1.00 (0.80-1.25)	2.99 (2.24-4.00)
	P trend = .4944	P trend <.0001
Istologia		
Tubulare	1.00	1.00
Tubulovilloso/Villoso*	1.05 (0.92-1.20)	1.28 (1.07-1.52)
Displasia ad alto grado		
No	1.00	1.00
Sì	1.04 (0.86-1.26)	1.05 (0.81-1.35)

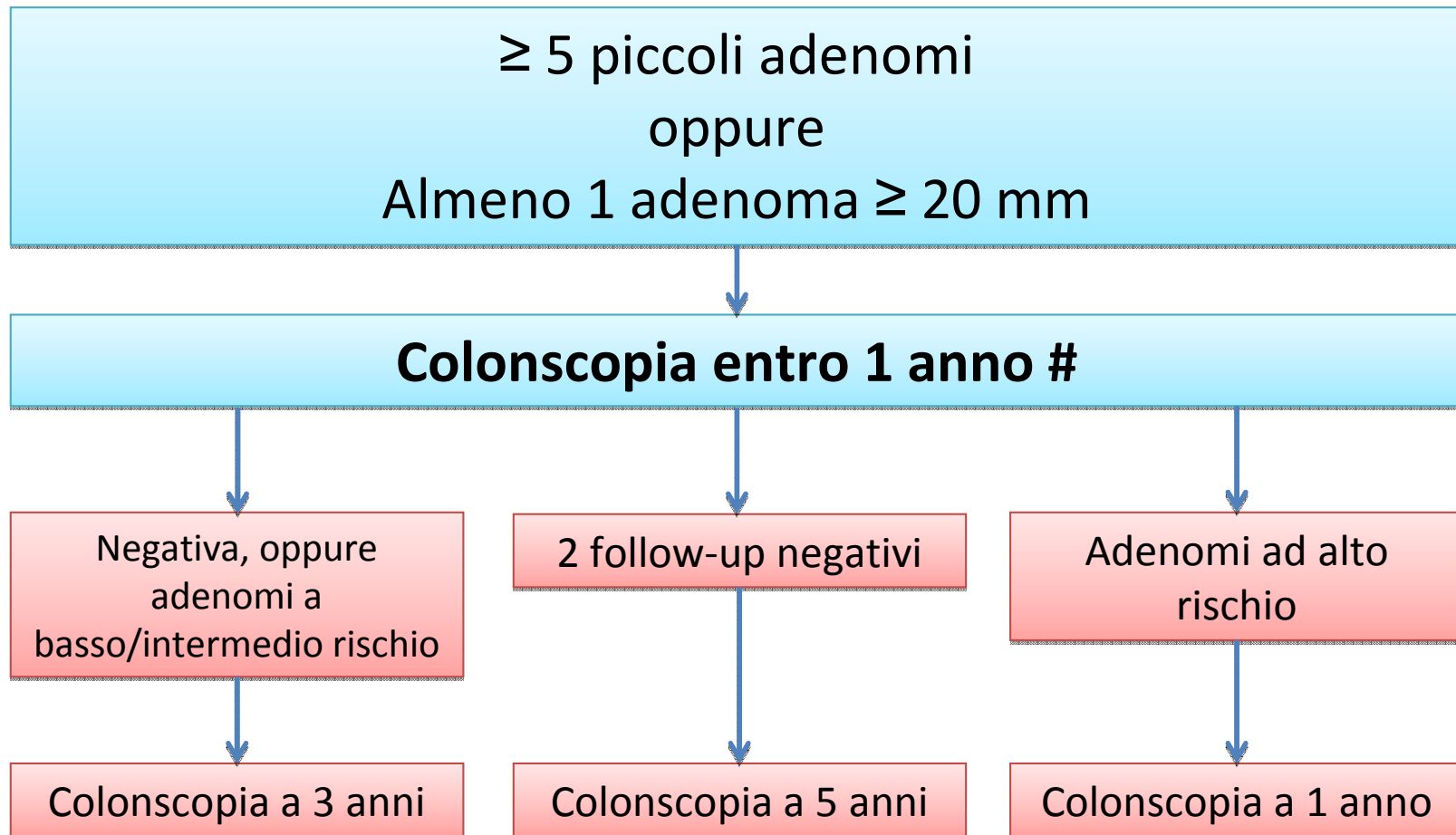
* > 25% di componente villosa

Rischio di adenoma avanzato al follow-up a 3 anni in pazienti con 3 vs. 1-2 adenomi





Alto rischio



ottenere clean colon

Colonscopia dopo 1 anno

- Rimuovere le lesioni sincrone non rilevate in un esame in cui vengono rimossi ≥ 5 adenomi o almeno un adenoma di dimensioni ≥ 20 mm
- Distinzione fra follow-up ad 1 anno e revisione del sito di polipectomia incompleta
 - Polipi sessili voluminosi rimossi in «piece-meal» → controllo dopo 2-3 mesi

Pooled-analysis di diagnosi di neoplasia avanzata dopo polipectomia

Colonscopia basale	Neoplasia non avanzata Adjusted OR	Neoplasia Avanzata Adjusted OR
Numero Polipi		
1	1.00	1.00
2	1.46 (1.30-1.64)	1.39 (1.17-1.66)
3	2.05 (1.73-2.42)	1.85 (1.46-2.34)
4	2.23 (1.71-2.92)	2.41 (1.71-3.40)
5	3.63 (2.76-4.78)	3.87 (2.76-5.42)
	P trend <.0001	P trend <.0001
Dimensioni		
< 5 mm	1.00	1.00
5-10 mm	1.01 (0.90-1.14)	1.17 (0.95-1.42)
10-20 mm	0.94 (0.82-1.08)	2.27 (1.84-2.78)
>20 mm	1.00 (0.80-1.25)	2.99 (2.24-4.00)
	P trend = .4944	P trend <.0001
Istologia		
Tubulare	1.00	1.00
Tubulovilloso/Villoso*	1.05 (0.92-1.20)	1.28 (1.07-1.52)
Displasia ad alto grado		
No	1.00	1.00
Sì	1.04 (0.86-1.26)	1.05 (0.81-1.35)

* > 25% di componente villosa

Rischio di cancro intervallo

- 5.4% cancri intervallo → 1/3 al sito della polipectomia

Farrar et al. CGH2006;4:1259–1264


- Dietary polyps prevention trial → 13/2079 con cancro intervallo
 - 7/13 dei pazienti avevano un tumore potenzialmente "evitabile" a causa della rimozione incompleta (4/13) o di un tumore non identificato (3/13)

Pabby A et al. Gastrointest Endosc 2005; 61: 385–391

Altri Polipi/Situazioni

- È auspicabile che i polipi serrati vengano inseriti nel rischio intermedio ed i polipi piatti (vedi Classificazione di Parigi) nell'alto rischio” (Emilia-Romagna II edizione-anno 2012)

9.5.2 Serrated adenomas

For surveillance purposes, serrated adenomas (i.e., traditional serrated adenomas and mixed polyps with at least one adenomatous component; see Chapter 7 [65], Section 7.2.4.4 and 7.2.4.5) should be dealt with like any other adenoma; there are no data to suggest that surveillance intervals different from those in  Fig. 9.1 are required (VI–C).^{Rec 9.17}

9.5.3 Hyperplastic polyps and other non-neoplastic serrated lesions

Patients found to have a large (≥ 10 mm) hyperplastic polyp or other non-neoplastic serrated lesion anywhere in the colon or multiple lesions of these types in the proximal colon may be at increased risk, but there are no data available to indicate appropriate surveillance intervals (VI–B).^{Rec 9.19}

Altri Polipi/Situazioni

- Polipi non recuperati → adenomi ad alto grado
- Polipi iperplastici → screening
- Familiarità per CRC → come in familiarità negativa

Emilia-Romagna
II edizione - anno 2012

9.2.3.2 Family history

after adjustment for adenoma characteristics at baseline [52]. Similarly, in the recent US pooled analysis, the risk of developing advanced neoplasia during surveillance was not influenced by family history [51].

Thus there is no consistent evidence to suggest that recommendations on adenoma surveillance should differ for patients with a family history, unless it is suspected that they have one of the dominantly inherited conditions (III – B). ^{Rec 9.13}

Adenoma Cancerizzato/Cancro pT1

- **Adenoma cancerizzato**

Basso rischio vs alto rischio

–**Alto rischio:** alto grado istologico della componente invasiva oppure invasione vascolare oppure interessamento del margine di resezione → chirurgia → controllo ad 1 anno → 3 anni → ogni 5 anni. Nei pazienti senza uno studio del colon preoperatorio, entro 6-12 mesi dall'intervento

–**Basso rischio** → follow-up ad 1 anno con valutazione accurata dell'area di resezione e valutazione per lesioni metacrone

Conclusioni

- Il follow-up dipende dalla stratificazione del rischio alla colonscopia basale
- Dimensioni e numero dei polipi sono i valori predittivi più importanti
- Le nuove linee guida introducono un basso rischio che non necessita di follow-up endoscopico
- Verosimile riduzione delle colonscopie a 5 anni