



AIGO LAZIO

Incontra i medici sul territorio

*‘Guida ad un uso appropriato dell’ endoscopia
Digestiva a 40 anni dalla sua diffusione’*

Costantino Zampaletta

Roma 24 gennaio 2020



AIGO LAZIO

...incontra i medici sul territorio

- 1- Cosa si intende per appropriatezza ?*
- 2- Quale percentuale di inappropriatezza della colonscopia e quale indicazione maggiormente inappropriata ?*
- 3- Quale significato del test per sangue occulto?*
- 4- Perché biopsie durante EGDS ?*
- 5- Quali sono le patologie più frequenti del tratto digestivo superiore da sottoporre a sorveglianza e con quale timing ?*

Allarme dei gastroenterologi: «Troppi esami, rischi e costi inutili»

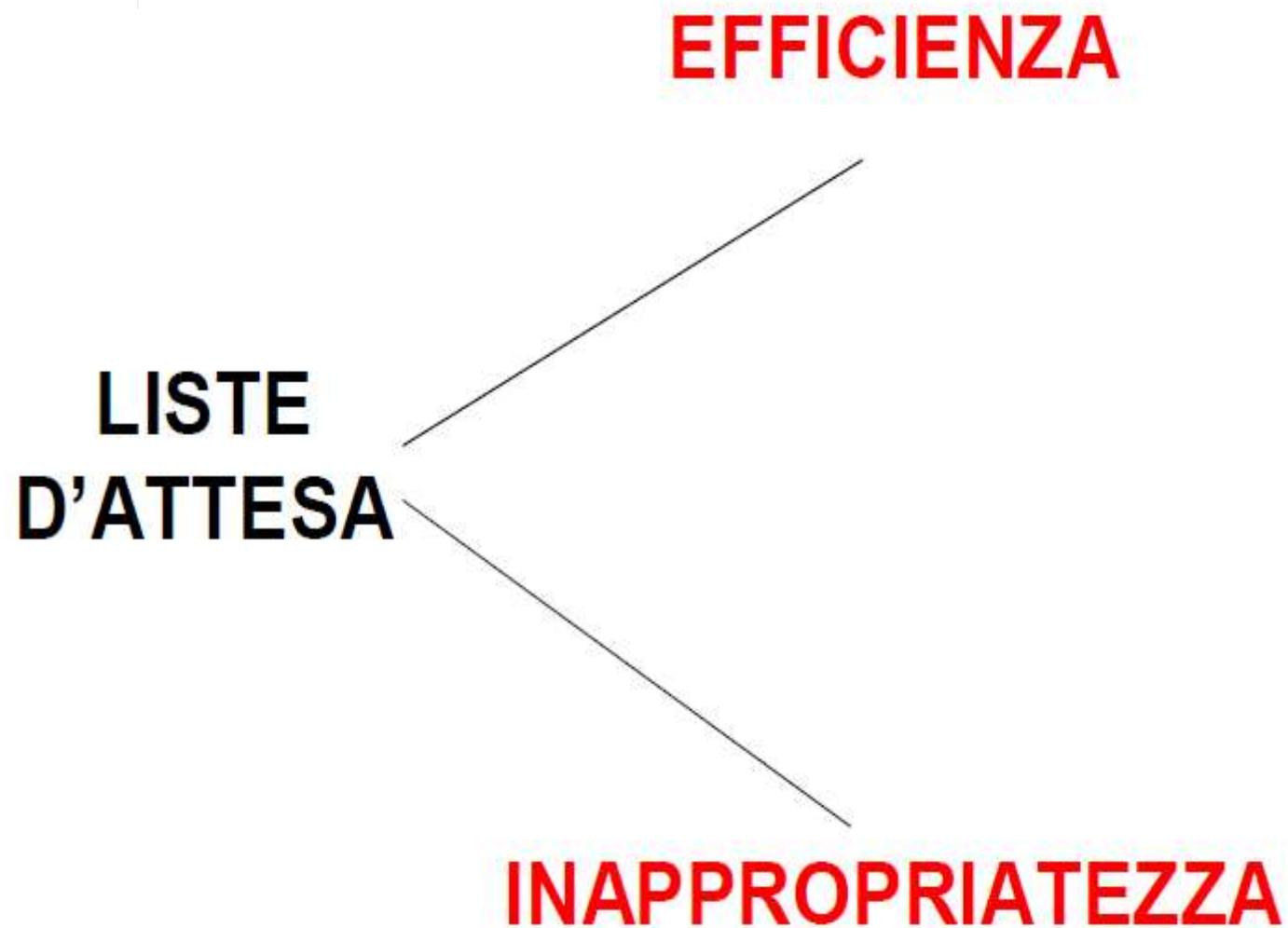
Secondo gli esperti della Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva (SIGE) il 25-30% delle gastroscopie e delle colonscopie che si fanno in Italia sono inutili: 30 milioni bruciati per 500mila procedure inutili. Gli esami vengono spesso prescritti senza una corretta indicazione ed espongono a inutili rischi il paziente

La collaborazione tra SIGE e Medicina Generale

quotidianosanità.it

Solo il 20% degli esami endoscopici vengono richiesti dallo specialista gastroenterologo; la stragrande maggioranza delle richieste (l'80%) proviene dal medico di famiglia, da altri

specialisti o dagli stessi pazienti. E l'eccesso di richieste è conseguenza della medicina difensiva ma anche di un problema culturale. Nel caso degli esami endoscopici per esempio è importante



zione delle liste di attesa in reparti di endoscopia digestiva: 10 anni d'esperienza

Introduzione

- Alberto Meggio
- Giuliano Mariotti
- Gianni Miori
- Romano Manfrini
- Enrico Tasini
- Ivo Avancini
- Davide Giacomini
- Giovanni de Pretis

- U.O. Multizonale
di Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva
Ospedale S. Maria del Carmine
di Rovereto (TN) - Ospedale S.
Chiara di Trento
- Direzione Sanitaria
Ospedale S. Maria del Carmine
di Rovereto (TN)

Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni mediche specialistiche sono di comune osservazione nella maggior parte dei sistemi sanitari. È la conseguenza del fatto che le risorse a disposizione sono limitate e quindi non in grado di garantire tutti gli esami a tutti in poco tempo. Ma neppure un ipotetico aumento delle risorse può assicurare l'eliminazione delle attese in sanità, in quanto è noto da tempo che un incremento dell'offerta non comporta necessariamente una riduzione dei tempi di attesa ma, anzi, è stato anche descritto un aumento dei tempi di attesa a seguito di una maggiore disponibilità di offerta (1,2,3).



Il servizio sanitario migliore del mondo
non è quello che offre tutto a tutti

Ma quello che determina quanto la società vuole
spendere per la salute

e quindi fornisca dei servizi evidentemente limitati,
basati sull' evidenza

Senza chiedere l' impossibile al suo staff



Appropriatezza

Tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche devono essere **richieste solo se hanno un impatto favorevole**, cioè se modificano la gestione del paziente e il risultato clinico

- **risolvono o migliorano la sintomatologia**
- **riducono mortalità e morbilità**
- **rassicurano il paziente**
- **migliorano la qualità di vita**



Pratiche a rischio di inappropriatazza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare Cinque raccomandazioni dell' AIGO

1 Non prescrivere la ricerca del sangue occulto fecale (SOF), in alcun contesto al di fuori del programma di screening del cancro del colon-retto.

Il SOF è un test di screening, riservato a soggetti asintomatici che rientrano nella fascia di rischio stabilita dal programma nazionale o regionale. Non è un test diagnostico e pertanto non deve essere eseguito in soggetti che presentano segni o sintomi di possibile patologia del colon: il 26-35% dei SOF è eseguito in maniera inappropriata, con aumento del numero di colonoscopie non appropriate e del rischio di complicanze endoscopiche.

2 Non eseguire colonscopia di sorveglianza per polipi del colon, dopo un esame di qualità, con intervallo differente rispetto a quanto indicato dal gastroenterologo in calce all'esame o dopo valutazione dell'istologia del polipo.

L'indicazione a colonscopia di sorveglianza si basa sull'esito del primo accertamento endoscopico ed è indicata da linee guida basate sull'evidenza, che valutano il rischio relativo di sviluppo di nuovi adenomi o carcinomi. L'intervallo più adeguato deve essere indicato dal gastroenterologo responsabile della procedura, considerando precedenti eventuali reperti, la qualità della colonscopia, storia di familiarità e giudizio clinico pertinente.

3 Non ripetere esofagogastroduodenoscopia (EGDS) in paziente con diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo, con o senza ernia iatale, in assenza di nuovi sintomi.

La diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo si basa su una combinazione di sintomi, risposta alla terapia antisecretiva e test diagnostici; l'EGDS consente di diagnosticare ed eventualmente trattare complicanze di malattia; indicazioni ad EGDS di controllo sono limitate a malattia endoscopicamente severa o per conferma diagnostica o sorveglianza dell'esofago di Barrett.

4 Non prescrivere controllo ecografico addominale sistematico, una volta stabilita la diagnosi, in pazienti asintomatici portatori di angiomi epatici < 30 mm di diametro.

Gli angiomi epatici sono presenti in 5-20% della popolazione, sono per lo più riscontrati occasionalmente in persone asintomatiche. Angiomi tipici di piccole dimensioni presentano andamento del tutto benigno e non richiedono alcun controllo ecografico.

5 Non prescrivere farmaci inibitori della pompa protonica (IPP) in corso di terapia steroidea o per lungo periodo in pazienti con sintomi dispeptici.

Non vi è alcuna evidenza a supporto di trattamento sistematico con IPP di pazienti con diagnosi di dispepsia funzionale o come profilassi del danno iatrogeno in corso di terapia con farmaci steroidei. Il rischio principale correlato alla sospensione degli IPP in corso di terapia di malattie acido-correlate è la ripresa dei sintomi. Obiettivo terapeutico deve quindi essere il controllo dei sintomi residui e il miglioramento della qualità di vita del paziente.

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Marzo 2017

Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy

A consensus statement from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Initially prepared by the Committee on Endoscopic Utilization. Revised by the Standards of Practice Committee and approved by the Governing Board.

INTRODUCTION

Progress in endoscopic technology has advanced the practice of Medicine as it relates to the gastrointestinal tract. Over the last thirty years, scientists and clinicians have acquired unprecedented access to the gastrointestinal lumen and the pancreatic and biliary ductal systems. Direct examination of the mucosal surface provides far greater information than that gained by two dimensional scans and x-rays. Further, endoscopic diagnosis and treatment of conditions have now supplanted many open surgical procedures. Ongoing technical improvements and innovations continue to extend potential endoscopic therapies.

The ASGE has continually promoted safe and responsible endoscopic practice. For more than 20 years, the ASGE with the assistance and support of the American Gastroenterological Association (AGA), the American College of Gastroenterology (ACG), Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT), The Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES), and The American Society for Colon and Rectal Surgery (ASCRS) has written guidelines on how endoscopy should be performed, by whom, and for what purposes. These guidelines have been published, revised, and reviewed and updated frequently.

It is critical that endoscopists receive thorough training in the technical aspects of gastrointestinal diseases as well as in the technical aspects of endoscopy. Extensive non-endoscopic training is necessary to provide the endoscopist with the depth of experience, judgement and knowledge necessary to recognize what has been seen and to formulate an appropriate plan for the patient's subsequent care.

Standards of training and practice must be defined and implemented on a national, as well as a local basis. Therefore, the ASGE is continuing to meet with accrediting agencies concerning their mutual interest in quality of care and the peer review mechanisms.

The following information has been prepared for use by national and local procedure review commit-

tees to assist them in defining standards of endoscopic practice and training. This information should also be helpful to primary care physicians deciding how best to evaluate their patients.

DEFINITION OF GASTROINTESTINAL (GI) ENDOSCOPIC PROCEDURES

Esophagogastroduodenoscopy (EGD) affords an excellent view of mucosal surfaces of the esophagus, stomach, and proximal duodenum. Colonoscopy allows examination of the entire colon and rectum and frequently the terminal ileum. Standard diagnostic functions include inspection, biopsy, photography and video recording. Diagnostic observations are made concerning focal benign or malignant lesions, diffuse mucosal changes, luminal obstruction, motility, and extrinsic compression by contiguous structures. The most common therapeutic endoscopic procedures include polypectomy, dilatation of strictures, removal of foreign bodies, gastrostomy, and treatment of gastrointestinal bleeding with injection, banding, coagulation or sclerotherapy.

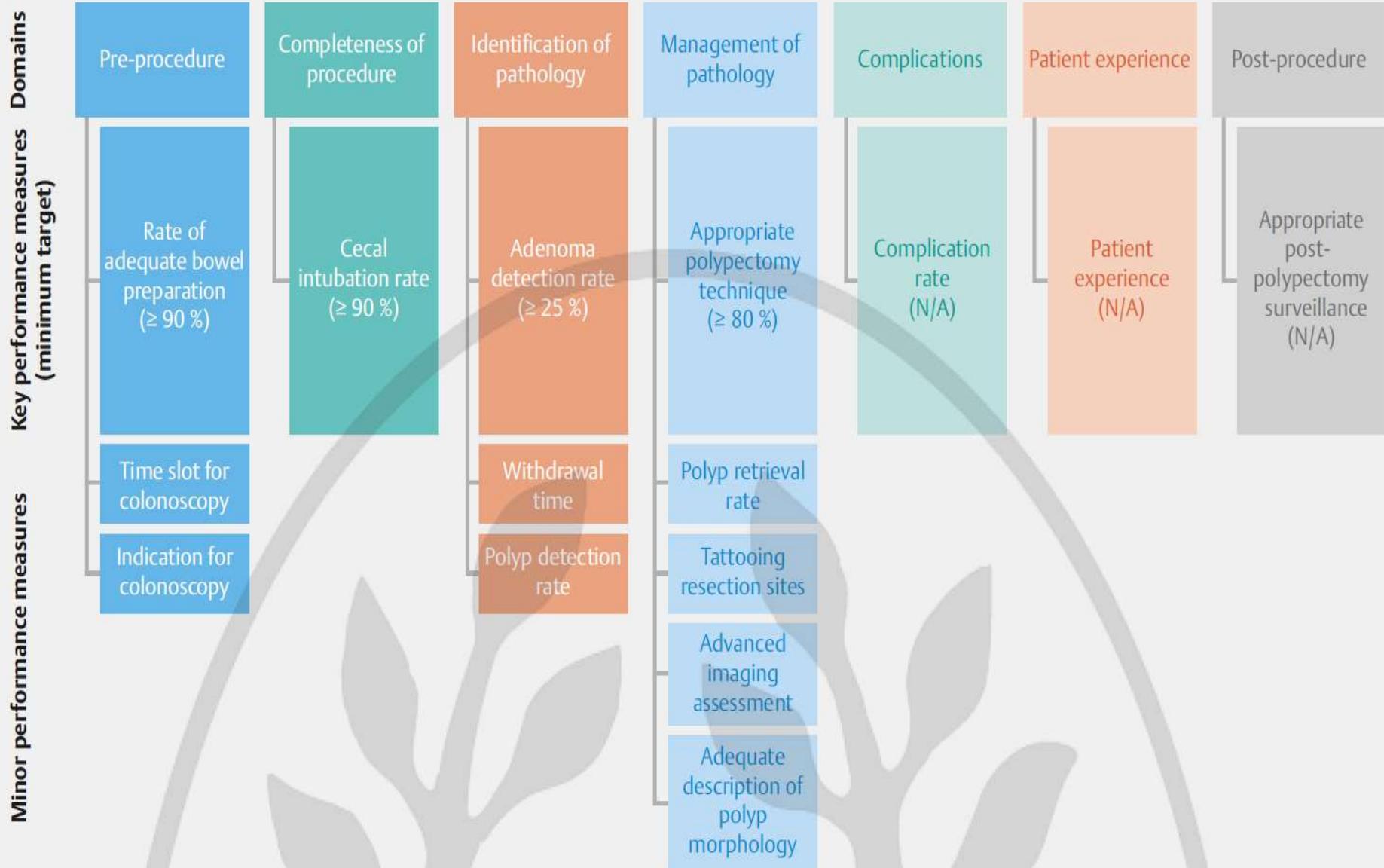
Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) employs endoscopy to identify the major and minor biliary and pancreatic ductal systems are cannulated and opacified with contrast material to provide diagnostic information. Other diagnostic techniques used in conjunction with ERCP including brush cytology, biopsy, and endoscopic ultrasound. Therapeutic maneuvers included with ERCP include endoscopic sphincterotomy with or without stent placement and with other ancillary techniques for the treatment of pancreatic and biliary ductal systems.

Flexible sigmoidoscopy (FS) employs a flexible instrument to examine the rectum, sigmoid, and a variable length of more proximal colon.

Enteroscopy allows the visualization of a greater extent of the small bowel than EGD. Two types of enteroscopes are available, the push enteroscope, which allows limited tissue sampling and therapy, and the Sonde enteroscope, that potentially visual-

... Su come l'endoscopia dovrebbe essere effettuata, da chi, e per quale motivo. "

Indicatori di qualità della RSCS



Appropriateness of the Indication for Colonoscopy: Systematic Review and Meta-analysis

Cesare Hassan¹, Emilio Di Giulio², Riccardo Marmo², Angelo Zullo¹, Bruno Annibale³

14.160 pazienti (1998 al 2007)

utilizzate linee guida ASGE o EPAGE per le indicazioni
alla colonscopia

26 % degli esami risultavano inappropriati



Appropriateness of the indication for colonoscopy: is the endoscopist the 'gold standard'?

J Clin Gastroenterol. 2012

PetruzzIELLO L, Hassan C, Alvaro D, Kohn A, Rossi Z, Zullo A, Cesaro P, Annibale B, Barca A, Di Giulio E, Giorgi Rossi P, Grasso E, Ridola L, Spada C, Costamagna G.

1500 Pazienti

Colonscopie inappropriate: 29%

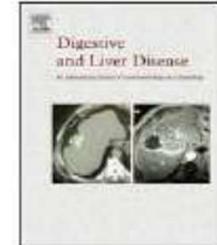
Inappropriato timing di sorveglianza post-polipectomia
o post-CCR: 77% delle cause di inappropriatezza



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Digestive and Liver Disease

journal homepage: www.elsevier.com/locate/dld



ELSEVIER

Digestive Endoscopy

Overutilization of post-polypectomy surveillance colonoscopy in clinical practice: A prospective, multicentre study[☆]

Franco Radaelli^{a,*}, Silvia Paggi^a, Aurora Bortoli^b, Giovanni De Pretis^c, on behalf of Italian Association of Hospital Gastroenterologists (AIGO)

7000 pz.

1200 pz post polipectomia

Timing inappropriato di sorveglianza: 55%

Appropriate use of GI endoscopy

INDICAZIONI GENERICHE ALLA COLONSCOPIA

Alterazioni di imaging (ispessimenti, difetti di riempimento, stenosi, ecc...)

Ematochezia o rettorragia

< 50 anni in assenza di evidenza di fonti sanguinamento rettale

> 50 anni anche in presenza di fonti di sanguinamento rettale

Melena (dopo EGDS negativa)

FOBT +

Anemia sideropenica non spiegata

IBD: stadiazione (attività ed estensione) sorveglianza CCR

Dolore addominale ricorrente (funzionale od organico)

Calo ponderale significativo (escluse altre patologie)

Alterazioni significative e persistenti **dell'alvo** (diarrea o stipsi o

Appropriate use of GI endoscopy

SCREENING E SORVEGLIANZA DI NEOPLASIE DEL COLON

Pazienti asintomatici a rischio generico (> 50 anni)

Pazienti con familiarità per CCR o Poliposi intestinali

Valutazione di tutto il colon per ricerca di cancro sincrono e/o polipi in pazienti con neoplasia del colon da operare

Follow up post-polipectomia o post-chirurgia (CCR)

Appropriate use of GI endoscopy

SCOPO TERAPEUTICO:

Polipectomia endoscopica

Tatuaggio perilesionale per individuare perioperatoriamente una lesione (specie in laparo)

Rimozione di corpo estranei

Trattamento palliativo di lesioni stenosanti e/o sanguinanti (APC, Stent, Laser)

Dilatazione pneumatica di stenosi (es. anastomotiche)

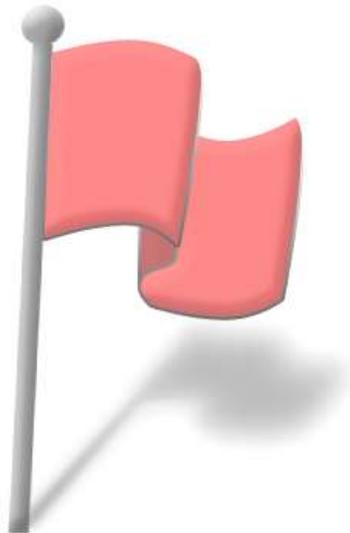
Emostasi di lesioni sanguinanti (angiodisplasie, ulcere, neoplasie, esiti recente polipectomia)

SINTOMI ALLA PRESENTAZIONE

	Funzionale	Organica	p
Sesso (M/F)	14/20	11/10	
Età (media)	45	48	
<u>Calo di peso > 5 Kg</u>	<u>18 %</u>	<u>71 %</u>	<u>< 0,001</u>
Durata della diarrea (>1 anno)	50 %	48 %	
Diarrea continua	74 %	76 %	
Dolore addominale	74 %	62 %	
<u>Tenesmo</u>	<u>59 %</u>	<u>29 %</u>	<u>0,029</u>
<u>Diarrea notturna</u>	<u>3 %</u>	<u>33 %</u>	<u>0,007</u>
> 5 BM/die	44 %	52 %	
Mucorrea	53 %	33 %	

BANDIERE ROSSE

- Rettorragia
- Sintomi notturni
- Sintomi sistemici (dimagrimento,
re)



ASGE guideline: guideline on the use of endoscopy in the management of constipation

Stipsi +

almeno 1 tra

- Ematochezia/rettorragia
- FOBT +
- Anemia sideropenica
- Calo ponderale
- Recente variazione alvo
- Variazione calibro feci
- Episodi subocclusivi

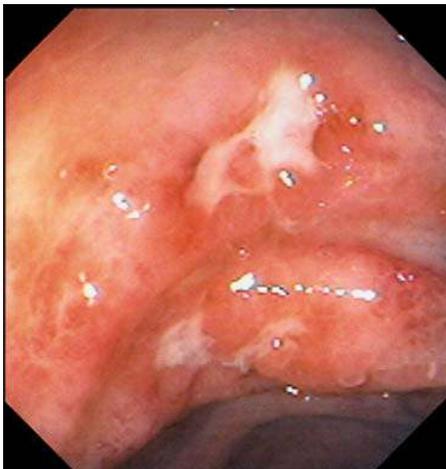
Età	< 50 anni	> 50 anni
Insorgenza	Lunga durata	Recente
Storia naturale	fluttuante	Progressiva
Sintomi d' allarme	assenti	Presenti
Altri sintomi funzionali	Presenti	Assenti
Risposta a terapia	si	No
	↓ Alta probabilità di IBS	↓ Probabilità di patologia organica

Dolore addominale cronico

Appropriata indicazione a colonscopia

Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali:

Indicazioni alla colonscopia



Esame endoscopico nelle IBD già diagnosticate: quando e perchè

A. Colite ulcerosa e Malattia di Crohn refrattaria al trattamento:

L'endoscopia/istologia permette di capire se la malattia è legata a **refrattarietà al trattamento** in corso **o ad altre cause** (es. superinfezione da **CMV**).

B. Nelle IBD in remissione:

1. L'endoscopia/istologia permette di **valutare** il grado di guarigione della mucosa ("**mucosal healing**"), che ha valore predittivo sulla **prognosi**, specialmente in pazienti in trattamento con farmaci biologici;
2. La persistenza di una **flogosi microscopica**, pur in assenza di lesioni endoscopiche, è un fattore **prognostico negativo**.

C. Nella riacutizzazione delle IBD:

L'endoscopia ha un valore predittivo in base alla **severità** delle lesioni endoscopiche al momento della recidiva ed all' **estensione della malattia**.



Sorveglianza endoscopica per la prevenzione del cancro colo-rettale (CCR)

Fattori di rischio per lo sviluppo del CCR nelle IBD:

**Estensione della malattia (rischio < nella
proctite, > nella pancolite)**

Età del paziente (rischio > 50 anni)

**Durata della malattia (rischio 2-5% a 10 anni,
8.5% a 20 anni, 17.8% a 30 anni)**

**Aspetti concomitanti (presenza di lesioni
displastiche rilevate o piatte)**

**E' l'indicazione più
importante
dell'endoscopia nel
follow-up a lungo
termine delle IBD: circa
il 15% di questi pazienti
muore per CCR**



lesione rilevata

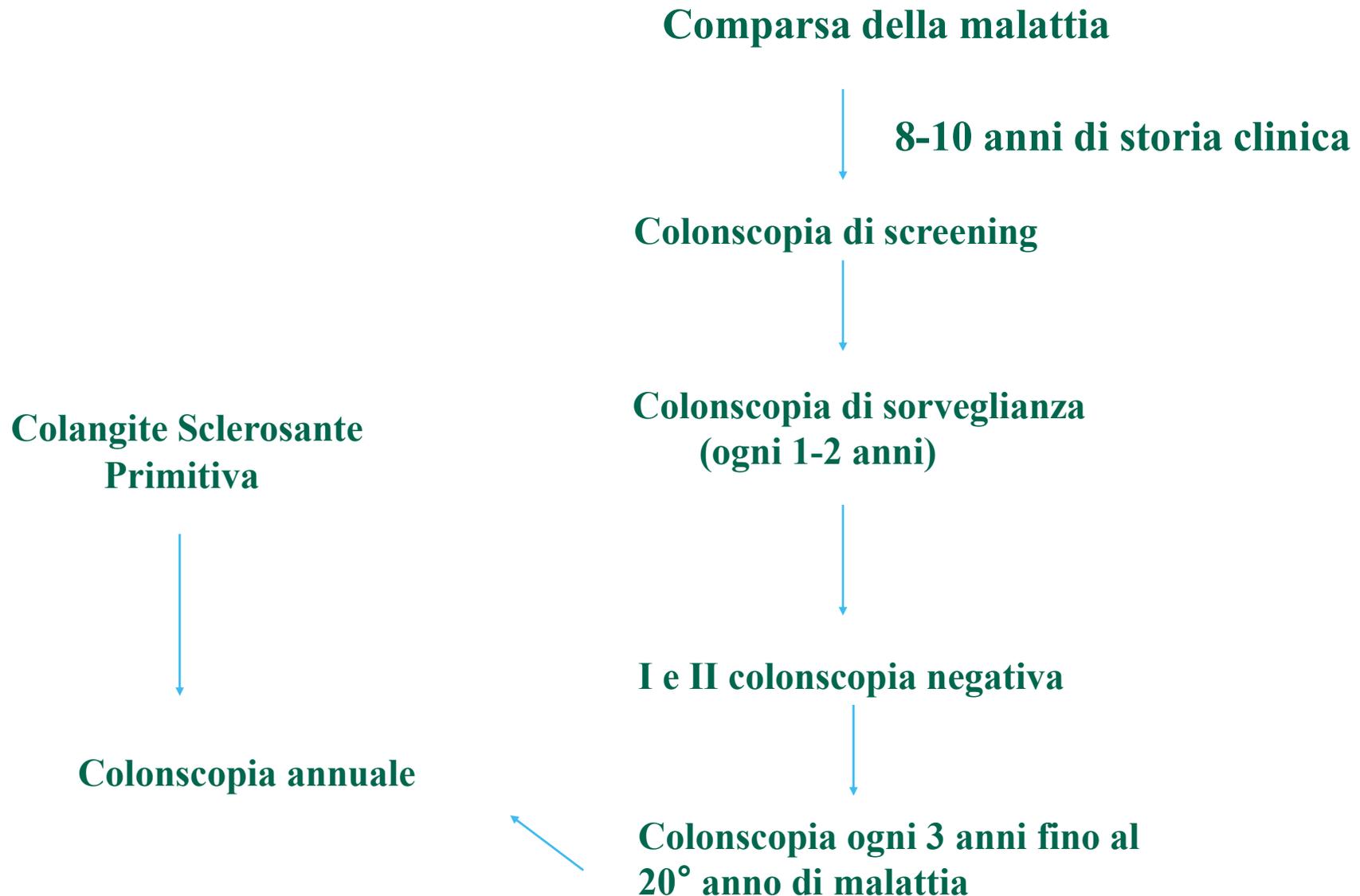


lesione piatta



AdenoK su lesione

Follow-up endoscopico nella colite ulcerosa





5. Colonoscopy is generally indicated in the following circumstances

A. Evaluation of an abnormality on barium enema or other imaging study, which is likely to be clinically significant, such as a filling

“... preparazione intestinale sempre adeguata

2. Melema after an upper GI source has been excluded.

“RSCS ad 1 anno dalla resezione...se normale...”

patients for colonic neoplasia.

2. Examination to evaluate the entire colon for synchronous cancer or neoplastic polyps in a

“...RSCS dopo tre anni... se normale...”

resection of cancer followed by colonoscopy at three years and 3-5 years thereafter to

“... RSCS a 5anni... meno se familiarità per CCR ereditario”

cer: colonoscopy every two years beginning at the earlier of age 25. or five years

“... Ca retto ogni 6-12 mesi per i primi 2-3 anni

of 60: colonoscopy every five years begin-

Sorveglianza dopo resezione colica

per neoplasia colo-rettale:

Indicazioni alla colonscopia

Arditi C. Endoscopy 2009;41:209

SPECIAL REPORTS AND REVIEWS

Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Cancer Resection: A Consensus Update by the American Cancer Society and the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer

DOUGLAS K. REX,* CHARLES J. KAHN,* BERNARD LEVIN,† ROBERT A. SMITH,§ JOHN H. BOND,||

Table 1. Postcancer Resection Surveillance Colonoscopy Recommendations

1. Patients with colon and rectal cancer should undergo high-quality perioperative clearing. In the case of nonobstructing tumors, this can be done by preoperative colonoscopy. In the case of obstructing colon cancers, computed tomography colonography with intravenous contrast or double-contrast barium enema can be used to detect neoplasms in the proximal colon. In these cases, a colonoscopy to clear the colon of synchronous disease should be considered 3 to 6 months after the resection if no unresectable metastases are found during surgery. Alternatively, colonoscopy can be performed intraoperatively.
2. Patients undergoing curative resection for colon or rectal cancer should undergo a colonoscopy 1 year after the resection (or 1 year following the performance of the colonoscopy that was performed to clear the colon of synchronous disease). This colonoscopy at 1 year is in addition to the perioperative colonoscopy for synchronous tumors.

Sorveglianza post-resezione del CCR secondo l'ASGE: ulteriori raccomandazioni

1. L'efficacia dell'esame è ovviamente influenzata dalla **qualità dell'operatore** , l'esame deve essere **completo fino al fondo ciecale**.
2. L'endoscopista deve dare delle chiare indicazioni al paziente ed al curante su quando va fatto il prossimo esame endoscopico, anche in base alla preparazione.
3. **L'uso del SOF nel follow-up del cancro del colon va scoraggiato.**
4. **In pazienti anziani o con severe comorbidità** (cioè in pazienti con meno di 10 anni di aspettativa di vita), **il timing della colonscopia va rivisto insieme con il curante.**
5. La **colonscopia virtuale non è** al momento un modo per eseguire la sorveglianza del cancro del colon

Sorveglianza dopo polipectomia endoscopica:

Indicazioni alla colonscopia

Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society

SIDNEY J. WINAWER,* ANN G. ZAUBER,* ROBERT H. FLETCHER,† JONATHON S. STILLMAN,*

National Polip Study

500 Pazienti



Follow up ad 1 anno: CRC nessuno



*La colonscopia non è raccomandata ad 1 anno
dalla polipectomia*

Author	N° Patients	N° Cancer within 1 year from polypectomy (%)
		
Bertagnoli	1,818	2 (0.11)
Arber	1,397	5 (0.36)
Schatzkin	1,768	6 (0.34)
Pabby	2,079	5 (0.24)
Robertson	1,794	7 (0.39)
Total	8,856	25 (0.28)



Follow up endoscopico

Pazienti con pregressa asportazione di adenomi o Ca sono a rischio di sviluppare altre lesioni

(European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis - First edition 2010)

<u>Post-polipectomia</u>		(GISCoR)	Reperti in corso di sorveglianza
basso rischio	Polipi iperplastici o 1-2 adenomi iniziali < 10 mm e tubulari e LGD	Colon a 5 anni	No sorveglianza
medio rischio	3-4 adenomi iniziali < 10 mm o almeno 1 tra 10 e 20 mm o villosi o HGD	Colon a 3 anni	<ul style="list-style-type: none"> - es negativo: 5 aa - 2 es.neg no foll up - Adenomi low risk o intermedio 3 aa - Adenomi high risk 1 aa
alto rischio	<ul style="list-style-type: none"> - adenoma sessile > 20 mm - > n.5 adenomi < 10 mm - adenoma con Ca intramucoso 	Colon a 6-12 mesi	<ul style="list-style-type: none"> - Adenomi low risk o intermedio: 3 aa - 2 esami consecutivi negativi 5 anni - Adenomi high risk: 1 anno
<u>Post-chirurgia</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Colon totale negativa preoperatoria - Colonscopia preoperatoria incompleta 	<p>Controllo ad 1 anno</p> <p>Controllo a 3-6 mesi dall'intervento</p>	

I pz in cui un'adenoma sessile è rimosso con tecnica "piecemeal", devono eseguire una prima colonscopia di controllo dopo 2-6 mesi per verificare la rimozione completa della lesione.

Il successivo controllo endoscopico è lasciato a giudizio dell'endoscopista.

Controlli endoscopici più ravvicinati vanno effettuati se c'è una forte familiarità o se c'è una storia familiare di cancro del colon ereditario non polipoide (Sindrome di Lynch).

STOP FOLLOW-UP: in relazione ad aspettativa di vita
Consigliato stop ad 80 anni (ESGE), 85 anni (AGA)



Sorveglianza post-polipectomia ulteriori raccomandazioni

1. La colonscopia dev'essere completa fino al **cieco**, e con **adeguata pulizia intestinale**.
2. Se il polipo è $> 20-25$ mm o non è rimosso completamente, o se c'è **HGD**, il **follow-up** endoscopico dev'essere **molto stretto (3-6 mesi)**.
3. L'endoscopista deve dare chiare indicazioni al pz ed al curante circa il successivo esame endoscopico.
4. *L'uso del SOF nel follow-up dopo resezione di un polipo del colon va scoraggiato.*
5. In pazienti anziani o con **severe comorbidità** (cioè in pazienti con meno di 10 anni di aspettativa di vita), il **timing** della colonscopia va rivisto insieme con il curante come peraltro l'**indicazione alla polipectomia**.
6. La colonscopia virtuale non è indicata per la sorveglianza

The Role of Colonoscopy in Managing Diverticular Disease of the Colon

Antonio Tursi

Table I. Current indication for colonoscopy in diverticular disease

	Timing
Diverticular bleeding	Urgent
Acute diverticulitis	Only if symptoms persist after 5-7 days of treatment
Following acute diverticulitis	After 4-6 weeks following resolution of acute episode
Segmental Colitis Associated with Diverticulosis	No evidence. Probably the same as IBD, in order to monitor the outcome of the disease

**Colonscopia >6 settimane
dalla
risoluzione della
diverticolite acuta (specie**

Diverticular disease and increased cell proliferation: a risk factor for colonic adenoma and carcinoma?

Author	Journal	Year	Results
Morini S et al.	Aliment Pharmacol Ther	2005	Patients with diverticular disease have a proliferation cell index higher than the healthy people. (p=0.003).
Okayasu I et al.	Cancer Science	2006	The patients with diverticulosis have an high incidence of mutation in the cripta, this histological picture is more frequent in the left colon and are similar as the mutation that you can find in the patient with left colon carcinoma (p<0.0001)
Tursi et al.	J Clin Gastroenterol	2006	The patients affected by divertuculosis or symptomatic diverticular disease have an higher proliferation cell index than healtly people. (p <0.005)



Diverticulosis and Colorectal Cancer *Between Lights and Shadows*

Sergio Morini, MD, Angelo Zullo, MD,* Cesare Hassan, MD,* Silverio Tomao, MD,†
and Salvatore M. A. Campo, MD**

(J Clin Gastroenterol 2008;42:763–770)

Gli AA hanno concluso che i dati valutabili non sono sufficienti ad indicare diversi approcci clinici in pz con malattia diverticolare comparati con individui sani; Non vi è necessità di utilizzare le stesse misure preventive contro il CCR.

Raccomandano Colonscopia diagnostica dopo un episodio di diverticolite acuta per escludere la concomitante presenza di CCR.

La loro attuale conclusione è che non possono essere raccomandati speciali programmi di sorveglianza per questi pazienti, anche per il rischio aumentato di complicanze perforative.

TABLE 1. Appropriate indications for EGD as listed in the ASGE guidelines*

Upper abdominal symptoms, which persist despite an appropriate trial of therapy.

Upper abdominal symptoms associated with other symptoms or signs that suggest serious organic disease or in patients over 45 years of age.

Dysphagia or odynophagia.

Esophageal reflux symptoms, which are persistent or recurrent, despite appropriate therapy.

Persistent vomiting of unknown cause.

Other diseases in which the presence of upper-GI pathology might modify other planned management.

Surveillance for conditions such as Barrett's esophagus and familial adenomatous polyposis syndromes.

For confirmation and specific histologic diagnosis of radiologically demonstrated lesions.

In patients with active or recent bleeding.

For presumed chronic blood loss and for iron deficiency anemia when the clinical situation suggests an upper-GI source or when a colonoscopy is negative.

When sampling of tissue or fluid is indicated.

In patients with suspected portal hypertension, to document or treat esophageal varices.

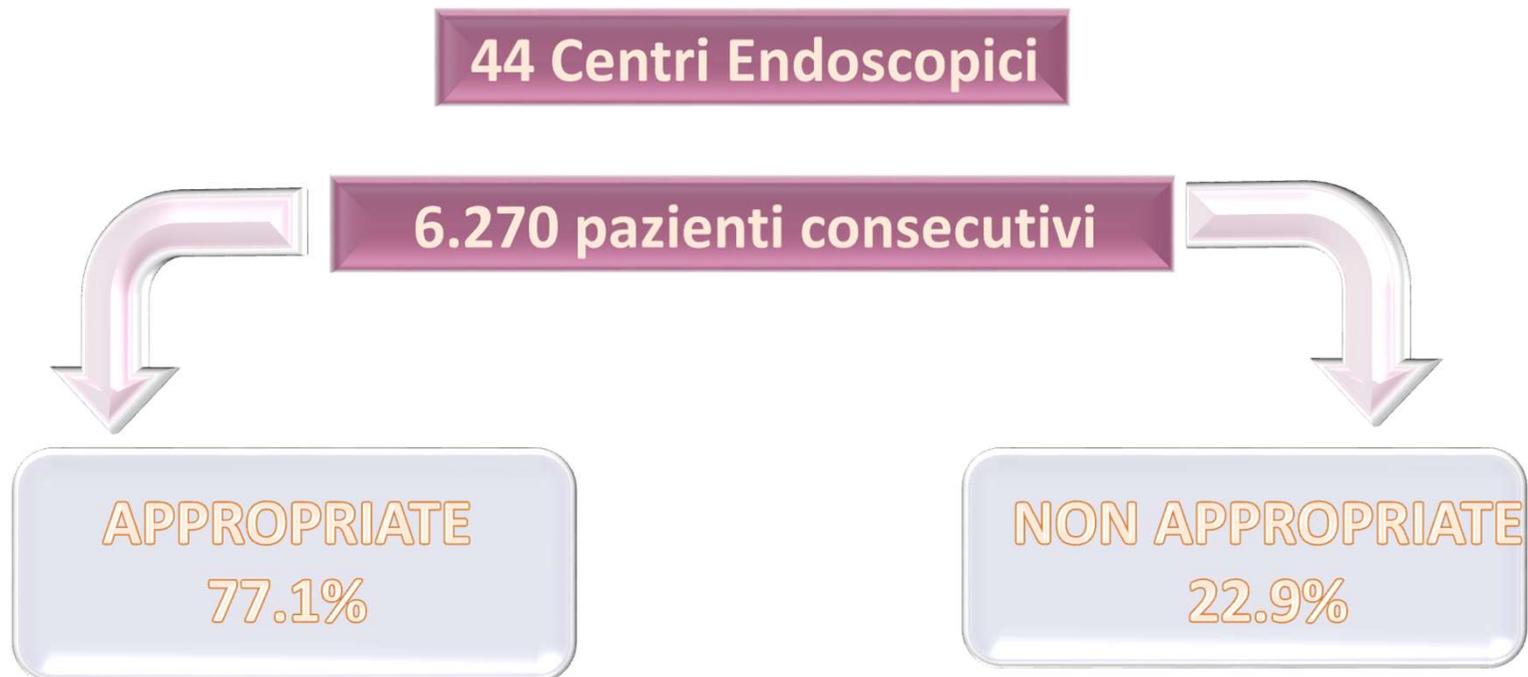
To assess acute injury after caustic ingestion.

Therapy for bleeding, foreign bodies, removal of selected polypoid lesions, placement of feeding or drainage tubes, dilation of stenotic lesions, management of achalasia, palliative treatment of stenosing neoplasms.

(Gastrointest Endosc 2007;65:767-74.)

Appropriateness of upper-GI endoscopy: an Italian survey on behalf of the Italian Society of Digestive Endoscopy

Cesare Hassan, MD, Gianluca Bersani, MD, Luigi Buri, MD, Angelo Zullo, MD, Marcello Anti, MD, Maria Antonia Bianco, MD, Emilio Di Giulio, MD, Leonardo Ficano, MD, Sergio Morini, MD, Giovanni Di Matteo, MD, Piero Loriga, MD, Vincenzo Pietropaolo, MD, Livio Cipolletta, MD, Guido Costamagna, MD



Appropriateness of the indication for upper endoscopy: A meta-analysis

Digestive and Liver Disease 42 (2010) 122–126

E. Di Giulio^a, C. Hassan^{a,b,*}, R. Marmo^c, A. Zullo^{a,b}, B. Annibale^a



Table 1

Characteristics of the included studies.

Author	Year of publication	Relevant findings in appropriate EGDs (%)	Relevant findings in inappropriate EGDs (%)
Hassan <i>et al.</i>	2007	52	29
Rossi <i>et al.</i>	2002	47	29
Chan <i>et al.</i>	2004	41	25
Froelich <i>et al.</i>	2000	60	37
Bersani <i>et al.</i>	2004	55	42
Al Romaih <i>et al.</i>	2006	36	27
Kaliszan <i>et al.</i>	2006	49	24
Gonvers <i>et al.</i>	1996	49	45

Buri L, Hassan C, Bersani G, Anti M, Bianco MA, Cipolletta L, Di Giulio E, Di Matteo G, Familiari L, Ficano L, Loriga P, Morini S, Pietropaolo V, Zambelli A, Grossi E, Intraligi M, Buscema M; SIED Appropriateness Working Group. **Appropriateness guidelines and predictive rules to select patients for upper endoscopy: a nationwide multicenter study.**

Am J Gastroenterol. 2010 Jun;105(6):1327-37. doi: 10.1038/ajg.2009.675. Epub 2009 Dec 22.

SINTOMI D'ALLARME

Disfagia

Calo Ponderale

Anemia

Sanguinamento

Vomito

Storia familiare di K gastrico

Età (aa)	Sintomi d'allarme	N° EGDS per trovare un Ca
> 45	Si	50
<45	no	457

L'esofagogastroduodenoscopia diagnostica non è generalmente indicata per la valutazione di

- a. disturbo cronico, stabile, atipico per malattia organica già considerato di natura funzionale. In casi eccezionali la EGD può essere a volte giustificata per escludere malattie organiche specialmente se i sintomi non rispondono alla terapia.
- b. Pirosi retrosternale di recente insorgenza e che risponde alla terapia
- c. Riscontro radiologico di ernia iatale asintomatica o di ulcera duodenale non complicata che ha risposto alla terapia o di deformazione del bulbo duodenale, (asintomatica o che ha risposto alla terapia)

APPROPRIATEZZA EGDS



SCREENING



~~SCREENING~~

Giappone



Corea



Taiwan



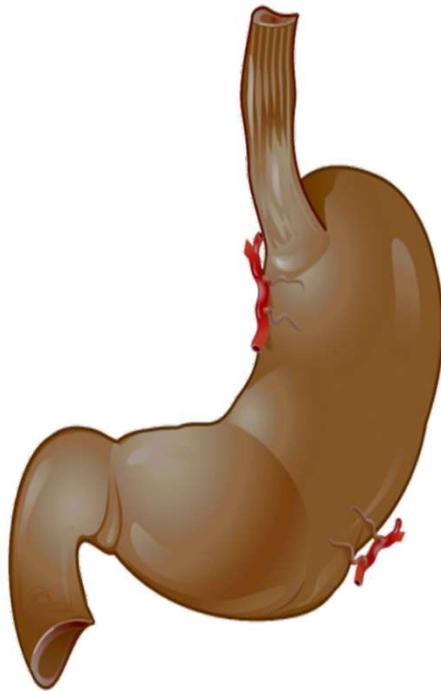
Cina



Diagnosi e follow-up

**Condizioni/Lesioni
precancerose**

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2017



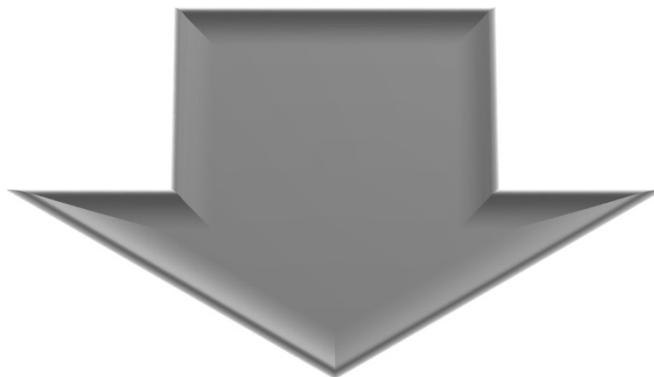
ESOFAGO

CASI 2017	DECESSI 2014	SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI
2.100	1.825	13%

STOMACO

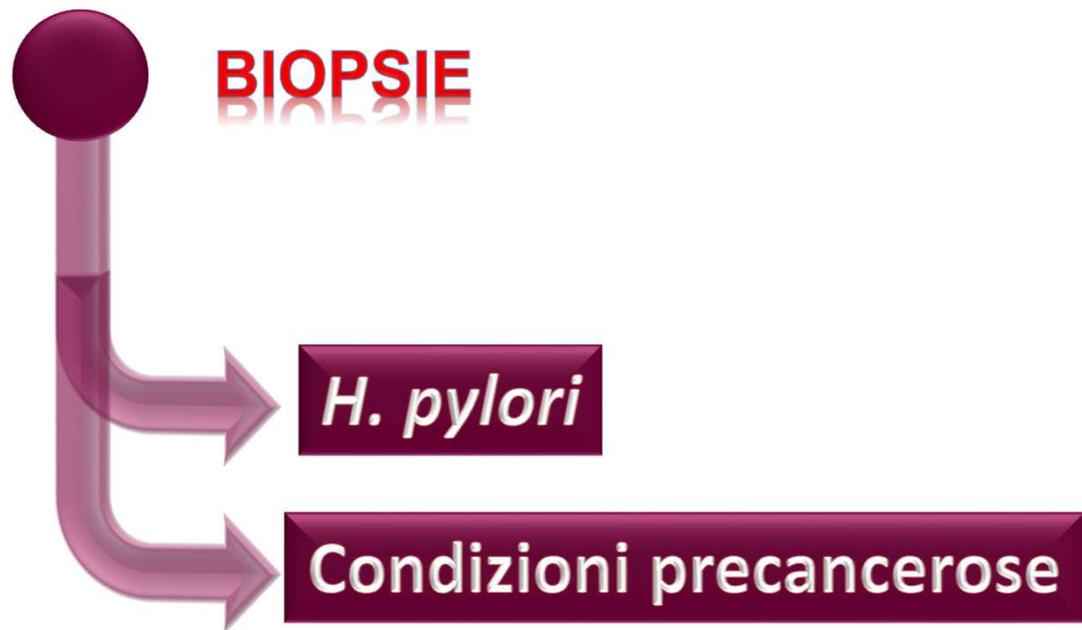
CASI 2017	DECESSI 2014	SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI
13.000	9.557	32%

APPROPRIATEZZA EGDS



BIOPSIE



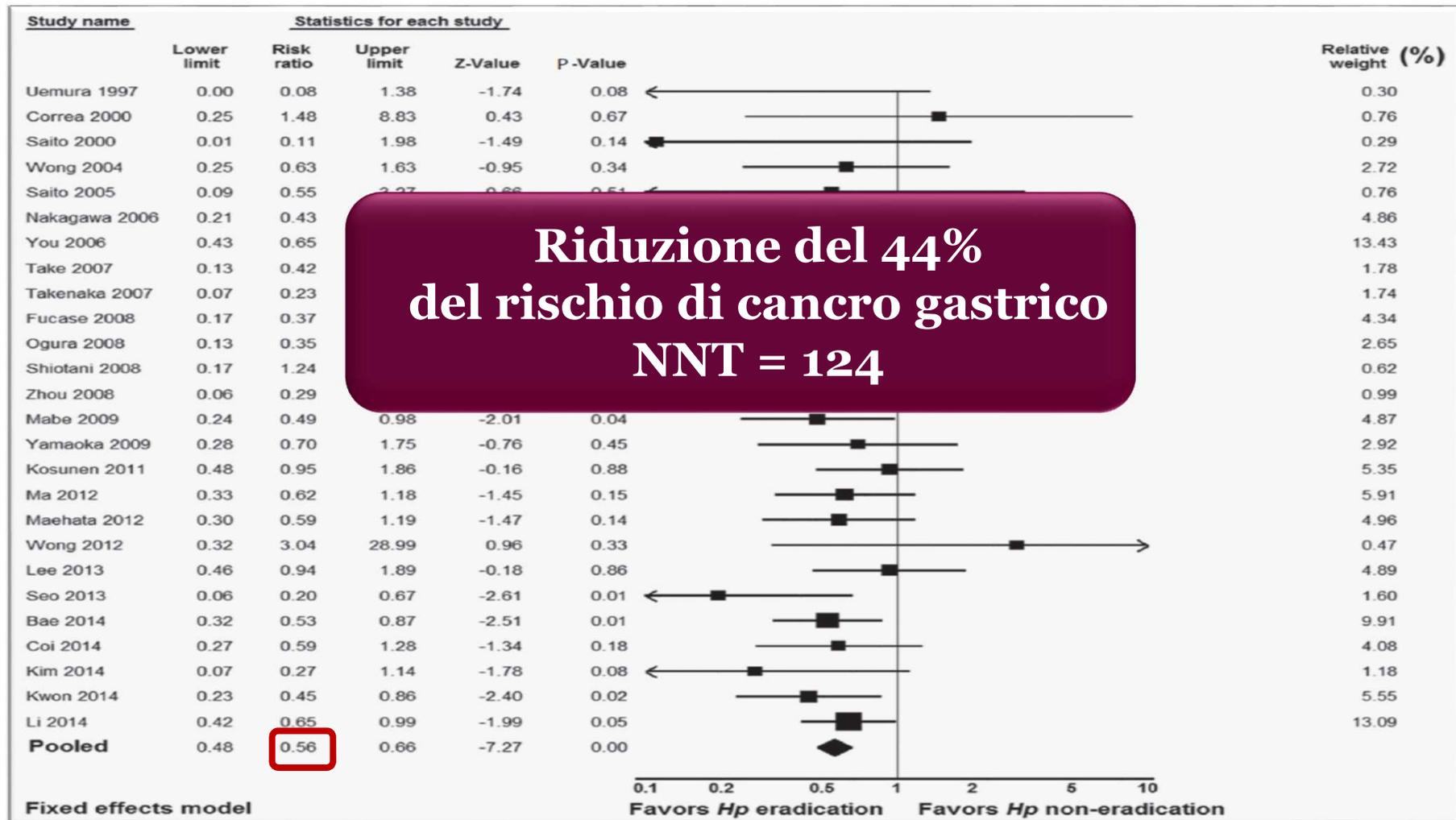


A systematic review and meta-analysis of the role of *Helicobacter pylori* eradication in preventing gastric cancer

Annals of Gastroenterology (2017) **30**, 414-423

Theodore Rokkas^a, Androniki Rokka^b, Piero Portincasa^b

Henry Dunant Hospital, Athens, Greece; Aldo Moro University, Bari Medical School, Bari, Italy



APPROPRIATEZZA EGDS



SINTOMI

**No
allarme**

**Dispepsia
Reflusso**

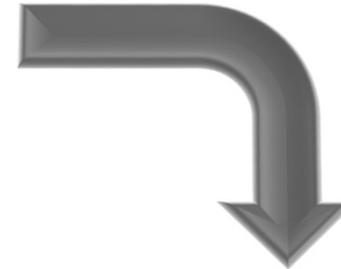
**Anemia
Ematemesi/melena
Vomito persistente
Disfagia
Calo ponderale
(Familiarità di I grado)**

Allarme

APPROPRIATEZZA EGDS



**Paziente
dispeptico**



**Età <50 aa
senza sintomi
di allarme**



**UBT
Test antigeni fecali**

**Età >50 aa
o con sintomi
d'allarme**



**EGDS con
biopsie standard**

**E' INDISPENSABILE INTERROMPERE IL TRATTAMENTO CON GLI IPP
ALMENO 2 SETTIMANE PRIMA DI ESEGUIRE QUALSIASI TEST!**

APPROPRIATEZZA EGDS



**Paziente con
reflusso GE**



**Età <50 aa
senza sintomi
di allarme**



**Terapia empirica
con IPP**



**EGDS se non risponde
o se > 5 anni**



**Età >50 aa
o con sintomi
d'allarme**



**EGDS con
biopsie standard**

Appropriateness Guidelines and Predictive Rules to Select Patients for Upper Endoscopy: A Nationwide Multicenter Study

Am J Gastroenterol 2010; 105:1327–1337

Luigi Buri, MD¹, Cesare Hassan, MD², Gianluca Bersani, MD³, Marcello Anti, MD⁴, Maria Antonietta Bianco, MD⁵, Livio Cipolletta, MD⁵, Emilio Di Giulio, MD⁶, Giovanni Di Matteo, MD⁷, Luigi Familiari, MD⁸, Leonardo Ficano, MD⁹, Pietro Loriga, MD¹⁰, Sergio Morini, MD², Vincenzo Pietropaolo, MD¹¹, Alessandro Zambelli, MD¹², Enzo Grossi, MD¹³, Marco Intraligi, Statistician¹⁴, Massimo Buscema, PhD¹⁴ and the SIED Appropriateness Working Group

Table 5. (a) Multivariate analysis for the detection of relevant findings and (b) new cases of malignancy (cancer and lymphoma) in the study population

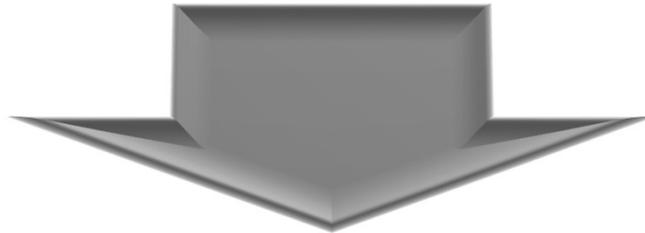
Clinical variable	New malignancy OR (95% CI)
Weight loss	15.23 (9.3–24.8)
Dysphagia	9.39 (5.7–15.6)
Alarm features	8.78 (5.2–14.8)
Age ≥45 years	8.09 (2.6–23.8)
Age ≥45 years or alarm features	7.63 (2.3–24.7)
Vomiting	5.64 (3.2–10.1)
Anemia	3.66 (2.2–6.1)
Bleeding	1.91 (0.5–6.4)
Male sex	1.63 (1–2.6)

A total of 8,252 patients were enrolled in 57 centers.

APPROPRIATEZZA EGDS

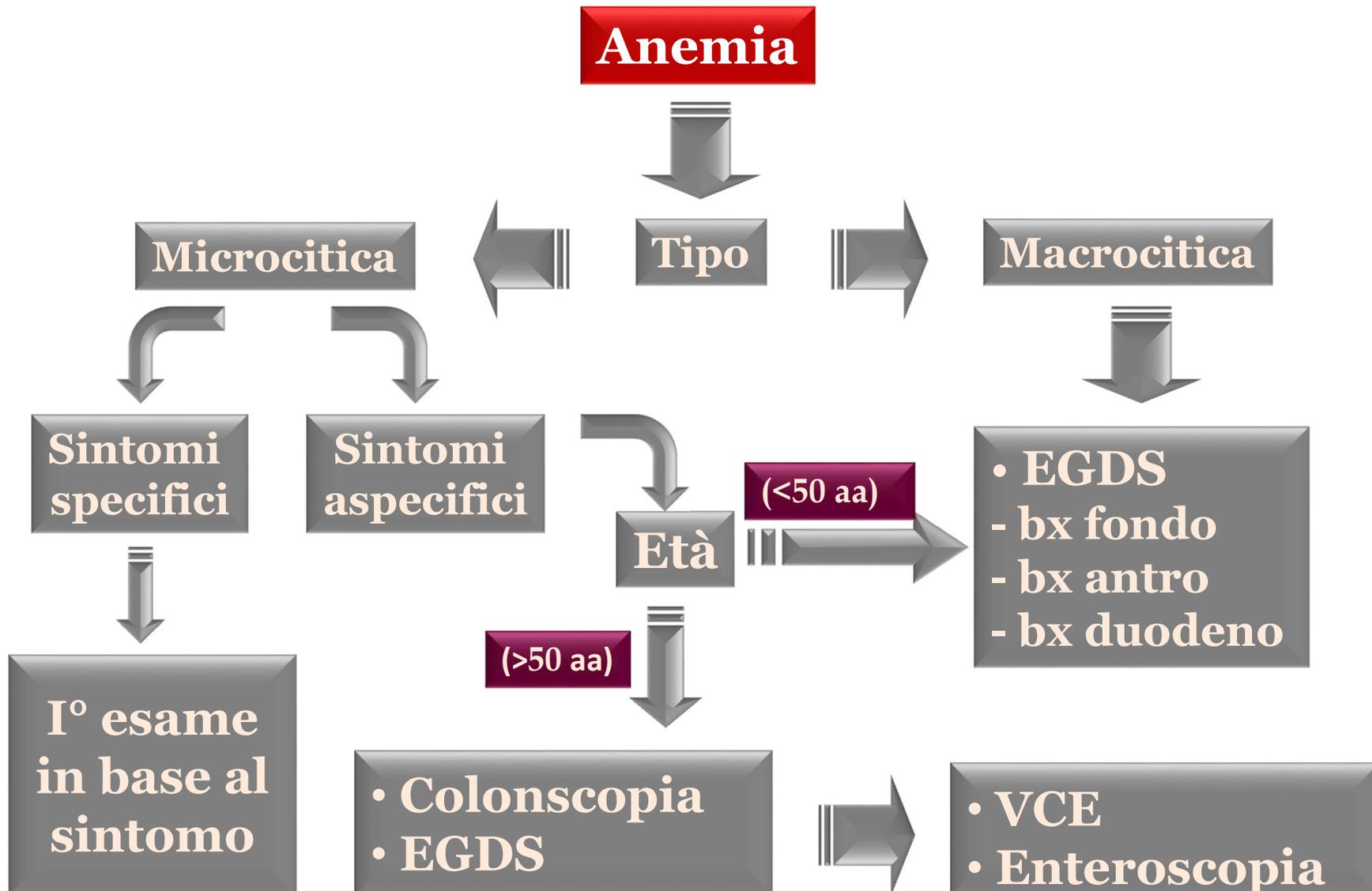


ANEMIA



Tipo
Sintomi
Età

Flow-chart diagnostica



APPROPRIATEZZA EGDS

SORVEGLIANZA



ESOFAGO DI BARRETT



SENZA DISPLASIA

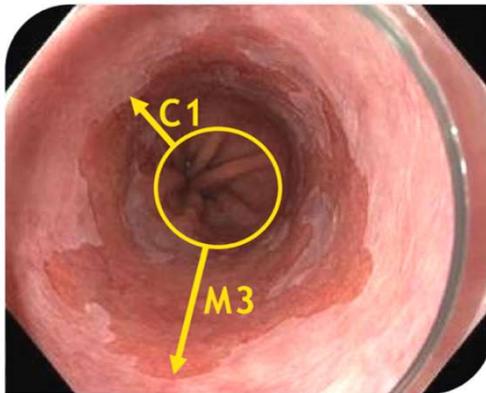


OGNI 3-5 ANNI



***Shaheen NJ. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus
Am J Gastroenterol 2016;111:30-50.***

Come fare la sorveglianza



C = estensione circonferenziale

M = estensione massimale

- **<1 cm** **nessuna sorveglianza**
- **≥1 e <3 cm** **ogni 5 anni**
- **≥3 e <10 cm** **ogni 3 anni**
- **≥10** **centro di riferimento**

METAPLASIA INTESTINALE

LG EUROPEE (MAPS)
(Dinis-Riberito M et al. *Endoscopy* 2012;44:74-94)



Pangastrite atrofica
EGDS OGNI 3 ANNI

LG EUROPEE (MAPS II)
(Pimentel-Nunes P et al. *Endoscopy* 2019;51:365-88)



Metaplasia + Fam. I°grado
Metaplasia incompleta
EGDS OGNI 3 ANNI

TAKE HOME MESSAGES

1

L'uso appropriato della EGDS consente di aumentare la resa diagnostica e ridurre i costi

2

EGDS nel paziente <50 anni deve essere motivata (sintomi d'allarme, persistenza sintomi)

3

Sintomi d'allarme: anemia, ematemesi/melena, vomito persistente, disfagia e calo ponderale

4

Linee guida per la sorveglianza (Barrett/Precancerosi gastrica)

5

EGDS di qualità



AIGO LAZIO

...incontra i medici sul territorio

- 1- Cosa si intende per appropriatezza ?*
- 2- Quale percentuale di inappropriatezza della colonscopia e quale indicazione maggiormente inappropriata ?*
- 3- Quale significato del test per sangue occulto?*
- 4- Perché biopsie durante EGDS ?*
- 5- Quali sono le patologie più frequenti del tratto digestivo superiore da sottoporre a sorveglianza e con quale timing ?*