



SO e MMG

nicoletta fratti

21 novembre 2013

L'importanza dell'apporto del MMG

- La raccomandazione ad eseguire un accertamento (o ad assumere una terapia) da parte di un medico e' il fattore piu' importante per ottenere lo scopo
- Tuttavia il medico non deve essere un medico qualunque, ma quello con cui il pz ha maggiore e piu' frequente contatto, ossia il MMG

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/documents/document/acspc-024588.pdf>

- L'impatto ottenuto dal MMG puo' magnificare anche di 8-10 volte la partecipazione allo screening

Cosa fa il MMG per lo screening:

- informazione ai pazienti sull'utilità ed efficacia dello screening
- collaborazione alle campagne informative
- attività di counselling nell'esecuzione dei test con particolare riferimento alla gestione delle terapie farmacologiche
- collaborazione con gli Specialisti ed i Servizi di Sanità Pubblica
- attività di counselling sui casi positivi e nella gestione del rischio familiare
- counselling e gestione dei non responders agli inviti nelle varie fasi dello screening

Ma non c'è solo lo screening:
i pazienti hanno anche meno di
50 e più di 69 anni


QUINDI:

- Valutazione del rischio

Valutazione del rischio di CCR



- Tu o qualcuno della tua famiglia ha o ha avuto un CCR?
- Tu o qualcuno della tua famiglia ha o ha avuto un polipo adenomatoso?
- Qualcuno della tua famiglia ha avuto un polipo adenomatoso o un CCR prima dei 50 anni? (considerare il fattore ereditario)
- Hai una storia di Crohn o RCU datante piu' di 8 anni?
- Qualcuno della tua famiglia ha una storia di K dell'endometrio, del piccolo intestino, dell'uretere o della pelvi renale?



Gli italiani sono piu' completi, ma
molto, molto piu' prolissi ...

Raccomandazioni per il MMG per la valutazione del rischio di CCR

- Nella Sua famiglia ci sono stati casi di tumore del colon-retto ?
 - Se Sì:
 - quanti familiari ?
 - grado di parentela ?
 - età alla diagnosi ?
 - ci sono in famiglia casi di tumori extra-intestinali (Utero, Ovaio,...) ?
- Le è stato mai diagnosticato un polipo nel colon-retto?
 - Se Sì:
 - quanti ?
 - istologia ?
- E' affetto da Malattia Infiammatoria Cronica (M. Crohn, Retto-Colite Ulcerosa) ?
 - Se Sì:
 - da quanti anni ?
 - che estensione ha la malattia ?
- Ha una storia personale di tumore del colon-retto ?
 - Se Sì:
 - età alla diagnosi ?

Valutazione storia familiare

■ Storia Familiare per cancro colorettaale

- Età di insorgenza
- Grado di parentela
- Numero di parenti affetti
- Eventuale presenza di tumori multipli
- Sindromi note all'interno della famiglia (Poliposi Familiare, Cancro ereditario non poliposico, Peutz-Jaeghers, Poliposi giovanile)
- Presenza in famiglia di malformazioni quali osteomi mandibolari, iperpigmentazione retinica, cisti desmoidi, pigmentazione muco-cutanea, pigmentazione degli organi genitali

■ Storia Familiare per tumori dell'apparato digerente (In particolare Stomaco, Intestino tenue, Pancreas)

- Età di insorgenza
- Grado di parentela
- Numero di parenti affetti
- Eventuale presenza di tumori multipli

■ Storia Familiare per tumori dell'apparato genito-urinario (Endometrio, Ovaio, Testicolo, Vescica, Uretere)

- Età di insorgenza
- Grado di parentela
- Numero di parenti affetti
- Eventuale presenza di tumori multipli

■ Storia Familiare per tumori di qualsiasi insorgenza ad esordio in età inferiore ai 40 anni

■ Storia Familiare di primo grado per Polipi Adenomatosi del colon-retto

Valutazione storia personale

- Storia Personale di cancro coloretale
 - Età di insorgenza
 - Stadiazione
 - Presenza di Tumori multipli
 - Indagare sul follow-up consigliato/praticato

- Storia Personale di tumori dell'apparato digerente (in particolare: Stomaco, Intestino tenue, Pancreas)
 - Età di insorgenza
 - Presenza di Tumori multipli
 - Indagare sul follow-up consigliato/praticato
 -

- Storia Personale per tumori dell'apparato genito-urinario (Endometrio, Ovaio, Testicolo, Vescica, Uretere)
 - Età di insorgenza
 - Stadiazione
 - Presenza di Tumori multipli
 - Indagare sul follow-up consigliato/praticato

- Storia Personale per tumori di qualsiasi insorgenza ad esordio in età inferiore ai 40 anni

■ Storia Personale di Polipi

□ Istologia

- Adenomi (Tubulare, Tubulo Villosa, Villosa)
- Iperplastici
- Infiammatori
- Amartomi

- Numero dei polipi
- Sede
- Et  di insorgenza
- Indagare sul follow-up consigliato/praticato

■ Storia Personale di Malattie Infiammatorie croniche

□ Morbo di Crohn

- Durata della malattia
- Estensione della malattia
- Interventi chirurgici (cause)
- Terapia in atto
- Presenza di malattie associate
 - Altre malattie autoimmuni
 - Malattia che coinvolge altri distretti
- Indagare sul follow-up consigliato/praticato

□ Rettocolite Ulcerosa

- Durata della malattia
- Estensione della malattia
- Interventi chirurgici (cause)
- Terapia in atto
- Presenza di malattie associate
 - Altre malattie autoimmuni
 - Malattia che coinvolge altri distretti
- Indagare sul follow-up consigliato/praticato

Altri fattori da considerare:

- **OBESITA'** (associazione fra BMI e RR di CCR: 1,8 per uomini e 1.4 per donne con BMI fra 35 e 39.9 rispetto a coetanei con BMI nella norma)
- **ASSUNZIONE DI CIBI GRASSI** (l'assunzione di cibi grassi aumenta la probabilita' di avere polipi adenomatosi)
- **CARNE ROSSA** (sembrerebbe esserci una correlazione fra CCR e consumo di carne rossa nella donna)
- **CONSUMO DI FIBRE** (non ci sono evidenze a favore della riduzione del rischio di CCR in chi consuma fibre)
- **ASPIRINA, FANS, E INIBITORI DELLA COX-2** (sebbene appaia una modesta riduzione dell'incidenza di CCR nei consumatori di questi farmaci, data la non riduzione della mortalita' e la frequenza e gravita' degli effetti collaterali, il loro utilizzo e' sconsigliato ai fini della prevenzione del CCR)
- **CALCIO E VITAMINA D** (la modesta riduzione dei polipi adenomatosi negli assuntori di calcio e vit. D non permette di consigliarne l'uso preventivo)
- **TOS IN MENOPAUSA** (Dal WHI sono emerse due indicazioni: le donne che assumono TOS avrebbero un rischio minore di sviluppare CCR, ma quando lo sviluppano esso viene diagnosticato ad uno stadio piu' avanzato)
- **ANTIOSSIDANTI** (nessun effetto benefico, anzi, un aumento del rischio per l'assunzione di vitamina E)
- **STATINE** (la simva e la pravastatina, se assunte per almeno 5 anni, ridurrebbero il rischio di sviluppare CCR del 30%)

Un po' di dati

(nel nostro piccolo)

MGM (5123 pz, dati degli ultimi 5 anni)	S.O.	colonscopia	K colon
< 50 a	93 (3%)	63 (2%)	2 (0,07%)
50 – 69 a	102 (7%)	243 (17%)	8 (0,6%)
> 69 a	111 (10%)	123 (11%)	29 (2,7%)

Cosa si deduce da questi dati, seppur parzialissimi

- I nostri dati della fascia d'eta' 50-69 sono spurii, perche' vi sono sia i SO (e le colon) richiesti da noi che quelli dello screening che noi inseriamo manualmente in cartella quando i pz ce li portano: **PERCHE' NON CI VENGONO INVIATI VIA SOLE**, magari con un contrassegno "screening"?
- La fascia d'eta' piu' colpita da K colon e' quella dai 70 in su: **UN AMPLIAMENTO DELLO SCREENING VERSO L'ALTO SAREBBE GIUSTIFICATO** (e negli USA gia' si fa)
- Valutazione dei FR per i pz fuori screening in fascia bassa di eta' (esame su 3 campioni?) In questi iniziare la colon 10 anni prima dell'eta' di comparsa del K nel caso indice?



Bye Bye

Grazie per



L'attenzione

