

PLA ESTRATÈGIC DE NEOPLÀSIA COLORECTAL

Societat Catalana de Digestologia

Vigilància Postpolipectomia en Pacients amb Pòlips de Còlon

Grup de Treball

Francesc Balaguer Prunes¹, Xavier Bessa Caserras², Ferran González Huix³, Fernando Fernández Bañares⁴, Josep Giné Gala⁵, Ghassan Mereish⁶, Agustí Panadés Aran⁷, Maria Pellisé Urquiza¹, Virginia Piñol Sánchez⁸, Ignasi Puig Jurado⁹, Josep-Maria Reñé Espinet¹⁰, Francisco Rodríguez Moranta¹¹, Montserrat Andreu García²

(1) Hospital Clínic, Barcelona; (2) Hospital del Mar, Barcelona; (3) Clínica Girona, Girona; (4) Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona; (5) Hospital Verge de la Cinta, Tortosa, Tarragona; (6) Hospital d'Igualada, Igualada, Barcelona; (7) Clínica Sagrada Família, Barcelona; (8) Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona; (9) Hospital Fundació Althaia-Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Barcelona; (10) Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; (11) Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.



Societat
Catalana de
Digestologia



L'Acadèmia



ÍNDEX

1. Justificació	3
2. Introducció	3
3. Requeriments de la colonoscòpia basal per a fer la recomanació de la vigilància post-polipectomia	4
4. Proposta de vigilància dels pòlips adenomatosos i serrats	5
5. Situacions especials	6
6. Consulta d'alt risc. Objectiu i criteris de derivació.....	7
7. Annexos	9
8. Bibliografia	11



1. JUSTIFICACIÓ

L'evidència científica, és escassa en el seguiment dels pòlips de còlon. El programa de cribratge poblacional de Catalunya ha adoptat les Guies Europees sobre la qualitat en la detecció i diagnòstic del càncer colorectal (CCR), per a les recomanacions del seguiment de la població amb adenomes procedents del cribratge, però aquestes no contemplen el seguiment dels pòlips serrats. A més, l'estratègia està centrada en els casos procedents del cribratge i genera incerteses sobre si cal seguir de diferent manera als casos amb igual patologia procedents del diagnòstic fora del cribratge poblacional. Aquest document ha estat consensuat per un grup d'experts, dins del Pla Estratègic de Neoplàsia Colorectal de la Societat Catalana de Digestologia i pretén ser una eina concisa i útil, per a la pràctica clínica, de tots els professionals que atenen població diagnosticada d'adenomes i pòlips serrats.

2. INTRODUCCIÓ

Estudis observacionals, de cohorts i casos-control, han demostrat que la colonoscòpia redueix la incidència i mortalitat per CCR, donat que permet identificar i extirpar la lesió precursora del càncer, és a dir el pòlip colorectal. Idealment, els intervals entre les colonoscòpies de vigilància es basen en l'evidència que mostra que aquests impedeixen els càncers d'interval i la mortalitat relacionada amb el CCR.

Existeixen dades a la literatura que demostren que l'adherència a les recomanacions de les guies de vigilància endoscòpica del còlon després de la resecció de pòlips és subòptima. La vigilància és sovint excessiva i les colonoscòpies de seguiment es realitzen en intervals de temps inferiors als aconsellats. Realitzar aquest procediment amb més freqüència de la recomanada augmenta els costos, els riscos per als pacients i malbarata els recursos sanitaris, no havent-se demostrat cap benefici per als pacients³⁻⁵.

Les Guies Europees sobre la qualitat en la detecció i diagnòstic del CCR, han permès l'estandardització de la vigilància dels pòlips de còlon a Europa, especialment en els casos procedents del cribratge poblacional, però les recomanacions estan centrades en els adenomes¹. També disposem d'altres guies, com la publicada per la *US-Multi Society Task Force*, que ha actualitzat les directrius existents des del 2006⁶ i aporten recomanacions sobre els intervals per als casos amb colonoscòpia normal, adenomes de baix risc (1-2 adenomes tubulars <10 mm) i adenomes d'alt risc (adenomes ≥10 mm, adenoma histologia vellosa i o displàsia d'alt grau), així com pel seguiment de les lesions serrades⁷. Tanmateix, la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) va publicar l'any 2015 les recomanacions sobre la vigilància endoscòpica post-polipectomia que han d'aplicar-se després d'una colonoscòpia basal de qualitat i amb l'eliminació completa de totes les lesions neoplàsiques detectades; classifica els adenomes en 2 grups: baix i alt risc, i els pòlips serrats els grada en baix risc si la mida és <10 mm i sense displàsia, mentre que si la mida és ≥10 mm o amb displàsia haurien de ser classificats com d'alt risc⁸.

La recomanació de l'interval de vigilància del còlon post-polipectomia depèn de les lesions diagnosticades en la colonoscòpia basal tenint en compte: la mida, el nombre de pòlips i la histologia, independentment del motiu pel qual es va indicar la colonoscòpia.

Des de la Societat Catalana de Digestologia i dins del Pla Estratègic sobre la prevenció, tractament i control de les neoplàsies del còlon a Catalunya, hem considerat necessari el fet de consensuar un Document de Posicionament sobre les recomanacions a seguir en la vigilància universal dels pòlips de còlon, que sigui una eina concisa, útil i fàcil d'utilitzar en la pràctica clínica. L'any 2015 i dins del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Còlon i Recte (PDPCCR), promogut pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, un grup d'experts format per endoscopistes, epidemiòlegs, gastroenteròlegs i patòlegs va consensuar unes recomanacions sobre la vigilància dels pòlips de còlon, unificant els criteris per al seguiment dels pòlips adenomatosos i serrats, que va ser publicada a la revista *Endoscopy*⁹ i que es va adoptar com a recomanació per a la vigilància dels malalts amb pòlips diagnosticats dins el PDPCCR de Catalunya i que en el present document proposem com a recomanació a seguir per a tots els malalts que requereixin un seguiment per antecedents d'adenomes o pòlips serrats independentment del motiu del diagnòstic basal.

3. REQUERIMENTS DE LA COLONOSCÒPIA BASAL PER A FER UNA CORRECTA RECOMANACIÓ DE LA VIGILÀNCIA POST-POLIPECTOMIA

Els intervals recomanats per a la vigilància del còlon, després de la resecció completa dels pòlips colorectals, vénen determinats a partir de les troballes a la colonoscòpia basal, per tant aquesta ha de ser una exploració de qualitat òptima (examen complet, preparació intestinal adequada i la resecció completa dels pòlips).

L'informe de l'exploració ha de contenir tota la informació necessària perquè es pugui indicar un tractament i seguiment adequats. Des de la *World Endoscopy Organization* (WEO) s'ha consensuat un llistat de verificació del compliment dels requisits mínims de qualitat de la colonoscòpia basal, per a fer la recomanació de la vigilància posterior a la polipectomia, amb la finalitat de no oblidar cap apartat abans d'indicar l'interval de vigilància.

<p>Contingut imprescindible en l'informe de la colonoscòpia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitat de la preparació intestinal ha de ser adequada i ha d'haver estat avaluada mitjançant una escala validada. ▪ Inspecció del cec, incloent la vàlvula ileocecal i l'orifici apendicular, documentat amb fotografia. ▪ Nombre total de pòlips, pòlips extirpats i recuperats. ▪ Morfologia, mida i ubicació de cada pòlip. ▪ Mètode de l'escissió de cada pòlip. ▪ Avaluació de la integritat de l'escissió. ▪ Resecció fragmentada o en bloc.
<p>Informe anatomopatològic</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre total d'adenomes i pòlips serrats. ▪ Diagnòstic histopatològic de cada pòlip. ▪ Presència de component vellós en els pòlips. ▪ Grau de displàsia de cada pòlip.

4. PROPOSTA DE VIGILÀNCIA DELS PÒLIPS ADENOMATOSOS I SERRATS

4.1. Primera colonoscòpia de vigilància

La proposta de la vigilància dels adenomes pretén seguir de forma universal les recomanacions de la Guia Europea¹. Mentre que la vigilància de les lesions serrades està basada en les recomanacions publicades per la ESGE⁸.

A tota la població amb pòlips se li assigna un risc de CCR en funció dels pòlips identificats en la colonoscòpia basal òptima, establert a partir del nombre, la mida (tenint en compte el criteri de l'endoscopista) i la histologia dels pòlips, classificant els individus en població de: risc baix, intermedi i alt.

Risc Baix	1 - 2 adenomes tubulars <10 mm amb displàsia de baix grau o 1 - 2 pòlips serrats <10 mm sense displàsia.
Risc Intermedi	3 - 4 adenomes tubulars <10 mm amb displàsia de baix grau o 1 - 4 adenomes tubulars 10 - 19 mm amb displàsia de baix grau o 1 - 4 adenomes <20 mm amb component vellós, i/o displàsia d'alt grau i/o carcinoma intramucós o 3 - 4 pòlips serrats <10 mm sense displàsia o 1 - 4 pòlips serrats 10 - 19 mm sense displàsia o 1 - 4 pòlips serrats <20 mm amb displàsia.
Risc Alt	≥5 adenomes / pòlips serrats o ≥1 adenoma / pòlip serrat ≥20 mm.

L'estratègia de vigilància recomanada en els casos de risc baix i intermedi és la mateixa que la recomanada per l'ESGE. En els casos d'alt risc es recomana realitzar una colonoscòpia a l'any, com aconsella la Guia Europea, donada la major prevalença de lesions perdudes o no detectades en pacients amb un gran nombre de pòlips, i la major probabilitat de teixit residual després la polipectomia endoscòpica de lesions sèssils de mida gran (≥20 mm)¹⁰ (Annex 1).

En els casos amb pòlips adenomatosos i serrats detectats en una mateixa colonoscòpia, es considera la suma de tots els pòlips. Aquesta proposta es basa en dos supòsits: 1. Els adenomes tubulars, amb displàsia de baix grau tenen un risc similar als pòlips serrats sense displàsia; i 2. Els adenomes amb component vellós o displàsia d'alt grau tenen un comportament semblant als pòlips serrats amb displàsia. Per altra banda, la decisió sobre el risc de metacronia dependrà, en cada cas, de la lesió més avançada però, en els casos en què tant els pòlips adenomatosos com els pòlips serrats coexisteixen en el mateix nivell de risc, el risc final dependrà del nombre total de lesions.

4.2. Colonoscòpies de vigilància successives

Cap estudi fins avui ha proporcionat evidència sobre el grau de protecció que ofereix un examen de seguiment negatiu en pacients amb adenomes de risc intermedi o alt. Donada la limitada evidència disponible, es recomana mantenir el mateix interval entre colonoscòpies després de la primera exploració negativa. Al cap de dos exàmens consecutius negatius el risc subsegüent de metacronies es de suposar que disminueix, per tant en el grup de risc intermedi es recomana la colonoscòpia de seguiment als cinc anys i per al grup de risc alt, es recomana una extensió de l'interval als 3 anys (Annex 1).

5. SITUACIONS ESPECIALS

5.1. Seguiment en cas de pòlips no recuperats per estudi histològic

En ocasions, no és possible recuperar els pòlips ressecats durant la colonoscòpia per a l'anàlisi anatomopatològic posterior, la qual cosa dificulta la classificació del pacient pel que fa al seu risc de recurrència. Quan es doni aquesta situació s'adoptarà una actitud conservadora dirigida a minimitzar el risc del pacient, tenint en compte el nombre de pòlips i/o la mida de la lesió descrita per l'endoscopista:

- Si es tracta de micropòlips en recte/sigma es consideraran com a pòlips hiperplàstics.
- Si els pòlips no recuperats <10 mm es consideraran adenomes tubulars amb displàsia baix grau (adenomes no avançats).
- Els pòlips no recuperats >10 mm es consideraran com adenomes avançats.

La recomanació resultant d'aplicar aquesta gradació tindrà vigència sempre i quan no coexisteixi un altre pòlip amb avaluació anatomopatològica més avançada.

5.2. Seguiment de pòlips sèssils iguals o majors de 20 mm ressecats en fragments

En cas de lesions sèssils ressecades en fragments ≥ 20 mm es recomanable el realitzar una revisió de la base del pòlip amb obtenció de biòpsies entre els 4 i 6 mesos després de la resecció inicial amb la finalitat d'assegurar l'eliminació completa del pòlip.

5.3. Antecedents familiars de CCR

En els casos amb pòlips de còlon i antecedents familiars de CCR en familiars de primer grau <60 anys o ≥ 2 familiars de primer grau, independentment de l'edat, es recomanable derivar el malalt a una consulta especialitzada per descartar CCR hereditari.

5.4. Adenocarcinoma pT1 amb escissió endoscòpica

Es considera un tumor pT1 aquell en el que l'adenocarcinoma supera la *muscularis mucosae* i s'estén a la submucosa (sense arribar a la muscular pròpia).

La indicació quirúrgica després de la resecció endoscòpica d'un adenocarcinoma pT1 té l'objectiu d'eliminar el risc de progressió per la persistència de malaltia residual.

A més, permetrà l'excisió dels ganglis limfàtics afectes. Per tant, el maneig de les lesions pT1 dependrà principalment de dos criteris: 1) si la resecció ha estat completa o no i 2) del risc de metastasi ganglionar (LNM, en les seves sigles en anglès).

En aquells casos en que el pòlip ressecat endoscòpicament és compatible amb un adenocarcinoma pT1 cal assegurar que l'examen histològic és complet per poder classificar el risc de lesió residual o metastasi ganglionar; a) risc baix si compleix tots els criteris de bon pronòstic: extirpació en bloc, baix/moderat grau de diferenciació, absència d'invasió limfo-vascular, lesions sèssils o planes amb infiltració de la submucosa ≤ 1 mm o lesions pediculades tipus Haggitt 1, 2 o amb infiltració de la submucosa < 3 mm, absència de Budding i marge profund a ≥ 1 mm de l'adenocarcinoma); b) risc alt si no compleix algun dels criteris anteriors i c) risc intermedi si hi han pòlips sèssils o plans amb una infiltració d'entre 1001 i 2000 μm , o pediculats amb infiltració > 3000 μm o Haggitt 3, mida < 4000 μm ; Budding de baix grau i/o marge profund no valorable. És a dir, quan no es pot garantir el compliment de tots els criteris de bon pronòstic, cal derivar el malalt a una unitat especialitzada per valorar el tractament quirúrgic (Annex 2).

5.5. Presència de múltiples pòlips

La presència de ≥ 15 pòlips colorectals és un signe d'alerta que ens ha de portar a realitzar el despistatge de les síndromes hereditàries de CCR, caldrà derivar aquests casos a una consulta especialitzada amb l'objectiu d'estudiar els factors clínics i moleculars, tant personals com familiars si s'escau, per conèixer el perfil de risc d'herència tant del cas afectat com de la família i en base als resultats recomanar mesures de consell genètic.

Igualment caldrà derivar aquells casos amb antecedents de ≥ 5 pòlips serrats proximals al sigma (com a mínim dos d'ells > 10 mm) o qualsevol número de pòlips serrats proximals al sigma en un familiar de primer grau d'un individu amb poliposi serrada.

6. CONSULTA D'ALT RISC. OBJECTIU I CRITERIS DE DERIVACIÓ

L'objectiu de la consulta d'alt risc (CAR) és atendre individus i/o pacients amb un risc incrementat de desenvolupar càncer colorectal (CCR) en base a factors personals i/o familiars per evitar el desenvolupament del CCR o, si això no és possible, minimitzar l'impacte que pot comportar en el pronòstic i qualitat de vida de l'individu afecte.

Aquestes consultes han d'estar gestionades per professionals especialitzats en el maneig de la població amb risc incrementat de CCR, han de disposar d'una unitat d'endoscòpia amb capacitat per fer endoscòpia d'alta complexitat.

Las CAR han de poder:

- Establir el risc de CCR en base als factors personals i/o familiars.
- Proposar l'estratègia de cribratge i/o vigilància més adequada de cada individu en funció del risc de CCR.
- Realitzar les mesures de consell genètic en les formes hereditàries de CCR, incloent anàlisis genètiques, si s'escau, i l'adequat suport psicològic.

- Realitzar les tècniques endoscòpiques pertinents, ja sigui amb finalitat preventiva, diagnòstica i/o terapèutica.
- Proposar mesures per a la promoció de la salut i prevenció del CCR o altres neoplàsies associades.
- Indicar el tractament oncològic més adequat en l'eventual aparició d'una neoplàsia.

6.1. Criteris de derivació a les CAR

A les CAR cal derivar tots aquells casos que ofereixin dubte de seguiment per la seva complexitat o que requereixin d'estudi genètic com:

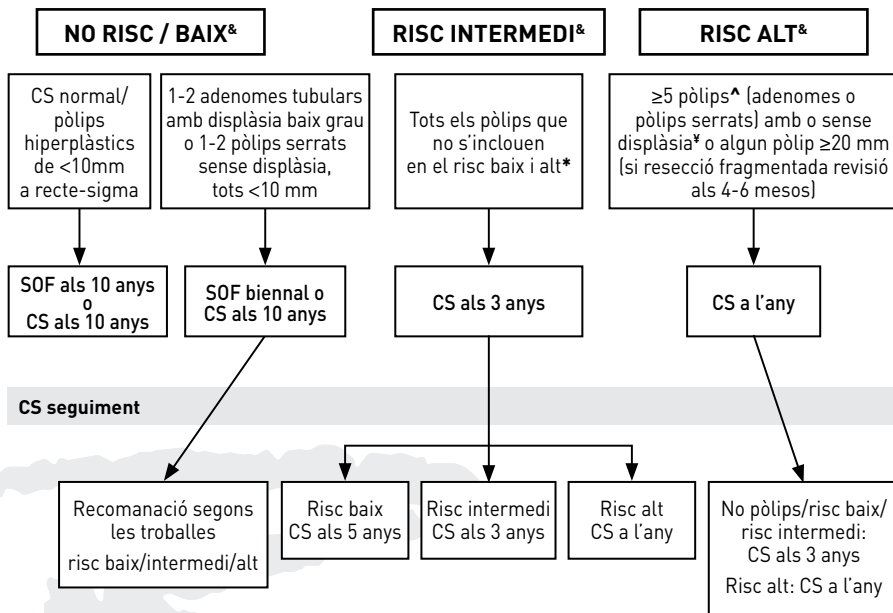
- Sospita de síndromes polipòsiques: PAF, PAF atenuada, síndrome de Gardner, síndrome de Turcot, síndrome de Muir-Torre, síndrome de Peutz-Jeghers, poliposi juvenil i poliposi serrada.
- Cribratge de la síndrome de Lynch.
- Cribratge del CCR familiar.
- Diagnòstic de més de 15 pòlips.

També pot estar indicada la derivació dels casos que requereixin tractament o seguiment de pòlips complexos com les polipectomies fragmentades, reseccions mucoses o tots aquells casos en que l'endoscopista i el clínic responsable del malalt no estigui segur de poder completar un tractament i seguiment correcte.

7. ANNEXOS

ANNEX 1

Seguiment dels pòlips de còlon i recte segons els resultats de la colonoscòpia basal i successives

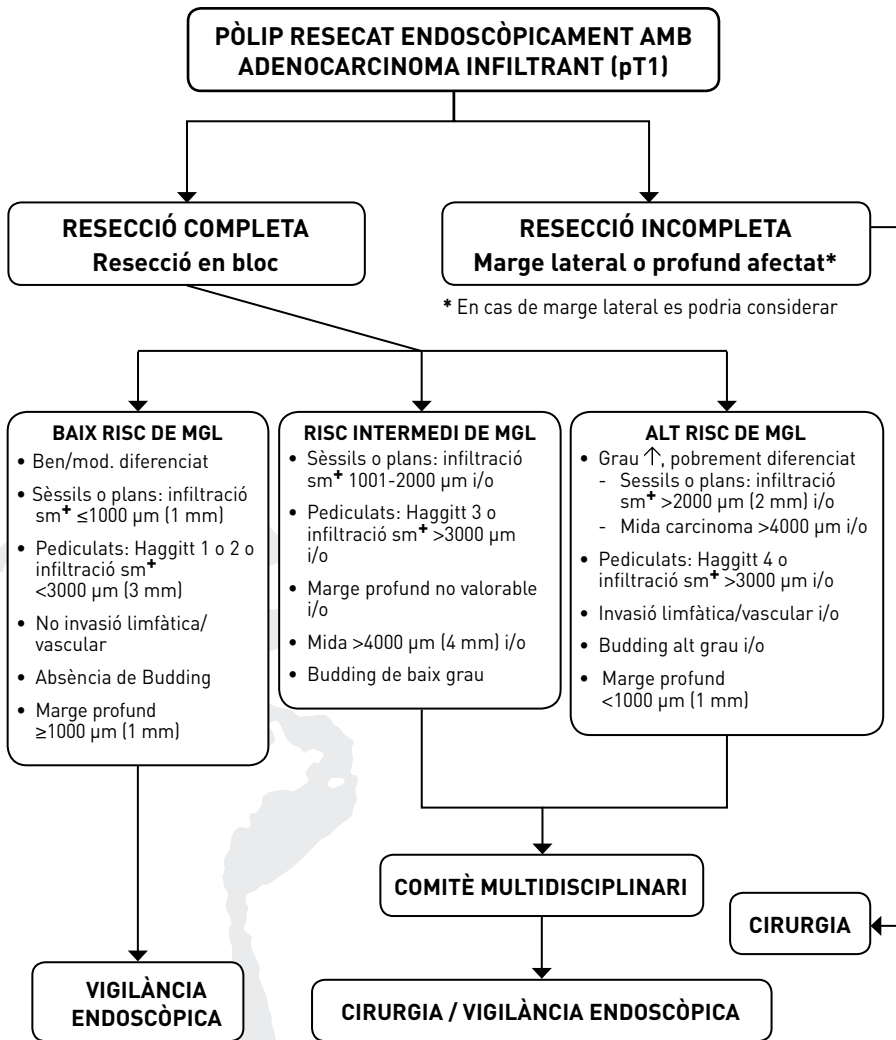


Si 2 CSs consecutives normals cal considerar seguiment de baix risc

- [&] Si CCR en familiar de primer grau <60 anys o ≥2 familiars de primer grau, consulta especialitzada (descartar síndrome hereditari); la lesió ressecada i no recuperada es considerarà adenoma tubular amb displàsia de baix grau, excepte els pòlips ≤5 mm en recte/sigma que es consideraran hiperplàstics.
- * 3-4 adenomes tubulars amb displàsia de baix grau i/o pòlips serrats sense displàsia de <10 mm. 1-4 adenomes tubulars amb displàsia de baix grau i de 10-19 mm o pòlips serrats sense displàsia de 10-19 mm. 1-4 adenomes de component vellós <20 mm i/o displàsia d'alt grau i/o carcinoma intramucós i/o serrats amb displàsia.
- ¥ Excepte si són micropòlips hiperplàstics localitzats a recte i sigma que no infereixen risc.
- [^] >15 adenomes a qualsevol localització cal descartar poliposi adenomatosa familiar (atenuada o clàssica) o cal descartar síndrome de poliposi serrada si ≥5 pòlips serrats proximals al sigma (com a mínim dos d'ells >10 mm) o >20 pòlips serrats al llarg de tot el còlon o qualsevol número de pòlips serrats proximals al sigma en un familiar de primer grau d'un individu amb poliposi serrada.
Poliposi mixta: compleix tant els criteris de poliposi adenomatosa com els de poliposi serrada.

ANNEX 2

Tractament dels adenocarcinomes infiltrants pT1 ressecats endoscòpicament



MGL: Metàstasi gànglis limfàtics; **+** Submucosa marge lateral o profund.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Segnan N, Patnick J, von Karsa L eds. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
2. Castells A, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Amador FJ, Andreu M, Bellas B, Ferrández A, Ferrándiz J, Giráldez M, Gonzalo V, Jover R, Quintero E, Alonso-Coello P, Bonfill X, Lanas A, Piñol V, Piqué J. Clinical practice guideline. Prevention of colorectal cancer. 2009 Update. Asociación Española de Gastroenterología. *Gastroenterol Hepatol*. 2009 Dec;32(10):717.e1-58.
3. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, et al. Utilization of surveillance colonoscopy in community practice. *Gastroenterology*. 2010;138:73-81.
4. Goodwin JS, Singh A, Reddy N, et al. Overuse of screening colonoscopy in the Medicare population. *Arch Int Med*. 2011;171:1335-1343.
5. Johnson MR, Grubber J, Grambow SC, Maciejewski ML, Dunn-Thomas T, Provenzale D, Fisher DA. Physician Non-adherence to Colonoscopy Interval Guidelines in the Veterans Affairs Health Care System. *Gastroenterology*. 2015;149(4):938-51.
6. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2012 Sep;143(3):844-57.
7. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: A consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2012;143:844-857.
8. Hassan C, Quintero E, Dumonceau JM et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2013;45:842-851.
9. Castells A, Andreu M, Binefa G, Fité A, Font R, Espinàs JA. Postpolypectomy surveillance in patients with adenomas and serrated lesions: a proposal for risk stratification in the context of organized colorectal cancer-screening programs. *Endoscopy*. 2015 Jan;47(1):86-7.
10. Rex DK, Ahnen DJ, Baron JA et al. Serrated Lesions of the Colorectum: Review and Recommendations from an Expert Panel. *Am J Gastroenterol*. 2012;107:1315-1329.
11. Yusuke Saitoh, Yuhei Inaba, Takahiro Sasaki, Ryuji Sugiyama, Ryuji Sukegawa, Mikihiro Fujiya. Management of colorectal T1 carcinoma treated by endoscopic resection Review. *Digestive Endoscopy*. 2016;28:324-329

Secretaria Tècnica



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARIS



Sr. Enric Clarella

L'Acadèmia. Departament d'Activitats i Congressos

Major de Can Caralleu, 1-7 • 08017 Barcelona

Tel. 932 031 852 • Fax 932 123 569

enricclarella@academia.cat

www.scdigestologia.org

Documents publicats

PLA ESTRATÈGIC DE NEOPLÀSIA COLORECTAL



Informe de les Colonoscòpies en Pacients amb Pòlips de Còlon

Metodologia de la Colonoscòpia. Tractament dels Pòlips de Còlon



Informes Anatomopatològics dels Pòlips de Còlon Extirpats

Mitjançant Polipectomia Endoscòpica



Vigilància Postpolipectomia en Pacients amb Pòlips de Còlon