

Secretaria Tècnica



L'Acadèmia

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

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



2014

Informe de les Colonoscòpies en Pacients amb Pòlips de Còlon

Metodologia de la Colonoscòpia.

Tractament dels Pòlips de Còlon

PLA ESTRATÈGIC DE NEOPLÀSIA COLORECTAL

Societat Catalana de Digestologia

Informe de les Colonoscòpies en Pacients amb Pòlips de Còlon

Grup de Treball

Josep Giné Gala¹, Maria Pellisé Urquiza², Mònica Rivera Vázquez³,
Gemma Tremosa Llorba⁴, Agustín Seoane Urgorri⁵ i Montserrat Andreu Garcia⁵.

- (1) Hospital Verge de la Cinta, Tortosa, Tarragona.
- (2) Servei de Gastroenterologia, Hospital Universitari Clínic, Barcelona
- (3) Hospital de Figueres, Girona.
- (4) Servei de Digestiu, Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca del Penedès, Barcelona.
- (5) Servei de Digestologia, Hospital del Mar-Parc de Salut Mar, Barcelona.



Societat
Catalana de
Digestologia

A·C·M·S·C·B



L'Acadèmia





JUSTIFICACIÓ DEL DOCUMENT

L'informe de la colonoscòpia ha de recollir de forma sistematitzada les troballes més rellevants de l'exploració alhora que ha de reflectir i deixar registre de la qualitat de la colonoscòpia. Donat que és el document imprescindible per a un correcte maneig dels pacients amb pòlips. Aquest document pretén que els gastroenteròlegs disposem d'una eina útil que ens permeti homogeneïtzar els informes de les colonoscòpies.

En el document s'inclouen annexos que pretenen servir de suport per a l'elaboració dels informes.

El document conté els següents apartats

1. LLISTAT DE VERIFICACIÓ DE L'INFORME de la colonoscòpia.
2. Annex 1. NOMENCLATURA DE LES INDICACIONS DE LA COLONOSCÒPIA segons *The Minimal Standard terminology for gastrointestinal endoscopy* (MST 3.0).
3. Annex 2. ESCALES VALIDADES DE VALORACIÓ DE LA NETEJA DEL CÒLON.
4. Annex 3. CLASSIFICACIÓ MORFOLÒGICA DELS PÒLIPS.
5. Annex 4. NOMENCLATURA DELS DIAGNÒSTICS DE LA COLONOSCÒPIA segons *The Minimal Standard terminology for gastrointestinal endoscopy* (MST 3.0).
6. Annex 5. PROCEDIMENTS segons *The Minimal Standard terminology for gastrointestinal endoscopy* (MST 3.0).
7. BIBLIOGRAFIA.



1. LLISTAT DE VERIFICACIÓ DE L'INFORME DE COLONOSCÒPIA

Dades administratives del pacient

- ☒ Nom i cognoms.
- ☒ Data naixement.
- ☒ Número d'història clínica.
- ☒ Procedència o metge sol·licitant.

Informació del procediment

- ☒ Nom del procediment: Colonoscòpia.
- ☒ Data del procediment.
- ☒ Número de prova.
- ☒ Confirmació de que s'ha signat el Consentiment Informat.
- ☒ Indicacions de l'exploració.
 - ☒ És recomanable utilitzar nomenclatura estandarditzada (**veure Annex 1**).
- ☒ Professionals implicats en l'exploració (nom endoscopista i assistents).
- ☒ Dades dels aparells-materials emprats.
- ☒ Medicació administrada (analgèsia, anestesia, sedació).
- ☒ Qualitat de la preparació.
 - ☒ És recomanable utilitzar una escala de neteja validada (**veure Annex 2**).
- ☒ Tram explorat: indicar el punt d'inserció i els cm des de l'anús amb l'endoscopi rectificat.
 - ☒ Especificar el lloc anatòmic d'inserció màxima sempre que es pugui (recte, sigma, angle hepàtic ... cec).
 - ☒ Especificar si l'exploració ha estat completa.
 - ☒ Per intubació cecal s'entén la inserció de la punta de l'endoscopi fins a un punt proximal a la vàlvula ileocecal, de manera que tot el pol cecal, inclosa la paret medial (localitzada entre la vàlvula ileocecal i l'orifici apendicular) sigui visualitzada i explorada.
 - ☒ Documentació fotogràfica del cec sempre que sigui possible.
- ☒ Limitacions de l'exploració (*especificar-ho*).
- ☒ Troballes (*especificar si documentació fotogràfica*).



- ☒ Descripció individualitzada de cada pòlip
 - ☒ Morfologia: descriure la morfologia dels pòlips utilitzant la classificació de París. Si és possible descriure la superfície i histologia del pòlip utilitzant la classificació de Kudo o NICE (**veure Annex 3**).
 - ☒ Mida: aproximada en mm.
 - ☒ Localització: distància des d'anus, probable zona (recte, sigma, colon, cec, relació amb la vàlvula ileocecal).
 - ☒ Aspecte: signes de malignitat, component vellós.
- ☒ Tècniques de resecció. Descriure si:
 - ☒ Ha estat assistida. *Especificar-ho.*
 - Injecció submucosa si/no. Sol·lució emprada.
 - Nansa utilitzada.
 - Tipus de corrent.
 - ☒ Ha estat una resecció en bloc o fragmentada.
 - ☒ Aspecte de l'escara resultant.
 - ☒ Tècniques auxiliars: profilàctica per evitar complicacions.
 - ☒ Marcatge mitjançant tatuatge, i si s'ha fet ha estat proximal o distal a la lesió.
- ☒ Recuperació dels pòlips per l'estudi histològic. Tècnica utilitzada.
 - ☒ Biòpsies realitzades, citologia.
 - ☒ Especificar el número de pot a on s'ha dipositat cada mostra.
- ☒ Temps de retirada de l'endoscopi: (a partir de que s'ha arribat al cec i fins a l'extracció de l'endoscopi per l'orifici anal, sense comptar el temps passat per fer terapèutica). Recomanat ≥ 6 minuts). Aquest punt és molt controvertit i per tant el considerem optatiu.
- ☒ Si s'han identificat pòlips i **NO** s'ha realitzat la polipectomia cal especificar la raó.
 - ☒ Especificar si la lesió és extirpable endoscòpicament o quirúrgicament.
- ☒ Diagnòstics. Es recomana utilitzar terminologia estandaritzada (**veure Annex 4**).
 - ☒ En cas de resecció mucosa endoscòpica fragmentada especificar si a criteri de l'endoscopista la resecció a estat completa (*important per establir la vigilància*).
 - ☒ En cas de múltiples pòlips especificar el nombre exacte si són menys de 20 i per desenes si resulta difícil comptar-los tots.
- ☒ Indicar terapèutica realitzada i resultats.
 - ☒ Especificar si hi ha signes de risc de perforació o sagnat.
- ☒ Procediments (**veure Annex 5**).
- ☒ Complicacions durant l'exploració o immediates.
- ☒ Recomanacions posteriors.



2. ANNEX 1.

NOMENCLATURA DE LES INDICACIONS DE LA COLONOSCÒPIA

Minimal standard terminology for gastrointestinal endoscopy (MST 3.0)

CATEGORIA	QUALIFICACIÓ	NOMENCLATURA
Síntomes	Durada en el temps	Hematoquecia
	Intensitat	Melena
		Diàrrea
		Dolor abdominal
		Alteració de l'hàbit deposicional
		Anèmia
		Pèrdua de pes
		Constipació
		Massa abdominal
Malalties	Sospita de	Fuga anastomòtica
	Estudi de malaltia establerta	Angiectasia
	Seguiment de	Obstrucció del còlon
	Mostreig de	Càncer colorectal
	Tractament de	Malaltia de Crohn
	Cribratge	Diverticles
		Massa abdominal
		Fístula
		Colitis isquèmica
		Metàstasis, origen desconegut
		Altres colitis
		Pòlips
		Pouchitis (reservoritis)
		Colitis pseudomembranosa
		Lesió neoplàsica Superficial
		Colitis ulcerosa
		Rectitis radica
		Cribratge població risc mig CCR
		Cribratge població alt risc CCR
		Vigilància postpolipectomia



3. ANNEX 2.

ESCALES VALIDADES DE VALORACIÓ DE LA NETEJA DEL CÒLON

Escala d'Aronchick (Intest Endosc 2004;60 (6):1037-1038)

Excel·lent ▶ petita quantitat de líquid clar o >95% visualitzat.

Bona ▶ gran quantitat de líquid (5-25%) o >90% visualitzat.

Regular ▶ algunes restes fecals semi sòlides aspirables per explorar el 90%.

Pobre ▶ femta semi-sòlida no aspirable o <90%.

Inadequada ▶ cal repetir la exploració.

Escala d'Ottawa (Gastrointestinal Endoscopy 2004 Apr;59(4):482-6)

	Còlon dret	Còlon mig	Recte-sigma	Global
Grau neteja	0 - 4	0 - 4	0 - 4	0 - 12
Líquid global				

Còlon dret: cec-ascendent / Còlon mig: transvers-descendent / Recte-sigma.

0 ▶ restes mínimes o absents.

1 ▶ residus que no cal aspirar.

2 ▶ residus que es poden aspirar sense netejar.

3 ▶ residus que és necessari netejar per poder aspirar.

4 ▶ residus que no es poden netejar ni aspirar.

Escala de Boston* (Gastrointestinal Endoscopy 2009;69:620-5)

	Còlon dret	Còlon transvers	Còlon esquerre	Global
Grau neteja	0 - 3	0 - 3	0 - 3	0 - 9

Còlon dret: cec-ascendent / Còlon transvers / Còlon esquerre: descendent-sigma-recte.

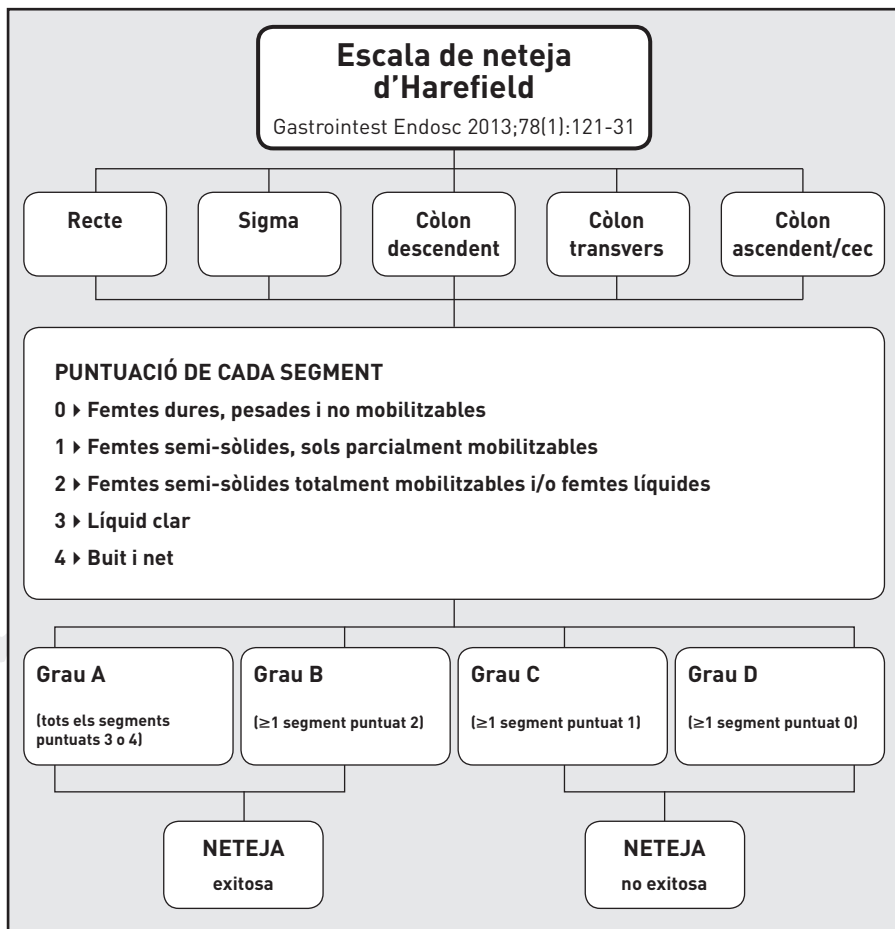
0 ▶ residus sòlids que no permeten explorar la zona (exploració impossible).

1 ▶ part de la mucosa no explorada (exploració parcial).

2 ▶ restes escassos que permeten l'exploració.

3 ▶ absència de residus (exploració completa)

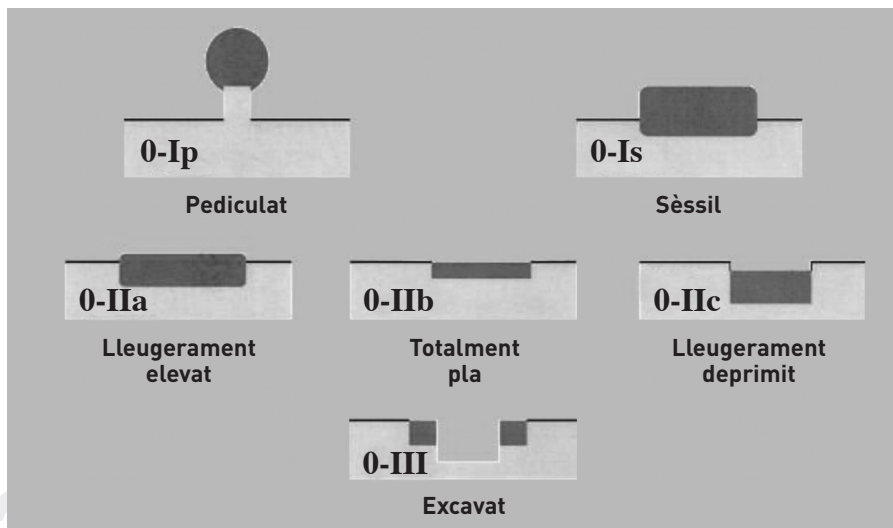
* *Preferible en assajos clínics.*





4. ANNEX 3. CLASSIFICACIÓ DELS PÒLIPS SEGONS MORFOLOGIA

Classificació Endoscòpica de París de Lesions Neoplàsiques Superficials
Gastrointestinal Endoscopy 2003;58 Suplement



0-I ► Tipus polipoide

Pedunculat (Ip) (Isp).

Sèssil (Is).

0-II ► Tipus no polipoide

Elevat (IIa) (tipus 0-II inclou les lesions de expansió lateral).

Pla (IIb).

Deprimit (IIc).

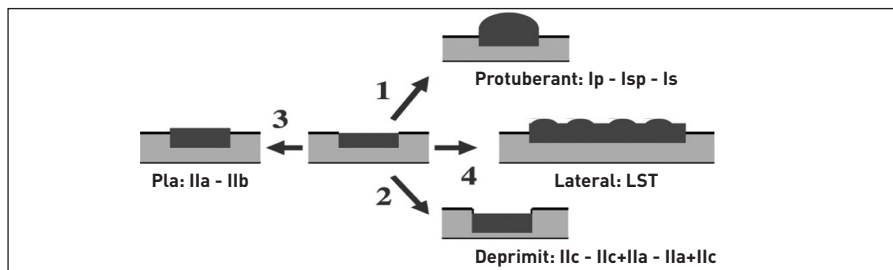
0-III ► Tipus excavat o ulcerat

Mixts: elevat i deprimit (IIa) + (IIc), deprimit i elevat (IIc) + (IIa).



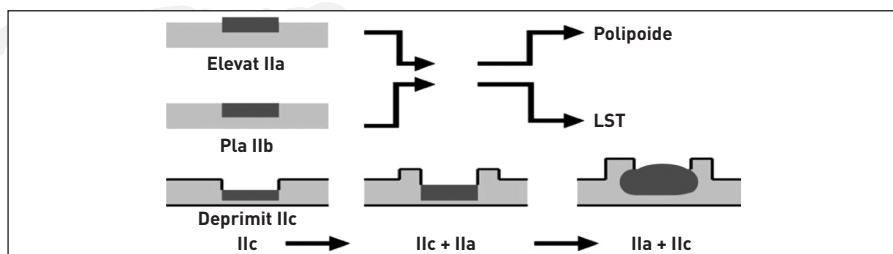
Models de creixement del tumor durant el desenvolupament de la neoplàsia colorectal

La progressió es produeix en 4 models diferents: **(1)** com un pòlip en que sobresurt la lesió cap amunt; **(2)** com una lesió deprimida no polipoide, que avança cap avall en profunditat; **(3)** com una lesió no polipoide, que és plana o lleugerament elevada; i **(4)** com una lesió LST. Gastrointest Endosc 2008;68:S3-S47.



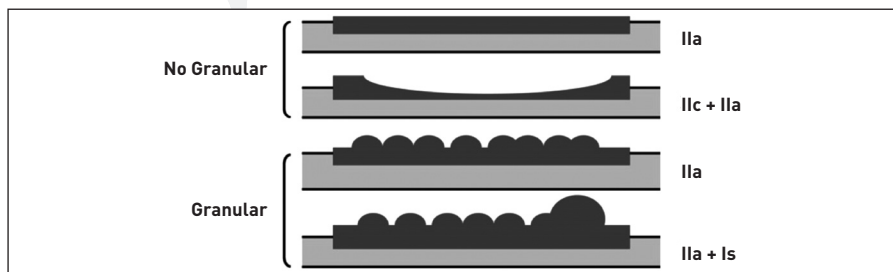
Subtipus de lesions neoplàsiques no polipoides

Tipus no deprimits, elevat o completament pla (0-IIa, 0-IIb), poden progressar a polipoide o “*laterally spreading type*” (LST). El tipus deprimits (0-IIc) poden progressar a una morfologia mixta, 0-IIc + 0-IIa i 0-IIa + 0-IIc. Quan el tumor augmenta en profunditat, la superfície de la depressió pot elevar-se, fins i tot en les lesions petites. Gastrointest Endosc 2008;68:S3-S47.



Lesions “*laterally spreading type*” (LST)

Models de lesions neoplàsiques granular i “*laterally spreading type*” (LST) no granular: d’acord a les categories de la Classificació de París. Gastrointest Endosc 2008;68:S3-S47.

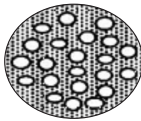
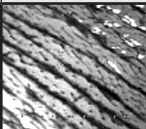
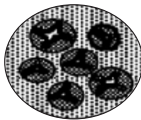
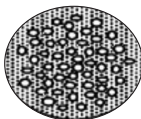
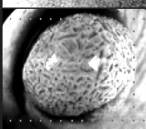
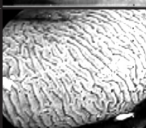
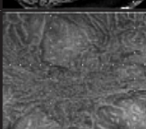
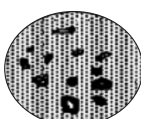
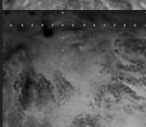




Classificació de Kudo

Shin-ei Kudo, et al. Gastrointest Endosc 1996;44:8-14.

Tanaka S, Gastrointest Endosc 2006;64:604.

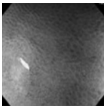
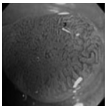
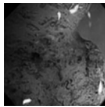
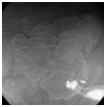
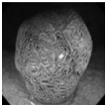
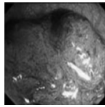
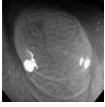
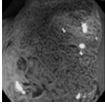
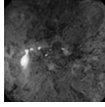
Tipus	Esquema	Endoscòpia	Descripció	Diagnòstic probable	Tractament ideal
I			Criptes rodones i regulars	No neoplàstic	Endoscòpic o cap
II			Estrellades o papil·lars	No neoplàstic	Endoscòpic o cap
IIIS			Rodones o tubulars petites, més petites que les normals	Neoplàstic	Endoscòpic
IIIL			Rodones o tubulars, més grans que les normals	Neoplàstic	Endoscòpic
IV			En forma de solcs, circumvolucions o ramificades	Neoplàstic	Endoscòpic
VI			Distribució irregular dels tipus IIIS, IIIL i IV	Neoplàstic (invasiu)	Endoscòpic o quirúrgic
VN			Desestructurades	Neoplàstic (invasió submucosa massiva)	Quirúrgic



Classificació NICE (NBI International colorectal endoscopic classification)

Iwatate M, et al. Diagn Ther Endosc 2012;2012:173-269.

Classificació dels tumors colorectals en 3 tipus en base a l'aspecte dels tumors utilitzant NBI sense magnificació.

	Tipus 1	Tipus 2	Tipus 3
Color	Igual o més clar que el voltant de la lesió 	Més marronós que el voltant de la lesió 	Marró a marró fosc en relació al voltant i zones més blanques de vegades irregulars 
Vasos	Cap, o poden estar presents de forma aïllada puntiformes a través de la lesió 	Vasos marrons que envolten les estructures blanques 	Àrea (s) d'interrupció o vasos desapareguts 
Patró superficial	Taques fosques o blanques de mida uniforme, o absència de patró 	Oval, tubulars o estructures blanques ramificades envoltades per vasos marrons 	Absència de patró superficial 
Patologia probable	Hiperplàstic	Adenoma	Invasió SM profunda o càncer
Tractament	Seguiment	Polipectomia (REM/DES)	Cirurgia



5. ANNEX 4.

NOMENCLATURA DELS DIAGNÒSTICS DE LA COLONOSCÒPIA

Segons *Minimal standard terminology for gastrointestinal endoscopy (MST 3.0)*

A criteri del responsable de l'informe es pot especificar si es tracta:

d'una sospita / probable / compatible.

TERMINOLOGIA
Angiodisplàsia
Càncer colorectal
Colitis isquèmica
Colitis pseudomembranosa
Colitis ulcerosa activa
Colitis ulcerosa fulminant
Colitis ulcerosa quiescent
Condiloma
Cos estrany
Diverticulitis
Diverticulosis
Estenosi inflamatòria
Estenosi maligna
Estenosi postoperatòria
Fístula
Hemorràgia d'origen desconegut
Hemorroides
Ileïtis
Lipoma
Linfoma
Malaltia de Crohn activa
Malaltia de Crohn quiescent
Melanosi coli
Neoplàsia de còlon
Paràsits
Pneumatosi coli
Pòlip
Proctitis
Proctitis actínica
Síndrome de poliposi
Tumor submucós
Úlcera rectal
Úlcera solitària



6. ANNEX 5.

LLISTAT DE PROCEDIMENTS D'APLICACIÓ EN LA COLONOSCÒPIA

Seleccionats els procediments emprats en les colonoscòpies.

Minimal standard terminology for gastrointestinal endoscopy (MST 3.0)

Descriure els aspectes tècnics i si s'ha assolit l'objectiu del procediment. Alguns procediments són difícils de connectar a una troballa endoscòpica, en aquest cas es suggereix vincular-los a l'endoscòpia en si. Evitar citar els procediments irrelevants.

MÈTODE	CARACTERÍSTICA	ESPECIFICACIÓ I RESULTAT
Obtenció de mostres	Tipus	
	Biòpsia	Especificar al lesió / Teixit normal
Dilatació amb baló	Tipus	Especificar
	Calibre	Especificar
	Temps	Especificar
Injecció terapèutica	Material	Especificar
	Volum	Especificar
	Resultat	Exitosa / Èxit parcial / Fracàs
Col·locació de clips	Tipus	Especificar
	Nombre	Especificar
	Resultat	Exitós / Èxit parcial / Fracàs
Cauterització	Tipus	Especificar
	Resultat	Exitosa / Èxit parcial / Fracàs
Polipectomia	Mètode	Sols amb nansa / Loop i nansa / Clips i nansa
	Pre-injecció substància / ml	Sí / No
	Resultat	Exitosa / Èxit parcial / Fracàs
"Hot biopsy"	Resultat	Exitosa / Èxit parcial / Fracàs
Resecció mucosa / Dissecció submucosa	Eina utilitzada	Especificar
	Pre-injecció substància / ml	Especificar
	Resultat	Extirpació: incompleta / completa en fragments / completa en bloc / fracàs
	Mida de la resecció	En mm
Col·locació de stent	Tipus i mida	Especificar
	Pre-dilatació	No/mm
	Resultat	Exitosa / Èxit parcial / Fracàs
Ablació	Tipus / localització / motiu	Especificar



7. BIBLIOGRAFIA

1. Aabakken L, Rembacken B, LeMoine O, et al. Minimal standard terminology for gastrointestinal endoscopy-MST 3.0. OMED Documentation & Standardisation Committee. Endoscopy. 2009 Aug;41(8):727-8.
2. Aronchik CA. Bowel preparation scale. Gastrointest Endosc 2004;60(6):1037-1038.
3. Douglas K, Rex, MD, John L. et al ASGE/ACG Taskforce on Quality in Endoscopy. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest Endosc 2006;63 (4):873-85.
4. Guia de pràctica clínica de calidad de la colonoscòpia de cribado del càncer colorectal. Grupo de Trabajo AEG-SEEG. EDIMSA 2011.
5. Halphen M, Heresbach D, Gruss HJ, et al. Validation of the Harefield Cleansing Scale: a tool for the evaluation of bowel cleansing quality in both research and clinical practice. Gastrointest Endosc 2013 Jul;78(1):121-31.
6. Jover R, Herraiz RA, Alarcon O, et al. Clinical practice guidelines: quality of colonoscopy in colorectal cancer screening. Endoscopy 2012;44:444-51.
7. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, et al. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. Gastrointest Endosc 2009 Mar;69(3 Pt 2):620-5.
8. Kudo S, Tamura S, Nakajima T, et al. Diagnosis of colorectal tumorous lesions by magnifying endoscopy. Gastrointest Endosc 1996 Jul;44(1):8-14.
9. Kudo S, Lambert R, Allen JI, et al. Nonpolypoid neoplastic lesions of the colorectal mucosa. Gastrointestinal Endoscopy 2008;68(4 Suppl):S3-47.
10. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon. Gastrointest Endosc 2003 Dec;58(6 Suppl):S3-43.
11. Rostom A, Jolicoeur E. Validation of a new scale for the assessment of bowel preparation quality. Gastrointest Endosc 2004;59:482-486.
12. Veitch AM, Baglin TP, Gershlick AH et al. British Society of Gastroenterology; British Committee for Standards in Haematology; British Cardiovascular Intervention Society. Guidelines for the management of anticoagulant and antiplatelet therapy in patients undergoing endoscopic procedures. Gut 2008; 57;1322-1329.