

PLA ESTRATÈGIC DE NEOPLÀSIA COLORECTAL

Societat Catalana de Digestologia

Metodologia de la Colonoscòpia. Tractament dels Pòlips de Còlon

Grup de Treball

Jaume Boadas Mir¹, Ferran González-Huix Lladó², Mercè Navarro Llavat³,
Maria Pellisé Urquiza⁴, Ignasi Puig del Castillo⁵, Agustín Seoane Urgorri⁶ i
Montserrat Andreu Garcia⁶.

(1) Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa.

(2) Clinica Girona, Girona.

(3) Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona.

(4) Servei de Gastroenterologia, Hospital Universitari Clínic, Barcelona.

(5) Hospital de Sant Joan de Déu. Fundació Althaia, Manresa, Barcelona.

(6) Servei de Digestologia, Hospital del Mar-Parc de Salut Mar, Barcelona.



Societat
Catalana de
Digestologia

A·C·M·S·C·B



L'Acadèmia



2014



JUSTIFICACIÓ DEL DOCUMENT

La qualitat de la colonoscòpia en el diagnòstic i vigilància dels pòlips de còlon és essencial per reduir la taxa de càncer colorectal (CCR). Per tal de millorar la detecció d'adenomes durant la colonoscòpia hi ha nombrosos factors a tenir en compte com: l'experiència de l'endoscopista, la preparació del còlon, l'ús eficaç de la sedació, la correcta insuflació durant la prova, les tècniques òptimes de retirada de l'endoscopi, les maniobres auxiliars durant la colonoscòpia, així com la correcta extirpació i recuperació dels pòlips.

Una metodologia sistematitzada i la utilització de llistats de verificació a l'inici i final de la colonoscòpia ens pot ajudar a no obviar cap apartat i contribuirà a donar qualitat a l'exploració.

El document conté els següents apartats

1. **LLISTAT DE VERIFICACIÓ PRÈVIA** a iniciar la colonoscòpia.
2. **METODOLOGIA** de la colonoscòpia.
3. **Annex 1. MANEIG DELS ANTIAGREGANTS I ANTICOAGULANTS.**
4. **Annex 2. ESCALES VALIDADES DE VALORACIÓ DE LA NETEJA DE CÒLON.**
5. **Annex 3. CLASSIFICACIÓ MORFOLÒGICA DELS PÒLIPS.**
6. **Annex 4. RECOMANACIONS PER FER UNA POLIPECTOMIA NO COMPLEXA.**
7. **Annex 5. RECOMANACIONS PER FER UNA POLIPECTOMIA COMPLEXA.**
8. **Annex 6. LLISTAT DE VERIFICACIÓ DEL MATERIAL i INFORMACIÓ** a facilitar al servei d'anatomia patològica.
9. **Annex 7. Paràmetres de qualitat de la colonoscòpia, de l'endoscopista.**
10. **BIBLIOGRAFIA.**



1. LLISTA DE VERIFICACIÓ PRÈVIA A INICIAR LA COLONOSCÒPIA

En cas de identificar alguna mancança en la informació es valorarà si cal suspendre la colonoscòpia.

- Dades de filiació.
- Procedència de l'individu a estudiar.
- Metge que sol·licita l'exploració.
- Indicació de la colonoscòpia.
- Antecedents de consum de drogues.
- Al·lèrgies a algun fàrmac, productes de contacte (làtex), soja, ous o fruits secs.
- Malalties cròniques greus. Especificar.
- Porta desfibril·lador automàtic implantable (DAI)?
- Cirurgia abdominal prèvia.
- Tractament habitual.
- Pren medicació anticoagulant i/o antiagregant i/o antiinflamatori?
 - En cas afirmatiu especificar el motiu.
 - En cas afirmatiu. S'ha modificat la pauta d'aquesta medicació els dies previs?
(Annex 1)
- Ha fet correctament la preparació de còlon recomanada?
- Hores de dejú absolut?
- S'han retirat tots els objectes metàl·lics?
- Ha vingut acompanyat i sense conduir?
- Té algun dubte sobre l'exploració?
- Ha signat el consentiment informat?



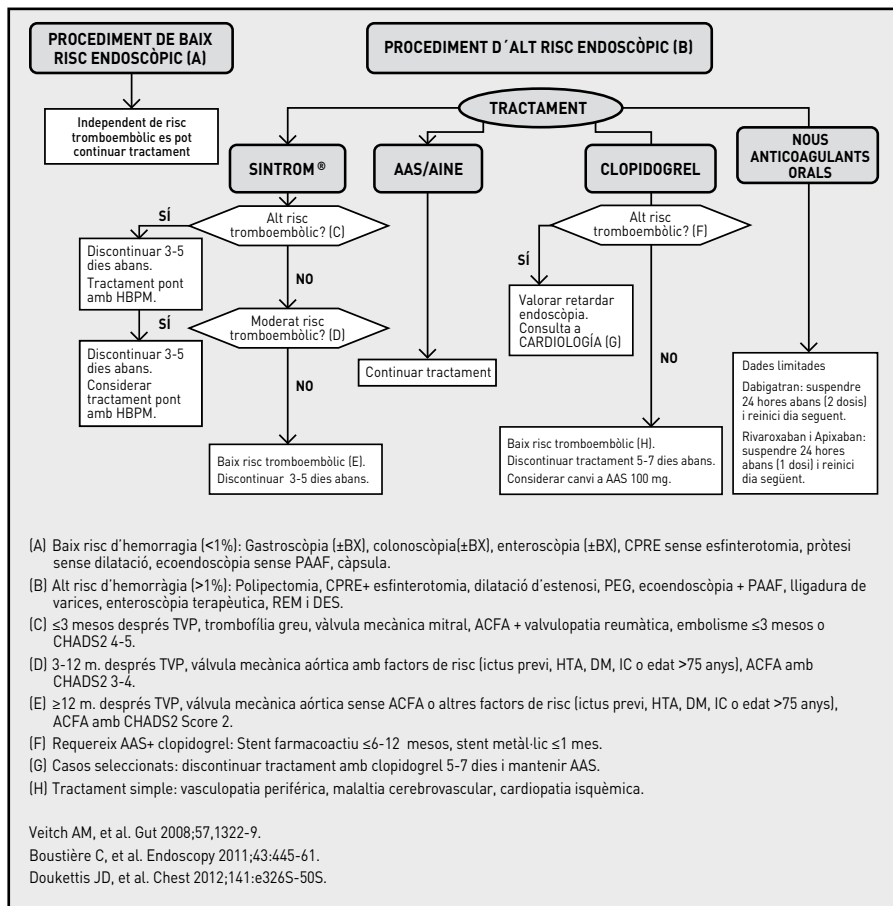
2. METODOLOGIA DE LA COLONOSCÒPIA

- ☑ Iniciar l'exploració amb el pacient en decúbit lateral esquerra o en decúbit supí.
- ☑ Administració de sedació profunda si el pacient ha consentit.
- ☑ Realitzar un examen ano-rectal previ a l'inici.
- ☑ Introduir l'endoscopi de forma perpendicular al canal anal.
- ☑ Insuflació suficient per distendre la llum (si és possible amb CO₂).
- ☑ Un cop en el recte avançar de forma segura cap el cec.
- ☑ Reduir nanses utilitzant ancoratge i tracció en retirada:
 - ☑ La distensió amb aigua pot facilitar el pas del còlon sigmoide angulat.
- ☑ Intubació cecal sempre que sigui possible:
 - ☑ Els canvis de postura del pacient, les maniobres de pressió sobre la paret abdominal i la rectificació de l'endoscopi ajuden a la intubació cecal.
 - ☑ Identificar el cec per les tres tinea coli, el orifici apendicular i la vàlvula ileocecal (*identificar la paret entre la vàlvula i l'orifici apendicular*).
 - ☑ Documentació fotogràfica del cec sempre que sigui possible.
 - ☑ Canul·lació i exploració de l'ili terminal, sempre que sigui possible.
- ☑ Valoració de la neteja del còlon:
 - ☑ Utilitzar alguna de les escales validades de neteja de còlon (**Annex 2**)
- ☑ Exploració en retirada meticulosa, haubre per haubre amb la insuflació que permeti una visualització completa de les parets del còlon.
 - ☑ Aspirar i netejant els romanents de femtes que puguin quedar.
 - ☑ Fer canvis de posició per poder mirar bé totes les cares del còlon.
 - ☑ Utilitzar cromoendoscòpia si hi han dubte de què hi ha alguna lesió mucosa.
- ☑ Enregistrar el temps de retirada (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)
- ☑ Pòlips: extirpació preferiblement durant la retirada.
- ☑ Registrar el número, mida, localització i morfologia de tots els pòlips.
 - ☑ Descriure la morfologia dels pòlips utilitzant la Classificació de París (**Annex 3**)
 - ☑ Descriure la superfície i la histologia, sempre que es pugui, utilitzant la Classificació de Kudo o NICE (**Annex 3**)
- ☑ Polipectomia amb tècnica acurada (**Annexos 4 i 5**)
- ☑ Recuperació de TOTS els pòlips i informació adient a anatomia patològica (**Annex 6**)
 - ☑ En els pòlips en que es vulgui fer una acurada valoració histològica és preferible treure'ls per l'anus i evitar aspirar-los pel canal.
- ☑ Exploració exhaustiva de l'ampolla rectal, preferiblement amb retroversió



3. ANNEX 1. MANEIG DELS ANTIAGREGANTS I ANTICOAGULANTS

Endoscòpia en pacients anticoagulats/antiagregats i valoració del risc tromboembòlic





4. 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.

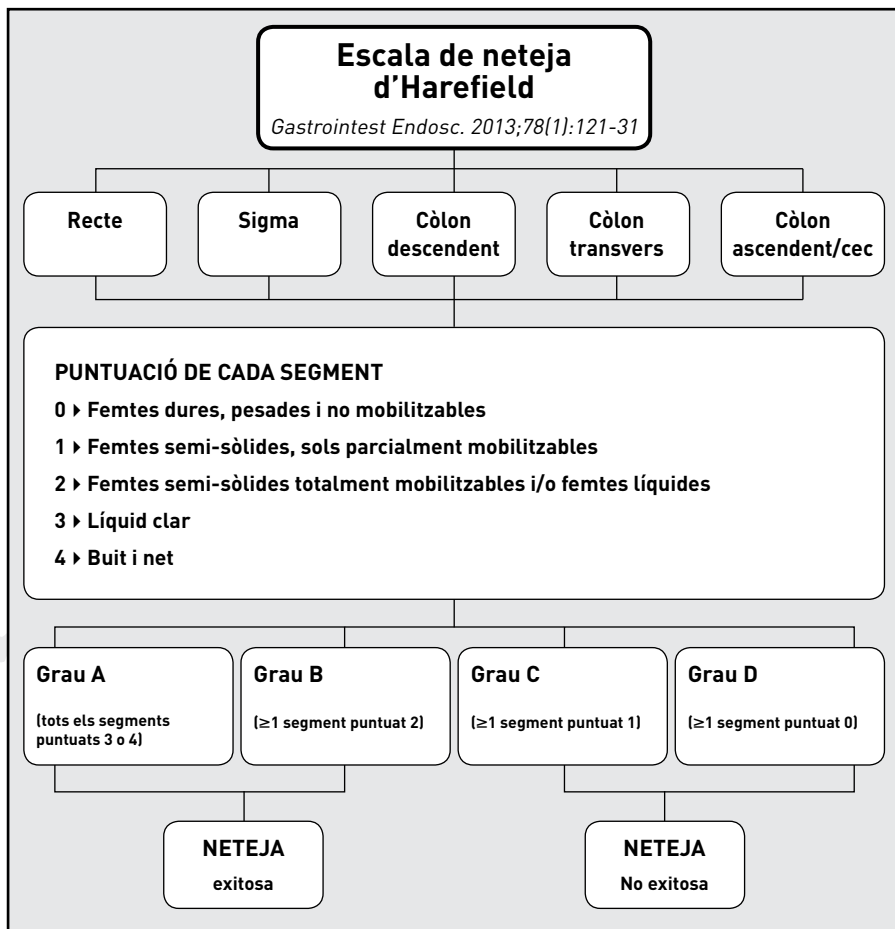
0 ▶ residus sòlids que no permeten explorar la zona (exploració impossible).

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

2 ▶ restes escassos que permeten l'exploració.

3 ▶ absència de residus (exploració completa)

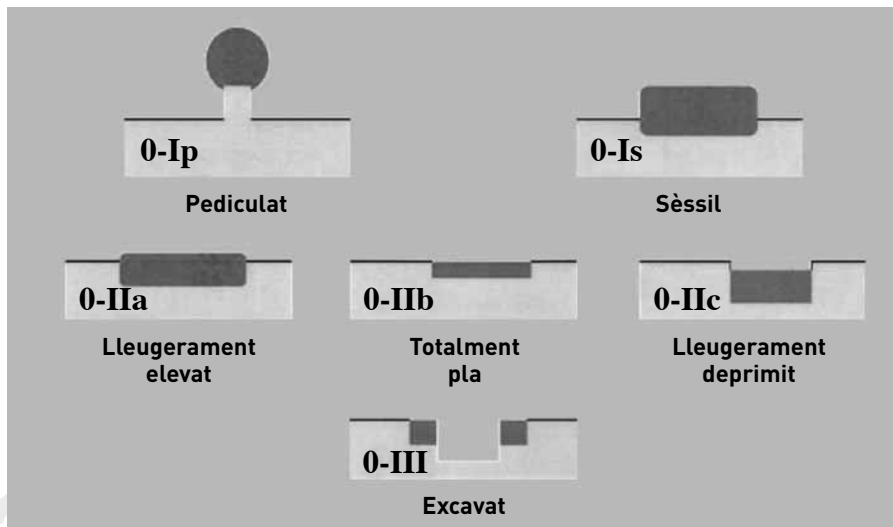
* *Preferible en assajos clínics.*





5. 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).

Deprimat (IIc).

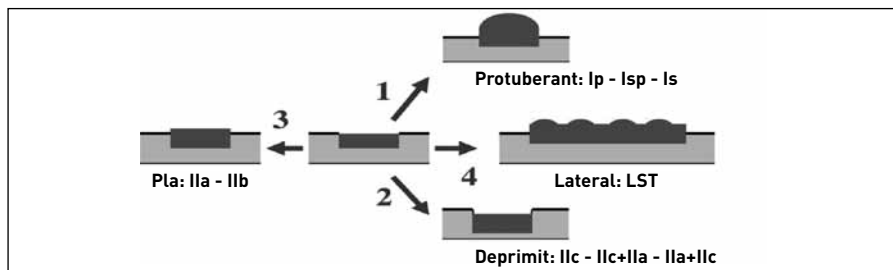
0-III ▶ Tipus excavat o ulcerat

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



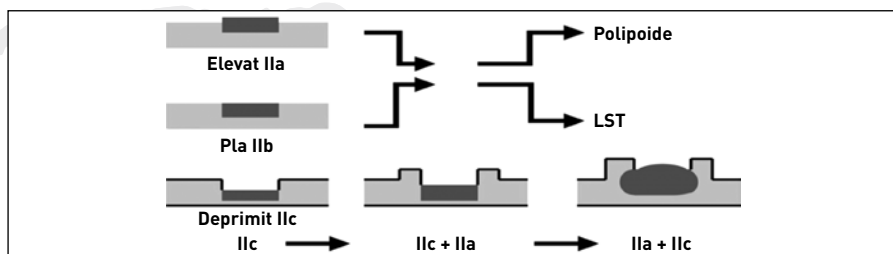
Models de creixement del tumor durant el desenvolupament de la neoplàsia colorectal

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.*



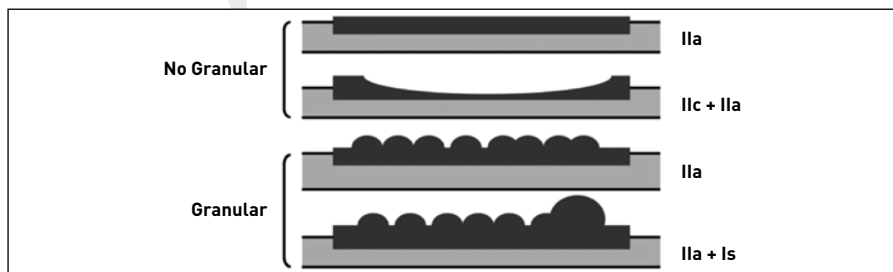
Subtipus de lesions neoplàsiques no polipoïdes

Tipus no deprimits, elevat o completament pla (0-Ila, 0-IIb), poden progressar a polipoide o "laterally spreading type" (LST). El tipus deprimits (0-Ilc) poden progressar a una morfologia mixta, 0-Ilc + 0-Ila i 0-Ila + 0-Ilc. 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.*

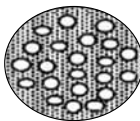
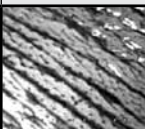

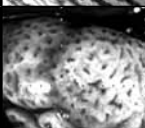
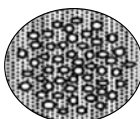


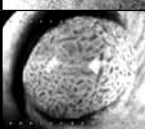



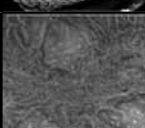
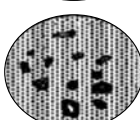
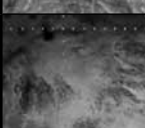




Classificació de Kudo

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

Tanaka S, Gastrointest Endosc 2006;64:604.

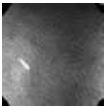
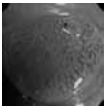
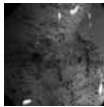
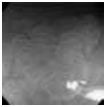
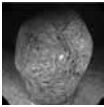
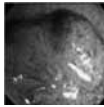
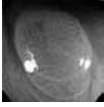
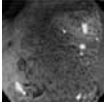
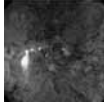
Tipus	Esquema	Endoscòpia	Descripció	Diagnòstic probable	Tractament ideal
I			Criptes rodones i regulars	No neoplàstic	Endoscòpic o cap
II			Estrellades o papil·lars	No neoplàstic	Endoscòpic o cap
IIIS			Rodones o tubulars petites, més petites que les normals	Neoplàstic	Endoscòpic
IIIL			Rodones o tubulars, 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 (invasiú)	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;2012:173269

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



6. ANNEX 4. RECOMANACIONS PER FER UNA POLIPECTOMIA NO COMPLEXA

**Polipectomies de pòlips <20 mm.
S'inclouen les polipectomies que l'endoscopista consideri NO complexes.**

Tot endoscopista hauria de ser capaç tècnicament de ressecat la totalitat dels pòlips no complexes i saber manejar les possibles complicacions. Disposar del material necessari per la polipectomia i el tractament de les possibles complicacions: font de diatèrmia, nanses, agulla d'injecció, bomba d'aigua o xeringues per netejar, clips.

S'han d'extirpar tots els pòlips detectats sempre que sigui possible. Els pòlips de <5 mm d'aspecte hiperplàstic de recte-sigma no és imprescindible extirpar-los. Es considera que els pòlips de una mida de fins a 2 cm s'han de ressecat preferiblement en bloc.

El tractament dependrà de la mida i morfologia del pòlip.

En cas d'existir criteris de complexitat tècnica, caldrà considerar remetre a un centre especialitzat abans d'iniciar cap procediment que no s'estigui segur de completar amb èxit en el propi centre.

Tècnicament cal considerar com maniobres bàsiques

- ☑ Cal aconseguir una posició estable de l'endoscopi abans d'iniciar les maniobres de polipectomia (facilita la resecció, recuperació del pòlip i el tractament de possibles complicacions).
- ☑ Sempre que sigui possible situar el pòlip en la porció inferior-dreta de la imatge (a les 5 h al monitor), és per on emergeixen els accessoris pel canal operatiu.
- ☑ Exploració minuciosa del pòlip assegurant els marges laterals (presència de component pla en pòlip aparentment sèssil) i la resecabilitat.

En relació a la morfologia del pòlip

- ☑ Pòlips pediculats: considerar utilitzar tècniques assistides si el pedicle és gruixut o el pòlip molt gran (≥ 2 cm).
- ☑ Pòlips plans: extirpació mitjançant resecció mucosa (mucosectomia)
 - ☑ Es recomana si és possible l'ús de cromoendoscòpia abans de la polipectomia (facilita l'observació del marge i descartar l'existència de component deprimit en el pòlip)
 - ☑ Injectar solució submucosa per elevar la lesió: es pot utilitzar sèrum salí per pòlips <10 mm o glicerina al 10%, gel succinilat, o àcid hialurònic pels de mida superior. Afegir algun colorant en la solució (preferiblement índigo carmí i si no blau de metilè) per visualitzar millor el marge lateral i assegurar que la resecció s'ha fet en un pla submucós. Es pot afegir adrenalina 1/100000 per evitar l'hemorràgia immediata.
 - ☑ En els pòlips sèssils, després d'atrapar el pòlip amb la nansa, comprovant que s'ha agafat la totalitat del mateix, obrir-la lleugerament i mobilitzar-la per assegurar que no ha quedat agafada la submucosa/muscular, i tornar a agafar la lesió.
 - ☑ Resecció amb nansa de polipectomia en un sol bloc aplicant petites traccions a la nansa mentre actua l'electrocoagulació.



En relació a la mida del pòlip

- ☑ Pòlips 1-3 mm ► utilitzar pinça freda. Es desaconsella l'ús de pinça calenta pel major risc de complicacions especialment en el còlon dret, a més de la major dificultat per la interpretació anatomopatològica.
- ☑ Pòlips 3-8 mm ► es desaconsella la utilització de pinça per la probabilitat de resecció incompleta, i s'aconsella treure amb nansa freda. En aquest cas s'ha d'assegurar agafar un marge de mucosa sana perilesional per assegurar la completa resecció. Considerar la possibilitat d'utilitzar electrocoagulació si el pacient ha estat tractat amb antiagregants/anticoagulants. Si s'utilitza nansa calenta es recomana elevar la lesió per evitar que la corrent afecti els vasos submucosos, especialment a còlon dret.
- ☑ Pòlips >8 mm s'aconsella treure amb nansa calenta ± tècniques assistides.

Els pòlips no complexos es poden resecar amb polipectomia endoscòpica excepte

- ☑ Inaccessibilitat.
- ☑ Signes de malignitat:
 - a) No elevació del pòlip després de la injecció de sèrum salí en la submucosa.
 - b) Ulceració.
 - c) Enduriment del pòlip.
 - d) Presència de vasos anòmals.
 - e) Esborrament del patró mucós (*pit pattern* V o NICE tipus 3). En aquest cas es biòpsiarà la lesió i caldrà fer tatuatge. La tècnica adequada per realitzar el tatuatge consisteix en la injecció submucosa de sèrum salí fins a tenir una fava i posteriorment injecció de la tinta xinesa en aquesta fava. Idealment s'ha de fer com a mínim dues marques en cares oposades.

Nota: cal tenir en compte que fer un primer intent, de prendre biòpsies del centre de la lesió, d'injectar sèrum a la submucosa o fins i tot de fer un tatuatge a prop de la lesió disminueix de forma substancial la taxa d'èxit del tractament endoscòpic. Per això és imprescindible, valorar bé la capacitat tècnica d'extirpar-lo completament en un primer intent. En cas de no tenir coneixement tècnic suficient o no disposar del material es millor no tocar-lo i derivar el pacient a un centre amb experiència.

Mesures post-polipectomia a tenir en compte

- ☑ Després de la resecció cal netejar bé i revisar l'escara per assegurar que no queda cap vas sagnant i que els marges del pòlip han estat correctament resecats (que no quedi teixit residual).
- ☑ Es pot utilitzar argó o electrocoagulació en les vores de resecció o punts de la base de resecció si hi ha dubtes sobre si la resecció ha estat completa.
- ☑ Es poden utilitzar mesures per prevenir l'hemorràgia postpolipectomia incloent clips, endoloops, electrocoagulació i argó en cas de que la resecció es consideri completa i el risc d'hemorràgia alt, quan es visualitzin vasos, o quedin pedicles gruixuts.
- ☑ Recordar fer una descripció de cada pòlip en l'informe.



7. ANNEX 5.

RECOMANACIONS PER FER UNA POLIPECTOMIA D'ALTA COMPLEXITAT

Pòlips plans de >20 mm (lesions granulars o no granulars).

Pòlips grans de >20 mm.

Polipectomies que l'endoscopista consideri complexa per algun motiu.

Consideracions generals:

- ☑ Valorar remetre al pacient a un altre centre si a criteri de l'endoscopista no es pot assegurar una correcta resecció endoscòpica en el propi centre.
- ☑ Fer cromoendoscòpia buscant minuciosament signes d'invasió (erosions, nodularitats, depressions).
- ☑ La dissecció mucosa no és la tècnica d'elecció per la seva dificultat tècnica i elevat risc de perforació i complicacions. Quedaria reservada a aquells centres o endoscopistes que hagin pogut completar tota la corba d'aprenentatge en estabulari i en tracte digestiu superior.
- ☑ Si la resecció es fa fragmentada caldrà fer una colonoscòpia de seguiment als 6 mesos per descartar una recidiva per resecció incompleta.
- ☑ El tractament dependrà fonamentalment de la morfologia del pòlip.

Pòlips d'extensió lateral (LST)

- ☑ Pòlips "d'extensió lateral no granular". Els LST-NG s'han de valorar bé previ a l'extracció. En cas de que hi ha hagi una zona deprimida, s'ha de plantejar tractament quirúrgic per la possibilitat de degeneració (especialment si al injectar a la submucosa no s'eleva).
- ☑ Pòlips en "catifa" (també anomenats "d'extensió lateral granular"). Els pòlips plans de tipus granular (LST-G o pòlip en catifa) són casi sempre benignes i es poden treure en fragments fins i tot si són molt grans, si no hi ha nòduls >1 cm, depressions-ulceracions o altres signes d'invasió.
- ☑ Pòlips "d'extensió lateral mixtos". Els pòlips plans de tipus LST mixtes, primer cal ressecar el nòdul dominant. És important recuperar aquest fragment ja que és a on acostuma a haver-hi la degeneració.
- ☑ Les lesions deprimides >1 cm presenten invasió a la submucosa en gairebé el 40% dels casos, per la qual cosa s'han de biopsiar i tatuar.
- ☑ L'existència d'una depressió circular ben delimitada i de zones protruides en el si d'una depressió ben delimitada són signes de sospita d'invasió profunda. Cal biopsiar.

Pòlips sèssils grans de >2 cm amb signes endoscòpics de sospita d'invasió es recomana la presa de biòpsies inicial, especialment si tècnicament semblen difícils d'extirpar en un fragment.

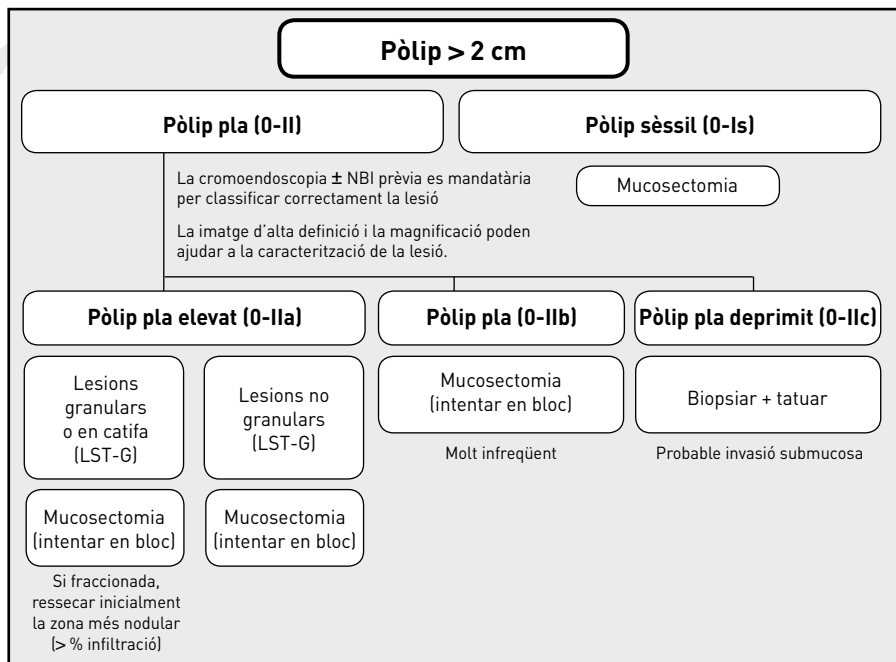
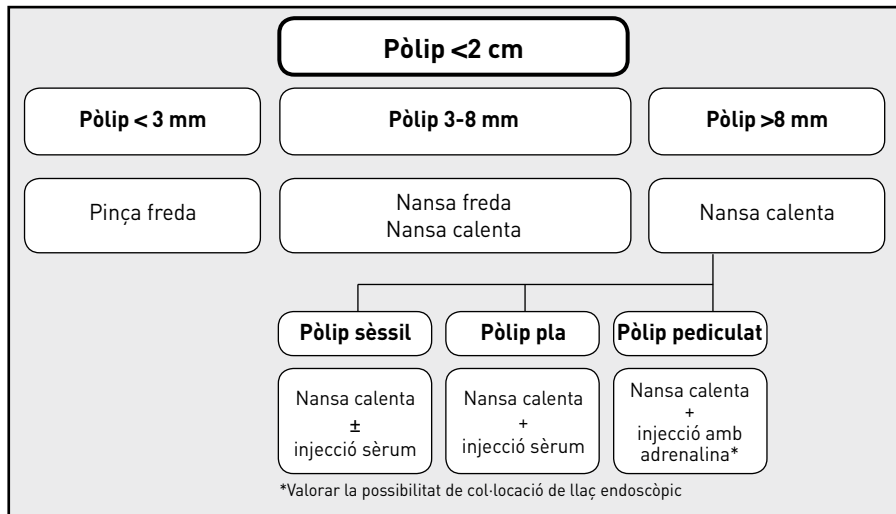
Pòlip amb pedicle gruixut es recomana la col·locació d'endoloop o infiltració de sèrum i/o d'adrenalina diluïda (1:10.000) en el pedicle i col·locació de clip posterior (l'adrenalina sola no evita l'hemorràgia diferida)

Pòlips plans o sèssils en recte inferior/mig i o de >2 cm. El tatuatge en les lesions de recte inferior o mig, no són recomanables, ja que poden interferir en l'estadiatge posterior per USE o RM al provocar certa reacció inflamatòria local.

- ☑ Valorar cirurgia transanal



ALGORITME POLIPECTOMIA (SIMPLIFICAT)





9. ANNEX 6.

LLISTA DE VERIFICACIÓ DEL MATERIAL I INFORMACIÓ A FACILITAR AL SERVEI D'ANATOMIA PATOLÒGICA

- Cada pòlip preservat per separat en un pot amb formol, sempre que sigui possible.
- Pots numerats i etiquetats amb nom i cognoms, història clínica; data de la polipectomia.
- Petició per a l'estudi anatomopatològic:
 - Dades del pacient: nom i cognoms, història clínica, data obtenció mostra i nom de l'endoscopista.
 - Informació del contingut de cada pot-pòlip (es pot adjuntar informe de colonoscòpia a on consta en detall les característiques de cada pòlip extirpat).
 - Característiques macroscòpiques del pòlip (sèssil; pediculat; pla).
 - Localització i mida en mm.
 - Polipectomia en un sol bloc o fragmentada.
 - Recuperació total o parcial.
 - Identificació el marge de resecció (marcat amb tinta, o bé col·locant una agulla hipodèrmica en el marge de tija): En pòlips de >10 mm, sempre que sigui possible.

Aquesta informació sol ser verificada pel personal administratiu o per la infermera o auxiliar d'infermeria. En cas d'identificar alguna manca d'informació es reclamarà a l'endoscopista corresponent.





9. ANNEX 7. PARÀMETRES DE QUALITAT DE LA COLONOSCÒPIA

Indicadors	Nivell acceptable de compliment
Documentació de la indicació	100% de les endoscòpies
Documentació de la preparació del còlon	100% de les endoscòpies
Proporció de colonoscòpies amb preparació correcta	>90% de les endoscòpies
Obtenció del consentiment informat inclosa l'explicació	100% dels pacients
Registre de complicacions	Existència
Programa de control trimestral i vigilància d'infeccions	Cada 3 mesos
Temps de retirada	>6 minuts
Taxa d'intubació cecal	>95% de les endoscòpies
Ús de sedació	>90% de les endoscòpies
Taxa de perforacions	<1/1000 de les endoscòpies
Taxa de sagnat post-polipectomia	1/200 de les endoscòpies
Descripció de las característiques dels pòlips	100% dels pòlips
Extirpació de tots els pòlips <2 cm	>95% de les endoscòpies
Taxa de pòlips extirpats recuperats	>95% dels pòlips >10 mm >80% dels pòlips <10 mm
Biòpsia obtinguda en la diarrea crònica	100% de les endoscòpies
Documentació fotogràfica del cec	100% de les endoscòpies
Taxa de detecció d'adenomes en el cribratge	>20% en els casos amb colonoscòpia com a primer test del cribratge. >40% en casos amb (test sang oculta a femta) TSOE positiu



10. 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 all 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. *Gas trointest Endosc* 2013 Jul;78(1):121-131.
6. Iwatate M, Ikumoto T, Hattori S, Sano W, Sano Y, Fujimori T. NBI and NBI combined with magnifying colonoscopy. *Diagn Ther Endosc* 2012;2012:173-269.
7. Jover R, Herraiz RA, Alarcon O, et al. Clinical practice guidelines: quality of colonoscopy in colorectal càncer screening. *Endoscopy* 2012;44:444-51.
8. 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.
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. Rostom A, Jolicoeur E. Validation of a new scale for the assessment of bowel preparation quality. *Gastrointest Endosc* 2004;59:482-486.
11. Tanaka S, KaltenbachT, Chayama K, Soetikno R. High-magnification colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2006;64:604-13.
12. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon. *Gastrointest Endosc* 2003 Dec;58(6 Suppl):S3-43.
13. 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.
14. Iwatate M, Ikumoto T, Hattori S, Sano W, Sano Y, Fujimori T. NBI and NBI Combined with magnifying colonoscopy. *Diagn Ther Endosc* 2012;2012:173269.

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

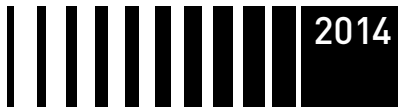
Tel. 932 031 852 • Fax 932 123 569

enricclarella@academia.cat

www.scdigestologia.org

Documents publicats

PLA ESTRATÈGIC DE NEOPLÀSIA COLORECTAL



Informes Anatomopatològics dels Pòlips de Còlon Extirpats
Mitjançant Polipectomia Endoscòpica

Informe de les Colonoscòpies en Pacients amb Pòlips de Còlon

Metodologia de la Colonoscòpia. Tractament dels Pòlips de Còlon