



XV
Reunión anual
PAMPLONA
20/21/22 junio

viernes 22 junio

COLON (CONT)

08.30 - 09.15

Seguimiento de pólipos. Cómo garantizar su seguimiento desde los programas de cribado

Modera: Álvaro Terán Lantarón. Cantabria

- Vigilancia postpolipectomía: como garantizarla desde los programas de cribado. En busca de un protocolo óptimo y sostenible de seguimiento.
Fernando Carballo. Murcia
- Experiencias y propuesta creación de un grupo de trabajo
Mesa abierta.

Puntos a considerar

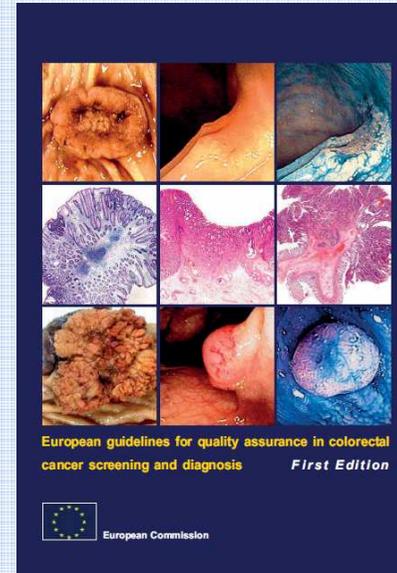
- **Condiciones para que un seguimiento sea fiable**
 - Calidad de la colonoscopia inicial
- **Decisiones sobre las lesiones resecaadas incompletamente o en fragmentos**
- **Criterios para la estratificación del riesgo**
 - Estandarización de las características de las lesiones y de los perfiles de riesgo
 - Guías española/americana versus europea
- **Retos del seguimiento**
 - Adecuación
 - Para los programas
 - Planificación
 - Registro
 - Evaluación

Puntos a considerar

- **Condiciones para que un seguimiento sea fiable**
 - Calidad de la colonoscopia inicial
- Decisiones sobre las lesiones insuficientemente reseçadas
- Criterios para la estratificación del riesgo
 - Estandarización de las características de las lesiones y de los perfiles de riesgo
 - Guías española/americana versus europea
- Retos del seguimiento
 - Adecuación
 - Para los programas
 - Planificación
 - Registro
 - Evaluación

Condiciones para que un seguimiento sea fiable

- Calidad de la colonoscopia inicial



9.2.1.1 Quality of colonoscopy

The efficacy and safety of the Guidelines in reducing risk of colorectal cancer depends on accurate detection and removal of baseline adenomas; otherwise risk status will be underestimated (see also Section 9.1) **(III - A)**.^{Rec 9.6}

Condiciones para que un seguimiento sea fiable

- **Calidad de la colonoscopia inicial**

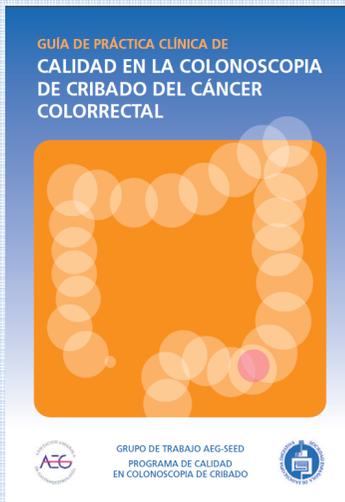


Tabla 1.1. Posibles causas de aparición de cáncer de colon tras una colonoscopia considerada normal (cáncer de intervalo)

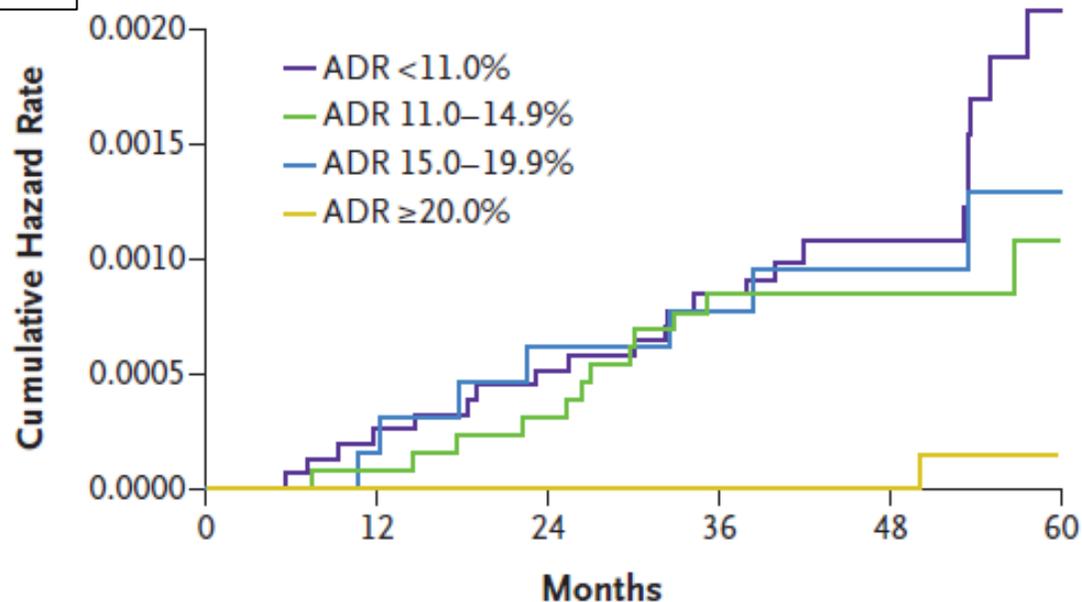
- Tumores de crecimiento rápido
- Extirpación incompleta de adenomas
- Limitaciones técnicas en la detección de lesiones
 - Mucosa oculta no explorada
 - Adenomas planos
- Limpieza colónica inadecuada
- Técnica endoscópica subóptima
 - Exploración incompleta
 - Exploración mal realizada



Quality Indicators for Colonoscopy and the Risk of Interval Cancer

Michał F. Kamiński, M.D., Jarosław Reguła, M.D., Ewa Kraszewska, M.Sc., Marcin Polkowski, M.D., Urszula Wojciechowska, M.D., Joanna Didkowska, M.D., Maria Zwierko, M.D., Maciej Rupiński, M.D., Marek P. Nowacki, M.D., and Eugeniusz Butruk, M.D.

N Engl J Med 2010;362:1795-803.



No. at Risk

ADR <11.0%	15,883	15,805	15,744	15,669	9355	4717
ADR 11.0-14.9%	13,281	13,223	13,182	13,120	7571	4003
ADR 15.0-19.9%	6,607	6,582	6,562	6,539	4022	2529
ADR ≥20.0%	9,255	9,235	9,202	9,166	7155	5548

Figure 2. Cumulative Hazard Rates for Interval Colorectal Cancer, According to the Endoscopist's Adenoma Detection Rate (ADR).

Jover R. et al. ColonPrev Study

**MODIFIABLE ENDOSCOPIC FACTORS
THAT INFLUENCE ADENOMA DETECTION
RATE IN SCREENING COLONOSCOPY**

Pendiente de publicación

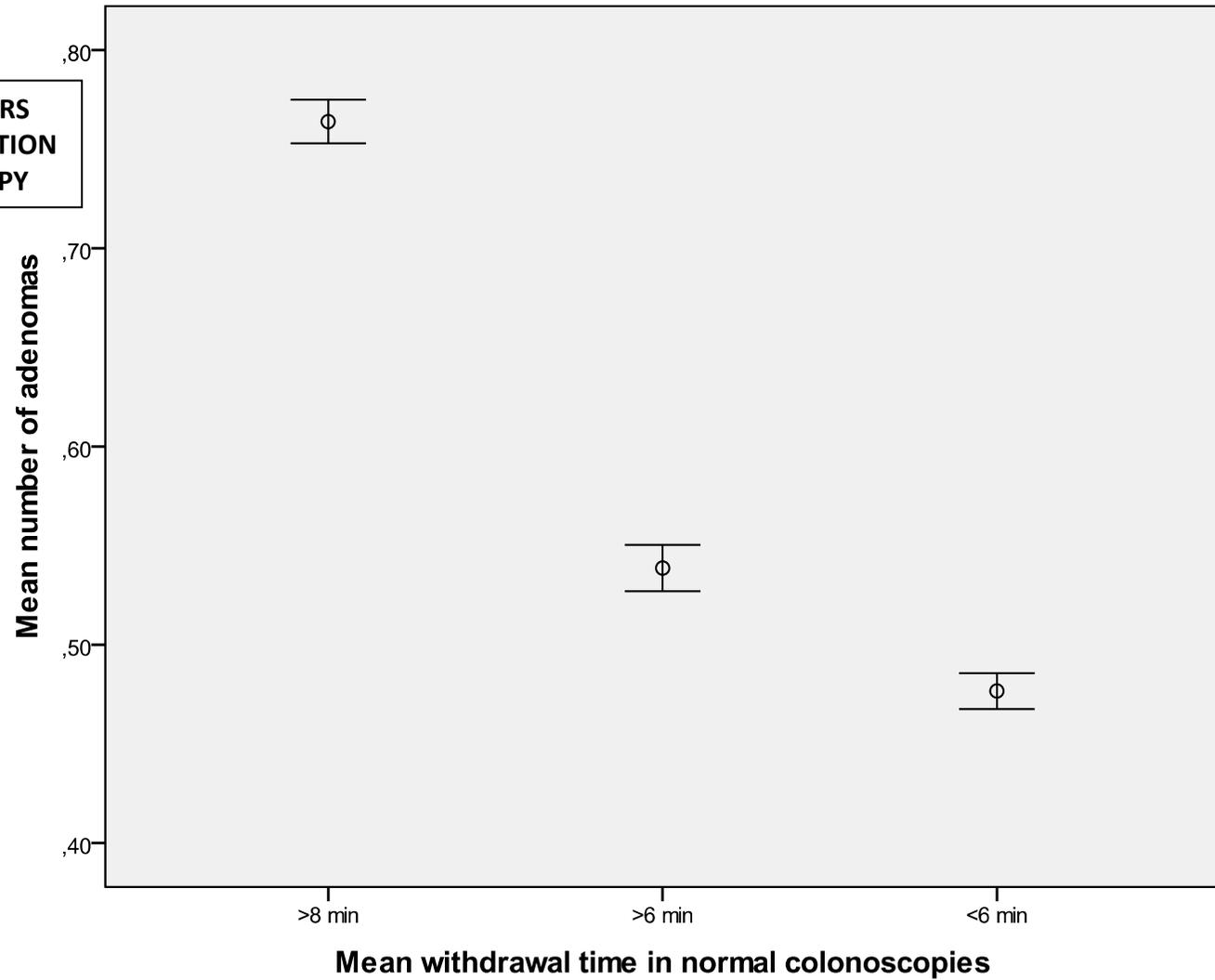


Figure 1. Relationship between mean number of adenomas per colonoscopy and mean withdrawal time in normal colonoscopies.

**MODIFIABLE ENDOSCOPIC FACTORS
THAT INFLUENCE ADENOMA DETECTION
RATE IN SCREENING COLONOSCOPY**

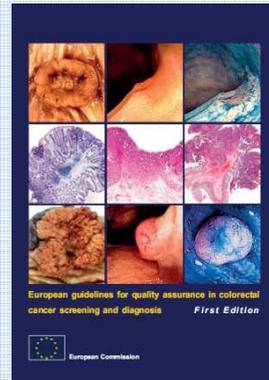
Pendiente de publicación

PROXIMAL ADENOMAS			
	P	HR	CI 95%
Hospital	0.4	1.0	0.99-1.02
Withdrawal time > 6 minutes	0.03	1.39	1.03-1.86
Withdrawal time > 8 minutes	0.0001	1.49	1.22-1.83
Cecal intubation	0.01	1.93	1.14-3.28
Preparation with PEG	0.5	0.93	0.76-1.15
Sedation driven by endoscopist	0.4	1.11	0.86-1.43
Sedation with propofol	0.2	0.87	0.69-1.10
DISTAL ADENOMAS			
	P	HR	CI 95%
Hospital	0.4	1.0	0.99-1.03
Withdrawal time > 8 minutes	0.005	1.50	1.14-1.99
Cecal intubation	0.4	1.44	0.60-3.42
Time end preparation-colonoscopy < 10 h	0.005	2.46	1.31-4.62
Split preparation	0.3	1.16	0.89-1.52
Sedation driven by endoscopist	0.5	1.17	0.77-1.77

Table 3. Logistic regression multivariate analysis on proximal and distal adenoma detection rate.

Condiciones para que un seguimiento sea fiable

- Calidad de la colonoscopia inicial



COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL

9

Recommendations¹

Quality of colonoscopy and removal of colorectal lesions

- 9.6 The risk stratification is based on accurate detection and complete removal of adenomas otherwise risk status will be underestimated (**III - A**).^{Sect 9.1; 9.2.1.1}
- 9.7 Exams should be performed only after adequate bowel preparation i.e. without any residual stool or liquid in the lumen that could mask any suspicious area (see also Ch. 5, Rec. 5.22) (**VI - A**). Exams should be complete to the caecum and there should be slow, careful inspection of the colonic mucosa during withdrawal of the scope (See Ch. 5, Rec. 5.35) (**I - A**).^{Sect 9.2.1.1; 5.3.3; 5.4.5.1}
- 9.8 Patients with a failed colonoscopy should, if possible, undergo repeat colonoscopy or an alternative complete colonic examination, particularly if they are in the high risk group (**VI - B**).^{Sect 9.2.1.2}

Puntos a considerar

- Condiciones para que un seguimiento sea fiable
 - Calidad de la colonoscopia inicial
- **Decisiones sobre las lesiones insuficientemente resecaadas**
- Criterios para la estratificación del riesgo
 - Estandarización de las características de las lesiones y de los perfiles de riesgo
 - Guías española/americana versus europea
- Retos del seguimiento
 - Adecuación
 - Para los programas
 - Planificación
 - Registro
 - Evaluación

Analysis of colorectal cancer occurrence during surveillance colonoscopy in the dietary Polyp Prevention Trial CME

Ajay Pabby, MD, Robert E. Schoen, MD, MPH, Joel L. Weissfeld, MD, MPH, Randall Burt, MD, James W. Kikendall, MD, Peter Lance, MD, Moshe Shike, MD, Elaine Lanza, PhD, Arthur Schatzkin, MD, DrPH

Pittsburgh, Pennsylvania; Winston-Salem, North Carolina; Buffalo, New York; Chicago, Illinois; Oakland, California; New York, New York; Salt Lake City, Utah; and Washington, DC, USA

Gastrointest Endosc 2005;61:385-91.

Resultados:

- De 2079 patients, 13 tuvieron cáncer (2,2 casos/1.000 personas año de observación)
- 4 de esos 13 (30,8%) por resección insuficiente

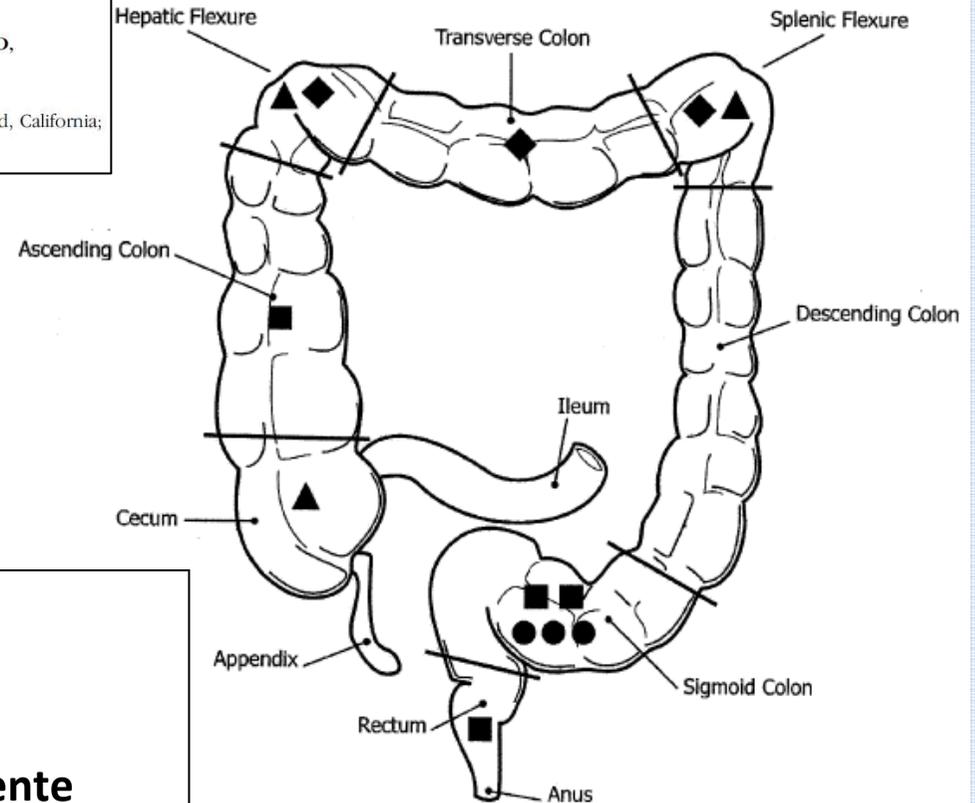
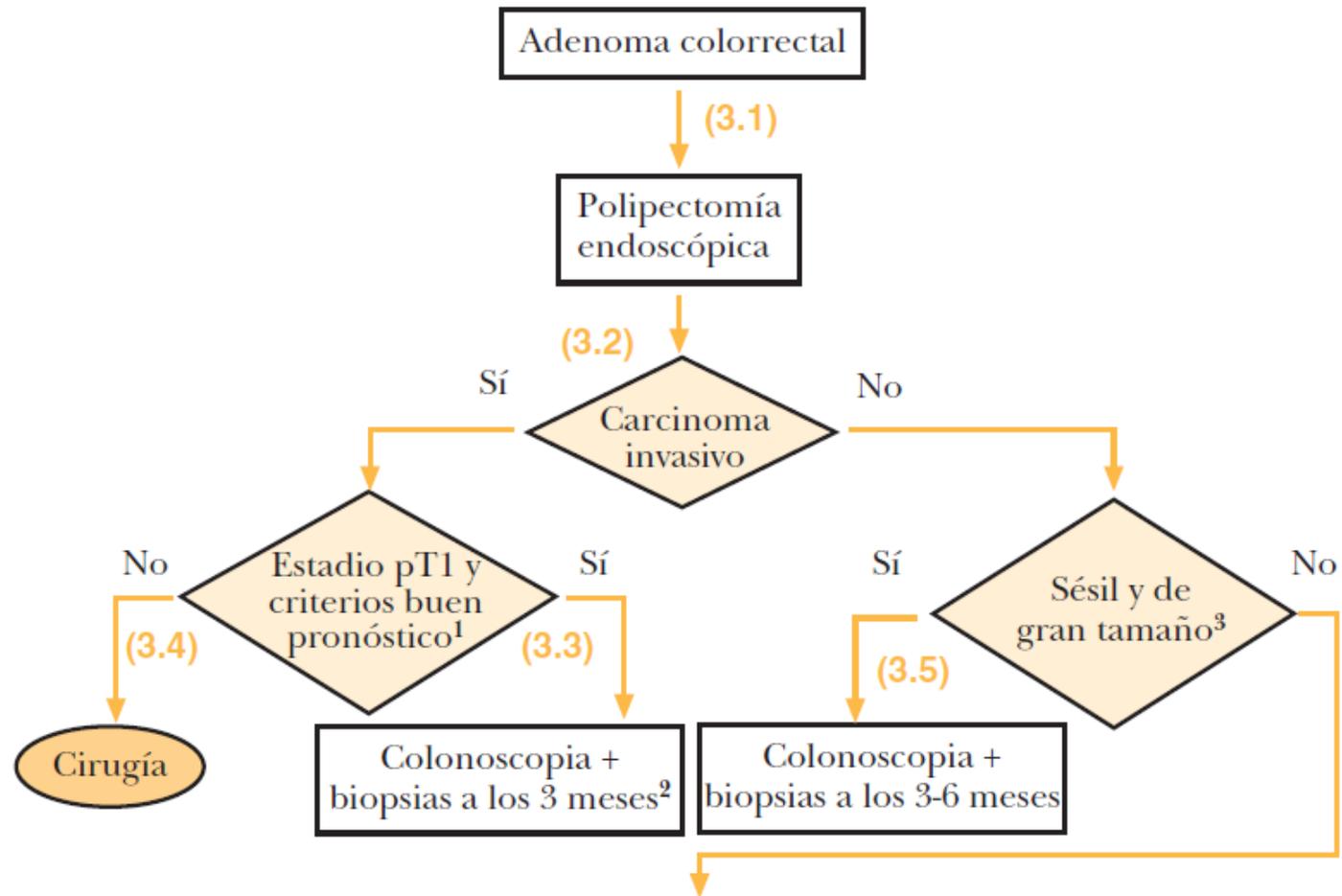


Figure 2. Location of CRC occurrence by etiology.

Algoritmo 3. Estrategia de vigilancia en los adenomas colorrectales tras la polipectomía endoscópica



¹Criterios de buen pronóstico: margen de resección libre, carcinoma bien o moderadamente diferenciado y ausencia de invasión linfática y vascular.

²En caso de pólipos sésiles, desde valorarse la realización de una resección quirúrgica segmentada.

³Fundamentalmente aquellos que requieren una resección fragmentada.

Puntos a considerar

- Condiciones para que un seguimiento sea fiable
 - Calidad de la colonoscopia inicial
- Decisiones sobre las lesiones resecaadas incompletamente o en fragmentos
- **Criterios para la estratificación del riesgo**
 - Estandarización de las características de las lesiones y de los perfiles de riesgo
 - Guías española/americana versus europea
- Retos del seguimiento
 - Adecuación
 - Para los programas
 - Planificación
 - Registro
 - Evaluación

Estandarización criterios riesgo: lesiones

- **Adenoma de alto riesgo / Adenoma avanzado**
 - ≥ 10 mm
 - DAG
 - Componente vellosa
 - Incluye Ca in situ y Ca intramucoso
- **Cáncer (invasivo)**
 - Invade submucosa
- **Neoplasia avanzada**
 - Adenoma alto riesgo o cáncer invasivo

Estandarización criterios riesgo: pacientes

- **Paciente de alto riesgo (guías española/americana)**
 - Algún adenoma avanzado y/o ≥ 3 adenomas
- **Paciente de alto riesgo (guía europea)**
 - Algún adenoma ≥ 20 mm y/o ≥ 5 adenomas
- **Paciente de riesgo medio (guía europea)**
 - Algún adenoma avanzado ≤ 20 mm y/o ≥ 3 adenomas pero < 5
- **Paciente de bajo riesgo (todas las guías)**
 - Ningún adenoma avanzado y 1 ó 2 adenomas

¿Lesiones o pacientes de riesgo?

LESIONES DETECTADAS

Número de personas con test adecuado

Número de personas con adenomas de alto riesgo

Número de personas con adenomas de riesgo medio

Número de personas con adenomas de bajo riesgo

Número de personas con cualquier adenoma

Número de personas con cáncer invasivo detectado

Número de personas con cualquier adenoma y cáncer invasivo detectado

Tasa de personas con adenomas de alto riesgo

$\text{N}^\circ \text{ de personas con adenomas de alto riesgo} / \text{Número de personas con test adecuado} \times 1000$

Tasa de personas con adenomas riesgo medio

$\text{N}^\circ \text{ de personas con adenomas riesgo medio} / \text{Número de personas con test adecuado} \times 1000$

Tasa de personas con adenomas de bajo riesgo

$\text{N}^\circ \text{ de personas con adenomas de bajo riesgo} / \text{Número de personas con test adecuado} \times 1000$

Tasa de personas con cualquier adenoma

$\text{N}^\circ \text{ de personas con cualquier adenoma} / \text{Número de personas con test adecuado} \times 1000$

Tasa de personas con cáncer invasivo detectado

$\text{N}^\circ \text{ de personas con cáncer invasivo detectado} / \text{Número de personas con test adecuado} \times 1000$

Tasa de personas con cualquier adenoma y cáncer invasivo detectado

$\text{Número de personas con cualquier adenoma y cáncer invasivo detectado} / \text{Número de personas con test adecuado} \times 1000$

¿Podría ser?

- N° personas con test adecuado
- N° personas con adenoma avanzado
- N° de personas con cáncer (invasivo)
- N° de personas con neoplasia avanzada
- N° de personas con adenomas no avanzados
- N° de personas con cualquier adenoma
- N° de personas de alto riesgo *
- N° de personas de riesgo medio*
- N° de personas de bajo riesgo

* Guía europea

¿Lesiones o pacientes de riesgo?

¿Podría ser?

- Nº personas con test adecuado
- **Nº personas con adenoma avanzado**
- **Nº de personas con cáncer (invasivo)**
- **Nº de personas con neoplasia avanzada**
- Nº de personas con adenomas no avanzados
- Nº de personas con cualquier adenoma

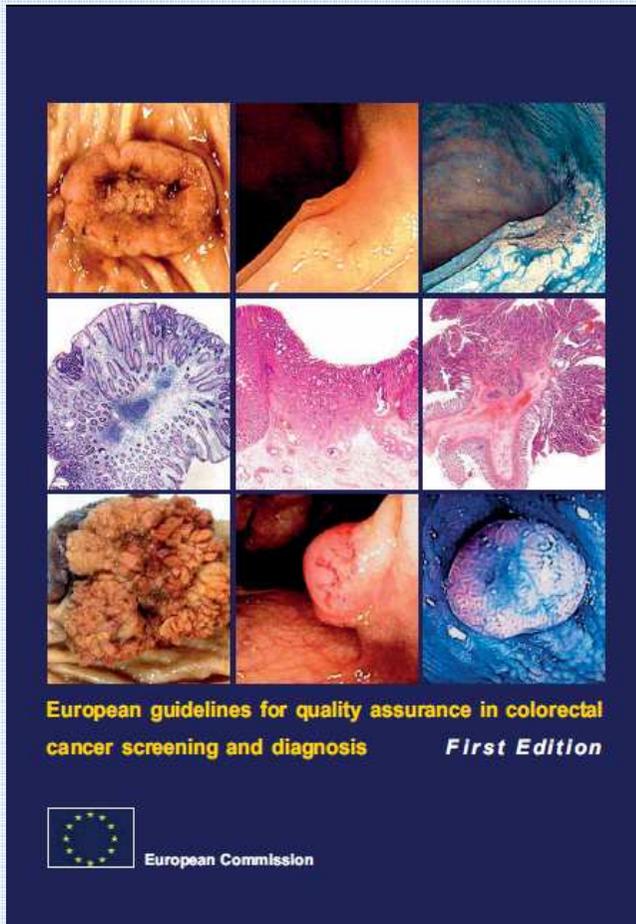
- **Nº de personas de alto riesgo ***
- **Nº de personas de riesgo medio***
- **Nº de personas de bajo riesgo**

* Guía europea

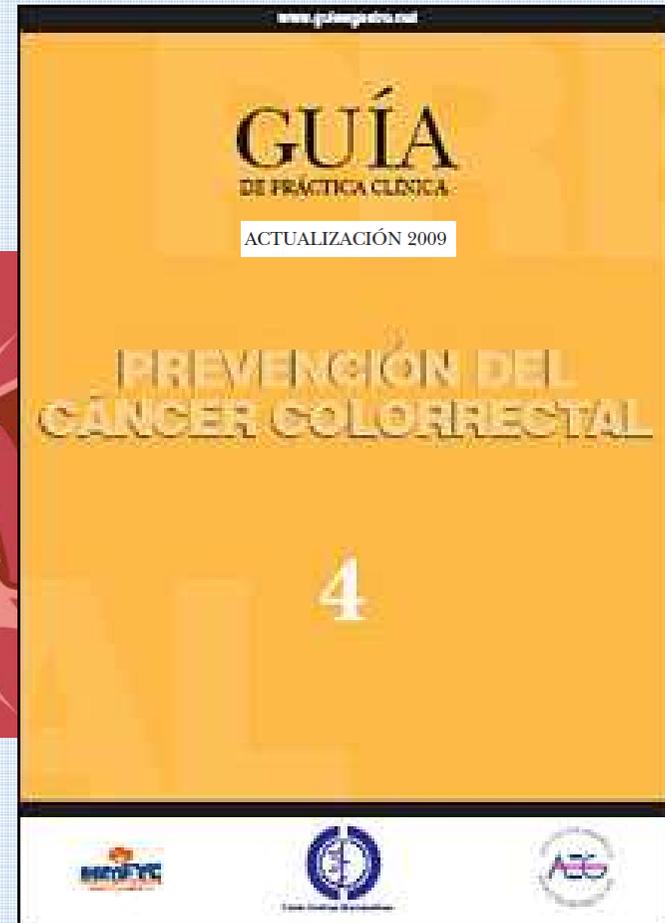
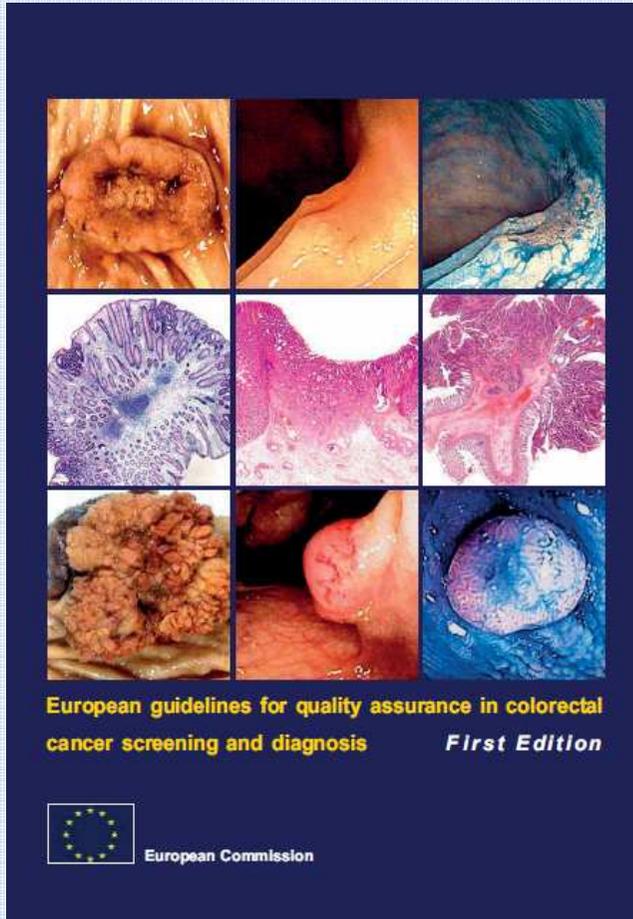
Relevante para
establecer tasas de
detección*

Relevante para el
seguimiento

*¿Deberíamos incluir los NNC y NNE?



Paco Pérez-Riquelme

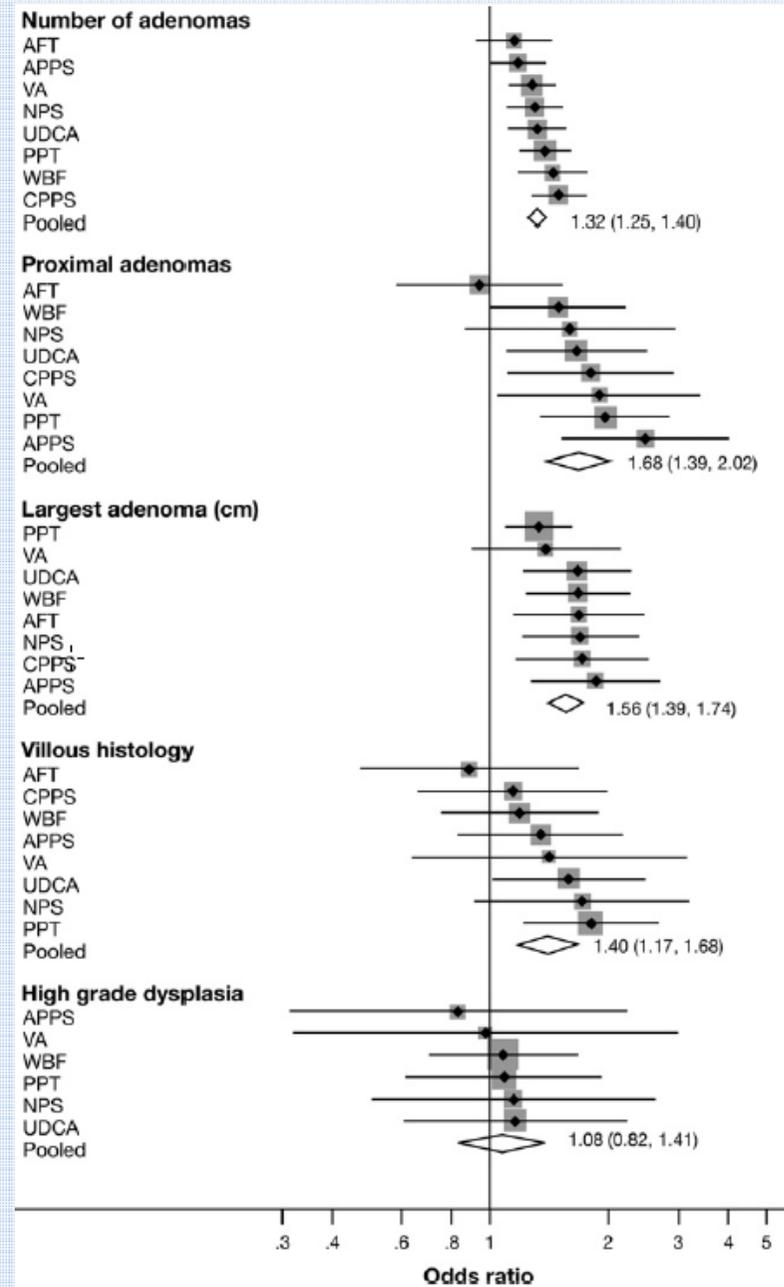


A Pooled Analysis of Advanced Colorectal Neoplasia Diagnoses After Colonoscopic Polypectomy

MARÍA ELENA MARTÍNEZ,*† JOHN A. BARON,§ DAVID A. LIEBERMAN,|| ARTHUR SCHATZKIN,¶ ELAINE LANZA,# SIDNEY J. WINAWER,** ANN G. ZAUBER,†† RUIYUN JIANG,*† DENNIS J. AHNEN,§§ JOHN H. BOND,||| TIMOTHY R. CHURCH,¶¶ DOUGLAS J. ROBERTSON,## STEPHANIE A. SMITH-WARNER,*** ELIZABETH T. JACOBS,*† DAVID S. ALBERTS,*†,††† and E. ROBERT GREENBERG§,§§§

GASTROENTEROLOGY 2009;136:832-841

Results: During a median follow-up period of 47.2 months, advanced colorectal neoplasia was diagnosed in 1082 (11.8%) of the patients, 58 of whom (0.6%) had invasive cancer. Risk of a metachronous advanced adenoma was higher among patients with 5 or more baseline adenomas (24.1%; standard error, 2.2) and those with an adenoma 20 mm in size or greater (19.3%; standard error, 1.5).



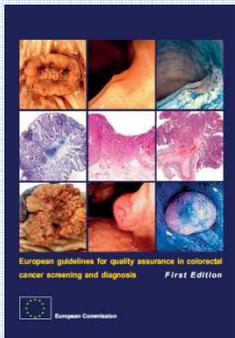


Figure 9.1: Recommended surveillance following adenoma removal. (For explanation see Recommendations 9.1–9.20 and Sections 9.3–9.5)

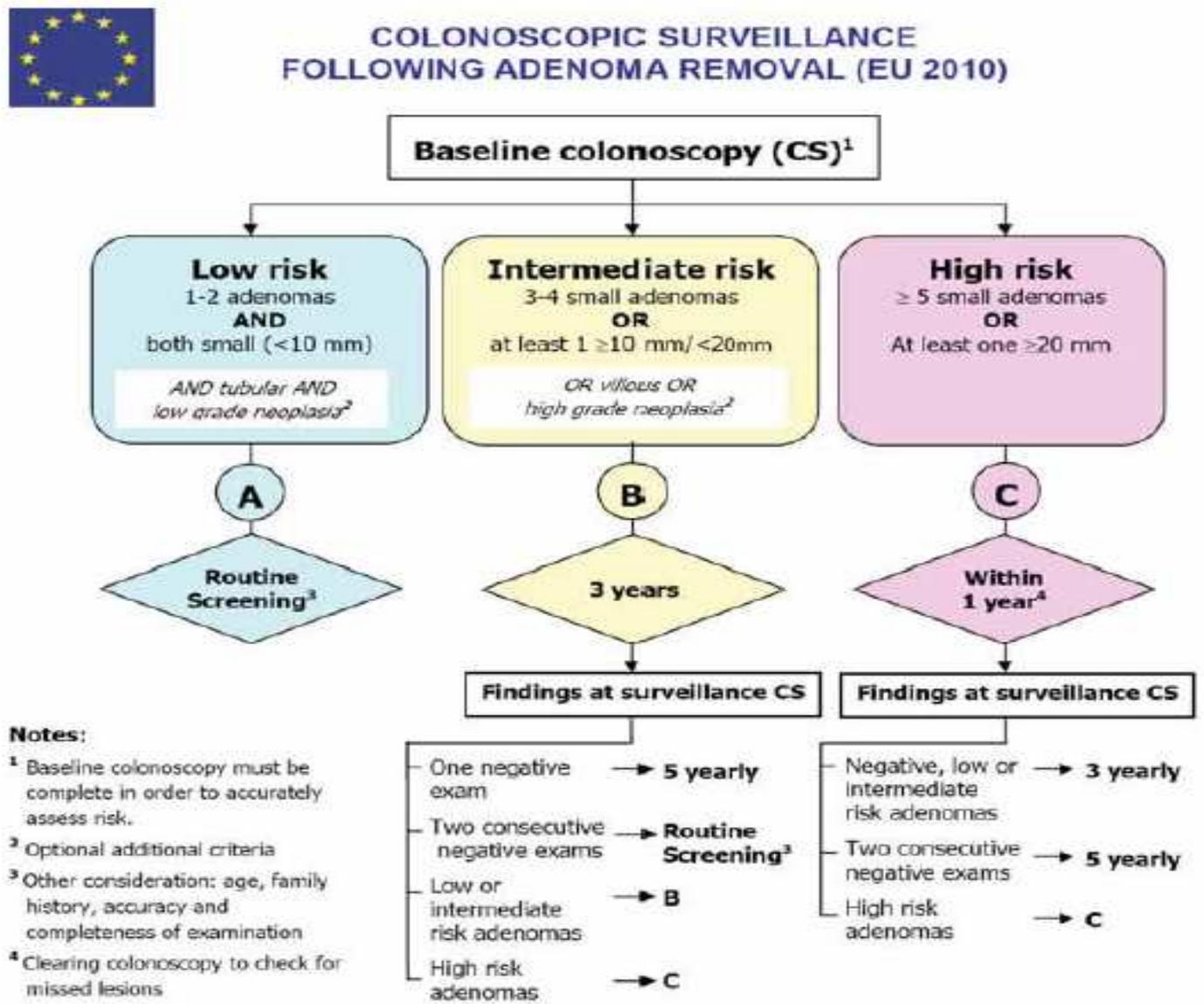
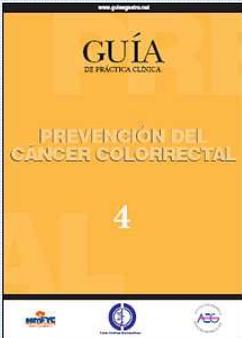
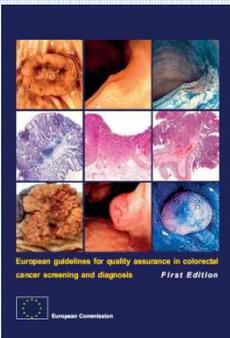
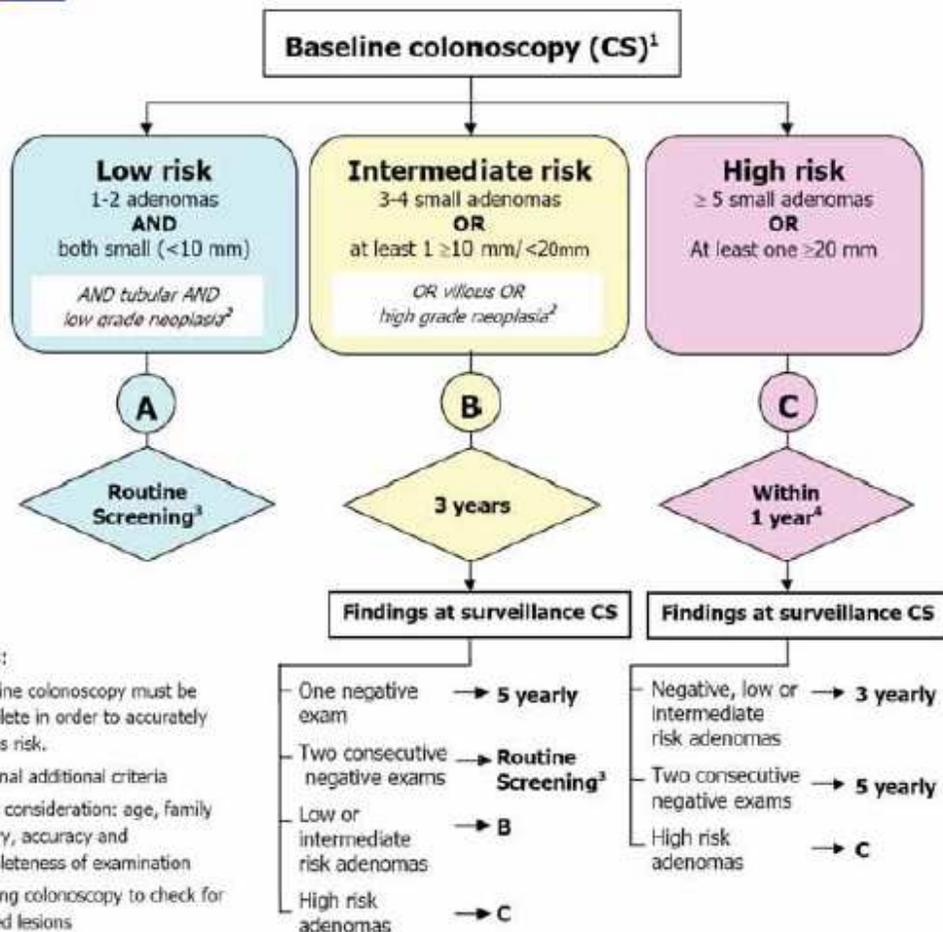


Figure 9.1: Recommended surveillance following adenoma removal. (For explanation see Recommendations 9.1–9.20 and Sections 9.3–9.5)



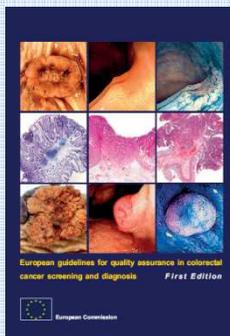
COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)



RESPECTO DE ESPAÑOLA

- Bajo riesgo vuelve a cribado sin colonoscopia
- Alto riesgo se divide en dos, intensificando el grupo de los adenomas de más de 20 mm, o la presencia de 5 o más adenomas.

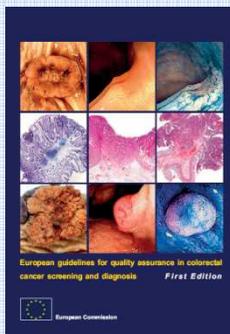
**¿Está justificada la intensificación?
Objetivo del estudio SeguiCol**



Recommendations¹

Stopping surveillance

- 9.10 The decision to undertake each colonoscopic surveillance examination should depend not only on adenoma characteristics, but also on the patient's age and wishes, and the presence of significant co-morbidity. The patient status should be established prior to attendance for each examination **(VI - A)**.^{Sect 9.4.2}
- 9.11 The cut-off age for stopping surveillance is usually 75 years, but this should also depend upon patient wishes and co-morbidity **(VI - A)**.^{Sect 9.4.2}
- 9.12 Following cessation of surveillance, individuals should be returned to the population screening programme **(VI - C)**.^{Sect 9.4.2}



Recommendations¹

Family history

9.13 Recommendations should not differ for patients with a family history who are found to have adenomas, unless it is suspected that they have one of the dominantly inherited conditions. **(III - B)**. Sect 9.2.3.2

Guideline following local removal of a pT1 cancer

9.16 By their nature locally removed pT1 cancers are high risk lesions and therefore should undergo a surveillance strategy similar to the high risk adenoma group **(III - B)**. Sect 9.5.1

Guideline following detection of serrated adenomas

9.17 For surveillance purposes, serrated adenomas (traditional serrated adenomas and mixed polyps with at least one adenomatous component) should be dealt with like any other adenoma; there are no data to suggest that different surveillance intervals are required **(VI - C)**. Sect 9.5.2; 7.2; 7.2.4.4; 7.2.4.5

Algunas cuestiones para el debate posterior

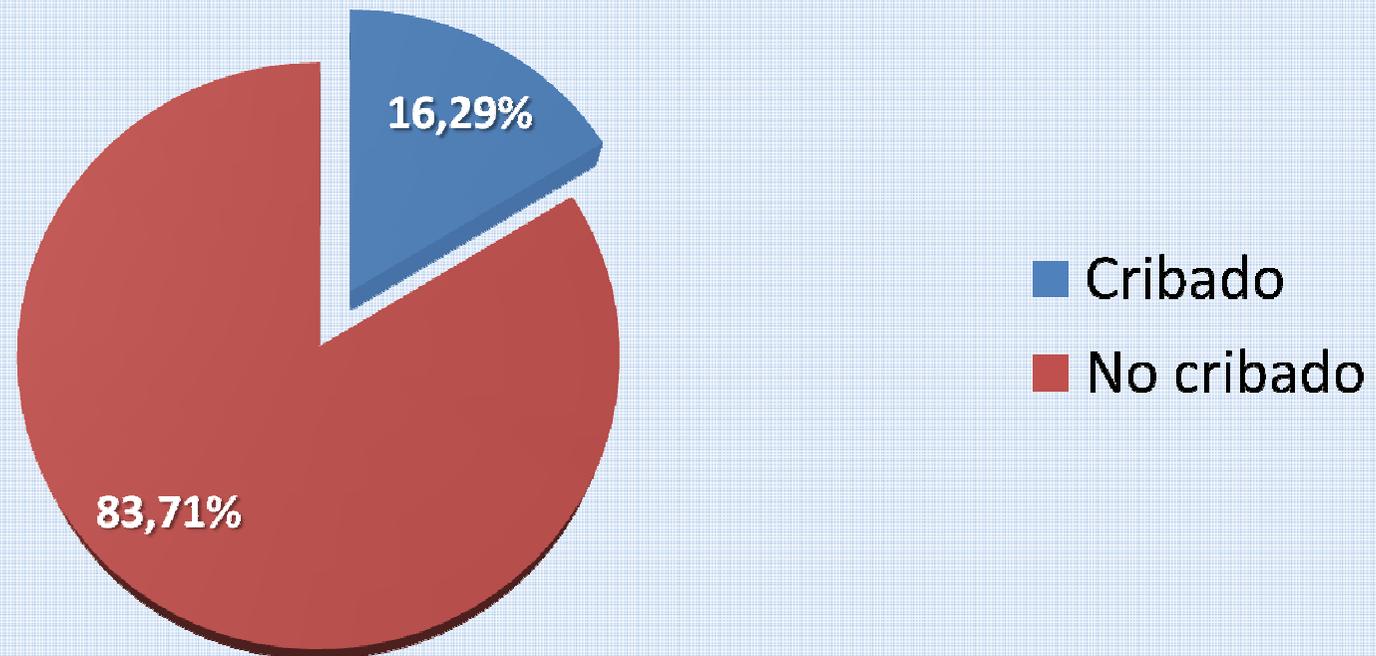
- ¿Es imprescindible incluir el componente veloso en el concepto de adenoma avanzado?
- ¿Es la DAG verdaderamente un criterio opcional para clasificar al sujeto como de riesgo intermedio?
- ¿Debemos incorporar el cálculo de NNC y NNE?
- ¿Por qué no separar lesiones de riesgo de personas de riesgo?
- ¿Debemos acordar definitivamente que volver al cribado para los de riesgo bajo es SOH a los 5 años?
- ¿Debemos interrumpir el seguimiento a los 75 años?

Puntos a considerar

- Condiciones para que un seguimiento sea fiable
 - Calidad de la colonoscopia inicial
- Decisiones sobre las lesiones resecaadas incompletamente o en fragmentos
- Criterios para la estratificación del riesgo
 - Estandarización de las características de las lesiones y de los perfiles de riesgo
 - Guías española/americana versus europea
- **Retos del seguimiento**
 - **Adecuación**
 - Para los programas
 - Planificación
 - Registro
 - Evaluación

Impacto asistencial de la colonoscopia de cribado

Colonoscopias 2011 H. Virgen de la Arrixaca (n = 5.470)



Mala indicación de pruebas diagnósticas y de cribado (indicaciones inapropiadas)

Estudios*

Indicación inapropiada

Sánchez-del Río A, et al. Gastroenterol Hepatol 2004	11%-18% (según EPAGE o ASGE)
Balaguer F, et al. Aliment Pharmacol Ther 2005	23%
Fernández-Esparrach G, et al. Med Clin (Barc). 2007	20%
Carrión S, et al. Gastroenterol Hepatol 2010	18%
Sebastián Domingo JJ, et al. Gastroenterol Hepatol 2011	20% → 11,6% tras intervención educativa
Gimeno García AZ, et al. Endoscopy 2012	19,6% (10,6% inapropiado y 9,1% incierto)
Argüello L, et al. Gastrointest Endosc 2012	17,4-27% (según EPAGE II o EPAGE I)

* Sólo estudios españoles

Cortesía de JM Piqué

Colonoscopias con indicación inapropiada

Tabla 3 Adecuación de las exploraciones según la indicación

Motivo de indicación	Total n= 655	Apropiada n (%)	No apropiada n (%)	Incierta n (%)
Rectorragias/Hematoquecia	119	97 (82)	17 (14)	5 (4)
Anemia ferropénica	63	60 (95)	2 (3)	1 (2)
Cribado CCR	127	104 (82)	19 (15)	4 (3)
Sd diarreico crónico	42	41 (98)	1 (2)	0 (0)
Control tras polipectomía	80	28 (35)	37 (46)	15 (19)
Control tras tratamiento CCR	66	36 (54)	18 (27)	12 (18)
Cribado de displasia en EI	30	26 (87)	2 (7)	2 (7)
Sintomas digestivos bajos	48	36 (75)	11 (30)	1 (2)
Brote actividad EC	7	3 (43)	0	4 (57)
Brote actividad CU	11	9 (82)	1 (9)	1 (9)
Miscelánea	62	19 (30)	7 (11)	36 (58)

I

Colonoscopias seguimiento post-polipectomía inapropiadas = 46%

Carrión S, et al. Adecuación de la indicación de la colonoscopia según los nuevos criterios de EPAGE II, Gastroenterol Hepatol 2010;33:484-9.

Puntos a considerar

- Condiciones para que un seguimiento sea fiable
 - Calidad de la colonoscopia inicial
- Decisiones sobre las lesiones resecaadas incompletamente o en fragmentos
- Criterios para la estratificación del riesgo
 - Estandarización de las características de las lesiones y de los perfiles de riesgo
 - Guías española/americana versus europea
- **Retos del seguimiento**
 - **Adecuación**
 - **Para los programas**
 - **Planificación**
 - **Registro**
 - **Evaluación**

Retos en el seguimiento para los programas

- **Objetivo principal del grupo de trabajo**
- **Planificación**
 - ¿Citas incluidas en programa?
 - ¿Quién evalúa al paciente antes de la colonoscopia
 - ¿Consulta de enfermería?
 - ¿La misma que confirmación diagnóstica?
 - ¿Endoscopias a realizar por mismos equipos que confirmación diagnóstica?

Retos en el seguimiento para los programas

- **Registro**
 - ¿Misma aplicación informática?
 - **Acceso a fuentes complementarias de información**
 - Atención prestada fuera de programa
 - Registros de cáncer
 - Mortalidad
- **Evaluación**
 - **Indicadores**
 - Riesgo acumulado de neoplasia avanzada
 - Cáncer intervalo
 - Inadecuación
 - ...

XV
Reunión anual
PAMPLONA
20/21/22 junio

**G
R
A
C
I
A
S**

y ahora a trabajar...

