

CÀNCER D'INTERVAL

**Resseccions incomplertes. Com podem
optimitzar la tècnica. Importància de
l'adhesió a les guies de polipectomia**

Dra. Maria Pellisé

Hospital Clínic, Barcelona.

Polipectomia endoscòpica

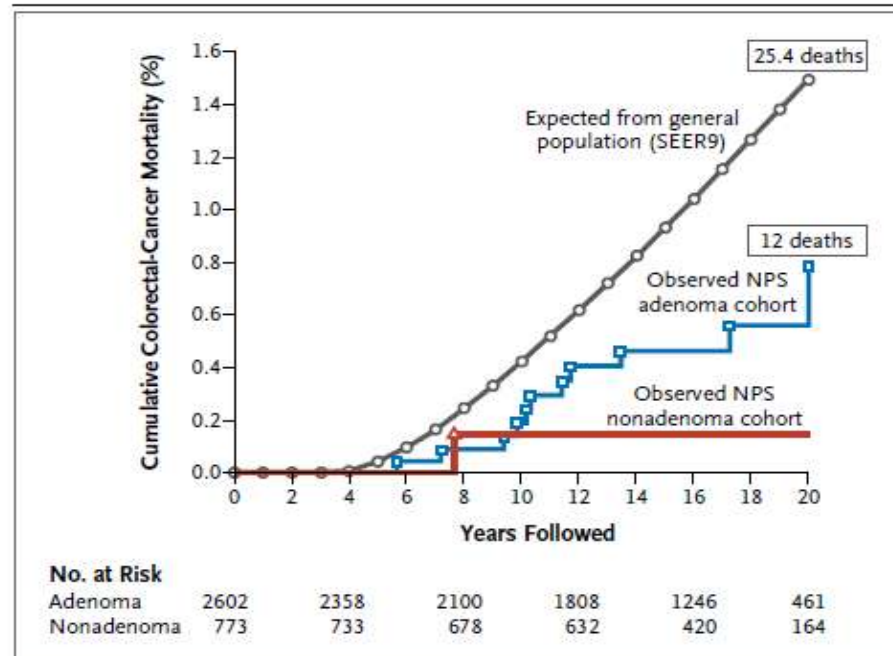
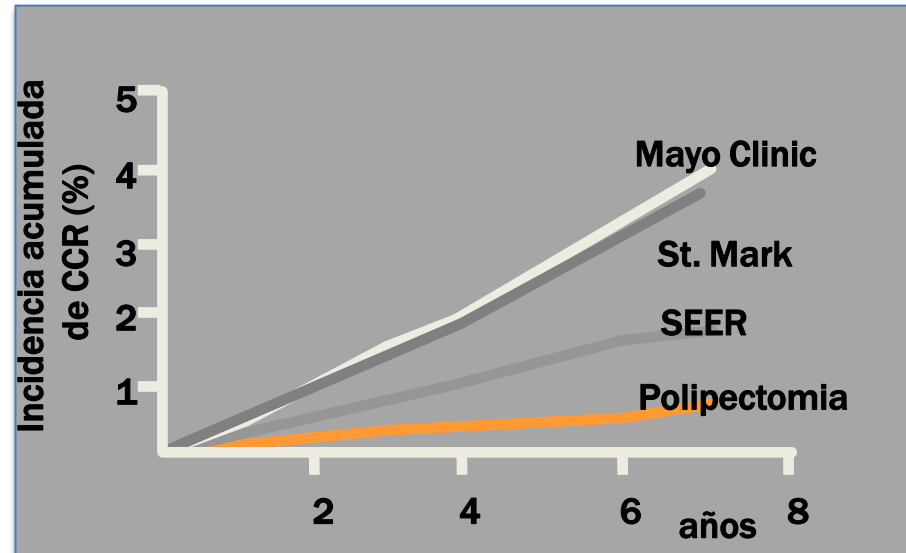


1) Redueix la incidència de CCR

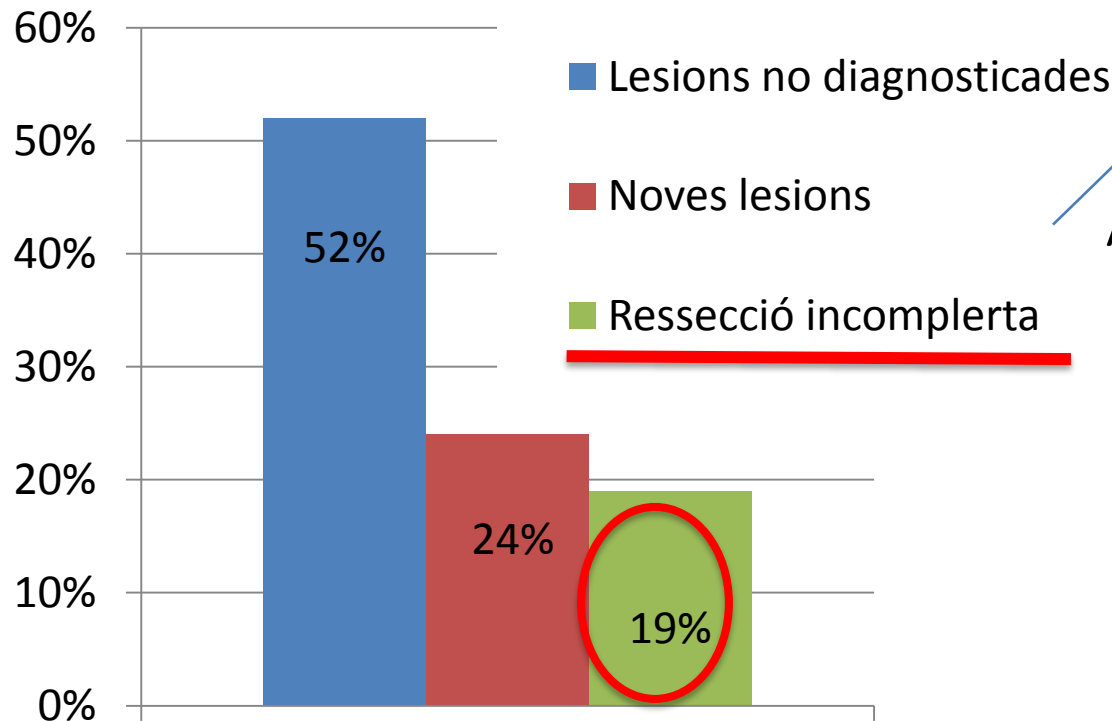
Winawer *et al.* NEJM 1993

2) Redueix la mortalitat per CCR

Zauber *et al.* NEJM 2013



La colonoscopia no es infalible



70% relacionades amb factors potencialment evitables

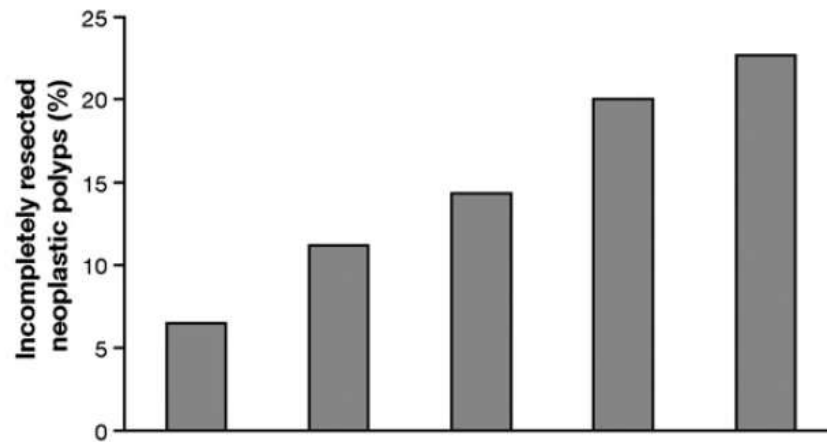
Anàlisis agrupat de 8 estudis
58/9167 casos
0,63% CCR de interval

Robertson *et al*, Gut 2013

19-30% dels càncers d'interval s'atribueixen a polipectomia incomplerta

La polipectomía no es infalible

Incomplete Polyp Resection During Colonoscopy—Results of the Complete Adenoma Resection (CARE) Study



Endoscopist

Polyps resected, n = 418

Neoplastic polyps resected, n = 346

Incompletely resected neoplastic polyps, n = 35

Univariate analysis, RR (95% CI)

Multivariate analysis, RR (95% CI)

| | A | B | C | D | E |
|---|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Polyps resected, n = 418 | 241 (57.7%) | 28 (6.7%) | 29 (6.9%) | 24 (5.7%) | 26 (6.2%) |
| Neoplastic polyps resected, n = 346 | 201 (58.1%) | 18 (5.2%) | 28 (8.1%) | 20 (5.8%) | 22 (6.4%) |
| Incompletely resected neoplastic polyps, n = 35 | 13 (6.5%) | 2 (11.1%) | 4 (14.3%) | 4 (20.0%) | 5 (22.7%) |
| Univariate analysis, RR (95% CI) | 1.00 (referent) | 1.72 (0.42-7.05) | 2.21 (0.77-6.32) | 3.09 (1.11-8.61) | 3.51 (1.38-8.95) |
| Multivariate analysis, RR (95% CI) | 1.00 (referent) | 1.98 (0.51-7.75) | 2.87 (1.02-8.03) | 2.04 (0.71-5.93) | 3.45 (1.35-8.81) |

101 patients with 289 neoplastic polyps

50 patients with 57 neoplastic polyps

Incomplete resection rate =10.1%

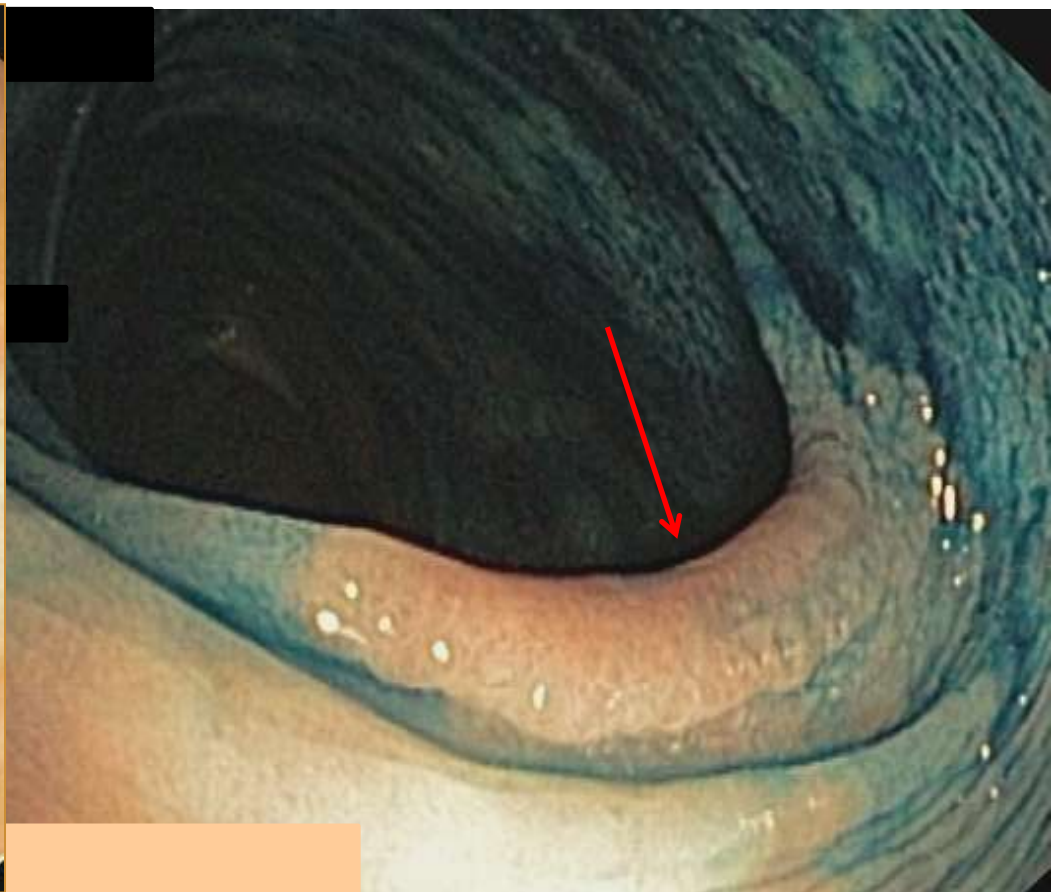
✧ 3.4-fold difference among endoscopists (range, 6.5%–22.7%)

✧ Higher for larger polyps (5.8% for 5- to 7-mm polyps vs 23.3% for 15- to 20-mm polyps; OR, 3.21; 95% CI, 1.41–7.31)

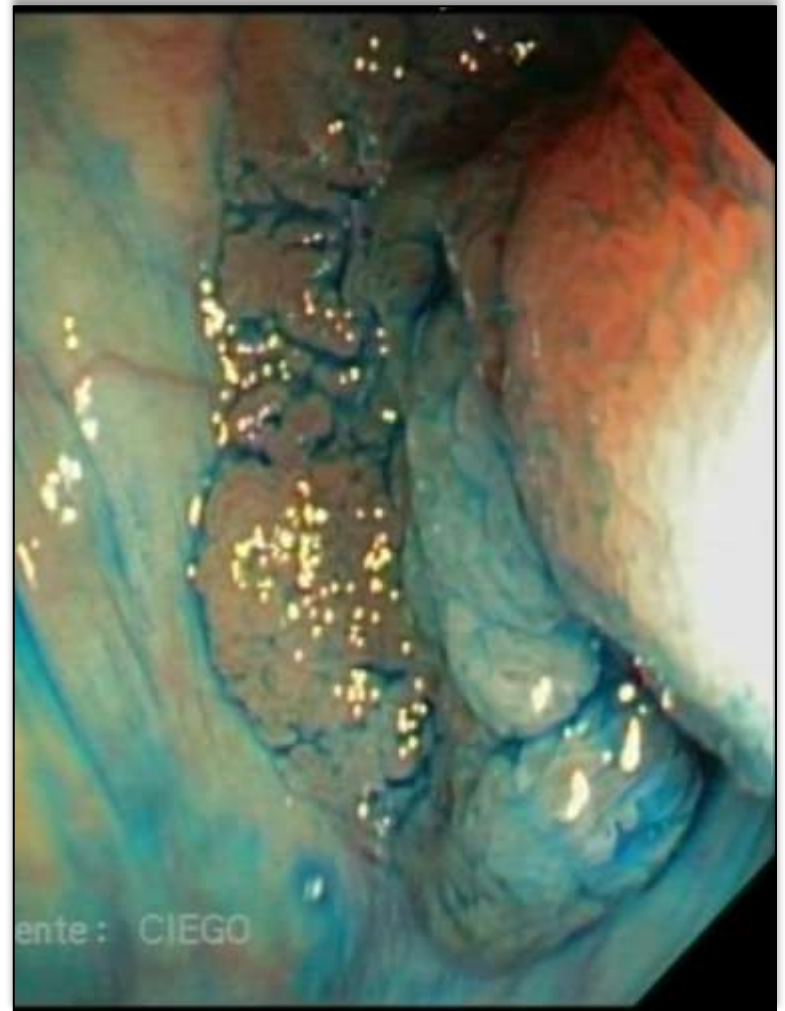
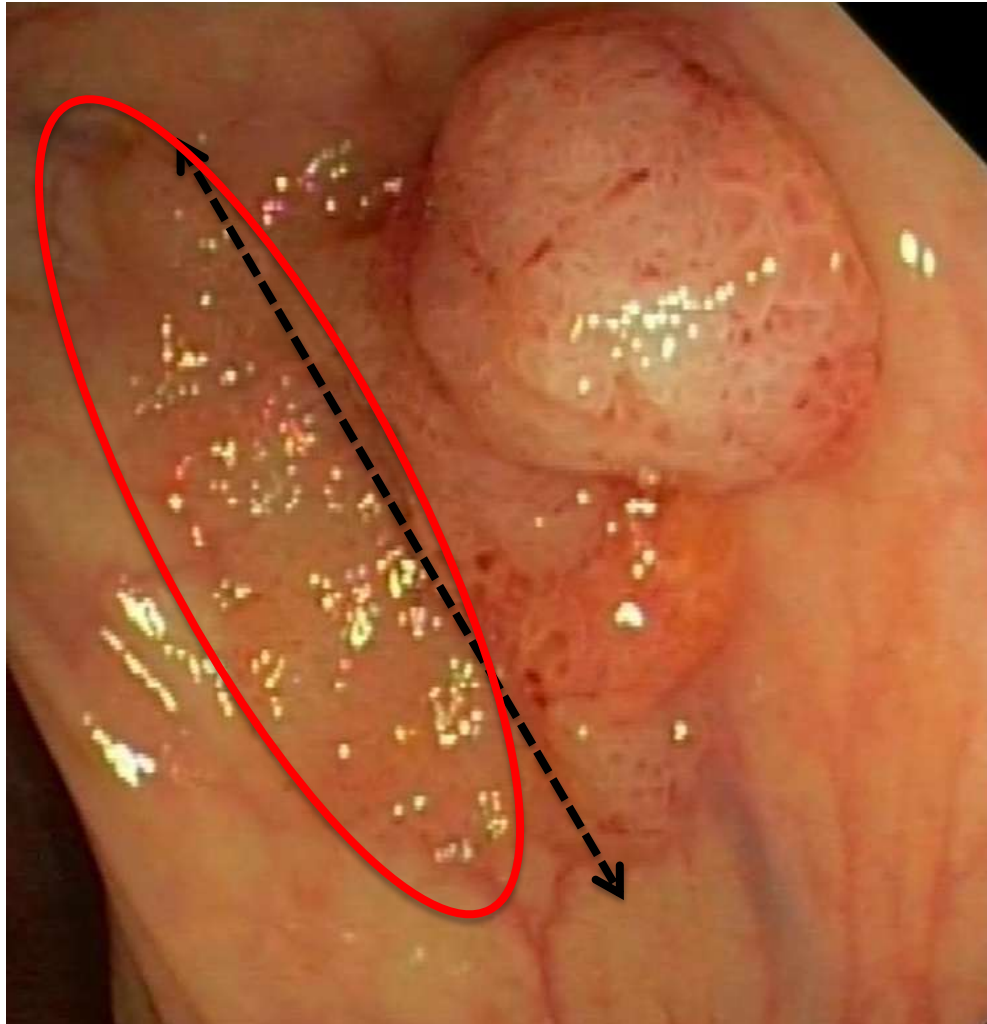
Punts claus per la correcta resecció de pòlips

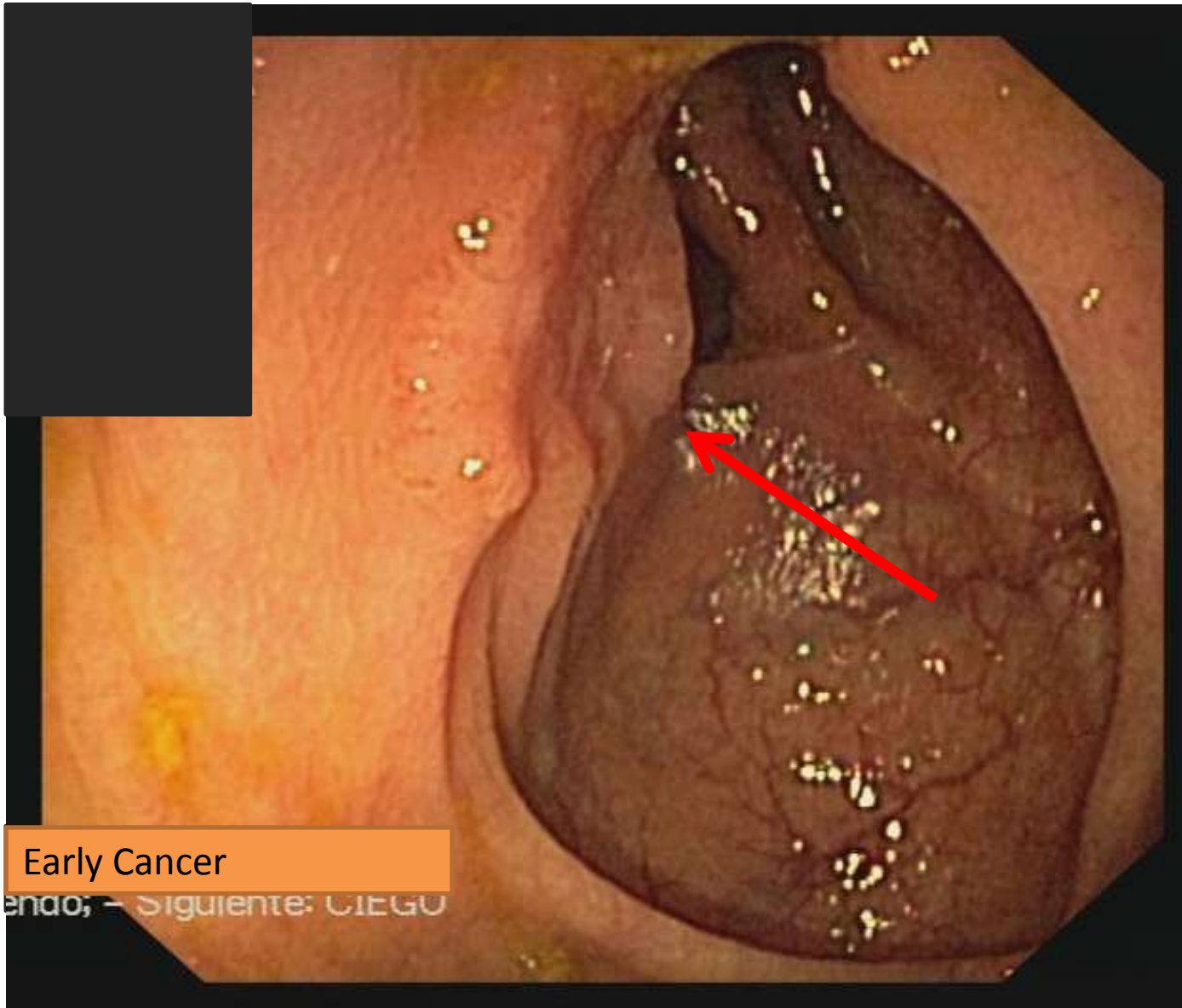
- 1. Correcte detecció i caracterització de lesions**
- 2. Emprar la tècnica de resecció adequada**
 - En función de la morfologia
 - En función de la mida
- 3. Correcte interpretació histològica**
- 4. Establir el correcte interval de vigilància – correcte inspecció de la cicatriu**

Detecció i Caracterització de lesions



Caracterització de lesions





Early Cancer

endo; - Siguiente: CIEGU

Tècnica de resecció adequada

Pòlips diminuts ($\leq 5\text{mm}$) i petits ($<10\text{mm}$)

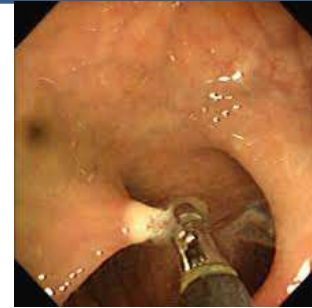
- ✓ 50-80% de les lesions trobades a endoscòpia
- ✓ Presents en 60-70% de les colonoscòpies de cribratge ,
- ✓ 1,7% histologia avançada

| | 1 – 3 mm | 4 – 6 mm | 7 – 9 mm |
|-----------------|----------|----------|----------|
| Pinça Bx | 50,3 | 18,5 | 2,1 |
| Pinça Calenta | 33,3 | 21,2 | 4,2 |
| Nansa diatermia | 4,8 | 14,8 | 79,9 |
| Nansa Freda | 4,8 | 14,8 | 5,8 |

>50%

Tècnica de resecció adequada

Pinça calenta



- ✓ S'associa a polipectomia incomplerta en 17-22% del casos
- ✓ Dificultat en interpretació specimen
- ✓ Lesió transmural per sota i en els marges laterals fins al 30% del casos
- ✓ Hemorràgia tardana (0.41%)
- ✓ Perforació (0.05%)

**Tenint en compte efectes adversos i manca
d'eficàcia
NO ESTÀ INDICADA**

Tècnica de resecció adequada

Pinça freda

= atractiva ja que és fàcil i segura

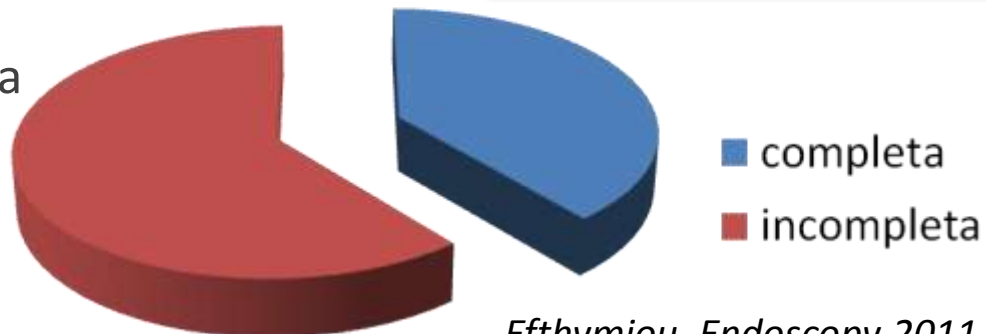


MAI per pòlips >5mm

**Alternativa per pòlips ≤ 3 mm si s'assegura total extirpació
(vàries mossegades, bon control)**

145 pacients amb al menys 1
pòlip ≤ 5 mm
Extrets totalment amb pinça

Reseccions incomplertes 61%



Tècnica de resecció adequada

Nansa freda

=> Ha demostrat ser eficaç i segura. Especialment per pòlips <6mm

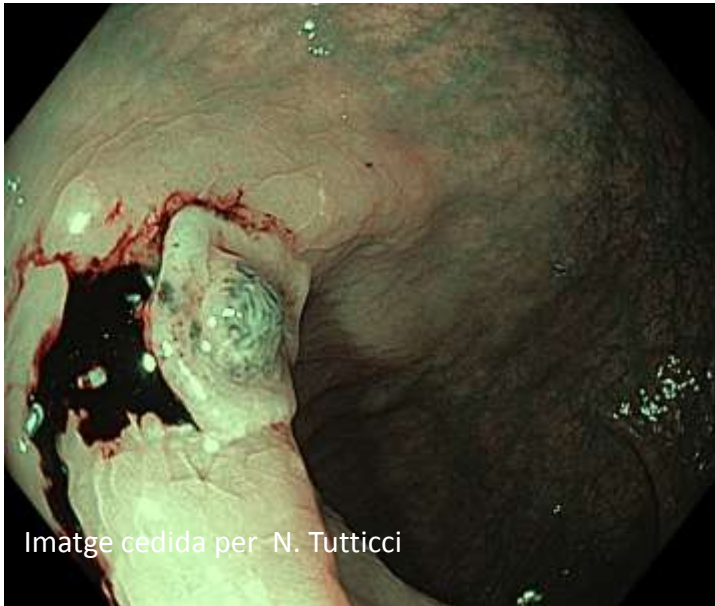


D' ELECCIÓ PER POLIPS DE ≤ 5 MM

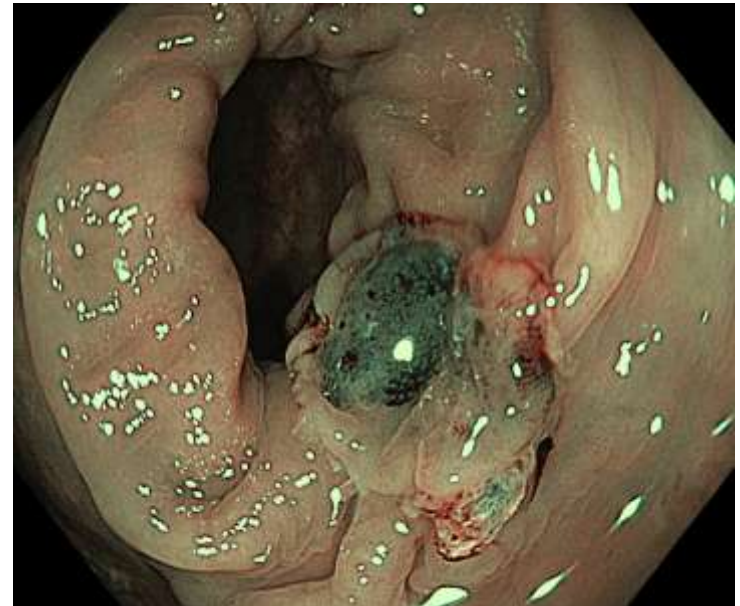


IMPORTANT UNA TÈCNICA APROPIADA!!!

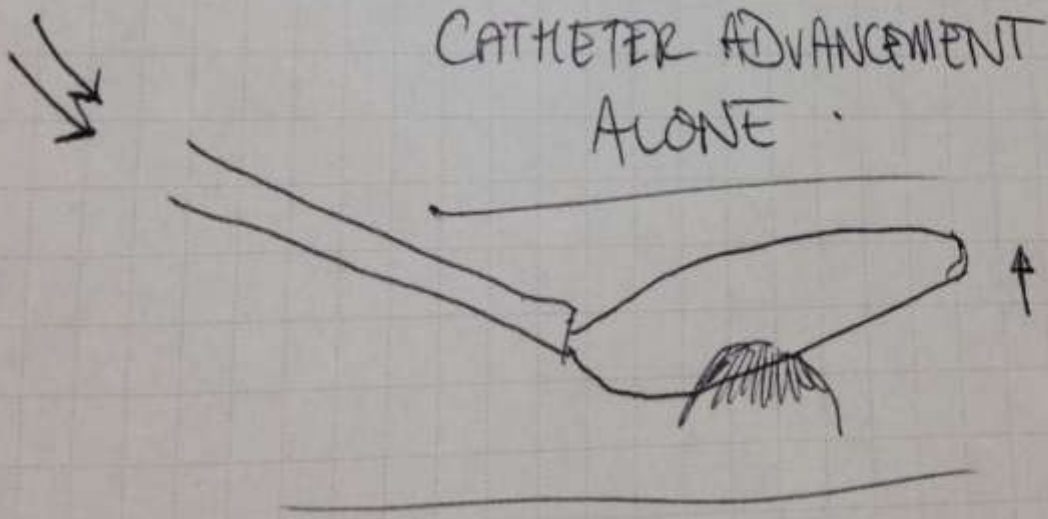
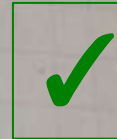
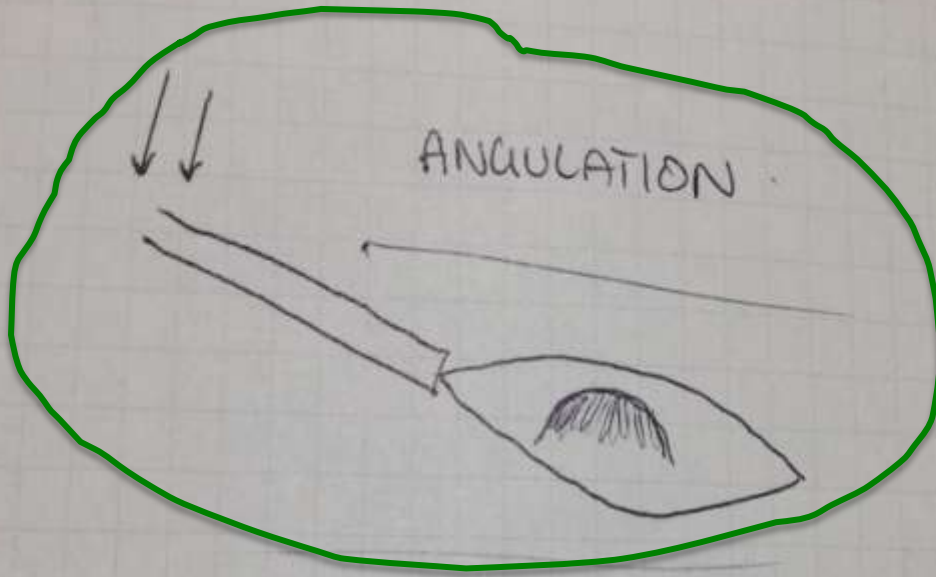
✓ Incloure un marge de 1-2mm de mucosa sana

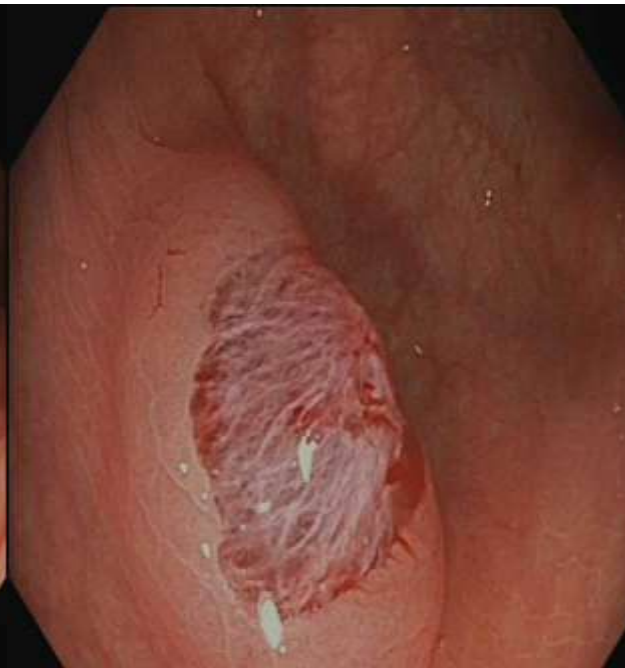
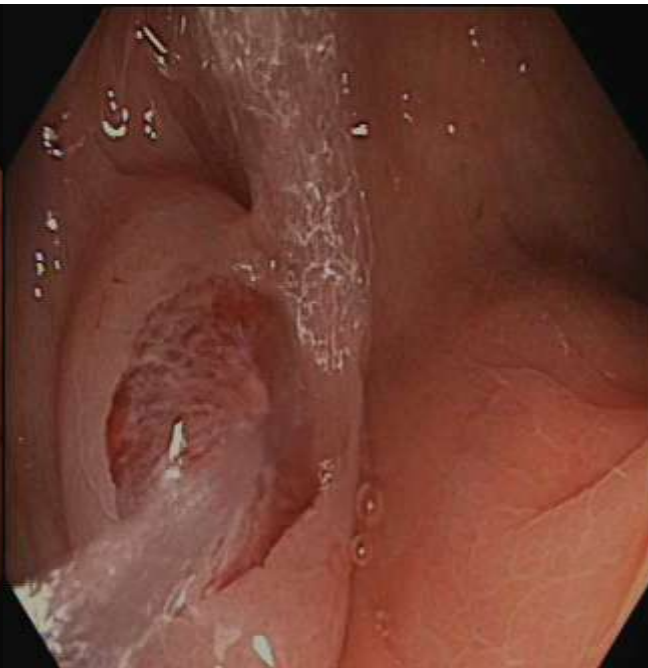
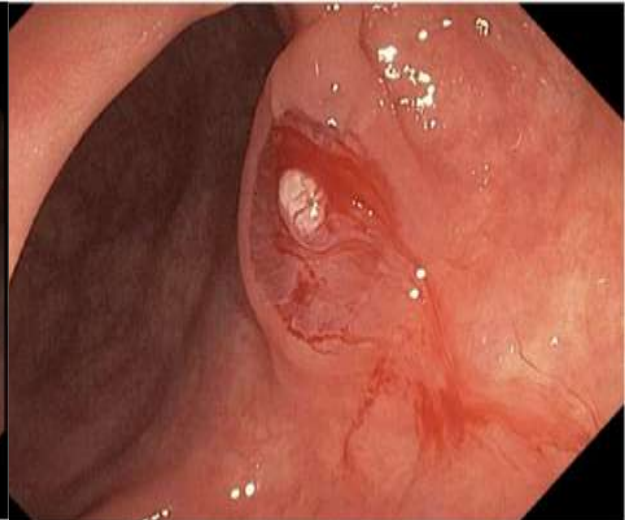
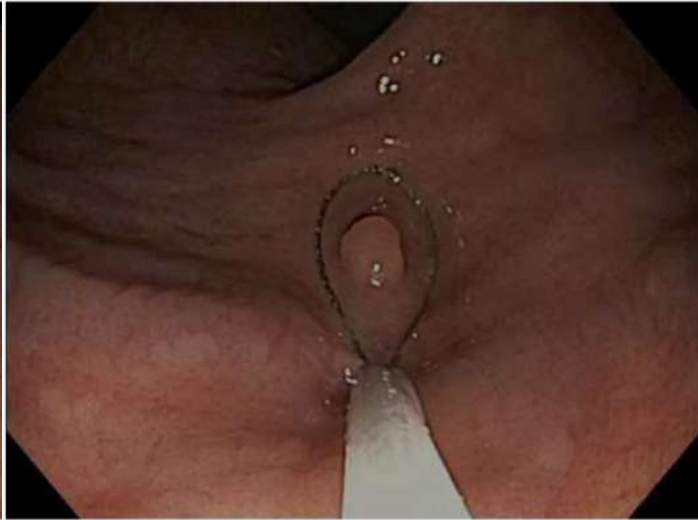


Imatge cedida per N. Tutticci





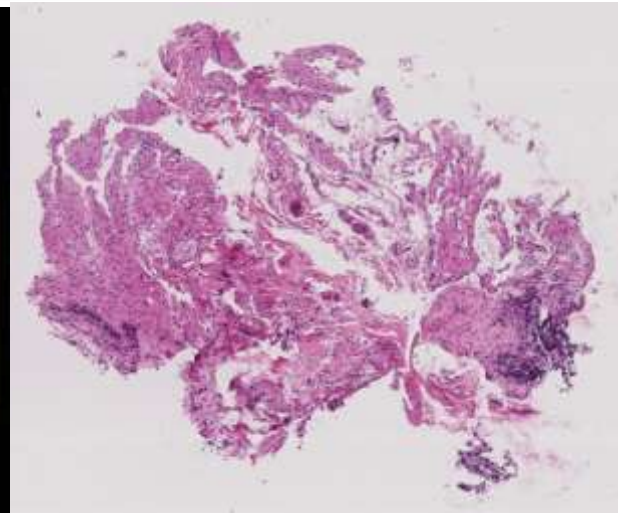
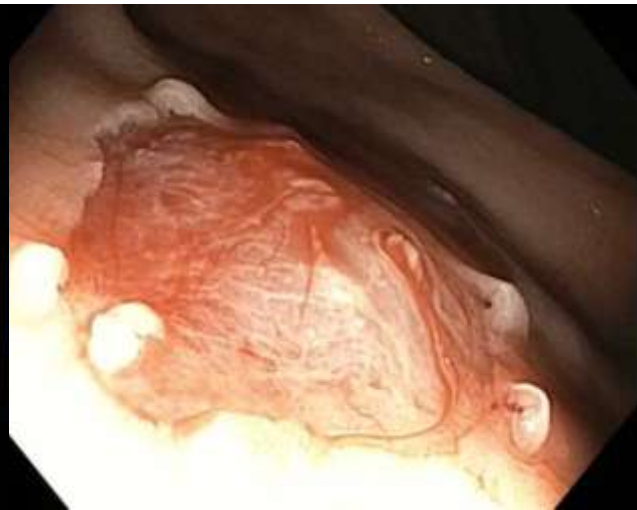






Prospective Characterisation of the Mucosal Defect after Cold Snare Polypectomy. NJ Tutticci, N Burgess, M Pellise, DJ Mcleod and MJ Bourke. *GIE 2015 en premsa*

Estudi prospectiu
257 pòlips consecutius 2-10mm



36 (14%) had "stalks"

- Associated with size ≥ 6 mm
- 81% contained MM
- No residual polyp
- No adverse outcomes in short term follow up

Tècnica de resecció adequada

Nansa calenta

- ⇒ La més emprada especialment per pòlips > 10mm
- ⇒ Diatermia ajuda a evitar sagnat immediat i assegurar erradicació teixit

| NANSA FREDA | NANSA CALENTA |
|--|--------------------------------------|
| Més segura Demostrada avantatge en pacients anticoagulats- <i>Horiuchi GIE 2014</i> | Més hemorràgia (diferida), més dolor |
| Més ràpida i barata | - |
| Més pòlip residual?? | Menys pòlip residual?? |
| <i>Schiele AB GIE 1997: resecció incompleta 14% nansa freda vs 5% nansa calenta</i> <i>Kim AB GIE 2014: resecció incompleta 20.9% nansa freda vs 7.8% nansa calenta</i> | |



Tècnica d'elecció per lesions > 10mm

Tècnica de resecció adequada

Per pòlips 6-9mm ??



Nansa freda

vs

Nansa calenta

Sessió plenària DDW2014: "Cold snare vs Hot snare polypectomy for complete resection of 5-9mm sized colorectal polyps: a randomized controlled trial" Kim et al DDW2014

Tècnica de resecció adequada

Pòlips diminuts ($\leq 5\text{mm}$) i petits ($<10\text{mm}$)

**PÒLIPS $< 10\text{mm}$ = NANSA
(freda vs calenta)**



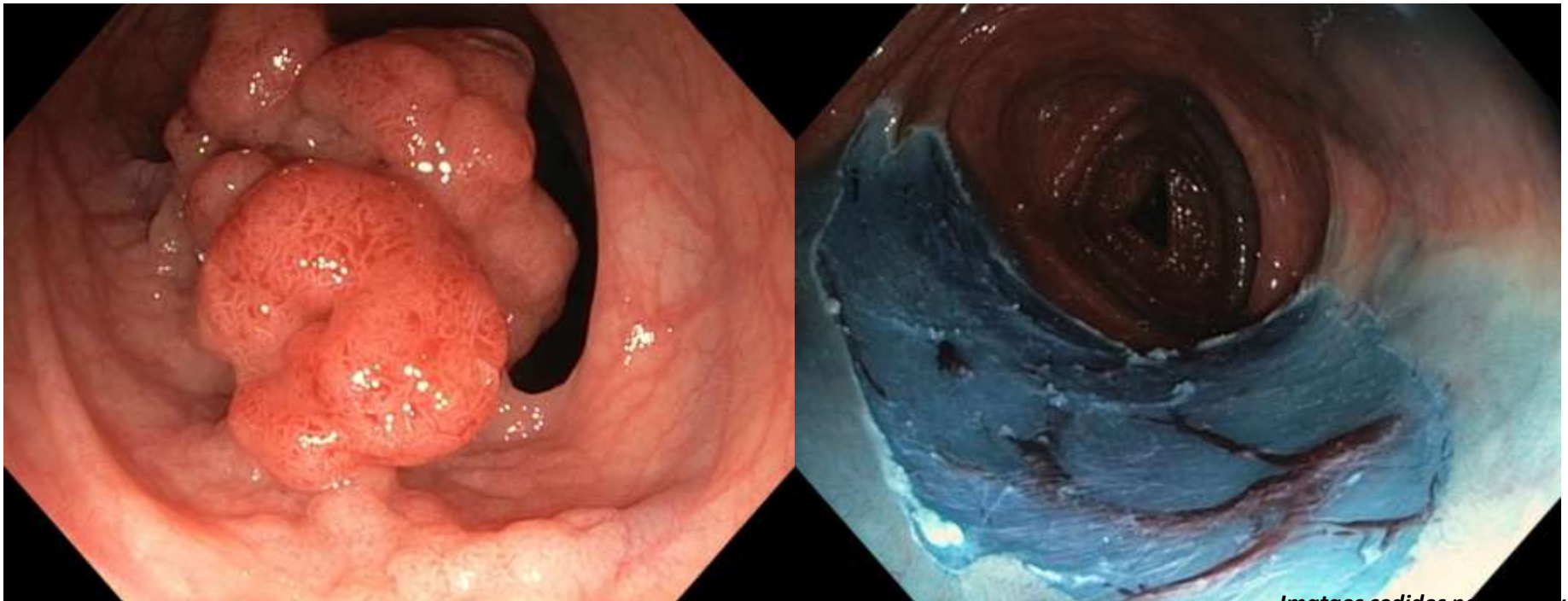
No existeix evidència suficient per indicar nansa freda vs calenta en pòlips 6-10mm

Tècnica de resecció adequada

Pòlips sessils i plans

□ Mucosectomia

- ✓ Per lesions fins a 20mm → en bloc
- ✓ Per lesions > 20mm → en fragments (piecemeal)



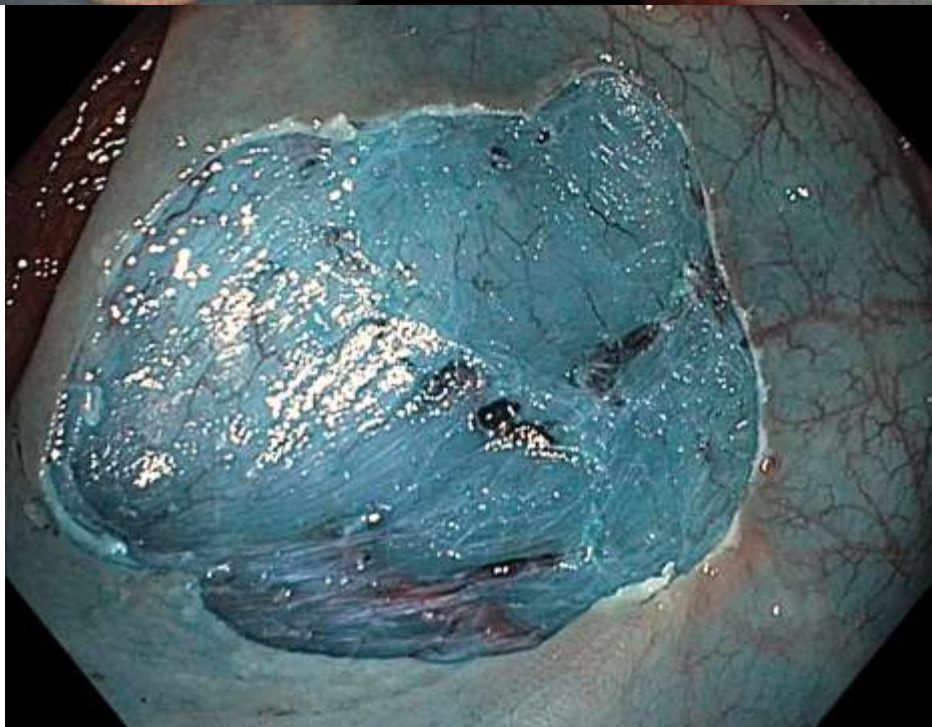
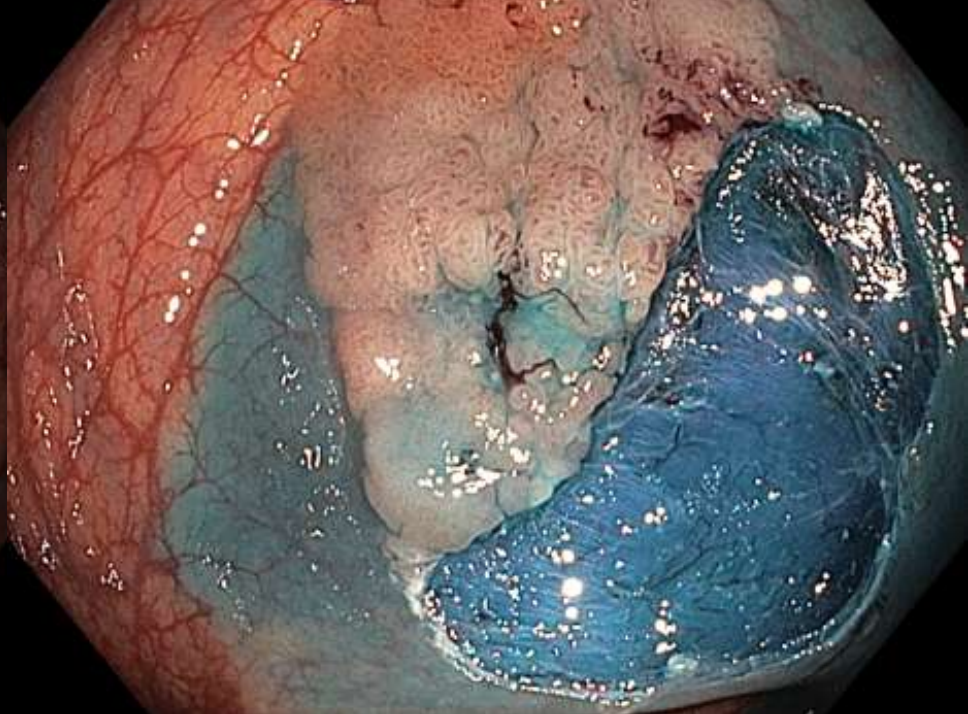
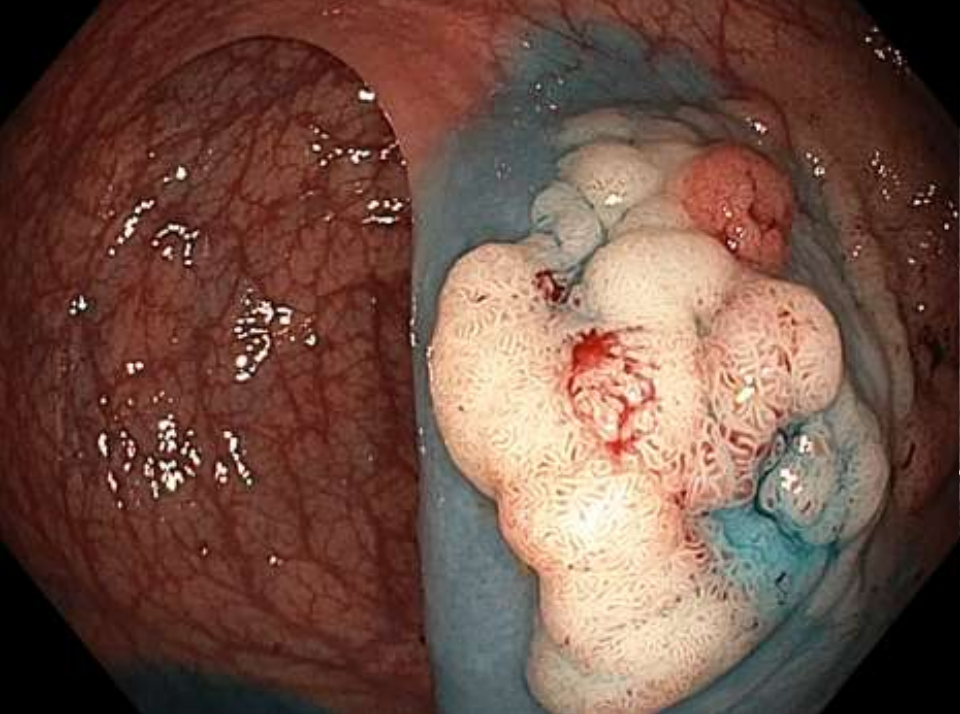


Tècnica de resecció adequada

Pòlips sessils i plans

- 1. Inspeccio curosa marges del pòlip**
- 2. Assegurar resecció complerta del pòlip amb la nansa**
 - ✓ Colocar la nansa de forma control.lada assegurant un marge de 1-2mm de mucosa sana
 - ✓ Resecció seqüencial sistemàtica
 - ✓ Evitar ablació tèrmica (APC)



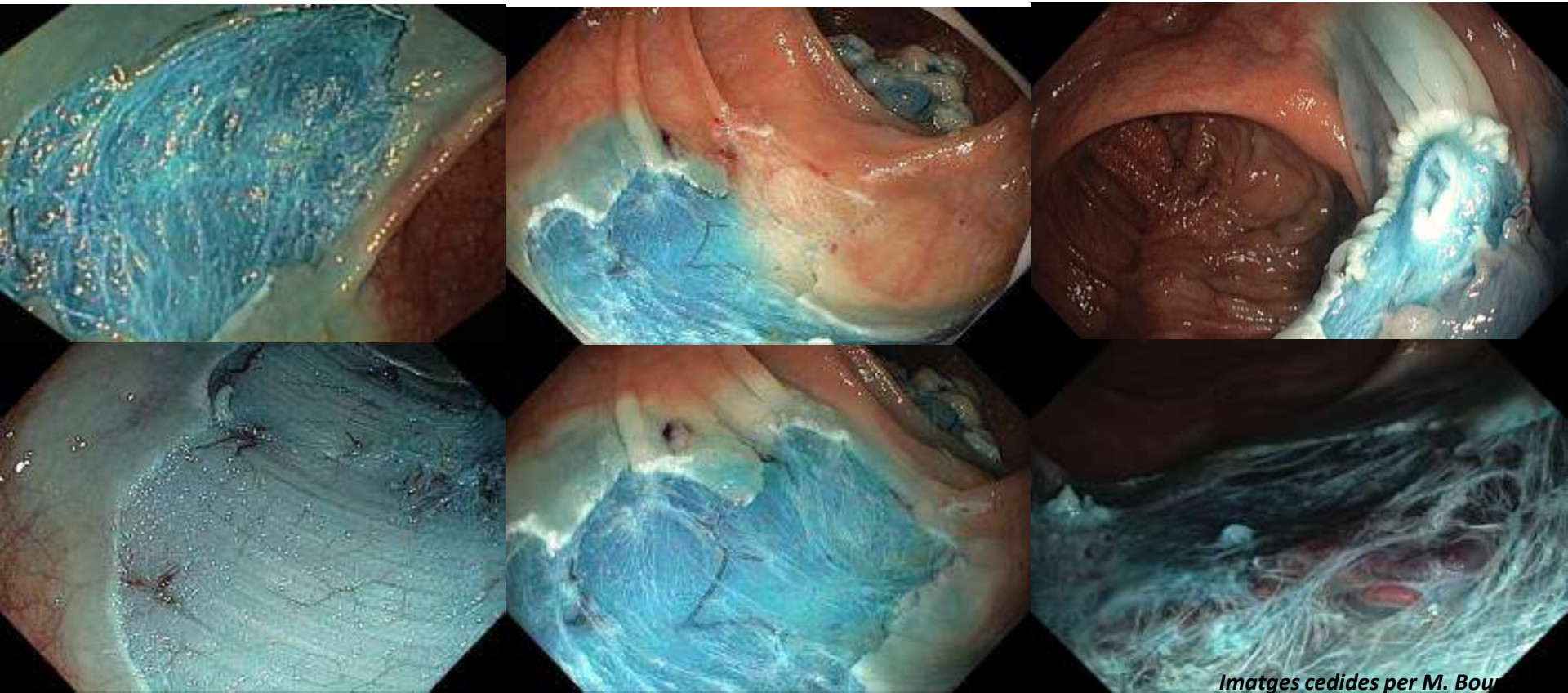


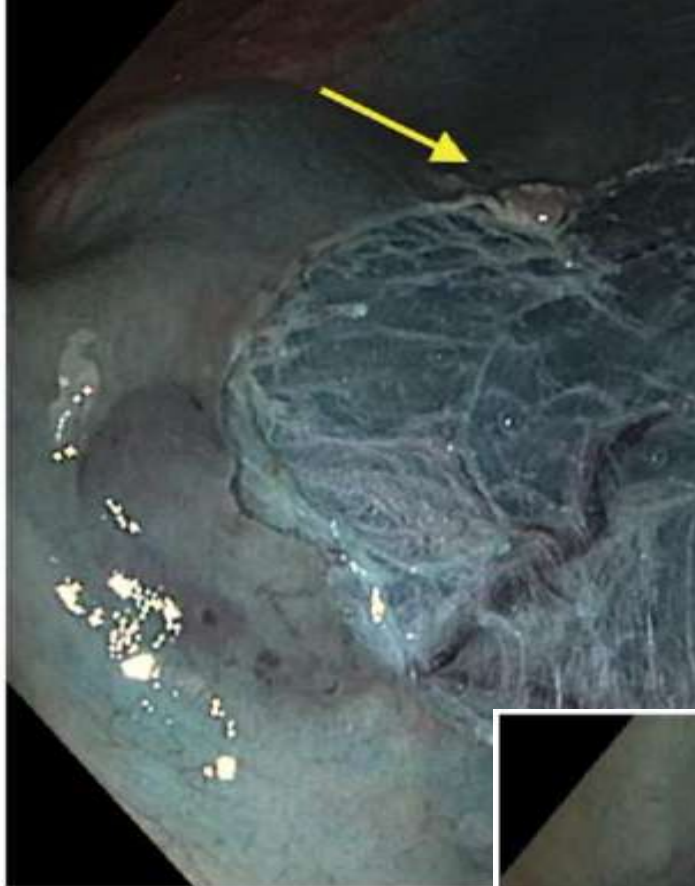
Tècnica de ressecció adequada

Pòlips sessils i plans

3. Inspecció curosa del defecte i els marges:

- ✓ possibles danys a la muscularis pròpia
- ✓ presència restes de pòlip

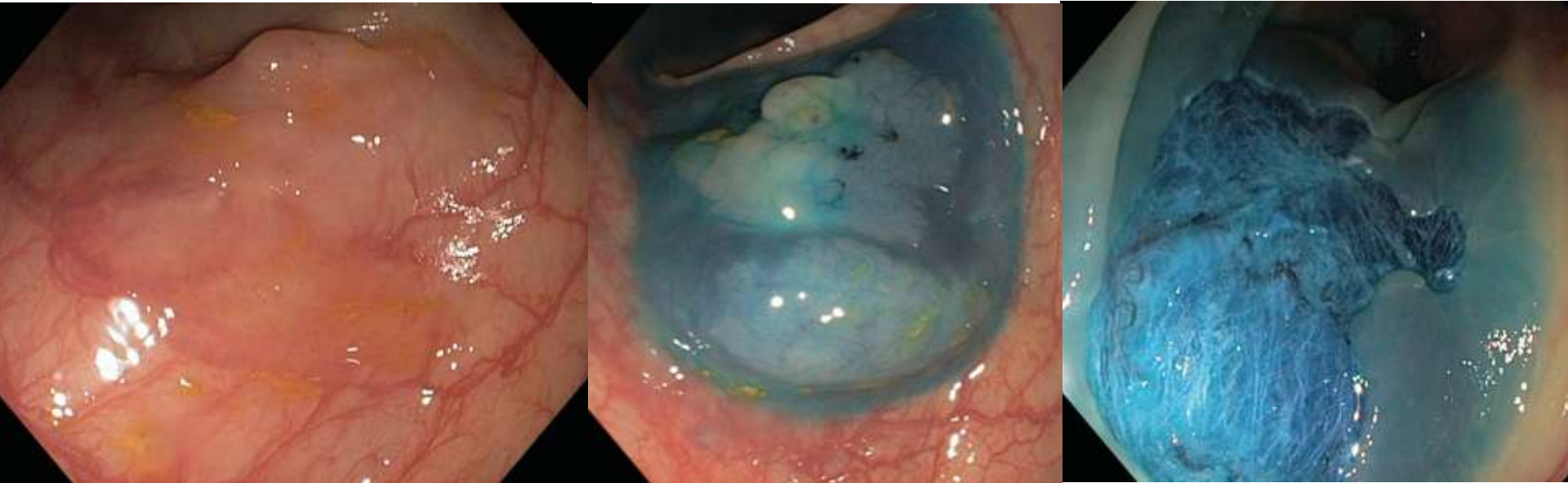




PÒLIPS SERRATS

- ✓ **Difícils de detectar**
- ✓ **Plans i amb marges difusos**
- ✓ **Resecció incomplerta freqüent**

En el estudi CARE → tasa reseció incomplerta per ASS 10-20mm va ser del 47.6%



OUTCOMES OF WIDE FIELD ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION (WF-EMR) FOR LARGE SESSILE SERRATED ADENOMAS/POLYPS IN COMPARISON TO ADENOMAS: A PROSPECTIVE MULTICENTRE STUDY OF 2000 LESIONS.

Cohort for recurrence analysis

1243 patients with follow up

Adenomas
1018 patients

SSA/P
190 patients

NO RECURRENCE
831 (81.6%)

RECURRENCE
187 (18.4%)

NO RECURRENCE
177 (93.2%)

RECURRENCE
13 (6.8%)

Recurrence Rate: 18.4%

Recurrence Rate: 6.8%

p <0.001

Multiple cox regression analysis with backward stepwise variable selection focussing on the independent predictors and Adenoma/SSA status

| Variable included | N Patients | % patients with recurrence | Adjusted HR (95% CI) | Adjusted p value |
|---------------------------------------|-------------|----------------------------|----------------------|------------------|
| Type of lesion SSA/P Adenoma | 190 1018 | 6.8% 18.4% | 1.7 (0.9-3.3) | 0.078 |
| Paris Is component No Yes | 663 545 | 10.1% 24.4% | 1 2.1 (1.5-2.9) | <0.001 |
| En bloc Yes No | 191 1011 | 3.7% 18.8% | 1 3.8 (1.8-8.3) | 0.001 |
| Additional modality Yes No | 886 309 | 13.8% 23.6% | 1 1.6 (1.2-2.1) | 0.001 |
| Intraprocedural bleeding No Yes | 1042 166 | 14.9% 27.1% | 1 1.5 (1.0-2.1) | 0.031 |
| Size (per each 10mm) | | | 1.2 (1.1-1.3) | <0.001 |
| Age (per decade) | | | 1.2 (1.0-1.3) | 0.019 |

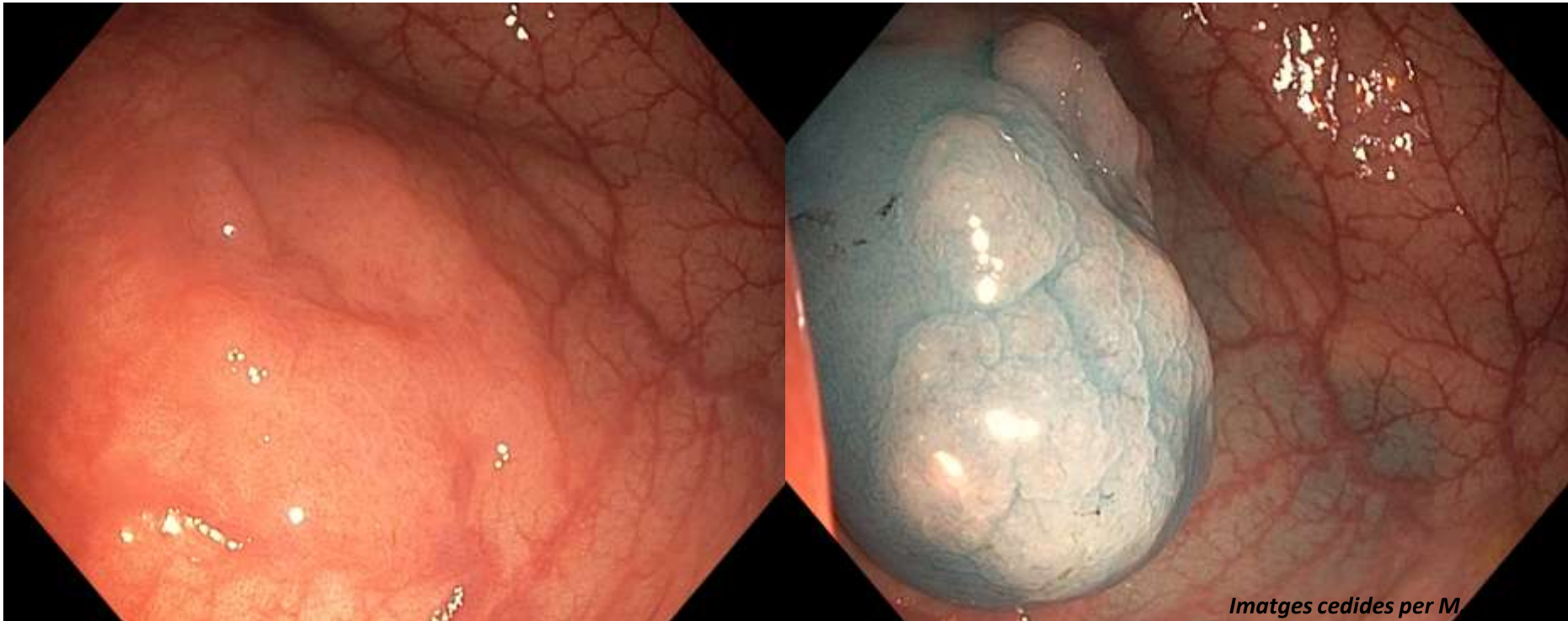
Tècnica de resecció adequada

Pòlips serrats



Bona tècnica és la clau!

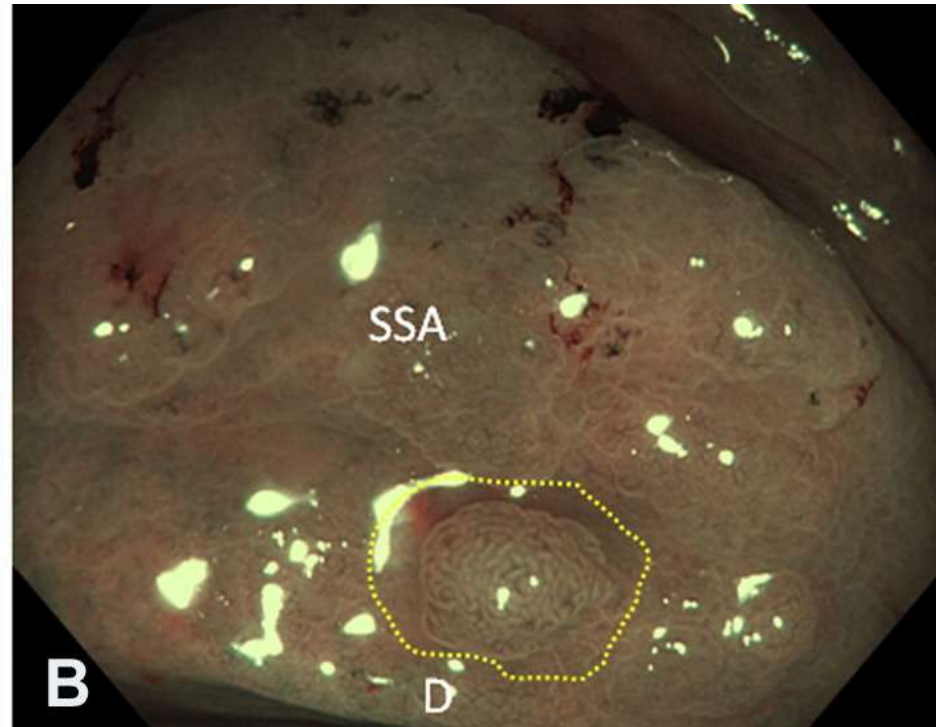
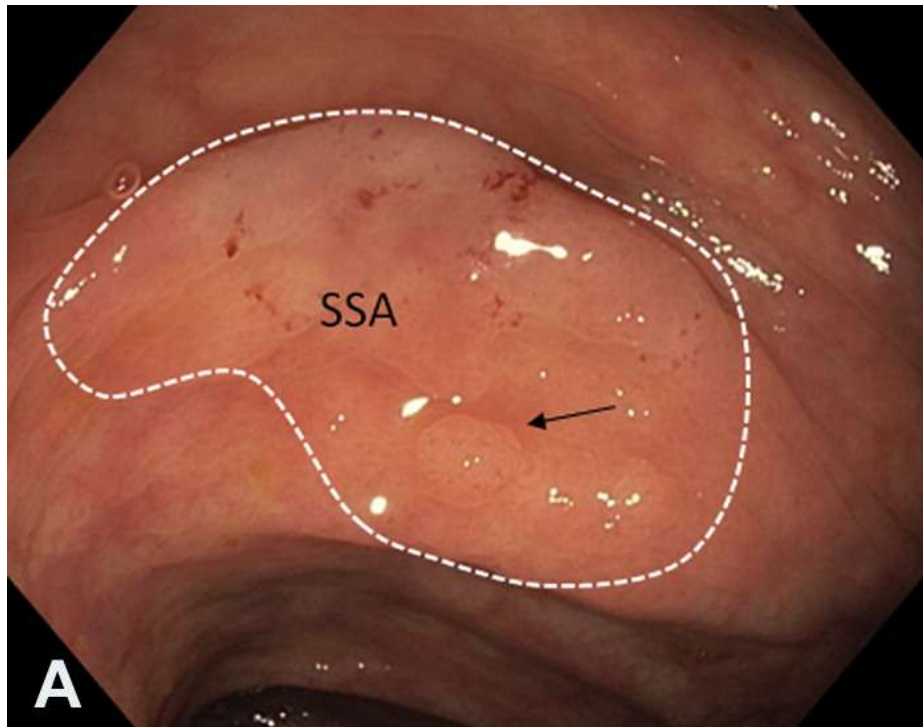
→ utilitzar colorant en la substància injectada ajuda molt



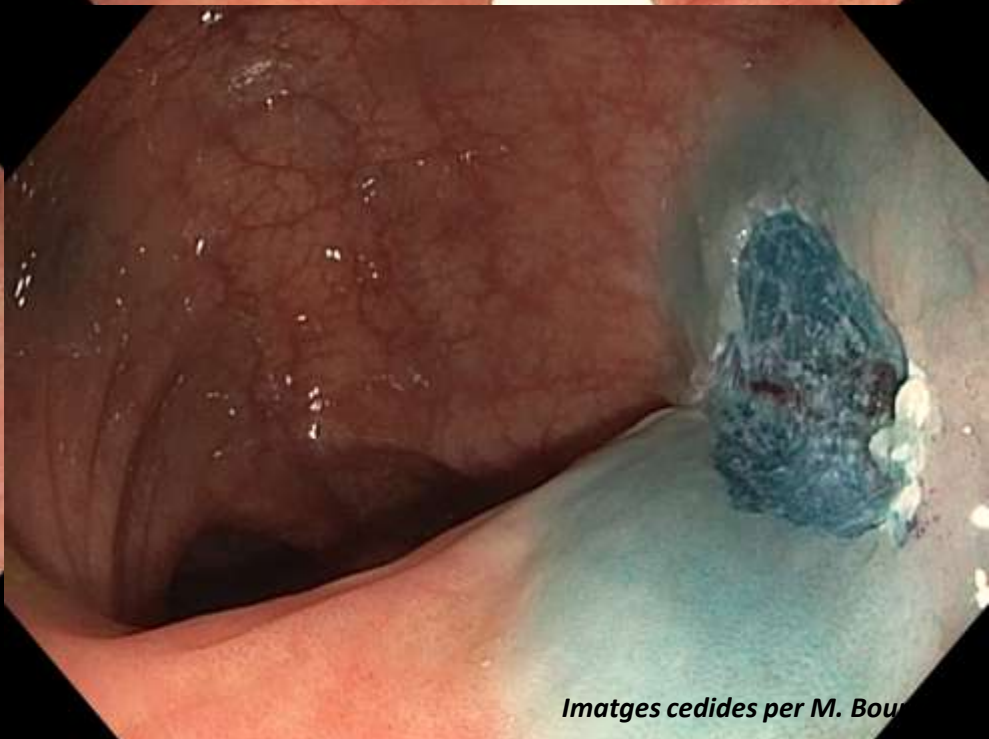
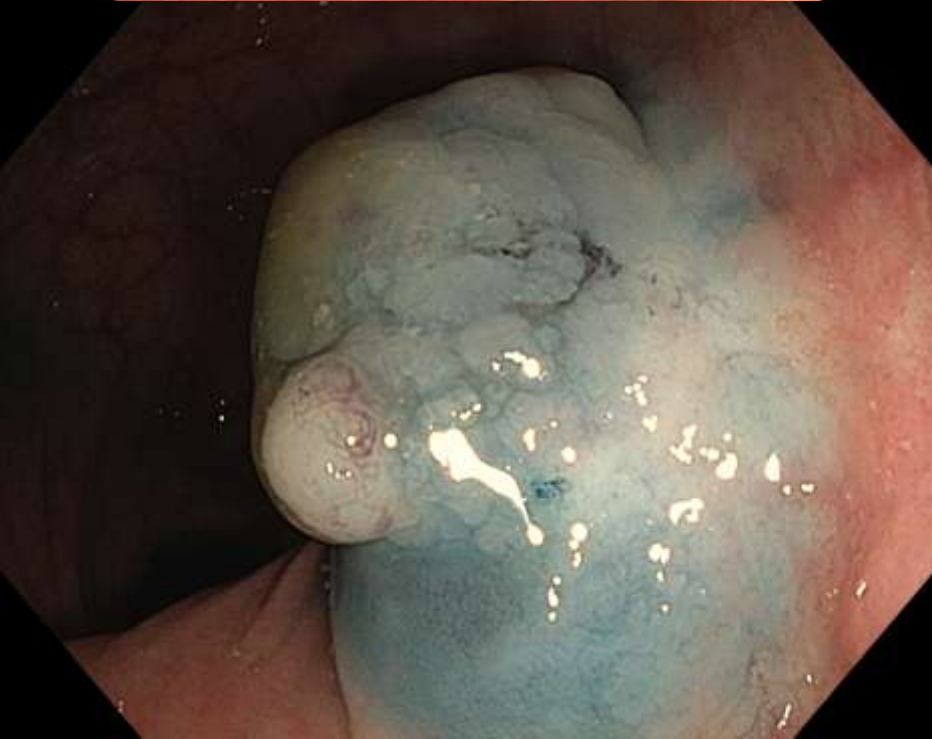
Imatges cedides per M

PÒLIPS SERRATS SESSILS AMB DISPLASIA

una amenaça triple pel càncer d'interval



Burgess NG, Tuticci NJ, Pellise M, Bourke MJ. Sessile Serrated Adenomas/Polyps with Cytological Dysplasia: A Triple Threat for Interval Cancer. GIE 2014



Diagnòstic histològic acurat

PLA ESTRATÈGIC DE NEOPLÀSIA COLORECTAL
Societat Catalana d'Anatomia Patològica i
Societat Catalana de Digestologia

**Informes Anatomopatològics dels Pòlips de Còlon
Extirpats Mitjançant Polipectomia Endoscòpica**

Grup de Treball

Míriam Cuatrecasas Freixas¹, Mar Iglesias Coma², Eva Musulén Palet³,
Maria Pellisé Urquiza² i Montserrat Andreu Garcia⁴

- (1) Servei d'Anatomia Patològica, Hospital Universitari Clínic, Barcelona.
- (2) Servei de Gastroenterologia, Hospital Universitari Clínic, Barcelona.
- (3) Servei d'Anatomia Patològica, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.
- (4) Servei de Digestologia, Hospital del Mar-Parc de Salut Mar, Barcelona.

SOCIETAT CATALANA

D'ANATOMIA PATOLÒGICA

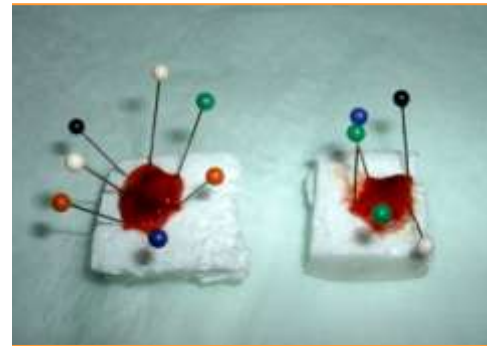


Societat
Catalana de
Digestologia
A·C·M·S·C·B



2014

Especialment relevant
en els pT1 !!



VIGILÀNCIA

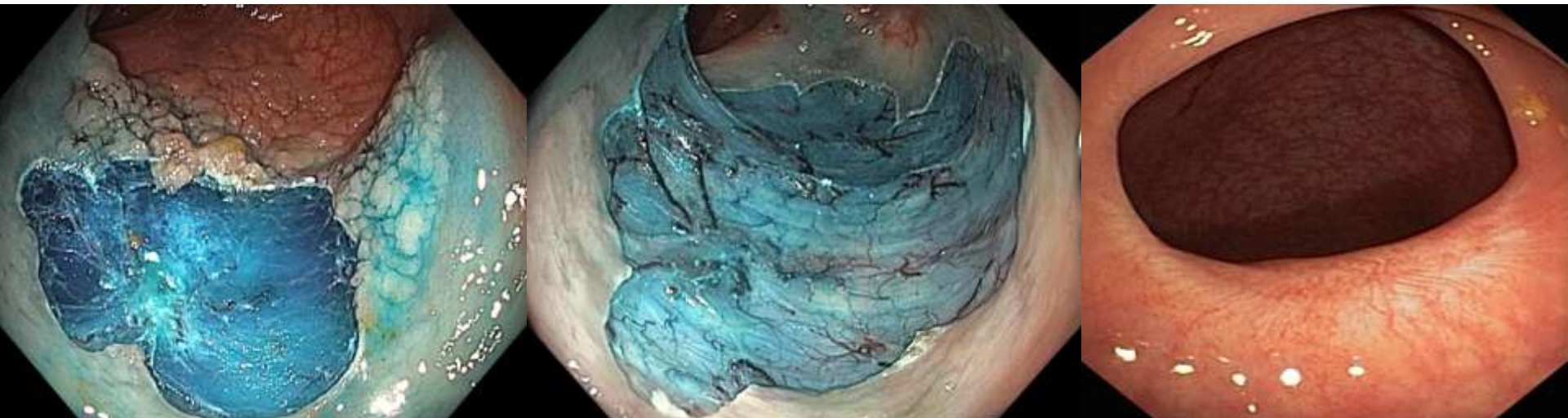
Resecció en fragments

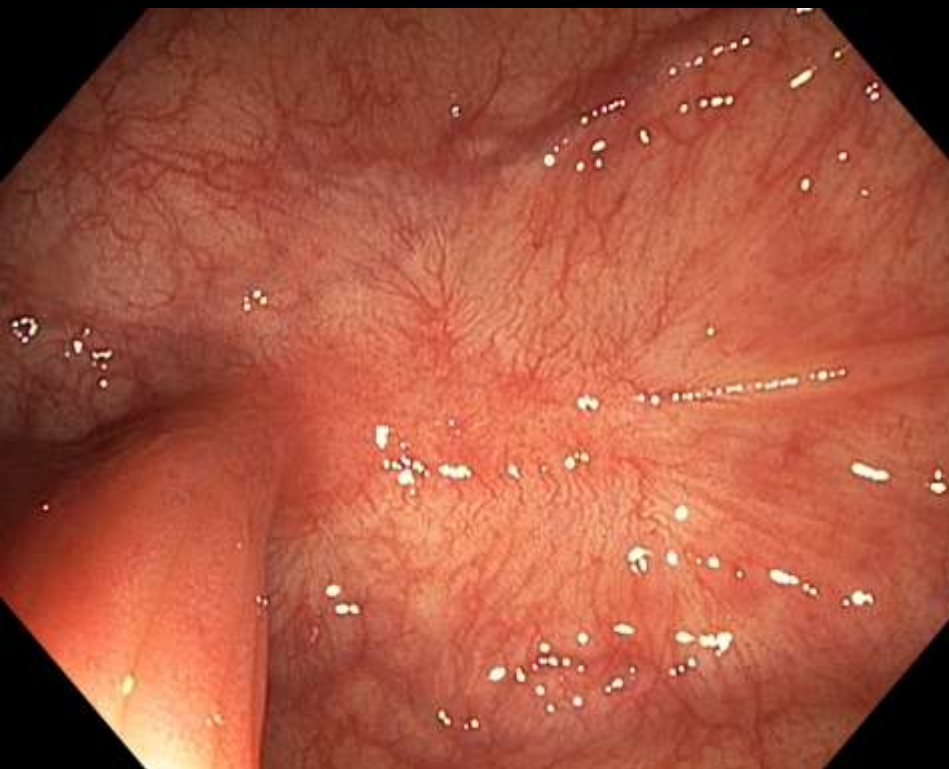
Tractament endoscòpic de pòlips > 20mm:

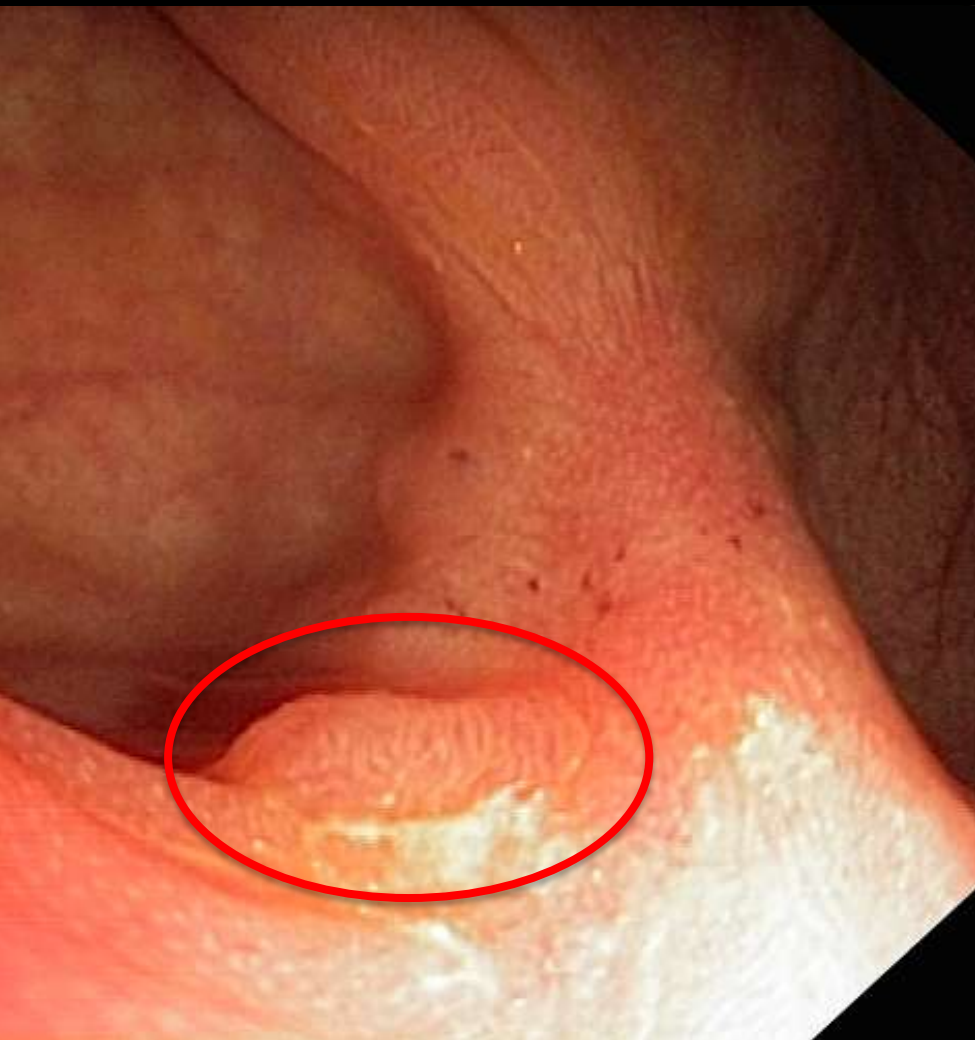
- ✓ 14-55% de recidives/teixit residual
- ✓ TOTES LES GUIES ACONSELLEN : control en 4-6 mesos
- ✓ 90% de les recidives/teixit residual tractable endoscòpicament

➔ Hi ha qui ho considera un procediment en dos temps

Belderbos Endoscopy 2014
Guarner-Argenter 2012
Moss et al. Gut 2014









European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition

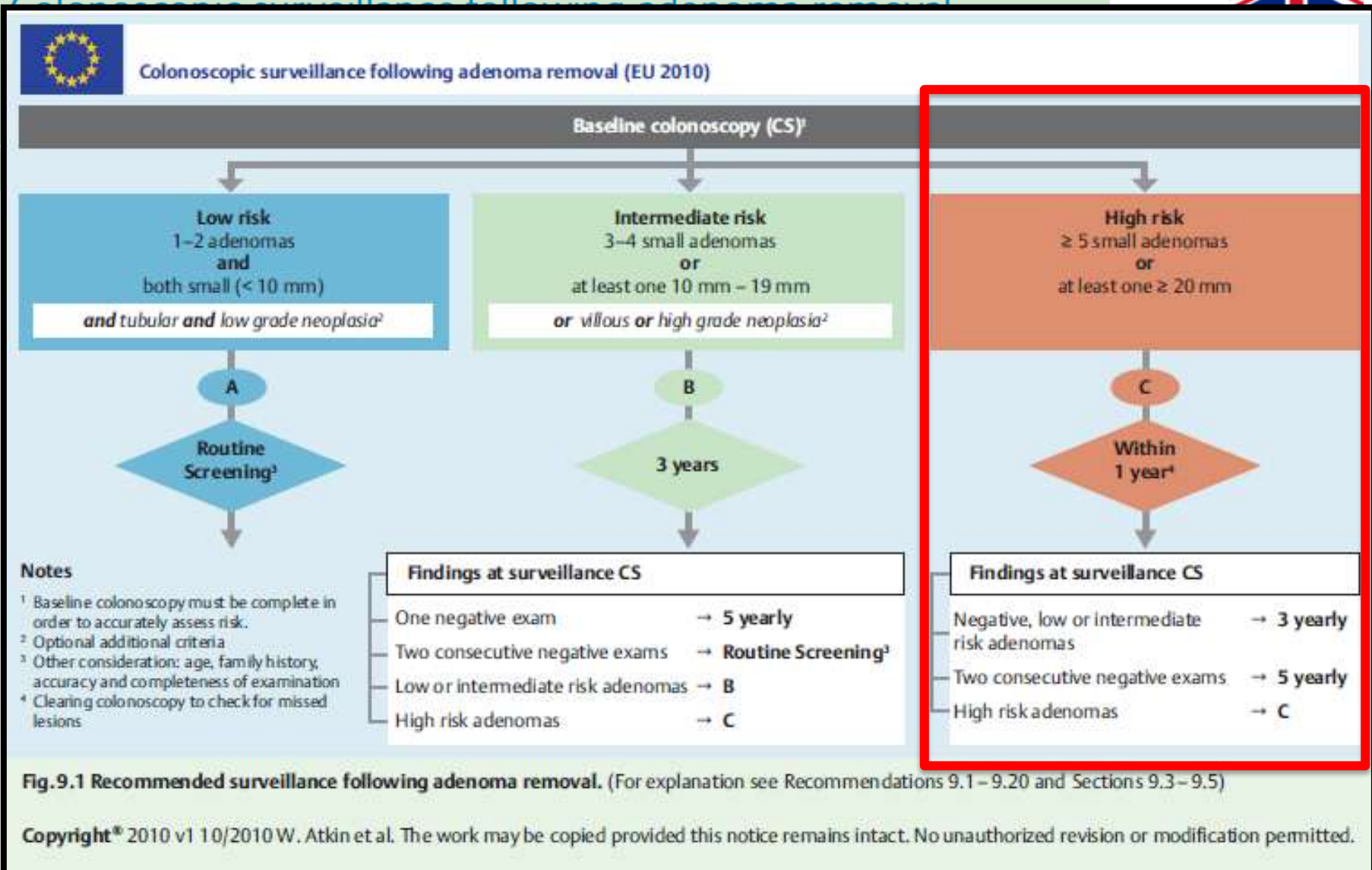


Fig.9.1 Recommended surveillance following adenoma removal. (For explanation see Recommendations 9.1 – 9.20 and Sections 9.3 – 9.5)

VIGILÀNCIA INTERVALS – LESIONS D'ALT RISC

Castells et al. Endoscopy



| Risk stratum | Diagnostic criteria ² | Surveillance strategy |
|--|---|---------------------------------|
| No-risk lesions | Hyperplastic polyps < 10 mm limited to rectum and sigmoid colon | Return to the screening program |
| Low-risk lesions ³ | 1 – 2 tubular adenomas < 10 mm with low-grade dysplasia, or 1 – 2 serrated polyps < 10 mm with | Return to the screening program |
| Intermediate-risk lesions ⁶ | 3 – 4 tubular adenomas < 10 mm with or 1 – 4 tubular adenomas 10 – 19 mm with low-grade dysplasia, or 1 – 4 adenomas < 20 mm with villous features, high-grade dysplasia, and/or intraluminal bleeding, 3 – 4 serrated polyps < 10 mm with low-grade dysplasia, 1 – 4 serrated polyps 10 – 19 mm with low-grade dysplasia, 1 – 4 serrated polyps < 20 mm with | |
| High-risk lesions | ≥ 5 adenomas/serrated polyps ⁴ , or ≥ 1 adenoma/serrated polyp ⁴ ≥ 20 mm | |



Barcelona Live: Simposi sobre Colonoscopia avançada

22 Juny 2015

Caracterització de lesions i Tècnica de resecció
Maneig de complicacions

Professor convidat: Michael Bourke
Westmead Hospital. Sydney, Australia

CLÍNICA
BARCELONA
Hospital Universitari

Gràcies!

