



XXIV



XX Curs de Formació
en Digestologia

Congrés de la Societat Catalana de Digestologia
29 al 31 de gener de 2015

Girona, Palau de Congressos

**“Tot allò que
vostè voldria saber sobre ...**

**...i mai
no s’ha atrevit
a preguntar!”**



XXIV



XX Curs de Formació
en Digestologia

Congrés de la Societat Catalana de Digestologia
29 al 31 de gener de 2015

Girona, Palau de Congressos

“Els pòlips serrats i la poliposi serrada”

Dr Francisco Rodríguez Moranta
Hospital Universitari de Bellvitge

frmoranta@bellvitgehospital.cat

Dona de 62 a

Indicació: Test de SOF positiu en el programa de cribratge

Preparació: Escala de Boston: 5/9. Colon dret 0/3, transvers 2/3, colon esquerre 3/3.

Exploració: S'explora fins el fons cecal visualitzant la vàlvula ileocecal. Preparació inadequada per presència de restes fecals sòlides a colon dret que impedeixen l'avaluació correcta de la mucosa a aquest nivell.

Lesions detectades:

- A **colon dret**, proper a la vàlvula ileocecal, pòlip pla de **15 mm**. S'infiltra la base amb adrenalina i s'extirpa en bloc: AP **pòlip serrat sèssil sense displàsia**.

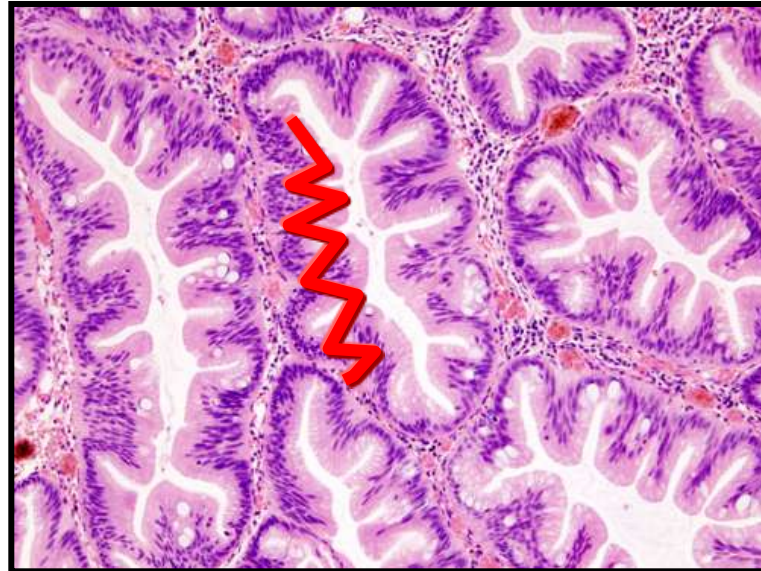
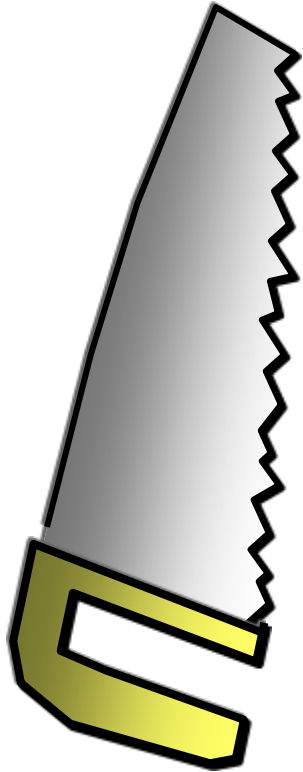
- A l'**angle hepàtic**, pòlip sèssil de **12 mm**. S'infiltra la base amb adrenalina i s'extirpa en bloc: AP **pòlip hiperplàstic**.

- A **colon transvers**, pòxim a l'angle hepàtic, pòlip sèssil de **4 mm**. S'extirpa amb nansa freda. AP: **pòlip hiperplàstic**.

- Al **sigma**, a 28 y 30 cm de marge anal, dos pòlips sèssils de **8 y 12 mm**. S'extirpen amb nansa en 1 fragment. AP: 1 **hiperplàstic**, 1 **adenoma** tubular amb displàsia de baix grau



Què és un pòlip serrat?



D'on han sortit?



Sempre hi van ser!!!!

THE LANCET

RELATION BETWEEN METAPLASTIC POLYP AND CARCINOMA OF THE COLORECTUM

THE AMERICAN JOURNAL OF
SURGICAL PATHOLOGY

Mixed hyperplastic adenomatous polyps--an underdiagnosed entity. Report of a case of adenocarcinoma arising within a mixed hyperplastic adenomatous polyp.

THE AMERICAN JOURNAL OF
SURGICAL PATHOLOGY

Mixed hyperplastic adenomatous *polyps/serrated adenomas*. A distinct form of colorectal neoplasia.

Longacre TA

1990

Longacre TA

1990

Pòlips serrats (Classificació OMS)

1. Pòlip hiperplàstic

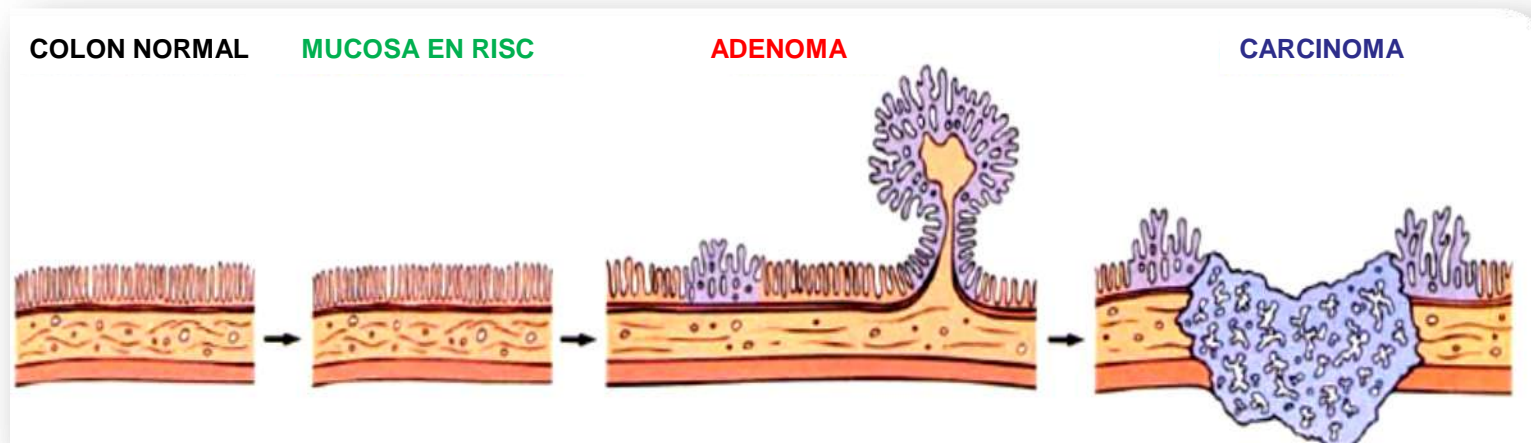
- *Microvesicular*
- *Cèl. caliciformes*

2. Pòlip serrat sèssil

sense displàsia citològica
amb displàsia citològica

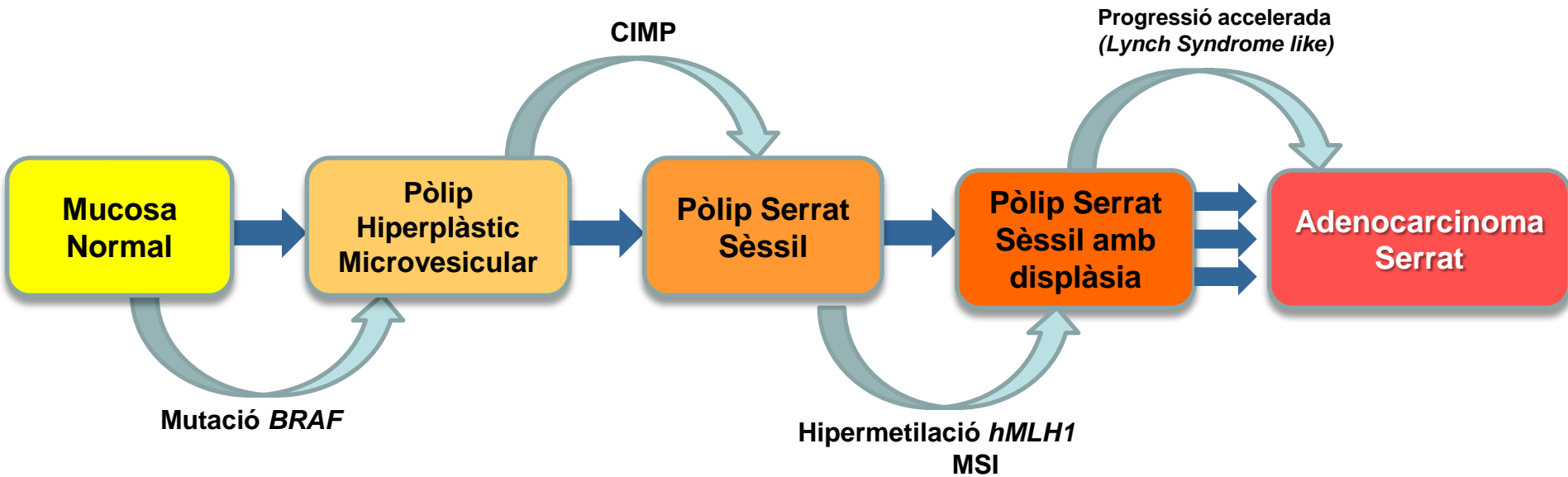
3. Adenoma serrat tradicional

SEQUÈNCIA ADENOMA - CARCINOMA



Inestabilitat cromosòmica

Via serrada del càncer colorectal



Pòlip hiperplàstic

80% pòlips serrats

<5mm

Pàlid/translúcid

Plans/sèssils

Desapareixen amb la insuflació

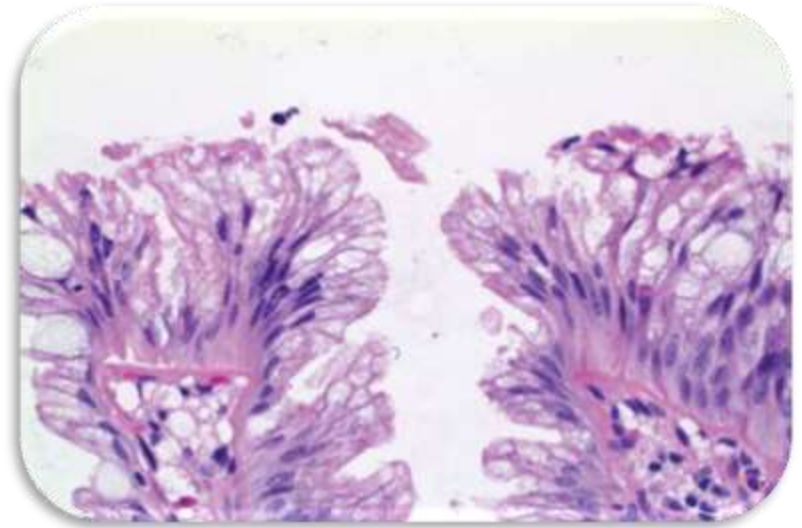
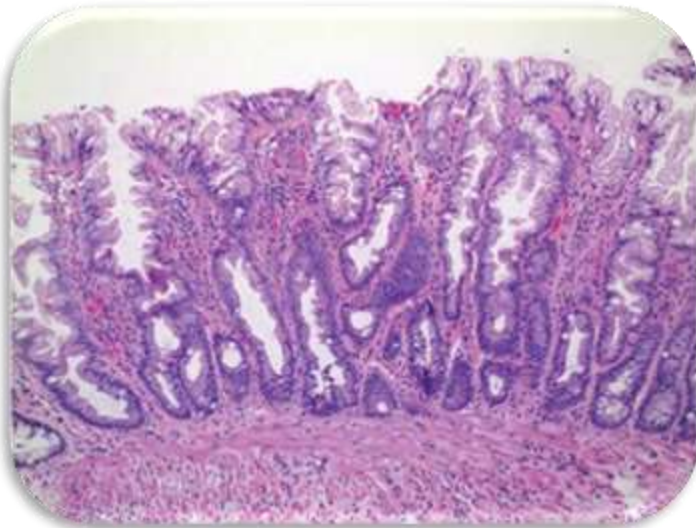


Pòlip hiperplàstic

Tipus

A) Microvesicular

- Colon i Recte
- *BRAF*
- *Precursors de PSS?*

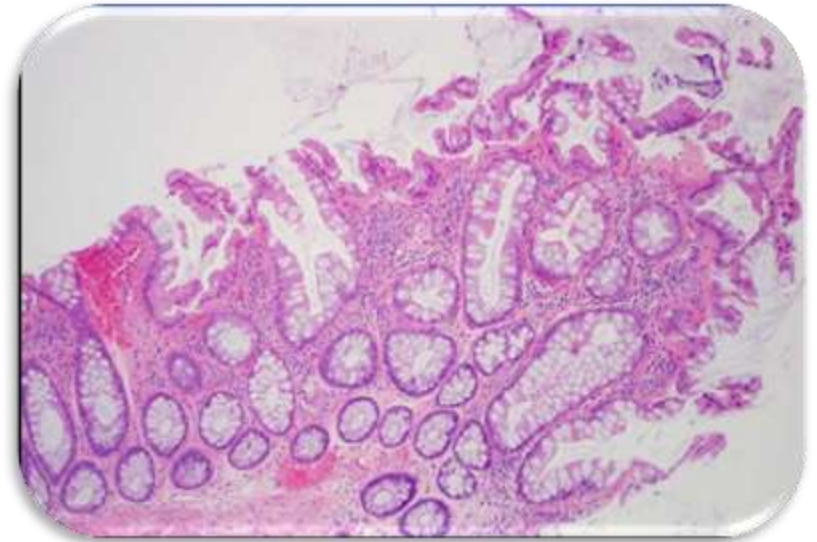


Pòlip hiperplàstic

Tipus

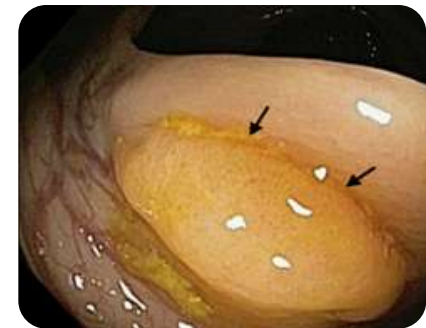
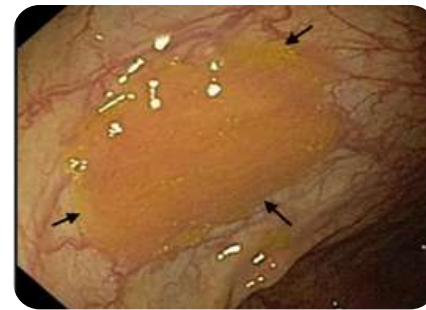
B) Cèlules caliciformes

- Sigma i Recte
- *kras*
- *No via serrada*
- *Precursors AST?*



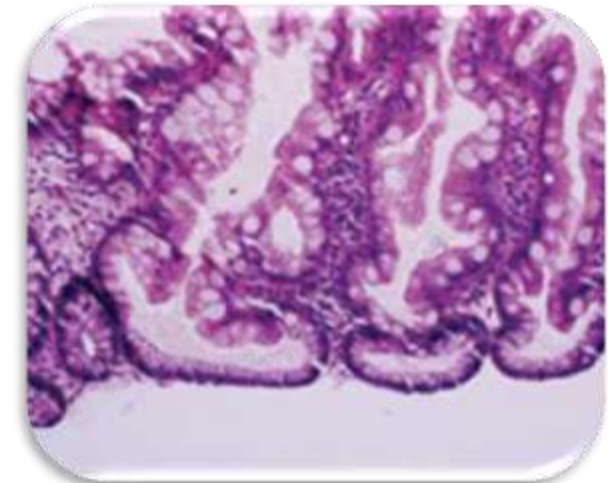
Pòlip serrats sèssils

- 15-20%
- 1-16% colonoscòpies
- *Taxa de resecció >8% (Anderson 2013)*
- Colon dret
- *BRAF / CIMP / IMS*



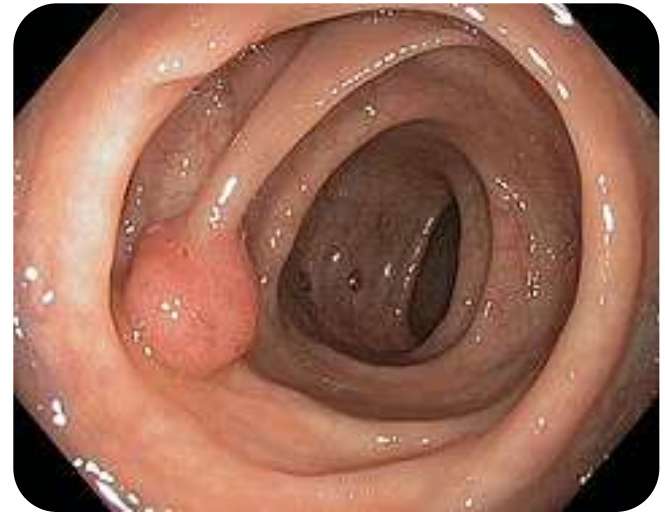
Pòlip serrats sèssils

- Criptes dilatades o ramificades
- Dents de serra fins a la base de la cripta
- Extensió lateral de les criptes
- Herniació criptes a la *muscularis mucosae*
- (NO) Displàsia



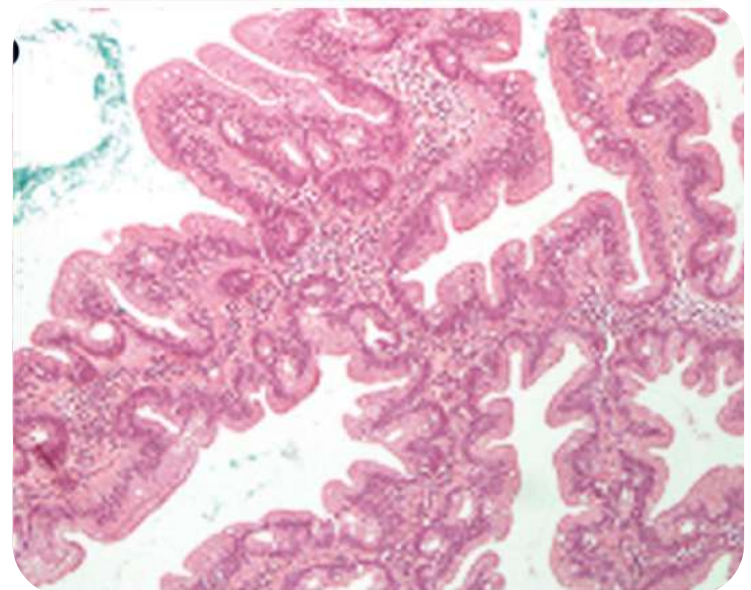
Adenoma serrat tradicional

- Rars (1%)
- Colon distal
- Pediculats/sèssils
- Lesió precursora?




Adenoma serrat tradicional

- Citoplasma eosinofílic
- Nuclis elongats
- Displàsia
- Formació de criptes ectòpiques





XXIV



Congrés de la Societat Catalana de Digestologia

29 al 31 de gener de 2015

XX Curs de Formació
en Digestologia

Girona, Palau de Congressos



Congrés de la Societat Catalana de Digestologia
29 al 31 de gener de 2015

XX Curs de Formació
en Digestologia

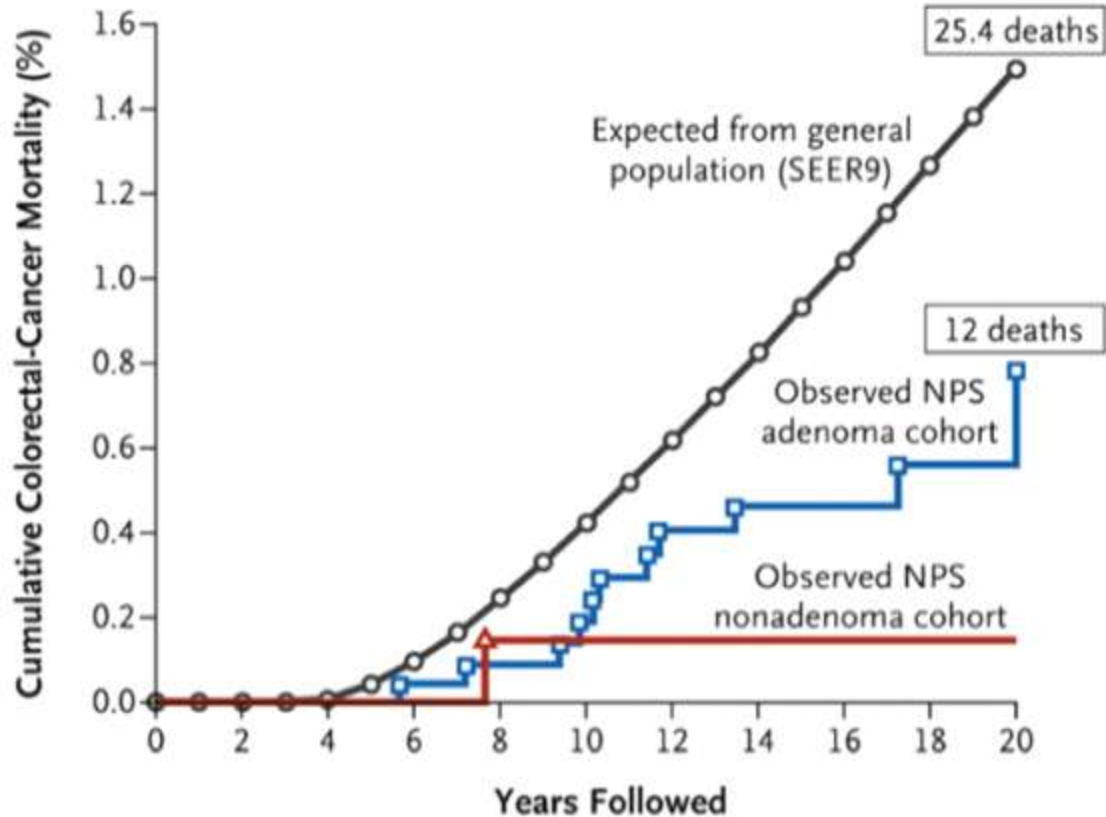
Girona, Palau de Congressos

**El pòlip hiperplàstic del
recte i del colon dret tenen
el mateix significat biològic?**



NO!!

- National Polyp Study -



No. at Risk

Adenoma	2602	2358	2100	1808	1246	461
Nonadenoma	773	733	678	632	420	164

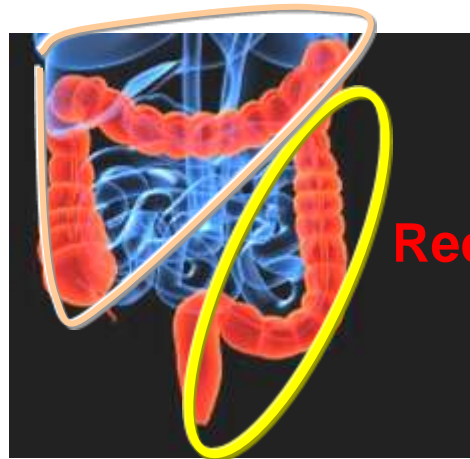
Nonadenoma	113	133	158	135	150	164
Adenoma	2489	2225	1942	1673	1096	301

Protection From Right- and Left-Sided Colorectal Neoplasms After Colonoscopy: Population-Based Study

Hermann Brenner, Michael Hoffmeister, Volker Arndt, Christa Stegmaier, Lutz Altenhofen, Ulrike Haug

COLONOSCÒPIA PREVIA (1-10 anys previs)

No modifica el risc



Reducció del Risc de NA 67%

Colorectal Endoscopy, Advanced Adenomas, and Sessile Serrated Polyps: Implications for Proximal Colon Cancer

Andrea N. Burnett-Hartman, PhD, MPH^{1,2}, Polly A. Newcomb, PhD, MPH^{1,2}, Amanda I. Phipps, PhD, MPH^{1,2}, Michael N. Passarelli, MS, MPH^{1,2}, William M. Grady, MD^{1,3}, Melissa P. Upton, MD³, Lee-Ching Zhu, MS, MD⁴ and John D. Potter, MD, PhD^{1,2}

COLONOSCÒPIA PRÈVIA

Adenomes avançats

Distals: OR 0,38 (0,26 – 0,56) p<0,05

Proximals: OR 0,31 (0,19 – 0,52)

P. serrats sèssils: OR 0,80 (0,56 – 1,13) p=ns

CÀNCER D'INTÈRVAL \approx CÀNCER SERRAT





**Adenocarcinoma
Serrat**

**Pòlip Serrat
Sèssil amb
displàsia**

**Pòlip Serrat
Sèssil**

**Pòlip
Hiperplàstic**



Els PH distals són benignes?

- PH recte-sigma són molt freqüents.
- CCR serrat al recte sigma és molt rar.



- Les lesions serrades del colon dret són habitualment PSS.
- Dx diferencial PSS i PH pot ésser difícil
- 64% dels PH del colon dret es va reclassificar com a PSS.
(Gill P, JClin Pathol, Gill 2013)
- Característiques PH microvesicular amb trets de PSS (p. ex. una zona amb criptes dilatades irregulars) ... progressió PH → PSS.

Parla amb el teu patòleg!!




Mentres tant, un PHiperplàstic proximal >10mm ...

És un Pòlip Serrat Sèssil !!!!!



XXIV



Congrés de la Societat Catalana de Digestologia

29 al 31 de gener de 2015

XX Curs de Formació
en Digestologia

Girona, Palau de Congressos



**Quina vigilància
endoscòpica hem de fer?**

Forta evidència de progressió de PSS a PSS amb displàsia i a CCR



No disposem d'estudis longitudinals



Quins factors hem de considerar?

Història Natural dels pòlips serrats

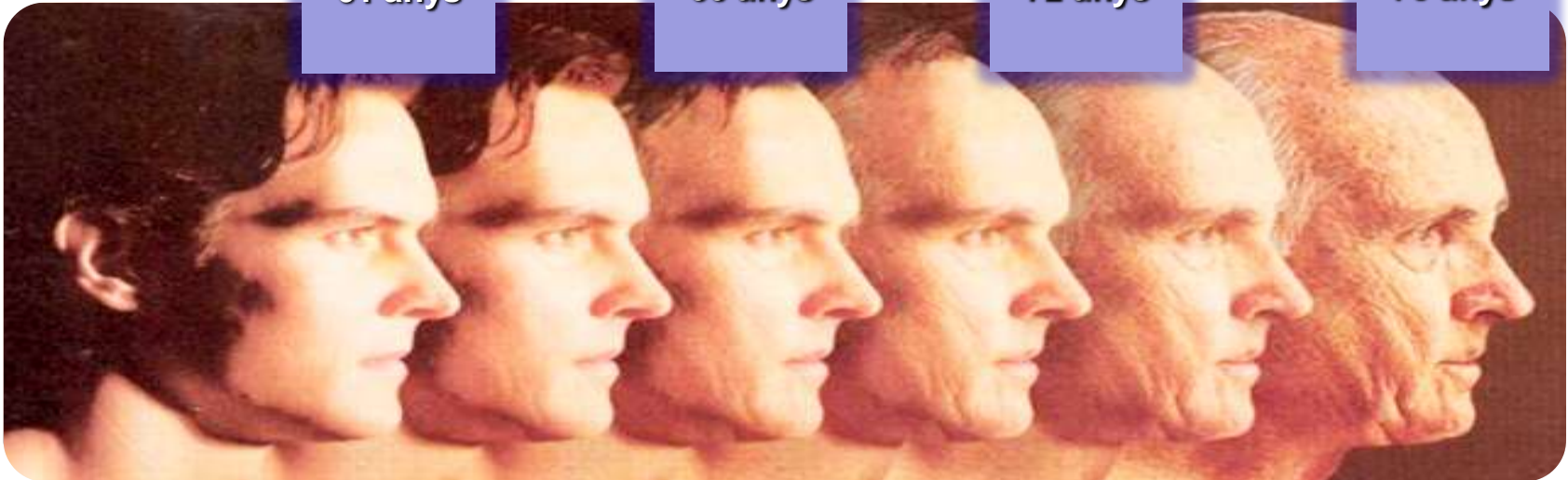


61 anys

66 anys

72 anys

76 anys



Nombre de pòlips

Major nombre de Pòlips Serrats > Risc de CCR



Sd de la Poliposi Serrada

Coexistència amb adenomes

GASTROENTEROLOGY 2010;139:1503-1510

The Presence of Large Serrated Polyps Increases Risk for Colorectal Cancer

SAKIKO HIRAOKA,* JUN KATO,* SHIGEATSU FUJIKI,[‡] EISUKE KAJI,*[§] TAMIYA MORIKAWA,[¶] TAKATOSHI MURAKAMI,* TORU NAWA,** MOTOAKI KURIYAMA,* TOSHIO URAOKA,* NOBUYA OHARA,^{††} and KAZUHIDE YAMAMOTO*

*Department of Gastroenterology and Hepatology, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry, and Pharmaceutical Sciences, Okayama; †Tsuayama Central Hospital, Okayama; ‡Japanese Red Cross Society Himeji Hospital, Hyogo; §Mitoyo General Hospital, Kagawa; ¶Fukuyama Medical Center, Hiroshima; *Saiseikai Inabari Hospital, Ehime; **Fukuyama City Hospital, Hiroshima; and ††Department of Pathology and Oncology, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry, and Pharmaceutical Sciences, Okayama, Japan

CLINICAL-
 ALIMENTARY TRACT

Pòlip serrat > 10 mm OR 4,01 (2,83-5,69) Neoplàsia Avançada sincrònica
OR 3,34 (2.16-5.03) Càncer colorectal sincrònica

Localització de la lesió serrada

P. serrat proximal	OR 1,9	Neoplàsia Avançada sincrònica
P. serrat proximal \geq 10mm	OR 3,4	Neoplàsia Avançada sincrònica

P. serrat proximal	OR 3,1	Neoplàsia Avançada metàcrona
--------------------	--------	------------------------------

Mitchal A, Gastroenterology, 2010

Els PSS distals són molt poc freqüents ... però tenen el mateix risc de CCR?

Mida dels pòlips :

ADENOMAS



PÒLIPS SERRATS

Major tamany més risc

Punt de tall: 10mm com als adenomes?

Tamany mitjà dels PSS amb malignitat 8-11mm !!!!

Hem de fer millor la feina!!

- Una major ***variabilitat de la tasa de resecció*** dels pòlips serrats (3-18 vegades)
- ***Temps de retirada***: 9 minutos (*Butterly L 2014*)
- ***Resecció incompleta*** (*CARE study Gastroenterology 2013*)
 - Global: 10%
 - Adenomes 7% vs PSS 31%
 - PSS >10mm 47%

PROPOSTA DE VIGILÀNCIA ENDOSCÒPICA – Programa Cribratge a Catalunya



PROPOSTA DE VIGILÀNCIA ENDOSCÒPICA – Programa Cribratge a Catalunya

Situació de Risc	Criteris diagnòstics	Estratègia de Vigilància
Sense risc	Pòlip hiperplàstic < 10 mm al recte-sigma	Tornar al programa de cribratge
Lesions de baix risc	1-2 adenomes tubulars amb displàsia de baix grau de <10 mm, ó 1-2 pòlips serrats sense displàsia <10mm	Tornar al programa de cribratge
Lesions de risc intermedi	3-4 adenomes tubulars amb displàsia de baix grau < 10 mm, o 1-4 adenomes tubulars 10-19 mm amb displàsia de baix grau, o 1-4 adenomes < 20mm amb component vellós i/o displàsia d'alt grau/carcinoma intramucós, o 3-4 pòlips serrats < 10mm sense displàsia, o 1 – 4 pòlips serrats 10 – 19mm sense displàsia, o 1 – 4 pòlips serrats < 20mm amb displàsia	Colonoscòpia als 3 anys
Lesions d'alt risc	≥ 5 adenomes/pòlips serrats, o ≥ 1 adenoma/pòlip serrat ≥ 20mm	Colonoscòpia en 1 any

PROPOSTA DE VIGILÀNCIA ENDOSCÒPICA – Programa Cribratge a Catalunya

Situació de Risc	Criteris diagnòstics	Estratègia de Vigilància
Sense risc		
Lesions de baix risc		
Lesions de risc intermedi		
Lesions d'alt risc		

PROPOSTA DE VIGILÀNCIA ENDOSCÒPICA – Programa Cribratge a Catalunya

Situació de Risc	Criteris diagnòstics	Estratègia de Vigilància
Sense risc	Els PH del recte – sigma petits (<10mm) no compten → Cribratge	
Lesions de baix risc		
Lesions de risc intermedi		
Lesions d'alt risc		

PROPOSTA DE VIGILÀNCIA ENDOSCÒPICA – Programa Cribratge a Catalunya

Situació de Risc	Criteris diagnòstics	Estratègia de Vigilància
Sense risc	Els PH del recte – sigma petits (<10mm) no compten → Cribratge	
Lesions de baix risc	1-2 pòlips < 10mm → Cribratge	
Lesions de risc intermedi		
Lesions d'alt risc		

PROPOSTA DE VIGILÀNCIA ENDOSCÒPICA – Programa Cribratge a Catalunya

Situació de Risc	Criteris diagnòstics	Estratègia de Vigilància
Sense risc	Els PH del recte – sigma petits (<10mm) no compten → Cribratge	
Lesions de baix risc	1-2 pòlips < 10mm → Cribratge	
Lesions de risc intermedi		
Lesions d'alt risc	5 pòlips ó 1 ≥ 20 mm Colonoscòpia 1 any “ de neteja”	

PROPOSTA DE VIGILÀNCIA ENDOSCÒPICA – Programa Cribratge a Catalunya

Situació de Risc	Criteris diagnòstics	Estratègia de Vigilància
Sense risc	Els PH del recte – sigma petits (<10mm) no compten → Cribratge	
Lesions de baix risc	1-2 pòlips < 10mm → Cribratge	
Lesions de risc intermedi	La resta ... colono en 3 anys	
Lesions d'alt risc	5 pòlips ó 1 ≥ 20 mm Colonoscòpia 1 any “ de neteja”	

Dona de 62 a

Indicació: Test de SOF positiu en el programa de cribratge

Preparació: Escala de Boston: 5/9. **Colon dret 0/3**, transvers 2/3, colon esquerre 3/3.

Exploració: S'explora fins el fons cecal visualitzant la vàlvula ileocecal. Preparació inadequada per presència de restes fecals sòlides a colon dret que impedeixen l'avaluació correcta de la mucosa a aquest nivell.

Lesions detectades:

- A **colon dret**, proper a la vàlvula ileocecal, pòlip pla de **15 mm**. S'infiltra la base amb adrenalina i s'extirpa en bloc: AP **pòlip serrat sèssil sense displàsia**.


- A l'**angle hepàtic**, pòlip sèssil de **12 mm**. S'infiltra la base amb adrenalina i s'extirpa en bloc: AP **pòlip hiperplàstic**.

A **colon transvers**, pòxim a l'angle hepàtic, pòlip sèssil de **4 mm**. S'extirpa amb nansa freda. AP: **pòlip hiperplàstic**.

Al **sigma**, a 28 y 30 cm de marge anal, dos pòlips pediculats de **8 y 12 mm**. S'extirpen amb nansa en 1 fragment. AP: 2 **adenomes** tubulars amb displàsia de baix grau



XXIV



Congrés de la Societat Catalana de Digestologia

29 al 31 de gener de 2015

XX Curs de Formació
en Digestologia

Girona, Palau de Congressos

1ª COLONOSCÒPIA Lesions detectades:

- 1 PSS 12 mm en colon dret
- 1 PÒLIP HIPERPLÀSTIC de 15 mm a l'angle hepàtic.
- 1 PÒLIP HIPERPLÀSTIC a colon transvers de 5 mm.
- Al sigma, 2 adenomes tubulars amb displàsia de baix grau de 8 y 12 mm.

-2ª COLONOSCÒPIA: Lesions detectades:

- 1 PÒLIP HIPERPLÀSTIC A COLON TRANSVERS DE 5 MM
- 1 PSS sense displàsia de 8 mm a colon dret



Congrés de la Societat Catalana de Digestologia
29 al 31 de gener de 2015

XX

Curs de Formació
en Digestologia

Girona, Palau de Congressos

**Què canvia en el seu
maneig?
Quin tractament l'hem
d'oferir?**

2 PSS colon der (1 >10mm)
1 PH en colon der >10mm
2 PH en transverso < 10mm
1 PH sigma < 10mm
1 Adenoma 12mm sigma DBQ

= Sd. Poliposi Serrada





Síndrome de la poliposi serrada (2010)

≥ 5 pòlips serrats proximals al sigma, 2 ≥ 10 mm

≥ 20 pòlips serrats al llarg de tot el colon

≥ 1 pòlip serrat proximal a sigma en 1^o grau amb SPS

Síndrome de la poliposi serrada

- Prevalença: 0,01-0,05% (estudis sense cromoendoscòpia)
- FCS cribratge per TSOE +: 1/151– 1/294 (*Biswas , 2013*) (*Moreira L, 2013*)
- Edat del diagnòstic: 50-60 anys
- Risc de CCR 25-70% (30% al diagnòstic)

Síndrome de la poliposi serrada

- Lesions precursoras : PH microvesiculars
- Adenomes sincrònics (70%) (*Bopari, 2010*)
- Diversitat fenotípica (no diagnòstic genotípic)
- Predisposició genètica
 - Edat
 - Antec familiars de CCR 33-59%
 - Familiars 1^o grau: Augment risc CCR x5



Recomanacions

-Derivació a centres de referència.

-Cromoendoscòpia/ NBI anual

Kahi CJ, Gastrointestinal Endoscopy 2012

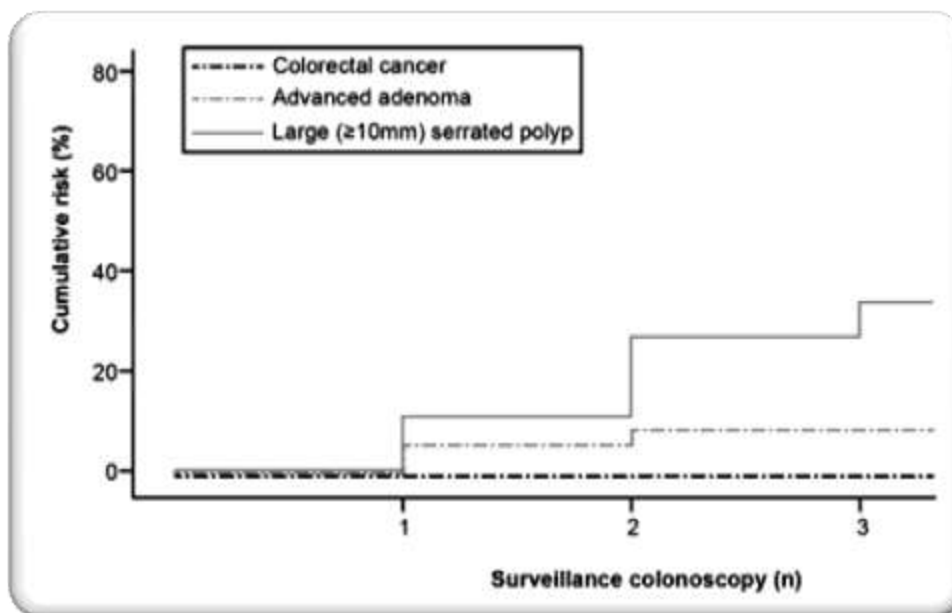
Boparai KS. Endoscopy 2011

-Cirurgia si no es pot controlar la malaltia (valorar colectomia subtotal).

Incidence of Colonic Neoplasia in Patients With Serrated Polyposis Syndrome Who Undergo Annual Endoscopic Surveillance

Hazewinkel Y, Gastroenterology, 2014

50 SPS – Colonoscòpia amb resecció de tots els Pòlips ≥ 3 mm
Colonoscòpia anual (Alta definició)



34% P Serrat ≥ 10 mm

9% Adenoma Avançat

0%CCR




Recomanacions

- Familiars 1^o grau
 - Colonoscòpia
 - 30-40 anys o 10 anys abans del cas més jove.
 - cada 5 anys o més freq si es troben lesions
- Participar en projectes multicèntrics per afavorir el coneixement.



XXIV



Congrés de la Societat Catalana de Digestologia

29 al 31 de gener de 2015

XX Curs de Formació
en Digestologia

Girona, Palau de Congressos