

COMPLICACIONS DE LA RESECCIÓ MUCOSA ENDOSCÒPICA DE LESIÓNS COLORECTALS DE MIDA GRAN

ESTUDI MULTICÈNTRIC DEL GRUP ESpanyol de REM

Carles Guarner Argente; Marco Antonio Alvarez-Gonzalez; Orlando García; María Pellisé;
Esteban Saperas; Mar Concepción; Faust Riu; María Lopez; Eduardo Albéniz; Grupo de
Resección Mucosa Endoscópica de la SEED

Grupo español de REM (Sociedad Española de Endoscopia Digestiva)

- Complejo Hospitalario de Navarra – Eduardo Albéniz, María Fraile, Antonio Pueyo, Javier Eguras, Javier Jiménez
- H. Juan Canalejo - Noel Pin Vieito, Pedro Alonso-Aguirre
- CHU Vigo - David Martínez-Ares
- H. de la Santa Creu y Sant Pau - Carlos Guarner-Argente
- CH Ourense - Joaquín Cubiella, Santiago Soto, David Remedios
- HCU Lozano Blesa - Carla Jerusalén Gargallo
- HU Montepíncipe - Felipe Ramos
- H. del Mar - Marco Antonio Álvarez, Xavier Bessa i Caserras
- HG Ciudad Real - Joaquín Rodríguez-Sánchez, Bartolomé López-Viedma
- HU Donostia - Fernando Múgica, Julyssa Cobian
- HGU Gregorio Marañón - Óscar Nogales
- HU Puerta de Hierro - Mariano González-Haba, Alberto Herreros de Tejada
- HU Lucus Augusti - Leopoldo López-Roses
- H. Virgen de las Nieves - Eduardo Redondo, Juan Gabriel Martínez-Cara
- HU Virgen Macarena - Manuel Rodríguez-Tellez, Alejandra Jiménez
- Centro Andaluz de Gastroenterología Integral - Felipe Martínez-Alcalá
- H. Moisés Broggi - Orlando García
- H. de Valdecilla - Joaquín de la Peña, Álvaro Terán
- HU Virgen de la Arrixaca - Akiko Ono, Fernando Alberca de las Parras
- H. Clinic Barcelona - Anna Baiges, María López Cerón, María Pellisé
- Hospital General de Catalunya - Esteban Saperas
- CH La Mancha Centro - Francisco Pérez Roldán



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPÍA DIGESTIVA

INICIOS / JORNADAS / SEMINARIOS / CURSOS / TALLERES / TRABAJOS / NOTICIAS / SELECCIONES / FERIADAS / SITIOS

Grupo de Trabajo de Mucosectomía

OBJETIVOS DEL GRUPO DE TRABAJO DE RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSECTOMÍA

Introducción: Trabajos ALGUNOS ALGUNOS

La MCE es recomendable en un porcentaje ampliamente difundido, que se realiza principalmente en todos los centros de medicina digestiva. Sin embargo, sigue siendo necesario mejorar la técnica y su resultado. Una parte importante del trabajo de los socios representativos incluyendo en la RENM, tiene los siguientes objetivos:

OBJETIVOS ALGUNOS

- Se pretenden crear reuniones propulsadas en cada centro participante (total trabajo), donde se realice la RENM de manera sistemática de gran calidad, usando una metodología sobre la técnica y resultado de la técnica que sea útil para su desarrollo.
- La realización de estos registros en una base de datos central que constituirá el 1º anuario de los procedimientos realizados y sus resultados, permitiendo conocer el avance actual de la RENM en nuestro medio, ya que podrá servir como punto de referencia que considerar y qué cambios beneficiosos aplicar en la práctica clínica.

OBJETIVOS ALGUNOS

- Promover la difusión de la técnica en cursos organizados por la RENM.
- Organizar una guía de práctica clínica sobre RENM en las diferentes localizaciones del tubo digestivo.
- Realizar reuniones periódicas del grupo de trabajo en las que se revisen los resultados del trabajo, se discutirán nuevas ideas/nuevas técnicas y se formen y reporten resultados e innovaciones en la técnica.

OBJETIVOS ALGUNOS

- Compartir la publicación de resultados de los registros realizados en RENM. Presentando estos resultados científicos más altos que se evalúen en cada reunión científica convocada de la RENM (congresos, simposios, etc).

<http://www.wseed.org/>

INTRODUCCIÓ

- La resecció endoscòpica mucosa (REM) és el procediment terapèutic més comú per les **lesions del colón extenses o planes als països occidentals**

✓ Eficàcia de la tècnica:

- Resecció completa en una sola sessió: 89.2%
- Recurrència: 4.2–55%

Swan Gastrointest Endosc, 2009

Moss, Gastroenterology 2011

Buchner, Gastrointest Endosc 2012

Moss, Gastrointest Endosc 2012

- ✓ Les lesions de gran mida requereixen **resecció en fragments** que s'associa a major risc de recurrència (especialment si es compara amb la dissecció submucosa endoscòpica (DSE))



INTRODUCCIÓ

✓ Seguretat de la REM

Les principals complicacions són la **hemorràgia** (immediata: 0-38%, diferida 0-7.3%) i la **perforació** (0-3.8%)

Sorbi, Gastrointest Endosc 2000

Khashab, Gastrointest Endosc 2009

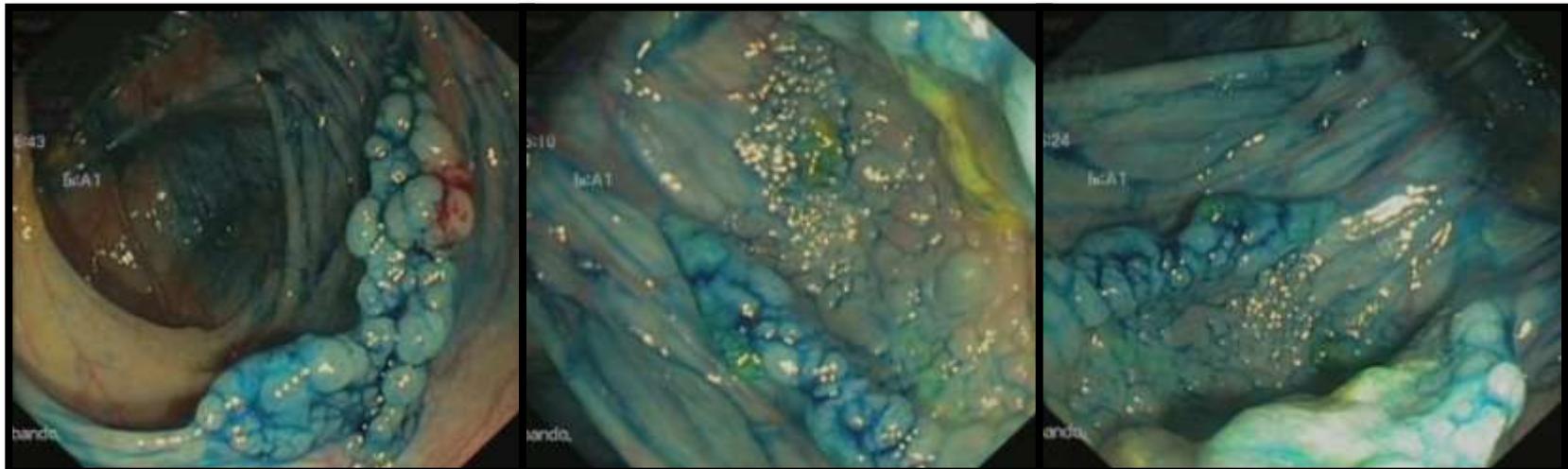
Burgess, Clin Gastroenterol Hepatol 2014



- **No hi ha procediments estandarditzats per la prevenció**
- Identificació de factors de risc → estratègies de **prevenció, guies**

OBJECTIUS

- Descriure la taxa de complicacions després de la REM de lesions colorectals de gran mida en el nostre medi
- Identificar factors de risc relacionats amb les complicacions



MÉTODES

- Les **REM de lesions colorectals grans (≥ 20 mm)** recollides prospectivament des de Febrer del 2013 a Agost del 2014 a **22 hospitals**
- Es recullen dades del pacient, de la lesió, del procediment, així com resultats, seguiment i complicacions

❑ **Hemorràgia tardana (HT)** es defineix com:

- ✓ **Hemorràgia clínicament evident**
- ✓ **Descens de l'hemoglobina >2 g/dL**
- ✓ De la **pressió sanguínia >20 mmHg**
- ✓ **Augment de la freqüència cardíaca $>20\%$**

evidenciat després de l'alta de la unitat d'endoscòpia



RESULTATS

- **1274 REM de lesions de gran mida (1190 pacients)**
972 EMR registrades de manera prospectiva



Característiques dels pacients

- ✓ 766 (62.3%) homes
- ✓ Edat mitjana 70 anys (24-95)
- ✓ ASA I-II 68.2%, ASA III-IV 31.8%
- ✓ Fàrmacs:
 - Antiagregants: 236 (18.9%)
 - Anticoagulants: 120 (9.6%)

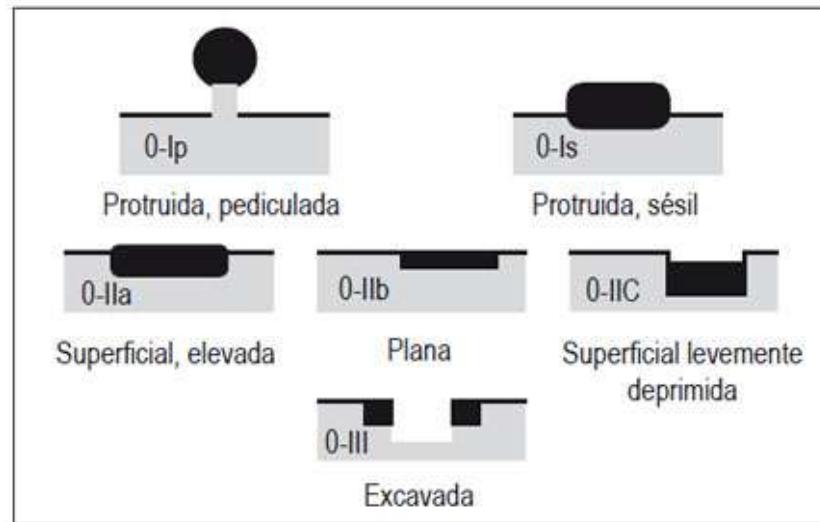


- 1274 REM de lesions de gran mida

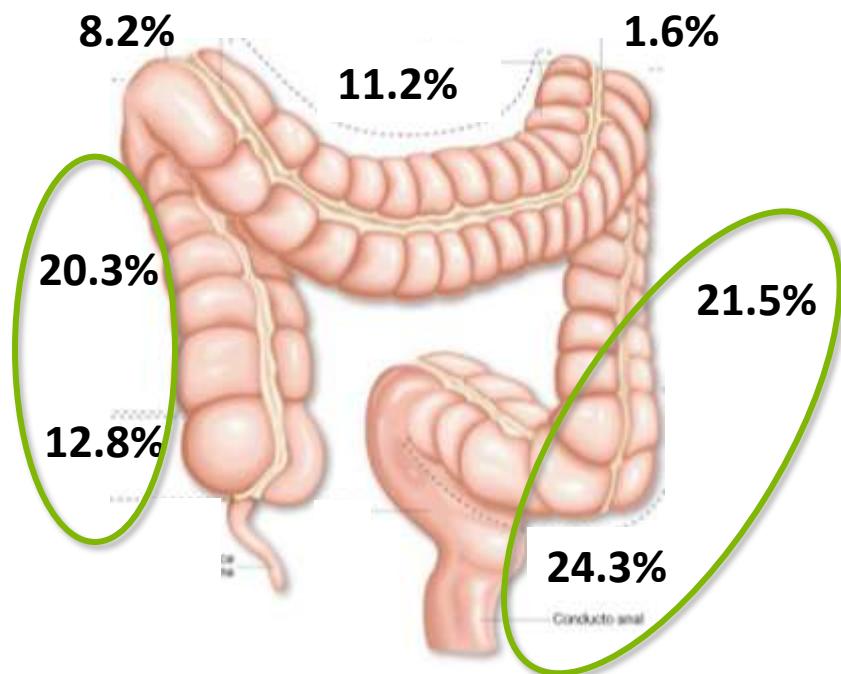
Característiques de les lesions

- ✓ Mida mitja **31.32 mm** (rang 20-120)

Paris	N	%
0-Is	623	49.1
0-IIa	532	42
0-IIb	64	5
0-IIc	10	0.8
0-IIa+ 0-IIb	33	2.6
0-IIb + 0-IIc	6	0.5



- ✓ Localització



- 1274 REM de lesions de gran mida

Tècnica

- ✓ “Injecció i tall”
- ✓ Adrenalina 821 (65%)
- ✓ En fragments 975 (77.4%)
- ✓ APC 480 (37.9%) → mètode de coagulació 82 (6.5%)
- ✓ Clips 382 (29.9%) → tancament complet 221 (17.5%)



COMPLICACIONS

• *Hemorràgia*

✓ Hemorràgia immediata 74 (5.8%)

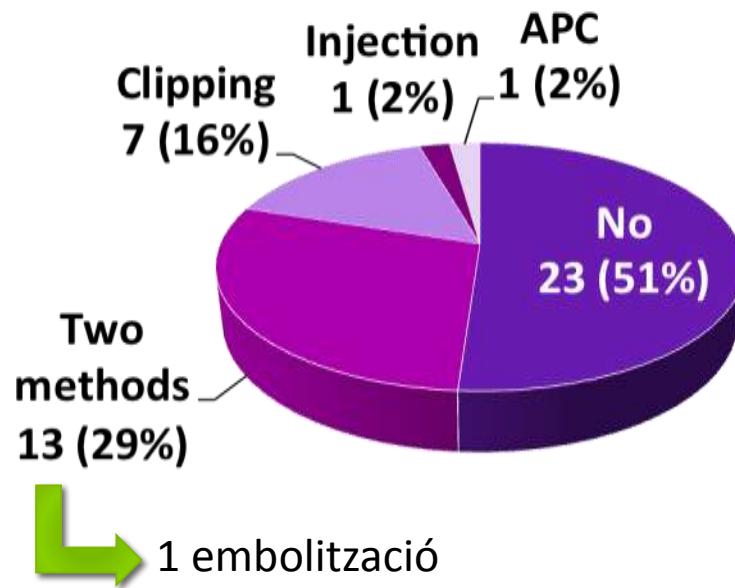
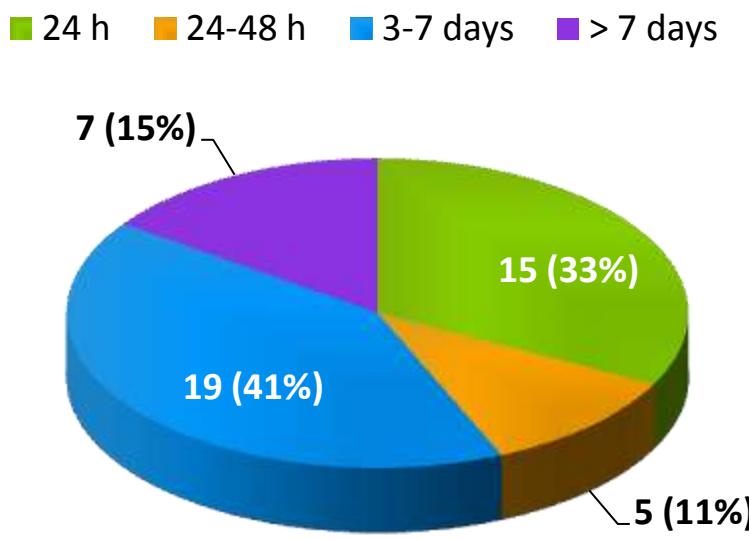


1 tractament quirúrgic



✓ Hemorràgia tardana (HT) 46 (3.6%)

DB treatment



Factors de Risc d'hemorràgia tardana (anàlisis univariant)

Patient characteristics				
		No delayed bleeding (n=1220; 96.4%)	Delayed bleeding (n=46; 3.6%)	p
Age (years)		Mean 68.56 (SD 10.80, range 24-95)	Mean 69.50 (SD 15.93, range 24-87)	NS
		33.6% ≥75 y	55.8% ≥75 y	<0.01
Sex	Male/female	729/450 (61,8/38,2%)	31/13 (70,5/29,5%)	NS
ASA classification score	I-II	830 (68.9%)	21 (45.7%)	<0.01
	III-IV	375 (31.1%)	25 (54.3%)	
Aspirin treatment	No	1020 (84.8%)	33 (71.7%)	0.06
	100-300 mg/d ceased	149 (12.3%)	9 (19.6%)	
	100-300 mg/d during EMR	39 (3.2%)	4 (8.7%)	
Anticoagulant therapy	No	864 (72.4%)	22 (47.8%)	No Vs yes <0.05
	Antiplatelet	208 (17.4%)	15 (32.6%)	
	Dual- antiplatelet	9 (0.8%)	1 (2.2%)	
	Acenocoumarol	112 (9.4%)	8 (17.4%)	

Factors de Risc d'hemorràgia tardana (anàlisis univariant)

Lesion characteristics				
		No delayed bleeding (n=1220; 96.4%)	Delayed bleeding (n=46; 3.6%)	p
Size (mm) mean		31.27 (SD 12.32) Range: 20-120 mm	33.98 (SD 12.26) Range: 20-80 mm	NS
	≥30 mm/≥40 mm	641 (52.7%) / 322 (26.5%)	31 (68.9%) / 18(40%)	<0.05 / 0.05
Location	Cecum	150 (12.3%)	11 (23.9%)	0.01
	Ascending colon	243 (19.9%)	14 (30.4%)	
	Hepatic flexure	99 (8.1%)	6 (13%)	
	Transverse colon	140 (11.5%)	3 (6.5%)	
	Splenic flexure	20 (1.6%)	0	
	Left colon	262 (21.5%)	9 (19.6%)	
	Rectum	305 (25.0%)	3 (6.5%)	
	Proximal to transverse/proximal to splenic flexure	492 (40.4%) / 632 (51.8%)	31 (67.4%) / 34 (73.9%)	<0.01

Factors de Risc d'hemorràgia tardana (anàlisis univariant)

Lesion characteristics				
		No delayed bleeding (n=1220; 96.4%)	Delayed bleeding (n=46; 3.6%)	p
Paris classification	0-Is	600 (49.4%)	19 (42.2%)	NS
	0-IIa	507 (41.7%)	23 (51.1%)	
	0-IIb	62 (5.1%)	1 (2.2%)	
	0-IIc	9 (0.7%)	0	
	0-IIa+0-IIc	31 (2.6%)	2 (4.4%)	
	0-IIb+0-IIc	6 (0.5%)	0	
Histology	Adenoma	555 (47.3%)	24 (53.3%)	NS
	HGD/intramucosal carcinoma	431 (36.7%)	16 (35.6%)	
	Submucosal carcinoma	76 (6.5%)	2 (4.4%)	
	Serrated polyp	95 (8.1%)	2 (4.4%)	
	HGD/intramucosal carcinoma serrated	16 (1.4%)	1 (2.2%)	
	Submucosal carcinoma serrated	1 (0.1%)	0	

Factors de Risc d'hemorràgia tardana (anàlisis univariant)

EMR characteristics				
		No delayed bleeding (n=1220; 96.4%)	Delayed bleeding (n=46; 3.6%)	p
Adrenaline injection		793 (65.5%)	26 (56.5%)	NS
Resection	Piecemeal	933 (77.2%)	39 (84.8%)	NS
	En bloc	276 (22.8%)	7 (15.2%)	
Current	Cut/ coagulation / Endocut	8 (0.7%)/ 166 (13.7%) / 1040 (85.7%)	0/7 (15.2%)/ 39 (84.8%)	NS
APC	No	755 (62.2%)	27 (58.7%)	NS
	Yes (completing EMR)	249 (20.5%)	11 (23.9%)	
	Yes (coagulation)	79 (6.5%)	2 (4.3%)	
	Yes (discretion of endoscopist)	131 (10.8%)	6 (13%)	
Clips	No	844 (69.9%)	30 (65.2%)	NS
Mucosal defect complete clip closure	Partially clipped	146 (12.1%)	13 (28.3%)	<0.05
	Fully clipped	218 (18%)	3 (6.5%)	



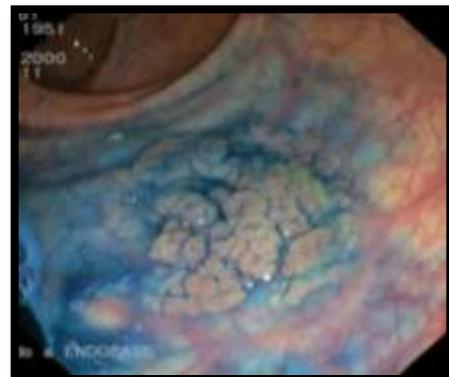
		No delayed bleeding	Delayed bleeding	Total
Mucosal defect complete clip closure	Partially clipped or not clipped	990	43 (4.16%)	1033
	Fully clipped	218	3 (1.35%)	221



Factors de Risc d'hemorràgia tardana (anàlisis multivariant)

Multivariate analysis for delayed bleeding after colonic EMR

	OR (CI %)	p
Size ≥ 30 mm	1.99 (1.00-3.93)	0.049
Proximal to transverse	3.22 (1.65-6.26)	0.001
ASA III-IV	2.00 (0.99-4.04)	0.055
Not fully clipped	3.08 (0.92-10.3)	0.068



COMPLICACIONS

- **Perforació: 15 (1.2%)**

✓ Tractament endoscòpic 13 (1%)

✓ Tractament quirúrgic 2 (0.2%)

No s'han associat factors de risc a la perforació



CONCLUSIONS

- El risc d'**hemorràgia tardana** després de la REM de lesions de gran mida al nostre estudi és d'un **3,6%**
 - ✧ L'HT ha estat més freqüent en lesions **≥30 mm**, localitzades al **còlon proximal** i en pacients amb comorbiditats (**ASA III–IV**)
 - ✧ Quan el defecte mucós es **tanca completament amb clips**, la HT ha estat molt infreqüent
 - Aquest podria ser un mètode eficient per prevenir la hemorràgia en pacients amb factors de risc
- El risc de **perforació** és d'**1.2%**
 - ✧ La majoria es controlen amb tractament endoscòpic i maneig conservador

