

El càncer colorectal (CCR) és un dels tumors més prevalents en el nostre medi. L'elevada incidència i morbimortalitat associades al CCR i el fet que reuneixi totes les condicions requerides per a ser susceptibles de cribatge i vigilància, justifiquen l'elaboració de programes de prevenció.

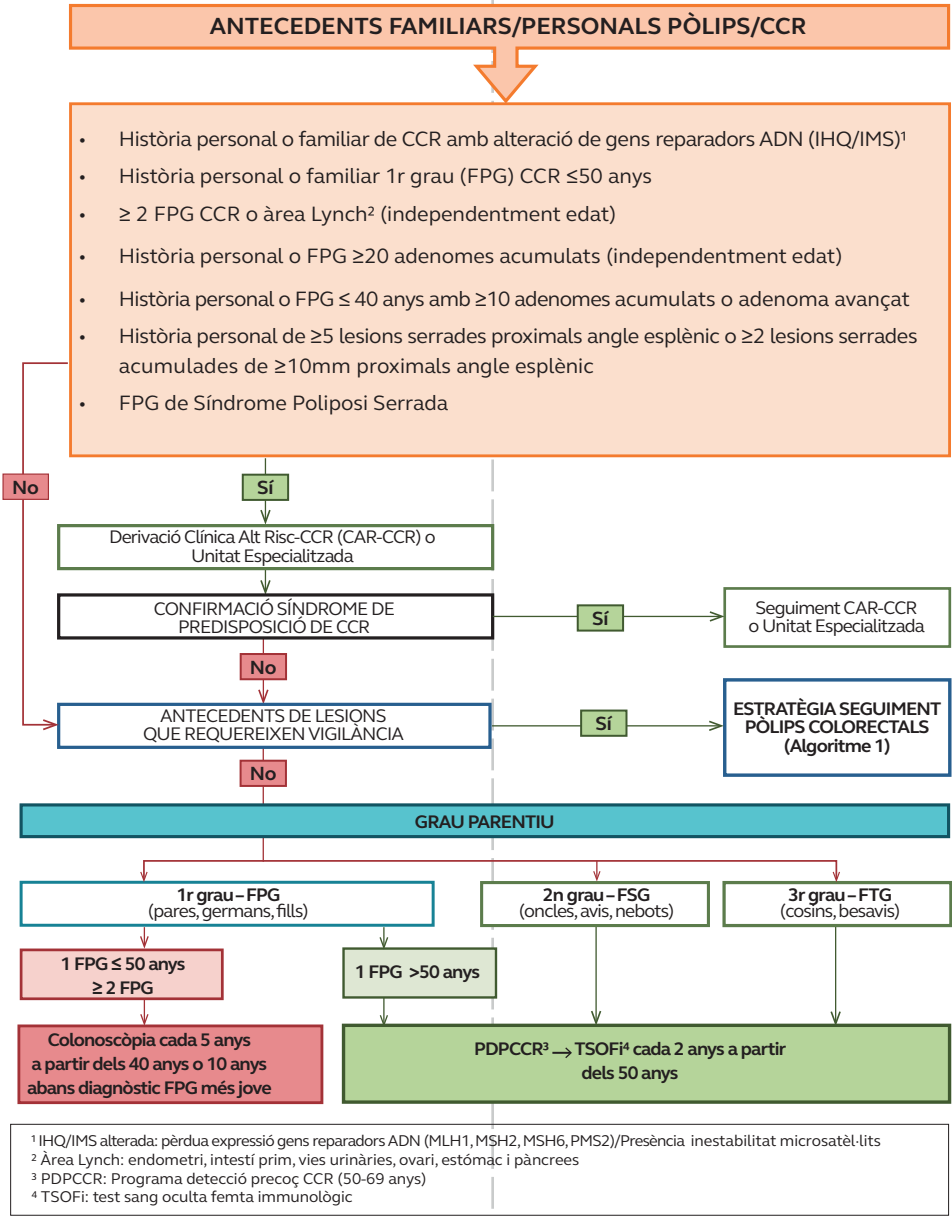
Les persones que han presentat adenomes i/o lesions serrades poden tenir més probabilitats de desenvolupar nous adenomes, lesions serrades o CCR en el futur i, per tant, es recomana una vigilància endoscòpica en les que compleixen criteris de risc. L'estratègia de vigilància postpolipectomia es basa en l'estratificació del risc en funció del nombre, la mida i les característiques histològiques dels pòlips. Les persones que no tenen pòlips o no compleixen aquests criteris de risc poden tornar al programa de cribatge als 10 anys (Algoritme 1).

Les persones que han presentat un CCR tenen més probabilitats de desenvolupar-ne un de nou al llarg de la seva vida (CCR metacrònic) i, per tant, es recomana una vigilància endoscòpica periòdica (Algoritme 2).

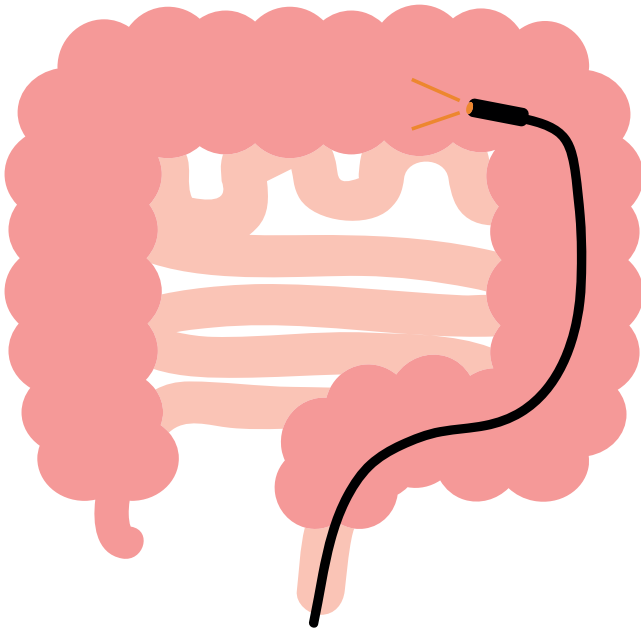
El CCR familiar fa referència a aquella situació en què existeixen antecedents familiars de CCR, però no es compleixen els criteris clínics ni moleculars de les síndromes hereditàries conegudes. Està ben establert que l'existència d'antecedents familiars de CCR pot augmentar el risc de desenvolupar aquesta neoplàsia, i que aquest risc varia en funció del nombre de familiars afectes, l'edat del diagnòstic i el grau de parentiu (Algoritme 3).

ALGORITME 3

AVALUACIÓ ANTECEDENTS FAMILIARS/PERSONALS DE PÒLIPS/CÀNCER COLORECTAL (CCR)



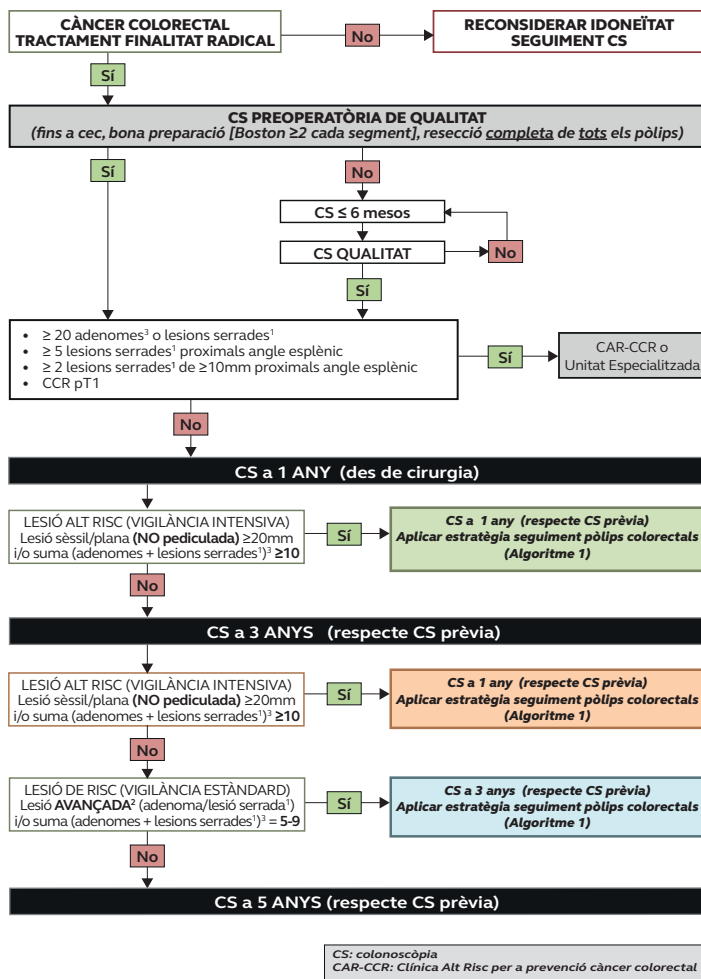
Adaptat de: van Leerdam ME, et al. Endoscopic management of Lynch syndrome and of familial risk of colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2019 Nov;51(11):1082-1093.



Algoritmes de seguiment antecedents personals i/o familiars de pòlips i càncer colorectal (CCR)

ALGORITME 2

ESTRATÈGIA SEGUIMENT CÀNCER COLORECTAL



¹ Lesions serrades (sèssil serrat, tradicional i hiperplàstic; excepte hiperplàstics <10 mm recte-sigma)

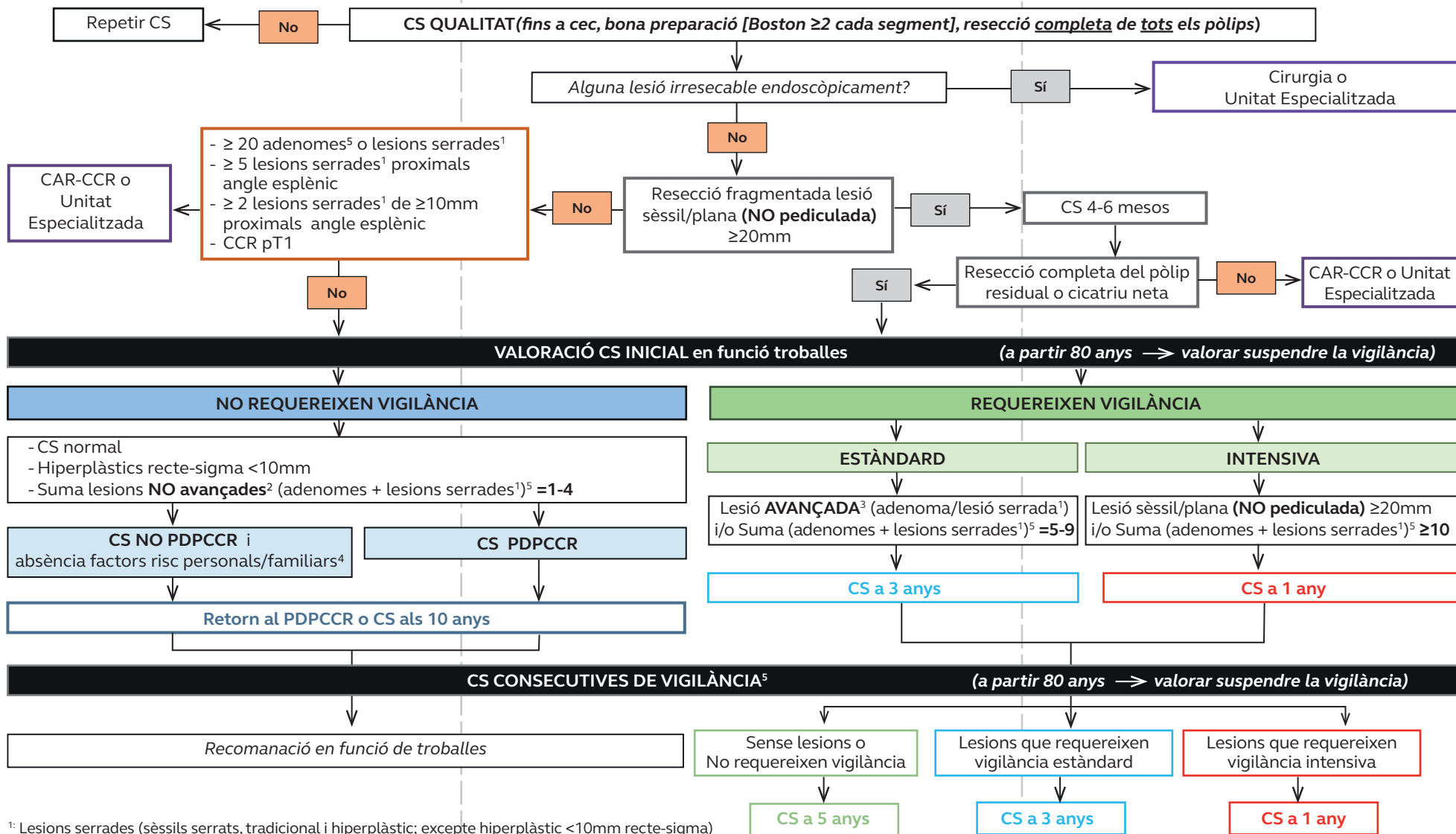
² Adenoma avançat (≥ 10 mm, component vellós o displàsia alt grau o in situ/intramucós) // Serrat avançat (≥ 10 mm o displàsia)

³ Pòlip resecat no recuperat <10 mm es considera lesió NO avançada (pòlips a recte-sigma ≤ 5 mm, NO es tenen en consideració)

Adaptat de: Hassan C, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. Endoscopy.2020 Aug;52(8):687-700 / Castells A, et al. Postpolypectomy surveillance in patients with adenomas and serrated lesions: a proposal for risk stratification in the context of organized colorectal cancer-screening programs. Endoscopy 2015;47:86-7.

ALGORITME 1

ESTRATÈGIA SEGUIMENT PÒLIPS COLORECTALS



¹ Lesions serrades (sèssils serrats, tradicional i hiperplàstic; excepte hiperplàstic <10 mm recte-sigma)

² Adenoma NO avançat (<10 mm, tubular i displàsia baix grau) // Serrat NO avançat (<10 mm i no displàsia)

³ Adenoma avançat (≥ 10 mm, component vellós o displàsia alt grau o in situ/intramucós) // Serrat avançat (≥ 10 mm o displàsia)

⁴ Avaluació antecedents familiars/personals de pòlips/càncer colorectal (Algoritme 3)

⁵ Pòlip resecat no recuperat <10 mm es considera lesió NO avançada (pòlips a recte-sigma ≤ 5 mm, NO es tenen en consideració)

Adaptat de: Hassan C, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. Endoscopy.2020 Aug;52(8):687-700 / Castells A, et al. Postpolypectomy surveillance in patients with adenomas and serrated lesions: a proposal for risk stratification in the context of organized colorectal cancer-screening programs. Endoscopy 2015;47:86-7