

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





JUSTIFICACIÓ DEL DOCUMENT

Està demostrat que la resecció dels pòlips de còlon redueix la incidència i mortalitat per càncer colorectal (CCR). L'estratègia de vigilància post-polipectomia es basa en l'estratificació dels pacients en funció del risc de desenvolupar pòlips metacrònics. La periodicitat de les exploracions dependrà de les característiques histològiques, mida i nombre de pòlips, a més de l'edat de presentació i dels antecedents familiars de neoplàsia colorectal.

És essencial que endoscopistes, patòlegs i clínics treballem coordinadament compartint la informació que ens permeti fer una correcta recomanació del maneig d'aquests malalts. Els informes d'anatomia patològica són una de les eines clau per assolir aquest objectiu.

La **Societat Catalana d'Anatomia Patològica** i la **Societat Catalana d'Àparell Digestiu** hem treballat conjuntament per elaborar aquest document, en forma de llistat de verificació (*checklist*), que pretén facilitar i homogeneïtzar els informes d'endoscòpia i d'anatomia patològica i evitar així no ometre cap apartat necessari per assolir un acurat tractament i seguiment dels malalts amb pòlips de còlon.

El document conté els següents apartats

1. LLISTAT DE VERIFICACIÓ DEL MATERIAL DE POLIPECTOMIA efectuada durant la colonoscòpia.
2. LLISTAT DE VERIFICACIÓ DEL CONTINGUT DE L'INFORME ANATOMOPATOLÒGIC dels pòlips de còlon.
3. LLISTAT DE VERIFICACIÓ DE L'INFORME ANATOMOPATOLÒGIC DE PÒLIP DE CÒLON MALIGNITZAT extirpat mitjançant polipectomia endoscòpica (pT1).
4. Annex 1. CLASSIFICACIÓ DE KIKUCHI i CLASSIFICACIÓ D'HAGGITT per avaluar infiltració submucosa per adenocarcinoma.
5. Annex 2. CRITERIS DE MAL PRONÒSTIC dels pòlips resecats endoscòpicament i amb infiltració submucosa per adenocarcinoma (pT1).
6. Annex 3. CLASSIFICACIÓ TNM (7a Edició).
7. Annex 4. ESTUDIS ADDICIONALS.
8. BIBLIOGRAFIA.



1. LLISTA DE VERIFICACIÓ DEL MATERIAL I INFORMACIÓ DE POLIPECTOMIA A FACILITAR AL SERVEI ANATOMIA PATOLÒGICA

- Cada pòlip preservat per separat en un pot amb formol sempre que sigui possible.
- Pots numerats i etiquetats amb nom i cognoms, número d'història clínica; data de la polipectomia.
- Petició per a l'estudi anatomopatològic.
 - Dades del pacient: Nom i cognoms; número d'història clínica; data d'obtenció de la mostra; nom de l'endoscopista.
 - Informació del contingut de cada pot – pòlip *(aquesta informació es pot obtenir de l'informe de la colonoscòpia)*.
 - Característiques macroscòpiques del pòlip (sèssil; pediculat; pla).
 - localització i mida en mm.
 - Polipectomia en un sol bloc o fragmentada.
- Identificació del marge de resecció en pòlips de >10 mm, sempre que sigui possible *(marcat amb tinta, o bé col·locant una agulla hipodèrmica en el marge de la tija)*.

Aquesta informació sol ser verificada pel personal administratiu o de recepció de mostres dels serveis d'anatomia patològica. En cas d'identificar alguna manca d'informació es reclamarà a l'endoscopista corresponent.

2. LLISTAT DE VERIFICACIÓ DE L'INFORME ANATOMOPATOLÒGIC DELS PÒLIPS DE CÒLON

- Dades de filiació**
 - Nom i cognoms.
 - Número d'història clínica.
 - Data d'obtenció de la mostra.
 - Data de l'informe.
 - Número de biòpsia.
 - Nom de l'endoscopista.
- Configuració del pòlip**
 - Sèssil.
 - Pediculat.
 - Pla.
- Integritat del pòlip**
 - En bloc.
 - Fragmentat.
- Diàmetre del pòlip en mm.**



Localització anatòmica del pòlip considerant la localització que es pot confirmar per colonoscòpia

- Recte.
- Rectosigmoide.
- Còlon a _____ cm del marge anal (*mesurat durant retirada colonoscopi*).
- Vàlvula ileocecal.
- No especificada.

Fins aquí, aquesta informació queda reflectida a l'encapçalament de l'informe d'anatomia patològica i es refereix a dades que adjunta l'endoscopista.

Tipus histològic del pòlip

- Adenoma tubular.
- Adenoma vellós.
- Adenoma tubulovellós.
- Adenoma serrat tradicional.
- Adenoma sèssil serrat.
- Pòlip hamartomatós.
- Pòlip fibroide inflamatori.
- Pòlip juvenil.
- Pòlip inflamatori.
- Indeterminat.

Displàsia epitelial (neoplàsia intraepitelial)

- Baix grau.
- Alt grau (*inclou la displàsia d'alt grau i l'adenocarcinoma in situ*).

Estat dels marges

- Lliures d'epiteli displàsic.
- En contacte amb epiteli amb displàsia de baix grau.
- En contacte amb epiteli amb displàsia d'alt grau.
- No s'identifica el marge de resecció.
- No valorable al rebre el pòlip fragmentat.



Resum llistat de verificació de les polipectomies

- Dades de filiació.
 - Configuració del pòlip.
 - Integritat del pòlip.
 - Diàmetre del pòlip en mm.
 - Localització anatòmica del pòlip.
- Dades facilitades per
l'endoscopista a adjuntar en
encapçalament de l'informe
d'anatomia patològica*
- Tipus histològic del pòlip.
 - Displàsia epitelial.
 - Estat dels marges.

3. LLISTAT DE VERIFICACIÓ DE L'INFORME ANATOMOPATOLÒGIC DELS PÒLIPS DE CÒLON MALIGNITZATS EXTIRPATS MITJANÇANT POLIPECTOMIA ENDOSCÒPICA

Caldrà afegir a la llista de verificació prèvia (pòlips de còlon)

Mida del pòlip malignitzat i del focus d'adenocarcinoma

Tipus histològic

- Adenocarcinoma.
- Adenocarcinoma mucinos o col·loide (>50% component mucinos).
- Adenocarcinoma de cèl·lules en anell de segell (>50%).
- Carcinoma adenoescatós.
- Carcinoma escatós.
- Carcinoma medul·lar.
- Carcinoma indiferenciat.
- Altres (especificar) _____
- Carcinoma. No es pot determinar el tipus.

Grau histològic

- Baix grau histològic (inclou bé i moderadament diferenciat; formació $\geq 50\%$ de glàndules).
- Alt grau histològic (inclou cèl·lules en anell de segell; cèl·lula petita; pobrament diferenciat o indiferenciat; formació $< 50\%$ de glàndules).
- No es pot determinar.
- Altres _____



Nivell d'infiltració de l'adenocarcinoma

- No es pot determinar.
- Làmina pròpia (pTis) sense que arribi a submucosa, encara que infiltri focalment, la *muscularis mucosae* sense sobrepassar-la (pTis).
- Submucosa (pT1) (*especificar gruix i profunditat de la invasió de submucosa*) (**mirar Annex 1**).
- Muscularis* pròpia (pT2).

Invasió vascular de vasos de petit calibre (d'invasió tumoral angiolímfàtica)

- Absent.
- Present.
- Indeterminada.

Invasió perineural

- Absent.
- Present.

Tumor budding (cèl·lules aïllades o nius de <5 cèl·lules en el marge infiltrant del tumor)

- Absent.
- Present.
 - Baix grau (<10 tumor buds/camp x100).
 - Alt grau (>10 tumor buds/camp x100).

Tipus de pòlip en el que s'ha originat el carcinoma

- Adenoma tubular.
- Adenoma vellós.
- Adenoma tubulovellós.
- Adenoma serrat tradicional.
- Adenoma serrat sèssil.
- Pòlip hamartomatos.
- Indeterminat.

Marge de resecció

- No s'identifica el marge de resecció del pòlip.
- Pòlip fragmentat i no permet determinar l'estat del marge de resecció.
- El marge de resecció està lliure de lesió tumoral.
- El marge de resecció contacta amb epiteli amb canvis de displàsia de baix grau.
- El marge de resecció contacta amb epiteli amb canvis de displàsia d'alt grau.
- El tumor contacta amb al marge de resecció.



- Distància al marge de resecció (*especificar els mm exactes*)
 - La distància del marge de resecció al tumor:
 - a. <1 mm (especificar: ____ mm).
 - b. Entre 1 i 2 mm (especificar: ____ mm).
 - c. <2 mm (especificar: ____ mm).

Altres troballes addicionals

Estudis addicionals (mirar Annex 3)

- Inestabilitat de microsatèl·lits (*biologia molecular*).
- Immunohistoquímica de les proteïnes dels gens reparadors del DNA.
- Estudi de mutació de KRAS, NRAS, BRAF.

Comentaris

Resum llistat de verificació per a pòlips malignitzats resecats per endoscòpia

- Dades de filiació.
- Configuració del pòlip.
- Integritat del pòlip.
- Diàmetre del pòlip en mm.
- Localització anatòmica del pòlip.
- Tipus histològic.
- Grau histològic.
- Nivell d'infiltració de l'adenocarcinoma.
- Invasió vascular de vasos de petit calibre.
- Invasió perineural.
- Tumor *budding*.
- Tipus de pòlip en el que s'ha originat el carcinoma.
- Marge de resecció.
- Altres troballes addicionals.
- Estudis addicionals.



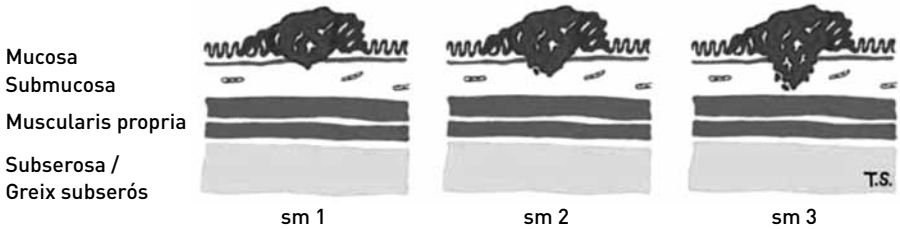
4. ANNEX 1.

CLASSIFICACIÓ DE KIKUCHI I DE UENO (PER A PÒLIPS SÈSSILS) I CLASSIFICACIÓ DE HAGGIT (PER A PÒLIPS PEDICULATS) PER AVALUAR INFILTRACIÓ SUBMUCOSA PER ADENOCARCINOMA

Classificació de Kikuchi

Per avaluar la infiltració submucosa per adenocarcinoma de les lesions no pediculades, quan s'identifica la totalitat de la capa submucosa (Kikuchi R, et al. Dis Colon Rectum 1995; 38:1286-95).

Aquesta classificació es pot aplicar en casos que s'identifica la totalitat de la capa submucosa, identificant la capa muscular pròpia en la biòpsia.



- L'adenocarcinoma envaeix la làmina pròpia (pTis).
- L'adenocarcinoma envaeix la làmina pròpia i sobrepassa la *muscularis mucosae* (pT1).
- L'adenocarcinoma envaeix la *muscularis mucosae* i penetra el terç superficial de la submucosa (Kikuchi sm1) (pT1).
- L'adenocarcinoma envaeix la *muscularis mucosae* i penetra els dos terços superiors de la submucosa (Kikuchi sm2) (pT1).
- L'adenocarcinoma envaeix la *muscularis mucosae* i penetra els tres terços de la submucosa (Kikuchi sm3) (pT1).

Classificació Ueno (Gastroenterology. 2004 Aug;127(2):385-94)

- L'adenocarcinoma envaeix la capa *muscularis mucosae* i penetra menys de 2000 µm la submucosa (pT1) (baix risc de metastasi ganglionar (2,5%).
- L'adenocarcinoma envaeix la capa *muscularis mucosae* i penetra més de 2000 µm la submucosa (pT1) (alt risc de metastasi ganglionar (18,2%).



Classificació d'Haggitt

Per avaluar infiltració submucosa per adenocarcinoma de lesions pediculades (sempre que s'identifiqui la totalitat de la capa submucosa) (Haggitt RC, et al. Gastroenterology 1985; 89: 328-36).



Level 1 ▾
Invasió de la submucosa però limitada al cap del pòlip



Level 2 ▾
Invasió que s'estén al coll del pòlip



Level 3 ▾
Invasió de qualsevol part del pedicle



Level 4 ▾
Invasió que sobrepassa el pedicle però per sobre de la *muscularis propria*

L'adenocarcinoma envaeix

- La làmina pròpia sense extensió a través de la *muscularis mucosae* a la tija connectivovascular (submucosa) (pTis).
- La làmina pròpia i s'estén a la *muscularis mucosae* sense penetrar a la submucosa (pTis).
- La submucosa però limitada al cap del pòlip (Haggitt 1) (pT1).
- La submucosa amb extensió al coll del pòlip (Haggitt 2) (pT1).
- La submucosa amb extensió a qualsevol part de la tija (Haggitt 3) (pT1).
- La tija i s'estén a la resta de la submucosa per sobre de la *muscularis pròpia* (Haggitt 4) (pT1).
- No es pot valorar la capa infiltrada per la fragmentació del material rebut.

5. ANNEX 2. CRITERIS MAL PRONÒSTIC

Pòlips colorectals amb focus d'adenocarcinoma, Estadi I (pT1NxMx)

Es considera càncer invasiu pT1 aquell que supera la *muscularis mucosae* i s'estén a la submucosa [sense assolir la muscular pròpia]. La probabilitat de metastasi ganglionar oscil·la entre el 2% i el 35% en funció dels criteris d'alt risc que confereixen mal pronòstic:

- Tumors mal diferenciats (alt grau).
- Presència d'invasió angiolímfàtica.
- Grau d'infiltració de la submucosa:

En pòlips plans i sèssils quan el focus d'adenocarcinoma afecta el terç mig i inferior de la submucosa (Classificació de Kikuchi SM2 i SM3) (sempre que s'identifiqui la totalitat de la capa submucosa) o infiltració de la submucosa a més de 2.000 µm en profunditat o més de 4.000 µm d'amplada.

En pòlips pediculats si el focus d'adenocarcinoma s'estén/infiltra per sota del coll del pòlip (Classificació d'Haggitt 3 i 4).

- Tumors grans (>2 cm).



6. ANNEX 3. CLASSIFICACIÓ TNM (7a edició)

Tumor Primari (pT). Identificació histològica que es pot fer amb biòpsies endoscòpiques

- pTX** No es pot avaluar el tumor primari.
- pT0** No hi ha signes de tumor primari.
- pTis** Carcinoma *in situ*: tumor intraepitelial; adenocarcinoma *in situ*; displàsia epitelial d'alt grau; neoplàsia intraepitelial d'alt grau; adenocarcinoma intramucós.
- Adenocarcinoma que envaeix la làmina pròpia amb o sense afectació de la *muscularis mucosae* sense afectar la submucosa.
- pT1** Tumor que envaeix la submucosa.

7. ANNEX 4. ESTUDIS ADDICIONALS

Inestabilitat de microsatèl·lits (especificar mètode d'anàlisi _____)

- Estable.
- Baixa.
- Alta.

Estudi immunohistoquímic de les proteïnes reparadores del DNA

MLH1

- Positivitat nuclear intacta en cèl·lules tumorals.
- Pèrdua de positivitat en cèl·lules tumorals.
- Pendent.
- Altres (especificar) _____

MSH2

- Positivitat nuclear intacta en cèl·lules tumorals.
- Pèrdua de positivitat en cèl·lules tumorals.
- Pendent.
- Altres (especificar) _____

MSH6

- Positivitat nuclear intacta en cèl·lules tumorals.
- Pèrdua de positivitat en cèl·lules tumorals.
- Pendent.
- Altres (especificar) _____

PMS2

- Positivitat nuclear intacta en cèl·lules tumorals.
- Pèrdua de positivitat en cèl·lules tumorals.
- Pendent.
- Altres (especificar) _____



8. BIBLIOGRAFIA

1. Castells A, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, et al. Prevenció del càncer colorrectal. Actualització 2009. *Gastroenterol Hepatol* 2009; 32:717.e1-717.e58.
2. Edge SB. American Joint Committee on Cancer: AJCC cancer staging manual. 7th edition. New York: Springer; 2010.
3. Haggitt RC, Glotzbach RE, Soffer EE, Wruble LD. Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: implications for lesions removed by endoscopic polypectomy. *Gastroenterology* 1985 Aug;89(2):328-36.
4. Kikuchi R, Takano M, Takagi K, Fujimoto N, Nozaki R, Fujiyoshi T, Uchida Y. Management of early invasive colorectal cancer: Risk of recurrence and clinical guidelines. *Dis Colon Rectum* 1995 Dec;38(12):1286-95.
5. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Colon càncer. Version 3.2013
6. O'Brien MJ, Winawer SJ, Grahan A, et al. The National Polyp Study. Patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. *Gastroenterology* 1990; 98:371-379.
7. Ueno H, Mochizuki H, Hashiguchi Y. Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma. *Gastroenterology* 2004 Aug;127(2):385-94.
8. Washington MK, Berlin J, Branton P, Burgart LJ, Carter DK, Fitzgibbons PL, Halling K, Frankel W, Jessup J, Kakar S, Minsky B, Nakhleh R, Compton CC; Members of the Cancer Committee, College of American Pathologists. Protocol for the examination of specimens from patients with primary carcinoma of the colon and rectum. *Arch Pathol Lab Med* 2009 Oct;133(10):1539-51.
9. Protocol for the Examination of Specimens from Patients with Primary Carcinoma of the Colon and Rectum Based on AJCC/UICC TNM, 7th edition. Protocol web posting date: June 2012. College of American Pathologists.

Secretaria Tècnica



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARIS

Sr. Enric Clarella

L'Acadèmia. Departament d'Activitats i Congressos

Major de Can Caralleu, 1-7 • 08017 Barcelona

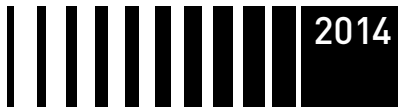
Tel. 932 031 852 • Fax 932 123 569

enricclarella@academia.cat

www.scdigestologia.org

Documents publicats

PLA ESTRATÈGIC DE NEOPLÀSIA COLORECTAL



Informes Anatomopatològics dels Pòlips de Còlon Extirpats
Mitjançant Polipectomia Endoscòpica

Informe de les Colonoscòpies en Pacients amb Pòlips de Còlon

Metodologia de la Colonoscòpia. Tractament dels Pòlips de Còlon