

Colorectal Polyps Missed with Optical Colonoscopy Despite Previous Detection and Localization with CT Colonography¹

Publicado na revista Radiology, Fevereiro de 2016, Volume 278: Número 2

REUNIÃO BIBLIOGRÁFICA

Carlos Miguel Oliveira
Interno de 4º ano

Radiologia – CHUC
20-06-2016

INTRODUÇÃO

O número de falsos negativos da colonoscopia ótica, segundo Rex et al., situa-se nos 13% para adenomas de pequenas dimensões (6-9mm) e 6% para >9mm).

No entanto, esta metodologia mostra um grande viés → sempre foi usada a própria colonoscopia (gold standard) para tentar calcular os falsos negativos dela mesma.

Por outro lado, um pólipó referenciado numa colonografia que não era encontrado numa colonoscopia ótica subsequente era considerado um falso positivo da colonografia.

Os autores frisam a importância de resolver esta questão dado o potencial de malignidade que cada pólipó representa.

INTRODUÇÃO

Há vários estudos que mostram que há menos variação nos resultados da colonografia que na colonoscopia ótica.

O objectivo deste estudo foi então:

Avaliar e caracterizar, de forma retrospectiva, os vários polipos coloretais diagnosticados por colonografia mas que não foram confirmados por colonoscopia ótica realizada de forma subsequente e de forma não cega.



Pretende-se mimetizar a prática clínica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho de estudo

Estudo retrospectivo, com base em registos médicos.

População

Adultos que cumprissem os seguintes critérios:

- a) colonografia entre 2004 a 2013 – 10976 exames – 2606 pólipos.
- b) Existência de follow-up no caso da colonografia inicial mostrar alterações

Critérios de exclusão:

- a) Doentes com história de CCR, DII, polipose, cirurgia coloretal prévia ou sintomáticos para o trato GI baixo.

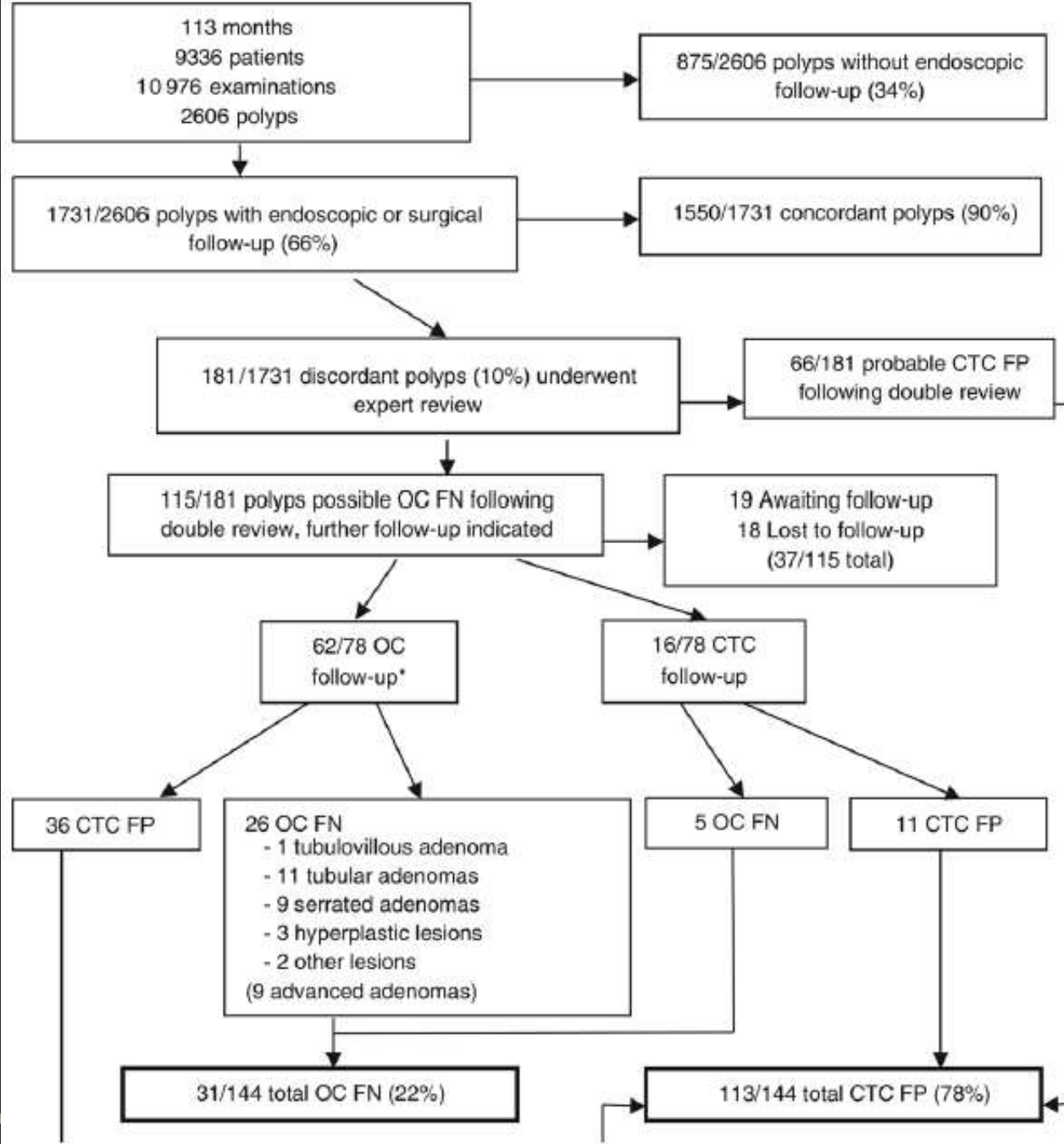


Figure 1: Flow diagram of study cohort. *Ten of the 62 polyps with OC follow-up first underwent repeat CT colonography (CTC) to confirm the presence of a lesion.

MATERIAIS E MÉTODOS

Recolha de dados

Todos os exames de colonografia por TC foram avaliados por um dos 12 radiologistas que trabalham na instituição, com média de 14 anos de serviço. Em caso de discordância, eram dois destes radiologistas que tentavam chegar a um acordo (e nunca incluíam o radiologista que tinha relatado a Colonografia que gerou a dúvida).

Mais de 90% das CO foram realizadas por gastroenterologistas experientes com média de 18 anos de serviço.

8-64 detectores

Análise tanto 3D como MPR.

RESULTADOS

Table 2

Comparison of Confirmed OC Misses with Concordant Lesions by Using CT Colonographic Imaging

Variable	FN Findings Confirmed with OC	Concordant CT Colonography and OC*	P Value
Polyp size (mm) [†]	8.5 ± 3.3	11.0 ± 9.0	.123
Polyp morphologic structure			
Sessile or pedunculated	74 (23/31)	83 (1280/1535)	.220
Flat	26 (8/31)	17 (255/1535)	...
Polyp location			
Right colon	71 (22/31)	47 (723/1535)	.010
Left colon	29 (9/31)	53 (812/1535)	...
Diagnostic confidence [‡]	2.8 ± 0.5	2.8 ± 0.5	>.999

Note.—Unless otherwise indicated, data are percentages with numerator and denominator in parentheses. There were 31 FN findings confirmed with OC. There were 1535 findings confirmed with concordant CT colonography and OC.

* Benign stricturing disease (*n* = 15) excluded.

[†] Data are means ± standard deviation.

[‡] Three-point scale with CT colonography (diagnostic confidence: 3, most; 2, somewhat; 1, least).

RESULTADOS

Dos 26 pólipos não visualizados na colonoscopia mas que foram confirmados com colonoscopia subsequente, 21 deles (81%) mostraram ser pré-malignos (adenomas tubulares, tubulovilosos e serrados).

DISCUSSÃO

CCR – Problema de saúde pública, estimando-se 136000 novos casos/ano nos EUA.

As *guidelines* atuais mostram que o rastreamento e remoção de pólipos reduz a incidência e mortalidade desta patologia e preconizam a realização de colonoscopia a cada 10 anos a partir dos 50 anos, caso não seja encontrada patologia.



10 anos é um período muito longo, dando relevância a qualquer pólipo que não seja encontrado pelo gastroenterologista – potencial neoplasia de intervalo.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria das lesões dadas como provadas serem falsos-negativos da colonoscopia ótica e não falsos-positivos da Colonografia por TC correspondiam a pólipos pré-malignos.



A maior parte destes pólipos encontrava-se no cólon direito, reforçando o papel da Colonografia por TC para o seu estudo e expondo as dificuldades da colonoscopia ótica em conseguir avaliar esse segmento.

DISCUSSÃO

Vários estudos mostram que a colonoscopia ótica tem cerca de 12% de falsos-negativos, embora estes estudos sejam feitos com o método de “segmental unblinding”.

Neste estudo optou-se por uma abordagem mais “realista” e semelhante à prática clínica corrente, em que o gastroenterologista tem conhecimento dos resultados da Colonografia prévia – 3% de falsos-negativos.

Vários estudos mostram que a Colonografia e a colonoscopia podem ser usadas para o rastreio do CCR e que realizar colonografias de rastreio com posterior polipectomia se necessário tem boa relação custo-benefício.

DISCUSSÃO

Ainda não há consenso acerca do intervalo entre rastreios realizados por Colonografia, sendo que um período de 5 anos é o mais usado (e que os autores também usam no centro onde foi realizado o estudo).

Outros estudos mostram que pode haver lugar à “complementaridade” das técnicas (colon direito vs. colon esquerdo).

Os autores propõem que, no caso de um pólipó não ser encontrado numa colonoscopia, seja repetida primeiro a colonografia por TC em vez de ser repetida a colonoscopia.

Se a colonografia for repetida, aumenta a confiança no diagnóstico → se for novamente encontrado reforça a sua importância. Se não for encontrada, reforça que se tratou apenas de um falso-positivo.

Se for a colonoscopia a ser repetida, pode acontecer não se voltar a ver o pólipó, ficando a dúvida se não se trata de um erro sistemático associado à técnica.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- Viés de referenciação, diminuindo a capacidade de generalização dos resultados.
 - Após repetição da colonoscopia, qualquer pólipó não encontrado era assumido como falso-positivo da colonografia que primeiramente o descreveu → chance de erro sistemático da colonoscopia.
 - Perda de doentes no follow-up por depender dos médicos prescritores.
-

CONCLUSÃO

“In conclusion, we demonstrated that a **substantial fraction of discordant lesions** found by using CT colonography but not found with subsequent OC **represent missed lesions at OC and not CT colonography FP findings.**”

Estas lesões mostravam ter, em média, cerca de 8mm de diâmetro e situavam-se no cólon direito, em que a grande maioria correspondia a patologia pré-maligna.