

## CIRCUIT DE DIAGNÒSTIC RÀPID DEL CÀNCER COLORECTAL

El circuit de diagnòstic ràpid del càncer colorectal (CDR-CCR) és una via ràpida d'actuació per a pacients amb sospita de càncer colorectal. No és un sistema de derivació preferent per a qualsevol pacient amb simptomatologia colorectal. El CDR-CCR es va instaurar entre les ABS d'Osona i el CHV l'any 2005 en seguiment del programa de diagnòstic ràpid del càncer del CatSalut.

La prevalença dels símptomes més freqüents del CCR (rectorràgia i trastorn en l'hàbit deposicional) és molt elevada però el seu valor predictiu positiu és molt baix. Per aquest motiu es varen proposar els següents criteris\* d'inclusió per a derivar pacients al CDR-CCR, sempre i quan no tinguin una colonoscòpia prèvia sense lesions neoplàsiques els 5 anys abans:

1. Massa abdominal a l'exploració física o massa rectal al tacte rectal
2. > 40 anys i canvi recent (> 1 mes i < 6 mesos) en l'hàbit deposicional si
  - Tenesme
  - Diarrea
  - Alternància diarrea amb restrenyiment
  - Astènia, anorèxia i pèrdua de pes (els 3)
3. Rectorràgia<sup>1</sup> no justificable per patologia anal (hemorroides o fissura)
4. Anèmia ferropènica en absència d'AINEs i/o dispèpsia i > 40 anys. En dones premenopàusiques, si la prova de sang oculta és +.
5. Clínica compatible amb suboclusió intestinal sense cirurgia abdominal prèvia. Aquest pacient es derivarà a urgències
6. Rectorràgia o canvi en l'hàbit deposicional en pacients > 40 anys amb familiars de primer grau (pares, germans o fills) amb antecedents de neoplàsia colorectal que no hagin estat objecte de cribratge previ

\*criteris independents

**<sup>1</sup>inicialment i davant d'una rectorràgia caldria fer un plantejament abans de derivar al CDR. Es proposa utilitzar la guia de pràctica clínica elaborada per la SEMFyC (veure més endavant)**

Com a resum del funcionament del CDR, els pacients inclosos en el CDR-CCR es deriven a visita al CHV per a realització de colonoscòpia dins el circuit en el període més breu possible, a menys que no compleixin els criteris descrits. Els resultats pel que fa a casos amb CCR de tots els pacients inclosos en el CDR-CCR són diversos arreu. En l'àmbit dels pacients que es deriven al CHV, aquests resultats s'han mantingut sempre < 20% i normalment al voltant del 10%. Atès el baix valor predictiu de la simptomatologia colorectal, com s'ha esmentat, resulta difícil discutir fora del context clínic la decisió d'incloure pacients en el CDR-CCR.

En el marc del PIAPiSC es planteja una interpretació de cadascun dels criteris d'inclusió amb la finalitat de facilitar als metges d'assistència primària la presa de decisions i evitar la saturació del circuit. També en consideració de què aquells pacients que essent derivats al CDR no tenen un CCR haurien de retornar directament al metge de primària amb la mateixa simptomatologia. Finalment, per a no provocar

sensació d'alarma als pacients en casos d'indicació discutible, ja que la colonoscòpia no és una prova sense riscos.

### **Criteri 1: Massa abdominal o al tacte rectal.**

En el cas de pacients amb massa abdominal, pot resultar més útil la realització d'un TAC que una colonoscòpia si la localització de la massa no es situa en el marc còlic o bé no s'associa a símptomes com anèmia ferropènica, rectorràgia o trastorn en l'hàbit intestinal. En aquestes situacions es pot sol·licitar el TAC directament des de l'ABS o plantejar l'actuació a través d'interconsulta no presencial via SISO.

En els casos de massa al tacte rectal no hi ha dubtes respecte a la seva derivació al CDR-CCR.

### **Criteri 2: Canvi en l'hàbit intestinal.**

Aquest criteri de derivació es presta a molta subjectivitat. Per aquest motiu, es va decidir que havia de ser d' almenys 1 mes de duració i de menys de 6 mesos ja que, en absència d'altres símptomes, el diagnòstic en casos de llarga evolució inclou moltes altres patologies, i freqüentment el colon irritable.

D'altra banda, els pacients haurien de tenir un canvi en el seu hàbit en forma de tenesme, que és una simptomatologia molt concreta, diarrea o bé presentar dades franques de quadre constitucional (astènia, anorèxia i pèrdua de pes conjuntament).

L'estudi amb colonoscòpia en pacients amb diarrea > 1 mes de durada està justificat quan s'hagi fet un estudi previ a AP que permeti descartar altres causes de diarrea o haver detectat la presència de dades d'alarma, com VSG o PCR elevades o anèmia. Igualment, hi haurà hagut una anamnesi per a detectar fàrmacs, hàbits dietètics o altres factors (inclosos psicosocials) que puguin estar en l'origen de la diarrea.

Un estudi analític complert en un pacient amb diarrea prolongada (3-4 setmanes) inclou VSG, hemograma, recompte i fórmula leucocitària, estudi de coagulació, glicèmia, funció renal i hepàtica, proteïnograma i determinació d'immunoglobulines, PCR, ferritina, B12, àcid fòlic, perfil lipídic i anticossos antiendomisí, i un estudi de paràsits en tres mostres. Una prova de sang oculta en femta (PSOF) no aporta cap benefici en aquests casos ja del seu resultat no ha de dependre la realització d'exploracions complementàries. La simptomatologia i la manca de diagnòstic amb l'analítica completa justifiquen la realització d'altres exploracions complementàries, incloent una colonoscòpia. Aquesta no s'hauria d'efectuar en pacients amb diarrea com únic símptoma abans de l'estudi plantejat.

El restrenyiment o un hàbit intestinal que alterni diarrea amb restrenyiment no s'ha considerat criteri d'inclusió al CDR-CCR a menys que es pugui considerar en el context clínic com sospita de crisi suboclusives (criteri 5).

### **Criteri 3: Rectorràgia no justificable per patologia anal.**

Definició de rectorràgia: és un signe que consisteix en l'emissió de sang vermella per l'anus, de manera aïllada o amb les femtes. El terme hematoquècia en seria un sinònim i en guies en anglès s'utilitza aquesta paraula habitualment per a referir-se a la rectorràgia.

A efectes del següent plantejament s'exclouen d'aquest concepte altres signes d'hemorràgia gastrointestinal com la melena o diarrea amb sang. Igualment aquells casos en què la rectorràgia s'acompanyi de repercussió hemodinàmica. Aquestes situacions són tributàries d'avaluació a urgències.

Les causes més freqüents de rectorràgia en assistència primària són les hemorroides i la fissura anal. No és correcte, per tant, remetre pacients al CDR amb

patologia anal evident que pugui justificar la rectorràgia com a primera actuació. Tanmateix sí cal plantejar-ho quan la rectorràgia s'acompanya de factors associats amb possibilitat de CCR:

#### **Factors associats amb possibilitat de CCR**

Rectorràgia amb canvi en l'hàbit intestinal (increment de la freqüència i/o menor consistència de la femta)

Rectorràgia sense símptomes anals (pruïja, coïssor o dolor)

Sang fosca o barrejada amb la femta

Anèmia ferropènica

Massa abdominal o rectal palpable

Símptomes d'oclusió

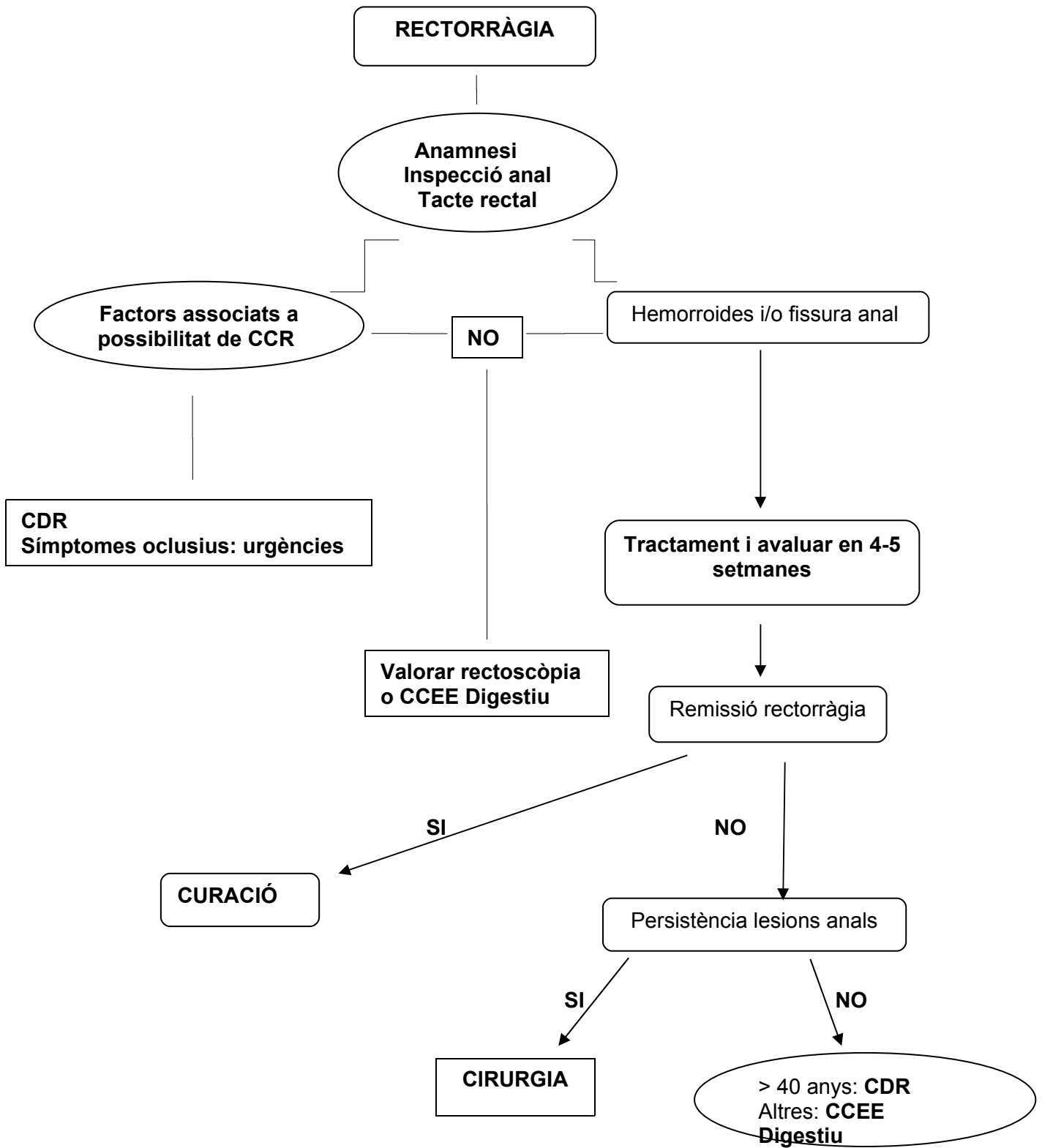
#### **Actuació i diagnòstic en pacient amb rectorràgia**

1. Exploració abdominal bàsica. Descartar masses abdominals
2. MOLT IMPORTANT: inspecció anal i tacte rectal
  - Detecció d'hemorroides o fissura anal
  - Descartar masses rectals

**Precisions:** en pacients amb patologia anal, sense massa rectal i absència de factors associats a possibilitat de CCR, la probabilitat de neoplàsia és molt baixa. En aquests pacients és recomanable efectuar tractament de la patologia detectada. En cas d'absència de milloria d'aquesta patologia amb el tractament instaurat a AP, l'especialista adequat per a derivació és el cirurgià.

Les definicions i recomanacions d'aquest procés assistencial estan basades en la següent guia: **Alonso-Coello y cols. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la rectorragia (actualización 2007). Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro Cochrane Iberoamericano y CIBERESP; Gastroenterol hepatol 2008; 31: 652-67.** Aquesta és fins l'actualitat l'única guia consensuada en l'estat per al maneig d'aquesta patologia.

## ALGORITME D'ACTUACIÓ



**Criteri 4. Anèmia ferropènica** (en absència d'AINEs i/o dispèpsia i > 40 anys. En dones premenopàusiques, si PSOF +.)

Definició d'anèmia ferropènica: Hb < 12 g/dl en dones i < 13 g/dl en homes amb ferritina menor al valor normal, habitualment amb VCM menor al valor normal.

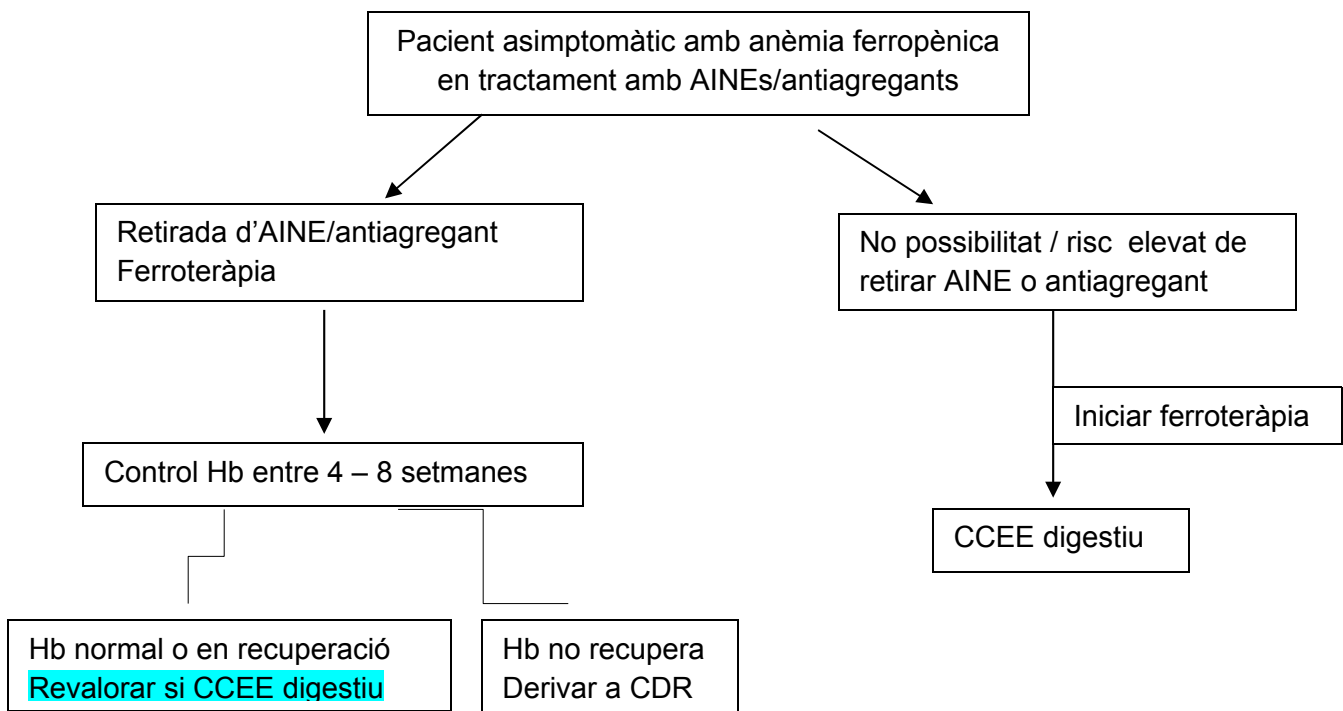
En pacients amb anèmia ferropènica i simptomatologia dispèptica sense altres símptomes gastrointestinals és recomanable iniciar l'estudi amb una endoscòpia digestiva alta, que es pot sol.licitar per via preferent de manera directa des de l'ABS. Si la gastroscòpia és normal, aleshores s'han de derivar a CDR. Trobar lesions lleus o benignes en la gastroscòpia no exclou la indicació de colonoscòpia però no en CDR.

En pacients asimptomàtics a qui es detecta una anèmia ferropènica, aquesta és tributària d'estudi amb colonoscòpia però per a derivar-los al CDR s'exceptuen els següents casos:

- Dones premenopàusiques
- Pacients que estan prenent AINEs

L'anèmia ferropènica en dones en edat fèrtil i sense símptomes digestius precisa d'una valoració especial abans de fer una colonoscòpia, sobretot si no s'ha exclòs de manera consistent una causa ginecològica. En dones > 40 anys sense antecedents d'anèmia ferropènica prèvia i sense símptomes digestius es va considerar fer una PSOF abans de derivar-les al CDR. La PSOF no caldria si tenen > 50 anys perquè l'edat ja els confereix un risc per a CCR. Efectuar un estudi digestiu o colonoscòpia en dones asimptomàtiques < 50 anys i anèmia ferropènica amb PSOF -pot estar indicat si aquest és el criteri del metge de referència, però no en el CDR.

La presa d'AINEs (i també d'antiagregants) és una causa coneguda de lesions gastrointestinals. Moltes d'aquestes lesions passen desapercibudes clínicament però poden ser causa d'anèmia. D'altra banda, l'estudi de l'anèmia ferropènica pot comportar més d'una exploració complementària. Per aquests motius, aquest grup de pacients no s'inclourien d'entrada en CDR. Tanmateix, no es pot obviar la possibilitat de lesions concomitants neoplàsiques en pacients amb anèmia ferropènica i altres causes d'anèmia. Sabent que el CDR-CCR és una via ràpida de visita i exploracions complementàries, les alternatives per a aquests pacients en relació a l'estudi digestiu serien les següents:



### **Criteri 5. Clínica compatible amb suboclusió intestinal.**

Si es sospita aquesta situació clínica, són pacients per a remetre a urgències.

### **Criteri 6. Rectorràgia o canvi en l'hàbit deposicional en pacients > 40 anys amb familiars de primer grau (pares, germans o fills) amb antecedents de neoplàsia colorectal que no hagin estat objecte de cribratge previ**

Aquest criteri pretén simplificar la decisió en casos de pacients amb símptomes si tenen antecedents familiars, ja que aquestes persones haurien d'estar en programes de cribratge a partir dels 40 anys. Com que aquests programes han estat inexistents fins l'actualitat, la presència de símptomes s'ha de considerar especialment ja que són persones amb risc alt de CCR.

Cal considerar també la situació de persones amb antecedents familiars de neoplàsia colorectal (càncer o adenomes) abans dels 50 anys. En aquest casos l'edat per a iniciar el cribratge és 10 anys abans del cas índex i per tant, si es presenten amb símptomes, s'haurien de derivar al CDR-CCR.

Si aquests pacients ja han estat objecte de colonoscòpia prèvia per cribratge, el resultat d'aquesta ha de condicionar l'actitud a seguir, ja que l'interval entre colonoscòpies normals en aquests pacients és de 5 anys si no hi havia lesions que justifiquessin fer-ho abans. En casos de dubtes sobre quan repetir una colonoscòpia és útil fer una consulta no presencial via SISO.

### **Sistema de derivació al CDR-CCR**

S'utilitza el full de derivació habitual.

Prioritat: marcar sempre **preferent**

Servei sol.licitat: **CDR Gastroenterologia** ( o digestiu).

Justifiqueu prioritat: Redactar el criteri d'inclusió que s'ha utilitzat (en cas de més d'un en un mateix pacient, escollir el que es consideri clínicament més important)

Informació sanitària / Dades clíniques: Posar la informació clínica del cas com es fa habitualment. És important posar el tractament que fa el pacient actualment, en especial si hi ha presa d'AINEs (encara que siguin a demanda o ocasionalment) o antiagregants. I consignar si hi ha exploracions de colon prèvies (colonoscòpia, sigmoidoscòpia o enema opaca)

S'envia per FAX a CCEE del CHV o amb valisa.

Els pacients es programaran amb la màxima prioritat a la consulta externa de digestologia si en el full de derivació les dades demanades es consignen adequadament i la informació clínica és correcta. Els altres casos es retornaran a l'ABS d'origen.