

Kontrolne kolonoskopije po odstranitvi adenomov

Prof dr Bojan Tepeš dr med
spec internist, gastroenterolog, FEBGH, FSMA, višji svetnik
Diagnostični center Rogaška
Medicinska fakulteta v Ljubljani
NIJZ Program SVIT



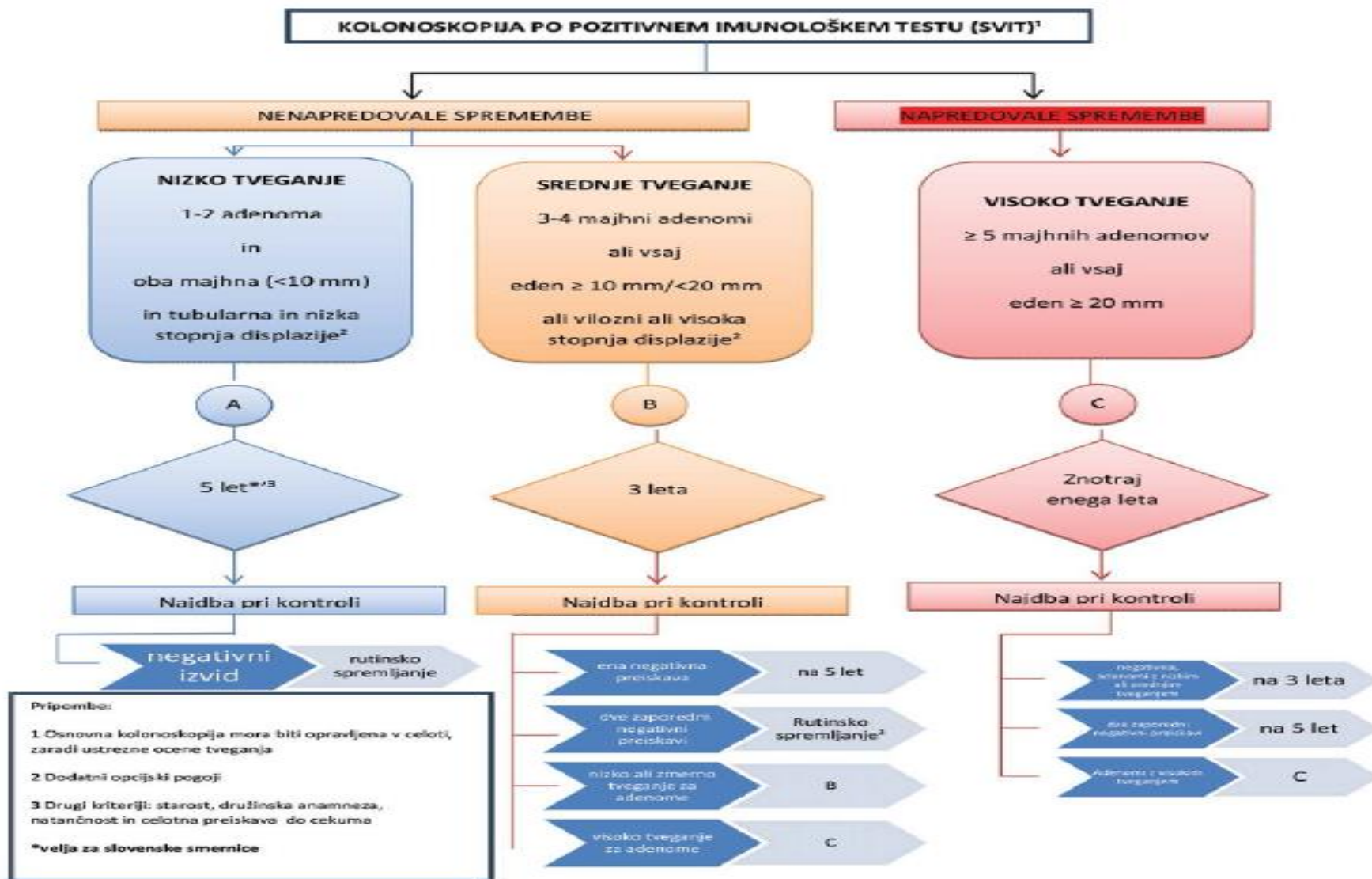
DIAGNOSTIČNI CENTER ROGAŠKA



Univerza v Ljubljani
Medicinska fakulteta



Kontrolne kolonoskopije



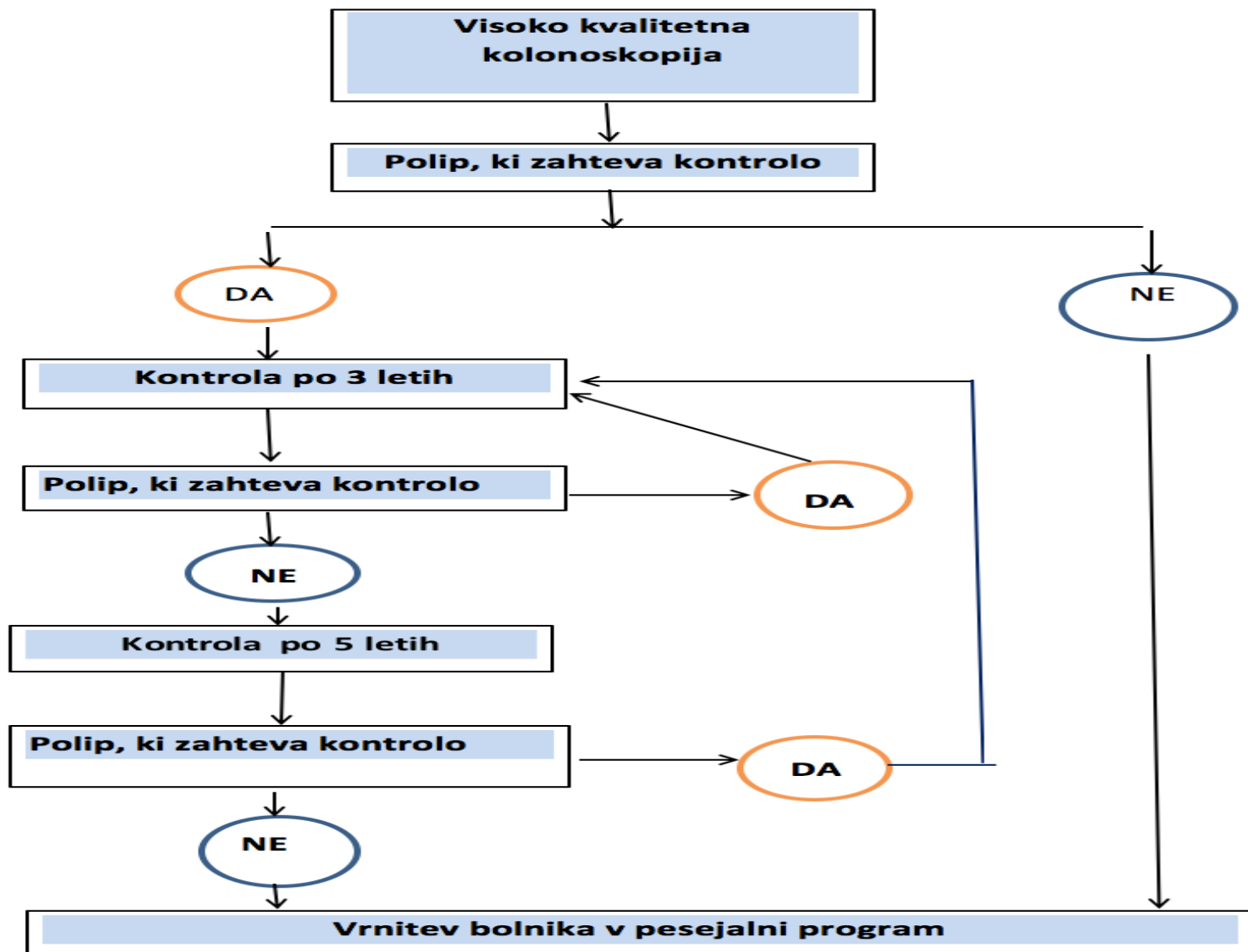
Kvaliteta prve kolonoskopije

- Osnovni povdarek smernic je na pomenu kvalitetne prve kolonoskopije in podaljševanje intervalov kontrolnih kolonoskopij.
- Na ta način se bo lahko več kolonoskopij namenilo bolnikom za prvo preiskavo in s tem se bodo delno skrajšale čakalne dobe.

Tako ameriška kot evropska priporočila izpostavljata pomen:

- dobre čistosti črevesja,
- doseganje cekuma,
- ustrezen ADR
- število kolonoskopij z najdenim vsaj 1 adenomom
- ustrezne tehnike pri odstranjevanju polipov
- uporaba kolonoskopov visoke ločljivosti z možnostjo elektronske kromoendoskopije.

Nova priporočila za sledenja bolnikov po kolonoskopiji



Novosti - priporočilo 1

Bolniki pri katerih med prvo presejalno kolonoskopijo odstranimo 1-4 adenome:

- <10 mm
- nizka stopnjo displazije,
- neodvisno od prisotnosti vilozne komponente,
- SSL <10 mm brez displazije,

ne potrebujejo kontrolne kolonoskopije in jih lahko uvrstimo nazaj v presejalni program SVIT – FIT čez 6 let .

- V kolikor bolnik ni vključen v presejalni program naj bo prva kontrolna kolonoskopija po 10 letih.

Kontrolna kolonoskopija ni potrebna

- Retrospektivna raziskava Click in sod., ki je vključevala 15 935 bolnikov po endoskopski odstranitvi adenomov ugotavlja, da bolniki z ≥ 3 nenapredovalimi adenomi niso imeli povečanega tveganja za rak debelega črevesja in danke (DČD) v primerjavi z bolniki brez adenomov (prilagojena stopnja relativnega tveganja (RT) 1.3, 95% IZ 0.9 – 1.9; RT za smrt zaradi raka DČD je 1.2, 95% IZ 0.5 – 2.7) v 13 letih sledenja.
- Meta analizi Saini in sod in De Jonge in sod. ugotovljata, da prisotnost vilozne komponente v polipu ne predstavlja povečano tveganje za napredovalo neoplazmo v primerjavi s kontrolno skupino.
- Bolniki s SSL <10 mm nimajo povečanega tveganja za metahrone napredovale adenome. V retrospektivni raziskavi 122 899 bolnikov so ugotovili, da imajo bolniki s SSL <10 mm enako razmerje tveganja (Hazard ratio - HR) za rak DČD po 10 letih kot bolniki brez polipov (HR 1.25, 95% IZ 0.76 – 2.08).

Novosti - priporočilo 2

V kolikor pri prvi presejalni kolonoskopiji odstranimo:

- vsaj eden adenom > 10 mm,
- adenom z visoko stopnjo displazije,
- > 5 adenomov,
- vsaj eno SSL > 10 mm,
- SSL z displazijo

se priporoča kontrolna kolonoskopija po 3 letih.

Endoskopska kontrola je potrebna po 3 letih

- V raziskavi Click in sod, ki je vključila 15 935 bolnikov, od tega takšnih 2882 z napreduvalim adenomom, so v 13 letih sledenja ugotovili povečano tveganje za nastanek raka DČD (Adjusted rate ratio / starostno prilagojena stopnja tveganja - ARR 3.0, 95 % IZ 2.1 – 4.3; P < 0.001) in za povišano stopnjo umrljivosti (ARR 2.6, 95% IZ 1.2 – 5.7; P < 0.001) pri bolnikih z **napreduvalim adenomom**:
- > 10 mm,
- Visoka stopnja intraepitelijske neoplazije
Intraepitelijska neoplazija visoke stopnje v adenomu predstavlja dejavnik tveganja (starostno prilagojen razmerje škode - HR je 3.58, 95% IZ 1.96 – 6.54; p < 0.001)
- Tveganje je višje tudi ob prisotnosti > 5 adenomov
- Bolniki s SSL > 10 mm imajo povečano tveganje za nastanek raka DČD v obdobju 10 let (HR 3.35, 95 % IZ 1.37 – 8.15).
- Tveganje je povečano tudi pri SSL z displazijo.

Novosti - priporočilo 3

V kolikor je polip > 20 mm in ga odstranimo s tehniko odstranitve po delih, je potrebna kontrolna kolonoskopija:

- Prva po 3-6 mesecih
- Naslednja kontrolna kolonoskopija po 12 mesecih.

Sledenje po resekciji polipa po delih - 1

- Po odstranitvi polipov > 20 mm je možnost nepopolne odstranitve visoka, od 12% do 24 %
- V meta analizi so ugotovili, da je 75% vseh recidivov na mestu odstranitve polipa po delih najdenih po 3 mesecih, 90% recidivov pa po 6 mesecih
- Možnost za nepopolno odstranitev narašča z velikostjo polipa, s številom elektroresekcij, s krvavitvijo med posegom in s prisotnostjo intraepitelijske neoplazije višje stopnje.

Ferlitsch M, et al.. Endoscopy. 2017; 49: 270-97.; Belderbos TD, et al. Endoscopy. 2014; 46: 388-402.

Tate DJ, et al. Gastrointest Endosc. 2017; 85: 647-56.; Komeda Y, et al. World J Gastroenterol. 2019; 28, 25:1502-12.

Sledenje po resekciji polipa po delih - 2

- Možnost za nepopolno resekcijo se zmanjšajo z uporabo termične ablacije robov polipa, ali z uporabo tehnike endoskopske resekcije po delih pod vodo.
- Glede na zadnja ESGE priporočila o uporabi endoskopov visoke ločljivosti in kromoendoskopiji, je uporaba teh aparatov zadosti natančna za izključevanje lokalnega recidiva po polipektomiji in rutinske biopsije niso več potrebne

Novosti – priporočilo 4

V kolikor pri prvi kontrolni kolonoskopiji po 3 letih ne najdemo nove polipe, ki bi zahtevali kontrolo, je:

- potrebna naslednja kontrolna kolonoskopija po 5 letih.
- Če tudi takrat ne najdemo nove polipe se bolnik vrne v normalno presejanje.

Novosti - priporočilo 5

V kolikor pri prvi kontrolni kolonoskopiji po 3 letih najdemo nove polipe, ki zahtevajo kontrolno kolonoskopijo:

- naslednjo kontrolno kolonoskopijo naredimo po 3 letih.

Potreba po genetskem svetovanju

- Bolnike z > 10 adenomi je potrebno poslati na genetsko svetovanje
- Pri bolnikih z > 10 polipi obstaja možnost, da imajo bolniki katerega od genetskih sindromov z povečanim tveganjem za rak DČD kot so FAP (Familiarna polipoza), MAP (MUTYH povezana polipoza). Ta verjetnost narašča s povečanje števila adenomov.
- Prevalenca APC mutacije, ali bialelna MUTYH mutacija sta bili prisotni pri 80% bolnikov oziroma 2% bolnikov, ki imajo ≥ 1000 adenomov, pri 56% oziroma 7% bolnikov z od 100 do 999 adenomov, pri 10% oziroma 7% bolnikov z 20 do 99 adenomov in pri 5% oziroma 4% bolnikov z 10 do 19 adenomov
- Po podatki Cleveland klinike pa ima lahko tudi 4% bolnikov z Lynch sindromom > 10 adenomov, zato je potrebno pri bolnikih z > 10 polipi izključevati tudi MMR (mismatch repair) mutacije

Bolniki z družinsko anamnezo raka DČD

- Pri bolnikih z družinsko anamnezo raka DČD ni potrebno spreminjati priporočil za kontrolne kolonoskopije glede na ostalo populacijo
- Združena analiza 8 prospektivnih študij s skupaj 7697 bolnikov ni pokazala povečanega tveganja za napredovalo neoplazijo ob kontrolnih endoskopijah pri bolnikih z družinsko anamnezo raka DČD (razmerje obetov - RO 1.15, 95 % IZ 0.96 - 1.37).

Bolniki z družinsko anamnezo raka DČD

- V kolikor imamo podatek, da je v družini rak DČD prisoten pri vsaj dveh sorodnikih prvega reda, ali pri enem sorodniku prvega reda pred starostjo 50 let govorimo o družinskem tveganju za rak DČD. V teh primerih je potrebna prva kolonoskopija pri starosti 40 let oziroma 10 let pred starostjo, ko je sorodnik prvega dednega reda zbolel za rakom DČD. Nadaljne kontrole so potem odvisne od najd pri kolonoskopiji.
- Te smernice pa ne obravnavajo družin z genetskim rakom DČD (Lynch sindrom, sindromi FAP, AFAP, Mutyh, sindrom juvenilne polipoze, sindrom Peitz Jeghers, sindrom sesilne serirane polipoze).

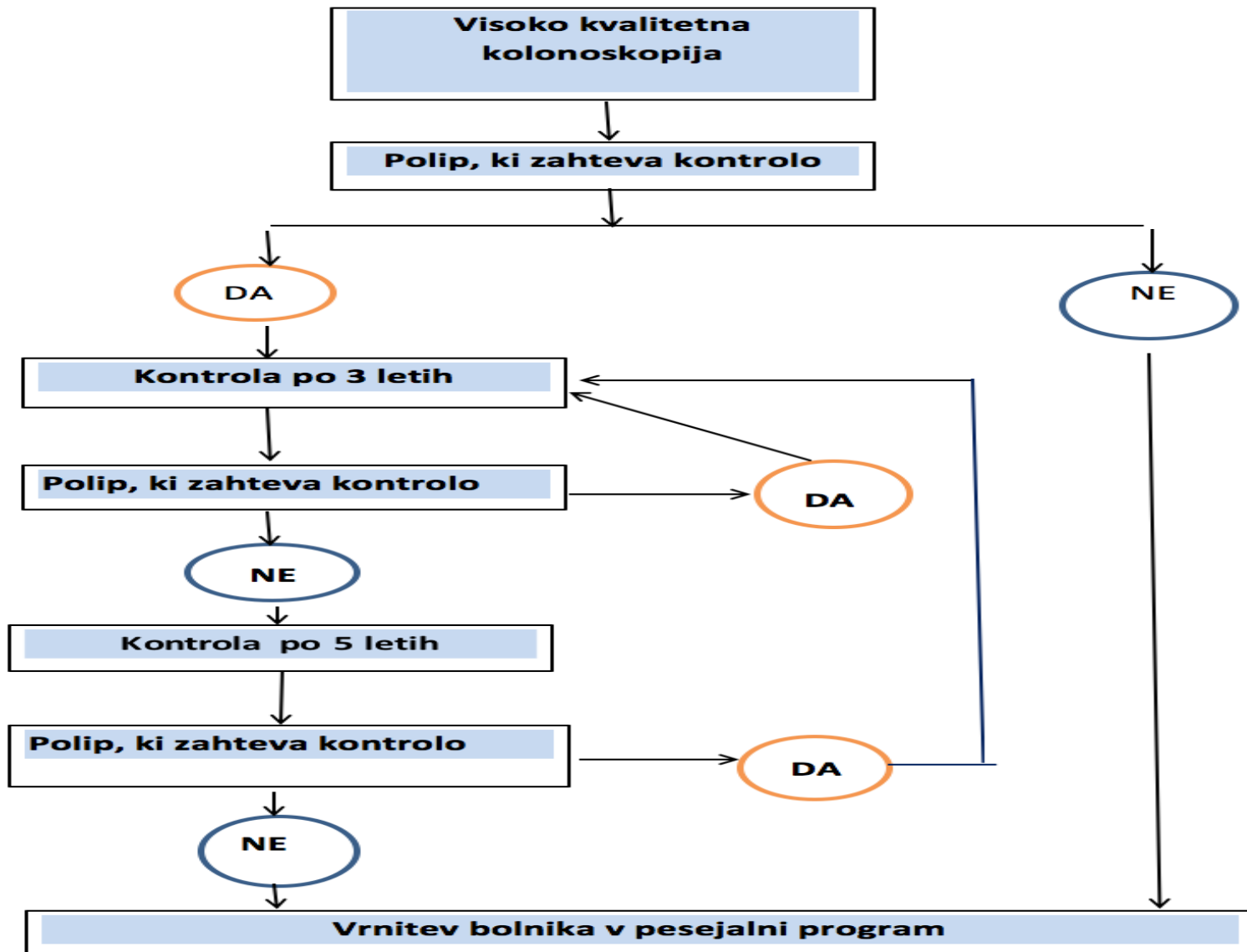
Kdaj prenehamo s sledenjem bolnikov po kolonoskopiji ?

- Kontrolne kolonoskopije ustavimo pri starosti 80 let, lahko pa tudi prej v primeru bolnika z omejenim predvidenim pričakovanim preživetjem glede na spremljajoče bolezni.
- Zgornja starost presejalnih programov je 74 let. To omogoča najmanj še eno kontrolno kolonoskopijo v primeru ustreznih patoloških najdb.
- V primeru težjih pridruženih bolezni in omejenega pričakovanega preživetja pa se kontrone kolonoskopije odsvetuje, tudi zaradi možnosti zapletov preiskave.

Kolonoskopija izven programa sledenja

- V primeru klinične potrebe se kolonoskopijo lahko izvede pred ponovno kolonoskopijo glede na priporočila sledenja
- V kolikor se pri bolniku pred naslednjo planirano kolonoskopijo pokažejo simptomi krvavitve iz prebavil, slabokrvnosti, utrujenosti, ali izločana sluzi, je bolnika potrebno napotiti na predčasno kolonoskopijo.
- Ugotovili so, da je pri tveganju za intervalni rak potrebno upoštevati tudi starost. Razmerje obov za rak DČD je v primerjavi s starostjo 50 let, višje v starostnem obdobju 50 – 59 za 6.84 (95 % IZ 3.33 – 14.06) in v s starostnem obdobju ≥ 70 let za 23.54 (95% IZ 11.43 – 48.45; 22) .

Nova priporočila za sledenja bolnikov po kolonoskopiji



KOLONOSKOPIJA V PROGRAMU SVIT

opravljena kakovostno do cekuma in/ali terminalnega ileuma – ustrezna predpriprava/pregledanost – odstranitev vseh premalignih polipov v celoti

