

## Endoscopische Opvolging na poliepen/carcinoom

Koen Hendrickx  
OLV Ateeljee  
21 november 2015



## Endoscopische Opvolging na poliepen/carcinoom

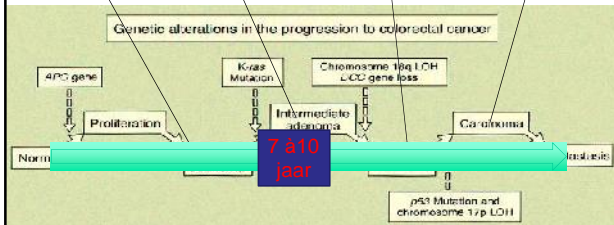
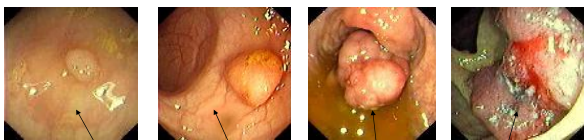
Wetenschappelijke studies beperkt:

Richtlijnen voornamelijk gebaseerd op observaties.

Sinds screeningsprogramma lopend: toenemend aantal 'gevorderde adenomen', vroegtijdige kankers.



## Van darmoliep tot darmkanker:



## Risico op (metachrone) poliepen:

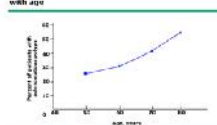
- patiëntenkenmerken
- poliepkenmerken



## Risico op poliepen: patiëntenkenmerken

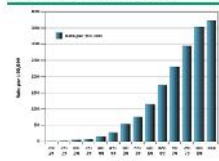
|           |            |           |
|-----------|------------|-----------|
| Leeftijd: | 20-30 jaar | 1 à 4 %   |
|           | 50 jaar    | 25 à 30 % |
|           | 70 jaar    | 50 %      |

Prevalence of adenomatous colonic polyps increases with age



Adenomatous colonic polyps are found in about 25 percent of people by the age of 50. The prevalence continues to increase with increasing age.  
Data from: Miller et al. Gastroenterology, Dec 2002; 122: 818

Increasing incidence of colorectal cancer with age



The age-specific incidence of colorectal cancer has doubled between 2002 and 2006 in men and women of all races.  
Data from: Schwartz, Gagliardi, and O'Keefe. JCO, August 2008; 26: 2506

## Risico op poliepen: patiëntenkenmerken

BMI elke toename met 5 +19%  
Lichaamsbeweging

Familiale anamnese:

Leeftijd en aantal familieleden met CR-carcinoom OOK CR-adenoom (Familiale kankersyndromen)



### Risico op (metachrone) poliepen: poliepkenmerken

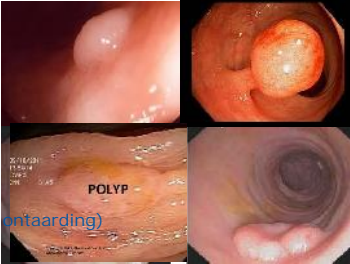
**Morfologie**

Sessiel

Gesteeld

Vlak (hoogte < ½ diameter)

Ingetrokken (groter risico op onttaarding)



**olv**

### Risico op (metachrone) poliepen: poliepkenmerken

**Pathologie**

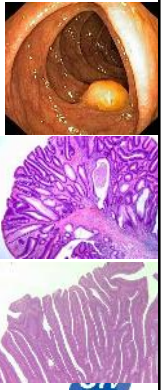
Niet-neoplastische poliepen

Mucosaal, submucosaal, hamartomen (juvenile poliepen, Peutz-Jeghres syndroom)

Neoplastische poliepen

Hyperplastische poliepen – Gekartelde adenomen


|          |     |               |
|----------|-----|---------------|
| Adenomen | 2/3 | tubulair      |
|          |     | vilieus       |
|          |     | tubulovilieus |



**olv**

### Hyperplastische poliepen

Meestal rectosigmoïdaal en klein: geen betekenis, opvolging zoals patiënt zonder poliepen



**olv**

### Hyperplastische poliepen


Als proximaal van rectosigmoïdeum: behandeling, opvolging zoals patiënt met adenomen

Hyperplastisch polyposis syndroom:

>= 5, 1 > 10 mm

> = 20

1, FA voor HPS



**olv**

### Adenomen

Altijd dysplastisch – Maligne potentieel

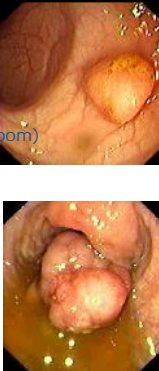
Elk carcinoom ontstaat uit een poliep (meestal adenoom)

Slechts 5 % van de adenomen worden carcinoom

Risico duidelijk groter bij 'high risk adenoma's'

Gevorderd (advanced) adenoom:

- > > 1 cm grootte
- > Vilieus (>25% vilieuze component)
- > Hooggradige dysplasie



**olv**

### Metachrone poliepen?

Grootte

- > > 1 cm : kankerrisico x 4
- > > 2 cm: 20% opnieuw gevorderd adenoma

Pathologie

Vilieus, hooggradige dysplasie

Aantal (cumulatief doorheen het leven) !!!

- 1 klein tubulair adenoom – quasi geen verhoogd risico
- 4 adenomen: kankerrisico x 4
- 2 gevorderde adenomen: kankerrisico x 6.6

**olv**

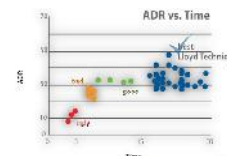
### Metachrone adenomen ifv Aantal adenomen ?

| Adenoom | Gevorderd Adenoom |
|---------|-------------------|
| 1       | 9%                |
| 2       | 13%               |
| 2       | 15%               |
| 4       | 20%               |
| 5       | 24%               |



### Opvolging poliepen bepaald door 'endoscopie'?

- Miss rate !
- 6 % grote poliepen (> 1 cm)
  - 25 % kleine poliepen (< 5 mm)
  - Voorbereiding colon
  - Ervaring van endoscopist
  - Kwaliteitsindicatoren coloscopie:
    - 'adenoma detection rate'
    - 'withdrawal time'



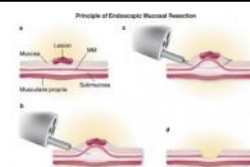
### Opvolging poliepen bepaald door 'endoscopie'?

#### 'Onvolledige resectie'

- Voornaamste oorzaak van interval kankers (optreden tussen 2 geplande screeningscoloscopies)
- Groter risico bij grote poliep, bij sessiele poliep
- Doel is resectie in 1 fragment – voordeel van submucosale lifting
- Bij poliep > 2 cm vaak multifragmentaire resectie
  - Volledigheid van resectie is niet te beoordelen
  - 28% recidief, 17% evolutie tot CR-carcinoom
  - Advies controle coloscopie na 3 à 6 maanden
  - Bij rectale letsels > 2 cm : overweging TEMS



### Submucosale lifting



### Opvolging poliepen bepaald door 'endoscopie'?

#### 'Onvolledige resectie'

- Voornaamste oorzaak van interval kankers (optreden tussen 2 geplande screeningscoloscopies)
- Groter risico bij grote poliep, bij sessiele poliep
- Doel is resectie in 1 fragment – voordeel van submucosale lifting
- Bij poliep > 2 cm vaak multifragmentaire resectie
  - Volledigheid van resectie is niet te beoordelen
  - 28% recidief, 17% evolutie tot CR-carcinoom
  - Advies controle coloscopie na 3 à 6 maanden
  - Bij rectale letsels > 2 cm : overweging TEMS



### Advies tot opvolging coloscopie na resectie poliepen

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| Kleine hyperplastische poliep     | 7 à 10 jaar |
| rectosigmoïdaal                   |             |
| 1 à 2 kleine tubulaire adenomen   | 5 jaar      |
| 3 à 10 tubulaire adenomen         | 3 jaar      |
| 1 of meer grote adenomen          | 3 jaar      |
| 1 of meer villose adenomen        | 3 jaar      |
| Adenoom met hooggradige dysplasie | 3 jaar      |
| Gekarteld adenoom                 | 3 jaar      |
| Geen poliep                       | 7 à 10 jaar |



### Advies tot opvolging coloscopie na Carcinoom

Als geen volledige coloscopie preoperatief – te verrichten binnen 3 maanden postoperatief

Eerste controle coloscopie 1 jaar postop (hoog risico op metachroon carcinoom eerste 2 jaar !)

Verdere opvolging 2 à 3 jaarlijks – af te stemmen op nieuwe bevindingen bij opvolging – verdenking op familiale vorm CRC



### Advies tot opvolging bij Inflammatoir darmlijden

Risico op CRC bij CIBD (zowel Crohn colitis als Colitis ulcerosa) ?

2 % na 10 jaar

8 % na 20 jaar

18 % na 30 jaar



### Advies tot opvolging bij Inflammatoir darmlijden

|  |  |
|--|--|
| Opvolging starten 10 jaar na eerste optreden symptomen bij Colitis ulcerosa > proctitis<br>Crohn > 1 segment | indeling laag, intermediair, hoog risico |
|--|--|

Low risk:  
extensive but quiescent ulcerative colitis or extensive but quiescent Crohn's colitis or left-sided ulcerative colitis (but not proctitis alone) or Crohn's colitis of a similar extent.  
Intermediate risk:  
extensive ulcerative or Crohn's colitis with mild active inflammation that has been confirmed endoscopically or histologically or post-inflammatory polyps or family history of colorectal cancer in a first-degree relative aged 50 years or over.  
High risk:  
extensive ulcerative or Crohn's colitis with moderate or severe active inflammation that has been confirmed endoscopically or histologically or primary sclerosing cholangitis (including after liver transplant) or colonic stricture in the past 5 years or any grade of dysplasia in the past 5 years or family history of colorectal cancer in a first-degree relative aged under 50 years.



### Advies tot opvolging bij Inflammatoir darmlijden

|  |  |
|--|--|
| Opvolging starten 10 jaar na eerste optreden symptomen bij Colitis ulcerosa > proctitis<br>Crohn > 1 segment | indeling laag, intermediair, hoog risico |
|--|--|

|  |
|--|
| Laag risico : controle na 5 jaar         |
| Intermediair risico : controle na 3 jaar |
| Hoog risico : controle na 1 jaar.        |



### Titel 3

Subtitel  
tekst



### Titel 4

subtitel  
tekst



## Titel 5

subtitel  
tekst

