

# Kolonkarzinom Surveillance bei CED

*Erstellt durch*

*Priv.Doz. Dr. Sieglinde Reinisch*

*Ao. Univ. Prof. Dr. Gottfried Novacek*

*Arbeitsgruppenleiter: Ao. Univ. Prof. Dr. Christoph Högenauer*

April 2018

# Risikostratifizierung

Patienten mit **Colitis ulcerosa** und **Morbus Crohn** mit **Colonbeteiligung** haben ein erhöhtes **KRK** (Kolorektales Karzinom) -Risiko.

**Krankheitsdauer**, **Krankheitsausdehnung**, assoziierte **primär sklerosierende Cholangitis** und eine **positive Familienanamnese** für das sporadische **KRK** gelten als die wichtigsten Risikofaktoren. Weiters korreliert sowohl der **makroskopische** als auch der **histologische Entzündungsgrad** mit dem Neoplasierisiko.

Bei M. Crohn könnte eine länger bestehende **Fistulierung** ebenfalls zur lokalen Entwicklung von **KRK** beitragen.

# Screening und Surveillance

**6-8 Jahre nach Erkrankungsbeginn** soll eine **Screening-Koloskopie** bei CED-Patienten durchgeführt und das **individuelle Patientenrisikoprofil** beurteilt sowie Dysplasien ausgeschlossen werden.

Zur **Beurteilung des Risikoprofils** wird die im Erkrankungsverlauf **maximale endoskopische und histologische Ausdehnung** sowie das Vorhandensein von **Risikofaktoren** herangezogen.

Besteht in sämtlichen endoskopischen und histologischen Befunden ausschließlich eine Proktitis, muss kein Einschluss in ein Surveillance-Programm erfolgen.

# Surveillance und Intervalle

Eine **Surveillance-Koloskopie** soll bei **Patienten mit niedrigem Risiko** in **3- bis 4-jährigen Intervallen nach Screeningkoloskopie**, **Patienten mit hohem Risiko** in **1- bis 2-jährigen Intervallen** durchgeführt werden.

Im Falle des Vorliegens einer **primär sklerosierenden Cholangitis (PSC)** sollen **ab dem Diagnosezeitpunkt der PSC und nach LTX jährliche** Surveillance-Koloskopien erfolgen. Wurde eine **Läsion mit Dysplasie erfolgreich endoskopisch abgetragen**, werden nach negativer Kontrollkoloskopie ebenfalls **jährliche** Surveillance-Koloskopien innerhalb der ersten 5 Jahren empfohlen.

# Beurteilung des Risikoprofils:

## **Risikofaktoren:**

- extensive Kolitis
- persistierende Entzündung
- lange Erkrankungsdauer (> 20 Jahre)
- positive Familienanamnese für sporadisches KRK (v.a. bei ED<50 Jahren)
- Strikturen
- multiple Pseudopolypen

➤ Hohes Risiko:  $\geq 2$  Risikofaktoren

➤ Niedriges Risiko:  $\leq 1$  Risikofaktor

# Durchführung einer Surveillance-Koloskopie

Die **Surveillance-Koloskopie** sollte bei **guter Darmvorbereitung** und in **klinischer Remission** durchgeführt werden. Kann eine klinische Remission nicht in angemessener Zeit erreicht werden, sollte die Surveillance-Koloskopie ohne weitere Verzögerung durchgeführt werden.

**Chromoendoskopie mit gezielten Biopsien** ist der Weißlichtendoskopie mit zufällig gewonnenen Biopsien bei der Surveillance von CED überlegen und werden daher empfohlen. **Alternativ** ist auch eine **Weißlichtendoskopie** mit gezielter Bx sichtbarer Läsionen sowie Quadrantenbiopsien alle 10 cm möglich.

# Surveillance und Pouch

## Risikofaktoren:

- Präoperativ Dysplasie oder Kolonkarzinom
- Histologisch persistierende Atrophie & chronische Entzündung (Type C mucosa of pouch)
- PSC

## Intervalle & Durchführung:

- Intervall: - jährlich bei hohem Risiko für Dysplasie oder bei frühem Auftreten von Dysplasie postperativ  
- alle 5 Jahre bei Patienten ohne hohen Risiko
- Durchführung: 4 Biopsien proximal und distal im Pouch

*ECCO Consensus Inflammatory Bowel Disease and Malignancies. JCC 2015*

# Dysplasie

## Dysplasie:

- high-grade
- low-grade
- „indefinite for dysplasia“

***Bestätigung durch unabhängigen Referenzpathologen empfohlen!***

## Läsion:

- endoskopisch nicht sichtbar (*alt: flach*)
- endoskopisch sichtbar (*alt: erhaben*)

Definition für “endoskopisch resektabel”:

- 1) Ränder der Läsion abgrenzbar
- 2) Läsion makroskopisch vollständig abgetragen
- 3) histologisch in toto abgetragen
- 4) Biopsien aus der Umgebung frei von Dysplasie

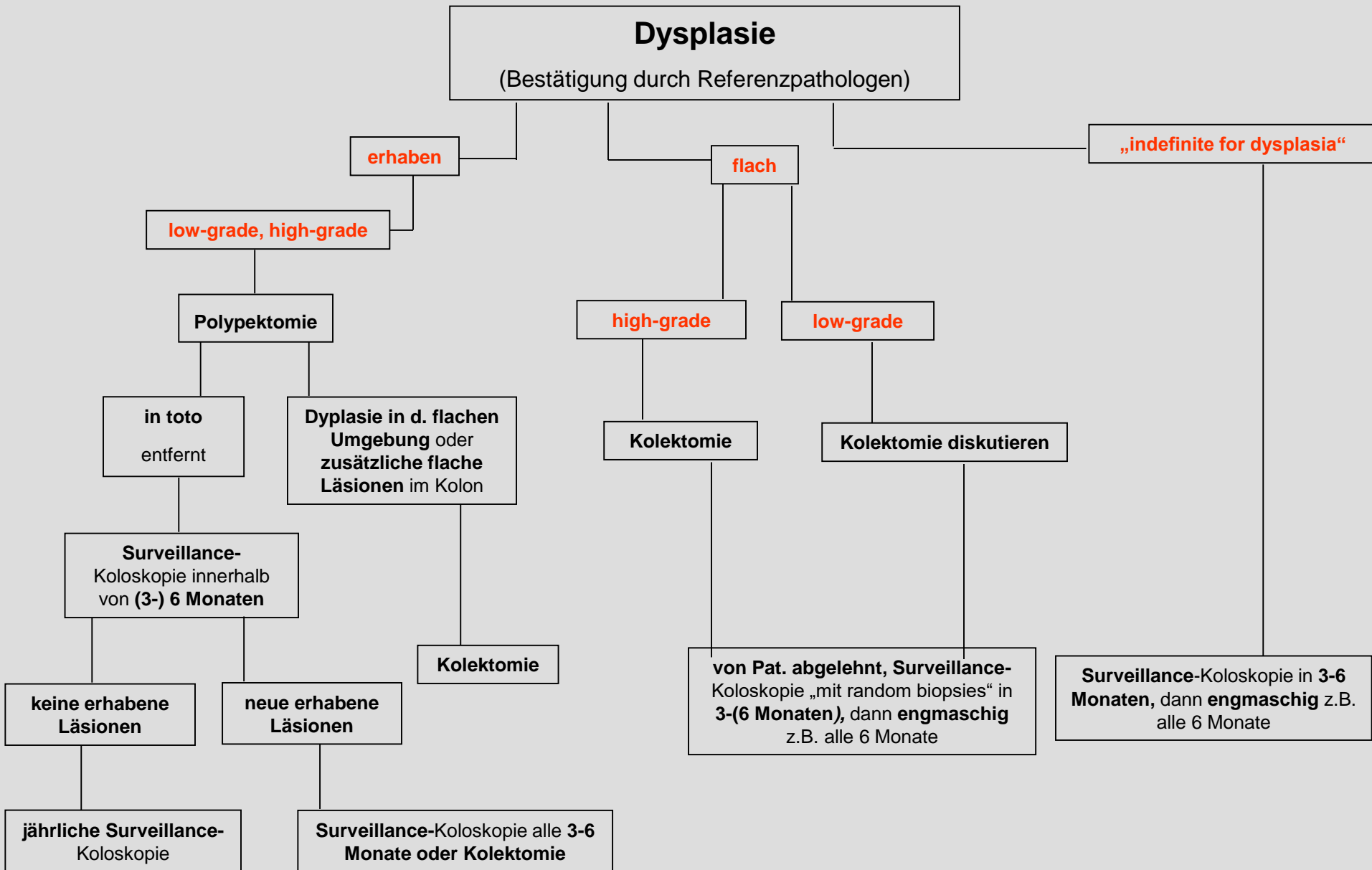


## Dysplasie in endoskopisch nicht sichtbaren (flachen) Läsion

- Patienten mit bestätigter **high-grade** Dysplasie in einer **flachen** Läsion sollten **kolektomiert** werden.
- Im Falle einer **low-grade** Dysplasie in einer **flachen** Läsion sollte in einem ausführlichen Gespräch die Therapieoption der **Kolektomie** mit dem Patienten **diskutiert** werden. Falls eine Kolektomie abgelehnt wird, sollen engmaschige Chromoendoskopien mit event. zusätzlichen „random biopsies“ von einem erfahrenen (CED-)Endoskopiker mit HD-Endoskop durchgeführt werden. Falls Läsionen im Anschluss doch endoskopisch sichtbar sind, sollen diese umgehend endoskopisch abgetragen werden.

## Dysplasie in einer endoskopisch sichtbaren (erhabenen) Läsion

**Erhabene Läsionen mit Dysplasie** sollen **vollständig endoskopisch abgetragen** werden. Biopsien aus der Umgebung müssen dabei entnommen werden und negativ sein. Eine **engmaschige Überwachung** ist jedoch im Anschluss dringend erforderlich. Ist eine **vollständige endoskopische Abtragung nicht möglich** oder sind **flache Läsionen mit Dysplasie im restlichen Kolon** nachweisbar, wird eine **Kolektomie** empfohlen.



# LITERATUREMPFEHLUNG

- Angelberger S, Campregher C, Fuchssteiner H, et al. Colorectal cancer: screening and surveillance in inflammatory bowel diseases - consensus of the working group for inflammatory bowel diseases of the Austrian Society of Gastroenterology and Hepatology. *Z Gastroenterol* 2013;51(5):450-7.
- Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al; European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Colitis* 2017;11(6):649-670.
- Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, et al; SCENIC Guideline Development Panel. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2015;148(3):639-651.e28.
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy Standards of Practice Committee, Shergill AK, Lightdale JR, Bruining DH, et al. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc* 2015;81(5):1101-21.e1-13.
- Farraye FA, Odze RD, Eaden J, et al. AGA Institute Medical Position Panel on Diagnosis and Management of Colorectal Neoplasia in Inflammatory Bowel Disease. AGA medical position statement on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2010;138(2):738-45.
- Cairns SR, Scholefield JH, Steele RJ, et al; British Society of Gastroenterology; Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002). *Gut* 2010;59(5):666-89.