



# **Kolonkarzinom:**

## **Surveillance bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)**

**Stand: 2024/Q2**

Autoren:

- Priv.-Doz. Dr. Sieglinde Reinisch (magda Mödling)
- Ao. Univ.- Prof. Dr. Gottfried Novacek (Medizinische Universität Wien)

Review: ÖGGH AG CED

# Risikostratifizierung

PatientInnen mit **Colitis ulcerosa** und **colonischem Morbus Crohn** haben ein erhöhtes KRK (Kolorektales Karzinom) -Risiko. Es **korreliert** der **makroskopische UND histologische Entzündungsgrad** über die Zeit **mit dem Neoplasierisiko**.

Das Risiko ist am höchsten bei **extensivem Befall** und steigt mit zunehmender **Krankheitsdauer** und/oder **nachgewiesener Dysplasie** in einer Colonbiopsie. Zusätzliche Risikofaktoren sind **männliches Geschlecht, früher Krankheitsbeginn, positive Familienanamnese** für das sporadische KRK, Vorhandensein von **colonischen Stenosen** oder eine **primär sklerosierenden Cholangitis (PSC)**.

PatientInnen mit analem/perianalem Morbus Crohn haben ein erhöhtes Risiko, ein Analkarzinom bzw. ein fistelassoziiertes Adenokarzinom zu entwickeln.

# Screening und Surveillance

Eine **Screening-Koloskopie** soll bei allen CED-PatientInnen **8 Jahre nach Erkrankungsbeginn** durchgeführt werden, um die Krankheitsausdehnung zu bestimmen und Dysplasien auszuschließen. Es sollen Biopsien aus entzündeter und nicht-entzündeter Mukosa pro Kolonsegment entnommen werden.

Besteht in sämtlichen endoskopischen UND histologischen Befunden lediglich ein **Befall des Rectums oder des term. Ileums** sind **keine** weiteren **Surveillance-Koloskopien** notwendig. Es gelten für diese PatientInnen die Empfehlungen für die Vorsorgekoloskopie.

Im Falle des Vorliegens einer PSC sollen **ab dem Diagnosezeitpunkt der PSC und auch nach LTX jährliche** Surveillance-Koloskopien erfolgen.

# Surveillance und Intervalle

## Screening-Koloskopie

### **hohes Risiko**

- erstgradiger Verwandter mit KRK < 50 Jahre
- PSC
- Stenose in den letzten 5 Jahren
- Dysplasie in den letzten 5 Jahren
- extensiv Colitis mit schwerer makroskopisch /histologischer Entzündung (anamnestisch bzw. aktuell)
- Multiple Pseudopolypen

### **intermediäres Risiko**

- erstgradiger Verwandter mit KRK > 50 Jahre
- Dysplasie > 5 Jahren
- extensive Colitis mit milder bis mäßiggradiger makroskopischer /histologischer Entzündung (anamnestisch bzw. aktuell)
- Mehrere Pseudopolypen

### **niedriges Risiko**

- Es liegen keine Kriterien für hohes oder intermediäres Risiko vor.

Zusätzliche Risikofaktoren, wie z.B. früher Krankheitsbeginn, sind zu beachten. Im Zweifelsfall die höhere Risikogruppe auswählen, wobei für die meisten Patienten in Remission ein Intervall von alle 2-3 Jahren ausreichend ist.

**jährlich**

**alle 2-3 Jahre**

**alle 5 Jahre**

# Durchführung der Surveillance-Koloskopie

Die **Surveillance-Koloskopie** sollte bei **guter Darmvorbereitung** und in klinischer **Remission** durchgeführt werden, um zwischen Dysplasie und Entzündung in der Biopsie entscheiden zu können. Kann eine klinische Remission nicht in angemessener Zeit erreicht werden, sollte die Surveillance-Koloskopie ohne weitere Verzögerung durchgeführt werden.

Auf eine **ausreichende Rückzugszeit** während der Untersuchung sollte geachtet werden.



# Durchführung der Surveillance-Koloskopie

## Durchführung:

- **Chromoendoskopie mit gezielten Biopsien bzw. *en bloc* Resektion**
- **HD- Weißlichtendoskopie mit gezielten Biopsien bzw. *en bloc* Resektion**

Zusätzliche Biopsien aus unterschiedlichen Segmenten werden jedoch empfohlen, um die histologische Aktivität erfassen zu können. Optional kann bei Verwendung von einem HD-Weißlichtendoskop die Funktionen wie NBI, FICE oder i-scan verwendet werden.

Bei Hochrisiko-PatientInnen (Dysplasie-Anamnese, PSC) sollte die Untersuchung als Chromoendoskopie oder als HD-Weißlichtendoskopie durchgeführt und zusätzlich zu gezielten Biopsien Quadrantenbiopsien alle 10 cm in Erwägung gezogen werden.

# Surveillance und Pouch

## Risikofaktoren:

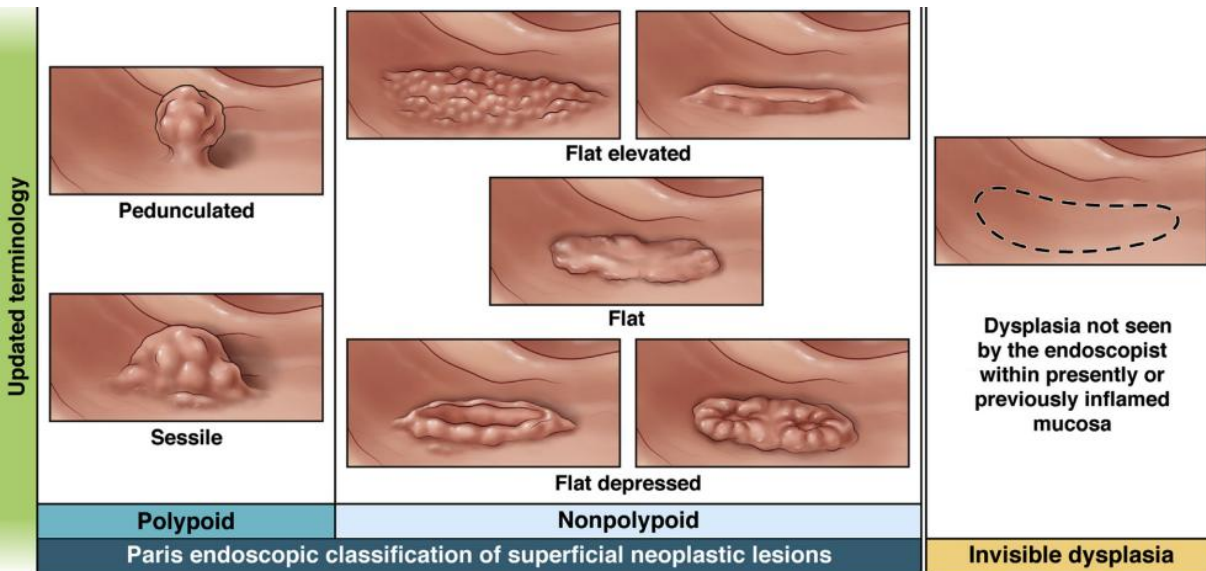
- Präoperativ Dysplasie oder Kolonkarzinom
- PSC
- chronische Pouchitis (histologisch Typ C Mukosa mit Aneuploidie)

## Intervalle & Durchführung:

- Intervall: bei Vorliegen von Risikofaktoren jährlich, sonst individuell
- Durchführung: Biopsien aus Prä-Pouch-Ileum, Pouch und Transitionalzone/Rectal Cuff



# Definitionen von Läsionen



In addition to Paris classification, report lesion size, morphology, border clarity, ulceration, location, if within area of colitis, completeness of resection, and any special techniques used to visualize.

SK Murthy, et al. Gastroenterol 2021

## „Five S“ für polypoide und non-polypoide Läsionen :

|              |                                                                                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Site         |                                                                                                         |
| Size         | <2 cm favours endoscopic resection<br>EMR or ESD can be considered for larger lesions                   |
| Shape        | Polypoid (modified paris 1p or 1s) vs non polypoid (IIa, IIb, IIIc)<br>borders (distinct vs indistinct) |
| Surface      | Kudo or FACILE (frankfurt advanced chromoendoscopic IBD lesions)                                        |
| Surroundings | Mucosal activity, other lesions in surrounding area, submucosal fibrosis                                |

ECCO Consensus Malignancy, JCC 2023

# Endoskopisches Management von polypoid bzw. non-polypoiden dysplastischen Läsionen

**Polypoide dysplastische Läsionen** sollen **vollständig endoskopisch (*en bloc*) abgetragen** werden, wenn es keinen Hinweis auf multifokale oder nicht-sichtbare dysplastische Läsionen im Kolon gibt.

**Non-polypoide dysplastische Läsionen** ohne Hinweis auf invasives Karzinom können **in ausgewählten Fällen** von erfahrenen EndoskopikerInnen **mittels Endoscopic Mucosal Resection oder** mittels (Hybrid) **Submucosal Dissection** abgetragen werden, sofern es keinen Hinweis auf multifokale oder nicht-sichtbare Dysplasie im Kolon gibt und eine **Abtragung *en bloc*** möglich ist. Alternativ kann eine chirurgische Resektion angeboten werden. Bei Morbus Crohn kann hier auch an eine Segmentresektion gedacht werden.

# Surveillance nach erfolgreicher endoskopischer Abtragung

## Polypoide oder kleinere (<2cm DM) non-polypoide Läsion:

Surveillance-Koloskopie erfolgt mittels Chromoendoskopie oder HD- Weißlichtendoskopie mit gezielten Biopsien

- Polypoid <1cm oder gestielte Läsion mit low-grade Dysplasie (LGD): 12-24 Monate
- Polypoid >1cm oder gestielte Läsion mit low-grade Dysplasie (LGD): 12 Monate
- Non-polypoid (<2cm) und LGD: alle 6 (-12) Monate im ersten Jahr, dann jährlich für 4 Jahre
- High-grade Dysplasie: alle 3-6 Monate im 1. Jahr, dann jährlich für 4 Jahre

## Non-polypoide (> 2cm DM) Läsion:

Surveillance-Koloskopie erfolgt mittels Chromoendoskopie oder HD- Weißlichtendoskopie mit gezielten sowie zufälligen Biopsien

- Alle 3-6 Monate im ersten Jahr, dann jährlich für 4 Jahre

# Chirurgisches Management von dysplastischen Läsionen

Ein chirurgisches Vorgehen (Proktokolektomie) ist empfohlen bei:

- **Invasivem Karzinom**
- **Dysplastischen Läsionen, die nicht vollständig endoskopisch abgetragen werden können**
- **High-grade Dysplasie in nicht-sichtbarer Läsion**
- **Multifokale Dysplasien**
- **Low-grade Dysplasie in nicht-sichtbarer Läsion als Alternative zu engmaschigen Surveillance-Koloskopien**

# Management von nicht-sichtbaren dysplastischen Läsionen

Im Falle einer bestätigten **low-grade** Dysplasie in einer **nicht-sichtbaren** Läsion soll eine **Chromoendoskopie mit zusätzlichen Quadrantenbiopsien und HD-Endoskop von erfahrenen (CED-)EndoskopikerInnen** durchgeführt werden. Falls die Läsion im initial beschriebenen Colonabschnitt doch endoskopisch sichtbar ist, sollte diese endoskopisch abgetragen werden. Die Kontrollen sollen gemäß polypoiden bzw. non-polypoiden Läsionen erfolgen. Ist die Läsion wieder nicht sichtbar, sollte in einem ausführlichen Gespräch die Kolektomie mit den PatientInnen diskutiert werden. Wird diese abgelehnt, werden Chromoendoskopien mit Quadrantenbiopsien nach 3 und 6 Monaten und dann jährlich empfohlen.

PatientInnen mit einer bestätigten **high-grade** Dysplasie in einer **nicht-sichtbaren** Läsion sollten **kolektomiert** werden.

**Dysplasien in einer nicht-sichtbaren Läsion sollen immer durch ReferenzpathologInnen bestätigt werden.**

## Management von Läsionen mit „indefinite for dysplasia“

Diese Läsionen sollten immer **von ReferenzpathologInnen rebegutachtet** werden. Wird dieser Befund bestätigt, sollte eine **Optimierung der anti-inflammatorischen Therapie** erfolgen, da akute Entzündung reaktive Atypien bzw. Dysplasien in der Biopsie vortäuschen können. Nach erfolgter Entzündungskontrolle sollte eine **erneute Chromoendoskopie mit Quadrantenbiopsien** innerhalb von 3-6 Monaten durchgeführt werden.

## Management von dysplastischen Läsionen außerhalb der maximalen makroskopisch und histologisch fassbaren Entzündung

Polypen mit Dysplasie, die außerhalb des maximalen makroskopischen und histologischen Befallsmusters entstanden sind, werden als sporadische Adenome angesehen und sollen endoskopisch- sofern möglich- abgetragen werden.

Intervalle für Surveillance-Koloskopien sollen entsprechend den Empfehlungen für Post-Polypektomie in der Normalbevölkerung erfolgen.

## Referenzen:

- Gordon H, et al. ECCO Guidelines on Inflammatory Bowel Disease and Malignancies. J Crohns Colitis. 2023 Jun 16;17:827-854.
- Murthy SK, et al. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Surveillance and Management of Colorectal Dysplasia in Inflammatory Bowel Diseases: Expert Review. Gastroenterology. 2021 Sep;161:1043-1051.
- Kucharzik T, et al. Aktualisierte S3-Leitlinie Colitis ulcerosa (Version 6.1) – Februar 2023 – AWMF-Registriernummer: 021-009. Z Gastroenterol. 2023 Aug;61:1046-1134.