



Colonpolypper

D36836

 Utgave:
2.00

 Gjelder fra:
23.05.2018

Side 1 av 4

Hensikt og omfang

- Sikre riktig behandling av pasienter som får påvist polypper i colon.
- Følgende tekst er hentet fra nasjonalt handlingsprogram og tilpasset SI.

Ansvar/målgruppe

Medisinske leger

Handling

Diagnostikk

Koloskopi

Koloskopi regnes som gullstandard ved kolorektal diagnostikk og gir mulighet for vevsprøvetaking og terapi, men er avhengig av utøveren

Klassifisering av lesjoner

Tabell I: Klassifisering av lesjoner

	Betegnelse anbefalt av WHO (52)	Tidligere betegnelse	TNM	Kommentar
A	Adenom med lavgradig intraepitelial neoplasi	Adenom med lett-moderat dysplasi		
B	Adenom med høygradig intraepitelial neoplasi	Adenom med grov dysplasi/carcinoma in situ	pTis	
C	Intramukosal neoplasi	Intramukosalt adenokarsinom	pTis	Infiltrasjon i lamina propria/ muscularis mucosae, men ikke submucosa
D	Adenokarsinom	Adenokarsinom	pT1	Infiltrasjon i submucosa

Ad. C: Sjelden tilstand, behandles som B. Diagnosen kan ikke stilles på biopsier. Disse er premaligne fordi det per definisjon ikke forekommer lymfeknutemetastaser siden det ikke er lymfekar i lamina propria.

Behandling

Benigne polypper (kategori A-C i tabell I over)

- Behandling av benigne polypper gjøres for å forhindre utvikling av kreftsykdom. En må sikre seg at disse virkelig er benigne. Best grunnlag for dette gis ved fullstendig fjerning i én seanse for å vurdere reseksjonsflate. Alle polypper >5mm bør fjernes.
- Overfladiske biopsier underestimerer dysplasi-grad og kan bomme på cancerfoci – spesielt i store polypper (>10mm) hvor polypektomien er både diagnostisk og terapeutisk (evidensgrad C). Det er anslått at <1 % av adenomer med diameter <10mm er maligne, 10 % med diameter 10–20mm og 20–50 % med diameter >20mm.
- Perforasjonsfaren ved terapeutisk koloskopi er 0,5-2 per 1000 koloskopier
- Perforasjonsfaren er størst ved store polypper i coecum
- Polypektomi må veies mot risiko ved inngrepet, alder, ko-morbiditet og den trusselen lesjonen forventes å utgjøre for resterende forventet levetid
- Koloskopikontroller kan være et alternativ – forutsatt at pasienten følger opp kontrollavtaler

Maligne polypper (T1-cancer i stilket polypp – kategori D i tabell I over)

- Ved påvist adenokarsinom i stilket polypp skal tumor klassifiseres etter Haggitt's klassifikasjon og eventuell innvekst i blod- og lymfekar samt differensieringsgrad skal angis
- Slynge reseksjon anses som tilstrekkelig behandling ved cancer dersom slyngen er lagt på makroskopisk fri stilk og polyppen ble fjernet i ett stykke (ikke stykkevis). I tillegg må infiltrasjonen ikke være dypere enn til Haggitt's nivå 1, 2 (kanskje også 3), og det må være mikroskopisk sikker fri rand (evidensgrad C).
- Tumor må ikke være lavt differensiert, og det må ikke være påvist infiltrasjon i blod- eller lymfekar. Er det tvil om reseksjonsranden (ofte ved Haggitt's nivå 3) eller det er sikker infiltrasjon i reseksjonsranden, må mer radikal prosedyre velges. Det samme gjelder ved Haggitt's nivå 4.
- Flate bredbasede polypper med tidlig cancer (T1), samt stilkede polypper Haggitt's nivå 4, skal klassifiseres etter sm klassifikasjonen. Sm 1 cancer i endetarmen samt stilkede polypper med usikker reseksjonsrand (Haggitt 3 og 4) kan behandles med lokal excisjon (TEM).
- Ved lokalisasjon i tykktarm bør det gjøres formell reseksjon i disse situasjonene (evidensgrad D).
- Ved lavt differensiert tumor eller sikker infiltrasjon i lymfebaner/kar bør det gjøres formell reseksjon

Avanserte endoskopiske metoder for polypektomi

- Stilkede polypper og flate polypper opptil 15 mm diameter kan vanligvis fjernes enkelt ved slynge reseksjon gjennom koloskop
- Større, flate polypper fjernes enklere og sikrere ved Endoskopisk mukosa-reseksjon (EMR), der man injiserer saltvann/viskøs væske (for eksempel Voluten) i submukosa og løfter opp mukosa med polyppen. Det gir bedre mulighet for å fette hele polyppen i ett tak og reduserer risikoen for perforasjon.
- Dersom polyppen er større enn 20–25 mm vil man sjelden klare å få den ut i ett stykke med EMR, og det blir da en «piecemeal» reseksjon som er mindre radikal, gir større usikkerhet vedrørende tolkning av patologisvar og alltid usikkerhet om

reseksjonskant til siden er fri. For større, bredbasede polypper gir derfor endoskopisk submukosa disseksjon (ESD) muligheten til en bloc reseksjon, men på bekostning av en større komplikasjonsrisiko. Man løfter polyppen ved injeksjon i submukosa (med væske som holder «løftet» lenge), og dissekerer med diatermiinstrumenter gjennom koloskopets arbeidskanal – først ned gjennom mukosa, deretter systematisk under polyppen i submukosa-planet.

- EMR beherskes av mange endoskopører og kan anses som standard teknikk. ESD er teknisk meget krevende og gjøres bare et fåtall steder. I øvede hender regnes ESD av flere som tilstrekkelig radikal for Tis og T1-sm1 cancer.
- Erfaring med disse metodene bør kunne erstatte TEM-prosedyre hos en del pasienter med «middels» vanskelige / middels store polypper i rektum, og i øvede hender bør de kunne erstatte tykktarmsreseksjon hos noen av pasientene med bredbaset, premalign polypp i tykktarm.

Dysplasi ved IBD

- På grunn av manglende kunnskap om den naturlige utvikling av dysplasi er det usikkerhet omkring hvilken behandlingsstrategi man skal velge ved påvist dysplasi, særlig gjelder dette lavgradig dysplasi. I en metaanalyse medførte lavgradig dysplasi 9 ganger økt risiko for senere utvikling av CRC. Randomiserte undersøkelser vil ikke kunne utføres, men simuleringsmodeller basert på kliniske kohorter indikerer at proktokolektomi sannsynligvis også bør velges primært ved lavgradig dysplasi – uansett om denne forefinnes i «flat mucosa» eller DALM-lesjon (sikker dysplasi og ikke ordinært adenom med dysplasi). Behandlingsstrategi vil også være avhengig av flere andre faktorer som pasientens holdning til kolektomi, sykdomsaktivitet, alder og risiko ved kirurgisk inngrep (evidensgrad D). Pasienter med ulcerøs colitt og primær skleroserende cholangitt har høyere risiko for malignitetsutvikling i tykktarm. Ved høygradig dysplasi bør proktokolektomi anbefales hos alle pasienter. Ordinære adenomer hos pasienter med ulcerøs kolitt behandles som adenomer.

Anbefaling

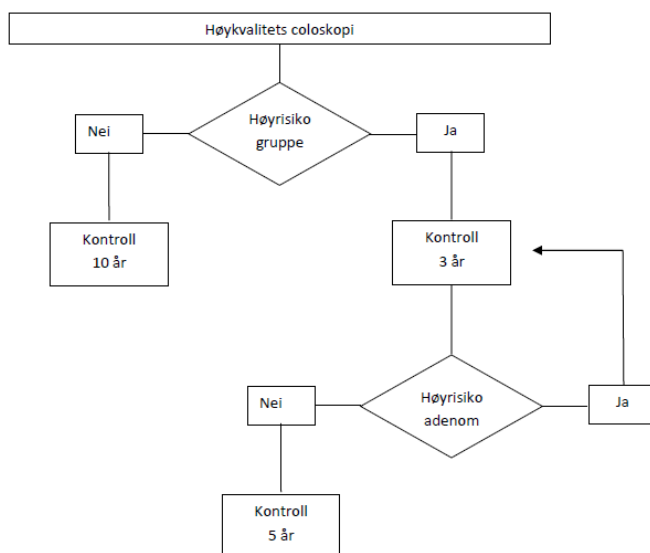
- Slyngereseksjon er anbefalt behandling ved adenokarsinom i stilket polypp forutsatt mikroskopisk fri reseksjonsrand og Haggitt's nivå 1 eller 2 (evidensgrad C).
- Ved tvilsom eller ufri reseksjonsrand i polyppstilk eller Haggitts nivå 4 bør det gjøres fullveggs TEM eksisjonsbiopsi i endetarmen, og histologisvaret vil avklare om dette er tilstrekkelig radikalt. I tykktarm bør det utføres formell reseksjon. (evidensgrad D).
- Ved lavt differensiert tumor eller sikker infiltrasjon i blod- eller lymfekar i polyppen bør det gjøres formell reseksjon (evidensgrad D).
- Ved histologisk bekreftet dysplasi i tykk- eller endetarm hos pasienter med IBD bør (prokto)kolektomi vurderes (evidensgrad D).

Oppfølging

Benigne polypper

- Antall adenomer og polyppstørrelse er et pragmatisk akseptabelt grunnlag for risikostratifisering og anbefalt kontroll
- Høygradig dysplasi og villøsitet er nært korrelert med polyppstørrelse (evidensgrad C). Ved stykkevis fjerning av store adenomer eller ved usikker margin anbefales kontroll etter 6 mnd. deretter kan algoritmen følges (evidensgrad D). Følgende kontrollopplegg for polypper etter innledende komplett fjerning, i tråd med anbefalinger fra European Society of Gastrointestinal Endoscopy, anbefales brukt.
- Lav risiko gruppe: 1–2 tubulære adenomer <10 mm med lavgradig dysplasi.
- Høy risiko gruppe: pasienter med enten adenom ≥ 10 mm høygradig dysplasi, villøs komponent eller ≥ 3 adenomer; eller serrated polypp ≥ 10 mm eller med dysplasi.

Funnt ved første undersøkelse



Maligne polypper

Ved radikal fjerning med vurderbare render bør tomten kontrolleres ved koloskopi 3 måneder inntil tilheling og igjen innen ett år (evidensgrad D).

Anbefaling

- Ved stykkevis fjerning av store adenomer eller ved usikker margin anbefales kontroll innen 6 mnd. deretter følges algoritmen (evidensgrad D).
- Ved radikal fjerning av maligne polypper med vurderbare render bør tomten kontrolleres ved koloskopi innen 3 måneder inntil tilheling og igjen innen ett år (evidensgrad D).

Referanser

Helsedirektoratet [Internett]. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm s. 29 - 35 [hentet 2018-05-22]. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1373/IS-2644%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20tykk-%20og%20endetarmskreft.pdf>