



Endoskopický management polypózních syndromů: Doporučený postup Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE)

Monique E. van Leerdam, Victorine H. Roos, Jeanin E. van Hooft, Evelien Dekker, Rodrigo Jover, Michal F. Kaminski, Andrew Latchford, Helmut Neumann, Maria Pellisé, Jean-Christophe Saurin, Pieter J. Tanis, Anja Wagner, Francesc Balaguer, Luigi Ricciardiello

Korespondenční autor

**Monique E. van Leerdam,
MD PhD**

Department of
Gastroenterology and
Hepatology, Netherlands
Cancer Institute,
Plesmanlaan 121, 1066 CX
Amsterdam, The Netherlands

Email: m.v.leerdam@nki.nl

Institute

1. Department of
Gastroenterology and
Hepatology, Netherlands
Cancer Institute,
Amsterdam, The
Netherlands
2. Department of
Gastroenterology and
Hepatology, Leiden
University Medical Center
and Foundation for the
Detection of Hereditary
Tumours, Leiden, The
Netherlands
3. Department of
Gastroenterology and
Hepatology, Amsterdam
University Medical
Centers, University of
Amsterdam, Cancer
Center Amsterdam,
Amsterdam, The
Netherlands
4. Department of
Gastroenterology,
Hospital General
Universitario de Alicante,
Instituto de Investigación
Sanitaria y Biomédica de
Alicante (ISABIAL),
Alicante, Spain
5. Cancer Prevention, The
Maria Sklodowska-Curie
Memorial Cancer Center
and Institute of Oncology,
Warsaw, Poland

1. Obecná doporučení pro pacienty s polypózním syndromem

ESGE doporučuje dispenzarizaci jedinců s hereditárními gastrointestinálními polypózními syndromy na pracovištích, kde je zajištěna monitorace dodržování ukazatelů kvality endoskopie.
Silné doporučení, střední míra evidence, úroveň shody 90 %

ESGE doporučuje provedení ezofagogastroduodenoskopie, vyšetření tenkého střeva a/ nebo kolonoskopie dříve než plánovaný dispenzární výkon v případě, že je pacient symptomatický.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

2. Familiární adenomatózní polypóza a MUTYH – asociovaná polypóza

2.2 Kolonoskopická dispenzarizace

ESGE doporučuje zahájit kolonoskopickou dispenzarizaci u asymptomatických jedinců s FAP ve věku 12–14 let.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

Doporučený interval pro kolonoskopickou dispenzarizaci u pacientů s FAP a intaktním tlustým střevem je každé 1–2 roky v závislosti na polypózní zátěži.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

ESGE doporučuje zahájení kolonoskopické dispenzarizace ve věku 18 - ti let u asymptomatických jedinců s MUTYH – asociovanou polypózou.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

Doporučený interval pro kolonoskopickou dispenzarizaci u pacientů s MUTYH – asociovanou polypózou a intaktním tlustým střevem je 1–2 roky v závislosti na polypózní zátěži.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

2.3 Management kolorektální neoplazie u pacientů s intaktním colon

Endoskopický management pouze kolorektálních adenomů není u jedinců s FAP/MUTYH – asociovanou polypózou doporučován. Může být zvážen u jedinců s atenuovanou formou onemocnění za podmínek zajištění vysoce kvalitní dispenzarizace.
Slabé doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 60 %

U jedinců s FAP/MUTYH – asociovanou polypózou, u kterých není indikována okamžitá kolektomie a jsou řešitelní endoskopicky, je doporučováno odstranění všech polypů > 5 mm.

Slabé doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

Načasování a typ chirurgického výkonu u jedinců s FAP/ MUTYH – asociovanou polypózou by měl být projednán multioborovým týmem s přihlédnutím k pohlaví (plodnost), polypózní zátěži, rozsahu rektálního postižení, osobní a rodinné anamnéze desmoidních chorob v kontextu k sociálním, osobním podmínkám a vzdělání.

Slabé doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

2.4 Dispenzarizace a management kolorektální neoplazie po (prokto)kolektomii

ESGE doporučuje dispenzarizaci rekta nebo pouche každý 1-2 roky u jedinců s FAP nebo MUTYH – asociovanou polypózou v závislosti na polypózní zátěži.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

Během dispenzarizace rekta nebo pouche u pacientů s FAP nebo MUTYH – asociovanou polypózou je doporučováno odstranění všech polypů > 5 mm.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

Je doporučeno endoskopické odstranění všech polypů v oblasti anální přechodové zóny po proktokolektomii a ileo-pouch anální anastomóze.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 89 %

6. Gastroenterology, Hepatology and Clinical Oncology, Medical Centre for Postgraduate Education, Warsaw, Poland
7. Department of Health Management and Health Economics, University of Oslo, Oslo, Norway
8. Polyposis Registry, St. Mark's Hospital, Harrow, United Kingdom
9. Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, London, United Kingdom
10. Department of Medicine I, University Medical Center Mainz, Mainz, Germany
11. Gastroenterology Department, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain
12. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain
13. Gastroenterology and Endoscopy Unit, Hospices Civils de Lyon, Hôpital E. Herriot, Lyon, France
14. Department of Surgery, Amsterdam University Medical Centers, University of Amsterdam, Cancer Center Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands
15. Department of Clinical Genetics, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands
16. Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, Bologna, Italy

Překlad

Klára Kmochová

Originální dokument

https://www.esge.com/site19/wp-content/uploads/2019/08/2019_a_0965_0605.pdf

Přímý odkaz

2.5 Duodenální dispenzarizace a management

ESGE doporučuje zahájit endoskopickou duodenální dispenzarizaci u jedinců s FAP ve věku 25 let.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

Provedení důkladné kontroly a popisu duodena a ampulární oblasti, u jedinců s FAP nebo MUTYH – asociovanou polypózou, je doporučováno při každé dispenzární ezofagogastroduodenoskopii. Interval dispenzární duodenoskopie by měl být určen podle charakteru polypů.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

Endoskopické resekce neampulárních adenomů ≥ 10 mm by měla být zvážena u pacientů s FAP/ MUTYH – asociovanou polypózou.

Slabé doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

Duodenální polypy a ampula by měly být biopskovány pouze v případě nemožnosti endoskopického odstranění, buď z důvodu nadměrné velikosti či podezření na invazivní růst.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

U jedinců s FAP/MUTYH – asociovanou polypózou a výskytem ampulárního adenomu ≥ 10 mm se známkami extenzivního nebo invazivního růstu je doporučeno projednání další léčby multidisciplinárním týmem.

Slabé doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

U pacientů s FAP/MUTYH asociovanou polypózou nemusí být EUS rutinně prováděno k preterapeutickému zhodnocení ampulárních adenomů. Provedení EUS může být zváženo k vyloučení invazivního růstu u zvětšené nebo suspektně vypadající ampuly. Slabé doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 89 %

Současně s duodenální dispenzarizací je doporučováno důsledné vyšetření žaludku. V případě podezření na adenomy žaludku je doporučována endoskopická nebo chirurgická resekce (v případě, že není nález endoskopicky resekabilní).

Silné doporučení, střední míra evidence, úroveň shody 100 %

Profylaktická duodenektomie u FAP/MUTYH-asociované polypózy by měla být vyhrazena pro pacienty s nejtěžší formou chorobou, u kterých není možný endoskopický management.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

3. Peutz – Jeghersův syndrom

3.2 Ezofagogastroduodenoskopická a kolonoskopická dispenzarizace

ESGE doporučuje provedení iniciální ezofagogastroduodenoskopie a kolonoskopie ve věku 8 let u asymptomatických jedinců s PJ syndromem.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

ESGE doporučuje zahájení rutinní ezofagogastroduodenoskopické a kolonoskopické dispenzarizace ve věku 18 let pokud je iniciální endoskopie negativní.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

Doporučený interval pro ezofagogastroduodenoskopii a kolonoskopii je 1-3 roky na základě fenotypu.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

3.3 Dispenzarizace tenkého střeva

ESGE doporučuje dispenzarizaci tenkého střeva od 8 let u asymptomatických jedinců s PJ syndromem.

Silné doporučení, střední míra evidence, úroveň shody 100 %

Doporučený interval pro dispenzarizaci tenkého střeva je 1–3 roky podle fenotypu. Silné doporučení, střední míra evidence, úroveň shody 100 %

Doporučenými vyšetřeními pro dispenzarizaci tenkého střeva jsou buď MRI nebo kapslová enteroskopie.

Silné doporučení, střední míra evidence, úroveň shody 89 %

3.4 Management tenkostřevních polypů

Elektivní polypektomie by měla být provedena u tenkostřevních polypů $> 15 - 20$ mm jako prevence intususcepce. Menší polypy způsobující obstrukční symptomy by měly být u symptomatických jedinců odstraněny. Silné doporučení, střední míra evidence, úroveň shody 90 %

Pro odstranění polypů je doporučeno provedení přístrojově asistované enteroskopie. Intraoperační enteroskopie může být zvážena podle fenotypu.

Silné doporučení, střední míra evidence, úroveň shody 89 %

4 Juvenilní polypóza

4.2 Kolonoskopická dispenzarizace

Zahájení kolonoskopického screeningu u asymptomatických jedinců s juvenilní polypózou je doporučeno ve věku 12–15 let.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

Doporučené postupy Evropské společnosti gastrointestinální endoskopie

Doporučený interval pro provádění rutinní kolonoskopické dispenzarizace u jedinců s juvenilní polypózou je 1–3 roky podle fenotypu.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

U pacientů s juvenilní polypózou je doporučeno odstranění kolorektálních polypů > 10 mm jako prevence komplikací a rozvoje kolorektálního karcinomu.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

4.3 Ezofagogastroduodenoskopická dispenzarizace

Ezofagogastroduodenoskopická dispenzarizace by měla být zahájena ve věku 18 let u asymptomatických jedinců se SMAD4 mutací.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

Ezofagogastroduodenoskopická dispenzarizace by měla být zahájena ve věku 25 let u asymptomatických jedinců s BMPR1A mutací.

Slabé doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

Doporučený interval pro ezofagogastroduodenoskopickou dispenzarizaci u asymptomatických jedinců s juvenilní polypózou je 1–3 roky v závislosti na fenotypu. Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

ESGE doporučuje, aby management a léčba žaludku (polypektomie, chirurgie, dispenzarizace) byla projednána odborným multidisciplinárním týmem, protože na základě dostupných údajů nelze navrhnout jasný algoritmus. Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

4.4 Dispenzarizace tenkého střeva

Dispenzarizace tenkého střeva u asymptomatických jedinců s juvenilní polypózou není doporučována.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

5 Syndrom serátní polypózy

5.2 Kolonoskopická dispenzarizace a management neoplazie

Je doporučováno odstranění všech polypů \geq 5 mm a všech polypů jakékoli velikosti při optickém podezření na přítomnost dysplazie u jedinců se syndromem serátní polypózy.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 100 %

Doporučený interval pro dispenzární vyšetření po kolonoskopii s nálezem \geq 1 pokročilé

ho1 polypu nebo \geq 5 nepokročilých2 polypů je 1 rok.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 80 %

Interval dispenzarizace 2 roky je doporučován u pacientů bez nálezu pokročilého1 polypu nebo s nálezem < 5 nepokročilých2 polypů.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 80 %

1 Tubulovilózní adenom, adenom s high-grade dysplazií, adenom \geq 10 mm, tradiční pilovitý adenom, sesilní serátní léze s dysplazií, serátní léze \geq 10mm.

2 Jakýkoli adenom nebo serátní léze nesplňující kritéria „pokročilého polypu“ kromě hyperplastických polypů \leq 5 mm.

5.3 Pokročilé zobrazovací techniky při kolonoskopické dispenzarizaci

Při endoskopické dispenzarizaci jedinců se serátní polypózou je doporučováno použití techniky s vysokým rozlišením.

Silné doporučení, střední míra evidence, úroveň shody 89 %

5.4 Screening příbuzných 1. stupně

Příbuzným 1. stupně by měla být nabízena screeningová kolonoskopie od věku 45 let. Silné doporučení, střední míra evidence, úroveň shody 80 %

Příbuzným 1. stupně by měla být screeningová kolonoskopie nabízena každých 5 let. V případě nlezu polypů by měla být doporučena dispenzarizace na základě vlastností polypů.

Silné doporučení, nízká míra evidence, úroveň shody 90 %

Tabulka 2: Souhrnné doporučení kolonoskopické dispenzarizace u polypózních syndromů

Polypózní syndrom	Od věku	Interval dispenzarizace	Léčba
(Atenuovaná) Familiární adenomatózní polypóza	12–14 let	1–2 roky	Před i po kolektomii: Odstranění všech polypů ≥ 5 mm
MUTYH - asociovaná polypóza	18 let	1–2 roky	Před i po kolektomii: Odstranění všech polypů ≥ 5 mm
Peutz – Jeghersův syndrom	Iniciální: 8 let Rutinní: 18 let	Iniciální: V případě polypů 1–3 roky Rutinní: 1–3 roky	Elektivní polypektomie
Juvenilní polypóza	12–15 let	1–3 roky	Elektivní polypektomie pro polypy ≥ 10 mm
Serátní polypózní syndrom	NA	1 rok: po polypektomii ≥ 1 pokročilého nebo ≥ 5 nepokročilých polypů 2 roky: bez přítomnosti polypů nebo po polypektomii ≤ 5 nepokročilých polypů nebo	Polypektomie všech polypů ≥ 5 mm a všech polypů jakékoli velikosti při podezření na dysplazii

NA = neaplikovatelné

Tabulka 4a: Výpočet Spigelmanova skóre

Charakteristika duodenálního adenomu	1 bod	2 body	3 body
Počet	1-4	5-20	> 20
Velikost (mm)	1-4	5-10	> 10
Histologie*	Tubulární	Tubulovilózní	Vilózní
Dysplazie*	Nízký stupeň (LGD)	NA	Vysoký stupeň (HGD)

*Na základě patologického vyšetření po kompletní endoskopické resekci nebo předchozích patologických výsledků

NA = neaplikovatelné

Tabulka 4b: Doporučená dispenzarizace podle Spigelmanova skóre

Spigelmanovo skóre	Spigelmanovo stadium	Interval dispenzarizace*
0	0	5 let
1-4	I	5 let
5-6	II	3 roky
7-8	III	1 rok
9-12	IV	6 měsíců (zvážení endoskopické nebo chirurgické léčby)

* Další ev. úprava podle nálezu v ampulární oblasti