

Tulehduksellisten suolistosairauksien
dysplasiaseulontasuositus ja
koliittipotilaan limakalvoleesio poistosuositus

8.9.2023

SGY IBD-alajaos

SGY endoskopia-alajaos

Yleisesti suosituksista

- Suositukset ovat laatineet Suomen Gastroenterologiyhdistyksen IBD-alajaos yhdessä Endoskopia-alajaoksen kanssa
- Suositukset koskevat >18-vuotiaita potilaita, joilla on diagnosoitu tulehduksellinen suolistosairaus (IBD)
- Vaikka suositukset pyrkivät perustumaan tutkimusnäyttöön, on useita osa-alueita, joissa tutkimusnäyttö on puutteellista yksiselitteisen ohjeen antamiseksi
- Kumulatiivinen dysplasia- ja maligniteettiriski tiedostettava (usean riskitekijän samanaikainen olemassaolo ja/tai taudin jatkuvan tai toistuvan aktiivisuuden aiheuttama kumulatiivinen vaurio)
- Hyöty- ja haittanäkökohdat voivat muuttua oleellisesti sekä ikääntymisen että komorbiditeettien myötä
- Edellä mainittujen seikkojen takia hoitavalta lääkäriltä edellytetään päätöksenteossa ja riskien arvioinnissa potilaan kokonaiskuvan ja –riskien ymmärtämistä

Yhteenveto, IBD-dysplasiaseulontasuositus

- Samanaikainen primaarinen sklerosoiva kolangiitti lisää kolorektaalisyövän riskiä koliitin laajuudesta riippumatta ja myös laaja-alainen haavainen koliitti ja Crohnin taudin koliitti lisää syöpäriskiä merkitsevästi taustaväestön riskiin nähden ja nämä potilasryhmät hyötyvät väriaine- tai virtuaalikromoendoskopiaa tehdystä dysplasiaseulonnasta
- Epidemiologisesti proktiitin ja vasemmanpuoleisen koliitin malignisoitumisriski ilman muita riskitekijöitä ei eroa taustaväestön kolorektaalisyövän riskistä
- Tämän takia proktiittia ja ilman muita riskitekijöitä olevaa vasemmanpuoleista koliittia tai muuta kuin laaja-alaista Crohnin taudin koliittia ei tarvitse sisällyttää dysplasiaseulontaan
- Koska osa diagnoosivaiheessa distaalisempaa koliittia sairastaneista kehittää ajan kuluessa laaja-alaisemman taudin, on perusteltua, että joko taudin puhkeamisvaiheessa tai seurannan aikana vasemmanpuoleisen koliitin diagnoosin saaneille tehdään 8–10 vuotta taudin puhkeamisesta indeksiendoskopia laaja-alaisemman taudin poissulkemiseksi
- Proktiittidiagnoosin saaneille potilaille indeksiendoskopian tekemistä ei pidetä tarpeellisena, koska on epätodennäköistä, että proktiitti olisi levinnyt laaja-alaiseksi koliitiksi ilman selvää oirekuvan muuttumista tai niin oireettomana ettei olisi jouduttu endoskooppiseen interventioon, jolla laaja-alaisempi tauti sitten olisi diagnosoitu
- Dysplasiaseulonnassa endoskopioiden seurantaendoskopiaväli 3 kuukautta–5 vuotta määritetään taudin malignisoitumisriskiin vaikuttavien erityispiirteiden ja/tai aikaisempien löydösten mukaan
- Potilaat, jotka eivät kuulu dysplasiaseulontaohjelmaan, suositellaan sisällyttämään kansalliseen kolorektaalisyövän seulontaohjelmaan

Hyvän dysplasiaseulonnan perusteet

- Indeksiendoskopia ja dysplasiaseulontaskopia tehdään teräväpiirtoendoskoopilla ja väriaine- tai virtuaalikromoendoskopianä
- Tehdään taudin rauhallisessa vaiheessa: potilas on oireeton tai matalan ulosteen kalprotektiinin (tai ultrasonografisen remission) toteamisen jälkeen potilaan vointi on pitempään pysynyt muuttumattomana
 - Koska jatkuva tautiaktiiviteetti on osoitettu syöpäriskiksi, taudin jatkuessa aktiivisena ei voi loputtomiin siirtää indeksi- tai dysplasiaseulontaskopiaa eteenpäin
- Koolonin hyvä tyhjennystulos, endoskopian aikainen limakalvon lisähuuhtelu ja pesu tarvittaessa
- Kohdennetut biopsiat ensisijainen vaihtoehto dysplasiaseulonnanä:
 - Poikkeavien leesioiden täydellinen endoskooppinen poisto tai biopsiat poikkeavan näköisestä ei-kokonaan poistettavissa olevasta limakalvomuutoksesta dysplasian poissulkemiseksi, lisäksi biopsiat alueelta, jossa aikaisemmin todettu dysplasiaa
 - Haavaisessa koliitissa kohdennettujen biopsioiden lisäksi 1-2 biopsiaa jokaisesta anatomisesta segmentistä tulehdusaktiiviteetin ja tautilaajuuden määrittämiseksi
- Randombiopsiat (4 biopsiaa/10 cm segmentti erillisin purkkeihin) seuraavissa erityistilanteissa:
 - PSC/aikaisemmin esiintynyt dysplasiaa/huomattavan arpeutunut ja putkimainen paksusuoli/ei tehdä kromoendoskopiaa

Indeksiendoskopia taudin laajuuden arvioimiseksi riskienarviointia varten tehdään seuraavasti:

- **8 vuotta** taudin puhkeamisesta laaja-alaisessa (E3) haavaisessa koliitissa* tai laaja-alaisessa Crohnin taudin koliitissa**
- **8 vuotta** taudin puhkeamisesta vasemmanpuoleisessa (E2) haavaisessa koliitissa*** tai Crohnin taudin koliitissa, joka ei täytä laaja-alaisen taudin kriteerejä, jossa riskitekijöinä nuorena (≤18-vuotiaana) alkanut tauti tai ensimmäisen asteen sukulaisella ollut kolorektaalisyöpä <50-vuotiaana
- **10 vuotta** taudin puhkeamisesta vasemman-puoleisessa (E2) haavaisessa koliitissa tai Crohnin taudin koliitissa, joka ei täytä laaja-alaisen taudin kriteerejä, ilman edellä mainittuja riskitekijöitä
- **Samanaikainen PSC edellyttää ensimmäistä seurantakromoendoskopiaa jo 1 vuoden kohdalla diagnoosista riippumatta koliitin laajuudesta tai muista riskitekijöistä!**

Indeksiendoskopian jälkeen tarjotaan endoskopia-seurantaan dysplasiaseulontaskopioihin seuraavat potilasryhmät:

1. Laaja-alaiseksi (E3) luokiteltava haavainen koliitti* tai laaja-alaiseksi luokiteltava Crohnin taudin koliitti**
2. Vasemmanpuoleinen (E2) haavainen koliitti*** tai Crohnin taudin koliitti, joka ei täytä laaja-alaisen taudin kriteerejä, jossa riskitekijöinä nuorena (≤18-vuotiaana) alkanut tauti tai ensimmäisen asteen sukulaisella kolorektaalisyöpä <50-vuotiaana
3. Samanaikainen PSC kuuluu endoskopiaseurantaan riippumatta haavaisen koliitin tai Crohnin taudin koliitin kestosta, laajuudesta tai vaikeusasteesta

Riskejä arvioitaessa on huomioitava seuraavat koliittiin liittyvää kolorektaalisyövän riskiä kasvattavat seikat (ja harkittava näitten perusteella indeksiendoskopian aikaistamista ja/tai seurantavälin lyhentämistä):

- Jatkuvasti tai pitkään tai toistuvasti aktiivisena (endoskooppisesti, histologisesti, biokemiallisesti, kliinisesti ja/tai ultrasonografisesti) ollut tauti
- ≤18 vuoden sairastumisikä
- >70 vuoden sairastumisikä, edellyttäen, että potilas soveltuu seurantaan (hyöty- ja haittanäkökohdat huomioitava)
 - Huomattava osa etenkin korkealla iällä IBD-diagnoosin saaneista voivat kehittää kolorektaalisyövän <8 vuodessa diagnoosista
- Vaikka nykyään pseudopolypoosia ei pidetä riskiä lisäävänä tekijänä, massiivinen pseudopolypoosi voi näkyvyyttä heikentämällä vaikuttaa kromoendoskopian dysplasiadetektiokykyyn

Potilaat, jotka eivät kuulu dysplasiaseulonta-ohjelmaan, suositellaan sisällyttämään kansalliseen kolorektaalisyövän seulontaohjelmaan

*Laaja-alainen (E3) haavainen koliitti: tautimuutoksia jossain vaiheessa havaittu pernanmutkan proksimaalipuolella

**Laaja-alainen Crohnin taudin koliitti: tautimuutoksia jossain vaiheessa havaittu kolmessa neljästä paksusuolisegmentissä, jossa segmentit menevät seuraavanlaisesti: 1) peräsuoli, 2) sigmoidisuoli, laskeva paksusuoli, 3) poikittainen paksusuoli, 4) nouseva paksusuoli ja keikum

***Vasemmanpuoleinen (E2) haavainen koliitti: tautimuutoksia havaittu pernanmutkan distaalipuolella ja peräsuolen proksimaalipuolella

Erittäin suuri riski

- Kokonaan poistettu kolorektaalinen dysplasia, mukaan lukien dysplastiset sessiilit sahalaitaleesiot

Seuranta-endoskopiaväli

3–12 kuukautta

Suuri riski

- Samanaikainen PSC
- Dysplasia ≤5 vuotta sitten, mutta viimeisimmässä seurantaskopiassa ei dysplasiaa
- Haavainen koliitti ja kolorektaalinen striktuura ≤5 vuotta sitten

1 vuosi

Kohtalainen riski

- Dysplasia >5 vuotta sitten
- Haavainen koliitti ja kolorektaalinen striktuura >5 vuotta sitten
- Arpeutunut, putkimainen paksusuoli
- Sessiilit sahalaitaleesiot >10 mm ilman dysplasiaa

3 vuotta

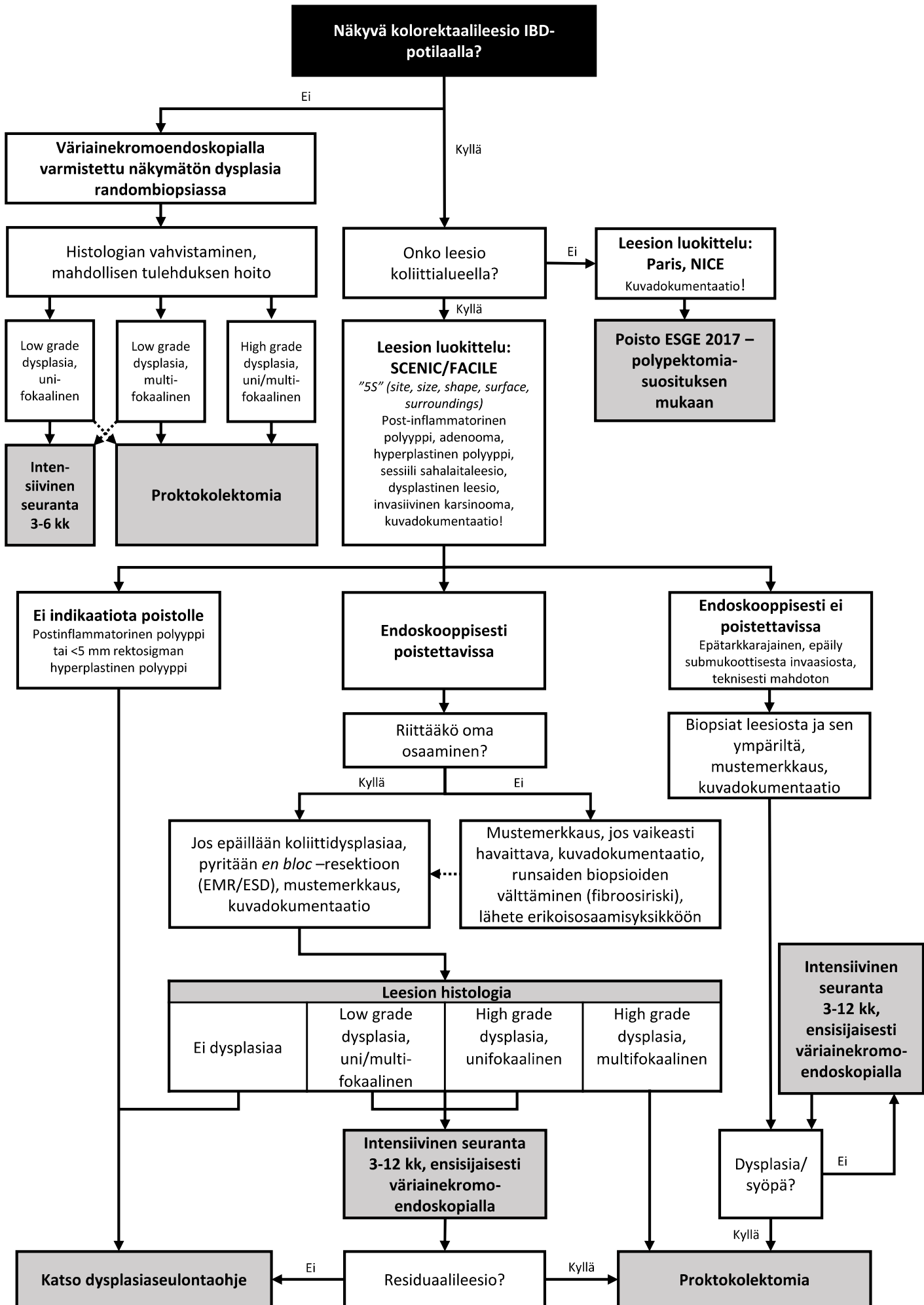
Pieni riski

- Makroskooppisesti normaali paksusuoli ilman yllä olevia riskitekijöitä

5 vuotta

Yhteenveto, IBD-kolorektaalileesien poistosuositus

- Limakalvoleon tarkka ja systemaattinen kuvaaminen on keskeistä
 - Koliitin alueen leesio vs. sporadinen ei-koliittiin liittyvä polyyppi/leesio
 - SCENIC tai FACILE –luokitusten käyttö koliittiin liittyvän leesion kuvauksessa
 - Paris (NICE) –luokitusten käyttö koliittiin liittymättömän leesion kuvauksessa
- Limakalvoleon poistoon liittyviä seikkoja
 - Leesio pyrittävä poistamaan jo primaaritähtystyksessä
 - Poisto tehdään tilanteessa, jossa täydellinen poisto on mahdollinen
 - Poikkeavan näköinen limakalvomuuutos, joka ei ole kokonaan poistettavissa tai jossa on syvän invaasion merkkejä, on biopsoitava
 - Jos leesio arvioidaan endoskooppisesti poistettavaksi, mutta endoskooppinen resektio suunnitellaan tehtäväksi myöhemmin, on vältettävä siitä otettavia biopsioita fibroosiriskin ja sen myötä resektion vaikeutumisen vuoksi
 - Sporadiset koliittiin liittymättömät polyyppit poistetaan ESGE 2017 - polypektomiasuosituksen mukaisesti
- Muuta huomioitavaa
 - Koliittidysplasia voi näyttäytyä eri tavalla kuin dysplastinen leesio koolonissa, jossa ei ole koliittia
 - Koliittiin liittyvän limakalvoleon ja sporadisen ei-koliittiin liittyvän polyyppin/leesio erottaminen voi olla vaikeaa – etenkin epävarmaksi jäävissä löydöksissä moniammatillinen lähestyminen on suositeltavaa



SCENIC

Surveillance for Colorectal Endoscopic Neoplasia Detection and Management in Inflammatory Bowel Disease Patients: International Consensus Recommendations

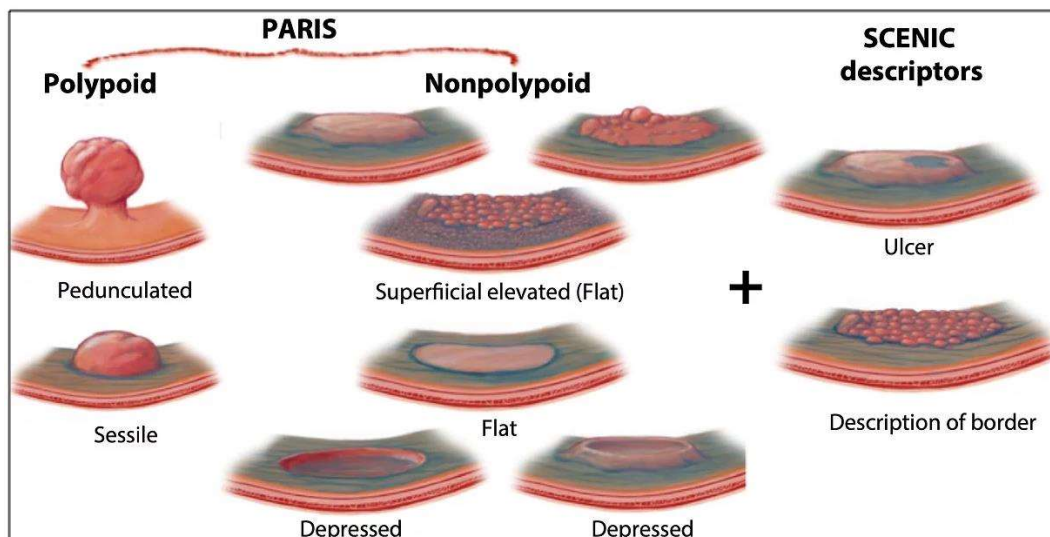
1. Leesion karakterisointi modifioidulla **Paris-luokituksella**: onko leesio **koholla** vai **litteä**?

- **Polyypimainen (polypoid)** (varrelliset ja sessiilit leesiot) = **koholla**
- **Ei-polyypimainen (non-polypoid)** (pinnalliset kohonneet, litteät ja kuoppamaiset leesiot) = **litteä**

2. Onko leesiossa **ulseraatiota**?

- Ulseraatio viittaa aktiiviseen tulehdukseen tai neoplasiaan: nähdään inflammatorisissa polyypeissa ja high grade dysplasiassa/syövässä

3. **Rajautuuko** leesio ympäristöstä säännöllisenä vai epäsäännöllisenä?



FACILE

Frankfurt Advanced Chromoendoscopic IBD Lesions

FACILE-luokitus on kehitetty ja validoitu IBD-leesioiden arviointiin kromoendoskopiolla. SCENIC-luokitukseen verrattuna FACILE-luokitus huomioi myös leesion pinta- ja verisuonikuviointia. Tulehduksellisiin suolistosairauksiin liittymättömien leesioiden pintakuviointin kuvaamiseen käytettyä NICE-luokitusta ei suositella käytettäväksi IBD-leesioiden kuvaamiseen.

FACILE arvioi leesiössä neljää ominaisuutta:

1. **Morfologia**
2. **Pintakuviointi**
3. **Verisuonikuviointi**
4. **Leesionsisäinen tulehdus**

Endoscopy Findings	SSLs	Inflammatory/ Pseudopolyps	Dysplasia LGD/HGD	Cancer
Morphology - Polypoid - Non-Polypoid (Ip, Is, IIa, IIb, IIc, III)	Is 	Ip 	IIa 	IIa+IIc 
Surface architecture - Roundish - Villous regular - Villous irregular - Irregular / Non structural	Roundish 	Roundish 	Villous Irregular 	Irregular / Non structural 
Endoscopy Findings	SSLs	Inflammatory/ Pseudopolyps	Dysplasia LGD/HGD	Cancer
Vessel architecture - Non visible - Regular - Irregular / Non structural	Non visible 	Regular 	Irregular 	Irregular / Non structural 
Inflammation within the lesion Yes / No	No 	Yes 	Yes 	Yes 

Kirjallisuutta

- Bisschops, East, Hassan *et al.* Advanced imaging for detection and differentiation of colorectal neoplasia: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2019. *Endoscopy* 2019;51(12):1155–1179
- El-Dallal, Chen, Lin *et al.* Meta-analysis of virtual-based chromoendoscopy compared with dye-spraying chromoendoscopy standard and high-definition white light endoscopy in patients with inflammatory bowel disease at increased risk of colon cancer. *Inflamm Bowel Dis* 2020;26(9):1319–1329
- Ferlitsch, Moss, Hassan, *et al.* Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2017;49(3):270-297
- Gordon, Biancone, Fiorino *et al.* ECCO Guidelines on inflammatory bowel disease and malignancies. *J Crohns Colitis* 2023;17(6):827-854
- Iacucci, McQuaid, Gui *et al.* A multimodal (FACILE) classification for optical diagnosis of inflammatory bowel disease associated neoplasia. *Endoscopy* 2019;51(2):133-141
- Lahiff, Mun Wang, Travis, East. Diagnostic Yield of Dysplasia in Polyp-adjacent Biopsies for Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Cross-sectional Study. *J Crohns Colitis* 2018;12(6):670-676
- Laine, Kaltenbach, Barkun *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
- Lamb, Kennedy, Raine *et al.* British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2019;68(Suppl 3):s1-s106. Erratum in: *Gut* 2021;70(4):1
- Mahmoud, Shah, Ten Hove *et al.*; Dutch Initiative on Crohn and Colitis. No association between pseudopolyps and colorectal neoplasia in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2019;156(5):1333–1344
- Olén, Erichsen, Sachs *et al.* Colorectal cancer in ulcerative colitis: a Scandinavian population-based cohort study. *Lancet* 2020;395(10218):123–131
- Olén, Erichsen, Sachs *et al.* Colorectal cancer in Crohn's disease: a Scandinavian population-based cohort study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020;5(5):475–484
- Resende, Ribeiro, de Moura *et al.* Surveillance in inflammatory bowel disease: is chromoendoscopy the only way to go? A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Endosc Int Open* 2020;8(5):E578–E590
- Roda, Narula, Pinotti *et al.* Systematic review with meta-analysis: proximal disease extension in limited ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2017;45(12):1481–1492
- The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointest Endosc* 2003;58:S3–43
- Ward, Neumann, Hendel *et al.* Danish Society for Gastroenterology and Hepatology's clinical recommendations for colonoscopic surveillance for colorectal dysplasia and cancer in patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 2022;57(4):457–464

Suosituksen tekoprosessissa mukana olleet

- **SGY IBD-alajaos**
 - Clas-Göran af Björkesten, HUS, pj
 - Tuire Ilus, TAYS
 - Heli Eronen, KHKS
 - Ilona Helavirta, TAYS
 - Taina Arvola, KHKS
 - Essi Karjalainen, HUS
- **SGY Endoskopia-alajaos**
 - Urpo Kinnunen, TAYS
 - Mikko Heikura, PKKS
 - Mikko Kiviniemi, KYS
 - Jukka Koffert, TYKS
 - Marianne Udd, HUS
 - Samuli Nissinen, KHKS
 - Juha Saarnio, OYS
- **HUS Dysplasiaseulontaohje**
 - Rauf Samaletdin, HUS
- **Kommentoineet**
 - Sonja Boyd, Huslab gastropatologia
 - Perttu Arkkila, HUS
 - Markku Pajala, KYS