

Kolonoskopian jälkeinen polyyppien seurantasuositus

Suosituksen on laatinut Suomen gastroenterologiyhdistyksen endoskopiajaosto. Suositus on tehty ESGE 2020¹ ASGE 2020² ja WHO 2019³ kriteerien mukaan. Suositus perustuu laadukkaasti tehtyyn kolonoskopiaan (ESGE 2017⁴, bowel preparation for colonoscopy, ESGE 2019⁵, quality improvement initiative), jossa on kokonaan ja suositusten mukaisin menetelmin (ESGE 2017⁶, colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection) poistettu yksi tai useampi polyyppi.

- Ei seurantaa:**
 - Oikein poistettu 1-4 kpl < 10 mm tubulaarinen, tubulovillöittinen tai villöittinen, LGD adenoma, tai mikä tahansa sahalaitapolyyppi ilman dysplasiaa¹.
 - Rekto-sigman alueella alle 20 kpl < 10 mm hyperplastisia polyyppeja.

→ ei seurantaa (palautus CRC seulontaan. Jos sitä ei saatavilla, suositellaan kolonoskopia 10v kuluttua²)*.
- Seurantaa vaativat:** Oikein poistettu yksi ≥ 10 mm LGD adenoma, HGD adenoma koosta riippumatta, ≥ 5 LGD adenomaa, ≥ 10 mm sahalaitapolyyppi tai minkä tahansa kokoinen sahalaitapolyyppi, jossa dysplasia¹.
→ **3v seurantakolonoskopia.**
- Jos ensimmäisessä seurantatähystyksessä ei ole seurantaa vaativia polyyppeja, seuraava **kolonoskopia suositellaan viiden vuoden kuluttua**. Jos siinä ei havaita seurantaa vaativia polyyppeja, seuranta lopetetaan. Jos löytyy seurantaa vaativa polyyppi, seuraava tähystys on kolmen vuoden kuluttua¹.

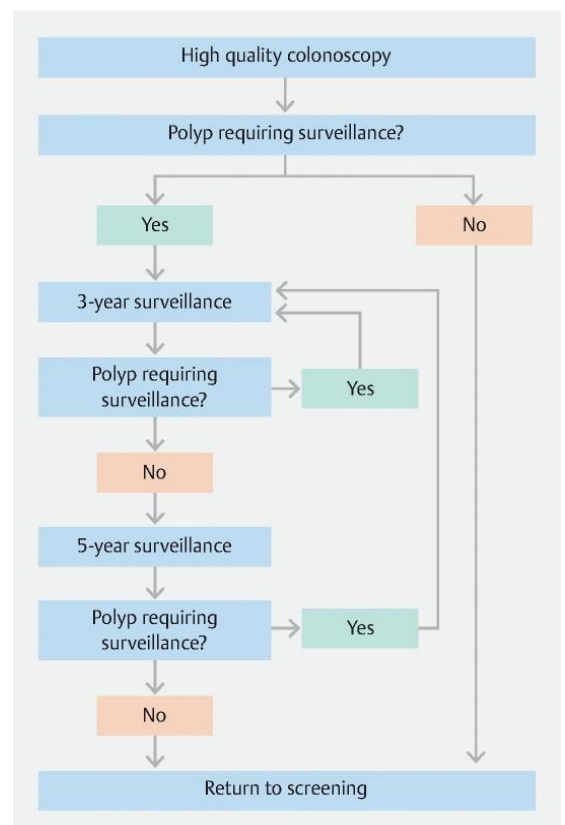
- Piecemeal polypektomia ≥ 20 mm polyypeissa¹
→ 3-6kk varhainen uusi kolonoskopia
→ 12kk kuluttua varhaisesta tähystyksestä ensimmäinen seurantakolonoskopia.
Poistokohtaa tulee tarkastella huolellisesti käyttäen kehittyntä kuvantamistekniikkaa. Kokenut tähystäjä voi jättää poistoarven biopsoimatta, kun käyttää virtuaalista kromoendoskopiaa. Dokumentoi polyyppinpoistoarpi HD-tasoisella kuvalla.

- Polypektomiaseurannan voi lopettaa **jos potilas kontrollitähystyksen aikaan olisi yli 80-vuotias** tai nuoremmilta, jos muut sairaudet oletettavasti lyhentävät elinikää¹. Seurannasta ei ole hyötyä, jos potilas ei perussairauksien takia sovellu tähystysseurannassa todettujen muutosten endoskooppiseen tai kirurgiseen hoitoon.
- Muista polypoosit. Diagnoosi kumulatiivisesta kertymästä. Merkitse lausuntoon polyyppien määrä⁷⁸:

SPS: #Vähintään 5 kooltaan ≥ 5 mm olevaa sahalaitapolyyppeja rektumista proksimaalisesti, joista ainakin kaksi yli 10 mm.

#Tai yli 20 sahalaitapolyyppeja koko kolonin alueelta, joista ≥ 5 rektumia proksimaalisempia koosta riippumatta.
→ ESH seuranta 1v tai 2v välillä.

Jos vähintään 10 adenomaa, epäile familiaalista adenomatoosia (FAP, AFAP, MAP)⁹.



7. Kuva polyypit aukaistun slingan tai pihdin kanssa ja kirjaa lausuntoon instrumentin ja polyypin koko¹. Ota kuva caecumista⁴.
*Ei seurantaa vaativien henkilöiden kolorektaalisyövän ja mortaliteetin riski on pienempi tai korkeintaan yhtä iso kuin tähystämättömällä vastaavalla väestöllä tai tähystetyillä, joilla ei ole adenomia¹.

Lähteet

1. Hassan C, Antonelli G, Dumonceau J-M, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020. *Endoscopy*. 2020;52(08):687-700. doi:10.1055/a-1185-3109
2. Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, et al. Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *American Journal of Gastroenterology*. 2020;115(3):415-434. doi:10.14309/ajg.0000000000000544
3. WHO Classification of Tumours Editorial Board: WHO Classification of Tumours – Digestive System Tumours. 5th Edition, volume 1. IARC Press, Lyon, France 2019
4. Kaminski M, Thomas-Gibson S, Bugajski M, et al. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy*. 2017;49(04):378-397. doi:10.1055/s-0043-103411
5. Hassan C, East J, Radaelli F, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2019. *Endoscopy*. 2019;51(08):775-794. doi:10.1055/a-0959-0505
6. Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2017;49(03):270-297. doi:10.1055/s-0043-102569
7. Dekker E, Bleijenberg A, Balaguer F, et al. Update on the World Health Organization Criteria for Diagnosis of Serrated Polyposis Syndrome. *Gastroenterology*. 2020;158(6):1520-1523. doi:10.1053/j.gastro.2019.11.310
8. van Leerdam ME, Roos VH, van Hooft JE, et al. Endoscopic management of polyposis syndromes: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2019;51(09):877-895. doi:10.1055/a-0965-0605
9. Half E, Bercovich D, Rozen P. Familial adenomatous polyposis. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2009 4:1. 2009;4(1):1-23. doi:10.1186/1750-1172-4-22

ASGE	American Society for Gastrointestinal Endoscopy
CRC	colorectalcarcinoma
ESGE	European Society of Gastrointestinal Endoscopy
FAP	familial adenomatous polyposis, AFAP; attenuated familial polyposis, MAP; MUTYH (MYH)-associated polyposis
LGD	low grade dysplasia
SPS	sahalaitapolyypisyndrooma

1. Samuli I. Nissinen sisätautien ja gastroenterologian erikoislääkäri, sisätaudit, KHKS, Hämeenlinna
2. Markus Mäkinen professori, syövän ja translationaalisen lääketieteen tutkimusyksikkö, patologian oppiaine, Oulun yliopisto ja Oulun yliopistollinen sairaala, patologian osasto, Oulu
3. Mikko Heikura, sisätautien ja gastroenterologian erikoislääkäri, Vatsakeskus, Pohjois-Karjalan keskussairaala, Joensuu
4. Mikko Kiviniemi, gastroenterologi, ylilääkäri, KYS medisiininen keskus endoskopia, Kuopio
5. Jukka Koffert, sisätautien ja gastroenterologian erikoislääkäri, TYKS, Turku
6. Leena Kylänpää, dosentti, gastrokirurgian erikoislääkäri, HUS Vatsakeskus, Meilahden sairaala, Helsinki
7. Juha Saarnio, professori, Oulun Yliopisto, ylilääkäri OYS, Oulu
8. Urpo Kinnunen, LT, sisätautien ja gastroenterologian erikoislääkäri, ayl, TAYS, Tampere