

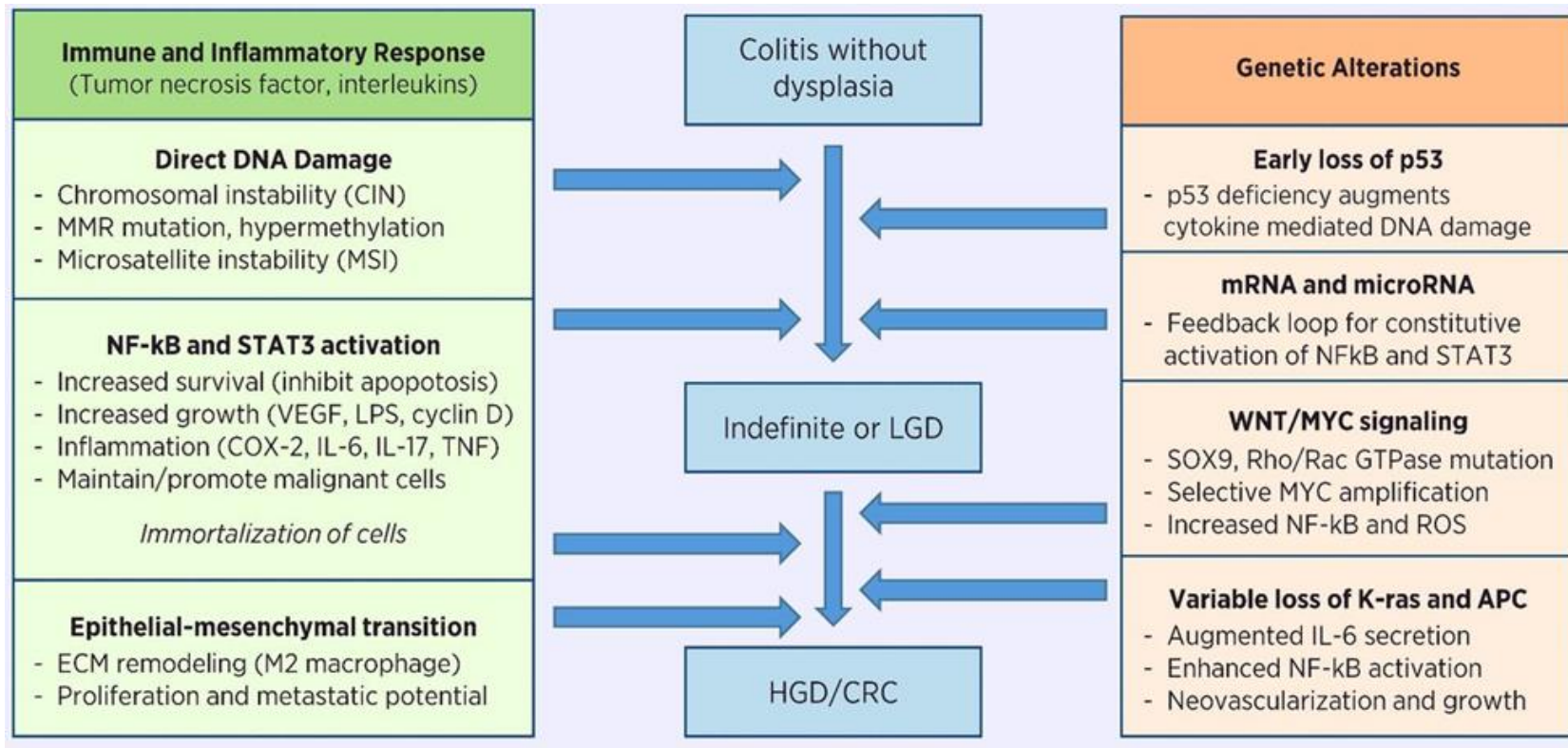
İBH zemininde gelişen displazi de endoskopik ablasyon

Dr Mehmet Bektaş

IBH zemininde gelişen displazide patogenez

Sporadik KRK: Adenoma-karsinom sekansı

IBH kaynaklı KRK: İnflamasyon+ rejenerasyon



Endoskopik tedaviye uygun IBH zemininde gelişen displastik lezyonları nasıl tanıyabiliriz?

✓ SCENİC uzlaşısı toplantısı (2015)

✓ Hasta mutlaka remisyonda olmalı (Mayo 0-1)

- ✓ Standart beyaz ışık kolonoskopi+konvansiyonel kromoendoskopi
- ✓ Yüksek çözünürlüklü endoskoplar+Virtual kromoendoskopi (NBI)

✓ Japon konsensusu ÜK için (2018)

✓ HD+KE sistemleri

- ✓ Lezyonları direkt gösterir
- ✓ Lokalize eder.
- ✓ Non –polipoid lezyonların tanır.

✓ HD+NBI

- ✓ Şüpheli Non-polipoid lezyon + ise HD+Magnifying+İndigokarmine ile inceleme
- ✓ NBI- magnifying: boya kullanmadan lezyonu görünür hale getirir.
- ✓ Yeni NBI sistemlerinde parlaklık daha da geliştirilmiştir.
- ✓ Pan-kolonik NBI inceleme pan-kromoendoskopiye benzer sonuç verir.

GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 2015; 8: 489-501
Digestive Endoscopy 2019; 31 (Suppl. 1): 26–30

Hangi pit patern sınıflaması kullanılmalı?

(Pit patern sınıflamasında sorun var.)

- ✓ Rejeneratif hiperplastik villusların neoplastik pit paternden ayrımı zordur.
 - ✓ Pit yapıları inflmasyonun derecesine göre elongasyon ve düzensizlik gösterir.
- ✓ Japonya'da **spordik neoplaziler için uygulanan pit patern sınıflaması: Kudo sınıflaması** kullanılır.
 - ✓ NBI saptanan lezyonların yüzey patern değişikliklerini göstermek için kullanılmalı.

Biyopsi nasıl alınmalı

✓ **SCENİC:**

- ✓ Beyaz ışık : random biyopsi (30-40 adet)
- ✓ HD+ KE: Hedef lezyondan biyopsi.

✓ **Japon ekolü:**

- ✓ HD +KE ile hedef lezyondan bx.
- ✓ Hedef lezyondan biyopsi random bx kadar etkindir.

Surveyans kolonoskopi

Displazi +

Görülebilir lezyon +

Endoskopik tedavi
(komplet rezeksiyon)

Surveyans devam

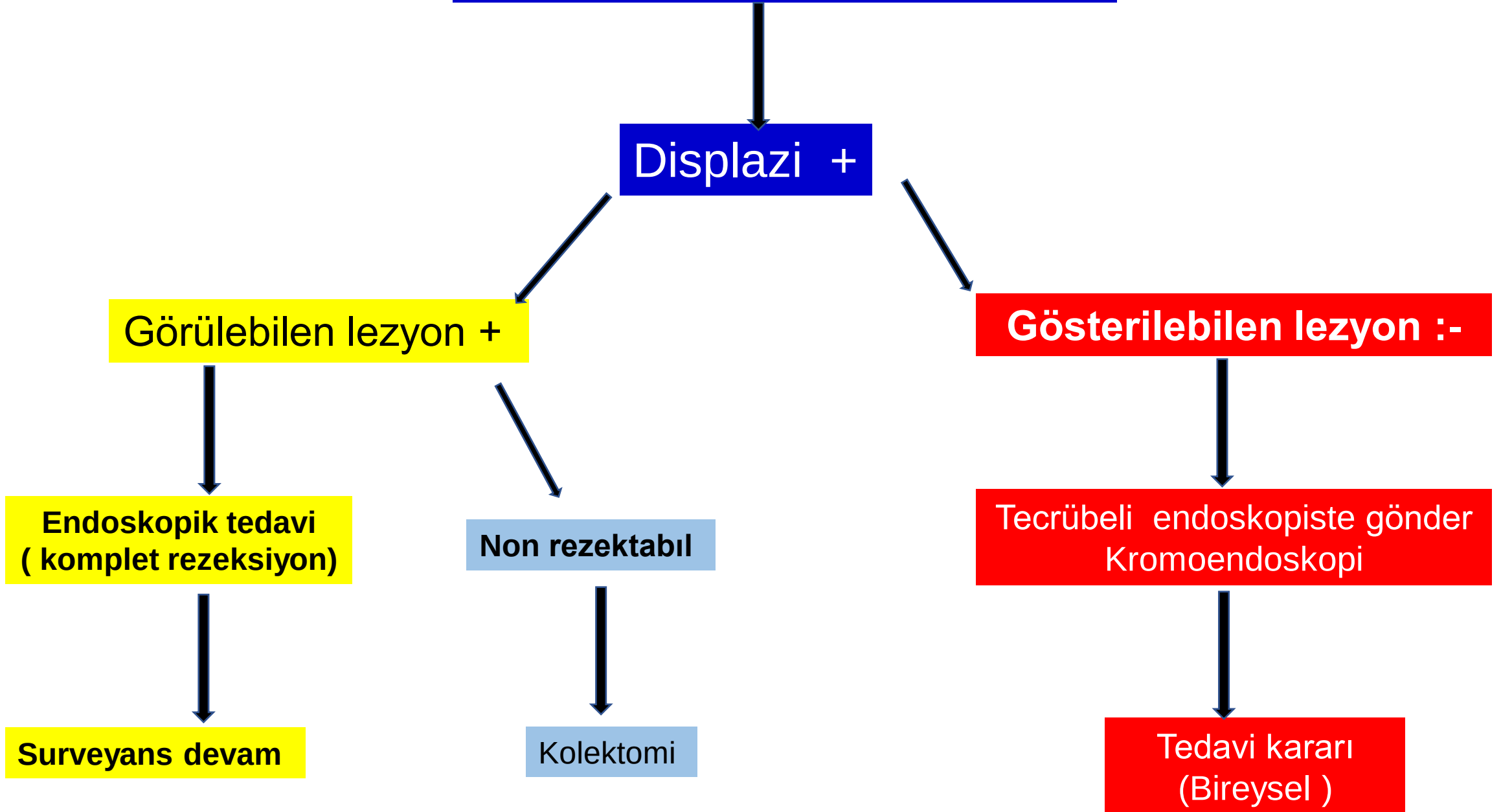
Non rezektabil

Kolektomi

Gösterilebilir lezyon :-

Tecrübeli endoskopiste gönder
Kromoendoskopi

Tedavi kararı
(Bireysel)

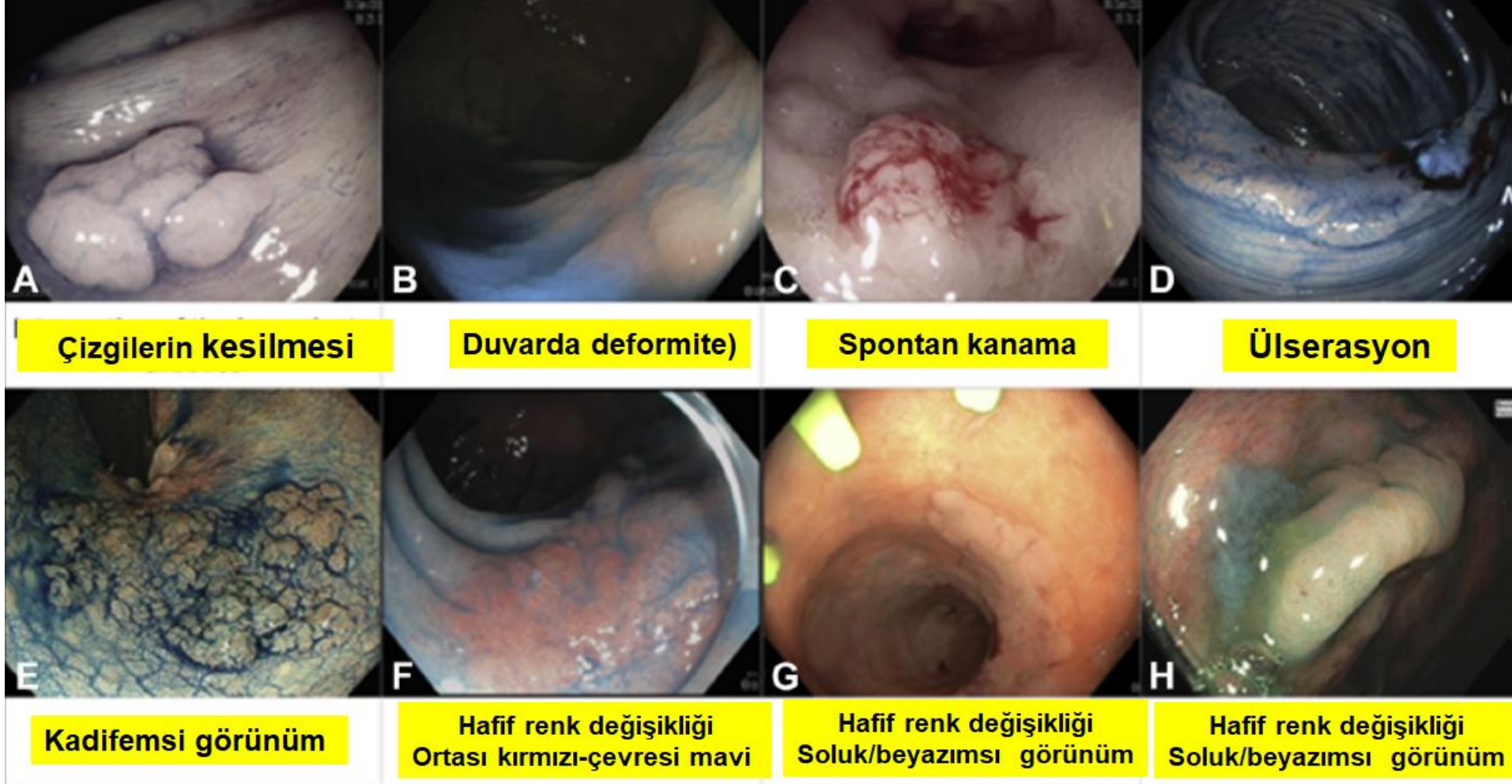


Kolonoskopi sırasında saptanan displastik lezyonların sınıflaması

SCENIC Endoscopic Classification of Superficial Colorectal Dysplasia in IBD

 Pedunculated  Sessile	  Slightly elevated (Flat)  (Completely) Flat   Depressed	+  Ulcer: present or absent  Border: present or absent
Polypoid	Nonpolypoid	

Non-polipoid lezyonlarda displazi alanlarının tarifi nasıl yapılmalı?



Gözle görülebilen lezyon nasıl tedavi edelim

Cerrahi

- ✓ ÜK: Total kolektomi+ ileonal poş
- ✓ CH: segmenter rezeksiyon

Endoskopik tedavi

- ✓ Polipektomi
- ✓ EMR
- ✓ ESD
- ✓ Sınırları net
- ✓ Submukozal invazyon negatif

KRK ve displazi için risk faktörleri

Hastaya ait faktörler	Hastalığa spesifik faktörler	Endoskopik özellikler
✓ PSK	✓ Hastalığın süresi	✓ Darlık
✓ Kendisinde KRK hikayesi:+	✓ Hastalığın yaygınlığı • UK: pankolit:15 kat, sol kolon: 2 kat) • CH: kolon tutulumu risk>%30-50	✓ Kısalmış kolon
✓ 1. Derece yakınında KRK:+	✓ Kümülatif inflamatuvar yük	✓ Psödopolipler
✓ Siagara kullanımı	✓ Endoskopik/histolojik aktivasyon • (7-10 yıldan sonra lineer artar)	
✓ Hastalığın erken yaşta başlaması		
✓ Erkek cinsiyet		

Endoskopik tedavi kararı öncesi hastaya anlatılması gereken durumlar.

- ✓ Endoskopik rezeksiyonun riskleri
 - ✓ Perforasyon-kanama- inkoplet rezeksiyon
- ✓ İnkomplet rezeksiyon durumunda ve cerrahi tedaviye ihtiyacı olacağı
- ✓ Senkron lezyonların kaçırılmış olma olasılığı
- ✓ Tedavi sonrası metakron lezyon olasılığı nedeniyle agresif kolonoskopik sürveyansın devam edebileceği

Ne zaman cerrahi önerelim

- ✓ Hasta bu riskleri kabul etmiyor ise
- ✓ KRK için yüksek riskler mevcut
 - ✓ PSK, 1. akrabada KRK, kendisinde KRK, ciddi psödoptiler, darlık nedeniyle yetersiz surveyans,multifokal displazi

Lezyon çevresinin tanımlanması önemli

- ✓ Lezyon
 - ✓ ÜK alanı içinde mi?
 - ✓ Çevresi aktif dönemde mi?
 - ✓ Çevresinde psödo-polip var mı?
 - ✓ Mukozal anormallikler var mı?

Lezyon çevresinin aktif dönemde veya remisyonunda olmasının önemi nedir?

- ✓ Submukozal invazyon değerlendirmesini etkileyebilir.
 - ✓ Submukozal injeksiyon aşamasında yeterince elevasyon sağlanamaz.
 - ✓ İnflamasyon alanları üstünde ülserasyonlar olabilir.
- ✓ Deprese lezyonlar, ülserasyonlar, düzensiz kontur, deformite, kitle benzeri görünüm ve lezyonun eleve olmaması invaziv malignite
 - ✓ IBH dışı ESD/EMR yapılan hastalarda malign invazyonu düşündürür.
 - ✓ Aktif hastalık aşamasında bu özelliklerin değerlendirilmesi zordur.

Lezyonun morfolojik sınıflamasının önemi nedir?

- ✓ Endoskopik tedavi türünü belirlemeye yardımcı
- ✓ Endoskopik tedavi sonrası sürveyansın ne sıklıkta yapılacağı
 - ✓ Polipoid lezyonlar
 - ✓ EMR/Polipektomi ile enblok rezeksiyon oranı yüksek.
 - ✓ Non-polipoid lezyonlar
 - ✓ Kanser gelişme riski fazla
 - ✓ Enblok rezeksiyon oranı düşük.
 - ✓ Tanı için ileri endoskopik teknolojilere ihtiyaç var.

I. Polipoid lezyonların tedavisi

- ✓ 1-2 cm: Snear polipektomi veya EMR
- ✓ Çevre mukozadan biyopsi alınır
- ✓ Rezeksiyon alanının 1-2 fold distaline Tatuaj yapılır.
- ✓ Lezyon boyutu önemli değildir.
 - ✓ 1-2 cm: standart polipektomi
 - ✓ >2cm: Pice-meal polipektomi

Endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR)

- ✓ IBH dışı lezyonlarda EMR :Enblok rezeksiyon + güvenli yöntem.
 - ✓ Enblok rezeksiyon yapılamıyorsa nüks fazla.
 - ✓ ≥ 20 mm lezyonlarda başarı düşük.
- ✓ IBH zemininde EMR'nin başarısı düşük.
 - ✓ Submukozal fibroze bağlı rezeksiyon zor.
 - ✓ Piece-meal EMR: lokal nüks %10-25
 - ✓ Hatalı histopatolojik değerlendirme de mevcut.
 - ✓ HGD veya kanser rapor edilirse cerrahi önerilir.

Polipoid lezyonların tedavisi sonrası takip

- ✓ Endoskopik surveyans:
 - ✓ Lezyon < 1 cm: Enblok rezeksiyon + cerrahi sınır negatif: 1 yıl sonra
 - ✓ Rezeksiyon sınırı sağlam, çevre mukozada displazi: negatif ve patolojide displazi derecesi değişmedi ise: Geniş aralıklı takip
 - ✓ Lezyon > 1 cm, piecemeal polipektomi yapılmış: Neoplastik dokuda kalma ve nüks riski yüksektir. SCENİC: 3-6 ayda bir.
 - ✓ Surveyansda rezeksiyon bölgesinden alınan bx: displazi:- yıllık takip

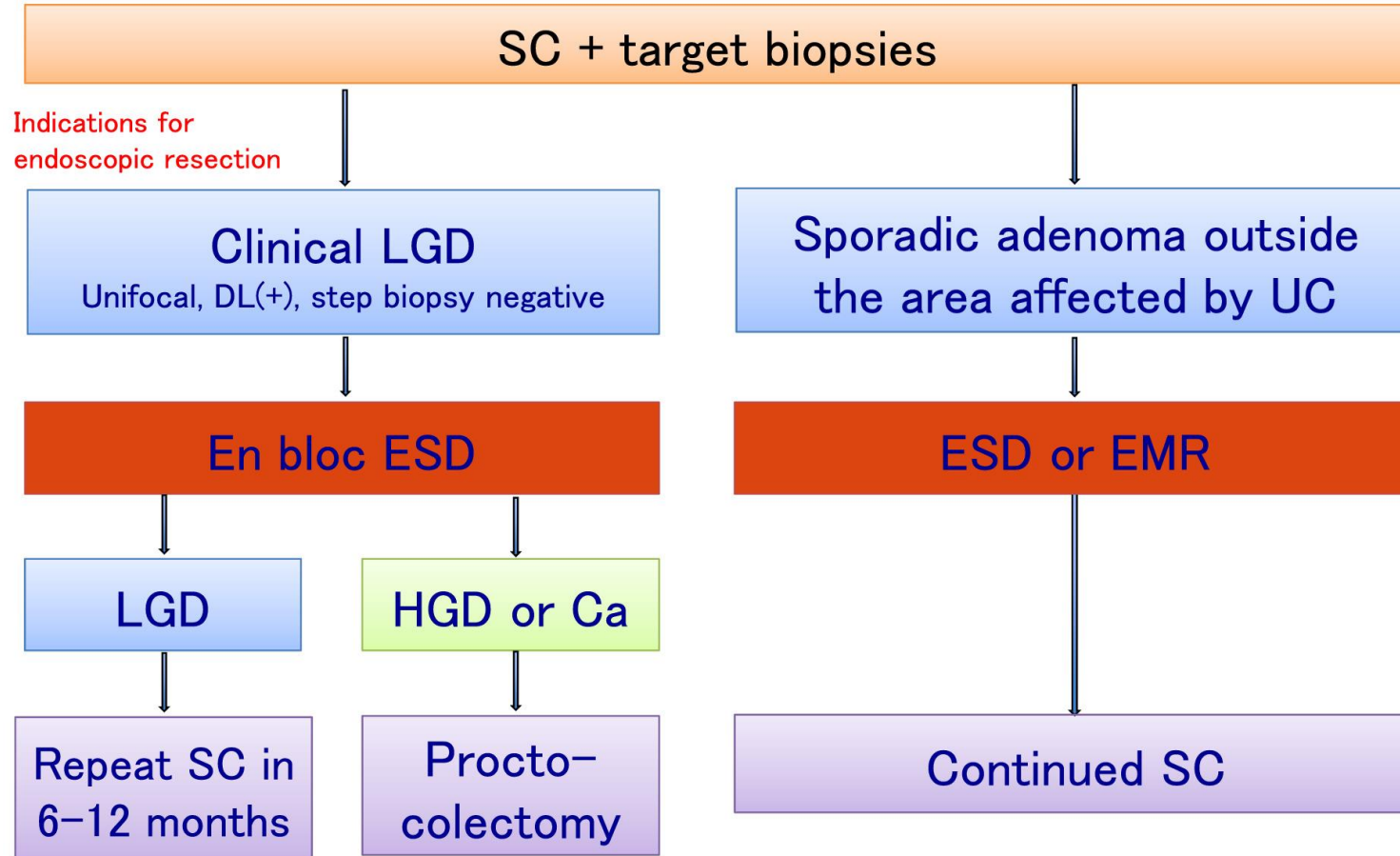
II. Non-polipoid lezyonlarda tedavi kararı

Hastaya ait faktörler	İşlemi yapan kişi	Lezyon
✓ Senkron/metakron neoplazi olasılığı ✓ Hasta tercihi ✓ Komorbit hastalıklar ✓ Darlık /tedaviye dirençli hastalık v.b.	✓ Endoskopistin tecrübe ve deneyimi ✓ Non-polipoid lezyonlar bu işlerle uğraşan endoskoistlere yönlendirilmelidir.	✓ Darlık alanı içinde ✓ Çevresi düzensiz ✓ Yüzeyi düzensiz ✓ Sınırları belirsiz ✓ Endoskopik olarak erişilemeyen lezyon .

Japon Konsensus önerisi

ÜK zemininde gelişen displazi tedavisi

Endoscopic management of UC-associated neoplasia



LGD, piecemeal or HM(+) → no evidence

*Necessary for IEE magnification
and/or chromoendoscopy

Digestive Endoscopy 2019; 31 (Suppl. 1): 26–30

II. Non-polipoid lezyonlarda tedavi

- ✓ Polipoid lezyonlarla karşılaştırıldığında, endoskopik rezeksiyon sonrası nüks oranı ve LGD'nin HGD/CRC'ye ilerleme hızı 8 kat daha fazla.
- ✓ Rezeksiyon alanının 1-2 fold altına tatuaj yapılmalı.
- ✓ Rezeksiyon bölgesi ve çevre mukozadan bx alınmalı.
- ✓ **Surveyans:**
 - ✓ >1cm polipoid lezyonlar
 - ✓ Piacemeal polipektomi yapılanlar gibi 3-6 ayda bir yapılmalıdır.

Non-polipoid lezyonlarda Endoskopik submukozal diseksiyon(ESD) endikasyonları (Hasta seçimi)

Hasta seçimi	✓ >50
	✓ Kolonoskopi:Remisyonunda/hafif aktivite (Mayo 0/1).
	✓ Risk faktörleri
Lezyon sayısı	✓ Tercihen tek lezyon ✓ Boyutu >10 mm
Makroskopik özellikleri	✓ Sınırları net ✓ Belirgin deprese olmayan
Yüzey paterni	✓ İnvaziv kanseri düşündürmüyor.
Patoloji sonucu	✓ İyi diferansiye kanser

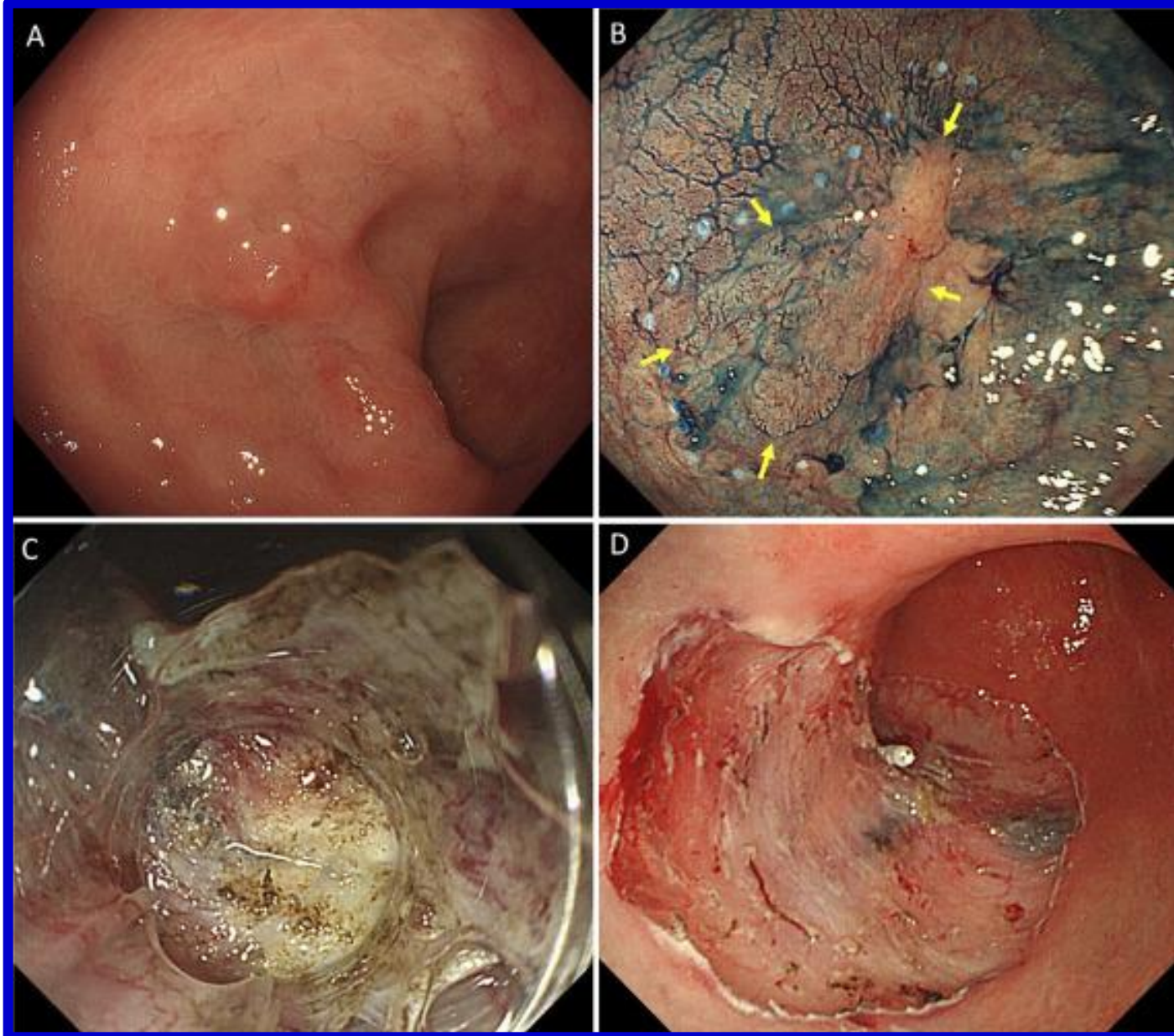
Non-polipoid lezyonlarda kimlere ESD yapılmamalı

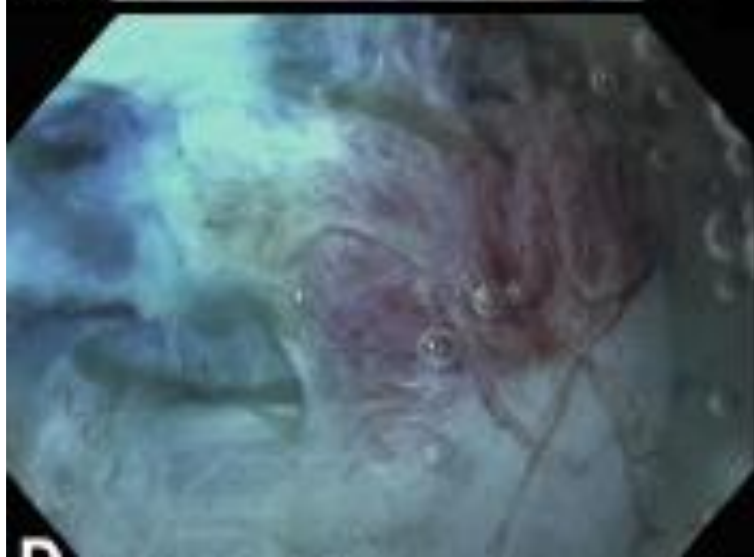
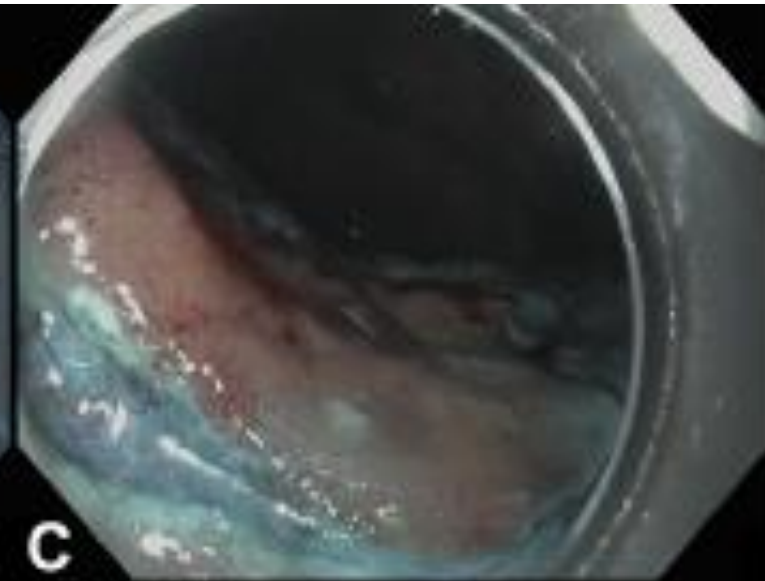
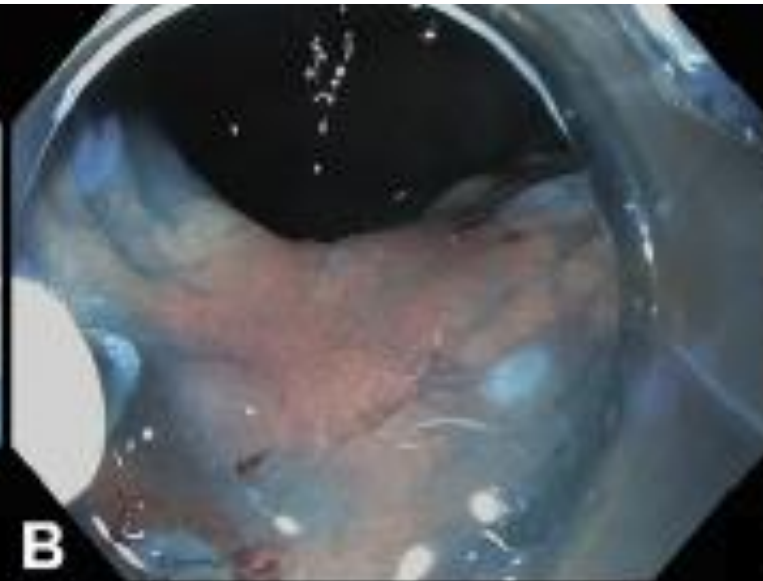
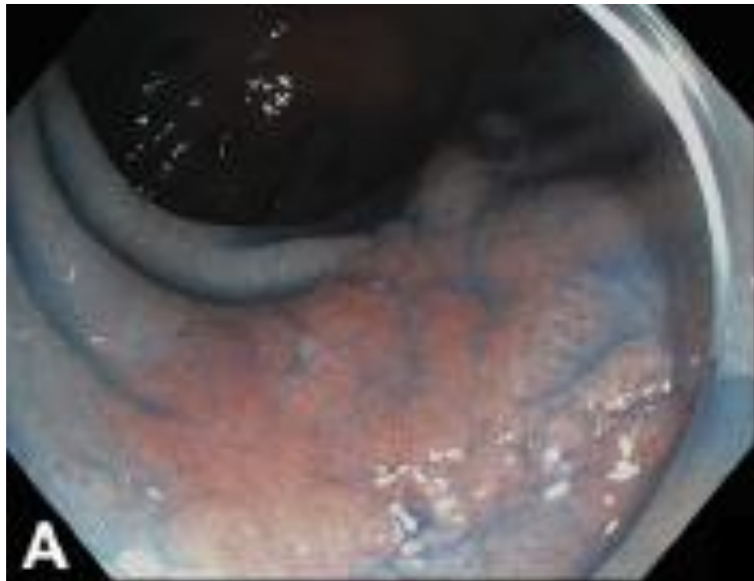
Hasta seçimi	✓ Yaş <50 (metakron lezyon gelişme oranı yüksek).
Lezyon sayısı	✓ Multiple lezyonlar
Makroskopik özellikleri	✓ Sınırları net seçilemeyen ✓ Belirgin deprese
Yüzey paterni	✓ İnvaziv kanseri düşündürüyor
Patoloji	✓ Kötü diferansiye ✓ Taşlı yüzük hücreli kanser

Endoskopik tedavideki amaç nedir?

- ✓ Enblok rezeksiyon
 - ✓ Lateral sınır: Negatif
 - ✓ Vertikal sınır: Negatif
- ✓ Enblok rezeksiyon yapılamamış
 - ✓ Lateral sınır: Pozitif
 - ✓ Vertikal sınır: Pozitif
 - ✓ Tedavi seçeneği: Cerrahi
- ✓ IBH zemininde ESD yapımında zorluklar:
 - ✓ IBH'lı hastalarda inflamasyon ve iyileşme periyotları sonrası gelişen fibrozis ve skarlaşma işlemin başarısını etkiler.
 - ✓ Enblok rezeksiyon oranı düşük
 - ✓ Komplikasyon fazla
 - ✓ Perforasyon
 - ✓ Kanama
 - ✓ Nüks

Gözle görülen bir displazi mevcut





Non-polipoid lezyonlarda ESD

- ✓ IBH'lı hastalarda ESD hakkında bilgiler sınırlıdır.
- ✓ İtalya, İngiltere ve Japonya: 65 vaka (Remisyonunda, sınırları net, tek lezyon).
 - ✓ En blok rezeksiyon: %60-100
 - ✓ Nonküratif rezeksiyon: %21-30
 - ✓ Komplikasyon:
 - ✓ Kanama %0.6-10.6
 - ✓ Perforasyon: %0.6-4

Non-polipoid lezyonlarda ESD

- ✓ Amerika'dan bir yayın: 2014-2017: 7 vaka ESD yapılmış.
 - ✓ Enblok rezeksiyon: %86 (1 vakada elevasyon sağlanamamış kolektomiye verilmiş)
 - ✓ Komplikasyon: %0
 - ✓ Patoloji: %43 HGD, %43 LGD, %14.2 displazi:-
 - ✓ 6 aylık takipte displazi saptanmamış.

Nonpolipoid lezyonlarda ESD sonrası metakron displazi oranı

Çalışma	Metakron displazi	Takip süresi (ay)	Patoloji/ lezyon sayısı
Lacopini	3/8 (%38)	24 ay	LGD: 3
Suziki	3/27 (%11)	33	Displazi: 3
Kinoshita	1/20 (%5)	21	HGD
Toplam	7/55 (%13)	27	

III. Gözle görülemeyen displazi tedavisi

- ✓ HD-WLE ve/veya kromoendoskopi ile displazi saptama oranı yüksek.
 - ✓ İlk zamanlar: gözle görülemeyen displazi: 1/3
- ✓ Ne yapalım:
 - ✓ Patoloji yeniden değerlendirilir: Displazi +
 - ✓ HD-kromoendoskopi konusunda tecrübeli endoskopiste gönderilir.
 - ✓ Lezyon:+ Endoskopik tedavi
 - ✓ Lezyon:- 10 cmde bir random bx (32 adet) yapar
 - ✓ Random bx: displazi :+
 - ✓ Hasta ile konuş risk faktörleri var mı bak. Buna göre takip ve tedavi konuşur.
 - ✓ Takip aralığı: 3-6 ay
 - ✓ Kolektomi: hasta ile konuşulur.
 - ✓ Random bx. HGD pozitif
 - ✓ Patoloji yeniden değerlendirir:+
 - ✓ Tekrar kolonoskopi (tecrübeli endoskopist)
 - ✓ Lezyon: + ESD
 - ✓ Lezyon:-: Kolektomi .

SONUÇ

