

Komplex
Népegészségügyi
Szűrések

EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001

ELJÁRÁSREND
POSZTPOLIPEKTOMIÁS
KÖVETÉS



NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

SZÉCHENYI 2020

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

**Készítette az EFOP 1.8.1-VEKOP-15-2016-00001
„Komplex Népegészségügyi Szűrések” című projekt**

SZÉCHENYI  2020

A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

Dokumentum elkészültének éve

2020.



NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT



**MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA**

SZÉCHENYI  2020

**Európai Unió
Európai Szociális
Alap**



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



TARTALOMJEGYZÉK

| | |
|--|-----------|
| BEVEZETŐ | 1 |
| AZ ELJÁRÁSREND ALKALMAZÁSI TERÜLETE | 1 |
| AZ ELJÁRÁSREND SZEMÉLYI HATÁLYA | 1 |
| AZ ELJÁRÁSREND TERÜLETI HATÁLYA | 1 |
| DEFINÍCIÓK | 3 |
| I. POST POLIPEKTÓMIÁS KÖVETÉS (PPS) | 4 |
| II. POLIPEKTÓMIA UTÁNI KÖVETŐ VASTAGBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATOK - ESGE AJÁNLÁS ALAPJÁN | 4 |
| II.I. FELOSZTÁSA..... | 4 |
| II.II. TEENDŐK..... | 5 |
| II.II.I. TEENDŐK KÜLÖNLEGES SZÖVETTANÚ POLIPUSOK ESETÉBEN..... | 6 |
| II.II.II. TEENDŐK KÜLÖNLEGES POLIPEKTÓMIÁS HELYZETEKBEN | 7 |
| II.II.III. TEENDŐK KÜLÖNLEGES HELYZETEKBEN..... | 9 |
| III. JAVASLATOK A MALIGNUS LÉZIÓ MIATT OPERÁLT ÉS/VAGY KEZELT BETEGEK TOVÁBBI VASTAGBÉL TÜKRÖZÉSES KÖVETÉSÉVEL KAPCSOLATBAN | 10 |
| III.I. A POSZTOPERATÍV KOLONOSZKÓPOS KÖVETÉS HASZNA ÉS ALKALMAZHATÓ MÓDSZEREK..... | 10 |
| III.II. AJÁNLÁSOK POSZTOPERATÍV KOLONOSZKÓPOS KÖVETÉSRE | 10 |
| III. IV. KIEGÉSZÍTŐ JAVASLATOK SPECIÁLIS HELYZETEKBEN | 12 |
| IV. IRODALOM | 13 |





BEVEZETŐ

Jelen eljárásrend célja, hogy az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 számú, „Komplex népegészségügyi szűrések” elnevezésű kiemelt projekt keretében előkészített és elindított országos vastagbélvizsgálat szervezését és koordinálását jól definiált szerepkörökkel és munkafolyamatokkal szabályozza. A posztpolipektomiás követésről szóló eljárásrend a Nemzeti Népegészségügyi Központ (továbbiakban NNK) által létrehozott szűrő kolonoszkópos egységek munkatársai számára tartalmazza a követhető, egymásra épülő feladatokat és jelentési kötelezettségeket.

1

AZ ELJÁRÁSREND ALKALMAZÁSI TERÜLETE

EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 számú, „Komplex népegészségügyi szűrések” elnevezésű kiemelt projekt keretében megvalósuló népegészségügyi célú, célzott (továbbiakban szervezett) vastagbél vizsgálat során a szűrő kolonoszkópiára, valamint az azt követő feladatokkal összefüggő szakmai tevékenység.

AZ ELJÁRÁSREND SZEMÉLYI HATÁLYA

A szervezett vastagbélvizsgálat első lépcsőjében, a nem-negatív székletvér eredmény miatt kiemelt páciensek szűrő kolonoszkópos vizsgálata tervezetten az NNK által létrehozott szűrő kolonoszkópos hálózat endoszkópos laboratóriumaiban valósul meg, a kolonoszkópos laboratóriumot működtető egészségügyi szolgáltató és az NNK között létrejött együttműködési megállapodás alapján. Az eljárásrend a szűrő kolonoszkópos laboratóriumokban személyes ellátást nyújtó munkatársakra (gasztroenterológusokra, szakasszisztensekre) vonatkozik.

AZ ELJÁRÁSREND TERÜLETI HATÁLYA

Magyarország azon egészségügyi szolgáltatók endoszkópos laboratóriumainak ellátási területe, amelyek -tekintettel arra, hogy megfelelnek a szűrő kolonoszkópia feltételeinek- tagjává váltak az NNK által létrehozott szűrő kolonoszkópos hálózatnak.

A szervezett szűréssel kapcsolatos szűrő kolonoszkópos tevékenység helyszíne az egészségügyi szolgáltató telephelye.





AZ ELJÁRÁSREND IDŐBELI HATÁLYA, ÉRVÉNYESSÉGE

A posztpolipektomiás követésről szóló eljárásrend érvényessége – tekintettel arra, hogy az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 számú, „Komplex népegészségügyi szűrések” elnevezésű kiemelt projektkeretében készült – a projekt befejezésének időpontja: 2023. június 30.

A projektidőszakot követően, amennyiben szakmai vagy szervezési körülmény merül fel, az az eljárásrend rendkívüli teljes vagy részleges felülvizsgálatát teszi szükségessé. Az eljárásrend tervezetten a projekt zárását követően, majd 2 évente kerül teljes felülvizsgálatra.

ELŐZMÉNY

A kolonoszkópiák mintegy 20-25%-át a posztpolipektomiás követő (továbbiakban: PPS) vastagbél tükrözések teszik ki. A kelleténél sűrűbben ismételt vastagbél tükrözés az ellátórendszer számára jelentős költséget, a betegeknek fokozott kellemetlenséget, valamint a más indikációval végzett kolonoszkópiák tekintetében jelentősen megnyúlt várakozási időt eredményez. Posztpolipektomiás követésről ugyanakkor csak megfelelő minőségű kolonoszkópiát követően lehet beszélni. Azokban az esetekben, amikor az index vizsgálatnál (Isd. definíciók) a kolonoszkópia nem felelt meg a minőségi követelményeknek, az ismételten elvégzett vastagbél tükrözés (ismételt kolonoszkópia) nem a PPS része.

Definíciója szerint *minőségi kolonoszkópia* a megfelelően előkészített vastagbélben végzett, annak teljes egészét aprólékosan áttekintő vastagbél tükrözéses vizsgálat, melynek során az összes eltávolítható léziót teljes egészében eltávolították. A minőségi kolonoszkópia mérésére világszerte több mint 44 különböző mutató létezik, amelyek többsége ország-specifikus, illetve nem evidenciákra alapul. A mutatók közül a klinikum szempontjából kizárólag azoknak van jelentősége, amelyeknek bizonyított a hatása a klinikai eredményekre, ill. a klinikai kimenetelre, az életminőségre, jól meghatározott, megbízható és egyszerű mérés, a mérésével javítható az endoszkópos szolgáltatás, valamint alkalmazhatóak a szolgáltatók minden szintjén. Az endoszkópia minőségi mutatóinak elérése elvárható minden – különösen a szervezett szűrés keretében - endoszkópiát végző szolgáltatótól, illetve a szolgáltatást személyesen nyújtó egészségügyi dolgozótól.





A kolonoszkópia minőségének mérésére az Európai Gasztroenterológiai Társaság (European Society of Gastrointestinal Endoscopy, továbbiakban: ESGE) hét olyan mutató meghatározását javasolja, amelyekhez tartozóan teljesítménymérések kapcsolódnak. Jelen ajánlás a tisztázó (ezen belül a szűrő) kolonoszkópia során észlelt és eltávolított polipusok utáni szükséges teendőket (posztpolipektómias menedzsment, PPS) tartalmazza, amely a minőségi mutatók közül „A beavatkozás utáni teendők (post-procedure)” indikátor részét képezi. Szakmai oldalról nincs különbség a nem-szűréssel kiemelt és a szűréssel kiemelt betegek posztpolipektómias követése között. A minőségi mutatókról további részleteket *“Eljárásrend a szervezett vastagbélvizsgálásban résztvevő gasztroenterológusok számára”* dokumentum tartalmaz.

A szűrő kolonoszkópia során minden esetben az összes polipus teljes (szövettanilag is igazoltan R0) reszekciójára kell törekedni. Amennyiben ez nem sikerült, úgy a vizsgálat és a beavatkozás ismételése szükséges. Amennyiben a vizsgáló úgy ítéli meg, hogy a polipektómia az adott munkahelyen nem valósítható meg, úgy referencia centrumba kell irányítani a beteget.

DEFINÍCIÓK

Ellenőrző vagy követő vagy kontroll kolonoszkópia: a kolonoszkópia során észlelt eltérés indikálta ismételt kolonoszkópos vizsgálat (függetlenül attól, hogy esetleg már eltávolított vagy műtött eltérésről van szó).

Fogazott polipózis szindróma (serrated polyposis syndrome): 5 vagy annál több, a szigmabéltől proximálisan elhelyezkedő polipus közül 2 db 10 mm-nél nagyobb, vagy ha bárhol a vastagbélben 20-nál több fogazott polipus észlelhető.

Index kolonoszkópia: az első, a minőségi kolonoszkópia feltételrendszerének megfelelő vastagbél tükrözés. Amennyiben a kolonoszkópia nem felel meg a minőségi vizsgálat követelményeinek, úgy 3 hónapon belül javasolt megismételni (ismételt kolonoszkópia).

Ismételt kolonoszkópia: minőségi mutatók elégtelensége miatt végzett ismételt kolonoszkópos vizsgálat.

Metakron daganat: az index kolonoszkópia utáni követő vizsgálatok során észlelt daganat.





Minőségi kolonoszkópia: a megfelelően előkészített vastagbélben végzett, annak teljes egészét aprólékosan áttekintő vastagbél tükrözéses vizsgálat, melynek során az összes neoplasztikus léziót teljes egészében eltávolították.

Szűrő (vagy szűrő jellegű) kolonoszkópia: kizárólag a szervezett vastagbél szűrés keretében, a nem-negatív székletvér eredményt követően végzett kolonoszkópia.

Tisztázó kolonoszkópia: nem-negatív székletvér teszt eredmény után nem szervezett vastagbél szűrés keretében végzett kolonoszkópia. A magas rizikójú páciensek esetében a tisztázó kolonoszkópiát megelőzően nincs szükség székletvér tesztelésre.

I. POSZT POLIPEKTÓMIÁS KÖVETÉS (PPS)

A polipektómiát követő követési ajánlások erős bizonyítékokon alapuló stratégiák, melyek a haszon-kockázat arányokat a legteljesebb mértékben figyelembe veszik. A túl gyakori ellenőrzés az erőforrások pazarlásához vezet, illetve felesleges veszélynek és kellemetlenségnek teszi ki a beteget. A túl ritka ellenőrzés rontja a szűrés hatékonyságát. Éppen ezért a polipektómia utáni követési stratégiát ellenőrizni kell, és minden, az ajánlásoktól eltérő követési lépés *indoklásra szorul*. A PPS megtervezésekor a polipusok számán, méretén és az esetleges diszplázia fokán kívül egyéb körülményeket, így a beteg életkorát és várható élettartamát is figyelembe kell venni.

II. POLIPEKTÓMIA UTÁNI, KÖVETŐ VASTAGBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATOK

II.I. FELOSZTÁSA

Követést nem igénylő (kis kockázatú) polipus:

- 1-4 db 10 mm-nél kisebb polip
- szövettani típustól függetlenül (tubularis, tubulovillosus és villosus is)
- legfeljebb „low grade” diszpláziát mutat
- ide tartozik a követést nem igénylő polipus kritériumoknak megfelelő serrated adenoma is





Követést igénylő (nagy kockázatú) polipus:

- 5 db vagy annál több polipus esetében
- 10 mm, vagy nagyobb (függetlenül a darabszámtól)
- szövettani típustól függetlenül (tubularis, tubulovillosus és villosus is)
- „high grade” diszpláziát mutat
- ide tartozik a követést igénylő polipus kritériumainak megfelelő serrated adenoma is

II.II. TEENDŐK

Negatív eredményű szűrő kolonoszkópia esetében a vérzés forrás kizárása/igazolása érdekében felső endoszkópia elvégzése javasolt. A páciensek a szűrő kolonoszkópia időpontjától számított 60 hónap elteltével a szervezett vastagbél szűrés behívásra jogosultakká válnak, melyet rögzíteni szükséges a szűrési informatikai rendszerben.

A követést nem igénylő csoportban a követést nem igénylő polipok R0 reszekcióval történő eltávolítása után a páciens 60 hónap múlva a népegészségügyi szűrés keretében ismét behívható, azaz a stratégia egyezik a negatív szűrő kolonoszkópos eredményű páciensekkel kapcsolatos tennivalókkal, melyet a szűrési informatikai rendszerbe is szükséges rögzíteni.

Ezeknek az egyéneknek a vastagbél rák kockázata ugyanis megegyezik a negatív vastagbél tükrözéses eredményű népesség daganat-kockázatával. A metakron daganatok előfordulási gyakorisága ugyan nagyobbak bizonyult néhány vizsgálatban az alacsony kockázatú polipusok eltávolításán átesett betegekben, mint a negatív index kolonoszkópiával bíró szűrt egyénekben, de a különbség nem volt statisztikailag jelentős.

A követést igénylő csoportban, R0 reszekcióval polipmentesített vastagbél esetében a követő vastagbél tükrözés az index kolonoszkópia után 3 évvel kell, hogy következzen a szervezett vastagbél szűrés keretein kívül. Amennyiben az első követő kolonoszkópia alkalmával nem diagnosztizálható követést igénylő polipus, úgy a 2. ellenőrző kolonoszkópia 5 év múlva javasolt, melyet a szervezett szűrés keretein kívül szükséges elvégezni. Amennyiben az első követő kolonoszkópia során ismét polipust diagnosztizálnak, úgy a polipus típusától függően kell a további követési vagy kezelési stratégiát meghatározni a szervezett vastagbél szűrés keretein kívül.





Amennyiben követést nem igénylő polipust egyik követő kolonoszkópia alkalmával sem találunk, akkor az index kolonoszkópia időpontjától számított 8 év múlva a szervezett szűrésbe való visszatérés javasolt.

Amennyiben a *követést igénylő polipok eltávolítása daraboló technikával* történt, úgy a követő kolonoszkópiát 3 hónap múlva kell elvégezni a szervezett vastagbél szűrésen kívül. Amennyiben az első követő kolonoszkópia során a vastagbél R0 reszekcióval polipmentesített, úgy a 2. követő kolonoszkópiát ennek időpontjától számítva 1 év múlva kell tervezni betegúton.

A 10 vagy annál több, súlyos diszpláziát mutató polipussal rendelkező betegeket genetikai tanácsadásra kell küldeni és a szervezett szűrés keretein kívül egyéni követési program szerint végezni a követő kolonoszkópiát. A követést igénylő polipus eltávolításon átesett egyének vastagbél rák kockázata 15 éves időintervallumra vetítve 3.5 – 6.5-szerese az átlagnépességének.

II.II.I. TEENDŐK NAGY KOCKÁZATÚ, KÜLÖNLEGES SZÖVETTANI TÍPUSÚ POLIPUSOK ESETÉBEN

A **fogazott (serrated) polipusok** közé tartoznak a hiperplasztikus polipusok (HP), a szesszilis serrated polipusok (SP), a tradicionális serrated adenomák (TSA) és a kevert szövettanú esetek. A fogazott polipusok esetében az adenoma-rák szekvencia a konvencionális polipusoktól eltérő genetikai úttal jellemezhető, endoszkópos megjelenésük és biológia viselkedésük is eltérő.

A 10 mm-nél kisebb, diszpláziát nem mutató fogazott polipusokat számuktól függetlenül a nem követendő polipusok közé soroljuk.

Ha a fogazott polipus 10 mm-nél nagyobb, vagy diszpláziás, akkor a követendő polipusok közé sorolandóak.

Fogazott polipózis szindrómaként (serrated polyposis syndrome) definiáljuk, ha az 5 vagy annál több, a sigmabéltől proximálisan elhelyezkedő polipus közül 2 db 10 mm-nél nagyobb, vagy ha bárhol a vastagbélben 20-nál több fogazott polipust észlelünk. Ezen pácienseket genetikai vizsgálatra kell küldeni és végig a szervezett szűrés keretén kívül, egyedi elbírálással kell követni, melynek tényét rögzíteni szükséges a szűrési informatikai rendszerben.





Szesszilis fogazott polipusok esetében a 10 mm-nél nagyobb méretűek és a proximális lokalizációjúak esetében számolni kell szinkron nagy kockázatú adenomák jelenlétével. eltávolításuk után 1 évvel követő kolonoszkópia javasolt, majd ennek leletétől függően kell a követést meghatározni és az indormációt a szűrési informatikai rendszerben rögzíteni.

Hiperplasztikus polipusok nem prealignus léziók. Amennyiben a hiperplasztikus polipusok és adenomák egyszerre fordulnak elő egy betegben, úgy a malignizálódás esélye nem nagyobb, mintha ez a két polipus típus nem kombinálna.

A *kevert szövettanú polipusok és a tradicionális fogazott adenomák* esetében számolni kell diszplasztikus elfajulással, ugyanakkor a metakron követést igénylő polipusok előfordulási gyakoriságával nem lehetett egyértelmű kapcsolatot kimutatni.

Tekintettel arra, hogy az újabb adatok szerint a szövettani besorolás (tubuláris/villozus/tubulovillozus) a követési stratégia kialakításánál nem releváns szempont, ezekben az esetekben a diszplázia jelenléte a mérvadó. Diszplasztikus polipusok követendőek, míg a diszplázia nélküli esetekben a polipusok száma és mérete szerint kell a követendőségről dönteni a fentebb leírt alapelvek (követendő/nem követendő polipus) szerint.

II.II.II. TEENDŐK KÜLÖNLEGES POLIPEKTÓMIAS HELYZETEKBE

A 20-mm-nél nagyobb adenomák daraboló technikával történő eltávolítása után 3-6 hónappal kontroll kolonoszkópia javasolt, még akkor is, ha az endoszkópos lelet komplett eltávolítást véleményezett (szövettan ezekben az esetekben nem tudja véleményezni az eltávolítás complete-ességét). Amennyiben az 1. követő kolonoszkópia során R0 reszekció történt, úgy 12 hónap múlva, a szervezett szűrés keretein kívül el kell végezni a második követő kolonoszkópiát az adenoma korai visszatérés észlelése érdekében és az eredményt rögzíteni szükséges a szűrési informatikai rendszerben.





A szövettanilag igazoltan R0-nak minősíthető reszekció után egy év múlva végzett ellenőrző kolonoszkópia negatív makroszkópos és szövettani lelete után lehet a beteget a szűrési követési programba (PPS) bocsájtani, melyről nyilatkozni szükséges a szűrési informatikai rendszerben. Diminutív polipok esetében az R0 szövettani megítélésének hiánya nem teszi szükségessé 1 év múlva az ellenőrző vizsgálatot.

Amennyiben az első követő kolonoszkópia alkalmával az adenoma(k) eltávolítása daraboló technikával történt (méretüktől függetlenül), úgy 1 év múlva kell a második követő kolonoszkópiát elvégezni.

A szervezett szűrésbe visszakerülés feltétele a darabolós technikával eltávolított polipus esetén a két, egymást követő, egy év különbséggel végzett negatív eredményű követő kolonoszkópia.

A daraboló technikával eltávolított polipusok helyének speciális endoszkópos képalkotó vizsgálatokkal történő ellenőrzése is javasolt.

A polipeltávolítás hegéből vett biopszia megfelelő gyakorlattal rendelkező endoszkópos esetén az ESGE ajánlásnak megfelelően standardizált körülmények között végzett virtuális kromoendoszkópiával is helyettesíthető.

A nemzetközi adatok szerint az ilyen esetek csaknem 20%-ában nem sikerül a polipusokat teljesen eltávolítani, mely egyértelműen a kolorektális rák kockázat növekedésével jár.





II.II.III. TEENDŐK KÜLÖNLEGES HELYZETEKBEN

A nem megfelelő előkészítéssel végzett szűrő kolonoszkópiák korai ismétlése (3 hónapon belül ismételt kolonoszkópia) javasolt, különösen azokban az esetekben, amikor a kolonoszkópia eredménye nem-negatív.

9

Követő kolonoszkópiák között az ESGE nem javasolja a széklet okkult vér vizsgálat végzését (erős javaslat, kevés bizonyíték). A javaslat szerint a két követő vizsgálat között végzett székeltvér teszt pozitív (nem-negatív) eredménye esetében a kolonoszkópia elvégzése egyéni mérlegelés után ajánlott csak.

Annak ellenére, hogy a hazai szervezett vastagbél szűrés hatékonyságával kapcsolatos adatok még korlátozottan állnak rendelkezésre, illetve figyelembe véve a kedvezőtlen magyarországi vastagbél daganat incidencia és halálozási adatait, a Magyar Gasztroenterológiai Társaság Endoszkópos és Colon Szekció vezetősége körében végzett felmérés alapján az évenkénti FOBT vizsgálat végzése a szűrendő korosztályban és a követő kolonoszkópiák közötti években nem javasolt. Ugyanakkor a magyar követési stratégiában ugyanezen szakmai társaság az ESGE ajánlásával szemben a negatív szűrő kolonoszkópiát követően ne 10 év múlva, hanem 5 évet követően kerüljön vissza a páciens a szervezett szűrési programba.





III. JAVASLATOK A MALIGNUS LÉZIÓ MIATT OPERÁLT ÉS/VAGY KEZELT BETEGEK TOVÁBBI VASTAGBÉL TÜKRÖZÉSES KÖVETÉSÉVEL KAPCSOLATBAN

III.I. A POSZTOPERATÍV KOLONOSZKÓPOS KÖVETÉS HASZNA ÉS ALKALMAZHATÓ MÓDSZEREK

Az USA-ban a vastagbélrák miatt kezelt betegek 70-80%-a kerül kuratív célú műtetre, azonban mintegy 40%-ban ismételten kialakul a vastagbélrák 5 éven belül. Ezért fontos a műtéten átesett betegek időszakos kolonoszkópos követése szűrése.

A követés során alkalmazott módszerek egyike a kolonoszkópia, kiegészítő módszerek közé tartoznak a fizikális vizsgálat, a carcino-embriónális antigén (CEA) meghatározás, illetve bizonyos válogatott esetekben kiegészítő és/vagy helyettesítő vizsgálati módszerek a CT, a virtuális kolonoszkópia és az endoszkópos ultrahang.

Az újabb tanulmányok eredményei arra utalnak, hogy a metakron daganatokat a szűrési programban hamarabb, még tünetmentes stádiumban észlelik, és kuratív reszekciós arányuk is nagyobb. Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy egy közelmúltban végzett metaanalízis eredményei alapján a vastagbélrák miatt műtött betegek túlélését ugyan növeli a rendszeres követés, de a betegség-specifikus túlélését nem. A műtét után gyakran (évenként, vagy még gyakrabban) végzett vastagbél tükrözés sem javítja a túlélést.

III.II. AJÁNLÁSOK POSZTOPERATÍV KOLONOSZKÓPOS KÖVETÉSRE

A műtéti megoldást követő első követő vastagbél tükrözés a műtét után 1 évvel javasolt a szervezett szűrés keretein kívül. Ha a komplett minőségi kolonoszkópia a diagnózis felállításakor sikertelen volt (például szűkítő vastagbélrák miatt), akkor a minőségi kolonoszkópia feltételeinek megfelelő vizsgálat a műtétet követően 3 hónapon belül javasolt szinkron tumorok és rákmegelőző állapotok detektálása céljából.





A műtét után végzett kolonoszkópos követés ideális ritmusával kapcsolatban nincsenek még egyértelmű bizonyítékokon alapuló ajánlások. A rendelkezésre álló adatok alapján az első követő kolonoszkópiának 1 évvel kell követnie a teljes minőségi kolonoszkópos lelet birtokában végzett műtétet, illetve a nem komplett kolonoszkópia után végzett műtétek esetében az azt 3 hónapon belül követő első teljes minőségi vastagbéltükrözést. Ezt követően 3 év múlva, majd 5 évente javasolt a kolonoszkópos vizsgálat. Amennyiben bármelyik vizsgálat alatt nagy kockázatú polipust detektálnak és távolítanak el, úgy a polipektómia utáni követésekre vonatkozó ajánlásoknak megfelelően kell a követő vastagbél tükrözéseket időzíteni.

III.III. KIEGÉSZÍTŐ JAVASLATOK VÉGBÉLRÁK MIATT VÉGZETT MŰTÉTET KÖVETŐEN

A végbélrák kiújulási esélye nagyobb a következő esetekben:

- lokalizált vastagbélrák a teljes mezorektum eltávolítás nélkül kerül eltávolításra,
- transzanális helyi kimetszéssel (pld. transzanális excízió, transzanális endoszkópos mikrosebészet alkalmazásával) történik a tumor eltávolítása (endoszkópos teljes falvastagságú reszekció (eFTR) esetében nincsenek még hosszútávú adatok)
- előrehaladott végbélrák esetében neoadjuváns kezelés nélkül történik meg a mezorektum eltávolításával a műtét.

Ezekben az esetekben a műtét utáni első 3 évben 3-6 havonta javasolt a szigmoideoszkópia és az endoszkópos ultrahang végzése.

A vastagbél rák miatt végzett műtét után végzett követő vizsgálatokat az ajánlott követő kolonoszkópos vizsgálatokon felül kell végezni a szervezett szűrés keretein kívül.





III. IV. KIEGÉSZÍTŐ JAVASLATOK SPECIÁLIS HELYZETEKBEN

Amennyiben a teljes minőségi kolonoszkópia szűkítő vastagbélrák miatt nem kivitelezhető a diagnózis felállításakor, úgy CT alapú virtuális kolonoszkópia javasolt a szinkron daganatok kizárása érdekében – ezzel egyidőben nyilatkozni szükséges a páciens szűrésbe vonhatóságáról a szűrési informatikai rendszerben. Amennyiben ez nem elérhető, úgy a kettős kontrasztos irrigoszkópia elvégzése javasolt. A javaslattal egyidejűleg a beteg szűrésből való kizárását rögzíteni szükséges az informatikai rendszerben.





IV. IRODALOM

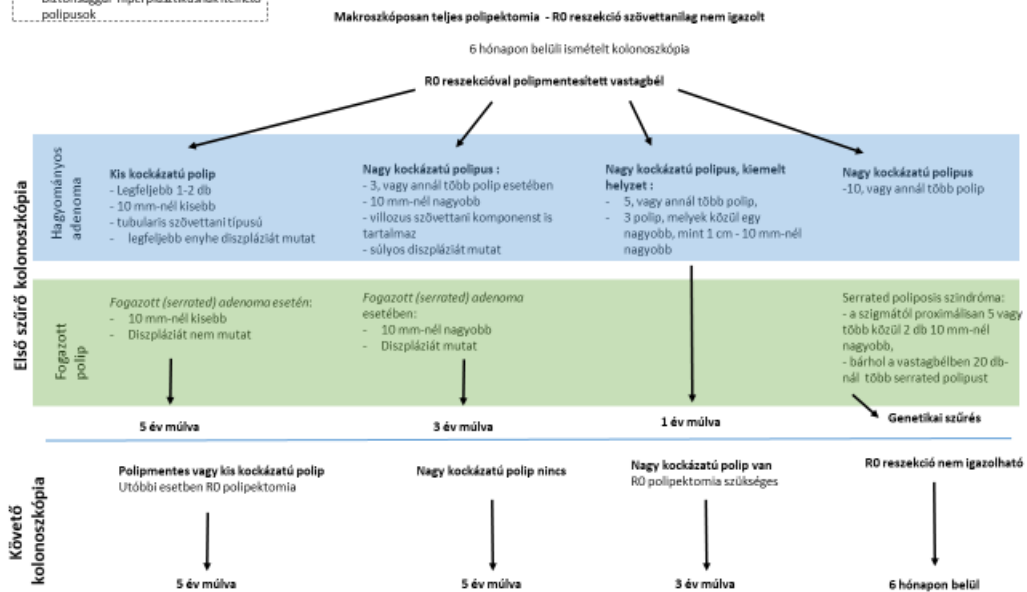
- Gavin DR, Valori RM, Anderson JT, Donnelly MT, Williams JG, Swarbrick ET. The national colonoscopy audit: a nationwide assessment of the quality and safety of colonoscopy in the UK. *Gut*. 2013;62:242–2492.
- Lieberman D. Colon-polyp surveillance—do patients benefit? *N Engl J Med*. 2014;371:860–861.
- Rembacken B, Hassan C, Riemann JF, Chilton A, Rutter M, Dumonceau JM, Omar M, Ponchon. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy*. 2012 Oct;44(10):957-68
- van Leerdam ME, Roos VH, van Hooft JE, Balaguer F, Dekker E, Kaminski MF, Latchford A, Neumann H, Ricciardiello L, Rupińska M, Saurin J-C, Tanis PJ, Wagner A, Jover R, Pellisé M. Endoscopic management of Lynch syndrome and of familial risk of colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2019; 51: 1082–1093
- Bisschops R, East JE, Hassan C, Hazewinkel Y, Kamiński MF, Neumann H, Pellisé M, Antonelli G, Bustamante Balen M, Coron E, Cortas G, Iacucci M, Yuichi M, Longcroft-Wheaton G, Mouzyka S, Pilonis N, Puig I, van Hooft JE, Dekker E. Advanced imaging for detection and differentiation of colorectal neoplasia: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2019 Dec;51(12):1155-1179.





Polipektómia nem kötelező:
 • Rektoszigmoidealisán elhelyezkedő
 • 5 mm-nél nem nagyobb
 • Biztonsággal hiperplasztikusnak ítéltető polipusok

Polipektómia utáni követés



Kolonoszkópos követés vastagbélrák műtét után

A műtét vagy a műtétet követő első tisztázó vastagbéltükrözés után egy évvel javasolt az első követő kolonoszkópia. Ezt követően 3, majd 5 évente javasolt a kolonoszkópos szűrés.



Kolonoszkópos követés végbélrák műtét után

Ha a **végbélrák** eltávolítása
 - a teljes mezorektális eltávolítás nélkül, vagy
 - tranzsanális helyi kimetszéssel (TEM, TAMIS), vagy
 - előrehaladott esetekben neoadjuváns kezelés nélkül történik

A követési stratégia az első három évben a 3-5 havonta végzett szigmoideoszkópia és endoszkópos ultrahang vizsgálat

