

Surveillance

Uitgangsvraag

Welke surveillance bij patiënten met serrated polyposis syndroom zorgt voor een lagere carcinoom incidentie, minder operaties en betere overleving?

Aanbevelingen:

Er wordt geadviseerd om bij patiënten met serrated polyposis syndroom, vanaf de diagnose, jaarlijks dan wel tweejaarlijks een surveillance coloscopie te verrichten, afhankelijk van de bevindingen bij de laatste coloscopie, leeftijd en comorbiditeit van de patiënt.

Een kwalitatief goede coloscopie is de beste basis om serrated poliepen te detecteren. De werkgroep is van mening dat een kwalitatief goede scopie voldoet aan tenminste de volgende kenmerken (conform de bij het bevolkingsonderzoek gestelde kwaliteitscriteria):

- de darm moet schoon zijn
- het coecum moet worden bereikt
- het terugtrekken van de scoop duurt tenminste 6-8 minuten.

De werkgroep adviseert om de surveillance van serrated polyposis patiënten in expertisecentra te laten plaatsvinden.

De werkgroep is van mening dat gebruik van geavanceerde technieken zoals chromo-endoscopie en narrow band imaging kan bij specifieke indicaties kan overwogen worden, maar voor gestructureerd gebruik van deze technieken bij de surveillance van serrated polyposis is vooralsnog geen plaats.

De werkgroep is van mening dat WHO criterium 2 [WHO 2010] op zichzelf niet voldoende is voor diagnose van SPS. Voor WHO criterium 3 moeten er minimaal drie serrated poliepen proximaal van het rectosigmoid zijn gediagnosticeerd.

De werkgroep is van mening dat adenomen niet meetellen voor het diagnosticeren van SPS. SPS wordt geassocieerd met een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van colorectaal carcinoom.

Literatuurbespreking:

Inleiding

Met betrekking tot de verschillende types polyposis syndromen geeft de werkgroep er de voorkeur aan te spreken van adenomateuze polyposis of serrated polyposis. Mixed polyposis is niet voldoende gedefinieerd, deze term kan beter niet gehanteerd worden. Serrated polyposis syndroom (SPS) wordt gekarakteriseerd door het voorkomen van multiple serrated poliepen verspreid door het colorectum. Tevens ontwikkelen patiënten met SPS daarnaast vaak ook adenomen. Omdat er voor SPS geen kiembaanmutatie is aangetoond, wordt de diagnose gesteld op basis van klinische criteria opgesteld door de World Health Organisation. Patiënten voldoen hierbij aan SPS indien zij voldoen aan de volgende criteria:

- 5 of meer histologisch bevestigde serrated poliepen*, proximaal van het sigmoid, waarvan 2 of meer poliepen groter zijn dan 10 mm,
of
- elk aantal serrated poliepen proximaal van het sigmoid bij iemand met een eerstegraads verwant met SPS
of
- meer dan 20 serrated poliepen, van welke omvang dan ook, verspreid in het colon

* Adenomen tellen niet mee voor het diagnosticeren van SPS.

Literatuurbespreking

Serrated polyposis syndroom (SPS) is geassocieerd met een verhoogd risico op colorectaal carcinoom en daarom is het van belang patiënten met deze aandoening op te sporen. Serrated poliepen worden vaak gemist tijdens coloscopie of de relevantie/importantie wordt niet erkend. Hiermee wordt ook de diagnose SPS vaak niet gesteld [Vemulapalli 2012].

Retrospectieve onderzoeken (met flinke bias) tonen echter aan dat SPS patiënten een verhoogd risico hebben op colorectaal carcinoom [Boparai 2010 [501](#), Hyman 2004 [519](#), Chow 2006 [507](#), Ferrandez 2004 [514](#), Edelstein 2012 [513](#)]. Enkele retrospectieve studies laten zien dat patiënten met SPS zelfs onder surveillance een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van colorectaal carcinoom ten opzichte van de algemene bevolking [Boparai 2010 [501](#), Ferrandez 2004 [514](#), Edelstein 2012 [513](#)]. Verschillende internationale expertgroepen adviseren om patiënten met SPS jaarlijks tot driejaarlijks te surveilleren [Hazewinkel 2014 [516](#), Rex 2012 [529](#), Rosty 2011 [531](#), Orlowska 2013 [528](#)].

Zeer recent werd de eerste, weliswaar kleine, prospectieve follow-up studie gepubliceerd. Deze liet zien dat patiënten met SPS onder geprotocolleerde, jaarlijkse endoscopische surveillance in een centrum met expertise met dit beeld geen colorectaal carcinoom ontwikkelden [Hazewinkel 2014 [516](#)]. In dit onderzoek werden alle poliepen vanaf een grootte van 3 mm endoscopisch verwijderd. Patiënten met extreem veel of endoscopisch niet te verwijderen poliepen werden voor operatieve behandeling verwezen. Na endoscopische of operatieve verwijdering van alle poliepen vanaf een grootte van 3mm en/of met een adenomateus aspect werden patiënten jaarlijks endoscopisch vervolgd en werden bij elke coloscopie tevens alle poliepen vanaf een grootte van 3 mm en/of met een adenomateus aspect verwijderd.

Er zijn geen studies bekend die verschillende surveillancetermijnen of surveillance met geen surveillance hebben vergeleken met betrekking tot carcinoom incidentie, aantal operaties en overleving.

Conclusies:

Er zijn aanwijzingen dat de diagnose serrated polyposis syndroom frequent wordt gemist. Vemulapalli 2012 [534](#)

Er zijn aanwijzingen dat jaarlijkse coloscopische surveillance in een expertisecentrum bij patiënten met

serrated polyposis syndroom een colorectaal carcinoom (CRC) kan voorkomen Hazewinkel 2014 [516](#), Rex 2012 [529](#), Rosty 2011 [531](#), Orlowska 2013 [528](#)

Er zijn aanwijzingen dat bij serrated polyposis syndroom de intervallen tussen de coloscopieën de drie jaar niet moeten overschrijden.

Overwegingen:

Wat betreft het stellen van de diagnose SPS op basis van de WHO-criteria is de werkgroep van deze richtlijn van mening dat criterium 2 (één serrated poliep hebben proximaal van het sigmoïd en een eerstegraads familielid met SPS) op zichzelf niet voldoende is voor diagnose van SPS. Bij criterium 3 (20 serrated poliepen verspreid door het colorectum) moeten minimaal drie serrated poliepen proximaal van het rectosigmoïd gediagnosticeerd zijn.

Onderzoek wijst uit dat bij patiënten met grote sessiele poliepen de diagnose SPS vaak wordt gemist [Vemulapalli 2012 [534](#)]. Het lijkt er dus op dat endoscopisten vaak niet voldoende zijn getraind om serrated poliepen tijdens coloscopie te detecteren. Om meer patiënten met SPS te diagnosticeren en de surveillance van deze patiënten te verbeteren is het dan ook belangrijk de volgende zaken in acht te nemen:

- Het is raadzaam om in de opleiding, training en nascholing van MDL-artsen meer aandacht te besteden aan dit ziektebeeld.
- Training van coloscopisten in de detectie en herkenning van serrated poliepen zal uiteindelijk het diagnosticeren van SPS en de prognose van deze patiënten ten goede komen.
- Het is te overwegen om de surveillance van SPS patiënten vooralsnog te laten plaatsvinden in een centrum met expertise op dit gebied.
- Coloscopieën dienen te allen tijde van goede kwaliteit te zijn, zeker in het geval van SPS-surveillance. Vooral een goede darmvoorbereiding is hierbij van essentieel belang.

Eén studie in één centrum liet zien dat Narrow Band Imaging de detectie van SP kan verhogen bij patiënten met SPS [Boporai 2011 [504](#)]. Een multicenter studie van dezelfde onderzoeksgroep bleek echter negatief en toonde daarnaast een afname van de detectie van adenomen bij gebruik van Narrow Band Imaging [Hazewinkel 2015]. Het spuiten van blauwe kleurstof in de hele darm, chromo-endoscopie, verbeterde de detectie van SP in een doorsnee patiëntenpopulatie [East 2008 [511](#)]. Het nadeel van deze techniek is echter dat het een zeer tijdrovende procedure is die alleen aangewezen lijkt in zeer specifieke gevallen. Er lijkt dus momenteel geen plaats voor gestructureerd gebruik van geavanceerde technieken zoals narrow band imaging (NBI) en chromo-endoscopie bij de surveillance van patiënten met SPS. Wel kunnen beide technieken gebruikt worden bij specifieke indicaties zoals patiënten met herhaaldelijk hoog-risico laesies bij surveillance.

Indien een kwalitatief goede coloscopie is verricht en alle poliepen ≥ 3 mm radicaal zijn verwijderd, kan het surveillance advies worden aangepast aan de bevindingen bij de laatste surveillance coloscopie. Het aantal en de aard van poliepen kan hierin worden meegenomen en het lijkt hierbij raadzaam om een interval van 1 - 3 jaar aan te houden. Bij patiënten met een beeld van extreem veel en/of grote serrated poliepen zou een darmoperatie overwogen kunnen worden. De voorkeur gaat hierbij in principe uit naar een subtotale colectomie met ileorectale anastomose, waarna surveillance van het rectum wordt geadviseerd [Hazewinkel 2014 [516](#)].

Bij iedere coloscopie moet het nut van het voorkomen van colorectaal carcinoom op de langere termijn worden afgewogen tegen het complicatierisico van de poliepectomieën. Het meest passende advies voor surveillance is dan ook mede afhankelijk van de leeftijd en comorbiditeit van de patiënt.