

*Скрининг колоректального рака.
Эндоскопическое удаление
образований толстой кишки.*



ARTICLE IN PRESS

Gastroenterology 2017;151:17

Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients From the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer

Douglas K. Rex,¹ C. Richard Boland,² Jason A. Dominitz,³ Francis M. Giardiello,⁴ David A. Johnson,⁵ Tonya Katterbach,⁶ Theodore R. Levin,⁷ David Lieberman,⁸ and Douglas J. Robertson⁹

¹Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana; ²University of California San Diego, San Diego, California; ³VA Puget Sound Health Care System, University of Washington, Seattle, Washington; ⁴Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland; ⁵Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia; ⁶Texas Tech University Health Sciences Center, San Francisco, California; ⁷Case Western Reserve Medical Center, Cleveland, Ohio; ⁸University of California, San Francisco, San Francisco, California; ⁹VA Medical Center, White River Junction, Vermont, and ¹⁰Georgetown University School of Medicine, Washington, DC

This document updates the colorectal cancer (CRC) screening recommendations of the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (MSTF), which represents the American College of Gastroenterology, the American Gastroenterological Association, and The American Society for Gastrointestinal Endoscopy. CRC screening tests are updated to 3 tests based on performance features, costs, and practical considerations. The first-line tests are colonoscopy every 10 years and stool-based immunohistochemical test (FIT), colonoscopy and FIT are recommended as the combination of screening regardless of how screening is offered. Thus, in a sequential approach based on colonoscopy offered first, FIT should be offered to patients who decline colonoscopy. Colonoscopy and FIT are recommended as tests of choice when multiple options are presented as alternatives. A risk-stratified approach is also appropriate, with FIT screening in populations with an estimated low prevalence of advanced neoplasia and colonoscopy screening in high prevalence populations. The sequential tests include CT colonography every 5 years, the FIT-based DNA test every 3 years, and flexible sigmoidoscopy every 5 to 10 years. These tests are appropriate screening tests, but each has disadvantages relative to the first 3 tests. Because of limited evidence and current obstacles to use, sigmoid colonoscopy every 5 years is a research test. We suggest that the Sigmoidoscopy (Sigmoidoscopy, Seattle, Wash) test not be used for screening. Screening should begin at age 50 years in average-risk persons, except in African American or those limited evidence supports screening at 45 years. CRC incidence is rising in persons under age 50, and thorough diagnostic evaluation of young persons with reported colorectal bleeding is recommended. Discontinuation of screening should be considered when persons up to date with screening, who have prior negative screening (particularly colonoscopy), reach age 75 or have 10 years of 20-year expectancy. Persons without prior screening should be considered for screening until age 85, depending on age and comorbidities. Persons with a family history of CRC or a documented advanced adenoma in a first-degree relative

diagnosed in the youngest affected relative at age 40, whichever is earlier. Persons with a single first-degree relative diagnosed at 200 years with CRC or an advanced adenoma can be offered average-risk screening options beginning at age 60 years.

Colorectal cancer (CRC) screening is the process of detecting early-stage CRCs and precancerous lesions in asymptomatic people with no prior history of cancer or precancerous lesions. The U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (MSTF) is a panel of expert gastroenterologists representing the American College of Gastroenterology, the American Gastroenterological Association, and the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The MSTF, the oldest, but long-endorsed systematic effort of CRC screening to average-risk persons (persons without a high-risk family history of colorectal neoplasia) beginning at age 50 years, with general evidence suggesting screening occurred in previous publications. This publication updates the screening recommendations of the MSTF for screening in average-risk persons.¹ Screening offers both surveillance and surveillance value to the intended use of colonoscopy in patients with previously detected CRC or precancerous lesions and interval colonoscopy to patients performed to detect diagnosis in persons with infrequently bowel disease affecting the colon. Interval colonoscopy recommendations from the MSTF on surveillance after cancer² and removal of precancerous lesions³ are available in other documents, focusing on the distinct from diagnostic examinations, which refer to the

Abbreviations used in this paper: CRC, colorectal cancer; FIT, stool immunohistochemical test; MSTF, U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer; SIB, sigmoidoscopy.

© 2017 by the American College of Gastroenterology, and the American Society for Gastrointestinal Endoscopy

«Первой линией скрининга колоректального рака являются колоноскопия, проводимая каждые 10 лет, и тест кала на скрытую кровь (иммунохимический, FIT). Колоноскопия и FIT рекомендованы в качестве ключевых методов вне зависимости от условий проведения скрининга. При этом колоноскопия предлагается в качестве первого метода, а тест кала на скрытую кровь предложен пациентам при отказе от выполнения колоноскопии».

Колоноскопия является «золотым стандартом» при оценке патологии толстой кишки

Скрининговая колоноскопия

Скрининговая колоноскопия проводится с целью обнаружения и удаления аденом — предшественников КРР и КРР на ранней стадии

ЦЕЛЬ СКРИНИНГА — снизить смертность от КРР

Эффективность колоноскопии как первого этапа скрининга КРР зависит от возможности осмотреть всю поверхность слизистой оболочки. Успешность во многом определяется качеством эндоскопического оборудования, а также адекватностью подготовки толстой кишки и проведением качественной КС

Скрининговая колоноскопия

Полностью выполненная колоноскопия с заведением колоноскопа в купол слепой кишки

КС, выполненная видеоэндоскопами (min HD)

Тщательный осмотр слизистых ТК при условии адекватной подготовки

Наличие оптического увеличения для оценки рисунка слизистых

ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ОЧИСТКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ БОСТОН

Эндоскопические изображения получены на видеосистеме EXERA III (CV-190, CLV-90) с использованием видеоколоноскопа CF-HQ190L и системе позиционирования колоноскопа ScoreGuide, производства Olympus

BBPS – Бостонская шкала (баллы)

1 – отличная:
отличная визуализация без наличия остаточной жидкости

2 – хорошая:
мутная жидкость затрудняет детальный осмотр

1 - плохая:
жидкий и твёрдый кал – частичный осмотр слизистой оболочки

0 - неадекватная:
твёрдый стул – осмотр слизистой невозможен

3 – отличная

2 – хорошая

1 – плохая

0 – неадекватная



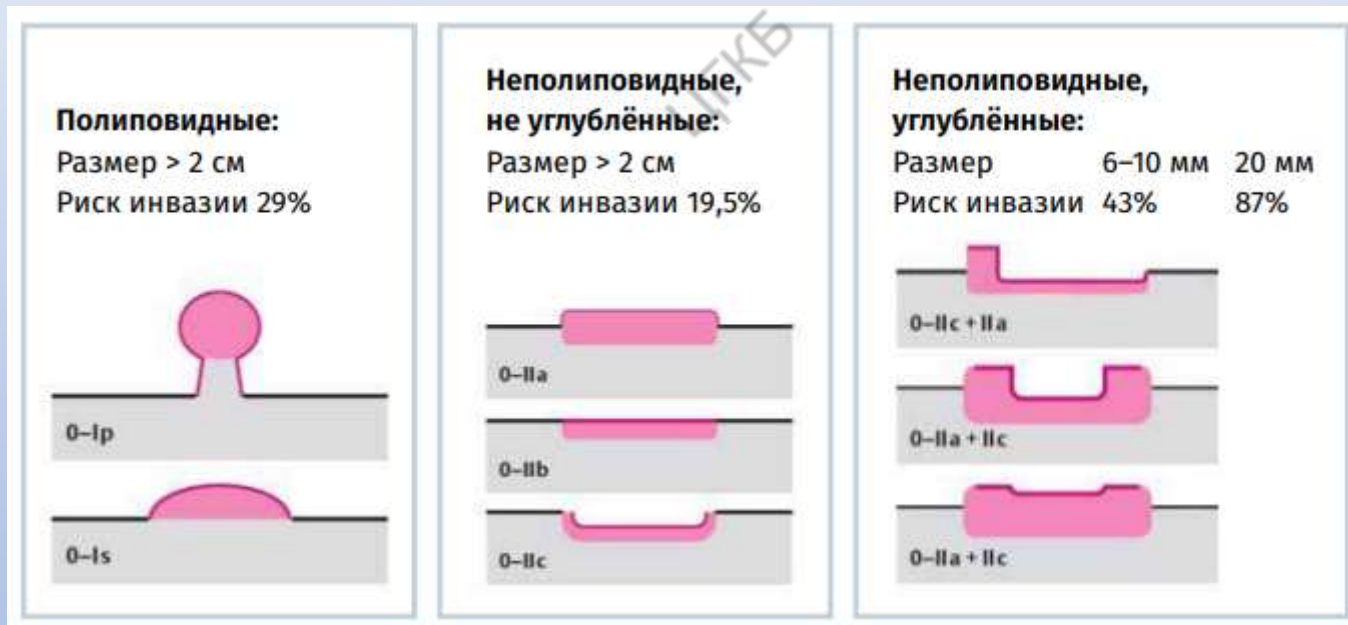
Правые отделы:
слепая кишка,
восходящая кишка

Поперечно-
ободочная кишка

Левые отделы:
нисходящая,
сигмовидная,
прямая кишка

Парижская классификация полипов

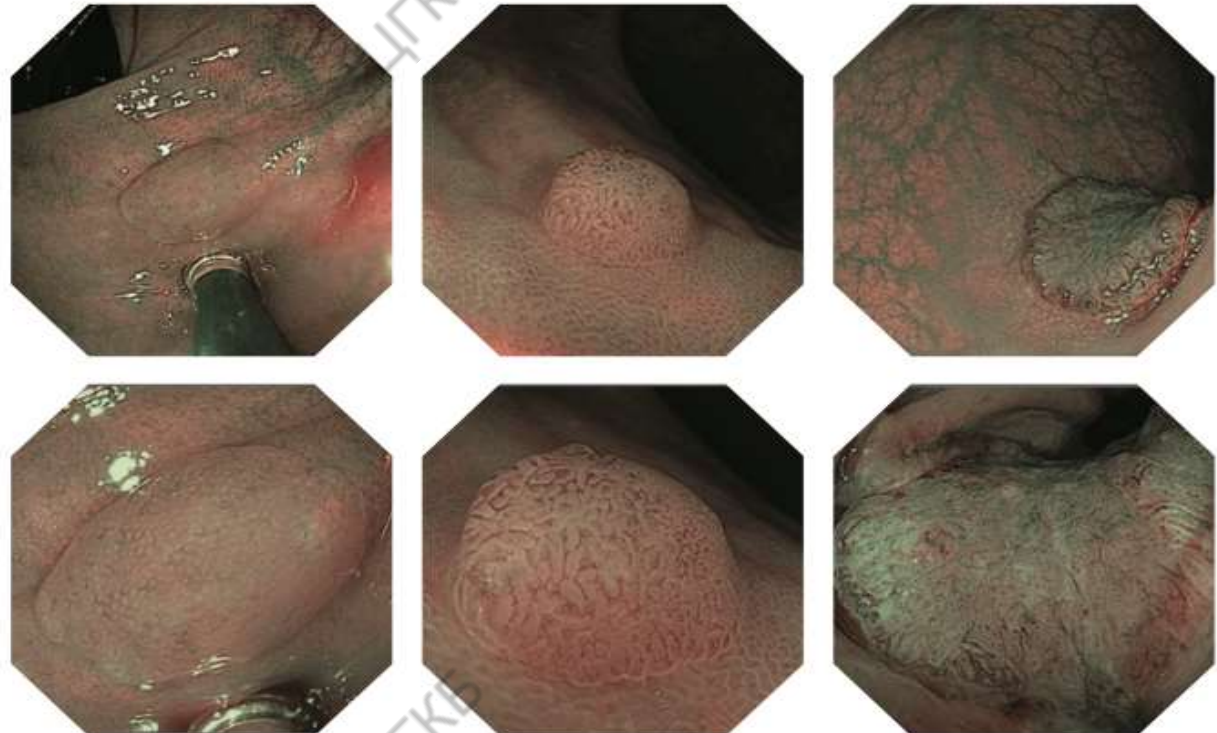
Парижская классификация позволяет оценить риск озлокачествления полипа и спланировать тактику удаления – эндоскопическим методом либо с помощью резекции части кишки.



Классификация NICE

	Тип 1	Тип 2	Тип 3
Цвет	Такой же, либо светлее окружающей слизистой	Более коричневый, чем окружающая слизистая (сравнить цвет с расположенными рядом сосудами)	От коричневого до темно-коричневого по отношению к окружающей слизистой; иногда присутствуют бессосудистые зоны белого цвета
Сосуды	Не изменены или изолированные кружевные сосуды, расположенные вокруг пораженного участка	Толстые коричневые сосуды, окруженные белыми структурами*	Имеются области с заметно искривленными сосудами или их отсутствием
Рельеф слизистой	Темные или белые точки одинакового размера, равномерный рисунок слизистой	Овальные, тубулярные или ветвистые структуры в окружении коричневых сосудов	Бесструктурный или отсутствующий поверхностный рисунок
Вероятная морфологическая структура образования	Гиперплазия	Аденома**	Инвазивный рак

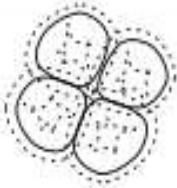







Пример изображений



Предположительная гистология на этапе эндоскопии: определение глубины инвазии рака в подслизистый слой – поверхностная или глубокая инвазия?!

Необходимо для выбора метода лечения: эндоскопический или хирургический?!

NBI-классификация капиллярного рисунка (Sano-классификация)

	I	II	IIIА	IIIВ
CP – капиллярный рисунок				
<ul style="list-style-type: none"> • NBI • Увеличение 				
	Слабо различимый	Чёткий сетчатый рисунок	Нерегулярная чётко видимая сеть сосудов <ul style="list-style-type: none"> • Нерегулярность • Высокая плотность капилляров 	<ul style="list-style-type: none"> • Разрушение или отсутствие капилляров

Необходима оценка ямочного рисунка!

АДЕНОМА С ВЫСОКИМ ПОТЕНЦИАЛОМ МАЛИГНИЗАЦИИ

Если есть хотя бы 1 из 3 представленных признаков, то это Advanced adenoma:

1. Размер эпителиального образования ≥ 1 см вне зависимости от макроскопического роста:



(0-Is)



(0-Ip)



(LST-G-M, IIa+Is)

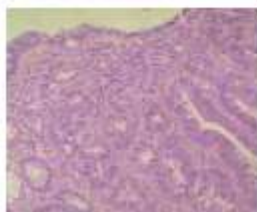
Эндоскопические изображения получены на видеосистеме EXERA III (CV-190, CLV-90) с использованием видеоколоноскопа CF-HQ190L

По гистологии вне зависимости от размера и макроскопического роста:



2. Ворсинчатый компонент

Тубуло-ворсинчатая аденома толстой кишки с дисплазией низкой степени (low grade)



3. Дисплазия высокой степени

Тубулярная аденома толстой кишки с дисплазией высокой степени (high grade)

Стандартная эндоскопия (WLE)

Новообразования толстой кишки

Новообразования на широком основании или плоские

Новообразования на ножке

• NBI
• Без увеличения

Минимальных размеров ≤ 5 мм
Холодная петлевая полипэктомия для достижения резекции единым блоком

Малых размеров 6–9 мм
Холодная петлевая полипэктомия для достижения резекции единым блоком

Размерами ≥ 10 мм

Размер головки полипа < 20 мм и толщина ножки полипа < 10 мм
Горячая петлевая полипэктомия

Размер головки полипа ≥ 20 мм или толщина ножки полипа ≥ 10 мм
Инъекция 1:10000 адреналина и/или профилактический механический гемостаз с последующей горячей петлевой полипэктомией

Дополнительные эндоскопические методики (определение наличия подслизистой инвазии)

Новообразование без инвазии

Подозрение на подслизистую инвазию

• NBI
• Увеличение

• Хромоскопия с кристалльным фиолетовым
• Увеличение

Средних размеров 10–19 мм
Горячая петлевая полипэктомия
Предварительная инъекция в подслизистый слой для уменьшения риска глубокого термического повреждения

Больших размеров ≥ 20 мм
Эндоскопическая резекция слизистой оболочки единым блоком невозможна или небезопасна – выполнить фрагментарную эндоскопическую резекцию слизистой оболочки
Если образование размером > 40 мм или сложное для удаления – направить в экспертный центр

Подозрение на поверхностную подслизистую инвазию
Татуаж толстой кишки на 3 см дистальнее новообразования
Направить в экспертный центр для выполнения эндоскопической резекции, или эндоскопической подслизистой диссекции, или хирургической операции

Подозрение на глубокую подслизистую инвазию
Татуаж толстой кишки на 3 см дистальнее новообразования
Направить на хирургическую операцию

ПОЛИПЭКТОМИЯ (ГОРЯЧАЯ И ХОЛОДНАЯ)

Горячая полипэктомия – удаление эпителиальных образований с применением электрохирургической петли с использованием тока



Холодная полипэктомия – удаление эпителиальных образований размером до 10 мм с применением электрохирургической петли без использования тока

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ



Методика удаления эпителиальных образований толстой кишки с окружающей слизистой оболочкой с использованием подслизистой инъекции

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСSEKЦИЯ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ

Показания для эндоскопической диссекции эпителиальных образований толстой кишки

Образования, для которых необходимо выполнение резекции единым блоком:

1. Образования, для которых петлевая резекция единым блоком технически затруднена:
 - латерально распространяющиеся опухоли, негранулярный тип (LST-NG), особенно псевдоуглублённый подтип (LST-NG-PD)
 - образования, имеющие тип Vi ямочного рисунка (pit pattern classification)
 - рак с поверхностной T1 (sm) инвазией
 - большие опухоли углублённого типа
 - большие образования выступающего типа, подозрительные в отношении рака (включая латерально распространяющиеся опухоли, гранулярный нодулярный смешанный тип (LST-G-M))
2. Опухоли в пределах слизистой оболочки с фиброзом подслизистого слоя
3. Локальные опухоли, как при язвенном колите
4. Локальные резидуальные или рецидивные ранние раки после эндоскопической резекции

ESD – основные этапы:



Осмотр патологического образования и определение границ



Инъекция в подслизистый слой



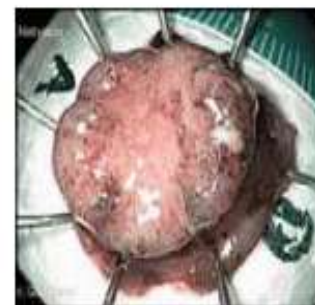
Циркулярный разрез слизистой оболочки



Диссекция



Коагуляция видимых сосудов в зоне диссекции



Удалённый пострезекционный препарат на плате с разметкой:

ЦГКБ

ЦГКБ

ЦГКБ

Спасибо за внимание.

ЦГКБ

ЦГКБ

ЦГКБ

ЦГКБ

ЦГКБ

ЦГКБ