

pT1 kolorektal cancer

Endoskopiske fund som giver mistanke om malignitet i colon og rectum

Forfatter: KL

Version: 1.0

Gælder fra: 28. oktober 2018

Gælder til:

Ansvarlig

Ken Ljungmann, overlæge, Mave- og Tarmkirurgi, Aarhus Universitetshospital.

Endoskopiske fund forbundet med risiko for at en polyp indeholder malignitet

Der findes endnu ikke sikre metoder til at forudsige, om en polyp indeholder malignitet eller ej, men ved at kombinere endoskopiske fund som størrelse, form, overfladetegning, vaskularisering, lokalisation samt konsistens kan en kvalificeret risikostratificering opnås.

Størrelse: Et fornuftigt skøn af polyppens størrelse opnås bedst ved at kende størrelsen af de endoskopiske utensilier, man anvender, eksempelvis biopsitang (åbnet og lukket) og slyngers diameter. Risikoen for indhold af malignitet i polyppen stiger med polyppens størrelse (1, 2) (2b).

Tabel 1 Sammenhæng mellem polyppens størrelse og malignitetsrisiko

Polyp størrelse (mm)	Malignitetsrisiko (pct.)
<5	Ca. 0
5-9	0,9
10-20	5-10
> 20	10-50

Form, overfladetegning og vaskularisering: Paris klassifikationen (3) (5) (Fig. 1, type 0-III ikke relevant for colon/rectum) og Kudo's *pit pattern* klassifikation (4) (2b) bør kendes og kan med fordel anvendes til beskrivelse og risikostratificering af polypper.

pT1 kolorektal cancer

Endoskopiske fund som giver mistanke om malignitet i colon og rectum

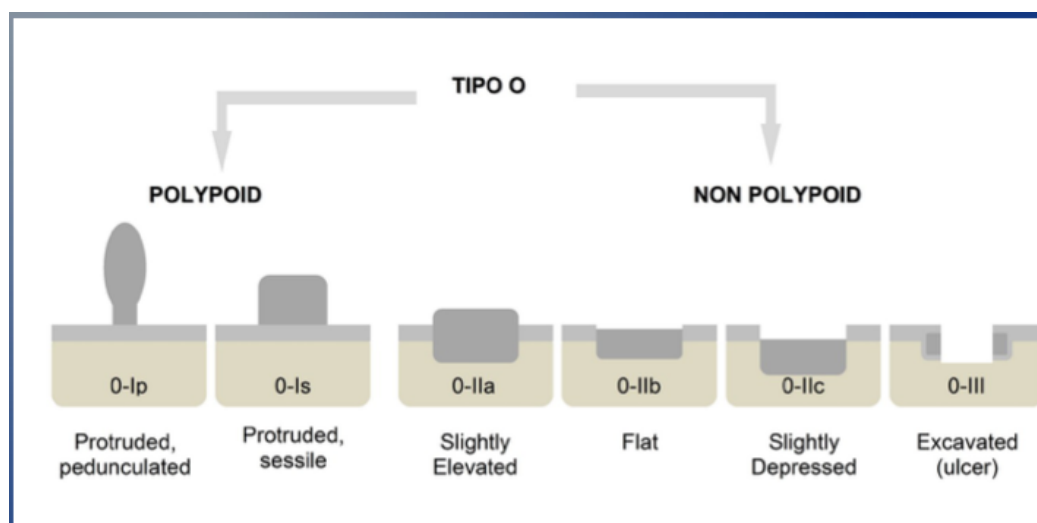
Forfatter: KL

Version: 1.0

Gælder fra: 28. oktober 2018

Gælder til:

Figur 1 Paris klassifikationen af polypper



Tabel 2 Andel af polypper med submukøs invasion ift. polyp type (Paris klassifikationen) og størrelse i mm.

Polyp type	Polyp størrelse				
	≤5mm	6-10mm	11-15mm	16-20mm	≥21mm
Ip+Is	0%	1,2%	8%	17%	30%
IIa+IIb	<0,1%	0,2%	1,8%	10%	23%
IIC	7%	44%	67%	90%	87%

Tilsvarende data for Kudo's *pit pattern* klassifikation og risiko for indhold af malignitet i polyppen findes(5) (2b), men er ikke vist her.

En kategori, der ikke er specifikt beskrevet i Paris klassifikationen, er de større polypper (>10 mm), som i udbredningen er "tæppe-lignende" polypper, der vokser cirkumferentielt og lateralt mere end vertikalt (LST =lateral spreading tumours). De kan have en granulær (LST-G) eller en ikke-granulær overflade (LST-NG). Deres maligne potentiale afgøres mindre af selve størrelsen end af

pT1 kolorektal cancer
Endoskopiske fund som giver mistanke om malignitet
i colon og rectum

Forfatter: KL

Version: 1.0

Gælder fra: 28. oktober 2018

Gælder til:

tilstedeværelsen af noduli og områder med afladet/ekskaveret slimhinde og Kudo's *pit pattern* V. Malignitetsrisikoen varierer mellem 0,8 pct. (LST-G) og 21,4 pct. (LST-NG)(6) (2b).

Lokalisation: Malignitetsrisikoen for polypper oralt for venstre fleksur er øget ift. polypper af tilsvarende størrelse analt for venstre fleksur (7) (2b).

Konsistens og "non-lifting sign": En fast eller hård konsistens af en bred polypstilk, afladede områder af en polyp, eller "non-lifting sign" (= et adækvat løft af polypområde opnås ikke ved submukøs injektion af eksempelvis saltvand) indikerer alle en øget sandsynlighed for en submukøs invasion, men har ikke vist sig at kunne prædiktere malignitet bedre end de beskrevne endoskopiske fund/visuelle evalueringer (8) (2b). Ydermere kan den submukøse injektion generere fibrose, der kan vanskeliggøre senere forsøg på radikal lokalbehandling, det være sig både ved simple og avancerede metoder.

Litteraturliste - pT1 kolorektal cancer
Endoskopiske fund som giver mistanke om malignitet
i colon og rectum

Forfatter: KL

Version: 1.0

Gælder fra: 25. oktober 2018

Gælder til:

1. Nusko G, Mansmann U, Altendorf-Hofmann A, Groitl H, Wittekind C, Hahn EG. Risk of invasive carcinoma in colorectal adenomas assessed by size and site. *Int J Colorectal Dis.* 1997;12(5):267-71.
2. Schoen RE, Weissfeld JL, Pinsky PF, Riley T. Yield of advanced adenoma and cancer based on polyp size detected at screening flexible sigmoidoscopy. *Gastroenterology.* 2006;131(6):1683-9.
3. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointest Endosc.* 2003;58(6 Suppl):S3-43.
4. Kudo S, Rubio CA, Teixeira CR, Kashida H, Kogure E. Pit pattern in colorectal neoplasia: endoscopic magnifying view. *Endoscopy.* 2001;33(4):367-73.
5. Kudo SE, Kashida H. Flat and depressed lesions of the colorectum. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005;3(7 Suppl 1):S33-6.
6. Burgess NG, Hourigan LF, Zanati SA, Brown GJ, Singh R, Williams SJ, et al. Risk Stratification for Covert Invasive Cancer Among Patients Referred for Colonic Endoscopic Mucosal Resection: A Large Multicenter Cohort. *Gastroenterology.* 2017;153(3):732-42 e1.
7. Nusko G, Mansmann U, Partzsch U, Altendorf-Hofmann A, Groitl H, Wittekind C, et al. Invasive carcinoma in colorectal adenomas: multivariate analysis of patient and adenoma characteristics. *Endoscopy.* 1997;29(7):626-31.
8. Kobayashi N, Saito Y, Sano Y, Uragami N, Michita T, Nasu J, et al. Determining the treatment strategy for colorectal neoplastic lesions: endoscopic assessment or the non-lifting sign for diagnosing invasion depth? *Endoscopy.* 2007;39(8):701-5.