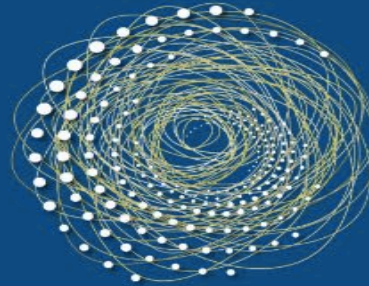


31^ο Έτος

Ημέρες Παθολογίας 2023

"Διλήμματα στην Κλινική Παθολογία"



ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ
18 ΜΟΡΙΑ
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
(CME-CPD CREDITS)

Ξενοδοχείο
Crowne Plaza
Αθήνα

30 Μαρτίου έως
01 Απριλίου
2023

Νεότερα δεδομένα στη Γαστρεντερολογία

Προσυμπτωματικός έλεγχος Καρκίνου Παχέος Εντέρου

Ματίνα-Λυδία Χατζηνικολάου, MD PhD

Γαστρεντερολόγος

Επιστημονικός συνεργάτης, Γαστρεντερολογική μονάδα, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο "Σωτηρία"
Επιμελήτρια Κλινικής Προηγμένης Θεραπευτικής Ενδοσκόπησης, Νοσοκομείο "Metropolitan General"

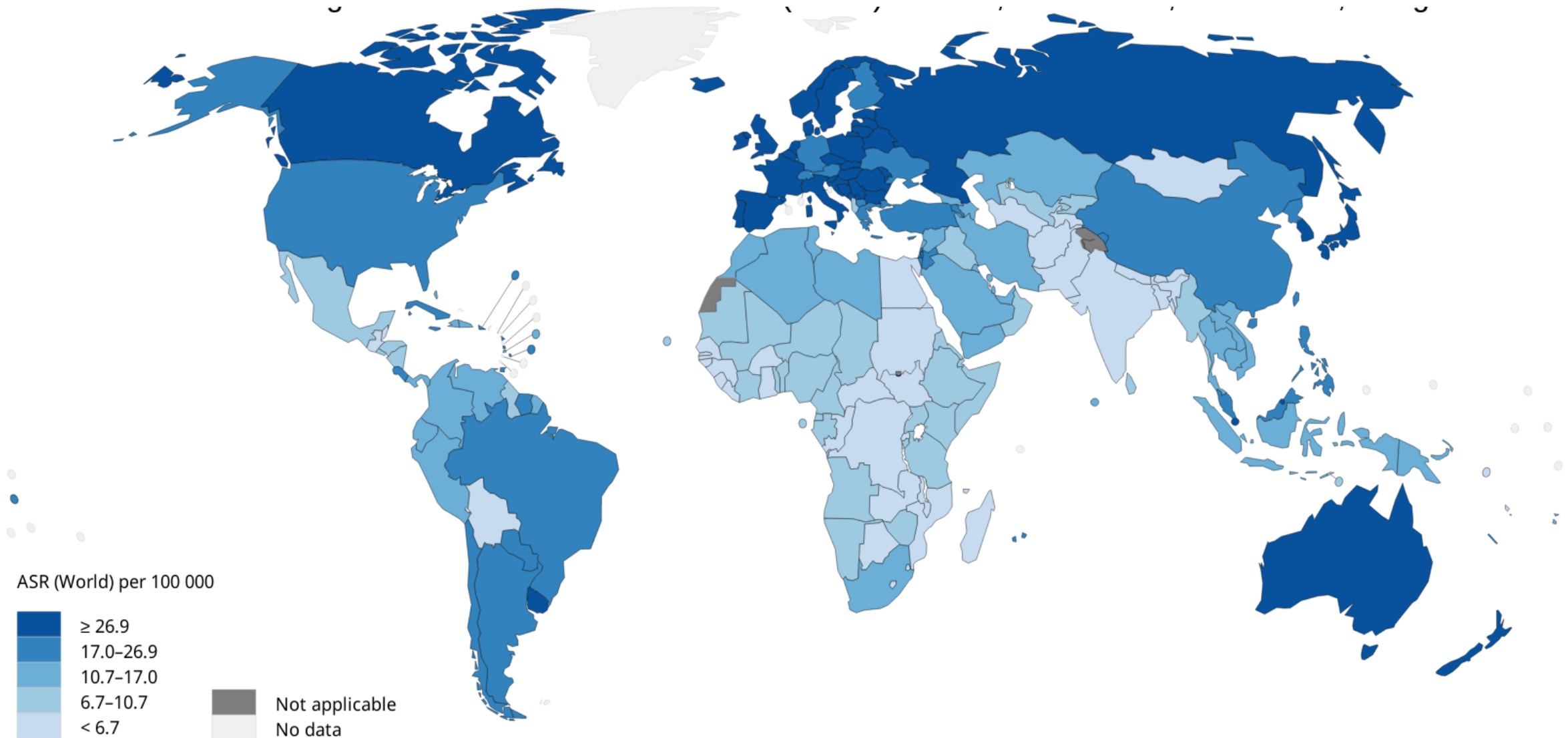
Disclosures

Consulting fees: Takeda, Amgen, Ferring

Educational Grant: Abbvie

Research/Clinical trials: Abbvie, Takeda, Arena Pharmaceuticals, Janssen

Καρκίνος Παχέος Εντέρου (ΚΠΕ): 3^{ος} πιο συχνός καρκίνος παγκοσμίως



All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization / International Agency for Research on Cancer concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate borderlines for which there may not yet be full agreement.

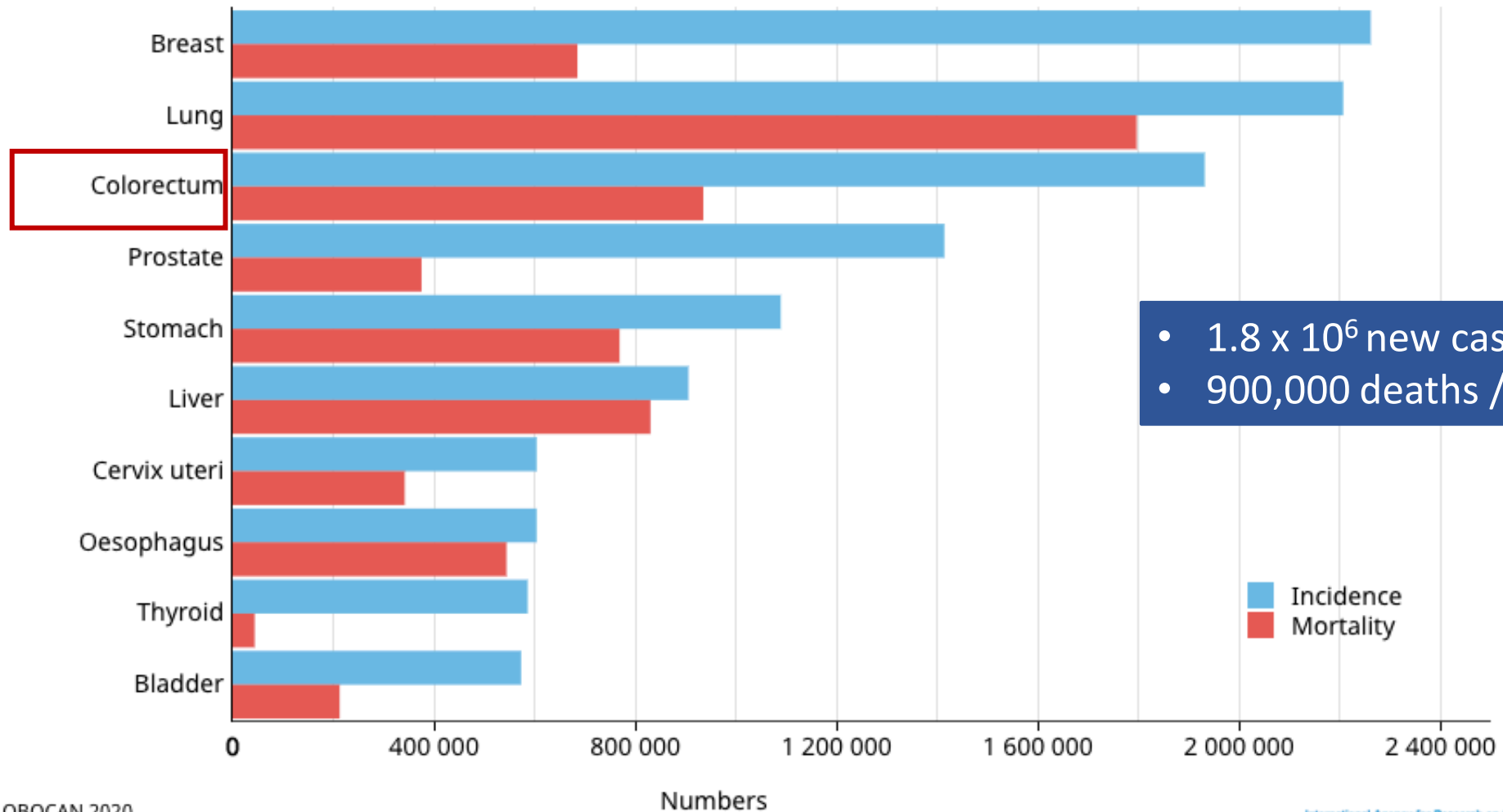
Data source: GLOBOCAN 2020
Map production: IARC
(<http://gco.iarc.fr/today>)
World Health Organization



© International Agency for Research on Cancer 2020
All rights reserved

ΚΠΕ: 2^η πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως

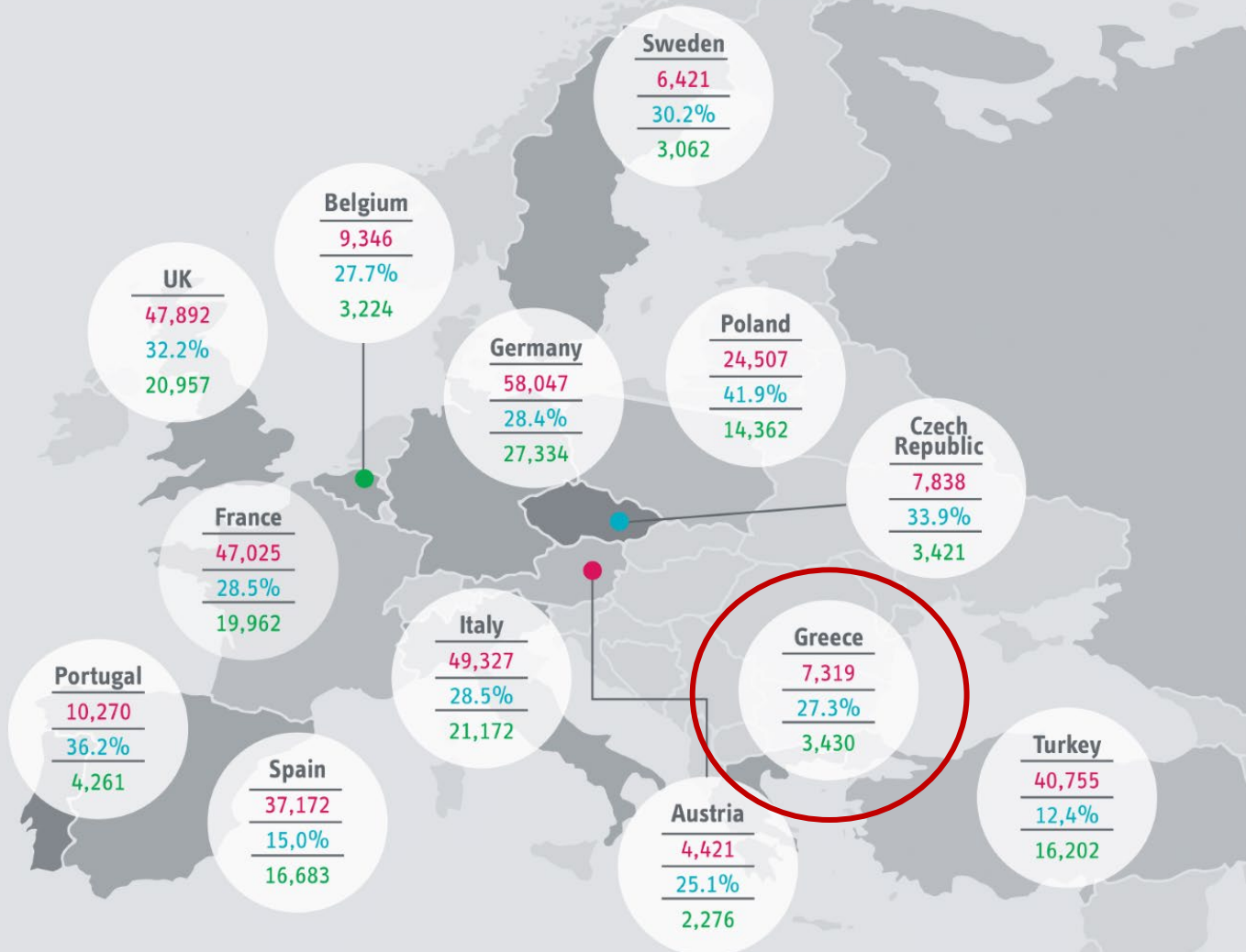
Estimated number of incident cases and deaths World, both sexes, all ages (excl. NMSC)



- 1.8×10^6 new cases / year
- 900,000 deaths / year

COLORECTAL CANCER (CRC) ANNUAL INCIDENCE AND MORTALITY RATES

KEY
 Annual Number of cases (Incidence)
 Estimated Mortality by Country (%) age
 standardised rate per 100,000
 Annual Mortality (Number)

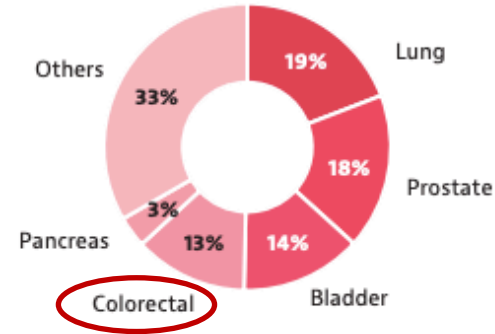


Country	Annual Number of Cases	Estimated Mortality by Country (%)	Annual Mortality (Number)
Austria	4,421	25.1%	2,276
Belgium	9,346	27.7%	3,224
Bulgaria	4,604	36.8%	2,714
Croatia	3,387	50.7%	2,187
Cyprus	511	29.4%	242
Czech Republic	7,838	33.9%	3,421
Denmark	5,585	34.7%	1,934
Estonia	942	35.7%	482
Finland	3,440	23.6%	1,393
France	47,025	28.5%	19,962
Germany	58,047	28.4%	27,334
Greece	7,319	27.3%	3,430
Hungary	10,809	54.3%	5,076
Iceland	168	31.2%	82
Ireland	2,968	35.2%	1,207
Italy	49,327	28.5%	21,172
Latvia	1,550	34.8%	706
Lithuania	1,831	33.7%	996
Luxembourg	323	28.6%	134
Malta	302	29.7%	121
Netherlands	14,921	38.9%	6,442
Norway	4,887	37.8%	1,750
Poland	24,507	41.9%	14,362
Portugal	10,270	36.2%	4,261
Romania	11,076	34.2%	6,319
Slovakia	4,624	55.7%	2,396
Slovenia	1,987	34.6%	740
Spain	37,172	33%	16,683
Sweden	6,421	30.2%	3,062
Switzerland	4,681	22.6%	1,909
United Kingdom	47,892	32.2%	20,957

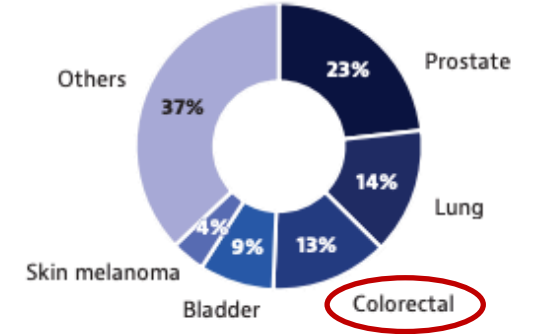


Distribution of cancer incidence by sex in Greece and the EU

GREECE - MEN
35 420 new cases



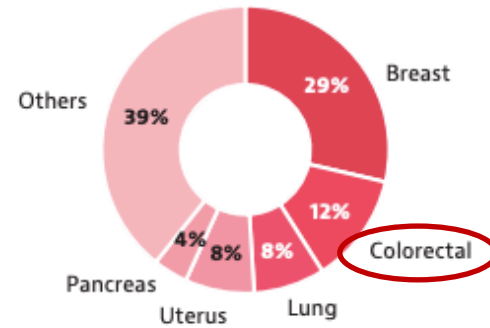
EU - MEN
1 444 949 new cases



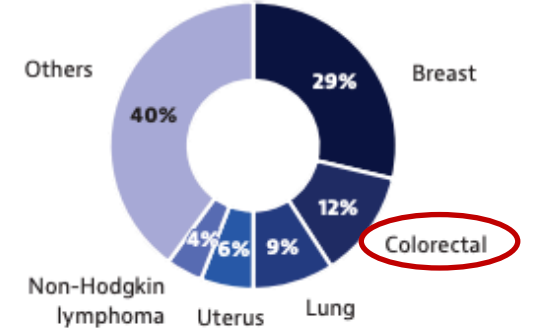
AGE-STANDARDISED RATE (ALL CANCER)

Greece 659 per 100 000 population
EU 686 per 100 000 population

GREECE - WOMEN
27 157 new cases



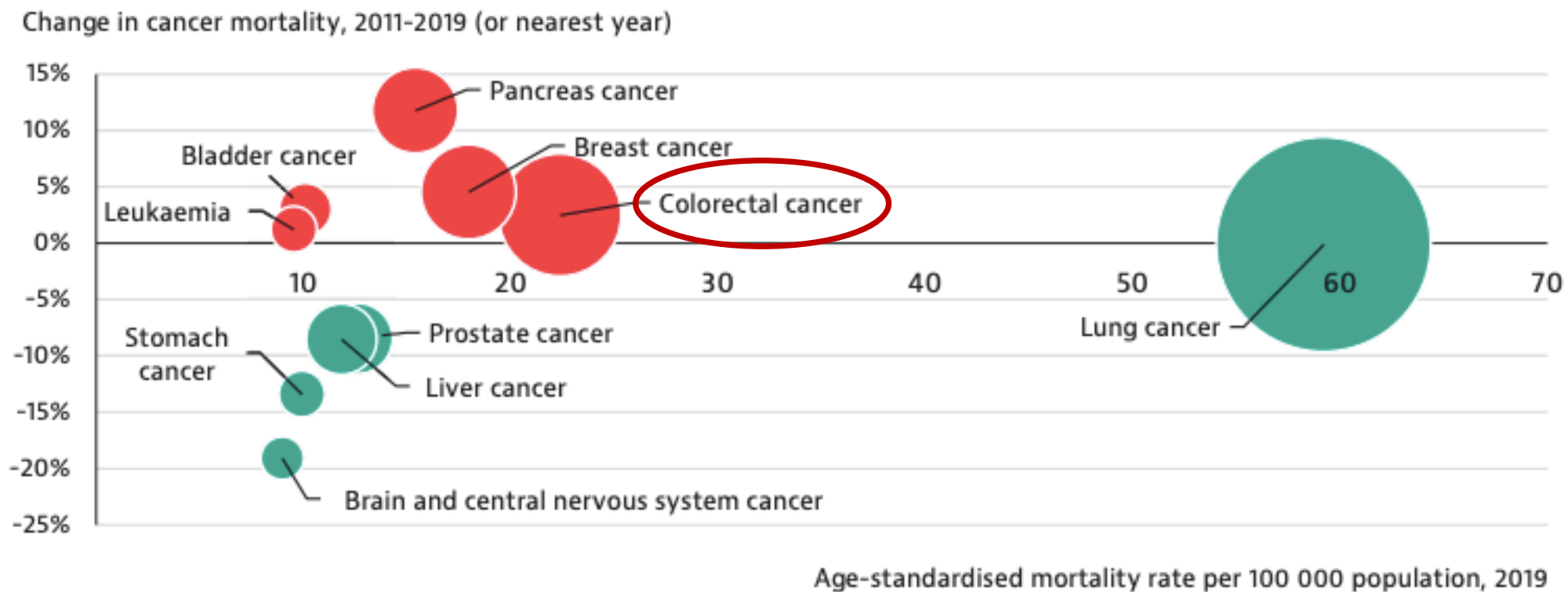
EU - WOMEN
1 237 588 new cases

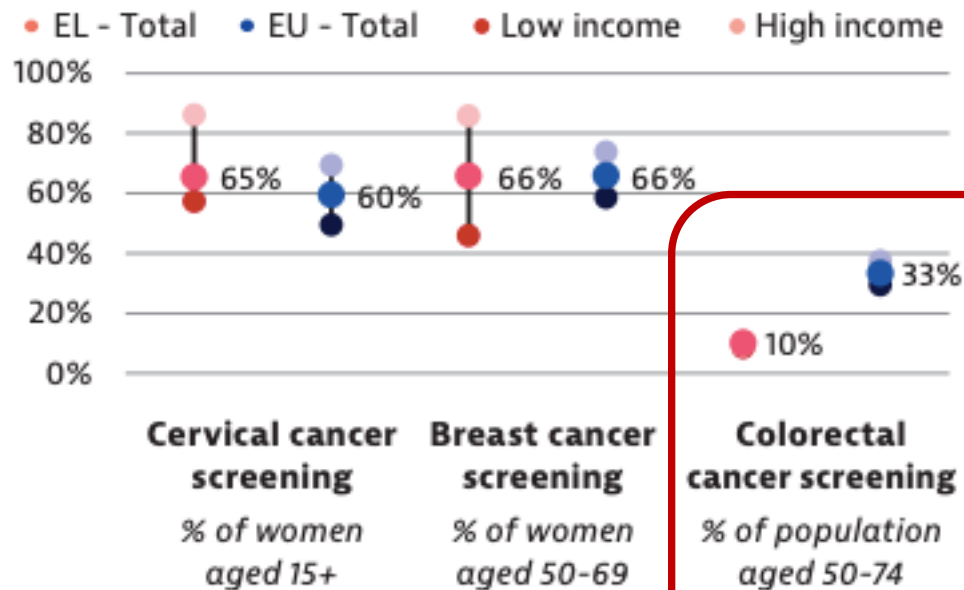


AGE-STANDARDISED RATE (ALL CANCER)

Greece 422 per 100 000 population
EU 484 per 100 000 population

Αύξηση της θνητότητας από ΚΠΕ στην Ελλάδα (2011-2019)





Early detection

Greece has been unable to develop comprehensive cancer screening programmes, which in addition to the consistent lack of a national cancer strategy, results in poor outcomes of early cancer detection.

The vast majority of screening tests are performed on an opportunistic basis, with a large share paid out of pocket. Consequently, significant disparities exist between the lowest and highest income groups, as well as between urban and more remote areas.

The screening rate for colorectal cancer is among the lowest in the EU

In 2019, 10 % of the population aged 50-74 years reported having a colorectal cancer screening test in the past two years – one third the proportion across the EU (33 %). Such low levels

Προσυμπτωματικός έλεγχος ΚΠΕ (CRC Screening)

Πληθυσμιακός (population-based):

- Οργανωμένο πρόγραμμα, απευθύνεται σε επιλέξιμα άτομα (πληθυσμός-στόχος μέσου κινδύνου) μέσω γραπτής πρόσκλησης βάσει ηλικίας και τύπου κατοικίας
- Υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής
- Αποφυγή άσκοπων εξετάσεων
- Επιτρέπει ποιοτικό έλεγχο και επιτήρηση

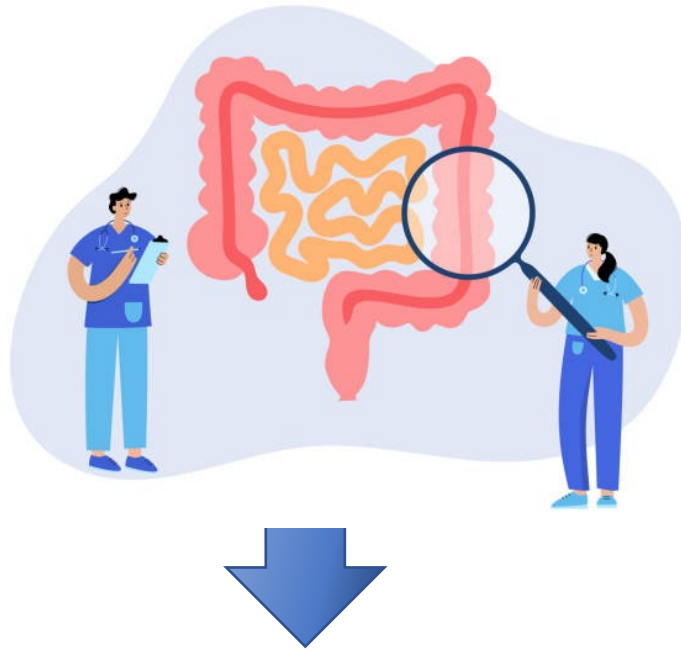
Ευκαιριακός (opportunistic):

- Διενεργείται μετά από ατομική πρωτοβουλία, κατόπιν ή όχι σύστασης ιατρού
- Χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής
- Μεγάλος αριθμός άσκοπων εξετάσεων
- Δεν υπόκειται σε ποιοτικό έλεγχο, ελλιπής επιτήρηση



Στόχος του προσυμπτωματικού ελέγχου ΚΠΕ (CRC Screening)

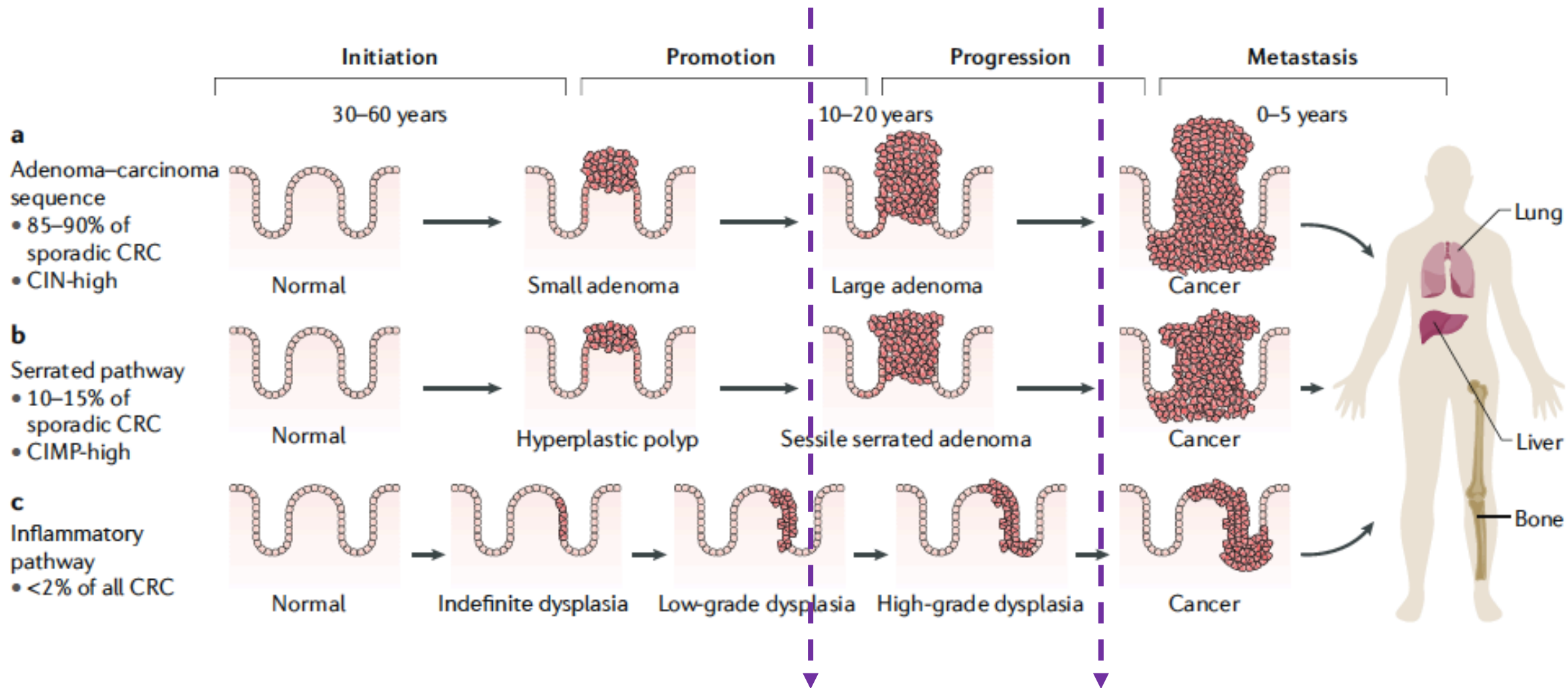
Μείωση επίπτωσης ΚΠΕ



Μείωση θνησιμότητας ΚΠΕ

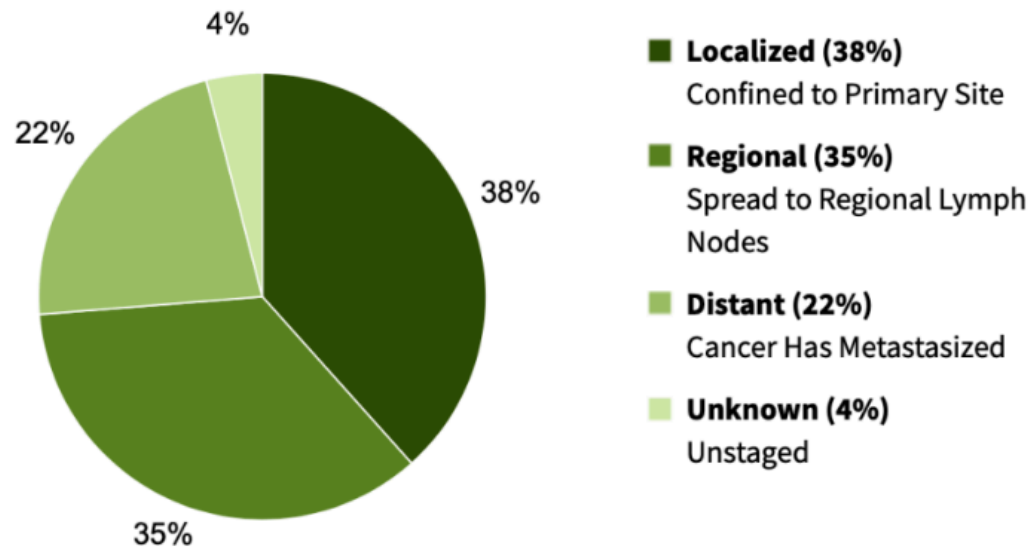
- Έγκαιρη αναγνώριση και αφαίρεση προκαρκινικών βλαβών (αδενωματώδεις και οδοντωτοί πολύποδες)
- Έγκαιρη διάγνωση καρκινικών βλαβών σε πρώιμο στάδιο

Φυσική πορεία ορθοκολικού καρκίνου

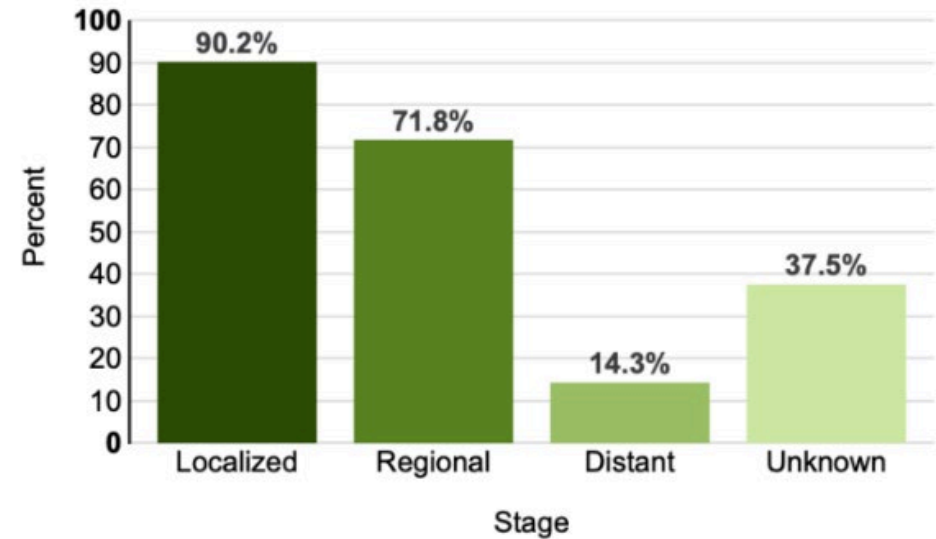


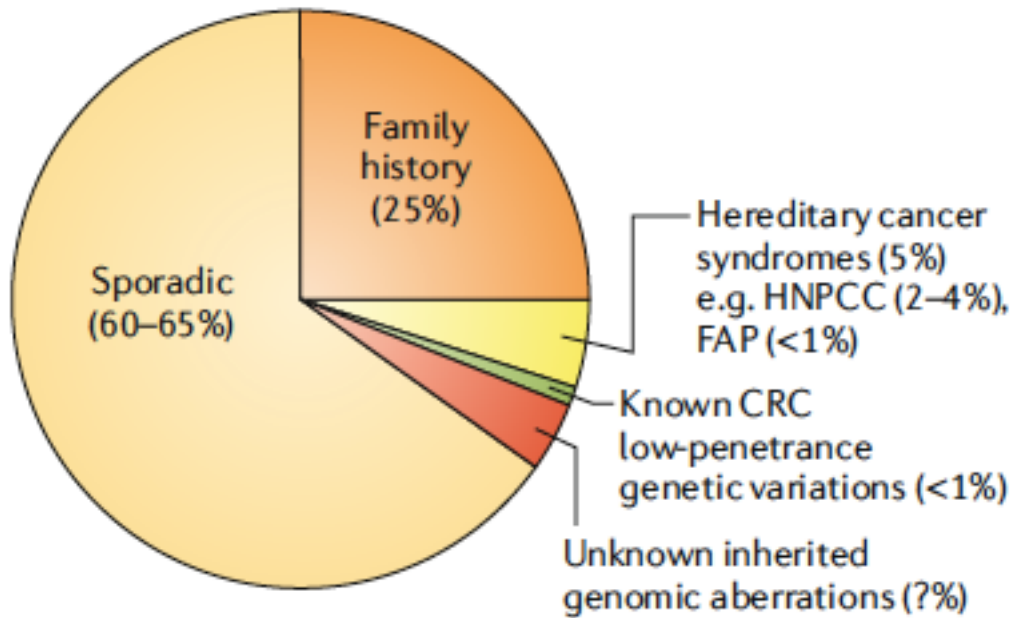
Στάδιο κατά τη διάγνωση και 5-ετής επιβίωση ΚΠΕ

Percent of Cases by Stage

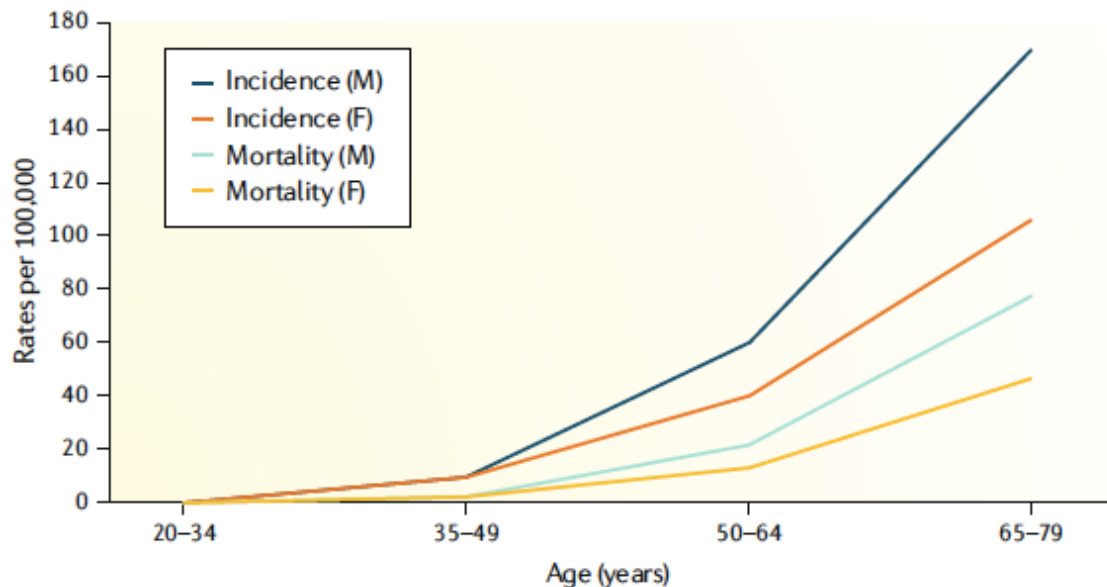


5-Year Relative Survival

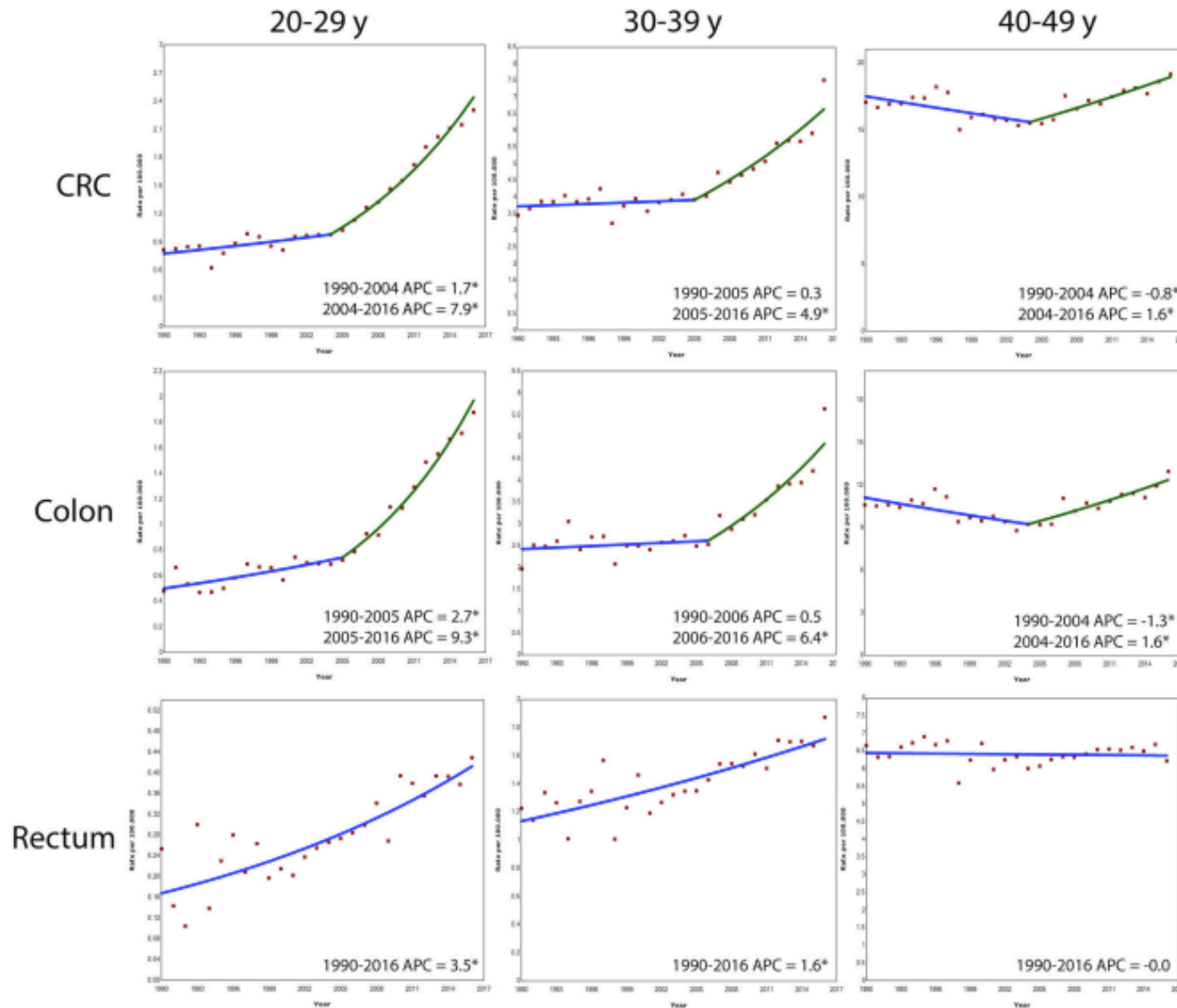




- Περισσότεροι ΚΠΕ > 50 έτη: >90% διαγνώσεων και θανάτων
- 60-65% σποραδικοί , 25% με θετικό οικ. ιστορικό
- Αύξηση επίπτωσης ΚΠΕ σε ηλικίες 20-49 έτη
- Άνδρες > Γυναίκες (κυρίως στους σποραδικούς ΚΠΕ)
- Σε ηλικίες 60-70 έτη
 - 5% των ασυμπτωματικών ατόμων θα αναπτύξει πολύποδα >1cm
 - >50% θα εμφανίσει τουλάχιστον 1 αδένωμα <1cm
- **Δια βίου κίνδυνος εμφάνισης ΚΠΕ: 4.2%**



Επίπτωση ΚΠΕ σε άτομα <50 ετών σε χώρες της ΕΕ (1990-2016)



Παράγοντες κινδύνου ΚΠΕ

NON-MODIFIABLE RISK FACTORS

- ◆ Age >50
- ◆ Family history of colon cancer
- ◆ Personal history of colon polyp/cancer
- ◆ History of other previous cancers
- ◆ Genetic bowel conditions
- ◆ Inflammatory bowel disease (Crohns/UC)

MODIFIABLE RISK FACTORS

- ◆ Low-fibre & high-fat diet
- ◆ Meat cooked in high temp (Charcoal/BBQ)
- ◆ Diet low in fruit & vegetables
- ◆ Heavy alcohol consumption
- ◆ Smoking
- ◆ Sedentary lifestyle
- ◆ Obesity

Relative risk*

Factors that increase risk:

Heredity and medical history

Family history	
1 first-degree relative ⁵⁷	2.2
More than 1 relative ⁵⁷	4.0
Relative with diagnosis before age 45 ⁵⁸	3.9
Inflammatory bowel disease ⁸¹	1.7
Diabetes ⁸⁷	1.3

Behavioral factors

Alcohol consumption (daily average) ¹⁴⁵	
2-3 drinks	1.2
>3 drinks	1.4
Obesity (body mass index ≥ 30 kg/m ²) ¹⁰⁴	1.3
Red meat consumption (100 g/day) ¹³¹	1.2
Processed meat consumption (50 g/day) ¹³¹	1.2
Smoking (ever vs. never) ¹³⁶	1.2

Factors that decrease risk:

Physical activity (colon) ⁹⁷	0.7
Dairy consumption (400 g/day) ¹¹⁹	0.8
Milk consumption (200 g/day) ¹¹⁹	0.9

CRC Screening

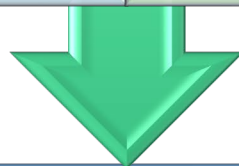
(Δευτερογενής πρόληψη)



Κατηγοριοποίηση πληθυσμιακών ομάδων

Ομάδα μέσου κινδύνου

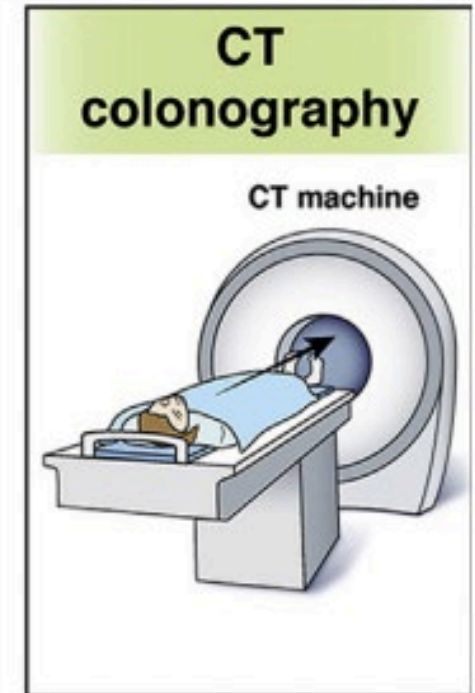
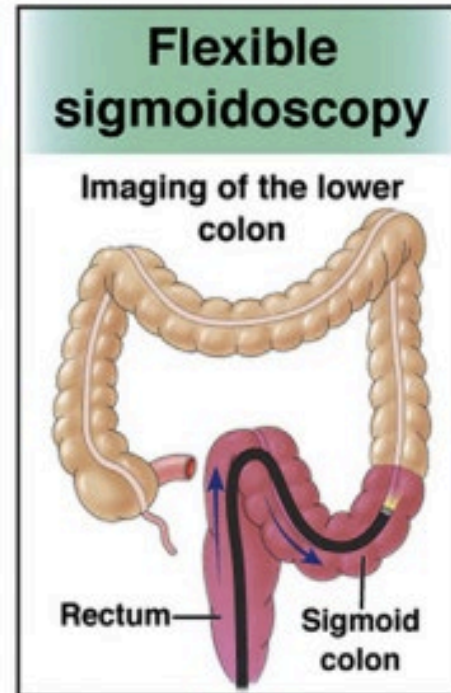
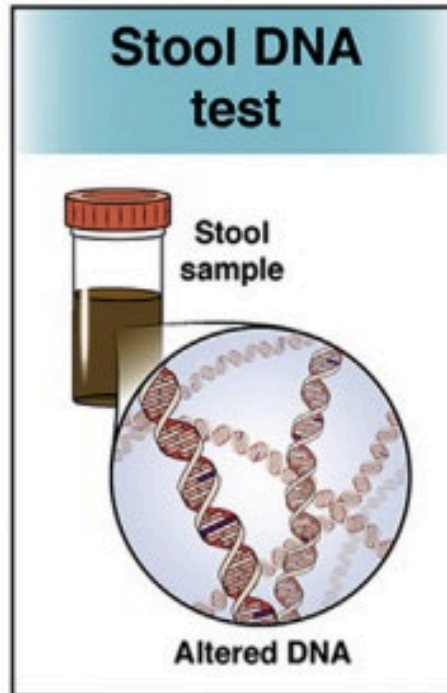
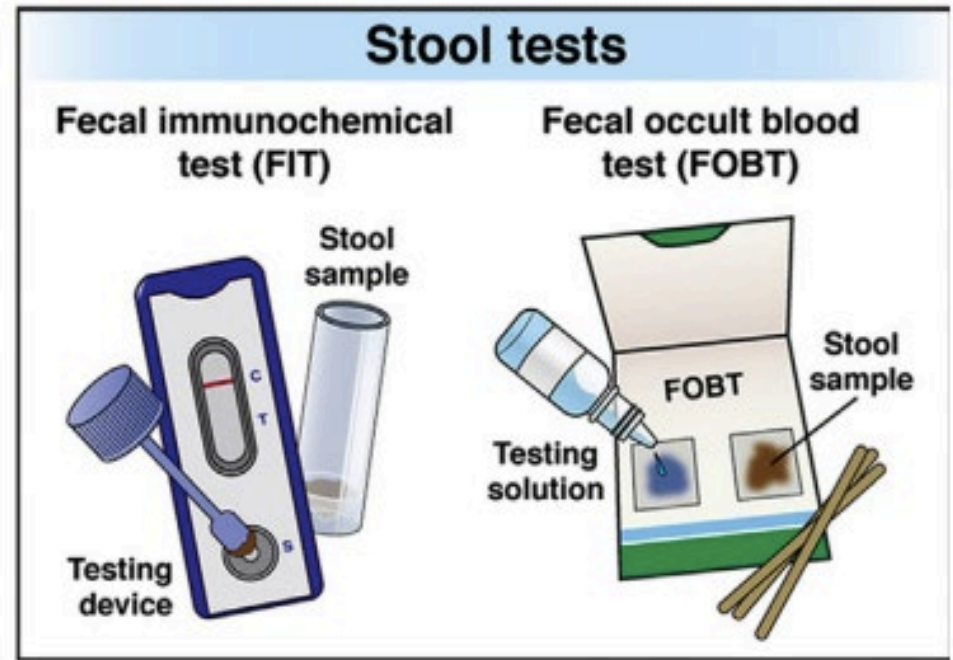
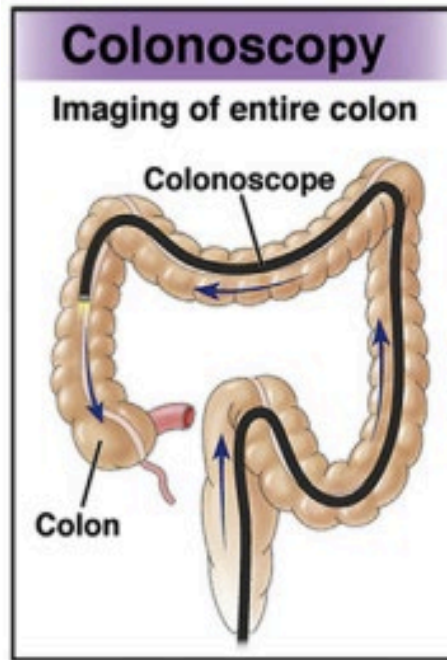
Ομάδα υψηλού κινδύνου



Επιλογή μεθόδου προληπτικού ελέγχου

- One-step screening test: κολonosκόπηση
- Two-step screening tests: εάν θετικό ⇨ κολonosκόπηση

Μέθοδοι ελέγχου για ΚΠΕ



ΜΕΘΟΔΟΣ	Αποτελεσματικότητα	Επαναληψιμότητα
ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ		
gFOBt	50% ευαισθησία, 78% ειδικότητα για ΚΠΕ	ετησίως
FIT	79% ευαισθησία, 94% ειδικότητα για ΚΠΕ	ετησίως
Stool DNA Test	92% ευαισθησία, 87% ειδικότητα για ΚΠΕ	κάθε 3 έτη
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ		
Κολonosκόπηση	<ul style="list-style-type: none"> - Gold standard – 100% ανίχνευση ΚΠΕ - Μακροπρόθεσμα: μείωση επίπτωσης ΚΠΕ 31-71%, θνησιμότητας 65-88% 	κάθε 10 έτη ή ανάλογα με ευρήματα
CT Κολonosκόπηση	<ul style="list-style-type: none"> - 90-100% ευαισθησία για ΚΠΕ - Χαμηλή ευαισθησία για επίπεδες βλάβες ή οδοντωτούς πολύποδες 	κάθε 5 έτη
Ορθοσιγμοειδοσκόπηση	<ul style="list-style-type: none"> - 90-100% ευαισθησία για ΚΠΕ στο άπω κόλον - Μακροπρόθεσμα: μείωση επίπτωσης ΚΠΕ 21%, θνησιμότητας 26% 	κάθε 5 έτη

ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ



(+)

- Μη επεμβατικές
- Χαμηλό κόστος
- Καλή αποδοχή
- Δυνατότητα κατ' οίκον λήψης δείγματος
- FIT: χωρίς διατροφική προετοιμασία ή διακοπή φαρμάκων

(-)

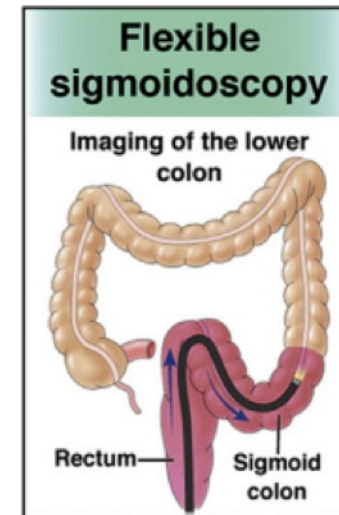
- Ετήσια επανάληψη
- Χαμηλή ευαισθησία για προχωρημένα αδενώματα και οδοντωτούς πολύποδες
- Διατροφική προετοιμασία με gFOBT
- Υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών
- Επί θετικού αποτελέσματος ⇒ κολονοσκόπηση

DNA stool test: ανίχνευση μεταλλάξεων / μεθυλιωμένων μορίων

- Υψηλότερη ευαισθησία για προχωρημένα αδενώματα, ΚΠΕ και οδοντωτούς πολύποδες σε σχέση με FIT
- Μείωση ειδικότητας σε μεγαλύτερες ηλικίες
- Υψηλό κόστος
- Διαθεσιμότητα?

ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

- Άμεση επισκόπηση αριστερού κόλου
- **Δεν απαιτείται πλήρης εντερική προετοιμασία (υποκλυσμός).**
- Συνδυασμός με 'one off' FIT– μείωση της θνησιμότητας (hazard ratio, 0.62; 95% CI, 0.42-0.90)
- 2 RCTs: **overall 21% and 28% reduction in CRC incidence and mortality**



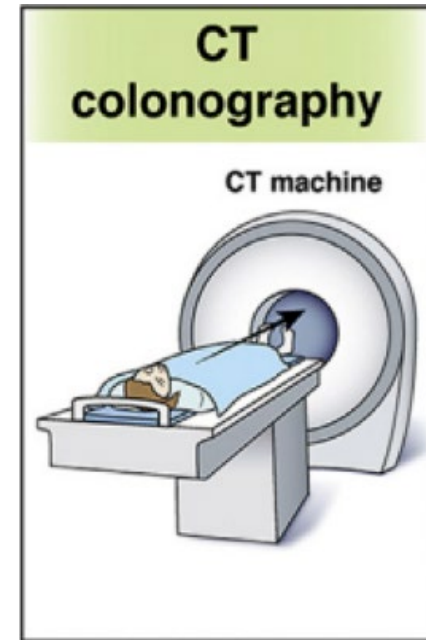
Ο ασθενής παραπέμπεται για κολonosκόπηση αν

- ≥ 3 αδενώματα
- 1 αδένωμα $\geq 10\text{mm}$
- Ιστολογία λαχνωτό ή σωληνολαχνωτό

ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΓΡΑΦΙΑ

CT Colonography

- Λήψη ψηφιακών εικόνων (ύπτια και πρηνή) με 3-D ανασύνθεση
- **Απαιτείται προετοιμασία**
- Γίνεται εμφύσηση CO₂ & χορήγηση βουτυλοσκοπολαμίνης
- Συνολική δόση ακτινοβολίας 1-5 mSv (max επιτρεπόμενη 20 mSv/yr)
- **Προτιμάται σε ασθενείς >75 ετών ή με συνοσυρότητες**
- Χρήσιμη σε ασθενείς με ατελή κολονοσκόπηση
- **Επί ευρημάτων απαιτείται κολονοσκόπηση.**
- Εξωεντερικά τυχαία ευρήματα έως 67% (0.5% εξωεντερικοί καρκίνοι)
- Συσχέτιση με τον ακτινολόγο - καμπύλη εκμάθησης



ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

(+)

- **Gold-standard: Διαγνωστική και Θεραπευτική!**
- Εξέταση αναφοράς για τη διάγνωση του ΚΠΕ
- Λήψη βιοψιών
- Ανίχνευση και αφαίρεση πολυπόδων (προκαρκινικών βλαβών)
- Ανίχνευση και αφαίρεση in situ καρκινικών βλαβών

(-)

- Επεμβατική μέθοδος
- Εντερική προετοιμασία
- Μέθη
- Χαμηλή αποδοχή
- Κίνδυνος επιπλοκών: 4-8/10.000
- Operator dependent

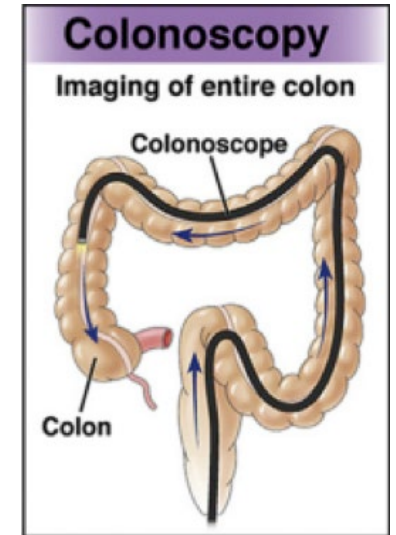


Table 3. Select studies summarizing effectiveness of screening colonoscopy in reducing CRC incidence and mortality

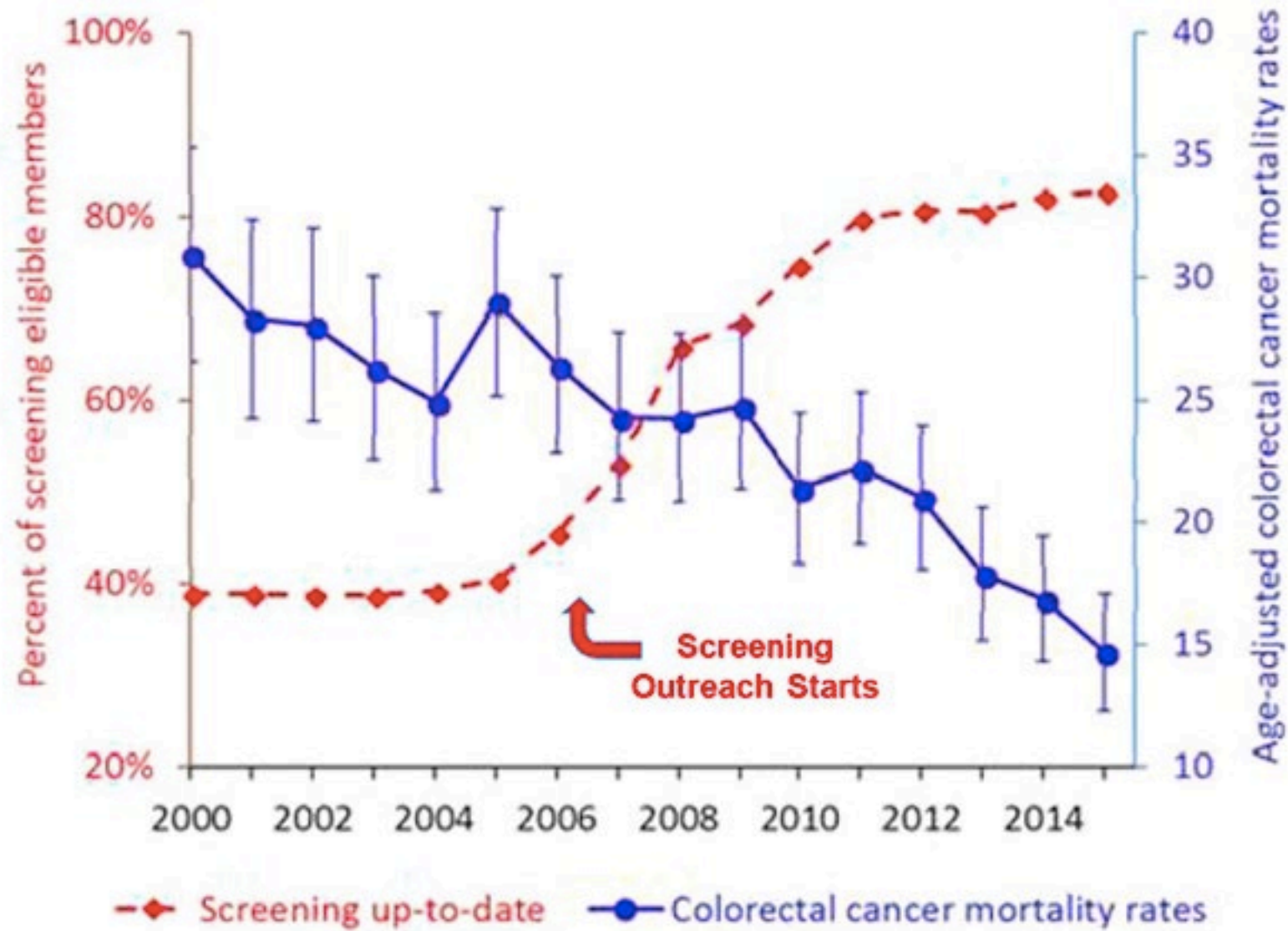
	US 2009	Canada 2005	Germany 2014	Switzerland 2012	US (NHS) 2013	US 2013 ^b	US (VHA) 2018	US (Kaiser Permanente) 2018
Design	Cohort	Case control	Case control	Cohort	Cohort	Case control	Case control	Case Control
N ^a	715	2,915 ^a	6,332 ^a	22,686	88,902 ^a	980	24,820 ^a	5,207
CRC incidence	0.52 (0.22–0.82)	0.69 (0.44–1.07)	0.09 (0.07–0.13)	0.31 (0.16–0.59)	NR	0.29 (0.15–0.58)	NR	NR
Relative risk reduction in CRC incidence	48%	31%	91%	69%	NR	71%	NR	NR
Proximal CRC incidence	NR	1.02 (0.72–1.45)	0.22 (0.14–0.33)	NR	NR	0.36 (0.16–0.80)	NR	NR
Relative risk reduction in proximal CRC incidence	NR	2% increase	78%	NR	NR	64%	NR	NR
CRC mortality	0.35 (0.0–1.06)	NR	NR	0.12 (0.01–0.93)	0.32 (0.24–0.45)	NR	0.30 (0.24–0.38)	0.33 (0.21–0.52)
Relative risk reduction in CRC mortality	65%	NR	NR	88%	68%	NR	70%	67%
Proximal CRC mortality	NR	NR	NR	NR	0.47 (0.29–0.76)	NR	0.48 (0.35–0.66)	0.35 (0.18–0.65)
Relative risk reduction in proximal CRC mortality	NR	NR	NR	NR	53%	NR	52%	65%

CRC, colorectal cancer; NHS, Nurses Health study; NR, not reported; VHA, Veterans Health Administration.

^aN is total for study and the screening colonoscopy cohort was a subgroup.

^bIncluded late stage cancers (stage IIB and higher only).

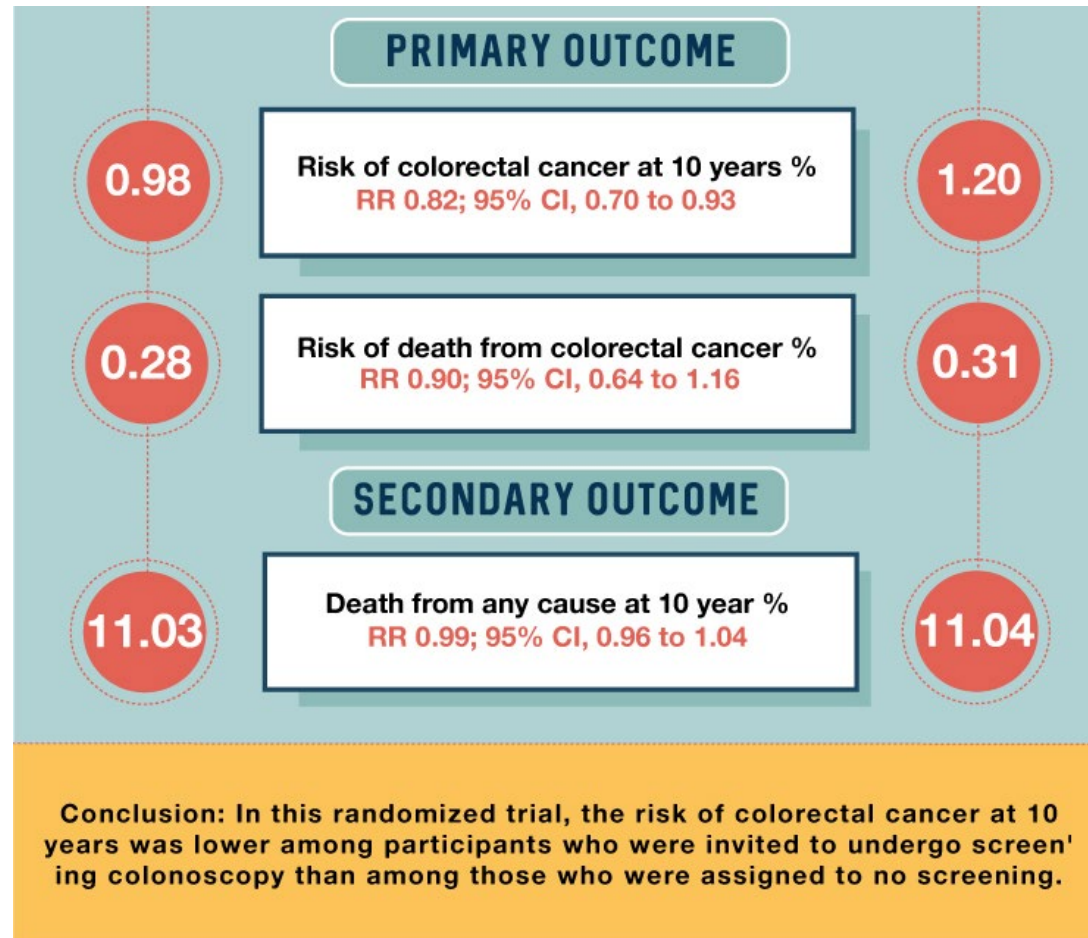
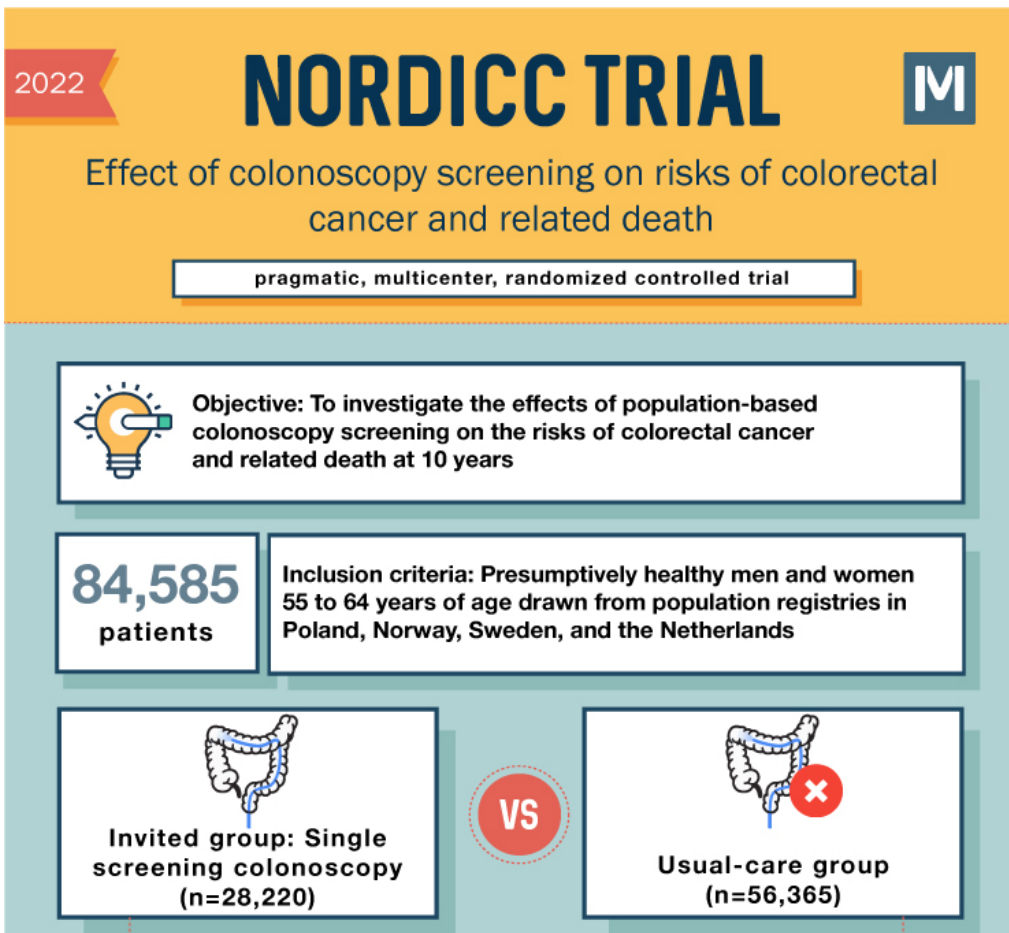
Colorectal Cancer Screening and Mortality Rates at Kaiser Permanente Northern California



Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death

Michael Bretthauer, M.D., Ph.D., Magnus Løberg, M.D., Ph.D., Paulina Wieszczy, Ph.D., Mette Kalager, M.D., Ph.D., Louise Emilsson, M.D., Ph.D., Kjetil Garborg, M.D., Ph.D., Maciej Rupinski, M.D., Ph.D., Evelien Dekker, M.D., Ph.D., Manon Spaander, M.D., Ph.D., Marek Bugajski, M.D., Ph.D., Øyvind Holme, M.D., Ph.D., Ann G. Zauber, Ph.D., *et al.*, for the NordICC Study Group*

NordICC Trial: 1^η RCT για την αποτελεσματικότητα της κολονοσκόπησης στην επίπτωση του ΚΠΕ και τη θνητότητα από ΚΠΕ



NordICC Trial: Dissecting the data

- **Ασθενείς που κλήθηκαν για κολonosκόπηση και ανταποκρίθηκαν: 42%**
 - population-based screening program with one-time invitation for CRC screening

Per-protocol analysis:

42% pts completing colonoscopy → 10-yr risk of CRC decreased by 31% and CRC-specific death by 50%

- **Επαρκής χρόνος τα 10 έτη για τη σωστή αξιολόγηση της επίπτωσης της κολonosκόπησης στον CRC?**
 - Long natural history of CRC
 - Awaiting 15-yr F-up data
- **Προφίλ ενδοσκοπίων: 29% με ADR <25%**
 - 1% αύξηση ADR → 3% μείωση επίπτωσης CRC

“This study shows that colonoscopy screening is effective – if it is completed. Only 42% of patients randomized to colonoscopy completed the test. Among patients who actually got the colonoscopy, results are much more impressive in CRC prevention (31% decrease) and mortality (50% decrease).”

David Leiberman, MD, AGAF

STATEMENT

For colorectal cancer, ESGE recommends the implementation of organized population-based screening programs for average-risk populations based on fecal immunochemical testing (FIT), targeting individuals, irrespective of gender, aged between 50 and 75 years. Depending on local factors, namely the adherence of the target population and availability of endoscopy services, primary screening by colonoscopy or sigmoidoscopy may also be recommendable.

Endoscopy 2020; 52: 1–12



- 1 We recommend colorectal cancer (CRC) screening in average-risk individuals between ages 50 and 75 yr to reduce incidence of advanced adenoma, CRC, and mortality from CRC
- 2 We suggest CRC screening in average-risk individuals between ages 45 and 49 yr to reduce incidence of advanced adenoma, CRC, and mortality from CRC
- 3 We suggest that a decision to continue screening beyond age 75 yr be individualized
- 4 We recommend colonoscopy and fecal immunochemical testing (FIT) as the primary screening modalities for CRC screening

Πληθυσμιακή ομάδα μέσου κινδύνου

- Έναρξη screening στα (45-) 50 έτη
- Επιλογή μεθόδου ελέγχου: **Κολonosκόπηση vs. FIT**
- Μετά την index κολonosκόπηση ο επόμενος έλεγχος ανάλογα με τα ευρήματα και την ποιότητα της κολonosκόπησης (εντερική προετοιμασία!)
- **Μετά τα 75 έτη ο περαιτέρω έλεγχος εξατομικεύεται:**
 - συνολική κατάσταση υγείας / συνοσυρρότητες
 - πρότερος προληπτικός έλεγχος – τι έδειξε?
 - άτομα που δεν έχουν ελεγχθεί
 - προσδόκιμο
 - ατομική προτίμηση

Πληθυσμός μέσου κινδύνου

- Χωρίς ατομικό ιστορικό αδενωμάτων, οδοντωτών πολυπόδων, ΚΠΕ
- Χωρίς θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΚΠΕ / προχωρημένα αδενώματα ΠΕ
- Χωρίς ιστορικό ΙΦΝΕ

Ομάδες υψηλού κινδύνου

❖ Θετικό οικογενειακό ιστορικό

- 1 FDR με ΚΠΕ ή προχωρημένο αδένωμα
- 2 SDR με ΚΠΕ σε οποιαδήποτε ηλικία

Family history*	Risk of CRC (vs. general population)	Recommendations
One first-degree relative with CRC or advanced adenoma diagnosed before 60 years of age, or two first-degree relatives diagnosed at any age	Three- to fourfold	Start screening colonoscopy at 40 years of age or 10 years younger than the earliest diagnosis in the patient's family, whichever comes first; colonoscopy should be repeated every five years
One first-degree relative with CRC or advanced adenoma diagnosed at 60 years or older, or two second-degree relatives with CRC	Two- to threefold	Start screening colonoscopy at 40 years of age; colonoscopy should be repeated every 10 years
One second- or third-degree relative with CRC	1.5-fold	Average-risk screening (e.g., start at 50 years of age)

CRC = colorectal cancer.

*—First-degree relatives include parents, siblings, and children. Second-degree relatives include grandparents, aunts, and uncles. Third-degree relatives include great-grandparents and cousins.

➤ Σύσταση για γενετικό έλεγχο όταν υπάρχει μεγάλος αριθμός προσβεβλημένων ατόμων ή σε μικρή ηλικία

❖ Κληρονομικά σύνδρομα ΚΠΕ

Syndrome	Gene mutation	Inheritance pattern	Lifetime risk of colorectal cancer*	Predominant colorectal phenotype
Lynch syndrome	MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM	Autosomal dominant	10%-74% (varies based on gene mutation involved)	Tumors with DNA mismatch repair deficiency (MSI-high, hypermutated) ≤10 adenomas
Familial adenomatous polyposis	APC	Autosomal dominant	90%-100%	≥100 adenomas
Attenuated FAP	APC	Autosomal dominant	Variable	20-100 adenomas
MUTYH-associated polyposis	MUTYH	Autosomal recessive	Variable	>10 adenomas
Juvenile polyposis syndrome	SMAD4, BMPR1A	Autosomal dominant	38%-68%	>2 hamartomas
Peutz-Jeghers	STK11	Autosomal dominant	39%	>2 hamartomas
Cowden syndrome	PTEN	Autosomal dominant	9%-16%	Mixed polyposis (adenomas, hamartomas, ganglioneuromas, sessile serrated polyps)
Serrated polyposis syndrome	Unknown	Unknown	>50%	Sessile serrated polyps

*Am J Gastroenterol. 2015 Feb;110(2):223-62

Polyposis syndrome	Starting age	Surveillance interval	Treatment indication
(Attenuated) familial adenomatous polyposis	12 – 14 years	Every 1 – 2 years	Pre- and post-colectomy: remove all polyps > 5 mm
<i>MUTYH</i> -associated polyposis	18 years	Every 1 – 2 years	Pre- and post-colectomy: remove all polyps > 5 mm
Peutz–Jeghers syndrome	Baseline: 8 years Routine: 18 years	Baseline: if polyps found, every 1 – 3 years Routine: every 1 – 3 years	Elective polypectomy
Juvenile polyposis syndrome	12 – 15 years	Every 1 – 3 years	Elective polypectomy for polyps > 10 mm
Serrated polyposis syndrome	NA	1 year: after ≥ 1 advanced polyp or ≥ 5 non-advanced clinically relevant polyps 2 years: after no advanced polyps or < 5 non-advanced clinically relevant polyps	Clearing/surveillance phase: remove all polyps ≥ 5 mm and all polyps of any size with optical suspicion of dysplasia

Lynch syndrome

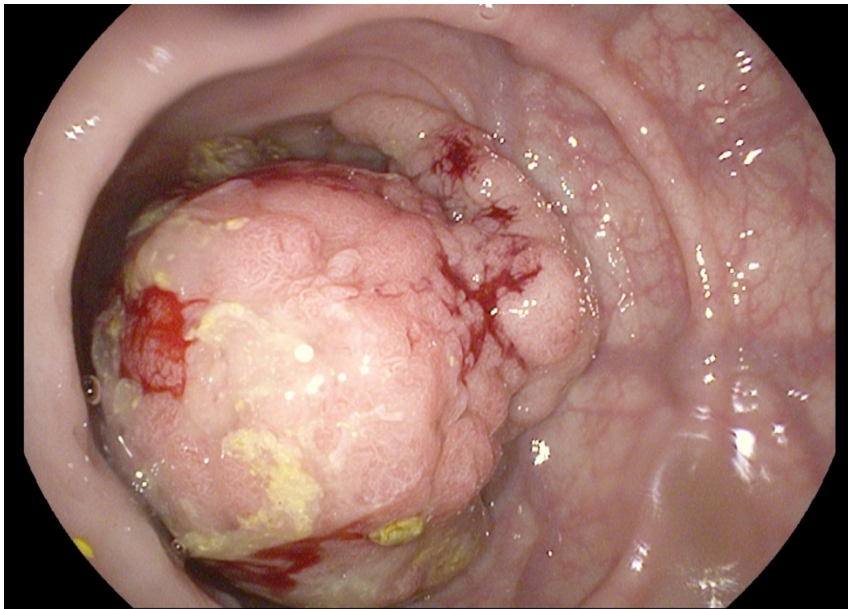
RECOMMENDATION

ESGE recommends starting colonoscopy surveillance at the age of 25 years for *MLH1* and *MSH2* mutation carriers and at the age of 35 years for *MSH6* and *PMS2* mutation carriers.
Strong recommendation, moderate quality evidence, level of agreement 100%.

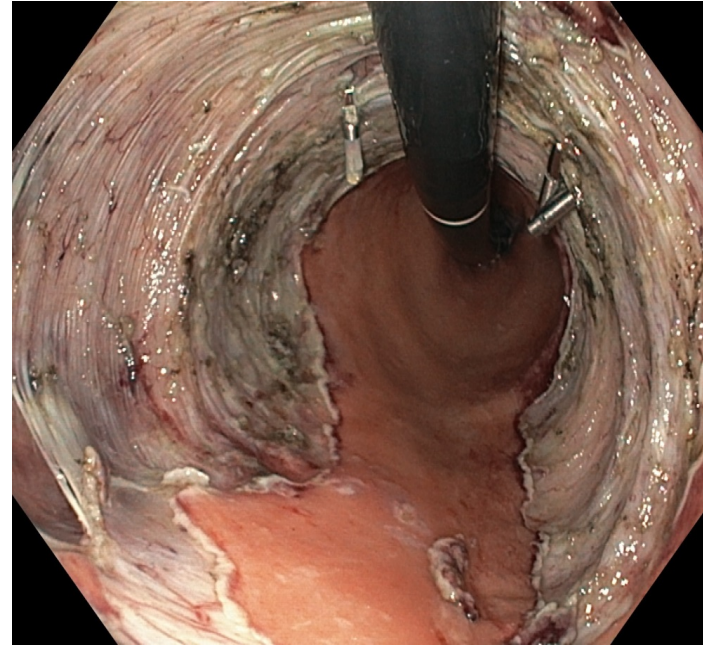
RECOMMENDATION

ESGE recommends a high quality surveillance colonoscopy every 2 years in asymptomatic individuals with Lynch syndrome.
Strong recommendation, moderate quality evidence, level of agreement 90%.

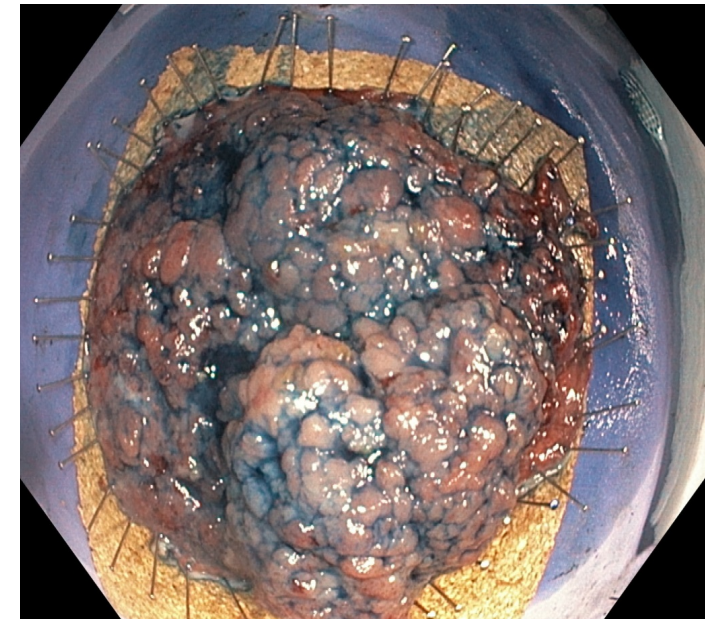
➤ **Λήψη λεπτομερούς Οικογενειακού Ιστορικού (και για εξωεντερικούς καρκίνους!)**



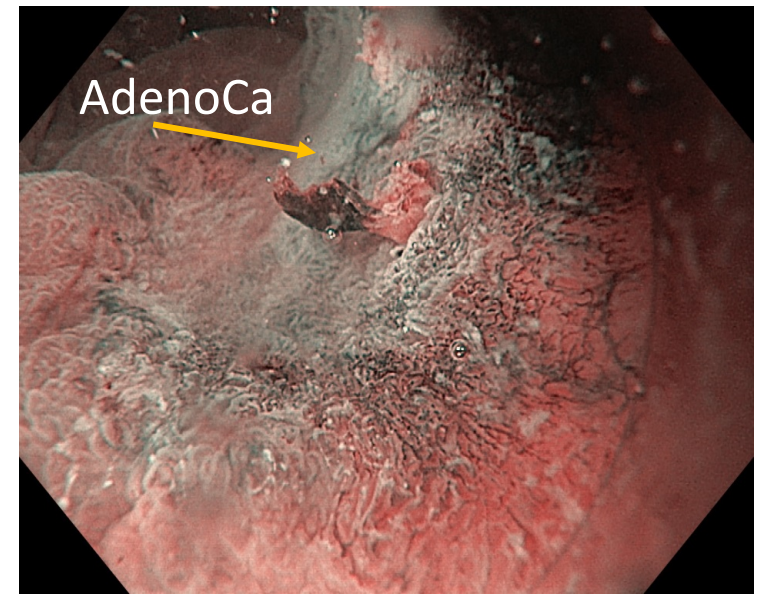
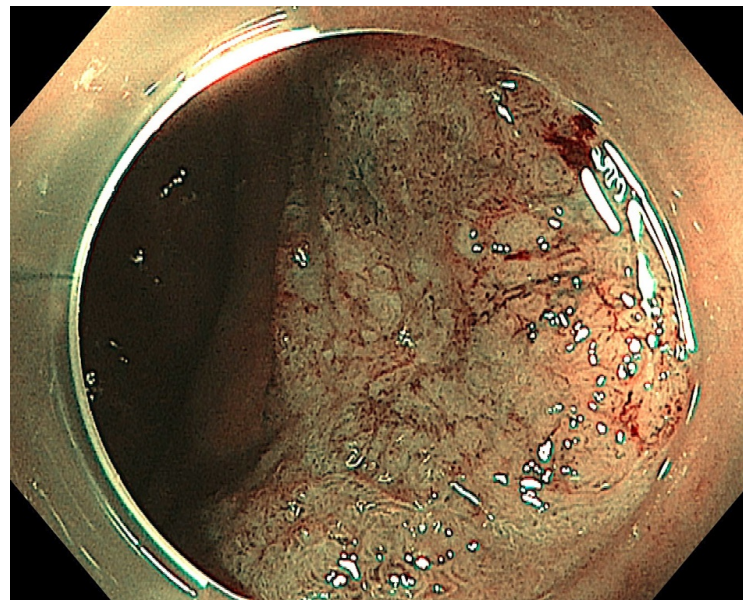
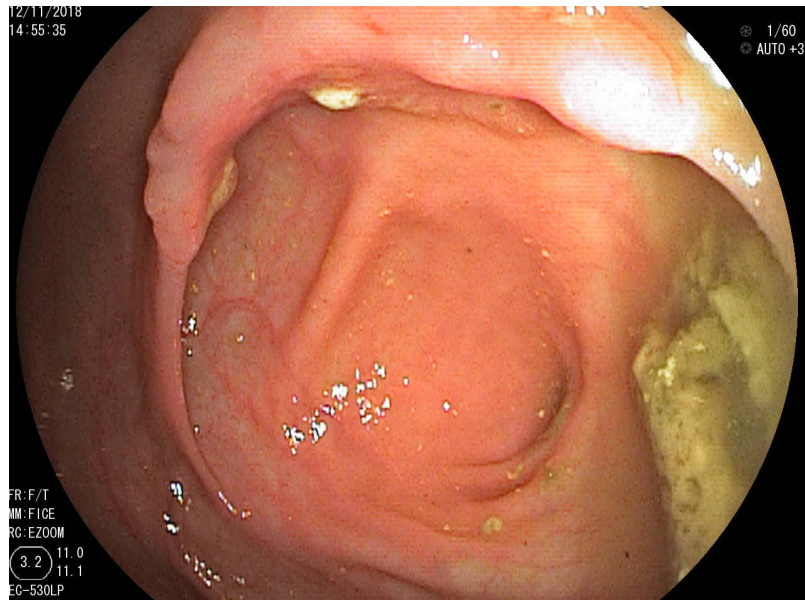
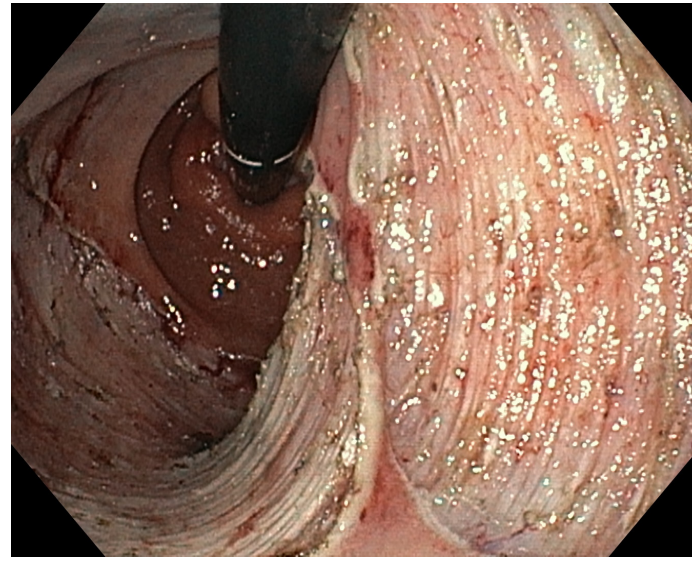
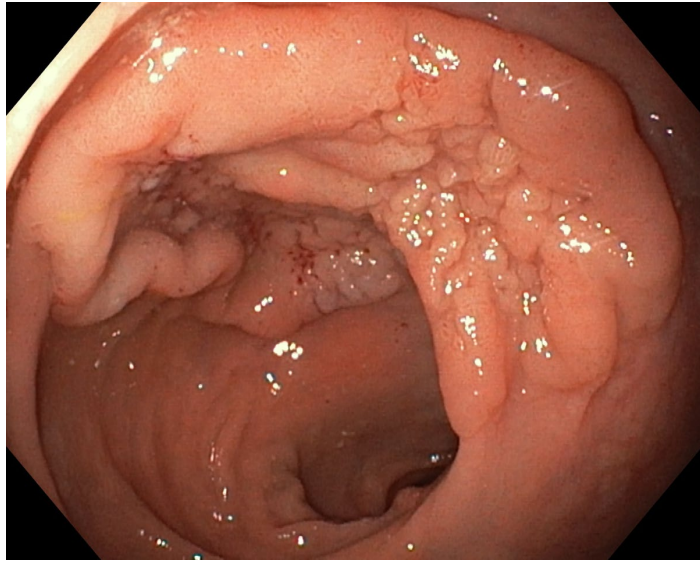
Πολυποειδής βλάβη
ορθοσιγμοειδούς



Εκτομή με τεχνική ESD
(endoscopic
submucosal dissection)



- Αδένωμα με χαμηλόβαθμη και εστιακά υψηλόβαθμη δυσπλασία
14x12 cm
R0 εκτομή



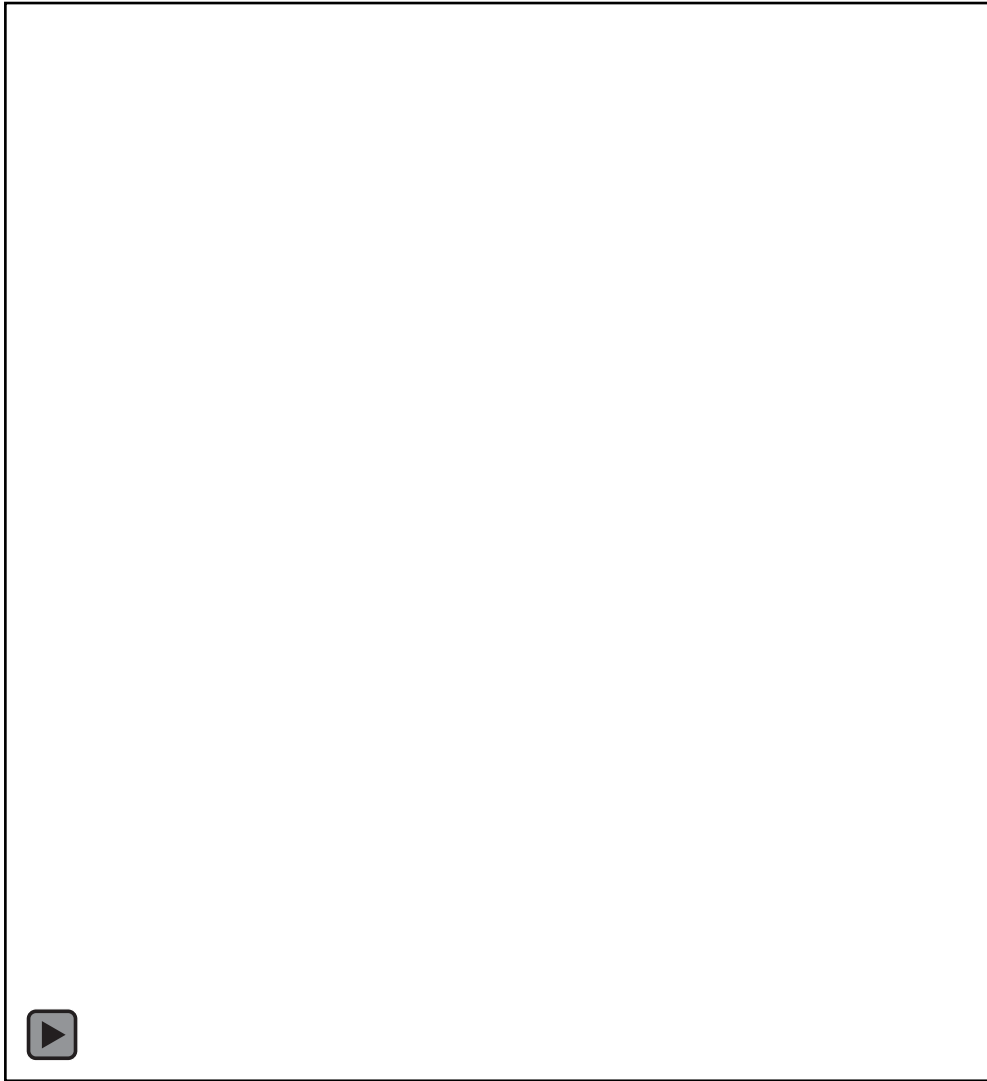
Η διαγνωστική αξία της Κολonosκόπησης



Χαρακτηρισμός
πολυπόδων / βλαβών



Απόφαση θεραπευτικής αντιμετώπισης



Surgery

Polyps

- Size doesn't always matter!
- Correct handling does!



Colorectal Cancer

Awareness
Month

March

