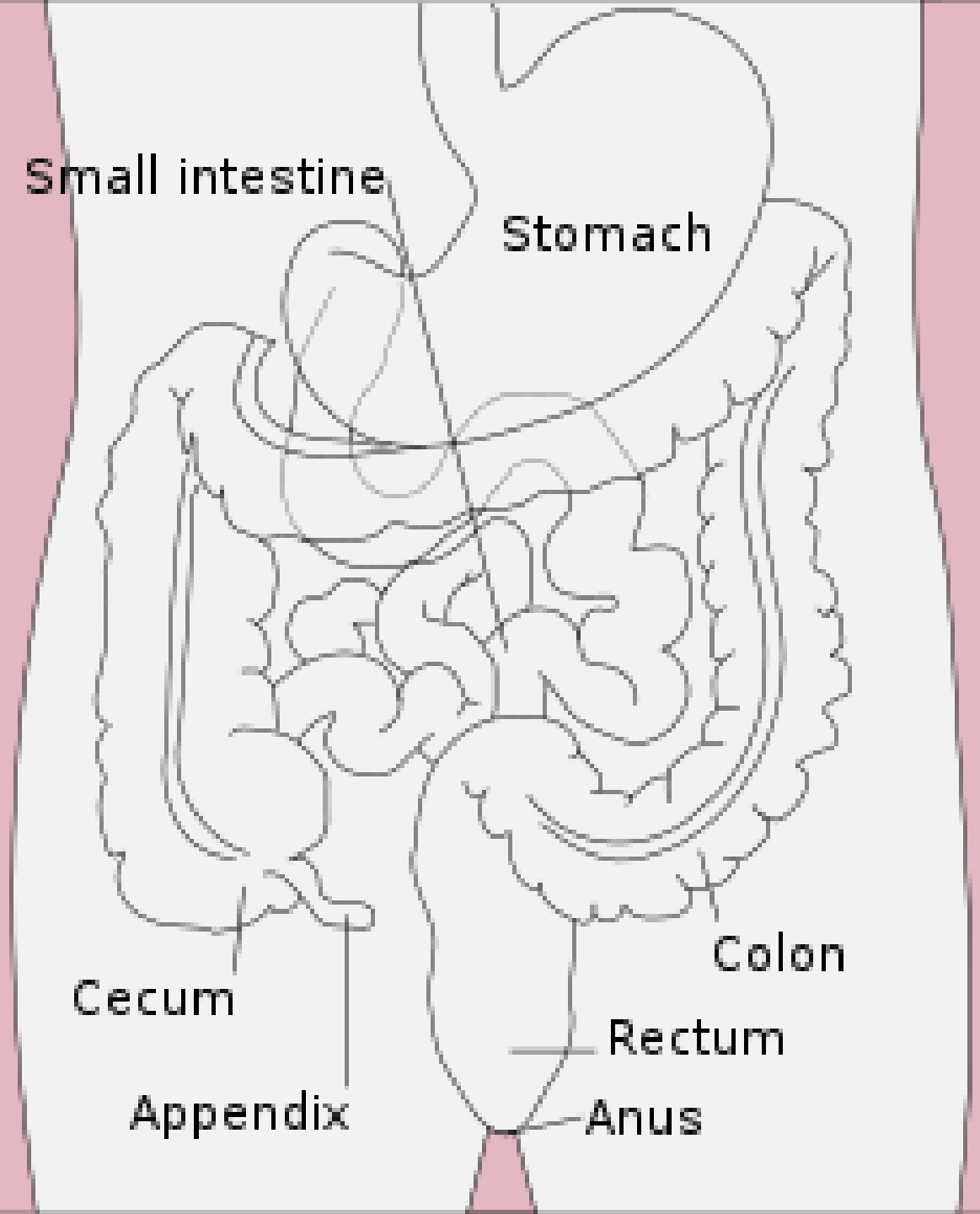


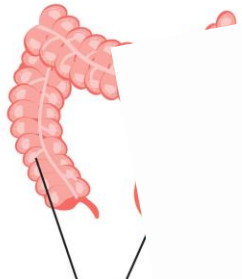
Darmkanker, de ontwikkelingen in de behandelopties bij vroeg colorectaal carcinoom

Karin van Diepen Verpleegkundig Specialist MDL oncologie

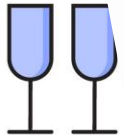
ST ANTONIUS
een santeon ziekenhuis



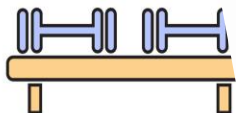
COLORECTAL CANCER



Location
of colore
tumors



don't drink
alcohol



exercise most
days of the week

SYMPTOMS

Nieuws

Aantal kankerdiagnoses gestegen, wél minder darmkanker

Het aantal patiënten dat een kankerdiagnose kreeg, is vorig jaar verder toegenomen naar 124.000. Vooral huidkanker stijgt hard. Het risico op darmkanker neemt juist af.

Ellen van Gaalen 3 februari 2023, 03:00

constipation

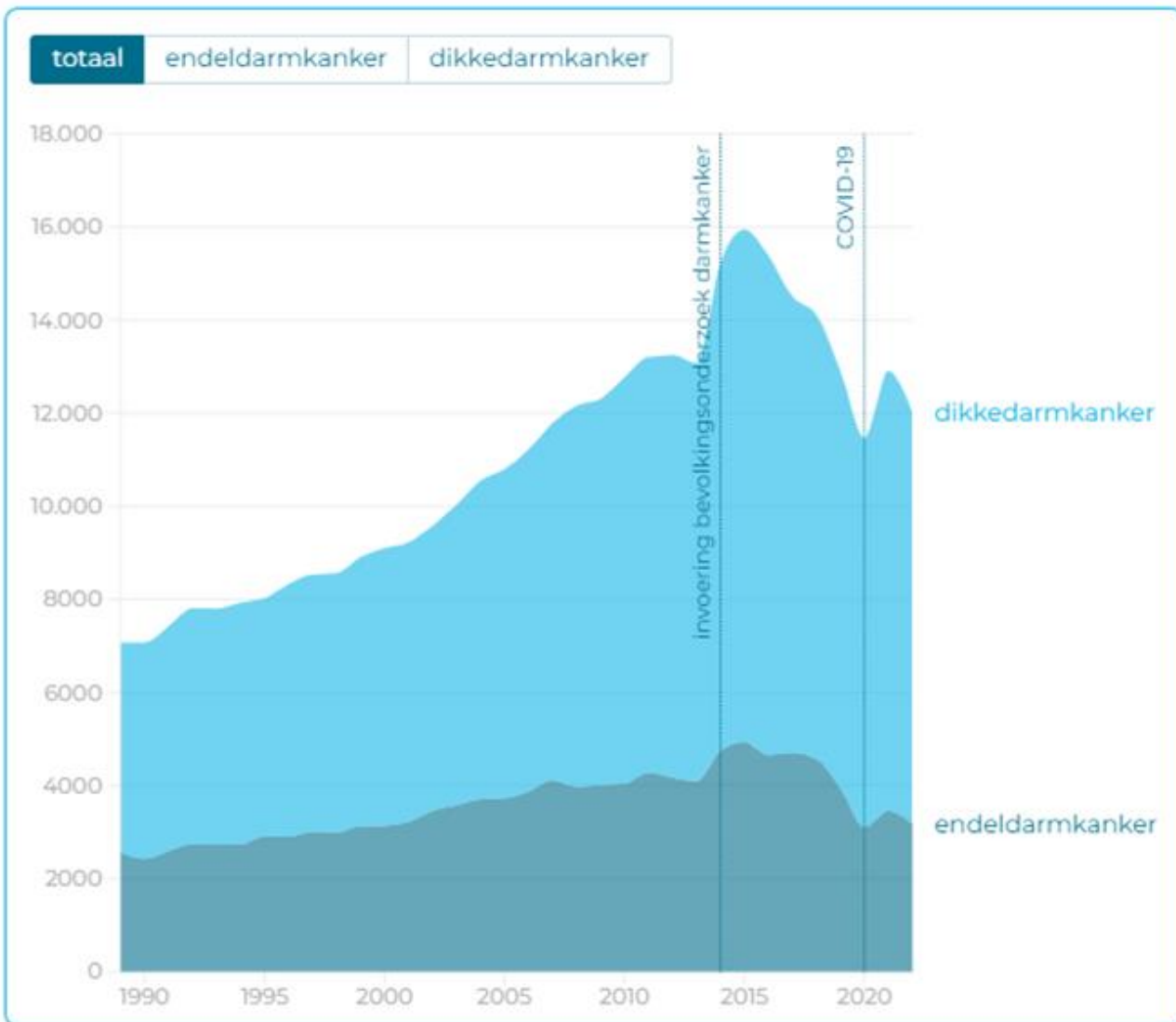
blood in
your stool

en

)
)

en van
(C)

om



Minder diagnoses darmkanker en vaker in een laag stadium

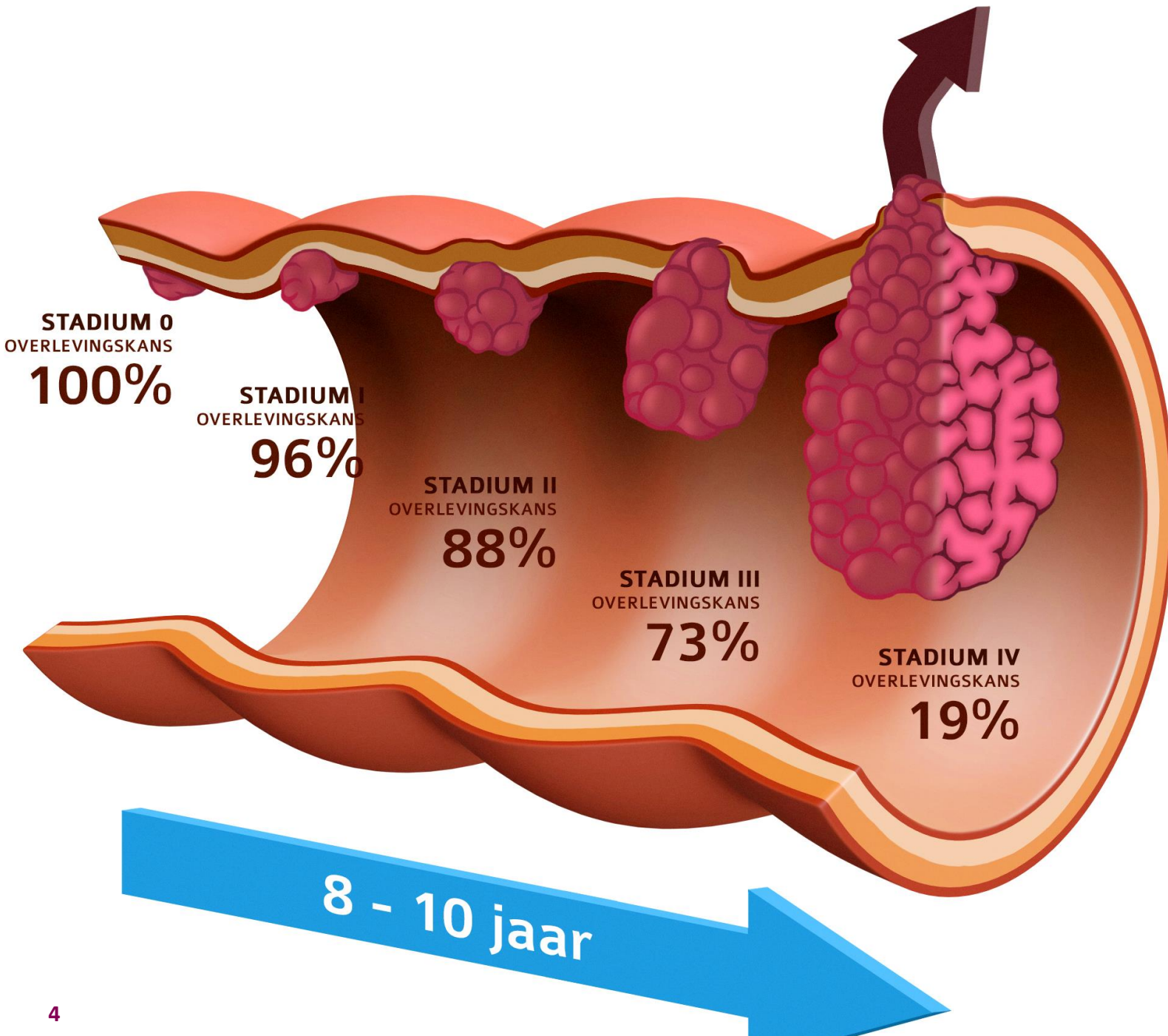
1 maart 2023 IKNL.nl

- 70% van de Nederlandse bevolking doet mee aan BVO darm
- 5% van de deelnemende mensen krijgt een positieve BVO test
- 85% ondergaat een colonoscopie
- 31% had een advanced adenoom of darmkanker

Het grootste deel betroffen advanced adenomen.

Figuur: Absoluut aantal nieuwe gevallen van darmkanker in de periode 1989-2022, naar diagnosejaar en lokalisatie. 2022 is een schatting

Stadia darmkanker



- Stadium 0: bijv. advanced adenoom
- Stadium I: de kanker beperkt zich tot de mucosa en submucosa
- Stadium II: de kanker is in/door de muscularis propria gegroeid.
- Stadium III: de kanker is naar de lokale lymfeklieren gemetastaseerd.
- Stadium IV: de kanker is gemetastaseerd.

Behandeling (endel)darmkanker, afhankelijk van stadium

Steeds meer stadium I tumoren steeds minder stadium IV

stadiumverdeling

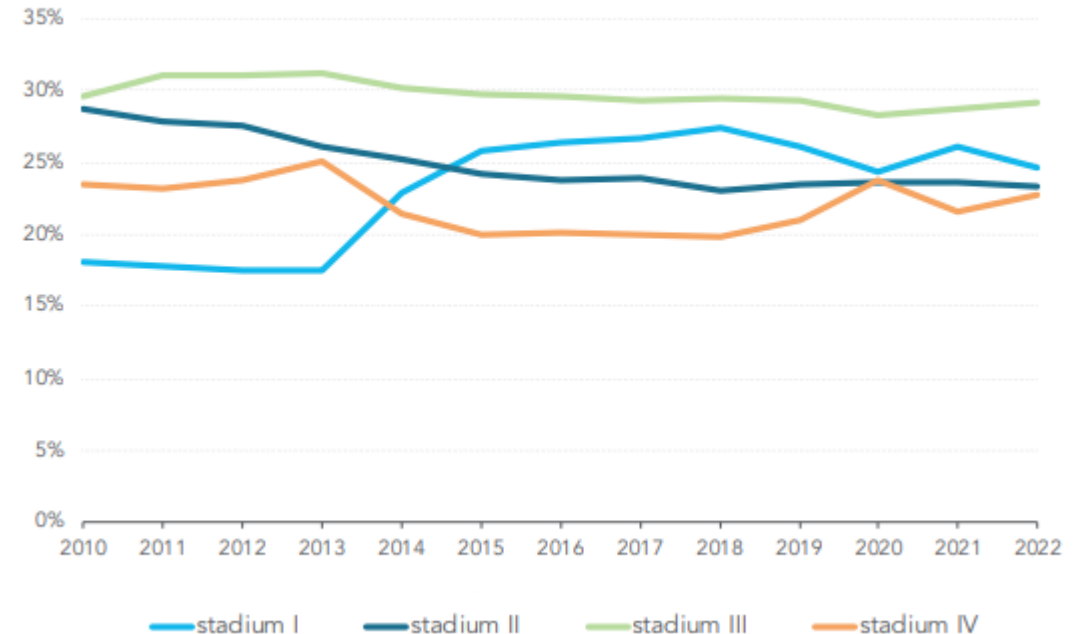
Bij **dikkedarmkanker** wordt er een **gelijkwaardige verdeling** over alle stadia waargenomen.



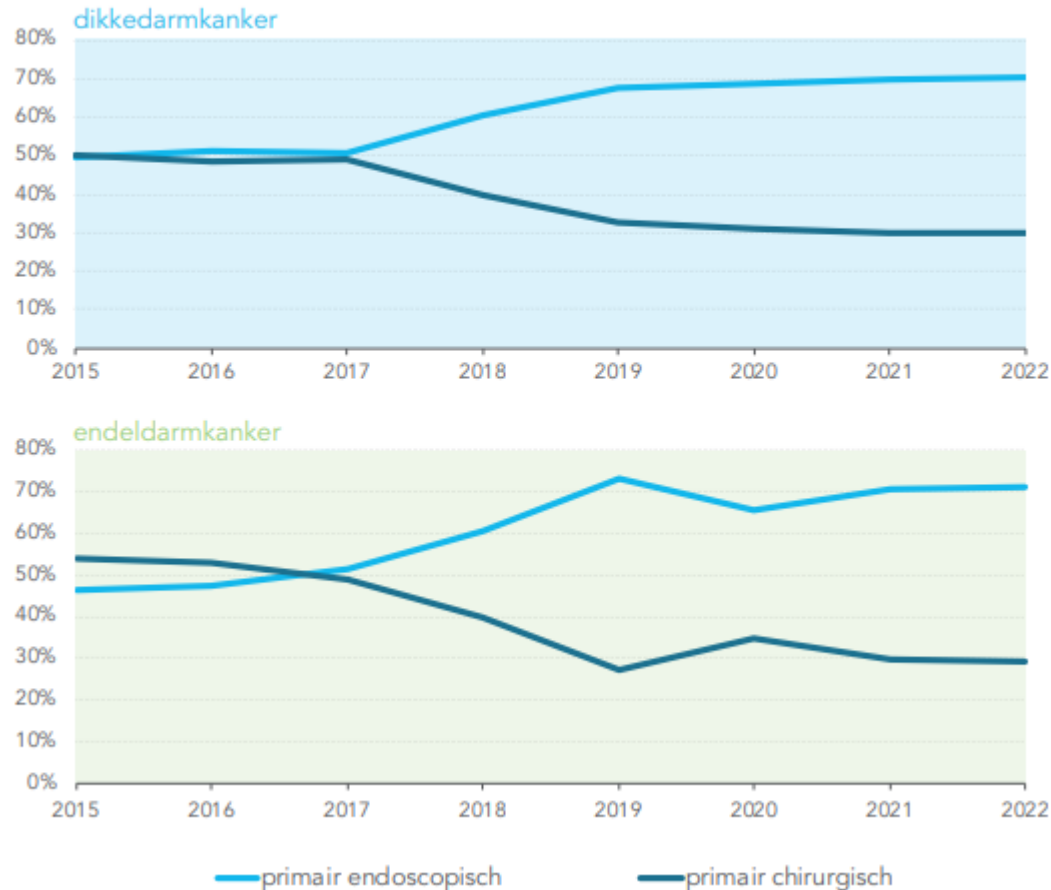
In de stadiumverdeling bij **endeldarmkanker**, komt **stadium III** het **vaakst voor** en komt **stadium II** het **minste voor**.

* stadium onbekend

Trend in stadiumverdeling (2010-2022), naar jaar van diagnose



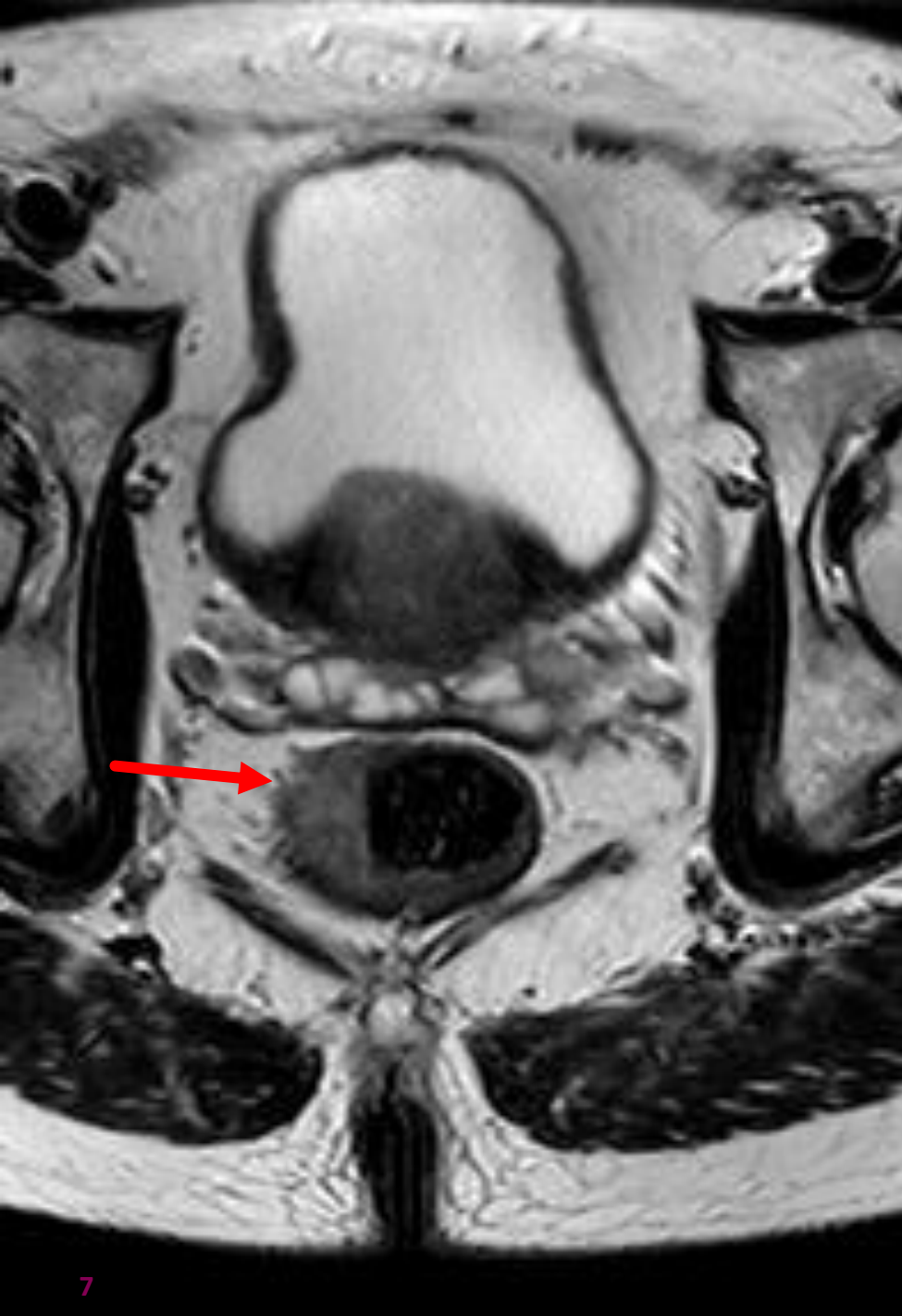
Behandeling primaire resectie T1, naar jaar van diagnose



Steeds meer T1 tumoren worden endoscopisch behandeld.

- dikkedarmkanker van 51% in 2017 naar 70% in 2022
- endeldarmkanker van 51% in 2017 naar 71% in 2022

Heel belangrijk juiste behandel techniek wordt gekozen met maximale controle over de snijranden.



Diagnostiek bij (verdenking) CRC

- Colonoscopie met/zonder bipten en spot.
GEEN spot en/of bipten bij een potentieel endoscopisch resectabele tumor/adenoom.
- Lab; Hb, nierfunctie en CEA (tumormarker)
- CT thorax/abdomen (bij verdenking CRC >T1)
- MRI rectum bij tumoren tot +/- 18cm ab ano

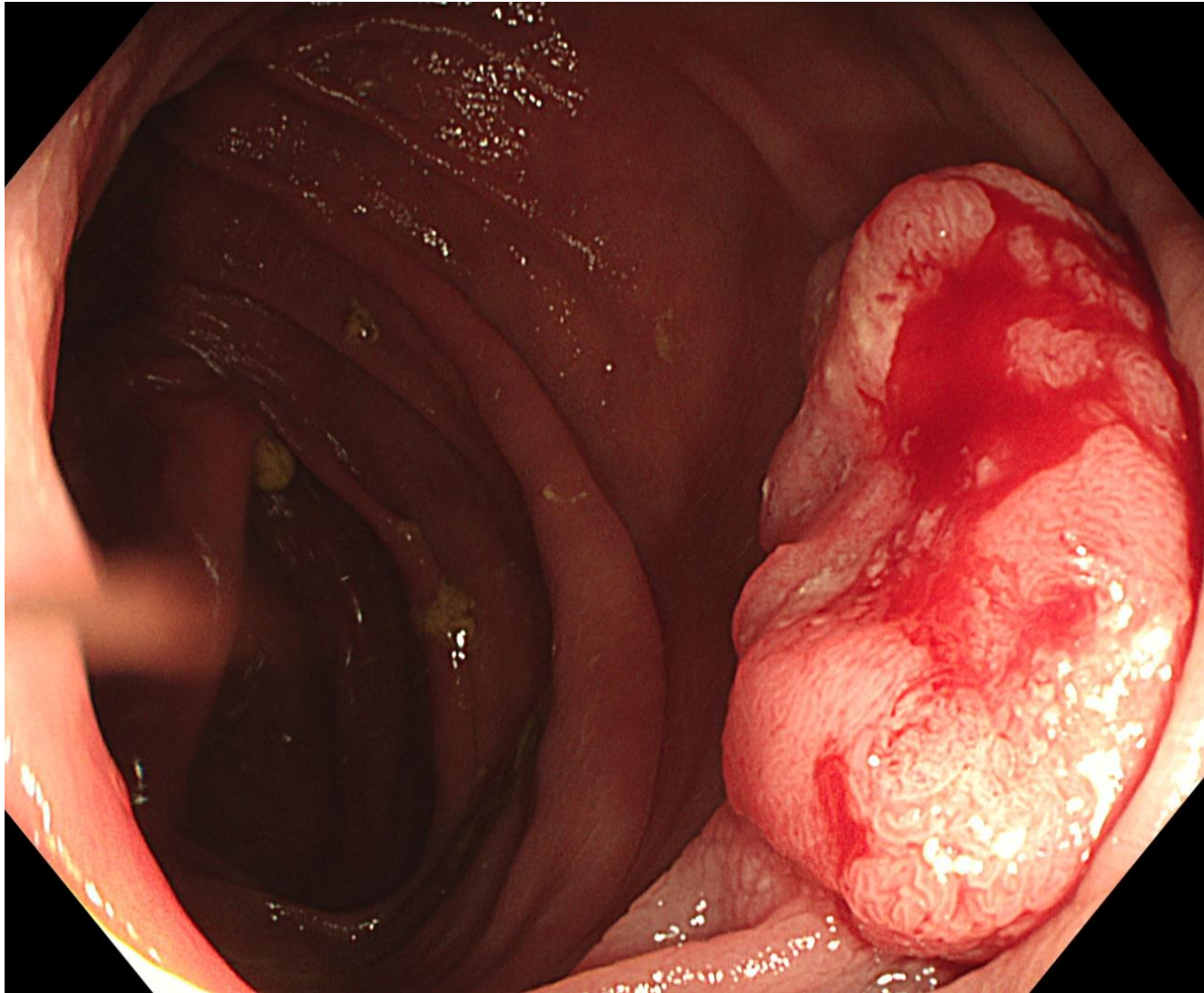
Indien tumor op MRI onder de sigmoïdale omslagplooï zit is het een rectumtumor anders een sigmodtumor.

Herkennen van een T1 colorectaal carcioom

Herkenning van een maligne poliep

- Advanced adenoom linkszijdig >2cm (11%)
- Spontaan bloedend
- Demarcatie lijn/ depressie
- Grof morfologisch oppervlakte (granulariteit)
 - het risico op T1 is hoger in non-granulaire dan in granulaire poliep (13-42%)
 - grote nodule (11%) of een erythemateus non-granulair gebied (35 tot 42%)
- Non-lifting
- Pit patroon (kudo classificatie)
- Vaat patroon (Hiroshima classificatie)

Verdenking op maligniteit: geen biopt, geen spot!

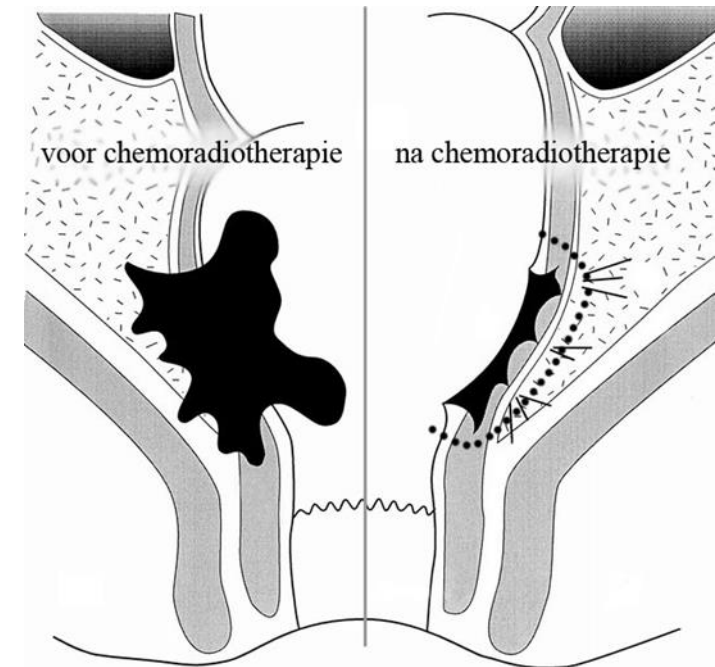


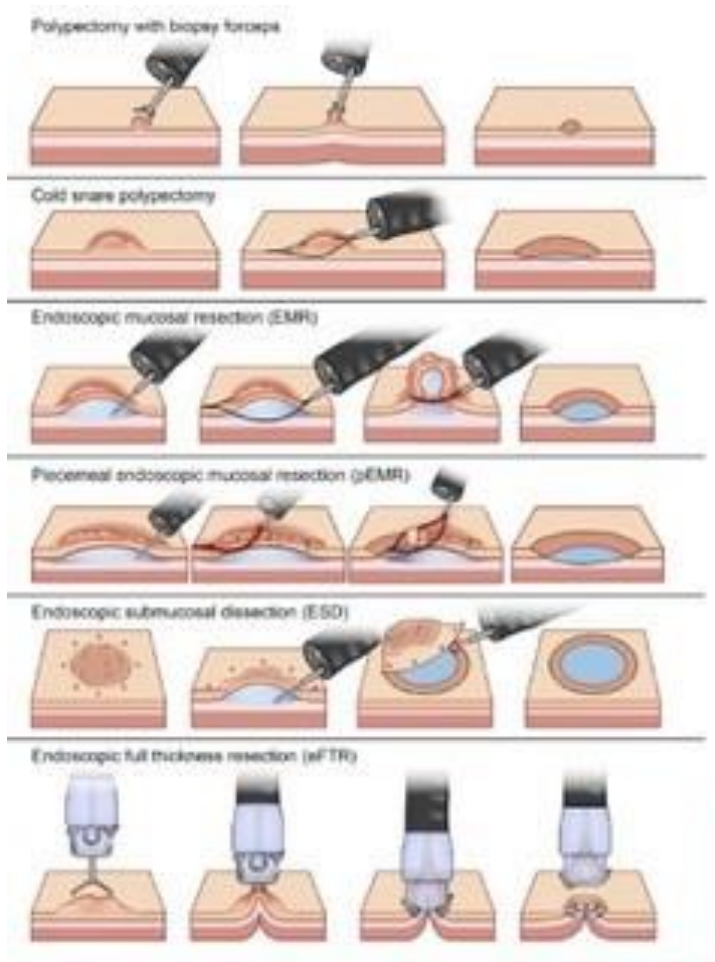
Optical; Risicomodel voor het voorspellen van T1 CRC in poliepen ≥ 20 mm op basis van locatie, morfologische kenmerken en virtuele chromoendoscopie (gevalideerd met NBI)* (Backes, 2019)

			Proximal location				Distal location			
			Homogeneous granular	Granular with large nodule	Granular with non-granular erythematous area	Non-granular	Homogeneous granular	Granular with large nodule	Granular with non-granular erythematous area	Non-granular
Regular surface and vessel pattern (Hiroshima A-B)	Bleeding -	Depressed area -	1,9	2,5	2,6	2,8	2,8	3,8	3,9	4,2
		Depressed area +	1,8	2,5	2,6	2,8	2,8	3,7	3,8	4,1
	Bleeding +	Depressed area -	4,5	6,0	6,1	6,6	6,6	8,8	9,0	9,7
		Depressed area +	4,4	5,9	6,1	6,5	6,5	8,7	8,8	9,5
Irregular surface pattern, homogeneous vessel thickness and distribution (Hiroshima C1)	Bleeding -	Depressed area -	9,7	12,8	13,0	14,0	13,9	18,1	18,4	19,6
		Depressed area +	9,5	12,6	12,8	13,8	13,7	17,8	18,2	19,4
	Bleeding +	Depressed area -	20,8	26,4	26,9	28,5	28,4	35,1	35,6	37,5
		Depressed area +	20,5	26,1	26,5	28,1	28,0	34,7	35,2	37,1
More irregularity, heterogeneous vessel thickness and distribution (Hiroshima C2)	Bleeding -	Depressed area -	34,1	41,4	42,0	43,9	43,8	51,6	52,2	54,1
		Depressed area +	33,7	41,0	41,6	43,5	43,4	51,2	51,7	53,7
	Bleeding +	Depressed area -	55,9	63,4	64,0	65,8	65,7	72,3	72,8	74,3
		Depressed area +	55,5	63,0	63,6	65,4	65,3	72,0	72,4	74,0
Surface pattern completely unclear, avascular area and scattered microvessel fragments (Hiroshima C3)	Bleeding -	Depressed area -	64,3	71,1	71,6	73,2	73,1	78,8	79,2	80,5
		Depressed area +	63,9	70,8	71,3	72,9	72,8	78,5	78,9	80,2
	Bleeding +	Depressed area -	81,6	85,8	86,1	87,0	87,0	90,1	90,3	91,0
		Depressed area +	81,3	85,6	85,9	86,8	86,8	90,0	90,2	90,8
Abbreviations: CRC: colorectal cancer; LNCP: large non-pedunculated colorectal polyp. Note: Bleeding indicates spontaneous bleeding (–: absence; +: presence).										

Behandel opties bij T1 CRC

- Bij radiologisch cT1N0 carcinoom:
 - Transanale Endoscopische Microchirurgie (TEM) of Transanale Minimaal Invasieve Chirurgie (TAMIS)
 - Endoscopisch geassisteerde wig resectie (LIMERIC)
 - Endoscopische behandeling
 - EMR (let op NIET piecemeal)
 - ESD
 - eFTR
 - EID voor rectum





EMR

Endoscopische
Mucosale Resectie

ESD

Endoscopische
Submucosale Dissectie

eFTR

Endoscopische Full-
Ticknes Resectie

EID

Endoscopische
Intramusculaire
Dissectie

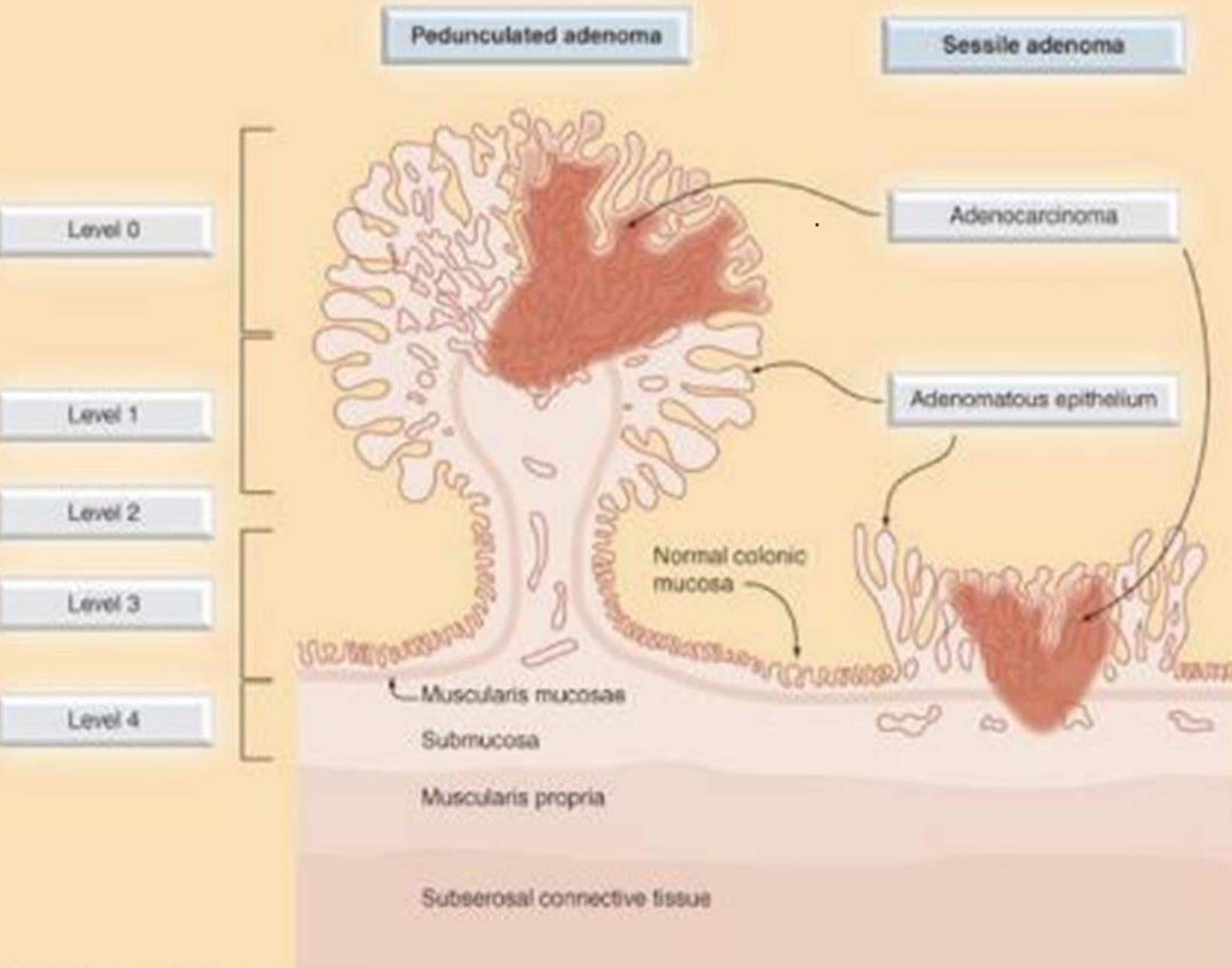
TEM

Transanale
Endoscopische
Microchirurgie

TAMIS

Transanale Minimaal
Invasieve Chirurgie

Kiezen van de juiste
en-blok techniek.



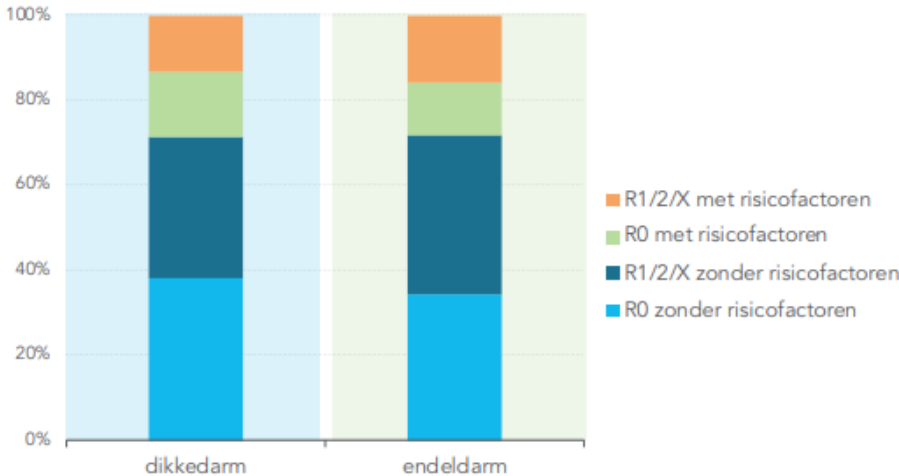
Pathologische uitkomst lokale behandeling

Uitkomsten die na een en-bloc resectie kunnen komen zijn:

- Adenoom laag gradige dysplasie
- Adenoom hoog gradige dysplasie (voorstadium van kanker)
- T1 laag risico adenocarcinoom (dus een volledig verwijderde tumor zonder risico kenmerken)
- T1 hoog risico adenocarcinoom
- T2 adenocarcinoom (is vaak niet radicaal).

Uitskomsten na endoscopische resectie van T1 carcinoom

Verdeling subgroepen binnen pT1 met primair endoscopische resectie over de periode 2019-2022



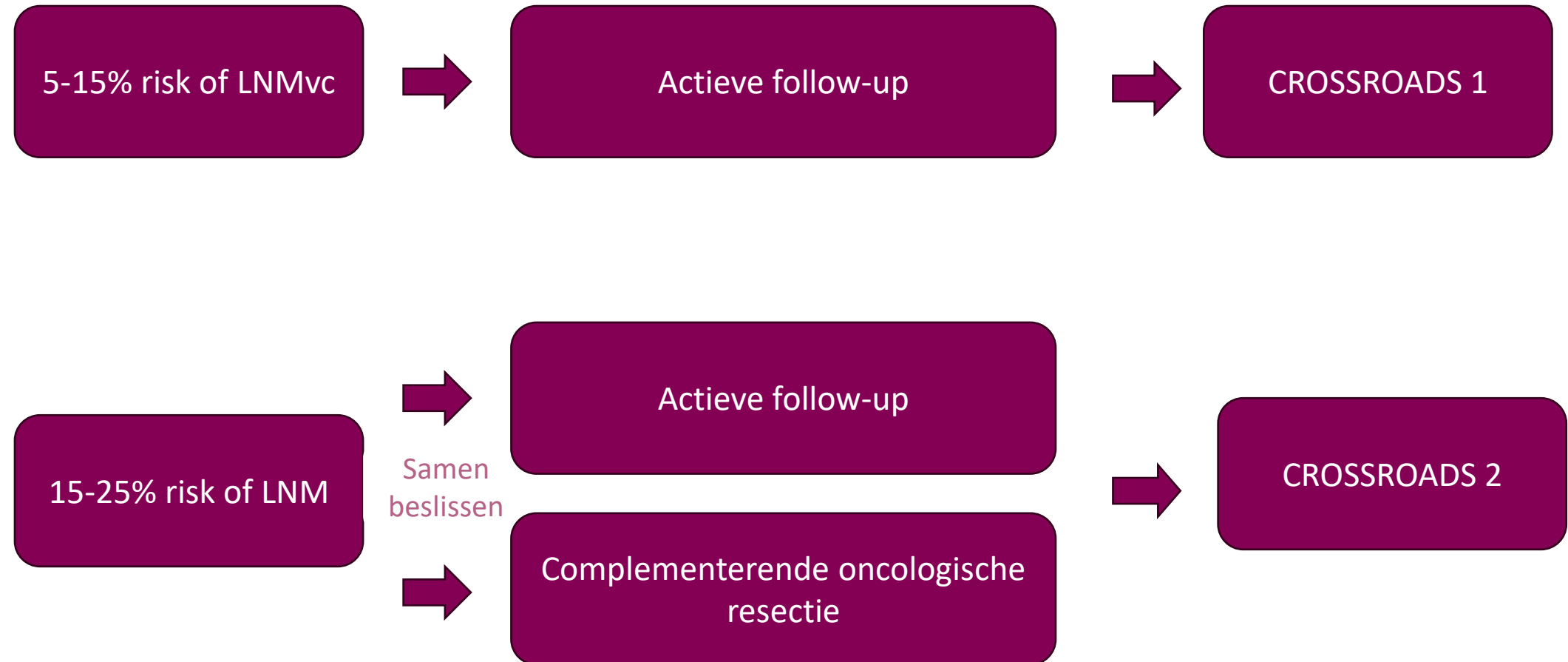
R = radicaliteit endoscopische resectie
Risicofactoren = (lymf)angioinvasie en/of slechte differentiatiegraad

Tabel 5.2.2. Overzicht met scenario's en de bijbehorende kans op regionale lymfkliermetastasen (LNM)

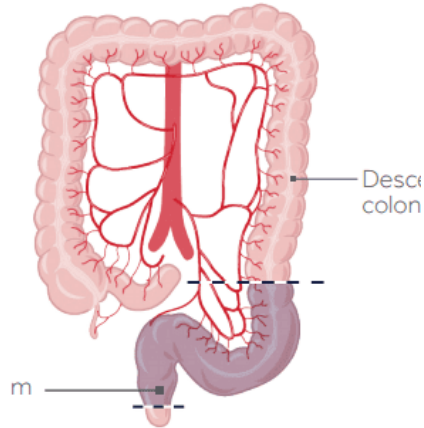
Scenario
Verwacht lymfkliermetastase risico <5%
R0 verwijderd pT1 CC met alleen oppervlakkige invasie (Sm1, of < 1000 µm, Haggitt I-III) zonder histologische risicofactoren
R0 verwijderd niet-gesteeld pT1 CC met diepe submucosale invasie (Sm2-3, > 1000 µm) zonder andere histologische risicofactoren
Verwacht lymfkliermetastase risico 5-15%
R0 verwijderd niet-gesteelde pT1 CC met 1 histologische risicofactor
R0 verwijderd gesteelde pT1 CC met ≥ 1 histologische risicofactoren
R0 verwijderd pT2 CC zonder histologische risicofactoren
R1/Rx verwijderd pT1 CC zonder histologische risicofactoren welke echter niet betrouwbaar te beoordelen zijn door bijvoorbeeld fragmentatie en/of cauterisatie, en waarbij aanvullende litteken excisie geen rest-tumor wordt aangetoond
Verwacht lymfkliermetastase risico 15-25%
R0 verwijderd niet-gesteelde pT1 CC met 2 risicofactoren
R1/Rx verwijderd niet-gesteelde pT1 CC met 1 risicofactor, waarbij aanvullende litteken excisie geen rest-tumor wordt aangetoond
R0 verwijderd pT2 CC met 1 risicofactor
Verwacht lymfkliermetastase risico >25%
R1/Rx verwijderd pT1 CC met 2 of meer risicofactoren
R1/Rx verwijderd pT1 CC waarbij in de aanvullende litteken excisie rest-tumor wordt aangetoond
R0 verwijderd niet-gesteelde pT1 CC met 3 risicofactoren
R0 verwijderd pT2 CC met 2 of meer risicofactoren
R1/Rx verwijderd pT2 CC

Legenda: De toepassing van histologische risicofactoren wordt beschreven in module Histologische risicofactoren bij T1 CRC

Wijziging richtlijn complementerende oncologische resectie na lokale excisie van pT1-2 coloncarcinomen

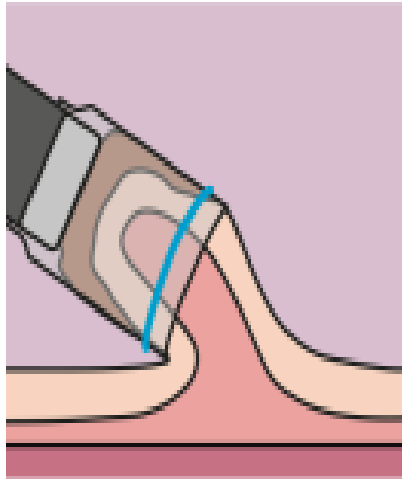


Behandelopties bij pT1 hoog risico colorectaalcarcinoom na lokale resectie.



Chirurgisch

Open of
laparoscopisch



eFTR litteken

En intensieve
follow-up LOCAL
studie



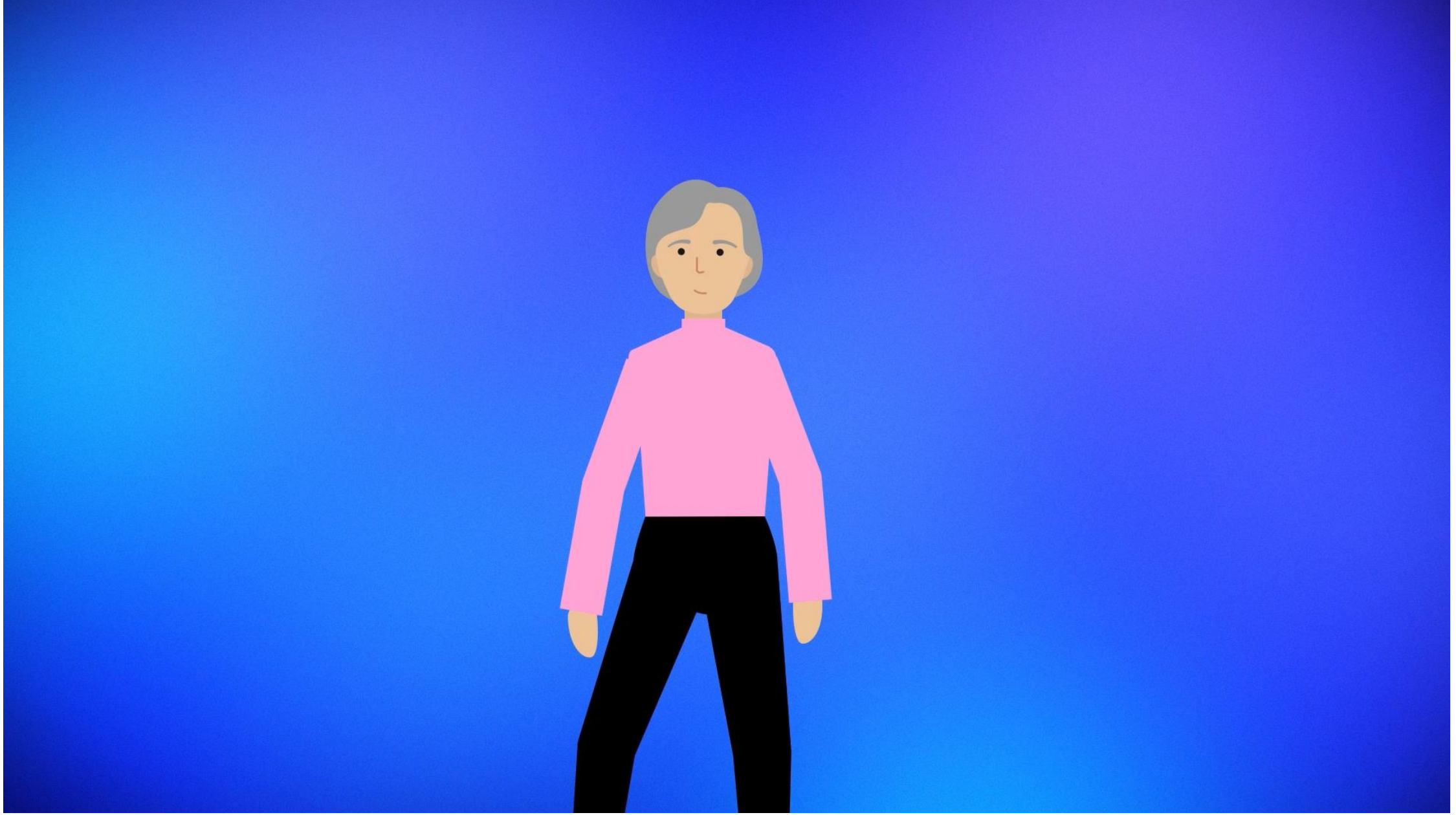
Studie

Chirurgische
resectie vs chemo
radiotherapie



Intensieve follow-up

Endoscopisch,
radiologisch en lab



Take to work...

- BVO darm zorgt voor daling in de incidentie CRC door o.a. steeds meer vroegcarcinomen worden gevonden
- Belangrijk een T1 carcinoom te herkennen
- Belangrijk de juiste en-bloc techniek te kiezen met de meeste controle over de snijranden
- Overleving van stadium I tumoren 95%
- Orgaansparende (endoscopische) behandelingen zijn minder invasief, herstellen patiënten sneller van, lijken geen zwaardere psychische last te geven en lijken oncologisch veilig
- Wijziging in richtlijn t.a.v. 15-25% risico tumoren samen beslissen.

