

Screenings- og adenomkontrol program for tyk- og endetarmskræft

Guidelines for koloskopi og patologi

Arbejdsgruppen vedr. registrering i screeningsprogrammet for tarmkræft

Den tværregionale implementeringsgruppe vedr. tarmkræftscreening, Danske Regioner

Indhold

Introduktion.....	4
Formål for koloskopi og patologi i screeningsprogrammet.....	5
Koloskopi i screeningsprogrammet og ved adenomkontrol.....	6
Kvalitet af koloskopi.....	6
Risikostratificering af patienter med adenom	6
Krav til patologirekvisitionen	7
Monitorering	7
Kodning af koloskopier i Landspatientregistret.....	8
Formål.....	8
Aktions- og bidiagnoser.....	8
Ingen fund af polyp eller tumor (eller andet) ved koloskopien:.....	8
Fund af andet end kræft eller polyp ved koloskopien.....	8
Fund af kræft eller polyp ved koloskopien	8
Koloskopiprocedure.....	9
Kvalitet af koloskopien.....	10
Komplikationer som følge af koloskopi eller polypektomi	10
Kodning efter CT-kolografi uden patologisk fund	11
Polypektomioplysninger	11
Procedurekode for typen af indgreb:	11
Kvaliteten af polypektomien.....	11
Kodning af afledte koloskopier.....	12
Komorbiditet.....	12
Afslutning af adenomkontrolprogram.....	12
Udeblivelse fra koloskopi uden afbud	13
Figur 1 Flowchart over diagnose- og procedurekodning af koloskopier.....	14
Figur 2: Risikostratificering	15
Patologi i screeningsprogrammet og ved adenomkontrol.....	16
Patologi ved tyk- og endetarmskræft.....	16
Patologi ved polypper.....	16

Klassifikation af polypper	16
Gradering	18
Lokalisation.....	19
Adenomstørrelse	19
Præparathåndtering.....	19
Makroskopisk vurdering af polypektomi-materiale	19
Mikroskopisk vurdering	19
SNOMED-kodning.....	20
Figur 3: Flowchart over SNOMED-kodning af tarmpolypper i screeningsprogrammet.....	22

Introduktion

Fra 2014 indføres et screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft i Danmark. Programmet omfatter aldersgruppen 50-74 år.

Formålet med screening for tarmkræft er dels at nedsætte dødeligheden af sygdommen ved at finde kræfttilfælde i tidlige stadier, så helbredelse er mulig, dels om muligt at nedsætte forekomsten af tyk- og endetarmskræft ved at identificere og fjerne forstadier til sygdommen, før de udvikler sig til kræft

(Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. screening for tyk- og endetarmskræft, 2010)

De danske anbefalinger lægger sig tæt på European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis, 2010.

Den primære screeningsundersøgelse er en immunbaseret undersøgelse for blod i afføringen (iFOBT). De screeningsdeltagere, som ved denne test har blod i afføringen, tilbydes koloskopi med henblik på diagnosticering af tarmkræft, det vil sige tyk- eller endetarmskræft, og fjernelse af polypper. Personer der diagnosticeres med tarmkræft eller mistanke herom indgår i pakkeforløb for tarmkræft. Personer med polypper følges i koloskopi-kontrolforløb eller indgår i screeningsprogrammet igen afhængigt af de patoanatomiske diagnoser på polypmaterialet.

De mulige screeningsudfald bliver:

- Tyk- eller endetarmskræft: Udredning og behandling via kræftpakkeforløb
- Højrisiko-adenomer: Kontrolkoloskopi efter 1 år
- Mellemrisiko-adenomer: Kontrolkoloskopi efter 3 år
- Lavrisiko-adenomer: Fortsætter i screeningsprogrammets næste runde
- Normal koloskopi: Indgår i screeningsprogrammet igen efter 8 år.

Risikostratificeringen er baseret på følgende kriterier:

Høj risiko

- 1 adenom større end eller lig med 20 mm
- 5 eller flere adenomer uanset størrelse
- Fjernelse af adenom med piecemeal-teknik

Mellem risiko

- 1 adenom større end eller lig med 10 mm og mindre end 20 mm
- 3-4 adenomer uanset størrelse
- Tubulo-villøst eller villøst adenom
- High grade neoplasi

Lav risiko

- Færre end 3 adenomer som alle er mindre end 10 mm
- Tubulært adenom
- Low grade neoplasi

I de europæiske guidelines indgår traditionelle serrate adenomer (TSA) i risikovurderingen efter samme kriterier som de øvrige adenomer. Tilsvarende gælder for sessile serrate læsioner med dysplasi, mens patienter med sessile serrate læsioner fortsætter i screeningsprogrammets næste runde. Sessile serrate læsioner og hyperplastiske polypper skal lige som adenomer fjernes helt. For de serrate polypper er risikovurderingen uklar, og nye undersøgelser kan modificere den anførte strategi.

Risikostratificeringen er baseret på, at alt materiale er sendt til patoanatomisk vurdering. Hvis der kun er fremsendt dele af de fjernede polypper, er risikovurderingen usikker, særlig for de serrate polypper. Disse tilfælde kodes af patologerne som biopsi, så det klart fremgår, at der ikke er tale om en komplet risikovurdering.

Formål for koloskopi og patologi i screeningsprogrammet

Den endoskopiske og patoanatomiske diagnostik i screeningsprogrammet har to overordnede formål:

- At sikre korrekt behandling og opfølgning af den enkelte patient
- At sikre et datagrundlag for at monitorere effekten af screeningsprogrammet.

For koloskopien er der yderligere et formål:

- At sikre korrekt umiddelbar behandling af de fundne læsioner hos patienterne.

Hvis screeningsprogrammets formål skal opfyldes, og effekten dokumenteres, er det vigtigt, at koloskopierne og den patoanatomiske diagnostik er af høj og ensartet kvalitet nationalt. I screeningsprogrammet er der en balance mellem tidlig diagnostik af tarmkræft, med bedre prognose for patienterne til følge, herunder fjernelse af polypper, og de gener og risici, der påføres screeningsdeltagerne ved koloskopierne. Det er derfor essentielt, at patienterne allokeres til den korrekte risikogruppe.

For at kunne monitorere, hvorvidt screeningsprogrammets formål opfyldes, er det nødvendigt at etablere centrale data, som dels kan anvendes til allokeringen af de enkelte patienter til korrekte kontrolforløb og dels til monitorering af kvaliteten og effekten af screeningsprogrammet. Såvel koloskopører som patologer har central betydning for denne dataindsamling.

Koloskopørens rolle:

- Ved diagnostik og polypfjernelse at udføre den primære behandling samt at sikre information og materiale til patoanatomisk risikostratificering af patienterne
- Ved nøjagtig og standardiseret kodning af koloskopifund at skabe supplerende datagrundlag for korrekt risikostratificering af patienterne og monitorering af screeningsprogrammets effekt
- Ved nøjagtig og standardiseret kodning af koloskopiproceduren at skabe datagrundlag for monitorering af screeningsprogrammets kvalitet og effekt

Patologens rolle:

- Ved diagnostik og stadietinddeling af tarmkræft at skabe grundlag for videre behandling af patienterne.
- Ved nøjagtig og standardiseret kodning af tarmkræft at skabe datagrundlag for monitorering af tarmkræft, herunder stadiet, i den screenede population

- Ved diagnostik af polypper og adenomer at sikre korrekt vurdering af patienternes risiko for tarmkræft og dermed allokering til kontrolforløb eller videre screeningsforløb
- Ved nøjagtig og standardiseret kodning af adenomer at skabe datagrundlag for monitorering af kontrolforløbenes effekt og hensigtsmæssighed.

Koloskopi i screeningsprogrammet og ved adenomkontrol

I screeningsprogrammet henvender sundhedsvæsenet sig til raske borgere, som derefter via screeningstesten, iFOBT, tilbydes koloskopi, hvis screeningstesten er positiv. Hos ca. 25 % af de koloskoperede er koloskopien normal, og disse personer har dermed ikke haft en gevinst ved proceduren. For at berettige dette skal der være en gevinst for de øvrige borgere, der deltager, i form af tidligere diagnostik af cancertilfælde eller i form af diagnostik og behandling af adenomer. Adenomdiagnostik og -behandling omfatter desuden det efterfølgende kontrolprogram baseret på risikostratificering af patienterne.

Dette stiller krav om en meget høj, dokumenteret kvalitet af koloskopierne, både hvad angår selve proceduren, og hvad angår diagnostik og behandling af cancer og adenomer. Det er hensigten, at dokumentationen til risikostratificeringen af patienterne og monitoreringen af screeningsprogrammet kan foregå via eksisterende nationale registre, således at dobbeltregistrering i separate registre undgås.

Kvalitet af koloskopi

Optimal kvalitet af en koloskopi indebærer:

- at koloskopien er komplet, dvs. at caecum er nået, og at der har været gode oversigtsforhold
- at alle forandringer ses og polypper fjernes radikalt, samt alt polypvæv sendes til patologisk vurdering
- at der ikke er komplikationer som følge af koloskopien

Der kan være forhold, der gør, at dette ikke altid lader sig gøre, og det er vigtigt at kunne dokumentere hvilke forhold, således at kvaliteten bliver højest mulig.

Risikostratificering af patienter med adenom

Risikostratificeringen af patienter til efterfølgende kontrolprogram baseres på antallet og størrelsen af polypperne samt den patoanatomiske klassifikation af polypperne. Dette gælder såvel ved den primære screeningskoloskopi som ved koloskopierne i det efterfølgende adenomkontrolprogram. Allokeringen af de enkelte patienter til den korrekte risikogruppe afhænger af de kombinerede oplysninger fra endoskopien og fra den patoanatomiske diagnostik. Det er derfor vigtigt, at koloskopifund kodes nøjagtigt og standardiseret i Landspatientregistret (LPR), og at patologerne får fyldestgørende og standardiserede informationer om fjernet polypmateriale på patologirekvisitionen, således at de kan foretage en præcis og entydig kodning i Patobank.

Der vil være situationer, hvor polypmateriale mistes og således ikke kan sendes til histopatologisk vurdering, eller hvor det ikke er muligt at fjerne alt polypvæv. Det er vigtigt for risikostratificeringen og for monitoreringen af screeningsprogrammet, at oplysninger om dette registreres.

Krav til patologirekvisitionen

For at opnå en tilstrækkelig høj kvalitet i den patoanatomiske diagnostik er præcise informationer om det fjernede vævsmateriale nødvendigt.

- Fuld polypektomi bør altid tilstræbes
- Polypper bør aldrig biopteres, da det vanskeliggør efterfølgende polypektomi
- Alle fjernede polypper bør sendes til histopatologisk undersøgelse. Mest muligt polyp væv skal opsamles og sendes til patologerne
- Polypperne skal fremsendes i hver sin prøvecontainer.

Følgende informationer bør angives i patologirekvisitionen for hver polyp:

- Lokalisation med angivelse af tarmsegment
- Endoskopisk størrelse i mm
- Endoskopisk klassifikation (stilket, bredbaset, non-polypoid)
- Materialets art (biopsi, polypektomi, piecemeal resektat, endoskopisk mukosaresektion (EMR^{*}), endoskopisk resektion (ESD^{**}/TEM))
- Om polyppen er sendt til patologisk undersøgelse i sin helhed.

*EMR definition: Løft af mukosa med injektion af væske submukøst og fjernelse af polyp med slynge enten "en bloc" ved læsioner under 20 mm eller ved piecemealteknik.

**ESD definition: Fjernelse af flade/bredbaset adenomer over 20 mm "en bloc" med forskellige teknikker.

ESD/TEM-resektater bør opspændes med nåle på en korkplade eller lignende. Nålene placeres langs resektatets sideresektionsrande, og mucosa skal vende opad.

Monitorering

Følgende kvalitetsmål bør monitoreres:

- Rate af caecal intubation; det vil sige, at skopet er i caecums bund med identifikation af valvula og orificium appendicis eller intubering af ileum.
- Detektionsrate af tarmkræft
- Detektionsrate af adenomer
- Detektionsrate af højrisiko adenomer
- Rate af fundne, fjernede og undersøgte polypper
- Rate af komplikationer
 - Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af tarmen ved koloskopi
 - Blødning som følge af koloskopi
 - Medicinsk komplikation til koloskopi
 - Postpolypektomisyndrom

Kodning af koloskopier i Landspatientregistret

Formål

Som nævnt ovenfor er det vigtigt, at koloskopiprocedurer og –fund kodes ensartet i LPR dels af hensyn til korrekt allokering af patienterne til efterfølgende screenings- eller kontrolforløb og dels af hensyn til monitoreringen af kvaliteten og effekten af screeningsprogrammet.

Nedenstående kodningsretningslinjer omfatter såvel koloskopier i screeningsprogrammet som koloskopier foretaget i adenomkontrolprogrammet.

Aktions- og bidiagnoser

Der kan registreres en aktionsdiagnose (A-diagnose) og flere bidiagnoser (B-diagnose). Aktionsdiagnosen er den mest betydende kliniske diagnose. Det er essentielt for indkalde- og administrationsmodulet i screeningsprogrammet, at DZ018A eller DZ018B i alle tilfælde registreres som enten A- eller B-diagnose, som anført nedenfor. Se også figur 1, som illustrerer flowet i diagnosekodningen.

Ingen fund af polyp eller tumor (eller andet) ved koloskopien:

Der anvendes en af følgende koder som A-diagnose:

- DZ018A Kontakt sfa positiv screening for tyk- og endetarmskræft
- DZ018B Adenomkontrolprogram, tidl. fund af mellem/højrisikoadenomer

Til bekræftelse af intet klinisk fund ("clean colon") ved undersøgelsen registreres desuden procedurekoden:

- AFX02C Intet fund af polypper/adenomer eller tarmkræft v. koloskopi

Denne procedurekode kræver, at der er foretaget en komplet koloskopi.

Fund af andet end kræft eller polyp ved koloskopien

Der anvendes relevant diagnosekode som A-diagnose (f.eks. DK512 Ulcerøs proctitis) samt en af følgende koder som B-diagnose:

- DZ018A Kontakt sfa positiv screening for tyk- og endetarmskræft
- DZ018B Adenomkontrolprogram, tidl. fund af mellem/højrisikoadenomer

Til bekræftelse af intet fund af kræft eller polyp ("clean colon") ved undersøgelsen registreres desuden procedurekoden:

- AFX02C Intet fund af polypper/adenomer eller tarmkræft v. koloskopi

Fund af kræft eller polyp ved koloskopien

Ved fund af kræft eller polyp anvendes en af nedenstående koder for tarmkræft eller for godartet tumor som A-diagnose. DZ018A eller DZ018B anvendes som B-diagnose.

Fund af tarmkræft

A-diagnose:

- DC180 Kræft i caecum

- DC182 Kræft i colon ascendens
- DC183 Kræft i højre colon fleksur
- DC184 Kræft i colon transversum
- DC185 Kræft i venstre colon fleksur
- DC186 Kræft i colon descendens
- DC187 Kræft i colon sigmoideum
- DC189 Kræft i tyktarmen UNS
- DC209 Kræft i endetarmen

B-diagnose:

- DZ018A Kontakt sfa positiv screening for tyk- og endetarmskræft
- DZ018B Adenomkontrolprogram, tidl. fund af mellem/højrisikoadenomer

Ved fund af tarmkræft henvises patienten til pakkeforløb for tyk- og endetarmskræft. Modtagende afdeling skal registrere AFB12A "Henvisning til pakkeforløb start" samt AFB12B "Patientens 1. fremmøde", jf. "Registreringsvejledning, pakkeforløb for kræftområdet – organspecifik kræfttype". Der skal desuden foretages anmeldelse til Cancerregistret.

Fund af polyp uden mistanke om kræft

Ved fund af flere polypper, registreres den "sværeste" læsion som A-diagnose. De øvrige registreres som B-diagnose. Ved flere end 5 polypper bruges B-diagnosen DD126C Multiple godartede tumorer i colon.

A-diagnose:

- DD120 Godartet tumor i caecum
- DD122 Godartet tumor i colon ascendens
- DD123A Godartet tumor i højre colon fleksur
- DD123 Godartet tumor i colon transversum
- DD123B Godartet tumor i venstre colon fleksur
- DD124 Godartet tumor i colon descendens
- DD125 Godartet tumor i colon sigmoideum
- DD126C Multiple godartede tumorer i colon
- DD128 Godartet tumor i endetarmen

B-diagnose:

- DZ018A Kontakt sfa positiv screening for tyk- og endetarmskræft
- DZ018B Adenomkontrolprogram, tidl. fund af mellem/højrisikoadenomer

(evt. suppleret kodning for øvrige polypper, se ovenfor)

Koloskopiprocedure

Alle koloskopier registreres ved en af følgende procedurekoder:

- KUJF32 Koloskopi
- KUJF35 Koloskopi med biopsi

Kvalitet af koloskopien

Komplethed af koloskopi, dvs. opnået caecal intubation og fuldt overblik over hele slimhinden registreres obligatorisk med en af følgende 2 koder som tillægskode (+) til procedurekoden for koloskopien:

- (+)ZPY1A0 Komplet koloskopi
- (+)ZPY1A1 Ikke komplet koloskopi*

**) Hvis koloskopien ikke er komplet, kan man specificere dette ved at anvende en eller flere af følgende koder, der erstatter ZPY1A1. Om disse tillægskoder skal bruges, besluttet lokalt i hver region. Hvis de bruges, giver det muligheden for at lave en systematisk monitoring med mulighed for at lave tiltag, der nedsætter antallet af inkomplette koloskopier:*

- (+)ZPY1A10 Ikke komplet koloskopi, dårlig udtømning
- (+)ZPY1A11 Ikke komplet koloskopi, smerter
- (+)ZPY1A12 Ikke komplet koloskopi, stenose
- (+)ZPY1A13 Ikke komplet koloskopi, ikke passabelt sving
- (+)ZPY1A14 Ikke komplet koloskopi, komplikation
- (+)ZPY1A15 Ikke komplet koloskopi, instrumentsvigt
- (+)ZPY1A18 Ikke komplet koloskopi, anden årsag

Se desuden kodning af kvaliteten af polypektomi ved efterladte polypper.

Komplikationer som følge af koloskopi eller polypektomi

Komplikationer erkendt på skopikontakten registreres som bidiagnoser. Hvis komplikationerne erkendes ved en senere henvendelse, registreres de som A-diagnose ved denne senere kontakt.

- DT812G1 Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af tarmen ved koloskopi
- DT810J1 Blødning som følge af koloskopi
- DT888U1 Medicinsk komplikation til koloskopi
- DT888L Post-polypektomi syndrom

DT812G1 anvendes ved synlig perforation under koloskopi eller ved efterfølgende operation, eller ved fri luft intraperitonealt ved billeddiagnostisk undersøgelse i op til 7 dage efter koloskopien.

DT810J1 anvendes, hvis blødning efter koloskopi medfører indlæggelse eller behandling (transfusion eller reskopi med eller uden hæmostaserende behandling), eller hvis patienten genhenvender sig til hospitalet uanset om det medfører indlæggelse eller behandling.

DT888U1 anvendes, hvis koloskopien må afbrydes pga. medicinske komplikationer (f.eks hypotension, bradykardi eller respiratoriske komplikationer), eller hvis komplikationen medfører indlæggelse eller opstart af medicinsk behandling af komplikationen.

DT888L anvendes, hvis patienten får feber og mavesmerter uden tegn på perforation eller fri luft intraperitonealt ved billeddiagnostisk undersøgelse.

Kodning efter CT-kolografi uden patologisk fund

Hvis der er udført en CT-kolografi som følge af inkomplet koloskopi, registrerer radiologisk afdeling koden UXCD80.

Hvis der ikke er set tarmkræft eller polypper ved CT-kolografi, skal endoskopianheden anvende procedurekoden:

- AFX02D Intet fund af polypper/adenomer eller tarmkræft v. CT-kolografi
Koden oprettes pr. 1. april 2014

Der skal sendes epikrise til indkalde- og administrationsmodulet, der vil indkalde borgeren til næste screeningsrunde; disse borgere får altså ikke en karenperiode som borgere med clean colon ved koloskopi pga. den lavere sensitivitet for polypdetektion ved CT-kolografi.

Polypektomioplysninger

Ved polypektomi forstås en total fjernelse af polyppen uanset anvendt metode. Efterlades der polypvæv, er det pr. definition en biopsi i patologisk regi, men proceduren skal kodes som polypektomi.

Procedurekode for typen af indgreb:

- KJFA15 Endoskopisk polypektomi i tyktarm
- KJFA55A Endoskopisk mucosa resektion (EMR^{*}), tyktarm
- KJFA55B Endoskopisk submucøs dissektion (ESD^{**}), tyktarm
- KJGA05 Rektoskopisk polypektomi i endetarm
- KJGA52A Endoskopisk mucosa resektion (EMR^{*}), endetarm
- KJGA52B Endoskopisk submucøs dissektion (ESD^{**}), endetarm

*EMR definition: Løft af mukosa med injektion af væske submukøst og fjernelse af polyp med slynge enten "en bloc" ved læsioner under 20 mm eller ved piecemeal-teknik.

**ESD definition: Fjernelse af flade/bredbaserede adenomer over 20 mm "en bloc" med forskellige teknikker.

En ikke fuldstændigt fjernet polyp og polypper, hvor kun dele er sendt til patoanatomisk vurdering, registreres som biopsi af patologerne i Patobank, da risikostratificeringen hermed er ufuldstændig.

Kvaliteten af polypektomien

Følgende koder for kvaliteten af indgrebet registreres som tillægskoder til polypektomi-procedurekoden. Hvis der ikke er foretaget polypektomi, registreres de som tillægskoder under koloskopi-procedurekoden.

Makroradikaliteten af indgrebet:

Angivelse af, om den eller de fjernede polypper er fjernet makroradikalt, det vil sige uden synligt resttumorvæv:

- (+)ZPY1B01 efterladt tumorvæv
- (+)ZPY1B02 ikke efterladt tumorvæv

Antal sete tarmpolypper

Skal altid registreres, da det er nødvendigt for monitorering, specielt hvis alt materiale ikke er tilsendt patologerne, og hvis der ikke foretages polypektomi, f.eks. fordi patienten er i blodfortyndende behandling, der umuliggør polypektomien

Kodes med tillægskode, hvor nn: 01-25 eller 99=flere end 25 polypper

- (+)ZPY1Cnn nn polypper set
- (+)ZPY1C99 flere end 25 polypper set

Ved mistet polyp

Hvis man har mistet en eller flere polypper, angives størrelsen på den største mistede polyp i mm: nn: 01-30 eller 99= større end 30 mm

- (+)ZPY1D00 ingen mistet polyp
- (+)ZPY1Dnn største mistede polyp nn mm
- (+)ZPY1D99 største mistede polyp større end 30 mm

Kodning af risikogruppe

Risikostratificeringen afventer patologisvaret. Hvis der ikke er sendt materiale til patologerne, stratificeres umiddelbart efter koloskopien. Se også figur 2, som viser hvorledes patologisvaret skal anvendes i forhold til risikostratificeringen.

- (+)ZPY1E01 fjernet polypper med høj risiko
- (+)ZPY1E02 fjernet polypper med mellem risiko
- (+)ZPY1E03 fjernet polypper med lav risiko

Kodning af afledte koloskopier

Koloskopier, som foretages efter inkomplet primær koloskopi, efter CT-kolografi eller pga. efterladt polypvæv, kodes som de primære koloskopier. Der skal sendes epikrise til indkalde- og administrationsmodul, ligesom efter den primære koloskopi. Risikostratificeringen skal omfatte samlet vurdering af såvel primære som afledte koloskopi.

Komorbidity

Hvis personen pga. komorbidity ikke er egnet til at indgå i adenomkontrolprogrammet, registreres procedurekoden:

- ZZV005D1 Ingen indikation for opfølgning i adenomkontrolprogram pga komorbidity

Afslutning af adenomkontrolprogram

Når personen afsluttes i adenomkontrolprogrammet, anvendes procedurekoden

- AFX02X Adenomkontrolprogram slut

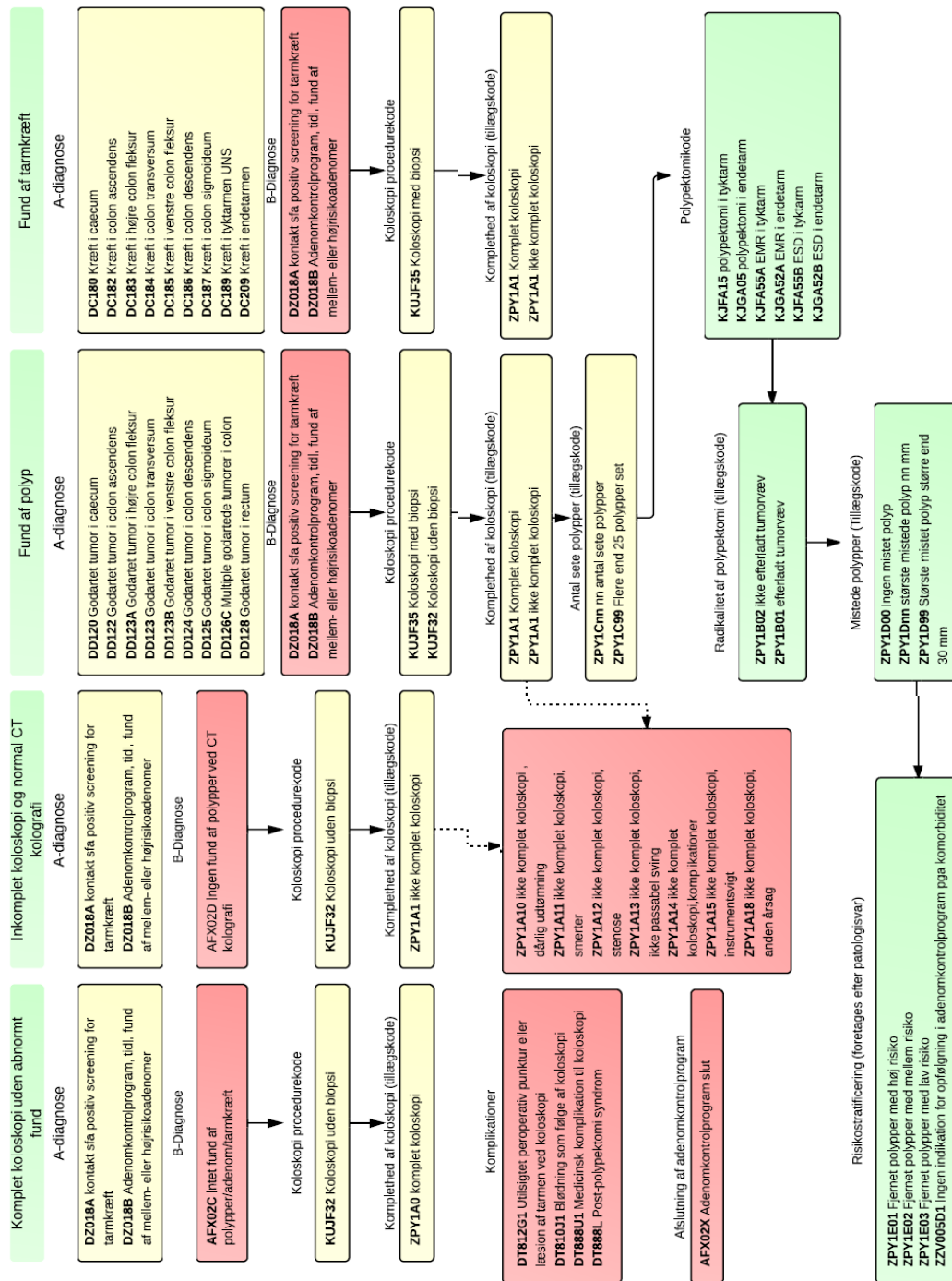
Udeblivelse fra koloskopi uden afbud

Udebliver borgeren fra koloskopien uden afbud, er det vigtigt, at der sendes en epikrise til indkalde- og administrationsmodulet med koden ZPP30 "Procedure aflyst pga. patientens udeblivelse".

Screeningssekretariatet kontakter borgeren pr. brev, subsidiært telefonisk, mhp. at få borgeren undersøgt eller afsluttet.

Figur 1 Flowchart over diagnose- og procedurekodning af koloskopier

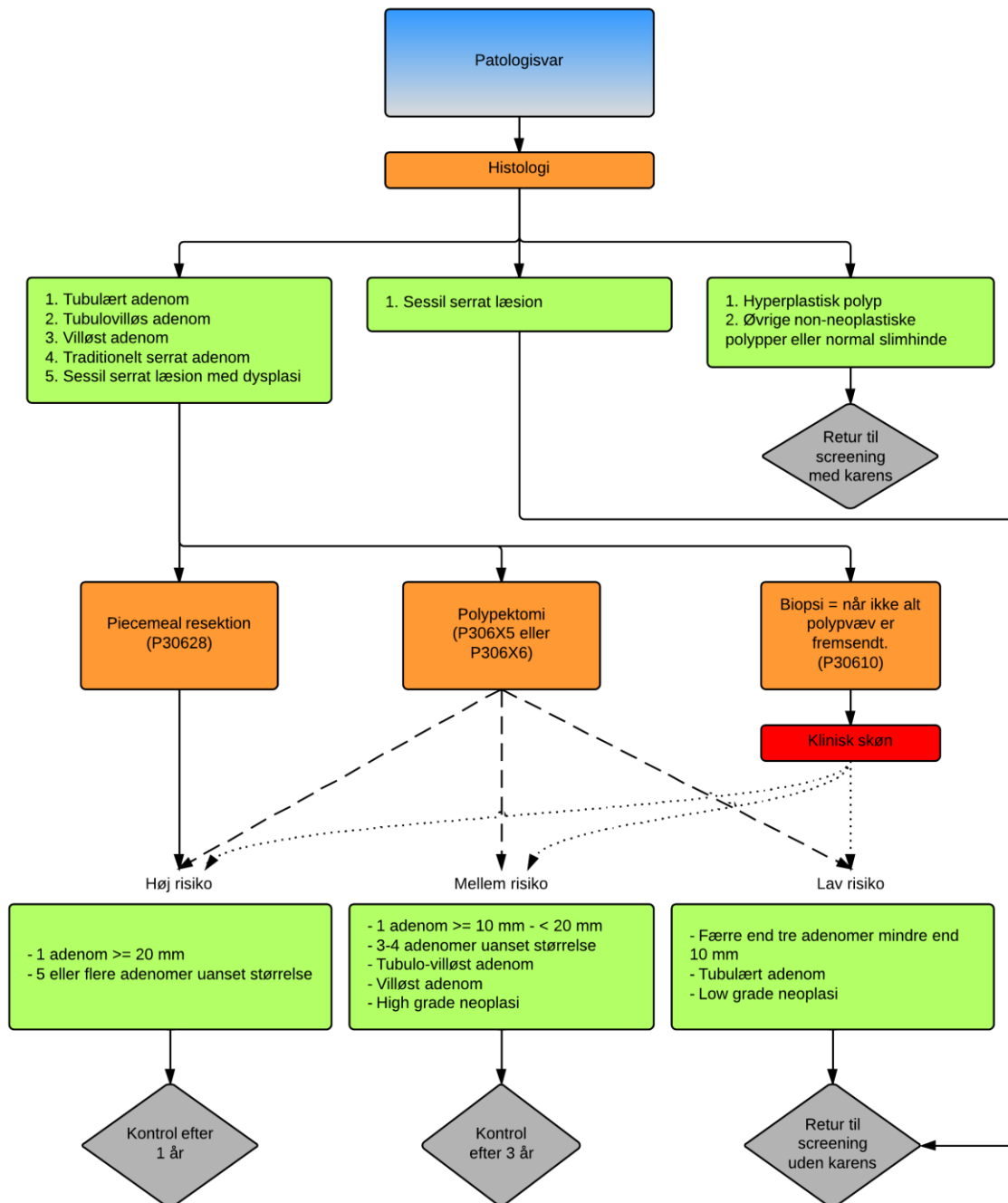
Diagnose- og procedurekodning af koloskopier i tarmkræftscreeningsprogrammet



Designet af Peter Ingeholm, Patologidelelingen, Herlev Hospital, 13.2.2014

Figur 2: Risikostratificering

Risikostratificering af tarmkræftscreeningspatienter med tarmpolypper til adenomkontrolprogram ud fra patologisvaret



Designet af Peter Ingeholm, Patologifdelingen, Herlev Hospital, 16.1.2014

Patologi i screeningsprogrammet og ved adenomkontrol

Patologi ved tyk- og endetarmskræft

Dansk Colorektal Cancer Gruppe (DCCG) fastlægger nationale retningslinjer for diagnostik og behandling af tyk- og endetarmskræft (www.dccg.dk). Patoanatomisk diagnostik af tyk- og endetarmskræft bør følge disse retningslinjer. Desuden har Informatikudvalget under Dansk Patologiselskab (DPAS) i samarbejde med DCCG's patologiuvalg udformet en diagnosekodevejledning for tarmkræft (www.patobank.dk), som bør følges.

I forbindelse med screeningsprogrammet forventes det, at der vil diagnosticeres flere patienter med tarmkræft i et ikke avanceret stadium, dvs. patienter med pT1-karcinomer, som kun involverer submucosa i tarmvæggen. En del af disse vil diagnosticeres i polypektomi-præparater, og den kliniske udfordring er at vurdere risikoen for, at karcinomet har spredt sig til regionale lymfeknuder, og dermed om patienten kan have gavn af en supplerende tarmresektion. Den patoanatomiske diagnostik skal derfor inkludere de kendte risikofaktorer for spredning til brug for den kliniske beslutningstagning. For nærmere detaljer henvises til DCCG's retningslinjer ([http://www.dccg.dk/03 Publikation/01 ret.html](http://www.dccg.dk/03_Publikation/01_ret.html)) og DPAS' Informatikudvalgs kodevejledning [http://www.dccg.dk/06 Downloads/kodning_2011.pdf](http://www.dccg.dk/06_Downloads/kodning_2011.pdf)

Patologi ved polypper

Da polyp- og adenomdiagnostikken er grundlaget for allokeringen af screeningsdeltagerne til kontrolforløb og for monitoreringen af screeningsprogrammets kvalitet og effekt, er det vigtigt, at diagnostikken foregår efter ensartede nationale retningslinjer, så en optimal balance mellem nedbringelse af risiko for tarmkræft og gener/risici for screeningsdeltagerne kan opnås. De nedenstående retningslinjer sigter mod dette formål.

Klassifikation af polypper

Endoskopisk klassifikation

Baseret på den koloskopiske undersøgelse kan polypper og adenomatøse læsioner klassificeres som:

- Stilkede
- Bredbaserede
- Non-polypoide (flade)(< 2x højden af mucosa svarende til < 3 mm højde)

Denne inddeling har betydning for hvilken teknik, der anvendes til polypfjernelsen. Stilkede polypper og små polypper (<10 mm) kan som regel fjernes ved simpel polypektomi, mens større bredbaserede polypper ofte kræver at slimhinden løftes ved injektion af væske submukøst, hvorefter polypektomi, mukosektomi eller piecemeal-resektion kan gennemføres.

Histologisk klassifikation (WHO klassifikation 2010)

Ved den histologiske undersøgelse inddeles polypperne i nedenstående kategorier:

- Fladt adenom
 - Læsionens højde er < 2x højden af mucosa svarende til < 3 mm højde
 - Low eller high grade neoplasi

- Tubulært adenom
 - Opbygget af tubulære strukturer med mindre end 20 % villøse formationer
 - Low eller high grade neoplasi
- Tubulovilløst adenom
 - Opbygget af tubulære og villøse strukturer, som begge udgør mindst 20 % af læsionen
 - Low eller high grade neoplasi
- Villøst adenom
 - Opbygget af villøse strukturer med mindre end 20 % tubulære formationer
 - Low eller high grade neoplasi
- Traditionelt serrat adenom
 - Kompleks, ofte villøs arkitektur
 - Epitelet oftest højt cylindrisk med smal aflang kerne og eosinofilt cytoplasma
 - Karakteriseret af serrat (savtakket) epitelial arkitektur og små abortive krypter
 - Low eller high grade neoplasi; neoplasigradering foretages, hvis der er områder med konventionel neoplasi (som i tubulære/tubulovilløse/villøse adenomer)
- Sessil serrat læsion (tidligere benævnt sessilt serrat adenom eller sessil serrat polyp)
 - Opbygget af serrate (savtaktede) krypter med strukturel irregularitet som basal dilatation og opmodning, forgreninger og horisontal orientering af krypterne
 - Ingen neoplasigradering, men evt. mild cytologisk atypi
- Sessil serrat læsion med dysplasi
 - Opbygget af en blanding af en sessil serrat læsion og et adenom-lignende område
 - Ingen neoplasi-gradering
- Hyperplastisk polyp
 - Opbygget af ensartede serrate krypter, som afsmalnes basalt (ingen strukturel irregularitet)
 - Ingen neoplasi
- Andre læsioner
 - Inflammatoriske polypper
 - Juvenil polyp
 - Peutz-Jeghers polyp
 - Andre neoplasier (neuroendokrine tumorer, lipomer, m.v.)

Serrat polypose

Ved serrat polypose (tidligere hyperplastisk polypose) er risikoen for kolorektalt karcinom øget. Disse patienter bør derfor allokeres til kontrolforløb svarende til patienter med adenomer. Tilstanden er defineret ved:

- ≥ 5 serrate læsioner proximalt for colon sigmoideum, heraf mindst 2 større end 10 mm
- Serrate læsioner proximalt for colon sigmoideum i en person med 1. grads slægtning med serrat polypose
- 20 serrate læsioner fordelt i hele colon

Betegnelsen serrate læsioner omfatter i denne sammenhæng såvel hyperplastiske polypper som sessile serrate læsioner.

Gradering

Der anvendes et to-delt graderingssystem, jf. den reviderede Wien-klassifikationen (Dixon, 2002), low grade og high grade neoplasi. I de europæiske guidelines anbefales det, at man ikke anvender Wien-klassifikationens kategori "indefinite for neoplasia" i screeningsammenhæng for at forenkle den efterfølgende allokering til kontrolforløb. Wien-klassifikationen og de europæiske guidelines anvender betegnelsen neoplasi i stedet for den tidligere betegnelse, dysplasi.

Graderingen af adenomer er således:

- Low grade neoplasi
- High grade neoplasi

Graderingen foretages ud fra arkitektoniske og cytologiske forandringer. Forandringerne skal involvere mere end ganske få krypter (bortset fra ved små biopsier). Overfladiske forandringer, som kan være forårsaget af traume, erosion eller prolaps, bør ikke overdiagnosticeres som neoplastisk forandring. De konventionelle adenomer (tubulære, tubulovilløse og villøse adenomer) skal graderes. Desuden graderes traditionelle serrate adenomer, hvis der er områder med konventionel neoplasi (svt. konventionelle adenomer).

Low grade neoplasi

Arkitektur:

- Non-komplekse adenomatøse formationer, dvs. parallel konfiguration, simple forgreninger og vækstmønstre uden udtalt ryg-mod-ryg konfiguration, glandulær budding eller kribiformt vækstmønster.

Cytologi:

- Epitelet er pseudostratificeret, således at kernerne er beliggende i de nederste 2/3 af epitelets højde
- Aflange, pallisaderende kerner
- Få atypiske mitoser, let tab af polaritet, let pleomorfi

High grade neoplasi

Arkitektur:

- Komplekse adenomatøse formationer
- Ryg-mod-ryg konfiguration eller kribiformt vækstmønster
- Udtalt glandulær budding
- Udtalt intraluminal papillær tufting

Cytologi:

- Tab af cellulær polaritet eller stratifikation af kernerne. Kernerne er beliggende i hele epitelets tykkelse og i 2-5 rækker med variation i de enkelte kirtler.
- Ingen opmodning mod overfladen
- Forekomst af neoplastiske bægerceller (retronukleære/dystrofiske)
- Vesikulære og/eller irregulære og runde kerner med tabt polaritet

- Svært forstørrede kerner med prominent nukleole
- Atypiske mitoser
- Udtalt apoptose, fokalt cellulært debris og nekrose

High grade neoplasi diagnosticeres på baggrund af abnorm arkitektur kombineret med cytologiske forandringer. De enkelte forandringer er ikke hverken tilstrækkelige eller nødvendige for diagnosen. High grade neoplasi inkluderer tilfælde med gennembrud af basalmembranen i lamina mucosa, men ikke invasion gennem lamina muscularis mucosa.

Lokalisation

Ved forekomst af adenomer lokaliseret i højresidige del af colon er risikoen for efterfølgende højrisiko adenomer øget. Det er endnu uklart, hvordan dette skal influere risikovurderingen af adenomerne. Lokalisationen af adenomerne bør angives mhp. at opnå data til at afklare dette spørgsmål.

Adenomstørrelse

Adenomstørrelsen er en vigtig parameter i risikostratificeringen og allokeringen af patienterne til kontrolforløb. Adenomstørrelse vurderes mest præcist ved måling af det adenomatøse område på mikroskopiglasset. Det er kun ved polypektomier, hvor alt polypvæv er fremsendt til histopatologisk undersøgelse, at diameteren skal angives. Hvis dette ikke kan gennemføres, f.eks. ved store eller fragmenterede polypper, anvendes i stedet målet fra den patoanatomiske makroskopiske vurdering, subsidiært det endoskopiske mål, jf. de europæiske guidelines.

Præparathåndtering

Makroskopisk vurdering af polypektomi-materiale

For alle polypper angives størrelsen i mm. Alt væv indstøbes til mikroskopi. Da risikoen for forekomst af karcinom stiger med polypstørrelsen, håndteres polypper ≥ 10 mm efter flg. retningslinjer:

- Størrelsen angives
- Resektionsranden tuschmarkeres
(Ved piecemealresektater kan resektionsranden ikke vurderes, hvorfor den ikke tuschmarkeres)
- Polyppen opskæres vinkelret på resektionsranden/resektionsfladen
- Hele polyppen indstøbes

Mikroskopisk vurdering

Ved forekomst af karcinom følges DCCG's retningslinjer (www.dccg.dk).

Ved diagnostik af adenomer angives:

- Histologisk klassifikation
- Neoplasigradering
- Størrelsen af det adenomatøse område i mm ved polypektomimateriale

Ved high grade neoplasi suppleres med:

- Resektionsrandsforhold (er der adenom i resektionsranden?)

SNOMED-kodning

Formålet med SNOMED-kodningen er dels at kommunikere den patoanatomiske diagnostik til klinikerne og dels at danne et datagrundlag for monitorering af screeningsprogrammets effekter. Endelig kan kodningen anvendes til afklaring af ubesvarede spørgsmål f.eks. vedr. serrate læsioner og betydningen af adenomernes lokalisering for cancerrisikoen.

For alle adenomer bør følgende kodes (se også nedenstående figur 3):

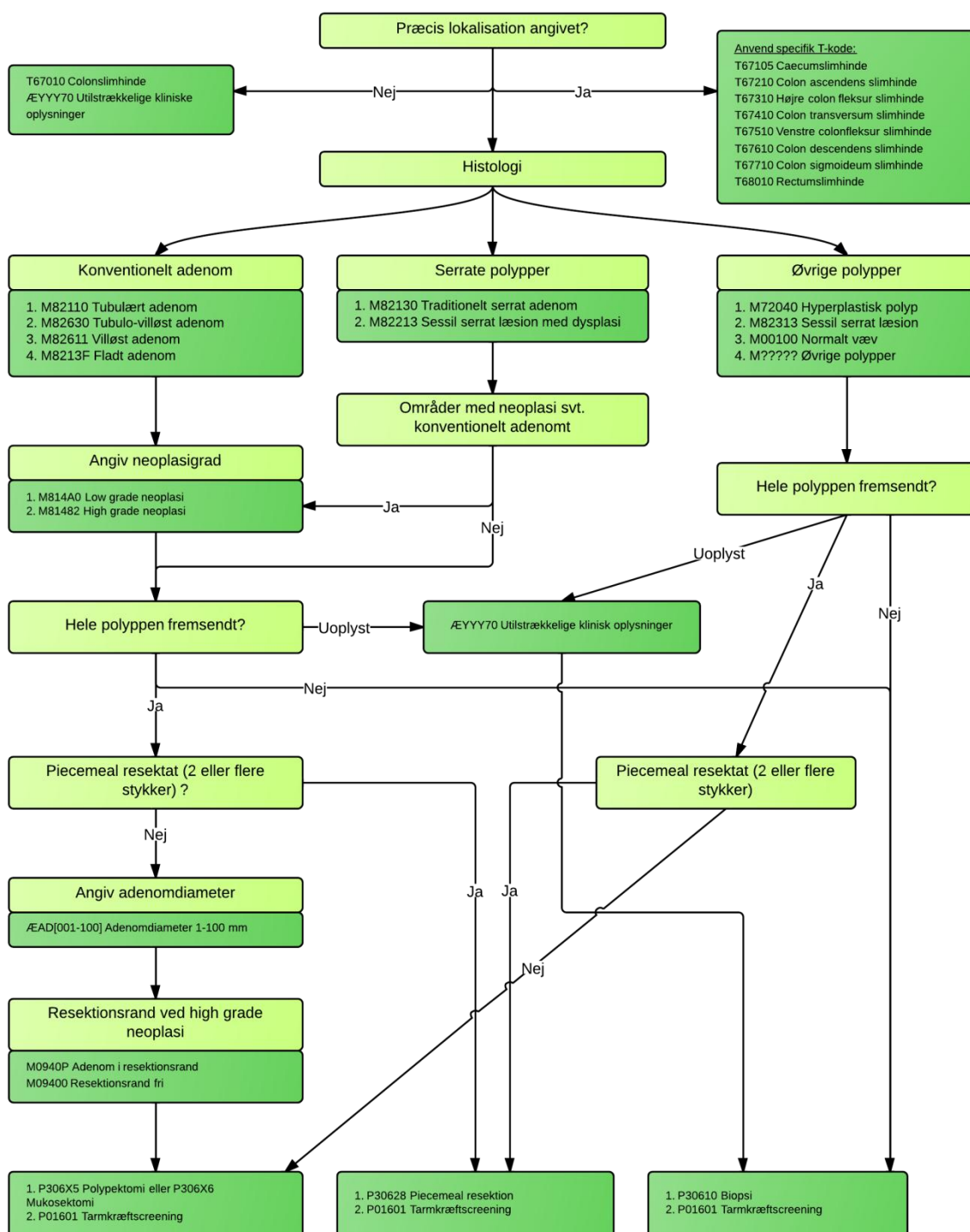
- Adenomets lokalisering(tarmsegment som angivet af rekvirenten)
 - T67010 Colonslimhinde (kun hvis lokaliseringen ikke er angivet)
 - T67105 Caecumslimhinde
 - T67210 Colon ascendens slimhinde
 - T67310 Højre colon fleksur slimhinde
 - T67410 Colon transversum slimhinde
 - T67510 Venstre colon fleksur slimhinde
 - T67610 Colon descendens slimhinde
 - T67710 Colon sigmoideum slimhinden
 - T68010 Rectumslimhinde
- Histologisk klassifikation
 - M8213F Fladt adenom
 - M82110 Tubulært adenom
 - M82630 Tubulovilløst adenom
 - M82611 Villøst adenom
 - M82130 Traditionelt serrat adenom
 - M8213S Sessil serrat læsion
 - M72040 Hyperplastisk polyp
 - M8213M Sessil serrat læsion med dysplasi
- Gradering
 - M814A0 Low grade neoplasi
 - M81482 High grade neoplasi
- Adenomstørrelse i mm (ÆAD0xx, xx = adenomdiameter)
- Ved high grade neoplasi suppleres med resektionsrandsforhold
 - M09400 Resektionsrand fri
 - M0940P Adenom i resektionsrand
 - M09402 Resektionsrand kan ikke vurderes
- Hvis rekvirenten ikke har anført de nødvendige oplysninger på rekvisitionen suppleres med
 - ÆYYY70 Utilstrækkelige kliniske oplysninger
De nødvendige oplysninger er 1) lokalisering af polyppen ELLER 2) om polyppen er fjernet i sin helhed og om hele polyppen er fremsendt til undersøgelse eller ej ELLER 3) indikation for koloskopi ifht. screening eller ej.
- Procedurekode
 - P30610 Biopsi
Hvis der ikke foreligger oplysning om, at hele polyppen er fremsendt til histopatologisk undersøgelse, anvendes biopsikoden.

- P306X5 Polypektomi
- P30628 Piecemeal resektat
- P306x6 Mukosektomi – anvendes ved EMR-resektater
- P30621 Endoskopisk resektat – anvendes ved TEM-resektater
- Procedurekode for tarmkræftscreening
 - P01601 Tarmkræftscreening

Se desuden figur 3, flowchart over SNOMEDkodning af tarmpolypper i screeningsprogrammet.

Figur 3: Flowchart over SNOMED-kodning af tarmpolypper i screeningsprogrammet

SNOMEDKODNING AF TARPOLYPPER I SCREENINGSPROGRAMMET



Designet af Peter Ingeholm, Patologiafdelingen, Herlev Hospital, 16.1.2014

Retningslinjerne er udarbejdet af Arbejdsgruppen vedr. registrering i screeningsprogrammet for tarmkræft i samarbejde med DPAS's ad hoc udvalg vedr. tarmkræftscreeningen.

Arbejdsgruppens medlemmer:

Morten Rasmussen, overlæge, kirurgisk afdeling K, Bispebjerg Hospital, medlem af Den tværregionale implementeringsgruppe for tarmkræftscreeningen

Peter Ingeholm, overlæge, Patologiafdelingen, Herlev Hospital, formand for DCCG's databasestyregruppe

Dorte Linnemann, overlæge, Patologiafdelingen, Herlev Hospital, formand for DPAS's ad hoc udvalg vedr. tarmkræftscreeningen

Ole B. Larsen, afdelingslæge, National Sundhedsdokumentation og Forskning, Statens Seruminstitut (til 1. september 2013)

Søren Bang, læge, National Sundheds-IT, Statens Serum Institut (fra 1. september 2013)