Ülseratif Kolitte Cerrahi: Zamanlama

Prof. Dr. Ömer Sentürk
KÜ Tıp F.Gastroenteroloji

HEBİPA 2017

ÜK Cerrahi Endikasyonlar
ANAHAT

I. Tanımlama, genel bilgiler

II. Akut kolit

1) Klinik olarak aşikar **perforasyon** (veya şüphesi) olan hastalar

2) Şiddetli kolitli olgular

3) Orta-şiddette kolitli olgular

4) Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

III. Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)

1) Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

IV. Displazi & Kanser

1) Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans

2) Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser

3) Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları

4) Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK Cerrahi Endikasyonlar
ANAHAT

I. Tanımlama, genel bilgiler

II. Akut kolit

1) Klinik olarak aşikar perforasyon (veya şüphesi) olan hastalar

2) Şiddetli kolitli olgular

3) Orta-şiddette kolitli olgular

4) Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

III. Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)

1) Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

IV. Displazi & Kanser

1) Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans

2) Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser

3) Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları

4) Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

İnflamatuvar Barsak Hastalığında Cerrahi

Kimlere?

- ÜK tanısı alan her hastaya

Ne zaman?

- Her zaman

İnflamatuvar Barsak Hastalığında Cerrahi

Kimlere?

- Gastroenterolog tarafından uygun görülen hastalara

Ne zaman?

- Gastroenterolog tarafından uygun görüldüğü zaman

İnflamatuvar Barsak Hastalığında Cerrahi

Kimlere?

- Gastroenterolog tarafından uygun görülen hastalara

Ne zaman?

- Gastroenterolog tarafından uygun görüldüğü zaman

2.1.2.1. ECCO statement 1B

Patients are best cared for jointly by a gastroenterologist and colorectal surgeon from admission (EL5) Symptoms, physical examination and signs of systemic toxicity should be closely monitored. Any clinical deterioration should prompt consideration of an emergent colectomy

İnflamatuvar Barsak Hastalığında Cerrahi: Tedavi Hedefleri

ÜK

- Hedef organı çıkararak hastalığı bitirmek
- Anal sfinkteri korumak ve perianal dışkılamayı sağlamak

Crohn

- Hastalığın tamamen yok edilmesi mümkün değil
- Sadece palyatif, kür yok
- Uzun barsak segmenti kaybından kaçınılmalı
- Uzun süreli semptomatik iyileşme sağlamak
- Yaşam kalitesini arttırmak

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

ACİL	▪ Fulminant kolit ▪ Toksik megakolon ▪ Masif kanama ▪ Perforasyon ▪ Obstruksiyon	▪ İntraktabilite ▪ Displazi, DALM, kanser ▪ Gelişme geriliği ▪ Ekstraintestinal bulgular
MUTLAK	▪ Masif kanama ▪ Perforasyon ▪ Kanser veya displazi ▪ Tedaviye cevapsız akut hastalık	▪ İntraktabilite ▪ Steroid bağımlılığı ▪ Gelişme geriliği ▪ Sistemik komplikasyonlar
		ELEKTİF RÖLATİF

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

I. **Akut kolit**
   - **1)** Klinik olarak aşikar **perforasyon** (veya şüphesi) olan hastalar
   - **2)** Şiddetli kolitli olgular
   - **3)** Orta-şiddette kolitli olgular
   - **4)** Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

II. **Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)**
   - **1)** Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

III. **Displazi & Kanser**
   - **1)** Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans
   - **2)** Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser
   - **3)** Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları
   - **4)** Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

I. **Akut kolit**
   - **1)** Klinik olarak aşikar **perforasyon** (veya şüphesi) olan hastalar
   - **2)** Şiddetli kolitli olgular
   - **3)** Orta-şiddette kolitli olgular
   - **4)** Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

II. **Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)**
   - **1)** Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

III. **Displazi & Kanser**
   - **1)** Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans
   - **2)** Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser
   - **3)** Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları
   - **4)** Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Akut Kolit*

1. Klinik olarak aşikar perforasyon veya perforasyon şüphesi olan hastalar

- ilk atakta <%4, ciddi atak ve pankolitte >%20
- Toksik kolitli olgularda perforasyon yüksek mortalite riskine sahiptir (%27-57)
  - Kapalı & açık perforasyon
  - Perforasyondan sonra cerrahiye kadar geçen süre
- **Tıbbi tedavi perforasyonun belirtilerini maskeleyebilir!**

Greenstein AJ, et al. Am J Surg. 1986
Heppell J, et al. Dis Colon Rectum. 1986
Greenstein AJ, et al. J Clin Gastroenterol.1985

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Akut Kolit*

1. Klinik olarak aşikar perforasyon veya perforasyon şüphesi olan hastalar

- Kolonik dilatasyonun giderek artması veya persiste olması
- Pnömatozis koli,
- Lokal peritonit bulguları,
- Çoklu organ yetmezliğine ait bulgular

→ **Ciddi Perforasyon**

Heppell J, et al. Dis Colon Rectum. 1986
Berg DF, et al. Am J Surg.2002
St Peter SD, et al. Arch Surg. 2003

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Akut Kolit*

1. Klinik olarak aşikar perforasyon veya perforasyon şüphesi olan hastalar

- Perforasyon dilatasyon olmadan da olabilir
- Bu olgularda klasik peritonit bulgusu görülmeyebilir
- Çoklu organ yetmezliği ciddi bulgu
- Toksik kolitte çoklu organ yetmezliği %6
- Bu olguların tamamında mortalite %6.7
- Çoklu organ yetmezliğinde mortalite %66

Greenstein AJ, et al. Am J Surg. 1986
Caprilli R, et al. Am J Gastroenterol. 2000

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

I. Akut kolit

1) Klinik olarak aşikar perforasyon (veya şüphesi) olan hastalar
2) Şiddetli kolitli olgular
3) Orta-şiddette kolitli olgular
4) Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

II. Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)

1) Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

III. Displazi & Kanser

1) Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans
2) Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser
3) Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları
4) Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Akut Kolit*

2. Şiddetli kolitli olgular

Şiddetli kolit (Truelove ve Witts):

- > 6 kanlı dışkılama/gün
- ateş (>37.5°C),
- taşikardi (>90 /dk)
- anemi (hemoglobin <%75% normal),
- sedimantasyon artışı (>30 mm/h)

Truelove SC, Witts LF. BMJ. 1955

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Akut Kolit*

2. Şiddetli kolitli olgular

Toksik veya fulminant kolit;

- > 10 kanlı dışkılama/gün
- ateş (>37.5°C)
- taşikardi (>90 /dk)
- anemi (transfüzyon gerektirecek kadar)
- sedimantasyon artışı (>30 mm/h)
- radyografide kolonda dilatasyon
- karında hassasiyet ve distansiyon

Hanauer SB. N Engl J Med. 1996

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Akut Kolit*

2. Şiddetli kolitli olgular

- Toksik kolitli olgularda cerrahi gereksinim %20-30
  - İlk 24-48 saatte tedaviye
    - Yanıtsızlık
    - Kötüleşme
  - Periton irritasyon bulgularının olması
  - %10 olguda ilk prezantasyon
- Cerrahi seçenek; "Total kolektomi + Hartmann + İleostomi "

Present DH. Et al. Med Clin North Am.1993
Hyman NH, et al. Dis Colon Rectum. 2005

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Akut Kolit*

2. Şiddetli kolitli olgular

Toksik megakolon = Transvers kolon çapının >6cm

- Cerrahi endikasyonu
  - İlk 24-48 saatte tedaviye
    - Yanıtsızlık
    - Kötüleşme
  - Periton irritasyon bulgularının olması
  - Perforasyon olursa mortalite %5 →%30
- %50 hastada 1 yıl içinde cerrahi gerekir

Beck D, Clin Colon Rectal Surg, 2004

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

I. Akut kolit

1) Klinik olarak aşikar perforasyon (veya şüphesi) olan hastalar
2) Şiddetli kolitli olgular
3) Orta-şiddette kolitli olgular
4) Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

II. Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)

1) Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

III. Displazi & Kanser

1) Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans
2) Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser
3) Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları
4) Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Akut Kolit*

3. Orta-şiddetli kolitli olgular

- Sepsis veya fulminat/toksik kolitli olgularda acil cerrahi konsultasyon
- Orta-şiddetli olgularda cerrahi konsultasyon zamanı?
- Primer tedaviye cevapsız, biyolojik (veya benzeri) tedavi planlanan hastalar → Cerrahi konsultasyon
- Başlangıçta tedaviye cevap veren bu hastalarda daha sonra kolektomi oranı %20-80
- Hastalar ruhsal ve bedensel olarak cerrahiye hazırlanmalı (cerrahi son şans değil!)
- Bu hastalar için acil değil ama elektif cerrahi

Bitton A, et al. Am J Gastroenterol. 2012
Oshitani N, et al. J Gastroenterol. 1995
Sood A, et al. J Clin Gastroenterol. 2002
Campbell S, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2005
Moskovitz DN, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2006

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

I. Akut kolit

1) Klinik olarak aşikar perforasyon (veya şüphesi) olan hastalar
2) Şiddetli kolitli olgular
3) Orta-şiddette kolitli olgular
4) Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

II. Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)

1) Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

III. Displazi & Kanser

1) Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans
2) Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser
3) Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları
4) Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Akut Kolit*

4. Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar → Daha etkili ajan & Cerrahi

- Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar
- Başlangıç düzelmeyi takiben durumu plato çizen/bozulan hastalar
- Bu hastalarda cerrahi gereksinimi ve zamanlaması?
- Tedavi başlangıcından 3gün geçtikten sonra günde >8 dışkılama veya günde 3-8 defa dışkılama+CRP >45 mg/dl → %85 Cerrahi
- Bu hastalarda biyolojik tedaviler ~%25 etkili (kolektomiden kurtarma, steroidlerin kesilmesi)

Travis SP, et al. Gut. 1996
Järnerot G, et al. Gastroenterology. 2005
Sands BE, et al. Inflamm Bowel Dis. 2001
Probert CS, et al. Gut. 2003

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Akut Kolit*

4. Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar → Daha etkili ajan & Cerrahi

- İkinci basamak (biyolojik ajan & siklosporin) tedavi kontrendike olan veya istemeyen, steroid tedavisine yanıtsız hastalar → Cerrahi
- İkinci basamak tedavinin etkinliğini değerlendirme zamanı 5-7 gün

Sands BE, et al. Inflamm Bowel Dis. 2001
Lichtiger S, et al. N Engl J Med. 1994
D'Haens G, et al. Gastroenterology. 2001

- Cevapsız hastalarda >7gün yapılan cerrahi mortalite yüksek

Kaplan GG, et al. Gastroenterology. 2008
Roberts SE, et al. BMJ. 2007

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *ECCO Klavuzu*

2.1.2.3. ECCO Statement 1D

The response to intravenous corticosteroids is best assessed objectively around the third day (EL2). Treatment options including colectomy should be discussed with patients with severely active UC not responding to i.v. corticosteroids. Second line therapy with i.v. infliximab, is appropriate (EL1). I.v. ciclosporin may be an alternative in thiopurine naïve patients (EL1). If there is no improvement within 7 days of pharmacological therapy, colectomy is recommended (EL2), without prolonging further medical therapy, in order to avoid an increase in postoperative morbidity. Third line medical therapy for acute severe ulcerative colitis is currently not indicated (EL4)

ECCO Guidelines/Consensus Paper Journal of Crohn's and Colitis, 2015

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

I. **Akut kolit**
   1) Klinik olarak aşikar perforasyon (veya şüphesi) olan hastalar
   2) Şiddetli kolitli olgular
   3) Orta-şiddette kolitli olgular
   4) Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

II. **Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)**
   1) Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

III. **Displazi & Kanser**
   1) Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans
   2) Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser
   3) Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları
   4) Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *İntraktabilite*

1. Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

- Tıbbi tedaviye cevapsızlık
- Tıbbi tedavi YTE nedeniyle sürdürülemeyen hastalar
- Uzun süreli tıbbi tedavinin ciddi risk oluşturduğu hastalar
- Yaşamı etkileyen ekstraintestinal manifestasyonlar
  - Episkleritis, eritema nodosum, aftöz ülserler ve büyük eklem artropatisi kolektomiye çok iyi cevap veriri
  - Hepatik, vasküler, hematolojik, kardiyopulmoner ve nörolojik komorbiteler ise kolektomiden fayda görmez
- Maksimum nütrisyon ve tıbbi tedaviye rağmen çocuklarda gelişme geriliği

Griffiths AM. Dig Dis. 2009
Heuschkel R, et al. Inflamm Bowel Dis. 2008

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

I. **Akut kolit**
   1) Klinik olarak aşikar perforasyon (veya şüphesi) olan hastalar
   2) Şiddetli kolitli olgular
   3) Orta-şiddette kolitli olgular
   4) Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

II. **Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)**
   1) Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

III. **Displazi & Kanser**
   1) Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans
   2) Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser
   3) Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları
   4) Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Displazi & Kanser*

1. Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans

- Endoskopik sürveylans ile premalign ve malign lezyonların saptanması mortaliteyi azaltıyor
  - Hastalığın erken yaşta başlaması,
  - Yaygınlığı (pankolit),
  - Süresi (>8 yıl)
  - Ailede kolon kanseri bulunması ve
  - Birlikte PSK olması

  } **Kanser riski↑**

Ekbom A, et al. N Engl J Med. 1990
Triantafillidis JK, et al. Anticancer Res. 2009
Askling J, et al. Gastroenterology. 2001
Broomé U, et al. Gastroenterology. 1992
Kornfeld D, et al. Gut. 1997
Jayaram H, et al. Gut. 2001

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Displazi & Kanser*

1. Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans

- Meta-analizler göre ÜK kolorektal kanser riski 10.yılda %2.1, 20 yılda %8.5 ve 30.yılda %17.8
- Toplum tabanlı çalışmalarda oranlar daha düşük (yıllık (%0.06-0.2)
- **"A Cochrane update reported that there is "no clear evidence" that surveillance colonoscopy is associated with longer survival in patients with extensive colitis** (relative risk, 0.81; 95% CI, 0.17–3.83)"
- Buna rağmen sürveylans…

Bernstein CN, et al. Cancer. 2001
L akatos L, et al. Inflamm Bowel Dis. 2006
Collins PD, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2006

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

I. **Akut kolit**
   1) Klinik olarak aşikar perforasyon (veya şüphesi) olan hastalar
   2) Şiddetli kolitli olgular
   3) Orta-şiddette kolitli olgular
   4) Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

II. **Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)**
   1) Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

III. **Displazi & Kanser**
   1) Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans
   2) Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser
   3) Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları
   4) Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Displazi & Kanser*

2. Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser → Cerrahi

- Sporadik kolorektal kanserlerin aksine ÜK hastalarında normal epitelden kansere giden süreç basamak-basamak ilerlemeyebilir

(Normal epitel → düşük dereceli displazi → yüksek dereceli displazi → invaziv kanser)

- Kolonoskopik biyopsilerde "non-adenomatöz displazili lezyon/mass-DALM-veya yüksek dereceli displazi saptanması ve bunun doğrulanması →→ **Cerrahi** (Bu hastaların kolektomi materyallerinde %43-50 oranında kanser)

Itzkowitz SH, et al. Am J Physiol Liver Physiol. 2004
Breynaert C, et al. Acta Gastroenterol Belg. 2008
Shapiro BD, et al. Gastrointest Endosc Clin N Am. 1997

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *ECCO Klavuzu*

2.1.4.1. ECCO Statement 3A

Presence of low grade or high grade dysplasia should be confirmed by an external second pathologist (EL1)

ECCO Guidelines/Consensus Paper Journal of Crohn's and Colitis, 2015

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *ECCO Klavuzu*

2.1.4.2. ECCO Statement 3B

Non-visible high-grade dysplasia warrants a recommendation of colectomy because of the risk of a concomitant or future colorectal cancer (EL2)

2.1.4.5. ECCO Statement 3E

Patients with non-adenoma-like dysplastic raised lesions, should undergo acolectomy, regardless of the grade of dysplasia detected on biopsy analysis because of the high association with metachronous or synchronous, carcinoma (EL2)

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Displazi & Kanser*

2. Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser → Cerrahi

- *"Adenoma-benzeri DALM"* lezyonlar kolit dışı alanlarda görülebilir ve sporadik adenom gibi endoskopik olarak tedavi edilir
- Kolitli alanlarda "adenom-benzeri DALM" lezyonlarda endoskopik tedavi yapabilmek için displazi olmaması gerekir

F riedman S, et al. Inflamm Bowel Dis.2003
Itzkowitz SH, et al. Gastroenterology. 2004

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *ECCO Klavuzu*

2.1.4.4. ECCO Statement 3D

Adenoma-like raised lesions can be adequately treated by polypectomy provided the lesion can be completely excised, shows absence of dysplasia at the margins of the specimen, and there is no evidence of flat dysplasia else where in the colon, either adjacent to, or distant from, the raised lesion (EL2)

ECCO Guidelines/Consensus Paper Journal of Crohn's and Colitis, 2015

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

I. **Akut kolit**
   1) Klinik olarak aşikar perforasyon (veya şüphesi) olan hastalar
   2) Şiddetli kolitli olgular
   3) Orta-şiddette kolitli olgular
   4) Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

II. **Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)**
   1) Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

III. **Displazi & Kanser**
   1) Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans
   2) Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser
   3) Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları
   4) Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Displazi & Kanser*

3. Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları

- Unifokal, flat, low-grade displazi hastalarında tedavi yaklaşımı?
- Bu olguların high-grade displaziye ilerleme oranı %0-53
- Flat low-grade displazili DALM lezyondan kanser gelişme riski 9 kat, daha ileri lezyon gelişme riski 12 kat artmış (20 kolonoskopik sürveylans çalışmanın meta-analizi)

Befrits R, et al. Dis Colon Rectum. 2002
Lim CH, et al. Gut. 2003
Connell WR, et al. Gastroenterology. 1994
Ullman T, et al. Gastroenterology. 2003
Thomas T, et al. Aliment Pharmacol Ther. 2007

- **Tedavi edilmeyen low-grade displazi olgularında high-grade displazi veya kanser görülme oranı %29, bu nedenle de bu hastalar da kolektomiye gitmeli**

Bernstein CN, et al. Lancet. 1994;343:71–74.

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Displazi & Kanser*

3. Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları

- Düşük-dereceli displaziye (DDD) sahip 60 hasta, 10 yıl takip, %73 olguda takipte farklı-farklı lokalizasyonlarda DDD mevcut
- Bu olgulardan yüksek-dereceli displazi veya DALM lezyon gelişme oranı %18

Befrits R, et al. Dis Colon Rectum. 2002;45:615–620

- Bu hastalara nasıl bir tedavi ????
- **5-ASA**
  - Etkili (1,2,3,4)
  - Etkisiz (5,6)

1. E aden J, et al. Aliment Pharmacol Ther. 2000
2. Velayos FS, et al. Am J Gastroenterol. 2005
3. Rubin DT,et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2006
4. van Staa TP, et al. Gut. 2005
5. Terdiman JP, et al. Inflamm Bowel Dis. 2007
6. Bernstein CN, et al. Am J Gastroenterol. 2011

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *ECCO Klavuzu*

2.1.4.3. ECCO Statement 3C

The current evidence is insufficient to assess the balance of risks and benefits of colectomy for flat low-grade dysplasia. The decision to recommend colectomy or continued surveillance is best tailored to the individual after careful discussion (EL5)

ECCO Guidelines/Consensus Paper Journal of Crohn's and Colitis, 2015

ÜK: Cerrahi Endikasyonlar

I. **Akut kolit**
   1) Klinik olarak aşikar perforasyon (veya şüphesi) olan hastalar
   2) Şiddetli kolitli olgular
   3) Orta-şiddette kolitli olgular
   4) Tıbbi tedavi altında durumu kötüleşen hastalar veya uygun tedaviye rağmen 48-96 saat içerisinde durumunda ciddi düzelme olmayan hastalar

II. **Tedaviye cevapsızlık (intraktabilite)**
   1) Tıbbi tedavinin etkisiz olduğu hastalar

III. **Displazi & Kanser**
   1) Uzun süreli ÜK'li hastalarda endoskopik sürveylans
   2) Non-adenom benzeri displazi (lezyon veya mass), yüksek dereceli displazi ve kanser
   3) Düşük dereceli displazi gösteren ÜK olguları
   4) Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür

ÜK Cerrahi Endikasyonlar: *Displazi & Kanser*

4. Uzun süreli ÜK hastalarında gelişen striktür → Cerrahi

- ÜK olgularında %5 10 oranında görülür
- Çoğu benign (%25 malign)
- Striktür kanserle prezente olabilir
- Biyopsiler bazen negatif gelebilir
- Genel yaklaşım:
  - **Uzun süreli ÜK → Striktür gelişimi = Malignite → Cerrahi**

Lashner BA, et al. Dig Dis Sci. 1990.
Gumaste V, et al. Gut. 1992.
Reiser JR, et al. Am J Gastroenterol. 1994.