

Erken Evre Özofagus, Mide ve Kolorektal Kanserler

Prof. Dr. Ömer Sentürk

Tanımlama

- Erken evre GİS kanserler→ endoskopik olarak yüzeysel, **non-invaziv** kanserler
- Mukoza veya submukozada sınırlı olup, LN metastazı **negatif** veya **pozitif** olabilir (kavram olarak LN metastazı riski olmayan lokal lezyonlar = erken GİS kanserler)(LN metastazı olan yüzeysel kanserler invazivdir)
- Erken evre kanserler **mukozal** ise LN metastazı düşük, **submukozal** ise bu risk oldukça yüksek

Ö.Ş

Tanımlama

- **Kürabilite**, LN metastazına bağlı
- Yüzeysel tümörler, **TNM** sınıflamasına göre **T1 evre**
- Kromoendoskopi, yüksek çözünürlüklü endoskopiler tanıda değerli (NBI, BLI ve diğerleri)
- Hastalar hemen daima **asemptomatik**

Ö.Ş

Yüzeysel Gİ Neoplazmların Preoperatif Evrelemesinin Genel Prensipleri

- Yüzeysel Gİ neoplazmların doğru bir şekilde evrelenebilmesi, daha sonra seçilecek endoskopik veya cerrahi tedavinin belirlenmesi açısından önemlidir
- **Batılı** endoskopistler tedavi kararını büyük oranda **tümörün büyüklüğüne, lokalizasyonuna** ve **histopatolojik** bulgularına göre verir
- **Japon endoskopistler** ise lezyonun endoskopik olarak tedavi edilebilirliğini ortaya koymak amacıyla öncelikle lezyonu **endoskopik olarak değerlendirir**

Ö.Ş

Yüzeysel Gİ Neoplazmların Preoperatif Evrelemesinin Genel Prensipleri

- Japonya'da Gİ kanserlerin daha sık görülmesi, Oradaki araştırmacıları bu hastalıkları erken evrede saptayıp endoskopik olarak tedavi edebilme yönünde daha fazla geliştirmiştir
- Bu bağlamda Uluslararası endoskopist, cerrahi ve patoloji gruplarının ortak girişimleri ile özofagus, mide ve kolonun yüzeysel lezyonlarının tanımlanması için **Paris Endoskopik Sınıflandırma** oluşturulmuştur
- Bununla beraber son 20 yılda, Japon endoskopistler, Batılı endoskopistlere göre Gİ kanserlerin erken evrelerinin nasıl tanı/evrelendirileceğini (kromoendoskopi, magnifiye endoskopiler, NBI, BLI...) ve endoskopik olarak nasıl tedavi edileceğini daha iyi belirleyip yapmışlardır

Ö.Ş

Yüzeysel, Mukozal, Submukozal, Erken Gİ Kanserlerin Tanımı

- **Yüzeysel Gİ kanser** metastaz yapmış veya yapmamış olsun mukozal ve submukozal kanserler, **TNM** sınıflamasındaki karşılığı **T1sm**
- **Mukozal kanser** mukozada sınırlı olan kanser = intramukozal kanser **T1m, T1a**
- **Submukozal kanser** submukozaya invazyon gösteren kanserdir **T1sm, T1b**

Ö.Ş

Yüzeyel, Mukozal, Submukozal, Erken Gİ Kanserlerin Tanımı

- **Erken gastrik kanser**, mukoza (m1-m3) veya submukozanın üst kısmında (sm1 <500 µm) LN metastaz yapmaksızın bulunan kanser, TNM sınıflamasındaki karşılığı **T1a ve T1b1**
- **Erken özofagus ca**, üst mukozda (m1, m2) bulunan ve LN metastazı yapmamış olan kanserdir, TNM sınıflamasındaki karşılığı **T1a**
- **Erken kolorektal kanser** mukoza (m1-m3) veya hafif submukozal invazyon (SMs=sm1a, sm1b) gösteren ve LN metastazı yapmayan kanserdir, TNM sınıflamasındaki karşılığı **T1a ve T1b**
- **Tüm bu erken evre Gİ kanserler endoskopik tedaviyle (EMR/ESD) kürabıldır**

Ö.Ş

Yüzeyel, Mukozal, Submukozal, Erken Gİ Kanserlerin Tanımı

- Erken Gİ kanserin tersine “**invaziv**” yüzeysel Gİ kanser “**ilerlemiş**” Gİ’den ayırt edilmelidir
- “İlerlemiş” Gİ kanser **m.propria** veya daha derin katmanları invaze etmiştir (Borman makroskopik sınıflamasına göre T2-T4 evre)

Ö.Ş

Yüzeyel, Mukozal, Submukozal, Erken Gİ Kanserlerin Tanımı

“**İnvaziv**” kanser LN metastazı yapmış “**yüzeysel**” kanserdir, organ spesifik olarak ayrı ayrı tanımlanır:

- “**İnvaziv**” **gastrik kanser** LN metastazı da yapmış olan derin submukozal kanserdir (sm2 >500 µm), TNM sınıflamasında T1b2’ye karşılık gelir
- “**İnvaziv**” **özofagus kanseri** derin mukozal kanser (m3) ve LN metastazı yapmış submukozal (sm2-sm3) kanserdir, TNM sınıflamasında tam karşılığı yoktur
- “**İnvaziv**” **kolorektal kanser** LN metastazı da yapmış olan derin invaziv submukozal (SMm=sm1c) kanserdir, TNM sınıflamasındaki karşılığı T1b2

Ö.Ş

Özofagus Kanserleri İçin Tümör İnvazyon Derinliği

Tx	Tümör invazyon derinliği değerlendirilemez
T0	Primer tümöre ait bulgu yok
T1a	Tümör mukozayı invaze etmiş
T1a-EP	Karsinoma in situ (Tis)
T1a-LPM	Tümör lamina propria mukozayı invaze etmiş (LPM)
T1a-MM	Tümör mükülaris mukozayı invaze etmiş (MM)
T1b	Tümör submukozayı invaze etmiş (SM)
SM1	Tümör submukozanın 1/3 üst kısmını invaze etmiş
SM2	Tümör submukozanın 1/3 orta kısmını invaze etmiş
SM3	Tümör submukozanın 1/3 alt kısmını invaze etmiş
T2	Tümör mükülaris propriayı invaze etmiş (MP)
T3	Tümör adventisyaı invaze etmiş (AD)
T4	Tümör komşu yapıları invaze etmiş (AI)

Mide Kanserleri İçin Tümör İnvazyon Derinliği

Tx	Tümör invazyon derinliği değerlendirilemez
T0	Primer tümöre ait bulgu yok
T1	Tümör mukoza (M) veya submukozda (SM) sınırlı
T1a	Tümör mukozda sınırlı (M)
T1b	Tümör submukozda sınırlı (SM) (SM sınırlı mide kanserleri SM1 veya T1b1 -tümör mükülaris mukozanın 0.5mm içerisinde-, SM2 veya T1b2 -tümör mükülaris mukoza içerisinde 0.5mm’den daha fazla yayılmış)
T2	Tümör mükülaris propriayı invaze etmiş (MP)
T3	Tümör subserozayı invaze etmiş (SS)
T4	Tümör serozayı (SE) veya komşu yapıları invaze etmiş (AI)
T4a	Tümör serozayı invaze etmiş ve peritoneal kavite etkilenmiş
T4b	Tümör komşu yapıları invaze etmiş

Kolorektal Kanserleri İçin Tümör İnvazyon Derinliği

Tx	Tümör invazyon derinliği değerlendirilemez
T0	Primer tümöre ait bulgu yok
Tis	Karsinoma in situ: intrepitelyal veya lamina propria invazyonu
T1	Tümör submukozayı invaze etmiş
T2	Tümör mükülaris propriayı invaze etmiş
T3	Tümör mükülaris propria ile birlikte subserozayı veya non-peritoneal perikolik veya perirektal dokuları invaze etmiş
T4	Tümör direkt olarak diğer organ ve yapıları invaze etmiş ve/veya visseral peritonu perfore etmiş

Ö.Ş

Tanımlama

- Yüzeysel kanser tanımı ne histoloji ve ne de Gİ kanserin invazyonu ile ilgili değildir, basitçe lezyonun **endoskopik görünümünü** yansıtır
- **Yüzeysel kanser** yerine **erken Gİ kanser** terimi daha doğru
- Bu tanım **kürabil** bir hastalığın varlığını düşündürtür
- Erken GİS kanserlerinde kürabilite LN metastazı ile ilgilidir
- LN metastazı riski ile ilgili majör faktörlerin başında invazyon derinliği gelir (mukoza yerine submukoza tutulum)

Ö.Ş

İnvazyonun Derinliği ve LN Metastazı Riski

- Erken evre Gİ tümörü nedeniyle cerrahi ile birlikte geniş LN diseksiyonu yapılan hastalarda LN metastazı sıklığı:
 - **mukoza**l karsinomlarda oldukça düşük;
 - %2-4 gastrik kanserler,
 - %2-3 özofagus kanserleri ve
 - %0 kolorektal kanserler
 - **submukoza**l karsinomlarda yüksek;
 - %14-20 gastrik kanserler,
 - %37-53 özofagus kanserleri ve
 - %3-18 kolorektal kanserler

Lezyonun derinliği	Lenf Nodu Metastazı (%)		
	Gastrik	Özofageal	Kolorektal
Mukoza kanser	%2-4	%2-3	%0
Submukoza kanser	%14-20	%37-53	%3-18

Ö.Ş

İnvazyonun Derinliği ve LN Metastazı Riski (Daha detaylı sınıflandırıldığında-subklasifikasyon-)

Yüzeysel kanserlerin invazyon derinliğine göre subklasifikasyonu:

m1: intrepitelyal non-invaziv karsinom, önceki adıyla karsinoma in situ

m2: kanserin lamina propriayı invaze etmesi

m3: kanserin müskülaris mukozaya ulaşması (invazyonu)

sm1: kanserin submukoza'nın üst 1/3 kısmının invazyonu

sm2: kanserin submukoza'nın orta 1/3 kısmının invazyonu

sm3: kanserin submukoza'nın alt 1/3 kısmının invazyonu

Ö.Ş

İnvazyonun Derinliği ve LN Metastazı Riski (Daha detaylı sınıflandırıldığında-subklasifikasyon-)

Lezyonun derinliği	Lenf Nodu Metastazı (%)		
	Gastrik	Özofageal	Kolorektal
Derinlik			
m1	%0	%0	%0
m2	%0	%0	%0
m3	%0	%8	%0
sm1 (mide:<300µm, özofagus:<200µm, kolon: üst 1/3)	%0	%17	%0 (sm1a, sm1b)
sm2	%14-20	%28	%10 (sm1c)
sm3	%19-24	%49	%10

Ö.Ş

Neoplastik Lezyonların Mutlak (+Göreceli) Endoskopik Rezeksiyon Endikasyonları

- LN metastazı riski invazyonun derinliğine göre arttığından, lezyon makroskopik özellikler, kromoendoskopi, magnifiye endoskopi ve son olarak da endostoskopi tekniklerinden faydalanarak mukozal ve submukoza katmanlara ayrılarak incelenir
- Mukozal ve submukoza olanlar da daha ayrıntılı katmanlara ayrılır, bu değerlendirme hastanın **endoskopik olarak mı, yoksa cerrahi tedaviye mi** ihtiyaç duyduğunu ortaya koyabilir
- Submukoza kanserler sm1, sm2 ve sm3'e ayrılır, özofagus sm1 evre kanseri üst özofagus 1/3 bölümünü (200 µm'dan az), gastrik sm1 300 µm'dan daha az ve kolon sm1 kanser ise 500 µm'dan daha az tutulum gösterir

Ö.Ş

Neoplastik Lezyonların Mutlak (+Göreceli) Endoskopik Rezeksiyon Endikasyonları

- Tüm Gİ kanserler **m1 ve m2 evrede herhangi bir LN metastazı riski taşımazlar** ve **endoskopik tedaviyle kürabldırlar**
- sm2 ve sm3 olanlar ise yüksek LN metastazına sahiptirler (%49'a varan oranlarda) ve **kesinlikle cerrahi olarak tedavi** edilmelidirler
- **m3 ve sm1 subtiplerde ise LN metastazı kanserin kaynaklandığı organa göre değişiklik gösterir**
- Bu bulgular doğrultusunda bugün için **Paris sınıflamasında** kullanılan "yüzeysel" terimi "erken" Gİ kanser ile eşit değildir, erken Gİ kanserlerin histolojik sınıflaması önemli hale gelmiştir

Ö.Ş

Neoplastik Lezyonların Mutlak (+Göreceli) Endoskopik Rezeksiyon Endikasyonları

Faktör	Özofagus	Mide, Barrett özofagus, kolorektum
Histoloji	High-grade (+low-grade) displazi, squamöz h.li CA	High-grade (+low-grade) adenom/displazi, iyi veya orta (+kötü) diferansiye adeno CA
Derinlik	m1, m2 (+m3, sm1)	m (+sm1)
Tip	Ila, Iib, Iic, (I ve III yok)	Ila, Iib, Iic skarsız, I, (III yok)
Büyüklik	<3cm (+daha büyük lezyonlar) <çepeçevre ¼ (+tümüyle tutmuş)	Ila, I: <2cm (+daha büyük lezyon) Iic: <1cm (+1-3cm) (+kötü diferansiye CA, <1cm)

Ö.Ş

Özofagus Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

TNM sınıflamasına göre T1 özofagus kanseri mukoza veya submukozada sınırlıdır:

- **T1a** (mukozal kanser)(m)
 - T1a-EP (karsinoma in situ, Tis)
 - T1a-LPM (tümör lamina propria mukozaya uzanmış)
 - T1a-MM (tümör müskülaris mukozayı invaze etmiş)
- **T1b** (submukozal kanser)(sm)
 - SM1: Üst (yüzeysel submukozal)
 - SM2: Orta
 - SM3: Alt (derin submukozal)

Ö.Ş

Özofagus Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

- Özofagusun squamöz h.li kanseri (SCC) **m3** evrede **%10** ve **sm1** evrede yaklaşık **%20** oranında LN metastazına yol açar ve dolayısıyla da endoskopik tedaviye **uygun değildir**
- Özofagus SCC **m1** ve **m2** evrede LN metastazı riskine **sahip değildir** ve endoskopik olarak tedavi edilebilirken, **sm2** ve **sm3** evrede olanların büyük bir bölümü LN metastazına sahiptir ve cerrahi olarak tedavi edilmelidirler

Ö.Ş

Özofagus Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

- m3 ve sm1 evrede olan özofagus SCC bazı **subtipleri** NBI paternine göre (***IPCL-V3A paterni**, *Inoue sınıflaması*) yüzeysel submukozal invazyon yapmış olsa bile LN metastazı riski taşımazlar ve endoskopik olarak çıkartılabilirler
- Dolayısıyla **“erken”** özofagus kanseri yüzeysel kanserin **m1-m2** ile NBI değerlendirmede **IPCL-V3A paterni gösteren m3-sm1** subtipleri kabul edilmelidir

*IPCL: Intraepithelial Papillary Capillary Loop

Ö.Ş

Özofagus Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

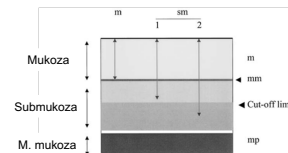
Tip 0 özofagus SCC'in makroskopik sınıflamasına göre invazyon derinliği

	m1+m2 n (%)	m3+sm1 n (%)	sm2+sm3 n (%)
0-I Ip+Is	11 (4)	44 (16)	207 (79)
0-IIa, b IIa IIb	62 (20) 152 (69)	94 (31) 36 (16)	147 (48) 33 (15)
0-IIc IIc	256 (39)	254 (34)	206 (27)
0-III III	2 (3)	9 (13)	58 (84)
Toplam	483 (31)	428 (27)	651 (41)

- Bu sınıflamaya göre **“0-Ip+Is”** ve **“0-III”** özofagus lezyonları en fazla derin submukozal invazyona sahiptir (%79 ve %84)

Mide Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

- Özellikle gastrik kanserler için invazyon derinliği dikkate alınarak 2 basit evreleme (sm1 ve sm2) önerilmektedir.
- **Sm1** gastrik kanser müskülaris mukozadan itibaren < 500µm submukozal invazyon yapan, **sm2** > 500µm submukozal invazyon yapan



Ö.Ş

Mide Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

Submukozal gastrik kanserin evrelemesi:

Tx	Tümör invazyon derinliği değerlendirilemez
T0	Primer tümöre ait bulgu yok
T1	Tümör mukoza (M) veya submukozda (SM) sınırlı
T1a	Tümör mukozda sınırlı (M)
T1b	Tümör submukozda sınırlı (SM) (SM sınırlı mide kanserleri SM1 veya T1b1 -tümör mükülaris mukozanın 0.5mm içerisinde-, SM2 veya T1b2 -tümör m.mukoza içerisinde >0.5mm yayılmış)
T2	Tümör mükülaris propriayı invaze etmiş (MP)
T3	Tümör subserozayı invaze etmiş (SS)
T4	Tümör serozayı (SE) veya komşu yapıları invaze etmiş (AI)
T4a	Tümör serozayı invaze etmiş ve peritoneal kavite etkilenmiş
T4b	Tümör komşu yapıları invaze etmiş

Sm1 gastrik kanseri olan hastalar (<500 µm) diğer risk faktörlerine (1. **lyi diferansiye**, 2. **<30mm lezyon**, 3. **Lenfo-vasküler tutulum yok**) de sahip değilse LN metastazi riski yoktur

Mide Nodal İnvazyon (Tip 0 Lezyonlar): Lezyon büyüklüğü ve submukozal invazyon derinliğine göre

Lezyon büyüklük (mm)	<500 n/N (%)	>500 n/N (%)
<10	1/31 (3)	5/93 (13)
10-20	4/71 (6)	28/195 (14)
21-30	4/71 (6)	52/273 (19)
>30	6/92 (7)	86/319 (27)
Toplam	15/256 (6)	171/826 (21)

Ö.Ş

Mide Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

- Bu sınıflama, erken gastrik kanserlerin endoskopik tedavisi (**ESD**) kararını doğru bir şekilde vermeyi sağlar
- Yüzeysel gastrik kanserlerde **submukozal invazyon derinliği (1)** dışında **tümörün büyüklüğü (2)**, **histolojik tipi (3)** ve **lenfo-vasküler tutulum (4)** da **LN metastazi** açısından bağımsız risk faktörüdür
- Histolojik olarak iyi ve orta derecede diferansiye tübüler adenokarsinom (%50) ve papiller adenokarsinom (%30) **diferansiye histolojik tip** olarak tanımlanırken, kötü diferansiye adenokarsinom (%25) ve taşlı yüzük h.li adenokarsinom (%15) **undiferansiye histolojik tip** olarak tanımlanır

Ö.Ş

Mide Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

- Başlangıç çalışmalarda **undiferansiye mukozal gastrik kanserler** submukozal invazyon yapmasa bile LN metastazi yapma olasılığı vardır (%4.2) (diferansiye mukozal kanserlere göre %0.4) ve **endoskopik tedavi (EMR/ESD) kararı buna göre verilemez**
- Bu hastalarda başka faktörler de LN metastaz riskini öngörmeye etkili olabilir; **<20mm mukozada sınırlı gastrik tümörler lenfatik invazyon veya ülserasyon göstermiyorsa LN metastazi riski oldukça düşüktür ve ESD ile küratif olarak tedavi edilebilir**
- Bugün için undiferansiye gastrik adenokarsinimler endoskopik tedavi için rölâtif bir endikasyon oluşturmazlar**

Ö.Ş

Mide Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

Faktör	Özofagus	Mide, Barrett özofagus, kolorektum
Histoloji	High-grade (+low-grade) displazi, squamöz h.li CA	High-grade (+low-grade) adenom/displazi, iyi veya orta (+kötü) diferansiye adeno CA
Derinlik	m1, m2 (+m3, sm1)	m (+sm1)
Tip	Ila, Iib, Iic, fakat I veya III yok	Ila, Iib, Iic skarsız, I, fakat III yok
Büyüklük	<3cm (+daha büyük lezyonlar) <çepçevre ¾ (+tümüyle tutmuş)	Ila, I: <2cm (+daha büyük lezyon) Iic: <1cm (+1-3cm) (+kötü diferansiye CA, <1cm)

Ö.Ş

Mide Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

- Cerrahi yapılan erken evre gastrik kanserlerin incelenmesinde LN metastazının oldukça düşük veya hiç bulunmaması üzerine erken evre gastrik kanserlerin endoskopik rezeksiyon endikasyonları genişletilmiş, hatta erken evre taşlı yüzük h.li kanserler dahi endoskopik tedavi yapılabilecek hale gelmiştir.

Erken gastrik kanserlerde önerilen genişletilmiş ESD tedavi kriterleri

Depth	Mucosal cancer		Submucosal cancer	
	UL(-)	UL(+)	SM1	SM2
≤20	■	■	■	■
20< ≤30	■	■	■	■
30< ≤30	■	■	■	■
any size	■	■	■	■

■ Guideline criteria for EMR ■ Surgery
 ■ Extended criteria for ESD ■ Consider Surgery¹

¹ Bu grup undiferansiye kanserlerde her ne kadar metastaz riski düşük ise de lezyonun endoskopik olarak bir bütün halinde çıkartılması bazen güçlük oluşturabileceği için cerrahi tedavi önerilir (UL: ulcer)

Mide Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

- Bazı çalışmaların sonucunda <1cm deprese tip (0-Ic) ve <2cm eleve tip (0-IIa) erken gastrik kanserlerin endoskopik tedavi (EMR/ESD) için uygun olduğunu ileri sürülmektedir
- Aynı çalışmalara göre >3cm eleve tip yüzeysel gastrik kanserler ile 1-3cm arasında deprese tiplerin **yüksek LN metastazı** riskine sahip oldukları için **cerrahi** olarak tedavi edilmeleri bildirilmektedir
- LN metastazının varlığı yüzeysel gastrik kanserler için en önemli prognostik faktördür
- LN diseksiyonu ile birlikte yapılan radikal cerrahinin sonuçları çok iyi olduğu için olası LN riski taşıyan hastalara endoskopi tedavi yapılmamalıdır

Ö.Ş

Mide Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

LN metastazı riski taşımayan erken evre mide kanserleri

Kriter	Sıklık	%95 CI
İntramukozal kanser Diferansiye adenokanser Lenfovasküler invazyon yok Ülser bulgularına bakmaksızın Tümör <3cm	0/1230; %0	%0-0.3
İntramukozal kanser Diferansiye adenokanser Lenfovasküler invazyon yok Ülser bulgularına bakmaksızın Tümör büyüklüğünden bağımsız	0/929; %0	%0-0.4
İntramukozal kanser Diferansiye adenokanser Lenfovasküler invazyon yok Ülser bulgularına bakmaksızın Tümör büyüklüğünden bağımsız	0/141; %0	%0-2.6
Hafif submukozal penetrasyon (sm1) Diferansiye adenokanser Lenfovasküler invazyon yok Tümör çapı <3cm	0/145; %0	%-2.5

Mide Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

Sonuç olarak bu yaklaşıma göre bir veya daha fazla LN metastazı riski:

- Undiferansiye tip,
- Tümör çapı >2cm,
- Lenfatik/venöz tutulum varlığı,
- Submukozal invazyon ve
- Ülseratif değişiklikler taşıyan erken **evre mide kanseri** olgularına LN diseksiyonu ile birlikte **CERRAHİ TEDAVİ** önerilir
(her ne kadar endoskopik olarak gastrik lezyon çıkartılabilirse de)

Ö.Ş

Kolo-Rektal Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

KRK Tümör invazyonunun derinliğinin Japon Kolorektal Kanseri Sınıflaması

M: İnvazyon mukozada sınırlı

SM: Submukoza invaze

MP: İnvazyon m. propriaya uzanmış

Seroza ve visseral periton olan kısımlarda:

SS: İnvazyon subserozaya uzanmış

SE: İnvazyon serozayı penetre etmiş

SI: Komşu organ ve yapılara direkt invazyon var

Seroza ve visseral periton olmayan kısımlarda:

A: İnvazyon m. propriadan perikolik ve perirektal dokuları invaze etmiş

AI: Komşu organ ve yapılara direkt invazyon var

KRK'de LN metastazı için invazyon derinliği kadar genişliği de ÖNEMLİDİR

Ö.Ş

Kolorektal Kanseri İçin Tümör İnvazyon Derinliği

Tx	Tümör invazyon derinliği değerlendirilemez
T0	Primer tümöre ait bulgu yok
Tis	Karsinoma in situ: intrepityal veya lamina propria invazyonu
T1	Tümör submukozayı invaze etmiş
T2	Tümör m. propriayı invaze etmiş
T3	Tümör m. propriaya ile birlikte subserozayı veya non-peritoneal perikolik veya perirektal dokuları invaze etmiş
T4	Tümör direkt olarak diğer organ ve yapıları invaze etmiş ve/veya visseral peritonu perforasyon etmiş

Ö.Ş

Kolo-Rektal Kanseri: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

- Submukozal KRK'ler;
 - İnvazyonun **derinliğine** göre 3'e ayrılır: sm1, sm2 ve sm3
 - Sm1 lezyonlar **invazyonun genişliğine** göre 3'e ayrılır: sm1a, sm1b ve sm1c
- Submukozal invazyonun genişliği toplam genişliğin yarısından az ise (sm1a ve sm1b) lenf nodu metastazı riski yoktur ve bunlar hafif invaziv submukozal kanserler olarak tanımlanırlar (SMs)

Ö.Ş

Kolo-Rektal Kanser: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

- Submukozal invazyon total genişliğin yarısından fazlaysa (sm1c), sm2 ve sm3 lezyon söz konusu ise LN metastazı kısmen vardır (%10) ve bunlar masif invaziv submukozal kanserler olarak isimlendirilirler (SMm)
- Bu bulgulara göre “erken” kolorektal kanser tanımına m1-m3 mukozal kanser ile sm1a ve sm1b submukozal kanserler girer, sadece endoskopik tedavi yapılır
- Sm1c, sm2-sm3 evre kanserler **invaziv kanserlerdir** ve mutlaka cerrahi olarak tedavi edilmelidirler (LN metastazı riski >%10)

Ö.Ş

Kolo-Rektal Kanser: Lezyonun Derinlik/Genişliğine Göre LN Metastazı

Lezyonun derinliği	Gastrik	Özofageal	Kolorektal
Mukozal kanser			%0
Submukozal kanser	%14-20	%37-53	%3-18
Derinlik	Gastrik	Özofageal	Kolorektal
m1			%0
m2	%0	%0	%0
m3			%0
sm1 (mide:<300µm, özofagus:<200µm, kolon: üst 1/3)	%0	%17	%0 (sm1a, sm1b)
sm2			%10 (sm1c)
sm3	%19-24	%49	%10

Kolo-Rektal Kanser: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

- Makroskopik sınıflama temelinde **tip 0** KRK büyüklüğü ve invazyon derinliği tabloda görülmektedir
- Bu sınıflamaya göre protrüze tip “**0-Ip+Is**”, yüzeysel eleve ve flat tip “**0-IIa+IIb**” <15mm kolorektal lezyonlar düşük (<%8) submukozal invazyon riskine sahipken, >20mm lezyonlarda submukozal invazyon riski %17’den daha fazladır
- Deprese tip “**0-IIc**” lezyonlar küçük dahi (<5mm) olsalar yüksek submukozal invazyon riskine sahiptirler, bu lezyonlar >5mm üzerinde olursa submukozal invazyon riski >%40’dır

Ö.Ş

Kolo-Rektal Kanser: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

Makroskopik sınıflama temelinde tip 0 KRK büyüklüğü ve invazyon derinliği tabloda görülmektedir

	<5mm	6-10mm	11-15mm	16-20mm	>20mm
0-I Ip+Is	0/5400 (%0)	49/4045 (%1.2)	80/1002 (%8)	58/330 (%17)	56/187 (%30)
0-IIa, b IIa+IIb	2/6214 (<%0.1)	2/1015 (%0.2)	9/493 (%1.8)	17/165 (%10)	53/235 (%23)
0-IIc IIc	17/236 (%7)	58/132 (%44)	42/63 (%67)	18/20 (%90)	13/15 (%87)
0-III III	0	0	0	0	0
Toplam	19/11850 (%<0.2)	109/5192 (%2)	131/1558 (%8)	93/1523 (%18)	122/437 (%28)

Ö.Ş

Kolo-Rektal Kanser: Tümör İnvazyonunun Derinliği (T)

Faktör	Özofagus	Mide, Barrett özofagus, Kolo-rektum
Histoloji	High-grade (+low-grade) displazi, squamöz h.li CA	High-grade (+low-grade) adenom/displazi, iyi veya orta (+kötü) diferansiye adeno CA
Derinlik	m1, m2 (+m3, sm1)	m (+sm1)
Tip	IIa, IIb, IIc, fakat I veya III yok	IIa, IIb, IIc skarsız, I, fakat III yok
Büyüklik	<3cm (+daha büyük lezyonlar) <çepeçevre ¾ (+tümüyle tutmuş)	IIa, I: <2cm (+daha büyük lezyon) IIc: <1cm (+1-3cm) (+kötü diferansiye CA, <1cm)

Ö.Ş

Yüzeysel, Mukozal, Submukozal, Erken Gİ Kanserlerin Tanımı

- Yüzeysel Gİ kanser** metastaz yapmış veya yapmamış olsun mukozal ve submukozal kanserler, **TNM** sınıflamasındaki karşılığı **T1sm**
- Mukozal kanser** mukozada sınırlı olan kanser = intramukozal kanser **T1m, T1a**
- Submukozal kanser** submukozaya invazyon gösteren kanserdir **T1sm, T1b**

Ö.Ş

Yüzeyel, Mukozal, Submukozal, Erken Gİ Kanserlerin Tanımı

- **Erken gastrik kanser**, mukoza (m1-m3) veya submukozanın üst kısmında (sm1 <500 µm) LN metastaz yapmaksızın bulunan kanser, TNM sınıflamasındaki karşılığı **T1a ve T1b1**
- **Erken özofagus ca**, üst mukozda (m1, m2) bulunan ve LN metastazı yapmamış olan kanserdir, TNM sınıflamasındaki karşılığı **T1a**
- **Erken kolorektal kanser** mukoza (m1-m3) veya hafif submukozal invazyon (SMs=sm1a, sm1b) gösteren ve LN metastazı yapmayan kanserdir, TNM sınıflamasındaki karşılığı **T1a ve T1b**
- **Tüm bu erken evre Gİ kanserler endoskopik tedaviyle (EMR/ESD) kürabıldılar**

Ö.Ş

Yüzeyel, Mukozal, Submukozal, Erken Gİ Kanserlerin Tanımı

- Erken Gİ kanserin tersine “**invaziv**” yüzeysel Gİ kanser “**ilerlemiş**” Gİ’den ayırt edilmelidir
- “İlerlemiş” Gİ kanser **m.propria** veya daha derin katmanları invaze etmiştir (Borman makroskopik sınıflamasına göre T2-T4 evre)

Ö.Ş

Yüzeyel, Mukozal, Submukozal, Erken Gİ Kanserlerin Tanımı

“**İnvaziv**” kanser LN metastazı yapmış “**yüzeysel**” kanserdir, organ spesifik olarak ayrı ayrı tanımlanır:

- “**İnvaziv**” **gastrik kanser** LN metastazı da yapmış olan derin submukozal kanserdir (sm2 >500 µm), TNM sınıflamasında T1b2’ye karşılık gelir
- “**İnvaziv**” **özofagus kanseri** derin mukozal kanser (m3) ve LN metastazı yapmış submukozal (sm2-sm3) kanserdir, TNM sınıflamasında tam karşılığı yoktur
- “**İnvaziv**” **kolorektal kanser** LN metastazı da yapmış olan derin invaziv submukozal (SMm=sm1c) kanserdir, TNM sınıflamasındaki karşılığı T1b2

Ö.Ş

Yüzeyel Gİ Neoplazmların Preoperatif Evrelemesinin Genel Prensipleri

- Yüzeyel Gİ neoplazmların doğru bir şekilde evrelenmesi daha sonra seçilecek endoskopik veya cerrahi tedavinin belirlenmesi açısından önemlidir
- **Batılı** endoskopistler tedavi kararını büyük oranda **tümörün büyüklüğüne, lokalizasyonuna ve histopatolojik bulgularına** göre verir
- **Japon** endoskopistler ise lezyonun endoskopik olarak tedavi edilebilirliğini ortaya koymak amacıyla öncelikle lezyonu endoskopik olarak değerlendirir

Ö.Ş

Yüzeyel Gİ Neoplazmların Preoperatif Evrelemesinin Genel Prensipleri

- Japonya’da Gİ kanserlerin daha sık görülmesi, Oradaki araştırmacıları bu hastalıkları erken evrede saptayıp endoskopik olarak tedavi edebilmek yönünde daha fazla geliştirmiştir
- Bu bağlamda Uluslararası endoskopist, cerrahi ve patoloji gruplarının ortak girişimleri ile özofagus, mide ve kolonun yüzeyel lezyonlarının tanımlanması için **Paris Endoskopik Sınıflandırma** oluşturulmuştur
- Bununla beraber son 20 yılda, Japon endoskopistler, Batılı endoskopistlere göre Gİ kanserlerin erken evrelerinin nasıl tanı/evrelendirileceğini (kromoendoskopi, magnifiye endoskopiler, NBI, BLI...) ve endoskopik olarak nasıl tedavi edileceğini daha iyi belirleyip yapmışlardır

Ö.Ş

Endoskopi ve Kromoendoskopi

- Magnifiye endoskopiler (NBI, BLI...)
- **Iodine** solüsyon (%1.5-2); özofagustaki çok katlı squamöz epitelin tanımlanmasında kullanılır, neoplastik alan boya tutmaz, normal epitel ise siyaha çalan kahverengi renkte boya tutar
- **İndigo carmin** (%0.5-1); non-neoplastik (hiperplastik) lezyonlarla neoplastik lezyonların ayırımını sağlar
- **Metilen mavisi**; özofagus ve midedeki intestinal metaplazinin saptanması, ülseratif kolitte sürveylansta kullanılır
- Barrett özofagusunda **dilue asetik asid** endoskopik olarak uygulanması metastatik mukozal yapının değerlendirilmesinde önerilir

Ö.Ş

Erken Gİ Kanserin Organ Spesifik Endoskopik Sınıflaması

Erken özofagus ca'nin NBI magnifiye endoskopi ile IPCL yapısına göre sınıflandırılması

- NBI ile kombine edilen magnifiye endoskopi yüzeysel özofagus mukozasının mikrovasküler yapısının daha belirgin olarak anlaşılmasını ve buna bağlı olarak da yüzeysel malign ve premalign lezyonların doğru bir şekilde tanınmasını sağlar
- Çok katlı squamöz özofagus epiteli pit patternne sahip değildir, rutin olarak mide ve kolonda glandüler epitelde görülür, spesifik yüzeysel kapiller yapı yerine **Intraepitelyal Papiller Kapiller Loop** (IPCL) karakterize edilir
- IPCL küçük (yan) damarlardan olan uzantılar olup, konvansiyonel endoskop ile nadiren görülürler, magnifiye skoplar ise görüntüyü 80 kat artırmak suretiyle bu yapıları rahatlıkla görünür hale getirir

Ö.Ş

Erken Gİ Kanserin Organ Spesifik Endoskopik Sınıflaması

Erken özofagus ca'nin NBI magnifiye endoskopi ile IPCL yapısına göre sınıflandırılması

- Daha çok yüzeysel tabakada lokalize olan IPCL kahverengi loop şeklinde izlenir
- Özofagusta lümen dar olduğu için NBI ile mukozal yapının değerlendirilmesinde yeterli ışık sağlanabilir ve bu yapılar daha kolay izlenebilir (**yüzeysel malign** ve **prealign lezyonların** değerlendirilmesi)
- Magnifiye skoplara rağmen değerlendirmede şüpheli bir durum varsa ilave olarak kromoendoskopi (Lugol ile) yapılabilir
- Bu değerlendirmelerle hastanın lezyonunun endoskopik olarak (EMR/ESD) tedavi edilebilirliğine karar verilir

Ö.Ş

Erken Gİ Kanserin Organ Spesifik Endoskopik Sınıflaması

Erken özofagus ca'nin NBI magnifiye endoskopi ile IPCL yapısına göre sınıflandırılması

- **IPCL Tip I:** Normal mukoza
- **IPCL Tip II:** Rejeneratif doku veya enflamasyon
- **IPCL Tip III:** Sınırdaki lezyon, özofajit bulguları, düşük-dereceli (low-grade) intraepitelyal neoplazi, hastalar takibe alınmalıdır (*Revize edilmiş Viyana sınıflamasında kategori 3*)
- **IPCL Tip IV:** Yüksek dereceli (high-grade) intraepitelyal neoplazi veya karsinoma insitu (*Revize edilmiş Viyana sınıflamasında kategori 4*)
- **IPCL Tip V1:** Mukozal kanser (m1)
- **IPCL Tip V2:** Mukozal kanser (m2)

Ö.Ş

Gİ Epitelyal Kanserin Revize Viyana Sınıflaması

Kategori	Tanı	Klinik yönetim
Grup 1	Neoplazi için negatif	Takip (opsiyonel)
Grup 2	Neoplazi için belirsizlik	Takip
Grup 3	Mukozal low-grade neoplazm LG adenom/displazi	Endoskopik rezeksiyon veya takip
Grup 4	Mukozal high-grade neoplazm	Endoskopik veya cerrahi lokal rezeksiyon
Subgrup 4.1	High-grade adenom/displazi	
Subgrup 4.2	Non-invaziv karsinom (karsinoma in situ)	
Subgrup 4.3	Invaziv karsinom şüphesi	
Subgrup 4.4	Intramukozal karsinom	
Grup 5	Karsinom tarafından submukozal invazyon	Cerrahi rezeksiyon

Ö.Ş

Erken Gİ Kanserin Organ Spesifik Endoskopik Sınıflaması

Erken özofagus ca'nin NBI magnifiye endoskopi ile IPCL yapısına göre sınıflandırılması

- Lokal endoskopik tedavi aşağıdaki lezyonlarda düşünülmelidir (EMR/ESD):
 - IPCL Tip IV, Tip V1 ve V2, Tis, LN metastazı riski olmayan m1 ve m2

Ö.Ş

Endoskopi ve Kromoendoskopi

- IPCL yapısına göre sınıflama, şüpheli yüzeysel faregeal lezyonlar için de kullanılır ve faregeal kanserlerin endoskopik tedavisine karar vermede güvenilir bir yöntem olarak kabul edilir
- Orofaregeal lezyonlara kromoendoskopi yapmak mümkün değildir ve bu lezyonlar magnifiye endoskopilerle (NBI) değerlendirilirler
- Özofagustaki lezyonların NBI ile değerlendirilmesine kromoendoskopi de kombine edilir (Lugol boyası), bu yöntem özofagustaki intraepitelyal SCC tanısında en duyarlı yöntemi oluşturur

Ö.Ş

Endoskopi ve Kromoendoskopi

- Skuamöz hücreli epitelde Lugol kromoendoskopi ile lezyon boya tutmaz ve "**Pembe Renk İşareti**" ortaya çıkar, bu da karsinom veya yüksek dereceli displazinin varlığını gösterir
- "Pembe Renk İşareti", NBI sistemi ile "**Parlak Gümüş Rengi İşareti**" olarak tanınır, her iki fenomenin kombinasyonu "**Pembe-Gümüş Renk İşareti**" olarak tanımlanır

Ö.Ş

Endoskopi ve Kromoendoskopi

- Parlak gümüş rengi belirtisi iodin boyasından 7 dk sonra görülmeye başlar, bu süre iodin boyasından hemen sonra sodyum tiosulfat solüsyonu kullanılması ile (sprey olarak) kısaltılabilir
- NBI magnifikasyon görüntüleme, invazyonun derinliğini ve endoskopik rezektabiliteyi ortaya koymada (yüzeysel erken özofagus kanserlerinde) iodin kromoendoskopisine üstündür
- NBI magnifiye endoskopik değerlendirme (IPCL yapısına göre sınıflandırma) özofagus SCC tanısında güvenilir ve doğru bir tanı yöntemi olup, aynı zamanda tedavi yönteminin de belirlenmesini sağlar
- NBI magnifikasyon sistemi, konvansiyonel yöntemlere göre erken lezyonların saptanmasında oldukça üstündür (hatta özofagustaki <2mm küçük lezyonların saptanması da dahil)

Ö.Ş

Erken **Mide** Kanserinin NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflaması

- Midede NBI magnifiye endoskopik inceleme yüzeysel gastrik mukozanın hem **mikrovasküler yapısı** ve hem de **mikroyüzeysel yapıları** hakkında değerlendirme olanağı sağlar
- Her ne kadar NBI magnifiye endoskopik değerlendirme ile erken gastrik kanserin belirlenmesine ait mutlak bir kılavuz olmasa da, bu lezyonların karakterize edilmesinde çeşitli sınıflamalar önerilmiştir
- İlk olarak önerilen "VS sınıflaması" (V=vasküler pattern, S=surface pattern) (düzensiz mikrovasküler yapı veya düzensiz mikroyüzeysel yapı)
- Subepitelyal kapiller yapı (SECN- subepithelial capillary network) ve düzensiz mikrovasküler pattern (IMVP- irregular-microvascular pattern) temelinde adenokanser ayrımı (undiferansiye tip) yapılabilir

Ö.Ş

Erken **Mide** Kanserinin NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflaması

- Son zamanlarda erken gastrik kanserin NBI magnifiye endoskopi ile değerlendirmesinde önerilen sınıflama (Yokoyama):
 - Düzenli yapı (fine network-FNP-)
 - Intralobular loop 1 (ILL-1)
 - Intralobular loop 2 (ILL-2)
 - Tirbuşon yapı (corkscrew pattern-CSP-)

Ö.Ş

Erken **Mide** Kanserinin NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflaması

- Asetik asid sprey uygulayarak yapılan NBI magnifiye endoskopik değerlendirmede yüzeysel gastrik mukozal glandlar hakkında daha detaylı bilgi edinilebilir
- Buna bağlı olarak spesifik anormal endoskopik yapılar (örn.küçük pit pattern, düzensiz villöz pattern, glandüler yapıların ortadan kalkması ile birlikte pit pattern yapısının bozulması)
- Asetik asid sprey uygulaması NBI magnifikasyonun doğruluğunu artırmakta, özellikle de benign yüzeysel gastrik lezyonların malign lezyonlardan ayırt edilmesi sağlanabilmektedir

Ö.Ş

Erken **Kolorektal** Kanserde Pit Pattern ve NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflama

- Kolorektal lezyonlar modifiye Japon ve Paris endoskopik sınıflamasına göre:
 - 0-Ip, 0-Isp, 0-Is → protrude tip
 - 0-IIa → flat tip
 - 0-IIc → deprese tip
- Bazı eleve kolorektal lezyonlar lateral olarak büyük çapa ulaşabilir (>10mm) (yükseklik veya lümene protrüzyonunda artış olmaksızın), bunlar "**Lateral Spreading Tumors**" (LST) olarak adlandırılır

Ö.Ş

Erken Kolorektal Kanserde Pit Pattern ve NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflama

- Magnifiye kolonoskopi çeşitli kolorektal lezyonlarda yüzeysel mikroyapıları hakkında doğru ve gerçek bir değerlendirme fırsatı verirken, buna kromoendoskopinin ilave edilmesi **daha küçük lezyonların** tanınmasını, **ayırıcı tanının** yapılmasını ve lezyonun sadece **laterale** olan yaygınlığını değil, ama aynı zamanda **derinliği** ile ilgili de (invazyona) bilgiler verir

Ö.Ş

Erken Kolorektal Kanserde Pit Pattern ve NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflama

- 'Pit pattern' glandlarla ilgili spesifik görünüm olup, magnifiye endoskopi ile farklı lezyonlarda çeşitli görünüm olarak tanımlanır
- Pit patternler; **normal**, **nonneoplastik** (hiperplastik) ve **neoplastik** (adenomatöz veya kanser) olarak ayrılırlar, lezyonun histolojik yapısını öngörmeye faydalıdır
- Farklı şekillerde sınıflamalar olsa da en sık Kudo sınıflaması kullanılır, 6 tipe ayrılır: **Tip I, II, IIIL, IIIs, IV ve V**

Ö.Ş

Erken Kolorektal Kanserde Pit Pattern ve NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflama

- (1) Normal mukoza pits (**Tip I**) yuvarlak ve düzenli şekle sahiptir
- (2) Non-neoplastik pits (**Tip II**), hiperplastik polip normal pits'den daha büyük, yıldız benzeri şekle sahip olup, düzenli dağılım gösterir
- (3) Polipoid adenomlarda pits sıklıkla uzamış olarak görülür (**Tip III L**) (L büyük veya uzun -long/large-), bunlar bazen dallara ayrılabilir (**Tip IV**)
- (4) Lezyonlar bütünüyle normalden daha küçük tübüler pits yapıları halinde düzenlenmiş olup (**Tip IIIS**; 'S' = 'small' veya 'short'), deprese görünümündedirler, sık olarak görülmezler, fakat erken kanserler olarak kabul edilirler (ilerlemiş kanserlerin 'de novo' orijini)
- (5) İntramukozal kanser (Batıda high-grade displazi), pit yapı tamamen düzensizdir (**Tip V**)

Ö.Ş

Erken Kolorektal Kanserde Pit Pattern ve NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflama

- Pit pattern tipi yüksek doğrulukta histolojik bulguları yansıtır:
 - Tip II pit pattern** → >%70 non-neoplastik lezyon
 - Tip IIIL, IIIS ve IV** → adenom (sırasıyla (%79.6, %86 ve %75)
 - Tip VI** → karsinom (%61) veya high-grade displazi (%24)
 - Tip VN** → karsinom (%93)

Ö.Ş

Erken Kolorektal Kanserde Pit Pattern ve NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflama

- Magnifiye endoskoplar kolorektal lezyonların tanısında yeni bir kapı aralar
- Bu değerlendirme ile gerçek neoplastik tümörlerle, tümör olmayan lezyonların ayrımı yapılabilir
- Bu aletlerin rutinde kullanımı ile aşikar bir malign potansiyeli olmayan çeşitli yüzeysel anormalliklere işlem yapılmasının önüne geçilir
- NBI görüntüleme sistemi ayrıca yüzeysel lezyonlara ait spesifik vasküler ve mukozal yapılar hakkında değerlendirme yapmak suretiyle neoplastik ve non-neoplastik lezyonların ayrımını sağlayabilir (%>95 doğrulukta)

Ö.Ş

Erken Kolorektal Kanserde Pit Pattern ve NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflama

- NBI magnifiye kolonoskopi ile kolonik neoplastik lezyonlar vasküler yapılarına göre 6 gruba ayrılırlar:**
- Normal kolonik mukoza bal peteği benzeri vasküler yapıya sahiptir (**A**)
 - Hiperplastik polip 'zayıf veya soluk' pattern (**B**)
 - Tübüler adenomlar düzenli vasküler damar ağı görünümünde (**C**)
 - Villöz ve tübülovillöz adenomlarda damarsal yapılar iyi gelişmiş olup, daha kalın ve daha yoğun olarak izlenir (**D**)
 - Düzensiz vasküler pattern (**E**):
 - (a) damarsal ağın kesintiye uğraması
 - (b) damarsal yapıların kıvrımlı olarak seyretmesi
 - (c) damarların büyük çapa ulaşması
 - Deprese invaziv kanserlerde damar ağı azalmış (seyrek vasküler pattern) (**F**)

Ö.Ş

Erken Kolorektal Kanserde Pit Pattern ve NBI Magnifiye Endokopi İle Sınıflama

NBI magnifiye kolonoskopi ile kolonik neoplastik lezyonlar vasküler yapılarına göre 6 gruba ayrılırlar:

- Normal kolonik mukoza bal peteği benzeri vasküler yapılar
- Hiperplastik polip 'zayıf veya soluk' pattern
- Tübüler adenomlar düzenli vasküler yapılar
- Villöz ve tübülovillöz adenomlar kalın ve daha yoğun vasküler yapılar olup, daha
- Düzensiz vasküler yapılar

(A: normal, B: faint, C: network, D: dense, E: irregular, F: sparse)

- Bu sınıflama ile neoplastik lezyonların non-neoplastik lezyonlardan ayırımı %83.5 duyarlılık ve %98.7 özgüllükle yapılabilir
- Erken evre kolorektal kanserlerde damar ağı azalmış (seyrek vasküler pattern) (F)

Erken Gİ Kanserlerin Endoskopik Tedavi Sonrası Takipleri

- Tedavi öncesi doğru tanı ve evreleme tedavinin seçimi ve uygulanmasını önemli ölçüde etkilediğinden, **magnifiye endoskopi** ve **kromoendoskopi** Gİ erken evre kanserlerin yönetiminde çığır açmıştır
- Son meta-analizlerde, yaklaşık 19 aylık takiplerde ESD sonrası lokal nüks oranı oldukça düşük (%0-0.3) bulunmuş olup, bu tedaviyi çekici hale getirmiştir
- Otuz aylık takiplerde EMR sonrası nüks ise %9-11 arasındadır
- Erken evre gastrik kanserlerde ESD sonrası metakron gastrik kanser oranı yıllık %2.4 (bu hastalarda senkron gastrik kanser oranı %4)

Ö.Ş

Erken Gİ Kanserlerin Endoskopik Tedavi Sonrası Takipleri

- Metakron gastrik kanserler de endoskopik tedavilerle başarılı bir şekilde tedavi edilebilir
- Genel olarak erken evre gastrik kanserlerde **senkron** ve **metakron** kanser oranları düşük olsa da, undiferansiye olanlarda bu oranlar yüksektir (sırasıyla (%14.5 ve %8.5))
- Senkron ve metakron gastrik kanserleri erken evrede saptayabilmek için (küratif ESD tedavisi uygulayabilmek) yıllık endoskopik takip programları önerilmektedir

Ö.Ş

Erken Gİ Kanserlerin Endoskopik Tedavi Sonrası Takipleri

- Benzer şekilde kolorektal epitelyal neoplazmların (adenomatöz polip, erken evre karsinom) lokal endoskopik rezeksiyonla yapılan tedavileri de oldukça etkilidir
- En bloc kolorektal ESD sonuçları, piecemeal EMR sonuçlarına göre oldukça üstündür
- Kolorektal ESD aynı zamanda rezidüel veya lokal rekürren neoplazmların tedavisinde direkt cerrahi rezeksiyona alternatif olarak uygulanabilir

Ö.Ş

Sonuç

- Yüksek çözünürlüğü olan magnifiye endoskopilere kromoendoskopi ilavesi ile Gİ lezyonların daha iyi tanımlanması ve buna bağlı olarak da tedavilerinin sağlanması mümkün hale gelmiştir
- Bu tanımlamada standardize edilen ve tekrarlanabilen endoskopik sınıflamalar geliştirilmiştir

Ö.Ş

Sonuç

- Kolorektal lezyonlar için pit pattern sistemi ortaya konmuştur
- Özofagus, mide ve kolorektal lezyonlarda NBI magnifiye endoskopiler hem mukozal mikrovasküler yapılar ve hem de mikrosurface yapılar hakkında sağlıklı, doğru bilgiler verir
- Erken özofagus kanserinde IPCL yapısına göre sınıflandırma, mide ve kolorektal lezyonlarda NBI magnifiye sınıflamaları günümüzde kullanılmakta, histolojik bulguları öngörmede önemli bilgiler verebilmektedir

Ö.Ş

Sonuç

- Mukozal GI kanserlerde endoskopi ile yapılan lokal tedaviler EMR veya ESD Şeklinde yapılabilir
- Bununla beraber submukozal invazyon gösteren kanserlerde LN metastazı sıklığı (yaklaşık %10-40) nedeniyle tümüyle LN ıkartılması ile birlikte cerrahi rezeksiyon önerilmelidir
- Mide ve kolorektumda mukozal ve hafif invazivlik gösteren submukozal kanserler LN metastazı yapmadıklarından endoskopik olarak tedavi (EMR/ESD) edilebilirler
- zofagusta ise sadece mukozal kanserlerde endoskopik tedaviler yapılmalıdır

.ř