



Ελληνικό Ίδρυμα  
Γαστρεντερολογίας  
και Διατροφής



# 10<sup>η</sup> Επιστημονική Διημερίδα

## Σύγχρονη Γαστρεντερολογία - Ηπατολογία: Από τις Κατευθυντήριες Οδηγίες στην Κλινική Πράξη

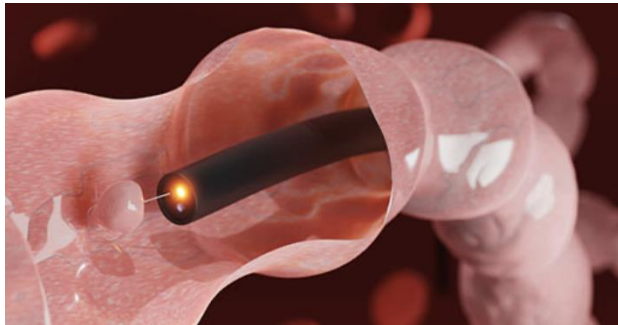
### Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου (ΚΠΕ) Κατευθυντήριες οδηγίες

**Λεκάκης Βασίλειος**

Ειδικευόμενος Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, ΓΝΑ «Λαϊκό»

# Στρατηγικές βελτίωσης του ενδοσκοπικού ελέγχου σε προσυμπτωματικό έλεγχο για ΚΠΕ

Ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού



Δείκτες  
ποιότητας  
Στόχοι

Στρατηγικές  
βελτίωσης

Πριν την  
ενδοσκόπηση

Ολοκλήρωση  
της εξέτασης

Αναγνώριση  
παθολογίας

Αντιμετώπιση  
παθολογίας

Επιπλοκές

Εμπειρία  
ασθενούς

Μετά την  
ενδοσκόπηση



# Δείκτες ποιότητας Στόχοι

## Πριν την ενδοσκόπηση

# Στρατηγικές βελτίωσης

# Όφελος

- ❖ Σαφής ένδειξη
- ❖ Διαθέσιμος χρόνος 30-45min
- ❖ BBPS  $\geq 6$  ( $\geq 2$ /τμήμα) σε  $\geq 90\%$ , ιδανικά  $\geq 95\%$
- ❖ Καταγραφή βαθμού καθαρότητας εντέρου (BBPS)

✓ **Use split prep**

1<sup>st</sup> half: night before procedure  
2<sup>nd</sup> half: morning of procedure

✓ Τελευταία δόση 5h πριν  
– ολοκλήρωση 2h πριν

- ✓ Προσαρμογή βάσει ιστορικού / ΦΑ
- ✓ Προσθήκη pos σιμεθικόνης ?
- ✓ Αναλυτική περιγραφή οδηγιών – χρήση apps

ADR	RR: 1.26 (1.1 – 1.4)
AADR	RR: 1.53 (1.2– 1.9)
SSPDR	RR: 2.48 (1.2– 5.1)

# Δείκτες ποιότητας Στόχοι

## Πριν την ενδοσκόπηση

# Στρατηγικές βελτίωσης

# Όφελος

- ❖ Σαφής ένδειξη
- ❖ Διαθέσιμος χρόνος 30-45min
- ❖ BBPS  $\geq 6$  ( $\geq 2$ /τμήμα) σε  $\geq 90\%$ , ιδανικά  $\geq 95\%$
- ❖ Καταγραφή βαθμού καθαρότητας εντέρου (BBPS)

✓ **Use split prep**



Τελευταία δόση 5h πριν – ολοκλήρωση 2h πριν

- ✓ Προσαρμογή βάσει ιστορικού / ΦΑ
- ✓ Προσθήκη pos σιμεθικόνης ?
- ✓ Αναλυτική περιγραφή οδηγιών – χρήση apps

ADR	RR: 1.26 (1.1 – 1.4)
AADR	RR: 1.53 (1.2– 1.9)
SSPDR	RR: 2.48 (1.2– 5.1)

## Ολοκλήρωση της εξέτασης

- ❖ Καθετηριασμός τυφλού σε  $\geq 90\%$ , ιδανικά  $\geq 95\%$
- ❖ Περιγραφή στην έκθεση και λήψη φωτογραφιών

- ✓ Επαρκής εντερική προετοιμασία
- ✓ Διαθεσιμότητα παιδιατρικού κολονοσκοπίου
- ✓ Κολονοσκόπια διαβαθμιζόμενης σκληρότητας
- ✓ Single or double-balloon ενδοσκόπια

- ✓ Caps & water-assisted colonoscopy (WAC)
 


- ✓ Πίεση στην κοιλιακή χώρα
 


- ✓ Magnetic endoscopic imaging system
 



## Δείκτες ποιότητας Στόχοι

## Αναγνώριση παθολογίας

## Στρατηγικές βελτίωσης

## Όφελος

- ❖ **ADR** ≥ 25% (ESGE)  
≥ 30%, ιδανικά ≥ 35% (ASGE)
- ↑ 1% ADR → 3% μείωση interval ΚΠΕ (ADR=7.3 – 52.5%)  
Corley DA et al. N Engl J Med. 2014
- ❖ **SDR** ≥ 7%, ιδανικά ≥ 10%
- ❖ **APC** = 0.6 ~ min ADR
- ❖ **PDR** = 40% ~ min ADR
- ❖ Τακτική αξιολόγηση ADR ανά ενδοσκόπο / ενδοσκοπικό τμήμα

- Παρεμβάσεις σχετικές με την τεχνική:**
- ✓ Καθαρισμός κατά την εξέταση
  - ✓ Αλλαγές θέσης ασθενούς
  - ✓ 2<sup>nd</sup> look στο ΔΕ κόλον (ανάστροφη ~ ευθεία όραση)
  - ✓ Χρόνος απόσυρσης ≥ 6min (6-10min)
  - ✓ Water exchange

↑ **ADR, AADR, SDR**

ADR: OR=1.36 (1.2-1.6)  
Nutalapati V et al. Endoscopy. 2020

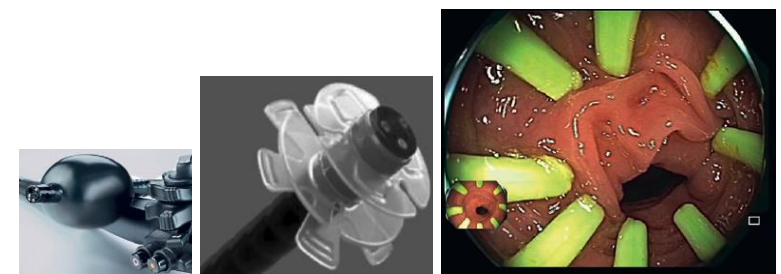
ADR: OR=1.76 (1.4-2.3)  
Xiuyun A. et al. EIGH. 2018

ADR: OR=1.23 (1.1-1.4), AADR, SDR  
Aziz M. et al. J Clin Gastro. 2023

ADR: OR=1.46 (1.2-1.8), AADR  
Shao P. et al. Dig Dis Science. 2021

Kaminski M et al. Endoscopy. 2017

Keswani R et al. Gastroenterology. 2021



# Δείκτες ποιότητας Στόχοι

## Αναγνώριση παθολογίας

## Στρατηγικές βελτίωσης

## Όφελος

- ❖ **ADR** ≥ 25% (ESGE)  
≥ 30%, ιδανικά ≥ 35% (ASGE)
- ↑ 1% ADR → 3% μείωση interval ΚΠΕ  
(ADR=7.3 – 52.5%)  
Corley DA et al. N Engl J Med. 2014
- ❖ **SDR** ≥ 7%, ιδανικά ≥ 10%
- ❖ **APC** = 0.6 ~ min ADR
- ❖ **PDR** = 40% ~ min ADR
- ❖ Τακτική αξιολόγηση ADR ανά ενδοσκόπο / ενδοσκοπικό τμήμα

- ### Παρεμβάσεις σχετικές με την τεχνική:
- ✓ Καθαρισμός κατά την εξέταση
  - ✓ Αλλαγές θέσης ασθενούς
  - ✓ 2<sup>nd</sup> look στο ΔΕ κόλον (ανάστροφη ~ ευθεία όραση)
  - ✓ Χρόνος απόσυρσης ≥ 6min (6-10min)
  - ✓ Water exchange

- ### Τεχνολογικά μέσα:
- ✓ Ενδοσκόπια υψηλής ευκρίνειας
  - ✓ Χρωμοενδοσκόπηση
  - ✓ NBI, BLI, i-scan
  - ✓ Artificial intelligence

↑ ADR, AADR, SDR

ADR: OR=1.36 (1.2-1.6)  
Nutalapati V et al. Endoscopy. 2020

ADR: OR=1.76 (1.4-2.3)  
Xiuyun A. et al. EIGH. 2018

ADR: OR=1.23 (1.1-1.4), AADR, SDR  
Aziz M. et al. J Clin Gastro. 2023

ADR: OR=1.46 (1.2-1.8), AADR  
Shao P. et al. Dig Dis Science. 2021

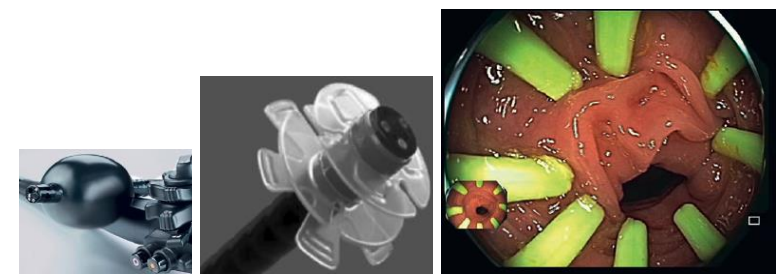
ADR: RR=1.13 (1.1-1.2), AADR, SDR  
Tziatzios G et al. Gastrointest Endosc. 2020

ADR: OR=1.21 (1.1-1.4)  
Facciorusso A et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019

ADR: OR=1.44 (1.3-1.6)  
Hassan C et al. Gastrointest Endosc. 2020

Kaminski M et al. Endoscopy. 2017

Keswani R et al. Gastroenterology. 2021



# Δείκτες ποιότητας Στόχοι

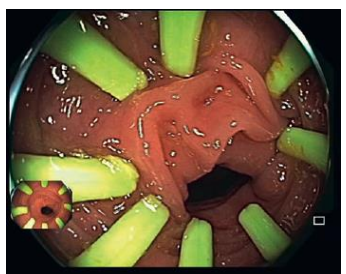
## Αναγνώριση παθολογίας

## Στρατηγικές βελτίωσης

## Όφελος

- ❖ **ADR** ≥ 25% (ESGE)  
≥ 30%, ιδανικά ≥ 35% (ASGE)
- ↑ 1% ADR → 3% μείωση interval ΚΠΕ (ADR=7.3 – 52.5%)  
Corley DA et al. N Engl J Med. 2014
- ❖ **SDR** ≥ 7%, ιδανικά ≥ 10%
- ❖ **APC** = 0.6 ~ min ADR
- ❖ **PDR** = 40% ~ min ADR
- ❖ Τακτική αξιολόγηση ADR ανά ενδοσκόπο / ενδοσκοπικό τμήμα

Kaminski M et al. Endoscopy. 2017  
Keswani R et al. Gastroenterology. 2021



- ### Παρεμβάσεις σχετικές με την τεχνική:
- ✓ Καθαρισμός κατά την εξέταση
  - ✓ Αλλαγές θέσης ασθενούς
  - ✓ 2<sup>nd</sup> look στο ΔΕ κόλον (ανάστροφη ~ ευθεία όραση)
  - ✓ Χρόνος απόσυρσης ≥ 6min (6-10min)
  - ✓ Water exchange

- ### Τεχνολογικά μέσα:
- ✓ Ενδοσκόπια υψηλής ευκρίνειας
  - ✓ Χρωμοενδοσκόπηση
  - ✓ NBI, BLI, i-scan
  - ✓ Artificial intelligence

- ### Συσκευές επισκόπησης βλεννογόνου:
- ✓ Endocuff (EV)
  - ✓ Caps , Endorings
  - ✓ G-Eye endoscopy

↑ ADR, AADR, SDR

- ADR: OR=1.36 (1.2-1.6)  
Nutalapati V et al. Endoscopy. 2020
- ADR: OR=1.76 (1.4-2.3)  
Xiuyun A. et al. EIGH. 2018
- ADR: OR=1.23 (1.1-1.4), AADR, SDR  
Aziz M. et al. J Clin Gastro. 2023
- ADR: OR=1.46 (1.2-1.8), AADR  
Shao P. et al. Dig Dis Science. 2021
- ADR: RR=1.13 (1.1-1.2), AADR, SDR  
Tziatzios G et al. Gastrointest Endosc. 2020
- ADR: OR=1.21 (1.1-1.4)  
Facciorusso A et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019
- ADR: OR=1.44 (1.3-1.6)  
Hassan C et al. Gastrointest Endosc. 2020
- ADR: RR=1.18 (1.1-1.3)  
Triantafyllou K et al. WJG. 2019
- B-ADENOMA study:**  
EV -> NS dif ADR  
4,2% -> EV exchange  
Rees JC et al. Gut. 2020

## Δείκτες ποιότητας Στόχοι

## Αντιμετώπιση παθολογίας

## Στρατηγικές βελτίωσης

- ❖ Πλήρης εκτομή πολυπόδων  $\geq 80\%$ , ιδανικά  $\geq 90\%$
- ❖ Αναλυτική περιγραφή τεχνικής εκτομής
- ❖ Χαρακτηρισμός πολύποδα κατά Paris & Kudo's /NICE classification
- ❖ Συλλογή πολυπόδων προς ιστολογική εξέταση  $\geq 90\%$ , ιδανικά  $\geq 95\%$

- ✓ Ψυχρές λαβίδες βιοψίας  $\rightarrow$  πολύποδες  $\leq 3\text{mm}$  (ESGE)  
 $\leq 2\text{mm}$  (ASGE)
- ✓ Ψυχροί βρόχοι  $\rightarrow$  πολύποδες: **3-9 mm**
- ✓ Θερμοί βρόχοι  $\rightarrow$  πολύποδες: **10-19 mm**
- ✓ Tattooing σε εκτομή πολύποδων: **Paris: 0-IIc ή non-granular/mixed-type LSTs ή  $\geq 20\text{mm}$**
- ✓ Resect-and-discard:  $\leq 5\text{mm}$  χωρίς ύποπτα στοιχεία
- ✓ Μεγάλοι/σύνθετοι καλοήθεις πολύποδες ή no-lift sign  $\rightarrow$  εξειδικευμένος ενδοσκόπος
- ✓ Direct Observation of Polypectomy skills (DOPyS) /Cold snare Assesment Polypectomy Tool (CSPAT)

## Επιπλοκές

- ❖ Ενημέρωση για πιθανές επιπλοκές
- ❖  $\leq 0.5\%$   $\rightarrow$  επανεισαγωγή εντός 7d
- ❖ Καταγραφή θνητότητας 30d

## Εμπειρία ασθενούς

- ❖ Global Rating Scale / Gastronet
- ❖ Visual Analog Scale / 4-point  
Vebral Rating Scale

## Μετά την ενδοσκόπηση

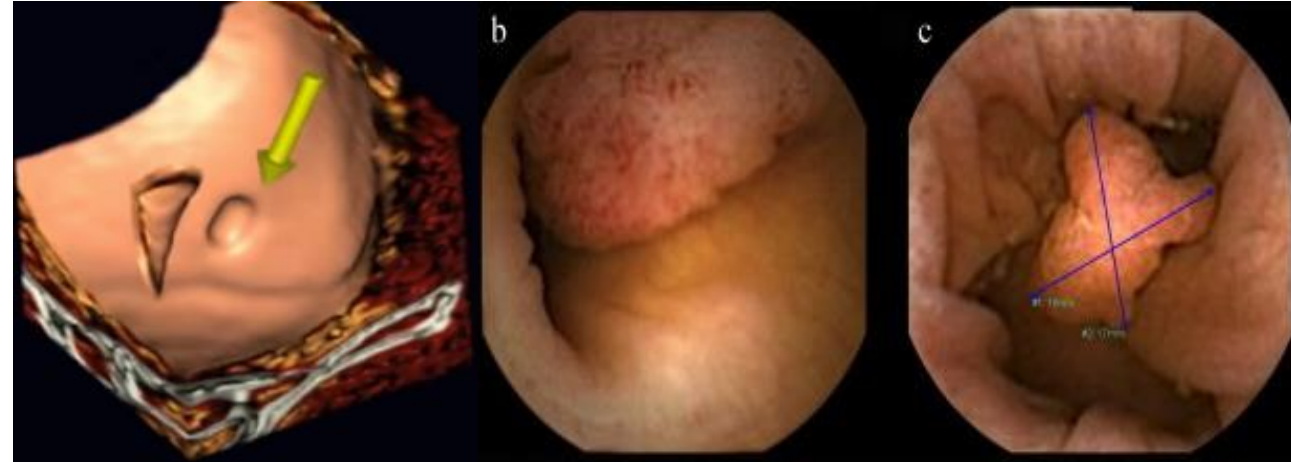
- ❖ Αναλυτική περιγραφή ευρημάτων
- ❖  $\geq 95\%$  follow-up βάσει κατευθυντήριων γραμμών



# Υπάρχουν αξιόπιστες μη επεμβατικές μέθοδοι για προσυμπτωματικό έλεγχο ΚΠΕ;

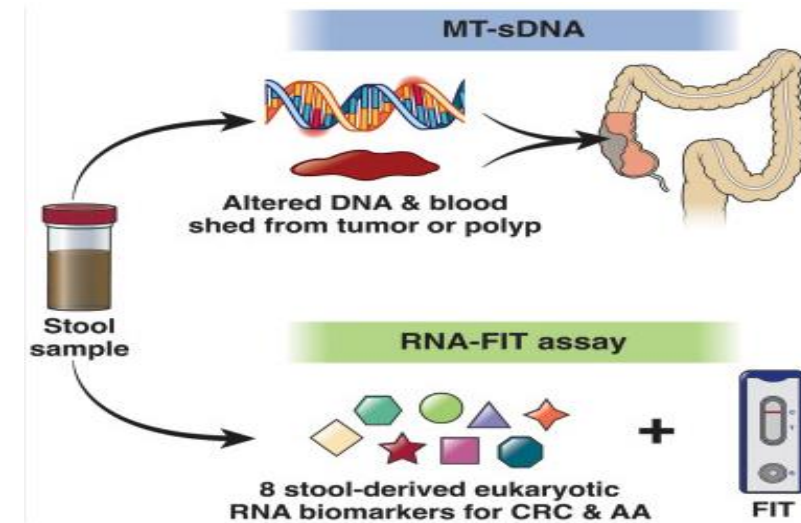
## Εναλλακτικές απεικονιστικές τεχνικές:

- ❖ CT Κολονοσκόπηση
- ❖ Ενδοσκοπική κάψουλα παχέος εντέρου



## Test κοπράνων:

- ❖ gFOBT (guaiac fecal occult blood test)
- ❖ FIT (fecal immunochemical test)
- ❖ sDNA FIT



## Ενδείξεις:

### Alarm or non-alarm symptoms

- ✓ Ασθενείς που δεν επιθυμούν OC\*
- ✓ Αδυναμία ολοκλήρωσης / αντένδειξη OC
- ✓ Στενώσεις, αποφρακτικές βλάβες
- ✓ Παρακολούθηση μετά από χ/ο για ΚΠΕ ή πολυποδεκτομή

### Διαγνωστική ακρίβεια:

- ✓ Βλάβες  $\geq 6\text{mm}$  → Sens: 68 – 98%, Spe: 80 – 93%
- ✓ Βλάβες  $\geq 10\text{mm}$  → Sens: 67 – 94%, Spe: 86 – 98%
- ✓ SAVE trial: **ANDR CTC vs OC: 5.5% vs 7.2%**  
Sali Let al. j Natl Cancer Inst. 2015
- ✓ **ΚΠΕ: OC ~ CTC (Sens: >90%)**  
Pickhart PJ. AJR. 2018
- ✓ **Interval cancer post CTC vs OC: 4.5% vs 3-9%**  
Obaro AE et al. Lancet. 2018

**SSPs** → CTC vs OC: 0.4% vs 3.1% (OR:7.7)

JE JJ et al. Am J Gastroenterol 2016

**Πολύποδες στο ΔΕ κόλον ?**

Obaro AE et al. Br J Radiol 2018

- Μη επεμβατική μέθοδος – αυξημένη συμμετοχή
- Χωρίς καταστολή
- Κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών 0.2% vs 0.3% OC
- Σημαντικά εξωεντερικά ευρήματα ( 5 - 8.5% )



## CT κολονοσκόπηση

1<sup>η</sup> γραμμής screening CRC ?  
→ κατόπιν συζήτησης με τον ασθενή (-FIT/FOBT)

1<sup>η</sup> γραμμής test σε +FIT/FOBT  
?: Μόνο εάν κόστος CTC  $\leq 43\%$   
κόστους OC (FIT<40 ??)

More cost-effective  
than colonoscopy  
( > 2 lifetime screens)

Van der Meulen MP et al. Radiology 2018

## Αντενδείξεις:

- ✓ Ενδοκοιλιακή φλεγμονή – περιτονίτιδα
- ✓ ΙΦΝΕ με έξαρση, σοβαρή εκκολπωματίτιδα
- ✓ Διάτρηση
- ✓ ? Μετά από πρόσφατη πολυποδεκτομή

### Post CTC follow-up:

- Πολύποδας  $\geq 10\text{mm}$  → OC
- > 3 πολύποδες 6-9mm → OC
- $\leq 3$  πολύποδες 6-9mm → CTC follow-up or OC
- Πολύποδες < 6mm --> local strategy

Ψευδώς αρνητική OC μετά από CTC(+): 21.5%  
→ 2<sup>nd</sup> OC or follow-up CTC

- Αναγκαιότητα OC σε θετική CTC
- Εντερική προετοιμασία
- Εντερική φλεγμονή → κίνδυνος διάτρησης
- Αδυναμία δδ: φλεγμ.πολύποδα - αδένωμα
- Εξειδικευμένος ακτινοδιαγνώστης
- Ιονίζουσα ακτινοβολία

## Κάψουλα ΠΕ (CCE)

### Ενδείξεις:

#### Non-alarm symptoms

- ✓ Ασθενείς που δεν επιθυμούν OC\*
- ✓ Αδυναμία ολοκλήρωσης / αντένδειξη OC  
↳ **Επιτυχής** επισκόπηση με CCE: **75-100%**

#### Διαγνωστική ακρίβεια:

- ✓ Βλάβες  $\geq 6\text{mm}$  → Sens: 88%, Spe: 82%
- ✓ Βλάβες  $\geq 10\text{mm}$  → Sens: 87-92%, Spe: 92%

Spada C et al. Endoscopy. 2020

1<sup>η</sup> γραμμής screening CRC ?  
ΔΕΝ συστήνεται ( $\pm$ FIT/FOBT)

$\pm$ FIT/FOBT & non-alarm  
symptoms: CCE ~ CTC ως 2<sup>η</sup>  
γραμμής σε αδυναμία OC

### Αντενδείξεις:

- ✓ Νεοπλασματικές αποφρακτικές βλάβες – ιστορικό στενώσεων
- ✓ Εγκυμοσύνη
- ✓ Διαταραχές κατάποσης/ δυσφαγία
- ✓ Παρακολούθηση μετά από χ/ο για ΚΠΕ ή πολυποδεκτομή

#### Post CCE follow-up:

- $\geq 1$  πολύποδα  $\geq 6\text{mm}$  → OC
- $\geq 3$  πολύποδες  $< 6\text{mm}$  → OC
- $< 3$  πολύποδες  $\leq 6\text{mm}$  → OC ??

## Κάψουλα vs CTC: The VICOCA study

	CCE	CTC
<b>Βλάβες <math>\geq 6\text{mm}</math></b>		
Sens	<b>96.1%*</b>	<b>79.3%*</b>
Spe	88.2%	96.3%
<b>Βλάβες <math>\geq 10\text{mm}</math></b>		
Sens	97.3%	90%
Spe	95.3%	99%

Sens	CCE	CTC
Sessile lesions	<b>87.3%*</b>	<b>44.2%*</b>
Serrated lesions	<b>73.6%*</b>	<b>32.9%*</b>
LGD αδενώματα	<b>87.1%*</b>	<b>46.4%*</b>
HGD/ΚΠΕ	75-100%	60-100%

Ginzález-Suárez T et al. BMC medicine. 2020

- Αναγκαιότητα OC σε θετική CCE
- Εντερική προετοιμασία
- Αντένδειξη η παρουσία στενώσεων
- 1-2% κατακράτηση κάψουλας

Spada C et al. Endoscopy. 2020

## High-sens gFOBT

Χημική ανίχνευση αίματος στα κόπρανα

**ΚΠΕ:**

Sens: 50-75% Spe: 96-98%

**Αδένωμα ≥10 mm ή HGD:**

Sens: 6-17% Spe: 96-99%

Ετήσιο gFOBT → ↓33% ΚΠΕ θνητότητα

- Διαιτητικός περιορισμός
- 3 δείγματα κοπράνων

Sharipo J et al. Am J Gastroenterology. 2017

## FIT

Ανοσοϊστοχημική ανίχνευση  
(ποιοτικά / ποσοτικά)

**ΚΠΕ:**

Sens: 64-84% Spe: 93-97%  
PPV: 2.9 – 7.8% , NPV: 95-99%

**Αδένωμα ≥10 mm ή HGD:**

Sens: 20-25% Spe: 95-97%  
PPV: 33.9 – 54%

**SSLs:** Sens: 5.2%

Niedermaier T et al. Am J Gastroenterology. 2020

## sDNA - FIT

Μεταλλάξεις KRAS, NDRG4, BMP3

**ΚΠΕ:**

Sens: 87-100% Spe: 84-86%  
PPV: 3.7% , NPV: 95-99%

↑FP

**Αδένωμα ≥10 mm ή HGD:**

Sens: 40-46% Spe: 86-92%

**SSLs ≥ 10mm**

Sens: 42%

Anand S et al. Clin Transl Gastroenterol. 2022

## FIT vs gFOBT

**Διαγνωστική ακρίβεια FIT >> gFOBT :**

**ΚΠΕ:** RR:1.96 (1.2-3.2)

**AN:** RR:2.28 (1.7-3.1)

20% μεγαλύτερη συμμόρφωση  
με FIT vs gFOBT

Katsoula A et al. JAMA Intern Med. 2017

## FIT vs Κολονοσκόπηση

**ΚΠΕ:** OC ~ 1-time FIT / sDNA FIT

**AN:** OC >> FIT RR: 3.21 (2.38-4.32)

Shaukat A et al. Gastroenterology. 2021






## FIT based screening

- ✓ Σημαντική αύξηση συμμετοχής/προσκόλλησης
- ✓ 25.5% μείωση ετήσιας επίπτωσης ΚΠΕ
- ✓ 52.4% μείωση θνητότητας ΚΠΕ
- ✓ Επίπτωση πρώιμου ΚΠΕ: 48% -> 41.2%
- ✓ Επίπτωση προχωρημένου ΚΠΕ: 45.9% -> 29.3%

Levin T et al. Gastroenterology. 2018

# Screening for Colorectal Cancer in Asymptomatic Average-Risk Adults: A Guidance Statement From the American College of Physicians (Version 2) FREE

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA , Curtis S. Harrod, PhD, MPH , ... [View all authors](#) 



	Mortality for screening VS no screening	
	CRC Mortality	All-Cause mortality
<b>gFOBT</b> 5RCTs (N=419,966) 11-30 years	<b>Ανά 2 έτη: RR: 0.78 – 0.91</b> <b>Ανά 1 έτος: RR: 0.68</b>	Ανά 2 έτη: RR: 0.99 – 1.02 Ανά 1 έτος: RR: 1.00
<b>FIT</b> 1 cohort study (N=5,417,699) 6 years	<b>aRR: 0.9 (0.84 – 0.95)</b>	-
<b>sDNA FIT</b> 0 studies	-	-
<b>Colonoscopy</b> 2 cohort studies (N=436,927)	<b>aHR: 0.32 (0.24 – 0.45)</b>	-
<b>CTC</b> 0 studies	-	-
<b>Flexible Sigmoidoscopy</b> 4RCTs (N=458,002) 11-17 years	<b>IRR: 0.74 (0.6 – 0.8)</b>	IRR: 0.98 (0.97 – 1.0)

**FIT ή gFOBT ανά 2 έτη**

ή

**Κολonosκόπηση ανά 10 έτη**

ή

**Ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 10 έτη  
+ FIT ανά 2 έτη**

**Δεν συστήνεται:**

- sDNA FIT
- CT κολonosκόπηση
- Κάψουλα ΠΕ

**Πότε αρχίζει, κάθε πότε επαναλαμβάνεται και πότε σταματά ο προσυμπτωματικός έλεγχος ΚΠΕ στον γενικό πληθυσμό;**

**Πότε αρχίζει;**

**ESGE: οργανωμένο πρόγραμμα screening βασισμένο σε FIT στον γενικό πληθυσμό  $\geq 50$  έτη**

Săftoiu A et al. Endoscopy. 2020

**ACG: οργανωμένο πρόγραμμα screening στον γενικό πληθυσμό  $\geq 45$  έτη**

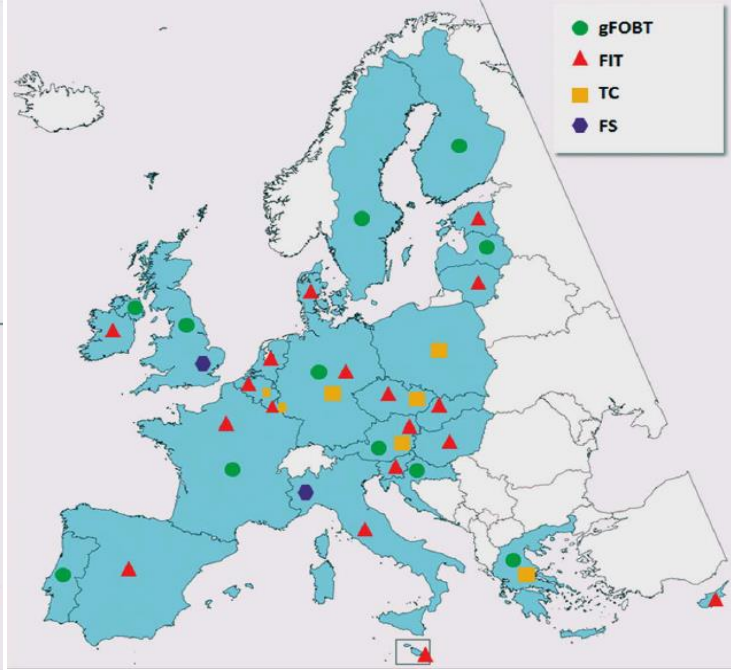
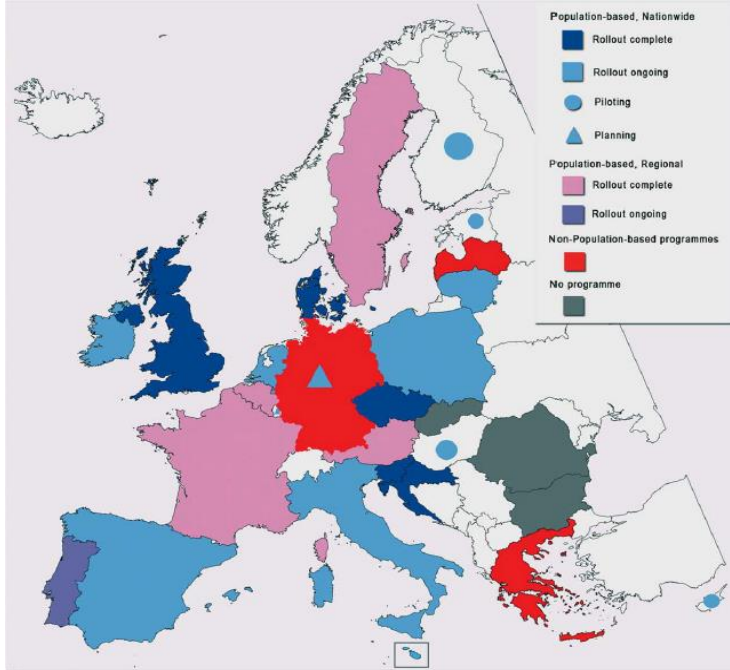
Shaukat A et al. Gastroenterology. 2021

**Απόλυτος κίνδυνος για ΚΠΕ:**

**40-49έτη:** 20.0 νέες περιπτώσεις / 100.000 άτομα  
**50-59 έτη:** 47.8 νέες περιπτώσεις / 100.000 άτομα  
**> 60έτη:** 105.2 νέες περιπτώσεις / 100.000 άτομα

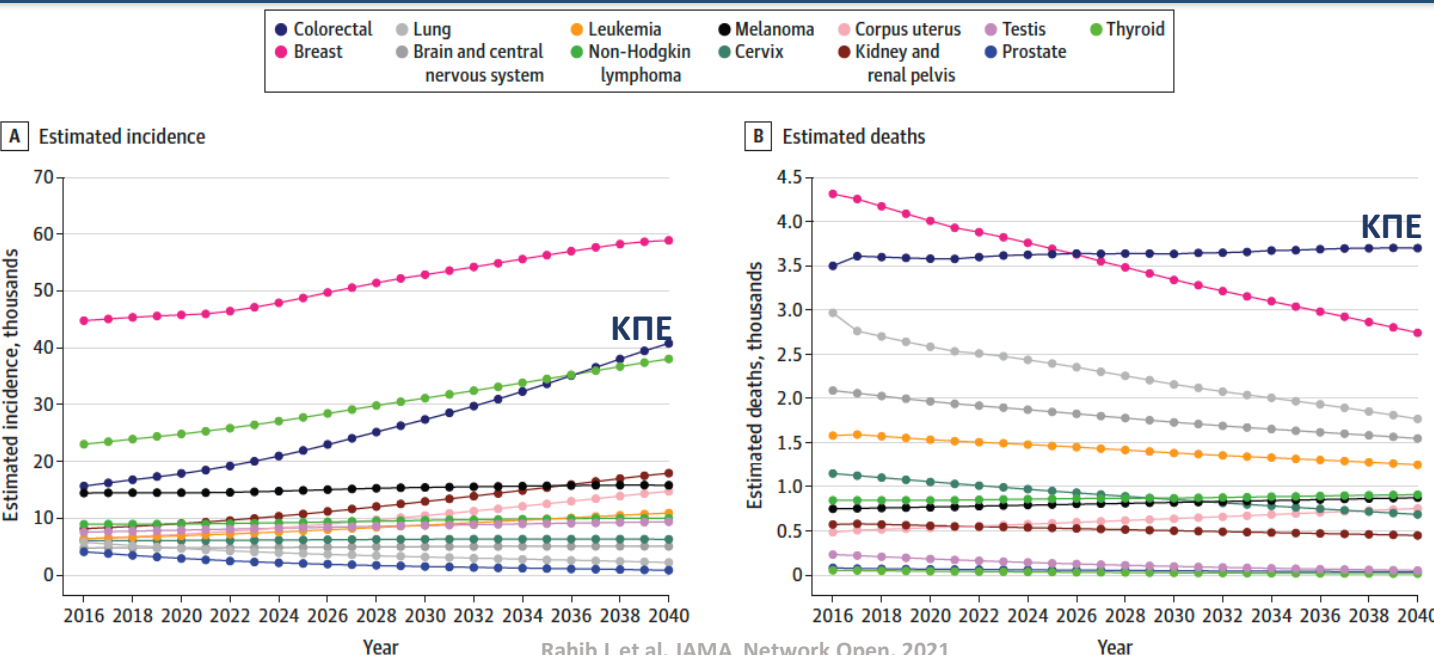
SEER\*Stat Database. 2019

**45 IS THE NEW 50**



Basu P et al. Int. J. Cancer. 2017

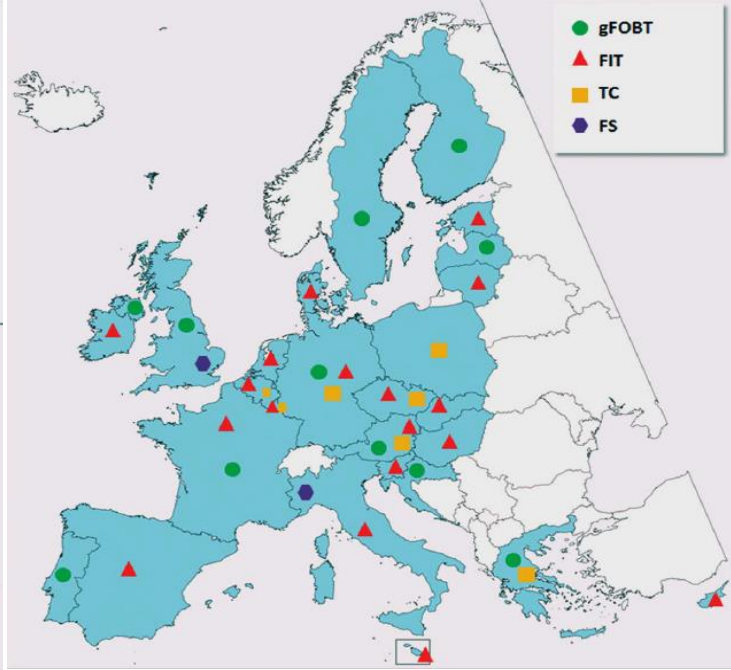
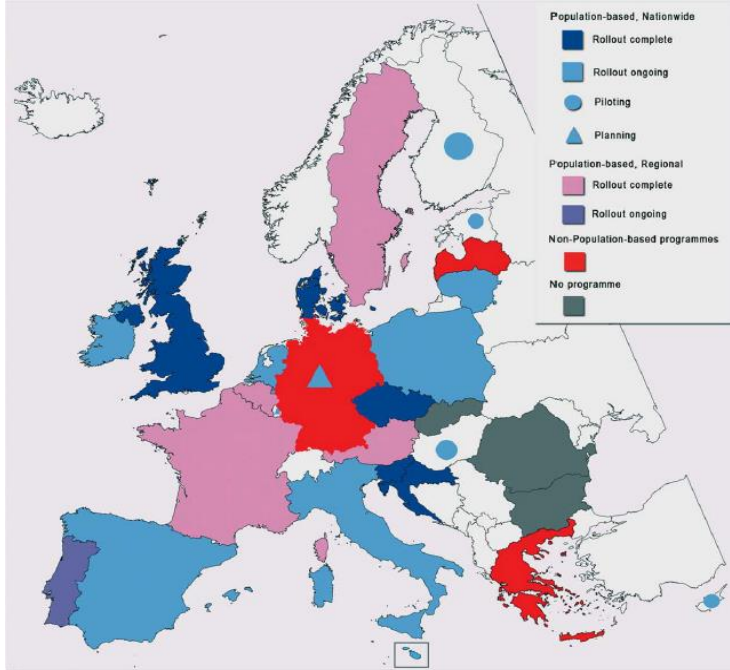
**Εκτιμώμενη επίπτωση και θνητότητα ΚΠΕ σε άνδρες & γυναίκες 20-49y:**



Rahib L et al. JAMA Network Open. 2021

**Πότε αρχίζει, κάθε πότε επαναλαμβάνεται και πότε σταματά ο προσυμπτωματικός έλεγχος ΚΠΕ στον γενικό πληθυσμό;**

**Πότε αρχίζει;**



Basu P et al. Int. J. Cancer. 2017

**ESGE: οργανωμένο πρόγραμμα screening βασισμένο σε FIT στον γενικό πληθυσμό ≥ 50 έτη**

Säftoiu A et al. Endoscopy. 2020

**ACG: οργανωμένο πρόγραμμα screening στον γενικό πληθυσμό ≥ 45 έτη**

Shaukat A et al. Gastroenterology. 2021

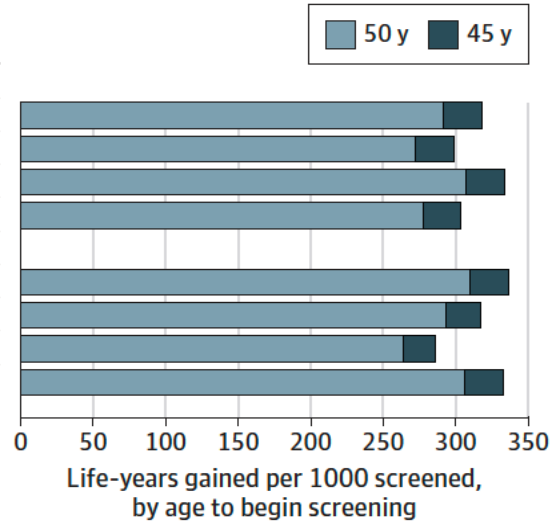
**Απόλυτος κίνδυνος για ΚΠΕ:**

- 40-49έτη:** 20.0 νέες περιπτώσεις / 100.000 άτομα
- 50-59 έτη:** 47.8 νέες περιπτώσεις / 100.000 άτομα
- > 60έτη:** 105.2 νέες περιπτώσεις / 100.000 άτομα

SEER\*Stat Database. 2019

**Εκτιμώμενο όφελος σε έτη ζωής ανά 1.000 άτομα :**

Screening modality and frequency	Mean life-years gained if start screening <sup>b</sup>		Additional life years gained if start screening at age 45 y
	At age 50 y	At age 45 y	
<b>Stool tests</b>			
FIT every year	292	318	26
HSgFOBT every year <sup>c,d</sup>	272	298	26
sDNA-FIT every year	307	333	26
sDNA-FIT every 3 y <sup>d</sup>	278	303	25
<b>Direct visualization tests</b>			
COL every 10 y	310	337	27
CT colonography every 5 y	293	317	24
Flexible SIG every 5 y	264	286	22
Flexible SIG every 10 y plus FIT every year	306	332	26



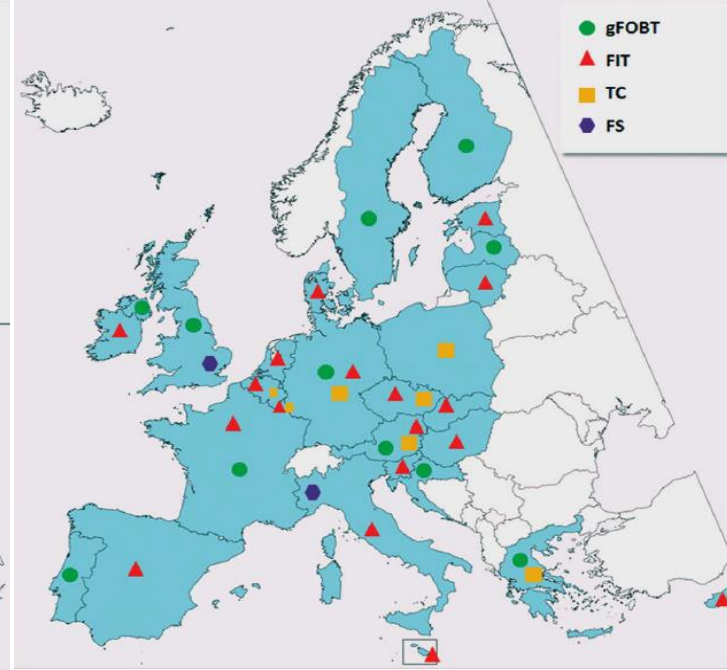
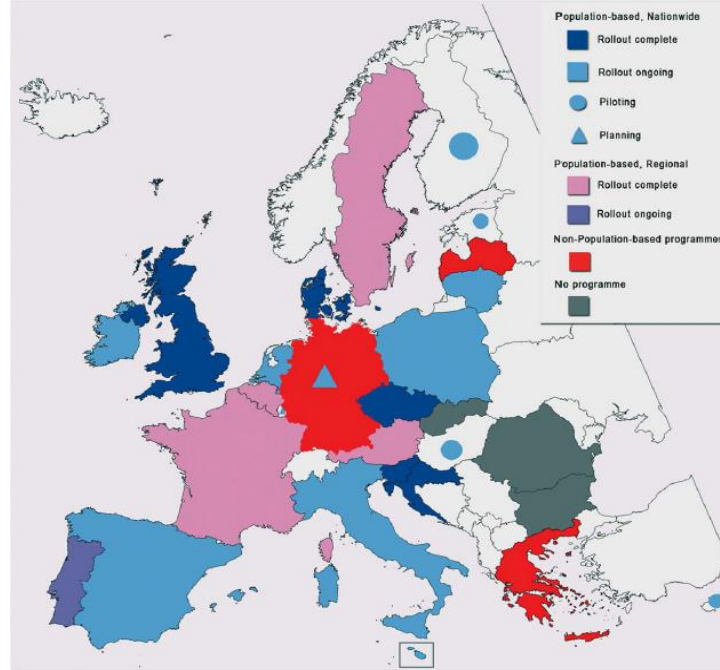
**45 IS THE NEW 50**

Πότε αρχίζει, κάθε πότε επαναλαμβάνεται και πότε σταματά ο προσυμπτωματικός έλεγχος ΚΠΕ στον γενικό πληθυσμό;

Πότε αρχίζει;

ESGE: οργανωμένο πρόγραμμα screening βασισμένο σε FIT στον γενικό πληθυσμό  $\geq 50$  έτη

Săftoiu A et al. Endoscopy. 2020



Basu P et al. Int. J. Cancer. 2017

ACG: οργανωμένο πρόγραμμα screening στον γενικό πληθυσμό  $\geq 45$  έτη

Shaukat A et al. Gastroenterology. 2021



Απόλυτος κίνδυνος για ΚΠΕ:

40-49έτη: 20.0 νέες περιπτώσεις / 100.000 άτομα

50-59 έτη: 47.8 νέες περιπτώσεις / 100.000 άτομα

> 60έτη: 105.2 νέες περιπτώσεις / 100.000 άτομα

SEER\*Stat Database. 2019

- Απουσία προοπτικών μελετών αποκλειστικά σε ηλικίες  $\leq 50$ έτη
- Πιθανή διεύρυνση ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη
- Περιορισμοί προβλεπτικών μοντέλων
- Μικρό καθαρό όφελος vs πιθανές επιπλοκές
- **Απαραίτητη η συζήτηση με τον ασθενή για κόστος – όφελος**

Qaseem A et al. Annals of Internal Medicine. 2023

45 IS THE NEW 50

?



# Κάθε πότε επαναλαμβάνεται;

## Κολonosκόπηση

- BBPS  $\geq 6$  ( $\geq 2$ /τμήμα)
- Χωρίς παθολογικά ευρήματα  
*ή αφαίρεση*
- 1-4 αδενώματα LGD  $< 10\text{mm}$
- SL  $< 10\text{mm}$  χωρίς δυσπλασία

- $\geq 1$  αδένωμα  $\geq 10\text{mm}$  ή HGD
- $\geq 5$  αδενώματα
- SL  $\geq 10\text{mm}$  ή με δυσπλασία

- Piecemeal εκτομή σε  $\geq 20\text{mm}$

10 έτη

3 έτη

3-6 μήνες  
1 έτος

Κάψουλα ΠΕ

gFOBT / FIT

sDNA - FIT

Σιγμοειδοσκόπηση

5 έτη ?

1 έτος

1-3 έτη

10 έτη + FIT / έτος

ή

5 έτη

## Πότε σταματάει;

ESGE: οργανωμένο πρόγραμμα **screening** στον γενικό πληθυσμό **έως 75 έτη**

Παρακολούθηση μετά από **πολυποδεκτομή** **έως 80έτη**

Săftoiu A et al. Endoscopy. 2020

ACG: οργανωμένο πρόγραμμα **screening** στον γενικό πληθυσμό **έως 75 έτη**

**Screening 76-85 έτη ?**

- Γενική κατάσταση
- Συννοσηρότητες
- Ιστορικό προηγούμενων ελέγχων
- Προτίμηση ασθενούς

Shaukat A et al. Gastroenterology. 2021



## Κολonosκόπηση σε ηλικιωμένους

Αυξημένος κίνδυνος για:

- Διάρρηση
- Αιμορραγία
- Αφυδάτωση/ηλεκτρολυτικές δтч
- Καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές

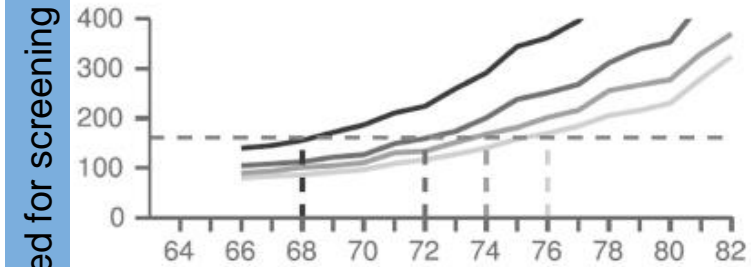
Causada Calo N et al. JAMA Netw Open. 2020

**PEOPLE OVER AGE 75**  
WHO WERE **SCREENED**  
FOR **COLORECTAL CANCER**  
HAD A  
**40% LOWER RISK OF DYING**  
FROM THE DISEASE

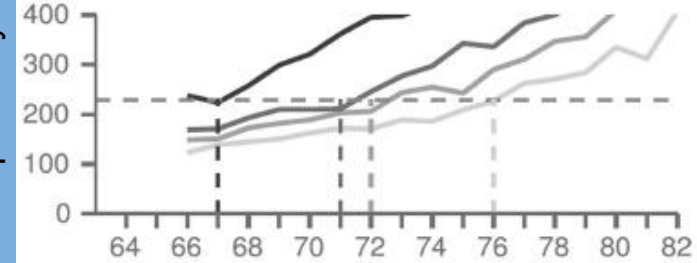
Wenjie M et al. JAMA Oncol. 2021

## Colorectal cancer

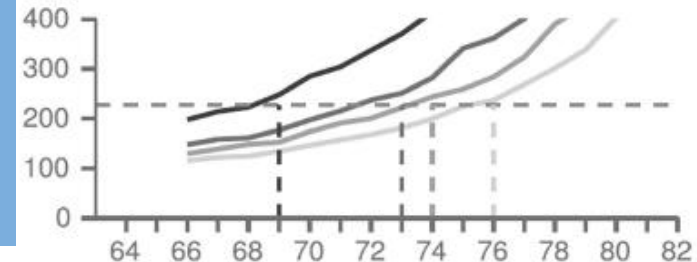
MISCAN-Colon



CRC-SPIN

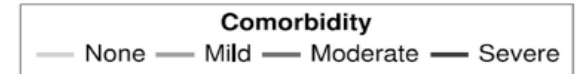


SimCRC



Number needed to screen per life-year gained for screening

Potential stopping age



Lansdorp-Vogelaar I et al. Ann Intern Med. 2015

## Πότε σταματάει;

ESGE: οργανωμένο πρόγραμμα **screening** στον γενικό πληθυσμό **έως 75 έτη**

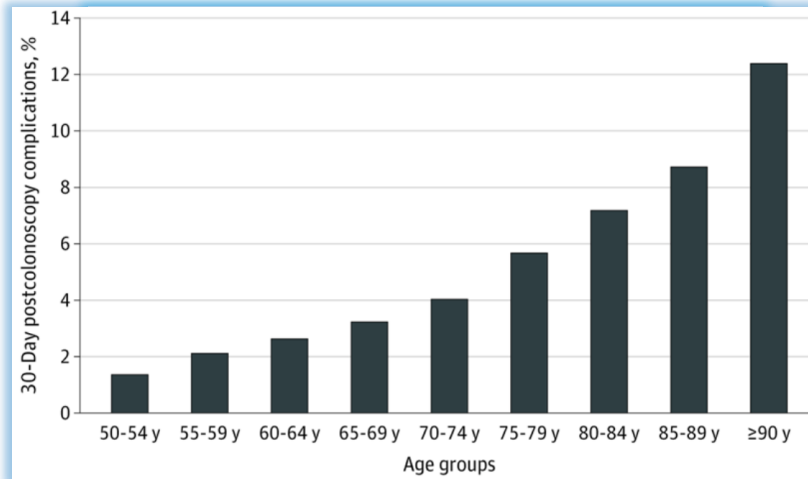
Παρακολούθηση μετά από **πολυποδεκτομή** **έως 80έτη**

Săftoiu A et al. Endoscopy. 2020

ACG: οργανωμένο πρόγραμμα **screening** στον γενικό πληθυσμό **έως 75 έτη**



## Κολonosκόπηση σε ηλικιωμένους

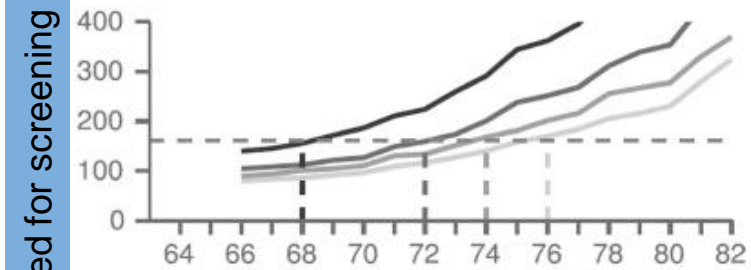


**PEOPLE OVER AGE 75**  
**WHO WERE SCREENED**  
**FOR COLORECTAL CANCER**  
**HAD A**  
**40% LOWER RISK OF DYING**  
**FROM THE DISEASE**

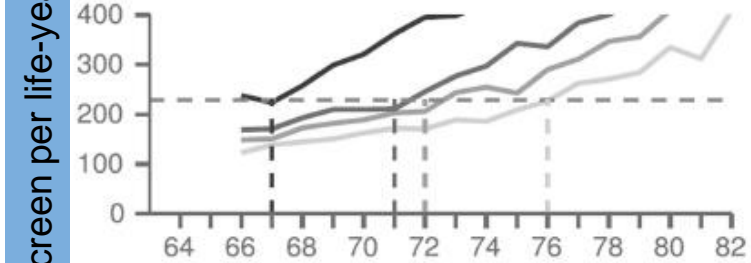
Wenjie M et al. JAMA Oncol. 2021

## Colorectal cancer

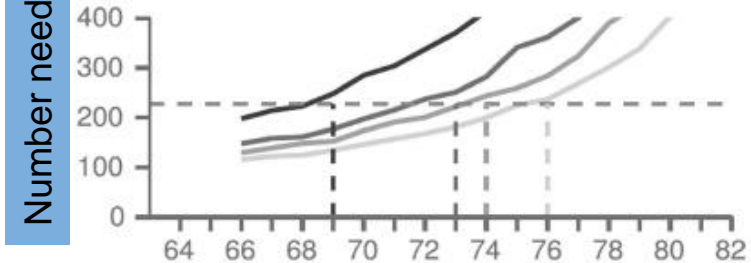
MISCAN-Colon



CRC-SPIN

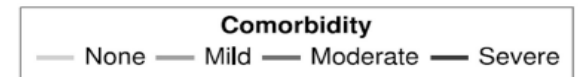


SimCRC



Number needed to screen per life-year gained for screening

Potential stopping age



Lansdorp-Vogelaar I et al. Ann Intern Med. 2015

**Screening**  
**76-85 έτη ?**

- Γενική κατάσταση
- Συννοσηρότητες
- Ιστορικό προηγούμενων ελέγχων
- Προτίμηση ασθενούς

Shaukat A et al. Gastroenterology. 2021

# Πότε σταματάει;

ESGE: οργανωμένο πρόγραμμα **screening** στον γενικό πληθυσμό **έως 75 έτη**

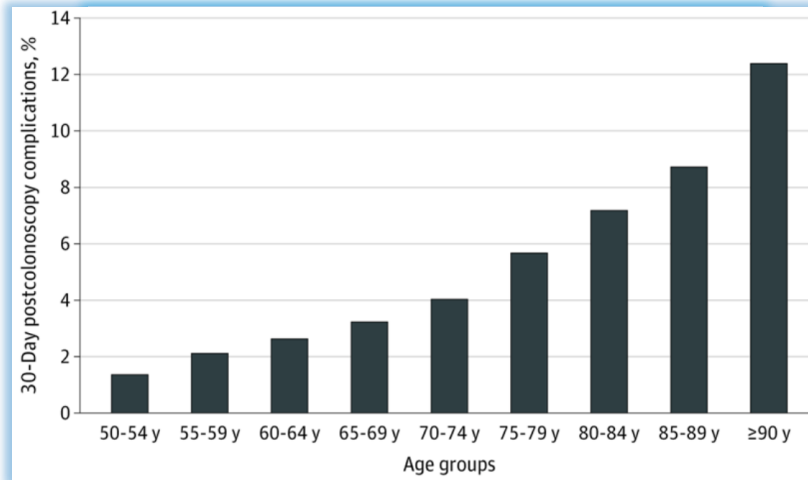
Παρακολούθηση μετά από **πολυποδεκτομή** **έως 80έτη**

Săftoiu A et al. Endoscopy. 2020

ACG: οργανωμένο πρόγραμμα **screening** στον γενικό πληθυσμό **έως 75 έτη**



## Κολonosκόπηση σε ηλικιωμένους

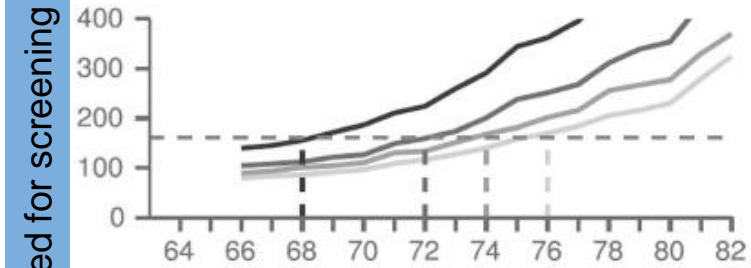


**PEOPLE OVER AGE 75**  
**WHO WERE SCREENED**  
**FOR COLORECTAL CANCER**  
**HAD A**  
**40% LOWER RISK OF DYING**  
**FROM THE DISEASE**

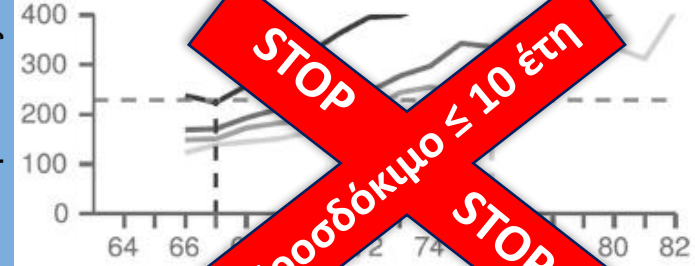
Wenjie M et al. JAMA Oncol. 2021

## Colorectal cancer

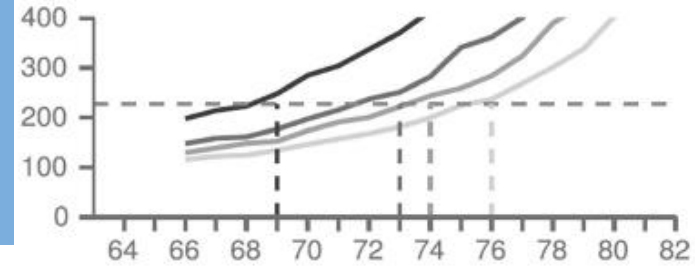
MISCAN-Colon



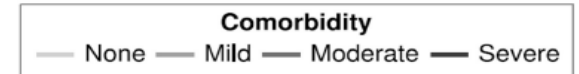
CRC-SPIN



SimCRC



Potential stopping age



Lansdorp-Vogelaar I et al. Ann Intern Med. 2015

## Screening 76-85 έτη ?

- Γενική κατάσταση
- Συννοσηρότητες
- Ιστορικό προηγούμενων ελέγχων
- Προτίμηση ασθενούς

Shaukat A et al. Gastroenterology. 2021

# Ευχαριστώ πολύ

