

13. Serrated Polyposis Syndroom (SPS)

Richtlijn 2015

Diagnostische criteria

- Cumulatief ≥ 20 geserreerde poliepen verspreid in het colon, of
- Cumulatief ≥ 5 geserreerde poliepen proximaal van sigmoid en waarvan tenminste twee > 1 cm

Kenmerken

Overervingspatroon:

- Meestal sporadische patiënten
- In de literatuur ook enkele families beschreven zowel met aanwijzingen voor autosomaal dominante als voor recessieve overerving

Prevalentie:

- Onbekend

Kliniek:

- Indeling geserreerde poliepen: hyperplastische poliepen, sessiel serrated adenomen/poliepen en traditionele serrated adenomen
- Divers beeld variërend van enkele grote geserreerde poliepen in het rechter deel van het colon tot vele kleine geserreerde poliepjes gelijkmatig verdeeld over het hele colon
- Naast de geserreerde poliepen komen ook vaak “gewone” adenomen voor
- Verhoogd risico op CRC; hoogte risico onbekend
- Eerstegraads verwanten hebben ook een verhoogd risico op CRC

Genetische basis:

- Onbekend

Beleid

DNA-diagnostiek:

- *MUTYH* en afhankelijk van aanwezigheid verschillende soorten intestinale poliepen: mutatie-analyse van *PTEN*, *SMAD4*, *BMPR1A*, *STK11*, en evt. *ENG*-genen

Periodiek onderzoek en behandeling:

- Patiënten met SPS:
 - Coloscopie 1x per 1-2 jaar, afhankelijk aantal poliepen bij laatste scopie
 - Alle adenomen en alle serrated poliepen ≥ 3 mm (zowel proximaal als distaal) verwijderen
 - Overweeg chirurgische resectie (bijv subtotale colectomie) indien endoscopische poliepectomieën niet mogelijk (bijv wegens te veel poliepen)
- Eerstegraads verwanten van patiënten met SPS:
 - Coloscopie met interval van 5 jaar vanaf 45-jarige leeftijd of vanaf 5 jaar voor jongste leeftijd van diagnose. Na 2-3 maal een coloscopie zonder afwijkingen, kan overwogen worden om vanaf een leeftijd van 60 jaar te stoppen met de surveillance

Literatuur

1. Richtlijn Erfelijke Darmkanker 2015. Vereniging Klinische Genetica en IKNL www.oncoline.nl
2. World Health Organization classification of tumours of the digestive system. 2010 4th ed. Lyon, France, F.T. Bosman
3. Rex DK, Ahnen DJ, Baron J et al. Serrated lesions of the colorectum: review and recommendations from an expert panel. *Am J Gastroenterol* 2012; 107: 1315–29
4. Orłowska J. Serrated lesions and hyperplastic (serrated) polyposis relationship with colorectal cancer: classification and surveillance recommendations. *Gastrointest Endosc* 2013; 77: 858–71
5. Jasperson KW, Kanth P, Kirchoff AC et al. Serrated polyposis: colonic phenotype, extracolonic features, and familial risk in a large cohort. *Dis Colon Rectum*. 2013; 56: 1211-6
6. Clendenning M, Young JP, Walsh MD et al. Germline Mutations in the Polyposis-Associated Genes *BMPR1A*, *SMAD4*, *PTEN*, *MUTYH* and *GREM1* Are Not Common in Individuals with Serrated Polyposis Syndrome. *PLoS One* 2013; 8(6): e66705
7. Hazewinkel Y, Koornstra JJ, Boparai KS et al. Yield of Screening Colonoscopy in First-degree Relatives of Patients With Serrated Polyposis Syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2014; 49:407-12

8. Boparai KS, Mathus-Vliegen EM, Koornstra JJ et al. Increased colorectal cancer risk during follow-up in patiënts with hyperplastic polyposis syndrome: a multicentre cohort study. *Gut* 2010;59:1094-100
9. Hazewinkel Y, Tytgat KM, van Eeden S et al. Incidence of colonic neoplasia in patients with serrated polyposis syndrome who undergo annual endoscopic surveillance. *Gastroenterology* 2014; 147: 88-95