

Original-Titel

Risk factors for advanced neoplasia within subcentimetric polyps: implications for diagnostic imaging. Deutscher Titel: Risikofaktoren für das Vorliegen von fortgeschrittenen Neoplasien innerhalb von Polypen kleiner 1cm: Einfluss auf non-invasive bildgebende diagnostische Verfahren und der Indikation zur invasiven endoskopischen Abklärung.

Autoren: Gut 2012;50:445-448

Kommentar: PD Dr. Axel Eickhoff, Medizinische Klinik II, Klinikum Hanau, 30.11.2012

Seit der Einführung der Screening-Koloskopie im Jahr 2002 und insbesondere nach Etablierung neuer bildgebender Screeningmethoden wie der virtuellen Koloskopie (CT/MRT) und der Kolonkapsel ist eine zunehmende Diskussion über die rationelle Allokation der Untersuchungsmethoden entstanden. Dies insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden ökonomischen Zwänge und der kritischen Frage nach dem möglichen Benefit der nicht-invasiven Verfahren im Vergleich zur invasiven Koloskopie. Die Daten zur Detektion bei der Vorsorge-Koloskopie zeigen in 0,7-1% aller Fälle kolorektale Karzinome, in ca. 7% den Nachweis von High-Grade Neoplasien und in 18% den Nachweis von Low-Grade Neoplasien. In über 70% aller Koloskopien zeigt sich somit kein relevanter Befund und diese Screeningpopulation mit geringem Risiko für fortgeschrittene Adenome und Neoplasien eignet sich sinnvollerweise besonders für non- oder wenig invasive Untersuchungsmethoden wie Stuhltests, virtuelle Verfahren oder die Kolonkapsel. Hier ist insbesondere die virtuelle Koloskopie mithilfe des CT und des MRT inzwischen etabliert. Evidenzbasierte Daten zu ihrem Wert bei der Darmkrebsvorsorge liegen heute in ausreichender Zahl vor und in den USA wird die CT-Kolonographie inzwischen fast als gleichberechtigte Methode neben der realen Koloskopie angesehen. Ein gewisses Dilemma und Uneinigkeit der verschiedenen Fachgesellschaften besteht hinsichtlich der Frage, welche Patienten nach virtueller Koloskopie oder Kapselkoloskopie nachfolgend der invasiven Koloskopie unterzogen werden sollen und in welchen Intervallen eine virtuelle Untersuchung zu erfolgen hat.

Bei der Darmkrebsvorsorge gilt es v.a. die relevanten, fortgeschrittenen Läsionen/ Adenome zu detektieren. Hierzu zählen per definitionem alle Adenome >10mm Diameter, aber auch Adenome <10mm mit tubulovillöser/ villöser Struktur und solche die hochgradige Dysplasien aufweisen. Die weit überwiegende Mehrzahl der Läsionen <10mm bergen somit kein Risiko für ein fortgeschrittenes Adenom. Einigkeit besteht inzwischen, dass bei Nachweis einer Läsion >10mm Größe in der CT-Koloskopie nachfolgend eine reale Koloskopie mit Resektion indiziert ist. Bezüglich der Läsionen <10mm besteht eine Uneinigkeit der Fachgesellschaften. So empfiehlt beispielsweise die amerikanische Gesellschaft für Radiologie die Koloskopie nur dann, wenn in der CT-Untersuchung mindestens 3 Läsionen <10mm detektiert wurden. Läsionen <6mm werden in den Befund erst gar nicht aufgenommen. Das American College of Gastroenterology empfiehlt auf der anderen Seite die Koloskopie bereits bei Läsionen >6mm und/oder dem Nachweis von 3 oder mehreren Läsionen jeglicher Größe.

Zur Lösung dieses Dilemmas, nämlich der Risikostratifizierung kleinerer Läsionen <10mm Größe, könnte die vorliegende Studie von Kolligs et al. einen entscheidenden Beitrag leisten. Retrospektiv wurden knapp 1,1 Millionen Koloskopien ausgewertet. Es konnten immerhin 106.270 Läsionen mit einer Größe von 5-9mm und 198.954 Läsionen mit einer Größe von

Kommentar Expertenbeirat



<5mm detektiert werden. Wie hoch war nun der Anteil der "relevanten" fortgeschrittenen Adenome? Dies war bei 13% der Läsionen mit einer Größe zwischen 5-9mm und nur bei 3,7% der Läsionen <5mm der Fall. Die odds-ratio lag dementsprechend bei 3,1 im Vergleich der Läsionen 5-9mmvs. <5mm. Welche Faktoren hatten in der logistischen Regressionsanalyse signifikanten Einfluss auf die Inzidenz einer fortgeschrittenen Läsion? hierzu zählte:

- Alter (>85 Jahre)
- männliches Geschlecht
- makroskopische Wuchsform (gestielt, Typ Ip)
- okkulte Blutungen
- >4 Läsionen in der Koloskopie.

Zusammenfassend konnten Kolligs et al. somit relevante Risikofaktoren definieren, die bei kolorektalen Läsionen <10mm Größe bereits mit einem fortgeschrittenen Adenom vergesellschaftet sein können. Diese o.g. Faktoren sollten Einzug finden in rationelle, risikoadaptierte Nachsorge- und "Work-up"-Protokolle bei Anwendung der virtuellen Koloskopie und/oder der Kolonkapsel. Übrigens auch für die sogenannte "discard" Strategie, bei der kleine <5mm Läsionen, die anhand der pit-pattern und vessel-pattern Struktur als eindeutig hyperplastisch definiert werden, zwar endoskopisch reseziert, aber zur Vermeidung eines erhöhten Ressourcenverbrauchs und der Kosten nicht histopathologisch aufgearbeitet werden. Die statistische Evidenz erscheint durch die sauber durchgeführte Studie und eine ausreichend hohe Fallzahl in jedem Fall gewährleistet.