

Original-Titel

Pathological reassessment of hyperplastic colon polyps in a city-wide pathology practice: implications for polyp surveillance recommendations.

Autoren:

Singh H et al, GIE (2012) 76:1003-1008

Kommentar:

Prof. Dr. med. M. Jung, Katholisches Klinikum Mainz, Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 08.05.2013

Die Vorsorgekoloskopie in der Prophylaxe des Dickdarms zeigt in den letzten Jahren zunehmend beeindruckende Daten. Die Anzahl der neu entdeckten kolorektalen Karzinome bei nicht symptomatischen Patienten beträgt jährlich ca. 1 %. Bei der Dickdarmspiegelung werden zwischen 30 % und 40 % Polypen (krebsvorstufenhaltige Wucherungen) entdeckt und endoskopisch mit der Schlinge oder der Zange abgetragen. Unter den entdeckten Tumoren befinden sich 2/3 Karzinome in einem frühen Stadium, das die Überlebenszeit der Patienten erheblich verbessert (70-90 % 5-Jahres-Überlebenszeit) (ZI Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 8. Jahresbericht 2010).

Eine Analyse des Jahres 2010 zeigt erstmals ansteigende Überlebenszeiten für Patienten mit kolorektalem Karzinom im Vergleich zu 10 Jahren zuvor.

Dieses positive Bild wird derzeit durch kanadische und deutsche Analysen getrübt. So sorgt die Vorsorgekoloskopie für einen Rückgang der Krebsentwicklung im linken Dickdarm, für den rechten Dickdarm gilt diese Prophylaxe aber nur eingeschränkt (Baxter 2009, Brenner 2010). Vor allem diese Erkenntnisse haben den Blick auf das rechte Colon gelenkt.

Demnach bestehen topographische und morphologische Unterschiede in der Entwicklung des Dickdarmkrebses im linken und rechten (Zoekalpol bis linke Flexur) Kolon. So wird eine Zunahme der bösartigen Veränderungen im rechten Dickdarm beobachtet, wohingegen weniger Polypen im linken Dickdarm diagnostiziert werden (Obrand 1998). Polypen im rechten Dickdarm zeigen ein überwiegend flaches Wachstum, wogegen linksseitige Polypen häufig gestielt oder erhaben sind. Flache Polypen tendieren frühzeitiger zu bösartigem Wachstum in die Tiefe und sind daher von ihrer Biologie her gefährlicher (O'Brian 2008, Nawa 2007). Auch sind sie aufgrund der geringen Farbunterschiede zur normalen Schleimhaut und der minimalen Erhabenheiten endoskopisch schwieriger zu erkennen.

Ein Teil der rechtsseitigen, flachen Dickdarmpolypen ist offenbar grundsätzlich in seiner Gefährlichkeit unterschätzt worden. Neben den klassischen Adenomen existiert auch eine sogenannte serratierte Wuchsform (Serrated Colon Polyps, SCP). Der sägezahnartige Aufbau der Kolonkrypten, die sich an der Basis zur Muscularis mucosae irregulär verbreitern und mit ihren unregelmäßigen Ausläufern in die Tiefe wachsen, hat diesen Formationen ihren Namen gegeben. Die Weltgesundheitsorganisation subsummiert unter serratierte Polypen den sogenannten hyperplastischen Polypen (HP), das sessil-serratierte Adenom (SSA) und das traditionell serratierte Adenom (TSA). Allen Polypen gemeinsam ist die gleiche oberflächliche Erscheinungsform – ein honigwabenförmiges „harmonisches“

Schleimhautmuster, so dass von der Aufsicht her keine Unterscheidung getroffen werden kann. Hyperplastische Polypen gelten im Allgemeinen als unbedeutend, da sie nicht zum Krebswachstum neigen. Sessil serratierte Polypen und traditionell serratierte Polypen jedoch zeigen offensichtlich eine stärkere bösartige Entartung. Im Vergleich zu den klassischen Adenomen besitzen sie wenige Änderungen im Kern, Plasma- und Zellverbund, sondern fallen durch ihre architektonische Unregelmäßigkeit auf. Da hyperplastische Polypen und serratierte Läsionen im rechten Kolon häufiger auftreten als im linken Dickdarm und da sie rein optisch nicht unterscheidbar sind, wurde ihre Bedeutung über lange Jahre fehleingeschätzt. Auch mikroskopisch wurden derartige Polypen aufgrund der geringen Unterschiede zueinander häufig fehldiagnostiziert. Sessil serratierte Adenome wurden offensichtlich häufiger als gutartige hyperplastische Polypen ein- und damit unterschätzt. Daher haben Pathologen (McKinnon 2007, Snoover 2010) auf das Problem dieser Polypen und deren Fehleinschätzung hingewiesen. Sessil serratierte Adenome werden auch mit der Entwicklung des Intervallkarzinoms in Verbindung gebracht, eines in relativ kurzer Zeit sich entwickelnden Tumors, der sich frühzeitiger entwickelt als nach den bisherigen Standards der Kontrollkoloskopie erwartet wurde.

Die Gruppe um Singh ist daher der Frage nachgegangen, wie häufig eine Korrektur der Diagnose „hyperplastischer Polyp“ zu „sessil serratiertem Adenom“ im rechten Kolon vorgenommen werden muß. Die Daten wurden im pathologisch- anatomischen Register der Provinz Manitoba in Winnipeg/Kanada auf der Basis von 4.100 Befunden durch 25 verschiedene Pathologen erhoben. Die Daten des Jahres 2009 und ihre Neuklassifizierung wurden im vergangenen Jahr veröffentlicht (Gastrointestinal Endoscopy 2012, 76: 1003-1008). Sämtliche Diagnosen eines hyperplastischen Polypen im rechten Dickdarm wurden noch einmal einer Neuevaluierung unterzogen. Danach mussten die Zahlen wie folgt korrigiert werden: 20 % aller rechtsseitigen Colonpolypen wurden als sessil serratierte Adenome (SSA) anstatt hyperplastischer Polypen eingestuft. 17 % der rechtsseitigen, vormals hyperplastischen Polypen und 20 % der >5 mm großen Polypen waren demnach sessile Adenome. Die Größe der Polypen > 5 mm und das Vorkommen im rechten Dickdarm waren unabhängige Prädiktoren der Reklassifizierung. Aus diesen Daten, die auch durch andere Arbeitsgruppen bestätigt werden, lassen sich folgende Konsequenzen ableiten:

1. Serratierte Läsionen machen einen Großteil der flachen Polypen im rechten Dickdarm aus. Sie gehören in weitaus größerer Anzahl zur Gruppe der sessil serratierten Adenome (SSA) und nicht zu hyperplastischen Polypen. Sie sind damit als Krebsvorstufen zu werten, gleich wie die klassischen Adenome des Dickdarms. Bei einer Größe über 5 mm im rechten Dickdarm ist die komplette Entfernung mit der Schlinge zu fordern. Bei einer Größe von über 10 mm im linken Dickdarm (relative Seltenheit) ist ebenso die endoskopische Polypektomie die Therapie der Wahl.
2. Da flache Polypen – vor allem serratierte Läsionen – im rechten Dickdarm schwieriger zu entdecken sind, sind Endoskopiker aufgefordert, vor allem diesen Teil des Darmes mit noch mehr Akribie zu inspizieren und dabei alle endoskopischen Zusatzmethoden (Färbung, NBI, I-Scan, FICE) zur Feinerkennung konsequent zu nutzen.

Kommentar Expertenbeirat



3. Wann eine Kontrollkoloskopie nach Abtragung derartiger Veränderungen notwendig ist, wird derzeit lebhaft diskutiert. Möglicherweise sind die Intervalle zur Kontrollkoloskopie kürzer als bei klassischen Adenom mit geringer Atypie. Daher wird nach Abtragung eines flachen, ca. 1 cm großen SSA eine Kontrollkoloskopie in etwa 2 Jahren als notwendig angesehen.

Die Arbeit von Singh et al hat gezeigt, dass neben Endoskopikern auch Pathologen gelegentlich ihre Standards revidieren müssen. Eine Revision der Histologie von Kolonpolyphen (serratierte Läsionen) ist inzwischen konsequent umgesetzt worden.

Eine Fehlbeurteilung von 20 % aller rechtsseitigen Krebsvorstufen kann daher zur falsch positiven Diagnose einer Frühveränderung im Dickdarm führen. Hier könnte eine Ursache der unbefriedigenden Vorsorgedaten für den rechtsseitigen Dickdarmkrebs vorliegen. Endoskopiker und Pathologen befinden sich in einem ständigen interdisziplinären Dialog. Sie wird durch die fortgeschrittene Technologie die Möglichkeit der modernen Endoskopie, der Möglichkeit einer Voraussage des mikroskopischen Schweregrades und Revision pathologisch-anatomischer Klassifikationen belebt. Die Vorsorgekoloskopie ist qualitativ in ständiger Verbesserung und vermittelt zudem neue Erkenntnisse in der Krebsentwicklung von Frühveränderungen des Dickdarms. Dies wird ihre Effizienz noch weiter erhöhen.