

Original-Titel

The incidence of advanced neoplasia after polypectomy in patients with and without low-risk adenomas.

Autoren

Hassan C, Gimeno-Garcia A, Kalager M et al: Aliment Pharmacol Ther 2014; 39: 905-912

Kommentar

Prof. Dr. med. Joachim Mössner, Klinik für Gastroenterologie und Rheumatologie, Universitätsklinikum Leipzig

Die Datenlage zu dem wichtigen Problem des entstandenen Kolonkarzinoms in einem Zeitraum von wenigen Jahren nach erfolgter Vorsorgekoloskopie, dem sogenannten Intervallkarzinom, ist noch verbesserungswürdig: Das Problem des Karzinoms nach erfolgter Vorsorgekoloskopie ist daher noch nicht „ausdiskutiert“.

ad 1) Handelt es sich um ein Karzinom, welches bezüglich der Pathogenese genetisch einem HNPCC (hereditäres nicht polypöses Kolonkarzinom) entspricht oder sogar um ein wirkliches HNPCC, da keine sorgfältige Familienanamnese erhoben wurde? Bei sorgfältig erhobener Familienanamnese hätte vielleicht erkannt werden können, dass mehrere Verwandte bereits an einem Karzinom erkrankt waren. Bei HNPCC sind unterschiedliche Vorsorgeuntersuchungen jährlich (!!) erforderlich. Das HNPCC entsteht oft auch im Colon ascendens, also im rechten Kolon. Im rechten Kolon werden endoskopisch eigenartigerweise häufiger Tumore übersehen. Das HNPCC entsteht in der Regel auch direkt aus der Schleimhaut und nicht erst nach Jahren aus einer gutartigen Vorstufe, dem Adenom.

ad 2) Das Problem des übersehenen Adenoms bei der Vorsorgekoloskopie darf aber auch nicht ignoriert werden. Mehrere Ursachen kommen in Frage; z.B. ein nicht optimal gereinigtes Kolon mit Stuhlresten, die nicht immer abgesaugt werden können, zu schnelle Rückzugszeit des Endoskops durch den Untersucher, hinter einer Falte verstecktes Adenom, das während der Koloskopie nicht gesehen werden konnte. Die biomedizinische Industrie versucht daher Koloskope zu entwickeln, bei denen dieser „tote Winkel“ reduziert wird.

ad 3) Letztlich kann es aber doch auch ein schnell wachsendes Karzinom sein, dessen Vorstufe, das Adenom, zum Zeitpunkt der Vorsorgekoloskopie noch nicht sichtbar war.

Das Risiko weitere Adenome im Rahmen der Vorsorgekoloskopie zu übersehen, steigt mit der Zahl der bereits entdeckten Adenome. Nach endoskopischer Abtragung eines Adenoms („Polypen“) muss sich der Untersucher auch auf den pathohistologischen Bericht verlassen können. Wenn die Abtragungsränder doch nicht adenomfrei waren, kann natürlich in der Folgezeit nach Endoskopie ein Karzinom entstehen. Bislang sagen die Leitlinien, dass nach unauffälliger Vorsorgekoloskopie und fehlender Familienanamnese eine Koloskopie nach einem 10-jährigen Intervall ausreichend ist. Bei festgestellten und vollständig endoskopisch abgetragenen Adenomen wird das Intervall bis zur nächsten Koloskopie noch kontrovers zwischen USA und Europa diskutiert. Hier spielen viele Faktoren eine Rolle, u.a. wirklich vollständige Abtragung; Neoplasiegrad, Größe des Adenoms, Anzahl der gefundenen Adenome. Die bisherige Studienlage berechtigt aber doch zu der Annahme, dass die meisten sogenannten Intervallkarzinome aus bei der Vorsorgekoloskopie übersehenen Adenomen her-

Kommentar Expertenbeirat



vorgegangen sind und es sich nicht um ein sehr schnell gewachsenes Karzinom handelt. Daher müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um dieses Risiko weiter zu reduzieren. Ein Patient, der an einem Karzinom trotz Vorsorgekoloskopie erkrankt, wird sicher seine Bekannten und Verwandten auch nicht gerade motivieren, zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Der unbestrittene Nutzen der Vorsorge-Koloskopie wird diskreditiert.

Die hier vorgelegte Meta-Analyse letztlich wissenschaftlich nicht gut konzipierter Studien, zeigt eigentlich zu Erwartendes: nach Feststellung von Adenomen muss sowohl mit dem Übersehen von Adenomen als auch mit erneutem Wachsen von Adenomen, sogenannten metachronen Adenomen, häufiger gerechnet werden als bei Patienten mit unauffälliger Koloskopie. Man würde also sicher nicht 10 Jahre warten. Ob aber 3 oder 5 Jahres-Intervalle ausreichen, dazu gibt es letztlich keine Daten.

Literatur:

Rex DK, Cutler CS, Lemmel GT et al.

Colonoscopic miss rates of adenomas determined by back-to-back colonoscopies. *Gastroenterology* 1997; 112: 24–28

Rembacken B, Hassan C, Riemann JF et al.

Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy*. 2012; 44: 957-68