

## **Original-Titel**

Sessile Serrated Polyps at Screening Colonoscopy: Have They Been Under Diagnosed ?  
Wurden sessile serratierte Adenome zu selten bei Vorsorgekoloskopie diagnostiziert?

## **Autoren**

Tinmouth et al. Am J Gastroenterol 2014; 109:1698–1704

## **Kommentar**

Professor Dr.med. Andrea Tannapfel, Institut für Pathologie, Ruhr-Universität Bochum,  
20.12.2014

Die Autoren beantworten mit ihrer Analyse die Frage, ob die sessilen serratierten Adenome (SSA) des Kolorektums vor Einführung der Diagnosekriterien zu selten diagnostiziert wurden.

## **Hintergrund**

Durch die breite Anwendung molekularpathologischer Methoden hat sich das Verständnis der Entstehung kolorektaler Karzinome ständig erweitert. So konnten unterschiedliche Entstehungswege nicht nur molekular nachgewiesen, sondern auch histopathologisch im Sinne einer Genotyp/Phänotyp-Korrelation sichtbar gemacht werden. Spezifische Genveränderungen führen beispielsweise zu serratiert anmutenden Kolonadenomen bzw. Karzinomen.

Um einheitliche Standards in der Diagnostik zu definieren, hat die WHO im Jahr 2010 Kriterien vorgeschlagen, die diesen neuen Konzepten Rechnung tragen. So wurden die neuen Vorläuferläsionen kolorektaler Karzinome, die sessilen serratierten Adenome (SSA), die etwa 7% aller Adenome ausmachen, definiert und entsprechende Diagnosekriterien verbindlich festgelegt.

Die sessilen serratierten Adenome (SSA) sind typischerweise größer als 5 mm, liegen im rechtsseitigen Hemikolon und sind flach erhaben, ragen also nicht polypös ins Darmlumen vor. Endoskopisch sind die SSA relativ schwierig zu erkennen und grenzen sich durch eine aufgelagerte Schleimschicht von der Umgebung ab.

Aufgrund der Morphologie und der Lokalisation könnten Sie eine wesentliche Ursache sogenannter Intervallkarzinome darstellen.

Inzwischen ist unbestritten, dass das sessile serratierte Adenom eine Vorläuferläsion des sogenannten serratierten Karzinogenesewegs darstellt. Dabei stützt sich die differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen einem hyperplastischen Polyp und dem sessilen serratierten Adenom auf das typische Gesamtbild mit den von der WHO erstmalig 2010 definierten SSA-Kriterien wie L- und T-förmigen Verzweigungen an der Kryptenbasis, einer Serration bis zur Kryptenbasis im Vorliegen dilatierter basal auch eckiger Krypten und gelegentlichen Vorkommen von unter der Lamina Muscularis mucosae reichenden invertierten Krypten. Im Gegensatz hierzu sind hyperplastische Polypen - die häufigsten kolorektalen Polypen - überwiegend im Rektum und im linksseitigen Kolon, besitzen in aller Regel einen Durchmesser kleiner als 5 mm und weisen die oben genannten Diagnosemerkmale der SSA nicht auf.

Wie bei allen Neuerungen stellt sich natürlich die Frage, wie mit größeren „Polypen“ umzugehen ist, die vor 2010 als hyperplastische Polypen (fehl-)klassifiziert wurden.

## **Aktuelle Arbeit**

Die retrospektive Analyse umfasst 2.527 Patienten, die in einem Zeitintervall von 2003-2005 im Rahmen einer Screening-Kolonoskopie polypektomiert wurden. Alle „hyperplastischen

## **Kommentar Expertenbeirat**



Polypen“, die größer als 5 mm im Durchmesser waren, wurden erneut pathohistologisch begutachtet.

111 „hyperplastische Polypen“, wurden identifiziert, die größer als 5 mm im Durchmesser waren. 32 dieser 111 Patienten (28,8%) erfüllten die 2010 publizierten Diagnosekriterien eines SSA, mussten also umklassifiziert werden.

Die jetzt als SSA identifizierten Läsionen waren signifikant häufiger im proximalen Kolon gelegen und deutlich größer als hyperplastische Polypen. Patienten mit einem (reklassifizierten) SSA hatten signifikant häufiger weitere (serratierte) Läsionen.

Die Nachsorgeintervalle änderten sich nach der Reklassifikation bei zwölf Patienten.

Die Autoren schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass „hyperplastische Polypen“, die größer als 5 mm und im rechten Hemikolon lokalisiert sind, von einer erneuten histopathologischen Begutachtung profitieren, da ein Drittel von ihnen eigentlich ein SSA darstellen.

### **Kommentar**

Die Schlussfolgerung der Autoren ist nachvollziehbar und wird aus eigener Erfahrung auch im klinischen Alltag zumindest im Einzelfall durchgeführt.

Dabei spielen neben der Größe des Polypen auch dessen Lokalisation eine Rolle.

Einige Autoren empfehlen hier nicht 5mm, sondern 10mm – was in der aktuellen Studie dazu geführt hätte, dass sich die Reklassifizierungsrate halbiert hätte.

Da es nicht nur um wissenschaftliches Interesse, sondern auch um die Empfehlung korrekter Nachsorgeintervalle geht (verkürztes Kontrollintervall von drei Jahren), sollte an die Möglichkeit der Umklassifikation gedacht werden, wenn ein „hyperplastischer Polyp“ größer als 5mm aus dem rechten Hemikolon entfernt wurde.