

Original-Titel:

Local recurrence after endoscopic mucosal resection of nonpedunculated colorectal lesions: systematic review and meta-analysis.

Standardized long-term follow-up after endoscopic resection of large, nonpedunculated colorectal lesions: a prospective two-center study.

Autoren:

Belderbos TDG, Leenders M, Moon LMG, Siersema PD, . Endoscopy 2014;46:388-400
Knabe M, Pohl J, Gerges CA, et al.; Am J Gastroenterol 2014;109:183-189

Kommentar:

Prof. Dr. med. R. Porschen, Klinik für Innere Medizin, Klinikum Bremen-Ost, 02.04.2015

Methodik

In der Arbeit von Belderbos (1) wird eine Metaanalyse präsentiert, die auf der Auswertung von 33 Studien basiert. Es wird die lokale Rezidivrate nach endoskopischer Mukosektomie (EMR) von flachen Adenomen und Frühkarzinomen analysiert. Rezidive wurden in frühe (Detektion bei der ersten Follow-up Koloskopie) und spätere Rezidive unterteilt.

Ergebnisse

Das Lokalrezidivrisiko lag im Mittel bei 15%. Es war signifikant höher nach Piecemeal-Resektion (20%) als nach en bloc Resektion (3%). Rezidivadenome wurden erfolgreich mittels APC und/oder EMR behandelt, so dass eine erfolgreiche Therapie in 91,4% der Rezidive erreicht wurde. Insgesamt lag die endoskopische Erfolgsrate bei 99% aller Läsionen. 76% der Rezidive wurden nach einem Intervall von 3 Monaten, 96% der Rezidive nach einem Intervall von 6 Monaten entdeckt.

Methodik

Eine prospektive Studie an ausgewiesenen endoskopischen Kliniken (2) untersucht eine vergleichbare Fragestellung. Es wurden 243 Patienten mit flachen Polypen und einem Durchmesser >20 mm (20-100 mm) eingeschlossen. 252 flache Polypen wurden mittels en bloc Resektion (11,5%) oder Piecemeal Resektion (88,5%) entfernt, bei 2 Adenomen geschah dies mit endoskopischer Submukosaresektion (ESD).

Ergebnisse

In 7,5% zeigte sich histologisch eine hochgradige Dysplasie (HGD), in 3,2% ein Karzinom. Das Auftreten von HGD/ Karzinom korrelierte mit der Polypengröße. Bei 11 Adenomen war eine chirurgische Nachresektion erforderlich. Bei der Hälfte der Läsionen wurde der Resektionsrad ergänzend mit APC (20-40 W) behandelt. Postinterventionelle Blutungen traten bei 24 Patienten auf, Perforationen bei 4 Patienten (Therapie mit Clipapplikation). In der ersten Kontrolle nach 3-6 Monaten konnten bei 31,7% der entfernten Polypen residuelle Adenome nachgewiesen werden. (58/183 Läsionen). Bei 86 Patienten mit unauffälliger erster Kontrollkoloskopie ergab die erneute Kontrolle 12 Monate nach Resektion in 16,4% einen positiven erneuten Adenombefund. 16/228 Läsionen mit makroskopisch unauffälliger Polypektomie wiesen nur in den entnommenen Biopsien Adenomgewebe auf. Alle residuellen bzw. rezidierten Adenome wurden mittels endoskopischer Resektion oder APC behandelt.

Kommentar Expertenbeirat



Kommentar: Beide Studien zeigen, dass sich letztendlich eine endoskopische Resektion in über 95% aller Polypektomien - selbst bei großen Polypen - erreichen lässt. In der CARE-Studie (3) wurde gezeigt, dass ungefähr 10% aller nicht gestielten neoplastischen Polypen mit einer Größe von 5-20 mm durch eine Polypektomie inkomplett reseziert werden. Diese Metaanalyse kommt zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Unterschiede ergeben sich aus der Tatsache, dass in der CARE-Studie die Obergrenze der Polypengröße bei 20 mm endete.

Die endoskopische Resektion großer nicht-gestielter Polypen trägt selbst in geübten Händen ein signifikantes Komplikationsrisiko in sich. Die endoskopischen Kontrolluntersuchungen sollten nicht nur eine makroskopische Beurteilung der Polypennarbe beinhalten, sondern auch eine bioptische Kontrolle. Eine sorgfältige Nachkontrolle mit evtl. notwendig werdender Nachbehandlung von residuellen oder rezidierten Adenomgewebe führt zu einer hohen Rate erfolgreicher Polypenresektionen.

Das zeitliche Auftreten der Rezidivadenome bestätigt die Vorgabe der Deutschen Leitlinie, dass bei histologisch nicht bestätigter vollständiger Abtragung und nach Abtragung von Adenomen in Piecemeal-Technik eine Kontrolle der Abtragungstelle nach 2-6 Monaten erfolgen soll. Nach den Ergebnissen dieser Metaanalyse scheint ein Intervall von 6 Monaten das optimale Follow-up Intervall zu sein, da 96% der Rezidive nach einem Intervall von 6 Monaten entdeckt werden, während nach 3 Monaten erst 76% der Rezidive aufgetreten waren. Als Risikofaktoren für Intervallkarzinome werden übersehene neoplastische Läsionen, schnell wachsende Karzinome oder eine inkomplette Polypenresektion diskutiert. Durch eine standardisierte und sorgfältige Nachkontrolle wird das Risiko eines Intervallkarzinoms reduziert werden können.