

Kommentar Expertenbeirat



Original-Titel:

Serrated Lesions in Colorectal Cancer Screening

Autoren:

East et al.: Gut 2015;64:991-1000

Kommentar:

Prof. Dr.med. Andrea Tannapfel, Ruhr-Universität Bochum, 21.06.2015

Hintergrund:

Aufgrund neuer, insbesondere auch molekularpathologischer Methoden hat sich das Verständnis der Entstehung kolorektaler Karzinome ständig erweitert. Entgegen der früheren Meinung der Existenz einer einzigartigen Adenom – Karzinomsequenz, die zur Entstehung kolorektaler Karzinome führt, sind jetzt unterschiedliche Karzinogenesewege molekularpathologisch und auch histopathologisch definiert. Neben den sogenannten konventionellen Adenomen gibt es die serratierten Läsionen, die zu kolorektalen Karzinomen führen. Neben der typischen Morphologie (serratiertes Wachstum) sind divergente Genalterationen beschrieben.

Die WHO hat in ihren Empfehlungen zur einheitlichen Diagnostik serratierter Läsionen erstmalig 2010 Kriterien festgelegt, um die Diagnose der neuen Vorläuferläsionen kolorektaler Karzinome weltweit zu vereinheitlichen.

Exakte Daten zur biologischen Aggressivität serratierter Adenome auch im Hinblick auf die Zeitdauer der malignen Transformation fehlen bisher.

Auch sind Studien zu Nachsorgeintervallen nach Entfernung eines serratierten Adenoms aufgrund der Neuigkeit des Wissens und der erst seit kurzem vereinheitlichten Diagnostik noch nicht vorhanden.

Review zum derzeitigen Wissenstand:

In einem Review von East und Mitarbeiter (GUT 2015; 64:991-1000) wird der derzeitige medizinische Wissensstand serratierter Läsionen erneut im Hinblick auf Screening kolorektaler Karzinome zusammenfassend dargestellt.

Die Autoren appellieren zunächst, eine eindeutige Terminologie zu verwenden. Sie schlagen vor, die gutartigen hyperplastischen Polypen von serratierten Läsionen zu trennen, in Analogie zur WHO-Klassifikation. Neben den sessilen serratierten Adenomen/Polypen gibt es eine dritte Entität, die traditionellen serratierten Adenome, die sich histologisch relativ einfach und mit einer hohen Genauigkeit diagnostizieren lassen. Die Autoren schlagen weiterhin vor, die sessilen serratierten Polypen/Adenome zu differenzieren in solche mit zytologischen Dysplasien und solche, die Dysplasien nicht besitzen.

Anzumerken ist aus pathohistologischer Sicht, dass die Nomenklatur „zytologische“ Dysplasien etwas ungewöhnlich gewählt ist, da man weiß, dass „Dysplasien“ histologische, nicht zytologische Veränderungen sind, hier wäre der Begriff der Atypien vorzuziehen.

Die molekulare Entstehung serratierter Adenome wird in diesem Review ebenfalls kurz skizziert, ist jedoch nicht der Hauptfokus des Artikels.

Die Autoren führen an, dass die Koloskopie das am besten evaluierteste und sicherste Mittel ist, um serratierte Polypen zu entdecken, insbesondere wird auf die Chromoendoskopie und

Kommentar Expertenbeirat



die Bedeutung der Rückzugszeit gesondert eingegangen. Die Autoren empfehlen weiterhin, alle Polypen proximal des rektosigmoidalen Überganges zu entfernen. Aus Literaturdaten wird eine Detektionsrate für proximale serratierte Läsionen (zusammengefasst werden hier hyperplastische Polypen und sessile serratierte Adenome proximal der linken Flexur) von 4,5% angegeben.

Eine besondere Bedeutung nimmt das Nachsorgeintervall nach Entfernung eines serratierten Polypen ein, hier können keine eindeutigen Daten angeführt werden, hier fehlen große Studien, auch prospektiv an großen Kollektiven.

Es handelt sich um einen gut lesbaren Review, der den derzeitigen Stand der Diskussion über serratierte Läsionen zusammenfasst. Kritisch ist anzumerken, dass die Autoren sich von der WHO-Definition im Hinblick auf die Nomenklatur, deren einheitliche Anwendung sie einfordern, stark entfernen, in den von serratierten Polypen gesprochen wird und in "zytologischen Dysplasien".

Der Review adressiert zum Schluss mehrere offene Fragen, auch zur Kosteneffektivität der Überwachung von serratierten Läsionen. Aufgrund der fehlenden Datenlage kann hier nur auf zukünftige Untersuchungen hingewiesen werden.

Den Autoren des Review kann zugestimmt werden, prinzipiell ist die Koloskopie anzuraten mit Entfernung aller Läsionen proximal des rektosigmoidalen Überganges mit einheitlicher Verwendung der Nomenklatur durch den Pathologen, um langfristig Daten zu gewinnen, um die biologische Bedeutung serratierter Vorläuferläsionen besser einschätzen zu können.