

Original-Titel:

Metachronous colorectal cancers result from missed lesions and non-compliance with surveillance

Autoren:

C. M. C. le Clercq, B. Winkens, C. M. Bakker, E. T. P. Keulen, G. L. Beets, A. M. Masclee, S. Sanduleanu; *Gastrointest Endosc* 2015; 82:325-33.

Kommentar:

Dr. med. Rainer Bastian, PD. Dr. med. Brigitte Schumacher, Essen, 19.8.2015

Die Koloskopie hat das Potential, die Mortalität des Kolonkarzinoms (CRC) durch Nachweis praemaligner und maligner Läsionen der Darmschleimhaut und deren Resektion zu senken. Noch höher ist dieses Potential bei Personen mit erhöhtem Risiko für Darmkrebs (CRC) einzustufen wie z.B. bei Verwandten von Patienten mit fortgeschrittenen kolorektalen Neoplasien oder bereits manifestem CRC, Verwandten von Patienten mit erblichem Darmkrebs bzw. Polyposis-Syndrom und Personen mit individuell vorhandenen klinischen Risikofaktoren (wie Alter, Geschlecht, Zigarettenrauchen und Fettleibigkeit (Body Mass Index > 30 kg/m²)). Durch die Durchführung der Vorsorgekoloskopie soll in bei diesem Personenkreis Darmkrebs zuverlässig verhindert werden. Obwohl die Koloskopie als Gold-Standard zur Prävention von Darmkrebs angesehen wird, so ist dieses diagnostische Verfahren trotzdem nicht perfekt. In der westlichen Welt beträgt die Erkrankungshäufigkeit für den metachronen Darmkrebs (mCRC) 3 % innerhalb der ersten 10 Jahre nach durchgemachter Darmkrebs-Behandlung. Der vorliegende Artikel aus der Zeitschrift *Gastrointestinal Endoscopy* versucht, die Ursachen für eine später erst auftretende Darmkrebs-Zweiterkrankung (metachroner Darmkrebs (mCRC)) genauer zu erklären, die eindeutig noch nicht zum Zeitpunkt des Nachweises des primären Darmkrebses vorgelegen hat, also kein synchrones CRC im Sinne eines zeitgleichen Zweit-Darmkrebsherdes ist. Le Clercq und Kollegen aus Maastricht führten eine retrospektive Untersuchung von 5157 Patienten mit primärem Darmkrebs durch. In dieser Kohorte entwickelten 1,8% einen metachronen Darmkrebs innerhalb von 6 Jahren. Le Clercq und Kollegen versuchten, die Ursachen für den metachronen Darmkrebs zu entschlüsseln. Ihrer Einschätzung nach stellen übersehene Läsionen im Rahmen der Koloskopie mit zeitgleichem Nachweis der primären Darmkrebserkrankung gemeinsam mit der Nicht-Wahrnehmung der Leitlinien-gemäßen Nachsorge- Koloskopie-Intervalle die beiden Hauptursachen dar. Bei zu erwartender vollständiger Polypenentfernung („Polypcleaning“) im Rahmen der Koloskopie mit zeitgleicher Detektion des primären Darmkrebs sollte, bei einer zu erwartenden Latenz von 10 bis 15 Jahren vom Polypen zum Darmkrebs, davon ausgegangen werden können, dass ein metachrones CRC in den ersten 10 Jahren der Darmkrebs-Nachsorge deutlich seltener auftritt. Bei genauerer Untersuchung durch le Clercq fällt le Clercq insbesondere auf, dass der metachrone Darmkrebs bei 40,8% bereits innerhalb der ersten 3 Jahre nach primärem CRC diagnostiziert werden muss. Eine dänische Untersuchungsgruppe um Mulder SA et al. 2012 stellte übereinstimmend fest, dass innerhalb der ersten 3 Jahre nach primärem CRC das Risiko für mCRC signifikant höher ist im Vergleich zur gleichalten und gleichgeschlechtigen Durchschnittsbevölkerung (standardized incidence ratio (SIR) 1,4 mit 95% Konfidenzintervall). Nach Ablauf dieser drei Jahre der Nachsorge liegt demnach kein erhöhtes Erkrankungsrisiko für mCRC mehr vor.

Es muss gefolgert werden, dass der Koloskopie-Nachsorge in den ersten drei Jahren nach primärem CRC einer besonders großen Bedeutung zukommt, um ein mCRC zu verhindern.

Kommentar Expertenbeirat



Um effektiv die Inzidenz von mCRC abzusenken ist es erforderlich, Ursprung und Ursache des zweiten Tumors zu entschlüsseln.

Frau Dekker beschreibt im Editorial zu v.g. Publikation, dass vermutlich drei Ursachen für die Entwicklung eines mCRC möglich sind:

- Das „mCRC“ wurde zum Zeitpunkt der Diagnosestellung des primären CRC übersehen und stellt in Wirklichkeit ein synchrones CRC-Zweitkarzinom dar.
- Es wurde zum Zeitpunkt der Diagnosestellung des primären CRC eine Vorläuferläsion von CRC übersehen und kein vollständiges Polypectomy durchgeführt.
- Es handelt sich um einen zweiten Primarius, der noch nicht als Vorläuferläsion zum Zeitpunkt der Koloskopie mit Detektion des primären Darmkrebses existent war.

Detaillierte zusätzliche Informationen betreffend Personen mit mCRC sind somit erforderlich:

- Informationen betreffend die Qualität der Koloskopie zum Zeitpunkt der Diagnosestellung des primären CRC und der der Nachsorge-Koloskopie
- Information über das Intervall Nachsorge-Koloskopie
- Wissen über die Biologie von einem metachronem CRC

Daten zur Bedeutung der Qualität der Koloskopie belegen eine Korrelation zwischen der Adenom-Detektion-Rate (ADR) des Koloskopikers und der Inzidenz von Intervallkarzinomen. Insbesondere der Nachweis von flachen serratierten Läsionen im rechten Hemicolon ist wegen deren Morphologie und Färbung herausfordernd – da sie zuweilen zusätzlich durch eine adhärenzte Stuhlkappe getarnt sind - herausfordernd. Deren Detektionsrate variiert bezogen auf den Endoskopiker.

Es ergibt sich somit die Forderung, dass neben der ADR des Endoskopikers ein Monitoring von der serratierten Polypen-Detektion-Rate in die Qualitätskontrolle der Koloskopie eingeführt werden sollte. Die 2013 veröffentlichte CARE-Studie um Pohl H et al. 2013 demonstrierte, dass 10,1% der Polypen bis 2 cm Größe nicht vollständig abgetragen worden waren. In der Gruppe der Patienten mit serratierten Läsionen war dieser Anteil mit 31% am größten. Somit hat auch die radikale und vollständige Polypenresektion eine sehr hohe Relevanz.

Coecum-Intubationsrate und die Qualität der Darmreinigung sind ebenfalls als bekannte Determinanten einer hochwertigen Koloskopie anzusehen.

Schlussfolgernd hervorzuheben ist, dass prospektive Studien erforderlich sind um die exakten Ursachen für ein mCRC im Einzelfall zu identifizieren.