

Kommentar Expertenbeirat



Original-Titel

Colonoscopy surveillance after colorectal cancer resection: recommendations of the US multi-society task force on colorectal cancer.

Autoren:

Charles J Kahi et al (2016) Gastrointestinal Endoscopy 83,3 :489-498

Kommentar:

Prof. Dr. med. Werner Hohenberger, Erlangen, 12.05.2016

Die vorliegende Arbeit fasst eine Literaturrecherche einer als "US Multi-Society Task Force" bezeichneten Gruppe zusammen, die die Rolle von Koloskopie, flexibler Sigmoidoskopie, endoskopischer Ultraschalluntersuchung, Stuhltests und CT-Kolonoskopie bei der Nachsorge kurativ behandelter kolorektaler Karzinome zum Inhalt hatte. Analysiert wurden in Medline registrierte englischsprachige Arbeiten der Jahre 2005 bis September 2015.

Folgende Empfehlungen werden aufgrund dieser Recherchen gegeben: Alle Patienten mit einem kolorektalen Karzinom sollen:

- perioperativ eine „Clearing“-Koloskopie erhalten. Im Falle einer Obstruktion soll diese
- innerhalb von 3 bis 6 Monaten postoperativ nachgeholt werden bzw.
- nach einer kurativen Resektion erstmalig nach einem Jahr koloskopiert werden
- im Falle eines unauffälligen Befundes nochmals drei und anschließend fünf Jahre später.

Im Falle eines „lokalisierten“ Rektumkarzinoms, das durch lokale Maßnahmen behandelt wurde und ebenso eines fortgeschrittenen Rektumkarzinoms, das nicht mit neoadjuvanter Radiochemotherapie, sondern ausschließlich chirurgisch behandelt wurde, sollen diese Patienten zusätzlich zu obigen Empfehlungen durch flexible Sigmoidoskopie oder Endosonographie alle drei bis sechs Monate in den ersten zwei bis drei Jahren nachgesorgt werden.

Für alle diese Empfehlungen wird die Evidenz als niedrig bezeichnet.

In Ergänzung und als Alternative zur Koloskopie wird bei Patienten mit einer Obstruktion ein Computertomogramm vorgeschlagen, wobei für den Fall, dass ein CT nicht verfügbar ist, ein Doppelkontrast-Barium-Einlauf empfohlen wird (mäßiggradige Evidenz).

Die Evidenz für einen Fäkaltest oder eine fäkale DNA-Untersuchung ist unzureichend.

Die S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom in Deutschland aus dem Jahr 2014 empfehlen für die Nachsorge unter Berücksichtigung des hier zur Diskussion stehenden eingeschränkten Spektrums

- eine Koloskopie innerhalb von 6 Monaten postoperativ, falls präoperativ keine
- vollständige Abklärung des verbliebenen Kolons erfolgt war, ansonsten sollte sie

- nach einem Jahr und anschließend bei unauffälligem Befund alle 5 Jahre erfolgen.
- keine regelmäßige Nachsorge im UICC-Stadium I, es sei denn, dass lokale Maßnahmen erfolgt waren.
- Zusätzlich ist nur bei Rektumkarzinomen im UICC-Stadium I und II, welche keine
- perioperative Radiochemotherapie erhalten haben, innerhalb der ersten zwei Jahre
- halbjährlich eine flexible Sigmoidoskopie oder eine starre Rektoskopie durchzuführen.
- Ein routinemäßiger Einsatz der Endosonografie zur Erkennung von Lokalrezidiven
- eines Rektumkarzinoms wird nicht empfohlen. Sie ist jedoch geeignet, Lokalrezidive
- zu erfassen (in der Praxis Anwendung beim Lokalrezidivverdacht oder erhöhtem Risiko dafür).
- Die Datenlage spricht gegen einen routinemäßigen Einsatz der Computertomografie.
- Kontrasteinlauf und virtuelle Kolonografie haben in der programmierten Nachsorge keinen Stellenwert.
- Die Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl ist für die Nachsorge nicht geeignet.

Die vorliegende Arbeit hinterfragt nur einen Teil des Nachsorgeprogramms nach kurativer Resektion eines sporadischen kolorektalen Karzinoms, nämlich Koloskopie, flexibler Sigmoidoskopie, endoskopischer Ultraschalluntersuchung, Stuhltests und CT-Kolonoskopie. Damit zielt sie ganz überwiegend nur auf die Erfassung metachroner Karzinome (Häufigkeit ca. 3 % bis 5 % innerhalb von 10 Jahren) und intraluminaler Anastomosenrezidive ab, die bei adäquater chirurgischer Behandlung selten auftreten (geschätzt um 1 % beim Kolonkarzinom und 2 % bis 3 % beim Rektumkarzinom). Sie hilft damit also nur sehr wenigen Patienten, auch wenn die amerikanische Taskforce für sie im Falle der postoperativen Koloskopie eine Verbesserung des Gesamtüberlebens allerdings ohne Effekt auf das Krebs spezifische Überleben und ohne Vorteil für die häufige Durchführung einer Koloskopie herausgefunden hat.

Die deutschen Leitlinienempfehlungen sind deutlich restriktiver und empfehlen auch nicht überholte Maßnahmen wie eine Bariumdoppelkontrast-Untersuchung und dies bei einer Obstruktion! All dies scheint vor allem allein aufgrund der bisher nicht belegten Überlebensvorteile häufigerer Untersuchungen sinnvoll zu sein.

Insgesamt ist aber auch die Evidenz nach Bewertung durch die deutsche Kommission zu den Aussagen über die hier zu Diskussion stehenden Nachsorgemaßnahmen nur mit dem Grad 3b oder 4 eingestuft worden. Daran ändert auch die Stellungnahme dieser amerikanischen Taskforce nichts.

Wir dürfen also auch weiterhin bis zur nächsten Überarbeitung unseren aktuellen S3-Leitlinien bei den Nachuntersuchungen kurativ resezierter kolorektaler Karzinome mit gutem Gewissen folgen.