

Original-Titel

Vergleich der Größenmessung kolorektaler Adenome durch Endoskopie und Pathologie: möglicher Einfluss der Messweise auf die Überwachungsstrategie

A comparison of endoscopy versus pathology sizing of colorectal adenomas and potential implications for surveillance colonoscopy

Autoren:

JL Taylor, HG Coleman, RT Gray, et al. *Gastrointestinal Endoscopy* 2016; 84: 341-351

Kommentar:

Prof. Dr. Hendrik Bläker, Berlin. 10.10.2016

Beim Nachweis eines Adenoms in der initialen Vorsorge-Koloskopie richten sich endoskopische Kontrollintervalle unter anderem nach der Größe eines Adenoms. Das kritische Maß ist hier 1cm. Die Adenomgröße kann vom Endoskopiker vor der Abtragung geschätzt oder nach Abtragung gemessen werden. Unabhängig davon wird sie in der Regel durch einen Pathologen am fixierten Gewebe bestimmt.

Hintergrund der Studie von Taylor und Kollegen ist die Tatsache, dass sich die für die Art der Größenmessung (Endoskopiker oder Pathologe) keine verbindliche Vorgabe findet, dies gilt sowohl für die europäischen (einschließlich der deutschen) als auch amerikanischen Leitlinien.

In dieser an einem sehr großen Kollektiv von Adenomen (2521 Adenome von insgesamt 1467 Patienten) durchgeführten Studie vergleichen Taylor und Kollegen die Größenangaben, die von den Endoskopikern angegeben werden, mit denen der Pathologen. Hierbei zeigte sich eine sehr gute Übereinstimmung der Größenangaben (mittlere Differenz zwischen endoskopischer und pathologischer Angabe: 0,1 mm), allerdings eine Tendenz der Endoskopiker eher Größendimensionen (überzufällig häufige Größenangaben bei 5 und 10 mm) anzugeben.

Hinsichtlich der kritischen Grenzen von 1cm findet sich zwischen Messung durch den Endoskopiker und den Pathologen eine Übereinstimmung von 92,7%. In 7,3% der Adenome allerdings besteht Uneinigkeit darüber, ob das Adenom nun den kritischen Schwellenwert von 1cm erreicht bzw. überschritten hat oder nicht. Tendenziell, so zeigt die Studie, waren unter den diskrepanten Größenangaben die endoskopischen Messungen hier etwas häufiger über dem Schwellenwert (106 Fälle) als die Messungen der Pathologie (79 Fälle).

Für einen Teil der Patienten in der Studie (4,8%) hätte die Art der Messung (Endoskopiker oder Pathologen) damit einen Einfluss auf das Kontrollintervall. Zieht man das pathologische Messergebnis heran, würden verglichen mit der endoskopischen Messung mehr Patienten in die niedrig-risiko Gruppe eingestuft werden und eine endoskopische Kontrolle nach 5 Jahren und nicht nach 3 Jahren erfolgen.

In Anbetracht dieser Ergebnisse, insbesondere der tendenziell akkurateren Messung in der Pathologie, schlagen die Kollegen am Schluss des Artikels eine wie folgt strukturierte Größenmessung vor. Im Falle einer Piecemeal Abtragung, bei der die Größe in der Pathologie nicht mehr bestimmt werden kann, soll die endoskopische Größenmessung gelten. Im Falle der vollständigen Adenomentfernung in einem Partikel soll die pathologische Größenmessung am histologischen Schnitt oder am fixierten Gewebe (bei Adenomen, die nicht auf einen Objekträger passen) für die Planung der Nachsorge herangezogen werden.

Kommentar

Die Studie von Taylor und Kollegen greift ein Thema in der Adenomdiagnostik auf, das im klinischen Alltag bislang noch wenig adressiert ist. Wessen Größenangabe eines Adenoms gilt, die des Endoskopikers oder die des Pathologen? Auch in den deutschen S3 Leitlinien finden sich zu den Modalitäten der Größenmessung keine verbindlichen Angaben.

Eine Adenomgröße 10 mm spielt eine Rolle in der Nachsorge von Patienten, da sich eine Assoziation dieser Größe mit dem Risiko der Entwicklung eines Karzinoms gezeigt hat (1). Damit entscheidet dieses Maß unter gewissen Umständen (keine weiteren hoch-Risiko Faktoren wie: 3 Adenome, high grade intraepitheliale Neoplasie, villöses oder tubulovillöses Adenom) darüber, ob ein Patient in die niedrig- oder hoch-Risiko Gruppe eingeordnet wird und damit eine Kontrolluntersuchung nach einem 5- oder 3 Jahresintervall stattfindet (2).

Nach der Studie von Taylor und Kollegen würden 4,8 % aller Adenompatienten mit Adenomgrößen um 10 mm je nach Maßgabe der Messung in der Endoskopie oder Pathologie in unterschiedliche Risikogruppen eingeordnet werden, wobei - wie auch in anderen Studien (3) - die Messung in der Pathologie tendenziell häufiger zur Eingruppierung in die niedrig-Risikogruppe führen würde.

Insgesamt dürfte der Anteil von 4,8% Adenompatienten mit divergenter Risiko Stratifizierung je nach Art der Größenmessung höher liegen als im Alltag. Dies liegt zum einen daran, dass in der Studie von Taylor et al. nur die traditionellen Adenome und nicht die recht häufigen serratierten Adenome, die genuin in die hoch-Risikogruppe fallen, ausgewertet wurden. Zum anderen beträgt der Anteil auswertbarer Adenome mit vorhandener Messung der Endoskopie und Pathologie in dieser Studie gerade einmal 40%. Bei 60% der Adenome fehlten Größenangaben entweder der Endoskopie oder der Pathologie oder beider Fachdisziplinen, wobei ein Großteil der fehlenden Messungen in der Pathologie auf eine Piecemeal Abtragung zurückzuführen waren.

Zusammenfassend betrifft die exakte Messung der Adenomgröße hinsichtlich der Planung von Nachsorge-Intervallen einen kleinen, in Anbracht der Vielzahl der endoskopischen Vorsorgeuntersuchungen zahlenmäßig jedoch relevanten Teil der Bevölkerung. Das von Taylor und Kollegen vorgeschlagene Vorgehen der Größenmessung durch Endoskopiker bei Piecemeal Abtragung und durch Pathologen bei Adenomabtragung in einem Partikel ist sicherlich sinnvoll und akkurat. Es in die Praxis umzusetzen, bedarf allerdings der Bewusstwerdung der Relevanz der Größenmessung vielleicht weniger bei Gastroenterologen als bei

Kommentar Expertenbeirat



Pathologen. Hierzu könnte die Aufnahme des Messverfahrens in die Leitlinie von Nutzen sein.

Literatur

1. Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. *N. Engl. J. Med.* 1992; 326; 658–662

2. S3-Leitlinie "kolorektales Karzinom"

3. Morales TG, Sampliner RE, Garewal HS, et al. The difference in colonpolyp size before and after removal. *Gastrointest Endosc* 1996;43:25-8.