

Original-Titel

Narrow band imaging optical diagnosis of small colorectal polyps in routine clinical practice: the Detect Inspect Characterise Resect and Discard 2 (DISCARD 2) study. UK multicentre, prospective, blinded study comparing surveillance intervals determined by NBI-assisted optical diagnosis and histological assessment in patients referred for colonoscopy

Autoren:

Rees CJ, Rajasekhar P, Wilson A, et al. Gut 2017;66:887-895.

Kommentar:

Dr. med. Rainer Bastian, PD. Dr. med. Brigitte Schumacher, 20.05.2017

Das kolorektale Karzinom bedingt in der westlichen Welt häufig Krebserkrankungen und auch häufig tödliche Krankheitsverläufe, in Deutschland handelt es sich um die dritthäufigste Krebserkrankung. Meistens entwickelt sich Darmkrebs aus zunächst gutartigen Adenomen der Darmschleimhaut auf dem Boden der genetischen Adenom-Karzinom Sequenz.

Die Häufigkeit von dysplastischen serratierten Polypen, die ebenfalls als Vorläufer von Darmkrebs gelten, hervorgegangen aus dem alternativen genetischen Entwicklungsweg, ist deutlich niedriger um 0,3 - 0,5%. Die Vorsorge-Koloskopie mit Polypektomie unterbricht diese beiden Sequenzen der Krebsentstehung. Die Erkrankungshäufigkeit und die resultierende Mortalität wird so um 40 bis 60% verringert.

Über 90 % aller im Rahmen der US-amerikanischen Vorsorge-Programme koloskopisch detektierter Polypen sind klein (6 - 9 mm) oder winzig (5 mm und kleiner). Das Krebsrisiko kleiner und insbesondere kleinster Polypen ist sehr niedrig.

Etwa die Hälfte der kleinen und kleinsten Polypen ist nicht-adenomatöser Genese und trägt somit keinerlei Risiko der Entartung oder des Übergangs in Darmkrebs, da es sich nicht um Adenome handelt. Diese sehr zahlreichen kleinsten und kleinen Polypen könnten bei korrekter optischer Diagnose ohne endoskopische Abtragung belassen werden oder abgetragen und verworfen werden, ohne negative Folgen. Die bisherige Qualität der Vorsorge Koloskopie mittels Weißlicht-Endoskopie ohne NBI macht den Verzicht auf die Histologie unmöglich, die Genauigkeit der Adenomidentifikation ist dafür nicht ausreichend.

Daten einer großen Metaanalyse von 56 Studien unter Einsatz der NBI Technik, durchgeführt von Koloskopie-Experten in Universitätskliniken, belegen eine Polypen bezogene Sensitivität von 91% und Spezifität von 82,5%, der negative Vorhersagewert betrug 82,5%. Diese neue diagnostische Qualitätsstufe, erreicht mit der Koloskop- Funktion NBI (Fa. Olympus, Japan), vermag die Polypenoberfläche deutlich zu vergrößern und deren kleinste Blutgefäße durch Umschalten per Knopfdruck mittels blauem Licht sichtbar zu machen. Der Vergleich der Oberfläche, Vaskularisation und Farbe macht adenomatöse von hyperplastischen Polypen besser unterscheidbar, wenn die NICE Klassifikation verwendet wird. Nun soll geprüft werden, ob Endoskopiker in nicht-akademischen Einrichtungen im Rahmen von Vorsorge-Koloskopie Programmen gleich gute Resultate unter Einsatz der NBI Technik erzielen können wie die Experten.

Die hier kommentierte erste prospektive, verblindete große diagnostische Multicenter-Studie aus Nordengland hat verglichen, ob die optische Diagnose bei den 499 Patienten mit optischem Polypennachweis - und davon 452 Patienten mit kleinsten Polypen - eine etwa gleiche Polypen bezogene Sensitivität aufweist. In dieser Studie war aber die gemessene Sensitivität des Nachweises von Darmpolypen, die Spezifität der Erkennung von Polypen als Adenome, als auch der optisch korrekte Ausschluss von adenomatösen Darmpolypen überraschend niedrig. Eine Polypen bezogene Sensitivität von nur 83,4% wurde von den NICHT-NBI-Experten erzielt.

Vor Studienbeginn mussten die Untersucher der Studienzentren zunächst ein NBI basiertes Trainingsprogramm erfolgreich durchlaufen haben, das ein validiertes NBI Trainingsmodul enthielt. Im Abschlusstest musste eine Genauigkeit der optischen Diagnose von 90% erreicht werden. Trotzdem war es den nicht-universitären Untersuchungszentren unmöglich, die Koloskope mit NBI-Funktion so einzusetzen, dass die erforderliche hohe Qualität der Expertengruppen in Universitätskliniken erreicht werden konnte. Das hochwertigste Qualitätsmerkmal der Vorsorge-Koloskopie, eine möglichst hohe Polypendetektionsrate, wurde in der vorgestellten Studie mit einer Sensitivität von 83% verfehlt.

Der optische korrekte Adenomnachweis gelang nur dann, wenn mindestens zwei der drei NICE Kriterien von den Endoskopikern vorgefunden wurden. Das war aber nur bei 55,9% der Polypen der Fall, dann wurde in dieser Studie der gesehene Polyp korrekt identifiziert. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass von den Untersuchern zusätzlich andere als die NICE Kriterien zu Grunde gelegt wurden. Diese Studie war jedoch nicht darauf ausgerichtet zu differenzieren, ob Polypen möglicherweise NICE Oberflächen Merkmale zeigen, oder ob die Merkmale vorlagen, aber inkorrekt interpretiert wurden.

Gelingt es künftig durch optische Erkennung zwischen Adenomen und nicht-adenomatösen Polypen sicher zu differenzieren, so könnte einerseits auf zahlreiche Interventionen verzichtet werden. Andererseits könnte direkt nach der Koloskopie die künftigen Überwachungsintervalle festgelegt werden. Optional könnte nach Etablierung einer hohen Trennschärfe durch alleinig optische Diagnose auf die zusätzliche histopathologische Diagnose kleiner und kleinster Polypen verzichtet werden. Die Probe könnte dann ohne diagnostische Einbuße verworfen werden.

Zusammengefasst

Diese größte britische Multicenter-Studie belegt, dass die NBI assistierte optische Diagnose im Rahmen der Krebsvorsorge trotz Training der Endoskopiker aktuell nicht empfohlen werden kann. Es konnte allerdings gezeigt werden, dass das Erkennen von zwei Polypenoberflächen-Merkmalen analog der NBI International Colorectal Endoscopic (NICE) Klassifikation eine akzeptable Adenomerkenkung bedingt.