

Original-Titel

Müssen Biopsien in der Nachsorge nach endoskopischer Resektion großer Kolonpolypen aus der Narbe entnommen werden?

A standardized imaging protocol is accurate in detecting recurrence after EMR

Autoren:

Lobke Desomer, Nicholas Tutticci, David J. Tate, Stephen J. Williams, Duncan McLeod, Michael J. Bourke; GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 2017; 85, 518-526

Kommentar:

Prof. Dr. Rainer Porschen, Bremen, 22.06.2017

Die endoskopische Polypektomie hat sich als segensreich zur Verminderung des Risikos eines kolorektalen Karzinoms erwiesen. In der Zwischenzeit ist es technisch auch möglich, große Polypen mittels endoskopischer Mukosaresektion (EMR) oder endoskopischer Submukosadisektion (ESD) zu entfernen. Auch wenn die Entfernung größerer Polypen mit einem Rezidivrisiko von circa 20% behaftet ist, ermöglicht die erneute Mukosektomie/ Polypektomie eines Rezidivs doch in nahezu allen Fällen letztendlich die endoskopische Polypenentfernung. Die Autoren der Studie aus Australien gehen der Frage nach, ob in der Nachsorge nach Polypektomie eines großen Polypens die subtile endoskopische Inspektion der Narbenregion ausreichend ist oder ob es hier sinnvoll ist, zusätzliche Biopsien aus der Narbenregion zu entnehmen.

In die Studie wurden 183 Narbenregionen nach Mukosektomie eingeschlossen. Jede Narbe wurde nach einem standardisierten Protokoll untersucht:

- Inspektion der Narbe mit HD-Weißlicht
- Anschließende Inspektion mit NBI (digitale Chromoendoskopie)
- Dokumentation des maximalen Narbendurchmessers
- Anzahl der Rezidivorte
- Morphologie des Rezidivs
- Bei Nachweis eines Rezidivs Entfernung mittels Schlinge. Falls dies technisch nicht möglich war, wurde das Rezidiv mittels Biopsien entfernt, anschließende Behandlung mit Koagulation.
- Dokumentation der histologischen Ergebnisse von Rezidiven als auch von den pathologischen Ergebnissen der Routinebiopsien aus den Narben.

30 der 183 Narben wiesen histologisch ein residuelles bzw. rezidivierendes Adenom bei der ersten Kontrollkoloskopie nach EMR auf. Diese erste Überwachungskoloskopie wurde in der Regel 4-6 Monate nach der initialen endoskopischen Resektion des Polypens durchgeführt. Bei 37 der 183 Narben wurde endoskopisch der Verdacht auf ein Rezidivadenom gestellt. 20

der histologisch nachgewiesenen 30 Rezidive wurden mittels HD-Weißlicht identifiziert, mittels NBI konnten zusätzlich 8 Rezidive entdeckt werden. 2 Rezidive wurden endoskopisch nicht gesehen, bei 8 Befunden bestand eine endoskopische Fehlinterpretation. Somit liegt die Sensitivität bzw. Spezifität der endoskopischen Rezidiventdeckung bei 93,3 und 94,1%. Die diagnostische Sicherheit lag bei 94%. Die Kombination von Weißlicht-Endoskopie und NBI erwies sich der alleinigen Weißlichtendoskopie als überlegen (93,3 vs. 66,7%).

Die Autoren schlussfolgern aus ihrer Untersuchung, dass die endoskopische Entdeckung eines Rezidivadenoms in einer Narbe eine hohe Sicherheit in der Kombination mit HD-Weißlichtendoskopie und NBI aufweist. Sie diskutieren die Möglichkeit, dass Routinebiopsien nach einer EMR von großen Polypen aus einer Narbe nicht notwendig sei.

Kommentar:

Als Risikofaktoren für Intervallkarzinome werden übersehene neoplastische Läsionen, schnell wachsende Karzinome oder eine inkomplette Polypenresektion diskutiert. In der CARE-Studie (1.427 Patienten) wurde nachgewiesen, dass eine inkomplette Polypenresektion bei 10,1 % der Polypektomien vorliegt. Eine inkomplette Resektion trat signifikant häufiger bei großen (> 10 mm) als bei kleinen neoplastischen Polypen auf (17,3 vs. 6,8 %). In einer multivariablen Analyse war die Größe und die SSA/P-Histologie am stärksten mit der inkompletten Polypenresektion assoziiert. Beschränkt man die Untersuchung auf die 5 Endoskopiker mit wenigstens 20 Polypektomien, lag die inkomplette Polypenresektionsrate zwischen 6,5 und 22,7 % (Pohl et al., 2013).

Diese Ergebnisse werden durch eine Metaanalyse bestätigt (Belderbos et al., 2014), die die lokale Rezidivrate nach EMR von flachen Adenomen und Frühkarzinomen analysiert. Rezidive wurden in frühe (Detektion bei der ersten Follow-up Koloskopie) und spätere Rezidive unterteilt. Das Lokalrezidivrisiko lag im Mittel bei 15 %. Es war signifikant höher nach Piecemeal-Resektion (20 %) als nach En-bloc-Resektion (3 %). Rezidivadenome wurden erfolgreich mittels APC und/oder EMR behandelt. Damit wurde eine erfolgreiche Therapie in 91,4 % der Rezidive erreicht. Insgesamt lag die endoskopische Erfolgsrate bei 99 % aller Läsionen. 76 % der Rezidive wurden nach einem Intervall von 3 Monaten, 96 % der Rezidive nach einem Intervall von 6 Monaten entdeckt. In einer multivariaten Analyse erwies sich die Piecemeal-Resektion als negativer prognostischer Prädiktor.

Diese hier kommentierte Publikation fußt auf der großen australischen Studie der Arbeitsgruppe von M. Bourke. In diese Multizenterstudie (7 Zentren) wurden 1134 konsekutive Patienten mit insgesamt 1219 Läsionen eingeschlossen (Moss et al., 2015). Diese Studie analysiert die frühe (Zeitpunkt: 4 Monate (SC 1)) und späte (Zeitpunkt: 16 Monate (SC 2)) Rezidivrate nach EMR großer sessiler Adenome (> 20 mm). Von 07/2008-07/2012 wurden 1.134 Patienten (mittl. Alter 68 J.) mit 1.219 Polypen (mittlerer Durchmesser 36,4 mm; medianer Durchmesser 30 mm, Bereich 20-130 mm) in die Studie aufgenommen. Bei 39 Pat. wurde keine EMR durchgeführt (25 Polypen mit v. a. submuköse Invasion; 14x technische Gründe), so dass diese Polypen operativ entfernt wurden. Bei 1.095 Pat. wurde eine EMR

versucht. Bei 16 Pat. ließ sich die Läsion jedoch nicht hochspritzen, so dass bei diesen Pat. eine OP durchgeführt wurde. Die EMR in einer Sitzung konnte bei 79 Pat. aus verschiedensten Gründen nicht durchgeführt werden, so dass letztendlich 1.000 Pat. erfolgreich mittels EMR behandelt wurden.

Bei 799 Pat. wurde die erste Kontrollkoloskopie SC 1 durchgeführt. Früh rezidivierende/verbliebene Adenome wurden bei 128 Pat. entdeckt (16 %). In 71,75 % der Fälle handelte es sich dabei nur um kleine Adenome. Risikofaktoren für verbliebene bzw. rezidivierte Adenome waren Durchmesser > 40 mm (OR 8,2), Einsatz einer APC (OR 2,4) oder Blutung während der EMR (OR 1,7). Bei 426 der 670 Pat. mit normaler erster Kontrolle nach 4 Monaten wurde eine weitere Kontrollkoloskopie nach 16 Monaten durchgeführt. Dabei fand sich ein spätes Rezidiv bei 17 Fällen (4,0 %). Insgesamt konnten verbliebene oder rezidivierte Adenome in 135 der 145 Fälle (93,1 %) erfolgreich behandelt werden. Wenn die erste EMR als erfolgreich angesehen wurde und eine submukosale Invasion ausgeschlossen werden konnte, betrug die Erfolgsrate 98,1 %.

Die Ergebnisse der kommentierten Studie müssen mit den Ergebnissen einer anderen prospektiven Studie (Knabe et al, 2014) verglichen werden. Hier wurden 243 Patienten mit flachen Polypen und einem Durchmesser >20 mm (20-100 mm) eingeschlossen. 252 flache Polypen wurden mittels En-bloc-Resektion (11,5 %) oder Piecemeal Resektion (88,5 %) entfernt, bei 2 Adenomen geschah dies mit ESD. In 7,5 % zeigte sich histologisch eine HGD, in 3,2 % ein Karzinom. Das Auftreten von HGD/ Karzinom korrelierte mit der Polypengröße. Bei 11 Adenomen war eine chirurgische Nachresektion erforderlich. Bei der Hälfte der Läsionen wurde der Resektionsrad ergänzend mit APC (20-40 W) behandelt. Postinterventionelle Blutungen traten bei 24 Patienten auf, Perforationen bei 4 Patienten (Therapie mit Clipapplikation). In der ersten Kontrolle nach 3-6 Monaten konnten bei 31,7 % der entfernten Polypen residuelle Adenome nachgewiesen werden. (58/183 Läsionen). Bei 86 Patienten mit unauffälliger erster Kontrollkoloskopie ergab die erneute Kontrolle 12 Monate nach Resektion in 16,4 % einen positiven erneuten Adenombefund. 16/228 Läsionen mit makroskopisch unauffälliger Polypektomienarbe wiesen nur in den entnommenen Biopsien Adenomgewebe auf. Alle residuellen bzw. rezidivierten Adenome wurden mittels endoskopischer Resektion oder APC behandelt.

Zusammenfassend lässt sich eine endoskopische Resektion in ca. 95 % aller Polypektomien – auch bei großen Polypen - erreichen. Die endoskopischen Kontrolluntersuchungen nach Resektion großer Polypen sollten nicht nur eine makroskopisch-endoskopische Beurteilung der Polypennarbe beinhalten, sondern auch eine bioptische Kontrolle, da hierdurch eine noch höhere Sicherheit als mit der Kombination von HD-Weißlicht-Endoskopie und NBI erreichen lässt. Eine sorgfältige Nachkontrolle mit evtl. notwendig werdender Nachbehandlung von residuellem oder rezidiviertem Adenom führt zu einer hohen Rate einer letztendlich erfolgreichen Polypenresektion.

Kommentar Expertenbeirat



Literatur

Belderbos et al. Local recurrence after endoscopic mucosal resection of nonpedunculated colorectal lesions: systematic review and meta-analysis. *Endoscopy* 2014;46:388-400

Desomer et al., A standardized imaging protocol is accurate in detecting recurrence after EMR. *Gastroint Endoscopy* 2017; 85, 518-526

Knabe et al. Standardized long-term follow-up after endoscopic resection of large, nonpedunculated colorectal lesions: a prospective two-center study. *Am J Gastroenterol* 2014;109:183-189

Moss et al. Long-term adenoma recurrence following wide-field endoscopic mucosal resection (WF-EMR) for advanced colonic mucosal neoplasia is infrequent: results and risk factors in 1000 cases from the Australian Colonic EMR (ACE) study. *Gut* 2015; 64: 57-65.

Pohl H, Srivastava A, Bensen SP, et al. Incomplete polyp resection during colonoscopy - results of the Complete Adenoma Resection (CARE) study. *Gastroenterology* 2013;144:74-80