

Original-Titel

High yield of synchronous lesions in referred patients with large lateral spreading colorectal tumors

Autoren:

Bick BL, Ponugoti PL, Rex DK; *Gastrointest Endosc* 2017;85:228-33

Kommentar:

Prof. Dr. Ralf Jakobs, Ludwigshafen; 28.07.2017

Die Detektion von Adenomen im Rahmen der Vorsorge-Koloskopie ist Gegenstand einer Vielzahl von Publikationen in den letzten Jahren gewesen mit vielen technischen Hinweisen, neuen Entwicklungen und Strategien, um die Adenomdetektionsrate zu verbessern. Das Übersehen von Adenomen ist selbst bei Experten im Rahmen von Studien mit „Tandemkoloskopien“ ein Problem mit Übersehensraten, die insbesondere bei kleinen Polypen (<10 mm) im rechtsseitigen Kolon erheblich (>10%) sein können. Der mögliche Einfluss dieser übersehenen Läsionen auf die Entstehung von Intervallkarzinomen scheint eindeutig.

Die publizierte Studie befasst sich nun mit der Rate synchroner Läsionen bei einem selektierten Patientenkollektiv mit sog. großen (large) lateral spreading tumors (LLST) im Kolorektum, die bei einem Expertenteam zur endoskopischen Resektion vorgestellt wurden.

Die Arbeitsgruppe um Douglas K. Rex, der in den letzten Jahren eine sehr große Zahl von Studien zur diagnostischen wie therapeutischen Koloskopie publizierte, hat retrospektiv aus der Datenbank seiner Institution die Daten von 1029 konsekutiven Patienten aus einem 15-Jahres-Intervall (2000-2015) aufgearbeitet, die mit mindestens 20 mm-Durchmesser großen LLST's gezielt zur Polypektomie/endoskopischen Mukosaresektion ins Zentrum nach Indianapolis zugewiesen (658 Fälle) oder dort im Rahmen einer primären Koloskopie entdeckt und entfernt wurden.

Alle Patienten wurden nach der therapeutischen Indexendoskopie eingeladen, innerhalb von 3 bis 6 Monaten zu einer Kontrollkoloskopie ins Zentrum zurück zu kommen. Letztlich wurden 728 Patienten aufgearbeitet, die Index- und Kontrollkoloskopie durch den Hauptuntersucher (Rex) hatten. Das mittlere Alter der Patienten lag bei $65,8 \pm 10,5$ Jahren, 47,9% waren Frauen. Das mediane Intervall zwischen Index- und Kontrolluntersuchung betrug 144 Tage.

Die 728 Index-LLST's lagen vorwiegend im rechtsseitigen Kolon; überwiegend waren es histologisch tubuläre und tubulovillöse Adenome. 292 LLST waren 20-29 mm groß, aber immerhin 67 hatten einen Durchmesser von 50-59 mm und 27 waren > 60 mm groß.

Insgesamt fanden sich neben den Indexläsionen 4578 weitere synchrone Läsionen. Bei 584 der 728 Patienten (80,2%) fand sich zumindest ein zusätzliches Adenom, 132 Patienten (18,2%) hatten zumindest ein Adenom > 20 mm Größe; 40,4% (294 Patienten) hatten zumindest ein synchrones high-risk Adenom und 6 Patienten (0,8%) hatten ein Adenom mit Karzinom-Anteilen. Auch die synchronen (übersehenen?) Läsionen lagen wie die Indexläsionen überwiegend im rechtsseitigen Kolon.

Risikofaktoren für die Detektion weiterer synchroner Adenome waren männliches Geschlecht, das Vorhandensein einer Adenomhistologie bei der Index-LLST und die externe Zuweisung des Patienten.

Kommentar

Diese Studie von Rex und Kollegen reiht sich in die Reihe vieler Publikationen ein, die die Qualität des Untersuchers und die sorgfältige Inspektion des gesamten Kolorektums betonen.

Nach den vorliegenden Daten aus einem sehr selektierten Patientenkollektiv haben insbesondere männliche Patienten mit adenomatösem LLST ein sehr hohes Risiko (80%) neben der primären Läsion zumindest ein weiteres Adenom im Kolon zu haben. Und finden sich zwei zusätzliche synchrone Läsionen ist das relative Risiko fast 10-fach erhöht noch weitere synchrone Adenome (im Mittel 7,3 Adenome !) zu detektieren.

Für den Koloskopiker ergibt sich damit in der täglichen Praxis, sich nicht mit der Detektion des ersten größeren lateralen spreading- Tumors zufrieden zu geben und in der Detektions-Intensität nach zu lassen. Gerade wenn schon eine große fläche Läsion entdeckt wurde, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, weitere Adenome zu finden.

Es handelt sich bei Patienten mit LLST um eine Risikogruppe bei der eine kurzfristige Kontroll-Koloskopie innerhalb von 6 Monaten (wie in der Deutschen S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom bei piece meal-Resektion empfohlen) notwendig ist und dabei nicht nur die lokale Kontrolle der Abtragungsstelle, sondern auch die erneute komplette und intensive des gesamten Kolorektums unter optimalen optischen Bedingungen (Vorbereitung!) zwingend umfasst.

Ob darüber hinaus engere Nachsorgeintervalle für diese Patienten mit einer weiteren komplette Koloskopie innerhalb des Folgejahres abzuleiten ist, ist Gegenstand von Debatten und wird- wie im Originalartikel dargestellt- in den angloamerikanischen und australischen Leitlinien derzeit unterschiedlich gehandhabt.