

**Koloskopische Überwachung Verwandter ersten Grades von Patienten mit großen Adenomen: erhöhtes Risiko für kolorektale Tumoren,**

Gastroenterology 2007;133:1086-1092,

Kommentator: Prof. Dr. Beckh, Dr. Rimili, Med. Klinik II, Klinikum Worms gGmbH

Kommentar: 19.11.2007

**Kommentar zur Publikation: Colonoscopic screening of first-degree relatives of patients with large adenomas: increased risk of colorectal tumors**

Cottet V, Pariente A, Nalet B, Lafon J, Milan C, Olschwang S, Bonaiti-Pellié C, Faivre J, Bonithon-Kopp C, and the ANGH Group

**Ziel der Studie:**

Das Risiko für kolorektale Neoplasien ist nicht gut kalkulierbar bei Familienmitgliedern von Individuen mit großen Adenomen. Deshalb sind die Überwachungsstrategien in dieser Population in der Diskussion. Das Ziel der Studie war es, das Risiko von kolorektalen Adenomen und Malignomen für Verwandte ersten Grades von Patienten mit großen Adenomen zu bestimmen.

**Methodik:**

Diese Fall-Kontroll-Studie wurde in 18 endoskopischen Abteilungen französischer nichtuniversitärer Krankenhäuser durchgeführt. Eine Koloskopie wurden Verwandten ersten Grades von 306 Indexfällen mit Adenomen größer/gleich 10 mm angeboten, wenn sie zwischen 40 und 75 Jahren waren und durch die Patienten kontaktiert werden konnten. In dieser Gruppe wurden 168 untersucht und wurden für Alter, Geschlecht und geographisches Areal mit 2 Kontrollen (n = 307) gematcht. Die Kontrollen wurden aus 1362 konsekutiven Patienten zwischen 40 und 75 Jahren ausgewählt, die einer Koloskopie zur Abklärung geringer Symptome unterzogen wurden.

**Ergebnisse:**

Die Prävalenz großer Adenome und Malignome lag bei 8.4 % und 4,2 % in Verwandten und Kontrollen. Odds-Ratios (ORs) mit einer Geschichte von großen Adenomen in Verwandten waren 2.27 (95% Konfidenzintervall (CI), 1.01-5.09) für Malignome oder große Adenome, 1.21 (95% CI, 0.68-2.15) für kleine Adenome, und 1.56 (95% CI, 0.96-2.53) für alle kolorektale Neoplasien. Das Risiko großer Adenome und Malignome war höher in Verwandten der Indexfälle bei einem Alter unter 60 Jahre (OR, 3.82; 95% CI, 0.92-15.87) und wenn der Indexfall große distale Adenome hatte (OR, 3.14; 95% CI, 1.27-7.73).

**Schlussfolgerung:.**

Verwandte ersten Grades mit großen Adenomen haben ein erhöhtes Risiko, kolorektale Karzinome oder große Adenome zu bekommen. Diese Ergebnis hat Implikationen für die Überwachungsstrategien in dieser Hochrisiko-Population.

**Kommentar:**

In der noch gültigen S3-Leitlinie 'Kolorektales Karzinom' von 2004 (die neue Version der der S3-Leitlinie steht zur Publikation an) wird Personen, deren Verwandte ersten Grades an einem kolorektalen Karzinom erkrankt sind, empfohlen, sich mindestens alle 10 Jahre einer Koloskopie zu unterziehen (1). Das Erkrankungsalter des Indexpatienten wird insofern berücksichtigt, dass 10 Jahre früher die Koloskopie durchgeführt werden soll. Bisher zieht die Erkrankung an einem kolorektalen Adenom in der Familie nicht intensivere Vorsorgemaßnahmen nach sich, obwohl die Adenom-Karzinom-Sequenz nahe legt, dass Personen mit Verwandten ersten Grades, die an einem kolorektalen Adenom erkrankt sind, das Risiko für ein kolorektales Karzinom erhöht sein könnte.

In der vorliegenden französischen Studie konnte nachgewiesen werden, dass nicht nur das Risiko für ein kolorektales Karzinom erhöht ist, sondern auch für die Entwicklung großer Adenome. Das um den Faktor über 2 erhöhte Risiko beim kolorektalen Karzinom (2, 3) wird in der vorliegenden Studie auch für die großen Adenome gezeigt.

Bemerkenswert ist die Tatsache, dass das Risiko besonders hoch ist für diejenigen, bei denen der Indexpatient unter 60 Jahren erkrankt ist und ein Adenom im linksseitigen Kolon hat. Die Interpretation der Daten ist insofern limitiert, da die Rate der kompletten Koloskopien nicht angegeben wurde.

Trotz dieser Daten ist die Umsetzung in die bestehenden Vorsorgeprogramme problematisch. Zunächst muss zwischen kleinen und großen Adenomen unterschieden werden. Unklar ist die Empfehlung der Vorsorge bei Erkrankung des Indexpatienten über 60 Jahre. In amerikanischen Leitlinien (4, 5) wird die Koloskopie im 40. Lebensjahr oder 10 Jahre vor der Erkrankung des Indexpatienten mit kolorektalem Karzinom oder Polyp empfohlen.

In der vorliegenden Studie wird auch die niedrige Akzeptanz der Koloskopie in der Vorsorge diskutiert, die bei 20 % lag. Auffallend war eine hohe intrafamiliäre Korrelation der Akzeptanz der Vorsorgekoloskopie. Die Autoren sehen die Kosteneffektivität der Vorsorge durch die niedrige Akzeptanz gefährdet und fordern weitere Studien.

Trotz aller Limitationen der Studie sprechen die Argumente dafür, in den Vorsorgeprogrammen die Erkrankung der Verwandten ersten Grades an einem großen Adenom zu berücksichtigen.

## Literatur

- (1) Schmiegel W, Pox C, Adler G et al. S3-Leitlinienkonferenz „Kolorektales Karzinom“ 2004. Z Gastroenterol 2004; 42: 1129-1177**
- (2) Johns LE, Houlston RS. A systematic review and meta-analysis of familial colorectal cancer risk. Am J Gastroenterol 2001; 96: 2992-3003**
- (3) Pariente A, Milan C, Lafon J, et al. Colonoscopic screening in first-degree relatives of patients with 'sporadic' colorectal cancer: a case-control study. The Association Nationale des Gastroenterologues des Hopitaux and Registre Bourguignon des Cancers Digestifs (INSERM CRI 9505). Gastroenterology 1998; 115: 7-12**
- (4) Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2004. CA Cancer J Clin 2004; 54: 41-52**
- (5) Winawer S, Fletcher R, Rex D et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale – update based on new evidence. Gastroenterology 2003; 124: 544-560**