

**Original-Titel:** Endoscopic Mucosal Resection Outcomes and Prediction of Submucosal Cancer From Advanced Colonic Mucosal Neoplasia

**Autoren:** Moss A, Bourke MJ, Williams SJ, Hourigan LF, Brown G, Tam W, Singh R, Zanati S, Chen RY, Byth K

**Kommentierung:**

Dr. med. T. Bösing, Prof. Dr. med. Dr. h. c. W. G. Zoller. Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Katharinenhospital, Klinikum Stuttgart

**Datum:** 25.10.2011

Moss et al. zeigen in ihrem Artikel "Endoscopic Mucosal Resection Outcomes and Prediction of Submucosal Cancer From Advanced Colonic Mucosal Neoplasia", erschienen in Gastroenterology 2011; 140: 1909-1918, durch Ihre prospektive Studie an 479 Patienten, dass die endoskopische Mukosaresektion selbst ausgedehnter Polypen sicher und effektiv sein kann und eine Alternative zur chirurgischen Resektion darstellt. Die Läsionen waren im Median 30 mm groß (20 mm-100 mm). Histologisch fanden sich 267 tubulovillöse Adenome, 130 tubuläre Adenome, 53 sessil serratierte Adenome, 7 hyperplastische Läsionen und 11 Polypen gemischter Histologie. 44 Patienten hatten bereits einen submukös infiltrierenden Tumor.

Endoskopische Risikofaktoren für ein frühes, submukös infiltrierendes Karzinom waren ein „0-IIa+c Typ“ nach der Paris-Klassifikation, eine nicht-granulierte Oberfläche und ein „pit pattern V“ der Mukosa in der hochauflösenden Endoskopie. Solche Läsionen sollten en-bloc, d.h. in einem Stück, entfernt werden. Die Alternativen sind 1.) endoskopische Mukosaresektion 2.) endoskopische Mukosadisektion und 3.) die chirurgische Entfernung. Eine endoskopische en-bloc Resektion wird nur bei „low risk“-Karzinomen empfohlen, welche die Submukosa nur sehr oberflächlich ohne Beteiligung von Lymphgefäßen infiltrieren.

Die Erfolgsrate der endoskopischen Mukosaresektion betrug 91% für Patienten, bei denen noch keine endoskopische Resektion durchgeführt wurde. Diese verringerte sich aufgrund submukosaler Vernarbungsprozesse auf 74,5%, wenn zuvor eine Polypektomie versucht wurde. Große Läsionen, Entfernung in piecemeal-Technik, die Elektrokoagulation bzw. APC-Therapie von residuellem Adenomgewebe stellen Risikofaktoren für ein Lokalrezidiv dar. Daher empfehlen die Autoren endoskopische Kontrollen nach 3-6 Monaten.

An schweren Komplikationen traten Perforationen (1,3 %) auf, die bei ca. der Hälfte der Patienten durch die Applikation von Clips erfolgreich geschlossen und konservativ behandelt werden konnten. 2,9 % der Patienten mussten aufgrund einer Blutung (überwiegend in den ersten 48h) stationär behandelt werden. Eine

## ***Kommentar Expertenbeirat***



endoskopische Blutstillung war nur etwa bei der Hälfte der Patienten nötig, ein Patient musste operiert werden.

Die Ergebnisse der Studie ermutigen zur endoskopischen Mukosaresektion und Mukosadisketion großer Läsionen in Einrichtungen mit hoher Fallzahl und Expertise. Eine Besonderheit stellen pT1-Karzinome dar. Diese sind nach DGVS-Leitlinie als „low risk“ (G1, G2, keine Lymphgefäßinvasion) oder als „high risk“ (G3, G4, Lymphgefäßeinbrüche) zu klassifizieren. Die R0-resezierten low-risk pT1-Karzinome müssen nicht chirurgisch nachreseziert werden, sollten aber nach 6 Monaten und nach 2 Jahren endoskopisch kontrolliert werden. Bei inkompletter Abtragung muss endoskopisch oder chirurgisch nachreseziert werden. High-Risk Karzinome und alle Läsionen, die nicht zweifelsfrei als pT1 eingestuft werden können, sollten nach onkologisch/chirurgischen Prinzipien operiert werden.