

Anhaltendes Risiko für ein kolorektales Karzinom trotz Vorsorgekoloskopie: die Polyp Prevention Trial Continued Follow-up Studie (PPT-CFS)

Originaltitel: Ongoing colorectal cancer risk despite surveillance colonoscopy: the Polyp Prevention Trial Continued Follow-up Study.

Autoren: Leung K, Pinsky P, Laiyemo AO, Lanza E, Schatzkin A, Schoen RE.

Department of Medicine, Department of Epidemiology and University of Pittsburgh Cancer Institute, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania.

Gastrointest Endosc 2010; 71(1):111-7.

Kommentierung:

Prof. Dr. K. Beckh, Dr. W. Rimili, Medizinische Klinik II, Klinikum Worms gGmbH

Kommentar: 18.03.10

Abstract:

Trotz regelmäßiger Koloskopien kann ein Kolonkarzinom im Intervall auftreten. Zu diesem Thema fehlen Langzeitstudien.

In der prospektiv angelegten Polyp Prevention Trial Continued Follow-up Studie (PPT-CFS) wurde diese Fragestellung untersucht.

Die Zeitspanne für das Follow-up betrug im Mittel 6,2 Jahre nach den 4,3 Jahren follow-up im Polyp Prevention Trial (PPT). Es nahmen 1297 Patienten teil (62,4% der Teilnehmer des Polyp Prevention Trial). Es wurden 9 kolorektale Karzinome über 7626 Personenjahre gefunden, was einer Inzidenz von 1,2/1000 Personenjahre entspricht. Im Vergleich zu 43% der Patienten ohne Karzinome in der Anamnese hatten 78 % der Patienten, bei denen sich ein Karzinom entwickelte, ein fortgeschrittenes Adenom in der Anamnese. Einschränkend ist die relativ kleine Zahl der Kolonkarzinome im Intervall zu sehen.

Schlussfolgerung der Autoren: Trotz regelmäßiger Koloskopien während des PPT gab es ein fortdauerndes Risiko, an einem kolorektales Karzinom zu erkranken. Patienten mit einem fortgeschrittenen Adenom in der Anamnese haben ein erhöhtes

Risiko, an einem Karzinom in Folge zu erkranken und sollten mit weiteren Koloskopie-Vorsorgeuntersuchungen überwacht werden.

Kommentar:

Die Patienten des Polyp Prevention Trial (PPT) hatten in 4 Jahren im Schnitt 3 Koloskopien. Im PPT wurden 13 Intervall-Kolonkarzinome diagnostiziert, was einer Inzidenz von 2,2/1000 Personenjahre entspricht.

Betrachtet man die neun neu entdeckten Fälle im 6-Jahreszeitraum des PPT-CFS genauer, waren 2 durch eine nicht ausreichende biopsische Diagnose zustande gekommen, 2 durch inkomplett entfernten Polypen, 2 ohne eindeutige Zuordnung, 1 als übersehenes Karzinom. Nur 2 Karzinome wurden auf Grund der vergangenen Zeit als neu aufgetretene Karzinome eingestuft. 4 der neun KRK-Patienten hatten bei der letzten PPT-Koloskopie keinen Polypen. 4 der neun Patienten hatten 2 Jahre vor der KRK-Diagnose eine unauffällige Koloskopie.

Limitiert wird die Studie durch die hohe drop-out-Zahl aus dem PPT. Außerdem wurde die Polypenlokalisierung in den vorhergehenden Koloskopien nicht genau beschrieben. Die Zahl der entdeckten KRK beruhte auf einer Meldung durch den Patienten. Es wurden keine festen Nachsorgetermine in der Beobachtungsphase nach dem PPT vergeben, die Untersucher waren inhomogen, manche Patienten wurden in der PPT-CFS gar nicht koloskopiert.

Dass die Koloskopie keine 100%-Methode in der Entdeckung von Karzinomen und Polypen darstellt, zeigt eine Studie mit Tandemkoloskopien, bei denen eine Rate von 0 bis 6% übersehener Adenome > 10 mm und 12 bis 13% für 5-10 mm große Läsionen beschrieben wurde (1).

Fehlerquellen dafür sind eine zu kurze Rückzugszeit (mindestens 6 min!), eine schlechte Darmvorbereitung und ein Arzt, der nicht Gastroenterologe ist, was wahrscheinlich mit der Untersuchungshäufigkeit, Ausstattung, Assistenz und Expertise zusammenhängt. Das Erreichen des Zökals muss dokumentiert werden. Die Polypenlokalisierung muss angegeben werden, um bei der Kontrolle ein besonderes Augenmerk auf die Abtragungsregion legen zu können. Die Qualität der Koloskopie soll durch die Neuerungen in der Bildgebung (Stichwort Full-HD) gesteigert und die Ausstattung entsprechend angepasst werden.

Polypen, die in Piecemeal-Technik abgetragen werden, bedürfen einer besonderen Überwachung, da in bis zu 13% Polypenreste bei der Kontrolle gefunden werden (2 Karzinome in der Studie durch inkomplette Abtragung). Auch bei makroskopisch

unauffälliger Abtragungsstelle in der Nachsorge muss bioptisch Residualgewebe ausgeschlossen werden. Die engmaschigen Nachsorgeintervalle von 3-6 Monaten nach Piecemeal-Abtragung werden der Rezidivhäufigkeit gerecht.

Zusammenfassend kann diese Studie aus unserer Sicht als Appell an eine standardisierte, gut dokumentierte Koloskopie mit hoher Qualität und leitliniengerechten, dem Hausarzt klar empfohlenen Nachsorge-Intervallen aufgefasst werden. Die Nachsorge-Intervalle, wie sie in der deutschen Leitlinie aufgeführt werden, reichen unseres Erachtens aus, um Intervallkolonkarzinome weitestgehend auszuschließen. Für Hoch-Risiko-Gruppen gelten dabei engmaschigere Vor- und Nachsorgeintervalle.

Literatur

(1) Van Rijn JC, Reitsma JB, Stocker J, Bossuyt PM, van Deventer SJ, Dekker E. Polyp Miss Rate Determinated by Tandem Colonoscopy: A Systematic Review. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:343-350