

Originaltitel: Low risk of colorectal cancer and advanced adenomas more than 10 years after negative colonoscopy

Autor: Brenner H et al., Gastroenterology 2010; 138:870-876

Kommentierung:

Prof. Dr. Thomas Seufferlein, Klinik für Innere Medizin I, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Ernst-Grube-Strasse 40, 06120 Halle (Saale)

Kommentar 20.11.10

Das kolorektale Karzinom belegt in der globalen Krebsstatistik den 3. Platz in der Inzidenz und den 4. Platz in der Mortalität. Daher sind weltweit Bemühungen im Gange, durch geeignete Screeningmaßnahmen eine Erkrankung zu vermeiden oder zumindest in frühen Stadien zu erkennen. Das effektivste, aber auch aufwändigste Verfahren ist die Vorsorgekoloskopie, die seit 2002 in Deutschland im Rahmen des Krebsvorsorgeprogramms Menschen ab dem 55. Lebensjahr kostenfrei angeboten wird. Bei Einführung dieses Programms wurde festgelegt, dass bei einer unauffälligen Vorsorgekoloskopie, d.h. ohne Nachweis von Polypen, die nächste Koloskopie erst in 10 Jahren erfolgen soll. Allerdings gibt es bislang wenige gute empirische Daten zum optimalen Screeningintervall nach einer unauffälligen Indexkoloskopie. Die bisher verfügbaren Studien zeigten ein geringes Risiko für ein kolorektales Karzinom 5 bis 10 Jahre nach einer „negativen“ Indexkoloskopie, d.h. nach einer Koloskopie ohne Polypennachweis.

In der vorliegenden Arbeit hat sich die Gruppe von Hermann Brenner der Frage nach dem optimalen Intervall für eine Screeningkoloskopie gewidmet, allerdings nicht nur hinsichtlich des Risikos für kolorektale Karzinome, sondern auch für sogenannte fortgeschrittene Adenome, bei denen ein höheres Risiko für die Entwicklung eines kolorektalen Karzinoms besteht. Dazu wurden Daten, die im Rahmen einer Kohortenstudie im Saarland in 33 Praxen bei Teilnehmern am Vorsorgekoloskopieprogramm gewonnen wurden, analysiert. In die Analyse gingen Teilnehmer ein, bei denen in einer oder mehreren vorangegangenen Koloskopie(n), die mehr als 1 Jahr zurückliegen mussten, keine Polypen detektiert wurden („negative Koloskopie“). Die Ergebnisse dieser Gruppe wurden mit einer Gruppe von Menschen verglichen, die keine vorherige Koloskopie erhalten hatten (n = 2701). Die Gruppe mit vorangegangener „negativer Koloskopie“ (die im Schnitt 11,9 Jahre zurücklag) umfasste 553 Teilnehmer. In dieser Gruppe wurden keine kolorektalen Karzinome detektiert. Der Erwartungswert für ein kolorektales Karzinom betrug in der Gruppe, die bisher keine Koloskopie erhalten hatte, -basierend auf vergleichbaren alters- und geschlechtsspezifischen Parametern in den Gruppen- 8,4 kolorektale Karzinome. Die Prävalenz von fortgeschrittenen Adenomen lag in der Gruppe mit „negativer Koloskopie“ ebenfalls deutlich niedriger als in der Vergleichsgruppe ohne vorherige Koloskopie (standardisiertes Prävalenz-Verhältnis – SPR: 0.42; 95% KI: 0.25-0.68). Die adjustierten Prävalenzraten für die Detektion eines fortgeschrittenen Adenoms lagen bei 0.38 (95% KI: 0.16-0.90), 0.34 (95% KI: 0.15-0.74), 0.38 (95% KI: 0.16-0.90), und 0.53 (95% KI: 0.27- 1.04), je nachdem ob die negative Koloskopie 1-5, 6-10, 11-15 oder 16 Jahre und länger zurücklag, verglichen mit

Probanden, die keine vorherige Koloskopie erhalten hatten. Die Rate an anderen, nicht fortgeschrittenen Adenomen war in beiden Gruppen vergleichbar.

Die Autoren schließen aus ihrer Untersuchung, dass nach einer negativen Koloskopie das Risiko für ein kolorektales Karzinom aber auch für fortgeschrittene Adenome niedrig ist und damit ein Screeningintervall von ≥ 10 Jahren in dieser Gruppe sinnvoll ist. Diese Schlussfolgerung ist aus den Daten sicherlich gerechtfertigt. Besonders interessant ist die Tatsache, dass in der Gruppe der koloskopierten Studienteilnehmer keine kolorektalen Karzinome auftraten. Damit wurden offensichtlich in diesem Kollektiv bei der Indexkoloskopie vor durchschnittlich >11 Jahren relevante Polypen nicht übersehen, wie es für andere Kollektive mit einer Rate von 2% bis 6% übersehenen relevanten Polypen beschrieben wurde (1-3).

In der Gruppe der koloskopierten Teilnehmer waren mehr Menschen mit einer positiven Familienanamnese für KRK, mehr weibliche Teilnehmer und der Altersdurchschnitt lag etwas höher (65.1 Jahre vs. 63.8 Jahre). 60% der koloskopierten Teilnehmer hatten eine, fast 20% 2 und 4% sogar 3 Koloskopien ohne Nachweis von Polypen. Hier könnte ein gewisser Bias auf Grund einer gesundheitsbewussteren Population bestehen, die nicht unbedingt repräsentativ für das Normalkollektiv sein muss. Für die Teilnahme an der Studie waren andere Darmerkrankungen wie z.B. chronisch-entzündliche Darmerkrankungen ein Ausschlußkriterium.

Bei Koloskopien vor weniger als 15 Jahren lag die Prävalenz fortgeschrittener Adenome mehr als 60% unter dem Wert der Gruppe, die keine Koloskopie erhalten hatte und bei Koloskopien vor > 15 Jahren immer noch mehr als 40% unter dem Wert der nicht koloskopierten Teilnehmer. Allerdings war die Risikoreduktion deutlicher für Adenome im distalen/linksseitigen Kolon. Bei proximalen/rechtsseitigen fortgeschrittenen Adenomen war der Unterschied in beiden Gruppen nicht mehr statistisch signifikant: SPR distale Adenome 0.28 (95% KI: 0.14-0.52), SPR proximale Adenome 0.82 (95% KI: 0.35-1.89). Dies könnte zum einen mit der unterschiedlichen Tumorbilogie von rechtsseitigen Kolonadenomen zusammenhängen, zum anderen mit der Tatsache, dass insbesondere flache Adenome im rechtsseitigen Kolon eventuell häufiger übersehen werden.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesen Daten? Zum einen kann wahrscheinlich in einem „Positivkollektiv“ d.h. bei Menschen mit einer negativen Indexkoloskopie, das Screeningintervall auf 10 Jahre und länger ausgedehnt werden. Um die Ergebnisse bei fortgeschrittenen Adenomen im rechtsseitigen Kolon weiter zu verbessern, sollte versucht werden, durch zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen, aber auch durch den Einsatz von neuen endoskopischen Verfahren und Färbetechniken zu evaluieren, ob die höhere Rate an fortgeschrittenen Adenomen im proximalen Kolon nach Indexkoloskopie durch eine raschere Progression und oder eine bislang unzureichende diagnostische Ausbeute bei der Koloskopie bedingt ist.

Kommentar Expertenbeirat



Literatur;

- 1) Hosokawa O, Shirasaki S, Kaizaki Y, Hayashi H, Douden K, Hattori M. Invasive colorectal cancer detected up to 3 years after a colonoscopy negative for cancer Endoscopy. 2003 Jun;35(6):506-10.
- 2) van Rijn JC, Reitsma JB, Stoker J, Bossuyt PM, van Deventer SJ, Dekker E. Polyp miss rate determined by tandem colonoscopy: a systematic review. Am J Gastroenterol. 2006 Feb;101(2):343-50
- 3) Bressler B, Paszat LF, Chen Z, Rothwell DM, Vinden C, Rabeneck L. Rates of new or missed colorectal cancers after colonoscopy and their risk factors: a population-based analysis. Gastroenterology. 2007 Jan;132(1):96-102.