

Originaltitel: Publikation von Khashab M, Eid E, Rusche M und Rex DK: “Incidence and predictors of "late" recurrences after endoscopic piecemeal resection of large sessile adenomas”. *Gastrointest Endosc.* 2009; 70:344-9.

Kommentierung: Prof. Dr. med. A.H. Hölscher, Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln

Kommentar: 27.10.09

Sessile kolorektale Polypen mit einer Größe von ≥ 2 cm, die zumeist mit der so genannten Piecemeal-Technik abgetragen werden, weisen bei der Kontrollendoskopie in bis zu 55% der Fälle Residualgewebe (“Restpolyp“) an der Abtragungsstelle auf. Dabei gibt es Empfehlungen, diese Kontrollendoskopie 3-6 Monate nach dem primären interventionellen Eingriff durchzuführen. Jedoch zeigen aktuelle Studien, dass auch nach einer negativen Kontrolle Patienten ein “Spätrezidiv“ entwickeln.

Deshalb war es das Ziel von Khashab et al. mittels einer retrospektiven Studie die Wertigkeit einer späten Kontrollendoskopie zu überprüfen und Faktoren zu definieren, die ein solches “Spätrezidiv“ vorhersagen können. Die Autoren evaluierten in der Studie das Follow-up von 136 Polypabtragungen (Größe von ≥ 2 cm), die alle eine Kontrollendoskopie nach 3-6 Monaten (“frühes Follow-up“) sowie eine weitere nach mindestens 12 Monaten (“spätes Follow-up“) hatten. Die Polypen waren vor allem im Coecum bzw. Colon ascendes (40%) sowie im Rektum (20%) lokalisiert. Histopathologisch zeigte sich nur bei einem Polypen ein invasives Karzinom. Vorwiegend erfolgte eine submukosale Kochsalz-Injektion zur Durchführung der Piecemeal-Polypektomie. Um das Belassen von Residualgewebe an der Abtragungsstelle zu verhindern, wurde ein Argon-Plasma-Koagulator eingesetzt. Schließlich wurde routinemäßig bei der frühen Follow-up Untersuchung eine Biopsie an der ehemaligen Polypabtragungsstelle entnommen.

Kommentar Expertenbeirat



Makroskopisch zeigte sich an 18 (13%) Abtragungsstellen in der frühen Kontrollendoskopie ein "Restpolyp", wobei in 2 Fällen auch im späten Follow-up Residualgewebe auffiel. Darüber hinaus ließ sich histopathologisch in 8 (6%) Fällen an der Polypabtragungsstelle ein Adenom bei unauffälligem makroskopischen Befund nachweisen, von denen 3 in der späten Endoskopie einen sichtbaren Polyprest aufwiesen. Dagegen wurde bei 94 Patienten makro- und mikroskopisch kein Residualgewebe in der frühen Follow-up Untersuchung nachgewiesen und nur bei 2 von diesen in der späten Kontrolle ein "Spätrezidiv" entdeckt.

Zwei wichtige Informationen können aus dieser Studie entnommen werden: 1. die Detektionsrate von Residualgewebe ("Restpolyp") nach Abtragung eines sessilen kolorektale Polypes mit einer Größe von $\geq 2\text{cm}$ mittels früher und später Kontrollendoskopie; 2. Zeigen sich bei der primären Kontrollendoskopie sowohl makroskopisch als mikroskopisch keine Hinweise für einen Restpolypen, so ist von einer erfolgreichen Polypabtragung auszugehen.

Jedoch sind auch Nachteile vor allem am Studiendesign auszumachen. So wurden mehr als 100 Patienten mit großen Polypen vorab nicht die Studie inkludiert, weil diese entweder direkt chirurgisch therapiert wurden, verstarben, für einen endoskopischen Eingriff in einem zu reduzierten Allgemeinzustand waren oder nach Polypabtragung das Follow-up in einer anderen Klinik hatten. Von diesen Patienten wären Informationen über den klinischen Verlauf wünschenswert. Schließlich wurden alle endoskopischen Eingriffe nur von einem Untersucher durchgeführt, sodass die Studienergebnisse nur in geringem Maß generalisierbar sind.