

Colonoscopic Withdrawal Times and Adenoma Detection during Screening Colonoscopy, *Nej Med Dec 2006, 355:2533-41; R. Barclay et al.*

Kommentatoren: Prof. Dr. W. Zoller, Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Katharinenhospital, Stuttgart

Kommentar: 19.12.2006

Die Koloskopie stellt das Vorsorgeverfahren der Wahl für die Früherkennung und Prävention des kolorektalen Karzinoms dar. In der vorliegenden Arbeit untersuchten die Autoren, welchen Einfluss die Untersuchungsdauer, gemessen an der Rückzugszeit des Endoskops, auf die Erkennungsrate von Adenomen nimmt.

Dabei wurden über einen Zeitraum von 15 Monaten 7882 Koloskopien von 12 erfahrenen Untersuchern in einer großen gastroenterologischen Praxis analysiert. Davon waren 2053 Screeninguntersuchungen bei Patienten, die erstmalig koloskopiert wurden.

Es wurde untersucht, ob bei Koloskopien mit Rückzugszeiten von weniger als 6 Minuten signifikant weniger neoplastische Läsionen erkannt werden, als bei Untersuchungen mit Rückzugszeiten, die über der 6 Minutenmarke lagen.

Dabei deckten die Autoren große Unterschiede in der Erkennungsrate von Adenomen zwischen den einzelnen Untersuchern auf. Die mittlere Zahl der entdeckten Läsionen pro Patient schwankte zwischen 0,1 und 1,05 um mehr als den Faktor 10. Die Rate der Patienten bei denen Adenome entdeckt wurden, lag zwischen 9,4% und 32,7 %.

Auch die mittlere Dauer der Untersuchungszeit pro Patient unterlag einer großen Schwankungsbreite zwischen 3,1 und 16,8 Minuten. Dabei konnte statistisch signifikant gezeigt werden, dass Koloskopeure mit einer mittleren Rückzugszeit des Endoskops von weniger als 6 Minuten eine deutlich niedrigere Erkennungsrate aller (28,3% vs. 11,8 %, $p < 0,001$), als auch der fortgeschrittenen Neoplasien (6,4% vs 2,6 %) erzielten.

Die Studie hat von der Anlage her Pilotcharakter. Sie analysiert die spezielle Situation in einer nordamerikanischen Großpraxis. Die 12 Koloskopeure waren allesamt komplett ausgebildete Gastroenterologen mit einer persönlichen Erfahrung von mindestens 3000 Koloskopien. Dabei ist der Qualitätsstandard einer einzelnen Praxis sicher weder für die ambulante und stationäre Gesamtversorgung in Nordamerika noch hierzulande repräsentativ. Wie auch die Autoren betonen, ist die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse, sowie die Relevanz für die klinische Praxis, durch weitere Untersuchungen zu belegen.

Die Koloskopie wird nach aktueller Leitlinienlage als Standardverfahren zur Früherkennung von Darmkrebs für Personen mit durchschnittlichem Risiko ab dem 50. Lebensjahr empfohlen. Sie besitzt die höchste Sensitivität und Spezifität für das Auffinden eines kolorektalen Karzinoms. Dennoch bietet die Screening-Koloskopie keinen hundertprozentigen Schutz davor, doch an Darmkrebs zu erkranken. So legen andere aktuelle Arbeiten den Verdacht nahe, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil von ungefähr 0,6% aller maligner Läsionen insgesamt und bis zu 4% der rechtsseitigen Kolonkarzinome bei einer Vorsorgekoloskopie übersehen wurden.*

Die vorliegende Arbeit bestärkt die Vermutung, dass möglicherweise qualitative Mängel in der Durchführung der Screeningkoloskopie dafür verantwortlich sind, dass ein nicht unerheblicher Anteil bösartiger Neoplasien unerkannt bleibt. Dabei scheint eine adequate Untersuchungsdauer ein wesentliches Qualitätsmerkmal für die Sicherheit und Aussagekraft der Methode darzustellen.

Die Koloskopie als Screening-Werkzeug für die Früherkennung von Darmkrebs ist ein erwiesenermaßen sicheres, hocheffektives aber auch invasives und kostenintensives Verfahren, das für den Patienten eine nicht unerhebliche Belastung und Aufwand darstellt. Die Untersuchungsqualität ist ein wesentlicher Faktor für die Leitungsfähigkeit des Verfahrens. Im Einzelfall hat eine vermeidbar übersehene neoplastische Läsion dramatische Konsequenzen für den Betroffenen. Es ist zu fordern, dass die Untersuchungen mit größtmöglicher Sorgfalt und angemessenem zeitlichem Aufwand unter Einhaltung der gebotenen Standards durchgeführt werden.

Literaturhinweis:

**vgl. dazu den Kommentar Prof. Dr. Groos zu den Arbeiten von Robertson DJ et al. bzw. Bressler B et al. veröffentlicht in: Gastro Update 2006, Schnetztor Verlag GmbH Konstanz S.331*