

Original-Titel

Endoscopic versus histological characterisation of polyps during screening colonoscopy
Endoskopische in-vivo versus histologische Charakterisierung von Polypen während einer Screening-Koloskopie

Autoren:

Gut 2014;63:458-465

Kommentar:

PD Dr. Axel Eickhoff, Medizinische Klinik II, Klinikum Hanau

Abstract

Seit der Einführung der Screening-Koloskopie im Jahr 2002 und insbesondere nach Etablierung neuer bildgebender Screeningmethoden wie der virtuellen Koloskopie (CT/MRT) und der Kolonkapsel ist eine zunehmende Diskussion über die rationelle Allokation der Untersuchungsmethoden entstanden. Dies insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden ökonomischen Zwänge, denen wir uns alle stellen müssen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch über die Kosten der histopathologischen Aufarbeitung von kolorektalen Polypen debattiert, die im Rahmen einer Vorsorgekoloskopie diagnostiziert und abgetragen werden. Nach Einführung der pit-pattern Klassifikation von Kudo und Mitarbeitern 1996 soll heute mit den neuen technischen Möglichkeiten der High-Definition (HDTV) Endoskopie, ggf. in Erweiterung um die reale oder virtuelle Chromoendoskopie, in >90% aller Fälle bereits während der Koloskopie eine Unterscheidung zwischen hyperplastischen und adenomatösen Polypen vorgenommen werden.

Die sogenannte DISCARD-Strategie sieht vor, bei kleinen Läsionen die sich in-vivo als hyperplastische oder low-grade (LGIENPL) präsentieren, eine Zangenresektion ohne nachfolgende histopathologische Aufarbeitung durchzuführen. Die Empfehlungen zur Kontroll-Koloskopie basieren in diesen Fällen dann nur auf der vorgenommenen in-vivo-Klassifikation der Polypen und nicht auf der Histologie. Primäres Ziel ist es hierbei, die Kosten der histopathologischen Aufarbeitung zu reduzieren, bzw. die vorhandenen Ressourcen so zu allokalieren, dass nur die relevanten Läsionen einer Evaluation zugeführt werden müssen. In einer Vielzahl prospektiver Studien konnten mit dieser Strategie exzellente Ergebnisse erzielt werden. Die ASGE hat folgerichtig in ihrem Positionspapier 2012 folgende Voraussetzungen vor Implementierung einer solchen Strategie formuliert:

Genauigkeit (accuracy) der Nachsorgeempfehlung >90%
negativ-prädiktiver Wert für adenomatöse Polypen >90%

Die bisherigen Ergebnisse stammen allesamt aus endoskopischen Referenzzentren mit speziellem wissenschaftlichem Fokus auf endoskopische Bildgebung. Ziel der vorliegenden Studie von Schachschal et al. ist somit die Klärung der Frage, ob sich die beschriebenen Ergebnisse und Effekte auch auf die klinische Routine im ambulanten Vorsorgeumfeld übertragen lassen.

Kommentar Expertenbeirat



Hierzu wurden insgesamt 1069 Vorsorge-Koloskopien in 10 gastroenterologisch-endoskopischen Fachpraxen und Kliniken prospektiv ausgewertet. Zum Einsatz kamen nach entsprechender Vorbereitung HD-Endoskope (Pentax Optical), wahlweise mit der Option der virtuellen Chromoendoskopie (i-scan). Wie waren die Ergebnisse? Es wurden insgesamt 675 Polypen detektiert, davon 214 hyperplastische und 461 adenomatöse Läsionen. Die Genauigkeit der in-vivo Klassifizierung war dabei insgesamt enttäuschend:

- 76,6% Genauigkeit (accuracy)
- 78,1% Sensitivität
- 73,4% Spezifität
- 69,5% korrekte Nachsorgeempfehlung

Statistisch signifikanten Einfluss auf die diagnostische Genauigkeit hatten nur die Adenomgröße und die Koloskopie-Rückzugzeit. Schachschal et al. kommen zu dem Schluss, dass in der täglichen Routine aufgrund der dargestellten Ergebnisse (noch) nicht auf eine vollständige histopathologische Evaluation verzichtet werden kann.

Wie sind die Ergebnisse zu bewerten? Wie schon bei den Studien zu Adenom-Detektionsrate (ADR) bei virtueller Chromoendoskopie (NBI) konnten auch in dieser Studie die vorab gewonnenen Ergebnisse aus endoskopischen Referenzzentren in der täglichen Routine nicht reproduziert werden. Die statistische Evidenz erscheint durch die sauber durchgeführte vorliegende Studie und eine ausreichend hohe Fallzahl in jedem Fall gewährleistet. Wahrscheinlich würde auch die Hinzunahme der realen Chromoendoskopie im Vergleich zu virtuellen Chromoendoskopie keinen Vorteil zeigen.

Zukünftig sollten neben der Verbesserung der optisch-technischen Möglichkeiten (z.B. computergestützte Polypenanalyse) und der Anwendung der bekannten pit-pattern Klassifikation weitere Einstufungen der Gefäßarchitektur der Polypen (sog. "vessel-pattern") vorgenommen werden, um die Vorhersagewahrscheinlichkeit der in-vivo Klassifikation zu erhöhen. Darüber hinaus können durch ein intensives Training und Erfahrung (Stichwort Mindestmengen/"case-load") die Ergebnisse sicher verbessert werden. Bis dahin kann die DISCARD Strategie nicht in die tägliche Praxis und Routine der Vorsorgekoloskopie übertragen werden.