

Original-Titel

Low Rate of Large Polyps (≥ 9 mm) Within 10 Years After an Adequate Baseline Colonoscopy With No Polyps

Autoren

David A. Liebermann, Jennifer L. Holub, Cynthia D. Morris, Judith Logan, J. Lucas Williams and Patricia Carney

Kommentar

Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), 06.02.2015

Nach einer kompletten Dickdarmspiegelung mit zufriedenstellender Darmreinigung ist eine erneute Coloskopie vor dem Ablauf von zehn Jahren überflüssig und eher schädlich

Aktuell bestehende deutsche Leitlinien empfehlen ab dem 55. Lebensjahr die endoskopische Untersuchung des Darmes, die sog. Coloskopie. Ist die Untersuchung unauffällig, kann man diese Untersuchung auf Kosten der Krankenkassen nach 10 Jahren noch einmal in Anspruch nehmen. Wer diese Koloskopie nach Abwägung aller Vor- und Nachteile ablehnt, kann ab dem 55. Lebensjahr alle 2 Jahre einen Test auf okkultes Blut durchführen lassen.

Bei dieser vorliegenden Regelung mag mancher mit einer großen Angst vor Darmtumoren oder einer familiären Belastung denken, daß man durch eine engere Zeitabfolge der Coloskopie das Risiko einer Tumorentstehung noch weiter minimieren kann.

Insofern ist die vorliegende Studie von großem Interesse; denn sie belegt klar, daß diese Furcht unberechtigt ist.

Liebermann et al. nutzten die elektronische Plattform „Clinical Outcomes Research Initiative (CORI)“. In dieses System können praktizierende Gastroenterologen elektronisch ihre Coloskopie-Befunde eingeben, die dann in einer zentralen Datenbank verwaltet werden. In dem Zeitraum von 2000-2006 wurden aus 69 gastroenterologischen Zentren in den USA von 264184 asymptomatischen Patienten ein Coloskopie-Befund in dieses System eingegeben. Dabei wurde bei 147375 Patienten kein Polyp, also ein negativer Befund, beschrieben. Von dieser Gruppe erhielten 17525 eine „Follow-up“ Koloskopie innerhalb eines Zeitraumes von 10 Jahren; 1706 (10,3 %) bereits innerhalb des ersten Jahres, wegen einer nicht zufriedenstellenden Darmreinigung oder einer unvollständigen Ausgangs-Koloskopie. Bei dieser Kohorte betrug die Detektionsrate großer Polypen (≥ 9 mm) 6,5 % und entsprach der Anzahl großer Polypen in der Ausgangskohorte (6,4 %). Wurde die Koloskopie jedoch in dem Zeitraum von 1-5 oder 5-10 Jahren durchgeführt, war die Prävalenz großer Polypen deutlich geringer (3,1 und 3,7 %). Wurden diese Gruppen weiter unterteilt und die Patienten herausgesucht, die einen positiven Haemoccult-Test aufwiesen, so betrug die Detektionsrate großer Polypen für den Zeitraum von 1-5 Jahren der Wiederholungs-Koloskopie 2,6 % und in dem Zeitraum von 5-10 Jahren 4,0 %. Diese Zahlen liegen damit noch immer deutlich unterhalb der Prävalenzrate großer Polypen bei der Ausgangs-Koloskopie von 6,4 %. Auch diese Ergebnisse rechtfertigen die Empfehlung, daß es keinen Sinn macht, innerhalb der ersten 5 Jahre nach einer negativen Coloskopie einen Test auf okkultes Blut durchzuführen.

Aus dieser Studie kann man zwei wesentliche Ergebnisse bzw. Forderungen ableiten und damit bestehende Empfehlungen untermauern:

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bringen klar zum Ausdruck, daß eine optimale Darmreinigung unabdingbare Voraussetzung für eine aussagekräftige Untersuchung ist. Ebenso belegt sie, daß nur eine komplette Darmspiegelung bis zum Coecum glaubhafte Er-

Kommentar Expertenbeirat



gebnisse liefern kann. Dadurch können kostenaufwendige und für den Patienten belastende und möglicherweise mit Komplikationen verbundene Wiederholungs-Untersuchungen vermieden werden.

Aber auch andere „Indikationen“ bzw. Begründungen für ein verkürztes Intervall der Wiederholungs-Coloskopie verlieren mit dieser Studie ihre Bedeutung: In der Untergruppe mit familiärer Belastung war die Detektionsrate von großen Polypen im Zeitraum 1-5 oder 5-10 Jahre nicht höher als in der „asymptomatischen“ Gruppe. Dies belegt, daß auch bei Patienten mit familiärer Belastung es nicht gerechtfertigt ist, eine Wiederholungs-Koloskopie vor dem Ablauf von 10 Jahren durchzuführen, solange der Ausgangsbefund komplett negativ war. Davon ausgenommen sind Patienten mit einem hereditären (vererbbaeren) Syndrom, wie z.B. Lynch-Syndrom oder die familiäre adenomatöse Polyposis.

Alles in allem passen die Ergebnisse dieser Studie in die „American Gastroenterological Association’s Choosing Wisely Kampagne“, die darauf abzielt, auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen hinzuweisen, die trotz fehlender Evidenz zu häufig durchgeführt werden, ohne daß die Patienten davon profitieren oder davon sogar Schaden nehmen können. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat ebenso eine Initiative „Klug entscheiden“ gestartet. Sie möchte in enger Abstimmung mit den Schwerpunktgesellschaften der Innere Medizin und mit allen Partnern in der Versorgungslandschaft darauf hin arbeiten, die hohe Qualität der Patientenversorgung langfristig evidenzbasiert sicher zu stellen, indem sie auf Maßnahmen der Über- und Unterversorgung hinweist.