

Kommentar Expertenbeirat



Original-Titel

Suboptimal endoscopic cancer recognition in colorectal lesions in a national bowel screening programme

Autoren:

Vleugels JLA, et al. Gut 2019;0:1–4. doi:10.1136/gutjnl-2018-316882

Kommentar:

Prof. Dr. med. Siegbert Faiss; Berlin-Lichtenberg, 14.01.2020

Für die Vorsorge-Koloskopie ist die Detektion von Polypen bzw. Adenomen ein entscheidender Qualitätsparameter (Adenom-Detektionsrate = ADR). Darüber hinaus führt die Erkennung früher Karzinome des Dickdarms (sog. T1-Karzinome) und der damit verbundenen rechtzeitigen Therapie zu einer erheblichen Prognoseverbesserung. Die Detektion und vor allem die richtige Einordnung dieser frühen Karzinome durch den Untersucher ist jedoch nicht ganz einfach. Oftmals wird ein frühes Karzinom zunächst nicht als solches erkannt und dann wie ein „gutartiger“ Polyp endoskopisch entfernt. Erst hinterher wird dann im Rahmen der histologischen Aufarbeitung der Polyp als Karzinom klassifiziert. Dies führt dann oftmals zu erneuten Endoskopien und schließlich zu zusätzlichen, meist chirurgischen Therapien. Andererseits werden aber auch endoskopisch detektierte frühe Karzinome oftmals direkt chirurgischen Therapien zugeführt, obwohl eine kurative endoskopische Resektion möglich ist. Der Idealfall wäre, endoskopisch frühe Karzinome im Kolon sicher zu diagnostizieren und anhand gewisser Kriterien so zu klassifizieren, dass schon bei der initialen Koloskopie eindeutig bestimmt werden kann, dass 1. dies ein Karzinom ist und 2. dieses kurativ endoskopisch therapiert werden kann oder 3. dieses nicht mehr endoskopisch, sondern nur noch chirurgisch behandelt werden muss.

Dieser Frage widmet sich die aktuelle holländische Arbeit. Hier wurden 3622 Vorsorge-Koloskopien ausgewertet, bei denen insg. 274 Karzinome detektiert wurden. Von diesen 274 Karzinomen waren 92 sog. Frühkarzinome (sog. T1-Karzinome). Von diesen 92 Frühkarzinomen wurden nur 36 (39%) auch als Karzinome erkannt und entsprechend zielgerichtet einer Therapie zugeführt. Die anderen 56 als „Polypen“ deklarierten, aber nicht als Karzinome eingestuften Veränderungen wurden zunächst in 20% inadäquat endoskopisch behandelt. Dies erforderte dann zusätzliche erneute Koloskopien und entsprechende Maßnahmen bzw. ergänzende operative Eingriffe. Glücklicherweise hatte die initial falsche Einschätzung der Polypen als „nicht-bösartig“ keinen Einfluss auf das postinterventionelle bzw. postoperative Outcome und auf das postoperative kreisfreie Überleben der Patienten. Trotzdem wäre zur Vermeidung unnötiger oder zunächst nicht ausreichender Therapien und zur Einsparung zusätzlicher Diagnostik eine initial richtige Einschätzung früher kolorektaler Karzinome (sog. T1-Karzinome) inkl. einer korrekten Weichenstellung hinsichtlich einer möglichen kurativen endoskopischen oder notwendigen chir. Therapie wünschenswert. Dieser sicher schwer zu realisierende Wunsch wird, wenn überhaupt, nur durch ein umfangreiches Schulungsprogramm aller beteiligten Endoskopiker möglich werden, da speziell in der Einordnung früher Tumoren doch die persönliche Expertise eine ganz entscheidende Rolle spielt.