

**Original-Titel:**

Low value of second-look endoscopy in detecting residual colorectal cancer after endoscopic removal.

**Autoren:**

Kim M. Gijbbers, Zoë Post, Ruud W.M. Schrauwen et al., *Gastrointest Endosc* (2020),  
<https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.01.056>

**Kommentar:**

Prof. Dr. Karlheinz Beckh, Worms, 29.04.2020

Die Indikation zur Operation nach endoskopischer Entfernung eines pT1-Karzinoms im Kolon und Rektum hängt vom lymphogenen Metastasierungsrisiko ab. Werden die histopathologischen Kriterien für die High-risk-Situationen angewendet, zeigen die Studien bei den Patienten, bei denen histologisch die Resektionsränder nicht beurteilbar waren, dass nur in 5-15 % der Fälle Tumorgewebe in den Resektaten der adjuvanten operativen Resektionen nachweisbar ist. Um die Rate der adjuvanten Resektion zu reduzieren, wurden in einer multizentrischen prospektiven Kohortenstudie aus den Niederlanden, an der sich 25 Kliniken beteiligten, 103 Patienten nach endoskopischer Entfernung eines pT1-Karzinoms einer Second-look-Endoskopie nach frühestens 14 Tagen (7-63 Tage) mit Biopsieentnahme an der Abtragungsstelle unterzogen, bevor eine operative Resektion erfolgte. Es wurden Patienten eingeschlossen, bei denen makroskopisch ein T1-Karzinom komplett entfernt wurde und im Resektat histopathologisch Resektionsränder beschrieben wurden, die entweder einen zu geringen Sicherheitsabstand aufwiesen, nicht sicher beurteilbar waren oder inkomplett abgetragen waren (R0 ≤ 1 mm, RX oder R1). In 15,5 % der Fälle handelte es sich um eine R0-Situation mit zu geringem Sicherheitsabstand, bei 39,8 % um eine RX-Situation und in 44,7 % der Fälle um eine R1-Resektion. Das Vorliegen weiterer Risikofaktoren (LNM) führte zum Ausschluss. Bei 55,3 % wurde eine en-bloc-Resektion, bei 44,78 % eine Piecemeal-EMR durchgeführt. In den Nachoperationen (64 adjuvante chirurgische Operationen, 39 Vollwandresektionen) wurden bei 7 Patienten (6,8 %) residuale Karzinomzellen gefunden. Lediglich bei 2 Patienten waren die Biopsien der Second-look-Endoskopien positiv, was einer Sensitivität von 28 % entspricht. Die Schlussfolgerung der Autoren ist, dass die Second-look-Endoskopie mit Biopsien keinen Beitrag leisten kann, ob eine adjuvante Resektion erfolgen soll oder nicht.

Dieses Ergebnis zeigt, dass eine erneute Endoskopie nach endoskopischer Entfernung eines pT1-Karzinoms im Kolorektum keinen Nutzen hat, die Notwendigkeit der Nachoperation zu reduzieren. Erstaunlich ist in der Studie, dass bei dem Kollektiv von 103 Patienten 46 Fälle mit einer R1-Resektion klassifiziert wurden und in der Second-look-Endoskopie nur in 2 Fällen positive Biopsien ergaben.

Somit bleibt es bei dem Vorgehen, das in der aktuellen deutschen Leitlinie für das kolorektale Karzinom festgelegt ist. Das oberste Kriterium stellt die Wahrscheinlichkeit einer Lymphknotenmetastasierungsrate dar. In der Leitlinie wird das Lymphknotenmetastasierungsrisiko in der Low-risk-Situation bei etwa 1% oder darunter angesetzt. Die Kriterien sind mit der Beurteilung des Resektionsrandes (R0), dem histologischen Grading (G1, G2), dem negativen Resultat für die Invasion der Lymphgefäße (L0) und Blutgefäße (V0), dem Tumorzellbudding und der Submucosainvasion festgelegt. Das Tumorzellbudding wurde in der aktuellen Version der deutschen Leitlinie zum kolorektalen Karzinom als Kann-Kriterium hinzugefügt, da die Analysen zum Tumorbudding vorwiegend aus Japan stammen und die Angabe des Tumorbuddings bisher in Deutschland kein Standard ist. Dabei sind einzelne Tumorzellen oder Tumorzellaggregate an der Invasionsfront gemeint, die zumeist schlecht differenziert sind, stammzellähnliche Eigenschaften aufweisen und sich auch genetisch von denen des Tumorzentrums unterscheiden. Nach einem Vorschlag japanischer Autoren wird das Tumor-Budding als histologischer Nachweis von Tumorzell-Clustern entdifferenzierter oder isolierter Tumorzellen an der Invasionsfront mit einer Gradeinteilung (Grad 1-3) definiert. Bei einem Tumor-Budding Grad 2 oder Grad 3 wurde in mehreren Studien ein erhöhtes Risiko von Lymphknotenmetastasen gezeigt.

Bei diesen Vorgaben ist weiterhin mit einer hohen Rate zu rechnen, dass im Resektat einer onkologischen Nachresektion kein Resttumor gefunden wird. Das war der Ausgangspunkt der kommentierten niederländischen Studie, die zeigen konnte, dass die Second-look-Endoskopie keinen Beitrag zur Senkung dieser Rate leistet.