

Original-Titel:

Association between baseline hyperplastic polyps and metachronous serrated lesions

Autoren:

Monachese M, , Mankaney G, , El-Khider F et al.,

Gastrointest Endosc. 2021. Online ahead of print | doi: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.11.028>.

Kommentar:

Prof. Dr. Hendrik Bläker, Leipzig, 01.02.2021

Welche Bedeutung hat der alleinige Nachweis hyperplastischer Polypen bei der Indexkoloskopie hinsichtlich des Risikos metachroner Neoplasien im Kolon? Mit dieser Frage beschäftigt sich die Arbeit von Monachese und Kollegen aus der Cleveland Clinic.

Die Autoren untersuchten die Ergebnisse endoskopischer Kontrolluntersuchungen von 1795 Patienten, bei denen in der Indexkoloskopie zuvor keine Polypen (82%) oder lediglich weniger als 10 hyperplastische Polypen unter 10 mm (18%) nachgewiesen wurden. Sie stellten dabei fest, dass das Vorliegen hyperplastischer Polypen bei der Indexkoloskopie mit einer erhöhten Rate metachroner sessiler serratierter Läsionen/Adenomen (SSL/SSA)* einherging, während konventionelle Adenome einschließlich traditionell serratierter Adenome in dieser Gruppe nicht häufiger als bei Patienten ohne jegliche Polypen bei der Indexkoloskopie auftraten. Die Lokalisation des HP in der Indexkoloskopie hatte -wie man nach Literaturdaten auch erwarten würde- einen Einfluss auf die Entwicklung einer metachronen SSL (OR 3.82 für proximal versus 2.23 für distal), eine Assoziation wäre damit immerhin aber auch für rektosigmoidale HPs in dieser Studie gegeben. Die Autoren schlussfolgern aus den Daten, dass das Risiko der Entstehung einer SSL bei Nachweis eines HP in der Indexkoloskopie erhöht ist und diskutieren eine mögliche Bedeutung des Ergebnisses für die Nachsorgeempfehlung.

Die Arbeit hat methodische Stärken und Limitationen. Zu den Stärken zählen die stringenten Einschlusskriterien der Patienten mit einem Durchschnittsalter zwischen 50 und 60 zum Zeitpunkt der Indexkoloskopie, die der Realität der Indexkoloskopie zur Darmkrebsprävention ohne Risikofaktoren nah kommen. Des Weiteren erfolgte die histologische Befundung in dieser single center Studie durch Pathologen mit Expertise in der GI-Diagnostik. Dies gewährleistet eine konstante Befundung mit Unterscheidung zwischen HP und SSL/SSA zum Zeitpunkt der Indexkoloskopie. Wie qualitativ hochwertig diese Diagnostik in der Frühphase der Unterscheidung von SSL (seinerzeit SSA/P) und HP im Jahr 2004 im Vergleich mit den heutigen Gegebenheiten war, ist allerdings nicht untersucht worden. Dass etwa 50% der SSL in der Kontrollendoskopie im Rektum oder Sigma nachweisbar waren, ist nach eigenen Erfahrungen und Literaturdaten eher ungewöhnlich viel, etwa 20% wären zu erwarten (Young et al. 2015).

Ein die Aussagekraft limitierender Faktor sind die Fallzahlen. Schaut man sich diese im Detail an, so sind trotz der relativ hohen Zahl untersuchter Patienten die für die Aussage relevanten Subgruppen klein. 16 von 219 (7.3%) Patienten mit einem, 6 von 107 (5.6%) Patienten mit 2-9 hyperplastischen Polypen und 39 von 1469 Patienten (2.7%) ohne Polypen in der Indexkoloskopie zeigten eine SSL in der Kontrollendoskopie. Statistisch signifikant war damit der Unterschied zur Gruppe der Patienten ohne Polypennachweis in der Indexkoloskopie nur bei einem HP, nicht aber bei Vorliegen von zwei oder mehr HPs. Dieses Ergebnis klingt so widersprüchlich, dass man es nicht einzuordnen weiß.

Unabhängig von den oben genannten Einschränkungen ist die Arbeit von Monachese et al. klinisch relevant und regt zum Denken an. Hyperplastische Polypen gelten formal als nicht-neoplastische Polypen, und ihr alleiniger Nachweis führt unabhängig von der Lokalisation auch gemäß der aktualisierten S-Leitlinie kolorektales Karzinom in der Bundesrepublik nicht zur Empfehlung einer endoskopischen Nachsorge. Die Leitlinie unterscheidet bei HP <5mm allerdings in der Empfehlung, diese zu biopsieren, wenn die Polypen proximal lokalisiert sind, um sie von den in dieser Lokalisation am häufigsten vorkommen SSLs abzugrenzen.

Dies gelingt bei kleinen Polypen nicht immer, da die histologischen Vollkriterien einer SSL nicht in allen Abschnitten der Läsion vorliegen und dementsprechend in kleinen Polypen nicht identifizierbar sein müssen. Eine frühe SSL kann also - formal korrekt- als HP fehlklassifiziert werden. Genauso wie man als Gastroenterologe in Kenntnis dieser diagnostischen Schwierigkeiten dazu neigen kann, auch bei einem proximalen HP über eine Nachsorge gemäß dem Vorgehen bei Adenom nachzudenken, können Pathologen dazu neigen, bei proximalem serratierten Polypen im Grenzfall eher eine SSL als einen HP zu diagnostizieren. Die Daten der hier diskutierten Studie würden dieses intuitive Vorgehen unterstützen, wobei man im Hinterkopf behalten sollte, dass das Zeitintervall von der Entstehung einer SSL bis zur malignen Transformation nach Studien von Bettington et al. im Durchschnitt etwa 15 Jahre beträgt und damit wesentlich länger ist als bei konventionellen Adenomen, die in allen untersuchten Gruppen mit und ohne hyperplastische Polypen in immerhin etwa 20% der Patienten bei der Kontrollendoskopie nachweisbar waren.

Ob es eine potentielle Bedeutung rektosigmoidaler HPs als Indikatorläsion für die Entwicklung metachroner SSL gibt, wie dies die Daten der Autoren postulieren, ist in Anbetracht der zum Teil auch in der Studie zitierten Daten anderer Wissenschaftler (Lin et al., Jason et al.) noch nicht sicher einzuordnen und sollte anhand größeren Fallzahlen evaluiert werden.

Abschließend beleuchtet die Studie von Monachese et al. relevante Aspekte der Darmkrebsprävention und regt zur Diskussion an. Die Daten weisen auf eine Bedeutung hyperplastischer Polypen als Indikatorläsion für metachrone Neoplasien hin. Inwieweit es sinnvoll ist, diese Daten bei den Empfehlungen zur Nachsorgekoloskopie zu berücksichtigen, muss in größeren Studien untersucht werden.

* SSL/SSA: Die sessile serratierte Läsion (SSL) entspricht der neuen WHO Klassifikation aus dem Jahr 2019, die vorherige Bezeichnung sessiles serratierten Adenom (SSA) entspricht der vorherigen und auch in der S3 Leitlinie verwendete WHO Bezeichnung aus 2010.

Literatur

Lin, O.S., et al., Risk of proximal colon neoplasia with distal hyperplastic polyps: a metaanalysis. Arch Intern Med, 2005. 165(4): p. 382-90.

Jason L. W., et al., The Association between Distal Findings and Proximal Colorectal Neoplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Gastroenterol, 2017.112:1234-1245.

Yang F, et al., Anatomic Distribution of Sessile Serrated Adenoma/Polyp With and Without Cytologic Dysplasia. Arch Pathol Lab Med (2015) 139 (3): 388–393.

Bettington M, et al., Clinicopathological and molecular features of sessile serrated adenomas with dysplasia or carcinoma. Gut 2017;66:97-106