

**Original-Titel:**

**Endoscopic resection of colon dysplasia in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis**

**Autoren:**

Mohan BP, Kahn SR, Chandan S et al. Gastrointestinal Endoscopy 2021;93: 59-67

**Kommentar:**

Prof. Dr. Max Reinshagen, Braunschweig, 11.02.2021

Diese Arbeit ist eine Metaanalyse von 18 Studien mit 1037 Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, welche im Rahmen von dysplastischen Befunden eine endoskopische Mukosaresektion erhalten haben.

Aufgrund der gepoolten Analyse dieser Studien die von 1999 bis 2019 publiziert wurden, wird ein Risiko für die Entwicklung eines KRK von 2 auf 1000 Patientenjahre errechnet.

Der Ort der Läsion bzw. die Größe der Läsion, die endoskopische Methode der Entfernung und auch das histologische Grading hatten in der Regressionsanalyse keinen signifikanten Einfluss auf das KRK-Risiko.

**Bewertung**

In der Einleitung der Arbeit wird beschrieben, dass der Nachweis und die Bestätigung einer Dysplasie durch einen Referenzpathologen bisher eine Indikation zur Kolektomie bei Patienten mit Colitis ulcerosa war. Aufgrund der Entwicklung der endoskopischen Techniken wird nun eingeschränkt, dass Dysplasien mit **eindeutig sichtbaren Grenzen** endoskopisch behandelt werden können und sollen. Aber auch nicht-polypoide, flache Befunde die aufgrund moderner Nachweistechiken zunehmend entdeckt werden, können endoskopisch abgetragen werden.

Hier liegt möglicherweise die Gefahr, dass Behandler die vorwiegend „**Endoskopiker**“ sind, verkennen, dass trotz eindeutig besserer technischer endoskopischer Abtragungsmöglichkeiten Colitis ulcerosa-Patienten mit Dysplasien in flachen Läsionen bei chronischer Entzündung im gesamten befallenen Darm bereits multiple dysplastische Herden haben können, die (zu dem Zeitpunkt) nicht nachgewiesen wurden.

Auch wenn in dieser Arbeit das Risiko, ein KRK im Verlauf zu entwickeln, als gering dargestellt wird (2 x Risiko), ist in den meisten Studien nur eine relativ kurze Nachbeobachtung (< 2 Jahre) dokumentiert.

Das bedeutet

- 1) Klar begrenzbare und umschriebene flache Läsionen **bei sonst weitgehend entzündungsfreien Kolon** können und sollen endoskopisch behandelt und konsequent endoskopisch nachgesorgt werden.
- 2) Bei Colitis ulcerosa Patienten mit Dysplasien in flachen Läsionen, **die eine nicht oder nur unzureichend kontrollierte Grunderkrankung haben**, ist in der Regel weiterhin nach Bestätigung durch einen Referenzpathologen die Indikation zur Kolektomie gegeben.