

Original-Titel:

Prophylaktisches Clipping zur Vermeidung der Spät-Postpolypektomieblutung nach Resektion großer Adenome im Kolon

Autoren:

Chen B. et al; Gastrointest Endosc 2021;93:807-15

Kommentar:

Prof. Dr. D. Schilling, Mannheim, 19.04.2021

Die Erweiterung unseres technischen Armentariums für die endoskopische Therapie von großen Adenomen und der zunehmend demographische Wandel mit immer mehr komorbiden älteren Patienten, die häufig mehrfach antikoaguliert sind, führen naturgemäß auch zu einer höheren Komplikationsrate. Die Nachblutung ist die häufigste Komplikation nach Großflächenmukosektomie. Bei Läsionen > 20 mm liegt sie bei 6 %. Gerade Größe und Lokalisation der Adenome sind neben der Antikoagulation die wesentlichen Risikofaktoren für eine Nachblutung.

Neben Überlegungen, auch größere Läsionen mittels Cold Snare Polypektomie, auch in Piecemeal Technik zu versorgen, sind in erster Linie Clippingverfahren, welche eine Möglichkeit sind, die Rate der Nachblutungen zu reduzieren.

Studie / Metaanalyse:

Die Autoren legen eine Metaanalyse vor, in die nur qualitativ hochwertige RCT inkludiert worden sind, die sich mit prophylaktischem Clipping ab Läsionen > 10 mm befassen. 8 Studien mit insgesamt 3415 Patienten konnten analysiert werden. Die gepoolte Inzidenz einer Nachblutung lag bei 3,9 % bei einer Resektion eines Adenoms > 1cm. Das prophylaktische Clipping reduzierte die Postpolypektomieblutung (RR 0.61) mit einer Number needed to treat (NNT) von 52. Stratifizierungen der Daten hinsichtlich Polypengröße (>2 cm) führten zu einer NNT von 30, für nicht gestielte Polypen eine NNT von 39 und die Lokalisation im rechtsseitigen Hemikolon sogar zu einer NNT von nur 25. Die Autoren schlussfolgern, dass die flachen Adenome > 2cm im rechten Hemikolon am meisten vom prophylaktischen Clipping profitieren.

Die Studien, die inkludiert wurden, wiesen unterschiedliche Resektionstechniken auf, die von der Cold-Snare- Piece-Meal-Polypektomie auf der einen Seite bis zur ESD auf der anderen Seite reichten.

Kommentar:

Zwischenzeitlich existieren mehrere Metaanalysen zu dem Thema, die selten in der Gesamtpopulation, aber meist in der Stratifizierung zu dem Ergebnis kommen, dass Größe, Lokalisation und Begleitmedikation die Risikofaktoren sind, die verantwortlich sind für späte Nachblutungen in einem für tägliche Praxis relevanten prozentualen Anteil von 4-6%.

Alle Daten guter Metaanalysen stammen aus RCT, die meist an Zentren durchgeführt werden, die eine hohe Fallzahl und damit eine hohe Expertise aufweisen. Das bedeutet auf der einen Seite, dass die Inzidenzen der Nachblutung in der alltäglichen Praxis möglicherweise höher sind und auf der anderen Seite, dass die positiven Effekte des Clippings geringer ausfallen als in der Analyse beschrieben.

Gerade große Polypen benötigen das Clipping, was wiederum bedeutet, dass es sowohl technisch als auch vom Materialaufwand her anspruchsvoll ist, den Defekt effektiv zu verschließen. An dieser Stelle muss dann auch die Kostenfrage gestellt werden.

Somit gibt es auch mit einer weiteren Metaanalyse keine eindeutige Antwort auf die Frage prophylaktisches Clipping ja oder nein. Dieses Ergebnis in der Zusammenschau mit den Daten anderer Analysen ist eher eine Aufforderung

- noch besser vergleichbare Kollektive zu untersuchen
- auch andere Methoden wie hämostatische Gels zu evaluieren
- weitere Techniken wie die Cold Snare Polypektomie , auch in Piece Meal Technik prospektiv randomisiert zu untersuchen. Hierzu wird von der AG Endoskopie Forschung der DGVS eine wichtige Studie gerade angeschoben