

**Original-Titel:**

**How to Manage the Large Nonpedunculated Colorectal Polyp**

**Autoren:**

Neal Shahidi und Michael J. Bourke; Gastroenterology 2021; doi.org/10.1053/j.gastro.2021.04.029

**Kommentar:**

Prof. Dr. med. Siegbert Faiss; Berlin-Lichtenberg, 19.08.21

Diese aktuelle Publikation von Shahidi und Michael J. Bourke berichtet über die richtige Vorgehensweise bei der endoskopischen Resektion von nicht-gestielten Kolonpolypen. Die Autoren unterscheiden dabei 3 Phasen: die prätherapeutische Phase, die Phase der endoskopischen Resektion sowie die Phase nach der Resektion der Polypen.

In der prätherapeutischen Phase wird das Augenmerk zunächst auf verschiedene Patientencharakteristika (u.a. Begleiterkrankungen, Medikamente; insbesondere Antikoagulantien) und die komplette Einverständniserklärung gelegt. Einen wichtigen Einfluss auf die Entscheidung zur Resektion vor allem größerer flacher Polypen hat aber auch das Endoskopie-Team selber und die Ausstattung der Endoskopie Einheit. Nur mit einem eingespielten Team, das auch mit der Beherrschung möglicher Komplikationen vertraut ist, sollte eine größere, potenziell komplikationsträchtige Resektion durchgeführt werden. Zudem hat die Lage des Patienten einen Einfluss auf die Abtragung. Durch eine einfache Änderung der Patientenlage (z.B. von Seitenlage in Rückenlage) kann die Abtragung eines schwierigen Kolonpolypen ggf. vereinfacht werden. Ganz entscheidend ist vor der Resektion jedoch die optische Analyse des abzutragenden, nicht gestielten Polypen, da durch die Festlegung inwiefern es sich um ein sog. sessiles serratiertes Adenom handelt und/oder ob es Malignom suspekte Anteile gibt, sich die zu wählende Abtragungstechnik ändert.

In der Resektionsphase gibt es drei zu wählende Techniken: die sog. Endoskopische Mukosaresektion (EMR), die Kaltschlingenabtragung (CSP) und die sog. Endoskopische Submukosa Dissektion (ESD). Die EMR gibt als Standardtechnik und wird mit einer stromgeführten Schlinge nach Unterspritzung des abzutragenden Polypen durchgeführt. Dabei wird das abzutragende Gewebe in mehreren Stücken reseziert und anschließend die Abtragungsränder nachbearbeitet, um das Rezidivrisiko zu vermindern. Im Gegensatz hierzu wird bei der Abtragung kleinerer Polypen und/oder sog. serratierter Adenome die Abtragung mit einer kalten, also nicht stromgeführten Schlinge (CSP) empfohlen. Beim optischen Verdacht auf das Vorliegen von (oberflächlicher) Malignität sollte eine Entfernung des zumeist größeren Polypen in einem Stück erfolgen. Daher kann hier nicht die EMR oder CSP eingesetzt werden, sondern es sollte eine ESD erfolgen. Diese ist jedoch deutlich schwieriger durchzuführen und hat höhere Komplikationsraten hinsichtlich Blutungen und Perforationen und sollte daher nur in entsprechenden Zentren angeboten und durchgeführt werden.

Unabhängig von den gewählten Resektionsmethoden kann es zu einer tieferen Verletzung der Muskelschicht des Darmes oder gar zu einer Perforation während der Abtragung kommen. Diese Verletzungen sollten erkannt und in derselben Sitzung mittels Clips sicher verschlossen werden.

In der Phase nach der Resektion sollte neben der unmittelbaren Überwachung des Patienten auch gleichzeitig ein Termin zur endoskopischen Kontrolle vereinbart werden. Diese sollte laut den Autoren nach 6 Monaten erfolgen, um bei einer Beurteilung der Abtragungsnarbe eventuelle

Rezidive optisch und ggf. bioptisch auszuschließen bzw. nachzuweisen und dann entsprechend therapieren zu können.

Insgesamt stellt diese Arbeit einen sehr schönen, kurzgefassten Leitfaden für das Management und die Therapie nicht gestielter Kolonpolypen dar, wie er auch in Deutschland Gültigkeit hat bzw. haben sollte.