

Original-Titel:

Incidence of microscopic residual adenoma after complete wide-field endoscopic resection of large colorectal lesion: evidence for a mechanism of recurrence

Autoren:

Andrew Emmanuel, Sophie, Williams, Gulati Shadraddha, *Gastrointest Endosc* 2021; 94: 368-75

Kommentar:

Prof. Dr. Jürgen Pohl, Hamburg, 27.08.2021

Wie entstehen die Rezidive nach endoskopischer Resektion großer kolorektaler Adenome?

Nach „piece-meal“ Resektionen von großflächigen Adenomen wird in großen Studien übereinstimmend eine hohe Rezidivrate (20 – 30 %) berichtet. Diese ist von entscheidender Relevanz für das weitere Management der Patienten und bedingt Empfehlungen zu kurzfristigen Nachkontrollen der Resektionsfläche in Folgekoloskopien - und erhöht damit die Prozedurenlast in den Praxen stark. Es ist deshalb von großer Bedeutung, die Ursache der Rezidivbildung zu verstehen und die endoskopische Resektionstechnik entsprechend zu verbessern.

Wir dürfen annehmen, dass die Rezidivrate durch eine unvollständige Resektion bedingt ist, bei der mikroskopische Neoplasie Reste in der Wundfläche verbleiben. Aber wo ? Im seitlichen Abtragungsrand wegen mangelnder Radikalität in der Fläche, oder sogar im Zentrum der Neoplasie an den Rändern der einzelnen „piece-meal“ Resektate?

Diese Frage wurde jetzt in einer retrospektiven Observationsstudie untersucht. Es wurden Patienten eingeschlossen, bei denen Patienten nach makroskopisch vollständiger endoskopischer Resektion sehr großer kolorektaler Adenome (mittlerer Durchmesser 4,3 cm) die Seiten und die Basis der Wundflächen getrennt mit dem „EndoRotor“ nachreseziert wurden. Mit diesem Rotor werden endoskopisch größere Gewebepartikel durch eine schraubenförmige Drehung der Rotorspitze „herausgeraspelt“, abgesaugt und in einem Sieb für die histologische Evaluation gesammelt. Alle Patienten wurden nach 3-6 Monaten erneut koloskopiert, um nach Adenom Rezidiven an der Resektionsstelle zu suchen. Leider - und das sei schon zu Beginn erwähnt – leidet die Interpretationsfähigkeit der Ergebnisse am retrospektiven Design der Studie, denn nicht alle Patienten wurden seitlich und basal mit dem „Endo Rotor“ nachreseziert. Nichtsdestotrotz sind die Ergebnisse interessant: bei 8/41 Patienten (19 %) fanden sich trotz makroskopisch Adenom-freier Wundränder mikroskopische Adenom Residuen. Auch an der Wundbasis von 5/21 Patienten fanden sich Adenomreste. In der Nachkontrolle zeigten 2 / 41 Patienten ein Adenom Rezidiv – keiner der Patienten hatte zuvor in der „EndoRotor“ Immerhin wird ja während der Resektion der Arbeitskanal wiederholt von Werkzeugen mit Adenomgewebekontamination passiert. Auch die im Vergleich mit großen früheren Studien sehr niedrige Adenom Rezidivrate (5 %) wirft Fragen auf. Hat die „Behandlung mit dem „Endo Rotor“ tatsächlich durch Nachresektion von Adenom Residuen Rezidive in der Kontrolle reduziert? Warum wurde ausgerechnet bei den beiden Patienten mit späteren Adenomrezidiven in der Kontrollkoloskopie kein Nachweis von Adenomresten durch den „EndoRotor“ erbracht?

Mein Fazit: Momentan ist die plausibelste Erklärung für dieses Phänomen, dass an den Rändern der Resektionsfläche und innerhalb kleinster Gewebebrücken im Resektionsfeld mikroskopische Adenomresiduen verbleiben, die später zu einem makroskopischen Rezidiv führen. Die vorliegende

Studie unterstützt diese Hypothese. Eine Klärung mit höherer Evidenz wäre mit einem sauberen prospektiven Studiendesign mithilfe des „EndoRotors“ möglich.

Die Studie belegt mit der „EndoRotor“-Methode, dass es sehr wohl mikroskopische Adenomreste nach makroskopisch vollständiger Resektion gibt. Aber ist diese methodische Herangehensweise verlässlich? Denkbar wäre auch, dass der Nachweis von Adenomresten via „EndoRotor“-Absaugung durch eine Verunreinigung des Arbeitskanals oder Kontamination von kleinen, bereits resezierten Adenomresten auf der Wundfläche erfolgt.