

**Original-Titel:**

**Comparison of long-term recurrence-free survival between primary surgery and endoscopic resection followed by secondary surgery in T1 colorectal cancer.**

**Autoren:** Eun Hye Oh, Nayoung Kim, Sung Wook Hwang et al. *Gastrointest Endosc* 2021;94; 394-404

**Kommentar:**

Prof. Dr. Dietmar Lorenz, Darmstadt, 06.12.21

Vergleich des Langzeit-rezidiv freien Überlebens zwischen primär operativer Resektion und endoskopischen Resektion gefolgt von sekundär operativer Resektion bei T1 kolorektalen Karzinom.

Der große Vorteil der Vorsorgekoloskopie ist, Polypen oder frühe Tumore zu erkennen, die unter Einhaltung definierter histopathologischer Parameter auch kurativ endoskopisch reseziert werden können. Bei technisch resektablen, frühen Karzinomen entscheidet das histopathologische Ergebnis darüber, ob man von einer kurativen endoskopischen Resektion ausgehen darf, oder ob eine operative Resektion folgen sollte. Diese histopathologischen Kriterien sind in den aktuellen S3-Leitlinien (1) klar definiert als „Low-risk“ (G1, G2 und keine Lymphgefäßeinbrüche (L0)) oder „High-risk“ (G3, G4 und/oder Lymphgefäßeinbrüche (L1)). Tumorzellbudding >1 (Nachweis von Tumorzellen-Clustern an der Invasionsfront) kann ebenfalls als high-risk gewertet werden. Zeigt sich in der histopathologischen Untersuchung eines endoskopisch entfernten Polypen ein pT1-Karzinom, soll auf eine onkologische Nachresektion verzichtet werden, wenn es sich um eine low-risk Situation bei karzinomfreier Polypenbasis (R0) handelt. In der high-risk Situation sollte die radikale chirurgische Behandlung erfolgen, auch wenn die Läsion komplett entfernt wurde (Lit. (1), Kapitel 6.4, Empfehlung 6.13).

Es bleibt bei diesem Vorgehen nicht aus, dass bei der histopathologischen Aufarbeitung R0-resezierter Polypen immer wieder auch high-risk Kriterien gefunden werden. Manch einer fragt sich, ob die nicht kurative, endoskopische Resektion vor der eigentlich notwendigen Operation onkologische Nachteile mit sich bringen würde. Um diese Frage zu beantworten, ist eine Arbeit aus Nord-Korea von Interesse, in der retrospektiv und monozentrisch die Daten eines auf kolorektale Chirurgie und Endoskopie spezialisierten Zentrums ausgewertet wurden (2).

Untersucht wurde der Verlauf von 852 Patient\*innen aus den Jahren 2011-2016, von denen 388 primär operiert und 464 sekundär (nach endoskopischer Resektion) operiert wurden. Um die Daten möglichst vergleichbar zu machen, wurden zwei verschiedene Propensity Score Analysen durchgeführt. Während des medianen Follow-up von 57 Monaten (41-63), kam es bei 18 Patientinnen zu einem Rezidiv (2,1 %). Das 5-Jahres rezidivfreie Überleben unterschied sich zwischen den beiden Gruppen nicht (97,0 vs. 98,5 %; P = 0,194). Eine detailliertere Analyse des Lymphknoten-Status und der Anzahl von high-risk histopathologischen Risikofaktoren zeigte im direkten Vergleich der Gruppen ebenfalls keinen Unterschied und auch nach Propensity Score Matching blieben die Ergebnisse vergleichbar. In der multivariaten Analyse war ein erhöhtes, basales Serum CEA einziger unabhängiger Risikofaktor für ein Tumorrezidiv, eine vorausgegangene endoskopische Resektion hatte keinen Einfluss.

Die Autoren schlussfolgerten zu Recht, dass von einer diagnostischen endoskopischen Resektion maligner Polypen, auch in histopathologischen Hochrisiko-Situationen, kein zusätzliches onkologisches Risiko ausgeht.

1. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/021-007OLI\\_S3\\_Kolorektales-Karzinom-KRK\\_2019-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-007OLI_S3_Kolorektales-Karzinom-KRK_2019-01.pdf)
2. Oh EH, Kim N, Hwang SW, Park SH, Yang DH, Ye BD, Myung SJ, Yang SK, Yu CS, Kim JC, Byeon JS. Comparison of long-term recurrence-free survival between primary surgery and endoscopic resection followed by secondary surgery in T1 colorectal cancer. *Gastrointest Endosc.* 2021 Aug;94(2):394-404. doi: 10.1016/j.gie.2021.02.021. Epub 2021 Feb 19. PMID: 33617859.