

Original-Titel

AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Surveillance and Management of Colorectal Dysplasia in Inflammatory Bowel Diseases: Expert Review

Autoren:

Murthy SK, Feuerstein JD, Nguyen GC, Velayos FS; Gastroenterology 2021;161:1043–1051

Kommentar:

Prof. Dr. med. Raja Atreya; Erlangen, 27.03.2022

Studie

Auf der Grundlage der aktuellen Literatur hat eine Autorengruppe im Auftrag der American Gastroenterological Association ein konzeptionelles Modell und Empfehlungen für die beste Praxis zur Prävention, Erkennung und Behandlung von kolorektalen Dysplasien bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) erstellt. Diese aktualisierten Empfehlungen sollen dabei die therapeutischen Fortschritte, als auch die grundlegenden Verbesserungen unserer endoskopischen Technologien reflektieren, da diese maßgeblichen Anteil an der verbesserten Detektion von Dysplasien haben.

Es wurden hier die folgenden 14 Empfehlungen formuliert:

1. Hinsichtlich der Nomenklatur wird vorgeschlagen, dass kolorektale Läsionen bei CED entweder als polypoid (2,5 mm groß), nicht-polypoid (<2,5 mm), oder unsichtbar (entdeckt mittels nicht gezielt entnommenen Biopsie) unter Verwendung der modifizierten Paris- Klassifikation angegeben werden sollen. Die älteren Begriffe „Dysplasie-assoziierte Läsion oder Masse“, „adenomähnliche Masse“ und „flache Dysplasie“ (bei Dysplasien, die bei nicht gezielt entnommenen Biopsien entdeckt wurden) sollen aufgegeben werden. Hiermit wird die SCENIC-Empfehlung von 2015 aufgegriffen und umgesetzt.
2. Sichtbare Läsionen sollten anhand von Größe, Morphologie, Klarheit der Grenzen, Vorhandensein von Ulzerationen, Lage, Vorhandensein in einem Gebiet mit früherer oder aktueller Inflammation, Vollständigkeit der Resektion, und ob spezielle Techniken zur Visualisierung verwendet wurden beschrieben werden.
3. Die erste Surveillance Koloskopie sollte 8-10 Jahre nach der Diagnosestellung einer CED und unmittelbar nach der Diagnose einer primär sklerosierenden Cholangitis durchgeführt werden. Staging-Biopsien sollten aus mehreren Kolonsegmenten entnommen werden, um die histologische Krankheitsaktivität und Ausmaß der Erkrankung zu beurteilen und die künftigen Überwachungsintervalle zu bestimmen.
4. Die Bedingungen für die Erkennung von Dysplasien sollten optimiert werden, einschließlich der Kontrolle von Entzündungen, der Verwendung hochauflösender Endoskope, Vorbereitung des Darms, sorgfältige Reinigung und Inspektion der gesamten Darmschleimhaut, und die gezielte Entnahme von Proben bei verdächtigen Schleimhautunregelmäßigkeiten.
5. Gezielte Biopsien sollten entnommen werden, wenn die Schleimhautbefunde verdächtig auf Dysplasien sind oder sich von der umgebenden Schleimhaut abheben. Die endoskopische Resektion

ist einer Biopsie vorzuziehen, wenn die Läsionen klar abgrenzbar sind und keine Anzeichen von invasivem Wachstum oder submuköser Fibrose aufweisen. Schleimhautbiopsien um eine resezierte Läsion herum sind nicht erforderlich, es sei denn, es bestehen Bedenken hinsichtlich der Vollständigkeit der Resektion.

6. Die Farbstoffspray-Chromoendoskopie, die von entsprechend ausgebildeten Endoskopikern durchgeführt wird, sollte bei allen Personen mit Kolon-Manifestation einer entzündlichen Darmerkrankungen in Betracht gezogen werden, die sich einer Überwachungskoloskopie unterziehen, insbesondere wenn ein Endoskop mit Standardauflösung verwendet wird oder wenn in der Vorgeschichte Dysplasien aufgetreten sind.

7. Die virtuelle Chromoendoskopie stellt eine geeignete Alternative zur Farbstoffspray-Chromoendoskopie für die Dysplasiedetektion bei Personen mit entzündlichen Darmerkrankungen des Dickdarms dar, wenn eine hochauflösende Endoskopie verwendet wird.

8. Ausgedehnte, nicht-gezielt entnommene Biopsien (etwa 4 Biopsien in angemessenen Abständen alle 10 cm) sollten aus flacher kolorektalen Schleimhaut in zuvor von einer Colitis betroffenen Bereichen entnommen werden, wenn die Weißlicht-Endoskopie ohne Farbstoff verwendet wird. Zusätzliche Biopsien sollten aus Bereichen mit nachgewiesener Dysplasie oder schlechter Sichtbarkeit der Schleimhaut entnommen werden. Entnahme nicht-gezielter Biopsien sind nicht routinemäßig erforderlich, wenn die Farbstoffspray oder virtuelle Chromoendoskopie unter Verwendung eines hochauflösenden Endoskops durchgeführt wird, sollten jedoch in Erwägung gezogen werden, wenn in der Vorgeschichte eine Dysplasie aufgetreten ist oder eine primär sklerosierende Cholangitis bestehen sollte.

9. Alle klar abgrenzbaren dysplastisch aussehenden Läsionen ohne Stigmata von invasivem Wachstum oder signifikanter submukosaler Fibrose sollten für eine endoskopische Resektion in Betracht gezogen werden. Wenn die Resektabilität einer Läsion fraglich umsetzbar sein sollte, wird eine Überweisung an einen spezialisierten Endoskopiker oder an ein Zentrum für CED empfohlen.

10. Wird eine nicht-sichtbare Dysplasie festgestellt, sollte ein erfahrener Endoskopiker eine erneute Untersuchung mit hochauflösender Farbstoffspray-Chromoendoskopie unter optimierten Untersuchungsbedingungen, mit ausgedehnten nicht-gezielten Biopsieentnahmen im Bereich der früheren Dysplasie, wenn keine Läsion mehr zu sehen sein sollte, durchführen. Der Befund einer nicht resezierbaren sichtbaren Dysplasie oder einer unsichtbaren multifokalen oder hochgradigen Dysplasie in der Histologie sollte eine Kolektomie zur Folge haben. Bei sichtbaren Läsionen, die reseziert werden können, oder wenn die histologische Dysplasie nicht durch eine hochwertige Farbstoffspray-Chromoendoskopie Untersuchung bestätigt wird, sollte eine fortgesetzte endoskopische Überwachung in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden.

11. Nach einer negativen Screening-Koloskopie sollte die Überwachungskoloskopie alle 1-5 Jahre durchgeführt werden, je nach vorhandenen Risikofaktoren für kolorektale Karzinome und unter Berücksichtigung der aktuellen und früheren Belastung durch Entzündungsaktivität des Dickdarms, Darmkrebs in der Familienanamnese, primär sklerosierende Cholangitis, kolorektale Dysplasien in der Vorgeschichte sowie Häufigkeit und Qualität früherer Überwachungsuntersuchungen.

12. Die Pouch-Überwachung sollte bei Personen mit hohem Risiko für die Entwicklung einer kolorektalen Dysplasie mindestens jährlich durchgeführt werden. Dieses erhöhte Dysplasie-Risiko

besteht bei Patienten mit früherem kolorektalem Karzinom oder Dysplasien, sowie primär sklerosierender Cholangitis, als auch bei Patienten mit persistierender mittelschwerer bis schwerer Pouchitis und/oder Prä-Pouch-Ileitis (zur Beurteilung des Ansprechens auf die Behandlung). Die Überwachungsintervalle bei Personen mit geringerem Risiko sollten individuell angepasst werden.

13 Gezielte Biopsien von repräsentativen oder relevanten Pseudopolyphen sind während der Koloskopie angebracht. Die Entfernung und Entnahme von Proben aller Läsionen ist weder erforderlich noch praktisch. Ein chirurgischer Eingriff sollte das letzte Mittel sein, um das kolorektale Krebsrisiko bei schwerer Pseudopolyposis zu behandeln. Die Farbstoffspray-Chromoendoskopie sollte nicht zur Erkennung flacher oder subtiler Läsionen innerhalb eines Pseudopolyphenfeldes verwendet werden.

14 Eine optimale Krankheitskontrolle mit medikamentöser Therapie ist unerlässlich, um das Risiko der Entwicklung eines kolorektalen Karzinoms zu minimieren. Es besteht Unsicherheit hinsichtlich des unabhängigen chemotherapeutischen Nutzens einer Mesalazin-Therapie bei CED-Befall des Dickdarms.

Kommentar

Die schriftlich formulierten Empfehlungen stellen eine aggregierte Zusammenfassung aktueller Erkenntnisse und bewährte Verfahren für die Behandlung von mukosalen Dysplasien bei CED dar. Diese reflektieren die mittlerweile vorhandenen Verbesserungen im Krankheitsmanagement von CED-Patientinnen, sowie Fortschritte in den uns zur Verfügung stehenden endoskopischen Verfahren. Insbesondere werden hier klare Empfehlungen zur Entnahme von Biopsien im Rahmen der Surveillance-Endoskopie bei CED Patientinnen mit Befall des Kolons gegeben. Hier wird besonderer Wert auf die sorgfältige Inspektion und gezielte Probenahme von sichtbaren und subtilen Läsionen mit neueren endoskopischen Technologien (HD-WLE) explizit hingewiesen und auch die Anwendung der Chromoendoskopie mit intravitalen oder virtuellen Färbemethoden hervorgehoben. Besondere Beachtung findet die zentrale Frage, ob eine detektierbare dysplastische Läsion endoskopisch resektabel erscheint oder nicht. Dies ist die entscheidende Frage für das weitere therapeutische Vorgehen, da endoskopisch nicht-resezierbare Läsionen operativ entfernt werden müssen. Der Verzicht auf Begriffe wie „Dysplasie-assoziierte Läsion oder Masse“, und „flache Dysplasie“ entspricht den SCENIC-Empfehlungen von 2015 und sollte entsprechend umgesetzt werden. Die meisten dieser Empfehlungen werden auch in der deutschen S3-Leitlinie Colitis ulcerosa aufgegriffen. Hier ist aber darauf hinzuweisen, dass 22 % der Colitis ulcerosa Patienten, die ein Karzinom entwickelten, dies schon vor dem Beginn der regulären Überwachungskoloskopien zeigten. Aus diesen Daten folgt die Empfehlung, zwischen dem 6. und dem 8. Erkrankungsjahr eine Kontrollkoloskopie unabhängig von der Krankheitsaktivität durchzuführen. Die Überwachungsstrategie sollte individuell abgestimmt werden, und dabei sollte sich das Intervall nach einer Risikostratifizierung richten. Nach dieser Risikostratifizierung sollte bei Patienten mit einem hohen Risiko jährlich und bei Patienten mit einem intermediären Risiko alle 2–3 Jahre und bei Patienten mit einem niedrigen Risiko alle 4 Jahre eine Überwachungskoloskopie durchgeführt werden. Gemäß der Leitlinie sollte die Überwachungskoloskopie als Chromoendoskopie mit gezielten Biopsien ohne zusätzliche zufällige Biopsien als Überwachungsverfahren der Wahl durchgeführt werden. Alternativ kann eine hochauflösende Weißlichtendoskopie mit gezielten Biopsien jeder

sichtbaren Läsion ohne zusätzliche zufällige Biopsien mit besonderer Sorgfalt und entsprechender Rückzugszeit durchgeführt werden. Insgesamt stellen die in der American Gastroenterological Association und in den nationalen und internationalen Leitlinien formulierten Empfehlungen eine wichtige Handlungsanweisung für den in der Surveillance Koloskopie bei CED-Patienten tätigen Endoskopiker dar.