

Original-Titel

Incomplete Mucosal Layer Excision during Endoscopic Mucosal Resection: a potential source of recurrent adenoma

Autoren

David J Tate , Sergei Vosko , Iddo Bar-Yishay et al.

Gastrointest Endosc 2024 <https://doi.org/10.1016/j.gie.2024.01.030>

Kommentar

Prof. Dr. Jürgen Pohl, Hamburg, 5.2.2024

Die endoskopische Resektion in piece-meal-Technik ist das Standardverfahren für flache große Adenome – geht aber mit einem Rezidivrisiko von ca. 20 % einher. Deshalb wird eine lokale koloskopische Kontrolle innerhalb 6 -12 Monaten empfohlen. Mehrere Studien der letzten Jahre legen nahe, dass man nach endoskopischer Resektion durch thermale Ablation des Wundrandes mit der Schlingenspitze (EMR-T) das Rezidivrisiko dramatisch (!!) reduzieren kann. Diese hohe Effektivität bestärkte die Hypothese, dass an den seitlichen Rändern des mukosalen Wunddefektes oft trotz makroskopisch kompletter Resektion noch mikroskopische Adenomreste verbleiben, die später zu einem sichtbaren Adenom Rezidiv führen.

Residuen könnten aber nicht nur aus seitlichen Residuen der Wundrändern stammen, sondern auch aus kleinen Residuen im Wundgrund. Eine retrospektive Analyse von prospektiv gesammeltem Datenmaterial von endoskopischen Resektionen von n = 508 flachen Polypen (mittlere Größe 35 mm) hat untersucht, ob es makroskopische Stigmata gibt, die mit dem Vorhandensein von Adenomresiduen assoziiert sind. Nach der endoskopischen Resektion wurde der Wundgrund systematisch nach dem Vorhandensein von kleinen verbliebenen Mukosaresten abgesucht. Diese stellten sich als winzige Gewebsreste (bspw. Fasern der Muscularis mucosae), umgrenzt von Koagulationszonen dar. Solche Areale fanden sich bei insgesamt n = 10 Fällen im Wundbett. Sie wurden erneut unterspritzt, nachreseziert und separat zur histologischen Begutachtung gesendet. In 5/10 Fällen (50%) fand sich in den resezierten Arealen noch Adenomgewebe. Bei der Nachkontrolle dieser Polypektomien fand sich in keinem (!) Fall ein Rezidiv. Die Autoren folgern, dass diese kleinen Adenomresiduen maßgeblich das Risiko für die Entwicklung von Adenomrezidiven beeinflussen. Deshalb – so wird empfohlen – sollte man das Wundbett nach solchen Arealen absuchen und sie nachresezieren.

Der Empfehlung einer genauen Begutachtung des Wundbettes kann man sich uneingeschränkt anschließen. Die seitlichen Ränder und das Zentrum des Wundbettes können kleine residuelle Adenomreste aufweisen, die reseziert werden sollten. Die Studie fügt aber wenig Neues zum vorhandenen Kenntnisstand hinzu. Die morphologischen Kriterien dieser Adenomreste – wie in dieser Studie beschrieben - bleiben weitestgehend unklar. Auch das Studiendesign mit retrospektiver Auswertung von Bildmaterial erscheint ungeeignet, hier substantiell neue Evidenzen zu liefern.