

Original-Titel

Risk factors for metachronous colorectal cancer or advanced lesions after endoscopic resection of serrated polyps: a systematic review and meta-analysis.

Autoren

Baile-Maxía S et al. *Gastrointest Endosc* 2024;100:605-15.

Kommentar

Prof. Dr. Hendrik Bläker, Leipzig, 2.1.2025

Die Vorsorgekoloskopie führt bei den Teilnehmenden zu einer deutlichen Reduktion von Darmkrebs. Je nach Befund der Koloskopie entscheidet sich das weitere Vorgehen. Liegt ein Normalbefund mit oder ohne nicht-neoplastische Polypen vor, so folgt die nächste Vorsorgekoloskopie in 10 Jahren. Nach Entfernung eines oder mehrerer neoplastischer Polypen sind je nach Art und Zahl der Polypen bei vollständiger Abtragung Kontrollkoloskopie-Intervalle zwischen 3 und 10 Jahren vorgesehen.

Die Intervalle sind anhand von Studien zu Adenom-Rezidiven und Karzinomen im Intervall nach Polypenresektionen festgelegt, im Speziellen nach Resektionen konventioneller Adenome mit low- oder high-grade Dysplasie. Hierbei werden sogenannte non-advanced (A) von advanced Adenomen (AA) abgegrenzt, was zu entsprechend Empfehlungen des Kontrollintervalls (5 versus 3 Jahre) führt. Während die konventionellen Adenome einschließlich des traditionellen serratierten Adenoms seit über 100 Jahren bekannt sind und als solche auch diagnostiziert wurden, beruhen die Kenntnisse zur Transformation früher als harmlos eingestufte serratierte Polypen in Karzinome auf Arbeiten der letzten 25 Jahre. Die „serratierte Karzinogenese“ ist Grundlage von 10-20% aller Kolonkarzinome, sie folgt einer anderen Molekularbiologie und Morphologie als die konventionelle Adenom-Karzinomsequenz.

Die Erfahrungen hinsichtlich der Gefährlichkeit der initial als sessile, serratierte Adenome (SSA) bezeichneten, in der aktuell gültigen WHO Klassifikation als sessil serratierte Läsionen (SSL) titulierten Karzinomvorläufer, sind aufgrund der kürzeren Historie der Erkenntnis und aufgrund des im Vergleich zu konventionellen Adenomen selteneren Auftretens geringer. So wurde die Transformationsgeschwindigkeit dieser Läsionen initial deutlich überschätzt, was noch in der deutschen S3-Leitlinie aus dem Jahr 2014 zu einer kurzfristigeren Kontrolle nach Polypektomie geführt hat. Erst die Arbeiten von Bettington et al. haben dies relativiert [2].

Die bislang im Vergleich zu konventionellen Adenomen noch nicht so fundierte Basis der Empfehlung zu Kontrollintervallen bei serratierten Polypen ist die Grundlage der Meta-Analyse von Baile-Maxía S et al. [1]. Durch diese Meta-Analyse von Studien zum Auftreten von kolorektalen Karzinomen und Adenomrezidiven nach Abtragung serratierte Polypen läßt sich das Risiko dieser Ereignisse im Verlauf fundierter einschätzen. Es wurden aus über 5000 Publikationen zu diesem Thema 14 Studien ausgewählt. Der Umfang des so in der Summe analysierten Patientenkollektivs ist mit annähernd 500.000 Personen gewaltig. Das follow-up beträgt durchschnittlich 5 Jahre. Analog zur Überwachungs-Strategie für konventionelle Adenome wurde hier für serratierte Polypen eine non-advanced von einer advanced und einer Normalbefund-Gruppe abgegrenzt und die Häufigkeit des Auftretens von metachronen kolorektalen Karzinomen und Adenomen verglichen. Da die ausgewählten Publikationen bereits bekannt sind und Eingang in die gerade in Überarbeitung befindliche S3 Leitlinie zum kolorektalen Karzinom gefunden haben, sind die Ergebnisse selbst nicht überraschend. Sie sind aufgrund der Menge an Information aber wichtig.

Die Autoren benutzen eine nachvollziehbare Einteilung der serratierten Polypen in eine non-advanced und eine advanced Gruppe. Aufgrund der internationalen Nomenklatur entsteht allerdings ein wahres Dickicht an Akronymen. Der Überbegriff serratierter Polyp (SP) umfasst traditionelle serratierte Adenome (TSA), sessile serratierte Läsionen (SSL, früher SSA), serratierte Dysplasien (früher SSA mit konventioneller Dysplasie) und hyperplastischen Polypen (HP). In der Studie werden die advanced serratierten Polypen definiert als: SP (einschließlich HP) im proximalen Kolon > 10 mm und SP mit Dysplasie. Damit werden die SPs und advanced SPs vergleichbar zu den konventionellen Adenomen nach Risiko gruppiert.

Im Ergebnis zeigt sich, dass advanced SPs mit einem höheren Risiko hinsichtlich eines metachronen Karzinoms und metachroner high-grade Adenome einhergeht. Dies gilt vor allem für die SPs mit Dysplasien (jedes TSA und jede serratierte Dysplasie). Interessant ist, dass non-advanced SPs im Vergleich zu Normalbefunden kein erhöhtes Risiko zeigten und das Vorliegen mehrerer Polypen als alleiniges Kriterium zwar eine erhöhte Rate von metachronen Adenomen, nicht aber von metachronen Karzinomen aufwies. Ein Wehrmutstropfen, der von den Autoren auch offen diskutiert wird, ist die Tatsache, dass es sich eigentlich nicht um eine isolierte Betrachtung von SPs handelt. In vielen der Studien sind neben SPs auch konventionelle Adenome diagnostiziert worden. Hierin könnte ein Bias liegen, der sich allerdings nicht auflösen lässt.

Zusammenfassend ist dies eine wichtige und mühsam erstellte Arbeit. All diese Daten waren zu erwarten aber in diesem Ausmaß bislang nicht belegt. Das ist die Stärke dieser Arbeit. Sie bestätigt Neuerungen, die in der aktuell in Überarbeitung befindlichen S3 Leitlinie für die Kontrollintervalle serratierter Polypen vorgesehen sind.

Literatur

1. Baile-Maxía S, Mangas-Sanjuán C, Ladabaum U, Sánchez-Ardila C, Sala-Miquel N, Hassan C, Rutter MD, Bretthauer M, Zapater P, Jover R (2024) Risk factors for metachronous colorectal cancer or advanced lesions after endoscopic resection of serrated polyps: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 100(4):605-615.e14. doi:10.1016/j.gie.2024.05.021
2. Bettington M, Walker N, Rosty C, Brown I, Clouston A, McKeone D, Pearson S-A, Leggett B, Whitehall V (2017) Clinicopathological and molecular features of sessile serrated adenomas with dysplasia or carcinoma. *Gut* 66(1):97–106. doi:10.1136/gutjnl-2015-310456