

Prospektive Beobachtung kleiner Adenome mittels Vergrößerungschromokoloskopie bei Patienten nach kolorektaler Tumoroperation

Togashi K, Shimura K, Konishi F, et al. Prospective observation of small adenomas in patients after colorectal cancer surgery through magnification chromocolonoscopy. *Dis Colon Rectum* 2008;51:196–201.

Fragestellung und Hintergrund: Diese Studie wurde durchgeführt, um die Nichtentfernung kleiner Adenome bei Patienten mit kolorektaler Tumoroperation als sichere Option zu bestätigen.

Patienten und Methodik: In die Studie wurden Patienten eingeschlossen, die sich postoperativ einer Nachsorgekoloskopie unterzogen. Die Studie wurde von der Studienkommission der Klinik der Autoren genehmigt. Die Koloskopie wurde mit einer Vergrößerungschromokoloskopie durchgeführt. Aufgrund einer Untersuchung mit bzw. ohne Vergrößerung diagnostizierte gutartige Adenome von ≤ 6 mm Größe blieben bis zu maximal drei Polypen pro Patient unreseziert. Die Lokalisation der Polypen wurde mit Tätowierung markiert. Das Koloskopieintervall war vorwiegend jährlich oder zweijährlich. Ein Größenwachstum von ≥ 2 mm wurde als signifikant definiert. Während des Nachbeobachtungszeitraums wurden Polypen entfernt, die > 6 mm gewachsen waren, bei denen der Verdacht auf hochgradige Dysplasie bestand oder deren Resektion der Patient wünschte.

Ergebnisse: 500 Polypen bei 284 Patienten erfüllten die o.g. Kriterien und wurden nicht reseziert, und 412 Polypen wurden mit einer erneuten Koloskopie nachverfolgt. Der mittlere Beobachtungszeitraum betrug $3,6 \pm 2,2$ Jahre und die mittlere Anzahl von Wiederholungskoloskopien $3,6 \pm 1,6$. Bei der letzten Koloskopie wiesen 71% von 412 Polypen keine Größenveränderung auf, 15% waren gewachsen, 3% zurückgegangen und 11% konnten nicht aufgefunden werden. 88 Polypen wurden endoskopisch reseziert. Ihre Histologie zeigte weder Karzinome noch Adenome mit hochgradiger Dysplasie. Entfernt wurden 255 Polypen, die in derselben Patientengruppe während der Eingangs- bzw. Wiederholungskoloskopie entdeckt wurden, einschließlich vier Adenomen mit hochgradiger Dysplasie und zwei T1-Karzinome.

Schlussfolgerung: Kleinere Polypen können selbst bei Patienten nach Operation eines kolorektalen Karzinoms belassen werden, sofern eine sorgfältige Überwachung gewährleistet ist.

Kommentar

Seit Veröffentlichung der National Polyp Study wissen wir, dass die Inzidenz des kolorektalen Karzinoms durch koloskopische Entfernung adenomatöser Polypen gesenkt werden kann [1–3]. Aber längst nicht alle dieser Polypen sind gefährlich, die allermeisten entarten nie und könnten belassen werden, wenn man die potentiell gefährlichen sicher von den ungefährlichen unterscheiden könnte. Polypengröße, villöse Histologieanteile und hochgradige intraepitheliale Neoplasien (HGieN) erhöhen das Entartungsrisiko [3]. Was aber ist mit den kleinen blanden tubulären Adenomen, die fast die Hälfte aller Adenome ausmachen [4]? Sind sie nur „unbeteiligte Zuschauer“, oder müssen sie alle entfernt werden? Dieser Frage geht die Studie von Togashi et al. nach. Die Untersuchung ist die bisher größte und längste systematische Beobachtungsstudie kleiner tubulärer Adenome ohne deren Entfernung. Sie ist zudem in einer Population mit erhöhtem Karzinomrisiko durchgeführt worden.

Das Ergebnis scheint eindeutig, und so lautet auch die Folgerung von Togashi et al.: Maximal drei Polypen bis 6 mm Größe, die nach der Pit-Pattern-Klassifikation mit Chromo- und Zoomendoskopie als tubuläre Adenome ohne HGieN einzuordnen sind, können gefahrlos belassen und mit gleicher Technik im Rahmen der ohnehin nötigen Kontrolluntersuchungen beobachtet werden.

Die Studie weist allerdings einige Probleme auf, von denen ich nur drei erwähnen möchte:

1. Aus dem Abstract ist nicht ersichtlich, dass lediglich 115 der 412 Polypen ausreichend lange, nämlich min-

destens 5 Jahre beobachtet wurden. Die dazugehörige Patientenzahl wird nicht angegeben, lässt sich aber auf 65 schätzen und erscheint damit für eine solche Schlussfolgerung viel zu klein.

2. Ein weiteres Problem ist, dass die scharfe Grenze zwischen hyperplastischen, harmlosen und adenomatösen, potentiell gefährlichen Polypen durch neuere pathologische Befunde (Stichwort serratiertes Adenom) ins Wanken geraten ist. Gerade diese serratierten Adenome (sessil oder gemischt), die etwa 8% der zuvor als hyperplastisch klassifizierten Polypen ausmachen und auch in der vorliegenden Studie aufgetreten sind, haben über den „serrated pathway“ möglicherweise eine besonders große maligne Potenz [3, 5, 6].

3. Die praktische Relevanz der Studie wird aber vor allem durch die (zeit)aufwendige und teure Technik beeinträchtigt. Da es auch sehr kleine Karzinome gibt (in der Studie eines mit 5 mm, in der National Polyp Study 3 mm [1]), kann man ohnehin nicht alle kleinen Polypen belassen, und auch große Polypen beginnen schließlich klein. Die Autoren haben in ihrer Studie selbst weit über 20% der kleinen Polypen am Ende doch entfernt (gut 21% im Verlauf und eine nicht genannte Zahl bei der Indexkoloskopie). Es ist viel einfacher, schneller und billiger, die maximal drei zusätzlichen kleinen Polypen(knospen) ebenfalls noch zu entfernen, als die Chromo- und Zoomendoskopie durchzuführen, die auch von den Autoren als Voraussetzung für eine Polypenbeobachtung angesehen wird. Nur wenige Einrichtungen verfügen in der Routine über ein solches Zoomendoskop.

Dem letzten Satz der Autoren „It would be simpler to reduce the number of polyps to be observed by polypectomy [fewer than 3]“ ist hinzuzufügen: Noch einfacher ist es, gar keine zu belassen.

Literatur

1. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med* 1993;329:1977–81.
2. Thiis-Evensen E, Hoff GS, Sauar J, et al. Population-based surveillance by colonoscopy: effect on the incidence of colorectal cancer. Telemark Polyp Study I. *Scand J Gastroenterol* 1999;34:414–20.
3. Schmiegel W, Pox C, Reinacher-Schick A, et al. S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“.
4. Zentralinstitut, Hrsg. Projektbericht wissenschaftliche Begleitung von Früherkennungs-koloskopien in Deutschland – Berichtszeitraum 2006. Berlin: Zentralinstitut, 2008 (<http://www.zi-berlin.de/>).
5. Jass JR. Classification of colorectal cancer based on correlation of clinical, morphological and molecular features. *Histopathology* 2007;50:113–30.
6. Makinen MJ. Colorectal serrated adenocarcinoma. *Histopathology* 2007;50:131–50.

Dr. Martin Schmidt-Lauber, Oldenburg