

Der Schein trügt: Piece-meal ist oft nicht radikal!

Standardized long-term follow-up after endoscopic resection of large, nonpedunculated colorectal lesions: A prospective two-center study.

Knabe M, Pohl J, Gerges C, et al.

Am J Gastroenterol 2014; 109:183-9

OBJECTIVES: Endoscopic removal of large, nonpedunculated colorectal lesions is challenging. Long-term outcome data based on standardized protocols, including detailed inspection of the resection site, are scarce. The aims of the present study were to evaluate the safety and efficacy of endoscopic resection (ER) of large, nonpedunculated lesions (LNLs; >20 mm) and to assess the long-term recurrence rate afterward.

METHODS: A total of 243 consecutive patients (141 men, 102 women) with 252 adenomas (>20 mm) was followed up using a standardized protocol after complete ER. After endoscopic treatment, the patients received standardized follow-up examinations after 3-6 months and 12 months. The postpolypectomy scar was re-examined, assessed for residual neoplasia, and biopsied at each follow-up colonoscopy.

RESULTS: Evident residual neoplasia was noted after 3-6 months in 58 of 183 lesions (31.69%). After 12 months, 126 LNLs were examined, with 19 late recurrences (16.37%). Twenty-one (6.5%) post-polypectomy scars were not detected during 321 surveillance examinations. Biopsy evidence of residual/recurrent lesions was found in 16 of 228 macroscopically inconspicuous polypectomy scars (7%). All residual adenomas were treated using ER and/or argon plasma coagulation. There were 43 complications with the 252 lesions (17%), including 20 major complications (7.9%), all managed conservatively.

CONCLUSIONS: A detailed study design with systematic biopsies of inconspicuous scars reveals a significant number of residual adenomas after completed resection. However, these residual neoplasias can be effectively treated at follow-up colonoscopies.

Obwohl die endoskopische Polypektomie schon ca. 50 Jahre geübt wird und auch die endoskopische Mukosaresektion schon zwei Dekaden Anwendung findet, sind dennoch verlässliche prospektive Daten zum Lokalrezidiv-Risiko dünn gesät.

Letztes Jahr hat bereits eine Studie diese Frage bearbeitet, indem die Abtragungsstelle großer nicht-gestielter Polypen unmittelbar biopsiert wurde (*Gastroenterology* 2013; 144:74: *Incomplete polyp resection during colonoscopy—results of the complete adenoma resection (CARE) study.* Pohl H, Srivastava A, Bensen SP et al.: "... of 346 neoplastic polyps <20 mm ... removed by 11 gastro-

enterologists, 10.1% were incompletely resected. Incomplete Resection Rate increased with polyp size and was significantly higher for large than small neoplastic polyps (17.3% vs 6.8%), and for sessile serrated adenomas/polyps than for conventional adenomas (31.0% vs 7.2%). The Incomplete Resection Rate for endoscopists with at least 20 polypectomies ranged from 6.5% to 22.7%; there was a 3.4-fold difference between the highest and lowest IRR after adjusting for size and sessile serrated histology...).

In zwei großen deutschen tertiären Endoskopiezentren wurde prospektiv der Frage nachgegangen, wie komplikativ und rezidivträchtig die Abtra-

Tab. 1: Histologie der Polypen
(Knabe; Am J Gastroenterol 2014)

Histologie	
Karzinom	3,2%
hochgradige Dysplasie	7,5%
villöses Adenom	0,8%
tubulovillöses Adenom	39,3%
tubuläres Adenom	38,5%
serratiertes Adenom	10,7%

gung großer nicht-gestielter Polypen ist. Dazu wurden 243 Patienten mit 252 Adenomen über 2 cm Größe (im Mittel 33 mm) konsekutiv eingeschlossen. Die Abtragungen erfolgten in Mukosektomietechnik (nach Unterspritzen) in einem Stück (29 mit EMR, 2 mit ESD, 11,5%) oder in



Abb. 1: Rektumpolyp, groß, breitbasig, Granular-Type.

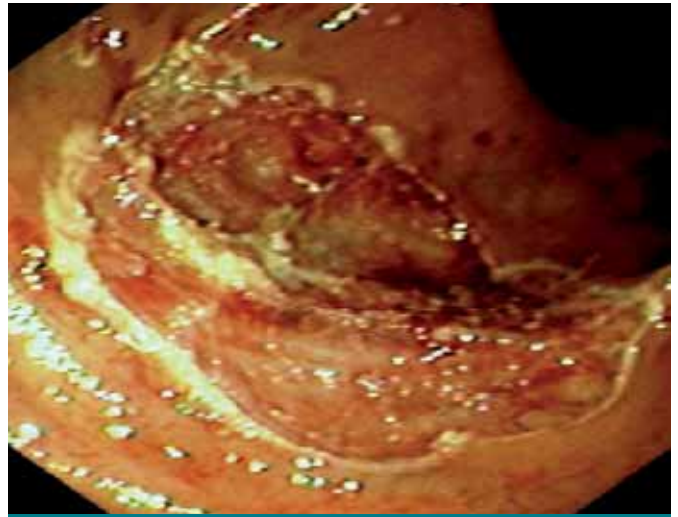


Abb. 2: Rektumpolyp nach Piece-meal-EMR

mehreren Teilen (piece-meal, 88,5%) und eventueller APC-Nachbehandlung. Zehnmal brauchte es dazu mehrere Sitzungen, elfmal wurden die Patienten zur Resektion überwiesen, davon je dreimal wegen technischer Probleme bei der ersten Abtragung und wegen der ursprünglichen Histologie (sm tiefer als 1000 µm, schlecht differenziert oder Gefäßeinbrüche). Eine Charakterisierung der Polypen nach granular type und non-granular type wurde leider nicht durchgeführt. Patienten mit Komorbiditäten ASA >3, antikoagulierte Patienten und Polypen, die makroskopisch nicht radikal abzutragen waren, wurden von der Analyse ausgeschlossen. Polypen mit non-lifting-sign bei submuköser Unterspritzung wurden operiert. Die Patienten wurden nach 3 bis 6 Monaten und nach 12 Monaten nachuntersucht. Nur jene Abtragungsstellen wurden weiter analysiert, die bei der jeweiligen Kontrolle identifiziert werden konnten (6,5% nicht wiedergefundene Abtragungsstellen wären wohl durch Markierung vermeidbar gewesen). Die endoskopische Untersuchung erfolgte mit hochauflösenden Coloskopien im Weißlicht und nach virtueller oder echter Färbung.

Tab. 2: Ergebnisse der Nachkontrollen nach Polypektomie (Knabe; Am J Gastroenterol 2014)

n = 252	nicht wiedergefunden	operiert	verloren	auswertbar	Rezidive/davon nur bioptisch entdeckt
nach 3-6 Monaten	11	10	48	183	58/11
nach 12 Monaten	10	1	56	116	19/ 5
gesamt	21	11	104	116	77 in 67 Pat./16

Tab. 3: Komplikationen der Polypektomie (Knabe; Am J Gastroenterol 2014)

Komplikationen	n
Blutung	24 (20 x <48 h, 4 x >48 h)
major	14
minor	10
Perforation	4 (alle intra-prozedural)

Routinemäßig wurde aus allen Narben, auch jenen, die makroskopisch unverdächtig aussahen, dreimal biopsiert. Daraus wurde die Ausbeute an Rezidiven aufgrund der Makroskopie und der Mikroskopie der ersten (3-6 Monate) und zweiten (12 Monate) Kontrolle berechnet: 31,7% der Polypen wiesen bei der ersten, zusätzliche 16,4% bei der zweiten Kontrolle ein Rezidiv auf. Bei 7% aller Abtragungsstellen wurden Rezidive nur aufgrund der Biopsien, bei unauffälliger Makroskopie der Narben, entdeckt. Alle Rezidive wurden erfolgreich endoskopisch (Biopsie, EMR, APC) entfernt. Die Drop-out-Rate der Studie ist sehr

hoch, was allerdings zum Teil durch die akribischen Ausschlusskriterien erklärbar ist.

Als Majorkomplikationen wurden Perforation, Hämoglobinabfall >2 g/l oder ungeplante Re-Endoskopie gewertet. Diese passierten in 7,9% der Abtragungen, alle konnten endoskopisch saniert werden; insgesamt betrug die Komplikationsrate (major und minor) 17,1%.

Was kann man daraus lernen?

Diese ausgezeichnete Studie ergänzt hervorragend jene von Pohl et al. (Gastroenterology 2013) zur Problematik inkomplett abgetragener nicht-gestielter Polypen bis 2 cm Größe. Die Abtragung großer (>2 cm), nicht-gestielter Polypen ist auch in Expertenhand risikoreicher und Rezidiv-trächtiger als man gemeinhin annehmen würde. Kontrollen nach 3-6 Monaten und nach 12 Monaten wären offen-

sichtlich wichtig und sollen sich in allen Leitlinien abbilden.

Die österreichischen Empfehlungen aus 2012 und die deutsche S3-Leitlinie aus 2013 bleiben da bislang vage: Zwar wird eine Kontrolle der Abtragungsstelle bei Piece-meal-Abtragungen innerhalb von 2-6 Monaten von beiden klar empfohlen, doch bleibt die Forderung nach einer zweiten Kontrolle der Abtragungsstelle 12 Monate nach der ersten Abtragung in der BRD offen, in Österreich spricht man von einer Coloskopie innerhalb von 12 Monaten zur Entdeckung von übersehenen Polypen. Auf eine routinemäßige Biopsie auch der unauffälligen Narbe geht keine der beiden Fachgesellschaften ein.

Ich schließe für mich aus dieser Studie:

- Unsere Abtragungstechnik ist individuell und wahrscheinlich auch kollektiv verbesserbar.



Abb. 3: Großer nichtgestielter Colonpolyp vor und nach Piece-meal-EMR

- Man soll alle Abtragungsstellen großer, nicht-gestielter Polypen markieren.
- Man soll bei jeder Kontroll-Coloskopie nach piece-meal-Polypektomie versuchen, die Narbe zu identifizieren und daraus mehrfach zu biopsieren.
- Theoretisch wäre natürlich der großzügige Einsatz der ESD eine Lösung des Rezidivproblems, allerdings auf Kosten einer vermutlich noch höheren Komplikationsrate.

Ich glaube, diese Studie sollen alle Endoskopierenden im Original gelesen haben.

Interessenskonflikte: Keine

Prim. Prof. Dr. Rainer Schöfl
4. Interne Abteilung
KH der Elisabethinen
Linz
rainer.schoefl@elisabethinen.or.at