

J. Gastroenterol. Hepatol. Erkr. 2021 · 19:105–109
<https://doi.org/10.1007/s41971-021-00117-6>

Angenommen: 26. November 2021

Online publiziert: 7. Dezember 2021

© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2021, corrected publication 2021



Elisabeth Waldmann^{1,2} · Andreas Maieron^{2,3} · Michael Trauner¹ ·
 Michael Gschwantler^{2,4} · Monika Ferlitsch^{1,2,5}

¹ Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Univ. Klinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

² Arbeitsgruppe Qualitätssicherung, Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie, Wien, Österreich

³ Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum St. Pölten, Karl Landsteiner Universität, St. Pölten, Österreich

⁴ IV. Medizinische Abteilung für Gastroenterologie Hepatologie und Endoskopie, Klinik Ottakring, Wien, Österreich

⁵ Abteilung für Innere Medizin II, Gastroenterologie und Hepatologie, Evangelisches Krankenhaus Wien, Wien, Österreich

Empfehlungen der ÖGGH zur Darmkrebsvorsorge und Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie – Update 2021

Präambel

Die folgenden Empfehlungen basieren auf der aktuellen Richtlinie der Europäischen Gesellschaft für Gastrointestinale Endoskopie (ESGE) [1]. Die Empfehlungen beziehen sich auf asymptomatische Personen ohne erhöhtes Risiko für Darmkrebs, bei denen eine qualitativ hochwertige Vorsorgekoloskopie durchgeführt wurde. Das bedeutet, dass der gesamte Darm bis ins Zökum bei adäquater Vorbereitungsqualität (Boston Bowel Preparation Scale ≥ 6 , Ottawa Scale ≤ 7 , oder Aronchick Scale ausgezeichnet, gut, mittelmäßig) eingesehen wurde, und alle Polypen makroskopisch in toto entfernt wurden. Sie gelten nicht für Personen mit hereditären Syndromen, die mit erhöhtem Darmkrebsrisiko assoziiert sind (z. B. Familiäre adenomatöse Polyposis oder Lynch Syndrom) sowie Personen, bei denen ein Frühkarzinom abgetragen wurde.

Übersetzte Auszüge mit freundlicher Genehmigung aus: Hassan et al., Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline—Update 2020, *Endoscopy*. 2020; 52(08): 687–700. <https://doi.org/10.1055/a-1185-3109>. © Georg Thieme Verlag KG

Zielpopulation

Die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie empfiehlt die Vorsorgekoloskopie für asymptomatische Männer und Frauen ohne familiäre Belastung ab dem 50. Lebensjahr. Eine Empfehlung für eine Vorsorgekoloskopie ab dem 45. Lebensjahr, die von der American Cancer Society 2018 ausgesprochen wurde [2], kann aufgrund der epidemiologischen Daten in Österreich derzeit nicht unterstützt werden.

Änderungen im Update 2021

Zahlreiche Studien, die seit der letzten Nachsorge-Empfehlung publiziert wurden, zeigen, dass Personen mit Niedrig-Risiko-Polypen ein vergleichbares Langzeit-Risiko für das Auftreten von bzw. Versterben an einem kolorektalen Karzinom wie Personen mit einer negativen Koloskopie haben [3–6]. Wird die Indexkoloskopie qualitativ hochwertig durchgeführt, hält der protektive Effekt bis zu 15 Jahre an [7]. Aufgrund dieser Daten wurde die bisherige Risikostratifikation (niedrig/mittelgradig/hoch) verlassen und in dem Guideline-Update die

Risikostratifikation auf „Polypen, die einer Nachsorge bedürfen ja/nein“ geändert (Abb. 1). Weiters wird eine weitere Vorsorgekoloskopie bei Patienten nach einer negativen Koloskopie nach 10 Jahren empfohlen.

Polypen, die keiner Nachsorge bedürfen, sind definiert als 1–4 Adenome < 10 mm mit low grade Dysplasie, oder serratierte Polypen < 10 mm ohne Dysplasie. Diese Personen sollen im Rahmen eines organisierten Screenings nachbetreut werden. In Ländern wie Österreich, in denen kein organisiertes Screening-Programm existiert, soll die nächste Koloskopie nach 10 Jahren erfolgen.

Personen, bei denen ≥ 1 Adenom ≥ 10 mm oder mit high grade Dysplasie, oder ≥ 5 Adenome, oder serratierte Polypen ≥ 10 mm oder mit Dysplasie abgetragen wurden, sollen einer Nachsorge Koloskopie nach 3 Jahren zugewiesen werden.

Die villöse Histologie wird in den neuen Guidelines aufgrund der derzeitigen Datenlage nicht mehr berücksichtigt [8].

Die empfohlenen Nachsorgeintervalle sollen schriftlich festgehalten werden.

Post-Polypektomie Nachsorge sollte mit dem 80. Lebensjahr beendet werden, bzw. früher, wenn die Lebenserwartung

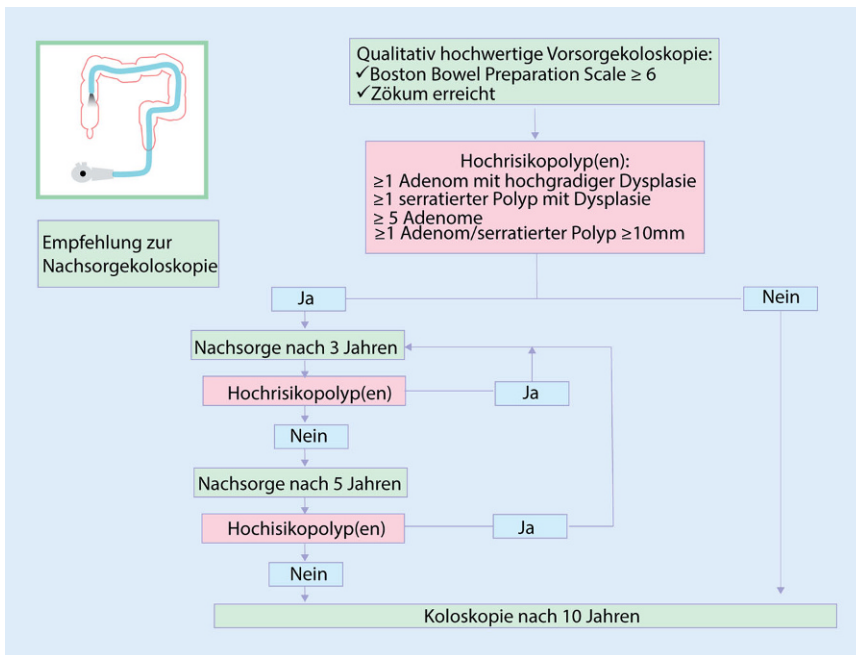


Abb. 1 ▲ Empfehlungen für Nachsorgeintervalle nach Polypektomie

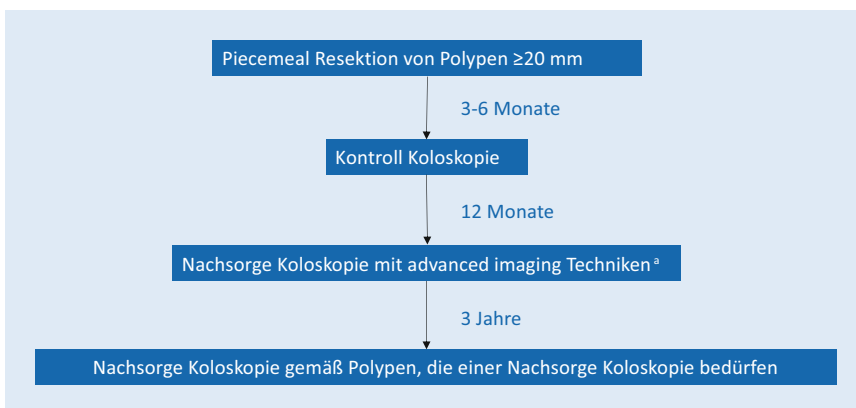


Abb. 2 ▲ Empfehlungen für Nachsorgeintervalle nach Piecemeal Polypektomie von Polypen ≥ 20 mm. (ªAuf eine routinemäßige Biopsie der Polypektomie-Narben kann verzichtet werden, wenn ein Standard-Protokoll mit virtueller Chromoendoskopie von einem Endoskopiker mit ausreichender Expertise verfolgt wird)

aufgrund der Co-Morbiditäten limitiert ist.

Basierend auf Daten aus Österreich konnte gezeigt werden, dass die neue Risikostratifizierung zu einer Reduktion an Nachsorge Koloskopien führt, dies jedoch nicht den protektiven Effekt hinsichtlich Mortalität am kolorektalen Karzinom beeinflusst [9].

Piecemeal Resektion von nicht-gestielten Polypen ≥ 20 mm. Nach einer Piecemeal Resektion von nicht gestielten Polypen sollte die erste Nachsorgekolo-

skopie nach 3–6 Monaten erfolgen, die zweite Nachsorgekoloskopie nach weiteren 12 Monaten, um die Rate der späten Rezidive zu minimieren. Die nächste Nachsorgekoloskopie soll nach weiteren 3 Jahren erfolgen (■ Abb. 2).

Sonderfälle

- Bei inadäquater Vorbereitungsqualität soll die Koloskopie innerhalb eines Jahres wiederholt werden.

- Patienten mit ≥ 10 Adenomen sollen einer genetischen Beratung zugewiesen werden.
- Ein Test auf okkultes Blut im Stuhl (fecal immunochemical test, FIT) wird als post-Polypektomie Nachsorge nicht empfohlen.

Zukunftsausblick

Trotz zahlreicher Evidenz hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Untersuchungsqualität der Koloskopie, gemessen an der Adenomentdeckungsrate (ADR), und der Inzidenz und Mortalität des kolorektalen Karzinoms [10] wird die ADR in den Nachsorgeempfehlungen derzeit nicht berücksichtigt. Rezente Analysen aus österreichischen Daten unterstreichen den Einfluss der ADR auf die Inzidenz und Mortalität von post-Screening kolorektalen Karzinomen für Patienten aller Risikogruppen. Die stärkste Assoziation besteht für Patienten mit Hochrisiko Adenomen, die ein 2,5-fach höheres Risiko haben, ein kolorektales Karzinom zu entwickeln, und ein 2,2-fach höheres Risiko, daran zu versterben, wenn die Koloskopie von einem Endoskopiker mit einer Leitlinienkonformen ADR durchgeführt wurde (derzeit empfohlene ADR soll $\geq 25\%$ sein) im Vergleich zu jenen, die von einem Endoskopiker mit einer ADR, die den Leitlinien nicht entsprochen hatte, untersucht wurden [11, 12]. Diese Daten unterstützen zum einen die Forderung nach obligatorischer Erhebung der ADR; darüber hinaus scheint eine Berücksichtigung der ADR in den Nachsorgeleitlinien zu einer weiteren Reduktion der Inzidenz und Mortalität des kolorektalen Karzinoms zu führen.

Hier steht eine Anzeige.



Korrespondenzadresse

Dr. med. univ. Elisabeth Waldmann, PhD
Arbeitsgruppe Qualitätssicherung, Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie
Wien, Österreich
elisabeth.waldmann@meduniwien.ac.at

a.o. Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch
Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Univ. Klinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich
monika.ferlitsch@meduniwien.ac.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Waldmann, A. Maieron, M. Trauner, M. Gschwantler und M. Ferlitsch geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- Hassan C, Antonelli G, Dumonceau JM et al (2020) Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European society of gastrointestinal endoscopy (ESGE) guideline—update 2020. *Endoscopy* 52:687–700
- Wolf AMD, Fonham ETH, Church TR et al (2018) Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American cancer society. *CA Cancer J Clin* 68:250–281
- Click B, Pinsky PF, Hickey T et al (2018) Association of colonoscopy adenoma findings with long-term colorectal cancer incidence. *JAMA* 319:2021–2031
- He X, Hang D, Wu K et al (2020) Long-term risk of colorectal cancer after removal of conventional adenomas and serrated polyps. *Gastroenterology* 158:852–861.e4
- Holme O, Bretthauer M, Eide TJ et al (2015) Long-term risk of colorectal cancer in individuals with serrated polyps. *Gut* 64:929–936
- Lee JK, Jensen CD, Levin TR et al (2020) Long-term risk of colorectal cancer and related death after adenoma removal in a large, community-based population. *Gastroenterology* 158:884–894.e5
- Pilonis ND, Bugajski M, Wieszczy P et al (2020) Long-term colorectal cancer incidence and mortality after a single negative screening colonoscopy. *Ann Intern Med* 173:81–91
- Wieszczy P, Kaminski MF, Franczyk R et al (2020) Colorectal cancer incidence and mortality after removal of adenomas during screening colonoscopies. *Gastroenterology* 158:875–883.e5
- Waldmann E, Kammerlander A, Gessl I, Penz D, Majcher B, Hinterberger A, Trauner M, Ferlitsch M (2021) New risk stratification after colorectal polypectomy reduces burden of surveillance without increasing mortality. *United European Gastroenterol J* 8:947–954. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12119>
- Corley DA, Jensen CD, Marks AR et al (2014) Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. *N Engl J Med* 370:1298–1306
- Waldmann E, Penz D, Sinkovec H et al (2021) Interval cancer after colonoscopy in the Austrian national screening programme: influence of physician and patient factors. *Gut* 70(7):1309–1317. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-319427>
- Waldmann EA, Kammerlander AA, Gessl I et al (2021) Association of adenoma detection rate and adenoma characteristics with colorectal cancer mortality after screening colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 19(9):1890–1898. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.04.023>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Periampulläres Karzinom



Der in der chirurgischen Praxis gängige Sammelbegriff „periampulläres Karzinom“ umfasst Malignome verschiedener Entität, deren Gemeinsamkeit die topographische Lagebeziehung zur Papilla hepatopancreatica ist. Größte Bedeutung für die chirurgische Praxis haben die periampullären Pankreaskopfkarzinome, die distalen Cholangiokarzinome sowie die Karzinome der Papilla Vateri und der benachbarten Duodenalschleimhaut.

Der Chirurg 09/2021 bietet Ihnen einen umfassenden Überblick über die präoperative Diagnostik, entitätsspezifische multimodale Therapie, Indikationsstellung und chirurgische Resektionsprinzipien. Deren technisch akkurate und vollständige Durchführung bleibt bei allen periampullären Karzinomen die Kernvoraussetzung für eine gute Prognose.

- Präoperative Diagnostik bei periampullären Adenokarzinomen
- Chirurgie periampullärer Pankreaskarzinome
- Operative Therapie distaler Cholangiokarzinome
- Papillentumoren: chirurgische Therapie
- Multimodale Therapie ampullärer Karzinome

Suchen Sie noch mehr zum Thema?

Mit e.Med – den maßgeschneiderten Fortbildungsabos von Springer Medizin – haben Sie Zugriff auf alle Inhalte von SpringerMedizin.de. Sie können schnell und komfortabel in den für Sie relevanten Zeitschriften recherchieren und auf alle Inhalte im Volltext zugreifen.

Weitere Infos zu e.Med finden Sie auf springermedizin.de unter „Abos“

Hier steht eine Anzeige.

