



|

Kurs: KOLOSKOPIE UND POLYPEKTOMIE

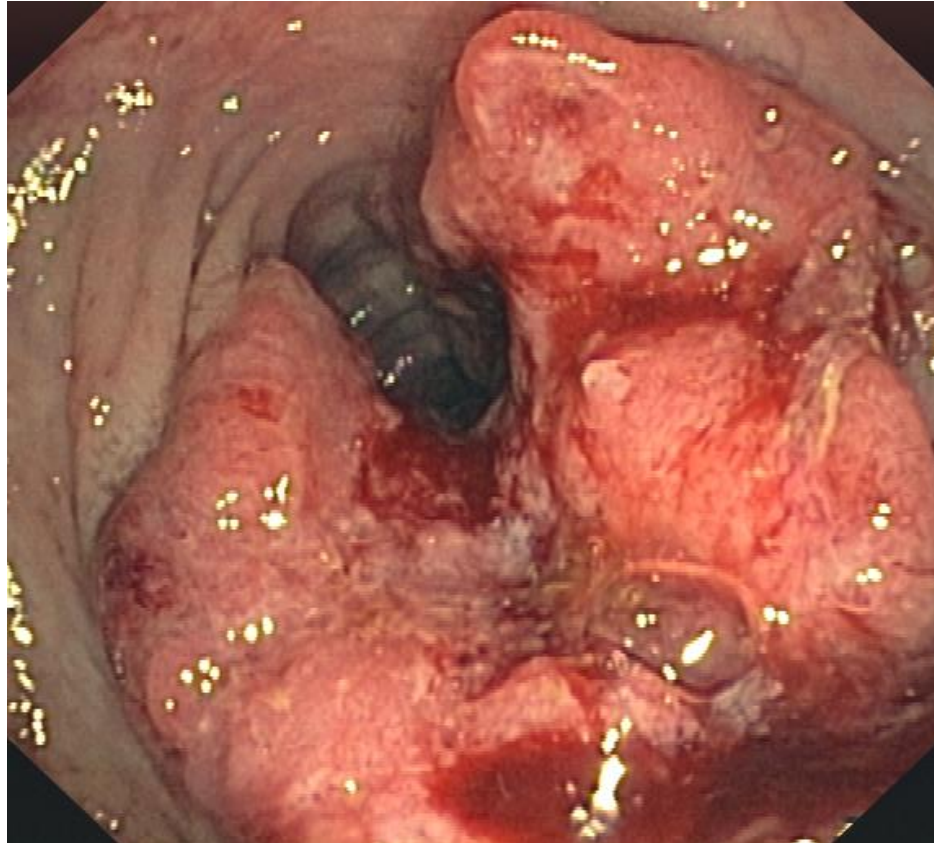
Kolonpolypen und Kolorektales Karzinom

S.U. Christl

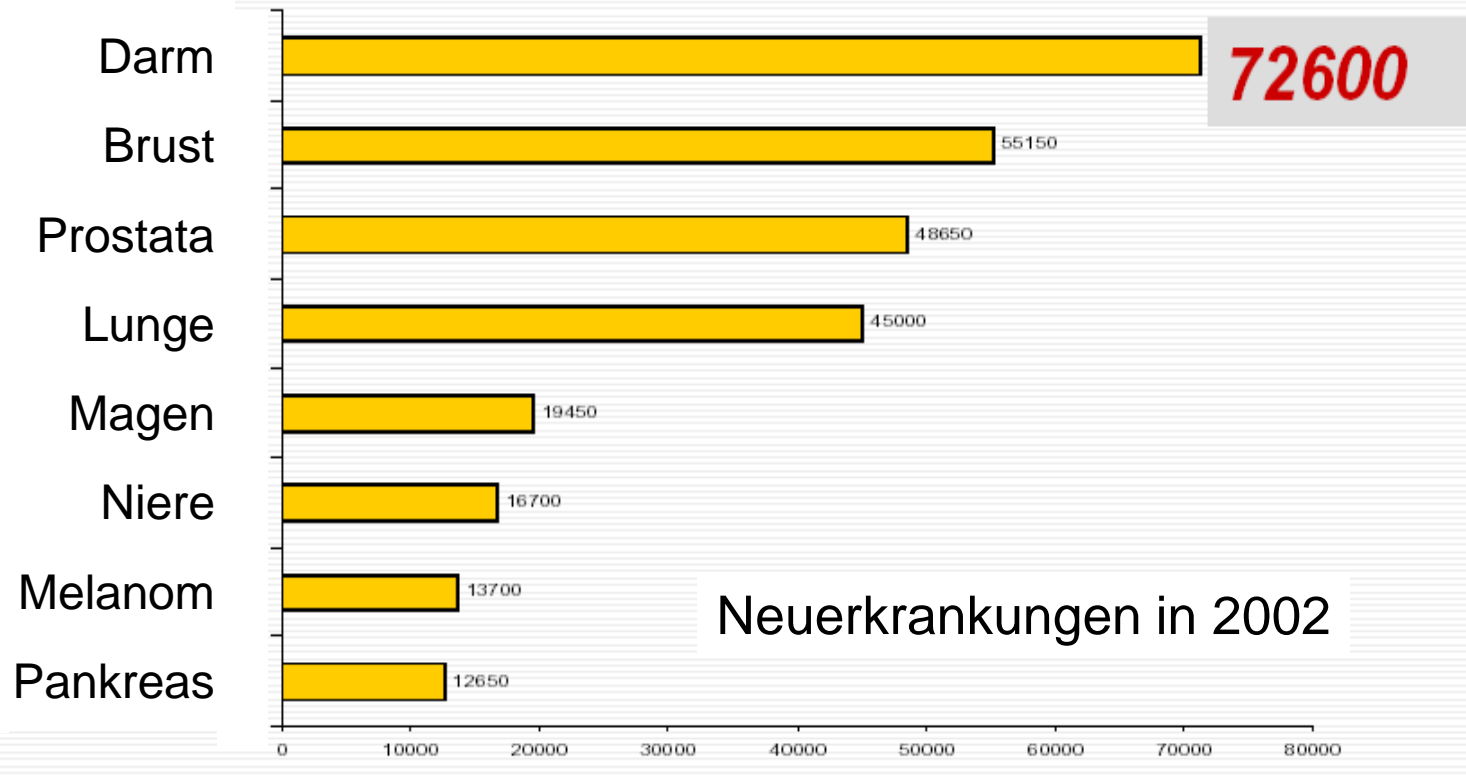
II. Medizinische Klinik

Gastroenterologisches Zentrum Harburg

Asklepios Klinikum Harburg



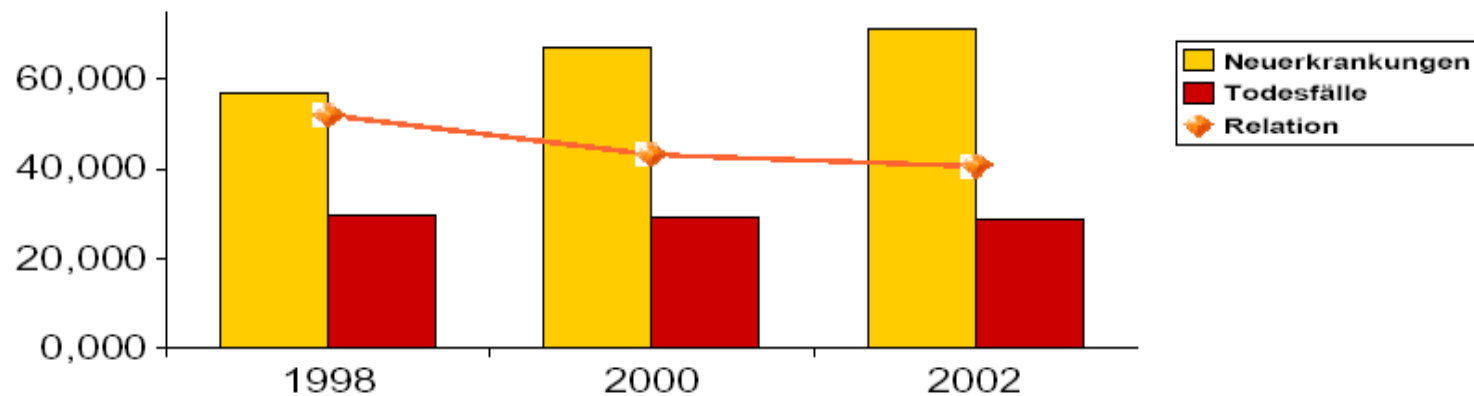
Kolonkarzinom: Inzidenz



Robert Koch Institut 2006

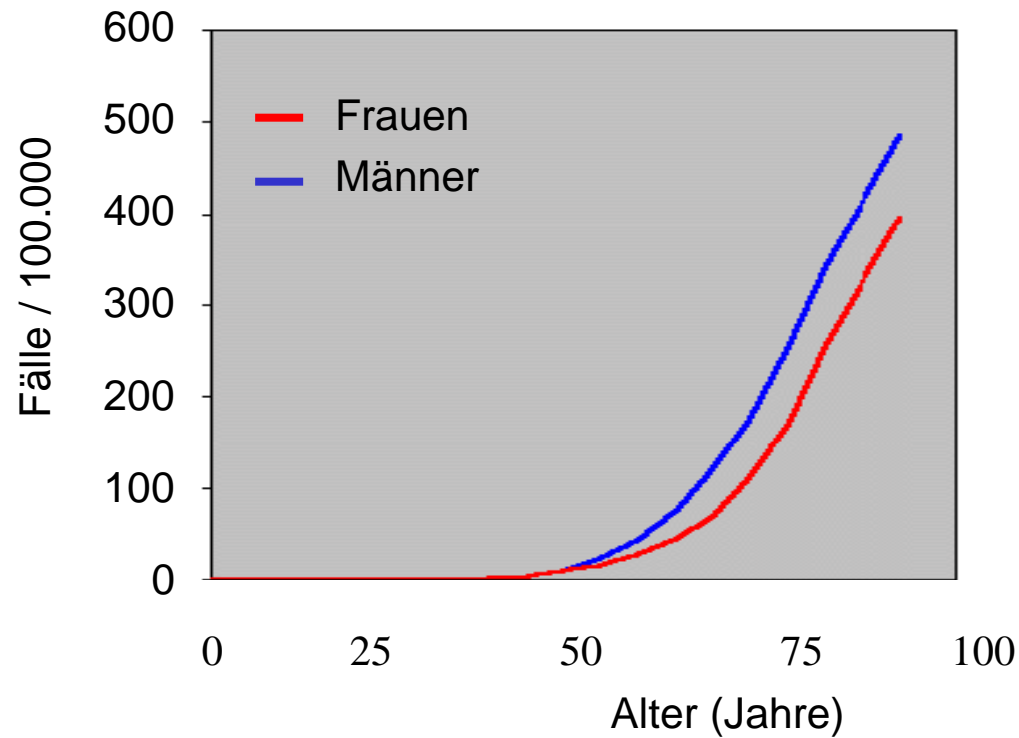
Inzidenz / Mortalität

	Neuerkrankungen	Todesfälle	Relation
1998	57.000	29.700	52,1%
2000	66.900	29.000	43,3%
2002	71.400	28.900	40,5%



Robert Koch Institut 2006

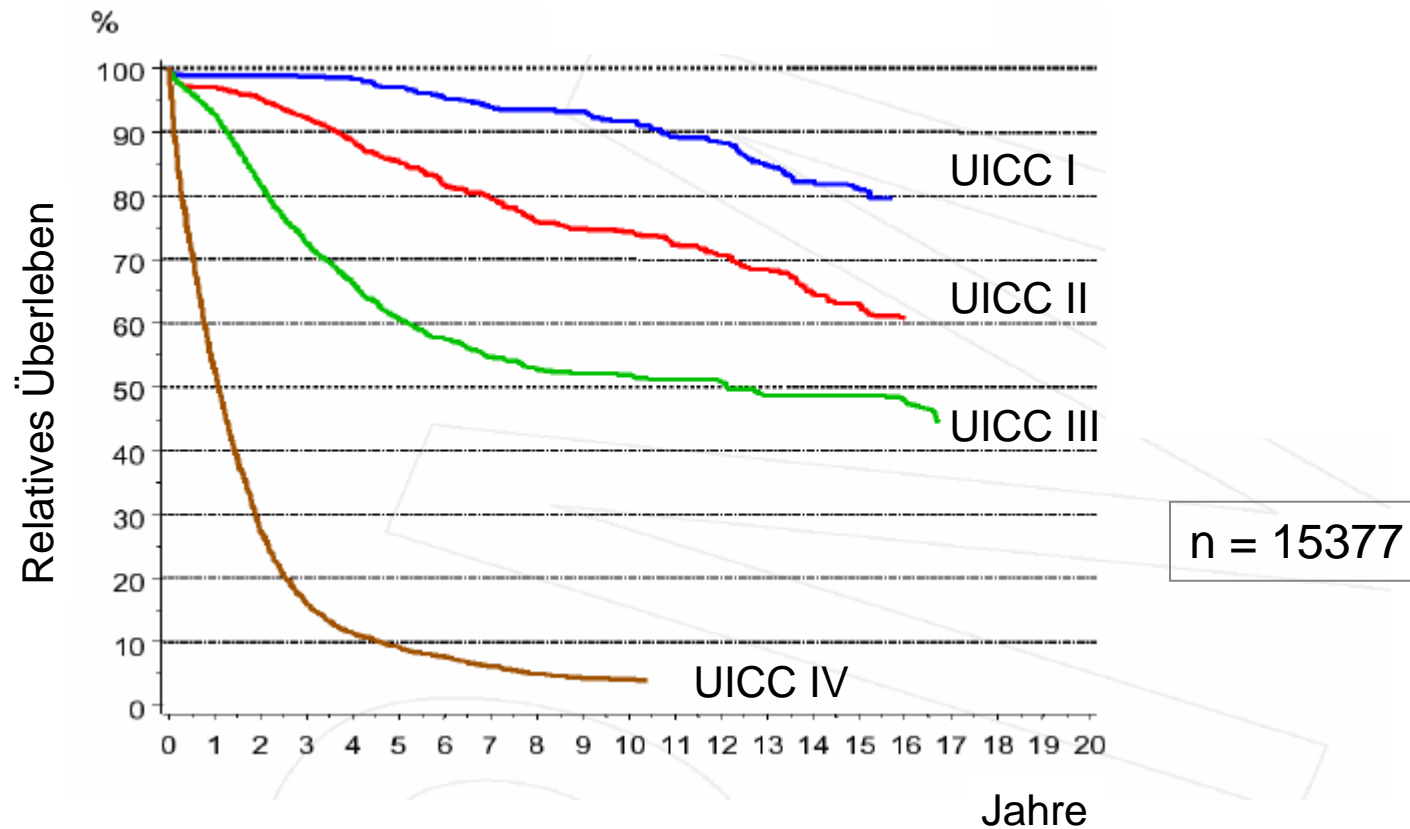
CRC-bedingte Mortalität



5-Jahres-Überlebensrate

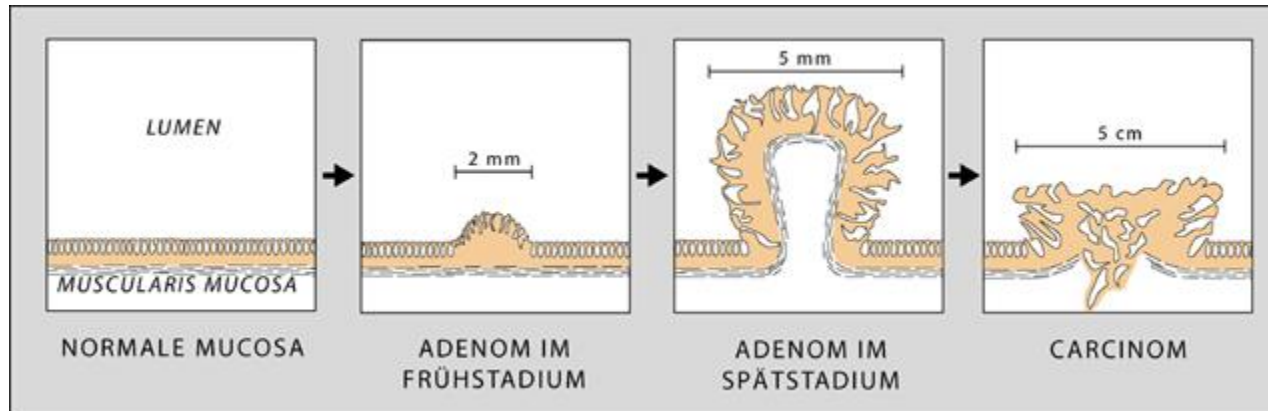
Stadium	Rektum	Kolon
UICCI	95%	95%
UICCII	85%	90%
UICCIII	55%	65%
UICCCIV	5%	5%

Stadienabhängiges Überleben



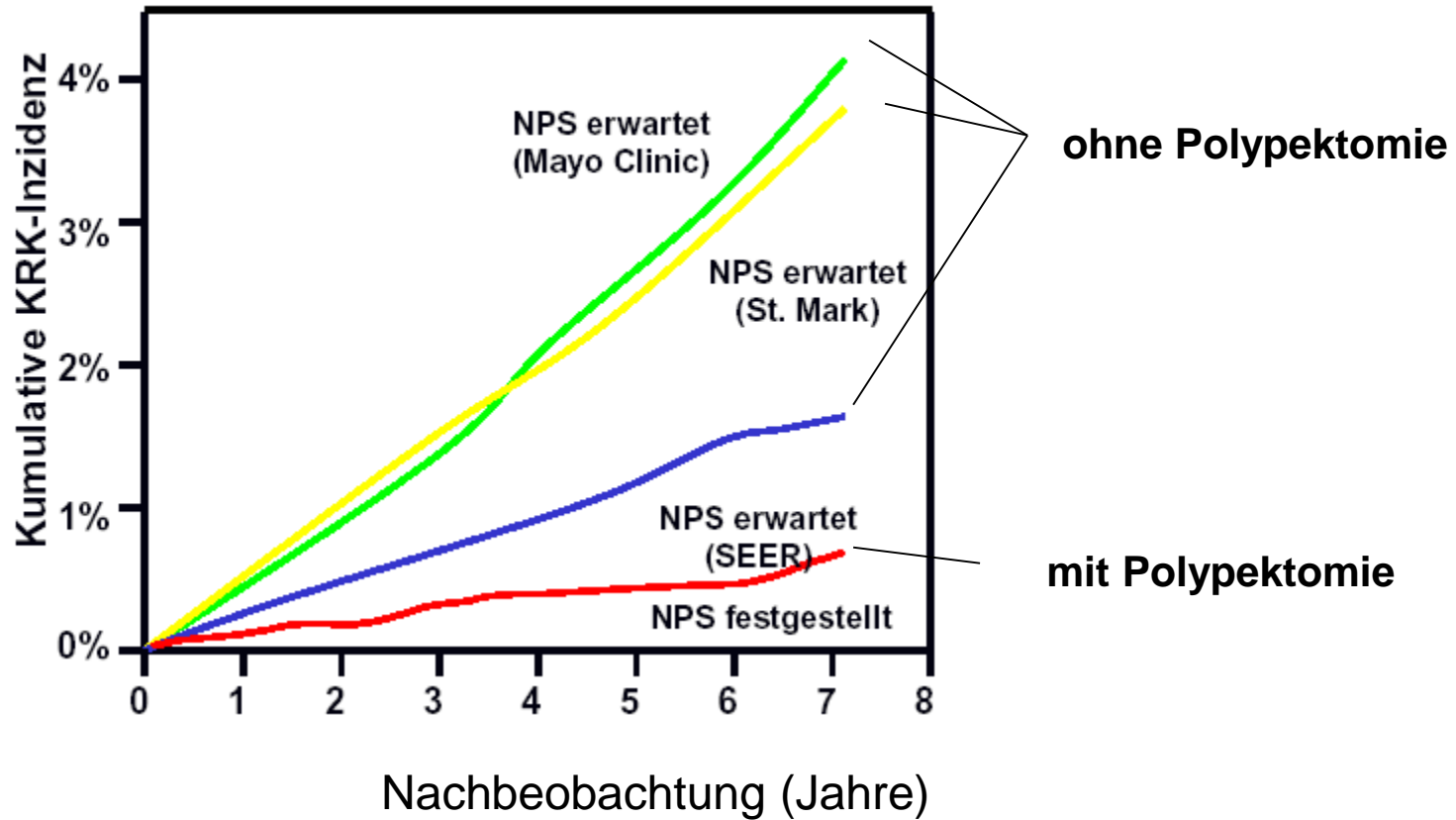
Tumorregister München 2006

Adenom-Karzinom-Sequenz



—————>
> 10 Jahre

Polypektomie als Krebsvorsorge



Winaver et al. NEJM 1993

- WHO-Kriterien:**
- Häufige Erkrankung
 - Hohe Morbidität / Mortalität
 - Definierte Screeningpopulation
 - Früh- oder Vorstufen diagnostizierbar
 - Praxisgerechte Durchführung
 - Geringes prozedurales Patientenrisiko
 - Prognoseverbesserung möglich
 - Kosteneffektivität

nach Bull World Health Organ 1995

Standard seit 10/2002 (GKV-Erstattung)

50-55 Jahre: FOBT jährlich

Frauen ab 55

Männer ab 50 Koloskopie (WH in 10 Jahren),
oder FOBT alle zwei Jahre

Sonderempfehlungen bei familiärem Risiko

*Krebsfrüherkennungsrichtlinie des GBA 2002
S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017*

Erhöhtes familiäres Risiko

Sporadisches Kolonkarzinom bei Verwandten I°

10 Jahre vor Alter bei
bei Indexerkrankung
spätestens mit 40-45 J
dann alle 10 Jahre

Polypen unter 50 J bei Verwandten I°

10 Jahre vor Alter bei
bei Indexerkrankung

*Krebsfrüherkennungsrichtlinie des GBA 2002
S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017*

Erhöhtes familiäres Risiko

Familiäre Adenomatose (FAP)

ab 10. LJ jährlich (mit
18-20 Kolektomie)

Attenuierte fam. Adenomatose

ab 15. LJ jährlich (ggf.
Kolektomie)

*Krebsfrüherkennungsrichtlinie des GBA 2002
S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017*

Erhöhtes familiäres Risiko

MUTYH-Mutation

spez. Empfehlungen

HNPPC

ab 25. LJ jährlich

Erstlinienverwandte HNPPC
(Amsterdam-/Bethesdakriterien)

ab 25. LJ alle 2-3 Jahre

*Krebsfrüherkennungsrichtlinie des GBA 2002
S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017*

Standard seit 10/2002 (GKV-Erstattung)

GKV-Erstattung

Sonderpauschale, extrabudgetär

Keine Praxisgebühr

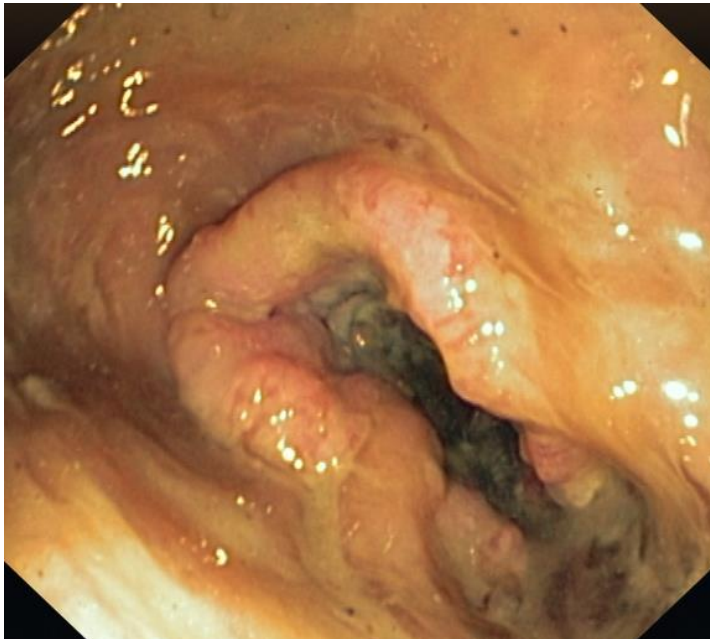
Keine HA-Überweisung

Krebsfrüherkennungsrichtlinie des GBA 2002

Anforderungen an Leistungserbringer

Aufklärung und Beratung der Patienten mindestens 24 Stunden vorher
Erbringung der Koloskopie auf Facharztstandard
Mindestzahl von Koloskopien (200) und Polypektomien (50)
Durchführung der Polypektomien in gleicher Sitzung
Bilddokumentation und schriftliche Dokumentation
Sicherstellung der Nachsorge
Notfallausstattung
Nachweis der Hygienequalität (Überprüfung alle 6 Monate)
Qualifikationen gemäß Sedierungsleitlinie
Regelmäßige Überprüfung der Voraussetzungen durch die kassenärztliche Vereinigung
Qualitätsmanagement

Krebsfrüherkennungsrichtlinie des GBA (2009/2016)

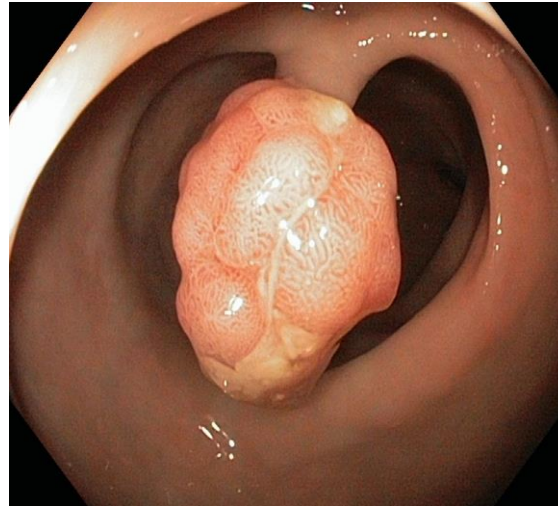


Ausgiebige Biopsie. Histologische Karzinomdiagnose nur bei Nachweis der Submukosainfiltration

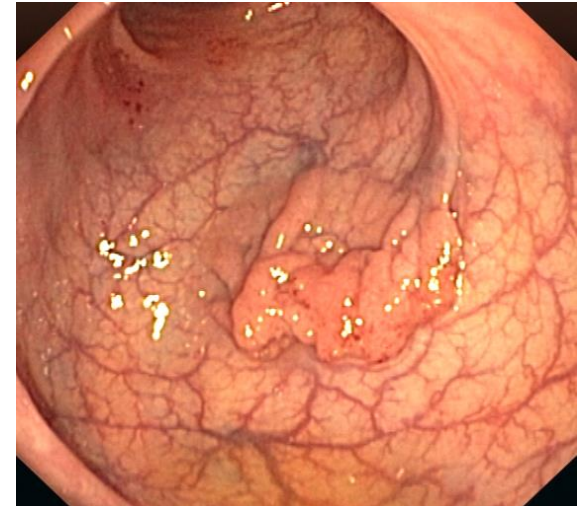
DD Lymphom!



sessil



gestielt



beetförmig

Adenomatöse Polypen (neoplastische Polypen)

- Tubuläres Adenom - Entartung in 5%
- Tubulovillöses Adenom - Entartung in 20%
- Villöses Adenom - Entartung in 40%

Hyperplastische Polypen keine Entartung?

Hamartomatöse Polypen keine Entartung?

Inflammatorische Polypen keine Entartung

Kleinere hyperplastische Polypen im Rektosigmoid	harmlos
Große hyperplastische Polypen (> 10 mm)	suspekt
Viele hyperplastische Polypen im rechten Kolon*	suspekt
Serrätierter/s Polyp/Adenom	suspekt

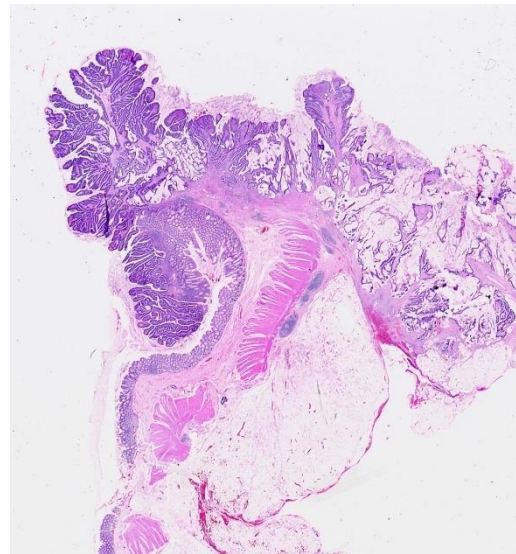
* hyperplastische Polypose?

Keine Neoplasie

Niedriggradige intraepitheale Neoplasie

Hochgradige intraepitheale Neoplasie

Karzinom



Villöses Adenom mit Karzinom

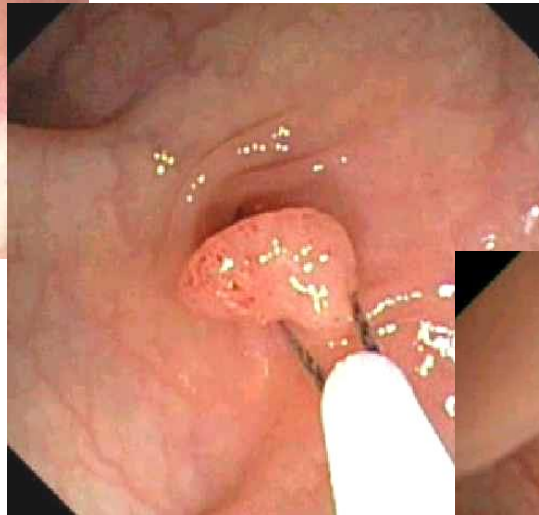
Polypen: Makroskopie / Histologie?

Paris-Klassifikation:	Form des Polypen
Kudo-Klassifikation:	Oberfläche (pit pattern)
Sano-Klassifikation:	Gefäßmuster
Nice*-Klassifikation:	Kombination der Parameter

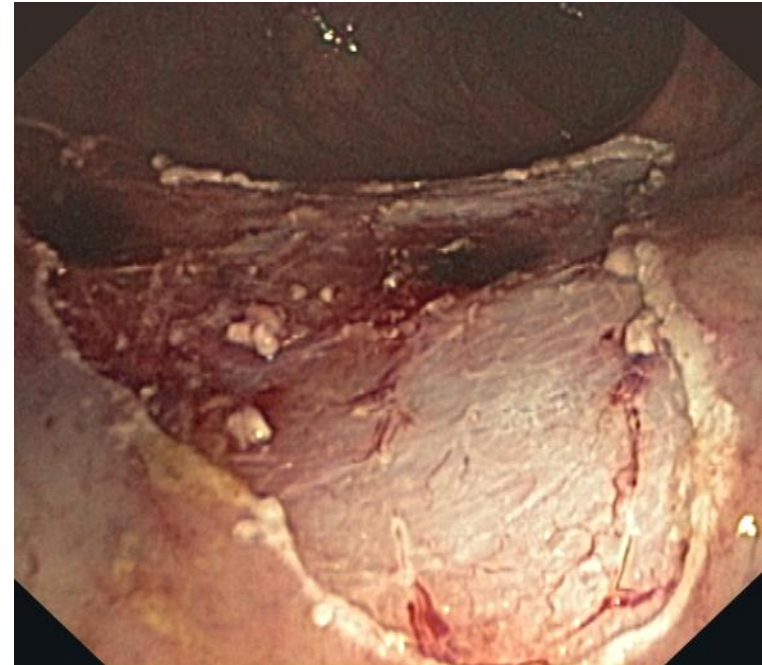
* *NBI-International-Colorectal-Endoscopic*



Über 5 mm mit der Schlinge



Unter 5 mm mit der Zange



Kein Adenom:	10 Jahre
Adenome nicht mehr als 2 und weniger als 10 mm Tubuläre Histologie Niedriggradige IEN	5-10 Jahre*
Adenome ab n=3 und ab 10 mm Villöse Histologie Hochgradige IEN	3 Jahre*

* wenn bei Kontrolle polypenfrei
alle 10 Jahre kontrollieren

Bei histologisch nicht bestätigter vollständiger Abtragung von Adenomen < 5 mm sollte auch bei makroskopisch kompletter Abtragung eine Kontrolle nach 6 Monaten erfolgen

???

S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017

Kürzeres Intervall empfohlen:

Abtragung von mehr als 5 Adenomen

< 3 Jahre

Polypektomie in piece-meal Technik

2-6 Monate

Maligner Polyp

6 Monate / 2 J

S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017

	gesamt (303.052)	diagnostisch (207.583)	therapeutisch (78.697)
Komplikationsrate	0.39%	0.17%	1.02%
Blutung	0.24%	0.01%	0.86%
Perforation	0.03%	0.01%	0.06%
Herz-/Kreislauf	0.15%	0.15%	0.10%

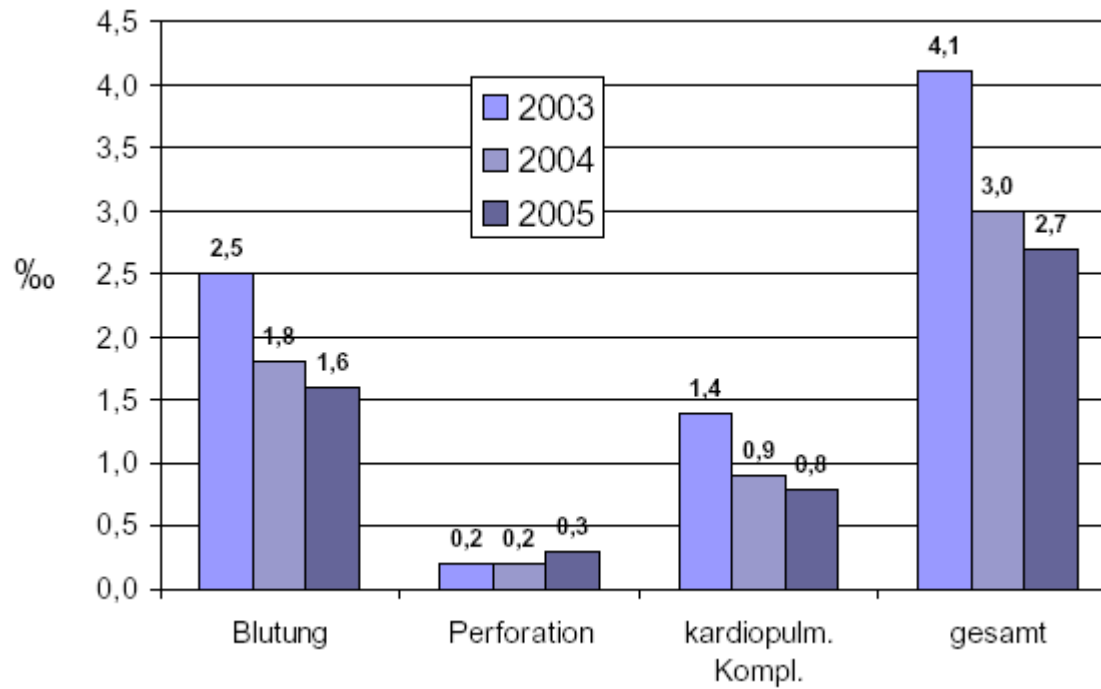
2 eingriffsassoziierte Todesfälle

Zentralinstitut Kassenärztliche Versorgung 2006

296.144 Koloskopien, Online Praxisabfrage

Complications	n	% of colonoscopies	% of polypectomies
Cardiopulmonary	222	0.08	
Bleeding	442	0.16	0.80
Surgery due to bleeding	19	0.007	0.03
Perforation	55	0.02	0.09

Bokemeyer, B. et al. European J of Gastroenterol and Hepatol 2009



ZI Wissenschaftliche Begleitung der Früherkennungskoloskopie

Vorsorgekoloskopie Indikationskoloskopie

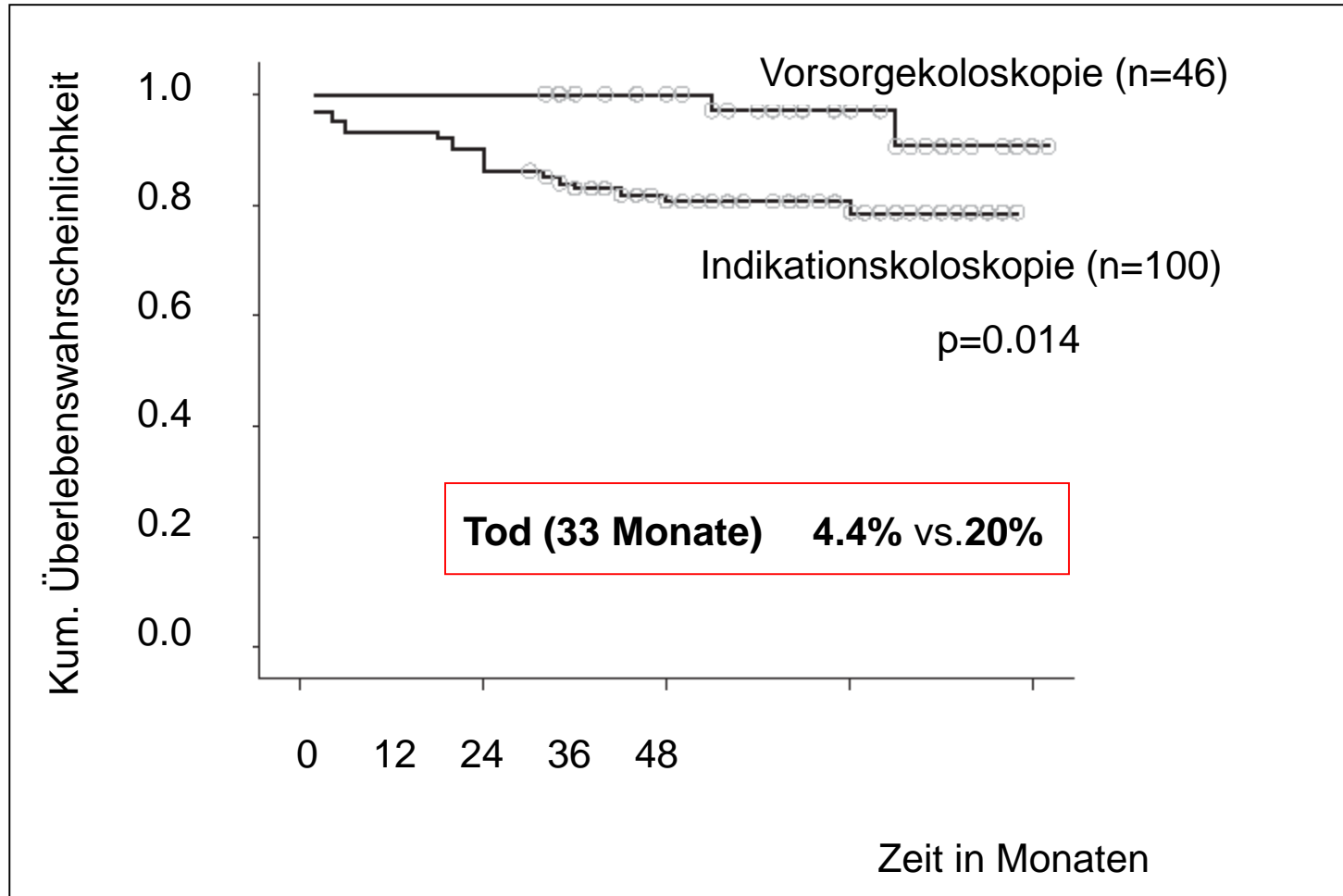
Patienten	5066	4099
Alter	64.5 Jahre	67.3 Jahre
m/f	39.5%/60.5%	42.4%/57.6%
Gen. Risiko	9.6%	2.8%

Hüppe D et al. Zeitschrift Gastro 2008

Vorsorgekoloskopie Indikationskoloskopie

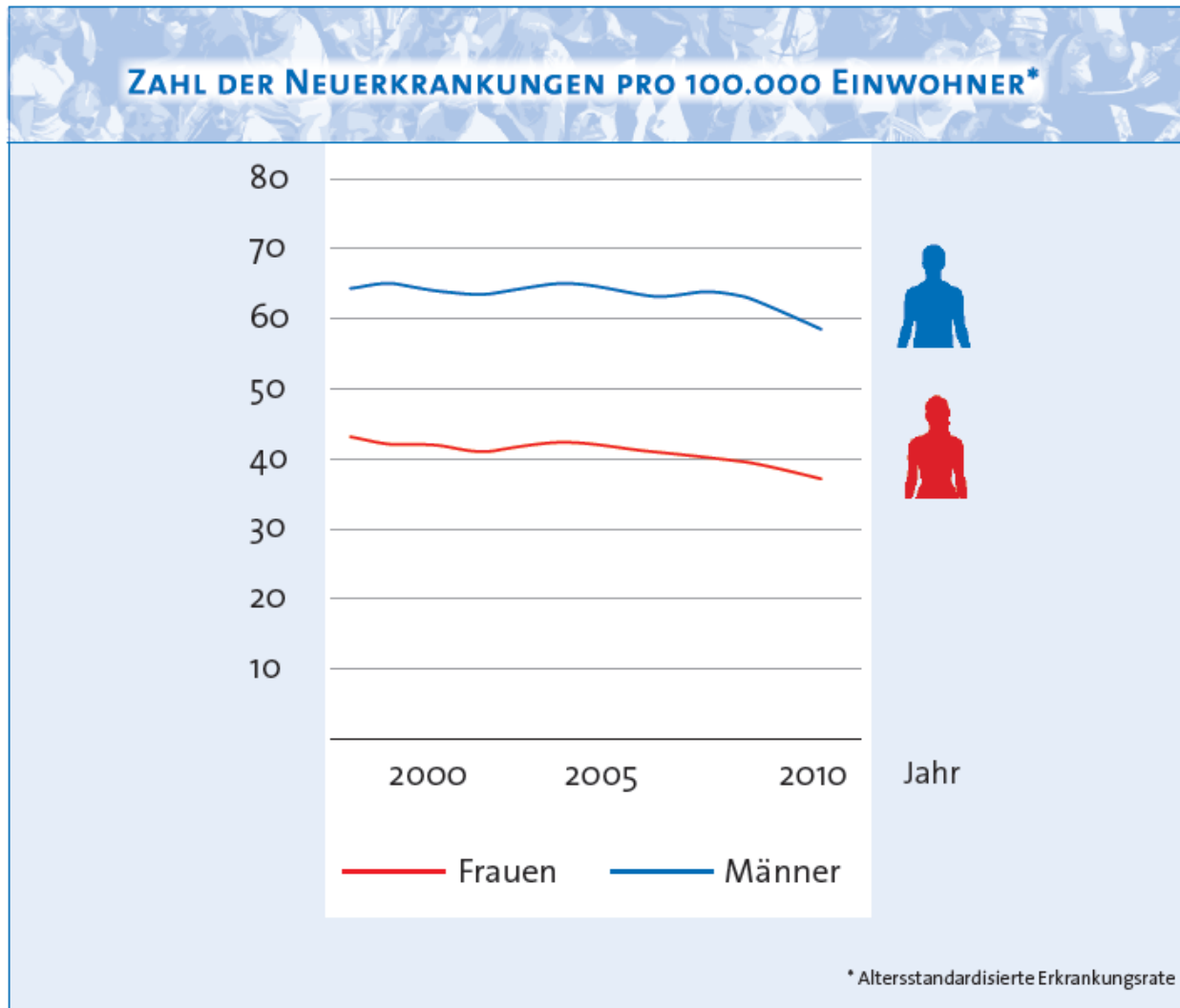
Polypen > 0.5 cm	662		691
Karzinome	46		100
UICC I-II	93.5%	←→	61%
UICC III-IV	6.5%	←→	39%

Hüppe D et al. Zeitschrift Gastro 2008



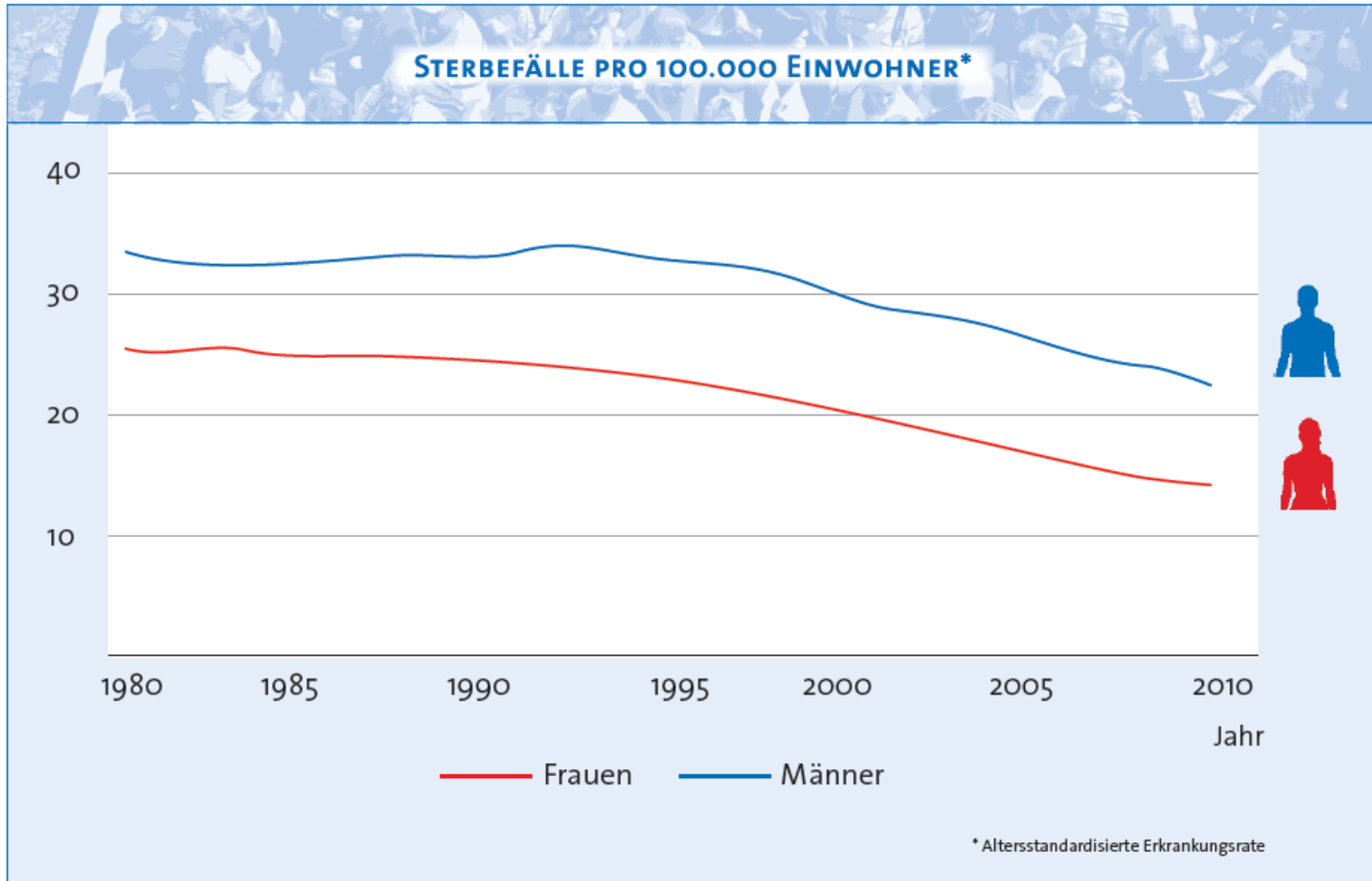
Hüppe D et al. Zeitschrift Gastro 2008

Effekt der Krebsvorsorge?



(Quelle: RKI/GEKID; Grafik: DKFZ)

Effekt der Krebsvorsorge



(Quelle: RKI/GEKID; Grafik: DKFZ)

Rate an rechtsseitigen Kolonkarzinomen, die
in einer Koloskopie (6-36 Monate zuvor) nicht
diagnostiziert wurden

4%

Rate an kolorektalen Karzinomen
innerhalb von 5 Jahren nach Koloskopie

0.5-3.5 / 1000 Patienten

Bressler B et al. Gastroenterology 2004
Pohl H et al. Cln Gastroenterol Hepatol 2010

Rate übersehener Polypen > 6 mm 10%

Pickhardt P. et al. Ann Intern Med. 2004;

Bei Routinekoloskopie nicht gesehen

Polypen alle Größen	20%
Polypen > 10 mm	2%
Polypen < 5 mm	25%

van Rijn JC et al. Am J Gastroenterol 2006

Risikofaktoren

Tumorlokalisierung in Ascendens oder Zökum

Inkomplette Koloskopie

Positiver Hämoccult vor Primäruntersuchung

Rückzug bei Koloskopie in < 6 Minuten

Robertson DJ et al. Gastroenterology 2005

Barclay R et al. Nejm Dec 2006

Brenner H et al. Gut 2011

Sauberer Darm

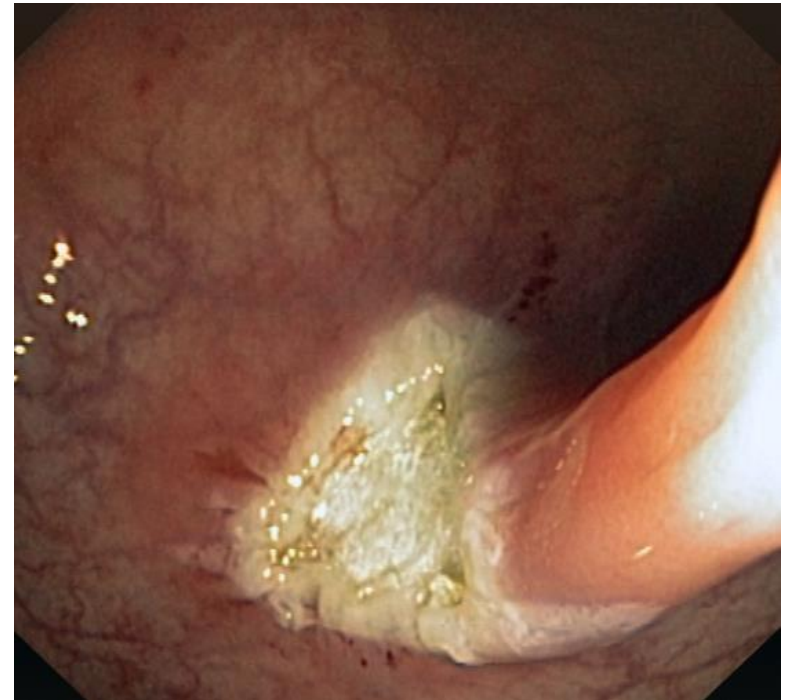
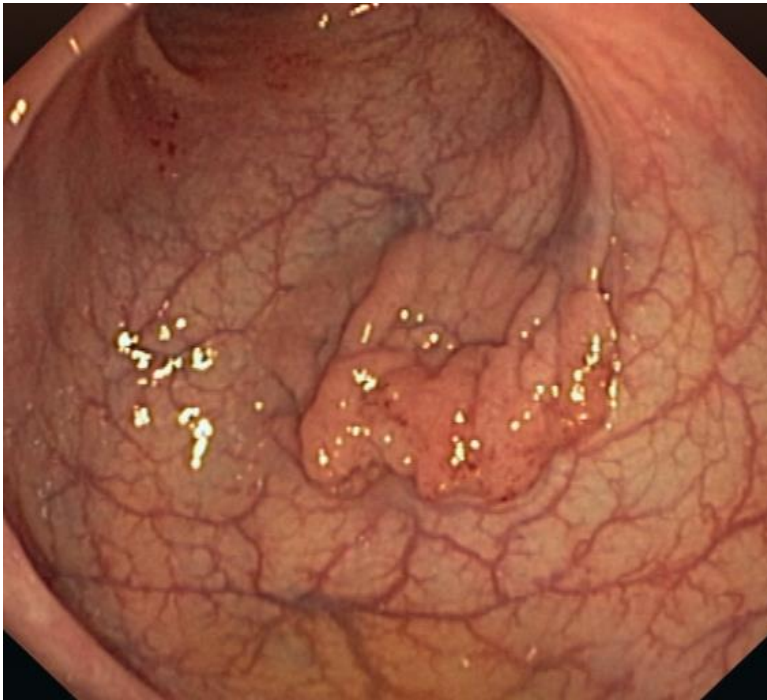
Einsicht in den Zökumpol

Rückzug in > 6 Minuten

Entfernung aller Polypen

Bilddokumentation





Malignes Potential von Kolonadenomen (n = 14 082)

Nach Größe	Häufigkeit	Karzinom
21 - 40 mm	8,3%	38,2%
11 - 20 mm	14,4%	8,4%
< 10 mm	69,9%	0,9%

Nach Histologie	Häufigkeit	Karzinom
villös	4,4%	46,2%
tubulovillös	23,2%	23,1%
tubulär	72,4%	3,1%

Hermanek P et al. Endoscopy 1983

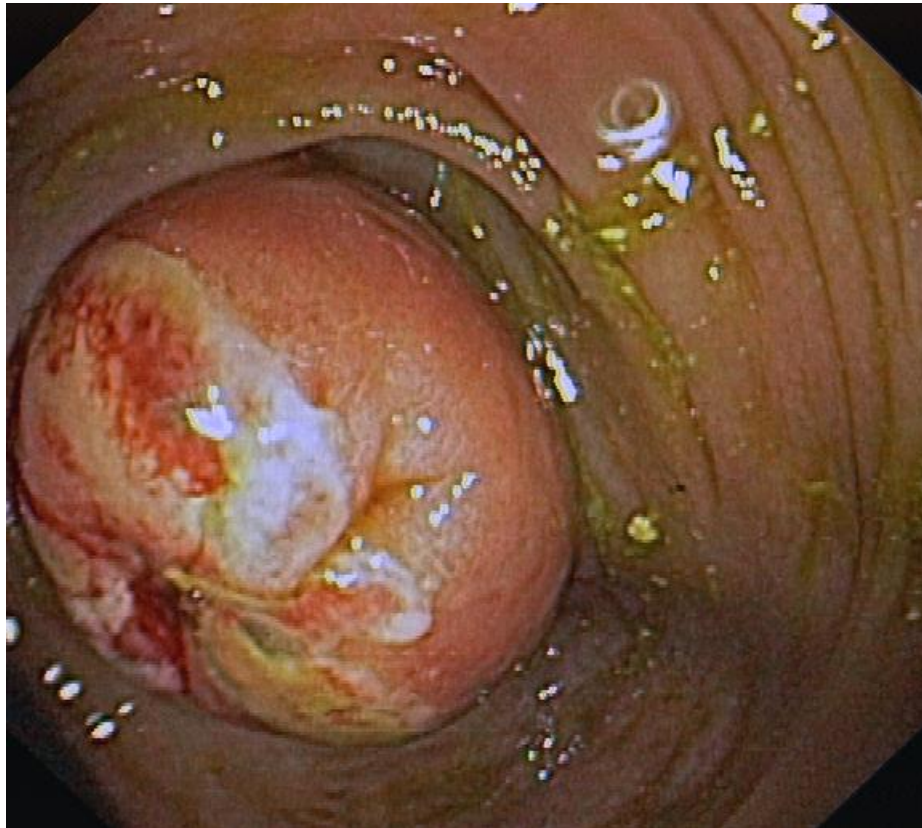
Voraussetzungen für definitive kurative endoskopische Abtragung eines malignen Polpen (ex post!):

Karzinomfreier Abtragungsrand
Gute Differenzierung (G1/G2)
Keine Lymphangio-Invasion

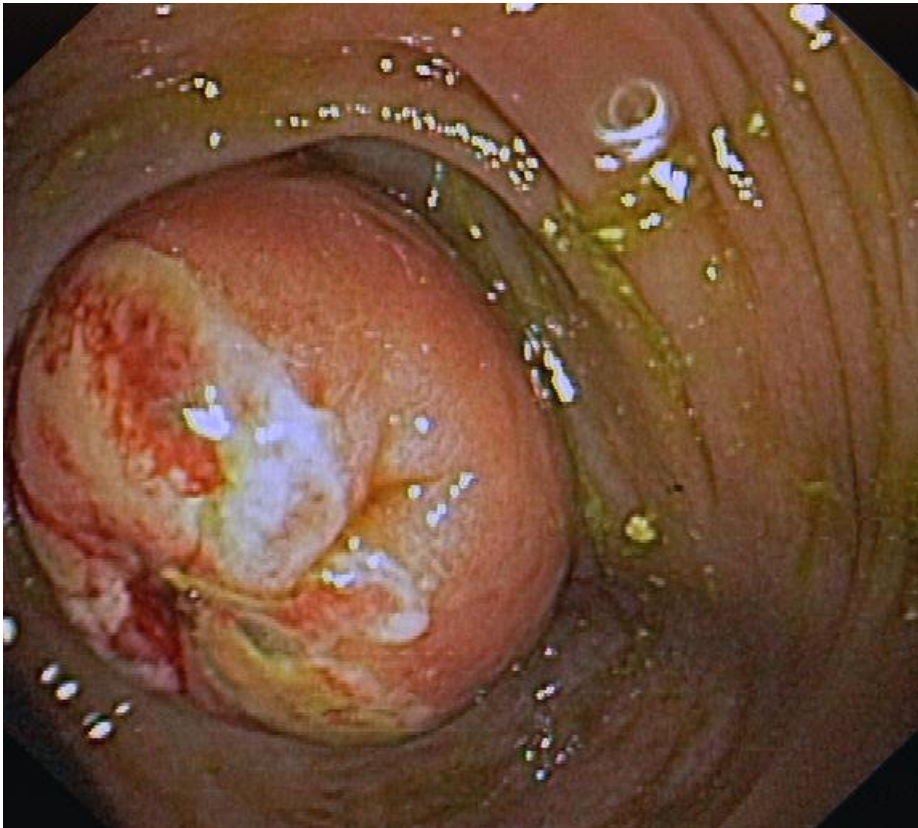
i.d.R. keine geplante Abtragung eines ex ante als maligne bekannten oder verdächtigen* Polypen

* suspekte Makroskopie, fehlendes „lifting sign“

Polypen?

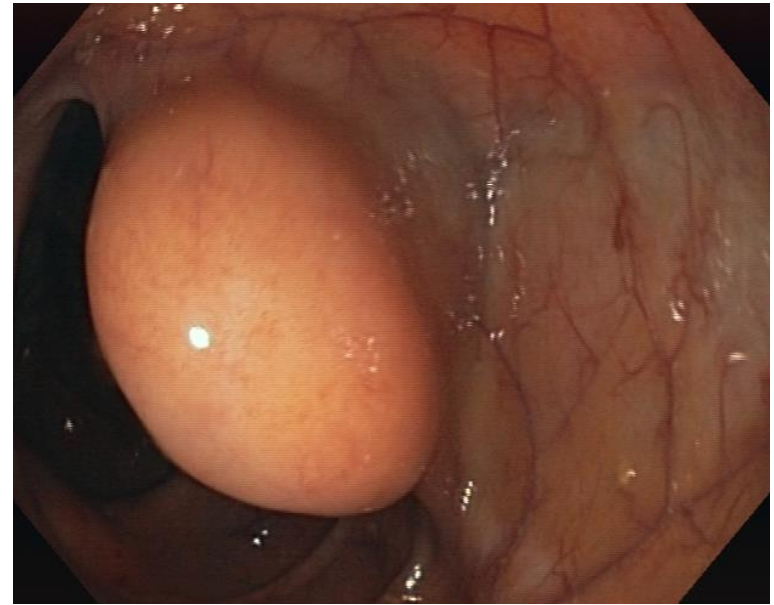
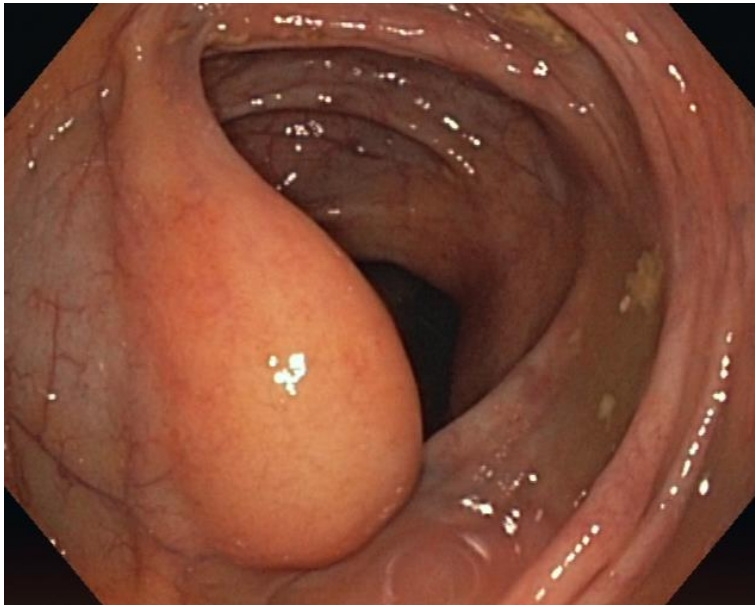


Polypen?

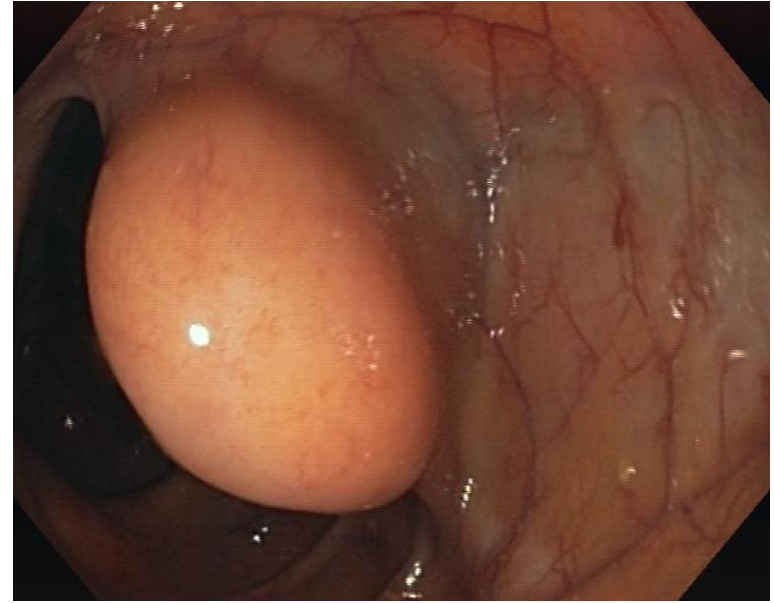
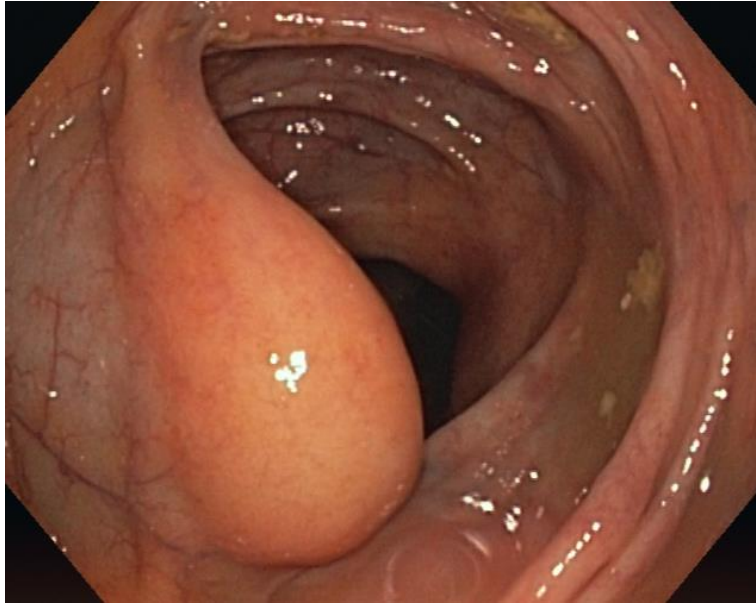


GIST

Polypen?



Polypen?



Lipome

Polypen?



Polypen?



Appendixstumpf



Invertiertes Divertikel

Polypen?



Appendixstumpf



Invertiertes Divertikel