

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

Waldmann E<sup>1,2</sup>, Maieron <sup>2,3</sup>, Trauner M<sup>1</sup>, Gschwantler M <sup>2,4</sup>, Ferlitsch M<sup>1,2</sup>

1. Abt. für Gastroenterologie und Hepatologie, Klinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien
2. Arbeitsgruppe Qualitätssicherung, Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie
3. Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum St. Pölten, Karl Landsteiner Universität, St. Pölten
4. IV. Medizinische Abteilung für Gastroenterologie Hepatologie und Endoskopie, Klinik Ottakring, Wien

## Präambel

Die folgenden Empfehlungen basieren auf der aktuellen Richtlinie der Europäischen Gesellschaft für Gastrointestinale Endoskopie (ESGE) <sup>1</sup>. Die Empfehlungen beziehen sich auf asymptotische 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  $\geq 6$ , Ottawa Scale  $\leq 7$ , 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 Polypose oder Lynch Syndrom) sowie Personen, bei denen ein Frühkarzinom abgetragen wurde.

## Zielpopulation

Die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie empfiehlt die Vorsorgekoloskopie für asymptotische 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<sup>2</sup>, 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<sup>3-6</sup>. Wird die Indexkoloskopie qualitativ hochwertig durchgeführt, hält der protektive Effekt bis zu 15 Jahre an<sup>7</sup>. 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.

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.

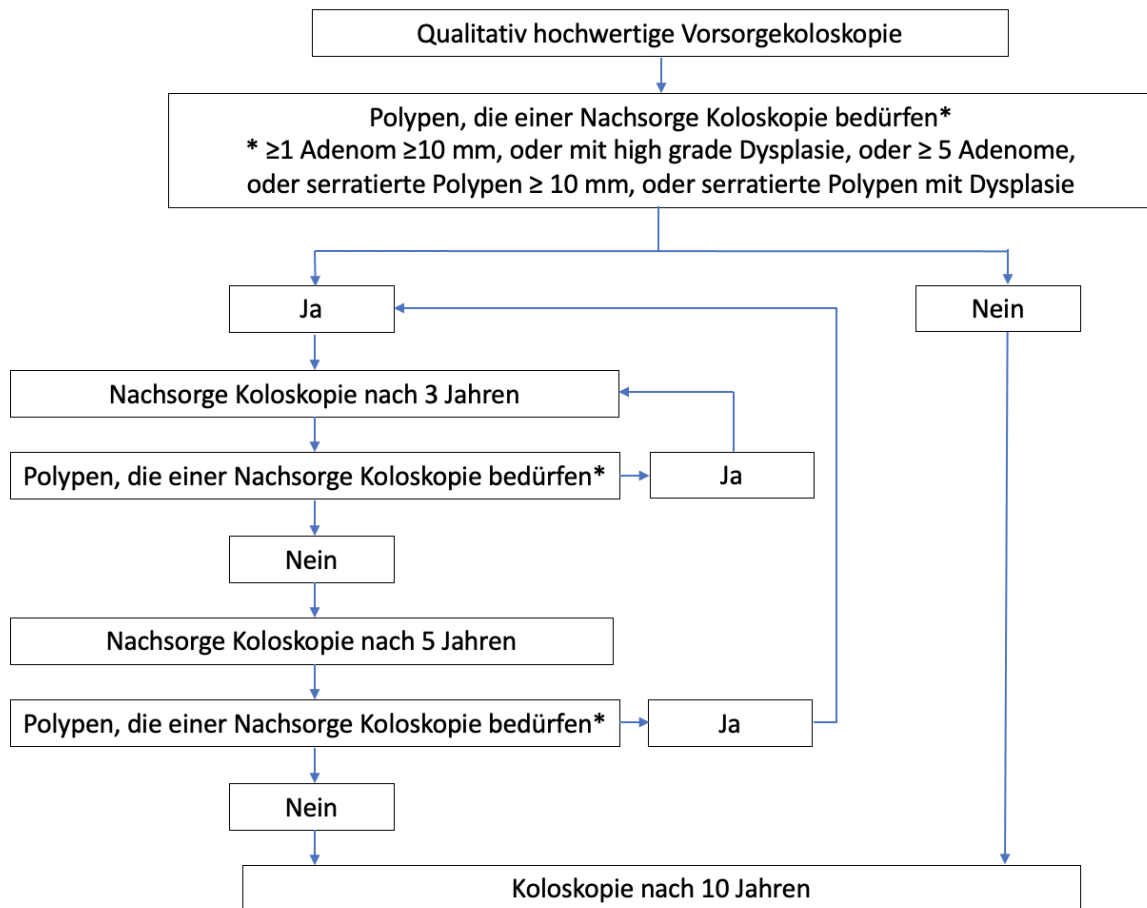
Personen, bei denen  $\geq 1$  Adenom  $\geq 10$  mm oder mit high grade Dysplasie, oder  $\geq 5$  Adenome, oder serratierte Polypen  $\geq 10$  mm oder mit Dysplasie abgetragen wurden, sollen einer Nachsorge Koloskopie nach 3 Jahren zugewiesen werden.

Die villöse Histologie wird in den neuen Guidelines aufgrund der derzeitigen Datenlage nicht mehr berücksichtigt<sup>8</sup>.

Die empfohlenen Nachsorgeintervalle sollen schriftlich festgehalten werden.

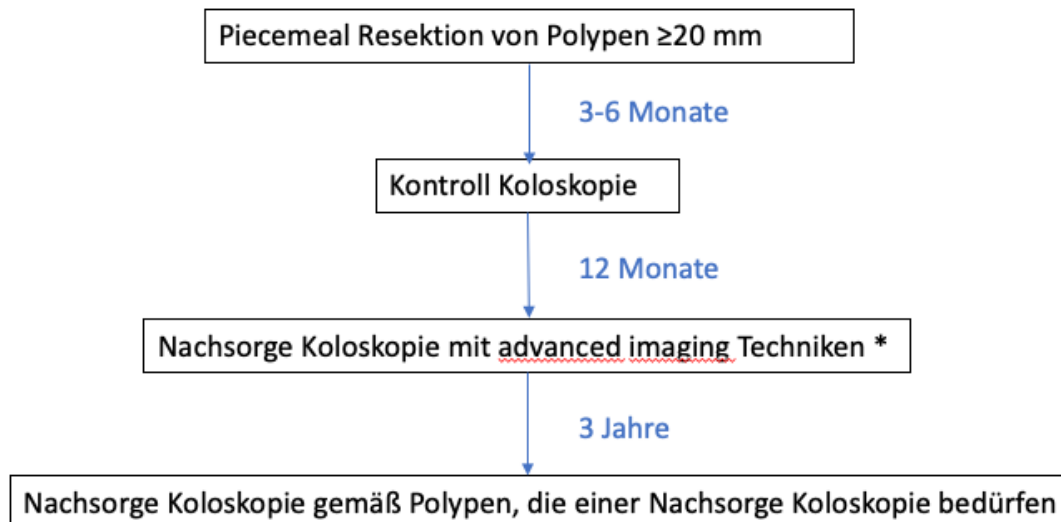
Post-Polypektomie Nachsorge sollte mit dem 80. Lebensjahr beendet werden, bzw. früher, wenn die Lebenserwartung aufgrund der Co-Morbiditäten limitiert ist.

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<sup>9</sup>.



Piecemeal Resektion von nicht-gestielten Polypen  $\geq 20$  mm:

Nach einer Piecemeal Resektion von nicht gestielten Polypen sollte die erste Nachsorgekoloskopie 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 3 Jahren erfolgen.



\*Auf eine routinemäßige Biopsie der Polypektomie Narben kann verzichtet werden, wenn ein Standard Protokoll mit virtueller Chromendoskopie von einem Endoskopiker mit ausreichender Expertise verfolgt wird.

#### Sonderfälle:

- Bei inadäquater Vorbereitungsqualität soll die Koloskopie innerhalb eines Jahres wiederholt werden.
- Patienten mit  $\geq 10$  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<sup>10</sup> 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 haben, daran zu versterben, wenn die Koloskopie von einem Endoskopiker mit einer ADR <25% durchgeführt wurde im Vergleich zu jenen, die von einem Endoskopiker mit einer ADR  $\geq$ 25% untersucht wurden<sup>11, 12</sup>. Diese Daten unterstützen zum einen die Forderung nach obligatorischer Erhebung der ADR; darüber hinaus scheint eine Berücksichtigung der ADR in den Nachsorgegerichtlinien zu einer weiteren Reduktion der Inzidenz und Mortalität des kolorektalen Karzinoms zu führen.

## Literatur

1. Hassan C, Antonelli G, Dumonceau JM, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. *Endoscopy* 2020;52:687-700.
2. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin* 2018;68:250-281.
3. Click B, Pinsky PF, Hickey T, et al. Association of Colonoscopy Adenoma Findings With Long-term Colorectal Cancer Incidence. *JAMA* 2018;319:2021-2031.
4. He X, Hang D, Wu K, et al. Long-term Risk of Colorectal Cancer After Removal of Conventional Adenomas and Serrated Polyps. *Gastroenterology* 2020;158:852-861 e4.
5. Holme O, Bretthauer M, Eide TJ, et al. Long-term risk of colorectal cancer in individuals with serrated polyps. *Gut* 2015;64:929-36.
6. Lee JK, Jensen CD, Levin TR, et al. Long-term Risk of Colorectal Cancer and Related Death After Adenoma Removal in a Large, Community-based Population. *Gastroenterology* 2020;158:884-894 e5.
7. Pilonis ND, Bugajski M, Wieszczy P, et al. Long-Term Colorectal Cancer Incidence and Mortality After a Single Negative Screening Colonoscopy. *Ann Intern Med* 2020;173:81-91.
8. Wieszczy P, Kaminski MF, Franczyk R, et al. Colorectal Cancer Incidence and Mortality After Removal of Adenomas During Screening Colonoscopies. *Gastroenterology* 2020;158:875-883 e5.

9. Waldmann E KA, Gessl I, Penz D, Majcher B, Hinterberger A, Trauner M, Ferlitsch M. . New risk stratification after colorectal polypectomy reduces burden of surveillance without increasing mortality. United European Gastroenterology Journal.
10. Corley DA, Jensen CD, Marks AR, et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. N Engl J Med 2014;370:1298-306.
11. Waldmann E, Penz D, Sinkovec H, et al. Interval cancer after colonoscopy in the Austrian National Screening Programme: influence of physician and patient factors. Gut 2020.
12. Waldmann EA, Kammerlander AA, Gessl I, et al. Association of Adenoma Detection Rate and Adenoma Characteristics with Colorectal Cancer Mortality after screening colonoscopy. Clin Gastroenterol Hepatol 2021.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. univ. Elisabeth Waldmann, PhD, und a.o. Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch  
Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie  
Univ. Klinik für Innere Medizin III  
Medizinische Universität Wien  
A-1090 Wien, Waehringer Gürtel 18-20  
E-Mail: [elisabeth.waldmann@meduniwien.ac.at](mailto:elisabeth.waldmann@meduniwien.ac.at), [monika.ferlitsch@meduniwien.ac.at](mailto:monika.ferlitsch@meduniwien.ac.at)