



**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Medizinische Fakultät Mannheim
Dissertations-Kurzfassung**

**Endoskopische Resektion flacher und sessiler Läsionen des
Kolonrektums Rezidivauftreten – synchrone Läsionen –
Nachsorgeverhalten Eine multiperspektivische Betrachtung**

Autor: Corinna Stefanie Hauf
Institut / Klinik: II. Medizinische Klinik
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. S. Belle

Das kolorektale Karzinom ist nach dem Mammakarzinom die zweithäufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen. Bei Männern stellt das kolorektale Karzinom die dritthäufigste Krebsneuerkrankung nach dem Prostata- und Lungenkarzinom dar. Vorstufen des kolorektalen Karzinoms sind Läsionen, die im Rahmen einer Koloskopie endoskopisch abgetragen werden können.

Ziel dieser Studie war es, Risikofaktoren für das Rezidivauftreten von flachen und sessilen Läsionen des Kolonrektums, die endoskopisch reseziert wurden, zu identifizieren. Ebenfalls sollten der Einfluss durch synchron auftretende Läsionen sowie das Nachsorgeverhalten der Patienten untersucht werden. Hierfür wurden im Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2008 alle endoskopischen Resektionen von kolorektalen Läsionen erfasst, die in der Zentralen Interdisziplinären Endoskopie der Universitätsmedizin Mannheim durchgeführt wurden und die Einschlusskriterien erfüllten. Diese umfassten eine Läsionsgröße von ≥ 10 mm und eine makroskopische Klassifikation der Läsionen als Yamada I oder II im Sinne sessiler oder flacher Läsionen sowie die endoskopische Resektion der Läsionen mittels endoskopischer Mukosaresektion oder endoskopischer Mukosadisektion. Es wurden prospektiv alle koloskopischen Nachsorgen erfasst, die bis zum 30. Juni 2013 durchgeführt wurden. 336 Patienten mit 424 kolorektalen Läsionen erfüllten die Einschlusskriterien. Für die initialen Resektionen sowie die etwaig stattgefundenen Nachsorgen wurden Daten zur studienrelevanten Läsion sowie zur Resektion erhoben. Daneben wurden auch die synchron auftretenden Läsionen miteinbezogen. Bei den Nachsorgen war die Frage nach einem Rezidivauftreten von zentraler Bedeutung.

Bei 197 Patienten mit 244 studienrelevanten Läsionen wurden Nachsorgeuntersuchungen zur Beurteilung des endoskopischen Resektionserfolges durchgeführt. Davon zeigten 50 Läsionen im Verlauf der erfassten Nachsorgen ein Rezidiv (Rezidivrate 20,5 %). Die Rezidive wurden in den meisten Fällen (78,0 %) bei der ersten Nachsorge detektiert. Zeitlich betrachtet fand sich das erste Rezidiv im Median nach 12 Monaten. Die endoskopische Resektion der Befunde zeigte sich als effektive Methode für die initiale Resektion flacher oder sessiler Läsionen, auch wenn es sich dabei um Frühkarzinome (*Low-risk* pT1a) handelte, sowie zur Therapie von Rezidiven. Bezogen auf alle 244 Befunde des Nachsorgekollektivs war nur bei 5,3 % der Fälle ($n = 13$) ein Therapiewechsel auf Grund eines Rezidivs notwendig.

Dieses Nachsorgekollektiv wurde herangezogen, um die Risikofaktoren für die Rezidiventstehung zu untersuchen. Als Risikofaktoren für die Rezidiventstehung zeigten sich in der univariaten Analyse sowohl die Größe der Läsionen, die Resektionstechnik sowie der Einsatz von Argon-Plasma-Koagulation als statistisch signifikant. Das logistische Regressionsmodell zeigte einen statistisch signifikanten Einfluss der Läsionsgröße. Die Resektionstechnik blieb knapp oberhalb des Signifikanzniveaus. Größe und Resektionstechnik stehen in einem engen Zusammenhang. Je größer die Läsion ist, desto schwieriger ist es technisch, sie *en bloc* zu resezieren.

Bei der Betrachtung der nebenbefundlich auftretenden Läsionen konnte sowohl in der initialen Koloskopie als auch in der ersten Nachsorge kein Zusammenhang zwischen der Anzahl synchroner bzw. metachroner Läsionen und der Histologie der studienrelevanten Läsionen gefunden werden. Ebenso konnte kein gehäuftes Auftreten von Läsionen mit hochgradiger intraepithelialer Neoplasie nachgewiesen werden. Die Lokalisation der synchronen Läsionen stand in keinem Zusammenhang mit dem Rezidivauftreten bei den studienrelevanten Läsionen.

Zur Analyse der Nachsorgecompliance wurden die 197 Patienten des Nachsorgekollektivs mit 87 Patienten verglichen, die dazu potenziell die Möglichkeit gehabt hätten. Es zeigte sich, dass Frauen signifikant häufiger eine Nachsorge durchführen lassen. Die Nachsorgecompliance war im Alter

zwischen 60 und 79 Jahren am höchsten. Patienten mit Läsionen < 20 mm kamen seltener zur Nachsorge. Mit zunehmender Schwere der Histologie nahm die Nachsorgecompliance signifikant zu. Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass die endoskopische Resektion von flachen oder sessilen Läsionen eine gute und minimalinvasive Therapiemethode darstellt. Dies gilt auch, wenn es sich dabei um Frühkarzinome (*Low-risk* pT1a) handelt. Rezidive sollten nicht als Therapieversagen gewertet werden. Sie sind in den überwiegenden Fällen mit einer erneuten endoskopischen Resektion behandelbar. Die Läsionsgröße erwies sich als entscheidender Einflussfaktor für die Rezidiventstehung. Sie steht im engen Zusammenhang mit der Resektionstechnik. Dies sollte besonders bei der Nachsorgeempfehlung berücksichtigt werden. Um die Nachsorgecompliance zu erhöhen, sollten besonders Männer, jüngere Patienten und Patienten mit kleineren Befunden für die Wichtigkeit der Nachsorge sensibilisiert werden.