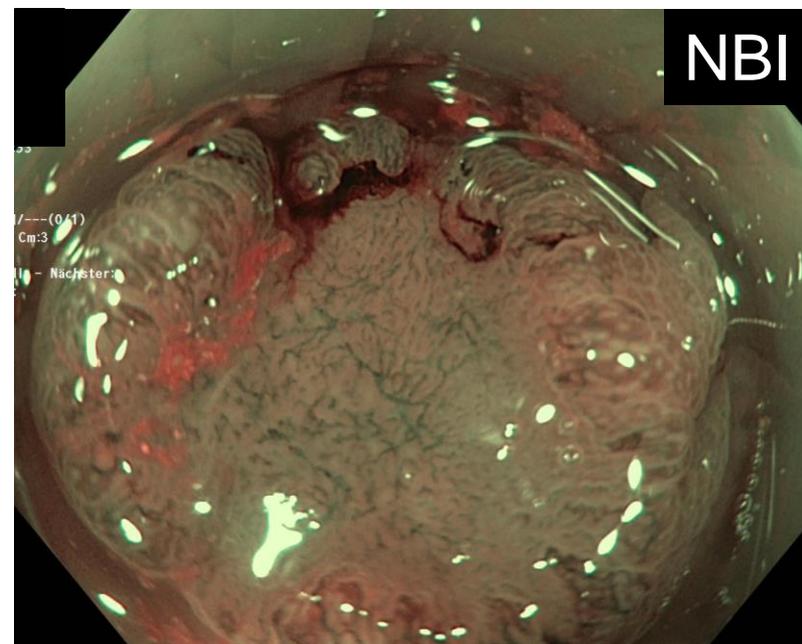


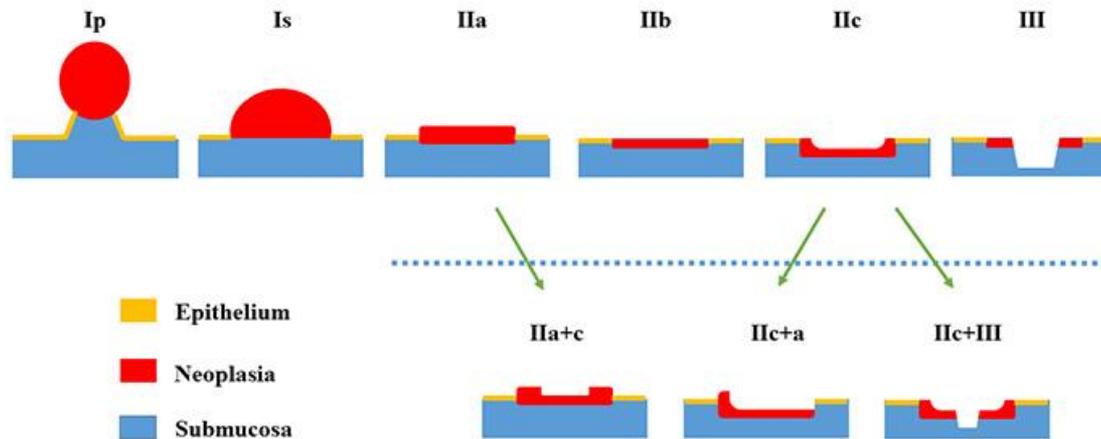
Bei dem 79-jährigen Patient erfolgte vor 9 Jahren eine Sigmaresektion bei einem Sigmakarzinom pT2 pN0. In der externen Nachsorgekoloskopie wurde bei 43cm ab ano ein 10mm großes tubuläres Adenom histologisch gesichert, welches sich beim Unterspritzen nicht abhob (*non-lifting sign*). Der Patient wurde uns zur Mitbeurteilung zugewiesen.



Wie wird die Läsion beschrieben und klassifiziert? Ist das Adenom malignomsuspekt? Muss eine erneute Biopsie erfolgen? Ist eine endoskopische Therapie möglich? Wie würdet Ihr weiter vorgehen?



Jeder größere Polyp sollte nach der Paris-Klassifikation charakterisiert werden; im vorliegenden Fall als 0-IIa-c. Dies beschreibt eine leicht erhabene Läsion mit zentraler Einsenkung.



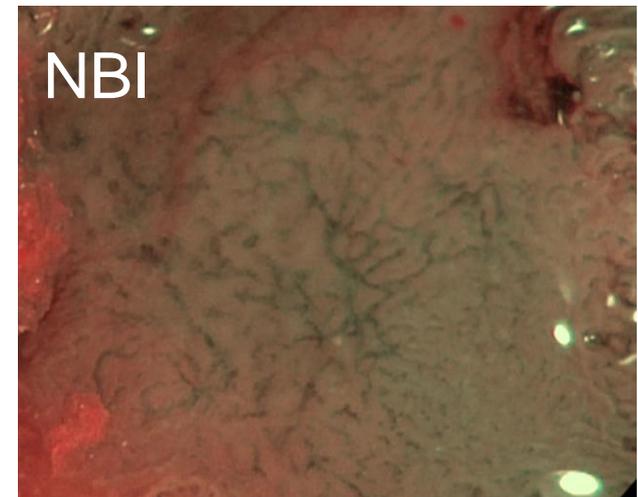
endoscopy-campus.com

Die Kategorie IIa-c ist ein Risikofaktor für eine Submukosa-Infiltration. Im Gegensatz hierzu infiltriert ein flach erhabener Prozess (IIa) nur zu 1.4% die Submukosa. Dies passt zum non-lifting sign der Läsion beim Unterspritzen mit NaCl und lässt vermuten, dass bereits ein Frühkarzinom mit Submukosainfiltration vorliegt und eine endoskopische Abtragung der Läsion nicht mehr möglich ist.



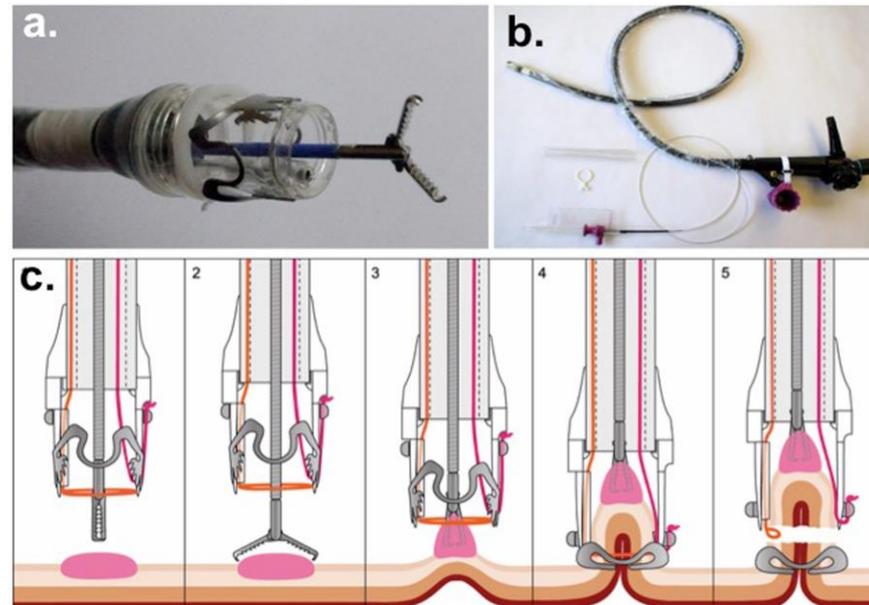
Mittels NBI und Zoom-Endoskopie kann die Dignität vorausgesagt werden. Dies erübrigt eine weitere Biopsie des wahrscheinlich ohnehin im Zentrum eher harten Gewebes. Das Gefäßmuster am Boden der Einziehung ist sehr irregulär, normale Grübchen der Kolonschleimhaut fehlen. Dies entspricht dem JNET-Typ 3, der mit einer fast 100%igen Wahrscheinlichkeit für ein Karzinom mit Infiltration der tieferen Submukosa (T1b) spricht. Eine EMR oder ESD kommt also nicht mehr in Frage.

	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3
Vessel pattern	· Invisible ^{*1}	· Regular caliber · Regular distribution (meshed/spiral pattern) ^{*2}	· Variable caliber · Irregular distribution	· Loose vessel areas · Interruption of thick vessels
Surface pattern	· Regular dark or white spots · Similar to surrounding normal mucosa	· Regular (tubular/branched/papillary)	· Irregular or obscure	· Amorphous areas
Most likely histology	Hyperplastic polyp/ Sessile serrated polyp	Low grade intramucosal neoplasia	High grade intramucosal neoplasia/Shallow submucosal invasive cancer ^{*3}	Deep submucosal invasive cancer
Endoscopic image				

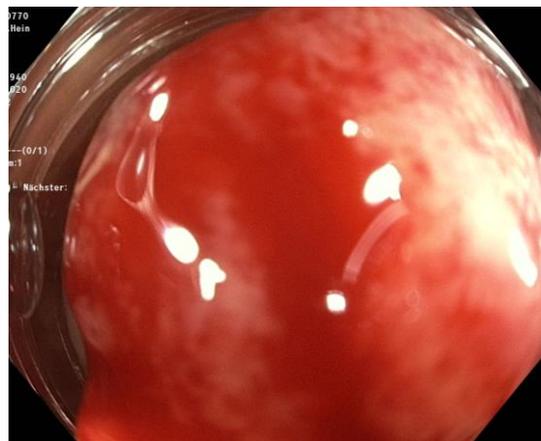


JNET 3

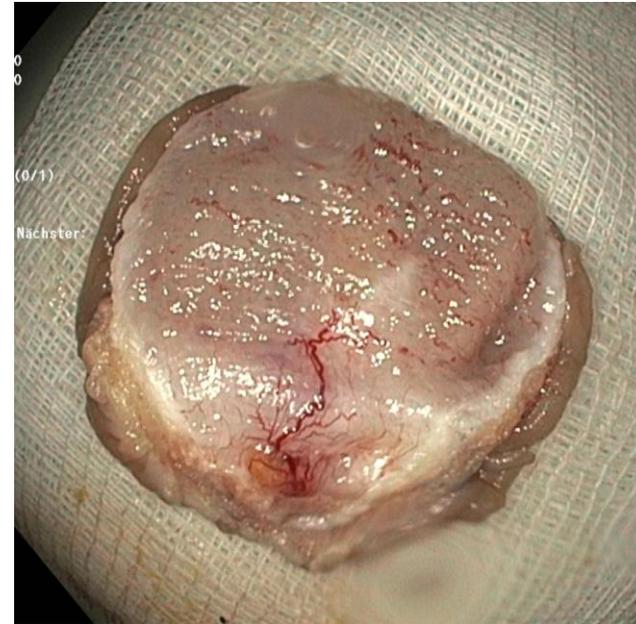
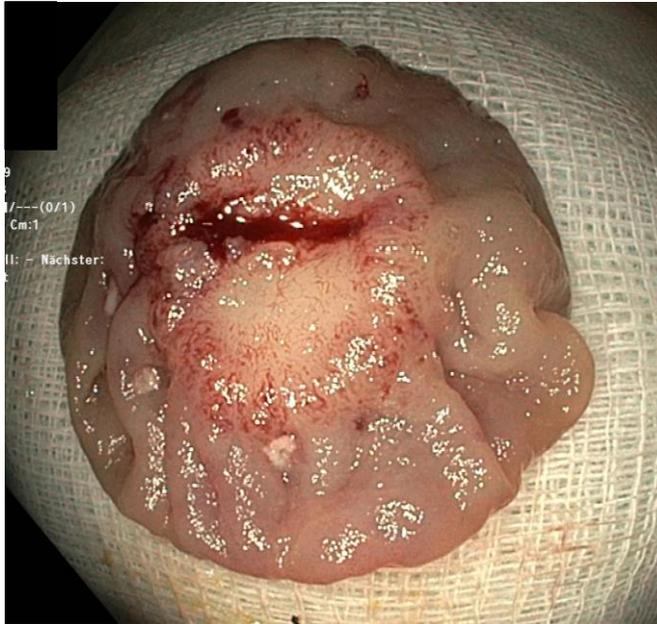
Als Alternative zur Operation bietet sich insbesondere bei dem betagten Patienten mit Komorbiditäten eine endoskopische Vollwandresektion an (endoscopic full thickness resection, eFTR)



Das System wird auf ein Koloskop montiert, was die Spitze wesentlich unbeweglicher macht. Die Läsion wird vorab markiert, dann mit der Zange gegriffen und vorsichtig in die Kappe gezogen. Nach Abschießen des OTSC wird die komplette Läsion samt Darmwand mit der integrierten Schlinge durchgebrannt und geborgen.



Bei dem Patient erfolgte die eFTR mit Gewinnung eines Vollwandresektats...



pT1b sm3 (3000 μ m), pNX, L0, V0, Pn0. Grading: low-grade. R0
Geringes Tumorzellbudding

Die frühinvasiven Formen (sm1=Submukosainvasion <1000 μ m) haben mit 0-6% ein geringes N+ Risiko. Bei sm3-Karzinomen hingegen beträgt das Lymphknotenmetastasierungsrisiko etwa 20%.

Muss also doch eine OP zur Lymphadenektomie im Anschluss an die eFTR erfolgen?



Bei Tumoren mit gut- bis moderater Differenzierung (G1/2) ohne Lymph- (L0) oder Gefäß-Invasion (V0) und einem geringen Tumorzellbudding zeigt eine Studie selbst bei einer Submukosinvasion von bis zu 4000µm ein Lymphknotenrisiko von nur ca. 1.5%.

Depth of SM invasion	No. cases	Incidence of LN metastasis (%)	95% CI	Limited cases [†] of LN metastasis (%)	95% CI
< 1000 µm	157	2 (1.27)	0.15–4.53	0 (0)	0–2.59
< 1500 µm	219	4 (1.83)	0.50–4.61	0 (0)	0–1.99
< 1800 µm	246	7 (2.85)	1.15–5.77	0 (0)	0–1.88
< 2000 µm	265	10 (3.77)	1.82–6.83	2 (1.22)	0.15–4.34
< 3000 µm	342	19 (5.56)	3.38–8.54	3 (1.56)	0.53–5.00
< 4000 µm	392	27 (6.63)	4.38–9.57	3 (1.41)	0.29–4.06
< 5000 µm	431	34 (7.66)	5.50–10.56	3 (1.33)	0.27–3.83
Total	499	41 (8.22)	6.11–10.96	3 (1.20)	0.25–3.48

[†]Limited submucosal invasive carcinomas that were well-/moderately differentiated/papillary, with no vascular invasion and only grade 1 tumor budding.

Deshalb empfohlen wir im Tumorboard in Anbetracht des Patientenalters und der Zurückhaltung des Patienten einer OP gegenüber eine Verlaufskontrolle mittels Re-Koloskopie nach 6 Monaten und 3 Jahren sowie ein jährliches Sono der Leber.

Ein Jahr nach der eFTR waren die Nachsorgeuntersuchungen unauffällig.