

Kontroll-Intervalle gastroenterologischer Endoskopien

Dr. med. Markus Dreck, Dr. med. Ulrich Tappe, Prof. Dr. med. Leopold Ludwig, Dr. med. Petra Jessen,

Vorstand des Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen (bng) e.V.

Zur Versorgung der Patienten mit gastroenterologischen Krankheitsbildern zählt unter anderem die Durchführung von endoskopischen Untersuchungen. Dabei wird die gastrointestinale Endoskopie eingesetzt zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheitsbildern.

Nicht selten existieren Leitlinien, die basierend auf nationalen Leitlinien unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Entscheidungsfindung für Ärzte und Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beitragen können, und dies sowohl im ambulanten wie auch stationären Sektor. Dabei stellen die Leitlinien keine Richtlinie dar, sondern Empfehlungen, die unter Würdigung der Gesamtsituation des Patienten und mit diesem gemeinsam für die individuelle Situation für das Festlegen einer angemessene Vorgehensweise genutzt werden können.

So geben sie insbesondere eine Hilfestellung, wenn es darum geht, Kontrollintervalle für endoskopische Diagnostik zu definieren.

Die Autoren haben auf der Grundlage solcher Empfehlungen eine tabellarische Zusammenfassung zur Durchführung von Erst- wie Kontroll-Endoskopien (hier: Gastroskopie (ÖGD) und Koloskopie) erstellt, um dem Fachpublikum - Gastroenterologen wie Nicht-Gastroenterologen - in der alltäglichen Versorgung eine rationale ressourcenschonende evidenzbasierte und leitliniengestützte Handreichung zu liefern.

Diese soll ebenfalls dazu dienen, die Ressource „Endoskopie“ sinnvoll und angemessen zu nutzen.

	ÖGD	1. Kontroll-ÖGD	2. und folgende ÖGD
Vorsorge	In Deutschland ist eine Vorsorge- bzw. Früherkennungs-ÖGD NICHT etabliert	In Deutschland ist eine Vorsorge- bzw. Früherkennungs-ÖGD NICHT etabliert	In Deutschland ist eine Vorsorge- bzw. Früherkennungs-ÖGD NICHT etabliert
Refluxerkrankung	<ul style="list-style-type: none"> - aus medizinischen Gründen kann frühzeitig und primär, d. h. an Stelle einer empirischen Therapie, endoskopische Abklärung erfolgen. - bei Alarmsymptomen und steigendem PPI-Bedarf - bei langjähriger PPI-Therapie „Index“-ÖGD 	keine Indikation	keine Indikation
gastrale Metaplasie im Ösophagus		nach 1 Jahr	keine Indikation
Zylinderzellmetaplasie n < 1 cm	KEINE Überwachung nötig		

Barrett-Metaplasie ohne intraepitheliale Neoplasie	KEINE Indikation zur endoskopischen Therapie	- nach einem Jahr	alle 3-5 Jahre (Risiko-Faktoren sind Barrett-Länge, das männl. Geschlecht und Rauchen)
Barrett-Metaplasie mit niedriggradiger intraepithelialer Neoplasie	- im Fall einer sichtbaren Läsion Indikation zur endoskopischen Resektion	- nach 2-3 Monaten, sofern in Quadranten-Biopsien detektiert; dann Radiofrequenzablation ODER ÖGD-Kontrolle nach 6 und 12 Monaten, dann jährlich	
Barrett-Metaplasie mit hochgradiger intraepithelialer Neoplasie / intramukosales Karzinom	- Endoskopische Resektion nach staging	nach 3 Monaten	nach 6 und 12 Monaten, dann jährlich
Helicobacter pylori-assozierte Gastritis	Keine Indikation (Kontrolle des H.p.-AG im Stuhl nach 6-8 Wochen nach 2wöchiger PPI-Pause)	keine Indikation	keine Indikation
Reizmagensyndrom, nicht-ulceröse Dyspepsie	einmalig zum Ausschluss anderer Diff.-Diagnosen	keine Indikation	keine Indikation
chronische atrophische Gastritis		vor allem bei ausgeprägter intestinaler Metaplasie und fam. Magenkrebsbelastung alle 1-3 Jahre	vor allem bei ausgeprägter intestinaler Metaplasie und fam. Magenkrebsbelastung alle 1-3 Jahre
Ulcus duodeni		keine Indikation	keine Indikation
Ulcus ventriculi		zur Dokumentation der Abheilung (und zum Malignomausschluss) nach Ablauf von 4-8 Wochen	
Zöliakie		nach 6-12 Monaten, TTG-AK-Aktivitäten nach 3-6 Monaten	
Nach Gastrektomie bei Magen-Karzinom		keine Indikation	keine Indikation

Tabelle 1: Kontroll-Intervalle Gastroskopie

Zur Vorsorge-Koloskopie:

Eine Darmkrebs-Vorsorge/-Früherkennung soll Personen mit durchschnittlichem Risiko ab dem Alter von 50 Jahren empfohlen werden. Eine obere Altersbegrenzung für die Darmkrebs-Vorsorge/-Früherkennung kann bei steigender Lebenserwartung nicht gegeben werden.

Verwandte ersten Grades von Patienten mit einem kolorektalen Karzinom (KRK) haben auch ohne Hinweise auf eine monogene KRK-Prädisposition ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko, ebenfalls an einem KRK zu erkranken.

Verwandte ersten Grades von Patienten, bei denen ein kolorektales Adenom vor dem 50. Lebensjahr nachgewiesen wurde, haben ein erhöhtes Risiko, an einem KRK zu erkranken.

Wirksame Verfahren für die Darmkrebs-Vorsorge/-Früherkennung sind:

- Koloskopie alle 10 Jahre oder
- Sigmoidoskopie alle 5 Jahre oder
- immunologischer Test auf okkultes Blut im Stuhl (iFOBT) alle 1 – 2 Jahre.

Die komplette Koloskopie besitzt die höchste Sensitivität und Spezifität für das Auffinden eines KRK und von kolorektalen Polypen.

Bei positivem iFOBT soll eine endoskopische Untersuchung des gesamten Dickdarmes empfohlen werden.

Nach unauffälliger Koloskopie zur Vorsorge/Früherkennung soll asymptomatischen Personen mit durchschnittlichem Risiko in den folgenden 10 Jahren kein iFOBT und auch kein anderes Verfahren zur Darmkrebs-Vorsorge/Früherkennung empfohlen werden.

Der Zeitpunkt der Kontrollkoloskopie nach kompletter Abtragung konventioneller Adenome soll von Anzahl, Größe und Histologie der entfernten Adenome abhängig gemacht werden.

	Index-Koloskopie	1. Kontroll-Koloskopie	2. und folgende Kontroll-Koloskopie
Vorsorge-Koloskopie für Frauen und Männer ohne erhöhtes Risiko	ab 50. Lbj	nach 10 Jahren, wenn Index-Koloskopie ohne Adenomnachweis	nicht vorgesehen
Verwandten ersten Grades von Patienten, bei denen kolorektale Adenome vor dem 50. Lebensjahr nachgewiesen wurden	10 Jahre vor dem Auftreten der Adenome bei der Index-Person, spätestens im Alter von 40 Jahren.		
Verwandten ersten Grades von Patienten mit KRK	10 Jahre vor dem Auftreten des Karzinoms beim Index-Patienten, spätestens im Alter von 40 Jahren.	nach 10 Jahren bei unauffälliger Index-Koloskopie, sonst je nach Polypbefund	alle 10 Jahre bei unauffälligen Koloskopien, sonst je nach Polypbefund
hyperplastische Polypen < 10 mm		KEINE Kontroll-Koloskopie-Indikation	

low-risk-Adenome		<ul style="list-style-type: none"> - 1 oder 2 Adenome: 7 - 10 Jahre: - 3-4 Adenome: 3-5 Jahre - ≥ 5 Adenome: < 3 Jahre 	je nach 1. Kontroll-Koloskopie und folgender
serratierte Polypen		<ul style="list-style-type: none"> - 5 – 10 Jahre bei 1-2 SSL < 10 mm ohne Dysplasie, - 3 Jahre bei ≥ 3 SSL, bei SSL ≥ 10 mm, nach Entfernung von TSAs, nach Entfernung größerer hyperplastischer Polypen ≥ 10 mm sowie bei Dysplasienachweis) 	je nach Polypbefund in 1. Kontroll-Koloskopie und folgender
high-risk-Adenome (≥ 10 mm, villöse Histologie, hochgradige intraepitheliale Neoplasie) und histologisch bestätigte vollständige Abtragung		3 Jahre	je nach Polypbefund in 1. Kontroll-Koloskopie und folgender
R0-Resektion von low-risk-pT1-Karzinom		6 Monate	3 Jahre
KRK UICC I-III		<ul style="list-style-type: none"> - nach 6 Monaten, sofern keine vollständige Koloskopie prä-operativ erfolgt ist - nach 12 Monaten 	nach 60 Monaten
makroskopisch vollständige, histologisch aber nicht bestätigte Abtragung von Adenomen von 4 – 20 mm		12 Monate	je nach Polypbefund in 1. Kontroll-Koloskopie und folgender
Nach Abtragung großer Adenome (> 20 mm) in Piecemeal-Technik		6 Monate	je nach Polypbefund in 1. Kontroll-Koloskopie und folgender

Tabelle 2: Kontroll-Intervalle Koloskopie

Ergänzungen für Gastroenterologen

	Index-Koloskopie	1. Kontroll-Koloskopie	2. und folgende Kontroll-Koloskopie
Serratiertes Polyposis-Syndrom (SPS)	Bei erstgradig Verwandten von Patienten mit einem serratierten Polyposis-Syndrom sollten die Vorsorgekoloskopien ab dem 40. Lebensjahr bzw. 10 Jahre vor dem Alter der Diagnose bei dem Betroffenen angeboten werden.	<ul style="list-style-type: none"> - bei sessil serratierte Läsion mit ≥ 10 mm im Durchmesser und/oder Dysplasie oder fortgeschrittenes Adenom) oder ≥ 5 nicht fortgeschrittene Polypen (Adenome oder SSLs ≥ 5 mm) nach 12 Monaten - Bei Patienten ohne Nachweis eines fortgeschrittenen Polypen oder < 5 nicht fortgeschrittenen Polypen nach 24 Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> - bei sessil serratierte Läsion mit ≥ 10 mm im Durchmesser und/oder Dysplasie oder fortgeschrittenes Adenom) oder ≥ 5 nicht fortgeschrittene Polypen (Adenome oder SSLs ≥ 5 mm) alle 12 Monate - bei Patienten ohne Nachweis eines fortgeschrittenen Polypen oder < 5 nicht fortgeschrittenen Polypen alle 24 Monaten
Hamartomatöse Polyposis-Syndrome		Hamartomatöse Polyposis-Formen (Peutz-Jeghers-Syndrom, juvenile Polyposis, PTEN-Hamartom-Tumorsyndrom) gehen mit einem erweiterten Tumorspektrum und oft sehr variablen Krankheitsverläufen einher: individuelle Betreuung an spezialisierten Zentren empfohlen	
Lynch-Syndrom	Bei MLH1/MSH2 zwischen dem 20. – 25. Lebensjahr,	alle 12-24 Monate	alle 12-24 Monate
Lynch-Syndrom	bei MSH6/PMS2 zwischen dem 30. – 35. Lebensjahr	alle 12-24 Monate	alle 12-24 Monate
asymptomatische FAP	bei asymptomatischen Trägern einer pathogenen APC-Keimbahn-Mutation ab dem 12. – 14. Lebensjahr	<ul style="list-style-type: none"> - bei 0-20 Polypen < 5 mm nach 24 Monaten - bei 20-200 < 1 cm nach 12 Monaten - bei > 200 Polypen und jeder Größe OP-Indikation erwägen 	je nach Ausprägung und Therapie, siehe LL KRK 2025
symptomatische FAP	bei symptomatischen Patienten mit einer pathogenen Keimbahn-Mutation im APC-Gen oder bei Patienten mit erstgradig Verwandten mit einer FAP ab klinischer Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> - bei 0-20 Polypen < 5 mm nach 24 Monaten - bei 20-200 < 1 cm nach 12 Monaten - bei > 200 Polypen und jeder Größe OP-Indikation erwägen 	je nach Ausprägung und Therapie, siehe LL KRK 2025

attenuierte FAP	ab dem 18. – 20. Lebensjahr		
MUTYH-assoziierte Polyposis (MAP)	ab dem 18. Lebensjahr	12 Monate	jährlich

Tabelle 3: Kontroll-Intervalle bei (hereditären) Polyposis-Syndromen

Gruppen mit erhöhtem Risiko für das Entstehen eines KRK:

- Gesicherte Anlageträger für eine monogen erbliche Tumorprädisposition mit erhöhtem Risiko für KRK (Lynch-Syndrom; gastrointestinale/kolorektale Polyposis)
- Verdacht auf eine monogen erbliche Tumorprädisposition oder mit klinisch gesicherter Polyposis, jedoch ohne Nachweis einer ursächlichen Keimbahn-Variante
- Patienten mit KRK unter 50 J.
- Patienten mit zwei LS-Tumoren: Kolon/Rektum, Endometrium, Magen, Ovarien, Pankreas, Urothel, Gallengang und Gehirn (meist Glioblastom) sowie Talgdrüsen-Neoplasien (Adenome, Epitheliome, Karzinome) und Keratoakanthome
- KRK-Patienten mit einem erstgradig Verwandten mit LS-Tumor* unter 50 J.
- KRK-Patienten mit zwei erst- oder zweitgradig Verwandten mit LS-Tumoren unabhängig vom Erkrankungsalter
- Patienten mit (Verdacht auf) adenomatöse Polyposis
- Patienten mit (Verdacht auf) hamartomatöse Polyposis (juvenile Polyposis, Peutz-Jeghers-Syndrom)
- Patienten mit (Verdacht auf) serratiertes Polyposis-Syndrom
- Personen mit einer positiven Familien-Anamnese hinsichtlich Polypen/ KRK ohne klinischen Verdacht auf eine monogen erbliche Tumorprädisposition
- Erstgradig Verwandte von KRK-Patienten
- Erstgradig Verwandte** von Patienten mit einzelnen Adenomen unter 40 Jahren
- Patienten mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung

Literatur:

<https://www.dgvs.de/leitlinien/>