SERRATIERTE ADENOME

Bis zu Beginn der neunziger Jahre stand die **Morphologie der tubulären** bzw. **tubulo-villösen Adenome (TA bzw. TVA)** mit ihren unterschiedlichen Zelldysplasien und der Möglichkeit einer malignen Entartung ganz im Vordergrund der Untersuchungen.

Hyperplastische Polypen (HPP) im Dickdarm wurden als harmlose Erscheinungen angesehen. Die sporadische Beschreibung invasiver Karzinome, die nur scheinbar aus hyperplastischen Polypen entstanden, führte dann aber zur Abgrenzung einer neuen Tumorentität, die als **serratierte Adenome (SA)** seit etwa 1996 genauer untersucht und klassifiziert wurden:

Morphologisch ähneln die SA den hyperplastischen Polypen.

Makroskopisch und *mikroskopisch* unterscheidet man zwei Grundtypen.

1. Das traditionelle serratierte Adenom (TSA) wächst gestielt oder tailliert und besteht aus gestreckten oberflächennahe ausgeweiteten Tubuli, die der Oberfläche ein sägeblattartiges Aussehen verleihen. Der Eindruck wird verstärkt durch knospige Auftreibung des Epithels im Inneren der Tubuli. Die Drüsenschläuche verengen sich zur Basis hin und sitzen der Basis senkrecht auf.
2. Das sessile serratierte Adenom (SSA) sitzt der Unterlage breitbasig auf. Die Drüsenschläuche sind oberflächennahe ebenfalls sägeblattartig angelegt. In der Tiefe des Adenoms kommen aber unregelmäßige Verlaufsformen der Drüsen vor, die zur Unterlage L-förmig oder T-förmig abknicken. Auch Pseudoinvasionen werden beobachtet.

Die Epithelien in beiden Typen serratierter Adenome sind eosinophil, mitunter treten Becherzellen auf. Die Kerne sind einreihig oval, nur wenige Mitosen.

Immunhistochemisch ist die proliferative Aktivität (Ki67) nicht erhöht. Wesentlich ist aber, dass in serratierten Adenomen eine gegenüber HPP signifikant erhöhte Mikrosatelliten Instabilität (MSI) nachweisbar ist (SA 41% low level MSI, 12% high level MSI) zum Vergleich (HPP 29% low level MSI, aber 0% high level MSI).

Der Übergang der SA in ein invasives Karzinom erfolgt über das Auftreten von Mischtypen (SSA mit TSA und SSA mit tubulären oder tubulo-villösen Adenomen). Die Zeitdauer für die Entstehung eines invasiven Karzinoms (mit MSI) kann nur grob geschätzt werden. Das Intervall lag für 90% der Patienten mit SSA bei > 3 Jahren und bei 55% bei > 5 Jahren.

Unter Berücksichtigung der Lokalisation ergeben sich zur Zeit folgende **vorläufige Empfehlungen:**

1. Bei rechtsseitigen SSA ohne Dysplasie sollte der Tumor vollständig entfernt werden. Bei unvollständiger Entfernung erfolgt die Revision nach einem Jahr.
2. Bei rechtsseitigen SSA mit Dysplasie (Mischtyp) ist die kurzfristige vollständige Tumorentfernung obligat.
3. Bei linksseitigem SSA mit und ohne Dysplasie ist die Entwicklung eines Karzinoms extrem selten. Eine weitergehende chirurgische Intervention ist deswegen in aller Regel nicht zu empfehlen.
4. Nach vollständiger Entfernung eines SSA wird die Nachsorge wie bei konventionellen tubulären Adenomen oder tubulo-villösen Adenomen empfohlen.

(Lit.: Odze,R.D. et al.Philadelphia 2004;Snover,D.C. et al. Am.J.Clin.Pathol.2005 124 :380-391;Torlakovic,E. et al.AmJ.Sur. Pathol.2003 65-81)

Vielen Dank für Ihr Interesse und bis zum nächsten Informations-Schreiben.

Dr. med. W.-P. Oellig