

Darmkrebs-Screening in Deutschland

Ergebnisse der Vorsorge-Koloskopie

Jährlich erkranken zirka 71.000 Menschen in der Bundesrepublik neu an **Darmkrebs**, bis zu 30.000 sterben daran. Das Lebenszeitrisiko für das kolorektale Karzinom beträgt in Deutschland zirka 6%. Das Risiko von Verwandten 1. Grades mit einem kolorektalen Karzinom oder Adenom liegt doppelt so hoch. Frauen und Männer zusammengerechnet, ist das kolorektale Karzinom der häufigste Krebs und die zweithäufigste Ursache aller krebsbedingten Todesfälle in Deutschland.

Der Darmkrebs entwickelt sich in über 90% der Fälle aus gutartigen Vorstufen, den adenomatösen Polypen, die endoskopisch nachgewiesen werden. Durch konsequente Abtragung der Adenome **kann das kolorektale Karzinom wie kein anderer Krebs verhindert werden. Darüber hinaus ermöglicht die Früherkennung des Karzinoms eine dauerhafte Heilung** in einem sehr hohen Prozentsatz. Kolonkarzinome im Stadium I UICC (keine Darmwandüberschreitung, kein Befall regionaler Lymphknoten) haben eine Heilungsquote von über 90%. Im Stadium IV UICC (bei Fernmetastasen) sinkt diese Rate auf unter 10%.

In der groß angelegten amerikanischen Prospective National Polyp Study wurde 1993 gezeigt, dass die erwartete Inzidenzrate kolorektaler Karzinome um 76 bis 90% sinkt, wenn Kolonadenome konsequent abgetragen werden. Diese Daten wurden im Jahr 2001 in einer italienischen Studie bestätigt.

Deutschland nimmt bezüglich der Prävalenz des kolorektalen Karzinoms im europäischen Vergleich die Spitzenposition ein. Im Jahr 2002 wurde deshalb weltweit erstmalig in einem bevölkerungsweiten Früherkennungsprogramm die **Vorsorge-Koloskopie** bei gesetzlich krankenversicherten Personen ab dem abgeschlossenen 55. Lebensjahr eingeführt, mit der Möglichkeit einer Wiederholung nach 10 Jahren.

Aktuelle Daten zur Wirksamkeit der Früherkennungs-Koloskopie liegen für das Jahr 2006 vor (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der BRD, Berlin 1/2008). Im genannten Zeitraum wurden **529.916 Früherkennungs-Koloskopien** ausgewertet.

Folgende Befunde wurden erhoben:

Karzinome	0,8%
Tis	0,1%
Fortgeschrittene Adenome (Adenom \geq 1 cm, villöser Anteil, hochgradige Dysplasie)	6,6%
Niedriggradige Adenome	13,7%
Hyperplastische Polypen	9,9%

Die Prävalenz von Adenomen und fortgeschrittenen Neoplasien lag bei Männern und bei älteren Patienten deutlich höher. Von den 3.231 Fällen kolorektaler Karzinome, die im Rahmen der Früherkennung entdeckt wurden, lagen 44,2% im Stadium I und 23,3% im Stadium II UICC, d.h. mehr als 2/3 wurden in einem prognostisch günstigen Stadium diagnostiziert.

Am häufigsten nahmen Personen der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen an der Untersuchung teil. Insgesamt nahmen aber nur 12,7% der weiblichen und 11,2% der männlichen Berechtigten im Alter von 55 bis 74 Jahren über den Zeitraum von 2003 bis 2006 am Darmkrebs-Screening teil.

Komplikationen traten 2006 in insgesamt 2,6 ‰ aller Vorsorge-Koloskopien auf, davon 1,6 ‰ Blutungen (fast nur nach Polypektomien), 0,2 ‰ Perforationen und 0,7 ‰ kardio-pulmonale Komplikationen. Im Vergleich zum Risiko an Darmkrebs zu sterben ein kleines Risiko, denn ab dem 55. Lebensjahr beträgt das Risiko, in den nächsten 25 Jahren an Darmkrebs zu sterben, 1:33.

Unabhängig von der Vorsorge-Untersuchung sind Koloskopien frühzeitig erforderlich, wenn eine **familiäre Belastung** mit Darmkrebs oder Unterleibskrebs besteht. Verwandte 1. Grades von Darmkrebs-Patienten haben ein nahezu doppeltes Risiko gegenüber der Durchschnittsbevölkerung. Wenn ein Angehöriger vor dem 60. Lebensjahr erkrankt ist, resultiert eine 3- bis 4-fache Risikosteigerung, ebenso wenn mehr als ein Verwandter 1. Grades betroffen ist. Als Konsequenz ergibt sich:

- Wenn ein enger Verwandter an Darmkrebs erkrankt ist, dann sollte die erste Koloskopie 10 Jahre vor dessen Erkrankungsalter, spätestens jedoch mit 50 Jahren erfolgen, danach mindestens alle 10 Jahre.
- Wenn ein enger Verwandter ein Adenom vor dem 50. Lebensjahr hatte, dann sollte die erste Koloskopie 10 Jahre vor dessen Erkrankungsalter erfolgen, danach mindestens alle 10 Jahre.

In der amerikanischen Minnesota-Studie und in anderen Studien wurde durch die regelmäßige **Testung auf okkultes Blut** im Stuhl eine signifikante Reduktion der Dickdarmkrebsbedingten Mortalität nach 18 Jahren um 23-33 % durch Verschiebung der Tumorstadien zu den prognostisch günstigeren UICC-Stadien I und II nachgewiesen.

Als weitere Krebsvorsorgemaßnahme wird deshalb seit 10/2002 mit Ende des 50. Lebensjahres der Okkultblut-Test (z.B. Haemoccult) 1x jährlich, mit Abschluss des 55. Lebensjahres alle 2 Jahre angeboten, sofern die Vorsorge-Koloskopie nicht wahrgenommen wird.

Der Test auf okkultes Blut ist ein sensibler Screening-Test, der aber nur dann erfolgreich ist, wenn eine aktuelle Blutung besteht. Polypen oder Karzinome, die zur Zeit des Testes nicht bluten, werden nicht erfasst. Er muss deshalb konsequent jährlich eingesetzt werden.

Trotzdem entgeht etwa die Hälfte der Karzinome bei diesem Test dem Nachweis. **Wenn ein Test positiv ist, ist die Durchführung einer Koloskopie obligat.** Es ist falsch, ein positives Testergebnis zu kontrollieren, um dann im negativen Fall keine weitere Diagnostik zu veranlassen.

Werden diese Konsequenzen nicht gezogen oder wird eine sichtbare perianale Blutung ignoriert, so steigert sich das Risiko, ein mögliches Karzinom in ein Stadium zu verschleppen, welches nicht mehr heilbar ist.

Dr. Hans Worlicek

Internische Praxis - Gastroenterologie im Facharztzentrum Regensburg