

Darmkrebsvorsorge 2013 – Koloskopie oder alternative Verfahren?

Anfang Januar wurde mir ein 30-jähriger Mann mit einer Anämie von 12 g/dl sowie Schmerzen im rechten Oberbauch zur Koloskopie zugewiesen. Sonografisch fand sich ein auffälliger Befund im rechten Oberbauch im Sinne einer pathologischen Darmkokarde. Die Anämie war erstmals vor zwei Jahren laborchemisch auffällig. Die Schmerzen im Oberbauch bestanden erst seit vier Wochen. Vor zwei Jahren wurde eine Gastroskopie durchgeführt. Bei unauffälligem Magenbefund wurde vom Hausarzt zur Koloskopie geraten, die jedoch vom Patienten abgelehnt wurde. Es wurde daraufhin ein Hämoccult-Test durchgeführt. Der Hämoccult-Test war unauffällig. Drei Tage nach dem Gespräch mit dem Patienten führten wir die Koloskopie in unserer Praxis durch. Es wurde ein fast komplett stenosierendes Kolonkarzinom diagnostiziert. Die Familienanamnese des Patienten war bezüglich Darmkrebs unauffällig. Der Patient wurde inzwischen operiert und wird jetzt onkologisch mittels adjuvanter Chemotherapie nachbehandelt. Diese Kasuistik zeigt sehr eindrucksvoll

die Problematik des falsch-negativen Hämoccult-Testes. Gleichzeitig wird jedoch auch die nach wie vor große Scheu vor der Koloskopie deutlich.

Die zuletzt verfügbaren Daten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) vom 14. Dezember 2012 zeigen, dass sich seit Einführung der Vorsorgekoloskopie am 1. Oktober 2002, 20 bis 21 % der Anspruchsberechtigten einer Vorsorgekoloskopie unterzogen haben. Jährlich werden ca. 400.000 Vorsorgekoloskopien durchgeführt. Mit anderen Worten: Jährlich ist von einer Beteiligungsrate von 2,2 % auszugehen, wobei die Zahlen leider leicht rückläufig sind.

Im Jahr 2011 fand sich bei 1,4 % der Männer und bei 0,8 % der Frauen ein Darmkrebs. Bei der Vorsorgeuntersuchung wurden 70 % der Darmkrebsfälle im prognostisch deutlich günstigeren UICC-Stadium 1 bzw. 2 gefunden. Zudem fand sich bei 9,2 % der Männer und 5,3 % der Frauen ein advanced adenoma (definiert als Polyp mit villösen

Anteilen bzw. high grade oder Nachweis von mehr als drei Polypen). Das heißt: Bei Männern verhindert die Polypektomie bei jeder zehnten Koloskopie unmittelbar einen Darmkrebsfall.

Deshalb kann man davon ausgehen, dass – wie es Hermann Brenner vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg in zahlreichen Arbeiten sehr eindrücklich berichtet hat – durch die Früherkennungskoloskopie bisher deutlich über 100.000 Darmkrebsfälle verhindert wurden und über 50.000 Darmkrebsfälle in einem früheren – oft heilbaren – Stadium erkannt werden konnten.

Die Kriterien für ein effektives Screening sind

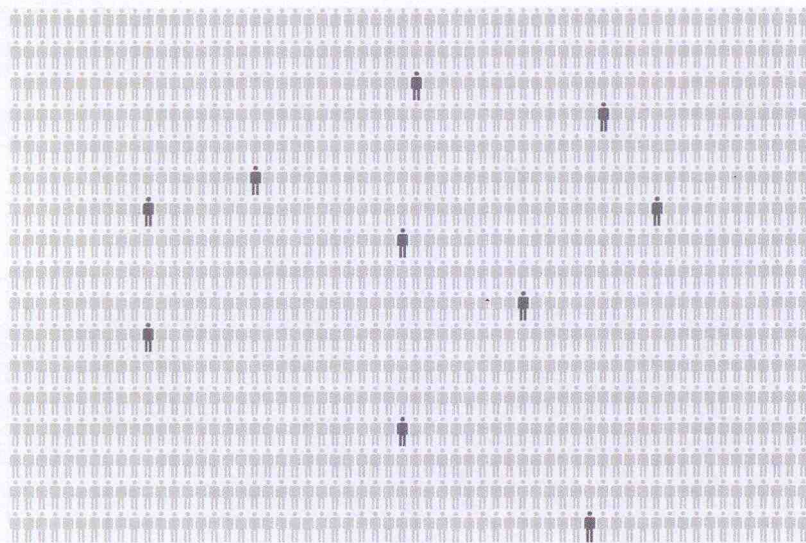
- gute Akzeptanz,
- hohe Sensitivität und Spezifität,
- minimale Gefährdung und
- Kosteneffizienz.

Doch die Akzeptanz der Vorsorgekoloskopie ist – wie bereits angedeutet – nicht optimal. Deshalb sind vorschaltbare Filtertests mit möglichst hoher Sensitivität und Spezifität dringend erforderlich.

An alternativen Tests stehen heutzutage Guaiac-basierte Stuhlteste zur Verfügung, z. B. der Hämoccult-Test (gFOBT), der von den gesetzlichen Krankenkassen ab dem 50. Lebensjahr alle zwei Jahre bezahlt wird. Die Sensitivität des Hämoccult-Test liegt bei 40 %. Das heißt, es werden 4 von 10 Darmkrebsfällen detektiert. Die Spezifität liegt bei 95 %, sodass bei 50 von 1.000 Patienten mit einem falsch-positiven Hämoccult-Test zu rechnen ist. Der gFOBT ist zwar sehr kostengünstig, aber schlecht in der Sensitivität. Sechs von zehn Darmkrebsfällen werden übersehen. Die anfänglich dargestellte Kasuistik beschreibt den tragischen Fall eines falsch negativen Hämoccult-Tests.

Bei den immunologischen Stuhltests (i-FOBT) lässt sich laborseitig die Sensi-

Darmkrebsprävalenz ist ca. 1,0 %
10 Darmkrebsfälle in 1.000 vorsorgeberechtigten Individuen



Fortsetzung von Seite 35

tivität (das Detektionslimit) einstellen. Das Ziel lautet zurzeit, die Sensitivität dieser Stuhltests auf fast 100% einzustellen und die Spezifität nicht unter 90% sinken zu lassen. Mit zunehmender Sensitivität nimmt allerdings zwangsläufig die Spezifität ab. Seit einigen Jahren werden von Experten immunologische Stuhlteste wegen der besseren Sensitivität empfohlen. Hierbei kommt es, anders als beim Hämoccult-Test, nicht zu einer Farbreaktion. Vielmehr werden hier Antikörper detektiert. Der immunologische Stuhltest ist weitgehend nahrungsunabhängig und wird, wie in Studien belegt wurde, wesentlich besser von den Patienten akzeptiert. Allerdings ist der immunologische Stuhltest noch keine Kassenleistung und kostet ca. 20 Euro. Es ist zu hoffen, dass der i-FOBT den Hämoccult-Test im Krebsfrüherkennungsprogramm ersetzen wird. Anzumerken ist, dass zur Verbesserung der Teilnehmerate ein gesetzliches Einladungsverfahren durch die Krankenkassen diskutiert wird.

Der als IGeL-Leistung häufig angebotene M2PK-Test hat gegenüber dem

i-FOBT eine deutlich schlechtere Sensitivität (75%) und Spezifität (80%). Das heißt, es werden 25% der bestehenden Karzinome übersehen und es entstehen hohe Folgekosten bei falsch positiven M2PK-Testungen.

Es werden seit ca. zwei Jahren auch Tests angeboten, mit denen im Blut Tumor-DNA bzw. -RNA nachgewiesen werden können. Die Ergebnisse der entsprechenden Studien, die zum Teil in Berlin und Brandenburg durchgeführt wurden, sind bisher noch nicht veröffentlicht worden. Auch hier wird noch am Cutoff, der richtigen Einstellung von Sensitivität und Spezifität, gearbeitet. Die erste Generation des Septin-9-Tests, der von unserer Berliner Studiengruppe bei weit über 1.000 Patienten getestet wurde, zeigte gerade bei den zahlenmäßig häufigen UICC-Stadien 1 und 2 schlechte Ergebnisse. Die Sensitivität von *advanced adenomas* ist bei sämtlichen angebotenen Filtertests noch sehr unbefriedigend.

Auch im Bereich der virtuellen Darmspiegelung mittels CT bzw. MRT gibt es

leider noch keine wesentlichen Neuerungen. Nach wie vor ist die ungenügende Auflösung bei der virtuellen MR-Kolonografie ein Problem. Die „virtuelle Koloskopie“ erfolgt deshalb meist mittels CT und wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt. Die Vorbereitung des Patienten auf die virtuelle Untersuchung erfolgt ähnlich wie die bei der klassischen Koloskopie. Polypen unter 8 mm Größe, insbesondere flache Polypen, sind sehr schwierig nachzuweisen, entzündliche Veränderungen werden häufig nicht erkannt. Biopsien können naturgemäß nicht gemacht werden. Somit werden zwangsläufig häufig Koloskopien als Zweituntersuchungen indiziert.

Ein weiteres Verfahren, das seinen Platz in der Darmkrebsvorsorge noch nicht gefunden hat, ist die sogenannte Kolonkapsel. Hierbei wird nach einer gegenüber der klassischen Koloskopie noch intensivierten Darmreinigung eine Videokapsel geschluckt, die sowohl *antegrad* als auch *retrograd* Aufnahmen ermöglicht. Bei dieser Technik wurden in den letzten Jahren zahlreiche Ver-

