

Dossier Darmkrebsmonat

„Immunologischer Test ist ein Muss!“

Professor Jürgen Riemann lässt im Interview zum Thema Darmkrebsvorsorge keinen Zweifel: Man darf berechtigten Menschen den im Vergleich zum Guajak-Test besseren immunologischen Test nicht länger vorenthalten. Noch ist dieser Test IGeL-Angebot. **SEITE II**

Screening-Strategie: Was ist optimal?

Mit dem Full spectrum Endoskop, kurz FUSE, werden bei der Koloskopie mehr Adenome entdeckt als mit der Standard-Koloskopie. **SEITE IV**



Plädoyer für das Einladungsmodell

Viele Betriebskrankenkassen wollen ein Einladungsverfahren zum Darmkrebs-Screening nicht abwarten. Sie werden Versicherte weiterhin gezielt zur Vorsorge motivieren und ihnen die Koloskopie ans Herz legen - oder zumindest den immunologischen Stuhltest. **SEITE III**

Darmspiegelung: Echte Vorsorge!

Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung werden oft als Krebsvorsorge bezeichnet. Bei den meisten Tumorarten ist das irreführend. Doch beim Kolorektalkrebs trifft die Gleichsetzung zu: Das Screening hilft hier nicht nur, Malignome früh zu erkennen, es ermöglicht auch echte Vorsorge.

VON ROBERT BUBLAK

70 000 Männer und Frauen erkranken Jahr für Jahr in Deutschland neu an bösartigen Tumoren des Kolons oder des Rektums. Die Zahl der Menschen, die an Darmkrebs sterben, beläuft sich auf circa 27 000 jährlich.

Ausweislich der Angaben in der aktuellen Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu „Krebs in Deutschland“ erkranken mehr als die Hälfte der Betroffenen nach ihrem 70. Geburtstag. Nur zehn Prozent trifft es vor dem 55. Lebensjahr – dem Jahr also, ab dem eine Koloskopie zur Früherkennung angeboten wird. Weil bei dieser Untersuchung auch gutartige Gewächse entfernt werden können, die später einmal entarten können, ist es nicht verkehrt, die Screening-Koloskopie als Krebsvorsorge zu titulieren.

Goldstandard Koloskopie

Unangefochtener Goldstandard der Früherkennung kolorektaler Neoplasien ist die Koloskopie. In der DGVS-Leitlinie ist dazu unmissverständlich festgehalten: „Die komplette qualitätsgesicherte Koloskopie besitzt die höchste Sensitivität und Spezifität für das Auffinden von Karzinomen und Adenomen und sollte daher als Standardverfahren für die KRK-Vorsorge/-Früherkennung eingesetzt werden.“

Ist der Befund unauffällig, sollte die Untersuchung nach zehn Jahren wiederholt werden. Ansonsten hängt das Koloskopieintervall von der Histologie ab. Bei kleinen (< 1cm) hyperplastischen Polypen genügt die Kontrolle nach zehn Jahren. Handelt es sich hingegen um neoplastische Polypen, Adenome also, sollte die Kontrollkoloskopie nach fünf Jahren stattfinden, und bereits nach drei Jahren, falls eine höhergradige intraepitheliale Neoplasie vorliegt.

Angehörige von Risikogruppen sollten mit einer Screening-Koloskopie nicht bis zum 55. Geburtstag warten. Verwandten ersten Grades von Patienten mit Kolorektal-Ca wird geraten, sich erstmals zehn Jahre vor dem Alterszeitpunkt, zu dem der Verwandte erkrankt war, komplett koloskopieren zu lassen, spätestens aber im Alter von 40 bis 45 Jahren.

Doch Goldstandard hin oder her – besonders beliebt ist die Screening-Koloskopie bei den Patienten nicht. Das zeigt der Blick auf die Teilnehmerzahlen: Zur Darmspiegelung geht nicht einmal jeder Vierte, der dazu berechtigt wäre.

Wahlmöglichkeit erhöht Teilnahme

Immerhin bietet das deutsche System der Darmkrebs-Früherkennung eine Wahlmöglichkeit an. Wer nicht zur Koloskopie gehen will, kann seinen Stuhl auf okkultes Blut testen lassen, und zwar jährlich ab einem Alter von 50 Jahren. Der Vorsorgeaspekt tritt hier in den Hintergrund, denn Stuhltests dienen vorwiegend dazu, bereits bestehende Karzinome nachzuweisen – und selbst hier ist der übliche Nachweis auf der Basis von Guajakharz nur mäßig sensitiv. Noch geringer ist die Sensitivität für Adenome.

Die Vorteile eines Wahlsystems bestätigt eine Studie, in die US-Gastroenterologen 1000 Probanden einbezogen, die zum Darmkrebs-Screening eingeladen worden waren (Arch Intern Med. 2012; 172: 575-582). Einem Drittel wurde dazu der Stuhltest angeboten, einem weiteren Drittel die Koloskopie empfohlen. Das übrige Drittel hatte die Wahl zwischen Koloskopie und Stuhltest.

Nur 38 Prozent nahmen das Angebot zur Koloskopie wahr. Dagegen beteiligten sich 67 Prozent aus der Stuhltest-Gruppe am Screening. In der Gruppe mit der Wahlmöglichkeit entschieden sich 69 Prozent für irgendeine Form des Screenings. Überraschenderweise war der Anteil derjenigen, die eine Koloskopie machen ließen, mit 31 Prozent nicht viel geringer als in der Gruppe derer, denen nur die Koloskopie angeboten wurde.

Wer bereit ist, eine Koloskopie machen zu lassen, tut dies offenbar auch, wenn man ihm einen Stuhltest als Alternative anbietet. Zusätzlich erreicht man über die Wahlmöglichkeit auch Personen, die eine Koloskopie ablehnen. Es sei also günstiger, beide Optionen anzubieten, kommentiert der kalifornische Gastroenterologe Theodore Levin die Studie.

Deutlich besser als die Guajak-basierten Stuhltests auf okkultes Blut schneiden immunologische Nachweismethoden ab. Sie suchen spezifisch nach menschlichem Hämoglobin. Professor Hermann Brenner und Mitarbeiterin Sha Tao vom Deutschen Krebsforschungszentrum haben Daten einer Vergleichsstudie des enzymatischen und dreier immunologischer Stuhltests veröffentlicht: Bei bis zu 68 Prozent der Probanden mit positivem immunologischem Test wurden in der anschließenden Darmspiegelung Gewebeveränderungen gefunden, aber nur bei etwa 31% der Probanden mit positivem Enzymtest (Eur J Cancer 2013; 49: 3049-54).

Koloskopie: Intervall je nach Befund

- **Ist der Befund unauffällig,** sollte die Untersuchung nach zehn Jahren wiederholt werden.
- **Bei kleinen (< 1cm) hyperplastischen Polypen** genügt die Kontrolle nach zehn Jahren.
- **Bei neoplastischen Polypen** sollte die Kontrollkoloskopie nach fünf Jahren stattfinden.

„Besseren Stuhltest nicht vorenthalten!“

Professor Jürgen Riemann lässt im Interview zum Thema Darmkrebsvorsorge keinen Zweifel: Man darf Menschen den im Vergleich zum Guajak-basierten Stuhltest klar besseren immunologischen Test nicht länger vorenthalten. Noch ist dieser Test nur ein IGeL-Angebot.

**DAS INTERVIEW FÜHRTE
INGEBORG BÖRDLEIN**

ÄRZTE ZEITUNG: Die Akzeptanz der Koloskopie zur Darmkrebsvorsorge ist nach wie vor schlecht. Nur jede(r) Fünfte der über 55jährigen nutzt sie. Stuhltests werden besser angenommen. Sollte man also im Screening nicht besser stufenweise vorgehen und in der Vorsorgekaskade zunächst mit der Darmkrebsvorsorge mittels immunologischem Stuhltest (i-FOBT) beginnen?

PROF. JÜRGEN F. RIEMANN: Rechnet man die aus kurativem oder sonstigem diagnostischen Anlass untersuchten Personen und die privat Versicherten dazu, dann kommt man inzwischen doch auf eine Gesamtkoloskopierate von 50 Prozent und mehr. Und das ist eigentlich gut! Richtig ist aber auch, dass gerade der i-FOBT auf Grund seiner besonderen Eigenschaften als niedrigrschwelliges Angebot besser beurteilt wird als der g-FOBT (Guajak-basierter Stuhltest, d.Red.). Seine Einführung in die Gesetzliche Krankenversicherung hängt noch von der Festlegung von Qualitätsindikatoren und deren kontinuierlicher Überprüfbarkeit ab. Wir sollten in Deutschland derzeit an unserem zweifachen Angebot für die Anspruchsberechtigten – mit 50 Jahren Stuhltest, mit 55 Jahren auch Koloskopie – noch festhalten. Es hat sich grundsätzlich bewährt! Mögliche Änderungen werden erst mit dem neuen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) erfolgen.

Wie zuverlässig sind die immunologischen Stuhltests und wie häufig muss man sie anwenden?

Derzeit gibt es auf dem Markt ein breit gefächertes Angebot immunologischer Tests mit ganz unterschiedlichen Qualitäten. Daher sind Qualitätsvorgaben unabdingbar. Die Stiftung LebensBlicke arbeitet zusammen mit der Deutschen Krebsgesellschaft und wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidern daran sehr intensiv. Grundvoraussetzung für die bessere Zuverlässigkeit im Vergleich zum g-FOBT ist unter anderem eine mindestens 90prozentige Spezifität bei circa 2-3-fach besserer Sensitivität gegenüber dem bisher eingesetzten g-FOBT. Diese Verbesserung belegen viele sehr gute Studien. Beim i-FOBT ist eine Testung nur alle zwei Jahre erforderlich und mit einer einmaligen Stuhlprobe auch noch einfacher für den Anwender. Noch ist der i-FOBT allerdings nur ein IGeL-Angebot!

Warum dauert ihre Einführung hierzulande so lange?

Das hängt von den unterschiedlichen Interessen der Anbieter einerseits und von der Abstimmung über die angesprochenen Qualitätskriterien durch die gesundheitspolitischen Entscheider andererseits ab. Hier gibt es aber inzwischen die klare Übereinstimmung der wichtigsten Partner, dass die Einführung des i-FOBT ein

”

Mein Credo ist: Je besser und vielfältiger das Angebot, desto mehr Menschen werden sich entscheiden, mitzumachen.

Professor Jürgen F. Riemann.

Professor Jürgen F. Riemann

- **Ehemaliger Direktor** der Medizinischen Klinik C am Klinikum Ludwigshafen.
- **Vorsitzender** der Stiftung LebensBlicke, die sich den Kampf gegen Darmkrebs auf ihre Fahnen geschrieben hat. Seit kurzem unterstützt auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Stiftung LebensBlicke.



Professor Jürgen F. Riemann. © STIFTUNG LEBENSBLICKE

MUSS ist. Man kann und darf den berechtigten Personen den klar besseren Test nicht länger vorenthalten.

Kann man nicht auf die recht unzuverlässigen Haemocult®-Tests ganz verzichten?

Aus meiner Sicht sollte man spätestens nach Einführung des deutlich besseren i-FOBT als Regelleistung in die gesetzliche Krankenversicherung auf den g-FOBT ganz verzichten, obwohl er die beste Evidenz hat. Denn: das Bessere ist immer der Feind des Guten!

Wo sehen Sie den Stellenwert der Sigmoidoskopie als weniger aufwändige und billigere Screening-Methode. Ihr Nutzen wurde ja inzwischen in drei großen Studien belegt?

Die Sigmoidoskopie weist in der Tat beeindruckende evidenzbasierte Ergebnisse auf und wäre in der Angebotspalette eine wirklich gute Möglichkeit. Leider hat sie in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern keine Tradition. Die S3-Leitlinie unserer Fachgesellschaften sieht sie auch als ein weiteres Angebot für das Darmkrebscreening vor. Ich sehe allerdings in nächster Zeit bei uns wenig Chancen dafür, dass sie in der Regelversorgung breit zum Einsatz kommt.

Männer haben ein doppelt so hohes Darmkrebsrisiko wie Frauen und der gängige Stuhltest ist bei ihnen obendrein weniger aussagekräftig. Das hat eine jüngst veröffentlichte Studie am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) gezeigt. Sollte man also nicht stärker risikoadaptiert beim Screening vorgehen – auch das familiäre Risiko betreffend?

Das ist eine ganz wichtige Forderung, die auch die Stiftung LebensBlicke schon seit einiger Zeit erhebt. Ich erinnere an unser Motto „Männer im Fokus“ vom Darmkrebsmonat März 2012! Wir plädieren sehr dafür, Männern schon mit 45 Jahren das Angebot zu Darmkrebsvorsorge- und Früh-

erkenntnismaßnahmen zu machen. Bei der betrieblichen Darmkrebsfrüherkennung zum Beispiel in der BASF SE in Ludwigshafen mit – ca. 80 Prozent männliche Beschäftigten – wird das schon seit Jahren so praktiziert. Aber dazu gehören ein langer Atem sowie viele Verbündete. Dabei hoffen wir auch auf die Unterstützung durch Medien! Gleiches gilt für das Screening beim familiären Darmkrebs-Risiko, dessen Nutzen das IQWiG kürzlich wegen fehlender Studien mit hoher Evidenz in Zweifel gezogen hat. Der Gesetzgeber hat jedoch mit dem KFRG die Flexibilisierung der Altersgrenzen möglich gemacht. Das sollte der G-BA bei der Umsetzung dieses neuen Gesetzes voll nutzen.

Wo sehen Sie heute den Platz der Koloskopie im Darmkrebs-Screening?

Die Screening-Koloskopie ist auch als Primärangebot für die Menschen, die sie in Anspruch nehmen wollen, aus meiner Sicht weiterhin unverzichtbar. Die aktuellen 10-Jahresdaten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung belegen exemplarisch, welchen Nutzen sie den Untersuchten bisher gebracht hat und wie extrem gering im Verhältnis dazu die Komplikationsrate ist. Sie wird aber immer wieder von Gegnern und Kritikern der Vorsorge in den Vordergrund gestellt und meines Erachtens überinterpretiert.

Allerdings lehnen zahlreiche Menschen die invasive Spiegelung auch ab; die Gründe dafür sind vielfältiger Natur. Sie reichen von grundsätzlicher Ablehnung über Unkenntnis bis zu Angst vor Untersuchung und Ergebnis. Da ist noch viel Informationsarbeit zu leisten!

Wie sähe für Sie nach den Erkenntnissen der letzten Jahre das ideale Darmkrebs-Screening aus?

Der Gesetzgeber hat mit dem KFRG eine wichtige Weichenstellung vollzogen. Wir werden ein bundesweites organisiertes Einladungsverfahren bekommen, das jedem Anspruchsbe-

rechtigten ab einem noch durch den G-BA fest zulegenden Alter die Möglichkeit gibt, sich über die Darmkrebsvorsorge und -Früherkennung zu informieren und die bisherigen Angebote Stuhltest beziehungsweise Darmspiegelung wahrzunehmen.

Es muss für den Menschen eine Angebotspalette zur Wahl geben, die von niedrigrschwelligem, aber effizienten Angeboten bis hin idealerweise zum Goldstandard Koloskopie reichen. Denn: nur bei maximal 30 Prozent untersuchter asymptomatischer Personen ohne Risiko findet man einen relevanten Befund. Daher wird in Zukunft der wenig invasive, aber treffsichere nicht invasive Filter eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Mit dem i-FOBT ist ein erster Schritt hin zu dieser Entwicklung erfolgt. Er könnte sich fortsetzen in molekularen Stuhl- beziehungsweise Bluttesten bis hin zu neuen bildgebenden Verfahren wie Kolonkapsel oder MR-Kolonographie, die derzeit in Studien erprobt werden.

Mein Credo ist: je besser und vielfältiger das Angebot, desto mehr Menschen werden sich entscheiden, mitzumachen. Das kennen wir nur allzu gut aus anderen Bereichen.

Zusammen mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum und dem Mannheimer Uniklinikum trifft Ihre Stiftung mit wichtigen Entscheidern im Gesundheitswesen zusammen, um über die Möglichkeiten einer zielgruppenspezifischen Bevölkerungsinformation zu beraten. Wie könnte die aus Ihrer Sicht aussehen?

Der informierte Patient ist für seine Entscheidung, ob er am Darmkrebscreening teilnehmen möchte oder nicht, eine Grundvoraussetzung. Man muss akzeptieren, dass es Menschen gibt, die das für sich nicht wünschen. Ziel dieses Workshops ist, aus der Fülle der Angebote allüberall auf die wichtigsten Aussagen zu fokussieren und für den Laien in verständlicher, kurzer und übersichtlicher Form zu konzentrieren. Zu umfangreiche Information kann verwirren, zu wenig lässt zu Vieles offen. Impulsreferate aus verschiedenen Perspektiven, so zum Beispiel auch aus der Sicht der Patienten, werden dazu die Grundlage schaffen.

Die Kernaussagen, die zielgruppenspezifisch sein sollen, werden der Presse vorgestellt und nach dem Workshop in einer „Mannheimer Erklärung der Stiftung LebensBlicke zur informierten Entscheidung“ zusammengefasst. Sie sollen auch mögliche Grundlage für die Diskussion über die Ausgestaltung des KFRG sein.

In der Metropolregion Rhein-Neckar wird eine neue gebündelte Vorsorgeinitiative „Fit für die Zukunft“ gestartet. Was steckt dahinter?

Diese Initiative, an der die Stiftung LebensBlicke und der aus einer Idee der Stiftung hervorgegangene Verein „1000 Leben retten“ als Gründungsmitglieder beteiligt sind, will in der Tat Kräfte bündeln, Synergien schaffen und Aktivitäten, von denen es in der Region schon viele gibt, zu zunächst drei Themenkomplexen zusammenführen: Verbesserung der HPV-Impfungsrate – unter Mitwirkung unseres Nobelpreis-trägers Professor Harald zur Hausen-, vorschulische Ernährung als einen Ansatz zur Primärprävention vieler Erkrankungen, natürlich auch von Krebserkrankungen und Krebsfrüherkennung. Die Krebsfrüherkennung ist schon sehr gut etabliert und zeigt Erfolge; bei den anderen Themen besteht Nachholbedarf. Wir haben inzwischen schon zahlreiche Unterstützer und „Mitmacher“ gewinnen können.

Vorsorge: Plädoyer fürs Einladungsmodell

Betriebskrankenkassen trommeln bei Versicherten weiter für die Vorsorge-Koloskopie. Partner der BKKen bei diesem Projekt ist auch die „Ärzte Zeitung“.

VON ILSE SCHLINGENSIEPEN

KÖLN. Viele Betriebskrankenkassen wollen nicht warten, bis ein bundesweites Einladungsverfahren zur Darmkrebs-Früherkennung implementiert ist. Sie werden die Versicherten weiterhin gezielt zur Vorsorge motivieren und ihnen die Koloskopie ans Herz legen – oder zumindest den immunologischen Stuhltest.

Angespornt werden die Verantwortlichen bei den Kassen durch die Erfahrungen mit dem „Aktionsbündnis gegen Darmkrebs“. An dem Projekt, das am 1. Juli 2012 angelaufen ist, beteiligen sich inzwischen 61 BKKen. Ihr Ziel ist es, die Darmkrebs-Prävention zu verbessern. Die Versicherten erhalten zum 55. Geburtstag eine Einladung zur Koloskopie. Reagieren die Angeschriebenen nicht, empfehlen ihnen die Kassen in einem weiteren Schreiben einen immunologischen Stuhltest.

BKKen übernehmen Kosten

Die BKKen übernehmen die Kosten des Tests und fordern auch 50- bis 54-Jährige auf, ihn zur Vorsorge zu nutzen. Die Versicherten können sich den Test vom Unternehmen Care diagnostica zusenden lassen.

„Es ist nach wie vor wichtig, das Thema Darmkrebs-Vorsorge zu enttabuisieren“, sagt Joachim Wolf, Vorstandsvorsitzender der E.ON BKK und Initiator des Projekts. „Man muss immer wieder die Glocke läuten.“

Partner der Betriebskrankenkassen sind die Felix Burda Stiftung, die Stiftung LebensBlicke, das Netzwerk gegen Darmkrebs, der Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen (bng) und die „Ärzte Zeitung“. Schirmherr ist Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU).

Die Kassen haben bislang 225 000 Versicherte angeschrieben. Als Reaktion haben sich 28 Prozent einen Stuhltest schicken lassen, von ihnen haben 64 Prozent (40 927) den Test eingeschickt. Bei 2177 oder 5,3 Prozent war das Ergebnis positiv. Ihnen wurde eine Koloskopie empfohlen.

Ein Schwachpunkt des Projekts ist, dass nicht festgestellt werden kann, ob die Versicherten tatsächlich zur Darmspiegelung gehen. Zwar können Ärzte über die vom Aktionsbündnis angestoßenen Koloskopien einen anonymisierten Fragebogen an das Unternehmen Care diagnostica schicken. Das macht aber nur ein Teil.

Zwei Kolonkarzinome erkannt

Das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie an der Universitätsklinik Essen (IMIBE), das die wissenschaftliche Begleitforschung übernommen hat, konnte die Angaben zu 263 Koloskopien auswerten, das sind 13 Prozent der positiven Tests. 139 dieser Koloskopien hatten einen Befund. Durch die Darmspiegelung wurden 60 tubuläre Adenome erkannt, 21 tubulovillöse Adenome, 50 hyperplastische Polypen und vier entzündliche Polypen, ein Adenom mit schwerer Dysplasie, ein Rektum-Karzinom und zwei Kolonkarzinome.

Um sich ein genaueres Bild zu verschaffen, haben die Wissenschaftler versucht, bei den beteiligten Kassen die Entwicklung der Abrechnungszif-

fern zu Koloskopien in Erfahrung zu bringen, so Projektleiterin Dr. Claudia Pieper vom IMIBE. „Doch viele Kassen konnten uns die Daten nicht liefern.“ Sie möchte ein Folgeprojekt auf den Weg bringen, bei dem mit Einverständnis der Versicherten individuell nachverfolgt werden kann, wie sie auf das Anschreiben reagieren, ob sie zur Koloskopie gehen und was dann passiert. „Wir wollen eine Studie zum klinischen Verlauf machen, bei der klinische Daten und Versorgungsdaten verbunden werden“, sagt sie. Das „Aktionsbündnis gegen Darmkrebs“ hat



Gezielte Ansprache gibt vielen Menschen bei der Vorsorge den entscheidenden Tritt in den Hintern.

Dr. Arno Theilmeier, Gastroenterologe

im Jahr 2013 den Darmkrebs-Kommunikationspreis erhalten.

Das Preisgeld fließt in die Beantragung der Studie. Auch wenn es sich noch nicht durch Zahlen belegen lässt: Die Erfahrung der E.ON BKK und die Rückmeldungen anderer Kassen zeigen, dass die Versicherten nach einem positiven Stuhltest zur Koloskopie gehen, betont Kassenchef Wolf. Deshalb sei es so wichtig, den Koloskopie-Verweigerern eine Alternative aufzuzeigen. Der wesentliche Erfolg des Aktionsbündnisses liegt nach Einschätzung des Gastroenterologen Dr.

Arno Theilmeier vom bng in dem Beleg, dass ein Einladungsverfahren Sinn macht. „Die gezielte Ansprache gibt vielen Menschen bei der Vorsorge den entscheidenden Tritt in den Hintern“, sagt er.

Es sei gut, dass die Kassen den Versicherten mit dem immunologischen Stuhltest eine Alternative zur Koloskopie bieten, bestätigt der Arzt. „Die Tests haben eine hohe Sensitivität und Spezifität und sind besser als die bisher üblichen.“ Theilmeier begrüßt das Kassen-Engagement. „Es ist sinnvoll, wenn die BKKen weitermachen.“

ANZEIGE



VERTRAUEN DURCH KLARHEIT

MOVIPREP®
IHR PARTNER IN DER ERFOLGREICHEN DARMVORBEREITUNG.
EFFEKTIV - VERTRÄGLICH - COMPLIANT¹

MOVIPREP®
PEG + ASC (PEG (3350) + Sodium ascorbate + Ascorbic acid + Sodium sulfate + Electrolytes)



1. Ell C. et al. American Journal of Gastroenterology 2008; 103(4):883-893.

MOVIPREP®/MOVIPREP® ORANGE, Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen

Zusammensetzung: Beutel A enthält: Macrogol 3350 100 g, Natriumsulfat 7,5 g, Natriumchlorid 2,691 g, Kaliumchlorid 1,015 g; Beutel B enthält: Ascorbinsäure 4,7 g, Natriumascorbat 5,9 g. Hilfsstoffe MOVIPREP®: Aspartam, Acesulfam-Kalium, Zitronenaroma. Hilfsstoffe MOVIPREP® ORANGE: Aspartam, Acesulfam-Kalium, Orangenaroma. **Anwendungsgebiete:** Zur Darmvorbereitung vor klinischen Maßnahmen, die einen sauberen Darm erfordern, z.B. endoskopische oder radiologische Untersuchungen des Darms. **Gegenanzeigen:** Gastrointestinale Obstruktion oder Perforation, Störungen der Magenentleerung, Ileus, Phenylketonurie, Glukose-6-Phosphatdehydrogenase-Mangel, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder die sonstigen Bestandteile, toxisches Megakolon als Komplikation schwerer entzündlicher Darmerkrankungen. MOVIPREP®/MOVIPREP® ORANGE darf nicht bei bewusstlosen Patienten angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Abdominalschmerz, Übelkeit, abdominale Aufblähung, Anreizungen, Unwohlsein. Häufig: Schlafstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen, Dyspepsie, Rigor, Durst, Hunger; Gelegentlich: Dysphagie, Leberfunktionstests anomal, Unbehagen. Nicht bekannt: Anaphylaxie, Krampfanfälle im Rahmen einer ausgeprägten Hyponatriämie, vorübergehender Anstieg des Blutdrucks, Flatulenz, Brechreiz, Prunitus, Urticaria, Hautausschlag, Elektrolytverschiebungen einschließlich Bikarbonatkonzentration im Blut vermindert, Hyper- und Hypocalcämie, Phosphatkonzentration im Blut vermindert, Hypokaliämie und Hyponatriämie (die beiden letztgenannten Störungen treten häufiger bei Patienten auf, die gleichzeitig Medikamente einnehmen, die einen Einfluss auf die Niere haben, wie z.B. ACE-Inhibitoren und Diuretika) sowie Änderungen der Chloridkonzentration im Blut. **Handelsformen:** Eine Anwendung besteht aus 2 Btl. A und 2 Btl. B. Packungsgrößen von 1 (N 1), 10, 40, 80, 160 und 320 Packungen einer einzelnen Anwendung. Klinikpackung mit 40 einzelnen Anwendungen. Apothekenpflichtig. Stand 07/2012

MOVIPREP®/MOVIPREP® ORANGE and NORGINE are registered trademarks of the Norgine group of companies.



Screening-Strategie: Welche ist optimal?

Viele Staaten haben ein Programm zum Darmkrebs-Screening etabliert. Die angebotenen Leistungen und die Anforderungen an die Durchführung sind unterschiedlich.

VON FRIEDERIKE KLEIN

BERLIN. In puncto Darmkrebs hat Großbritannien bereits ein populationsbasiertes Screening, die Niederlande wollen es dieses Frühjahr einführen, berichtete Björn Rebacken aus Leeds, Großbritannien, bei der United European Gastroenterology Week (UEGW) 2013 in Berlin. Beiden Programmen gemeinsam seien hohe Anforderungen an die beteiligten Ärzte und Institutionen. Nach Ansicht von Rebacken sollten Ansprache und Aufklärung über das Screening durch die akkreditierten Zentren selbst geschehen.

An jeden Schritt des populationsbasierten Darmkrebs-Screenings, beginnend von Ansprache und Aufklärung an, würden in Großbritannien hohe Ansprüche gestellt, bestätigte Roger J. Leicester vom nationalen Trainings- und Darmkrebs-Screeningzentrum in London. Dabei zählten klinische Qualitätskriterien ebenso wie patientenrelevante Kriterien: Daten zur Qualitätssicherung werden bei einem persönlichen Audit überprüft, das zu akkreditierende Zentrum muss genügend Kapazitäten für die Teilnahme am Screening und akkreditierte Koloskopie-Ärzte vorhalten.

Termin innerhalb von sechs Wochen

Ziel ist, einen Termin in dringenden Fällen innerhalb von zwei Wochen zu gewährleisten, bei Routineendoskopien und Koloskopien zur Überwachung innerhalb von maximal sechs Wochen. Teilnehmende Ärzte müssen über eine Erfahrung von mindestens 1000 Koloskopien verfügen und pro Jahr mindestens 150, besser 200 Koloskopien durchführen.

Die Zulassung zum Screening umfasst auch eine Wissensprüfung und eine praktische Überprüfung (DOPS), die alle Schritte von der Kommunikation mit dem Patienten und der Aufklärung über Sicherheitskriterien und Sedierung, die eigentliche Endoskopie und diagnostische und therapeutische Fähigkeiten beinhaltet.

Von 2014 bis 2016 wird in Großbritannien für alle 55-Jährigen auch eine einmalige flexible Sigmoidoskopie (FS) als Screeningprogramm angebo-

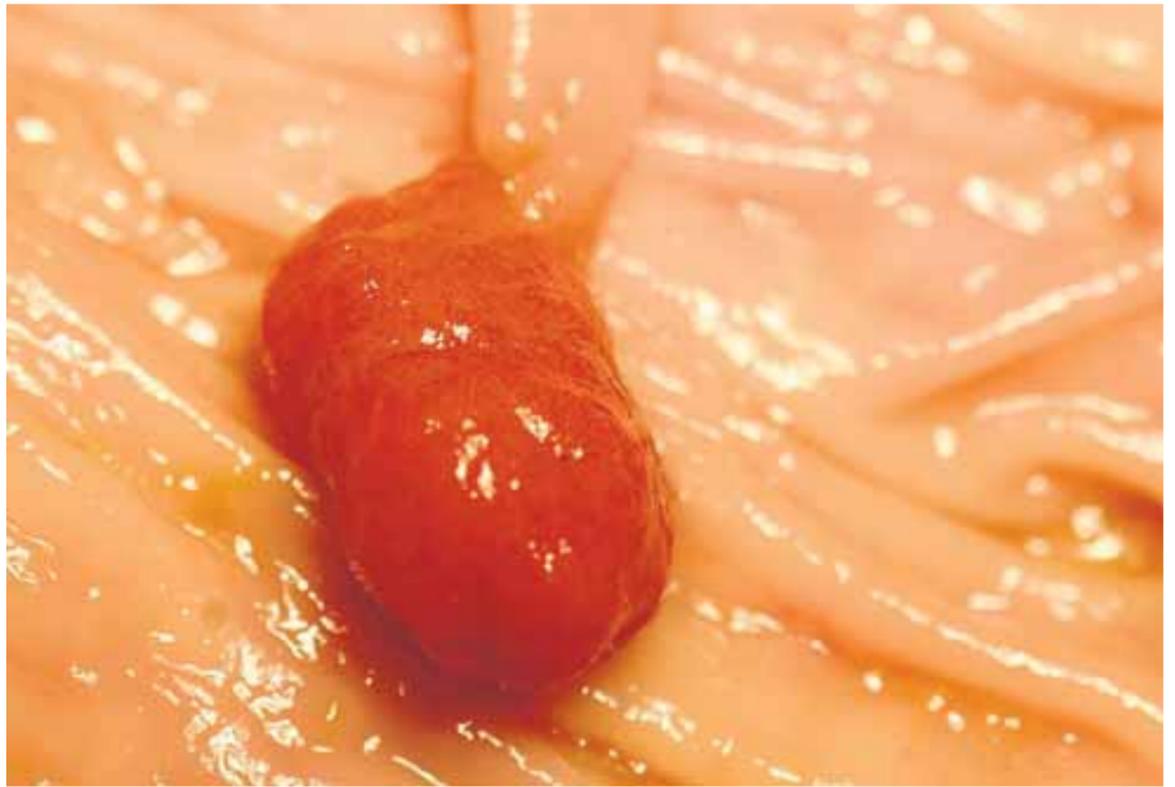
FUSE

FUSE steht für „Full spectrum Endoskop“, FUSE ermöglicht eine 330°-Sicht. Über drei Monitore kann der Untersucher nicht nur geradeaus, sondern gleichzeitig auch rechts und links blicken.

FUSE versus Standard-Koloskopie

In einer Studie wurden Probanden und Patienten sowohl mit FUSE als auch mit Standard-Koloskopie untersucht:

- Durch FUSE wurden 69 Prozent zusätzliche Adenome entdeckt, durch die Standardmethode 8,1 Prozent.
- Umgekehrt verpasste die Untersuchung mit FUSE nur 7,5 Prozent der Adenome, die Standardmethode aber 40,8 Prozent.



Gestielter Darmpolyp – ein häufiger Koloskopie-Befund. © DAVORIN WAGNER / CHIRURGIE IM BILD

ten. Mehrere Studien mit freiwilligen Teilnehmern hätten bei Anwendung dieser Screening-Methode einen Rückgang der Inzidenz des kolorektalen Karzinoms und der krankheits-spezifischen Mortalität ergeben, hieß es in Berlin.

Jetzt belegt auch eine populationsbasierte Studie in mehreren schwedischen Regionen diesen Vorteil, wie Oyvind Holme aus Oslo berichtete.

Sigmoidoskopie als Alternative

Für diese Studie wurden in den Jahren 1999 und 2000 dort alle Personen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren zum Darmkrebs-Screening auf Basis einer flexiblen Sigmoidoskopie eingeladen. 41 913 Personen, die dieses Angebot nicht annahmten, stellten die Kontrollgruppe, die übrigen die Interventionsgruppe. Sie umfasste 6915 Personen, die sich zum Screening einer flexiblen Sigmoidoskopie unterzogen, und 6900 Personen, die diese Untersuchung nach einem positiven FOBT-Befund vornehmen ließen.

Nach einer medianen Beobachtungszeit von 11,8 Jahren ergab die kombinierte Auswertung von Populations-, Krebs- und Sterberegister der Regionen einen Rückgang der CRC-Inzidenz von 170,8 Fällen pro 100 000 Personennjahre in der Kontrollgruppe auf 141,0 Fälle pro 100 000 in der Screening-Gesamtgruppe (minus 17

Prozent) sowie eine entsprechende Abnahme der CRC-Mortalität von 54,1 auf 38,6 pro 100 000 Personennjahre (minus 29 Prozent).

Diese Reduktion entspricht sehr gut den Ergebnissen der nicht populationsbasierten Studien. Wie dort verringerte sich die Gesamtmortalität durch das Screening aber nicht.

Patienten erwarten vom Darmkrebs-Screening ein sicheres Erkennen von Krebs und Krebsvorstufen wie auch eine möglichst hohe Sicherheit. In Studien wurden von über 30 Prozent bei der Koloskopie übersehener Karzinome berichtet. Die Rate der Patienten, bei denen nach und trotz Screening-Koloskopie ein kolorektales Karzinom diagnostiziert wird, liege in Großbritannien derzeit bei etwa acht Prozent, berichtete Robert Valori aus Gloucester, Großbritannien. Als Ziel nannte er eine Rate von drei Prozent.

330°-Sicht mit FUSE

Eine technische Unterstützung, um dieses Ziel zu erreichen, erwartet Valori vom „Full spectrum Endoskop“ (FUSE), das eine 330°-Sicht ermöglicht. Über drei Monitore kann der Untersucher nicht nur geradeaus, sondern gleichzeitig auch rechts und links blicken.

Ian M. Gralnek aus Los Angeles, CA/USA, stellte in Berlin Ergebnisse

einer randomisierten Studie zum Vergleich von FUSE und der Koloskopie mit normaler, nach vorne gerichteter Optik im Tandemdesign vor. Von 185 im Median 55,8 Jahre alten Teilnehmern nahmen 103 im Rahmen des Darmkrebs-Screenings teil, 36 zur Überwachung von Polypen und 46 zur diagnostischen Abklärung. Jeder Studienteilnehmer wurde mit beiden Techniken untersucht.

Weniger Adenome verpasst

Durch FUSE wurden 69 Prozent zusätzliche Adenome entdeckt, durch die Standardmethode 8,1 Prozent ($p < 0,0001$). Umgekehrt verpasste die Untersuchung mit FUSE nur 7,5 Prozent der Adenome, die Standardmethode aber 40,8 Prozent ($p < 0,0001$).

Dabei handelte es sich bei 15 Patienten um 20 meist sessile Adenome. 14 dieser Adenome waren 1 bis 5 mm groß, fünf aber auch 6 bis 9 mm und ein Adenom über 10 mm. Die FUSE-Untersuchung führte aufgrund der höheren Detektion von Adenomen zu einer Verkürzung der Koloskopie-Intervalle bei 8 Prozent aller Patienten und bei 33 Prozent der Patienten, die zur Surveillance teilgenommen hatten.

Wegen der hohen zusätzlichen Detektionsrate hält Gralnek FUSE für einen wesentlichen Schritt, um Intervall-Karzinome zu verhindern.

Intensivprogramm für Screening-Muffel

NEWS UTAH. US-Forscher haben ein Instrument entwickelt, mit dem sich die Adhärenz zum Screening bei Menschen mit erhöhtem Darmkrebsrisiko deutlich steigern lässt: das TeleCARE-Programm (das Akronym steht für Tele-Cancer Risk Assessment and Evaluation). Dieses beinhaltet ein Basis-Assessment mit Ermittlung des individuellen Erkrankungsrisikos, gefolgt von (telefonischen) Aufklärungs- und Beratungsgesprächen und dem Versand personalisierter Informationsmaterialien per E-Mail. In einer Studie hatte das Beratungs-Bombardement Früchte getragen: 34,5 Prozent aus der TeleCARE-Gruppe waren innerhalb von neun Monaten zur Vorsorge gegangen, in der Vergleichsgruppe, in der nur eine Info-Broschüre verschickt worden war, dagegen nur 15,7 Prozent. (JCO 2014; online 21. Januar). (eo)

Fokus auf Keime, Epithel und Immunsystem im Darm

BRAUNSCHWEIG. Neue Erkenntnisse zu Darmkrebs soll ein Projekt bringen, in dem erforscht wird, wie sich Bakterien, Darmoberfläche und Immunsystem gegenseitig beeinflussen. Dr. Till Strowig vom Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI), Braunschweig, untersucht gemeinsam mit Forschern vom Uniklinikum Hamburg-Eppendorf das Wechselspiel anhand des Moleküls Interleukin 22 (IL22), teilt das HZI mit. Aus Versuchen mit Mäusen sei bekannt, dass Tiere, die IL22 oder seinen Gegenspieler, das IL22-bindende Protein, nicht produzieren können, ein erhöhtes Darmkrebsrisiko haben. Ein besseres Verständnis der verschiedenen Zellarten, die für die Steuerung von Geweberegeneration und Immunantworten verantwortlich sind, könnte neue Therapieoptionen auch gegen Darmkrebs eröffnen. (eb)

Früherkennung mit Leitlinien konformen iFOBT

BENSHEIM. Mit einer Spezifität von über 90% und einer Sensitivität von bis zu 86% ist der Prevent ID[®]CC ein S3-Leitlinien konformer immunologischer Schnelltest zum quantitativen Nachweis von humanem Hämoglobin im Stuhl (iFOBT, immunologischer fäkaler occultaler Bluttest). Dieser Test zur Darmkrebsvorsorge und -früherkennung weist über spezifische Antikörper ausschließlich humanes Hämoglobin nach, erinnert der Hersteller. Es komme daher nicht zu falsch negativen Ergebnissen durch Antioxidantien (z. B. Vit C) in der Nahrung oder zu falsch positiven Ergebnissen aufgrund anderer Nahrungsbestandteile (tierisches Hämoglobin oder Peroxidase-Aktivität z. B. aus Radieschen). (eb)

Weitere Infos: info@preventis-online.de oder telefonisch: 06251 707 110

Familiär gehäuftes Ca: Krebsgene unter der Lupe

MÜNCHEN. Einige Gene für erblichen Darmkrebs sind bekannt – aber nicht bei allen Patienten mit Hinweis auf diese erbliche Belastung kann die Ursache in den Genen gefunden werden. Eine neue Methode der Sequenzierung, die Next-Generation Sequencing-Methode, soll daher an 30 Patienten mit familiär gehäuftem Darmkrebs im Erbgut angewandt werden. Dabei stehen nicht nur die bisher als relevant betrachteten drei Prozent des Gens im Fokus, sondern der gesamte Genbereich, um weitere mögliche Fehlerursachen zu finden, hat die Wilhelm Sander-Stiftung mitgeteilt. Die Ursache für das erhöhte Dickdarmkrebs-Risiko bei erblichem Darmkrebs („Lynch-Syndrom“) liegt in krankheitsverursachenden Veränderungen von Reparatur-Genen (MLH1, MSH2, MSH6 und PMS2), heißt es in der Mitteilung. (eb)