

Original-Titel

Proximal and distal colorectal cancer resection rates in the United States since widespread screening by colonoscopy.

Autoren

Myer et al. Gastroenterology. 2012 Nov;143(5):1227-36.

Kommentar

Dr. Alexander Hann, Facharzt für Innere Medizin, Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Katharinenhospital Stuttgart und Professor Dr. med. Dr. h.c. W. G. Zoller, Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie und Pneumologie, Katharinenhospital Stuttgart und Leiter des Zentrums für Innere Medizin Klinikum Stuttgart, 05.06.2014

Nach den Daten des Robert-Koch-Instituts 2010 ist das Kolorektale Karzinom (KRK) nach dem Mammakarzinom das zweithäufigste Karzinom bei der Frau und nach dem Prostata- und Lungenkrebs das dritthäufigste Karzinom beim Mann. Die Entwicklung des KRK geschieht über die Bildung von Polypen die abhängig von ihrer Größe im Laufe der Zeit (1 bis 10 Jahre) zu einem bösartigen Tumor entarten können. Frühe Erkennung und Entfernung dieser Polypen impliziert die Verhinderung der Entstehung des KRK und die Folgen wie Absiedelungen des Tumors in andere Organe wie Leber oder Lunge. Diese metastasierten Stadien der Erkrankung haben eine schlechtere Prognose. Erfreulicherweise hat sich in den letzten Jahren durch den Einsatz von neuen Chemotherapeutika das Überleben der Betroffenen bei denen bereits eine metastasierte Erkrankung vorliegt auf inzwischen im Schnitt über 30 Monate erhöht[1]. Durch neue Therapiemöglichkeiten wird es für Früherkennungsmethoden schwieriger in Studien nachzuweisen, dass durch ihr Einsatz das Überleben verlängert wird. Nachweislich das Überleben verlängern konnte eine Studie von Jack S. Mandel im Jahre 1993 zeigen[2]. In dieser randomisierten Studie konnte der jährlich durchgeführte Test auf verstecktes Blut im Stuhl die Sterblichkeit an einem KRK Mortalität um ca. 30% senken. Erst im Jahre 2010 gelang es einer Gruppe in Großbritannien um Wendy S. Atkin in einer ebenfalls randomisierten Studie nachzuweisen, dass die Sigmoidoskopie die Sterblichkeit um 30% senkt[3]. Im Jahre 2012 gelang ein ähnliches Ergebnis zu dem Testverfahren der Sigmoidoskopie der Gruppe um Robert E. Schoen[4]. Es handelte sich ebenfalls um eine randomisierte Studie.

Die Gruppe um Nancy N. Baxter im Jahre 2009 und die Gruppe um Chyke A. Doubeni im Jahre 2013 konnten lediglich in Fall-Kontroll-Studien nachweisen, dass die Vorsorgekoloskopie die Sterblichkeit für das KRK im linkseitigen Kolon senkt und, dass weiter fortgeschrittene Erkrankungsstadien reduziert werden[5;6].

Die Gruppe um Parvathi A. Myer untersuchen in der 2012 in der Zeitschrift Gastroenterology publizierten Studie die Anzahl der Patienten die an einem KRK operiert wurden pro Jahr und setzen es (vereinfacht gesagt) in Verbindung zu dem Zeitpunkt der besseren Kostenerstattung der Vorsorgekoloskopie in den Vereinigten Staaten[7]. Dabei fanden sie heraus, dass die Rate an operierten KRK nach besserer Kostenerstattung der Vorsorgekoloskopie stärker sank als vorher. Die Autoren schreiben, dass dies möglicherweise

einen direkten Zusammenhang zu dem vermehrten Einsatz der Vorsorgekoloskopie haben könnte.

Untersucht wurde lediglich die Anzahl an Operationen an KRK und welcher Dickdarmabschnitt entfernt wurde. Dabei wurde das linksseitige vom dem rechtsseitigen Kolon unterschieden. Ebenfalls wurden verschiedene Altersgruppen unterschieden. Beginn der Aufzeichnung war 1993. Sie endete im Jahre 2010. Im Schnitt kam es zu einem Absinken der KRK-Operationen 1993 bis 1999. Im Jahre 2000, nach Einführung der besseren finanziellen Vergütung der Vorsorgekoloskopie für die Amerikanischen Bürger kam es zu einem rascheren Absinken der KRK-Operationen im linksseitigen Kolon. Ab dem Jahre 2002 fiel die Zahl ebenfalls schneller ab bei den rechtsseitigen KRK-Operationen. Interessanterweise kam es zu einem Anstieg der KRK-Operationen bei Personen jünger als 50 Jahre während der gesamten Erfassungsphase.

Die Studie hat ihre Limitationen. So wurde nicht erfasst welches Vorsorgeverfahren das KRK diagnostizierte und damit zu einer Operation führte. In den Vereinigten Staaten sind alle drei Verfahren (Stuhltest auf verstecktes Blut, Sigmoidoskopie und Koloskopie) beliebt und im Einsatz. Des Weiteren ist Vorsicht geboten bei der Interpretation der Daten. So könnte das raschere Absinken der KRK-Operationen auch andere Ursachen haben. Der verstärkte Einsatz von Acetylsalicylsäure (Handelsname unter anderem Aspirin) wirkt sich nach neusten Erkenntnissen günstig auf die Verhinderung der Entstehung des KRK aus. Ebenfalls können neue qualitative Standards in der Durchführung der Koloskopie (bessere Endoskope, Abführmaßnahmen und strukturiertes Training) eine wichtige Rolle spielen.

Das Überleben als wichtigster Messwert wurde in der Studie nicht erfasst. Hier bleibt es die Ergebnisse zweier randomisierten Studien abzuwarten. Sie untersuchen ob die Vorsorgekoloskopie das Überleben im Vergleich zu dem Test auf verstecktes Blut im Stuhl verlängert. Es handelt sich um eine amerikanische Studie (Colonoscopy versus Fecal Immunochemical Test in Reducing Mortality from Colorectal Cancer [CONFIRM], ClinicalTrials.gov Nummer: NCT01239082) und um eine aus Spanien um die Gruppe von Enrique Quintero (Colorectal Cancer Screening in Average-Risk Population: Immunochemical Fecal Occult Blood Testing versus Colonoscopy [COLONPREV])[8].

Literatur

1. Kopetz S, Chang GJ, Overman MJ, et al. Improved survival in metastatic colorectal cancer is associated with adoption of hepatic resection and improved chemotherapy. *J Clin Oncol* 2009;27(22):3677-3683.
2. Mandel JS, Bond JH, Church TR, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med* 1993;328(19):1365-1371.
3. Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2010;375(9726):1624-1633.
4. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, et al. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *N Engl J Med* 2012;366(25):2345-2357.

Kommentar Expertenbeirat



5. Baxter NN, Goldwasser MA, Paszat LF, et al. Association of colonoscopy and death from colorectal cancer. *Ann Intern Med* 2009;150(1):1-8.
6. Doubeni CA, Weinmann S, Adams K, et al. Screening colonoscopy and risk for incident late-stage colorectal cancer diagnosis in average-risk adults: a nested case-control study. *Ann Intern Med* 2013;158(5 Pt 1):312-320.
7. Myer PA, Mannalithara A, Singh G, Ladabaum U. Proximal and distal colorectal cancer resection rates in the United States since widespread screening by colonoscopy. *Gastroenterology* 2012;143(5):1227-1236.
8. Quintero E, Castells A, Bujanda L, et al. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *N Engl J Med* 2012;366(8):697-706.