

Original-Titel

Understanding the contribution of family history to colorectal cancer risk and its clinical implications: A state-of-the-science review.

Autoren:

Lowery et al., Cancer 09/2016

Kommentar:

PD Dr. Georgia Schilling, Hamburg, 10.01.2017

Personen mit einer positiven Familienanamnese eines kolorektalen Karzinoms oder eines Adenoms haben ein erhöhtes Darmkrebsrisiko. Es gibt aber leider keine einheitlichen Leitlinien bzgl. der Darmkrebsvorsorge für diese Personen und man weiß, dass weniger als 50% der gefährdeten Personen regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen gehen. Bei unter 50-Jährigen ist die Akzeptanz sogar noch geringer.

Die Autoren dieser Übersichtsarbeit wollen 6 Schlüsselfragen beantworten:

1. Welche Risiken bestehen bei positiver Familienanamnese?
2. Welche Vorsorge – Richtlinien existieren für diese Personengruppe?
3. Wie hoch ist die Adhärenz zu Vorsorgeempfehlungen in dieser Personengruppe?
4. Welche Barrieren bestehen?
5. Welche Interventionen konnten die Screening-Rate in dieser Personengruppe positiv beeinflussen?
6. Welche Werkzeuge sind verfügbar, den familiären Hintergrund sinnvoll zu dokumentieren?

Ergebnisse:

Das Risiko Darmkrebs zu bekommen ist 2-fach erhöht, wenn ein erstgradig Verwandter betroffen ist, wobei die Erkrankung eines Geschwisters mehr wiegt, als die eines Elternteils. Das Risiko nimmt zu, wenn mehrere Verwandte in der ersten Linie betroffen sind, oder der Indexpatient jünger als 50 Jahre bei der Diagnosestellung ist (ca. 3x höher). Auch wenn zweit- oder drittgradige Verwandte an Darmkrebs erkrankt sind, ist das Risiko erhöht. Das Risiko ist höher, wenn der Tumor im Dickdarm als im Enddarm lokalisiert ist. Auch hinsichtlich des Vorliegens von Adenomen in der Familie ist das Risiko an Darmkrebs zu erkranken erhöht, besonders wenn der Polyp groß, schon fortgeschritten ist oder ein ungestieltes, gezähntes Wachstumsmuster aufweist. Und auch hier besteht eine Korrelation zu einem jüngeren Lebensalter der Betroffenen.

Wenig weiß man, inwieweit Umweltfaktoren das individuelle Risiko der Personengruppe mit einer positiven Familienanamnese zusätzlich beeinflussen. Personen mit einem Verwandten ersten Grades mit einem KRK < 60 Jahre oder zwei Betroffenen egal welchen Alters sind klar definiert: die Vorsorgekoloskopien sollten im Alter von 40 Jahren oder 10 Jahre früher als das erste Auftreten eines KRK im Abstand von 5 Jahren beginnen. Bzgl. aller anderen Konstellationen oder beim Vorliegen von Polypen gibt es keine einheitlichen Empfehlungen. Inwieweit Empfehlungen, sofern vorhanden, eingehalten werden, ist nicht bekannt.

Die Bereitschaft mit dem Screening im empfohlenen Alter leitliniengemäß zu beginnen und es regelhaft durchzuführen liegt unter 50% auch wenn über die letzten Jahre eine Zunahme zu verzeichnen war.

Die Bereitschaft zu entsprechenden Vorsorgemaßnahmen ist umso größer, wenn eine ärztliche Empfehlung erfolgt ist, oder mehr als ein Familienangehöriger betroffen war. Als Barrieren konnten fehlende Symptome, fehlende ärztliche Empfehlung und Angst vor einer schmerzhaften Untersuchung identifiziert werden. Aber auch mangelnde Information über die Familienanamnese oder über altersgemäße Screeningempfehlungen tragen dazu bei, dass die Vorsorge so wenig in Anspruch genommen wird, wobei eine adäquate Wahrnehmung des individuellen Risikos nicht zwangsläufig zu einer erhöhten Annahme von Screeninguntersuchungen führt.

Die Durchführung regelmäßiger persönlicher oder telefonischer Kontakte, abgestimmt auf die individuelle Person, führten zu einer größeren Akzeptanz.

Elektronische Gesundheits-/Krankenakten eignen sich gut, die Familienanamnese eines Patienten zu dokumentieren, aber sind nicht standardisiert im Hinblick auf die Erfassung weitläufigerer Verwandter oder des Alters des Indexpatienten. Bisher gibt es aber auch noch keine Evidenz dafür, ob eine derartige Datensammlung das Outcome der Patienten verbessern kann.

Daraus resultierende „Arbeitsaufträge“:

Für die Zukunft ist es wichtig, einen klinischen Konsens zu finden, welche Familienanamnese-Daten in einer elektronischen Akte gespeichert werden sollen. Diese Erhebung und regelmäßige Aktualisierung kann als Qualitätskriterium in der Patientenversorgung dienen. Ein Konsensus bzgl. Vorsorgeempfehlungen bei Indexpatienten > 60 Jahre oder beim Vorhandensein von Adenomen sollte angestrebt werden. Hausärzte müssen entsprechend weitergebildet werden. Es müssen standardisierte Wege gefunden werden, wie die Ergebnisse endoskopischer Untersuchungen und daraus resultierende Vorsorgeempfehlungen von Patienten ihre Hochrisiko-Verwandten erreichen. Selbsthilfegruppen und Krebsregister sollten in die Aufklärung mit einbezogen sein, ebenso lokale und nationale Organisationen.