

Original-Titel

Colorectal cancer screening: Recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer

Autoren:

Douglas K. Rex, C. Richard Boland, Jason A. Dominitz, Francis M. Giardello, David A. Johnson, Tonya Kaltenbach, Theodore R. Levine, David Lieberman, Douglas J. Robertson. *Gastrointestinal Endoscopy* 2017;86,18-33.

Kommentar:

Prof. Dr. Friedrich Hagenmüller, Hamburg, 30.11.2017

Zusammenfassung:

Das Dokument aktualisiert die Empfehlungen der „U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer“ zur Darmkrebsvorsorge; sie repräsentiert die Meinung dreier gewichtiger Fachgesellschaften - des American College of Gastroenterology, der American Gastroenterological Association und der American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Die Screeningmethoden werden in 3 Rangstufen eingeteilt, basierend auf Effektivität, Kosten und Praktikabilität. Als Grundpfeiler (Stufe 1) der Darmkrebsvorsorge gelten die Koloskopie, die dem Patienten prioritär („colonoscopy first!“) im 10-Jahresintervall angeboten werden soll, und der jährliche immunologische Stuhltest (FIT) auf unsichtbares Blut. Was die Intensität der Koloskopie-Empfehlung angeht, wird eine Berücksichtigung der Pre-Test-Wahrscheinlichkeit für ein positives Untersuchungsergebnis anheimgestellt; hiermit wird dem „Koloskopie-Skeptiker“ mit niedrigem Risikoprofil der Weg zum jährlichen FIT aufgezeigt. Als „zweitbeste“ Stufe der Screeningmethoden werden CT-Kolographie alle 5 Jahre, FIT-DNA-Stuhltest alle 3 Jahre und die Sigmoidoskopie im Abstand von 5 bis 10 Jahren angesehen. Die Videokapsel-Koloskopie in 5-Jahresintervallen wird als drittrangige Screeningmethode deklariert. Der Septin9-Serumtest wird zur Darmkrebsvorsorge nicht empfohlen.

Als Startpunkt für das Darmkrebs-Screening empfehlen die amerikanischen Kollegen das 51. Lebensjahr für Menschen mit durchschnittlichem Risiko. Vorziehen sollte man den Screening-Beginn bei Menschen, bei denen ein erstgradig Verwandter eine fortgeschrittene Kolon-Neoplasie im Alter von <60 Jahren oder 2 erstgradig Verwandte derartige Befunde unabhängig vom Lebensalter hatten. Für diese Gruppe wird die Koloskopie im 5-Jahres-Abstand empfohlen, beginnend in einem Alter 10 Jahre vor dem Auftreten des Befundes beim Index-Patienten. Menschen mit einem einzigen erstgradig Verwandten mit Darmkrebs oder einem Hochrisiko-Polypen im Alter von >60 Jahren wird zum Screening ab 40 Jahre geraten. Sessile serrierte Adenome mit Dysplasie und traditionelle serrierte Adenome mit >10 mm Durchmesser werden mit Hochrisiko-Adenomen gleichgesetzt.

Die Empfehlungen weisen auf die verschiedenen Möglichkeiten der ärztlichen Gesprächsführung hin, ohne diese zu bewerten,: a) Angebot und Aufklärung über alle verfügbaren Screeningmethoden, b) sequenzielles Angebot der Methoden, beginnend mit der vom Arzt bevorzugten Methode, in der Regel also Koloskopie, c) individuelle, risiko-basierte Beratung. Die

Bedeutung der Koloskopie-Qualität wird hervor gehoben, und der potenzielle Patient erhält handfeste Ratschläge zu deren Beurteilung.

Kommentar:

Im Gegensatz zu Deutschland gibt es in den USA kein programmatisches Screening; die dortige „opportunistische“ Darmkrebsvorsorge folgt der individuellen Interaktion zwischen Patient, Arzt und/oder Krankenversicherung. Die Praxis der Darmkrebsvorsorge ist in den USA dementsprechend viel heterogener als bei uns, zumal die Erstattungs- und Selbstbeteiligungsregeln der Versicherer unendlich vielfältig sind. Das staatliche Medicare versichert ca. 50 Millionen der über 65 Jahre alten US-Bürger; es wurde im Jahre 2010 durch den „Affordable Care Act“ verpflichtet, die Vorsorge-Koloskopie zu erstatten. Trotz des Fehlens eines programmatischen Screenings erfreut sich das US-amerikanische System einer hohen Akzeptanz: 60 % der Bevölkerung nehmen Screening-Untersuchungen in Anspruch, die Darmkrebsinzidenz nahm in den letzten 10 Jahren um 30 % ab (Siegel R. et al: CA Cancer J Clin 2014; 64:104. Edwards B.K. et al: Cancer 2014;120:1290). Angesichts der Heterogenität der Screening-Möglichkeiten in den USA sind fachlich fundierte Empfehlungen für Arzt und Patient besonders hilfreich, für den Leser hierzulande nicht minder interessant bezüglich der fachlichen Argumentation und dem offensichtlichen Bestreben der Autoren, mit den vorliegenden Empfehlungen auch gleichzeitig für das Darmkrebs-Screening und dessen Durchführung in höchstmöglicher Qualität zu werben.

Wie in Deutschland wird den US-Bürgern mit durchschnittlichem Darmkrebsrisiko geraten, sich ab dem Alter von 50 Jahren screenen zu lassen, allerdings ohne den 5-jährigen „Auftakt“ mit jährlichem FIT, bevor die Koloskopie ab 55 Jahre empfohlen wird. Afro-Amerikanern wird geraten, sich bereits mit 45 Jahren untersuchen zu lassen. Mit dieser Empfehlung kommt das Streben nach einer Risiko-Stratifizierung zum Ausdruck; sie fußt auf der Beobachtung, dass Afro-Amerikaner zum Zeitpunkt der Neoplasie-Diagnose jünger sind als US-amerikanische Durchschnittsbürger (Williams R. et al: Clin Transl Gastroenterol 2016;7:e185. Carethers J.M. et al: Dig Dis Sci 2015;60:711. Ashktorab H. et al: Dig Dis Sci 2016;61:3026); in Deutschland trifft dies für Männer im Vergleich zu Frauen zu, weswegen auch bei uns die Forderung nach einer besseren Risiko-Adaption der Darmkrebsvorsorge zugunsten eines Koloskopie-Angebots für Männer bereits ab dem 51. Lebensjahr diskutiert wird (Brenner H. et al: Dtsch Arztebl 2017; 114(6): 94-100). Die gut begründete Deklaration dysplastischer, sessiler serrierter Adenome als Hochrisiko-Läsionen zielt auf die Notwendigkeit ab, die derzeit noch suboptimalen Krebsvorsorge-Ergebnisse im proximalen Kolon (Brenner H. et al: Gastroenterology 2014; 146:709) zu verbessern. Obwohl der deutschen Bevölkerung eine im internationalen Vergleich vorbildliche Darmkrebsvorsorge angeboten wird, wäre auch hierzulande eine weitere Risiko-Stratifizierung sinnvoll – sowohl in medizinischer als auch wirtschaftlicher Hinsicht. Der Weg von der fachlich fundierten Empfehlung über den Gemeinsamen Bundesausschuss bis zur Erstattung für die gesetzlich Versicherten ist allerdings lang; deshalb erscheint derzeit eine Fokussierung der Anstrengungen auf die Inanspruchnahme des aktuellen Leistungsangebots durch möglichst viele Berechtigte vorrangig. Während in Deutschland zwei Koloskopien im Abstand von 10 Jahren erstattet werden, wenn die initiale Untersuchung negativ ausgefallen ist, empfehlen die amerikanischen

Kommentar Expertenbeirat



Kollegen die Wiederholung der Koloskopie alle 10 Jahre, stellen aber eine Beendigung des Screenings im Alter von 75 Jahren anheim, wenn die vorangegangenen Koloskopien normale Befunde ergeben haben. Komorbiditäten und Lebenserwartung sollten ebenfalls berücksichtigt werden.

Besonders interessant ist die Aufforderung an die Patienten, sich über die Qualifikation des Koloskopikers Gewissheit zu verschaffen („Fragen Sie Ihren Arzt nach seiner Adenom-Detektionsrate!“); damit macht man den Patienten zum Verbündeten im Bemühen um die Versorgungsqualität - ein sehr sinnvoller Ansatz, der allerdings in den USA an seine Grenzen stößt, wenn der Versicherer – wie dort üblich - die freie Arztwahl beschränkt.

Insgesamt sind die Empfehlungen der Multi-Society Task Force eine fachlich gut begründete Entscheidungshilfe für Ärzte und Patienten, die Lektüre auch für deutsche Kollegen sehr empfehlenswert. Neben der fachlichen Argumentation läßt der Tenor den Wunsch erkennen, möglichst viele Menschen zu erreichen. Mehr als in Deutschland wird Wert auf die Darstellung der Vielfalt der verfügbaren Screeningmethoden gelegt, offenbar um darzulegen, daß „für jeden etwas“ dabei ist. Das Dokument plädiert ebenso für eine kluge Risikostratifizierung und einen sinnvollen Einsatz der Ressourcen, um „Overuse“ und „Underuse“ zu vermeiden.

Die Empfehlungen richten sich laut Überschrift gleichermaßen an Ärzte und Patienten; der wissenschaftliche Stil des Textes wird aber den Laien kaum zum Lesen animieren. Eine für Laien konzipierte Textversion wäre wünschenswert. Der „Mann auf der Straße“ wird eher erreicht durch die Website der American Cancer Society (www.cancer.org/cancer/colon-retal-cancer/detction-diagnosis-staging/acs-recommendations/html); hier wird der Leser ohne wissenschaftliche Umschweife in knapper aber doch differenzierter Form informiert, wie er den Darmkrebs am besten verhindern kann, und stimuliert, sich auf jeden Fall um das Thema zu kümmern („Hauptsache, Sie lassen sich untersuchen, egal für welche Methode Sie sich entscheiden!“).