

Birgt ein aggressives Screening auch Gefahren?

J.F. Riemann

Stiftung LebensBlicke, Ludwigshafen

Schlüsselwörter

aggressives Screening –
kolorektales Karzinom –
Gefahren

Key words

aggressive screening –
colorectal cancer –
dangers

Birgt ein aggressives Screening auch Gefahren?

Screening-Maßnahmen sind für eine asymptomatische Bevölkerungsgruppe vorgesehen, für die ein erhöhtes Tumorrisiko besteht. Voraussetzung für die Teilnahme ist die informierte Entscheidung des Bürgers. Ein Screening, das die falsche Zielgruppe umfasst, auf Angstkampagnen, auf unzureichender Information beruht oder wenig spezifische/sensitive Tests beinhaltet, ist aggressiv und schadet mehr als dass es nutzt.

Is aggressive screening dangerous?

Screening procedures are provided for an asymptomatic population with an increased tumor risk. A major precondition is the informed consent of the individual human being. A screening which is based on a false risk group, fear campaigns, an insufficient information about the procedures or less specific or sensitive tests is aggressive and does bring more harm than benefit.

Einleitung

In einem Interview mit der Rheinpfalz vom 25.08.2011 reklamierte der Professor für Allgemeinmedizin, Jean-Francois Chenot, im Gespräch mit der Zeitungsreporterin, dass es natürlich für den Patienten schädlich sein kann, wenn Ärzte zu viele Tests machen. Er nannte als Beispiele sogenannte „**Routineuntersuchungen**“, die Vorsorge des Prostatakarzinoms sowie die radiologischen Untersuchungen bei Rückenschmerzen.

Die Darmkrebsfrüherkennung wurde nicht explizit vermerkt; dennoch gibt es durchaus auch beim Darmkrebs-Screening Hinweise darauf, dass ein aggressives Screening ein Gefahrenpotenzial in sich birgt.

Für die Teilnahme am Darmkrebs-Früherkennungsprogramm ist die informierte Entscheidung des Bürgers eine *conditio sine qua non*, richtet es sich doch in erster Linie

an gesunde Menschen, die dadurch möglichen Gefahren ausgesetzt sein können.

Was aggressives Screening alles beinhalten kann, ist in Tabelle 1 zusammengefasst.

Voraussetzungen für Screening-Untersuchungen

Screening-Untersuchungen sind Reihenuntersuchungen und dann sinnvoll, wenn eine häufige und schwerwiegende Erkrankung vorliegt, wenn es sich bei Krebserkrankungen um einen langsam, über Vorläuferläsionen wachsenden Tumor handelt. Seine Diagnose muss klar sein; es muss eine definierte, asymptomatische Zielgruppe existieren, darüber hinaus bekannte Risikogruppen. Ferner ist entscheidend, dass einfache und sensitive Screening-Verfahren zur Verfügung stehen. Ein entscheidendes Argument ist aber die Tatsache, dass eine erfolgreiche Therapie bei früherer Entdeckung der Zielerkrankung möglich ist und darüber hinaus noch eine kostengünstige Situation im Sinne einer positiven Kosten-/Nutzen-Relation besteht.

Alle diese Voraussetzungen sind für das kolorektale Karzinom klar erfüllt. Darmkrebs ist in der Bundesrepublik Deutschland die zweithäufigste Krebstodesursache für Männer und Frauen [1]. Der Darmkrebs entwickelt sich langsam über Jahre aus bekannten Zielläsionen, sodass eine sinnvolle Früherkennung möglich ist [2]. Die Entwicklung des kolorektalen Karzinoms ist in ihren unterschiedlichen Stufen inzwischen gut bekannt. Es existieren Risikogruppen wie zum Beispiel die familiäre Belastung sowie die genetische Disposition, die ein besonderes Überwachungsproblem darstellen [3].

In den letzten Jahren sind S3-Leitlinien für das kolorektale Karzinom entwickelt



LebensBlicke

Stiftung Früherkennung Darmkrebs

Tab. 1.

Aggressives Screening – was kann das alles sein?
falsche Zielgruppe
Überbewertung der Adenom-Detektionsrate
unzureichende Information über tatsächliche Risiken
unzuverlässige Screening-Teste mit häufig falsch-positiven Resultaten
Angstkampagnen
unnötige Folgebehandlungen
Komplikationssteigerung bei Komorbiditäten

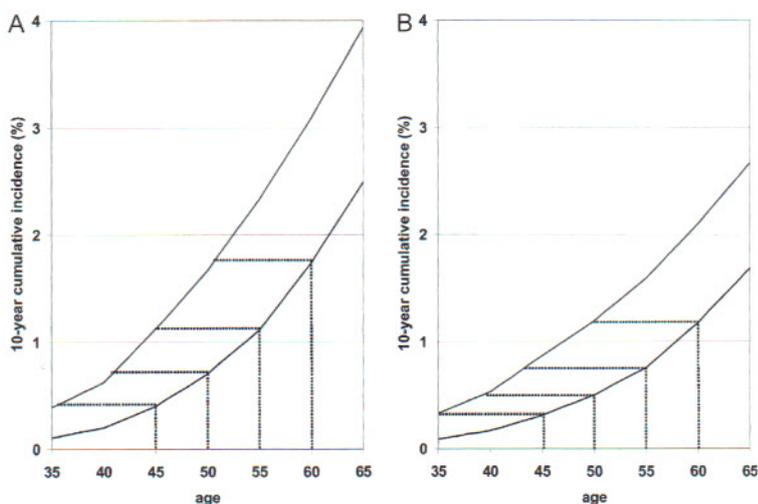


Abb. 1. Geschätztes 10-Jahres-Risiko für ein kolorektales Karzinom mit (A) und ohne (B) familiäre Belastung [3].

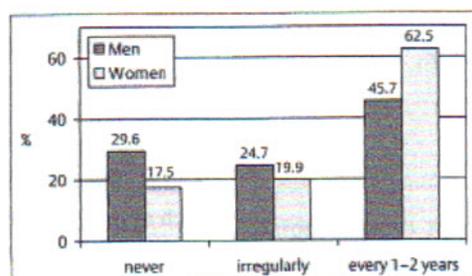


Abb. 2. Männer nehmen deutlich weniger an den angebotenen Vorsorgemaßnahmen (hier FOBT) teil [10].

worden, die 2004 erstmalig publiziert [4] und 2008 fortgeschrieben worden sind. Sie nehmen ganz eindeutig zu den verschiedenen Formen der Vorsorge Stellung [5].

Potenzial für ein aggressives Screening

Schaut man nach den Möglichkeiten für ein aggressives Screening, so bestehen Gefahren zunächst darin, dass man die falsche

Zielgruppe anspricht. Der Darmkrebs ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters [1]; ein allgemeines Darmkrebs-Screening unterhalb von 50 Jahren macht wenig Sinn, wirkt eher kontraproduktiv. Davon ausgenommen sind natürlich die bereits angesprochenen Risikogruppen wie Menschen mit familiärer (Abb. 1) oder hereditärer Belastung; für sie gelten grundsätzlich andere Voraussetzungen [2, 3]. Allerdings kristallisiert sich in den letzten Jahren heraus, dass Männer offensichtlich früher als Frauen erkranken [6]. Daher wäre für die Zukunft eine differenzierte Vorsorgestrategie denkbar, die für Männer den Zugang zur gesetzlich geregelten Vorsorge bereits ab 45 Lebensjahren ermöglicht [7].

Ein aggressives Screening kann aber auch dann vorliegen, wenn man mit allen technischen und färbereichen Mitteln versucht, die **Adenom-Detektionsrate** bei der Vorsorgespiegelung zu erhöhen [8]. Bereits Zeit-Online hatte 2004 in einem für den Laien gut verständlichen Artikel berichtet, dass „gerade bei der Vorsorgespiegelung viele gutartige Vorstufen ohne Relevanz gefunden würden, die zu keiner Beeinträchtigung während des Lebens führen, aber die Betroffenen den Gefahren der Prozedur ohne erkennbaren Nutzen aussetzen würden“. Da ist sicher etwas dran, wenn man sich vor Augen hält, dass das **Lebenszeitrisko** des Menschen für die Entwicklung eines kolorektalen Karzinoms nur bei 6% liegt. Es muss daher Aufgabe und wissenschaftlicher Anreiz zugleich sein, hier die Spreu vom Weizen zu trennen und durch neue Techniken wie zum Beispiel molekularbiologische Methoden erkennen zu können, welcher Polyp für den Einzelnen wirklich gefährlich ist. Es muss vermieden werden, ein unnötiges Nachsorgeklientel zu schaffen.

Allzu häufige Nachkontrollen außerhalb der leitliniengerechten Empfehlungen, wie immer wieder zu registrieren ist, sind nutzlos und daher eher schädlich, weiß man doch, dass auch 10 Jahre nach negativer Indexkoloskopie die Detektionsrate von relevanten Zielläsionen äußerst gering ist [9].

Allzu **intensive Kampagnen** zur Vorsorge **vor allem mit Warnhinweisen** können auch demotivieren und Menschen abhalten, sich einer Untersuchung zu unterziehen. So konnten Frau Sieverding und Mitarbeiter

bereits 2008 in einer sehr beachteten Publikation feststellen, dass Männer weniger häufig an Vorsorgemaßnahmen teilnehmen (Abb. 2). Die eher geringe Teilnahme sollte nicht kritisiert, sondern in einen positiven Anstoß umgemünzt werden, da Männer sich häufig am Verhalten ihrer Geschlechtsgegnossen orientieren und damit genau das Gegenteil erreicht werde [10]. Das ist kontraproduktiv und gefährlich, da gerade Männer, wie ausgeführt, eher an Darmkrebs erkranken als Frauen.

Natürlich können Folgekosten entstehen, wenn die Rate der **falsch-positiven Teste** zu **hoch** ist und zu viele unnötige Folgeuntersuchungen veranlasst werden [5]. Dies birgt natürlich für den Einzelnen Gefahren in sich. Sicher ist die unausgewogene Information ein wichtiger Moment, aus dem sich Gefahren ableiten lassen.

Angstkampagnen vor den Folgen einer Krebserkrankung führen vor allem beim Laien zu Ängsten und sind einer informierten Entscheidung gegenüber kontraproduktiv. Dabei ist es unerheblich, wie umfangreich eine Information ist. Entscheidend ist die Qualität, die darauf abzielt, Chancen und Risiken objektiv zu vermitteln.

Die Einbeziehung von Patienten mit fortgeschrittenen Karzinomen anderen Ursprungs in ein Darmkrebsvorsorgeprogramm ist Unsinn, führt sie doch nur zu mehr Verunsicherung als dass sie von Nutzen ist [11].

Man muss ferner wissen, dass mit zunehmendem Alter natürlich die **Komplikationsraten** einer invasiven Untersuchung **steigen**. Vor allem bei **Komorbiditäten**, selbst wenn sie medikamentös gut im Griff sind, lassen sich eine erhöhte kardiovaskuläre Morbidität sowie eine erhöhte Perforationsrate aus den Daten des Koloskopie-Screenings ableiten [12]. Das muss bedacht werden, wenn man gerade auch bei älteren Menschen zu intensiv für die Vorsorge wirbt.

Fazit

Ein klar definiertes Screening wie das in Deutschland etablierte für den Darmkrebs ist sinnvoll. Die informierte Entscheidung des Einzelnen bleibt oberstes Ziel.

Jede Form eines aggressiven Screenings schadet mehr als dass es nutzt, im Gegenteil,

es erhöht wahrscheinlich die Teilnahme rate nicht. Das bei uns noch opportunistische Darmkrebs-Screening stößt an seine Grenzen; daher ist, wie bereits in manchen europäischen Ländern eingeführt, ein organisiertes Einladungsverfahren vonnöten, wie es auch im Rahmen des Nationalen Krebsplans vorgeschlagen worden ist [13].

Die Stiftung LebensBlicke steht für die seriöse Information über alle Facetten des Darmkrebs-Screenings [14, 15].

Literatur

- [1] Husmann G, Kaatsch P, Katalinic A, Bertz J, Haberland J, Kraywinkel K, Wolf U. Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends. Berlin: Robert-Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg); 2010.
- [2] Kullmann F. Karzinogenese und hereditäre Kolonkarzinome. Internist (Berl). 2003; 44: 254-267.
- [3] Brenner H, Hoffmeister M, Haug U. Family history and age at initiation of colorectal cancer screening. Am J Gastroenterol. 2008; 103: 2326-2331.
- [4] Schmiegel W, Pox C, Adler G, Fleig W, Fölsch UR, Frühmorgen P, Graeven U, Hohenberger W, Holstege A, Junginger T, Kühlbacher T, Porschen R, Propping P, Riemann JF, Sauer R, Sauerbruch T, Schmol HJ, Zeitz M, Selbmann HK; Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten. S3-Leitlinienkonferenz „Kolo rektales Karzinom“ 2004. Z Gastroenterol. 2004; 42: 1129-1177.
- [5] Schmiegel W, Reinacher-Schick A, Arnold D, Graeven U, Heinemann V, Porschen R, Riemann J, Rödel C, Sauer R, Wieser M, Schmitt W, Schmol HJ, Seufferlein T, Kopp I, Pox C. S3-Leitlinie „Kolo rektales Karzinom“ – Aktualisierung 2008. Z Gastroenterol. 2008; 46: 799-840.
- [6] Regula J, Rupinski M, Kraszezwska E, Polkows ki M, Pachlewski J, Orłowska J, Nowacki MP, Butruk E. Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. N Engl J Med. 2006; 355: 1863-1872.
- [7] Waldmann A, Raspe H, Katalinic A. Darmkrebsrisiko bei familiären und hereditären Risikopersonen unter 55 Jahren. Z Gastroenterol. 2009; 47: 1052-1058.
- [8] Pohl J, Schneider A, Vogell H, Mayer G, Kaiser G, Ell C. Pancolonial chromoendoscopy with indigo carmine versus standard colonoscopy for detection of neoplastic lesions: a randomised two-centre trial. Gut. 2011; 60: 485-490.
- [9] Brenner H, Haug U, Arndt V, Stegmaier C, Altenhofen L, Hoffmeister M. Low risk of colorectal cancer and advanced adenomas more than 10 years after negative colonoscopy. Gastroenterology. 2010; 138: 870-876.
- [10] Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L. Gender differences in FOBT use: evidence from a large German survey. Z Gastroenterol. 2008; 46 (Suppl 1): S47-S51.

- [11] *Sima GS, Panageas KS, Schrag D.* Cancer screening among patients with advanced cancer. *JAMA.* 2010; *304*: 1584-1591.
- [12] *Warren JL, Klabunde CN, Mariotto AB, Meekins A, Topor M, Brown ML, Ransohoff DF.* Adverse events after outpatient colonoscopy in the Medicare population. *Ann Intern Med.* 2009; *150*: 849-857, W152.
- [13] *Riemann JF, Maar C, Betzler M, Brenner H, Sauerbruch T.* Darmkrebsfrüherkennung im Nationalen Krebsplan – Aktueller Stand und Empfehlungen für die Weiterentwicklung. *Z Gastroenterol.* 2011; *49*: 1428-1431.
- [14] *Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM, Rickert A, Hoffmeister M.* Protection from colorectal cancer after colonoscopy: a population-based, case-control study. *Ann Intern Med.* 2011; *154*: 22-30.
- [15] *Eickhoff A, Genthmer A, Riemann JF.* Früherkennung – was lässt sich optimieren? *Endo heute.* 2011; *24*: 154-159.

Prof. Dr. med. J.F. Riemann
em. Direktor der Med. Klinik C
Klinikum Ludwigshafen
c/o Stiftung LebensBlicke
Schuckerstraße 37
D-67063 Ludwigshafen
riemannj@garps.de