

Bedeutung der Familienanamnese und des Lebensalters für den Beginn der Darmkrebsvorsorge

Originaltitel: Family History and Age at Initiation of Colorectal Cancer Screening

Autoren: Hermann Brenner, Michael Hoffmeister, Ulrike Haug.

Division of Clinical Epidemiology and Aging Research, German Cancer Research Center, Heidelberg, Germany

Am J Gastroenterol 2008; 103: 2326-2331.

Kommentierung: Prof. Dr. K. Beckh, Dr. W. Rimili, Medizinische Klinik II, Klinikum Worms gGmbH

Kommentar: 25.02.09

Abstract

Ziel der Arbeit ist, die beste epidemiologische Evidenz bei Geschlecht und Lebensalter zu bewerten, um die Entscheidungsträger zu unterstützen, zu welchem Zeitpunkt die Darmkrebsvorsorge bei Personen mit einer familiären Belastung im Vergleich zu Personen mit einem durchschnittlichen Erkrankungsrisiko eingesetzt werden soll.

Es wurden Krebsregister, Gesundheitsdaten und eine aktuelle Metaanalyse epidemiologischer Studien benutzt, um die kumulative Inzidenz des kolorektalen Karzinoms bei Männern und Frauen unterschiedlichen Alters mit und ohne familiäre Belastung zu bestimmen. Die Autoren bestimmten den 10-Jahres-Schwellenwert, die von den 45-, 50-, 55- und 60-jährigen Männern und Frauen erreicht wurden im Vergleich zu den Werten, die die Personen mit einer familiären Belastung bei Verwandten ersten Grades haben.

Trotz größerer Unterschiede des Darmkrebsrisikos durch das unterschiedliche Geschlecht und trotz des starken Altersgradienten im relativen Risiko bei familiärer Belastung wurden Zeitperioden mit ansteigendem Risiko konsistent zwischen 9 und 11 Jahren für beide Geschlechter und in allen vier Altersklassen gefunden.

Der um 10 Jahre frühere Einstieg in die Darmkrebsvorsorge bei Männer und Frauen mit einer familiären Belastung (z.B. mit 40 Jahren statt mit 50 Jahren) scheint eine vernünftige, evidenzbasierte Empfehlung zu sein.

Kommentar:

Der Arbeit wurden die nationalen Leitlinien zur Darmkrebsvorsorge in den USA und in Deutschland zu Grunde gelegt.

Bei Personen, deren Verwandter ersten Grades unter 60 Jahren an einem kolorektalen Karzinom oder Adenom erkrankt ist, empfiehlt die American Cancer Society (1) eine früher einsetzende Darmkrebsvorsorge, ohne dies näher zu spezifizieren.

Die American Gastroenterological Association (2) sieht als Zielgruppe an, wenn ein Verwandter ersten Grades an einem kolorektalen Karzinom oder Adenom unter 60 Jahren oder zwei Verwandte ersten Grades an einem kolorektalen Karzinom ohne Altersbezug erkrankt sind. Die Vorsorge soll dann mit 40 Jahren starten oder 10 Jahre früher, abhängig vom Diagnosezeitpunkt.

In den deutschen Leitlinien (3, 4) soll die Darmkrebsvorsorge in Form der Koloskopie bei Personen mit einem erkrankten Verwandten altersunabhängig mit 50 Jahren oder 10 Jahre bevor der Verwandte erkrankt ist, durchgeführt werden. Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass in den gültigen deutschen Leitlinien die Personen mit einem normalen Risiko in den ersten fünf Jahren ab 50 Jahre eine jährliche Stuhlbluttestung erhalten, wohingegen den Personen mit der familiären Belastung ab 50 Jahre eine Koloskopie empfohlen wird.

Interessant ist, dass die Vorsorge bei Männern aufgrund des höheren Darmkrebsrisikos um 5 Jahre früher beginnen sollte. Das zeigt eine Arbeit der Arbeitsgruppe aus dem Jahre 2007 (5).

Die vorliegenden Daten konzentrieren sich auf die Situation im Falle des diagnostizierten kolorektalen Karzinoms. Nimmt man die Vererbung von Adenomen in die Risikostratifizierung mit auf, werden die Aussagen weniger verlässlich (6).

Allerdings stellt sich für die Personen, deren Verwandte ersten Grades an einem kolorektalem Karzinom in höherem Lebensalter erkrankt sind, die Frage, ob der Zeitpunkt um 10 Jahre nach vorne verlegt werden sollte. Das würde bedeuten, dass die Koloskopie mit 40 Jahren durchgeführt werden sollte. Die Daten der vorliegenden Arbeit unterstützen diese Empfehlung.

Kommentar Expertenbeirat



Die S3-Leitlinie von 2004, die 2008 in einzelnen Kapiteln aktualisiert wurde, empfiehlt die Koloskopie in diesem Falle mit 50 Jahren und wird sich in einer kommenden aktualisierten Form zu diesem Thema äußern.

Literatur

- (1) Winawer S, Fletcher R, Rex D et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale—update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003; 124: 544-560.
- (2) Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. *CA Cancer J Clin* 2006; 56: 11-25.
- (3) Schmiegel W, Pox C, Adler G et al. S3-Leitlinienkonferenz „Kolorektales Karzinom“ 2004. *Z Gastroenterol* 2004; 42: 1129-1177
- (4) Schmiegel W, Pox C, Reinacher-Schick A, Adler G et al. S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“. *Z Gastroenterol* 2008; 46: 1-73.
- (5) Brenner H, Hoffmeister M, Arndt V et al. Gender differences in the epidemiology of colorectal cancer: Implications of age at initiation of screening. *Br J Cancer* 2007; 96: 828-831.
- (6) Brenner H, Hoffmeister M, Stegmaier C et al. Risk of progression of advanced adenomas to colorectal cancer by age and sex: Estimates based on 840149 screening colonoscopies. *Gut* 2007; 56: 1585-1589.