

Original-Titel:

Expected long-term impact of the German screening colonoscopy programme on colorectal cancer prevention: Analyses based on 4,407,971 screening colonoscopies.

Autoren:

Brenner H, Altenhofen L, Stock C, Hoffmeister M, Eur J Cancer 2015

Kommentar:

Prof. Dr. Thomas Frieeling, Innere Medizin/ Klinik II, Helios Kliniken, Krefeld, 15.5.2015

Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurde die Anzahl verhinderter kolorektaler Karzinome anhand der zu erwartenden Karzinome über 4 Jahrzehnte (2005 – 2045) durch ein 4 – Status Markov Model (nicht fortgeschrittenes Adenom, fortgeschrittenes Adenom, präklinisches, manifestes kolorektales Karzinom) geschätzt. Die Schätzung beruhte auf den Daten des Deutschen Vorsorgekologoskopies Registers von 2003 – 2012 (n = 4,407,971), den 4 Übergangshäufigkeiten vom Polyp zum Karzinom und der allgemeinen Sterblichkeit. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zahl der verhinderten kolorektalen Karzinome ab 55 Jahren und älter von < 100 im Jahr 2005, auf 6500 im Jahr 2015, auf 12,600 im Jahr 2025, auf 15,400 im Jahr 2035 und auf 16,000 im Jahr 2045 ansteigen werden, verglichen mit etwa 58,000 neu aufgetretenen Fällen im Jahr 2003. Die Anzahl der zu erwartenden verhinderten Fälle war bei Männern höher als bei Frauen und variierte stark mit dem Alter. Die größte Anzahl der verhinderten Fälle war bei einem Alter von > 75 Jahren zu verzeichnen.

Kommentar

In verschiedenen Ländern werden zunehmend Vorsorgeprogramme für das kolorektale Karzinom durch die fäkale okkulte Blutuntersuchung (FOBT), die Sigmoidoskopie bzw. die Koloskopie etabliert (8). Deutschland war eines der ersten Länder, das ein Programm für die Vorsorgekologoskopies seit 2002 eingeführt hat.

Mehrere Untersuchungen haben den Wert der Vorsorgekologoskopies bei distalen kolorektalen Karzinomen aufgezeigt (Atkin WS et al. Lancet 2010;375:1624–33, Segnan N et al. J Natl Cancer Inst 2011;103:1310–22, Schoen RE et al. N Engl J Med 2012;366:2345–57, Holme Ø et al. JAMA 2014;312:606–15), wobei bei proximalen und distalen Karzinomen sogar ein noch höheres Vorsorgepotential vermutet wird (Doubeni CA et al. Ann Intern Med 2013;158:312–20, Nishihara R et al. N Engl J Med 2013;369:1095–105, Brenner H et al. BMJ 2014;348:g2467. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g2467>). Hierbei sind die Vorteile der Vorsorgemaßnahmen aber naturgemäß erst nach mehreren Jahren feststellbar, da die Entwicklung vom Kolonadenom zum Karzinom mehrere Jahre dauert und sich erst im höheren Alter bemerkbar macht. Eine Analyse der zu erwartenden Vorteile in verschiedenen Altersgruppen erscheint daher wichtig, um die (Kosten)Effektivität von Vorsorgeuntersuchungen zu überprüfen und Argumente gegen die noch immer vorhandenen Kritiker der Vorsorgekologoskopies zu erheben. Die Arbeit von Brenner et al. zeigt eindrucksvoll an einer großen Anzahl von Vorsorgekologoskopies (n = 4,407,971), die im Deutschen Vorsorgekologoskopies Registers von 2003 – 2012 registriert wurden, dass die Zahl der verhinderten kolorektalen Karzinome sehr hoch ist und im Verlauf bis 2045 stetig ansteigen wird. So lag die geschätzte Verhinderung kolorektaler Karzinome bei 0,2 % (2005), 11 % (2015), 22 % (2025), 27 % (2035) und 28 % (2045) der zu erwartenden jährlichen neu auftretenden kolorektalen Karzinome. Hierbei profitierten insbesondere Männer und ältere Menschen im Alter von 75 – 84 Jahren. Es ist anzunehmen, dass die Verhinderung der kolorektalen Karzinome durch die Koloskopie in der

Kommentar Expertenbeirat



Praxis noch höher sein dürfte, da in Deutschland die Zahl der diagnostischen Koloskopien die Zahl der Vorsorgekoloskopie übertrifft (Mansmann U et al. Dtsch Arztebl Int 2008;105:434–40) und die Zahl der während einer diagnostischen Koloskopie entfernten Kolonadenome mit zur Prävention beiträgt. Ebenso dürften die nicht in der Datenbank registrierten Nachfolgekoloskopien der ersten 10 Jahre das Präventionspotential weiter erhöhen. Es ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse von mehreren Faktoren abhängig sind und sogar weiter verbessert werden können. Hierzu zählt der Einfluss der Polypendetektionsrate, die wesentlich u.a. von der Genauigkeit der Untersuchung (Rückzugszeit), der Untersucherexpertise, der Güte der Darmvorbereitung und der Gerätequalität abhängig ist (Frieling T et al. Z Gastroenterol 2013;51:1383-1388). Ein wesentlicher Faktor ist auch die Akzeptanz der Vorsorgekoloskopie in der Bevölkerung. So zeigen Untersuchungen, dass ein Vorsorgeverfahren mit geringerer Sensitivität (z.B. FOBT) aber höherer Akzeptanz effektiver in der Verhinderung kolorektalen Karzinomen sein kann als umgekehrt (Liebermann DA. Gastroenterology 1995;109:1781-1790). Es besteht daher ein großes Verbesserungspotential, das durch intensive Aufklärungsarbeit genutzt werden sollte. Ein großer Schritt auf diesem Weg ist die Einführung eines bundesweiten organisierten Einladungsverfahrens analog zum Brustkrebs-Screening für Frauen, bei dem alle Bürger dieses Landes von ihren Krankenversicherungen informiert und eingeladen werden, an einer Vorsorgemaßnahmen wie der Koloskopie teilzunehmen. Es bleibt für die Zukunft wünschenswert, dass zur weiteren Erhöhung der Akzeptanz von Vorsorgeuntersuchungen nicht – invasive Stuhl – bzw. Bluttests mit hoher Sensitivität und Spezifität entwickelt werden, sodass die Koloskopie selektiver eingesetzt werden könnte.