

Kommentar Expertenbeirat



Original-Titel

Towards risk-stratified colorectal cancer screening. Adding risk factors to the fecal immunochemical test: Evidence, evolution and expectations

Autoren:

van de Veerdonk W, Hoeck S, Peeters M, Van Hal G, Prev Med 2019;126:105746. doi: 10.1016/j.jypmed.2019.06.004. [Epub ahead of print]

Kommentar:

PD Dr. Michael Hoffmeister, Heidelberg, 11.07.2019

In vielen Ländern erfolgt das Darmkrebsscreening mittlerweile per immunologischem Stuhltest (fecal immunochemical test, FIT) alle ein oder zwei Jahre. Der FIT dient hierbei als Pre-Test. Bei Patienten mit positivem Testergebnis soll im Anschluss eine Koloskopie durchgeführt werden.

Der beim FIT gemessene Wert ist die Menge an Hämoglobin pro Gramm Stuhl, und anhand eines zuvor festgelegten Schwellenwerts werden die gemessenen Werte entweder als positives oder negatives Testergebnis klassifiziert. Ein niedriger Schwellenwert des FIT führt zur Entdeckung von etwa 80% der Karzinome und etwa einem Drittel aller fortgeschrittenen Vorstufen. Jedoch erhöht sich bei einem niedrigen Schwellenwert ebenfalls der Anteil der falsch-positiven Tests, so dass eine größere Zahl an Koloskopien zur Abklärung des Testergebnisses erforderlich wird. Andererseits erhält man mit einem zu hohen Schwellenwert weniger falsch-positive Tests und es werden deutlich weniger Koloskopien zur Abklärung benötigt, jedoch werden zugleich auch weniger vorhandene Karzinome und fortgeschrittene Vorstufen entdeckt. Abhängig von den verfügbaren Kapazitäten zur Durchführung von Koloskopien kann die Zahl der Koloskopien in einem Darmkrebsscreening-Programm somit durch die Wahl eines höheren FIT-Schwellenwerts begrenzt werden. Anstelle eines veränderten Schwellenwerts könnte jedoch auch die Berücksichtigung weiterer Faktoren helfen, das diagnostische Potenzial bzw. die Risikoprädiktion des FIT zu verbessern.

In einer aktuell in der Fachzeitschrift 'Preventive Medicine' veröffentlichten Übersichtsarbeit wurden Studien zusammengefasst, in der die Detektion von Karzinomen bzw. fortgeschrittenen Neoplasien per FIT unter Berücksichtigung weiterer Informationen untersucht wurden (z.B. Geschlecht, Alter, quantitatives FIT-Ergebnis, Lebensstilfaktoren) im Vergleich zur Detektion durch den FIT alleine.

Die Autoren schlussfolgern, dass Potenzial besteht, die Risikovorhersage des FIT durch die Berücksichtigung weiterer, routinemäßig verfügbarer Faktoren wie Geschlecht, Alter, quantitatives FIT-Ergebnis zu verbessern, ohne dass die Teilnahme oder praktische Durchführung des FIT-Screenings beeinträchtigt werden würde. Für Prädiktionsmodelle, die neben dem FIT-Ergebnis anamnestische Daten wie z.B. Body Mass Index, Rauchstatus oder Alkoholkonsum benötigen, wurde in drei Studien anhand der Area Under The Curve (AUC) eine verbesserte Vorhersage fortgeschrittener Neoplasien im Vergleich zum FIT alleine gefunden. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Risikostratifizierung mit Einbeziehung bzw. Erhebung zusätzlicher Informationen jedoch gleichzeitig eine Barriere für die Teilnahme am FIT-Screening bedeuten kann.

Die Übersichtsarbeit nimmt keinen Bezug auf Studien, in denen der FIT in Kombination mit neuartigen Biomarkern berücksichtigt wird, wie z.B. genetische Risikoscores, die sich möglicherweise für eine Risikostratifizierung und Personalisierung von Screeningangeboten eignen, da sie bereits in jüngerem Alter ermittelt werden können und konstant bleiben.

Kommentar Expertenbeirat



Zukünftig werden mehr Studien benötigt, die anhand der einschlägigen Kennzahlen das prädiktive Potenzial und die Überlegenheit risikoadaptierter (FIT-) Screening-Strategien nachweisen. Die Wissenschaftler sind hierbei gefordert, möglichst praxisnah das Umsetzungspotenzial der verbesserten Strategien zu diskutieren und herauszuarbeiten. Besonders aussichtsreiche Strategien sollten in Machbarkeitsstudien (ggf. Interventionsstudien) überprüft werden, um die Umsetzbarkeit, Akzeptanz und Überlegenheit verbesserter bzw. personalisierter Screeningstrategien in der Zielbevölkerung nachzuweisen.