

S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom (Version 2.1) vom Januar 2019 und Colorectal Cancer Screening: Recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer 2017; Gastrointestinal Endoscopy 86: 18-31,2017

Ein Vergleich von: Ulrich R. Fölsch, Kiel, 11.02.2020

Im Januar 2019 wurde die deutsche S3 Leitlinie für das Kolorektale Karzinom (Version 2) aus dem Jahre 2017 überarbeitet und als Version 2.1 publiziert. Das Gleiche geschah mit den Screening Empfehlungen der „Multi-Society Task for Colorectal Cancer“ (MSTF) aus den USA für die asymptomatische Bevölkerung, wobei die Empfehlungen aus dem Jahr 2008 überarbeitet und 2017 erneut publiziert wurden ((Gastrointestinal Endoscopy 86: 18-31,2017).

Wo liegen nun die Gemeinsamkeiten und gibt es möglicherweise Unterschiede ?

Um diese Fragestellung beantworten und sich diesem Problem besser nähern zu können, ist es wichtig, auf die grundsätzlichen Unterschiede zwischen dem amerikanischen und dem deutschen Gesundheitssystem hinzuweisen. Im Jahre 2002 wurde die Darmspiegelung (Koloskopie) zur Vorsorge bei Darmkrebs in das gesetzliche Früherkennungsprogramm des deutschen Gesundheitssystems aufgenommen. Neuerdings steht ein organisiertes Screening-Programm zur Verfügung, d.h. eine regelmäßige schriftliche Einladung verbunden mit begleitenden Informationen der Versicherten über die jeweilige Untersuchung und die Durchführung der Untersuchung sowie eine Programmeurteilung. Zur Früherkennung von Darmkrebs können, wie bisher, Tests auf nicht sichtbares Blut im Stuhl und Darmspiegelungen in Anspruch genommen werden. Männern werden neuerdings ab einem Alter von 50 Jahren, und nicht wie bisher ab 55 Jahren, zwei Früherkennungskoloskopien im Mindestabstand von 10 Jahren angeboten. Frauen haben ab einem Alter von 55 Jahren einen Anspruch auf zwei Früherkennungskoloskopien im Mindestabstand von 10 Jahren. Bleibt zu hoffen, dass damit die bisher zu wünschen übriglassende Akzeptanz der Vorsorge-Koloskopie verbessert werden kann!

Darüber hinaus bzw. alternativ können Frauen und Männern jährlich einen immunologischen Test (iFOBT) auf okkultes (nicht sichtbares) Blut im Stuhl durchführen lassen.

Von diesem gesetzlich strukturierten System weicht das US-amerikanische System prinzipiell ab: In den Vereinigten Staaten gibt es kein nationales, gesetzlich verankertes Screening Programm zur Detektion eines kolorektalen Karzinoms, obwohl in einigen US-amerikanischen Bundesstaaten ein programmatisches Screening typischerweise für den immunologischen Stuhltest angeboten wird. Das US-amerikanische System wird als sogenanntes „opportunistische System“ bezeichnet. Dem nachfragenden Patienten wird ein ganzer Warenkorb an Maßnahmen angeboten, der nach Prioritäten in drei Ränge („3 Tiers“) eingeteilt wird unter dem Leitsatz: „The best test is the one that gets done“ !!

Im Rang 1 befinden sich die Koloskopie sowie der jährliche immunologische Stuhltest (iFOBT). Beide Tests werden gegenüber dem Patienten (auch wegen der geringen Akzeptanz der Koloskopie) als gleichwertig angeboten, wobei entscheidend ist, dass der iFOBT regelmäßig und jährlich durchgeführt wird. Die amerikanischen Ärzte haben offenbar auch die Erfahrung gemacht, dass die Ausweitung der Möglichkeiten im 1. Warenkorb über die zwei genannten Angebote hinaus die Screening Rate nicht wirklich erhöht hat! Erst wenn die angesprochenen Patienten die genannten beiden Maßnahmen ablehnen, geht man über zum Rang 2 im Warenkorb: Dieser enthält die CT-Colonographie alle 5 Jahre, den genetischen Stuhltest alle 3 Jahre oder die flexible Sigmoidoskopie alle 5-10 Jahre. Die Sigmoidoskopie steht in der Rang 2 Tabelle erst an dritter Stelle, obwohl von ihrer Wertigkeit ein mindestens gleicher Rang wie der CT-Colonographie und dem genetischen Stuhltest eingeräumt werden muss. Aber wie bei der Koloskopie mangelt es in der amerikanischen Bevölkerung an einer Akzeptanz für die Sigmoidoskopie. Alle drei Untersuchungen im Warenkorb Rang 2 werden in den deutschen Leitlinien nach genauer Analyse aus verschiedenen Gründen nicht empfohlen: Aktuell unklare Datenlage, Strahlenexposition, geringere Sensitivität im Vergleich zu den anerkannten Verfahren wie Koloskopie und iFOBT, nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthal-

Kommentar Expertenbeirat



ten, wie die Sigmoidoskopie. Die amerikanischen Empfehlungen gehen aber von dem Grundsatz aus, möglichst viele Patienten zu erreichen, sodass diesen bei Ablehnung der Rang 1 Maßnahmen weitere diagnostische Untersuchungen angeboten werden.

In der Rang 3 Kategorie wird dann die Kapsel-Koloskopie alle 5 Jahre angeboten. In dem dazu gehörigen Kommentar wird jedoch auf die Limitationen dieses Testes hingewiesen, wie die häufig nicht bestehende Verfügbarkeit und die in den meisten Fällen fehlende Erstattung der Kosten.

Zu Recht wird dagegen die Kapselendoskopie in der deutschen Leitlinie zwar erwähnt, aber ganz kritisch gesehen, insbesondere wegen fehlender Studien in der asymptomatischen Bevölkerung.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass das Vorgehen der US-Amerikaner bei dem Screening der asymptomatischen Bevölkerung zur Detektion des Kolon-Karzinoms oder seiner Vorstufen aus gesundheitspolitischen Gründen ein anderes ist als in Deutschland. Die Bewertung der angewandten und empfohlenen diagnostischen Maßnahmen (Koloskopie und iFOBT) ist jedoch absolut identisch. Im Rahmen des sog. opportunistischen Screening Programms werden jedoch in einer Rangfolge weitere Tests empfohlen und angeboten, die in den deutschen Leitlinien aus wissenschaftlichen Gründen nicht zur Anwendung kommen, da sie der Koloskopie und dem iFOBT nicht gleich zu setzen sind. Die Autoren der MSTF-Leitlinie verkennen nicht die potentiellen Vorteile eines gesundheitspolitisch angeordneten Screening-Programms wie in Deutschland, legen aber auch großen Wert auf die Feststellung, dass mit dem opportunistischen Programm eine 60%ige Akzeptanz des Screening Programms und die größte Reduktion der Inzidenz des Kolon-Karzinoms und seiner Mortalität weltweit erreicht werden konnte.