

Hausarztpraxis bringt den Stein ins Rollen

Darmkrebs und Darmkrebsfrüherkennung



mauritus images / Kzenon / Alamy

Dank Aufklärung, Stuhltestung und Koloskopie ist die Inzidenz und die Mortalität von Darmkrebs seit 2002 kontinuierlich gesunken. Hausärzt:innen können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Anspruchsberechtigte entsprechend beraten. Auch für MFA stehen Fortbildungscurricula zur Früherkennung zur Verfügung

Tumorerkrankungen sind im hausärztlichen Alltag selten, dennoch sind sie mit 27 % die zweithäufigste Todesursache [1]. Durch Früherkennung wären 40 % der Tumorfälle vermeidbar. Darmkrebs ist mit 61.010 Neuerkrankungen (2014) und 25.512 Todesfällen die zweithäufigste Tumorerkrankung [2]. Das Risiko, am kolorektalen Karzinom zu erkranken, steigt ab dem 50. Lebensjahr kontinuierlich an, bei Männern durchschnittlich fünf Jahre früher als bei Frauen. In 75 % der

Fälle tritt Darmkrebs sporadisch auf. Adipositas, westliche Ernährung, Rauchen, Diabetes mellitus und Bewegungsarmut erhöhen das Erkrankungsrisiko [1]. Bei Diabetes mellitus ist das Risiko um das 1,6fache erhöht [3]. In 18 % der Fälle liegt eine positive Familienanamnese vor [4]. Erstgradig Verwandte von Darmkrebspatient:innen oder solchen mit Polypen in fortgeschrittenen Stadien haben ein zwei- bis vierfach höheres Risiko, selbst und in früherem Alter an Darmkrebs zu erkranken [5]. War

TABELLE

Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen

	Quantitativer immunologischer Stuhltest auf okkultes Blut iFOBT	Früherkennungskoloskopie (alternativ zum iFOBT)
Frauen	Ab dem 50. Lebensjahr jährlich	Ab dem 55. Lebensjahr, Wiederholung nach frühestens zehn Jahren*
	Ab dem 55. Lebensjahr alle zwei Jahre	
Männer	Ab dem 50. Lebensjahr jährlich	Ab dem 50. Lebensjahr, Wiederholung nach frühestens zehn Jahren*
	Ab dem 55. Lebensjahr alle zwei Jahre	

* Findet die 1. Früherkennungskoloskopie nach dem 65. Lebensjahr statt, besteht kein Anspruch auf eine weitere Früherkennungskoloskopie nach zehn Jahren

der Erkrankte jünger als 50 Jahre, haben die Verwandten ein besonders hohes Risiko und sollten frühzeitig Vorsorgemöglichkeiten in Anspruch nehmen. Bei 6 % der Erkrankten besteht ein erblicher

Bei Darmkrebs in der Familie ist das Erkrankungsrisiko zwei- bis vierfach erhöht.

Darmkrebs. Neben der familiären Polyposis (1 %) ist das hereditäre kolorektale Karzinom ohne Polyposis (HNPCC) die häufigste Form des erblichen Darmkrebses. Bei folgenden Befunden sollte an das Vorliegen eines erblichen Darmkrebses gedacht werden:

- Kolonkarzinom vor dem 50. Lebensjahr
- Gleichzeitig oder später auftretende HNPCC-assoziierte Tumoren (Magenkarzinom, Endometriumkarzinom, Ovarialkarzinom, Karzinome der ableitenden Harnwege, Gallengangkarzinom, Dünndarmkarzinom, ZNS-Tumoren, Pankreaskarzinom, Talgdrüsenkarzinom)
- Mindestens zwei Verwandte mit HNPCC-assoziierten Tumoren
- Zahlreiche Polypen bei einer Patient:in
- Kolorektale Adenome vor dem 40. Lebensjahr

Um familiäre oder erbliche Formen des Darmkrebses und die damit verbundenen erhöhten Risiken zu erkennen, ist eine Familienanamnese unverzichtbarer Bestandteil eines Aufklärungsgesprächs über Vorsorgemöglichkeiten. Nur so können Hochrisikogruppen erkannt und durch entsprechende Maßnahmen eine Erkrankung vermieden werden.

Bei den sporadisch auftretenden Karzinomen kommt es zunächst in der Darmschleimhaut durch erste Mutationen zur Entstehung von Polypen, die langsam wachsen und in denen durch weitere Mutationen fortgeschrittene Dysplasien entstehen, die sich innerhalb einer Zeit von 10 bis 15 Jahren zum Karzinom entwickeln. Bisher sind fünf verschiedene Karzinogenesewege kolorektaler Karzinome bekannt [6]. Das Entartungsrisiko der Polypen ist vom histologischen Befund abhängig. Das höchste Risiko der malignen Entartung haben villöse Adenome, gefolgt von tubulovillösen Adenomen und tubulären Adenomen. Polypen mit High-grade Dysplasien haben ebenfalls ein hohes Entartungs-

risiko. Das Problem ist, dass es beim kolorektalen Karzinom keine Frühsymptome gibt. Blutauflagerungen auf dem Stuhl, unerklärliches verändertes Stuhlverhalten, unklare Bauchschmerzen oder Gewichtsabnahme müssen zeitnah abgeklärt und ein Karzinom ausgeschlossen werden. Darmkrebs im UICC-Stadium I oder II mit Beschränkung auf die Darmwand ist erfolgreich zu behandeln und die Patient:innen haben eine Fünf-Jahres-Überlebensrate von 82 bis 96 % [7].

Durch Vorsorge kann das individuelle Darmkrebsrisiko um bis 70 % reduziert werden [8]. Zur primären Vorsorge gehören eine gesunde Ernährung, Gewichtsnormalisierung, körperliche Aktivität, Nichtrauchen und allenfalls moderater Alkoholkonsum. Allein dadurch reduziert sich das Darmkrebsrisiko um bis zu 37 % [9].

Zur Früherkennung stehen der quantitative immunologische Stuhltest auf okkultes Blut und die Früherkennungskoloskopie zur Verfügung (Tabelle). Ab dem 50. Lebensjahr sollte Jeder einmalig ergebnisoffen über die Möglichkeiten der Darmkrebsfrüherkennung informiert werden (EBM-Abrechnungsziffer: 01740 extrabudgetär). Seit 2019 werden Anspruchsberechtigte vom Kostenträger alle fünf Jahre bis zum 65. Lebensjahr angeschrieben und zur Teilnahme an dem Programm eingeladen. Versicherte erhalten eine umfangreiche geschlechtsspezifische Broschüre, die sicherlich erläutert werden muss. Bei der Beratung und Information zur Früherkennung können qualifizierte Medizinische Fachangestellte unterstützend tätig werden und aufklärende Ärzt:innen unterstützen (Delegation von Leistungen gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V). Die nötigen Kenntnisse können sie in Fortbildungen erwerben. Unter der Leitung der Stiftung LebensBlicke wurde das MFA-Projekt initiiert und ein Fortbildungsscurriculum und Ausbildungsmodule entwickelt. Kurse werden über den Hausärzterverband (VERAH-Fortbildung des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V.) oder den Verband medizinischer Fachberufe e.V. (vmf) angeboten.

Ab dem 50. Lebensjahr sollte Jeder über die Möglichkeiten der Darmkrebsfrüherkennung informiert werden.



LINK

Artikel zum Thema unter: <https://bit.ly/35xvLsR>

ESSENTIALS**Wichtig für die Sprechstunde**

- ✓ Darmkrebs ist mit 61.000 Neuerkrankungen und 25.512 Todesfällen (2014) die zweithäufigste Tumorerkrankung.
- ✓ Erstgradige Verwandte von Darmkrebspatient:innen haben ein zwei- bis vierfach erhöhtes Erkrankungsrisiko.
- ✓ Zur primären Vorsorge gehören gesunde Ernährung, Gewichtsnormalisierung, körperliche Aktivität, Nichtraucher und allenfalls moderater Alkoholgenuß.
- ✓ Zur Früherkennung gehören Stuhltest und Koloskopie.
- ✓ Beratung und Information zur Früherkennung können Hausärzt:innen bzw. MFA leisten.

Der immunologische Stuhltest (iFOBT) kann ab dem 50. Lebensjahr jährlich und ab dem 55. Lebensjahr alle zwei Jahre durchgeführt werden (EBM-Abrechnungsziffer: 01737 extrabudgetär). Der Test muss zeitnah an das untersuchende Labor geschickt werden. Jeder einmalig positive Test muss durch eine Koloskopie und Proktoskopie abgeklärt werden. Alternativ kann bei Männern ab dem 50. Lebensjahr und bei Frauen ab dem 55. Lebensjahr die Früherkennungskoloskopie durchgeführt werden, bei der Vorstufen von Darmkrebs (Polypen) direkt entfernt werden können. Eine Wiederholung ist nach frühestens zehn Jahren vorgesehen, sofern die erste Untersuchung vor dem 65. Lebensjahr erfolgt. Werden Polypen entfernt, sind Kontrolluntersuchungen in Abhängigkeit vom

Befund nach bis zu fünf Jahren erforderlich. Die Untersuchung kann unter Sedierung durchgeführt werden und ist komplikationsarm. Die Komplikationsrate liegt bei ca. 2 pro 1.000 Untersuchungen [10]. Probleme treten am ehesten bei der Polypektomie auf (Blutung, Perforation)

Eine Früherkennungskoloskopie kann bei Männern ab 50, bei Frauen ab 55 Jahren durchgeführt werden.

und können sich auch noch einige Tage nach der Untersuchung manifestieren.

Von 2003 bis 2012 wurden so 40.000 Darmkrebsfälle entdeckt und 180.000 Erkrankungen durch Abtragung fortgeschrittener Polypen verhindert [11]. Die meisten Tumoren waren in einem frühen Stadium, so dass eine kurative Therapie möglich war. Dank Aufklärung, Stuhltestung und Koloskopie ist die Inzidenz (ca. 20 %) und Mortalität (ca. 30 %) in Deutschland seit 2002 kontinuierlich gesunken [12]. Männer im Alter von 50 Jahren können ihr Erkrankungsrisiko in den nächsten 30 Jahren durch gesunde Ernährung und Vorsorgekoloskopie von 9,4 % auf 1,8 % reduzieren. Frauen senken das Risiko von 7,1 % auf 1,4 % [13]. Leider wird der Stuhltest nur von etwa 7 % der berechtigten Männer und 23 % der Frauen in Anspruch genommen und nur 2,5 % gehen zur Früherkennungskoloskopie [14]. Einladungsverfahren und verstärkte hausärztliche Information und Aufklärung können hier zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation beitragen. Das gilt ganz besonders auch für Risikogruppen. Angehörige von Darmkrebspatient:innen sollten frühzeitig informiert werden, um Früher-

kennungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Gerade bei familiärem Darmkrebs ist gemäß den Leitlinien eine Untersuchung zehn Jahre vor dem Erkrankungsalter des Betroffenen, spätestens aber im Alter von 40 bis 45, indiziert und sinnvoll [15]. Leider erkranken zunehmend Menschen im Alter von unter 50 Jahren, weshalb auch bei jungen Menschen heute eine Darmkrebserkrankung bei entsprechenden Symptomen in die Differenzialdiagnostik einbezogen werden muss. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausärzt:in und Gastroenterolog:in ist gerade bei Risikogruppen hilfreich und nützlich. Die Darmkrebsfrüherkennung ist eine Vorsorge, deren Nutzen seit der Einführung 2002 mehrfach belegt wurde und dazu geführt hat, dass in Deutschland im Gegensatz zu vielen anderen Ländern die Inzidenz und Mortalität sinkt. |

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.doctors.today

**AUTOR**

Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Schmidt

Facharzt für Innere Medizin -
Gastroenterologie -
53173 Bonn

INTERESSENKONFLIKTE:

Ehrenamtlicher Vorsitzender des Integrativen Darmzentrums Bonn/Rhein-Sieg e.V. (IDZB), Fachgruppenkoordinator Darmzentren im Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen bng, Ehrenamtlicher Leiter der „Initiative Familiärer Darmkrebs“ des bng und des Projekts „QualiMore“, Botschafter der „Stiftung Lebensblicke“ 2018, Ehrenamtlicher Koordinator des MFA-Projekts der Stiftung Lebensblicke, Mitglied der Zertifizierungskommission für Darmkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft DKG, Mitglied im KV-Kreisstellen-Vorstand Bonn, Referentenhonorar Norgine (2019)