

Persönliche PDF-Datei für

Jürgen F. Riemann

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Intervalltumoren nach Koloskopie

TumorDiagn u Ther 2020; 41: 210–
212

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:

© 2020 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0722-219X

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Thieme

Intervalltumoren nach Koloskopie

Burr NE et al. Variation in post-colonoscopy colorectal cancer across colonoscopy providers in English National Health Service: population based cohort study. *BMJ* 2019; 367: l6090. doi:10.1136/bmj.l6090

Heisser T et al. Outcomes at follow-up of negative colonoscopy in average risk population: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2019; 367: l6109. doi:10.1136/bmj.l6109

Die Koloskopie gilt als wichtigstes Screening-Instrument zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms und seiner Vorläuferläsionen. Für Personen ohne erhöhtes Erkrankungsrisiko wird nach einem unauffälligen Untersuchungsbefund eine Kontrolle nach 10 Jahren empfohlen. Ob diese Praxis angemessen ist und wie häufig Intervallkarzinome auftreten, untersuchten nun getrennt voneinander Wissenschaftler aus Deutschland und Großbritannien.

Eine Arbeitsgruppe vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg ging der Frage nach, wie häufig und nach welchem Zeitraum nach einer unauffälligen Screening-Koloskopie Adenome und Karzinome diagnostiziert werden und ob diesbezüglich Geschlechtsunterschiede bestehen. Mittels systematischer Literaturrecherche identifizierten sie 28 thematisch relevante Beobachtungsstudien und unterzogen sie einer Metaanalyse. Studienteilnehmer waren asymptomatische Personen mit

durchschnittlichem Tumorrisiko (kein vorbestehendes kolorektales Karzinom oder Adenom, keine entzündliche Darmerkrankung, keine familiäre Vorbelastung, kein hereditäres kolorektales Karzinom-Syndrom). Die Forscher prüften, wie häufig im Rahmen einer Folgekoloskopie – nach 1 bis 5, nach 5 bis 10 oder nach mehr als 10 Jahren – Neoplasien bzw. fortgeschrittene Neoplasien diagnostiziert wurden. Die britischen Wissenschaftler von der Universität Leeds untersuchten im Rahmen einer populationsbasierten Kohortenstudie, wie häufig innerhalb von 3 Jahren nach einer Indexkoloskopie ein kolorektales Karzinom diagnostiziert wurde. Hierzu werteten sie umfangreiche Patientendaten der Jahre 2005 bis 2013 aus und prüften, ob sich verschiedene Koloskopie-Anbieter bezüglich des Qualitätsindikators „Intervallkarzinom“ unterschieden.

Die Metaanalyse der deutschen Forscher ergab: 1 bis 5, 5 bis 10 bzw. mehr als 10 Jahre nach einer unauffälligen Screening-Koloskopie traten insgesamt bei 20,7, 23,0 bzw. 21,9 % der Untersuchten Neoplasien jeglicher Art auf. Die entsprechende Prävalenz fortgeschrittener Neubildungen betrug 2,8, 3,2 bzw. 7,0 %. Männer schienen im Vergleich zu Frauen – bei allerdings eher schwacher Datenlage – diesbezüglich benachteiligt zu sein. Die Auswertung der britischen Patientendaten zeigte: Zwischen 2005 und 2013 nahm die Rate der 3-Jahres-Intervallkarzinome statistisch signifikant von 9,0 auf 6,5 % ab, wobei deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Koloskopie-Anbietern bestanden. Diejenigen Personen, die im Rahmen des vom National Health Service England organisierten Darmkrebs-Screening-Programms koloskopiert worden waren, wiesen eine 3-Jahres-Intervallkarzinomrate von 3,6 % auf. Bei Personen, die sich für einen vom National Health Service unabhängigen Anbieter entschieden hatten, beobachteten die Wissenschaftler dagegen eine Rate von 9,3 %. Das höchste Risiko für ein Intervallkarzinom hatten ihren Berechnungen zufolge Frauen, ältere Personen, Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen oder Divertikeln, Patienten mit mehreren Komorbiditäten sowie Personen mit einer vorangegangenen Tumorerkrankung.

FAZIT

Innerhalb von 10 Jahren nach einer unauffälligen Koloskopie werden im Niedrigrisikokollektiv nur selten fortgeschrittene Neoplasien detektiert, so die deutschen Forscher. Sie halten dieses Screening-Intervall für sinnvoll, sprechen sich allerdings für eine wissenschaftliche Untermauerung dieser Empfehlung aus. Die britischen Experten fordern Initiativen zur Senkung der Intervallkarzinomrate: Durch die Verbesserung der Koloskopie-Qualität könnten viele Karzinome verhindert oder früher erkannt werden.

Dr. med. Judith Lorenz, Künzell

Studien-Kommentar

Das deutsche Darmkrebs-Screening sieht für Versicherte den regelmäßigen immunologischen Stuhltest und die Koloskopie mit der Empfehlung einer Wiederholung bei unauffälligem Erstbefund nach 10 Jahren vor. Diese Empfehlung ist auch Bestandteil der S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten [1]. Es ist das Verdienst von Hermann Brenner und seiner Arbeitsgruppe vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg, für Deutschland schon früh die Evidenz für diese Nachsorgeintervalle erarbeitet zu haben [2]. Metaanalysen sind besonders geeignet, solche Zusammenhänge auf deutlich breiterer Datenbasis aufzuzeigen und ggf. zu bestätigen. Das bestätigt sich in der kommentierten Studie von Heisser et al. Entscheidend für solche Aussagen sind klare Qualitätsvoraussetzungen für die Anwender. Nur so ist gewährleistet, dass ein hoher Standard erreicht und gehalten werden kann [3]. Seit Beginn des opportunistischen Darmkrebs-Screenings in Deutschland 2002 gelten solche Qualitätsvoraussetzungen gerade für die Vorsorge-Koloskopie, die jeder Untersucher erfüllen muss und die jederzeit überprüft werden können. Das ist offensichtlich nicht in allen europäischen Ländern so. Da, wo es keine verbindlichen generellen Qualitätsvorschriften für die Screening-Koloskopie gibt, ist die Rate von übersehenen relevanten Befunden

nach unauffälliger Erstkoloskopie erwartungsgemäß höher, wie auch in der Studie von Burr et al. dokumentiert. Es ist daher unabdingbar, auch europaweit gerade für die Vorsorge-Koloskopie die höchstmögliche Qualität zu fordern, wie es in Deutschland seit 2002 der Fall ist. Dazu gehört auch die ständige Evaluation der Ergebnisse, um Fehlentwicklungen rechtzeitig erkennen und gegensteuern zu können. In Deutschland laufen alle Daten beim Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung zusammen. Das ZI erstellt jährliche Analysen, aus denen sich Entwicklungen ableiten lassen. Die Daten werden u. a. von Epidemiologen wie der Arbeitsgruppe von Hermann Brenner genutzt, um im Rahmen der Versorgungsforschung wissenschaftliche Studien durchzuführen, deren Ergebnisse dann Grundlage für Nachbesserungen allgemeiner Empfehlungen wie auch in den Leitlinien sind. Von diesen Daten hängen zwangsläufig auch Empfehlungen für die Nachsorgeintervalle ab. So konnte auch erstmals der Rückgang der Inzidenz und der Mortalität von Darmkrebs in Deutschland belegt werden [4]. Je präziser und qualitativ hochwertiger die Erstuntersuchung, vor allem einschließlich eines „sauberen Darms“, desto größer die Wahrscheinlichkeit einer langen Adenom-freien Zeit und damit eines längeren Nachsorgeintervalls.

Risikoadaptierte Früherkennung

Ganz wichtig vor diesem Hintergrund ist aber auch, dass Risikosituationen beachtet werden müssen. Die langen Nachsorgeintervalle gelten nicht für Menschen, bei denen z. B. ein familiärer Darmkrebs oder eine genetische Disposition vorliegen. Auch metabolische Störungen wie Diabetes mellitus Typ 2 oder eine massive Übergewichtigkeit bedürfen besonderer Aufmerksamkeit. Deshalb wird gerade die risikoadaptierte Früherkennung in den nächsten Jahren ein wichtiger Schwerpunkt des Darmkrebs-Screenings sein [5]. Immerhin sind 25 % der Darmkrebserkrankungen auf eine familiäre Belastung und 5 % auf eine genetische Disposition zurückzuführen!

Beide Studien zeigen einerseits die gegenwärtige Evidenz für die Nachsorgeintervalle auf und schaffen damit Klarheit für betroffene Menschen; sie untermauern aber nachdrücklich auch, wie sehr die Langzeitergebnisse von einer qualitativ hochwertigen Erstkoloskopie abhängig sind. Aufhören lässt der Hinweis, dass zukünftig auch noch längere Nachsorgeintervalle denkbar sind.

Autorinnen/Autoren



Prof. Dr. Jürgen F. Riemann, FACP

Internist und Gastroenterologe, Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke, ehemaliger Direktor der Med. Klinik C am Klinikum LU. riemannj@garps.de

Literatur

- [1] S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. Langversion 2.1., 2019, AWMF. Registriernummer 021/00702
- [2] Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM et al. Long-term risk of colorectal cancer after negative colonoscopy. *J Clin Oncol* 2011; 29: 3761–3767
- [3] Denzer U, Beilenhoff U, Eickhoff A et al. S2k-Leitlinie Qualitätssicherung in der gastrointestinalen Endoskopie (Kurzversion). AWMF Registernummer 021-022. *Z Gastroenterol* 2015; 53: 1496–1530
- [4] Brenner H, Schrotz-King P, Holleczer B et al. Rückgang der Inzidenz und Mortalität von Darmkrebs in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 113: 101–106
- [5] Weigl K, Thomsen H, Balavarca Y et al. Genetic Risk Score Is Associated With Prevalence of Advanced Neoplasms in a Colorectal Cancer Screening Population. *Gastroenterology* 2018; 155: 88–98

Zitierweise für diesen Artikel

DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift 2020; 145(06): 351–352;
doi:10.1055/a-1075-5302