

Hausärztlicher Qualitätszirkel Impulsreferat

Kolorektales Karzinom

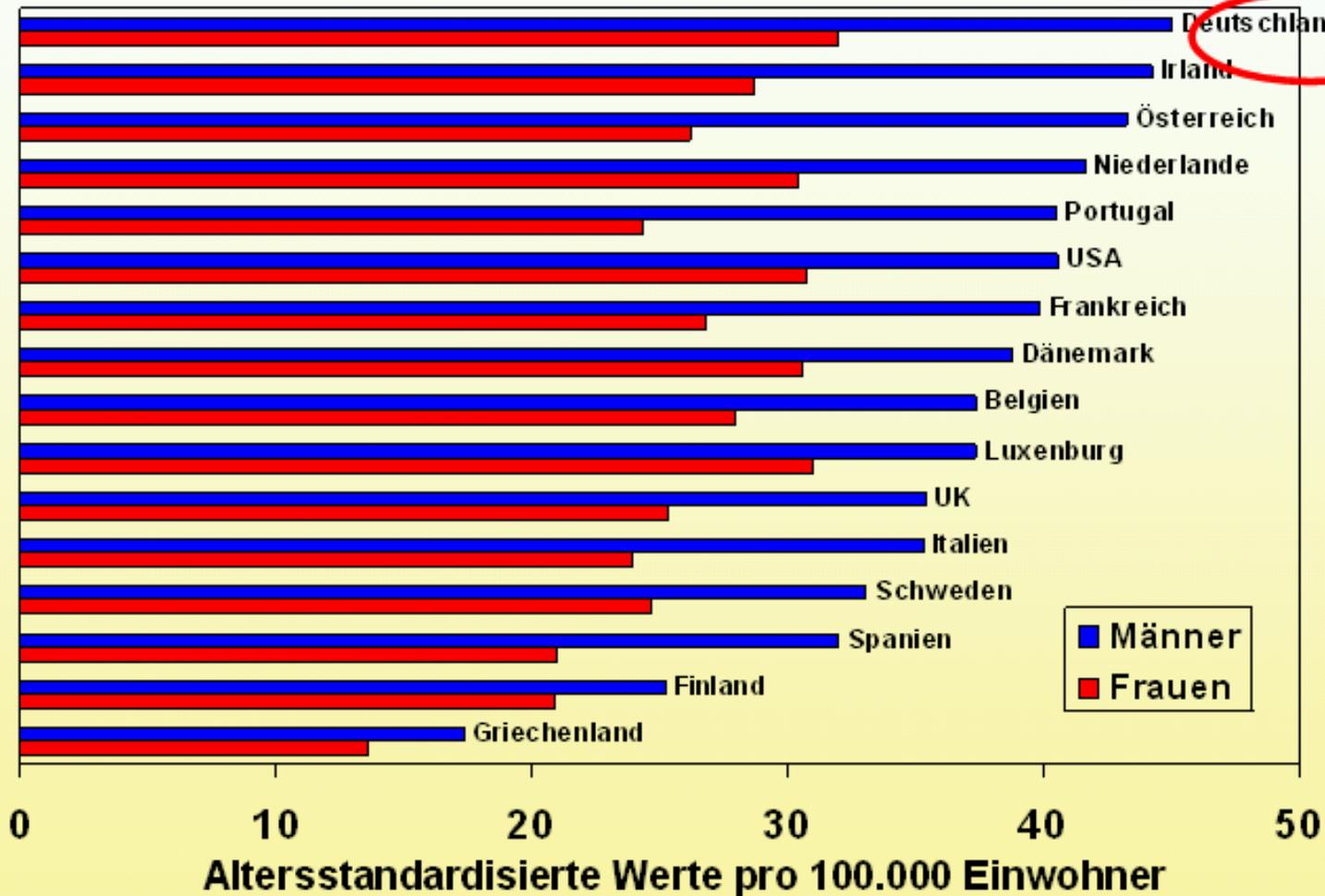
Kolorektales Karzinom: Interdisziplinäre Leitlinie 2004 Prävention/Screening Polypenmanagement / Nachsorge

Konsensuskonferenz KRK Bochum 2004

der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Störungenkrankheiten
gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
in Zusammenarbeit mit der
Deutschen Krebsgesellschaft
Deutschen Gesellschaft für Hämatologie/Onkologie
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
Deutschen Gesellschaft für klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin
Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie
Deutschen Gesellschaft für Pathologie
Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie
Deutschen Röntgengesellschaft
Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie

**Keine Beteiligung
Allgemeinmedizin**

KRK-Inzidenz



Prävention: Lebensgewohnheiten

Empfehlungen zur Senkung des KRK-Risikos:

- Regelmäßige Bewegung
- Gewichtsreduktion bei BMI > 25 kg/m²
(Empfehlungsgrad: B, Evidenzstärke 2-b)
- Nikotinkarenz (Empfehlungsgrad: A, Evidenzstärke 2-b)

Prävention: Ernährungsgewohnheiten

- Erhöhung der Ballaststoffaufnahme
- Kein täglicher Verzehr von „rotem“ Fleisch
(Empfehlungsgrad: B, Evidenzstärke 2-a)
- vermehrter Verzehr von Obst/Gemüse
- Limitierung des Alkoholkonsums (Empfehlungsgrad:
B, Evidenzstärke 2-b)
- Keine Empfehlungen zum Fischkonsum,
Reduktion des Fettverzehrs oder Aufnahme von
Vitamin C-haltiger Nahrung

Prävention: Mikronährstoffe u. Medikamente

ASS + Hormonersatztherapie:

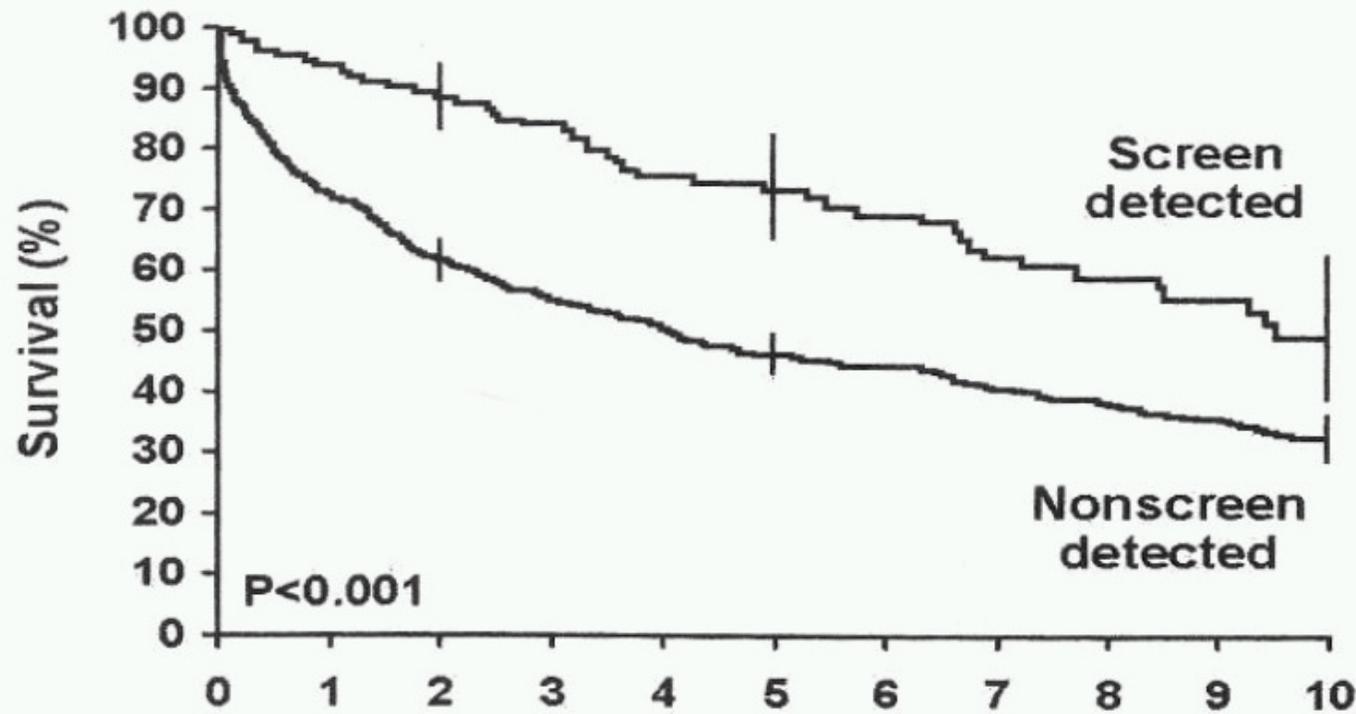
Einnahme zur Karzinomprophylaxe sollte nicht erfolgen (Empfehlungsgrad: A, Evidenzstärke 2-a)

=> Risiken überwiegen möglichem Nutzen

Prävention: ASS Nutzen vs. Risiken

Outcome	Number Needed to Treat	Estimated Duration of Treatment
Secondary prevention		
Recurrence of an adenoma of any size	10	31 mo
Recurrence of an advanced neoplasm	19	33 mo
Primary prevention		
Any coronary heart disease events	50–250	5 yr
Colorectal cancer	471–962	>5 yr
Death from colorectal cancer	1250	10–20 yr or longer
Adverse events		
Gastrointestinal hemorrhage	100	26–28 mo
Major gastrointestinal hemorrhage	300–800	4–6 yr
Hemorrhagic stroke	800	4–6 yr

KRK-Screening: Einfluss auf Mortalität



=> Frühere Diagnose durch Screening verbessert Überleben

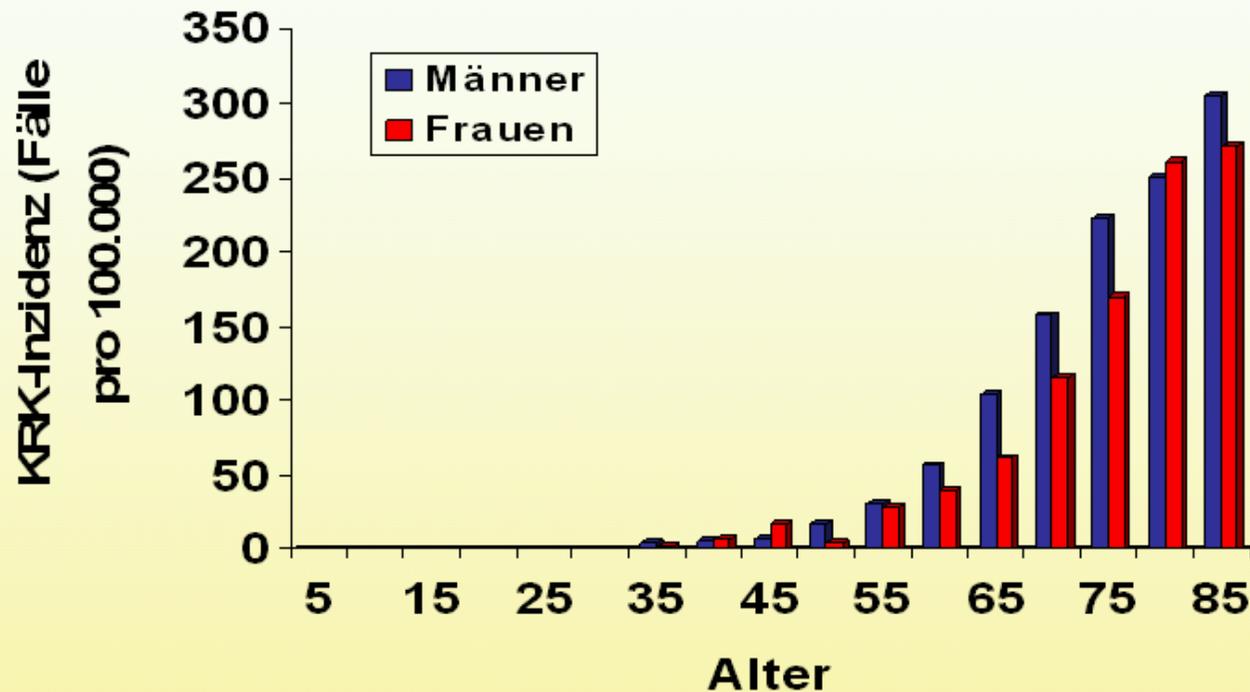
Gupta et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2005;3:150-8

Screening Normalbevölkerung: Alter

- Beginn methodenunabhängig mit 50 Jahren
- Angabe einer oberen Altersbegrenzung nicht möglich (abhängig von Begleiterkrankungen)
- Empfehlungsgrad: B, Evidenzstärke 4

DGVS Leitlinie Kolorektales Karzinom 2004

Kolonkarzinom Inzidenz



=> Inzidenz steigt ab 50 deutlich an

Screening Normalbevölkerung

Bevorzugte Vorsorgeuntersuchung:

- Koloskopie alle 10 Jahre (FOBT entfällt)
(Empfehlungsgrad: A, Evidenzstärke 3-b)

Bei Ablehnung:

- jährlich FOBT (Guaiak) + Sigmoidoskopie alle 5
Jahre (Empfehlungsgrad: A, Evidenzstärke 3-b)

Bei Ablehnung:

- jährlich FOBT (Guaiak) (Empfehlungsgrad: A,
Evidenzstärke 1-a)

FOBT-Screening (Guaiak)

- Zugelassen: Hämocult[®], hemocare[®], hemoFEC[®]
- einfach durchführbar, preiswert
- nachgewiesene Senkung der KRK-bedingten Mortalität (random. Studien) bei mindestens 1 x Teilnahme ca. 30%
- mäßige Sensitivität für Karzinome für 1 x Testung (6 Felder) ca. 40%
- niedrige Sensitivität für Adenome für 1 x Testung (6 Felder) ca. 20%
- Benefit durch Früherkennung von Karzinomen
- Möglichkeit der Prävention durch Detektion von Adenomen fraglich

FOBT-Screening (Guaiak): Durchführung

- Sinn von Diätvorschriften fraglich
- jeweils 1 Testkarte (2-3 Felder) mit 1 Stuhlprobe
- alle 3 Testkärtchen sollten ausgefüllt sein
- jeder positive Test -> Koloskopie, keine Kontrolle zur Bestätigung
- jährliche Testdurchführung effektiver als alle 2 Jahre

Prävention: Hausarztvertrag AOK

AOK Bayern für teilnehmende Versicherte ab dem 18. Lebensjahr

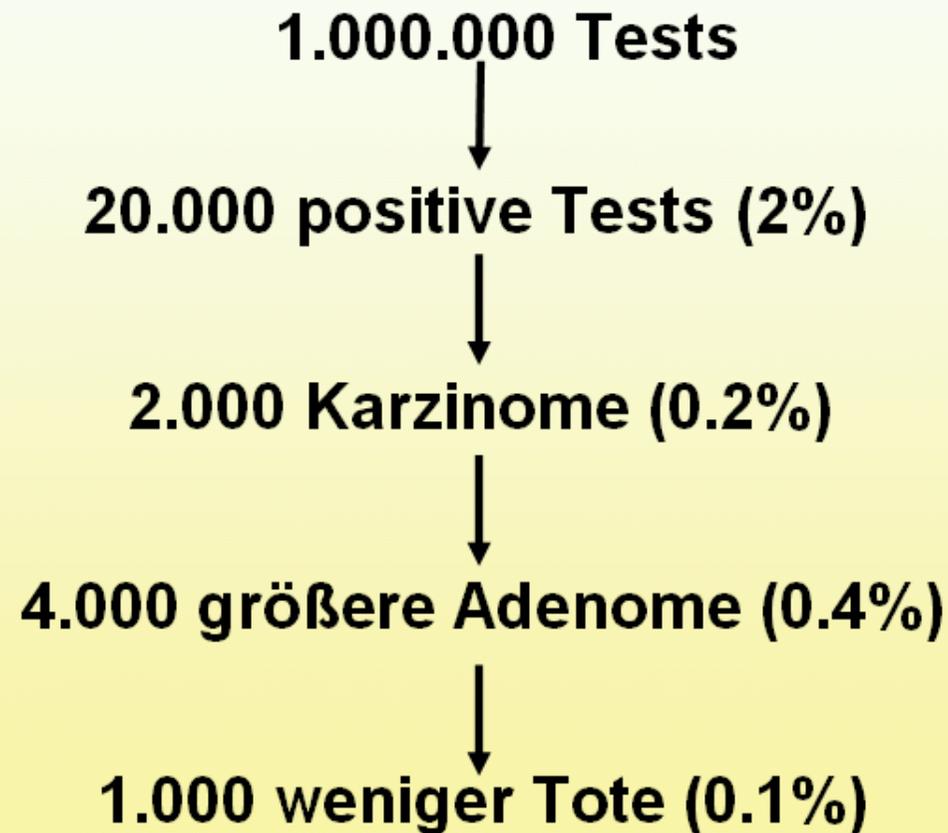
- Check-up jährlich ab 35. Lebensjahr mit FOBT
(Hämocult®, hemocare®, hemoFEC®)

Screening: Neue Verfahren

- Immunologische Stuhluntersuchungen (immuno-
logische FOBT, M2-PK) (Empfehlungsgrad: A,
Evidenzstärke 3-a, Konsens)
 - Molekulare Stuhluntersuchungen (Empfehlungsgrad:
A, Evidenzstärke 4)
 - Virtuelle Kolonographie (MRT/CT)
(Empfehlungsgrad: A, Evidenzstärke 2-b)
- => Können derzeit nicht empfohlen werden**

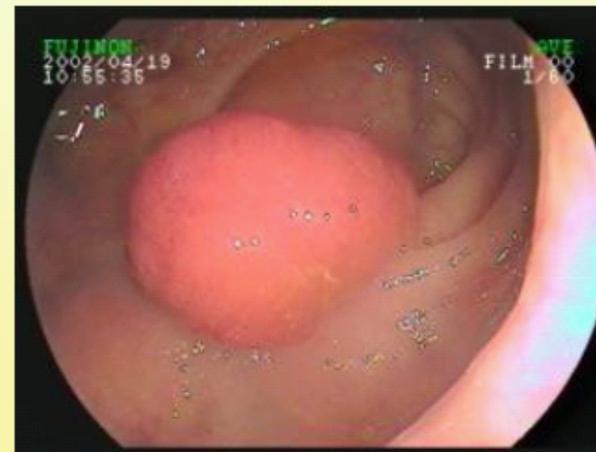
DGVS Leitlinie Kolorektales Karzinom 2004

FOBT-Screening (Guaiak): Ergebnisse

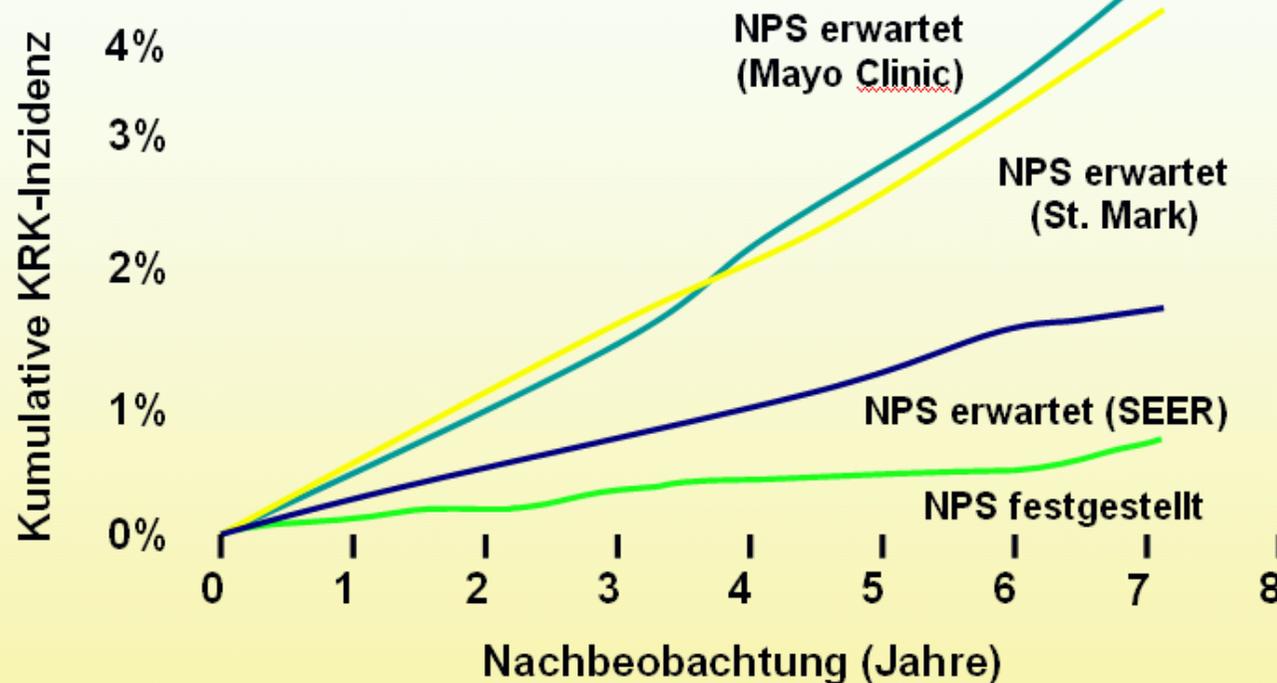


KRK-Screening: Endoskopie

- hohe Sensitivität für Karzinome und Adenome
- Verhinderung von Karzinomen durch Abtragung von Adenomen: Möglichkeit der Prävention
- Höhere Kosten
- Mehr Nebenwirkungen
- Studienlage?



National Polyp Study (NPS)



⇒ Polypektomie verhindert Darmkrebs in 76-90%

Winawer et al. N Engl J Med 1993

Vorsorgekoloskopie: Ergebnisse (D)

	<u>Koloskopien</u>	Auswertungen
■ 2003:	500.000	(358.000)
■ 2004:	570.000	(479.000)
■ Karzinome:		0.6%
■ Adenome:		18.0%
■ Fortgeschrittene Adenome:		5.8%

Zentralinstitut der KBV 2005

Koloskopie: Einfluss auf Karzinomstadium

UICC Stadium	Kontroll- gruppe (%)	Teilnehmer (%)	5-Jahres Überleben (%)
I	18	44	94
II	26	25	84
III	23	22	57
IV	26	9	2

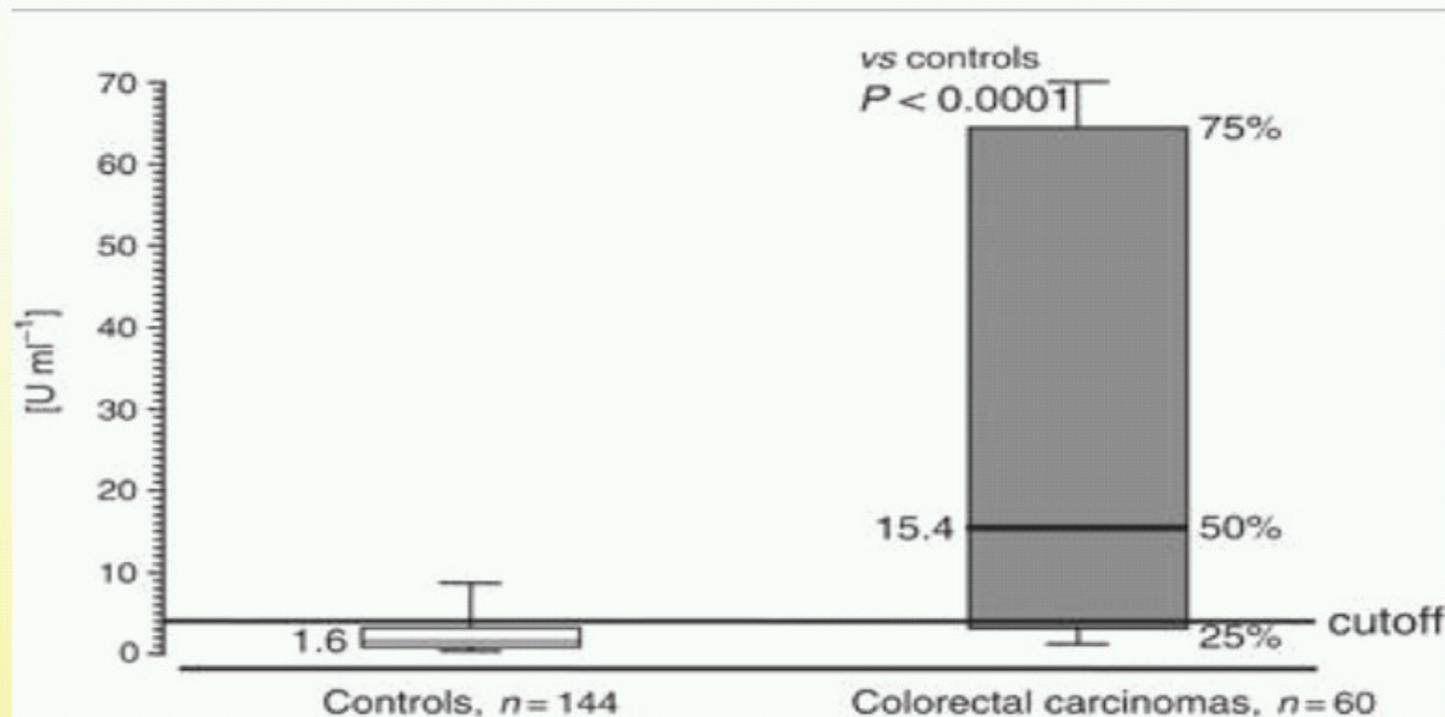
=> Tumordiagnose in einem früheren Stadium mit besserer Prognose

Vorsorgekoloskopie: Komplikationen

	gesamt	diagnostisch	therapeutisch
	(303.052)	(207.585)	(78.897)
Komplikationsrate:	0.42%	0.19%	1.08%
Blutung:	0.24%	0.01%	0.90%
Perforation:	0.03%	0.02%	0.07%
Herz/Kreislauf:	0.15%	0.16%	0.12%

=> Niedrige Komplikationsrate

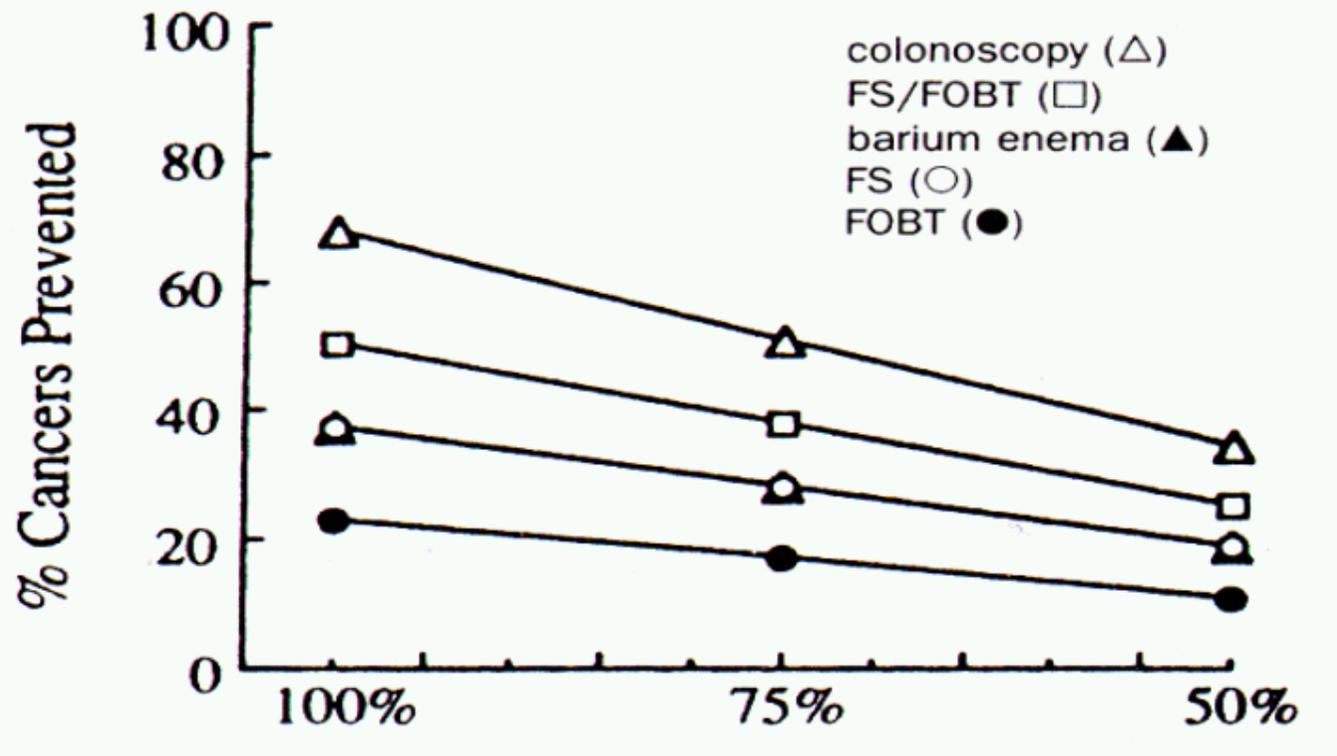
Screening: M2-PK Stuhltest



⇒ **Spezifität: 78%**

⇒ **Sensitivität: 73%**

Screening: Compliance und Effektivität



=> Teilnahme entscheidend für Effektivität

Risikogruppen – Definition

Familiär gesteigertes Risiko:

- positive Familienanamnese
- genetische Ursache unbekannt
- häufig (ca. 25% aller KRK)

Hereditäre KRK:

- z.B. HNPCC, FAP
- autosomal dominante Vererbung
- Selten (3-5%)

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Familiäres KRK-Risiko

Lebenszeitrisiko:

- | | |
|------------------------------------|---------|
| ▪ Risiko Allgemeinbevölkerung: | 3 - 6% |
| ▪ 1 Verwandter 1° mit KRK: | 6 - 18% |
| ▪ 1 Verwandter 1° mit KRK < 50 J.: | 9 - 24% |
| ▪ 2 Verwandte 1° mit KRK: | 9 - 24% |
| ▪ 1 Verwandter 1° mit Adenom: | 6 - 12% |

=> Familienanamnese entscheidend

Familiäres KRK-Risiko

Verwandte 1° von Pat. mit KRK:

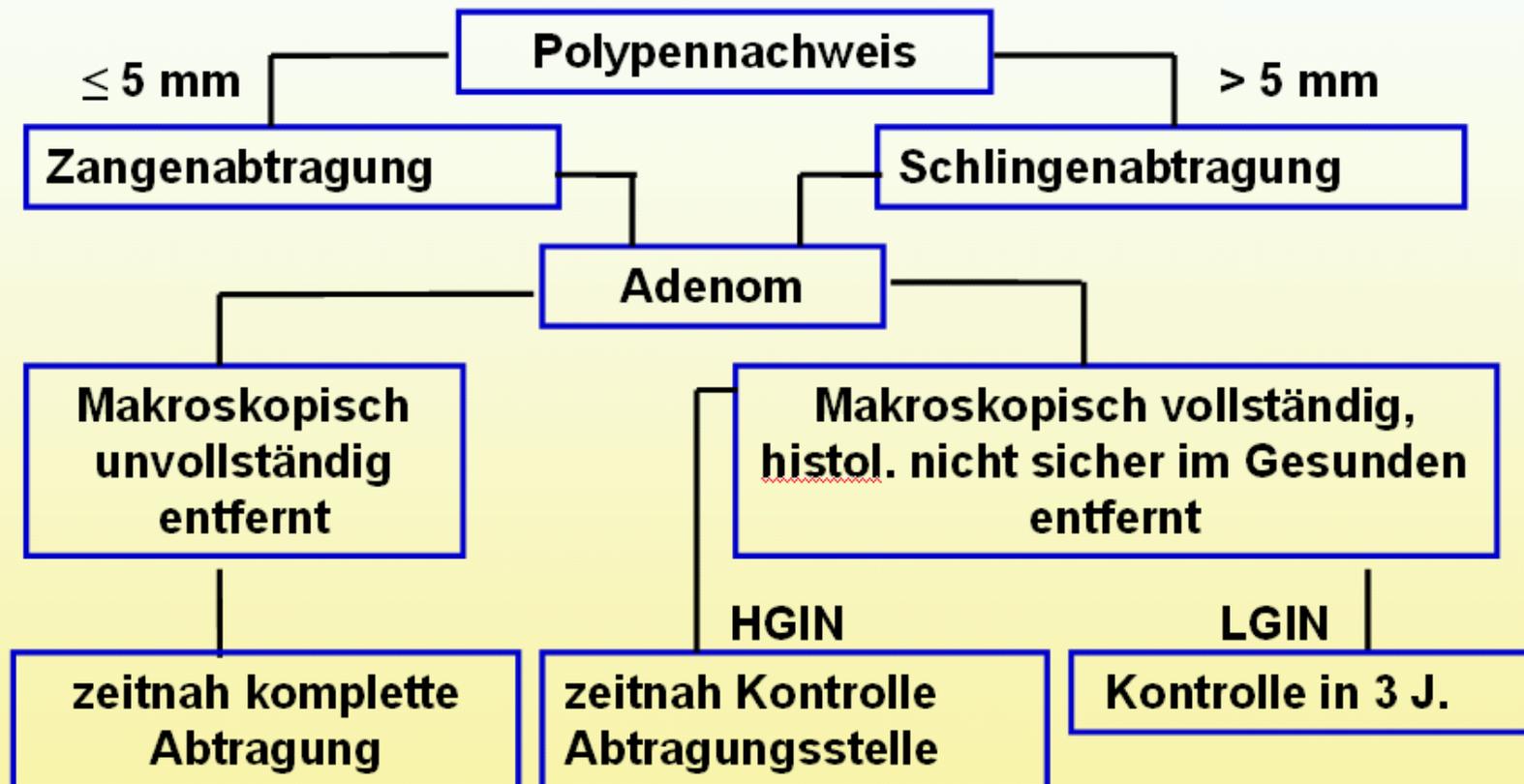
- 10 J. vor KRK-Diagnose erste Koloskopie (spätestens mit 50 J.)
- Wiederholung mindestens alle 10 J. (Empfehlungsgrad: B, Evidenzstärke: 4)

Familiäres KRK-Risiko

Verwandte 1° von Pat. mit Adenom < 50 J.:

- 10 J. vor Adenom-Diagnose erste Koloskopie
- Wiederholung mindestens alle 10 J.
(Empfehlungsgrad: C, Evidenzstärke: 5)

Therapie und Nachsorge



Nachsorge

Untersuchung	Monate							
	3	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, körperl. Untersuchung, CEA		X	X	X	X	X	X	X
Koloskopie		X*				X		
Abdomensonographie		X	X	X	X	X	X	X
Sigmoidoskopie (Rektoskopie)**		X	X	X	X			
Spiral-CT***	X							
Röntgen Thorax	Kein Konsens							

* nur bei inkompletter präoperativer Koloskopie

** nur beim Rektumkarzinom ohne (neo)adjuvante Therapie

*** nur beim Rektumkarzinom

Klassische FAP – Vorsorgeempfehlungen

- Ab 10. LJ.:**
- Genetische Beratung
 - Molekulargenetische Untersuchung
 - Jährliche Rekto-Sigmoidoskopie
 - Bei Adenomen: jährliche Koloskopie (Empfehlungsgrad: A, Evidenzstärke: 4), jährliche Sonographie Abdomen u. Schilddrüse (Empfehlungsgrad: C, Evidenzstärke: 4)
- Vor 20. LJ.:**
- Kontinenterhaltende Proktokolektomie (Empfehlungsgrad: A, Evidenzstärke: 1-c)
 - Danach: jährliche Pouchoskopie (Empfehlungsgrad: A, Evidenzstärke: 2-a)
- Ab 30. LJ.:**
- ÖGD alle 3 Jahre, bei Adenomen jährlich (Empfehlungsgrad: B, Evidenzstärke: 4)

Hereditäres nicht-polypöses KRK

- Klinisch definiertes Syndrom (Amsterdam-Kriterien)
- 2-5% aller KRK, KRK-ED \approx 44. LJ
- autosomal dominante Vererbung
- 70-80% Penetranz
- KRK:
 - Rechtsseitige Tumoren
 - syn-/metachrone Zweittumoren
 - muzinöse, niedrig differenzierte Tumoren
 - lymphozytenreiche Tumoren
 - > Prognose
- gehäuft extrakolonische Neoplasien
- Risikopersonen = Amsterdam/Bethesda-Kriterien

HNPCC – Amsterdam I + II Kriterien

- Mindestens drei Familienmitglieder mit HNPCC-assozierten Karzinomen (Kolon/Rektum, Endometrium, Dünndarm, Urothel (Ureter/Nierenbecken))
- Mindestens zwei aufeinanderfolgende Generationen betroffen
- Mindestens ein Familienmitglied erstgradig verwandt mit den beiden anderen
- Mindestens ein Erkrankter < 50 J. bei Diagnose
- FAP ausgeschlossen

HNPCC – jährl. Vorsorgeprogramm

- Ab 18. LJ.:**
- Genetische Beratung
 - Molekulargenetische Untersuchung
- Ab 25. LJ.:**
- Koloskopie (Empfehlungsgrad: A, Evidenzstärke: 2-a)
 - Abdomen-Sonographie (Empfehlungsgrad: C, Evidenzstärke: 5)
- Frauen:**
- Gynäkologische Untersuchung inkl. transvaginalem Ultraschall (Empfehlungsgrad: C, Evidenzstärke: 4)
- Magen-Ca in der Familie:**
- ÖGD (Empfehlungsgrad: C, Evidenzstärke: 4)

Danke
für Ihre Aufmerksamkeit!

