

Dr.med. Rudolf Hermann
Facharzt FMH für Gastroenterologie
Steigstrasse 40
CH-8200 Schaffhausen

Telefon
+41 (0)52 625 16 91
Telefax
+41 (0)52 624 90 10
e-mail
gastropraxis@hin.ch
Internet
www.gastropraxis-sh.ch

Richtlinien zur kolorektalen Tumorstuvorsorge 2017

Aufdatierte Zusammenfassung der aktuellen ACG-Richtlinien:

Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. D.K. Rex et al. American Journal of Gastroenterology 2017; advanced online publication 6 June 2017

Die aktualisierte Guideline unterscheidet sich von der vorgehenden Ausgabe von 2008 v.a. durch

- eine stärkere Gewichtung des FIT (Fecal Immunological Test) als alternativer Primär-Screening-Test zusammen mit der Koloskopie
- die Klassierung der übrigen Screening-Verfahren als sekundäre-/tertiäre Screening-Tests
- die Betonung der Qualitätskontrolle in allen Screening-Verfahren
- den Einbezug von Praktikabilität und Kosteneffizienz der einzelnen Screening-Programme

Vermisst wird die betonte Differenzierung der letzten Ausgabe zwischen echten Präventions-Tests wie der Koloskopie und den reinen Detektions-Test wie z.B. der FIT.

Teil 1: Screening-Untersuchung bei Normalpersonen

- Definition: Normalpersonen sind 50-jährig [Schwarze 45-jährig] oder älter und haben keinen zusätzlichen Risikofaktor betreffend Entwicklung eines kolorektalen Karzinoms (CRC)
- ‚Multiple options‘:
 - Immunologischer Stuhltest auf okkultes Blut (FIT) jährlich
 - Fäkaler DNA-Test (allein alle 3 Jahre oder in Kombination mit FIT)
 - FIT jährlich + Sigmoidoskopie alle 5 Jahre
 - Septin9-Test
 - Kapsel-Endoskopie
 - Koloskopie alle 10 Jahre
 - Virtuelle CT-Colografie (CTC) alle 5 Jahre
- ‚Sequential approach‘: Empfehlen/Erklären Sie dem Patienten den am besten geeigneten Screening-Test und weisen Sie auf die Alternative(n) hin. Bei Ablehnung empfehlen/erklären Sie stufenweise den zweit-, drittbesten Test usw. bis ein informed consent entsteht.
- ‚Risk-stratified approach‘
Die Auswahl des Screening-Tests nach Risikogruppen (Prävalenz), z.B. Alter, Geschlecht, Raucher vs. Nicht-Raucher etc. ist bei Normalpersonen nicht Evidenz-basiert.

- **Primäre Screening-Methoden:**

→ **Koloskopie alle 10 Jahre ab dem 50. Lebensjahr**

Begründung:

Beste verfügbare CRC-Screening-Methode bezüglich diagnostischer Effektivität, Kosteneffizienz und Patienten-Akzeptanz

Alternative:

→ **FIT jährlich ab dem 50. Lebensjahr**

- **Sekundäre Screening-Methoden:**

- CT-Colografie alle 5 Jahre
- FIT-Fäkaler DNA-Test alle 3 Jahre
- Sigmoidoskopie alle 5 (10) Jahre

- **Tertiäre Screening-Methoden:**

- Kapsel-Endoskopie alle 5 Jahre

- **Nicht empfohlen:**

- Septin9-Test

Anmerkungen zu den einzelnen Methoden:

- **Stuhltests:**

- Gujac-based FOBT: Findet keine spezielle Erwähnung in der aktuellen ACG-Richtlinie mehr (Nach Verfügbarkeit des FIT ist der klassische FOBT wegen deutlich schlechterer Sensitivität/Spezifität überholt)
- **FIT (iFOBT):** Der immunochemische Nachweis von humanem Hämoglobin hat gegenüber dem Gujac-based FOBT eine mindestens doppelt so hohe Detektionsrate für CRC (79%) und 3-4-fach für grosse Adenome (30%) bei nur leicht verminderte Spezifität und einem moderaten Preis (i-Colorectal-Test CHF 33.30, mit Arzt-Konsultation ca. 70 CHF); zudem ist die Patienten-Akzeptanz (nur eine Stuhlprobe) besser. Die Testung muss jedoch jährlich wiederholt werden, was Akzeptanz und Kosten negativ beeinflusst. Es handelt sich um eine Detektions- und nur indirekt um einen CRC-Präventions-Test. Die Kassenpflichtigkeit ist offiziell in der Schweiz nur alle 2 Jahre gegeben. Bei positivem Testresultat muss eine Koloskopie durchgeführt werden.
- **Fäkale DNA-Test allein oder in Kombination mit FIT:** Der fäkale DNA-Test hat in den neueren Versionen (2.0+) eine wesentlich verbesserte Probenstabilität und eine relativ hohe CRC-Sensitivität (2.0: 87%, in Kombination mit FIT 92%) bei allerdings moderater Spezifität (2.0: 82%, in Kombination mit FIT nur 73%). Der fäkale DNA-Test ist sehr teuer (ca. CHF 500.-, keine Kassenzulässigkeit), benötigt eine Instituts-Auswertung und falsch positive Tests implizieren komplexe medizinische Fragestellungen u.a. mit wiederholten endoskopischen Abklärungen.

Wichtiger Hinweis:

- **Bei einem einzigen positiven iFOBT muss eine vollständige Koloskopie durchgeführt werden (Keine Wiederholung des FOBT!)**
- **Der FOBT ist nur als CRC-Screening-Test validiert und eignet sich nicht zur Abklärung einer Eisenmangel-Anämie!**

- **Sigmoidoskopie:** Rund 70% der CRC entstehen über die klassische Adenom-Karzinom-Sequenz und treten v.a. im Rektum-Sigmoid auf; bis zu 30% der CRC entstehen aus sessil-serrateden Polypen (SSP), welche stark rechts-dominant auftreten und somit ausserhalb der Reichweite der Sigmoidoskopie liegen. Die Kombination mit FIT verbessert die CRC-/Polypen-Detektionsrate, doch ist die Compliance schlecht. Sigmoidoskopie-Screening-Trials zeigten eine Reduktion der Inzidenz von rektosigmoidalen CRC bzw. der Mortalität von bis zu 76%. FIT Sigmoidoskopie-Screening eignet sich als Screening-Variante für Länder oder Regionen, in welchen keine Koloskopie zur Verfügung steht.
- **Koloskopie:** Die aktuelle Guideline kommt wieder zurück auf die Empfehlung der ACG-Guideline 2000, welche ein 'Auswahl-Menü' an Screening-Methoden empfahl (siehe 'sequential approach'), favorisiert jedoch weiterhin die Koloskopie als CRC-Screening-Methode der Wahl, dies v.a. weil in *einer* Untersuchung nicht nur die sensitivste Polypen-Detektions-Untersuchung, sondern durch die Möglichkeit der Polypektomie auch eine echte CRC-Prävention durchführbar ist. Endlich muss auch jeder positive nicht-endoskopische Screening-Test durch eine Koloskopie bestätigt werden.

Randomisierte Studien betreffend Mortalitäts-Senkung stehen (aufgrund der langen Studiendauer von 10-20 Jahren) zurzeit noch aus. Case-control-Studien in den USA, in Deutschland und in der Schweiz zeigen jedoch eine Reduktion der CRC Inzidenz/Mortalität im distalen Colon von 80% und 40-60% im proximalen Colon. Die Komplikationsrate der Koloskopie ist allerdings höher als bei den übrigen Screening Tests. Die Tatsache, dass alle positiven Screening-Tests endlich zur Koloskopie führen, relativiert jedoch die Komplikationsrate als primäres Screening-Verfahren. Ein weiterer Nachteil (oder auch Vorteil) ist die Untersucher-Abhängigkeit der Koloskopie, welche sich u.a. in der 'Adenoma-missing-rate' bzw. 'Adenoma-detection rate' niederschlägt (s.u.)
- **Virtuelle CT-Kolografie (CTC):** Die CT-basierte 2- bzw. 3-dimensionale Darstellung des Kolons hat in hochspezialisierten Zentren einen hohen Reifegrad erreicht mit Sensitivität bezüglich Polypen ≥ 1 cm und CRC ähnlich der optischen Koloskopie. In der größten Studie (US-National CT colography trial) in spezialisierten Zentren war die Sensitivität für große Adenome jedoch nur 90%, die Spezifität 86% (PPV 23%; NPV 99%). V.a. wegen der suboptimalen Detektionsrate für Polypen ≤ 1 cm, der Notwendigkeit einer nachfolgenden Koloskopie bei Polypen-Nachweis und der damit verbundenen schlechten Kosteneffizienz bleibt die CTC eine Reservemethode v.a. für Patienten, bei welchen eine Koloskopie nicht gewünscht oder durchführbar ist. Die Darm-Vorbereitung kann dem Patienten leider nicht erspart bleiben. Vorgängig ist eine Kostengutsprache der Krankenkasse (bei Screening Indikation) einzuholen.
- **Kapsel-Endoskopie:** Die Kapsel-Endoskopie kommt v.a. aufgrund der höheren Anforderungen an die Darmvorbereitung (Technische Undurchführbarkeit in 9%) und der suboptimalen Sensitivität auch für grössere Adenome (88% für Adenome ≥ 6 mm) als Alternative zur Koloskopie nur in Spezial-Situationen in Frage. Vorgängig ist eine Kostengutsprache der Krankenkasse einzuholen.

• **Qualitäts-Monitoring:**

Ein Monitoring der Prozess-Qualität ist für jede diagnostische und therapeutische Massnahme sinnvoll, so auch für die CRC-Screening-Methoden. Für eine ‚high-quality-colonoscopy‘ streicht die ACG-Guideline neben Erfahrung des Untersuchers, Untersuchungszahl, Rückzugszeit etc. v.a. für Patienten folgende Kriterien vor:

- Fragen/Kriterien, welche dem Patienten ermöglichen, eine ‚**high-quality-colonoscopy**‘ zu definieren:

Vor der Untersuchung:

- Welches ist die Adenom-Detektions-Rate des Untersuchers (≥25% overall, für Männer ≥30%, für Frauen ≥20%)
- Welches ist die Coecum-Intubationsrate (≥95% für Screening-Koloskopien)
- Wird die Koloskopie kurze Zeit nach der zweiten Dosis der Darm-Vorbereitung durchgeführt? (Split-dose-regimen)

Nach der Untersuchung:

- Dokumentiert der Untersuchungs-Bericht fotografisch das obere Dickdarm-Ende (Coecum und/oder terminales Ileum)?
- Wird die Qualität der Darmvorbereitung beschrieben (Je schlechter die Darmvorbereitung, desto schlechter die Adenom-Detektions-Rate)

• **Persönliche Empfehlung:**

CRC-Screening 2017

- Genaue Erhebung von Familienanamnese und persönlicher Anamnese betreffend individueller Risikofaktoren
- Information der betreffenden Person bezüglich individuellem Erkrankungsrisiko und der zur Verfügung stehenden Screening-Methoden (Primär Erklärung der zwei Hauptmethoden)
- Abklärung der Versicherungsleistungen (Vorsorge-Koloskopie = Kassenpflichtige Leistung in CH vom 50.-69. Altersjahr alle 10 Jahre)
- Planung eines Screening-Programms zugeschnitten auf die individuelle Situation
- Minimalvariante:
 - FIT jährlich ab dem 50. Lebensjahr (Kosten ca. 70 CHF/Jahr)
- **Optimalvariante:**
 - **Koloskopie ab 50 alle 10 Jahre (Kosten ca. 60 CHF/Jahr)**

- **CRC-Screening bei Normal-Risiko-Personen <50?**

- Für Normalrisiko-Personen <50 ist ein systematisches CRC-Screening nicht Evidenz basiert

- **CRC-Screening bei Normal-Risiko-Personen in höherem Alter?**

- Die ‚Stopping-rule‘ soll individuell festgelegt werden
- Erstmaliges Screening ist bis ins 86. Lebensjahr sinnvoll
- Bei Personen mit negativer Screening-Koloskopie soll ein Stopp des CRC-Screenings im 75. Lebensjahr erwogen werden bzw. wenn die Lebenserwartung <10 Jahre beträgt.

Die ACG-Richtlinien betreffend [Vorsorge-Untersuchungen von Risikopersonen](#) finden Sie im Teil 2 dieser Zusammenfassung.