

Darmkrebsvorsorge im Berner Oberland

JE FRÜHER, JE BESSER

«Principiis obsta.» «Wehre den Anfängen.»
«Sero medicina parata, cum mala per longas convaluere moras.»
«Zu spät wird die Medizin bereitet, wenn die Übel durch langes Zögern erstarkt sind.»

Ovid

Dickdarmkrebs ist bei Männern die dritthäufigste, bei Frauen die zweithäufigste Krebserkrankung in der Schweiz. Jährlich erkranken in der Schweiz mehr als 4 150 Menschen an Dickdarmkrebs, davon 2 335 Männer und 1 822 Frauen. Dank der neuesten multimodalen Therapiemöglichkeiten, wurde in den letzten Jahren ein Rückgang der Sterblichkeitsrate beim Dickdarmkrebs beobachtet. Trotzdem versterben mehr als 1 660 Menschen jährlich an den Folgen dieser Erkrankung. Generell gilt bei Tumorerkrankungen, dass die Heilungschancen besser sind, wenn der Tumor früh erkannt wird. Beim Dickdarmkrebs könnten 80–90% der assoziierten Todesfälle mittels Darmspiegelung verhindert werden.

«WEHRE DEN ANFÄNGEN!» DURCH PRÄVENTION

Das Risiko einer Darmkrebserkrankung kann durch eine Anpassung der Ernährungsgewohnheiten und des Lebensstils verringert werden. Dazu zählen regelmässige körperliche Aktivität, das Vermeiden von Übergewicht, und der Verzicht auf Tabakkonsum. Ein erhöhtes Risiko für Dickdarmkrebs besteht bei Personen mit vorbestehenden Kolon-Polypen oder -Karzinomen, positiver Familienanamnese für kolorektale Tumore, sowie bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen.

Eine Reihe von hereditären Syndromen sind mit Dickdarmkrebs assoziiert. Diese Syndrome sind durch die Ernährung oder den Lebensstil nicht beeinflussbar. Dazu gehören das Lynch-Syndrom (Hereditäres nicht-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC), verschiedene Polyposis-Syndrome (Familiäre adenomatöse Polyposis [FAP], Peutz-Jeghers-Syndrom [PJS], Juveniles Polyposis-Syndrom [JPS], Serrated Polyposis Syndrome [SPS]), sowie das PTEN-assoziierte hamartomatöse Polyposis-Syndrom (Cowden/Li-Fraumeni Syndrom). Auch bei entzündlichen Darmerkrankungen, insbesondere der Colitis ulcerosa, besteht ein erhöhtes Risiko für Dickdarmkrebs.

«WEHRE DEN ANFÄNGEN!» DURCH VORSORGE

Schätzungen zufolge dauert es zehn Jahre, bis sich aus einem gutartigen Dickdarm-Polypen ein Dickdarmkrebs entwickelt (Adenom-Karzinom

Sequenz). Die Darmspiegelung gilt heutzutage als die sicherste Screening-Methode zur Früherkennung. Bei den häufig angewendeten Okkultblut-Tests können bestenfalls 15–33% der Dickdarmkrebs-assoziierten Todesfälle verhindert werden, dies im Vergleich zu 80–90% durch die Darmspiegelung. Ein wesentlicher Nachteil des Okkultblut-Tests besteht darin, dass nur blutende Polypen oder Darmtumore entdeckt werden können. Zudem besteht bei der Darmspiegelung zusätzlich die Möglichkeit, gefundene Polypen endoskopisch abzutragen (meistens während derselben Untersuchung). Durch das Abtragen der Krebs-Vorstufen kann ein Dickdarmkrebs verhindert werden, bevor die eigentliche Krebserkrankung ausbricht. Der Zusammenhang zwischen Screening mittels Darmspiegelung und reduzierter Dickdarmkrebs-Inzidenz und -Mortalität wurde u. a. von Schoen et al in einer randomisierten Studie nachgewiesen.¹ (Abb 1).

Zur Vermeidung eines Darmkrebstodesfalles muss bei 60 bis 120 Personen eine Vorsorgedarmspiegelung durchgeführt werden. Zum Vergleich: Zur Vermeidung eines Brustkrebstodesfalles sind ca. 1 500 Mammographien (Bruströntgen) notwendig.

Mehr als 90% der Darmkrebserkrankungen werden bei über 50-jährigen Personen diagnostiziert. In der Schweiz übernimmt die Grundversicherung die Kosten für Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchungen bei Personen im Alter von 50 bis 69 Jahren. Es werden alle zwei Jahre ein Okkultblut-Test oder alle zehn Jahre eine Darmspiegelung bezahlt.

Eine Vorsorgedarmspiegelung sollte alle 10 Jahre durchgeführt werden. Wichtig ist die Qualität der durchgeführten Darmspiegelung. Es sollte, wenn immer möglich, eine komplette Spiegelung des Dickdarmes erfolgen. Gefundene Läsionen sollten dokumentiert und abgetragen, bzw. biopsiert werden. Bei Patienten mit erhöhtem Risiko für Dickdarmkrebs wird zudem eine individuelle Risikostratifizierung, sowie eine genetische Beratung empfohlen.



Dr. med. Oliver Kummer
Dr. med. Matthias Regli
Dr. med. Claudia Munger
gastroenterologie.interlaken@hin.ch
Praxis Gastroenterologie Interlaken
Fachbereich Gastroenterologie

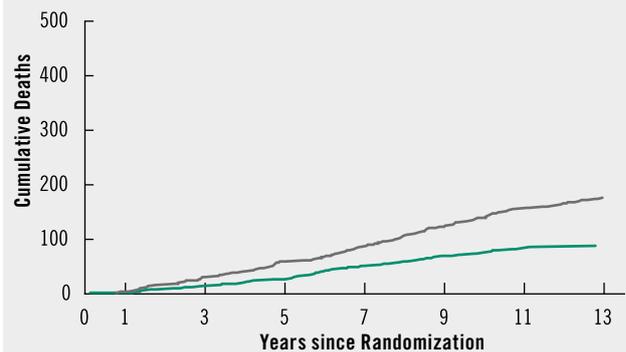
«ZU SPÄT WIRD DIE MEDIZIN BEREITET, WENN DIE ÜBEL DURCH LANGES ZÖGERN ERSTARKT SIND.»

Die Prognose bei Patienten mit Dickdarmkrebs hängt im Wesentlichen ab vom Tumor-Stadium, welches durch die TNM-Klassifikation definiert ist. Wird Darmkrebs in einem frühem Stadium diagnostiziert, d. h. ohne Nachweis von Lymphknoten- oder Fernmetastasen, ist eine kurative Therapie oft noch möglich. Bei bereits symptomatischen Dickdarntumoren, finden sich leider gehäuft fortgeschrittene Tumorstadien. Beispiele solcher Beschwerden sind Blut im Stuhl, ein unklarer Gewichtsverlust, neu aufgetretene, anhaltende Bauchschmerzen oder eine Veränderungen der Stuhlgewohnheiten. Entsprechend der schlechteren Prognose bei symptomatischen und fortgeschrittenen Dickdarntumoren sollte eine Dickdarmspiegelung präventiv, vor dem Auftreten von Symptomen erfolgen.

«QUALITÄT IST KEIN ZUFALL!»

Entscheidend für ein korrektes Screening ist beim Dickdarmkrebs die Effektivität und Zuverlässigkeit der Dickdarmspiegelung. Dementsprechend sollte die Untersuchung von erfahrenen und gut ausgebildeten Fachärzten durchgeführt werden. Im Berner Oberland steht der Bevölkerung unter anderem die im Februar diesen Jahres neu bezogenen Praxis Gastroenterologie Interlaken zur Verfügung. Die Praxis wird von den drei Fachärzten FMH Gastroenterologie Dr. Claudia Munger, Dr. Oliver Kummer und Dr. Matthias Regli geführt.

MORTALITY FROM DISTAL COLORECTAL CANCER



No. at risk

	1	3	5	7	9	11	13
Screening							
Deaths	1	14	27	51	69	84	87
Person-yr	77.276	230.295	380.730	528.006	670.832	793.203	871.930
Usual care							
Deaths	3	30	58	87	123	156	175
Person-yr	77.288	230.354	380.731	527.828	670.526	792.647	871.275

¹ Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokochi LA, Church T, Laiyemo AO, Bresalier R, Andriole GL, Buys SS, Crawford ED et al: **Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy**. The New England journal of medicine 2012, **366**(25):2345-2357.

Abb 1: Zusammenhang zwischen Screening durch Sigmoidoskopie und Mortalität bei distalem Dickarm-Krebs.¹