



Vor- und Nachsorge von Patienten mit kolorektalen Tumoren im Bauchzentrum

Eigen- und Familienanamnese sind ausschlaggebende Faktoren

Im Rahmen der Sprechstunde für gesundes Kolon bieten wir für Patienten mit kolorektalen Tumoren und bei Verdacht auf erbliches Tumordispositionssyndrom eine multidisziplinäre Betreuung an. In Abstimmung der multimodalen Abklärungsdiagnostik sowie der interdisziplinären Frühsorge und Nachsorge spielen die Eigen-, aber ebenso die Familienanamnese eine bedeutende Rolle.

Als Goldstandard zur Untersuchung des Dickdarms gilt die Dickdarmspiegelung (Koloskopie), welche sich in einer Vielzahl von Studien nicht nur im Sinne der Früherkennung, sondern auch einer echten Krebsvermeidung bewährt hat^{1,2}. Eine koloskopische Vorsorgeuntersuchung wird alle 10 Jahre ab dem 50. Lebensjahr empfohlen. Seit 1. Juli 2013 werden die Kosten für die Koloskopie im Rahmen einer Untersuchung zur Darmkrebs-Früherkennung bei Personen im Alter von 50 bis 69 Jahren in der Schweiz von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen.

Das Risiko, an einem Darmkrebs zu erkranken, steigt mit dem Alter. Bei verschiedenen speziellen Konstellationen haben aber auch jüngere Menschen ein erhöhtes Risiko. Betroffen sind Menschen, deren Verwandte ersten Grades (z.B. Vater, Schwester oder Sohn) an Darmkrebs erkrankt sind oder schon vor dem 50. Lebensjahr Polypen im Darm entwickelt haben. Im allgemeinen gilt: Je mehr Familienmitglieder insbesondere im jungen Lebensalter Dickdarmkrebs oder Polypen entwickelt haben, desto höher ist das Risiko, dass auch andere Familienmitglieder daran erkranken. Ein besonders hohes Risiko haben Menschen, die an einem sog. «Polyposis-Syndrom» oder an einem «Lynch Syndrom» leiden. Im Falle eines Lynch Syndroms erkranken mehrere Mitglieder der betroffenen Familien an verschiedenen Krebsarten (z.B. Dickdarm, Gebärmutter, Magen). Auch bei Colitis ulcerosa-Patienten, die seit über 10 Jahren an dieser chronisch entzündlichen Darmerkrankung leiden, entstehen leichter und damit häufiger Dickdarmadenome oder -krebs.

Um eine personenbezogene Risikoeinschätzung für Entstehung von Dickdarmtumoren bei asymptomatischen Menschen gewährleisten zu können, ist die Erhebung von eigen-

und familien-anamnestischen Daten, gemäss Fragebogen (siehe Abb. 1) unentbehrlich. Sollte aufgrund des Fragebogens ein Verdacht auf ein familiäres Darmkrebsrisiko vorliegen, sind geeignete Vorsorgemassnahmen notwendig. Im Bauchzentrum des Inselspitals besteht die Möglichkeit, Patienten mit Verdacht auf ein erbliches Tumor-Prädispositionssyndrom im Rahmen einer persönlichen Beratung über die weiterführenden diagnostischen Möglichkeiten zu informieren und die ggf. notwendigen genetischen Abklärungsuntersuchungen zu veranlassen. Des Weiteren kann nicht nur ein personenbezogener Vorsorgeplan festgelegt werden, sondern auch nach Aufklärung des eventuell vorliegenden genetischen Hintergrundes eine Risikostratifizierung auch für die Familienmitglieder werden.

Empfehlungen für die onkologische Behandlung von Patienten mit Neudiagnose von Darmkrebs legt das Tumorboard fest (vgl. Seite 8).

Die fachkompetente Versorgung von Darmkrebspatienten endet nicht mit der multimodalen onkologischen Therapie. Im Rahmen der weiteren Betreuung werden Nachsorgeuntersuchungen nach Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie festgelegt (s. Abb. 2). Auch für gutartige Dickdarmpolypen, welche endoskopisch abgetragen wurden, gilt: je nach Grösse, Zahl, Lokalisation und histologischem Typ der Polypen werden die Termine der endoskopischen Verlaufskontrollen geregelt (s. Abb. 3). Bedeutend für Nachsorgeuntersuchungen sind die eigene und familiäre Vorgeschichte. Patienten mit positiver Eigen- und/oder Familienanamnese benötigen eine engmaschigere Kontrolle. Bei Darmtumoren, die im Rahmen eines bekannten erblichen Tumordispositionssyndroms auftreten, muss man damit rechnen, dass nicht nur der Dickdarm betroffen sein kann. Um Manifestationen ausserhalb des

Abbildung 1:

Risikoermittlung des familiären Darmkrebs

Bauch- und Tumorzentrum der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin, Inselspital Bern

Fragebogen zur Ermittlung des Risikos für familiären Darmkrebs

Bitte die Antwort ankreuzen

1. Wurde bei einem erstgradig Verwandten von Ihnen (Eltern, Geschwister oder Kinder) Darmkrebs festgestellt?

Nein Ja

2. Wurde bei Ihnen oder bei einem Verwandten vor dem 50. Lebensjahr Darmkrebs festgestellt?

Nein Ja

3. Wurden bei Ihnen oder einem Verwandten gleichzeitig oder nacheinander zwei Krebserkrankungen in einem unten genannten Organe* festgestellt?

Nein Ja

4. Gibt es in Ihrer Familie eine Person, die an Darmkrebs erkrankt ist und noch mindestens einen erstgradig Verwandten (Eltern, Geschwister oder Kinder), bei dem vor dem 50. Lebensjahr eine Krebserkrankung in einem der unten genannten Organe* festgestellt wurde?

Nein Ja

5. Gibt es in Ihrer Familie drei oder mehr Personen, bei denen eine Krebserkrankung in einem der unten genannten Organe* festgestellt wurde?

Nein Ja

6. Wurde bei einem Familienangehörigen ein Polyp (Adenom) im Dickdarm vor dem 40. Lebensjahr gefunden?

Nein Ja

7. Wurden bei einem Familienmitglied zahlreiche Polypen (Adenome) im Dickdarm gefunden oder die Diagnose einer Polyposis gestellt?

Nein Ja

Wenn Sie **nur Frage 1 mit Ja beantwortet** haben, besteht bei Ihnen ein familiäres Risiko für Darmkrebs, weshalb Sie etwas engmaschigere Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen sollten, als der Allgemeinbevölkerung empfohlen. Welche Untersuchungen und in welchem Abstand diese durchgeführt werden sollten, besprechen Sie am besten mit Ihrem behandelnden Arzt.

Falls Sie **mindestens eine der Fragen 2–7 mit Ja beantwortet** haben, ist es möglich, dass in Ihrer Familie eine erbliche Form von Darmkrebs vorliegt. Wir empfehlen Ihnen zur weiteren Abklärung eine humangenetische Beratung.

So können Sie uns erreichen:

Telefon: +41 (0)31 632 59 00

Fax: +41 (0)31 632 59 99

Email: bauchzentrum@insel.ch

*Dickdarm, Dünndarm, Magen, Gebärmutter (nicht Gebärmutterhals), Eierstöcke, Bauchspeicheldrüse, Gallenwege, ableitende Harnwege, Gehirn oder Talgdrüsen

Dickdarmes bei diesen Patienten zu finden, müssen auch andere Organe regelmässig überprüft werden. Da in dieser Patientengruppe das Tumorrisko je nach genetischem Hintergrund variiert, gelten für diese Patienten besondere Surveillance-Regeln. Mit der Festlegung von Terminen und Modalitäten der Nachsorgeuntersuchungen haben wir das Ziel, ein eventuelles Rezidiv oder einen neuen Tumor im frühest möglichen Stadium zu entdecken und die Therapie dementsprechend rechtzeitig zu optimieren.

Literatur:

1. Winawer SJ et al: Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med. 1993 Dec 30;329(27):1977-81.
2. Marbet UA et al: Colonoscopy is the preferred colorectal cancer screening method in a population-based program. Endoscopy. 2008 Aug;40(8):650-5.

Abbildung 2:

Nachsorge des kurativ operierten Kolontumors

Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach kurativ operiertem kolorektalem Karzinom der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG)

Jahr	1			2			3			4			5							
Monat	3	6	9	12	18	24	30	36	48	60	3	6	9	12	18	24	30	36	48	60
Klinische Untersuchung und CEA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•										
Koloskopie				•																• ¹
CT-Thorax-Abdomen				•		•			•	•										•
Beim Rektumkarzinom: Rektosigmoidoskopie und Endosonografie		•		•	•	•														

¹ falls bland, anschliessend 5-Jahres-Intervalle

Abbildung 3:

Nachsorge nach endoskopischer Polypektomie

Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach endoskopischer Polypektomie der SGG

Risiko-kategorie	Charakterisierung des/der Polypen	Koloskopie-Intervall	Koloskopie-Intervall, sobald Befund bland
I	Tubuläres Adenom – 1–2 Polypen und – ≤1 cm gross und – Keine hochgradige Dysplasie und – FA negativ	5 Jahre	Stopp der Surveillance
II	Tubuläres Adenom – >2 Polypen oder – >1 cm gross oder – hochgradige Dysplasie oder – FA positiv (erstgradige Verwandte)	3 Jahre	5 Jahre
	(Tubulo-)villöses Adenom oder serratiertes Adenom – jede Anzahl oder Grösse – jeder Dysplasie-Grad		
III	pT1-Karzinom im Polyp – Polypektomie endoskopisch vollständig und – Resektionsrand histologisch karzinomfrei und – Differenzierung G1–2 und – Keine Angioinvasion	≤3 Monate zur Kontrolle des Resektionsstelle, dann 3 Jahre	5 Jahre
IV	pT1-Karzinom im Polyp – Polypektomie endoskopisch unvollständig oder – Resektionsrand histologisch nicht karzinomfrei oder – Differenzierung G3 oder – eindeutige Angioinvasion	Chirurgische Resektion grundsätzlich indiziert	
Hyperplastischer Polyp Oberhalb des Rektosigmoids oder >1cm gross oder >20 Polypen		3 Jahre	5 Jahre
Im Rektosigmoid und ≤1cm gross		Keine Surveillance	