



PRAXIS DR. FISCHER
ALLGEMEINMEDIZIN

Allgemeinmedizin

kurz & bündig

Version 2018.1

Dickdarmkrebs Screening

Empfohlene Untersuchungsintervalle für Gesunde

Beginn Coloskopie + FOBT mit 50, FOBT-Kontrollen jährlich, Coloskopie-Kontrollen alle 10 Jahre
Colon-Ca bei Blutsverwandtem 1. Grades erste Coloskopie 10 Jahre vor dessen Erkrankungsalter, spätestens mit 40-45 Jahren (S3-LL Seite 49)

Coloskopie-Kontrollen nach Polypenabtragung: Die S3-Leitlinie empfiehlt den Zeitpunkt der Kontrolle abhängig von Anzahl, Größe und Histologie der entfernten Polypen zu machen, und unterscheidet zwischen **hyperplastischen Polypen** (diese gelten <10mm als harmlos) und **neoplastischen Polypen = Adenome** (Adenome >1 cm haben ein etwa 4-fach erhöhtes Karzinomrisiko)¹

hyperplastischer Polyp < 10mm und negative Familienanamnese	Nach 10 Jahren
1 oder 2 Adenome <1 cm mit niedrig-gradiger intraepithelialer Neoplasie (IEN)	Nach 5 Jahren
3-10 Adenome	Nach 3 Jahren
Adenome größer 1 cm	
Adenome mit villöser Histologie	
Adenom mit hochgradiger intraepithelialer Neoplasie (IEN) und histologisch bestätigter vollständiger Abtragung	
mehr als 10 Adenome	Individuell < 3 Jahre
Adenom mit histologisch nicht vollständiger Abtragung	2-6 Monate

¹ http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-007OLI_S3_KRK_2014-08-verlaengert.pdf S: 88ff

Eine **obere Altersbegrenzung** für die Darmkrebs-Vorsorge/-Früherkennung kann bei steigender Lebenserwartung nicht gegeben werden. Hier ist eine individuelle Entscheidung unter Berücksichtigung der Begleiterkrankungen angezeigt.

Die **komplette Koloskopie** besitzt die höchste Sensitivität und Spezifität für das Auffinden von Karzinomen und Adenomen und sollte daher als Standardverfahren eingesetzt werden. Allerdings hat die Koloskopie auch Limitationen: So werden 4-6% der Karzinome übersehen. Auch treten bei der Polypennachsorge in einem Zeitraum von 3 Jahren bis zu 1% Intervallkarzinome auf.

NNH Koloskopie: NNH Blutung = 500, NNH Perforation = 1.000, NNH tödliche Komplikation = 5.000²

Eine **Sigmoidoskopie** sollte Personen, die die Koloskopie als Vorsorgemaßnahme ablehnen, angeboten werden. Zur möglichen Detektion proximaler Karzinome sollte zusätzlich zur Sigmoidoskopie eine jährlicher FOBT erfolgen.

Die **CT-Kolonographie** und die **MR-Kolonographie** sollten nicht für die Darmkrebs-Früherkennung in der asymptomatischen Bevölkerung eingesetzt werden.

Stuhluntersuchungen auf DNA-Veränderungen und der M2-PK Stuhltest sollten nicht für die Darmkrebs-Früherkennung in der asymptomatischen Bevölkerung eingesetzt werden.

Bei positivem FOBT-Test, bei Tumorverdacht oder sigmoidoskopischem Nachweis eines neoplastischen Polypen soll eine vollständige Koloskopie durchgeführt werden.

² Harding-Zentrum für Risikokompetenz/Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Früherkennung von Darmkrebs durch flexible Teildarmspiegelung (Sigmoidoskopie)

Der FOBT ist nicht zusätzlich zur Koloskopie erforderlich.

Faktenbox Nutzen der Darmspiegelung

Eine Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration von 2013³ zeigt, dass die flexible Teildarmspiegelung (Sigmoidoskopie) die Gefahr an Darmkrebs zu sterben, um etwa ein Drittel reduzieren kann. Ein Drittel heißt in diesem Fall: Die Darmkrebssterblichkeit wird von 8 von 1.000 auf 6 von 1.000 reduziert (für die komplette Darmspiegelung gibt es solche Daten bis ca. 2022⁴ noch nicht):

	N	Risikovergleich	
		Kontrolle	Screening
Inzidenz	414.744	20/1.000	16/1.000
Spezifische Mortalität	414.744	8/1.000	6/1.000
Gesamtmortalität	364.827	254/1.000	249/1.000

³ Holme Ø et al. Flexible sigmoidoscopy versus faecal occult blood testing for colorectal cancer screening in asymptomatic individuals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9

⁴ Porzsolt F et al. Validität der Empfehlungen zur Sekundärprävention von Dickdarmkrebs. Zentralbl Chir. 01/2013; 140(4)