



Leitfaden Allgemeinmedizin 2016

Magenkarzinom

Christoph Fischer, Herbert Bachler

Bei routinemäßigem Einsatz der Gastroskopie bei Gesunden würden die Komplikationen wegen der geringen Häufigkeit von Magenkrebs überwiegen¹. Für Magenkrebs gibt es daher derzeit kein Früherkennungsprogramm, dessen genereller Einsatz bei Gesunden geeignet wäre².

Bis 1950 war Magenkrebs die häufigste tödliche Krebserkrankung beider Geschlechter, seither ist die Sterblichkeit auf ein Fünftel gefallen und sinkt weiter. Die altersstandardisierte Rate der Neuerkrankungen ist um 25 %, die Rate der Todesfälle sogar um 34 % gesunken. Von der Diagnose sind Männer geringfügig häufiger betroffen als die Frauen: 788 der zuletzt 1.358 Neuerkrankungen und 500 der 906 Sterbefälle betrafen die Männer. Rund ein Viertel aller Diagnosen wurden 2009–2011 erst gestellt, als der Tumor die Organgrenzen bereits durchbrochen hatte (regionalisiertes Tumorstadium: 27,6 % Männer, 25,3 % Frauen); 895 Menschen verstarben an der Erkrankung.³

Der Rückgang ist dabei nicht vorrangig auf Vorsorge oder Behandlung des Magenkarzinoms, sondern auf die Einführung des Kühlschranks zurückzuführen. Zwar ist bei Menschen mit Helicobacter-Besiedlung des Magens das Risiko relativ um den Faktor 2-6 erhöht, die überwiegende Mehrzahl der H.p.-Träger erkrankt aber nicht, so dass ein Screening und die Eradikation nicht generell indiziert erscheinen. Nur für Personen mit erhöhtem Risiko empfiehlt ein Konsensus-Statement die Gastroskopie – allerdings auch mit dem Hinweis, dass noch keine ausreichenden Daten für die Effizienz verfügbar sind.⁴

Empfohlene Gastroskopie Magenkarzinom

Risikopopulation	Intervall	Empfehlung/Zeitpunkt
Magenkarzinom in der Familie	Einmalig*	10 a vor dem Erkrankungsalter des betroffenen Familienmitglieds
Perniziöse Anämie	Einmalig*	
M. Menetriére ⁵	Einmalig*	H.p.-Eradikation (Datenbasis zur Effizienz dzt. nicht ausreichend)
Operierter Magen	Einmalig*	15 Jahre nach OP, H.p.-Eradikation (Datenbasis zur Effizienz dzt. nicht ausreichend)
H.p.-assoziierte Korpusgastritis mit intestinalen Metaplasien	Jährlich*	Ab 50. Lebensjahr, H.p.-Eradikation (Datenbasis zur Effizienz dzt. nicht ausreichend)

* Intervall in Abhängigkeit vom histologischen Befund (Dysplasiegrad) der Erstuntersuchung

¹ number needed to harm (NNH) Gastroskopie: kardiopulmonale Störwirkung 2.600, Perforation 4.200, Blutung 10.000, Todesfall 40.000

² C. Weyrmair, K. Koch. Mythos Krebsvorsorge.

³ Statistik Austria, Krebserkrankungen – Magen. Letzte Änderung am 23. 02. 2015.

⁴ Empfehlungen zur Früherkennung maligner Erkrankungen in Österreich. C. Zielinski, M. Krainer (Hrsg.)

⁵ gekennzeichnet durch große Falten in der Magenschleimhaut zu identifizieren. Unterteilt in 3 bildet: dyspeptischen, Pseudotumor und asymptomatisch. <http://de.medicine-worlds.com/qipertroficheskij-gastrit.htm#1>