

# Vorsorge kolorektaler Karzinome

*Eine Arbeit des Qualitätszirkels Brugg: Heini Zürcher, Christine Flaig, Kurt Zehnder (Leiter), Paul Eichenberger, Conrad Frei, Christian Gschwind, Algimantas Gegeckas, Andreas Haefeli, Peter Ledergerber, Paul Lüthy, Hansruedi Pfister, Fritz Senn*

Die Resultate der Literaturanalyse und die Meinung der lokalen Gastroenterologen decken sich: Als Screening sind bei allen PatientInnen ab 50 Jahren jährlich 1mal 3 Hämocults oder alle 10 Jahre eine Koloskopie nötig. Schon ein einziger positiver Hämocult, aber auch Änderungen der Stuhlgewohnheiten müssen koloskopisch abgeklärt werden. In unserem Praxisalltag haben wir diese Empfehlungen bisher nicht konsequent umgesetzt, und die künftige Umsetzung würde wohl bald an die Grenze der Kapazität der Fachärzte sowie der Finanzen stossen.

*Les résultats de l'analyse de la littérature et l'opinion des gastroentérologues locaux se recourent: un screening des patient/es à partir de 50 ans nécessite 1×3 hémocults par an ou une coloscopie tous les 10 ans. Un seul hémocult positif mais aussi des modifications inhabituelles des selles doivent susciter une coloscopie. Dans la pratique quotidienne, nous n'avons pas appliqué ces recommandations de façon conséquente et la mise en application systématique nous ferait bientôt atteindre aussi bien la limite des capacités des spécialistes que celle des finances.*

## Einleitung und Fragestellung

Die zwölf GrundversorgerInnen des Qualitätszirkels Brugg hatten sich entschlossen, den Fragenkomplex «Verhütung kolorektaler Karzinome» zu bearbeiten. Wir hatten den Eindruck, im Praxisalltag nicht systematisch vorzugehen, obwohl klare Guidelines der Fachgesellschaften bestehen.

Folgende Fragen stellten wir uns:

- Was können wir tun, um kolorektale Karzinome frühzeitig zu erkennen?
- Welches Screening empfehlen unsere Gastroenterologen und die Fachgesellschaften verschiedener Länder?
- Wann sind bei familiärer Karzinombelastung Vorsorgeuntersuchungen nötig?
- In welchen Intervallen soll nach dem Abtragen von Polypen untersucht werden?

## Ausgangslage

Während einer Arbeitssitzung erfassten wir mittels Fragebogen, wie systematisch und mit welchen Methoden die Mitglieder unserer Gruppe heute vorgehen. Zur Prävention kolorektaler Karzinome empfehlen 50% ballaststoffreiche Kost, 30% die Selbst-

beobachtung auf Stuhlnunregelmässigkeiten und 20% genügend Bewegung. Das Screening beginnen 80% bei 50jährigen Patienten, 10% bei 45 Jahren und 10% fliessend. Auffallend ist, dass niemand ein systematisches Screening bei allen Patienten durchführt. Wenn ein Screening durchgeführt wird, verwenden 90% die Stuhluntersuchung auf okkultes Blut, 40% die Anamnese (Stuhlnunregelmässigkeiten, familiäre Belastung) und 30% die Rektalpalpation. Einzelnennungen waren die Suche nach einer Anämie oder die Messung des CEA. Bei familiärer Belastung (Verwandte 1. Grades mit kolorektalem Karzinom) veranlassen alle eine Koloskopie alle 10 Jahre, erstmals im Alter von 40 bis 50 Jahren.

## Literaturanalyse

10 Arbeiten wurden nach einer Medline-Recherche ausgewählt und durch je ein Mitglied intensiv gelesen und analysiert. Im Zirkel haben wir die Empfehlungen der Autoren nach einem Raster zusammengetragen. Die Resultate der Literaturanalyse können wir wie folgt zusammenstellen (Tabelle 1):

**Tabelle 1. Literaturanalyse.****Primärprophylaxe**

Zur Zeit gibt es nur vereinzelte Empfehlungen, deren Evidenz uns gering erscheint: nicht täglich rotes Fleisch essen, Gewicht unter BMI 27 halten, kein Nikotin, wenig Alkohol, Einnahme von Ballaststoffen, Aspirin und Vitaminen.

**Screening der Normalpopulation (ohne familiäre Belastung)**

Hier besteht weitgehende Einigkeit über die Empfehlung, jährlich 3 Stuhltests auf okkultes Blut ab dem Alter von 50 Jahren durchzuführen. Als Alternative dazu ist eine Koloskopie alle 10 Jahre möglich, erstmals ebenfalls mit 50 Jahren. Eine seltener genannte Alternative ist die Kombination von jährlichem Hämoccult mit Sigmoidoskopie alle 5 Jahre.

**Screening bei familiärer Belastung (kolorektales Karzinom bei Verwandtem 1. Grades)**

Wenn bei einer Person ein kolorektales Karzinom vor dem 50. Altersjahr auftritt, ist das Risiko für die Angehörigen 1. Grades stark erhöht. Bei späterem Auftreten ist das Risiko deutlich geringer. Deshalb sind alle Empfehlungen altersabhängig.

Eine Empfehlung ist, beim Tumornachweis nach dem 60. Lebensjahr ab dem 50. Lebensjahr eine Koloskopie alle 10 Jahre durchzuführen, beim Tumornachweis vor dem 60. Altersjahr aber bereits mit 40 Jahren zu beginnen (Wiederholung alle 10 Jahre).

Eine andere Variante ist, 10 Jahre vor dem Tumornachweis des Verwandten die erste Koloskopie durchzuführen und bei normalem Befund alle 10 Jahre zu wiederholen. Zusätzlich zu den Koloskopien wird teilweise eine Sigmoidoskopie alle 5 Jahre empfohlen.

**Familiäre Polyposis**

Bei der seltenen familiären Polyposis wird ein Gentest bei allen Familienangehörigen empfohlen, zusätzlich jährliche Rektosigmoidoskopien und 5-jährliche Koloskopien ab dem Alter von 12 Jahren.

**Vorgehen nach Resektion eines Polypen**

Das Vorgehen hängt von der Histologie und der Grösse ab. Die Empfehlungen unterscheiden sich nicht wesentlich.

**Was meinen «unsere» Gastroenterologen?**

Ein Konsiliararzt ist der Meinung, die Koloskopie ab dem 50. Altersjahr sei aus ökonomischen und persönlichen Gründen nicht durchführbar. Deshalb bleibe für ihn einzig – trotz der geringen Sensitivität – der regelmässige Stuhltest auf okkultes Blut übrig. Schon ein einziger positiver Test müsse durch Koloskopie abgeklärt werden! Ebenfalls sei eine Koloskopie nötig bei Veränderungen der Stuhlgewohnheiten, Abdominalschmerzen und Anämie.

Zwei andere Gastroenterologen empfehlen im Gegensatz dazu allein die Koloskopie ab 50 Jahren. Einer dieser Kollegen rät sogar völlig vom Stuhltest ab, da der wegen zu geringer Sensitivität unbrauchbar sei. Auf ein zusätzliches Problem weist ein weiterer Kollege hin, nämlich dass die reine Screening-

Koloskopie in der Schweiz keine Pflichtleistung nach KVG sei. Allerdings laufen Bemühungen zur Änderung dieser Bestimmungen. Neben der geringen Sensitivität habe die Stuhluntersuchung auch den Nachteil, dass der Patient jährlich zum Arzt müsse. Dieser Forderung kämen Patient und Arzt nur selten nach. Auch dieser Kollege befürwortet nur die Koloskopie.

Bei Verwandten von Patienten mit kolorektalen Karzinomen soll, darin sind sich alle antwortenden Gastroenterologen einig, 10 Jahre vor dem Manifestationsalter des erkrankten Verwandten erstmals koloskopiert werden.

Nach Resektion eines Polypen richten sich die Gastroenterologen nach den Richtlinien der schweizerischen Fachgesellschaft. Wir selbst handeln grundsätzlich nach den Empfehlungen des Spezialisten, der den Polypen reseziert hat.

**Kosten, oder: was ist machbar?**

Wirtschaftliche Analysen (unter US-Verhältnissen) ergeben eine annähernd identische Kosten-Nutzen-Relation für die jährliche Stuhluntersuchung auf okkultes Blut und für die Koloskopie alle 10 Jahre. Die Stuhluntersuchung verursacht geringere Kosten, aber der Gewinn an Lebensjahren ist auch kleiner, während umgekehrt die Koloskopie höhere Kosten verursacht – bei höherem Gewinn an Lebensjahren. Die Resultate der Sigmoidoskopie sind in der wirtschaftlichen Analyse schlechter, da zu wenig Lebensjahre gewonnen werden, um die Untersuchungskosten zu rechtfertigen.

Was die Machbarkeit betrifft, gibt es nicht nur bei uns schlicht zu wenig Gastroenterologen, um die Screening-Empfehlung umzusetzen. Eine Screening-Koloskopie alle 10 Jahre bei der gesamten Population über 50 Jahren, aber auch der jährliche Hämoccult dieser Population (wegen der häufigen falsch positiven Resultate, die eine Koloskopie erfordern) setzt erhebliche personelle und apparative Ressourcen voraus. Dieses Thema bringt uns mitten in die Kostendiskussion. Akzeptieren Versicherer, Versicherte und Politiker höhere Kosten, um das Screening auszubauen und damit erwiesenermassen Lebensjahre zu retten?

**Darmkrebsmonat März 2003**

Mitten in die Zeit, in der wir uns mit dem Thema beschäftigten, wurde mit einigem publizistischem Aufwand der Darmkrebsmonat März 2003 durchgeführt. Über Print- und besonders über elektronische

Medien wurde die Bevölkerung über die Krankheitsbilder und die Vorsorgeuntersuchungen informiert. Unsere Recherchen haben uns geholfen, die Fragen unserer Patienten kompetent zu beantworten. Das Thema ist aktuell und verdient das Interesse der Grundversorgerinnen und Grundversorger.

### Künftige Umsetzung

In der letzten Sitzung zu diesem Thema haben wir die anwesenden Kollegen schriftlich befragt, wie sie künftig vorzugehen beabsichtigen. Es resultierte eine Diskrepanz zu den Empfehlungen, weil niemand restlos alle Patienten über 50 ins Screening einbeziehen kann. Die meisten werden bei Abklärungen und Vorsorgeuntersuchungen den Hämoccult konsequent anwenden. Schon bei geringen Stuhlnunregelmässigkeiten oder auch nur einmal positivem Hämoccult werden sie konsequent eine Koloskopie veranlassen.

### Diskussion

Ausser einer Literaturquelle sind sich alle einig, dass ein breites Screening auf kolorektale Karzinome durchgeführt werden sollte. Die Ausnahme ist eine Review der Cochrane-Collaboration, wo Zweifel an der Evidenz der positiven Effekte geäussert und neue Studien gefordert werden. Als Screening-Methoden kommen der jährliche Hämoccult oder die Koloskopie alle 10 Jahre (beides ab Alter 50) in Frage. Keine Zweifel bestehen über das Erfordernis von Koloskopien alle 10 Jahre bei Risikopatienten (Verwandte 1. Grades von Patienten mit Kolonkarzinom). Keine Lösung haben wir für das Problem der mangelnden Ressourcen, um die hohe Zahl der geforderten Koloskopien durchzuführen.

Unter der Voraussetzung, dass der politische Wille dafür besteht (Zulassungsstopp!) und auch die Bereitschaft, höhere Kosten zu akzeptieren, wird die vermehrte Nachfrage zur Zunahme von gastroenterologischen Praxen führen müssen.

Für ihre (teilweise sehr ausführlichen) Antworten danken wir den folgenden gastroenterologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen: Dr. Franz Eigenmann (Baden), Dr. Rudolf Güller (Wettingen), Dr. Stefan Hartmeier (Brugg), Dr. Kurt Beat Weber (Baden). Wir danken auch Frau PD Dr. Fabiola Delcò und Herrn Prof. Urs A. Marbet für ihre Unterlagen zur Kosteneffizienz.

### Literatur

- 1 Marbet UA, Bauerfeind P, Delcò F, Dorta G, Meier R, Metzger U. Das Kolonkarzinom kann dank Screening verhütet werden. Schweiz Medizin-Forum 2003;3:56–63.
- 2 Vogt W. Kolorektales Karzinom: Screening – Früherkennung. Schweiz Rundschau Med Prax 2002;81:1791–6.
- 3 Eickhoff A, Reinacher-Schick A, Schmiergel W, Riemann JF. Kolorektalkarzinom. Dtsch Med Wochenschr 2002;543–5.
- 4 Burchert A, Schmassmann A. Evaluation der verschiedenen Screening- und Surveillance-Strategien beim kolorektalen Karzinom. Schweiz Med Wochenschr 1998;128:999–1011.
- 5 Lieberman David A, Harford WV, Ahnen DJ, Provenzale D, Sontag SJ, Schnell TG, et al. One-time screening for colorectal cancer with combined fecal occult-blood testing and examination of the distal colon. N Engl J Med 2001;345:555–60.
- 6 Renner L, Roesch T, Bauerfeind P, Schwizer W, Wirth HP, et al. Gastro-Highlights 2000. Zusammenfassung der Referate anlässlich des gastroenterologischen Symposiums am Universitätsspital Zürich. Schweizerische Ärztezeitung 2000;81:2719–27.
- 8 Rex DK, Johnson DA, Lieberman DA, Burt RW, et al. Colorectal cancer prevention 2000: Screening recommendations of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 2000;95:868–77.
- 9 Seefeld U. Nachsorge nach Resektion von kolorektalen Polypen und von kolorektalen Karzinomen. Revision der Empfehlungen der Fachgesellschaft der Schweizerischen Gastroenterologen FMH der Schweiz FAGAS. Schweiz Ärztezeitung 2001;82:1967–70.
- 10 Bond JH. Polyp Guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. Practical Guideline. Am J Gastroenterol 2000;95:3053–63.
- 11 Towler BP, Irwing L, Glasziou P, Weller P, Kewenter J. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 3. Oxford; 2002.
- 12 Sonnenberg A, Delcò F. Cost-effectiveness of a single colonoscopy in screening for colorectal cancer. Arch Intern Med 2002;162:163–8.
- 13 Sonnenberg A, Delcò F, Inadomi JM. Cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer. Ann Intern Med 2000;133:573–84.

Dr. med. Heini Zürcher  
 Facharzt FMH für Allgemeinmedizin  
 Ankerstrasse 9  
 CH-5210 Windisch  
 heinrich.zuercher@hin.ch