

# Leserbriefe

## Das Kolonkarzinom – es gibt auch einiges, was klar ist



Der Qualitätszirkel von Brugg diskutierte kürzlich die Vorsorge kolorektaler Karzinome und B. Rindlisbacher nahm dazu Stellung (PrimaryCare Heft 8/2004 [1, 2]). Meines Erachtens ist es ausserordentlich erfreulich und wichtig, dass die Gefährdung durch das Kolonkarzinom vermehrt bewusst wird und dass Vorsorgemöglichkeiten überlegt werden. Die publizierten Ausführungen zeugen jedoch von einer erheblichen Verunsicherung, weshalb ich hier einzelne Punkte klarstellen möchte.

Das Kolonkarzinom gehört in der Schweiz zu den drei häufigsten tödlich verlaufenden Krebsarten. Täglich werden in der Schweiz gut 10 Patienten neu mit einem Darmkrebs entdeckt, jeder zweite stirbt später daran, das heisst, am Darmkrebs sterben in der Schweiz dreimal mehr Leute als im Strassenverkehr. In Skandinavien sterben wesentlich weniger nach Entdeckung des Krebses, in England und in Europas Oststaaten wesentlich mehr. Der entscheidende Unterschied ist das Tumorstadium bei der Entdeckung. Diese Daten sollten uns vor Nihilismus warnen. Erste Konsequenz für uns sollte sicher sein, zumindest auf Warnsymptome wie Blut im Stuhl, neu auftretende bleibende Abdominalschmerzen, frustrierten Stuhldrang und ungeklärte Veränderungen der Stuhlgewohnheiten zu achten und diese Probleme rechtzeitig korrekt abzuklären. Auch dann noch werden leider viele Karzinome zu spät erkannt. Die Frage nach einer Tumorsvorsorge ist deshalb mehr als berechtigt.

Klar ist zudem, dass das Karzinomrisiko erhöht ist, wenn bereits mehrere erstgradig Verwandte einen Darmkrebs hatten oder ein erstgradig Verwandter ein Kolonkarzinom jung vor dem 50. oder zumindest 65. Lebensjahr hatte. Auch andere Risikosituationen wie langdauernde Colitis ulcerosa, M. Crohn, frühere Karzinome und Adenome und selbstver-

ständig die familiären Tumorsyndrome sind unbestritten. Hier ist ein korrektes Screening, sei es endoskopisch, sei es genetisch (bei gewissen familiären Syndromen) zum rechten Zeitpunkt generell akzeptiert und eine Pflicht.

Was hilft das Massen-Screening der symptomfreien Nicht-Risiko-Bevölkerung? Welches ist die beste Vorsorgeart, ist ein derartiges Screening in der Schweiz machbar, und wieviel kostet es? Dies ist leider weiterhin unklar. Im Gegensatz zum erwähnten Prostatakarzinom und Mammakarzinom ist beim Kolonkarzinom jedoch einiges sicher und generell akzeptiert:

- Klar ist, dass das Kolonkarzinom bei Leuten ohne spezielle Risiken vor dem 50. Lebensjahr selten ist und mit steigendem Alter zunimmt. Ein Massen-Screening vor dem 50. Lebensjahr ist sicher wenig sinnvoll ohne Vorliegen von Symptomen oder Risikofaktoren.
- Klar ist, dass die überwiegende Mehrheit der Kolonkarzinome langsam über Jahre hinweg auf dem Weg über Adenome entsteht. Dies ebnet den Weg nicht nur zur Früherfassung, sondern auch zur Verhütung.

Die Polypektomie reduziert bewiesenermassen erheblich die Zahl später auftretender Karzinome und deren Mortalität. Offen ist einzig, um wie viel Prozent.

Auch die jährliche Untersuchung des Stuhles auf Blut reduziert die Kolonkarzinom-bedingte Mortalität. Hierzu gibt es genügend Massenstudien mit mehreren 100000 eingeschlossenen Leuten (Evidenz Level A). Wirksam ist dies jedoch nur bei guter Compliance mit regelmässiger Testung! Leider stimmt es nicht, dass bereits ein Test die Mortalität um 20 bis 25% senkt, dies wird jedoch immerhin bei regelmässiger Testung erreicht. Die «number needed to screen», um ein Karzinom zu erfassen, ist dabei extrem vom Alter (unterschiedliche Tumorprävalenz!) der untersuchten Bevölkerungsgruppe abhängig. Bekannt sind Probleme

wie das Verpassen der Karzinomvorstufen, falsch positive und vor allem auch falsch negative Resultate mit der Gefahr der falschen Sicherheit, inkorrekte Handhabung und Abklärung positiver Befunde und Verschwinden jeglichen Nutzens in Bevölkerungsgruppen, bei denen die Tumorfrequenz gering ist, wie dies bei uns zumindest vor dem 50. Altersjahr der Fall ist.

Generell akzeptiert ist, dass die repetitive Koloskopie das spätere Auftreten von Kolonkarzinomen vermindert. Leider gibt es keine prospektiven Massenstudien (es gibt keine Industrie, die diese Studien sponsort), aber sehr gute indirekte Evidenzen (Level B). Unklar ist allerdings, um wie viel die Tumor bedingte Mortalität gesenkt wird (40%? 60%? 80%?), wie häufig die Koloskopie notwendig ist (diskutiert werden zur Zeit Abstände von 5 bis 10 Jahre), wie kosteneffizient diese Screening-Art ist, ob die Bevölkerung dieses Angebot akzeptieren würde und ob in der Schweiz ein derartiges Massen-Screening überhaupt machbar wäre.

Auch die wiederholte, wenig belastende Sigmoidoskopie reduziert die Kolonkarzinom bedingte Mortalität. Zur Zeit laufen prospektive Massen-Screening-Studien, so dass wir in den nächsten Jahren diesbezüglich noch mehr Sicherheit bekommen sollten.

### Was ist in der Schweiz sinnvoll?

Zweifelsohne sollten wir unsere Patienten zu einer gesunden Lebensweise mit regelmässiger körperlicher Betätigung, Essen von Früchten und Gemüse und Stoppen des Rauchens immer wieder ermahnen.

Wer aber braucht ein Screening? Unbestritten ist, dass zumindest Patienten mit einem erhöhten Risiko eine Vorsorge, am besten ein endoskopisches Screening, benötigen. Die laufende Kampagne der Krebsliga «Darmkrebs nie» gibt hier sicher vernünftige Leitplanken. Bei den übrigen ist dies zur Zeit eine individuelle Entscheidung.

Ist in der Schweiz ähnlich unsern Nachbarländern die Zeit für ein Massen-Screening gekommen? Die Datenlage ist teils noch unklar. Neueste Daten sprechen dafür, dass ein massgeschneidertes, Risiko adaptiertes Screening am kosteneffizientesten und sinnvollsten sein könnte. Eine prospektive Schweizer Studie, deren erste Resultate in Auswertung sind, sollte uns weiterhelfen können, bald den richtigen Weg zu finden.

Das Kolonkarzinom ist bei uns jedoch allzu häufig, als dass wir einfach die Augen schliessen dürfen. Vieles ist bereits heute klar, und unser Patient hat ein Anrecht darauf, dies zu erfahren. Der mündige Patient kann in der Diskussion mit dem Arzt mithelfen, zu entscheiden, was für ihn persönlich angemessen ist.

*Prof. Dr. med. Urs Marbet, 8460 Altdorf*

1 Zürcher H, Flaig C, Zehnder K, Eichenberger P, Frei C, Gschwind C, Gegeckas A, Haefeli A, Ledergerber P, Lüthy P, Pfister H, Senn F. Vorsorge kolorektale Karzinome. *PrimaryCare* 2004;4:139–41.

2 Rindlisbacher B. Pro und Kontra Kolonkarzinom-Screening. *PrimaryCare* 2004;4:142–3.

### Ein Ostergeschenk – oder doch eher ein faules Ei?

Nun wurde endlich quasi zugegeben, dass das Streichen der Blutentnahmeposition aus der Analysenliste (nota bene nur für unsere Praxislabors) unrecht war!

Somit wird nach langem Warten – mit einer noch zusätzlichen Wartezeit von 1½ Monaten (warum auch immer) die Position wieder eingeführt – natürlich, wie wir uns dies gewohnt sind, nicht ohne Abstriche. Minus 30%! Bei den venösen Blutentnahmen! Und wir – wir schlucken diese bittere Medizin natürlich sang- und klanglos – oder nicht?

Die Herren in Bern erhöhen dabei ihre Essenspauschale um rund 25% – dies nennt man ausgleichende Gerechtigkeit. Müssen wir uns dies nach Jahrzehnten ohne «Teuerungsausgleich» gefallen lassen? Wer daran glaubt, dass der Taxpunkt oder gar der Tarif irgendeinmal nach oben angepasst wird z.B. bei steigenden Nebenkosten (Thema Postversand usw.), hat ja vor einer Woche den Osterhasen zuhause begrüßen dürfen.

Ich als einfacher Grundversorger fühle mich durch die FMH ganz und gar nicht

verstanden und vertreten – geht es anderen auch so?

Ich möchte die Grundversorger-Standesorganisationen bitten, zumindest bei der FMH / G7 und beim BSV eine Protestnote zu hinterlegen – warum nicht in Form eines Standardbriefes (zum Herunterladen im Netz), welchen jede Kollegin und jeder Kollege einzeln an die Verantwortlichen schicken könnte?

Und zuletzt noch: Wie schon Schreibende vor mir ähnlich erwähnt haben: Hut ab vor unseren Kollegen Assistenzärzten, welche ihre Anliegen durch entsprechenden «Druck von unten» durchgesetzt haben (Bleistiftstreik) – wann lernen wir etwas von Ihnen?

Warum machen wir – wie an dieser Stelle auch schon von einem Kollegen empfohlen – nicht Ende April zwei Wochen Ferien? Notfälle werden freundlichst an die Spitäler verwiesen; oh ja, man könnte in dieser Situation auch gleich wie vorgeschlagen 230 Spitäler probeweise schliessen und die Notfallnummern ins BSV umleiten lassen.

Freundliche Grüsse an den Osterhasen.

*Dr. med. Pascal Müller, 3177 Laupen*