Gut validierter, (semi-)quantitativer immunologischer Stuhltest qFIT

Darmkrebsvorsorge – muss es immer eine Kolonoskopie sein?

Urs Marbet

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Kantonsspital Uri

Jedes Jahr erkranken in der Schweiz etwa 4100 Menschen an Dickdarmkrebs und etwa 1600 sterben daran. Gut 5% der Schweizer werden in ihrem Leben mit dieser Diagnose konfrontiert. Da die Erkrankungsrate mit dem Alter steigt, kommt dem Kolonkarzinom und seiner Prävention in unserer alternden Gesellschaft wachsende Bedeutung zu.

Die Behandlung von Darmkrebs ist belastend und teuer. Wird das Kolonkarzinom aber früh erkannt, kann es bei über 90% ohne zusätzliche Chemotherapie geheilt werden. Ohne Vorsorge sind weniger als 20%, mit Vorsorge aber gegen 70% in einem derart frühen Stadium [1]. Zudem können bei der Kolonoskopie zahlreiche Adenome, also potenzielle Krebsvorstufen, entfernt und die Entstehung eines Kolonkarzinoms oft verhütet werden. In den USA, wo die Darmkrebsvorsorge seit Jahren intensiv betrieben wird, hat sich die Zahl neu auftretender Kolonkarzinome bei über 55-Jährigen etwa halbiert [2].

Die (semi-)quantitativen immunologischen Stuhltests (qFIT) sind vielversprechend

Die neuen (semi-)quantitativen immunologischen Stuhltests qFIT (OC Sensor*, GOLD) brachten eine sehr gute und in der Bevölkerung zunehmend akzeptierte Vorsorgemöglichkeit. Diese Tests sind gut validiert [3]. In grossen prospektiven Screeningstudien konnten 70–80% von Darmkrebs bereits mit einem einzelnen Test entdeckt werden. 70% dieser Tumoren waren in einem meist heilbaren frühen Stadium I. Von 9989 Stuhltests waren bei einem *cut off* von 100 ng Blut/ml Puffer nur 472 falsch positiv; das heisst, es wurde endoskopisch weder ein Karzinom noch ein bedeutendes Adenom gefunden. Weniger als 5% unnötige Kolonoskopien zeigt aber auch, dass ein positiver Test unbedingt endoskopisch abgeklärt werden muss!
Da mit qFIT auch grosse Polypen und sogar Karzinome übersehen werden können, ist es enorm wichtig, dass der Test alle zwei Jahre wiederholt wird.

Bei der jetzt sechs Jahre dauernden Studie in Holland [4] wurden hochgerechnet bei 10 000 Leuten während dieser Zeit mit qFIT als Vorsorge 86 Karzinome (52% Stadium I, 3% mit Fernmetastasen), ohne Vorsorge aber 109 Karzinome (16% Stadium I, 21% mit Fernmetastasen) gefunden. Leute, bei denen Darmkrebs beim Screening gefunden wurde, überlebten signifikant häufiger als jene ohne Screening (79/86 [93%] vs. 44/109 [40%]).

Kolonoskopie oder quantitativer immunologischer Stuhltest auf Blut?

Der Hauptvorteil von qFIT ist seine einfache Handhabung, weshalb er eher als Vorsorgemethode akzeptiert wird. In einer noch laufenden randomisierten Bevölkerungsstudie in Südspanien [5] wurden dank besserer Akzeptanz bereits in der ersten Screeningrunde in der qFIT-Gruppe mehr Karzinome gefunden als in der Kolonoskopie-Gruppe. 70% der gefundenen Karzinome waren bei beiden im meist heilbaren Stadium I. Wichtig ist, dass die Leute alle zwei Jahre wieder am qFIT teilnehmen. Um dies zu erreichen, müssen die Leute persönlich wieder aufgeboten und Ihnen der qFIT-Test möglichst gleich zugestellt werden.
Die Kolonoskopie anderseits übersieht nur extrem selten Darmkrebs, was bei qFIT bei 20–30% passiert. Zudem werden mit einem Test mehr als doppelt so viele grosse Adenome [5] gefunden, weshalb die Verhütung eines Kolonkarzinoms mit der Endoskopie besser sein dürfte. Darmkrebs kann aber selbst mit «Kolonoskopie alle zehn Jahre» verpasst werden (= Intervallkarzinome) [6, 7]. 5–10% der Kolonkarzinome treten trotz endoskopisch qualitativ gut durchgeführter Vorsorge

* Der OC Sensor ist in der Schweiz zunehmend in verschiedenen Laboratorien erhältlich, aktuell meines Wissens im laboratoire clinic de la source de Lausanne, Labor des Kantonsspital Luzern, ZetLab AG Zürich, labormedizinisches Zentrum Risch in Bern oder direkt bei der Firma MAST in Deutschland.

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

Redaktionelle Verantwortung: Sandra Hügli, mfe

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

auf. Es gibt Adenome wie flache serratierte Adenome, die rascher wachsen und dem zehnjährlichen Screening entgehen. Einen definitiven Vergleich der Vorsorgemethoden werden uns die laufenden randomisierten Bevölkerungsstudien etwa im Jahre 2022 bringen. Die Vorsorge kann noch so gut sein, sie nützt nur, wenn die Leute auch mitmachen.

Die Behandlung von Darmkrebs kostet heute im Schnitt 100 000 Franken, Tendenz steigend. Mittels Darmkrebsvorsorge können nicht nur mehr Leute geheilt sowie Chemotherapien und Bestrahlungen vermieden, sondern zunehmend sogar Kosten gespart werden. Seit 2013 ist die Darmkrebsvorsorge mittels Kolonoskopie oder Stuhltest auf Blut im Alter von 50 bis 69 Jahren krankenkassenpflichtig.

Fazit

Mit qFIT haben wir eine sehr gute, in Bevölkerungsstudien validierte Darmkrebsvorsorge. Die Akzeptanz ist wesentlich besser als bei der Endoskopie, und nur wenige Karzinome werden bei regelmässigem Einsatz alle zwei Jahre verpasst.

Zur Verhütung von Darmkrebs wie auch zur Abklärung von Beschwerden ist die Endoskopie weiter die Methode der Wahl. Vor allem Leuten mit einem erhöhten Darmkrebsrisiko ist die Spiegelung als Vorsorgemethode unbedingt zu empfehlen.

Korrespondenz:
Sandra Hügli-Jost
Kommunikationsbeauftragte mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Geschäftsstelle
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
Sandra.Huegli[at]hausaerzteschweiz.ch

Literatur

1 Manser CN, Bachmann LM, Brunner J, et al. Colonoscopy screening markedly reduces the occurrence of colon carcinomas and carcinoma-related death: a closed cohort study. Gastrointest Endoscopy. 2012;76:110–7.
2 Siegel RL, Fedewa SA, Anderson WF, et al. Colorectal cancer CRC incidence in the USA 1974–2013. J Natl Cancer Instit 2017;109:djw322
3 Imperiale TF, Ransohoff DF, Itzkowitz SH, et al. Multitarget stool DNA testing for colorectal-cancer screening. N Engl J Med. 2014;370:1287–97.
4 Van der Vlugt M, Grobbee EJ, Bossuyt PMM, et al. Interval colorectal cancer incidence among subjects undergoing multiple rounds of fecal immunochemical testing. Gastroenterology. 2017;153:439–47.
5 Quintero E, Castells A, Bujanda L, et al. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. N Engl J Med. 2012;366:697–706.
6 Corley DA, Jensen CD, Marks AR, et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. N Engl J Med. 2014;370:1298–306.
7 Samadder NJ, Curtin K, Tuohy TM, et al. Characteristics of missed or interval colorectal cancer and patient survival: a population-based study. Gastroenterology. 2014;146:950–60.

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html