

Darmkrebsvorsorge

Warum sie so wichtig ist

MEDIZIN IM DIALOG

mit Prof. Dr. Axel Dignaß



Dienstag
12.11.2019
18.00 Uhr

Krebsneuerkrankungen in Deutschland im Jahr 2012

Robert-Koch-Institut 2015

Männer
Prozent

Prostata 26,1

Darm 13,4

Lunge 13,9

Harnblase 9,3

Magen 3,6

Niere 3,5

Mund u. Rachen 3,7

Frauen
Prozent

Brust 31,3

Darm 12,7

Lunge 7,6

Gebärmutterhals 2,1

Eierstock 4,7

Haut 4,3

Magen 3,0

Fakten zum Darmkrebs in Deutschland

Robert-Koch-Institut 2015

Daten aus dem Jahr 2014

	Männer	Frauen
Neuerkrankungen	33.740	28.490
Sterbefälle	13.772	12.200
relative 5-Jahres- Überlebensrate	63 %	63 %

DARMKREBS

HINTERGRUND

- Darmkrebs ist zweithäufigste Krebstodesursache in Deutschland
- Ca. **25.972** Menschen sterben jährlich an den Folgen des Darmkrebses (RKI 2014)
- Ca. **62.230** Personen erkranken alleine in Deutschland jährlich neu an Darmkrebs (RKI-Prognose 2014)
- Lebenszeitrisiko für die Entwicklung eines KRK: 6-7%

DARMKREBS – Aufgaben der Gastroenterologie

- Betreuung der Patienten über alle Stadien
- Aufklärung/ Prävention
- Diagnostik
- Gastroenterologisch-onkologische Therapie
 - Minimal-invasive Resektion
 - Chemotherapie
- Palliation
- Nachsorge

DARMKREBS- PRIMÄRPRÄVENTION

WAS SIE TUN KÖNNEN

- **Ernährung:**
30-35g Ballaststoffe pro Tag von verschiedenen Nahrungsmitteln (5 Portionen Obst und Gemüse)
Fett, rotes Fleisch und Alkohol reduzieren
- **Lebensstiländerung:**
Nikotinkarenz
körperliche Aktivität deutlich erhöhen
(30-60 Min. moderate Bewegung pro Tag)
Normalgewicht anstreben (BMI < 25)
- **Teilnahme** an Vorsorgeuntersuchungen

DARMKREBS - PRIMÄRPRÄVENTION

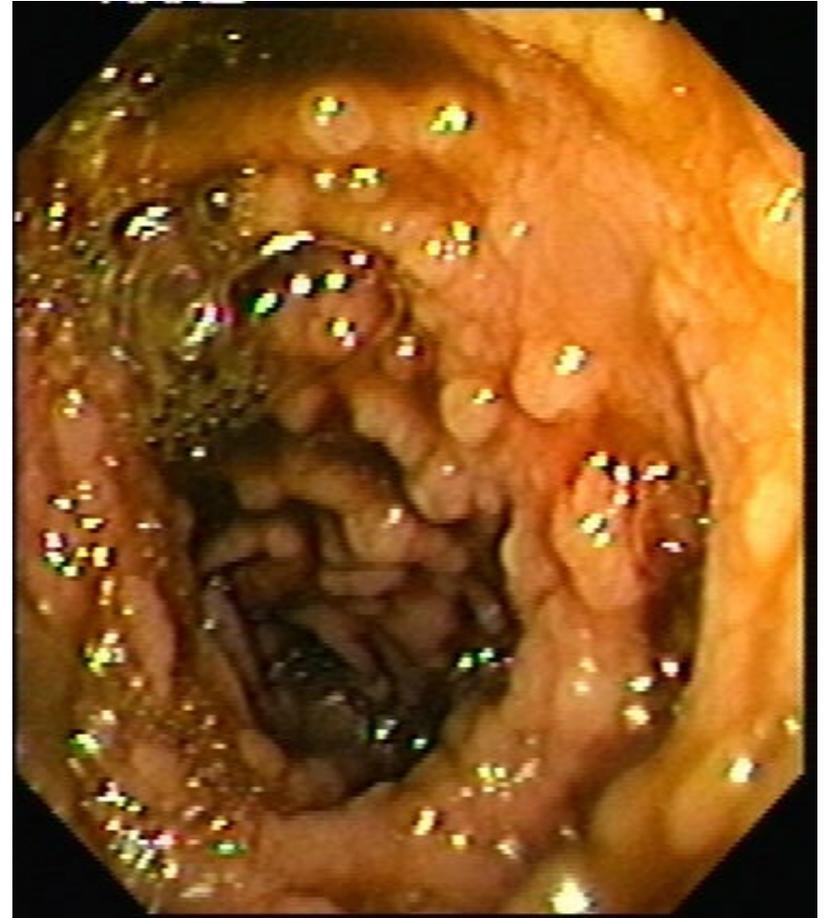
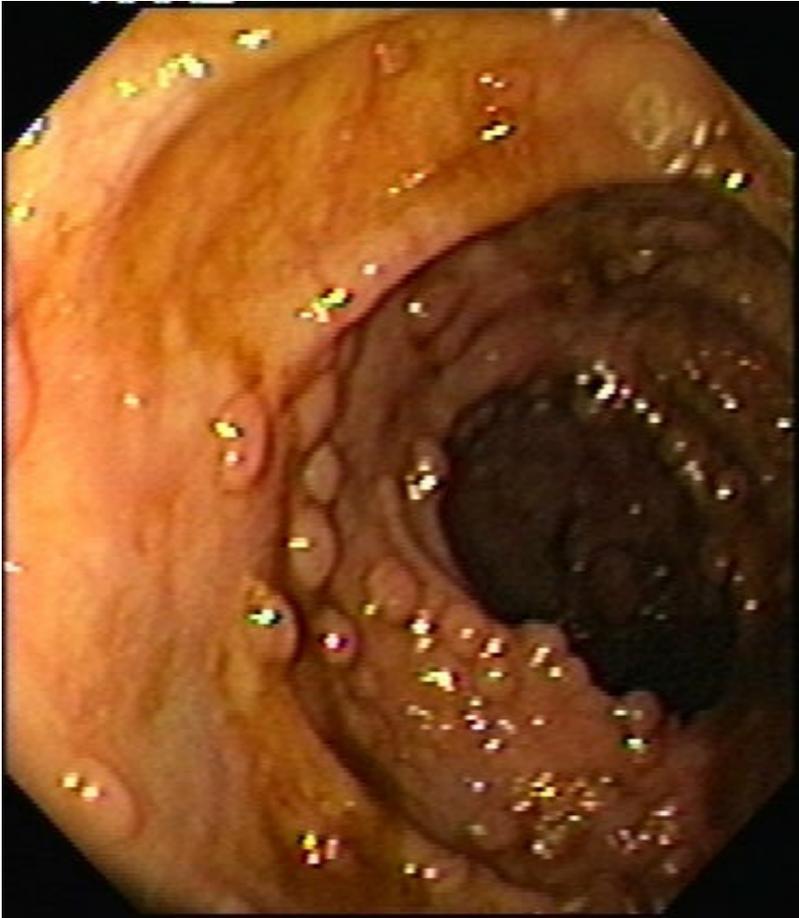
- Effekt von Mikronährstoffen und Medikamenten noch nicht eindeutig belegt
- Diskutierte Ansätze:
 - Calcium
 - Folsäure
 - Aspirin / NSAR (zwar signifikante Inzidenzreduktion, Cave Nebenwirkungen)
 - Statine
 - Östrogene
 - Ursodeoxycholsäure
 - Phytopharmaka
 - Antioxydantien
- Derzeit keine Empfehlungen!

DARMKREBS

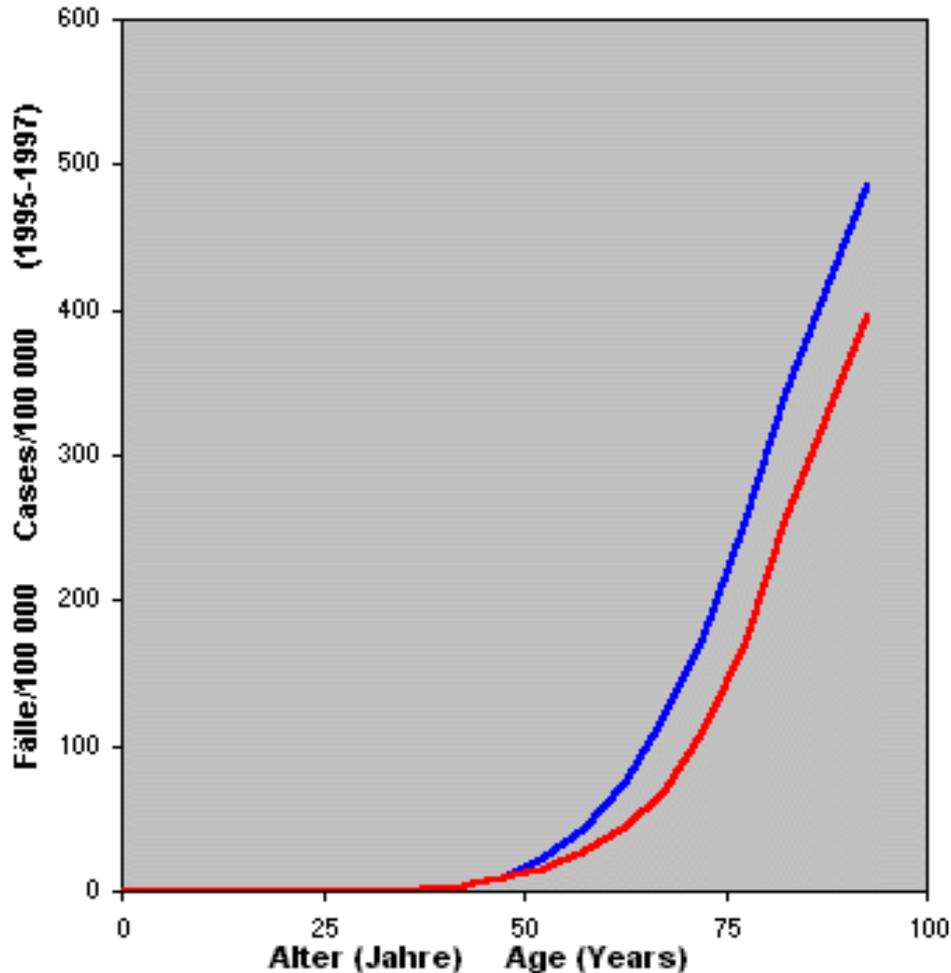
RISIKOVERTEILUNG

- Sporadisch 75 %
- Pos. Familienanamnese ca. 20 %
- Hereditäres kolorektales Karzinom
ohne Polyposis (HNPCC, Lynch-Syndrom) 4-5 %
- Familiäre Adenomatöse Polyposis
(FAP) 1%
- Chronisch entzündliche
Darmerkrankungen (CED) 1 %
- Diabetes mellitus Typ 2 1,5%

Familiäres Polyposis Syndrom



Kolorektales Karzinom in Deutschland



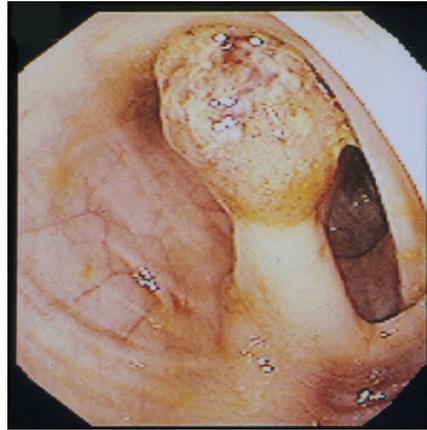
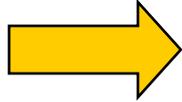
50.000 Neuerkrankungen/
Jahr

erbliche Formen: ca. 6%

KRK aus endoskopischer Sicht



Normal



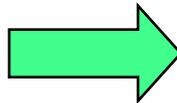
Adenoma



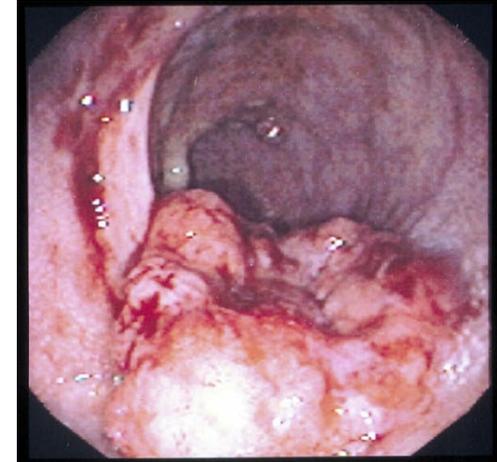
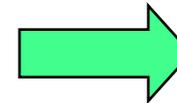
Cancer



Colitis



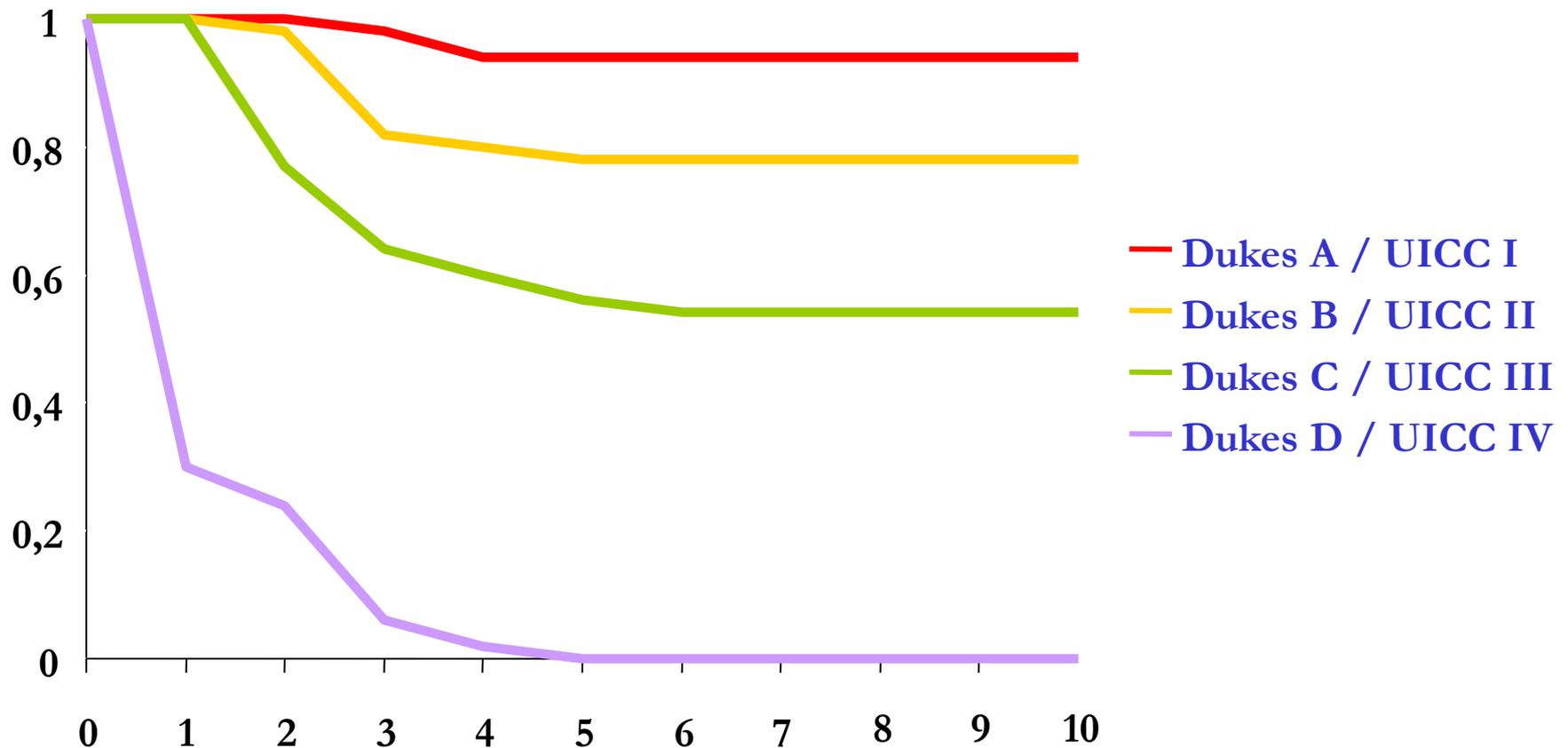
Dysplasia



Cancer

DARMKREBS - DIAGNOSE

STADIENABHÄNGIGES ÜBERLEBEN



DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

HEILUNGSCHANCE

**Die 5-Jahres-
Überlebenswahrscheinlichkeit bei
Dickdarmkrebs ist stadienabhängig**

**Wird der Krebs im Stadium I erkannt,
besteht eine Heilungschance von weit
über 90%**

DARMKREBS-DIAGNOSE

SYMPTOME

Hämatochezie

Anämie

Schmerzen

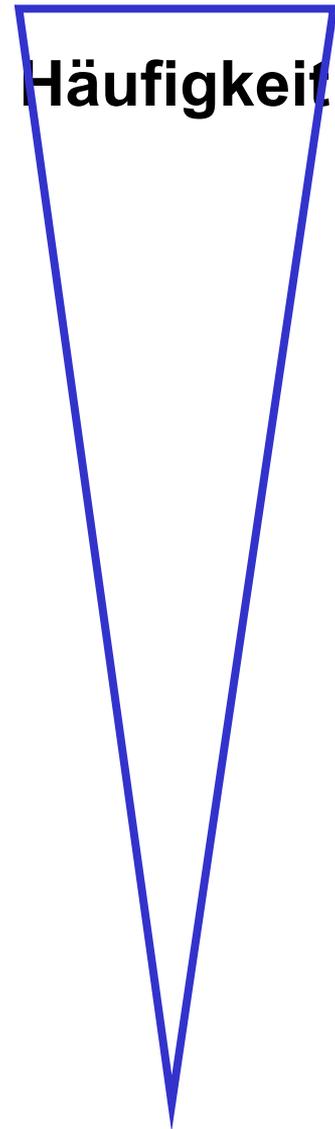
Gewichtsverlust

Obstipation

Leistungsknick

Diarrhoe

Häufigkeit



DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

MASSNAHMEN – ASYMPTOMATISCHE BEVÖLKERUNG

- **Früherkennungsmaßnahmen (mit Evidenzgrad):**
 - **seit Oktober 2002: Vorsorgekoloskopie ab vollendetem 55. Lebensjahr von Krankenkassen zugelassen, Wiederholung nach 10 Jahren wenn Erstuntersuchung o.B.**
 - **jährlicher Okkultbluttest (derzeit g-FOBT) ab 50, (alternativ kann ein i-FOBT angeboten werden)**
- **Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung von Bevölkerung und ärztlichen Kollegen**

DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

OKKULTBLUTTESTUNG (FOBT)

VORTEILE:

- **ubiquitär verfügbar**
- **einfach in der Durchführung**
- **preiswert**
- **signifikante Reduktion von Inzidenz und Mortalität**

NACHTEILE:

- **Sensitivität max. 50%, Spezifität 90% (Verbesserung durch immunologische Stuhltestes (i-FOBT) inzwischen belegt)**

DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

KOLOSKOPIE

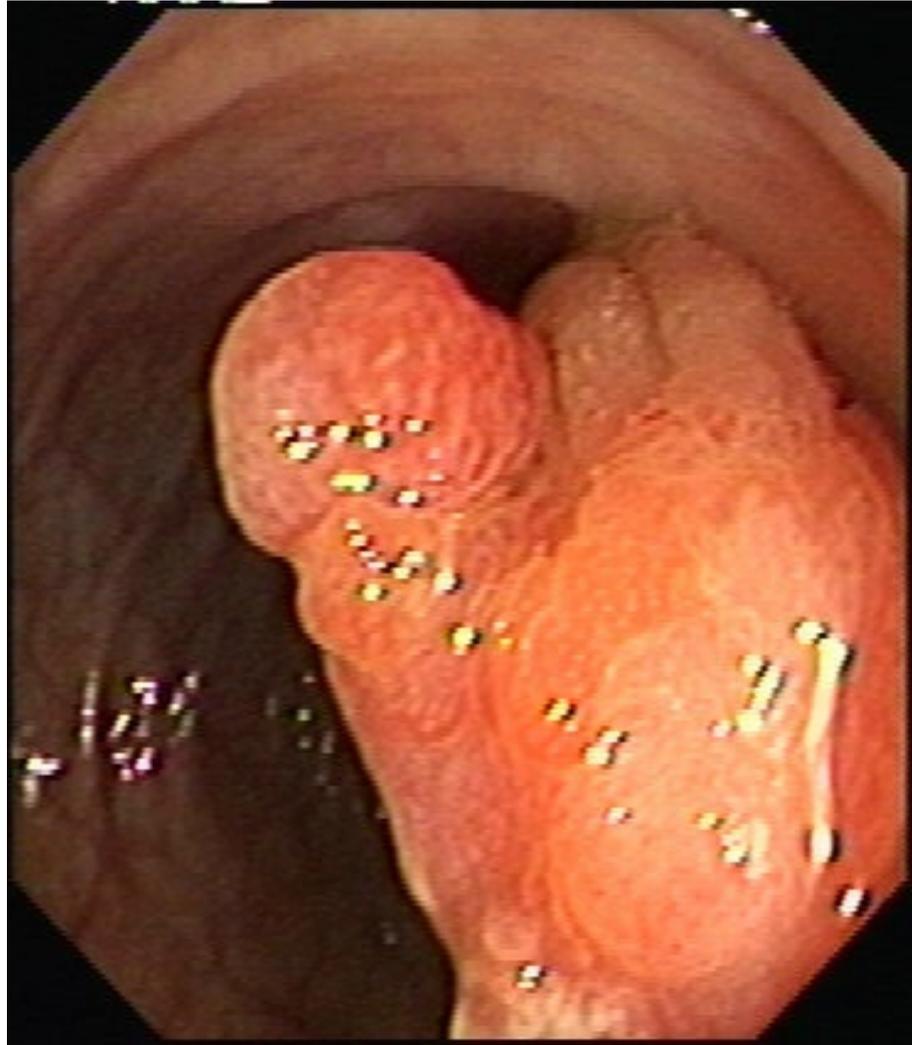
VORTEILE:

- Kolon komplett einsehbar
- Biopsie und Polypektomie möglich
- höchste Sensitivität und Spezifität

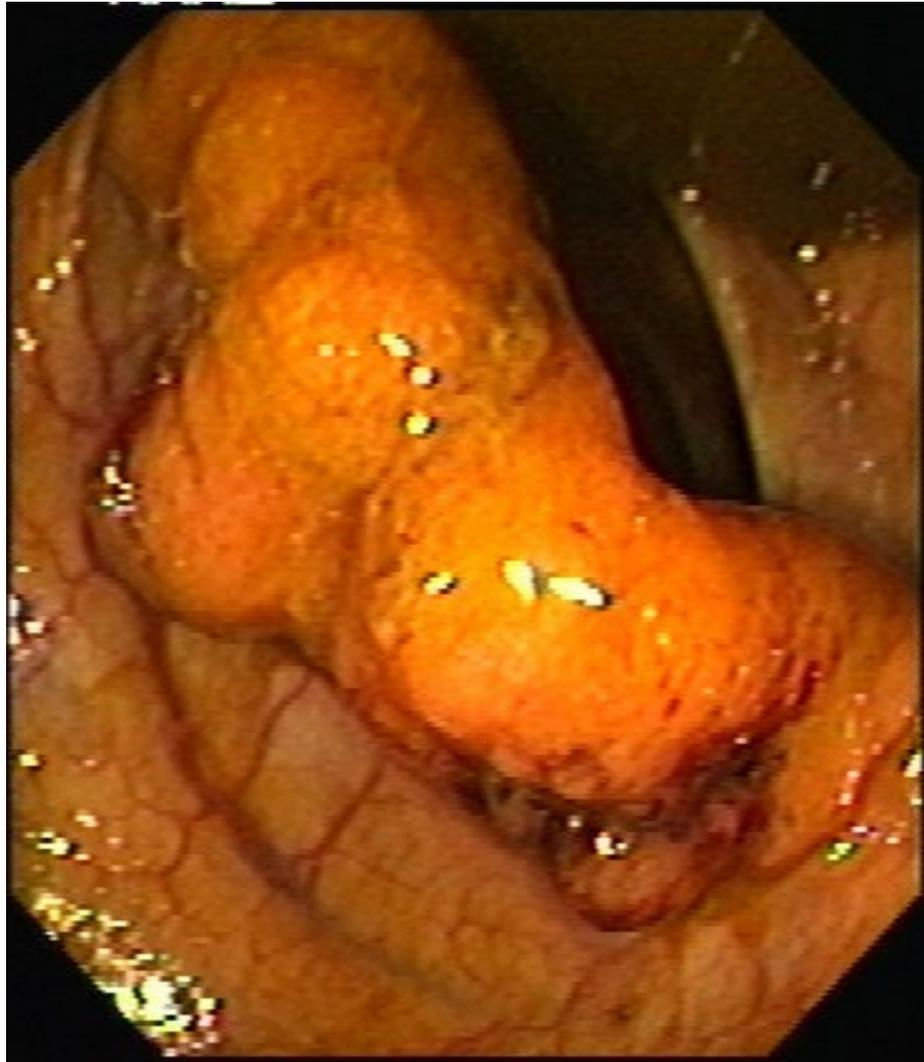
NACHTEILE:

- invasiv
- (geringe) Komplikationsrate
- komplette Darmreinigung nötig
- evtl. unangenehme Untersuchung
- noch keine allgemeine Akzeptanz

Breitbasiger Kolonpolyp

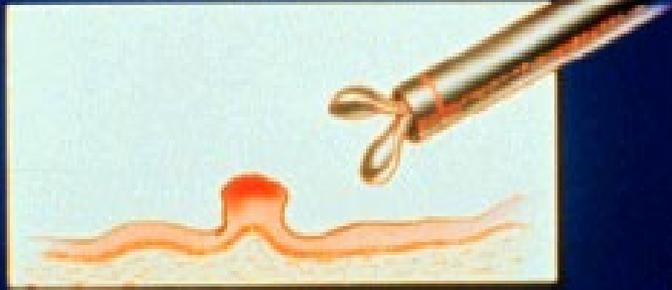


Sigmakarzinom

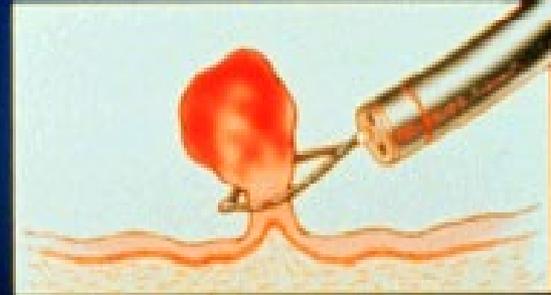


Technik der Polypektomie

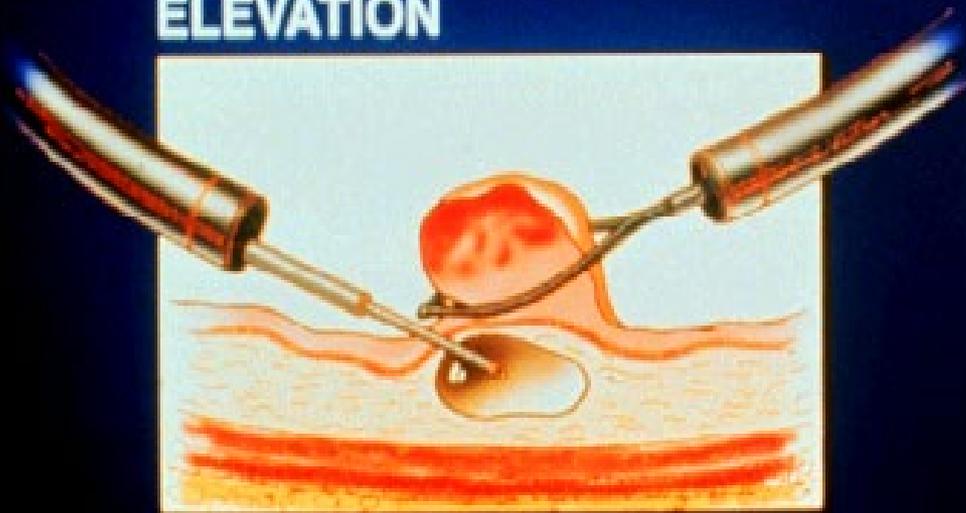
BIOPSY - Hot/Cold



SNARE - Hot/Cold

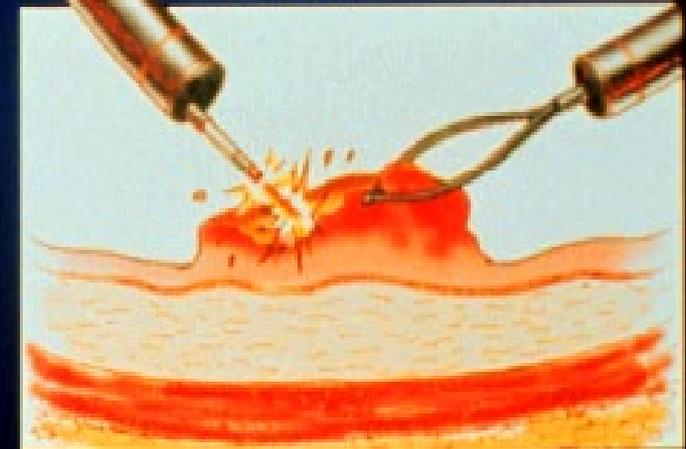


**SALINE
ELEVATION**



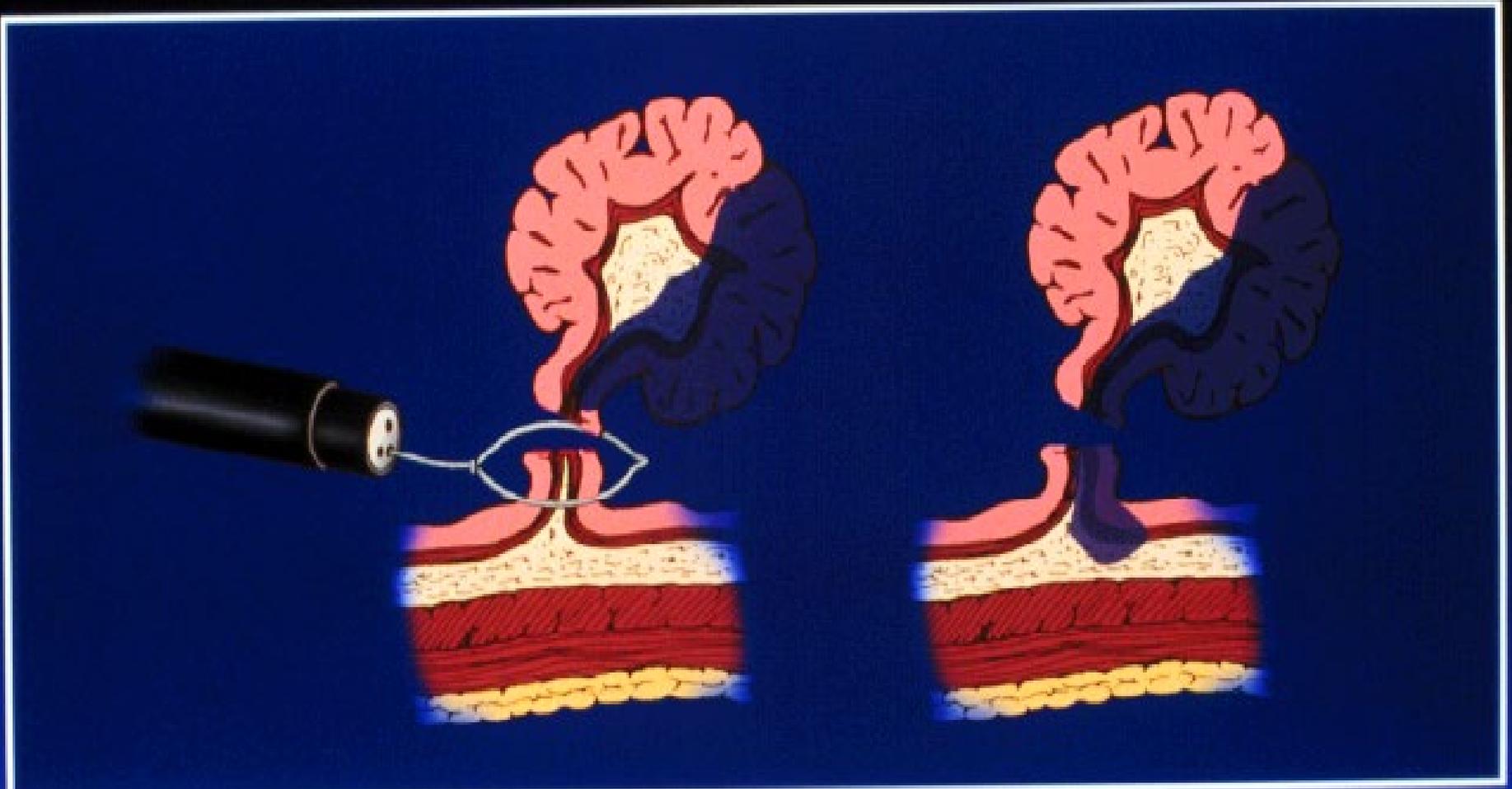
SNARE

LASER



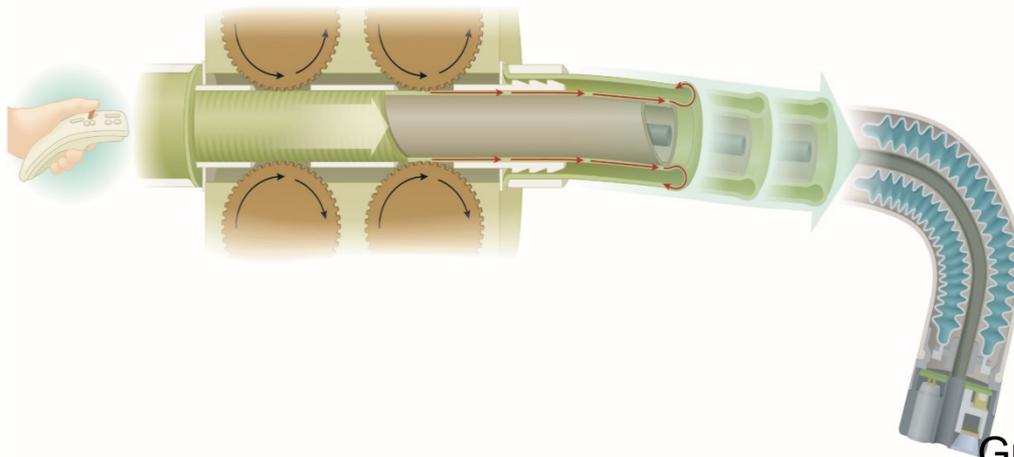
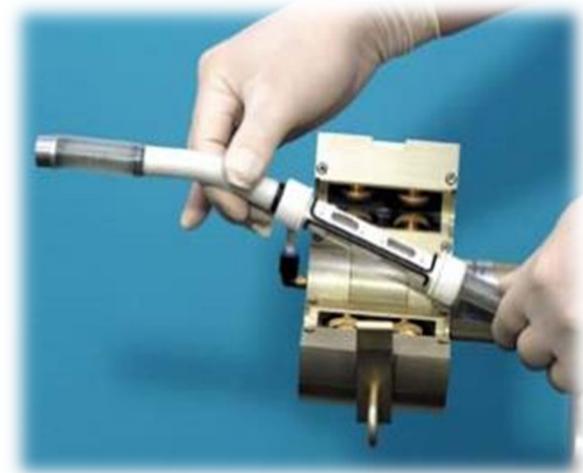
PIECEMEAL SNARE

Technik der Polypektomie



INVENDO KOLOSKOP

- Einmalendoskop mit geringem Biegedurchmesser
- Keine Relativbewegung zur Darmwand durch Stülp Schlauchtechnologie
 - Steuerung über Joystick
- Ziel: schmerzarme Untersuchung ohne Sedierung



Alternativen zur Darmkrebsfrüherkennung

Patientenselektion durch:

- **Alter, Geschlecht und Familienanamnese**
 - **Nicht-invasive Bildgebung*:**
 - MR-Kolonographie
 - CT-Kolonographie
 - Kolon-Kapsel
- **Stuhl- oder Blut-basierte Screening-Verfahren*:**
 - iFOBT
 - DNA-Stuhltest
 - Blut mSeptin-9

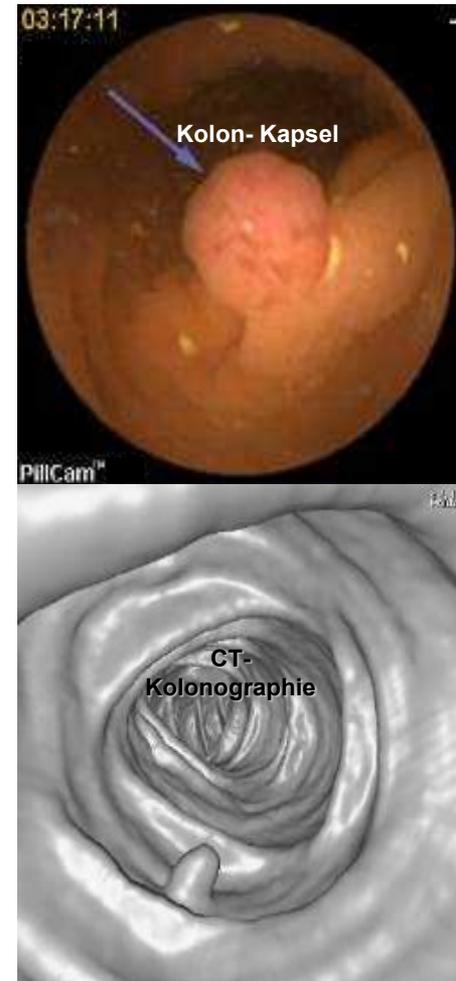
*DGVS S3-Leitlinie 2017: nicht als primäre Screening-Verfahren empfohlen

DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

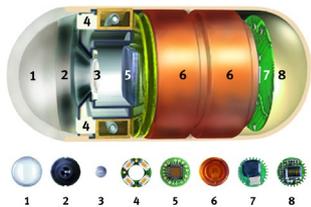
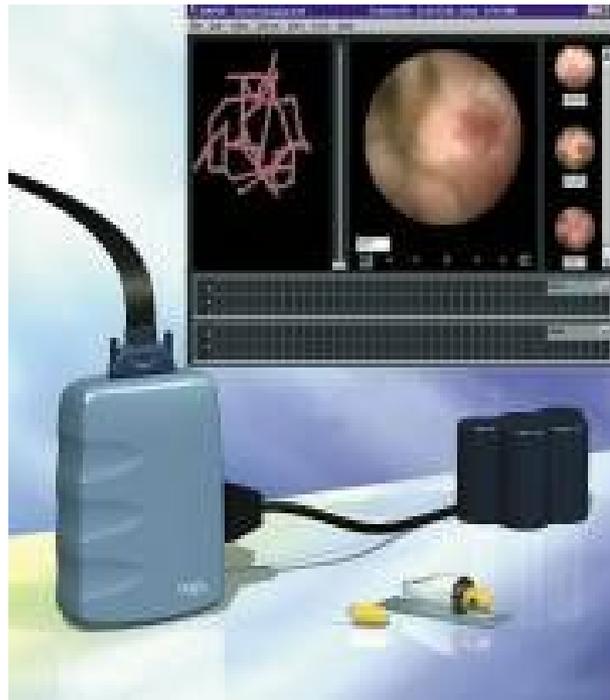
INNOVATIVE SCREENINGVERFAHREN

Ziel: Erhöhung der Teilnahme am Screening durch Erweiterung der Angebotspalette

- Kolon- Kapsel
- (CT – Strahlenexposition?!)- /MR- Kolonographie (noch experimentell)
- Neuere Endoskopie- Systeme: z.B. selbst navigierend



Nicht-invasive Diagnostik mit der Endokapsel



Empfehlungen zur CT-Kolonographie bei der Darmkrebsfrüherkennung

DGVS S3-Leitlinie 2017

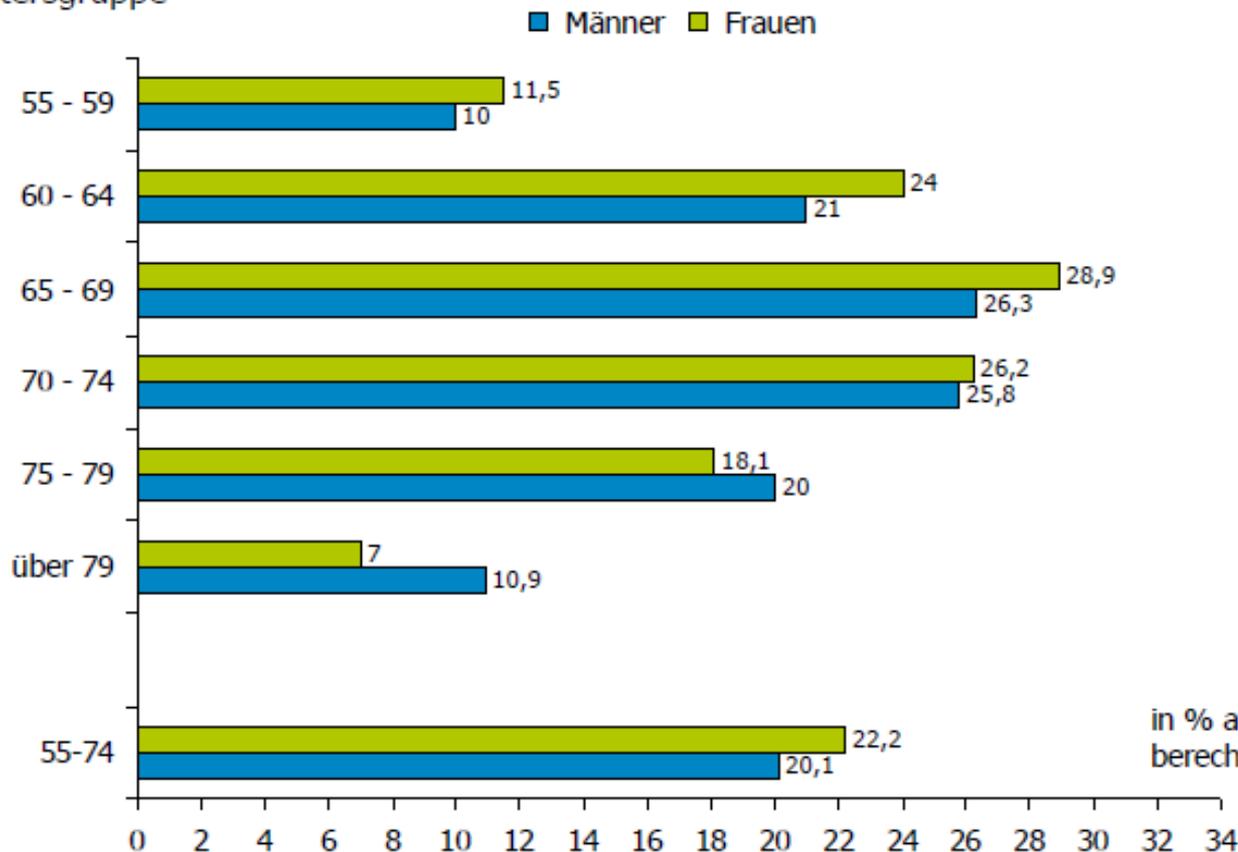
- Nicht als primäres Screeningverfahren empfohlen
- Einsatz bei inkompletten Koloskopien oder wenn eine Koloskopie nicht durchgeführt werden kann
- Strahlenbelastung bei Gesunden (bei vorhandenen Alternativmethoden nach StrlSchV § 80 in Deutschland nicht zulässig)

DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

AKZEPTANZ

Anspruchnahme der Früherkennungskoloskopie bei den GKV-Anspruchsberechtigten
2003-2012

Altersgruppe



- **16.7**
Mio. Anspruchsberechtigte
zwischen 55-74
Jh. in der GKV
- **ca 395.000 Kolo-**
skopien pro Jahr

10 Jahren Vorsorgekoloskopie in Deutschland (2002-2013)

Prävention, Früherkennung und „Überdiagnose“ des KRK

- **4.4 Millionen Vorsorgekoloskopien in 55-79-jährigen von 2003-2012
(2.0 Millionen Männer, 2.4 Millionen Frauen)**
- **Mehr als 50% der Vorsorgekoloskopien zwischen 55 und 64 Jahre
(Nur 2.5% bei ≥ 80 Jahre)**
- **Wenigstens eine Neoplasie (Adenom oder KRK) bei 28.5% der Männer und 17.6% der Frauen**

DARMKREBS

PRÄOPERATIVES STAGING

- Anamnese, insbes. familiäre Häufung
- Körperliche (+ rektal-digitale!) Untersuchung, Laborroutine + CEA
- Röntgen-Thorax in 2 Ebenen, EKG
- **Vollständige Koloskopie mit Biopsie;**
bei nicht passierbarer Stenose: Koloskopie 3-6 Monate
postoperativ, alternativ virtuelle Kolonographie
- **Abdominelle Sonographie**
- Optional: CT Abdomen, CT Thorax, **EUS**, Zytogenetik der Tumorzellen aus Biopsie oder Stuhl

DARMKREBS – THERAPIE

PALLIATION

- Strahlen- / Chemotherapie
- Nd-YAG-Laservaporisation
- Selbstexpandierende Metallstents
- Argon-Plasma-Koagulation
- Adäquate Schmerzbehandlung

DARMKREBS – Gastroenterologie

- Prävention/ Aufklärung
- Diagnostik
- Gastroenterologisch-onkologische Therapie
 - Minimal-invasive Resektion
 - Chemotherapie
- Palliation
- Nachsorge