

S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom

Kapitel 2 **Themenkomplex Screening asymptomatische Bevölkerung**

Folgende Empfehlungen können zum Screening des kolorektalen Karzinoms gegeben werden:

2.1 Zusammenfassung

- Maßnahmen sollten bei Personen mit durchschnittlichem Risiko (leere Familienanamnese) ab dem 50 Lebensjahr erfolgen.
- Eine ärztliche Beratung über die Screeningmethoden ist unerlässlich.
- Standardverfahren ist die Koloskopie. Sie ist der Sigmoidoskopie überlegen
- Um die Sicherheit der Untersuchten zu gewährleisten, müssen die Qualitätsrichtlinien beachtet werden.
- Bei Personen, die am Koloskopie-Screening entsprechend der S3-Leitlinie teilnehmen, erübrigt sich das FOBT-Screening-Verfahren.
- Bei Personen, die eine Früherkennungs-Koloskopie ablehnen, sollte eine Sigmoidoskopie alle 5 Jahre durchgeführt werden. Weiterhin sollte jährlich ein FOBT (Guaiak-Test) durchgeführt werden.
- Bei Personen, die jegliches endoskopische Screeningverfahren ablehnen, sollte jährlich ein FOBT durchgeführt werden.
- Ein positiver FOBT macht in jedem Fall eine Koloskopie erforderlich.
- Immunologische FOBT (iFOBT) mit nachgewiesener hoher Spezifität >90% und Sensitivität können alternativ zum Guaiak-Test eingesetzt werden.
- Andere Verfahren als Koloskopie, Sigmoidoskopie und FOBT können derzeit nicht empfohlen werden (dies gilt insbesondere für die Kapsel-Koloskopie, CT- und MR-Kolonographie, Stuhluntersuchungen auf DNA-Veränderungen und M2-PK Stuhltest).
- Bei inkompletter Koloskopie zum Beispiel bei Adhäsionen und fortbestehendem Wunsch des Patienten auf komplette Kolonbeurteilung sollte eine CT- oder MR-Kolonographie erfolgen.
- Eine hohe Akzeptanz des Screening-Programms ist Voraussetzung für eine Senkung von Inzidenz und Mortalität des Darmkrebses und steigert die Kosteneffektivität.

2.2 Screening Alter

Asymptomatische Bevölkerung ab 50 Lebensjahr. Es gibt keine obere Altersbegrenzung für das Screening. Hier ist eine individuelle Entscheidung unter Berücksichtigung der Begleiterkrankungen angezeigt. GCP, starker Konsens

2.3 Untersuchungsverfahren

2.3.1 FOBT (Guaiak-Test)

Bei Personen mit durchschnittlichem Darmkrebsrisiko, die keine Koloskopie wünschen, sollte ein FOBT (3 Testbriefchen mit je 2 Auftragefeldern) für 3 konsekutive Stühle jährlich durchgeführt werden. GCP, starker Konsens. Hierdurch wird die Sterblichkeit an Darmkrebs signifikant gesenkt. Ein positives Testergebnis macht die endoskopische Untersuchung des gesamten Dickdarms erforderlich. ST, LoE 1a, starker Konsens

2.3.2 Immunologische Stuhltestverfahren

Immunologische FOBT (iFOBT) mit nachgewiesener hoher Spezifität >90% und Sensitivität können alternativ zum Guaiak-Test eingesetzt werden. EG 0, LoE 2a, starker Konsens

2.3.3 Molekulare Screeningverfahren

Stuhluntersuchungen auf DNA-Veränderungen als KRK-Screeningmaßnahme können derzeit außerhalb von Studien nicht empfohlen werden, da die Daten beziehungsweise Ergebnisse unter Berücksichtigung des Aufwands und der Kosten für einzelne Tests nicht ausreichend sind. EG B, LoE 2b, starker Konsens.

2.3.4 Endoskopische Verfahren

Die Koloskopie besitzt von allen Maßnahmen zur Früherkennung kolorektaler Neoplasien die höchste Sensitivität und Spezifität (Goldstandard). Endoskopische Maßnahmen sind als einzige diagnostisch und therapeutisch. Auch nicht blutende Läsionen können nachgewiesen werden. Durch die Abtragung von Adenomen kann zudem die Entstehung von Karzinomen effektiv verhindert werden.

- **Sigmoidoskopie**

Die Effektivität der Sigmoidoskopie als Screening-Methode für das KRK ist gesichert. Aber nicht alle Darmabschnitte können eingesehen werden. Die Koloskopie ist der Sigmoidoskopie überlegen. Die Sigmoidoskopie ist Personen, die die Koloskopie ablehnen, anzubieten und alle 5 Jahre zu wiederholen. EG B, LoE 2b, starker Konsens. Zusätzlich sollte eine jährliche FOBT-Durchführung erfolgen. Die Effektivität der Kombination ist jedoch nicht abschließend geklärt. EG B, LoE 3b, starker Konsens.

- **Koloskopie**

Die komplette Koloskopie besitzt die höchste Sensitivität und Spezifität für das Auffinden eines KRKs und von Adenomen und sollte daher als Standardverfahren empfohlen werden. Bei unauffälligem Befund sollte die Koloskopie nach 10 Jahren wiederholt werden. Zur Durchführung wird auf die Krebsfrüherkennungsrichtlinie (Deutsches Ärzteblatt 2002) verwiesen, die digitale rektale Untersuchung ist dabei obligat. Bei Personen, die am Koloskopie-Screening entsprechend dieser Leitlinie teilnehmen, erübrigt sich das FOBT-Screeningverfahren. EG B, LoE 3b, starker Konsens.

- **Kapsel-Koloskopie**

Die Kapsel-Koloskopie sollte nicht für die Darmkrebs-Vorsorge/Früherkennung in der asymptomatischen Bevölkerung eingesetzt werden. EG B, LoE 4, starker Konsens

2.3.5 Radiologische Verfahren

Weder die CT-Kolonografie noch die MRT-Kolonografie können derzeit außerhalb von Studien für das Screening in der asymptomatischen Bevölkerung empfohlen werden. Bei inkompletter Koloskopie zum Beispiel bei Adhäsionen und fortbestehendem Wunsch des Patienten auf komplette Kolonbeurteilung sollte eine CT- oder MR-Kolonographie erfolgen. EG B, LoE 3b, starker Konsens.

2.4 Kosteneffektivität

Sowohl FOBT als auch Sigmoidoskopie und Koloskopie und die Kombination aus Sigmoidoskopie und FOBT gelten als kosteneffektiv (im Vergleich zu Screeningverfahren anderer Zielkrankheiten).

GCP, starker Konsens.