

An endoscopic view of the colon showing a large, dark, polypoid lesion. The text is overlaid on this image.

Darmkrebs

Vorsorge und Früherkennung

Gesundheitsschule Heinebach

21.03.2019

Dr. T. Krause

H. Steinbrück

Gastroenterologie Opernstraße

Langenkamp
Krause
Falk
Kuhn
Steinbrück





**Darmkrebs
Vorsorge**

Gastroenterologie Opernstraße

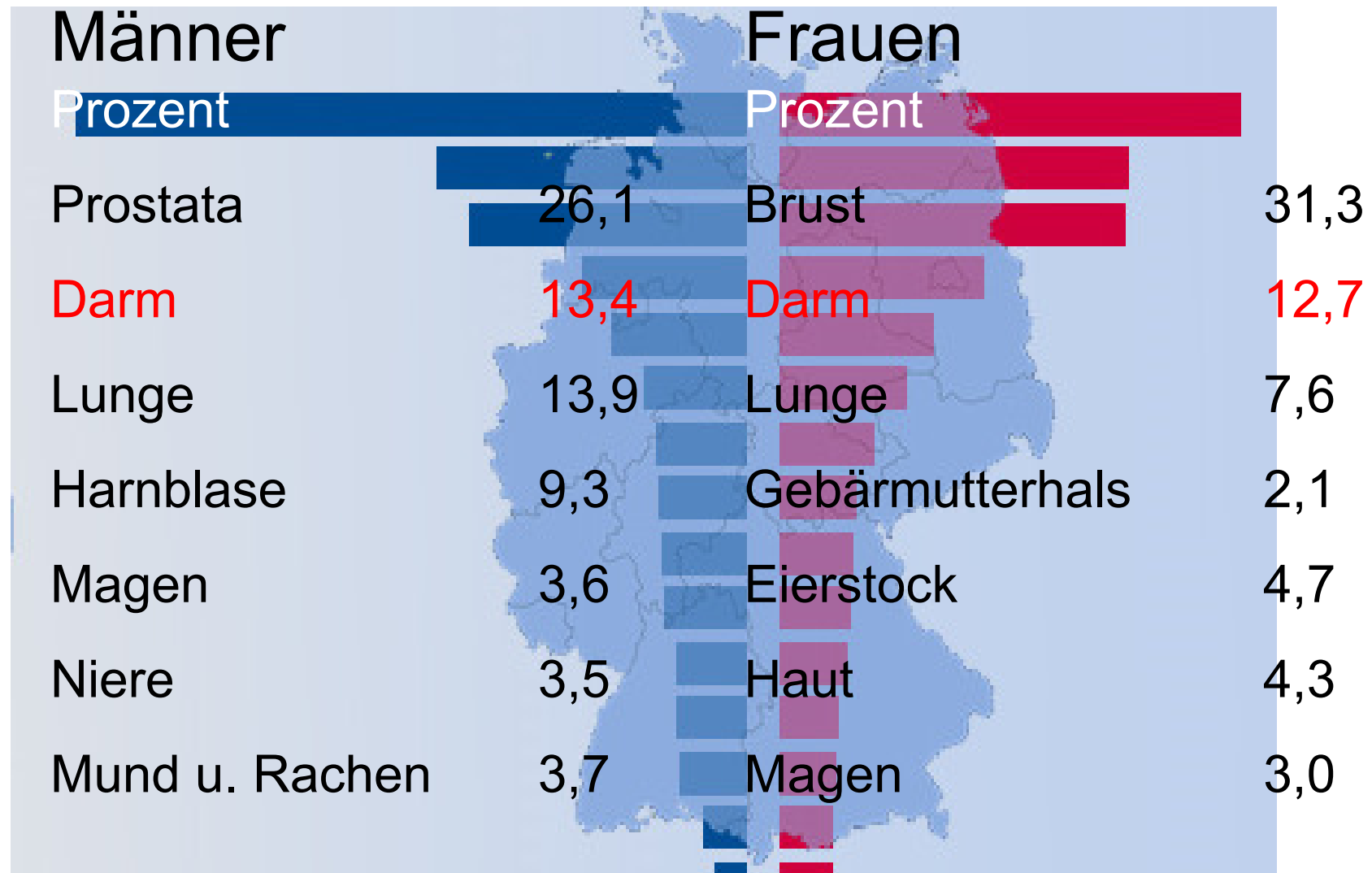
Langenkamp
Krause
Falk
Kuhn
Steinbrück



i-scan 1

Krebsneuerkrankungen in Deutschland im Jahr 2015

Robert-Koch-Institut 2015



Fakten zum Darmkrebs in Deutschland

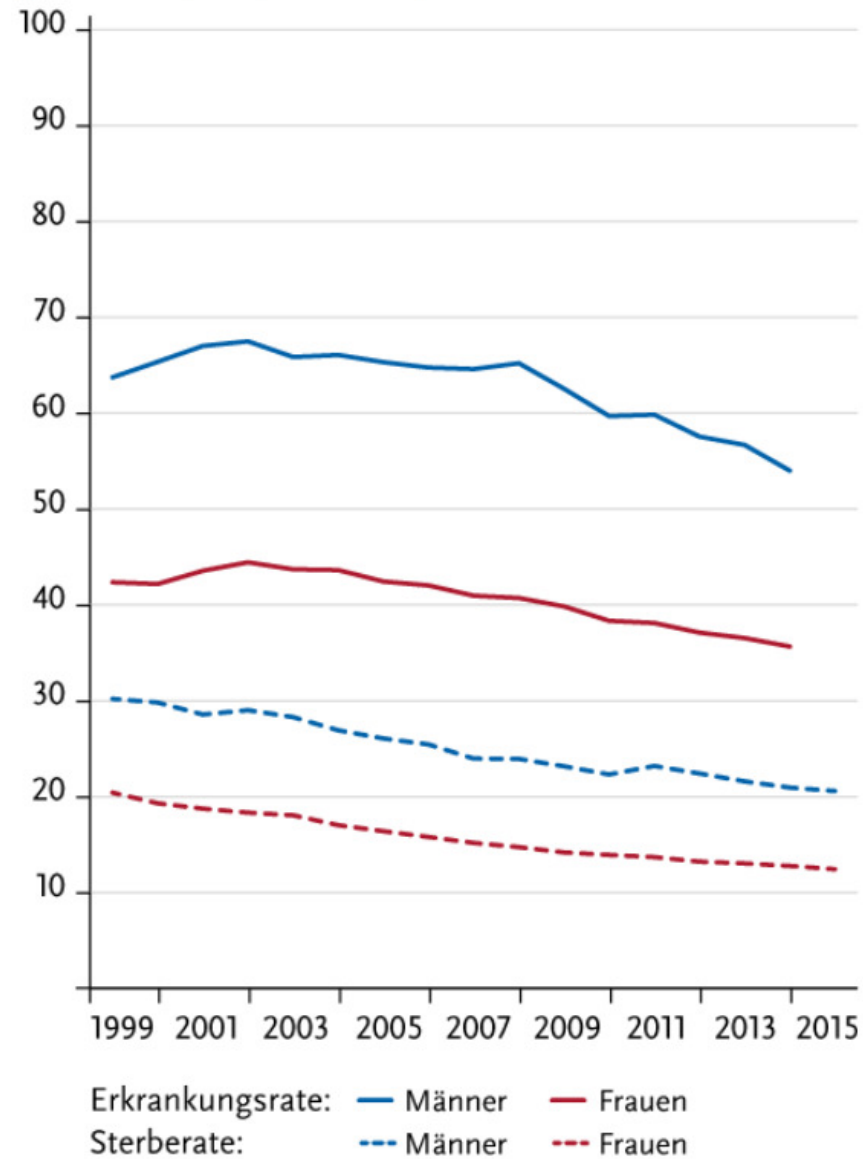
Robert-Koch-Institut 2015

Daten aus dem Jahr
2014

	Männer	Frauen
Neuerkrankungen	33.740	28.490
standardisierte Erkrankungsrate ¹	57,1	36,8
Sterbefälle	13.772	12.200
standardisierte Sterberate ¹	22,4	13,3
5-Jahres-Prävalenz	116.200	97.200
relative 5-Jahres- Überlebensrate	63 %	63 %

¹Je 100.000 Personen

**Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten, nach
Geschlecht, ICD-10 C18 – 21, Deutschland 1999 – 2014/2015**
je 100.000 (Europastandard)

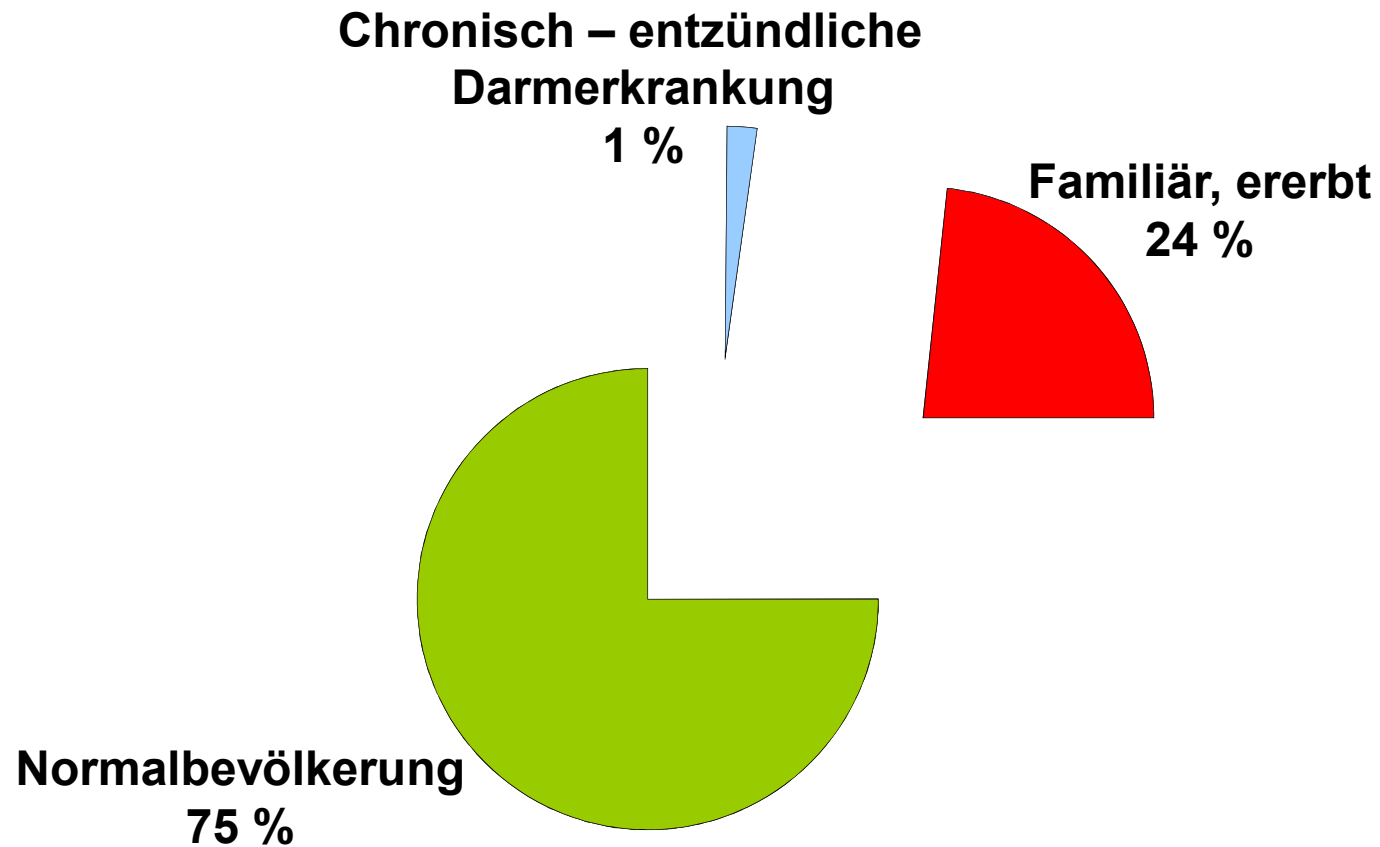


Fakten zu Darmkrebs

- Darmkrebs 25512 Tote (2014)
- Straßenverkehr 3350 Tote (2014)

x7

Fakten zu Darmkrebs



Nicht beeinflussbare individuelle Risikofaktoren

Zunehmendes Alter
Männliches Geschlecht
Familiäre Belastung



Beeinflussbare Risikofaktoren

„Niedrigrisiko-Lebensstil“:

= Geringer Alkoholkonsum

= Nichtrauchen

= BMI zwischen 18 und 27.5 kg/m²

⇒ Bei Frauen: Tumorinzidenz – 25 % bzw.
Tumormortalität – 48 %

⇒ Bei Männern: Tumorinzidenz – 33 %
bzw. Tumormortalität – 44 %



Lebensstilveränderungen

Metabolisches Syndrom: $\text{BMI} > 27 \text{ kg/m}^2 \Rightarrow$ Bei Männern
Risikoerhöhung um Faktor 1.5

Zigarettenrauchen: Frauen mit Raucheranamnese von über
30 Jahren Risikoerhöhung um Faktor 3.5 \Rightarrow Beendigung des
Rauchens verhindert langfristig wieder das Darmkrebsrisiko

Körperliche Aktivität: 150 Minuten moderater körperlicher Aktivität pro Woche oder
mindestens 120 Minuten stärkerer Aktivität können zu einer 25%igen Reduktion von
Darmkrebs führen

Diät/Ernährung: Mehr Obst und Gemüse? Aufnahme von mindestens 30 g Ballaststoffen
pro Tag? Keine Supplementierung von Mikronährstoffen



Genetische Risikofaktoren

chron. entzündl.
Darmerkrankung

5%

hereditäre
Krebs syndrome
10%

HNPCC, FAP, Polyposissyndrome

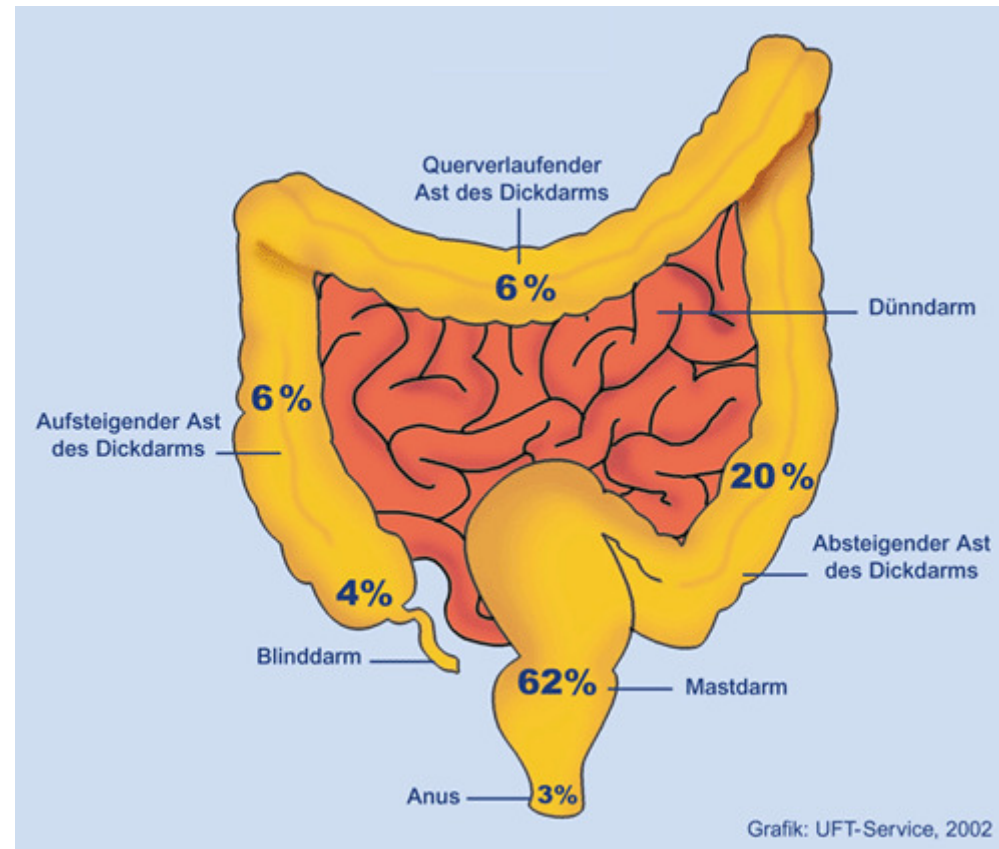
sporadisch
85%

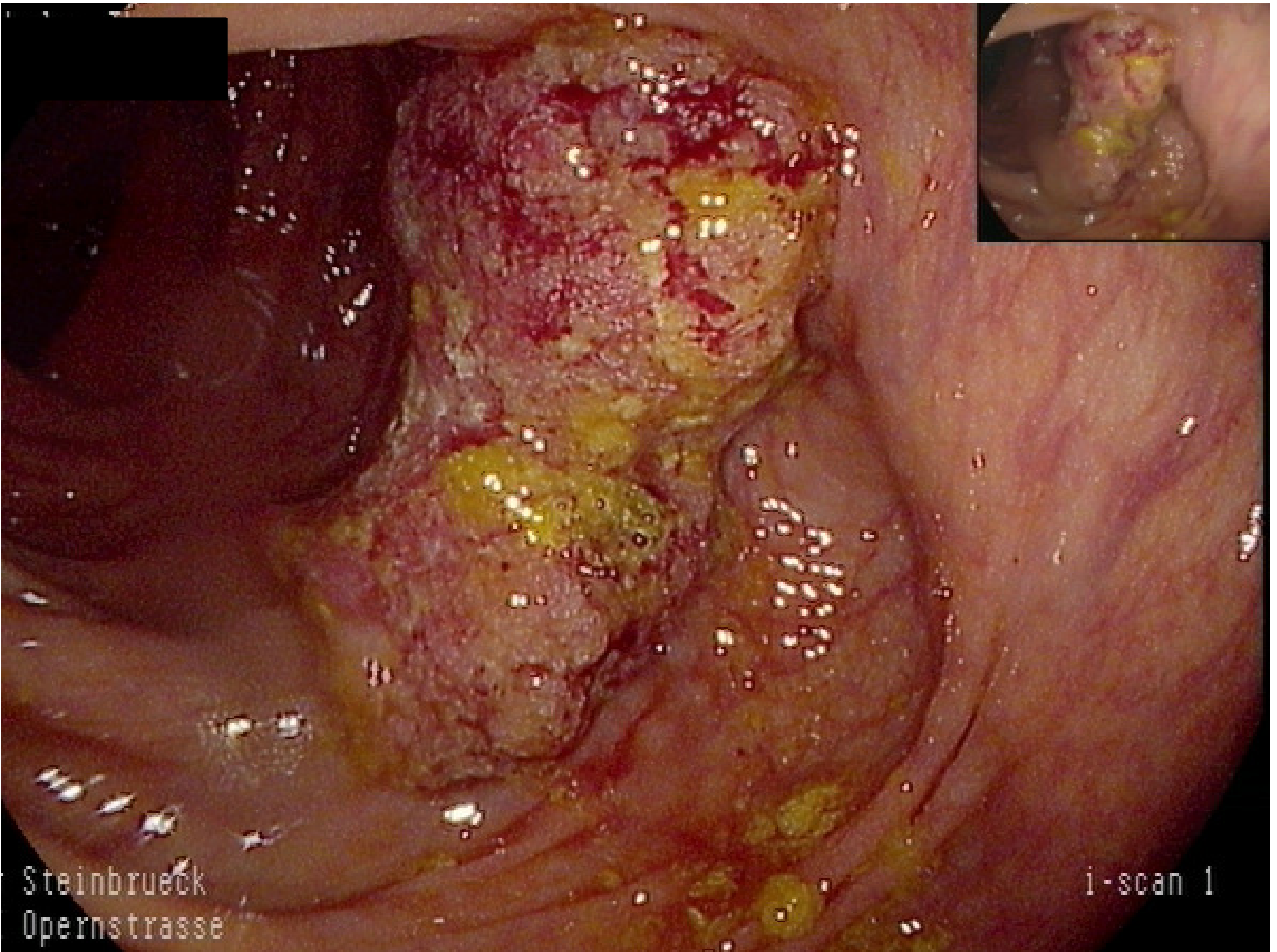
2/3 ohne erkennbare erbliche Komponente

1/3 familiär, jedoch keine genetische Ursache identifizierbar

Darmkrebsvorsorge - Früherkennung

- 2/3 Mastdarm
- 1/3 Dickdarm





Steinbrueck
Opernstrasse

i-scan 1

Darmkrebsvorsorge - Früherkennung

- Blutauflagerungen am Stuhl
- Veränderung der Stuhlkonsistenz
- Gewichtsabnahme
- (Krampfartige) Bauchschmerzen
- Blässe, Kurzatmigkeit

Keine spezifischen Frühsymptome!

Darmkrebsvorsorge - Früherkennung

- Rektal- digitale Untersuchung
- Test auf Blut im Stuhl (ab dem 50. LJ)
- Neu: iFOBT (immunologischer Nachweis von Hämoglobin im Stuhl) => Sensitivität für Karzinome von etwa 79 %, 30 % für fortgeschrittene Adenome (Katsuola et al. 2017)
- **Darmspiegelung (ab dem 55. LJ., bis 10/19)**
- bei fam. Vorbelastung früher!!!

= Früherkennung und –Therapie!

Neue gesetzliche Regelungen für das Darmkrebs-Screening in Deutschland, April 2019

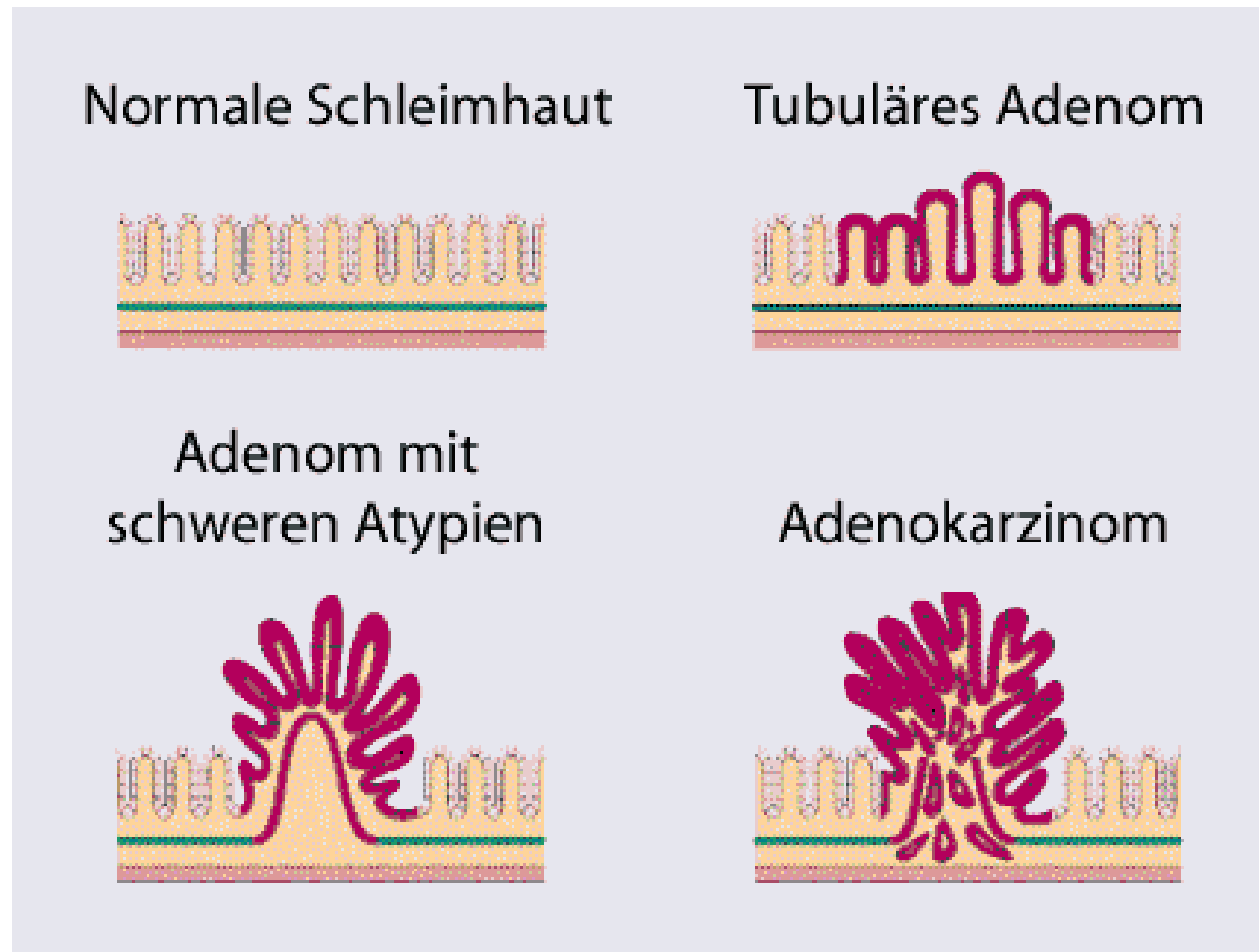
- Einladungsverfahren ab dem 1. Juli 2019
- Im Alter von 50-54 Jahren jährlicher iFOBT für Männer und Frauen
- **Männer ab 50 Jahren** haben Anspruch auf zwei Früherkennungskoloskopien im Mindestabstand von 10 Jahren (ab 65 Jahre eine)

Neue gesetzliche Regelungen für das Darmkrebs-Screening in Deutschland, April 2019

- **Frauen ab 55 Jahren** haben Anspruch auf zwei Früherkennungskoloskopien im Mindestabstand von 10 Jahren (ab 65 Jahren eine)
- Bei auffälligen Stuhltests Anspruch auf Abklärungskoloskopie

GBA 26/2018

Darmkrebsvorsorge - Früherkennung



Adenom-Karzinom-Sequenz nach Vogelstein, N Engl J Med 319(9), 1. Sep 1988

DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

SCREENING VON RISIKOPATIENTEN

- Verwandte ersten Grades von Patienten mit kolorektalem Karzinom sollten in einem Lebensalter, das 10 Jahre vor dem Alterszeitpunkt des Auftretens des Karzinoms beim Indexpatienten liegt, erstmals komplett koloskopiert werden, spätestens im Alter von 40-45 Jahren.
- Die Koloskopie sollte bei polypenfreiem Darm in der initialen Koloskopie mindestens alle 10 Jahre wiederholt werden.

DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

SCREENING VON RISIKOPATIENTEN

- Verwandte ersten Grades von Indexpatienten, bei denen Adenome vor dem 50. Lebensjahr nachgewiesen wurden, sollten 10 Jahre vor dem Lebensalter zum Zeitpunkt des Nachweises des Adenoms koloskopiert werden.
- Die Koloskopie sollte bei polypenfreiem Darm in der initialen Koloskopie mindestens alle 10 Jahre wiederholt werden.

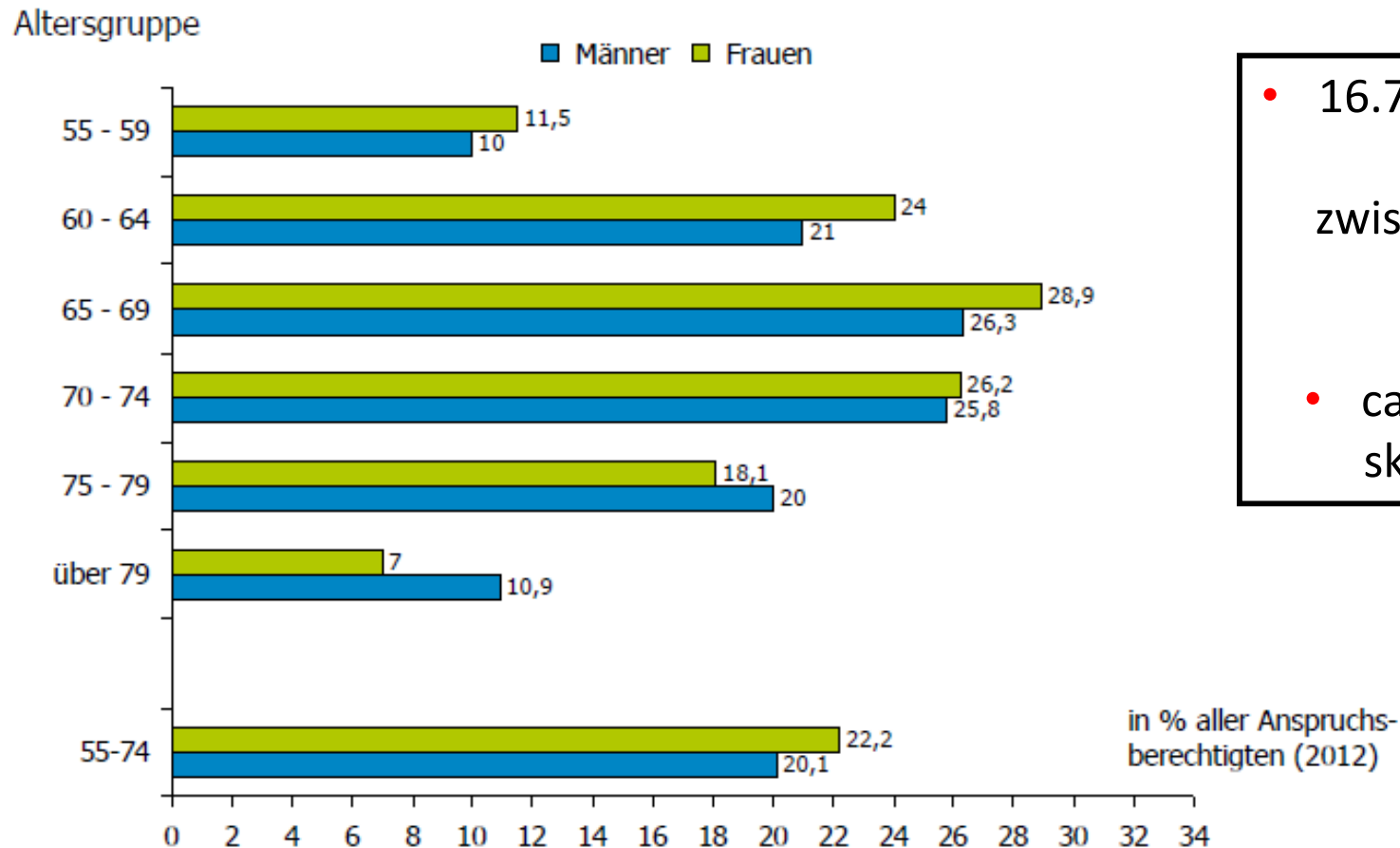
DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

SCREENING VON RISIKOPATIENTEN

- HNPCC (Lynch-Syndrom) (Amsterdam/Bethesda-Kriterien): MSI in KRK Gewebe suchen bei Indexpat., erste genetische Beratung bei Risikopersonen mit 18. Jahren
Koloskopie Screening ab 25 Lj. Jährlich, ÖGD + Endometrium-PE ab 35. LJ, optional prophylaktische HE+AE ab 40.LJ.
- FAP: APC-Gen bei 80 – 100 % positiv
Koloskopie bei Trägern des APC-Gens, Sigmoidoskopie bei Kindern ab 10. Lj. Jährlich, Augenhintergrund

Akzeptanz der Vorsorgekoloskopie

Anspruchnahme der Früherkennungskoloskopie bei den GKV-Anspruchsberechtigten 2003-2012



- 16.7 Mio. Anspruchsberechtigte zwischen 55-74 Jh. in der GKV
- ca 395.000 Koloskopien 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

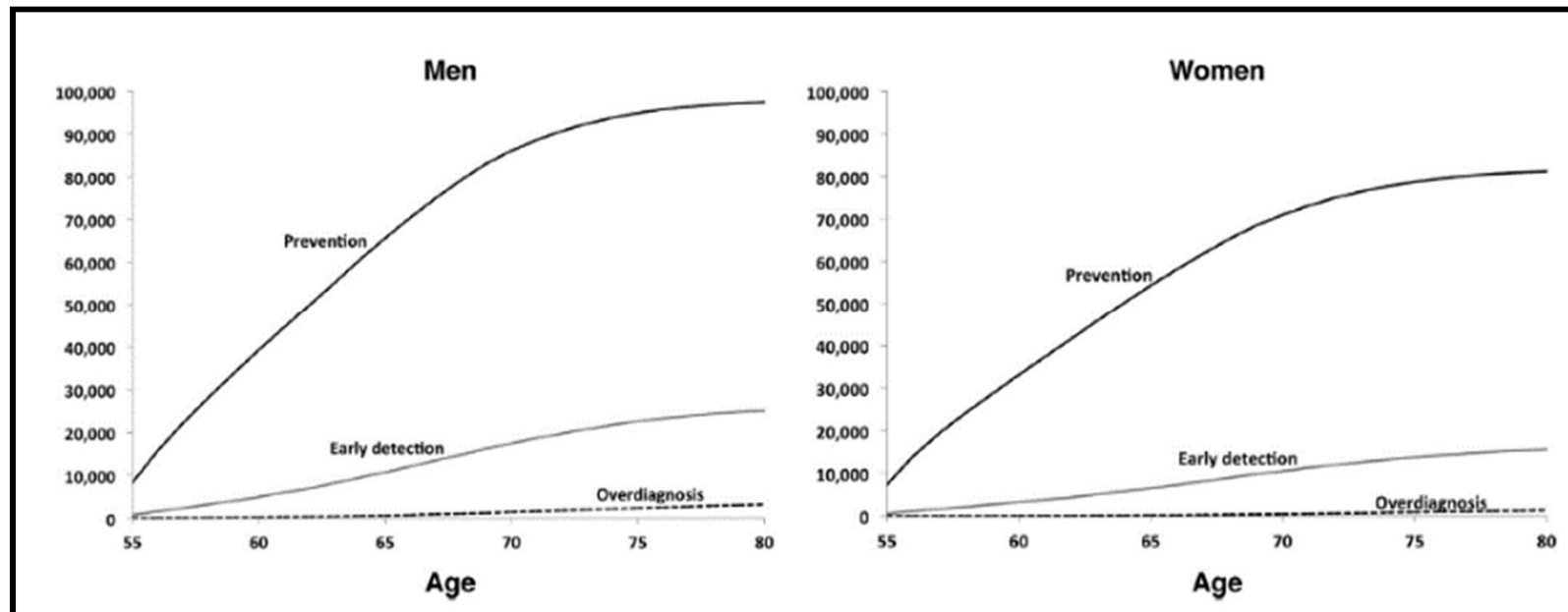
10 Jahren Vorsorgekoloskopie in Deutschland

(2002-2013)

Prävention, Früherkennung und „Überdiagnose“ des KRK

- Schätzung der Rate verhinderter, früh erkannter und überdiagnostizierter KRKs mit Markov Modellen
- Überdiagnose: Kolonkarzinome, die sich während der Lebenszeit eines Individuums ohne Vorsorgekoloskopie nicht klinisch manifestiert hätten

Geschätzte Anzahl verhinderter, früherkannter und überdiagnostizierter KRK in 10 Jahren durch Vorsorgekoloskopie



- **180.000 verhinderter KRKs** (m>w), davon 97% durch Vorsorgekoloskopien im Alter bis zu 75 Jahre
- **41.000 früherkannte KRK** (= 1 pro 121 Vorsorgekoloskopien (25.000 m/ 16.000 w), davon 89% durch Vorsorgekoloskopien bis 75 Jahre
- **4.500 überdiagnostizierte KRKs**, davon 58% durch Vorsorgekoloskopie > 70 Jahre (28% > 75 Jahre)

Deutsches Koloskopie Register

Ergebnisse des Screenings

4.409.185 Vorsorgekoloskopien von 2003-2012 in insgesamt 1.700 Arztpraxen
(44% Männer, 56% Frauen)

Unauffällig	71,3%
Hyperplast. Polypen	9,9%
Tubuläre Adenome	17,5%
Villöse Adenome	0,2%
High grade	0,6%
Karzinome	0,9%

UICC- Stadium	
UICC I	46%
UICC II	23%
UICC III	21%
UICC IV	10%

69 % der Karzinome werden in einem UICC I/II Stadium diagnostiziert

Endoskopie: Durchführung und Polypenmanagement

Die komplette Koloskopie stellt das Standardverfahren zur Detektion kolorektaler Polypen und Karzinome dar. Sie besitzt die höchste Sensitivität und Spezifität für das Auffinden eines KRK und von kolorektalen Polypen. Die Effektivität der Koloskopie hängt entscheidend von der Qualität der Untersuchung ab. Diese ist technik- und *untersucher*abhängig.



Nur qualitätskontrollierte Koloskopie senkt zuverlässig
der Mortalität am KRK

Qualitätsmerkmale:

ADR=Adenom-Entdeckungs-Rate (mindestens 20 %)

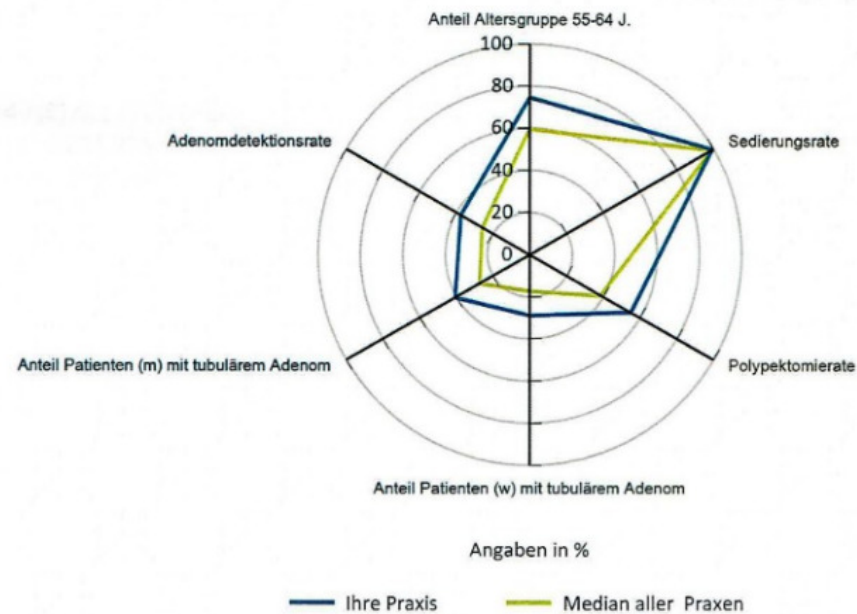
Rückzugszeit (mindestens 6, besser 8 Minuten)

Intubation des Coecums (> 90 %)

Praxis
Dres. Falk / Kraus / Kuhn
Opernstraße 9
34117 Kassel

Feedback-Bericht Früherkennungs-Koloskopie, Berichtszeitraum 2016

Übersicht zu ausgesuchten Qualitätsaspekten der Koloskopie



Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in
Deutschland

Komplikationsrate der Vorsorgekoloskopie im Krebsfrüherkennungsprogramm

- Prospektive Kohortenstudie aus dem Saarland (2010-2013, 5527 Teilnehmer)
 - 16 Blutungen (0.30 %) und 4 Perforationen (0.08 %) während oder innerhalb von 4 Wochen nach der Koloskopie
 - Krankenhausaufenthalte aufgrund von 7 Blutungen 0.13 %, von 2 Perforationen 0.04 %
 - Davon Befunde bei der Koloskopie: Fortgeschrittenes Adenom 60 % ($p < 0.0001$)

Zwink et al. Dtsch Ärztebl. Int 2017; 114:321-7

Darmspiegelung: Vorbereitung 1

Gastroenterologie Opernstraße

Langenkamp
Krause
Falk
Kuhn
Steinbrück



[Home](#)

[Die Ärzte](#)

[Unsere Leistungen](#)

[Die Praxis](#)

[Das Praxisteam](#)

[Links](#)

[Aktuelles](#)

[Service](#)

[Rezepte](#)

[Anfahrt](#)

[Kontakt](#)

[Service für Ärzte](#)

[Impressum](#)

Vorbereitungsplan für Ihre Dickdarmspiegelung (Koloskopie) mit MOVIPREP

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bei Ihnen soll am _____ um _____ Uhr eine **Dickdarmspiegelung** durchgeführt werden. Dazu müssen Sie einige **Vorbereitungen zur Darmreinigung** treffen, die wir Ihnen hier zusammenfassen:

1. Bitte verzichten sie schon **drei Tage** vor der Untersuchung auf Lebensmittel mit ganzen Körnern (z. B. Sonnenblumenkörner...), da Körnerreste unsere Geräte verstopfen könnten.
2. Am **Vortag der Untersuchung bis zum Nachmittag (ca. 15 Uhr)** nehmen Sie zu sich: Ballaststoffarme Nahrung (z.B. Weißbrot), Tee, Säfte (ohne Fruchtfleisch). Nicht empfohlen sind wie bisher kernhaltiges Obst oder Gemüse (z.B. Kiwis, Tomaten, Weintrauben).
3. Am **Vorabend der Untersuchung (ca. 17 Uhr)** trinken Sie **1 Liter MOVIPREP®** innerhalb von 1 bis 2 Stunden (Zubereitung s. unter 6.). Versuchen Sie alle 10 -- 15 Minuten ein Glas zu trinken. Nehmen Sie bis zur Untersuchung jetzt **keine feste Nahrung** mehr ein.
4. Sie sollten in diesem Zeitraum mindestens **zwei bis drei weitere Liter klarer Flüssigkeit** zu sich nehmen, um großen Durst und eine Austrocknung des Körpers zu vermeiden. **Mögliche Getränke** sind Wasser, klare Suppen, Obstsäfte (ohne Fruchtfleisch), limonadenhaltige Getränke oder Tee (ohne Milch). Diese Getränke können Sie **bis spätestens eine Stunde vor der Untersuchung** zu sich nehmen.

Darmspiegelung: Vorbereitung 2

Impressum

5. Trinken Sie den **zweiten Liter MOVIPREP®** am **Morgen der Untersuchung**, wobei sie ihn spätestens **bis 3 Stunden vor der Untersuchung** vollständig eingenommen haben müssen (s. unter 3.).
Auch wenn am gleichen Tag bei Ihnen zusätzlich eine Magenspiegelung geplant ist, bereiten Sie sich wie hier beschrieben vor.
6. Zur **Zubereitung von MOVIPREP®**: Eine Packung MOVIPREP® enthält je 2 Beutel A und B. Füllen Sie den Inhalt von je 1 Beutel A und B in ein Gefäß. Geben Sie 1 Liter Wasser hinzu. Verrühren Sie das Ganze, bis die Flüssigkeit nahezu klar ist. (Dies kann einige Minuten dauern.) Vorschlag: **Trinken Sie MOVIPREP® gekühlt**. Bereiten Sie den 2. Liter MOVIPREP® auf dieselbe Weise zu.

Zur praktischen **Durchführung der Dickdarmspiegelung** verweisen wir auf den Ihnen gesondert ausgehändigten **Aufklärungsbogen**.

Da Sie wegen der Beruhigungsspritze nicht selbst mit einem Kraftfahrzeug nach Hause fahren dürfen, planen Sie die Heimfahrt entsprechend.

Gehen Sie von einem Aufenthalt in unserer Praxis von insgesamt etwa zwei Stunden aus.

Bringen Sie zudem bitte zwei **Badetücher** mit.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir für Ihre Wertsachen keine Haftung übernehmen können.

Falls Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns an.

[Den Vorbereitungsplan Moviprep als Dokument zum Download finden Sie hier.](#)



Falk | Krause | Kuhn | Langenkamp | Steinbrück
Opernstr. 9 | 34117 Kassel



Tel 05 61 - 52 143 0
Fax 05 61 - 52 143 100



www.go-ks.de
eMail: info@go-ks.de

Endoskopie: Polypenmanagement 1

6.17.	Evidenzbasierte Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad A	Der Zeitpunkt der Kontrollkoloskopie nach kompletter Abtragung neoplastischer Polypen (Adenome) soll von Anzahl, Größe und Histologie der entfernten Adenome abhängig gemacht werden.	
Level of Evidence 2b	Quelle: [609]	
	Starker Konsens	

6.18.	Evidenzbasierte Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad B	Bei Patienten mit 1 oder 2 Adenomen <1 cm ohne höhergradige intraepitheliale Neoplasie sollte eine Kontrollkoloskopie nach 5-10 Jahren erfolgen.	
Level of Evidence 3b	Quellen: [211, 610, 611]	
	Starker Konsens	

Endoskopie: Polypenmanagement 2

6.19.	Evidenzbasierte Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad B	Werden bei dieser Kontrollkoloskopie wiederum keine oder nur 1 - 2 Adenome < 10 mm ohne überwiegend villöse Histologie oder HGIEN gefunden, sollte die nächste Kontrollkoloskopie nach 10 Jahren erfolgen.	
Level of Evidence 3b	Quellen: [211, 610, 611]	
	Konsens	

6.20.	Evidenzbasierte Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad B	Bei Patienten mit 3 - 4 Adenomen oder einem Adenom ≥ 1 cm oder einem Adenom mit überwiegend villöser Histologie oder HGIEN sollte die erste Kontrollkoloskopie nach 3 Jahren erfolgen.	
Level of Evidence 3b	Quellen: [612]	
	Konsens	

Endoskopie: Polypenmanagement 3

6.21.	Evidenzbasierte Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad B	Bei Patienten mit Adenom mit hochgradiger intraepithelialer Neoplasie und histologisch bestätigter vollständiger Abtragung sollte eine Kontrollkoloskopie nach 3 Jahren erfolgen.	
Level of Evidence 1b	Quellen: [612]	
	Starker Konsens	

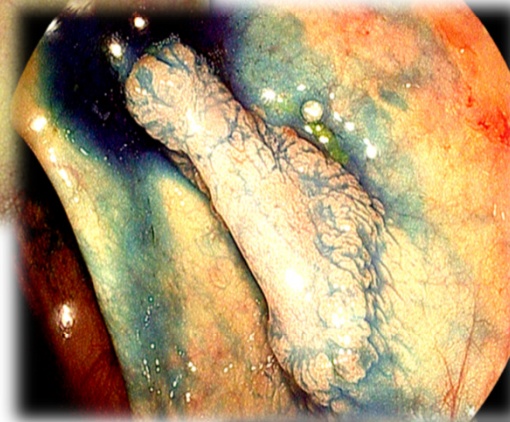
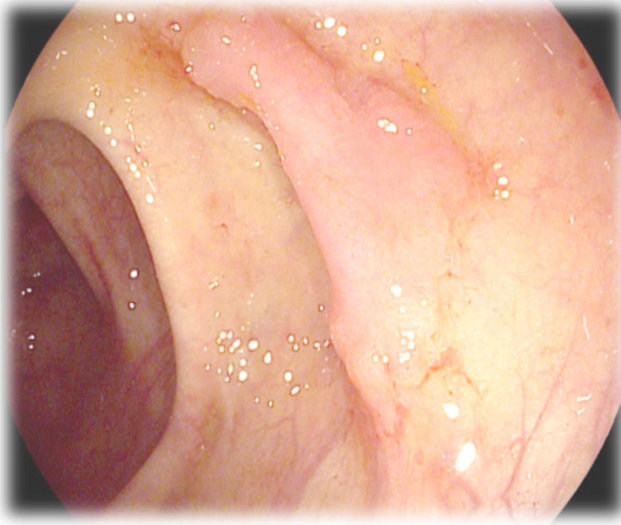
6.22.	Evidenzbasierte Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad B	Bei histologisch nicht bestätigter vollständiger Abtragung von Adenomen > 5mm sollte auch bei makroskopisch kompletter Abtragung eine Kontrolle nach 6 Monaten erfolgen.	
Level of Evidence 5	Expertenmeinung	
	Konsens	

Endoskopie: Polypenmanagement 4

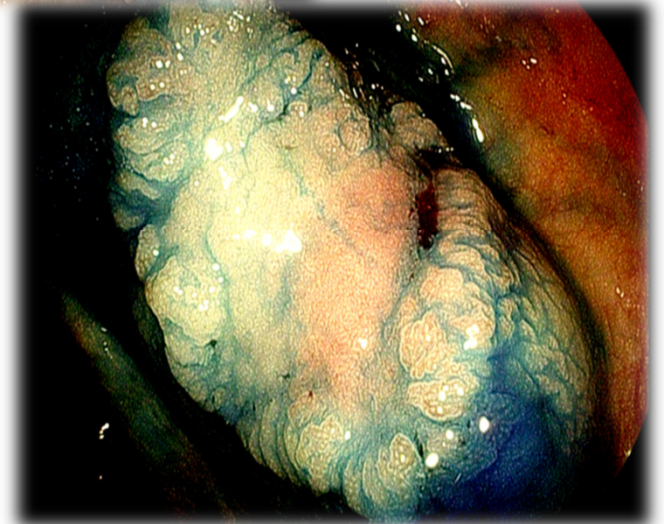
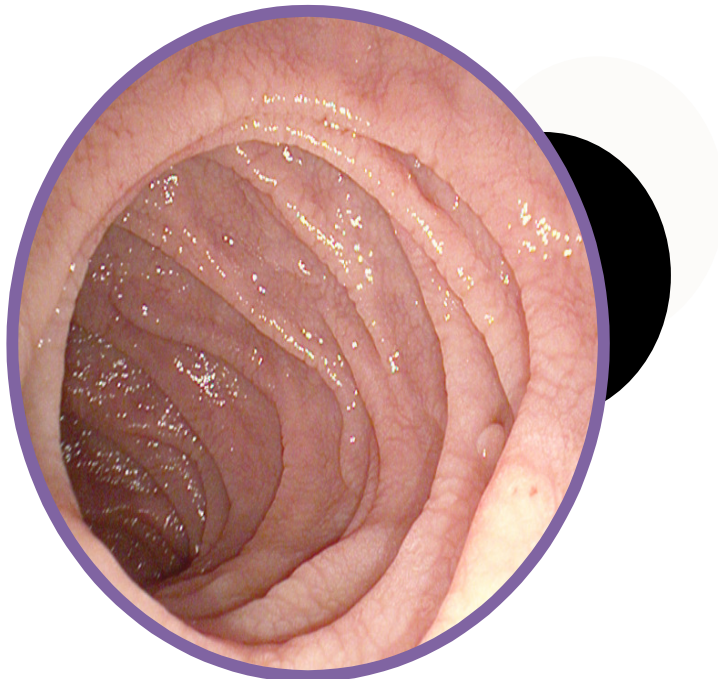
6.23.	Evidenzbasierte Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad B	Bei Nachweis von ≥ 5 Adenomen jeder Größe sollte das Kontrollintervall < 3 Jahre betragen.	
Level of Evidence 5	Expertenmeinung	
	Konsens	

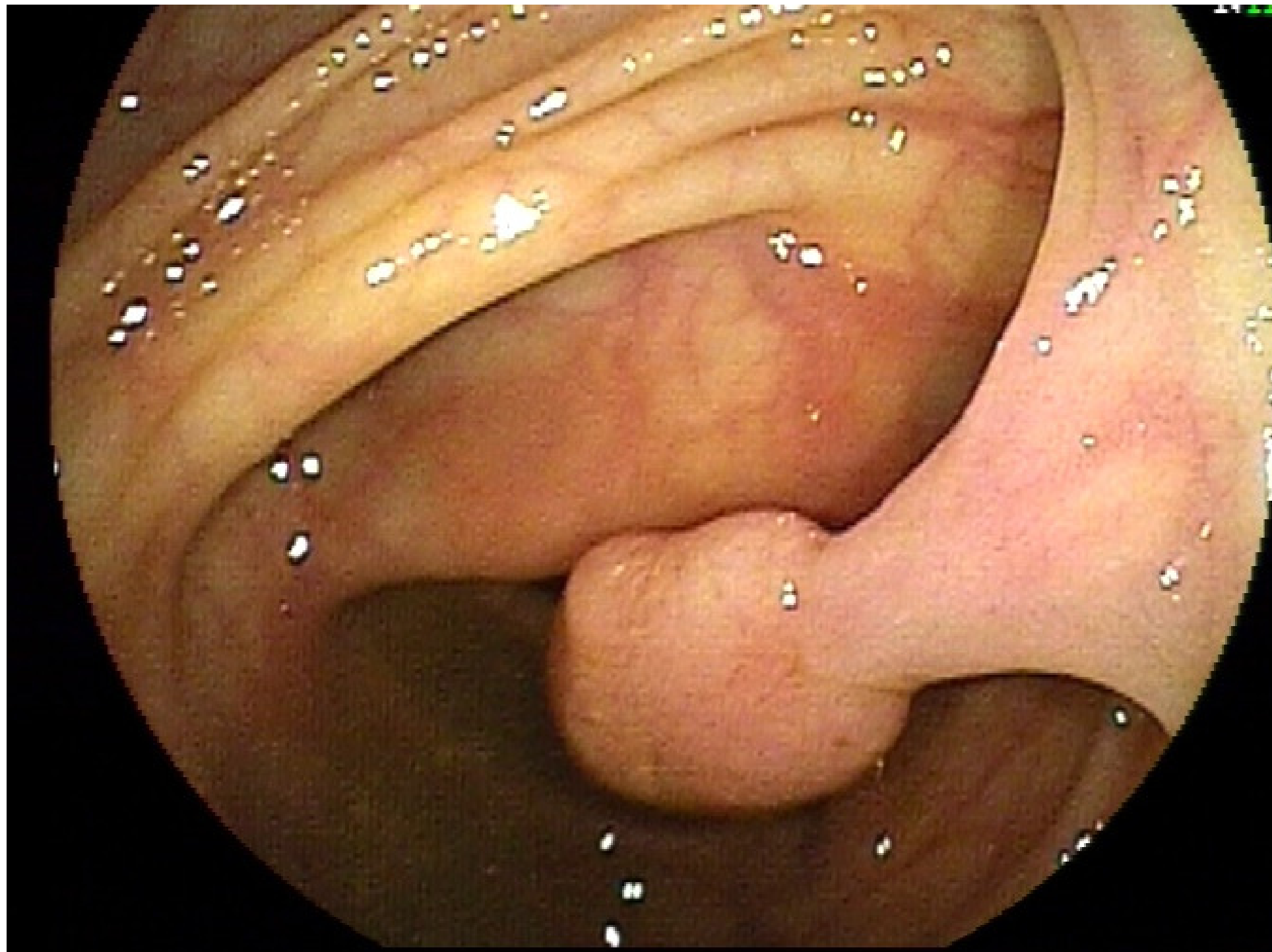
6.24.	Evidenzbasierte Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad A	Nach Abtragung großer Adenome in Piecemeal-Technik soll eine kurzfristige Kontrolle der Abtragungsstelle nach 2-6 Monaten erfolgen.	
Level of Evidence 3b	Quelle: [613-617]	
	Konsens	

6.25.	Evidenzbasierte Empfehlung	2017
Empfehlungsgrad B	Nach kompletter Abtragung eines traditionellen serratierten Adenoms oder eines sessilen serratierten Adenoms sollte die Nachsorge analog zu klassischen Adenomen erfolgen.	
Level of Evidence	Quellen: [576, 618, 619]	



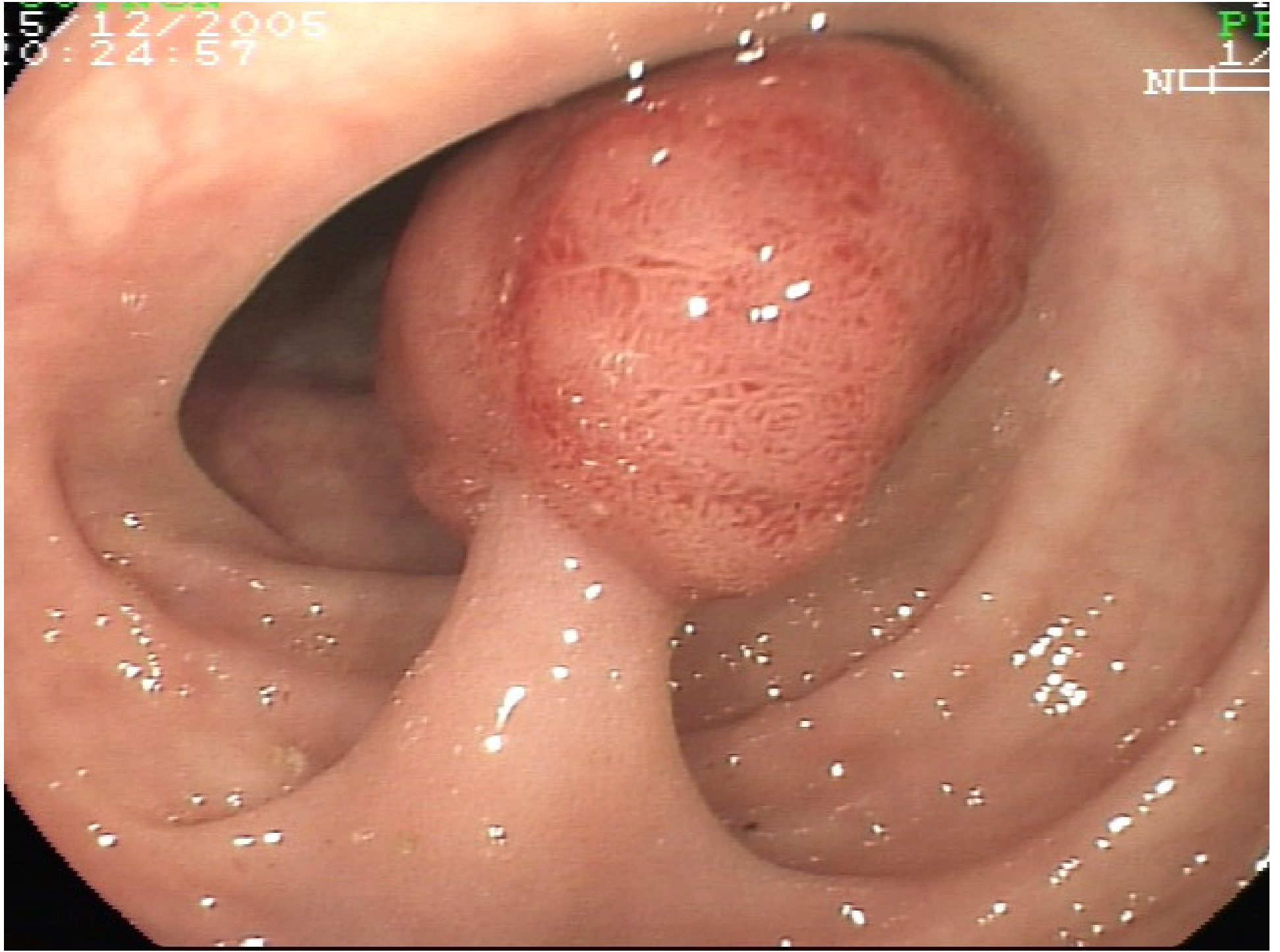
DIAGNOSTIK – BILDGEBUNG!!

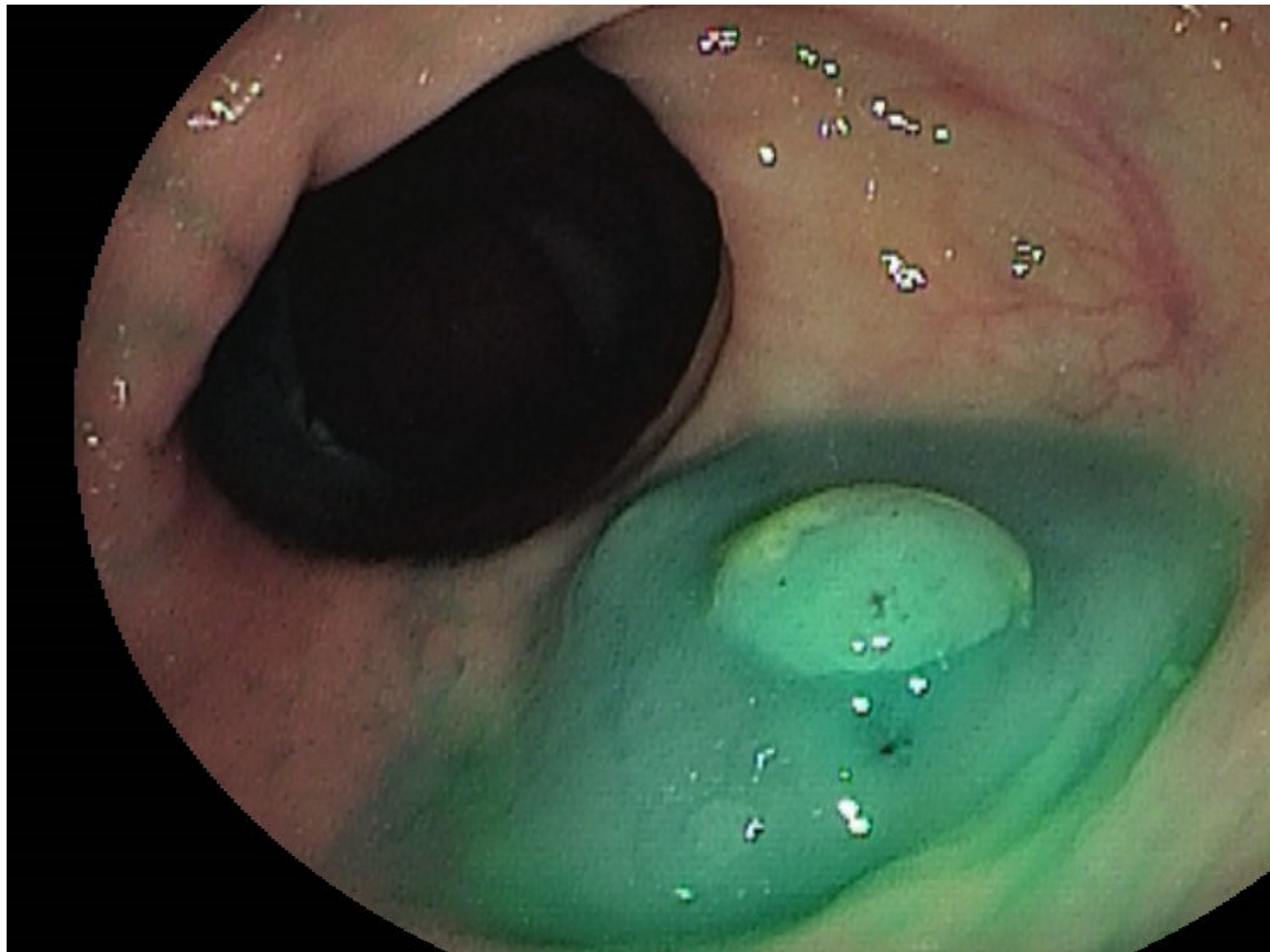


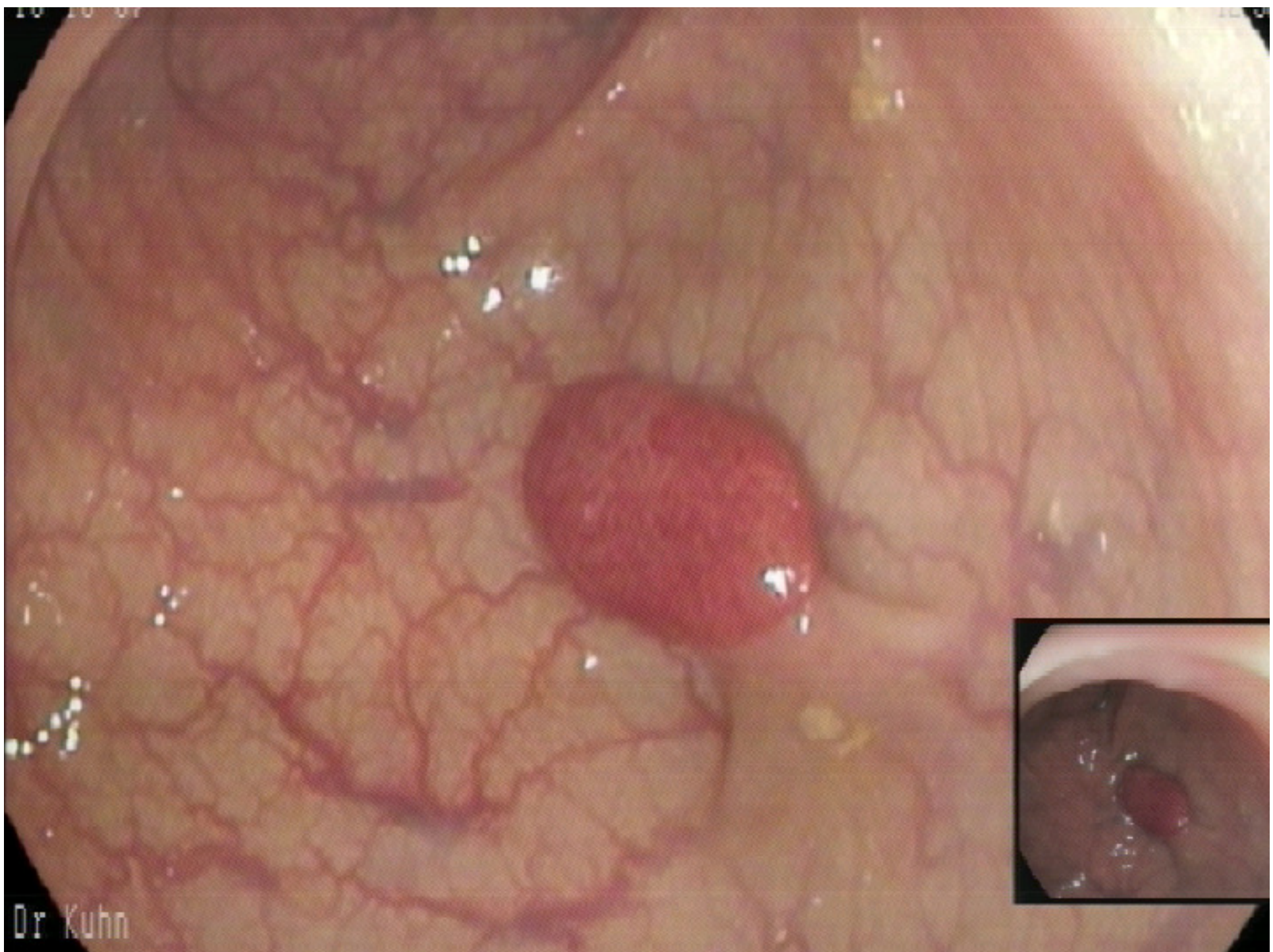


12/2005
:24:57

PE
1
N



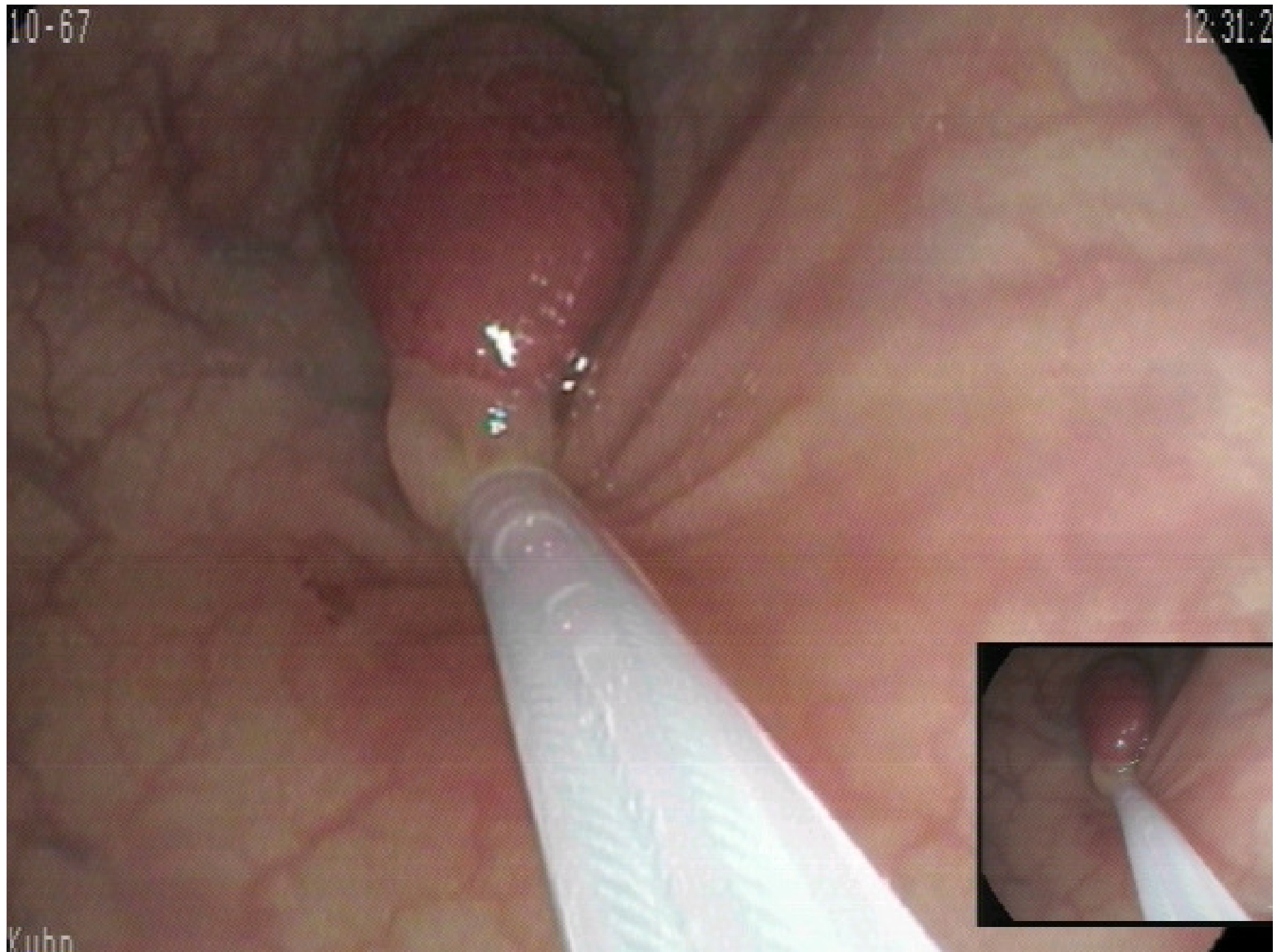




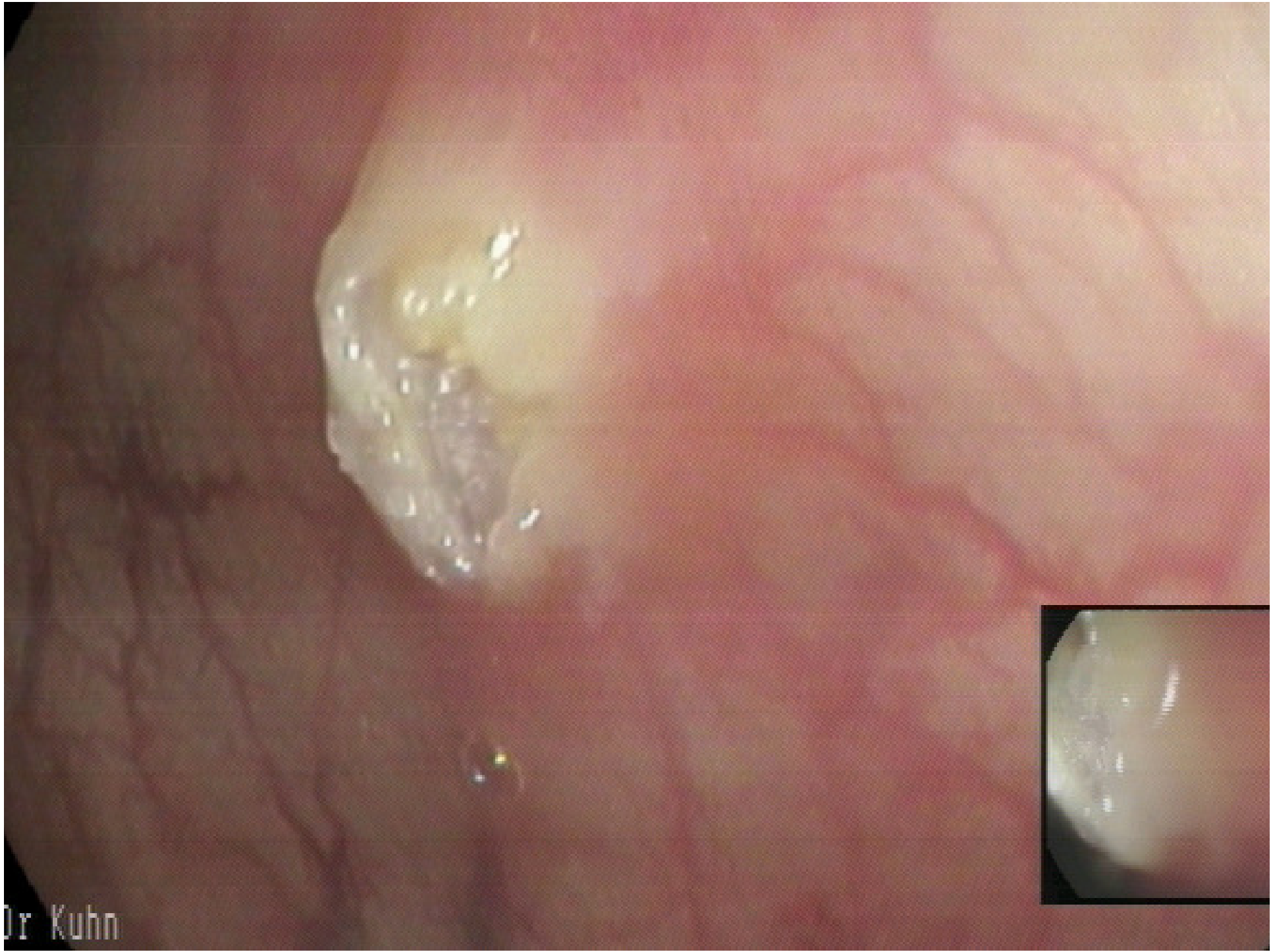
Dr Kuhn

10-67

12:31:2



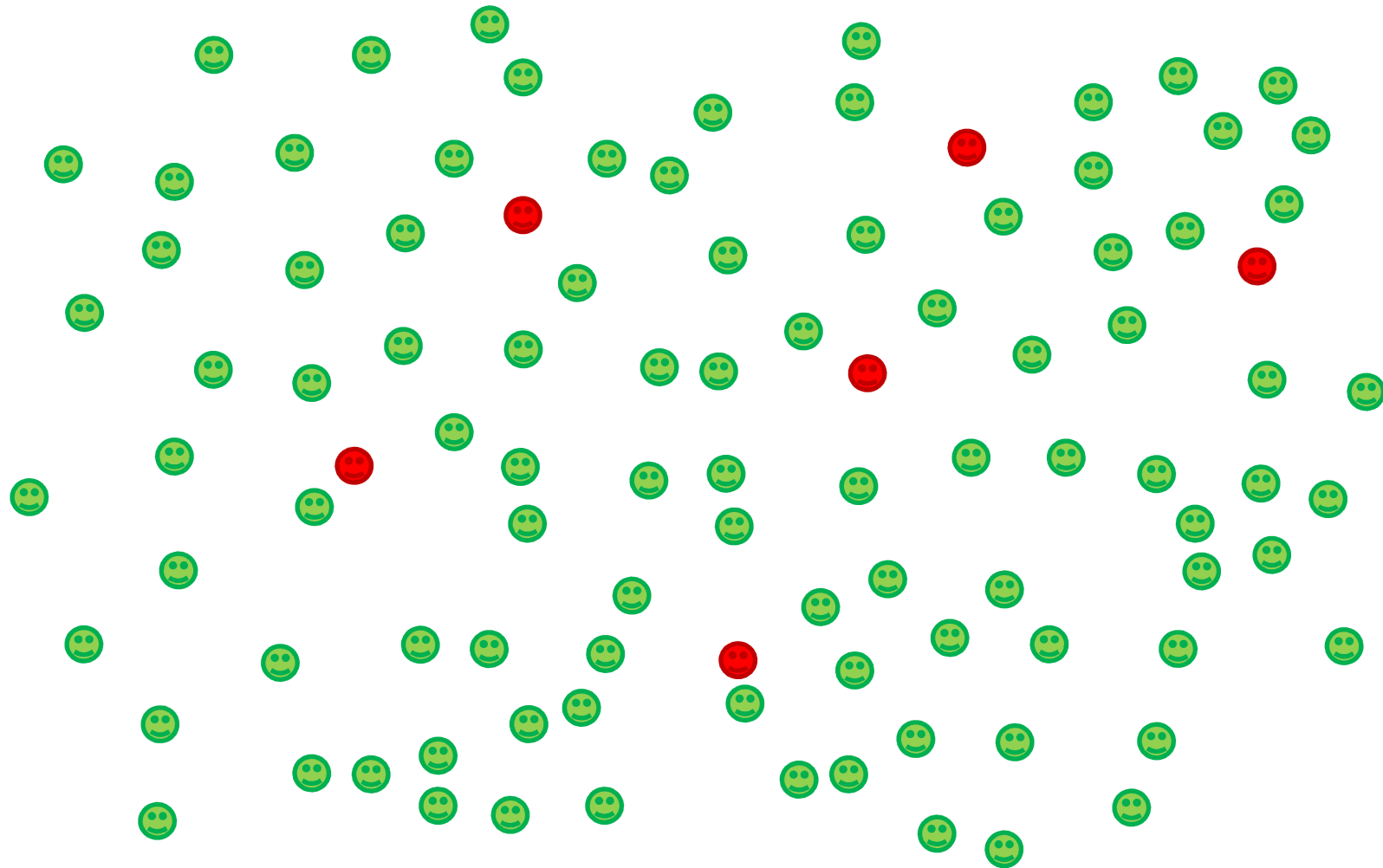
Kubo



Dr Kuhn

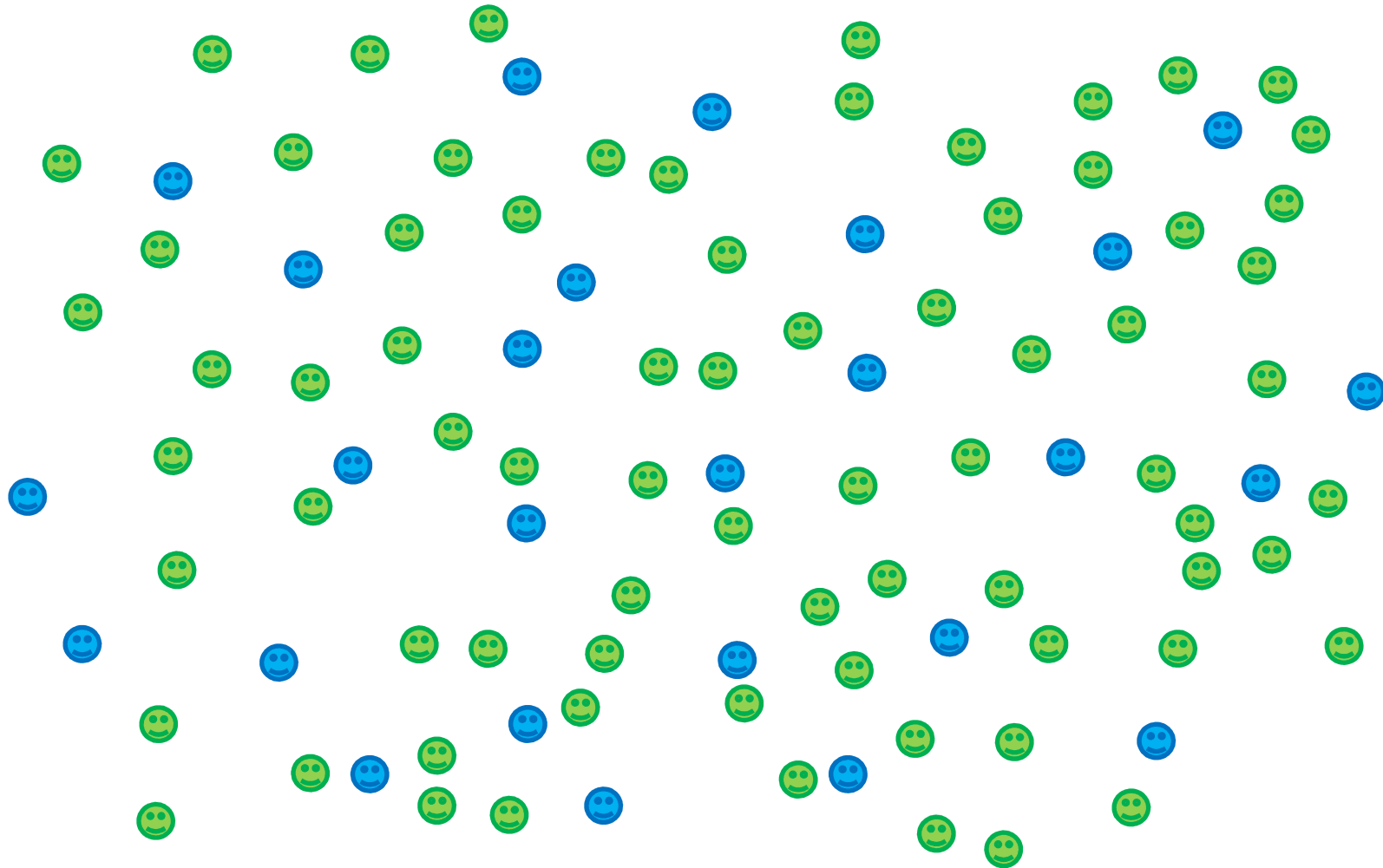
Darmkrebsvorsorge – Früherkennung

Lebenszeitrisiko Darmkrebs



Darmkrebsvorsorge – Früherkennung

Polypendetektion



Darmkrebsvorsorge

- www.frauengesundheitsportal.de
- www.maennergesundheitsportal.de
- darmkrebs.de
- www.go-ks.de



Vielen Dank !

Gastroenterologie Opernstraße

Langenkamp
Krause
Falk
Kuhn
Steinbrück

