



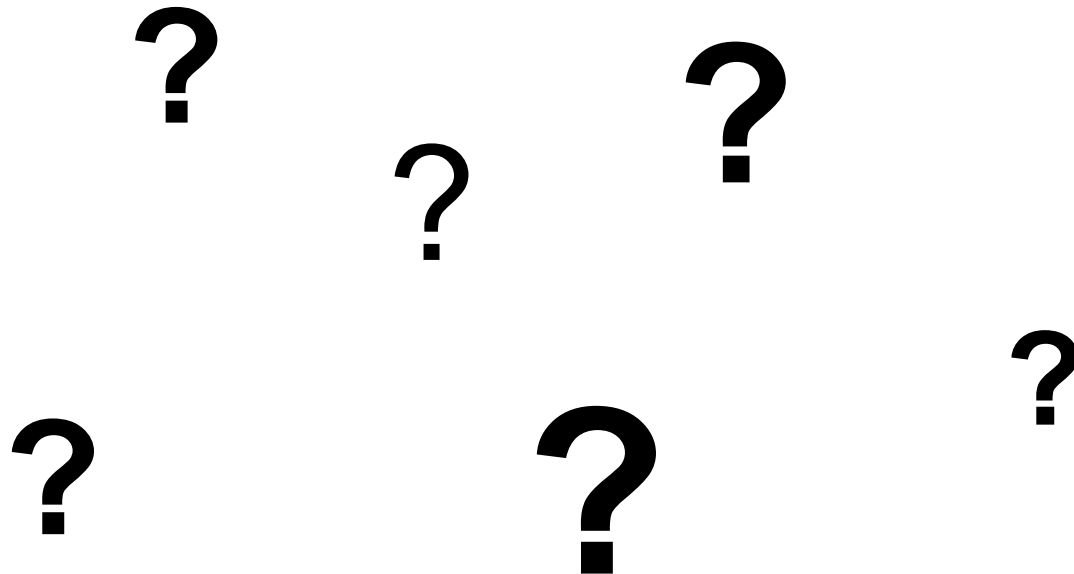
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock

VORLESUNG ALLGEMEINMEDIZIN

Auswahl Folien Früherkennung



Je früher der Krebs erkannt wird, desto besser kann er behandelt werden!

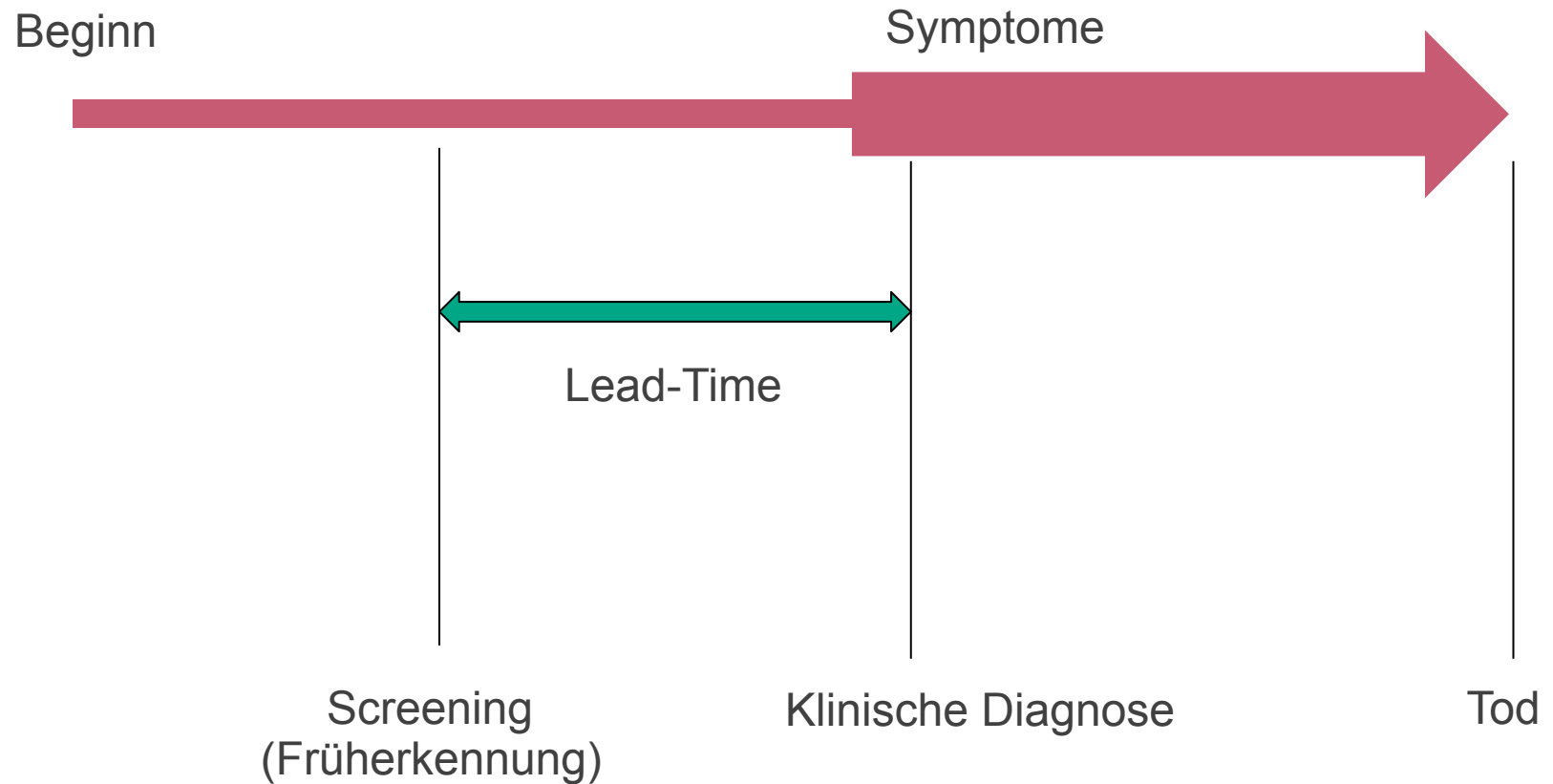


ABER:

Bei einer kritischen und systematischen Bewertung von Studienergebnissen mit möglichst quantitativer Nutzen-Risiko-Abwägung zeigen sich Vorbehalte:

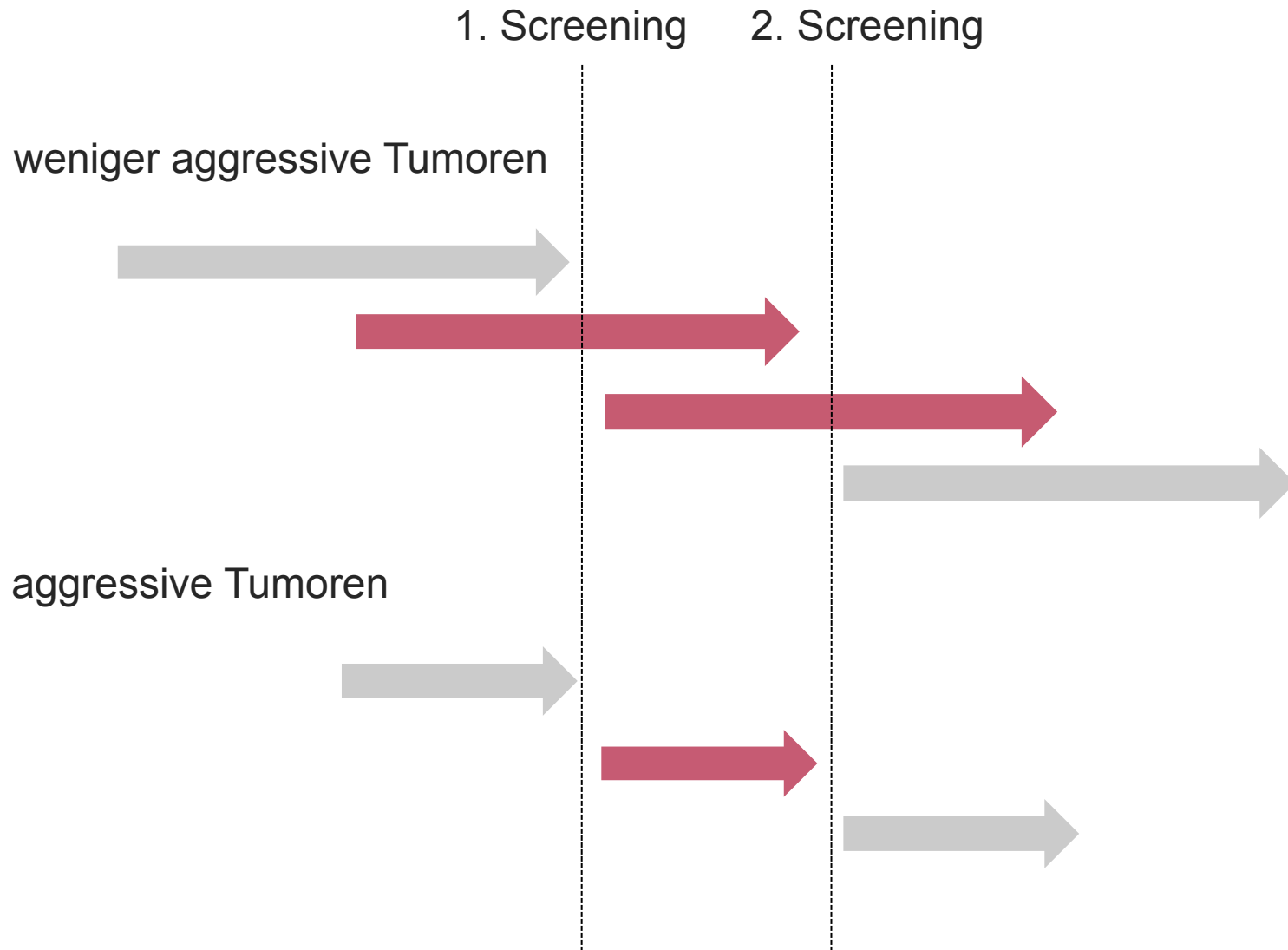
Trugschlussmöglichkeiten bei der Bewertung von statistischen Angaben

Lead time bias



- Vermeintliche Verlängerung der Überlebenszeit durch Vorverlegung der Diagnose
- ➔ Der Patient lebt nach Diagnosestellung zwar länger, aber insgesamt kein Gewinn an Lebenszeit

Length time bias



- Eher Erfassung **langsam wachsender** und weniger aggressiver Tumoren
- Schnell wachsende Tumoren werden eher **zwischen Screeningintervallen** symptomatisch

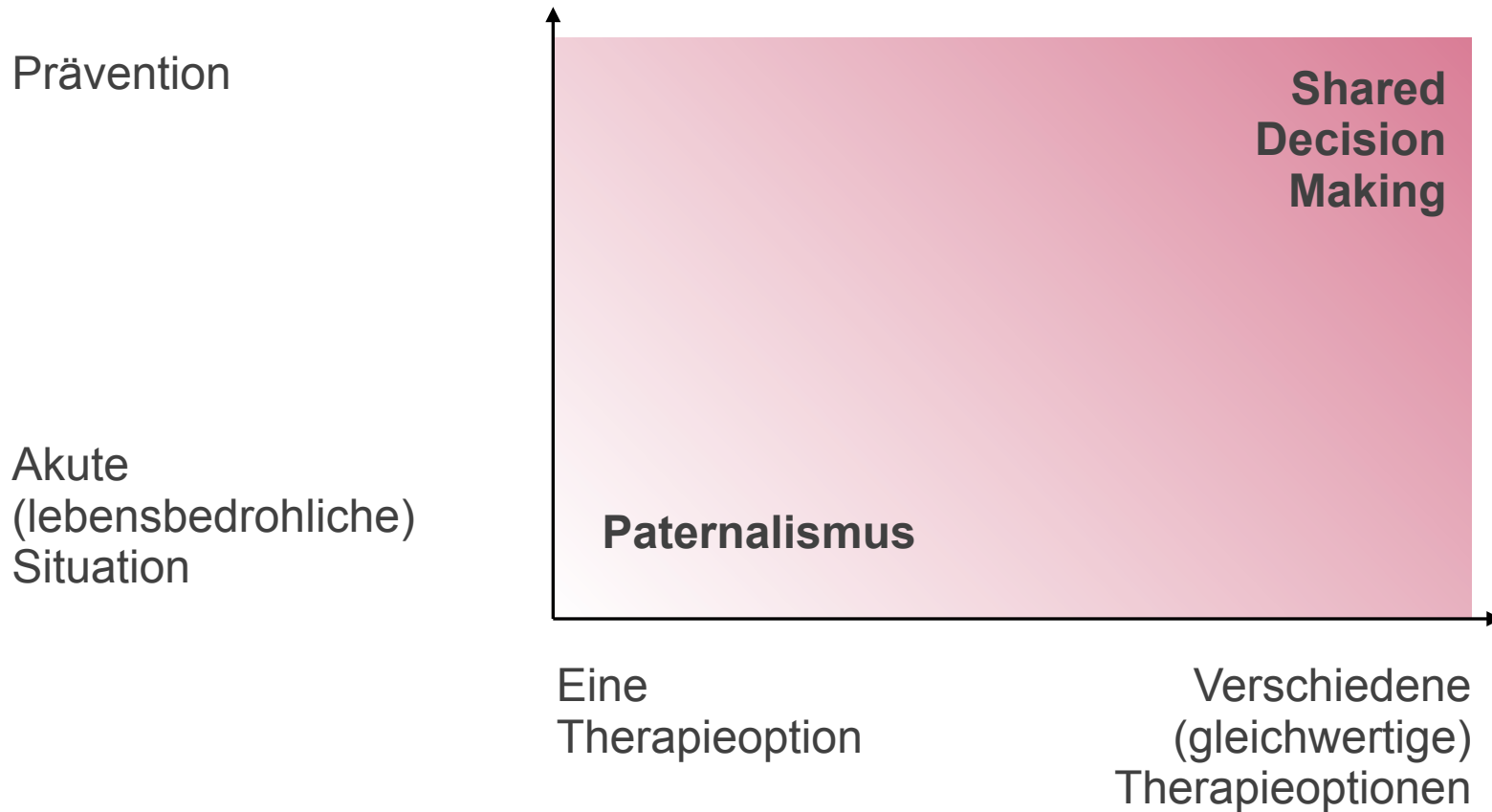
- Teilnehmer und Nichtteilnehmer unterscheiden sich: familiär vorbelastete Patienten nehmen eher teil, multimorbide Patienten eher nicht
 - Patienten, die an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, sind oft gesünder als Nichtteilnehmer (healthy screenee bias)
- Es kommt also zu einer Auswahl von Patienten mit besserer Prognose

Vierfeldertafel

	Patient ist krank	Patient ist nicht erkrankt	
Test ist positiv	richtig positiv	falsch positiv	positiver prädiktiver Wert
Test ist negativ	falsch negativ	richtig negativ	negativer prädiktiver Wert
	Sensitivität	Spezifität	

- Patienten mit diagnostizierter Tumorerkrankung **sterben an anderer Ursache**
- ...haben **keinen Vorteil von der Kenntnis ihres Krebsleidens**, wenn keine relevanten Therapiemöglichkeiten bestehen
- Bei **falsch positiven** Testergebnissen Minderung der Lebensqualität durch psychische Belastung und unnötige medizinische Maßnahmen, aber scheinbarer Therapieerfolg (Overdiagnosis bias)

Dimensionen der Entscheidungsfindung



Bilanz:

- Ohne Screening sterben 36 von 10.000 Männern
- Mit Screening sterben 29 von 10.000 Männern
- Mit Screening haben 1620 einen auffälligen PSA-Test
 - ➔ davon haben 390 eine positive Gewebeprobe
 - ➔ davon haben nach der OP 333 relevante Nebenwirkungen

Fazit des PSA-Screening

- PSA-Screening verhindert für 7 von 10.000 Männern den Tod am Prostatakarzinom, sechs der sieben haben relevante Nebenwirkungen
- 50 % aller obduzierten Männer (alle Todesursachen) zwischen der siebten und achten Lebensdekade haben eine high grade intraepitheliale Neoplasie der Prostata¹

1) Yin M et al. **Prevalence of incidental prostate cancer in the general population: a study of healthy organ donors.** J Urol 2008 Mar; 179:892



- Rettung vor Krebsstod



- Biopsie(n)
- Operation
- ED
- Inkontinenz
- Angst, Stress
- Verkürzung „gesunder“ Lebenszeit

PLCO-Studie¹:

- 78.000 Frauen im Alter von 55-74 Jahren
- Screeninggruppe: jährlicher vaginaler Ultraschall für 4 Jahre + CA 125 für 6 Jahre, Beobachtungszeitraum 13 Jahre
- Kontrollgruppe: „usual care“

1) Nyante SJ et al. **Pathologic Findings Following False-Positive Screening Tests for Ovarian Cancer in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial.** Gynecol Oncol 2011; 12 (3): 474-479

PLCO-Studie¹:

- Ovarialkarzinom: 212 in Screeninggruppe, 176 in Kontrollgruppe
- Tod durch Ovarialkarzinom: 118 in Screeninggruppe, 100 in Kontrollgruppe
- 3285 falsch positive Befunde, 1080 unnötige OP, davon 163 schwere Komplikationen (15 %)
- Tod aus anderer Ursache: 2924 (Screeninggruppe), 2914 (Kontrolle)

1) Nyante SJ et al. **Pathologic Findings Following False-Positive Screening Tests for Ovarian Cancer in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial.** Gynecol Oncol 2011; 12 (3): 474-479

PLCO-Studie¹:

- Screening mit CA 125 und vaginalem Ultraschall reduziert nicht die Sterblichkeit am Ovarialkarzinom
- weitere Diagnostik nach falsch-positiven Ergebnissen war mit (schweren) Komplikationen behaftet

1) Nyante SJ et al. **Pathologic Findings Following False-Positive Screening Tests for Ovarian Cancer in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial.** Gynecol Oncol 2011; 12 (3): 474-479

AOK-Faktenbox



Eierstockkrebs-Früherkennung:

Was bringt mir ein jährlicher Ultraschall zur Früherkennung?



Kein Nutzen: Jährliche Ultraschalluntersuchungen verringern nicht das Risiko, an Eierstockkrebs zu sterben.

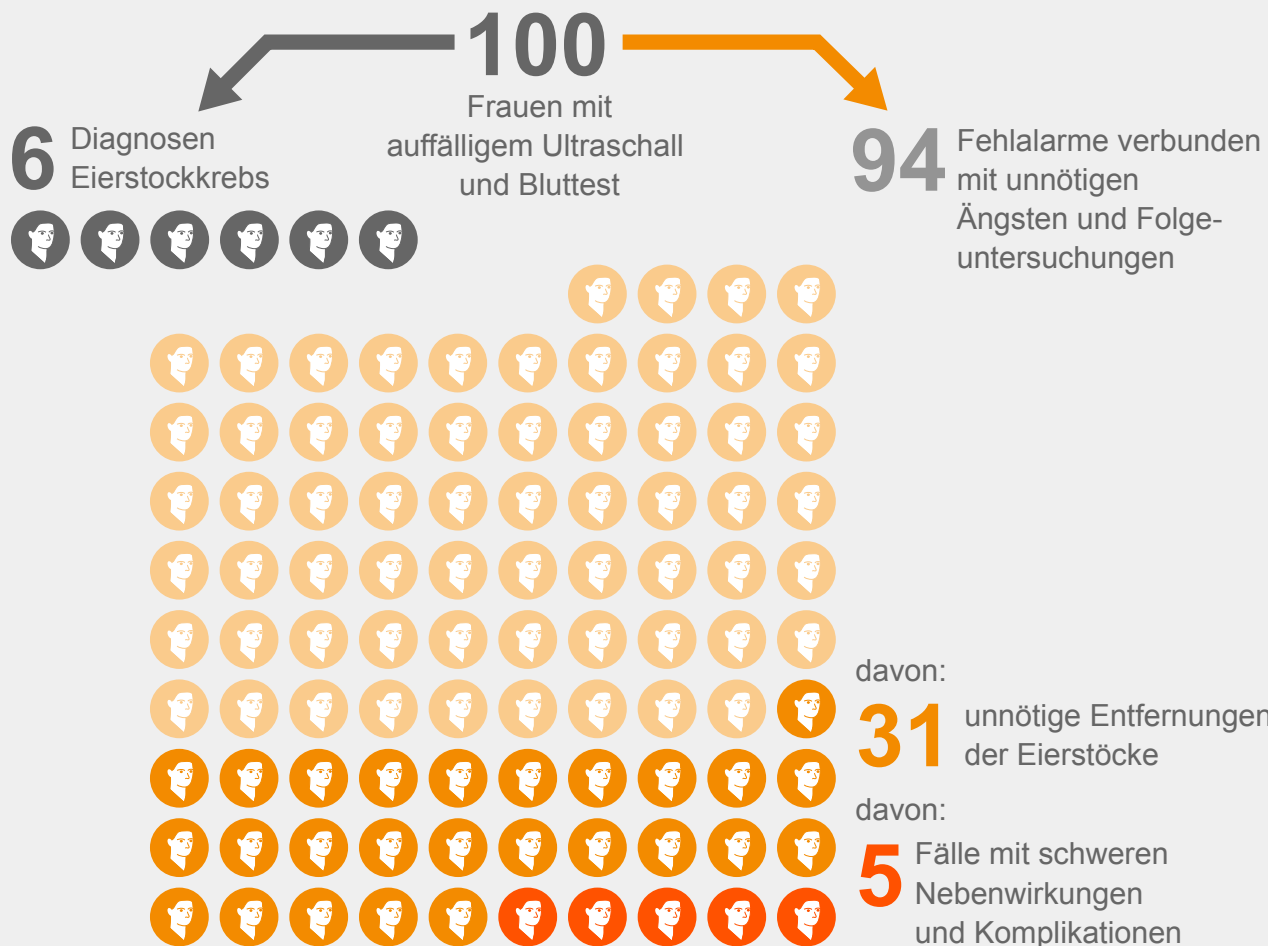
	ohne Früherkennung	mit Früherkennung durch Ultraschall und Bluttest
Untersuchte Frauen	je 1.000	je 1.000
Auffällige Befunde	–	102
Diagnose Eierstockkrebs	5	6
Tod durch Eierstockkrebs	3	3

▼ Erläuterungen und Quellen

Ovarialkarzinom



Erheblicher Schaden: Auffällige Ultraschalle sind fast immer Fehlalarme, die auch zusätzliche Bluttests selten aufdecken. Oft folgen unnötige Eierstock-Entfernungen mit weiteren Nebenwirkungen.



- Generell abgefasste Screeningempfehlungen können einem individuellen Patienten nicht gerecht werden
- Menschlich und medizinisch sinnvoll können nur individuelle Entscheidungen nach umfassender Beratung sein, bei der die Werte und Präferenzen des Patienten mit einbezogen werden

Informieren.

Darmkrebs

Derzeit erkranken in Deutschland jährlich etwa 73.000 Menschen neu an Darmkrebs, 26.300 sterben daran. Männer erkranken an dieser Krebsart im Durchschnitt mit 69 Jahren, Frauen mit 75 Jahren.

In einigen Fällen kann eine erbliche Belastung für Darmkrebs vorliegen, die mit einem deutlich höheren Erkrankungsrisiko und einem jüngeren Erkrankungsalter, Tumoren in anderen Organen (Gebärmutter, Magen, ableitende Harnwege, Eierstöcke) und/oder mehreren Erkrankten in der Familie verbunden ist. Eine solche erbliche Belastung liegt bei etwa 1 von 100 Menschen der Allgemeinbevölkerung vor. Bei etwa 15 bis 20 von 1.000 Menschen sind Mutationen nachweisbar, die für die Entwicklung von Darmkrebs verantwortlich sein können.

Fast alle Darmkrebserkrankungen entstehen aus Vorstufen – so genannten adenomatösen Polypen. Es dauert in der Regel viele Jahre, bis sich aus diesen Polypen ein Darmkrebs entwickelt. Auch entsteht nicht aus jedem Polyp ein Karzinom. Ein erhöhtes Risiko besteht bei Polypen, die groß sind (über 9 mm) oder bei Polypen, die auf Blutungen aufweisen. Durch die Entfernung dieser Polypen wird eine Krebsentstehung verhindert und das Risiko für eine spätere Erkrankung im Stuhl, Blutarmut, veränderte Stuhlgangsfarbe (Blutabnahme).

Früh erkannt – heilbar

Wichtigstes Ziel der Darmkrebs-Früherkennung ist es, die tumorbedingten Todesfälle zu senken. Wenn Polypen (adenomatöse Polypen oder Adenome) entdeckt werden, können sie entfernt und so die Entstehung von Darmkrebs vermieden werden. Des Weiteren kann die Entdeckung kleinerer Tumoren oftmals eine weniger aufwändige Operation ermöglichen und die medikamentöse Behandlung entfallen.

Risiken und Nebenwirkungen

Um die Schleimhaut bei der Darmspiegelung ausreichend beurteilen zu können, ist eine vollständige Darmreinigung erforderlich. Dies kann unangenehm sein. Gegebenenfalls müssen Sie für die Untersuchung ein gewisses Schamgefühl überwinden.

Insgesamt ist die Darmspiegelung eine relativ sichere Maßnahme zur Früherkennung von Darmkrebs. Seit Einführung der Kolo- skopie haben von 2003 bis 2007 etwa 2,8 Millionen Versicherte diese Untersuchung durchführen lassen. Bei 2,8 von 1.000 Darmspiegelungen werden Komplikationen festgestellt. Blutungen treten bei 1,6 von 1.000 Untersuchungen als häufigste Komplikation auf. Sie entstehen in der Regel durch die Abtragung von Polypen und können meist im Rahmen der Untersuchung gestillt werden. Nur bei jeder achten Blutung ist eine Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich. Verletzungen der Darmschleimhaut (Perforationen) sind relativ selten und treten etwa bei 0,2 von 1.000 Untersuchten auf. Fünf Untersuchte verstarben bisher an später aufgetretenen Komplikationen.

heiden.

Krebshilfe rät

Die Deutschen Krebshilfe sind nach allen vorliegenden Studien der Meinung, dass ein Stuhl-Blut-Test für Männer und Frauen ab 50 Jahren und eine Darmspiegelung ab 55 Jahren sinnvolle Maßnahmen zur Krebs-Früherkennung sind.

Bei einer erblichen Belastung für Darmkrebs sind Stuhl-Blut-Tests und der Stuhl-Blut-Test ein sinnvolles und engmaschigeres Screening für Risikopersonen. Sie können sich an das Bundesgesundheitsministerium wenden. Das Projekt „Erblicher Darmkrebs“ informiert und berät Sie. Die Website www.krebshilfe.de ist ebenfalls hilfreich.

Die individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) ist die Datenlage nicht hinreichend. Dazu gehören: 1. Stuhl-Blut-Test (Enzym-Stuhl-Blut-Test, Kapselentnahme) gibt es erste Daten, die für den Stuhl-Blut-Test erhältlich sind. 2. Immunologische Tests sind unterschiedlich und nicht standardisiert.

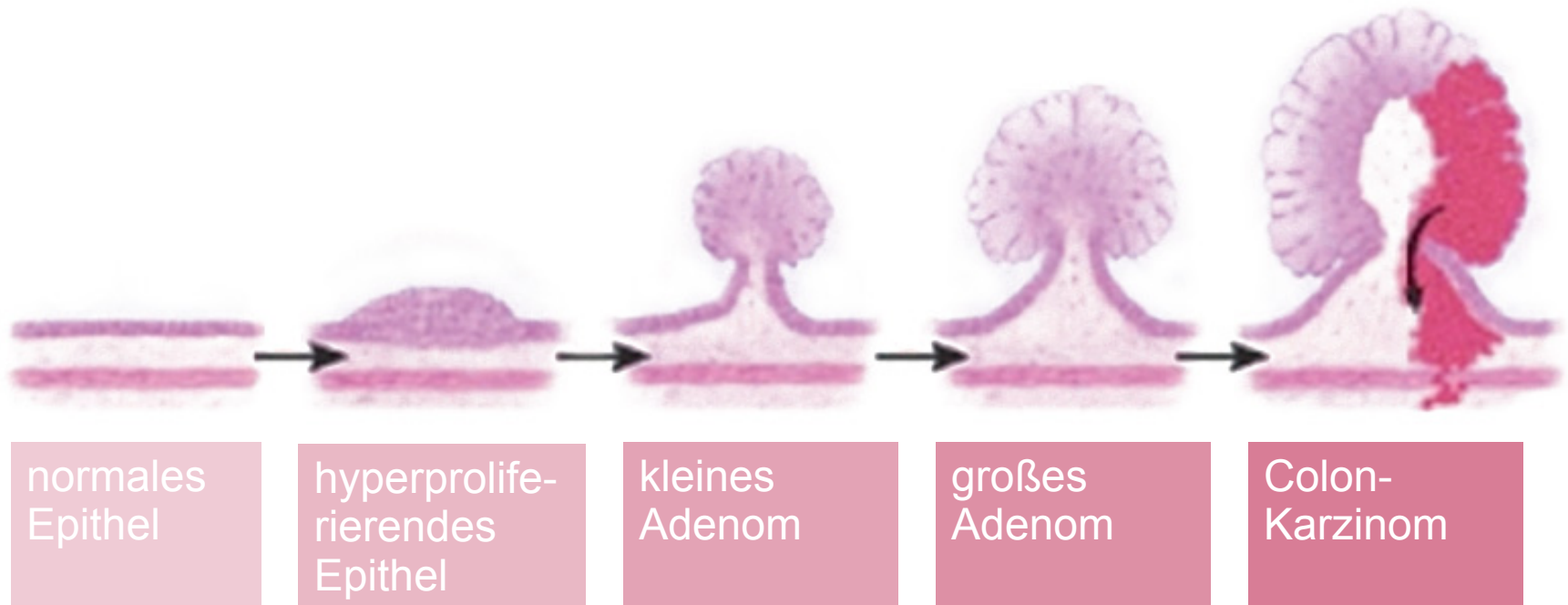
Die Datenlage ist nicht hinreichend. Daten und Fakten sind in unserer Internetseite zu finden.



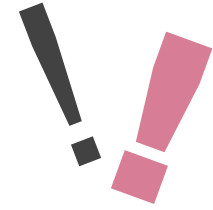
- Seit Oktober 2002 Bestandteil des deutschen Krebsfrüherkennungsprogramms (zusätzlich zum Hämoccult-Test und ärztlichem Gespräch)
- Ab 55. Lebensjahr (Wiederholung nach zehn Jahren, wenn kein pathologischer Befund vorlag)

- Nur hier **echte Krebsprävention** durch Entfernung von Krebsvorstufen möglich (Adenom-Karzinom-Sequenz)
- Abnahme der Anzahl fortgeschrittener Stadien
- Bei frühzeitiger Entdeckung weniger invasive Therapie als bei fortgeschrittenen Stadien

Adenom-Karzinom-Sequenz



- Komplikationen durch den invasiven Eingriff:
u. a. Blutungen, Perforationen
- Unangenehme Untersuchung
- Risiko der Überdiagnostik und Übertherapie
- Einfluss auf Gesamtmortalität kontrovers diskutiert



- Früherkennung ist nicht Vorsorge.
- Der Nutzen von Früherkennung wird systematisch überschätzt.
- Früherkennung schadet immer, manchmal kann sie nutzen.
- Statt Früherkennung: Rechtzeitiges Erkennen.
- Patienten dürfen vom (Haus-)Arzt bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung nicht allein gelassen werden!