

# Kolonkarzinom

31.8.2010

GastroZentrum Hirslanden Zürich

# Krebshäufigkeit Schweiz

Inzidenz – Prävalenz - **Kumuliertes Lebenszeitrisiko**

	Anzahl jährlich neu diagnostizierte Fälle (Inzidenz)	Prozentualer Anteil am Total der neuen Krebsfälle	Anzahl Personen mit Krebs (Prävalenz)	Kumuliertes Risiko, im Lauf des Lebens an Krebs zu erkranken (Prozentualer Anteil, der an Krebs erkrankt)
<b>Männer</b>				
Alle Krebsarten	16 600	100	42 189	50,1
Mundhöhle, Kehlkopf	880	5,3	2 078	2,5
Magen	600	3,6	1205	1,7
Darm	1 960	11,8	5 490	6,0
Lunge	2 430	14,7	3 909	7,9
Melanom	660	4,0	1 959	1,8
Prostata	4 200	26,0	12 726	13,5
<b>Frauen</b>				
Alle Krebsarten	14 500	100	42 069	32,3
Magen	390	2,7	667	0,8
Darm	1 780	12,3	5 114	3,7
Lunge	840	5,8	1 088	2,1
Melanom	700	4,8	2 555	1,5
Brust	4 690	32,3	17 452	10,7
Gebärmutter, Eierstöcke	1 860	12,8	6 187	4,5

**3.häufigste Krebsform**

Schätzungen des Internationalen Krebsforschungszentrums (IARC) auf Basis der Daten der Vereinigung der Schweizer Krebsregister (VSKR) für die letzte Zeitperiode, in der komplette Daten zur Verfügung stehen (1995-1999). Prävalenz: Anzahl der lebenden Personen, die seit weniger als fünf Jahren an Krebs erkrankt sind. Kumuliertes Risiko: berechnet auf der Grundlage von 80 Lebensjahren.

# Screening-Methoden

Blutnachweis im Stuhl

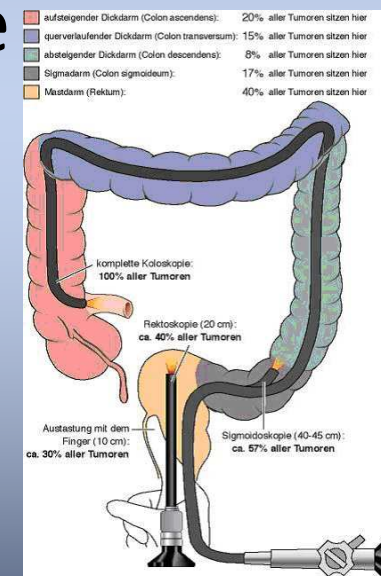
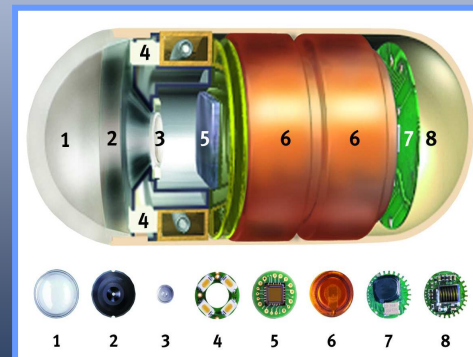


Spiegelung: Sigmoidoskopie, Koloskopie

Röntgen?



Kapsel?



# Randomisierte kontrollierte Screening-Studien mit FOBT



	Funen 1996 Lancet	Nottingham 1996 Lan	
	61'933		
	45 - 75		45 -74
			45'642
Testintervall	1 oder 2 jährig	2 jährlich	2 jährlich
Dokumentierte Nachkontrollzeit		7.8 Jahre	11Jahre
Tumorstadium Dukes A/B	56% vs 48%	52% vs 44%	T1 und 2 59% vs 52%
Anzahl			254 vs 304
Sensitivität	0.71 (0.51-0.88)		
Spezifität	0.97 (0.95-0.99)		
Mortality	2 jährlich 0.72 (0.62-0.97)		Signifikant auf 0.84 (0.71-0.99)

Senkung der Karzinom mortalität um 20%

**NNS**  
**339 Pers. x 13 Jahre**  
**um einen Todesfall**  
**zu verhindern**

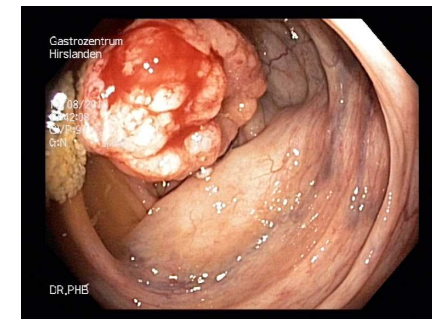
# Kolorektales Karzinom

## Screeningverfahren im Vergleich

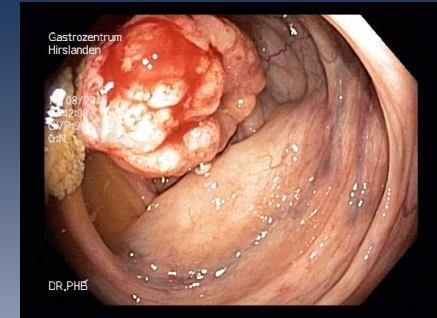
	Mortalitäts- -reduktion	Vorteil	Nachteil	
FOBT alle 1-2J	25-30%	nicht invasiv	Langzeit- compliance	Gute EBM Daten
(+)Sigmoidosk. alle 5 Jahre	30-60%	wenig belastend	limitierte Aussage	Einzelne Studien
Koloskopie alle 10 Jahre	70-90%	maximale Ausbeute	invasiver	Noch keine Studien
CT Kolographie	??	Polypen > 1cm, Karzinome	Strahlen	Falls positiv Koloskopie

# Stimmt das mit der Spiegelung ?

- 1999-2010, England, Wales, Schottland
- Prosp. randomisiert: 1x Sigmoidoskopie vs Verlauf
- Population 375'744 (gesunde) Personen (55-64 Jahre)
- 170'432 mitgemacht (45%);
  - 57'099 Sigmoidoskopie ; 112'939 Verlaufsbeobachtung
  - Follow up 11,2 Jahre



# Stimmt das ?



	Screened	Non Screened	△
KolonKarzinom n=2524	706 62/100'000	1818 98/100'000	- 23%
Tod infolge Kolonkarzinom n=727	189 30/100'000	538 44/100'000	- 31%
NNS	Verhinderung Colonkarzinom	Diagnose oder Tod	191

# Was machen Herr und Frau Schweizer ?

Informationskampagne  
Bevölkerung 55-80 jährig  
Presse etc

Glarus, Uri, Vallée de Joux  
Kohorte 79'000 Einwohner  
22818 Einwohner > 55 Jahre

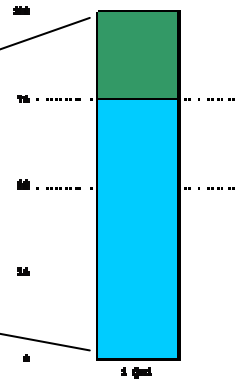
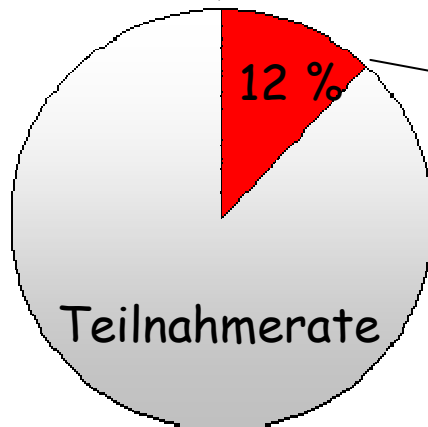
Screening  
FOBT

Grundversorger

+/- Sigmoidoskopie GE

Koloskopie 75%  
Gastroenterologe

Informed Choice  
Durch Klient  
Grundversorger

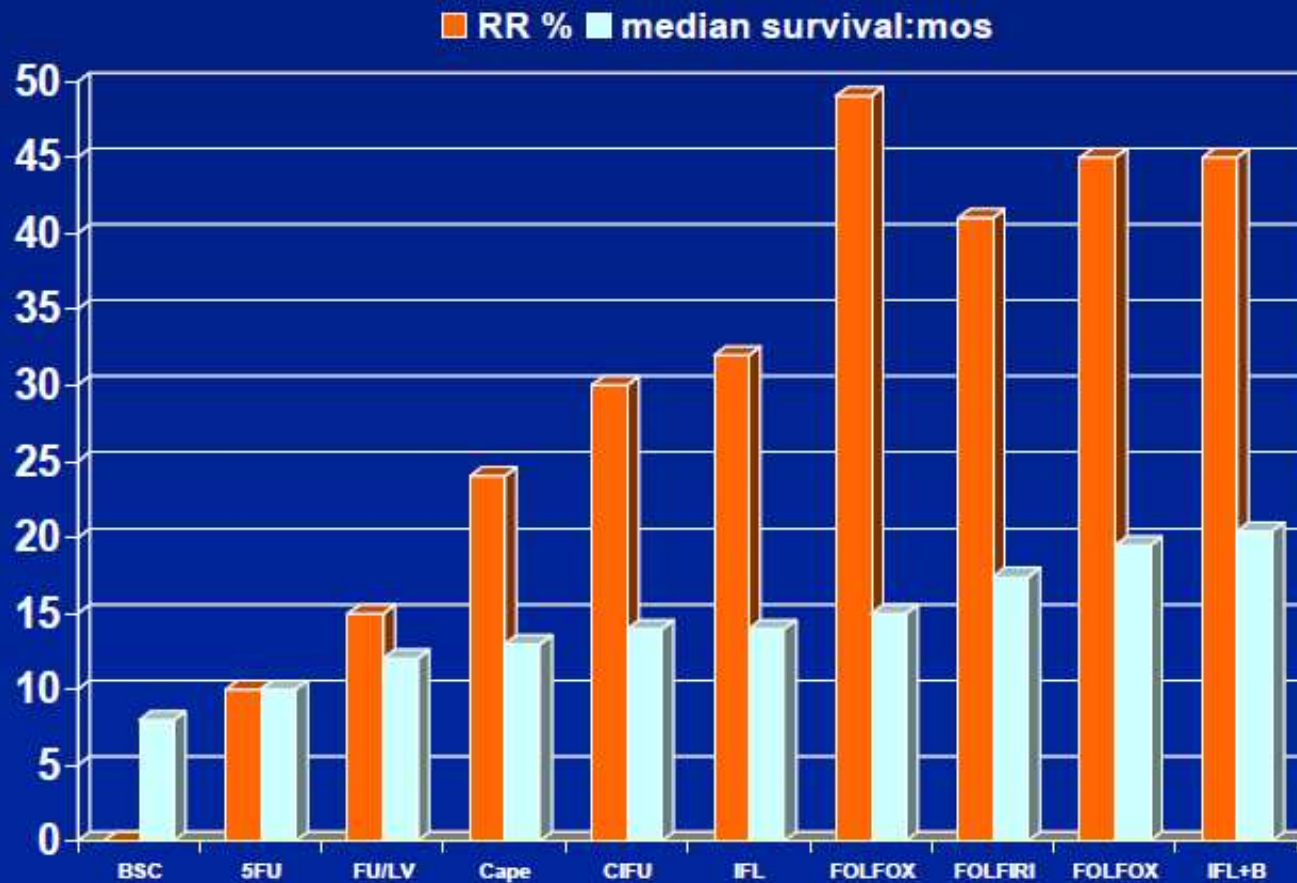




# Schweizer ColonCa Pilotstudie 1991-2000; 50-80J

	Screening		Warnsymptome	
	1912	%	908	%
Karzinome	11	0.57	98	11
T1N0/Nx M0	7	63	8	8
T2N0M0	1	9	13	13
T3,4N0M0	1	9	38	39
T3,4N1,2M0	1	9	11	14
T1-4,NxM1	1	9	25	26

# Überleben bei metastasiertem Kolo-Rektal Karzinom



RR: response rate

# ALLGEMEINE SCREENING EMPFEHLUNGEN

Ab 50. Lebensjahr

Jährlich Hämokkult-Test

oder

Jährlich Hämokkult +  
alle 5 J Sigmoidoskopie

oder

*Koloskopie alle (5-)10 Jahre*

„Vorbeugen ist besser als heilen“

Hippokrates 400 aD

Danke

[www.gastrozentrum.ch](http://www.gastrozentrum.ch)