

INTERVIEW

«Vorsorge verhindert Darmkrebs!»

PD Dr. med. Peter Netzer und Dr. med. Alexander Sendensky sind Spezialisten für Magen-Darm-Erkrankungen. Sie berichten, wie wichtig es ist, regelmässig zur Vorsorge zu gehen, welche aktuellen Diagnostikverfahren es gibt und wie bereits während der Untersuchung die Vorstufen von Darmkrebs entfernt werden können.

PD Dr. Peter Netzer, warum ist es so wichtig, zur Darmkrebsvorsorge zu gehen?

Peter Netzer: Ziel der Vorsorgeuntersuchung ist es nicht, primär einen Krebstumor aufzuspüren, sondern dass die Vorstufe vom Darmkrebs, die sogenannten Polypen, rechtzeitig erfasst und entfernt werden. So ist man in bis zu 90 Prozent der Fälle vor Krebs geschützt – der wichtigste Grund überhaupt, Menschen zu motivieren, die Darmkrebsvorsorge wahrzunehmen. Von 100 Patienten ohne spezielle Risikofaktoren hat bei einer rechtzeitigen Vorsorgeuntersuchung rund ein Drittel Polypen, aber weniger als ein Prozent schon ein Karzinom. Sollte man bei beschwerdefreien Leuten trotzdem einen Darmkrebstumor finden, ist die Chance gross, dass er in einem frühen, heilbaren Stadium ist. Wenn man hingegen die Untersuchung erst bei entsprechenden Beschwerden durchführt, findet sich leider häufiger ein fortgeschrittenes Tumorleiden.

Wie häufig sollte man sich einer Koloskopie unterziehen?

Peter Netzer: Gemäss den heutig geltenden Empfehlung in der Schweiz, ist bei Leuten ohne Risikofaktoren ab dem 50. Lebensjahr alle zehn Jahre bis zum 70. Lebensjahr eine Vorsorgekoloskopie sinnvoll, sofern die Untersuchungen jeweils unauffällig waren. Sobald aber Polypen gefunden werden, ist das Kontrollintervall kürzer, man spricht dann nicht mehr von einer Vorsorgeuntersuchung sondern von einer Nachsorgekoloskopie. Es wird dann, gemäss der Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie SGG, individuell besprochen, wann der Patient wiederkommen sollte. Diese Intervalle orientieren sich an der Grösse und Anzahl der gefundenen Polypen, der Beschaffenheit des Gewebes oder auch der Familiengeschichte. Jedes Mal nach einer Spiegelung sollte der Abstand bis zur nächsten mit dem Arzt neu festgelegt werden.

Dr. Sendensky, wie hoch ist denn das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken – ohne die Vorsorge?

Alexander Sendensky: Es ist immerhin die dritthäufigste Krebsart weltweit, und auf beide Geschlechter bezogen, die zweithäufigste Tumor bedingte Sterblichkeit in der westlichen Welt. Zudem sehen wir, dass immer mehr auch jüngere Leute daran erkranken.

Kann Darmkrebs oftmals relativ symptomfrei verlaufen?

Alexander Sendensky: Ja, so ist es, daher können Menschen auch lange den Tumor schon haben, ohne es zu wissen. Wird er dann schliesslich entdeckt, ist es meist schon zu spät, ihn endoskopisch zu entfernen. Ein grösserer chirurgischer Eingriff ist nötig, und das bedeutet fast immer, dass der Patient einen Teil seines Darms verlieren wird. Das kann eine gut gemachte Vorsorge vermeiden.

Dennoch scheuen viele Menschen eine Darmspiegelung. Wie schaffen Sie es, den Patienten die Bedenken zu nehmen?

Peter Netzer: Früher war die Untersuchung schmerzhaft, da der Patient wach war. Heute bekommen die Patienten in den allermeisten Fällen ein leichtes Schlafmittel, sodass sie nichts von der Untersuchung spüren. Fünf bis zehn Minuten nach dem Eingriff ist der Patient wieder voll da und wach. Zudem ist die Darmvorbereitung heute auch einfacher und erträglicher.

Nicht wenige Menschen empfinden die hohe Flüssigkeitszufuhr vor der Untersuchung als belastend. Was hat sich dahingehend in den vergangenen Jahren positiv verändert?

Peter Netzer: Da hat sich einiges getan. Während bis vor wenigen Jahren vier Liter einer salzig-wässrigen Lösung Standard waren, gibt es heute mehrere weniger belastende Abfuhrschemas. Bei unserem häufigsten Schema, reicht es heute in den meisten Fällen aus, mit ganzen zwei Litern den Darm zu spülen – einen Liter am Vorabend und einen dann am Untersuchungstag früh am Morgen. In über 90 Prozent der Fälle ist dann im Darm alles gut zu erkennen. Eine Ausnahme sind Menschen, die an einer schweren Verstopfung leiden. Sie müssen bis zur doppelten Menge an Flüssigkeit zu sich nehmen.



Für alle, die weder eine familiäre Belastung noch ein erhöhtes Risiko aufgrund einer chronisch entzündlichen Darm-erkrankung haben, wird empfohlen, ab dem Alter von 50 Jahren zur Darmkrebsvorsorge zu gehen. Denn ab 50 steigt das Risiko für altersbedingten Darmkrebs an. Bei erhöhtem Darmkrebsrisiko müssen Vorsorgeuntersuchungen schon im jüngeren Lebensalter begonnen werden.

Welche Verfahren gibt es heutzutage, um Darmkrebs zu diagnostizieren?

Peter Netzer: Neben der klassischen Koloskopie gibt es mindestens drei weitere etablierte Methoden: Hierzu zählen Stuhltests, zum Beispiel Immunotests, mithilfe derer man verstecktes Blut im Stuhl nachweisen kann. Im positiven Fall ist eine Koloskopie notwendig. Leider wird mit diesen Tests höchstens ein Drittel der Tumore und Polypen erfasst. Mittels der flexiblen Sigmoidoskopie, die keine Sedation und kein Abführen benötigt, wird nur der letzte Drittel des Dickdarms untersucht, wo aber die meisten Polypen, rund 60 Prozent, und Tumore zu finden sind. Falls man Polypen findet, wird dann in einem zweiten Schritt auch der ganze Dickdarm mittels Koloskopie untersucht. Und dann gibt es noch die virtuelle CT-Kolografie, ein radiologisches Verfahren, um das Innere des Dickdarms zu betrachten und auf Veränderungen zu untersuchen. Bei einem positiven Befund muss dann eine Koloskopie erfolgen. Der Nachteil dieser Methode ist die Strahlenbelastung und die geringere Chance kleine Polypen zu finden als bei der Koloskopie. Weitere spezielle Stuhl- und Bluttests sind im Handel vorhanden, jedoch noch nicht als Routineuntersuchung etabliert, da sie vor allem die Polypen zurzeit noch ungenügend erfassen.

Gibt es einen Goldstandard?

Peter Netzer: Die bevorzugte Untersuchungsmethode ist die Koloskopie. Damit haben wir die höchsten Detektionsraten. Zudem können wir gleichzeitig intervenieren und die Polypen bis zu einer Grösse von zwei Zentimetern direkt entfernen. Das ist in über 95 Prozent der Fälle möglich. Sind die Polypen grösser, in höherer Anzahl vertreten oder sind besondere Gegebenheiten vorhanden, müssen spezielle Massnahmen getroffen werden, meistens in einem zweiten Schritt.

Wie verfahren Sie in diesen Fällen?

Peter Netzer: Dafür gibt es verschiedene endoskopische Methoden, selten ist aber auch einmal eine Operation nötig. Neben den her-

kömmlichen Methoden wie zum Beispiel die Endoskopische Mukosaresektion, kurz EMR, bei der die Schleimhautoberfläche mit dem Polyp mit einer elektrischen Schlinge, in einem oder mehreren Stücken abgetragen wird, gibt es auch neuere Methoden wie die Endoskopische Submukosadissektion, kurz ESD. Diese Methode wird vor allem bei sehr grossen Polypen, schwierigen Untersuchungsbedingungen oder wenn nicht sicher ist, ob es sich schon um ein Karzinom im Frühstadium handelt, eingesetzt. Neuerdings kann mit speziellen Geräten auch eine lokale Vollwandresektion endoskopisch durchgeführt werden, falls dies notwendig erscheint. Diese zusätzlichen Methoden sind nur in ausgewählten Fällen sinnvoll und werden, da sie eine zusätzliche Schulung benötigen und aufwendig sind, nur in wenigen gastroenterologischen Zentren in der Schweiz angeboten.

Was ist das Besondere an der ESD-Methode?

Peter Netzer: Bei der ESD wird das Endoskop in den Dickdarm eingeführt und der Tumor zunächst an den Rändern markiert. Anschliessend unterspülen wir die Schleimhaut mit einer speziellen Lösung. Dadurch hebt sie sich von den darunterliegenden Gewebeschichten ab und der erkrankte Bereich kann mit sehr feinen elektrischen Messern umschnitten und in einem Stück, mit der Hälfte der Darmwand, herausgelöst werden. Dies ist ein entscheidender Vorteil gegenüber der normalen Abtragung, bei der man nur die Oberfläche abtragen kann und grössere Polypen teilweise in mehreren Stücken abgetragen werden müssen, was die Gewebeuntersuchung erschwert. In vielen Fällen reicht jedoch das Standardverfahren aus.

Mit welchen Begleiterscheinungen müssen die Betroffenen rechnen?

Peter Netzer: Das ist ähnlich, wie wenn man Polypen entfernt. Es kann bei einigen Patienten ein wenig Bauchschmerzen, eine erhöhte Temperatur oder auch Blähungen geben. Mögliche Komplikationen während des Eingriffs sind Blutungen

oder Perforationen, sprich Darmwandverletzungen. In der Regel können diese Komplikationen direkt endoskopisch bei der Dickdarmspiegelung behoben werden, sehr selten kann es einmal auch zu einer Operation führen. Häufig bleiben die Patienten ein bis zwei Tage im Spital, sodass wir schnell intervenieren könnten, wenn eine Komplikation auftritt.

Das öffentliche Bewusstsein für die Notwendigkeit von Darmkrebsvorsorge wächst. Wie wichtig sind Awareness-Kampagnen?

Alexander Sendensky: Sehr wichtig, und sie zeigen tatsächlich Wirkung. Es gibt viele Patienten, die aufgrund solcher Kampagnen überhaupt erst darauf aufmerksam werden und zur Vorsorge kommen. Grundsätzlich sollte keiner zu lange überlegen, sondern es einfach tun. Drastisch formuliert: Wer eine halbe Stunde darüber nachdenkt, ob er den Krebs abwarten möchte oder nicht, bei dem hätte in genau der Zeit bereits eine Koloskopie gemacht und eine mögliche Krebserkrankung verhindert werden können.

Können Sie bereits Erfolge durch die Vorsorge erzielen?

Peter Netzer: Seit dem Beschluss des Bundesrates im Jahr 2013, die Vorsorgekoloskopie als kassenpflichtig anzuerkennen, ist der Zeitraum noch zu kurz, um zuverlässige Daten für die Schweiz anzugeben. Es gibt aber Studien aus der Schweiz, die die Wirksamkeit der Vorsorgeuntersuchung deutlich demonstrieren. Ein Pionier diesbezüglich ist Prof. Dr. med. Urs Marbet von Altdorf. Bei unserem nördlichen Nachbarn Deutschland gibt es schon seit 2002 Vorsorgeprogramme; die Zehnjahresanalyse zeigte deutlich, dass die Darmkrebshäufigkeit und auch die entsprechenden Todesfälle deutlich abgenommen haben. Die Vorsorgekoloskopie schnitt in Deutschland deutlich besser ab als andere Krebsvorsorgeprogramme.

Alexander Sendensky: Das zeigt, dass die beste Prognose ist, Darmkrebs gar nicht erst zu bekommen. Machen Sie die Vorsorge, egal wo, Hauptsache überhaupt.



IM INTERVIEW

PD Dr. med. Peter Netzer (oben)
Dr. med. Alexander Sendensky (unten)

Gastroenterologie und Innere Medizin FMH
Lindenhofspital-Sahlihaus
Bremgartenstrasse 115 · CH-3012 Bern

T: +41 (0)31 300 44 44
F: +41 (0)31 300 44 45
E: praxis.netzer@hin.ch