

Darmkrebs-Früherkennung - Was sollte ich wissen?

An **Dickdarmkrebs (kolorektales Karzinom)** erkranken in Deutschland jährlich ca. 73.000 Männer und Frauen, etwa 27.000 versterben daran. Je früher Darmkrebs erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Eine regelmäßige Teilnahme am Früherkennungsprogramm erhöht nicht nur die Heilungschancen, sie bietet auch die Möglichkeit, entdeckte Krebsvorstufen zu entfernen und so eine mögliche Weiterentwicklung zu Krebs zu verhindern. Trotzdem sollte vor jeder Früherkennungsmaßnahme durch den Arzt auch über die Risiken aufgeklärt werden.

Die Wahrscheinlichkeit an Darmkrebs zu erkranken steigt ab dem Alter von 50 Jahren deutlich an. Im Rahmen des **gesetzlichen Früherkennungsprogramms** haben gesetzlich Versicherte ab diesem Alter Anspruch auf regelmäßige Untersuchungen. Dazu gehört eine jährliche Tastuntersuchung des Mastdarms (digital-rektale Untersuchung) sowie für 50- bis 54-Jährige ein jährlicher Test auf nicht sichtbares („okkultes“) Blut im Stuhl. Da sich mit dem Alter die Erkrankungswahrscheinlichkeit weiter erhöht, wird ab 55 Jahren die Darmspiegelung angeboten: Sie ist treffsicherer als der Stuhltest, außerdem können Krebsvorstufen sofort entfernt werden. Ohne Befund muss sie erst nach zehn Jahren wiederholt werden. Wer dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen möchte, kann stattdessen alle zwei Jahre einen Stuhltest durchführen, sollte sich jedoch zuvor auch vom Arzt über die Vor- und Nachteile beider Verfahren aufklären lassen.

Das gesetzliche Programm zur „Krebsvorsorge“ richtet sich an beschwerdefreie Personen, bei denen kein besonderes Darmkrebsrisiko bekannt ist. Manche Menschen haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bedingt durch erbliche Veranlagungen, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen oder durch früher bereits aufgetretene Krebsvorstufen (adenomatöse Darmpolypen). Für diese **Risikogruppen** gibt es gesonderte Empfehlungen zur Früherkennung. Die Untersuchungen beginnen meist früher und sind engmaschiger als bei der Allgemeinbevölkerung.

Test auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl

Mit diesem Test wird Blut im Stuhl nachgewiesen, das mit bloßem Auge nicht sichtbar ist. Grundlage für die Stuhltestung ist die Tatsache, dass Dickdarntumoren häufiger bluten als die normale Darmschleimhaut. Zur Durchführung des Okkultbluttests werden Proben mehrerer Stuhlgänge auf einen Papierstreifen aufgebracht. Bei der Entwicklung des Teststreifens im Labor zeigt ein Farbumschlag Blut im Stuhl an. Man bezeichnet dieses chemische Testverfahren auch als **Guajak-basierten Stuhltest** oder Guajak-Test (Handelsname z.B. HämOccult®).

Der Vorteil des Stuhltests ist seine leichte Durchführbarkeit, nachteilig ist die geringe Empfindlichkeit (Sensitivität): Ein negativer Test (kein Blutnachweis im Stuhl) schließt das Vorliegen von Dickdarmkrebs nicht sicher aus, denn ein Tumor kann, muss aber nicht bluten; außerdem kann das Testergebnis auch durch die Einnahme von Vitamin C-Präparaten falsch-negativ sein. Ebenso kann ein positives Testergebnis fehlerbehaftet sein, bedeutet also nicht zwangsläufig, dass Dickdarmkrebs vorliegt: Blut im Stuhl kann auch andere Ursachen als Krebs haben; daneben können Nahrungsmittel (z. B. nicht ausreichend gekochtes rotes Fleisch) oder Medikamente zu einem falsch-positiven Testergebnis führen. Trotz seiner Störanfälligkeit wird der Stuhltest als geeignetes Angebot zur unkomplizierten Darmkrebsfrüherkennung angesehen. Wie große Studien zeigen, senkt seine regelmäßige Anwendung die Darmkrebssterblichkeit in der Bevölkerung um 25%, d.h. einer von 4 Todesfällen kann durch den Test verhindert werden.

Neben dem Guajak-basierten Test, der Bestandteil des gesetzlichen Früherkennungsprogrammes ist und von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt wird, werden so genannte **immunologische Stuhltests** als individuelle Gesundheitsleistungen (IGel) angeboten. Bei diesen Verfahren werden Blutspuren im Stuhl nicht chemisch nachgewiesen, sondern mittels spezifischer Antikörper gegen menschliche Blutbestandteile. Falsch positive Ergebnisse durch Nahrungsbestandteile sind daher nicht zu befürchten. Die immunologischen Testverfahren werden derzeit in größerem Umfang daraufhin geprüft, ob sie möglicherweise den herkömmlichen chemischen Test ablösen können. Bisherige Studien zeigen zwar, dass die immunologischen Prüfverfahren Krebsvorstufen besser entdecken können als der chemische Test, manche der angebotenen immunologischen Tests liefern aber eine hohe Rate an falsch-positiven Ergebnissen, d.h. geben häufig „falschen Alarm“ und eignen sich daher nicht für Früherkennungsuntersuchungen.

Nach einem positiven Stuhltest, gleich welcher Testmethode, sollte eine komplette Spiegelung des Dickdarms (Koloskopie) zur Abklärung des Krebsverdachts durchgeführt werden.

Stuhl-DNA-Tests und Bluttests

Liegen Darmpolypen oder bösartige Darmtumoren vor, so gelangen Zellen dieser Wucherungen in den Stuhl. Solche Zellen tragen spezifische Veränderungen in ihrem Erbgut (DNA), die sich in Stuhlproben nachweisen lassen, jedoch nur durch spezialisierte Labors. Stuhl-DNA-Tests sind neue Verfahren, deren Nutzen noch nicht ausreichend durch wissenschaftliche Daten belegt ist. Dasselbe gilt für Testverfahren, bei denen krebspezifische Marker (Proteine, DNA u.a.) im Blut nachgewiesen werden.

Darmspiegelung (Koloskopie)

Die **Koloskopie** ist ein eingreifendes (invasives) Verfahren. Das Koloskop – ein etwa fingerdickes, schlauchartiges Gerät mit Lichtquelle und kleiner Videokamera am Vorderende – wird in den After eingeführt und im Dickdarm schrittweise bis zum Dünndarm vorgeschoben. Beim Zurückziehen des Instruments wird der gesamte Dickdarm genau auf verdächtige Schleimhautveränderungen hin abgesucht. Der Darm muss für diese Untersuchung vollständig entleert sein, damit die Schleimhaut gut einsehbar ist. Die hierfür notwendigen Abführmaßnahmen beginnen ein bis zwei Tage vor der eigentlichen Untersuchung. Werden bei der Darmspiegelung auffällige Schleimhautwucherungen (Polypen) entdeckt, so können diese mit Zusatzinstrumenten (z.B. Biopsiezange, Elektroschlinge), die sich ebenfalls an der Spitze des Koloskops befinden, noch während der Untersuchung abgetragen werden. Damit bietet die Darmspiegelung die Gelegenheit, bereits Krebsvorstufen zu entfernen, so dass daraus bösartige Tumoren gar nicht erst entstehen können. Die Untersuchung wird ambulant vorgenommen. Sie kann als unangenehm und selten auch als schmerzhaft empfunden werden, weshalb der Arzt auf Wunsch eine Kurznarkose oder ein Beruhigungsmittel geben kann.

Es ist nicht ausgeschlossen, dass bei der Koloskopie Polypen übersehen werden, insbesondere wenn diese flach oder eingesenkt sind oder sich im rechtsseitigen Dickdarm befinden. Trotzdem ist dieses Untersuchungsverfahren das zuverlässigste zur Auffindung von bösartigen Darmtumoren und deren Vorstufen, es gilt als Standardverfahren. Wie zuverlässig bei einer Darmspiegelung alle vorhandenen Schleimhautveränderungen entdeckt werden, hängt entscheidend von der Qualität der Untersuchung ab. Diese wiederum steht unter anderem auch mit der Erfahrung des Untersuchers in Zusammenhang. Wichtige Qualitätsmerkmale beinhalten die Spiegelung des gesamten Dickdarms bis zur Übergangsstelle in den Dünndarm, die optimale Darmreinigung mit wenig oder keinen Stuhlresten sowie die sorgfältige Inspektion der Darmschleimhaut beim Zurückziehen des Koloskops. Die Rückzugszeit sollte mindestens 6 Minuten betragen. Zur Früherkennungskoloskopie berechnete Ärzte benötigen eine besondere Qualifikation.

Bei der Darmspiegelung und speziell bei der Entnahme von Gewebeproben kann es selten zu Komplikationen wie z.B. Blutungen kommen. Das Koloskopie-Programm zur Darmkrebsfrüherkennung wird wissenschaftlich begleitet. Die Auswertung für den Zeitraum 2003 bis 2006 ergab eine Rate von nur 2,6 Komplikationen pro 1.000 Untersuchungen.

Die **Sigmoidoskopie**, eine Spiegelung lediglich des Mastdarms und der untersten Dickdarmschleife (Sigma), ist zwar weniger aufwändig als die Koloskopie, aber auch weniger aussagefähig: Bei der Sigmoidoskopie werden die oberen zwei Drittel des Dickdarms nicht untersucht, dort sind jedoch bei Männern etwa ein Drittel und bei Frauen zwei Drittel der Polypen zu finden.

Die **virtuelle Koloskopie** ist keine invasive Methode. Sie stützt sich auf Bilder aus Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) und hat ein geringeres Komplikationsrisiko als die herkömmliche Koloskopie. Eine sorgfältige Darmentleerung ist auch hier notwendig. Die CT-Kolonografie ist eine Röntgenuntersuchung mit entsprechender Strahlenbelastung, bei der vor der Untersuchung ein Kontrastmittel geschluckt werden muss. Bei der virtuellen Koloskopie können weder Gewebeproben entnommen noch Wucherungen entfernt werden. Einem verdächtigen Befund muss sich daher eine konventionelle Koloskopie anschließen. Trotz Weiterentwicklung des Verfahrens und einiger vielversprechender Studienergebnisse kann die virtuelle Koloskopie die „echte“ Koloskopie in der Früherkennung derzeit nicht ersetzen.

Dieses Informationsblatt dient als Grundlage für die weitere Informationssuche. Auch der Krebsinformationsdienst beantwortet Ihre Fragen telefonisch innerhalb Deutschlands unter der kostenfreien Rufnummer 0 800 - 420 30 40, täglich von 8-20 Uhr, per E-Mail unter krebsinformationsdienst@dkfz.de und im Internet unter www.krebsinformationsdienst.de.