



LANDESKRANKENHAUS FELDKIRCH

Universitäres Lehrkrankenhaus

Colorektales Karzinom Screening

Public Health Sicht

Karzinom Screening 2. Teil

Lingenau 28. April 2017

PD Dr. Alois Lang

Abteilung für Innere Medizin II: Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie

Akademisches Lehrkrankenhaus Feldkirch

AKS Krebsregister Vorarlberg



Colorektales Karzinom Screening

Public Health Sicht

- ❖ Wilson & Jungner Kriterien
- ❖ Europäische Union, Österreich und Vorarlberg
- ❖ Familiäre Colonkarzinome
- ❖ Expositions- (Performance) bias
- ❖ Ausblick

Box 1 | Cancer screening in 2016: meeting the Wilson and Jungner¹ criteria?

1. The condition sought should be an important health problem
- Criterion met
2. There should be an accepted treatment for patients with recognized disease
- Criterion met
3. Facilities for diagnosis and treatment should be available
- Criterion met
4. There should be a recognizable latent or early symptomatic stage
- Criterion not fully met. Owing to the spectrum of disease heterogeneity, more often true for some cancer types (cervical and colorectal), but less often true for other types (breast, prostate, and lung)
5. There should be a suitable test or examination
- Criterion met
6. The test should be acceptable to the population
- Criterion met
7. The natural history of the condition, including development from latent to declared disease, should be adequately understood
- Criterion not fully met. Focus for improvement: cervical intraepithelial neoplasia, ductal carcinoma *in situ*, colonic polyps, lung nodules, and indolent invasive cancers (for example, Gleason 6 prostate cancers)
8. There should be an agreed policy on whom to treat as patients
- Criterion not fully met. Focus for improvement: management of disease entities listed in above
9. The cost of case-finding (including diagnosis and treatment of patients diagnosed) should be economically balanced in relation to possible expenditure on medical care as a whole
- Criterion not fully met. Focus for improvement: refining targets of screening and biopsy to improve yield and focus on precursor or early stage forms of potentially morbid disease
10. Case-finding should be a continuing process and not a “once and for all” project
- Criterion not fully met. Focus for improvement: screening registries should be established to facilitate quality improvement

Wilson & Jungner Kriterien

	<u>KRK</u>
1. Wichtiges Gesundheitsproblem	ja
2. Etablierte Therapie vorhanden	ja
3. Diagnostik und Behandlung	ja
4. Frühstadium	
5. Test oder Untersuchung	ja
6. Akzeptabel für Bevölkerung	ja
7. Pathogenese und Entwicklung	
8. Leitlinien für Therapie	ja
9. Ökonomisch akzeptiert	ja
10. Programm	ja





Wilson & Jungner Kriterien	KRK		Kolon li	Kolon re	Rektum
1. Wichtiges Gesundheitsproblem	Ja		ja	ja	ja
2. Etablierte Therapie vorhanden	ja		ja	ja	ja
3. Diagnostik und Behandlung	ja		ja	ja	ja
4. Frühstadium	jein		ja und nein	ja und nein	ja
5. Test oder Untersuchung	ja		ja	ja	ja
6. Akzeptabel für Bevölkerung	jein		ja und nein	Ja und nein	ja
7. Pathogenese und Entwicklung	jein		ja und nein	Ja und nein	ja
8. Leitlinien für Therapie	ja		ja	ja	ja
9. Ökonomisch akzeptiert	jein		Ja	Ja und nein	ja
10. Programm	ja		ja	ja	ja

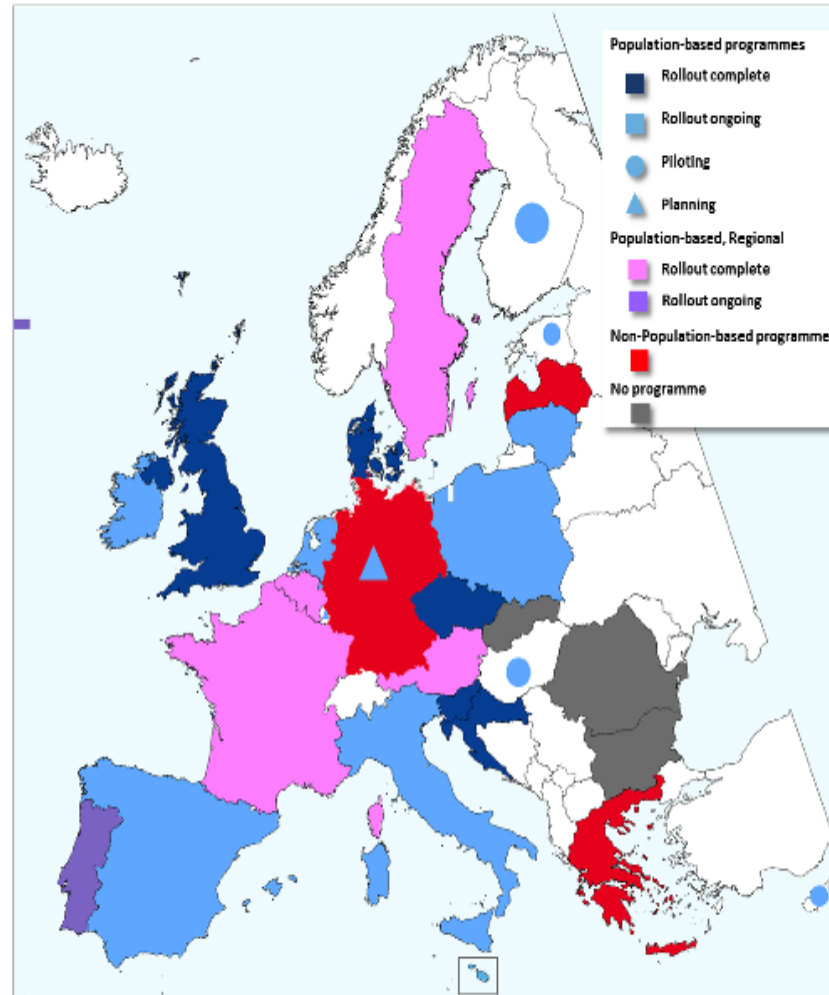


Cancer Screening in the European Union (2017)

Report on the implementation of the Council
Recommendation on cancer screening

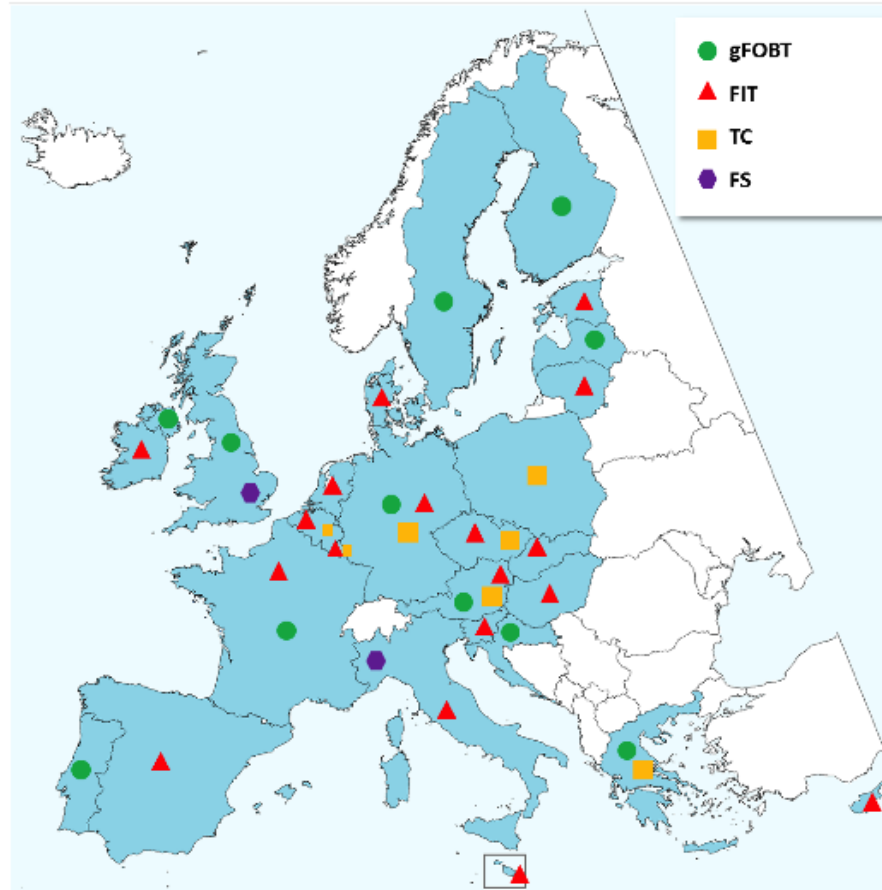
Cancer Screening in the EU 2017

Figure 3.3. Distribution of colorectal cancer screening programmes in the EU in 2016



Cancer Screening Tests in the EU 2017

Figure 3.4. Tests used for colorectal cancer screening in the EU member states in 2016



Legend - gFOBT: Guaiac Fecal Occult Blood Test; FIT: Fecal Immunochemical Test; FS – Flexible Sigmoidoscopy;
TC – Total Colonoscopy.

Figure 1.3.2. European age-standardized incidence rates of colorectal cancer in men (E-ASR/100,000 men-years) in the 28 members states of the EU (estimates for 2012; direct standardization using the European reference population)

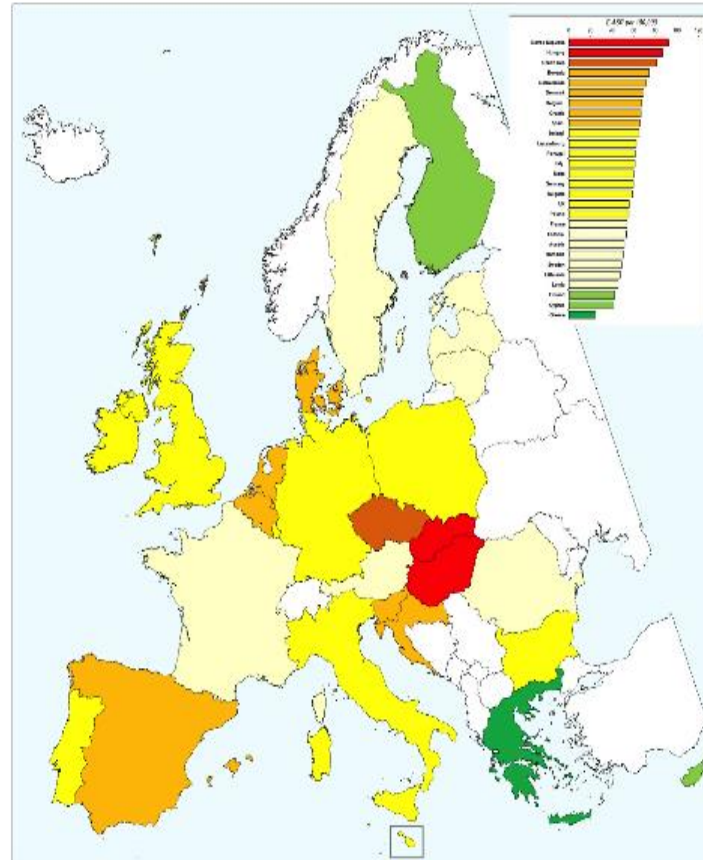


Figure 1.3.2 (a). European age-standardized incidence rates of colorectal cancer in men (E-ASR/100,000 men-years) in the 27 member states of the EU (estimates for 2006; direct standardization using the European reference population)



Sources: European Journal of Cancer 2013; 49:1374-1403; Ann Oncol 2007;18:581-92

Figure 1.3.3. European age-standardized mortality rates of colorectal cancer in women (E-ASR/100,000 women-years) in the 28 member states of the EU (estimates for 2012; direct standardization using the European reference population)

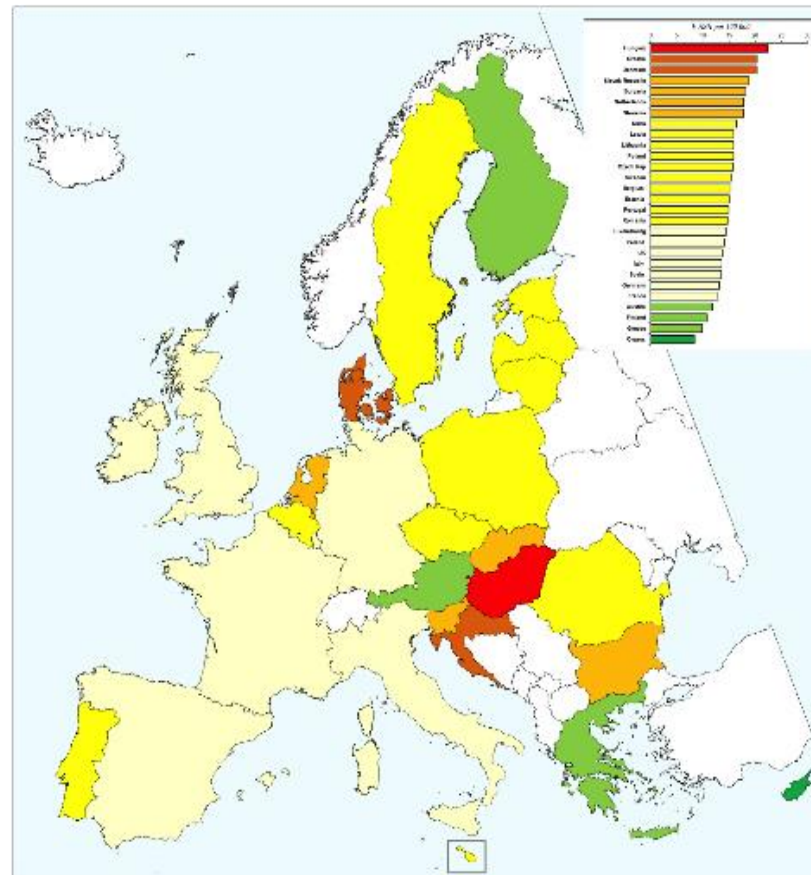


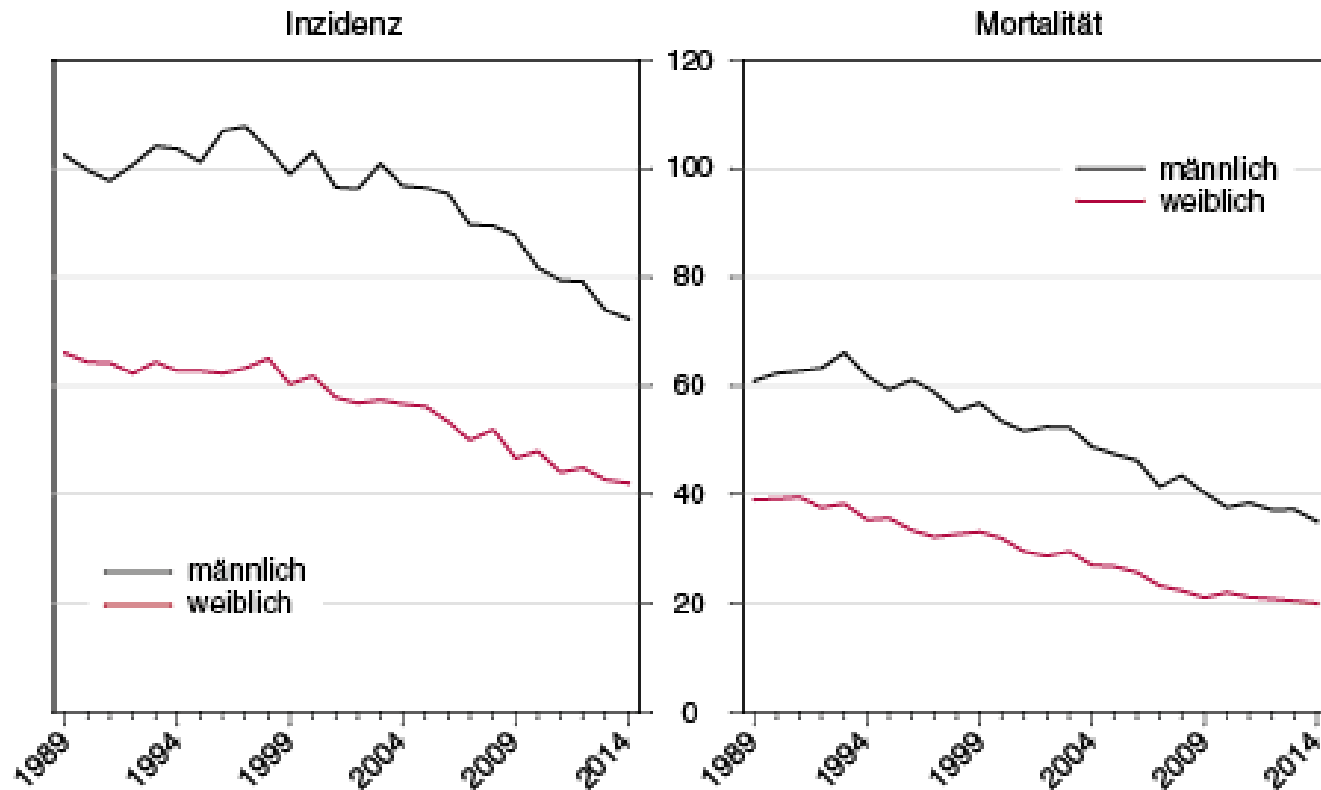
Figure 1.3.3 (a). European age-standardized mortality rates of colorectal cancer in women (E-ASR/100,000 women-years) in the 27 member states of the EU (estimates for 2006; direct standardization using the European reference population)



Darmkrebs Screening in Deutschland und Österreich

Untersuchung	Deutschland	Österreich
Digitale rektale Untersuchung	jährlich ab dem 45. Lebensjahr Lj.	jährlich ab dem 40. Lj.
Test auf okkultes Blut (Guajak, FOBT)	jährlich zwischen dem 50. und 54. Lj. zweijährlich ab dem 55. Lj. als Alternative zur Koloskopie	jährlich ab dem 40. Lj.
Totale Koloskopie	ab dem 55. Lj. Wiederholung nach 10 Jahren bei unauffälligem Befund*	ab dem 50. Lj. alle 5-7 Jahre

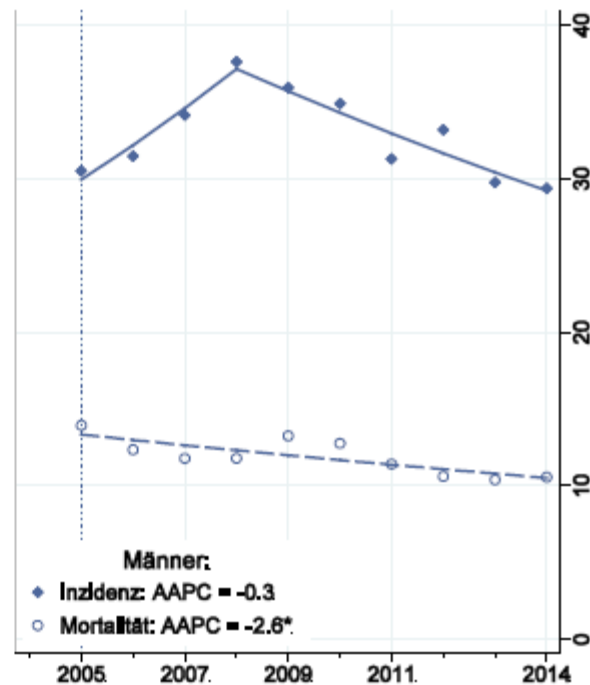
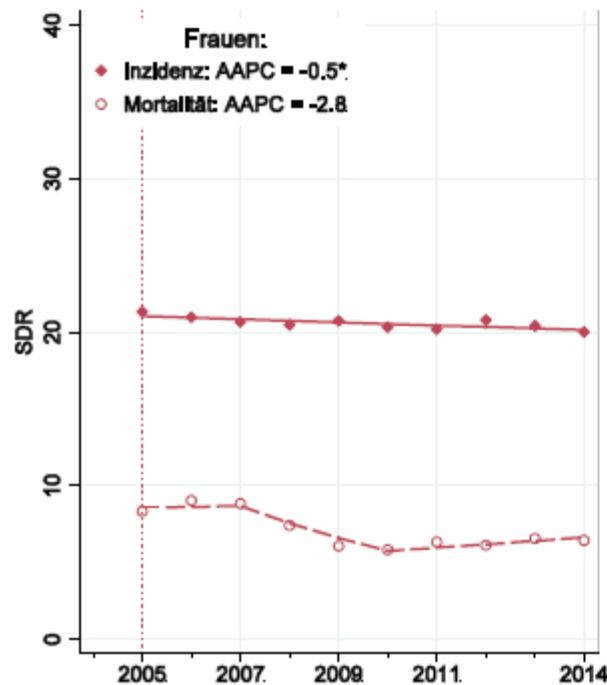
Bösartige Neubildungen des Darms im Zeitverlauf altersstandardisierte Raten auf 100.000 Personen (EUR13-Weltbevölkerung)



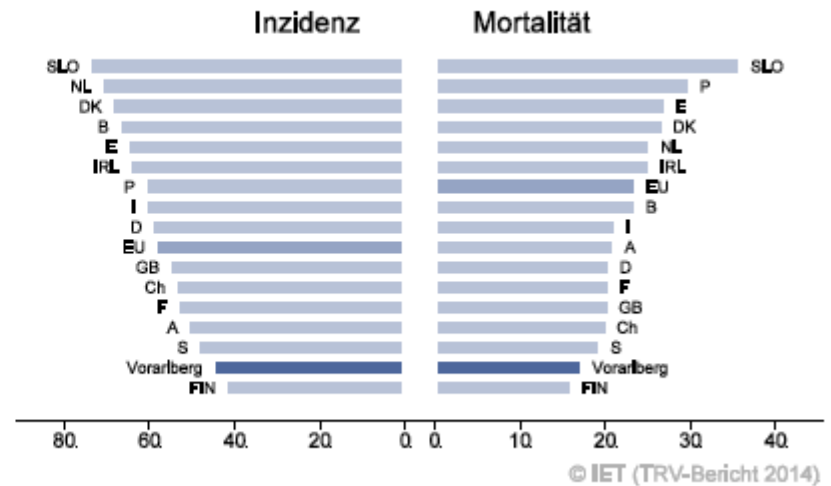
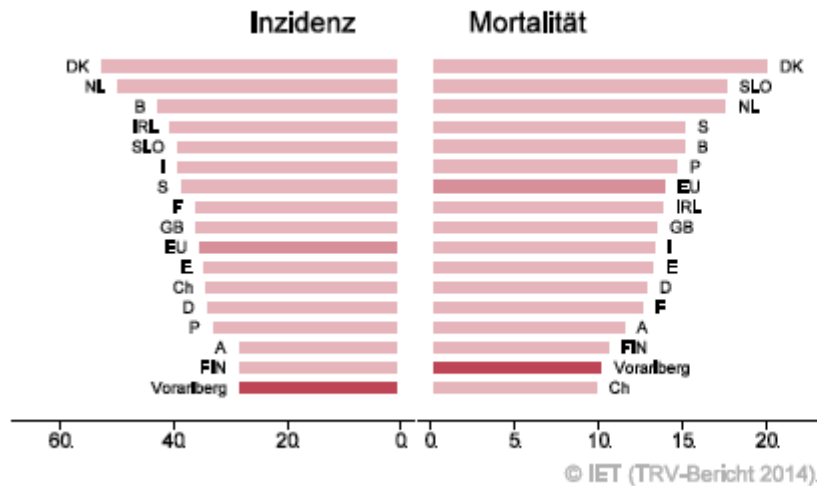
Q: STATISTIK AUSTRIA, sterreichisches Krebsregister (Stand 15.11.2016) und Todesursachenstatistik.
Erstellt am 28.11.2016.

KRK 2005 -2015

Vorarlberg



Kolorektales Karzinom EU Vergleich

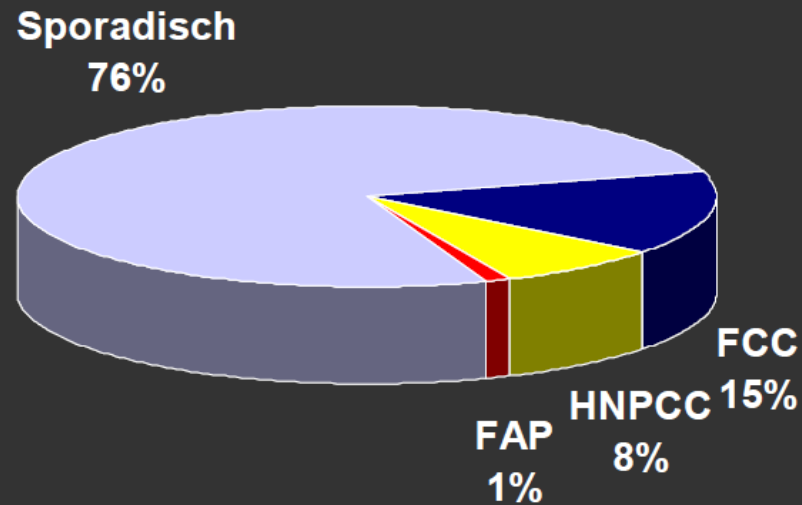


Kolorektales Karzinom

- **Screening am besten bei biologisch uniformen Tumoren**
 - Krankheit und nicht zu frühe Vorstufen
 - Richtiges Intervall
- **Informierte Entscheidung durch Patient**
- **Tumoren einer Organentität haben unterschiedliches biologisches Verhalten (indolent bis aggressiv, genetisch, hereditär)**
 - Kolonkarzinom links und rechts
 - Rektum

KRK Vorarlberg

Public Health Sicht



Robertson et al: 1999

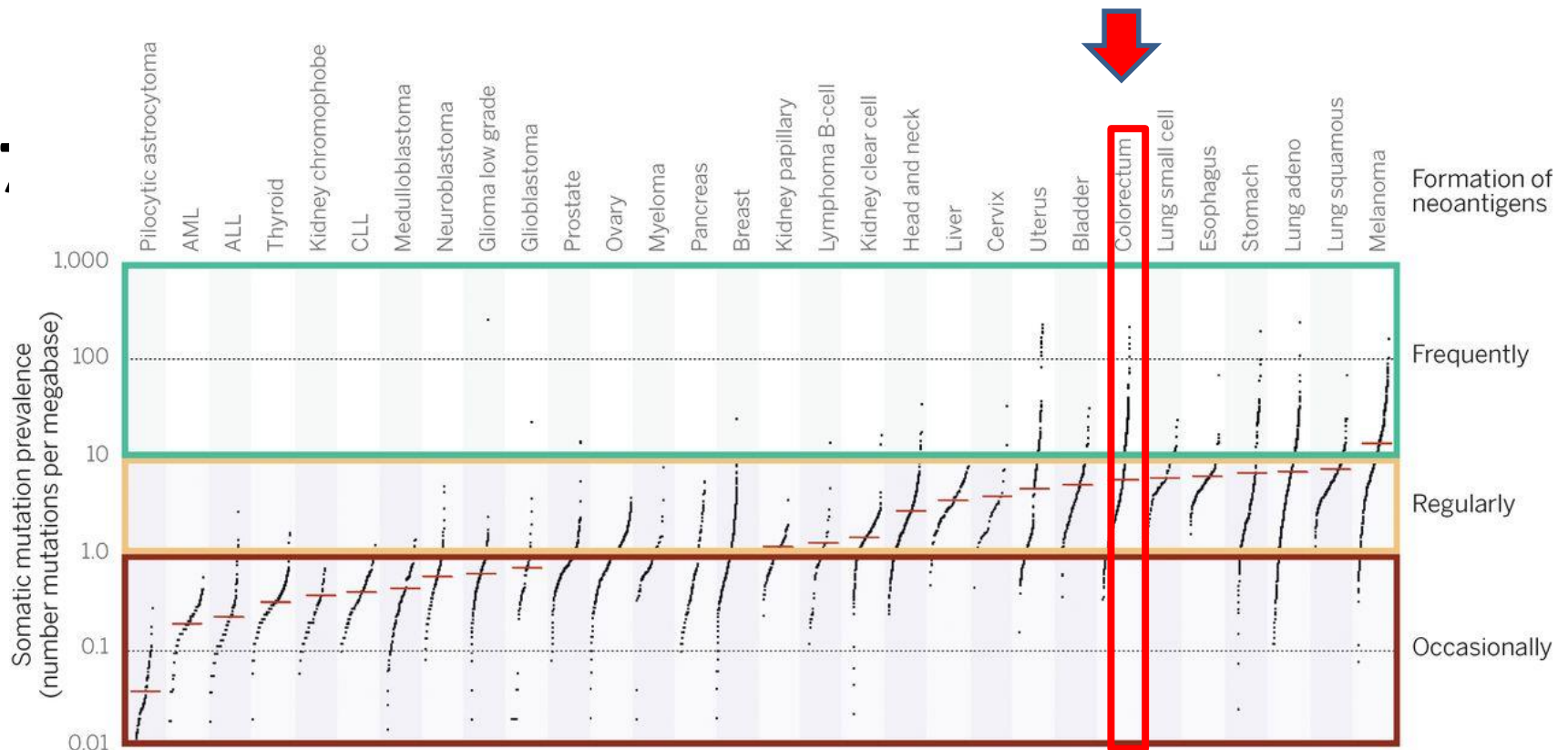
Colonkarzinom

4. Frühstadium

7. Pathogenese und Entwicklung

ja und nein

ja und nein



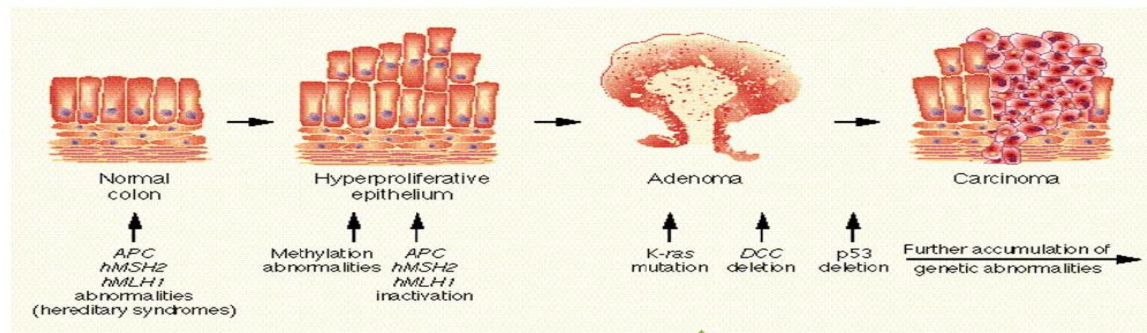
KRK Vorarlberg

Public Health Sicht

- Gesundheitsbewusste gehen zur Koloskopie
(Expositionsbias: Stadium UICC IV 2005 -2014 unverändert)



Familiäre colorektale Karzinome
Früher, Genetik, kürzere Intervalle

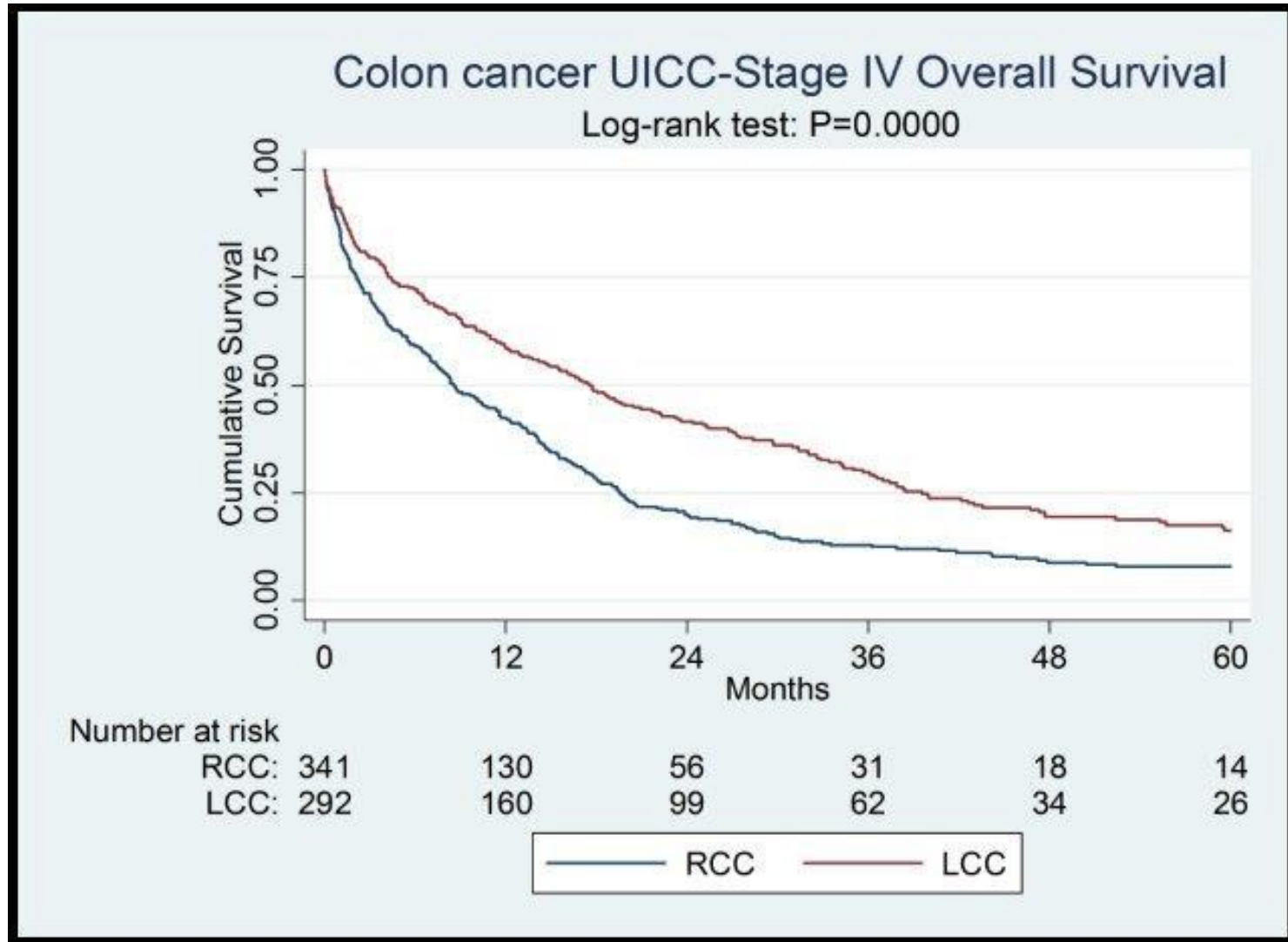


Fearon und Vogelstein; Cell 1990

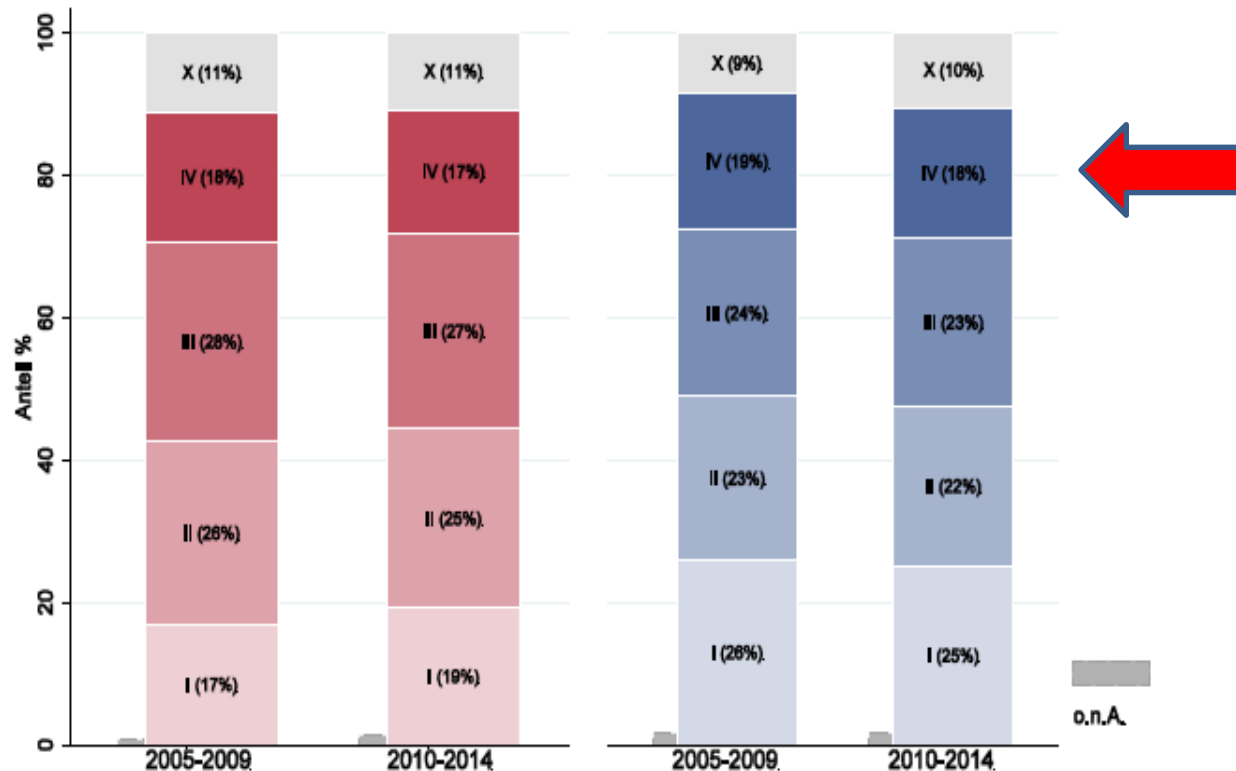


Adenom-Karzinom Sequenz
7 – 10 Jahre

Kolorektales Karzinom Tirol und Vorarlberg 2005 - 2014



KRK nach UICC Stadien Vorarlberg



UICC IV

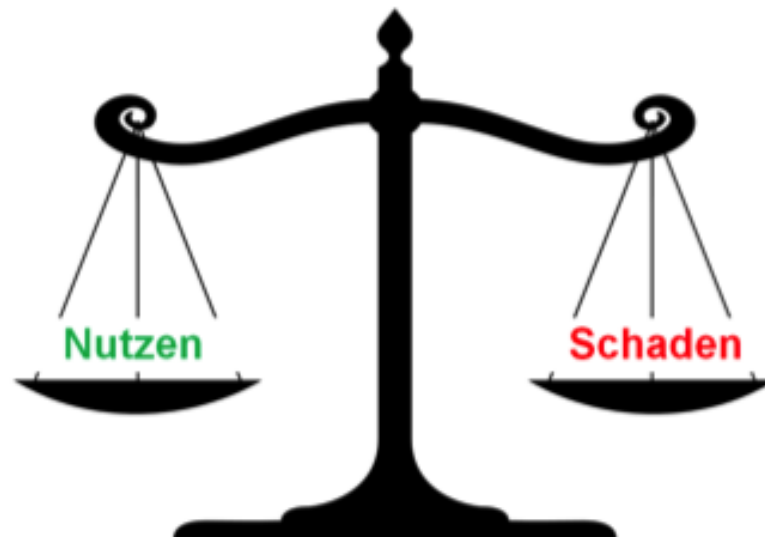
 Männer
 Frauen

Colonkarzinom

6. Akzeptabel für Bevölkerung **Ja und nein**

Expositionsbias (Performance) populationsbezogen






Wirtschaftliche Interessen		Organisation		Vermittlung von Information		Ideologie
Erfahrungen	Persönliche Einstellung		Individuelle Risikofaktoren			Alter
Optimale Methoden		Evidenz-basierte Medizin			Qualitätssicherung	

Screening

KRK Vorarlberg

Public Health Sicht



KRK in Vorarlberg gut positioniert
Informierte Entscheidung durch Patient

Expositionsbias bei Screening Koloskopie
Hereditäre Kolorektale Karzinome



Danke für Ihre Aufmerksamkeit