

Quantitativer immunologischer Stuhltest (qFIT)		Koloskopie	
bei durchschnittlichem Kolonkarzinomrisiko			
Vorteile	Nachteile	Vorteile	Nachteile
Hohe Akzeptanz (es machen mehr mit)	Alle 2 Jahre wiederholen	Nur alle 10 Jahre (sofern kein Adenom gefunden)	Invasiv, Komplikationen, Vorbereitung
einfach, rasch, zu Hause, Privatsphaere	Jahrelange Adhärenz - braucht Wieder- einladung mit beigelegtem Test		Schlechte Adhärenz bei Nachkontrollen
Weniger Koloskopien nötig		Mehr serratierte Adenome gefunden	Weniger grosse Adenome gefunden*
etwa 20 Koloskopien pro Karzinom	wohl mehr Intervallkarzinome		etwa 200 Koloskopien pro Karzinom
Nach 2. Runde mehr Karzinome und grosse Adenome* gefunden		besser bei erhöhtem Risiko (z. B. 1° Verwandte)	
kostensparend			Teurer: viel Manpower nötig

*bei intention to screen Analyse.

- Grobbee JM: Clin Gastroenterol Hepatol 2020:** prospektive Studie in den Niederlanden.
Intention to screen: FIT (cut off 10ugHb/g Stuhl) alle 2 Jahre versus Koloskopie alle 10 Jahre
- Mit FIT nach 6 Jahren mehr Karzinome gefunden (57 versus 15 pro 10'000 Leute)
 - Mit Fit nach 6 Jahren mehr grosse Adenome (450 versus 201 pro 10'000 Leute)
 - Mit FIT nach 6 Jahren weniger serratierte Adenome (108 versus 390 pro 10'000 Leute)
 - Nutzen von FIT übersteigt ab 2. Runde zunehmend jenen der einmaligen Koloskopie

- Quintero E: New Engl J Medicine 2012:** prospektive randomisierte Studie in Südspanien.
Randomisierte kontrollierte Studie bei > 50'000 Leuten.
Intention to screen: 1x FIT (cut off 15ugHb/g Stuhl) versus 1x Koloskopie:
- Gleich viele Karzinome (FIT 32, Koloskopie 26)
 - Bei FIT und Koloskopie waren 70% der Kolonkarzinome im frühen Stadium I.

- Kling J: Lancet Gastroenterol Hepatol 2022:** prospektive Studie in Schweden
1x Koloskopie versus 2x FIT bei 278'280 Leuten
- (Nicht signifikant) mehr Karzinome bei FIT (0.20% versus 0.16% bei Koloskopie)
 - Mehr fortgeschrittene Adenome bei Koloskopie (2.05% versus 1.61% bei FIT)
 - FIT braucht weniger Koloskopien bei Karzinomsuche (49 versus 218)
 - FIT braucht weniger Koloskopien zur Entdeckung grosser Adenome (6 versus 17)

Warum braucht es organisierte Programme für das kolorektale Karzinom Screening (KRKS)?

- Alle Leute werden erfasst, nicht nur jene, die einen (Haus-)Arzt haben
- Generell höhere Teilnahmerate
- Sozial schlechter gestellte Leute machen häufiger mit
- Kleinere finanzielle Barrieren in Programmen (Befreiung von der Franchise)
- Einheitliche Information über angebotene Vorsorge Tests mit Vor- und Nachteilen
- Sprachliche Barrieren können reduziert werden
- Organisierte automatisierte Reminder und Motivatoren bei «Nicht Teilnehmern»
- Feedbacks an Screening Anbieter über die erreichte Teilnahme beim KRKS möglich
- Sicher gestellte, automatisierte Wiedereinladung mit gleichzeitiger Zustellung des Testmaterials für FIT
- Motivatoren können flächendeckend systematisch eingebaut werden (persönliche Unterstützung durch instruierte Fachleute und Laien)
- Standardisierte Qualitätssicherung
- Tiefere Dickdarmkrebs Mortalität in Programmen (Studien aus Italien und England)

Nachteile:

- Administrativer Aufwand
- Kosten für das Programmzentrum und EDV Unterstützung

Prof. Dr. Urs Marbet steht als Ersteller dieses Dokuments für Rückfragen gerne zur Verfügung (marbet@bluewin.ch).