

KR-Karzinom Disclaimer



Leitlinie Kolorektales Karzinom, Screenig und Prävention

Disclaimer, Impressum, Copyright

Originaldokument: Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Gastroenterologische Onkologie/Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Verantwortlichkeit und Verfahren der Konsensbildung [Anmerkung 2](#)

Einteilung von Empfehlungsklassen evidenzbasierter Leitlinien lt. AHCPR 1994 [Anmerkung 1](#)

Überarbeitung der Leitlinie durch evidence.de, Verantwortliche [Anmerkung 3](#)

Copyright der Leitlinie bei evidence.de [Anmerkung 4](#) ,

Eigenverantwortlichkeit bez. der Medikamentendosierungen [Anmerkung 5](#)

Haftungsausschluss bei Empfehlungen und bei Hyperlinks [Anmerkung 6](#)

Anmerkung 1

Einteilung von Empfehlungsklassen evidenzbasierter Leitlinien (aus AHCPR (1994), Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1979), Helou A (1998b))

Grad Empfehlungsklasse

A (Evidenz-Grade Ia, Ib) ist belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie enthält

B (Evidenz-Grade IIa, IIb, III) ist belegt durch gut durchgeführte, nicht randomisierte, klinische Studien

C (Evidenz-Grad IV) ist belegt durch Berichte und Meinungen von Expertenkreisen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin

Anmerkung 2

Verfahren zur Konsensusbildung:

Ergebnisse einer interdisziplinären Konsensuskonferenz

Bochum, Januar 1999

Die Inzidenz kolorektaler Karzinome (KRK) hat sich von 1960 bis 1980 verdoppelt. Im Jahr 1996 verstarben in der Bundesrepublik 30.460 Patienten an einem kolorektalen Karzinom, das somit die zweithäufigste tumorbedingte Todesursache darstellt (110). 1997 sind nach Schätzungen des Robert-Koch-Institutes über 50.000 Neuerkrankungen aufgetreten. Das Lebenszeitrisko, an einem kolorektalen Karzinom zu erkranken, beträgt in Deutschland ca. 6%. Die Mehrzahl der Karzinome tritt nach dem 50. Lebensjahr auf. Um allgemeine Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik, Nachsorge und Therapie kolorektaler Karzinome - unter Berücksichtigung aktueller Studien und Forschungsergebnisse - festzulegen, fand am 15. und 16. Januar im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebsgesellschaft eine Konsensuskonferenz in Bochum statt. Anwesend waren neben Gastroenterologen Experten aus den Gebieten der Chirurgie, Hämatologie/Onkologie, Humangenetik, Pathologie sowie Radiologie und Strahlentherapie sowie Vertreter der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Krebsgesellschaft (ISTO) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Eine komplette Liste der Teilnehmer der Konsensusfindung befindet sich im Anhang. Vorbereitung und Ablauf der Konsensuskonferenz entsprachen im Wesentlichen den von Selbmann vorgestellten Leitlinien (101). Nach entsprechender Vorbereitung (Umfrage in Delphitechnik und Erarbeitung von Konsensusvorschlägen in nominaler Gruppentechnik) fand am ersten Tag der Konsensuskonferenz in Arbeitsgruppen eine erneute Überarbeitung der Konsensusvorschläge statt.

Der Versuch einer Konsensfindung erfolgte am folgenden Tag im Plenum durch Diskussion und anschließende Abstimmung über die vorgestellten Konsensvorschläge. Die beschlossenen Empfehlungen werden im Folgenden vorgestellt. Wenn nicht anders vermerkt, wurden die Empfehlungen einstimmig verabschiedet. Eine Revision der Empfehlungen ist für 2002 geplant. Hinsichtlich des Themenkomplexes Therapie und Nachsorge kolorektaler Karzinome wurde während der Konsensuskonferenz ein abweichendes Vorgehen besprochen. Da es zu diesem Themenkomplex bereits eine Vorlage der Deutschen Krebsgesellschaft gab, wurden die in dieser Vorlage festgelegten Positionen durch die Vorbereitungsgruppe und das Plenum erneut besprochen und in einigen Punkten revidiert. Die revidierte Fassung, die in der Zwischenzeit veröffentlicht worden ist (26, 27), ist ebenfalls enthalten. Die den Empfehlungen zugrunde liegenden Studien wurden entsprechend ihrem Studiendesign soweit möglich in verschiedene Kategorien nach der Klassifikation der Canadian Task Force Classification of Recommendations and Study Designs eingeteilt. Die sich daraus ableitenden Empfehlungen wurden ebenfalls entsprechend der Studienlage in verschiedene Kategorien unterteilt (Tabelle 1). Es bleibt der ersten Revision dieses Konsensuspapieres vorbehalten, die Bewertung noch stringenter durchzuführen.

Tabelle 1: Bewertung des Studiendesigns und Empfehlungen nach der Klassifikation der Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (134)

Evidenzkategorie/ Beschreibung

A = Starke Evidenz für die Empfehlung, den Parameter bei einem Routinescreening besonders zu berücksichtigen

B = Mittlere Evidenz für die Empfehlung, den Parameter bei einem Routinescreening besonders zu berücksichtigen

C = Zu geringe Evidenz, um den Parameter in ein Routinescreening aufzunehmen, evtl. Aufnahmeempfehlung aus anderen Gründen

D = Mittlere Evidenz für die Empfehlung, den Parameter nicht in ein Routinescreening aufzunehmen

E = Starke Evidenz für die Empfehlung, den Parameter nicht in ein Routinescreening aufzunehmen

I = Evidenz aus mindestens einer gut geplanten kontrollierten, randomisierten Studie

II-1 = Evidenz aus gut geplanten kontrollierten, nicht-randomisierten Studien

II-2 = Evidenz aus gut geplanten Kohortenstudien oder analytischen Fallkontrollstudien; vorzugsweise von mehr als einem Zentrum oder einer Gruppe durchgeführt

II-3 = Evidenz aus Daten aus unterschiedlichen Zeitverläufen und von unterschiedlichen Orten mit oder ohne Intervention; aufsehenerregende Ergebnisse von unkontrollierten Studien (wie z. B. die Behandlungsergebnisse mit Penicillin in den 40er Jahren)

III = Meinung von Autoritäten, basierend auf klinischer Erfahrung, deskriptiven Studien oder Berichten von Expertenkommissionen

Teilnehmer:

Arbeitsgemeinschaft Gastroenterologische Onkologie/Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS):

Adler G., Ulm; Ell C., Wiesbaden*; Fibbe C., Hamburg; Fleig W., Halle*; Fölsch U., Kiel; Frühmorgen P., Ludwigsburg; Graeven U., Bochum; Hahn S., Bochum; Holstege A., Landshut; Hotz J., Celle; Kleber G., Halle; Kubicka S., Hannover; Lankisch P., Lüneburg*; Layer P., Hamburg; Liebe S., Rostock; Lochs H., Berlin; Manns M., Hannover; Mössner J., Leipzig; Neuhaus H., Düsseldorf; Pausch J., Kassel; Petrasch S., Bottrop; Porschen R., Tübingen; Pox C., Bochum; Riemann J., Ludwigshafen*; Sauerbruch T., Bonn; Schmiegel W., Bochum; Schmitt W., München; Schölmerich J., Regensburg; Zeitz M., Homburg DGVS und Bund Deutscher Internisten (BDI):

- o Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung: Birkner B., München
- o Vorsitzender der Sektion Gastroenterologie: Strauch M., München
- o Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie: Schmoll H.-J., Halle

Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie/Deutsche Gesellschaft für Radio-Onkologie/Deutsche Radiologische Gesellschaft:

Bamberg M., Tübingen*; Budach W., Tübingen; Hinkelbein W., Berlin Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie/Deutsche Gesellschaft für Chirurgie:

Buhr H.-J., Berlin; Herfarth C., Heidelberg; Hohenberger W., Erlangen; Junginger T., Mainz; Lehnert T., Heidelberg

Deutsche Gesellschaft für Humangenetik: Epplen J., Bochum; Propping P., Bonn

Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie: Wagener C., Hamburg*

Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP): Gabbert H., Düsseldorf

Anmerkung 5: Eigenverantwortlichkeit bez. der Medikamentendosierungen

Hinsichtlich der angegebenen **Dosierungen von Medikamenten** wurde auf größtmögliche Sorgfalt geachtet. Dennoch werden die Benutzer aufgefordert, die entsprechenden Empfehlungen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen, insbesondere auch hinsichtlich Dosierungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Aus der Bezeichnung einer Ware mit dem für sie eingetragenen Warenzeichen kann nicht geschlossen werden, dass diese Bezeichnung ein freier Warename ist, auch, wenn der Vermerk nicht angebracht worden ist.

Anmerkung 6: Haftungsausschluss: Die hier enthaltenen Informationen haben wir nach unserem derzeit besten Wissen zusammengestellt. Eine Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität kann nicht übernommen werden. Daher sind die Informationen rechtlich unverbindlich. Evidence.de kann daher nicht für Schäden haftbar gemacht werden, die im Zusammenhang mit der Verwendung dieser Inhalte stehen. Soweit durch Verlinkung auf andere Server weitere Informationen zugänglich gemacht werden, weist Evidence.de darauf hin, dass eine Inhaltskontrolle insoweit nicht stattfindet und jegliche Haftung ausgeschlossen ist.

[\[Start Leitlinien\]](#) [\[> Asthma\]](#) [\[> Kopfschmerzen\]](#) [\[> Hypertonie\]](#) [\[> Otitis media\]](#) [\[> Gallensteine\]](#) [\[> Herzinsuffizienz\]](#)
[\[> Demenz\]](#) [\[> Harnwegsinfekt\]](#) [\[> KR-Karzinom\]](#) [\[Algorithmus\]](#) [\[Volltext\]](#) [\[Referenzen\]](#) [\[Patientenleitlinie\]](#)
[\[Impressum / ©\]](#) [\[> Dekubitus\]](#) [\[Ihre Meinung?\]](#) [\[Interne Infos\]](#)

Schon bekannt? Testen Sie Ihr Wissen und sammeln Sie CME-Punkte mit [Medizinerwissen.de](#)