



NordICC-Studie

Erkenntnisse und Beobachtungen

Thomas Rösch



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death

M. Bretthauer, M. Løberg, P. Wieszczy, M. Kalager, L. Emilsson, K. Garborg,
M. Rupinski, E. Dekker, M. Spaander, M. Bugajski, Ø. Holme, A.G. Zauber,
N.D. Pilonis, A. Mroz, E.J. Kuipers, J. Shi, M.A. Hernán, H.-O. Adami, J. Regula,
G. Hoff, and M.F. Kaminski, for the NordICC Study Group*

N=85.000

- Norwegen 26.411
- Polen 54.258
- Schweden 3.646
- Niederlande nicht analysiert (ca 10.000)

- Randomisierte populationsbasierte Studie
- 95.000 gesunde Menschen, 55-64 Jahre
- Einladung zu Koloskopie oder keine
- 2:1 Randomisierung direkt über das Bevölkerungsregister

Primärer Endpunkt:

KRK-Inzidenz und Mortalität nach 10 bis 15 Jahren

Sekundärer Endpunkt:

Gesamtmortalität (alle Todesursachen)

Intention to treat (screen) = ITT

alle Eingeladenen

Per Protocol (PP) = PP

alle Koloskopierten

Intention to treat (screen) = ITT

alle Eingeladenen

Per Protocol (PP) = PP

alle Koloskopierten

Teilnahme	42%
	(Norwegen 61%, Polen 33%)
Kolonvorbereitung gut	91%
Zoekalrate	97%
ADR	31%
Perforation	0
Nachblutung	0.1%

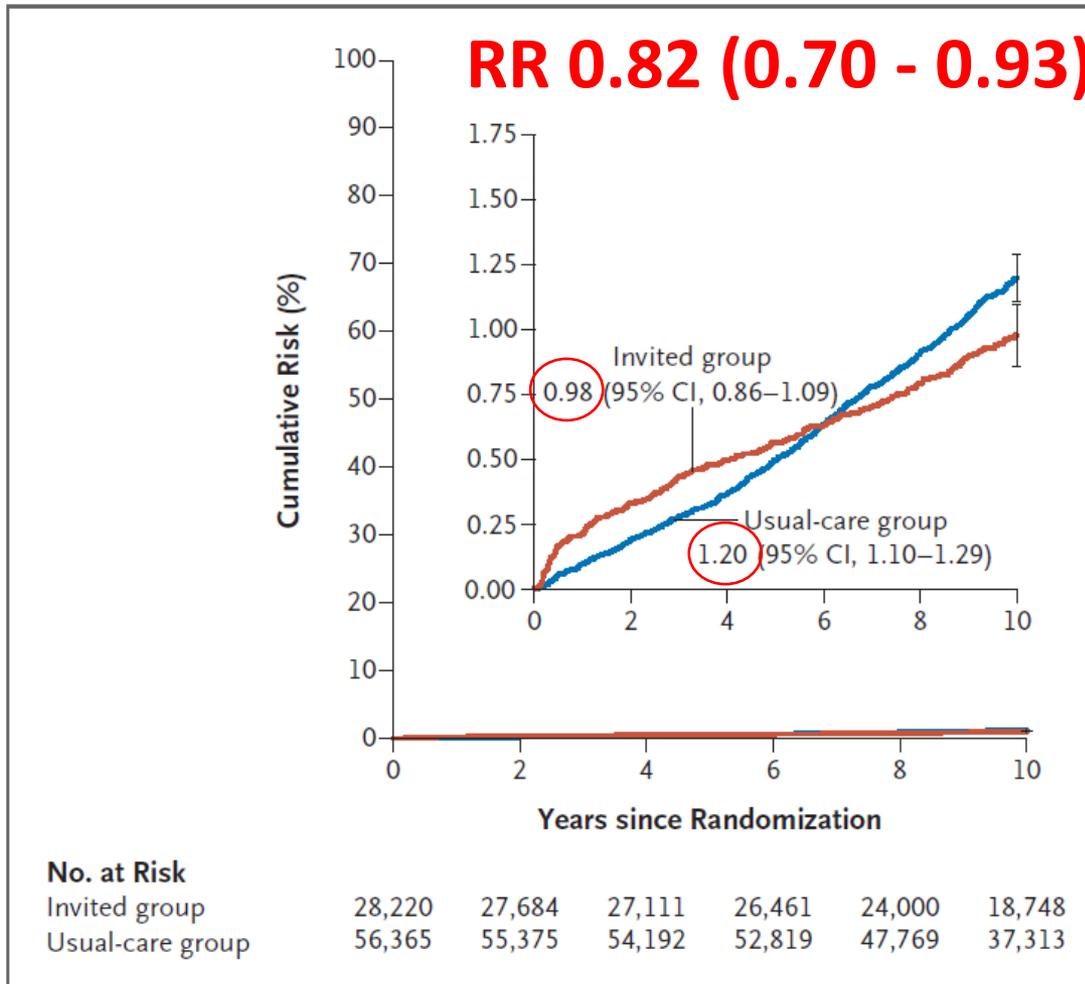
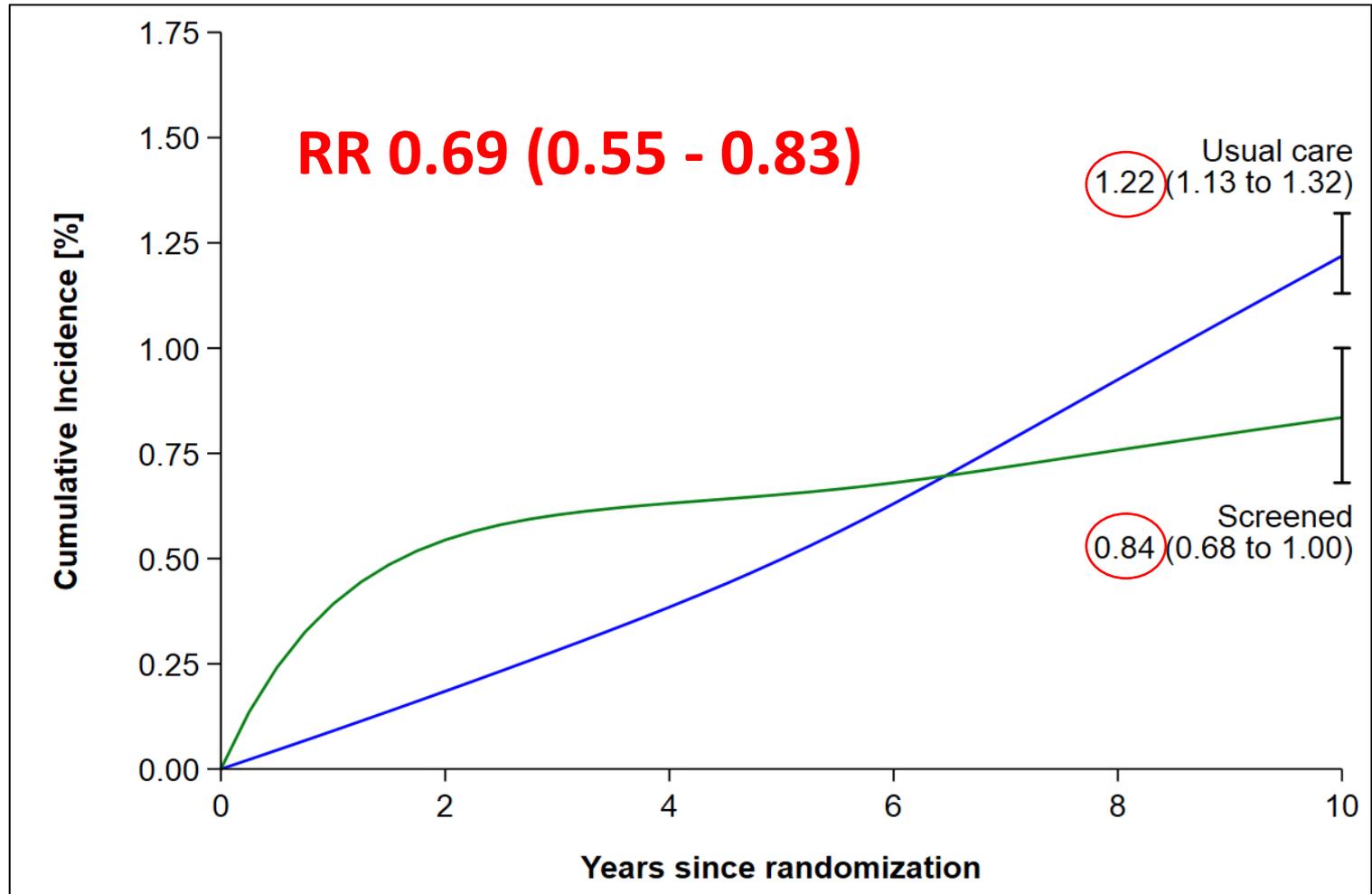


Figure 1. Cumulative Risk of Colorectal Cancer at 10 Years in Intention-to-Screen Analyses.

The inset shows the same data on an enlarged y axis. I bars indicate 95% confidence intervals.

NordICC-Studie: KRK-Inzidenz (adj. PP)



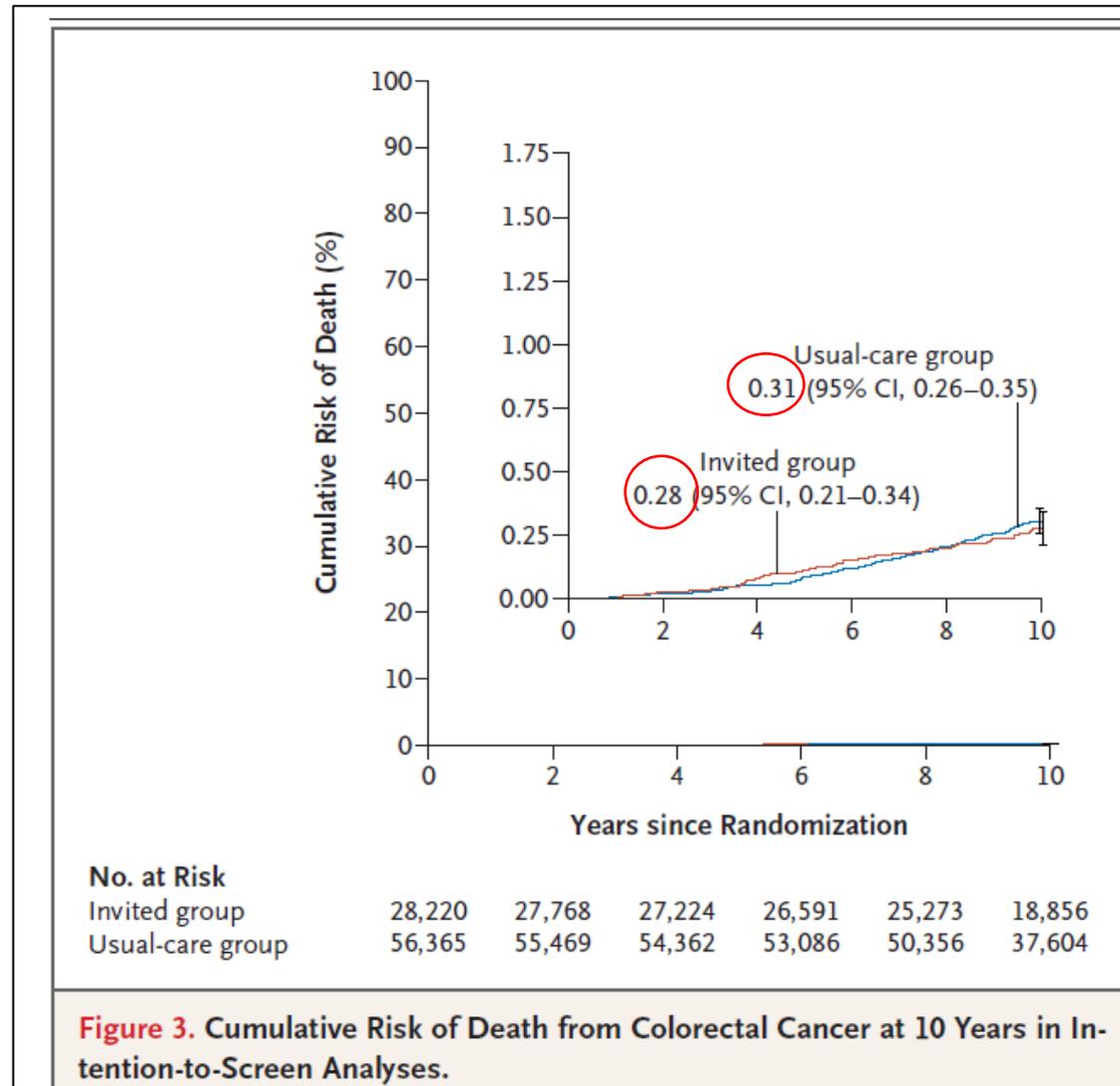
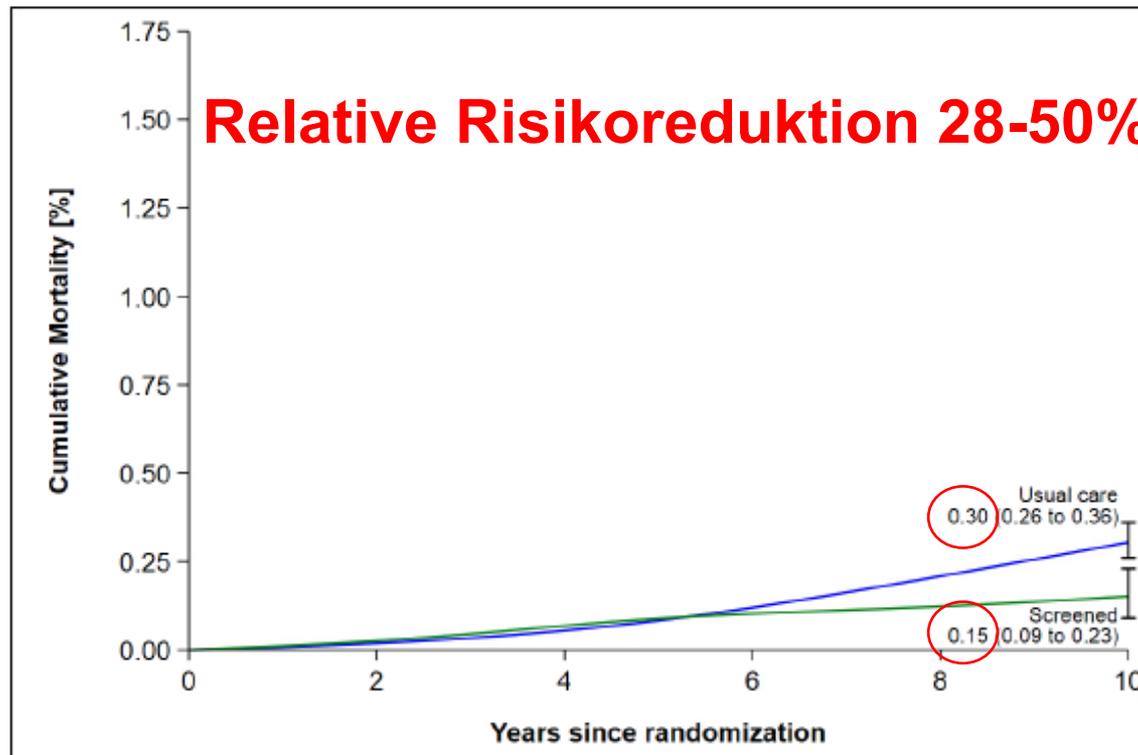


Figure S4: 10-year cumulative colorectal cancer mortality in adjusted per-protocol analyses.



	Teilnahmerate	Risikoreduktion	
		<i>ITT</i>	<i>PP</i>
Norwegen	61%	0.24	0.45
Polen	33%	0.16	0.15

Kommunikation

Risikoreduktion eines **Programms** (ITT)

18% Karzinom-Auftreten

10% Karzinom-Sterblichkeit (n.s.)

Risikoreduktion für den **einzelnen** (PP)

Berechnung schwieriger

70% Karzinom-Auftreten

28-50% Karzinom-Sterblichkeit

Kommunikation

Kein Vorsorge-Programm verbessert
das Gesamtüberleben

Cervix 1 Cluster-RCT Indien 2009 nur Getestete (PP)
 HPV: Mortalität↓ 0.52 (n=100.000)

Mamma Cochrane 2013
 3 „gute“ RCT ohne Effekt (n=253.000)
 - Adherence 70% (2/3)
 4 weitere RCT mit Mortalität↓ 0.71

Kommunikation

Kein Vorsorge-Programm verbessert
das Gesamtüberleben

Prostata	US-Studie (n=76.700) kein Effekt
	UK-Studie (n=409.000) kein Effekt
	EU-Studie (n=162.000) Mortalität PP↓ 0.79

ADR

**Every
Adenoma
Counts**

Weniger Intervallkarzinome bei höherer ADR
Cut-off bei ca 30%
danach deutlich geringerer Effekt

Risikostratifizierung ?

Meist kleine Adenome

Was ist mit den fortgeschrittenen Adenomen ?
aADR 7-10%

KRK-Rate im Vergleich zur Normalbevölkerung

Kleine Adenome (85% ADR) gleich/niedriger

Fortgeschrittene Adenome 1.2-2.7 fach höher !

N=5779, Cottet et al. Gut 2012

N=40826, Loberg et al. NEJM 2014

N=15935, Click et al. JAMA 2018

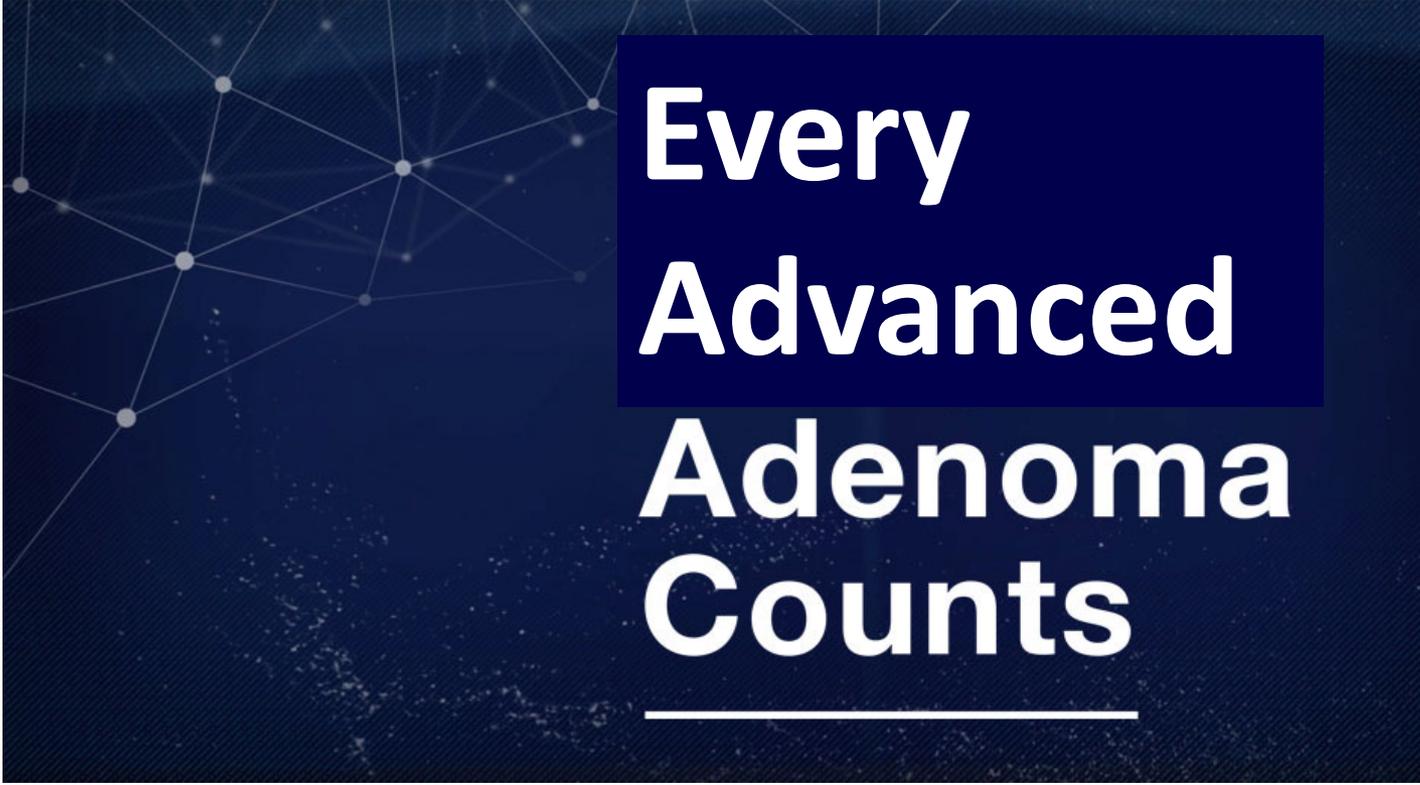
N=186046, Lee et al. Gastro 2019

N=236089, Wieszczy et al. Gastro 2020

N=40293, Jodal et al. APT 2021

Metaanalyse, 12 Studien n=510019, Duuvvuri et al. Gastro 2021

Meta-Analyse, 55 Studien, Baile-Maxia et al. CGH 2022



**Every
Advanced
Adenoma
Counts**

ADR sollte 30% sein

Auf fortgeschrittene Adenome besser aufpassen

- Besser abtragen
- Besser kontrollieren (Patient/Arzt)

Gute Vorsorge

Bessere (gezielte) Nachsorge