

Mammografie-Screening



Über Nutzen und Schaden des Mammografie-Screenings auf Brustkrebs wird weiter kontrovers diskutiert. Eine umfassende und verständliche Aufklärung der betroffenen Frauen für eine selbstbestimmte Entscheidung ist dringend geboten.

Dürfen sich klinische Pharmakologen zum Mammografie-Screening auf Brustkrebs äußern? Auf den ersten Blick vielleicht nicht; es bestehen aber viele Ähnlichkeiten bei den Kriterien und Verfahren, die bei der Bewertung einer Screening-Methode und bspw. der einer langjährigen medikamentösen Sekundärprävention nach Herzinfarkten oder Schlaganfällen zur Anwendung kommen. Die Einführung einer Screening-Methode ist wie die Einleitung einer Arzneimitteltherapie eine Intervention. Und zum Nachweis von Kausalzusammenhängen zwischen Interventionen und Effekten sind in aller Regel – soweit es sich nicht um dramatische Effekte handelt – von der Methodik randomisierte kontrollierte Studien notwendig. Dies gilt grundsätzlich für positive wie für negative Effekte. Und wie bei Arzneimitteltherapien kommt es bei Screening-Verfahren auf patientenrelevante positive (Nutzen) und negative (Schaden) Effekte an, die es abzuwägen gilt.

Nutzen

Das Mammografie-Screening ist ein in mehr als zehn randomisierten Studien mit mehreren Hunderttausend Frauen mit Beobachtungszeiten von durchschnittlich zehn Jahren relativ gut untersuchtes Verfahren. Die aktuellste Fassung systematischer Cochrane-Übersichten zum Thema errechnet eine Reduktion der Sterblichkeit an Brustkrebs um knapp 20 Prozent nach etwa zehn Jahren, was hinter den Erwartungen aufgrund früherer Daten teils deutlich zurückbleibt. Die Autoren betonen gravierende methodische Mängel vieler der randomisierten Studien, die überwiegend vor mehr als zwanzig Jahren durchgeführt wurden. Sie weisen auch darauf hin, dass der Endpunkt „Sterblichkeit an Brustkrebs“ anfällig ist für systematische Verzerrungen. Aussagen zur Gesamtsterblichkeit der Frauen lassen nur drei Studien zu – sie bleibt nach bisherigen Daten über 13 Jahre durch das Screening mit einem relativen Risiko von 0,99 nahezu unbeeinflusst. Ein weiteres

Problem der Studien stellt ihre Übertragbarkeit dar, da sie überwiegend zu Zeiten durchgeführt wurden, als bspw. adjuvante Therapien noch kein Standard, Behandlungen im fortgeschrittenen Stadium weniger erfolgreich und Hormonersatztherapie im Klimakterium verbreiteter waren. Einen Rückgang der Sterblichkeit an Brustkrebs über die letzten Jahrzehnte finden zwar auch viele aktuelle epidemiologische Erhebungen – oft aber schon vor Einführung systematischer Screening-Programme sowie in Ländern oder Populationen mit und ohne Screening in ähnlichem Maße. Viele Experten gehen davon aus, dass der bevölkerungsbezogene Rückgang der Sterblichkeit an Brustkrebs bestenfalls zu 50 Prozent auf die Einführung von Screening-Programmen zurückzuführen ist. Wie auch immer der „wahre“ Nutzen des Screenings zu beziffern ist, in der Kommunikation mit den Betroffenen sollten stets die absolut zu erhoffenden Nutzeneffekte benannt und nicht mit relativen Risikoreduktionen argumentiert werden. Nach Modellrechnungen würde eine optimistische relative Risikoreduktion von 20 oder gar 30 Prozent der Brustkrebssterblichkeit durch Teilnahme am Screening-Programm bedeuten, dass von Tausend 50-jährigen Frauen innerhalb von 15 Jahren im Mittel zwei bzw. drei weniger an Brustkrebs versterben; bei 65-jährigen Frauen wären es drei bzw. vier.

Schaden

Die für die Frauen durch ein regelmäßiges Screening in Kauf zu nehmenden Schäden sind wesentlich schlechter in systematischer Form untersucht. Es wird aber zunehmend deutlich, wie vielfältig und gravierend sie sein können. Die Rate an Überdiagnosen – also die Feststellung von Brustkrebs, der im Verlauf klinisch nicht manifest geworden wäre und keinen Einfluss auf Lebenszeit und Leiden der Frauen gehabt hätte – soll nach aktuellen Analysen zwischen 10 und 50 Prozent liegen. Überdiagnostik

führt zu unnötiger Therapie mit allen bekannten Risiken und Nebenwirkungen, der beim Brustkrebs eingesetzten onkologischen Behandlungsverfahren. Falsch positive Befunde führen nicht nur zu erheblicher Besorgnis und psychischem Stress, sondern auch zu Risiken und Nebenwirkungen durch die Diagnostik, die zur Abklärung der Befunde nötig wird. Nach Daten aus Kohortenstudien könnte nach zehn Mammografien, was bei regelmäßiger Teilnahme dem deutschen Programm entspräche, fast jede zweite Frau von solchen Fehlalarmen betroffen sein. Dass durch die Strahlenbelastung durch das Screening Brustkrebserkrankungen ausgelöst werden, gilt als sicher; das Ausmaß des Risikos wird als gering angesehen, lässt sich aber nur äußerst schwer ermitteln. Die Daten zur Mastektomie sind widersprüchlich: Sie soll bei Frauen mit durch Screening entdecktem Brustkrebs deutlich niedriger sein, als bei symptomatischem Brustkrebs. Nach dem Cochrane-Review nimmt dagegen die Rate in der gescreenten Population um 20 Prozent zu.

Weitere Daten und seriöse Aufklärung erforderlich

Vor dem Hintergrund, der hier in aller Knappheit dargestellten Daten, erscheinen weitere valide Auswertungen zum Nutzen und Schaden von Mammografie-Programmen dringend geboten. Die Diskussion sollte in wissenschaftlich seriöser, nicht von Emotionen geleiteter Form erfolgen. Eine objektive und verständliche Aufklärung über Wissen und Unwissen zum potenziellen Nutzen und Schaden des Verfahrens sollten alle betroffenen Frauen erwarten dürfen und notfalls einfordern. ■



Dr. Hans Wille,
Institut für Pharmakologie,
Klinikum Bremen-Mitte gGmbH