

Mehr als 1350 Büstenhalter auf dem Bundesplatz am 20. Oktober 2008

Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS)*

* Vorstand der SGS:
Christoph Rageth, Zürich (Präsident); Bernhard Allgayer, Luzern; Gilles Berclaz, Bern; Rosmarie Caduff, Zürich; Elena Cauzza, Bellinzona; Jean-François Delaloye, Lausanne; Véronique Dupont-Lampert, St. Gallen; Silvia Ess, St. Gallen; Günther Gruber, Zürich; Felix Haberthür, Binningen; Anton Haid, A-Feldkirch; Walter R. Marti, Basel; Hans-Jakob Müller, Basel; Christian Öhlschlegel, St. Gallen; Brigitte Pittet, Genf; Christoph Rochlitz, Basel; Rolf Steiner, Chur; Beat Thürlimann, St. Gallen; Regula Umbricht, Zürich; Carsten Viehl, Basel; Georges Vlastos, Genf; Dieter Wallwiener, D-Tübingen; Markus Zuber, Olten

Einmal mehr wird auf dem Bundesplatz in Bern demonstriert. Für jede Frau, die im letzten Jahr an Brustkrebs verstorben ist, wird ein Büstenhalter an einer Wäscheleine aufgespannt. Damit kämpfen die Frauen für eine geregelte Mammographievorsorge, und wir fragen uns, weshalb eine solche Demonstration in der Schweiz notwendig wird, nachdem in allen umliegenden Ländern solche Programme bereits eingeführt sind.

Vor etwa 10 Jahren war die Einführung des Mammographiescreenings, das 2-jährliche Vorsorgemammographien für alle Frauen zwischen 50 und 70 Jahren vorsah, auf gutem Wege, bis die Methode im Jahre 2001 durch Gotzsche und Olsson [1] in einer fragwürdigen Publikation in Kritik geriet, was vielenorts zum Stopp der Einführungsbemühungen führte. Die Motivation der Autoren blieb unklar; denn davor und auch danach war und ist die Wirksamkeit der Mammographievorsorge mit Senkung der Brustkrebssterblichkeit um etwa 25% unbestritten. Das Potential ist mit etwa 30–35% noch höher in der Gruppe derjenigen Frauen, die regelmässig teilnahmen. Wenn alle teilnahmen, wäre es noch viel höher, weil gerade wenig Gesundheitsbewusste überproportional zur Brustkrebssterblichkeit beitragen. Holland führte in den 90er Jahren das Mammographiescreening ein und zeigt heute, dass die Erwartungen an die Senkung der Brustkrebssterblichkeit erfüllt werden konnten (Abb. 1).

Nachdem die Senkung der Brustkrebssterblichkeit heute nicht mehr umstritten ist und Ende letzten Jahres Bundesrat Pascal Couchepin die Kantone zur Einführung von Mammographievorsorgeprogrammen aufforderte, verbleiben einige Argumente, welche zwar nicht gegen die Einführung der flächendeckenden Vorsorgemammographie sprechen, aber zur Entkräftung und im Sinne einer Qualitätskontrolle eine gute Aufklärung der zu dieser Untersuchung eingeladenen Frauen erfordern.

Schwache Studien

Einzelne Studien haben nicht die gleichen positiven Resultate wie die meisten anderen gezeigt. Vor allem in Kanada konnte der klare Vorteil der Mammographievorsorge nicht bewiesen werden. In dieser kanadische Studie wurde eine ungenügende Technologie der Mammographieaufnahme

verwendet; dennoch wurde sie von den Gegnern gerne zitiert, obwohl praktisch alle anderen Studien teils mit über 40% weniger Brustkrebstodesfällen [2] deutliche Vorteile gezeigt haben.

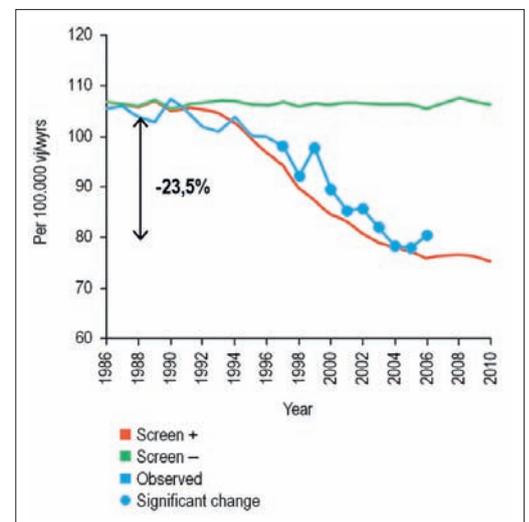
Falscher Alarm

Falschpositive Mammographiebefunde und dadurch unnötige Biopsien?

Tatsächlich ist die Mammographie keine perfekte Methode. In unklaren Situationen muss deshalb eine weitere Abklärung erfolgen. Diese besteht in der Regel aus einer Ultraschalluntersuchung. Wenn daraus noch keine Klarheit resultiert, erfolgt meist eine Biopsie. Während dies früher eine Operation bedeutete, geschieht dies heute mittels Nadelpunktion, ambulant in Lokalanästhesie und praktisch kaum mehr mit einer offenen Biopsie in Narkose. Die Erfahrung lehrt, dass etwa eine von 20 Mammographievorsorgeuntersuchungen (5%) weitere Abklärungen zur Folge hat. Eine weitere Abklärung verursacht Ängste und Verunsicherung. Hingegen ist ein guter Bericht von der Vorsorgemammographie eine Beruhigung, und dies immerhin bei 95% der unter-

Abbildung 1

In 10 Jahren konnte in Holland die Brustkrebssterblichkeit um die erwarteten (rote Linie) etwa 25% gesenkt werden (blaue Linie) – gegenüber der erwarteten Brustkrebssterblichkeit ohne Screening (grüne Linie) (mit freundlicher Genehmigung von Jacques Fracheboud, Erasmus MC Universität, Rotterdam).



Korrespondenz:
PD Dr. med. Christoph Rageth
Brust-Zentrum
Seefeldstrasse 214
CH-8008 Zürich
c.rageth@brust-zentrum.ch

suchten Frauen. Um eine zu hohe Anzahl falscher Alarme zu vermeiden, begrenzt man die Mammographievorsorge altersmässig auf über 50 Jahre und begleitet sie mit einem strikten Qualitätssicherungsprogramm.

Überdiagnosen

Dies ist dann der Fall, wenn eine Frau ohne Vorsorgemammographie im weiteren Verlaufe ihres Lebens nie bemerkt hätte, dass sie einen Brustkrebs hat.

Die mammographische Entdeckung eines Brustkrebses erlaubt noch keine Aussage darüber, wie rasch dieser wachsen wird und ob er ohne Vorsorgemammographie jemals feststellbar würde, weil er eventuell erst nach 10–20 Jahren tastbar wäre. Heute rechnet man damit, dass eine Überdiagnoserate von 5 bis 10 % zu erwarten ist. Dies bedeutet, dass pro gerettete Frau auch eine Frau eine «unnötige» Krebsdiagnose erhält. Hierzu folgende Rechnung: Weil ausserhalb von Mammographievorsorgeprogrammen mit einer Sterblichkeit von 40 % gerechnet werden muss (mindestens 40 Todesfälle pro 100 an Brustkrebs erkrankter Frauen) und weil die Sterblichkeit mit Mammographievorsorgeprogrammen um etwa 25 % (etwa 10 von 40) reduziert wird, bedeuten 10 % zusätzliche Brustkrebsfälle ebenfalls etwa 10 «unnötige» Brustkrebsdiagnosen.

Dies ist der Preis, der heute noch erforderlich ist, solange wir mammographisch die Aggressivität eines Brustkrebses nicht beurteilen können. Wir können auch nicht voraussehen, welche Frau in den nächsten Jahren an einer anderen Krankheit oder an einem Unfall verstirbt. Zur Vermeidung einer zu hohen Zahl von Überdiagnosen begrenzt man die Mammographievorsorge altersmässig auf unter 70 Jahre.

Mammographie verhindert keinen Brustkrebs, entdeckt ihn nur früher

Diese Aussage stimmt nicht vollständig. Erkennt man ein In-situ-Karzinom oder eine andere Vorstufe eines invasiven Karzinoms, dann kann durch gezielte Behandlung die Entstehung eines invasiven Karzinoms verhindert werden. In-situ-Karzinome machen in Mammographievorsorgeprogrammen etwa 20 % aus. Die Situation ist vergleichbar mit dem Gebärmutterhalskrebscreening, wo auch Vorstufen erkannt und behandelt werden, wodurch invasive Karzinome verhindert werden.

Motivation der Frauen zur Teilnahme durch übertriebene Hoffnung

Eine hohe Teilnahmequote war zum Beweis der Wirksamkeit tatsächlich notwendig. Diese muss heute nicht mehr unter Beweis gestellt werden.

Es geht um die Beseitigung der ungerechten Situation, dass viele Frauen, auch wenn sie dies nach fachgerechter Aufklärung möchten, zu einer qualitätskontrollierten Vorsorgemammographie keinen Zugang haben.

Verpasste Karzinome

Die Mammographie ist noch keine perfekte Methode. Allerdings sind in den letzten Jahren grosse technische Fortschritte erzielt worden und weitere sind zu erwarten. Dies wird die Aussage verbessern, so dass die momentane Rate von etwa 80 % entdeckter Brustkrebsfälle ebenfalls eine weitere Verbesserung erfährt. Die guten Resultate der Mammographievorsorge von etwa 25 % weniger Brustkrebstodesfällen in der Vorsorgegruppe stammen aus den 80er Jahren mit Mammographiegeräten, welche in keiner Weise mehr mit den heutigen vergleichbar sind.

Strahlenbelastung

Bei jeder Röntgenuntersuchung ist eine gewisse Strahlendosis notwendig. Die Brust ist nach dem 20.–30. Lebensjahr kaum mehr strahlenempfindlich, so dass die heute verwendete Strahlendosis für digitale Mammographiegeräte deutlich geringer ist und im Vergleich zum Nutzen vernachlässigt werden kann.

Überschätzter Nutzen

«Nur» 6 % der Frauen im Alter von 50–69 Jahren erkranken an Brustkrebs und «nur» 0,8 % der Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren sterben an Brustkrebs. Von 100 Frauen, die sich 10 Jahre lang einer Mammographievorsorge unterziehen, profitieren «nur» 2, und 6 sterben trotzdem an Brustkrebs. Um 1 Frau vor dem Brustkrebstod zu retten, bräuchte es 2500 Mammographien gesunder Frauen.

Diese Zahlen sind korrekt. Andererseits ist der Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung der Frau und verantwortlich für die meisten verlorenen Lebensjahre bei unter 70-jährigen Frauen. Wer heute noch bei mehr als 1300 Brustkrebstodesfällen pro Jahr in der Schweiz von «nur» 0,8 % Todesfällen spricht, verniedlicht die Tatsache und redet das Problem jener Erkrankung schön, die für die meisten verlorenen Lebensjahre bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren verantwortlich ist. Die Mammographievorsorge hat das Potential, zumindest jeden vierten Brustkrebstodesfall zu verhindern, weshalb dieses Potential auch ausgeschöpft werden muss. Es geht also weniger darum, Todesfälle überhaupt zu verhindern, sondern darum, vorzeitige Todesfälle zu verhindern.

Im Weiteren ist es für die betroffenen Frauen und ihre Angehörigen wichtig, dass früh erkannte Brustkrebsfälle weniger aggressive Therapien brau-

chen als bei der durchschnittlichen Tumorgrosse von heute, d. h. mehr brusterhaltende Therapien, mehr Sentinel-Lymphonodektomien anstelle von axillären Lymphonodektomien, weniger Chemotherapien.

Screeningprofit nur für die Mammographieinstitute?

Das Gegenteil ist der Fall. Die Tarife für Mammographien ausserhalb von Screeningprogrammen sind höher als für die Vorsorgemammographie. Dabei ist keine obligate Zweitlesung der Bilder gefordert. Bei der Vorsorgemammographie sind strenge Anforderungen an die Qualität gestellt wie eine obligate Zweitlesung der Bilder und eine spezielle zusätzliche Ausbildung der Röntgenärzte. Wenn Mammographieinstitute also nur auf ihren Profit bedacht wären, würden sie sich nicht für die Mammographievorsorge einsetzen.

Hohe Kosten

Die Kosten betragen pro gewonnenes Lebensjahr zwischen 10 000 und 20 000 Franken, vergleichbar mit der Gebärmutterhalskrebsvorsorge, sind aber niedriger als z. B. bei der Chemotherapie von Brustkrebs. Die Kosten pro gewonnenes Lebensjahr sind auch deutlich geringer als andere in der Medizin längst unbestrittene Prophylaxemassnahmen wie Hämodialyse oder Einsatz von Statinen.

Hinzu kommt, dass heute eine unkontrollierte Mammographievorsorge, sog. opportunistisches oder wildes Screening praktiziert wird und gemäss zwei in der Schweiz durchgeführten Untersuchungen [3, 4] teurer zu stehen kommt als eine geregelte Mammographievorsorge. Nur müsste eine geregelte Mammographievorsorge von den Kantonen organisiert und teilweise bezahlt werden, weshalb sich kantonale Politikerinnen und Politiker aus finanziellen Gründen dagegen sträuben. Zurzeit bezahlen die Krankenkassen und teilweise auch die Frauen selbst ihre Vorsorge ausserhalb der Mammographievorsorgeprogramme.

Schlussbemerkungen

In der Romandie, welche in fast allen Kantonen bereits seit längerem mit den Mammographievorsorgeprogrammen begonnen hat, ist die Brustkrebsmortalität zwischen 1995 und 2005 durchschnittlich jährlich um 3,5 % zurückgegangen (95 % Vertrauensintervall 2,5 bis 4,3 %) während sie für die gleiche Periode in der Deutschschweiz jährlich nur um 1,4 % zurückging (95 % Vertrauensintervall 0,3 bis 2,4 %) [5].

Es ist deshalb an der Zeit, die ungerechte Situation vieler Frauen in der Deutschschweiz, welche je nach Frauenärztin oder Frauenarzt und je nach Wohnort und Portemonnaie die Möglichkeit einer Mammographievorsorge haben oder nicht, endlich zu beheben. Die Kosten werden dadurch nicht höher, aber die Qualität der medizinischen Betreuung wird deutlich gesteigert.

Der Aufruf geht deshalb an die Kantone, der Aufforderung von Bundesrat Pascal Couchepin vom 21. November 2007 nachzukommen und organisierte, qualitätskontrollierte Mammographievorsorgeprogramme einzurichten.

Literatur

- 1 Olsen O, Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet*. 2001;358(9290):1340-2.
- 2 Duffy SW, Tabár L, Chen HH, Holmqvist M, Yen MF, Abdsalah S, et al. The impact of organized mammography service screening on breast carcinoma mortality in seven Swedish counties. *Cancer*. 2002;95(3):458-69.
- 3 Schopper D, de Wolf C. Leistungsantrag «Sicherung der Vergütung des Mammographie-Screenings im Rahmen KVG. Submitted by the Swiss Cancer League and Oncosuisse to the Federal Office of Health June 2007.
- 4 Moueddeb B. Coût moyen du dépistage du cancer du sein à Genève: comparaison entre deux modes de screening. Lausanne: Institut d'économie et de management de la santé; septembre 2004
- 5 S. Ess, St. Gallen. VSKR. Persönliche Mitteilung.