

Bei vielen Krankheiten kann man schwerwiegende Folgen durch eine frühzeitige Diagnose und entsprechende Behandlung verhindern. So weit, so intuitiv richtig. Was das Screening auf Prostata- und Mammakarzinom angeht, hat sich diese Hoffnung bis anhin nicht erfüllt. Gut zwei Jahrzehnte nach der Einführung entsprechender Screeningprogramme in den USA ziehen Laura Esserman, Yieweh Shieh und Ian Thompson in der Zeitschrift JAMA eine ernüchternde Bilanz, obwohl die Vorsorgeuntersuchungen populär sind: Drei Viertel aller US-amerikanischen Männer lassen ihr PSA bestimmen und 70 Prozent der über 40-jährigen Amerikanerinnen hatten bereits einmal eine Mammografie. Kein Wunder also, dass in den USA heutzutage rund doppelt so viele Prostata- und Mammakarzinomdiagnosen gestellt werden wie vor 20 Jahren. Aber: Obwohl immer mehr Karzinome in immer früheren Stadien entdeckt wurden,



in der Folge etwas weniger (überflüssige) Interventionen zu verzeichnen seien als in den USA.

Als Ausweg aus dem Screeningdilemma bei Prostata- und Mammakarzinom fordern Esserman und ihre Kollegen ein radikales Umdenken. Viel wichtiger als das Entdecken immer kleinerer, krebsverdächtiger Zellhaufen ist die Entwicklung zuverlässiger Tests, die eine

Populär aber zweifelhaft

sank die Anzahl neu diagnostizierter fortgeschrittener Tumore nicht in gleichem Masse und der erhoffte Rückgang tumorbedingter Todesfälle blieb weit unter den Erwartungen.

Das kalifornische Autorenteam nennt dafür mehrere Gründe. So werden durch systematisches Screening bekanntermassen viele Tumore und Präkanzerosen entdeckt, die sich nicht zu einer lebensbedrohlichen Krankheit entwickelt hätten. Darum zeigt sich kein Vorteil in der Krebsmortalitätsstatistik, während auf der anderen Seite überflüssige Interventionen mit beträchtlichem Nebenwirkungspotenzial zu verzeichnen sind.

Als weiteren Grund für den mageren Screeningenerfolg nennen Esserman und ihre Koautoren die Tatsache, dass nach wie vor viele schnell wachsende, extrem aggressive «Intervallkarzinome» zwischen zwei Screeninguntersuchungen verpasst werden. Diesem Problem mit immer mehr Screening in immer kürzeren Intervallen zu begegnen, ist keine Lösung – noch häufiger als heute schon würde falscher Alarm ausgelöst. Ursache des Dilemmas ist die Fokussierung auf immer sensitiveres Screening, das jedoch mangels Spezifität letztlich Überdiagnose und Überbehandlung provoziert. Dieses Problem bestehe auch in Europa, so die Autoren, obwohl hier mehr Wert auf die Spezifität gelegt werde und

Aussage zu deren tatsächlichen Kanzerogenität erlauben. Es ist an der Zeit, Präkanzerosen nicht mehr mit dem angsteinflössenden Begriff «Krebs» zu bezeichnen, sondern als Anomalie, die man zwar beobachten, aber nicht unbedingt operieren muss. Ausserdem gilt es, Algorithmen zu entwickeln, die eine bessere individuelle Risikoschätzung erlauben, um Screeninguntersuchungen gezielter bei denjenigen durchzuführen, die sie am nötigsten haben.

So errechnete man für das breite Mammografiescreening eine hohe «number needed to screen»: Selbst in der Altersgruppe der 50- bis 70-Jährigen, bei der das Mammografiescreening weniger umstritten ist als bei Jüngeren Personen, mussten sich 838 Frauen sechs Jahre lang jedes Jahr einer Mammografie unterziehen, damit ein Brustkrebstod verhindert wurde. Da fragt man sich schon, ob irgendjemand irgendein Medikament, das bei vergleichbarer «number needed to treat» Nebenwirkungen wie Strahlenbelastung sowie hunderte Biopsien und überflüssige Operationen bewirkte, ebenso stark pushen würde wie das massenhafte Mammografiescreening.

Renate Bonifer

Esserman L, Shieh Y, Thompson I: Rethinking Screening for Breast Cancer and Prostate Cancer. JAMA 2009; 302: 1685-1692.