

Ziel: Früherkennung von Lungenkrebs

Standards für ein Lungenkrebscreening in der Schweiz

Die Low-dose-Computertomografie (LDCT) hat sich als das derzeit beste Instrument zur Früherkennung von Lungenkarzinomen herausgestellt. Entsprechend soll die LDCT für standardisierte Screeninguntersuchungen genutzt werden. Um die dafür erforderlichen Standards zu erarbeiten und diese in der Schweiz zu implementieren, hat sich eine Expertenkommission zusammengefunden.

Mit rund 3000 Todesfällen im Jahr ist das Lungenkarzinom die häufigste Krebstodesursache in der Schweiz. Zur Senkung dieser Zahl wären Früherkennungsuntersuchungen – analog zum Mammografiescreening – wünschenswert. Bisher scheiterte dies allerdings an unzureichenden Untersuchungsmethoden. Das hat sich mit der Studie NLST (National Lung Screening Trial) geändert, wie Prof. Dr. Milo Puhan, Zürich, auf dem Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) berichtet hat. In NLST wurde an über 50 000 Probanden der Nutzen der LDCT mit dem einer herkömmlichen Röntgenuntersuchung des Thorax verglichen (1). Die asymptomatischen Risikopersonen wurden in drei aufeinanderfolgenden Jahren entweder einer LDCT oder dem konventionellen Thoraxröntgen unterzogen. Ergebnis: Die LDCT-Screeninggruppe war mit signifikant weniger Lungenkrebstoten assoziiert als die Kontrollgruppe (356 vs. 443 Tote; Lungenkrebs-spezifische Mortalität: 247 vs. 309 Todesfälle pro 100 000 Personenjahre; relative Risikoreduktion: 20%; absolute Risikoreduktion: 0,33%). Die NLST-Ergebnisse zeigten, dass mit einem vorsichtigen Umgang mit falsch-positiven Resultaten der Nutzen des Screenings wohl grösser sein kann als ohne Screening. Allerdings kommt es entscheidend darauf an, wie es gemacht wird. Die laufenden europäischen Studien werden wohl nicht so positiv ausfallen wie der NSLT, wie Puhan betonte: «Wir von der Expertenkommission denken, dass der NSLT Anlass zur Hoffnung gibt, dass man gegen die häufigste Krebstodesursache mit einem LDCT-Screening etwas bewirken kann. Allerdings hängt ein positives Outcome entscheidend von der Im-

plementierung und fortwährenden Verbesserung ab, was man nur mit den Daten aus einem Register erreichen kann.»

Risiken: Strahlenbelastung, emotionaler Stress

Doch die richtige diagnostische Methode macht noch lange kein Screening aus. Puhan wies auch auf die Risiken einer solchen Untersuchung hin. Auch wenn die Strahlenbelastung des LDCT deutlich unter jener des High-Dose-CT liege, sei sie nicht von der Hand zu weisen. Schliesslich bedeutet Screening meist wiederholte Untersuchungen – auch wenn die Intervalle dazu noch nicht klar seien. Dazu komme noch die emotionale Belastung für den Patienten, der bei jeder Untersuchung Angst vor einem positiven Befund hat. Nicht vergessen dürfe man in diesem Zusammenhang, dass das LDCT-Screening auch falschpositive Befunde ergebe. Im NLST zeigten 24,4 Prozent der Tomogramme Auffälligkeiten, doch in den meisten Fällen konnte der Krebsverdacht durch weiterführende Diagnostik wie PET oder Biopsien nicht bestätigt werden.

Zwar werden in der Schweiz bereits LDCT-Screenings durchgeführt, doch gibt es weder für die radiologisch-technischen Verfahren noch für die Beratung oder Dokumentation standardisierte Kriterien. Das will die derzeit 15-köpfige Expertengruppe ändern. Das Gremium, das aus Pneumologen, Radiologen, Thoraxchirurgen und Epidemiologen der fünf Schweizer Universitätsspitäler sowie der führenden Therapiezentren besteht, erarbeitet derzeit Standards, die beispielsweise Zielgruppe, Behandler, Prozedere, technisches Vorgehen und Dokumentation definieren. Dabei lehnt sich der derzeitige Standardisierungs-Vorschlag der Expertenkommission an die Erfahrungen des NLST an. So zählt beispielsweise der Raucherstatus zu den Einschlusskriterien: Personen, die gescreent werden sollten, sind Raucher und Exraucher zwischen 55 und 74 Jahren mit einer Raucheranamnese von mindestens 30 Packungsjahren (1 Packungsjahr = 20 Zigaretten täglich über den Zeitraum eines Jahres). Das Lungenkrebscreening soll nur von qualifizierten und zertifizierten Zentren durchgeführt werden, die über eine adäquate personelle und technische Ausstattung sowie über eine hohe Beratungskompetenz verfügen. Das



Milo Puhan

Thema Beratung liegt der Expertenkommission besonders am Herzen: Jeder Person, die für das Lungenkrebscreening infrage kommt, sollte ein ausführliches Beratungsgespräch mit einem Lungenfacharzt angeboten werden, in dem über den Nutzen, aber auch die Risiken des LDCT informiert wird. Bei unauffälligem Befund sollte der Patient, der ja als Risikoperson eingestuft ist, nach einem Jahr erneut einbestellt werden. Ergibt sich beim Screening ein Krebsverdacht, erfolgt die weiterführende Diagnostik durch ein interdisziplinäres Team aus Pneumologen, Onkologen, Radiologen und Thoraxchirurgen.

Register zur Qualitätssicherung und epidemiologischen Auswertung

Der Epidemiologe Puhan – auch ein Mitglied der Expertenkommission – betonte einen weiteren wichtigen Aspekt der Lungenkrebsfrüherkennung mit LDCT: Um das Screening einem Monitoring zuzuführen, die Standards weiterzuentwickeln und seinen Nutzen zu belegen, sollten alle Daten in ein Register einfließen. Diese Daten sollen dazu dienen,

- die Population, die sich dem Screening unterzieht, zu charakterisieren;
- die Einhaltung der definierten Qualitätsstandards zu überwachen;
- die Vor- und Nachteile des Screenings zu erfassen und
- die Rauchstoppinterventionen vor und nach dem Screening zu dokumentieren.

Bleibt noch die Frage nach der Finanzierung des Lungenkrebscreenings. Hier spricht sich die Expertenkommission für eine Beantragung der Kostenübernahme der Beratung und der LDCT selbst durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung aus. Dies entspräche auch dem Vorgehen der Centers of Medicare & Medicaid Services in den USA.

Angelika Ramm-Fischer

Referenzen:

1. The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. *N Engl J Med* 2011; 365: 395–409.

Quelle: Vortrag von Milo Puhan «Low-dose-CT-Screening zur Früherkennung von Lungenkrebs in der Schweiz» beim Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP), 16. April 2015 in Lugano.