

Früherkennung von Bronchialkarzinomen durch Massen-Screening?

Versuche einer Früherkennung von Bronchialkarzinomen durch Massen-Screening (z.B. Sputum-Zytologie oder Röntgen-Thorax) mit dem Ziel einer effektiveren Therapie sind bislang allesamt gescheitert. Aus den USA kommt jetzt eine Erfolgsmeldung.

Von August 2002 an wurden über 20 Monate 53.454 Raucher oder Ex-Raucher (die innerhalb der letzten 15 Jahre



Foto: fotolia/pix4U

aufgehört hatten) zwischen 55 und 74 Jahren per Zufallsprinzip zwei Gruppen zugeteilt. Eine Gruppe erhielt ein low-dose CT (1,5 mSv; die Strahlenexposition eines „normalen“ Thorax-CT beträgt 8 mSv), eine andere eine einfache p.a.-Röntgenaufnahme – jeweils dreimal in jährlichem Abstand.

Alle Personen wurden bis Ende des Jahres 2009 nachverfolgt; über 90% hielten sich an die Untersuchungstermine. Angemerkt werden sollte, dass die Teilnehmer im Vergleich zu nationalen Zensusdaten jünger waren, eine höhere

Schulbildung besaßen und einen höheren Anteil an Ex-Rauchern aufwiesen.

Zwar fielen 24,2% (CT) und 6,9% (Röntgen) der Untersuchungen positiv aus. ABER: 96,4% (CT) bzw. 94,5% (Röntgen) dieser positiven Screening-Resultate waren – gemessen an weiterer bildgebender und invasiver Diagnostik – falsch-positiv (verursacht durch gutartige, intrapulmonale Lymphknoten oder nicht-verkalkte Granulome). Betrachtet man alle Screening-Untersuchungen (also nicht nur die positiven), fielen beim CT 23,3% falsch-positiv aus und beim Röntgen-Thorax 6,5%.

Wie bei allen Screening-Verfahren muss man auch einen Blick auf die

Komplikationen werfen: Bei den Personen, die letztlich ein Bronchialkarzinom hatten, erlitten in der CT-Gruppe 28,4% mindestens eine Komplikation im Rahmen der Diagnostik (div. Endoskopien, Feinnadelbiopsie), in der Röntgen-Gruppe 23,3%. Bei Teilnehmern ohne Karzinomdiagnose lauteten die Zahlen 0,4% und 0,3%.

In der CT-Gruppe traten 645 Karzinomfälle pro 100.000 Personen auf und in der Röntgen-Gruppe 572. Vergleicht man die Mortalität infolge eines Bronchialkarzinoms, ergeben 247 (CT) und 309

(Röntgen) Todesfälle eine statistisch signifikante, relative Verminderung der Karzinom-Sterblichkeit um 20% durch low-dose CT-Screening. Auch bei der Gesamtmortalität zeigte sich eine signifikante Reduktion in der CT-Gruppe um 6,7%.

Auch diese Studie enthält einige Unsicherheitsfaktoren: Dazu gehört, dass es sich bei den Teilnehmern um Freiwillige handelte und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung unsicher ist. Die Rekrutierungszentren mussten eine streng überprüfte Qualität aufweisen; ob man diese künftig auch für Institutionen annehmen kann, die in der Gemeinde angesiedelt sind, bleibt zweifelhaft. Heutige Diagnostikverfahren könnten im Übrigen zu noch „besseren“ Ergebnissen führen, wobei sich allerdings auch die Zahl der falsch-positiven Resultate erhöhen könnte.

Vor einer Einführung eines Screening-Verfahrens in der Allgemeinbevölkerung (oder besser gesagt in der Raucherbevölkerung) steht noch die Kosten-Nutzen-Analyse aus. Ob sich dann herausstellt, dass das CT letztlich erfolgreicher und kostengünstiger ist als intensive Raucherentwöhnung?

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. Frei unter www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1102873

Wann und wie muss ein Schilddrüsenknoten abgeklärt werden?

Unter diesem Titel erschien kürzlich eine Arbeit in der Zeitschrift „Therapeutische Umschau“. Zitat: „Außer im Rahmen einer Schilddrüsenüberfunktion sind die Chancen, einen heißen Knoten zu finden, so gut wie null, und die Szintigrafie ist nutzlos. Zwar sind die Karzinome bei der Szintigrafie kalt, aber 95% der gutartigen Knoten sind ebenfalls

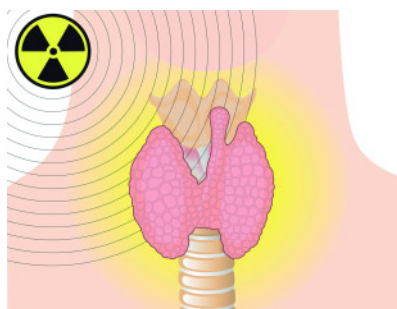


Foto: fotolia/Maria.P.

„kalt“ bzw. „nicht-funktionell“. Eine durchgehende Szintigrafie bei allen Patienten mit einem Knoten und einem normalen TSH ist eine unnütze Untersuchung“.

Procopiu M. Wann und wie muss ein Schilddrüsenknoten abgeklärt werden? *Therapeut Umschau* 2011; 68: 285–89