

Zusammenfassung Workshop Mammographiescreening

Herr Dr. Junkermann und Frau Dr. Tewaag stellten eingangs die aktuellen Daten zum Mammographie-Screening vor: sie berichten, dass die durchschnittliche TumorgroÙe seit Einföhrung des Screeningprogrammes zuröckgegangen ist, die Anzahl der fröhen Befunde (in situ) hingegen hat deutlich zugenommen. Auch invasive Karzinome unter 5mm werden fröhzeitig entdeckt und behandelt, wobei die milderen Behandlungsformen die Lebensqualität der betroffenen Frauen steigern. Studien zeigen, dass Frauen der Screening Gruppe deutlich länger leben als Frauen die nicht am Screening teilnehmen.

Herr Dr. Dr. Bickmann berichtete vor dem Hintergrund der aktuellen Fachliteratur, dass die Metastasierung bereits bei einer TumorgroÙe von 1 Million Zellen noch vor der mammographischen Darstellbarkeit beginnt. Daher ist seiner Meinung nach die Mammographie wegen zu geringer Sensitivität für ein Screening prinzipiell ungeeignet. Es müssten neue Wege gefunden werden.

Problematisch sei, dass ein Teil der in situ Tumore nicht weiterwachsen und nicht in ein invasives Carcinom übergehen würde. Somit werden diese Patientinnen tatsächlich übertherapiert. Ethisch ist es aber auch derzeit nicht vertretbar, nicht zu therapieren und abzuwarten was dann passiert.

Die hohe Dichte der Brust stellt ein weiteres Problem dar, da hier die Rate an falsch negativen Befunde höher ist und die durchschnittliche TumorgroÙe bei der Diagnose größer. Seitens der Teilnehmerinnen des Workshops wurde insbesondere in Bezug auf die hohe Dichte gefordert, diese den Frauen unbedingt mitzuteilen, um gegebenenfalls eine zusätzliche Untersuchung, beispielsweise eine Sonographie anzuschließen. Hier können bei hoher Dichte kleine Befunde besser dargestellt werden. Im Gegensatz zum Screening-Programm wird bei kurativer Mammographie im Befundbericht auf die Notwendigkeit der Sonographie bei dichtem Drüsengewebe regelmäßig explizit hingewiesen. Eine weiterführende Untersuchung sollte nach einem Befund mit hoher radiologischer Dichte nicht als Igelleistung verkauft werden, sondern müsste entweder zum Screening-Programm hinzugefügt werden oder als GKV-Leistung möglich sein. Herr Junkermann wendete hierzu allerdings ein, dass bei der Sonographie die falsch positive Rate höher sei. Da Sonographie nicht ausreichend sicher ist werden nicht nur mehr Frauen verunsichert, sondern es erhalten sogar mehr Frauen eine Nadelbiopsie, die sensitive und spezifische Ergebnisse gewährleiste. Sonographie stelle derzeit kein qualitätsgesichertes Verfahren dar. Mittelfristig könnte allerdings mit der 3D-Tomosynthese die Diagnosesicherheit besonders der dichten Brust erhöht werden. Dr. Dr. Bickmann wendet ein, dass dieses Verfahren die Sensitivität nicht unbedingt erhöhe und mit einer erhöhten Strahlenbelastung einhergehe.

[Geben Sie Text ein]

Workshop Mammographiescreening

Einig waren sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, dass die Altersgrenzen für das Mammakarzinom-Screening ausgeweitet werden müssten. Sie sollten bereits früher beginnen und auch über das 70. Lebensjahr hinaus ausgeweitet werden.

Fazit:

Aus epidemiologischer Sicht wird das Mammographie-Screening kontrovers bewertet. Ärztinnen und Ärzte verlangen einen ärztlichen Befund mit Angabe der Gewebisdichte. Damit soll in Zukunft verhindert werden, dass sich die untersuchten Frauen bei negativem Befund in falscher Sicherheit wiegen.

Um klarzustellen, dass auch Frauen unter 50 Jahre und über 70 Jahre nicht per se vom Mammacarcinom ausgeschlossen sind, sollte die Altersgrenze ausgeweitet werden und die Frauen sollten darüber informiert werden, insbesondere, wenn Risikofaktoren vorliegen.

[Geben Sie Text ein]