



# **BRONCHUSKARZINOM-SCREENING** **DES RAUCHERS** ***DIE SICHT DES KLINIKERS***

OA DR. TAMARA HERNLER

PULMOLOGIE, LKH HOHENEMS

ÄRZTL. LEITER: PRIM. DR. PETER CERKL

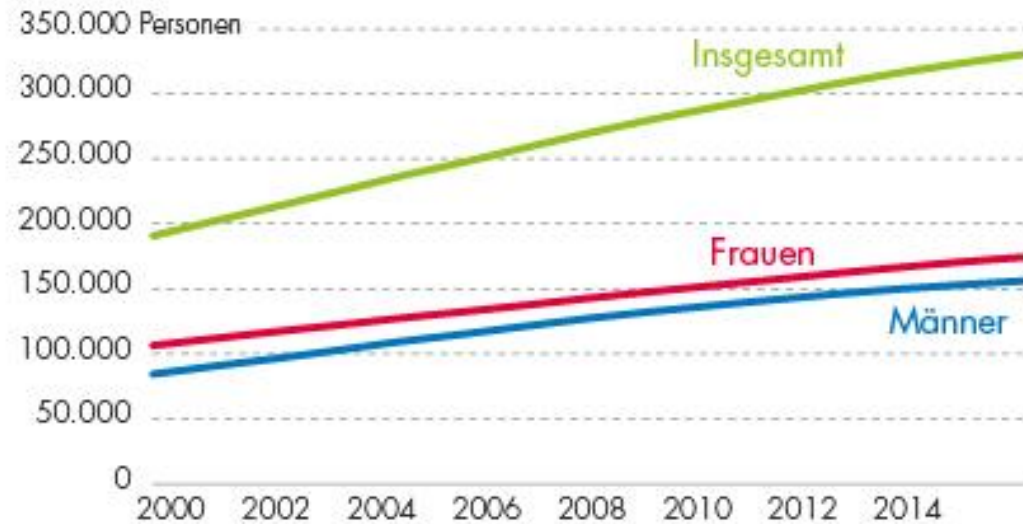
LINGENAU, 28.04.2017

# **DAS BRONCHUSKARZINOM**

- bei Männern und Frauen eines der häufigsten zum Tode führenden Malignome
- unabhängig vom Rauchverhalten scheinen Frauen höheres Risiko zu haben ein Bronchus-Ca. zu entwickeln
- 75% der Patienten haben bei der Erstvorstellung Symptome aufgrund einer schon ausgedehnten Metastasierung und somit keine Aussicht auf Heilung
- trotz der Therapieneuerungen der letzten Jahre liegt die 5-Jahresüberlebensrate bei nur 18%
- weltweit ca. 1,6 Millionen Tote/Jahr

# Krebserkrankungen in Österreich

## Entwicklung der Krebsprävalenz



**Krebsprävalenz:** Die Anzahl der Personen, die an Krebs erkrankten und zu einem bestimmten Zeitpunkt am Leben sind.

**Inzidenz:** Neuerkrankungen pro Kalenderjahr

**Mortalität:** Sterbefälle pro Kalenderjahr

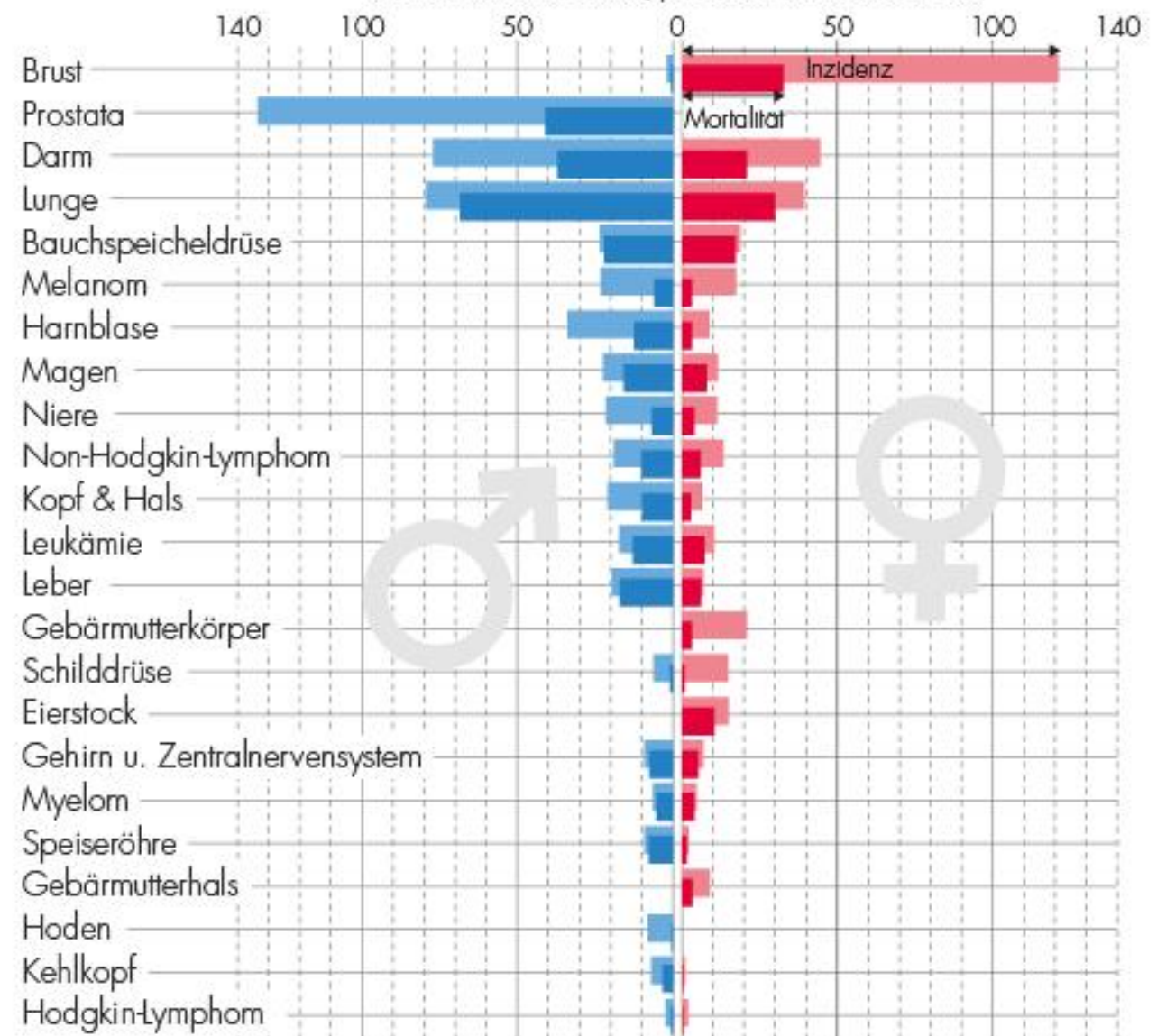


Quelle und Grafik: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister und Todesursachenstatistik. Altersstandardisierte Raten, jeweils auf 100.000 Personen / Männer / Frauen, Standardbevölkerung = Europäische Standardbevölkerung 2013. - Erstellt am 1.2.2017.

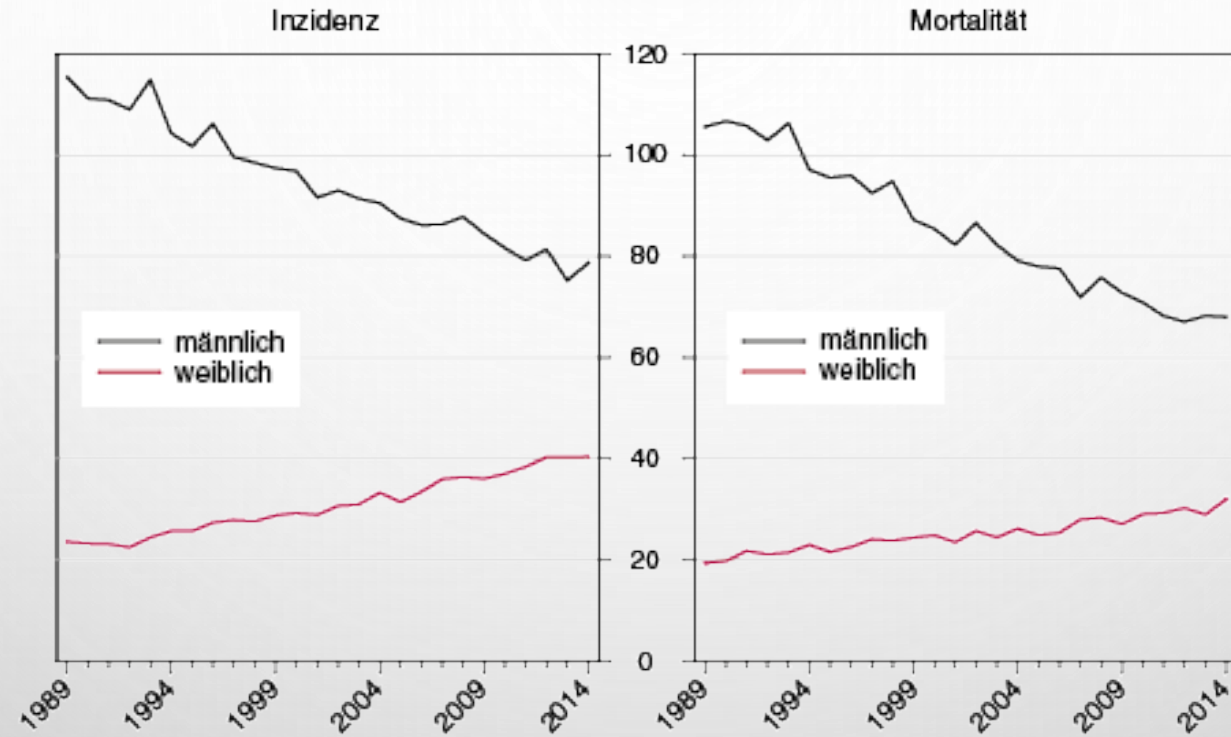
## Krebsinzidenz und -mortalität

(Diagnoseperiode 2010–2014)

Altersstandardisierte Raten, jeweils auf 100.000 Personen



**Bösartige Neubildungen der Lunge im Zeitverlauf**  
altersstandardisierte Raten auf 100.000 Personen  
(EUR13-Weltbevölkerung)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 15.11.2016) und Todesursachenstatistik.  
Erstellt am 28.11.2016.

# *The* NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

AUGUST 4, 2011

VOL. 365 NO. 5

## Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening

The National Lung Screening Trial Research Team\*

# NATIONAL LUNG SCREENING TRIAL

- 53.454 Personen eingeschlossen August 2002 – August 2004
- 33 medizinische Zentren
- 55-75 Jahre alt, 30 PY, bzw. Rauchstopp in den letzten 15 Jahren
- LDCT versus Thoraxröntgen
- 3 Screening-Runden (T0, T1, T2), Intervall 1 Jahr
- Rundherd  $\geq 4\text{mm}$  groß ohne Verkalkungen



# ERGEBNIS



- Reduktion der Mortalität um 20%
  - number needed to screen 256 über 3 Jahre um 1 Krebstod zu verhindern über 6 Jahre, bei nur einem einzelnen Screening NNS 320
  - 96% falsch positive Befunde
  - hauptsächlich St. I und II, Adeno-Ca.
  - Detektionsrate zw. den Screening-Jahren konstant
- 
- AATS, ASCO, ACS, NCCN, Canadian Task Force on Preventive Health Care empfehlen seit 2012 bzw. 2013 Screenings

# **WEITERE STUDIEN**

- NELSON TRIAL, NL UND BELGIEN
- DANTE TRIAL, ITALIEN
- DANISH RANDOMIZED LUNG CANCER CT SCREENING TRIAL
- MULTICENTRIC ITALIAN LUNG DETECTION – MILD
- GERMAN LUNG CANCER SCREENING INTERVENTION STUDY – LUSI
- Mortalität nicht gesenkt, in Kontrollgruppe kein Screening – kein Thoraxröntgen

# KRITIKPUNKTE BZGL. SCREENING

- hohe Rate an falsch positiven Befunden - weiteres Screening/Untersuchungen, invasive Prozeduren
- fehlende Ressourcen
- Kostenpunkt
- radiologische Parameter
- Intervalllänge, Dauer des Screenings; nur gesichert, dass 1 Screening sinnlos ist
- Expertenzentren bei NLST
- Überdiagnose
- vermehrte Strahlenexposition mit höherem Risiko für Malignome, v.a. Bronchus-Ca.
- Studienkollektiv, z.B. ältere Personen – bei NLST nur 25%  $\geq 65$ a, keiner älter als 75
- psychischer Stress





