KREBSFRÜHERKENNUNG

Vaginaler Ultraschall: Fehlende Evidenz = fehlender Nutzen?

Kommentar zum Beitrag „Die Bedeutung der vaginalen Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung des Endometriumkarzinoms" von P. Mallmann et al. in FRAUENARZT 1/2013

Werner Harlfinger

Wieder einmal wird in einem Beitrag die vaginale Ultraschalluntersuchung als Screeningmethode diskreditiert. Es werden wenige evidenzbasierte Studien herangezogen, die diese Aussagen belegen sollen. Wir werden nun demnächst wieder auf Kongressen hören, dass die vaginale Ultraschalluntersuchung nicht geeignet ist, dass sie nicht leichtfertig routinemäßig eingesetzt werden soll. Das ist aber bestenfalls die halbe Wahrheit.

Das Problem liegt darin, dass die evidenzbasierte Medizin wieder einmal nur auf Studien reduziert wird. Um zu beurteilen, ob dies wirklich sinnvoll ist, sollte man sich ein paar Fragen stellen:

Was ist überhaupt Evidenz?

Nach der Definition handelt es sich bei der Diagnostik und Therapie nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin um eine auf Wirksamkeitsbelege gestützte Heilkunst. Es wird ausschließlich die Forderung erhoben, dass bei einer medizinischen Behandlung patientenorientierte Entscheidungen nach Möglichkeit auch auf der Grundlage von empirisch gefundener Wirksamkeit getroffen werden.

Demnach ist die evidenzbasierte Medizin die bewusste und wohlüberlegte Entscheidung für die Versorgung des einzelnen Patienten. Dies ganz nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft, der wissenschaftlichen Medizin, also unter Nutzung von empirischen Daten und selbstverständlich auch von Studien.

Letzteres ist die sogenannte externe Evidenz. Sie umfasst nicht alles, was sich für uns in der täglichen Arbeit als sinnvoll herausgestellt hat. Im genannten Beitrag wird jedoch evidenzbasierte Medizin in dieser engen Auslegung zugrunde gelegt.

Keine Studie – keine Evidenz?

Es gibt genügend medizinische Sachverhalte, die seit Langem ausreichend geklärt sind, für die aber im Sinne der evidenzbasierten Medizin keine ausreichenden Nachweise vorliegen, z. B. das ärztliche Gespräch. Niemand wird die Sinnhaftigkeit eines ärztlichen Gesprächs bezweifeln.

Niemand zweifelt, dass Zucker Karies erzeugt, obwohl es dazu nur eine einzige Studie gibt, die sogenannte Vinholmstudie von 1964. Diese war die letzte prospektive Studie dieser Art.

Bei hoher Eindeutigkeit verbieten sich möglicherweise prospektive randomisierte Studien aus ethischen Gründen. Vieles an ärztlichem Handeln, dessen Nutzen niemand bestreitet, weil es evident ist, könnte niemals durch Studien nach den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin nachgewiesen werden.

Und das wird sich auch nicht ändern. Wenn wir die Kriterien der evidenzbasierten Medizin zugrunde legen, z. B. die Einteilung in S1- bis S3-Leitlinien, dürften wir mit unseren Patienten nicht mehr sprechen, geschweige diese allgemein untersuchen, weil gerade hier die Evidenz fehlt und auch nicht nachweisbar sein wird.

Für viele medizinische Tätigkeiten gäbe es keine Evidenz, weil es keine medizinisch evidenzbasierten Studien gibt.

Ob es ein Forschungsinteresse gibt und Forschungsvorhaben umgesetzt werden, hängt nicht zuletzt davon ab, welche finanziellen Interessen hinter dem Forschungsprojekt stehen. Forschungsvorhaben, an denen kein wirtschaftliches Interesse besteht, werden vergessen oder bewusst nicht umgesetzt. Ich denke hier insbesondere an den psychotherapeutischen Bereich oder an die Kinderheilkunde. Natürlich gibt es auch bestimmte Fragestellungen, bei denen aus ethischen Gründen keine Forschungsvorhaben durchgeführt werden.

Was würde „evidenzbasierte Medizin pur" für unsere Patientinnen bedeuten?

Evidenzbasierte Medizin gestützt auf Studien ist nicht die Ultima Ratio, nach der wir unser ärztliches Handeln ausrichten müssten oder dürfen. Unter diesem Blickwinkel sehe ich den oben genannten Beitrag zur Bedeutung des vaginalen Ultraschalls.

Es gibt keine einzige mir bekannte Studie über die Bedeutung des Ultraschalls im kleinen Becken, über das, was wir Frauenärzte täglich

machen. Wir machen keine vaginalen Ultraschalluntersuchungen, um das nur Endometrium anzusehen oder nur das einzelne Ovar oder nur die Blase, sondern wir untersuchen das kleine Becken und wissen dann Bescheid.

Ich habe in den letzten Wochen bei asymptomatischen Patientinnen vier Fälle von großer medizinischer Tragweite durch die Ultraschalluntersuchung entdeckt. Diese Frauen hatten keine Blutung, keine Schmerzen oder sonstige Beschwerden und hatten auch insbesondere keinen Tastbefund. Die Diagnosen waren:

- kleines Ovarialkarzinom im Rahmen einer nicht tastbaren Zyste;
- Endometriumkarzinom ohne Blutung (Zustand nach Mamma-Ca, zurzeit keine Therapie) (s. Abb. 1);
- auffällige Flüssigkeit im Douglas, Enddiagnose: Magenkarzinom (s. Abb. 2);
- wiederum Flüssigkeit im Douglas, Enddiagnose: ausgeprägte Peritonealkarzinose, deren Ursache noch nicht bekannt ist.

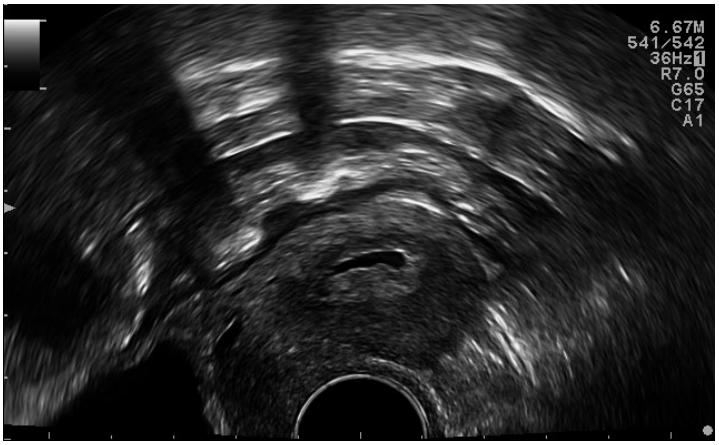

Abb. 1: Endometriumkarzinom

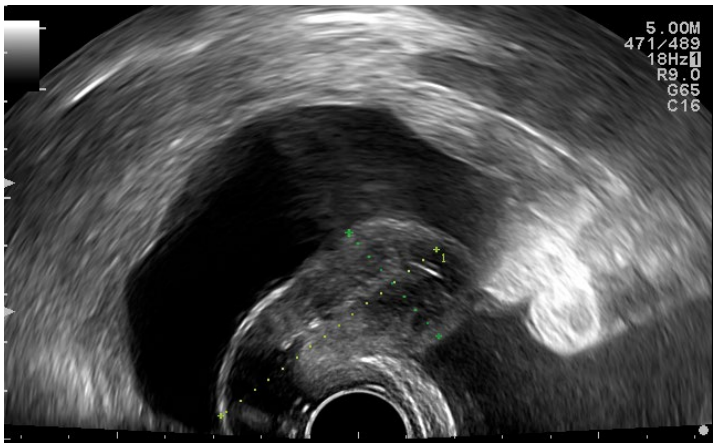

Abb. 2: Flüssigkeit im Douglas bei unauffälligem Uterus, Enddiagnose Magenkarzinom

Alle vier Patientinnen wurden im Rahmen der Krebsvorsorge und einer normalen halbjährlichen Routineuntersuchung untersucht, und zum Glück wurde auch ein vaginaler Ultraschall durchgeführt.

Der vaginale Ultraschall gehört zur Routineuntersuchung bei der gynäkologischen Untersuchung. (Er ist der sehende Finger des Gynäkologen – eine kardiologische Untersuchung ohne Stethoskop wäre auch unvorstellbar).

Man stelle sich nur vor, was es bedeutet hätte, wenn bei diesen Routineuntersuchungen solche Diagnosen übersehen worden wären.

Und was bedeutet das für Praxis und Klinik?

Alle Gynäkologinnen und Gynäkologen beherrschen die vaginale Ultraschalluntersuchung. Im niedergelassenen Bereich wird dies als Maßnahme des QM routinemäßig durch die KV überprüft.

Verehrte wissenschaftliche Kollegen, hören Sie auf, unsere tägliche Arbeit auf Kongressen und Vorträgen zu diskreditieren. Hören Sie auf, den Kostenträgern Vorlagen für angeblich unwirtschaftliches Handeln zu liefern. Sondern freuen Sie sich, dass die Kollegen eine anständige ärztliche Untersuchung vornehmen, in der der Ultraschall nicht fehlen darf.

Ich kann mir nicht vorstellen, dass ein Chefarzt es akzeptiert, wenn eine junge Assistenzärztin bei der Aufnahmeuntersuchung keinen Ultraschall macht.

Der vaginale Ultraschall des kleinen Beckens ist bei der gynäkologischen Untersuchung neben dem Tastbefund und der Inspektion der wichtigste Bestandteil. Fehlen von Evidenz und bewiesenem Nutzen und Fehlen von Nutzen ist eben nicht das Gleiche.

Für den vaginalen Ultraschall des kleinen Beckens gibt es keine direkt anwendbaren klinischen Studien mit guter Qualität. Es fehlt also die Evidenz. Also handeln wir weiter im Sinne von Good Clinical Practice.

Autor

San.-Rat Dr. med. Werner Harlfinger
Facharzt für Gynäkologie, Geburtshilfe, Endokrinologie und Fertilitätsmedizin
Emmeransstr. 3
55116 Mainz
werner.harlfinger@gmx.de