

Hiobsbotschaften aus der Röhre

Computertomografie, Ultraschall, Kernspintomografie. Medizintechnische Untersuchungen werden immer besser – und mit ihnen Zufallsbefunde, welche die Patienten oft unnötig beunruhigen

Martina Frei

Ein Unglück kommt selten allein. Dazu trägt auch die Medizin bei, wie dieser Fall exemplarisch zeigt: Ein bis dahin gesunder Mittfünfziger hat Schmerzen im Schulterblatt. Schulter und Oberarm fühlen sich taub an. Bald kann er den Arm nicht mehr heben. Der Arzt wird hellhörig, denn womöglich hat der Mann Lungenkrebs, der bereits die Armnerven befallen hat, befürchtet er. Dann geht es los.

Röntgenbild: kein Tumor, aber wenig Flüssigkeit unter dem Rippenfell. Computertomografie (CT): kein Tumor, dafür als Zufallsbefunde drei winzige Rundherde in der Lunge, mindestens zwei Knötchen in der Schilddrüse, eines in der Nebenniere, eine Leberzyste, Gallensteine. Kernspintomografie (MRI) vom Hals: kein Nervenschaden, dafür ein weiterer Zufallsbefund – ein Knoten in einer Speicheldrüse.

Ein beigezogener Neurologe gibt dem Patienten Kortison, worauf er geheilt ist. Aber die Knoten? Zwei weitere CT zeigen, dass die Rundherde in der Lunge nicht wachsen, somit wohl harmlos sind, genau wie der Knoten in der Nebenniere. Drei Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse liefern keinen Hinweis auf Krebs, ein zweites MRI führt punkto Speicheldrüse nicht weiter, die Punktion auch nicht. Der Patient lehnt eine Operation ab, weil es zur Gesichtslähmung kommen könnte.

85 von 100 kleinen Tumoren in der Schilddrüse sind «brav»

Das war vor fünf Jahren. Auch heute ist der Mann weiter wohlauf. Ein Röntgenbild, drei CT, zwei MRI, dreimal Ultraschall: Macht rund 4000 Franken. Dazu kommen die Strahlenexposition und die Beunruhigung. «Die Zufallsbefunde abzuklären, war schlechte Fürsorge. Ich verdiene einen Teil der Vorwürfe, dass ich diese Kaskade nicht früher gestoppt habe», bekannte sein Arzt Michael Barry im Fachblatt «Jama Internal Medicine». Barry ist Medizinprofessor an der Harvard Medical School.

Sein Bericht illustriert ein Problem, das künftig noch grösser wird. Es betrifft nicht nur CT und MRI. Auch beim Ultraschall etwa

finden sich bei 90 Prozent Gesunder ohne Gelenksbeschwerden Entzündungszeichen in Hand- und Fussgelenken wie bei Rheuma.

Beinahe «normal» sind auch Knötchen in der Schilddrüse. Die Hälfte der Bevölkerung hat welche. Bei einem von 10 Untersuchten sind darin Krebszellen. Bei Autopsien wurden sie sogar bei jedem dritten entdeckt – gestorben waren die Personen an etwas anderem. Diese kleinen Tumoren blieben zeitlebens still. Denn 85 von 100 kleinen Schilddrüsenkrebsen sind «brav», fast niemand stirbt daran. Einer von 100 aber ist sehr bösartig. Soll man zufällig entdeckte Knoten weiter abklären?

«Das hängt unter anderem vom Organ ab», sagt Urs Vogt, Chefarzt Radiologie am Spital Emmental. Unklare Befunde an der Niere etwa seien eher problematisch als solche an den Nebennieren. «Wichtig sind weitere Hinweise wie etwa gezackte Ausläufer eines Rundherds in der Lunge, Risikofaktoren wie das Rauchen und frühere Röntgenbilder als Vergleich.»

«Schuld» an den Zufallsbefunden sind auch die guten Medizingeräte. Sie erkennen winzigste Veränderungen: In bis zu 50 Prozent der Lungen-CT, 15 Prozent der Nieren- und Leber-CT und 67 Prozent der Herz-CT finden sich Auffälligkeiten an anderen Organen,

umso mehr, je älter die Patienten sind. Zudem nahm die Zahl der CT in der Schweiz von 2010 bis 2015 um 24 Prozent zu, jene der MRI um 41 Prozent.

5440 Zufallsbefunde bei 1838 Patienten

Bei einem CT wird der Körper scheibchenweise geröntgt. Vor 20 Jahren waren diese «Scheiben» einen Zentimeter dick. «Heute beträgt die Schichtdicke einen Millimeter. Das heisst, der Radiologe sieht praktisch alles, was mindestens einen Millimeter gross ist», sagt der Oberarzt Martin Maurer vom Berner Inselspital. Der Radiologe hat in einer Studie zusammen-

gefasst, was bei 2440 Verunfallten nebenbei gefunden wurde. Wie üblich wurde bei allen ein CT vom Scheitel bis zum Schambein gemacht, um das Ausmass der Verletzungen zu sehen. Resultat: 5440 Zufallsbefunde bei 1838 Patienten.

Bei über der Hälfte handelte es sich um harmloses wie Nierenzysten. 8 Prozent der Verletzten aber bekamen eine Hiobsbotschaft: Hirntumor, Weitung der Bauchschlagader oder dringender Verdacht auf Nierenkrebs lauteten einige der Diagnosen. «Die Zahl an Befunden, bei denen man rasch handeln oder weiter abklären musste, war erschreckend hoch», sagt Maurer. «Ich erinnere mich an

einen Mann von etwa 50, der nur einen leichten Unfall hatte. Beim CT hat man zufällig Bauchspeicheldrüsenkrebs entdeckt, an dem er ein Jahr später verstorben ist.»

Will der Patient wirklich alles wissen?

Die Radiologen stecken in der Zwickmühle: «Man überlegt schon: Lasse ich einen vermutlich harmlosen Befund im Bericht weg, weil ich weiss, was an Kontrollen nachfolgen könnte? Aber gleichzeitig frage ich mich: Darf ich mir das erlauben? Und ich muss mich auch selber schützen», sagt Maurer. Erwähne er etwas nicht und es sei doch Krebs, könne das juristische Folgen haben.

Maurer stellt die Gegenfrage: «Wir gehen davon aus, dass der Patient alles wissen will. Aber ist das so? Was zum Beispiel, wenn man im Hirn eine abnorme Arterienverengung sieht, die im Lauf des Lebens wahrscheinlich zur Hirnblutung führt, aber man kann sie nicht behandeln, weil sie an einer unzugänglichen Stelle liegt?»

Ein Lösungsansatz sind Vergleiche: Wie viele kleine Rundherde in der Lunge zum Beispiel entpuppen sich als Krebs? Für praktisch alle Zufallsbefunde gibt es statistische Anhaltswerte. Eine grosse deutsche Studie, bei der 30000 Personen mit MRI untersucht werden, soll weitere liefern.

Man könnte auch gezielter scannen – also nicht die Schilddrüse, wenn nach einem Lungen-CT gefragt wird. Oder die meist harmlosen Krebstypen neu benennen, sodass sie im Bericht beruhigender klingen als «Krebs».

«Eigentlich müsste sich jeder Patient vor einer Untersuchung fragen, ob er alles wissen will», sagt Reto Auer, Leiter Forschung am Berner Institut für Hausarztmedizin. Er plädiert dafür, mit dem Patienten das Für und Wider weiterer Abklärungen zu besprechen. «Das dauert schnell 30 Minuten. Aber das Wichtigste ist: sich Zeit nehmen und Vertrauen schaffen.» Gut informierte Patienten würden oft «sehr vernünftig» entscheiden, sagt Auer. «Nach einem Zufallsbefund ist man nicht mehr so unbeschwert wie zuvor, auch wenn er harmlos ist. Wir müssen lernen, mit der Unsicherheit zu leben.» **Kommentar — 18**



Im Computertomografen: Heute beträgt die Schichtdicke beim Röntgen einen Millimeter

Foto: Keystone

Dr. med. Online

Gebrochenes Schlüsselbein

Vor sechs Wochen habe ich mein Schlüsselbein gebrochen. Nach der Röntgenaufnahme wurde entschieden, nicht zu operieren. Eine zweite Aufnahme vor kurzem zeigte immer noch die Fraktur. Mir wurde empfohlen, noch einmal sechs Wochen zuzuwarten. Als aktiver Bergsportler bin ich nun etwas besorgt: Wie hoch ist die Chance, dass das Schlüsselbein stabil zusammenwächst?
Herr H.R., 56 Jahre

In der Orthopädie ist es umstritten, was man mit solchen Patienten am besten machen soll. Ob

operiert werden soll, hängt vor allem vom Typ der Fraktur und vom Alter des Patienten ab. Dass man sich bei Ihnen für eine konservative Therapie entschieden hat, ist aber grundsätzlich korrekt. Wir haben viele sogenannte Claviculafrakturen gesehen, die ohne Operation geheilt sind. Somit ist die Wahrscheinlichkeit schon hoch, dass auch bei Ihnen alles wieder stabil zusammenwächst.

Dass nach sechs Wochen die Fraktur im Röntgenbild noch zu sehen ist, ist normal. Auch wir würden mindestens nochmals sechs Wochen warten, bevor man erwägt zu operieren. Jetzt wäre kein guter Zeitpunkt zu operieren, weil das Knochengewebe am Verknöchern ist. Haben Sie noch Geduld, und benutzen Sie

den Arm vorsichtig, ohne Belastung und ohne Abstützen, um Ruhe in die Frakturzone zu bringen. In etwa sechs Wochen sollte dann ein weiteres Röntgenbild gemacht werden. Bevor man dann operiert, würden wir eher vier bis sechs Monate vergehen lassen. Die konkrete Entscheidung sollte aber anhand der Röntgenbilder und der klinischen Untersuchung gefällt werden.

Verletzte Sehnen in der Schulter

Ich bin vor einigen Wochen ausgerutscht und habe mir eine Verletzung der Rotatorenmanschette in der Schulter zugezogen. Man hat mir nun für

zwei bis drei Monate Physiotherapie verschrieben. Sollten die Schmerzen in dieser Zeit nicht nachlassen, käme es zu einer Operation. Kann man wirklich so lange zuwarten?
Frau R.P., 76 Jahre

Unter der Rotatorenmanschette versteht man eine Gruppe von vier Muskeln, deren Sehnen eine Kappe bilden, die das Schultergelenk umfasst und stabilisiert. Sie hat somit eine wichtige Funktion in der Zentrierung des Gelenkkopfes in der Gelenkpfanne. Kleinere Risse in der Manschette, die oftmals gar keine Beschwerden verursachen, sind bei 70 bis 80 Prozent aller älteren Patienten zu finden. Ein kleiner Unfall kann dann einen bereits vorhandenen Riss vergrössern und zu Beschwerden führen.

In einem ersten Schritt wird in der Regel oft mittels Physiotherapie und entzündungshemmender Mittel versucht, die Beschwerden zu lindern. Bleibt der Erfolg aus und die Funktion des Arms eingeschränkt, kommt eine Operation in Betracht.

In Ihrem Alter würde man aufgrund des schlechten Heilungspotenzials höchstwahrscheinlich keine Sehnenrekonstruktion, sondern eher ein «arthroskopisches Débridement» oder allenfalls eine umgekehrte Prothese in Betracht ziehen. Jüngere Patienten mit verletzten Rotatorenmanschetten werden häufiger operiert.

Die Fachberatung erfolgte durch die orthopädische Universitätsklinik Balgrist: www.balgrist.ch

PD Dr. med. Christiane Brockes ist Leiterin der Klinischen Telemedizin am Universitätsspital Zürich



Die Fragen und Antworten stammen im Original von der medizinischen Online-Beratung des Universitätsspitals Zürich (www.onlineberatung.usz.ch) und wurden redaktionell bearbeitet.