

Anne Appleton

## De la mammographie de dépistage avant 50 ans: débat précoce?

Avec son discours sur le sujet de la mammographie de dépistage avant 50 ans, le Dr Jean-François Delaloye a soulevé une question très importante, en ouvrant le débat sur un sujet d'importance, tant que le cancer du sein reste un problème aussi considérable pour la santé publique dans tous les pays industrialisés. L'efficacité de la mammographie de dépistage n'est plus mise en doute parmi la plupart de nos collègues à l'échelle mondiale [1], malgré la longue controverse qui s'est déroulée pendant des années jusqu'à récemment, amplifiée par les médias, à la confusion de nos patientes [2].

Néanmoins, l'âge approprié auquel il faut commencer le dépistage est loin d'être convenu et reste le sujet d'un intense débat dans des pays industrialisés. Bien que les Guidelines for Breast Cancer Screening publiés en 2003 par l'American Cancer Society font ressortir que le dépistage devrait commencer à l'âge de 40 ans [3], il est reconnu qu'il n'existe pas beaucoup d'évidence pour supporter le mandat [2, 4]. Quoique certains de nos collègues estiment qu'il serait justifié de commencer le dépistage à 47 ans car le risque de cancer du sein augmente nettement à cet âge, passant de 79 sur 100 000 femmes à 40 ans à 148 sur 100 000 femmes à 47 ans [5], il

n'y a toutefois pas suffisamment de preuves pour commencer le dépistage à 40 ans pour le moment. Nous attendons encore les données des grandes études telles que le UK Age Trial, qui est en train d'étudier 53 000 femmes de 40-41 ans qui ont été invitées à participer au programme de dépistage du Royaume Uni entre 1991 et 1996, le résultat des données étant attendu pour la fin de 2004 [6].

Un article très controversé a même récemment suggéré que les femmes participant à un programme de dépistage avant la ménopause et ayant par la suite besoin d'une tumorectomie ont un plus mauvais pronostic que des femmes post-ménopausées, l'hypothèse étant que la tumorectomie induirait une stimulation indésirable des facteurs d'angiogénèse [7]. C'est un article qui devrait être discuté ici dans tout le pays.

Cela mis à part, j'estime qu'on devrait attendre l'évidence concrète pour un sujet d'une telle importance, afin que nous puissions pratiquer une «evidence-based medicine» et pour que nous ne nous laissions pas emporter par notre élan naturel à réduire la souffrance globale de cette maladie si répandue et si destructrice.

Correspondance:  
Dr Anne Appleton  
Unité de Sénologie  
Clinique de Genolier  
CH-1272 Genolier

### Références

- 1 Boyle P. Mammographic breast cancer screening: after the dust has settled. *The Breast* 2003;12:351-6.
- 2 Olsen O, Gøtzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001;358:1340-2.
- 3 Smith RA, Saslow D, Andrews Sawyer K, et al. American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003. *CA Cancer J Clin* 2003;54:141-69.
- 4 Garber JE. Breast Cancer Screening: A Final Analysis? *CA Cancer J Clin* 2003;54:138-40.

5 Sasieni P, Cuzack J. The UK breast-screening programme should start at age 47 years. *Lancet* 2003;362:246.

6 [info@cancerscreening.nhs.uk](mailto:info@cancerscreening.nhs.uk)

7 Demicheli R, Bonadonna G, Hrushesky WJM, Retsky MW, Valagussa P. Menopausal Status Dependence of Early Mortality Reduction Due to Diagnosis of Smaller Breast Cancers (T1 v T2-T3): Relevance to Screening. *J Clin Oncol* 2004;22:102-7.

Thomas Lanter

## Unklarer Impfschutz

**Leserbrief zu: Heininger U.  
Ausreichender Impfschutz.  
Schweiz Med Forum 2004;4:719.**

Herr Kollege Heininger weist als Impfspezialist zu recht darauf hin, dass besonders ausländische Personen, ältere Menschen und insbesondere Frauen oft einen ungenügenden (Tetanus-) Impfschutz aufweisen. Er empfiehlt in Einklang mit der schweizerischen Kommission für Impfragen bei «unbekanntem (d.h. nicht dokumentiertem) beziehungsweise unzureichendem Impfstatus eine komplette Grundimmunisierung bestehend aus 3 Impfdosen oder Nachholimpfungen».

Herr Heininger lässt bei diesen Empfehlungen jedoch ausser Acht, dass wir Grundversorger in unserer Alltagsarbeit oft mit Patienten und Patientinnen konfrontiert sind, die mit erschreckender Gleichgültigkeit keine Erinnerung oder Übersicht über ihre bisherigen Impfungen in ihrem Leben haben, beziehungsweise deren Impfdokumente «verschwunden» oder nicht mehr auffindbar sind.

Nicht selten lässt sich dann in einer serologischen AK-Bestimmung gegen Tetanusantigen

bei diesen sogenannten «Ungeimpften» ein schützender AK-Titer beziehungsweise eine AK-Antwort gegen Tetanus finden, was belegt, dass die jeweilige Person halt doch bereits Tetanusimpfungen erhalten hat. Herr Heininger lässt weiter unerwähnt, dass man bei einer Verletzung und fehlender Grundimmunisierung konsequenterweise auch eine Dosis Tetanus-Immunglobulin geben müsste; dieses ist oft notfallmässig nur sehr schwierig zu erhalten und lässt sich in einer Grundversorgerpraxis wegen fehlender Gebrauchsfrequenz wenig sinnvoll aufbewahren.

Eine beinahe «routinemässige» Grundimmunisierung bei unklarem Impfstatus hätte auch einen erheblichen Anstieg von Hypersensitivitätsreaktionen (Arthusreaktion) zur Folge – mit zum Teil äusserst unangenehmen, beeinträchtigenden Folgewirkungen für die geimpften Personen.

Korrespondenz:  
Dr. med. Thomas Lanter  
Facharzt Allgemeinmedizin  
Kronenstrasse 22  
CH-9230 Flawil  
[tlanter@hin.ch](mailto:tlanter@hin.ch)

Ulrich Heininger

### Replik

Ihr Interesse an meinem Leserbrief und der Thematik «Tetanusimpfschutz» hat mich sehr gefreut.

Sie weisen zu Recht darauf hin, dass die von mir rezierten Empfehlungen diejenigen des BAG sind und nicht meine privaten, wenn ich sie auch vollumfänglich unterstütze. Ich darf an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die Empfehlungen nicht im akademischen Elfenbeinturm entstanden sind, sondern unter Mitwirkung praktisch tätiger KollegInnen in der Schweizerischen Impfkommision (SKIF).

Sie vermissen ferner eine differenziertere Diskussion der präventiven Optionen bei unklarem Tetanusimpfschutz.

Grundsätzlich ist ein Leserbrief ja als Kommentar, Ergänzung oder Denkanstoss (letzteres war meine Intention) gedacht und nicht als Übersichtsreferat. Ihre differenziertere Nachfrage gibt mir jetzt aber die Gelegenheit, nochmals dazu Stellung zu nehmen. Ich tue dies explizit nicht nur als «Impfspezialist», sondern auch als praktisch tätiger Infektiologe und Pädiater, der nicht zuletzt auch Dank der intensiven Beratungstätigkeit im Rahmen des vom BAG geförderten INFOVAC-Impfberatungsservice für niedergelassene ÄrztInnen in der Schweiz ([www.infovac.ch](http://www.infovac.ch)) mit praktischen Aspekten des Impfens vertraut ist.

Sie haben völlig Recht, wenn Sie die mangelnde Impfdokumentation bei Erwachsenen in der Schweiz beklagen. Dies zu verbessern ist eine konstante, mühsame Aufgabe, der wir uns gemeinsam stellen müssen. Die beste Lösung wäre sicherlich ein zentrales Impfregister, wie es beispielsweise in einigen europäischen Ländern bereits vorhanden ist beziehungsweise gegenwärtig eingeführt wird.

In der Schweiz erscheint diese elegante Lösung des Problems aus Datenschutzgründen bedauerlicherweise jedoch kaum realisierbar zu sein. Grundsätzlich ist es richtig, dass durch eine Antikörperbestimmung eine Aussage über den aktuellen (!) individuellen Schutz vor Tetanus möglich ist. Der Wert erlaubt aber keine zuverlässigen Rückschlüsse über Anzahl und Zeitpunkt vorausgegangener Tetanusimpfungen und auch das Intervall für eine nächste Tetanusimpfung ist nicht präzise bestimmbar. Diese Massnahme kann daher die Nachholimpfungen nicht ersetzen.

Wir (INFOVAC) empfehlen deshalb, bei unklarem Tetanusimpfstatus eine Nachholimpfserie (unter Verwendung eines altersgerechten Kombinationsimpfstoffes, um auch weitere, bestehende Impflücken zu schliessen!) zu beginnen. Lediglich im (nicht sehr häufigen) Fall einer heftigen Lokalreaktion, die an eine Arthusreaktion denken lässt, sollte dann eine Antikörperbestimmung veranlasst werden und bei hohen Tetanus-

toxin-IgG-Antikörpern die Impfserie abgebrochen werden. Der von Ihnen befürchtete «erhebliche Anstieg von Hypersensitivitätsreaktionen» bei Befolgung der BAG-Empfehlungen muss gegen das Risiko einer tödlichen Tetanuskrankheit abgewogen werden wie der Fallbericht – Ausgangspunkt meines Leserbriefs – eindrücklich verdeutlicht.

Selbstverständlich ist dem Patienten die Wichtigkeit der Aufbewahrung seines Impfdokumentes zu erläutern.

Dass im Verletzungsfall unter spezifischen Bedingungen nicht nur eine aktive, sondern gleichzeitig auch eine passive Immunisierung ratsam ist, steht ausser Zweifel. Wenn hier in der Praxis

verständlicher Weise Versorgungsengpässe bestehen, so muss der Patient an eine Notfalleinrichtung (z.B. Spital) verwiesen werden. Dass ich im Leserbrief darauf nicht eingegangen bin lag daran, dass ich «verpasste Gelegenheiten» zum Impfen im Vorfeld (!) und nicht im konkreten Fall der Verletzung thematisiert habe.

Prof. Dr. U. Heininger  
Leitender Arzt Infektiologie und Vakzinologie  
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)  
Postfach  
CH-4005 Basel  
[Ulrich.Heininger@unibas.ch](mailto:Ulrich.Heininger@unibas.ch)

## IMPRESSUM

### Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum Forum Médical Suisse

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Postfach, 4010 Basel  
Tel. 061 467 85 55  
Fax 061 467 85 56  
**E-Mail:** [smf@emh.ch](mailto:smf@emh.ch)  
**Website:** <http://www.medicalforum.ch>

Erscheint jeden Mittwoch

### Verlag / Editions

EMH Editores Medicorum Helveticorum  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
EMH Editions médicales suisses SA  
EMH Edizioni mediche svizzere SA  
EMH Swiss Medical Publishers Ltd.

Postfach, 4010 Basel  
Tel. 061 467 85 55  
Fax 061 467 85 56  
**E-Mail:** [verlag@emh.ch](mailto:verlag@emh.ch)  
**Website:** <http://www.emh.ch>

### Redaktion / Rédaction

Prof. Reto Krapf (Chefredaktor)  
Prof. Claude Genton  
Dr. Ludwig T. Heuss  
Dr. Natalie Marty  
Dr. Pierre Périat  
Prof. Ruedi Ritz  
Prof. Rolf A. Streuli  
Prof. Antoine de Torrenté  
Prof. Bruno Truniger  
Dr. Markus Trutmann  
Dr. Susanna Walser  
(Managing Editor, CME)

### Redaktionssekretariat / Secrétariat de rédaction

Ruth Schindler

### Deutschsprachiges Lektorat

Dr. Susanna Walser

### Lectorat français

Christiane Hoffmann

### Herstellung / Production

Schwabe AG  
Farnsbürgerstrasse 8  
Postfach 832, 4132 Muttenz 1  
Tel. 061 467 85 85  
Fax 061 467 85 86  
**E-Mail:** [druckerei@emh.ch](mailto:druckerei@emh.ch)

### Marketing EMH

Natacha Gerber  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Postfach, 4010 Basel  
Tel. 061 467 85 49  
Fax 061 467 85 56  
**E-Mail:** [ngerber@emh.ch](mailto:ngerber@emh.ch)

### Inserate / Annonces

#### Pharma / Pharmaceutiques

pharma media promotion  
K. Hess  
Lättichstrasse 6  
6342 Baar 2  
Tel. 041 760 23 23  
Fax 041 760 23 27  
**E-Mail:**  
[info@pharma-media-promotion.ch](mailto:info@pharma-media-promotion.ch)

### Nicht-Pharma / Non pharmaceutiques

Schwabe AG  
Chantal Schneeberger  
Frankfurtstrasse 14  
Postfach 340, 4008 Basel  
Tel. 061 333 11 07  
Fax 061 333 11 06  
**E-Mail:** [c.schneeberger@schwabe.ch](mailto:c.schneeberger@schwabe.ch)

### Abonnemente / Abonnements

#### FMH-Mitglieder / Membres de la FMH

FMH Verbindung  
der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Elfenstrasse 18  
3000 Bern 16  
Tel. 031 359 11 11  
Fax 031 359 11 12  
**E-Mail:** [fmh@hin.ch](mailto:fmh@hin.ch)

#### Andere Abonnemente / Autres abonnements

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Abonnemente  
Postfach, 4010 Basel  
Tel. 061 467 85 75  
Fax 061 467 85 76  
**E-Mail:** [abo@emh.ch](mailto:abo@emh.ch)

© 2004 by EMH Schweizerischer  
Ärzteverlag AG, Basel.  
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck,  
elektronische Wiedergabe und Über-  
setzung, auch auszugsweise, nur mit  
schriftlicher Genehmigung des Verlages  
gestattet.

ISSN:  
Printversion: 1424-3784  
Elektronische Ausgabe: 1424-4020