

Prostatakarzinom: Vorsorge im Kreuzfeuer der Medien

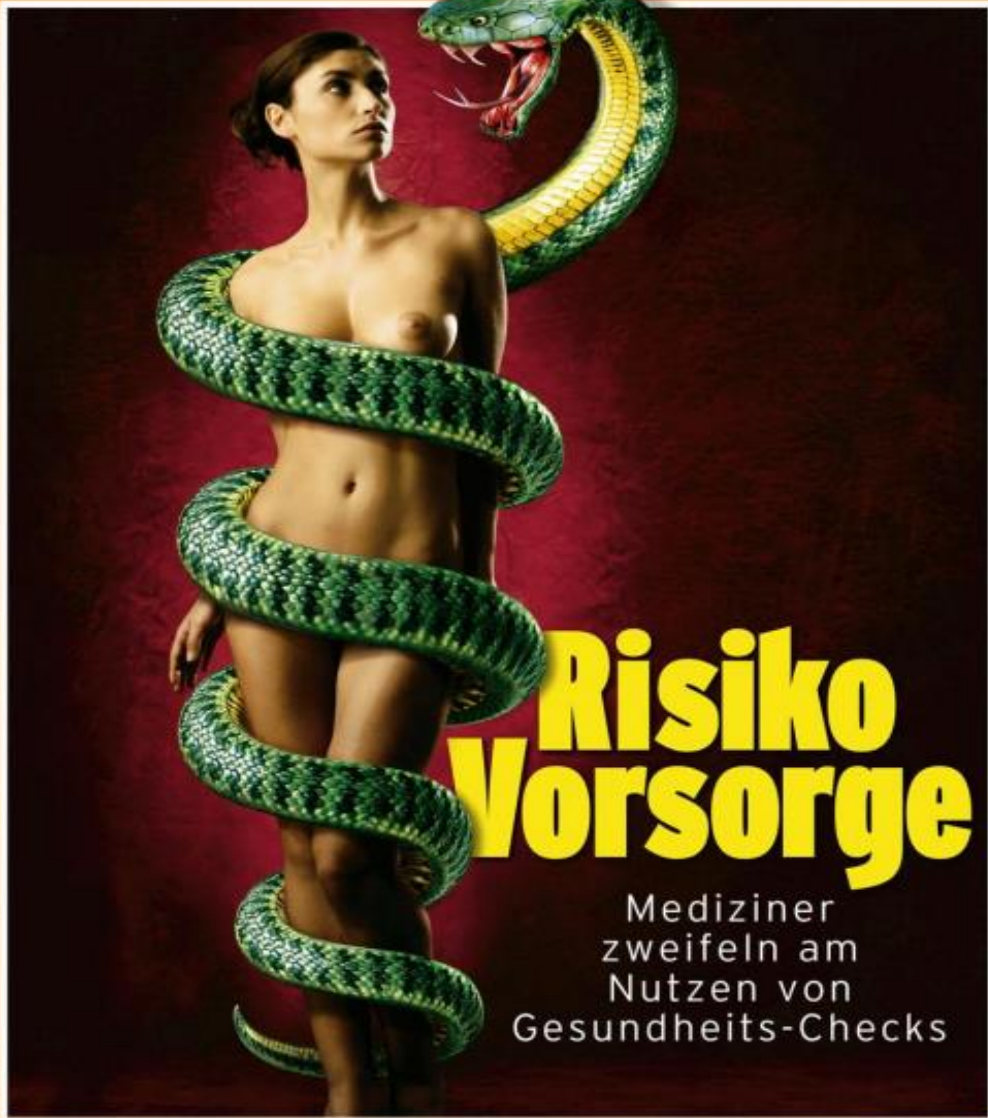
PD Dr. med. Tobias Maurer, FEBU

Prostatakrebs

Vorsorge – Diagnostik – Therapie

Informationstag

Samstag, 5. April 2014



Risiko Vorsorge

Mediziner
zweifeln am
Nutzen von
Gesundheits-Checks

Mittwoch, 27.08.2007

Zweifelhafter Tumormarker

PSA-Test auf Prostatakrebs wird zu häufig angewendet



Reihenuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs sind heikel: Gesunde unterziehen sich einer Untersuchung, ohne Beschwerden oder einen anderen Anlass zu haben. Anschließend bekommen sie womöglich mitgeteilt, dass in ihrem Körper ein Tumor wächst. Leider begünstigt eine frühe Diagnose nicht automatisch die Aussicht auf Heilung. Häufig kann Krebs, auch wenn er frühzeitig entdeckt wird, trotzdem nicht so behandelt werden, dass sich Prognose und Lebensqualität der Betroffenen verbessern. In anderen Fällen werden Tumore entdeckt, die nie auffällig geworden wären und nie Beschwerden verursacht hätten. Mit immer besseren technischen Möglichkeiten werden immer mehr Abweichungen von fragwürdiger Relevanz entdeckt. Ärzte haben für diesen Trend in der Medizin den Begriff Überdiagnose geprägt.

Ein typisches Beispiel für die Gefahr von Überdiagnosen ist das PSA-Screening auf Prostata-Krebs. PSA steht für prostataspezifisches Antigen. Die Menge dieses Eiweißes kann im Blut erhöht sein, wenn ein Tumor wächst – allerdings auch bei Entzündungen, nach Radtouren oder nach Sex. Weil der PSA-Wert ebenso unspezifisch wie unzuverlässig ist, zieht er oft weitere Untersuchungen nach sich, etwa die Gewebeentnahme aus der Prostata. Das Problem daran: Werden ein erhöhter PSA-Wert und Krebsnester in der Prostata festgestellt, folgen weitere diagnostische und therapeutische Schritte – womöglich bis hin zu Operationen, die Impotenz und Inkontinenz zur Folge haben können. Dabei ist ungewiss, ob der entdeckte Krebs je Beschwerden verursacht hätte, denn Tumore der Prostata wachsen zumeist extrem langsam. Zwar hat die Hälfte aller 80-Jährigen Tumorzellen in der Prostata – sie sterben jedoch in der Mehrzahl mit und nicht an dem Krebs.

Urologen aus Rotterdam und Göteborg haben nun untersucht, ob bösartige Krebsformen häufiger entdeckt werden, wenn das PSA-Screening nicht alle vier,

sondern alle zwei Jahre stattfindet. Ein aggressiver Tumor, der zwischen den Screening-Terminen auftritt, kann als Maß dafür dienen, ob zu häufig oder zu selten auf PSA untersucht wird. Die Ergebnisse der Ärzte aus den Niederlanden und Schweden, die im *Journal of the National Cancer Institute* veröffentlicht worden sind, sprechen nicht dafür, dass häufigere PSA-Tests Männern mehr nutzen (Bd. 99, S. 1296, 2007). „Jedes Screening deckt zwar ein paar Krebsfälle auf. Diesen steht jedoch eine große Gruppe Männer gegenüber, bei denen klinisch bedeutungslose Veränderungen festgestellt werden“, schreiben die Autoren.

Da die Messmethode ungenau ist und bisher nicht bewiesen werden konnte, dass PSA-Screening Todesfälle verhindert oder hinauszögert, erstatten Krankenkassen den etwa 30 Euro teuren Test in Deutschland nicht. Viele Urologen halten dennoch am jährlichen PSA-Test fest. David Crawford von der Universität Colorado gibt die Einstellung etlicher Urologen wieder: „Viele von uns glauben, dass Früherkennung Leben rettet, doch der Beweis fehlt.“

„Vermehrte Früherkennung von Prostatakrebs führt dazu, dass Tumore eingeschlossen werden, die zu Lebzeiten nicht entdeckt würden und die, wenn sie entdeckt werden, ausgezeichnete Prognosen haben“, sagt Alexander Katilinic, Sprecher der Krebsregister Deutschlands. „Da werden Gesunde zu Krebspatienten gemacht.“ Die vermeintlich besseren Überlebenschancen beruhen auf statistischer Augenwischerei. „Wird fortgeschrittener, unheilbarer Krebs zwei Jahre früher erkannt, überlebt man ihn rechnerisch gesehen zwar auch zwei Jahre länger. Man stirbt trotzdem nicht später“, sagt Gerhard Ehninger, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. Solche Diagnosen hätten oft keine therapeutische Konsequenz und würden nur dazu führen, dass Patienten früher von ihrem Schicksal wüssten. WERNER BARTENS

The New York Times

OP-ED CONTRIBUTOR

The Great Prostate Mistake

By RICHARD J. ABLIN
Published: March 9, 2010

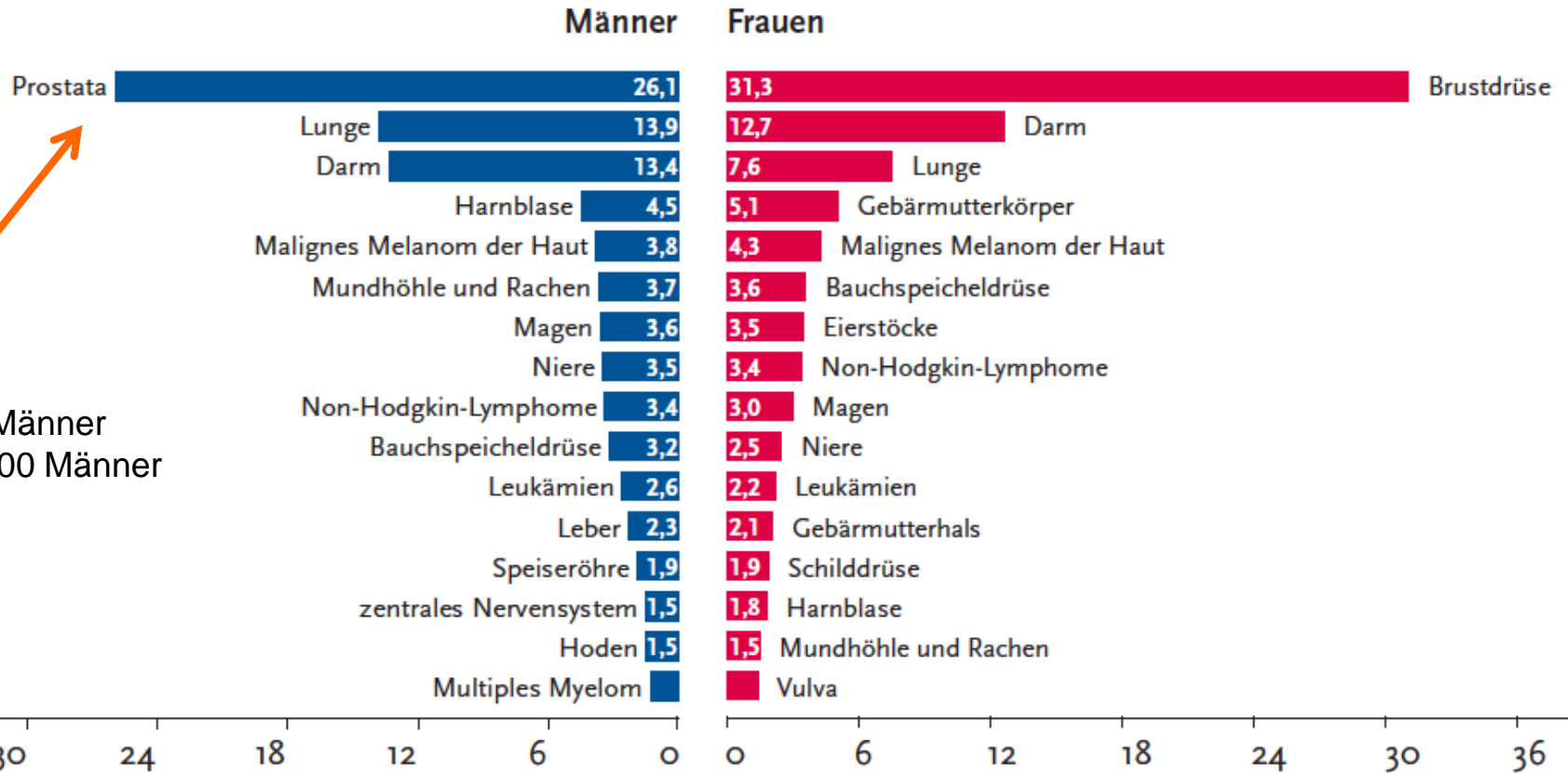
I never dreamed that my discovery four decades ago would lead to such a profit-driven public health disaster. The medical community must confront reality and stop the inappropriate use of P.S.A. screening. Doing so would save billions of dollars and rescue millions of men from unnecessary, debilitating treatments.

Richard J. Ablin is a research professor of immunobiology and pathology at the University of Arizona College of Medicine and the president of the Robert Benjamin Ablin Foundation for Cancer Research.

Vorsorge (Screening) sinnvoll...

1. bei häufiger Erkrankung
2. wenn Erkrankung bei früherer Erkennung gut bzw. deutlich besser behandelbar ist
3. wenn Untersuchung möglichst wenig belastend ist
4. wenn Untersuchung die Erkrankung mit möglichst großer Sicherheit nachweisen oder ausschließen kann (Sensitivität, Spezifität)

Prostatakarzinom = Volkskrankheit



Inzidenz BRD:
 2010: 65.830 Männer
 2014: ca. 70.100 Männer



Krebs in Deutschland
 2009/2010

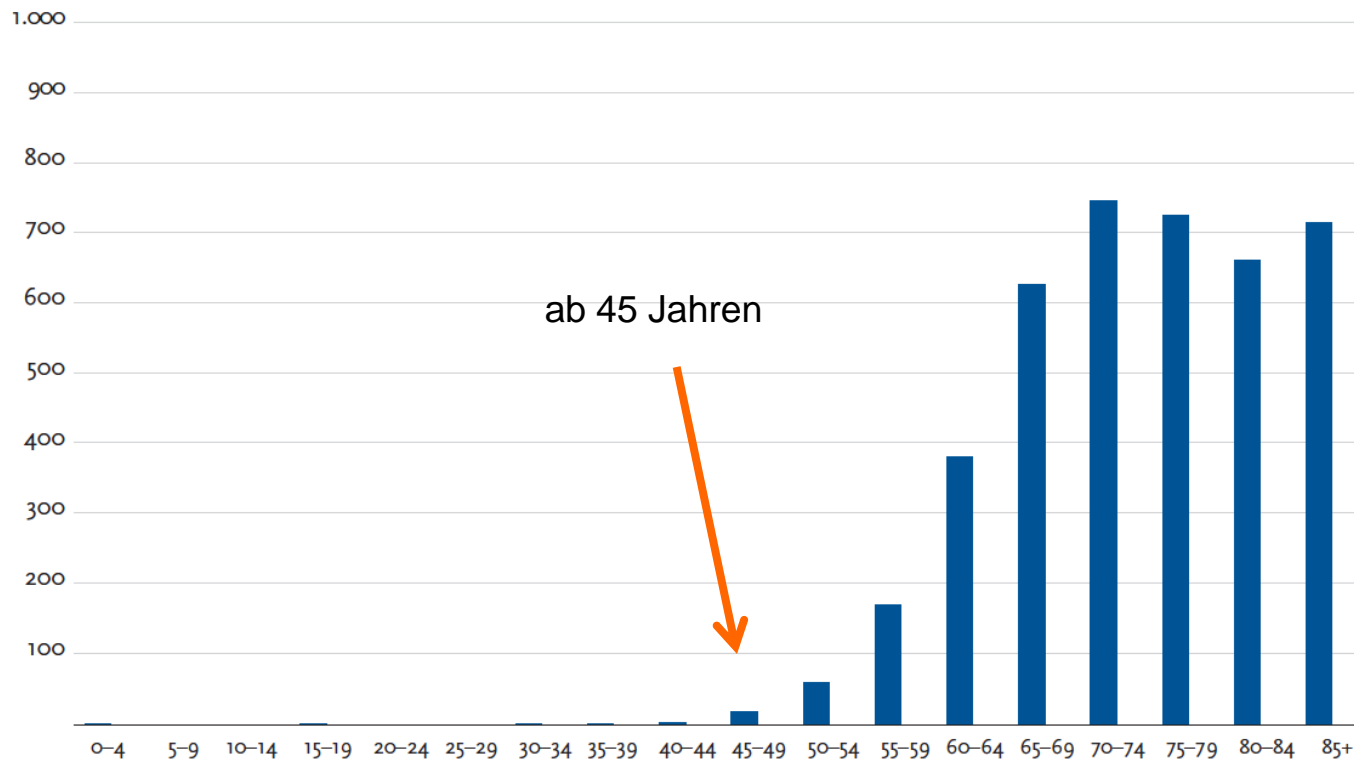
9. Ausgabe, 2013

ROBERT KOCH INSTITUT



Prostatakarzinom – Häufigkeit/Alter

Abbildung 3.18.2
 Altersspezifische Erkrankungsraten, ICD-10 C61, Deutschland 2009 – 2010
 je 100.000



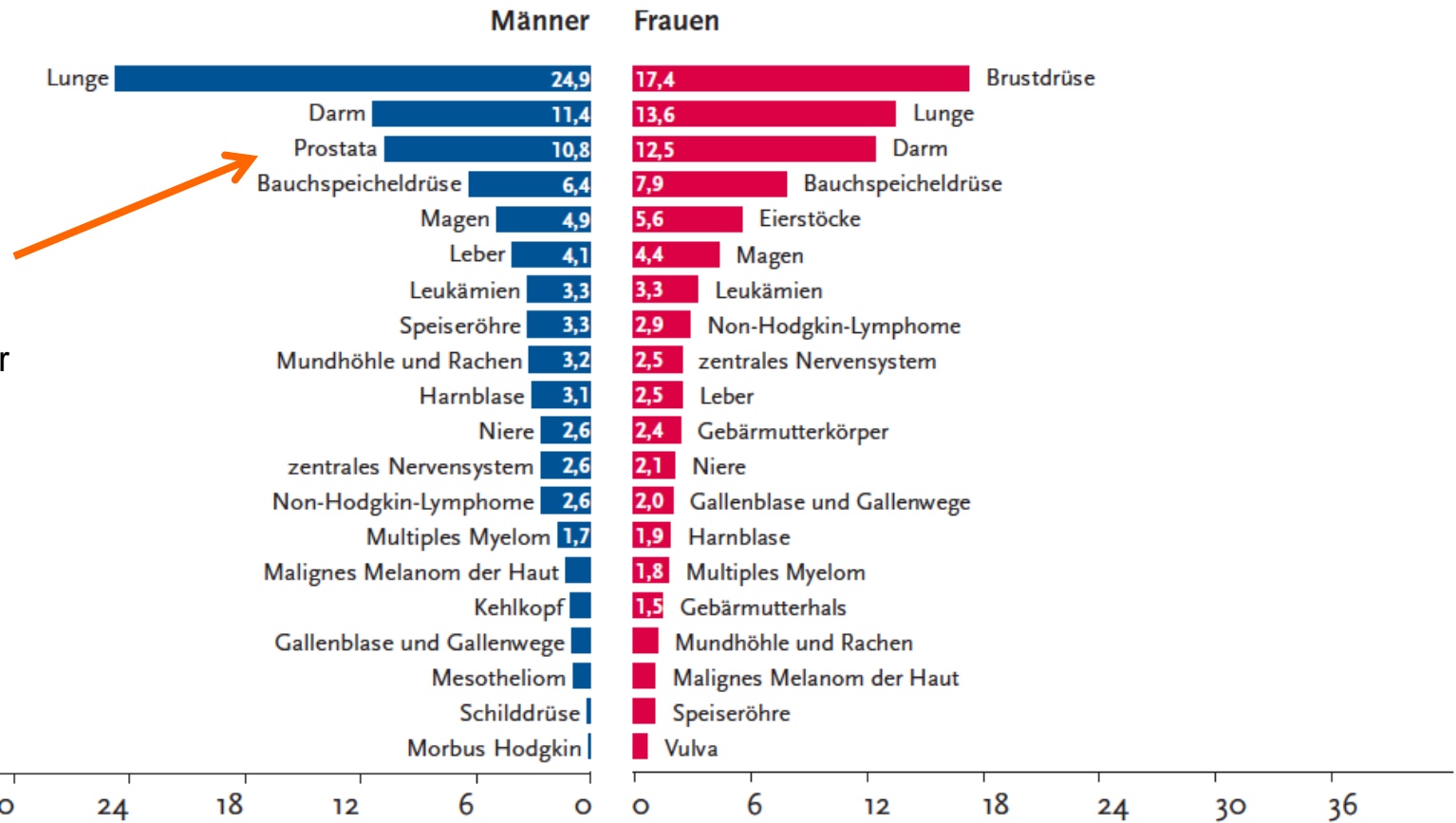
**Krebs in Deutschland
 2009/2010**

9. Ausgabe, 2013

ROBERT KOCH INSTITUT



Prostatakarzinom – Sterblichkeit



Sterbefälle BRD:
2010: 12.676 Männer



Krebs in Deutschland
2009/2010

9. Ausgabe, 2013

ROBERT KOCH INSTITUT



Vorsorge (Screening) sinnvoll...

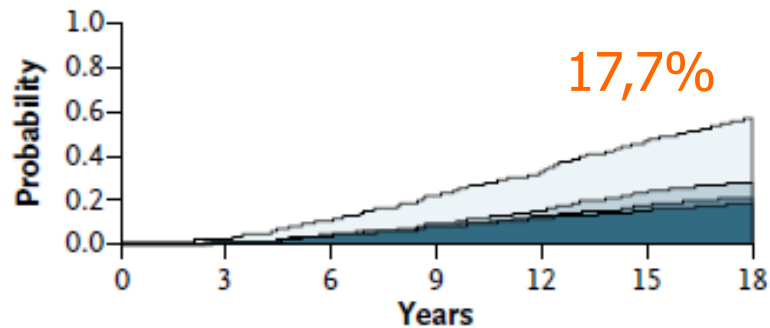
1. bei häufiger Erkrankung
2. wenn Erkrankung bei früherer Erkennung gut bzw. deutlich besser behandelbar ist
3. wenn Untersuchung möglichst wenig belastend ist
4. wenn Untersuchung die Erkrankung mit möglichst großer Sicherheit nachgewiesen oder ausgeschlossen werden kann (Sensitivität, Spezifität)

Radical Prostatectomy or Watchful Waiting in Early Prostate Cancer

■ Death from prostate cancer
 ■ Other cause of death, with metastases
 ■ Other cause of death, with androgen-deprivation therapy
 ■ Other cause of death, without androgen-deprivation therapy

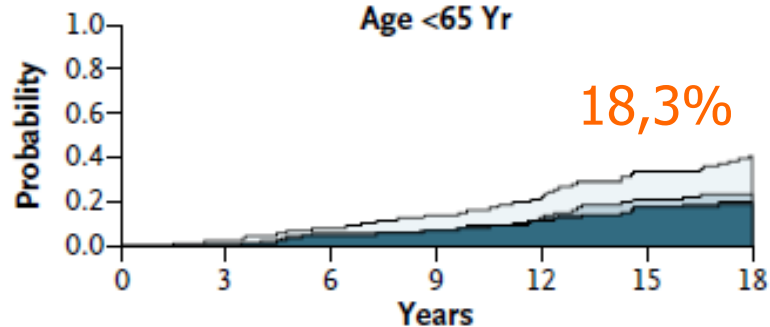
A Radical Prostatectomy

All Patients



No. at Risk 347 339 311 271 236 168 87

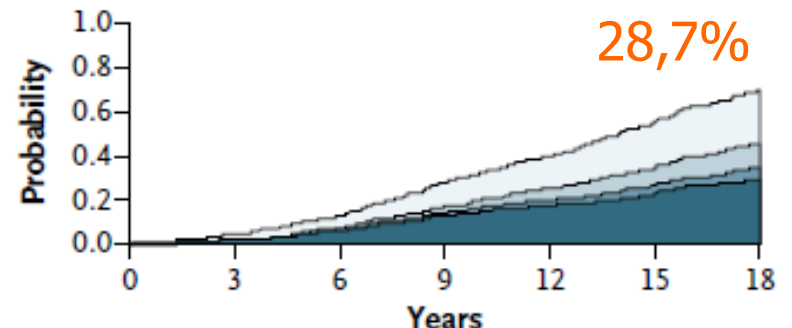
Age <65 Yr



No. at Risk 157 154 145 136 124 96 60

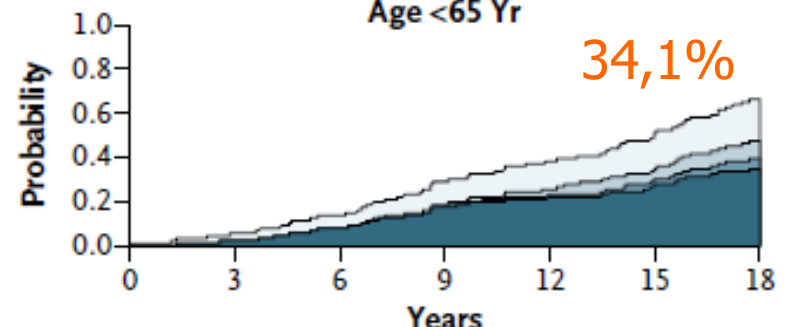
B Watchful Waiting

All Patients



No. at Risk 348 334 306 251 211 143 61

Age <65 Yr



No. at Risk 166 157 144 118 102 75 34

Radical Prostatectomy or Watchful Waiting in Early Prostate Cancer

Männer < 65 Jahre bzw. mit mittlerem Risikoprofil profitieren am meisten von einer Operation, d.h.

- geringere Sterblichkeit
- geringere Metastasierung
- weniger medikamentöse Therapie notwendig

Prostatakarzinom – Screening-Studien

Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial:

- 76.693 Männer (55 – 74 Jahre)
- Screening-Gruppe: jährlich Tastuntersuchung + PSA
- nach 10 Jahren: kein wesentlicher Unterschied in der Sterblichkeit
- Probleme: PSA-Test bei vielen Männer vor Studienbeginn
 PSA-Test auch im Kontrollarm (52%!)

European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC)

- 162.243 Männer (55 – 69 Jahre)
- Screening-Gruppe: PSA alle 2 bis 4 Jahre
- nach 12 Jahren: geringere Sterblichkeit bei Screening (NNS 503, NNT 18)
- ca. 20% Reduktion der Sterblichkeit aufgrund eines Prostatakarzinoms

Screening: Stellungnahme DGU

- Durch die **PSA-Bestimmung** “können **Frühformen** Jahre vor ihrem klinischen Auftreten **festgestellt** und in diesen Frühstadien meistens **geheilt** werden“
- In der **europäischen Studie** konnte gezeigt werden, dass „durch PSA-gestütztes Screening gesunder **Männer im Alter von 55-69 Jahre** die Wahrscheinlichkeit, an einem Prostatakarzinom zu versterben, signifikant um 20 Prozent gesenkt wird“
- „Analysiert man die Patienten nur nach ihrem wirklichen Screeningverhalten, so ist der **Vorteil für das Screening 28%**“
- In **amerikanischer Studie** war „Anteil getesteter Patienten in der Kontrollgruppe wesentlich höher. Der **mögliche Erfolg** der Früherkennungsmaßnahme war somit überhaupt **nicht nachweisbar**“

Fazit

Screening sinnvoll, aber selektiver und „smarter“:

- v.a. bei gesunden Männern < 70 Jahre sinnvoll

- „Baseline“ PSA in jungen Jahren sinnvoll

 - z.B. 45 Jahre: PSA < 0,5ng/ml – sehr geringes Risiko

 - PSA > 3,0ng/ml – sehr hohes Risiko

- Frequenz des Screenings abhängig von PSA-Höhe

 - z.B. 45 Jahre: PSA < 1,0ng/ml – nächstes Screening Anfang 50

 - PSA > 1,0ng/ml – Screening alle 2-4 Jahre

 - z.B. 60 Jahre: PSA < 1,0ng/ml – kein weiteres PSA-Screening notwendig

Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms



Leitlinienempfehlung DGU

3.2	Empfehlung	modifiziert 2011
Empfehlungsgrad A	<p>Männer, die mindestens 40 Jahre alt sind und eine mutmaßliche Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren haben, sollen über die Möglichkeit einer Früherkennung informiert werden.</p> <p>Die Männer sollen über die Vor- und Nachteile der Früherkennungsmaßnahmen aufgeklärt werden, insbesondere über die Aussagekraft von positiven und negativen Testergebnissen, gegebenenfalls über erforderliche weitere Maßnahmen wie die Biopsie der Prostata sowie die Behandlungsoptionen und deren Risiken.</p>	
3.3	Empfehlung	modifiziert 2011
Empfehlungsgrad A	<p>Männern, die nach der Aufklärung eine Früherkennungsuntersuchung wünschen, sollen das Bestimmen des PSA und eine digital-rektale Untersuchung als Untersuchungsmethoden empfohlen werden.</p>	