

Journal für

# Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

## **PSA-stratifiziertes Screening:**

### **Eine Utopie?**

Pummer K

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2011; 18 (Sonderheft*

*3) (Ausgabe für Österreich), 14*

**Homepage:**

**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

**Indexed in Scopus**

**Member of the**



**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

**Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz**

**P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz**

# PSA-stratifiziertes Screening: Eine Utopie?

K. Pummer

Entsprechend den SEER- („Surveillance, Epidemiology, and End Results“-) Daten hat sich seit der Einführung des prostataspezifischen Antigens (PSA) die Mortalität des Prostatakarzinoms von 39,2/100.000 (1992) auf 23,5/100.000 (2007) um rund 40 % reduziert. Diese Entwicklung deutet zweifellos auf einen positiven Effekt des PSA-Screenings hin. Darüber hinaus ergab die europäische Screening-Studie ERSPC („European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer“) in einer ersten Auswertung eine Reduktion der karzinomspezifischen Mortalität um 20 %, und die Göteborg-Studie von Huggoson zeigte sogar eine 40%ige Reduktion nach einer Nachbeobachtungszeit von 14 Jahren – alles durchaus starke Argumente für ein PSA-gestütztes Screening.

Nichtsdestotrotz wird die Thematik in der Neuauflage der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (2011) zurückhaltend behandelt. Zwar heißt es dort, dass „Männer, die mindestens 40 Jahre alt sind und eine mutmaßliche Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren haben, über die Möglichkeit einer Früherkennung informiert werden sollen“. Es wird aber weiters ausgeführt, dass die Inzidenz von Prostatakarzinomen in Screening-Gruppen im Vergleich zu Beobachtungs-Gruppen signifikant höher ist, dass die karzinomspezifische Mortalität entweder gesenkt oder nicht signifikant beeinflusst wird, dass kein Einfluss auf das Gesamtüber-

leben erkennbar ist und dass zahlreiche Karzinome entdeckt werden, die gar keine Behandlung brauchen.

Um diese Zurückhaltung verstehen zu können, müssen weitere rezente Studien analysiert werden. Die amerikanische Screening-Studie PLCO („Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial“) konnte bislang keine Reduktion der karzinomspezifischen Mortalität für das Gesamtkollektiv belegen. Jedoch konnte gezeigt werden, dass Patienten mit keiner oder nur minimaler Komorbidität durchaus mit einer 44%igen Reduktion profitieren könnten. Eine weitere Studie („Prostate Cancer Intervention Versus Observation Trial“ [PIVOT]) von der American Urological Association (AUA), welche Behandlung mit Beobachtung verglich, zeigte nach 10 Jahren, dass nur Patienten mit intermediärer Risikolage hinsichtlich des Gesamtüberlebens und nur Patienten mit hoher Risikolage oder höherem PSA (> 10 ng/ml) hinsichtlich karzinomspezifischer Mortalität Vorteile von einer Behandlung haben. Diese Daten lassen ein generelles PSA-Screening in einem anderen Licht erscheinen und stellen auch die Ergebnisse der ERSPC in Zweifel. Screening führt grundsätzlich zu einer Selektion langsam wachsender Tumoren („length time bias“). Die Methodik der ERSPC, wo PSA im Schnitt nur alle 4 Jahre bestimmt wurde, verstärkt diesen Effekt, weil aggressive Karzinome so nur schwerlich rechtzeitig erkannt werden.

Dies führt auch zu einer verhältnismäßig hohen NNT („number needed to treat“) von 48, um einen Todesfall zu verhindern. Im offensichtlichen Bewusstsein um diesen methodischen Mangel wurden im Update der ERSPC-Studie auch völlig neue Parameter wie NNI („number needed to invite“) und NNM („number needed to manage“) zur Beschönigung der Zahlen herangezogen.

Und schließlich dürfen die neuesten Daten der Holmberg-Studie (radikale Prostatektomie vs. „Watchful Waiting“) nicht unberücksichtigt bleiben. In dieser Studie aus der Prä-PSA-Ära dauerte es mehr als 10 Jahre, um einen signifikanten Unterschied im Gesamtüberleben nachzuweisen. Ein aktuelles Update im Mai dieses Jahres zeigte jedoch, dass für Patienten < 65 Jahre die karzinomspezifische Mortalität um 51 % und die Gesamtmortalität um 48 % gesenkt wurden – ohne Screening!

Somit scheint klar, dass ein generelles Screening ohne Rücksicht auf Lebensalter, Begleitkrankheiten oder Risikofaktoren zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht wirklich empfohlen werden kann.

## **Korrespondenzadresse:**

Univ.-Prof. Dr. Karl Pummer  
Universitätsklinik für Urologie  
Medizinische Universität Graz  
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 7  
E-Mail: karl.pummer@medunigraz.at

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)