

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

PSA-Screening

Henning A

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2016; 23 (4)

(Ausgabe für Österreich), 14

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2016; 23 (3-4)

(Ausgabe für Schweiz), 21

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



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

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



PSA-Screening

A. Henning

Zusammenfassung

Um die Nützlichkeit des PSA-Screenings besteht eine anhaltende Kontroverse. Neue Daten aus den USA zeigen einen Rückgang der Screeningraten und eine verringerte Inzidenz früher Karzinomstadien in den letzten Jahren. Eine höhere Karzinom mortalität und vermehrte metastasierte Prostatakarzinome sind hierdurch zu befürchten. Mögliche Ansätze, um Überdiagnose und Übertherapie durch Screening zu reduzieren, ohne einen möglichen Überlebensvorteil aufs Spiel zu setzen, sind risikoadaptierte, personalisierte Screeningprotokolle, neue Biomarker, eine spezifischere Diagnostik und die Active Surveillance als Alternative zur aktiven Therapie in geeigneten Fällen.

PSA-Screening

Vor mittlerweile 15 Jahren wurden zwei große Studien zum PSA-Screening beim Prostatakarzinom veröffentlicht. Die amerikanische PLCO- (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening) Studie zeigte keine reduzierte Sterblichkeit im Interventionsarm [1]. Die europäische ERSPC- (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) Studie ergab nach mittlerweile beinahe 20 Jahren Nachbeobachtungszeit zwar einen Überlebensvorteil für das PSA-Screening, Überdiagnose und Übertherapie geben jedoch weiterhin Grund zur Beunruhigung [2]. Die Leitlinien der internationalen Fachgesellschaften bezüglich Früherkennung des Prostatakarzinoms sind uneinheitlich. Insbesondere in den Vereinigten Staaten riet die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) im Jahr 2012 explizit vom PSA-Screening ab. Infolgedessen zeigen nun neuere Daten aus den USA sinkende Screeningraten und eine verringerte Inzidenz früher Prostatakarzinomstadien [3, 4].

Reduziert diese Entwicklung Überdiagnose und Übertherapie oder wird sie in letzter Konsequenz mit einer Latenz von einer oder zwei Dekaden zu erhöhter Mortalität und vermehrt zu metastasierten Prostatakarzinomen führen? Eine der beiden Studien gibt an, dass im Jahr 2012 verglichen zu 2011 in den USA insgesamt 33.519 weniger Fälle an Prostatakarzinom diagnostiziert wurden. Geht man von einer „number needed to diagnose“ (NND) von 1 zu 27 aus dem 13-Jahre-Follow-up der ERSPC-Studie aus, ergäbe das mehr als 1200 zusätzliche Karzinomtodesfälle.

Somit bedarf es weiterer Bemühungen zur Reduktion von Überdiagnose und Übertherapie. Ein risikostratifizierter Ansatz wurde bereits vor Längerem vorgeschlagen. Die Autoren der ERSPC zeigten in einer Subanalyse, dass Männer mit initialen PSA-Werten < 1 ng/ml ein im Langzeitverlauf minimales Risiko hatten, am Prostatakarzinom zu versterben. Dementsprechend schlagen etwa die EAU-Guidelines vor, bei Männern mit einem Baseline-PSA < 1 ng/ml die Screening-Intervalle auf bis zu 8 Jahre auszudehnen, um Überdiagnosen zu vermeiden.

Welchen Beitrag eine spezifischere, weniger invasive Diagnostik zur Abklärung erhöhter PSA-Werte – etwa mittels MRT – oder neue Biomarker leisten werden können, bleibt abzuwarten. Manche Ergebnisse erscheinen vielversprechend: So berichtete eine Gruppe aus Schweden kürzlich, dass eine Kombination von mehreren Plasmaproteinen als Biomarker, genetischen Polymorphismen und klinischen Variablen die Detektion von Prostatakarzinomen mit einem Gleason-Score ≥ 7 im Vergleich zum PSA alleine signifikant verbesserte [5].

Die Active Surveillance hat sich als Alternative zur aktiven (Über-) Therapie in

geeigneten Fällen mittlerweile gut etabliert. Hier gilt es, die teils divergierenden Protokolle zu evaluieren und zu vereinheitlichen sowie neue Möglichkeiten der Diagnostik – insbesondere das multiparametrische MR der Prostata – sinnvoll zu inkludieren.

Zusammenfassend hat die Bestimmung des PSA-Wertes zur Früherkennung des Prostatakarzinoms gemäß Empfehlung europäischer Fachgesellschaften nach ausführlicher Aufklärung über Vor- und Nachteile weiter ihren Stellenwert. Zur Vermeidung von Überdiagnose und Übertherapie sollte ein risikostratifizierter Ansatz verfolgt und auf eine aktive Therapie in geeigneten Fällen verzichtet werden.

Literatur:

1. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, et al.; PLCO Project Team. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *Natl Cancer Inst* 2012; 104: 125–32.
2. Roobol MJ, Kranse R, Bangma CH, et al.; ERSPC Rotterdam Study Group. Screening for prostate cancer: results of the Rotterdam section of the European randomized study of screening for prostate cancer. *Eur Urol* 2013; 64: 530–9.
3. Jemal A, Fedewa SA, Ma J, et al. Prostate cancer incidence and PSA testing patterns in relation to USPSTF screening recommendations. *JAMA* 2015; 314: 2054–61.
4. Sammon JD, Abdollah F, Choueiri TK, et al. Prostate-specific antigen screening after 2012 US Preventive Services Task Force recommendations. *JAMA* 2015; 314: 2077–9.
5. Grönberg H, Adolfsson J, Aly M, et al. Prostate cancer screening in men aged 50–69 years (STHLM3): A prospective population-based diagnostic study. *Lancet Oncol* 2015; 16: 1667–76.

Korrespondenzadresse:

Dr. Armin Henning
Abteilung für Urologie und Andrologie
Sozialmedizinisches Zentrum Ost –
Donauspital
A-1220 Wien, Langobardenstraße 122
E-Mail: armin.henning@wienkav.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](#)