



PROSTATAKREBS

Die Kritik am PSA wird immer leiser

Kaum ein Test ist so umstritten wie das PSA-Screening. Landauf, landab warnten seine Kritiker stets vor der daraus resultierenden Verunsicherung und Übertherapie. Nun soll der Test doch taugen und Leben retten. Seine Rehabilitation ist für manche überfällig.

Laut Homepage des Harding-Zentrums für Risikokompetenz hat die Prostatakrebs-Früherkennung keinen Einfluss auf die Anzahl der Toten durch Prostatakrebs (1). Hingegen kommt eine soeben in den „Annals of Internal Medicine“ veröffentlichte Re-Analyse maßgeblicher Studien zu dem gegenteiligen Schluss. Das PSA-Screening ist danach sehr wohl in der Lage, das Mortalitätsrisiko für Prostatakrebs zu senken (2).

Wie erklärt sich solch ein Widerspruch? Viele Kritiker des PSA-Testes stützen sich auf veraltete und als fragwürdig entlarvte Erkenntnisse. Die Argumente zugunsten dieser Screeningmaßnahme haben sich längst verdichtet. Spätestens

seit letztem Jahr gibt es hinreichend Anhaltspunkte dafür, dass sich eine Kehrtwende bei der Bewertung des PSA-Testes abzeichnet. Drei Urologen mischten damit 2016 den US-amerikanischen Fachkongress auf.

PSA-Kritik auf tönernen Füßen

In einer seither viel zitierten Publikation haben sie die Haupteinwände der PSA-Kritiker als nicht belastbar enttarnt (3). Nun könnte die soeben veröffentlichte Analyse zum letzten Sargnagel für das jahrelange PSA-Bashing werden. Steigt das prostata-spezifische Antigen (PSA), gilt dies als Hinweis auf ein Karzinom, sofern andere Gründe – etwa eine Prostatitis, Geschlechtsverkehr oder Fahrradfahren – als Ursache für ei-

nen Anstieg ausgeschlossen sind. Dass dieser Marker zur Früherkennung nicht taugt, leitete man hauptsächlich aus der PLCO-Studie (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial) ab. Hier fand sich kein Unterschied in der Sterblichkeitsrate zwischen denjenigen, die sich mittels PSA testen ließen und der Kontrollgruppe (4).

Das war auch nicht verwunderlich, denn die Kontrollgruppe war keine. Mehr als 80% im Kontrollarm gaben an, mindestens einmal während der Studie einen PSA-Test gemacht zu haben. Obwohl es schon früh Hinweise auf den Bias gab, wurde die PLCO-Studie in Fachkreisen und in den öffentlichen Medien weithin zitiert. Als sich 2016 das Ausmaß der Verzerrungen aber als größer als gedacht entpuppte, wirkte dies in den USA wie ein Weckruf. Hinzu kommt, dass schon seit vielen Jahren in zahlreichen Publikationen die ERSPC-Studie (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) positive Belege dafür lieferte, dass ein PSA-Screening die Sterblichkeit am Prostatakrebs senken kann (5).

Die jetzt veröffentlichte Re-Analyse beider Studien bestätigt dies: Für jedes einzelne Jahr, das ein Prostatakrebs infolge der PSA-Testung früher entdeckt wurde, ging die prostatakrebspezifische Morta-

Wann PSA testen und in welchem Abstand?

Die S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms empfiehlt, dass Männer ab dem Alter von 40 Jahren mit einer mutmaßlichen Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren über die Möglichkeit einer Früherkennung informiert und über ihre Vor- und Nachteile aufgeklärt werden. Wer nach der Aufklärung eine Früherkennungsuntersuchung wünscht, dem soll die Bestimmung des PSA und eine digitale-rektale Untersuchung empfohlen wer-

den (12). Das weitere Vorgehen bestimmt sich nach dem so genannten Baseline- oder Ausgangs-PSA-Wert. Liegt der Basis-PSA-Wert < 1 ng/ml, ist eine weitere Testung nur alle 4 Jahre erforderlich. Ein PSA-Wert darüber aber < 2 ng/ml sollte in einem Intervall von 2 Jahren oder individuell in einem längeren Intervall kontrolliert werden. Bei darüberliegenden Werten (> 2 ng/ml) sollte ein Untersuchungsintervall von einem Jahr oder individuell auch kürzer eingehalten werden.

KOMMENTAR

Dr. med. Martina Lenzen-Schulte



Es gibt Risikoflüsterer, die einen Generalverdacht gegen Vorsorge nähren. Sie beklagen – flankiert von vermeintlich kritischen Journalisten – „das Geschäft mit der Angst“, das eh

„tendenziell negativ“

nur als IGeL Geld in die Praxiskassen spüle. Eines ihrer Lieblingskinder, die PLCO-Studie, hat es ihnen lange leicht gemacht, lieferte sie doch die nötige Munition, das PSA-Screening

schlecht zu reden. Nachdem jedoch der Marktwert der PLCO-Studie letztes Jahr in den Keller rauschte, hätte man eine Kurskorrektur in Sachen PSA-Nutzen erwarten dürfen. Die blieb indes aus. Der IGeL-Monitor etwa steht zu seinem Verdikt und stuft den PSA-Test nach wie vor als „tendenziell negativ“ ein (13). Die Ironie der aktuellen Entwicklung will es, dass der PSA-Test inzwischen nicht einmal mehr überall eine Selbstzahlerleistung ist. Den verunsicherten Männern, die auf den Test verzichteten, nützt dies im Schadensfall nicht.

lität um 7–9 % zurück. In der ERSPC-Interventionsgruppe hatte dies eine relative Risikoverminderung von 27–32 % und in der PLCO-Studie eine relative Senkung des Risikos von 25–31 % im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollgruppen zur Folge (6).

Aktuelle Erkenntnisse, die soeben auf dem Deutschen Urologenkongress vorgestellt wurden, könnten dies indirekt bestätigen (7). Eine Forschungsgruppe um den Chefarzt der Urologie am Campus Großhadern des Klinikums der Universität München, Prof. Dr. med. Christian Stief, hat untersucht, wie sich die Tumorcharakteristik in den vergangenen 12 Jahren verändert hat.

PLCO-Studie vor dem Aus

„Wir belegen mit Zahlen leider den Verdacht, den viele Kollegen schon länger geäußert haben – dass es nämlich im vergangenen Jahrzehnt einen signifikanten „stage-shift“ gab“ sagt Stief. Damit ist gemeint, dass Männer, die mit ihrem Prostatakrebs zur Behandlung kommen, immer öfter schlecht differenzierte und lokal fortgeschrittene Tumoren aufweisen. Einer der Gründe hierfür könnte in der verminderten Akzeptanz des PSA-Screenings liegen.

In den USA hat es sich vermutlich ebenfalls gerächt, dass der Nutzen des PSA so viele Jahre in Abrede gestellt wurde, dort macht man ähnliche Beobachtungen (8). Nicht zuletzt deshalb hat nun die U.S. Preventive Services Task Force

(USPSTF) eine Kehrtwende eingeleitet. Das unabhängige Expertengremium hatte sich noch 2012 ausdrücklich gegen einen Routine-PSA-Test zur Früherkennung des Prostatakarzinoms ausgesprochen. Nun empfiehlt die USPSTF in einem neuen Entwurf, Männer im Alter von 55–69 Jahren über die Vor- und Nachteile des PSA-Testes aufzuklären (9).

Prof. Dr. med. Alexander Haese, Leitender Arzt für roboterassistierte Urologie an der Martini-Klinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, betont: „Auch hochkarätig publizierte Studien garantieren offensichtlich keine Fehlerfreiheit.“ Er kritisiert, dass die extrem hohe Kontamination der Kontrollgruppe die Verantwortlichen der PLCO-Studie nicht zu mehr Selbstkritik veranlasst hat. „Ebenso muss sich die USPSTF als eine gewichtige Stimme in der Bewertung dieser Studie nun den Vorwurf gefallen lassen, die ERSPC-Ergebnisse nicht mit der gleichen Ernsthaftigkeit auf deren Validität zu prüfen und den Überlebensvorteil durch PSA-Screening anzuerkennen“, sagt Haese. Bis auf weiteres sei die ERSPC die wichtigste Studie zum PSA-basierten Screening: „Die PLCO-Studie hat diesbezüglich keine Existenzberechtigung mehr.“

Haese weist außerdem darauf hin, dass durch die aktive Empfehlung der USPSTF gegen das Screening erheblicher Schaden angerichtet worden sei. „Der Vertrauensver-

lust in der Bevölkerung dürfte noch lange nachwirken“, vermutet er. Die Urologie als Fachgesellschaft müsse über die gesicherten Vor- und Nachteile des PSA-Screenings informieren.

Dass dies nicht leicht ist, da auch hierzulande viel Vertrauen verloren ging, bekräftigt Prof. Dr. med. Dirk Zaak vom Onkologischen Zentrum der Kliniken Südostbayern in Traunstein. Ärzte würden immer wieder mit der Aussage konfrontiert: „Davon liest man ja nichts Gutes“, oder „Der PSA-Wert sagt eh nichts aus“, schildert er die Erfahrungen aus der Praxis. Die stetig wie ein Mantra vorgetragenen Warnungen vor einer PSA-Test-induzierten Übertherapie hätten es immer schwieriger gemacht, die Patienten von den Sinnhaftigkeit der Früherkennung zu überzeugen, kritisiert er.

PSA-Test wird schon bezahlt

Dabei hätten Experten immer wieder darauf hingewiesen, dass nicht der PSA-Test per se und zwangsläufig zur Übertherapie führe, sondern erst die Fehlentscheidungen danach, die gleichwohl bei richtig indiziertem Vorgehen vermieden werden könnten. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) und der Berufsverband der Urologen (BDU) sahen im Mai 2017 die Zeit als „noch nicht reif“ an, um für den PSA-Test eine allgemeine Screeningempfehlung abzugeben (10).

Konsequenzen aus all dem sind gleichwohl auch schon hierzulande zu beobachten, wenn auch erst vereinzelt. So zum Beispiel bei der AOK Baden-Württemberg, die im Rahmen von Selektivverträgen aufgrund einer Facharztvereinbarung für Urologen gemäß § 140 a SGB V den PSA-Test honoriert (11). Das bricht mit der bisherigen Praxis, wonach die Kosten für den PSA-Test eigentlich von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden, dem Patienten vielmehr als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) in Rechnung gestellt werden. ■

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit3917
oder über QR-Code.

