

20./21.03.2024

## **Prostatakarzinom-Vorsorge: Heilung oder Leid?**

Cyrell A. Rentsch, Prof.Dr.

### **Zusammenfassung**

Die Geschichte zur Vorsorgeuntersuchung zum häufigsten Karzinom des Mannes ist gekennzeichnet von Unsicherheiten mit daraus resultierenden Vorbehalten und ist entsprechend bewegt:

Das Prostatakarzinom ist zwar das häufigste Karzinom des Mannes, die Sterblichkeit aber vergleichsweise gering. Obduktionsstudien haben ergeben, dass bei bis 70% der 80-jährigen an irgendeinem Grund verstorbener Männer ein Prostatakarzinom vorliegt (1). Trotzdem ist das Prostatakarzinom in der Schweiz das zweithäufigste zum Tode führende Karzinom des Mannes (2). Dies zeigt, dass die meisten Männer mit und nicht am Prostatakarzinom sterben und dass die meisten Karzinome entsprechend gar nie diagnostiziert und behandelt werden müssten. Andersrum verpassen wir aber auch Viele, die eine Behandlung benötigen würden, obwohl die Behandlung des auf die Prostata beschränkten Karzinoms mittels Operation oder Bestrahlung Heilung bringen kann. Mit den erwähnten Behandlungen sind als Nachteil oft einschneidende Veränderungen in Bezug auf die Sexualität und als seltenere, aber schlimme Folgen, Harn- und Stuhlinkontinenz verbunden (3).

In diesem Dilemma von hoher Häufigkeit, geringer Letalität, guten Therapiemöglichkeiten mit jedoch oft einschneidenden Veränderungen in Bezug auf die Lebensqualität, stellt sich die Frage nach einem optimal positionierten Vorsorgeprogramm, welches Überdiagnosen und Übertherapien und deren negativen Folgen vermeidet und die für den Mann relevanten, potenziell tödlichen Karzinome zuverlässig identifiziert.

Mit der Entdeckung eines ausschliesslich in der Prostata produzierten und im Blut nachweisbaren Eiweisses, dem sogenannten prostataspezifischen Antigen (PSA), stiegen die Neudiagnosen des Prostatakarzinoms in den 1980er Jahre massiv an. Grossangelegte, in den 1990er Jahren in der Folge gestartete, rein PSA basierte Vorsorgeprogramme in den USA (4) und Europa (5) kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen in Bezug auf Überdiagnosen, Übertherapien und Nutzen der Programme. In den USA wurde als Folge die PSA basierte Vorsorge aufgehoben und in Europa für den gewillten Mann, der sich der Vor- und Nachteile der Vorsorge bewusst war, mehrheitlich weitergeführt. Während in den USA durch diese Empfehlung gegen die Vorsorge die Neudiagnosen an fortgeschrittenen Tumorerkrankungsstadien wieder zunahmen (6), zeigten die Langzeitdaten der europäischen Studien eine Reduktion der Prostatakarzinom-Mortalität durch die Vorsorgeprogramme von 30-40% (7,8) und eine Reduktion von Metastasen von 50% (8). Damit konnte sich, was Vorsorgeeffizienz betrifft, die rein PSA-basierte Vorsorge im Vergleich zu anderen häufigen Tumorerkrankungen wie dem Brust- oder dem Darmkrebs in den vordersten Rängen einreihen und die USA mussten ihre Richtlinie zur PSA-basierten Vorsorge 2018 wieder revidieren. Während die Schweizerische Gesellschaft für Urologie die PSA-basierte Vorsorge für den informierten Mann stets empfohlen hatte, hat sich das Swiss Medical Board, an den US-amerikanischen Empfehlungen orientiert und trotz der vorliegenden, neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, ihre Empfehlung gegen ein PSA-basiertes Vorsorgeprogramm bis heute nicht revidiert (9).



Universität  
Basel

In den letzten Jahren machte die Diagnostik des Prostatakarzinoms mit neuen blutbasierten Tests, verbesserter Bildgebung und genaueren Techniken zur Gewebeentnahmen aus der Prostata wichtige Fortschritte. Führend in der Einführung dieser neuen Techniken in Vorsorgeprogramme war unter anderem Schweden. In einer kürzlich durchgeführten grossangelegten Vorsorge-Studie konnte dort ein gegenüber dem PSA verbesserter, ebenfalls blutbasierter Test (Stockholm 3 Test) und der Einsatz der Magnetresonanztomographie die Überdiagnose und damit auch unnötige Therapien massiv reduzieren und die Vorsorge-Effizienz nochmals steigern (10).

Nicht zuletzt deshalb hat die Europäische Union kürzlich eine Richtlinie erlassen, die ihre Mitgliedstaaten auffordert, die Durchführbarkeit eines organisierten Prostatakrebs-Screenings im Rahmen ihres "Europe's Beating Cancer Plan" zu evaluieren (10). Nun ist es höchste Zeit, dass auch die Gesundheitsbehörden, die Politik, die Hausärzte und Patientenorganisationen in der Schweiz aktiv werden und gute Prostatavorsorgeprogramme für die Männer in der Schweiz etablieren.

### **Literatur und Internetlinks**

1. Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. Katy J L Bell, Int J Cancer. 2015 Oct 1;137(7):1749-57.
2. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/krebs/indikatoren-arten.html>
3. Patient-Reported Outcomes 12 Years after Localized Prostate Cancer Treatment. Jenny L Donovan, NEJM Evid. 2023 Apr;2(4).
4. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. Gerald L Andriole, N Engl J Med. 2009 Mar 26;360(13):1310-9.
5. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. Fritz H Schröder, N Engl J Med. 2009 Mar 26;360(13):1320-8.
6. Prostate Cancer Incidence 5 Years After US Preventive Services Task Force Recommendations Against Screening. Ahmedin Jemal, J Natl Cancer Inst. 2021 Jan 4;113(1):64-71.
7. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. Hugosson J, Eur Urol. 2019 Jul;76(1):43–51.
8. Screening for prostate cancer decreases the risk of developing metastatic disease: findings from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). Fritz H Schröder, Eur Urol. 2012 Nov;62(5):745-52.
9. [https://www.samw.ch/dam/jcr:e3feacb8-9498-4961-bc32-dd9091eabd35/medienmitteilung\\_samw\\_smb\\_psatest\\_prostatakarzinom\\_20111111.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:e3feacb8-9498-4961-bc32-dd9091eabd35/medienmitteilung_samw_smb_psatest_prostatakarzinom_20111111.pdf)
10. A Head-to-head Comparison of Prostate Cancer Diagnostic Strategies Using the Stockholm3 Test, Magnetic Resonance Imaging, and Swedish National Guidelines: Results from a Prospective Population-based Screening Study. Mauritz Waldén, Eur Urol Open Sci. 2022 Feb 18;38:32-39.
11. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-09/com\\_2022-474\\_annex\\_en.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-09/com_2022-474_annex_en.pdf)

### **Kontakt**

[cyrill.rentsch@usb.ch](mailto:cyrill.rentsch@usb.ch)