

Wann ist eine PSA-Bestimmung sinnvoll?



Franz Recker

Dieser Bericht über einen Workshop am SGIM-Kongress in Lausanne 2004 beschreibt einen Standpunkt in einem kontrovers diskutierten Thema.

Epidemiologie

Die stetig wachsende Lebenserwartung sowie die demographische Entwicklung der nächsten Jahre (Anstieg der Anzahl von über 65jährigen bis zum Jahr 2015 um über 30%) haben eine zunehmende Bedeutung des Prostatakarzinoms zur Folge. Im Gegensatz zur Thematisierung des Problems Brustkrebs führt die Prostataerkrankung jedoch ein eher tabuisiertes Schattendasein. Dabei beträgt das Risiko eines 50jährigen Mannes, an diesem Karzinom zu sterben, 3% (CH: ca. 1300/Jahr), an ihm zu erkranken, 8%. Diese Patienten sind zu unterscheiden von 32% der Männer, die nur Träger von kleinen Tumorzellverbänden sind, die nie zu Symptomen führen werden und sich durch ein Tumolvolumen $<0,5 \text{ cm}^3$ auszeichnen sind (Abb. 1).

Letztere werden in der Vorsorge nur in selteneren Fällen, ca. 0–8% aller neu entdeckten Tumore, aufgefunden. Als Risikofaktoren der Erkrankung werden eine familiäre Belastung, die kaukasische bzw. schwarze Rasse im Gegensatz zur asiatischen, das Alter sowie fettreiche Ernährung angesehen.

Tabelle 1. Die Mehrheit der Med. Gesellschaften empfiehlt eine detaillierte Aufklärung über das Risiko Prostatakrebs inkl. Therapieoptionen und Nebenwirkungen.

Gruppe	Empfehlungen
American Urological Association	jährliches PSA-Screening ab 50 Jahren
American Cancer Society	jährliches PSA-Screening ab 50 Jahren Eingehende Vorinformation
American Medical Association	Massen-Screening verfrüht, eingehende Aufklärung befürwortet
American College of Physicians	Massen-Screening verfrüht, individuelle Aufklärung befürwortet
National Health Service, UK	Massen-Screening verfrüht, eingehende Risiko/ Diagnose-Aufklärung befürwortet
Europäische Union	Massen-Screening nicht belegt. Individuelle Risiko/ Diagnose/Therapie-Aufklärung empfohlen

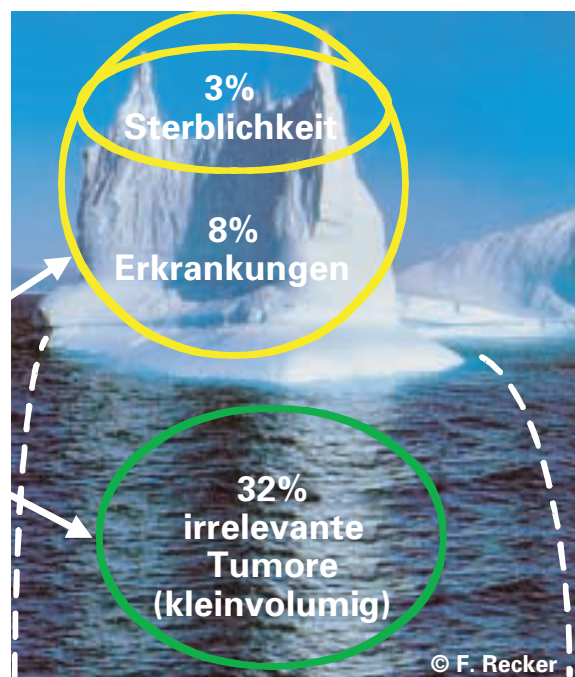


Abbildung 1. 40% der 50jährigen Männer sind Träger von Prostata-Tumorzellverbänden. Nur 8% erkranken klinisch jedoch daran.

Warum individuelle Vorsorge

Das Prostatakarzinom kann nur dann einer kurativen Therapie zugeführt werden, wenn es organbegrenzt (T2) ist. In diesem Stadium ist es meist asymptomatisch.

Die digitale rektale Palpation und die Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) ermöglichen die Entdeckung des kurativ angehbaren Karzinoms. Da das 10-Jahres-Überleben des T2-Tumors unter «natural history» je nach Grad ca. 60–95% betragen kann, ist die obere Altersgrenze zur individuellen Früherkennung auf biologisch 70 Jahre festgelegt. Die Suche nach dem Karzinom sollte mit dem Mann ab 50 Jahren besprochen werden. Besteht eine familiäre Disposition, so ist das Alter auf 45 Jahre zu reduzieren.

Die ausstehenden Daten zur *generellen* Aufforderung (aktives Screening) aller Männer durch Gesundheitsdepartements usw. werden ca. 2006/2008 zur Verfügung stehen (ERSPC/PLCO). Zur Zeit wird die individuelle Aufklärung des Mannes mit Risiko, Therapiemöglichkeiten inkl. Nebenwirkungen von den meisten medizinischen Gesellschaften empfohlen (Tab. 1 und 2).

Tabelle 2. Vorschlag bezüglich Gesprächsführung des Hausarztes mit Mann im Risikoalter.

Zeitpunkt:	ohne familiäre Anamnese: 50–70 Jahre mit familiärer Anamnese: 45–70 Jahre
Risiko-Hinweis:	häufigster Tumor zweithäufigste maligne Todesursache (1300/Jahr CH)
Benefit:	Ergebnis einer prospektiven randomisierten Studie zeigt verbessertes krankheitsspezifisches Überleben (Evidenz Level A) retrospektive Studien ergeben ein verbessertes 0–15jähriges Überleben (Evidenz Level B)
Therapie	Prostatektomie, Radiotherapie
Nebenwirkungen	erektiler Dysfunktion (20–80%) auf Viagra, Levitra, Cialis, Caverject ansprechend (Orgasmus erhalten) Inkontinenz (5%) (operativ angehbar)
Bejahung Vorsorge ->	PSA+DRP-Gewebsprobe sofort ab PSA \geq 4,0 ng/ml (unabhängig vom freien PSA-Anteil) oder positiver digitaler rektaler Palpation

Abhängig von der Aggressivität kommen die Prostatektomie bzw. Strahlentherapie oder ein «watchful waiting» in Frage. Mögliche Nebenwirkungen wie Erektionsunfähigkeit (30–90%; medikamentös angehbar; Orgasmus erhalten); Inkontinenz (ca. 5%; operativ angehbar) müssen den Männern vor PSA-Abnahme bewusst sein. Bei auffälliger Palpation oder PSA \geq 4,0 ng/ml sollte die bioptische Abklärung der Prostata erfolgen. Liegt ein PSA-Wert zwischen 0–2 ng/ml, so empfehlen sich zweijährliche Kontrollmessungen, bei Werten zwischen 2–4 ng/ml jährliche Intervalle. Das freie PSA muss nicht grund-

sätzlich mitbestimmt werden. Hilfreich ist es bei der Indikation zur Re-Biopsie bzw. bei der Einschätzung der Tumoraggressivität in kleinen Prostatae.

Zusammenfassung

Die individuelle Suche beim gut informierten 50–70 jährigen Mann sollte direkt ab einem PSA \leq 4,0 ng/ml oder auffälliger DRP beginnen. Durch neuere Vorhersagemodelle zur Tumoraggressivität/Ausdehnung ist eine Qualifikation zum «watchful waiting» möglich, so dass einerseits das seltene «Overtreatment» verhindert werden kann, andererseits die notwendige Therapie in kurativer Intention (Prostatektomie/Radiotherapie) eingeleitet werden kann.

Nicht jedes früh diagnostizierte Prostatakarzinom muss behandelt werden, aber das Behandlungsbedürftige muss früh diagnostiziert werden!

Prof. Dr. med. Franz Recker
Urologische Klinik
Kantonsspital
CH-5001 Aarau
franz.recker@ksa.ch