

23. März 2009

Stellungnahme

der Arbeitsgemeinschaft urologische Onkologie (AUO) zur Publikation der Screening-Studien von Schröder et al. und Andriole et al. New Engl J Med/März 2009

In der letzten Woche wurden zeitgleich die Ergebnisse der europäischen Screening-Studie (European Randomized Study for Screening of Prostate Cancer (ERSPC) von Schröder FH et al. aus Rotterdam und die prostata-spezifischen Screening-Ergebnisse der PLCO-Studie aus den USA (prostate/lung/colorectal/ovarian cancer- screening trial) von Andriole et al. publiziert.

Beide Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die europäische Studie weist eine 20%ige Mortalitätsverbesserung für die Patienten im Screeningarm nach, die in der amerikanischen Studie nicht bestätigt werden konnte. Die Studien sind im Detail sehr unterschiedlich, was die unterschiedlichen Ergebnisse erklären kann.

1. Beide Studien sind relativ früh publiziert worden. Insgesamt sind in der ERSPC Studie nach 9 Jahren 261 Patienten im screening-Arm und 363 Patienten im Kontroll-Arm verstorben. Die Unterschiede zwischen den Armen zeigten sich nach erst 7 Jahren. Die kumulative Inzidenz des Prostatakarzinoms lag im screening Arm bei 5990 (8.2%) gegenüber 4307 (4.8%) im Kontroll Arm. In der PLCO Studie lag die Inzidenz nach 7 Jahren bei 2820 Prostatakarzinomen im screening Arm und 2322 im Kontroll Arm. Da jedoch nur zum Zeitpunkt 7 Jahre nach Studienbeginn nahezu vollständige Datensätze vorlagen und in der ERSPC Studie sich die Differenz erst nach 7 Jahren zeigte, ist die PLCO Studie schwer bewertbar.
2. Die wesentlich umfangreichere europäische Screeningstudie (182000 Beteiligte) hat einen vermutlich wesentlich geringeren Anteil an sogenanntem opportunistischen PSA-Screening in der Kontrollgruppe aufzuweisen (vermutlich < 20%, wurde nicht berichtet). Der Anteil der Patienten, die außerhalb des Protokolls in der Kontrollgruppe ein PSA-Screening bei sich durchführen ließen, lag in der amerikanischen Studie (76000 Beteiligte) bei über 52%. Damit kann die PLCO Studie in ihrer Aussage bezüglich des screenings weniger eindeutig bewertet werden als die ERSPC Studie.
3. Trotz des Mortalitätsvorteils müssen in der europäischen Studie 1410 Patienten gescreent und weitere 48 Patienten therapiert werden, um statistisch gesehen einen Patienten vor dem Tod am Prostatakarzinom retten zu können. Dies ist eine ökonomisch aufwändige Relation.
4. Die Gruppe, die durch einen Mortalitätsvorteil profitiert ist im Alter auf 55-69 Jahre eingeschränkt. Patienten über 70 Jahre profitieren in der Screeningstudie nicht vom PSA-Screening. Im Gegenteil, in dieser Altersgruppe sind mehr Patienten in der Screeninggruppe als in der Kontrollgruppe verstorben. Auf der anderen Seite werden Patienten, deren Tumor familiär ausgelöst ist, durch die Altersgrenze von 55 Jahren durch das Screening nicht entdeckt. Diese Patienten haben jedoch häufig aggressive Tumoren, die bereits im Alter von unter 55 Jahren auftreten.

Zusammenfassend liegen nun zwei widersprüchliche Studien zum Vorteil des PSA-Screenings im Hinblick auf die Senkung der Mortalität vor. Die deutlich größere und aus unserer Sicht bzgl. des opportunistischen Screenings und des längeren Nachsorgezeitraums bessere europäische Studie weist einen Mortalitäts-

Telefon:
+49 (3643) 74 37 49
Telefax:
+49 (3643) 74 35 36

e-Mail:
presse@krebsgesellschaft.de
URL:
www.krebsgesellschaft.de

vorteil von etwa 20% in der Screening-Population der 55-69jährigen Patienten auf, der nun nicht weg diskutiert werden sollte. Bei der Analyse beider Studien wird jedoch klar, dass die screening Problematik nicht mit einem „Schwarz-Weiß-Bild“ gelöst werden kann. Hier muss man sozioökonomische Interessen gegen individuelle Interessen abwägen. Patienten, die sich heutzutage für ein screening entscheiden, sind nun sicherlich gute Daten für Ihre Entscheidung an die Hand gegeben worden. Die Zukunft wird jedoch bestimmt werden durch eine Adaptation einer Screening-Empfehlung an Risikogruppen, um zu vermeiden, dass unnötig viele Patienten regelmäßige PSA-Untersuchungen mit nachfolgender Diagnostik erfahren. In diesem Zusammenhang sei auf bereits bestehende Publikationen der europäischen Screeninggruppe verwiesen, die z.B. einen sogenannten Baseline-PSA-Wert im Alter von 40 Jahren propagieren, mit dem das Risiko, an einem Prostatakarzinom zu erkranken relativ gut abgeschätzt werden kann.

Presse- information