

Leserbrief

Fragen zum Risiko-adaptierten PSA-Screening

Leserbrief zu Recker F, Randazzo M, Wyler SF, Huber A, Cornelius A, Seifert B, Kwiatkowski M. Individuelles Risiko-adaptiertes PSA-Screening. Schweiz Med Forum. 2015;15(33):719–22.

Als interessierter ärztlicher Laie habe ich den Artikel mit Interesse gelesen. Trotzdem bleiben für mich viele Fragen offen. Einige wenige Themen möchte ich aufgreifen:

1. Auf Seite 719 wird festgehalten, dass durch das PSA-Screening ein Überlebensbenefit resultiert. Zudem habe die Studie ERSPC (*European randomized study of screening for prostate cancer*) gezeigt, dass die Mortalitätsreduktion bejaht werden könne. Leider wird nicht bekanntgegeben, wie gross der Überlebensbenefit und die Mortalitätsreduktion sind. Bekanntlich sagt der Überlebensbenefit noch nichts aus über die Mortalitätsrate. Der Überlebensbenefit kann mit Screening grösser werden, die Mortalitätsrate muss sich deshalb jedoch nicht wesentlich verändern. In diesem Sinne ist die Formulierung «Das quantitative Ausmass des Benefits der Mortalitätsreduktion [...]» etwas verwirrend.
2. Im Editorial von Laurence Klotz [1] wird die Mortalitätsreduktion mit 21–51% beziffert. Leider wird nicht angegeben, ob es sich um die relative oder die absolute Risikoreduktion handelt, die bekanntlich sehr unterschiedlich sein kann. Es wird auch nicht gesagt, ob es sich um die krebsspezifische Mortalität handelt. Im Mammographie-Screening beträgt die relative Risikoreduktion beachtliche 20–30%, die absolute hingegen lediglich rund 1‰ (Krebsliga Schweiz). In der Literatur wird die absolute Risikoreduktion beim PSA-Screening mit rund 0–1‰ angegeben.
3. Auf Seite 720 wird der Anteil der Männer zwischen dem 40. und 80. Lebensjahr, die Träger von Prostatakarzinomzellen sind, mit 40% angegeben. Sind diese Daten nicht zu optimistisch? Auch wenn statistische Daten immer mit Unschärfen verbunden sind, ist dieser Anteil meines Wissens altersabhängig und beträgt bei 80-jährigen Männern bis zu 80%. Die Zahlen sind übrigens nur grobe Schätzungen und können von Land zu Land und je nach Ethnie variieren.
4. Sie betrachten die Höhe des initialen PSA-Wertes als idealen Parameter für die Langzeitentwicklung eines Karzinoms. Wie steht es aber um die Qualität des PSA-Wertes? Der PSA-Wert hat meines Wissens verschiedene Ursachen: Neben Karzinomzellen auch die benigne Hyperplasie, sogar gesunde Zellen sollen den PSA-Wert beeinflussen. Der Erfinder des PSA-Wertes steht dem Gebrauch für das Screening sehr kritisch gegenüber.
5. Es werden sehr viele Prozentwerte im Artikel bekanntgegeben. Solange dazu jedoch keine Grundgesamtheiten angegeben werden (wie viel Prozent von welcher Grundgesamtheit), ist die Interpretation der Daten und die Überprüfung der Aussagen und Hypothesen im Artikel sehr schwierig.
6. Insgesamt scheint mir, dass auch die aktive Überwachung noch sehr viel mit Überbehandlung zu tun hat (siehe dazu die Tabelle 1 in [2]). Die Männer müssen jedoch selbst

entscheiden, wie viel kontinuierliche, oft unnötige Therapie ihnen gut tut. Auch wenn beim Risiko-Cut-off von 11% in dieser einen Studie keine relevanten Tumoren verpasst wurden, garantieren lässt sich solches nicht. Ein Null-Prozent-Risiko gibt es – auch in der Medizin – nicht, selbst wenn Apps eingesetzt werden.

Der Ansatz, Überbehandlungen zu reduzieren, ist jedoch sehr begrüssenswert. Es fragt sich allerdings, ab welcher Grenze die Überbehandlung beginnt.

Rolf Ritschard

Korrespondenz:

Rolf Ritschard, Soziologe lic. phil. I
CH-3512 Walkringen
rolf.ritschard[at]vtxmail.ch

Literatur

- 1 Klotz L. Emerging changes in prostate cancer screening and treatment. Schweiz Med Forum. 2015;15(33):717.
 - 2 Iselin C, Recker F, Thalmann G, Lehmann K, Sulser T, Spörri P, Jichlinski P, Tenti G, Bräutigam R, Mattei A, Sautter T, Schmid HP. Die Bedeutung der aktiven Überwachung in der Schweiz, Schweiz Med Forum. 2015;15(34):742–4.
- Zum Thema siehe auch Gigerenzer G, Kuoni J, Ritschard R. Was Ärzte wissen müssen. Schweiz Med Forum. 2015;15(36):787–93.