



Feld für Praxisstempel

PSA-Test: Bedeutung bei der Früherkennung von Prostatakrebs

Gut informiert entscheiden!



Eine Patienteninformation
der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
und des
Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.



Früherkennung von Prostatakrebs

Wie gefährlich ist Prostatakrebs?

Mit rund 65.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland ist Prostatakrebs bei uns die häufigste Krebserkrankung des Mannes und gleichzeitig die dritthäufigste Krebserkrankung, die bei Männern zum Krebsod führt. Etwa 12.000 Männer sterben jedes Jahr in Deutschland an Prostatakrebs. Prostatakrebs tritt meist, aber nicht immer, in der Altersgruppe der über 60-Jährigen auf. Oft – aber auch längst nicht immer – ist das Wachstum von Prostatakrebs eher langsam. Deshalb führt Prostatakrebs auch unbehandelt nicht immer zum Tod. Viele sehr alte Patienten sterben nicht „am“, sondern „mit“ einem Prostatakrebs.

Bei früher Erkennung ist Prostatakrebs aber in über 70 % aller Fälle durch Behandlung heilbar. Im fortgeschrittenen Stadium bildet der Tumor häufig schmerzhafte Knochenmetastasen und ist dann auch nicht mehr heilbar.

Deshalb empfehlen die Deutsche Gesellschaft für Urologie und der Berufsverband der Deutschen Urologen eine Früherkennungsuntersuchung für Prostatakrebs bei Männern ab dem 45. Lebensjahr durch Tastuntersuchung und durch Bestimmung des PSA-Wertes.

Pro und Contra des PSA-Testes werden aber diskutiert

Für jeden Mann stellt sich im Laufe des Lebens die Frage, ob er eine Früherkennungsuntersuchung für Prostatakrebs in Anspruch nehmen will oder nicht. Die öffentliche Diskussion um Tastuntersuchung und PSA-Test ist aber voller widersprüchlicher Meinungen und dies erschwert heute diese Entscheidung.

Die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie und der Deutschen Krebsgesellschaft in der „Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“, im Folgenden kurz „S3-Leitlinie Prostatakrebs“ genannt, sind aber eindeutig.

Die Fakten

PSA (Prostata-spezifisches Antigen) ist ein Protein, das von den Prostataadrüsen gebildet wird. Es kann im Blut nachgewiesen und gemessen werden. Die Höhe des PSA-Wertes im Blut steigt mit zunehmendem Alter geringfügig an, sie ist deutlich erhöht bei akuten Entzündungen der Prostata und mäßig bis stark erhöht, wenn ein Prostatakrebs vorliegt.

Die Bestimmung des PSA-Wertes im Blut kann also auf das Vorliegen eines Prostatakrebses hinweisen, aber es gibt auch andere Faktoren, die zu einer mäßigen PSA-Erhöhung führen können. Daher ist die PSA-Messung allein nicht aussagekräftig genug, um eine Diagnose zu stellen.

Die Höhe des PSA-Wertes zusammen mit der Tastuntersuchung, der Berücksichtigung der Prostatagröße, möglicher Infektionen und dem Alter des Patienten lassen aber Rückschlüsse darauf zu, ob eine größere

Wahrscheinlichkeit besteht, dass ein Prostatakrebs vorhanden ist und ob eine Gewebeprobe aus der Prostata (Biopsie) entnommen werden sollte, um diesen Verdacht zu bestätigen oder auszuräumen.

Die Tastuntersuchung der Prostata durch den Enddarm allein entdeckt Prostatakrebs zuverlässig nur in den Bereichen der Prostata, die dem Darm benachbart sind und auch erst ab einer Größe von mindestens ca. 1 cm. Eine PSA-Untersuchung kann deshalb wertvolle zusätzliche Hinweise auf das Vorliegen eines Prostatakrebses geben.

Durch die Kombination von Tastuntersuchung und PSA-Bestimmung werden mehr Prostatakrebserkrankungen in einem Frühstadium entdeckt, als durch die Tastuntersuchung allein.

Ein Prostatakrebs, der in einem frühen Stadium festgestellt wird, kann mit größerer Aussicht auf völlige Heilung behandelt werden.

Wenn das so ist, warum wird dann der PSA-Test diskutiert?

Die PSA-Untersuchung bei Männern, die keine Beschwerden haben, die also „nur“ zur Früherkennung durchgeführt wird, wird in Deutschland von den Krankenkassen nicht bezahlt. Da von den meisten urologischen Experten die PSA-Bestimmung aber – aus guten Gründen – zur Prostatakrebsfrüherkennung empfohlen und diese Untersuchung regelhaft in urologischen Praxen angeboten wird, muss diese bislang vom Patienten selbst bezahlt werden. Kritiker der PSA-Untersuchung werfen den Urologen vor, sie wollten damit „nur Geld machen“.

Der zweite Diskussionspunkt ist komplizierter. Weil gerade die Früherkennung mit PSA-Bestimmung und Tastuntersuchung mehr Frühstadien des Prostatakrebses entdeckt, wird von den Kritikern des PSA-Testes

angeführt, es würden dadurch viele kleine Prostatakrebsse entdeckt werden, die eigentlich gar nicht behandelt werden müssten (Stichwort „Überdiagnose“). Dazu wird der Vorwurf erhoben, die Urologen und Strahlentherapeuten würden dann viel zu viele Männer mit Prostatakrebs operieren oder bestrahlen, obwohl diese eigentlich keine Behandlung bräuchten und ohne den PSA-Test gar nicht in diese Situation gekommen wären (Stichwort „Übertherapie“).

Und was sind dazu die Fakten?

Die Diskussion von „Übertherapie“ und „Überdiagnose“ ist relativ kompliziert. Tatsächlich werden durch kombinierten PSA-Test und Tastuntersuchung mehr kleine Prostatakrebsse diagnostiziert und tatsächlich bedürfen nicht alle diese Männer einer Therapie durch Operation oder Bestrahlung. Die „Interdisziplinäre S3-Leitlinie Prostatakarzinom“, die von der Deutschen Gesellschaft für Urologie und der Deutschen Krebsgesellschaft erarbeitet wurde, empfiehlt daher ausdrücklich, dass bei Feststellung eines Prostatakrebses unter Berücksichtigung aller Faktoren (Art und Größe des Prostatakrebses, PSA-Wert, Tastbefund, Alter und allgemeiner Gesundheitszustand, Wünsche des Mannes) auch eine Nicht-Behandlung unter regelmäßiger Kontrolle als vernünftige Alternative besteht. Dies ist dann möglich, wenn es unwahrscheinlich erscheint, dass dieser Prostatakrebs das Leben des betroffenen Mannes bedrohen wird.

Diese Form der Behandlung nennt sich entweder „Aktive Überwachung“ oder „Zuwartende Beobachtung“.

Was genau ist Übertherapie?

Damit ist gemeint, dass Männer mit kleinen, wenig aggressiven Prostatakrebskrankungen operiert oder bestrahlt werden, und möglicherweise Nebenwirkungen oder Komplikationen der Behandlung erleiden, obwohl sie eigentlich keine Therapie gebraucht hätten.

Wer aber braucht eine Therapie? Dies ist ein Kernpunkt der Diskussion. Gegenwärtig werden der Differenzierungsgrad des Prostatakrebses in der Gewebeprobe und das Ausmaß des Prostatakrebses (Anzahl der Proben, in denen Krebs nachgewiesen wurde) als Kriterien herangezogen.

Diese Kriterien sind nicht perfekt, nach dem gegenwärtigen Stand des medizinischen Wissens aber die besten, die wir haben.

Behandelt werden sollten Prostatakarzinome, wenn sie aggressiv sind und eine deutliche Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie weiter wachsen und sich im Körper ausbreiten werden. Dann sollte tatsächlich operiert oder bestrahlt werden. Mit den anerkannten Optionen „Aktive Überwachung“ oder „Zuwartende Beobachtung“ haben die medizinischen Fachgesellschaften ein Mittel geschaffen, um Übertherapie möglichst zu vermeiden.

Was genau sind „Aktive Überwachung“ und „Zuwartende Beobachtung“?

„Aktive Überwachung“ (active surveillance) ist ein Konzept, bei dem aufgrund der geringen Ausdehnung und Aggressivität des Prostatakrebses zunächst keine aktive Therapie durchgeführt wird. Stattdessen wird anhand von regelmäßigen PSA-Kontrollen und mehrfach wiederholten Gewebeentnahmen aus der Prostata geprüft, ob der Tumor tatsächlich wächst. Ist das nicht

der Fall, dann erfolgt keine Behandlung; wird aber Wachstum festgestellt, wird zur Operation oder Bestrahlung geraten.

„Zuwartendes Beobachten“ (watchful waiting) kommt für deutlich ältere Männer in Frage, bei denen aufgrund ihres Lebensalters oder ihrer Begleiterkrankungen eine Therapie nicht sinnvoll erscheint. Erst wenn der Tumor möglicherweise Beschwerden verursacht, erfolgt eine Behandlung, die dann in der Regel eine Hormontherapie sein wird.

Wem nützt die Früherkennung beim Prostatakrebs?

Ob es sinnvoll ist, eine Früherkennung bei allen Männern durchzuführen, ähnlich wie bei der Früherkennung des Brustkrebses durch das Mammographie-Screening, wird ebenfalls sehr kontrovers diskutiert. Screening bedeutet in dem Fall, dass Männer aktiv durch Aufklärung und bundesweite Werbemaßnahmen zur PSA-Testung aufgefordert werden. Dies ist in Deutschland nicht der Fall.

Es gibt zum PSA-Screening zwei große wissenschaftliche Studien, die unterschiedlich interpretiert werden können und auch unterschiedliche Ergebnisse zeigen. Das wesentliche Kriterium in diesen wissenschaftlichen Studien für den Erfolg oder Misserfolg eines PSA-Screening ist, ob die Männer, bei denen ein Prostatakrebs entdeckt wird, am Prostatakrebs oder an anderen Todesursachen versterben.

Dahinter steht die Überlegung, dass viele Männer, bei denen Prostatakrebs festgestellt wird, bereits in einem höheren Lebensalter sind und sie trotz eines Prostatakrebses, der meist langsam wächst, an Altersschwäche oder anderen Ursachen versterben, aber nicht am Prostatakrebs.

Sterben an Prostatakrebs ist nicht das einzige, worum es geht

Das Argument, dass die meisten Männer nicht „am, sondern mit einem Prostatakrebs sterben“ wird häufig herangezogen, um jegliche Früherkennung beim Prostatakrebs schlecht zu reden. Das ist aber falsch.

Aus Obduktionsstudien älterer Männer weiß man, dass viele über 70 Jahre alte Männer kleine Prostatakarzinome haben, von denen sie aber zu Lebzeiten nichts wussten. Daraus zu folgern, alle Prostatakrebsseien harmlos, ist wissenschaftlich nicht haltbar und falsch.

Jährlich werden rund 65.000 Männer in Deutschland neu mit einem Prostatakrebs diagnostiziert und jedes Jahr versterben in Deutschland über 12.000 Männer an Prostatakrebs.

Dies bedeutet, dass jeder fünfte Mann, bei dem ein Prostatakrebs festgestellt wird, auch daran verstirbt. Das Sterben „am Prostatakrebs“ ist aber nicht das einzige, was passieren kann. Ein Mann mit einem Prostatakrebs, der wächst und sich langsam im Körper ausbreitet, wird dann oft Symptome entwickeln, zum Beispiel Knochenschmerzen aufgrund von Metastasen, die behandelt werden müssen. Es resultiert dann nicht selten ein jahrelanger Krankheits- und Leidensweg. Auch wenn dieser Mann dann tatsächlich nicht „am“ Prostatakrebs verstirbt, sondern aus anderen Gründen, hat er trotzdem an der Prostatakrebskrankung sehr zu leiden gehabt.

Die Sichtweise, dass nur der Tod „am Prostatakrebs“ bei der Betrachtung des Problems von Bedeutung sei, ist also eindeutig falsch. Daher ist es auch nicht sinnvoll, bei wissenschaftlichen Studien zum Prostatakrebs immer nur dieses eine Kriterium, das der Sterblichkeit am Prostatakrebs, anzuwenden und als Argument gegen eine frühe Diagnose des Prostatakrebses zu benutzen.

Was zeigen die Studien zum PSA-Screening?

Sicher ist, dass PSA-Früherkennung die Sterblichkeit am Prostatakrebs senken kann. Allerdings ist auch in großen Studien die Zahl der Sterblichkeitsfälle, die durch PSA-Früherkennung verhindert werden, in absoluten Zahlen eher gering. Die bisherige Datenlage aus Studien lässt es auch noch nicht zu, abschließend den Nutzen und möglichen Schaden der PSA-Früherkennung beim Prostatakrebs endgültig zu beurteilen, weil diese Studien eine Laufzeit von mindestens 15 Jahren benötigen, um klare wissenschaftliche Ergebnisse liefern zu können. Es wird aber zurzeit in keinem Land der Welt ein flächendeckendes PSA-Früherkennungsprogramm empfohlen.

Dennoch ist es wichtig zu wissen, dass die Sterblichkeit am Prostatakarzinom insgesamt abgenommen hat, seit es den PSA-Test gibt (in Deutschland um 20 %, in den USA um 35 %).

Viel wichtiger als die Senkung der Sterblichkeit „am“ Prostatakrebs ist aber die Tatsache, dass die Behandlung von frühen Stadien des Prostatakrebses nach PSA-Früherkennung die Zahl von Fällen mit metastasiertem Prostatakrebs und notwendiger Hormontherapie sehr deutlich reduziert. Dies ist wissenschaftlich klar nachgewiesen.

Erst informieren, dann entscheiden

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie und der Berufsverband der Deutschen Urologen empfehlen, dass sich jeder Mann informiert und von seinem Urologen beraten lässt, welche Vorteile und möglichen Nachteile eine Prostatakrebsfrüherkennung mit Tastuntersuchung und PSA-Test haben kann, bevor er sich für oder gegen eine Früherkennungsuntersuchung entscheidet. Das sieht die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), ein amerikanisches Institut, das sich mit Prävention beschäftigt, inzwischen ähnlich. Sie hat ihr negatives Urteil aus dem Jahre 2012, in dem noch dezidiert davon abgeraten wurde, einen PSA-Wert durchzuführen, aktuell relativiert: Risiken und Nutzen des PSA-Testes seien demnach fast ausgeglichen; Männer zwischen 55 und 69 Jahren sollten gemeinsam mit ihrem Arzt eine individuelle Entscheidung über den PSA-Test treffen.

Die Fachgesellschaft und der Berufsverband der Urologen unterstützen diese Entscheidung jedes einzelnen Mannes mit fundiertem Informationsmaterial auf der Grundlage des Standes der Wissenschaft und raten aktuell zur Erhebung eines „Baseline-PSA-Wertes“ zwischen 40 und 45 Jahren, weil sich aus der Höhe des Wertes das individuelle Risiko, irgendwann später an einem Prostatakarzinom zu erkranken, vorhersagen lässt. Von dieser Konstellation hängen auch die Kontrollintervalle ab, die bis zu fünf Jahre betragen. Neben dieser Baseline-PSA-Bestimmung erscheint eine Testung zwischen dem 55. und 70. Lebensjahr sinnvoll, um das Risiko einer Übertherapie eindämmen zu können.

Weitere Informationen sind erhältlich über die im Internet verfügbare Patientenleitlinie zum Prostatakrebs sowie über den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS).

Nutzen und Risiken der Früherkennung

Vorteile

- Ein Prostatakrebs kann so früh entdeckt werden, dass er heilbar ist. Beim lokal begrenzten Prostatakarzinom, das sich bislang nur innerhalb der Prostata ausgebreitet hat, ist eine Heilung in mehr als 70 % der Fälle möglich.
- Ein Prostatakrebs kann so klein sein, dass eine Behandlung nicht notwendig ist. Dann kann eine „aktive Überwachung“ erfolgen. Wenn bei auffälligem Tastbefund oder erhöhtem PSA-Wert eine Gewebeprobe keinen Prostatakrebs nachweist, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein aggressiver Prostatakrebs vorliegt, sehr gering.
- Wird bei einem PSA-Test ein sehr niedriger Wert festgestellt, dann sind jährliche Vorsorgeuntersuchungen nicht notwendig; es ist dann ausreichend, erst nach zwei oder drei Jahren eine Kontrolluntersuchung machen zu lassen.

Mögliche Nachteile

- Es können als Komplikation der Gewebeentnahme Fieber und Schüttelfrost auftreten, eine antibiotische Behandlung oder sogar ein Krankenhausaufenthalt können notwendig sein.
- Als Folge der Behandlung eines Prostatakrebses durch Operation können eine Schließmuskelschwäche mit Inkontinenz und/oder Impotenz auftreten. Als Folge der verschiedenen Formen der Bestrahlung eines Prostatakrebses können Reizungen und Blutungen aus Harnblase und Darm, Schwierigkeiten beim Wasserlassen sowie Impotenz auftreten.
- Bei einer „aktiven Überwachung“ kann der Zeitpunkt, wann eine Behandlung tatsächlich notwendig ist, verpasst werden und trotz Behandlung resultiert dann keine Heilung mehr.

Die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen:

- Wie in der interdisziplinären S3-Behandlungsleitlinie Prostatakrebs dargelegt, empfehlen Fachgesellschaft und Berufsverband der Urologen für Männer, die nach ausreichender Information eine Prostatakrebsfrüherkennung wünschen, eine Tastuntersuchung mit PSA-Test ab dem 45. Lebensjahr.
- Voraussetzung dafür ist, dass die Männer sich über die Bedeutung dieser Früherkennung informiert haben und von ihrem Urologen darüber aufgeklärt worden sind, welche Vor- und möglichen Nachteile eine PSA-Untersuchung nach sich ziehen kann und welche Nachteile resultieren können, wenn keine Untersuchung erfolgt.
- Diese Früherkennungsuntersuchung wird empfohlen für Männer, die eine weitere Lebenserwartung von mindestens 10 Jahren haben und die 45 Jahre oder älter sind. Entscheidend ist immer die persönliche Situation des einzelnen Mannes, sein Alter, sein Gesundheitszustand, die voraussichtliche weitere Lebenserwartung und seine Einstellung zu den Lebensrisiken von Gesundheit und Krankheit.
- Männer, deren Vater oder Brüder an einem Prostatakrebs erkrankt sind, haben ein vier- bis fünffach höheres Risiko, selbst an Prostatakrebs zu erkranken. In solchen Fällen wird eine Untersuchung schon ab dem 40. Lebensjahr empfohlen.
- Bei unauffälliger Früherkennungsuntersuchung sollte diese in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Wurde nur eine Tastuntersuchung durchgeführt, sollte diese jährlich wiederholt werden. Wurde auch ein PSA-Test gemacht und war dieser sehr niedrig, dann reicht eine Wiederholungsuntersuchung nach zwei oder drei Jahren.
- Eine obere Altersgrenze für die Früherkennungsuntersuchung für Prostatakrebs gibt es nicht, aber im allgemeinen ist es ab dem 75. Lebensjahr nicht mehr notwendig, diese durchführen zu lassen, da bei dem meist langsamen wachsenden Krebs und der allgemeinen Lebenserwartung eine Behandlung mittels Operation oder Bestrahlung dann nicht mehr notwendig wäre.

Beste Informationen

Informieren Sie sich!

Umfassende Aufklärung leistet die Patientenleitlinie „Früherkennung von Prostatakrebs. Eine Information für Männer“

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLp1_S3_Prostatakarzinom_2015-07-verlaengert.pdf

Diese Patientenleitlinie basiert auf der „Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ und wurde von Experten der Deutschen Gesellschaft für Urologie und des Bundesverbandes der Prostatakrebs Selbsthilfe erstellt.

Weitere Informationen und Ansprechpartner

Ihre Urologin/Ihr Urologe ist als Ansprechpartner kompetent und wird Sie beraten.

Über die „Urologensuche“ im Internet finden Sie unter www.urologenportal.de eine Urologin/einen Urologen in Ihrer Nähe.

Beratung im Rahmen der Selbsthilfe leistet der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS), info@prostatakrebs-bps.de, www.prostatakrebs-bps.de, gebührenfreie Beratungshotline 0800–7080123



Impressum

Verantwortlicher Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Uerdinger Str. 64, 40747 Düsseldorf

2. überarbeitete Auflage, 2017

Redaktion und Produktion:
Prof. Dr. Oliver Hakenberg
Prof. Dr. Christian Wülfing

Grafik:
Susanne Arends

Fotos:
© Yuri Arcors - Fotolia.com