32. Deutscher Krebskongress, 24.–27.2.2016

Drehpunkt: individualisierte und altersgerechte Therapiekonzepte

Der Ruf nach Methoden, mit denen Krankheitsrisiken, Arzneimittelunverträglichkeiten und die Wirksamkeit von Therapien identifiziert werden können, ist lauter geworden. Was davon ist schon in der Praxis angekommen? Dieser und anderen Fragen widmeten sich Experten auf dem 32. Deutschen Krebskongress in Berlin.

Früherkennungsdebatte: Wie kann der „PSA-Test 2.0“ aussehen?

In den USA wird die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) seit mehreren Jahren nicht mehr zur Früherkennung des Prostatakarzinoms empfohlen, kürzlich ist der Test sogar auf der Choosing-wisely-Liste der häufig überflüssigen Untersuchungen gelandet. Dazu meinte Prof. Peter Albers, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Düsseldorf: „In den USA wurde das Kind mit dem Bade ausgeschüttet“. Die Auswirkungen seien bereits sichtbar: Die Screening-Rate in der Altersgruppe der 50- bis 74-jährigen US-Amerikaner ging innerhalb weniger Jahre um 30 % zurück. Gleichzeitig sank auch die Inzidenz der diagnostizierten Prostatakarzinome. „In zwei Jahren wird aber die Zahl der lokal begrenzten Prostatakarzinome zunehmen“, prophezeite Albers. Er steht dem allgemeinen PSA-Screening in der gesunden männlichen Bevölkerung aber keineswegs unkritisch gegenüber. Die Anforderungen an ein Früherkennungsprogramm (häufige Erkrankung mit hoher Sterblichkeit, effektive Behandlung, die die Mortalität senkt, effektive Methode und keine Nachteile der Früherkennung) seien für den PSA-Test nicht gegeben, denn das Prostatakarzinom ist zwar häufig, aber die Mortalität ist mit 3 % gering, das PSA ist nicht ausreichend tumorspezifisch, sondern steigt auch bei der benignen Prostatahyperplasie und zudem ist die Rate der unnötig diagnos-

tizierten Prostatakarzinome, die nie klinisch relevant werden, hoch. Besser werde die Einschätzung, wenn als Behandlungsoption die aktive Überwachung (Active Surveillance, AS) miteinbezogen und so die Übertherapie gesenkt wird. Mit einer Mortalitätsreduktion von 27 % könne sich der PSA-Test dann durchaus mit dem Mammografiescreening messen (25 %), meinte Albers.

Letztlich müsse aber schon das PSA-Screening verbessert werden, beispielsweise durch ein altersadaptiertes Screening, durch die Bestimmung des klinischen Risikos mithilfe validierter Berechnungsformeln wie dem „ERSPC (European Randomised Study for Screening of Prostate Cancer)-prostate cancer risk calculator“, durch die Risikoabschätzung mit molekularen Parametern und mithilfe eines MRT-basierten Screenings. So profitieren Studien zufolge Patienten zwischen 45 und 50 Jahren am meisten vom PSA-Screening, über 70-Jährige dagegen überhaupt nicht mehr. Bei einem PSA-Wert von 1,6 ng/ml und mehr im Alter von 45 Jahren sei das Risiko, nach 25 Jahren ein Prostatakarzinom entwickelt zu haben, gegenüber 45-Jährigen mit einem PSA-Wert von 1,1 ng/ml zehnfach erhöht.

Die deutsche Studie PROBASE rekrutiert derzeit unselektiert Männer im Alter von 45 Jahren, um den Effekt eines sofortigen, risikoadaptierten PSA-Scre-

nings im Vergleich zu einem ersten PSA-Test mit 50 Jahren zu untersuchen. Nach 15 Jahren soll die Zahl der Prostatakarzinommetastasen in beiden Gruppen verglichen werden, um zu prüfen, ob das verzögerte Screening gleich viele Metastasen entdecken, aber Übertherapien verringern kann. Von den geplanten 50.000 Männern konnten bisher 14.336 rekrutiert werden. Die ersten Ergebnisse der bisher getesteten Männer zeigten 88,69 % unauffällige Befunde (PSA-Wert < 1,5 ng/ml). Nachdenklich machte Albers allerdings, dass bei den 94 von 113 Männern mit einem PSA-Wert von ≥ 3 ng/ml, für die ein zweiter PSA-Wert vorhanden war, dieser das erste Ergebnis nur in 60,6 % der Fälle bestätigte. „Der PSA-Wert über 3 ng/ml stimmt bei jungen Männern häufig nicht, da muss man noch einmal testen“, empfahl Albers. Die digital-rektale Untersuchung, die den Männern mit verzögertem Screening optional angeboten wurde, schnitt mit einer Sensitivität von 0,04 % bisher erwartet schlecht ab. Für die Zukunft räumt Albers vor allem der ergänzenden MRT-Diagnostik einen hohen Stellenwert für die Früherkennung ein. Zusammen mit einem erhöhten altersadaptierten PSA-Wert würde man so auf eine Vorhersagequalität von 0,8 kommen. Biopsien spare das aber nicht: Bei erhöhtem PSA und negativem MRT-Befund würde man ohne Biopsie 20 % der Karzinome verpassen.

Friederike Klein

Plenar „Kontroversen beim Prostatakarzinom I“, 26.2.2016