

Stellungnahme der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie zum IQWiG-Vorbericht: Prostatakrebscreening mittels PSA-Test (S19-01)

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) schlussfolgert in einem Vorbericht des Gutachtens zur Nutzenbewertung des Prostatakarzinomscreenings mittels PSA-Test, dass die Nachteile die Vorteile eines PSA-Screenings deutlich überwiegen. Insbesondere folgende Argumente gegen das PSA-Screening werden aufgeführt: keine verringerte Gesamtsterblichkeit, Überdiagnose, falsch positive Screeningbefunde und Übertherapie mit einhergehendem Verlust von Lebensqualität.

Die Südwestdeutsche Gesellschaft für Urologie (SWDGU e.V.) teilt diese Auffassung des IQWiG in dieser Form nicht und möchte vor möglichen Gefahren durch die problematische Formulierung des Fazits der Nutzenbewertung warnen.

Es ist unstrittig, dass nach der Analyse der elf randomisiert-kontrollierten Studien mit insgesamt über 400.000 Screeningteilnehmern durch das IQWiG keine ausreichende Evidenz für eine Empfehlung zum populationsbezogenen PSA-Screening besteht. Ein generelles PSA-Screening mit einem festen oder altersbezogenen PSA-Cut-Off-Wert (z.B. 4 ng/ml) als Entscheidungskriterium für eine weitere diagnostische Abklärung mittels Prostatabiopsie wird von der SWDGU ebenfalls als nicht sinnvoll erachtet, weil dadurch die vom IQWiG aufgeführten Risiken, z.B. der Überdiagnose, zum Tragen kommen können.

Die Kernaussage des Vorberichts „Das Prostatakarzinomscreening mittels PSA-Test schadet deutlich mehr Männern durch Überdiagnosen als es Männern nutzt“ geht aus unserer Sicht einen Schritt zu weit. Sowohl Männern in der entsprechenden Altersgruppe als auch den Entscheidungsträgern im deutschen Gesundheitssystem könnte dadurch suggeriert werden, dass zur Krebsfrüherkennung eine PSA-Bestimmung tunlichst unterlassen werden sollte. Dem widerspricht die SWDGU.

Männern mit dem Wunsch nach einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung, z.B. im Rahmen eines „Gesundheits-Check-ups“, sollte die Möglichkeit zum PSA-Test nach entsprechend ausführlicher Aufklärung über potentiellen Nutzen und die Risiken unbedingt offengehalten werden. Er ist ein wertvolles Instrument zur Prostatakrebsfrüherkennung, dessen Vorteile erst bei einem differenzierten und verantwortungsvollen Umgang mit einem positiven Testergebnis evident werden.

Folgende Kritikpunkte an der Analyse des IQWiG verdeutlichen dies:

- 1.) Es bleibt in den bisherigen großen Screeningstudien die PSA-Dynamik völlig unberücksichtigt. Die PSA-Dynamik führt zu einer differenzierteren Interpretation des Wertes und kann durch sequentielle Bestimmungen in bestimmten Zeitabständen eine bessere Vorhersagekraft erreichen (1). Falsch-positive Screeningbefunde, die in den Screeningstudien letztlich in unnötigen Prostatabiopsien mündeten, lassen sich durch diese Maßnahme wahrscheinlich reduzieren.
- 2.) Es stehen in der Zwischenzeit genauere Diagnoseverfahren als die in den zitierten Screeningstudien verwendeten konventionellen Prostatastanzbiopsien zur Verfügung. Mittels eines multiparametrischen MRT (mpMRT) der Prostata lassen sich abklärungswürdige PSA-Werte bzw. -verläufe genauer klassifizieren und aus dem resultierenden „PIRADS-Risikoscore“ hilfreiche Informationen zum individuellen Risiko des Patienten für das Vorliegen eines Prostatakarzinoms gewinnen. Diese mpMRT-Untersuchungen finden

zunehmend große Verbreitung und werden als Entscheidungshilfe für den Umfang einer weiteren Abklärung in der klinischen Routine berücksichtigt (2).

- 3.) Basierend auf der mpMRT werden MRT-TRUS-fusionierte Biopsien der Prostata durchgeführt. Sie erlauben die gezielte Biopsie von Arealen der Prostata, die verdächtig auf das Vorliegen eines aggressiven Prostatakarzinoms (Gleason-Score ≥ 8) sind. Hierdurch lassen sich mehr klinisch-signifikante und weniger klinisch-insignifikante Prostatakarzinome diagnostizieren, was einen wichtigen Baustein zur Eindämmung von Überdiagnose und nachfolgenden Übertherapien darstellt (3).

Männer, die sich um ihre Gesundheit sorgen und den Wunsch nach Krebsfrüherkennung der Prostata haben, möchten wissen, ob sie ein erhöhtes Prostatakrebsrisiko haben oder nicht. Diesem Wunsch nachzukommen ohne den PSA-Test zu berücksichtigen, wird unserer ärztlichen Verantwortung nicht gerecht. Eine partizipative Entscheidungsfindung, wie sie auch von der S3-Leitlinie Prostatakarzinom befürwortet wird (2), kann nicht durch Vorenthaltung wichtiger diagnostischer Entscheidungshilfen wie dem PSA-Test funktionieren.

Die SWDGU plädiert für eine entsprechende Korrektur des Fazits aus dem Vorbericht des IQWiG. Es muss unmissverständlich eine populationsbasierte generelle Screeningempfehlung mit PSA von der Wertigkeit der PSA-Testung im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung abgegrenzt werden. Es darf bei Männern mit dem Wunsch zur Früherkennung nicht der Eindruck erweckt werden, dass die PSA-Testung per se als schädlich einzustufen ist. Für Männer in der relevanten Altersgruppe wäre eine Darstellung des zu erwartenden Nutzens einer individualisierten, sorgfältig und ergebnisoffen erörterten Prostatakarzinomfrüherkennung viel hilfreicher als eine pauschale und in die Irre führende Bewertung des PSA-Wertes.

Der Vorstand der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie (SWDGU) e.V.

Referenzen:

- 1.) Berger, A.P., et al., Large-scale study of clinical impact of PSA velocity: long-term PSA kinetics as method of differentiating men with from those without prostate cancer. *Urology* 2007; 69(1): p. 134-138
- 2.) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, Langversion 5.1, 2019, AWMF Registernummer: 043/022OL, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/> (abgerufen am: 23.01.2020)
- 3.) Brown LC, Ahmed HU, Faria R et al. Multiparametric MRI to improve detection of prostate cancer compared with transrectal ultrasound-guided prostate biopsy alone: the PROMIS study. *Health Technol Assess.* 2018 Jul;22(39):1-176. doi: 10.3310/hta22390.