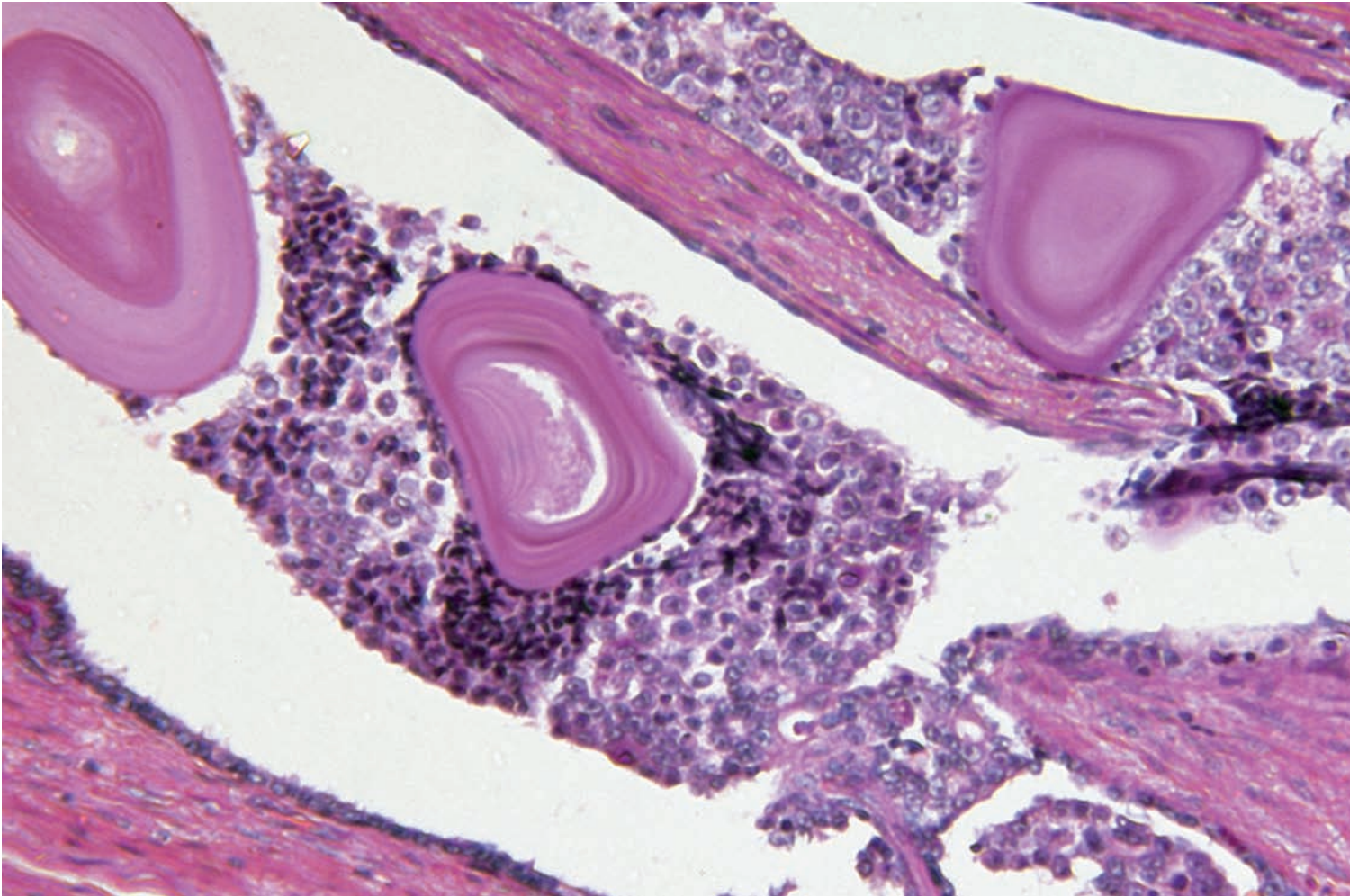


Mehr Schaden als Nutzen?



Der Nutzen der Krebsfrüherkennung ist bei einigen Krebserkrankungen ein von Interessensverbänden, Politikern und Medizinern gepflegter Mythos. Die Folge für den Patienten können schwere psychische und gesundheitliche Schäden sein.

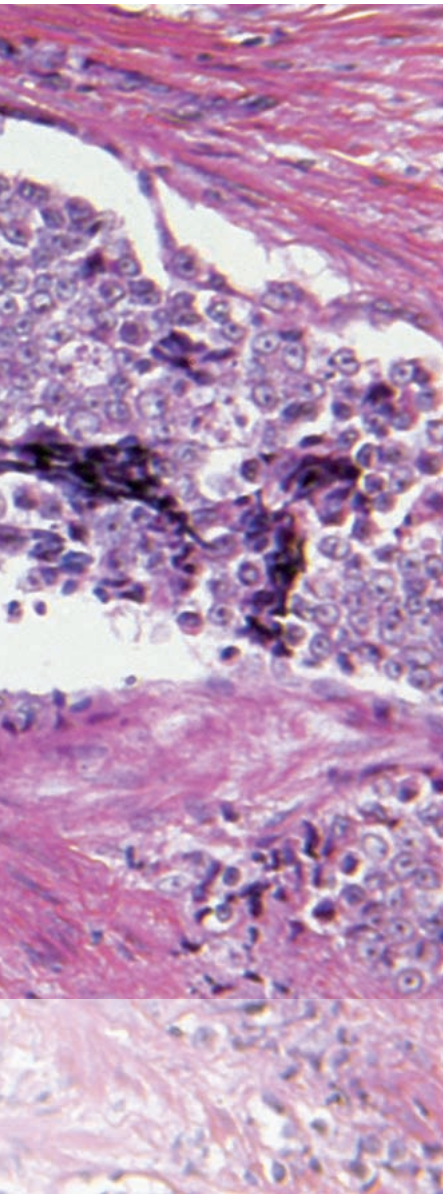
Die Erkenntnis, den Körper als wichtige Ressource zu begreifen, und das Gefühl des Älterwerdens sind Gründe für viele Männer der Generation 50 plus, sich Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen zu unterziehen. Doch muss die Frage erlaubt sein, ob eben diese Krebsfrüherkennungsuntersuchungen immer auch medizinisch sinnvoll sind. Am Beispiel der häufigsten Krebs-

erkrankung des Mannes soll erläutert werden, dass dies nicht immer der Fall ist und Früherkennung zu einem Dilemma führen kann.

BEISPIEL PROSTATAKREBS

Das Prostatakarzinom ist mit 33 Prozent aller neu diagnostizierten Tumoren die mittlerweile häufigste bösartige Krebserkrankung des Mannes in den USA und Europa. Aus Obduktionsstudien an Männern, die an un-

klarer Todesursache verstarben, ist bekannt, dass 80 Prozent der Männer im Alter von über 70 Jahren ein Prostatakarzinom aufwiesen. Aus allgemeinen Todesstatistiken ist jedoch bekannt, dass von 100.000 Männern im Alter von über 65 Jahren „nur“ 226 an einem Prostatakarzinom oder seinen Folgen versterben. Dieser scheinbare Widerspruch aus sehr häufiger Krebserkrankung und gleichzeitig geringer Sterblichkeit an diesem Karzinom erklärt sich aus verschiedenen Gründen:¹ Es handelt sich



um eine Erkrankung des höheren Lebensalters, die seltener vor dem 50. Lebensjahr auftritt. Die meisten Prostatakarzinome haben einen langsamen natürlichen Verlauf – zwischen 10 und 15 Jahre kann man sogar unbehandelt damit überleben. Zudem werden durch Früherkennung immer mehr Karzinome entdeckt, die ohne die Früherkennungsmaßnahme nie diagnostiziert worden wären und den Mann zu Lebzeiten nicht beeinträchtigt hätten. Die Männer aus den Obduktionsstudien

wussten meist nichts von ihrem Karzinom oder sind zumindest nicht daran verstorben.

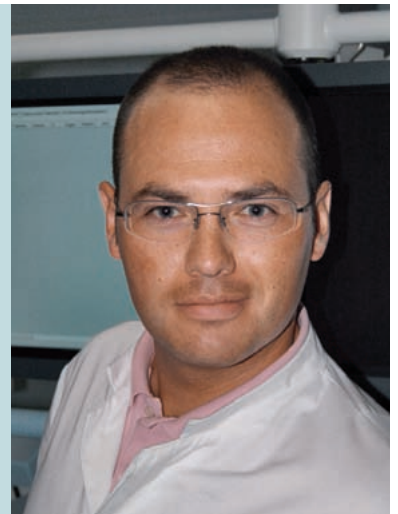
Die Entdeckung des prostataspezifischen Antigens (PSA) 1989 revolutionierte die Früherkennung des Prostatakarzinoms. Vor Einführung des PSA waren zwei Drittel dieser Tumore bereits organüberschreitend gewachsen und somit nicht mehr kurativ (komplett heilbar) behandelbar. Durch die Bestimmung des PSA

zent der Patienten haben danach ein Problem, den Urin zu halten (Inkontinenz), und etwa 50 Prozent weisen nach der Behandlung eine erektile Dysfunktion mit erheblicher Einschränkung des Sexuallebens auf.

Eine große skandinavische Studie zeigt, dass nach acht Jahren etwa 15 Prozent aller radikal operierten und etwa 25 Prozent aller untherapierten Patienten mit Prostatakarzinom

INFO

Dr. Markus Becker studierte Humanmedizin in Bochum und in Südafrika. Seit vier Jahren ist er als Arzt im Universitätsklinikum Essen tätig. Seine klinischen Schwerpunkte liegen in der Andrologie und urologischen Onkologie. Wissenschaftlich beschäftigt er sich mit Biomarkern, die eine frühere Diagnose, genauere Prognose sowie das Ansprechen auf Chemotherapie voraussagen sollen.



im Blut hat eine Stadienverschiebung in der Diagnostik stattgefunden. Heute werden zwei Drittel der Karzinome in frühen Stadien entdeckt und sind somit vollständig heilbar. Doch die anfängliche Euphorie, mithilfe eines einfachen Tests nun endlich viele und vor allem heilbare Tumoren zu entdecken, weicht zunehmend. Der Grund liegt in einer Überdiagnostik und Übertherapie des Prostatakarzinoms in den letzten 20 Jahren.

PSA-FRÜHERKENNUNG

Wird bei einem Mann ein erhöhter PSA-Wert festgestellt (der „Grenzwert“ liegt derzeit bei 4 ng/ml), so zieht dies nach Wiederholung der Messung eine Probeentnahme aus der Prostata nach sich (Biopsie). Stellt der Pathologe dann ein Prostatakarzinom fest und ist dieses lokal begrenzt, folgt in aller Regel eine radikale Therapie – entweder in Form einer operativen Entfernung der Prostata oder einer Strahlentherapie. Die Nebenwirkungen dieser Therapien sind erheblich: Zwei bis fünf Pro-

zent der Patienten haben danach ein Problem, den Urin zu halten (Inkontinenz), und etwa 50 Prozent weisen nach der Behandlung eine erektile Dysfunktion mit erheblicher Einschränkung des Sexuallebens auf.² Das bedeutet, dass 75 Prozent der Patienten noch keinen Schaden durch ihr Prostatakarzinom erlitten haben und der Vorteil für ihre radikale Entfernung nur bei 10 Prozent liegt. Dies untermauert, dass ein großer Teil der Patienten operiert wird, ohne eine Verlängerung ihrer Lebenszeit zu erfahren. Die Nebenwirkungen der Therapie mit Einschränkung der Lebensqualität durchleiden sie dennoch. Die Zahlen zeigen allerdings auch, dass ein kleiner Teil (10 Prozent) dieser Patienten von der frühen Entdeckung und radikalen Behandlung profitiert. Ein Ziel der Früherkennung beim Prostatakarzinom muss also sein, potenziell tödliche Karzinome bei Männern mit einer Lebenserwartung von 10 bis 15 Jahren in frühen Stadien zu entdecken und zu behandeln und diejenigen Karzinome, die im hohen Alter auftreten oder das Leben nicht verkürzen, gar nicht erst zu entdecken. Das bisherige Früherkennungsmanagement aus Übertherapie und -diagnostik sollte also geändert werden, zumal in Zukunft die Problematik der Diagnostik und Therapie ➤



BERATUNG: Ob eine Vorsorgeuntersuchung sinnvoll ist, sollte zuvor im Patientengespräch geklärt werden.

› des Prostatakarzinoms dramatisch zunehmen wird. Bis zum Jahr 2050 wird der Anteil der über 60-Jährigen in der Bevölkerung Prognosen zufolge doppelt so hoch sein wie heutzutage (in Deutschland 28 Millionen oder 37 Prozent).

PSYCHISCHE BELASTUNGEN

Nicht zu unterschätzen sind die Befürchtungen und Ängste des Patienten, die mit dem diagnostischen Prozess auftreten – insbesondere nach einer Biopsie und einer Krebsdiagnose. Ein Mann, der sich in den diagnostischen Prozess begeben hat, kann nicht mehr zurück: Ein auffälliger PSA-Wert, ein Biopsiebefund oder eine Karzinomdiagnose können nicht mehr ungeschehen gemacht werden. Zwar kann er sich dafür entscheiden, sein Karzinom nicht radikal behandeln zu lassen und erst einmal abzuwarten. Er muss dann aber mit der bedrückenden Gewissheit leben, Krebs zu haben. Oder er entscheidet sich für die Operation/Strahlentherapie und muss sich dem Risiko der Nebenwirkungen aussetzen. Eine solche Entscheidungssituation ist in hohem Maße stresserzeugend und oftmals unnötig, wenn man betrachtet, dass die Behandlung in vielen Fällen keine Änderung der Lebenszeit bringt.

Für Screening- und Früherkennungsuntersuchungen jedweder Art ist zu fordern, dass

die Teilnehmer sorgfältig über die möglichen Folgen aufzuklären sind. Die wenigsten werden durchschauen, dass durch eine harmlos erscheinende Blutentnahme möglicherweise eine Kettenreaktion in Gang gesetzt wird, von der jede eine gewisse Zwangsläufigkeit nach sich zieht, deren Konsequenzen, wie beispielsweise eine Operation, unerwünscht sind. Nach vorheriger Aufklärung über den möglichen Verlauf hätte dieser Mensch der Teilnahme an einer solchen Untersuchung möglicherweise nicht zugestimmt.³

LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN

Für das Prostatakarzinom bieten sich einige Lösungsmöglichkeiten an, die zum Teil in den gerade verabschiedeten Leitlinien zum Tragen kommen. Zur Vermeidung unnötig häufiger PSA-Bestimmungen mit all ihren Folgen sollten die Untersuchungsintervalle von derzeit einem Jahr verlängert werden und dafür die Früherkennung nicht wie bislang mit 50, sondern bereits mit 40 Jahren beginnen. So wird es möglich sein, einen Ausgangs-PSA-Wert zu ermitteln, der bei den meisten jungen Männern deutlich unter 2 ng/ml liegen sollte. Die weiteren Screeningintervalle sollten dann dem individuellen Ausgangs-PSA-Wert angepasst werden – so lässt sich die Dynamik der individuellen PSA-Entwicklung betrachten.

Nicht ein starrer Grenzwert (bislang 4 ng/ml), sondern vor allem die Dynamik in der Entwicklung des PSA kann ein wirksames Instrument sein, aggressive Tumoren herauszufiltern und diese dann auch zu behandeln. Lassen Männer erst spät ihren ersten PSA bestimmen und weisen dann einen erhöhten Wert auf, sind sie schwierig zu beurteilen: Ihre PSA-Vergangenheit ist nicht bekannt und es lassen sich keine Rückschlüsse auf die Aggressivität und Behandlungsnotwendigkeit ziehen. Hingegen sollten Männer mit langsamen PSA-Anstiegsgeschwindigkeiten (weniger als 0,5 ng/ml pro Jahr) nach Rücksprache mit ihrem Arzt gegebenenfalls ganz von einer Biopsie absehen oder erst einmal abwarten. Selbst wenn ein Karzinom vorläge, wird dieses in sehr vielen Fällen gar keinen Schaden anrichten. Dies gilt insbesondere, wenn zum Zeitpunkt der Überschreitung des PSA-Schwellenwertes ein bestimmtes Lebensalter überschritten ist. Bei einer Lebenserwartung von unter zehn Jahren sollte das PSA-Screening generell unterbleiben.

FAZIT

Die Folgen aus Fehldiagnosen und vor schnell ausgeführten Therapien und Operationen können gravierend sein. Wichtig erscheint die eigenverantwortliche Abwägung von Chancen und Risiken der Früherkennungsuntersuchung durch den aufgeklärten Betroffenen. Dabei ist es jedoch unverzichtbar, dass Politik und Fachgesellschaften dem medizinischen Laien einen objektiven und von wirtschaftlichen Interessen unabhängigen Qualitäts- und Effektivitätsnachweis – nämlich ein positives Nutzen-Schaden-Verhältnis – der jeweiligen Früherkennungsmaßnahme mit an die Hand geben. Wie sonst soll er entscheiden, ob die angestrebte Maßnahme der Füllung eines Geldbeutels oder ihm und seiner Gesundheit dient?

Dr. Markus Becker ■

Literatur:

1 [Brawer MK, Chetner MP (1997) Cambell's Urology. In: Walsh PC, Retik A, Stamey TA, Vaughan EJ (eds.) Saunders, Philadelphia, p 2506–2518].

2 [Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M et al. (2005) Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med 352(19): 1977–1984].

3 [Becker, N. Screening aus epidemiologischer Sicht. (2002) Radiologie 42: 592–600].