

In der Rubrik „Literatur kompakt“ werden die wichtigsten Originalarbeiten aus der internationalen Fachliteratur referiert.



© Mehmet Dilsiz / Fotolia.com

PSA-Screening ohne Einfluss auf die Mortalität?

Auch nach fast 17 Jahren Beobachtungszeit besteht in der PLCO-Studie bei Prostatakarzinompatienten offenbar kein Unterschied zwischen den Sterberaten der Gruppe mit im Vergleich zur Gruppe ohne PSA-Screening. Das geht aus dem aktuellen PLCO-Report hervor.

In der PLCO (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian)-Studie werden unter anderem der Nutzen des PSA-Screenings und der digitalen rektalen Untersuchung bei Patienten mit Prostatakarzinom (PCA) geprüft. Seit dem Ende des Screenings 2006, dessen Ergebnisse 2009 veröffentlicht wurden [New Engl J Med. 2009; 360: 1310-9], gab es regelmäßige Reports, etwa zur Mortalität.

Der aktuelle, insgesamt bereits vierte Bericht zum Verlauf der Studie deckt inzwischen einen Zeitraum von fast 17 Jahren Nachbeobachtung ab. Trotzdem konnte bislang kein Überlebensvorteil für die Gruppe, bei denen ein PSA-Screening durchgeführt wurde, festgestellt werden.

An zehn Einrichtungen in den USA waren zwischen 1993 und 2001 knapp 80.000 Männer im Alter von 55 bis 74 Jahren zu etwa gleichen Teilen einer Gruppe mit beziehungsweise ohne Screening auf ein PCA zugeordnet worden.

Im Interventionsarm erfolgte sechsmal ein jährlicher PSA-Test. Zudem wurden vier jährliche digitale rektale Untersuchungen vorgenommen. PSA-Werte über 4 ng/ml galten als pathologisch, ebenso Knotenbildung oder Verhärtung der Prostata als Ergebnis der digitalen rektalen Untersuchung. Kritiker der PLCO-Studie hatten allerdings wiederholt bemängelt, dass auch

etwa jeder zweite Teilnehmer des Kontrollarms mindestens einen PSA-Test erhalten hatte. Das waren 52 % der Männer im sechsten Studienjahr.

Primärer Endpunkt der aktuellen Auswertung war die prostata-spezifische Mortalität. Dabei stützten sich die Wissenschaftler ab 2009 auf die Daten des National Death Index (NDI). Zu den sekundären Endpunkten zählten unter anderem die Gesamtmortalität und die PCA-Inzidenz. Das mediane Follow-up beim Studienparameter PCA lag in der Screening- respektive Kontrollgruppe bei 15,3 respektive 15,1 Jahren, beim Parameter Mortalität bei 16,9 beziehungsweise 16,7 Jahren.

Nach Angaben der Autoren starben im Screeningarm 333 Männer an den Folgen eines PCA, in der Kontrollgruppe 352, was einer Rate von 5,5 respektive 5,9 pro 10.000 Personenjahre entspricht. Im Vergleich zum Kontrollarm lag das relative Risiko an den Folgen eines PCA zu sterben, bei 0,93 (95%-Konfidenzintervall: 0,81–1,08). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist mit $p = 0,38$ nicht signifikant.

Insgesamt gab es in der PLCO-Studie bei Männern mit einem PSA-Screening 5.574 Neuerkrankungen, bei Männern ohne Screening 5.287. Dies entspricht 106,3 beziehungsweise 101,1 Neuerkrankungen pro 10.000 Personenjahre. Seit Beginn der Screeningstudie war die

Inzidenz gestiegen, was nach Ansicht der Wissenschaftler auf eine mögliche Überdiagnostik hinweist.

Allerdings gab es Unterschiede, je nachdem welcher Gleason-Score erhoben wurde. Da die Wahrscheinlichkeit für eine Diagnose bei Gleason-Score 2–6 zu-, bei einem Score von 8–10 dagegen abnahm, gehen die Mediziner davon aus, dass die mögliche Überdiagnose auf die Patienten mit niedrigem Gleason-Score begrenzt war. Dass eine Reduktion der Inzidenz der Fälle mit Gleason-Score 8–10 zu einer signifikanten Minderung der krebs-spezifischen Mortalität führt, halten Sie nicht für möglich. Angaben zur Gesamtmortalität wurden nicht gemacht, da entsprechende Daten zu den anderen drei Tumorentitäten der PLCO-Studie noch nicht verfügbar sind.

Fazit: Bis zum jetzigen, vierten PLCO-Report mit einem Follow-up von fast 17 Jahren unterscheidet sich die Mortalität in den zwei Studienarmen (mit und ohne PSA-Screening) nicht. Die PCA-Inzidenz ist im Screeningarm mit einem relativen Risiko von 1,05 nur leicht erhöht, wobei bei Männern mit Gleason-Score 2–6 eine Überdiagnostik vermutet wird. Beim Parameter Mortalität das relative Risiko stetig von 1,11 auf 0,93 gesunken. Der Unterschied zur Kontrollgruppe ist nicht signifikant. Im Gegensatz zur Anfangsphase der Studie stützten sich die Ärzte jetzt allerdings auf Sterbedaten des National Death Index.

Peter Leiner

Pinsky PF et al. Extended follow-up for prostate cancer incidence and mortality in the PLCO randomized cancer screening trial. BJU Int. 2018; <https://doi.org/10.1111/bju.14580>