



To screen or not to screen?

Teil 2

Vorsorgeuntersuchungen werden kaum hinterfragt. Sinn und Nutzen scheinen offensichtlich, so werden sie kommuniziert. Einerseits von den Ärzten, welchen das statistische Basiswissen und vor allem die notwendige Zeit fehlt, eine Risikoabschätzung vorzunehmen: Wie hoch ist der potentielle Nutzen der Vorsorge-Untersuchung, wie gross der potentielle Schaden? Andererseits sind Vorsorgeuntersuchungen ein beliebtes Medienthema, wobei der potentielle Schaden meist ausgeklammert wird. Genauso werden diese Untersuchungen in der Öffentlichkeit wahrgenommen. Es scheint fast unvorstellbar, dass Vorsorge-Untersuchungen schaden können. In der im letzten Newsletter zitierten Studie von Gigerenzer waren 98% der Männer vom Nutzen des Prostata-Screening und 92% der Frauen vom Nutzen der Mammografie überzeugt. Den potentiellen Schaden solcher Untersuchungen auszublenden ist leider für viele verhängnisvoll und für die Allgemeinheit sehr teuer.

Die im letzten Newsletter aufgestellten Fragen werden hier anhand des Prostata-Screening konkretisiert: Wir beziehen uns dabei auf die im März dieses Jahres publizierte grosse ERSPC-Studie.

1. Wie zuverlässig ist das Testresultat?

Oder: Kann der PSA-Wert zwischen krank und gesund unterscheiden?

Ganz klar NEIN: es gibt keinen „Cut-off“ Wert. Ein „normaler“ Wert gibt keinerlei Sicherheit, dass kein Prostata-Krebs vorliegt, ein hoher Wert bedeutet nicht, dass ein Krebs vorliegt.

Wie hoch ist denn die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person, die einen „positiven“ PSA-Wert hat, tatsächlich Prostata-Krebs hat? Mit andern Worten: wie hoch ist der sogenannte positive prädiktive Wert des PSA-Tests? Die Frage ist einfach, die Antwort unmöglich, denn wir müssten die folgenden zwei Grössen kennen:

- a) Wie viele Tests sind positiv, obwohl die Person gesund ist?
- b) Wie viele Tests sind negativ, obwohl die Person krank ist?

Beide Grössen sind heute nicht zu beziffern.

Der positive prädiktive Wert hängt ausserdem von der Häufigkeit der Krankheit in der Bevölkerung ab: Ist die Krankheit sehr verbreitet, ist der positive prädiktive Wert besser, ist sie selten, sinkt der Wert. Gemäss Angaben des Bundesamts für Statistik (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ/demos/liste.Document.105291.pdf>) beträgt die Wahrscheinlich eines 65 jährigen Mannes an Prostata-Krebs zu sterben 0.5 Promille.

Der positive prädiktive Wert kann schon aus diesem Grunde nur sehr klein sein. Das heisst: nur ein kleiner Teil der Männer mit einem positiven Test (inklusive Gewebeentnahme) hat tatsächlich einen aggressiven Krebs, an dem er sterben wird.

2. Ist es sicher, dass der beim Screening gefundene Krebs tatsächlich Symptome verursachen wird, welche Lebensqualität und Lebenserwartung vermindern?

Auch diese Frage ist definitiv mit NEIN zu beantworten.

Wir wissen sehr wenig über den natürlichen Verlauf des Prostata-Krebses. Der eine ist gefährlich, weil er rasch wächst und schon früh Metastasen, also Ableger produziert. Der andere ist „ruhig“ bis ins hohe Alter, das heisst er wächst sehr langsam und metastasiert nicht. Der Träger stirbt MIT und nicht AM Krebs. Eine sichere Unterscheidung ist auch mit einer Gewebeentnahme nicht möglich.

3. Bringt die Behandlung im symptomfreien Zustand eine Verbesserung der Lebensqualität und der Lebenserwartung?

Ist die Diagnose Prostata-Krebs einmal gestellt, wird man nicht mehr mit gutem Gewissen auf eine Behandlung verzichten können. Diese Behandlung ist nicht risikolos, denn es ist immer ein grösserer chirurgischer Eingriff, seltener „nur“ eine Bestrahlung und/oder eine Hormontherapie. In beiden Fällen ist postoperativ mit einer Inkontinenz und/oder einer Impotenz zu rechnen, die den Betroffenen in bis zu 20% für den Rest des Lebens „begleiten“ wird. Daran hat sich auch mit dem Operationsroboter Da Vinci nichts geändert. Es scheint möglich, sich mit 65 oder mehr Jahren mit einer Impotenz zu arrangieren, eine Inkontinenz ist aber eine Beeinträchtigung der Lebensqualität, die den Betroffenen keinen Tag mehr loslässt. Philip Roth beschreibt das in seinem Roman „Exit Ghost“ sehr explizit.

4. Wie hoch ist die Risikoreduktion durch die frühe Diagnose?

Die ERSPC-Studie verspricht nicht weniger als eine Risikoreduktion von 20%. Wird also durch ein regelmässiges Screening 20 von hundert Männern der Tod an einem Prostata-Krebs erspart? Leider weit gefehlt. In der ERSPC-Studie wurden über 160'000 Männer während 9 Jahren kontrolliert. In diesen 9 Jahren starben in der Screening-Gruppe von 10'000 Männern 7 weniger als in der nicht gescreenten Kontrollgruppe. Das ergibt eine Risikoreduktion von 0.7 Promille in 9 Jahren oder weniger als einem von zehntausend Männern pro Jahr. Von einer Risikoreduktion zu sprechen ist schon fast lächerlich.

5. Kann ich durch das Screening Schaden erleiden?

Vielleicht könnte man ja zufrieden sein, dass jedes Jahr einer von zehntausend Männern weniger an einem Prostata-Krebs sterben muss? Dem wäre allenfalls beizustimmen, wäre da nicht der Kollateralschaden: Bei den 73000 regelmässig gescreenten Männern wurden 17000 Gewebeentnahmen durchgeführt. Um einen Krebstod zu vermeiden, mussten 48 Männer mit positiven Screening-Tests operiert werden. Für 47 ist der Preis (Operationsrisiko und Nebenwirkungen) wie oben beschrieben sehr hoch, ohne den geringsten Nutzen.

Ziehen wir zusätzlich in Betracht, dass in der Screening-Gruppe deutlich mehr Männer starben als in der Kontrollgruppe (312 versus 225), so müssen wir folgern, dass der Schaden vom Prostata-Screening mit hoher Wahrscheinlichkeit grösser ist als der Nutzen.

Russel Harris, Mitglied der US Preventive Services Task Force, hat sich am Europäischen Kongress für evidenzbasierte Prävention (Juni 2009 in Wien) klar ausgedrückt: *„We should not do it. It is possible or even likely that screening does more harm than good.“*

Soviel zum aktuellen Stand des Prostata-Screenings. Wir von healthcheck sind Präventionsenthusiasten. Wir widmen unsere Arbeits- und teilweise auch unsere Freizeit der Prävention, theoretisch und praktisch. Darum nehmen wir entsprechende Studien sehr ernst. Wir betrachten allerdings nicht nur die Zusammenfassung und die Schlussfolgerung, sondern prüfen den Inhalt und die Zahlen der Studien genau und ziehen aufgrund der Analyse unsere Schlussfolgerungen.

Redaktionelle Verantwortung für diesen Newsletter: Dr. med. Jürg Kuoni