

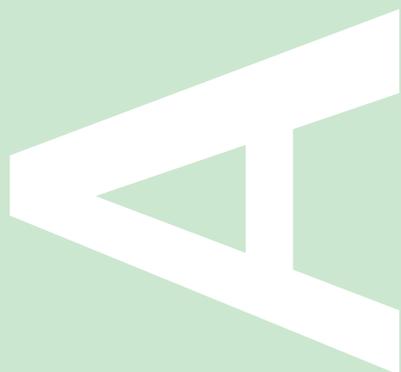
DEGAM

Hausärztliche Beratung zu PSA-Screening

DEGAM-Praxisempfehlung

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.





Die Praxisempfehlungen zur Hausärztlichen Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, zielen auf die Beschreibung angemessenen, aufgabengerechten Handelns im Rahmen der hausärztlichen Grundversorgung.

DEGAM-Praxisempfehlungen zur hausärztlichen Versorgung verstehen sich als Hilfen für die Verbreitung von Leitlinien, deren Themen in der hausärztlichen Versorgung von besonderer Bedeutung sind. Die zu Grunde liegenden Leitlinien beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren, sie sollen für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen, aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Da die Medizin einem fortwährenden Entwicklungsprozess unterliegt, können alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Erarbeitung entsprechen. Die hier wiedergegebenen Inhalte sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Diese Praxisempfehlung ersetzt in keiner Weise die S3 Leitlinie Prostatakarzinom (AWMF_Reg-Nr. 043-022OL) der DGU, sondern soll vielmehr durch den konkreten Bezug zum hausärztlichen Versorgungsalltag eine Grundlage für die gemeinsame Entscheidung von Hausärzten und Hausärztinnen und deren Patienten und Patientinnen zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung darstellen. Zur Weiterentwicklung sind Kommentare und Ergänzungen herzlich willkommen und sollten bitte gesandt werden an die:

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien

c/o Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 7410-59769
Fax: +49 (0)40 7410-53681
leitlinien@degam.de

© DEGAM 2018



Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin

Herstellung

Ständige Leitlinien-Kommission der DEGAM
Federführung: PD Dr. med. Thomas Kötter, MPH,
thomas.koetter@uksh.de in Zusammenarbeit mit
Dr. med. Til Uebel, til.uebel@t-online.de

Stand 04/2018

Revision in Abhängigkeit von Änderungen der Evidenzlage

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle in diesem Werk enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren und der Herausgeberschaft nach bestem Wissen erstellt. Sie erfolgen ohne jede Verpflichtung oder Garantie der Herausgeberin. Sie übernimmt deshalb keinerlei Verantwortung und Haftung für etwa vorhandene inhaltliche Unrichtigkeiten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Inhalt

1	Warum eine Praxisempfehlung für die Hausarztpraxis?	5
2	Definition	6
3	Studienlage zur Früherkennung des Prostatakarzinoms	7
4	Sondervotum der DEGAM	8
5	Algorithmus Hausärztliche Beratung zu PSA-Screening	9
6	Schaubilder zur Verwendung im Beratungsgespräch	10
6.1	Risiko der Überdiagnose und Übertherapie	10
6.2	Risiko der Folgetests bei auffälligem PSA-Wert	12
6.3	Positiver Vorhersagewert	13
6.4	Negativer Vorhersagewert	14
7	Weitere Informationen für Patienten	15
8	Literatur	16

1 Warum eine Praxisempfehlung für die Hausarztpraxis?

Die interdisziplinäre S3-Leitlinie Prostatakarzinom [1] behandelt die Themen Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms ausführlich und umfassend. Viele der darin beschriebenen Aspekte spielen in der hausärztlichen Versorgung eine untergeordnete Rolle. Hingegen ist das Thema Früherkennung/Screening mittels Prosta-ta-spezifischem Antigen (PSA) im Rahmen der Krebsfrüherkennung ein typisch hausärztlicher Beratungsanlass. Oft sprechen Männer im Rahmen der sogenannten Gesundheitsuntersu-chung („Check-up 35“) das Thema (von sich aus) an.

Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM) ist ein systematisches Ansprechen der Männer auf das PSA-Screening (unabhängig vom eigentlichen Beratungsanlass) im Kontext Hausarztpraxis jedoch nicht zu empfehlen, da die Evidenz zum Nutzen eines PSA-Screenings nicht ausreicht und es deutliche Hinweise für einen potentiellen Schaden des PSA-Screenings gibt (siehe Abschnitt 3 - Studienlage).

Vor diesem Hintergrund hat die DEGAM in der S3-Leitlinie Prostatakarzinom ein Sondervotum formuliert. Diese Praxisempfehlung will Hausärztinnen und Hausärzte evidenzbasierte Infor-mationen für die Beratung von Männern an die Hand geben. Die grafischen Illustrationen können als Grundlage für eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Beratungsgespräch mit Patienten genutzt werden.

Ziel dieser DEGAM- Praxisempfehlung ist es, Hausärztinnen und Hausärzte darin zu unter-stützen, Männer vor Überdiagnostik und Übertherapie in Bezug auf das Prostatakarzinom zu schützen.

2 Definition

Unter Screening versteht man die Untersuchung beschwerdefreier Patienten (zumeist Gesunder) zur Früherkennung von Krankheiten. Die Bestimmung des PSA-Spiegels im Blut beschwerdefreier Männern zur Früherkennung von Prostatakrebs wird als PSA-Screening bezeichnet. PSA-Screening gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

3 Studienlage zur Früherkennung des Prostatakarzinoms

Zur Früherkennung des Prostatakrebs mittels PSA-Bestimmung liegt eine systematische Übersichtsarbeit aus der Cochrane Collaboration vor [2]. Die Autoren dieser Arbeit schlussfolgern aus den Ergebnissen ihrer Metaanalyse, einer Auswertung aller vorhandenen Daten aus randomisierten kontrollierten Studien, dass weder die Sterblichkeit an Prostatakrebs noch die Gesamtsterblichkeit durch ein Screening beeinflusst wird. Dahingegen zeigte sich, dass die Teilnahme an einem Früherkennungsprogramm das Risiko für Überdiagnose (richtig erkannte Prostatakrebs Erkrankungen, die jedoch nie auffällig geworden wären) und für Übertherapie (unnötige Behandlungen aufgrund einer Überdiagnose) deutlich erhöht. Gleichermäßen sprechen sich die U.S. Preventive Services Task Force [3] und das American College of Physicians [4] gegen ein generelles PSA-Screening zur Früherkennung von Prostatakrebs aus.

4 Sondervotum der DEGAM

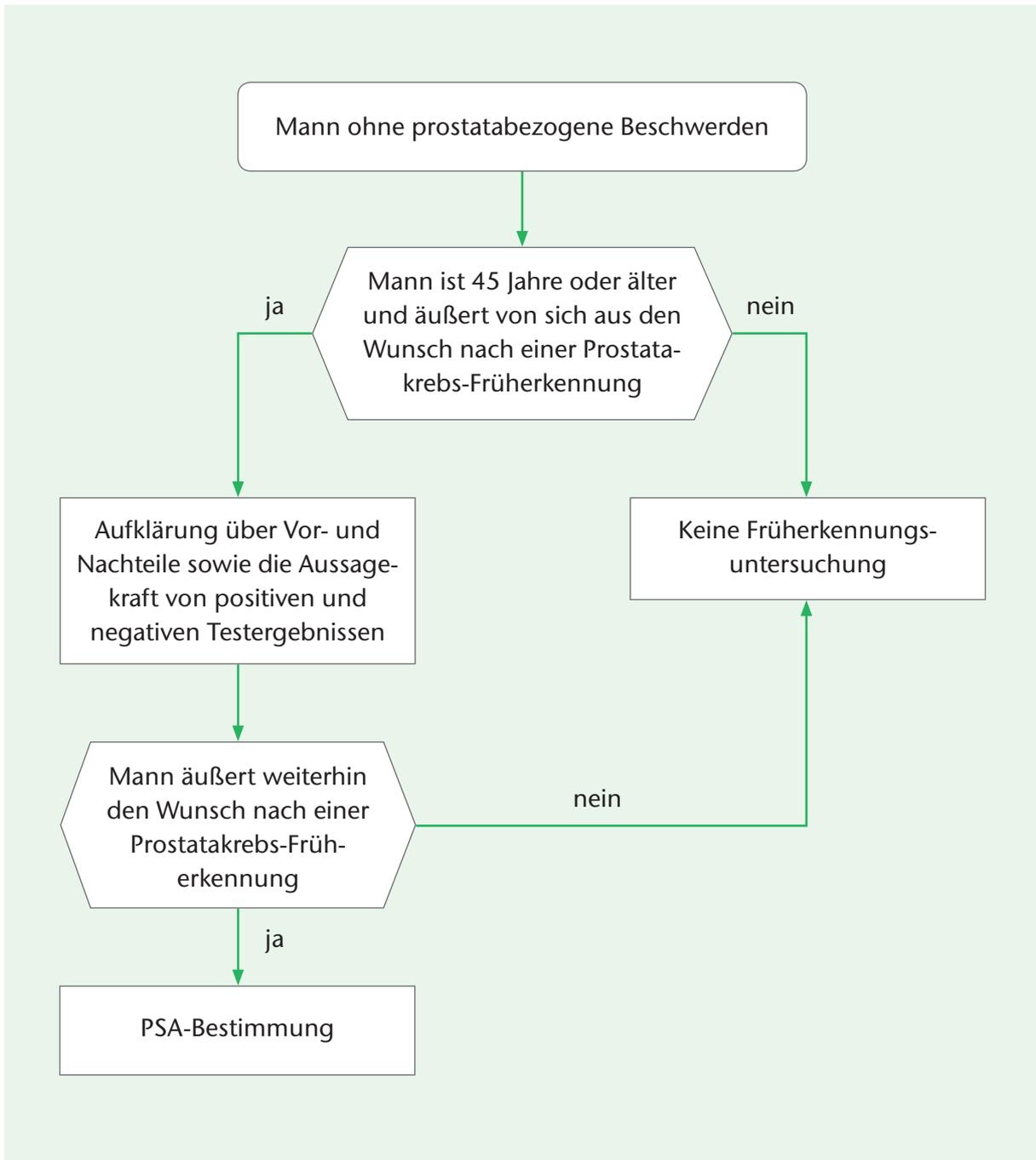
S3-Leitlinie Prostatakarzinom, S. 32 [1]

- Männer, die den Wunsch nach einer Früherkennungsuntersuchung mittels PSA in der Hausarztpraxis nicht von sich aus äußern, sollen darauf nicht aktiv angesprochen werden.
- Diejenigen Männer, die von sich aus nach einer Früherkennung fragen, sollen ergebnisoffen über die Vor- und Nachteile aufgeklärt werden. Dabei sollen der mögliche Nutzen wie auch die Risiken (Überdiagnose und Übertherapie) in natürlichen Zahlen und auch grafisch veranschaulicht werden. Ebenso soll die Aussagekraft von positiven und negativen Testergebnissen dargestellt werden.
- Männern, die nach einem Aufklärungsgespräch eine Früherkennungsuntersuchung wünschen, soll das Bestimmen des PSA-Wertes als Untersuchungsmethode angeboten werden (Grade of Recommendation A, LoE 2+). Die Evidenz für den Nutzen einer digital-rektalen Untersuchung reicht nicht aus, um sie generell empfehlen zu können [5].

Die o.g. Empfehlungen beziehen sich auf Männer ohne erhöhtes genetisches Risiko. Ein erhöhtes Risiko besteht z.B. bei Männern, die Verwandte 1. Grades mit Prostatakarzinom-Diagnose, insbesondere vor dem 65. Lebensjahr, haben. Das American College of Physicians [4] empfiehlt für diese Männer (bei fehlender Evidenz) eine gemeinsame Entscheidungsfindung ab dem 40. Lebensjahr.

5 Algorithmus Hausärztliche Beratung zu PSA-Screening

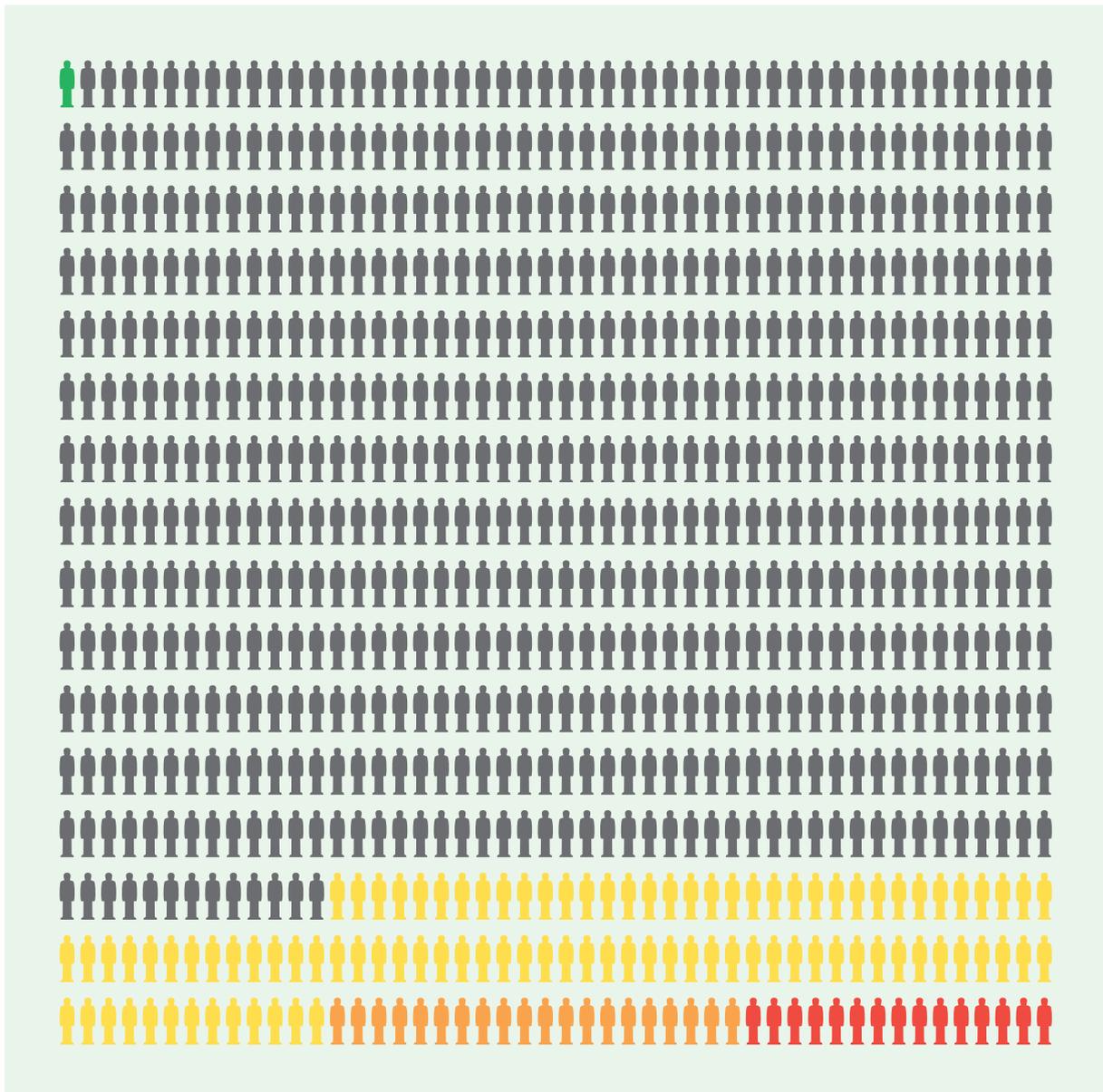
modifiziert nach Algorithmus Prostatakarzinom-Früherkennung, Südtiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SÜGAM) [6].



6 Schaubilder zur Verwendung im Beratungsgespräch

6.1 Risiko der Überdiagnose und Übertherapie

Um 1 Todesfall (grün) durch Prostatakrebs zu verhindern, müssen **781** beschwerdefreie Männer (alle Farben) 13 Jahre lang zur Früherkennung mittels PSA eingeladen werden.

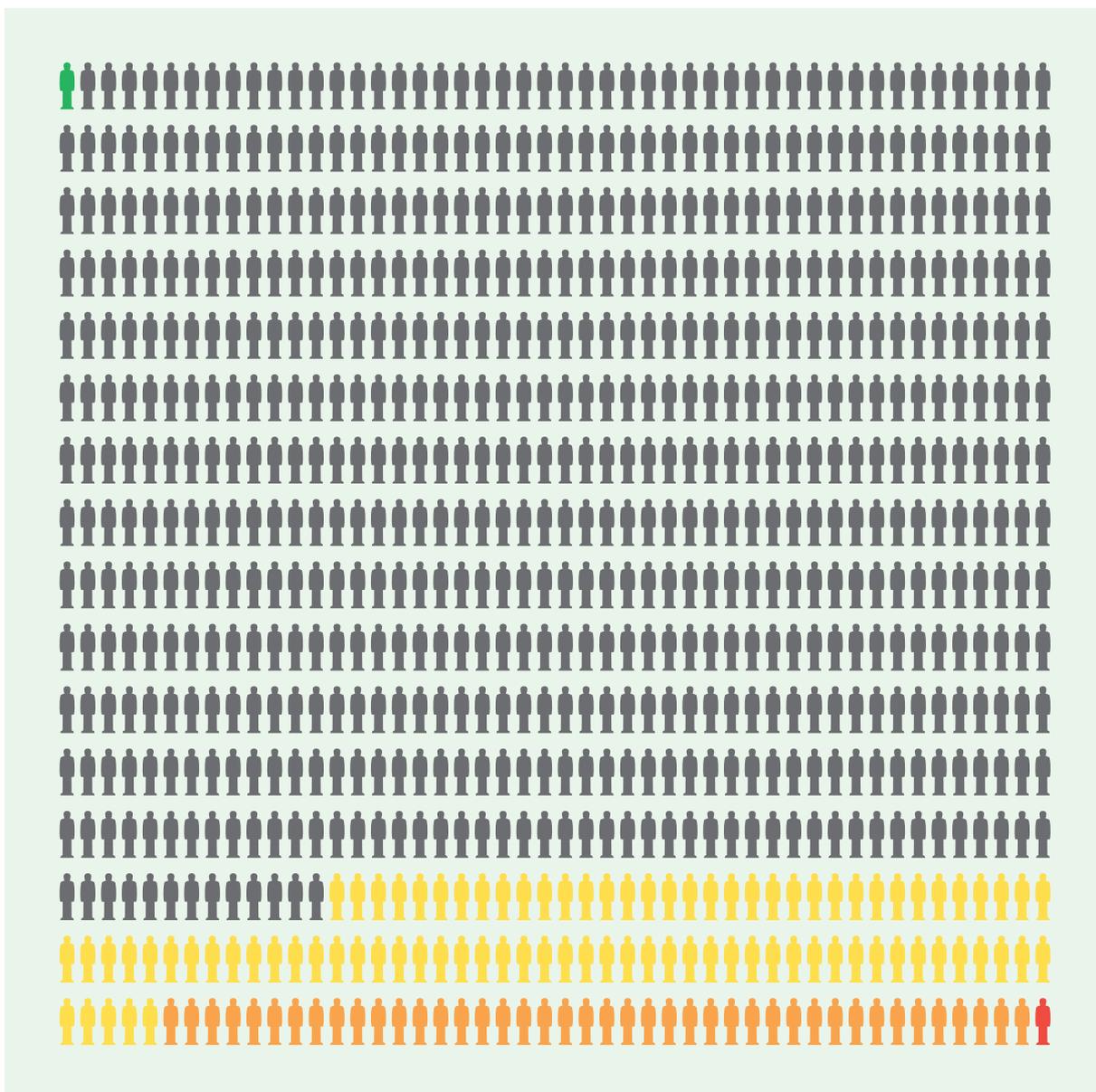


Von **781** Männern werden in dieser Zeit im Screening **ca. 133** ein positives Testergebnis (gelb, orange und rot) und **ca. 36** die Diagnose Prostatakarzinom (orange und rot) bekommen. Bei **ca. 15** dieser Männer (rot) wäre der Krebs nie auffällig geworden, jegliche Diagnostik und Therapie (OP, Strahlen- und Chemotherapie) ist unnötig. In dieser Zeit sterben **ca. 6** Männer ohne Früherkennungsteilnahme an Prostatakrebs und **ca. 5** Männer, die an der Früher-

kennung regelmäßig teilgenommen haben. Die Berechnungen basieren auf der European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC-Studie) [7], der bisher einzigen randomisiert kontrollierten Studie, die einen Effekt von Screening auf die Sterblichkeit an Prostatakrebs zeigte.

6.2 Risiko der Folgetests bei auffälligem PSA-Wert

Um 1 Todesfall (grün) durch Prostatakrebs zu verhindern, müssen **781** beschwerdefreie Männer (alle Farben) 13 Jahre lang zur Früherkennung mittels PSA eingeladen werden.

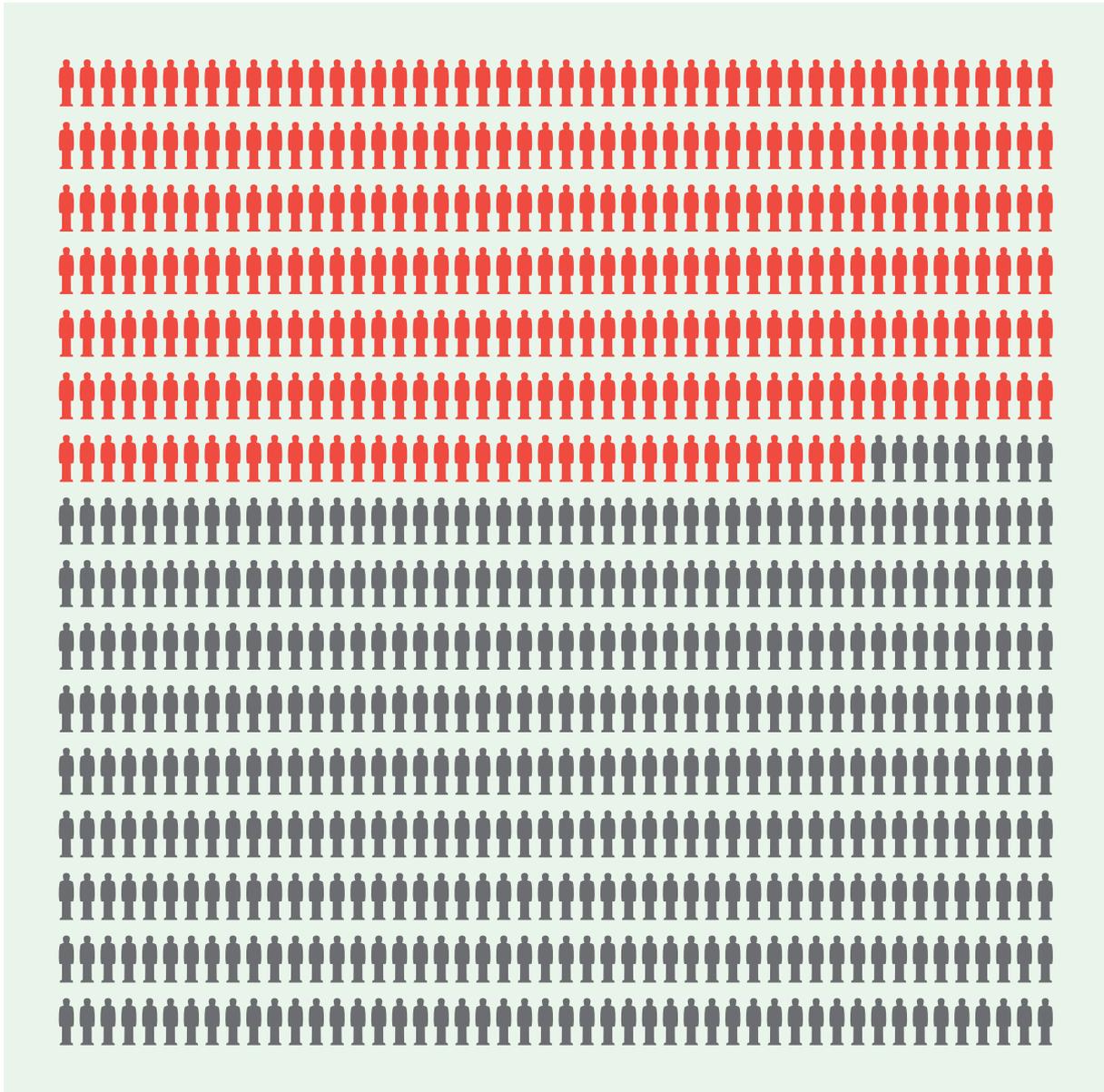


Von **781** Männern werden in dieser Zeit **ca. 133** beschwerdefreien Männern (gelb, orange und rot) mindestens einmal Gewebeproben entnommen. Dabei kommt es bei **ca. 44** zuvor beschwerdefreien Männern (orange) zu Komplikationen, bei **ca. 1** zuvor beschwerdefreiem Mann (rot) zu schweren Komplikationen.

Komplikationen umfassen mittelmäßig bis schwer beeinträchtigende Symptome, u.a. Schmerz, Fieber, Blutung, Infektion, vorübergehende Miktionsbeschwerden. Schwere Komplikation umfassen solche Komplikationen, die zur Krankenhauseinweisung führen. Die Berechnungen basieren auf Zahlen aus der ERSPC-Studie [7] und Moyer et al. [3].

6.3 Positiver Vorhersagewert

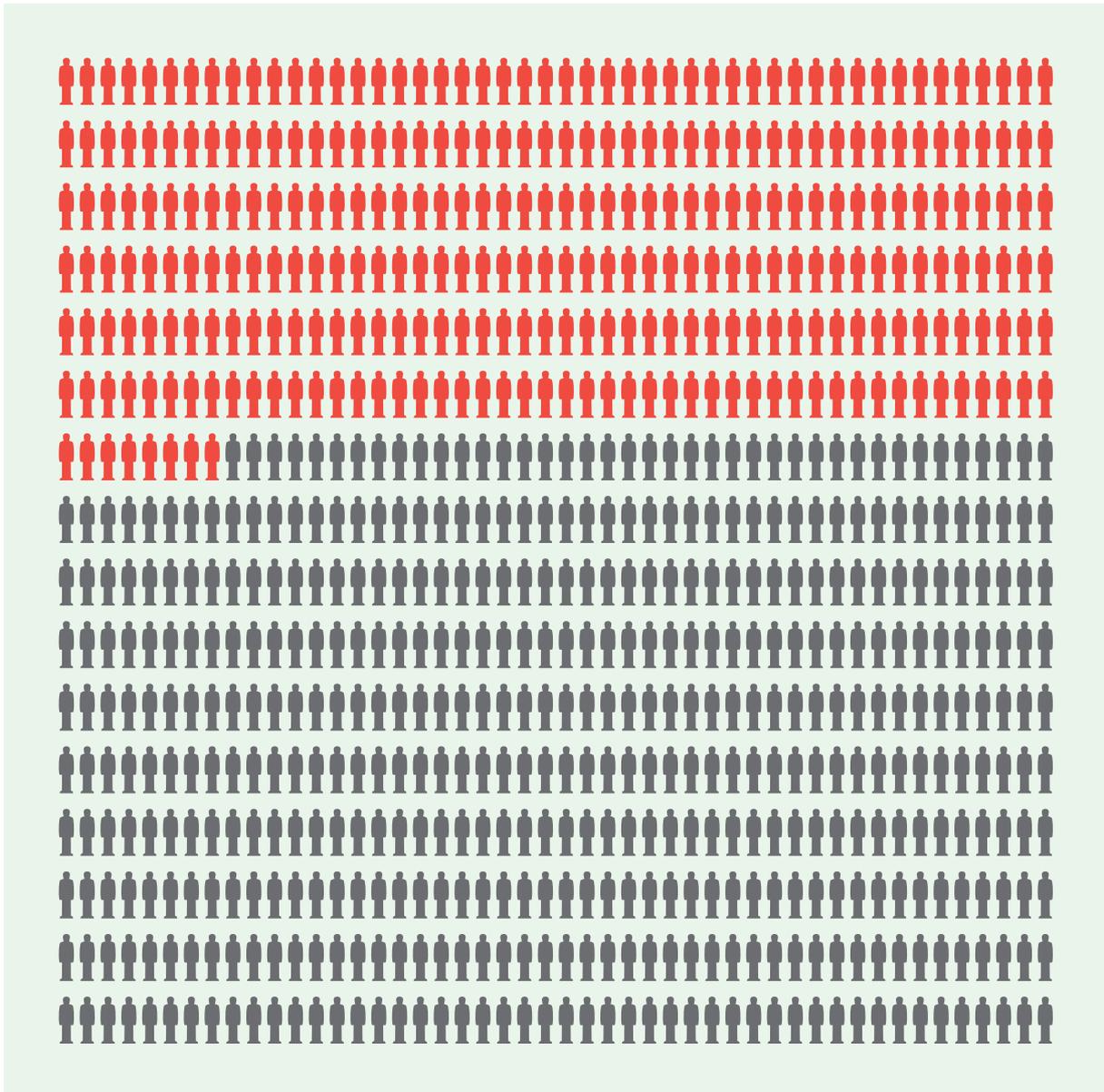
Von **1000** beschwerdefreien Männern mit einem **positiven Testergebnis** (PSA-Wert ≥ 4 ng/ml) haben **ca. 330** Männer **tatsächlich Prostatakrebs** (rot), **ca. 670** Männer haben keinen Prostatakrebs (grau).



Die Aussagekraft positiver und negativer Testergebnisse ist unter anderem vom Alter abhängig. Hier pauschale Darstellung anhand von Zahlen aus Roobol et al. [8].

6.4 Negativer Vorhersagewert

Von **1000** beschwerdefreien Männer mit einem **negativen Testergebnis** (PSA-Wert < 4ng/ml) haben **ca. 250** Männer trotzdem Prostatakrebs (rot), **ca. 750** Männer haben keinen Prostatakrebs (grau).



Die Aussagekraft positiver und negativer Testergebnisse ist unter anderem vom Alter abhängig. Hier pauschale Darstellung anhand von Zahlen aus Roobol et al. [8].

7 Weitere Informationen für Patienten

- Patientenleitlinie „Prostatakrebs: Früherkennung“ zur S3-Leitlinie Prostatakarzinom
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-022OL.html>

8 Literatur

1. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe e.V. (DKH), Hrsg. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Langversion 4.0 - Dezember 2016. AWMF-Register-Nummer 043/022OL. 2016 [zuletzt überprüft am 10.04.2018]. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-022OL.html>
2. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 1: CD004720.
3. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2012; 157: 120–34.
4. Qaseem A, Barry MJ, Denberg TD, Owens DK, Shekelle P, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med 2013; 158: 761–9.
5. Naji L, Randhawa H, Sohani Z, Dennis B, Lautenbach D, Kavanagh O, et al. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Fam Med 2018; 16: 149-54
6. SÜGAM. Algorithmus Prostatakarzinom-Früherkennung [Internet]. 2011 [zuletzt überprüft am 10.04.2018]. Verfügbar unter: <https://www.suegam.it/de/hausarztliche-pfade/prostatakarzinom-screening>
7. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Lancet. 2014; 384: 2027–35.
8. Roobol MJ, Kranse R, Bangma CH, van Leenders AGJLH, Blijenberg BG, van Schaik RHN, et al. Screening for prostate cancer: results of the Rotterdam section of the European randomized study of screening for prostate cancer. Eur Urol 2013; 64: 530–9.