

# Abweichungen bei Früherkennung und Biopsie

Umfrage zur Anwendung der **S3-Leitlinie** zur Prostatakrebsfrüherkennung in urologischen Praxen

**MÜNSTER** Leitlinien stellen Ärzte vor die Herausforderung, diese zu kennen, sie anzuwenden und regelmäßig aufzufrischen. Im Rahmen dieser Studie wurde untersucht, inwieweit die Prostatakrebsfrüherkennung (PKF) in urologischen Praxen anhand der Empfehlungen und Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie zur Früherkennung und Diagnostik des Prostatakarzinoms durchgeführt wird.

Zur Datenerhebung wurde eine teilstandardisierte, qualitative Befragung mit 22 niedergelassenen Urologen aus dem Regierungsbezirk Münster in vier Fokusgruppen durchgeführt. Zu zwölf Aussagen der Leitlinie im Abschnitt „Früherkennung und Biopsie“ wurden 23 Fragen gestellt. Bei den Aussagen handelt es sich um neun „starke Empfehlungen“ (stE), eine „offene Empfehlung“ (ofE) und zwei „Statements“ (Sta).



Dorothee Tiedje

Mittels Häufigkeitsanalysen und der Berechnung von Lage- und Streumaßen wurde ein Summenscore gebildet, um die Adhärenz zur Leitlinie zu ermitteln. Zu jeder Aussage der Leitlinie wurde eine Gesamtadhärenz ermittelt. Als relevante Abweichung von der Aussage der Leitlinie wurde definiert, dass die Adhärenz der Urologen zur jeweiligen Empfehlung unter 80 Prozent lag. Die Inhaltsanalyse nach Mayring wurde zur qualitativen Auswertung genutzt.

## Ergebnisse

Die befragten Urologen befolgen sechs der neun „starken Empfehlungen“, in drei weichen sie ab. Inhaltlich beziehen sich diese Abweichungen auf folgende Aspekte (Hervorhebungen in Rot in Tab. 1):

- Aufklärung über die Vor- und Nachteile der Früherkennungsmaßnahmen (51%)
- Empfehlung einer Prostatabiopsie bei kontrolliertem PSA-Wert  $\geq 4$  ng/ml (67%)
- Indikation zur Wiederholungsbiopsie (62%).

Weitere Abweichungen ergeben sich für die „offene Empfehlung“ und die beiden „Statements“.

Aus Tabelle 1 gehen die quantitativen Ergebnisse der Befragung hervor.

Aussagen	Punkte	Adhärenz (absolute Zahl)			Gesamtadhärenz (%)	Expertenkonsens in Leitlinie (%)
		voll	bedingt	nicht		
3.2a: Alter (stE)	1: Information an Männer $\geq 45$ Jahre, Lebenserwartung $>10$ Jahre	17/22				
	2: Vorverlegung Altersgrenze um 5 Jahre bei erhöhtem Risiko	19/22	16	4	2	82
3.2b: Aufklärung (stE)	1: Informieren über Vorteile	10/22				
	2: Informieren über Nachteile	9/22				
	3: Aussagekraft der positiven Testergebnisse	16/22	2	11	9	51
	4: Aussagekraft der negativen Testergebnisse	13/22				
	5: Aufklären über ggf. folgende weitere Maßnahmen	8/22				
3.3: Untersuchungen (stE)	1: PSA als Untersuchungsmethode anbieten	20/22	18	4	0	91
	2: Empfehlung der digital-rektalen Untersuchung (DRU)	19/22				
3.4: Bildgebung (Sta)	1: Keine bildgebenden Verfahren bei der PKF	8/22	9	0	13	41
3.5: Interpretation PSA (stE)	1: Kontrolle erhöhter PSA-Werte unter Berücksichtigung von Einflussfaktoren	21/22	20	0	2	91
3.7: Biopsie-Kriterien (stE)	1: Mindestens ein Kriterium (DRU, PSA, PSA-Anstieg) ist ausreichend	20/22				
	2: Kontrollierter PSA-Wert $\geq 4$ ng/ml bei erstmaliger PKF	6/22				
	3: Karzinomverdächtiger Befund bei digital-rektaler Untersuchung	22/22	2	16	4	67
	4: Auffälliger PSA-Anstieg	15/22				
	5: Niedrigerer PSA-Grenzwert bei jüngeren Patienten	11/22				
3.9a: Biopsie (stE)	1: Biopsie transrektal-sonographisch geführt	17/21 <sup>1</sup>	17	0	4	81
3.9b: Biopsie (ofE)	1: Option palpat. auffällige Areale zusätzlich palpat. biopsieren	5/21 <sup>1</sup>	5	0	16	24
3.10: Biopsie (stE)	1: Entnahme von 10–12 Gewebezyllindern	16/20 <sup>1,2</sup>	16	0	4	80
3.11: Biopsie (stE)	1: Biopsie unter Antibiotikumschutz	21/21 <sup>1</sup>	21	0	0	100
3.12: Biopsie (Sta)	1: Durchführung Lokalanästhesie	10/21 <sup>1</sup>	10	0	11	48
3.13: Re-Biopsie-Kriterien (stE)	1: Re-Biopsie innerhalb von 6 Monaten	12/21 <sup>1</sup>				
	2: Re-Biopsie bei High-Grade-PIN, ASAP, suspektem PSA-Verlauf	14/21 <sup>1</sup>	9	8	4	62

<sup>1</sup>: 21 der 22 Teilnehmer führen Prostatabiopsien selbst durch.

<sup>2</sup>: Ein Teilnehmer musste aus persönlichen Gründen das Interview vorzeitig verlassen.

PIN: prostatiche intraepitheliale Neoplasie, ASAP: Atypical Small Acinar Proliferation.

Tab.1: Absolute sowie prozentuale Adhärenz an die Leitlinienvorgaben im Vergleich zum Expertenkonsens der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom. 9 „Starke Empfehlungen“ (stE), 1 offene Empfehlung (ofE) und 2 „Statements“.

Zu den 12 werden die Auswertungen der Punkte Kriterien in absoluten Zahlen dargestellt. Die Aussagen bezüglich der Adhärenz werden sowohl absolut als auch prozentual dargestellt. Die Gesamtstimmung der Teilnehmer wird dem prozentualen Gesamtstimmungsergebnis des Expertenkonsens der S3-Leitlinie gegenübergestellt.

Inhaltlich bestehen die Abweichungen der starken Empfehlungen in folgenden Punkten:

**3.2b: Aufklärung PKF:** Die Abweichung wird wie folgt begründet: Die Patienten würden durch eine detaillierte Aufklärung verunsichert. Ein Teil der Patienten orientiere sich vorwiegend am ärztlichen Rat und vermeide so eine eigene Entscheidung. Einige Patienten wünschten keine umfangreiche Aufklärung. Auch die zeitlichen Grenzen im Praxisalltag würden eine Rolle spielen. Darüber hinaus seien Patienten bereits durch die Medien ausreichend vorinformiert. Dieser Aspekt wurde jedoch insgesamt kontrovers diskutiert, da ein Teil der Patienten durch die Themendiskussion in den Medien erst Recht eine Aufklärung ärztlicherseits verlange.

**3.7: Um eine Prostatabiopsie zu empfehlen,** genügt 20 Urologen eines der in den Leitlinien vorgegeben Kriterien (PSA-Erhöhung, PSA-Anstieg, suspekter Tastbefund). Alle Urologen empfehlen eine Biopsie bei einem karzinomverdächtigen Tastbefund. Ein kontrollierter PSA-Wert über 4 ng/ml stellt bei den meisten Befragten das schwächste Entscheidungskriterium zur Biopsieempfehlung dar (6/22). Für relevanter halten die Befragten den PSA-Anstieg (15/22). Anstelle des absoluten PSA-Grenzwertes von 4 ng/ml richtet sich die Mehrheit der befragten Urologen nach einem individuell festgelegten Grenzwert. Dieser sei abhängig von PSA-Verlauf, Prostatavolumen und Patientenalter. Jedoch bestehe durch den in der Leitlinie empfohlenen Grenzwert eine Diskrepanz zwischen „juristischer Verpflichtung“ und eigener ärztlicher Empfehlung.

**3.13: Re-Biopsie:** Bei fehlendem Karzinomnachweis richtet sich die Entscheidung für eine Re-Biopsie insbesondere nach dem PSA-Verlauf. Das Intervall bis zur Re-Biopsie wird von einigen Urologen auf bis zu zwölf

Monate ausgedehnt. Über den längeren Zeitraum sei die PSA-Dynamik besser einzuschätzen. Es spielen jedoch auch persönliche Erfahrungen in Zusammenschau mit dem Tastbefund, dem Patientenalter und dem individuellen PSA-Verlauf eine Rolle.

## Schlussfolgerung

Der Großteil der „starken Empfehlungen“ wird von den befragten Urologen umgesetzt. Relevante Abweichungen von „starken Empfehlungen“ bestehen in der Aufklärung über Vor- und Nachteile der PKF. Vor dem Hintergrund einer Überdiagnostik und Übertherapie als Folge einer PKF sollten Hilfen zur Verfügung gestellt werden, die die Integration der Aufklärung über PSA-gestützte PKF in den Praxisalltag erleichtern.

Hinsichtlich des PSA-Grenzwerts von 4 ng/ml zur Biopsieindikation beziehen sich die Leitlinienempfehlungen auf Ergebnisse populationsbezogener Früherkennungsuntersuchungen asymptomatischer Männer. In urologischen Praxen wird hingegen ein großer Anteil wegen Beschwerden (z. B. Miktionsstörungen, Harnwegs-

Infekten) vorstellig. Derartige Probleme sollten laut Leitlinie als sogenannte Einflussfaktoren bei der Interpretation des PSA-Grenzwertes berücksichtigt werden. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die befragten Urologen den PSA-Wert anhand von Einflussfaktoren interpretieren und nicht in allen Fällen dem vorgegebenen PSA-Grenzwert zur Biopsieempfehlung folgen. Es ist fraglich, ob ein populationsbezogener Grenzwert auf die Klientel urologischer Praxen übertragen werden kann. Unter dem Aspekt, dass Einflussfaktoren bei der Interpretation des PSA-Wertes berücksichtigt werden sollen, rückt die Bedeutung eines feststehenden Grenzwerts in der Praxis in den Hintergrund.

## ► Autorin:

Dr. med. Dorothee Tiedje  
Klinik für Urologie und Kinderurologie  
Universitätsklinikum Münster  
E-Mail: dorothee.tiedje@ukmuenster.de

**V13: Früherkennung und Therapie des lokalisierten Prostatakarzinoms – neue Daten, 21.09.2017, 08:30–10:00, Saal Hamburg 2**

# UroLift bei Patienten mit Indikation zur TUR-P

Erfolgreicher Einsatz: **Zwei-Jahres-Daten** aus fünf deutschen Zentren

**ROSTOCK** In den vergangenen Jahren entwickelten sich neben der transurethralen Prostataresektion (TUR-P) verschiedene urologische Therapieoptionen<sup>1</sup>, die der prostaticen Veränderung, aber auch den Bedürfnissen der Patienten entgegenkommen. Eine davon ist die Implantation von Geweberetraktoren (UroLift®, Neotract, USA).

Mehrere Ziele können durch den Einsatz des Verfahrens erreicht werden:

- Deobstruktion ohne Ablation von Gewebe, Ausbleiben der gefürchteten Auswirkungen der „früheren“ Urethralstents
- Keine Einschränkung der Funktionalität des inneren Verschlussmus-

kels/Blasenhalbes – Aspekt der retrograden Ejakulation

- Minimiertes Risiko für Belastungsinkontinenz (urethraler Verschlussmuskel).

Zusätzlich hat sich gezeigt, dass die Implantation auch in lokaler Betäubung erfolgen kann. Mit der kurzfristigen Einlage eines transurethralen

Katheters und der geringen Wahrscheinlichkeit für eine operationsbedingte Blutung ergibt sich die Erweiterung für mögliche Indikationen zur Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung und der möglichen ambulanten Durchführung<sup>1</sup>. Unter diesen verschiedenen Aspekten ist UroLift® eine Bereicherung des urologi-

schon Armamentariums geworden und bietet die Möglichkeit der frühzeitigeren Behandlung der subvesikalen Obstruktion des jüngeren, sexuell aktiven Mannes, was durch die Studie BPH-6<sup>2</sup> auch mit Zwei-Jahres-Daten belegt wurde. Selbst die Nykturie wurde frühzeitig effektiv postoperativ beeinflusst (auch ein Aspekt für den multimorbiden älte-