

Ein Anfang und ein Ende

## 6. SGAIM Great Update 2016

**Das Great Update erfolgte 2016 zum ersten Mal unter der Ägide und Organisation der SGAIM. Trotz grossem Erfolg sollte es aber gleichsam zum Schwanengesang werden, ist doch geplant, dass der Jahreskongress der Swiss Family Docs und das Great Update zu einer regelmässigen Herbstfortbildung für praktizierende Ärzte, zum SGAIM-Herbstkongress vereint werden sollen, welcher voraussichtlich am 14. bis 15. September 2017 in Bern stattfinden soll. Im Folgenden werden einzelne Vorträge und Workshops vom Eröffnungstag repräsentativ zusammengefasst.**

### **Kardiovaskuläre Prävention in der Praxis. Dr. med. David Nanchen, Lausanne**

Für den Schreibenden war es eine grosse Freude, feststellen zu können, das sich der Referent im Wesentlichen an seinen Artikel in dieser Zeitschrift (D. Nanchen, Kardiovaskuläre Primärprävention in der Arztpraxis, bei wem und wie? Der informierte Arzt 6: 24ff (2016/11)) gehalten hat. Es geht im Wesentlichen um den Prozess zur Identifikation der Personen, die am meisten von den in der Arztpraxis getroffenen Präventionsmassnahmen profitieren. Dabei gilt, dass jede präventive Massnahme umso wirksamer ist, je höher das vorbestehende Risiko für die zu behandelnde Krankheit ist. Am Beispiel der Senkung des LDL-Cholesterins um 1 mmol/l wird gezeigt, dass in einer Gruppe mit hohem Risiko (Sekundärprävention) das Risiko um absolut 5% gesenkt wird, während in einer Gruppe mit tieferem Risiko (Primärprävention) eine Senkung um 2% erfolgte. In der Praxis ist es deshalb wichtig, Präventionsmassnahmen auf Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko zu fokussieren. Grundsätzlich soll ein Screening auf Nikotinkonsum, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus und LDL-Cholesterin erfolgen, auf Nikotin, Alkoholabusus und Hypertonie immer ab dem 20. Lebensjahr, auf Diabetes um 20 Jahre bei Übergewicht und positiver Familienanamnese, ab 30 für alle übrigen, auf Dyslipidämie für Männer ab 36 und für Frauen ab 46 Jahren. Das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse wird kategorisiert in sehr hohes Risiko (bestehende kardiovaskuläre Krankheit, Diabetes



**Dr. med. David Nanchen**

mit Endorganschäden, Niereninsuffizienz), hohes Risiko (familiäre Hypercholesterinämie, schwere Hypertonie, Diabetes). Bei den übrigen Abschätzung des Risikos mittels Scores, z.B. AGLA-Score ([www.gsla.ch](http://www.gsla.ch)). Die Überprüfung von nicht traditionellen Risikofaktoren, wie z.B. Hs-CRP, Homocystein, Lipoprotein(a), Intima-verdickung in den Karotiden oder Koronarverkalkungen im CT sind nicht systematisch empfohlen. Der Schwellenwert, ab welchem eine präventive Massnahme konkret eingesetzt werden soll, wird von europäischen und amerikanischen Richtlinien unterschiedlich beurteilt. Das Behandlungsziel für die Senkung des LDL-Cholesterins liegt bei sehr hohem Risiko bei  $LDL \leq 1.8$  mmol/l oder Reduktion um 50%, bei hohem Risiko bei  $LDL \leq 2.6$  mmol/l oder Reduktion um 50%, bei intermediärem Risiko bei  $LDL \leq 3.0$  mmol/l. Bei tiefem Risiko sind Lifestyle-Interventionen empfohlen. Zur Frage nach Sicherheit von Statinen nimmt der Referent eindeutige Stellung: in der WOSCOP-Studie (Ford et al. Circulation 2016) konnte bei 6500 Risikopatienten unter Primärprävention eindeutig nachgewiesen werden, dass koronare Ereignisse über 20 Jahre signifikant abgenommen haben und dass die Inzidenz von nicht-kardiovaskulären Krankheiten absolut identisch war. Mit diesen Resultaten ist es umso bedauerlicher, dass über die Hälfte der Patienten mit hohem Risiko keine Langzeit-Therapie mit Statinen durchführen. Hier liegt eine wichtige Aufgabe des Hausarztes, geeignete Patienten mittels persönlicher Motivation und Begleitung und externer Hilfe auf Kurs zu halten. Körperliche Bewegung soll grundsätzlich immer empfohlen werden, 5 mal pro Woche über 30 Minuten eine Aktivität, die einem leicht ausser Atem bringt und 3 mal pro Woche während 20 Minuten eine Aktivität, die zum Schwitzen führt. Zusätzlich mindestens 2 Mal Krafttraining und Stretching. Bereits ab 15 Minuten pro Tag lässt sich eine Reduktion der Mortalität nachweisen (Wen et al. Lancet 2011). Dabei gilt, je mehr desto besser, wobei sich der Effekt nicht auf die kardiovaskuläre Morbidität beschränkt, sondern auch mit einer Reduktion von Diabetes, Brust- und Darmkrebs assoziiert ist. Bei der Ernährung hat sich das Prinzip, dass tierische durch pflanzliche Fette ersetzt werden sollen, durchgesetzt. Eine Mittelmeerdiät, die reich ist an Olivenöl oder Nüssen, hat gegenüber einer fettarmen Ernährung zu einer 20%igen Reduktion des Risikos für kardiovaskuläre Krankheiten ohne Gewichtszunahme geführt (Estruch et al. NEJM 2013). Der Stellenwert von Aspirin in der Primärprävention wird in Ame-

rika und Europa anders gesehen, in Europa ist der Einsatz nicht empfohlen, in Amerika beschränkt sich die Empfehlung auf Menschen mit hohem kardiovaskulärem Risiko und kleinem Blutungsrisiko zwischen 50 bis 59 Jahre.

### Mangelernährung im Alter. Ausmass und Folgen des Problems. Prof. Dr. med. Peter E. Balmer, Winterthur

Ein Zustand von Mangelernährung (ME) hat viele Gesichter. Es gilt vor allem, auch die nicht offenkundigen Fälle ohne klinisch sichtbaren Mangel an Muskulatur und Subkutanfett zu erkennen, anhand von Hinweisen wie z.B.

Perlèches oder Cheilosis. Drei Kardinalfragen helfen dabei: Hat Ihr Gegenüber Gewicht verloren? Wieviel, in welcher Zeit? War dieser Gewichtsverlust unbeabsichtigt? Die ME wird definiert als ein Zustand, bei welchem ein Mangel, ein Exzess oder ein Ungleichgewicht an Energie, Protein oder anderen Nährstoffen zu messbaren unerwünschten Wirkungen auf das Gewebe, die Körperform und -funktion sowie auf den klinischen Outcome führen.

Eine ME liegt vor, wenn mindestens einer der folgenden Parameter über- oder unterschritten wird: – aktueller BMI < 18.5 kg/m<sup>2</sup>, – unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats > 5%, – unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten Monate > 10%. Zur Prävalenz liegt eine Studie aus Schweizer Spitälern vor (Imoberdorf R. et al.: Clin Nutr. 2010; 29: 38), welche eine Altersabhängigkeit der Prävalenz aufweist von 8% bei < 45 jährigen vs. 28% bei > 85 jährigen hospitalisierten Patienten. Die Prävalenz ist auch abhängig von den Grunddiagnosen, so weisen 50% der Fälle von Schenkelhalsfrakturen und 38% der Allgemeinen Inneren Medizin eine ME auf. Der Referent attestiert den Mangelernährten «schlechte Karten». Diese Aussage kann er belegen mit einer Zunahme von Infektionen, Komplikationen, Morbidität und Mortalität und damit von Spitalaufenthalt und Kosten bei gleichzeitiger Abnahme von Immunstatus, Therapietoleranz, Befindlichkeit, Lebensqualität und Prognose. Insgesamt führt die ME zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes um 5 Tage, zu Mehrkosten von Fr. 3344.– pro Patient, 40% mehr Komplikationen, was sich in der Schweiz in einem jährlichen Betrag von Fr. 526 Mio. niederschlägt. Eine Ernährungstherapie basiert auf den Elementen Mahlzeiten, Anreicherung, Trinknahrung, enterale und parenterale Ernährung. Dabei ist nachgewiesen, dass eine Ernährungsberatung die Lebensqualität und die Nährstoffaufnahme von unterernährten hospitalisierten Patienten steigert (Rüfenacht U. et al. Nutrition 2010; 26: 53) und kosteneffektiv ist (Freijer et al. Eur J Clin Nutr 2010; 64: 1229). Bereits 1990 konnte der Nachweis erbracht werden, dass im Umfeld der Versorgung von Schenkelhalsfrakturen eine Supplementierung von im Schnitt 82 jährigen Patienten zu einer signifikanten Zunahme eines guten Verlaufs im Spital, in der Rehabilitation sowie nach 6 Monaten führte. In einer Gruppe, welche Ernährungsberatung und Trinknahrung erhielt, konnten Kosten für 1 QUALY von EUR 9497 bis 12099.– berechnet werden. In der Schweiz lässt sich für alle Formen der Ernährungstherapie, v.a. aber für die Trinknahrung seit 2000 eine stetige Zunahme beobachten. Sie hat sich als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erwiesen und stellt seit 1. Juli 2012 eine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dar. Diese Regelung ermöglicht frühzeitige, nicht-



Prof. Dr. med.  
Peter E. Balmer,  
Winterthur

invasive Ernährungsinterventionen ausserhalb des Spitals mit der Folge einer Reduktion der Spitalkosten, Kostenersparnissen durch Ersatz von teureren künstlichen Ernährungsformen, eine Reduktion der indirekten Kosten von Mangelernährung und eine Verbesserung der Lebensqualität für Patienten. Der Referent schliesst mit der guten Botschaft: «Bei der kritischen Bewertung des Phänomens Unter-/Mangelernährung gehen ausnahmsweise einmal die ärztlichen/medizinischen Notwendigkeiten völlig Hand in Hand mit den betriebswirtschaftlichen und gesundheitsökonomischen Betrachtungen und Forderungen».

### Neue Therapien der chronisch entzündlichen Darmkrankheiten – ein Workshop.

Prof. Dr. med. Pierre Michetti, Lausanne

Die Prävalenz der entzündlichen Darmkrankheiten (IBD) steigt seit den 60er Jahren ständig an. Dabei besteht bei ca. 25% der Fälle ein erheblicher diagnostischer Delay, welcher laut der SwissIBDcohort bei der Colitis ulcerosa (UC) rund 12 und beim M. Crohn (CD) knapp 40 Monate beträgt. Damit in Zusammenhang ist bemerkenswert, dass das Intervall von den ersten Symptomen bis zum Besuch des Grundversorgers kürzer ist als das Intervall vom GP bis zum Spezialisten. Ein Blick auf den natürlichen Verlauf des M. Crohn



Prof. Dr. med.  
Pierre Michetti,  
Lausanne

zeigt, dass zu Beginn der Krankheit die Entzündung im Vordergrund steht, dass aber im Verlauf penetrierende Erkrankung mit Fisteln und Abszessen in den Vordergrund rückt und auch der Anteil von Stenosen zunimmt. Der diagnostische Delay hat einen ungünstigen Einfluss sowohl auf die Ansprechrate auf Therapie mit TNF- $\alpha$  Blocker wie auch auf die Anzahl chirurgischer Eingriffe. Als wichtiges Hilfsmittel, welches dem GP erlaubt, zwischen funktionellen Erkrankungen und entzündlichen Darmkrankheiten zu unterscheiden, hat sich die Bestimmung von Calprotectin erwiesen, ein erhöhter Wert ab einem Cut-off von 250  $\mu$ g/g Stuhl hat eine hohe Voraussagekraft für eine entzündliche Erkrankung und macht eine spezialärztliche Weiterabklärung notwendig.

Was ist das Ziel einer Behandlung? Während man sich früher mit subjektiver Beschwerdearmut zufrieden gab, steht heute fest, dass die Heilung der Mukosa (Normalisierung des endoskopischen Aspektes) wesentliche Vorteile hat und somit angestrebt werden soll: Neben Vermeiden von okkultem Blutverlust, Erhalt der Funktion von Darm und Rektum und Karzinomvorsorge ist nachgewiesen, dass eine geheilte Schleimhaut mit einem günstigeren Verlauf der Krankheit assoziiert ist (Froslic KF et al. Gastroenterology 2007;133:412). Glücklicherweise besteht eine gute Korrelation zwischen Calprotectin und Schleimhautbefund (Schoepfer et al. AJG 2010;195:162), so dass Calprotectin als nicht-invasiver Test für den Schleimhautzustand v.a. in der Hausarztpraxis benutzt werden kann. Sowohl für die UC (De Vos et al. IBD 2013;19:2111) wie auch den CD (Papamichael et al. JCC 2013;Epub) ist nachgewiesen, dass ein erhöhtes Calprotectin mit guter Sensitivität und hoher Spezifität auf einen drohenden Rückfall hinweist.

Bei der Entstehung der IBD spielt eine Störung der Immuntoleranz der Darmschleimhaut gegenüber der intestinalen Flora eine wichtige Rolle. Eine überschüssige Reaktion des angeborenen Immunsystems führt via Interleukin 23 und Stimulation von Th1- zur CD und via TNF- $\alpha$  und Th2 und Th17-Helferzellen zur UC. Diese

Mechanismen geben das Rationale zur Entwicklung neuer Therapieansätze in Form der anti-TNF- $\alpha$ s (Remicade®, Humira®, Cimzia® und Simponi®) und der Anti IL-12/23 (Stelara®). Auf Niveau der Schleimhaut spielen die Aminosalicylate auch heute noch eine wichtige Rolle bei der Behandlung der UC, wobei die Galenik der verschiedenen Präparate einen Einfluss auf den Ort ihrer Freisetzung hat (z.B. ist Pentasa® bereits im Dünndarm und Asacol® erst im Colon szintigraphisch nachweisbar). Auf Niveau der Interaktion von angeborenem Immunsystem und Helferzellen interagieren die Kortikosteroide Prednison und Budesonide, für Letzteres ist eine Wirkung bei CD seit Jahren bekannt bei einer Steroid-assoziierten Nebenwirkungsrate, die im Bereich von Placebo liegt. Budesonide-MMX (Cortiment®) entfaltet dank seiner Galenik eine Wirkung entlang des gesamten Kolons und führte in der Dosierung von 9 mg/d bei 17.9% von leicht- bis mittelschwerer UC zu kombiniert klinisch-endoskopischer Remission (Travis S et al. ECCO congress 2012). Die Immunmodulatoren (Imurek®, Puri-Nethol® oder Methotrexat) entfalten ihre Wirkung via T-Helferzellen, sind aber mit einer Reihe von Nebenwirkungen behaftet. Ein neuer Ansatz der Immunsuppression ist die selektive Blockierung von JAK-Kinasen mittel Tofacitinib (Xeljanz®), welches sich in der Dosierung von 2\*5–10 mg zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis als hilfreich erwiesen hat. Bei der Behandlung der UC konnte mit 2\*10–15 mg/d bei 60.5 resp. 76.3% ein Ansprechen gefunden werden (Sandborn et al. NEJM 2012;367:616). Der Wirkstoff ist für diese Indikation in der Schweiz noch nicht zugelassen, kann aber oft nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt eingesetzt werden. Im Zusammenhang mit den anti-TNF- $\alpha$  kam der Referent auf die Problematik von Generika von Biologika, die sogenannten Biosimilars, zu sprechen. Das Kopieren eines Antikörpers ist ein völlig anderes Unterfangen als eines einfachen Moleküls. Dementsprechend sind die Biosimilars niemals identisch mit der Originalsubstanz. Dabei können ganz geringe Unterschiede, z.B. der Glykosylierung zu erheblichen Unterschieden bei der Interaktion mit Komplement oder von Fc $\gamma$ RIIIa-Rezeptoren führen. Immerhin konnte beim Vergleich des Biosimilars Remsima und Remicade bei der rheumatoiden Arthritis kein signifikanter Wirkungsunterschied gefunden werden (Yoo et al. Ann Rheum Dis 2012;71:359). Für das Biosimilar von Infliximab CT-P13 liegt eine Beobachtungsstudie bei 126 CD und 84 UC-Patienten vor (Gecse et al. JCC 2016;10:133). Nach 14 Wochen befanden sich 53.6% der CD und 58.6% der UC-Patienten in Remission, wobei Patienten, die vorgängig die Originalsubstanz erhalten hatten, signifikant schlechter abschnitten und mehr allergische Nebenwirkungen hatten. Das Ausmass der Kostenersparnis von Biosimilars ist in der Schweiz relativ gering. Ein bedeutender neuer Therapieansatz ist die Verhinderung der Leukozytenmigration durch die Gefässwände der Darmschleimhaut durch selektive Blockierung von  $\alpha$ 4 $\beta$ 7-Integrin mittels Vedolizumab (Entyvio®). In der Erfahrung des Referenten sprachen 62% der Patienten mit CD und 80% mit UC auf diese Behandlung an, was mit den publizierten Resultaten übereinstimmt. Mit der Anti IL-12/23-Strategie (Ustekinumab, Stelara®), die derzeit in der Schweiz in der Dosierung von 45 mg alle 12 Wochen zur Behandlung der Psoriasis zugelassen ist, hat sich auch bei der Behandlung von Patienten mit CD, insbesondere nach Therapieversagen von Anti-TNF- $\alpha$ , als wirksam erwiesen, allerdings in der wesentlich höheren Dosis von rund 6 mg/kg KG, mit der sich Ansprechraten bis 55% erreichen liessen.

Die Zahl von IBS-Patienten, die unter Therapie mit Immunmodulatoren oder Anti-TNF- $\alpha$ -Blockern stehen nimmt rasch zu, aktuell auf einen Anteil von über 80%. Diese Patienten benötigen ein aktualisiertes Impfbüchlein, womit im Zusammenhang dem Hausarzt insbesondere die Rolle zukommt, für jährliche Grippe-Impfungen und dem Vorhandensein einer Impfung gegen Pneumokokken besorgt zu sein. Diese Strategie reduziert den Gebrauch von Antibiotika und somit die Gefahr der Entstehung einer Clostridium-difficile-Kolitis, welche eine der Hautursachen für Todesfälle von IBD-Patienten darstellt.

Zusammenfassend hält der Referent fest: entzündliche Darmkrankheiten nehmen zu, eine frühe Diagnose muss zur Verbesserung der Prognose angestrebt werden. Ziel der Behandlung ist die mukosale Heilung welche die Langzeitprognose für den Patienten verbessert. Calprotectin ist ein einfacher, kostengünstiger Test, der sich im Zusammenhang mit IBD als äusserst nützlich erwiesen hat. Das Arsenal von therapeutischen, heute auch kostengünstigeren Biologika nimmt zu und damit auch die therapeutischen Möglichkeiten aber auch die Gefahr von Infekten. Deren Prävention durch geeignete Impfstrategie und bestmögliche Begleitung ist essentiell.

#### Vier wichtige Studien für die Allgemeine Innere Medizin. Prof. Dr. med. Jean-Michel Gaspoz, Genf

Der aktuelle Co-Präsident der SGAIM präsentiert 4 Studien, welche auf die Tätigkeit der Internisten einen direkten Einfluss haben werden. Greenwood JP et al. haben sich die Frage gestellt, ob mittels nicht invasiver Tests die Anzahl von unnötigen Koronarangiographien reduziert werden könne. In der randomisierten CE-MARC 2 Studie wurden 1212 stabile Patienten über 30 Jahre mit Thoraxschmerzen, die auf eine koronare Pathologie verdächtig waren, zufällig drei Abklärungsarmen zugeführt, einer Stress-MRT, einer Stress-Szintigraphie oder einer Strategie gemäss NICE Guidelines. Nach 12 Monaten Beobachtungszeit haben 42.5% der Patienten gemäss NICE Guidelines eine Koronarangiographie durchgemacht, verglichen mit 17.7% in der MRT-Gruppe und 16.2% in der Szintigraphie-Gruppe, davon waren 28.8 resp. 7.5 resp. 7.1% unnötig. Relevante koronare Ereignisse sind in der NICE-Gruppe in 2.5% aufgetreten, in den beiden anderen Gruppen in je 3.1% (p=NS) (Effect of Care Guided by Cardiovascular Magnetic Resonance, Myocardial Perfusion Scintigraphy, or NICE Guidelines on Subsequent Unnecessary Angiography Rates: The CE-MARC 2 Randomized Clinical Trial. JAMA 2016;316:1051). Der Referent schliesst, dass funktionelle Tests wie Belastungs-MRT oder Stress-Myokard-Perfusions-Szintigraphie die Anzahl von unnötigen Koronarangiographien verglichen mit denjenigen nach NICE Guidelines reduziert werden kann. Dies insbesondere bei Patienten mit hohem Risiko. Dieses Vorgehen hat nicht zu einer signifikanten Zunahme von koronaren Ereignissen nach 12 Monaten geführt. Die Entwicklung von Antagonisten für die neuen direkten Antikoagulantien stellt einen wichtigen Meilenstein dar in deren Anwendung. Conolly SJ et al. konnten zeigen, dass Andexanet  $\alpha$ , ein rekombiniertes Protein, welches sich ohne antagonistische Eigenwirkung mit hoher Bindungsaktivität an die aktive Region des Faktors Xa bindet und die Faktor Xa-Antagonisten Rivaroxaban, Apixaban und Enoxaparine verdrängt, im klinischen Einsatz



Prof. Dr. med.  
Jean-Michel  
Gaspoz, Genf

bewährt (Andexanet alpha for acute major bleeding associated with factor Xa inhibitors. *NEJM* 2016;375:1131). Die Präparate zeichnen sich ohnehin im klinischen Alltag durch tiefe Blutungsraten aus, werden aber zunehmend häufig eingesetzt. 67, im Schnitt 77 jährige Patienten mit schweren Blutungen unter Rivaroxaban, Apixaban oder Enoxaparin zeigten nach initialer Bolusinjektion am Ende einer 2-stündigen Infusion zu 80% eine normalisierte Gerinnung mit Kontrolle der Blutung. Ähnliche Resultate sind auch für Idarucizumab als Antagonist für Dabigatran publiziert.

Eine Gruppe um Chan FKL et al. aus Hong Kong hat sich die Frage gestellt, ob eine Medikation mit Aspirin aus kardiologischer Indikation nach einer gastrointestinalen Blutung beibehalten werden soll (Risks of Bleeding Recurrence and Cardiovascular Events With Continued Aspirin Use After Lower Gastrointestinal Hemorrhage. *Gastroenterology*. 2016;151:271). Die gleiche Autorengruppe hat nachgewiesen, dass Aspirin nach oberer Gastrointestinaler Blutung zwar die Anzahl von Rezidivblutungen nicht signifikant erhöhte, dass aber die Mortalität der weiterhin mit Aspirin Behandelten mit einer HR von 0.2 hoch signifikant tiefer liegt. Jetzt wurde der Verlauf analysiert bei 295 Patienten nach unterer intestinaler Blutung. Von 174 Patienten, die Aspirin >50% einnahmen fanden sich 31 Rezidivblutungen, 37 kardiovaskuläre Ereignisse und 13 Todesfälle. Bei 121 Patienten, die Aspirin <20% einnahmen wurden 8 Rezidivblutungen beobachtet, aber mit 40 signifikant mehr kardiovaskuläre Ereignisse und mit 29 hoch signifikant mehr Todesfälle. Der Referent schliesst, dass der Nutzen eines fortgesetzten Einsatzes von Aspirin nach unterer

gastrointestinaler Blutung bezüglich Mortalität und Anzahl von kardiovaskulären Ereignissen das Risiko deutlich übersteigt.

Die Bedeutung von Screening auf Prostatakrebs mittels PSA-Bestimmung ist in letzter Zeit kontrovers diskutiert worden. Autoren um Preston MA et al. stellten sich die Frage, ob in den USA ähnlich wie in Schweden ein basaler PSA-Wert aus einer mittleren Lebensperiode in der Lage sei, die Gefahr, an einem Prostatakarzinom zu versterben, vorauszusagen (Baseline Prostate-Specific Antigen Levels in Midlife Predict Lethal Prostate Cancer. *J Clin Oncol*. 2016;34:2705). Ausgangsmaterial waren Proben, die 1982–1984 im Rahmen der U.S. Physicians' Health Study entnommen wurden. Der Verlauf dieser Ärzte wurde prospektiv verfolgt. Nach 20 jähriger Beobachtung hatten Männer im Alter von 50–54 Jahren bei der Basisblutentnahme eine Wahrscheinlichkeit, an einem Prostatakrebs zu sterben von 3.7%, wenn ihr basaler PSA-Wert mit >2.21 ng/ml über der 90. Perzentile lag, aber nur von 0.3%, wenn ihr basaler Wert mit <0.9 ng/ml unter dem alterstypischen Median lag. Bei Männern zwischen 50 und 59 Jahren fanden sich ähnliche Resultate. Der Referent interpretiert die Resultate dahingehend, dass bei Patienten mit einem PSA-Resultat unterhalb des alterstypischen Medians das Kontrollintervall deutlich über ein Jahr gesteigert und dass bei Männern mit einem PSA <1 ng/ml zum Zeitpunkt 60 Jahre jedes Screening auf Prostatakrebs gestoppt werden könne.

▼ Dr. med. Hans Kaspar Schulthess

Quelle: SGAIM Great Update, 1.–2. Dezember 2016, Interlaken