

3.13 Prostata

Kernaussagen

- ▶ **Inzidenz und Mortalität:** Prostatakrebs ist inzwischen die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Die altersstandardisierten Erkrankungsraten an Prostatakrebs haben zwischen 1980 und 2004 um ca. 150 % zugenommen. Aufgrund des demografischen Wandels hat sich die absolute Zahl jährlich aufgetretener Neuerkrankungen in diesem Zeitraum sogar um 240 % auf über 58.000 Fälle im Jahr 2004 erhöht. In 2004 verstarben in Deutschland 11.135 Männer an Prostatakrebs, etwa 25 % mehr als noch 1980. Altersstandardisiert jedoch sind die Sterberaten nach Zunahme in den 1980er-Jahren zuletzt deutlich zurückgegangen und lagen zuletzt unter dem Niveau von 1980.
- ▶ **Überlebensraten:** Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten mit Prostatakrebs waren für 2000 bis 2004 gestellte Diagnosen mit 87 % erheblich günstiger als für Erkrankungen, die 20 Jahre zuvor diagnostiziert wurden (70 %).
- ▶ **Prävalenz:** Im Jahr 2004 lebten etwa 222.300 Männer mit einer Prostatakrebsdiagnose, die bis zu fünf Jahre zurücklag. Bei ca. 325.600 Männern lag die Diagnose maximal zehn Jahre zurück. Die Zunahme der Erkrankungsrate hat zusammen mit demografischen Veränderungen und verbesserten Überlebensaussichten seit 1990 zu einem Anstieg der Prävalenzen um etwa 150 % geführt. Bis 2010 ist aufgrund der demografischen Entwicklung von einem weiteren Anstieg der 5-Jahres-Prävalenz auf etwa 259.000 Männer auszugehen.

Hintergrund

Prostatakrebs entsteht meist als Adenokarzinom in den hinteren, zum Enddarm hin gelegenen Teilen der Prostata (Vorsteherdrüse). Größere Tumoren können daher bei einer rektalen Untersu-

chung ertastet werden. Diese Maßnahme ist zusammen mit einer Untersuchung des äußeren Genitales und der Leistenlymphknoten für Männer ab dem 45. Lebensjahr seit den 1970er-Jahren Bestandteil des Krebsfrüherkennungsprogramms der gesetzlichen Krankenkassen. Obwohl selbst nicht Teil dieses Programms, hat die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) seit den 1990er-Jahren als Voruntersuchung zur Entdeckung bösartiger Veränderungen der Prostata weite Verbreitung gefunden. Um bei erhöhten PSA-Werten eine Krebsdiagnose auszuschließen oder zu bestätigen, werden Probenentnahmen (Stanzbiopsien) aus der Prostata vorgenommen. Der Wert der PSA-Bestimmung als Screening-Maßnahme ist jedoch nach wie vor umstritten. Zwar ist ein positiver Effekt auf die krankheitsspezifische Mortalität inzwischen durch eine große europäische Studie belegt (Schröder et al. 2009), jedoch wurde dort auch gezeigt, dass mit dem PSA-Screening zum Teil auch Tumoren entdeckt (und später behandelt) werden, die sonst weder Symptome verursacht noch die Lebenserwartung beeinträchtigt hätten (Überdiagnose).

Zu Risikofaktoren für Prostatakrebs liegen, abgesehen vom fortgeschrittenen Lebensalter, bislang nur wenige gesicherte Erkenntnisse vor. Eine genetische Prädisposition könnte insbesondere bei jüngeren Patienten eine Rolle spielen. Dafür sprechen familiäre Häufungen und Unterschiede der Erkrankungshäufigkeit in verschiedenen Ethnien, ohne dass bereits Klarheit über eventuell beteiligte Gene besteht. Als mögliche Risikofaktoren werden außerdem Lebensstilfaktoren wie fett- und kalorienreiche Ernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel diskutiert.

Therapieoptionen sind Operation (Prostatektomie), Bestrahlung (von außen oder innen) und Hormonblockade, gegebenenfalls in Kombination. Mögliche Nebenwirkungen der Therapie, vor allem Inkontinenz und Impotenz, können zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität Betroffener führen. Vor diesem Hintergrund werden bei älteren, beschwerdefreien Patienten mit kleinen, auf die Prostata begrenzten Tumoren auch Strategien des »aktiven Beobachtens« mit regelmäßigen Befundkontrollen einbezogen (Preiß et al. 2008). Ähnlich wie beim Brustkrebs

der Frau sind längere Krankheitsverläufe nicht selten, weshalb auch die 10-Jahres-Prävalenz eine hohe Bedeutung für die Beurteilung der mit Prostatakrebs verbundenen Belastungen für das Gesundheitswesen hat.

Trends von Inzidenz, Mortalität und Überlebensraten

Mit etwa 58.500 Neuerkrankungen pro Jahr (2004) ist Prostatakrebs inzwischen in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Männern und macht bei diesen etwa ein Viertel aller Krebsneuerkrankungen aus. Seit Anfang der 1980er-Jahre (17.000 Fälle) ist diese Zahl stetig angestiegen und hat sich seit 1990 (29.000) noch verdoppelt. Auch die altersstandardisierte Erkrankungsrate hat zwischen 1980 und 2004 erheblich um ca. 150 % zugenommen (Abbildung 3.13.1). Der Anstieg betraf bis 1990 alle Altersgruppen etwa gleich stark. Im Verlauf der 1990er-Jahre kam es vor allem bei unter 70-Jährigen zu einer weiteren Zunahme der Erkrankungshäufigkeit (Abbildung 3.13.2). Das mittlere Erkrankungsalter sank dadurch von 73 Jahren (1980) auf 69 Jahre.

Krebserkrankungen der Prostata verursachten 2004 11.135 Todesfälle. Dies sind ca. 25 % mehr als 1980 und etwa 10 % aller auf Krebs zurückzuführenden Todesfälle bei Männern. Altersstandardisiert stiegen die Sterberaten während der 1980er-Jahre um ca. 10 % an, seit 1990 ist ein Rückgang der Sterblichkeit um etwa 20 % zu verzeichnen.

Die Überlebensaussichten für Prostatakrebspatienten haben sich seit 1980 erheblich verbessert. Für Männer mit Prostatakrebs, der in den Jahren zwischen 2000 und 2004 diagnostiziert worden ist, ergaben sich relative 5-Jahres-Überlebensraten von 87 % im Vergleich zu etwa 70 % Anfang der 1980er-Jahre.

Prävalenzen

Im Jahr 2004 lebten in Deutschland etwa 222.300 Männer, bei denen in den vorangegangenen fünf Jahren Prostatakrebs festgestellt wurde, bei etwa 326.000 Patienten lag die Diagnose bis zu zehn Jahre zurück (Tabelle 3.13.1). Die Mehrheit

dieser Patienten (58 %) war älter als 70 Jahre (Abbildung 3.13.3). Bezogen auf die 10-Jahres-Prävalenz waren damit etwa 0,8 % der männlichen Bevölkerung oder fünf Prozent aller über 70-jährigen Männer in Deutschland betroffen.

Wie die Abbildung 3.13.4 zeigt, hat die Prävalenz an Prostatakrebs zwischen 1990 und 2004 um bis zu 165 % zugenommen. Besonders deutlich stieg die Zahl der Männer, deren Prostatakrebsdiagnose seit längerer Zeit bekannt ist (10-Jahres-Prävalenz), was die verbesserten Überlebensaussichten der Patienten sowie die frühere Diagnosestellung widerspiegelt. In den verschiedenen Altersgruppen war der größte Zuwachs bei den 60- bis 69-jährigen Männern zu verzeichnen (Abbildung 3.13.5 und Tabelle 3.13.2).

Auch unter Annahme unveränderter Inzidenz- und Überlebensraten ab 2004 würde sich für das Jahr 2010 ein weiterer Anstieg der 5-Jahres-Prävalenz auf 259.000 Männer ergeben.

Fazit

Demografische Veränderungen, ein deutlicher Anstieg der Neuerkrankungsraten in allen Altersgruppen und verbesserte Überlebensaussichten führten beim Prostatakrebs zu einem drastischen Anstieg der Prävalenz. Im Vergleich zu 1990 lebten im Jahr 2004 mehr als doppelt so viele Männer mit dieser Diagnose. Nicht nur der Anstieg der Neuerkrankungsraten, sondern auch die Zunahme der Überlebensraten sind dabei auch auf die zunehmende Verbreitung der PSA-Bestimmung als Früherkennungsmaßnahme zurückzuführen. Allein durch das screeningbedingte Vorziehen der Diagnose verlängert sich die rechnerische Überlebenszeit, selbst wenn der Sterbezeitpunkt unbeeinflusst bleibt. Bereits vorliegende Daten aus mehreren epidemiologischen Krebsregistern in Deutschland (unter anderem Saarland, Schleswig-Holstein, Hamburg und Bayern) deuten allerdings darauf hin, dass die altersstandardisierten Inzidenzraten zuletzt nicht weiter angestiegen sind, weshalb die Hochrechnung für 2010 mit einer 5-Jahres-Prävalenz von 259.000 Männern durchaus als realistisch einzuschätzen ist.

Abbildung 3.13.1
Jährliche Neuerkrankungs- und Sterbefälle sowie altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten (Europastandard), Deutschland 1980–2004, ICD-10 C61

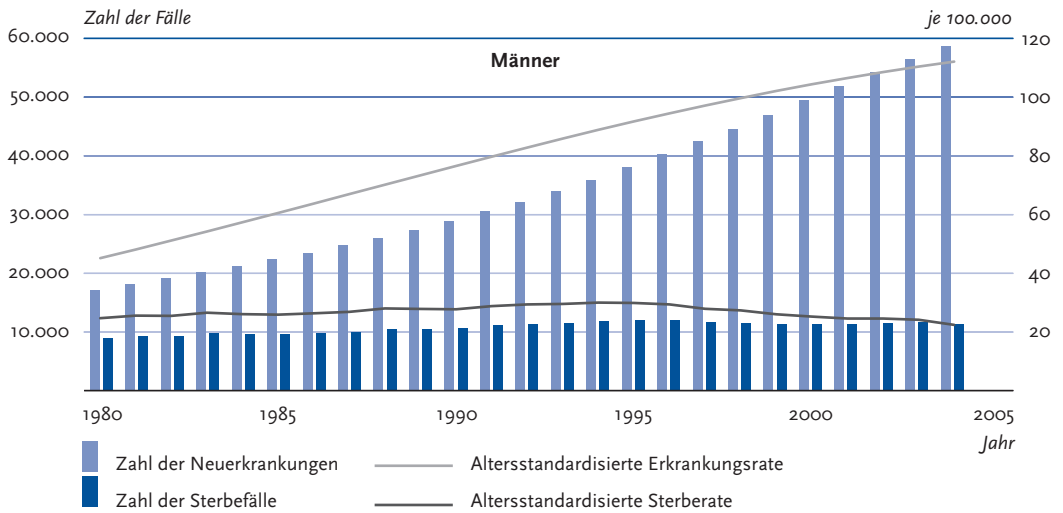


Abbildung 3.13.2
Altersspezifische Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen, Deutschland 1980, 1990 und 2004, ICD-10 C61

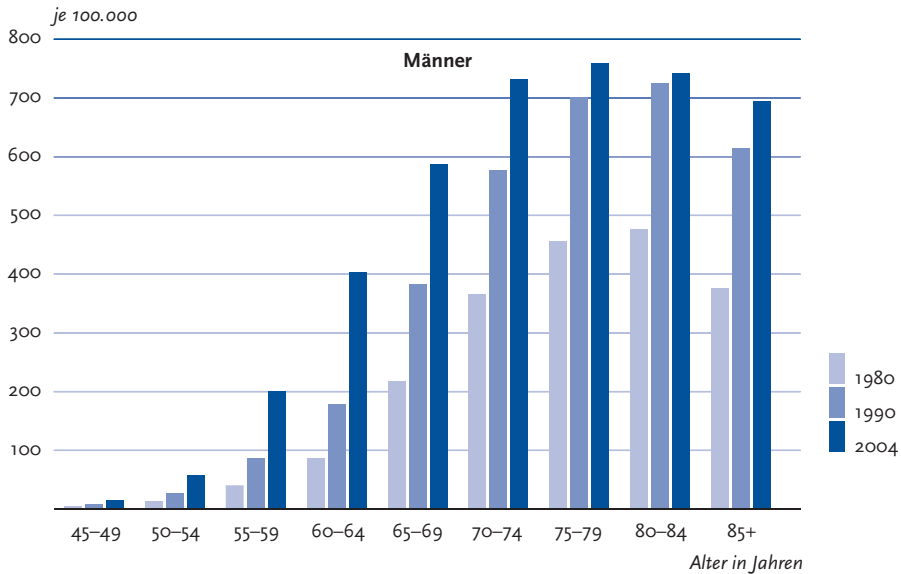


Abbildung 3.13.3
 1-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen nach Altersgruppen, Deutschland 2004, ICD-10 C61

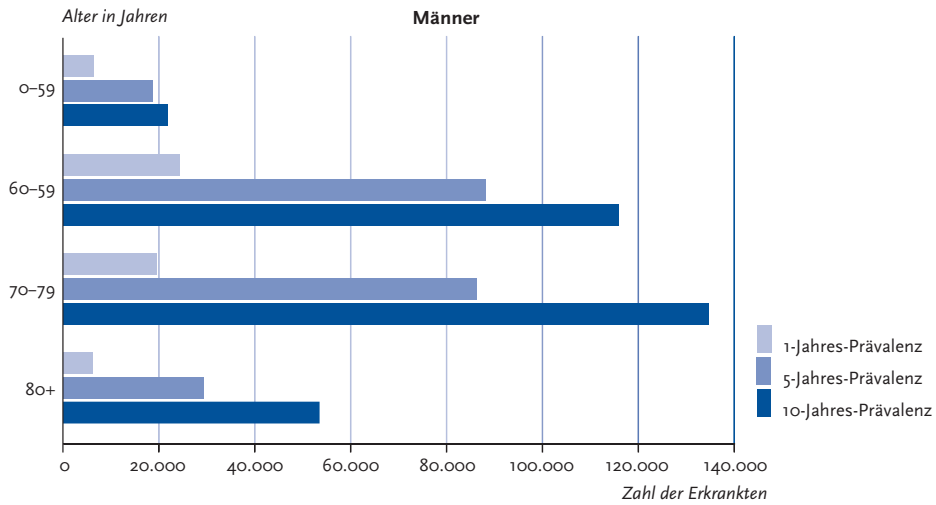


Abbildung 3.13.4
 1-, 3-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen, Deutschland 1990–2004 mit Projektion bis 2010, ICD-10 C61

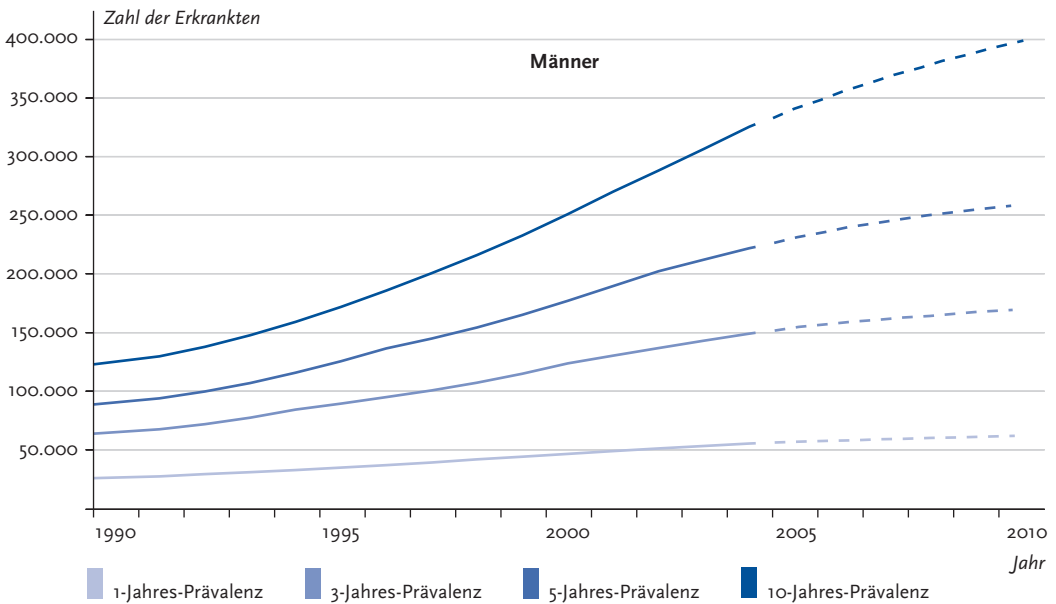


Abbildung 3.13.5
5-Jahres-Prävalenzen nach Altersgruppen, Deutschland 1990–2004 mit Projektion bis 2010, ICD-10 C61

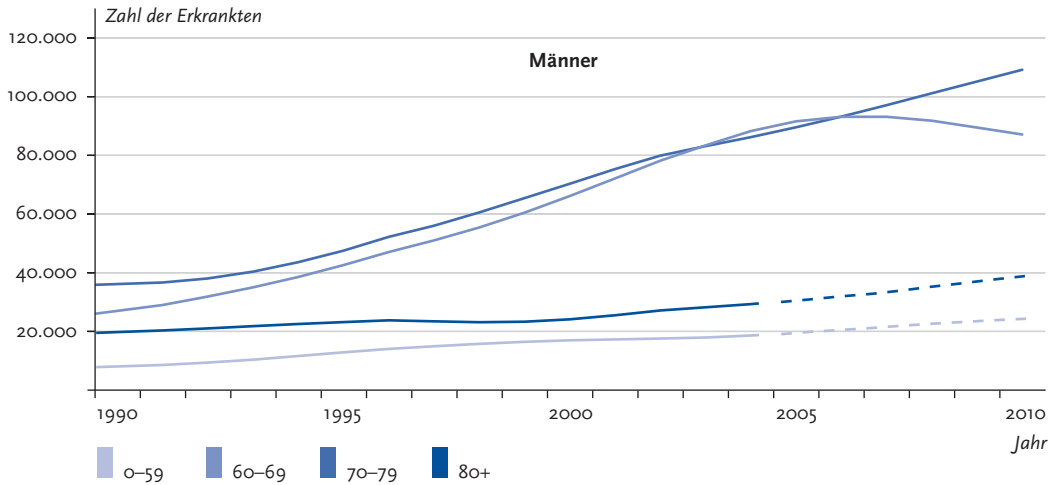


Tabelle 3.13.1
Prävalenzen nach Altersgruppen, Zahl der Erkrankten und prozentualer Bevölkerungsanteil, Deutschland 2004, ICD-10 C61

Alter in Jahren	1-Jahres-Prävalenz		2-Jahres-Prävalenz		3-Jahres-Prävalenz		5-Jahres-Prävalenz		10-Jahres-Prävalenz	
	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil
Männer										
0-59	6.400	<0,1	11.000	<0,1	14.400	<0,1	18.600	0,1	21.700	0,1
60-69	24.200	0,5	45.100	0,9	62.500	1,2	88.200	1,8	115.800	2,3
70-79	19.400	0,7	37.500	1,4	54.900	2,0	86.200	3,1	134.600	4,9
80+	6.100	0,6	11.900	1,2	17.700	1,8	29.300	3,0	53.500	5,5
Gesamt	56.000	0,1	105.500	0,3	149.500	0,4	222.300	0,6	325.600	0,8

Tabelle 3.13.2
Prozentuale Veränderung der Prävalenzen und der Bevölkerungszahlen nach Altersgruppen in Deutschland zwischen 1990 und 2004, ICD-10 C61

Alter in Jahren	1-Jahres-Prävalenz	2-Jahres-Prävalenz	3-Jahres-Prävalenz	5-Jahres-Prävalenz	10-Jahres-Prävalenz	Bevölkerung
Männer						
0-59	+119%	+125%	+130%	+138%	+147%	-2%
60-69	+178%	+193%	+209%	+239%	+274%	+45%
70-79	+93%	+107%	+119%	+140%	+170%	+61%
80+	+24%	+30%	+37%	+50%	+59%	+16%
Gesamt	+111%	+122%	+132%	+149%	+164%	+5%