

cientů. Z epidemiologického hlediska v ní tedy ve skutečnosti byly hodnoceny dva druhy screeningů: více a méně intenzivní a nikoli dvě populace tak, jak bylo designováno – jedna screenovaná a druhá bez screeningů (13).

3. Statistická významnost studií

Studie PLCO byla statisticky navržena pro vyhodnocení 37 000 mužů v každém rameni, ale po deseti letech sledování byla dostupná data jen u 67 % populace. V průběhu studie byla rovněž změněna její metodika, zejména spodní hranice věku pro náběr mužů. Tyto dvě skutečnosti snižují podle statistiků statistickou významnost studie o 50 % (35).

Rizika screeningu karcinomu prostaty pomocí PSA

1. Diagnostika klinicky nevýznamného stadia onemocnění (overdiagnóza)

Řada odborníků uvádí, že screening pomocí PSA vede k výraznému nárůstu overdiagnózy, a následně i overtreatmentu se všemi svými důsledky na kvalitu života (7, 30). Dříve, v období digitálního rektálního vyšetření, byli k operační léčbě indikováni především pacienti s lokálně pokročilým stadiem onemocnění. Po implementaci PSA byli naopak k radikální léčbě indikováni všichni pacienti s karcinomem prostaty, což vedlo k výraznému nárůstu overdiagnózy a overtreatmentu. V současné době je velké množství mužů s karcinomem prostaty diagnostikovaných pomocí PSA indikováno k aktivní surveillance.

Studie, které ve svých závěrech zveřejnily nárůst overdiagnózy, často hodnotily sledovanou populaci mužů jako celek, nikoli rozdělenou podle věku (31). Téměř polovina diagnóz nízkorizikového karcinomu prostaty byla zjištěna u mužů starších 70 let, u kterých je indikace k provádění screeningu velmi sporná. Pokud by k této praxi nedošlo, bylo by riziko overtreatmentu sníženo na polovinu. Dalším opatřením, které by riziko overtreatmentu snížilo, by byla například redukce mužské screenované populace na muže starší 60 let s PSA vyšším než 1,0 ng/ml.

2. Vedlejší účinky screeningu a léčby karcinomu prostaty

Nedávno publikované studie vyhodnotily výskyt středně závažných a závažných komplikací biopsie prostaty: závažnější komplikace ve smyslu hemospermie se vyskytují ve 27 %, bolesti v 75 %, hematurie v 6 %, horečky v 6 % a rizika hospitalizace 0,5–1,3 % (32, 33). Mortalita radikální prostatektomie se pohybuje kolem 0,5 % a riziko závažné inkontinence a erektilní dysfunkce je 11 % a 43 %. Vedlejší účinky operační léčby a radioterapie jsou v dlouhodobém měřítku podobné (34).

Doporučení EAU pro provádění screeningu karcinomu prostaty pomocí PSA

- Muž testovaný na PSA musí být seznámen s potenciaálními riziky a benefity vyšetření (LE 3, GR B).
- Program časného zachytu by měl být nabídnut dobře informovaným mužům v dobrém biologickém stavu s life expectancy minimálně 10–15 let (LE 3, GR B).
- Vyšetření PSA by mělo být nabídnuto mužům se zvýšeným rizikem karcinomu prostaty:
 - muži starší 50 let,
 - muži starší 45 let s rodinnou anamnézou karcinomu prostaty,
 - muži s PSA vyšším než 1,0 ng/ml ve věku 40 let,
 - muži s PSA vyšším než 2,0 ng/ml ve věku 60 let (LE 2 b, GR A).
- Rizikovým mužům (podle počátečního PSA) by mělo být nabídnuto sledování po dvou letech:
 - muži s PSA vyšším než 1,0 ng/ml ve věku 40 let,
 - muži s PSA vyšším než 2,0 ng/ml ve věku 60 let.
 U pacientů bez vyššího rizika by mělo být nabídnuto sledování po osmi letech (LE 3, GR C).
- Program časného zachytu by měl být ukončen na základě biologického stavu a life expectancy kratší než 15 let (LE 3, GR A) (2).