EAU 2026 | Game Changer Session

30 lat obserwacji badania Göteborg 1: trwała redukcja śmiertelności, ale także trwałe nadrozpoznanie.

Na podstawie prezentacji Jonasa Hugossona z EAU 2026 London.

W Game Changer Session podczas EAU 2026 w Londynie Jonas Hugosson przedstawił **30-letnie wyniki badania Göteborg-1**, jednego z najdłużej obserwowanych programów screeningu raka gruczołu krokowego. Z racji biologii raka prostaty, to właśnie tak długi okres obserwacji pozwala ocenić efektywność badań przesiewowych.

W grupie 10 tysięcy mężczyzn zaproszonych do screeningu co najmniej raz uczestniczyło **7 653 mężczyzn (77%)**. Podwyższone **PSA ≥3 ng/ml** przynajmniej raz stwierdzono u **2 673 (35%)**, a 95% mężczyzn z takim wynikiem zaakceptowało biopsję systematyczną. Spośród nowotworów wykrytych w screeningu **80% stanowiły raki ISUP grade group 1, 46% chorych wybrało aktywną obserwację**.

Autorzy zestawili grupę badaną z dwiema hipotetycznymi grupami kontrolnymi: scenariuszem **bez oportunistycznego PSA (statystyki 1990–1994)** oraz **scenariuszem powszechnego testowania oportunistycznego (2015–2019).** Krzywe zapadalności pokazały trwały wzrost wykrywalności w ramieniu screeningowym, choć po 80. roku życia zapadalność w grupie screeningu i kontroli stawała się równoległa.

Po **15 latach** odnotowano **51 vs 83 zgonów** z powodu raka prostaty odpowiednio w grupie screeningu i kontroli, bezwzględną różnicę **0,33%** i współczynnik rate ratio **0,61** (0,43–0,87). Po **20 latach** wartości te wyniosły **94 vs 143**, **0,49%** oraz **0,66** (0,51–0,85), po **25 latach 159 vs 211**, **0,52%** oraz **0,75** (0,61–0,93), a po 30 latach **235 vs 296**, **0,61%** oraz **0,79** (0,67–0,94).

Klinicznie przekaz tej prezentacji jest dwojaki: zorganizowany screening PSA może dawać dużą i długotrwałą redukcję śmiertelności, ale historyczny algorytm „PSA + biopsja u wszystkich z wynikiem dodatnim" generuje trwały komponent nadrozpoznania. Hugosson podkreślił również, że liczba mężczyzn potrzebna do zaproszenia do screeningu, aby uchronić przed 1 zgonem równa się 161 i nie jest spotykana w innych programach przesiewowych nowotworów (dla porównania

w raku piersi jest to ok. 400 - 1000 kobiet), a liczba mężczyzn, których trzeba zdiagnozować równa 6 jest porównywalna z wynikami obserwowanymi w przypadku rozpoznania raka piersi, choć wymaga dłuższego follow-upu.

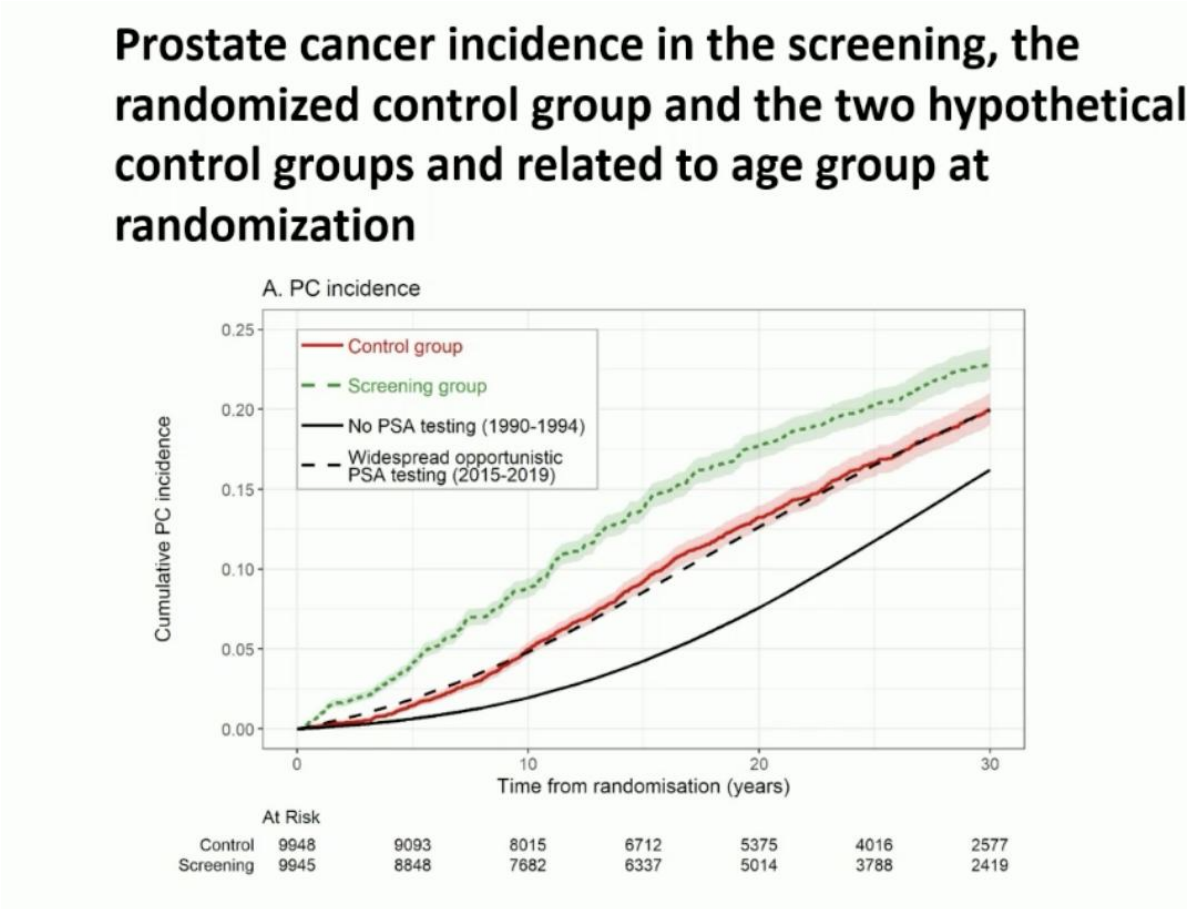
Autorzy wśród wniosków wskazali istotną, dużą korzyść z badania przesiewowego PSA. Korzystając jedynie z PSA autorzy odnotowali znaczną nadwykrywalność, dlatego sugerują, by w przyszłych programach screeningowych wdrażać stratyfikację ryzyka.

Tabela 1. Ryzyko zgonu w zależności od czasu obserwacji. Na podstawie materiałów konferencyjnych podczas EAU 2026

Results mortality

Follow-up, years	15	20	25	30
Number of men screening/control	9,945/9,948	9,945/9,948	9,945/9,948	9,945/9,948
Number of PC deaths screening/control	51/83	94/143	159/211	235/296
Absolute difference	0.33 %	0.49 %	0.52 %	0.61 %
Rate ratio	0.61 (0.43-0.87)	0.66 (0.51-0.85)	0.75 (0.61-0.93)	0.79 (0.67-0.94)
Number needed to invite (IQR)	311 (181-906)	203 (129-498)	191 (109-588)	161 (93-625)
Number needed to diagnose (IQR)	13 (7-48)	9 (5-23)	7 (3-23)	6 (3-23)

Rycina 1. Występowanie raka prostaty w grupie badanej, kontrolnej (powszechne oportunistyczne badania przesiewowe) oraz grupie kontrolnej bez badań przesiewowych.



Źródła:

Hugosson J, Arnsrud Godtman R, Aus G, Khatami A, Lodding P, Spyratou V, Stranne J, Lilja H, Mansson M. GC26-002: 30 years of follow-up in the Gothenburg 1 Randomized Population-based Prostate Cancer Screening Study. Presented at: EAU26; 13–16 March 2026; London, UK.

Palmstedt E, Månsson M, Hugosson J, Arnsrud Godtman R. Active Surveillance for Screen-detected Low- and Intermediate-risk Prostate Cancer: Extended Follow-up up to 25 Years in the GÖTEBORG-1 Trial. Eur Urol. 2025;88(4):373-380. doi:10.1016/j.eururo.2025.06.012.

Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ. 2014;348:g366. doi:10.1136/bmj.g366.

DIP-PL-000830 04/2026