

Overbehandling af patienter med lavrisikoprostatacancer kan nedbringes ved active surveillance

Frederik Birkebæk Thomsen, Martin Andreas Røder, Helle Hvarness, Peter Iversen & Klaus Brasso



ORIGINALARTIKEL

Urologisk Forskningsenhed, Urologisk Klinik D, Rigshospitalet, og Institut for Klinisk Medicin, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

INTRODUKTION

Prostatacancer er i dag den hyppigste maligne lidelse blandt danske mænd, fraset nonmelanom hudkræft. Incidensen steg fra 2000 til 2009 med 50% – mest på grund af den øgede opmærksomhed og introduktionen af prostata-specifikt antigen (PSA). I samme periode steg antallet af radikale prostatektomier tifold.

Behandlingen af patienter med lavrisikoprostatacancer er kontroversiel. Patienter, der behandles konservativt (*watchful waiting*), har en langtidsprostatacancerspecifik overlevelse på 79%. Hos patienter med klinisk sygdom kan radikal prostatektomi nedsætte prostatacancerspecifik mortalitet sammenlignet med *watchful waiting*. I et nyere studie, i hvilket man undersøgte primært PSA-detekteret prostatacancer, kunne man ikke påvise en behandlingsgevinst ved radikal prostatektomi. Tidlig prostatacancer kan kureres, men overbehandling er et reelt problem, specielt hos patienter med lavrisikoprostatacancer.

Active surveillance til patienter med lavrisikoprostatacancer er en forholdsvis ny strategi, hvor patienterne overvåges med henblik på behov for kurativt intermitteret behandling. Da det overordnede mål er at opnå samme prostatacancerspecifikke overlevelse som efter umiddelbar kurativ terapi, er det essentielt at kunne identificere patienter med aggressiv prostatacancer, mens deres sygdom stadig er kurabel.

Vi rapporterer de første danske resultater fra en *active surveillance*-kohorte.

MATERIALE OG METODER

Inklusionskriterierne var en Gleason-score ≤ 6 , PSA-koncentration ≤ 10 ng/ml, \leq cT2a, maksimalt tre biopsier med tumor og maksimalt 50% tumor i en biopsi. De patienter, der ikke opfyldte alle kriterier,

Both curative and surveillance strategies exist for management of localized, low-risk prostate cancer and patients often find themselves in a difficult dilemma despite well-intended efforts to provide relevant information.



indgik efter eget ønske. Patienterne blev fulgt med rektal eksploration, PSA-måling hver tredje måned og rebiopsi efter et år. Definitionerne for progression og anbefalinger for behandling er anført i en tabel i artiklen.

PSA-koncentrationsdoblningstid er udregnet efter Memorial Sloan-Kettering Cancer Centers guidelines. Kaplan-Meier-overlevelsesanalyse blev brugt til at udregne sandsynligheden for at forblive i *active surveillance*.

RESULTATER

I alt 167 patienter blev inkluderet fra 2002 til maj 2011 og prospektivt fulgt i *active surveillance* til 1. juni 2012. Medianalderen var 65 år (spændvidde 51-73 år), og medianopfølgingsperioden var 3,4 år (1,1-9,5 år). Inklusionskriterierne blev opfyldt af 80,8% af patienterne.

I alt havde ti patienter progression ved rektal eksploration, 40 patienter ved PSA-koncentrationsdoblningstid < 5 år og 34 patienter ved rebiopsi. I henhold til den anvendte risikogruppering var der henholdsvis 29, 37 og 101 patienter i høj-, intermediær- og lavrisikogruppen. I alt forlod 59 patienter (35,3%) *active surveillance*; heraf 47 patienter på grund af progression i et eller flere kriterier, mens 12 patienter (7,2%) efter eget ønske forlod *active surveillance* uden progression. Den estimerede femårssandsynlighed for at forblive på *active surveillance* var 60,0% (95% konfidens-interval: 50,9-69,1%).

KONKLUSION

Active surveillance kan reducere overbehandling af patienter med lavrisikoprostatacancer. Programmet bliver generelt accepteret af patienterne, da kun et fåtal forlader programmet efter eget ønske. Der er usikkerhed omkring de optimale inklusions- og progressionskriterier, ligesom der endnu ikke foreligger langtidsresultater.

KORRESPONDANCE: Frederik Birkebæk Thomsen, Urologisk Afdeling, Rigshospitalet, afsnit 7521, 2100 København Ø. E-mail: thomsen.frederik@gmail.com

ANTAGET: 3. december 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på www.danmedj.dk

DANISH MEDICAL JOURNAL: Dette er et resume af en originalartikel publiceret på danmedj.dk som Dan Med J 2013;60(2):A4575.