

Prostatacancer 2006 – status og nye udfordringer

Dansk Urologisk Selskab

Afdelingslæge Klaus Brasso & overlæge Peter Iversen

Omkring 15% af al cancer falder inden for det urologiske speciale. Efter hudcancer er prostatacancer (PC) med forventet 2.420 tilfælde i 2003 den hyppigste cancerform hos mænd [1, 2]. PC udgør størstedelen af uroonkologien med et betydeligt forbrug af sengedage og ambulans kapacitet.

Gennem de seneste 10-15 år har PC's profil gennemgået et stort skifte. »Den gamle mands sygdom«, som man »døde med og ikke af«, opfattes og behandles nu langt mere på linje med andre maligne sygdomme, og en parallelisering med mammacancer hos kvinder er nærliggende.

Både diagnostisk og terapeutisk er sket store ændringer: Måling af prostata-specifikt antigen (PSA) anvendes i tidlig diagnostik, stadieinddeling og monitorering af behandling. Transrektal ultralydskanning er udviklet til et uundværligt værktøj, der foruden billeddannelse muliggør let og præcis bioptering. Radikal prostatektomi udføres i stadigt større omfang som kurativ behandling for lokaliseret PC. Samtidig er strålebehandling udviklet, således at højere doser med større effekt som resultat anvendes, uden det medfører øget bivirkningsfrekvens. Endokrin behandling har været vigtig i behandlingen af PC i mere end 50 år. Nye terapeutiske modaliteter gør det muligt i større grad at fokusere på bevarelse af livskvalitet. Resultater fra randomiserede multicenterundersøgelser har gjort os i stand til bedre at definere og afgrænse indikationerne for endokrin behandling.

I behandlingen af metastaserende og hormonrefraktære tilfælde af PC giver nye potente bisfosfonater håb om at kunne reducere knoglerelaterede komplikationer. Docetaxel-baseret kemoterapi har i randomiserede undersøgelser vist en signifikant, men beskedent gevinst i overlevelse.

Anvendelsen af PSA i diagnostik af tidlig PC er stigende. I Prostatacancerbetænkningen fraråder man PSA-baseret screening og fastholder, at PSA kun skal anvendes hos patienter med symptomer eller fund, der gør PC til en diagnostisk mulighed [3]. Trods dette diagnosticeres der stadig flere tilfælde af PC alene på grundlag af en forhøjet PSA, der i tiltagende grad måles uden en klar indikation. Incidensen af PC i Danmark er da også steget med knap 60% inden for en periode på mindre end ti år.

Sammenligner man med udviklingen i USA, må en yderligere incidensstigning forventes. I den ekstreme situation, hvor amerikanske tal »oversættes« til danske forhold, vil antallet af nye PC-tilfælde stige til mere end 10.000 årligt for derefter

formentlig at falde til omkring det halve. Overføres den aktuelle amerikanske operationsaktivitet, betyder det, at der skulle udføres ca. 4.000 radikale prostatektomier årligt på danske urologiske afdelinger, knap 12 gange så mange som de ca. 350, der skønnes udført i 2005.

Selv om disse tal måske reflekterer en ekstrem situation, bør de dog ikke ignoreres. Det faktum, at PC-incidensraten i Sverige, hvor opmærksomheden på PC er større end i Danmark, er dobbelt så høj som den danske trods nærmest identisk mortalitetsrate, viser, at den ovenfor beskrevne udvikling ikke er umulig.

Selv en mindre stigning i incidens og behandlingsaktivitet end det ovenfor skitserede vil have betydelige konsekvenser for sundhedsvæsenet, hvor der ikke findes resurser til at håndtere en så markant udvidelse af diagnostisk og terapeutisk aktivitet for en enkelt form. Da en øgning i PC-incidens overvejende udgøres af tidlige tilfælde med lang overlevelse, vil prævalensen (antallet af mænd med PC) stige endnu mere end incidensen, hvilket kun forstærker perspektivet.

Der er et stort og presserende behov for at definere en national strategi for behandling af PC, hvor resurserne anvendes optimalt. De overordnede mål er en reduktion af PC-mortalitet og -morbidity, med sygdommens epidemiologi i mente er det vigtigt, at disse mål nås med mindst mulig sygeliggørelse og tab af livskvalitet. Dvs. at overdiagnostik og specielt overbehandling samt behandlingsinducerede bivirkninger/komplikationer holdes på et minimum. Tilvejebringelsen af den fornødne evidens til at udforme en sådan strategi er en betydelig udfordring.

Korrespondance: Klaus Brasso, Urologisk Afdeling D, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Cancerregisteret 2001 (foreløbige tal 2002-2003). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2005:16. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. Cancerincidens i Danmark 2001. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
3. Prostatacancerbetænkningen 2005. www.urologi.dk/feb2006.