Vanskelig balancegang mellem over- og underbehandling af lokaliseret prostatacancer

LEDER

Michael Borre

Ugeskr Læger 2015;177:V67003

Patienter med nydiagnosticeret kræft møder behandlingssystemet med en naturlig forventning om aktiv og om muligt helbredende behandling. Imidlertid anbefales et stigende antal mænd med prostatacancer (PC) at se tiden an (*active surveillance* (AS)) trods mulighed for intervention. Som led i forebyggelse af en bivirkningsrisikofyldt overbehandling er AS ved tidlig PC i udgangspunktet en yderst fornuftig strategi. Dog er der langtfra altid sikkerhed for sværhedsgrad og omfang af det, som overvåges. Strategiens indbyggede risiko for, at patienterne i ønsket om at undgå overbehandling i stedet reelt underbehandles kan for såvel patienter som ansvarlige behandlere resultere i et i øvrigt umotiveret ønske om aktiv behandling. *Thomsen & Brasso* redegør i en statusartikel i dette nummer af Ugeskrift for Læger for danske erfaringer med den vanskelige disciplin AS [1].

Lokaliseret PC er kendetegnet ved at udvikle sig langsomt og symptomløst, ligesom dets tilstedeværelse hos seniore herrer snarere er reglen end undtagelsen, dette dog uden at true helbred eller liv hos flertallet. Desuden karakteriseres tumorerne ved at være multifokale og udtalt heterogene. Om end S-prostataspecifikt antigen (PSA) som screeningsredskab har vist sig ikke at have den fornødne sensitivitet og specificitet [2], anvendes testen hyppigt og er hovedårsagen til den høje og stigende danske PC-incidens. Vi har for nylig påvist en sammenhæng mellem variationer i praksislægers anvendelse af PSA-testen og de deraf afledte diagnostiske og kirurgiske procedurer. Gruppen af praksislæger, som hyppigst anvendte PSA-testen, forårsagede et højere antal PC-diagnoser og kirurgiske behandlinger herfor – uden ledsagende reduktion af PC-dødeligheden [3]. Undersøgelsens resultater understøtter resultaterne fra screeningsstudierne og viser, at den højeste forekomst af usystematisk PSA-testning i almen praksis ikke reducerer dødelighed af PC, men til gengæld øger forbruget af diagnostiske og kirurgiske procedurer med risiko for skadelige bivirkninger.

En forhøjet PSA-værdi foranlediger typisk 10-12 diagnostiske *random* biopsier i håb om at træffe et repræsentativt område af en evt. tumor. Vurderes tumorfundet at være af lav risiko, anbefales typisk AS, hvor patienten følges med kvartalsvis PSA-testning suppleret med nye »stikprøveundersøgelser« et år senere. Mindre PSA-udsving vil udfordre såvel patientens som behandlerens mod til fortsat observation.

Det er afgørende, at behandleren behersker indikationen for aktiv behandling, hvorfor der i de danske kliniske retningslinjer rekommanderes, at AS udelukkende varetages på prostatektomicentre [4]. De p.t. yderst begrænsede muligheder for en præcis præoperativ stadieinddeling og gradering af tumor leder hyppigt til en risikomæssig undervurdering af det enkelte tilfælde. Omkring en tredjedel af de patienter, som opereres for en præoperativ bedømt lokal intrakapsulær tumor, viser sig postoperativt at have ekstrakapsulær tumorvækst, hvilket er et forhold, som naturligvis medtages i overvejelserne ved selektion af patienter til AS.

På længere sigt forventes monitorering via den nationale PC-database at kunne bidrage med vigtig information til optimering af AS som behandlingsmodalitet. Tilsvarende har introduktion af den multiparametrisk MR-skanningsteknik (mpMRI) gjort det muligt at kaste lys over, hvad der reelt foregår i og omkring prostata. Med modaliteten kan man hyppigt skelne klinisk insignifikante prostatatumorer fra signifikante samt påvise disses lokalisation og udbredelse [5]. mpMRI synes derved at være skræddersyet til den initiale kortlægning af PC og under kontrolforløbet ved AS. Et stigende krav om implementering af undersøgelsen kan gøre det vanskeligt at gennemføre påbegyndte mpMRI-projekter med patienter i AS. Men under alle omstændigheder synes der at være udsigt til, at man i fremtiden vil kunne sikre en mere relevant patientselektion til henholdsvis observation og behandling – og alene derved muligvis åbne for en mere liberal opsporingsstrategi for PC.

LITTERATUR

1. Thomsen FB, Brasso K. Regelmæssig kontrol kan anvendes til overvågning af patienter med lavrisikoprostatacancer. Ugeskr Læger 2014;176:V08140446.
2. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 2009;360:1320-8.
3. Hjertholm P, Fenger-Grøn M, Vestergaard M et al. Variation in general practice prostate-specific antigen testing and prostate cancer outcomes: an ecological study. Int J Cancer 6. jun 2014 (epub ahead of print).
4. http://ducg.dk/daproca-prostatacancer/kliniske-retningslinjer/ (24. nov 2014).
5. Boesen L, Thomsen HS. Magnetisk resonans-skanning af patienter med prostatacancer. Ugeskr Læger 2013;175:1630-3.

KORRESPONDANCE:
Michael Borre,
Urologisk Afdeling K,
Aarhus Universitetshospital,
Brendstrupgaardsvej 100,
8200 Aarhus N.
E-mail: borre@clin.au.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk