

EN DRAMATISK UTVECKLING AV BEHANDLINGSMETODER VID PROSTATACANCER!

MEN FÅR ALLA TA DEL AV DEM?

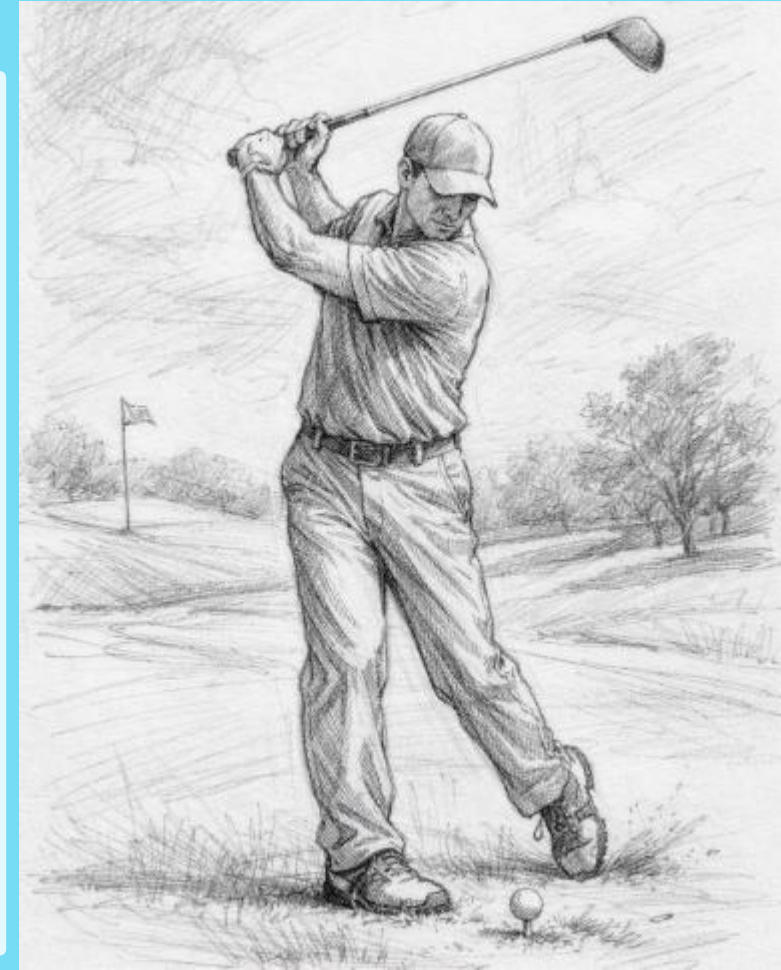


NORMALPATIENT FÖR INTE SÅ LÄNGE SEDAN OCH IDAG



Varför?

- PSA-provet infördes i början av 1990-talet.
- Männen börjat förstå att dom skall låta undersöka sig.
- Operationsmetoderna successivt förbättrats.
- Strålningsmetoderna successivt utvecklats.
- Dramatisk läkemedels-utveckling.



OPERATIONSMETODERNA – FRÅN STORA ÖPPNA INGREPP TILL ULTRA-MINIMALT INVASIVA ROBOTOPERATIONER

1. Öppen kirurgi (1900 - 1990-tal)

Stort snitt, blodförlust, lång vårdtid, hög risk för biverkningar

2. Laporoskopisk kirurgi (1990-tal – 2000-tal)

Mindre snitt, tekniskt krävande, kirurgens erfarenhet avgör

3. Robotassisterad kirurgi (2000-tal – idag)

3D, mindre blod, snabbare hem, bevara nervbanor

4. Singel-port-robotik (2020-tal – framåt)

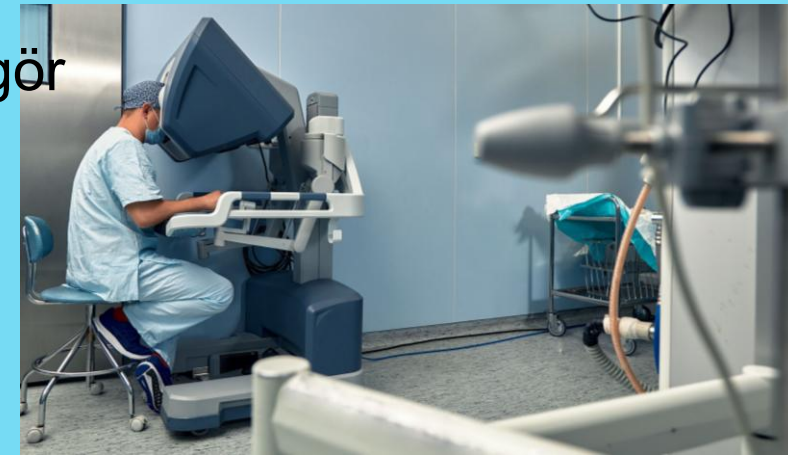
Ett enda liten snitt, under utveckling

5. Modern bildteknik och AI (2020 – 2026)

PSMA—PET gör att tumören ses i detalj, indocyaningrönt lyser upp kärl och nerver

6. Fokal terapi (HIFU, Kryoterapi, IRE m.fl.)

Behandlar bara tumören, inte hela prostatan, färre biverkningar, begränsad långtidsdata



STRÅLNING MOT PROSTATACANCER – FRÅN OSÄKRA METODER MED STORA BIVERKNINGAR TILL EXTREMT PRECISA, BILDSTYRDA.

1. Tidiga år (1900 – 1980): Radium, radon och enkla strålapparater

Grov dosering – stora biverkningar, begränsad kontroll över strålfältet

2. Högenergistrålning och linjäracceleratorer (1960 – 1980)

Extern strålning med högre energi, fortfarande begränsad precision

3. Bildstyrd strålning och 3D-planering (1990 – 2000)

CT och MR gör att prostatan syns tydligt

4. IMRT & VMAT (2000 – 2015): Finformad strålning med datorstyrd precision

Strålen formas i realtid, medger högre doser, snabbare behandling, minskade biverkningar

5. IGRT (2010 – 2020): Bildstyrning under själva behandlingen

Prostatans rörelse kan kompenseras, mindre säkerhetsmarginaler ger färre biverkningar

6. Brachyterapi – från radium till moderna frön (1980 – idag)

Mycket goda resultat vid låg- och mellanriskcancer

7. Hypofraktionering & SBRT (2015 – idag)

Hypofraktionering – färre behandlingar med högre dos. SBRT – 5 beh. i stället för 35 - 40



PÅ LÄKEMEDELSSIDAN HAR DET HÄNT OCH HÄNDER OTROLIGT MYCKET !



1995



2004



2010



2011



2012



2013



2020



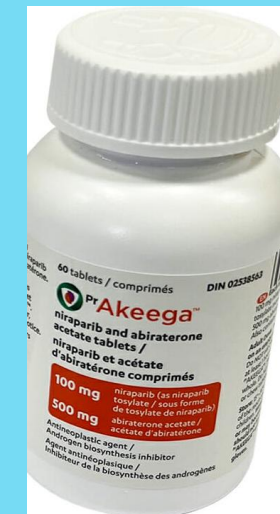
2021



2021



2024



Nej sa TLV/vården!



SÅ LÅNGT ALLT GOTT OCH VÄL MEN VI HAR EN OJÄMLIKHET I VÅRDEN

Geografisk ojämlikhet

Olika väntetider och skillnader mellan regioner/sjukhus

Socioekonomisk ojämlikhet

Skillnader i möjligheten att söka vård, PSA-testa sig och få sjukdomen upptäckt tidigt

Ojämlikhet i behandling

Regionala skillnader i exempelvis kirurgi, strålbehandling och läkemedelsbehandling.



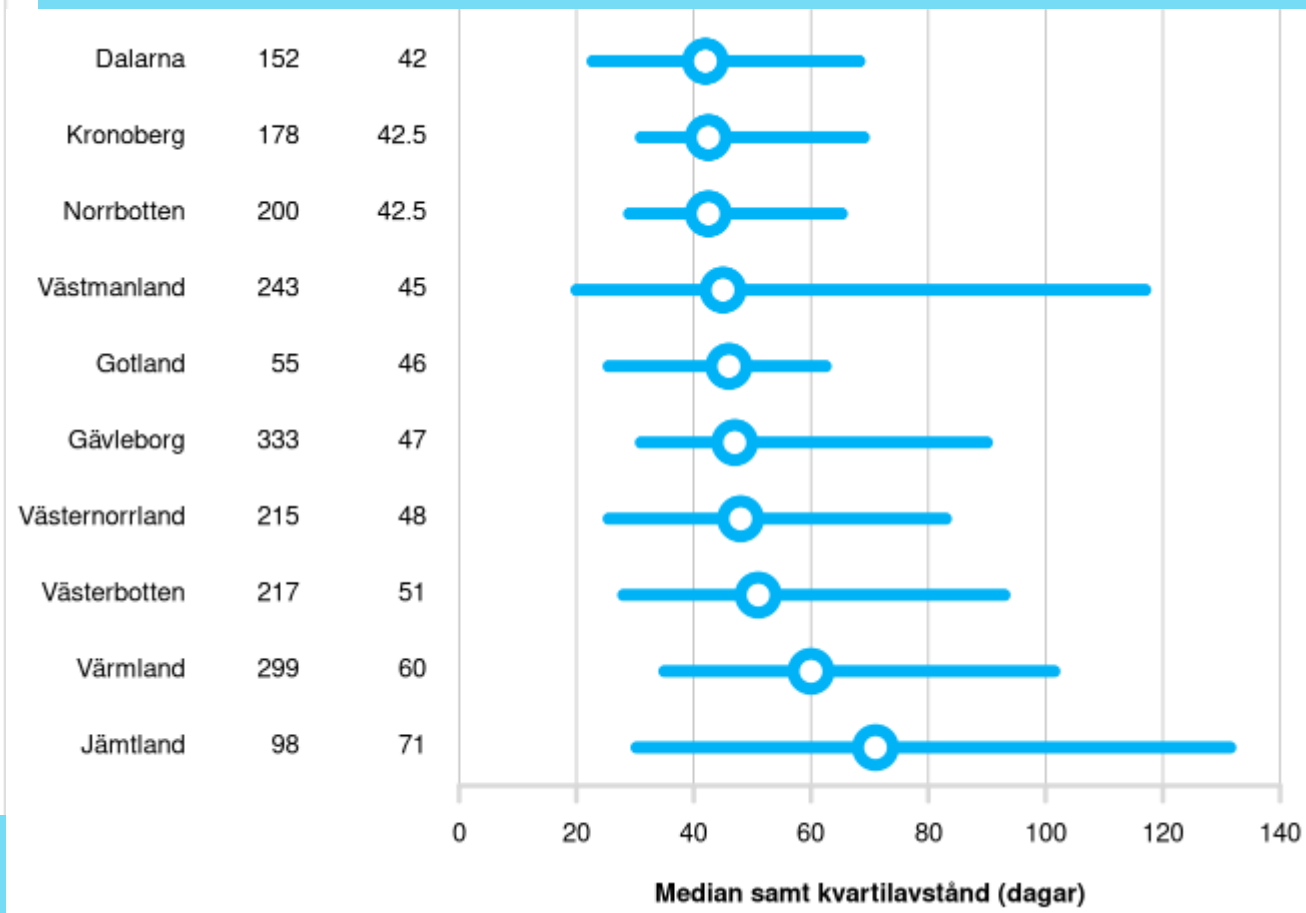
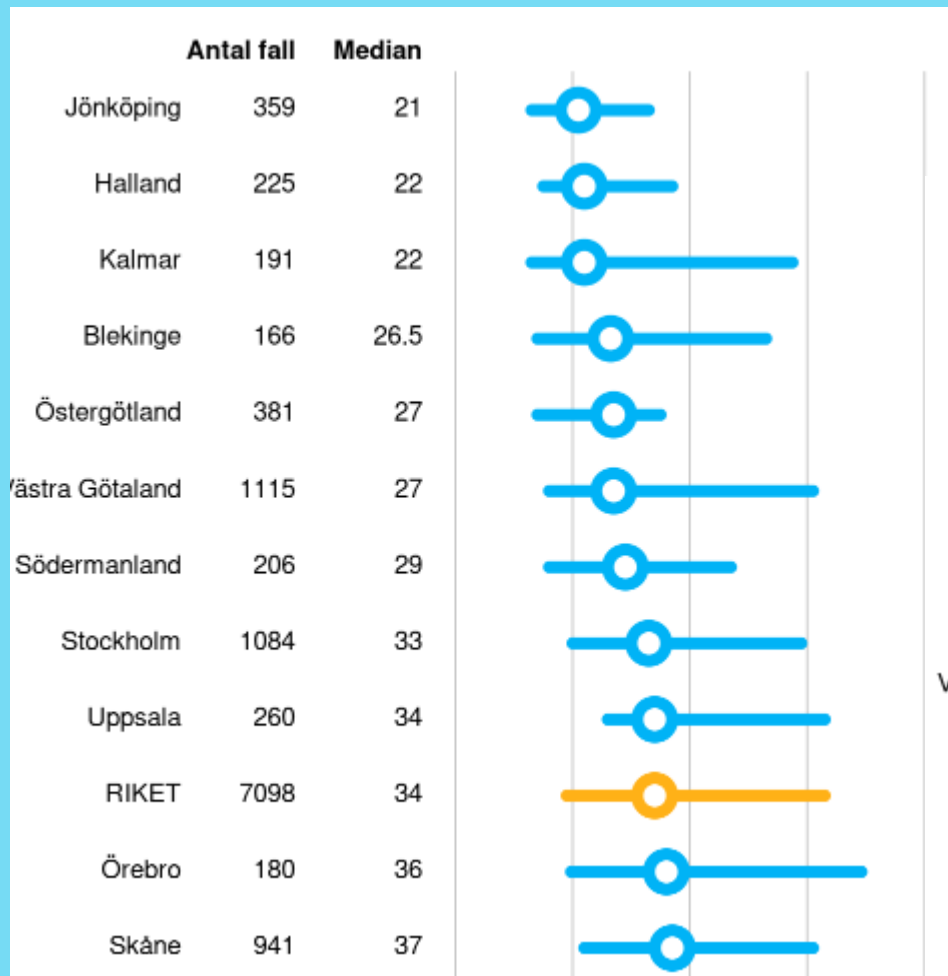
GEOGRAFISK OJÄMLIKHET

VÄNTETIDER

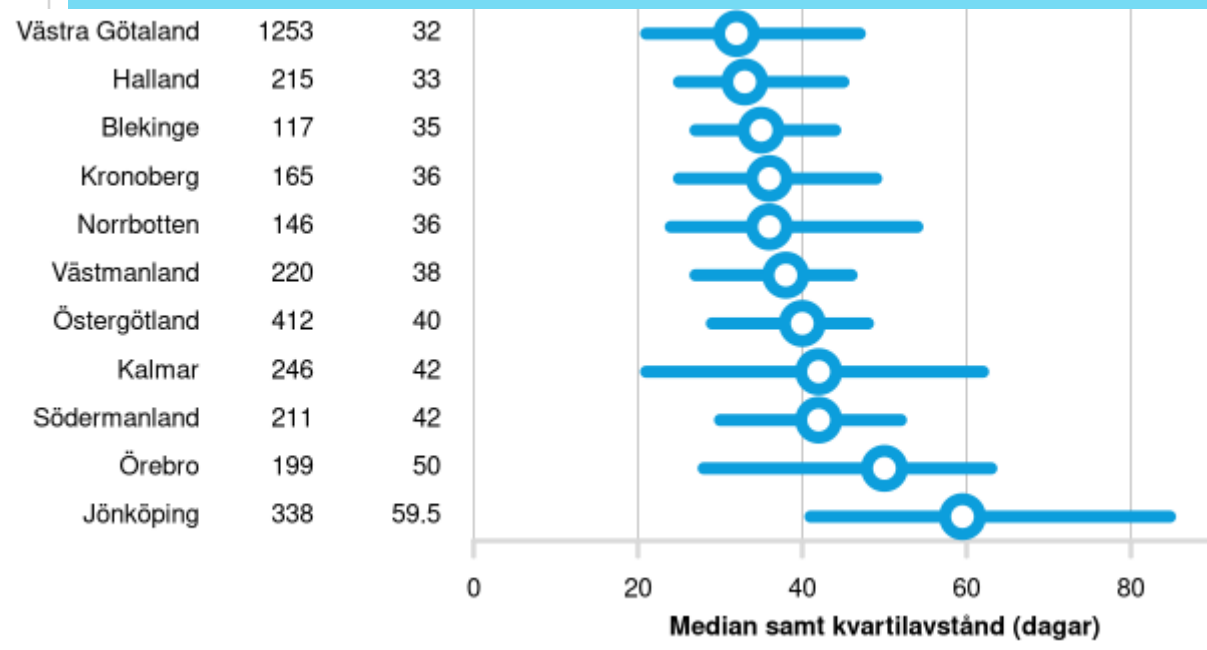
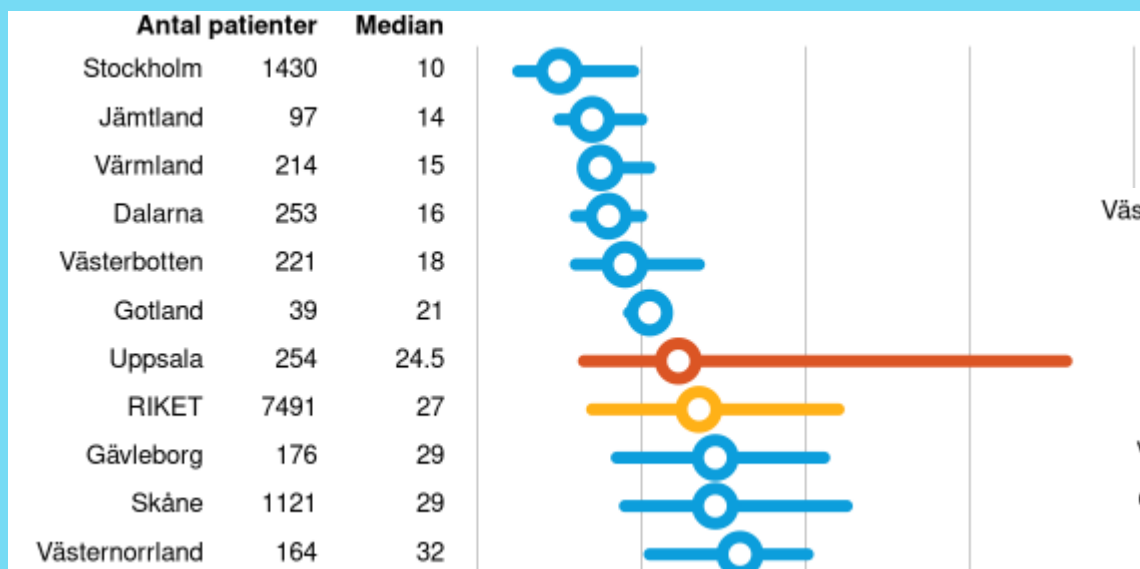
Men det har väl blivit bättre med åren?



VÄNTETIDER FRÅN REMISS TILL FÖRSTA BESÖK 2015



VÄNTETIDER FRÅN REMISS TILL FÖRSTA BESÖK 2025



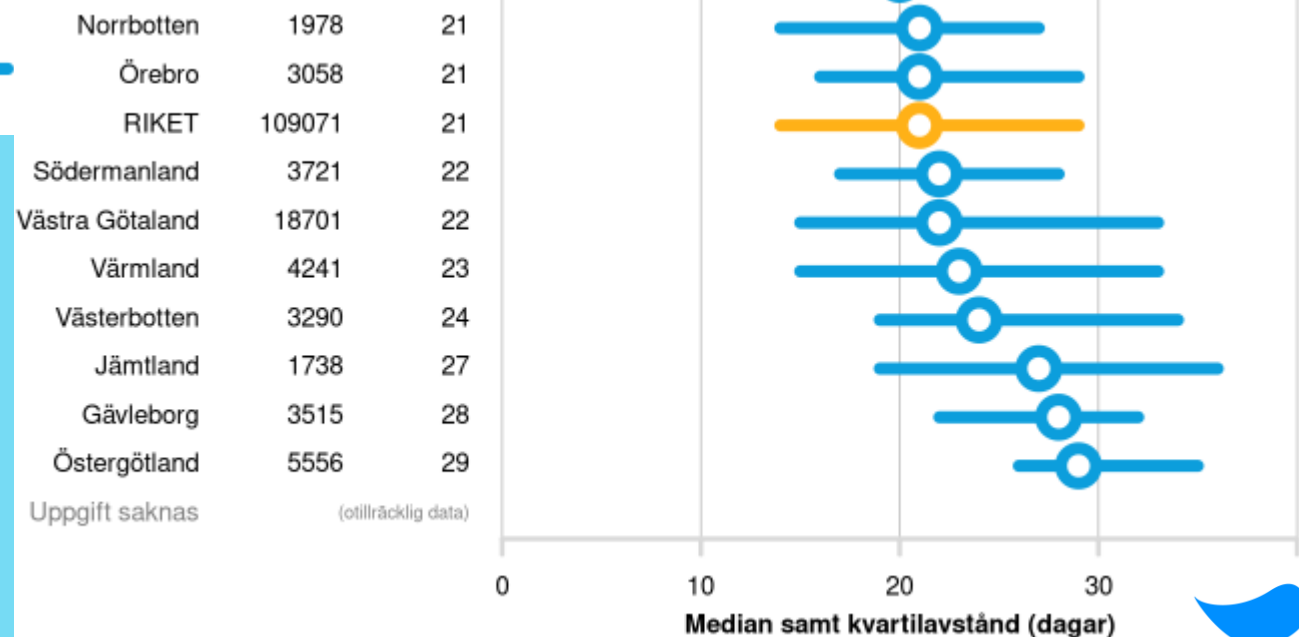
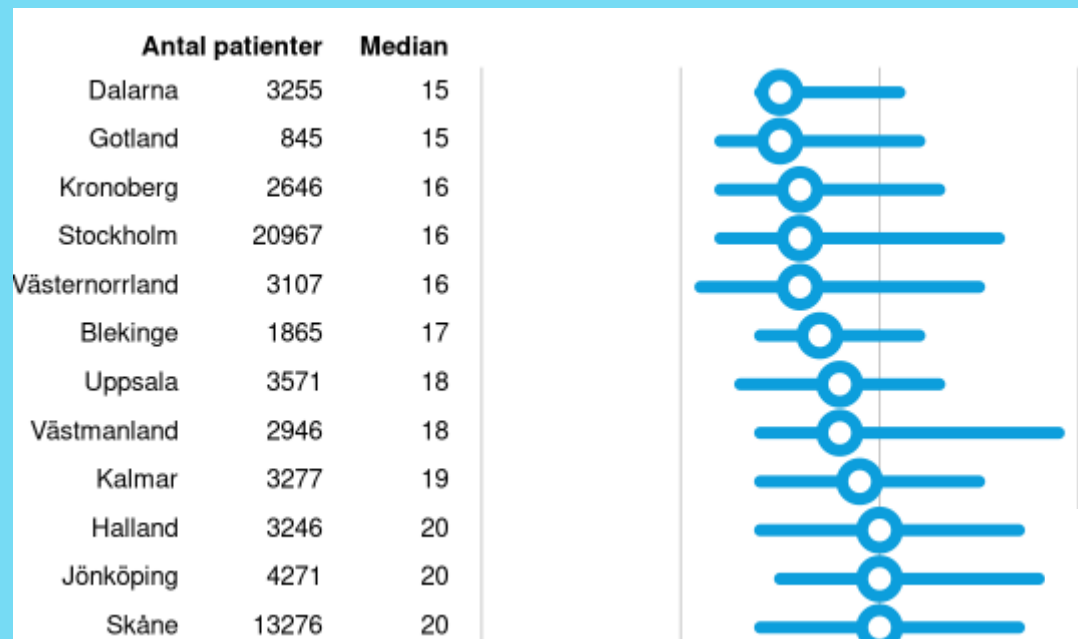
0 20 40 60 80

Median samt kvartilavstånd (dagar)

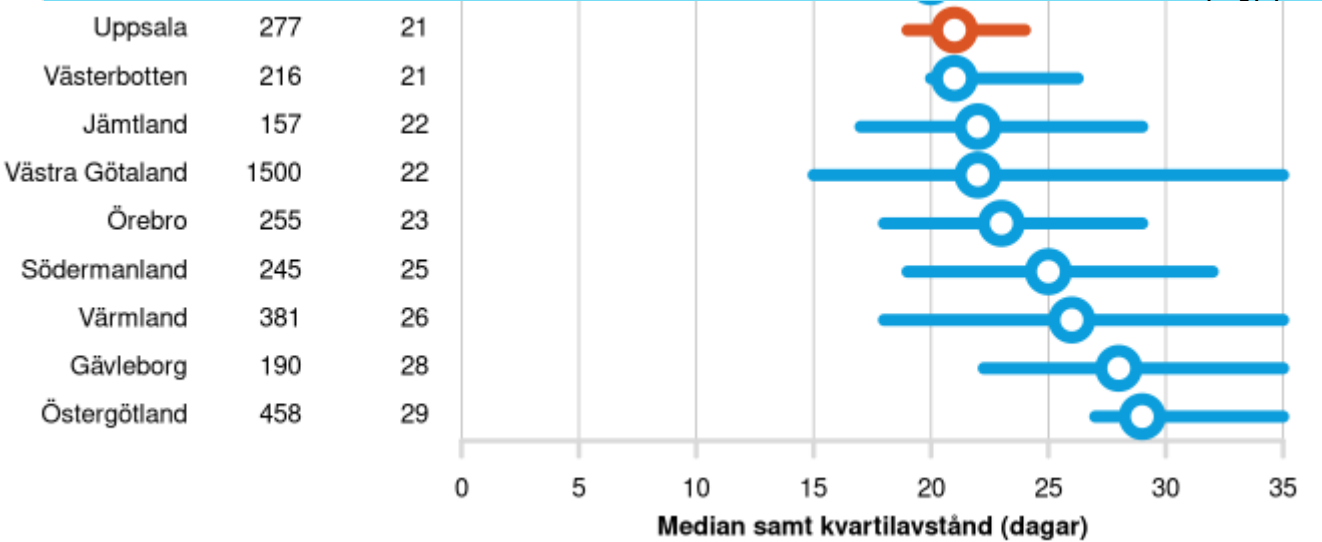
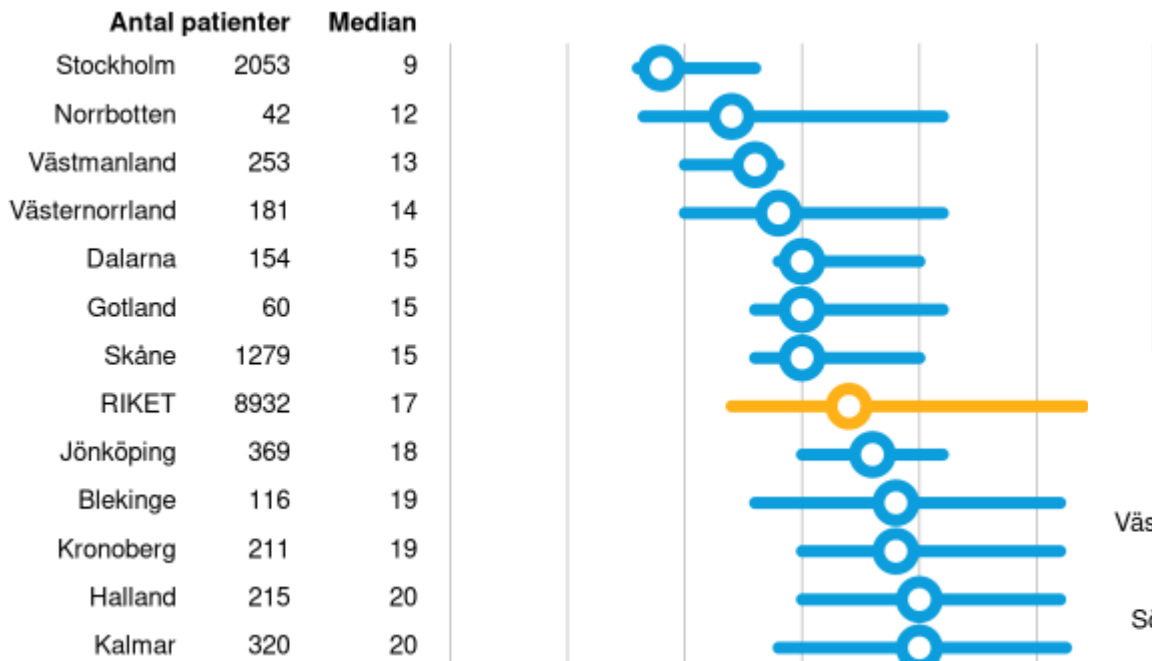
SVF högst 21 dagar



VÄNTETID FRÅN VÄVNADSPROVTAGNING TILL PATIENTBESKED 2015



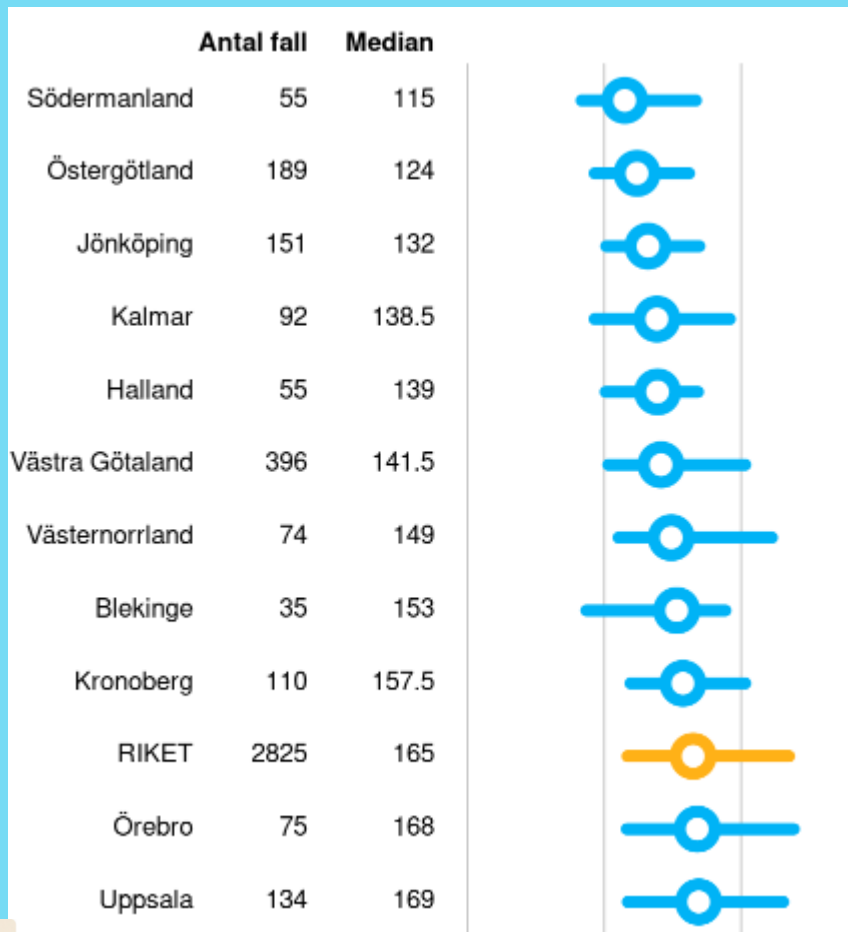
VÄNTETID FRÅN VÄVNADSPROVTAGNING TILL PATIENTBESKED 2025



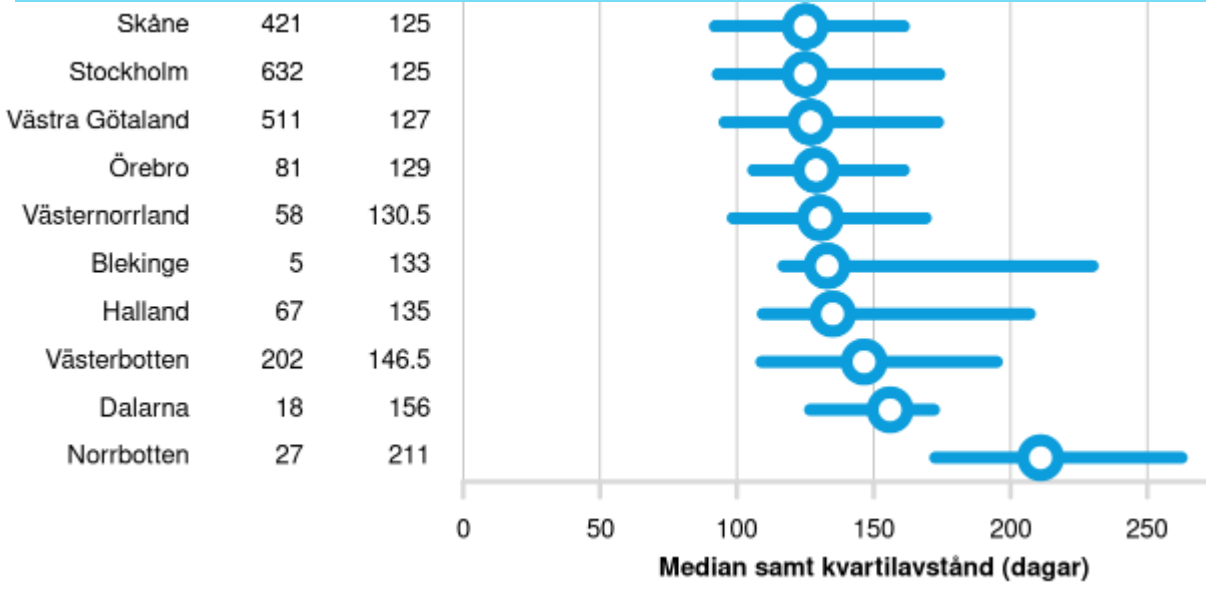
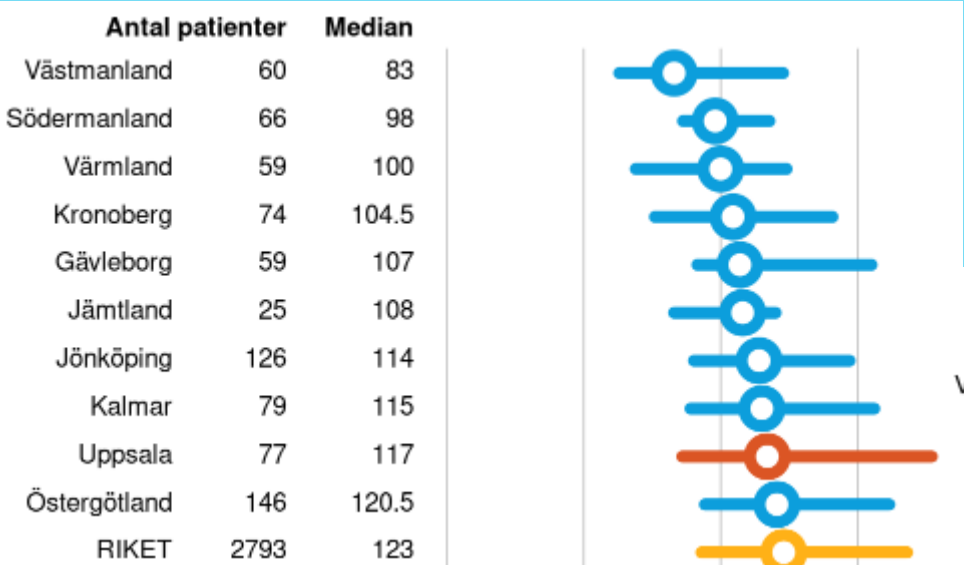
SVF 11 dagar.



VÄNTETIDER FRÅN REMISS TILL START AV KURATIV BEHANDLING 2015



VÄNTETID FRÅN REMISS TILL START AV BOTANDE BEHANDLING 2025



SVF 68 dagar till operation, 75 till hormoner och 57 till strålning



SOCIOEKONOMISK OJÄMLIKHET



Påverkar utbildning och hushållets inkomst när sjukdomen upptäcks, om du får MR före biopsi, vilken behandling och rehabilitering du får?



DET FINNS FLERA STUDIER. NEDAN TVÅ SVENSKA.

Socioeconomic status and diagnosis, treatment, and mortality in men with prostate cancer. Nationwide populationbased study.

*Tomic, Ventimiglia, Robinson, Häggström, Lambe, Stattin.
International Journal of Cancer 2018, volym 142,
Sidorna 2478-2484*

Socioeconomic inequality in prostate cancer diagnostics, primary treatment, rehabilitation and mortality in Sweden.

*Strömberg, Berglund, Carlsson och Tellenberg.
International Journal of Cancer 2024, volym 155, sidorna 637–645.*



TOMIC ET AL FRÅN 2018 VISADE BLAND ANNAT

Bland de 74000 männen som ingick i studien hade män i den
högsta inkomstgruppen

- Oftare cancer upptäckt vid hälsoundersökning
- Mindre avancerad cancer vid diagnos
- Kortare väntetid till operation
- Större sannolikhet att få botande behandling vid mellan- och högriskcancer

Får alltså rika bättre behandling? Nja, en betydande del av problemet tycks vara att *olika grupper kommer in i vården med olika långt framskriden sjukdom.*



VARFÖR KOMMER OLIKA GRUPPER IN I VÅRDEN MED OLIKA LÅNGT FRAMSKRIDEN SJUKDOM?

Det finns flera tänkbara mekanismer

1. Deltagande i PSA-testning och utredning.
2. Hälsolitteracitet, dvs förmågan att förstå medicinsk information, värdera risker och navigera i sjukvården.
3. Kontakter med vården.
4. Skillnader i hur man reagerar på symtom.
5. Möjlighet att vara en pådrivande patient.



STRÖMBERG ET AL FRÅN 2024 VISADE BLAND ANNAT

**33000 män ingick i studien.
Skillnaden vid lägre socioekonomisk status var**

MR före prostatabiopsi	lägre sannolikhet.
Botande behandling vid högrisk	lägre sannolikhet
Rehabilitering efter operation	något lägre sannolikhet
Död i prostatacancer	högre i okorrigerade analyser, men skillnaden minskar kraftigt när man tar hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad m.m.

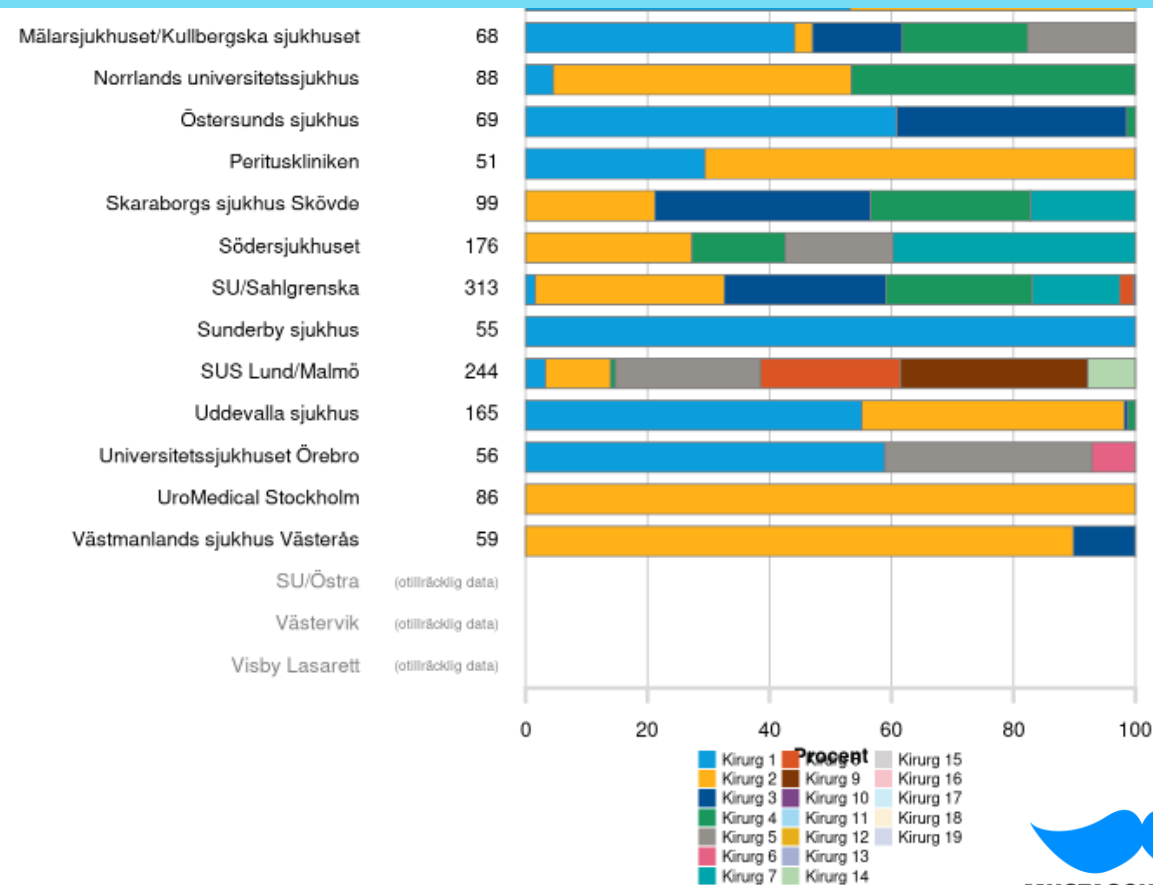
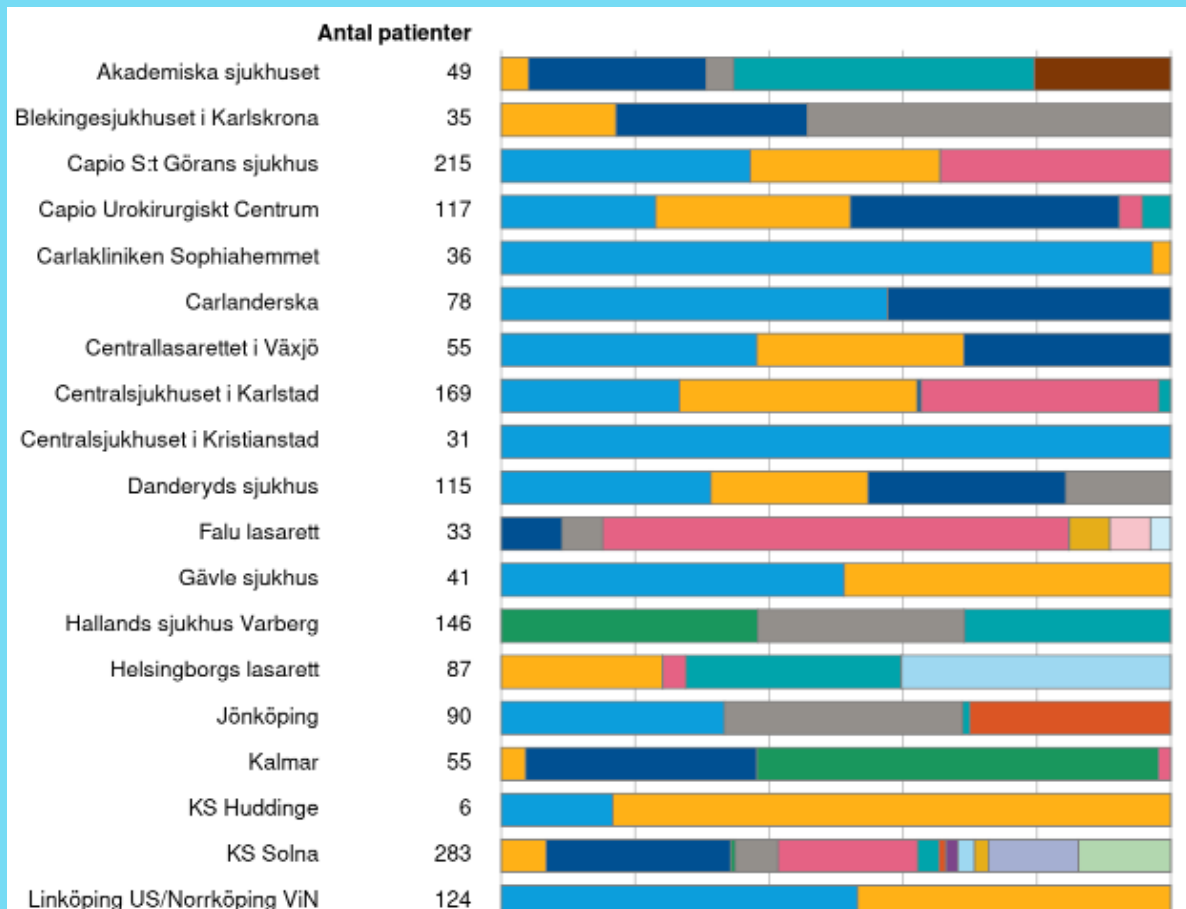


OJÄMLIKHET I BEHANDLING

KIRURGI OCH LÄKEMEDEL



ANTAL PROSTATACANCEROPERATIONER PER KIRURG



Resultat från grupper med färre än 5 patienter redovisas ej.



BREV TILL ALLA LANDSTING I MARS 2015

Användningen av läkemedel vid hormonresistent prostatacancer

Under de senaste åren har ett historiskt genombrott skett när det gäller behandling av kastrationsresistent, spridd prostatacancer. Många verkningsfulla läkemedel har introducerats och klara indikationer finns för nyttan av en allt bredare användning. Flera läkemedel torde komma och med alla de nya läkemedlen som står till buds finns potentialen att omvandla prostatacancer från att ha varit dödlig till att bli en kroniskt sjukdom. Läkemedlens väg till patienten är dock fortfarande lång. Ett stort problem är att svenska myndigheter och regioner/landsting inte haft beredskap för de snabbt ökade kostnader som följer av nya läkemedel för stora grupper. Långa och svåra beslutsprocesser hos myndigheter och sjukvårdshuvudmän har skapat frustration hos prostatacancerpatienterna. Prostatacancerförbundets och föreningarnas olika företrädare får dagligen frågor från medlemmarna om vilka regler som gäller inom de olika landstingen/regionerna. Vi har därför ambitionen att

göra en sammanställning över vilka regler som gäller runt om i landet. Förbundet önskar därför få en redovisning över vilka beslut som fattats inom ert landsting/er region när det gäller användningen och finansieringen av följande läkemedel: ☐ **Abirateron (Zytiga)** ☐ **Cabazitaxel (Jevtana)** ☐ **Enzalutamid (Xtandi)** ☐ **Radium-223 (Xofigo)**

Vi är tacksam för ett snabbt svar!

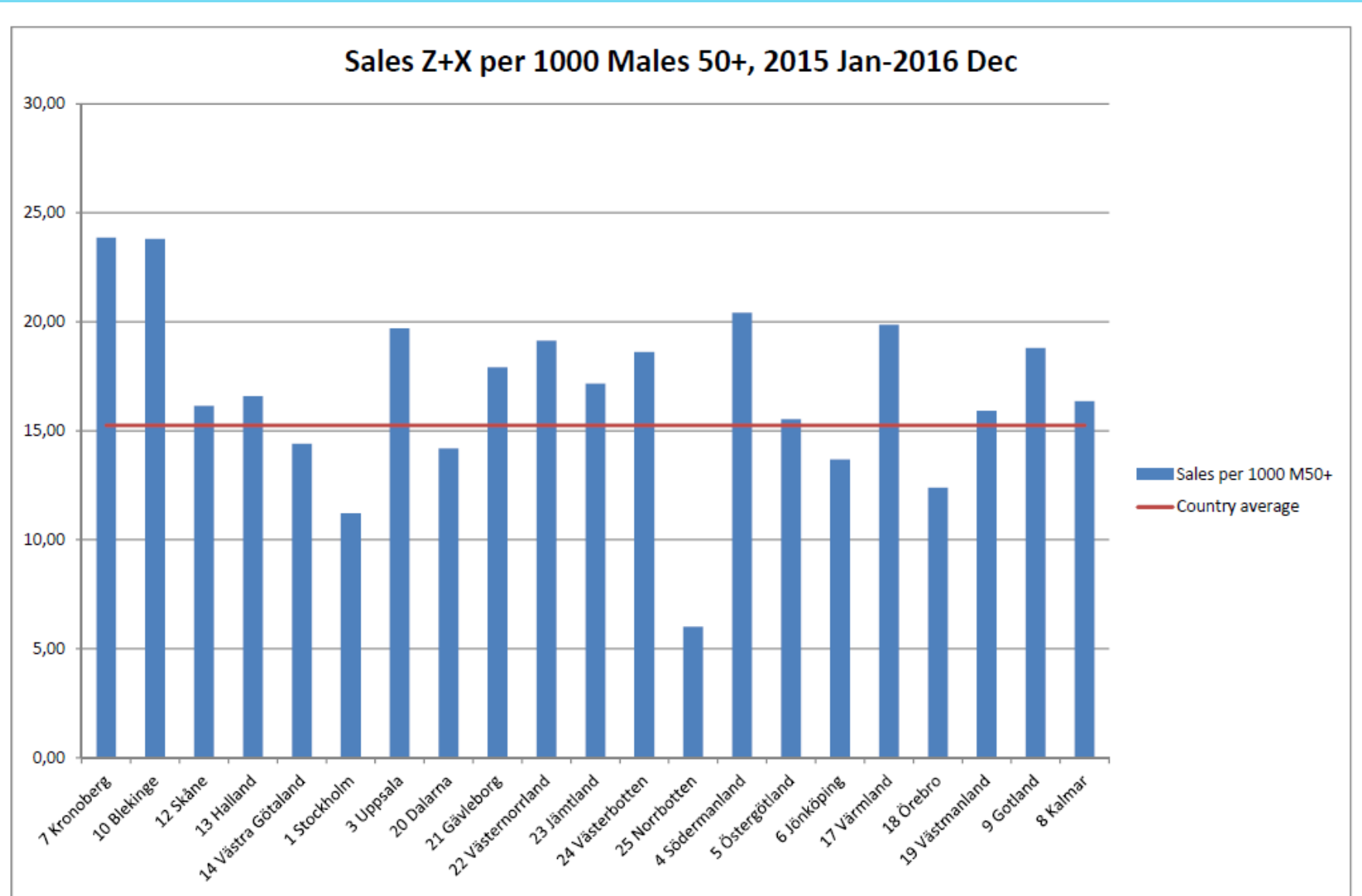
Med vänliga hälsningar

Calle Waller Vice ordförande 0705 52 73 15

Bernt Åslund Läkemedelsansvarig 0706 89 89 58



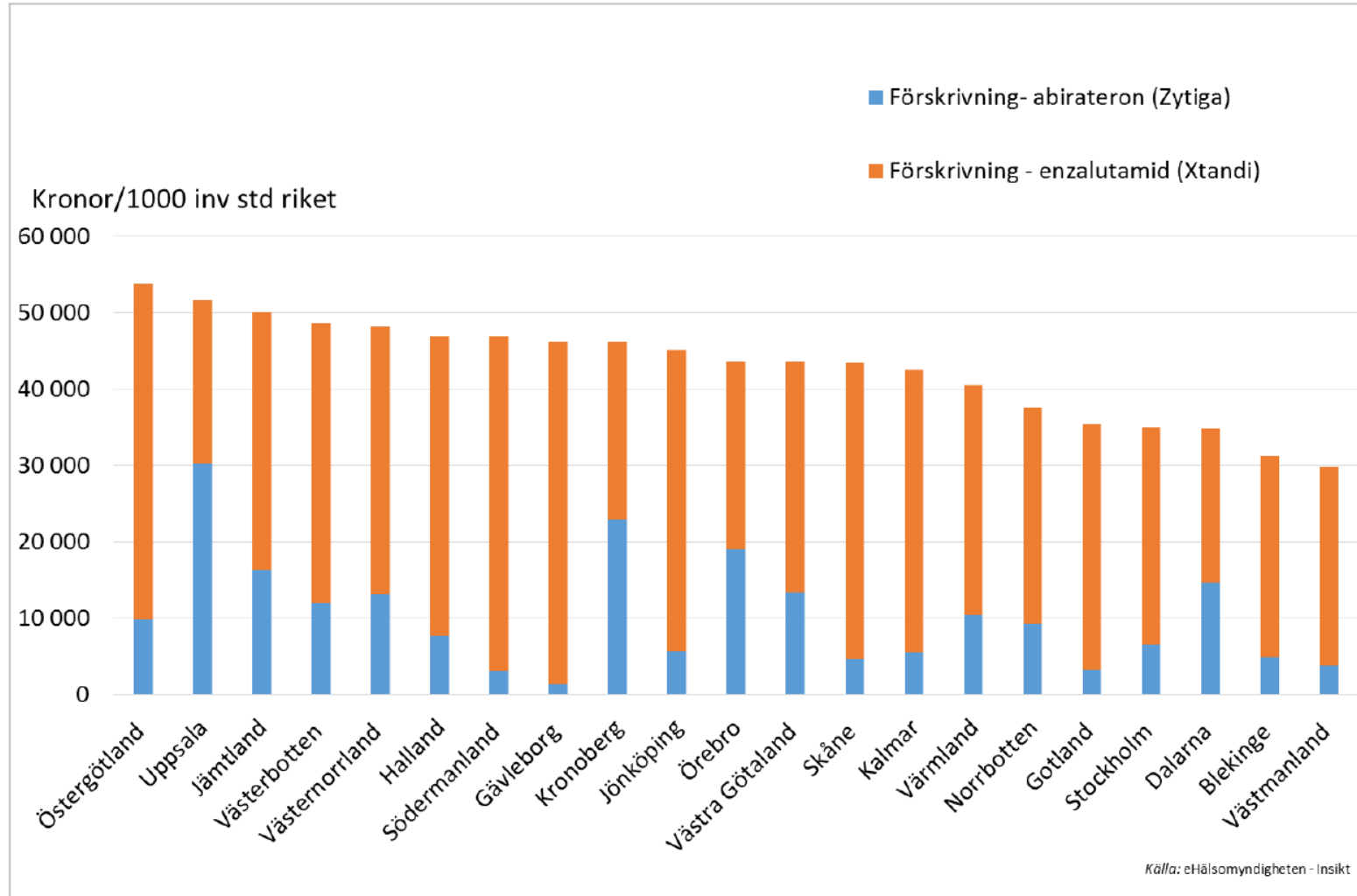
FÖRSÄLJNINGEN AV ZYTIGA OCH XTANDI 2015-2016



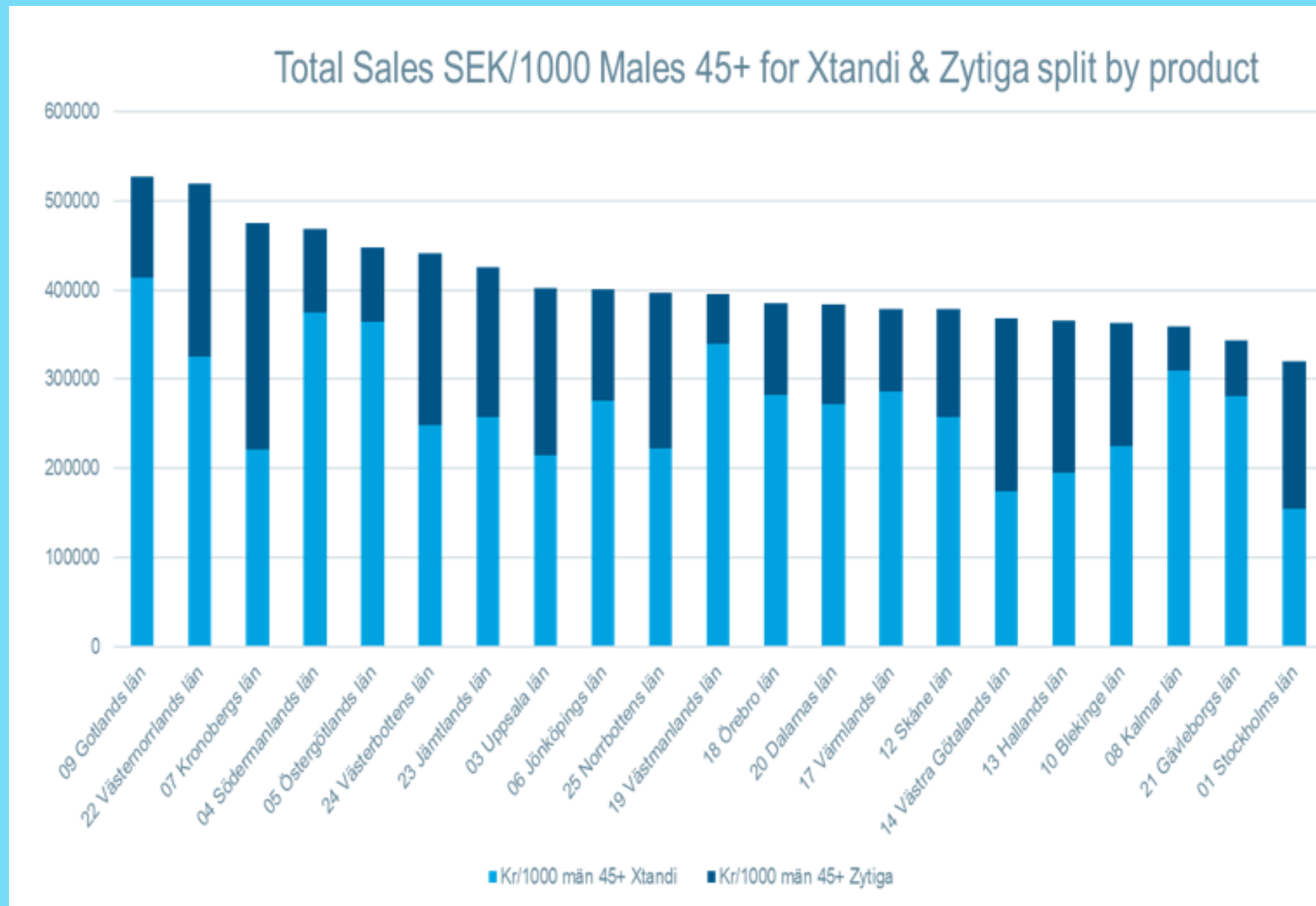
FÖRSÄLJNINGEN AV ZYTIGA OCH XTANDI

Oktober 2017 till september 2018

Figur 1. Zytiga & Xtandi Försäljning under okt 2017 – sep 2018 per landsting/region på recept, Kronor/ 1000 invånare std riket (ålder & kön)



FÖRSÄLJNINGEN AV ZYTIGA OCH XTANDI 2021



**Hur ser det ut nu när det gäller
användningen av nya effektiva läkemedel?
Är det en jämlik vård som erbjuds runt om i
landet idag?**

Knappast!



MUSTASCHKAMPEN



CONSUMPTION OF PROSTATE CANCER PHARMACEUTICALS BY MALE POPULATION 2025

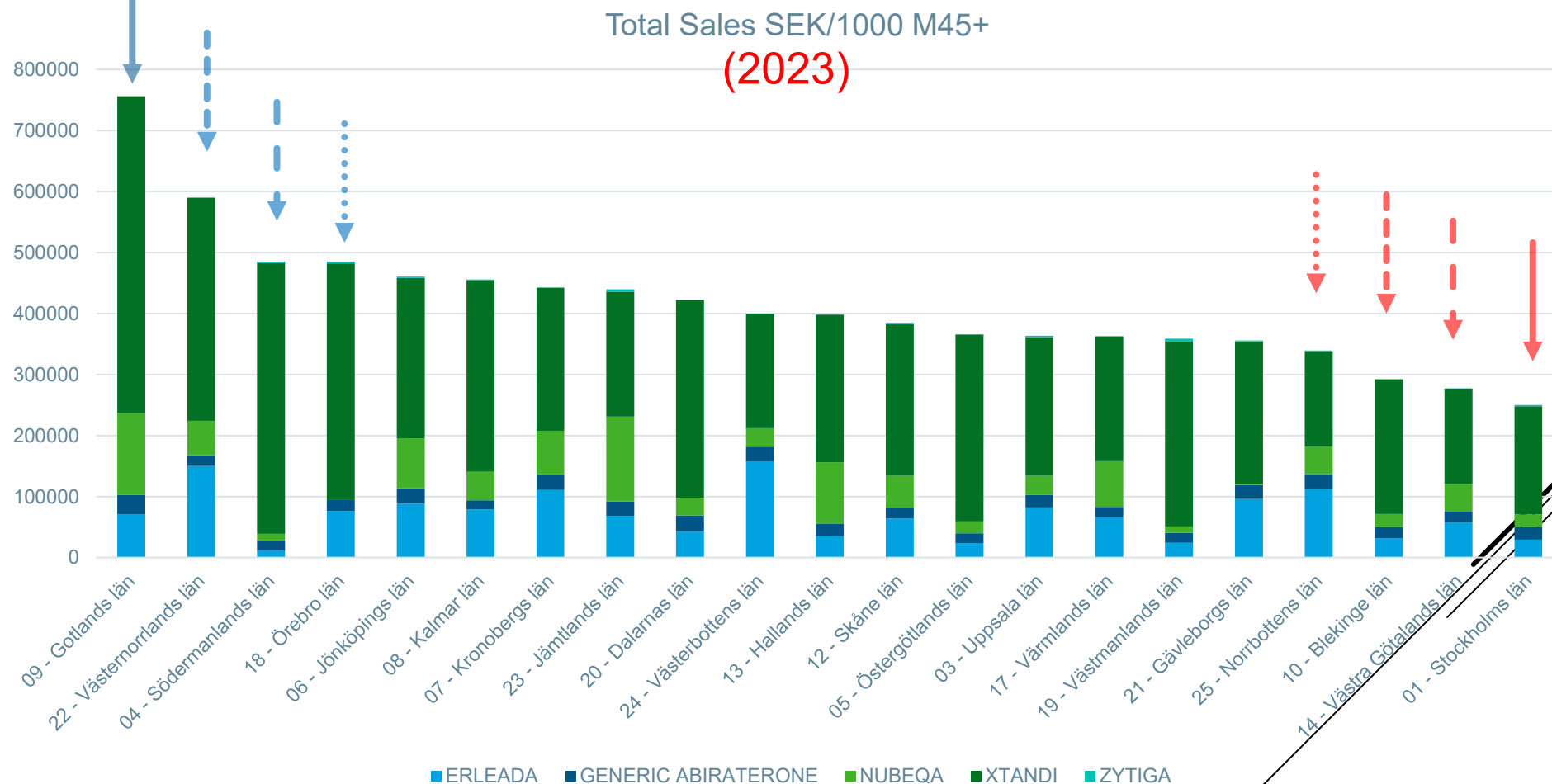
Population data from SCB 2025

Sales data: IQVIA Sweden Sell-Out
data 2025

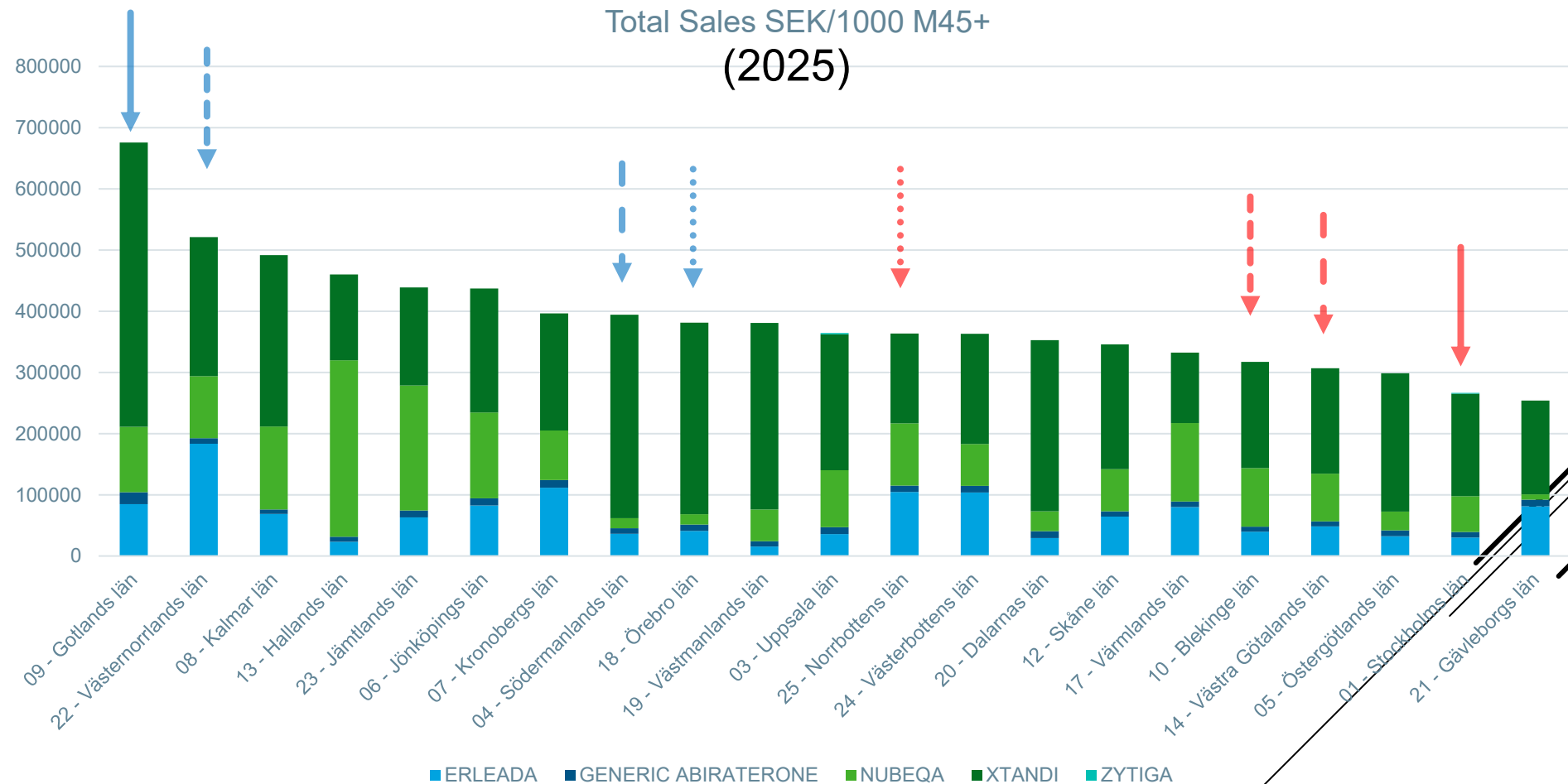
Jonas Holm, Katja af Klercker

IQVIA 2026

ERLEADA, NUBEQA, XTANDI, ZYTIGA & GENERIC ABIRATERONE M45+

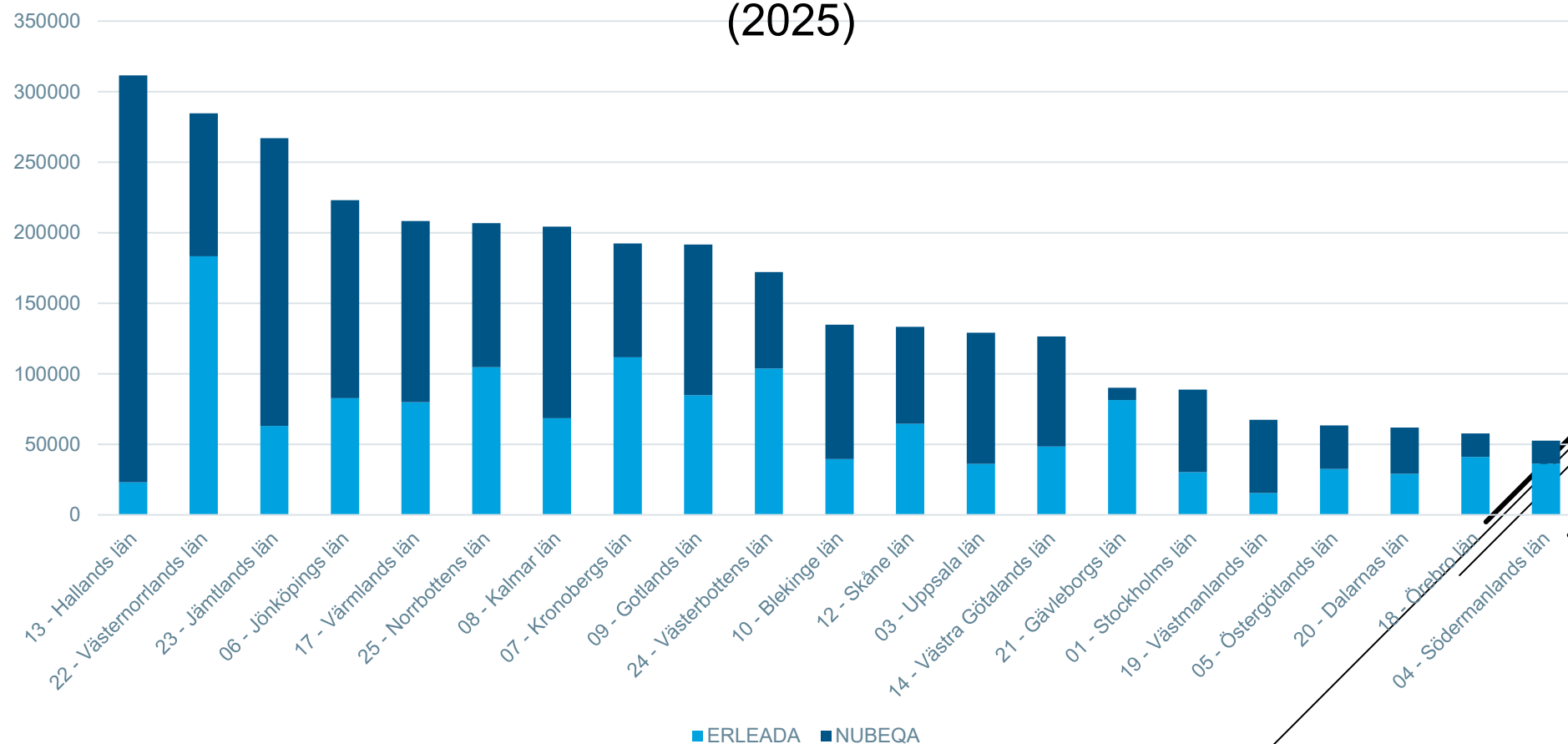


ERLEADA, NUBEQA, XTANDI, ZYTIGA & GENERIC ABIRATERONE M45+

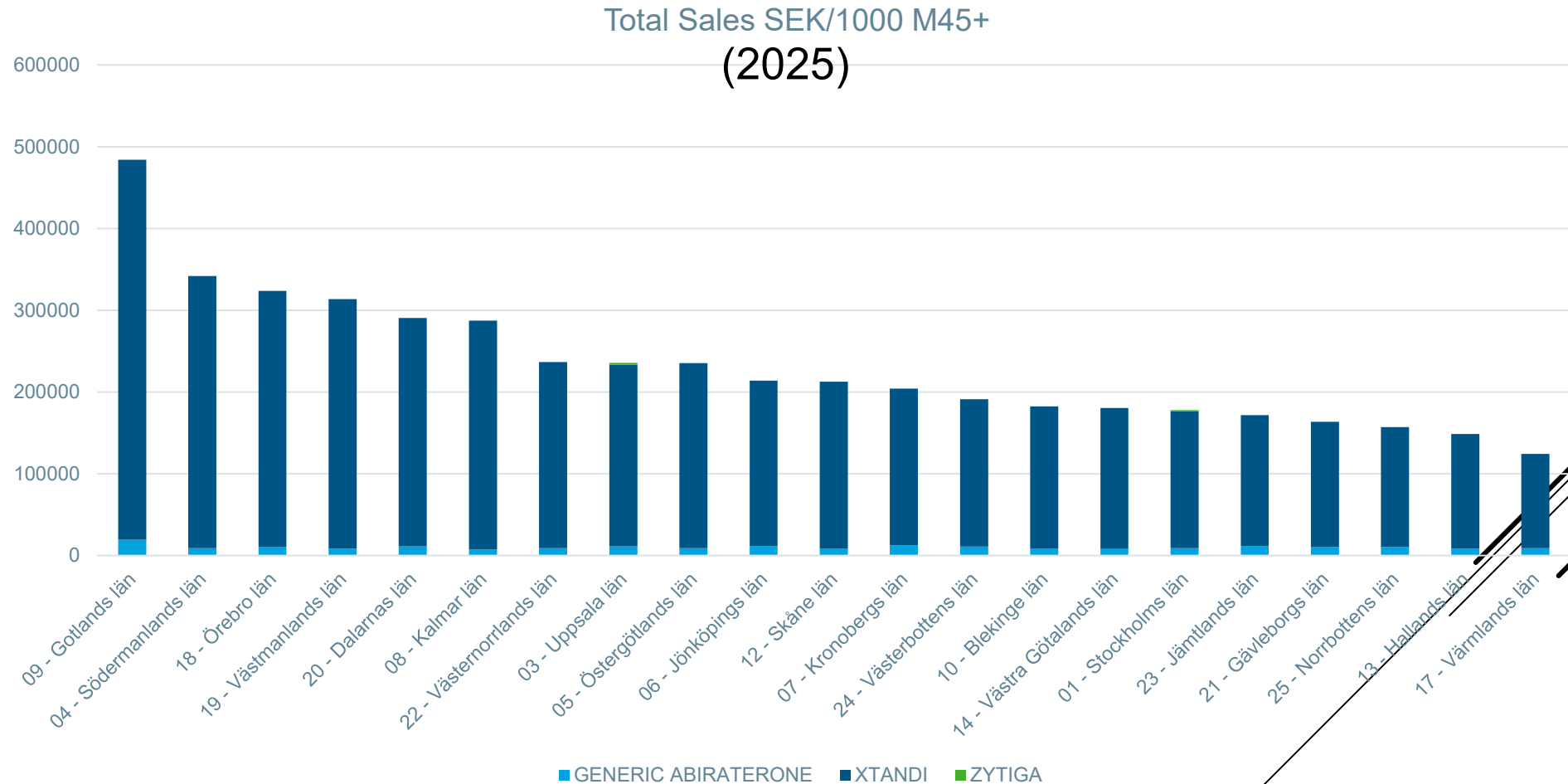


ERLEADA & NUBEQA M45+

Total Sales SEK/1000 M45+
(2025)

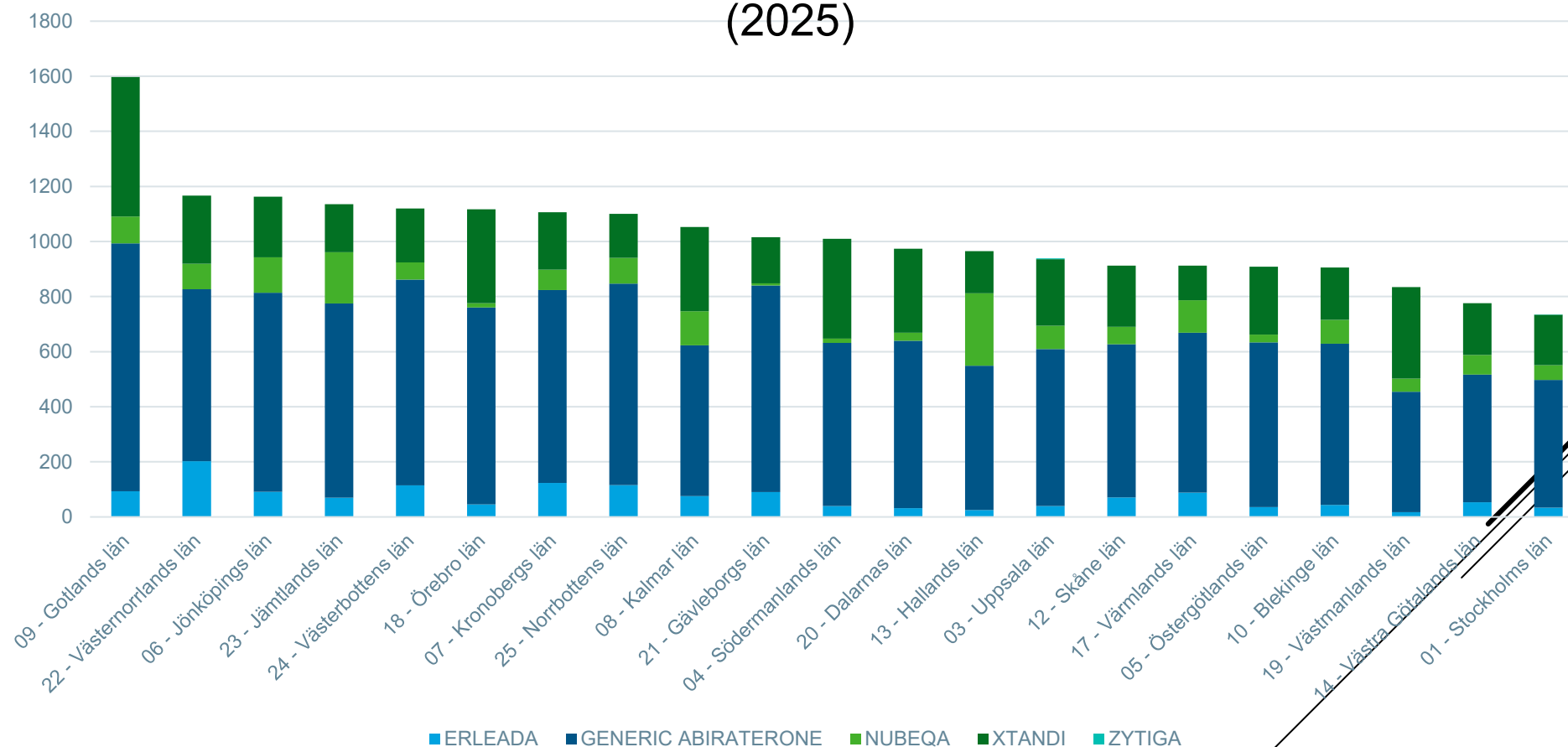


XTANDI, ZYTIGA & GENERIC ABIRATERONE M45+

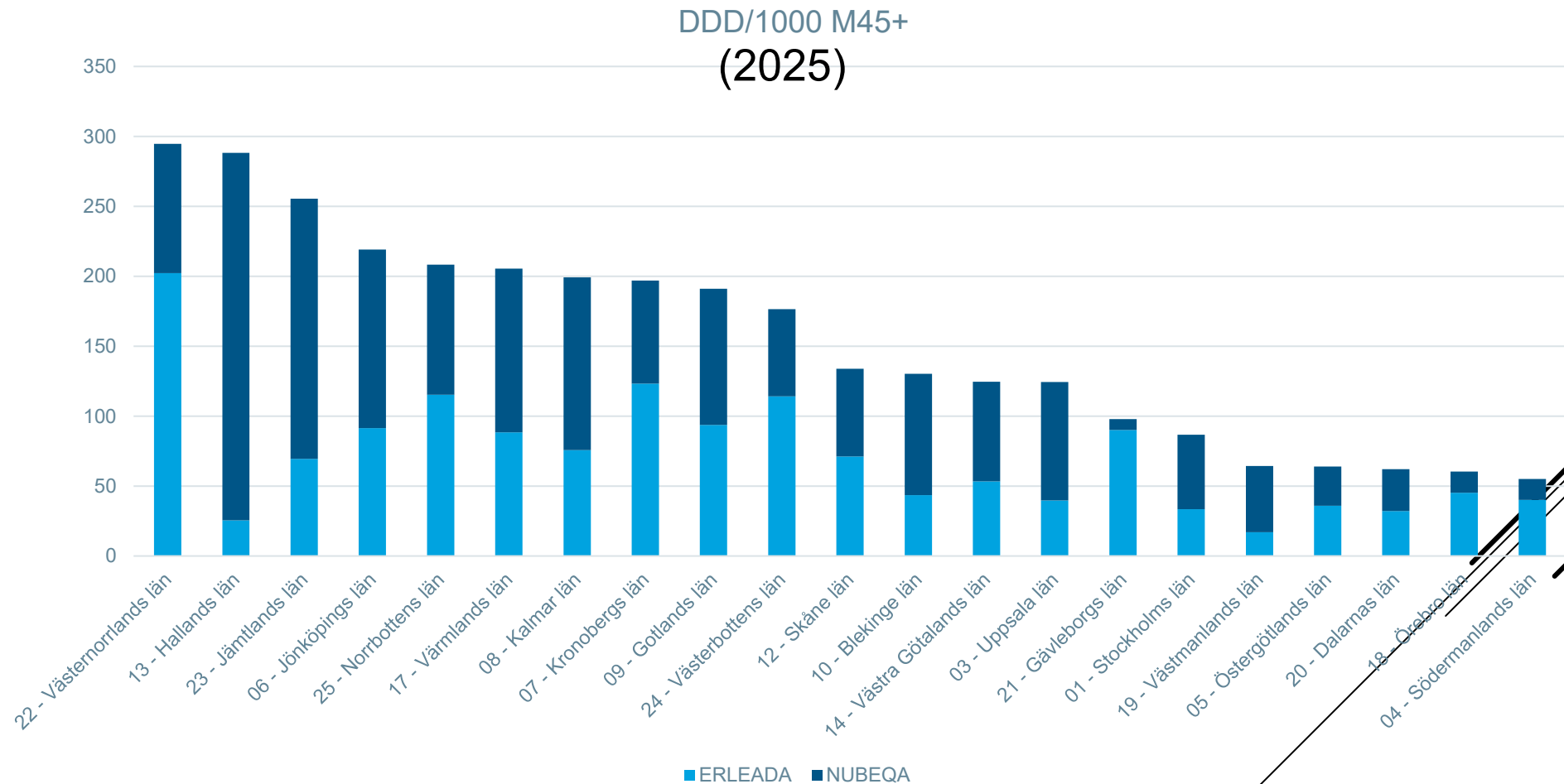


ERLEADA, NUBEQA, XTANDI, ZYTIGA & GENERIC ABIRATERONE M45+

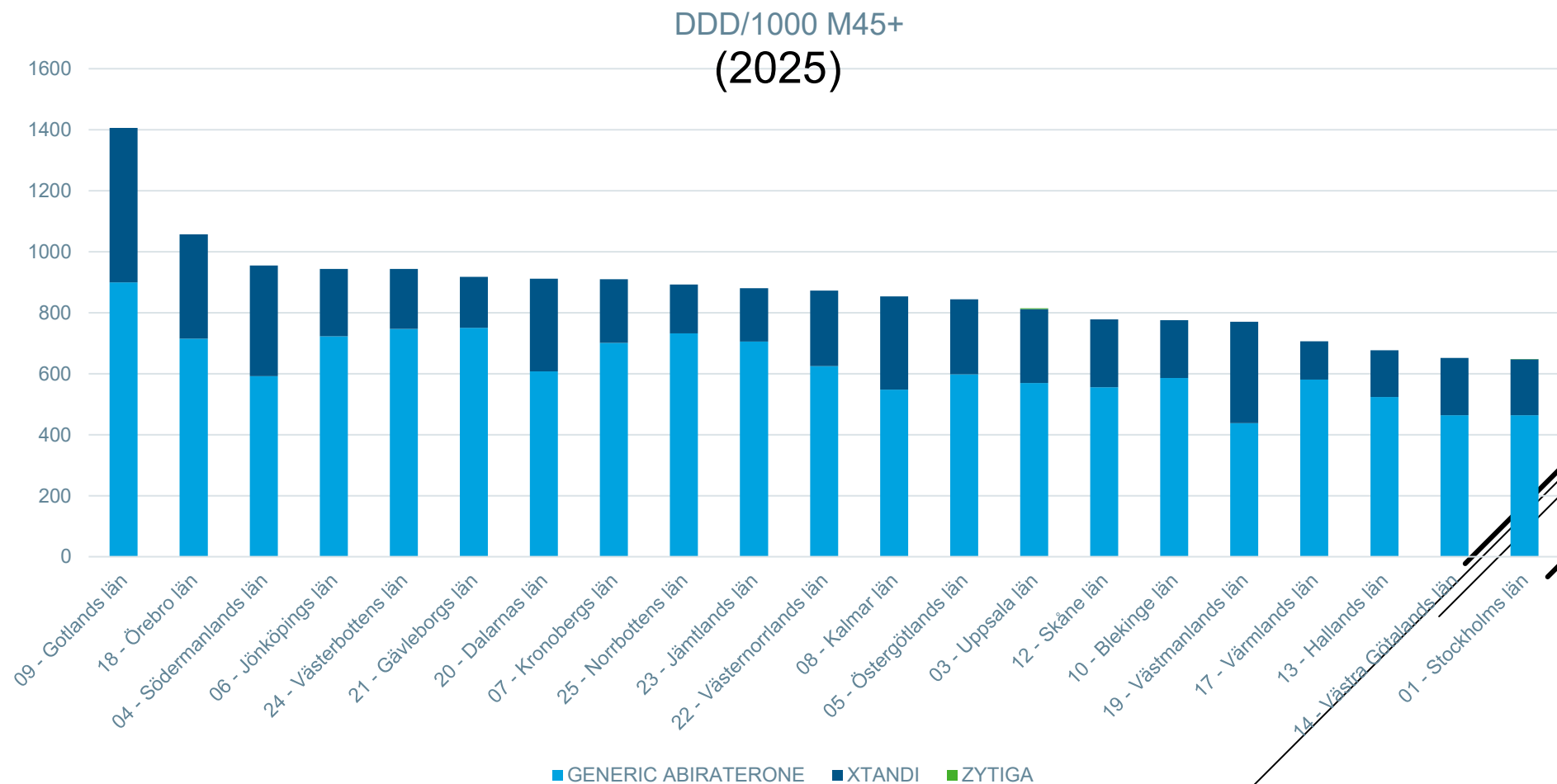
DDD/1000 M45+
(2025)



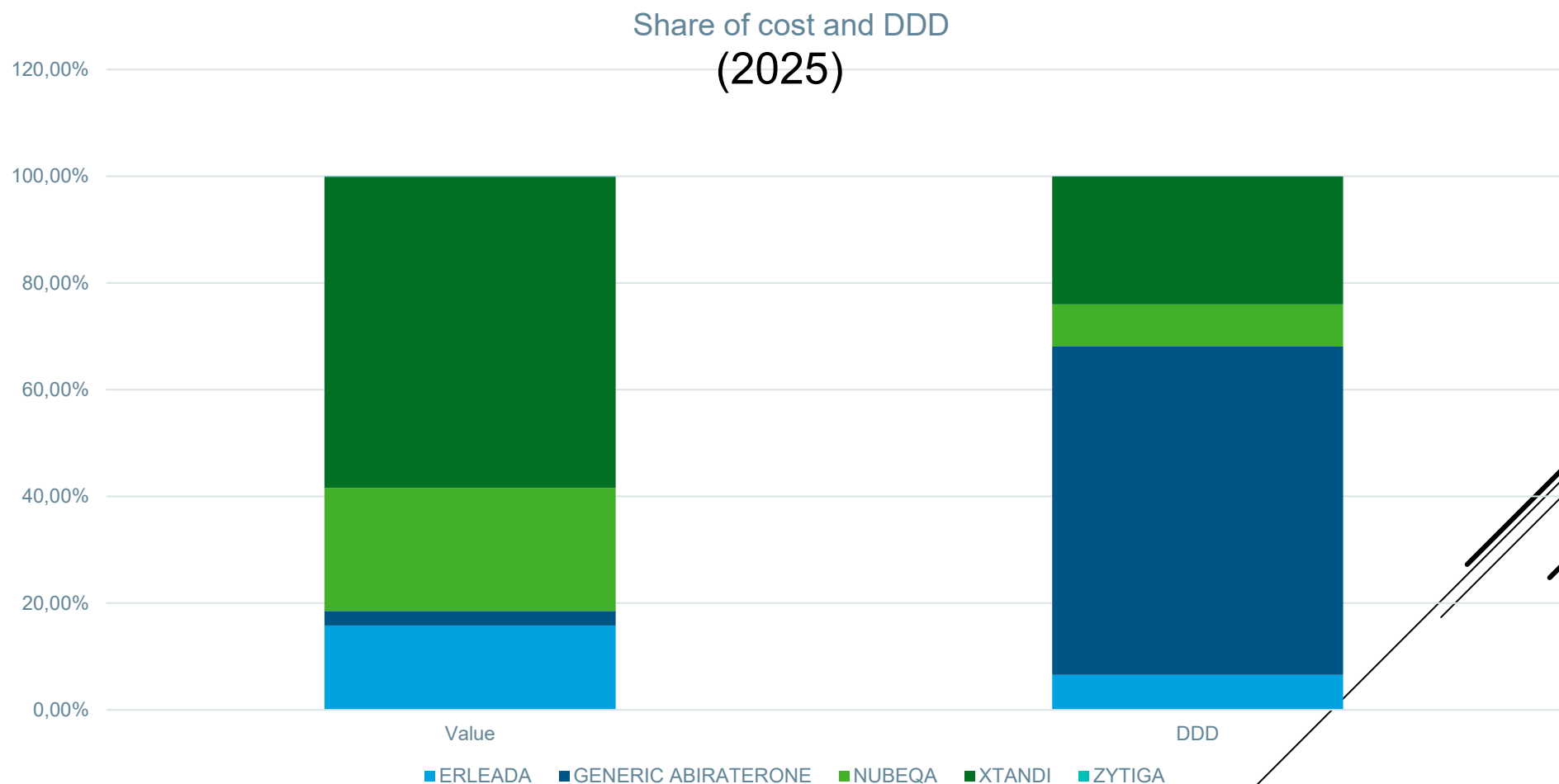
ERLEADA & NUBEQA M45+



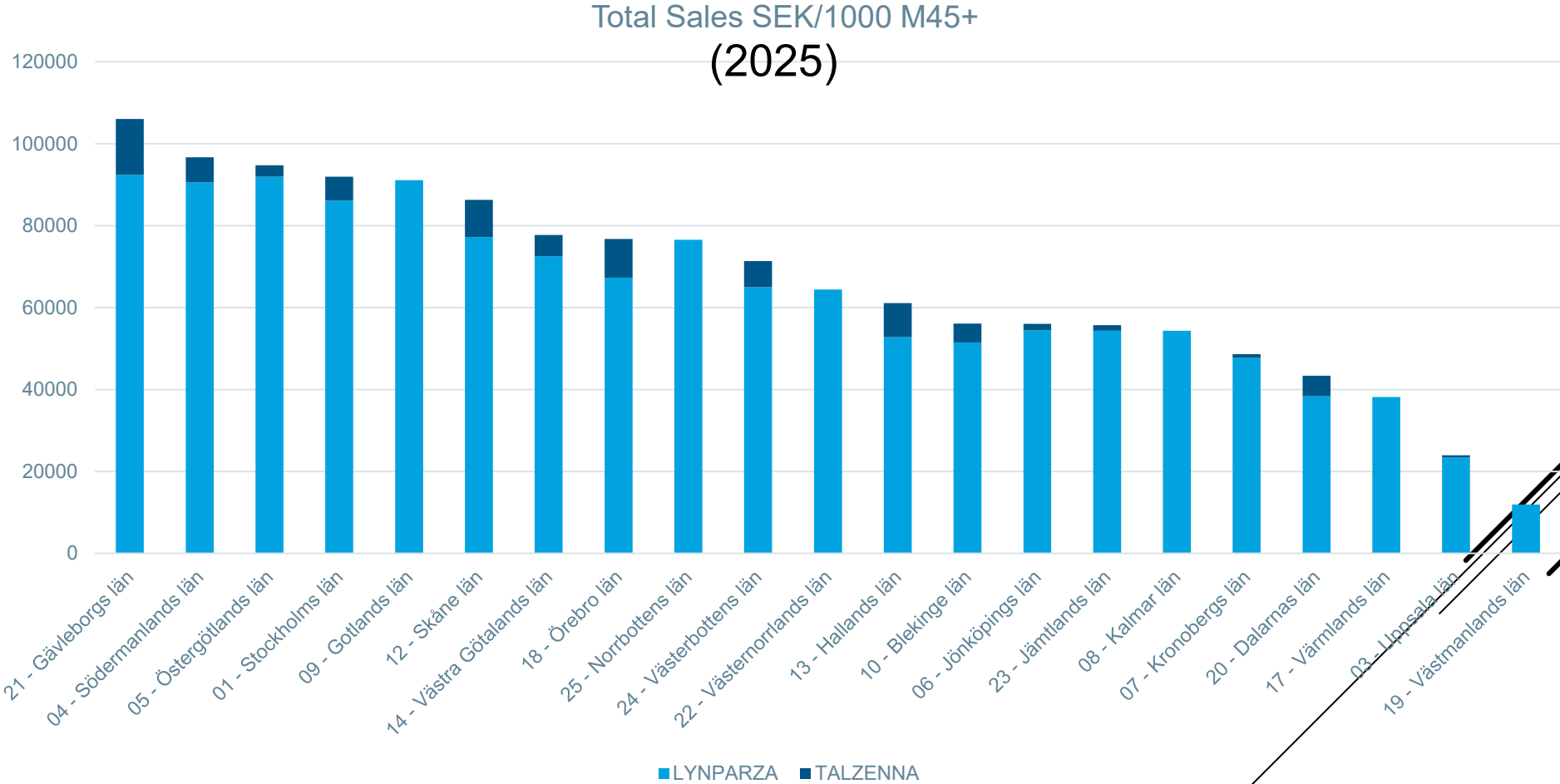
XTANDI, ZYTIGA & GENERIC ABIRATERONE M45+



ERLEADA, NUBEQA, XTANDI, ZYTIGA & GENERIC ABIRATERONE TOTAL USAGE



LYNPARZA & TALZENNA M45+



PARP-hämmare kräver gentestning innan användning

Det finns två godkända PARP-hämmare och ett på gång: Lynparza (olaparib), Talzenna (talazoparib) respektive Akeega (niraparib).

Innan dessa läkemedel får användas måste en gentest utföras för att konstatera om det finns mutation i BRCA1/2-generna. Enligt det nationella vårdprogrammet för prostatacancer kan upp till ett par tusen patienter per år vara aktuell för genetisk testning. Kring 10% av dem har en BRCA-mutation som motiverar behandling.

Gentestning för prostatacancer har ännu ej kommit igång runt om i landet. Det är därför av vikt att vi snarast tar kontakt med sjukvården (främst onkologin) för att få veta hur det är i de olika regionerna samt för att trycka på så att testningen görs. Nedan några frågor som kan ställas vid diskussion med sjukvården.

1. Vilka prostatacancerpatienter erbjuds idag gentest?
När görs testen och vilken metod används?
2. Kan de tester ni använder identifiera både nedärvda (germline) och förvärvade (somatiska) förändringar?
3. Kan vi vara säkra på att de patienter som har en BRCA-förändring i vår region hittas och får bästa möjliga behandling? Om ej, vad kan vi göra åt det?



NUMERA - MER BEHANDLING TIDIGT! TRIPPELBEHANDLING

För män vid för övrigt god hälsa och som har stor spridning

GnRH + Nya hormoner + cytostatika



Andel patienter som fått kastrationsbehandling samt ytterligare två läkemedel mot prostatacancer inom 6 månader efter diagnos

