

Vad går att bota? Måste man bli inkontinent?

Är kirurgi, strålning och övervakning lika effektivt vid lågrisk-prostatacancer? Blir alla som behandlas impotenta och inkontinenta? Sten Nilsson, överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset och professor emeritus i onkologi vid Karolinska Institutet, reder ut begreppen. Han tipsar även om en viktig studie samt slår hål på en seglivad myt.



Professor Sten Nilsson. Foto: Törsten Sundberg

Prostatacancer kan ha mycket låg risk, mellanrisk, högrisk samt mycket hög risk. Beroende på det stadium canceren befinner sig i finns olika behandlingsalternativ med varierande biverkningar. Eftersom patientens synpunkter ska vägas in är det bra med kunskap. Alla känner nog inte till att en prostatacancer är botbar så länge den är lokaliserad till prostatakörteln.

Den stora utmaningen ligger i behandling av spridd prostatacancer medan den lokaliserade går att bota. Berätta mer, Sten.

– Vid spridd prostatacancer får man leva med sin sjukdom och utnyttja de mediciner och behandlingar som hjälper till att bromsa sjukdomsförloppet. Men om sjukdomen upptäckts när den fortfarande är lokaliserad till prostata-

körteln kan man utnyttja något av de tre alternativen kirurgi, strålbehandling eller aktiv monitorering. Det sistnämnda utnyttjas ofta när prostatacancer har en ”snällare” karaktär, så kallad lågrisk eller mycket låg risk cancer. Man går då på enbart kontroller. Om tumören börja tillväxa lite snabbare, och om den ändrar karaktär till att bli aggressivare, får man ta ställning till botande behandling i form av kirurgi eller strålbehandling.

Om en patient verkligen vill bli kvitt sin prostatacancer, trots att den bedöms vara av den snällare varianten, kan han inte ändå få tumören borttagen?

– Jo, absolut. Det är viktigt att patienten får vara med och resonera om för- och nackdelar, effekter och möjliga bieffekter av kurativt syftande behandling. Det är min uppfattning att flertalet patienter väljer att enbart kontrolleras i dessa fall och därmed vänta med botande behandling tills när, och om, sådan bedöms nödvändig.

Hur är det i de fall prostatacancer behöver botande behandling redan från början?

– Valet av behandling står då mellan strålbehandling och kirurgi. Om prostatacancer bedöms som högrisk eller mycket hög risk och lokalt avancerad ges strålbehandlingen i kombination med endokrin (hormonhämmande/blockerande) behandling. Om tumören har en begränsad utbred-

ning i prostatakörteln bedöms strålbehandling och kirurgi vara likvärdiga.

Det var en bra sammanfattning av ytterligheterna dels mycket låg/lågrisk prostatacancer och dels högrisk/Mycket hög risk. Hur är det med prostatacancer som ligger mitt emellan?

– Även om det låter konstigt, så är de tumörerna kanske ”enklast” att handlägga, åtminstone för behandlande läkare. Samtidigt ger de som är ”mitt emellan” mest huvudbry för den enskilde. Man kan säga att de två behandlingsalternativen, alltså strålbehandling och kirurgi, är väsentligen likvärdiga. I och för sig så har det under alla år som behandlingarna givits inte gjorts några jämförande studier, förutom en som jag strax ska återkomma om. Anledningen till att man inte kommit till skott under de senaste 30 åren med att ”lotta” patienter mellan strålbehandling och kirurgi kan te sig lite konstigt. Det vi dock vet är att bägge teknikerna har genomgått en enorm utveckling både i radikalitet och i reduktion av risken för bieffekter. Patienten som har diagnostiserats med en mellanrisk prostatacancer har den delikata uppgiften att själv välja behandlingsmetod, det vill säga strålbehandling eller kirurgi.

Hur ska en person som nu plötsligt blivit patient kunna välja behandling? Han har kanske inte tagit reda på vad denna sjukdom

innebär. Och än mindre de olika behandlingsmetodernas för- och nackdelar.

– Jag håller med om att de flesta tycker detta är problematiskt vilket förstås ger upphov till en hel del villrådighet. Oftast kan man upplysa patienten om att det inte är någon överhängande brådska att fatta beslut om behandlingsväg. Det viktiga är att ta sig tid att fundera. Numera har många sjukhus inrättat prostatamottagningar med både kirurg och onkolog. Där kan man som patient få information om båda behandlingsmetoderna på en och samma gång. I de fall sådan gemensam mottagning inte finns tycker jag det är viktigt att patienten ber att få en så kallad second opinion. Eftersom samtliga patienter får diagnosen ställd av kirurg så är det till en onkolog remissen för second opinion ska ställas.

Prostatacancer är ju en relativt vanlig sjukdom och många i ens omgivning har kanske möjlighet att ge goda råd. De flesta har ju någon familjemedlem, släkting, arbetskollega eller granne som fått behandling. Vad tror du om det?

– Det kan vara en utmärkt idé. Men i samma andetag vill jag uppmana till försiktighet att ta emot ”alltför mycket” råd från omgivningen. Varför? Jo, för att över huvud taget kunna ge ett råd måste man åtminstone ha tillgång till fakta som tumörens storlek/utbredning, Gleasongradering, alltså mikroskopi, och PSA. I själva verket är det ännu fler data man behöver för att ge råd till den enskilde patienten. Plus att man bör vara specialiserad på behandling av prostatacancer. Däremot kan det vara bra att prata med någon eller några personer som redan genomgått dessa behandlingar.

Du nämnde att det finns en studie som ”lottat” patienter mellan kirurgi, strålning och aktiv monitorering av prostatacancer. Berätta!

– Ja, det stämmer. Det är den brittiska ProtecT-studien. Tio års uppföljnings-

data från den publicerades i två artiklar i samma nummer av tidskriften New England Journal of Medicine oktober 2016. Den första artikeln avhandlar behandlingsutfallet och den andra artikeln avhandlar bieffekter och livskvalitet. Flertalet av de patienter som deltog i studien hade den ”snällare” typen av prostatacancer. De 1 643 patienter som deltog i studien randomiserades, lottades, till aktiv monitorering (545), kirurgi (553) eller strålbehandling (545). Utfallet visar att den tioårs-specifika överlevnaden i de tre grupperna var över 98,8 procent. I jämförelse med kirurgi och strålbehandling utvecklade dubbelt så många sjukdomsprogress och metastasering bland de patienter som lottades till aktiv monitorering. Men de absoluta talen var små och påverkade som sagt inte den tioårs-specifika överlevnaden.

Vad tyckte patienterna om biverkningarna?

– Patienterna fick svara på en stor mängd frågor. Överraskande såg man inga skillnader avseende psykisk och fysisk hälsa mellan de tre behandlingsalternativen. Vattenkastningsbesvären var över huvud taget måttliga, om än något mer uttalade vid kirurgi där man kunde ha behov av något droppskydd per dag. Inverkan av vattenkastningsbesvär på livskvaliteten var påfallande liten och skiljde sig inte i stort från de icke-behandlade, det vill säga aktiv monitorerings-patienterna. Erektionsförmågan var över tid något mer uttalad för kirurgipatienterna men i jämförelse med de icke-behandlade, alltså aktiv monitorerings-patienterna, var skillnaden inte så stor. Vad beträffar besvär från ändtarmen var dessa påfallande ringa och skiljde sig inte i stort mellan de tre behandlingsalternativen under uppföljningsperioden på tio år. Jag tycker att man som patient ska få tillgång till de två artiklarna från ProtecT-studien, eller i alla fall få dem muntligen belysta. Artiklarna är de enda vi kan stödja oss på med vetenskap som grund.

I så gott som alla artiklar om prostatacancer läser man att ”alla män som behandlas för prostatacancer blir impotenta och inkontinenta”. Stämmer alltså inte det?

– Nej, verkligen inte! Inte om man använder ordet ”alla”. Det är mest ett påstående som myntats och som håller sig envist kvar. Jag vet sannerligen inte varför. Den enda vetenskapliga studien vi kan luta oss mot med stor säkerhet, och som visar att detta inte är korrekt, är den nämnda ProtecT-studien där man ju jämför strålbehandlings- och kirurgipatienter med patienter som inte fått behandling.

Så patienter med lokaliserad, icke-spridd prostatacancer, kan botas från sin sjukdom?

– Ja! Det enda som kan gäcka oss är om cancer redan vid upptäckt hunnit tappa ifrån sig enstaka celler som slagit sig ned på annat ställe i kroppen och som vi med dagens metoder inte kan se. Men radikalbehandling av primärtumören är mycket framgångsrik med dagens tekniker.

En sista fråga. Hur bråttom är det att ta beslut om behandling?

– Det är en bra och viktig fråga. Om man får beskedet att man har en lågrisk- eller mycket låg risk prostatacancer så är det inte alls brådska. Rekommendationen blir nästan alltid att man bara ska kontrolleras. Men om man uppenbarligen har en högrisk- eller mycket hög risk prostatacancer ska man påbörja behandling snarast. Har man däremot en intermediär risk cancer behöver man inte ha alltför bråttom med att fatta beslut om behandlingsval. Man ska be att ens fru eller partner får vara med på ett extrabesök och man ska be om remiss för second opinion, såvida inte urolog och onkolog har ”gemensam prostatamottagning”. Det får gärna gå ett antal veckor innan man bestämmer sig.

PROFESSOR STEN NILSSON
i samtal med Prostatanytt
redaktör Torsten Sundberg