

Anders Nystrand leg.läkare, medicinsk journalist och Fredrik Sandin, Ola Bratt och Pär Stattin  
för styrgruppen för NPCR

## Aktiv monitorering och robotkirurgi allt vanligare vid prostatacancer

**Allt fler män med prostatacancer följs med aktiv monitorering. Det innebär att prostatacancer följs regelbundet och att behandling sätts in först vid tecken på att sjukdomen aktiveras. Den behandlingsstrategin är lämplig vid lågriskcancer. Bland män som opereras för prostatacancer blir robotassisterad laparoskopisk radikal prostatektomi (RALP), så kallad robotkirurgi, allt vanligare.**

Det framgår av Nationella prostatacancerregistrets, NPCR:s, årsrapport för 2012 års diagnoser. I NPCR registreras ett antal kvalitetsindikatorer för diagnos, behandling och uppföljning av patienter med prostatacancer. Tack vare dessa data kan man jämföra hur prostatacancer vården fungerar i olika delar av landet.

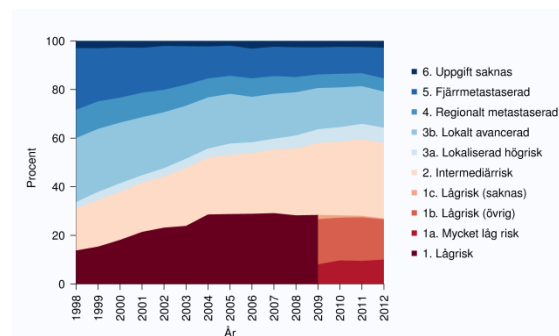
Sedan oktober 2013 kan användare se sina inrapporterade uppgifter på nätet i realtid och direkt jämföra den egna kliniken med alla landsting och riksgenomsnittet. Detta kommer förhoppningsvis att stimulera till snabbare inrapportering till NPCR. Det kan i sin tur bidra till att skillnader mellan olika sjukhus minskar så att utredning, behandling och uppföljning av män med prostatacancer utformas mer enhetligt i landet.

### Färre män diagnostiseras med prostatacancer

De senaste åren har antalet prostatacancerdiagnoser minskat något. Eftersom prostatacancer ofta upptäcks med hjälp av blodprovet PSA bland män som inte har symtom beror antalet diagnostiserade fall till stor del på hur många män som tar PSA-prov.

För att beskriva hur allvarlig prostatacancer är används sju riskgrupper som baseras på cancers lokala utbredning och mikroskopiska utseende, PSA-värdet och eventuell förekomst av metastaser. I **Figur 1** redovisas dessa

riskkategorier. Av de 8 719 män som diagnostiserades år 2012 hade 27 procent lågriskcancer och därmed mycket liten risk att dö av prostatacancer. Ungefär en tredjedel hade cancer där risken bedömdes som medelhög, och cirka en femtedel hade högriskcancer utan känd spridning. Sammanlagt 18 procent hade vid diagnostillfället spridd cancer (regionalt metastaserad eller fjärrmetastaserad).



Definitioner av riskkategorier, baserat på klinisk bedömning, dvs. palpation av prostata, tumördifferentiering enligt Gleason i biopsier, samt PSA-nivå vid diagnos.

<b>1. Lågrisk</b> T1-2, Gleasonsumma 6 eller lägre och PSA < 10 µg/L.
<b>1a. Mycket låg risk</b> T1c, PSA < 10 µg/L, Gleasonsumma 6 eller lägre, ej mer än 2 biopsier med cancer, total cancerlängd i biopsier < 4mm.
<b>1b. Lågrisk (övrig)</b> Lågrisk som ej kategoriseras till 1a.
<b>1c. Lågrisk (saknas)</b> Uppgifter saknas för kategorisering av lågrisk enligt 1a/b.
<b>2. Intermediärisk</b> T1-2, Gleasonsumma 7 och/eller 10 ≤ PSA < 20 µg/L.
<b>3a. Lokaliserad högrisk</b> T1-2 och Gleasonsumma 8-10.
<b>3b. Lokalt avancerad</b> T3 och/eller 20 ≤ PSA < 50 µg/L.
<b>4. Regionalt metastaserad</b> T4 och/eller N1 och/eller 50 ≤ PSA < 100 µg/L, avsaknad av fjärrmetastaser (M0 eller MX).
<b>5. Fjärrmetastaserad</b> M1, skelettundersökning visar tecken till metastaser, och/eller PSA ≥ 100 µg/L.
<b>6. Uppgift saknas</b> Saknar uppgifter för kategorisering enligt ovan.

**Figur 1.** Fördelning av riskkategorier 1998-2012

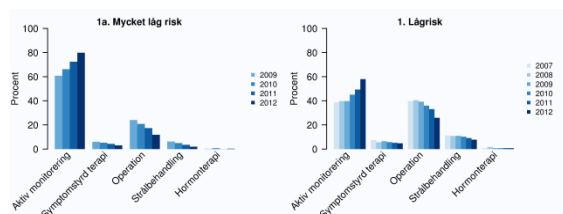
### Aktiv monitorering allt vanligare

Alla män med lågriskcancer ska inte behandlas, eftersom risken för att cancer ska bli livshotande inom det närmaste årtiondet är mycket liten och såväl operation som strålbehandling medför biverkningar. Det blir därför allt vanligare att män med lågriskcancer följs med så kallad aktiv monitorering. Det innebär att PSA-värdet kontrolleras regelbundet och att nya vävnadsprover (biopsier) av prostata tas ungefär vartannat år.

Om man ser tecken till att tillväxer snabbare än förväntat eller man hittar mer aggressiv cancer i vävnadsproven, blir mannen opererad eller strålad. Av de män som startar aktiv monitorering är det ungefär en tredjedel som till slut opereras eller strålas.

I gruppen lågriskcancer finns en undergrupp där proverna från prostata innehåller minimalt med cancer, som kallas "mycket låg risk". I de nya riktlinjerna för prostatacancersjukvård från Socialstyrelsen slår man fast att prostatacancer med mycket låg risk ska följas med aktiv monitorering och att strålbehandling eller operation (prostatektomi) i princip inte är aktuell direkt efter diagnos. Även för övrig lågriskcancer är aktiv monitorering huvudalternativet, men då kan operation eller strålbehandling vara aktuella till exempel vid utbredd tumör i prostataprover, i synnerhet hos män med lång förväntad livstid.

I Sverige följs cirka hälften av alla män under 75 år som har lågriskcancer med aktiv monitorering (**Figur 2**). Sedan år 2011 pågår en randomiserad studie, SAMS, Studie om aktiv monitorering i Sverige. Hälften av männen följs enligt gängse rutin med PSA-prov och vävnadsprov vartannat år. Den andra hälften genomgår en ny och utvidgad vävnadsprovtagning direkt efter diagnos och följs därefter utan ytterligare biopsier.



**Figur 2.** Primärbehandling av låg risk prostatacancer bland män under 75 år

Studiens huvudsyfte är att öka kunskapen om hur aktiv monitorering bäst ska genomföras. För närvarande finns mycket stora skillnader när det gäller hur aktiv monitorering används. För män under 65 år med lågriskcancer varierade andelen som år 2012 fick aktiv monitorering från cirka 10 till 90 procent mellan olika sjukhus. Förhoppningsvis kan resultaten från SAMS bidra till att uppföljning och start av aktiv behandling blir mer likartad i landet.

### Robotkirurgi dominerande operationsteknik

Robotassisterad laparoskopisk radikal prostatektomi, RALP, är en vidareutveckling av den "titthålskirurgi" som länge använts vid andra bukoperationer. Sex små snitt görs i bukväggen. I ett av snitten förs en kamera in. Kirurgen ser en förstorad, tredimensionell bild av operationsområdet. Med sina fingrar och fötter manövrerar kirurgen roboten som överför rörelserna till operationsinstrumenten. Eventuella skakningar elimineras.

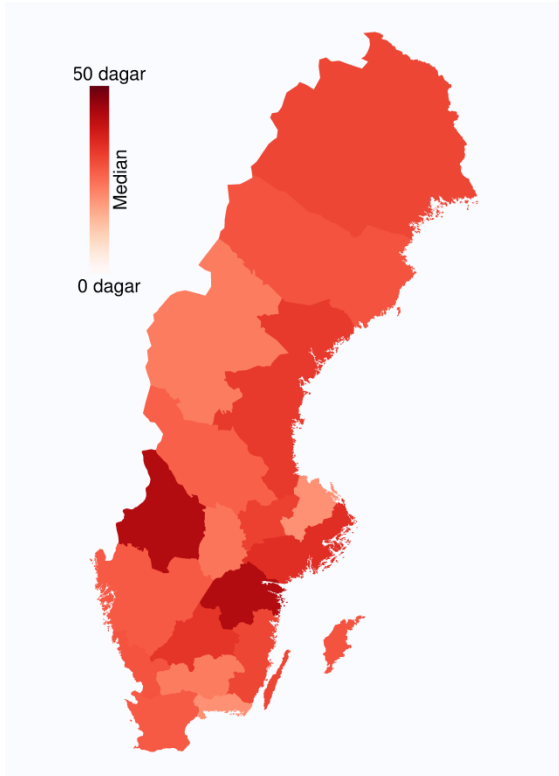
År 2012 utfördes drygt hälften av alla prostatektomier i Sverige med RALP (1347 av 2321, 58 % av de som registrerades i NPCR). Av robotingreppen utfördes cirka tre fjärdedelar på fyra stora sjukhus i Stockholm, Malmö, Göteborg och Linköping. Många sjukhus har införskaffat robot de senaste åren och tekniken fanns år 2012 vid 15 sjukhus i landet. Under år 2013 skaffade ytterligare ett antal sjukhus sådan robot.

### Väntetiderna fortfarande alltför långa

Långa väntetider är ett problem för många män med prostatacancer, och ingen större förbättring har skett under de senaste åren. Väntetiden från prostatabiopsi till cancerbeskedet var oförändrat lång, i genomsnitt 28 dagar för hela riket. Medianväntetiden mellan olika landsting varierade från 19 dagar till 42 dagar (**Figur 3**). Väntetiden mellan biopsi och cancerbesked är den psykologiskt mest pressande. Därför har styrgruppen för NPCR satt som mål att väntetiden ska vara maximalt 18 dagar, vilket alltså ännu inget landsting uppnått.

Däremot skedde under år 2012 en viss förbättring för väntetiden från behandlingsbeslut till operation. Medianväntetiden för prostatektomi var för hela riket 45 dagar,

vilket är 6 dagar mindre jämfört med år 2011. Mellan olika sjukhus varierade medianväntetiden från 21 till 71 dagar. Ur medicinsk synvinkel är det sällan brådskande med operation vid prostatacancer, men en så lång väntetid är psykologiskt påfrestande. Den är till exempel mer än dubbelt så lång som motsvarande väntetid för kvinnor med bröstcancer.



**Figur 3.** Antal dagar mellan biopsi och PAD-besked till mannen, per landsting 2012

För män med lokalt avancerad prostatacancer är strålterapi vanligast och ska föregås av hormonbehandling i tre månader. I sådana fall är det ofta viktigt ur cancersynpunkt att snabbt påbörja behandlingen. Medeltiden mellan PAD-besked och uttag av recept för hormonbehandling var för dessa män 51 dagar år 2011 (enligt data för receptuttag i Läkemedelsregistret).

Sammanfattningsvis visar data i NPCR att prostatacancersjukvården i Sverige successivt förbättras men att det ännu finns stora skillnader mellan olika vårdgivare.

Om du vill veta mer kan du läsa årsrapporten för NPCR gällande 2012 års diagnoser på [www.npcr.se/rapporter](http://www.npcr.se/rapporter).



REGIONALT  
CANCERCENTRUM  
UPPSALA ÖREBRO

**Postadress:**  
Regionalt cancercentrum Uppsala Örebro  
Akademiska sjukhuset  
SE-751 83 Uppsala

**Besöksadress:**  
Dag Hammarskjölds väg 54 A  
751 83 Uppsala

Tel. 15 19 10  
Fax: 018- 71 14 45  
<http://www.rcc uppsalaorebro.se>