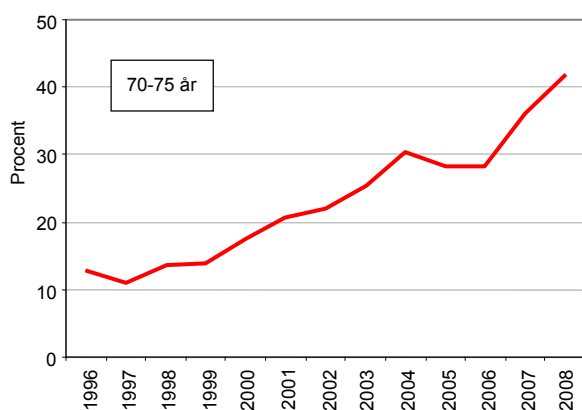


En analys från Nationella Prostatacancerregistret (NPCR) visar ökad behandlingsintensitet hos äldre patienter med högrisktumörer

Ola Bratt, Anders Berglund, Jan Adolfsson, Pär Stattin

Fram till slutet av 1990-talet var det mycket få män över 70 års ålder som erbjöds botande behandling för prostatacancer. År 2008 fick mer än en tredjedel av patienterna mellan 70 och 75 års ålder med en högrisktumör utan spridning till skelettet (definierad som T3 och/eller Gleason 8-10 och/eller PSA > 20 µg/l) sådan behandling, enligt en analys från Nationella Prostatacancerregistret (NPCR) (Figur 1). Vad ligger bakom denna förändring?



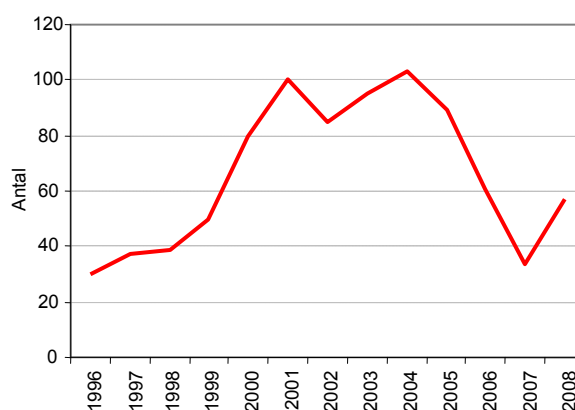
Figur 1. Andel patienter med icke metastaserad högrisk prostatacancer som fick kurativt syftande behandling i Sverige 1996 - 2008. Data från NPCR.

En orsak är ökad differentiering av behandlingen. Vi ger nu mer behandling till män med högrisktumörer och mindre till män med lågrisktumörer än tidigare. Vid högrisktumörer är standardbehandlingen idag en kombination av hormon- och strålbehandling, men operation med postoperativ strålbehandling är ett alternativ. Båda kombinationerna har gett förlängd överlevnad i randomiserade studier. Tekniska förbättringar av behandlingarna har dessutom lett till ökad chans för bot med lägre risk för biverkningar. Detta gäller i synnerhet strålbehandling.

Ytterligare en faktor av betydelse är att män lever allt längre. En sjuttioårig man har idag lika lång genomsnittlig återstående livslängd som en 65-åring år 1990. I den skandinaviska studien SPCG-7/SFUO-3 var överlevnadsvinsten lika stor för patienter över som under 67 år för strålbehandling som tillägg till hormonbehandling för högrisktumörer.

Under de senaste åren har det visat sig att hormonbehandling gör mer skada än nytta vid lokaliserad prostatacancer. Detta gäller både behandlingar som helt eliminerar produktionen av manligt könshormon och sådana som blockerar receptorer för könshormonerna. Anledningen är bland annat ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar. Riskökningen är liten, men eftersom även risken för att en lokaliserad prostatacancer ska bli dödlig inom 10 års tid är liten, är den kardiovaskulära risken ändå betydelsefull. Andra biverkningar av hormonbehandling kan ge försämrad livskvalitet för dessa män, som ju vanligen inte har några symptom av sin prostatacancer. Följaktligen ska hormonbehandling inte ges vid lokaliserad prostatacancer enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

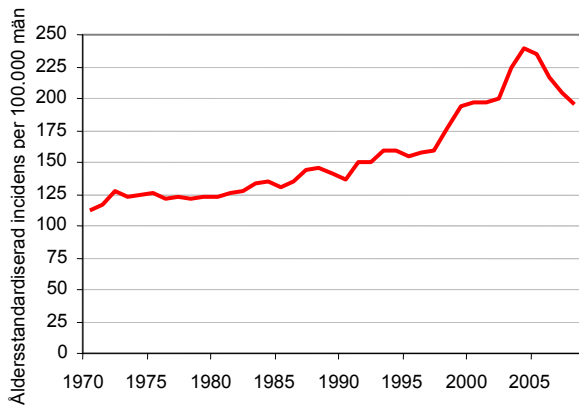
Antalet svenska män med lågrisk prostatacancer (definierad som T1-2, Gleason-summa ≤ 6 och PSA < 10 µg/l) som fick primär hormonell behandling ökade fram till år 2004 (Figur 2). Därefter är trenden klart minskande, vilket torde kunna avspegla den ökande kunskapen om de negativa effekterna av hormonbehandling.



Figur 2. Antal patienter med lågrisk prostatacancer som fick primär hormonell behandling i Sverige 1996 - 2008. Data från NPCR.

Det totala nyinsjuknandet i prostatacancer har fortsatt att minska något efter toppen år 2004 (Figur 3). Utvecklingen i Sverige blir därmed allt mer lik den som redovisats från USA, men med toppen ett decennium senare. I USA blev PSA-testning av symptomfria män mycket vanlig redan

under 1990-talet, medan detta blev vanligt i Sverige först under 2000-talet.



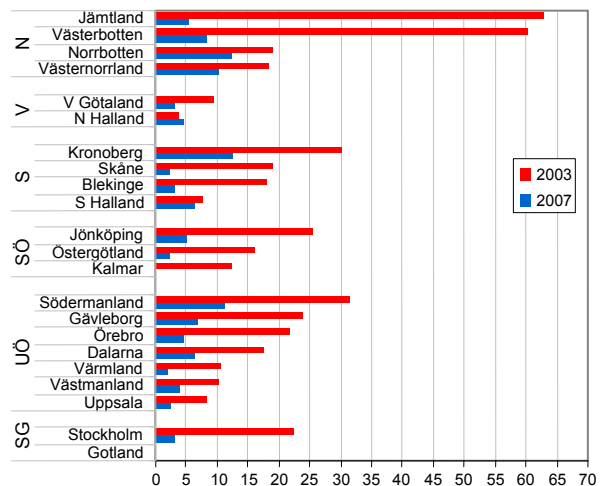
Figur 3. Incidens av prostatacancer i Sverige, 1970-2008. Cancerstatistik Socialstyrelsen.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer definieras ett antal kvalitetsindikatorer för prostatacancer-sjukvården. Underlag för flera av dem kan hämtas genom NPCR. En indikator är hur stor andel av patienter med lågrisktumör som genomgår utredning för skelettmetastaser. I frånvaro av skelettsymtom ska utredning inte göras och sjukdomen därför klassificeras som Mx. Uppskattad målnivå är sammanlagt under 5% M0 och M1. Som framgår av Figur 4 skedde det en dramatisk förbättring mellan åren 2003 och 2007.

Sedan år 2007 sker inom NPCR en utökad registrering av sjukdomskaraktäristika vid diagnos, tekniska detaljer för och biverkningar efter operationer och strålbehandlingar, samt en femårsuppföljning vid organbegränsad prostatacancer. Vi räknar med att inom några år kunna redovisa data ur NPCR som på ett tydligare sätt än tidigare kan avspegla kvaliteten i prostatacancersjukvården.

Ett ökande antal forskningsprojekt har baserats på uppgifter från NPCR. År 2008 förbättrades möjligheterna att använda NPCR för forskning

när projektet PCBaSe påbörjades. I PCBaSe har NPCR samkörts med andra svenska sjukvårdsregister, bland annat Dödsorsaksregistret, Flergenerationsregistret, Patientregistret och Apotekens läkemedelsförskrivningsregister (Hagel et al., Scand J Urol Nephrol 2009).



Figur 4. Andel fall (%) med ytterst liten risk för skelettmetastaser för vilka stadium M0 eller M1 registrerades i NPCR åren 2003 och 2007, uppdelat på landsting. (Urval: T1-2, PSA ≤ 10 µg/l, Gleasonsumma ≤ 6, N0/Nx).

Den första studien från PCBaSe visad att risken för självmord var ökad bland män som fått prostatacancerdiagnos i allmänhet, men inte bland de män som diagnostiserats efter hälsokontroll (Bill-Axelson et al., Eur Urol 2010).

PCBaSe är en plattform för registerbaserad prostatacancerforskning och forskare som vill använda PCBaSe kan kontakta dess styrgrupp.

En rapport från Nationella Prostatacancerregistret över 2008 års data publiceras i februari 2010 på ROC:s hemsida, www.roc.se.



Postadress:
Regionalt Onkologiskt Centrum
Akademiska sjukhuset
S-751 85 UPPSALA

Besöksadress:
Dag Hammarskjölds väg 54 A
751 83 Uppsala

Tel: 018 - 15 19 10
Fax: 018 - 71 14 45
http://www.roc.se