

## Nya siffror från Nationella Prostatacancerregistret (NPCR) – Allt färre män med prostatacancer har spridd sjukdom vid upptäckten

Pär Stattin, ordförande i styrgruppen för NPCR, Anders Nystrand, leg läk, medicinsk journalist, Fredrik Sandin, biostatistiker, ROC i Uppsala-Örebroregionen, för styrgruppen för NPCR

**Allt fler fall av prostatacancer upptäcks hos män som inte har några symtom. Det beror på att det sedan slutet på 90-talet blivit vanligare att man vid hälsokontroller mäter halten av prostata-specifikt antigen, PSA, för att upptäcka sjukdomen. Samtidigt har också allt färre män med prostatacancer spridd sjukdom (metastaser) vid upptäckten. Men trots detta har dödligheten i prostatacancer varit i stort sett oförändrad sedan 1970-talet.**

Detta framgår av Nationella Prostatacancerregistrets, NPCR:s, årsrapport för 2009. Sedan år 1998 registreras i NPCR nya fall av prostatacancer från landets alla sex sjukvårdsregioner och täckningsgraden är mer än 97 procent jämfört med Cancerregistret, till vilket registreringen är lagstadgad.

I NPCR registreras ett antal kvalitetsindikatorer avseende diagnos, behandling och uppföljning av patienter med prostatacancer. Tack vare dessa data, sammanställda i tabeller och diagram, kan man jämföra hur prostatacancervården fungerar i olika delar av landet. I årsrapporten för 2009 redovisar vi nu för första gången data för enskilda sjukhus/vårdgivare, och vi har även infört en längre kommenterande text.

### Räddas fler liv genom tidigare upptäckt?

År 2009 diagnostiserades i vårt land för första gången fler än tiotusen fall av prostatacancer, närmare bestämt 10 404 fall. Det är en mycket kraftig ökning sedan 1998, då 6 120 fall diagnostiserades. Ökningen beror främst på att allt fler män genomgår PSA-testning för att i tidigt skede upptäcka eventuell prostatacancer.

Eftersom prostatacancer framför allt drabbar äldre män och i många fall är en ganska "snäll" cancerform har den ökade PSA-testningen varit omdebatterad. Leder den till överbehandling, det vill säga till att många fall av prostatacancer diagnostiseras och behandlas hos män som under sin återstående livstid inte skulle ha fått några större besvär av sin prostatacancer och som skulle ha avlidit av andra orsaker? Eller medför den tidiga upptäckten att fler liv kan räddas? Är svaret kanske ja på båda dessa frågor?

### Störst ökning av lågrisktumörer

Data i NPCR visar att andelen män som inte hade symtom vid diagnosen har ökat kraftigt under de

senaste åren, från 28 procent år 2004 till 42 procent år 2009. Den största ökningen gäller lågrisktumörer, dvs tumörer som är mindre elakartade och där risken att avlida av sjukdomen under de kommande femton åren är liten, cirka 7 procent. År 1998 var andelen män som hade lågrisktumörer vid diagnosen 14 procent (831 av totalt 6 120 män). Denna andel hade år 2009 fördubblats till 28 procent (2 948 av totalt 10 404 män).

Samtidigt minskade, glädjande nog, andelen män där sjukdomen hade spridit sig och bildat metastaser när diagnosen ställdes. År 1998 hade 36 procent av männen (2180 av totalt 6 120 män) metastaser när sjukdomen upptäcktes. Denna andel hade år 2009 sjunkit till 16 procent (1 688 av totalt 10 404 män).

Men trots denna minskning är det fortfarande ungefär lika många män i Sverige som avlider på grund av prostatacancer, cirka 2 300 män årligen. Hittills har alltså inte tidigare upptäckt och behandling lett till minskad total dödlighet i prostatacancer i Sverige.

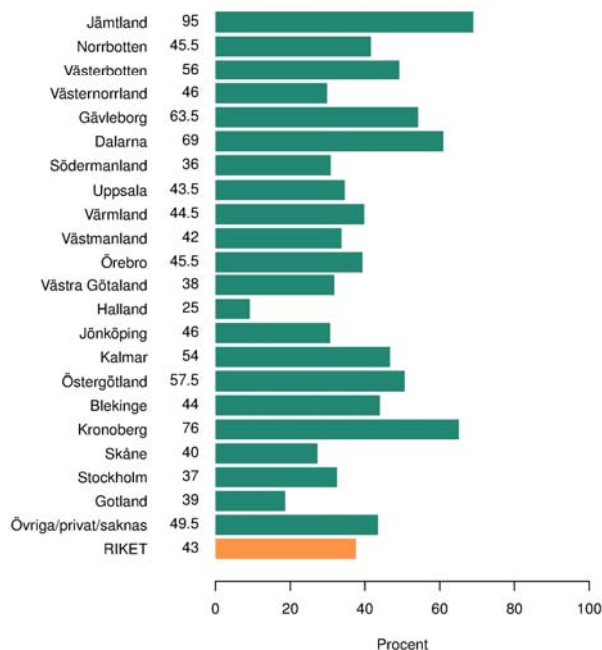
### Alltför långa väntetider

Siffrorna från NPCR visar att väntetiderna för utredning och behandling av prostatacancer är anmärkningsvärt långa i vissa delar av landet. I årsrapporten för 2009 redovisar vi för första gången väntetiden mellan datum för utfärdande av remiss på grund av misstanke om prostatacancer och datum för första besök på specialistmottagning.

I genomsnitt fick 38 procent av alla patienter med misstänkt prostatacancer vänta i mer än åtta veckor på sitt första besök på urologmottagning. Medianvärdet för väntetiden i landet som helhet var 43 dagar. Men spridningen var stor mellan de olika landstingen och varierade från 25 dagar i Halland till 95 dagar i Jämtland (Se Figur 1).

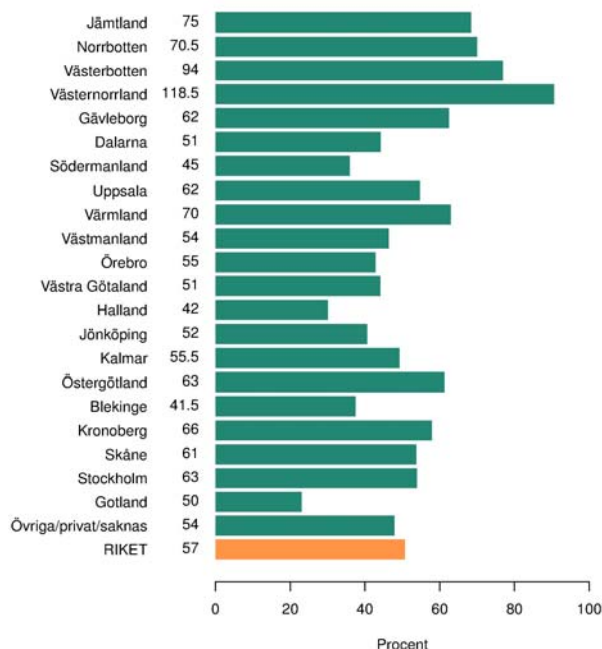
Väntetiden från provtagningsdatum (biopsi av prostata) till dess att patienten fick besked om vad provet visade var för hela landet i genomsnitt 29 dagar (medianväntetid).

Skillnaderna var också här stora mellan de olika landstingen, men eftersom denna variabel endast under en kortare tid har registrerats i NPCR kan man ännu inte dra några långtgående slutsatser av siffrorna.



**Figur 1.** Mediantid (dagar) samt andel patienter med mer än 8 veckor mellan utfärdande av remiss och första besök på specialistmottagning, per diagnostiserande landsting, 2009.

Även väntetiden från det att beslut om operation fattats till dess att operationen genomfördes var förhållandevis lång. För hela landet var medianväntetiden 57 dagar för samtliga patienter som behandlades med operation av prostata (radikal prostatektomi). Cirka hälften av dessa patienter fick vänta mer än åtta veckor på sin operation. Medianväntetiden var längst i Västernorrland (118 dagar) och kortast i Blekinge (41 dagar).



**Figur 2.** Mediantid (dagar) samt andel patienter med mer än 8 veckor mellan behandlingsbeslut och radikal prostatektomi, per opererande landsting, 2009.

Ur medicinsk, tumörbiologisk synvinkel är det sällan bråttom med operation vid prostatacancer, men vi anser ändå att dessa väntetider är för långa, inte minst för att de innebär psykiska påfrestningar för patienterna. En medianväntetid på

57 dagar till operation är också lång i jämförelse med väntetiderna för operation av flera andra typer av cancertumörer.

### Fler får kurativ behandling

I och med att allt fler fall av prostatacancer diagnostiseras i tidigt skede ökar också antalet män som får kurativ behandling, som alltså syftar till att bota sjukdomen. År 2009 opererades 2 707 män med radikal prostatektomi, som innebär att prostata tas bort. I ungefär hälften av fallen gjordes operationen med traditionell retropubisk teknik (öppen kirurgi), och hälften utfördes med robotassisterad laparoskopisk teknik. Antalet robotassisterade prostatektomier har ökat kraftigt under senare år, speciellt för yngre patienter, men det saknas ännu jämförande studier av de båda operationsteknikerna (en studie om detta pågår, LAPRO).

Ett alternativ till operation är strålbehandling, som också har ökat under senare år. År 2009 fick 1 686 män med prostatacancer strålbehandling i botande syfte. Olika former av strålbehandling används. Vanligast är yttre (extern) strålbehandling, som ges cirka 40 gånger under åtta veckor. Denna metod ges sedan år 2004 med större precision genom att man med ledning av ultraljud placerar tre guldmarkörer i prostata. Inre strålbehandling, så kallad brakyterapi, ges vid ett enda tillfälle och innebär att cirka 80 radioaktiva "frön" placeras i prostata. Vid sex centra i Sverige ges även en kombination av yttre och inre strålbehandling.

### Biverkningar av olika behandlingsmetoder

Sedan år 2008 registrerar vi i NPCR med hjälp av ett frågeformulär de biverkningar patienterna får av behandlingen, sk PROM (patient reported outcome measures). Vår enkät består av ett fyrtiotal frågor om framför allt vattenkastningsbesvär, sexualfunktion och tarmbesvär.

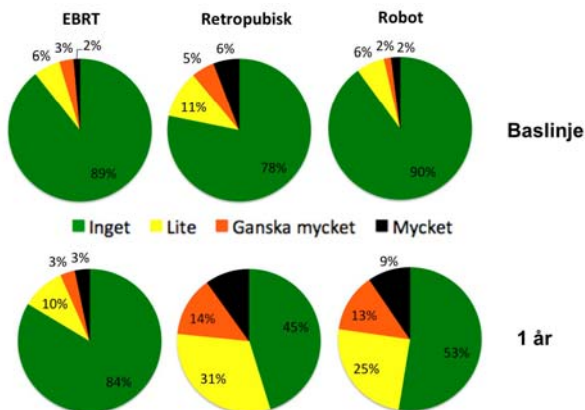
I årsrapporten för 2009 redovisar vi för första gången data från sådana PROM. Det gäller tre olika grupper, sammanlagt 1 377 patienter som genomgått robotassisterad eller retropubisk prostatektomi eller yttre (extern) strålbehandling. Medelåldern vid diagnos för de som opererades med robotassisterad eller suprapubisk teknik var 63 respektive 64 år, och medelåldern i den grupp som strålbehandlades var 68 år.

### Urinläckage och erektionssvårigheter

Urinläckage (inkontinens) och oförmåga att få stånd (erektil dysfunktion) är de vanligaste allvarliga biverkningarna efter prostatektomi. Bland de patienter som fick yttre strålbehandling ökade inte besvären med urinläckage nämnvärt enligt vår PROM-undersökning; två procent hade mycket besvär före behandlingen och tre procent ett år efter behandlingen.

Besvären ökade betydligt mer bland män som opererades. I gruppen som opererades med ro-

botassisterad teknik hade två procent av patienterna mycket urinläckage före men nio procent ett år efter operationen. Motsvarande siffror för de som opererades med retropubisk teknik var sex procent före och tio procent ett år efter operationen. Även andelen patienter med lite eller ganska mycket besvär med urinläckage ökade i de opererade grupperna.

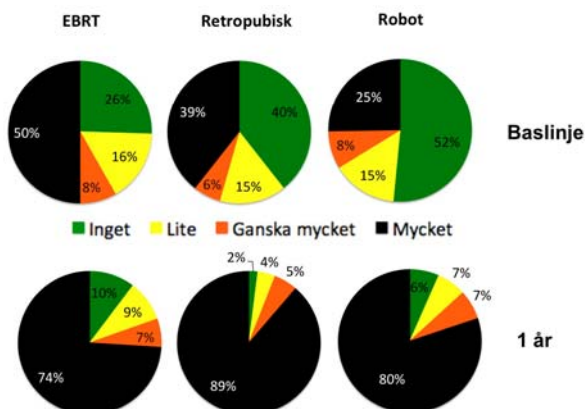


**Figur 3.** Graden av ansträngningsinkontinens före behandling (baslinjeundersökning) och ett år efter behandling.

Även erektil dysfunktion, oförmåga att få stånd, ökade mer bland de som opererades än bland de som fick extern strålbehandling. Medelåldern i den strålbehandlade gruppen var fyra-fem år högre än i operationsgrupperna. Det är en förklaring till att erektionssvårigheter före behandlingen var vanligast i strålbehandlingsgruppen.

Men ett år efter operationen respektive strålbehandlingen var erektionssvårigheter störst i operationsgrupperna.

Bland de som opererades med robotassisterad teknik ökade andelen patienter med svår erektil dysfunktion från 25 procent före operationen till 80 procent ett år efter operationen. Motsvarande siffror för den grupp som opererades med retropubisk teknik var 39 procent före och 89 procent ett år efter operationen. Det ska jämföras med strålbehandlingsgruppen, där 50 procent hade stora erektionssvårigheter före och 74 procent efter behandlingen.



**Figur 4.** Graden av erektil dysfunktion (ED) före behandling (baslinjeundersökning) och ett år efter behandling.

Ökade tarmbesvär var däremot, som förväntat, betydligt vanligare bland de som fick strålbehandling. Före strålbehandlingen var det 7 procent som hade lätta tarmbesvär, men ett år efter behandlingen hade denna andel ökat till 26 procent. Tre procent hade fått ganska mycket tarmbesvär och en procent mycket tarmbesvär ett år efter strålbehandlingen. Motsvarande ökning av tarmbesvären sågs inte i operationsgrupperna.

### Val av behandling

Ett avsnitt av årsrapporten handlar om olika behandlingsstrategier, det vill säga vilken form av behandling som ska väljas. Prostatacancer kan ha mycket olika svårighetsgrad och varierande prognos, och många av patienterna insjuknar i hög ålder och har samtidigt flera andra sjukdomar. Valet av behandling är därför i många fall långt ifrån självklart och bestäms i det individuella fallet efter ingående diskussion mellan patient och behandlande läkare.

Generellt sett får allt fler män behandling i botande syfte, dvs operation eller strålbehandling. Men ibland kan det vara klokare att avstå från sådan förhållandevis "drastisk" behandling. Det gäller exempelvis om patienten har en så kallad lågrisktumör som innebär att sannolikheten att avlida i prostatacancer åtminstone inom de närmaste femton åren är mycket liten.

### Aktiv monitorering och symtomstyrd behandling

I sådana fall kan man istället ge någon form av konservativ behandling, antingen aktiv monitorering eller symtomstyrd terapi. Aktiv monitorering innebär att man inte ger någon aktiv behandling utan följer utvecklingen med regelbundna PSA-kontroller och tar nya biopsier av prostata ungefär vartannat år. Vid tecken på ökad sjukdomsaktivitet ger man kurativ behandling, det vill säga operation eller strålbehandling. Bland män under 75 år som har lågrisktumörer har andelen som följs med aktiv monitorering ökat under de senaste åren.

Andelen män med lågrisktumörer som behandlas med aktiv monitorering varierar kraftigt mellan olika landsting, från cirka 40 procent i Stockholm, Gotland, Kronoberg och Gävleborg till mer än 80 procent i Östergötland, Västerbotten och Norrbotten.

Symtomstyrd terapi innebär att man sätter in hormonbehandling som hämmar prostatacancerens tillväxt om patienten får symtom som tyder på att sjukdomsaktiviteten ökar. Hos män äldre än 75 år med lågrisktumörer har den symtomstyrda terapin ökat under senare år.

### Behandling av lokalt avancerad sjukdom

Vissa patienter har vid upptäckten en tumör som brutit igenom prostatakapseln och växer utanför prostatakörteln och har en aggressiv cellbild. Vid sådan prostatacancer kan man ge kurativt syf-

tande behandling med en kombination av förbehandling med hormoner (neoadjuvant GnRH-behandling) och därefter strålterapi. Ett alternativ, främst för patienter med kort förväntad överlevnad, är att enbart ge hormonbehandling.

Data från NPCR visar att behandlingen av lokalt avancerad prostatacancer varierar stort mellan olika landsting. Sannolikt sker det i vissa landsting en underbehandling av vissa patientgrupper under 75 år som har sådana tumörer. De flesta män över 75 år får enbart hormonterapi, men samtidigt tyder data på att det sker en underanvändning av en viss typ av hormonbehandling (antiandrogener) och en överanvändning av en annan typ (GnRH-analoger).

### Behandling av spridd sjukdom

Olika former av hormonbehandling ges också till prostatacancerpatienter vars tumörer har spridit sig och bildat metastaser (dottertumörer) i andra delar av kroppen, framför allt i skelettet. Då är kurativt syftande terapi inte meningsfull utan be-

handlingen måste inriktas på att bromsa cancertillväxten och hålla sjukdomen i schack så länge som möjligt.

Hormonbehandlingen kan ges i form av kastration, antingen som medicinsk kastration med GnRH-analog som depåspruta eller som kirurgisk kastration, som innebär bortoperation av testiklarna (ablatio testis). Hormonterapi kan också ges i form av blockad av androgenreceptorerna genom tablettbehandling med antiandrogener. Gemensamt för de olika hormonbehandlingarna är att de hämmar den stimulerande effekt som det manliga könshormonet, testosteron, har på prostatacancer cellerna.

Data från NPCR visar att andelen patienter som behandlas med de olika formerna av hormonbehandling varierar kraftigt mellan olika landsting. Det behöver dock inte innebära skillnader i vårdkvalitet, eftersom effekterna av exempelvis medicinsk och kirurgisk kastration anses likvärdiga.



**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**