

## Väntetiderna måste minska

### Årsrapport från Nationella prostatacancerregistret (NPCR)

Anders Nystrand, leg läkare och medicinsk journalist

Pär Stattin, Fredrik Sandin, Annette Wigertz, Ola Bratt, Jan-Erik Damber, Jan Adolfsson, Anders Widmark

**Väntetiderna för utredning och behandling av män med misstänkt eller diagnostiserad prostatacancer är överlag alltför långa i Sverige. En man som genomgår provtagning (biopsi) av prostata måste i genomsnitt vänta hela fyra veckor (28 dagar) på besked om han har prostatacancer eller inte. Målet nu är att minska denna väntetid till högst 18 dagar.**

Denna och andra målnivåer anges i Nationella prostatacancerregistrets, NPCR:s, nya årsrapport. I NPCR registreras sedan år 1998 nya fall av prostatacancer från landets alla sex sjukvårdsregioner. Registret drivs av landets urologer och regionernas cancercentra, och täckningsgraden är cirka 98 procent jämfört med Cancerregistret, till vilket registreringen är lagstadgad. I NPCR registreras ett antal kvalitetsindikatorer för diagnos, behandling och uppföljning av patienter med prostatacancer. Tack vare dessa data, sammanställda i tabeller och diagram, kan man jämföra hur prostatacancer vården fungerar i olika delar av landet.

#### Ökat antal lågrisktumörer diagnostiseras

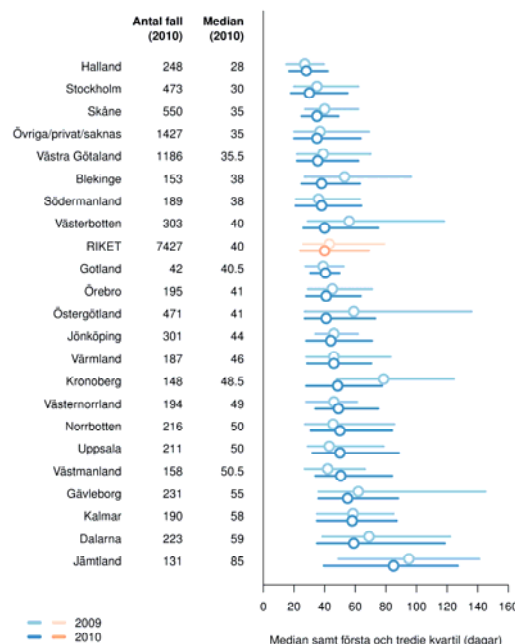
År 2010 fick 9 648 män diagnosen prostatacancer, dvs åtta procent färre än år 2009. Prostatacancer upptäcks ofta bland män som inte har några symtom men som ändå tagit PSA-prov i syfte att tidigt upptäcka eventuell sjukdom. Därför beror variationerna i antalet fall år från år delvis på hur många män som genomgår PSA-testning.

Tjugoåtta procent av de män som diagnostiserades hade lågrisktumörer, dvs små tumörer där risken att avlida av sjukdomen inom femton år är liten, cirka sju procent. Antalet lågrisktumörer som upptäcks har successivt ökat sedan år 1998, då andelen bara var hälften, 14 procent. Samtidigt har, glädjande nog, andelen män som vid diagnosen har metastaser (spridd sjukdom) kraftigt minskat, från 37 procent år 1998 till 17 procent år 2010.

#### Lång väntan på diagnos och operation

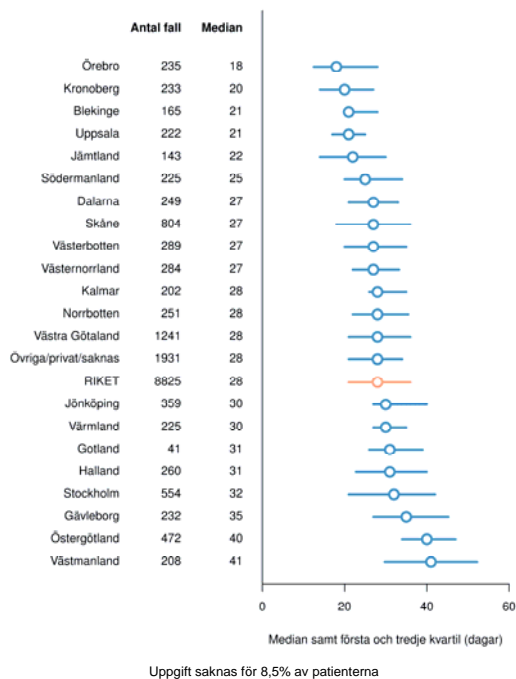
Även om det skett vissa förbättringar jämfört med år 2009 är väntetiderna för utredning och behandling av prostatacancer anmärkningsvärt

långa i vissa delar av landet. I föregående årsrapport redovisade vi för första gången väntetiden mellan datum för remiss på grund av misstanke om prostatacancer och datum för första besök på specialistmottagning. År 2009 var medianvärdet för väntetiden i hela landet 43 dagar. Den minskade något under år 2010, till 40 dagar men spridningen var stor mellan landstingen.



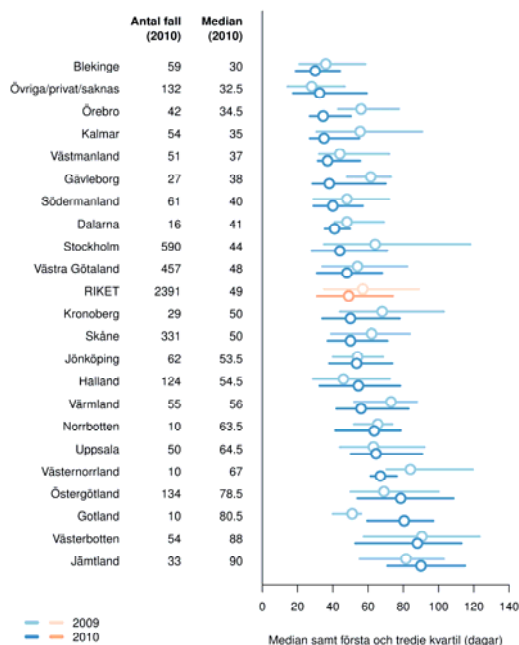
**Figur 1.** Antal dagar mellan utfärdande av remiss och första besök på specialistmottagning, per diagnostiserande landsting, 2009 och 2010. (Uppgift saknas för 7,3% av patienterna, 2010).

Vi har i år valt att fokusera på väntetiden från provtagningsdatum (biopsi av prostata) tills att patienten får besked om provsvar. Den väntetiden är den psykologiskt mest pressande för patienten. År 2010 var medianväntetiden för hela landet 28 dagar (jämfört med 29 dagar år 2009). I åtta landsting var medianväntetiden mer än fyra veckor, vilket är klart otillfredsställande. Nu sätter NPCR målnivån att patienten ska ha fått besked inom två veckor efter provtagningen. Patienten ska senast andra kalenderveckan efter biopsitagning ha fått svaret, vilket innebär maximalt 18 dagars väntetid (Figur 2).



**Figur 2.** Antal dagar mellan provtagning och PAD-besked till patient, per diagnostiserande landsting, 2010.

Väntetiden från det att beslut om operation fattats till dess att operationen genomfördes minskade något mellan 2009 och 2010. Medianvärdet var 57 dagar år 2009 och 49 dagar år 2010 och skillnaderna mellan landstingen var stora. Även om det ur medicinsk synvinkel mycket sällan är bråttom med operation av prostatacancer bedömer vi att en medianväntetid på 49 dagar är alltför lång. Exempelvis är motsvarande väntetid på operation mindre än hälften så lång, cirka 20 dagar, för kvinnor med bröstcancer.



**Figur 3.** Antal dagar mellan behandlingsbeslut och radikal prostatektomi, per opererande landsting, 2009 och 2010. (Uppgift saknas för 0,4% av patienterna, 2010).

## Under- och överanvändning av skelettscintigrafi

Avancerade former av prostatacancer kan sprida sig till skelettet och bilda metastaser i framför allt ryggkotorna. Med skelettscintigrafi, en undersökning som avbildar hela skelettet, kan sådana metastaser påvisas eller uteslutas. Nationella och internationella experter är eniga om att skelettscintigrafi bör erbjudas patienter med lokalt avancerad prostatacancer (dvs tumören växer utanför prostatakapseln) som är lågt differentierad (dvs tumören har ett aggressivt växtsätt) eller om PSA-värdet är över 20 µg/L.

Enligt NPCR:s siffror från år 2010 undersöks alltför få patienter som har lokalt avancerad prostatacancer med skelettscintigrafi. Av män under 75 år med denna typ av tumör genomgick 60 procent skelettscintigrafi, och motsvarande andel för män över 75 år var endast 40 procent. Siffran ska inte vara 100 procent, eftersom det ibland kan finnas skäl att avstå från skelettscintigrafi. NPCR sätter nu målnivån 80 procent, dvs minst åtta av tio män med lokalt avancerad prostatacancer bör genomgå skelettscintigrafi, detta för att man bättre ska kunna bedöma vilken behandling som ska erbjudas.

Däremot rekommenderas inte skelettscintigrafi för patienter med lågrisktumörer, eftersom risken för skelettmetastaser för dessa män är mycket låg. År 2003 genomgick ändå 20 procent av män med lågrisktumör skelettscintigrafi. Denna andel hade minskat till sju procent år 2010. NPCR sätter nu målet att mindre än fem procent av män med sådana tumörer ska undersökas med skelettscintigrafi. I många landsting är detta mål redan uppnått.

## Behandling av lokalt avancerade tumörer

Lokalt avancerad prostatacancer innebär att patienten vid diagnostillfället har en tumör som brutit igenom prostatakapseln och växer utanför prostatakörteln samt har ett aggressivt växtsätt. I sådana fall kan man ge behandling i botande syfte med en kombination av förbehandling med hormoner (neoadjuvant GnRH-behandling) och därefter strålterapi. För patienter med kort förväntad överlevnad rekommenderas enbart hormonbehandling.

År 2010 behandlades cirka 70 procent av män under 75 år med lokalt avancerad prostatacancer i botande syfte. Andelen varierade dock stort mellan de olika landstingen. NPCR anser att dessa män i större utsträckning bör erbjudas sådan botande behandling; en rimlig målnivå är 90 procent.

Bland män 75-80 år med lokalt avancerade tumörer fick endast cirka fem procent behandling i botande syfte. De allra flesta fick enbart olika former av hormonbehandling, och data i NPCR

tyder på en underanvändning av antiandrogener och en överanvändning av GnRH-analoger bland män som hormonbehandlas. Eftersom den förväntade överlevnaden hos en 76-årig man idag är tio år och för en 80-årig man åtta år bör en högre andel av män över 75 år som i övrigt är friska erbjudas botande terapi. Men eftersom risken för biverkningar av behandlingen är högre bland äldre män, anser NPCR att det inte är möjligt att idag sätta en exakt målnivå för behandling av män över 75 år.

### **Aktiv monitorering alternativ till botande behandling**

Allt fler män som får diagnosen prostatacancer har en lågrisktumör, som innebär att risken att avlida av sjukdomen inom det närmaste årtiondet är mycket liten. Ett alternativ till kurativt syftande behandling (operation eller strålbehandling, som ju medför en rad biverkningar) är därför aktiv monitorering. Det innebär att man inte ger patienten botande behandling utan följer utvecklingen med regelbundna PSA-kontroller och tar nya biopsier av prostata ungefär vartannat år. Vid tecken på sjukdomsaktivitet ger man kurativ behandling, dvs operation eller strålbehandling. Ungefär en tredjedel av män som monitoreras får kurativ terapi inom fyra år efter diagnos.

En uppföljningsstudie i NPCR visade att män yngre än 70 år med en lokaliserad lågrisktumör

som behandlades med aktiv monitorering hade 2,4 procents risk att avlida av prostatacancer inom tio år efter diagnosen. Samtidigt hade de 19 procents risk att inom samma tidsperiod dö av annan orsak. Det visar att om alla män i denna grupp istället direkt hade fått kurativ terapi så skulle en mycket stor del ha opererats eller strålbehandlats i onödan. Problemet är att man vid diagnostillfället inte helt säkert kan identifiera de män som framgångsrikt kan följas med aktiv monitorering.

### **Studie om aktiv monitorering i Sverige (SAMS)**

År 2011 påbörjades den kliniska studien SAMS (Studie om aktiv monitorering i Sverige). I SAMS, som utgår från NPCR, utvärderas hur aktiv monitorering bäst ska utformas. En grupp följs upp på traditionellt sätt med PSA-testning och regelbundna biopsier. Den andra gruppen genomgår en extra biopsiomgång direkt efter diagnos och följs sedan med enbart PSA-kontroller.

Förhoppningen är att resultaten från SAMS, liksom andra data i NPCR, ska bidra till att utredning, behandling och uppföljning av män med prostatacancer förbättras i Sverige. Ett huvudsyfte med NPCR:s verksamhet är också att skillnaderna mellan de olika landstingen ska minska så att prostatacancervården utformas mer enhetligt i olika delar av landet.



**REGIONALT  
CANCERCENTRUM  
UPPSALA ÖREBRO**

**Postadress:**

Regionalt cancercentrum Uppsala Örebro  
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.rcc uppsalaorebro.se>**