

Brakyterapi ved prostatakraft

Bakgrunn. Brakyterapi benyttes i økende grad i vestlige land ved organlokalisert prostatakraft, men er ikke etablert behandlingstilbud i Norge. Utvikling av transrektal ultralyd, CT og doseplansystemer har bidratt til forbedring og standardisering av brakyterapi ved prostatakraft. En ekspertgruppe ved Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) har vurdert dokumentasjonsgrunnlaget for nytten av brakyterapi sammenliknet med annen radikal behandling ved lokalisert prostatakraft.

Materiale og metode. Litteratur ble identifisert etter en spesifisert søkestrategi, og vurdert etter relevans og validitet. Kun kontrollerte eller sammenliknende studier ble inkludert.

Resultater. Det er ikke publisert resultater fra randomiserte kliniske studier, og de foreliggende undersøkelsene er preget av alvorlige metodologiske svakheter. Det mangler gode data om overlevelse og livskvalitet. Det var ingen forskjell i tid til tilbakefall av kreft basert på PSA-måling eller holdepunkter for at brakyterapi gir mindre komplikasjoner enn ekstern strålebehandling eller radikal prostatektomi.

Fortolkning. Det mangler data fra gode prospektive studier om nytten av brakyterapi. De pågående randomiserte kliniske studier vil ikke i løpet av de neste ti år kunne gi svar på sentrale spørsmål om overlevelse, komplikasjoner og livskvalitet for pasienter behandlet med brakyterapi. Samtidig mangler det også god dokumentasjon om den kliniske nytten av radikal prostatektomi og ekstern strålebehandling.

2 900 menn får diagnosen prostatakraft hvert år (1), av disse er 70 % eldre enn 70 år på diagnosetidspunktet (2). Prostatakraft utvikles som regel langsomt, og sykdommen vil derfor hos mange pasienter ikke påvirke livslengden.

Ved et mer aggressivt forløp vil det raskt utvikles en alvorlig livstruende sykdom. 40 % av dem som får prostatakraft, dør som følge av sykdommen (1). Det er per i dag vanskelig å skille mellom hurtigvoksende og langsomtvoksende prostatakraft på det tidspunkt diagnosen stilles.

Inger Norderhaug
inger.n.norderhaug@sintef.no

Truls Bjerklund Johansen

Olav Dahl

Per Å. Høisæter

Reino Heikkilä

Olbjørn Klepp

Dag Rune Olsen

Ivar S. Kristiansen

Håkon Wæhre

Senter for medisinsk metodevurdering

SINTEF Unimed

Postboks 124 Blindern

0314 Oslo

Norderhaug I, Johansen TB, Dahl O, Høisæter PÅ, Heikkilä R, Klepp O, Olsen DR, Kristiansen IS, Wæhre H.

Brachytherapy in the treatment of early prostate cancer.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2795–8

Background. Brachytherapy is increasingly used in the treatment of early prostate cancer, but has not been implemented as a treatment option in Norway. Recent advances in imaging techniques and the radiation technology itself has facilitated improvements in and better standardisation of brachytherapy.

Material and methods. An group of expert assisted the Norwegian Centre for Health Technology Assessment (SMM) in a systematic review of the evidence on the clinical effectiveness of prostate brachytherapy. The literature was identified by a defined search strategy, and assessed for relevance and validity. Only controlled or comparative studies were included in the review.

Results. There were no randomized controlled trials or large prospective studies. Many of the relevant studies were of poor validity. None of the included studies had sufficient follow-up for overall or disease free survival. There were no differences between brachytherapy, external beam therapy or radical prostatectomy in disease free survival (PSA measures) or in rates of complications.

Interpretation. There is a lack of valid data from large prospective studies on the clinical effectiveness of brachytherapy. On the other hand, the clinical effectiveness of radical prostatectomy and external beam radiotherapy is also poorly documented. Results from one large randomized controlled trial comparing radical prostatectomy with brachytherapy in the USA will not be available within the next ten years.

Teoretisk vil man forvente at tidlig påvisning og behandling av prostatakraft bedrer leveutsiktene. I praksis er det imidlertid stor usikkerhet om og hvor mye eksisterende primærbehandling med radikal prostatektomi eller strålebehandling påvirker livslengden.

Behandling kan gi bivirkninger, slik som urininkontinens, endetarmsplager og impotens. Et alternativ, spesielt for pasienter med høy alder, er derfor oppfølging uten å gi primærbehandling så lenge sykdommen ikke gir symptomer.

Ved introduksjon av brakyterapi var det forhåpninger til at teknikken skulle gi bedre målstyring av stråledosen og begrense stråleskader på omkringliggende friskt vev. I praksis viste det seg at det var svært vanskelig å fordele de radioaktive kildene optimalt i forhold til hverandre. Doseplansystemer, bedre radioaktive kilder og moderne bildebehandling med transrektal ultralyd eller CT har forenklet og forbedret teknikken, med mulighet for bedre kontroll av stråledosen.

Ved brakyterapi føres de radioaktive kildene direkte inn i tumor. Det er to prinsipielt forskjellige metoder for brakyterapi: høydoseratebrakyterapi og lavdoseratebrakyterapi. Ved høydoseratebrakyterapi føres de radioaktive kildene (som oftest iridium (Ir)-192) inn i prostatakjertelen gjennom små sylindere, og behandlingen gjentas 4–6 ganger (fraksjoner) før den avsluttes. Høydoseratebrakyterapi gis vanligvis som tillegg til ekstern strålebehandling for å gi økte stråledoser i primærtumorområdet. Ved lavdoseratebrakyterapi implanteres de radioaktive kildene (som oftest jod (I)-125 eller palladium (Pd)-103) permanent i prostata. Behandlingen gis dermed kontinuerlig. Lavdoseratebrakyterapi gis vanligvis som monoterapi. Den radioaktive bestrålingen svekkes over tid (halveringstid ca. 17 dager for Pd og 60 dager for I) (3).

Brakyterapi ved lokalisert prostatakraft er ikke et behandlingstilbud ved norske sykehus. Metoden benyttes imidlertid i økende grad i Europa og Nord-Amerika som alternativ til radikal kirurgi eller ekstern strålebehandling for pasienter med lokalisert prostatakraft (4, 5). Norske pasienter som ønsker denne behandlingen, må oppsøke klinikker i utlandet (Sverige, Danmark eller USA). Behandlingen gir ikke grunnlag for refusjon, og hver enkelt må derfor selv finansiere reise, opphold og behandling.

Dette er grunnlaget for at Senter for medisinsk metodevurdering nedsatte en ekspertgruppe for å vurdere den vitenskapelige dokumentasjon av de kliniske effekter av brakyterapi ved lokalisert prostatakraft sammenliknet med annen radikal behandling for sykdommen.

Metode

Medisinsk metodevurdering er en kritisk og systematisk gjennomgang av dokumenta-

Tabell 1 Utredningsgruppen fikk følgende mandat fra styret for Senter for medisinsk metodevurdering

Basert på foreliggende vitenskapelig dokumentasjon vurdere de kliniske effekter av brakyterapi ved prostatakreft

Med klinisk effekt menes overlevelse eller andre relevante kliniske holdepunkter for effekt, komplikasjoner og/eller senfølger ved bruk av metoden

Ikke-kliniske endepunkter (surrogate endepunkter) som biokjemisk karakterisering (PSA-nivå) av krefttilstand skal kun vektlegges ved sammenlikning med andre aktuelle behandlingsformer

Ved vurdering av den vitenskapelige dokumentasjonen må det fremgå hvilke grupper av pasienter som kan ha nytte av brakyterapi

Utredningsgruppen bes også vurdere organisatoriske, ressursmessige og økonomiske konsekvenser ved en eventuell innføring av metoden, samt beskrive etiske problemstillinger knyttet til bruk av metoden

sjonsgrunnlaget for kliniske effekter og kostnad-nytte-vurderinger for en gitt metode. I tillegg belyses organisatoriske, etiske og eventuelle juridiske konsekvenser. Prosessen er åpen og kriteriene for identifisering, utvalgelse og vurdering av litteraturredningsgrunnlaget er dermed åpen og etterprøvbart.

Litteratursøk

Søk etter sekundærlitteratur (systematiske litteraturvurderinger) ble utført i CDR-databasen (<http://agatha.york.ac.uk/welcome.htm>) og Cochrane-databasen (<http://www.update-software.com/cochrane/cochrane-frame.html>). To systematiske oversikter om brakyterapi

ved prostatakreft ble identifisert i CRD-databasen, men det var ingen aktuelle Cochrane-oversikter. Søk etter primærlitteratur ble utført i Medline og Embase for perioden 2000 – aug 2001, med søkestrategien: prostat* and (brachytherap* or seed* or internal* or implant*) for å supplere med nyere litteratur. Litteratursøket gav 839 treff, hvorav 266 mulig relevante abstrakter ble vurdert av gruppen. Studiene ble vurdert i henhold til relevans (jf. mandatet i tabell 1) og validitet. Til slutt ble det inkludert 16 studier om de kliniske effekter av brakyterapi, seks kostnadsstudier og en studie om organisatoriske forhold.

Tabell 2 Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget

Brakyterapi sammenliknet med ekstern strålebehandling	Tre studier viste ingen forskjell i residivfri overlevelse basert på PSA-endepunkt (13, 14 ¹ , 15 ¹ ,17) Én studie fant ingen forskjell i andel pasienter med endret ereksjonsevne eller prokitt (17)	To studier hadde ikke tilstrekkelig validitet pga. forskjeller mellom gruppene i alder og klinisk stadium
Brakyterapi som tillegg til ekstern strålebehandling	Én studie fant lengre residivfri overlevelse (PSA) for pasienter behandlet med brakyterapi og ekstern strålebehandling (16) Én studie fant at pasienter behandlet med brakyterapi og ekstern stråling hadde mer komplikasjoner enn pasienter som kun fikk brakyterapi (18)	Fire studier hadde ikke tilstrekkelig validitet pga. forskjeller mellom gruppene i alder og klinisk stadium
Brakyterapi sammenliknet med radikal prostatektomi	Én studie fant ingen forskjell i residivfri overlevelse (basert på PSA-måling) for pasienter behandlet med radikal prostatektomi eller brakyterapi (13)	Seks studier hadde ikke tilstrekkelig validitet pga. forskjeller mellom gruppene i alder og klinisk stadium

¹ To publikasjoner fra én studie

Endepunkter

Totaloverlevelse og sykdomsfri overlevelse er de mest relevante harde endepunktene ved vurdering av behandlingsresultatene for prostatakreft. Pasientene kan leve lenge med sin sykdom, og det er nødvendig med lang oppfølgingstid for å få god sikkerhet for om behandlingen påvirker overlevelsen.

Endringer i serumnivået av prostataspesifikt antigen (PSA) er det mest benyttede endepunkt for oppfølging ved prostatakreft. PSA benyttes som en indikator på sykdomsaktivitet for å analysere effekter av behandling før det kan foreligge resultater fra harde endepunkter. PSA er imidlertid ikke tilstrekkelig validert i prospektive studier som et surrogatendepunkt for metastasefri overlevelse eller totaloverlevelse.

Komplikasjoner etter behandling for prostatakreft er først og fremst skader på urinblære, endetarm og nervene som regulerer ereksjonsevnen. Selvrapperte komplikasjoner vurderes som mer pålitelige enn komplikasjoner registrert av legen, fordi leger oftere underreporterer komplikasjoner (6, 7).

Livskvalitet belyser effekter av behandling som ikke dekkes av overlevelse, men er til en viss grad overlappende med komplikasjoner. Det er benyttet validerte spørreskjemaer: for livskvalitet generelt RAND-36 (8), for kreftpasienter FACT-G (9) og for pasienter med prostatakreft (10–12).

Resultater

Gjennomgang av litteraturen viste at det ikke finnes behandlingsresultater fra randomiserte kliniske studier. Resultatene fra mange av studiene som er publisert (kohortstudier, pasient-kontroll-studier og pasientserier) kan være påvirket av at gruppene som sammenliknes, er forskjellige når det gjelder viktige prognostiske faktorer (alder og sykdommens alvorlighetsgrad). Oppsummering og vurdering av de aktuelle studiene er kort gjengitt i tabell 2 (13–18) og mer utfyllende beskrevet i rapporten (3).

For pasienter med organlokalisert prostatakreft var det ingen forskjeller i sykdomsfri overlevelse, målt med PSA som et surrogatmål for overlevelse, for pasienter behandlet med brakyterapi, ekstern strålebehandling eller radikal prostatektomi etter 5–10 år (13–17). Kun i én studie har man vurdert totaloverlevelse og sykdomsfri overlevelse, studien har imidlertid for kort oppfølgingsstid (2,5 år) til å kunne gi valide data om forskjeller i overlevelse (16).

Komplikasjonene etter brakyterapi er i stor grad de samme som etter ekstern strålebehandling (17, 18). Stråleskader på endetarmen er et problem og rammer 6–20% av dem som behandles med brakyterapi og ekstern strålebehandling (17, 19–21). Redusert ereksjonsevne ble rapportert hos ca. 50% av pasientene som var behandlet med brakyterapi og ekstern strålebehandling (17) og hos 57% av pasientene behandlet med radikal prostatektomi (19, 20). Brakyterapi gir ikke

mindre komplikasjoner enn annen behandling. Innleggelse for behandling av urininkontinens forekom hos om lag 7 % av pasientene som var behandlet med brakyterapi (21).

Selv om studiene gir informasjon om livskvalitet etter behandling for prostatakreft, kan resultatene være betydelig påvirket av seleksjon og gir ikke grunnlag for konklusjoner om forskjell i livskvalitet mellom ulike behandlingsformer (22, 23).

Utsikter til ny viten

Det er startet en større randomisert klinisk studie med nesten 2 000 pasienter med organlokalisert prostatakreft randomisert til behandling med radikal prostatektomi eller brakyterapi (¹²⁵I eller ¹⁰³Pd) i regi av American College of Surgeons Oncology Group (protokoll ACOSOG-Z0070). Studien vil rekruttere pasienter frem til 2005. Resultatene fra denne undersøkelsen når det gjelder overlevelse og langtidseffekter av behandlingen vil derfor tidligst kunne forventes om 15 år. For øvrig pågår tre mindre randomiserte studier ved et sykehus i England.

Kostnadseffektivitet og ressursbruk

Fordi gode data om nytten av brakyterapi mangler, kan det ikke gjøres en troverdig kostnad-nytte-evaluering av metoden. Senter for medisinsk metodevurdering har derfor begrenset kostnadsberegningene til kostnadene de første 12 måneder etter at diagnosen er stilt. Utredning av pasienter med nydiagnostisert prostatakreft koster i størrelsesorden 20 000 kroner. Ett års behandlingskostnader er anslagsvis 80 000 kroner for radikal prostatektomi, 90 000 kroner for brakyterapi og 110 000 kroner for ekstern strålebehandling. Det er betydelig usikkerhet ved beregningene, og langtidskostnadene er ikke kjent. Tallene må tolkes med stor varsomhet, og gir ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om prioritering i et samfunns-perspektiv.

Diskusjon

Det er per i dag gode muligheter for å diagnostisere prostatakreft, men det er usikkert i hvilken utstrekning behandling påvirker sykdomsforløpet (3).

Brakyterapi er en behandlingsmetode som i økende grad benyttes i andre vestlige land som et alternativ til radikal kirurgi eller ekstern strålebehandling ved behandling av organlokalisert prostatakreft. I Norge tilbys pasienter behandling med radikal prostatektomi, ekstern strålebehandling eller primær observasjon og hormonterapi og/eller stråleterapi ved progrediering. Selv om denne rapporten viser at den vitenskapelige dokumentasjonen om de kliniske effekter av brakyterapi er begrenset, mangler det også god dokumentasjon for nytten av de eksisterende behandlingsmetoder.

Radikal prostatektomi ved prostatakreft utføres ved om lag 20 sykehus i Norge, med

en gjennomsnittlig liggetid på ni dager. Inngrepet er forholdsvis omfattende og gir pasienten en viss rekonvalesensperiode. Ekstern bestråling utføres som oftest poliklinisk og krever ikke narkose. Behandlingen utføres per i dag ved åtte sykehus i Norge, og strekker seg over sju uker med fem daglige behandlingssesjoner. Dersom pasienten bor langt fra sykehus som tilbyr behandling, må han enten bo på sykehotell, være innlagt i sykehus eller bruke en vesentlig del av behandlingsdagene til reise. Brakyterapi gjøres i narkose, ved lavdoserate kan dette gjøres poliklinisk og pasienten er i prinsippet «ferdigbehandlet» i løpet av en dag.

I en situasjon med tilsynelatende likeverdige behandlingsmetoder vil pasientenes preferanser når det gjelder behandling kunne omfatte vurderinger av klinisk effekt, bivirkninger og forventet livskvalitet. I tillegg vil behandlingens tilgjengelighet og omstendigheter ved gjennomføringen kunne påvirke pasientenes valg. I en studie der pasientene hadde valget mellom radikal prostatektomi eller oppfølging og behandling ved progrediering, valgte 53 % radikal prostatektomi og 42 % observasjon, 4 % foretrakk strålebehandling (24). Begrunnelse for radikal prostatektomi som behandlingsvalg var å fjerne tumor (92 %), mens begrunnelse for å velge observasjon var frykt for komplikasjoner (80 %). Eldre pasienter valgte i større grad observasjon (24). I en annen studie oppgav 80 % av pasientene at de foretrakk aggressiv behandling (25).

Ved vurdering av ulike behandlingsoptimaliteter er pasienten avhengig av god informasjon fra legen. En amerikansk undersøkelse viste at legens anbefaling av behandling for prostatakreft i stor grad var påvirket av faglig bakgrunn (26) – onkologer anbefalte strålebehandling og urologer radikal prostatektomi. Svært få ville anbefale ingen behandling før ved plagsom sykdomsprogrediering.

Et sentralt element i pasientrettighetsloven er at pasienten skal informeres og medvirke ved utredning og behandling. Det kan derfor reises spørsmål om hvilken plikt legerne har til å informere pasientene om aktuelle behandlingsmetoder, også de som ikke tilbys ved norske sykehus, samt til å bistå pasienten i å realisere ønsket behandling.

Behandling i utlandet er regulert gjennom Forskrift om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet. Forskriften reiser to viktige problemstillinger knyttet til behandling av prostatakreft med brakyterapi: For det første om vi har kompetanse til å behandle slike pasienter i Norge, for det annet om brakyterapi skal betraktes som eksperimentell eller utprøvede behandling.

Pasientgrunnlaget i Norge er lite, og det er ikke realistisk å gjennomføre en randomisert klinisk studie, som ville vært metodisk gullstandard for å vurdere klinisk effekt av bra-

kyterapi. Det bør derfor legges til rette for en prospektiv innsamling av data om behandlingsresultater, bivirkninger, komplikasjoner og livskvalitet for alle pasienter med prostatakreft. Data om behandlingsvalg og resultater kan benyttes til å etablere kunnskap som mangler i dag. Slik registrering kan f.eks. administreres gjennom et nasjonalt klinisk kvalitetsregister for behandling av prostatakreft.

Litteratur

1. Cancer in Norway 1998. 1–105. Oslo: Kreftregisteret, 2001.
2. Harvei S. Prostatakreftens epidemiologi. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3589–94.
3. Johansen TEB, Dahl O, Heikkilä R, Høisæter PÅ, Klepp O, Olsen DR et al. Brakyterapi for behandling av prostatakreft. SMM rapport 2/2002, 1–62. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering. <http://www.oslo.sintef.no/smm/Publikasjoner/FramesetPublikasjoner.htm>.
4. Potters L. Permanent prostate brachytherapy: lessons learned, lessons to learn. Oncology (Huntingt) 2000; 14: 981–91.
5. Widmark A. Brachyterapi vid prostatacancer. SBU-Alert 1–4, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. <http://www.sbu.se/Admin/index.asp> (2000).
6. Litwin MS, Lubeck DP, Henning JM, Carroll PR. Differences in urologist and patient assessments of health related quality of life in men with prostate cancer: results of the CaPSURE database. J Urol 1998; 159: 1988–92.
7. Plante M, Corcos J, Gregoire I, Belanger MF, Brock G, Rossingol M. The international prostate symptom score: physician versus self-administration in the quantification of symptomatology. Urology 1996; 47: 326–8.
8. Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. Health Econ 1993; 2: 217–27.
9. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol 1993; 11: 570–9.
10. Barry MJ, Fowler FJ jr., O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK. Correlation of the American Urological Association symptom index with self-administered versions of the Madsen-Iversen, Boyarsky and Maine Medical Assessment Program symptom indexes. Measurement Committee of the American Urological Association. J Urol 1992; 148: 1558–63.
11. Barry MJ, Fowler FJ jr., O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. J Urol 1992; 148: 1549–57.
12. Lubeck DP, Litwin MS, Henning JM, Carroll PR. Measurement of health-related quality of life in men with prostate cancer: the CaPSURE database. Qual Life Res 1997; 6: 385–92.
13. Stokes SH. Comparison of biochemical disease-free survival of patients with localized carcinoma of the prostate undergoing radical prostatectomy, transperineal ultrasound-guided radioactive seed implantation, or definitive external beam irradiation. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000; 47: 129–36.
14. Beyer DC, Brachman DG. Failure free survival following brachytherapy alone for prostate cancer: comparison with external beam radiotherapy. Radiother Oncol 2000; 57: 263–7.
15. Brachman DG, Thomas T, Hilbe J, Beyer DC. Failure-free survival following brachytherapy alone or external beam irradiation alone for

T1–2 prostate tumors in 2222 patients: results from a single practice. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 48: 111–7.

16. Kestin LL, Martinez AA, Stromberg JS, Edmundson GK, Gustafson GS, Brabbins DS et al. Matched-pair analysis of conformal high-dose-rate brachytherapy boost versus external-beam radiation therapy alone for locally advanced prostate cancer. *J Clin Oncol* 2000; 18: 2869–80.

17. Zelefsky MJ, Wallner KE, Ling CC, Raben A, Hollister T, Wolfe T et al. Comparison of the 5-year outcome and morbidity of three-dimensional conformal radiotherapy versus transperineal permanent iodine-125 implantation for early-stage prostatic cancer. *J Clin Oncol* 1999; 17: 517–22.

18. Gelblum DY, Potters L. Rectal complications associated with transperineal interstitial brachytherapy for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 48: 119–24.

19. Brachytherapy and prostate cancer. Conseil d'évaluation des technologies de la Santé de Québec (CETS), 1–25. Montréal: CETS, 2000. <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/en/index.htm>

20. Wills F, Hailey D. Brachytherapy for prostate cancer, 1–65. Edmonton: The Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR), 1999. <http://www.ahfmr.ab.ca/publications.html> 1999

21. Benoit RM, Naslund MJ, Cohen JK. A comparison of complications between ultrasound-guided prostate brachytherapy and open prostate brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 47: 909–13.

22. Brandeis JM, Litwin MS, Burnison CM, Reiter RE. Quality of life outcomes after brachytherapy for early stage prostate cancer. *J Urol* 2000; 163: 851–7.

23. Krupski T, Petroni GR, Bissonette EA, Theodorescu D. Quality-of-life comparison of radical prostatectomy and interstitial brachytherapy in the treatment of clinically localized prostate cancer. *Urology* 2000; 55: 736–42.

24. Mazur DJ, Hickam DH. Patient preferences for management of localized prostate cancer. *West J Med* 1996; 165: 26–30.

25. Crawford ED, Bennett CL, Stone NN, Knight SJ, DeAntoni E, Sharp L et al. Comparison of perspectives on prostate cancer: analyses of survey data. *Urology* 1997; 50: 366–72.

26. Fowler FJ jr., McNaughton CM, Albertsen PC, Zietman A, Elliott DB, Barry MJ. Comparison of recommendations by urologists and radiation oncologists for treatment of clinically localized prostate cancer. *JAMA* 2000; 283: 3217–22.

Klinisk psykologi

Rønnestad MH, von der Lippe A, red

Det kliniske intervjuet

648 s, tab. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002. Pris NOK 495
ISBN 82-05-30443-2

Redaktørene har lang erfaring med undervisning av psykologistudent og ønsker med denne boken å formidle «en bred og samtidig inngående forståelse av forskjellige sider ved behandlerens første møte med klienten». Målgruppen er fagfolk innenfor psykiatri og sosialfag. Det heter også i forordet at boken er «primært skrevet for å være til hjelp ved en vurdering av og tilrettelegging for en samtalebehandling».

Men dette omfattende verket med i alt 26 kapitler går langt utover dette målet. Her er artikler om kommunikasjon, epistemologi, empati, psykoanalyse, dynamisk korttidsterapi, atferdsterapi, kognitiv terapi, eksistensialisme og familierapi. Man prøver dessuten å dekke både barn, unge og eldre. Her er kapitler om selvmord, traumatiserte flykninger, schizofreni og tvangsinnleggelse – det siste med psykologer som forfattere, selv om disse ikke har anledning til å tvangsinnlegge pasienter. Det kan virke som om redaktørene har følt at de må ta med de fleste skrivekyndige som har en viss forskningsmessig tilknytning til psykologisk behandling. Noen få psykiatere er også kommet med i selskapet.

Redaktørene innleder med en oversikt over sentrale funn fra psykoterapiforskningen, et i og for seg godt kapittel, men som innledning? Det jeg iallfall ville ha ventet, var en innledning der det kliniske intervjuet ble satt inn i en historisk sammenheng. Slik det nå fremstilles, kan man få inntrykk av at det kliniske intervjuet er utviklet av kliniske psykologer. Men møtet mellom pasient og lege har som kjent vært et sentralt tema i all god legekunst til alle tider.

Kloke medisinerne som William Osler og senere psykoanalytisk orienterte psykiatere har skrevet forstandig og originalt om lege-pasient-forholdet lenge før den kliniske psykologi ble en profesjon.

De fleste av kapitlene er interessante, vel-skravne og gir nyttig kunnskap, men som antyd det dreier det seg i begrenset grad om det kliniske intervjuet.

Et av de beste er *Dybdeintervjuet: dialogen bak dialogen* som Siri Gullestad & Bjørn Killingmo er ansvarlige for. På en klar og pedagogisk god måte evner de å belyse teori og praksis som illustreres av gode, kliniske eksempler.

Boken kan være nyttig som oppslagsverk for medisinske og psykologiske biblioteker. Men jeg er redd få leger vil ha særlig glede av den hvis de er interessert i det kliniske intervjuet. For psykiatere kan det være interessant å få et innblikk i bredden av den fremadstormende,

selvbevisste nye profesjonen. De fleste kapitlene er solide og behandler sine temaer mer grundig enn lærebøker kan gjøre.

Einar Kringlen

Psykiatrisk institutt Vinderen
Universitetet i Oslo

Godt om naturlegemidler

Langer JW, red

Naturlægemidler

2. utg. 224 s, tab, ill. København: Politikens forlag, 2002. Pris DKK 249
ISBN 87-567-6521-5

Målgruppen er i første rekke pasienter som bruker og vil bruke naturlegemidler på en forsvarlig måte. Boken er også et nyttig oppslagsverk for leger og apotekere i møte med pasienter som bruker naturlegemidler. Den er lett å finne frem i og gir en god oversikt over alle godkjente naturlegemidler i Danmark.

I et fyldig innledende kapittel beskriver forfatteren forskjellen mellom naturlegemiddel og kosttilskudd. Videre får man innsikt i fornuftig bruk av naturlegemidler, virkning og bivirkninger som forekommer. Deretter beskrives de enkelte naturlegemidlene skjematisk, hvor man blir orientert om preparatets anvendelse, egenskaper, bivirkninger, kontraindikasjoner, advarsler, bruk hos gravide og ammende. I de følgende kapitlene gis en oversikt over områder hvor naturlegemidler kan anvendes.

Boken preges av forfatterens nøkternhet; han er åpen, men samtidig kritisk. Dette skaper en god balanse. I dagens brokete marked av naturlegemidler og kosttilskudd er det ikke enkelt å skille skitt og kanel. Forfatteren fremstiller kunnskapen i et tydelig og enkelt språk som gjør boken vel egnet også for folk uten medisinsk utdanning.

Boken er rikt illustrert med både tegninger og fotografier av god kvalitet. Den har et godt register som er lett å finne frem i. I tillegg finner man også en fyldig oversikt over litteraturhenvisninger og en liste over internasjonale Internett-lenker for den som vil oppdatere seg ytterligere. Med boken følger også en gratis CD-ROM med detaljert informasjon om de naturmidler som kan kjøpes i Danmark.

Naturlægemidler er skrevet av lege og vitenskapsjournalist Jerk W. Langer. Han har i mange år vært spaltist i Politiken og har forfattet en rekke bøker om helse, sykdom og ernæring. De fleste av naturlegemidlene som nevnes i boken, har vi også i Norge. Jeg finner den derfor nyttig for en travel lege, et utmerket redskap til hurtig oppdatering av hva som finnes og brukes av våre pasienter. Boken anbefales herved.

Aage Bjertnæs

Risvolla legesenter
Trondheim