



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

PSA-testen – nok en gang

Jeg takker Inger Natvig Norderhaug for svar på mitt innlegg i Tidsskriftet nr. 5/2005 om PSA-testing (1, 2). Hva som er tilfredsstillende behandling for hvilken som helst kreftsykdom, vil være åpent for ulike vurderinger. Vi mangler kunnskaper om diagnose, behandling og eventuelt forebygging av prostatakreft, som er vår mest utbredte kreftsykdom. Det er derfor uforståelig at deler av fag- og forskningsmiljøet bruker store ressurser på å motarbeide tidlig diagnostikk og derved frata mennesker mulighet til helbredelse og nærmest utelukker forskning på sykdommen uten metastaser.

PSA-testen er rimelig, enkel og akseptabel for befolkningen. Sensitivitet og spesifisitet i kombinasjon med ultralyd og biopsi er sammenliknbar med test for brystkreft og cervixkreft. Sykdommen har en latenstid på 30–40 år (3) og kan behandles med god effekt i tidlig fase (3, 4). WHO-kriteriene er oppfylt. Uten systematisk forskning på tidlig sykdom vil den ideelle test eller behandling aldri bli funnet. Det forutsetter i dag bruk av PSA-testing.

Statens legemiddelverk har nylig gjort en bred gjennomgang av prostatakreft (5). Der oppgis dødeligheten ved høyt til middels differensiert organbegrenset prostatakreft til 20 % etter ti år. Da er det sannsynligvis en betydelig høyere prosent med metastaser. Det er ingen god prognose for en frisk 60-åring med forventet livslengde på over 80 år. Artikkelen lister videre opp en rekke behandlingsalternativer med kurasjon som mål (5).

Holmberg og medarbeidere fant i sin sammenliknende studie en 50 % reduksjon av kreftmortalitet etter 6,2 års gjennomsnittlig oppfølging (4). Han skriver: «Surgical removal of primary tumor will prevent spread and provide cure only in men with localized disease at diagnosis, our findings indicate that this effect will be tangible beyond five years after surgery.» Kan prostatakreft påvises før spredning uten bruk av PSA-test? Jeg kan ikke det.

Det synes ikke riktig at det er vesentlig forskjell i livskvalitet mellom prostatektomerte og ubehandlede pasienter. Holmbergs pasienter ble evaluert av Steineck og medarbeidere (6). Han fant ingen forskjell i subjektiv livskvalitet med en gjennomsnittlig oppfølgingstid på fire år. Når vi vet at forskjellen i metastaser og mortalitet

først ble tydelig etter ca. fire år, er det sannsynlig at livskvaliteten vil relativt sett bedre seg i behandlingsgruppen og avta i den ubehandlede gruppen. Kampen mot PSA-testing er etter mitt syn dårlig faglig og etisk fundert.

Harald H. Drøsdal
Asker

Litteratur

1. Drøsdal HH. PSA-test til besvær? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 623.
2. Norderhaug IN. PSA-test til besvær? Tilsvaret. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 623.
3. Lilleby W, Sudbø J, Fosså SD. Biologi og behandlingmuligheter ved utvikling av prostatakreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 571–4.
4. Holmberg L, Bill-Axelsson A, Helgesen F et al. Randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early cancer. N Eng J Med 2002; 347: 781–9.
5. Behandling av prostatakreft. Nr. 4/2004. Oslo: Statens legemiddelverk, 2004.
6. Steineck G, Helgesen F, Adolphsson J et al. Quality of life after prostatectomy or watchful waiting. N Eng J Med 2002; 347: 790–6.

I. N. Norderhaug svarer:

Takk igjen til Drøsdal for nye kommentarer. Det sentrale er, som Drøsdal påpeker, at vi mangler god kunnskap om tidlig diagnostikk og behandling av prostatakreft. Vi vet imidlertid at behandling av prostatakreft er forbundet med alvorlige bivirkninger. Fordi vi ikke vet om tidlig diagnostikk og behandling av prostatakreft gjør mer nytte enn skade, har vi i fagmiljøene og i forvaltningen brukt ressurser for å informere legene om kunnskapsstatus om disse problemstillingene. Det er derfor feil at vi har brukt store ressurser på å motarbeide tidlig diagnostikk og derved frata mennesker mulighet til helbredelse. Informasjonstiltaket var fundert på en systematisk og kritisk vurdering av kunnskapsstatus om tidlig diagnostikk av prostatakreft. Dette er viktig i en situasjon der det er usikkerhet om hva som bør praktiseres. Det er også et faktum at de fleste allmennleger var svært positive til at myndigheter og fagmiljø tok dette initiativet (1).

Forskning om nytten ved tidlig diagnostikk er viktig. Her er vi absolutt enige med Drøsdal, men det er også mange fallgruver. Forskning om PSA-testen må være organisert, helst som randomiserte kontrollerte studier, for at erfaringene skal kunne evalueres og bli til nytte. Det pågår to store randomiserte kliniske studier som har som mål å vurdere om tidlig diagnostikk og

behandling av prostatakreft påvirker dødelighet: European Randomized Screening for Prostate Cancer (ERSPC) og Prostate cancer arm of the Prostate, Lung, Colon and Ovary (PLCO) screening trial. Resultatene fra disse studiene forventes i løpet av perioden 2008–10. Inntil da har vi ikke god dokumentasjon for å anbefale PSA-screening.

Det er et stort ansvar å diagnostisere alvorlig sykdom, og det er viktig å vite med rimelig sikkerhet om man påviser en sykdom (her: prostatakreft som utvikles til livstruende sykdom) eller en tilstand (her: ikke-livstruende endringer i prostata eller i PSA-nivå). Det kan være relevant å sitere professor Muir Gray: «All screening programmes produce harm, some also do good. The harms comes immediately, the goods takes longer to appear.»

Inger N. Norderhaug

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur:

1. Norderhaug IN, Wisløff T, Fosså S et al. Formidling av kunnskapsbasert informasjon om PSA-test og prostatakreft til leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2893-5.

Journalist og professor

I fjernsynsprogrammet *Puls* på NRK 1 mandag 28. februar 2005 lånte professor Ivar Aurnes sin faglighet til journalist Ane Høyem i et innslag om paroksetin (Seroxat) og Statens legemiddelverks håndtering av dokumentasjonen. Journalisten og professoren vurderte bare deler av den tilgjengelige dokumentasjonen, nemlig de innledende placebokontrollerte studiene. Disse studiene passet godt til Høyems hypotese. Datafisking kalles denne form for kildesortering.

Effekt og sikkerhet av selektive serotoninreseptorhemmere (SSRI), inkludert Seroxat, har siden juli 2003 vært gjennom en grundig vurdering av den europeiske legemiddelmyndigheten EMEA. Konklusjonen er: «The benefit-risk remains positive for paroxetine containing medicines in the treatment of adults» (1). Men det frarådes brukt hos barn og unge, og alle risikopasienter skal følges nøye opp (1).

BMJ har i en lederartikkel 19. februar 2005, basert på blant annet tre store studier i samme nummer, oppsummert den gjeldende oppfatning for bruk hos voksne pasienter slik: «current evidence that indi-