



Brev til redaktøren

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

PSA-test til besvær?

I sin artikkel om prostataspesifikt antigen (PSA-test) i Tidsskriftet nr. 22/2004 (1) reiser Inger Norderhaug og medarbeidere langt flere spørsmål enn de gjør forsøk på å besvare. Den viktigste kjønnsespesifikke kreftform hos menn får i artikkelen og i det utsendte informasjonsmateriellet en svært unyansert og lite tillitvekkende omtale.

Norderhaug og medarbeidere anbefaler leger ikke å utføre PSA-test på symptomfrie pasienter, og skriver i informasjonsmateriellet at «oppfølging uten behandling er et adekvat tilbud for menn med prostatakreft uten symptomer». Hvordan kan man følge opp tidlig cancer prostatae, uten symptomer, uten å ha tatt en PSA-test med påfølgende utredning og biopsi? I informasjonsmateriellet heter det at «det ikke er vist at tidlig diagnose av cancer prostatae påvirker dødelighet eller sykdomsforløpet». Det tar tid å utvikle gode behandlingsmetoder. Med en så negativ holdning til kreftformen, er det ikke rart at behandlingsresultatene lar vente på seg. Vi mangler en koordinert, systematisk tilnærming til tidlig påvisning av cancer prostatae. Artikkelen til Norderhaug og medarbeidere er preget av en fatalisme som ikke bidrar til å løse et stort og alvorlig helseproblem.

Norderhaug og medarbeidere skriver at de fleste, avhengig av alder, med positiv PSA-test ikke har klinisk signifikant cancer prostatae (1). Dette holder ikke som argument mot bruk av PSA-test. Man tar testen for å oppdage tidlig sykdom, nødvendigvis på menn som ikke har symptomgivende sykdom. Testen har, så vidt jeg vet, en sensitivitet på 70–80 % og en spesifisitet på 40–50 %. Ingen annen biokjemisk cancer-test kommer i nærheten av disse verdiene. Den burde være enhver kreftforskers ønske-drøm, men for dem som bare ser problemene og ikke mulighetene, er den selvsagt besværlig.

Norderhaug og medarbeidere skriver «behandlingen av cancer prostatae påfører mange betydelige bivirkninger. De fleste blir impotente, noen inkontinente.» De fleste pasienter er innforstått med at behandling kan medføre bivirkninger. Mine pasienter blir nøye forklart dette før jeg tester og ev. sender dem videre til utredning/behandling. Ingen har hittil valgt potensen fremfor livet. Dødsfall av cancer prostatae har jeg som allmennpraktiker sett mange ganger. Det er ingen vakker utgang.

Hovedanbefalingen fra Norderhaug og medarbeidere er at PSA-test ikke bør tas på friske menn. Hvem skal vi da bruke den på? Cancer prostatae gir ingen spesifikke symptomer før den metastaserer. Tilstanden bør diagnostiseres så tidlig som mulig for å utvikle ikke-invasive diagnostiske verktøy som gjør biopsi unødvendig, for å gi muligheter til å utvikle metoder for å skille mellom langsomt- og hurtigvoksende kreft og derved unngå overbehandling, og for å utvikle nye og bedre behandlingsmetoder. Tidlig diagnostikk forutsetter PSA-testing. Jeg tror at en urolog har vesentlig bedre forutsetning for å vurdere det faglige innholdet i informasjonen enn en allmennpraktiker og følger deres flertall.

Harald H. Drøsdal
Asker

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.

I.N. Norderhaug og medarbeidere svarer:

Tittelen på Harald Drøsdals innlegg «PSA-test til besvær?» kunne ikke vært bedre. Dette er en besværlig test, og de ulike faglige synspunktene rundt testen har ført til mye besvær, noe vi har redegjort for i vår artikkel i Tidsskriftet. Vi understreker at vi deler Drøsdals bekymring for det alvorlige helseproblem som prostatakreft er, og at vi mangler tilfredsstillende behandling for denne kreftformen. Men at prostatakreft er et alvorlig helseproblem, er ikke et tilstrekkelig argument for å ta i bruk metoder for tidlig påvisning uten at man vet konsekvensene.

Det finnes internasjonalt anerkjente prinsipper for hva som bør ligge til grunn for å iverksette tester på den friske delen av befolkningen. Disse ble utformet av Verdens helseorganisasjon (Wilson & Junger-kriteriene) og omfatter blant annet følgende elementer (1):

- Sykdomsforløpet må være kjent og med en latent fase
- Det må finnes en enkel, presis og valid test som er akseptabel for befolkningen
- Det må finnes en effektiv behandling, og tidlig behandling må føre til bedre helse for pasientene

Våre kunnskaper om prostatakreft, spesielt forløp og behandling, er ufullstendige. Prostatakreft kan være alvorlig og føre til tidlig død, men for mange pasienter vil ikke kreften utvikles til livstruende sykdom. Det er heller ikke vist at tidlig diagnostikk og behandling påvirker helsen i gunstig retning for disse pasientene, tvert imot er det god grunn til å vurdere uheldige sider ved omfattende testing av friske menn.

Drøsdal viser til at testegenskapene ved PSA-testen er enhver kreftforskers ønske-drøm. For screeningformål er imidlertid testegenskapene langt fra ideelle. Uansett er testegenskaper ikke alene tilstrekkelig grunn for å iverksette et screeningprogram. For dem som oppsøker legen er det relevant å bli informert om hvor god testen egentlig er: Hva er sannsynligheten for at jeg er syk om jeg har en positiv prøve (positiv prediktiv evne)? Kan jeg stole på at jeg ikke har kreft om prøven min er negativ (negativ prediktiv evne)?

Det er flere eksempler på at gode intensjoner eller tiltakets potensial ikke er et fornuftig grunnlag for beslutninger om hva vi skal tilby pasientene. Det er derfor nødvendig å vurdere alle effekter av de tiltak man iverksetter, også mulighetene for negative konsekvenser. Vi mener at slik realisme er nødvendig for forsikre oss om at de tiltak vi iverksetter for våre pasienter, gjør mer nytte enn skade.

Inger Natvig Norderhaug
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur

1. National Screening Committee, UK. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. <http://libraries.nelh.nhs.uk/screening/> (28.1.2005).

Hyppig vannlating og fibromyalgi

I Tidsskriftet nr. 1/2005 rapporterer Helge Stormorken & Frank Brosstad signifikant økt vannlatingfrekvens hos pasienter med fibromyalgi (1).

Vannlatingfrekvens sier i seg selv ikke noe om blærefunksjonen så lenge pasientene ikke har målt volum ved vannlating. I artikkelens ramme for hovedbudskap er et av de tre punktene at «vannlatingstypen er preget av urge, hos mange også av inkontinens» (1). Disse påstandene er ikke underbygd i hovedteksten. Det er ikke angitt