

Prostatakreft vokser vanligvis langsomt og gir ingen symptomer, men kan også være aggressiv og progredierende og føre til metastaser, smerter og død

## Prostatakreft – hvem trenger behandling?

Hva vet vi om prostatakreft i 2008? Prostatakreft er nå den nest hyppigste dødsårsaken blant menn i Norge (1), og måling av prostataspesifikt antigen (PSA) i serum har ført til en markert økning av registrerte tilfeller. Prostatakreft er hos mange en kronisk og relativt stabil sykdom, men kan hos andre progrediere, metastasere og føre til smerter, død og mange tapte leveår opptil 20 år etter diagnosen er stilt (2). Radikal prostatektomi øker total overlevelse sammenlignet med symptomstyrt behandling (3), og kjemoterapi ved hormonrefraktær prostatakreft har dokumentert effekt på overlevelsen (4).

Hva er så legens og pasientens problem i 2008? Det er at vi mangler et godt diagnostisk verktøy til å finne frem til de pasientene der sykdommen vil progrediere og metastasere.

I dette nummer av Tidsskriftet presenteres to artikler om prostatakreft. Haakon Skogseth og medarbeidere viser hvordan kunnskap fra basal cellebiologi kan føre til endringer i diagnostikk og behandling av prostatakreft (5), mens Nils Kristian Raabe og medarbeidere presenterer de første norske erfaringer med høydose brakyterapi mot prostatakreft (6).

Epitel, stroma og neuroendokrine celler i prostata påvirkes gjensidig i et komplekst mønster, bl.a. under påvirkning av androgene hormoner. Kreft oppstår hovedsakelig i den perifere posterolaterale del av prostata, mens benign prostatahyperplasi nærmest utelukkende opptrer i den periurethrale del av prostata. Forstyrrelse i den homøostatiske interaksjonen mellom epitel, stroma og neuroendokrine celler vil kunne initiere og fremme karsinogenese og metastasering.

Et tett samarbeid mellom cellebiologer, patologer og klinikere er nødvendig for å optimalisere pasientbehandlingen. I Trondheim er det etablert en regional forskningsbiobank, som fungerer som en møteplass for både urologer, onkologer, patologer, radiologer og cellebiologer som arbeider med prostatakreft. Dette gjør det mulig å foreta en systematisk kartlegging av basale tumorkarakteristika hos den enkelte pasient, både før, under og etter behandling. Ved bruk av MR-undersøkelse og MR-spektroskopi kan tumors metabolske profil kartlegges og monitoreres, og nye ultralydteknikker gir håp om enda bedre diagnostiske muligheter. Målet er å forbedre, optimalisere og individualisere behandlingen, som enten er radikal prostatektomi, stråleterapi og/eller hormonterapi.

Det finnes ingen randomiserte, prospektive studier der man har sammenliknet radikal prostatektomi med kurativ stråleterapi ved prostatakreft. De siste 20 årene har nervesparende teknikker ved radikal prostatektomi for å optimalisere de funksjonelle resultatene (ereksjon og urinkontinens) uten å senke kravet til tumorkontroll (positive kirurgiske marginer), vakt mye oppmerksomhet. Laparoskopisk prostatektomi har vært utført i Norge fra 2001; fra 2005 også i form av robotassistert laparoskopisk prostatektomi. Åpen prostatektomi og laparoskopisk prostatektomi gir like gode resultater mht. tumorkontroll og postoperative funksjoner. Samtidig har det skjedd forbedringer innen kurativ stråleterapi med eskalerte stråledoser, skjerming av prostatas naborganer og neoadjuvant/adjutant hormonterapi. Dette har ført til at det er begrenset mengder data for langtidsoppfølging av pasienter behandlet med «moderne» stråleterapi.

Raabe og medarbeidere presenterer sine første erfaringer med høydose brakyterapi ved prostatakreft i Norge (6). Erfaringer viser at kombinasjonen av høydose brakyterapi og ekstern stråleterapi gir få akutte bivirkninger fra rectum og blære. Dette samsvarer med en studie av Hoskin og medarbeidere, der det ikke var noen forskjell mellom ekstern stråleterapi med og uten høydose brakyterapi når det gjaldt langtidsbivirkninger fra disse naborganene (7). Pga. manglende dokumentasjon av langtidsbivirkninger, lokal tumorkontroll og pasientoverlevelse er det fortsatt uklart hvilken plass kombinasjonen høydose brakyterapi + ekstern stråleterapi skal ha i behandlingen av prostatakreft.

Nasjonalt program for prostatacancer, faglig forankret i Norsk Urologisk Cancer Gruppe og basert på Kreftregisterets forskrifter, utfører nå en utvidet registrering av prostatakreft, inkludert diagnostikk, behandling og forløp. Dette vil på lengre sikt kunne heve kvaliteten på behandlingen for prostatakreft i Norge. I 1998 og 2001 var det betydelige forskjeller mellom helseregionene i Norge i bruk av kurativ behandling for pasienter med prostatakreft og i bruk av radikal prostatektomi versus strålebehandling (8). De tre operasjonsrobotene i Norge er alle plassert i Helseregion Sør-Øst. Det er også regionale forskjeller i bruk av kjemoterapi mot hormonrefraktær prostatakreft til tross for dokumentert effekt på pasientoverlevelse. Flere faktorer kan forklare dette: økonomi, manglende prioritering, manglende kunnskap og manglende nasjonale retningslinjer. Det er grunn til å se frem til retningslinjene om urologisk kreftbehandling som nå utarbeides av Helsedirektoratet.

**Anders Angelsen**  
anders.angelsen@ntnu.no

*Anders Angelsen (f. 1955) spesialist i generell kirurgi og urologi og dr.med. Han arbeider som overlege ved St. Olavs Hospital og som førsteamanuensis ved Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. Kreft i Norge 2006. Oslo: Kreftregisteret, 2007.
2. Adolphson J, Tribukait B, Levitt S. The 20-year outcome in patients with well- or moderately differentiated clinically localized prostate cancer diagnosed in the pre-PSA era: The prognostic value of tumour ploidy and comorbidity. *Eur Urol* 2007; 52: 1028–35.
3. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2005; 352: 1977–84.
4. de Wit R. Chemotherapy in hormone-refractory prostate cancer. *BJU Int* 2008; 101 (suppl 2): 11–5.
5. Skogseth H, Bertilsson H, Halgunset J. Epitelial-mesenkymal transisjon og prostatakreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1279–80.
6. Raabe NK, Lilleby W, Tafjord G et al. Høydoserate brakyterapi ved prostatakreft i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1275–8.
7. Hoskin PJ, Motohashi K, Bownes P et al. High dose rate brachytherapy in combination with external beam radiotherapy in the radical treatment of prostate cancer: initial results of a randomised phase three trial. *Radiother Oncol* 2007; 84: 114–20.
8. Kvåle R, Skarre E, Tønne A et al. Kurativ behandling av prostatakreft i Norge i 1998 og 2001. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 912–6.