

Ved PSA-screening av friske menn oppdages prostatakreft hos mange som ikke ville fått plager fra sykdommen i løpet av sin levetid (overdiagnose). Testen kan føre til unødig behandling og nedsatt livskvalitet (overbehandling)

Overforbruk av PSA-test hos friske menn

PSA-testing av friske menn er utbredt. Noen mener testen reddet livet deres, andre at de fikk målt PSA-nivået for sent til at sykdommen kunne helbredes, etter andre fikk en unødig kreftdiagnose som ødela livskvaliteten. Dette er bakteppet som leger må forholde seg til i sitt møte med den enkelte pasient som ønsker PSA-test, prostatabiopsi eller behandling. Testen gir legene store utfordringer – dels fordi mange friske menn etterspør den, dels fordi vi mangler trygge kriterier for hvem som trenger behandling når prostatakreft er påvist. Ut fra matematiske modeller er det estimert at PSA-screening bidrar med 45–70 % i den observerte reduksjonen i prostatakreftspesifikk død, men at 23–42 % av tilfellene av PSA-oppdaget prostatakreft er overdiagnostisering (1). Det er så langt ikke vist at PSA-screening gir reduksjon i totaldødeligheten.

I dette nummer av Tidsskriftet beskriver Breidablik og medarbeidere den fylkesvise utviklingen i antallet PSA-prøver i perioden 1999–2011 og relaterer denne til insidensen av prostatakreft og ratene for prostatakreftkirurgi (2). Videre har de undersøkt fastlegenes holdninger til PSA-testing og deres praksis. Konklusjonen er at det i Norge har vært en kraftig økning antall PSA-tester – uten at dette har påvirket prostatakreftdødeligheten. De anbefaler større tilbakeholdenhets med både PSA-testing og med behandling av prostatakreft.

PSA-testen har flere svakheter, blant annet har den lav spesifisitet. Dens positive prediktive verdi i screeningstudier er ca. 25 % når normal grenseverdi defineres som et PSA-nivå < 3,0 ng/ml. Med andre ord – tre av fire menn med s-PSA > 3 ng/ml risikerer å bli unødig bekymret for at de har prostatakreft. Hvilke effekter har PSA-screening hos menn i aldersgruppen 50–64 år som antas å ha mer enn ti års forventet levetid igjen? Resultatene etter 14 års oppfølging i Göteborgs-armen, som er den pasientkohorten i hovedstudien som er fulgt lengst i den europeiske screeningstudien ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer), viste at PSA-screening ga en absolutt risikoreduksjon på 0,4 % for død av prostatakreft. For å forhindre ett dødsfall av prostatakreft måtte 293 menn PSA-screenes og 12 behandles (3). Imidlertid er det så langt ikke påvist noen reduksjon i totaldødeligheten etter PSA-screening. Dette faktum, sammen med nedsatt livskvalitet hos dem som blir unødig behandlet, gjør at PSA-screening av friske menn ikke anbefales, verken av det internasjonale fagmiljøet (urologer/onkologer) eller av helsemyndighetene. Mange menn vet at testen kan avsløre prostatakreft i et tidlig stadium. Imidlertid er sannsynligheten stor for at langt færre vet at økt testing fører til at flere får en kreftdiagnose – og behandling – uten at det innebærer lavere dødelighet.

Kunnskapsbasert helseopplysning om muligheter og begrensninger i moderne diagnostikk og behandling er utfordrende. I en oversiktsartikkel hvor effekten av systematisk informasjon om PSA-testens fordeler og ulemper ble undersøkt, fant man at kun 12 % valgte bort testen etterpå (4). Omkring halvparten av svenske menn i aldersgruppen 50–70 år har tatt en PSA-test (5), hvilket er sammenliknbart med Breidablik og medarbeideres funn. Innholdet og utførelsen er helt avgjørende for effekten av informasjonen som gis. PSA-testen hører selv sagt med i utredningen der man mistenker prostatakreft ut fra symptomer eller familiær opphopning av sykdommen. Ved en generell helsesjekk av friske menn i aldersgruppen 40–75 år er det nasjonal og internasjonal faglig konsensus om at testen kan

tilbys på individuell basis. En klar forutsetning må imidlertid være at disse mennene er fullt informert om de fordeler og ulemper som testing kan innebære.

Overbehandlingen av prostatakreft kan reduseres. Pasienter med lav risiko for sykdomsprogrediering, definert som et PSA-nivå < 10 ng/ml, Gleason-skår ≤ 6, klinisk tumorstadium ≤ T2b (alle kriteriene må være oppfylt), skal informeres om muligheten for «aktiv overvåking» som et alternativ til radikal prostatektomi eller stråleterapi. Aktiv overvåking omfatter regelmessige PSA-målinger og gjentatte prostatabiopsier i oppfølgingen etter diagnosen. Ved sykdomsprogrediering, etter definerte kriterier, skal pasientene tilbys aktiv behandling (operasjon eller stråling). Av de 968 mennene (50–64 år) som ble diagnostisert med prostatakreft etter PSA-screening i Göteborgs-armen av ERSPC-studien, oppfylte 78 % kriteriene for lavrisiko prostatakreft. 442 (46 %) ble «behandlet» med aktiv overvåking (6). Ved å inkludere multiparametrisk MR-undersøkelse av prostata vil dette kunne trygge oppfølgingen for både pasient og lege, slik at flere menn med lavrisiko prostatakreft velger aktiv overvåking.

Prostatakreft er den nest hyppigste årsak til kreftdød hos norske menn, og dette faktum bidrar til opportunistisk PSA-screening her i landet (2). I *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakreft* (7) anbefales ikke organisert PSA-screening av friske menn med mindre det foreligger familiær/arvelig belastning for sykdommen. Sterk vektlegging av nøktern og kunnskapsbasert informasjon om diagnostikk og behandling av prostatakreft er et sentralt verktøy for å redusere overforbruket av PSA-testing blant friske menn.

Anders Angelsen

anders.angelsen@ntnu.no

Anders Angelsen (f. 1955) er professor ved Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og overlege ved Avdeling for urologisk kirurgi, St. Olavs hospital. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Draisma G, Etzioni R, Tsodikov A et al. Lead time and overdiagnosis in prostate-specific antigen screening: importance of methods and context. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101: 374–83.
- Breidablik HJ, Meland E, Aakre KM et al. PSA-måling og prostatakreft – overdiagnostisering og overbehandling? *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1711–6.
- Hugosson J, Carlsson S, Aus G et al. Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol* 2010; 11: 725–32.
- Volk RJ, Hawley ST, Kneuper S et al. Trials of decision aids for prostate cancer screening: a systematic review. *Am J Prev Med* 2007; 33: 428–34.
- Bratt O, Lundgren R, Ahlgren G. Systematisk PSA-screening har prøvats i region Skåne. Balanserad information ger chans till jämförbar vård, visar pilotprojekt. *Läkartidningen* 2012; 109: 1610–2.
- Godtman RA, Holmberg E, Khatami A et al. Outcome following active surveillance of men with screen-detected prostate cancer. Results from the Göteborg randomised population-based prostate cancer screening trial. *Eur Urol* 2013; 63: 101–7.
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakreft. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/prostatakreft/forord;jsessionid=2D30B9A30EC10A685F0E44353699DC43 (7.8.2013).



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no