

Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*.
 Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg
 av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren».
 Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.
 Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvaretsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.



Re: Ulike retningslinjer for behandling av prostatakreft

I Tidsskriftet betviler Truls E. Bjerklund Johansen (1) at norske menn er tjent med egne nasjonale retningslinjer for prostatakreft (2) fordi han mener disse avviker vesentlig fra European Association of Urology (EAU) sine anbefalinger (3). Han antyder at avviket skyldes mangelfull kompetanse hos forfatterne, ukritisk referanse til egen forskning og interessekonflikter.

Johansen blander sammen hormonbehandling uten kurativt siktemål og antihormonell tilleggsbehandling ved radikal stråleterapi med referanse til egen publisering fra 2008 (4). Konklusjonen i den artikkelen er tidligere imøtegått som feilaktig (5). Kort fortalt anbefaler norske retningslinjer kortvarig (6 mnd) antihormonell tilleggsbehandling til radikal stråleterapi i intermedieær- og inntil 3 år i høy risikogruppe, helt i tråd med EAUs anbefalinger.

Det er riktig at flere randomiserte studier dokumenterer redusert biokjemisk residiv etter doseeskalert (74–78Gy) ekstern stråleterapi (EBRT) sammenlignet med konvensjonell totaldose (70 Gy eller mindre). Metaanalyse med individuelle pasientdata fra disse studiene bekrefter funnene (6), men påviser ikke effekt på overlevelse. I studien Johansen refererer konkluderer forfatterne med at resultatene må betraktes som hypotesegenererende og trenger bekreftelse (7). Bedret totaloverlevelse er fortsatt kun dokumentert ved stråledose 70Gy (8, 9). Norske retningslinjer anbefaler derfor, basert på høyeste nivå av evidens, minimum 70Gy framfor en absolutt anbefaling om totaldose 74–78Gy. Selvfølgelig åpnes det for doseeskalert EBRT, hvilket er vanlig praksis i Norge og slett intet brudd med retningslinjene. Johansen er bekymret for at pasienter fortsatt gis stråledoser under 70Gy. Vi kan berolige med at heller ikke første utgave av retningslinjene (2009) anbefalte slik behandling (10).

Vi mener videre at det er tilstrekkelig evidens (nivå Ib) for boostteknikk med høydoserate brachyterapi etter ekstern strålebehandling som alternativ til doseeskalert EBRT hos pasienter i intermedieær og høy risikogruppe (11). Etter vår mening er det relevant å referere til norske erfaringer selv om anbefalingene baseres på høyere grad av evidens. Det er muligens dette Johansen betrakter som ukritisk omtale av egen forskning.

EAU skriver at manglende sammenliknende oppfølgingsdata må diskuteres nøye med pasientene før det eventuelt gis primær høyintensitet fokusert ultralyd (HIFU). De norske retningslinjene anbefaler nettopp derfor ikke HIFU som primærbehandling, slik Johansen gir inntrykk av. Det står tvert i mot eksplisitt at primær HIFU er å regne som utprøvende behandling og bør foregå i kliniske studier. Det er vanskelig å se hvordan dette motsier de europeiske retningslinjene. At Johansen er misfornøyd med den norske forskningen på HIFU-behandling, er intet argument mot de nasjonale retningslinjene.

Det foreligger ikke randomiserte studier som sammenligner effekt av lokal salvagebehandling ved tilbakefall etter kurativ stråleterapi. I de nasjonale retningslinjene anføres HIFU og høydoserate brachyterapi å være to av flere alternativ, men anbefales ikke utenom kliniske studier. Studien på høydoserate brachyterapi som Johansen feilaktig hevder er lukket, er fortsatt åpen for inklusjon. At kryoterapi ikke er tilgjengelig i Norge, er heller intet argument mot nasjonale retningslinjer.

Johansen har helt rett i at det må stilles strenge krav til faglige retningslinjer fordi de legger viktige premisser for pasientbehand-

ling, finansiering og utdanning. Presisjonsnivået bør være like høyt når han trekker den faglige kvaliteten, forfatterens kompetanse og integritet i tvil.

Arne Solberg
arne.solberg@stolav.no
Anders Angelsen
Viktor Berge
Wolfgang Lilleby
Jon Iversen
Olbjørn Klepp
Bjørn Brennhovd
Dag Johannessen
Yngve Nygård
Kari Larsen
Andreas Stensvold

Forfatterne er forfattergruppen bak Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakreft, samt Andreas Stensvold, leder i norsk urologisk cancergruppe (NUCG). Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Johansen T E B. Ulike retningslinjer for behandling av prostatakreft. Tidsskr Nor Legeforen – Publisert først på nett 7. mai 2015.
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakreft. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-prostatakreft> [27.4.2015].
- European Association of Urology. Guidelines on Prostate Cancer 2014. <http://uroweb.org/guidelines> [27.4.2015].
- Johansen TEB, Berg C. Hormonbehandling av prostatakreft i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2558–62.
- Fosså SD, Egey A, Haukaas SA et al. Feilaktig om hormonbehandling ved prostatakreft. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 429.
- Viani GA, Stefano EJ, Afonso SL. Higher-than-conventional radiation doses in localized prostate cancer treatment: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009; 74: 1405–18.
- Kuban DA, Levy LB, Cheung MR et al. Long-term failure patterns and survival in a randomized dose-escalation trial for prostate cancer. Who dies of disease? Int J Radiat Oncol Biol Phys 2011; 79: 1310–7.
- Warde P, Mason M, Ding K et al; NCIC CTG PR.3/MRC UK PR07 investigators. Combined androgen deprivation therapy and radiation therapy for locally advanced prostate cancer: a randomised, phase 3 trial. Lancet 2011; 378: 2104–11.
- Widmark A, Klepp O, Solberg A et al; Swedish Association for Urological Oncology 3. Endocrine treatment, with or without radiotherapy, in locally advanced prostate cancer (SPCG-7/SFU0-3): an open randomised phase III trial. Lancet 2009; 373: 301–8. Erratum in: Lancet. 2009 Apr 4; 373(9670): 1174.
- [https://helsedirektoratet.no/Documents/Utgatte%20publikasjoner/IS-1777%20\(1\)%20Prostatakreft%2017.12.09-16-10.12.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Utgatte%20publikasjoner/IS-1777%20(1)%20Prostatakreft%2017.12.09-16-10.12.pdf) [8.6.2015].
- Randomised trial of external beam radiotherapy alone or combined with high-dose-rate brachytherapy boost for localised prostate cancer. Hoskin PJ, Rojas AM, Bownes PJ et al. Radiother Oncol. 2012 May; 103(2): 217–22. doi: 10.1016/j.radonc.2012.01.007. Epub 2012 Feb 16.

Re: Diffusjonsvektet MR ved transitorisk iskemisk anfall

Etter å ha lest artikkelen til Kvistad et al (1), lurer jeg på følgende: Kan diffusjonsvektet MR være indisert på pasienter som tidligere har blitt diagnostisert med TIA, med tanke på å bestemme hva slags profylakse man skal anbefale? Ettersom «studier har vist at majoriteten av disse diffusjonsavvikene representerer permanent iskemisk hjerneskade», skulle man jo tro det?

Aage Sand
a-san@online.no

>>>