
PSA-basert screening for prostatakreft

REDAKSJONELT

JOHANSEN TEB

Prøvescreening er et usikkert vitenskapelig prosjekt

Prostatakreft er mannens hyppigste kreftform og forårsaker stor sykkelighet og mange dødsfall slik det redegjøres for i en viktig artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (1). Måling av mengde prostataspesifikt antigen (PSA) i serum hargjort det mulig å påvise prostatakreft før det oppstår kliniske tegn på sykdom. Dessverre har vi ikke gode nokprognostiske parametere til å vurdere om påvist sykdom bør behandles eller ikke, og det er usikkert om dagens radikalebehandlingstilbud er bedre enn ingen behandling. Antall radikale prostatektomier har økt sterkt i den vestlige verden i løpet av siste tiår. Øvede kirurger kan nåoperere sykdom i tidlig fase med akseptabel bivirkningsfrekvens. I USA går dødeligheten for prostatakreft (og andrekreftformer) ned. Dette er argumenter for tidlig diagnostikk og behandling.

PSA-bestemmelse hos symptomfrie menn som ikke inngår i vitenskapelige studier, kalles villscreening elleropportunistisk screening. Pasienter som antas å være operert i tide uten bivirkninger, og pårørende som har mistet sinenærmeste fordi de kom for sent til behandling, vil argumentere for opportunistisk screening. Menn som går til biopsietter biopsi pga. negativ histologi undersøkelse etter en inkonklusiv PSA-verdi er bekymret. Pasienter som sittertilbake inkontinente og impotente etter mislykket operasjon, forbanner blodprøven som fratok dem sorgløse årintetanende om latent sykdom. Egen inkontinens og impotens er ubehagelige saker i offentlig debatt. De fleste av dissepasientene forholder seg tause.

Å måle PSA-nivå kan være å starte en prosess som vil ende med radikal prostatektomi (2). Hvis noe går galt, vilansvar kobles til initiativ, men ansvaret for en PSA-måling kan ikke skyves helt over på pasienten. Primærlegen somanbefaler PSA-måling, har ansvar for å informere om fordeler og ulemper. Urologen kan vanskelig unnlate å ta biopsi nårPSA-nivået er forhøyet, men han bør kunne dokumentere avdelingens og egne resultater av utredning og behandling.Overfor villscreening er det offentlige helsevesen en passiv medspiller som må betale kostnadene.

Mulighetene for tidlig diagnose og rapporter om bedret overlevelse etter radikal prostatektomi har reist spørsmål omdet er riktig å starte offentlig PSA-basert screening for prostatakreft. Ekspertkomiteer i svært mange land fraråderslik screening i dag (3).

WHO har utarbeidet kriterier for når screening bør iverksettes (4). Blant disse er nødvendiggjennskap til sykdommens prekliniske fase, enighet om når det er riktig å tilby behandling, og at det finnes behandling med dokumentert helbredende effekt og akseptable bivirkninger. For prostatakraft er ingen av disse sentrale kriteriene oppfylt. I tillegg er det uklart hvordan pasienter med forhøyet PSA-nivå og negative biopsier skal følges opp. I forhold til WHO's anbefalinger er det således både medisinsk-faglige og etiske grunner for at myndighetene ikke tilrådes å ta på seg ansvar for systematisk screening ved prostatakraft.

Men er det ikke i det minste grunn til å prøve ut om screening kan redusere dødeligheten ved denne alvorligesykdommen, såkalt prøvescreening? Flere studier pågår i utlandet, og det er også tatt et norsk initiativ for prøvescreening (5). Noen hevder at en slik studie er et nødvendig vitenskapelig alternativ til den sterkt økende opportunistiske screeningen. Hypotesen er at systematisk screening av menn over en viss alder, vil gi signifikant reduksjon i sykdommens dødelighet.

En viktig forutsetning for prøvescreening er at det er minst mulig screening i kontrollgruppen. I dette nummer av Tidsskriftet presenteres resultatene av en spørreundersøkelse om norske primærlegers bruk av opportunistisk PSA-screening (6). I gjennomsnitt praktiserer 60% av allmennlegene PSA-screening av og til eller oftere. Antall PSA-målinger ved norske laboratorier har økt sterkt i løpet av de siste ti årene. Via mediene får befolkningen økende kunnskap om analysens diagnostiske muligheter. Slektninger av menn som har hatt prostatakraft rådes til å måle PSA-nivået. I enkelte norske fylker anbefales screening. Dersom antall radikale prostatektomier etter PSA-basert diagnose forsetter å øke i Norge i samme takt som i de siste fem årene, vil vi i løpet av 4-5 år få samme operasjonshyppighet i kontrollgruppen som det man har i USA.

En eventuell reduksjon i dødelighet i studiepopulasjonen kan tidligst ventes etter 10-15 år. Statistiske beregning viser at antall pasienter som vil inngå i en norsk screeningstudie, trolig ikke er stort nok til å påvise den nedgang i dødelighet på 20% som studiehypotesen forutsetter. Det er også forbundet med stor usikkerhet å slå norske tall sammen med data fra liknende studier i andre land. Endringer i kontrollgruppen i løpet av observasjonstiden vil gjøre det endavanskeligere å bekrefte prøvescreeningens hypotese. De etiske innvendingene mot screening vil også gjelde for prøvescreening.

Vi trenger forskning som gjør det mulig å fastslå når det er riktig å anbefale radikal behandling avhengig av pasientens alder, PSA-verdi, svulstens histologiske type, grad, volum osv. Vi trenger bedre metoder til å vurdere primærtumors utbredelse. Fremfor alt må vi forsøke å finne ut om dagens behandling er bedre enn ingen behandling. Mange behandlingsrapporter er vanskelig å bedømme fordi stadig flere pasienter som blir operert rekrutteres fra densymptomfrie del av befolkningen der en stor andel menn over 50 år har forstadier til prostatakraft som ikke vil utvikle seg til klinisk sykdom. Radikal fjerning av tidlig cancer gir ikke kunnskap om hvordan sykdommen ville ha utviklet seg. En utvidet registrering av alle pasienter som får påvist prostatakraft slik det anbefales i Nasjonal Kreftplan (7), vil sannsynligvis gi mer informasjon og koste mindre enn prøvescreening i et begrenset område.

Opportunistisk PSA-screening er svært vanskelig å regulere. Før WHO's kriterier er oppfylt, er prøvescreening for prostatakraft et usikkert vitenskapelig prosjekt med etiske betenkeligheter og høy kostnad for pasienter og samfunn. Utredning av prøvescreening i

Norge har imidlertid utløst stor innsats- og givervilje overfor pasienter med prostatakreft. Dersom prøvescreening ikke gjennomføres, er det spesielt viktig å bevare et sterkt, tverrfagligengasjement i kampen mot denne alvorlige sykdommen.

Truls E. Bjerklund Johansen

Truls E. Bjerklund Johansen (f. 1951) er instituttsjef ved Norsk Institutt for Urologi og professor i urologi ved Universitetet i Tromsø, seksjonsoverlege ved Telemark sentralsjukehus, og leder av kvalitets sikringsutvalget i Norsk kirurgisk forening.

LITTERATUR

1. Harvei S. Prostatakreftens epidemiologi. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3589-94.
2. Johansen TE Bjerklund. Skal jeg ta PSA? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3400.
3. Fosså SD, Høisæter PÅ, Johansen TE Bjerklund, Vatten L, Myhre KI. Screening for prostatakreft. SMM-rapport 3/ 1999. Oslo: SINTEF Unimed, 1999.
4. Wilson JM, Jugner G. Principles and practice of screening for disease. Gene ve: WHO, 1968.
5. Norwegian Study of Screening for Prostate Cancer (NorProst). Protocol for a population based randomized study of early detection and treatment of prostate cancer among men aged 50-65 years. Oslo: Norsk Urologisk Cancer Gruppe, 1999.
6. Fosså SD, Eri LM. Norske legers rutiner for opportunistisk screening for prostatakreft. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3572-6.
7. Norges Offentlige Utredninger. Omsorg og kunnskap! - Norsk Kreftplan. NOU 1997: 20. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.

Publisert: 10. oktober 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.