
Er det bedre å ikke utføre PSA-test?

LEDER

TRULS E. BJERKLUND JOHANSEN

tebj@medisin.uio.no

Truls E. Bjerklund Johansen er spesialist i generell kirurgi og i urologi og professor emeritus ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er leder av fagrådet i Norsk blærekreftforening og æresmedlem i European Section of Infection in Urology, European Association of Urology.

PER HENRIK ZAHL

Per Henrik Zahl er cand.scient., lege og forsker ved Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Radikal behandling av lokalisert prostatakraft bedrer ikke overlevelsen, gir betydelige bivirkninger og krever store ressurser.

Den britiske ProtecT-studien sammenliknet tre ulike tilnærminger for behandling av lokalisert prostatakraft. Av 82 429 menn som hadde tatt en PSA-test, fikk 2 664 (3 %) påvist lokalisert prostatakraft. Av disse ble 1 643 randomisert til aktiv monitorering, ekstern strålebehandling eller radikal prostatektomi (1).

Etter 15 års oppfølging var det ingen signifikant forskjell i prostataspesifikk eller total dødelighet mellom de tre gruppene. 45 studiedeltagere døde av prostatakraft (< 3 %). Død kunne ikke predikeres ut fra risikostratifisering med tilgjengelige prognostiske verktøy.

På diagnosetidspunktet hadde 23 % av pasientene Gleason-skår > 6. Ved undersøkelse etter prostatektomi hadde 51 % Gleason-skår > 6. I utgangspunktet hadde alle pasientene T-stadium ≤ T2, men etter prostatektomi fikk 28 % stadium pT3 eller pT4. Hele 51 % av menn som utviklet metastaser, og 47 % av dem som døde, hadde Gleason-skår 6.

Blant prostatektomerte var 82 % ute av stand til å oppnå ereksjon, og 24 % brukte mer enn én bleie i døgnet. 12 % av strålebehandlede hadde mer enn én episode med analinkontinens per uke. Med tiden fikk også menn som var under aktiv monitorering vannlatingsproblemer og ereksjonssvikt, slik at forskjellene mellom gruppene avtok. Det var ikke mer angst eller depresjon blant dem som ble aktivt monitorert (2).

Resultatene tyder på at svulster som førte til død, hadde dødelige egenskaper som ikke lot seg identifisere på diagnosetidspunktet. Tid fra første funn av metastaser til død økte i løpet av studien. Forfatterne tror dette skyldes stadig bedre systemisk behandling. Strålebehandlede hadde lavere forekomst av skjelettmetastaser. Forfatterne tror disse mennene hadde ikke-detekterte mikrometastaser som ble holdt i sjakk av adjuvant medikamentell kastrasjon. Når lokalbehandling ikke påvirket overlevelsen, var det trolig fordi de dødelige svulstene hadde metastasert før kreften ble oppdaget. Dette betyr også at det er lite sannsynlig at lokalbehandling er effektiv ved fremskreden sykdom.

«Sykdomsforløpet ved prostatakraft er for dårlig kjent, risikostratifiseringen er usikker og ulempene av behandling er større enn fordelene»

Vi har i 50 år tenkt at prostatakraft utvikles trinnvis og spres ordnet. Hvis volumdoblingstiden er ett år, tar det 25–30 år før en svulst blir detektabel. Da kan den allerede ha sendt ut metastaser i mange år (3). Mer enn halvparten av menn som behandles med kurativ intensjon, får tilbakefall av sykdommen (4). Metastasene må da ha vært til stede på behandlingstidspunktet. Kreftcellene kan deretter dele seg svært langsomt eller «sove og bli vekket igjen» (3).

Sykdomsforløpet ved prostatakraft er for dårlig kjent, risikostratifiseringen er usikker og ulempene av behandling er større enn fordelene. Andelen som døde i Protect-studien, tilsvarer 0,05 % av dem som tok PSA-test. PSA-måling oppfyller ingen av WHO's kriterier for screening.

Resultatene fra Protect-studien er overførbare til Norge. Mens studien har pågått er ca. 30 000 nordmenn behandlet med kurativ intensjon (5). Prostatektomi gjøres ved 18 norske sykehus, og ingen land har større tetthet av kostbare operasjonsroboter. Flere av disse ble anskaffet for å oppnå fortrinn i konkurranse om pasientene. Under overskriften *The great prostate mistake* skrev Roger Ablin at hans oppdagelse av prostataspesifikt antigen (PSA) hadde ført til en profittdrevet offentlig helsekatastrofe (6).

Det er viktig å vite hva man ikke vet. Det gjør det lettere å forstå hvorfor effekt og kostnad ved nye behandlinger må evalueres innenfor rammen av prospektive studier. Norske registre kan verken dokumentere nytte eller kostnader ved diagnostikk og radikalbehandling av prostatakraft. Protect-studien kunne vært gjort i Norge (7).

I en situasjon med anstrengt sykehusøkonomi er det vanskelig å se berettigelsen av pakkeforløp, forløpskoordinatorer, tverrfaglige møter og prioritert behandling av pasienter med PSA-detektert lokalisert prostatakraft.

Tilnærmingen til prostatakraft må baseres på forståelse for når og hvordan sykdommen sprer seg. Det er økende holdepunkter for at dødelig prostatakraft er en systemsykdom som krever bedre systemisk behandling enn hva vi har i dag. Det er her ressursene må settes inn. Nordmenn har rett til nødvendig helsehjelp når den er til nytte og ressursbruken står i rimelig forhold til nytten. Nytt betyr at det er evidens for økt livslengde og/eller livskvalitet. Vår tilnærming med radikal behandling av lokalisert prostatakraft innfrir ingen av kriteriene. Vi mener det er grunn til å vurdere om retten til å rekvirere PSA-test bør forbeholdes leger som har ansvar for utredning og behandling av lokalavansert og metastatisk prostatakraft.

REFERENCES

1. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA et al. Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2023; 0: NEJMoa2214122. [PubMed][CrossRef]
2. Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA et al. Patient-reported outcomes 12 years after treatment for localized prostate cancer. *NEJM Evidence* 2023; 2. doi: 10.1056/EVIDoa2300018. [CrossRef]
3. Liesenfeld L, Kron M, Gschwend JE et al. Prognostic Factors for Biochemical Recurrence More than 10 Years after Radical Prostatectomy. *J Urol* 2017; 197: 143–8. [PubMed][CrossRef]
4. Motofei IG. Biology of cancer; from cellular and molecular mechanisms to developmental processes and adaptation. *Semin Cancer Biol* 2022; 86: 600–15. [PubMed][CrossRef]
5. Kreftregisteret. Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft. www.kreftregisteret.no/Registre/Kvalitetsregistre/Prostatakraftregistre t/ Lest 20.4.2023.
6. Ablin RJ. The Great Prostate Mistake. *The New York Times* 9.3.2010. <https://www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html> Lest 10.4.2023.
7. Johansen TEB. Norwegian prostate cancer initiative (NPCI). Rapport fra forprosjekt og presentasjon av hovedprosjekt: Norsk handlingsplan mot prostatakraft. Oslo: Kreftregisteret, 2001.

Publisert: 26. april 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0248
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.