
T.E.B. Johansen og P.H. Zahl svarer

KOMMENTAR

TRULS E. BJERKLUND JOHANSEN

tebj@uio.no

Truls E. Bjerklund Johansen er professor emeritus og overlege.

PER-HENRIK ZAHL

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

Beslutning om screening tas på grunnlag av kriterier utarbeidet av WHO. Hamdy og medarbeidere presenterte funn i ProtecT med betydning for disse kriteriene. Vi satt i vår lederartikkel resultatene inn i en faglig sammenheng.

Hensikten med screening er ikke å fange opp flest mulig kreftsvulster, men å fange opp dødelige svulster, gitt at de kan identifiseres i tidlig fase hvor behandlingen virker. Nyttens måles i form av reduksjon i dødelighet og ikke i form av antall pasienter. Det er for lett vint, slik Knut E.A. Lundin gjør, å hevde at overbehandling er uunngåelig uten å beskrive typen og forekomsten av komplikasjoner, bivirkninger og kostnader. PSA-screening medfører overdiagnostikk og overbehandling uten noen reduksjon i dødelighet. Mange pasienter får alvorlige komplikasjoner etter primær- og redningsbehandling, og dette antallet vokser betydelig ved PSA-screening. Vårt forslag om å begrense retten til å rekvirere PSA-test handler ikke om å reservere en rettighet for urologer. I dag er det uro-onkologer som behandler de fleste pasienter med lokalavansert og metastatisk sykdom.

Internasjonale retningslinjer tar normalt ikke hensyn til oversiktsartikler som de Lundin referer til [\(1\)](#). Det er ikke riktig bruk av statistikk å måle effekten av et tiltak som antall døde dividert med antall diagnostiserte (letalitet) når man har feilkilder som overdiagnostikk og lead-time-bias. Effekten skal måles som antall døde per 100,000 menn (dødelighet), justert for alder. Dødeligheten synker nå i USA [\(2\)](#) og EU [\(3\)](#) samtidig med at overdiagnostikken er redusert. Dette viser at det er god helsepolitikk å redusere omfanget av PSA-screening.

Pasienter som vurderer å måle PSA må få muligheten til å avveie eventuelle fordeler mot ulemper. Leger må ikke bare informere om resultatene fra de beste sykehusene, men om hva som oppnås i lokale, norske sykehus. Begge

kommentarene til vår leder er fra Oslo Universitetssykehus (OUS). En tidlig analyse av resultatene av fokal redningsbehandling ved OUS har i mange år informert europeiske retningslinjer, men sykehuset har ikke villet offentliggjøre langtidsresultatene (4). For de som vil forbedre medisinsk praksis med fokal teknologi, er det smart å starte med å gjøre egne resultater kjent (5).

REFERENCES

1. Van Poppel H, Albrecht T, Basu P et al. Serum PSA-based early detection of prostate cancer in Europe and globally: past, present and future. *Nat Rev Urol* 2022; 19: 562–72. [PubMed][CrossRef]
2. Jani C, Mouchati C, Abdallah N et al. Trends in prostate cancer mortality in the United States of America, by state and race, from 1999 to 2019: estimates from the centers for disease control WONDER database. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2022; 0. doi: 10.1038/s41391-022-00628-0. [PubMed][CrossRef]
3. Bertuccio P, Santucci C, Carioli G et al. Mortality Trends from Urologic Cancers in Europe over the Period 1980-2017 and a Projection to 2025. *Eur Urol Oncol* 2021; 4: 677–96. [PubMed][CrossRef]
4. Berge V, Baco E, Karlsen SJ. A prospective study of salvage high-intensity focused ultrasound for locally radiorecurrent prostate cancer: early results. *Scand J Urol Nephrol* 2010; 44: 223–7. [PubMed][CrossRef]
5. Johansen TB, Greene D, Breen D et al. red. *Handbook of Focal Therapy for Prostate and Renal Cancer*. London: JP Medical, 2016.

Publisert: 4. september 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0531
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.