

Inför läkarbesöket

Vanligtvis väcks misstanken om prostatacancer genom ett blodprov, PSA. PSA är ett enzym som bildas i prostata och som nästan alltid är förhöjt vid prostatacancer, men även vid t ex inflammation, prostatit. Det är därför viktigt med kontroll vid osäkerhet. Storleken av PSA-förhöjningen har vanligtvis ett samband med hur allvarlig sjukdomen är. Är PSA över tre enheter kan man misstänka en tumör hos en man under 70 år. Är PSA över 10 krävs vanligtvis behandling och är PSA över 20 kan det röra sig om spridd sjukdom. Den undre gränsen för PSA för misstanke på prostatacancer höjs med stigande ålder och är omkring 7 enheter vid 80 år och senare.

Att drabbas av en prostatacancer väcker naturligtvis stor oro, och kanske ångest, hos den drabbade, men det är viktigt att ha i minnet att de allra flesta kommer att dö med sin sjukdom och inte av sin sjukdom. Det finns flera effektiva behandlingar och nya tillkommer hela tiden.

För att närmare kartlägga sjukdomen och för att ta ställning till eventuell behandling krävs en vidare utredning, som du informeras om av din läkare. Det är bra om du har möjlighet att ha med en närstående vid läkarbesöken som kan ge stöd, ställa frågor och göra minnesanteckningar.

Utredningen börjar med att ditt hälsotillstånd kartlägges. Hälsotillståndet har betydelse för vilken behandling man väljer, liksom din ålder. Med ett finger i ändtarmen kan läkaren undersöka prostata, eventuellt känna tumören och få en uppfattning om utbredningen.

Nästa steg i utredningen, helst efter ytterligare kontroll av ditt PSA (som varierar något vid olika provtagningsstillfällen) är att ta flera vävnadsprov, eller biopsier, från prostata för att kunna göra en mikroskopisk analys. Efter denna kan tumörens utbredning och växtsätt bedömas. Det görs genom att ett smalt rörformigt instrument förs in i ändtarmen och med hjälp av ultraljud tar läkaren ett antal prover med en ihålig nål. Det är viktigt att få bedövning! Tumören graderas enligt den s k Gleasonskalan från 1 till 5 på två skalor (3 - 5 räknas som cancer, om än relativt godartad, och 5 som mest allvarlig). Skalorna läggs ihop. Gleasonsumman anger den grad som förekommer vanligast i tumören och den allvarligaste graden som man funnit i tumören, t ex 3 plus 4, eller 4 plus 3. Det är bättre om det första talet är lägre, då det ju innebär att den mer godartade tumören är vanligast.

Det är mycket viktigt att antibiotika ges i förebyggande syfte vid provtagningen. Vanligtvis ges en engångsdos strax före provtagningen. Vid riskfaktorer som diabetes eller urinvägsinfektion krävs en längre tids förbehandling. Om man rest utanför Norden, och i synnerhet Asien, inom de senaste 3 månaderna före provtagningen krävs särskilda försiktighetsåtgärder med tanke på risken för infektion med resistent bakterier. En risk för infektion, på c:a 3 %, finns tyvärr alltid.

Man bör sluta med blodförtunnande medel som Waran en vecka före provet och meddela om man står på Trombyl.

Magnetkameraundersökning (MR) har alltmer börjat användas för att kartlägga tumörens utbredning och för vägledning av provtagningen.

Magnetkameraundersökning har också nästan helt ersatt operation för att kartlägga eventuell spridning till närliggande lymfkörtlar och för ställningstagande vid val av behandling.

Vid ett högre PSA görs en skelettscintigrafi för att bedöma om tumören har spridit sig till skelettet. Resultatet påverkar valet av behandling. Undersökningen genomförs genom att man först får en injektion av ett radioaktivt ämne som tas upp av eventuella skelettmetastaser (dottertumörer). Skelettscintigrafi är en relativt enkel och smärtfri undersökning.

Vid återbesöket för att ta ställning till behandling bör man veta värdet på

1. PSA

2. Gleasonsumman (se ovan)

3. Tumörens utbredning som uttrycks i **TNM**-systemet där **T** anger tumörens lokala utbredning från T1 till T3 med respektive undergrupper a till c. Vid T3 har tumören spridit sig utanför prostatakapseln och är svår att avlägsna med operation. **N0** anger ingen spridning till **lymfkörtlar** och **N1** spridning till regionala (närliggande) lymfkörtlar. **M0-1** anger eventuell spridning till **skelett** och avlägsna lymfkörtlar.

Beroende på patientens ålder och allmäntillstånd eller förväntad återstående livslängd tar man gemensamt med läkaren ställning till att välja fortsatt övervakning eller behandling. Det är lika viktigt att inte överbehandla som att inte underbehandla. Ofta överbehandlas yngre män med godartad cancer, medan äldre underbehandlas vid en allvarlig.

När man bedömer att risken är liten för en man att avlida i sin tumörsjukdom och att riskerna med behandling överväger vinsterna kan aktiv övervakning eller symtomstyrd behandling vara ett bra alternativ. Man tar då PSA mer sällan och sätter in behandling först vid symtom, oftast hormonbehandling.

Vid en **låg riskcancer** med *PSA* under 10, *Gleasonsumman* $6 = 3 + 3$, (ev. vid $7 = 3 + 4$, inte vid $4 + 3$) och *TNM-klassifikation* med T1-T2a (liten utbredning) kan man, även hos yngre män, välja vad som blir allt vanligare, nämligen aktiv övervakning eller monitorering. Man följer patienten med regelbundna PSA-prov, biopsier och rektalpalpationer samt kanske magnetkamera och behandlar först vid försämring av proverna. På så sätt kan komplikationer till operation eller strålning undvikas eller skjutas upp. Det har visat sig att prognosen i det närmaste är likvärdig med den vid tidig operation eller strålbehandling. Vid cancer med **mycket låg risk** finns det ändå mindre anledning att behandla.

Vid **mellanriskcancer** med *PSA* mellan 10 och 20, *Gleasonsumma* 7 ($4 + 3$ ev. $3 + 4$) och *TNM-klassifikation* med T2b (litet större utbredning) överväger man behandling med operation eller strålning. Det gäller även **högriskcancer**. Vid spridning av tumören utanför prostata är det vanligen inte aktuellt med dessa behandlingsalternativ.

Att välja mellan operation och strålning är inte lätt. Behandlingsresultaten är i stort sätt likartade. Biverkningar på lång sikt är jämförbara även om operation innebär högre risk för urininkontinens. Eventuell impotens kommer genast efter operation (kan bli bättre med tiden) men senare med strålbehandling. Då man i stor utsträckning ger hormonbehandling vid

strålbehandling (det förbättrar prognosen) leder också den till problem med impotens och minskad lust.

Viktigt att veta inför val mellan olika behandlingar är att man alltid har rätt till en s k second opinion, dvs ett uttalande av en oberoende medicinsk expert. Vanligen sker detta genom att både en urolog, som opererar, och en onkolog, som ger strålbehandling, konsulteras.

Operationen kan ske öppet på det klassiska sättet genom ett snitt i nedre delen av buken eller genom laparaskopi eller titthålskirurgi.

Titthålskirurgin är oftast s k robotkirurgi, vilket inte innebär att en robot opererar, utan att den assisterar genom att styra instrumenten så att skakningar etc elimineras. Det är en läkare som sitter vid spakarna.

Den s k robotassisterade kirurgin blir allt vanligare, men operationsresultaten av öppen kirurgi lär vara likvärdiga och är mer beroende på kirurgens erfarenhet och skicklighet. Efter titthålskirurgi går vanligtvis patienten hem påföljande dag och efter öppen kirurgi efter ytterligare någon dag.

Strålbehandling kan ske genom yttre eller inre (joniserande) elektromagnetisk strålning eller genom en kombination av dessa. Vid yttre strålbehandling används mest röntgenstrålar.

Vid den moderna **yttre strålbehandlingen** placeras några markörer i prostata och med hjälp av dessa kan en yttre strålkälla, som rör sig bågformigt över patienten med hjälp av avancerad teknik, fokusera strålningen mot prostata och minska skadan på omgivningen. Tekniken kallas IMRT.

I farozonen är främre ändtarmsväggen som ligger tätt mot prostatas baksida, med risk för framtida skador medförande blödningar och diarréer.

Strålbehandlingarna ges varje vardag under sex veckor och föregås av några månaders hormonbehandling som krymper prostatan och förbättrar behandlingsresultaten. Man ger numera även hormonbehandling en tid efter strålbehandlingen.

Biverkningar på kort sikt kan vara trötthet och ibland blåskatarr. På lång sikt, ibland efter flera år tillkommer, fränsett tarmbesvären som oftast är tillfälliga, impotens och mer sällan, inkontinens för urin.

Vid **inre strålbehandling eller brachyterapi** förs, vanligen i ryggbedövning, ett radioaktivt preparat genom ihåliga nålar in i prostata och får verka en kort stund. Behandlingen kombineras oftast med yttre strålbehandling. På så sätt kan man ge större stråldos utan att skada omgivningen.

Vid mer beskedliga tumörer kan man nöja sig med att placera radioaktiva korn i prostata, vilka får vara kvar, då de slutar stråla efter några månader. Det kallas **frö- eller seedsterapi**.

Har tumören endast spridit sig till de lokala lymfkörtlarna kan det ibland efter hormonterapi vara möjligt med strålbehandling. Vid mer uttalad spridning eller metastasering återstår att på medicinsk eller kirurgisk väg ta bort eller blockera testosteronet eller det manliga könshormonet som är "bränsle" för cancern. Med bicalutamid (tablettbehandling) blockerar

man testosteronets effekt huvudsakligen på prostata, vilket innebär mindre biverkningar. En GnRH-analog (injektionsbehandling) innebär att man nästan helt upphäver produktionen av testosteron. Denna behandling har mer inverkan på t ex ämnesomsättning och urkalkning av skelettet (osteoporos). Se särskild artikel!

På senare tid provas att ge cytostatika i form av ett idegransextrakt, docetaxel, (Taxotere) vid start av hormonbehandlingen. Det tycks ge en betydligt längre tid till återfall och också bättre överlevnad. Tidigare gav man det endast när hormonbehandlingen slutat ha effekt.

Nyare hormonbehandlingar (och dyra!) finns också att tillgå om den tidigare givna hormonbehandlingen sviker. Numera står samhället, tack och lov, för kostnaden. Strålbehandling med en radioaktiv isotop finns också tillgängligt i Sverige.

All information kan verka förvirrande, men då prostatacancern för det mesta växer långsamt, har man gott om tid att sätta sig in i sin situation, för att tillsammans med läkaren välja den behandling som passar bäst. Det finns mycket att erbjuda och det finns ingen anledning att tappa modet.

Vid samtalsträffarna den första onsdagen i månaden på KS (se hemsidan: **www.prolivstockholm.se**) träffar man väl pålästa medpatienter, som har mycket visdom och erfarenhet att dela med sig. *Glöm inte att skriva upp och ta med värdena på PSA, Gleasongraderna resp. summan samt TNM-klassiferingen.* Ta gärna även med din partner!

ProLiv Stockholm

Mars 2017

Ta gärna med uppgifter på PSA- och Gleason värdena samt TNM-klassiferingen som underlag för vårt samtal.

Har du en närstående är även den personen varmt välkommen!