
Screening for cancer prostatae

REDAKSJONELT

TVETER KJ

Med screening forstås undersøkelse av antatt friske personer i den hensikt å oppdage sykdom på et tidlig tidspunkt, før sykdommen har gitt kliniske manifestasjoner, slik at tidlig behandling kan tilbys i kurativt øyemed.

I Norge har vi hatt screeningprogrammer for hyppig forekommende kreftsykdommer hos kvinner, nemlig cancer cervicisuteri og cancer mammae. Det er dokumentert at screening for brystkreft reduserer dødeligheten (1, 2). Det samme synes å gjelde for livmorhalskreft (3).

Det har aldri vært noe tilsvarende screeningprogram for menn. Per Å. Høisæters artikkel i dette nummer av Tidsskriftet omtaler amerikanske undersøkelser som kan tyde på en klar gevinst ved screening for prostatacancer (4). Erikketiden nå kommet for mannen og mannens hyppigste kreftform? Tiden er i alle fall kommet for en seriøs overveielse av alle sider knyttet til screening for prostatacancer. Som Høisæter skriver, er screening for prostatacancer kontroversielt, det er mange uavklarte forhold, og nytten er ikke dokumentert.

PROSTATAKREFT - EN DØDELIG SYKDOM

I Norge dør årlig ca. 1100 menn, med en gjennomsnittsalder på 77 år, av prostatakreft. Dette utgjør 3-4% av alledødsfall hos menn. I tillegg har omtrent like mange fått diagnosen i så høy alder at de dør med, men ikke av sykdommen. Hos 90% av dem som får diagnosen før 60 års alder er sykdommen dødelig, og 60% av dem som får diagnosen før 70 årsalder dør av sykdommen. Ti års overlevelse for prostata kreft er 75% ved intrakapsulær sykdom, 55% ved lokalavansert sykdom, og 15% når det foreligger metastaser (5). Både insidens og mortalitet av cancer prostatae har økt merkbart de siste 25 år, og ytterligere økning er forventet. Dessuten vet vi alle at cancer prostatae i endestadiet gir betydelige plager, og de fleste pasienter har sterke smerter. Cancer prostatae representerer altså et stort helseproblem. Hvis vikan redusere dødeligheten av prostatakreft ved tidlig diagnose, er det ingen tvil om at dette er veien å gå.

Et hovedproblem knyttet til screening for prostatakraft er muligheten for overdiagnostikk og overbehandling. 30-40% av alle 50-årige menn vil ha mikroskopiske tegn på cancer, men dette representerer en latent cancer som hos de aller fleste aldri vil utvikle seg til klinisk cancer (6). På den annen side har tidlig prostatakraft et klart malignitetspotensial, og hvis pasienten lever lenge nok vil han ha stor risiko for å utvikle klinisk prostatakraft og eventuelt dø av sykdommen (7).

ER SCREENING FOR PROSTATAKRAFT AKTUELT I NORGE?

Det foretas allerede sporadisk screening selv om vi for ikke lenge siden anbefalte at det ikke skal gjøres (8). Slik sporadisk screening kan skje på initiativ av legen, men oftere og oftere må vi regne med at pasienten selv ønsker undersøkelsen. Vi vil se stadig flere pasienter som er svært godt orientert, gjennom Internett eller på annen måte. Spørsmålet er om det skal gjøres mer systematisk screening. Til det er svaret nei fordi ingen har vist nytten av screening for prostatakraft. Men derimot har vi i Norge en enestående mulighet til å utføre en studie av screening slik at de viktigste spørsmål knyttet til screening for prostatacancer kan besvares. En slik studie vil være av storsnasjonal betydning, men vil også være svært verdifull for urologien internasjonalt. Tidspunktet for en slik undersøkelse er nå. I Norge har vi ikke innført undersøkelse av prostataspesifikt antistoff (PSA) som rutine, og vi utfører relativt få radikale prostatektomier. Dette vil kunne endre seg i løpet av få år, slik at en god undersøkelse ikke vil være mulig å gjennomføre fordi vi da ikke vil ha mulighet for en kontrollgruppe, noe som er en forutsetning for en vitenskapelig tilfredsstillende undersøkelse.

I Stor-Oslo er det anslagsvis 60000 menn i alderen 50-65 år som er velegnet for en slik undersøkelse. Siden behovet for radikal behandling også vil øke, må sykehuseier og de øverste helsemyndigheter være informert og gi de nødvendige ressurser også for det økte behandlingsbehov. Uten slik klarering vil en undersøkelse være uetisk fordi man bare vil stjele ressurser fra andre pasientgrupper. Selve screeningmetoden kan være basert på PSA-analyser. Undersøkelsen bør rekruttere aktuelle menn i seks år. Fornyet screening med PSA bør gjentas etter ett år, senere annethvert år. En slik studie vil kunne besvare spørsmål knyttet til verdien av PSA som screeningverktøy, gi informasjon om kostnad-nytte, omlivskvalitet til behandlede pasienter og om tidlig behandling vil redusere dødeligheten. Dessuten vil man kunne sammenlikne radikal kirurgi med radikal strålebehandling i en randomisert prospektiv studie, noe som heller aldri er blitt studert systematisk. Kunne man i tillegg gjøre mer basale studier for å finne gode prognostiske faktorer for denne sykdom, ville vi i fremtiden kunne gi råd og anbefalinger til den enkelte pasient basert på mer eksakt kunnskap, hvilket vi i dag har sparsomme muligheter for. En god studie vil kunne befri oss fra det dilemma som en engelsk kollega har uttrykt slik (9): "European men deserve the benefit of scientifically based information before being exposed to another North American fashion. Prospective randomized trials investigating mortality, quality of life and cost benefit are the only solution."

Kjell J. Tveter

LITTERATUR

1. Lidbrink E. Mammographic screening for breast cancer. Aspects on benefits and risks. Stockholm: Department of clinical oncology, Södersjukhuset and Radiumhemmet, Karolinska Institutet, 1995.
 2. Quinn M, Allen E. Changes in incidence of and mortality from breast cancer in England and Wales since introduction of screening. *BMJ* 1995; 310: 1391-5.
 3. Engeland A, Haldorsen T, Tretti S, Hakulinen T, Hørte LG, Luostarinen T et al. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010. *APMIS* 1993; 101 (suppl 38): 55-7.
 4. Høisæter PÅ. Er det grunnlag for screening for prostatakraft i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2062-5.
 5. Woolf SH. Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen. *N Engl J Med* 1995; 333: 1401-5.
 6. Menon M, Parulkar BG, Baker S. Should we treat localized prostate cancer. *Urology* 1995; 46: 607-16.
 7. Hugosson J, Aus G. Natural evolution of prostate cancer. *Endocrine-related Cancer* 1996; 3: 147-55.
 8. Otnes B, Tveter KJ. Screening for tidlig diagnose av prostatacancer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 157-60.
 9. Hall RR. Screening and early detection of prostate cancer will decrease morbidity and mortality from prostate cancer: the argument against. *Eur Urol* 1996; 29 (suppl 2): 24-6.
-

Publisert: 30. mai 1997. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.