
Skal jeg ta PSA?

REDAKSJONELT

BJERKLUND JOHANSEN TE

Spørsmålet er aktuelt for primærdiagnostikk og kontroll av prostatakraft og angår meg som mann og lege. PSA-måling (prostataspesifikt antigen), ultralydveiledet biopsi og radikal prostatektomi er grunnlaget for moderne utredning og behandling av prostatakraft. Å måle PSA-verdien er å starte en prosess som har til hensikt å påvise cancer prostatae iså tidlig stadium at sykdommen lar seg helbrede med radikalbehandling. I denne prosessen må pasienten gjennom en serie vurderinger med varierende usikkerhet.

Hvis en symptomfri nordmann i aldersgruppen 50-55 år måler sin PSA-verdi, er det ca. 10% risiko for at verdien er forhøyet (> 3 ng/ml). Betydningen av en forhøyet PSA-verdi må avklares med prostatabiopsi. Sannsynligheten for å påvise kreft øker ved patologiske palpasjonsfunn og stigende PSA-verdi. I denne aldersgruppen på ca. 125000 menn ble det påvist 16 tilfeller av prostatakraft i Norge i 1992, før PSA påvirket registreringen (1).

Obduksjonsstudier har vist at 40% av menn over 40 år har histologisk påvisbar kreft i prostata. Svært få utvikler klinisk sykdom. Vi mangler kunnskap til å forutsi hvilke cancertilfeller som blir livstruende og som det er nødvendig å behandle. Dette er den største usikkerheten som møter en pasient med forhøyet PSA-verdi. I USA ble påviste tilfeller av prostatakraft og antall radikale prostatektomier mangedoblet etter introduksjonen av PSA-undersøkelsen (2).

En negativ prostatabiopsi vil oftest føre til fornyet PSA-måling og gjentatte biopsier noen måneder senere. Pasienten må leve med mistanken om at det kan være kreft i prostata som ikke er truffet av biopsinålene. Det er vanskelig å avslutte et slikt kontrollopplegg før det påvises cancer (3).

Dersom biopsien viser prostatakraft og behandling ansees nødvendig, hvilke sjanser er det da for at sykdommen lar seg helbrede? PSA-verdien, histologisk grad og resultatet av stadiebestemmelse er de viktigste prognostiske indikatorer, slik det understrekes av Aasmund Berner og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet (4). I 1992 ble ca. 30% av prostatakrafttilfellene i Norge diagnostisert i avansert stadium med fjernmetastaser (1). Når diagnosen stilles hos symptomfrie menn pga. forhøyet PSA-verdi, blir andelen med fjernmetastaser vesentlig lavere.

Kreftregisteretsregistrering av pasienter med regionale lymfeknutemetastaser er usikker, men ca. 50% har spredning til lymfeknuter eller fjernmetastaser på diagnosetidspunktet. Sannsynligheten for metastaser øker med økende PSA-verdi og patologiske funn ved rektal palpasjon. Primærtumors størrelse og utbredelse (T-stadium) er avgjørende for om radikalbehandling kantonbyes. Dette undersøkes med rektal ultrasonografi. Vurderingen er meget usikker. Hos ca. 50% av pasientene som opereres med radikalt siktemål, viser det seg etterpå at svulsten likevel ikke er radikalt fjernet, dvs. at tumor har vokst utenfor prostatakapselen. Komplikasjonene er de samme enten operasjonen er radikal eller ikke. Opptil 30% av pasientene blir varig inkontinente i forskjellig grad. Ca. 80% blir impotente.

Sannsynligheten for at en symptomfri mann med utgangspunkt i en forhøyet PSA-verdi, skal få påvist en livstruende sykdom, gjennomgå nødvendig radikal prostatektomi og få beskjed om at han kan anse seg helbredet, er meget liten. Faren for at det foretas operasjon som ikke er nødvendig eller ikke ble radikal er vesentlig større; at det påvises kreft uten tilbud om radikal behandling; eller at pasienten får avtale om fortsatte biopsier pga. usikker diagnose.

Disse beregningene viser hvorfor så få urologer med gjennomsnittsalder 53 år kjenner sin egen PSA-verdi (5). I aldersgruppen 55-60 år femdobles antall tilfeller av prostatakreft og i de to neste femårsgruppene dobles det (1). Pga. stor usikkerhet om når radikalbehandling er nødvendig vil forholdet mellom gunstig og uønsket utfall av PSA-måling være omtrent det samme i alle aldersgruppene. I primærdiagnostikk bør PSA-verdi bare måles hos menn som er egnet til radikalbehandling for prostatakreft (alder under 70 år og ingen kontraindikasjoner mot kirurgi) og som er orientert om og beredt til å gjennomgå utredning av en forhøyet PSA-verdi.

Selv om det ikke er dokumentert at pasientene får det bedre og lever lenger, tilbys radikal prostatektomi ved stadig flere norske sykehus. Begrunnelsen er forventning om helbredelse og økt livskvalitet. Flere rapporter gir god grunn til det (6). Men vi trenger enda bedre prediktorer enn PSA for å kunne skille "the pussycats from the tigers" blant tilfellene av prostatacancer (7). Det er også nødvendig med kontrollerte kliniske studier der radikal prostatektomi sammenliknes med ingen behandling. Det er store forventninger til en pågående skandinavisk studie i regi av Scandinavian Prostatic Cancer Group (SPCG IV). Mens vi venter på resultatene av slike studier, må dagens behandlingssystematiseres og resultatene registreres. Norske urologer har med sin bakgrunn i generell kirurgi det beste utgangspunkt for å praktisere åpen radikal prostatektomi. Det er definert kvalitetsindikatorer for biopsi, bestemmelse av lymfeknutestadium og radikal kirurgi med både retropubisk og perineal teknikk. Et nasjonalt elektronisk register for radikal prostatektomi er under etablering i regi av Norsk Institutt for Urologi.

Pasienter som har gjennomgått radikalbehandling for prostatakreft, kontrolleres med PSA-måling. En patologisk verdi vil lede til bildediagnostisk utredning av lokale residiver som kan strålebehandles. Pasienter med symptomgivende metastaser fra prostatakreft tilbys hormonbehandling. Et flertall av pasientene velger nå Gn-RH-analog som injiseres subkutant i depotform med en eller tre måneders intervaller. PSA-verdien bør kontrolleres noen få måneder etter behandlingsstart. Brått fall i PSA-verdi tyder på en lang

remisjonsfase. Kastrasjonsbehandling ved prostatakraft er palliasjon. Det er ikke medisinsk indisert å måle PSA-verdi hver gang det gis depotsprøyter. Som Brynjulf Otnes og medarbeidere skriver i dette nummer av Tidsskriftet, er det klokt å vente med PSA-måling til det oppstår kliniske tegn på progrediering av sykdommen (8).

Truls E. Bjerklund Johansen

LITTERATUR

1. Cancer in Norway 1992. Oslo: Kreftregisteret, 1992.
2. Jacobsen SJ, Katrisic SK, Berstrahl EJ. Incidence of prostate cancer diagnosis in the eras before and after serum prostate-specific antigen testing. *JAMA* 1995; 274: 1445-55.
3. Otnes B, Harvei S, Fosså SD. Økt påvisning av prostatakraft. Betydningen av prostataspesifikt antigen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1795-9.
4. Berner A, Skjørten FJ, Harvei S. Ikke-diagnostiserte mikroinvasive karsinomer i prostata. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3408-12.
5. Huland H. The risks outweigh the benefits of radical prostatectomy in localised prostate cancer: the argument against. *Eur Urol* 1996; 29 (suppl 2): 31-3.
6. Zincke H, Blute ML, Fallen MJ, Farrow GM. Radical prostatectomy for stage A adenocarcinoma of the prostate. *J Urol* 1991; 146: 1053-8.
7. Blandy JP. Medical strategies in the approach to BPH and prostate cancer. I: Johansen TEB, red. *New perspectives in Urology*. NIU symposiumserie. Tromsø: Norsk Institutt for Urologi, 1994: 16-20.
8. Otnes B, Hernes E, Fosså SD. Prostataspesifikt antigen ved oppfølging av konservativt behandlet prostatakraft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3401-5.

Publisert: 20. september 1998. *Tidsskr Nor Legeforen*.

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