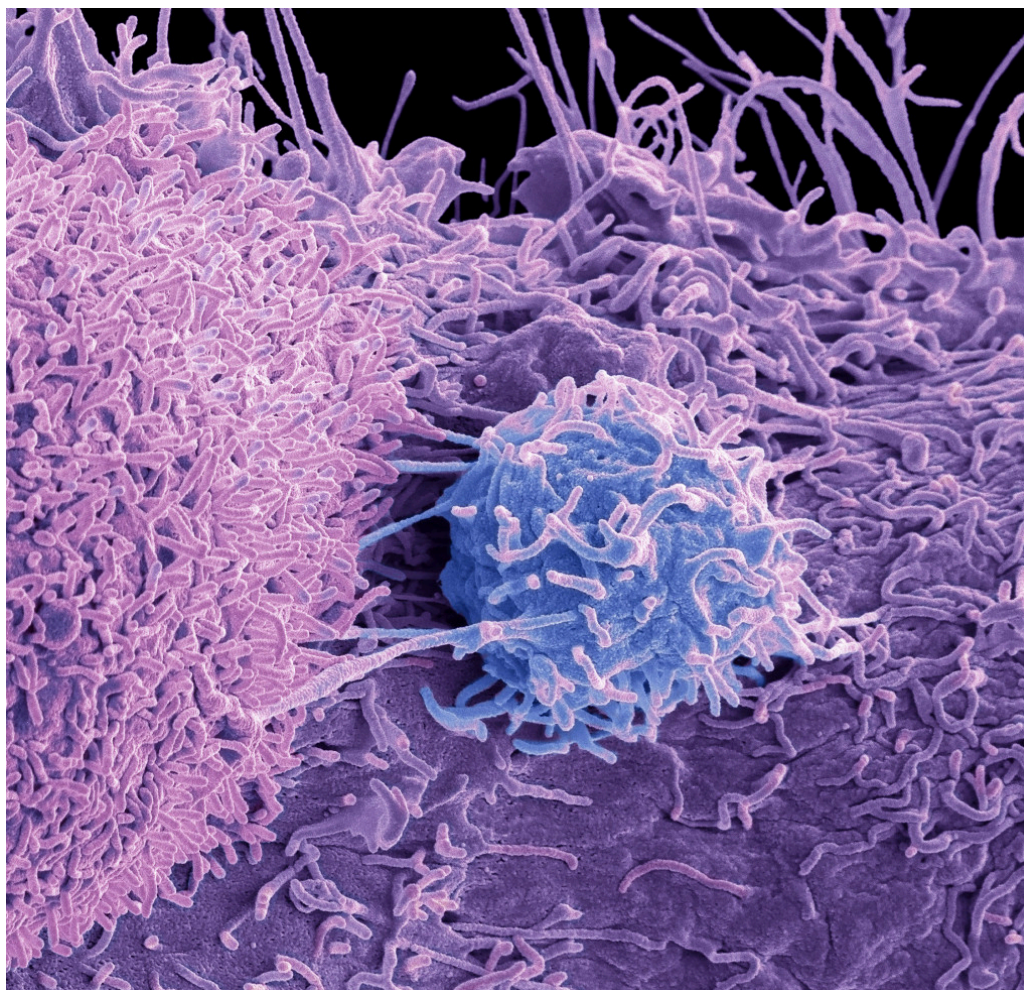

Prostatektomi + apalutamid ved prostatakreft

FRA ANDRE TIDSSKRIFTER

PETTER GJERSVIK

Tidsskriftet

For første gang viser en studie klare gevinster ved å kombinere radikal prostatektomi med et systemisk legemiddel ved prostatakreft.



Prostata kreftceller, elektronmikroskop. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

Radikal prostatektomi kan være kurativ ved prostatakraft, men residiv er vanlig. Det finnes ingen sikker dokumentasjon for at medikamentell tilleggsbehandling bedrer prognosen. Nå foreligger imidlertid resultatene fra en stor fase 3-studie, der perioperativ behandling med apalutamid, en peroral ikke-steroidal androgenreseptorhemmer, ble sammenliknet med placebo (1). I studien ble rundt 2 100 pasienter med lokalisert høyrisiko- eller lokalavansert prostatakraft randomisert til enten 240 mg apalutamid eller placebo daglig i seks måneder før og seks måneder etter radikal prostatektomi og lymfeknudedisseksjon. Kjemisk kastrasjon ble gjennomført hos alle.

Andelen pasienter med histopatologisk komplett remisjon eller kun minimale kreftrester i prostatektomipreparatet var signifikant høyere i apalutamidgruppen enn i placebogruppen (8,9 % versus 1,0 %; oddsratio 10,2; 95 % konfidensintervall 5,3 til 19,6; $p < 0,001$). Etter en median oppfølgingstid på om lag fem år hadde de som fikk apalutamid, lavere metastaserater og mindre behov for annen kreftbehandling. Bivirkninger var noe vanligere i apalutamidgruppen, først og fremst på grunn av eksantem.

Relevans for norsk praksis

- Denne studien kan komme til å endre retningslinjene for behandling av prostatakraft, mener Arne Stenrud Berg, som er onkolog, overlege ved Drammen sykehus og leder for Krefregisterets fagråd for prostatakraft.
- Studien er gjennomført i mange land og sentre hvor halvparten av pasientene er fra Europa, noe som gjør resultatene troverdige og relevante for norsk praksis, sier han. Men oppfølgingstiden er for kort til å si noe sikkert om effekten på totaloverlevelse på lang sikt. Dessuten fikk ikke kontrollgruppen en behandling som reflekterer dagens standardbehandling, noe som gjør det vanskeligere å vurdere gevinsten.

Strålebehandling eller prostatektomi?

I dag anses kurativt rettet strålebehandling med to års antihormonbehandling som standard for de fleste av disse pasientene, men prostatektomi, med eller uten lymfeknudedisseksjon, kan velges etter en individuell vurdering, forklarer Berg. Ulempen er at risikoen for residiv med behov for strålebehandling mot bekkenet da er relativt stor.

- Denne studien representerer et gjennombrudd fordi det for første gang er oppnådd klare gevinster ved å kombinere prostatektomi med et systemisk legemiddel. Sjeldnere behov for senere behandling er kanskje det effektmålet som vi klinikere vil vektlegge mest i framtidige diskusjoner med pasienten, sier Berg. Han understreker at valget mellom strålebehandling og prostatektomi alltid må skje i samråd med pasienten.
- Studien gir ikke svar på spørsmålet om hvilken behandling som er best, men den gir en mulighet for at valget kan bli mer persontilpasset, sier han. Han minner om at apalutamid ikke kan benyttes på denne indikasjonen ved offentlige sykehus før det er godkjent av Beslutningsforum.

LITTERATUR

1. PROTEUS Investigators. Perioperative apalutamide in high-risk localized prostate cancer. N Engl J Med 2026 doi: 10.1056/NEJMoa2603878. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 9. juli 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0395

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. juli 2026.