



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Radikal behandling av prostatakrefte i Norge

I Tidsskriftet nr. 12/2005 omtaler Truls Erik Bjerklund Johansen radikal behandling av prostatakrefte i Norge basert på publiserte norske erfaringer (1). Dessverre beskrives ikke utviklingen av behandlingstypene. Man har spesielt de siste fem år gjort store tekniske fremskritt. Vi skal i det følgende kommentere en del utsagn i artikkelen.

Med radikal behandling bør man mene en behandling som gjør pasienten tumorfri. Internasjonalt aksepteres bare radikal prostatektomi og høyt dosert strålebehandling mot prostata som radikale behandlinger, med kryoterapi som én av flere eksperimentelle terapiformer. Med denne definisjonen blir det også meningsløst å vise en tabell hvor transuretral reseksjon av prostata med laserbehandling og «ingen behandling» blandes med det som i dag anses som radikal behandling. Kryoterapi kan nevnes, men bare som eksperimentell (utprøvende) behandling.

Uttrykket overlevelse brukes uten at det klart er presisert hva som menes. For prostatakrefte opereres det med både relativ overlevelse, total overlevelse og tilbakefallsfri overlevelse, som gir helt forskjellige presenter. Det påpekes, med rette, at ingen norsk studie har vist at radikal behandling forlenger livet (1). Inntil mai 2005 fantes det faktisk ikke en eneste randomisert studie i verdenslitteraturen som viste at radikal prostatektomi var bedre enn ingen behandling hos pasienter med oftest klinisk diagnostisert prostatakrefte (2). Selv disse resultater er ikke helt representative for forholdene i dag, hvor de fleste pasienter med prostatakrefte diagnostiseres på grunnlag av PSA-nivå i serum. Fra Norge er det publisert data for overlevelse etter radikal strålebehandling med fem års rater for sykdomsfri, progresjonsfri og total overlevelse (3).

En oversiktsartikkel om radikal strålebehandling av prostatakrefte i Norge bør si i klartekst at de fleste norske pasienter som i dag får strålebehandling, eventuelt kombinert med hormonbehandling, har en prostatakrefte som ikke egner seg for kirurgi. Det er uvitenskapelig å uttale at «det er grunn til å tro at materialene omfatter pasienter med mer fremskreden sykdom» når norske artikler dokumenterer dette (3–5).

Hvis pasienter med relativt lokalavansert

prostatakrefte strålebehandles i et forsøk på å kurere dem, må pasientene akseptere en del bivirkninger. Prosentene for dette må angis korrekt og meningsfylt, slik som de er publisert i nyere artikler fra Norge (4, 5). Når forekomsten av vedvarende symptomer fra blære/rectum angis fra 13–86%, er slik informasjon meningsløs uten nærmere angivelse av tidsrom for behandling og behandlingsteknikker.

Brakyterapi omtales i artikkelen (1), men uten å henvise til en internasjonal publisering fra Norge (6). Denne formen for brakyterapi har ikke vært i bruk i Norge de siste 15 år. Derimot gis i dag en annen form av brakyterapi, høydoseert med Iridium-192 kombinert med ekstern strålebehandling, noe som i det minste burde vært nevnt i artikkelen.

Også når det gjelder radikal prostatektomi oppgis svært sprikende tall for flere forhold som er relevante for kirurgisk behandling, for eksempel inkontinens, erektil dysfunksjon og forekomst av kapselgjennombrudd i operasjonspreparatet. Forfatteren gir liten forklaring på disse høyst variable tallene, og det er vanskelig for den vanlige ikke-spesialiserte leser å forstå hvilke tall som ligger nærmest «sannheten». Lettere blir det ikke når referansene for tallmaterialet ikke er spesifikt oppgitt. Leseren har da ikke muligheten til selv å kunne vurdere styrken i dokumentasjonen bak disse tallene som er basert på studier med mellom åtte og 110 pasienter. Forholdene rundt radikalkirurgi har endret seg så mye de seneste årene at materialer fra 1980- og tidlig 1990-tallet nærmest blir å betrakte som historiske. Både pasientsелеksjon til kirurgi, operasjonsteknikk og bivirkningsprofil har endret seg vesentlig (7). Leseren kan lett få inntrykk av at disse materialene representerer dagens standard.

Forfatteren kommer også med en rekke andre påstander som er unøyaktige eller som burde ha en forklarende referanse: Skrumpling av urinblæren er ingen bivirkning av strålebehandling mot prostata, hva er normalfordelt Gleason-skåre, påstanden om at det er sannsynlig at 60% av prostatektomerte pasienter må regne med at operasjonen ikke er radikal, påstanden om at 30% av opererte pasienter får dårligere livskvalitet, PSA hører ikke til T-kategorisering, heller ikke til stadiuminndeling, etc. Referanselisten er ytterst sparsom og gir ikke leseren anledning til å finne frem bakgrunnen for tallene og påstander forfatteren

kommer med. De fleste tallene er tatt fra abstrakter fra kirurgiske høstmøter, hvorav enkelte senere er publisert i velrenomnerte engelskspråklige fagtidsskrifter eller i Tidsskriftet.

Det er tankevekkende at det er så lite publisert om radikalbehandling av prostatakrefte hos norske pasienter, men desto viktigere er det å gi et korrekt bilde av det som er gjort i Norge, og som er publisert i anerkjente fagtidsskrifter. En del av artikkelens svakheter burde ha vært fanget opp under den faglige vurderingsprosessen i Tidsskriftet. 25 spesialister fra det uroonkologiske miljø i Norge har ved underskrift støttet innholdet i dette innlegget.

Sophie D. Fosså

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Rolf Wahlgvist

Aker universitetssykehus

Litteratur

1. Bjerklund Johansen TE. Radikal behandling av prostatakrefte i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1658–60.
2. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med 2005; 352: 1977–84.
3. Fosså SD, Lilleby W, Wæhre H et al. Definitive radiotherapy of prostate cancer: The possible role of staging lymphadenectomy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003; 57: 33–41.
4. Lilleby W, Fosså SD, Wæhre H et al. Long-term morbidity and quality of life in patients with localised prostate cancer undergoing definitive radiotherapy or radical prostatectomy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999; 43: 735–43.
5. Bakken AM, Ogrheid P, Iversen J et al. Normal tissue radiation toxicity in radiotherapy of localized prostatic cancer. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2017–21.
6. Wæhre H, Amellem Y, Stenwig AE et al. DNA cytometry and histological findings before and after 125 iodine implantation of primary prostate cancer. J Urol 1992; 148: 838–42.
7. Stene JB, Angelsen A. Postoperativ morbiditet og livskvalitet etter radikal retropubisk prostatektomi. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 218–21.

Truls E. Bjerklund Johansen svarer:

Presisjonsnivået i en oversiktsartikkel bestemmes av originalarbeidene. Detaljertaler må bli annerledes i Tidsskriftet enn i et urologisk spesialtidsskrift. Spalteplassen er begrenset og referanselisten kortere. I min artikkel er 30 abstrakter fra kirurgiske høstmøter komprimert til én referanse. Tabell 1 ligger på Internett, men med litt velvilje finner de fleste ut hvor tallene i teksten er hentet fra. I en oversiktsartikkel forventes det at forfatteren utviser kvalifisert skjønn.