

Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*.
 Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg
 av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren».
 Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.
 Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvaretsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.



Re: Den vanskelige prostatakreften

Professor og urolog Truls Bjerklund Johansen, har meget fortjenstfullt kommentert vår artikkel om innvendig strålebehandling med lavdoserate brakyterapi av lavrisikopasienter med prostatakreft (1). Han mener at denne pasientgruppen ikke bør behandles, men aktivt overvåkes for å unngå overbehandling. Han synes det er bekymringsfullt at en ny metode tas i bruk når totaloverlevelsen av pasientene er identisk, enten pasientene får ekstern strålebehandling, kirurgi eller ingen behandling.

Hvem kan skille mellom klinisk relevant eller indolent sykdom? I 2010 hadde 1804 menn med prostatakreft T1-T2 tumorer, 182 pasienter fikk aktiv overvåkning, 404 ingen behandling, mens de resterende fikk en eller annen form for terapi (2). Dette viser at aktiv overvåkning fungerer dårlig i Norge, og det er vår kliniske erfaring at mange pasienter med lavgradig sykdom som observeres ubehandlet kommer til behandling med lokalavansert sykdom (se også vår oversiktsartikkel (3)).

I vår artikkel har vi fokusert på behandling av pasienter med lavgradig sykdom som utvikler behandlingstrengende sykdom. I henhold til internasjonale rapporter (4) vil dette gjelde 30 % av pasientene under aktiv overvåkning. Dessuten, opplever vi at mange pasienter som har fått lavgradig prostatakreft ønsker en definitiv primærbehandling. De orker ikke den psykiske belastningen av å leve med ubehandlet kreft og gå til mangeårige kontroller med stadige blodprøver, MR undersøkelser og prostatabiopsier.

Bjerklund Johansen etterlyser et bedre kunnskapsgrunnlag for behandling med lavdoserate brakyterapi, flere publikasjoner med høyt evidensnivå, samt bedre kriterier for indikasjon og behandling. Lavdoserate brakyterapi praktiseres i dag i nesten hele verden, men ikke i Norge. Metoden er standard i alle land hvor den praktiseres. Mange hundre tusen pasienter er blitt behandlet med metoden, som er gjennomprøvd gjennom to dekadere. Litteraturen omfatter hundrevis av publikasjoner om emnet, og resultatene fra behandling av tusenvis av pasienter er presentert. Metoden er anbefalt av internasjonale strålebehandlingsorganisasjoner med internasjonalt anerkjente professorer i spissen med spesialkompetanse innen stråleterapi (5). Bjerklund Johansen foreslår nye evalueringstudier og ny metodeevaluering. Hvordan man skal få et bedre kunnskapsgrunnlag for metoden i Norge, er for oss vanskelig å forstå.

Det er interessant at Bjerklund Johansen ikke kommenterer evidensgrunnlaget for at lavdose brakyterapi er kostnadseffektivt og gir samfunnsøkonomiske besparelser, som anført i vår oversiktsartikkel (3). Han uttaler at metoden ikke bør innføres i Norge, da langtidsoverlevelsen ikke er bedre enn observasjon. Lavdoserate brakyterapi er en kurativ behandling, i motsetning til ingen behandling. Vi mener en pasient som er behandlet og kurert, vil ha god livskvalitet, i motsetning til en pasient med en ubehandlet kreftsykdom som kan utvikle seg og som må følges med stadige oppmøter. Vår oppfatning er at lavdoserate brakyterapi er skånsomt, billig og pasientene er raskt tilbake til sitt normale liv uten særlige bivirkninger, i forhold til ekstern strålebehandling og kirurgi.

Vi mener at forholdene umiddelbart bør legges til rette for at lavdoserate brakyterapi introduseres i Norge. Det er pasientene og samfunnet tjent med. Det bør imidlertid etableres retningslinjer for hvilke pasienter med lavrisikosykdom som skal overvåkes aktivt og hvilke pasienter som skal behandles. For at pasienter ikke underbehandles, må et nasjonalt aktivt overvåkningsopplegg favne alle pasienter med lavrisiko sykdom.

Wolfgang Lilleby
 WLL@ous-hf.no
Nils Kristian Raabe
Marius Normann

Nils Kristian Raabe (f. 1946) er dr.med., spesialist i onkologi og i indremedisin og overlege. Han har spesialkompetanse innen uroonkologi og høydoserate brakyterapi av prostata og er pensjonert fra Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Marius Normann (f. 1972) er spesialist i onkologi, med spesialkompetanse innen høydoserate brakyterapi av prostata og gynekologisk kreft. Han er fagansvarlig onkolog ved Aleris. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Wolfgang Lilleby (f. 1964) er dr.med., spesialist i onkologi, med spesialkompetanse innen fagfelt uroonkologi og høydoserate brakyterapi av prostata, og overlege ved Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Johansen TB. Den vanskelige prostatakreften. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 508.
- Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft. Årsrapport 2013. Kreftregisteret. www.kvalitetsregistre.no/getfile.php/Norsk/C3%85rsrapporter/2012/aarsrapport_2013_Prostatakreftregisteret.pdf [19.5.2015].
- Raabe NK, Normann M, Lilleby W. Lavdoserate brakyterapi ved lavgradig prostatakreft. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 548–52.
- Klotz L, Zhang L, Lam A et al. Clinical results of long-term follow-up of a large, active surveillance cohort with localized prostate cancer. J Clin Oncol 2010; 28: 126–31.
- Davis BJ, Horwitz EM, Lee WR et al; American Brachytherapy Society. American Brachytherapy Society consensus guidelines for transrectal ultrasound-guided permanent prostate brachytherapy. Brachytherapy 2012; 11: 6–19.

Re: Den vanskelige prostatakreften

I Tidsskriftet nr. 6/2015 har professor Truls Erik Bjerklund Johansen en velskrevet leder med tittelen «Den vanskelige prostatakreften» (1). Hovedanledningen for lederartikkelen er en oversiktsartikkel i samme utgave av Tidsskriftet: «Lavdoserate brakyterapi ved lavgradig prostatakreft» (2), skrevet av onkologene Raabe, Normann og Lilleby.

I lederen skriver Bjerklund bl.a. følgende: «Dersom en systematisk litteraturgranskning om en behandlingsmetode ved prostatakreft skal gi et valid og transparent kunnskapsgrunnlag, er det nødvendig å identifisere artikler med et design som gir høyt evidensnivå, anvender omforente kriterier for inklusjon og oppfølging og bruker kliniske effektmål. Dette er dessverre ikke tilfelle for granskningen til Raabe og medarbeidere.» Og videre: «Det er bekymringsfullt at lavdoserate brakyterapi anbefales for pasienter som ifølge ny kunnskap ikke bør behandles i det hele tatt.»

Dette er vi enige i. Vi har derfor følgende spørsmål til Redaktøren: Hvordan kan Tidsskriftet være bekjent av en oversiktsartikkel som ikke innfrir disse kravene til kvalitet? Og: To av forfatterne er ansatt ved helprivate og kommersielle bedrifter som begge åpenbart har økonomisk interesse av konklusjonene som fremkommer i artikkelen. Hvordan kan det ha seg at Tidsskriftet aksepterer deres utfylling av ICMJE-skjemaet, hvor de oppgir ingen interessekonflikter?

Gisle Roksund
 gisle.roksund@gmail.com
Sigbjørn Taksdal
John Brodersen

>>>