

2009-05-19

Sammanställning prostataseminarium Cancerfonden 4 maj 2009.

2005 anordnade Cancerfonden för första gången ett seminarium om prostatacancer. Den 4 maj 2009 var det dags igen. Och det var med stor glädje som alla deltagare kunde konstatera att mycket positivt har hänt på bara fyra år, både när det gäller diagnostik och behandling av prostatacancer.

Prostatacancer drabbar runt 9 000 män varje år vilket gör den inte bara till den absolut vanligaste cancerformen hos män, utan även till den vanligaste cancerformen överhuvudtaget.

Uppmärksamheten kring prostatacancer ökar glädjande nog och i år är det tredje året som Mustaschkampen, Cancerfondens kampanj mot prostatacancer, genomförs. Och även på forskningens område så händer det mycket som går att glädja sig åt vilket genomsyrade hela seminariet.

Vad har hänt sedan 2005?

– Antalet prostatacancerfall har fördubblats sedan början av 90-talet. PSA-tester och en åldrande befolkning är två orsaker till detta men 2005 såg vi ändå för första gången ett trendbrott då man märkte en sänkning i incidens vilket fortsatt därefter. Ett problem är att diagnosintensiteten varierar runt om i Sverige. I storstäderna diagnostiseras fler än ute i landet, säger Jan-Erik Damber som är professor vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

För att jämma ut skillnaderna i hur man diagnostiserar och behandlar prostatacancer utarbetade Socialstyrelsen nationella riktlinjer 2007. I dessa riktlinjer har man bland annat sänkt PSA-gränserna från fyra till tre och man slår fast att alla män har rätt till att ta ett PSA-prov. Innan PSA-provet tas ska dock mannen ta del av en skriftlig information som beskriver för- och nackdelar med testet

När det gäller behandlingen av prostatacancer har det sedan 2005 kommit en studie som visar effekten av kirurgi och man kan då konstatera att det är mer fördelaktigt att operera än att vänta och se. Även operationsmetoderna har förfinats och robotassisterad kirurgi börjar bli allt viktigare.

– Strålterapi och kirurgi är att betrakta som likvärdiga behandlingar vid avancerad prostatacancer, säger Jan-Erik Damber.

När det gäller strålning av prostatacancer har också mycket hänt. Vid inre strålning kan man lättare se prostata genom förbättrad ultraljudsteknik, och vid yttre strålbehandling lägger man in tre guld-korn i förväg som kan ses på digitala bilder under strålbehandlingen

När läkarna väljer att göra en yttre strålning så har man ökat antalet behandlingar (från 25 till 39) och överlag strålar man idag kraftigare när det gäller aggressiva cancer-tumörer. För att få bättre träffsäkerhet när man strålar prostata använder man nu guldmarkörer som visar exakt var prostata befinner sig under strålningen och därför kan man minska säkerhetsmarginalen runt prostata från 15

2009-05-19

millimeter till 7 millimeter och då minska risken för biverkningar. Men ny strålteknik kan man också strålbehandla lymfan.

För patienter med ett PSA-värde upp till 70 så har undersökningar visat att en kombination av hormoner och strålning ger ett bättre resultat än att bara ge hormoner.

– Tio år efter behandling får tre av fyra patienter som enbart är hormonbehandlade PSA-återfall men bara en av fyra får PSA-återfall när man kombinerar hormoner och strålning, säger Anders Widmark, professor vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå.

Även dödsfallen minskar med en kombinationsbehandling, från fyra av tio med enbart hormonbehandling till tre av tio när patienterna får både hormoner och strålning.

– Kombinationen strålning och hormoner är bra vid större tumörer och man bör lägga till strålning till de som inte är opererade, säger Anders Widmark.

Nya studier visar också att om man inte får bort all tumör med operation, så förbättras överlevnaden om dessa patienter också får strålbehandling mot det opererade området.

Sten Nilsson som är professor vid Radiumhemmet på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna anser att det har hänt tre stora saker sedan 2005:

– För det första så har cytostatika visat sig vara effektivt både när det gäller att bromsa sjukdomen, förlänga överlevnaden och att ge större livskvalitet hos de som har en spridd sjukdom och inom det här området sker en stor utveckling. För det andra så har man utvecklat målsökande strålning med radium-223 för de patienter som har utvecklat metastaser i skelettet och detta har också en sjukdomsbromsande effekt och förlängd överlevnad. Och till sist så ser vi en ljusglimt på vaccinationsfronten när det gäller att kunna utnyttja det egna immunsystemet för att bromsa prostatacancern och förlänga överlevnaden hos patienter där hormoner inte fungerar tillfredsställande. De två sistnämnda metoderna har ännu inte inregistrerats för rutinbruk utan utnyttjas fortfarande inom ramen för kliniska studier, säger Sten Nilsson.

En nationell cancerstrategi för framtiden

Fram till 2030 kommer antalet cancerpatienter att fördubblas. För att kunna ta hand om alla dessa patienter måste det till en nationell cancerstrategi och 2007 inledde man en utredning som presenterades i februari 2009.

– Det finns en outnyttjad potential när det gäller prevention, det vill säga att minska antalet människor som får cancer. Rökning och uv-strålning är två av orsakerna som vi kan jobba med, säger Bo Lindblom som är medicinalråd på Socialstyrelsen och deltagit i utredningen.

Idag innebär det kommunala självstyret att värden kan se olika ut i landet men utredningen föreslår att beslut om screening och vaccinationer ska ske genom en nationell samordning i framtiden. Bättre logistik behövs också enligt utredningen. Varje cancerpatient ska ha en fast kontaktperson och en

2009-05-19

begriplig individuell vårdplan. Det krävs bättre koordination inom vården för att minska köer och kostnader.

– Denna strategi gäller cancer men problematiken är generell för många sjukdomar. Cancervården kan gå i bräsch för en mer patientfokuserad sjukvård, säger Bo Lindblom.

En annan strategi är att öka integrationen mellan forskning och vård och ett förslag är att låta ett antal större regionala cancercentra som ansvarar för cancervård, utbildning och forskning växa fram i anslutning till universitetssjukhus.

– Staten och huvudmännen måste utveckla en gemensam strategisk plan, säger Bo Lindblom.

Just nu är utredningen ute på remiss och till hösten bör det bli beslut i frågan.

Screeningens vara eller icke vara

– Ska vi screena för prostatacancer och riskera att göra patienter av friska individer? Den frågan ställde Jonas Hugosson som är professor vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg när han presenterade den nyligen publicerade studien om PSA-testning.

Studien som bedrivs vid åtta olika europeiska centra och där även Sverige har deltagit visar att dödligheten minskar när man screenar med PSA men att det inte sker utan konsekvenser.

2 500 män dör varje år av prostatacancer och det är fem gånger fler än i trafiken. Fem till sex procent av alla män som dör gör det just av prostatacancer, de flesta i relativt hög ålder men prostatacancer är en av de vanligaste dödsorsakerna i cancer från 50 års ålder. – Vi har behandlingar som är effektiva men många kommer för sent. Vi måste hitta tumören väldigt tidigt, det är en förutsättning för att behandlingen ska vara botande, säger Jonas Hugosson.

Mot screening talar risken för att man överdiagnostiserar. Med stigande ålder får väldigt många män små tumörer i prostatan, cirka 20 procent av alla män kan ha den här typen av tumörer när de är 70 år. Screenar man så kommer 15-20 procent att få diagnosen prostatacancer.

Prostatacancer är en cancersjukdom som ofta utvecklas långsamt. Ledtiden, det vill säga den tid det tar från att man har hittat en tumör i prostatan genom ett PSA-prov till att tumören blir ett problem är runt tio år. Att jämföra med bröstcancer där ledtiden är tre år.

– I genomsnitt lever man 15-20 år efter att en tumör har hittats med ett PSA-test och många hinner dö av något annat, säger Jonas Hugosson.

I USA har man sedan 90-talet screenat 60-70 procent av männen och där har dödligheten minskat med 40 procent. Nu börjar man däremot att backa, man måste väga nyttan mot skadan en screening kan orsaka och det har man inte gjort i USA.

I Europastudien om PSA-testning har 182 000 män deltagit. Hälften inbjöds till PSA-testning och andra hälften har utgjort en kontrollgrupp. Efter nio år så var dödligheten i prostatacancer hos männen som ingick i testgruppen 20 procent lägre. När man räknade lite noggrannare och tog bort de som inte dök upp vid testningen ökade siffran till 27 procent. Ännu högre blev den när man tog bort de i kontrollgruppen som hade genomgått en testning trots att de inte skulle, då blev siffran 32 procent.

2009-05-19

- Effekten av PSA-testning när det gäller dödlighet är stor och kommer med tiden att bli ännu mer markant men man måste ta med i beräkningen att för att rädda ett liv inom nio år behövde 48 behandlas. Det är många år mellan diagnos och behandling till symtom och man investerar i en rätt avlägsen framtid samtidigt som biverkningarna kommer direkt. säger Jonas Hugosson och fortsätter:
 - Min åsikt är att män själva måste få avgöra om de vill testas eller inte, ingen ska testas utan sitt godkännande men alla män ska också få vetskapen om möjligheter och sidoeffekter av PSA-provet.

Vilka test finns för att förbättra diagnosmetoderna?

Det är få andra cancerformer där spannet är så stort mellan små ofarliga tumörer och svår cancersjukdom som när det gäller prostatacancer.

- Många prostatacancerar som upptäcks idag är små och beskedliga. Det är ett svårt pedagogiskt problem att förklara för dessa män att det kan vara bättre att inte behandla. Nästa patient kan däremot ha en svår dödlig och spridd cancersjukdom med stort lidande och vi måste ta fram metoder att skilja ut dessa olika patienter, säger Ola Bratt, överläkare vid Enhet Urologi vid Helsingborgs lasarett. Det man bedömer idag för att avgöra hur allvarlig cancersjukdomen är, är cancercellernas utseende, cancers utbredning samt nivå och utvecklingstakt av PSA-provet. Ändå kan det vara svårt att veta vem som behöver behandling och vem som inte har behov av det.
 - Idag vet vi att vi inte alltid måste fatta beslut om behandling direkt vid en diagnos. För en viss grupp män med lågrisktumörer är så kallad aktiv monitorering en bra metod, det vill säga att följa utvecklingen med några månaders mellanrum. Frågan är hur ofta man ska känna på prostatakörteln, ta PSA-test och ta prov från prostatan vid aktiv monitorering, säger Ola Bratt. Mer kunskap behövs också om när det är läge att avbryta aktiv monitorering och istället operera eller behandla på annat sätt.

- Vi vet också alldeles för lite om vad som händer med männens psykiska hälsa vid aktiv monitorering. Det finns alltså flera områden som vi måste studera vidare, säger Ola Bratt.

I laboratoriemiljö kan man göra en hel del för att hjälpa patienten och förbättra diagnosmetoderna. Prediktion är att förutspå hur sjukdomen kommer att utveckla sig med eller utan behandling. Många olika prediktionsmodeller har utvecklats de senaste åren och ett bra exempel är "nomogram" som finns tillgängligt för både läkare och patienter på internet. Där lägger man ihop alla fakta som man har om ålder, tumörstadiet, hur mycket tumörväxt man har sett i vävnadsproven och hur aggressiva tumörcellerna ser ut, PSA-koncentration i blodet och om undersökningar visat på metastaser eller inte.

- Det här är en bra modell men inte perfekt utan den ger ungefär ett 70-procentigt riktigt resultat, säger Anders Bjartell som är professor vid Malmö Universitetssjukhus.

Genom olika biomarkörer kan man förbättra modellen. Den viktigaste biomarkören är PSA men nya biomarkörer behövs. Det finns till exempel olika sorters PSA och det pågår mycket forskning om detta. Forskning pågår även för att hitta test som kan avgöra hur aggressiv tumören är.

2009-05-19

– Man kan även analysera cellerna från urinprov men detta är bara i början av utvecklingen och än är det dyrt. Vävnadsmarkörer är också ett sätt att undersöka tumörernas växtsätt och på detta område kommer vi att kunna göra mer framöver, säger Anders Bjartell.

Det allra senaste är att små bitar av DNA, RNA eller proteiner som är stabilt förpackade när de knoppas av från tumörceller kan återfinnas i blodet eller i urinen och man kan utveckla nya test för att mäta dessa som en ny typ av tumörmarkörer.

På röntgenfronten händer också en hel del. Ultraljud har visat sig inte vara särskilt bra när det gäller små tumörer utan magnetröntgen kan vara ett bättre alternativ i vissa fall. Att använda skiktröntgen och isotopröntgen är ytterligare metoder för att diagnostisera.

– Alla dessa metoder är än så länge dyra men det är en spännande utveckling, säger Anders Bjartell.

Hur tar vi hand om högriskpatienterna?

De män som är svårt sjuka i prostatacancer ska prioriteras men vilka är i riskzonen att drabbas hårt av denna cancer?

Jan-Erik Damber som är professor vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg säger:

– Män som har en utseendemässigt (morfologisk) allvarlig form av tumör (högt Gleason), snabbt stigande PSA-värde eller en tumör som har vuxit utanför prostatakapseln hör till denna grupp. Likaså män som har en metastaserad sjukdom. Det vi kan göra är att stråla, följa patienten vid långsam PSA-stegring och hormonbehandla så att tumören går in i en vilofas.

När hormonbehandlingen sviktar, så kallad kastrationsresistent prostatacancer är behandlingen ganska begränsad. Det finns cytostatika men resultatet av behandlingen är också begränsad.

– Det har kommit nya läkemedel som nu testas och det pågår cirka 300 olika kliniska studier runt om i världen för att hitta ny hjälp till de patienter som drabbats av kastrationsresistent prostatacancer så jag har goda förhoppningar att vi kommer att göra framsteg när det gäller de svårast sjuka patienterna, säger Jan-Erik Damber.

Psykologiska konsekvenser av att leva med prostatacancer

Susanna Rosenqvist är läkare vid den Psykosociala mottagningen på Sophiahemmet i Stockholm och möter dagligen cancerpatienter.

– De flesta patienter och familjer lär sig att hantera ett liv med biverkningar, symtom och hot om försämring, många kan till och med hitta en djupare mening och lust till sitt liv. Dock finns det en grupp på cirka 30 procent av patienterna med cancersjukdom som har svårt att lära sig detta och som har en hel del ångest och mindre bra strategier för att klara av sin sjukdom. Denna riskgrupp innehåller patienter med tidigare psykiska problem eller sparsamt nätverk eller patienter med multitrauma (man har kanske fått cancerdiagnosen samtidigt som man ligger i skilsmässa).

Patienter som har en sjukdom som utvecklas snabbt eller som har smärtproblematik löper också större risk att få psykiska problem. Denna kategori patienter som är mer ömtålig och sårbar behöver mer

2009-05-19

stöd och uppmärksamhet för att orka igenom behandlingar och för dem är det extra viktigt med kontinuitet och bra omhändertagande.

Just kontinuitet med sin doktor är också det stöd som männen ofta efterfrågar.

– Sen måste man hjälpa dem med att hitta hoppet och att få ett nytt förhållningssätt till sin manlighet när de kanske har drabbats av sexuella problem och inkontinens, säger Susanna Rosenqvist.

Det är också viktigt att även träffa kvinnorna som lever tillsammans med de cancerdrabbade männen.

– Kvinnorna hamnar också ofta i en kris och kan till exempel ligga minst lika sömlösa på nätterna som sina män, påpekar Susanna Rosenqvist och fortsätter:

– Det är en knagglig resa för många patienter men jag tycker mig märka att cancer håller på att bli mindre stigmatiserat, särskilt bland de unga som inte förknippar ordet cancer med snabb död vilket den äldre generationen kanske mer har upplevt när det gäller sina egna föräldrar och släktingar.

Vad finns runt hörnet – forskningens framsteg

Det händer verkligen mycket inom forskningen när det gäller prostatacancer och inom fem år tror Sten Nilsson, som är professor vid Radiumhemmet på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, att man är lika mycket på banan när det gäller prostatacancer som man idag är när det gäller bröstcancer.

Prostatacancer är ett helt spektrum av tumörsjukdomar och det gör det hela forskningskrävande.

– Det som kommer att vara oerhört viktigt framöver är tumörkaraktärisering med hjälp av nya tekniker där man kan studera tumörens genuppsättning och proteinmönster, det vill säga på vilket sätt tumörcellen är uppbyggd. Detta är viktigt för att kunna använda rätt behandlingsmetod, ”verktyg” vid rätt tillfälle, säger Sten Nilsson.

Man har nu börjat få fram intressanta data genom studier av olika individers genuppsättning. Det förefaller som om man utifrån DNA-test kan se vilka individer som har högre risk att utveckla prostatacancer. Detta är fortfarande forskning och betyder inte att PSA tjänat ut sin roll.

Det sker också en rask utveckling inom området cirkulerande tumörceller. Med detta menas cancerceller som ibland kan upptäckas hos patienter med spridd, metastaserad, sjukdom.

– Genom att mäta mängderna av sådana celler i blodcirkulationen tror vi att vi på ett bättre sätt kan följa behandlingseffekten och att man kanske hos nydiagnostiserade patienter bättre kan välja kompletterande behandlingsmetoder till kirurgi och strålbehandling, säger Sten Nilsson.

Idag behandlar läkarna prostatacancer med likartade koncept. Framöver kommer man först att karaktärisera tumören och sedan skraddarsy behandlingen för varje enskild patient.

Nya läkemedel tas också fram, man räknar med att det inregistreras tio nya cancerläkemedel per år den närmaste femårsperioden. Flera av dessa läkemedel kommer med all rimlighet att kunna utnyttjas vid prostatacancer.

Något som är intressant är hur levnadsförhållanden påverkar risken för att utveckla prostatacancer.

– Vi vet att i till exempel Japan och Kina är prostatacancer ovanligt men vi vet inte exakt varför.

Sannolikt är levnadsmönster, kost- och miljöfaktorer viktiga. Det finns bra studier om detta och

2009-05-19

rimligen blir vi klokare när det gäller levnadsmiljöns och kostvanornas påverkan inom de närmaste tre åren, säger Sten Nilsson.

Även forskningen om hur vi handskas med livskvalitet och existentiella frågor när det gäller prostatacancer är på stark frammarsch, berättar Sten Nilsson.

– När det gäller kurativ behandling så har vi idag två metoder som har visat sig lika effektiva, nämligen kirurgi och strålbehandling. Speciellt strålbehandlingen står inför en rask utveckling med effektivare och skonsammare metoder. Strålbehandlingen baseras idag på tredimensionell avbildning av tumören. Det som nu kommer i snabb takt är så kallad fyr- och femdimensionell behandling där man har kontroll på prostatans rörelsemönster under strålbehandlingen respektive tumörens strålkänslighet hos den enskilde individen, säger Sten Nilsson.

Hinder för forskningen

Många undrar nog varför det tar så lång tid från forskningsresultat till praktisk betydelse. Professor Bengt Westermark som är ordförande i Cancerfondens forskningsnämnd har ett lika kort som enkelt svar:

– Forskning tar tid.

Det här med kunskapens relativitet och subjektivitet kan också ställa till det, det som är kunskap för en människa är något helt annat för en annan. Men det finns hinder som är onödiga enligt Bengt Westermark.

– Strukturella problem som till exempel geografiska avstånd mellan forskningen och klinikerna gör att det blir en gräns mellan experimentellt inriktade forskare och kliniska onkologer. Det finns också tjänstestrukturer som hindrar, antingen är du forskare eller så är du läkare och forskningen ägs av staten medan sjukvården styrs av landstingen.

Bengt Westermark nämner också funktionella hinder, det lönar sig helt enkelt inte att forska. Man får sämre lön.

– Sedan ska vi inte gömma undan att det finns kulturella hinder i form av misstroende över revirgränser och även avundsjuka.

Ekonomi är precis som ofta annars ytterligare ett hinder. Det finns glapp i finansieringen så medan delar av forskningen har tillräckligt med pengar finns det för lite eller inga pengar alls när det gäller andra områden.

Vad är då lösningen? Ja Bengt Westermark har ett enkelt svar även på detta:

– Ta bort hindren! Inga av dessa hinder är oöverstigliga och jag är optimistisk. Sådana här problem uppmärksammas mer och mer och det kommer fler både nationella och internationella lösningar. Just nu pågår till exempel tre utredningar om hur dessa hinder ska kunna försvinna.

2009-05-19

Diskussion

Maria Lander är urolog i Karlstad och tycker att det känns väldigt hoppfullt för våra män i Sverige.

– Jag är hoppfull men det finns fortfarande mycket att göra. Vi har till exempel mycket att jobba med när det gäller patientens vardag, vi måste samordna oss bättre och samarbeta med patientföreningar så att organisationen kring patienten ska fungera bättre. Sedan måste läkare på vårdcentraler och inom företagshälsan som tar PSA-prov utbildas bättre. Många patienter får inte någon information om vad de olika PSA-värdena innebär.

– Den stora utmaningen för oss är att kunna koppla ett gemensamt grepp runt patienten, säger Sten Nilsson, professor vid Radiumhemmet Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.

Evert Karlsson från prostatacancerförbundet poängterar också vikten av ett patientperspektiv:

– Fortfarande måste man på många vårdcentraler övertyga personalen om att få ta ett PSA-prov och att få diskutera sin situation.

Ibland förs åsikter fram att forskare inte har någon förankring i patienternas liv och vardag men det protesterar Bengt Westermark som är professor och ordförande i Cancerfondens forskningsnämnd mot.

– Man kanske tror att forskare som håller på med bananflugor i laboratoriet inte bryr sig om patienten men det gör de.

Maria Lander tycker att fler patienter borde ingå i olika forskningsstudier och anser också läkare borde få mer utbildning i empatisk förmåga.

– Det finns inte kuratorer överallt och läkarna måste kunna möta dessa cancerpatienter och deras oro.

Evert Karlsson och prostatacancerförbundet poängterar att förändringar och kunskap måste ut till primärvården.

Maria Lander poängterar vikten av att det finns god ekonomi när det gäller cancervården.

– Ska vi kunna följa de nationella riktlinjerna så måste det finnas ekonomi för det i hela landet.

Bengt Westermark håller med om att det är bra med riktlinjer så att vården blir jämlik i hela landet men säger också:

– Vissa mindre skillnader måste få finnas. Springer alla lika fort så sker det ingen utveckling. En måste springa fortare och leda.

Text: Ami Bergöö

För Cancerfonden