

Inga belägg för att sänkning av PSA-nivån hjälper oss att hitta de fall av prostatacancer som leder till morbiditet och mortalitet

I en intressant artikel i LT 20/2005 (sidorna 1519-21) presenteras remissflödet till en urologisk speciallistläkarmottagning under år 2000. Syftet har varit att kartlägga detektion av prostatacancer hos män över 50 år i materialet. Författarna fann att nästan 20 procent diagnostiserades med prostatacancer och att enbart förhöjt PSA-värde korrelerade med denna diagnos. Däremot hade inget symtom någon betydelse i sammanhanget. Således hävdas att PSA-värdet är den viktigaste remissuppgiften, och man rekommenderar en sänkning av gränsen för utredning från 4 till 3 mikrogram/l hos män under 65 år.

Prostatacancer i västvärlden är en mycket speciell cancerform eftersom majoriteten (alla?) av alla män får sjukdomen om man lever tillräckligt länge. Förstadier dyker upp redan i den yngre medelåldern [1].

Ingen screening i Sverige

I Sverige har vi inte infört screening av främst två skäl. Det första var avsaknaden av ett tillförlitligt screeninginstrument. Nu pågår studier som avser att utvärdera PSA för detta syfte, men resultaten dröjer ytterligare några år. I USA, där PSA-screening använts i flera år, har en utveckling skett mot allt lägre nivåer som indikation för biopsitagning [2]. Dessutom har värdet av PSA som screeninginstrument ifrågasatts, och screening med biopsier har börjat diskuteras [3]. Följaktligen finns det goda skäl att undvika PSA-screening innan vi har resultat från pågående studier. Om PSA ändå kontrolleras krävs noggrann information i förväg om testets avigssidor.

Ingen evidensbaserad behandling

Det andra skälet att avstå från screening i Sverige har varit att den behandling som kunde erbjudas ej var evidensbaserad. Nyligen publicerades den andra uppföljningen av den skandinaviska studien där man randomiserat patienter mellan monitorering och prostatektomi [4]. Det senare medförde en förbättrad total- och cancerspecifik överlevnad inom 10 år. Dock var riskreduktionen ganska liten, men den kan nog bli större med längre uppföljning. Att direkt extrapolera dessa data från en pre-PSA-era till dagens situation är inte helt lätt. Med PSA-screening tidigareläggs diagnosen med upp till tolv år. Behandlingsstudier skulle sannolikt kräva upp till 20 års uppföljning innan effekten på mortalitet kunde utvärderas.

Sammanfattningsvis behöver vi idag inte upptäcka alla fall av prostatacancer utan vi behöver upptäcka de fall som kommer att leda till morbiditet och mortalitet. Det finns inga belägg att en sänkning av PSA-nivån hjälper oss i detta syfte. Däremot vet vi att det leder till ökad psykologisk påfrestning, fler biverkningar och ökade kostnader.

Per-Uno Malmström
professor, urologkliniken,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
per-uno.malmstrom@kirurgi.uu.se

Replik:

Att sänka S-PSA-gränsen från 4 till 3 µg/l är rimligen av värde för män yngre än 65 år

Per-Uno Malmströms inlägg rörande vår artikel om S-PSA-utfallet på en urologmottagning är intressant och innehåller många tankvärda kommentarer. Det är dock viktigt att komma ihåg att studien handlar om enbart utredning av patienter med symtom eller PSA-förhöjning remitterade för utredning till en urologmottagning. Detta innebär att patienterna är selekterade och bedömda av en annan läkare, som anser att patienten behöver bli undersökt av en urolog.

Har inget bättre verktyg idag

Vi har idag inget bättre screeningverktyg än S-PSA för att kunna prioritera patienter remitterade till urolog. Köerna till urolog är på många håll långa, och väntetider på 1–2 år är inte ovanliga. Det innebär att remisserna måste prioriteras på ett adekvat sätt för att de med stor risk att ha en prostatacancer skall slippa stå i kö alltför länge. I vår studie fann vi ingen korrelation mellan något symtom från urinvägarna och prostatacancer. Därför bör S-PSA ingå i remissen till urolog för patienter med symtom från urinvägarna. Det föreföll också som om patienter med S-PSA-stegring utan vattenkastningsbesvär angivna i remissen hade en ökad risk att ha prostatacancer, varför dessa patienter bör prioriteras.

Oron behöver stillas

Patienter är ofta oroliga för att symptomen är uttryck för en cancer, och det är därför de kontaktar sjukvården. Denna oro behöver stillas och får vägas mot risken att hitta en icke-signifikant cancer. Vad vi vet har vi idag inga riktigt bra kri-

Referenser

1. Sakr WA, Grignon DJ, Crissman JD, Heilbrun LK, Cassin BJ, Pontes JJ, et al. High grade prostatic intraepithelial neoplasia (HGPIN) and prostatic adenocarcinoma between the ages of 20-69: an autopsy study of 249 cases. *In Vivo* 1994;8:439-43.
2. Punglia RS, D'Amico AV, Catalona WJ, Roehl KA, Kuntz KM. Effect of verification bias on screening for prostate cancer by measurement of prostate-specific antigen. *N Engl J Med* 2003;349:335-42.
3. Stamey TA. The era of serum prostate specific antigen as a marker for biopsy of the prostate and detecting prostate cancer is now over in the USA. *BJU Int* 2004;94:963-4.
4. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, Haggman M, Andersson SO, Bratell S, et al; Scandinavian Prostate Cancer Group Study No. 4. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2005;352:1977-84.

terier för att avgöra om det är en cancer »som inte behöver upptäckas« eller inte. Många studier har funnit att av alla diagnostiserade prostatacancerfall hittas 10–20 procent bland patienter med S-PSA <4 µg/l. Sannolikt är det en ökad andel av dessa tumörer som är icke-signifikanta, framför allt hos äldre män, än bland dem med högre S-PSA, men detta är inte helt klarlagt.

Vi håller med om att man idag inte skall börja med allmän screening för prostatacancer, utan ytterligare studier krävs. Vi vill återigen påpeka att vår studie inte berör screeningsituationen utan handlar om hur vi utreder patienter som remitteras till urolog och vad vi finner där.

Sänkt gräns av värde för män yngre än 65

Vi anser att S-PSA ingår i utredningen av män med symtom från urinvägarna och att S-PSA kan fungera som ett verktyg för att prioritera patienter i en situation där inte alla kan få ett nybesök inom rimlig tid. Att sänka S-PSA-gränsen från 4 till 3 µg/l innebär att man hittar fler prostatacancerfall bland patienter remitterade till urolog, vilket rimligen är av värde för män yngre än 65 år.

Hans Boman

chefsöverläkare, med dr,
urologkliniken, Kärn sjukhuset, Skövde
hans.boman@vgregion.se