

Kommentar om PSA i primärvården:

Utredning ger fler »förlorare« än »vinnare«

Så länge vi inte har resultat från randomiserade studier av screening för prostatacancer kan vi inte berätta för de symtomfria män som vill kontrollera sitt PSA hur stor chans de har att bli »vinnare« och hur stor risk de löper att bli »förlorare«. Symtomfria män med förväntad kvarvarande livstid understigande 10–15 år har nästan ingen chans att vinna något på att få PSA kontrollerat och dessa bör aktivt avrådas från provtagning.

OLA BRATT

urolog, Helsingborgs lasarett, ordförande i arbetsgruppen för epidemiologi, diagnostik och utredning vid Läke-medelsverkets expertmöte om prostatacancer, maj 2003
ola.bratt@helsingborgslasarett.se

II I LT 45/2003 (sidan 3698) redovisar husläkare Peter Lindvall från Göteborg funderingar kring några HSAN-beslut. I samma andetag lanserar han förslaget att man i primärvården kan följa sina patienter med lätt förhöjda PSA-värden och endast remittera in dem vars PSA-värde stiger under några halvårsintervall. Som argument framförs att det är så många symtomfria män som vill få sitt PSA kontrollerat och som vid värden på 2–10 ng/ml senare återremitteras från urolog antingen utan cancerdiagnos eller för fortsatt uppföljning av en liten, obehandlad cancertumör.

PSA – en ospecifik markör

PSA är en ospecifik markör för sjukdom i prostatakörteln, och värden mellan 3 och 10 ng/ml orsakas mycket riktigt vanligen av benign prostatahyperplasi. Även vid benignt palpationsfynd har dock var fjärde man med sådana värden prostatacancer. Det är också riktigt att risken för cancer är mindre hos de män vars PSA inte stiger under några års observation.

Problemet med att ha PSA-utvecklingen över tid som skiljelinje för specialistremiss är att den inte obetydliga andel män som verkligen har prostatacancer mycket väl kan ha passerat botbart stadium om diagnosen senareläggs ett par år. Det råder inget tvivel om att det är just i intervallet 3–10 ng/ml som behandling ska ges för att man ska ha goda möjligheter till permanent bot.

I vissa delar av Sverige används kvoten mellan fritt och totalt PSA som vägledning i beslut om biopsi. Om palpa-

tionsfyndet är benignt och kvoten hög (>0,18–0,23 beroende på analysmetod) kan uppföljningen ske halvårsvis i primärvård eller företagshälsovård vid PSA 3–10 ng/ml. Om kvoten sjunker eller PSA stiger mer än 0,75 ng/ml per år talar detta för cancer och patienten ska remitteras för biopsier.

Måste berätta

Det är oförenligt med Hälso- och sjukvårdslagen att låta bli att berätta för patienter med förhöjt PSA att de har betydande risk att ha prostatacancer trots benignt palpationsfynd. Om provtagningen kommit till stånd på patientens eget initiativ är det sannolikt få män som inte vill ha en specialistbedömning om värdet visar sig vara förhöjt.

Strategin att följa patienter med lätt förhöjda PSA-värden på vårdcentralen är rimlig enbart för symtomfria män med kort förväntad överlevnad och palpatoriskt benign prostataförstoring. Indikationen för att ta PSA hos den senare gruppen män kan t ex ha varit progredierande ryggvärk som senare bedömts ha benign orsak.

Kö till urologen

Lindvalls farhågor om överbelastning av urologmottagningarna på grund av alla män med lätt förhöjt PSA är förstås inte obefogad. Köerna växer över hela landet och intresset hos symtomfria män för att få sitt PSA kontrollerat torde fortsätta att öka betydligt under de närmaste åren. Vi kan emellertid inte dämna den floden genom att låta bli att närmare utreda de män som visar sig ha förhöjda värden. Vad man däremot kan – och ska – göra är att innan provet tas informera männen om potentiella fördelar och nackdelar av att ta PSA.

Prostatacancer som dödsorsak

Det är inget tvivel om att utredning av förhöjda PSA-värden hos symtomfria

män leder till diagnos, behandling och bot av ett antal män som annars skulle avlida i metastaserad prostatacancer. Patienter som får sin diagnos på grund av symtomgivande cancer är sällan i botbart stadium. För närvarande dör årligen 2 500 svenska män (5 procent) med prostatacancer som direkt dödsorsak.

»Förlorarna« är sannolikt fler

Lika tveklöst genomgår varje år många män strålbehandling eller total prostektomi för en lokaliserad prostatacancer som inte hade hunnit utvecklas till symtomgivande sjukdom under deras livstid; en del har blivit cancerpatienter med livskvalitetssänkande biverkningar enbart på grund av ett förhöjt blodprov. Troligen är de senare (»förlorarna«) betydligt fler än de förra (»vinnarna«). Ett ännu större antal friska män utan prostatacancer förvandlas till oroliga patienter på grund av sina förhöjda PSA-värden (fler »förlorare«).

Vårt ställningstagande

Så länge vi inte har resultat från randomiserade studier av screening för prostatacancer (sådana pågår, t ex i Göteborg, och de första resultaten kommer om några år) kan vi inte berätta för de symtomfria män som vill få sitt PSA kontrollerat hur stor chans de har att bli »vinnare« och hur stor risk de har att bli »förlorare«. Vi är däremot skyldiga att

Om palpationsfyndet är benignt och kvoten hög kan uppföljningen ske halvårsvis i primärvård eller företagshälsovård vid PSA 3–10 ng/ml. Om kvoten sjunker eller PSA stiger mer än 0,75 ng/ml per år talar detta för cancer och patienten ska remitteras för biopsier.

berätta att de har en ganska stor risk att förlora livskvalitet om de genom PSA-test ska få möjlighet att minska sin risk att avlida i prostatacancer.

Symtomfria män med förväntad kvarvarande livstid understigande 10–15 år har nästan ingen chans att vinna något på att få PSA kontrollerat och dessa bör aktivt avrådas från provtagning. Övriga män får själva ta ställning efter att ha fått rimlig information. Som komplement till muntlig sådan finns skriftlig information, t ex i Södra sjukvårdsregionens vårdprogram för prostatacancer, bilaga 6 (www.ocsyd.lu.se).

Kommentar till HSAN-fallet

I förbigående kan jag också kommentera det refererade HSAN-fallet. Den aktuella patienten hade genomgått total prostatektomi. Ett stigande PSA hos denna patientgrupp är liktydigt med recidiv i cancersjukdomen och ovanstående diskussion gäller inte dem. Redan värdet 1,8 ng/ml skulle alltså medfört remiss till urolog, precis som HSAN ansett.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Replik:

Föredrar att ta prov och sedan hantera resultatet av dessa

II Ola Bratt redovisar den officiella policyn som landets urologspecialister arbetat fram och den är naturligtvis vetenskapligt väl förankrad. Liksom jag antydde i min artikel så inser urologerna att en spärr mot alltför ohämmat provtagande och utredande måste till.

Urologerna har valt att lägga den spärran innan PSA-provet tas överhuvudtaget genom att med mild övertalning och noggrann information få ett stort antal patienter som skulle vilja bli undersökta att avstå. Det gäller bl a dem som beräknas ha mindre än 15 års livslängd kvar, men även många andra som skulle riskera att hamna i gruppen »förlorare«.

Eftersom man inte på förhand kan veta vem som hamnar i dessa grupper riskerar många som skulle ha blivit undersökta och behandlade att ej bli det. Som behandlande läkare skulle jag känna en viss oro inför att hamna i situationen att två år senare få reda på att just

den patient som jag genom min milda övertalning fick att avstå visar sig nu stå på behandling på grund av en spridd, icke kurativt behandlingsbar cancer som kanske hade kunnat stoppats om jag tagit provet tidigare.

Slipper gnagande samvete

Nej, bättre då att ta provet och sedan hantera det efter bästa förmåga. På så sätt kommer en mycket stor grupp med helt normala PSA-värden att helt kunna avföras från såväl doktors som patientens gnagande samvete. Övriga får utredas och handläggas efter bästa förmåga, vilket för en del kommer att innebära att man inte gör något alls eller bara gör en minimal utredning eller helt enkelt följer dem med exspektans.

Peter Lindvall

husläkare, Göteborg

peter.lindvall@mbox303.swipnet.se

Annons