

Hva er best behandling av eldre menn med prostatakreft?

Vi ønsker å leve lenge, og vi ønsker å leve gode liv. Hvilken behandling er dermed best? Urolog Sven Löffeler jakter svar i en landsdekkende klinisk studie støttet av Kreftforeningen.



Urolog Sven Löffeler jobber på Sykehuset i Vestfold. Foto: Jorunn Valle Nilsen.

– Jeg er veldig glad i dem. Dette er en pasientgruppe som fortjener mer oppmerksomhet.

Ansiktet til urolog Sven Löffeler gløder. Det skyldes ikke bare den lave [×]
vintersola som skyller inn i den morgentomme kantina på Sykehus



Vestfold, men også kjærligheten han erklærer til pasientgruppa han har viet hele yrkeslivet sitt:

Menn med prostatakreft.

Særlig de eldste mennene trenger mer oppmerksomhet, synes urologen, som kjenner denne pasientgruppa som en lite kravstor forsamling med et ofte temmelig avklart forhold til sin framtid.

– De forstår at livet er endelig, og for mange av dem er ikke målet lenger å leve lengst mulig, men å leve så *godt* som mulig.

Hang til behandling

Löffeler vil sine godt voksne mannlige pasienter det aller beste, men hvilken form for behandling de har mest nytte av, mangler han et godt svar på. Han registrerer en økende tendens til å gi tidlig aggressiv behandling – såkalt kurativ behandling – til stadig eldre menn. Det har uroet ham lenge.

For kan effekten av behandlingen – forventningen om et litt lenger liv – forsvare de mange uheldige bivirkningene? Er et halvt eller helt ekstra leveår den riktige målsettingen, hvis det innebærer at livet på oppløpssiden får dårlig kvalitet som følge av en rekke bivirkninger?

– I sykehussystemet – i valget mellom å behandle eller ikke behandle en pasient – ligger det en veldig hang til å velge behandling. Man får betalt for behandling, man blir målt på behandling. Man blir ikke målt på hvor mange pasienter man for eksempel bare følger opp, slår Löffeler fast.

Nå har han bestemt seg for å utforske om en alternativ behandlingsstrategi kan være bedre.

×



Feilaktig om dødelighet

Men det var ikke bare systemets hang til å behandle «uansett» som hadde plaget Löffeler lenge. Det samme hadde setningen «hvert år dør 1000 menn av prostatakraft i Norge», som år etter år står å lese i landets aviser. Hva skulle være grunnen til langt flere dødsfall her enn i USA og en rekke andre sammenliknbare land?

I arbeidet med sin doktorgrad dykket Löffeler ned i dødsårsaksregisteret etter svar. Etter grundig gjennomgang av 700 vestfoldmenn over en seksårsperiode, som var både registrert døde av prostatakraft og som hadde prostatakraft, men som døde av andre årsaker, kunne han i 2018 slå fast at drøye 30 prosent av dødsfallene som var registrert forårsaket av prostatakraft, slett ikke var det. Feil angivelse av dødsårsak i registeret forekom dessuten hyppigere blant menn over 75 år, som i statistikken utgjør gruppen med størst prostatakraftdødelighet.

Ifølge Löffeler har overrapporteringen i de fleste tilfeller en enkel forklaring. Risikoen øker når det er mange konkurrerende sykdommer som «kappes» om å være den egentlige dødsårsaken.

– Når mannen som er død har en lang rekke sykdommer, og den som fyller ut dødsattesten ikke kjente ham, oppstår risikoen for feil. Kanskje sier avdødes kone i forbifarten at «det var noe med prostata også», og den som registrerer skriver «prostatakraft» som årsak, glad for at det foreligger en diagnose, for noe må han jo skrive, forklarer Löffeler.

Han mener at andre sykdommer, i tillegg til det helt naturlige «høy alder», i mange tilfeller ville være en mer presis årsak.

Dersom man aksepterer tallene fra Vestfold som representative for landet, vil et riktigere tall på antallet som dør av prostatakraft, være

×



omkring 700. Det har styrket Löffelers overbevisning om at det er på sin plass med et perspektivskifte.

– Vi kan ikke kun jobbe med mål om å få ned prostatakreftdødeligheten. Vi må ha mer å slå i bordet med.



Sven Löffeler er glad i pasientgruppen sin. Nå ønsker han å finne ut hvilket behandlingsregime som best balanserer ønsker om å leve lenge og samtidig ha god livskvalitet. Foto: Jorunn Valle Nilsen.

Liv med kvalitet

Löffeler forteller at de fleste mellom 75 og 78 år i dag blir behandlet uten at vi vet om det er meningsfullt, det har bare blitt sånn.

– Studien vår søker svar på om det er klokt å holde på som vi gjør.

Pasientene som deltar, blir randomisert – tilfeldig plassert av en datamaskin – i to ulike grupper. Mennene i den ene gruppen får rad

×



behandling i form av stråling mot prostata. Det er en behandling med risiko for varige bivirkninger fra urinveier og endetarm.

Den andre gruppen – kontrollgruppen – blir gjenstand for det urologen kaller en mer problemorientert tilnærming, som i praksis betyr at legene reagerer med ulik behandling avhengig av hvordan pasientens sykdom utvikler seg. Kanskje blir medikamentell behandling riktig, kanskje skal pasienten få hormonbehandling eller strålebehandling med lavere doser. Eller kanskje forblir «vente og se» den mest fornuftige tilnærmingen lenge.

“ **Studien vår søker svar på om det er klokt å holde på som vi gjør.**

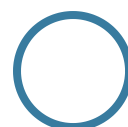
SVEN LÖFFELER

Löffeler mener en problemorientert tilnærming slett ikke er noen dårlig strategi og minner om at prostatakraft utvikler seg sakte.

– Vi vet fra tidligere studier på yngre pasienter at behandling har effekt på overlevelse og spredning, men også at det statistisk er null effekt før det har gått 5–7 år. Og 5–7 år er lenge for en gammel mann. Godt voksne pasienter er ofte langt mer opptatt av hva slags livskvalitet behandlingen kan gi. De spør seg om behandlingen kan bidra til at de fortsatt kan klare seg selv og ha færre bivirkninger.

Rekruttering over hele landet

– Mye av kreftbehandlingen foregår i periferien, og jeg er glad for at helsemyndighetene har forstått at det er viktig at også klinisk forskning skjer der pasientene får behandling, råd og oppfølging, sier Löffeler. x



Studien han leder, skal rekruttere pasienter ved 10 norske sykehus, fra Tromsø i nord til Kristiansand i sør, i tillegg til fire forskningsentre i Danmark og Finland og kanskje også noen sentre i Sverige.

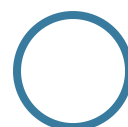
Löffeler var spent da de første pasientene skulle rekrutteres.

– Pasienter ønsker seg klare svar, men her handler det om å forklare dem at vi ikke har noe godt svar. Vi leger er flinke til å lede pasienter til behandling, men vi er ikke flinke til å formidle at vi faktisk ikke vet. Det å delta i en studie kan være en god vurdering i en sånn situasjon, og det ser det ut til at pasienten forstår, sier Löffeler.

Han har ingen etiske betenkeligheter, og bruker gjerne sin egen far som en kvalitetskontroll.

– Han er en 78 år gammel, sprek mann, og jeg hadde ikke hatt problemer med å anbefale ham å delta. Om han hadde fått velge, tror jeg han hadde valgt den tilbakeholdne strategien.

x





Studiesykepleieren er ofte den som har hovedkontakten med pasient og pårørende gjennom pasientforløpet i en klinisk studie. Kirsti Sandboe Langsrud er studiesykepleier ved Sykehuset i Vestfold.

Foto: Jorunn Valle Nilsen.

Forventninger

Resultatene av studiene kan forskerne først studere om fire år, når 1000 pasienter etter planen skal være inkludert. Löffeler forventer ikke å se stor forskjell på de to behandlingsstrategiene, men understreker at det er viktig med en randomisert studie for å få fram de små forskjellene.

– Kanskje viser den ene strategien at pasientene ser ut til å vinne ett år ekstra levetid. Men kanskje viser den også at livskvaliteten underveis er dårligere. Det er det vi ønsker å finne ut, og det vil jo være veldig viktig informasjon for framtidige pasienter. Noen menn vil si «kjør på, jeg vil ha det ekstra året», mens andre vil si «ellers takk, jeg vil ha så gode år som mulig, så den sjansen tar jeg».



Urologen er trygg på at studien vil ha stor betydning for nasjonale og internasjonale retningslinjer. Det kan vise seg at radikal behandling forlenger livet, som er tilfellet for yngre menn, men at den reduserer livskvaliteten, spesielt de første årene, som for mange menn vil være de «gode» årene av gjenværende leveår.

– Retningslinjene må anbefale at legen diskuterer fordeler og ulemper med tidlig behandling med pasienten. Pasientene vil, naturlig nok, komme til forskjellige konklusjoner basert på egne preferanser. Uansett vil studien gi framtidige pasienter et mye bedre utgangspunkt for å ta behandlingsvalg.

Forskning vi støtter

Forskning nytter. Derfor bruker Kreftforeningen over halvparten av formålsbudsjettet på å støtte kreftforskning, mer enn 200 millioner kroner hvert år.

