



VÅRDPROGRAM 2007

PROSTATACANCER

i Stockholm-Gotland regionen



ONKOLOGISKT CENTRUM STOCKHOLM • GOTLAND

Beställningsadress

Onkologiskt Centrum, M8:01

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

171 76 STOCKHOLM

Tfn 08-517 746 84

Fax 08-34 86 40

E-post onkologiskt.centrum@karolinska.se

Onkologiskt Centrum ingår i Karolinska Universitetssjukhuset

Vårdprogrammet kan även laddas ner från

Onkologiskt Centrums hemsida: www.sll.se/oc

Vårdprogram för Prostatacancer 2007

© Onkologiskt Centrum Stockholm-Gotland

Edita Stockholm, januari 2007

INNEHÅLL

VÅRDPROGRAM FÖR PROSTATACANCER

1.	<i>Inledning</i>	3
1.1	Vårdprogramgrupp	3
2.	<i>Sammanfattning</i>	5
2.1	Förändringar sedan föregående vårdprogram	5
2.2	Målsättning med det nya vårdprogrammet	5
2.3	Vårdens kvalitet	5
2.4	Specifika kvalitetsmått för detta vårdprogram	6
3.	<i>Epidemiologi</i>	7
4.	<i>Etiologi</i>	10
4.1	Prevention	10
5.	<i>Symtom</i>	11
6.	<i>Remitteringsvägar</i>	12
6.1	Multidisciplinär bedömning	12
7.	<i>Diagnostik</i>	13
7.1	Lokaltredning	13
7.2	Metastasutredning	13
7.3	Prostata-specifikt antigen (PSA)	14
7.4	Patologi	15
7.4.1	Biopsityper	16
7.4.2	Preparathantering	16
7.4.3	Gradering	17
7.4.4	Utlåtandets innehåll	17
8.	<i>Prognosgrupper</i>	18
9.	<i>Behandling</i>	19
9.1	Behandling av lokaliserad och lokalt avancerad - icke metastaserad tumör	19
9.1.1	Lokaliserad prostatacancer	19
9.1.2	Lokalt avancerad prostatacancer	19
9.1.3	Behandlingsalternativ	20
9.2	Behandling av metastaserad tumör	23
9.2.1	Testosteronhämmande behandling vid metastaserande prostatacancer	23
9.2.2	Cytostatikabehandling	24
9.3	Återfallsbehandling	25
9.3.1	Hormonkänslig prostatacancer	25
9.3.2	Hormonrefraktär prostatacancer	25
9.4	Palliation av specifika symtom	25
9.5	Nutrition	27
9.5.1	Åtgärdsplan vid risk för undernäring	27

10.	<i>Uppföljning</i>	28
11.	<i>Omvårdnad vid prostatacancer</i>	29
12.	<i>Psykosociala aspekter</i>	30
13.	<i>Registrering</i>	31

BILAGOR

I.	Information om tidig diagnostik av prostatacancer med blodprovet PSA	32
II.	Smärtklinisk konsultverksamhet	33
III.	Remiss till palliativ vårdavdelning / hemsjukvårdsteam	34
IV.	Specialiserade palliativa enheter och enheter med palliativa platser i Stockholms län	35
V.	Onkologisk konsultverksamhet	38
VI.	Enheten för psykosocial onkologi och rehabilitering	39
VII.	Cancerupplysningen/Cancerfonden	40
VIII.	Canceranmälan	41
IX.	TNM-klassifikation 2002	42

1. Inledning

Cancervården i Sverige är decentraliserad. Cancerpatienter utreds, behandlas och följs vid många olika vårdenheter i varje region. En god och sammanhållen cancervård bygger på ett nära samarbete mellan dessa enheter.

Syftet med regionala vårdprogram är att ge ett underlag för samordning av vårdinsatserna så att alla patienter i regionen får en likvärdig vård som är den bästa med hänsyn till tillgängliga resurser (Socialstyrelsens Allmänna råd 1991:6).

I enlighet med Socialstyrelsens råd och anvisningar skall regionalt vårdprogramarbete bedrivas för de vanligaste cancerformerna bland män och kvinnor. Programmets innehåll utarbetas av olika grupper bestående av personer från olika kategorier som är aktiva i vården av de aktuella patienterna. Medlemmarna i vårdprogramgrupperna representerar den enhet som de verkar vid och de skall förankra vårdprogrammet i den lokala organisationen. Vårdprogrammet skall innehålla en beskrivning av hela vårdkedjan inkluderande prevention och palliation.

Innan ett vårdprogram accepteras skall det ha granskats och diskuterats vid ett eller flera stormöten dit representanter från alla berörda personalgrupper och enheter i regionen inbjudits. Vid mindre revisioner av befintliga program tillämpas oftast ett remissförfarande. Onkologiskt Centrum i Stockholm-Gotland-regionen ansvarar för att arbete initieras i syfte att programmen kontinuerligt hålls aktuella.

Till vårdprogrammen finns vanligtvis en registrering av kliniska data och kvalitetsdata som komplement till cancerregistret. Cancerregistret innehåller till exempel ingen information om behandling eller sjukdomsrecidiv. Vårdprogramregistren ger ökade kunskaper om till exempel stadieindelad incidens, behandlingsresultat, komplikationer av behandlingen, osv. Registreringen utgör en grund för utvärdering av vårdens innehåll och resultat samt kan vara en bas för klinisk forskning.

Detta vårdprogram skall ge riktlinjer för prevention, diagnostik, remittering, behandling och uppföljning av patienter med prostatacancer.

Föreliggande program är avsett att gälla från och med 2007-01-01 och har förankrats i regionen genom ett stormöte anordnat av Onkologiskt Centrum 2006-02-23 och ett omfattande remissarbete.

1.1 VÅRDPROGRAMGRUPP

JAN ADOLFSSON, docent, överläkare, enhetschef, Onkologiskt Centrum, Stockholm-Gotland (sammanställande)

LENNART BLOMQVIST, docent, överläkare, röntgenkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

ADELAIDA CARLSSON, specialistläkare, urologmottagningen, Närsjukhuset Sabbatsberg

LARS EGEVAD, överläkare, klinisk patologi-cytologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

SVEN GUSTAFSSON, överläkare, klinisk kemi, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

ANDERS HALLIN, överläkare, urologiska sektionen, Danderyds sjukhus

MAGNUS HELLSTRÖM, bitr. överläkare, urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

RICHARD IDESTRÖM, överläkare, kirurgkliniken, Norrtälje sjukhus

MIKAEL LAGERKVIST, specialistläkare, UroClinic, S:t Görans Sjukhus

PIRJO LARSSON, sjuksköterska, urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

BENGT LUNDGREN, överläkare, kirurgkliniken, Södertälje Sjukhus

STEN NILSSON, professor, överläkare, onkologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

ULF NORMING, överläkare, urologiska kliniken, Södersjukhuset

GUSTAF REHN, överläkare, kirurgkliniken, Visby lasarett

LARS SANDFELDT, läkare, urologmottagningen, Närsjukhuset Sabbatsberg
BOHUMILA SALACOVA, sjukgymnast, arbetsterapi- och sjukgymnastavdelningen, Södersjukhuset
MAGNUS TÖRNBLOM, överläkare, urologiska kliniken, Södersjukhuset
HANS WIJKSTRÖM, docent, överläkare, urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
ROLF ZIMMERMAN, överläkare, onkologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset/
Södersjukhuset

2. Sammanfattning

Detta vårdprogram grundar sig i allt väsentligt på de nationella riktlinjerna för prostatacancer. Åtgärder som i riktlinjerna rangordnats högt finns alla med i regionens vårdprogram. Åtgärder som kategoriserats som "inte göra" i riktlinjerna finns inte med i

vårdprogrammet. För en utförlig bakgrund till de olika delarna av vårdprogrammet samt för referenser hänvisas till riktlinjernas faktadokument. De nationella riktlinjerna finns publicerade på Socialstyrelsens hemsida (www.sos.se).

2.1 FÖRÄNDRINGAR SEDAN FÖREGÅENDE VÅRDPROGRAM

Gleasongraderingen har nu införts som förstahandsalternativ i vårdprogrammet. Vårdprogrammets behandlingsrekommendationer baserar sig nu förutom på kliniskt stadium också på Gleasonsumma och inte WHO-grad. Man ser också nu en ökande anslutning till Gleasongraderingen i regionens kvalitetsregister för prostatacancer.

Män skall informeras om PSA-provets fördelar och konsekvenser innan det tas. En ny patientinformation kring provet PSA har ersatt den gamla.

Osteoporos med åtföljande frakturrisik har uppmärksammas som en långtidsbiverkan efter testosteronhämmande behandling, till exempel GNRH-behandling och ablatio testis. Vårdprogrammet ger nu rekommendationer för att förebygga detta (se avsnitt 9.2.1).

Sammansättningen av en multidisciplinär konferens har definierats liksom de patientkategorier som skall diskuteras (se kapitel 6). En mätning av detta har på försök införts i kvalitetsregistreringen.

Rekommendationerna kring uppföljningen av olika patientkategorier har utvecklats (se kapitel 10).

Rekommendationer kring nutrition vid avancerad prostatacancer har införts i vårdprogrammet (se avsnitt 9.5) liksom ett kapitel kring rehabilitering efter kurativt syftande behandling (se avsnitt 9.1.3).

Kvalitetsmått har definierats.

Evidensgradering enligt Statens beredning för medicinsk utveckling (SBU) har införts där så är tillämpligt.

2.2 MÅLSÄTTNING MED DET NYA VÅRDPROGRAMMET

Att alla patienter med prostatacancer ska få tillgång till likvärdig och effektiv vård. Vården skall vara baserad på bästa möjliga kunskap och bästa möjliga kvalitet.

Att alla patienter i tillämpliga kategorier ska diskuteras vid multidisciplinär konferens innan behandlingsbeslut tas.

Att alla patienter ska registreras i det regionala kvalitetsregistret som är en del av det nationella kvalitetsregistret för prostatacancer.

2.3 VÅRDENS KVALITET

Prostatacancervården i regionen skall vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Detta uppnås genom att vårdprogrammet är baserat på bästa möjliga kunskap och anpassat till de förhållanden som råder i regionen. Vårdprogrammet kan anpassas till ny kunskap genom uppdatering i den elektroniska versionen som publiceras på Onkologiskt Centrums hemsida (www.sll.se/oc).

Vården ska vara säker vilket uppnås via klinikernas interna kvalitetsarbete och uppföljning av komplikationer etc.

Vården ska vara patientfokuserad med en god patientinformation.

Vården ska vara effektiv vilket tillförsäkras via kontinuerlig uppföljning av vårdens resultat i vårdprogramarbetet.

Vården ska vara jämlik vilket tillförsäkras via konsensus kring utredningsgång, behandling och uppföljning i regionen. Detta följs i kvalitetsregistreringen via uppföljning av vårdmönster på olika enheter i regionen.

Vården ska ges i rimlig tid vilket följs genom registrering av olika tidsaspekter i kvalitetsregistret.

2.4 SPECIFIKA KVALITETSMÅTT FÖR DETTA VÅRDPROGRAM

- Relativ överlevnad
- Alla nya fall skall registreras i det regionala kvalitetsregistret för prostatacancer
- Patienter som kan bli föremål för kurativt syftande behandling ska diskuteras i multidisciplinär konferens. Patienten ska informeras om samtliga relevanta behandlingsalternativ och om han så vill beredas möjlighet till "second opinion"
- Alla histologiska preparat (biopsier och operationspreparat) ska graderas enligt Gleason graderingen
- Tillgång till kontaktsjuksköterska med definierat uppdrag ska finnas vid de urologiska klinikerna och vid onkologiska kliniken

3. Epidemiologi

Prostatacancer är den näst vanligaste cancerformen hos män i världen. Endast lungcancer är vanligare i ett globalt perspektiv. I västvärlden är prostatacancer den vanligaste manliga cancerformen. Förekomsten varierar kraftigt och sjukdomen är hundrafalt vanligare i Norden och USA jämfört med Sydostasien. Hos män i Sverige är prostatacancer den vanligaste cancerformen och också den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken.

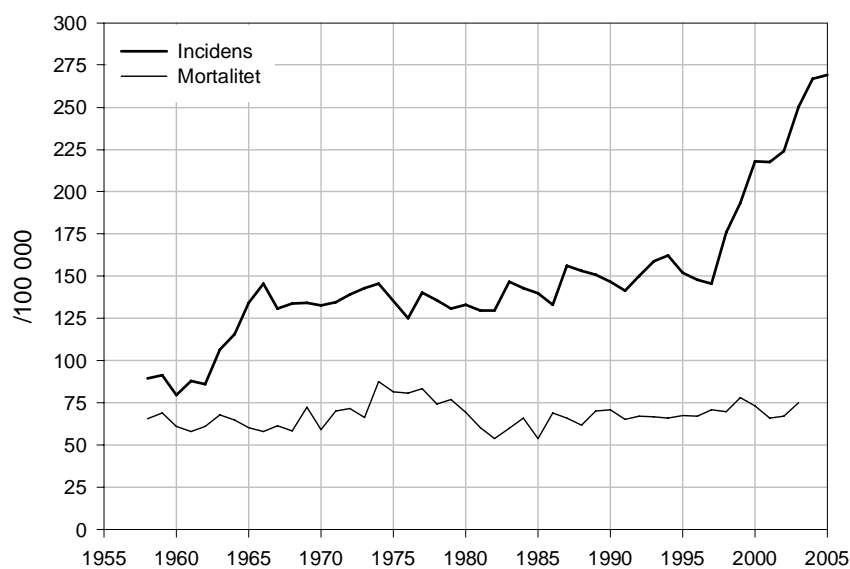
Den åldersstandardiserade incidensen av prostatacancer i Stockholm-Gotlandregionen har sedan början av 1960-talet i det närmaste fördubblats medan mortaliteten i stort sett varit konstant. Mellan 1997 och 2005 har den åldersstandardiserade incidensen ökat kraftigt (figur 1) vilket sannolikt beror på en ökad diagnostisk intensitet med ett ökat användande av PSA (prostata-specifikt antigen). Om incidens-trenden följer den som ses i USA kommer den åldersstandardiserade incidensen sannolikt att nå en topp inom den närmaste tiden för att sedan sjunka och därefter troligen stiga på nytt. Den förväntade incisenstoppen är dock ännu inte nådd.

Prostatacancer är ovanlig före 50 års ålder. Den åldersspecifika incidensen och mortaliteten ökar dock brant efter 60 års ålder (figur 2). Det totala antalet insjuknade är störst i åldersgruppen 70–79 år medan totala antalet som dör av prostatacancer ökar med ökande ålder (figur 3).

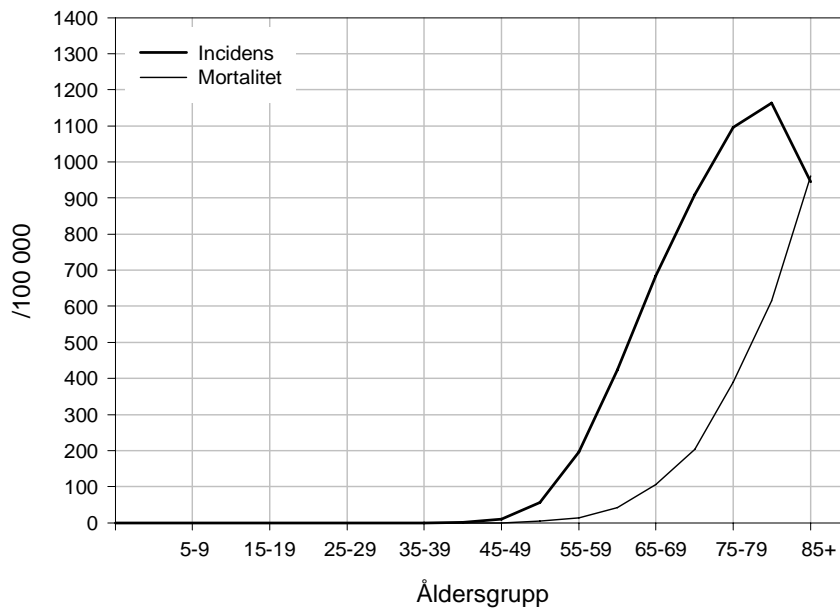
Från 1958 till 2005 har antalet nya fall mer än sexdubblats från cirka 250 per år i början av 1960-talet till mer än 2 000, år 2005 (figur 4).

2005-12-31 levde i regionen 11 569 män som någon gång fått en prostatacancerdiagnos och av dessa hade 7 668 fått sin diagnos under de fem senaste åren.

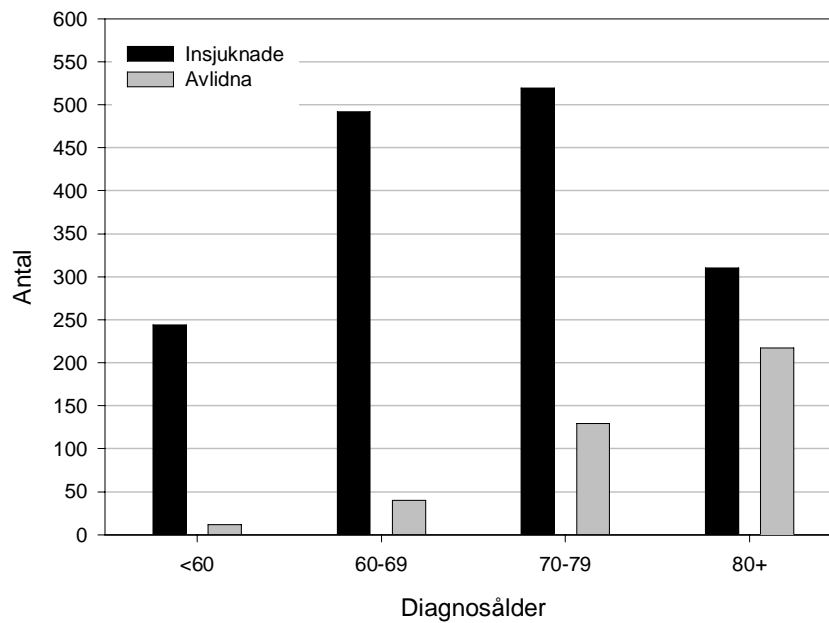
Figur 5 visar utvecklingen av totalöverlevnad och överlevnad korrigerad för förväntad dödlighet, så kallad relativ överlevnad, för prostatacancerfall diagnostiserade under perioden 1960-2004. Det har skett en kontinuerlig förbättring av den relativa överlevnaden under dessa fyra decennier.



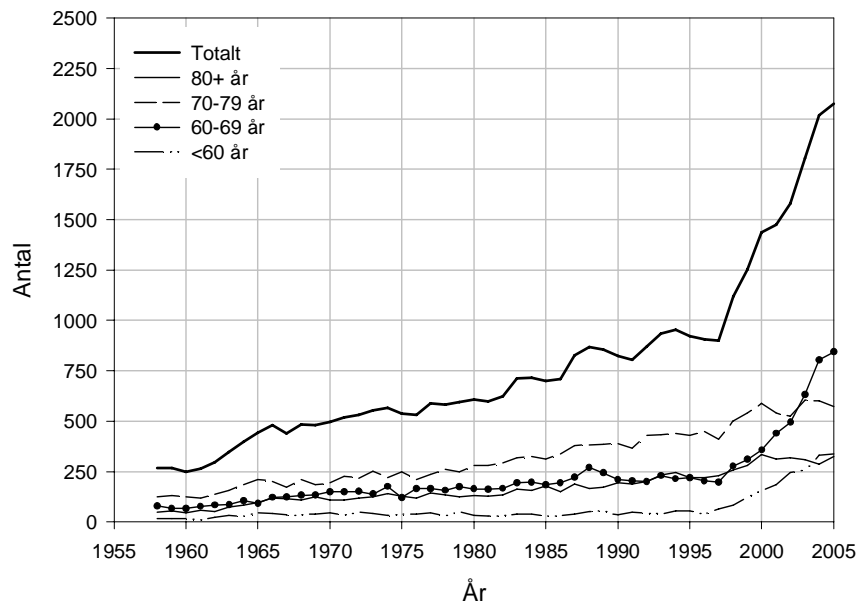
Figur 1. Åldersstandardiserad incidens (1958–2005) och mortalitet (1958–2003) av prostatacancer i Stockholm-Gotlandregionen.



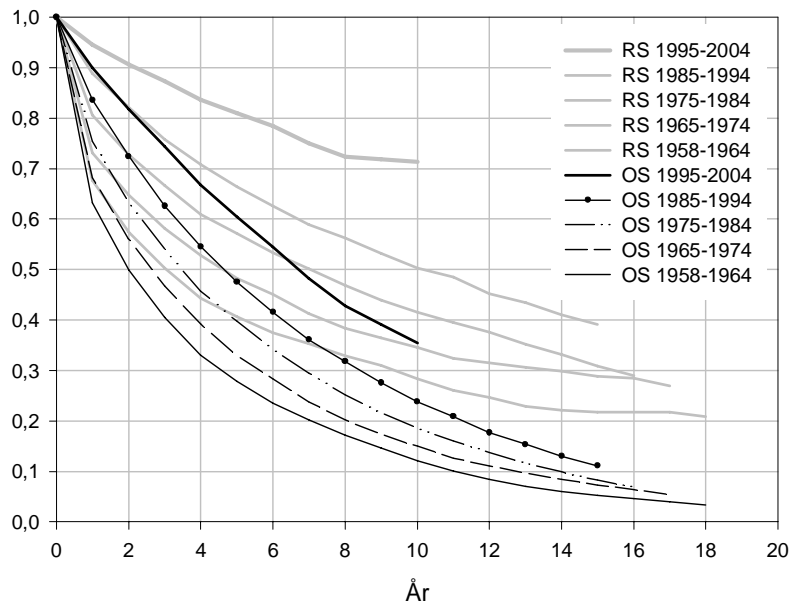
Figur 2. Åldersspecifik incidens (1995–2004) och mortalitet (1993–2002) av prostatacancer i Stockholm-Gotlandregionen



Figur 3. Antalet insjuknade och avlidna i prostatacancer i Stockholm-Gotlandregionen 2002 uppdelat på diagnosålder respektive ålder vid avlidande



Figur 4. Utvecklingen av antalet fall per år av prostatacancer fördelat på diagnosålderskategorier i Stockholm-Gotlandregionen 1958–2005



Figur 5. Utvecklingen av observerad och relativ överlevnad för prostatacancer i Stockholm-Gotlandregionen. Kurvorna visar perioderna 1958–1964, 1965–1974, 1975–1984, 1985–1994, 1995–2004. De tjockare gråa motsvarar relativ överlevnad (RS) och de svarta tunnare observerad överlevnad (OS). Uppföljning till 2004-12-31

4. Etiologi

Orsaken till att prostatacancer utvecklas är okänd. Västerländska levnadsvanor med en kost innehållande fet mat och liten andel frukt och grönsaker misstänks ge en ökad risk för att få prostatacancer. En stor andel av fet fisk i kosten verkar skydda medan låga intag av selen och vitamin E möjligen kan öka risken att få prostatacancer. Vidare förefaller ett stort kaloriintag ("over eating") och möjligen också övervikt medföra en ökad risk för att utveckla prostata-

cancer. Cirka 10 % av fallen förefaller ha en familjär koppling medan en ren ärftlighet är mindre vanlig. Om en eller flera nära anhöriga män har eller har haft prostatacancer ökar risken att också få sjukdomen, särskilt om de fått sjukdomen i relativt ung ålder. Man har funnit flera möjliga positioner för "prostatacancer" i genomet. De specifika generna är dock inte karakteriserade ännu.

4.1 PREVENTION

Då man inte säkert har klarlagt riskfaktorerna för utveckling av prostatacancer kan man idag inte ge några råd om specifika förebyggande åtgärder. De data som antyder en betydelse av kostfaktorer är idag inte säkra nog för att vara grund för särskilda kostrekommendationer. Det finns data som antyder att

kemoprevention med finasterid kan minska risken att utveckla prostatacancer men dessa data måste analyseras ytterligare innan några rekommendationer kan ges. Allmän hälsoundersökning (screening) för prostatacancer med idag tillgängliga metoder rekommenderas inte (se även kapitel 7).

5. Symtom

Prostatacancer är i tidiga stadier i regel symtomlös. Vid avancerad lokal växt kan tumören ge symtom beroende på ett avflödes hinder från urinblåsan (LUTS). Sådana symtom hos äldre män beror dock oftast på en godartad prostataförstoring. Värk i perineum och ljumskar samt besvär från ändtarmen är ospecifika symtom som oftast beror på andra sjukdomar i området och mycket sällan på en prostatacancer. Prostatacancer upptäcks ofta vid undersökning på grund av symtom från urinvägarna eller numera minst lika ofta då man av något skäl kontrollerat

PSA i serum och fått ett avvikande värde. Numera ställs diagnosen ganska sällan i samband med operation av godartad prostataförstoring.

Ibland debuterar sjukdomen med symtom av fjärrmetastaser, vanligen i form av smärtor i skelettet. Patologiska frakturer eller neurologiska symtom till följd av kompression av ryggmärgen kan också vara första symtom. Överväxt på och därmed avstängning av urinledarna kan ge njursvikt som första tecken.

6. Remitteringsvägar

Patienter med nyupptäckt prostatacancer skall, oavsett stadium, remitteras till urolog eller onkolog för bedömning och insättande av primär behandling. I undantagsfall kan detta ske efter samråd med

urolog eller onkolog. Även förändringar av denna terapi eller insättande av sekundär behandling skall göras i samråd med specialist.

6.1 MULTIDISCIPLINÄR BEDÖMNING

Viktiga behandlingsrekommendationer bör diskuteras och dokumenteras i en multidisciplinär konferens. I en sådan konferens bör urolog, onkolog och patolog/cytolog delta samt radiolog.

Följande patientkategorier bör diskuteras i multidisciplinär konferens:

- De som kan bli föremål för kurativt syftande behandling.

- De som har återfall efter kurativt syftande behandling.
- De som behöver palliativ onkologisk behandling.

Patienten ska informeras om samtliga relevanta behandlingsalternativ och, om han så vill, beredas möjlighet till "second opinion".

7. Diagnostik

Varje man med misstänkt prostatacancer ska utredas hos en specialist, antingen urolog, uro-onkolog eller urologiskt intresserad allmänkirurg, som har kunskap om sjukdomen.

Utredningen av en möjlig prostatacancer skall anpassas till patientens symtom, ålder och allmäntillstånd. Man skall göra en preliminär bedömning om patienten lämpar sig för en kurativt syftande behandling (strålbehandling eller kirurgi) eller om endast palliativ behandling kan komma ifråga. Den tidiga prostatacanceren har ofta ett långsamt förlopp och därför finns det patienter med kort förväntad överlevnad som inte är betjänta av att utredas med avsikt att hitta en sådan tumör.

När man funnit en ny tumör ska en klinisk stadietbedömning enligt TNM-systemet göras och dokumenteras. I det nationella kvalitetsregistret för prostatacancer används nu en modifierad version av 2002 års UICC-klassifikation (bilaga IX). Hos patienter med tidig sjukdom är det viktigaste ställningstagandet om tumören växer innanför kapseln (T2) eller om den bryter ut till omgivningen (T3).

7.1 LOKALUTREDNING

Vid utredning av prostatacancer skall man göra en undersökning av prostata via ändtarmen. Om tumören går att palpera känns den som en förhördnad eller ojämnhet i körteln. Ett förhöjt PSA-värde är ofta en orsak till utredning trots att palpationsfyndet *per rektum* upplevs som normalt.

För att verifiera diagnosen tas vanligen vävnadsprov transrektalt med mellannål för histologisk bedömning. Detta kan göras i lokal transrektal infiltrationsbedövning. Man kan också i vissa fall använda finnål för cytologisk provtagning och analys (se avsnitt 7.4.1). Transrektal ultraljudsundersökning av prostata används i huvudsak för att rikta systematiska biopsier och är inte i sig tillförlitlig när det gäller att avgöra om prostatacancer finns eller inte och inte

7.2 METASTASUTREDNING

De första (regionala) lymfkörtelstationerna till vilka tumörcellerna sprider sig, är belägna längs de större kärlen och obturatoriusnerverna i lilla bäckenet. För att undersöka dessa körtlar krävs att man utför en bilateral lymfkörtelutrymning i lilla bäckenet. Operationen, som kan göras som öppen operation

Allmän hälsoundersökning (screening) av symptomfria män med avsikt att finna prostatacancer rekommenderas inte. Detta beror bland annat på oklarheter kring omfattningen av en eventuell överdiagnostik och därmed överbehandling. Det pågår för närvarande randomiserade studier som avser utvärdera effektiviteten av screening med PSA och åtföljande behandling. Användningen av PSA har ökat i samband med utredning av urinvägssymtom och också i anslutning till hälsoundersökning. PSA är inte diagnostiskt för prostatacancer men indikerar vilka individer som har en ökad risk att ha sjukdomen (se avsnitt 7.3). Beslutet om fortsatt utredning vid ett förhöjt PSA måste grunda sig på patientens symtom, ålder och allmäntillstånd.

Innan PSA-provet tas måste patienten informeras om de möjliga konsekvenserna av ett förhöjt värde. Ett förslag till sådan information ges i bilaga I. Speciellt yngre män med stark hereditet (tre eller flera förstahandsläktingar med prostatacancer eller två sådana släktingar som debuterat i tidig ålder) bör informeras om möjligheten till diagnostik, och information enligt ovan ska ges innan PSA tas.

heller för att bedöma lokal tumörutbredning. Om man vid undersökningen ser tumörmisstänkta partier eller om sådana kan palperas, riktas kompletterande biopsier mot dessa områden. Om tumörmisstanke kvarstår trots att den mikroskopiska undersökningen inte kan bekräfta den bör nya biopsier tas. Om man trots detta inte finner en cancer ger ytterligare biopsier vanligen ringa utbyte. Magnetkameraundersökning erbjuder till skillnad från dator-tomografi möjlighet till viss bedömning av förändringar i prostata och kan också ge möjlighet att undersöka tumörspridning utanför körteln. Metoden är inte tillräckligt utvärderad för att kunna användas i rutinmässig stadietindelning.

eller laparoskopiskt, bör efter vissa givna kriterier (se nedan i detta stycke) utföras som ett led i utredningen inför planerad kurativt syftande behandling. Dator-tomografi och magnetkameraundersökning kan användas för att påvisa lymfkörtlar men undersökningarna har alltför låg specificitet och bör därför

inte användas rutinmässigt. Internationellt pågår flera studier med ännu inte kliniskt tillgängliga lymfkörtelspecifika kontrastmedel för magnetkamera, som kan förändra förutsättningarna i framtiden.

Vid T-stadium ≤ 2 kan Gleasonsumma och PSA ge god information om sannolikheten att kunna påvisa lymfkörtelmetastaser med obturatoriusutrymning.

I följande fall är sannolikheten för metastaser i de regionala lymfkörtlarna liten och körtelutrymning behöver inte utföras:

- Gleasonsumma < 7 och PSA $< 20 \mu\text{g/l}$
- Gleasonsumma ≥ 7 och PSA $< 10 \mu\text{g/l}$

I fall med en tumör med Gleasonsumma 8–10 (låg differentierad) kan man inte lita på PSA och lymfkörtelutrymning måste göras om utfallet är avgörande för valet av behandling.

7.3 PROSTATASPECIFIKT ANTIGEN (PSA)

Utredningen av en möjlig prostatacancer skall anpassas till mannens symtom, ålder och allmäntillstånd. Inför att PSA tas som led i en utredning av en möjlig prostatacancer skall information ges om möjligheter och möjliga konsekvenser. Exempel på sådan information finns i bilaga I. Även Cancerfondens informationskrift kan användas (www.cancerfonden.se). Under 2007 kommer en nationell informationskrift utgående från arbetet med de nationella riktlinjerna för prostatacancer vid Socialstyrelsen att ges ut.

PSA är ett protein som specifikt bildas i prostataepitelet. PSA-värdet kan vara förhöjt vid prostatacancer, godartad förstoring av prostata, prostatit, urinvägsinfektion samt efter instrumentering i prostatiska uretra till exempel efter en cystoskopi. PSA är med andra ord inte specifikt för prostatacancer. Hittills har den övre gränsen för "normalt" PSA satts vid $4 \mu\text{g/l}$. PSA har dock inget normalvärde och redan en liten PSA-förhöjning kan indikera tumörförekomst, särskilt hos yngre män. Risken för cancer i prostatakörteln ökar kontinuerligt med ökande PSA-värden upp till värden kring $50 \mu\text{g/l}$, över vilket så gott som alla har prostatacancer om inte provet tagits i samband med akut urinvägsinfektion eller ingrepp i prostatakörteln. Vid högre PSA-värden minskar andelen lokaliserad, potentiellt botbar

Utvidgad körtelutrymning i bäckenet har rapporterats kunna påvisa fler fall av körtelmetastaser men den terapeutiska betydelsen härav är tveksam och operationen är förenad med komplikationsrisker varför den för närvarande inte rekommenderas rutinmässigt.

Skelettskintigrafi används för att påvisa skelettmetastaser. I takt med det ökade användandet av PSA har behovet av undersökningen minskat och behöver bara utföras om resultatet har betydelse för behandlingen. Samma resonemang och PSA-gränser som för lymfkörtelutrymning gäller (se ovan i detta stycke). Metastaser till andra lokaler än skelettet är ovanliga och behöver inte utredas primärt. Magnetkameraundersökning är en känsligare metod än skelettskintigrafi för att påvisa patologiska förändringar i benmärgen/skelettet och kan användas där skelettskintigrafien inte ger tillräckligt med information eller där skelettskintigrafi inte visar något men där stark misstanke om metastasering kvarstår.

cancer. Brytpunkten/åtgärdsgränsen för PSA är alltså en kompromiss mellan sensitivitet och specificitet. Vid en låg åtgärdsgräns ökar chansen att hitta potentiellt botbar cancer men samtidigt ökar andelen män utan cancer med PSA-värden över åtgärdsgränsen exponentiellt och även andelen fynd av "latent prostatacancer". Det finns därmed en risk för överdiagnostik samtidigt som män i onödan utsätts för utredning. Vid hög åtgärdsgräns har en större andel av männen med PSA över denna en kliniskt betydelsefull cancer och en större andel friska män har PSA under åtgärdsgränsen och slipper därmed utredning. Risken är dock att man inte hittar tidiga fall som behöver behandling samtidigt som att de man hittar har tumörer där botande behandling är mindre effektiv.

Flertalet män över medelåldern utvecklar en långsamt tilltagande benign prostatahyperplasi (BPH). BPH ger ofta en ökning av PSA i plasma upp till några $\mu\text{g/l}$, i enstaka fall upp till omkring $20 \mu\text{g/l}$ eller mer. Medianvärdet för PSA ökar med ökande ålder, från omkring $0,6 \mu\text{g/l}$ i fyrtioårsåldern till $1,7 \mu\text{g/l}$ i sjuttiofemårsåldern. Den åldersbetingade PSA-ökningen hänger mest sannolikt ihop med den gradvisa benigna tillväxten av prostatakörteln. När man bedömer ett PSA-värde måste man alltså ta hänsyn till mannens ålder och storleken på prostata.

Svårigheterna att bestämma ett PSA-värde som beslutsgräns för vidare utredning har lett till att man försökt hitta analysmetoder med högre specificitet. En sådan metod är den så kallade PSA-kvoten som baseras på att PSA förekommer i en fri och i en till blodproteinerna bunden form. Vid cancer förekommer den fria formen i en relativt lägre koncentration. Kvoten mellan fritt och bundet PSA har visat sig användbar för att öka specificiteten vid PSA-nivåer från 1,25 upp till 20 µg/l. Precis som för totalt PSA avspeglar PSA-kvoten en kontinuerlig variation av risken för prostatacancer och något normalvärde finns därför inte i egentlig mening. En lägre kvot innebär en större risk för prostatacancer än en högre. Om PSA-kvoten ligger under 0,18 (18 %) ökar risken för prostatacancer. PSA-kvoten har framför allt använts för att öka specificiteten i intervallet 4–10 µg/l av totalt PSA. Även i PSA-intervallet 1–4 µg/l kan en låg kvot indikera en ökad risk för förekomst av prostatacancer. Vid benigt palpationsfynd och totalt PSA mellan 3 och 10 µg/l är risken för cancer omkring 25 %. I detta intervall kan analys av PSA-kvoten differentiera risken för cancer, exempelvis är risken över 50 % vid kvot som är under 0,10, medan en kvot över 0,20 innebär att risken för cancer är omkring 15 %, vilket är i nivå med risken vid totalt PSA under 3 µg/l. Även efter upprepade benigna biopsier innebär en låg kvot en klart högre risk för cancer.

Risken för att få en behandlingskrävande prostatacancer inom 4–8 år är närmast försumbar om PSA är under 1 µg/l. Vid diagnos av prostatacancer hos symptomfria män med PSA mellan 3 och 10 µg/l kan omkring tre fjärdedelar av patienterna komma i fråga för botande behandling. Det finns ett klart samband mellan den preoperativa PSA-nivån och resultatet av kirurgisk behandling av prostatacancer. Chansen för bot av prostatacancer diagnostiserad i PSA-intervallet 4–5 µg/l är bara obetydligt lägre än i intervallet 3–4 µg/l, varför uppföljning och biopsi endast om PSA stiger över 4 µg/l är ett rimligt alternativ till omedelbar biopsi vid PSA-värden mellan 3 och 4 µg/l. Undersökningar har också visat att andelen botade patienter på lång sikt är mindre

redan vid en preoperativ PSA-nivå som överstiger 6 µg/l. Vanligen brukar man vara återhållsam med att operera patienter med PSA över 10 µg/l. Trots detta måste framhållas att en relativt stor grupp män med lokaliserad prostatacancer och PSA-värden upp mot 20 µg/l sannolikt kan botas med kurativt syftande behandling.

Beslutet om fortsatt utredning vid ett förhöjt PSA måste grunda sig på patientens symtom, förväntade överlevnad och allmäntillstånd. Vid kort förväntad överlevnad bör utredning av ett förhöjt PSA endast göras om behandling på ett meningsfullt sätt kan påverka symtom och eventuellt överlevnad. Botbar prostatacancer har oftast god prognos på 10–15 års sikt även utan botande behandling. Hos män med förväntad kvarvarande livstid under 10–15 år är det därför sällsynt med prostatacancer som samtidigt är såväl botbar som på sikt livshotande.

I intervallet 1–3 µg/l kan en låg kvot mellan fritt och bundet PSA indicera vidare utredning hos män med förväntad överlevnad på mer än 10–15 år. I intervallet 3–4 µg/l kan vidare utredning ske hos män med förväntad överlevnad på mer än 10–15 år men man kan, under förutsättning att palpation av prostata är normal, också avvakta utredning och ta ett nytt PSA inom ett år. I detta intervall kan en låg PSA-kvot öka indikationen för vidare utredning. I fall med PSA över 4 µg/l bör utredning ske om meningsfull behandling kan ges med hänsyn till förväntad överlevnad. I intervallet 4–10 µg/l kan kvoten vara vägledande till exempel vid en kraftig prostataförstoring.

PSA är som tumörmarkör utmärkt för att följa förloppet och behandlingsresultatet hos patienter med känd prostatacancer. Vid lyckad kurativt syftande behandling skall PSA vara omätbart eller ligga stabilt på en låg nivå. En nytillkommen förhöjning signalerar en aktiv kvarvarande tumör. Även vid avancerad prostatacancer avspeglar vanligen PSA tumörens aktivitet respektive effekten av behandling. Ett undantag från detta kan vara patienter med Gleasonsumma 8–10 (låg differentierad) där PSA kan vara lågt även i ett mycket sent skede.

7.4 PATOLOGI

Prostatacancer är nästan undantagslöst adenokarcinom. Lymfom och sarkom kan förekomma men är sällsynta. Terapi vid annat än adenokarcinom

behandlas inte i vårdprogrammet. I fall av lymfom och sarkom skall kontakt tas med specialister på dessa sjukdomar.

7.4.1 Biopsityper

Provtagning från prostata för cancerdiagnostik kan ske med antingen finnålspunktion eller mellannålsbiopsier. Finnålspunktion är en snabb och billig metod med låg komplikationsfrekvens och oftast ringa obehag för patienten. Mellannålsbiopsier kan ge viss tilläggsinformation i form av Gleasonsumma (som bättre relaterar till graderingen av eventuella efterföljande operationspreparat), tumörutbredning, invasion i sädesblåsor och i enstaka fall kapselgenombrott. Inför kurativt syftande behandling (radikal prostatektomi och strålbehandling) skall därför 6–10 systematiska mellannålsbiopsier i ultraljudsledning göras. Om enbart sex biopsier tas skall samtliga tas lateralt i prostataloberna. Om fler än sex biopsier tas skall minst sex tas lateralt. Provtagningen skall upprepas om vävnadsprovet är utan tumörfynd men

fortsatt misstanke om tumör finns. Om även den upprepade biopsiomgången är utan tecken till cancer har man mycket dåligt utbyte av flera biopsiomgångar och omedelbara sådana ska bara göras i undantagsfall. I ett senare skede kan ombiopsi göras om cancermisstanke kvarstår. Hos de män som inte kommer i fråga för kurativt syftande behandling kan finnåls- och mellannålsbiopsier uppfattas som likvärdiga och den lokala traditionen och kompetensen bör avgöra vilken biopsityp som används.

Efter provtagning med mellannål kan patienten övergående få blod i urinen, i vissa fall feber och tecken på urinvägsinfektion. För att motverka det senare ska antibiotikaproylax ges rutinmässigt i samband med provtagningen.

7.4.2 Preparathantering

Detta kapitel baserar sig på de kvalitetsrekommendationer som utarbetats av KVAST-gruppen i Svensk Förening för Patologi.

TUR-P-preparat

Ett urval av resektionsbitarna undersöks av patologen. Minst 9 gram (motsvarande sex dosor) bör inkluderas.

Mellannålsbiopsier

Varje mellannålsbiopsi skall fixeras i eget kärl med angivande av biopsilokalisationen. Biopsierna ska därefter bäddas i separata klotsar. Detta underlättar planbäddning och därigenom minskar materialförlusten vid snittning. Patologen har nytta av att veta var i prostata en biopsi tagits, eftersom normalhistologin varierar med biopsilokalen. Vid eventuell ny biopsiering på grund av malignitetssuspekt fynd är det en fördel att veta vilket område som biopsierna skall koncentreras till. Mellannålsbiopsier fragmenteras ofta under hanteringen och om inte biopsierna bäddas i separata klotsar, kan patologen inte ange hur många biopsier som innehåller cancer.

Vid snittning av mellannålsbiopsier rekommenderas att man tar 2–3 täta snitt från varje klots. Fler snitt gör att onödigt mycket av klotsen konsumeras och vid diagnostiska svårigheter kan man inte göra immunhistokemisk färgning, eftersom det svårbedömda området ofta redan snittats bort.

Totala prostatektomipreparat

Totala prostatektomipreparat bör antingen skickas färskt till patologavdelningen eller omgående fixeras i riklig mängd formalin. Transport av färskt preparat skall ske skyndsamt och helst på is. Vid formalinfixering bör preparatet läggas i en liten hink eller i en preparatburk som helst rymmer minst 1 000 ml, så att formalinmängden blir tillräcklig. Suturmärkning av preparatet är inte nödvändig om patologen är väl förtrogen med prostatas anatomi.

Prostatektomipreparatet skall undersökas noggrant av patologen så att tumörutbredning, tumörgrad och resektionsytornas status samt förekomst av kapselgenombrott och invasion i sädesblåsorna kan beskrivas. Detta sker säkrast genom totalbäddning av preparatet, eftersom tumörutbredningen är omöjlig att bedöma makroskopiskt. Tuscfärgning av resektionsytorna rekommenderas. Preparatet horisontalskivas efter fixering. Skivorna kan antingen storsnittas eller skäras i mindre bitar som passar i standardkassetter. Det sistnämnda förutsätter noggrann märkning och orientering av klotsarna, så att preparatet kan rekonstrueras efter snittning.

7.4.3 Gradering

Cytologiska preparat graderas av tradition enligt tregradig skala och Gleason-gradering är inte tillämplig. Gradering av prostatacancer på histologiskt material skall alltid ske enligt Gleason. Man anger grad enligt annan typ av gradering som tilläggsinformation. En Gleasonsumma (Gleason score) bildas

genom att man adderar den vanligaste och näst vanligaste graden (eller dubblerar graden om morfologin är monoton). För att undvika sammanblandning av begreppen grad och summa, bör man konsekvent skriva till exempel Gleasonsumma $3 + 4 = 7$ i PAD-svarets sammanfattning.

7.4.4 Utlåtandets innehåll

Typ av prov och kvantitet skall anges samt i förekommande fall hur stor del av materialet som har undersökts.

Vid avsaknad av cancer skall eventuell förekomst av höggradig PIN (PIN 2–3) anges. Låggradig PIN ska inte rapporteras. Vid prostatacancer anges gradering enligt Gleason (se ovan).

I PAD-svar på mellannålsbiopsier skall det anges mått på mängden cancer i varje biopsifraktion. I första hand föreslås att man anger cancerlängden i millimeter samt den totala cancerlängden i samtliga biopsier. Vidare bör den totala biopsilängden anges. Likaså bör antal biopsier respektive antal biopsier innehållande cancer anges. I PAD-svaret skall det tydligt framgå vilka biopsier som innehåller cancer.

För TUR-P och enukleationspreparat uppskattas cancerutbredningen i procent av preparatyten (det vill säga ytan av det histologiska snittet). Observera att vid stadium pT1a får det finnas högst 5 % cancer.

För prostatektomipreparat skall uppgift om eventuellt kapselgenombrott, växt i vesikel eller växt i resektionsyta anges. Om möjligt anges i svaret ett formellt pT-stadium enligt TNM-klassifikationen.

8. Prognosgrupper

Prognosen för olika grupper av patienter med prostatacancer varierar kraftigt och beror också på vilken tidshorisont som avses. Vad som nedan sägs avser prognosen på 10–15 års sikt.

Patienter med lokaliserad tumör (T1–2) och Gleasonsumma ≤ 6 (högt eller medelhögt differentierad) har ofta en mycket god prognos.

De med lokaliserad tumör (T1–2) och Gleasonsumma 7 (medelhögt differentierad) utgör prognosmässigt en mellangrupp. Det finns indikationer på att de med störst andel Gleasongrad 4 (Gleasonsumma 4+3) har en mer aggressiv tumör än de med övervägande Gleasongrad 3 (Gleasonsumma 3+4).

De med lokalt avancerade tumörer (T3–4) och/eller Gleasonsumma 8–10 (lågt differentierad tumör) har sämre prognos liksom de som har metastaser i de regionala lymfkörtlarna (N1).

De patienter som har metastaser (M1) har en dålig prognos även om enstaka patienter kan leva länge med sin tumör.

Generellt gäller att de som har en tumör med Gleasonsumma ≤ 7 (högt eller medelhögt differentierad tumör) och ett lågt initialt PSA-värde har bättre prognos än de med motsvarande tumör men ett högt PSA-värde. Vid tumörer med Gleasonsumma 8–10 (lågt differentierad) kan inte PSA-värdet användas för prognosbedömning då också patienter med mycket långt gången sjukdom kan ha låga PSA-värden.

9. Behandling

9.1 BEHANDLING AV LOKALISERAD OCH LOKALT AVANCERAD ICKE METASTASERAD TUMÖR

Inför kurativ syftande behandling skall patienten diskuteras vid en multidisciplinär konferens. Patienten ska informeras om samtliga tillgängliga behand-

lingsalternativ och om han så vill beredas möjlighet till "second opinion".

9.1.1 Lokaliserad prostatacancer

För att patienter skall komma i fråga för kurativt syftande behandling krävs att deras tumör inte har fjärrmetastaser samt att de har ett gott allmäntillstånd och en förväntad överlevnad på omkring tio år eller mer.

T1a – Patienter med tumör upptäckt vid TUR-P utgör en särskild grupp. Om mindre än 5 % av resektionsmaterialet (T1a) innehåller Gleasonsumma ≤ 7 (högt eller medelhögt differentierad tumör) behövs ingen behandling om patientens förväntade överlevnad är mindre än tio år och uppföljning är då inte heller alltid nödvändig. Patienter med längre förväntad överlevnad eller med Gleasonsumma 8–10, (långt differentierad tumör) bör dock utredas vidare med systematiska mellannålsbiopsier och om kvarvarande tumör påträffas skall kurativt syftande behandling övervägas.

T1b–2 – För patienter med Gleasonsumma ≤ 7 (högt eller medelhögt differentierad tumör) lokaliserad inom kapseln (T1b–2) kan radikal prostatektomi, kurativt syftande strålbehandling eller symtomstyrd behandling övervägas. I vissa fall kan också testosteronhämmande behandling ges primärt. Beslut om

behandling påverkas också av patientens inställning till den "trade-off" som skillnader i biverkningsmönster för de olika behandlingsalternativen innebär.

Det finns idag data från en nordisk randomiserad studie som visar minskad risk för metastaser och en minskad risk att dö av prostatacancer efter radikal kirurgi jämfört med symtomstyrd behandling (initial exspektans, watchful waiting) 10 år efter diagnos. Även en statistiskt säkerställd skillnad i övergripande överlevnad påvisades (evidensgrad I). Storleken på den påvisade effekten (absolut skillnad i risken att dö av prostatacancer var 5,3 %) gör att 19 män måste opereras för att en man ska räddas undan en död i prostatacancer. Studien tyder på att effekten var större hos män under 65 år.

För att bedöma status hos de regionala lymfkörtlar- na skall lymfkörtelutrymning i lilla bäckenet utföras inför kurativt syftande behandling (enligt tidigare definierade kriterier (se avsnitt 7.2)). Ingreppet ska endast göras i den mån det påverkar det slutliga ställningstagandet till behandling.

9.1.2 Lokalt avancerad prostatacancer

Patienter med Gleasonsumma ≤ 7 (högt eller medelhögt differentierad tumör) som inte är lokaliserad inom körtelns kapsel (T3, NX, M0) samt patienter med Gleasonsumma 8–10 (långt differentierad tumör) där man inte kunnat påvisa lymfkörtelmetastaser i lilla bäckenet (T1–3, N0, M0) kan ges kurativt syftande strålbehandling. Även patienter med tumör som lokalt växer fast mot bäckenväggen eller med växt in i andra organ (T4, M0) kan ha nytta av strålbehandling om man kunnat utesluta körtelmetastaser (N0).

Primär testosteronhämmande behandling kan också övervägas för dessa kategorier och då behöver inte lymfkörtelutrymning utföras. Symtomstyrd behandling är ett alternativ också vid en lokalt avancerad tumör med Gleasonsumma ≤ 7 (högt eller medelhögt differentierad tumör).

I enstaka fall kan radikal prostatektomi övervägas. I dessa fall ska utrymning av de regionala lymfkörtlar- na i lilla bäckenet övervägas enligt ovan (se avsnitt 7.2).

9.1.3 Behandlingsalternativ

Radikal prostatektomi

För att ingreppet skall ha förutsättning att bota patienten krävs att tumören kan avlägsnas i sin helhet. Framför allt yngre patienter med tidiga tumörer, det vill säga med PSA under 10 µg/l, lämpar sig för radikal prostatektomi. Med allt mer förfinad operationsteknik och ökad erfarenhet har biverkningar i form av postoperativ inkontinens minskat. Mer än hälften av de opererade riskerar permanent bortfall av den spontana erektionsförmågan. Likaså tenderar penis att bli kortare efter operationen. Dessa komplikationer måste diskuteras med patienten före ingreppet. Radikal prostatektomi görs idag antingen som öppen operation eller laparoskopiskt med eller utan hjälp av operationsrobot. Det finns ännu inte beskrivet några avgörande skillnader när det gäller de tumörkirurgiska resultaten eller biverkningsmönstren av de olika operationsalternativen.

Hos en andel av patienterna finns i operationspreparatet fynd, som talar för ökad risk för återfall. Detta kan vara växt av tumören utanför körteln, växt ut i resektionsranden och invasion i sädesblåsorna. I två randomiserade kliniska studier har man funnit att adjuvant strålbehandling gav en förbättrad biokemisk och klinisk recidivfri överlevnad efter fem år vid positiv marginal, pT3 och eller infiltration i sädesblåsorna efter radikal prostatektomi (evidensgrad I). Man såg vid denna relativt tidiga tidpunkt inte någon effekt på den totala överlevnaden. Då man ännu endast funnit en effekt på recidivfri överlevnad och då strålbehandlingen medförde en ökad komplikationsfrekvens kan detta ännu inte rekommenderas som rutinbehandling.

Strålbehandling

Kurativt syftande strålbehandling utgör ett alternativ till radikal prostatektomi. Denna behandling ges till samma patientkategorier som är aktuella för radikal prostatektomi. Patienter med tumör som växer utanför prostata (T3–4) samt patienter med Gleasonsumma 8–10 (långt differentierad cancer) kan också komma ifråga för kurativt syftande strålbehandling.

Strålbehandlingen ges idag endast mot prostatakörteln. Regionala lymfkörtlar behandlas inte. Kurativt syftande strålbehandling ges därför bara till patienter som vid lymfkörtelutrymning visats inte ha regionala lymfkörtelmetastaser eller som har ett PSA under 20 µg/l enligt riktlinjer i detta vårdprogram (se avsnitt 7.2). Vid konventionell extern strålbehandling har vanligen en sammanlagd stråldos motsvarande 68–70 Gy givits med en fraktionering av 1,8–2,0 Gy 5 dagar per vecka under 7–8 veckor.

Med modern dosplanering och behandlingsteknik är komplikationerna från urinblåsa och ändtarm som trängningar och blödningar, inte lika vanliga som tidigare. Likaså är idag intensiteten på dessa biverkningar mindre men särskilt trängningar till urinering och avföring kan fortfarande vara mycket besvärande för enstaka individer. Cirka hälften av de patienter som före strålbehandlingen kunde genomföra samlag kan inte detta efter behandlingen till följd av en försämrad erektionsförmåga.

Under senare år har interstitiell högdosrat strålbehandling (högdosrat brakyterapi) utnyttjats som tilläggsbehandling till extern strålbehandling. Bakgrunden till denna behandling är att man kan ge betydligt högre stråldos till prostatakörteln jämfört med enbart extern strålbehandling. Vid den interstitiella strålbehandlingen sticks, med ultraljudsledning, nålar in i prostatakörteln genom perineum i spinalanestesi. Med hjälp av så kallad efterladdningsteknik förs ett radioaktivt preparat (Iridium-192) tillfälligt in i var och en av de cirka 8–18 nålarna, vilket ger en mycket hög tilläggsdos till prostatakörteln och tumören. Ingreppet, som tar cirka 1,5–2 timmar, medför vanligen ingen postoperativ smärta och patienten kan som regel gå hem nästa dag. Behandlingen upprepas efter ungefär två veckor.

Kombinationsbehandling med extern strålbehandling och högdosrat brakyterapi används nu i regionen. Den totala behandlingstiden är sju veckor med två veckors paus i mitten. Kombinationsmetoden är förhållandevis ny och är föremål för utvärdering.

Interstitiell strålbehandling kan också ges med radioaktiva stift (seeds) som implanteras permanent i prostatakörteln. Denna behandling kombineras inte med yttre strålbehandling. Sådan behandling har nyligen införts i regionen.

Det finns ännu inga data som visar någon avgörande skillnad mellan de olika strålbehandlingsteknikerna när det gäller tumörresultatet.

Det finns data som talar för att en kombination av endokrin behandling och strålbehandling är bättre än enbart strålbehandling vid lokalt avancerad tumör (evidensgrad I) och sådan tilläggsbehandling, vanligen som GnRH-behandling eventuellt med flareskydd, rekommenderas i regionen. Det förefaller som om den bästa effekten uppnås om den endokri-

Symtomstyrd behandling (initial exspektans, watchful waiting)

Symtomstyrd behandling innebär att man aktivt tar ställning att primärt inte behandla patienten utan att behandling ges först om och när patienten får symtom av sin cancer. Detta kräver utförlig information till patienten samt också en fortsatt noggrann klinisk uppföljning med PSA.

Bakgrunden är erfarenheten att tidig prostatacancer ofta har ett mycket långdraget förlopp och man har kunnat visa att de flesta som dör inom 10–15 år efter diagnosen dör av någon annan anledning än prostatacancer. Hos män med förväntad kvarvarande livstid under 10–15 år är det därför sällsynt med prostatacancer som samtidigt är såväl botbar som livshotande inom 10 till 15 år.

För de patienter som med tiden får behandling är det oftast endokrin behandling som kommer i fråga.

Aktiv monitorering

Aktiv monitorering är en ny strategi för patienter med tidig prostatacancer och längre förväntad överlevnad. Bakgrunden är att det idag sannolikt sker en överdiagnostik och överbehandling av tidig prostatacancer. Vinsten med denna strategi är att sannolikt kan många patienter vara utan behandling fram till sin död av andra orsaker än prostatacancer och att de patienter som till slut behandlas, får en period utan behandlingsbiverkningar innan behandling ges.

Liksom vid symtomstyrd behandling tas ett aktivt beslut att inte behandla direkt vid diagnos och patienten följs noggrant med PSA. I denna strategi ingår att ge patienten kurativt syftande behandling

na behandlingen startar före strålbehandlingen (neoadjuvant). Mekanismen bakom detta är ännu okänd men vissa data från litteraturen tyder på att prostatacellernas känslighet för joniserande strålning ökar. Idag startas hormonbehandling som regel tre månader före strålbehandling och avslutas efter det att strålbehandlingen givits. Det finns dock data som tyder på att man får en bättre effekt om den endokrina behandlingen pågår upp till tre år efter strålbehandlingen (evidensgrad II).

Symtomstyrd behandling är i första hand ett alternativ för patienter med Gleasonsumma ≤ 7 (högt eller medelhögt differentierad), lokaliserad, icke symtomgivande tumör och med förväntad överlevnad begränsad till 10–15 år. Vid lokala symtom på avflödes hinder från urinblåsan kan transuretral resektion eller transuretral mikrovågsbehandling av prostata övervägas.

Symtomstyrd behandling skall inte användas om patienten upplever oro av att leva med sin tumör obehandlad. Nyttillkommen oro för sin situation under uppföljningen är också att betrakta som ett symtom och skall innebära att behandling övervägs och diskuteras med patienten.

om vissa givna kriterier uppfylls. Detta kan vara en övre gräns för PSA och/eller en dubblingstid för PSA som underskrider ett visst värde. Meningen med dessa gränser är att tumören fortfarande skall vara botbar om de överskrids. Det finns idag inga säkerställda sådana gränser även om till exempel en PSA-dubblingstid på mindre än tre år i några studier har visat sig kunna ge en diskrimination när det gäller risken att få en progredierande sjukdom. Andra behandlingsindikationer som föreslagits är palpabel progress, betydande utbredning av Gleasongrad 4 i nya biopsier samt patientens önskemål. Ytterligare studier för att definiera lämpliga indikationer pågår.

Testosteronhämmande behandling vid icke metastaserad prostatacancer

För patienter som av olika skäl inte kan komma ifråga för kurativt syftande behandling kan man överväga testosteronhämmande behandling. Detta gäller vid lokalt avancerad tumör (T3–4) och hos patienter som visats ha metastaser i de regionala lymfkörtlarna (N1). Till exempel har bicalutamid 150 mg dagligen visats ge en förlängd överlevnad hos män

med lokalt avancerad prostatacancer (evidensgrad I). För patienter med kliniskt lokaliserad prostatacancer (T 1–2) överväger sannolikt nackdelarna med en testosteronhämmande behandling inklusive bicalutamid och detta rekommenderas därför inte för denna patientkategori.

Rehabilitering efter behandling av lokaliserad prostatacancer

Impotens är en vanlig följd av behandling för prostatacancer. Vid hormonell behandling försvinner vanligen också den sexuella driften. Vid radikal prostatektomi och strålbehandling uppstår också ofta impotens till följd av en direkt skada på de nerver som förmedlar impulserna till svällkropparna. Hos de som önskar en förmåga till erektion kan detta vanligtvis åstadkommas med hjälp av peroral behandling med sildenafil, tadalafil eller vardenafil. Man kan också ge injektioner i svällkropparna, alternativt applikation i urinröret av alprostadil för att åstadkomma en erektion. Sådan behandling bör startas så snart som möjligt efter till exempel en radikal prostatektomi. Förutom farmakologisk behandling kan man också överväga användning av vacumpump och i sällsynta fall implantation av erektionsproteser. Patienterna ska informeras om risken för impotens men också möjligheterna till behandling i samband med behandlingsbeslutet. Det är också viktigt att informera om en möjlig förkortning av penis samt att upplevelsen av utlösningen vanligen förändras efter radikal kirurgi. Efter strålbehandling upplever patienterna ofta en försämrad erektionsförmåga som dock inte alltid leder till en oförmåga till samlag på samma sätt som efter radikal kirurgi. Samma behandlingsalternativ som för impotens efter radikal prostatektomi kan användas.

Kronisk inkontinens av stresstyp kan uppkomma efter radikal prostatektomi. Vanligen är det bestående läckaget av mindre grad och de fall av total inkontinens som tidigare sågs är idag mycket sällsynta. För det mesta räcker det att patienten använder droppskydd som byts en eller flera gånger per dag. Patienterna bör instrueras om bäckenbottenträning helst av en uroterapeut innan operationen och vid bestående läckage skall patienten omhändertas av uroterapeut för bäckenbottenträning och utprovning av hjälpmedel. Upplevelsen av ett urinläckage är mycket individuell och även ett ringa läckage kan

uppfattas som förödande.

Besvärande urinträngningar är relativt vanliga under strålbehandlingsperioden men brukar som regel klinga av under de närmaste veckorna. Patienten skall uppmanas att ta kontakt med läkare vid misstanke på urinvägsinfektion (feber, ökad trängningsintensitet etc.) Vid utdragna besvär kan behandling med tolerodin eller alfa-blockerare övervägas. Vid sveda/smärta utan pågående infektion kan antiflogistika vara effektiva. Urininkontinens är en ovanlig komplikation till strålbehandling. Vid sen strålreaktion i blåsan kan i undantagsfall sköljning med steroidlösning eller silverklorid bli aktuell.

Förekomst av lös avföring och trängningar till avföring är inte helt ovanligt under strålbehandlingsperioden men brukar, i likhet med vattenkastningsbesvären, som regel klinga av under de närmaste veckorna efter avslutad behandling. Patienten skall rekommenderas att undvika alltför fiberrik föda under de närmaste veckorna efter strålbehandlingsperioden eftersom fibrer ökar besvären. Behandling med loperamid brukar som regel vara effektiv.

Efter något år kan en period med så kallad sen strålreaktion med till exempel nya trängningar till vattenkastning och/eller avföring uppkomma. Denna brukar som regel klinga av. Den individuella variationen är stor. Besvären liknar de akuta som beskrivs ovan och behandlingen är densamma. För de få patienter som får kvarstående besvär kan livskvaliteten påverkas kraftigt.

Eftersom strålbehandlingen av anatomiska skäl och radikalitetsskäl skall innefatta en del av blåsbotten och den främre ändtarmsväggen, kan episoder av blödning från både urinblåsan och ändtarmen uppstå. Dessa avstannar oftast av sig själva och episoderna brukar bli mindre frekventa varefter tiden går. I undantagsfall kan ändtarmen behöva sköljas med

steroidklymsma eller "etsas" med formalin. Kirurgiska ingrepp, som till exempel biopsier av slemhinnan i

främre ändtarmsväggen bör undvikas eftersom sådana försvårar läkningen av strålreaktionen.

9.2 BEHANDLING AV METASTASERAD (M1) TUMÖR

Alla patienter med känd fjärrmetastasering (M1) och symtom skall erbjudas testosteronhämmande behandling som palliation. Formen för denna (kirurgisk eller farmakologisk) väljs efter diskussion med patienten.

Symtomstyrd behandling. Vid prostatacancer finns patienter med metastaser utan eller med mycket ringa symtom. I sådana fall kan man avvakta med aktiva åtgärder till dess att patienten får symtom. Detta under förutsättning att han själv kan acceptera ett sådant förhållningssätt. Idag finns dock data som talar för att tidigt insatt hormonell behandling skulle kunna minska metastasrelaterade komplikationer (evidensgrad II). Patienten ska därför noggrant informeras om symtom som bör leda till snar läkar-

9.2.1 Testosteronhämmande behandling vid metastaserad prostatacancer

Prostatacancer är hos flertalet patienter beroende av testosteron för sin tillväxt och testosteronhämmande behandling (benämns också endokrin behandling, hormonell behandling eller kastration) avser att eliminera denna effekt och därmed påverka de hormonberoende tumörcellerna. Effekten kan uppnås genom att testosteronet elimineras (kirurgisk eller farmakologisk kastration) eller genom att förhindra upptag eller bindning av testosteron till cellerna i prostata.

När testosteroeffekten försvinner drabbas patienterna vanligen av impotens och minskad sexualdrift. Många patienter får besvär av värmekänsla och svettningar. De senare symtomen kan behandlas med exempelvis cyproteronacetat eller östrogen. Andra bieffekter av testosteronhämmande behandling är smärtsam gynekomasti (antiandrogener och östrogen), måttligt uttalad anemi, osteoporos (ej östrogen), reduktion av muskelmassan, viktuppgång, trötthet och depression. För att minska risken för smärtsam gynekomasti bör strålbehandling i engångsdos om 10–15 Gy ges lokalt mot bröstkörtlarna två veckor innan behandlingen med östrogen eller antiandrogen startas (evidensgrad I). Osteoporosutveckling kan motverkas med rökstopp, skelettbelastande fysisk aktivitet, behandling med vitamin D och kalcium. Bisfosfonater har i en studie visats kunna förebygga skelettkomplikationer men andra studier har inte kunna påvisa en sådan effekt. Rutin-

kontakt (se kapitel 10). Tyvärr är neurologiska bortfallssymtom till följd av ryggmärgskompression en inte helt ovanlig följd av metastaserad prostatacancer. Patienten ska instrueras att snarast kontakta läkare eller akutmottagning om han får pinnningar, domningar och svaghet i benen. Sådana symtom skall alltid bedömas snarast möjligt för att minska risken för att irreversibla nervskador uppstår innan neurokirurgisk/ortopedkirurgisk eller radioterapeutisk åtgärd kan sättas in (för närmare information se Vårdprogram för skelettmastaser). Ställningstagande till behandling av uremi måste tas i varje enskilt fall. Vid lokala symtom på avflödes hinder från urinblåsan kan transuretral resektion av prostata övervägas.

mässig användning av dessa preparat som förebyggande för osteoporos rekommenderas därför inte. Vid metastaserad prostatacancer är effekten av testosteronhämmande behandling otvetydig (klinisk observation, evidensgrad IV) och flera effektmässigt likvärdiga behandlingsformer finns (evidensgrad I).

- **Kirurgisk kastration** (ablatio testis eller orkidektomi) är ett litet ingrepp som kan utföras i lokalanestesi. Kastrationsnivåer av serumtestosteron uppnås nästan momentant och i regel får man en snabb effekt på exempelvis skelettsmärter.
- **Farmakologisk kastration** åstadkommes med GnRH (LHRH)-agonister eller östrogener. GnRH-agonister ger kastrationsvärden av serumtestosteron. Effekten uppnås via en uttrötning av hypofysen (takyfylaxi). Därför får man en ökning av testosteronproduktionen under de första behandlingsveckorna, vilket kan ge ökade smärter från skelettmastaser och påskynda en begynnande ryggmärgs- eller uretärkompression ("flare-up"). För att undvika detta skall ett antiandrogen ges som tillägg till GnRH under de första fyra behandlingsveckorna. Flera GnRH-agonistpreparat finns tillgängliga på marknaden som depåberedningar med effekt på 4–12 veckor.

- **Polyestradiolfosfat** (östrogen) intramuskulärt har i högdos (240 mg intramuskulärt varannan vecka de första två doserna, därefter var fjärde vecka) visat sig ge kastrationsnivåer av serumtestosteron med en acceptabel komplikationsfrekvens. Preparatet finns i depåberedning och administreras var fjärde vecka. Till skillnad från kirurgisk kastration och GnRH-agonistbehandling får inte patienterna svettningar och värmekänsla. I en jämförande studie med total androgen blockad sågs ingen signifikant ökad hjärt-kärlödlighet men en ökad frekvens av icke dödliga hjärt-kärlhändelser i polyestradiolfosfatgruppen (evidensgrad I). Det senare måste beaktas när denna behandling sätts in. Östrogena substanser ger ofta smärtande gynekomasti som kan förebyggas enligt ovan.
- **Peroral** östrogenbehandling medför stor risk för allvarliga kardiovaskulära biverkningar och skall därför inte användas. Undantag från detta är estramustinfosfat (Estracyt) som är ett östrogen i kombination med cytostatiskt verksam drog (kvävesenapsgas).
- **Antiandrogener** blockerar testosteronreceptorerna och åstadkommer på detta vis en kastrationseffekt. Det finns två huvudgrupper steroidliknande (cyproteronacetat) och icke steroidliknande preparat (flutamid, bikalutamid, nilutamid). I allt väsentligt används idag bara de senare. Fördelen med dessa preparat är att många patienter behåller sin sexuella funktion. Biverkningarna kan dock vara påtagliga som levertoxicitet och tarmbiverkningar (flutamid), smärtsam gynekomasti (bikalutamid, förebyggs enligt ovan i detta avsnitt) och synrubbingar samt alkoholintolerans (nilutamid).

9.2.2 Cytostatikabehandling

Cytostatika har inte givits rutinmässigt vid metastaserande prostatacancer som fortfarande är tillgänglig för testosteronhämmande behandling. Frågeställningen huruvida cytostatikabehandling har någon plats som adjuvant terapi till exempelvis kastrationsbehandling och kurativt syftande behandling hos patienter med högrisksjukdom har ännu inte besva-

Vid metastaserad prostatacancer förefaller bikalutamid i monoterapi inte ha samma anti-tumorala effekt som man får av kirurgisk kastration eller GnRH-behandling (evidensgrad I). De övriga antiandrogenerna är inte prövade i monoterapi. Hos patienter som absolut vill försöka behålla sin sexuella förmåga kan dock antiandrogener övervägas efter noggrann information till patienten. Antiandrogener förefaller i vissa fall efter en tids behandling kunna stimulera tillväxten av prostatacancer. Hos en patient som visar progress under pågående behandling med antiandrogener skall dessa i första hand ut sättas, varvid i vissa fall patientens symtom avklingar och PSA går ned, en så kallad "withdrawal"-effekt (kliniska observationer, evidensgrad IV). Denna effekt brukar dock vara övergående. Samtidig behandling med till exempel GnRH-agonist skall inte sättas ut.

- **Total androgenblockad (TAB).** Långtidsbehandling med antiandrogener i kombination med kastration, så kallad total androgenblockad (TAB), har i stora metaanalyser visats ge en liten överlevnadsvinst jämfört med enbart GnRH-agonister eller orkidektomi (evidensgrad I). Det är dock tveksamt om denna effekt är kliniskt relevant. Denna kombination rekommenderas därför inte.

Hittills har den endokrina behandlingen givits kontinuerligt, men som alternativ talas idag om intermittent behandling. Detta innebär att man efter en initial endokrin behandling med god effekt på PSA och symtom avslutar behandlingen och återinsätter den vid stigande PSA eller nya symtom. Det bör poängteras att denna behandlingsstrategi fortfarande är att betrakta som experimentell och den är föremål för utvärdering.

Data från litteraturen antyder att ett förlängt symtomfritt intervall kan uppnås då cytostatika sätts in primärt tillsammans med endokrin behandling vid nyupptäckt metastasering. Ytterligare dokumentation behövs emellertid innan detta koncept kan utnyttjas rutinmässigt.

9.3 ÅTERFALLSBEHANDLING

9.3.1 Hormonkänslig prostatacancer

Patienter som får återfall och som tidigare inte hormonbehandlats skall ges testosteronhämmande behandling. Strålbehandling mot prostatalogen kan

ges i fall av tecken på lokalt recidiv efter tidigare radikal prostatektomi.

9.3.2 Hormonrefraktär prostatacancer

Patienter aktuella för palliativ behandling har vanligen en tumör som progredierat trots pågående endokrin behandling (hormonrefraktär cancer). För patienter vars tumör gått i progress trots testosteronhämmande behandling har det hittills inte funnits några dokumenterade effektiva behandlingsalternativ. De flesta av dessa patienter har troligen en tumör som består av en blandning av hormonkänsliga och icke hormonkänsliga celler. Tumören torde därför fortfarande vara i viss mån hormonkänslig och man skall vid insättande av annan terapi inte avsluta den testosteronhämmande behandlingen (evidensgrad IV). Detta gäller dock inte för antiandrogen behandling som försöksvis skall utsättas vid progress av tumören. I de fall där patienten enbart haft antiandrogen behandling skall i så fall kirurgisk eller farmakologisk kastration erbjudas.

Byte av testosteronhämmande behandling till exempelvis estramustinfosfat (280 mg x 2 per os) eller högdos polyestradiolfosfat (240 mg intramuskulärt varannan vecka de första två doserna, därefter var fjärde vecka) kan övervägas. Vid båda behandlingarna finns risk för kardiovaskulära biverkningar som måste beaktas.

Cytostatikabehandling. Data från studier som genomförts på senare tid har visat att ett flertal cytotatika och cytotatikakombinationer har en symtomlindrande och sjukdomsbromsande effekt vid hormonrefraktär sjukdom. Mitoxantron har i kombination med kortison visat sig vara bättre än behandling med enbart kortison ur såväl symtomlindrande som sjukdomsbromsande synvinkel (evidensgrad I). Taxaner har som hittills enda cytotatikum visats ge en förlängning av överlevnaden vid hormonrefraktär prostatacancer på ett par månader jämfört med en kombination av mitoxantron och kortison (evidensgrad I). Fortfarande används vid flera sjukhus i landet cytotatikakombinationen doxorubicin, mitomycin C och 5-fluorouracil (AMF). Även denna regim kan inducera tumörregress och symtomlindring men till priset av en relativt hög toxicitet. Estramustinfosfat är ett annat exempel på cytotatikum som kan ges men det har bara en palliativ effekt.

9.4 PALLIATION AV SPECIFIKA SYMTOM

All palliativ behandling skall ges snarast och med högsta prioritet.

Smärta till följd av metastaser i skelettet är ett mycket vanligt symptom vid avancerad prostatacancer. Tidigare har smärtproblemen ofta undervärderats och patienterna har inte fått den behandling som deras tillstånd krävt. För utförlig beskrivning av omhändertagande och behandling av patienter med skelettmetastaser, se Vårdprogram för skelettmetastaser. Smärtans karaktär och intensitet skall penetreras strukturerat och dokumenteras inför behandling. Primär smärtlindring kan oftast åstadkommas med analgetika, men man bör sträva efter att komplettera med behandlingsmetoder som ger mer varaktig smärtfrihet.

Svårbehandlade smärttillstånd skall bedömas av smärt-specialist. Smärtklinisk konsultverksamhet finns vid samtliga större sjukhus i regionen (bilaga II). Vid terapieresistent smärta i bål eller rygg skall ryggmärgspåverkan misstänkas och magnetresonanstomografi (MRT) bör göras för att tidigt kunna ingripa och förebygga bestående förlamningar. Analgetikabehandling skall vara systematisk och skall utvärderas kontinuerligt till exempel med VAS-skala. Lätt smärta kan lindras med en kombination av paracetamol och antiinflammatoriska medel av NSAID-typ. Vid svårare smärta provas morfin som tillägg till ovanstående kombination. Morfin ska ges i stigande dos till dess att smärtfrihet eller oacceptabla biverkningar inträder. Laxantia och antiemetika skall ges rutinmässigt vid morfinbehandling.

Lokal strålbehandling har ofta god effekt vid lokal skelettsmärta till följd av en på skintigrafi eller konventionell röntgen påvisad metastas. Patologiska frakturer kan förekomma vid skelettmetastaser och smärtfrihet kan då vanligen åstadkommas med ortopediska åtgärder (se Vårdprogram för skelettmetastaser, www.sll.se/oc).

Cytostatikabehandling har ofta god effekt på skelettsmärter och skall övervägas vid multipel smärtlokalisering. Den kan också ha god effekt på mjukdelsmetastaser, exempelvis symtomgivande lymfkörtelmetastaser. Under senare år har tillkommit dokumenterat verksamma cytostatikaregimer med lägre toxicitet jämfört med tidigare använda preparat.

Systemisk radionuklidbehandling är ett alternativ till cytostatika och extern strålbehandling vid skelettmetastaser med multipla smärtlokaliseringar. De radionuklidpreparat som idag finns registrerade för detta ändamål är strontium-89-klorid och samarium-153-EDTMP. Båda radionukliderna ackumuleras i metastasområden med ökad metabol aktivitet. Preparaten är benmärgstoxiska liksom cytostatika, varför möjligheten att i ett senare skede erbjuda cytostatikabehandling kan begränsas.

Kortikosteroider enbart eller i kombination med annan behandling ger vanligen snabb smärtlindring. Behandlingen ger ofta en avsevärd förbättring av allmäntillståndet, dock oftast under en begränsad tid. Högdosbehandling under en kortare tid kan förbättra patientens allmäntillstånd och smärtsituation.

Hyperkalcemi skall behandlas med bisfosfonater.

Vattenkastningsbesvär till följd av avflödeshinder från urinblåsan kan åtgärdas med transuretral resektion eller testosteronhämmande behandling om sådan inte givits tidigare. Om allmäntillståndet inte tillåter operation kan kronisk kateteravlastning vara enda alternativet och en suprapubisk kateter kan vara enklare och bekvämare för patienten än en vanlig KAD.

Blödningar som utgår från prostatalogen upphör oftast spontant. I fall där så inte sker kan transuretral koagulation eller resektion av prostata provas. Lokal strålbehandling kan minska blödningsbenägenheten och även lindra andra lokala symtom såsom smärta och trängningar.

Anemi förekommer ofta och är vanligen tumörbetingad och inte beroende på blödningar. Anemiska åtgärder i de fall där den ger en påverkan på allmäntillståndet. Man bör undvika en situation där patienten kräver regelbundna och täta blodtransfusioner. I sådana fall kan behandling med erythropoetin övervägas.

Lymfödem i nedre extremiteterna och i yttre genitalia är inte ovanligt. Orsaken kan vara lokal tumörväxt i lilla bäckenet som försvårar lymfdränaget. Lymfstas kan också uppkomma efter större ingrepp i lilla bäckenet. Ödemet debuterar oftast proximalt på låret intill ljumsken och sprider sig successivt nedåt benet och foten. Ödemdebut distalt i foten kan förekomma. Behandlingen kan innefatta manuellt lymfdränage, bandagering, kompression, råd om hudvård, rörelseövningar, självbehandling samt allmänna förhållningsregler. Patienten skall remitteras till sjukgymnast med specialistutbildning i lymfödemterapi. Dessa kan nås via konsultverksamheten (se bilaga V).

Uremi kan utvecklas till följd av bilateralt avflödeshinder från övre urinvägarna. Då bör en ensidig perkutan nefropyelostomi övervägas till den njure som bedöms ha bäst funktion. Ett ensidigt hinder kan lämnas obehandlat så länge patienten inte har symptom eller tecken på uremi. Om endokrin behandling tidigare inte givits bör sådan ges då tumören ofta krymper, vilket kan göra att nefrostomi kan tas bort. Vid hormonrefraktär cancer kan lokal strålbehandling ofta, för en tid, ge samma effekt.

Ryggmärgskompression till följd av kotmetastaser förekommer och tidiga symtom såsom radierade intermittenta smärtor, ostadighet i benen och/eller sensoriska och motoriska bortfallssymtom måste uppmärksammas hos patienter med utbredd skelettmetastaser. Utredningen innefattar akut undersökning med magnetkamera av ryggmärgen för definitiv diagnos. Snabb kirurgisk intervention och/eller strålbehandling, eventuellt i skydd av stora doser kortikosteroider, kan förhindra en permanent förlamning (se Vårdprogram för skelettmetastaser, www.sll.se/oc).

9.5 NUTRITION

Patienter med avancerad prostatacancer, som har fungerande hormonell behandling, har oftast inte svåra nutritionsproblem och kan fortsätta äta sin vanliga kost.

När patienterna på grund av metastaser i skelett eller på andra ställen behöver smärtstillande medel, ofta morfinpreparat, NSAID eller palliativ strålning kan detta ge biverkningar (illamående, kräkning, förstoppning, diarré) som försämrar nutritionen. För att förebygga och förhindra ett dåligt nutritionsstatus hos patienter med prostatacancer är det av stor vikt att följa och dokumentera viktutveckling samt nutritionsrelaterade problem. Det är viktigt att fånga upp riskpatienter för att i tid kunna sätta in och sedan fortlöpande utvärdera åtgärderna för att om möjligt förhindra eller minska avmagring. Många nutritionsrelaterade problem kan förebyggas med farmaka och patientundervisning men det är också önskvärt att kontakt med dietist etableras i tid.

Vid sjukdomsprogress, speciellt vid hormonrefraktär prostatacancer i sent stadium, ökar nutritionsproblemen och viktförlusten vilket delvis orsakas av en kronisk ökad inflammationsaktivitet på grund av tumörsjukdomen och andra paramaligna fenomen. Kostråd och dietistkontakt kan vara av värde men många patienter upplever maten och pratet om maten till slut som en börda. All mat som patienten lyckas äta och behålla kan anses vara bra mat. Näringsdryckerna i olika smaker kan också vara bra lösning på nutritionsproblemen både för patienten och för dennes anhöriga.

Bedömning av nutritionsstatus samt bedömning om patienten riskerar att bli undernärdd:

- Viktanamnes: vikt för sex månader sedan, vikt för en månad sedan och aktuell vikt.
- Fråga om eventuella nutritionsbesvär (till exempel illamående, nedsatt aptit, förstoppning, passagehinder, smakförändringar, tidig mätt-nadskänsla).
- Räkna ut viktförlust i procent. 10 % viktförlust under senaste sex månaderna eller 5 % viktförlust under senaste månaden och/eller ett eller flera nutritionsproblem gör att patienten är en riskpatient.

För att fånga upp riskpatienter kan olika typer av bedömningsmallar användas. Ett exempel är modifierad SGA, Subjective Global Assessment, som finns att beställa kostnadsfritt från Fresenius Kabi, fax: 018-644 920. Alternativt kan också enklare typer av bedömning användas där nedan nämnda kriterier finns medtagna och dokumenteras i patientjournal.

9.5.1 Åtgärdsplan vid risk för undernäring

- Bedöm aktuellt energiintag, energibehov och målsättning för nutritionsbehandlingen.
- Planera nutritionsbehandlingen utifrån aktuellt energiintag, energibehov och målsättning.
- Kontakta dietist för bedömning av åtgärdsbehov.
- Vid överrapportering, ange tydligt åtgärder, syfte och mål med nutritionsbehandlingen i epikrisen.

10. Uppföljning

Uppföljning av patienter med prostatacancer: Om sjukdomen är stabil efter given behandling kan uppföljningen ske i primärvården eller hos specialutbildad sjuksköterska (prostatacancerdispensär). Annars bör kontroller ske hos urolog, onkolog eller kirurg med särskilt intresse för prostatacancer. Vid stabil sjukdom är en till två kontroller per år oftast tillfyllest. PSA och S-kreatinin bör kontrolleras vid varje uppföljningstillfälle då också specifik anamnes avseende miktionsbesvär och skelettsmärter tas och en allmän undersökning inkluderande palpation per rektum skall göras. Övriga blodprover som Hb, SR, ALP etc bör bara tas om resultatet har betydelse för behandlingen av sjukdomen.

Patienter som fått kurativt syftande behandling eller som följs aktivt i syfte att ge kurativt syftande behandling vid progress: Dessa patienter bör initialt kontrolleras vid urologisk/onkologisk enhet. Om snabbt recidiv förväntas (till exempel stor, lågt differentierad tumör, utbredda positiva marginaler) rekommenderas kontroll oftare än ovan.

Obehandlade patienter utan symtom där kurativt syftande behandling inte kan bli aktuell. Bör aktivt kontrolleras av specialist eller distriktsläkare en till två gånger per år. Vid snabbt stigande PSA eller värde över 100 bör urolog konsulteras, liksom vid stigande kreatinin. Behandlingskrävande symtom orsakade av cancersjukdomen, till exempel miktionsbesvär eller skelettsmärter skall föranleda konsultation med eller återremiss till urolog för behandling.

Patienter under endokrin behandling:

a, Patienter i remission kan kontrolleras hos distriktsläkare eller av sköterska på prostatacancerdispensären. Man får dock notera att PSA inte alltid lika väl som vid obehandlad sjukdom avspeglar sjukdomsaktiviteten, och man ska således vara uppmärksam på skelettsymtom även vid låga PSA-värden. Patienter med symtomgivande progress återremitteras till urolog.

b, Patienter med skelettmetastaser kontrolleras som ovan, men med kortare intervall (ej mer än 6 månader). Stigande PSA och ALP, liksom sjunkande Hb, talar för att symtomgivande progress snart kan förväntas och bör föranleda tätare kontroller, alternativt kontakt med urolog. Patienten måste informeras om att snarast höra av sig vid skelettsymtom (se nedan i detta avsnitt).

Särskild observans fordras på risken för **ryggmärgskompression**: nytillkommen svaghet, domningar eller pinnningar i benen vilket skall föranleda omedelbar telefonkontakt med närmaste jourhavande urolog eller kirurg. Ett varningssymtom för ryggmärgskompression är kraftigt ökad segmentell smärta i bröstrygg eller övre ländryggen. Vid skälig misstanke om detta ska 8 mg (=16 tabl.) Betapred ges som engångsdos och patienten ska akut remitteras till sjukhus för snabbt omhändertagande och MRT av hela ryggraden.

Det är viktigt att patienten informeras att själv uppmärksamma vissa symtom.

Patienter med metastaser i kotpelaren skall uppmanas att söka akut vid symtom som ger misstanke om hotande ryggmärgskompression. Sådana symtom kan vara accentuerade och radierande smärter, ostadighetskänsla i benen, pinnande känsla och nedsatt känslighet i benen.

Nytillkommen eller accentuerad lokal belastningssmärta kan vara en hotande patologisk fraktur och skall föranleda snar kontakt med behandlande mottagning.

Uttalad trötthet och illamående, särskilt i kombination med flanksmärta eller nytillkommen inkontinens, skall inge misstanke om postrenalt betingad uremi.

11. Omvårdnad vid prostatacancer

Patienter med prostatacancer är i många olika stadi-er av sin sjukdom och omvårdnaden blir därför indi-viduell för varje enskild person. Att leva med prosta-tacancer är en källa till oro för patienten och anhöri-ga. Gemensamt för alla patienter är behovet av att vara väl informerad och känna sig delaktig i behand-ling av sin sjukdom. Genom att vara det är det möj-ligt för patienten att känna kontroll över sin tillvaro.

För en patient som genomgått en kurativt syftande behandling kan inkontinens vara ett bekymmer. Detta bör inte komma som en överraskning utan vara med vid övervägande av individens behandlings-beslut. Denna biverkan är välkänd och med förnya-de operationsmetoder ofta av övergående natur. Alla patienter som genomgår radikal prostatektomi bör få träffa en uroterapeut/sjukgymnast före och efter operationen för information om bäckenbottenträ-ning. Likaledes är tillgång till fungerande inkonti-nenshjälpmedel viktigt för rehabilitering tillbaka till det dagliga livet. För många patienter är impoten-sen en stor förlust och de bör ges möjlighet att dis-kutera detta.

För patienter som är i palliativt skede av sin sjuk-dom kan en rad olika problem uppstå som kan på-verka deras livskvalitet. En god information om hur problemen kan avhjälpas är av största vikt. Meta-stasorsakad smärta kräver oftast behandling med opiater och patienterna måste förstå att behandling-en inte ska avbrytas vid uppnådd smärtfrihet. Efter lyckad palliativ strålning kan det vara aktuellt med minskad dos men detta måste ske efter nedtrapp-ning för att undvika utsättningssymtom. Upprepad information bör ges till patienten om behov av anti-emetika och regelbunden laxantia samt hur han tar extra korttidsverkande opiater vid behov. Dosrelate-rad förvirring orsakad av opiater, trötthet och efter-följande förstoppning kan upplevas värre än själva smärtan. Patienter med inslag av neurogen smärta kan behöva kontakt med specialister på smärtklinik för att få adekvat smärtbehandling. Patienten måste,

vid uremi orsakad av postrenalt hinder, få kunskap om hur han skall sköta sin KAD/punktionsnefro-stomi och vart han skall vända sig om det blir pro-blem. Patienter i ett palliativt skede drabbas ofta förr eller senare av avmagring. Med noggrann nutritions-anamnes kan i bästa fall orsak till avmagring och illamående upptäckas och åtgärdas tidigt. Dietist bör kopplas in i ett tidigt stadium för att tillsammans med läkare och sjuksköterska planera patientens nutritionsbehandling. I livets slut kan det vara av värde att anhöriga förstår att behovet av nutrition minskar.

Lymfödem i underkroppen ger vanligen stora besvär. Det är av stor vikt att patienten informeras om att vara uppmärksam på att lymfödem kan ge problem med vattenkastningen. I så fall bör patienten avlas-tas med KAD eller suprapubiskateter. Tidig uppträckt av lymfödem kan förebygga komplikationer och till-gång till lymfterapi är av vikt (se kap 9.4).

Patientens omvårdnadsbehov är ofta komplext och hjälp från sjukgymnast/arbetsterapeut kan vara av värde. De kan bedöma behovet av hjälpmedel till hemmet och lära ut funktionella viloställningar. Rö-relser som inte ökar eller utlöser smärta kan behålla patienten fysiskt aktiv. Syftet är att livet skall vara så normalt som möjligt.

Prostatacancer har, till och med i sent palliativt ske-de, ofta långsamt förlopp och anhöriga bär stort ansvar under lång tid vilket kan resultera i behov av psykosocialt stöd till dem.

Patientföreningar spelar en viktig roll för kunskaps-inhämtandet. De ger dessutom patienten en möj-lighet att träffa andra med samma problematik.

En kontaktsjuksköterska som är lättillgänglig är en bra lösning för att öka kontinuiteten och vara ett stöd för patienten. Tillgång till kontaktsjuksköter-ska med definierat uppdrag ska finnas vid de urolog-iska klinikerna och vid onkologiska kliniken.

12. Psykosociala aspekter

Prostatacancer och dess behandling påverkar på många sätt patientens livskvalitet. Hos patienter med tidig cancer medför ofta behandlingen komplikationer (potensförlust efter kirurgi och strålbehandling, inkontinens efter radikal prostatektomi), som varaktigt kan försämra livskvaliteten. Patienter med tidig cancer ställs också ofta inför svåra val då det som kan uppnås med behandlingen måste ställas i relation till de komplikationer som kan uppkomma. Vilken behandling patienten än väljer behöver han få tid till reflektion över sina valmöjligheter eftersom han kommer att leva vidare med sitt beslut. Eftersom detta beslut påverkar patienten och hans livspartner kan det vara av värde att båda är med vid läkarbesöken. Oro, depression och ångest måste uppmärksammas och omhändertas på adekvat sätt.

Hormonellt behandlad prostatacancer kan leda till en förändrad självbild och sexualitet hos patienten som påverkar samlivet.

Symtomstyrd behandling/aktiv monitorering kan medföra speciella problem. Oron som kan uppstå av att leva med en obehandlad cancer måste diskuteras med patienten och, om han så vill, hans anhöriga. I det sena

palliativa skedet och i döendefasen kan de tidigare nämnda sensymtomen smärta, avflödes hinder från urinblåsa och njurar samt neurologiska symtom kraftigt försämra livskvaliteten. Ett adekvat medicinskt omhändertagande är därför viktigt.

Utöver de kroppsliga symtomen kommer också de naturliga psykiska reaktionerna på cancerdiagnosen som sådan och bördan av att leva med en cancersjukdom och dess behandling. Det primära psykosociala omhändertagandet kan ofta ske på lokal nivå till exempel via kontaktsjuksköterska och kurator. På denna nivå kan man också ta hand om den vardagliga problematik som kan uppkomma under sjukdomens gång. Sjuksköterskor och kuratorer ska också kunna vara ett grundläggande stöd till patientens närmast anhöriga. Väl fungerande och lättåtkomliga kontaktvägar till behandlande kliniks läkare, sjuksköterskor samt kuratorer är en självklarhet och fasta rutiner en önskvärdhet. För mer omfattande stöd i det psykosociala omhändertagandet kan remittering ske till den psykosociala enheten vid Karolinska Universitetssjukhuset, Solna (se bilaga VI).

13. Registrering

Inom ramen för vårdprogrammet skall en registrering av samtliga nyupptäckta prostatacancerfall till det nationella kvalitetsregistret för prostatacancer ske. Registreringen avser kategorisering av patientens tumör enligt TNM-systemet (se sidan 13), malignitetsgrad, markörstatus samt primär behandling.

Registreringen sker idag via speciell blankett (www.sll.se/oc) som också gäller som canceranmälan för prostatacancer i regionen. Riktlinjer för tillgång och nyttjande av data från registret finns beskrivna i "Policy för utnyttjande av databaser vid Onkologiskt Centrum Stockholm-Gotlandregionen" (www.sll.se/oc).

INFORMATION OM TIDIG DIAGNOSTIK AV PROSTATACANCER MED BLODPROVET PSA

Tidig prostatacancer ger mycket sällan symtom, men kan förekomma samtidigt med symtomgivande godartad prostataförstoring.

Med blodprovet PSA kan man identifiera män med ökad risk att ha sjukdomen. Vid låga värden är risken för cancer liten medan högre värden innebär en större risk. Även om PSA-värdet är under det så kallade normalvärdet kan man ha en prostatacancer.

Risken för att utveckla prostatacancer ökar med åldern och sjukdomen är ovanlig före 50 års ålder. Det finns också en viss ärftlighet för sjukdomen.

Vid misstanke om prostatacancer på grund av förhöjt PSA-värde tar man vävnadsprov från prostata. Provet tas via ändtarmsöppningen och görs vid ett vanligt läkarbesök. Detta kan av en del patienter upplevas som smärtsamt, och då kan smärtstillande medel ges antingen i form av tabletter eller som lokalbedövning.

En tidig prostatacancer som upptäcks på detta sätt kan behandlas i botande syfte. Det är viktigt att framhålla att prostatacancer som upptäcks i ett tidigt skede oftast inte utvecklas till symtomgivande sjukdom förrän efter bortåt tio år eller mer även om undantag förekommer.

En konsekvens av att sjukdomen upptäcks tidigt är att det inte är så bråttom att bestämma och genomföra behandling. Förändringar av betydelse inträffar inte på några månader.

Eftersom symtomgivande sjukdom oftast inte utvecklas förrän efter tio år eller mer, bör den som har andra allvarliga sjukdomar tänka över om han har så

stor nytta av att kontrollera sitt PSA. Samma sak gäller den som är så gammal att livet av det skälet sannolikt inte varar mer än tio år till. Om man är allvarligt sjuk eller gammal och man ändå har visat sig ha en tidig prostatacancer, är det oftast aktuellt att bara övervaka sjukdomen utan aktiv behandling. I sådana fall kan man i ett senare skede erbjuda effektiv, så kallad endokrin behandling om symtomgivande sjukdom trots allt skulle utvecklas.

Behandling i syfte att bota en tidigt upptäckt prostatacancer har större chans att gagna patienten, ju yngre han är. Man kan antingen genomgå en radikal operation som innebär att man opererar bort prostatakörteln, eller så kan man med olika tekniker strålbehandla prostatakörteln. Såväl operation som strålbehandling innebär en betydande risk för bieffekter. Dessa är främst impotens som uppkommer hos minst femtio procent efter såväl operation som strålning. En del patienter kan fungera sexuellt med hjälp av tabletter men ofta krävs injektionsbehandling i penis för att kunna få erektion. Inkontinens förekommer också, särskilt efter operation men är en mindre vanlig komplikation än impotens. Vid kirurgisk behandling rapporteras betydande inkontinens uppträda hos fem till sju procent av patienterna, medan lättare inkontinensbesvär är betydligt vanligare.

Om man är beredd att acceptera dessa nackdelar erbjuder PSA-provet en möjlighet att hitta och behandla prostatacancer hos yngre friska män och därigenom bota många. Många väljer att kontrollera PSA från 50 års ålder. Gamla män däremot bör inte kontrollera sitt PSA om de inte har besvär. Skälet är att en liten prostatacancer oftast inte kommer att hinna utvecklas till symtomgivande sjukdom hos dessa män.

För ytterligare information kring
prostatacancer och provtagning se

www.infomedica.se

SMÄRTKLINISK KONSULTVERKSAMHET

Sedan 1976 har ett samarbete byggts upp mellan den onkologiska konsultverksamheten och den smärtkliniska verksamheten, utgående från högspecialiserad anestesilogisk smärtverksamhet vid akutsjukhusen.

Socialstyrelsen har i sin rapport om behandling av långvarig smärta (SoS-rapport 1994:4) specifikt påtalat att man vid behandling av smärta vid tumörsjukdom måste ha ett etablerat kontaktnät med smärtspecialister inom anestesi. Motsvarande påpekas även i "Fokusrapport – Smärta" (Stockholms Läns Landsting 2006). Kontakt med anestesilogiskt specialiserad smärtverksamhet bör övervägas tidigt vid sviktande effekt av smärtbehandlingen vid tumörrelaterad smärta.

Den intratekala smärtbehandlingen är ett exempel på en avancerad smärtbehandlingsmetod för denna patientgrupp som för sitt genomförande kräver såväl kompetens knuten till akutsjukhusens högspecialiserade smärtvård som hemsjukvårdens resurser. Ett välfungerande samarbete med rutiner för uppföljning och kunskapsöverföring mellan samtliga aktörer i vårdkedjan kring dessa patienter krävs för optimalt utnyttjande av dessa metoder.

Exempel på indikationerna för spinal smärtbehandling vid tumörrelaterad smärta är:

- smärta med bristande känslighet för systemisk analgetikabehandling trots optimal dosering och administrationsväg.
- kvarstående, inte behandlingsbara, opioidbiverkningar vid systemisk behandling.

Erfarenhet av ovanstående metodik vid landstingets olika organisationer för smärtklinisk konsultverksamhet finns för långvarig terapi (över 1 år), med goda resultat.

Den smärtkliniska konsultverksamheten innefattar utbildningsprogram visavi både läkare och sjuksköterskor i hela vårdkedjan.

Adresser och telefonnummer

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Smärtsektionen, anestesiikliniken

Tel 08-517 746 07

Fax 08-517 731 32

Danderyds sjukhus

Smärtsektionen, anestesiikliniken

Tel 08-655 73 35

Fax 08-622 59 26

Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Smärtsektionen, anestesiikliniken

Tel 08-585 863 80/81

Fax 08-585 864 40

S:t Görans sjukhus

Smärtsektionen, anestesiikliniken

Tel 08-587 012 20

Fax 08-587 014 93

Södersjukhuset

Smärtsektionen, anestesiikliniken

Tel 08-616 22 21

Fax 08-616 22 34

REMISS TILL PALLIATIV VÅRDAVDELNING / HEMSJUKVÅRDSTEAM

Nedan följer information om vad som bör framgå av en remiss till en palliativ enhet/avancerad hemsjukvård när en patient remitteras för palliativ vård.

- Diagnos
- Symtom
- Pågående behandlingar, syfte/mål samt ansvarsfördelning
- Vårdbehov, medicinskt och omvårdnadsnämnt
- Information om närstående och hemsituation
- Har information givits till patient och närstående om att sjukdomen inte är botbar?
- Har patient och närstående själva önskat vård vid palliativ enhet/vård i hemmet?
- Har/behöver patienten kontakt med biståndsbedömare/hemtjänst?
- Har/behöver patienten kontakt med arbetsterapeut/dietist/kurator/sjukgymnast/annan?
- Har/behöver patienten hjälpmedel?

*Vårdprogramgruppen för palliativ vård
2005-05-18*

SPECIALISERADE PALLIATIVA ENHETER OCH ENHETER MED PALLIATIVA PLATSER I STOCKHOLMS LÄN

Stockholms stad

<i>ASIH Långbro Park</i>	Avancerad hemsjukvård och specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-578 355 00 Fax 08-578 355 06
<i>Brommageriatriken AB</i> ASIH 1	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-687 51 80 Fax 08-687 51 84
ASIH	Avancerad hemsjukvård	Tel 08 687 51 02 Fax 08-687 51 05
Avd 2	Geriatrisk avd med palliativa platser	Tel 08-687 52 51 Fax 08-687 52 01
<i>Ersta Sjukhus, Hospicekliniken</i> ASIH	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-714 66 15 Fax 08-714 66 67
Vårdavdelning*	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-714 66 05 Fax 08-714 66 67
<i>Maria Regina Hospice*</i>	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-716 00 71 Fax 08-718 19 70
<i>StockholmsGeriatricken</i> ASIH	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-672 26 34 Fax 08-672 19 73
Avd 71	Geriatrisk avd med palliativa platser	Tel 08-672 10 71 Fax 08-672 19 71
<i>Stockholms Sjukhem</i> ASIH	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-617 12 91 Fax 08-617 93 40
Avd 3*	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-617 12 30 Fax 08-617 93 30
Avd 4*	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-617 12 40 Fax 08-617 93 40
<i>Södra Stockholms geriatriska klinik (tidigare Rosenlund och Dalen)</i> Palliativa enheten ASIH Avd 60 Nord-Öst	Avancerad hemsjukvård och specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-686 56 61 Fax 08-686 50 19
Palliativa enheten Avd 60 Syd-Väst	Avancerad hemsjukvård och specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-686 56 62 Fax 08-686 50 19
<i>Vidarkliniken</i> Avd 3*	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-551 509 30 Fax 08-551 509 31

* Tar emot patienter från hela Stockholms län

Norra länsdelen

<i>ASIH Järfälla/Upplands Bro</i>	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-587 327 70 Fax 08-580 257 49
<i>ASIH Norrtälje AB</i>	Avancerad hemsjukvård	Tel 0176-556 56 Fax 0176-556 96
<i>ASIH Solna/Sundbyberg</i>	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-730 56 80 Fax 08-730 55 66
<i>Danderydsgeriatriken</i> Avd 33	Geriatrisk avd med palliativa platser	Tel 08-655 54 33 Fax 08-756 04 89
<i>Jakobsbergsgeriatriken</i> Avd 7	Geriatrisk avd med palliativa platser	Tel 08-587 322 74 Fax 08-587 322 76
<i>Lidingö Hospice</i>	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-731 36 94 Fax 08-731 48 75
<i>Löwet Närvård AB</i> Avd 61 Palliativ vård	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-587 331 07 Fax 08-587 330 58
Väsby/Sigtuna ASIH	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-587 331 50 Fax 08-590 708 34
Sollentuna ASIH	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-587 307 00 Fax 08-35 40 90
<i>Norrtälje sjukhus</i> Avd 1	Geriatrisk avd med palliativa platser	Tel 0176-27 52 99 Fax 0176-557 10
<i>Palliativa vårdenheten Förenade Care AB</i> Byle Gärd vårdavd	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-514 440 00 Fax 08-514 440 27
ASiH Team Täby	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-514 440 15 Fax 08-514 440 28
ASiH Team Österåker	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-514 440 15 Fax 08-514 440 28
ASiH Team Lidingö	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-731 74 90 Fax 08-731 74 81
<i>Ersta Sjukhus, Hospicekliniken</i>	Se sidan 35	
<i>Maria Regina Hospice</i>	Se sidan 35	
<i>Stockholms Sjukhem</i>	Se sidan 35	
<i>Vidarkliniken</i>	Se sidan 35	

* Tar emot patienter från hela Stockholms län

Södra länsdelen

<i>ASIH Långbro Park</i>	Avancerad hemsjukvård och specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-578 355 00 Fax 08-578 355 06
<i>ASIH Nacka</i>	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-718 69 40 Fax 08-718 63 77
<i>Handens Geriatriska klinik</i> Palliativa enheten ASIH Haninge ASIH Tyresö	Specialiserade slutenvårdsplatser Avancerad hemsjukvård Avancerad hemsjukvård	Tel 08-606 10 91 Fax 08-606 11 70
<i>Maria Regina Hospice*</i>	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-716 00 71 Fax 08-718 19 70
<i>Nackageriatriken AB</i> Palliativa enheten SAH	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-718 65 27 Fax 08-718 65 10
Palliativa enheten Avd 52	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-718 61 52 Fax 08-718 65 10
<i>Nynäs vård AB</i> ASIH	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-520 719 08 Fax 08-520 719 23
Geriatrisk vårdavdelning	Geriatrisk avd med palliativa platser	Tel 08-520 718 03 Fax 08-520 719 47
<i>Södertälje sjukhus Geriatriska kliniken</i> ASIH	Avancerad hemsjukvård	Tel 08-550 247 89 Fax 08-550 247 90
Palliativa enheten avd 27	Specialiserade slutenvårdsplatser	Tel 08-550 247 22 Fax 08-550 243 45
<i>Ersta Sjukhus, Hospicekliniken</i>	Se sidan 35	
<i>Maria Regina Hospice</i>	Se sidan 35	
<i>Stockholms Sjukhem</i>	Se sidan 35	
<i>Vidarkliniken</i>	Se sidan 35	

* Tar emot patienter från hela Stockholms län

ONKOLOGISK KONSULTVERKSAMHET

Inom Stockholms läns landsting finns en onkologisk konsultverksamhet. Kompetensen är multiprofessionell och omfattar specialutbildade läkare, sjuksköterskor, dietister, sjukgymnaster, kurator och sekreterare.

Verksamhetens mål är

- *att erbjuda högkvalitativ, omfattande, integrerad och flexibel kunskap för att möta vårdpersonalens behov av en helhetssyn i vården av cancerpatienten och dennes närstående utanför specialistkliniken*
- *att genom samarbete med hemsjukvård, geriatrik, sjukhem och primärvård uppnå ett optimalt omhändertagande både medicinskt, omvårdnadsmissigt och psykosocialt av patienten med misstänkt eller diagnostiserad tumörsjukdom i ett kurativt eller palliativt skede.*
- *att möjliggöra långtidsuppföljning med bibehållen onkologisk kvalitet av symptomfria patienter, som tidigare behandlats för maligna sjukdomar och som överförs till primärvården för fortsatt kontroll.*

Samarbetet mellan konsultverksamheten och dess kunder sker genom regelbundna möten, telefonkonsultationer samt i vissa fall gemensam undersökning och diskussion av patienten. Vid behov kan även hembesök göras, då alltid tillsammans med berörd personal.

Konsultverksamheten övertar aldrig patientansvaret utan fungerar som diskussionspartner när det gäller medicinska och omvårdnadsmissiga ställningstaganden.

Konsultverksamhetens personal ger undervisning i onkologisk sjukdomslära och omvårdnad utifrån ett multiprofessionellt och patientcentrerat synsätt.

Konsultverksamhetens arbetssätt bygger på kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet av berörd personal.

Adresser och telefonnummer

Konsultverksamheten, Onkologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset

Södersjukhuset

Tel 08-616 44 73

Fax 08- 616 44 44

Radiumhemmet

Tel 08-517 748 47

Fax 08-517 729 24

ENHETEN FÖR PSYKOSOCIAL ONKOLOGI OCH REHABILITERING

Psykologiska och sociala aspekter på sjukdom och sjukvård uppmärksammas alltmer inom olika specialiteter. Här har cancersjukvården varit föregångare, mycket på grund av den starka kulturella och psykologiska laddning som cancersjukdomar har. Sålunda skapades redan 1970 en enhet vid Radiumhemmet, då kallad psykosomatiska avdelningen. Sedan verksamhetsområdet har breddats kallas enheten nu psykosociala enheten. Vid enheten finns psykiater, psykologer, onkologer under vidareutbildning, sjuksköterskor, musik- och bildterapeut och sekreterare. Enheten har sina lokaler inom Radiumhemmet och arbetar dels mot den egna kliniken, dels mot regionen.

Det psykosociala arbetet inom cancersjukvården genomförs endast till en mindre del av specialister. Vi vill på olika sätt stödja ordinarie sjukvårdspersonal och läkare att uppmärksamma psykiska och sociala behov och att anpassa arbetssätt och rutiner efter dessa. Sjukvårdspersonalen kan utgöra ett stort stöd för anhöriga, men även detta är en fråga om resurser och kunskap.

Psykosociala enheten arbetar med följande verksamhetsområden:

- *Samtalskontakter med cancerpatienter. Patienter remitteras vanligen av läkare, kuratorer eller sjuksköterskor på grund av psykiska besvär eller andra problem under och efter behandling. Patienterna kommer för samtals-terapi och eventuell medicinering i första hand från Radiumhemmets kliniker, men i mån av möjlighet även från andra kliniker inom landstinget.*
- *Rådgivning i ekonomiska och sociala frågor samt planering av rehabiliteringsinsatser*
- *Stödkontakter med anhöriga. I mån av resurser tar vi emot anhöriga, men i stor utsträckning måste dessa hänvisas till de psykiatriska sektorsmottagningar eller de enheter som erbjuder stöd för sörjande.*
- *Utbildning av medicine kandidater, sjuksköterskor under vidareutbildning och läkare under specialistutbildning i psykosociala aspekter av cancersjukvård.*
- *Handledning, vidareutbildning och stöd av personalgrupper i olika former av cancervård i Stockholmsregionen.*

- *Utvecklingsarbete och forskning. Enheten bidrar med egna projekt rörande rehabilitering och livskvalitet. Enheten bistår också med psykosocial konsultation till andra grupper som vill starta utvecklingsarbete.*

Onkologiskt RehabiliteringsCentrum tillkom 1998 med ändamålsenliga lokaler för rehabilitering – till kropp och själ. Det är ett samarbetscentrum för psykosociala enhetens personal och sjukgymnaster, dietister m fl.

Vid enheten kan erbjudas:

- *Gruppverksamhet för cancerpatienter: Kom-igång-programmet, Må bättre-grupper, anhöriggrupper m m.*
- *Enskilda stödkontakter för patienter, par eller familjer.*
- *Musik- och konstterapi.*
- *Kostinformation och nutritionsbehandling.*
- *Sjukgymnastisk behandling, enskilt eller i grupp. Vattengymnastik.*
- *Lymfödembehandling och akupunktur.*
- *Interdisciplinärt samarbete omkring multiproblemsituationer, dagvård i samband med kurativ respektive palliativ behandling samt stöd för barnfamiljer i cancervården.*

Adress och telefonnummer

Överläkare Christina Bolund
Psykosociala mottagningen
Radiumhemmet
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 76 STOCKHOLM
Tel 08-517 741 07
Fax 08-31 15 85

Vårdenhetschef Ulla-Lena Gustafsson
Onkologiskt RehabiliteringsCentrum
Radiumhemmet
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 76 STOCKHOLM
Tel 08-517 733 87
Fax 08-517 746 50

CANCERUPPLYSNINGEN

Behovet av och kraven på information och rådgivning till patienter, deras närstående och allmänheten i frågor som rör cancer, cancersjukdomar och dess behandling ökar allt mer. Som komplement till sjukvården finns sedan 1981 på Radiumhemmet, möjlighet att via telefon ge denna service. Under senare år har verksamheten utökats med frågelåda via e-post och ett informationscenter i Radiumhemmets stora entréhall.

Vår målsättning är att:

- öka patientens förutsättning att kunna delta i beslut om vård och behandling
- öka närståendes förutsättningar att bli delaktiga i vården
- stödja och inspirera vårdpersonalens arbete med patientinformation
- öka den allmänna förståelsen och kunskapen om cancer och cancersjukdomar

Patienter och närstående kan besöka Radiumhemmets Cancerupplysning och här kan de i lugn och ro läsa informationsbroschyrer, annan litteratur och vetenskapliga artiklar eller få hjälp med att söka information på Internet. De kan också om så önskas få tala enskilt med en sjuksköterska, erfaren inom onkologisk vård. Hit kan vårdpersonal hänvisa patienter och närstående som har frågor och funderingar som rör cancer.

Besöksadress

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna Radiumhemmets stora entréhall

Öppettider: måndag till torsdag kl 09.00–15.00

Telefonnummer

08-517 766 00

Telefontider: måndag till fredag kl 09.30–12.00 samt kl 13.00–15.00

Internet

E-post: cancerinfo@karolinska.se

Hemsida: www.karolinska.se

www.rahfo.se

CANCERFONDEN

Cancerfondens informations- och stödlinje är bemannad av legitimerad vårdpersonal med erfarenhet av cancervård. Hit kan du vända dig om du har frågor och funderingar om cancer, vill ha stöd eller skriftlig information.

Telefonnummer

020-222 111 informations- och stödlinje

08-677 10 00 växel

Telefontider: måndag-fredag kl 09.00–16.30

Internet

E-post: infostodlinjen@cancerfonden.se

Hemsida: www.cancerfonden.se

CANCERANMÄLAN

Vem är skyldig lämna canceranmälan?

Sverige har ett nationellt täckande register över cancerinsjuknande sedan 1958.

Enligt hälsodataregisterlagen (2001:709) och föreskriften "Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2003:13) om uppgiftsskyldighet till Cancerregistret vid Socialstyrelsen" (SOSFS 2006:15 (M)) skall alla nyupptäckta fall av cancer anmälas av både kliniker och patolog/cytolog. Sedan 1976 kodas och registreras dessa anmälda fall för Stockholm-Gotlandregionen vid Onkologiskt Centrum, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. Årligen sänds sedan uppgifter till nationella cancerregistret på Socialstyrelsen.

Alla läkare, som genom klinisk undersökning och provtagning medverkat till att en cancerdiagnos ställts *skall* snarast göra canceranmälan. När t ex punktion vidtagits av en knuta i bröst eller cellprov på livmodertappen tagits och undersökningen visat cancer in situ eller invasiv cancer, skall den läkare som remitterat till provtagningen, och således medverkat till att diagnosen ställts, göra canceranmälan.

Även kliniska cancerdiagnoser som inte grundar sig på vävnadsprov ska canceranmälas.

Är remitterande läkare ledig eller har avslutat sin tjänstgöring *skall* den läkare, vilken har att ta ställning till provsvaret, även ansvara för att canceranmälan blir gjord. Även nyupptäckta fall av cancer, som ej leder till behandling, omfattas av anmälningsplikt.

Hur gör man canceranmälan?

Anmälan från ansvariga kliniker, såväl i offentlig som enskild tjänst, som medverkat till att cancerdiagnosen ställts, sker på särskild blankett "canceranmälan".

Blanketter kan rekvireras från:

MedicARRIER	Tel 08-795 28 00
KOMMENTUS Blanketter	Tel 08-709 59 90
	Fax 08-709 59 45

Blanketter finns också tillgängliga på Onkologiskt Centrums hemsida www.sll.se/oc

Anmälan från ansvarig patolog/cytolog bör göras genom att en kopia av det diagnostiska utlåtandet skickas till Onkologiskt Centrum.

Vilka sjukdomar omfattas av anmälningsplikten?

Alla maligna tumörer, maligna sjukdomar i blodbildande organ, vissa sk precancerösa tillstånd samt ett antal ej säkert maligna tumörsjukdomar eller tumörliknande tillstånd, vilka specificerats i föreskriften. Lista finns på Socialstyrelsens hemsida www.sos.se/epc. Tumörutbredning enligt TNM eller FIGO (gynekologiska tumörer) ska anges.

Adress och telefonnummer

Regionala cancerregistret
 Onkologiskt Centrum, M8:01
 Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
 171 76 STOCKHOLM
 Tel 08-517 750 05/06
 Fax 08-34 86 40

TNM KLASSIFIKATION 2002 (ENLIGT UICC)

T - lokalt tumörstadium

- T0 Primärtumör ej påvisad
- T1a Ej palpabel, upptäckt vid TUR-P, ≤ 5 % tumörvävnad
- T1b Ej palpabel, upptäckt vid TUR-P, >5 % tumörvävnad
- T1c Upptäckt vid nålbiopsi, exempelvis vid förhöjt PSA
- T2 Palpabel, begränsad till prostata
- T3 Palpabel, växer genom kapseln och eventuellt in i sädesblåsorna
- T4 Palpabel, invaderar andra strukturer än sädesblåsorna
- TX Ej möjligt att bedöma

N - regionala lymfkörtlar

- N0 Inga lymfkörtelmetastaser
- N1 Lymfkörtelmetastaser finns
- NX Prov från lymfkörtlar ej tagna

M - fjärrmetastaser

- M0 Fjärrmetastaser saknas, negativ skelettskintigrafi
- M1 Fjärrmetastaser påvisade
- MX Skelettskintigrafi ej utförd