

# Blöðruhálskirtilskrabbamein og hópleit allt orkar tvímælis þá er gert er



**Eiríkur Jónsson**

[eirikjon@landspitali.is](mailto:eirikjon@landspitali.is)

Höfundur er  
þvafgæraskurðlæknir.

Leiðari saminn í tilefni  
þings norrænna  
þvafgæraskurðlækna í  
Reykjavík dagana  
10.-13. júní.

Prostate cancer and  
screening  
- to be or not to be -

Eiríkur Jónsson MD  
Chief of Urology,  
Department of Urology  
Landspítali University  
Hospital  
101 Reykjavík,  
Iceland

Ekki alls fyrir löngu gerði ég fernt á einum degi sem tengist þessu meini. Að morgni nam ég á brott blöðruhálskirtil úr sextugum manni. Á hádegi setti ég áttæðan mann á líknandi meðferð vegna lokastigs sjúkdómsins. Um miðjan dag fylgdi ég tæplega fimmtugum manni til grafar sem háð hafði erfiða baráttu við meinið. Undir lok dags hélt ég erindi fyrir stuðningshóp sjúklinga og færði rök fyrir því að hópleit vegna þessa sjúkdóms væri ótímabær.

Áheyrendurnir voru að vonum undrandi þar sem krabbameinið er það algengasta hjá íslenskum karlmönnum en um 200 greinast og á fimmta tug látast árlega. Dæmið að ofan sýnir hversu algengt og alvarlegt viðfangsefnið er og nýlegar rannsóknir benda til þess að hægt sé að lækka dánartíðnina um 20% með PSA-stýrðri hópleit. Hvert er þá vandamálið?

Læknisfræðin reynist tíðum skyldari samræðulist en raunvísindum. Þar þarf að útskýra fyrir mönnum að innan eins krabbameinssjúkdóms getur verið heilt litróf sjúkdóma. Sumir geta haft „góðkynja“ krabbamein en aðrir „illkynja“ sem hljómar eins og rökleysa. Öll krabbamein, í huga leikmanns, eru mögulega banvæn. – „Annaðhvort er ég með krabbamein eða ekki!“

Það kemur þó á daginn að þessi sjúkdómur kemur helst fram á efri árum og hefur tilhneigingu til þess að vera hægfara. Mörgum endist því hvorki aldur né heilsa til þess að lenda í hremmingum vegna hans. Þá er ljóst af krufningarrannsóknum að margfalt fleiri hafa meinsemdina án þess að hún komi nokkru sinni fram.

Undanfarinn áratug hafa verið í gangi tvær stórar rannsóknir austan hafs og vestan. Tilgangur þeirra er að kanna áhrif hópleitar á dánartíðni af völdum krabbameins í blöðruhálskirtli. Rannsóknirnar eru fjarri því að vera fullþroska en fyrstu niðurstöður voru nýlega kynntar. Í bandarísku rannsókninni var ekki hægt að sýna fram á kosti hópleitar.<sup>1</sup> Í evrópsku rannsókninni voru slembivaldir á annað hundrað þúsund karlar á aldursbilinu 55-69 ára.<sup>2</sup> Helmingi hópsins var boðið í PSA-stýrða hópleit á tveggja til fjögurra ára fresti en hinn helmingurinn hafður sem viðmið. Þá var dánartíðni fyrri hópsins af völdum blöðruhálskirtilskrabbamein s borin saman við þann síðari. Rétt er að taka fram að viðmiðunarhópurinn hefur í einhverjum mæli farið í PSA-mælingu enda er það mikið notað í klínískri vinnu á Vesturlöndum. Hann er því „PSA mengaður“ og getur það gert minna úr áhrifum PSA-stýrðrar hópleitar en ella. Í hópleitarhópnum greindust 8,2% með meinið en helmingi færri í samanburðarhópnum.

Eftir nú ára eftirlitstíma er hægt að framreiða niðurstöður rannsóknarinnar á tvennan máta. Annars vegar með því að bera saman hlutfallslega lækkun á dánartíðni af völdum sjúkdómsins, hins vegar með því að skoða hve mörgum lífum var bjargað. Í fyrra tilvikinu er lækkun um 20% í hópnum sem var boðið í hópleit. Eftir nú ára eftirlitstíma kemur í ljós að bein (absolute)

dánartíðni hópanna er lág eða tæp 0,4%. Marktækur munur var þó á hópnum en leitarhópurinn hafði um 20% lægri dánartíðni en viðmiðunarhópurinn. Það er þó mikilvægt að skoða þessi hlutföll í samhengi enda er auðveldlega villandi að horfa einvörðungu á hlutfallsmuninn. Við útreikninga kemur í ljós að skima þarf um 1400 karla yfir 10 ára tímabil til þess að koma í veg fyrir dauða eins manns úr sjúkdómnum. Til viðbótar yrði að meðhöndla 48 til þess að svo mætti vera. Það er því gríðarstór hópur sem færi þannig í óþarfa rannsóknir, frekari greiningu og meðferð, með tilheyrandi skerðingu á lífsgæðum. Þau lífsgæði snúast aðallega um kynlífstruflanir og þvagleka sem geta fylgt meðferðinni. Því vaknar hin áleitna spurning: Hversu miklu má kosta til og fórna af lífsgæðum annarra svo bjarga megi einum?

Skylda læknisins er í slíku tilvikum tvíþætt; að koma í veg fyrir ótímabæran dauða og þjáníngar vegna sjúkdómsins og að koma í veg fyrir óþarfa meðhöndlun. Það er þó erfitt að skýra síðarnefnda sjónarmiðið fyrir þeim eina sem hefur ólæknandi sjúkdóm þar sem tímabær greining og meðferð hefðu getað skipt sköpum. Enda er læknisfræðin í kjarna sínum samtal tveggja fremur en samtal læknis við samfélag. Þar víkja eins og dögg fyrir sólu heildræn eða háleit fræðileg sjónarmið gagnvart áleitinni spurningu sjúklingsins: „Hvað með mig?“

Knýjandi þörf er á að finna betri aðferðir til þess að spá fyrir um þróun sjúkdóms sem greinist á frumstigi svo strax megi skilja sauðina frá höfrunum. Nýlega voru kynntar íslenskar niðurstöður er varða lítinn hóp manna sem bera meðfædda stökkbreytingu í BRCA2-geninu. Þeir virðast fá alvarlegri sjúkdóm en aðrir og því auðveldara að ráðleggja þar róttæka meðferð við staðbundnum sjúkdómi.<sup>3</sup> Þá eru í fararbroddi rannsóknir Íslenskrar erfðagreiningar á erfðabreytileika og tengslum þeirra við sjúkdómsáhættu meinsins.<sup>4</sup>

Lykilatriði er að fræða karlmenn um flóknar spurningar sem vakna greinist þeir með meinið á frumstigi. Fræðsluna þyrftu þeir að fá áður en farið er í PSA-blóðmælingu. Menn hefðu tækifæri til þess að kynna sér álitamálin áður en lengra yrði haldið og ákvæðu jafnvel að láta ekki mæla hjá sér PSA. Þá geta menn tekið þá heimspekilegu afstöðu að þeir myndu, vegna mögulegra aukaverkana, ekki þiggja meðferð þó svo sjúkdómurinn greindist hjá þeim. Eftir að ferlið er hafið er slík afstaða nánast óhugsandi.

1. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, et al. Mortality results from a randomized prostate – cancer screening trial. *N Engl J Med* 2009; 360: 1310-9
2. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* 2009; 360: 1320-8.
3. Tryggvadóttir L, Vidarsdóttir L, Thorgeirsson T, et al. Prostate cancer progression and survival in BRCA2 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99: 929-35.
4. Gudmundsson J, Sulem P, Manolescu A, et al. Genome-wide association study identifies a second prostate cancer susceptibility variant at 8q24. *Nat Genet* 2007; 39: 631-7.