Prostatacancer

Nationellt vårdprogram
– Kortversion för allmänläkare

Uppdaterad november 2024

Innehållsförteckning

1. Inledning 2
2. Indikationer för utredning – symtom 2
3. PSA-testning av symtomfria män 2
4. Remiss till standardiserat vårdförlopp (SVF) 3
5. Ärftlig riskgrupp 3
6. Behandling med 5-alfareduktashämmare påverkar PSA 4
7. Felkällor vid bedömning av PSA-värden 4
8. Uppföljning av återremitterade patienter 4
9. Kardiovaskulär risk vid kastrationsbehandling 5

1. Inledning

De förändringar som direkt berör primärvården i den aktuella versionen av det nationella vårdprogrammet för prostatacancer är att prostata bör palperas innan en SVF-remiss skickas, så att mottagande instans kan prioritera remissen korrekt, att ett nytt PSA-värde tas vid utredande urologklinik efter att SVF-remiss skickats och att patienter med kastrationsbehandling bör genomgå kardiovaskulär bedömning i primärvården (se avsnitt 9). Om det är normalt kommer patienten att återremitteras till primärvården på samma sätt som om utredningen inte påvisat cancer.

Vårdprogramsgruppen påminner om att män med förväntad kvarvarande livstid under 10–15 år bör därför avrådas från PSA-testning i frånvaro av symtom eller kliniska tecken på prostatacancer, liksom PSA-prov inte längre rekommenderas för män med benignt palpationsfynd och behandlingskrävande urineringsbesvär, om inte symtomen eller andra kliniska fynd inger misstanke på prostatacancer.

Vårdprogrammet i sin helhet kan läsas här. Regionala anpassningar kan medföra avvikelser i uppdelningen mellan primärvård och specialistvård.

Allmän palliativ vård vid prostatacancer skiljer sig inte påtagligt från annan palliativ cancervård. Vi hänvisar därför till det nationella vårdprogrammet om palliativ vård.

2. Indikationer för utredning – symtom

Följande symtom hos män över 40 år inger misstanke om prostatacancer och bör förutom prostatapalpation även föranleda PSA-prov:

- snabbt ökande (senaste halvåret), påtagliga urineringsbesvär
- tilltagande skelettsmärtor
- skelettmetastaser utan känd primärtumör
- allmänna cancersymtom såsom trötthet och aptitlöshet.

PSA-prov bör inte tas i samband med symtom som skulle kunna bero på infektion i urinvägar eller genitalia, om inte den kliniska misstanken på prostatacancer är mycket hög.

Makroskopisk hematuri kan vara debutsymtom vid lokalt avancerad prostatacancer, men bör utredas enligt standardiserat vårdförlopp för urinvägscancer.

3. PSA-testning av symtomfria män

Symtomfria män som önskar en prostatakontroll bör erbjudas 1177:s broschyr om för- och nackdelar med PSA-testning. Män med mer än 10–15 års förväntad kvarvarande livstid som därefter önskar testning bör erbjudas regelbundna PSA-prov, med prostatapalpation. Övriga män bör avrådas från PSA-testning (genomsnittlig kvarvarande livstid för 75-åriga män är 12 år). Testintervall för män utanför ärftlig riskgrupp:

- PSA <1 µg/l för män under omkring 65 år: 6 år.
- PSA <1 µg/l för män över omkring 65 år: Ingen ytterligare testning.
- PSA 1–2,9 µg/l: 2 år upp till omkring 75 års ålder, därefter ingen testning.
- Vid ökning >1 µg/l sedan föregående prov bör nytt test tas redan efter 1 år.
- Personer med prostatakörtel och lågt p-testosteron (<8 mmol/l) bör testas med 2 års intervall (män utan känd hypogonadism kan förutsättas vara ha normalt testosteronvärde).

4. Remiss till standardiserat vårdförlopp (SVF)

Se även Standardiserat vårdförlopp prostatacancer på Kunskapsbanken.

Om något av nedanstående kriterier uppfylls finns en välgrundad misstanke om prostatacancer.

Patienten bör då remitteras till standardiserat vårdförlopp:

- Malignitetsmisstänkt **palpationsfynd** (förhårdnad i prostatakörteln), och/eller
- PSA över gränsvärdet (män i ärftlig riskgrupp bör remitteras vid PSA ≥ 2 µg/l; män som tar 5-alfareduktashämmare vid PSA över halva de nedan angivna värdena):
  - Män < 70 år: PSA ≥ 3 µg/l
  - Män 70–80 år: PSA ≥ 5 µg/l
  - Män > 80 år: PSA ≥ 7 µg/l

Remissen bör innehålla

- anamnes, ange särskilt
  - symtom eller fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke
  - PSA-värde
  - palpationsfynd vid rektalpalpation
  - om patienten tidigare har utretts för prostatacancer
  - allmäntillstånd, funktionsnedsättningar och samsjuklighet, samt om något av dessa förhållanden kan medföra behov av en individualiserad utredning
  - om patienten nyligen haft urinvägsinfektion
  - om patienten har höftprotes (kan innebära att kontrast ska ges vid MR)
  - möjlig kontraindikation för MR: elektroniskt implantat (t ex pacemaker), intrakraniella metallclips, metallsplitter, vikt över 140 kg, klaustrofobi
  - läkemedel (särskilt finasterid/dutasterid, trombocythämmare och antikoagulantia)
  - social situation, eventuella språkhinder
- kontaktuppgifter för patienten, inklusive telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

Den som remitterar till utredning ska informera patienten om att det finns anledning att göra undersökningar för att ta reda på om han har cancer eller inte, vad ett standardiserat vårdförlopp innebär, vad som händer i den inledande fasen, att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och därför bör vara tillgänglig på telefon, samt att sjukvården ofta ringer från dolt nummer. Länk till patientinformation om SVF på RCC:s hemsida.

5. Ärftlig riskgrupp

Definition: Män med en far eller bror med prostatacancer och minst en förstagradssläkting till dessa som också diagnostiserats med prostatacancer. Någon i familjen ska ha diagnostiserats före 75 års ålder.

Män i den ärftliga riskgruppen bör rekommenderas prostatakontroller från 40 års ålder. De bör få broschyren om PSA-prov som ges ut av 1177 och Regionala cancercentrum i samverkan.

Den första kontrollen bör omfatta PSA-test och palpation. Därefter beroende på PSA-värdet:

- PSA <1 µg/l: PSA-prov vartannat år i primärvård
- PSA 1–1,9 µg/l: PSA-prov årligen i primärvård
- PSA ≥2 µg/l: Remiss till urolog

Kontrollerna bör avslutas då en kurativt syftande behandling av prostatacancer inte längre skulle bli aktuell, det vill säga när förväntad kvarvarande livstid blir mindre än 10 år.

6. Behandling med 5-alfareduktashämmare påverkar PSA

Finasterid och dutasterid sänker PSA-värdet till hälften inom ett år hos patienter som har godartad prostataförstoring utan samtidig cancer. Patienten bör därför remitteras till urolog

- Om PSA-värdet inte halveras inom ett år
- Om PSA-värdet stiger mer än 0,5 µg/l över det lägsta värdet under pågående behandling med 5-alfareduktashämmare bör mannen remitteras till urolog

Om dokumentation om tidigare PSA-värden saknas, bör de åldersberoende åtgärdsgränserna för PSA (3/5/7 µg/l) halveras, dvs. remiss bör skickas enligt SVF vid värden över 1,5/2,5/3,5 µg/l.

7. Felkällor vid bedömning av PSA-värden

Det finns ett antal felkällor som man bör vara medveten om när man bedömer PSA-värden. Rektalpalpation ger inte någon kliniskt relevant påverkan av PSA-värdet.

- *Intraindividuell variation*: PSA-värdet kan variera +/- 15 %.
- *Mätmetod*: Variationen mellan olika laboratorier i Sverige är omkring 5 %.
- *Provhantering*: Blodprovet bör snabbt centrifugeras och kylas. Centrifugerade serumprov är stabila i 4 timmar i rumstemperatur och 24 timmar i kyl, centrifugerade plasmaprov är stabilt i 8 timmar i rumstemperatur och 3 dygn i kyl. Om provet inte kommer att analyseras inom dessa tider ska det frysas.
- *Febril urinvägsinfektion* ökar ofta PSA-värdet kraftigt. Det kan ta ett år innan värdet normaliseras. PSA-prov bör därför inte tas i anslutning till febril urinvägsinfektion, om det inte finns en klinisk misstanke om prostatacancer. Om ett prov ändå tagits och palpationsfyndet är benignt, bör PSA följas upp en månad efter avslutad antibiotikabehandling. Om värdet då är klart lägre, kan det följas varannan månad tills det antingen har normaliserats eller planat ut över åtgärdsgränsen (= remiss till en urolog).
- *Akut urinretention*: Akut urinretention ökar PSA-värdet måttligt (ofta dubblering, sällan > 20 µg/l). Vid benignt palpationsfynd bör PSA-prov tas tidigast efter en vecka.
- *Hypogonadism:* Det är vanligare att män med hypogonadism (p-testosteron <8 nmol/l) har avancerad prostatacancer trots ett lågt PSA-värde, än män med normalt p-testosteron.

8. Uppföljning av återremitterade patienter

Om utredning inte påvisat någon cancer hos en man med högt PSA-värde, eller om PSA-värdet har normaliserats efter omtag, remitteras patienten vanligen åter till primärvården för årlig uppföljning med PSA-prov under 3–5 år. I remissen ska då anges vilket PSA-värde som ska föranleda en ny remiss till urolog och hur länge uppföljningen bör pågå. Prostatapalpation behöver inte utföras under uppföljningen om patienten inte har symtom från nedre urinvägarna eller stigande PSA-värde över angivna gränser. Ett oväntat högt PSA-värde bör i första hand föranleda ett nytt PSA-prov i primärvården inom 2 månader. Om värdet då åter är under gränsen för remiss till urolog, kan uppföljningen fortsätta i primärvården.

Även patienter med prostatacancer kan remitteras till primärvården för uppföljning. I remissen till primärvården ska framgå cancersjukdomens utbredning, tidigare och planerad behandling, uppföljningens intervall och innehåll, samt en PSA-nivå som ska föranleda kontakt med urolog.

Riktlinjer för uppföljning av olika patientgrupper finns i nationella vårdprogrammets kapitel 17.

9. Kardiovaskulär risk vid kastrationsbehandling

Enligt de nya europeiska riktlinjerna för kardio-onkologi bör metabol och kardiovaskulär hälsa utvärderas och följas upp hos män som får kastrationsbehandling för prostatacancer. Detta inkluderar en kartläggning av kardiovaskulära riskfaktorer enligt ordinarie rutiner, eftersom behandlingen ökar risken för hjärtinfarkt, stroke och diabetes typ 2. Den kardiovaskulära bedömningen grundas på en övergripande riskvärdering för patienten enligt vanliga rutiner, och själva kastrationsbehandlingen utgör i sig ingen specifik riskkategori för patienten. Primärvården bör involveras i denna kardiovaskulära riskbedömning och behandlande sjukhusläkare bör skriva en remiss för att medvetandegöra primärvården om patienternas ökade risk för hjärtkärlsjukdom. Se mer i nationella vårdprogrammets kapitel 15.12.

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se