

# Allmänläkarens roll för patienter med prostatacancer

Bilaga till Södra sjukvårdsregionens  
vårdprogram för prostatacancer

# Innehållsförteckning

ALLMÄNLÄKARENS ROLL FÖR PATIENTER MED PROSTATA-CANCER .....	3
Förändringar av betydelse för primärvården sedan förra upplagan 2008 .....	3
Indikationer för utredning .....	4
Remiss till urolog med frågeställning prostatacancer .....	4
Åldersberoende åtgärdsgränser för PSA .....	5
Felkällor vid bedömning av PSA-värden .....	5
PSA-testning av symtomfria män, prostatakontroller .....	6
Handläggning av män med ärftligt förhöjd risk för prostatacancer .....	7
Uppföljning av patienter med förhöjt PSA efter urologbedömning .....	8
Uppföljning av patienter med konstaterad prostatacancer .....	9

# ALLMÄNLÄKARENS ROLL FÖR PATIENTER MED PROSTATACANCER

Utdrag ur Södra sjukvårdsregionens vårdprogram för prostatacancer år 2013. Vårdprogrammet kan i sin helhet hämtas på Internet via RCC Syd <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Regionalt-Cancercentrum/Patientprocessarbete/Prostatacancer/Vardprogram/>

Allmänläkare möter prostatacancerpatienter i alla skeden av sjukdomen, men är själva främst aktiva i samband diagnostik, vid uppföljning av män med förhöjda PSA-värden eller stillsam sjukdom, samt i sen palliativ fas. Palliativ vård vid prostatacancer i sent skede skiljer sig inte påtagligt från annan palliativ cancervård. Vi hänvisar därför till det allmänna vårdprogrammet om palliativ vård.

## Förändringar av betydelse för primärvården sedan förra upplagan 2008

- Tobaksrökning ökar risken för komplikationer vid kirurgi och för recidiv av prostatacancer. Fler män med lågrisk prostatacancer avlider av rökningrelaterade sjukdomar än av prostatacancer. *Rökstopp* är därför en viktig preventiv åtgärd.
- *Screening* för prostatacancer med PSA har nu vistas leda till minskad dödlighet i sjukdomen, men till priset av överdiagnostik och överbehandling av kliniskt betydelselös prostatacancer. Sydsvenska prostatacancergruppen förordar därför *systematisk information om PSA-testets fördelar och nackdelar*.
- Män som efter information önskar *regelbunden PSA-testning* ska inte testas årligen. Vid 1–3 µg/l rekommenderas testning vartannat år, vid PSA < 1 µg/l vart sjätte år. Män över 60 år utan hereditet med PSA < 1 µg/l avråds från ytterligare testning.
- Uppföljning av män med påtaglig *ärftlighet* för prostatacancer bör under längre tid än tidigare (upp till PSA 2 µg/l) genomföras i primärvård.
- *Åldersberoende brytpunkter för PSA* har införts.
- *PSA-kvoten* är inte längre ett filter i primärvård.
- Riktlinjer för uppföljning av män med *förhöjt PSA* har utarbetats.

## Indikationer för utredning

Hos män över 40 års ålder ska prostatakörteln palperas och blodprov tas för Hb, kreatinin och PSA vid följande symtom och fynd:

- Palpatorisk misstanke på prostatacancer
- Progredierande skelettsmärter
- Skelettmetastaser utan känd primärtumör
- Allmänna cancersymtom som trötthet, aptitlöshet, etc
- Makroskopisk hematuri (ska alltid föranleda remiss till CT-urografi och urolog)
- Hematospermi (ska även utredas för infektion)

Prostatakörteln ska palperas och kreatinin analyseras på samtliga män som söker för vattenkastningsbesvär. Utöver dessa undersökningar analyseras även PSA:

- Om vattenkastningsbesvären ökat påtagligt under de senaste två åren
- Före behandling av benign prostatahyperplasi

Vid lätta vattenkastningsbesvär, för vilka behandling inte anses indicerad, kan PSA-test övervägas hos män med mer än tio års förväntad kvarvarande livslängd. I dessa fall bör patienten erbjudas samma information som inför hälsokontroll med PSA.

PSA ska *inte* tas i samband med urinvägsinfektion, se nedan om felkällor för PSA.

## Remiss till urolog med frågeställning prostatacancer

Indikation för remiss är malignitetsmisstänkt palpationsfynd och PSA över åtgärdsgränsen (se nedan). Remissen ska omfatta anamnes med tidigare och nuvarande sjukdomar, eventuella symtom och aktuell medicinering samt bedömning av prostatapalpation. Patienten ska informeras om att remissen skickas på grund av misstanke på prostatacancer. Är orsaken till remiss enbart ett PSA-värde mellan 3 och 10 µg/l, ska patienten också informeras om att det ofta är andra orsaker än prostatacancer som ger PSA-värde i den aktuella nivån och att det kommer att dröja mer än en månad tills han blir bedömd av specialist, eftersom det är viktigt att ytterligare ett PSA-prov tas flera veckor efter det första. Vid skelettsymtom bör skelettscint beställas med svarskopia till urologmottagningen.

## Åldersberoende åtgärdsgränser för PSA

Nedanstående gränser för urologbedömning gäller enbart vid benigt palpationsfynd. Malignitetsmisstänkt palpationsfynd ska alltid bedömas av urolog, med undantag för hos män med kort förväntad kvarvarande livstid utan symtom som skulle kunna bero på prostatacancer.

Notera att PSA inte bör tas hos män med förväntad kvarvarande livstid under 10 år i frånvaro av symtom eller kliniska tecken till prostatacancer:

Män under 50 år:	PSA $\geq$ 2 $\mu\text{g/l}$
Män 50–70 år:	PSA $\geq$ 3 $\mu\text{g/l}$
Män 70–80 år:	PSA $\geq$ 5 $\mu\text{g/l}$
Män över 80 år:	PSA $\geq$ 7 $\mu\text{g/l}$

För män med kort förväntad kvarvarande livstid utan symtom som skulle kunna bero på prostatacancer kan man i samråd med patienten avstå från remiss även vid högre PSA-värden.

Behandling med **5-alfa-reduktashämmare** (Proscar/finasterid och Avodart/dutasterid) sänker PSA-värdet till hälften inom ett år vid godartad prostataförstoring. För patienter som tar 5-alfa-reduktashämmare ska alltså *åtgärdsgränserna ovan halveras*. Om PSA-värdet stiger mer än 0,5  $\mu\text{g/l}$  under pågående behandling med 5-alfa-reduktashämmare är risken stor för samtidig prostatacancer och patienten ska remitteras till urolog.

## Felkällor vid bedömning av PSA-värden

*Rektalpalpation* ger *inte* någon kliniskt signifikant påverkan av PSA-värdet.

- **Provhantering:** Snabb centrifugering och nedkylning är viktigt. PSA-kvoten blir falskt låg om provet får stå ocentrifugerat i rumstemperatur mer än tre timmar. Centrifugerade serumprov är stabila 4 timmar i rumstemperatur och i dygn i kyl, centrifugerade plasmaprover är stabila 8 timmar i rumstemperatur och 3 dygn i kyl.
- **Urinvägsinfektion** hos män engagerar vanligen prostatakörteln och kan ge mycket kraftigt förhöjda värden med en låg PSA-kvot. Det kan ta upp till ett år innan PSA normaliseras efter infektion. PSA ska därför inte analyseras i anslutning till urinvägsinfektion om det inte finns en klinisk misstanke på prostatacancer. Om PSA ändå tagits vid akut infektion och palpationsfyndet är benigt kan man ta om PSA en månad efter avslutad behandling. Är då värdet klart lägre kan man fortsätta att följa PSA varannan månad tills det antingen normaliserats eller planat ut på en nivå över åtgärdsgränsen. I det senare fallet ska patienten remitteras till urolog.
- **Akut urinretention** ger ökat PSA-värde och man bör avvakta en vecka före provtagning.
- **Behandling med 5-alfareduktashämmare** halverar PSA-värdet vid benign prostatahyperplasi. Se ovan.

## PSA-testning av symtomfria män, prostatakontroller

Symtomfria män ska aldrig PSA-testas om de inte först tagit del av innehållet i Socialstyrelsens PSA-broschyr. Män som efterfrågar prostatakontroll eller PSA-testning utan samtidiga symtom eller undersökningsfynd som talar för prostatacancer handläggs enligt följande:

- Män under 50 år upplyses om att prostatacancer är mycket sällsynt i deras ålder och att prostatakontroll därför inte är motiverad, med undantag för män med hereditet för prostatacancer diagnostiserad före 55 års ålder. Se avsnittet nedan om handläggning av ärftlig riskgrupp.
- Män över 40 till 50 år som omfattas av definitionen för ärftlig högrisk rekommenderas regelbunden PSA-testning (se särskilt avsnitt nedan).
- Män med förväntad kvarvarande livstid under 10 år ska starkt avrådas från PSA-testning om det inte finns någon klinisk misstanke på prostatacancer. Sannolikheten är ytterst liten att de ska nytta av kurativt syftande behandling av en icke symtomgivande prostatacancer, medan risken är stor för att PSA-testning ska leda till diagnos och behandling av betydelselös prostatacancer.
- Män över 50 år med mer än 10 års förväntad kvarvarande livstid ska få läsa Socialstyrelsens PSA-broschyr och erbjudas en konsultation i primärvård eller företagshälsovård för individuell värdering av fördelar och nackdelar med PSA-testning.
- De män som därefter så önskar kan genomgå PSA-testning, eventuellt kompletterad med prostatapalpation.
- Vid PSA över åtgärdsgränsen bör prostatapalpation utföras före remiss till urolog.

Flera studier har visat att män med mycket låga PSA-värden har en ytterst liten risk att drabbas av allvarlig prostatacancer ett par decennier fram i tiden. Många män PSA-testas årligen, vilket är meningslöst vid låga värden. Vi rekommenderar följande intervall för män som inte omfattas av definitionen för ärftlig högrisk (se nedan):

- PSA < 1 µg/l: vart sjätte år.
- Män över 60 år utan hereditet med PSA < 1 µg/l avråds från ytterligare PSA-testning.
- PSA 1–3 µg/l: vartannat år.

## Handläggning av män med ärftligt förhöjd risk för prostatacancer

Det finns ett starkt samband mellan hereditet för prostatacancer och risken att utveckla sjukdomen. Risken för söner till män med prostatacancer att drabbas är 1,5 gånger högre än för män utan prostatacancer i familjen. För bröder till män med prostatacancer är risken dubblerad. Är det mer än en familjemedlem som drabbats av prostatacancer ökar risken än mer. Om en man har både en far och en bror med prostatacancer och någon av dem drabbats före 70 års ålder är risken ökad 14 gånger till cirka 40 procent för att mannen själv ska drabbas före 70 års ålder.

### Definition av ärftlig riskgrupp

Följande grupp bör rekommenderas prostatakontroller 40–50 års ålder (minst 5 år före första fallet av prostatacancer i släkten och 10 år före första fallet av metastaserad sjukdom): Män med två eller fler fall av prostatacancer i den nära släkten (två bröder; far + bror, farbror eller farfar; bror + morbror eller morfar), varav någon diagnostiserats före 75 års ålder, samt män med konstaterad mutation i BRCA2. Denna riskgrupp omfattar högst ett par tusen män i Södra sjukvårdregionen.

### Information vid ärftligt förhöjd risk för prostatacancer

Män som efter en noggrann hereditär anamnes uppfyller ovanstående definition av ärftlig riskgrupp bör få följande information:

- Risk för prostatacancer i absoluta tal och relaterat till män i allmänhet. Många män med ärftlighet för prostatacancer överskattar sin egen risk att drabbas och sådan information kan därför i många fall minska oron.
- PSA stiger långsamt med åldern vid godartad prostataförstoring.
- Socialstyrelsens PSA-broschyr.

### Uppföljning av ärftlig riskgrupp

Första kontrollen bör omfatta såväl PSA som palpation. Därefter:

- PSA < 1 µg/l: PSA vartannat år i primärvård
- PSA 1-1,9 µg/l: PSA årligen i primärvård
- PSA ≥ 2 µg/l: PSA och palpation vid urologmottagning varje år
- PSA 2–3 µg/l: biopsi för män < 50 år samt vid PSA-dubblingstid < 2 år
- PSA ≥ 3 µg/l: biopsier.

Kontrollerna avslutas när kurativt syftande behandling för prostatacancer inte längre skulle bli aktuell, det vill säga när den förväntade kvarvarande livstiden bedöms vara under 10 år.

## Uppföljning av patienter med förhöjt PSA efter urologbedömning

Bedömning av män med PSA över åtgärdsgränsen hos urolog omfattar undersökning med transrektalt ultraljud (TRUL) och vanligen prostatabiopsier. Om cancer inte påvisas är ofta flera års uppföljning av PSA motiverad. Patienten återremitteras då vanligen till den läkare som ordinerat PSA-provet eller remitteras till primärvården, med tydligt angivna provtagningsintervall, PSA-värden som ska föranleda ny remiss till urolog, och hur länge uppföljningen ska pågå. Prostatapalpation behöver inte utföras om patienten inte har symtom från nedre urinvägar eller har stigande PSA över nedanstående gränser.

Ett enstaka ökat PSA-värde bör i första hand föranleda ett nytt PSA-prov i primärvården efter en månad. Inte sällan är då värdet lägre, vilket talar för benign orsak till ökningen och fortsatt uppföljning i primärvården, eventuellt efter diskussion med urolog.

### **Patienter för vilka kurativt syftande behandling skulle kunna bli aktuell vid eventuell senare prostatacancerdiagnos**

*Patienter utan 5-alfareduktashämmare:*

- Uppföljning i primärvård med PSA årligen i minst 5 år eller tills 70 års ålder. Urologen ska i remissen för uppföljning ange vid vilken PSA-nivå som en förnyad urologbedömning är indicerad.

*Patienter som behandlas med 5-alfareduktashämmare:*

- Uppföljning i primärvård med PSA årligen i minst 5 år eller tills över 70 års ålder.
- *Efter 2 benigna biopsiomgångar* bör patienten åter bedömas av urolog om PSA ökar med mer än 1 µg/l under en tvåårsperiod.
- *Om ingen eller endast en benign biopsiomgång utförts* bör patienten åter bedömas av urolog om PSA ökar med mer än 0,5 µg/l under en tvåårsperiod.

### **Patienter för vilka kurativt syftande behandling INTE skulle kunna bli aktuell vid eventuell senare prostatacancerdiagnos**

Grundprincip är uppföljning i primärvård med PSA årligen i 3 år. Urologen ska i remissen för uppföljning ange vid vilken PSA-nivå som en förnyad urologbedömning är indicerad. Behandlingskrävande symtom och malignitetsmisstänkt palpationsfynd är var för sig skäl till återremiss. Prostatapalpation behöver inte utföras vid oförändrade symtom.



## Uppföljning av patienter med konstaterad prostatacancer

Patienter med obehandlad, icke fjärrmetastaserad prostatacancer som följts vid urologisk enhet och där bedömts ha en sjukdom som inte kommer att ge symtom eller kräva (hormonell) behandling på flera år kan följas av allmänläkare. Särskilt för patienter som bor långt från urologisk enhet, eller redan kontrolleras regelbundet av allmänläkare för någon annan sjukdom, är det rationellt med uppföljning av allmänläkare. Kontrollerna utformas enligt nedan:

- Blodprov med 6 månaders intervall: PSA, Hb och kreatinin, ALP
- Klinisk kontroll årligen: Anamnes: Miktionsbesvär och skelettsmärter. Buk- och rektalpalpation.

*Indikation för återremiss eller diskussion med urolog:* Obehandlade patienter: PSA > 30 µg/l om inget annat angivits, dubblering av PSA inom 1 år, stigande kreatinin, symtom som kan vara orsakade av cancersjukdomen.