

Nationella riktlinjer PROSTATACANCER

Ola Bratt

Områdesansvarig diagnostik
Referensgrupp screening

Regionalt seminarium
Tylösand, 21 mars 2013

Den där Bratt, han bär många hatt...

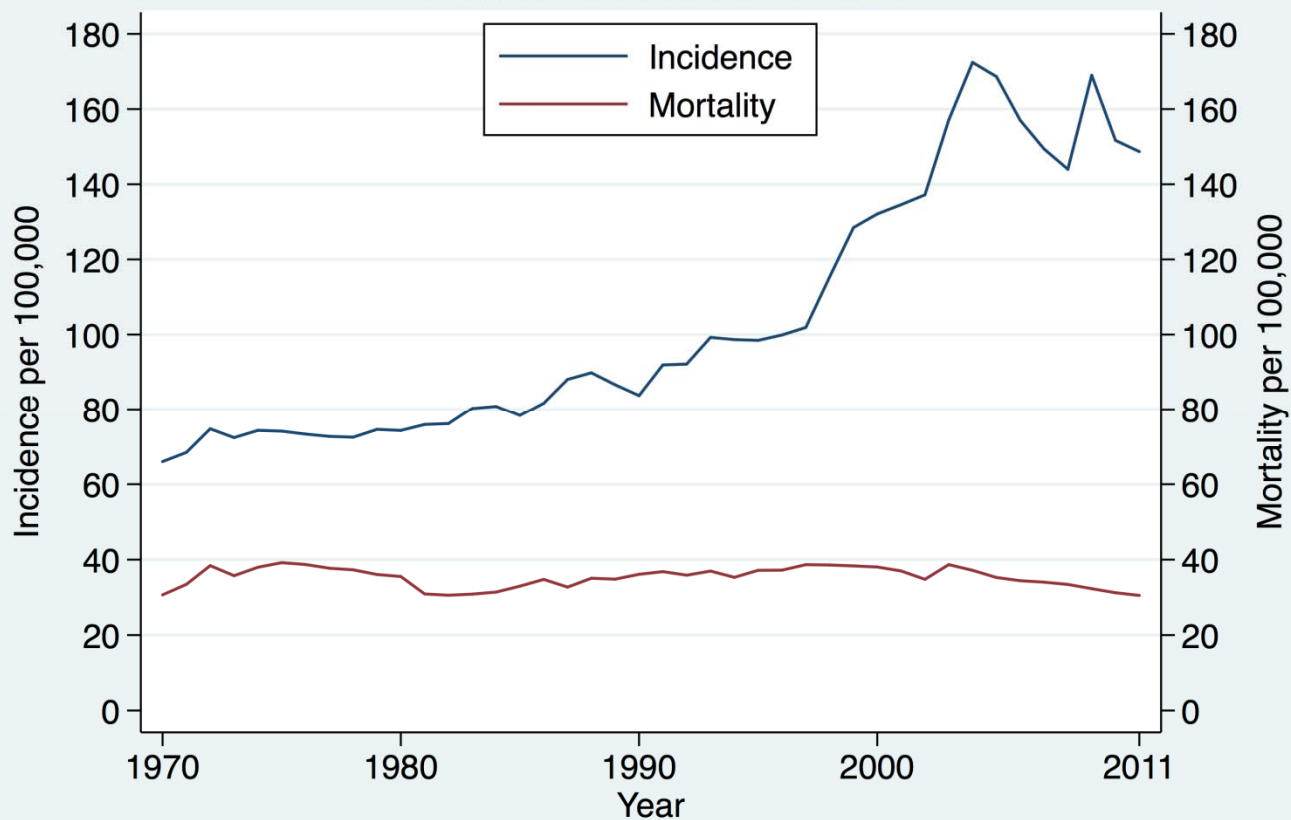
- Lokal patientprocessledare Helsingborg
- Sammanställande Sydsvenska prostatacancergruppen
- Redaktör för regionala vårdprogrammet
- Ordförande nationella vårdprogramsgruppen



Vad är viktigast i NR 2013?

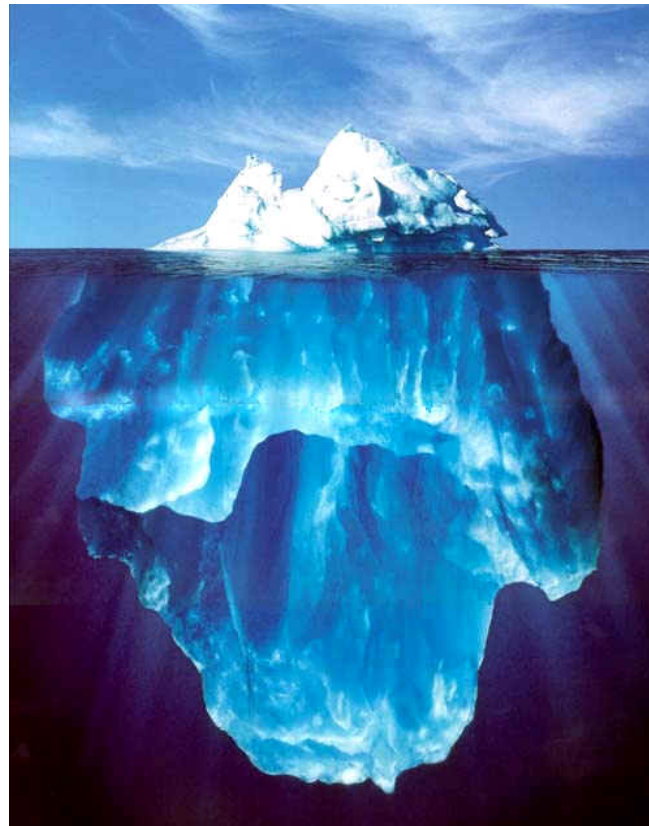
1. Aktiv information om PSA med organiserad testning
2. Kontaktsjuksköterska
3. Aktiv monitorering vid lågriskcancer
4. MDT-konferens vid högriskcancer
5. Läkemedel i sena skeden

Prostate cancer in Sweden



Standardized to European population

Prostatacancers isberg



PSA-testning



Screening och PSA-testning

Screening med PSA för män 50-70 år: **NEJ** (i juni)

- Minst lika effektivt som screening för bröst- & kolorektalcancer
- De negativa effekterna är mer omfattande

P9a. PSA-testning efter information om för- och nackdelar: **Prio 4**

P9b. PSA-testning utan information om för- och nackdelar: **Ikke göra**

P7. Tillstånd: Man 50–70 år, utan symtom på prostatacancer

Åtgärd: Aktiv skriftlig information om tänkbara för- och nackdelar med test för prostataspecifikt antigen (PSA), organiserad regelbunden testning enligt algoritm för dem som därefter så önskar: **FoU**

Screening och PSA-testning

Nuläge:

Hälften av män 50-70 år är PSA-testade

Två tredjedelar testade vid 70 års ålder

Betydande testning över 70 års ålder

Minoritet av testade får info om nackdelar

Individuell handläggning i sjukvård: tar mycket resurser!

Aktiv information om PSA med organiserad testning (P7: FoU)



Systematisk info om för/nackdelar med PSA

Målgrupp: män 50-70 år

Jämlik vård efter rimlig information

Specialiserade enheter för utskick, svar och biopsi

Automatiserade rutiner sparar resurser

Gles testning för lågriskgrupp (6 år om $PSA < 1 \mu g/l$)

Begränsad testning utanför algoritmen sparar resurser

Aktiv information om PSA, organiserad testning (P7)

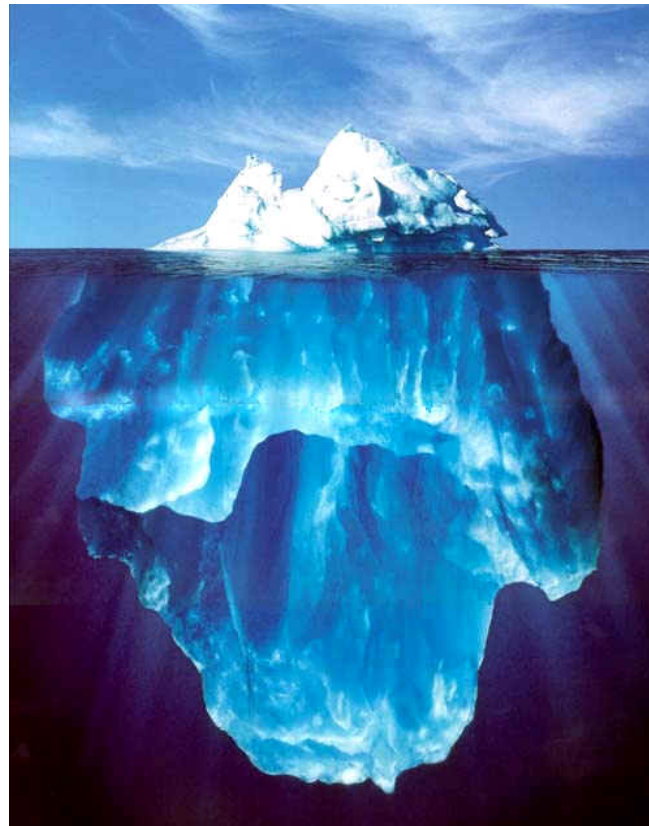
- **FoU = Uppmaning till huvudmännen**
att utveckla organisationsformer för
information och testning
- Konsekvens: Ökade resurser under
uppbygggnadsfas, minskade på sikt (?)
- Pilotprojekt i Skåne 2011 (Läkartidningen 2012, Nr 37)
- Storskaligt projekt i Stockholm (STHLM3)

Kontaktsjuksköterska

- Prio 4
- Indikator 1.10: Målnivå 100 %
- RCC Syd: Målnivå 100 %
- Nära målnivån i Södra regionen



Prostatacancers isberg



Aktiv monitorering vid lågriskcancer

- Lågrisk prostatacancer
 - Gleasongrad 3, T1c-T2a, PSA < 10 µg/l
 - Dödlighet utan kurativ beh: 10 % efter 15 år
 - Dödlighet pga missad Gleasongrad 4-5
 - Gleasongrad 3 saknar potential att spridas?

Aktiv monitorering vid lågriskcancer

- Aktiv monitorering
 - Bekräftande ombiopsi
 - PSA var 3:e till 6:e månad
 - Läkarbesök 6:e till 12 månad
 - Ombiopsi vartannat år
 - Behandling vid fynd av mer allvarlig cancer
 - Undviker onödig behandl och biverkningar
 - 30 % behandlas inom 5 år

Lågrisk prostatacancer

- Aktiv monitorering (P41): **Prio 3**
- Operation eller strålbehandling: **Prio 8**
- Målnivå: 60 % aktiv monitorering
- Ökat resursbehov för urologisk öppenvård
- Minskat behov kirurgi och strålbehandling

Högrisk, icke fjärrmetastaserad

- Lågt differentierad, och/eller
 - Lokalt avancerad, o/e
 - Lymfkörtelmetastaser, o/e
 - PSA > 20 µg/l
-
- Dödlighet 30-70 % efter 10 år
 - Strålbehandling och hormonbehandling
 - Operation och strål- eller hormonbehandling

MDT-konferens (P124)

- Högrisk, icke fjärrmetastaserad PC: **Prio 3**
- Ökar kvaliteten i handläggningen
- Medför viss nivåstrukturering
- Konferens via telelänk möjlig
- Ökat resursbehov inblandade specialiteter

MDT-konferens

- Regionalt och nationellt (?) vårdprogram:
- Deltagare: urolog, onkolog, k-ssk, patolog, röntgen
- Indikationer:
 - Högrisk, icke fjärrmetastaserd PrCa
 - Komplicerande andra sjukdomar
 - Hög risk för recidiv efter op
 - Recidiv efter kurativt syftande behandling
 - Konstaterad kastrationsresistent PrCa
 - Progress av kastrationsresistent PrCa
 - Övriga, då optimal handläggning är oklar
 - Om patienten själv önskar det

Kastrationsresistent PrCa

- Progress efter primär hormonbehandling av spridd prostatacancer
- Överlevnad 1-3 år
- Stort vårdbehov
- Södra regionen:
 - 500 dör varje år
 - 1000 (?) lever med CRPC

Kastrationsresistent PrCa

- Standardbehandling docetaxel: **Prio 4**
 - Om rimligt gott allmäntillstånd
 - Förlänger livet i snitt 3-9 månader
- För närvarande underbehandling (30 %)
- Bör öka till 50-60 %

Kastrationsresistent PrCa

- Abirateron (Zytiga[®]) efter docetaxel: **Prio ≤ 8**
- Cabazitaxel (Jevtana[®]) efter docetaxel: **Prio 9**
- Denosumab (Xgeva[®]): **Prio 8**
- **2013 kommer:**
 - Abirateron (Zytiga[®]) före docetaxel
 - Enzalutamid (Xtandia[®])
 - Radium 123: (Alpharadin[®])

Kastrationsresistent PrCa

Konsekvenser

- Ökad användning av docetaxel
 - Ökad kostnad 25-30 miljoner kr i Sverige
- Ökade kostnader för nya läkemedel
 - Oklart, men kan bli mycket höga kostnader
- Ökat behov av uro-onkologer
 - Redan idag brist
- Ökat behov av palliativ vård
 - Stor, sjuk patientgrupp som lever allt längre



Slut

Lågriskcancer, < 75 år

Primär behandling Södra regionen

