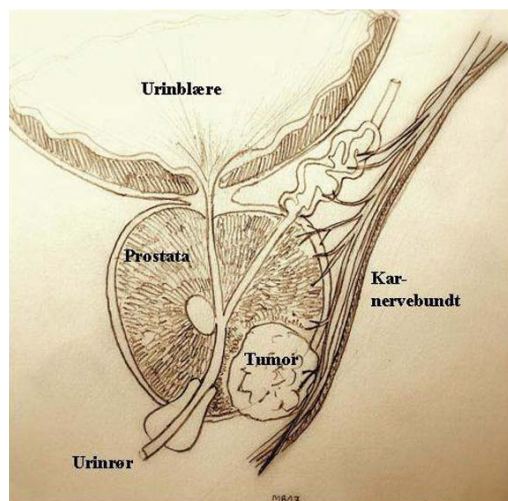


Effekt og risici ved nervesparende radikal prostatektomi

Af overlæge Michael Borre, Urinvejskirurgisk afdeling K, Århus Universitetshospital, Skejby



Nervesparende teknik i forbindelse med operativ behandling for prostatakræft har til formål at bevare det bundt af nerver, der er nødvendigt for bevarelse af rejsningsevnen.



Neurovaskulærebundts forløb i forhold til prostata og eventuel tumor - Illustration af Mads Borre

Denne operationsteknik forudsætter generelt, at kræftknuden er relativt lille og ligger indenfor prostatas kapsel, samt at rejsningsevnen forud for operationen

er god. I modsat fald kan man i forsøget på at bevare nerverne risikere at levne noget af kræftknuden og dermed ikke helbrede patienten.

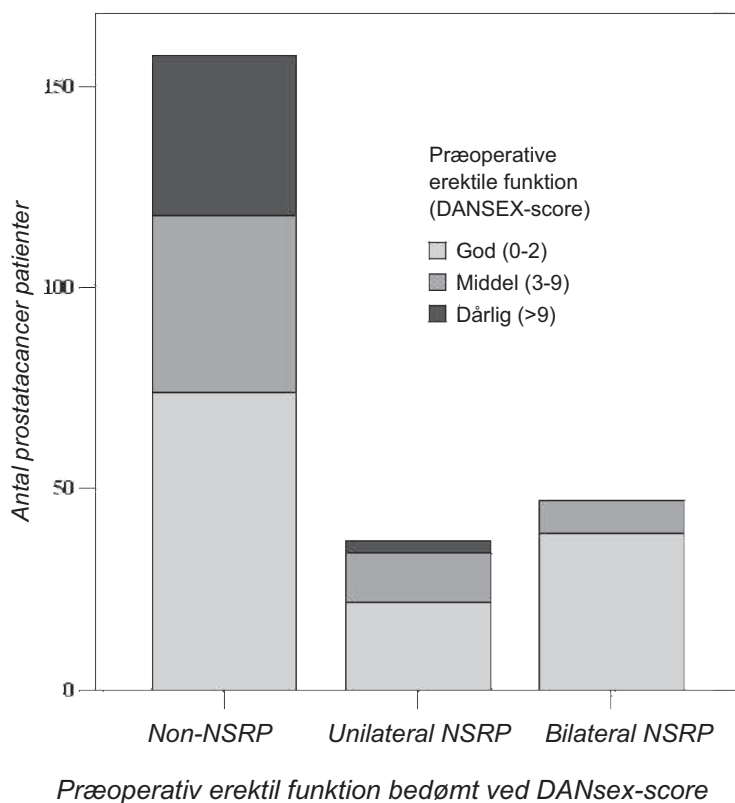
Baggrund

Hyppigheden og dermed antallet af helbredende behandlinger for prostatacancer er voldsomt stigende i den vestlige verden. Ved hjælp af blodprøven prostata-specifikt antigen (PSA) diagnosticeres patienterne til stadighed yngre og dermed på diagnosetidspunktet typisk fortsat seksuelt aktive. Da sygdommens aggressivitet imidlertid er yderst varierende, stilles den enkelte patient i forbindelse med tidlig diagnose ofte overfor stillingtagen til et tilbud om bivirkningsrisikofyldt forsøg på helbredende behandling for til gengæld måske senere at undgå symptomgivende sygdom og eventuel død heraf. Ikke mindst set ud fra denne betragtning er det vigtigt, at bivirkningerne ved behandlingen bliver så få som muligt. Varigt tab af rejsningsevnen er den hyppigste komplikation til radikal prostatektomi, hvorfor operationsteknikken, hvor det er sygdomsmæssigt forsvarligt, bør undgå beskadigelse af nervebundtet, som bevarer netop rejsningsevnen. En succesfuld nervesparende teknik skal således kombinere sandsynligheden for at genvinde rejsningsevnen med samtidig lav forekomst af kræftpositive kirurgiske margener, hvilket vil sige, at kræften når ud til kanten af den fjernede prostata, hvor kirurgen har skåret. Tilstedeværelsen af positive kirurgiske margener er vist at påvirke den efterfølgende sygdomsfrie overlevelse i ugunstig retning.

Materiale og metode

I perioden 2003-2006 fik 242 patienter foretaget radikal prostatektomi på urinvejskirurgisk afdeling på Århus Universitetshospital i Skejby, og af disse blev i alt 84 patienter behandlet med nervesparende teknik. Kriterierne for tilbud herom har udover forventning om lokaliseret og relativ lavrisiksygdom været brugbar rejsningsevne. Før operationen blev patienternes rejsningsevne søgt bedømt ved hjælp af et spørgeskema (DAN-sexscore), medens den opfølgende 12 måneders bedømmelse af rejsningsevnen bestod i, at patienten i forbindelse med den ambulante kontrol adspurgt gjorde rede for eventuelt rejsningsbesvær

og effekten af eventuel medicinsk behandling heraf. Resultatet blev sammenlignet med patienter, som var opereret med henholdsvis ensidig, dobbeltsidig eller uden nervesparende teknik. Herunder opgjordes status vedrørende restsygdom og tidspunkt for eventuelt sygdomstilbagefald.



Resultater

Af de i alt 242 patienter blev 84 opereret med nervesparende teknik. Heraf blev nerverne sparet ensidigt (unilateralt) hos 37 patienter, medens der i 47 af tilfældene blev udført dobbeltsidig (bilateral) nervesparende operation.

Rejsningsevnen

Inden operationen fandtes rejsningsevnen helt forventeligt god hos langt de fleste, som senere blev tilbudt nervesparende behandling. Ikke overraskende var der ligeledes en klar sammenhæng mellem rejsningsevnen og patienternes alder. Flest yngre patienter blev af samme grund tilbudt nervesparende operation. Spontan genvunden brugbar rejsningsevne var ved den 12 måneders operationskontrol en sjælden iagttagelse. Blot i

alt 15 patienter havde gjort sig den erfaring. Af disse havde 12 patienter modtaget nervesparende operation. Effekten af potensfremmende medicinsk behandling var udtalt. Således angav over halvdelen af patienterne med dobbeltsidig nervesparende operation sig ved 12 måneder kontrol med brugbar rejsningsevne med eller uden medikamentel hjælp. Tilsvarende forhold gjorde sig efter ensidig nervebesparelse gældende hos næsten halvdelen af patienterne, medens under en tredjedel uden nervesparende teknik angav sig med tilsvarende god rejsningsevne. Skønt patienten behandlede med dobbelt nervesparende teknik, fandtes en upåklagelig rejsningsevne forud for operationen ikke at udgøre nogen garanti for bevarelse heraf efter operationen.

Kræftkontrol

For at imødegå risiko for unødvendig rest af kræftsygdom i forbindelse med nervesparende operation, er tilbuddet om nervesparende operationsteknik forud gået en risikovurdering af den enkelte patient. Derfor indeholder den nervesparende patientgruppe klart færre patienttilfælde med PSA over 10 ng/ml, Gleason score over 6 samt palpabel kræftknode ved endetarmsundersøgelsen. Efter operationen konstateredes ved vævsundersøgelsen hos hver fjerde patient tegn på restsygdom i form af positive kirurgiske margener. Blandt disse var seks og ni af patienterne behandlet med henholdsvis dobbelt- og enkeltidig nervesparende teknik, medens det tilsvarende antal ved ikke nervesparende teknik udgjorde 45 patienter.

I observationsperioden udviklede i alt 40 (16 %) patienter sygdomstilbagefald i form af PSA-stigning til over 0,2 ng/ml. Dette udgjordes af ni nervesparede patienter mod 31 af de ikke-nervesparede patienter. Sammenhængen imellem tilstedeværelsen af positive kirurgiske margener og et senere påvist PSA-tilbagefald fandtes forventeligt statistisk sikkert. Sammenligning mellem vurdering af sygdommens omfang og udstrækning før og efter operationen viste, at patienterne generelt var betydeligt undervurderede inden operationen. Således fandt man efter operationen tegn på, at kræften havde gennemvokset kapslen hos 16 ud af de 19 nervesparede patienter, som enten endte med restsygdom eller stigende PSA som tegn på restsygdom.

Diskussion

Den nervesparende teknik i forbindelse med radikal prostatektomi blev beskrevet allerede for 25 år siden, og indgrebet udføres aktuelt rutinemæssigt overalt. Enestående operationsresultater med genvunden rejsningsevne på op mod 90 % af patienterne er beskrevet på ”Centres of Excellence”, medens succesraten ved proceduren falder til det halve i knapt så specialiserede hænder. Forklaringen på den udtalte forskel på operationsresultaterne kan imellem være mange, og patientudvælgelsen spiller givetvis væsentligt ind. Patientens alder og rejsningsevne før operationen er væsentlige forhold i denne sammenhæng. Chancen for at genvinde rejsningsevnen falder med stigende alder på operationstidspunktet, ligesom begyndende nedsat rejsningsevne før operationen øger risikoen for senere tab af rejsningsevnen.

Aktuelt fandtes andelen af nervesparede patienter med både positive kirurgiske margener og/eller PSA tilbagefald relativt lav. I en udenlandsk undersøgelse har man til sammenligning tidligere påvist positive kirurgiske margener hos 24 % mod 18 % i aktuelle gruppe af nervesparede patienter. Ved gennemgang af over 9.000 opererede patienter fra USA i løbet af de sidste 20 år fandtes andelen af positive kirurgiske margener

faldende fra 40 % mellem 1982 og 1986 til 10 % i perioden 1997 til 2002.

Nervesparende operationsteknik har blandt de opgjorte danske prostatacancer-patienter åbenlyst været tilbudt efter forudgående patientudvælgelse. Med hensyn til belæg for nervesparende operation er der i litteraturen meget naturligt bred enighed om, at den ideelle kandidat til indgrebet som udgangspunkt er fuldt potent og med en lille kræftknode lokaliseret indenfor prostatas kapsel. PSA og Gleason-score bør også i disse tilfælde tages med i overvejelserne, inden endeligt tilbud om nervesparende procedure. Således synes små tumorer med PSA under 10 ng/ml og Gleason-score på højst 7 at opfylde de fleste forfatteres krav til egnethed, medens andre har advokeret for mere restriktive inklusionskrav. Et væsentligt problem i forbindelse med udvælgelse af egnede patienter til nervesparende operation er således vanskeligheden ved at kunne bedømme sygdommens udbredelse før operationen. Da de bedst egnede kandidater til nervesparende operation i virkeligheden er de, der på grund af minimal sygdom formentlig tillige kandidater til at blive fulgt med tætte kontroller i stedet for operation, er det ikke mindre vigtigt, at bivirkningerne til en mulig overbehandling søges minimeret.

Lægefaglige udtryk

Af Carsten Lewinsky, medicinudvalget i PROPA

I dette nummer af PROPA NYT er der 2 lægefaglige artikler, hvor PSA-tal, Gleason-score, DRU og stadier m.m. bliver anvendt. Hvis du ikke lige ved, hvad udtrykkene betyder, eller trænger du til at få dette genopfrisket, kan du gå ind på PROPA's hjemmeside – www.propa.dk.

På denne side er der tilføjet en ny knap, i venstre side, som hedder Prostatacancer. Fører du musen hen over linket, folder det sig ud og du kan nu vælge knappen, der hedder Undersøgelser eller Diagnosen. Her kan du så studere de forskellige begreber.