
T.E.B. Johansen og P.H. Zahl svarer

KOMMENTAR

TRULS ERIK BJERKLUND JOHANSEN

tebj@uio.no

Truls Erik Bjerklund Johansen er professor emeritus og overlege.

PER-HENRIK ZAHL

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

Det er uklart hva som er hensikten med Berge og Beislands (B&B) kommentar til vår leder, men det er klart at de forsøker å redusere ProtecTs betydning og at de argumenterer for PSA-screening.

B&B er ikke alene om ikke å kjenne ProtecT godt nok. Derfor valgte Hamdy å adressere misforståelser knyttet til studien (lysilde 15) (1). Det er galt at studien først og fremst gjelder pasienter med lavrisiko prostatakraft. Hamdy presiserte hvor stor andel av pasientene som hadde lokalavansert sykdom, at studien ikke stiller spørsmål ved behovet for aggressiv behandling av høyrisikosykdom, og at den aktive monitoreringen ikke var utdatert.

B&B bruker andelen menn under aktiv overvåkning i Norge som argument for screening. Årelang kontroll med gjentatte biopsier, MR- og CT-undersøkelser uten utsikt til en radikal behandling som gir helsegevinst, er en påkjenning for pasientene og en svær kostnad for helsevesenet. Slik blir den høye andelen pasienter i aktiv overvåkning snarere et argument mot enn for, PSA-screening. Det viktigste kriteriet for screening er at det finnes behandling som bedrer overlevelsen (2). ProtecT viser i likhet med andre studier at dette dessverre ikke finnes (3).

Utsagnet om at pasientene har god tid til å bestemme seg for eventuell radikal behandling, er avledet av at det ikke var forskjell i overlevelse mellom gruppene og kan ikke brukes som grunnlag for tidsfrister i norske pakkeforløp. Den viktigste lærdommen av ProtecT er at PSA-testing ikke redder liv, men lager mye overdiagnostikk og overbehandling. Norske primærleger trenger klar veiledning om bruk av PSA. Vi mener det smarteste for menn uten genetisk disposisjon for prostatakraft, er å unnlate å ta PSA-test, slik mannlige urologer gjør for egen del.

Det er ikke troverdig at en norsk ekspertgruppe kan frembringe mer kunnskap om smart PSA-testing gjennom regionale pilotprosjekter, enn hva ProtecT lærer oss. Det er forskjell på risiko for å bli syk og risiko for å dø. De risikostratifiserte studiene er ikke randomisert og statistisk styrke avhenger av effektstørrelse og antall individer. Hvis man i en stratifisert analyse forventer signifikant effekt av behandlingen i en gruppe med høy risiko for sykdom, må man anta at de med lav risiko for sykdom har null eller negativ dødelighet. Det er urimelig.

B&B argumenterer for screening med å vise til en politisk beslutning i EU som ble fattet etter målrettet lobbyvirksomhet før langtidsresultatene av ProtecT forelå. Det er kritikkverdig å unnlate å legge beste kunnskap til grunn for en anbefaling om screening, og det er urovekkende når dette gjøres av to representanter for Norsk kvalitetsregister for prostatakreft.

REFERENCES

1. Hamdy FC. The ProtecT trial: 15-year results. Webcast. Milano: EAU23, 2023 <https://urosourc.uroweb.org/resource-centres/EAU23/251243/webcast> Lest 14.8.2023.
2. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practices of screening for disease. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1968. http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf Lest 27.7.2023
3. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA et al. Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. N Engl J Med 2023; 388: 1547–58. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 4. september 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0529
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2025 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. desember 2025.