

NYHEDSBREV

- januar 2002

2002 = et år med skærpet kamp mod kræften af PROPAs formand Ole Mortensen

Godt nytår! Et ønske der fremsættes tit og af mange på denne årstid. For vores vedkommende - os der bærer rundt på en tikkende bombe inden i os, nemlig vores prostatakræft - håber vi virkelig, at det bliver tilfældet.

Noget tyder på, at der er brug for en skærpet kamp, når overlæge Mogens Kjær, der leder den kliniske forskningsenhed på Aalborg sygehus' kræftafdeling netop har udtalt: " Hvis en af mine nærmeste fik konstateret kræft, ville jeg øjeblikkeligt sørge for, at han eller hun hurtigst muligt kom til USA og blev behandlet dér". Udtalelsen giver han på baggrund af sin påstand: " Jeg ved som læge, hvilken behandling, der er den bedste for patienten. Men det er en politisk beslutning, om jeg kan få lov til at give den".

Læge og folketingsmedlem Jørgen Winther (Venstre) har i den samme debat udtalt " Det er som om at respekten for at overholde sygehusenes budgetter har været større end iveren for at helbrede patienterne".

Formanden for Folketingets sundhedsudvalg, Birthe Skaarup (DF) kræver handling ved at sige " Jeg vil have, at sundhedsministeren fortæller sygehusene, at de naturligvis skal yde patienterne den bedst mulige behandling. Når en række læger samstemmende siger, at det ikke sker i dag, er der noget rivende galt, og derfor skal vi have rettet op på forholdene omgående".

Det er da udtalelser, der skulle give mulighed for en skærpet kræftkamp.

Ved et nyt års begyndelse, ser man også tilbage på året, der gik. Egentlig tror jeg, at der har været mange lyspunkter inden for kampen mod prostatakræft, men der har desværre også været skuffelser.

Det positive er, at der i større omfang foretages radikal prostatektomi. Man foretager nu i stigende omfang operationen, hvor prostata fjernes på patienter med lokaliseret kræft, på de 5 universitetshospitaler. Det er mange, der på denne måde og ved den udvidede brug af strålebehandling med strålekanon og strålebehandling med indlæggelse af radioaktive korn i prostata, har fået mulighed for at blive helbredt for deres kræftsygdom. Alle disse behandlingsmuligheder kræver imidlertid en tidlig konstatering af sygdommen, der ikke må have bredt sig ud over selve prostata.

Det, der har givet skuffelser, er, at mange først får opdaget sygdommen, når de er forbi dette stadium. Vi må derfor blive ved med at henlede mænds og praktiserende lægers opmærksomhed på risikoen.

Årets store skuffelse har været, at forsøget med dendritcelle-vaccination ikke blev fuldendt og ikke gav noget positivt resultat. 20 patienter skulle i behandling, kun 17 kom det, og der kom ingen solstrålehistorier ud af det. Var det ikke for tidligt at give op. Et resultat kommer ikke altid i første forsøg. Om det var mangel på penge, viden, samarbejde eller gå-på-mod ved vi ikke. Vi, der var med i forsøget, fik ikke en tilbagemelding.

Lad os håbe på, at kliniske forsøg og forskning får et løft i år, så det kan blive *et godt nyt år*.

Nyt fra udlandet.....

Gendefekt deaktiverer blokering af cellevækst

Dr. Scott-Friedman fra Mount Sinai School of Medicine i New York har oplyst, at man har fundet et gen: KLF6, der er defekt / muteret i over halvdelen af alle prostatakræft tilfælde.

Opdagelsen giver et vigtigt indblik i de signaler, som "går skævt" under udviklingen af kræft, og det kan muligvis føre til fremkomst af mere forfinede diagnosemetoder og behandlinger. KLF6 kan vise sig at være en mere betydningsfuld tumor-bremse end de hidtil kendte.

Forskerne fandt KLF6-mutationer i 55% af 33 prostatakræft vævsprøver, mens man ikke fandt mutationer i normale prostata vævsprøver fra samme patienter, eller i prøver fra mænd, der ikke havde kræft.

KLF6 synes at virke ligesom andre kendte tumor-bremsende gener. Den normale version af KLF6 aktiverer et gen p21, der herefter blokerer for cellevæksten. Men i laboratorieforsøg fandt Friedman og hans team, at den muterende version af KLF6 var mindre effektiv til at aktivere p21 og ikke bremsede prostatakræftcellens vækst.

Det er også muligt, at der kan udvikles en genetisk test til bedømmelse af risikoen for at få prostatakræft. Omkring 10% af tilfældene er formodentlig arvelige, og en sådan test kunne få betydning for familier, hvor der findes andre tilfælde af denne sygdom.

Kommende forsøg skal vise, om mutationerne først finder sted, når tumoren er udviklet, eller er til stede, når den begynder at dannes.

Kilde: "Science" 2001, 294:2563-2566

Mødeoversigt

senere i dette Nyhedsbrev findes en udførlig beskrivelse af nedenstående møder:

Landsdel:	Emne:	Sted:	Dato:	Klokken:
Hele landet	Årsmøde/generalforsamling	Århus	20.04.	11.00-16.00
Nordjylland	Samtalegruppemøde	Ålborg	05.03	19.00-21.30
Midtjylland	Tema- og orienteringsmøde bl.a. Bobby Zachariae	Århus	14.02	16.00-20.00
Syddjylland	Kræftrådgivning	Esbjerg	06.02	19.00-21.00
"	Alternativ kræftbehandling	Kolding	19.03	19.00-21.30
Fyn	Samtalegruppemøde	Odense	04.04	19.00-21.00
Sjælland	Spørg lægen	Københ.	29.01	19.00-21.30
"	Mænd og kræft	Helsingør	19.02	19.30-21.00
"	Samtalegruppemøde	Lyngby	05.03	19.00-21.30

Brakyterapi som behandling ved *lokaliseret* prostatakraft af afdelingslæge Nis Nørgaard, Ultralydafdelingen, Herlev Hospital.

Denne artikel vil omhandle en beskrivelse af teknikken og en rapportering af de hidtidige erfaringer fra Herlev Sygehus.

Brakyterapi (gr. *brachys* kort + *therapia* behandling) er en strålebehandling. *Braky* refererer til, at strålingen kun har kort indtrængning i vævet, og derfor er lettere at kontrollere end strålebehandling med længere indtrængning. Ved brakyterapi placeres strålekilderne i det organ, der skal behandles. Dette er i modsætning til strålebehandling udefra (ekstern strålebehandling), hvor strålingen skal passere sundt væv, før den når det syge organ.

Brachyterapi ved prostatakraft er ikke en ny behandling. I 1970'erne behandlede professor Whitmore ved Memorial Sloan-Kettering Cancer Center i USA patienter ved at implantere korn med radioaktivt Jod-125 i prostata [1-3].

Teknikken var meget anderledes end den, der anvendes i dag. Implantationen blev udført under en operation, hvor patientens abdomen blev åbnet som ved en radikal prostatektomi (operativ fjernelse af prostatakirtlen) for at få adgang til prostata. Når prostata var blotlagt, blev stråledosis beregnet udfra, hvor stor kirurgen *mente*, prostata var. Herefter førte han med *fri hånd* nåle med det radioaktive jod ind i prostata. Hvor dybt de skulle ind, blev bedømt af en assistent, der følte på patientens prostata gennem endetarmen. Der kan ikke være tvivl om, at denne teknik havde mangler. For det første var dosisplanlægningen baseret på et usikkert mål af prostatas størrelse. For det andet var indføringen af de radioaktive korn en frihåndsteknik, hvor den parallelle placering af nålene med kornene, som var forudsætningen for dosisplanen, upræcis. Dette førte til en uhomogen fordeling af strålingen, hvor områder af prostata blev underbehandlet, så kræftcellerne i disse "kolde" områder ikke blev slået ihjel, mens andre områder fik for høj stråling, hvilket øgede risikoen for bivirkninger.

Hvis brakyterapi skulle have en fremtid, måtte dosisplanlægningen og indføringen af de radioaktive korn gøres mere præcis. I 1981 beskrev professor Hans Henrik Holm fra Ultralydafdelingen på Københavns Amts Sygehus i Herlev for første gang, hvordan man kunne tage en præcis biopsi fra prostata under vejledning af ultralydskanning gennem patientens endetarm, TRUS (metoden er beskrevet i Nyhedsbrev - maj 2001, side 12) [4]. Han kombinerede denne teknik med erfaringer fra tidligere brakyterapi-behandlinger af tumorer i bugspytkirtlen, og beskrev i 1983 for første gang grundlaget for den form for brakyterapi, man kender i dag [5,6].

Dosisplanlægningen blev foretaget på baggrund af TRUS, hvor man for hver 5 mm fremstillede et tværbillede af prostata. Dette gav et meget præcist volumen af prostata, som stråle-onkologerne kunne bruge til beregning af, hvor kornene skulle placeres.

Under selve implantationen sikrede man ved hjælp af TRUS, at kornene blev placeret som planlagt. Man anvendte et specielt nålestyringssystem, så man kunne følge nålene, og dermed de radioaktive korn, på ultralydskærmen. Alle TRUS-undersøgelser på daværende tidspunkt resulterede dog kun i tværbilleder af prostata.

Efter brakyterapien fik patienterne også ekstern strålebehandling. Der blev givet 160 Gray -Gy (fysisk enhed for absorberet stråle-dosis) med korn og 45 Gy som ekstern stråling. Den samlede stråledosis til

prostata og omgivende væv blev derfor væsentlig større end den, der anvendes i dag. I stedet for radioaktivt guld anvendte man på Herlev radioaktivt jod-125.

Der blev behandlet 32 patienter frem til 1987. På grund af den høje stråledosis, specielt til de nærliggende organer endetarm og urinblære, fik fem patienter så alvorlige bivirkninger, at behandlingen blev stoppet i 1987.

Senere blev resultaterne gjort op. Efter en median opfølgningstid på 65 måneder (35 – 98) var 11 uden tegn på spredning. Af disse 11 var syv stadig i live, mens fire var døde af andre årsager. En patient var i live, men havde udviklet metastaser. 18 var døde af deres prostatakræft. En patient var død af ukendt årsag og en var det ikke muligt at lave follow-up på [7].

Behandlingen var tiltænkt patienter med lokaliseret prostatakræft, men hvis man ser patienterne nærmere an, må man mistænke, at flere allerede havde fremskreden sygdom på behandlingstidspunktet [7].

På den baggrund var resultaterne måske ikke så dårlige, men bivirkningerne var som beskrevet for alvorlige til, at man ville fortsætte. Inden behandlingen blev stoppet, var der imidlertid en urolog, Haakon Ragde fra Seattle, på besøg på Herlev for at lære teknikken. Han diskuterede stråledosis med onkologer i USA, og de fandt, at den samlede dosis var for høj ved den danske model. De opstillede to behandlingsretninger. En hvor patienterne kun fik implanteret jod-125, 160 Gy, og en anden hvor patienterne *først* fik ekstern stråling, 45 Gy og herefter implanteret jod-125 i reduceret dosis, 120 Gy.

I den første gruppe tilstræbte Ragde og medarbejdere kun at behandle patienter med lokaliseret prostatakræft (T1* og T2), mens de i den anden gruppe også behandlede nogle med lokal avanceret sygdom, altså hvor kræften var brudt gennem prostatas kapsel (T3). De har løbende publiceret deres resultater [8,9].

Der foreligger nu også op til 13 års follow-up på de første 619 patienter, der kun har fået brakyterapi. Jod-125 til lokaliseret sygdom og Palladium-103 til lokalt avanceret sygdom. Disse resultater ser lovende ud. Samlet set er 77% uden tegn på sygdom 13 år efter behandlingen. I den gruppe der har fået Jod-125, er 76% uden tegn på sygdom, mens det er 80% hos dem, der har fået Palladium-103 [10].

Ragde og medarbejdere begyndte også tidligt at afholde kurser, hvor de har oplært andre til at udføre brakyterapi. Brakyterapi er således nu et tilbud på mere end 1000 centre i USA og mange steder i Europa. I USA har antallet af brakyterapi-behandlinger været stigende de sidste 5 år, mens antallet af radikale prostatektomier har været faldende (Figur 4).

Teknikken er, i takt med udviklingen af det apparatur der anvendes, blevet modificeret, og der anvendes lidt forskellige opsætninger rundt om i verden.

Generelt består brakyterapi af 2 dele. Først skal der foretages en præcis volumenberegning af prostata ved hjælp af TRUS. Ved volumenberegningen fremstilles en række tværbilleder af prostata fra den ene ende til den anden. På disse billeder er der med et koordinatsystem vist, hvor nålene med korn vil blive ført ind i prostata. Disse billeder danner grundlaget for dosisplanlægningen, og planen for i hvilke koordinater der skal placeres korn og hvor mange (Figur 1).

Figur 1. Internetudgaven af nyhedsbrevet kan ikke vise figuren.

Selve implantationen foregår ved at nåle med kornene føres gennem området mellem pungen og endetarmen præcist ind i prostata. Indføringen sker under ultralydvejledning og dermed under synets vejledning. Der anvendes et nålestyringssystem svarende til koordinatsystemet fra volumenberegningen, hvorved kornene placeres svarende til planen. Nålene anvendes kun til selve indføringen, hvorefter de kasseres (Figur 2).

Figur 2. Internetudgaven af nyhedsbrevet kan ikke vise figuren.

Når alle korn er implanteret, anlægges et kateter gennem urinrøret for at lette vandladningen. Det fjernes igen efter 24 timer. Disse to dele af proceduren kan udføres i forlængelse af hinanden på samme dag, men de fleste steder foregår de på to forskellige dage.

Der anvendes typisk 20 – 30 nåle og 60 – 80 radioaktive korn for at sikre, at hele prostata bliver bestrålet. Hvert korn er 5 mm langt og lige under 1 mm i diameter. De implanterede korn forbliver permanent i prostata. Jod-125 har en halveringstid på 60 dage. Efter et år er der således kun 1,5% af den oprindelige stråling tilbage (Figur 3).

Figur 3. Internetudgaven af nyhedsbrevet kan ikke vise figuren.

Samtidig med publiceringen af resultater af behandlingen har der været rapporter om bivirkninger efter brakyterapi.

Generelt kan man sige, at der er 2 typer bivirkninger; akutte og kroniske. De akutte bivirkninger skyldes primært hævelse af prostata. Denne hævelse forårsages først af den manipulering, der sker med prostata under selve implantationen, og derefter af den akutte strålingspåvirkning. De akutte bivirkninger kan være ømhed og en stikkende fornemmelse i prostataregionen, der oftest forsvinder hurtigt.

Den hyppigste bivirkning er vandladningsproblemer som ved forstørret prostata. Graden af disse er afhængig af, hvor udbredte de er inden implantationen. Det er typisk værst cirka 1 måned efter implantationen, hvorefter de aftager [11,12]. Totalt stop i vandladningen ses hos cirka 6%, hvoraf halvdelen senere vil have behov for en skrælning af prostata (TURP) [11,13,14].

De kroniske bivirkninger er manglende evne til ikke at kunne holde på vandet (inkontinens) og impotens. Inkontinens ses ikke, hvis der ikke foretages operative indgreb på prostata, eller hvis det gøres inden implantationen [15]. Hvis der derimod foretages TURP efter implantationen, angives inkontinens meget forskelligt, fra 0% til 48% [14,16].

Impotens angives også lidt forskelligt fra 21% efter 3 år til 41% efter 6 år. Andre angiver 16% og sammenligner det med 62% efter radikal prostatektomi. For brakyterapi gælder, at det afhænger af alder og potenskvalitet på behandlingstidspunktet [17,18].

På baggrund af de publicerede resultater og bivirkninger fra Ragde, besluttede man i 1998 på Herlev Hospital at genoptage brakyterapi som behandling ved *lokaliseret* prostatakræft i Danmark.

Der er nu behandlet 34 patienter. Der er 1 års follow-up på 20 patienter. Median PSA er faldet fra 6,9 (2,3-15,1) til 0,5 (0,1-4,6). 13 patienter er fulgt i 2 år. Median PSA er her faldet fra 6,8 (2,3-15,1) til 0,2 (0,1-3,1).

To patienter er begyndt at stige i PSA. Udenlandske arbejder har beskrevet en sådan PSA-stigning, hvorefter den falder igen. Derfor er den internationale definition på en ikke helbredt patient som følger: Efter en opnået laveste værdi, er der konstateret 3 på hinanden følgende stigninger i PSA ved målinger med 3-6 måneders intervaller (19).

Hvad angår bivirkninger, er der observeret lidt kraftigere bivirkninger end rapporteret fra udlandet. Den hyppigste bivirkning er vandladningsproblemer, der hos otte patienter har været vedvarende og resulteret i TURP. Tre af disse patienter er siden blevet inkontinente. TURP'erne er koncentreret på de første patienter, således er syv af de otte foretaget blandt de første 12 patienter. Dette kan skyldes, at der har været en learning curve, men også at man nu hælder mere til de nye internationale udvælgelseskriterier, hvor man ikke anbefaler brakyterapi til patienter med mange vandladningsgener [19].

Figur 4: Udviklingen i antallet af brakyterapi-behandlinger og radikale prostatektomier i USA. Baseret på nedenstående oplysninger fra Medicare.

	1996	1997	1998	1999	2000
Brachytherapy	4336	8346	15022	17645	19202
Radical Prostatectomy	<u>37830</u>	<u>37388</u>	<u>30832</u>	<u>31608</u>	<u>30783</u>
Total	42166	45734	45854	49253	49985

Der er desværre aldrig foretaget videnskabelige undersøgelser mellem effekten af brakyterapi, ekstern strålebehandling og radikal prostatektomi, hvorfor man ikke med sikkerhed kan sige, hvilken behandling, der er mest effektiv overfor lokaliseret prostatakraft.

Det er desværre også spørgsmålet om en sådan undersøgelse nogensinde vil blive foretaget, da det vil kræve en patientgruppe, der kan tilbydes alle de nævnte behandlinger, hvorefter der skal foretages lodtrækning. Endvidere vil det formentlig vare mindst 10 år, før man kan sige noget sikkert om resultatet.

References

- 1 Grossman HB, Batata M, Hilaris B, Whitmore WJ. 125I implantation for carcinoma of prostate. Further follow-up of first 100 cases. *Urology* 1982; **20**(6):591-598.
- 2 Whitmore WJ, Hilaris B, Grabstald H. Retropubic implantation of iodine 125 in the treatment of prostatic cancer. *Trans Am Assoc Genitourin Surg* 1972; **64**(55):57.
- 3 Whitmore WJ. Retropubic implantation of I125 in the treatment of prostatic cancer. *Prog Clin Biol Res* 1976; **6**:223-233.
- 4 Holm H, Gammelgaard J. Ultrasonically guided precise needle placement in the prostate and the seminal vesicles. *J Urol* 1981; **125**(3):385-387.
- 5 Holm H, Stroyer I, Hansen H, Stadil F. Ultrasonically guided percutaneous interstitial implantation of iodine 125 seeds in cancer therapy. *Br J Radiol* 1981; **54**(644):665-670.
- 6 Holm H, Juul N, Pedersen J, Hansen H, Stroyer I. Transperineal 125iodine seed implantation in prostatic cancer guided by transrectal ultrasonography. *J Urol* 1983; **130**(2):283-286.
- 7 Iversen P, Rasmussen F, Holm HH. Long-term results of ultrasonically guided implantation of 125-I seeds combined with external irradiation in localized prostatic cancer. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1991; **138**:109-115.
- 8 Ragde H, Blasko JC, Grimm PD, Kenny GM, Sylvester J, Hoak DC et al. Brachytherapy for clinically localized prostate cancer: results at 7- and 8-year follow-up. *Semin Surg Oncol* 1997; **13**(6):438-443.
- 9 Ragde H, Elgamal AA, Snow PB, Brandt J, Bartolucci AA, Nadir BS et al. Ten-year disease free survival after transperineal sonography-guided iodine-125 brachytherapy with or without 45-gray external beam irradiation in the treatment of patients with clinically localized, low to high Gleason grade prostate carcinoma. *Cancer* 1998; **83**(5):989-1001.

- 10 Ragde H, Grado GL, Nadir BS. Brachytherapy for clinically localized prostate cancer: thirteen-year disease-free survival of 769 consecutive prostate cancer patients treated with permanent implants alone. *Arch Esp Urol* 2001; **54**(7):739-747.
- 11 Desai J, Stock RG, Stone NN, Iannuzzi C, DeWyngaert JK. Acute urinary morbidity following I-125 interstitial implantation of the prostate gland. *Radiat Oncol Investig* 1998; **6**(3):135-141.
- 12 Beyer DC, Priestley JB, Jr. Biochemical disease-free survival following 125I prostate implantation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997; **37**(3):559-563.
- 13 Blasko JC, Ragde H, Grimm PD. Transperineal ultrasound-guided implantation of the prostate: morbidity and complications. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1991; **137**:113-118.
- 14 Terk MD, Stock RG, Stone NN. Identification of patients at increased risk for prolonged urinary retention following radioactive seed implantation of the prostate [see comments]. *J Urol* 1998; **160**(4):1379-1382.
- 15 Stone NN, Ratnow ER, Stock RG. Prior transurethral resection does not increase morbidity following real-time ultrasound-guided prostate seed implantation. *Tech Urol* 2000; **6**(2):123-127.
- 16 Ragde H, Blasko JC, Grimm PD, Kenny GM, Sylvester J, Hoak DC et al. Brachytherapy for clinically localized prostate cancer: results at 7- and 8-year follow-up. *Semin Surg Oncol* 1997; **13**(6):438-443.
- 17 Robinson JW, Moritz S, Fung TS. Erectile function of men following brachytherapy compared with other treatments for localized prostate carcinoma. *Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys.* 48[3], 156-156. 2000. Ref Type: Abstract
- 18 Stock RG, Kao J, Stone NN. Penile erectile function after permanent radioactive seed implantation for treatment of prostate cancer. *J Urol* 2001; **165**(2):436-439.
- 19 Nag S. Brachytherapy for prostate cancer: summary of American Brachytherapy Society recommendations. *Semin Urol Oncol* 2000; **18**(2):133-136.

* T1, T2, T3: Beskrevet i Nyhedsbrev - februar 2001, side 7.

Den kliniske undersøgelse klassificeres systematisk i 4 hovedstadier. **T** står for primær-Tumoren/ svulsten i selve prostata-kirtlen:

T1 betyder, at lægen ikke kan føle tumoren gennem fingren,

T2 tumor indebærer en følelig tumor, som synes at være afbrænset til prostata.

T3 er et føleligt angreb, som indikerer, at tumoren har bredt sig og er gået igennem kapslen udenom prostata-kirtlen.

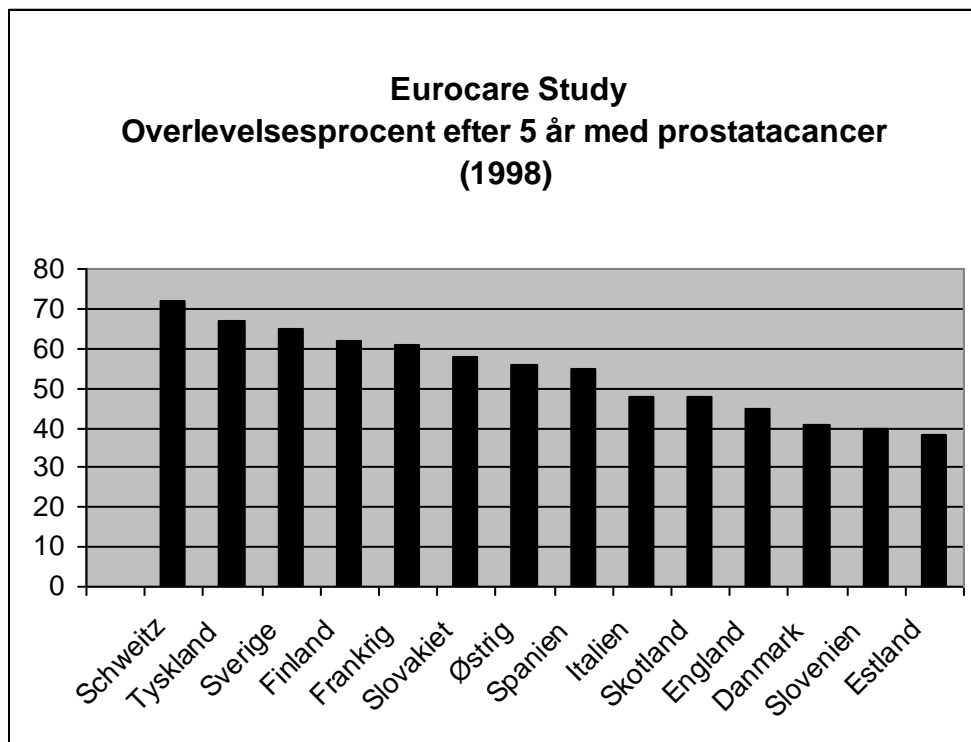
T4 indebærer, at tumoren har spredt sig til andre dele udenfor prostata.

Screening ?

af PROPAs næstformand Gunnar Petersen

En undersøgelse, offentliggjort i The European Journal of Cancer, viste at Danmark var et af de lande i Europa, hvor chancen for at overleve efter at have fået konstateret prostatakræft, er dårligst.

Kun i Estland og Slovenien er chancen for at være i live efter 5 år minimalt dårligere. Undersøgelsen viser klart, at den manglende interesse her i landet for prostatakræft medfører, at man almindeligvis først finder den på et tidspunkt, hvor man ikke kan tilbyde nogen helbredende behandling.



Graf:

En af PROPAs mærkesager er derfor, at få mænd, der har vandladningsbesvær eller andre symptomer, til at gå til læge, og at få lægerne til at undersøge de mænd, der kommer med symptomerne.

Men er det nok?

I en artikel i september-udgaven af "Liv med Kræft" gør PROPAs formand Ole Mortensen sig til talsmand for at en PSA måling på sigt bør være en del af ethvert helbredstjek hos midaldrende eller ældre mænd.

Det imødegås i artiklen af overlæge Peter Iversen med at screening vil føre til unødvendig overbehandling med de deraf følgende bivirkninger. 60 - 80% af mændene må regne med at blive impotente efter en operation.

Ja, men det skyldes jo netop, at man i Danmark ikke screener. I USA, hvor man screener hyppigere, findes der data, som tyder på, at man ved et tidligere indgreb kan bevare erektionen hos 60-70% af patienterne.

www.danmark.dk

Danmark.dk er 'genvejen til det offentlige', hvor du kan finde frem til en række offentlige myndigheder og instanser.

www.sum.dk

På sundhedsministeriets hjemmeside kan du bl.a. få information om ventetider (de har en langt mere detaljeret oversigt over ventetider under opbygning). De har også en omfattende linkssamling til bl.a. sygehuse og hospitaler: www.sum.dk/frames/frame6.htm

www.laegemiddelstyrelsen.dk

På Lægemiddelstyrelsens hjemmeside kan du bl.a. læse om tilskud til lægemidler og om de enkelte lægemidler under 'produktresuméerne'. Der er dog fyldt med medicinske udtryk, og hvis du kan engelsk er det måske mere at hente på www.bccancer.bc.ca jf. nedenunder.

Sider på engelsk:

cancernet.nci.nih.gov

Cancernet er det amerikanske NCI = National Cancer Institutes hjemmeside. Den er meget omfattende. Deres sider om prostatakræft rettet til patienter og pårørende finder du her:

cancernet.nci.nih.gov/Cancer_Types/Prostate_Cancer.shtml

NCI's links til andre sider om prostatakræft finder du her:

cancernet.nci.nih.gov/cancerlinks.html#prostatecancer

Her kan du finde de seneste nyheder fra forskningens verden om prostatakræft, men vær opmærksom på, at meget af dette er skrevet på et svært tilgængeligt fagsprog:

www.nlm.nih.gov/medlineplus/prostatecancer.html

NCI's oversigt over forskningsprojekter primært i USA men også i andre lande finder du her:

cancertrials.nci.nih.gov

Klik dig ind til 'prostate cancer' via 'Types of cancer'

www.eortc.be

Hos EORTC = European Organisation for Research and Treatment of Cancer kan du under 'protocols' finde en oversigt over forskningsprojekter inden for prostatakræft i Europa.

www.cancer.org

Her finder du den Amerikanske Kræftforening. Deres sider om prostatakræft er her:

www.cancer.org/eprise/main/docroot/lrn/lrn_0

www.cancerbacup.org.uk

Cancerbacup er en britisk informationstjeneste, som startede som telefonrådgivning, men som nu også har en meget omfattende hjemmeside.

Deres sider om prostatakræft finder du her

www.cancerbacup.org.uk/info/prostate.htm

www.bccancer.bc.ca

I den Canadiske delstat British Columbia har man en hjemmeside om kræft, hvor man bl.a. kan finde meget uddybende beskrivelser af **lægemidler**. Klik på 'Treatment' under 'Services for patients and community'.

Bækkenbundstræning til mænd, der ikke kan holde tæt? **af fysioterapeut og uroterapeut Birthe Bonde**

Når vandhanen drypper, kan man bare udskifte pakningen, eller sætte ny hane på. Helt så simpelt er kroppen ikke indrettet. Er man utæt for urin og/eller afføring, kan der være mange årsager til dette, men den vigtigste struktur i kroppens pakning/hane er bækkenbunden.

Bækkenbunden er en muskelgruppe, der kan trænes op lige som kroppens andre muskler. Den ligger i bunden af kroppen, lukker bækkenet og danner derved en slags "prop" forneden. Egentlig var den konstrueret til at logre med halen - men som bekendt forsvandt vores haler og vi kom op at gå på to ben.

Derved blev bækkenbunden en af vores vigtige holdningsmuskler. Den skal holde og støtte vores underlivsorganer (urinrør,blære og tarm) . Den skal være med til at tage vægten af alle vores bugorganer, lunger, hoved (vejer 8-10 kg.) og vægten af alt det, vi bærer på ryggen eller på armen.

Bækkenbunden kan også få blæren til at slappe af og få vandladningstrangen til at forsvinde. Dette sker hver gang, man spænder bækkenbunden. Derfor er bækkenbunden en meget vigtig muskelgruppe, der sørger for, at vi er tætte. Den er desværre kun omkring 1 cm. tyk og i vores kultur er der ikke tradition for, at vi træner med denne muskelgruppe. Den skal spændes hver gang bugtrykket stiger f. eks. før host,nys og latter. Den skal også spændes før man rejser sig og sætter sig, før man løber og hopper og under anden fysisk anstrengelse.

Den kan blive svag af kroniske forstoppelse og af operationer i bækkenet, der fjerner noget af muskelgruppen eller beskadiger nerverne til bækkenbunden.

Det er utroligt svært at begynde en træning af bækkenbunden, da de fleste af os kommer til at gøre det forkert. Man kan ikke se musklerne, som man kan se en lårmuskel eller en bøjemuskel i armen. Desuden kan bækkenbunden i starten af en træning være meget svag og derfor hurtigt blive træt og udmattet.

Træning

Dette kan man få hjælp til af en specialuddannet fysioterapeut eller uroterapeut (en specialist i urologilæren om de øvre og nedre urinveje- uddannet på Göteborgs Universitet). Her vil man kunne lære nogle små tricks, som letter indlæringen og træningen. Langt de fleste lærer det rimeligt hurtigt.

Nogle vil have brug for træning på en lidt anden måde. F.eks. med et biofeedback-apparat. Det er et lille apparat, der måler de signaler, man sender fra hjernen til bækkenbunden. Disse signaler får apparatet til at lyse og udsende bib-lyde, når man gør det korrekt. Ganske få mænd vil have brug for el-stimulation til at "vække" en doven bækkenbund. Behandlingstiden er omkring en halv time.

Mange kan nøjes med en engangs-instruktion. Andre vil have brug for lidt mere, afhængig af bivirkningerne af en operation i området.

Behandlingen koster 300,-kr første gang og 250 for de efterfølgende. Sygeforsikringen Danmark giver tilskud(mellem 56-120 kr. pr. gang), når man er henvist fra hospitalets læge eller egen speciallæge.

Der er specialuddannede fysioterapeuter/uroterapeuter i København, Roskilde, Odder, Vejle og i Sønderjylland. I øjeblikket er der ingen hospitaler , der tilbyder denne behandling.

Hvordan tester man, at der lukkes i bækkenbunden

Der er 3 måder hvorpå, man kan teste sig selv, hvorvidt man kan knibe sammen i bækkenbunden.

1) Forsøg at standse strålen ved vandladning.

I begyndelsen er det lettets at gøre i slutningen af en vandladning. Det er ikke noget man skal gøre særlig tit, fordi det kan give problemer med at tømme blæren helt.

2) Lig på ryggen med bøjede ben, placer et par fingre på mellemkødet bag testiklerne og foran endetarm. Pres fingrene lidt opad og knib sammen. Føl, at der løftes lidt op i området og at det bliver noget hårdere. Slap af igen og føl at området falder ned igen.

3) Lig på siden med bøjede ben, placer en finger(evt. med en fingertut på) i endetarmen(som et termometer). Knib og føl yderst en ring, der snørre sammen hele vejen rundt om fingeren og lidt dybere en slynge, der fører fingeren fremad mod testikler og penis. Slip knibet igen og føl at bunden er blød og åben.

Hvordan træner man bækkenbunden

Bækkenbundensøvelser er i starten af en optræning ikke noget meget kraftigt - det er nærmest samme fornemmelse som at spidse munden - bare i den anden ende. Bækkenbunden er kun 1 cm. tyk, som en læbe og derfor vil det ikke være en kraftfuld og stærk fornemmelse men derimod en handling, der kræver stor koncentration og meget tankevirksomhed, før der sker noget.

Når svage, slappe muskler skal optrænes, er det bedst at starte liggende på ryggen. Man skal fornemme en lukning af endetarmen. Omkring urinrør føles ikke så meget, når man ligger på ryggen.

Man skal forsøge at lukke endetarmen. Man skal ikke presse balderne sammen, heller ikke suge maven ind eller holde på vejret. Man skal heller ikke presse knæene mod hinanden.

Man kan måske lige klare at lukke 2-3 sec., så slipper lukningen af sig selv, og man kan måske lave 4-6 af disse sammentrækninger, før man begynder at spænde alle andre steder - så er det tid til en pause.

Målet er 20 sammentrækninger(knib) a 6-8 sec. varighed med lige så lang pause imellem, plus et knib a 30 sec. varighed i stående stilling. Her er det også sværest at aktivere bækkenbunden og det er i denne stilling man har mest brug for den.

Ønsker man træningsprogram, så kontakt

GynObs klinikken

v/Birthe Bonde, fysioterapeut og uroterapeut

Classensgade 37, st, th

2100 København Ø

tlf: 35383465

Andre uroterapeuter:

Gunnild Hornbæk

Nørremarksvej 162

7120 Vejle Øst

75 81 40 82

Karen Berggreen

Jels Vestergade 17

6630 Rødding

74 55 22 20

Hanne Ryttergaard

Støden 18, 1.

4000 Roskilde

24 80 91 08

På Amtssygehuset i Herlev og på Sjeby Sygehus findes sygeplejersker på de urologiske afdelinger med uroterapeutisk uddannelse.

BREVE fra medlemmer

De næste tre artikler er indsendt af PROPA-medlemmer, der har haft særlige erfaringer eller oplevelser, der har interesse for flere af vore medlemmer. Det er dog ikke tanken, at der skal bringes medlemsbreve i hvert Nyhedsbrev. Optagelse aftales i hvert tilfælde med redaktionen.

Mig og Tyra – en strålende historie

af PROPA -medlem Alex Olsen

Stor var sorgen da jeg i julen 1999 gik til lægen med vandladningsproblemer og fik konstateret kræft i prostata. Vores verden var ved at synke i grus, og vi kunne ikke se at vores tilværelse igen skulle kunne blive normal. Nedturene i de næste 2 år er ikke rare at tænke tilbage på.

Først viste alle prøver på Glostrup Amtssygehus, at kræften var isoleret i prostata, hvorfor jeg blev sendt videre til Rigshospitalet for at blive opereret. En ekstra biopsi viste dog at kræften havde bredt sig til sædblæren. Jeg blev nu sendt tilbage til Glostrup, hvor lymfekirtlerne blev fjernet for at undersøge, om det havde bredt sig yderligere.

Denne test var heldigvis negativ. Jeg fik at vide på Glostrup, at jeg nu skulle til Herlev for at få indopereret radiaktive jodstave i prostata. Mine papirer kom dog hurtigt retur til Glostrup, for den behandling kunne ikke lade sig gøre, når kræften havde bredt sig. Efter endnu en samtale blev jeg atter henvist til Herlev, nu for at få foretaget en normal strålebehandling.

I sommeren 2000 fik jeg strålebehandling på maskinen Tyra. Fra 4 forskellige vinkler i 35 dage. Det lyder umiddelbart hårdt, men jeg kan ikke rose personalet nok for deres måde at være på og behandlingen forløb godt uden de store ubehag, bortset fra nogen træthed og et par dage midt i forløbet med kvalme.

Mit PSA tal var fra starten 12. Da jeg få måneder efter strålebehandlingen fik det kontrolleret, var det desværre kun faldet til 9. Ikke nogen succes syntes jeg, men lægerne lovede mig at strålerne stadig sad i kroppen og var aktive. I maj 2001 var PSA tallet 5,9 og nu i november 2001, er det helt nede på 3,5. Jeg har i dag kun de gener, at jeg skal lidt oftere på toilettet end før og lidt mudren i de nedre regioner – strålene virker nemlig også på det raske væv. Vores seksualliv har ikke taget skade og fysisk er jeg så god som ny.

Nu er successen hjemme, og jeg håber, at andre kan få glæde af samme behandling - og med samme gode resultat som mig.

At vælge sit liv

af docent emeritus (DTU) Ivar G. Jonsson

I forsommeren år 2000 skulle jeg tage stilling til, hvilken behandling jeg skulle vælge for min nyligt konstaterede prostatacancer (PC); som andre ramte af denne lidelse skulle jeg vælge min kommende tilværelse, eller, med lidt store ord, vælge hvordan jeg skulle tilbringe resten af mit liv. Det endte med, at jeg fravalgte traditionel behandling og fortsatte min egen kur under løbende lægekontrol, s.k. Watchful Waiting (WW – 'Årvågen afventen'). - Både 'læg og lærd' har siden opfordret mig til at fortælle andre om mine overvejelser og valg, og om mine erfaringer med min 'kur' – derfor dette personlige indlæg.

I januar måned, 2000, gik jeg til min læge med en vag fornemmelse af træthed og 'ubalance' i kroppen. En blodprøve afslørede et mistænkeligt højt PSA-tal, 18 var det. Tre måneder senere fik jeg at vide, at jeg var én af de fire danske mænd, der den dag fik konstateret PC. Kræften havde utvivlsomt bredt sig over hele

kapslen. 'Middelhøj differentiering', Gleason score 6, PSA stadig på 18. Det var lidt surt, kun godt et år efter, at jeg havde valgt at gå på pension. Undersøgelserne fortsatte; sædblære intakt, knogle-scintigrafi og røntgen af lunger o.k. (Kun læger må udtale sig om resultatet af en scintigrafi, men jeg kunne ved denne og en senere lejlighed fornemme på øjne og kropssprog hos personalet, at alt var i orden. Tak, I kære væsener!) Nu fulgte samtaler med andre læger (herunder 'second opinions'), med familiemedlemmer, med andre prostatakræft-patienter, jeg rekvirerede min journal, meldte mig ind i Kræftens Bekæmpelse og PROPA, læste faglitteratur. Her tror jeg min 40-årige videnskabelige skoling var mig til hjælp, bl.a. ved at skabe den nødvendige distance til stoffet (det er sin sag at være sit eget 'forskningsobjekt'). Men undervejs havde jeg ikke sjældent svært ved at skjule min irritation, når nogen kom med den 'smarte' bemærkning, at PC, det er noget, man dør *med*, ikke noget man dør *af*! Totalt dør dog mere end halvdelen af de angrebne af deres sygdom (se (4) nedenfor).

Under mine studier fandt jeg hurtigt ud af, at modsat for så mange andre lidelser, så er behandlingsmulighederne i tilfælde af en PC mangfoldige: Operation, strålebehandling (flere muligheder), hormonal behandling (mange muligheder), kombinationsbehandlinger, WW, ... Det var umiddelbart svært at se, hvad der i *min* situation ville give den bedste overlevelse, det bedste liv.

Ret hurtigt tog jeg afstand fra de mere drastiske indgreb, operation og strålebehandling (de såkaldt kurative, dvs. helbredende, behandlinger); skulle man 'invalidere' sin krop (operation: impotens, mulig inkontinens; strålebehandling: risiko for impotens og for skader på blære og endetarm) for (måske) at få forærende nogle (få) år i den sidste ende? Hvor man kan dø af så mange andre ting. 'Færre gode år eller flere dårlige år?' Jeg var 67 år, da jeg fik konstateret min lidelse, og havde ingen egentlige symptomer. Ydermere kunne jeg se i litteraturen, at sandsynligheden for, at kræften i mit tilfælde havde bredt sig uden for prostatas kapsel, kan være 70% (fra (2), se nedenfor); det var altså overvejende sandsynligt, at det slet ikke kunne komme på tale at operere. Endelig viste et par amerikanske undersøgelser (se (3) nedenfor) en risiko for et igen voksende PSA-tal, fem år efter en operation, på henholdsvis 20 og 31%. (I den anførte artikel kan man også se de tilsvarende tal for flere former for strålebehandling. De er ikke så forskellige fra operations-tallene, dog for nogle former med en tendens til at ligge lavere).

De lange ventetider i forløbet viste sig at være held i uheld. Mit umiddelbare valg havde været operation. Men nu fik mine mange indtryk og overvejelser tid til at modne. Jeg var derfor ikke (ret meget) i tvivl, da jeg et halvt år efter det første PSA-tal endeligt fravalgte operation og strålebehandling, og besluttede mig for en behandling med 'Casodex'; et middel der hindrer, at kønshormonerne stimulerer kræftcellerne. (Min lille tvivl var bl.a. affødt af følgende sætning på side 13 i (5) (se nedenfor): 'Den gunstige effekt af androgen deprivation er tidsbegrænset.' Idet angiveligt ikke alle kræftcellerne er hormonafhængige eller -følsomme; og ydermere, at man med tiden kan blive immun over for den medicinske behandling. – Sådan har jeg læst teksten.) Bivirkningerne var tilsyneladende til at overse; bl.a. skulle seksualfunktionen kunne bevares. Dog havde mit valg et lille forbehold; et par måneder forinden havde jeg påbegyndt min egen, i begyndelsen 'hemmelige', kur, og jeg havde en instinktiv fornemmelse af, at mit PSA-tal herefter var faldet. Og da så en ny laboratorieundersøgelse (juli 2000) virkelig viste et solidt fald i PSA (fra før 18 til nu 11), var mit valg ikke så svært. Jeg ønskede på dette tidspunkt ingen medicinsk behandling, blot at fortsætte med min egen kur under løbende lægekontrol (PSA, basisk phosphatase m.v.) I mine overvejelser indgik også, at man, som nævnt ovenfor, med tiden kan blive immun over for den medicinske behandling; ved at vente hermed ville jeg formentlig kunne udskyde dette tidspunkt. (Men omvendt: Ville en udskydelse af Casodex-behandling øge risikoen for dannelse af metastaser inden for min forventede restlevetid?) Min gode fysiske form og mit tilsyneladende velfungerende immunforsvar gav mig yderligere en lægmands grund til at vælge WW. Endelig foregår legemets processer jo langsommere i min alder (jeg er nu 69), herunder celledelingerne. – Overvejelserne var mange.

Og hvordan er det så gået siden? Efter det første 'dyk' til 11 har PSA-tallet over ca. et år (senest okt. 2001) været nogenlunde konstant, omkring de 13; altså en stabilisering på omkring 2/3 af den oprindelige værdi. Jeg har det godt, spiller stadig trombone med mit jazzorkester; har tilsyneladende ingen symptomer på lidelsen. Har deltaget i et forsøg med dendritcelle-terapi, tilsyneladende uden effekt. (Men for en gammel videnskabsmand var det interessant at deltage.) Jeg har fået god støtte gennem hele forløbet af familie og venner, og af min dygtige og solide praktiserende læge. Kirurgen, der havde tilbudt at operere mig, var generøs nok til at sige, at set i lys af udviklingen var min beslutning nok rigtig. Og min behandlende læge, som jeg går til kontrol hos hvert halve år (næste gang i maj 2002), støtter min beslutning om at se tiden an. – Men hvad består min 'kur' så af? Jo, af følgende, i vilkårlig rækkefølge: Organisk selen (100 mikrogram daglig)– E-vitamin (168 – 335 mg) – Tomater – Knust hørfrø - Soyamælk (tåler min mave tilsyneladende ikke så godt, er holdt op; af samme grund er jeg lidt forsigtig med hørfrøene) – Grøntsager – Krydderurter – Fiskeolie-kapsler (i alt 300 mg Omega-3 fedtsyrer) – Græsk yoghurt – C-vitamin (200 mg) – Sardiner – Grøn the (lige begyndt) – Motion – Hårdt kreativt arbejde (litterært og musikalsk). Som det ses, er der ikke meget hokusfokus i dette, det meste kan man læse sig til – og så må den enkelte selv finde frem til en fornuftig dosering. Yoghurten valgte jeg ud fra beretningerne om de meget gamle og velfungerende yoghurtspisende bjergbønder – og så smager det godt. Og hvad det kreative arbejde angår, har jeg den naive tanke: Hvis du er aktiv, bliver din cancer sløv. Især musikken har givet mig styrke – jeg får mit 'musikalske EPO' – og det har ingen bivirkninger!

Hvis man går på nettet og søger med 'prostate cancer' på Google, så får man på 0,06 sekunder 558.000 henvisninger! Så det spor har jeg ikke forfulgt. (Se dog (4) nedenfor). Men jeg har ad andre veje fundet frem til nyttig litteratur; et samlet lille udvalg er givet til sidst i beretningen. I (1) følger forfatteren op på en tidligere artikel i Fortune (1993) om sit fravalg af lægelig behandling for sin PC; klog, ærlig og tankevækkende. (2) er populærvidenskab, når det er allerbedst; en excellent oversigtsartikel med beskrivelse, diagnostik, behandlingsformer m.m. I (3) beskriver en fremragende erhvervsmand (adm. direktør for Intel) sin sygdom, sine omfattende studier af behandlingsmuligheder og –resultater, sit valg af behandling (en kombination af hormoner, en speciel form for 'seed therapy' og ekstern strålebehandling), samt 'hvordan det gik' (efter et halvt år, stadig fint). Med en teknisk-videnskabelig baggrund kan han præsentere en databearbejdning, som man øjensynligt ikke kan finde i den lægefaglige litteratur, og som er nyttig, når man skal vælge sin behandling. Forfatteren var 58 år, da han fik sin diagnose; PSA-tal 5, stigende til 6, tumoren moderat aggressiv, havde bredt sig over ca. halvdelen af kapslen. Referencerne (4) og (5) er på dansk. Har man adgang til Internet, finder man i (4) en informativ og let læselig oversigtsartikel, skrevet af en dansk læge. Og (5) er en glimrende 'state-of-the-art'-rapport, godt disponeret og dokumenteret (570 litteraturhenvisninger), informativ, velskrevet; meget kan læses af lægmænd, hvis man anstrenger sig noget (og der er ganske mange fremmedord). – De tre engelsksprogede artikler burde i øvrigt oversættes til dansk.

I tilbageblik har det været en god oplevelse selv at fastlægge 'behandlingen', selv at have 'valgt sin skæbne' (hvis du ikke vælger, vælger andre for dig); selv om det naturligvis ikke har været uden anfægtelser. Og havde jeg været 10 år yngre, havde mit valg været et andet. Mit vilkår vil være, at jeg aldrig får at vide, om valget var det rigtige. Jeg har en kræftlidelse – men betragter mig ikke som syg. Man værner sig til, at sygdommen sidder i én. Men jeg fornemmede et mindre 'gys' i forsamlingen, da jeg ved et samtalegruppemøde i PROPA nævnte mit fravalg af traditionel behandling. I øvrigt har PROPA's nyhedsbreve og møder været en påskønnet hjælp; tak for det. – Lad mig til slut pointere: dette er naturligvis ikke en generel opfordring til nogen om at fravælge almindelig, lægelig behandling, når man får konstateret en prostatacancer. Så langt fra. Alt hvad jeg kan sige er, at *jeg*, i *min* situation, i *min* alder, med *mine* forudsætninger tilsyneladende har fundet et (midlertidigt?) alternativ. 'Tilsyneladende', fordi man jo ikke kan lave statistik på blot én person – det kan ikke bevises, at der er en sammenhæng mellem faldet i mit PSA-tal og min 'kur'. Jeg kan end ikke med sikkerhed vide, om faldet i PSA virkelig afspejler en reduceret tumoraktivitet. Dog, jeg kan håbe det - og hver dag står solen op, og hver dag er en ny dag, der bærer nye muligheder og glæder i sig! - Men jeg kan fuldt ud tilslutte mig Andy Grove (se (3) nedenfor), når han

konkluderer: Undersøg tingene, drag dine egne konklusioner, betragt ikke en hvilken som helst anbefaling som selve den hellige skrift.

- og det var så min personlige beretning.

Litteratur:

- (1) Alexander, T.: Still waiting, watchfully. Fortune, May 13, 1996, s. 41.
- (2) Garnick, M. B. og W. R. Fair: Combating prostate cancer. Scientific American, Dec. 1998, s. 44 - 53.
- (3) Grove, A.: Taking on prostate cancer. Fortune, May 13, 1996, s. 32 - 40.
- (4) Nørby, B: Kræft i blærehalskirtlen (Prostata cancer). www.netdokter.dk
- (5) Prostatacancer. Betænkning fra arbejdsgruppe under Dansk Uro-Onkologisk Udvalg 1998. Klaringsrapport Nr. 4, 1999, 32 sider.

Erfaringer med alternativ behandling i forbindelse med prostatakræft af Erik Hannibal

Som prostatakræftpatient har jeg med glæde noteret mig, at Dansk Urologisk Selskab anbefaler, at alle mænd over 50 år med vandladningssymptomer får taget PSA-prøve(1). Jeg vil dog tilslutte mig PROPA's tilføjelse om at PSA også bør foretages ved symptomer (smerter) i skulder, ryg, hofte, mv., og vil tilføje, at grænsen måske snarere bør være 40 end 50 år, idet vandladningssymptomer især hvis de optræder i 40-50 års alderen¹ kan være tegn på prostatakræft.

Endvidere er det min opfattelse, at den traditionelle metode, rektal eksploration(2), er uanvendelig, eller i det mindste ikke kan stå alene!

Forhistorie

Jeg er 53 år og fik konstateret prostatakræft i september 1998 efter et forløb på ca. 9 måneder med diverse indlæggelser og undersøgelser. Jeg skal ikke her komme nærmere ind på denne forhistorie, men blot konstatere, at jeg et utal af gange af et utal af forskellige læger har fået foretaget rektal eksploration uden at lægerne fandt noget unormalt, helt op til få dage inden sygdommen blev diagnosticeret (PSA >500 µg/l). Lægerne må således have haft en mistanke, men afkræftet denne, da man ikke fandt noget unormalt ved rektal eksploration!

Jeg er siden, bl.a. igennem patientforeningen PROPA, blevet bekendt med, at jeg ikke er den eneste, hvor sygdommen ikke er blevet diagnosticeret i tide som følge af, at mange læger tilsyneladende alene forlader sig på en utilstrækkelig diagnosemetode. Der er således i høj grad behov for, at Dansk Urologisk Selskabs anbefaling bliver kanaliseret ud i sundhedssystemet, uden for specialisterne snævre kreds. For mig at se er det ikke nok at henvise til, at patienterne jo blot kan bede deres læge om at få foretaget en PSA-prøve. Der er givetvis mange der ligesom jeg, på det tidspunkt hvor sygdommen opstår, ikke er bekendt med denne mulighed.

Sygdommen havde således, da den endelig blev diagnosticeret, spredt sig med metastaser i korsben og rygsøjle med tumorindvækst i spinalkanalen og deraf følgende neurologiske symptomer, specielt i venstre ben samt lammelse af blære- og tarmfunktionerne. Som bekendt er sygdommen uheldbredelig, når den har udviklet sig til dette stade, og prognosen er dårlig, - ifølge den Nationale Kræftplan (februar 2000) er den gennemsnitlige overlevelsestid under behandling ca. 3 år, dog med stor spredning.

Behandling i det offentlige system

Behandlingen på Onkologisk afdeling (ÅKH) bestod i strålebehandling af de værst medtagne dele af rygsøjlen og korsbenet.

Herefter blev jeg overført til Skejby Sygehus, hvor der blev foretaget subkapsulær orchiektomi(3), for at bremse produktionen af mandligt kønshormon (testosteron), som stimulerer kræftens udvikling.

Behandlingen skulle følges op af anti-hormon tabletter (Eulexin eller tilsvarende). Herefter kontrol ved blodprøver.

Pr. 1. september 1999 er jeg ophørt med medicinsk behandling efter eget ønske, da PSA prøverne i en længere periode havde ligget $<1 \mu\text{g/l}$. Der blev således aftalt intermitterende antiandrogen (periodisk anti-hormon) behandling styret efter PSA.

Ved den seneste kontrol i december 2001 lå PSA på $3,8 \mu\text{g/l}$, dvs. fortsat $< 4 \mu\text{g/l}$, og jeg fortsætter derfor uden medicinsk behandling. I forbindelse med denne kontrol fik jeg endvidere foretaget knoglescintigrafi, som viste at der ikke er mistanke om metastaser.

Alternativ / supplerende behandling

Med en forhistorie som antydte kan det vel ikke undre, at min tillid til det etablerede system var meget begrænset, og jeg undersøgte (med stor hjælp og opbakning fra min familie) derfor allerede under min indlæggelse på Onkologisk afdeling mulighederne for alternativ behandling.

Selvom diagnosen ”kræft” i første omgang kom som et chok, fik jeg hurtigt bearbejdet denne meddelelse således, at nu vidste jeg – i modsætning til de foregående ca. 9 måneder – hvad jeg var oppe imod, og nu skulle der handles!

Jeg har i mit forløb lagt vægt på tre typer behandling uden for det etablerede system, nemlig immunstimulering (herunder kostændringer), akupunktur og fysisk træning. Jeg er ikke i tvivl om at kombinationen af disse behandlinger er medvirkende til at jeg pr. 1. januar 1999, trods sygdommens fremskredne stade, kunne genoptage mit arbejde på nedsat tid (12 timer pr. uge), fungere i et normalt familieliv, og fortsat klarer mig uden medicinsk behandling (anti-hormon).

Immunstimulerende behandling

Det var tydeligt blevet præciseret for mig på Onkologisk afdeling, at prostatakraft ved spredning uden for prostata er uhelbredelig, men at den kan holdes nede i kortere eller længere tid gennem anti-hormonbehandling, der før eller siden taber sin effektivitet.

For mig at se, er det derfor indlysende rigtigt, at en styrkelse af kroppens immunforsvar må være et vigtigt element i forsøget på at holde kræftsygdommen i skak.

Jeg fik således tid til en første konsultation hos læge Bruce Kyle, Århus Privatklinikⁱⁱ, umiddelbart efter udskrivelsen fra Onkologisk afdeling i september 1998, hvor jeg fik foretaget en blodprøve til analyse af immunprofil samt iværksat foreløbig program for kosttilskud, mv.

Et væsentligt element i behandlingen på Århus Privatklinik er intravenøs C-vitamin behandling (IV-C), suppleret med øvrige vitaminer og mineraler, hvor især E-vitamin og Selen er vigtige.

IV-C behandlingen (90 g ascorbinsyre som ’drop’ i løbet af 3-4 timer) blev startet op ultimo oktober 1998 med behandling to gange pr. uge i 4 uger, herefter en gang pr. uge i 8 uger, og senere en gang hver 14. dag. Intervallet er nu 8 uger, dvs. en form for vedligeholdelsesprogram.

Samtidig med opstart af IV-C har behandlingen bl.a. bestået i *Hajbrusk* (anti angiogenese, dvs. et stof, som virker ved at hæmme blodforsyningen til kraftsvulsten) i ca. 3 måneder, *mistelten* (Iscador[®]) indsprøjtninger i flere serier frem til foråret 2000, *MGN-3* (ekstrakt af shii-take svampe) til styrkelse af blodets naturlige dræberceller (NK-celler)(4) og som nævnt øvrige vitaminer

(herunder også daglig indtag af C-vitamin pulver, pt. 12 g pr. dag) og mineraler samt omega-3 fedtsyre (fiskeolie, hørfrøolie, hampfrøolie), mv. Sammensætning og dosering af kosttilskud sker individuelt ud fra de gennemførte immunprofiler.

Ved den første immunprofil (30.09.1998) var Lymphocyt indholdet i blodet kun ca. 15% i forhold til middelværdien af normalområdet.

Ved de efterfølgende analyser er indholdet steget markant og ved den seneste immunprofil (24.11.2000) var Lymphocyt indholdet ca. midt i normalområdet, ligesom også øvrige forhold (f.eks. NK-celler) er markant forbedret.

En lige så vigtig del af behandlingen på Århus Privatklinik er kostvejledning, hvor der lægges vægt på grøntsager og frugt (så vidt muligt økologisk) samt fisk. Kød og stærkt forarbejdede fødevarer samt tobak, alkohol og kaffe, mv. begrænses. Kaffen erstattes med grøn te.

Disse forhold – og det teoretiske grundlag herfor – beskrives indgående i forbindelse med behandlingen på Århus Privatklinik.

Akupunktur

Straks efter udskrivelsen fra Skejby gik jeg i gang med akupunktur behandling hos Run-Tian Sun og Yan Hui Li, begge herboende kinesere med uddannelse og langvarig praksis i traditionel kinesisk lægevidenskab med sig i ”bagagen”. Jeg havde på dette tidspunkt (medio oktober 1998) fortsat voldsomme smerter, som blev behandlet med morfin. I løbet af 5 dages intensiv akupunktur behandling nedtrappede jeg fuldstændig morfin behandlingen, og jeg har ikke siden brugt smertestillende medicin.

Behandlingen var ikke kun rettet mod smertebehandling, men også generelt på genopretning af balance i kroppen, bl.a. også væskeophobning (hævede ankler), som blev behandlet ved påvirkning af bestemte energipunkter. Endvidere anbefaling af bestemte kinesiske lægeurter, som styrker immunforsvaret, hvilket jeg ikke vil komme nærmere ind på, da det er vigtigt, at sammensætningen er afbalanceret og tilpasset hver enkelt patient.

Jeg fortsætter behandlingen med jævne mellemrum, og oplever hver gang en god virkning af behandlingen.

Fysisk træning

Sidst, men ikke mindst, har det været vigtigt for mig at genopbygge en rimelig fysik. Fysisk genoptræning i forbindelse med kræft er ikke et tilbud i det offentlige system. Jeg har her valgt at følge et træningsprogram på Øfeldt Optræningscentret i Karlslunde, dvs. et system, hvor genoptræningen er baseret på et individuelt tilrettelagt program og med assistance til at gennemføre øvelserne.

Behandlingen startes med en grundig funktionstest, og øvelserne tilrettelægges i overensstemmelse med resultaterne af denne test. Da centret ligger på Sjælland, og jeg bor i Jylland, er træningen overvejende sket ved hjemmetræning efter en uges instruktion på centret. Herefter er med jævne mellemrum gennemført kontrolundersøgelser og justering af programmet i overensstemmelse med de fremskridt, der var opnået. Jeg er overbevist om, at denne meget intensive træning har været medvirkende til en klar forbedring af min almen tilstand.

En nærmere beskrivelse af træningsmetoderne findes i bogen ”*Hold i ryggen og andre muskelsmerter*”ⁱⁱⁱ.

Konklusion vedr. behandling

Mig bekendt hersker der bred enighed om at kemo- og strålebehandling – de positive egenskaber til trods – har den uheldige bivirkning, at kroppens eget immunforsvar svækkes, bl.a. fordi kemo- og strålebehandling er kraftigt *fri radikal* dannende. Det er derfor vigtigt, at de skadelige bivirkninger (ødelæggelse af cellevæggenes fedtstoffer) omgående neutraliseres af *antioxidanter*.

Ud fra en lægmandsbetragtning må det derfor være indlysende rigtigt at supplere disse metoder fra den etablerede behandling med behandlingsformer, der kan virke styrkende og genopbyggende på immunforsvaret, både forud for og parallelt med kemo- og strålebehandling, således at kroppen er godt rustet til denne voldsomme behandling, og efterfølgende, således at risikoen for tilbagefald minimeres.

En immunstimulerende behandling forud for kemo- og strålebehandling kunne måske endda i nogle tilfælde vise sig at overflødiggøre denne behandling, idet store doser C-vitamin (90-100 g) har en direkte, selektiv celledræbende effekt over for kræftcellerne og samtidig en gavnlig, beskyttende effekt overfor de raske celler.

Jeg er klar over, at mange fra den etablerede behandlervorden ikke anerkender de forskellige former for immunstimulerende behandling, idet man ikke mener, at der er tilstrækkelig videnskabelig dokumentation. Jeg er, specielt vedr. C-vitaminbehandlingen, ikke enig i dette synspunkt^{iv}, og mener faktisk at C-vitaminbehandling bør tilbydes som supplerende behandling i det offentlige system.

¹ Se Kræftens Bekæmpelses hjemmeside : www.cancer.dk

¹ Se Århus Privatkliniks hjemmeside: www.holistic-medicine.dk

¹ Plum & Øfeldt: "*Hold i ryggen og andre muskelsmerter*", Strubes Forlag, Kbh. 1987.

¹ For yderligere dokumentation, se bl.a.: Cameron & Pauling: "*Cancer and Vitamin C*", Philadelphia, 1993, Linus Pauling Institute's hjemmeside: <http://osu.orst.edu/dept/lpi/index.html> og Bruce Kyle: "*C-vitamin og sygdom*", i: Tidslerne 2/2001, www.tidslerne.dk som giver en dansk oversigt med omfattende notehenvvisninger.

Desuden kan henvises til følgende hjemmesider:

www.vitamincfoundation.org og www.orthomed.com

Endelig kan der være grund til også at rejse en etisk og videnskabsteoretisk diskussion om det anvendte paradigme for dokumentation, hvilket dog ligger uden for denne beretnings rammer.

Ordforklaring:

- (1) Blod-analyse af Prostata Specifikt Antigen, som udtryk for kræftcellernes aktivitet.
- (2) Beføling af prostata-kirtlen med en finger gennem via endetarmen.
- (3) Fjernelse af testosteron-producerende kirtelvæv i begge testikler.
- (4) NK-lymfocytter ("Natural Killer").

MØDEKALENDER

Redigeret af sekretær i PROPA Johannes Honoré, tlf. 38 87 12 06.

Nyt og ændringer til mødekalenderen bedes sendt på e-mail: johanneshonore@get2net.dk

HELE LANDET: PROPA – LANDSMØDE i Århus 20.4.

Sæt kryds i kalenderen *lørdag den 20. april kl. 11 – 16* og tag til *Skejby Sygehus, Århus*. Der arrangerer PROPA sit landsmøde i år. Vi forventer, at en af landets specialister i virkninger af

behandlinger for prostatakræft, reservelæge Ph.D. **Morten Jønler**, Viborg Sygehus, kommer og fortæller os om: ”**Prostatacancer – hvor er problemfeltet nu i år 2002**”. Desuden kommer formanden for Kræftens Bekæmpelse, cheflæge **Anne Thomassen**, Århus, for at fortælle os om ”**Perspektiver og planer for kræftbekæmpelsen i Danmark**”. Og så holder vi **generalforsamling**, hvor I får lejlighed til at give Jeres mening til kende om foreningens virke nu og i fremtiden.

Benyt lejligheden og lav en dejlig og givtig udflugt til smilets by.
Indbydelse med detaljeret program og transportvejledning m.v. sendes ud i marts

NORDJYLLAND: Ålborg:

PROPA inviterer patienter, pårørende og andre interesserede til

Samtalegruppemøde

tirsdag den 5. marts kl. 19.00 – ca. 21.30 med

udveksling af erfaringer og nyheder

Derefter oprettes evt. **lokalafdeling af PROPA**

Der serveres kaffe/te i pausen

Sted: Kræftens Bekæmpelses Rådgivningscenter, Vesterå 5, 9000 Ålborg, tlf. 98 10 92 11

Tilmelding kan ske til Poul Erik Christensen, tlf. 98 23 61 29, som også giver yderligere oplysninger.

MIDTJYLLAND: Århus:

PROPA-lokalgruppen for Midtjylland indbyder prostatakræftpatienter og deres pårørende til

Tema- og orienteringsmøde

Torsdag den 14. februar kl 16.00 – 20.00 på

Langenæs Handicap Center, Langenæs Alle 21, 8000 Århus C

Dagsorden: 1. Velkomst, nyheder m.v. og lokaludvalgets fremtidige arrangementer.

2. Orientering siden sidst

3. Prof. cand. psyk. dr. med. **Bobby Zachariae**, Psykoonkologisk forskningsenhed, Århus Universitetshospital:

Psykologiske og sociale forholds betydning for kræft

Der bliver mulighed for spørgsmål og debat.

4. Samtaler rundt om bordet

5. Eventuelt.

Vi spiser smørrebrød ca. kl. 18. Smørrebrød a 12 kr. Forudbestilles ved tilmelding med navn og tlf.nr. senest torsdag den 11. februar kl. 15.00. Drikkevarer kan købes, kaffe og the serveres.

Tilmelding: Kræftens Bekæmpelses Rådgivning, 86 19 88 11

SYDJYLLAND: Esbjerg

PROPA inviterer patienter, pårørende og andre interesserede til

Informationsmøde

Onsdag den 6. februar kl. 19.00 – 21.00

Hanne Maria Christensen, Kræft-rådgivningscentret i Ribe amt, foreller om

Hvad kan et kræft-rådgivningscenter gøre for dig og dine pårørende?

Der bliver mulighed for spørgsmål og drøftelse.

Derefter er der lagt op til, at vi får dannet en **lokalafdeling af PROPA** med en arbejdsgruppe til at arrangere møder.

I bedes selv medbringe drikkevarer

Sted: Rådgivningscenteret, Nørregade 63 (Skt. Joseph's hospital), Esbjerg

Tilmelding: Ikke nødvendig.

Kolding:

PROPA inviterer patienter, pårørende og andre interesserede til

Informationsmøde

Tirsdag den 19. marts kl. 19.00 – 21.30

Læge, kinesiolog og forsker Henrik Langgaard,

leder af det private forsknings- og videnscenter for kræftbehandling i København, fortæller om

Alternativ kræftbehandling –

kan den mindske bivirkninger, forlænge livet, forbedre livskvaliteten?

Hvad kan dokumenteres helt eller delvist?

Henrik Langgaard fremlægger blandt andet de første erfaringer fra et større forskningsprojekt om alternativ kræftbehandling i Danmark. Der bliver mulighed for spørgsmål og drøftelse.

I bedes selv tage drikkevarer med til pausen.

Sted: Foredragssalen, Kolding Sygehus

Tilmelding ikke nødvendig.

FYN: Odense

PROPA indbyder alle prostatakraftpatienter og deres pårørende til

Samtalegruppemøde – med udveksling af nyheder og erfaringer

Torsdag den 4. april kl. 19.00 – 21.00

Sted: Kræftens Bekæmpelses Rådgivningscenter i Odense, Vesterbro 46, Odense

Tilmelding senest 3.april til Kræftens Bekæmpelse Odense, telf. 66 11 32 00

MØDEKALENDER:

SJÆLLAND:

København:

PROPA indbyder patienter, pårørende og andre interesserede til

Informationsmøde

tirsdag d. 29. januar kl. 19.00 - ca. 21.30

Spørg lægen om prostatakraft

Læge Finn Tønnesen, Kræftlinien, vil fortælle om prostatakraft og svare på alle de spørgsmål, der kan være i forbindelse med sygdommen.

Der kan købes øl og vand.

Sted: Kræftens Bekæmpelse, Kantinen, Strandboulevarden 49, København
Tilmelding senest d. 28. januar til Kræftens Bekæmpelse Lyngby, telf. 45 93 51 51

Helsingør:

Informationsmøde

Kræftens Bekæmpelses Lokalforening i Helsingør indbyder alle interesserede

tirsdag d. 19. februar kl. 19.30

Emne: Mænd og Kræft

PROPAs formand **Ole Mortensen** samt **Martin Flood**, Helsingør, der er medlem af lokalbestyrelsen for Sjælland fortæller om deres oplevelse af kræften.

Efter indlæg og evt. drøftelse, sluttet aftenen med at lokalforeningen afholder sin årlige generalforsamling.

Sted: Helsingør hovedbibliotek, Marienlyst Alle 4 - også indgang fra Lundegade 13, hvor der er gode parkeringsmuligheder.

Tilmelding **ikke nødvendig**

Lyngby:

PROPA, Sjælland, indbyder patienter og pårørende

Samtalegruppemøde

tirsdag d. 5. marts 2002 kl. 19.00 - 21.30

Udveksling af erfaringer og nyheder

Sted: Kræftens Bekæmpelse, Rådgivningscentret Lyngby, Nørgårdsvej 10

Tilmelding senest samme dag kl. 12.00 til Kræftens Bekæmpelse Lyngby, telf. 45 93 51 51

Navne og adresser for bestyrelse og lokaludvalg

Landsbestyrelsen (som valgt pr. 28.4.01, revideret 05.10.01):

Sjælland og omliggende øer:

Ole Mortensen, Strandparksvej 6, 2665 Vallensbæk Strand. (Formand)
tlf: 43 73 13 16, e-mail: O-M @ get2net.dk

Johs. Honoré, Duevej 26, 3.tv, 2000 Frederiksberg. (Sekretær)
tlf: 38 87 12 06, e-mail: johanneshonore@get2net.dk

Fyn, Syd- og Sønderjylland og omliggende øer:

Erik Baunbæk, Eghavevej 6 E, Troense, 5700 Svendborg
tlf: 62 22 78 87, e-mail: E.Baunbæk @ get2net.dk

Gunnar Petersen, Krogvej 9, 6720 Nordby Fanø, (Næstformand)
tlf./ fax: 75 16 25 26, e-mail: swann@ get2net.dk

Midt- og Nordjylland:

Poul Erik Christensen, Boden 20, Øland, 9460 Brovst, tlf. 98 23 61 29
Freddy Mogensen, Ørnedalen 21, 8520 Lystrup, tlf: 86 22 34 26

Pårørende:

Erna Christensen, Th. Philipsensvej 51, 2770 Kastrup, (Kasserer), tlf: 32 50 74 50

Suppleanter:

Sjælland og omliggende øer:

Poul Jørgensen, Strandvejen 98, 2 th, 2900 Hellerup, tlf: 39 61 23 41

Fyn, Syd- og Sønderjylland og omliggende øer:

Vakant *)

Pårørende:

Astrid Flood, Hymersvej 7, 3000 Helsingør, tlf: 49 21 24 19

e-mail: floods@mail1.stofanet.dk

Lokaludvalget for Midtjylland

Ole Breiner, Holger Drachmansvej 12, 8660 Skanderborg, tlf: 86 52 31 52,

e-mail: Breinerio @ wanadoo.dk..

Poul Erik Henriksen, Ringgårdsvej 5, 8270 Højbjerg, tlf: 86 11 22 43

Freddy Mogensen, Ørnedalen 21, 8520 Lystrup, tlf: 86 22 34 26

e-mail: fm21 @ teliamail.dk

Svend Pedersen, Fresiavej 1, 8541 Skødstrup, tlf. 86 99 17 68

Helen Ræbild, Vestervang 7, 1-721, 8000 Århus C, tlf: 86 12 02 80

Lokaludvalget for Sjælland

Erna Christensen, Th. Philipsensvej 51, 2770 Kastrup, tlf: 32 50 74 50

Martin Flood, Hymersvej 7, 3000 Helsingør, tlf: 49 21 24 19

e-mail: floods@mail1.stofanet.dk

Johs. Honoré, Duevej 26, 3tv, 2000 Frederiksberg, tlf: 38 87 12 06

e-mail: johanneshonore @ get2net.dk

Poul Jørgensen, Strandvejen 98, 2 th, 2900 Hellerup, tlf: 39 61 23 41

Ole Mortensen, Strandparksvej 6, 2665 Vallensbæk Str., tlf: 43 73 13 16

e-mail: O-M @ get2net.dk

Erik Nielsen, Lundevej 36, 3600 Frederikssund, tlf: 47 31 43 24

Nyhedsbrevet udgives af PROPA Prostatacancer Patientforeningen.

Redaktion:

Ole Mortensen, Strandparksvej 6, 2665 Vallensbæk Strand.

Telf. 43 73 13 16, E-mail: O-M @ get2net.dk

Ole Sonne, Nordkajen 8, 3600 Frederikssund.

Telf. 47 38 39 06, E-mail: ole-sonne @ wanadoo.dk

Redaktion af PROPAs mødekalender (der løbende ajourføres på
www.PROPA.dk):

Johannes Honoré, Duevej 26, 3tv, 2000 Frederiksberg

Telf. 38 87 12 06, E-mail: johanneshonore @ get2net.dk

Medio marts udsendes program for årsmøde og indvarsling til generalforsamling.
 Dette materiale ledsages af den aktuelle mødekalender og sendes kun til medlemmerne.
 Stof til næste Nyhedsbrev, der udkommer primo maj, bedes sendt senest den 15. april 2002
 til Ole Mortensen i kopi eller pr. e-mail.

Tilbud om sponsorering af Nyhedsbreve (koster 15.000 kr. pr. nummer) bedes venligst rettet til
 Ole Mortensen. --- Var det ikke en idé for dit firma?

Ved adresseændring o. lign bedes medlemmer henvende sig til Gertie Christensen, Kræftens Bekæmpelses
 Marketingafdeling. Telf. 35 25 75 00.

Andre adresseændringer bedes meddelt ekspeditionen - se nedenfor.

Ekspedition: Kræftens Bekæmpelse, Rådgivningscentret,
 Nørgaardsvej 10, 2800 Kgs. Lyngby
 Telf. 45 93 51 51 - Fax 45 93 28 44 - E-mail :lyngby@cancer.dk
 Tryk:Vester Kopi
 Oplag: 1300

ⁱ Se Kræftens Bekæmpelses hjemmeside : www.cancer.dk

ⁱⁱ Se Århus Privatkliniks hjemmeside: www.holistic-medicine.dk

ⁱⁱⁱ Plum & Øfeldt: *"Hold i ryggen og andre muskelsmerter"*, Strubes Forlag, Kbh. 1987.

^{iv} For yderligere dokumentation, se bl.a.: Cameron & Pauling: *"Cancer and Vitamin C"*, Philadelphia, 1993, Linus Pauling Institute's hjemmeside: <http://osu.orst.edu/dept/lpi/index.html>
 og Bruce Kyle: *"C-vitamin og sygdom"*, i: Tidslerne 2/2001, www.tidslerne.dk som giver en dansk
 oversigt med omfattende notehenvvisninger.

Desuden kan henvises til følgende hjemmesider:

www.vitaminsfoundation.org og www.orthomed.com

Endelig kan der være grund til også at rejse en etisk og videnskabsteoretisk diskussion om det anvendte
 paradigma for dokumentation, hvilket dog ligger uden for denne beretnings rammer.

I. I. - -----

Ordforklaring :

- | | | |
|------|----------|---|
| I. | I. (1) | Blod-analyse af Prostata Specifik Antigen, som udtryk for kræftcellernes aktivitet. |
| II. | II.(2) | Beføling af prostata-kirtlen med en finger gennem endetarmen. |
| III. | III. (3) | Fjernelse af testosteron-producerende kirtelvæv i begge testikler. |
| IV. | IV. (4) | NK-lymfocytter ("Natural Killer") |