

København 6. januar 2007

Til sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen

Åbent brev

Kommentar fra Dansk Urologisk Selskab på baggrund af pressemeddelelse fra Kræftens Bekæmpelse den 5. januar 2007

”Patienter med prostatacancer må vente alt for længe på operation”

som fremgår af:

<http://www.cancer.dk/Cancer/Nyheder/Artikler/propabrev1.asp>

Formanden for patientforeningen for prostatacancerpatienter PROPA citeres i dagens pressemeddelelse helt korrekt for ovenstående udsagn. Der går i dag uacceptabelt lang tid fra diagnosen prostatacancer stilles hos den enkelte patient, til der i hospitalsvæsnet kan findes tid til operativ behandling heraf. Ventetidsbegrebet er imidlertid svært gennemskueligt. Ventetiden består af en lang række delventetider fra patienten første gang henvender sig hos sin læge, til den endelige behandling gennemføres. Nogle af disse delventetider er mere reelle end andre. Den i pressemeddelelsen nævnte gennemsnitlige ventetid på 50 dage for prostatacancer er således kun et udtryk for den tid, som den færdigt udredte patient må vente indtil operation. Forud for den endelige beslutning herom har patienten allerede måttet gennemleve ventetider i forbindelse med at få foretaget de nødvendige diagnostiske vævsprøver, efterfølgende samtale vedrørende resultatet heraf og siden de påkrævede supplerende undersøgelser med henblik på patientens egnethed til operation. Så det totale tidsforbrug fra første lægehenvendelse til operation er typisk 2 til 3 gange længere end den i pressemeddelelsens angivne. Vi må som behandlere trøste os selv og patienterne med, at prostatacancer heldigvis oftest er en langsomt voksende kræftform, og at ventetiden i forbindelse med behandling af denne kræftform i følge foreliggende litteratur formentlig er knapt så kritisk som for andre kræftformer.

Man sammenligner i pressemeddelelsen i figurform de gennemsnitlige ventetider til operation for forskellige kræftformer. De belyste forskelle på ventetiderne sygdommene imellem dækker imidlertid over usammenlignelige størrelser på baggrund af forskelle i krav til blandt andet forundersøgelser med hensyn til egnethed til operation. Som eksempel kan nævnes, at den helt normale vævsreaktion i prostata og det omkringliggende væv i en periode efter vævsprøvetagningen medfører en uhensigtsmæssig øget risiko for operativ beskadigelse af de kontinens- og potensgivende nerver. Herved indtræder patienten således efter biopsitagning for en periode i en ikke reel - men passiv ventetid, hvilken der burde korrigeres for ved sammenligning med ventetider for andre kræftsygdomme.

Det fremførte udsagn om, at tre ud af fire patienter ved prostatacancerdiagnosen kun kan tilbydes lindrende behandling på grund af sygdomsudbredelsen er ikke korrekt. Det årligt gennemførte antal operationer og strålebehandling med helbredende sigte hos denne patientkategori svarer til tæt på

halvdelen af det antal patienter, der årligt diagnosticeres med sygdommen. En betragtelig del af patienterne skønnes på diagnosetidspunktet endvidere at have en så sløv og ufarlig form af sygdommen, at aktiv behandling ikke umiddelbart skønnes nødvendig.

Endelig skal det understreges, at man af frygt for en meget betydelig overbehandling fortsat fra Dansk Urologisk Selskab's side ikke kan støtte PROPA's ønske om indførelse af systematisk opsporing af prostatacancer blandt danske mænd. Der foreligger til dato ingen undersøgelser, som har kunnet påvise, at screening af sygdommen har medført nedsat dødelighed heraf. Samtidig ved man, at en meget stor del af den voksne mandlige befolkning - hver tredje over 50 år - har påviselig prostatakræft uden at dette for flertallets vedkommende på noget tidspunkt i livet medfører symptomer endsige død. Vore aktuelle behandlingstilbud med behæftede komplikationer berettiger således ikke tidlig opsporing, da man på det teoretisk kurable sygdomsstadie endnu ikke er i stand til at identificere de aggressive cancere blandt de langt mere talrige relativt ufarlige cancere.

Afslutningsvis kan PROPA's ønske om en opprioritering i form af øgede ressourcer til udredning og behandling af sygdomsgruppen kun møde støtte fra Dansk Urologisk Selskab's side, der i øvrigt også kun kan tilslutte sig ønsket om, at alle danske prostatacancerpatienter også i fremtiden kan behandles i Danmark.

Med venlig hilsen

Bestyrelsen i Dansk Urologisk Selskab

Overlæge, dr. med. Klaus Møller Jensen, fmd.

Overlæge, dr. med. Jesper Rye Andersen, nfm.

Overlæge, dr. med. Per Bagi sekr.

Afdelingslæge, ph. D. Bettina Nørby

Overlæge, dr. med. Michael Borre, fmd. for Dansk Prostatacancer Udvalg