

# Bröstcancer och prostatacancer – likheter och olikheter

Detta var ämnet för en föreläsning på ProLiv Västs kvartalsmöte i Skövde den 27 september. Föreläsare var överläkaren Bengt Johansson från Örebro Universitetssjukhus. Ett 50-tal personer hade mött upp, de flesta från Skövde med omnejd.

Av naturliga skäl var det mycket få medlemmar från Göteborgsområdet bland publiken och det gör att ProLiv Väst har bestämt sig för att göra en repris på Bengt Johanssons föreläsning någon gång under nästa år på ett kvartalsmöte i Råda församlingshem, Mölnlycke. Vi kommer då också att bjuda in våra kamrater i bröstcancerföreningen Johanna.

Här följer ett ganska utförligt referat av föreläsningen.

## Färre nya fall av prostatacancer

Enligt de sista mätningarna har vi i Sverige under ett år cirka 7000 nya fall av bröstcancer. Antalet nya fall av prostatacancer har nästan varit upp i 10000 men i den senaste statistiken har kurvan glädjande nog börjat gå nedåt och ligger nu på cirka 9500 fall.

Ett annat mått är att mäta den s.k. prevalensen, d.v.s. hur många människor som vid en given tidpunkt har eller har haft sjukdomen. När det gäller bröstcancer ligger denna siffra på cirka 82000 och för prostatacancer cirka 63000. Anledningen till att siffran för bröstcancer är så mycket högre är att denna sjukdom även drabbar kvinnor i unga åldrar, medan prostatacancer i första hand är en åldersrelaterad sjukdom, som oftast drabbar mannen i relativt hög ålder.

Något som är lite anmärkningsvärt i statistiken är att antalet nya fall av prostatacancer skiljer sig åt mellan olika landsändar. Detta speglar framför allt hur pass aktiv man är i de olika länen och sjukhusen när det gäller att hitta sjukdomen.

Några motsvarande regionala skillnader kan man däremot inte finna i fråga om bröstcancer.

## Varför drabbas man av bröstcancer/prostatacancer?

När det gäller orsakerna till uppkomsten av bröst- respektive prostatacancer kan man se vissa likheter. Båda sjukdomarna har att göra med åldern och blir vanligare hos äldre människor.

Den genomsnittliga åldern då kvinnan drabbas av bröstcancer ligger någonstans mellan 60 och 65 år, medan den i fråga om prostatacancer ligger lite över 70 år. Ytterligare en skillnad är att nästan var femte fall av bröstcancer drabbar kvinnor som är yngre än 50 år, medan det är extremt ovanligt att män drabbas av prostatacancer före 50-årsåldern.

Båda sjukdomarna är

också nära kopplade till vällevnad och sjukdomar som beror på vällevnad, såsom sockersjuka. Såväl bröstcancer som prostatacancer är betydligt vanligare i USA och övriga västvärlden, medan dessa diagnoser är mera ovanliga i utvecklingsländerna.

Vid båda sjukdomarna spelar också ärftligheten en roll. Man räknar med att 10 – 15 procent av fallen beror på ärftlighet. Något som är genomgående typiskt för dessa fall är att sjukdomen debuterar i tidigare ålder än de slumpmässiga fallen.

När det gäller bröstcancer kan man i dag kliniskt identifiera två till tre gener som har en stark koppling till sjukdomen. I något fall har man till och med funnit en 100-procentig risk för att kvinnan ska drabbas av bröstcancer någon gång under sin livstid. Även på prostatacancerområdet börjar det utkristalliseras vissa gener som antas ligga bakom sjukdomen men där är man ännu



Bengt Johansson

inte framme vid en praktisk klinisk tillämpning.

En annan gemensam faktor mellan bröstcancer och prostatacancer är att könshormoner i båda fallen har ett finger med i spelet, d.v.s. i kvinnans fall östrogen och i mannens fall testosteron. Dessa hormoner kan sägas fungera som ett slags gödningsämne för cancercellerna.

### **Hur ställs diagnosen?**

Även när det gäller sättet att diagnosticera bröstcancer respektive prostatacancer finns det vissa likheter. I båda fallen använder man sig av en s.k. trippeldiagnos, d.v.s. det är tre saker som ska vara uppfyllda innan man kan ge diagnosen. I fråga om bröstcancer handlar det om palpation, d.v.s. att doktorn känner på bröstet, mammo-grafröntgen samt cellprovtagning genom en fin nål. Dessa undersökningar kan sammantaget leda till att en mer än 90-procentigt säker diagnos kan ställas och detta ofta, om man har en snabb process, redan inom ett dygn.

I prostatacancerfallet rör det sig om PSA-prov, palpation genom ändtarmen samt ultraljud i kombination med cellprovtagning. Säkerheten är dock i detta fall inte alls lika hög, omkring 60 procent. Det innebär att det kan behövas en, två eller tre provtagningar innan diagnosen kan ställas. Det är därför viktigt att man, när patienten har förhöjda PSA-värden, inte bara nöjer sig med en enda provtagning.

### **Hur är prognosen?**

När det gäller prognosen för bröstcancer respektive prostatacancer får man skilja mellan tidig sjukdom och sen och obehandlad sjukdom. I Sverige dör cirka 1500 kvinnor varje år av bröstcancer, vilket motsvarar tre procent av alla dödsorsaker. Motsvarande siffra för prostatacancer är 2500 per år, vilket motsvarar fem procent av samtliga dödsorsaker. Den genomsnittliga tio-åriga överlevnaden vid tidig sjukdom ligger i båda fallen på 80 procent.

Vid sen och obehandlad och spridd sjukdom ligger prognosen för bröstcancer så kort som mindre än ett år, medan den för prostatacancer är betydligt längre, två till tre år. Om man sätter in en aktiv behandling blir dock prognosen i båda fallen avsevärt förbättrad. Det är inte ovanligt att kvinnan kan leva tio till femton år med en spridd bröstcancer och mannen femton till tjugo år och kanske resten av sitt liv med en spridd prostatacancer. Detta förutsätter dock att man

sätter in en aktiv behandling av sjukdomen.

Bröstcancer är generellt sett en mera aggressiv och ganska snabbt förlöpande sjukdom, i synnerhet om den inte är behandlad och i ett sent skede, medan prostatacancer däremot är en mera långsamt förlöpande sjukdom. Men det finns trots det fall av prostatacancer där sjukdomen är mycket aggressiv och har ett snabbt förlopp. Svårigheten är att avgöra när sjukdomen är av en aggressiv art och när det rör sig om en mera snäll tumör. I fråga om bröstcancer finns det i dag metoder att urskilja om sjukdomen är av det ena eller andra slaget. När det gäller prostatacancer är det däremot lite svårare att förutse förloppet.

### **Båda sjukdomarna kommer från körtlar**

Ett annat gemensamt drag mellan bröstcancer och prostatacancer är att båda sjukdomarna kommer från körtlar i kroppen, bröstkörtlarna respektive prostatakörteln. Det rör sig alltså i princip om samma typ av celler. En skillnad är dock att bröstcancer cellen har en snabb och aggressiv delning och sprider sig lätt, medan prostatacancer cellen delar sig långsamt och har ett mera godartat förlopp.

All cancer börjar i en cell, som sedan delar sig. När det bildats en miljard cancer celler i kroppen har cancervävnaden ett omfång av cirka en kubikcentimeter. Först då är det möjligt att hitta tumören. Man måste alltså förstå att cancer, när den upptäcks, har en lång förhistoria, då det inte är möjligt att diagnosticera cancer. Även när tumören är så liten att den inte är möjlig att upptäcka kan den, om den är av den aggressiva sorten, släppa ifrån sig cancer celler, som sedan via blodbanorna vandrar runt i kroppen och kanske bildar dottertumörer på annat håll i kroppen.

### **Är cancer aggressiv eller snäll?**

Hur kan då läkaren avgöra om det rör sig om en aggressiv cancer eller en mera godartad tumör? Man arbetar här med hjälp av olika prognosfaktorer. När det gäller bröstcancer har storleken på tumören en viss betydelse. En spridning till armhålan och till lymfkörtlarna har dock ännu större betydelse. Tumörcellernas utseende spelar också en stor roll. Man använder här en skala, den s.k. Elstonskalan, där man graderar cellerna beroende på mått av aggressivitet, från 3–5, 6–7 och 8–9.

Ett annat mått är att under- **Forts. nästa sida**

söka om cancercellerna har bindningsämnen, receptorer, för det kvinnliga könshormonet. Det är bra om cellerna kan binda kvinnligt könshormon. Slutligen har det på senare år tillkommit en test, den s.k. hertesten, En positiv sådan test tyder på att det rör sig om en aggressiv form av bröstcancer men också att det är möjligt att använda en alldeles ny medicin mot sjukdomen. Mera härom längre fram.

På prostatacancersidan är det lite tunnare med prognosfaktorer. Här spelar PSA-provet en viktig roll. I princip är det bättre att ha ett lågt PSA-värde än ett högt. Värden under 10 räknas som regel som tidiga fall. Storleken på tumören och spridning till lymfkörtlarna har också betydelse. Vid prostatacancer - till skillnad mot vad som gäller för bröstcancer – undersöker man nu för tiden inte alltid om det har skett en spridning till lymfkörtlarna. Först när PSA-värdet ligger högre än 15–20 gör man en sådan undersökning. Det beror på att detta ingrepp är förenat med vissa komplikationer. Vid låga PSA-värden går man aldrig in och undersöker lymfkörtlarna, medan man vid bröstcancer alltid undersöker lymfkörtlarna i armhålan.

Även när det gäller prostatacancer undersöker man cancercellerna mikroskopiskt och också här graderas cellerna efter en skala, den s.k. Gleasonskalan, där 2–3 tyder på snälla cancerceller, 7 utgör en mellangrupp samt 8–10 innebär en mera elakartad typ av celler.

### **Vilka är möjligheterna till tidig upptäckt?**

Vilka möjligheter finns det då i dag att upptäcka bröstcancer och prostatacancer i ett tidigt skede? När det gäller bröstcancer handlar det i första hand om mammografin. I dag har vi ett screeningsprogram med mammografi som omfattar alla kvinnor i åldrarna 40–74 år. Ungefär 40 procent av alla fall av bröstcancer upptäcks vid denna hälsokontroll. Man anser i dag att denna screening har medfört en 20-procentig minskning i dödligheten. Bengt Johansson kan utifrån sina egna erfarenheter konstatera att allt fler kvinnor i dag blir botade från sin cancer och att man alltmåra sällan ser kvinnor med stora, otäcka tumörer som har lett till sår.

För männen är det PSA-provet som har inneburit en revolution. PSA-provet ger möjlighet till en tidig upptäckt av cancer. Tack vare detta prov ser vi i dag allt flera män med prostatacan-

cer, där cancer inte kan kännas genom en enkel undersökning av prostatan. Trots det har man i Sverige inte velat införa en allmän screening med PSA-prov. Däremot är detta prov numera en s.k. frivillig rättighet, d.v.s. den man som vill ta ett PSA-prov ska ha rätt att göra det. Enligt de rekommendationer som nu finns får dock detta bara ske efter det att mannen fått en adekvat information om vad provet innebär och vilka konsekvenser det kan leda till.

### **Ingen behandling alls kan vara ett alternativ vid prostatacancer**

En tydlig skillnad mellan bröstcancer och prostatacancer är att man vid den senare sjukdomen kan välja s.k. exspektans, d.v.s. man sätter inte in någon aktiv behandling, man opererar inte, man strålar inte, men man sätter patienten under en vaksam kontroll. Detta kan vara ett bra alternativ för den gamle mannen med en tidig cancer och som är, låt oss säga, 78 år gammal. En behandling i den åldern skulle ha mycket lite fördelar för patienten samtidigt som den är förenad med risker. Så om mannen har en tidig prostatacancer, inga symptom, stabila PSA-värden och en förväntad återstående livslängd på mindre än 10 år kan han tillsammans med sin läkare bestämma att inte göra något åt sjukdomen utan endast att ha den under kontroll.

När det gäller bröstcancer kan exspektans däremot aldrig vara ett alternativ. Det beror på att bröstcancer alltid är ett hot mot kvinnan på ett annat sätt än vad prostatacancer är när det gäller mannen.

### **Kirurgi**

När det gäller behandlingen vid bröstcancer och prostatacancer spelar kirurgin i båda fallen en stor roll. Vid behandling av bröstcancer är det alltid kirurgi som man börjar med. I de flesta fall gör man detta numera med s.k. bröstbevarande kirurgi. Det innebär att man tar ut en tårtbit av bröstet och försöker se till att det finns en frisk marginal runt ingreppet. Vid större tumörer tillämpar man s.k. mastektomi, vilket innebär att man tar bort hela bröstet.

Man gör regelmässigt också en armhåleoperation och avlägsnar lymfkörtlar för att se efter om de är sjuka. På senare år har man dock börjat med att göra ett mindre ingrepp i armhålan, en s.k. portvaktskörteloperation. Det tillgår så att man innan man opererar bort tumören sprutar in

ett blått färgämne i närheten av tumören. Detta färgämne söker sig via lymfbanorna till armhålan. När kirurgen sedan öppnar armhålan kan han se vilken lymfkörtel som är blåfärgad och då vet han att det är den lymfkörteln som ligger närmast tumören. Han kan då nöja sig med att ta bort och undersöka den lymfkörtel som är blåfärgad. Om det då visar sig att den körteln är frisk kan man vara helt säker på att de övriga lymfkörtlarna också är friska och då behöver kirurgen inte göra något stort ingrepp i armhålan. På så sätt kan man undvika att i onödan operera bort lymfkörtlarna i armhålan, ett ingrepp som ofta gör att kvinnan får problem med svullna armar. Om det däremot visar sig att den s.k. portvaktsskörteln innehåller cancerceller måste kirurgen gå in med ett större ingrepp i armhålan och rensa bort 10 – 15 lymfkörtlar.

Också vid prostatacancer är kirurgi vanligt förekommande. Varje år är det knappa 2000 män som opereras i Sverige. Vad man gör är att man tar bort hela prostatakörteln, aldrig delar av den. Eftersom körteln sitter runt urinröret måste detta kapas och sedan får man skarva ihop urinröret med urinblåsan. Det gör att patienten under ett par veckor efter operationen får ha en kateter in till urinblåsan.

Tidigare har det varit standard att före en prostataoperation göra en undersökning av lymfkörtlarna, om PSA-värdet varit högt och legat på 15 eller däröver. Men numera har man blivit alltmer restriktiv med att göra ett sådant ingrepp. Anledningen är att ingreppet ganska ofta kan leda till problem för patienten i form av läckage in i operationsområdet med risk för infektioner samt förhöjd risk för patienten att drabbas av impotens. Det finns nu metoder att statistiskt beräkna hur stor risken är för att tumören har en spridning till lymfkörtlarna. När denna risk ligger på över 10 – 15 procent kommer man förmodligen att inom den närmaste tiden övergå till att rutinmässigt välja att strålbehandla i stället för att operera.

### **Problem i samband med kirurgi**

Vad är då problemen med de kirurgiska ingreppen vid bröstcancer och prostatacancer? Ja, när det gäller bortoperation av bröst på kvinnor innebär ingreppet naturligtvis en kosmetisk effekt för kvinnan. Om man väljer s.k. bröstbevarande operation har man å andra sidan en risk för ett lokalt återfall. Risken att drabbas av ett sådant

återfall är så pass stor som var femte fall inom fem års tid. Av det skälet lägger man som regel alltid till en strålbehandling av bröstet efter operation.

En annan bieffekt av kirurgiingrepp vid bröstcancer är lymfödem, d.v.s. svullnad i armen, som orsakas av ingrepp i armhålan. Detta ingrepp kan också orsaka nervbesvär i armen, som i vissa fall kan leda till förlamning. Av den anledningen är man i dag försiktig med att göra stora ingrepp i armhålan.

Även när det gäller prostatacancer är det inte alltid man lyckas med att ta bort hela tumören. I uppemot 20 procent av alla opererade fall har patienten kvar cancerceller i koppen. Det beror på att kirurgen aldrig kan vara riktigt säker på hur utbredd canceren är. Kirurgen kan inte se var cancercellerna sitter.

Även prostatacanceroperationen kan leda till biverkningar av olika slag. Så pass många som 20 procent av de opererade patienterna får t.ex. problem med urininkontinens, alltifrån droppar av urin till mera svårartade besvär. En annan biverkan som är vanlig efter en prostataoperation är impotens. Denna biverkan drabbar upp emot varannan patient.

### **Hur ser utvecklingen ut inom kirurgin?**

Vad är det då för utveckling som kan skönjas inom kirurgin? När det gäller bröstoperationen är tendensen att man gör allt mindre ingrepp i bröstet och allt mindre ingrepp i armhålan. På senare tid har också tillkommit att man kan göra s.k. rekonstruktiv kirurgi. Det innebär att om man tvingas ta bort bröstet, så kan man plastikkirurgiskt göra ett nytt bröst direkt i samband med operationen. Det görs genom att använda en muskel från magen som man viker upp och gör ett bröst av. Man kan till och med konstruera en ny bröstvårta.

När det gäller prostataoperationer har man sedan en tid tillbaka börjat använda sig av en s.k. laparoskopisk prostatektomi. Det innebär att man inte öppnar magen på patienten utan går in med titthålsinstrument. Fördelen med denna metod är att patienten kan gå hem tidigare och att den är skonsammare för patienten. Å andra sidan tar denna operationsteknik lite längre tid.

Det som har kommit på allra sista tiden är robotkirurgi. Även här går man in i patienten med titthålsinstrument. Skillna- **Forts. nästa sida**

den är att man vid robotkirurgi styr instrumenten via en robot. Kirurgen som opererar sitter framför en TV-skärm och styr via en dator instrumenten inne i patientens kropp. I princip spelar det inte någon roll var han sitter. Han skulle mycket väl kunna befinna sig i t.ex. Boston och därifrån operera en patient i Göteborg.

Tekniken är helt fantastisk men Bengt Johansson vill ändå sätta upp ett varnande finger. Man har ännu ej sett några långsiktiga resultat av den nya metoden med operation via en robot. Som cancerläkare ifrågasätter Bengt Johansson om man genom att skära mindre och mera begränsat verkligen kan lyckas bättre med att få bort tumören.

### Strålbehandling

När det gäller bröstcancer är strålbehandling alltid ett komplement till kirurgin med syftet att minska risken för återfall. I fråga om prostatacancer är däremot strålning ett alternativ till kirurgin. Patienten står alltså inför valet att antingen välja strålbehandling eller bortoperation av prostatan. Båda metoderna är, såvitt man i dag vet, likvärdiga när det gäller möjligheterna till bot. De skiljer sig lite åt när det gäller typen av biverkningarna. En fördel med att välja operation är dock att man vid återfall alltid kan strålbehandla efter en operation men aldrig operera efter en strålbehandling. Man får dock komma ihåg att en strålbehandling efter en operation alltid innebär ytterligare risk för olika biverkningar.

Bengt Johansson berörde också en ny studie från Umeå där man har framfört att strålbehandling också kan ha en positiv effekt på patienter som tidigare bara har stått på hormonbehandling. Han kom också in på frågan om det kan vara till nytta att strålbehandla en lymfkörtel i de fall canceren har spritt sig dit. Detta har tidigare varit en omstridd fråga. Men den internationella

utvecklingen pekar mot att det kommer att bli allt vanligare att man bestrålar de närmast liggande lymfkörtlarna. En studie i USA har nyligen visat att denna behandling kan vara till nytta för patienten. Samtidigt ökar riskerna för biverkningar så det handlar alltid om att göra en avvägning mellan nyttan av behandlingen mot risken för biverkningar.

### Behandling med hormoner

Bröstcancer och prostatacancer kan också behandlas medicinskt. Det handlar då om mediciner som påverkar vårt hormonsystem. Hormonerna i kroppen styrs alla från hypofysen, som är en liten körtel som sitter strax under hjärnan. Därifrån skickas signaler till kroppens olika körtlar att bilda hormon. Hos kvinnan och mannen är det äggstockarna och testiklarna som producerar könshormoner men dessa bildas också i binjurarna. Dessa hormoner kan sägas fungera som gödselmedel för cancercellerna. Genom att påverka hormonsystemet på olika sätt kan vi stänga av stimulansen för cancercellerna.

Detta kan ske på tre olika sätt. Ett sätt är att stänga av signalerna från hypofysen genom att tillföra läkemedlet Zoladex. Det görs genom att patienten får en spruta en gång i månaden eller en gång var tredje månad. Detta läkemedel är verksamt både mot bröstcancer och mot prostatacancer.

Vid bröstcancer finns det också läkemedel som stänger av signalerna från hypofysen på körtelnivån. Det gäller läkemedlen Arimidex och Femar. Dessa är verksamma både mot tidig cancer och mot cancer som har spridit sig.

Slutligen finns det läkemedel som blockerar hormonerna direkt hos cancercellerna, s.k. anti-hormoner. Här finns för bröstcancer läkemedlet Nolvadex och för prostatacancer läkemedlet Casodex.

Beträffande Casodex kom det en fråga från en person i publiken som berättade att han hade fått ett annat läkemedel på Apoteket i stället för Casodex, som läkaren hade skrivit ut. Svaret på den frågan var att patenträttigheten för Casodex nu har gått, vilket kan medföra att Apoteket väljer att lämna ut en alternativ medicin med samma verksamma substans som Casodex. Anledningen är troligtvis att den alternativa medicinen är billigare men från medicinsk synpunkt ska bytet i princip inte ha någon betydelse för patienten.



*Har du frågor om cancer?*

**Ring, skicka e-post eller besök  
Cancerupplysningen**

**TELEFON:** 08-517 766 00  
**ÖPPETTIDER:**  
09.30-12.00, 13.00-15.00

**E-POST:** cancerinfo@karolinska.se

**BESÖKSADRESS:**  
Radiumhemmets stora entréhall  
Karolinska Universitetssjukhuset  
**ÖPPETTIDER:** måndag - torsdag,  
09.30-12.00, 13.00-15.00

Cancerupplysningen stöds av Radiumhemmets Forskningsfonder.

Vid bröstcancer ges hormonbehandling som en tilläggsbehandling. Alla kvinnor som har en tumör där cancercellerna binder kvinnligt köns-hormon och som har en tumör som är större än 10 mm får regelmässigt hormonbehandling. Som regel börjar man med Nolvadex och man vet att man därigenom botar tio procent fler efter tio år. Genom att sätta in s.k. aromatashämmare som Arimidex och Femar kan man förlänga överlevnaden ytterligare.

När det gäller en aggressiv prostatacancer är det visat att hormonbehandling som tilläggsbehandling efter strålning har en positiv effekt. Hormonbehandling kan också användas som en förbehandling inför en strålbildning. En sådan behandling medför att prostatan krymper högst avsevärt.

Hormonbehandling tillgrips också vid behandling av avancerad bröstcancer, förutsatt att cancercellerna kan binda till kvinnligt könshormon. Upp till 70 procent av kvinnorna svarar på denna behandling. Även i detta fall kan man sätta in arosmatashämmande medicin, som är något effektivare.

Hormonbehandling är också ett förstahandsval vid avancerad prostatacancer. Behandlingen har här respons i 85 procent av fallen. Tyvärr har behandlingen effekt en begränsad tid, 2–4 år men det förekommer också fall där behandlingen fungerar upp tio, femton eller tjugo år. Det är dock viktigt att komma ihåg att hormonbehandling aldrig kan bota sjukdomen, bara bromsa upp utvecklingen av den.

### **Kan kirurgisk kastration vara ett alternativ för mannen?**

Ett alternativ till medicinsk kastrering är att man opererar bort testiklarna och på så vis stänger av produktionen av testosteron. Skillnaden gentemot den medicinska kastreringen är förstås att den kirurgiska kastrationen är för alltid och oåterkallelig. Men det behöver inte betyda att en kirurgisk kastration alltid är ett dåligt alternativ. För den gamle mannen, som inte har något aktivt samliv längre, kan en bortoperation av testiklarna vara ett smidigt och säkert sätt att behandla sjukdomen. Han slipper äta mediciner eller ta sprutor var tredje månad. Själva ingreppet är mycket enkelt att utföra.

### **Kemoterapi eller cellgiftsbehandling**

Bengt Johansson kom slutligen in på kemoterapi

eller cellgiftsbehandling. Inom bröstcancer har denna typ av behandling var mycket framgångsrik. Här finns ett stort antal verksamma läkemedel. Bland dessa anses Taxotere och Farmorubicin ha bäst effekt mot bröstcancer. De olika läkemedlen kan kombineras på olika sätt och när ett fallerar kan man byta till ett annat.

När det gäller prostatacancer har cellgiftsbehandlingen en mycket kort historia. Behandlingsformen befinner sig här fortfarande på ett tidigt stadium. I dagens läge finns det bara en beprövad substans och det är Taxotere. Med denna behandling får man en förlängd överlevnad på i snitt tre månader, men hos många män kan det röra sig om betydligt längre tid, om man får en gynnsam respons på behandlingen. Dessutom får upp till 40 procent av männen en symptomlindring av sin spridda sjukdom med hjälp av detta läkemedel.

Cellgiftsbehandling används också vid avancerad bröstcancer och man får då respons hos mer än hälften av kvinnorna. Behandlingen sätts också in som en tilläggsbehandling efter en bröstoperation när canceren är av en aggressiv art och när kvinnan inte svarar på hormoner. Där vet man att man botar bort mot tio procent fler patienter.

Ett problem med cellgiftsbehandling är att den påverkar den blodbildande benmärgen vilket gör att man kan drabbas av infektioner och att man blir trött och får låga blodvärden. En annan biffekt av behandlingen är håravfall och nagelförändringar. En långvarig behandling kan också leda till att patienten drabbas av utmattning.

Behandlingen med Taxotere mot prostatacancer är betydligt snällare mot patienten och har förhållandevis lite biverkningar.

### **Nya mediciner**

På senare tid har det också tillkommit nya grupper av mediciner, s.k. antikroppar som reagerar på cancercellerna och kan hämma dem. På bröstcancerområdet har vi fått en **Forts. nästa sida**

## Har du frågor om cancer?

Cancerfondens informations- och stödlinje

**020-222 111**

infostodlinjen@cancerfonden.se



medicin av detta slag som heter Herceptin. Det speciella med denna medicin är att den bara fungerar när den s.k. hertesten, en av de prognosfaktorer som nämndes i början av föreläsningen, är positiv. Samtidigt är en positiv hertest en nackdel för kvinnan, eftersom det ger en sämre prognos. Men å andra sidan är hon mottaglig för den här medicinen och kan på så sätt få en avsevärt förbättrad prognos. Biverkningarna av medicinen är milda och kan inte alls jämföras med cytostatika. Behandlingen kan också kombineras med cellgiftsbehandling.

På prostatacancerområdet finns inte några liknande mediciner. Något som man arbetar med både när det gäller bröstcancer och prostatacancer är tumörkärleshämning. En tumör måste ha tillgång på näring, blod och syre för att kunna växa. Om man med en medicin kan hämma blodkärlen som finns i cancercellerna och som försörjer cellerna med näring skulle man kunna

svälta tumören och därigenom hålla sjukdomen tillbaka. Mediciner av detta slag används redan, framför allt vid behandling av tjocktarmscancer. Vi vet att medicinen fungerar vid bröstcancer och det är tänkbart att den också kan fungera vid prostatacancer. Samtidigt är det så att den här typen av mediciner inte fungerar på alla patienter

Bengt Johansson avrundade sin mycket informativa och uppskattade föreläsning med en vacker sommarbild från sin hemstads Hjälmaran.

*Referent*

*Åke Lindgren*

**Föreläsningen finns inspelad** på DVD-skiva, som finns för utlåning till våra medlemmar. Den kan beställas hos Åke Lindgren på telefon **031-13 79 30** eller via e-post ***ake.lindgren36@bredband.net***.