

Fria föredrag Prostatacancer 1

01

ROCCOSUTUREN VID LAPAROSKOPISK RADIKAL PROSTATEKTOMI

S. Ladjevardi; M. Häggman

Urologkliniken Akademiska Sjukhuset/kirurgisk vetenskap

Bakgrund: Öppen prostatektomi (RRP) har hitintills ansetts som golden standard operation för prostatacancer. Under slutet av 1990-talet utvecklades laparoskopisk prostatektomi (LRP). En känd biverkan av radikal prostatektomi är urininkontinens i 5-10% av de opererade fallen.

Syfte: Målet med studien var att se om Roccasuturen kan reducera frekvensen av urininkontinens hos män som genomgår LRP.

Material och metod: Totalt 150 patienter inkluderades, 50 LRP med Roccasuture, 50 LRP utan och 50 RRP. Det togs ingen hänsyn till ålder, tumörstadiet, PSA eller Gleason score. Retrospektiv journalgenomgång av alla patienter där kontinens bedömdes efter 3, 6 och 12 månader.

Resultat: Medelåldern vid operation för alla tre grupper var 62 år. LRP patienterna hade genomsnittligt högre BMI, medel 27,5 (22,5-35). 29 patienter som opererades med Roccostygn var kontinenta (inget droppskydd alls) vid 3 månaders kontroll och 40/50 patienter efter 6 månader och 43/50 efter ett år. Samma siffror för patienter som opererades utan Roccasuture var 10/50 vid 3 månader, 23/50 vid 6 månader och 26/50 vid ett års kontroll ($p < 0.0005$). Ingen av dem som opererades med Roccostygn behövde insättning av en sfinkterprotes på grund av sin inkontinens medan 2 LRP utan Roccostygn fick sfinkterprotes och en i den öppna gruppen. Åtgärdskrävande striktur var 3/50 i den gamla tekniken och 5/50 och i den öppna tekniken 1/50.

Konklusion: Vår studie visade en avsevärd förbättring avseende urininkontinens för LRP med Roccasuture jämfört med utan. Dessa siffror överensstämmer med andra centra som har använt denna suturteknik.

02

PET/CT MED 11C-ACETAT VID MISSTANKE OM LYMFKÖRTELSPRIDNING VID PROSTATACANCER

M. Schumacher¹; M. Hellström¹; E. Radecka²; H. Jakobsson²; A. Sundin²

¹Urologen, Karolinska, Solna; ²Avdelningen för röntgen och nuklearmedicin, Karolinska, Solna

Bakgrund: Vid val av behandling eller tilläggsbehandling vid prostatacancer är det ofta avgörande om patienten har tumörspridning till regionala lymfknutor. I den här studien har vi sökt att utvärdera PET/CT med 11C-acetat för att påvisa om sådan spridning föreligger. Metoden som avbildar tumörspridning oavsett vävnadslokalisering är tämligen nyutvecklad och inte fullständigt värderad.

Material och metoder: 16 konsekutiva patienter inkluderades. Samtliga hade genomgått pre-operativ PET/CT med 11C-acetat. Fjorton av dessa hade positivt eller misstänkt utfall vid PET/CT. I två fall var undersökningen negativ. Dessa patienter inkluderades ändå p.g.a. högt PSA (50 resp. 130 ng/ml) och därför att man pre-operativt bedömt att det fanns stor risk för lymfkörtelspridning. Tio patienter hade tidigare genomgått prostatektomi, i ett fall utfördes körtelutrymning inför strålterapi och i 5 fall utfördes lymfkörtelutrymningen i samband med prostatektomi. Samtliga patienter genomgick en omfattande lymfkörtelutrymning och bedömningen från PET/CT jämfördes med utlåtandet från den mikroskopiska analysen. I hela materialet varierade de pre-operativa PSA-värdena mellan 0,1 och 130 ng/ml (medel 1,25). Postoperativt planerades kontroll PET/CT med 11C-acetat efter 3 månader.

Resultat: I genomsnitt identifierades 25 (8-50) lymfknutor vid operation. I 10 fall påvisades patologiska körtlar vid operation. God överensstämmelse mellan PET/CT utlåtande och PAD vid de respektive lymfkörtelstationerna sågs i 11 fall. Vid de postoperativa kontrollerna sågs misstänkt tumörprogress i 4 fall vid PET/CT-undersökningen.

Slutsats: Specificiteten för PET/CT med 11C-acetat i ovan beskrivna begränsade material blir 71 procent. För motsvarande beskrivning av sensitivitet krävs en omvänd strategi d.v.s. att man opererar högrisk patienter utan påvisbar lymfkörtelspridning enligt PET/CT.

JÄMFÖRELSE MELLAN PET/CT MED KOLIN OCH LYMFKÖRTELUTRYMNING FÖR DETEKTION AV LYMFKÖRTEL METASTASER VID PROSTATACANCER

*H. Kjölhede¹; G. Ahlgren²; H. Almquist³; F. Liedberg¹; K. Lyttkens³; T. Ohlsson³; O. Bratt⁴
¹Urologsektionen, Kirurgkliniken, Kirurgicentrum Kronoberg; ²Urologkliniken, SUS, Malmö; ³Bild- och Funktionscentrum, SUS, Lund; ⁴Enhet Urologi, Helsingborgs lasarett*

Bakgrund: Lymfkörtelmetastasering är en viktig prognostisk faktor vid prostatacancer som påverkar valet av behandling. Noninvasiva undersökningsmetoder av regionala lymfkörtlar vore att föredra framför kirurgisk lymfkörtelutrymning. PET/CT med kolin har i tidigare studier visat hög specificitet men låg sensitivitet. Syftet med studien var att jämföra resultatet av PET/CT med kolin med PAD efter lymfkörtelutrymning.

Metod: Patienter med högrisk prostatacancer som planerades för utvidgad iliakal lymfkörtelutrymning inför kurativ strålbehandling eller i samband med radikal prostatektomi, genomgick preoperativ PET-CT. PSA, T-stadium och Gleasonsumma vid tiden för undersökningen registrerades. För lymfkörtelutrymda patienter registrerades positiva och totala antalet körtlar.

Resultat: Sammanlagt 119 patienter genomgick PET/CT med kolin. För 21 patienter avbröts den fortsatta utredningen pga utbredd metastasering enligt PET/CT. Hos 20 patienter med negativa fynd avstods lymfkörtelutrymning pga samsjuklighet. Hos en patient med positivt fynd vid PET/CT gjordes finnålspunktion som visade enbart inflammation. Totalt genomgick därmed 77 patienter lymfkörtelutrymning. Hos en av dessa kunde man inte utläsa antalet körtlar ur PAD. För de resterande 76 patienterna var medianåldern 65,9 (49,9-76,9) år och median-PSA 22,0 (2,4-95) ng/mL. Andelar patienter med kliniskt stadium T1, T2 och T3 var 21%, 34% respektive 45% och med Gleasonsumma 6, 7, 8 och 9 var 4%, 33%, 24% respektive 40%. Antalet analyserade körtlar var i median 12,0 (3-47). Efter negativ PET/CT var 19 pN1 och 37 pN0. Hos patienter med positiv PET/CT var 14 pN1 och 7 pN0. Vid > 1 positivt fynd på PET/CT var 10 pN1 och 1 pN0.

Slutsatser: PET/CT med kolin ger kliniskt relevant information, men såväl falskt negativa som falskt positiva fynd förekommer, det senare främst vid upptag i en enstaka lymfkörtel vid PET/CT. PET/CT är av värde främst för att påvisa utbredd metastasering.

JÄMFÖRELSE RADIOLOGISKA METODER MRT OCH PET/CT SOM UNDERLAG FÖR ULTRALJUDSVÄGLEDD BIOPSI AV PROSTATACANCER (PCa)

S. Ladjevardi¹; J. Weis²; J. Sörensen²; F. Ortiz-Nieto²; A. Tolf³; C. Busch³; M. Norberg²; G. Auer⁴; J. Castro⁵; U. Svahn¹; M. Häggman¹; H. Jorulf²

¹Inst för Kirurgiska vetenskaper UU; ²Inst för radiologi, onkologi och strålningsvetenskap UU;

³Inst för Genetik och patologi UU; ⁴Inst för Patologi och cytologi KI; ⁵Inst Onkologi och patologi KI

Bakgrund: Högt PSA där även upprepade biopsier (CNB) ger osäker diagnostik är ett kliniskt dilemma. Kompletterande bilddiagnostik kan utgöra grund för säkrare stadiindelning. Celler/debris frigörs ev till perifert venblod i samband med CNB prostata.

Syfte: Utvärdera imaging metoder för riktad CNB vid misstänkt PCa. Analysera om celler/debris frigörs i samband med CNB till perifert blod.

Material och metod: Av 45 män (PSA ≥ 3ng/ml) visade 23 efter rutin CNB PCa (Gleason ≥ 3+2 – 5+5). Tio fick prostatektomi, 2 strålbehandl, 10 uppföljning, 1 avbröt. Hos opererade jämfördes blint och oberoende storsnitt som referens med CNB, ¹¹C Acetat PET/CT (N=10), MRT 3T ytspole single-voxel och 2D MRSI (MR Spectroscopic Imaging) (N=8) och ADC (Apparent Diffusion Coefficient) (N=6). ADC är ett mått på vattenmolekylerens rörelse från extracellulärt och extravaskulärt. PCa klassas om ADC och MRSI värden avvek minst 2 SD från normalt. PET/CT av bäckenet efter injektion av ¹¹C Acetat speglar perfusion och lipidnybildning i tumörer. Området med högst signal inom prostata angavs som mest sannolik lokalisering för PCa. Perifert venblod togs före/efter CNB för analys om celler/debris kan påvisas i utstryk.

Resultat: Sens., spec. och accuracy för att lokalisera PCa var för CNB 0.53; 0.88; 0.64, PET 0.47; 0.89; 0.63, MRSI 0.79; 0.45; 0.69, ADC 0.95; 0.73; 0.87. Hos 26/39 pat påvisades i perifert venblod efter CNB celler/debris; vid förekomst PCa hos 15/22, utan PCa hos 11/17 pat.

Slutsats: Vid rutin CNB kan cancer förbises. Genom diffusions MR (DWI, ADC) kan område med högst sannolikhet för PCa identifieras för riktad Ullj biopsi. MRSI och ¹¹C Acetat PET/CT har lägre upplösning än DWI/ADC. ¹¹C Acetat PET/CT visar troligen endast snabbväxande tumör. Imaging metoden kan användas för större studie. Cytokeratinpositiva celler/debris i perifert venblod i

ökad mängd tyder på att cellmaterial kan frigöras efter CNB prostata. Betydelsen av detta är inte känt.

05

RISKFaktorER FÖR URININKONTINENS EFTER RADIKAL PROSTATEKTOMI

A. Wallerstedt¹; S. Carlsson¹; U. Wilderäng²; T. Thorsteinsdottir²; E. Haglind³; P. Wiklund¹; G. Steineck⁴

¹Institutionen för Molekylär Medicin och Kirurgi, Karolinska Institutet, Stockholm; ²Enheten för Klinisk Cancerepidemiologi, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet; ³Institutionen för kliniska vetenskaper, Avd för Kirurgi, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet; ⁴Enheten för Klinisk Cancerepidemiologi, Institutionen för Onkologi/Patologi, Karolinska Institutet, Stockholm

Inledning: Inkontinens efter radikal prostatektomi är en känd långtidsbiverkan som sänker patientens livskvalitet. Denna studie syftar till att identifiera preoperativa patient-relaterade faktorer som är associerade med 12 månaders postoperativ inkontinens.

Metod: Vi har genomfört preliminära analyser på resultat från en kohort av 1063 män som genomgått radikal prostatektomi p.g.a. kliniskt lokaliserad prostatacancer mellan september 2008 och februari 2010. Patienterna ingår i LAPPRO-studien, en prospektiv icke-randomiserad studie. Patienter inkluderades från 12 svenska sjukhus och följdes upp med validerade frågeformulär preoperativt samt vid 3 och 12 månader postoperativt. Frågeformulären innehöll frågor om urinläckage, ko-morbiditet samt möjliga störfaktorer och effektmodifierare. Utfallsfaktorn urinläckage uppmättes i antal byten av droppskydd per dygn och inkontinens definierades som <1 droppskydd/dygn. Kliniska data insamlades preoperativt (PSA, biopsi Gleason score, kliniskt stadium, adjuvant terapi, BMI) samt postoperativt från patolog-svar (prostata-vikt, Gleason score).

Resultat: Ålder över 65 år leder till dubblad risk för postoperativ inkontinens (RR 2,1 95% CI 1,2-3,6). Risken ökar med stigande ålder. Patienter med preoperativt urinläckage samt patienter som tidigare genomgått ljumskråcksoperation löper en signifikant ökad risk för inkontinens 12 månader postoperativt; åldersjusterad RR 1,7 (95% CI 1,2-2,4) resp. 1,5 (95% CI 1,2-1,9). Vi fann inget statistiskt säkerställt samband mellan postoperativ inkontinens och BMI, tidigare TUR-P, salvage strålning eller ytterligare 17 typer av samsjuklighet som evaluerades i studien.

Slutsats: I en kohort av män med kliniskt lokaliserad prostatacancer fann vi att hög ålder, preoperativt urinläckage samt tidigare ljumskråcksoperation predikterar förekomst av inkontinens 1 år efter radikal prostatektomi. Dessa fynd kan bidra till att en mer riktad riskdiskussion kan föras med patienten före behandlingsbeslutet.

06

INFORMATION ANGÅENDE KONSEKVENSEN AV PSA-TESTNING

K. Günséus¹; B. Tavelin²; P. Stattin³

¹Urologi Norrlands universitetssjukhus; ²Onkologiskt centrum Umeå; ³Urologi Umeå universitet

Bakgrund: Socialstyrelsen presenterade nationella riktlinjer angående utredning och behandling av prostatacancer 2007. Även en skriftlig information om konsekvensen av ett PSA-test presenterades. För att uppskatta hur många män som fått skriftlig information i samband med sitt första PSA-test gjorde vi en enkätundersökning.

Metod: Med hjälp av Nationella prostatacancerregistret (NPCR) gjorde vi ut ett slumpmässigt urval av män som fått diagnosen prostatacancer under åren 2006-2008. Enligt NPCR angavs hälsokontroll som orsak till utredningen. Enkäten skickades ut 1-1,5 år efter diagnos. Under tre år skickades 600 enkäter per år ut till män för diagnosåren 2006-2008. I enkäten efterfrågades om man fick information angående konsekvensen av PSA-testet innan provtagningen och hur eventuell information presenterades.

Resultat: Totalt 1800 enkäter med en svarsfrekvens på 87%. Informationen om möjliga konsekvenser av PSA-testet har skett på olika sätt enligt tre svarsalternativ; muntlig information, skriftlig information eller muntlig och skriftlig information. Information om möjliga konsekvenser har erhållits av 63%, 27% har inte fått någon information om möjliga konsekvenser och 10% har inte fått någon information om att PSA-testet togs över huvud taget. Den procentuella förändringen av all form av information över de tre åren är 60,3% för 2006, 64,5% för 2007 och 63,6% för 2008. De flesta fick bara muntlig information. Ett fåtal fick enbart skriftlig information. Andelen som fått både muntlig och skriftlig ökade en aning under de tre åren. Andel män som fått skriftlig information inför PSA-testet ökade från 11,7% 2006, 13,9% 2007 och till 16,3% 2008.

Slutsatser: Studien visar att den skriftliga informationen ökat något efter presentationen av Socialstyrelsens riktlinjer 2007. Fortfarande är det 10% som genomgår PSA-testet utan att veta om det. Ytterligare insatser krävs för att fler ska få ta del av informationsmaterialet.

07

ERBJUDANDE OM PSA-TESTNING EFTER HEMSKICKAD INFORMATION OM TÄNKBARA FÖR- OCH NACKDELAR, EN POPULATIONSBASERAD PILOTSTUDIE I REGION SKÅNE

*O. Bratt*¹; *G. Ahlgren*²

¹Enhet urologi, Helsingborgs lasarett; ²Urologiska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Bakgrund: Screening PSA leder till kraftigt minskad dödlighet i prostatacancer, men de negativa effekterna i form av överdiagnostik och överbehandling av betydelselösa tumörer är också betydande. Många svenska medelålders män har redan PSA-testats, men sannolikt har endast en mindre andel informerats om vilka möjliga konsekvenser PSA-testning kan ha. Det är oklart vilken effekt systematisk information och erbjudande om PSA-testing skulle ha på andelen män som testar sig.

Metod: Undersökningen genomfördes enligt ett politiskt beslut i Region Skåne. Under januari och februari 2011 skickades Socialstyrelsens PSA-broschyr ut till 1 % av skånska män mellan 50 och 70 års ålder (n=1470), tillsammans med ett frågeformulär och ett erbjudande om PSA-testning inom en månad. Urvalet var representativt fördelat i ålder och geografi. Män med diagnostiserad prostatacancer var exkluderade. Region Skånes databas för laboratoriemedicin användes för att definiera antalet testade. Projektet är godkänt av EPN.

Resultat: Redan under 2009-2010 hade 36 % av de 1470 männen PSA-testats. Hela 86 % kände till PSA-testet, men bara 56 % att det även fanns nackdelar med testning. Inom en månad från utskicket genomgick 18 % PSA-test. Av dessa hade 57 % redan PSA-testats 2009-2010, varav 31 % med PSA > 3 µg/l. Av de 52 % som besvarade enkäten tyckte 97 % att det var bra att på detta sätt informeras och erbjudas PSA-testning. Endast en man tyckte inte att det var bra. I enkäten angav 58 % att de tänkte genomgå PSA-testning framöver och 19 % att de tänkte beställa tid på vårdcentral för att diskutera testning.

Slutsats: Skånska män vill aktivt informeras om möjligheten till PSA-testning. Redan i nuläget PSA-testas en stor andel av dem. Att aktivt erbjuda information och testning verkar inte påtagligt öka andelen som testas. Vi kommer att följa upp hur många som verkligen testas under hela 2011, samt hur många som biopsieras och får diagnostiserat prostatacancer.

08

SAMS: STUDIE AV AKTIV MONITORERING I SVERIGE

*O. Bratt*¹; *O. Andrén*²; *S. Carlsson*³; *E. Holmberg*⁴; *L. Holmberg*⁵; *E. Johansson*⁶; *A. Nilsson*¹; *D. Robinson*⁷; *P. Stattin*⁸; *J. Stranne*⁹

¹Enhet urologi, Helsingborgs lasarett; ²Urologiska kliniken, Örebro universitetssjukhus;

³Urologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna; ⁴Onkologiskt Centrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; ⁵Cancer Epidemiology Unit, King's College, London; ⁶Urologiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala; ⁷Urologiska kliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping; ⁸Urologiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå; ⁹Urologiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Bakgrund: År 2009 påbörjade 1500 svenska män aktiv monitorering för lokaliserad prostatacancer, trots att formerna för denna behandlingsstrategi är otillräckligt utvärderade.

Metod: SAMS utgår från Nationella prostatacancerregistret (NPCR). Den av svenska onkologiska centra ägda databasen INCA används som studieplattform. I SAMS-FU randomiseras patienter som nyss påbörjat aktiv monitorering för lågrisk prostatacancer mellan standarduppföljning och en extensiv ombiopsi följd av en glesare kontroll utan ytterligare biopsier. Primärt effektmått är påbörjad behandling inom 5 år; sekundära omfattar bl a symptom, fjärrmetastaser och död. Patienter som påbörjar aktiv monitorering men inte uppfyller inklusionskriterierna för SAMS-FU kan inkluderas i observationsstudien SAMS-ObsQoL. I båda studierna värderas livskvalitet och bäckensymptom/biverkningar, som jämförs med dem hos patienter som opererats eller strålbehandlats direkt efter diagnos. Betydelse av samjuklighet, rökning, motion och BMI värderas. Minst 500 patienter vardera ska inkluderas i SAMS-FU, SAMS-ObsQoL och jämförelsegruppen under 5 år. SAMS är godkänd av etisk prövningsnämnd.

Målsättning: Vi hoppas att det nya schemat för uppföljning ska identifiera de aggressiva cancererna tidigare med mindre resursåtgång för sjukvården och bättre livskvalitet för patienterna. Vi räknar med att allmänt öka kunskaperna om när och hur aktiv monitorering ska användas, samt hur aktiv monitorering påverkar livskvaliteten.

Resultat: Inklusion påbörjades maj 2011 vid 12 svenska sjukhus.

Slutsats: SAMS är den första studie som utnyttjar INCA som studieplattform. Eftersom INCA används inom hela den svenska cancersjukvården kan erfarenheterna av dataregistrering, enkätshantering och randomisering inom SAMS underlätta klinisk cancerforskning i Sverige, inte minst inom urologin. Kostnaderna är en bråkdel av dem för andra studieplattformar. Alla svenska urologheter välkomnas att ansluta sig till SAMS!

09

VAD HAR FYSISKAKTIVITET FÖR BETYDELSE FÖR PATIENTER MED PROSTATACANCER - PROMENAD STUDIEN

L.A. Mucci ¹; K. Fall ²; U. Valdimarsdóttir ³; J. Kasperzyk ¹; A. Pettersson ¹; S.O. Andersson ⁴; Q. André ⁴

¹Harvard school of public health; ²Institutionen för klinisk epidemiologi USÖ; ³Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavík; ⁴Urologkliniken USÖ

Efter införandet av PSA i början av 90-talet har incidensen av prostatacancer(PCa) ökat kraftigt, liksom antalet kurativa behandlingar. Trots detta har dödligheten i PCa varit ganska konstant över tid, vilket talar för en kraftig överbehandling av PCa. De flesta män som drabbas av sjukdomen löper en större risk att dö av andra orsaker som hjärt-kärlsjukdom. Många av dessa dödsfall skulle kunna förebyggas genom livsstilsförändringar som framförallt berör diet och motion. Denna kunskap till trots vet vi att levnadsvanor är svåra att påverka. Samtidigt som ett cancerbesked för många innebär en livskris, är det samtidigt det tillfälle då möjligheterna att påverka och förändra levnadsvanorna är som störst, ofta benämnt ett "teachable moment". Det finns en ökande mängd data som talar för att fysisk aktivitet kan påverka tumörtillväxt och förbättra överlevnaden och dessutom förbättra det psykiska och fysiska välbefinnandet. Syftet med denna korta pilotstudie (10 veckor) var i första hand att se om det är praktiskt möjligt att genomföra en intervention med fysisk aktivitet och i andra hand att analysera effekter på biomarkörer samt psykiskt välbefinnande. Femtio män med Pca randomiserades till att delta i en promenadgrupp med ett gemensamt promenadtillfälle per vecka och stegräknare med målet att gå 10 000 steg/dag, eller till att följas upp enligt gängse praxis. Resultaten visar att männen som randomiserades till fysisk aktivitet uppnådde målet och gick i medeltal 10000 steg/dag. Under denna korta interventionsstudie påvisades förvånande positiva effekter av flera mätvariabler. Signifikanta skillnader noterades för bla. blodtryck, blodfetter till fördel för promenadgruppen. Sammanfattningsvis visar denna pilotstudie att det är praktiskt möjligt att genomföra en interventionsstudie med ökad fysisk aktivitet och att acceptansen att delta i denna typ av studie är mest optimal i anslutning till diagnosbeskedet.

Poster session 1

10

UTVÄRDERING AV 77 KATETERAVVECKLINGSFÖRSÖK VID UROLOGISKA MOTTAGNINGEN KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET HUDDINGE

A. Kylström ; M.L. Åberg ; J. Andersson ; F. Ehsani ; H. Thulin ; L. Henningsohn
Urologiska kliniken Karolinska universitetssjukhuset Huddinge

Bakgrund: När patienter drabbas av urinretention inleds ofta behandling med KAD. Därefter genomförs ett tids- och resurskrävande kateteravvecklingsförsök.

Målsättning: Analysera och utvärdera samtliga avvecklingsförsök under en avgränsad tid.

Material och metod: 67 patienter ingick. Ålder 23-93 år. På dessa gjordes 77 avvecklingsförsök. Samtliga avvecklingsförsök mellan 100701-110301 inkluderades. Diagnos, mängden residualurin noterades, likaså de som fick kateter åter/blev kateterfria.

Resultat: 37 hade diagnosen BPH och 40 annan diagnos. Totalt blev det 77 försök, varav 34 blev kateterfria. Resterande 43 återfick KAD på grund av residualurin >200 ml. Lyckade avvecklingsförsök vid BPH var 7 av 37. Vid de 40 försöken med andra diagnoser blev 27 kateterfria.

Diskussion: Nästan hälften av alla avvecklingar lyckades. Patienter med urinretention på grund av andra diagnoser än BPH blir oftare kateterfria. De som återgår till KAD behandling känner sig besvikna över sin situation, vilket kan påverka livskvaliteten. Det är viktigt att sjuksköterskan

finns som stöd och ger information om de alternativ som finns att tillgå. Framför allt information om möjlighet till RIK. Endast en femtedel med BPH blir kateterfria vid första försöket, detta är viktigt att ta hänsyn till vid patientens fortsatta omhändertagande. Ett avvecklingsförsök kräver i de flesta fall flera timmars vistelse på mottagningen, vilket kan vara påfrestande för patienten, dessutom krävs stora sjuksköterskeresurser. Om ytterligare avvecklingsförsök görs, tillkommer även den ökade risken för infektioner.

Konklusion: Genom tidig planering, information och undervisning i RIK kan rutinerna effektiviseras med att få patienten kateterfri. Detta kan leda till att tidsåtgången för patienten samt personalen minskar.

11

Abstract tillbakadraget

12

UTVÄRDERING AV ÖVERFÖRING TILL PRIMÄRVÅRDEN FÖR BYTEN AV SUPRAPUBISKATETER (SPK)

I. Söderlind ; H. Thulin

Karolinska Universitetssjukhuset

Insättande av SPK görs på urologmottagningen av urolog. En kanal skapas via bukväggen till urinblåsan och en kateter appliceras. Första bytet görs på urologmottagningen av urologisjuksköterska efter 6-8 veckor. I de fall första bytet förlöper komplikationsfritt planeras för överföring av byten till primärvården. Enligt vårdhandboken rekommenderas att fortsätta byten görs t ex av distriktssköterska (DSK) i hemmet eller på vårdcentral. När vår urologmottagning överrapporterar övertagande av SPK-byte till primärvården har de i vissa fall nekant att utföra dessa byten.

Tio vårdcentraler som vi tidigare haft kontakt med valdes ut. En DSK per vårdcentral intervjuades via telefon. Intervjuerna genomfördes med förutbestämda frågor med öppna svar. Alla DSK känner till vad en SPK är, men tre känner inte till hur SPK byts. Sju av tio DSK handhar patienter med SPK men alla utför inte byten. En anledning till att inte byta SPK uppgavs vara osäkerhet och otrygghet med sina egna kunskaper. Intervjuade DSK önskar tydliga behandlingsmeddelande med indikation och tillvägagångssätt. Nio DSK önskar praktisk vägledning av mottagningsköterska på urologen. Alla upplevde fördelar med att byten sker via primärvården bl.a. närheten till hemmet. Åtta av dessa DSK såg även fördelar med att byten sker på urologmottagning.

Det finns ett motstånd hos vissa DSK att utföra SPK byten bland dem som inte har gjort det förut. För att kunna överföra dessa patienter för byten i primärvården krävs trygghet hos personalen, dels tillvägagångssätt och egen tilltro. Det kan finnas fördelar för patienten att byten sker i närheten till hemmet eller i hemmiljö, detta uppgav även alla DSK. Många patienter har sedan tidigare en etablerad kontakt med primärvården.

Om överrapporteringen till primärvård från urologmottagningen är instruktiv, med förklaring på hur bytet ska ske samt personlig undervisning känner sig intervjuade DSK trygg att utföra byten.

13

FÖREKOMST AV URINVÄGSINFEKTION EFTER URODYNAMISK UNDERSÖKNING

C. Bergström ; M. Lauritzen ; K. Cronwall ; I. Roune ; P. Klingberg ; M. Harris

Uroterapienheten, Urologkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Bakgrund: Patienter har rapporterat urinvägsinfektion (UVI) efter urodynamisk undersökning, en del patienter tvekar att göra undersökningen p g a rädsla för infektion.

Syfte: Att kartlägga förekomsten av vårdrelaterad urinvägsinfektion samt UVI-symtom i anslutning till undersökningen.

Metod: Studiegruppen bestod av 269 konsekutivt utvalda patienter. Vi exkluderade 91 patienter utefter förutbestämda exklusionskriterier. De urodynamiska undersökningarna utfördes på våra två mottagningar vid Uroterapienheten på Karolinska Universitetssjukhuset. 178 patienter inkluderades i undersökningen. En vecka efter den undersökningen fick de svara på en enkät med frågor om upplevelsen av UVI-liknande symtom. De patienter som rapporterat UVI-liknande symtom kontaktades per telefon. Patienter med kvarstående symtom mer än en vecka efter undersökning fick lämna urinprov för odling.

Resultat: 143 av 178 patienter svarade på enkäten. Av dessa var 74% besvärsfria ett dygn efter undersökningen, 26% hade symtom > ett dygn efter undersökningen och av dessa hade

2,2% kvarstående besvär efter en vecka. Vanligaste symtomen > ett dygn efter undersökning: ökat urinläckage 13%, urgency 12%, sveda vid miktion 10% och sveda i urinröret 8%. Tre patienter 2% hade en antibiotikakrävande UVI. Ingen skillnad noterades mellan män och kvinnor avseende symtom.

Konklusion: Studien visar att 1/4 av patienterna upplever symtom efter en urodynamisk undersökning. De flesta är besvärsfria inom en vecka. Risken för antibiotikakrävande UVI är liten. Resultatet kan användas för information till patienten att symtom från urinvägarna är vanligt efter en urodynamisk undersökning men att dessa klingar av inom en vecka utan någon behandling.

14

LIVSKVALITET HOS PERSONER SOM VÅRDAR ANHÖRIG MED URININKONTINENS

G. Andersson¹; E. Hansson²; R. van der veen³; S. Mak³; B. Bornadova⁴; S. Santini⁵; G. Lamura⁵

¹Urologkliniken, Universitetssjukhuset Örebro; ²The Swedish National Family Care Competence center Kalmar; ³Vilans centre of Expertise for long term care, Netherlands; ⁴Institute for Labour and Family research, Slovakia; ⁵INRCA, Italian National Research Centre on Aging

Bakgrund: Över hela världen ses en ökning av antalet äldre i befolkningen. Även om de flesta är relativt friska tillkommer olika hälsoproblem i takt med stigande ålder. Detta avspeglas bland de äldre som bor i enskilt boende, där många har behov av hjälp. Inkontinens är ett problem som ökar med stigande ålder och olika åldersrelaterade sjukdomar. Det är ett tabubelagt område som kan orsaka skam, skuld känslor samt social isolering vilket även är fallet bland de som vårdar sina anhöriga. Syfte med studien var att undersöka hur livskvaliteten påverkas hos anhöriga som vårdar en äldre närstående med inkontinens.

Material och metod: En kvalitativ studie som initierats av EUROCARERS samt SCA och som genomförts i Sverige, Italien, Nederländerna och Slovakien. Anhöriga som vårdar en äldre, make/maka/förälder intervjuades. Ett semistrukturerat frågeformulär innehållande öppna frågor samt frågor med fasta svarsalternativ användes. Intervjun har analyserats med hjälp av innehållsanalys

Resultat: Totalt intervjuades 48 anhängvårdare. De beskrev vården som en naturlig del av en lång relation och en skyldighet att låta den anhörige vara hemma så länge som möjligt. De hade svårt att skilja inkontinensvården från annan omsorg, utan vården uppfattades som en helhet. Några ansåg det otrevligt att hjälpa sin anhörige med läckage och intimhygien, menade rollen som partner förändrades, andra upplevde det istället naturligt. Alla beskrev ett ständigt "passande" dag som natt, som resulterade i påverkan på det sociala livet, bundenhet till hemmet och extrem trötthet. I några länder framkom även ekonomiska svårigheter till följd av kostnader för inkontinenshjälpmedel och utebliven arbetsinkomst.

Konklusion: Många anhängvårdare upplever en extrem börda, social isolering och ett tungt ansvar. De beskrev alla en önskan om att få lite tid för sig själva. Anhörigas situation bör uppmärksammas i vården då anhörigas arbetsinsats i många fall tas för givet.

15

FALLFÄRDIGT I NYA LOKALER? - FALLPREVENTION UROLOGAVDELNING 63-64 KÄRNSJUKHUSET SKÖVDE

Y. Johansson¹; V. Axén²; P. Berggren²; S. Gunnerek²; N. Johansson³; E. Lindhult²; L. Lund²

¹Skarborgs Sjukhus, Område K, stab; ²Skarborgs Sjukhus, urologavdelning 63-64 KSS;

³Skarborgs Sjukhus, verksamhetsområde urologi

Bakgrund: Inom patientsäkerhetsområdet är ett mål att minska antalet halk/fall inom vården och därmed antalet vårdskador.

Efter flera fallhändelser med betydande konsekvenser för patienterna, höftfraktur och subduralhematom, startades ett fallförebyggande arbete på urologavdelningen KSS. Hade patienternas fallmönster förändrats efter inflyttning i nya lokaler?

Syftet: med arbetet är att minska antalet fall och allvarliga skador i samband med fall och därmed patienters och närståendes lidande.

Metod: Green Beltprojekt (PDSA), journalgranskning, analys av avvikelser och kostnader.

Resultat:

- Medelåldern hos de som föll år 2010 var 83 år jämfört med 74 år totalt, män och kvinnor lika
- Av de 19 som föll år 2010 var 4 kvinnor och 15 män
- En stor riskgrupp är patienter med avancerad cancersjukdom i sent palliativt skede
- Färre svårt sjuka patienter föll år 2010 jämfört med år 2009
- Färre allvarliga skador i samband med fall år 2010

- Kostnaderna för fall minskade med 40 % från år 2009 till år 2010

Åtgärder/strategier:

- Ökad insikt om fallförebyggande arbete för att göra patientutrymmena mer säkra och identifiera urologiska riskpatienter
- Fallriskbedömning i Melior
- Rutiner och åtgärder i PM
- Råd till patient
- Information till personal
- Checklista, "snubbelkoll"
- Fallgrupp med regelbunden uppföljning av fallavvikelser
- Månadsvis uppföljning av fall och ifyllda fallriskmallar

Slutsats:

- Ett ökat medvetande har lett till ett aktivt fallförebyggande arbete som minskat allvarliga skador och lidande hos svårt sjuka patienter
- Det finns inte bara en orsak till ett fall och inte bara en förebyggande åtgärd
- Antalet registrerade fall ökade år 2010, sannolikt registreras idag samtliga fall
- Fler fall inträffade nattetid år 2010, analys pågår, större ytor i de nybyggda lokalerna kan bidra
- Läkemedelspåverkan och bemanning ska analyseras vidare
- Kognitiv nedsättning betydande riskfaktor som kräver fortsatt arbete.

16

KNOUSSE-METODEN FÖR KONTINUITET, PATIENTSÄKERHET OCH EN SNABBARE VÅRDPROCESS

H. Eng ; N. Hageman

Urologiska kliniken, Södersjukhuset

Syfte: Nöjdare patienter med fokus på kontinuitet, snabbare vårdprocess och patientsäkerhet.

Metod: Kartläggning av befintlig vårdprocess genom journalgranskning och inventering av riktlinjer och rutiner. Behovsanalys för att uppnå syfte, vilket innefattade:

- 3-månaders läkarschema med schemalagda förbesök för alla läkare - förutsättning för kontinuitet och patientsäkerhet.
- Ökat ansvar för vårdkoordinatorer i vårdplaneringsprocessen.
- Vid mottagningsbesöket när beslut om operation togs direktinskrevs patienten, sk online-inskrivning. Det innefattade blodprovstagning, EKG-tagning, preoperativ bedömning av narkosläkare. Patienten bokade samtidigt sitt operationsdatum tillsammans med vårdkoordinatör. Detta resulterade i en snabbare vårdprocess, färre avbokningar från patienten och en ökad kontinuitet och delaktighet.
- Långsiktig utbildningsplan efterfrågades för ST - och underläkare för pedagogiska operationsprogram med fokus på metodisk klinisk utbildning och läkarkontinuitet.
- Regelbunden tvärprofessionell operationskonferans med turordning, planerade operatörer och patientens eventuella särskilda behov på operation och/eller på avdelningen. Detta för att skapa ett bra flöde på programmet och för att reflektera och utvärdera veckan som varit.

Resultat: Läkare/patientkontinuiteten ökade från i snitt 28% till 66%. Återbud med kort varsel till operation minskade med 40% under projekttiden. 231 färre planerade förbesök under projekttiden. Ökad delaktighet och tidsbesparing till följd av online. Ökad patientsäkerhet - resultat av kontinuitet mellan patient och läkare. Minskade väntetider till operation - vi klarar vårdgarantin.

Slutsats: I enlighet med den nya patientsäkerhetslagen och kravet på vårdgaranti anser vi att KNOUSSE-projektet har, genom tydliga intentioner och gränsöverskridande samarbete, visat sig vara en framgångsrik arbetsmetod. Metoden skulle med all sannolikhet kunna implementeras på andra kliniker med elektiv verksamhet.

17

HUR MAN INFÖR EN NY RUTIN PÅ EN VÅRDAVDELNING

M. Eriksson ; K. Malmström ; G. Hallgren ; G. Danielsson ; H. Thulin

Urologiska Kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Vid införandet av nya rutiner kan det vara svårt att få fram budskapet till alla. Det tar tid att ändra eller förankra nya rutiner och folk är olika engagerade. Vi ville ge kolhydratrik dryck före operationen till patienter som skulle göra en öppen operation i buken. Den nya rutinen som skulle införas definierades. Syftet, att kolhydratrik dryck före operationen minskar stressen på ämnesomsättningen och stärker patientens återhämtning, fick alla att bättre förstå varför den

nya rutinen skulle införas.

Introduktionen av den nya rutinen avgränsades till en specifik patientgrupp. En tvärgrupp av frivilliga eldsjälur ur personalen bildades. På ett flertal möten arbetade de fram skrivna, evidensbaserade riktlinjer och förankrade dem hos chefer och medarbetare. Riktlinjerna inkluderade dokumentation i omvårdnadsjournal och läkemedelsjournal. Information om den nya rutinen framfördes till alla medarbetare. Många informationskanaler användes – avdelningsmöten och läkarmöten hölls, produktspecialister bjöds in, e-mail skickades och lappar lades i personalfacken. Ett startdatum och ett datum för utvärdering bestämdes.

Alla var motiverade och efter ett tag kändes det naturligt att göra på det nya viset. Det som underlättade införandet var också att vi tog en liten patientgrupp först. Den nya rutinen var till slut förankrad och kunde vidgas till närliggande patientgrupper. Nu får alla patienter som ska göra en öppen operation i buken, en kolhydratrik dryck som förberedelse inför sin operation. Patienternas återhämtning har stärkts och de kan skrivas ut fortare.

18

INFORMATION TILL CANCERPATIENTER INFÖR- OCH EFTER UROLOGISK OPERATION

G. Andersson ¹; H. Grone ²; H. Forsell ³

¹Urologmottagningen Örebro; ²Urologoperation; ³Urologoperation Örebro

Bakgrund: Att genomgå större kirurgi är av naturliga skäl en stor händelse för den enskilde patienten, och skapar ofta oro och ångest. Vi ville därför i en studie undersöka om mera specifik information om vad som händer före, under och efter en operation, kan leda till ökad trygghet och reducera graden av oro och ångest. Dessutom ville vi undersöka när i vårdprocessen det är bäst att ge patienten denna information.

Design: Ett informationsmaterial i form av en broschyr och en bildpärm togs fram och användes av operationssköterskan vid informationssamtalet med patienten. Vi randomiserade sedan 300 patienter till endera av tre grupper. Grupp 1, information i anslutning till inskrivningssamtalet, Grupp 2, två dagar postoperativt eller Grupp 3, ingen information alls. Vi använde sedan HADS instrumentet (Hospital Anxiety and Depression Scale) för att utvärdera patienternas oro och ångest. Patienterna uppmanades att fylla i enkäten vid tre olika tillfällen. Före operation, strax efter operation och en månad efter operation.

Resultat: Av de 300 patienter som inbjöds till studien svarade 158 på samtliga tre formulären. Alla patienter rapporterade en viss ökad oro och ångest som under uppföljningstiden successivt avtog. Studien visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna, men det fanns en trend att grupp 1 och 2, som fick information, hade mindre oro och ångest efter operation än gruppen som inte fick någon information

Konklusion: Även om studien inte visade några signifikanta skillnader stödjer resultaten de informerande sköterskornas egen upplevelse av att patienter som skall genomgå större kirurgi är dåligt informerade om vad ett kirurgiskt ingrepp innebär och att en ökad information leder till ökad trygghet och mindre ångest och oro inför det operativa ingreppet. Vi tror därför att detta kan vara en viktig del av operationssköterskans arbetssätt att informera patienten preoperativt om rutinerna runt ett kirurgiskt ingrepp.

19

UPPLEVER PATIENTEN ATT DE FÅR TILLRÄCKLIGT MYCKET INFORMATION INFÖR EN CYSTEKTOMI

H. Thulin ¹; G. Steineck ²; L. Henningsohn ¹

¹Karolinska Institutet, Institutionen för CLINTEC; ²Karolinska Institutet, Institutionen för onkologi och patologi

Att informera en patient inför ett större kirurgiskt ingrepp som påverkar den framtida livskvaliteten är en stor utmaning för vårdpersonalen. En avvägning av relevant information måste oftast tas till patientens situation och andra omständigheter kring det planerade ingreppet.

I en nationell studie inbjöds 491 patienter som genomgått kirurgi med cystektomi och urindeviation på grund av urinblåsecancer att besvara ett frågeformulär. Patienterna identifierades från sju svenska sjukhusregister. Det studiespecifika frågeformuläret inkluderade frågeställningar om hur väl informerade patienterna upplevde sig vara samt var de inhämtat sin information. Respondenterna uppmanades också att ge en fri kommentar.

Av de 491 patienter som var tillgängliga för studien deltog 452 (92 %) genom att besvara frågeformuläret, varav 446 besvarade frågan om information. Av dessa 446 patienter är 360 (81 %) till stor del eller helt nöjda med den information de fick innan operationen utfördes. Information av vårdgivare t.ex. läkare, sjuksköterska, stomiterapeut, uroterapeut uppgav 430

patienter att de fått. Andra källor till information är litteratur ex läkarböcker (n=177), information från företag (n=124), internet (n=20) och patientföreningar (n=17). Åtta av tio patienter upplevde att de fått tillräcklig information, det var ingen skillnad beroende av var informationen inhämtades. Av dem som var mindre nöjda med informationen anges exempelvis att allt gick så fort, bristande information om uppkomna symtom och kända bieffekter såsom inkontinens och impotens.

Att ge korrekt och adekvat information inför ett större ingrepp är en viktig arbetsuppgift för vårdpersonalen, att två av tio inte upplever att de fått tillräcklig information indikerar att vi behöver se över våra rutiner inom vården. Många söker information på annat håll inför den planerade operationen.

20

EFFEKTER AV FYSISK TRÄNING HOS PATIENTER SOM GENOMGÅTT RADIKALT SYFTANDE CYSTEKTOMI FÖR URINBLÅSECANCER

A. Porserud¹; A. Sherif²; A. Tollbäck³

¹Sjukgymnastiklin, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ²Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ³Institutionen NVS, Karolinska Institutet, Stockholm

Bakgrund och syfte: God funktionell fysisk förmåga är en av de faktorer i hälsorelaterad livskvalitet som förutspår längre överlevnad hos patienter med urinblåsecancer. Stora operationer, som cystektomi, medför risk för nedsatt allmäntillstånd postop. Att förbättra funktionell fysisk förmåga, är därför av vikt. Syftet var att utvärdera effekter av ett 12 v träningsprogram hos patienter som genomgått radikal cystektomi med Brickerdeviation på grund av urinblåsecancer.

Metoder: Arton patienter (64-78 år) lottades inom 1 v postop till tränings- eller kontrollgrupp. Träningsprogrammet bestod av gruppgympa 2ggr/v och promenader. Kontrollgruppen erhöll bara sedvanlig information inför hemgång. Efter avslutad träningsperiod och ett år postop utvärderades funktionell kapacitet (6 min gångtest), balans (balansåttan), funktion i nedre extremiteter (30 seconds chair stand test) och hälsorelaterad livskvalitet (SF-36).

Resultat och diskussion: Åtta patienter föll bort, varav fem avled. Efter avslutad träningsperiod hade gångsträckan ökat 109 m (75-177) (md, range) och 61,5 m (36-119) (p=0,013) samt fysisk rollfunktion i SF-36 från 0 (0-50) (md, range) till 100 (100-100) och från 0 (0-0) till 37,5 (0-100) (p = 0,031) i tränings- respektive kontrollgruppen. Ett år postop hade träningsgruppen ökat gångsträckan ytterligare 20 (19-36) m, medan kontrollgruppen hade minskat 15,5 (-5 till -43) m (p = 0,010). Inga övriga skillnader noterades. Att träningsgruppen även förbättrade fysisk rollfunktion efter träningsperioden och fortsatte att förbättras avseende gångsträcka ett år postop betonar vikten av att patienterna direkt vid utskrivning från sjukhuset startar fysisk träning.

Konklusion: Studien indikerar att dessa patienters funktionella förmåga kan förbättras både på kort och lång sikt om de startar fysisk träning redan vid utskrivningen.

Tävlan om bästa föredrag Astellas Pris

21

LIVSKVALITET HOS MÄN SOM RANDOMISERATS TILL RADIKAL PROSTATEKTOMI ELLER EXPEKTANS – EN LÅNGTIDSUPPFÖLJNING

E. Johansson¹; G. Steineck²; L. Holmberg³; J.E. Johansson⁴; T. Nyberg⁵; M. Ruutu⁶; A. Bill-Axelsson⁷

¹Kirurgiska vetenskapen, Uppsala; ²Klinisk cancer epidemiologi, Stockholm och Göteborg;

³Division of cancer studies, Kings College, London, United Kingdom; ⁴Urologiska kliniken, Örebro;

⁵Klinisk cancer epidemiologi, Stockholm; ⁶Urologiska kliniken, Helsingfors, Finland; ⁷Kirurgiska vetenskapen, Uppsala, Klinisk cancer epidemiologi, Stockholm

Bakgrund: Det finns en överlevnadsvinst för män med lokaliserad prostatacancer som behandlas med kirurgi jämfört med expektans. Få studier har lång uppföljning av funktionella resultat och livskvalitet. Vi rapporterar livskvalitetsresultat med 12.4 år medeluppföljning från den Skandinaviska Prostatacancer Gruppens studie nummer 4 (SPCG-4).

Metoder: Alla levande män (400/695) som randomiserades i SPCG-4 till radikal prostatektomi eller exspektans mellan åren 1989 och 1999 inkluderades. Ytterligare 300 män ingick som en åldersmatchad kontrollgrupp. Fysiska symptom, symptominducerad stress och självskattad livskvalitet utvärderades med ett validerat studiespecifikt frågeformulär. Information från en tidigare uppföljning inkluderades för att få longitudinella data för 166 män.

Resultat: Enkäten besvarades av 563 män (83%). SPCG-4 männen hade en genomsnittlig uppföljningstid av 12.4 år (7-17) och en medelålder av 76 år. I radikal prostatektomi, exspektans och kontrollgruppen rapporterades hög självskattad livskvalitet av 35% (62/179), 34% (55/160) och 43% (93/208) av männen respektive. Hög nivå av oro och ångest var vanligare i SPCG-4 grupperna än bland kontrollerna: relativ risk 1,42 (95%, CI 1,07-1,88). Förekomsten av erektil dysfunktion var 84% (146/173), 80% (122/153) och 46% (95/208), urinläckage 41% (71/173), 11% (18 / 164), och 3% (6 / 209), i respektive grupp. Stress från dessa symptom rapporterades signifikant mer ofta av män i radikal prostatektomigruppen än expektansgruppen. De män i SPCG-4 som tillhandahållit information två gånger, med 8 års intervall, beskrev en ökning av besvärande symptom och sänkning av livskvalitet oavsett randomiseringsgrupp.

Slutsats: Efter 12.4 års medeluppföljning är män som randomiserats till radikal prostatektomi mer stressade av erektil dysfunktion och urininkontinens än män i expektansgruppen. Nivån av självskattad livskvalitet är likartad. Oro och ångest är vanligare bland SPCG-4 männen än hos kontrollgruppen.

22

NOGGRANN BLÅSVOLYMSKONTROLL INNAN OPERATION KAN MINSKA POSTOPERATIV BLÅSÖVERTÄNJNING - EN RANDOMISERAD STUDIE AV AKUTA ORTOPEDPATIENTER

E. Joelsson-Alm¹; C. Nyman²; J. Ulfvarsson³; M.B. Divander⁴; C. Svensén¹

¹Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset;

²Urologiska kliniken, Södersjukhuset; ³Karolinska Institutet, Institutionen NVS, Sektionen för omvårdnad; ⁴Vo anestesi och intensivvård, Södersjukhuset

Bakgrund: Urinretention (oförmåga att tömma blåsan vid blåsvolym >400 ml) är en vanlig postoperativ komplikation som kan leda till risk för blåsmuskelskador. Tidigare studier har visat att ortopedpatienter har större risk för blåsövertänjning (blåsvolym \geq 500 ml) än kirurgpatienter och det finns tecken på att problem med urinretention och blåsövertänjning kan uppstå före en akut operation.

Syfte: Att undersöka om ett protokoll med regelbunden preoperativ blåsscanning kan förebygga postoperativ blåsövertänjning hos akuta ortopedpatienter.

Metod: En randomiserad studie av vuxna patienter inlagda via Södersjukhusets akutmottagning för akut ortopedisk operation. Interventionsgruppen blåsscannades på akuten och därefter 5 ggr/dygn (kl 08-12-16-20-02) före operation. Urinretention åtgärdades med miktions eller tappning. Kontrollgruppen blåsscannades inte regelbundet utan när det var kliniskt motiverat. I samband med operation tillämpades sjukhuset vanliga blåsövervakningsrutiner för båda grupperna, vilket innebar scanning före anestesistart, vid ankomst till UVA, en gång i timmen på UVA och varannan timme på vårdavdelning fram till dess att patienten återfått miktionsförmågan. Primär utfallsvariabel var postoperativ blåsövertänjning.

Resultat: Totalt 281 patienter deltog i studien. Postoperativ blåsövertänjning var signifikant högre i kontrollgruppen jämfört med interventionsgruppen (27.1% resp. 17.0%; $p = 0.045$). Vid scanning av interventionsgruppen på akutmottagningen hade 34 patienter (24%) blåsövertänjning.

Slutsats: Preoperativ blåsvolymskontroll kan minska postoperativ blåsövertänjning hos akuta ortopedpatienter. Många patienter har problem med urinretention på akutmottagningen och blåsövervakning bör starta tidigt för att undvika blåsskador.

23

EN POLYGENISK RISKPOÄNG FÖRBÄTTRAR PREDIKTIONEN VID PROSTATACANCER – RESULTAT FRÅN STHLM-1 KOHORTEN

M. Aly¹; F. Wiklund²; J. Xu³; W.B. Isaacs⁴; M. Eklund²; M. D'Amato⁵; J. Adolfsson⁶; H. Grönberg²

¹Institutionen för kliniska vetenskaper Danderyds Sjukhus, Karolinska Institutet; ²Institutionen för medicinsk epidemiologi och Biostatistik, Karolinska Institutet; ³Centre for Cancer Genomics, Wake Forest University School of Medicine; ⁴The Brady Urological Institute, Johns Hopkins Medical Institutions; ⁵Institutionen för biovetenskaper och näringslära, Karolinska Institutet;

⁶OC, CLINTEC, Karolinska Institutet

Bakgrund: Ca 4000 prostatabiopsier genomförs årligen i Stockholms läns landsting, varav 1800 leder till att en cancerdiagnos bekräftas. Den låga specificiteten hos prostataspecifikt antigen(PSA) och kvoten mellan fritt och totalt PSA(f/t PSA) resulterar i diagnostiska prostatabiopsier hos män utan prostatacancer. Med mer specifika test skulle onödiga biopsier kunna undvikas.

Material och metoder: Vi genotypade 35 validerade Single Nucleotide Polymorphisms(SNPs) i en stor populationsbaserad kohort i Stockholm. Dessa män hade mellan åren 2005 och 2007 genomgått minst en mellannålsbiopsi. Klinisk inhämtades från laboratoriedatabaser, kvalitetsregistret för prostatacancer och cancerregistret. Uppgift om hereditet inhämtades från patienten med hjälp av en enkät. Kohorten består av 3106 biopsinegativa kontroller och 2135 biopsipositiva fall där vi skapade en genetisk riskpoäng som tillämpades i en prediktionsmodell tillsammans med ålder, familjehistoria, PSA-nivå samt f/t PSA. I den genetiska prediktionsmodellen ingick alla variablerna, emedan i den icke-genetiska modellen uteslöts den genetiska riskpoängen. Baserat på dessa två olika prediktionsmodeller kunde vi beräkna hur många biopsier som kunde sparas i den genetiska modellen jämfört med den icke-genetiska.

Resultat: Vid jämförelse av de båda modellerna, med ett fixerat antal detekterade prostatacancerfall i båda modellerna, kunde 22,7% av biopsierna undvikas(480st) till en kostnad av att 3 % av patienterna med en aggressiv sjukdom inte diagnostiserades när den genetiska modellen användes. Den genetiska modellen kunde inte särskilja mellan aggressiv och icke-aggressiv sjukdom.

Slutsats: Den genetiska informationen som fås från analys av SNPs innehåller viktig information avseende risken att utveckla prostatacancer och kan komma att användas i klinisk praxis för att undvika onödiga biopsier. Dock måste vidare studier göras innan dessa resultat kan implementeras.

24

A STUDY OF PEDIATRIC AND ADULT SCROTAL EXPLORATIONS DURING A FIVE YEAR PERIOD AT A UNIVERSITY HOSPITAL

T. Litsell¹; A. Stenbäck²; J. Heinius¹; R. Sihvonen²; G. Barker²; G. Läckgren²
¹Urologiska kliniken, Uppsala; ²Barnurologiska sektionen, Uppsala

Background: Making the correct diagnosis in a patient presenting with acute scrotal pain is a challenge. In the case of testicular torsion rapid handling and detorsion of the cord is essential for salvation of testicular function. However, the proportion of explorations performed on diagnoses other than testicular torsion has been as high as 91% in some studies. We performed a retrospective analysis of all surgery performed on the suspicion of testicular torsion in adults as well as children during a five-year period.

Materials and Methods: The journals of all patients undergoing surgical exploration for acute scrotal pain during the period 1 January 2000 – 31 December 2004 at the University Hospital in Uppsala, Sweden, were reviewed. Age, symptoms, duration of symptoms, time from onset of pain at admittance, type of onset (acute or progressive), time till surgery, diagnosis at surgery, and treatment were recorded. A total number of 41 adult patients (15-59 ys) and 80 paediatric patients suitable for the study were identified.

Results: 41 adult patients and 80 paediatric patients were operated on the suspicion of testicular torsion during this 5-year period. In the adults 11 patients (27%) were found to have testicular torsion. In children the number of testicular torsions were 20 (25%) but among these 7 were intermittent cases. Torsion of testicular appendages was by far the most frequent cause for the scrotal pain (55%) in children, whereas only 10% of the adults had appendicular torsion. At the time of operation 2 (18%) testicles in adults were removed due to irreversible damage and 5 (25%) in the paediatric age group. However, if we exclude those operated semi-emergent for intermittent torsion, 38% of the testicles were necrotic at operation. Torsion could not be seen between 1 and 8 years of age. Torsion of Morgagnis hydatid was by far most abundant in this age group.

Conclusions: We operated 80 children to save 5 testicles and 41 adults to save 9.

RADIKAL PROSTATEKTOMI JÄMFÖRT MED EXPEKTANS VID LOKALISERAD PROSTATACANCER: RESULTAT FRÅN SPCG-4 EFTER 15 ÅRS UPPFÖLJNING

A. Bill-Axelsson¹; L. Holmberg²; H. Garmo²; G. Steineck³; H.O. Adami⁴; J.E. Johansson⁵
¹Urologkliniken Akademiska sjukhuset Uppsala; ²Regionalt Onkologiskt Center Uppsala, Kings College London; ³Klinisk Cancerepidemiologi KI, Stockholm; ⁴Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, KI, Stockholm; ⁵Urologkliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Bakgrund: Tidigare har vi visat att radikal prostatektomi minskar dödligheten i prostatacancer jämfört med expektans. Vi rapporterar nu 15 års uppföljning.

Metoder: Från oktober 1989 till februari 1999 randomiserades 695 män med tidig prostatacancer mellan exspektans och radikal prostatektomi. Vi har nu gjort en fullständig uppföljning fram till december 2009 med histopatologisk granskning och blind utvärdering av dödsorsaker. Relativa risker (RR) med 95% konfidensintervall (CI) beräknades med Cox proportional hazards modell.

Resultat: Efter en medianuppföljning på 12,8 år hade 166 män i radikalprostatektomigruppen och 201 män i expektansgruppen avlidit ($p = 0,007$). Bland 55 av de 347 männen randomiserade till kirurgi och 80 av de 348 männen i expektans var dödsorsaken prostatacancer. Detta gav en kumulativ incidens vid 15 år på 14,6 och 20,7 procentenheter (skillnad 6,1%, 95% CI, 0,2 till 12%) och en RR på 0,62 (95% CI, 0,44-0,87, $p = 0,01$). Skillnaden i överlevnad mellan grupperna fortsatte efter 9 års uppföljning och var begränsad till män yngre än 65 år vid diagnos. Även bland män med lågrisktumör minskade radikal prostatektomi risken för död och för metastaser ($p=0.008$). Antalet män som behöver behandlas för att förhindra ett dödsfall var 15 totalt, 7 för män yngre än 65 år och 8 i låg-riskgruppen. Bland män som genomgick radikal prostatektomi hade de med extrakapsulär tumörväxt en sju faldigt högre risk för prostatacancerdöd jämfört med dem som inte hade det (RR = 6,9, 95% CI, 2,6 till 18,4).

Slutsatser: Radikal prostatektomi minskar dödligheten i prostatacancer, men män med extrakapsulär tumörtillväxt kan ha nytta av adjuvant lokal eller systemisk behandling.

Fria föredrag Blåscancer

HÖG ÖVERDÖDLIGHET FÖR PATIENTER MED INVASIV BLÅSCANCER

S. Jahnson¹; S. Holmäng²; F. Liedberg³; B. Ljungberg⁴; W. Månsson⁵; P.U. Malmström⁶; H. Wijkström⁷

¹Urologiska kliniken, IBK, Linköpings Universitet; ²Urologiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset; ³Urologiska kliniken, Centrallasarettet, Växjö; ⁴Urologiska kliniken Norrlands Universitetssjukhus; ⁵Urologiska kliniken, Universitetssjukhuset, MAS; ⁶Urologiska kliniken, Uppsala Universitetssjukhus; ⁷Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Bakgrund: Vid djupväxande blåscancer är överdödligheten hög i huvudsak beroende på dödlighet i blåstumörsjukdom till skillnad från icke-muskelinvasiv blåscancer. I denna undersökning studerar vi ur ett befolkningsperspektiv hur överdödligheten har utvecklats över tiden.

Material och metod: Patienter registrerade i Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer 1997-2010 ingår i undersökningen. Tumör kategori och behandling har relaterats till död oberoende av orsak enligt Dödsorsaksregistret. Med överdödlighet menas dödlighet över den för åldersgruppen förväntade dödligheten, vilket är spegelbilden av den relativa överlevnaden. Materialet har delats upp i: Grupp 1 – patienter som registrerats 1997-2003 och Grupp 2 patienter som registrerats 2004-2010.

Resultat: Materialet består av 26029 patienter varav: Ta - 12737 (49%), T1 - 5991 (23%), T2 - 4416 (17%) och T3/R4 2885 (11%). Överdödligheten var för Ta 4% respektive 2% i grupp 1 och 2 medan motsvarande siffror för T1 tumörer var 19% i båda grupperna. Patienter med T1 tumörer behandlade med intravesikal instillation efter TUR hade bättre överlevnad än de som inte fick intravesikal behandling sannolikt beroende på selektion-bias. Patienter som fått intravesikal behandling hade lägre överdödlighet i grupp 2 (10%) jämfört med grupp 1 (16%). Patienter med T2 tumörer hade 57% överdödlighet i båda grupperna och patienter med T3/T4 tumörer hade 79% överdödlighet i båda grupperna. Patienter som behandlats med kurativt

syftande strålbehandling eller cystektomi hade lägre överdödlighet i grupp 2 (48%) jämfört med grupp 1 (53%).

Sammanfattning: Det föreligger hög överdödlighet vid muskelinvasiv blåscancer och denna minskar inte över tiden. Det finns dock en tendens till sänkt överdödlighet över tiden för patienter som får kurativt syftande behandling.

27

PREOPERATIV LYMFKÖRTEL STAGING MED PET-CT VID MUSKELINVASIV BLÅSCANCER-RELATION TILL HISTOPATOLOGI

E. Sabir ; S. Jahnson

Urologiska kliniken, IBK, Linköpings Universitet

Bakgrund: Lymfkörtelmetastaser är en viktig prognostisk faktor vid blåscancer. Med standard DT kan man missa 10-30% av körtelmetastaserna varför det är det angeläget med nya radiologiska metoder för körtel-staging. I denna retrospektiva analys studeras preoperativ PET-CT med 18 flourodeoxyglukos vid radikal cystektomi för blåscancer.

Material och metod: Samtliga patienter som genomgått PET-CT 1-2 veckor preoperativt inför radikal cystektomi med lymfkörtelutrymning. Resultatet av PET-CT jämfördes med patologiska resultaten av körtelutrymningen avseende positiva lymfkörtlar samt dess lokaler.

Resultat: I analysen inkluderades 22 patienter varav 18(82 %) män och 4(18%) kvinnor med medel ålder 68 år. Preoperativa kliniska T stadier var: T1-1(5%),T2-12(55%), T3-9(40%) medan 20-(91%)patienter hade negativa lymfkörtlar och inga patienter med fjärrmetastaser inkluderades. Medel antal utrymda lymfkörtlar var 34 körtlar (16-68). Postoperativa patologiska T stadier var: pT0-2(9 %), pT1-1(4%), pT 2-7(32%), pT3-9 (41%) och pT4 -3(14%). Lymfkörtelmetastaser identifierades hos 8 (36 %) patienter och pN fördelningen var: pN1-2 (9 %), pN2- 6(27 %) patienter. PET-CT var positiv hos 5(23%) patienter. Sensitivitet för PET-CT i relation till resultat av histopatologi var 25% och specificitet var 79%.

Konklusion: 18F-FDG/ PET-CT som preoperativ undersökning inför cystektomi hade låg sensitivitet men relativt hög specificitet för positiva lymfkörtlar. Dessa värden talar inte för ett systematiskt användande av undersökningen inför cystektomi men materialet kan vara för litet för definitiva slutsatser. Användande av annan radioaktiv isotop skulle möjligen kunna öka sensitivitet och specificitet för PET-CT.

28

REOPERATIONSFRKVEN OCH FUNKTIONELLA RESULTAT VID URINDEVIATION MED BLÅSSUBSTITUT

S. Jahnson

Urologiska kliniken, IBK, Linköpings Universitet

Bakgrund: Kontinent urindeviation efter cystektomi för blåscancer har minskat de senaste åren till förmån för urindeviation enligt Bricker. Orsaker till detta har angivits vara mediokra funktionella resultat och en hög frekvens reoperationer. Vi studerade reoperationer och funktionella resultat hos patienter opererade med blåssubstitut.

Material och metod: Samtliga patienter opererade med urindeviation med blåssubstitut efter cystektomi pga blåscancer studerades. Blåssubstitut konstruerades av höger colon och 10-15 cm av terminala ileum. Funktionella resultat bedömdes enbart utifrån muntliga frågor till patienten i samband med Tidiga reoperationer genomfördes under det första vårdtillfället i allmänhet <30 dagar och sena reoperationer utfördes senare än vid första vårdtillfället.

Resultat: Materialet består av 64 (87%) män och 10(13%) kvinnor medianålder 65 år. Observationstid 0,5-122 mån medelvärde 36 månader medianvärde 24 månader. Sammanlagt utfördes 7% tidiga reoperationer mest sutur bukvägg och tarmstomi. Sena reoperationer gjordes på 18% av patienterna mest ärrbräck och reimplantation av uretär. Aktuell funktionellt tillstånd vid sista observationstillfället var; mikterar och tömmer själv 51(69%) patienter, tappar sig sedan operationen 13(18%), börjat tappa sig senare 8(11%) samt 2(3%) patienter avlidna postoperativt och därför inte utvärderbara . Patienter tömmer blåsan en gång per natt trots detta läcker 4 patienter ofta på natten ej på dagen, 6 patienter läcker ibland på natten men ej på dagen. Dagligt läckage är begränsat till tunga lyft eller hostning hos enstaka patienter. UVI har förekommit hos 4 patienter.

Konklusion: Urindeviation med blåssubstitut leder i detta material till reoperation hos 25% av patienterna. RIK utförs av 29% av patienterna medan 69% tömmer substitutet med måttligt nattligt läckage observeras hos 5% av patienterna. Jämförelsevis goda resultat som dock kan förbättras.

INDIKATION OCH KOMPLIKATIONSGRAD VID RADIKAL CYSTEKTOMI – EN ANALYS AV PATIENTER OPERERADE VID AKADEMISKA SJUKHUSET 2002-2009

*C. Cantar ; T. Gårdmark ; E. Beckman ; P.U. Malmström
Akademiska*

I nationella blåscancer registret noteras primär behandling (T1G3 eller T2-T4) medan senare sådan ej kunnat analyseras. Sekundär cystektomi är indicerat vid progress av icke-muskelinfiltrativ tumör men hur vanligt detta är inte rapporterat i populationbaserade material. Morbiditeten vid cystektomi är hög men att göra jämförelser mellan sjukhus har varit besvärligt. Detta på grund av att gemensam definition saknats. Claviengraderingen har fått stor acceptans internationellt.

Mål: 1) Att redovisa fördelning av primär respektive sekundär cystektomi hos patienter opererade för urinblåscancer. 2) Att analysera komplikationer efter radikala cystektomier enligt Claviens system.

Metod: En existerande prospektiv komplikationsdatabas täckande vårdtiden har kompletterats med data från patienternas journaler för att förlänga observationstiden till 90 dagar. Resultat: Under åren 2002-2009 opererades 271 konsekutiva radikala cystektomier, andelen män var 199/271 och medianålder 64 (17-84) år. Cystektomin har utförts på indikationen cancer hos 259/271 (95 %) och av dem hade 18 (7%) annan än urothelial cancer. Andelen primär respektive sekundär cystektomi (icke muskel infiltrativa som var resistent mot blåsbevarande behandling) vid urothelial cancer var 187 respektive 22%. Motsvarande resultat för patienter från det egna landstinget (populationsbaserat) var 83 respektive 29%.

Retrospektiv komplikationsregistrering kunde genomföras på 205/271 (76%) av patienterna, av dessa hade 158 en Claviengrad mellan 2-5. Fördelningen mellan graderna var gr. 2-48%, gr.3-42%, gr.4-7% och gr.5 -1,8%. Grad 1 kunde inte inhämtas i detta material.

Slutsatser: Ungefär en fjärdedel av patienterna som cystektomerats för blåscancer gör detta efter annan primär behandling. Claviengradering är svår att genomföra retrospektivt om även grad 1 skall redovisas.

STMN1-UTTRYCK I METASTASERAD URINBLÅSECANCER

T. Hemdan¹; M. Lindén¹; E. Sjöstedt²; K. Wester²; M. de la Torre²; P.U. Malmström¹; U. Segersten¹

¹Institutionen för kirurgiska vetenskaper, Akademiska Sjukhuset, Uppsala; ²Institutionen för Immunologi, genetik och patologi, IGP Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Onkoproteinet stathmin 1 (STMN1) som är inblandat i cellcykel-progress och cellmigration, uttrycks i flera olika typer av cancer, och är associerat med sämre prognos i ex. bröstcancer. Sänkning av höga STMN1-nivåer i både prostata och - bröstcancer cellinjer ökar känsligheten för cellgifter. Detta betyder att STMN1 kan användas som ett potentiellt terapeutiskt målprotein. STMN1-proteinet är ännu inte studerat i urinblåsecancer. Vårt syfte är att utvärdera uttrycket för STMN1-proteinet i urinblåscancer, inklusive metastaser.

Immunhistokemiska analyser av STMN1 utfördes i en vävnadsmicroarray bestående av 6 morfologiskt normala urothelium, 120 Ta-, 118 T1-, T2-4 116-tumörer och i ett matchat primärtumör/metastasmaterial (69 patienter). Vi konstaterade att STMN1-uttrycket var signifikant ökat i avancerade tumörer av högre stadie (p <0,05) och grad (p <0,001).

I primärtumör/metastasmaterialet var 81 % av de primära tumörerna och 74 % av metastaserna positivt infärgade för STMN1. I 20 % av patienterna var STMN1-uttrycket högre i metastasen än i den matchade primärtumören, medan 29 % hade en lägre färgningsintensitet i metastasen i jämförelse med den matchade primärtumören.

STMN1 är främst uttryckt i avancerade, icke- differentierade uroteliala tumörer och i blåscancer-metastaser. Detta motiverar ytterligare studier för att utvärdera STMN1 som ett terapeutiskt målprotein i urinblåsecancer.

FOXP3 OCH ÖVERLEVAD VID URINBLÅSECANCER

*P. Marits*¹; *M.E. Winerdal*¹; *M. Winerdal*²; *M.N. Hasan*³; *R. Rosenblatt*⁴; *A. Tolf*⁵; *K. Selling*⁶; *A. Sherif*³; *O. Winqvist*¹

¹Institutionen för Medicin, Enheten för klinisk allergiforskning, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ²Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ³Urologiska Kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ⁴Karolinska Institutet, Stockholm; ⁵Klinisk patologi/cytologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ⁶Statisticon AB, Stockholm

Bakgrund: Tumörinfiltrerande T-lymfocyter är en positiv prognostisk markör vid urinblåsecancer. FOXP3-positiva; s.k. regulatoriska, T-celler har emellertid kopplats till försämrad överlevnad vid flera andra cancerformer. Vi har därför studerat kopplingen mellan FOXP3-uttryck och överlevnad hos patienter med urinblåsecancer (UBC).

Patienter och metoder: Paraffinbäddade tumörprover från 37 patienter som genomgått radikalt syftande cystektomi för T1-T4 urotelial urinblåsecancer vid Karolinska Universitetssjukhuset 1999-2002 undersöktes immunhistokemiskt avseende FOXP3 samt T-cellsmarkören CD3. Efter justering för kliniska och patologiska variabler korrelerades resultaten med total och progressionsfri överlevnad.

Resultat: Infiltration av såväl CD3+ som FOXP3+ lymfocyter (≥ 3 celler/synfält) var korrelerat med bättre överlevnad ($p < 0,05$). Vi påvisade även uttryck av FOXP3 i tumörceller; patienter med FOXP3-uttryck i tumörceller hade sämre långtidsöverlevnad än patienter med FOXP3-negativa tumörer ($p < 0,05$).

Slutsatser: Något förvånande, visar denna studie att förekomsten av FOXP3-positiva, tumörinfiltrerande lymfocyter är en positiv prognostisk faktor vid UBC. Den troliga förklaringen till detta resultat är att FOXP3 uttrycks även av humana icke-regulatoriska T-celler vid antigenstimulering, och kan alltså även ses som en aktiveringsmarkör. Sammantaget understryker dessa fynd betydelsen av ett T-cellsdrivet immunsvaret vid UBC. FOXP3-uttryck i tumörcellerna var däremot associerat med försämrad överlevnad; ett fenomen som ej beskrivits tidigare. De tumörbiologiska mekanismerna bakom detta samband bör undersökas närmare.

LYMFOCYTINFILTRATION ÄR AV PROGNOSTISK BETYDELSE HOS PATIENTER MED MUSKEL INVASIV BLÅSECANCER BEHANDLADE MED RADIKAL CYSTEKTOMI

*O. Patschan*¹; *M. Lauss*²; *G. Chebil*³; *W. Månsson*¹; *M. Aine*²; *G. Sjö Dahl*²; *S. Gudjonsson*¹; *F. Liedberg*¹; *M. Höglund*²

¹Urologiska kliniken SUS/Malmö; ²Medicinska fakulteten, Universitet Lund; ³Klinisk patologi/cytologi Unilabs

Bakgrund: Immunsystemet spelar sannolikt en viktig roll vid flera tumörformer. Syftet med denna studie var att undersöka om lymfocytinfiltration i tumörpreparat från den diagnostiska transurethrala resektionen (TURB) har prognostisk betydelse efter behandling med radikal cystektomi hos patienter med muskelinvasiv blåscancer.

Metoder: I en kohort om 46 patienter med muskelinvasiv cancer i urinblåsan, undersöktes förekomst av lymfocytinfiltration i de histologiska preparaten från den transurethrala resektionen och kvantifierades i den invasiva tumörfronten. Sådan förekomst klassificerades som lågt antal (upp till 25 lymfocyter/HPF), högt antal (> 25 lymfocyter/HPF) eller folliklar med lymfocyter. Alla patienter behandlades med radikal cystektomi och pelvin lymfadenektomi. Kliniska TNM-stadier och huruvida neoadjuvant behandling gavs noterades och cancerspecifik överlevnad analyserades.

Resultat: Lymfkörtelmetastaserad sjukdom ($n=5$) var associerat med sämre överlevnad jämfört med patienter utan lymfkörtelmetastaser ($n=41$) ($p=0,013$; HR 3,9; 95% CI). Patienter med follikulär infiltration ($n=8$) och de med högt antal lymfocyter ($n=26$) i sina preparat hade en signifikant bättre cancerspecifik överlevnad än patienter med lågt antal lymfocyter ($n=12$) ($p=0,0016$; HR 3,7; 95% CI). I multivariatanalys, innefattande kliniskt tumörstadium, neoadjuvant kemoterapi och lymfocytinfiltration, var lymfocytinfiltrationen den enda variabeln som var associerad med förlängd överlevnad ($p=0,022$; HR 3,2; 95% CI).

Slutsats: Lymfocytinfiltration i den invasiva tumörfronten i TURB-preparat var i detta material av prognostisk betydelse för patienter behandlade med radikal cystektomi.

CELLPROLIFERATIONENS BETYDELSE FÖR PROGNOSEN OCH BEHANDLING VID T1 BLÅSCANCER

K. Falkman¹; U. Norming¹; C.R. Nyman¹; B. Tribukait²

¹Södersjukhuset; ²Karolinska sjukhuset

Målsättning: Att studera prognostiska faktorer för sjukdomsspecifik överlevnad vid T1 blåscancer och resultat av olika behandlingsformer.

Material och metod: Av 2275 patienter med nydiagnosticerad urinblåscancer på Södersjukhuset mellan 1980-2010 var 425 av stadium 1. Medianåldern var 74 år och 25 % var kvinnor. Vid diagnos bestämdes tumörens storlek, multiplicitet, växtsätt, grad och förekomst av konkomittant CIS. DNA-ploidi och proliferationsgrad (S-fas) uppdelat i tre grupper bestämdes med flödescytometri.

Resultat: Behandlingsformerna varierade under den 30 år långa studietiden. 32 % av patienterna behandlades enbart med TUR-B, 40% med BCG-instillation, 15% cystectomerades, 8% erhöill fulldos strålbehandling och 6 % korttids strålbehandling. Medianuppföljningstiden var 4,3 år (0,02-27). Den 10-åriga tumörspecifika överlevnaden var 65 % i hela materialet och i respektive behandlingsgrupp 60%, 81%, 82%, 23% och <10%. Signifikanta prognostiska faktorer i univariatanalys var, förutom terapi, ålder, tumörens växtsätt, storlek och grad, samt DNA-ploidi och S-fas. Kön, multiplicitet och konkomittant CIS/aneuploidi saknade signifikans. I multivariatanalys inkluderande såväl alla patienter som subgrupper, dominerade S-fas som oberoende variabel. En analys omfattande TUR-B-, BCG-behandlade och cystectomerade patienter, uppdelade enligt de tre S-fasgrupperna, visade närmast 100% sjukdomsspecifik överlevnad hos 70 patienter med låg S-fas, oavsett terapi och mellan 70-85% hos 131 patienter med intermediär S-fas. Hos 148 patienter med hög S-fas var 10-års överlevnaden 38 % vid enbart TUR-B, 68% vid cystectomi och 79 % för BCG ($p < 0.0001$).

Slutsats: Cellproliferation möjliggör uppdelning i riskgrupper och ger starkast oberoende information om tumörspecifik överlevnad vid T1 blåscancer. Prognosen i låg risk-gruppen är god, oavsett terapival. BCG förefaller vara överlägsen övriga behandlingar i hög risk-gruppen.

TUMÖR I RANDESEKTIONSFRAGMENT VID RESEKTION AV Ta/T1 BLÅSCANCER ÄR PREDIKTIV FÖR RECIDIV

G. Jancke; S. Jahnson

Urologiklinik, US Linköping

Bakgrund: Det rekommenderas att genomföra en randresektion under TUR-B som skickas separat för patologisk undersökning enligt EAU guidelines. Vi undersökte inverkan av förekomst av tumör i randresektionsfragmentet på recidivutvecklingen.

Material och metod: En 7 mm bred randresektion motsvarande diametern av resektionsslingan genomfördes efter makroskopisk radikal resecerad tumör under TUR-B vid Ta/T1 blåscancer. Förekomst av tumör i randresektionsfragmentet registrerades och relaterades till senare recidivutvecklingen. Den statistiska utvärderingen genomfördes med en univariat och multivariat Cox regressions analys.

Resultat: Totalt ingår 94 patienter med median observationstid av 36 månader i undersökningen. Primärresektion genomfördes i 39 (41%) patienter och recidivresektion i 55 (59%). Återstående tumör hittades i 24 (26%) fall. Recidiv kvot för alla patienter, de med tumör och de utan tumör i randresektionsfragmentet var motsvarande 60 (64%), 20 (83%) och 40 (57%). Lokal recidiv utvecklades i 14 (58%) fall med tumörfynd i randresektionsbiten jämförd med 13 (19%) utan tumörfynd i randresektionsbiten. Återstående tumör i randresektionsfragmentet var signifikant associerad med recidiv ($p = 0.002$) och lokal recidiv ($p = 0.001$).

Konklusion: Inkomplett resektion av blåstumör under TUR-B är vanlig förekommande. Närvaro av återstående tumör i randresektionsfragmentet är prediktiv för recidivutveckling.

HÄLFTEN AV ALLA MISSTÄNKTA BLÅSTUMÖRRECIDIV ÄR 8 MILLIMETER I DIAMETER

V.S. Ströck V.; S.H. Holmäng S

Avd för urologi, Sahlgrenska SU/SS, Göteborg

Introduktion: Den höga recidivfrekvensen efter TUR av blåstumör är besvärande för patienten och förenad med höga kostnader för den offentliga sektorn. Ändå saknas det i stort sett kunskap om histologi, antal och storlek för recidiv i ett oselekerat material. I en prospektiv populationsbaserad studie har vi registrerat sådana data vid alla transuretrala operationer under ett år vid en stor urologienhet.

Patienter and metoder: Studien utfördes vid Sahlgrenska Universitetssjukhusets Urologienhet som har ett uppskattat upptagningsområde om 600.000 invånare. Från 1 januari till 31 december 2010 registrerades antalet tumörer samt storleken på den största tumören med hjälp av standard metoder vilket innebär en jämförelse med vidden på resektoskopets slynga alternativt biopsitång. Avsikten var att biopsiera minst en lesion för att få en diagnos även i öppnbara fall med högt differentierad blåstumör.

Resultat: Totalt utfördes 474 transuretrala operationer varav 191 var för misstänkt ny tumör och 283 för misstänkt recidiv av blåstumör. Medianstorleken för ett misstänkt recidiv var 8 millimeter. Sjuttio procent av alla misstänkta recidiv var 10 mm eller mindre. PAD var benignt i 20%. Majoriteten av alla bekräftade recidiv var G1. Medianstorleken på grad 1,2 och 3 tumörer var 7, 10 och 15 mm. Endast 22 recidiv av 283 misstänkta (8%) var invasiva. Hälften av alla bekräftade recidiv var solitära.

Slutsats: Den absoluta majoriteten av alla misstänkta blåstumörrecidiv var mindre än 10 millimeter i diameter och visade sig vara antingen benigna eller låggradiga tumörer. Det innebär att en betydande andel av alla misstänkta recidiv borde kunna åtgärdas i lokalbedövning i samband med kontrollcystoskopin vilket skulle innebära avsevärda ekonomiska besparingar.

KAN CYSTOSKOPIKONTROLLER AVSLUTAS NÄR DET GÅTT 5 TUMÖRFRIA ÅR EFTER BCG BEHANDLING AV BLÅSCANCER?

V.S. Ströck V.; S.H. Holmäng S

Avd för urologi, Sahlgrenska SU/SS, Göteborg

Introduktion: Det finns få långtidsuppföljningar efter bacillus Calmette-Guerin (BCG) behandling av blåscancer. Vi redovisar resultaten för patienter som varit tumörfria i minst 5 år efter BCG behandling.

Patienter och metoder: Vi har uppdaterat vår databas som omfattar 580 patienter som erhållit minst en BCG behandling mellan 1986 och 2003. De som har haft en tumörfri period om minst 60 månader vid något tillfälle efter den första BCG instillationen inkluderades. Grupp 1 hade TaG1-G2 tumörer före behandling och grupp 2 hade TaG3 /cis/ T1 tumörer.

Resultat: Totalt 190 patienter (32%) av 580 var tumörfria i minst 5 år med ett medianvärde på 105 månader (range 62-225). Endast 18 av 190 (9.5%) hade ett recidiv efter 5 år men med Kaplan-Meier analys var risken för recidiv 11% vid 10 år och 18% vid 15 års uppföljning. I grupp 1 hade 5/73 patienter (6.8%) recidiv, samtliga små G1 tumörer efter 74-145 månader. Inte någon patient progredierade i stadium. I grupp 2 hade 13/117 patienter (11%) recidiv efter en tumörfri period om 63-133 månader. Fyra av dessa var djupinvasiva i uretra, blåsan eller uretären. Ytterligare sex patienter hade cis och tre hade TaG1-2 i urinblåsan.

Slutsats: En tumörfri period om minst 5 år efter BCG behandling av blåscancer är ett mycket gott prognostiskt tecken men recidiv efter 10 tumörfria år är inte ovanligt. Vi rekommenderar livslång cystoskopi uppföljning för patienter med blåscancer, oavsett initial grad och stadium, efter BCG behandling.

FIBRINOGEN BETA – MÖJLIG NY BIOMARKÖR FÖR DETEKTION OCH DIAGNOSTIK AV BLÅSCANCER

*M. Lindén*¹; *U. Segersten*¹; *S. Bergström-Lind*²; *E. Sjöstedt*²; *K. Wester*²; *Y. Lyutvinskiy*³; *R. Zubarev*³; *U. Pettersson*²; *P. Malmström*¹

¹Institutionen för Kirurgiska Vetenskaper, Uppsala Universitet; ²Institutionen för Immunologi, Genetik och Patologi, Uppsala Universitet; ³Institutionen för medicinsk biokemi och biofysik, Karolinska Institutet

Patienter med icke-muskelinvasiv urinblåscancer (BC) har en hög risk för recidiv och behöver regelbundna cystoskopiundersökningar som är invasiva och kostsamma. Både patienter och sjukvården skulle gynnas av ett icke-invasivt och billigt urintest för att upptäcka recidiv. Vår hypotes är att urinprover, som är i direktkontakt med BC-celler, kan spegla cancerspecifika skillnader i proteinuttryck. Urin från BC-patienter och kontroller behandlades med trypsin och ingående proteiner analyserades med masspektrometri och proteinkvantifieringsmjukvara. Identifikation av specifika proteiner gjordes immunohistokemiskt (IHC) med antikroppar från Human Protein Atlas (www.proteinatlas.org) på vävnadsmatriser (TMA) och även med western blot (WB). Endogent protein uttryck analyserades med WB i en BC-cellinje, T24. Fibrinogen beta (FGB) var ett av proteinerna som fanns i större mängd i BC-patienters urin. WB-experimenten bekräftade att FGB var vanligare hos cancerpatienter än hos kontroller ($p < 0.01$). Proteinuttrycket, mätt immunohistokemiskt i biopsier, ökade med stigande kliniskt stadium ($p < 0.01$). FGB undersöktes även med IHC på en TMA bestående av primära tumörer och metastaser. Åtta av 11 metastaserade primärtumörer var positiva för FGB och alla metastaser som var evaluerbara var positiva. I fem av primärtumörerna fanns matchande metastaser. Två av dessa primärtumörer var FGB-negativa men hade FGB-positiva metastaser. I WB analys av cell linjen påvisades ett band med förväntad molekylvikt. Analys av proteiner i urin är en möjlig metod att detektera potentiella biomarkörer för blåscancer. En sådan kan vara FGB och vi analyserar nu detta i ett större material.

DATORTOMOGRAFISK (DT)-UTVÄRDERING AV DE 18 FÖRSTA PATIENTERNA MED AVANCERAD UROTELIAL URINBLÅSECANCER SOM PLANERATS FÖR EN T-CELLSBASERAD IMMUNOTERAPI

*A. Sherif*¹; *M.N. Hasan*¹; *E. Radecka*²; *S. Shabo*³; *P. Marits*⁴; *M. Karlsson*⁴; *M. Schumacher*¹; *O. Winqvist*⁴

¹Urologiska Kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ²Kliniken för diagnostisk radiologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ³Kirurgiska kliniken - urologsektionen, Mälarsjukhuset, Eskilstuna; ⁴Enheten för klinisk allergiforskning, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Bakgrund och Målsättning: Förväntad 2 års överlevnad vid urotelial urinblåsecancer med engagemang av lymfkörtlarna (pN2) är 20 % oavsett neoadjuvant eller adjuvant cytostatika behandling. Tumör-reaktiva lymfocyter återfinns i portvaktskörtlar som dränerar urinblåsecancer och som uppvisar immunologisk funktion vid restimulering in vitro. Vi önskade fastställa genom radiologisk utvärdering av konsekutiva datortomografier, pre- och postoperativt, en ny behandlingsmetod med expanderade autologiska T-hjälperceller med efterföljande infusion, hos patienter med metastaserad urinblåsecancer

Material och Metoder: De första 18 inkluderade patienterna med metastaserad urinblåsecancer var prospektivt selekterade från ett universitetssjukhus och från ett länssjukhus/centralsjukhus. TNM stadier på inkluderade patienter var T2-T4N1-N2 och/eller M0-M1 eller Mx. Metinell nodes och tumör-dränerande körtlar exciderades i samband med planerad cystektomi. T-lymfocyter extraherades och mångfaldigades samt aktiverades in vitro. Därefter utfördes återtransfusion av dessa autologa tumör-specifika T-celler. Regelbundna DT undersökningar var en del av uppföljningen enligt studieprotokollet. Utvärderingen av DT undersökningarna baserades på RECIST-kriterier

Resultat: Hos 9 patienter var behandlingen genomförbar. Återinfusion av T-celler utfördes utan biverkningar. Hos 9 återfanns tekniska problem och patienterna erhöll inte terapin. I 2 av de 9 behandlade patienter fastställdes objektiv respons i form av minskade kvarvarande lymfkörtelmetastaser

Slutsats: En ny adoptiv immunoterapi-metod baserad på återinfusion av expanderade T-celler från tumör-dränerande lymfkörtlar visar DT-verifierad respons enligt RECIST-kriterier hos 2 av 9 behandlade patienter under uppföljningstiden.

Poster session 2

39

NY LAPAROSKOPISK SUTURERINGSTEKNIK - KONCEPTSTUDIE

*A. Najar*¹; *S. Ladjevardi*²; *M. Häggman*²; *M. Ljungman*³; *B. Hawas*¹
¹Urologiklinik i Västerås; ²Urologiklinik i Uppsala; ³Kirurgiklinik i Västerås

Dagens laparoskopiska sutureringssteknik är både svår och tidskrävande, den kräver dessutom en lång upplärningstid. Behov av en smidigare och mer lättinlärnad sutureringssteknik föreligger. Laprotech AB, som har sitt säte i Västerås, har tagit fram och patenterat nya instrument för laparoskopisk suturering. Azad Najar, urolog på urologikliniken i Västerås, är uppfinnare och grundare till företaget.

Utprovning sker i samarbete mellan urologer och kirurger. Det nya instrument kommer i första hand att användas för njur- och obesitaskirurgi, där laparoskopisk suturering i stor utsträckning görs. Det nya instrumentet har använts i en konceptstudie på djur i Uppsala i december 2010 och ytterligare en djurstudie är planerad till juni 2011. Systemet består av tre separata instrument, nålinstrument, tråd och klipps-instrument och tånginstrument, för att tillsammans genomföra sutureringsprocessen på ca 1,5 min per enstaka stygn. Med instrumenten kan sättas enstaka och fortlöpande stygn. I nålinstrumentet som är 10 mm i yttre diameter, är nålen fastmonterad med instrumentet och ligger inne i själva instrumentskaftet. Efter införandet av instrumentet i buken aktiveras handtaget och nålen förflyttar sig framåt och lägger sig i en vinkel på cirka 80 grader med skaftet. Nålen är speciell designad för att hämta operationstråden som levereras av tråd och klipps-instrumentet från en sida av vävnader till andra sidan, tråd och klipps-instrumentet är 5 mm instrument. Ett klipps släpps på båda trådändorna för att fastklämmas runt trådändorna med hjälp av tånginstrument, som är 10 mm instrument. Instrumenten, som uppfyller alla krav på ett laparoskopiskt instrument, kan användas av båda höger samt vänsterhänta kirurger. Instrumenten och våra erfarenheter från dessa konceptstudier kommer att presenteras på urologidagarna i Uppsala.

40

PROSTATACANCER OCH DIABETES - EN STUDIE INOM PROSTATE CANCER DATA BASE SWEDEN (PCBaSe)

*K. Fall*¹; *H. Garmo*²; *S. Gudbjörnsdottir*³; *P. Stattin*⁴; *B. Zethelius*⁵

¹Klinisk Epidemiologi och Biostatistik, Universitetssjukhuset i Örebro; ²Regionalt Onkologiskt Centrum, Uppsala; ³Diabetescentrum, Sahlgrenska sjukhuset; ⁴Inst f Urologi och Andrologi, Umeå Universitet; ⁵Inst för Medicinska Vetenskaper, Uppsala Universitet

Bakgrund: En växande mängd data talar för att diabetiker löper en ökad risk att drabbas av nästan alla former av cancer. Ett undantag är prostatacancer (PC), där resultat från tidigare studier tvärtom antyder en reducerad risk.

Målsättning: Att studera risken för PC bland män som tidigare diagnostiserats med typ-2 diabetes och att undersöka diabetesduration, body mass index (BMI), HbA1c och diabetesbehandling i förhållande till risken för PC.

Metod: I en nationell fall-kontrollstudie jämförde vi 44 410 män med PC som identifierats via PCBaSe Sweden med 223 129 åldersmatchade, populationsbaserade kontroller. Information om diabetes och relaterade variabler hämtades via länkning till Nationella Diabetesregistret.

Riskkvoter (odds ratios, ORs) med 95% konfidensintervall beräknades med logistisk regression.

Result: Diabetiker uppvisade en 20% lägre risk för PC än män utan diabetes, OR=0.80 (0.76-0.85). PC-risken minskade kontinuerligt med diabetesdurationen och de som diagnostiserats mer än 20 år innan de insjuknade i PC hade lägst risk, OR=0.65 (0.56-0.75). Diabetiker hade minskad risk för låg-, intermediär- och högrisktumörer, och sambandet var starkast bland män med lågrisktumörer, OR=0.71 (0.64-0.80). Risken var lägre bland diabetiker med insulinbehandling, OR=0.72 (0.64-0.81), än bland kostbehandlade diabetiker, OR 0.89 (0.80-0.99). Vid en jämförelse mellan icke-diabetiker och diabetiker med högt BMI (>25 kg/m²) sågs ytterligare riskreduktion, OR=0.72 (0.65-0.80). Det fanns även en trend av sjunkande PC-risk med stigande HbA1c-nivå (p<0.05).

Slutsats: Typ-2 diabetes är förknippat med en minskad risk för PC, speciellt för lågrisktumörer. Sambandet kan förklaras av mekanismer relaterade till en förändrad hormonell miljö och möjligen till en lägre diagnostisk intensitet för PC bland diabetiker.

HUR BIOPSERAS PROSTATA VID UTREDNING AV MISSTÄNKT PROSTATACANCER I SVERIGE 2011?

S. Carlsson¹; O. Bratt²; P. Stattin³; L. Egevad⁴

¹Institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska Institutet Stockholm; ²Urologi, Helsingborgs sjukhus; ³Institutionen för Kirurgiska och perioperativa vetenskaper, Urologi och andrologi Umeå universitet; ⁴Institutionen för onkologi och patologi, Karolinska Institutet Stockholm

Bakgrund: Svenskt Urologiskt Nätverk/ Swedish Urology Network (SUNe) startades 2011 med syfte att skapa en maillista för information om riktlinjer och möten samt för monitorering av hur man i Sverige handlägger urologiska sjukdomar.

Metod: En webbaserad enkät med frågor om prostatabiopsier skickades till alla medlemmar i SUNe mars-april 2011.

Resultat: Vi har erhållit 137 fullständiga svar. De som har besvarat enkäten är vanligen verksamma inom urologi (98%) på ett universitetssjukhus (45%) med specialistkompetens sedan minst 15 år (41%) samt tar 51-100 biopsier per år (32%).

Finnålspunktion av prostata används, förvånande ur ett internationellt perspektiv, någon gång av 39% och nästan alltid av 2%. Lokalanestesi används alltid av 86% vid mellannåls-biopsier. Alla använder något antibiotikum som profylax, vanligen ciprofloxacin (83%) med Trim-Sulfa på andra plats (15%). Majoriteten använder idag engångsdos i samband med biopsi (63%). Endast 16% tar färre än 10 biopsier.

Hela 71% tycker att det vore önskvärt med ett nationellt standardiserat koordinatsystem för lokalisering av prostatabiopsier. Ca 3/4 uppger att de börjar biopsiera höger sida och basen. Lika många tar inte regelmässigt medellinjebiopsier. Knappt hälften tar aldrig riktade biopsier mot vesicula seminalis. Anteriora biopsier tas först vid andra biopsigången vid stigande PSA (37%). Angående hanteringen av biopsier finner vi glädjande att 75% alltid lägger endast en biopsi/behållare samt att behållaren oftast är en liten burk (70%) och att biopsin lägges på ett papper (78%).

Slutsatser: De flesta (71%) av Sveriges urologer tycker det vore önskvärt med ett nationellt standardiserat koordinatsystem för lokalisering av prostatabiopsier. Enkätresultaten indikerar således att det finns förutsättningar för att försöka uppnå en nationell standard för rutiner kring biopsiering och hantering av biopsier.

42

Abstract tillbakadraget

43

RESULTAT FRÅN DEN PATOLOGISKA EFTERGRANSKNINGEN AV DE SVENSKA PATIENTERNA SOM DELTOG I DE NORDISKA BLÅSCANCERSTUDIERNÄ

T. Hemdan¹; U. Segersten¹; M. de la Torre²; C. Busch²; P.U. Malmström¹

¹Institutionen för kirurgiska vetenskaper, Akademiska sjukhuset, Uppsala; ²Institutionen för Immunologi, genetik och patologi, IGP Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Den nordiska urothelialcancergruppen har genomfört fem stora prospektiva randomiserade studier. Två studier utvärderade neoadjuvant kemoterapi inför cystektomi medan resterande studier avsåg olika instillationsbehandlingar. Alla studier har följts upp och rapporterats. Generellt är det en minoritet av patienterna som svarar bra på en specifik terapi och det vore därför av värde att finna prediktiva biomarkörer som kunde förutsäga behandlingssvar. För att testa möjliga biomarkörer krävs väl kategoriserade kliniska material och för detta ändamål är patienter som ingått i prospektiva studier lämpliga. Vår målsättning är att med de nordiska studier som utgångspunkt etablera en biobank för detta ändamål och följande är den första rapporten om det arbetet.

Material och metoder: En databas med kliniska uppgifter etablerades på de uppgifter som erhöles från respektive studies randomiseringskontor. Glas och klossar rekvirerades från de svenska patologavdelningarna. Material från 800 patienter inkom och detta material eftergranskades av patolog för i första hand välja ut lämpligt område för stansning för en TMA. En ny bedömning av stadium och grad har också gjorts. Reproducerbarheten var generellt mycket god, sammanlagt hade vi 78 % matchade PAD svar i jämförelse med original utlåtandet. Bortfallet var mer framträdande i den muskelinvasiva gruppen troligtvis pga diatermiskador.

Konklusion: Det har varit möjligt att bygga upp en biobank med material från fem stora

blåscancer studier. Eftergranskning visade att reproducerbarheten av original PAD var väldigt hög, speciellt i CiS studien där 95 % av eftergranskningen matchade.

44

BUKVÄGGSPROBLEM EFTER CYSTEKTOMI MINSKAR

F. Aljabery ; S. Jahnsen

Urologiska kliniken, IBK, Linköpings Universitet

Bakgrund: I denna studie undersöktes förekomsten av postoperativa bukväggsproblem hos patienter som genomgått radikal cystektomi med urindeviation för cancer i urinblåsan. Dessutom utvärderar vi behandlingen och resultatet av kirurgiska ingrepp för dessa komplikationer.

Material och metod: Samtliga patienter opererade med cystektomi från 1997 till 2010 ingick i undersökningen. Materialet indelades i patienter som opererats 1997- 2005 (grupp 1) och patienter som opererats 2006-2010 (grupp 2).

Resultat: Materialet består av 255 patienter varav 74% män och medelålder 67 år. Patienter i grupp 1 hade 4 års lägre medelålder än patienterna i grupp 2 och 45% respektive 47% av patienterna opererades med kontinent urindeviation. Grupp 1 bestod av 130 patienter med sårproblem hos 10 (8%) varav 7 behandlades med antibiotika och 3 opererades för sårruptur. Senare observerades ärrbräck hos 9 patienter varav 8 opererades en av dessa hade även blivit opererad för sårruptur. I grupp1 observerades 4 parastomala bräck varav 2 opererades med nät och fick recidiv och 2 opererades med fasciesuter med Prolen och är utan recidiv. Grupp 2 bestod av 125 patienter varav 2 fick sårproblem och opererades för sårruptur. Båda fick recidiv en operation genomförd och en planerad. En patient utvecklade stominekros och är reopererad men ingen patient i grupp 2 har utvecklat parastomala bräck.

Konklusion: Bukväggsproblem efter cystektomi minskar från den tidiga till den senare delen av den studerade perioden. Återfall efter operation för ärrbräck och parastomala bräck är vanliga och denna kirurgi bör därför noggrant planeras för optimalt resultat.

45

PATOLOGISK DOWNSTAGING SOM SURROGATMARKÖR FÖR KEMOSENSITIVITET OCH FÖRBÄTTRAD ÖVERLEVAD VID BEHANDLING AV MUSKELINVASIV UROTELIAL URINBLÅSECANCER

R. Rosenblatt¹; A. Sherif²; E. Rintala³; R. Wahlqvist⁴; A. Ullén⁵; S. Nilsson⁵; P.U. Malmström⁶

¹Karolinska Institutet, Stockholm; ²Urologiska Kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ³Department of Urology, Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland; ⁴Department of Urology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway; ⁵Onkologiska kliniken, Radiumhemmet, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ⁶Urologiska Kliniken, Uppsala Akademiska Sjukhus, Uppsala

Syfte: Att fastställa omfattningen och den prognostiska betydelsen av patologisk downstaging vid neoadjuvant kemoterapi jämfört med enbart kirurgi vid kurativt syftande kirurgi av muskelinvasiv urotelial blåscancer.

Material och metod: 449 behöriga patienter (T2-T4aNXM0) valdes ut från de två randomiserade, prospektiva studierna NCS1 & 2. Patienterna kategoriserades på basis av patoanatom i följande subgrupper: fullständig downstaging (pT0N0), icke-invasiv downstaging (pT0/pTis/pTa+N0), och organ avgränsad sjukdom (\leq pT2bN0). Patienterna var jämnt fördelade över behandlingsarmarna som bestod av cisplatin-baserad neoadjuvant kemoterapi och cystektomi jämte enbart cystektomi.

Resultat: Graden av downstaging var ökad signifikant i neoadjuvant-gruppen jämfört med kontroll-gruppen. För kliniska T3 tumörer var skillnaden störst med en nära 3-faldig procentuell ökning av antalet pT0N0 tumörer. Den kemo-inducerade downstaging effekten var förenlig med signifikanta överlevnadsvinster och föll ut som en oberoende positiv prognostisk markör (HR 0.258; p=0.03) med en 30%-ig ökad överlevnad vid fem år jämfört med icke-downstagede i neoadjuvant gruppen. Den senare gruppen hade inga prognostiskafördelar jämfört med kontroll gruppen.

Slutsatser: Överlevnadsvinsterna som ses vid neoadjuvant terapi återspeglas i downstaging av primärtumören. Detta medför att downstaging vid neoadjuvant kemoterapi kan komma att betraktas som en surrogatmarkör för kemosensitivitet och ökad överlevnad, vilket kommer ha betydelse vid framtida studiedesign inom området, samt handläggningen av patienter som ska erhålla neoadjuvant kemoterapi.

Fria föredrag Prostatacancer 2

46

FADERSKAP OCH RISK FÖR PROSTATACANCER POPULATIONSBASERAD FALL-KONTROLLSTUDIE I PCBASE

S.M. Wirén ; P. Stattin

Kirurgisk och perioperativ vetenskap, Urologi och Andrologi, Umeå Universitet

Bakgrund: Barnlösa män har en minskad risk för prostatacancer (PC), vilket kan bero på ett biologiskt samband, troligast låga nivåer av androgener bland infertila män eller bero på samvarierande socioekonomiska faktorer.

Material och metoder: Nationella Prostatacancerregistret (NPCR) innehåller information om tumörgrad, tumörstadium och serumnivå av prostata-specifikt antigen (PSA) vid diagnos. Prostate Cancer Data Base Sweden (PCBaSe) är baserat på samkörning mellan NPCR och andra svenska hälso- och sjukvårdsregister. Vi använde data ifrån Flergenerationsregistret, Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) och Patientregistret. Till varje fall valdes fem män ut ur bakgrundsbefolkningen som kontroller. Med konditionell logistisk regression beräknade vi riskkvoter (OR) för PC-risk för antal barn, civilstånd, socioekonomiskt status och samsjuklighet. Riskkvot beräknades också i fem riskgrupper enligt tumörstadium, grad och PSA-värde. OR för antal barn justerades för civilstånd och socioekonomiskt status.

Resultat: I vår studie av 81 166 fall av PC och 404 933 åldersmatchade kontroller hade fäder en ökad risk för PC jämfört med barnlösa män; OR 1.18 (95% CI= 1.16-1.21) för män med ett barn, OR 1.26 (95% CI=1.24-1.29) för två barn och OR 1.22 (95% CI=1.19-1.24) för tre+ barn. Sambandet mellan faderskap och PC var starkare för lågrisk tumörer; OR 1.33 (95% CI 1.25-1.40) än för metastaserad PC; OR 1.10 (95% CI 1.04-1.16). Sambandet försvagades efter justering för socioekonomi och civilstånd med OR 1.11 (95% CI 1.05-1.18) för lågrisk och OR 1.10 (95% CI 1.04-1.17) för metastaserad PC.

Diskussion: Fäder hade en ökad risk för PC även efter justering för socioekonomiska faktorer. Det indikerar ett biologisk samband mellan fertilitet och risk för PC, alternativt att justeringsvariablerna inte är tillräckligt detaljerade för att utesluta kvarstående confounding.

47

COMPETING RISK ANALYS AV FAKTORER I METABOLA SYNDROMET OCH RISK FÖR PROSTATACANCER

T. Stocks¹; T. Björge²; J. Manjer³; P. Stattin¹; U. Hanno⁴; C. Häggström¹

¹*Kirurgisk och perioperativ vetenskap, enheten för urologi och andrologi Umeå universitet;*

²*Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Bergen, Norway;*

³*Department of Surgery, Malmö University Hospital, Malmö, Sweden;* ⁴*Department of Medical Statistics, Informatics and Health Economics, Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria*

Bakgrund: Prostatacancer (Pca) är den vanligaste canceren i västvärlden, och det är oklart hur livsstil och faktorer i metabola syndromet (MetS) påverkar Pca risk .

Metod: I Metabola syndromet och Cancerprojektet (Me-Can) finns prospektivt insamlad data för body mass index (BMI, vikt/ längd²; kg/m²), blodtryck, glukos, kolesterol och triglyceridvärden från sammanlagt sju kohorter i Sverige, Österrike och Norge. I studien ingår 289 866 män som genomgått en hälsokontroll vid medelåldern 44 år och med medeluppföljningstiden 12 år. Under uppföljningen fick 6 922 män prostatacancerdiagnos och 1 016 personer avled av Pca. Med hjälp av Cox proportionella riskmodell beräknades riskestimat för faktorer i det metabola syndromet, både kvintilnivåer och standardiserade nivåer (z-scores) och genom att ta hänsyn till competing risk för död av andra orsaker kunde vi beräkna sannolikheten för Pca för höga värden av dessa faktorer.

Resultat: Höga nivåer av glukos och triglycerider och minskade risken för Pca, pga att dessa var relaterade till tidig död. Vi fann att högt blodtryck var kopplat till död av Pca ,relativ risk (RR) beräknat per enhetsökning av z-score, RR=1.17, 95 % KI 1.04-1.34, och i competing risk analys fick vi fram att män med högt blodtryck också har en större sannolikhet att dö av Pca.

Slutsatser: Metabola syndromet och enskilda faktorer i det var inte kopplade till risk för Pca,

men högt blodtryck ökade risken att dö av Pca. Vi fann ingen ingen synergieffekt på Pca-risk mellan faktorerna i MetS.

48

BEHANDLING MED 5-ALFA-REDUKTASHÄMMARE OCH RISKEN ATT DÖ I PROSTATACANCER

*A. Kjellman*¹; *S. Friis*²; *F. Granath*³; *O. Gustafsson*⁴; *H. Toft Sørensen*⁵; *O. Akre*⁴
¹Karolinska Universitetssjukhuset; ²Institute of Cancer Epidemiology, Copenhagen, Denmark; ³Enheten för klinisk epidemiologi, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige; ⁴Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset; ⁵Dep. of Clinical Epidemiology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

Syfte: Behandling med 5- α -reduktashämmare har visat sig kunna leda till en minskning av risken att få en prostatacancerdiagnos. I samma studier har dock behandling gett en ökad risk att ha en histologiskt mer aggressiv cancer. Vi har gjort denna studie för att se om behandling med 5- α -reduktashämmare innan diagnos av prostatacancer påverkar cancerens allvarlighetsgrad och den framtida risken att dö av prostatacancer.

Metod: Vi genomförde studien i tre län i norra Danmark. Från det danska prostatacancerregistret identifierade vi alla män som fått prostatacancer mellan 1989 och 2001. Vi länkade denna information till det norddanska förskrivningsregistret. Härifrån fick vi information om vilka som fått 5- α -reduktashämmare förskrivet. Vi tog också in information om förskrivning av alfa-1-receptorblockerande medel (alfablockerare). Vi tog med alfablockerare för att kunna värdera ev. detektionsbias. Från cancerregistret fick vi uppgift om canceren var lokaliserad eller spridd vid diagnos och från dödsorsaksregistret fick vi information om vilka som dött av prostatacancer.

Resultat: Vi fann ca 3 800 män med prostatacancer. Vi gjorde först en analys av risken att ha en metastaserad sjukdom redan vid diagnos. Tidigare behandling med 5- α -reduktashämmare ökade risken signifikant med odds ratio (OR) på 1.14 per 100 DDDs (Defined Daily Doses) (95 % CI 1.01-1.29). Behandling med alfablockerare minskade risken (OR 0.89 per 100 DDDs). Risken att dö av prostatacancer påverkades inte signifikant av behandling med 5- α -reduktashämmare (hazard ratio (HR) 0.93 (0.76-1.14)). Behandling med alfablockerare minskade risken att dö av prostatacancer (HR 0.78 (95 % CI 0.67-0.90)).

Konklusion: Tidigare behandling med 5- α -reduktashämmare ökade risken att ha en metastaserad prostatacancer vid diagnos men påverkade inte den sjukdomsspecifika överlevnaden. Behandling med alfablockerare minskade risken både för metastaserad sjukdom och död.

49

INCIDENS AV METASTASER OCH PROSTATACANCERDÖD I LÄN MED HÖG OCH LÅG TOTALINCIDENS AV PROSTATACANCER

*B. Holmström*¹; *H. Jonsson*²; *D. Robinson*³; *J. Hugosson*⁴; *P. Stattin*¹
¹Urologi och andrologi, Umeå universitet; ²Strålningsvetenskaper, Onkologi, Umeå universitet; ³Urologisektionen, Länssjukhuset Ryhov; ⁴Urologikliniken, Sahlgrenska sjukhuset

Syfte: Användningen av PSA har varierat kraftigt inom Sverige vilket medfört att incidensen av prostatacancer (Pca) varierat mycket mellan olika län. Denna studie avser att undersöka om skillnader i Pca incidens påverkat dödligheten i Pca respektive antalet män som diagnosticeras med M+.

Metod: Nationella Prostatacancerregistret (NPCR) länkades till Cancerregistret, Dödsorsaksregistret och Populationsregistret. Genom att länsvis jämföra incidensen av Pca under perioden 1980 till 1990 med perioden 1995 till 2007 kunde den relativa ökningen av Pca incidensen bestämmas länsvis. Detta användes för att gruppera Sveriges 24 län i låg-, mellan- respektive högincidenslän. Förekomsten av M+ vid diagnos och Pca-specifik dödlighet jämfördes mellan låg- och högincidenslän.

Resultat: I högincidenslän var risken lägre för metastaserad Pca, relativ risk (RR) 0,88 (95% KI = 0,82-0,96), och likaså för död i Pca, RR 0,89 (95% KI = 0,81-0,98) jämfört med lågincidenslän. Jämfört med en historisk referensperiod mellan 1992 och 1999 var risken för Pca-död lägre under perioden 2000-2007 i högincidenslänen, RR 0,66 (95% KI = 0,61-0,71) och i lågrisklänen var motsvarande RR 0,78 (95% KI = 0,70-0,87).

Slutsatser: Resultaten ger stöd för att PSA-testning som leder till ökad diagnostik av lokaliserad Pca och därmed ökad incidens och behandling medför en sänkning av dödligheten i Pca.

MORTALITET BLAND MÄN MED LOKALT AVANCERAD PROSTATACANCER - DATA FRÅN PCBASE

O. Akre¹; H. Garmo²; J. Adolfsson³; M. Lambe⁴; O. Bratt⁵; P. Stattin⁶

¹Karolinska Universitetssjukhuset; ²Regionalt Onkologiskt Centrum, Uppsala; ³Onkologiskt Centrum, Stockholm; ⁴Karolinska Institutet, Inst för medicinsk epidemiologi; ⁵Inst för urologi, Helsingborgs sjukhus/Lunds Universitet; ⁶Inst för kirurgiska och perioperativa vetenskaper, Umeå Universitet

Nya data ger evidens för kurativt syftande strålbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer. Vi har använt data från Nationella Prostatacancerregistret (NPCR) och PCBaSe för att ta fram detaljerad prognostisk information för att patienter och läkare ska kunna ta ett mer välgrundat behandlingsbeslut. Vi identifierade alla 14908 män i NPCR med lokalt avancerad tumör, definierat som kliniskt stadium T3-4 alternativt T2 med PSA mellan 50 och 99 ng/mL utan känd metastasering. Efter exklusion av 2724 patienter som fått kurativt syftande behandling återstod 12184 att analysera. Männerna följdes upp i Dödsorsaksregistret i upp till 11 år. Vi beräknade kumulativ incidens av prostatacancerdöd och stratifierade för ålder och tumörkaraktistika. Den prostatacancerspecifika dödligheten efter 8 års uppföljning var 28% (95% KI, 25-32%) för Gleason score (GS) 2-6, 41% (95% KI, 38-44%) för GS 7, 52% (95% KI, 47-57%) för GS 8 och 64% (95% CI, 59-69%) för GS 9-10. Även bland män som var mer än 85 år gamla vid diagnos och hade GS 8-10 stod prostatacancer för en stor del av dödsfallen (kumulativ mortalitet, 42% (95% KI, 37-47%). Män med lokalt avancerad sjukdom och ett PSA under 4 ng/mL hade särskilt dålig prognos. Dödligheten i prostatacancer är hög vid lokalt avancerad sjukdom. Siffrorna talar för att männen kan ha mycket att vinna och mindre att förlora på mer aktiv behandling än de hittills fått. Resultaten understryker behovet av evidens för kurativt syftande behandling vid lokalt avancerad sjukdom.

PRELIMNÄR BEHANDLING OCH CANCERSPECIFIK MORTALITET FÖR 12,952 MÄN MED PSA MELLAN 20 OCH 100 NG/ML VID DIAGNOSTILLFÄLLET. EN BEFOLKNINGSBASERAD STUDIE FRÅN NATIONELLA PROSTATACANCERREGISTRET

S. Ladjevardi¹; A. Berglund²; E. Varenhorst³; O. Bratt⁴; A. Widmark⁵; G. Sandblom⁶

¹Urologkliniken Akademiska Sjukhuset Uppsala/ Kirurgisk Vetenskap; ²Regionalt Onkologiskt Centrum (ROC); ³Urologkliniken Norrköping/Linköping Sjukhus; ⁴Urologkliniken Helsingborg Sjukhus; ⁵Onkologkliniken Umeå Universitets Sjukhus; ⁶Karolinska Institutet Clintec

Bakgrund: Överlevnaden hos män med lågmaligna tumörer har visat sig vara i nivå med övrig manlig population oberoende av behandlings alternativ. Män med PSA över 20 ng/ml har däremot sämre överlevnad. I många fall behandlas dessa män konservativt på grund av rädsla för eventuell metastasering eller lokalt avancerad växt med risk för tumörrecidiv efter kurativt syftande behandling.

Syfte: Målet med denna studie var att undersöka effekten av kurativt riktad behandling på cancerspecifik mortalitet hos män med PSA mellan 20 och 100 ng/ml vid diagnostillfället.

Material och metod: Alla män i ålder upp till 75 år med prostatacancer i det nationella prostatacancerregistret mellan 1996-2008 med PSA 20-100 ng/ml, T1-4, N0/N1/Nx, M0/Mx identifierades. Relativ och tumörspecifik överlevnad analyserades med Cox proportional hazard analys, med justering för ålder och co-morbiditet och PSA nivå.

Resultat: Sammanlagt 12,952 män ingick i kohorten. Av dessa hade 9, 263 (71,5%) PSA 20-50 ng/ml och 3, 689 (28,5%) PSA 51-100 ng/ml vid diagnostillfället. Hazard Ratio för död i prostatacancer justerat för ålder, co-morbiditet, diagnosår och Gleason score för män med PSA 20-50 ng/ml som behandlats med kurativ behandling jämfört med konservativ behandling var 0.23 (95% CI= 0.19-0.27) och 0.22 (95% CI= 0.17-0.30) för patienter med PSA 50-100 ng/ml,

Konklusion: Även med PSA-nivåer som inger stark misstanke om lokalt avancerad växt kan kurativ behandling förlänga överlevnaden för män med icke- metastaserande cancer.

SOCIALA SKILLNADER I HANDLÄGGNING OCH MORTALITET FÖR MÄN MED HÖGRISK PROSTATACANCER - EN POPULATIONS-BASERAD KOHORTSTUDIE I PCBASE SWEDEN

A. Berglund¹; H. Garmo²; D. Robinson³; C. Tishelman⁴; L. Holmberg²; O. Bratt⁵; J. Adolfsson⁶; P. Stattin⁷; M. Lambe¹

¹Inst Medicinsk Epidemiologi och Biostatistik, Karolinska Institutet; ²King's College London, Medical School, London; ³Department of Urology, Ryhov County Hospital; ⁴Department of Learning, Informatics, Management and Ethics, Karolinska Institutet; ⁵Department of Urology, Helsingborg Hospital, Lund University; ⁶Oncological Centre, CLINTEC, Karolinska Institutet; ⁷Kirurgisk och perioperativ vetenskap, Umeå Universitet

Bakgrund: Epidemiologiska studier har visat att det finns ett samband mellan socioekonomisk status (SES) och canceröverlevnad. I denna studie undersökte vi om SES är associerad med handläggningsintensitet och mortalitet för män med högrisk prostatacancer.

Material och metod: En populationsbaserad kohortstudie baserad på information i Prostate Cancer Database Sweden (PCBaSe), en databas genererad via länknings mellan Nationella Prostatacancerregistret (NPCR) och Cancerregistret, Patientregistret och Dödsorsaksregistret. Med hänsyn till komorbiditet, ålder vid diagnos, kalenderperiod och kliniska karakteristika studerades sambandet mellan SES och användandet av skelettscintigrafi, kurativ behandling och mortalitet mellan SES med hjälp av oddskvoter (OR) och hazardkvoter (HR) med tillhörande 95% konfidensintervall (KI). Socioekonomisk status baserades på yrkesställning i fem grupper.

Resultat: Totalt identifierades 17522 män med högrisk prostatacancer mellan 1997 och 2006. Män med hög SES i jämförelse med låg SES män utreddes i högre utsträckning med skelettscintigrafi (OR 1.30; 95% KI, 1.21-1.40). Bland män utan metastaserad sjukdom efter genomgången skelettscintigrafi, var intention till kurativ behandling högre bland hög i jämförelse med låg SES män (OR 1.43; 95% KI 1.28-1.57). Bland patienter som genomgick en kurativ syftande behandling var det mer vanligt för hög SES män att genomgå radikal prostatektomi istället för strålbehandling (OR 1.29; 95% KI 1.10-1.47). Total mortalitet var lägre bland patienter med hög SES (HR 0.76; 95% KI 0.60-0.97), och även död i prostatacancer (HR 0.70; 95% KI 0.49-0.99).

Slutsats: Våra resultat visar på tydliga socioekonomiska skillnader i handläggning och mortalitet för män med högrisk prostatacancer som behandlats i ett sjukvårdssystem med mål att ge vård på lika villkor. Vad dessa ojämlikheter beror på är oklart, men de kan inte enbart förklaras av skillnader i ålder, kliniska karakteristika och komorbiditet.

KOMORBIDITET, BEHANDLING OCH MORTALITET – EN POPULATIONSBASERAD KOHORTSTUDIE AV PROSTATACANCER I PCBASE SWEDEN

A. Berglund¹; H. Garmo²; C. Tishelman³; L. Holmberg²; P. Stattin⁴; M. Lambe¹

¹Inst Medicinsk Epidemiologi och Biostatistik, Karolinska Institutet; ²King's College London, Medical School; ³Department of Learning, Informatics, Management and Ethics, Karolinska Institutet; ⁴Kirurgisk och perioperativ vetenskap, Umeå Universitet

Bakgrund: Det är oklart i vilken grad komorbiditet påverkar val av behandling och mortalitet för patienter prostatacancer (PCa).

Metod: En populationsbaserad kohortstudie baserad på information i Prostate Cancer Database Sweden (PCBaSe), en databas genererad via länknings mellan Nationella Prostatacancerregistret, Cancerregistret, Patientregistret och Dödsorsaksregistret. Oddskvoter (OR), hazardkvoter (HR, sHR) beräknades för att studera samband mellan komorbiditet, behandling och mortalitet. Charlsons Comorbidity Index användes som mått på komorbiditet och kategoriserades till utan, mild och svår komorbiditet.

Resultat: Totalt identifierades 77,536 män med PCa diagnos mellan 1997 och 2006. Bland män med lågrisk PCa var det 5,975 (45.1%) av männen utan komorbiditet som genomgick radikal prostatektomi (RP) i jämförelse med 256 (18.9%) av dem med svår komorbiditet. Med hänsyn till ålder och tidsperiod var sannolikheten lägre att genomgå RP för män med svår komorbiditet (OR 0.48, 95% KI 0.41-0.55). Bland högrisktumörer var strålbehandling mer vanlig (7.7%-21.3%) än RP (3.0%-11.2%) oberoende av annan sjukdomsburda. Total mortalitet och död i andra orsaker än PCa var högre bland män med svår komorbiditet (total HR 1.99, 95% KI 1.93-2.05; andra orsaker sHR 2.66, 95% KI 2.56-2.78), men inte PCa-död (sHR 0.98, 95% CI 0.93-1.03). Givet att männen inte dog av andra orsaker än PCa var risken att dö i PCa högre bland män med svår komorbiditet än bland de utan andra sjukdomar (p<0.01).

Slutsats: Resultaten visar att komorbiditet påverkar både val av behandling och mortalitet hos patienter med PCa. Hos män med svår komorbiditet var total dödlighet, död av andra orsaker

annat än PCa och betingad PCa-död högre än bland män fria från komorbiditet. Fynden kan avspegla en mindre aggressiv behandlingsstrategi bland män med svår komorbiditet, samtidigt som dessa patienter kan ha livsstilsfaktorer och även en generellt sämre hälsa som kan påverka prognosen.

54

SAMVARIATION AV GLEASONGRAD MELLAN BRÖDER MED PROSTATACANCER

K.F. Jansson¹; O. Bratt²; H. Garmo³; P. Stattin⁴; O. Akre⁵

¹Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset; ²Urologiska kliniken, Helsingborgs sjukhus, Lunds universitet; ³Regionalt Onkologiskt Centrum, Uppsala; ⁴Kirurgisk och perioperativ vetenskap, enheten för urologi och andrologi, Umeå universitet; ⁵Inst. för medicin, Karolinska Institutet, Solna

Bakgrund: Det är känt att risken för prostatacancer är ökad om man har en bror som är drabbad av sjukdomen. Studier indikerar även att överlevnaden efter diagnos samvarierar mellan far och son. Det är dock okänt om det är prostatacancerens malignitetsgrad som förklarar denna samvariation och ingen har tidigare studerat om Gleasongrad samvarierar mellan släktingar.

Design: Historisk kohortstudie.

Metod: PCBaSe Sweden tillhandahåller sammanlänkning av Nationella Prostatacancerregistret (NPCR) och andra nationella register. Vi identifierade samtliga män i Sverige som fått diagnosen prostatacancer mellan 1996 och 2007 samt differentieringsgrad (Gleasongrad) av tumören vid diagnos. Med hjälp av SCB:s flergenerationsregister identifierade vi samtliga bröder. Via länkning tillbaka till NPCR kunde vi uppskatta deras risk för prostatacancer specifikt för olika Gleasongrader och beräkna standardiserade incidenskvoter (SIR) för prostatacancer med olika differentieringsgrad.

Resultat: Vi fann en tydlig skillnad i Gleasonspecifik risk för prostatacancer beroende på indexbroderns Gleasongrad: Om indexbroderns Gleasongrad var 8 till 10 så var SIR för bröderna 2.0 (96% konfidensintervall [KI] 1.6-2.7) att diagnostiseras med Gleason 2 till 6 medan SIR var 4.0 (95% KI, 2.7-5.8) att drabbas av Gleason 8 till 10. Förhållandet var närapå det omvända om indexbrodern hade låg Gleasongrad. För att i någon mån exkludera fall som var en direkt följd av indexbroderns diagnos så exkluderades fall inom ett år efter indexbroderns diagnos och samvariationen mellan brödernas Gleasongrad förstärktes då ytterligare. Likaså förstärktes sambandet när halvbröder exkluderades.

Konklusion: Inte bara cancerrisken är ärftlig utan även malignitetsgraden ärvs inom familjer. Resultaten ger inte bara tumörbiologisk information utan kan också användas vid rådgivning i screeningfrågor, eftersom det är mer angeläget att screena män vars bröder haft en mer elakartad tumörform.

55

INFEKTIONSPROBLEMATIK EFTER TRUL MED BIOPSI

J. Forsberg¹; C. Ahlstrand¹; A. Hällgren²

¹Urologiska kliniken i Östergötland; ²Infektionskliniken i Linköping

Bakgrund och syfte: Transrektal mellannålsbiopsi (TRUL-B) av prostata genomförs på ca 1500 patienter årligen i Östergötland. Den främsta komplikationen till ingreppet är infektion. Med antibiotikaproylax i form av kinolon är enligt litteraturen infektionsfrekvensen ca 1%. De senaste åren har vi noterat ett ökande antal patienter som insjuknat med allvarlig febril urinvägsinfektion.

Metod: Mellan januari 2009 och februari 2011 registrerades alla patienter som sjukhusvårdades i Linköping pga infektion efter TRUL-B. Registrering skedde av tid till insjuknande, biopserande läkare, antal biopsier, typ av profylax samt patientbundna riskfaktorer såsom blåstömningssvårigheter, tidigare UVI (senaste 12 mån), tidigare antibiotikabehandling (senaste 12 mån) och diabetes. Typ av infektion (febril UVI, SIRS, urosepsis) samt odlingsresultat/resistensmönster av blod och urin noterades. Samtliga patienter fick ciprofloxacin som antibiotikaproylax.

Resultat: Ingen relation förelåg till antal biopsier och vem som gjorde biopsin. Infektionsfrekvensen varierade under perioden, under jan 09 – sept 09 insjuknade 1%, oktober 09- maj 10 4.5% samt under juni 10-feb 11 2.5%. Totalt insjuknade 3 % av patienterna. De flesta patienterna insjuknade inom 2-3 dagar och flertalet fick (77%) en allvarlig infektion med feber och allmänpåverkan (SIRS eller urosepsis). 4 patienter behövde IVA-vård. Ingen avled. Patientbundna riskfaktorer fanns i 62% av fallen. Tömningssvårigheter, tidigare UVI och tidigare antibiotikabehandling var vanligast. Den vanligaste patogenen som framodlades i blod och

urinodlingar var E Coli med nedsatt känslighet för ciprofloxacin, som förekom i ca 70 % av positiva blod/urinodlingar.

Sammanfattning: Infektionsfrekvensen efter TRUL-B förefaller ökande, till nu ca 2,5-4,5 %. Den främsta orsaken till detta bedöms vara nedsatt känslighet för ciprofloxacin hos E Coli i patienternas tarmflora. Patientbundna riskfaktorer kan identifieras i ca 60% av fallen.

56

ERFARENHET AV ATOMS-PROTES MOT POSTOPERATIV URININKONTINENS HOS MÄN

E. Gudmundsson

Urologkliniken, Akademiska Sjukhuset

Introduktion: Urininkontinens efter urologiska ingrepp kan vara ett besvärande problem för den drabbade individen. Inoperation av en sfinkterprotes är en effektiv men dyr behandling. ATOMS-protes (Adjustable Trans-Obturator Male System) är en ny behandlingsmetod mot manlig postoperative urininkontinens.

Objektiv: Utvärdering av ATOMS-protesen vid manlig postoperative urininkontinens.

Material och metod: Våren 2011 har 10 patienter opererats med A.M.I. ATOMS protes. Vi har utvärderat behandlingsresultaten. Systemet består av en vätskefylld protes som läggs under bulbära uretra, förankras till ramus inferior och kopplas till injektionsdosa som ligger subkutant i vänster ljumske. Vätskemängden i systemet kan sedan justeras efter behov via injektionsdosa.

Resultat: 8 patienter var inkontinenta efter radikal prostatektomi, 2 efter TURP. Median blöjförbrukning före operation var 6 (4-9) blöjor. Operationstid var 47 (37-63) minuter. 7/10 patienter skrevs ut dagen efter operationen, 3/10 efter 2 dygn. 8/10 var i princip kontinenta (0-1 blöjor) vid hemgång. Två patienter (båda inkontienta efter TURP) har ännu inte blivit kontinenta med hjälp av ATOMS, men utrymme finns kvar för påfyllnad av systemet. En patient fick urinvägsinfektion i samband med operationen. Övriga komplikationer har ej uppstått.

Konklusion: A.M.I. ATOMS protes är ett bra och kostnadseffektivt alternativ mot manlig, postoperativ urininkontinens, framför allt hos män som är inkontinenta efter radikal prostatektomi.

57

RESULTAT FRÅN OPERATION MED RETROURETRAL SLYNGA VID ANSTRÄNGNINGSINKONTINENS HOS MÄN

D.S. Volz

Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset

Bakgrund: Vi önskade evaluera resultatet av operation med retroretral slynga (Ad Vance eller Ad VanceXP) vid ansträngningsinkontinens hos män.

Metod: Mellan augusti 2008 och april 2011 blev 26 patienter opererade med retroretral slynga Ad Vance eller Ad Vance XP. 24 av patienterna hade ansträngningsinkontinens som uppkommit efter radikal prostatektomi, varav 1 patient dessutom fått strålbehandling. Övriga 2 patienter hade ansträngningsinkontinens av neurogen orsak. Preoperativt utreddes patienterna med miktionslista, 24-timmars blöjvägningstest, livskvalitetesformulär I-QOL, mätning av fritt flöde och residualurin, uretrocystoskopi med s.k. elevationstest samt urodynamik. Förbättring vid uppföljning definierades som inget behov av inkontinens skydd eller behov av ett skydd för säkerhets skull eller minskning av läckagemängd ≥ 50 %.

Resultat: 24 (92 %) av 26 patienter blev förbättrade. 2 av 26 patienter blev initialt torra, men fick åter gradvis ökande läckage till ursprungsnivå inom 3 månader. Ingen patient fick förvärrat läckage. 7 (29 %) av 24 patienter behövde praktisera ren intermitterent kateterisering (RIK) under minst 1v postoperativt pga. akut urinretention. En av dessa hade fortsatt RIK-behov 6 månader efter operation med Ad VanceXP. Patienterna med inkontinens av neurogen orsak praktiserade RIK både före och efter operation med Ad Vance plastik. 17 av de patienter som blev förbättrade har en uppföljningstid på > 1 år. Hos dessa patienter har förbättringen i läckaget varit bestående under uppföljningstiden. Ingen patient behövde under observationstiden genomgå explantation av slyngplastiken.

Konklusion: Operation med retroretral slynga Ad Vance hos män med ansträngningsinkontinens förefaller i detta material vara en säker operationsmetod med initialt mycket uppmuntrande resultat.

LAPAROSKOPISK PYELOPLASTIK

*P. Elfving; C. Andersson; A. Mandahl Forsberg
Urologiska kliniken, SUS Malmö*

Sedan 1998 har mer än 250 patienter med hydronefros opererats i Malmö med laparoskopisk teknik. Samtliga patienter har utretts med renografi och varierande röntgenologisk kartläggning preoperativt. Utredningsförfarandet har minskat med tiden, då kartläggning av kärlanatomien ej visat sig vara nödvändig med denna teknik. Transperitoneal access användes till de första 80 operationerna och därefter har både trans- och retroperitoneal op utförts, där för och nackdelar av respektive metod presenteras. Samtidig extraktion av njursten utförd hos 25 patienter. I huvuddelen av op har plastik a.m. Anderson-Hynes utförts, men Y-V och rekonstruktion med lambå av njurbäcken har utförts i 3 fall vardera. Robotassisterad op utförd i 20 fall. Vid okomplicerade fall var median för optid 160 min, blödning 30 ml och postoperativ vårdtid 3 dagar.

Avlastande JJ-stent postoperativt har använts i 4 veckor och uppföljning skett med urografi efter 5-6 veckor och renografi vid 3, 12, 36 och 60 månader. Restrikturering har under uppföljningstiden uppträtt i hittills 6% av patienterna, där 10 st reopererats, huvudsakligen med endopyelotomi. Två patienter har valt att inte reopereras utan låta njuren gå förlorad. Metoden fungerar väl med få komplikationer och gott kosmetiskt resultat.

LAPAROSKOPISK RESEKTION AV SYMPTOMGIVANDE NJURCYSTOR

*P. Elfving; A. Mandahl Forsberg; C. Andersson
Urologiska Kliniken, SUS Malmö*

Sedan 2005 har 15 patienter opererats laparoskopiskt för symptomgivande stora njurcystor. Utredning har utförts med CT och i regel ultraljudsledd punktion som kontroll, för att bekräfta övergående symptomfrihet och för cytologi. Två patienter hade recidiv efter tidigare sclerosering. Operation har utförts transperitonealt i 13 fall och retroperitonealt i 2 fall. Tre patienter opererades med singelportteknik via navelincision och resterande med konventionell laparoskopi. Efter resektion av den extrarenala cystväggen och inspektion av njuren, koagulerades ytan med diatermi och tomrummet utfylldes med en fettlambå, som adapterades med resorberbar sutur. Operationstid var 63-253 min (median 150 min), blödning 0-50 ml (median 20 ml) och postoperativ vårdtid 1-4 dagar (median 2 dagar).

Symptomfrihet uppnåddes i samtliga fall och kontroll med CT efter 6 mån har inte uppvisat något recidiv. PAD visade som överraskningsfynd minimala områden med njurcancer hos två patienter, som ledde till nefrektomi i ett fall utan någon kvarvarande tumör. Njurfunktionen har ej påverkats negativt i något fall. Metoden har varit komplikationsfri och framgångsrik.

METABOLA SYNDROMET OCH RISK FÖR NJURCANCER

P. Stattin¹; J. Manjer²; T. Björge³; T. Stocks¹; K. Rapp⁴; C. Häggström¹

¹Kirurgisk och perioperativ vetenskap, enheten för urologi och andrologi Umeå universitet;

²Department of Surgery, Malmö University Hospital, Malmö, Sweden; ³Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Bergen, Norway; ⁴Institute of Epidemiology, Ulm University, Ulm, Germany

Bakgrund: Incidensen av njurcancer (renal cell carcinoma, RCC) har ökat senaste decenniet i hela världen och ökningen beror troligen delvis på ökande prevalens av övervikt och högt blodtryck som är kända riskfaktorer för RCC. Däremot är det okänt om sambandet till övriga faktorer i metabola syndromet (MetS), om det finns interaktion mellan faktorerna och om det existerar ett linjärt samband mellan exponering och risk.

Metod: I Metabola syndromet och Cancerprojektet (Me-Can) finns data för body mass index (BMI), blodtryck, glukos, kolesterol och triglyceridvärden från sammanlagt sju kohorter i Sverige, Österrike och Norge. I studien ingår 289 866 män och 288 834 kvinnor som genomgått en hälsokontroll vid medelåldern 44 år och med medeluppföljningstiden 12 år. Under

uppföljningen diagnostiserades 592 män och 263 kvinnor med RCC och totalt 359 personer avled av RCC. Vi kalibrerade för slumpfel i mätvärdena och med hjälp av Cox regressionsmodell beräknades risk för ökande nivåer av exponeringsfaktorerna. För att undersöka om sambandet var linjärt jämförde vi en linjär modell med ett skattat tredjegradspolynom. I analyserna använde exponeringsfaktorer uppdelare i kvintiler, WHO kategorier och standardiserade variabler (z-scores).

Resultat: Högt BMI, blodtryck, glukos och triglycerider bland män och BMI bland kvinnor var kopplat till risk för RCC. Efter vi tagit med alla exponeringar i modellen fann vi en relativ risk (RR) beräknat per enhetsökning för blodtryck, RR=1.37 (95% CI 1.18-1.59), och triglycerider, RR =1.22, (95% CI 1.00-1.50), hos män och BMI, RR=1.23 (95% CI 1.05-1.45), hos kvinnor som de starkaste riskfaktorerna. Dessa faktorer var linjärt kopplade till risk för RCC, och inga interaktionseffekter mellan faktorerna hittades.

Slutsatser: Metabola syndromet ökar risken för njurcancer hos män och kvinnor, och de starkaste enskilda faktorerna är högt blodtryck och triglycerider hos män och BMI hos kvinnor.

61

ÄR NJURSTENSSJUKDOM EN ASPEKT AV DET METABOLA SYNDROMET?

*J. Hammarsten*¹; *M. Hagsheno*²; *M. Karlsson*³; *Ö. Ljunggren*⁴; *C. Ohlsson*⁵; *D. Mellström*⁶
¹Kirurgiska Kliniken, Urologiska Sektionen, Centralsjukhuset, Karlstad; ²Urologiska Kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg; ³Ortopedkliniken, Malmö Allmänna Sjukhus, Malmö; ⁴Medicinkliniken, Akademiska Sjukhuset, Uppsala; ⁵Medicinkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhus, Göteborg; ⁶Geriatriska Kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhus, Göteborg

Det har nyligen föreslagits att njurstenssjukdom är en aspekt av det metabola syndromet. Man har funnit att aspekter av det metabola syndromet som Typ 2 diabetes, koronarkärlssjukdom, hyperkolesterolemi, kroppsvikt, bukmått, BMI och hypertoni är kopplade till risk för njurstenssjukdom. Vi har testat denna hypotes i ett svenskt material av representativt utvalda svenska män från Göteborg, Uppsala och Malmö. Om hypotesen är sann, bör förekomst av njurstenssjukdom i anamnesen vara kopplat till aspekter av det metabola syndromet.

Material och metoder: 1000 representativt utvalda män, 72-74 år gamla, från respektive Göteborg, Uppsala och Malmö, sammanlagt 3000 män, undersöktes med avseende på förekomst av njurstenssjukdom i anamnesen. Dessa män jämfördes med män utan njurstenssjukdom. Männen ingår i Mr Os studien, som är en studie rörande osteoporossjukdom hos män, som undersökts med avseende på en rad kliniska, antropometriska, hämodynamiska, endokrina och metabola faktorer.

Resultat: 11% av materialet hade anamnes på njurstenssjukdom. Aktuell behandlad hypertoni utföll med trestjärnig signifikans som kopplat till njurstenssjukdom. Förekomst av njurstenssjukdom var inte kopplat till andra faktorer i det metabola syndromet som kliniska, antropometriska, endocrina och metabola variabler, som är kända aspekter av det metabola syndromet. Män med njurstenssjukdom hade inte sämre njurfunktion eller sämre överlevnad än män utan känd njurstenssjukdom.

Konklusion: Behandlad hypertoni var en stark riskfaktor för njurstenssjukdom. Denna rapport ger inte stöd för hypotesen att njurstenssjukdom är en aspekt av det metabola syndromet. En möjlig förklaring till att sambandet inte faller ut är att det metabola syndromet är kopplat till tidig död och att man fått en selektiv överlevnad av män utan det metabola syndromet.

62

SENTINEL NODE DETEKTION VID NJURCANCER. EN GENOMFÖRBARHETSSTUDIE FÖR DETEKTION AV TUMÖRDRÄNERANDE LYMFKÖRTLAR

*A. Sherif*¹; *E. Eriksson*²; *M. Thörn*³; *J. Vasko*⁴; *K. Riklund*⁵; *L. Öhberg*⁵; *B. Ljungberg*²
¹Urologiska Kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm; ²Kirurgisk och perioperativ vetenskap, enheten för urologi och andrologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå; ³Department of Surgical Sciences, Dunedin School of Medicine, University of Otago, New Zealand; ⁴Institutionen för medicinsk biovetenskap, Patologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå; ⁵Institutionen för strålningsvetenskaper, Diagnostisk Radiologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Syfte: Att utvärdera genomförbarheten av sentinel node detektion i en kohort av patienter med njurcancer

Material och metoder: I en pilotserie med 13 arbitärt selekterade patienter med T1b-T3b njurcancer, planerade för radikalt syftande nefrektomi vid ett universitetssjukhus, undersöktes olika modaliteter av sentinel node detektion. Preoperativ ultraljusledd injektion av radioaktiv isotop, lymfoscintigrafi och SPECT/CT följdes av intraoperativ gamma-detektion och visuell

detektion av färgämnet Patent Blue. Dessutom utfördes postoperativa scintigram av huvudpreparatet. Dessa undersökningar utfördes i nära anslutning till öppen radikalt syftande kirurgi.

Resultat: Hos 10/13 patienter kunde detektionen utföras med en total skörd av 32 sentinel noder. Detektion med gammaprobe i realtid föreföll medföra den högsta detektionsgraden hos 9 av patienterna. Totalt detekterades 9 metastatiska sentinel noder hos tre patienter. Hos en patient, preoperativt bedömd som N+, så ledde histopatologisk undersökning till stadietbedömningen pN0.

Slutsatser: Sentinel node detektion vid njurcancer är genomförbar, men de olika delmetoderna behöver evalueras ytterligare för vidare standardisering. Alla körtlar som med datortomografi bedömdes som varande metastatiska lesioner detekterades också som sentinel noder. Det inkluderar även två körtlar som preoperativt ansågs vara metastatiska, men postoperativt visade sig vara icke-metastatiska sentinel noder.

Poster

63

FLER EXTIRPERADE LYMFKÖRTLAR I SAMBAND MED CYSTEKTOMI LEDER TILL FÄRRE RECIDIV OCH FLER ÖVERLEVANDE PATIENTER

S. Jahnson ; G. Jancke

Urologiska kliniken IBK, Linköpings Universitet

Bakgrund: Antalet lymfkörtlar har tidigare visats ha betydelse för recidiv och överlevnad med en gräns på 15 lymfkörtlar. I denna undersökning studerar vi om denna skillnad gäller i vårt eget material med en annorlunda gräns för antalet lymfkörtlar.

Material och metod: Samtliga patienter som opererats vid Urologiska kliniken i Linköping med cystektomi pga urinblåsecancer 1997-2008 ingick i undersökningen. Medianvärdet för samtliga lymfkörtlar per patient var för hela materialet 19 lymfkörtlar. Materialet indelades därför i: grupp 1-få lymfkörtlar (0-18 st) och grupp 2-fler lymfkörtlar (19-89 st)

Resultat: Grupp1 bestod av 78 patienter, 76% män och 24% kvinnor med medianålder 68 år och grupp 2 bestod av 111 patienter varav 74% män och medianålder 68 år. För den första gruppen var pTstadiet: pT2-52% och för grupp 2: pT2-55%. Medianvärde extirperade lymfkörtlar i grupp 1 och 2 var 8 (23% pN positiva patienter) respektive 26 (27% p N positiva) i de båda grupperna. I grupp1 fick 54% recidiv och avled av blåscancer medan 11% avled i andra sjukdomar och 35% lever. I grupp 2 fick 41% av patienterna recidiv och avled av blåscancer medan 9% avled av andra sjukdomar och 50% lever.

Konklusion: I denna undersökning hade patienter med fler extirperade lymfkörtlar lägre recidivfrekvens och högre överlevnad jämfört med patienter med färre extirperade lymfkörtlar. Detta trots att andelen positiva lymfkörtlar endast ökar marginellt med fler extirperade körtlar. Tätare snittning och immunhistokemi på lymfkörtlar kan vara av värde för att finna ockult lymfkörtelmetastaser.

64

FALLPRESENTATION, RESULTAT VID TEKNISKT KRÄVANDE NJURRESEKTIONER

A. Mandahl Forsberg¹; B. Wullt²

¹Urologiska kliniken SUS, Malmö; ²Kliniken Kärnan, Helsingborg

Introduktion: Nefronsparande kirurgi (NSS) används i allt högre utsträckning, efter det att studier visat att onkologiska resultat är säkra. Detta har inneburit att NSS används i mer tekniskt svåra situationer. Vi redovisar här tre avancerade fall, med absolut indikation i två av dessa.

Patienter: 1) Man, 70 år, tidigare opererad med vänstersidig radikal nefrektomi samt högersidig adrenalektomi pga metastas. CT nov 2009 visar i kvarvarande njure tre tumörer vara den största (3 cm) i direkt anslutning till hilus. Njurresektion utförs april 2010 2) Kvinna, 53 år, känd central cysta vänster njure med hiluskontakt. CT mars 2010 visar nytillkommen misstänkt väggförtjockning. Opereras med njurresektion maj 2010 3) Man, 62 år. Njuragenesi vä. CT april 2010 visar 6 cm tumör i hö njure, centralt belägen, initialt planerad för nefrektomi, resektion visar sig möjlig att utföra i juni 2010

Resultat: 1) Ischemitid 12 min samt manuell kompression. Blödning 1600 ml. Dräntid samt vårdtid 6 dagar. Krea preop 118 postop 138. PAD: klarcellig njurcancer G3, radikalt. Lokalt recidiv på CT febr 2011 och patienten rekommenderas nu nefrektomi. 2) E nukleation, blödning 1100 ml, ischemitid 30 min. Vårdtid 19 dagar, hemskrivning med drän som kan avvecklas efter 37 dagar. PAD: metanefriskt nefrom, ovanlig benign förändring. Uppföljningstid 10 mån utan anmärkning. 3) Blödning 2000 ml, ischemitid 22 min. Njuren delas vid operationen i en caudal och en kranial del med fritt njurbäcken däremellan. Rikliga dränmängder, dränet avvecklas efter 41 dagar. Krea preop 87, postop 137. Uppföljningstid 8 mån, tumörfri.

Sammanfattning: I samtliga fall förelåg indikation för nefrektomi p.g.a. tumörens storlek och lokalisation. Resektionerna var tekniskt svåra att genomföra men resulterade i tumörfrihet hos 2 patienter. Dialysbehandling har undvikits (1 patient) samt skjutits fram (1 patient). Vid presentationen kommer tekniska aspekter på komplicerade öppna njurresektioner diskuteras

65

AKUT INLÄGGNING AV IMPLANTAT VID PRIAPISM

E. Brekkan

Urologkliniken, Akademiska sjukhuset

Inledning: Resultat vid behandling av lågflödespriapism är dåliga. Om evakuering och alfa agonist inte leder till detumescens mister patienter erektionsförmågan. Implantation i sent skede är besvärlig och fibrosen leder till suboptimal implantatfunktion. Patienten ofta missnöjd med storleken. Vi har lagt in penisimplantat subakut på patienter med etablerad koagulerad lågflödespriapism.

Material: Vi har 4 patienter 33-44 år gamla som söker med priapism som pågått i 4-12 dagar. Sedvanlig behandling utan effekt och i 3 fall har vi ett initialt pH i corpåus cavernosum på <6,95. I det fjärde fallet togs ingen blodgas initialt.

Metod: 3 patienter har fått Mentor Alfa 1 in plantat och 1 patient AMS 700. Vid operationen har jag tagit biopsi från svällkroppen. Resultat: En patient är explanterad på grund av infektion. Detta var en patient som kom från Thailand efter 12 dagar och hade där genomgått upprepade behandlingar med bland annat shunt. De andra 3 patienterna är nöjda med implantatet.

Diskussion: Vid långvarig priapism som inte svara på konservativ behandling är akut operation med implantat en bra åtgärd. Första åtgärd när patienten söker med långvarig priapism är att ta en blodgas från svällkroppen. Ett pH under 6,95 predikterar nekros av den släta muskulaturen som innebär ett permanent bortfall av erektionsförmåga. Shuntar har knappast någon roll i behandling av priapism. Till skillnad från den sena implantationen är den akuta inläggningen okomplicerad och enkel.

66

MINSKAR KOMPLIKATIONER EFTER CYSTEKTOMI ÖVER TIDEN?

F. Aljabery ; S. Jahnsen

Urologiska kliniken, IBK, Linköpings Universitet

Bakgrund: Komplikationer efter cystektomi är vanligt med andel över 50% redovisade i litteraturen. I Sverige har en undersökning gjorts 1997-2002 som visar drygt 25% komplikationer som lett till reoperation efter cystektomi. I denna undersökning studerade vi om reoperationsfrekvensen förbättras över tiden efter cystektomi och urindeviation pga blåscancer.

Material och metod: Samtliga patienter som opererats med cystektomi pga blåscancer vid Urologiska kliniken i Linköping 1997-2010 ingick i undersökningen. Komplikationer som lett till reoperation registrerades. Tidiga komplikationer definierades som komplikationer som skett inom den postoperativa vårdtiden oftast inom 30 dagar efter operationen och sena komplikationer skedde efter det första vårdtillfället. Materialet indelades i patienter som opererats 1997- 2005 (grupp 1) och patienter som opererats 2006-2010 (grupp 2).

Resultat: Materialet består av 255 patienter varav 74% män och medelålder 67 år. Patienter i grupp 1 hade 4 års lägre medelålder än patienterna i grupp 2 och 45% respektive 47% av patienterna opererades med kontinent urindeviation. Tidiga och sena komplikationer observerades hos 7% och 18% av patienterna i grupp 1 och hos 7% och 10% i grupp 2. Vanligaste komplikationer i grupp 1 var sårruptur, ärrbräck och problem med tarmanastomos. I grupp 2 var vanligaste komplikationerna urinstas och reimplantation.

Konklusion: Komplikationer efter cystektomi som leder till reoperationer visar en viss tendens till minskning mellan de båda studerade tidsperioderna. Sårproblem minskar under den senare tidsperioden medan andelen urinstas och reimplantationer ökar. Kontinuerlig registrering för ett kontinuerligt förbättringsarbete är viktigt för att upptäcka och korrigera sådana ändringar i komplikationsmönstret.

VILKA PATIENTER MED BLÅSCANCER SKALL FÅ BEOADJUVANT CYTSTATIKA INFÖR CYSTEKTOMI?

*E. Sabir*¹; *S. Holmäng*²; *S. Jahnsen*³; *F. Liedberg*⁴; *B. Ljungberg*⁵; *P.U. Malmström*⁶; *H. Wijström*⁷

¹Urologiska kliniken, IBK, Linköpings Universitet; ²Urologiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset; ³Urologiska kliniken, IBK, Linköpings Universitet; ⁴Urologiska kliniken, Central lasarettet Växjö; ⁵Urologiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus; ⁶Urologiska kliniken, Uppsala Universitetssjukhus; ⁷Urologiska kliniken, karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Mål och bakgrund: Blåscancer betraktas som intermediärt känslig för cytostatika framförallt kombinationer där cisplatin ingår vid lokalt avancerad cancersjukdom. Syftet med denna analys är att kartlägga de grupper som kan bli överbehandlade respektive underbehandlade med neoadjuvant kemoterapi med utgångspunkt från kliniska preoperativa data.

Material och metod: Under perioden 1997-2002 registrerades totalt 1126 patienter med blåscancer som genomgått radikal cystektomi i Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer. När 31 neoadjuvant behandlade patienter tagits bort klassades alla med pT2 tumör som underbehandlade.

Resultat: Andel patienter med icke muskelinvasiv sjukdom (pT2-24(17%). Mikroskopisk icke radikal resektion noterades hos 10(7%) och 13(9 %) hade pN+ medan 1% fick neoadjuvant kemoterapi. Patienter med muskelinvasiv sjukdom (cT2) var 519 (47%) kategori: pT2-155(30%). Mikroskopisk icke radikal resektion noterades hos 71(14%) och 91(17 %) hade pN+ medan 1% fick neoadjuvant kemoterapi. Icke-organbegränsad sjukdom (c>T2) 439 (39%) patienter med kategori: pT2-262(60%). Mikroskopisk icke radikal resektion noterades hos 110(25%) patienter och 104(24 %) hade pN+ medan 23(5%) patienter fick neoadjuvant kemoterapi. I gruppen cT2 gruppen 8% respektive 60%.

Konklusion: Det finns en tydlig underbehandling när det gäller neoadjuvant kemoterapi för gruppen med icke-organbegränsad sjukdom. Å andra sidan finns även en relativt hög risk för överbehandling i grupperna med organbegränsad sjukdom. Bra preoperativ staging är viktig för optimal neoadjuvant cytostatika behandling.

Abstract tillbakadraget

ANALYS AV FUSIONSGENEN TMRSS2:ERG I URIN EFTER PROSTATAPALPATION

C. Cao ; E. Arkblad
Unilabs

Bakgrund: PSA-screening på serum är en väl etablerad och rekommenderad metod för tidig upptäckt av prostatacancer. PSA-analysen har begränsningen att den inte är specifik. En gråzon av förhöjda värden finns, där förhöjningen kan bero på godartade förändringar. Höga PSA-nivåer (>4 ng/mL) medför prostataundersökning och ofta biopsiering för att söka efter cancer. Då PSA-testet är relativt ospecifikt medför detta att många biopsier inte påvisar cancer samtidigt som en negativ biopsi inte helt garanterar att ingen cancer finns. Önskan finns för kompletterande biomarkörer som kan assistera i beslut om biopsi eller ej och/eller upprepade biopsier eller ej. Analys av PCA3-mRNA och fusionsgenen TMRSS2:ERG har potential att bidra till detta. Fusionsgenen TMRSS2:ERG förekommer inte i normala celler men har påvisats i 40 – 80 % av prostatacancer.

Analys: 20-30 mL av första urinen efter prostatapalpation transporteras till lab i rumstemperatur i DNA/RNA-konserverande provtagningsvätska/kärl. Extraktion av mRNA och syntes av cDNA följt av probabaserad PCR för detektion av TMRSS2:ERG. PCR-analys av PSA mRNA/cDNA används för att visa att tillräckligt antal prostataceller funnits i urinprovet.

Resultat: Av 8 prover från män med prostatacancer kunde fusionsgenen TMRSS2:ERG påvisas i 3 prover. Två prover innehöll för få celler för att kunna bedömas.