

Hormonbehandling ved prostatakreft - pasientinformasjon

Både kreftcellene i prostata, og eventuell spredning, stimuleres primært av det mannlige kjønnshormonet testosteron. Hormonbehandling av prostatakreft gis som regel på permanent basis ved spredning, eller tidsbegrenset hos endel pasienter i tilknytning til strålebehandling med kurativt siktemål.

En måte å bremse videreutvikling av sykdom er å redusere kroppens nivå av testosteron. Dette kalles ofte for «hormonbehandling», selv om det formelt er at man hindrer produksjon av testosteron. Da vil sykdomsutviklingen kunne stoppe eller bremses kraftig. Dette kan gjøres ved å gi medikamenter som stopper testosteronproduksjonen (f. eks. Zoladex® eller Firmagon®) og kalles også medikamentell kastrasjon. Den samme effekten kan man også oppnå ved å fjerne testiklene kirurgisk. Medikamentell hormonbehandling gis til mange pasienter, enten permanent eller tidsbegrenset.

Noen pasienter kan også behandles med tabletter alene som hindrer opptak av testosteron i kreftcellene, og dermed hindrer tilstedeværende testosteron i blodet i å stimulere kreftcellene (Bicalutamide®, Casodex® i dosering 150 mg 1 gang daglig). Pasienten bevarer da testosteronproduksjonen bedre. Det kan være et alternativ for endel pasienter uten fjernspredning, men som ikke er egnet for hverken radikal kirurgi eller strålebehandling. Bicalutamid gis da så lenge den er effektiv, ofte over flere år.

I tilknytning til (radikal) strålebehandling med kurativ intensjon er imidlertid ikke dette preparatet godt dokumentert, og er ikke standard behandling, men et mulig alternativ til medikamentell kastrasjon for noen få pasienter som ikke ønsker medikamentell kastrasjon.

Hormonbehandling

Det er flere ulike hormonsprøyter som fører til at kroppens testosteronproduksjon stoppes som anført over. Dersom man velger behandling med Zoladex (såkalt LHRH analog) vil man som regel gi ledsagende behandling med Bicalutamidtabletter i redusert dose på 50 mg 1 gang daglig over en periode på 4 uker for å dempe tidlige bivirkninger av Zoladex.

Hormonsprøyten (f.eks Zoladex® 10,8 mg) gis hos din fastlege, første gang etter ca. 10-14 dagers behandling med Bicalutamid, og senere hver 3 måned.

Dersom man starter med Firmagon sprøyter (såkalt LHRH-antagonist) trenger du ikke Bicalutamid tabletter, men må da ha ny sprøyte hver 4. uke hos fastlegen. Det er ingen sikker forskjell i effekt mellom de to medikamentene som gis i sprøyteform, begge har noen fordeler og ulemper sammenlignet med den andre. Dette kan eventuelt diskuteres med legen som starter behandlingen.

Bivirkninger av hormonbehandling

Redusert testosteron gir bivirkninger som de fleste vil merke.

Hete-/svettetokter i varierende grad er vanlig og har klare likheter med det mange kvinner opplever i overgangsalderen. Som regel er det lite man kan gjøre med dette. I helt spesielle tilfeller (omfattende behov for bytte av sengetøy og/eller skjorte) kan man prøve annen medikamentell behandling for å redusere problemet.

En av de viktigste bivirkninger av hormonsprøytene er dessverre påvirkning av seksualfunksjonen. Potensen (evnen til ereksjon) vil bli borte eller svært svekket for de hvor dette er relevant. Hos mange, men ikke alle, vil også seksuell lyst påvirkes negativt. Potensfremmende midler (f. eks. Viagra®) vil som regel ikke være effektive. Hos de som får tidsbegrenset hormonbehandling i tilknytning til radikal strålebehandling vil dessverre en del oppleve at potensen ikke kommer tilbake etter avsluttet hormonbehandling, særlig hvis den var redusert på forhånd.

En del menn vil også merke redusert tiltakslyst og mindre fysisk kapasitet mens man står på sprøytebehandlingen. Et fysisk arbeid kan altså ta lengre tid, eller kreve flere pauser. Men det er sterkt anbefalt at man trener som før, men tilpasset yteevne. Flere vil kunne gå opp noen kilo i vekt hvis de ikke aktivt overvåker vekten for å unngå dette.

Depresjoner eller økt hissighet (kortere «lunte») forekommer hos noen. Noen kan merke tendens til brystutvikling (men det gjelder først og fremst de som står på Bicalutamide tabletter over tid). Leddsmerter forekommer hos enkelte. Beinskjørhet er også rapportert etter lang tids behandling. Størrelsen av penis og testiklene kan også bli mindre hos enkelte, og man kan miste en del kroppshår.

Etter evt avsluttet medikamentell hormonbehandling, hvor dette er indisert, vil mange av de mulige bivirkningene som anført over reduseres i varierende grad; enten til komplett normalisering, eller merkbart tilbakegang. Denne bedringen begynner som regel minimum 6 måneder etter siste sprøyte, typisk omkring 9 måneder, men kan også først komme etter over et år.

Pasienter som starter behandling med Bicalutamidtabletter alene i stedet for sprøyter, og hvor behandling trolig vil vedvare over lengre tid, vil få tilbud om en strålebehandling mot brystene for å redusere sannsynlighet for ømhet og størrelsesøkning. Dette gis da ved oppstart som engangsbehandling poliklinisk. Pasienter som skal ha Bicalutamid tabletter i kun en måned, og samtidig testosteronreduserende sprøyter, skal ikke ha denne strålebehandlingen.

Pasienter som bruker Bicalutamide som eneste behandling må også kontrollere blodprøver med tanke på leverfunksjon på forhånd og etter 1, 3 og 6 mnd etter oppstart for å se at leveren bryter ned preparatet på normalt vis. Videre kontroller av dette avtales med behandlende lege sammen med PSA kontroller.