

Prostatacancer Patientguide



Innehåll

• Till läsaren	4
• Allmän information om prostatacancer	6
• Prostatan	8
• Symtom och undersökningar av prostatacancer	10
• Behandling av lokaliserad prostatacancer	16
• Avancerad prostatacancer, dess behandling och uppföljning	29
• Prostatacancer och sexualitet	42
• Ordlista	54

Till läsaren

Diagnosen prostatacancer kan komma plötsligt och oväntat i samband med undersökning av normala urinvägsbesvär eller blodprover som tas vid en hälsokontroll. Prostatacancer diagnostiseras ofta när patienten fortfarande är vid god hälsa och kan fungera normalt. En cancerdiagnos kan vara en chock i vardagen och kan orsaka rädsla och osäkerhet om framtiden.

Prognosen för prostatacancer är idag god, och cancerbehandlingen i Finland är i världsklass. Allt fler patienter blir friska, eller så kan sjukdomen behandlas och kontrolleras under långa perioder. Behandlingarna utvecklas också ständigt. Trots goda behandlingsresultat orsakar en diagnos av prostatacancer rädsla och oro hos patienten och deras anhöriga om vad som kommer att hända: vad prognosen är, vilken typ av behandling som kommer att ges och hur sjukdomen kommer att påverka deras liv och vardag. Brist på information ökar ångest och osäkerhet.

Syftet med denna guide är att ge information om prostatacancer och dess behandlingar,

samt deras effekter på livet, sexualiteten och relationer. Målet är att använda informationen för att minska ångest och rädsla och uppmuntra människor att ställa frågor om sjukdomen och dess behandlingar.

Sjukdom orsakar alltid en rad individuella känslor, som i sin tur kan orsaka oro och förvirring. Denna guide diskuterar därför också de känslor som sjukdomen orsakar, vikten av att tillåta dem och hur man kan möta och uppleva dem.

Under behandlingar och samtal kommer du ofta att stöta på okända ord och uttryck. Av denna anledning har en lista över de vanligaste termerna och orden relaterade till prostatacancer också inkluderats.

Medicinska rapporter och till exempel resultaten av radiologiska undersökningar är utformade för att underlätta medicinskt korrekt kommunikation mellan dina vårdgivare. Som patient har du alltid en otvetydig rätt att ta del av dessa patientjournaler via social- och hälsovårdstjänster, till exempel tjänsten OmaKanta. Om det finns termer i texten som du inte förstår kan du alltid be de yrkesverksamma som är involverade i din behandling om förtydligande.

Allmän information om prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland finska män. Varje år diagnostiseras mer än 5 000 finska män med prostatacancer.

Ålder är den viktigaste riskfaktorn för prostatacancer. Prostatacancer är ett åldersrelaterat fenomen och förekomsten ökar med medelåldern. Genomsnittsåldern vid diagnos är 70 år.

Orsakerna till prostatacancer är inte helt klarlagda. Förekomsten varierar runt om i världen. Genetiska faktorer och miljön spelar sannolikt en roll. Många studier har kopplat övervikt till en ökad risk för metastaserande prostatacancer. Å andra sidan är veckovis fysisk aktivitet omvänt proportionell mot risken att dö i prostatacancer, dvs. risken minskar ju mer fysisk aktivitet man har per vecka. I övrigt har livsstilsfaktorer som sexuell aktivitet eller rökning inte visat sig ha något orsakssamband med utvecklingen av sjukdomen.



Prostata

PROSTATANS ANATOMI OCH FUNKTIONER

Prostatan är ett valnötsformat organ som ligger i bäckenet under urinblåsan och omger urinröret. Framför prostatan ligger mellangården och bakom den ligger ändtarmen, genom vilken prostatan kan palperas.

Prostatan består av glatt muskulatur, bindväv och körtelstrukturer. Deras funktion är att producera vätska som ger en lämplig miljö för spermier när de släpps ut genom prostatan under ejakulation. En tredjedel av spermiers volym består av vätska som utsöndras av prostatan.

FÖRÄNDRINGAR I PROSTATAN MED ÅLDERN

Prostatakörteln hos en ung vuxen man väger cirka 16 gram. Hos de flesta män börjar prostatakörteln sakta växa omkring 40 års ålder. Hos

vissa män sker knappt någon förstoring alls, medan prostatakörteln hos andra kan växa till en betydande storlek. Detta tillstånd, som kallas prostatahyperplasi eller godartad förstoring av prostata, är den vanligaste orsaken till urinvägsproblem hos äldre män. Hyperplastisk vävnad utvecklas vanligtvis i den centrala delen av prostata runt urinröret, vilket gradvis förtränger urinröret. Detta gör det svårt att urinera.

Det finns dock inget tydligt samband mellan graden av överväxt och symtomens svårighetsgrad. Även en liten men hård och oelastisk prostata kan ibland orsaka betydande urinvägsproblem. Prostatacancer uppstår däremot oftast i körtelns yttersta, eller perifera, zon. Liten prostatacancer orsakar därför inga symtom, eftersom den inte påverkar urinflödet.

Symtom och tester för prostatacancer

Prostatatacancer är vanligtvis symptomfri under lång tid. Om symtom uppträder är de praktiskt taget identiska med de som orsakas av godartad hyperplasi. Symtom på urinretention inkluderar svårigheter att börja urinera, svagt urinflöde, behov av att anstränga sig och långvarig urinering, och i värsta fall urinretention. Ackumuleringsymtom inkluderar frekvent urinering, nattlig urinering, urineringsträngningar och eventuellt associerad urinläckage, dvs. inkontinens.

I praktiken är det inte möjligt att på ett tillförlitligt sätt skilja mellan urinproblem som orsakas av godartad hyperplasi och sådana som orsakas av prostatacancer.

Prostatit, eller inflammation i prostatan, kan också förvirra symtomen. Det är förknippat med en molande smärta i nedre delen av buken, runt

anus och pungen, och ofta en känsla av tryck och ökad urinträngning.

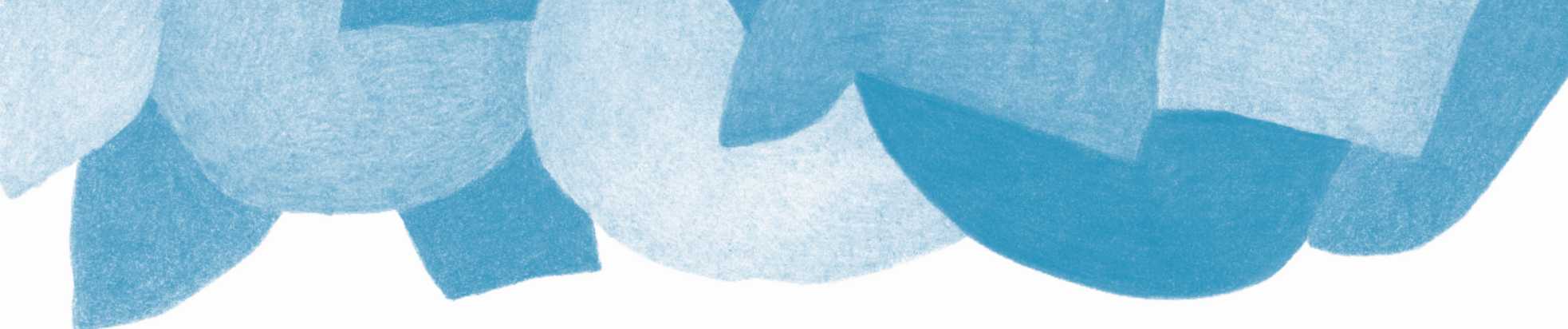
Hematuri är relativt sällsynt vid någon av de ovan nämnda prostatasjukdomarna.

De initiala symtomen på prostatacancer kan också orsakas av metastaser. Smärta i nedre delen av ryggen och ischiasliknande symtom, samt smärta på andra ställen i kroppen, kan orsakas av metastaser i skelettet. Svullnad i nedre extremiteterna och pungen kan orsakas av blockering av lymfcirkulationen i bäckenet. Allmän svaghet och trötthet kan orsakas av exempelvis anemi i samband med sjukdomens spridning eller av njursvikt till följd av blockering av urinvägarna.

UNDERSÖKNINGAR

Den enklaste undersökningen av prostatan är att palpera den genom ändtarmen. Detta kallas digital rektalundersökning. En hård knöl i prostatan väcker alltid misstankar om cancer. I många fall av prostatacancer kan prostatan dock kännas helt normal vid undersökning.

Det viktigaste laborietestet är PSA-nivån i blodet. PSA står för prostataspecifikt antigen.



Detta är ett protein som utsöndras uteslutande av prostatavävnad, både godartad och elakartad. Av denna anledning kan PSA-nivån inte användas ensam för att avgöra om en patient har prostatacancer eller inte. Nivåer som är betydligt högre än normalt tyder dock starkt på prostatacancer.

Den normala övre gränsen för PSA anses vara 4 ug/l, men med stigande ålder och förstoring av prostatan kan ett värde på 6 ug/l i vissa fall också anses normalt. Å andra sidan utesluter ett helt normalt PSA-värde inte möjligheten att det föreligger cancer. Andra viktiga faktorer för att bedöma risken för cancer är ökningen av PSA och andelen fritt PSA. Ju lägre andelen fritt PSA är, desto högre är risken för cancer. Det är därför

upp till den undersökande läkaren att avgöra när biopsier ska tas från prostatan.

Prostatabiopsier utförs vanligtvis under ultraljudsvägledning. Prostatans storlek och ekonstruktur samt gränserna för den omgivande kapseln kan bedömas med hjälp av en ultraljudssond som förs in i ändtarmen. Detta gör det också möjligt att ta guidade biopsier från önskade platser. I särskilda fall kan biopsier också tas genom huden i mellangården.

Biopsierna skickas till en patolog för undersökning, som sedan utfärdar en rapport. Rapporten tar hänsyn till flera faktorer som kan användas för att klassificera eventuella cancer tumörer som kan hittas. Klassificeringen hjälper till att bedöma behandlingen och prognosen för sjukdomen.

Sjukdomens tendens att spridas och dess aggressivitet bedöms med hjälp av Gleason-poäng som fastställs utifrån prostatabiopsier. ISUP GG-klassificeringen (gradgrupp) är en nyare och enklare klassificering för att bedöma cancerdifferentiering och risken för spridning. Gleason 3+3 klassificeras som grupp 1, Gleason 3+4 som grupp 2, 4+3 som grupp 3, 4+4 som grupp 4 och 4+5/5+4/5+5 som grupp 5. Patienter i de lägre GG-grupperna kan övervakas, eftersom risken för att sjukdomen utvecklas är mycket låg och cancer inte kräver aktiv behandling. Tumörer i de högre GG-grupperna kräver i första hand aktiv behandling.

När diagnosen prostatacancer har bekräftats på basis av biopsiprover utförs så kallade stadiestämningundersökningar efter behov, beroende på cancerformens aggressivitet, såsom isotopkartläggning av skelettet, dvs. skelettskanning, datortomografi (CT) av bålen (CT) eller PSMA-positronemissionstomografi-CT (PET-CT). Patientens symtom och allmänna tillstånd påverkar också valet av stadiestämningstester. Målet är alltid att fastställa tumörens stadium. TNM-klassificeringen används för detta ändamål.

Bokstaven T avser tumörens lokala spridning, där T₁ och T₂ representerar en begränsad tumör inom prostatakapseln. En T₃-tumör har redan spridit sig genom kapseln, och en T₄-tumör har fäst sig vid omgivande vävnader, såsom urinblåsan eller bäckenväggen.

Kategorin N definierar lymfkörtlarnas status. Detta bedöms för närvarande främst på basis av bilddiagnostiska undersökningar. I samband med kirurgisk behandling kan det också bedömas utifrån de lymfkörtlar som avlägsnas under operationen.

Kategorin M definierar metastaser. Om inga metastaser hittas vid undersökningarna används symbolen M₀. Detekterbara metastaser klassificeras som M₁.

Metastaser vid prostatacancer förekommer oftast i skelettet, vilket syns som områden med hög upptagning av spårämnet vid skelettscintigrafi eller skelettskanning. Vid behov kan en CT-skanning eller MR-undersökning av bålen användas för att skilja mellan möjliga degenerativa förändringar i benen, dvs. slitage, som ibland också visas som aktiva områden på benskanningar.

Behandling av lokaliserad prostatacancer



Ovanstående stadiindelning är mycket viktig, eftersom det finns många olika alternativ för behandling av prostatacancer, och valet av behandling baseras just på denna klassificering och den aggressivitet som mikroskopisk undersökning visar.

Valet av behandling påverkas också av individuella faktorer som ålder, andra sjukdomar och patientens egen inställning och önskemål.

När cancer är begränsad till prostatakapseln och inga metastaser upptäcks klassificeras den som T₁₋₂

RADIKAL PROSTATEKTOMI

Radikal prostatektomi utförs för närvarande antingen som ett 3D-assisterat eller robotassisterat laparoskopiskt, dvs. endoskopiskt, ingrepp genom små snitt.

Under operationen avlägsnas hela prostatakörteln, inklusive dess kapsel och sädesblåsor. Dessutom avlägsnas även bäckenlymfkörtlarna om man misstänker att sjukdomen kan ha spridit sig till dem. I sådana fall är PSA-nivån betydligt förhöjd eller är cancer aggressiv. Urinblåsan sys fast vid urinröret.

Kraftig blödning är mycket sällsynt vid laparoskopisk borttagning av prostata. Ingreppet är minimalt invasivt och orsakar minimal skada på omgivande vävnad tack vare de små och precisa instrument som används. Tack vare tredimensio-

nell optik med 10–12 gångers förstoring är sikten också god i den trånga bäckenhålan från vilken prostatan avlägsnas. Patienterna kan vanligtvis åka hem dagen efter operationen.

Efter en prostataoperation måste vanligtvis en urinkateter sitta kvar i ungefär en vecka. Om det sedan fastställs att den nya förbindelsen mellan urinblåsan och urinröret är tät, avlägsnas katetern. En stor andel av patienterna, cirka två tredjedelar, upplever ökad urinering och svårigheter att kontrollera urineringen efter att katetern har tagits bort. I de flesta fall försvinner dock symtomen och urinkontrollen återställs inom några månader.

Efter radikal prostatektomi, dvs. borttagning av prostatakörteln, sjunker PSA-nivån vanligtvis under mätbara värden. Om PSA-nivån börjar stiga igen betyder det att prostatavävnad finns någonstans i kroppen. En snabb ökning av PSA-nivåerna mycket snart efter operationen, inom ett par år, är förknippad med en hög risk för spridning av sjukdomen, medan en mycket långsam ökning av PSA-nivåerna under en lång tidsperiod kan vara en ofarlig situation som kan övervakas på ett säkert sätt. Även en mycket liten

mängd prostatavävnad eller prostatacancer celler kan höja PSA-nivåerna till mätbara nivåer. Om blodvärdena fortsätter att stiga kan strålbehandling av det område där prostatan avlägsnades eller påbörjande av hormonbehandling övervägas.

Typiska långsiktiga biverkningar av radikal prostatakirurgi inkluderar svår urininkontinens i 2–3 procent av fallen och permanent erektil dysfunktion i cirka 30–70 procent av fallen. I vissa fall återkommer erektilfunktionen inom 1–2 år. Ju bättre erektil funktion patienten hade före operationen och ju yngre patienten är, desto större är sannolikheten att den bevaras. En annan faktor är hur mycket av bäckenbottenens erektila nerver som kan skonas under operationen.

Urininkontinens kan få patienten att känna sig oren och ovårdad. Fuktheten och lukten är besvärande, och det kan bli mycket tvätt. Patienter kan till och med isolera sig från andra människor på grund av skam över sin inkontinens.

I en sådan situation är det en bra idé att be vårdpersonalen om råd om var man kan köpa trosskydd eller blöjor. Du kan fråga om tillgängligheten av trosskydd på din lokala vårdcentral



när behovet av dem har bekräftats av en rapport undertecknad av en vårdpersonal. Urininkontinens kan också förbättras genom bäckenbottenträning, som kan läras ut av sjuksköterskor. Patienter remitteras ofta till en fysioterapeut eller sjukgymnast före operationen för att få vägledning om hur man tränar bäckenbottenmusklerna. Vid behov kan återhämtningen av urininkontinensen påskyndas efter operationen med hjälp av en sjukgymnast eller genom sjukgymnastik.

Om kontinensen inte förbättras inom ett år kan kirurgisk behandling vara nödvändig, vilket vanligtvis sätter stopp för urininkontinensen. Om din läkare inte tar upp denna möjlighet bör

du själv ta upp det. I fall där tillståndet är permanent finns medicinska hjälpmedel tillgängliga från vårdcentraler.

Urininkontinens kan också minska sexlusten, även om erektionsförmågan är normal.

Situationen kan också vara störande för din partner. Urinläckage under samlag kan vara en obehaglig tanke för båda parter. Du kan använda kondom under samlag, som fångar upp urinen.

RADIKAL STRÅLBEHANDLING FÖR PROSTATACANCER

Radikal extern strålbehandling för lokaliserad prostatacancer utförs med hjälp av en strålbehandlingsmaskin, en linjär accelerator, som levererar en stråldos till prostataområdet enligt planering av strålbehandlingsläkaren. Numera används alltid bildstyrd strålbehandling vid strålbehandling av prostatacancer.

Vid bildstyrd strålbehandling placeras små guld-korn, andra lokalisatorer eller bildtekniker som syns på röntgenbilder och visar prostatans exakta läge i prostatan innan strålbehandlingen påbörjas. Detta gör det möjligt att dagligen ta

hänsyn till prostatans normala rörelser, som orsakas av faktorer som fyllning av urinblåsan och ändtarmen, när man riktar strålbehandlingen. Ju mer exakt prostatans placering kan bestämmas under på varandra följande behandlingssessioner, desto säkrare kan den enskilda stråldosen ökas. Å andra sidan orsakas många av strålbehandlingens biverkningar av strålningsexponering av omgivande organ, och genom att skydda omgivande vävnader så noggrant som möjligt från strålning minskar också biverkningarna under och efter behandlingen.

Extern strålbehandling är lämplig för alla T-kategorier (T1–4). Extern strålbehandling kombineras med hormonbehandling, neoadjuvant behandling, som påbörjas före strålbehandlingen, särskilt i lokalt avancerade fall (T3-4). Behandlingen kan också förstärkas med abirateron om canceren har en mycket hög risk för återfall (hög Gleason-poäng, lokalt avancerad cancer och/eller hög PSA-nivå). Denna hormonbehandling kan fortsätta efter strålbehandling (adjuvant hormonbehandling) efter läkarens bedömning. Hormonbehandlingens varaktighet varierar från 3 till 36 månader. Extern strålbehandling administreras

alltid enligt en individuell strålbehandlingsplan. Strålbehandling kan administreras i dagliga doser på 2–3 Gy fem gånger i veckan, och den totala behandlingstiden är vanligtvis 4–8 veckor. I vissa fall kan strålbehandling också ges i höga doser en gång i veckan, till exempel, och i så fall kan extern strålbehandling slutföras på så få som 5–6 behandlingssessioner.

Som biverkning upplever nästan alla patienter symtom på irritation i urinblåsan några veckor efter behandlingsstart, och vissa upplever även symtom på irritation i ändtarmen. Dessa är vanligtvis tillfälliga. Permanent, svår strålskada uppstår endast hos några få procent av de behandlade. Påverkan på livskvaliteten i termer av sexuell funktion är något lägre med strålbehandling än med kirurgi, även om strålbehandling också ökar erektil dysfunktion avsevärt. Hormonbehandling i samband med strålbehandling ökar också de negativa effekterna på sexuell funktion.

Högdoserad strålbehandling i vävnaden, eller brachyterapi, för lokaliserad prostatacancer är lämplig för patienter med högst T3-sjukdom som i princip också skulle vara lämpliga för radikal kirurgi och vars cancer är aggressiv. Dessutom

kan brachyterapi i vissa fall användas som en ytterligare behandling när prostatacancer återkommer efter extern strålbehandling. Den är inte lämplig för patienter vars prostataförstoring orsakar obstruktion eller som har en stor central lob i prostatan som buktar ut mot urinblåsan.

Brachyterapi utförs under narkos. Håliga nålar förs in i prostatan genom mellangården med hjälp av ultraljudsstyrning, genom vilka strålbehandling administreras till prostatan. Detta gör det möjligt att administrera en större stråldos på en gång än vad som skulle vara möjligt med extern strålbehandling. Proceduren tar cirka 2,5–3 timmar och är en engångsbehandling.

Sjukhusvistelsen är vanligtvis en dag, men patienten kan också skrivas ut samma dag. Behandlingen kompletteras ofta med en kort omgång extern strålbehandling.

Som en akut biverkning utvecklar cirka 15 procent av patienterna urinretention, vilket kräver kateterisering. Cirka 4–6 veckor efter ingreppet upplever de flesta patienter i varierande grad ökad urinfrekvens och obehag i nedre delen av buken. Symtomen avtar inom några månader, men hos vissa patienter kan de vara långvariga.

AKTIV ÖVERVAKNING

Aktiv övervakning är lämpligt för lokaliserad prostatacancer med låg risk för progression baserat på tumörens låga aggressivitet och/eller låga PSA-nivå. Risken för progression av sådana cancerformer är låg även på lång sikt. I dessa fall är syftet med övervakningen att om möjligt undvika de negativa effekter på livskvaliteten som prostatacancerkirurgi och strålbehandling medför, men ändå behandla canceren i ett lokaliserat stadium om den visar tecken på att bli aktiv.

Vid aktiv övervakning övervakas canceren regelbundet med hjälp av PSA-tester och magnetisk resonanstomografi av prostatan. Om canceren börjar växa under övervakningen behandlas den med kirurgi eller strålbehandling innan den hinner sprida sig. I sådana fall är prognosen efter fördröjd behandling lika god som efter omedelbar behandling.

SYMPTOMÖVERVAKNING

När symptomövervakning väljs som behandlingsalternativ ges ingen av de ovan nämnda behand-

lingarna, utan situationen övervakas med jämna mellanrum. Detta alternativ väljs när det finns få symtom, patienten är mycket äldre och har allvarliga komorbiditeter som minskar toleransen för cancerbehandlingar. Cancerbehandling påbörjas först när den orsakar symtom. I sådana fall används vanligtvis hormonbehandling. Patientens egen åsikt måste dock alltid beaktas.

Under övervakningen bestäms PSA-nivån i blodserumet, prostatan palperas och eventuella symtom registreras. Behandling kan påbörjas om det behövs.

Uppföljning som enda behandlingsform kan vara mycket svårt känslomässigt. Detta gäller särskilt om det inte finns tillräcklig information om situationen. Det kan verka konstigt och skrämmande att diagnostiserad cancer inte behandlas aktivt. Det finns ett stort behov av att göra något, och passivitet kan vara frustrerande och ångestframkallande. Vänner och bekanta, till och med främlingar, kan vara snabba att ge alla möjliga råd i en sådan situation, men det är viktigt att vara försiktig och eftertänksam i detta avseende. Ingen behandling bör påbörjas eller användas utan att först rådfråga din urolog.

HORMONBEHANDLING

Hormonbehandling används oftast vid avancerad eller återkommande prostatacancer. Enligt läkarens bedömning kan den i vissa situationer också ges till patienter med lokaliserad cancer.

HUR VÄLJS LÄMPLIG BEHANDLING?

Variationen i behandlingsalternativ för lokaliserad prostatacancer beror på att det inte finns något enda bästa behandlingsalternativ. Eftersom prostatacancer ofta utvecklas ganska lugnt kan det hända att både radikal kirurgi och strålbehandling skulle vara en överdriven behandling för vissa patienter. Det är möjligt att tumören aldrig skulle orsaka några symtom. Å andra sidan kan det leda till spridning om tumören lämnas obehandlad.

Behandlingen bestäms alltid individuellt för varje patient, med hänsyn till deras önskemål, åsikter och frågor om livskvalitet. Om patienten har andra sjukdomar, såsom allvarlig hjärt-kärlsjukdom eller andra maligna tumörer, är det troligen inte klokt att utföra radikal prostataki-

rurgi. Riskerna med operationen kan överväga fördelarna med behandlingen.

Radikal prostatakirurgi rekommenderas sällan för mycket äldre patienter. Som tumregel bör patientens förväntade livslängd, baserat på andra sjukdomar och familjehistoria, vara minst 10–15 år innan operation anses vara värdefull.

Avancerad prostatacancer, dess behandling och uppföljning

Metastaser av prostatacancer upptäcks oftast genom skelettscintigrafi eller datortomografi (CT). Mer känsliga bilddiagnostiska undersökningar för metastaser av prostatacancer, såsom PSMA-PET-CT, används också i stor utsträckning. Dessa kan användas om resultaten av ovannämnda undersökningar är oklara eller när man planerar ytterligare behandlingar för återfall av cancer efter operation eller strålbehandling.

Om man misstänker att prostatacancern har spridit sig utanför kapseln eller om man har hittat cancermetastaser, utförs ingen radikal operation. Eftersom prostatacancer celler i de tidiga stadierna oftast är mycket hormonberoende, är hormonbehandling den primära behandlingen

i denna situation. Syftet med behandlingen är att sänka testosteronnivåerna, dvs. nivåerna av det manliga könshormonet (kastriering), eller att blockera testosteronets effekter (androgenreceptorblockerare). Extern strålbehandling övervägs också ofta som ytterligare behandling.

Lokalt avancerad prostatacancer som ännu inte har metastaserat behandlas vanligtvis med androgenreceptorblockerare eller läkemedel som hämmar effekten av hypofyshormonet LHRH, vilket sänker testosteronnivåerna (medicinsk kastriering). Dessa så kallade LHRH-analoger administreras som subkutana injektioner var 1–6 månader. Vanligtvis administreras injektionerna av en sjuksköterska på en vårdcentral. Förutom injektioner har även en effektiv daglig tablett (relugolix) introducerats. LHRH-analogbehandlingar skiljer sig åt när det gäller när effekten sätter in och hur länge den varar. Dessutom kan deras effekter på risken för hjärt-kärlsjukdomar skilja sig åt. En urolog eller onkolog bedömer vilken behandlingsform som är mest lämplig för patienten utifrån dennes allmänna tillstånd.

De vanligaste biverkningarna av kastrationsbaserade behandlingar är värmevallningar, svett-

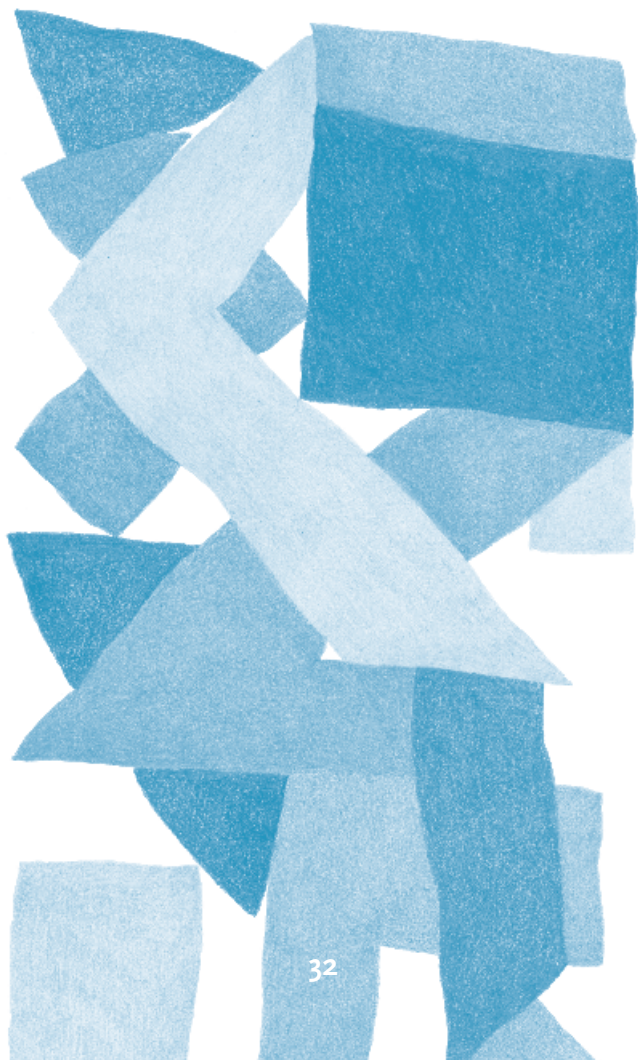
ningar och minskat sexuellt intresse. På längre sikt orsakar kastrationsbehandling osteoporos och minskad muskelmassa. Det är därför viktigt att patienter som genomgår kastrationsbehandling får tillräckligt med motion, undviker viktökning, slutar röka om de röker och får i sig tillräckligt med vitamin D och kalcium.

Antiandrogener förhindrar manliga könshormoner från att binda till manliga könshormonreceptorer, dvs. androgenreceptorer, men testosteronnivåerna förblir normala under behandlingen, vilket delvis undviker biverkningarna av kastriering. När antiandrogener används ensamma orsakar de dock ömhet och förstoring av bröstet, vilket kan kontrolleras med en enda omgång strålbehandling av bröstet.

Behandlingen av metastaserad prostatacancer innefattar vanligtvis kombinationsbehandling med LHRH-analoger och andra läkemedel såsom kemoterapi (docetaxel) och läkemedel som förstärker effekten av hormonbehandling (enzalutamid, apalutamid, darolutamid eller abirateron). Valet av dessa läkemedel påverkas av hur utbredd prostatacancer är och patientens individuella egenskaper, såsom allmän hälsa, andra

läkemedel som används och tidigare sjukdomar. En urolog eller onkolog kommer att bedöma den mest lämpliga kombinationen av behandlingar för patienten utifrån dennes totala situation.

LHRH-analoger och antiandrogener, samt kombinationer därav, kräver ett B-intyg utfärdat av den behandlande läkaren.



UPPFÖLJNING

Vid avancerad sjukdom förbättrar hormonbehandling vanligtvis patientens tillstånd och sänker PSA-nivån. Behandlingen är avsedd att vara livslång och patientens tillstånd övervakas var tredje till sjätte månad, inledningsvis på polikliniken på det sjukhus där behandlingen påbörjades och senare eventuellt på patientens egen vårdcentral.

Om PSA-nivån börjar stiga igen men inga nya symtom uppträder behöver behandlingen inte nödvändigtvis ändras förrän symtom och eventuella fynd vid bilddiagnostik uppträder. De vanligaste symtomen i samband med cancerprogression är smärta orsakad av benmetastaser och svårigheter att urinera.

Det finns flera läkemedelsalternativ för behandling av smärta, och strålbehandling kan också användas vid svår bensmärta. Bilddiagnostik rekommenderas vanligtvis inte som rutin för asymptomatiska patienter under uppföljningsfasen. Alla nya symtom som uppträder under uppföljningsfasen bör därför diskuteras med den behandlande läkaren, eftersom det finns lindring

för många symtom och lämpliga bilddiagnostiska undersökningar också kan planeras utifrån symtomen för att fastställa orsaken. Symtomen och sjukdomens förlopp är alltid individuella och svåra att förutsäga. Vid problem kan den läkare som övervakar patienten alltid konsultera en urolog eller onkolog på sjukhusets öppenvårds-klinik.

KASTRATIONSÖBEROENDE PROSTATACANCER

Hormonbehandling är alltid den primära behandlingen för avancerad prostatacancer. I bästa fall kan den ge ett behandlingssvar som varar i flera år, vilket innebär att sjukdomen förblir stabil medan behandlingen fortsätter. Som med de flesta cancerformer muterar prostatacancer cellerna under cancerbehandlingen, och hormonbehandlingen kan gradvis börja förlora sin effektivitet. I detta skede kan man fortfarande prova förändringar i hormonbehandlingen, såsom att påbörja, avbryta eller byta antiandrogen, men dessa åtgärder är ofta bara effektiva på kort sikt.

Enligt nuvarande kunskap har cancer cellerna i detta skede blivit känsliga för låga testosteronnivåer, och även de mycket låga testosteronnivåer som råder under kastrationsbehandling kan stimulera cancer cellernas delning samt cancer cellernas tillväxt och spridning. Prostatacancer har därmed blivit kastrationsoberoende, dvs. kastrationsresistent. På många sjukhus överförs ansvaret för patientens vård i detta skede från urologen eller primärvårdsläkaren till onkologen, men lokala rutiner varierar. Det finns flera behandlingsalternativ för kastrationsoberoende prostatacancer, som inte bara syftar till att lindra de symtom som orsakas av cancer och förbättra livskvaliteten, utan också till att bromsa sjukdomens progression för att förlänga livet. Det vanligaste symptomet, smärta, kan behandlas med adekvat smärtlindring och strålbehandling av de smärtande områdena. Till skillnad från strålbehandling av cancer som är begränsad till prostatan ges smärtstrålbehandling vanligtvis 1–5 gånger, eftersom en hög engångsdos av strålbehandling har visat sig vara mycket effektiv vid behandling av smärta. Smärta orsakad av benmetastaser kan också behandlas med så

kallad isotopterapi, där en isotop som söker upp benmetastaser administreras genom injektion. En sådan isotopterapi är radium-223 diklorid, som lindrar smärta och förhindrar utvecklingen av benskjukdom hos majoriteten av patienterna. Det har också visat sig förlänga patienternas genomsnittliga överlevnadstid, även om det sällan sänker PSA-nivåerna. Ra-223-behandlingen är en behandlingsserie på maximalt 6 månader. Betydande biverkningar är mycket sällsynta.

När patientens tillstånd tillåter det övervägs även andra läkemedelsbehandlingar som hämmar själva canceren i det kastrationsberoende stadiet av sjukdomen.

Traditionellt är den vanligaste behandlingen för patienter i denna situation docetaxel-kemoterapi, som administreras intravenöst var 2–3 vecka på sjukhusets öppenvårdsklinik. De vanligaste akuta biverkningarna är trötthet, håravfall, mild illamående och infektionskänslighet. Behandlingen ges vanligtvis i cykler på 3–6 månader, men behandlingens längd, liksom biverkningarna, är mycket individuell.

Det finns flera läkemedelsalternativ för behandling av avancerad och kastrationsberoende

prostatacancer. Cabazitaxel är ett cytostatikum som har visat sig förlänga den genomsnittliga livslängden för vissa patienter vars sjukdom har fortskridit efter behandling med docetaxel. Cabazitaxel kan övervägas för användning efter behandling med docetaxel när patientens tillstånd och sjukdomsstatus talar för fortsatt kemoterapi.

I det kastrationsberoende stadiet av sjukdomen har prostatacancer cellerna blivit så känsliga för testosteron att även små mängder testosteron i blodet räcker för att påskynda cancer cellernas delning. Denna information erbjuder nya möjligheter att utveckla effektivare hormonbehandlingar, bland annat för behandling av avancerad prostatacancer. Abirateron hämmar testosteronproduktionen i binjurarna och även i själva cancervävnaden. Det är ett läkemedel i tablettform med biverkningar som i allmänhet är mycket mildare än de som uppstår vid kemoterapi. Möjliga biverkningar inkluderar förhöjt blodtryck och svullnad. En annan hormonbehandling, enzalutamid, verkar som antiandrogener på cellnivå för att blockera testosteronets effekter. Det är också ett läkemedel i tablettform och tolereras väl. Dessa två hormonbehandlingar är sannolikt lika effektiva.

Med utvecklingen av läkemedelsbehandlingar har effektiva behandlingar blivit tillgängliga för avancerad prostatacancer, vilket gör det möjligt att skraddarsy behandlingen för enskilda patienter mer precist än tidigare utifrån deras sjukdomsstatus, tillstånd och önskemål. Av de riktade behandlingarna kan en grupp läkemedel som kallas PARP-hämmare övervägas för en liten andel av patienterna baserat på genetiska profilstudier. På grund av sin prevalens studeras metastaserande prostatacancer mycket aktivt för att utveckla andra behandlingar utöver de som beskrivs ovan under de kommande åren.

¹⁷⁷Lutetium-PSMA-isotoperterapi har länge betraktats som en experimentell behandlingsform, men aktuell forskningsdokumentation stödjer att detta behandlingsalternativ övervägs för ett ökande antal patienter vars sjukdom fortskrider efter hormonbehandling och eventuellt cytostatikabehandling. Den ovannämnda behandlingen med ²²³radiumdiklorid baseras på alfastrålning, medan behandlingen med ¹⁷⁷lutetium använder betastrålning. Båda är isotopbehandlingar. ¹⁷⁷Lutetium-PSMA-behandling kan dock också förstöra andra metastaser än benmetastaser, för-

utsatt att metastaserna ackumulerar PSMA-markören i tillräcklig utsträckning och att hjärta, benmärgen och njurarna fungerar tillfredsställande. ¹⁷⁷Lutetium-PSMA-terapi finns tillgänglig på de flesta universitetssjukhus i Finland. Om villkoren för behandling är uppfyllda kan den behandlande läkaren vid behov remittera patienten till en behandlingsenhet där terapin finns tillgänglig, oavsett patientens bostadsort. Behandlingen ges vanligtvis som en infusion var 6–8 vecka och kräver strålskyddsåtgärder. De vanligaste biverkningarna är muntorrhet, mild illamående och minskat antal blodkroppar. Dessa är vanligtvis tillfälliga.

Prostatacancer sprider sig oftast till ben och lymfkörtlar. Eftersom cirka 90 procent av männen med avancerad sjukdom har benmetastaser är förebyggande av biverkningar orsakade av benmetastaser också en viktig del av behandlingen av avancerad sjukdom. Läkemedel som påverkar benen används för att fördröja utvecklingen av bensjukdomar och till exempel minska behovet av smärtlindring och risken för benfrakturer och förlamning. Av de tillgängliga behandlingarna administreras denosumab som subku-

tana injektioner och zoledronsyra, som numera används mindre ofta, som intravenösa infusioner. Biverkningarna av dessa behandlingar är mindre. Båda behandlingarna är kända för att öka risken för lokaliserad käkbennekros. Denna sällsynta biverkning kan förebyggas genom att ta väl hand om tänderna innan behandlingen påbörjas. Tänder bör inte dras ut under behandlingen, och andra tandgrepp bör också undvikas under tiden man tar benmedicin.

Även om avancerad, kastrationsoberoende prostatacancer inte kan botas helt, finns det redan flera sätt att fördröja sjukdomens progression och dess symtom. Att lindra de symtom som förekommer i varje behandlingsstadium är alltid en prioritet, och därför måste vårdpersonal vara medveten om patientens välbefinnande och symtom. En konfidentiell och lugn mottagning och en permanent behandlingsrelation underlättar detta. Om nya störande symtom uppträder bör patienten inte tveka att kontakta sin behandlingsenhet.



Prostatacancer och sexualitet



Prostatacancer och dess behandlingar har en omfattande inverkan på olika aspekter av livet, inklusive sexualiteten. Alla män som diagnostiserats med prostatacancer kommer i större eller mindre utsträckning att behöva konfrontera sin sexualitet. Vissa tycker att det är lätt att diskutera ämnet, medan andra tycker att det är svårt. Vikten av sexualitet och sex i denna situation avgörs alltid av patienten själv, inte av partnern eller vårdpersonal.

Det är naturligt att cancer och dess behandlingar väcker rädsla. Prostatacancer påverkar reproduktionsorganen, och dess direkta och indi-

rekta effekter på sex och sexualitet är uppenbara. Det är mycket vanligt att patienter oroar sig för sin erektionsförmåga. Den symboliska betydelsen av en erektion är ibland förvånansvärt stor. Vissa människor tror fortfarande att en erektion är ett mått på manlighet, även om detta inte alls stämmer. Erekttil funktion och dess bevarande kommer upp i diskussioner när man överväger behandlingsalternativ. Patienter har rätt att få information om olika behandlingsalternativ och deras effekter, samt att vara delaktiga i beslut om sin behandling.

Särskilt i de tidiga stadierna av sjukdomen är uppmärksamheten ofta inriktad på att hantera situationen, och frågor som rör sexualitet står inte i förgrunden. När du är redo att ta emot information och överväga frågan är det bra att veta att information och diskussionsstöd finns tillgängligt och att det är professionella personers plikt att guida dig till dem.

FÖRÄNDRINGAR I LUSTEN

Liksom andra utmanande livssituationer är en diagnos av en allvarlig sjukdom en tid i livet då en minskning av sexlusten är en normal reaktion. De flesta personer med prostatacancer känner igen fenomenet med förlust av lust.

Det är viktigt att skilja mellan sexuell lust och längtan efter kärlek, intimitet och fysisk kontakt. Människor talar ofta om brist på lust, vilket innebär brist på sexuell lust, men ignorerar behovet av andra former av kärlek. När den sexuella lusten är låg bör andra former av kärlek och beröring upprätthållas om så önskas. Daglig beröring stärker samhörigheten och värmen. Sexuell lust eller brist på lust och erektion eller erektionspro-

blem är också lätt att förväxla, även om de inte är samma sak. De påverkar varandra.

När lusten förändras i en relation är det nästan nödvändigt att diskutera frågan för att undvika missförstånd och onödiga sårade känslor. Utan diskussion kommunicerar parterna utifrån sina egna antaganden om varandra. Det är möjligt att din partners lust till sex också har minskat, till exempel på grund av oro, sjukdom eller ibland även ålder.

Brist på lust är i sig inte något som behöver behandlas. Endast om personen själv lider av brist på lust eller önskar att hen hade mer lust är det värt att diskutera frågan. Det finns många människor som inte upplever sexuell lust och ändå lever ett bra och meningsfullt liv.

EREKTIL DYSFUNKTION

Erekttil dysfunktion avser oförmågan att uppnå eller upprätthålla en erektion som är tillräcklig för sexuell tillfredsställelse. Erekttil dysfunktion är mycket vanligt i alla åldersgrupper och ökar med ålder och sjukdom. Det finns många orsaker till denna störning; den påverkas av hormo-

nella faktorer, psykologiska faktorer och cirkulationssystemets tillstånd. Erektill dysfunktion är ett symptom, inte en självständig sjukdom.

Den kris och ångest som sjukdomen orsakar kan leda till tillfällig erektill dysfunktion, även om det inte finns några fysiska hinder för erektion. Det kan dock orsaka onödig oro och till och med skamkänslor. Öppen diskussion och rätt information är nyckeln till att hantera detta problem.

Tyvärr är det ofta så att otillförlitlig erektion eller rädslan för att förlora den gör att tankarna fastnar på erektioner och samlag. Det är just då som ett nyfiket och öppet sinne behövs. Samlag är bara ett sätt att ha sex. Att ta erektioner och deras utmaningar på för stort allvar hjälper inte saken. Sex är en lek för vuxna och det bör förbli avslappnat. Leksaker är också en del av leken. Det finns ett brett utbud av leksaker och sexhjälpmedel i butikerna.

Ibland kan kortvarig användning av läkemedel mot erektill dysfunktion också hjälpa. Det kan öka förtroendet för din erektionsförmåga och därmed hjälpa dig att slappna av.

Permanent erektill dysfunktion kan uppstå om nerverna som innerverar könsorganen skadas

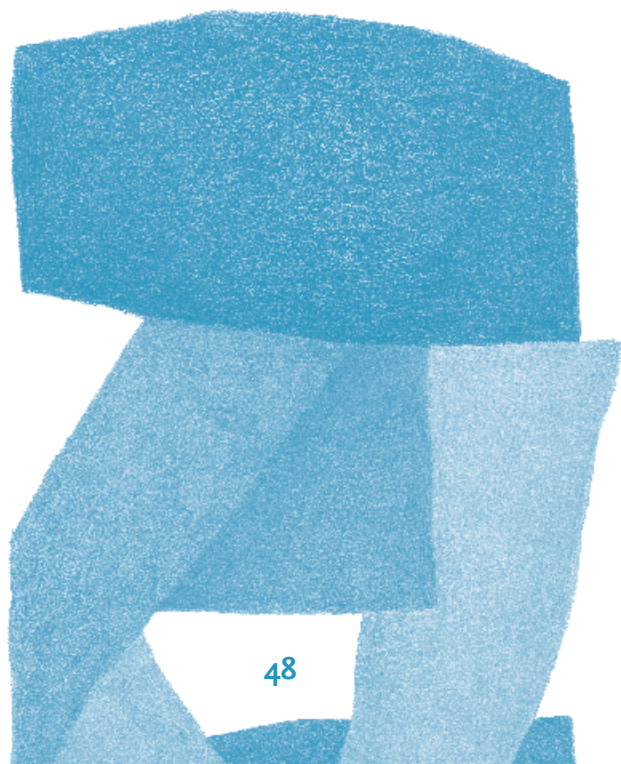
under en prostataoperation, även om kirurgiska tekniker har utvecklats och man försöker bevara nervknippen. Nervskador kan ibland läka, men det tar lång tid, upp till två år, innan erektionsförmågan återvänder.

Efter operationen förlorar de flesta män initialt sin förmåga att få erektion helt, men den kan börja återvända inom några månader efter operationen. Återhämtningshastigheten är viktig; ju snabbare erektionen återkommer, även om det bara är delvis, desto bättre blir den slutliga erektilla funktionen. Av denna anledning är det lämpligt att ta läkemedel mot erektill dysfunktion regelbundet efter operationen om du vill maximera sannolikheten för att återfå erektill funktion.

Strålbehandling av prostatan orsakar också ofta fördröjd erektill dysfunktion. Detta beror inte bara på nervskador utan också på ärrbildning i corpus cavernosum.

Hormonbehandling, som förhindrar produktionen av manliga könshormoner, orsakar i de flesta fall erektill dysfunktion. Det åtföljs vanligtvis av en minskning av libido, vilket inte bara orsakar impotens utan också en minskning av lusten.

Erekttil dysfunktion, vare sig den är tillfällig eller permanent, kan vara en källa till ångest för den som drabbas. Hur allvarlig situationen är beror naturligtvis på vad sexuell förmåga betyder för individen och dennes relation. Erekttil dysfunktion kan vara förknippad med ångest och minskad självkänsla. En potentiell partners inställning kan också orsaka ångest. Erekttil dysfunktion eller impotens kräver ofta att man bearbetar sina känslor och hanterar sorg och förlust. En sexterapeut kan hjälpa dig att hantera dessa känslor.



HJÄLP VID EREKTIL DYSFUNKTION

Erekttil dysfunktion kan behandlas med exempelvis tabletter som finns i kort- och långverkande former. Långverkande tabletter kan också tas dagligen. Läkemedel mot erekttil dysfunktion har också biverkningar, så det är viktigt att alltid ta hänsyn till din allmänna hälsa, eventuella medicinska tillstånd och andra läkemedel du tar. Din läkare hjälper dig att hitta rätt läkemedel för dig.

Om tablettformade läkemedel inte hjälper eller inte kan användas på grund av risker eller biverkningar, finns det även läkemedel mot erekttil dysfunktion för lokal administrering i penis, till exempel injektionsbehandling, där läkemedlet injiceras i penisens erektila vävnad eller urinröret med hjälp av en speciell applikator. Alla läkemedel mot erekttil dysfunktion är receptbelagda läkemedel.

I vissa fall kan en vakuumpump användas.

Om ingen annan hjälp finns tillgänglig kan en penisprotes implanteras kirurgiskt, som inte syns från utsidan. Den fylls och töms med hjälp av en pump som placeras inuti pungen. Protesen ger tillräcklig styvhet för samlag.

Råd om behandling av erektil dysfunktion kan erhållas till exempel från en urolog vid öppenvårdsbesök eller från en läkare på vårdcentralen. Det finns också urologer som är specialiserade på behandling av erektil dysfunktion inom den privata sjukvården.

RELATIONER

När sjukdomen är lokaliserad i underlivet och oundvikligen påverkar den sexuella funktionen, som vid prostatacancer, påverkar sjukdomen också relationer, både befintliga och framtida. I bästa fall ökar sjukdomen öppenheten och stärker kommunikationen mellan parterna, men det är vanligt att även de närmaste personerna har svårt att prata om känsliga ämnen. Sjukdomen tvingar parterna att diskutera och uppdatera sina tankar om sin relation och sitt sexliv.

Ingen har ett färdigt manus för hur man ska reagera på sjukdom eller en makes sjukdom, och parternas reaktioner kan också variera kraftigt. Den ena kan dra sig tillbaka, förbli tyst och fokusera på sina egna tankar. Den andra kan finna lindring i att prata med vänner, professionella

och jämnåriga. I båda situationerna är det viktigt att komma ihåg ett par saker: det är okej att dra sig tillbaka en stund, men du bör också kommunicera detta till din partner: ”Det hjälper mig att vara ensam och få lite lugn och ro”. Du bör inte stanna kvar i din egen bubbla för länge.

Om det finns barn i familjen måste de få veta varför deras förälder inte deltar i familjeaktiviteter och nöjen på vanligt sätt. Barn behöver veta att det inte är på grund av dem. Öppen diskussion med nära och kära är ett sätt att göra saker lättare.

För att en relation ska överleva måste båda parterna behålla sin självständighet, sina egna aktiviteter och intressen. Dessutom behöver man en känsla av samhörighet, kärlek och en önskan att överleva tillsammans och dela saker. Det viktigaste är att diskutera sina känslor och behov.

Alla är inte i en relation, vare sig frivilligt eller ofrivilligt. Många människor har ett stödjande nätverk av vänner, men vissa människor är desperat ensamma och hoppas på att hitta rätt person eller vän. Sjukdom tenderar att öka känslan av ensamhet och höja tröskeln för att bilda nya relationer. Ensamhet kan leda till isolering och

sämre livskvalitet. Det kan till och med påverka hur väl en person hanterar eller lever med sin sjukdom.

Cancer förändrar inte en person och är inte ett hinder för nya relationer. Om du känner dig ensam och hjälplös är det viktigt att prata med din läkare eller annan vårdpersonal om hur du kan hantera situationen. Deras uppgift är att hjälpa dig att gå vidare och ge dig råd om vem du kan kontakta.

Om du tycker att det är för svårt att prata om det, ta med dig den här guiden eller skriv ett meddelande på ett papper och visa det för en vårdpersonal: ”Jag känner mig ensam och har svårt att hantera allt detta. Kan du hjälpa mig?”

Ingen behöver vara ensam.



Ordlista

ADJUVANT TERAPI Adjuvant behandling.

ANDROGEN Manligt hormon.

ADT, ELLER ANDROGENDEPRIVATIONSTERAP

Hormonbehandling.

ANTIANDROGEN

Ett läkemedel som blockerar effekterna av androgen.

ANTIEMETIKUM

Ett läkemedel som förhindrar illamående.

ANURI Upphörande av urinflödet.

ANUS Rektum.

ASCITES Vätskeansamling i bukhålan.

GODARTAD Godartad (tumör).

BIOPSI Att ta ett prov för undersökning.

BPH Godartad prostatahyperplasi, dvs. godartad förstoring av prostatakörteln.

BRACHYTERAPI Strålbehandling i vävnad.

CYSTIT Inflammation i urinblåsan.

DIAGNOS Fastställande av en sjukdom.

DYSURI Sveda vid urinering.

EPIDIDYMIS En struktur där spermier lagras före ejakulation.

ÖSTROGEN Ett kvinnligt hormon.

ETIOLOGI Orsaken till en sjukdom.

METASTAS En tumör utanför den ursprungliga tumören, metastas.

FIBROS Bildning av ärrvävnad.

GLEASONKLASSIFICERING Klassificering baserad på histologisk differentiering av prostatacancer.

GRADGRUPP (GG) ISUP-klassificering, en variant av Gleasonklassificeringen.

GYNEKOMASTI Förstoring av manliga bröst.

HEMATURI Blod i urinen.

HYPERPLASI Ökning av antalet celler i en vävnad, vävnadsökning.

HYPERTROFI Förstoring av ett organ.

INFILTRATION Spridning av cancer genom att invadera frisk vävnad som omger tumören.

OOPERABEL En cancertumör som inte kan avlägsnas kirurgiskt.

INTRAOPERATIV FRYSSNITTSANALYS En analys av ett vävnadsprov som tas under operationen och

som används för att besluta hur operationen ska fortsätta.

KASTRATIONSOPERATION Kirurgiskt avlägsnande av testiklarna för att behandla avancerad prostatacancer.

BOTANDE BEHANDLING

Behandling som syftar till att bota sjukdomen.

CYSTOSKOP Ett instrument som används för att undersöka urinröret och urinblåsan.

MALIGN Malign (tumör).

METASTAS En tumör utanför den ursprungliga tumören, en fjärrmetastas.

NEOADJUVANT TERAPI Adjuvant terapi som ges före kirurgi eller strålbehandling.

NOKTURIA

Behovet av att urinera under normal nattsömn.

ONKOLOG Specialist på cancersjukdomar.

OPERATION Kirurgiskt ingrepp.

ORKIEKTOMI

Kirurgiskt ingrepp för att ta bort testiklarna.

PAD Patologisk diagnos som ställs av en patolog baserat på en undersökning av ett vävnadsprov.

PALLIATIV VÅRD

Behandling för att lindra symtom när det inte finns någon möjlighet att bota sjukdomen.

PATOLOG Specialist som undersöker och tolkar vävnadsprover och biopsier.

PERINEUM Vävnaden mellan könsorganen och anus, mellangården.

PET Positronemissionstomografi, en bildgivande metod som använder ett radioaktivt märkt spårämne.

PREOPERATIV Som inträffar före operationen.

PRIMÄRTUMÖR Den första tumören som utveck-

las och som sprider metastaser.

PROGNOS

Det förväntade förloppet av en sjukdom.

PROSTATATA Prostatakörteln.

PROSTATEKTOMI

Kirurgiskt avlägsnande av prostatakörteln.

PROSTATIT Inflammation i prostatakörteln.

PSA Prostataspecifikt antigen, ett spårämne som används vid prostatacancer.

PSMA Prostataspecifikt membranantigen, en markör som används vid PET-avbildning av prostatacancer på cellernas yta.

RADIKAL Behandling som avlägsnar eller förstör tumören helt.

REKTUM Rektum.

ÅTERFALL Återkomst av en tumör.

SPERMA Säd.

TESTOSTERON Manligt könshormon.

TURP Ett kirurgiskt ingrepp för att öppna urinröret som förträngts av prostatatillväxt, ”resektion”.

TRANSREKTAL BIOPSI

Provtagning genom ändtarmen.

TRANSPERINEAL BIOPSI

Provtagning genom mellangården.

UREMI Ansamling av avfallsprodukter i blodet orsakad av njursvikt.

URETER En kanal som leder från njurarna till urinblåsan, urinvägarna.

URINRÖR En kanal som leder från urinblåsan till ollonet, urinvägarna.

UROLOG Specialist på sjukdomar i urinvägarna.





CANCERPATIENTERNA
I FINLAND

CANCERPATIENTERNA I FINLAND RF är en patientorganisation. Vi främjar patienternas rättigheter och är en del av det europeiska cancerpatientsamfundet. Vi ingår i Cancerorganisationerna.

I Finland diagnostiseras över 35 000 nya cancerfall varje år och närmare 300 000 personer har redan drabbats av cancer. Vi finns till för personer med cancer och för deras närstående. Vi erbjuder möjlighet till kamratstöd online och tillförlitlig information om cancersjukdomar. Vi arbetar även med intressebevakning i samarbete med andra organisationer.

Du kan kontakta oss via mejl, telefon och sociala medier.

www.syopapotilaat.fi/sv

www.facebook.com/syopapotilaat/

info@syopapotilaat.fi

www.syopajarjestot.fi

CANCERORGANISATIONERNA är en stark och kunnig organisation vars mål är att säkerställa att alla får leva ett gott liv utan cancer eller trots cancer. Organisationen erbjuder kunskap, stöd och hopp. Cancerorganisationerna stödjer och rehabiliterar personer som insjuknat i cancer och deras närstående, informerar om sådant som förebygger cancer och främjar hälsan, upprätthåller ett register om cancersjukdomar och cancerscreening samt beviljar medel för vetenskaplig forskning om cancersjukdomar. Cancerorganisationerna är Finlands största folkhälsoorganisation.

I CANCERORGANISATIONERNA INGÅR:

Cancerföreningen i Finland rf och dess medlemsföreningar:

- 12 regionala cancerföreningar
- 6 riksomfattande patientorganisationer
- Finlands cancerregister
- Cancerstiftelsen

www.syopajarjestot.fi

TEXT

TAPIO UTRIAINEN
*MD, specialist i onkologi,
HYKS Cancer Centre*
TEEMU MURTOLA
*Professor i urologi, överläkare,
TAYS urologiklinik*
MARI PÄIVÄNIEMI
Sexualrådgivare och terapeut

LAYOUT

JOHANNES RANTAPUSKA

ILLUSTRATIONER

ERKKI TOUKOLEHTO

UTGIVARE

CANCERPATIENTERNA

TRYCKT

I FINLAND RF

ORIGOS, 2026

Guiden har uppdaterats utifrån text av Teuvo Tammela, Tapio Utriainen och Leena Rosenberg.

Guiden har tagits fram med bidrag från Cancerstiftelsen.

Syöpäsäätiö
Cancerstiftelsen

DEN HAR OCKSÅ FÅTT STÖD AV

AstraZeneca  Johnson&Johnson  accord

GE FEEDBACK PÅ GUIDEN

www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat





Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland ry

