



Prostatacancerpatientens handbok

Prostatacancer och behandling av den
Hur sjukdomen inverkar på livet
Ordlista

Teuvo Tammela
Tapio Utriainen
Leena Rosenberg-Ryhänen

Innehåll

Till läsaren	3
Allmänt om prostatacancer	4
Prostatan	5
Prostatans anatomi och funktion	5
Förändringar som sker med åldern i prostatan	6
Prostatacancer	6
Symptom på prostatacancer	6
Undersökningar	7
Behandling av lokal prostatacancer	10
Radikal prostataoperation	10
Radikal strålbehandling av prostatan	13
Uppföljning och aktiv uppföljning	15
Hormonbehandling	16
Hur väljer man lämplig behandling?	16
Framskriden cancer	17
Behandling	17
Kontroller	19
Kastrationsresistent prostatacancer	20
Sjukdomen inverkar på hela livet	23
Var inte rädd för dina känslor	25
Olika sätt att klara sig	26
Vänner som stöd	27
Vårda din självkänsla och håll fast i vardagen	28
Vänd dig till en expert i tid	29
Prostatacancer och sexualitet	30
Ingen lust	32
Erektionsstörningar	32
Erektionsstörningar kan behandlas	34
Parrelationen	35
Information och stöd av andra patienter	36
Patientguider	36
Internet	37
Sakkunniga (Cancerorganisationerna)	37
Finlands Prostatacancerförening rf	37
Regionala cancerföreningar	37
Ordlista	38
Kontaktinformation	40

Utgivare: Cancerpatienterna i Finland rf

Medicinsk sakkunskap: Teuvo Tammela, professor i urologi, Tammerfors universitetscentralsjukhus
Tapio Utriainen, specialist i cancersjukdomar, HNS

Text: Leena Rosenberg, sjukskötare, sexolog

Illustrationer: Bosse Österberg

Översättning av den 2014 reviderade finska upplagan: Riitta Salminen

Till läsaren

Det att man insjuknar i cancer ändrar en mans liv plötsligt och på ett avgörande sätt. Budet om sjukdomen kommer oftast plötsligt, utan att man har kunnat förbereda sig på det. Det trygga, invanda vardagslivet stannar plötsligt av, i stället kommer rädsla, ångest och ovisshet om framtiden. Men vi är alla individer och varje människa upplever situationen på sitt sätt.

I dag är prognosen vid prostatacancer god, och cancerbehandlingen i Finland är bland de bästa i världen. Allt flera patienter tillfrisknar antingen helt eller så att sjukdomen kan behandlas och hållas under kontroll långa tider. Behandlingarna utvecklas dessutom ständigt.

Trots goda behandlingsresultat orsakar insjuknande i prostatacancer rädsla och oro för vad som komma skall hos både patienten och hans närmaste: Hurdan är prognosen, hurdana behandlingar ges och hur kommer sjukdomen att inverka på livet och vardagen? Bristen på information ökar ångesten och osäkerheten.

Syftet med den här handboken är att ge information om prostatacancer och hur den behandlas samt om hur sjukdomen inverkar på patientens liv, sexualitet och parrelation. Målet är att därigenom minska ångest och rädsla samt att uppmuntra patienter och anhöriga att ställa frågor som gäller sjukdomen och cancerbehandlingen.

Hos varje patient väcker sjukdomen alltid olika känslor som ytterligare kan orsaka oro och förvirring. Därför tar handboken också upp känslor som sjukdomen väcker, vikten av att låta känslorna komma och att uppleva dem, och den ger råd om var mannen vid behov kan få stöd och hjälp.

Under resans gång stöter man i samband med cancerbehandlingen ofta på obekanta ord och uttryck. Därför ingår också en ordlista över de vanligaste uttrycken i samband med prostatacancer.

Allmänt om prostatacancer

Prostatacancer är en allt vanligare form av cancer. Den är den vanligaste cancersjukdomen bland finländska män. På andra plats kommer lungcancer. Årligen insjuknar omkring 4 000 finländska män i prostatacancer. Det att prostatacancer är en allt vanligare sjukdom är delvis ett faktum och delvis skenbart.

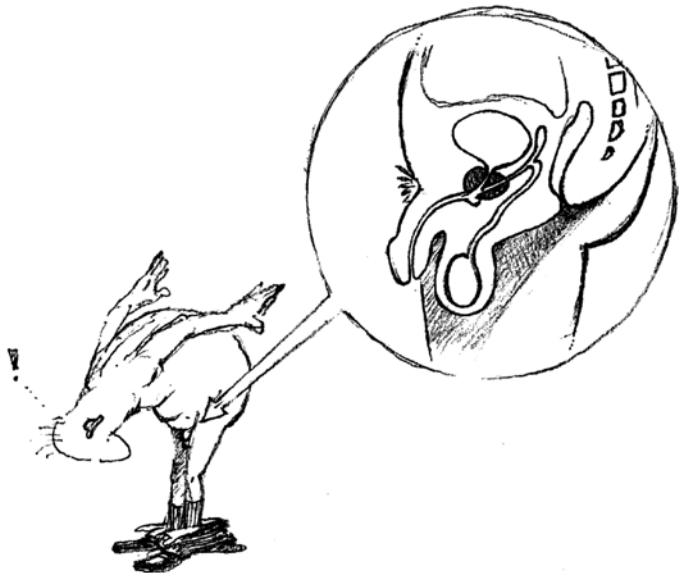
Prostatacancer hör ihop med åldrande och insjuknandefrekvensen, dvs. incidensen, ökar i och med att männens medelålder blir högre. Dessutom hittar man allt oftare prostatacancer som slumpmässiga fynd i samband med hälsokontroller av män som inte har några som helst symptom. Också det har en viss betydelse att män allt mera söker sig till undersökningar på eget initiativ.

Man vet inte vad som orsakar prostatacancer. Sjukdomens förekomst varierar på olika håll i världen. På den inverkar troligtvis både rasmässiga och genetiska faktorer samt miljön. Bland japanska män förekommer betydligt färre fall av symptomgivande s.k. klinisk prostatacancer än bland västerländska män, men å andra sidan förekommer precanceros, dvs. förstadiet till cancer, i lika hög utsträckning. Det har lagts fram teorier om att växthormonerna som påminner om östrogen i den österländska dieten kan bromsa upp utvecklingen av prostatacancer, men det finns inga säkra bevis för detta. I övrigt har man inte kunnat påvisa något orsakssamband mellan levnadsvanor, som till exempel sexuell aktivitet eller rökning, och sjukdomen.

Prostatan

Prostatans anatomi och funktion

Prostatan är ett organ som till form och storlek liknar en valnöt, och som ligger väl skyddad i höften, nedanför urinblåsan, runt urinröret. Framför prostatan ligger symfysen och bakom den ligger ändtarmen, genom vilken man kan känna prostatan (se figuren). Prostatan består av glatta muskler, bindväv och körtlar, som har som uppgift att producera ett sekret som är ett lämpligt växt-underlag för sädescellerna som det blandas ihop med vid utlösning. En tredjedel av sädesvätskan består av det sekret som prostatan utsöndrar.



Förändringar som sker med åldern i prostatan

En ung, vuxen mans prostata väger omkring 16 gram. Hos största delen av männen börjar prostatan långsamt förstoras vid omkring 40 års ålder. Hos en del män förstoras prostatan nästan inte alls, medan den hos andra män kan växa betydligt. Prostatahyperplasi, dvs. godartad prostataförstoring, är den vanligaste orsaken till vattenkastningsbesvär hos äldre män. Hyperplasiavvävnad bildas i allmänhet i mitten av prostata, runt urinröret, och leder så småningom till att urinröret blir trångt och mannen får urineringssvårigheter.

Det finns dock inget tydligt förhållande mellan förstoringen och hur svårt det är att kasta vatten. Ibland kan också en liten, men stel och oelastisk prostata orsaka betydliga problem med vattenkastningen. Prostatacancer förekommer däremot oftast i körtelns yttre, perifera, skikt. En liten prostatacancer ger alltså inga symptom, eftersom den inte inverkar på urinflödet.



Prostatacancer

Symptom på prostatacancer

I allmänhet är prostatacancer symptomfri länge. Om symptom förekommer är de i praktiken precis likadana som vid godartad prostataförstoring. Tömningssymptom är svårighet att urinera, svagt urinflöde, behov att krysta och långvarig urinerings, i värsta fall urinstämma. Så kallade lagringssymptom är ökat urineringsbehov, behov att kasta vatten på natten, trängningar och därmed förknippat ofrivilligt urinläckage, dvs. urininkontinens.

Det är i praktiken omöjligt att på ett tillförlitligt sätt skilja mellan urineringsbesvär som beror på godartad prostataförstoring och prostatacancer.

Symptombilden kan dessutom bli tydligare av prostatainflammation, dvs. prostatit. Vid prostatit upplever patienten en molande värk i nedre buken, kring ändtarmen och pungen samt dessutom ofta en trängande känsla och behov av att kasta vatten oftare.

Blod i urinen förekommer relativt sällan i samband med någon av de ovannämnda prostatasjukdomarna.

De första symptomen vid prostatacancer kan också orsakas av metastaser. Värk i korsryggen och ischiassymptom, liksom värk på andra håll i kroppen, kan orsakas av metastaser i skelettet. Svullnader i benen och pungen kan uppstå på grund av att lymfacirkulationen i höftregionen stoppas upp. Dålig allmänkondition och trötthet kan till exempel bero på anemi i samband med en framskriden sjukdom eller på urinförgiftning som följd av att urinvägarna är tilltäppta.

Undersökningar

Den enklaste formen av undersökning är att **känna på prostatan via ändtarmen**. En hård knöl i prostatan väcker alltid cancermisstanke. I många fall av prostatacancer kan prostatan dock verka helt normal när man känner på den.

Det viktigaste värdet i **laboratorieproven** är blodets PSA-kvot. Förkortningen PSA står för prostataspecifikt antigen. Det är ett protein som enbart utsöndras från prostataavvävnad, såväl godartad som elakartad. Därför kan man inte enbart utgående från PSA-kvoten räkna ut om patienten har prostatacancer eller inte. En kvot som är betydligt högre än normalvärdet är dock ett starkt tecken på prostatacancer.

Som övre gräns för normal PSA-kvot betraktas 4 ug/l, men med högre ålder och då prostatan förstoras kan i vissa fall också 6 ug/l anses som övre gräns för normalvärdet. Å andra sidan kan möjligheten till cancer

inte helt uteslutas vid normal PSA-kvot. Andra viktiga faktorer vid bedömningen av cancerrisken är hur snabbt PSA-kvoten stiger och den procentuella andelen av fritt PSA (ju lägre, desto större cancerrisk). Det är alltid den behandlande läkaren som måste bedöma om det är skäl att ta biopsier.

Biopsi av prostatan tas i allmänhet med hjälp av ultraljud. Prostatans storlek och ekostruktur samt den omgivande kapselns yttre kan undersökas med en ultraljuds-sond som förs in i ändtarmen. Via ändtarmen kan man också ta cellprover på de ställen som önskas.

Cellproverna sänds för mikroskopisk undersökning, och patologen avger sitt utlåtande om dem. I undersökningen beaktas flera olika faktorer, med hjälp av vilka en eventuell certumör kan klassificeras. Klassifikationen är till nytta vid val av behandlingsmetod och utarbetande av prognos.

I allmänhet tillämpas två klassifikationssystem, av vilka det vanligare nuförtiden är **graderingen enligt Gleason**, vars värden varierar mellan 2 och 10. Mycket höga Gleasonvärden, dvs. 8–10, betyder att det är fråga om en aggressiv tumör, 7 är ett medelvärde och värden lägre än 6 betyder att tumören inte är särskilt aggressiv.

Det andra klassifikationssystemet är **gradering enligt WHO (Världshälsoorganisationen)**, som delar in certumörer i graderna 1, 2 och 3. Grad 1 representerar en tumör som så mycket som möjligt påminner om normal prostataavvävnad. Grad 3 är en lågt differentierad tumör som är aggressivare än en högt differentierad. Grad 2 ligger mellan 1 och 3.

När prostatacancer diagnostiserats utgående från biopsier utförs vanligen en **isotopundersökning av skelettet** som basundersökning, om PSA-kvoten i blodserumet är mycket hög eller om det på basis av mikroskopiska

undersökningar är fråga om en aggressiv cancer. Övriga undersökningar bestäms från fall till fall utgående från patientens situation och allmänkondition.

Dessutom försöker man alltid klarlägga **tumörens utbredningsgrad**. Här går man efter den s.k. **TNM-klassifikationen**. Bokstaven T står för lokalt tumörstadium så att värdena T1 och T2 representerar tumörer som begränsar sig till det inre av prostatakapseln. En T3-tumör har redan penetrerat kapseln och en T4-tumör har fäst sig vid omkringliggande vävnader, till exempel urinblåsan eller bäckenväggen.

N-graderingen används för att bestämma lymfkörtelstadium. I allmänhet antecknas här symbolen NX, eftersom det enda pålitliga sättet att konstatera eventuella metastaser i lymfkörtlarna i ljumsken är att operera bort dem och undersöka dem mikroskopiskt.

Om man med hjälp av vissa undersökningsmetoder, som till exempel **datortomografi** kan konstatera att lymfkörtlarna är betydligt förstorade, och om patienten har hög PSA-kvot, är det sannolikt att han också har metastaser i lymfkörtlarna.

M-graderingen används för att klassificera metastaser. Om inga metastaser påträffas i undersökningarna, används symbolen M0. Metastaser som kan påvisas gör att klassifikationen blir M1.

Vanligen är det då fråga om skelettmetastaser, som i isotopundersökningen framträder som s.k. aktiva områden som samlar isotoper. Vid behov kan man genom en röntgenundersökning särskilja eventuella degenerativa förändringar i skelettet, dvs. förändringar på grund av förslitning, som framför allt förekommer i lederna och som också framträder som aktiva områden i skelettskintigrafien.

Behandling av lokal prostatacancer

Klassifikationen enligt utbredningsgrad som beskrivits ovan är mycket viktig, eftersom det finns många alternativa behandlingar vid prostatacancer och valet av behandlingsform grundar sig på den här klassifikationen och aggressivetsgraden som framgår av mikroskopiska undersökningar.

På valet av behandlingsmetod inverkar dessutom patientspecifika faktorer som ålder, övriga sjukdomar samt mannens inställning och önskemål.

När cancer är begränsad till det inre av prostatakörtelns kapsel och inga metastaser kan konstateras får den T-graderingen 1 eller 2. Behandlingsalternativen är:

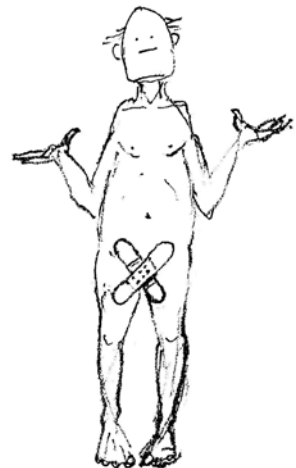
- 1) radikal prostataoperation
- 2) radikal strålbehandling av prostatan
- 3) uppföljning
- 4) ibland hormonbehandling.

Radikal prostataoperation

Operationen görs antingen som öppen operation via ett centralt snitt på nedre buken eller nuförtiden oftast som robotassisterad laparoskopi, dvs. titthålskirurgi, genom små snitt.

Lymfkörtlarna i ljumskarna opereras bort om PSA-värdet är mycket högt eller om cancer är aggressiv. Man opererar bort hela prostatan och dess kapsel samt **sädesblåsan**. Urinblåsan sys fast i urinröret. Operationen medför oftast relativt stor blodförlust. Blodförlusten kan kompenseras genom transfusion av röda blodkroppar.

I robotassisterad kirurgi är större blodförlust mycket sällsynt. Tack vare att instrumenten som används är små blir det heller inga större skador på omkringliggande vävnader. Tack vare optiken som förstör bilden 10–12



gångar är synligheten bra i lilla bäckenet där prostatan opereras bort. Patienterna får i allmänhet åka hem redan dagen efter operationen och de återhämtar sig snabbare än patienter som genomgått en öppen operation.

Efter en öppen operation måste patienten vanligtvis ha urinkateter i omkring två veckor och efter en robotassisterad operation i en vecka. Om man därefter kan konstatera att den nya fogen mellan urinblåsan och urinröret håller tätt kan katetern tas bort. Efter att katetern tagits bort upplever en del män att de behöver urinera oftare och att det kan vara svårt att hålla urinen. Majoriteten blir dock av med symptomen inom ett par veckor.

Efter en radikal prostatektomi, dvs. att prostatan opereras bort, sjunker patientens PSA-kvot vanligen till värden som inte är mätbara. Om PSA börjar stiga på nytt betyder det att det finns prostatacancervävnad någonstans i kroppen. Redan en mycket liten tumör kan höja PSA-kvoten till mätbara värden igen. Om blodvärdena fortsätter att stiga kan man överväga strålbehandling på prostatans område eller hormonbehandling.

Typiska **biverkningar** vid radikal prostataoperation är grav urininkontinens i 2–3 % av fallen och bestående erektionsstörningar i 30–70 % av fallen. En del män återfår erektionsförmågan inom 1–2 år. Erektionsförmågan bibehålls desto mera sannolikt, ju bättre den har varit före operationen och ju yngre patienten är.

Urininkontinensen kan få mannen att känna sig ovårdad och solkig. Fukten och lukten är störande. Det blir mycket tvätt. Mannen kan till och med dra sig undan andra människor för att han skäms för sin inkontinens.

I sådana fall lönar det sig att ta mod till sig och fråga vårdpersonalen om råd om var man kan köpa inkontinensskydd för män. Hälsocentralerna delar också ut skydd gratis, när behovet av sådana kan bevisas med en utredning som undertecknats av läkaren. Man kan öva

upp förmågan att hålla urinen genom bäckenbotten-gymnastik, som skötarna kan ge instruktion om. Ofta får patienten redan före operationen en remiss till fysioteriker eller fysioterapeut för handledning i hur han kan öva upp bäckenbottenmuskulaturen. Efter operationen kan förmågan att hålla urinen vid behov förbättras genom övningar hos en fysioterapeut eller genom fysioterapeu-tisk behandling.

Om förmågan att hålla urinen inte repar sig inom ett år kan en operation vara nödvändig. Med den får man i allmänhet slut på urininkontinensen. Om den behandlan-de läkaren inte tar upp frågan kan det vara bra att själv föra saken på tal. Om urininkontinensen blir bestående får man vårdartiklarna på hälsocentralen.

Urinläckage kan också minska den sexuella lusten, även om det inte är något fel på erektionsförmågan. Mannens partner kan också uppleva situationen som störande. Tanken på att urin läcker under samlagen kan vara obehaglig. Då är det praktiskt att använda kondom: under förspelet och samlaget läcker urinen in i kondomen och stör därmed ingendera parten.



Radikal strålbehandling av prostatan

Radikal **yttre strålbehandling** av en lokal prostatacancer genomförs med en s.k. linearaccelerator, som riktar in en strålningsdos på 72–78 Grayenheter på området kring prostatan. Med tidigare strålbehandlingstekniker riktades strålningen in på prostatan med hjälp av höftbenen utanför prostatan. I dag används allt mer s.k. bildstyrd strålbehandling.

I den bildstyrda strålbehandlingen för man före strålbehandlingens början in små guld-korn i prostatan, som sedan syns i röntgenbilderna och visar prostatans exakta läge. Då kan man beakta prostatans normala rörelser (t.ex. till följd av hur fylld urinblåsan eller ändtarmen är) vid inriktningen av den dagliga strålbehandlingen. Ju noggrannare man kan bestämma prostatans läge vid efterföljande behandlingar, desto säkrare är det att öka strålningsdosen. Det är viktigt, eftersom större strålningsdoser ger bättre behandlingsresultat. Å andra sidan orsakas många av strålbehandlingens biverkningar av att omkringliggande organ får strålning, vilket betyder att så bra skydd av den omkringliggande vävnaden som möjligt minskar biverkningarna under behandlingen och därefter.

Den yttre strålbehandlingen lämpar sig för T-graderna (T1–4). Framför allt i lokalt framskridna cancerfall (T3–4) kombinerar man den yttre strålbehandlingen med hormonbehandling, s.k. neoadjuvantbehandling, som börjar före strålbehandlingen. Hormonbehandlingen kan enligt bedömning fortsättas också efter strålbehandlingen (s.k. adjuvant hormonbehandling). Hormonbehandlingen varar mellan 3 och 34 månader. Yttre strålbehandling ges i dagsdoser på 1,8–2,0 Gy fem gånger i veckan (må–fr), vilket betyder att behandlingen i sin helhet tar 7–8 veckor.

Som **biverkning** får så gott som alla patienter irritationssymptom i urinblåsan inom ett par veckor från att behandlingen har inletts, en del får också symptom i ändtarmen. Dessa är vanligtvis övergående. Bestående, svåra strålningsskador förekommer endast hos ett några procent av alla som behandlas. Två år efter behandlingen förekommer erektionsstörningar lika ofta som hos patienter som genomgått operation.

För inre strålbehandling av prostatacancer, s.k. brachyterapi, lämpar sig patienter med cancer av graderna T1–2, som i princip också skulle kunna genomgå en radikaloperation och som inte har en aggressiv form av cancer. Brachyterapi kan användas som behandlingsmetod också för sådana patienter som av andra orsaker än cancer inte kan opereras (t.ex. grav lung- eller hjärtsjukdom). Behandlingen lämpar sig inte för patienter med förstoring av prostatan som orsakar täppa eller om prostatans mellanlob är förstörd så att den tränger in på urinblåsans sida.

I brachyterapi sticker man under ultraljudsledning in ihåliga nålar i prostatan genom hudområdet mellan pungen och ändtarmen och för genom dessa in radioaktiva korn som vanligen innehåller isotopen jod-125. Beroende på prostatans storlek för man in mellan 40 och 90 korn. Ingreppet görs under narkos, det tar ca 1,5–2 timmar och är en engångsbehandling. Patienten stannar vanligen ett dygn på sjukhuset, men kan få åka hem redan samma dag.

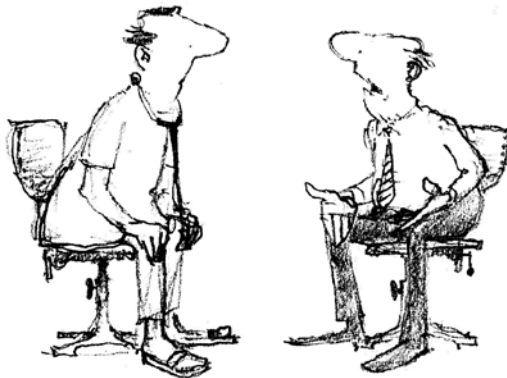
Som akut komplikation utvecklas hos 15 % av patienterna urininstämning (oförmåga att urinera), som kräver kateterbehandling. En stor del av patienterna har tätare urineringsbehov av olika grad och molande värk i nedre buken under 4–6 veckor från ingreppet. Symptomen minskar inom loppet av några månader, men en del patienter upplever att de varar längre.

Uppföljning och aktiv uppföljning

Om man väljer uppföljning som behandlingsmetod får patienten ingen av de ovan nämnda behandlingarna, utan man kontroller görs med bestämda mellanrum. Uppföljning väljs om patienten har lindriga symptom, är över 70 år gammal och cancer är högt differentierad (Gleasonvärdet lägre än 7). Behandling sätts in först när cancer börjar orsaka symptom. Då kommer oftast hormonbehandling i fråga. Det är dock alltid viktigt att beakta mannens åsikt.

Vid uppföljningen kontrollerar man PSA-kvoten i blodserumet, känner på prostatan och antecknar eventuella symptom. Behandling kan sättas in vid behov.

Som enda behandlingsmetod kan uppföljningen vara mycket tung psykiskt för patienten. Framför allt om han inte får tillräckligt mycket information. Det kan kännas konstigt och oroande att man har fått en cancerdiagnos men inte får någon aktiv behandling. Patienten har ett stort behov att göra något och kan känna både ångest och frustration. I sådana situationer kommer vänner och bekanta, till och med helt obekanta personer, med alla sorters råd om alternativa behandlingar, men det lönar sig att överväga sådana mycket noga.



Man ska inte inleda någon behandling utan att först ha diskuterat den med sin behandlande urolog. Alternativa behandlingar kan till och med vara skadliga.

Aktiv uppföljning av små cancertumörer med god prognos görs för att man i tid ska kunna identifiera sådana fall där cancern börjar utvecklas. Då får patienten botande behandling i form av operation eller strålbehandling innan den hinner sprida sig.

Aktiv uppföljning kan komma i fråga om PSA-kvoten är låg, Gleasonvärdet är högst 6 och cancerceller konstateras i högst två prover. Kontroller görs regelbundet: PSA-kvoten undersöks med 6–12 månaders mellanrum och nya provbitar tas vanligen efter ett, tre och fem år. Små variationer i PSA-kvoten betyder ingenting, men om kvoten ständigt blir högre krävs vanligen behandling. Behandling sätts också in om man i flera prover konstaterar att cancern har blivit mera aggressiv eller att mängden har ökat.

Hormonbehandling

Hormonbehandling sätts oftast in när det är fråga om en utbredd eller förnyad prostatacancer. Enligt läkarens bedömning kan också patienter med lokal cancer ibland få hormonbehandling. Mera om hormonbehandlingen finns i stycket om framskriden cancer.

Hur väljer man lämplig behandling?

Det att behandlingsmetoderna vid lokal prostatacancer varierar beror på att det inte finns någon behandlingsmetod som är den entydigt bästa. Eftersom prostatacancer ofta är en sjukdom med lugnt förlopp, kan det hända att både radikal operation och strålbehandling skulle vara överbehandling för vissa patienter. Det är möjligt att tumören aldrig ger symptom. Men å andra sidan kan tumören börja sprida sig utan behandling.

Behandlingen bestäms alltid individuellt så att patientens önskemål, åsikter och livskvalitet beaktas. Om han har andra sjukdomar, som till exempel grava hjärt- eller blodkärslsjukdomar eller andra elakartade tumörer, är det sannolikt klokast att inte välja radikal prostataoperation. Operationsriskerna kan vara större än den nytta patienten har av en operation.

Patienter som fyllt 70 år rekommenderas sällan radikal prostataoperation. Som tumregel kan man betrakta att patientens förväntade livslängd, med beaktande av andra sjukdomar och släktgenskaper, ska vara minst 10–15 år för att det ska löna sig att operera.

Framskriden cancer

Behandling

Om prostatacancern bedöms vara utbredd utanför kapseln eller om metastaser har konstaterats görs ingen radikal operation. Eftersom prostatacancer cellerna i initialstadiet i allmänhet är mycket hormonberoende tillämpas i första hand hormonbehandling. Behandlingen inriktas på att minska halten av det manliga könshormonet testosteron (kastration) eller förhindra testosteronets verkan (antiandrogen). Dessutom kommer ofta yttre strålbehandling i fråga som tilläggsbehandling.

Numera används oftast **antiandrogen**, t.ex. en **bicalutamidtablett** om dagen, vid behandlingen av lokalt framskriden prostatacancer som inte har skickat metastaser. Alternativt kan man använda medicin som motverkar det hjärnbaserade LHRH-hormonets verkan för att sänka testosteronhalten (medicinsk kastration). Dessa s.k. LHRH-analoger (agonister) doseras som injektioner under huden, vanligtvis med 1–6 månaders mellanrum. Oftast ges injektionerna av en sjukskötare på hälsovårdscentralen.

Behandlingarna som grundar sig på kastration har vanligen **biverkningar** som värmevallningar, svettning och minskat intresse för sex. Antiandrogenerna förhindrar det manliga könshormonet att fästa sig vid hormonreceptorerna för manligt könshormon, och under behandlingen bibehålls testosteronvärdet på normal nivå, vilket betyder att de skadliga verkningarna av en kastration delvis kan undvikas. Men antiandrogenerna orsakar dock smärtor och tillväxt i bröstkörtlarna, som dock kan minskas med en strålbehandlingsgång.

Prostatacancerens metastaser konstateras oftast i en skelettundersökning eller datortomografi (skiktröntgen). Det finns också mera känsliga avbildningstekniker som mäter cancerhårdarnas ämnesomsättning (PET dvs. positronemissionstomografi), som kan användas i specialsituationer.

Om prostatacanceren redan i ett tidigt skede är utbredd till skelettet väljer man vanligtvis **kastration** som behandling. Denna genomförs **kirurgiskt** som testikeloperation. Det är fråga om ett snabbt och enkelt ingrepp, som tar ca 20 minuter, under lokalbedövning. Behandlingen börjar verka inom några dagar.

Motsvarande verkan kan åstadkommas genom läkemedelsbehandling som förhindrar LHRH-hormonets verkan. När **kastration** åstadkoms med **läkemedelsbehandling** doseras läkemedlet som injektion under huden vanligen med 1–6 månaders mellanrum. Behandlingen leder till att testosteronvärdet sjunker till s.k. kastrationsnivå, precis som vid operativ behandling. I vissa fall kan behandlingen dessutom kompletteras med antiandrogenbehandling, som förhindrar inverkan av binjureproducerat manligt könshormon på prostatacancer cellerna. Detta kallas **maximal androgenblockad**. De ovan nämnda behandlingsmetoderna är lika effektiva. Den operativa behandlingen och LHRH-agonisterna och -antagonisterna har samma **biverkningar**: Svettningar

och värmevallningar kan förekomma, intresset för sex minskar och slocknar i allmänhet helt så småningom. Detta leder till impotens. Under en längre uppföljningstid kan man konstatera att kastration orsakar osteoporos och minskning av muskelmassan. Det är viktigt att en patient som får kastrationsbehandling motionerar tillräckligt, undviker viktökning, slutar röka och tar tillräckligt D-vitamin och kalk. Antiandrogenerna som tas via munnen kan som biverkning orsaka irritationssymptom i tarmkanalen och i sällsynta fall lindriga störningar i leverfunktionen, men biverkningar som vid behandling med LHRH-analoga kan förekomma.

Behandlingarna med LHRH-analoga och -antagonister och antiandrogener är relativt dyra. Patenten får dock FPA-specialersättning för dem, dvs. att medicinerna är kostnadsfria. För att få gratis medicinering krävs ett läkarutlåtande på blankett B.

Kontroller

Efter att hormonbehandlingen inletts vid framskriden cancer blir patientens kondition oftast bättre och PSA-kvoten sjunker. Behandlingen är livslång och i fortsättningen följs patientens hälsotillstånd upp genom kontroller med 3–6 månaders mellanrum, först på polikliniken vid det sjukhus där behandlingen inletts och senare på hälsovårdscentralen på hemorten.

Om PSA-kvoten börjar öka på nytt, men patienten inte har några symptom, behöver man inte nödvändigtvis börja med ny behandling innan eventuella symptom uppstår. Symptom som förekommer vid framskriden cancer är vanligtvis smärtor orsakade av skelettmetastaserna och urineringssvårigheter

Som symptomatisk behandling kan smärtsamma metastaser behandlas med strålbehandling och mot smärta finns flera alternativa smärtlindrande läkemedel. Patienter som inte har symptom rekommenderas i all-

mänhet inte rutinmässiga avbildningsundersökningar. Därför är det skäl att ta upp alla nya symptom med den behandlande läkaren eftersom det finns lindring för de flesta symptom och man på basis av dem också kan planera avbildningsundersökningar som lämpar sig för utredning av orsaken. Sjukdomens symptom och förlopp är alltid individuella och svåra att förutse. I problemsituationer kan den behandlande läkaren konsultera en urolog eller cancerspecialist (onkolog) på sjukhuspolikliniken.

Kastrationsresistent prostatacancer

Hormonbehandling är alltid den primära behandlingsformen vid framskriden prostatacancer. Som bäst kan man med den uppnå flera år lång verkan, dvs. hålla sjukdomen under kontroll under pågående behandling. Precis som vid andra cancersjukdomar förändras också prostatacancercellerna under cancerbehandlingen och hormonbehandlingens verkan kan därför så småningom minska. Då kan man ännu pröva olika ändringar i hormonbehandlingen, t.ex. börja med, avsluta eller byta antiandrogen, men detta har ofta endast kortvarig verkan.

Enligt dagens uppfattning är cancercellerna i det här skedet känsliga för testosteron, och också mycket små mängder testosteron som förekommer vid kastrationsbehandling kan få cancercellerna att dela sig snabbare och canceren att öka och sprida sig. Då har prostatacancer blivit kastrationsresistent. På de flesta sjukhus övergår ansvaret för patientens behandling i det här skedet från urologen eller bashälsovårdens läkare till en cancerspecialist (onkolog), men praxis varierar.

För behandlingen av kastrationsresistent prostatacancer finns olika alternativ som förutom att lindra cancersymptomen och förbättra patientens livskvalitet är inriktade på att bromsa upp sjukdomsförloppet så att livslängds-

nytta uppnås. Det vanligaste symptomet, smärtan, kan lindras t.ex. med tillräcklig **smärtlindring** och **strålbehandling** av de smärtsamma områdena. Till skillnad från strålbehandlingen vid cancer som är begränsad till prostatan ges strålbehandling mot smärta vanligen 1–5 behandlingsgånger.

För smärta som orsakas av skelettmetastaser finns också s.k. **isotopbehandling**, där injektioner ges av en isotop som söker sig till metastaserna i skelettet. Traditionellt används samarium-153-behandling i sådana situationer. Ett nytt behandlingsalternativ är en annan isotopbehandling, radium-223, som hos majoriteten av patienterna lindrar smärtorna och förhindrar att sjukdomen fortskrider i skelettet. Den har också konstaterats förlänga patienternas genomsnittliga livslängd. Behandlingen ra-223 varar 6 månader. Betydande biverkningar förekommer mycket sällan.

När patientens kondition det medger överväger man i det kastrationsresistenta sjukdomsskedet också en **läkemedelsbehandling som bromsar** själva canceren. Traditionellt används då **cytostatikabehandling med docetaxel**, som ges som dropp på sjukhuspolikliniken med 2–3 veckors mellanrum. Vanliga akuta **biverkningar** är trötthet, håravfall, lindrigt illamående och infektionskänslighet. Behandlingen ges i allmänhet i perioder på 3–6 månader, men behandlingstiden liksom biverkningarna är mycket individuella. Undersökningar visar att den genomsnittliga livslängden för patienter som fått behandling som innehåller docetaxel är ca 2–3 månader längre än hos gruppen patienter som fick endast traditionell cytostatikabehandling med mitoxantron som lindrar symptomen.

Under de senaste åren har flera **nya alternativ för läkemedelsbehandling** vid framskriden kastrationsresistent prostatacancer tagits fram. Kabazitaxel är en ny form av cytostatika, som man har kunnat konstatera påverkar

den genomsnittliga livslängden betydligt hos patienter vars sjukdom framskrider trots docitaxelbehandling. Kabazitaxel kan övervägas att användas efter behandlingen med docetaxel, om patientens kondition och sjukdomsläget medger fortsatt cytostatikabehandling.

I den kastrationsresistenta sjukdomsfasen är prostatacancer cellerna känsliga för testosteron, och också mycket små mängder testosteron i blodet kan få cancer cellerna att dela sig snabbare. Detta ger nya möjligheter att utveckla ännu effektivare hormonbehandlingar också för behandling vid långt framskriden prostatacancer. **Abirateron** förhindrar produktionen av testosteron t.ex. i binjurarna och i själva cancervävnaden. Medicinen ges i tablettform, och behandlingen orsakar i allmänhet mycket lindrigare biverkningar än cytostatikabehandling. Som eventuella biverkningar kan förhöjt blodtryck, trötthet eller svullnad förekomma. En annan ny form av hormonbehandling, enzalutamid, inverkar på samma sätt som antiandrogen och förhindrar testosteronets verkan på cellnivå. Också den ges i tablettform och är väl tolererad. Dessa två hormonbehandlingar verkar likvärdiga i fråga om effektivitet. De nyaste hormonbehandlingarna är betydligt dyrare än de traditionella hormonbehandlingarna, men FPA ersätter behandlingarna endast för patienter som först har fått cytostatikabehandling.

De nya läkemedelsbehandlingarna har medfört effektiv behandling vid framskriden prostatacancer, och enskilda patienters behandling kan nu skräddarsys mera individuellt enligt sjukdomsläget, patientens kondition och önskemål. Eftersom framskriden prostatacancer är så vanligt är den föremål för livlig forskning. Under kommande år kan vi vänta oss ytterligare nya behandlingar som tillskott till de ovan nämnda.

Prostatacancer sprider sig för det mesta till skelettet och lymfkörtlarna. Eftersom omkring 90 % av alla män med

framskriden prostatacancer också har skelettmetastaser, är förebyggande av skadeverkningarna som orsakas av dem en central del av behandlingen. Med hjälp av **mediciner som inverkar på skelettet** försöker man bromsa upp sjukdomsförloppet och minska behovet av t.ex. strålbehandling för att lindra smärta samt minska risken för benbrott och förlamningssymptom. Av behandlingarna som kan användas injiceras **denozumab** under huden och **zoledronsyra** som intravenös infusion. Behandlingarna har små skadeverkningar. Men båda ökar risken för nekros i käkbenet.

Den här ovanliga biverkningen kan förhindras genom noggrann tandvård redan innan behandlingen sätts in. Under pågående behandling borde man undvika att dra ut tänder och inte heller göra övriga tandvårdsvårdsåtgärder.

Även om en utspridd, kastrationsresistent prostatacancer inte kan botas helt och hållet finns redan nu flera olika möjligheter för att bromsa upp sjukdomsförloppet och symtomen som orsakas av sjukdomen. I alla behandlingsskeden är det av största vikt att lindra patientens symptom, varför personalen ska vara informerad om vilka symptom patienten har och hur patienten mår. Detta främjas bäst av att man har en förtroendeingivande och bestående relation och att man möter patienten utan brådska.

Sjukdomen inverkar på hela livet

Det att man insjuknar i cancer och får höra sin diagnos orsakar stora förändringar i livet för de allra flesta patienter. Man står inför något nytt och skrämmande som kan ge ångest. Saken gäller inte enbart patienten själv, utan också hans närmaste. Det kan hända att man för första gången i sitt liv råkar ut för en grav sjukdom. Hela sjukhusvärlden och hälsovården kan kännas främmande.

Cancer har alltjämt dåligt rykte, även om det nuförtiden finns bra och framgångsrika behandlingsmetoder. Gamla inställningar sitter hårt. Därför orsakar insjuknande i cancer alltid en kris, som till och med kan vara djupare än vad man kunde vänta sig i situationen. Alla känslor som orsakas av sjukdomen är dock normala. De uppstår av att man känner ett nära hot och en osäkerhet som är psykiskt tung, åtminstone i början innan man har hunnit få tillräckligt mycket information om sjukdomen.

Faktum är dock att cancer i dag är en sjukdom bland många andra. Den är fortfarande allvarlig, men kan allt oftare behandlas. Insjuknandet, som så många andra händelser som förändrar den normala, invanda och trygga livssituationen, får oss att stanna upp, skakar om oss och tär mycket på krafterna.

Sjukdomen och behandlingarna förändrar i allmänhet vardagslivet. Livsrytmen förändras ganska drastiskt till en början. Undersökningar, utredning om hur utbredd sjukdomen är, väntan på resultat, diskussion om olika behandlingsmetoder, beslut som gäller dem och själva behandlingen tar ofta rätt lång tid.

Den friska människans roll byts ut mot patientens. Det som händer och språket som talas på sjukhuset är främmande för de flesta. Behandlingarna kan vara



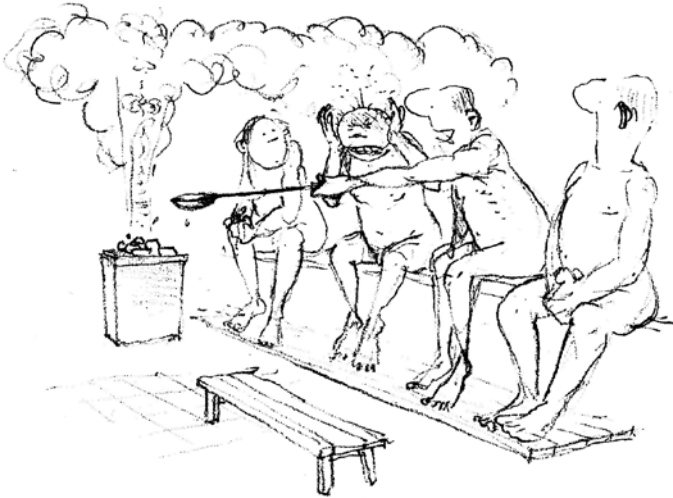
obehagliga och de kan till och med kännas förnedrande. I prostatacancer är det ju fråga om mycket intima och privata angelägenheter för en man. Undersökningarna kan ofta förknippas med skamkänslor. För läkarna och vårdpersonalen är det vardagliga saker, men för patienten kan de kännas mycket svåra.

Många män är vana vid sjukdom. Sjukhus, polikliniker och det att man är föremål för undersökningar och vård är all dagligt. De behöver inte lära sig patientrollen. För andra är upplevelsen dock helt ny och det kan kännas svårt att anpassa sig till rollen. Hälsan har kanske varit något som man tagit för givet, någonting viktigt, kanske till och med något man är stolt över, och redan det att man själv råkar drabbas av en sjukdom kan få en att känna sig besviken med sitt liv.

Efter att man fått höra sin diagnos känner man sig ofta vilsen. Man kan till och med känna ständig rädsla och ångest. Ofta upplever man också upprorskänslor och bitterhet. Varför skulle just jag insjukna? Man växlar mellan hopp och hopplöshet. Oro för framtiden och livets osäkerhet kan orsaka ångestkänslor. Det är också vanligt att man funderar mycket på vad som kan vara orsaken till sjukdomen. I samband med prostatacancer och behandlingarna får många också depression. Den kan vara stark. Ibland kan det kännas som om man hamnat i en riktig känslostorm och situationen känns främmande.

Var inte rädd för dina känslor

De ovan nämnda sinnesstämningarna, depression och stormande känslor, är mycket vanliga. Varje patient, och också de närmaste, går igenom dem på något sätt. Det är naturligt att känslorna växlar, det är något som hör till när stora förändringar sker i livet. Man behöver varken vara rädd för dem eller försöka dölja dem. Genom att behandla sina känslor och tala om dem kommer man framåt och hittar livlinan som kan dra en tillbaka upp på den stig som leder till att man klarar sig också psykiskt och socialt.



I de flesta fallen börjar situationen reda upp sig mycket snabbt när den första chocken är över. Men detta är mycket individuellt. Ju mera man får information om sin sjukdomssituation och behandlingsplanerna, desto lättare är det att anpassa sig, vilket också minskar ångesten. När resultaten blir klara, behandlingsmetoderna är valda och operationen är över eller behandlingarna börjar brukar patienterna oftast få tillbaka sin framtidstro. Livet börjar så småningom återta sin tidigare form.

Olika sätt att klara sig

Var och en av oss är en unik individ. Vars och ens livscykel och livssituation är olika. En del av oss har råkat ut för många svårigheter i sitt liv och har därigenom skapat sitt eget sätt att klara sig. Andra har inte detta färdigt, utan måste hitta sina lösningar.

En del människor är till naturen sådana att de klarar sig i olika situationer, men de flesta behöver mer eller mindre stöd av andra människor.

Det stöd man får av sina anhöriga och närmaste är för de flesta den naturligaste och avgörande lösningen. I den här situationen behövs en förmåga att lyssna till varandra och förstå varandras känslor, eftersom det kan kännas mycket svårt att tala om dem, framför allt om man inte är van vid det från förut. Alla har inte heller förmågan att diskutera med, lyssna till och stöda sina närmaste. Ofta är det också så att patienten saknar förmågan eller viljan att tala om sina känslor och att ta emot stöd. Alla människor vill helt enkelt inte dela svåra frågor med andra. Alla människor har inte heller ett sådant nätverk av närstående människor som skulle kunna vara till hjälp

Det är också viktigt att komma ihåg att alla familjemedlemmar upplever sjukdomen olika och försöker klara av situationen på sitt sätt. Man ska respektera varandras rätt till sina känslor, ge var och en möjlighet att vara i fred och vara närvarande när det är tid för det.

Vänner som stöd

Vänner och bekanta är alltid viktiga, men framför allt då man behöver någon som lyssnar eller ger stöd. Om man inte har någon familj eller om man inte får eller vill ta emot stöd av familjen, eller om man vill ha stöd utöver det som familjen ger, lönar det sig att vända sig till sina vänner. Av olika orsaker är det ofta lättare att tala med någon som inte står en så nära. Vännerna har ofta mycket livserfarenheter och visdom samt vilja att dela med sig av dem. Det krävs bara att man tar mod till sig och startar en öppen diskussion.

Ofta är det också så att människor helt enkelt inte vet hur man ska prata eller bete sig när man träffar patienten. Som om de skulle behöva bygga upp en helt ny roll för det. Det kan hända att de drar sig för att ta kontakt eller att samtalet känns svårt och konstlat när man träffas. De kan till och med säga något som känns plumpt eller sårande. Orsaken till detta är oftast okunskap och ångest, och då är det den insjuknade som har lösningen. I sådana

situationer har patienten själv nyckeln till lösningen. Om vännerna eller bekanta inte ringer, kan man ringa upp dem själv. Om samtalet känns konstlat kan man säga att du kan prata precis som förut med mig. Det kan också vara bra att reda ut frågor som gäller sjukdomen för att "få undan dem", och därefter återgå till gamla rutiner och sätt. Humor är också ett bra sätt. De flesta brukar dock kunna ta situationen som någonting helt naturligt, utan ångest, och så att man är samma gamla kompis som förut.

Vårda din självkänsla och håll fast i vardagen

Utöver alla de andra känslorna är insjuknande ofta förknippat med att man får sämre självkänsla. Eftersom prostatacancer har ett så nära samband med manlighet och intimitet, är detta av särskilt stor betydelse. Sämre självkänsla är mycket vanligt. Man kan uppleva att man inte längre har någon fast punkt i livet eller för sig själv. Det kan kännas som om man tappar greppet om vardagen med dess invanda rutiner, sjukdomen och rädslan tar för mycket plats.

Tiden och det att saker och ting börjar gå framåt hjälper patienten att klara sig också psykiskt och socialt, framtidstron blir starkare och greppet om vardagen starkare. När den värsta krisen är över är det dags att försöka få ordning på vardagen, bygga upp självkänslan på nytt och försöka lämna sjukdomen så mycket i bakgrunden som möjligt. Det kan var och en endast göra själv.

- Försök att återgå till ditt normala vardagsliv.
- Ta ansvar för sådant som du också skött tidigare.
- Njut av sådant som du tyckte om förut.
- Lär dig att njuta också av sådant som är nytt.
- Ge dig själv mera tid.
- Rör dig utomhus och bland folk, så märker du att livet myllrar omkring dig precis som förut, att det går vidare trots allt.

- Försök motionera allt efter hur du mår. Du märker att du börjar orka mer och självkänslan förbättras. Motion ökar också aptiten och ger en lugn sömn.
- Ät hälsosam och mångsidig kost och försök hålla vikten.
- Sköt om dig själv, din hygien och ditt yttre, så känner du dig säkrare när du ska ut bland andra.
- Upprätthåll vänskapsförhållanden och fritidsintressen. Ge inte upp och isolera dig.
- Tänk varje morgon på vad för gott du har att vänta av dagen och varje kväll på vad som var bra under dagen som gått.
- Kom ihåg humor.
- Lovorda och belöna dig själv när du har uppnått något, varit ute på motionsrunda, tagit kontakt med en bekant eller vad som helst. Då kan du vara stolt över dig själv.
- Respektera dig själv, då är det också lättare för andra att göra det.

Vänd dig till en expert i tid

Det är typiskt för finländska män att försöka undvika att be om hjälp. Ibland är det bara så att man måste erkänna att man inte orkar själv längre. Skulle det vara dags att söka hjälp?

Alla patienter har rätt att få information om sin situation, behandlingsalternativen och hur de inverkar. Information och delaktighet hjälper patienten att klara sig. Det är en del av läkarnas och vårdpersonalens arbete att svara ärligt och klart på frågor som patienten ställer. Därför lönar det sig fråga om allt som man funderar på, också sådant som kan kännas pinsamt. Det är bra om man har sin partner med på mottagningen, för två personer kommer ihåg svaren bättre än en och partnern kan också ha egna frågor.

Inom hälsovården finns många olika yrkesgrupper som man vid behov kan få hjälp av. Socialarbetare, fysioterapeut, näringsterapeut, sjukhusteolog, psykolog, uroterapeut, sexualrådgivare osv. Vid behov ger den behandlande läkaren remiss till dem. Det är ingenting att skämmas över och inte heller något tecken på svaghet att man söker hjälp, utan däremot mycket klokt. Var och en av oss behöver någon gång olika lösningar på praktiska problem eller för att klara oss psykiskt.

Prostatacancer och sexualitet

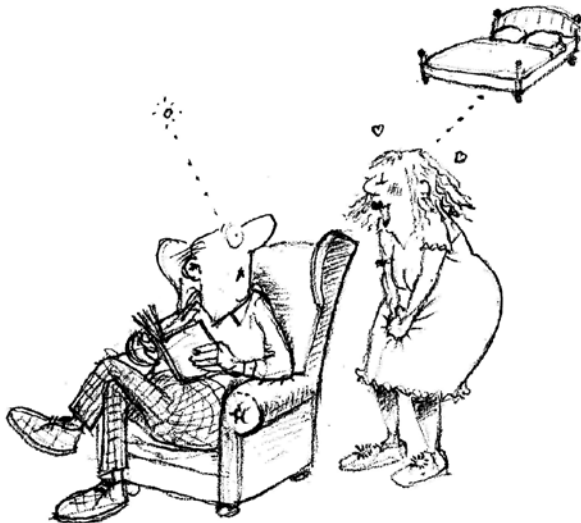
Mannen lever ut sin manlighet på många olika sätt: i inställningen till sin egen kropp, personligheten, den uppfostran han fått, livserfarenhet, livssituation, parrelation, ensamhet samt de olika önskemål och förväntningar, glädje, sorg och besvikelser som berör mannens liv. I sexualiteten betonas det individuella ytterligare och den betyder olika saker för var och en; känslor, erfarenheter och värderingar.

Det att mannen insjuknar i prostatacancer samt behandlingarna ställer honom inför en ny situation också i sitt liv som man. Han blir tvungen att fundera på sin manlighet på ett nytt, ganska drastiskt sätt. Alla som insjuknar i prostatacancer ställs inför den här frågan på någon nivå. Olika män upplever sjukdomens hot mot sin manlighet på olika sätt. För en del är situationen svår, andra tycker inte att det är något problem alls. På detta inverkar naturligtvis mannens ålder, livssituation, parförhållande eller avsaknaden av ett förhållande samt inställningen till sexualitet och sex före insjuknandet.

Prostatacancerpatienternas medelålder är hög. Åldern och andra sjukdomar kan ha lett till att den sexuella aktiviteten minskat eller slutat redan före insjuknandet, men lika väl har mannen kunnat vara sexuellt aktiv upp till hög ålder. Allt oftare insjuknar också yngre män i pro-

statacancer. Därför är det viktigt att patienten själv kan avgöra om frågor som gäller sexlivet och erektionsförmågan är viktiga för honom.

Cancer i sexualorganen kan kännas oroande. Behandlingsåtgärderna och medicineringen skrämmer. Hur blir det med min manlighet? Är jag fortfarande en man? Kan jag fortfarande älska, känna och ge min partner njutning? Vad betyder den sexuella förmågan för mig och vad innebär det att eventuellt förlora den? Många olika tankar far genom huvudet, ofta under en rätt lång tid. Det är inte alltid lätt att tala om sexualitet och manlighet om man inte är van vid det från tidigare. I ett tidigt skede av sjukdomen behöver man ofta alla sina krafter för att komma igenom situationen. Frågor som gäller det sexuella upplevs inte vara de viktigaste, men med tiden hittar mannen också resurser att fundera sin manlighet och sexuella jagbild. Då är det viktigt att få svar på sina frågor. Oron för om erektionsförmågan bevaras är – visserligen med individuell variation – närvarande på någon nivå ända från början. Den betonar framför



allt när man väljer mellan olika behandlingsalternativ. Mannen har rätt att få ärlig information om de olika alternativen och hur de inverkar på erektionsförmågan och andra manliga attribut och att vara delaktig i beslutet enligt sina värderingar.

Ingen lust

I svåra och underliga livssituationer brukar den sexuella lusten minska. Det är ett vanligt och helt naturligt fenomen, och största delen av alla prostatacancerpatienter möter det här problemet. Ångest och oro för att göra sig löjlig kan också leda till att den sexuella lusten uteblir.

Men det är bra att komma ihåg att även om mannen inte skulle vara intresserad av att ha sex, kan en annan människas närhet, värme och känslan av hudkontakt ändå vara viktiga för honom. Alltför ofta leder den minskade lusten till sex också till att ömhetsbetygelserna minskar, till och med tar slut helt.

Mannen kanske tror att hans partner förväntar sig samlag, men ofta är det så att ömhetens betydelse till och med är större för den andra, och att slå vakt om ömheten är viktigt för båda parterna i en parrelation. Det lönar sig att prata om saken och rätta till eventuella missförstånd.

Erektionsstörningar

Erektionsstörningar är mycket vanliga hos alla män och de förekommer allt oftare med stigande ålder. Orsakerna kan vara mycket olika. Med erektionstörningar avses en situation då mannens erektion inte är tillräckligt stark eller han inte får erektion alls.

Den kris och ångestkänslorna som sjukdomen leder till kan orsaka **övergående erektionsstörningar**, även om inga fysiska hinder för erektionen kan fastställas. Men det kan leda till att man blir orolig och känner skam. Ofta kan situationen lösas genom att man pratar öppet med sin partner och/eller den behandlande läkaren.



Man kan också minska på prestationsångesten genom att paret bestämmer sig för att inte ens försöka ha samlag, utan att man ser tiden an. Men man ska inte undvika ömhet och närhet. När mannen inte längre upplever någon prestationspress brukar erektionsförmågan återkomma av sig själv. Ibland kan kortvarig användning av någon form av potensmediciner vara till hjälp. De gör att mannen åter kan lita på sin erektionsförmåga och situationen rättas till.

Bestående erektionsstörningar kan uppstå om nerverna som leder till sexualorganen skadas i samband med att prostatan opereras bort, även om operationsteknikerna har utvecklats och man försöker lämna nervknippena orörda. Nervskador kan också läkas ibland, men det tar lång tid, upp till ett år, innan erektionsförmågan återställs.

Strålbehandling orsakar också ofta erektionsstörningar efterhand. Förutom nervskador kan orsaken då vara ärrbildning i svällkropparna.

Hormonbehandling som förhindrar bildningen av manligt könshormon leder också med några få undantag till impotens. I samband med den förekommer oftast s.k. minskad libido, som leder till att mannen utöver att han blir impotent inte heller känner lust.

Impotens, om den så är bestående eller övergående, är alltid någon form av kris för en man. Hur svår situationen är beror naturligtvis på vad den sexuella förmågan betyder för mannen och hans parrelation. Impotens är ofta förknippat med ångestkänslor och depression. Mannen upplever att hela hans manlighet står på spel. Han kan också vara rädd för och fundera över hur hans partner ska reagera. För att mannen ska klara av detta psykiskt krävs att han behandlar sina känslor, sin sorg och känslan av att ha förlorat något.

Erektionsstörningar kan behandlas

Erektionsstörningar kan **behandlas med tabletter**; det finns tabletter med både kort och lång verkningstid. De långtidverkande tablettorna kan tas dagligen, så att effekten är kontinuerlig. Men potensmedicin har även biverkningar, och därför ska mannens hälsotillstånd och eventuella andra sjukdomar alltid beaktas.

Om medicineringen med tabletter inte fungerar eller om den inte kan användas på grund av risker eller biverkningar, kan medicinen doseras lokalt som injektion. Potensmedicinen kan ges som **injektion** i svällkropparna i penis eller med en pipett i **urinröret**. *Alla potensmediciner är receptbelagda.*

I vissa fall kan en undertryckspump användas.

Om ingenting annat hjälper kan en penisprotes, som inte syns utanpå, installeras under operation. Den fylls och töms med en pump i ena testikeln. Med hjälp av protesen styvnar penis tillräckligt för samlag.

Hjälp och råd vid erektionsstörningar kan man få till exempel av urologen i samband med poliklinikbesöken, den behandlande läkaren eller en läkare på hälsovårdsstationen. Inom den privata hälsovården finns urologer som är specialiserade på behandling av erektionsstörningar.

Att ta ut och använda potensmedicin är inte någon lätt sak för en man. Det behövs oftast lång tid innan han är redo att ens tänka på det alternativet. Det är också viktigt att det är mannen själv som tar initiativet, att det inte sker på grund av påtryckning från partners sida. Med tiden vänjer han sig vid tanken och vid att använda medicinen och det blir en naturlig del av sexlivet.



Parrelationen

En sjukdom inverkar alltid på parrelationen. Särskilt i fall då sjukdomen drabbar sådana delar av kroppen som har ett så nära samband med sexualitet som vid prostatacancer. Paret ställs inför många olika frågor och problemsituationer, både i vardagslivet och inom sin parrelation.

I bästa fall kan sjukdomen fördjupa relationen och föra paret närmare varandra. I en bra parrelation är parterna vana vid att diskutera med, stöda och förstå varandra, men den kan också vara en stötesten och något som får paret att glida ifrån varandra. Det är mycket vanligt att man inte kan prata om svåra frågor ens med den som står en närmast. Patienten kan vara svartsjuk på att hans partner är frisk och försöka att också binda partnern till sjukdomen och hindra personen från att leva sitt eget liv, t.ex. från att ägna sig åt sina fritidsintressen. Impotens, och att man känner sig illa till mods som följd av det, kan också göra att patienten blir svartsjuk på sin partner.

En förutsättning för att parrelationen ska bestå är att båda parterna också har rätt att vara individer. Båda två har rätt till sina känslor och sitt sätt att hantera dem. Å andra sidan behövs också en känsla av gemenskap, kärlek och viljan att klara av situationen tillsammans och att dela saker och ting. Men viktigast av allt är dock att man kan prata om känslor, också svåra känslor.

Om man inte tycks hitta någon lösning själv lönar det sig att söka hjälp innan man hinner göra den andra illa och förstöra för mycket. Ett bra sätt att reda ut situationen är att prata med nära vänner, antingen gemensamma eller båda parternas egna vänner. Många människor har livserfarenheter som de har lärt sig av och som de nu kan förmedla vidare.

Men alla har inte någon partner – antingen av egen vilja eller ofrivilligt. Singlar har ofta ett tätt socialt nätverk som bär och hjälper en framåt, en del känner sig mycket

ensamma och önskar att de kunde hitta någon. Känslan av ensamhet brukar öka vid sjukdom, vilket också höjer tröskeln för att bekanta sig med nya människor. Ensamheten kan leda till isolering och försämrad livskvalitet. De kan till och med inverka på hur man klarar av sjukdomen eller lyckas leva med den.

I sådana situationer krävs mod att ge sig ut bland folk, tro på sig själv och sin framtid. Mannen måste lita på att han fortfarande är samma unika man som hittills. En cancersjukdom förändrar inte människan till någon annan och den här inget hinder för nya relationer. Om de egna krafterna tryter kan man tala om saken med den behandlande läkaren och vårdpersonalen. De lyssnar, ger råd och anvisningar om hur man kan söka hjälp.

Information och stöd av andra patienter

Patientguider

Föreningen Cancerpatienterna i Finland producerar och upprätthåller ett urval av patientguider. Patientguider finns både i tryckt form och elektroniskt. Nya patientguider produceras varje år och de är gratis för patienter.

Följande patientguider som är nyttiga för prostatacancerpatienter har översatts till svenska och finns i elektronisk form på vår webbplats:

Råd till dig som får läkemedesbehandling

Handbok i överlevnad

Handbok för cancerpatientens anhöriga

Cancerpatientens sociala förmåner i ett nötskal

Patientguiderna kan läsas och skrivas ut från webbsidan **www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat**. Tryckta patientguider kan beställas på nummer 044 053 3211 eller per e-post **potilaat@syopapotilaat.fi**.

Internet

Mera information om Cancerorganisationernas tjänster finns på webbplatsen www.cancer.fi.

Sakkunniga (Cancerorganisationerna) Ta kontakt med den kostnadsfria telefonrådgivningen

Ring: 0800 19 414

E-post: neuvonta@cancer.fi

Samtal: neuvontahoitaja.fi

Måndagar kl. 10–18 och från tisdag till fredag kl. 10–15.

Finlands prostatacancerförening rf, Propo

Föreningen är en riksomfattande organisation, som har som syfte att öka informationen om prostatacancer och frågor i anslutning till sjukdomen. Föreningen fungerar som band mellan patienter som insjuknat i prostatacancer. Verksamheten omfattar information, kurser och olika tillställningar för prostatacancerpatienter och deras närmaste.

Kontaktinformation

Finlands prostatacancerförening rf, Propo

Utterhällsstranden 2

00180 Helsingfors

tfn 041 501 4176

Webbplats: www.propo.fi

Regionala cancerföreningar

De regionala cancerföreningarna har rådgivningsstationer där man får stöd och information gratis, antingen genom att ringa eller besöka stationen.

Rådgivningsstationerna ordnar samtalsgrupper för prostatacancerpatienter och förmedlar utbildade stödpersoner.

På rådgivningsstationerna får man information om olika former av stöd för rehabilitering, såsom till exempel rehabiliteringskurser. Ta kontakt med den regionala cancerföreningen på ditt område. Kontaktinformation finns på sid. 40.

Ordlista

androgener	manliga könshormoner
antiandrogener	läkemedel som dämpar eller förhindrar påverkan av androgener
antimetikum	medel mot illamående
anuri	nästan helt upphävd urinutsöndring
anus	ändtarmens öppning
ascites	ökad mängd vätska i bukhålan
benign	godartad (tumör)
biopsi	tagning av provbit
BPH	benign prostatic hyperplasia dvs. godartad förstoring av prostata
cystitis	inflammation i urinblåsan, blåskatarr, cystit
cystoskop	instrument med vilket urinrörets och urinblåsans inre kan betraktas
diagnos	fastställande av sjukdomens art
dysuri	smärtor vid urinering eller svårighet att tömma urinblåsan
epididymis	bitestikel, där sperman är före utlösning
etiologi	sjukdomsorsak
dottertumör	tumör utanför den ursprungliga tumören - sekundärtumör, metastas
fibros	bindvävsökning (på ärr)
fryssnitt	mikroskopisk undersökning av ett snabbt nedfruset vävnadssnitt taget under en operation. På basis av undersökningen fattas beslut om hur man går vidare med operationen
gynekomasti	förstoring av bröstkörtlarna hos män
hematuri	blod i urinen
hyperplasi	vävnadsökning på grund av numerär cellnybildning
hypertrofi	organförstoring (utan nybildning av celler)
infiltration	cancern sprider sig genom att tränga in i omkringliggande friska vävnader
inoperabel	cancertumör som inte kan opereras
kastrering	operation av testiklarna som behandling vid prostatacancer som spridit sig
kurativ	botande behandling
malign	elakartad (tumör)
metastas	tumör utanför den ursprungliga tumören - sekundärtumör, dottertumör

nokturi	behov att kasta vatten under normal nattsömn
onkolog	läkare som har specialiserat sig på cancersjukdomar
operation	kirurgiskt ingrepp
orkektomi	operativt avlägsnande av en testikel el. båda
PAD	patologisk anatomisk diagnos, som patologen ger för vävnadsprov som undersökts
palliativ	symptomlindrande behandling, när sjukdomen inte kan botas
patolog	läkare som är specialiserad på att undersöka och tolka vävnadsprover och provbitar
perineum	partiet mellan de yttre könsdelarna och ändtarmsöppningen, mellangården
preoperativ	något som händer före operationen
primärtumör	den tumör som först uppstått och varifrån dottertumörer (metastaser) härstammar
prognos	bedömning av en sjukdoms förlopp
prostata	blåshalskörtel
prostatektomi	operativt avlägsnande av prostata
prostatitis	prostatainflammation, prostatit
radikal	behandling med vilken tumören avlägsnas eller förstörs helt
rektum	ändtarmen
recidiv	återfall, tumören återkommer
sekundärtumör	tumör utanför den ursprungliga tumören - dottertumör, metastas
sperma	sädesvätska
testis	manlig könskörtel, testikel
testosteron	manligt könshormon
TURP	kirurgiskt ingrepp med vilket urinröret öppnas, om det blivit för trångt på grund av prostataförstoring, "hyvling"
uremi	ansamling av slaggprodukter i blodet till följd av sviktande njurfunktion, urinförgiftning
ureter	kanal som leder urinet från njurarna till urinblåsan, urinledare
uretra	kanal som leder från urinblåsan till penis mynning, urinrör
urolog	läkare som är specialiserad på urinvägarnas sjukdomar
östrogener	kvinnliga könshormoner

Kontaktinformation

**Suomen Syöpäpotilaat –
Cancerpatienterna i Finland ry**
Malmbågen 5
00700 Helsingfors
tfn 044 053 3211
www.syopapotilaat.fi
potilaat@syopapotilaat.fi

Syöpäyhteys – Cancerkontakt
– hjälpande telefon
0800 19414
må kl. 10–18
ti–fr kl. 10–15
neuvonta@cancer.fi

Södra Finlands Cancerförening
Elisabetsgatan 21 B 15
00170 Helsingfors
tfn 09 696 2110
www.etela-suomensyopayhdistys.fi
etela-suomi@essy.fi

Keski-Suomen Syöpäyhdistys ry
Gummeruksenkatu 9 B
40100 Jyväskylä
tfn 014 333 0220
www.kessy.fi
syopayhdistys@kessy.fi

Kymenlaakson Syöpäyhdistys ry
Kotkankatu 16 B
48100 Kotka
tfn 05 229 6240
www.kymsy.fi
toimisto@kymsy.fi

**Lounais-Suomen Syöpäyhdistys –
Sydvästra Finlands Cancerförening ry**
Seitskärgatan 35
20900 Åbo
tfn 02 265 7666
www.lssy.fi
meri-karina@lssy.fi

Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry
Hämeenkatu 5 A
33101 Tampere
tfn 03 249 9111
www.pirkanmaansyopayhdistys.fi
toimisto@pirkanmaansyopayhdistys.fi

**Pohjanmaan Syöpäyhdistys –
Österbottens Cancerförening ry**
Rådhusgatan 13
65100 Vasa
tfn 010 8436 000
www.pohjanmaancancer.fi
info@pohjanmaancancer.fi

Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys ry
Karjalankatu 4 A 1
80200 Joensuu
tfn 013 227 600
www.pohjois-karjalansyopayhdistys.fi

Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry
Kuninkaankatu 23 B
70100 Kuopio
tfn 017 580 1801
www.pohjois-savonsyopayhdistys.fi
toimisto@pohjois-savonsyopayhdistys.fi

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry
Rautatienkatu 22 B
90100 Oulu
tfn 0400 944 263
www.pssy.org
syopayhdistys@pssy.org

Saimaan Syöpäyhdistys ry
Maakuntagalleria
Kauppakatu 40 D
53100 Lappeenranta
tfn 05 451 3770
www.saimaansyopayhdistys.fi
saimaa@sasy.fi

Satakunnan Syöpäyhdistys ry
Yrjönkatu 2
28100 Pori
tfn 02 630 5750
www.satakunnansyopayhdistys.fi
toimisto@satakunnansyopayhdistys.fi

Ålands Cancerförening rf
Nyfahlers
Skarpansvägen 30
22100 Mariehamn
tfn 018 22 419
www.cancer.ax
info@cancer.ax

**Suomen eturauhassyöpäyhdistys ry –
Finlands Prostatacancerförening rf**
Utterhällsstranden 2
00180 Helsingfors
tfn 041 501 4176
www.propo.fi
irma.lehtimaja@propo.fi



Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland ry

Malmstågen 5, 00700 Helsingfors, www.syopapotilaat.fi

Produktionsstöd för handboken har fått av:

SANOFI ONCOLOGY 

AstraZeneca 

janssen 