

Af: Asger Dalmose, praktiserende læge - asger.dalmose@dadlnet.dk

Ja tak til opportunistisk screening med PSA

Først en tak til Bolette Friderichsen for formandsberetningen, som blev rundsendt til os den 5. oktober. Ligeledes tak til hende for, at hun har påtaget sig formandshvervet. Med hende har DSAM fået den rette person på formandsposten.

I formandsberetningen er der desværre et afsnit der – i mine øjne – er helt i skoven: afsnittet om opportunistisk screening for prostatakræft. Konklusionerne er forfejlede og ikke noget, som DSAM-medlemmer bør følge. Tværtimod vil jeg anbefale, at vi vedkender os, at vi er vores patienters gode støtter. Så når de beder om at få målt deres PSA, bør vi som udgangspunkt komme deres ønske i møde og bestille denne prøve. Navnlig hvis de er over 50 år, men jeg har da taget en PSA på en 32-årig, der var voldsomt urolig for prostatakræft. Selv om han i sagens natur på grund af sin alder ikke var dækket af gældende anbefalinger.

Hvorfor skal vi nu tage en PSA på anmodning? Fordi den, der spørger, naturligvis har gjort sig nogle tanker og har en uro – stor eller lille – ligesom når vores patienter ønsker at kende deres sukkersygetal eller deres kolesteroltal. Fordi PSA er en blodprøve ligesom alle andre, og prostatakræft er en kræftform ligesom alle andre.

Enhver prøve rummer nogle muligheder for tolkning og for – heldigvis i meget få tilfælde – naturligt at lede til flere undersøgelser og muligvis behandlinger. Der adskiller PSA sig ikke fra andre prøver.

Desuden ved vi, at mænd er knapt så gode til at gå til lægen som kvinder. Når de så endelig henvender sig, har vi som deres læge et ansvar for at komme dem i møde, så de forhåbentlig fremover bliver bedre til at opsøge lægen ved tvivl og uro. Snakker vi dem bort fra deres oprindelige ønske – eller endnu værre – nægter dem en PSA, er risikoen, at vi mister en mulighed for at bedre kontakten til dem, og at vi undergraver deres tillid i læge-patient-forholdet.

Der er ikke solidt belæg for at fraråde opportunistisk screening. Den sparsomme videnskab, der er på det område, har typisk evidensniveau C: "Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt".

Helt jammerligt er afsnittet, hvor der anbefales rektal eksploration. Der er ingen god evidens for værdien af denne undersøgelse. Enhver der står i den lægelige ende af undersøgelsen ved, at man i bedste fald kan sige noget om en tredjedel af prostata ved undersøgelsen. Hvem vil bestille et røntgenbillede af en tredjedel af lungerne eller en koloskopi af den distale tredjedel af kolon? Og så lade det være tilstrækkeligt grundlag for en klinisk beslutning? Den går ikke. Der er to retvisende konklusioner ved rektal eksploration: "malignsuspekt" ved et positivt fund eller "inkonklusiv", hvis der ikke er positive fund. Rektal eksploration har rudimentær og rituel værdi, og den er direkte vildledende som klinisk redskab, hvis man lader undersøgelsen stå alene.

Afslutningsvis vil jeg her opfordre til, at vi anerkender vores plads i sundhedsvæsenet og naturligvis som almenpraktikere sammen med patienten kan følge en anden vej, end den retningslinjer lægger op til. En almenpraktiker må gerne være uenig med en hospitalsansat speciallæge. Navnlig i dette tilfælde, hvor der er så stor mulig sundhedspædagogisk gevinst ved at gøre det almenmedicinsk rigtige og så spinkel videnskabelig begrundelse for at lade være. //