

Karlskrona Läkareförenings 1364:e ordinarie sammanträde å Sjöofficersmässens lokaler den 27 januari 2011.

1. Ordförande John Johnsen förklarade mötet öppnat och hälsade välkommen.
2. Föregående mötesprotokoll upplästes och godkändes.
3. Skattmästare Thomas Olson gick igenom bokslutet för 2010. Medlemsavgifter för 2011 fastställdes till oförändrade belopp, d.v.s. 100 kronor för avsides bosatta och pensionärer, övriga 200 kronor.
4. 2010 års revisionsberättelse godkändes efter presentation av Lars-Göran Lundgren.
5. Ordförande John förklarade sina målsättningar med året, där förstås att slå föregångare Eitrens medlemsrekord dök upp, men framför allt att ordna ett program med intresse och igenkänning för alla.
6. Som start på urologåret i KLF hade vi kvällen till ära Jan-Erik Damber, verksam som professor vid Sahlgrenska, på besök. Han återvände i och med detta till staden för sitt första underläkarvik, dock tveksam till sina gärningar på klinfys sommaren 1972. Eftersom Jan-Erik enligt utsago är bäst i landet på den vanligaste cancerformen respektive cancerrelaterade dödsorsaken hos svenska män - prostatacancer - var detta lämpligt nog ämnet för hans föreläsning.

PSA som diagnostiskt instrument nådde Sverige 1990. Provet tillsammans med en äldre befolkning har gjort att diagnostisering av prostatacancer ökat, och nådde sin topp 2005. Många fall utgörs av den form där ingen tumör kan palperas men ett PSA avslöjar. Hälften av svenska män mellan 50-70 år har tagit provet och screening, som länge varit omdiskuterat, riskerar såväl överdiagnostik som överbehandling. Provet ska i möjligaste mån användas förnuftigt, med noggrann information, individuellt ställningstagande och på rätt indikation. Bedömningen är att PSA sannolikt kommer leva kvar då det idag inte finns något bättre alternativ, ej heller för screening.

De behandlingsalternativ som står till buds måste ställas i relation till visserligen få, men bestående och livskvalitetssänkande biverkningar. Det vore önskvärt att bättre kunna sortera mellan tumörers farlighetsgrad än vad som är möjligt med dagens instrument. Förloppet är dock ofta långsamt progredierande och processen lokal. I arsenalen av åtgärder ses aktiv monitorering, prostatektomi, extern strålning, brakyterapi, hormonella behandlingar och cytostatika. Avseende radikala prostatektomier har lyckligtvis mycket hänt sedan den första på 1800-talet. Vad gäller metoder, d.v.s. robotkirurgi kontra öppen retropubisk kontra laparoskopisk, vet man inte vilken som är bäst och mest effektiv men det var nog många i lokalen som blev lyckliga över att höra orden "kirurgen är viktig"! Operatörens fallenhet och erfarenhet spelar sannolikt större roll än valet av metod. Över

70 % av de som opereras botas, men Jan-Erik konstaterar att varken kniven eller strålning är potenshöjande samt inte sällan ger inkontinens.

Vi fick även en genomgång av hormonella behandlingar för kastration, som används vid primär metastasering, lokalt avancerad sjukdom samt återfall efter kirurgi och strålning. Bland biverkningar här ses mycket som påminner om det kvinnliga klimakteriet.

Fruktat slutsteg i sjukdomen är så kallad kastrationsresistens, när cancercellerna på egen hand och på olika sätt börjar producera testosteron. Det är här de ”smarta molekylerna” som utlovats kommer in i bilden och vi får en repetition av biokemi och steroidsyntes, där cytostatikan går in och stör.

Vid protokollet

Linda Thörn, sekreterare i KLF 2011.