Prostatakreft

Sophie D. Fosså, Viktor Berge og Alv A. Dahl

PROSTATAKREFT

– en håndbok for pasienter og pårørende

CAPPELEN DAMM AKADEMISK

© CAPPELEN DAMM AS 2018

ISBN e-bok: 978-82-02-63098-0

ISBN trykt bok: 978-82-02-60716-6
1. utgave, 1. opplag 2018

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Cappelen Damm AS er enhver eksemplarfremstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Illustrasjoner: Una Ryg
Foto: Ljiljana Vlatkovic, Oslo universitetssykehus (figur 4.5),
Per Marius Didriksen, Oslo universitetssykehus (figur 5.3 og 5.5)
Omslagsdesign: Krible/Ingrid Vaterland
Sats: Bøk Oslo AS
Trykk og innbinding: Livonia Print SIA, Latvia 2018

www.cda.no
akademisk@cappelendamm.no

Innhold

Forord 11

DEL I MEDISINSKE FORHOLD 13

1 Generelt om kreft 15
Hva er kreft? 15
Diagnostikk 17
Behandling 17
Oppfølging 20
Effekt av behandlingen 20
Bivirkninger/seneffekter 21
Litteratur 22

2 Prostatakreft – generelle forhold 23
Lokalisasjon, oppbygning og funksjon av prostatakjertelen 23
Statistikk 25
Forebygging 25
Veksthastighet (aggressivitet) 25
Spredning 26
Symptomer 26
PSA-testen 26
Risikogrupper 27
Behandling 27
Pasientmedvirkning 27
Litteratur 28

3 Tidlig diagnose og PSA-testing 29
PSA-testen 29
Fingerprøven 31
Henvisning til urolog 32
PSA-screening 32
PSA-testing i familier med hyppig prostatakreft 33
Litteratur 35

4 Diagnostikk, utredning og risikovurdering 37
Fra mistanke til påvisning 37
Spredning til lymfeknutene i bekkenet 45
Fjernspredning 46

Utbredelsen av prostatakreft: TNM-klassifikasjon 47
Pakkeforløp..... 48
Litteratur..... 51
5 Førstelinjebehandling 53
Generelle behandlingsprinsipper..... 53
Kurativ målsetting 54
Palliativ målsetting 55
Hormonbehandling..... 55
Spesifikke former for førstelinjebehandling..... 58
Kirurgi – Radikal prostatektomi 58
Kirurgi – HIFU-behandling 60
Strålebehandling..... 61
Definitiv utvendig strålebehandling med eller uten hormoner..... 61
Utvendig strålebehandling kombinert med innvendig stråling (brakyterapi) 63
Adjuvant strålebehandling..... 64
Aktiv overvåkning 64
Medikamentell behandling..... 66
Palliativ strålebehandling..... 67
Symptomrettet behandling..... 68
Litteratur..... 69
6 Behandling av tilbakefall..... 71
Etter prostatektomi/strålebehandling..... 71
Generelt..... 71
Diagnose..... 72
Behandling..... 73
Ny sykdomsaktivitet under pågående kastrasjonsbehandling ... 74
Generelt..... 74
Aktuelle medikamenter i 2018..... 76
Veien videre..... 78
Litteratur..... 79
7 Bivirkninger og livskvalitet etter behandling..... 81
Generelt 81
Radikal prostatektomi..... 83
Strålebehandling..... 88
Systemisk behandling..... 90
Helserelatert livskvalitet..... 92
Litteratur..... 94

8 Oppfølging 97
Etter prostatektomi 98
Etter strålebehandling 99
Under «aktiv overvåkning» 100
Under symptomstyrt behandling 101
Under kastrasjonsbehandling 101

DEL II PSYKOLOGI, MASKULINITET, SEKSUALITET, LIVSSTIL OG ARBEIDSLIV 105

9 Psykologiske utfordringer ved prostatakreft 107
Kreftens utfordringer 109
Å fortelle eller ikke – og til hvem? 111
Mestring 112
Å ta viktige avgjørelser 113
Litteratur 114
10 Sårbarhet og psykiske reaksjoner 115
Biologisk 115
Samsykdommer (komorbiditet) 115
Psykologisk 116
Høy nevrotisisme 116
Liten toleranse for usikkerhet 116
Sosialt 117
Kulturelt 117
Motstandskraft (resiliens) 118
Psykisk plage og psykiske lidelser 118
Belastningsutløste psykiske lidelser 119
Tilpasningsforstyrrelser 121
Angst for progresjon og tilbakefall (APT) 121
Litteratur 123
11 Andre psykiske forhold på godt og vondt 125
Vedvarende trettbarhet 125
Vedvarende søvnløshet (insomni) 126
Kognitive problemer 128
Posttraumatisk vekst og «å finne fordeler» 129
Litteratur 131
12 Mandighet og seksualitet 133
Mandighet (maskulinitet) 133

Seksualitet generelt 135
Seksualitet i befolkningen 135
Holdninger hos helsepersonell 139
Sex hos eldre 140
Litteratur 141
13 Ereksjon og ereksjonssvikt 143
Ereksjonsmekanismen 143
Ereksjonssvikt 145
Psykiske reaksjoner på ereksjonssvikt 146
Penisrehabilitering 148
Å søke hjelp for ereksjonssvikt 151
Litteratur 152
14 Partneren, parforholdet og seksualrådgivning/terapi 153
Partnerens synspunkter og parforholdet 153
Homofile og bifile par 156
Forståelse av seksuelle problemer 156
Seksualrådgivning 157
Parterapi 158
Litteratur 158
15 Livsstil og livsstilsendringer 161
Fedme 161
Fysisk aktivitet 161
Kosthold 162
Alkoholreduksjon 163
Røykeslutt 163
Motivasjon for livsstilsforandring 163
Komplementær og alternativ behandling 164
Litteratur 165
16 Informasjon, hjelp, støtte og tilfredshet 167
Betydningen av informasjon 167
Selvhjelp 168
Lærings- og mestringssentre 169
Å fremme egenomsorg 169
Tilbud på internett og mobilapper 170
Pasienttilfredshet 171
Litteratur 172
17 Arbeidsliv og økonomi 173
Hva er arbeidsevne? 173
Sykmelding 174
Uføretrygd 175
Litteratur 175

DEL III PASIENTERFARINGER OG REFLEKSJONER 177

18 Pasienterfaringer og refleksjoner 179
Kreft og metaforer 180
Anbefalt litteratur 181
Litteratur 189

Informasjon om Prostatakreftforeningen – PROFO 191
Ordforklaringer 197

Forord

Med ca. 5000 nye tilfeller hvert år er prostatakreft den hyppigst forekommende kreftformen i Norge. Ved slutten av 2016 levde mer enn 40 000 norske menn med denne diagnosen, de fleste av dem med god livskvalitet – til tross for seneffekter hos en betydelig andel. Behandlingen av prostatakreft har prinsipielt vært uforandret de siste 60 årene frem til år 2000. Fra årtusenskiftet er det utviklet en rekke nye terapiformer som både kan øke overlevelsen og bidra til god livskvalitet.

Moderne behandling av prostatakreft bygger på at pasienten aktivt deltar i valgene angående diagnostikk, behandling og oppfølging. Det forutsetter at pasienten, og helst også hans eventuelle partner, har innsikt i sykdommens natur og de psykiske reaksjonene som kan komme ved diagnosetidspunktet og i det videre forløpet. Pasienten bør være informert om behandlingsalternativene med tanke på virkemåte, målsetting og eventuelle seneffekter.

Overraskende for oss forfattere har det hittil ikke eksistert noen bok på norsk om prostatakreft som har vært beregnet på pasienter, partnere og andre pårørende. Interessant nok har vi heller ikke funnet noen slik bok på dansk eller svensk. Vi håper derfor at denne boken vil være til hjelp for disse målgruppene, når vi nå formidler kunnskap om prostatakreft og dens behandling, slik status er i Norge i 2018. Samtidig prøver vi å øke innsikten i de psykiske reaksjonene som denne kreftformen kan medføre, både hos pasienten og hans nærmeste. Det er vårt håp at slik kunnskap kan gjøre det lettere for pasientene i møte med ansatte i helsevesenet som jobber med denne kreftformen, og dermed skape et godt samarbeidsforhold. Vi håper også at kunnskapen kan være til praktisk nytte for den enkelte pasient og hans partner med konkrete råd og henvisning til artikler og internettsider.

Den rivende utviklingen innenfor feltet prostatakreft tilsier at forståelsen av prostatakreftsykdommen og dens behandling vil forandre seg vesentlig i kommende år, med nye forskningsresultater og ved at multimodal (kombinasjon av flere behandlingsmetoder) behandling i økende grad blir tatt i bruk. Derfor må nok denne boken revideres med 2–3 års mellomrom.

Forfatterne har møtt pasienter med prostatakreft i flere tiår, både i daglig klinisk arbeid og i forbindelse med internasjonale forskningsstudier. Ut fra dette mener vi at helsetilbudet til norske pasienter med prostatakreft

er fullt på høyde med det som tilbys i andre land i den vestlige verden. Vi prøver å dokumentere dette på en lett forståelig måte.

Boken hadde ikke kommet i stand uten diskusjoner med kolleger og assistanse fra forskjellige medhjelpere. Takk til *Una Ryg* som har tegnet alle figurene, til radiolog *Knut Håkon Hole* for å finne frem egnede røntgenbilder og til fotograf *Per Marius Didriksen*. Radiolog *Wolfgang Pickert* og onkolog *Stener Kvinnsland* skal ha takk for sine kommentarer. Takk også til uro- og onkologene ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet for hyppige diskusjoner under lunsjmøtene, og til konsulent *Vigdis Sandviken Opperud* for all hjelp i skriveprosessen. Vi takker også redaktør *Ingrid Eitzen* i forlaget for god hjelp.

Boken er organisert i tre hoveddeler. Onkolog Sophie D. Fosså og urolog Viktor Berge har hovedansvaret for del I, mens psykiater Alv A. Dahl har hovedansvaret for del II og III. Boken avsluttes med informasjon om Prostatakreftforeningen (PROFO) – vi takker formannen i foreningen, *Hans-Fredrik Donjem*, for dette bidraget.

Til slutt vil vi opplyse om at ingen av forfatterne har mottatt økonomisk støtte i forbindelse med utgivelsen av denne boken.

Oslo, oktober 2018
Sophie D. Fosså, Viktor Berge og Alv A. Dahl

DEL I

MEDISINSKE FORHOLD

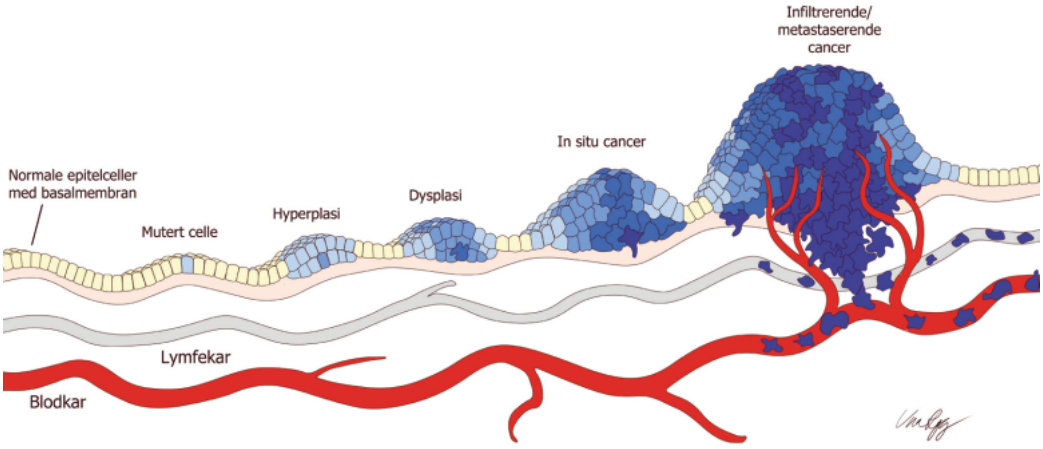
Kapittel 1

Generelt om kreft

Gjennom hele livet produseres nye celler ved at eksisterende celler deler seg. Celledelingen er underlagt kroppens reguleringsmekanismer, som styres av genene som er lokalisert i cellekjernens DNA. Egenskapene til de nye cellene overføres som genetisk materiale fra «morcellen» til «dattercellene» i form av kromosomenes to DNA-kjeder. Ved myriaden av celledelinger som foregår gjennom et langt liv, kan enkelte gener i én eller begge DNA-kjeder forandres, og dette fenomenet kalles en *mutasjon*. Kreft oppstår når det genetiske materialet i en eller begge DNA-kjedene blir forandret på grunn av én eller flere slike mutasjoner.

HVA ER KREFT?

De fleste kreftformer oppstår i *epitelet*. Epitel er cellelaget som kler en utvendig eller innvendig kroppsoverflate, eller danner kjertler. Epitelet kan ha ett eller flere lag og er avgrenset av en basalmembran (figur 1.1). En økning av antall celler (proliferasjon) fører til *hyperplasi* av epitelet dersom cellene har normalt utseende eller til *dysplasi*, hvis cellene har en avvikende form og størrelse. Hvis celler med sterkt avvikende utseende påvises uten å ha brutt gjennom basalmembranen, betegnes tilstanden som *carcinoma in situ* (CIS, «kreft på stedet»). Ingen av de nevnte celleforandringene fører til spredning så lenge de er begrenset til epitelet, men disse overfladiske forandringene kan etter behandlingen komme tilbake. Først når atypiske celler har vokst gjennom basalmembranen, foreligger det en kreftsvulst med fare for spredning gjennom blod- og lymfekar.



Figur 1.1 Utvikling av en kreftsvulst

Hos de fleste mennesker er årsakene til kreftfremkallende mutasjoner ukjente. Derfor kan vi nesten aldri med sikkerhet si hvorfor kreft er oppstått hos den enkelte pasienten. På mer generell basis tror vi at visse kjemiske miljøfaktorer øker risikoen for mutasjoner og enkelte kreftformer. Et eksempel på dette er den velkjente sammenhengen mellom røyking og lungekreft eller blærekreft. Visse virusinfeksjoner kan også fremkalle kreft. Dette er grunnen til at unge jenter nå tilbys vaksine mot humant papillomvirus, for å unngå en virusinfeksjon som kan fremkalle kreft i livmorhalsen. Videre vil risikoen for kreft generelt øke med stigende alder: 60 % av krefttilfellene diagnostiseres hos personer som er 65 år eller eldre.

I enkelte familier forekommer arvelige mutasjoner som gir en betydelig økt risiko for kreft. I slike familier er det gjerne mange nære slektninger som har fått kreft, og det er i dag i en del tilfeller mulig å teste med en blodprøve om det foreligger slike arvelige mutasjoner.

Typisk for kreft er

1. at balansen mellom cellevekst og celledød ikke lenger reguleres av kroppens vanlige forsvarsmekanismer, for eksempel immunforsvaret
2. at kreftcellene vokser ukontrollert og ikke respekterer organers naturlige grenser, som kapselen omkring et organ
3. at kreftceller transporteres med blod- og lymfebanene til andre organer der de utvikler seg til dattersvulster (metastaser)
4. at vekstmønsteret og kreftcellenes utseende avviker fra cellene i organet som svulsten oppstår i

De forskjellige kreftformene utvikler seg med ulik hastighet, og det forekommer også store individuelle forskjeller innenfor samme krefttype. Lungekreft vokser for eksempel som regel mye fortere enn prostatakreft, noe som også gjenspeiles i behovet for rask oppstart av behandling av en pasient med lungekreft så snart diagnosen er stilt. Man har som regel bedre tid med tanke på behandlingsstart etter at en mann med nydiagnostisert prostatakreft er utredet med henblikk på sykdommens utbredelse og egenskaper.

DIAGNOSTIKK

En mistanke om kreft må avkreftes eller bekreftes ved etterfølgende *diagnostikk*, som inkluderer kliniske undersøkelser, blodprøver og bildeundersøkelser som røntgen, computertomografi (CT), magnetresonanstomografi (MR), ultralyd og positronemisjonstomografi (PET). En sentral del av diagnostikken er mikroskopiundersøkelse av en vevsprøve (biopsi) eller av hele svulsten, som gjennomføres av en patolog som beskriver type av og utseende på kreftcellene og deres vekstmønster.

Ved noen (få) kreftformer kan markører («signalstoffer») i blodet understøtte diagnostikken (og den senere oppfølgingen) av pasientene under og etter behandlingen. De samlede resultatene fra alle gjennomførte undersøkelser gir informasjon om den individuelle svulstens krefttype og tumorbiologi, som antyder alvorlighetsgraden (aggressiviteten) av kreftsykdommen hos den enkelte pasient. Dette vil være retningsgivende for den videre behandlingen, sammen med egenskaper hos pasienten, som alder, samsykdommer og – ikke minst – hans eller hennes ønsker og preferanser.

BEHANDLING

Når en kreftbehandling starter, er det viktig at både legen, pasienten og pårørende er klar over hovedmålsettingen med behandlingen. Den er enten *kurativ* (helbredende) eller *palliativ* (livsforlengende og symptomlindrende). Kurativ behandling innebærer at legespesialisten mener at kreftsvulsten og/eller kreftcellene kan fjernes fullstendig. Ved palliativ behandling er det i utgangspunktet klart at man ikke kan nå dette målet. Isteden konsentrerer man seg om lindring av symptomer og best mulig livskvalitet, kombinert med lengst mulig levetid. Noen ganger viser det seg at det som i utgangspunktet var en palliativ behandling, likevel har ført til at alt svulstvev er blitt vedvarende borte, svarende til helbredelse.

I behandlingen av kreft har man i dag tre forskjellige muligheter: kirurgi, strålebehandling (radioterapi) og systemisk behandling. Man skiller også mellom lokal (kirurgi, radioterapi) og systemisk (medikamentell) behandling. Moderne kreftbehandling er ofte en kombinasjon av flere former for lokal og systemisk behandling. Ved såkalt *multimodal behandling* kan både kirurgi, cellegift og eventuelt også strålebehandling kombineres som førstelinjebehandling. Ved prostatakreft er det for eksempel i Norge vanlig å kombinere hormonbehandling med strålebehandling. Hva slags behandlingsstrategi man skal følge for den enkelte pasient, bestemmer man ofte etter at flere eksperter har diskutert alternativene i et såkalt *multidisiplinært team*-møte (MDT-møte).

Ved lokalbehandling (kirurgi eller strålebehandling) omfatter tiltakene en avgrenset kroppsdel, for eksempel munnhule, arm, ben eller underliv. Systemisk behandling virker derimot som regel gjennom blodbanen og påvirker alle kroppsdelene. Graden av påvirkning kan imidlertid variere sterkt fra organ til organ, avhengig av medikamentet som gis.

Alle kreftpasienter bør være informert om hvorvidt de får *standard (etablert)* eller *utprøvende (eksperimentell)* behandling. Kreftbehandlingen forbedres fortløpende som følge av eksperimentelle *kliniske studier* basert på forsøk i laboratoriet, på forsøksdyr og deretter eventuelt hos mennesker. Slike studier gjennomføres etter strenge vitenskapelige og etiske prinsipper og har til hensikt å kartlegge både effekten av en ny behandling og eventuelle bivirkninger.

Den første behandlingen en kreftpasient får, omtaler vi ofte som *førstelinjebehandling*. Behandlingen som gis ved tilbakefall etter senere utvikling betegner vi som *annen- eller tredjelinjebehandling*. For de enkelte kreftformene gir de nasjonale handlingsprogrammene (https://helsedirektoratet.no/kreft/nasjonale-handlingsprogrammer-for-kreft) detaljert informasjon om diagnostikk, behandling og oppfølging, først og fremst beregnet for leger og andre helsearbeidere.

Ved *kirurgisk behandling av kreft* fjerner man svulstvev, eventuelt også metastaser, med kniv, laserstråler eller høyfrekvent ultralyd. Det innebærer en risiko for skader av nerver, blodkar og naboorganer som ligger tett til svulstvevet, spesielt hvis behandlingen skal være kurativ (helbredende). Omfattende (ekstensiv) kirurgi krever at personen er frisk nok til å tåle påkjenningene med operasjonen. Stadig mer kreftkirurgi foregår i dag med den såkalte kikkhullsmetoden og eventuelt med operasjonsrobot, som generelt er mer skånsomme operasjonsmetoder enn åpne inngrep.

Strålebehandling er basert på at radioaktive stråler fører til celledød. Dette skjer i større grad i kreftsvulster enn i kroppens normalvev. Målet med strålebehandling er helbredelse (kurasjon) eller symptomlindring og livsforlengelse (palliasjon). I Norge gir vi kurativ strålebehandling som

en utvendig bestråling fra lineærakselaratorer, som innvendig bestråling (brakyterapi) generert av radioaktive isotoper, eller som en kombinasjon av begge behandlingsmåtene. Strålebehandling blir ofte kombinert med kirurgi og/eller medikamentell behandling, enten gitt på forhånd, samtidig eller etterpå. Hos pasienter med prostatakreft kombineres for eksempel ofte kurativ strålebehandling med hormonbehandling. Mengden av ekstern strålebehandling oppgis i måleenheten Gray (Gy). Ekstern strålebehandling gis som regel som daglige enkelfraksjoner av den totale stråledosen. For å oppnå maksimal stråledose ved ekstern strålebehandling til dyptliggende svulster, som prostatakreft, kombineres strålebunter fra forskjellige retninger. Det gir en høy effekt i krysningspunktet av strålene, med reduserte strålemengder i normalvevet. Datastyrte programmer gjør det mulig å fininnstille (modulere) stråleeffekten, slik at virkningen er størst i svulstvevet og minst i normalvevet. Ved brakyterapi settes radioaktive isotoper direkte inn i svulsten, noe som gir en meget høy stråleeffekt med noen få millimeters rekkevidde. Avhengig av strålekildene kan disse bli fjernet etter noen minutter, eller de kan bli liggende i pasientens kropp livet ut.

Strålebehandlingen foregår i et spesialrom med en strålebehandlingsmaskin (lineærakselerator). Pasienten ligger på et bord, og strålefeltene innstilles ut fra markeringer på pasientens kropp, som er fastlagt ved hjelp av CT- og MR-undersøkelser. Som regel varer innstilling og behandling i 10–20 minutter. Selve bestrålingen er smertefri.

Systemisk kreftbehandling er basert på medikamenter og gis som tabletter eller som injeksjoner under huden, i muskulaturen eller direkte inn i vener eller arterier. Eksempler på systemisk behandling er cellegiftbehandling (kjemoterapi), hormonbehandling, immunterapi og medikamenter som påvirker spesifikke strukturer i kreftcellene (målsøkende kreftmedisiner).

Kjemoterapi angriper DNA-kjedene i en kreftcelle direkte, slik at delingsprosessen i kreftcellene blir forstyrret og det ikke lenger lages levedyktige datterceller.

Ved *hormonbehandling* utnytter man at vekst av prostatakreft- og brystkreftceller stimuleres av henholdsvis mannens kjønnshormoner (vesentlig testosteron) og kvinnens østrogener. Hormonbehandlingen fjerner denne påvirkningen og reduserer celledelingen og dermed kreftutviklingen. *Målsøkende kreftmedisiner* motvirker spesifikke vekstfremmende strukturer som er nødvendige for ernæring og deling av en kreftcelle, mens *immunbehandling* styrker kroppens immunologiske forsvarsmekanismer rettet mot kreftcellene. Det er også utviklet systemisk behandling med radioaktive substanser som injiseres direkte inn i blodbanen.

OPPFØLGING

Oppfølging etter kreftsykdom har til hensikt å diagnostisere tilbakefall av sykdommen for å kunne tilby nødvendig behandling på riktig tidspunkt. På lengre sikt er hensikten også å erkjenne risiko og utvikling av seneffekter som kan oppstå etter en kreftbehandling. Type, hyppighet og varighet av oppfølging av den enkelte pasient er avhengig av kreftformen, behandlingen som er gitt, og sykdommens forventede forløp, basert på tidligere erfaring fra store studier. Ut fra foreliggende dokumentasjon og kunnskap kjenner kreftlegene til sannsynligheten for tilbakefall, hvor et eventuelt tilbakefall mest sannsynlig opptrer og etter hvor mange år ny sykdomsaktivitet ikke lenger forventes. Eksisterende viten bestemmer også hva slags spesialundersøkelser med røntgen, CT, MR eller PET, og hvilke blodprøver som bør foretas hos den enkelte pasient under diagnoseperioden og under oppfølgingen.

Det er en fordel at kreftpasienten eller hans/hennes pårørende får en skriftlig oppfølgingsplan, slik at pasienten selv kan følge med de forskjellige trinn og undersøkelser i oppfølgingen. Ikke minst kan et slikt dokument være godt å ha med seg når man gjennom årene møter ulike leger på sykehus eller på fastlegekontoret. For en del, men ikke alle, kreftformer er det imidlertid relativt uvesentlig om et tilbakefall blir oppdaget tidlig, det vil si før pasienten oppsøker legen på grunn av nye symptomer (for eksempel at han/hun selv kjenner en forandring, oppdager en ny svulst eller om smertene øker). Mange pasienter ønsker seg hyppige kontroller, helst hos spesialist, men dette kan gi en falsk sikkerhet. Vi vet i dag at en fastlege som kjenner pasienten, og samarbeider med spesialisten, i mange tilfeller kan være bedre egnet til å følge opp en kreftpasient enn en sykehuslege i en travel poliklinikk. På den annen side vil en ny og komplisert behandling kreve flere kontroller på sykehus.

EFFEKT AV BEHANDLINGEN

Når vi skal vurdere hvor effektiv en kreftbehandling er, avhenger det av målsettingen. Ved kurativ behandling er det naturlig å se på *overlevelse* som resultatmål. Kreftregisteret bruker begrepet *relativ overlevelse*, som angir sannsynligheten (i prosent) for å være i live etter et gitt antall år (5, 10 eller 15) for pasienter med en bestemt kreftdiagnose – sammenlignet med sannsynligheten for overlevelse hos personer i befolkningen som ikke har hatt denne krefttypen. For noen mer aggressive kreftformer, slik som lungekreft, oppgis ofte fem års relativ overlevelse, mens man helst angir 10 eller 15 års relativ overlevelse for mindre aggressive kreftformer, som prostatakreft.