

NEXT

TRÆNINGSPROGRAM FOR
MÆND MED PROSTATAKRÆFT
I KASTRATIONSBEHANDLING

ONC_2022_0010_DK 27.01.2022



BETYDNINGEN AF FYSISK AKTIVITET VED PROSTATAKRÆFT

INDHOLD

VI ER SKABT TIL AT BEVÆGE OS 4

FYSISK AKTIVITET –
HVOR MEGET ER NOK? 6

POSITIVE VIRKNINGER
AF FYSISK AKTIVITET 8

HVORDAN FÅR VI FLERE
TIL AT RØRE SIG? 9

PROSTATAKRÆFT, BEHANDLING
OG FYSISK AKTIVITET 10

PATIENTER MED PROSTATA-
KRÆFT HAR MEGET AT VINDE
VED FYSISK AKTIVITET 12

HVAD SKAL MAN TÆNKE PÅ? 14

PRAKTISKE RÅD 18

REFERENCER 20



VI ER SKABT TIL AT BEVÆGE OS

Vi er født til at løbe eller i det mindste bevæge os. Vores gener er så godt som uforandrede fra dengang, vi boede i huler og selv måtte fange vores middag, og til nu hvor vi kan gå på internettet og få bragt maden til døren. Det påvirker os på forskellige måder, at vi bevæger os mindre nu end før, ikke mindst fra et sygdoms- og helbreds-mæssigt aspekt.

Vores livsstil har særligt i den vestlige verden forandret sig radikalt de seneste 60–70 år. Vi bevæger os mindre og sidder mere ned.¹ Det har betydet, at flere rammes af de såkaldte livsstilssygdomme, fx diabetes, hjertekarsygdomme og overvægt. I de lande, hvor man aktivt har arbejdet med at reducere rygning og blodfedt og forbedre kosten og motionsvanerne, har man betydeligt færre problemer med disse sygdomme.



Det er svært at vide præcis, hvor meget mindre vi bevæger os nu end før i tiden, fordi der mangler pålidelige studier. Derimod er der gennemført studier for eksempel med Amish-folket i USA, som lever nogenlunde på samme måde i dag som for hundreder af år siden. Et studie, hvor man har udstyret personer fra Amish-folket med skridttællere, viste, at de gik 15–18.000 skridt om dagen. Det er cirka 10.000 skridt mere end en gennemsnitlig person går pr. dag.²

Fysisk inaktivitet beskrives ofte som en epidemi, fordi det spreder sig til flere og flere lande i takt med industrialiseringen. I dag regner WHO fysisk inaktivitet som den fjerdestørste sygdomsårsag i verden.³ Der skal en stor indsats til for at bremse denne udvikling, da forskningen lige nu forudsiger, at problemet bliver endnu større i fremtiden.

FYSISK AKTIVITET - HVOR MEGET ER NOK?



I de nordiske lande er der anbefalinger til, hvor meget man bør røre sig for at opnå en god sundhedstilstand.⁴

150 minutters fysisk aktivitet fordelt over 5 dage, dvs. 30 minutter pr. gang, er den aktuelle anbefaling. Træningen bør foregå med medium intensitet. Desuden bør man være fysisk aktiv med lav intensitet, såkaldt hverdagsaktivitet

I Sverige har man gennemført en undersøgelse blandt befolkningen, hvor 2/3 angav, at de overholder anbefalingerne om fysisk aktivitet.⁵ Andre studier viser ikke helt så positive resultater, når man har anvendt mere avancerede målemetoder, fx accelerometri. Heraf fremgår det, at kun en tredjedel af de midaldrende bevæger sig tilstrækkeligt.⁶ Blandt de unge er det formentlig endnu færre.

Konditionen er til dels arvelig men kan forbedres meget ved hjælp af træning. Konditionen er også den vigtigste faktor for at forudsige den fremtidige sundhedstilstand. Almindelig hverdagsaktivitet har også stor betydning. Den seneste tid har der været

fokus på, at vi sidder mere stille. Den mest negative påvirkning af at være stillesiddende ses hos dem, der i forvejen har dårlig kondition eller er fysisk inaktive. Indtil videre er der ingen anbefalinger for, hvor meget eller lidt man bør være stillesiddende, bortset fra: så lidt som muligt. Måske kan forskningen give et mere nøjagtigt svar i fremtiden. Formentlig bliver anbefalingerne baseret på den enkeltes fysiske funktion, og hvor meget man bevæger sig.⁷

Ud over fysisk inaktivitet bidrager et for stort fødevarerindtag til overvægt og dårlig sundhedstilstand. Desværre ser denne stigning i livsstilsrelaterede syg-

domme ud til at ramme de svagere socioøkonomiske grupper hårdest. Her finder man en mere usund livsstil med fysisk inaktivitet, et stillesiddende liv⁸, mere usunde spisevaner, overvægt, mere rygning og større alkoholforbrug. Dette bidrager til en ulighed i sygdomsbilledet.

Kort sagt er det moderne menneske mere overvægtigt, har flere sygdomme forbundet hermed (diabetes, højt blodtryk, højt blodfedt), har dårligere kondition, er svagere og tåler sandsynligvis stress dårligere end sine forfædre. Men det er muligt at ændre denne udvikling!

POSITIVE VIRKNINGER AF FYSISK AKTIVITET

HVIS ALLE FULGTE ANBEFALINGERNE FOR FYSISK AKTIVITET, VILDE DET HAVE FØLGENDE RESULTATER:

- Den aktuelle stigning i overvægt og diabetes ville blive modvirket.
- Flere ville opnå forbedret kondition og muskelstyrke.
- Antallet af hjertekarsygdomme ville falde, også hjerteinfarkt og stroke.
- I teorien ville antallet af faldulykker blive reduceret og ligeledes knogleskørhed (osteoporose) og frakturer hos ældre.
- Både ældre og yngre ville forbedre både indlæring og kognition samt få nedsat risiko for demens.
- Der ville være en stor påvirkning af den psykiske sundhed. Færre og mere moderate depressioner, en reduktion i stressrelaterede sygdomme med angst og udbændthed.



HVORDAN FÅR VI FLERE TIL AT RØRE SIG?

Det er en stor udfordring, ikke mindst for sundhedssektoren, at få flere til at blive fysisk aktive. Selv om mange samfundsinstitutioner – fx skole, arbejdspladser, Folketinget – har et vist ansvar for at ændre folks livsstil, er det sundhedssektoren, som har ansvaret for at opmuntre til fysisk aktivitet hos patienter med risikofaktorer eller med etableret sygdom (såkaldt sekundærprævention).⁹

Der hersker ingen tvivl om, at patienter i behandling ville have gavn af øget fysisk aktivitet. Spørgsmålet er dog, hvordan man skal gribe det an for at ændre livsstil, øge den fysiske aktivitet og samtidig gøre det til en naturlig del af behandlingen.

Der findes flere velafprøvede metoder, men det er tydeligt, at ingen af dem effektivt bevirker, at patienterne øger deres fysiske aktivitet. Den traditionelle metode har bestået af information og rådgivning under samtalen med patienterne, men det har haft

en begrænset effekt. Man har testet såkaldte *exercise referral schemes*, hvor patienten henvises videre til træning i et motionscenter eller lignende. Denne metode er anvendt i Danmark og Storbritannien, men har vist sig at have tvivlsom effekt i de studier, der er foretaget.

En relativt ny metode – som også fremhæves af den svenske Socialstyrelse – er at give individuelt tilpasset rådgivning sammen med redskaber som skridttællere, dagbog eller recept. Desuden sker der en struktureret opfølgning. Denne metode har store ligheder med den svenske FaR-model (Fysisk aktivitet på recept).¹⁰ I 2018 kom et systematisk oversigtsstudie, som viste, at FaR-modellen har stor, videnskabelig evidens for at øge det fysiske aktivitetsniveau. Succesen ser ud til at skyldes, at metoden er individuelt tilpasset, hvilket giver større muligheder for at ændre på en dårlig livsstil. I EU drøftes det, om FaR-modellen skal være den primære præventive metode.



PROSTATAKRÆFT, BEHANDLING OG FYSISK AKTIVITET

Det er meget ønskværdigt at øge den fysiske aktivitet hos patienter med en destruktiv livsstil, hvor den fysiske aktivitet er så lav, at det risikerer at forværre sygdommen.⁵ Det kan dreje sig om personer med overvægt, diabetes, hjertekarsygdom, langvarig smertetilstand eller psykiatriske diagnoser.

Patienter med metastaserende prostatakræft kan også have stor gavn af en ændret livsstil med øget fysisk aktivitet såsom en forbedret livskvalitet og forlænget levetid for blot at nævne to eksempler.¹¹ Disse patienter har et stort behov for symptomlindrende behandling, og cirka 20–30% af patienter med prostatakræft får kastrationsbehandling med GnRH-analoger. Behandlingen reducerer niveauet af testosteron og øger overlevelsen til samme niveau som ved kirurgisk kastrering.

Kastrationsbehandling påvirker dog kroppen negativt på flere måder. Kropssammensætningen forandres (øget vægt, reduceret muskelmasse og øget fedtophobning), den fysiske funktion, knoglesundheden og livskvaliteten forringes. Desuden øges risikoen for hjertekarsygdom.¹²

Det er værd at bemærke, at de metaboliske virkninger af kastrationsbehandling adskiller sig fra de forandringer, man normalt ser ved det metaboliske syndrom. HDL (High-density lipoprotein) stiger hos patienter, som gennemgår kastrationsbehandling, og også fedtvolumen. Det er primært under huden, fedtvolumen øges, og ikke i så høj grad omkring organerne. Heller ikke blodtrykket stiger nævneværdigt. De øvrige metaboliske virkninger af kastrationsbehandling ligner dem ved det metaboliske syndrom: øget totalkolesterol, øgede triglycerider samt øget insulinresistens og risiko for diabetes. Desuden aftager muskelstyrken og knogletætheden. Alle disse forandringer opstår tidligt i behandlingen, i løbet af seks måneder, og medfører kraftigt nedsat funktionsevne. Risikoen for frakturer stiger og ligeså hjertekomplikationer. Faktisk er det mere almindeligt, at patienter med prostatakræft, der har spredt sig, dør af hjertekarsygdom end af selve kræften. Patienterne får også problemer med den seksuelle funktion. Naturligvis er livskvaliteten meget reduceret hos mange.

Denne problematik er også behandlet i de europæiske retningslinjer EAUESTRO-SIOG.¹³ I disse anbefalinger påpeges det, at bivirkningerne af sygdommen og den tilhørende behandling nedsætter patienternes livskvalitet både fysisk og psykisk.

Patienter i kastrationsbehandling vil have stor gavn af øget fysisk aktivitet, da det modvirker mange af de metaboliske forandringer, behandlingen medfører. Desuden vil et øget aktivitetsniveau kunne forbedre livskvaliteten og den fysiske kapacitet og reducere nedstemthed og depression.

Fysisk aktivitet bør også anbefales til patienter, som får kemoterapi. Et øget aktivitetsniveau ville kunne afhjælpe bivirkningerne og betyde, at patienten kan tåle en højere behandlingsdosis. I det mindste ville det øge det generelle velbefindende, og livskvaliteten kunne forbedres.

PATIENTER MED PROSTATA-KRÆFT HAR MEGET AT VINDE VED FYSISK AKTIVITET

Mere fysisk aktivitet hos patienter med prostatakræft i kastrationsbehandling ville kunne modvirke de fleste af behandlingens komplikationer, som kropssammensætning, kardiometaboliske risikofaktorer, fysisk funktion, knogletæthed og livskvalitet.

DEN VIDENSKABELIGE EVIDENS ER GOD. PATIENTER MED PROSTATAKRÆFT I KASTRATIONSBEHANDLING KAN FORVENTE FØLGENDE FORDELE AF FYSISK AKTIVITET:

- Kropssammensætningen påvirkes ved, at fedtvolumen reduceres, og man taber sig. Hvis man så øger den regelmæssige fysiske aktivitet, øges chancen for at holde en sund vægt.
- Aerob fysisk aktivitet med medium intensitet medfører: lavere niveauer af dårligt kolesterol (LDL), nedsat triglyceridniveau, nedsat insulinresistens og dermed mindsket risiko for diabetes. Også styrketræning har effekt på insulinresistens og blodsukkerniveau.
- Hvad angår blodfedt har aerob fysisk aktivitet med højere intensitet den største effekt.
- Øget knogletæthed kan nedsætte risikoen for fraktur. Det kan opnås ved regelmæssig fysisk aktivitet med hop og lignende belastning.
- Regelmæssig fysisk aktivitet påvirker også hjernen positivt, stemningslejet forbedres, og risikoen for angst og selvoplevet stress reduceres. Det bliver også lettere at præstere bedre, både på arbejdet og i hverdagen.

De europæiske retningslinjer anbefaler, at man ændrer sin livsstil før man påbegynder kastrationsbehandling.¹³ Patienterne bør øge deres fysiske aktivitet, stoppe med at ryge, drikke mindre alkohol og opnå et BMI inden for normalområdet.

Der er flere igangværende studier, som undersøger effekten af fysisk aktivitet på patienter med prostatakræft i kastrationsbehandling, hvad angår diabetes og hjertekarsygdom. Effekten af fysisk aktivitet på visse metaboliske parametre har tidligere været undersøgt. Men også her er der behov for mere forskning. Alligevel kan man konkludere, at fysisk aktivitet har mange positive virkninger hos disse patienter. Udfordringen er efterlevelse, at motivere patienterne til at bevæge sig mere og derefter fortsætte med det. Hvis man kan opnå det, kan vi med sikkerhed sige, at det vil have en positiv effekt.



HVAD SKAL MAN TÆNKE PÅ?

Da der er en vis risiko ved træning, bør den tilpasses individuelt. Man går ud fra den ideelle aktivitet eller "den ideelle recept", hvor en specifik risikofaktor eller sygdom modvirkes. Derefter justeres recepten efter patientens øvrige lidelser, medicinering, motivation og interesse og det nuværende præstationsniveau.

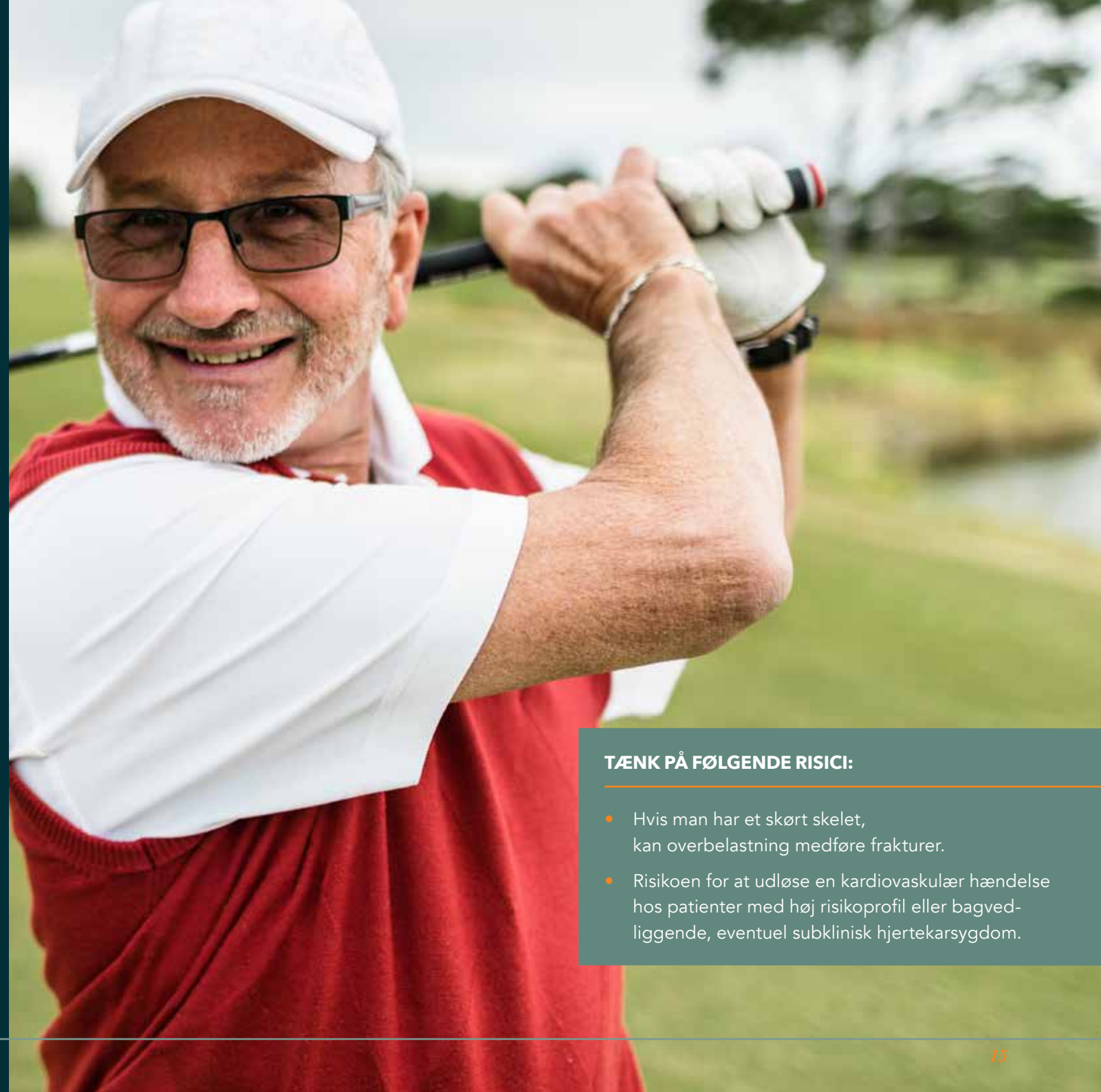
Ifølge de nationale anbefalinger er aerob fysisk aktivitet med medium intensitet sammen med styrketræning en god målsætning. Det er individuelt, hvor lang tid det tager for den enkelte patient at nå dette mål, og meget afhænger af, hvor syg man er, ens grundfysik, motivation og medicinering.

Patienter med prostatakræft i GnRH-analogbehandling får ofte knogleskørhed (osteoporose). Knoglemineraltætheden er reduceret, hvilket øger risikoen for frakturer. Dette påvirker naturligvis det fysiske aktivitetsniveau. Ved hjælp af en såkaldt DEXA-måling, som måler kropssammensætningen, kan man få et mere klart billede.

Aerob fysisk aktivitet med medium intensitet har mange positive virkninger på sundhedstilstanden med den laveste risiko. Hvis der desuden dyrkes styrketræning med let belastning og mange gentagelser, kan man reducere risikoen for skader mest muligt.

TÆNK PÅ FØLGENDE RISICI:

- Hvis man har et skørt skelet, kan overbelastning medføre frakturer.
- Risikoen for at udløse en kardiovaskulær hændelse hos patienter med høj risikoprofil eller bagvedliggende, eventuel subklinisk hjertekarsygdom.





Da mange patienter har hjertekarsygdom eller høj risiko for at få det, skal det vurderes, om den fysiske aktivitet bør begrænses. Hvis risikoen er høj, kan der foretages hjertescreening og en arbejdstest, inden patienten går i gang med en eventuel intensiv træning. Aktivitet med medium intensitet har på den anden side få risici og forbedrer samtidig sundhedstilstanden.

ANBEFALINGER TIL PATIENTER MED PROSTATAKRÆFT I KASTRATIONSBEHANDLING:

- Regelmæssig aerob (konditionsgivende) fysisk aktivitet med medium intensitet, minimum 30 minutter pr. træningspas 5 gange om ugen.
- Styrketræning, hvor man undgår tunge vægte, med fokus på mange gentagelser, 2 gange om ugen.

Hvad er så (aerob) fysisk aktivitet med medium intensitet? Enkelt udtrykt er det træning på et niveau, hvor man er forpustet men stadig kan tale. For nogle er det tilstrækkeligt at gå en tur for at opnå det, for andre kan det være dans, cykling, jogging eller havearbejde. Netop havearbejde kan på grund af de mange løft sammenlignes med styrketræning. Her bør man undgå ensformige og alt for tunge løft.

Regelmæssig, individuelt tilpasset fysisk aktivitet kan i princippet betragtes som obligatorisk for en patient med prostatakræft i kastrationsbehandling.

PRAKTISKE RÅD

Indtil videre er der ingen universel metode til at få alle med prostatakraft i kastrationsbehandling til at øge den fysiske aktivitet. Der er dog lovende studier i Danmark med struktureret træning som en del af rehabiliteringen. Dette understøttes også af erfaringerne fra den svenske FaR-model.¹⁴

FaR går i store træk ud på individuel dosering og en struktureret samtale, hvor man afdækker forhindringer og ser, hvordan man kan gøre det lettere at opnå den fysiske aktivitet. Derefter foretages en opfølgning.

A. Bedømmelse før træning

At patienten er motiveret til at ændre sin livsstil er det vigtigste for, at det kan lykkes. Derfor indgår en evaluering af patientens motivation i den første be-

dømmelse. Det er meget vigtigt, at patienten er informeret om fordele ved træning. Patientundervisning, patientskole og skriftlig information kan bruges til at give disse patienter mere viden om fysisk aktivitet.

Desuden bør man spørge patienten, om andre sygdomme eller medicinering kan være en hindring for fysisk aktivitet. Som tidligere nævnt kan der foretages en DEXA-måling for at bedømme mineraltætheden i kroppen. Risikoen for hjertekarkomplikationer bør også vurderes.

Hvorfor ordineres fysisk aktivitet så ikke i større udstrækning? Læger angiver tidsmangel, manglende støtte i organisationen, manglende viden og dårlige honorarsystemer som de primære årsager.¹⁵ Derfor er det vigtigt med uddannelse og fokus på retningslinjer for at øge mulighederne for, at ændret livsstil/

fysisk aktivitet kan indgå i behandlingen. Patienter med prostatakraft i kastrationsbehandling har længe været en overset risikogruppe, hvor øget fysisk aktivitet har et enormt potentiale. Præcis som med patienter inden for psykiatrien.

B. Hvordan skal man træne?

Tidlig håndtering med individuel bedømmelse og derefter træning i samråd med en fysioterapeut. Denne model har man gennemført med succes i Danmark.¹⁶ Derefter skal der fastlægges en langsigtet strategi, for eksempel baseret på FaR-modellen. Det er også værd at nævne, at medianoverlevelsen er > 40 måneder, og 25 % af patienterne lever længere end 7,5 år.

C. Hvordan skal man følge op?

Der findes kvalitetsregistre som en hjælp til opfølgning af behandlingseffekten. For at sikre at registrene er nøjagtige, kræver det væsentlige outcome-variable, kondition, styrke, livskvalitet og mental sundhed, dog ikke mineraltæthed og metaboliske parametre. Kvalitetsregistre kan spille en vigtig rolle i at øge sundhedspersonalets motivation til at opmuntre til fysisk aktivitet. Det medvirker også til at udjævne forskelle i behandlingen. I dag findes der flere sundheds-apps, som hjælper med at motivere til træning. Disse kan med fordel anvendes. Mange af disse apps indsamler også kliniske data for at forbedre behandlingen for patienterne.

REFERENCER

1. Ng SW, Popkin BM. Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. *Obes Rev* 2012;13(8):659-80.
2. Bassett DR, Schneider PL, Huntington GE. Physical activity in an old order Amish community. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36:79-85.
3. WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. In. Geneva: WHO; 2004.
4. www.fyss.se
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. 2011.
6. Ekblom-Bak E, Olsson G, Ekblom O, Ekblom B, Bergstrom G, Borjesson M. The Daily Movement Pattern and Fulfilment of Physical Activity Recommendations in Swedish Middle-Aged Adults: The SCAPIS Pilot Study. *PLoS One* 2015;10(5):e0126336.
7. Katzmarzyk PT, Lee IM. Sedentary behaviour and life expectancy in the USA: a cause-deleted life table analysis. *BMJ Open* 2012;2(4).
8. Lindgren M, Börjesson M, Ekblom Ö, Bergström G, Lappas G, Rosengren A. Physical activity pattern, cardiorespiratory fitness and socioeconomic status in the SCAPIS pilot trial. *Prev Med* 2016;4:44-9.
9. Piepoli M, Hoes A, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano A, Cooney M, Corra U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall M, Hobbs F, Lochen M, Löllgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter D, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, vanderWorp H, vanDis I, Verschuren W, Binno S. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2016; 37:2315-81.
10. Kallings L. Physical activity on prescription. Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors. Karolinska Institute 2008.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prostatacancer. 2015.
12. Busch-Ostergren P, Kistorp C, Bennedbaek FN, Faber J, Sönksen J, Fode M. The use of exercise interventions to overcome adverse effects of androgen therapy. *Nature Rev* 2016;13:353-64.
13. Mottet N, Bellmunt J, Briers E, Bolla M, Cornford P, deSantis M, Henry A, Joniau S, Lam T, Mason MD, Matveev V, vanderPoel H, vanderKwaast TH, Rouviere O, Wiegel T. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. *Prostate Cancer Update* 2016:1-146.
14. Börjesson M, Arvidsson D, Blomqvist Å, Daxberg E-L, Jonsdottir IH, Lundqvist S, et al. Efficacy of the Swedish model for physical activity on prescription [Effektivitet av den svenska modellen för fysisk aktivitet på recept (FaR)]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum; 2018. Contract No.: Regional activity based HTA 2018:100.
15. Borjesson M. Promoting Physical activity in the hospital setting. *Germ J Sports Med* 2013;64: 163-6
16. Schmidt MLK, Østergren PB, Cormie P, Ragle AM, Sönksen J, Midtgaard J. "Kicked out into the real world": prostate cancer patients' experiences with transitioning from hospital-based supervised exercise to unsupervised exercise in the community. *Support Care Cancer*. 2018. [Epub ahead of print].



I SAMARBEJDE MED

Peter Busch Østergren
MD, PhD
Department of Urology
Herlev and Gentofte Hospital
Denmark

Anne-Mette Ragle
Physiotherapist
Department of Occupational- and Physiotherapy
Herlev and Gentofte Hospital
Denmark

Mats Börjesson
Professor, Chief Physician
Sahlgrenska University Hospital/Östra & Institute for
neuroscience and physiology & CHP,
Gothenburg University
Sweden

Olof Akre
Professor, Chief physician Urology
Patient area Pelvic Cancer
Theme Cancer
Karolinska University Hospital, Solna
Sweden

Anders Kjellman
MD, PhD, Senior Consultant
Patient Area Pelvic Cancer
Theme Cancer
Karolinska University hospital, Huddinge
Sweden

Markus Aly
Assistant Chief Physician Urology, FEBU, PhD
Patient area Pelvic Cancer
Theme Cancer
Karolinska University Hospital, Solna
Sweden

Andrea Porserud
Specialist physiotherapist oncology
Patient area Pelvic Cancer
Theme Cancer
Karolinska University Hospital, Solna
Sweden

Astellas Pharma a/s

Arne Jacobsens Allé 15
DK-2300 Copenhagen S
+45 43 43 03 55
kontakt.dk@astellas.com
www.astellas.dk

Astellas Pharma

Hagaløkkveien 26
NO-1383 Asker
+47 66 76 46 00
kontakt.no@astellas.com
www.astellas.no

Astellas Pharma AB

Box 21046
SE-200 21 Malmö
+46 40 650 15 00
info.se@astellas.com
www.astellas.se

Astellas Pharma

Hatsinanpuisto 8
FI-02600 Espoo
+358 9 8560 6000
info.fi@astellas.com
www.astellas.com/fi

