

NEXT

TRENINGSPROGRAM FOR MENN
MED PROSTATAKREFT I
KASTRASJONSBEHANDLING

ONC_2022_0004_NO 01.2022



BETYDNINGEN AV FYSISK AKTIVITET VED PROSTATAKREFT

INNHold

VI ER SKAPT FOR Å VÆRE
I BEVEGELSE 4

FYSISK AKTIVITET –
HVOR MYE ER NOK? 6

POSITIVE EFFEKTER AV
FYSISK AKTIVITET 8

PROSTATAKREFT, BEHANDLING
OG FYSISK AKTIVITET 10

PASIENTER MED PROSTATAKREFT
HAR MYE Å TJENE PÅ TRENING 12

HVA BØR MAN TENKE PÅ? 14

PRAKTISKE RÅD 18

REFERANSER20



VI ER SKAPT FOR Å VÆRE I BEVEGELSE

Vi er født til å løpe, eller i hvert fall til å være i bevegelse. Genene våre har knapt nok endret seg fra den gangen vi bodde i huler og måtte jakte på middagen – til nå – når vi kan få maten hjemkjørt med noen klikk på nettet. At vi beveger oss mindre enn før, påvirker oss på ulike måter, ikke minst når det gjelder sykdom og helseproblemer.

Livsstilen vår, fremfor alt i den vestlige verden, har endret seg radikalt de siste 60–70 årene. Vi beveger oss mindre og sitter mer.¹ Det har ført til en økning i de såkalte livsstilssykdommene, f.eks. diabetes, hjertekarsykdom og overvekt. Land som har jobbet aktivt med å redusere røyking og fettinnholdet i blodet, samt forbedre kostholdet og mosjonsvanene, har betydelig mindre problemer med disse sykdommene.



Nøyaktig hvor mye mindre vi beveger oss nå enn før i tiden er vanskelig å vite, ettersom det ikke finnes troverdige studier. Derimot er det gjort studier på for eksempel Amish-befolkningen i USA, som lever på omtrent samme måte i dag som de gjorde for flere hundre år siden. I en studie der man utstyrte mennesker i Amish-befolkningen med skritteller, ble det vist at de gikk 15–18 000 skritt om dagen. Det er ca. 10 000 skritt mer enn det en gjennomsnittlig nordmann går per dag.²

Fysisk inaktivitet beskrives ofte som en epidemi, fordi det sprer seg til stadig flere land i takt med at de industrialiseres. WHO rangerer i dag fysisk inaktivitet som den fjerde største årsaken til dårlig helse i verden.³ Det må gjøres mye for å bremse denne utviklingen, ettersom nyere forskning spår at problemet kommer til å bli enda verre i fremtiden.

FYSISK AKTIVITET - HVOR MYE ER NOK?



I de nordiske landene finnes det anbefalinger for hvor mye man bør være i aktivitet for å oppnå god helse.⁴

150 minutter fysisk aktivitet fordelt over 5 dager, dvs. 30 minutter per gang er den nåværende anbefalingen. Treningen bør ha moderat intensitet. Dessuten bør man utføre fysisk aktivitet med lav intensitet, såkalt hverdagsaktivitet.

I Sverige har man gjennomført en undersøkelse blant befolkningen, der 2/3 oppgav at de oppnår anbefalingene for fysisk aktivitet.⁵ Andre studier viser ikke fullt så positive resultater, der man har brukt mer avanserte målemetoder, f.eks. akselerometri. Disse viser at bare en tredjedel av middelaldrende mennesker er nok i bevegelse.⁶ Blant ungdom er det sannsynligvis enda færre.

Kondisjonen er delvis arvelig, men kan forbedres enormt ved hjelp av trening. Kondisjonen er også den viktigste faktoren for å forutsi fremtidig helse. Vanlig hverdagsaktivitet har også stor betydning. Den øken-

de stillesittingen har havnet i fokus den siste tiden. De som allerede har dårlig kondisjon eller er fysisk inaktive, påvirkes mest negativt av stillesitting. Enn så lenge finnes det ingen andre anbefalinger for hvor mye man bør unngå stillesitting, enn: så mye som overhodet mulig. Kanskje kan fremtidig forskning gi et mer nøyaktig svar. Sannsynligvis kommer anbefalingene til å ta utgangspunkt i den enkeltes fysiske funksjon og hvor mye man er i bevegelse.⁷

I tillegg til fysisk inaktivitet bidrar selvsagt et for stort næringsinntak til overvekt og dårlig helse. Denne økningen i livsstilsrelatert dårlig helse ser dessverre

ut til å ramme sosioøkonomisk svake grupper verst. Her finner man flere usunne levevaner som fysisk inaktivitet, stillesitting⁸, mer usunne matvaner, overvekt, mer røyking og større alkoholforbruk. Dette bidrar til en ulikhet i sykdomspanoramaet.

For å sammenfatte: det moderne mennesket er mer overvektig, har flere sykdommer knyttet til dette (diabetes, høyt blodtrykk, høyt fettinnhold i blodet), har dårligere kondisjon, er svakere og tåler sannsynligvis stress dårligere enn sine forfedre. Denne utviklingen kan imidlertid endres!

POSITIVE EFFEKTER AV FYSISK AKTIVITET

HVIS ALLE FULGTE ANBEFALINGENE FOR FYSISK AKTIVITET, VILLE FØLGENDE SKJE:

- Den pågående økningen av overvekt og diabetes ville bli motvirket.
- Flere ville få bedre kondisjon og muskelstyrke.
- Antall tilfeller av hjertekarsykdom ville synke, og det samme gjelder hjerteinfarkt og slag.
- I teorien ville det bli færre fallulykker, og det samme med benskjørhet (osteoporose) og frakturer hos eldre.
- Både eldre og yngre ville få bedre læreevne og kognisjon, samt redusere risikoen for demens.
- De mentale helseeffektene ville være mange. Færre og mildere depresjoner, redusert stress-relatert uhelse med angst og utbrenthet.

HVORDAN FÅR VI FLERE TIL Å VÆRE I BEVEGELSE?

Å få flere til å bli fysisk aktive er en stor utfordring, ikke minst for helsevesenet. Selv om mange av de ulike institusjonene i samfunnet – f.eks. skolen, arbeidsplassene, myndighetene – har ansvar for å endre livsvanene, er det helsevesenet som har ansvar for å oppmuntre til fysisk aktivitet hos pasienter med risikofaktorer eller med påvist sykdom (såkalt sekundærprevensjon).⁹

Det er ingen tvil om at pasienter i helsevesenet ville ha nytte av fysisk aktivitet. Spørsmålet er hvordan man skal gå frem for å forandre livsvanene, øke den fysiske aktiviteten og samtidig få dette til å bli en selvsagt del av behandlingen.

Det finnes flere velprøvde metoder, men det er åpenbart at det mangler metoder som er virkelig effektive for å få pasienten til å øke sin fysiske aktivitet. Den tradisjonelle metoden har vært å informere og gi råd under samtalen med pasientene, men dette har

hatt begrenset effekt. Man har testet såkalte *exercise referral schemes*, som innebærer at man henvises videre og kan begynne å trene på et senter eller lignende. Denne metoden er benyttet i Danmark og Storbritannia, men har vist seg å ha tvilsom effekt i de gjennomførte studiene.

En relativt ny metode – som også blir nevnt av den svenske Socialstyrelsen – er å gi individuelt tilpassede råd, kombinert med verktøy som skritteller, dagbok eller resept. Dessuten skjer en strukturert oppfølging. Denne metoden har store likheter med den svenske FaR-modellen (Fysisk aktivitet på recept).¹⁰ I 2018 kom en systematisk oversiktsstudie som viste at FaR-modellen har sterk vitenskapelig støtte for at den øker det fysiske aktivitetsnivået. Grunnen til at metoden er vellykket ser ut til å være at den er individuelt tilpasset, noe som gir større muligheter for å endre på dårlige livsvaner. I EU diskuteres det om FaR-modellen skal være den ledende preventive metoden.



PROSTATAKREFT, BEHANDLING OG FYSISK AKTIVITET

Det er svært ønskelig å øke den fysiske aktiviteten hos pasienter med en destruktiv livsstil, der den fysiske aktiviteten er så lav at det risikerer å forverre sykdommen.⁵ Det kan handle om pasienter med overvekt, diabetes, hjertekarsykdom, langvarige smertetilstander eller psykiatriske diagnoser.

Pasienter med metastaserende prostatakreft har også mye å tjene på en endret livsstil med økt fysisk aktivitet, for eksempel i form av bedre livskvalitet og forlenget levetid.¹¹ Disse pasientene har stort behov for symptomlindrende behandling, og omkring 20–30% av pasientene med prostatakreft får kastrasjonsbehandling med GnRH-analoger. Behandlingen senker testosteronnivået og øker overlevelsen like mye som kirurgisk kastrering.

Kastrasjonsbehandling påvirker imidlertid kroppen negativt på flere måter. Kroppssammensetningen forandres (vektøkning, redusert muskelmasse og økt fettmasse), og den fysiske funksjonen, skjeletthelsen og livskvaliteten reduseres. Dessuten øker risikoen for hjertekarsykdom.¹²

Det er verd å notere seg at de metabolske effektene av kastrasjonsbehandling er annerledes enn endringene man bruker å se ved metabolsk syndrom. HDL (high-density lipoprotein) øker hos pasienter som gjennomgår kastrasjonsbehandling, og det samme gjelder fettmassen. Fettmassen øker fremfor alt under huden, ikke like mye rundt organene. Blodtrykket øker heller ikke nevneverdig. De øvrige metabolske effektene av kastrasjonsbehandling ligner på dem man ser ved metabolsk syndrom: økt total kolesterol, økte triglyserider samt økt insulinresistens og risiko for diabetes. Dessuten minsker muskelstyrken og bentettheten. Alle disse forandringene kommer tidlig i behandlingen, i løpet av seks måneder, og fører til kraftig redusert funksjonsevne. Risikoen for frakturer øker, og det samme gjelder hjertekar-komplikasjoner. Faktum er at det er vanligere at pasienter med prostatakreft med spredning dør av hjertekarsykdom enn av selve kreften. Pasientene får også problemer med den seksuelle funksjonen. Livskvaliteten er selvsagt svært nedsatt hos mange.

Denne problematikken har også fått oppmerksomhet i de europeiske retningslinjene EAUESTRO-SIOG.¹³ I disse anbefalingene fremheves det at bivirkningene av sykdommen og den tilhørende behandlingen gir pasientene redusert livskvalitet, både fysisk og psykisk.

Pasientene som gjennomgår kastrasjonsbehandling ville ha stor nytte av økt fysisk aktivitet, fordi det ville motvirke mange av de metabolske forandringene behandlingen medfører. Men ikke bare det, økt bevegelse kan gi bedre livskvalitet, fysisk evne og redusere nedstemthet og depresjon.

Fysisk aktivitet bør også anbefales til pasienter som gjennomgår kjemoterapi. Økt aktivitet kan redusere bivirkningene og gjøre at pasienten tåler en høyere behandlingsdose. I hvert fall kunne den generelle tilstanden og livskvaliteten bli bedre.

PASIENTER MED PROSTATA-KREFT HAR MYE Å TJENE PÅ TRENING

Mer fysisk aktivitet hos pasienter med prostatakraft i kastrasjonsbehandling kunne motvirke de fleste av komplikasjonene ved behandlingen, som endret kroppssammensetning, kardiometabolske risikofaktorer, fysisk funksjon, bentetthet og livskvalitet.

DEN VITENSKAPELIGE STØTTEN ER STERK. PASIENTER MED PROSTATAKREFT I KASTRASJONSBEHANDLING HAR FØLGENDE Å VINNE PÅ FYSISK AKTIVITET:

- Kroppssammensetningen påvirkes ved at man reduserer fettmassen og går ned i vekt. Hvis man deretter øker den regelmessige fysiske aktiviteten, øker sjansen for å beholde en sunn vekt.
- Aerob fysisk aktivitet med moderat intensitet fører til: lavere nivåer av dårlig kolesterol (LDL), reduserte triglyseridnivåer, redusert insulinresistens og dermed lavere risiko for diabetes. Også styrketrening har effekt på insulinresistens og blodsukker.
- Når det gjelder fettinnholdet i blodet, har aerob fysisk aktivitet med høyere intensitet aller størst effekt.
- Forbedret bentetthet kan redusere risikoen for fraktur. Dette oppnås med regelmessig fysisk aktivitet med hopp og lignende belastning.
- Regelmessig fysisk aktivitet har også mange positive effekter på hjernen, stemningsleiet forbedres og risikoen for angst og selvopplevd stress synker. Det blir også lettere å prestere bedre, både på jobben og i hverdagen.

De europeiske retningslinjene anbefaler at man endrer livsvanene før kastrasjonsbehandling.¹³ Pasientene bør øke den fysiske aktiviteten, slutte å røyke, drikke mindre alkohol og oppnå en BMI på normalnivå.

Det pågår flere studier som undersøker hvilken effekt fysisk aktivitet har hos pasienter med prostatakraft i kastrasjonsbehandling med tanke på diabetes og hjertekarsykdom. Effekten av fysisk aktivitet på visse metabolske parametere er undersøkt tidligere. Men også her trengs det mer forskning. Likevel kan man trekke konklusjonen om at fysisk aktivitet har mange positive effekter hos disse pasientene. Utfordringen er etterlevelsen, å motivere pasientene til å bevege seg mer og at de deretter fortsetter med det. Hvis man oppnår dette, kan vi si med sikkerhet at de positive effektene kommer.



HVA BØR MAN TENKE PÅ?

Ettersom treningen innebærer en viss risiko, bør den tilpasses individuelt. Man tar utgangspunkt i den ideelle aktiviteten, eller "den ideelle resepten", der en spesifikk risikofaktor eller sykdom motvirkes. Deretter justeres resepten etter pasientens øvrige sykdommer, medisiner, motivasjon og interesse samt det nåværende prestasjonsnivået.

Ifølge nasjonale anbefalinger er aerob fysisk aktivitet med moderat intensitet kombinert med styrketrening en god målsetting. Det varierer hvor lang tid pasientene bruker på å nå dette målet, og mye avhenger av hvor syk man er, personens grunnfysikk, motivasjon og medisiner.

Pasienter med prostatakraft som gjennomgår GnRH-analogbehandling, får ofte benskjørhet (osteoporose). Benmineraltettheten blir dårligere, noe som øker risikoen for frakturer. Dette påvirker selvsagt hvor fysisk aktiv man kan være. For å bli litt mer sikker kan man gjennomføre en såkalt DEXA-måling, som måler kroppssammensetningen.

Aerob fysisk aktivitet med moderat intensitet gir mange helseeffekter, med lavest risiko. Hvis styrketreningen dessuten gjøres med lette vekter og mange repetisjoner, kan man holde skaderisikoen nede.

TENK PÅ FØLGENDE RISIKOER:

- Hvis man har skjørt skjelett, kan overbelastning føre til frakturer.
- Risikoen for å utløse en kardiovaskulær hendelse hos noen med høy risikoprofil eller bakenforliggende, eventuelt subklinisk hjertekarsykdom.



ANBEFALINGER TIL PASIENTER MED PROSTATAKREFT I KASTRASJONSBEHANDLING:

- Regelmessig aerob (kondisjonsgivende) fysisk aktivitet med moderat intensitet, minst 30 minutter per treningsøkt, 5 ganger ukentlig
- Styrketrening der man unngår tunge vekter, fokus på mange repetisjoner, 2 ganger ukentlig

Ettersom mange pasienter har hjertekarsykdom eller høy risiko for å bli rammet av dette, må man gjøre en vurdering av om den fysiske aktiviteten bør begrenses. Ved høy risiko kan det foretas en hjertescreening, samt en arbeidstest før pasienten starter med eventuell intensiv trening. Aktivitet med moderat

intensitet har på den annen side få risikoer og samtidig gode helseeffekter.

Hva er da fysisk aktivitet med moderat intensitet (aerob aktivitet)? For å si det enkelt er det trening som gjør at man blir andpusten, men fremdeles kan føre en samtale. For noen er det nok å gå en tur for å oppnå dette, for andre kan det være dans, sykling, jogging eller

hagearbeid. Nettopp hagearbeid har likheter med styrketrening med tanke på alle løftene. Her bør man unngå ensformige og altfor tunge løft.

Regelmessig, individuelt tilpasset fysisk aktivitet kan i prinsippet betraktes som obligatorisk for en pasient med prostatakreft i kastrasjonsbehandling.

PRAKTISKE RÅD

Enn så lenge finnes det ingen universell metode for å få alle med prostatakreft i kastrasjonsbehandling til å øke den fysiske aktiviteten. Men det finnes lovende studier i Danmark med strukturert trening som del i rehabiliteringen. Lærdommene fra den svenske FaR-modellen gir også støtte for dette.¹⁴

FaR går i store trekk ut på individuell dosering og en strukturert samtale der man identifiserer hindringer og ser på hvordan man kan legge til rette for fysisk aktivitet. Deretter skjer en oppfølging.

A. Vurdering før trening

Det viktigste for å lykkes, er at pasienten er motivert for å endre livsstil. Derfor omfatter den innledende

vurderingen en undersøkelse av pasientens motivasjon. At pasienten har god kunnskap om nytten av trening, er svært viktig. Pasientundervisning, pasientskole og skriftlig informasjon kan brukes for å spre kunnskapene om fysisk aktivitet for disse pasientene.

Dessuten bør man spørre pasienten om andre sykdommer eller medisinerings kan være til hinder for fysisk aktivitet. Som tidligere nevnt kan det gjøres en DEXA-måling for å måle mineraltettheten i kroppen. Også risikoen for hjertekarsykdommer bør vurderes.

Hvorfor foreskrives da ikke fysisk aktivitet i større utstrekning? Legene oppgir mangel på tid, manglende støtte i organisasjonen, kunnskapsmangel og for dårlige erstatningssystemer som de viktigste årsakene.¹⁵ Derfor er det viktig med opplæring og fokus

på retningslinjer for å øke mulighetene for at endrede livsvaner / fysisk aktivitet blir en del av behandlingen. Pasienter med prostatakreft i kastrasjonsbehandling har lenge vært en glemt risikogruppe der økt fysisk aktivitet har et enormt potensial. Akkurat som hos pasienter i psykiatrien.

B. Hvordan trene?

Tidlig oppfølging med individuell vurdering, og deretter trening i samråd med fysioterapeut. Nettopp denne modellen har vært en suksess i Danmark.¹⁶ Deretter må det utformes en langsiktig strategi, for eksempel med utgangspunkt i FaR-modellen. Det er verd å nevne at medianoverlevelsen er >40 måneder og 25 % av pasientene lever lenger enn 7,5 år.

C. Hvordan følge opp?

Som hjelp kan man følge behandlingseffektene i kvalitetsregistrene. For at registrene skal bli treffsikre, trengs vesentlige outcome-variabler, kondisjon, styrke, livskvalitet og mental helse, men ikke mineraltetthet og metabolske parametere. Kvalitetsregistrene kan spille en viktig rolle i å øke motivasjonen hos helsevesenet til å oppmuntre til fysisk aktivitet. Det bidrar også til å utjevne forskjeller i behandlingen. I dag finnes det flere helseapper som er med på å motivere til trening. Disse kan med fordel brukes. Mange av disse appene samler også inn kliniske data for å gi pasientene en bedre behandling.

REFERANSER

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 25012022.
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 SAMARBEID 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

