

VODIČ ZA CA PROSTATE

Andrea Čarapina, dr.med.



UVOD



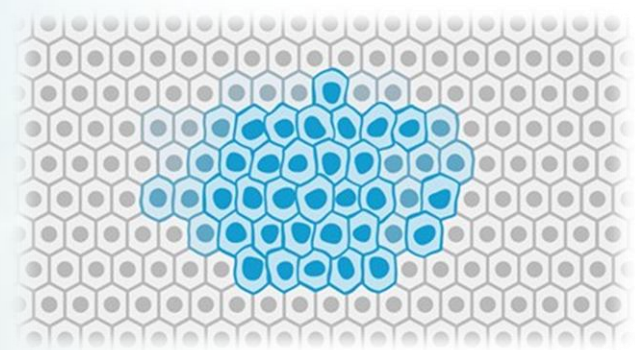
■ **ČIMBENICI RIZIKA:**

1. DOB (< 65 godina)
 2. RASA (crna najveći rizik, azijska najmanji rizik)
 3. POZITIVNA OBITELJSKA ANAMNEZA (2-3 x veći rizik)
- PHD: Adenokarcinomi; planocelularni ili duktalni tranzicijski karcinomi.

■ **GLEASON SCORE:** 2-10

Manji skor = veći stupanj stanične diferenciranosti, manji potencijal metastaziranja i manji 10-godišnji rizik smrti

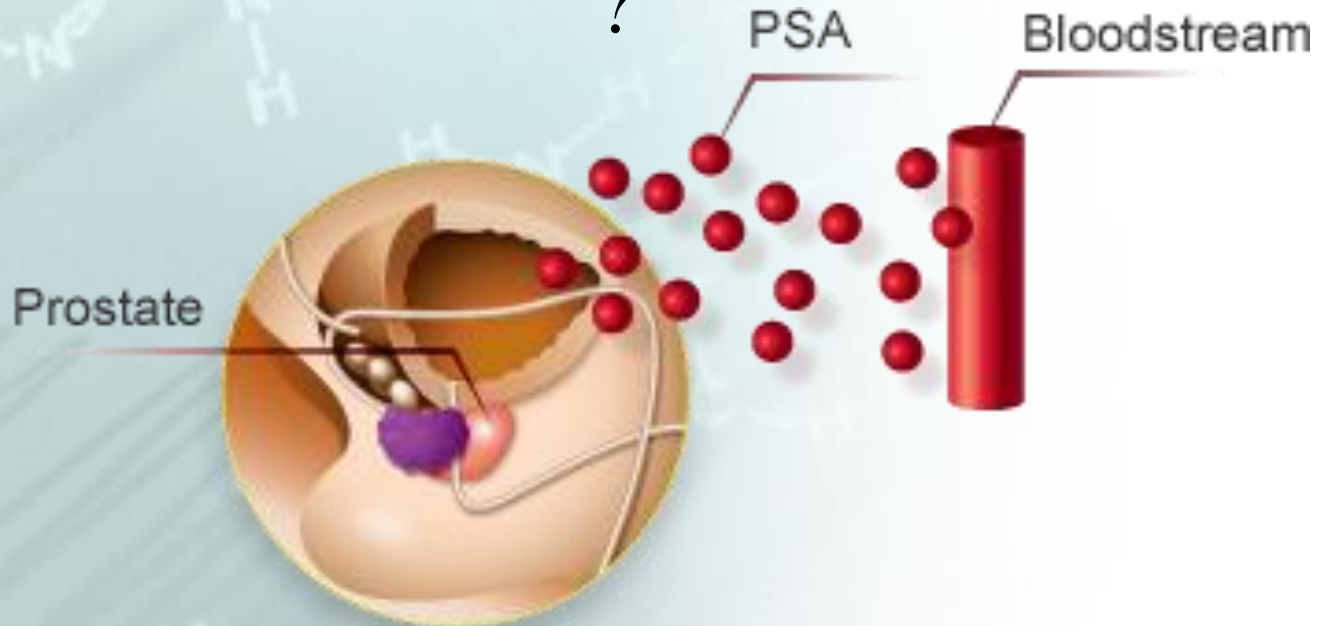
- Lokaliziranost: periferna prostatična zona
- Dug asimptomatski interval
- Prvi simptomi u kasnoj fazi bolesti:
opstrukcija uretre, koštani bolovi zbog metastaza u rebra, zdjelicu ili kralježnicu.



???

Ima li smisla sustavni probir populacije na karcinom prostate korištenjem **PSA** (s obzirom na slabu osjetljivost i stopu lažno pozitivnih rezultata)

?



???

Je li smisleno rano otkrivanje ovog tumora koji je u pravilu spororastući i po biološkom ponašanju gotovo benignan, a vrlo rijetko brzorastući i agresivan?



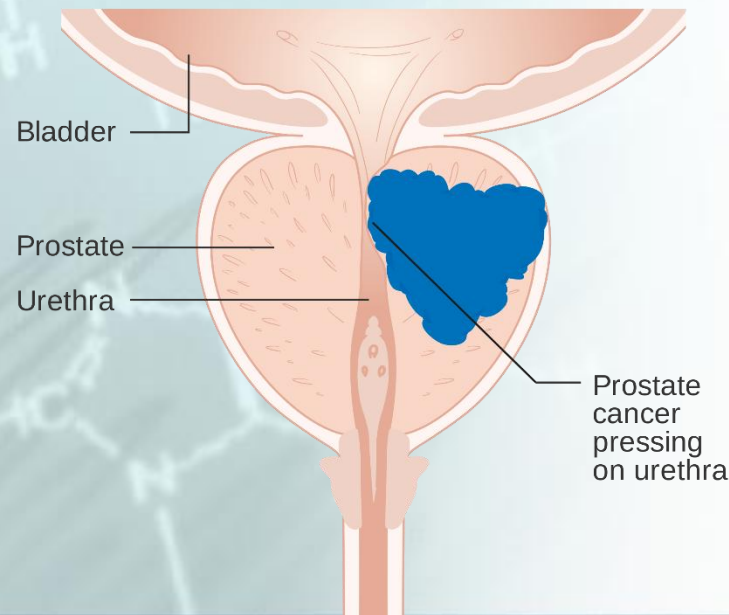
???

Produljuju li radikalne kirurške tehnike život bolesnika s lokaliziranim karcinomom prostate u usporedbi s metodom čekanja i praćenja?



???

Koje opcije liječenja preporučiti bolesniku s ranim karcinomom prostate i treba li ih uopće preporučiti budući da lokalizirani karcinom prostate zapravo nema utjecaja na duljinu trajanja života?

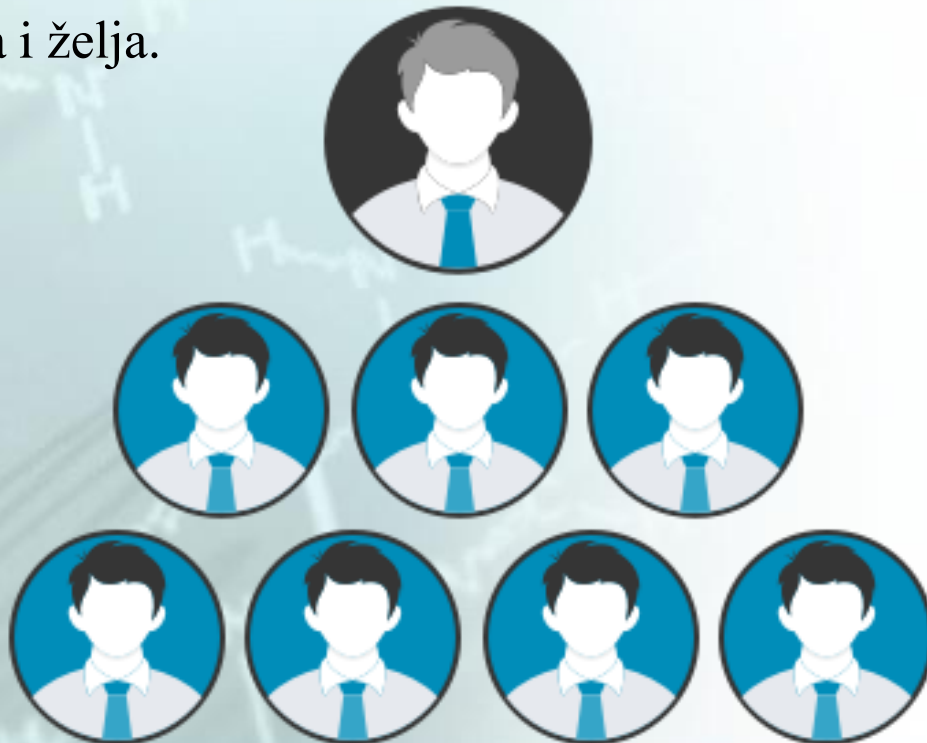


- Prema Oxfordskoj piramidi medicine utemeljene na dokazima (engl. evidence based medicine, **EBM**) u hijerarhiji i snazi dokaza prednjače sustavni pregledni članci (engl. systematic reviews, **SR**) proizašli iz randomiziranih kontroliranih studija (RCS).
-
- **Cochrane sustavni pregledni članci** smatraju se zlatnim standardom u kategoriji sustavnih pregleda.



<http://www.cochranelibrary.com>

-
- pri odlučivanju o liječenju bolesnika s karcinomom prostate pristup treba biti individualiziran uz uvažavanje stadija i gradusa tumora, ali i životne dobi bolesnika, njegovog općeg stanja i komorbidnosti, kao i bolesnikovih osobnih stavova i želja.





Probir



- **Primarna prevencija** ove bolesti nije moguća.
- U **sekundarnoj prevenciji** koriste se: određivanje koncentracije **PSA** i **digitorektalni pregled**.

Nema jasnih dokaza da je rutinski probir populacije na karcinom prostate korištenjem PSA opravdan ni da spašava živote, a u muškaraca s očekivanim trajanjem života 10-15 godina je potpuno nekoristan uz povećani rizik pretjerane dijagnostike i nesvrhovitog liječenja.



Probir



- **Digitorektalni pregled** je nestandardizirana metoda koja umnogome ovisi o liječniku koji je izvodi, nedovoljno je točna i slabe prediktivne vrijednosti u slučaju pozitivnog nalaza. Utemeljeno na dosadašnjim dokazima EBM-a, nije opravdan masovni/populacijski probir na karcinom prostate. Treba provoditi individualizirani/oportunistički probir u muškaraca dobi 55-69 godina, uvijek potpuno informirajući i vodeći računa o mogućim koristima i štetnostima toga postupka.



Prevenција



Nema dokaza o učinku **likopena** na prevenciju karcinoma prostate.

Inhibitori 5 α reduktaze smanjuju rizik karcinoma prostate, ali mogu povećati rizik karcinoma s višim Gleasonovim skorom u bolesnika koji su redovito podvrgnuti probiru određivanjem koncentracije PSA i digitorektalnim pregledom.



Liječenje



- **BRAHIRADITERAPIJA**
- **RADIKALNA PROSTATEKTOMIJA**
- **HORMONSKA TERAPIJA**

Razlike u petogodišnjem preživljenju bez bolesti među ovim dvjema terapijskim metodama nije bilo, ali su bolesnici liječeni radioterapijom **rjeđe imali urinarnu inkontinenciju**, a operirani rjeđe patili od urinarne iritacije (sve promatrano nakon 6 mjeseci od provedenog zahvata). Zaključuju da se lokalizirana brahiradioterapija ugrađivanjem radioaktivnih izvora u prostatu čini **razumnom alternativom** radikalnoj prostatektomiji u bolesnika s lokaliziranim karcinomom prostate

Praćenje tijeka bolesti

- Određivanje razine **PSA**-a i **digitorektalni pregled** potrebni su za praćenje pacijenata s verificiranim karcinomom prostate.



U asimptomatskih pacijenta PSA i DRE:

3, 6 i 12 mjeseci nakon tretmana, nakon toga svakih 6 mjeseci tijekom 3 godine, nakon toga na godišnjem nivou.

B

Nakon RP, vrijednosti PSA >0.2 ng/ml mogu ukazati na reziduum ili ponovno javljanje bolesti.

B

Nakon zračne terapije, povećanje PSA >2 ng/ml PSA, predstavlja najpouzdaniji znak perzistiranja ili ponovnog javljanja bolesti.

B

Palpabilni nodus i povećanje PSA mogu biti znaci lokalnog recidiva bolesti

B

Detekcija lokalnog recidiva biopsijom- samo u slučajevima kad bi to utjecalo na plan liječenja

B

Metastaze se mogu detektirati CT/MRI zdjelice ili scintigrafijom kostiju. U asimptomatskih pacijenata ova snimanja se mogu zanemariti ukoliko je PSA < 20 ng/ml.

C

Rutinska scintigrafija kostiju i druge imidžing metode se ne preporučuju u asimptomatskih pacijenata. Ukoliko pacijent ima bol u kostima, scintigrafija skeleta se razmatra neovisno o vrijednosti PSA.

B

HVALA NA PAŽNJI!

