

PROSTAT KANSERİNDE TARAMA YÖNTEMLERİ

55.

BÖLÜM

Deniz Çekiç¹
Sümeyye Çekiç²

GİRİŞ

Prostat bezi üreterler ve penis arasında rektumun arkasında bulunan ortalama hacmi 20 mL olan erkek üreme bezidir. Alkali pH ve beyaz renkli bir sıvı salgılamaktadır ve bu sıvı spermin ovuma ulaştığında döllenme için önemli rol oynar. [1]. Prostat bezi anatomik olarak santral zon, periferik zon ve transisyonel zon olarak 3 bölüme ayrılmıştır. [2]. Prostat kanseri ise tüm dünyada erkeklerde 2. En sık, 50 yaş üstü ise en sık görülen kanserdir, Amerika'da her 9 erkekte 1'i ömrü sırasında prostat kanseri tanısı almaktadır. [3] Sıklığı ırk, ırklara ve yaşa göre değişmekle beraber Batı toplumunda prostat kanseri doğu toplumuna göre daha sık görülmekte ve ileri yaşlarda sıklığı artmaktadır. [4] Türkiyede ise 2008-2009 yılları arasında yapılan çalışmada insidans 35/100000 olarak saptanmıştır.[5] Prostat kanseri gelişiminde multifaktöriyel olaylar sebep gösterilse de aile hikayesi, beslenme şekli, ejakülasyon sıklığı, obezite gibi sebeplerin de etiolojide rol aldığı düşünülmektedir. [6] Prostat kanseri hemen her zaman adenokanser olarak görülmekle beraber sarkomlar, transisyonel hücreli karsinomlar, nöroendokrin tümörler ve küçük hücreli karsinomlarda görülebilmektedir. [7]. Prostat kanseri yavaş ilerleyen bir kanser olup prostat kanseri tanısı alan hastaların 5 yıllık yaşam süresinin %93 lerde olduğu saptanmıştır. [8] Prostat kanseri taraması ve tedavi takibinde ilk defa 1986 yılında PSA düzeyi kullanılmaya başlandıktan sonra her ne kadar tanı sayısı artsa da prostat kanserine bağlı ölüm sayılarının artmadı-

ğı saptanmıştır. [9] Tedavide cerrahi, kemoterapi ve immünoterapi gibi bir çok seçenekler olduğu, tedavi başarısının yüksek olduğu bir kanser olan prostat kanserinde tarama yöntemlerinin-erken tanının tedavi başarısını artırabilmesi nedeniyle tarama yöntemlerini oldukça önemlidir.

1. PROSTAT BEZİ GELİŞİMİ, ANATOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ

Prostat bezi embriyolojik dönemde 8-12 haftalar arasında hCG (insan koryonik gonadotropin) stimülasyonu ile sekrete edilen testosteron hormonu tarafınca sağlanır. Epiteli üretral stromanın endotelinden köken almakla beraber kas dokusu mezenkimden köken alır. Puberteye kadar sessiz halde beklemekte ve birey puberteye ulaştıktan sonra hacim artışı olmaktadır. [1] [10]

Prostat alt pelviste bulunan %30 fibromuskuler ve %70 salgı bezi kısmından oluşan genç erişkinlerde yaklaşık 20 ml hacimde yaş ile birlikte hacimde artış olan kapsülle sarılı bir organdır. Yerleşim olarak mesane ile external üretra arasında; rektumun önünde mesanenin arkasında bulunmaktadır. Glandüler olarak prostat Transisyonel, periferik ve santral olarak zonal bölgelere ayrılmıştır. Ana beslenmesi vezikal arterden sağlanır. Venöz drenaj ise bir çok küçük venlerden oluşan Santorini pleksusundan oluşur bu pleksus birleşerek iliak vene dökülür. Lenfatik akımı ise obruator, eksternal internal iliak, sakral lenf nodlarına doğru olur. [11]

¹ Uzm. Dr., Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, decekic@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-7114-9334

² Uzm. Dr., Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drsumeyyekorkmaz@hotmail.com ORCID iD: 0000-0002-0745-1766

PSA baz değeri ≥ 4.0 ng/mL olduğunda pozitif olarak bir çok kaynakta kabul edilmektedir. Yine bu değerde PSA saptandığında hastaların üroloji hekimlerince değerlendirilmesi önerilmektedir. Buradaki baz değeri daha düşüğe çekmek yanlış pozitiflikler, gereksiz biyopsiler, gereksiz tedaviler ve komplikasyonları gibi problemlere yol açmaktadır.

SONUÇ

Prostat kanseri tüm dünyada oldukça ciddi bir ölüm ve morbidite sebebidir. Mevcut kanıtlar ışığında her ne kadar tarama yöntemleri ile ilgili yapılan çalışmalarda metodolojik problemler olduğu görülse de PSA ile taramanın minimal de olsa bir fayda sağladığı açık olarak görülmüştür. 1-2 yılda 1 uygun yaş grubunda PSA düzeyi ile taramak mali açıdan ve mortalite morbidite azaltılması için uygun olarak görülmektedir. Gerekli durumlarda ek tetkikler özellikle görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. B. M.D, «Prostat,» pp. s 1-4, 2008.
2. Anafarta K, Arıkan N, Bedük Y: Temel Üroloji. Dördüncü Baskı. Güneş Kitapevi, Ankara 2011, s 15-16.
3. National Cancer Institute. SEER Cancer Stat Facts: Prostate Cancer. Accessed at <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html> on March 15, 2019.
4. Klassen AC, Platz EA. What can geography tell us about prostate cancer? *Am J Prev Med* 2006;30(2 Suppl):S7-15.
5. Ceyhan, Ö , Görüş, S , Demirtaş, A , Kılıç, Z . "ERKEK HASTALARIN PROSTAT KANSERİ TARAMALARI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ". Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 20 (2018): 184-191.
6. WCRF/AICR (2014) World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity, and Prostate Cancer. Available at: <http://www.wcrf.org/sites/default/files/Prostate-Can>.
7. American Cancer Society. Facts & Figures 2020. American Cancer Society. Atlanta, Ga. 2020.
8. Stanford, J.L. and 12 others, Prostate cancer trends 1973-1995, SEER Program, National Cancer Institute, Bethesda, MD (1998).
9. 1. Auvinen A, Rietbergen JBW, Denis LJ, Schröder FH, Prorok PC. Prospective Evaluation Plan for Randomised Trials of Prostate Cancer Screening. *Journal of Medical Screening*. 1996;3(2):97-104. doi:10.1177/096914139600300211.
10. Prof.Dr.Aysel ŞEFTALİOĞL: Genel & Özel İnsan Embriyolojisi ,üçüncü baskı Ankara 1998 Tıp&TeknikYayıncılık.
11. Kirby R, Montorsi F, Gontero P, Smith JA. Radical prostatectomy :From open to robotic.London:Informa: 2007: 1-11.
12. Bratt O. Hereditary prostate cancer: clinical aspects. *J Urol* 2002;168(3):906-13.
13. Kang DI, Chung JI, Ha HK, et al (2013). Korean prostate cancer patients have worse disease characteristics than their American counterparts. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14, 6913-7.
14. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB, eds. Cancer incidence in five continents. Vol VII. Lyon: IARC Sci Publ, 1997.
15. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.
16. Ries, LAG, Melbert, D, Krapcho, M, et al (Eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2004, National Cancer Institute, Bethesda, MD 2007. Available at: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2004/ (Accessed on October 16, 2009).
17. DeMarzo AM, Nelson WG, Isaacs WB, Epstein JI. Pathological and molecular aspects of prostate cancer. *Lancet* 2003;361(9361): 955-6.
18. Yan L, Spitznagel EL. Soy consumption and prostate cancer risk in men: a revisit of a metaanalysis. *Am J Clin Nutr* 2009;89(4):1155-63.
19. Muir CS, Nectoux J, Staszewski J. The epidemiology of prostatic cancer. Geographical.
20. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System.
21. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Mail Genital Organs, 4th, Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter VE (Eds), WHO, Lyon 2016.
22. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(1):CD004720. Published 2013 Jan 31. doi:10.1002/14651858.CD004720.pub3.
23. Schröder FH, Hugosson J, Carlsson S, et al. Screening for prostate cancer decreases the risk of developing metastatic disease: findings from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). *Eur Urol*. 2012;62(5):745-752. doi:10.1016/.
24. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst* 2012;1.
25. Cooperberg MR, Carroll PR. Trends in Management for Patients With Localized Prostate Cancer, 1990-2013. *JAMA*. 2015;314(1):80-82. doi:10.1001/jama.2015.6036.
26. Carter HB. Prostate cancers in men with low PSA levels--must we find them?. *N Engl J Med*. 2004;350(22):2292-2294. doi:10.1056/NEJMe048003.
27. Carroll P, Coley C, McLeod D, et al. Prostate-specific antigen best practice policy--part I: early detection and diagnosis of prostate cancer. *Urology*. 2001;57(2):217-224. doi:10.1016/s0090-4295(00)00993-6.
28. Punglia RS, D'Amico AV, Catalona WJ, Roehl KA, Kuntz KM. Effect of verification bias on screening for prosta-

- te cancer by measurement of prostate-specific antigen. *N Engl J Med.* 2003;349(4):335-342. doi:10.1056/NEJMoa021659.
29. Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, Etzioni R, Freedland SJ, Greene KL, et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *J Urol* 2013;190(2):419-26.
 30. Basch E, Oliver TK, Vickers A, Thompson I, Kantoff P, Parnes H, et al. Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen testing: American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion. *J Clin Oncol* 2012;30(24):3020-5.
 31. Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, et al. EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease. *Eur Urol* 2011;59(1):61-71.