

## Bölüm 15

# PERİFER ANADOLU HASTANESİNDEKİ DÜŞÜK PSA'LI HASTALARA AİT KLİNİK VERİLERİMİZ

Mehmet CANIKLIOĞLU<sup>1</sup>  
Muharrem ÖZKAYA<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Tüm kanserlerin %15'inden sorumlu olan prostat kanseri erkeklerde teşhis edilen en sık ikinci kanserdir<sup>[1]</sup>. Otuz yaşın altında oldukça nadirdir ve her dekada gitgide artan bir risk oranı vardır<sup>[2]</sup>. Tarama ve tanı testlerinin kullanım yaygınlığına bağlı olarak gelişmiş ülkelerde daha sık görülmektedir<sup>[3]</sup>.

Bir tarama testi olarak Prostat Spesifik Antijen (PSA) 1979 yılından beri kullanılmaktadır<sup>[4]</sup>. Cooner ve ark. PSA'nın normal aralığının üst sınırının 4,0 ng/mL olduğunu bildirdiler<sup>[5]</sup>. Daha sonraki çalışmalar 2,5 ng/mL'lik üst sınırın 4,0 ng/mL ile aynı prediktif değeri verdiğini raporladı ve PSA üst sınırı ile alakalı günümüzdeki eğilimlerin temeli oluşmuş oldu<sup>[6,7]</sup>. Günümüzde birçok merkez tarafından da kullanıldığı üzere PSA üst sınırı 3,0 ng/mL alındığında %25 oranında kanser teşhisi doğru olarak saptanabilmektedir<sup>[8,9]</sup>. Ancak bahsi geçen bu değerlerin altında da prostat kanseri saptanabilmektedir. PSA'sı 4 ng/mL'in altında olmasına karşın hastaların %15,2'sinde prostat kanseri riski vardır. Hastaların sadece %2,27'sinde klinik olarak önemli (ISUP Grade  $\geq$  2; ISUP = International Society of Urological Pathology) prostat kanseri saptanmaktadır<sup>[10]</sup>. Bu kadar düşük PSA düzeylerinde dahi klinik önemli prostat kanseri saptanması ve saptandığında da prognozunun kötü oluşu ürkütücü bir durumdur. Teorik olarak düşük PSA'nın benign patolojiler ile ya da düşük Gleason derecesi ile ilişkili olması beklenirken tam aksine, düşük PSA ile prostat kanseri tanısı konulan hastalarda hastalık daha agresif seyretmekte ve kansere bağlı ölüm oranı daha yüksek görülmektedir<sup>[11]</sup>.

Bu çalışmada küçük bir il hastanesine başvuran klinik önem arzeden bu grup hastalara ait verilerimizi paylaşmayı amaçladık.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji A. D., dr.mehmetcaniklioglu@gmail.com

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Sinop Atatürk Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, muharrem\_drm36@hotmail.com

## KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136:E359–86.
2. Mottet N, Cornford P, van den Bergh RC., Briers E, de Santis M, Fanti S, et al. EAU - EANM - ESTRO - ESUR - SIOG Guidelines on Prostate Cancer. In: European Association of Urology Guidelines. 2020 Edition. 2020th ed. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology Guidelines Office; 2020.
3. Haas GP, Delongchamps N, Brawley OW, Wang CY, de la Roza G. The worldwide epidemiology of prostate cancer: perspectives from autopsy studies. *Can J Urol* 2008;15:3866–71.
4. Wang MC, Valenzuela LA, Murphy GP, Chu TM. Purification of a human prostate specific antigen. *Invest Urol* 1979;17:159–63.
5. Cooner WH, Mosley BR, Rutherford CL, Beard JH, Pond HS, Terry WJ, et al. Prostate cancer detection in a clinical urological practice by ultrasonography, digital rectal examination and prostate specific antigen. *J Urol* 1990;143:1146–52.
6. Labrie F, Candas B, Dupont A, Cusan L, Gomez J-L, Suburu RE, et al. Screening decreases prostate cancer death: First analysis of the 1988 Quebec Prospective Randomized Controlled Trial. *Prostate* 1999;38:83–91.
7. Krumholtz JS, Carvalhal GF, Ramos CG, Smith DS, Thorson P, Yan Y, et al. Prostate-specific antigen cutoff of 2.6 ng/mL for prostate cancer screening is associated with favorable pathologic tumor features. *Urology* 2002;60:469–73.
8. Prostate Cancer: Early Detection Guideline - American Urological Association. Available from: <https://www.auanet.org/guidelines/prostate-cancer-early-detection-guideline>.
9. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* 2009;360:1320–8.
10. Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Parnes HL, et al. Prevalence of Prostate Cancer among Men with a Prostate-Specific Antigen Level  $\leq 4.0$  ng per Milliliter. *N Engl J Med* 2004;350:2239–46.
11. Mahal BA, Aizer AA, Efsthathiou JA, Nguyen PL. Association of very low prostate-specific antigen levels with increased cancer-specific death in men with high-grade prostate cancer. *Cancer* 2016;122:78–83.
12. Diamandis EP, Yousef GM, Luo LY, Magklara A, Obiezu C V. The new human kallikrein gene family: Implications in carcinogenesis. *Trends Endocrinol Metab* 2000;11:54–60.
13. Özman O, Talat Z, Erözenci A. Prostat Spesifik Antijen'in Tarihi \* History of Prostate Specific Antigene.
14. Yu H, Giai M, Diamandis EP, Katsaros D, Sutherland DJ, Levesque MA, et al. Prostate-specific antigen is a new favorable prognostic indicator for women with breast cancer. *Cancer Res* 1995;55:2104–10.
15. Yu H, Levesque MA, Clark GM, Diamandis EP. Prognostic Value of Prostate-specific Antigen for Women with Breast Cancer: A Large United States Cohort Study. *Clin Cancer Res* 1998;4:1489–97.
16. Sauter ER, Klein G, Wagner-Mann C, Diamandis EP. Prostate-specific antigen expression in nipple aspirate fluid is associated with advanced breast cancer. *Cancer Detect Prev* 2004;28:27–31.
17. Loeb S. Guideline of guidelines: Prostate cancer screening. *BJU Int* 2014;114:323–5.
18. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013.

19. Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, Dodds KM, Coplen DE, Yuan JJJ, et al. Measurement of Prostate-Specific Antigen in Serum as a Screening Test for Prostate Cancer. *N Engl J Med* 1991;324:1156–61.
20. Brawer MK, Chetner MP, Beatie J, Buchner DM, Vessella RL, Lange PH. Screening for prostatic carcinoma with prostate specific antigen. *J Urol* 1992;147:841–5.
21. Gelfond J, Choate K, Ankerst DP, Hernandez J, Leach RJ, Thompson IM. Intermediate-term risk of prostate cancer is directly related to baseline prostate specific antigen: Implications for reducing the burden of prostate specific antigen screening. *J Urol* 2015;194:46–51.
22. Roobol MJ, Roobol DW, Schröder FH. Is additional testing necessary in men with prostate-specific antigen levels of 1.0 ng/mL or less in a population-based screening setting? (ERSPC, section Rotterdam). *Urology* 2005;65:343–6.