

# BÖLÜM 4

## Prostat Kanserinde Prognostik Faktörler ve Risk Sınıflaması

Mehmet Mutlu KIDI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Prostat kanseri (PK) heterojen bir hastalıktır. Erkeklerdeki en sık ikinci kanserdir (cilt kanserinin ardından). Dünya üzerinde erkekler için mevcut yaşam boyu prostat kanseri riskinin yaklaşık sekizde bir olduğu tahmin edilmektedir, ancak insidans prostat spesifik antijen (PSA) ile tarama ve PSA bazlı biyopsiye bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir(1).

### PROSTAT KANSERİ RİSK SINIFLANDIRILMASI

Yeni tanı konulmuş prostat kanseri olan erkek hastalar değerlendirilirken, hastalığın uzun süreli doğal seyrini ve prognostik faktörleri değerlendirmek gerekmektedir. İlk değerlendirme de, klinisyen tarafından hastaya dijital rektal muayeneye mutlaka yapılmalıdır. Sonrasında, tedavi öncesi PSA, ilk biyopsideki Gleason skoru/grade grubunu ve biyopsi korlarındaki kanser tutulumunun sayısını ve boyutunu değerlendirmek gerekmektedir. Bu kapsamlı değerlendirme primer tümörün risk kategorilerine ayrılmasına olanak tanır. Prostat kanseri için tedavi seçiminde kullanılacak en uygun risk sınıflandırma sistemine ilişkin tartışmalar devam etmektedir. Risk kategorileri tanımlanırken farklı kılavuzlar farklı risk değerlendirmeleri yapmaktadır. Örnek olarak, Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (ESMO) lokalize prostat kanserinin risk sınıflandırması için üç kademeli bir sistem kullanmaktadır(2-4).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji BD., mehmetmutlu\_01@hotmail.com, ORCID iD:0000-0002-4750-720X

T2b-T2c veya

Gleason skoru 3+4 = 7 (grade grubu 2) veya Gleason skoru 4+3 = 7 (grade grubu 3) veya

PSA 10-20 ng/mL

**Klinik olarak lokalize, yüksek risk:** Klinik olarak lokalize, yüksek riskli prostat kanseri olan hastalar, dijital rektal muayenede (T3a) ekstraprostatik tutulum mevcuttur veya serum PSA  $\geq 20$  ng / mL veya grade grup 4 veya 5 (Gleason skoru 8-10) yüksek risk olarak kabul edilmektedir.

**Klinik olarak lokal ileri, çok yüksek risk:** Seminal vezikül tutulumu, tümör fiksasyonu veya komşu organlara invazyon durumunda lokal ileri hastalık (T3b veya T4) kabul edilir. Bu hasta gurubu progresyon veya nüks açısından çok yüksek riskli olarak sınıflandırılır. Ek olarak, primer Gleason paterni 5 veya Gleason skoru 8 - 10 olan dört veya daha fazla kor pozitif olan hastalar (grade grubu 4 veya 5) çok yüksek riskli olarak sınıflandırılır. Bu hastalar lenf nodu tutulumu açısından yüksek risk altındadır ve tedavi öncesi tüm hastalara pelvis görüntülemesi yapılmalıdır.

## SONUÇ

Sonuç olarak, tedavi öncesi klinik, patolojik ve biyokimyasal faktörlerin (PSA düzeyi; Gleason skoru/grade grubu; klinik değerlendirme) birlikte değerlendirilmesi hastaların risk sınıflandırmasını ve hastanın parolojik evrelemesini daha doğru yapmaya olanak ve daha doğru tedavi kararı vermemezi sağlar. NCCN kılavuzları, düşük veya favoranle orta riskli hastalarda, aktif gözetim için en uygun hastaları seçmek için risk sınıflandırması yaparken Decipher, Oncotype DX Prostate, Prolaris veya ProMark gibi moleküler bazlı testlerin kullanımını önermektedir.

## KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. CA Cancer J Clin. 2022;72(1):7-33.
2. Bekelman JE, Rumble RB, Chen RC, Pisansky TM, Finelli A, Feifer A, et al. Clinically Localized Prostate Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Endorsement of an American Urological Association/American Society for Radiation Oncology/Society of Urologic Oncology Guideline. J Clin Oncol. 2018;36(32):3251-8.
3. Eastham JA, Aufferberg GB, Barocas DA, Chou R, Crispino T, Davis JW, et al. Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO Guideline, Part I: Introduction, Risk Assessment, Staging, and Risk-Based Management. J Urol. 2022;208(1):10-8.
4. Parker C, Castro E, Fizazi K, Heidenreich A, Ost P, Procopio G, et al. Prostate cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol.

- 2020;31(9):1119-34.
5. Kasivisvanathan V, Rannikko AS, Borghi M, Panebianco V, Mynderse LA, Vaarala MH, et al. MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis. *N Engl J Med*. 2018;378(19):1767-77.
  6. Epstein JI, Zelefsky MJ, Sjoberg DD, Nelson JB, Egevad L, Magi-Galluzzi C, et al. A Contemporary Prostate Cancer Grading System: A Validated Alternative to the Gleason Score. *Eur Urol*. 2016;69(3):428-35.
  7. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, Schultz D, Fondurulia J, Chen MH, et al. Clinical utility of the percentage of positive prostate biopsies in defining biochemical outcome after radical prostatectomy for patients with clinically localized prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2000;18(6):1164-72.
  8. Lee AK, Schultz D, Renshaw AA, Richie JP, D'Amico AV. Optimizing patient selection for prostate monotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2001;49(3):673-7.
  9. Na R, Zheng SL, Han M, Yu H, Jiang D, Shah S, et al. Germline Mutations in ATM and BRCA1/2 Distinguish Risk for Lethal and Indolent Prostate Cancer and are Associated with Early Age at Death. *Eur Urol*. 2017;71(5):740-7.
  10. Wu Y, Yu H, Zheng SL, Na R, Mamawala M, Landis T, et al. A comprehensive evaluation of CHEK2 germline mutations in men with prostate cancer. *Prostate*. 2018;78(8):607-15.
  11. Eggener SE, Rumble RB, Armstrong AJ, Morgan TM, Crispino T, Cornford P, et al. Molecular Biomarkers in Localized Prostate Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2020;38(13):1474-94.
  12. Caster JM, Falchook AD, Hendrix LH, Chen RC. Risk of Pathologic Upgrading or Locally Advanced Disease in Early Prostate Cancer Patients Based on Biopsy Gleason Score and PSA: A Population-Based Study of Modern Patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2015;92(2):244-51.
  13. Spratt DE, Zhang J, Santiago-Jimenez M, Dess RT, Davis JW, Den RB, et al. Development and Validation of a Novel Integrated Clinical-Genomic Risk Group Classification for Localized Prostate Cancer. *J Clin Oncol*. 2018;36(6):581-90.