

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΔΕΝΑ

Ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται σε άνδρες μεγαλύτερης αλλά και μέσης ηλικίας. Είναι ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος στους άνδρες. Περίπου το 20% των ανδρών άνω των 50 ετών μπορεί να εμφανίσει κλινική νόσο και το 1% παγκοσμίως θα καταλήξει από την νόσο. Η βιολογική συμπεριφορά της νόσου ποικίλει και αυτό γιατί υπάρχουν νεοπλασμάτα που έχουν αργή εξέλιξη ενώ άλλα εξελίσσονται γρήγορα. Το 95% των νεοπλασμάτων του αδένα είναι αδενοκαρκινώματα αλλά μπορεί να εμφανιστούν και καρκινώματα άλλης επιθηλιακής προέλευσης καθώς και μεταστατικά νεοπλασμάτα στον προστάτη από όργανα όπως πχ η ουροδόχος κύστη.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Διάφοροι παράγοντες, όπως η ηλικία, η φυλή, η κληρονομικότητα και επαγγελματικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν στην εμφάνιση της νόσου. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου είναι αυξημένος σε συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών. Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο διότι τα ζωικά λιπαρά αυξάνουν τη σύνθεση ορμονών- ανδρογόνων που ευνοούν τη εμφάνιση της νόσου. Ορισμένες τροφές όπως το σελήνιο, η λυκοπέννη, και τροφές με βιταμίνη D και E φαίνεται να έχουν προστατευτική δράση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.

Ο ετήσιος έλεγχος με δακτυλική εξέταση και psa αίματος σε άνδρες άνω των 50 ετών είναι μεταξύ άλλων η πιο βασική μέθοδος για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση αν και τα ηλικιακά όρια φαίνεται να μειώνονται ακόμα και στα 45 έτη υπό κάποιες προϋποθέσεις

Ο προστάτης αδένας λειτουργικά χωρίζεται σε τρεις ξεχωριστές ζώνες : την κεντρική, την περιφερική, και την μεταβατική ζώνη πλησίον της ουρήθρας. Η ΚΥΠ(ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ) αναπτύσσεται σχεδόν αποκλειστικά στην μεταβατική ζώνη, ενώ ο καρκίνος του προστάτη στην **περιφερική κυρίως ζώνη του αδένα**, και αυτή είναι η ζώνη που γίνεται αντιληπτή κάθε ύποπτη βλάβη με **την δακτυλική εξέταση από τον ουρολόγο.**

Η εξάπλωση της νόσου επηρεάζεται από την εντόπιση της αρχικής εστίας και κάποιοι καρκίνοι έχουν δυνατότητα για γρήγορη ανάπτυξη και εκτός προστατικής

κάψας μειώνοντας τις πιθανότητες πλήρους ίασης(τοπικά εκτεταμένη νόσος) Ο αδένας περιβάλλεται από κάψα που αποτελείται από κολλαγόνο, ελαστίνη και κυκλικά διατασσόμενες λείες μυϊκές ίνες. Η κάψα συνενώνεται στα πλάγια με τα πέταλα της εν τω βάθει πυελικής περιτονίας, εκτός από τα σημεία επαφής με την κύστη και την ουρήθρα.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.

Τα συμπτώματα είναι ίδια με αυτά της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και έτσι δεν είναι ξεκάθαρο εάν πρόκειται για καρκίνο ή απλή υπερτροφία. Η ξαφνική εμφάνιση όμως τέτοιων συμπτωμάτων μπορεί να υποψιάσει τον θεράποντα ουρολόγο .Η αιματουρία ,η αιμοσπερμία , η επώδυνη εκσπερμάτιση και το πυελικό άλγος είναι σημεία που εμφανίζονται σε τέτοιες περιπτώσεις.

ΤΟ PSA ΣΑΝ ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Δεν είναι ειδικός δείκτης για τον καρκίνο του προστάτη γιατί μπορεί να αυξηθεί και σε άλλες καταστάσεις όπως η προστατίτιδα η μάλαιξη του προστάτη και άλλοι επεμβατικοί χειρισμοί όπως η κυστεοσκόπηση. Αποτελεί τον πιο ευαίσθητο όμως δείκτη που έχουμε στην διάθεση μας σήμερα και είναι χρήσιμο εργαλείο στην διάγνωση του καρκίνου του προστάτη.Οι τιμές τουPSA αλλάζουν με την ηλικία και την αύξηση του μέγεθους του προστάτη και όπως αναφέραμε από φλεγμονές του αδένου και άλλες καταστάσεις αλλά η ταχύτητα μεταβολής του PSA είναι σημείο που θα πρέπει πάντα να εκτιμηθεί από τον θεράποντα ουρολόγο.

ΒΙΟΨΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ.

Επί ενδείξεων από την δακτυλική εξέταση(σκληρία ,ασυμμετρία,αλλαγή ορίων) του αδένου και την παγκοσμίως καθιερωμένη εξέταση PSA ,ο ασθενής υποβάλλεται σε κατευθυνόμενη βιοψία με διορθικό υπέρηχο.Η βιοψία είναι ανώδυνη και σχετικά γρήγορη .Με την καθοδήγηση του υπερήχου λαμβάνονται ιστοτεμάχια από εστιακές βλάβες ή εάν δεν απεικονίζονται τέτοιες τότε λαμβάνουμε βιοψίες από προκαθορισμένες περιοχές του προστάτη.Τα αποτελέσματα της βιοψίας ταξινομούνται με βάση το σύστημα Gleason και εκτιμώνται οι δύο πιο συχνές μορφές ανάπτυξης του όγκου .

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.

Με βάση την ιστολογική έκθεση της βιοψίας το PSA και την απεικονιστική διερεύνηση με αξονική τομογραφία και σπινθηρογράφημα οστών ολοκληρώνουμε την κλινική σταδιοποίηση του ασθενούς και προτείνεται η καλύτερη δυνατή θεραπεία. Για ασθενείς με τοπικά εντοπισμένο όγκο η ριζική προστατεκτομή είναι η καλύτερη αντιμετώπιση, αν και υπάρχουν εναλλακτικές θεραπείες όπως η ακτινοβολία του όγκου σε ασθενείς που δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν να χειρουργηθούν. Για μεταστατικούς ή τοπικά εκτεταμένους όγκους η θεραπευτική προσέγγιση είναι σαφώς πιο πολύπλοκη και περιλαμβάνει εκτός της τοπικής ακτινοβολίας και την φαρμακευτική θεραπευτική προσέγγιση με σκοπό την καθυστέρηση της νόσου.

ΡΙΖΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

Περιλαμβάνει την ολική αφαίρεση του προστάτη με την κάψα και το περιπροστατικό λίπος, την αφαίρεση των σπερματοδόχων κύστεων και την αναστόμωση της ουρήθρας με την ουροδόχο κύστη (αφού έχει αφαιρεθεί προηγουμένως ολόκληρη η προστατική ουρήθρα). Κατά την επέμβαση ελέγχονται και λαμβάνονται περιοχικοί λεμφαδένες για βιοψία. Μια από τις βελτιώσεις της επέμβασης είναι και η διάσωση των αγγειονευρωδών δεματίων για την διατήρηση της στυτικής ικανότητας των ασθενών. Εξέλιξη της ανοικτής με τομή ριζικής προστατεκτομής, είναι και η ρομποτική με τη μέθοδο Da Vinci προστατεκτομή με σαφή πλεονεκτήματα στα χέρια έμπειρων χειρουργών, με αυξημένο βέβαια το κόστος της όλης επέμβασης.

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Με εξωτερική ακτινοβολία ο ασθενής αντιμετωπίζεται "ριζικά" με σκοπό την ίαση. Η σύγχρονη ακτινοβολία επιτρέπει να χορηγηθεί η επιθυμητή ακτινοβολία ακριβώς στο στόχο του όγκου και έτσι αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες επιπλοκές της. Σε αποτελεσματικότητα η ακτινοβολία υπολείπεται της χειρουργικής θεραπείας σε μελέτες που έχουν γίνει σε χιλιάδες ασθενών.

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Στον μεταστατικό καρκίνο του προστάτη δεν υπάρχει ριζική αντιμετώπιση. Η θεραπεία στοχεύει στην στέρση των ανδρογόνων, έτσι ώστε τα ορμονοευαίσθητα

καρκινικά κύτταρα να υποστούν μαζική απόπτωση. Η ορμονοθεραπεία διαρκεί περίπου 2 χρόνια λόγω του ότι αναπτύσσονται ανθεκτικά καρκινικά κύτταρα και ο ασθενής περνάει στον ορμονοάντοχο καρκίνο του προστάτη με ανάγκη ορμονικών χειρισμών δεύτερης γραμμής.