TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt: 14, Sayı: 4, 455-459, 1988

KLİNİĞİMİZDE TEDAVİ EDİLEN PROSTAT KANSERLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

THE EVALUATION OF PROSTATIC CANCER PATIENTS TREATED IN OUR CLINIC

BOZKIRLI, İ.(*), KARAOĞLAN, Ü.(**), TOKUÇOĞLU, H.(***), ERDA, M.(****), DENİZ, N.(*****), DEMİREL, F.(******)

Yaş ilerledikçe erkeklerdeki malign hastalıklar sıralamasında ön sıralara yükselen prostat kanserinde, normal prostatik glandüler hücrelerin kanser hücrelerine dönüşmesine neden olan ajan henüz tespit edilememiştir. Son araştırmalar prostat kanserinin gelişmesinde muhtemel bir sellüler onkojenin varlığına değinmektedir (1). Etyolojide, hormonal faktörlerle ilgili pek çok araştırma yapılmasına rağmen, önemli bir hormonal faktör tespit edilememiştir. Seksüel aktivitenin fazla olduğu kişilerde ileri yaşlarda prostat kanserinin daha çok görüldüğü bildirilmiştir (2). Androjenik hormonların fazlalığının karsinojenik bir faktör olduğu düşünülmüştür. Androjenik hormonlar prostat kanserini ilerletmekte, östrojenler ise geriletmektedir.

Etyolojide ailesel faktörlerin de önemli rolü olduğu son çalışmalarda gösterilmiştir (3).

Prostat kanseri genellikle benign prostat hiperplazisi ile birlikte bulunur. Fakat benign prostat hiperplazisi tarafından perifere itilen cerrahi kapsülün (hakiki prostat bezinin) posteriorundan kaynak alır (4).

Whitmore'un (5) yaptığı sınıflamaya göre prostat kanserinde 4 evre vardır:

Evre A: Prostatın bir lobunda küçük mikroskopik bir nodül vardır. Rektal muayenede ele gelmez.

Evre B: Prostat bezi içerisinde rektal muayenede ele gelen sert, küçük bir nodül vardır. Lokal yayılım yoktur.

(*) Gazi Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Doçenti
(**) Gazi Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti
(***) Gazi Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Uzmanı
(****) Gazi Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi
(*****) Gazi Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi
(******) Gazi Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

Evre C: Rektal muayenede daha büyük sertlik vardır. Lokal yayılım vardır, vezikülaseminalisler de invaze olmuştur.

Evre D: Rektal muayenede prostat bezi bütünü ile sert ve fikse olup, lokal yayılım ve uzak metastazlar vardır.

Prostat kanserinin tanısında en önemli yöntem rektal muayenedir. Rektal muayene ile % 80 oranında doğru tanı konulabilir. Radyolojik muayenede büyümüş prostat bezinin mesane içine indantasyonu ile prostat kanserinin kemik metastazları tespit edilebilir.

Laboratuvar tetkiklerinde en önemlisi PAP (prostatik asit fosfataz) olup, teşhiste önemli bir yer işgal etmektedir.

Transrektal ultrasonografi ve CT scan tetkikleri de tanıda yardımcı olabilirse de en kesin tanı yöntemi biopsidir. Biopsi ise iğne biopsisi şeklinde yapılabileceği gibi, transüretral olarak da yapılabilir.

Prostat kanserinde semptomlar, büyüyen prostat bezinin yaptığı infravezikal obstrüksiyona ve kemik metastazlarına bağlıdır.

Prostat kanserinin tedavisi evrelerine göre değişiklik göstermektedir (4).

Evre A'da tümör genellikle benign prostat hiperplazisinde ameliyat spesmeninin içinde çıkar ve ileri bir tedavi gerekmez.

Evre B'de radikal prostatektomi yapılır.

Evre C'de, radikal prostatektomi ve pelvik lenf bezi diseksiyonu yapılarak evre B gibi tedavi edilmesi yanında, evre D gibi de tedavi edilebilir.

Evre D tedavisinde amaç, hastanın rahat idrar yapmasını sağlamak ve metastazlarını geriletmektir. Bu amaçla önce TUR prostatektomi ile üriner pasaj açılır. Prostat kanseri androjenlerle aktive olduğundan bilateral orşiektomi ile en önemli androjen kaynağı ortadan kaldırılır. Daha sonra da hastaya östrojen tedavisi uygulanır. Bunun için çok kullanılan preparat diethylstillbestrol diphosphate'dır (6).

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmaya 1984-1987 yılları arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği'ne başvuran ve prostat kanseri tanısı konularak tedavisi yapılan 14 hasta dahil edilmiştir.

Hastalar 66-87 yaşları arasında olup, yaş orlataması 71,5 olarak tespit edilmiştir.

Hastalara rutin fizik muayene, rektal muayene, PAP, asit fosfataz, alkalen fosfataz dahil olmak üzere kan biokimyası, İVP ve 6'sına tüm vücut kemik sintigrafisi yapılmıştır.

Hastaların 1'ine (% 7.1) akupunktur anestezisi, 10'una (71.4) spinal anestezisi, 3'üne (% 21.4) genel anestezi uygulanmıştır.

Uygun saha temizliği ve örtümlerden sonra hastaların tümüne 24 F Storz rezektoskop kılıfı içinde üretrosistoskopi yapılıp daha sonra transüretral prostatektomi

(TUR-P) yapılarak pasaj açılmıştır. Hastaların tümünün patoloji raporunun prostat adeno Ca gelmesi üzerine 12 hastaya bilateral skrotal orşiektomi yapılıp östrojen tedavisi uygulanmıştır. Bir hastaya orşiektomiyi kabul etmediği için direkt östrojen tedavisi uygulanmıştır.

Östrojen tedavisinde dietilstilbestrol difosfat ilk üç gün 2 x 500 mg intravenöz, ikinci 3 gün 1 x 500 mg intravenöz daha sonra 3 x 100 mg oral verilerek yapılmıştır.

Evre A kabul edilen kalan bir hasta takibe alınarak ek bir tedavi uygulanılmamıştır.

BULGULAR

Hastaların tümü de kliniğimize infravezikal obstrüksiyon şikâyetleri ile başvurmuşlardır. Hastalardan 4'ü (% 26,6) glob vezikal ile hastanemize gelmiştir. 3 hasta (% 21.4) infravezikal obstrüksiyon semptomlarına ilaveten bel ve sırt ağrıları ile başvurmuştur.

2 hastada DÜS grafisinde osteoblastik kemik metaztazları tesbit edilmiştir.

6 hastaya tüm vücut kemik sintigrafisi uygulanmış ve bunlardan 4'ünde kemik metastazları tespit edilmiştir.

Tüm hastalara prostatik asit fosfataz (PAP) çalışılmış ve 8 hastada bu değerler yüksek bulunmuştur.

Hastalardan 9'unda serum asit fosfataz düzeyi, 10'unda ise serum alkalen fosfatazdüzeyi normalden yüksek bulunmuştur.

Sistoskopide 1 hastada mesane tabanı ve sağ orifis civarına invazyon gözlenmiştir.

13 hastanın patoloji raporları prostat adeno Ca olarak gelmiştir. BPH ön tanısı ile ameliyata alınan 1 hastada ise küçük bir odak halinde prostat adeno Ca tespit edilmiştir.

Hastaların tümü de intravenöz östrojen tedavisini iyi tolore etmişlerdir.

Tedavi uygulanan hastaların yapılan kontrollerinde tümünde de tedavi sonrasında semptomların gerilediği ve genel durumlarının düzeldiği gözlenmiştir. 2 hastada 3 ay ve 6 ay sonra ayaklarda ödem tespit edilmiş ve östrojen tedavisi kesilmiştir. Bunlardan ilki 4 ay sonra ex olmuştur. Bu hastanın exitus nedeni tromboemboliye bağlanmıştır.

TARTIŞMA

Ortalama insan ömrünün giderek uzadığı çağımızda ileri yaşlarda görülen hastalıkların tanı ve tedavileri önem kazanmaktadır. Erkeklerde ileri yaşlardaki malign hastalıkların başında prostat kanseri gelmekte ve yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır.

Prostat kanseri semptomları genellikle benign prostat hiperplazi belirtileri ile aynı olduğundan ve yurdumuzda periodik kontroller yapılamadığından hastalar infravezikal obstrüksiyon semptomlarını ihmal ederek genellikle metastazlarla geç evrelerde hastanelere başvurmaktadırlar. Nitekim bizim hastalarımızdan sadece 1'i (% 7.1) evre A'da

patient who was as stage A and another patient who refused further treatment. all the other patients stage as D underwent bilateral orchiectomy and used oral diethyl stilboestrol diphosphate as androgen deprivation therapy. The follow-up data of these patients are evaluated and the efficiency of the treatments are discussed.

KAYNAKLAR

1. **Stamey, A.:** Identification and significance of the cellular oncogene for prostate cancer. State-of-the-Art Lecture, AUA Convention, 1985.
2. **Rotkin, L.D.:** Epidemiologic factors associated with prostatic cancer. In: Prostate cancer, Eds: Coffey D.S., Isaacs J.T., Vol. 48, Geneva, 1979.
3. **Meikle, A.W., Smith, J.A., West, D.W.:** Familial factors affecting prostatic cancer risk and plasma sex-steroid levels. The prostate, 6: 121, 1985.
4. **Boskurlı, İ.:** Yeni Üroloji, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1987.
5. **Whitmore, W.F. Jr.:** Hormone therapy in prostatic cancer. Am J. Med., 21: 697, 1956.
6. **Walsh, P.C.:** Physiologic basis for hormonal therapy in carcinoma of the prostate. Urol. Clin. Nort Am, 2: 125, 1975.
7. **Blackard, C.E., Byar, D.P., Jordan, W.P. et al.:** Orchiectomy for advanced prostatic carcinoma. Urology, 1: 553, 1973.
8. **Glashan, R.W., Robinson, M.R.G.:** Cardiovascular complication in the treatment of prostatic carcinoma. Br. J. Urol., 53: 624, 1981.
9. **Byar, D.P.:** The Veterans administration cooperative urological research group's studies of cancer of the prostate. Cancer, 32: 1126, 1973.
10. **Bailar, J.C., Byar, D.P. et al.:** Estrogen treatment for cancer of the prostate. Cancer, 26: 257, 1970.
11. **Pavone, M.M. et al.:** Medroxyprogesterone acetate in the treatment of prostatic cancer. In: Role of medroxyprogesterone in endocrine related tumors. Eds: Campio L, Robustell DCG, Taylor RW, 2: 183, 1983.
12. **De Woogt, H.J. et al.:** Zinc, cadmium in tumor tissue, detected and analysed by AAS and PIXE. In: Advances in urological oncology and endocrinology. Ed: Bracci DS, Acta Medica Editioni et Congressi, Roma 1984.
13. **Borgmann, V., Nagel, R., Al-Abadi, H. et al.:** Treatment of prostate cancer with LH-RH analogues. The prostate, 4: 553, 1983.