

Kılavuzu karga olanın...

Dr. Ahmet Erözenci

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Olgu: AE, 53 yaşında, evli, bir çocuğu olan erkek hasta. Herhangi bir ürolojik yakınması yok. Ailesinde prostat kanseri öyküsü yok. Total PSA tetkiki 4.1 ng/ml olarak saptanmış. Rektal muayenede prostat (+) adenom kıvamında bulmuş ve transrektal ultrason ve biyopsi yapılmasını önerilmiş.

Biyopsi gerekliliğinin tartışılması: Total PSA > 2.5 ng/ml olduğu durumlarda yapılan biyopsilerde %12'lere varan prostat kanseri oranını bu hastaya biyopsi yapma gerekliliğini geçerli kılmaktadır. Bunun da ötesinde, Partin nomogramlarının bir kez daha gözden geçirildiği çalışmada, rektal muayenesi normal, sadece total PSA yüksekliği nedeni ile yapılan biyopsilerle tanı konan prostat kanseri olgularında (T1c), total PSA 4.1-6.0 ng/ml olan durumlarda TRUS biyopsi ile gleason skor 5-6 olduğu durumlarda radikal prostatektomi sonrasında olguların %83'ünde organa sınırlı, sadece %16'sında ekstra prostatik yayılım ve %0 olguda lenf nod pozitifliği olduğu göz önüne alınırsa, bu hasta için biyopsi gerekliliği bir kez daha ortaya çıkar (1). Aynı çalışmada aynı PSA aralığı için gleason skor 8-10 olduğunda organa sınırlı, ekstraprostatik ve lenf nod tutulum oranları sırasıyla %55, %32 ve %3 olarak saptanmıştır ki, bu olumsuz patolojide bile hastanın tedaviden fayda göreceği savlanabilir.

Öte yandan yapılan Partin ve arkadaşlarının bir başka çalışmasında total PSA 4.1-6.0 ng/ml olan 51-60 yaş grubu erkeklerde rektal muayene normal olduğunda kanser olma oranının %14, rektal muayenede şüpheli nodül olduğunda ise %44 olduğu belirtilmiştir (2). Bu verideki %14 kanser tanısı konma oranı diğer bir açıdan, yani %86 kanser tanısı konmama (kansere olmama) açısından ele alınırsa, biyopsi yap(tır)ma kararının doktor tarafından değil, kendisine tüm veriler anlatıldıktan sonra hasta AE tarafından verilmesi gerekliliği ortaya çıkar.

Bu noktada doktorun hastasını bilgilendirmede yukarıda bahsettiğimiz çalışmalardan ziyade değişik çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre hastalığa yaklaşımı belirleyen kılavuzları kullanacağı kesindir. Avrupa Üroloji Derneği (EAU) kılavuzlarına göre total PSA 3.0-6.0 ng/ml arasında olduğunda ilk PSA tayinini takip eden 7 yıl içinde prostat kanseri tanısı konma kümülatif riski %34'dür (3). (Yedi yıllık kümülatif riskten bahsederken bazı hastalara ikinci, hatta üçüncü set biyopsiye tanı konduğu da unutulmamalıdır!)

Kendisine anlatılanlardan kafası karışan hastanın danıştığı ikinci ürolog, total PSA düzeyinin tek başına biyopsi endikasyonunu belirlemede yetersiz olduğu gerekçesiyle serbest PSA'yı da ilave ederek tetkiki yinelemiş, bu kez total PSA 4.2 ng/ml, SPSA oranı ise %22 olarak tespit edilmiş. Doktor, SPSA oranı %25'in altında olduğunda tümör görülme riskinin yüksek olduğunu söyleyerek biyopsi yapılmasını gerekliliğini belirtmiştir.

Hastanın elindeki verilerle görüş aldığı üçüncü ürolog, İto ve arkadaşlarının 1965 hastayı kapsayan arama çalışmalarında tanı konulan 303 kanser olgusunun 104'üne 8 yıllık takip süresinde tanı konulduğunu, çalışmada primer SPA oranı %22'den ufak olduğunda tanı üçüncü sene konduğunda hastaların %81.7'sinde, sekizinci sene konduğunda %53.2'sinde organa sınırlı hastalık olduğunu vurgulayarak, hemen biyopsi yapılmasına gerek olmadığını, hastanın bir süre daha PSA tetkikleriyle takip edilebileceğini belirtmiş (4). (SPSA oranı %22'den yüksek olduğunda takipte üçüncü ve sekizinci sene tanı konan kanserlerin organa sınırlı olma oranı sırasıyla %91.9 ve %87.7'dir).

Bu verinin kendisine sunulmasıyla rahatlayan hasta biyopsi yaptırmaktan vazgeçmiş, ancak TURP geçirmiş bir tanıdığıнын yönlendirmesiyle gittiği dördüncü üroloğun İto'nun çalışmasının Japonlar üzerinde yapıldığını, Japonya'da zaten prostat kanserinin az görüldüğünü söylemesi ve konunun artık kapanmasını isteyen karısının ısrarı üzerine biyopsi yaptırmaya karar vermiştir.

Ara geçiş: Mastercard reklamlarında, bardak, çiçek, kitap gibi metalar gösterildikten sonra annesine sarılan biri gösterilmekte ve fondaki ses, "Paranın satın alacağı bazı şeyler vardır. Geri kalan her şey içinse mastercard," demekte. Bu reklamın hasta AE'ye yönelik uygulamasını yaptığımızda, fonda trafik, gürültü, ekonomi gibi insanı strese sokacak şeyler gösterilmeli ve fondaki ses, "Bir erkeği strese sokacak bazı şeyler vardır. Bunlar yetersiz kaldığında da PSA," demelidir.

Tedavi seçeneklerinin tartışılması: Biyopsi sonucunda 2/12 odakta gleason skor 2+2 adenokanser saptanan hastaya ilk üroloğu ilave bir tetkik yaptırmaya gerek olmadığını, Kattan nomogramına göre 10 ng/ml altındaki total PSA değerlerinde RP sonrasında organa sınırlı hastalık saptanma olasılığının %90, lenf tutulumu olma olasılığının %1, beş ve on sene hastalısızlık oranlarının %98 olduğunu ve kılavuzların da bu durumdaki hastada cerrahi girişim önerdiğini söyleyerek RP yapılması gerektiğini söylemiş (5).

İkinci ürolog RP fikrine katılmakla birlikte, öncesinde pelvik BT ve kemik sintigrafisi yapılması gerektiğini, çünkü her ne kadar lenf tutulumu veya kemik metastazı olmayacağına inansa da prensip olarak her hastasına ameliyat öncesinde olabildiğince etraflı tetkik yaptırıldığını söylemiş.

Üçüncü ürolog, hasta istediği takdirde BT ve sintigrafinin yapılabilceğini ama RP'in yanı sıra yakın takip veya radyoterapi seçeneklerinin de olduğunu, üstelik bunlarda empotans ve enkontinans risklerinin olmadığını belirtmiş.

Hasta bu noktada zaten juvenil diyabet tanısıyla elli yıldır tedavi gördüğünü, insülin kullandığını, son beş yıldır diyabetik nöropati nedeniyle görme bozukluğu ve zaman zaman idrar kaçırması oldu-

“Mastercard reklamlarında, bardak, çiçek, kitap gibi metalar gösterildikten sonra annesine sarılan biri gösterilmekte ve fondaki ses, “Paranın satın alacağı bazı şeyler vardır. Geri kalan her şey içinse mastercard,” demekte. Bu reklamın hasta AE’ye yönelik uygulamasını yaptığımızda, fonda trafik, gürültü, ekonomi gibi insanı strese sokacak şeyler gösterilmeli ve fondaki ses, “Bir erkeği strese sokacak bazı şeyler vardır. Bunlar yetersiz kaldığında da PSA,” demelidir.”

ğunu, uzun süredir PD5 inhibitörü kullanmadan ereksiyon olmadığını söylemiş.

Amerikan Üroloji Derneği (AUA) lokalize prostat kanseri kılavuzunda (2007), bu evredeki hastaların tedavi seçeneklerinde watchful waiting (WW) ve aktif takip, brakiterapi, eksternal radyoterapi, radikal prostatektomi, primer hormonal tedavi ve diğer tedaviler yer almaktadır.

Hastaya takip öneren üçüncü üroloğun WW mi, aktif takip mi önerdiği net olmadığından burada ikisini birden kısaca irdeleyeceğiz.

Randomize kontrollü çalışmalarda WW, hastanın prostat kanserinin definitif tedavisinden fayda görmeyeceği mantığına dayanır ve bu hastalarda tedavi lokal veya sistemik progresyon olana kadar geciktirilir (6,7). Aktif takipteki mantık ise hastaların bazılarının tedaviden fayda göreceğidir. Dolayısıyla bu yaklaşımda hedeflenen öncelikle progresyon riski olan hastaları belirleyip onları tedavi etmek, ikinci olarak da progresyon riski olmayan hastalara da hiçbir tedavi yapmamaktır. Kılavuzda aktif takip yaklaşımına uygun adayların düşük gleason skoru olan, PSA seviyesi 10 ng/ml atında olan, evresi düşük olan, beklenen yaşam süresi kısa olan hastalar olduğu belirtiltikten sonraki cümlede, bu yaklaşımın yukarıdaki koşullara ilaveten düşük tümör yükü olan genç hastalar için de geçerli olabileceği, çünkü bu hasta-

larda progresyon riskinin az olmasının yanı sıra, progresyon olduğu takdirde yapılacak tedaviden fayda görecekları vurgulanmıştır (8,9,10). Benzer şekilde Chodak ve arkadaşlarının hasta AE’ye uyan grupta beş ve on senelik hastalığa özgü sağkalımın sırasıyla %98 ve %87, metastazsız sağkalımın da aynı süreler için %93 ve %91 olduğunu gösteren yayınlarını referans gösteren Avrupa Üroloji derneği, prostat kanser kılavuzunda, 55-74 yaş grubunda gleason skoru 2-4 olan hastalarda kanserden ölüm riskinin %4-7, kansere özgü mortalitenin de %8 olduğunu da vurguladıktan sonra iyi diferansiye tümörü olan hastalarda tedavinin geciktirilebileceğini, beklenen yaşam süresi 10 seneden fazla olan hastalarda ise PSA takibinin ve gerektiğinde re-TRUS ve biyopsi yapılmasının altını çizmiştir (11,12,13). Sonuç olarak, hele RP’nin yan etkilerinden de sakınmak istiyorsa, bu hastaya yakın takip önermek hiçbir şekilde yanlış bir yaklaşım değildir.

AUA kılavuzunda radyoterapinin gleason skoru 7’den büyük, PSA>10g/ml olan hastalarda uygulanması gerektiği bildirilmiştir. Buna göre hasta AE’ye RT önermek doğru olmaz. Öte yandan EAU kılavuzunda lokalize prostat hastalığının tedavisinde RP ile eksternal RT’yi karşılaştıran randomize çalışma olmadığının söylendiği cümleden hemen sonraki cümlede, National Institute of Health verilerine göre RT sonrasında sağkalım süresinin ve sağlanan yaşam kalitesinin cerrahi sonrasındakine eşdeğer olduğu belirtilmektedir. Kılavuzun özet bölümünde cerrahi girişimi kabul etmeyen genç hastalarda *bile* RT yapılabileceği söylenmektedir. Dolayısıyla kılavuzumuzu EAU kabul edersek, hasta AE’ye RT önerebiliriz.

AUA kılavuzunda hastalığın gerçekten organla sınırlı olduğu hastalarda RP’nin kesin kür sağladığı; EAU kılavuzunda ise sadece PSA yüksekliğiyle tanı konan kanserlerin %11-16’sının klinik açıdan önemsiz kanser olduğu belirtildikten sonra, %30 hastada da lokal ileri hastalık saptandığına dikkat çekilerek bu olgulara RP yapılması gerektiği vurgulanmıştır (14,15,16).

Her ne kadar hastaya sunulan tedavi seçenekleri içinde olmasa da, primer hormonal tedavi AUA kılavuzunun ilgili bölümünde ilk paragrafta herhangi bir nedenle RP veya RT yapılamayan düşük riskli hastalarda androjen baskılama tedavisinin giderek artan bir şekilde yapıldığı belirtilmekte, ancak hemen ikinci paragrafta ise bu tedavinin kardiyovasküler hastalık ve diyabet riskini artırması nedeniyle önerilmediği vurgulanmaktadır (17,18). Dolayısıyla zaten diyabet olan AE için bu tedavi kesinlikle uygun değildir.

Olgunun anımsanması: AE, 53 yaşında, evli, bir çocuğu olan erkek hasta. Herhangi bir ürolojik yakınması yok. Ailesinde prostat kanseri öyküsü yok. Senelik sağlık kontrolü esnasında yapılan total PSA tetkiki 4.1 ng/ml olarak saptanmış. DRE (+) adenom. Juvenil diyabet, insüline bağımlı, diyabetik retinopati, diyabetik nöropati ve erektil disfonksiyonu var. TRUS biyopsi sonucunda 2/12 odakta gleason skor 2+2 adenokanser tanısı konmuş.

Burada gittiği ürologlardan birinin yapılması gerektiğini söylediği kemik sintigrafisinin bu hasta için EAU kılavuzunda önerilmediğini de belirtelim.

Anamnez daha da derinleştirildiğinde hasta diyabet tanısının ilkokuldayken konulduğu, ailesi tarafından diğer çocukların oyunlarına katılmasına sınırlama getirildiğini, bu nedenle ilköğretim çağılarında depresyon tedavisi gördüğünü, sonrasında “diğer çocuklardan daha güçsüz olmasından kaynaklanan aşağılık duygusunu yendiğini” (hastanın kendi sözleri), üniversite sonrasında bir gazetede başladığı çalışma hayatını görme bozukluğu nedeniyle sonlandırmak zorunda kaldığını, iki yıldır antihipertansif ilaç kullandığını, son zamanlarda angina pectorise benzeyen ağrıları olduğunu ve nihayet son iki aydır yürürken sol bacağına sürtmek zorunda kaldığını, sol bacağına dizinin altında iyileşmeyen bir yara olduğunu anlattı.

İrdeleme

Tıpta hastalıklara yaklaşımda birtakım kılavuzlar olması temeli ilk olarak 1924’de Almanya’da F. Kraus tarafından Kraliyet Sağlık Konseyinde, “Hekimlerin hastalara kaliteli hizmet vermeleri amacıyla ekonomik ve matiklı yaklaşımlar belirlenmeli,” cümlesiyle atılmıştır (19). 1970 yılında Kanada’da David Sackett ve arkadaşları tarafından tıbbi makalelerin nasıl okunması gerektiğini ve bilimsel verilerin tanı ve tedaviye katkılarını onu alan bir dergi çıkartılmaya başlanmış, 1980’de de Gordon Guyatt ve arkadaşları günümüzde kanıta dayalı tıp (KDT) olarak bilinen “bilimsel-tıbbi-yaklaşım” kuramını ilk kez ortaya atmışlardır (20-21).

Bu tarihe kadar hastaya yaklaşımı deneyim, eskilerden öğrenilenler, anekdotal vakalar-yani insani faktörü-belirlerken, kılavuzlar randomize kontrollü çalışmaların meta analizinden elde edilen verilere öncelik vermiş, otoritelerin görüşleri (yani deneyim) güvenilirlik açısından son sıraya atmıştır.

Çok genel bir tanımla bilim, değişik hipotezleri tekrarlanabilir yöntemlerle sınavarak evren hakkında genel kuramlar geliştirir. Bunu sağlamak için de bilim adamının tarafsız ve ön yargısız olarak aydınlatmayı düşündüğü sorunla ilgili bir hipotez geliştirmesi,

“Çok genel bir tanımla bilim, değişik hipotezleri tekrarlanabilir yöntemlerle sınayarak evren hakkında genel kuramlar geliştirir. Bunu sağlamak için de bilim adamının tarafsız ve ön yargısız olarak aydınlatmayı düşündüğü sorunla ilgili bir hipotez geliştirmesi, o hipotezi test edecek deneysel veya klinik koşulları oluşturması, çıkan sonuçlar geliştirdiği kuramın aksi yönünde bile olsa müdahale etmemesi ve nihayet vardığı sonucun genellenebilirliğini kanıtlamak için daha geniş çalışma yapması gerekmektedir. Şayet tıp bir bilimse, kılavuzlar ve kanıta dayalı tıp bir önceki cümlede saydıklarımızı bire bir kapsıyor demektir.”

o hipotezi test edecek deneysel veya klinik koşulları oluşturması, çıkan sonuçlar geliştirdiği kuramın aksi yönünde bile olsa müdahale etmemesi ve nihayet vardığı sonucun genellenebilirliğini kanıtlamak için daha geniş çalışma yapması gerekmektedir. Şayet tıp bir bilimse, kılavuzlar ve kanıta dayalı tıp bir önceki cümlede saydıklarımızı bire bir kapsıyor demektir.

Günümüzdeki tıp eğitimlerini de benzer şekilde ele alabiliriz: Eğitici, ayırıcı tanıya bilimsel teoriler gibi yaklaşmakta, aynen bilim adamının değişik hipotezleri çürütmesi gibi olası tanıların neye dayanılarak dışlanacağını açıklayarak talebelere tıbbi bilim olarak sunmaktadır. Bu yaklaşımın muhakkak doğru yanı vardır, ancak bilimin tekrarlanabilirlik özelliğine göre, bu kez aynı hastalık için her hastada tanıya hep aynı yoldan gidilmesi gerekir; bunun olması için de hastaların aynı hastalık (örneğin prostat kanseri) için öykülerinin aynı olması gerekir. Hipokrat'ın bir sanat olarak tanımladığı tıp'la, modern zamanlar-

da bilimsel yönü belirginleşen tıbbın ayrımı da zaten burada ortaya çıkıyor. Kılavuzlar ve KDT'nin asla tartışılmadığı (ve bir yere kadar gerekliliğine bu satırların yazarının da inandığı) bilimsel tıp, mesleğimizin sanat yönü olan hastanın öyküsünü dinleme, anamnez alma ediminin (ve kaçınılmaz olarak hastalık yoktur, hasta vardır söyleminin) giderek önüne geçmekte. Kılavuzlar hastaya yaklaşımda o denli öncelik kazanmış durumda ki, 1998 yılında yapılan bir çalışmada, soruşturulan doktorların %48'i kılavuzları okuduktan sonra tanı ve/veya tedavi yaklaşımlarını değiştirdiklerini belirtmişler (22). Değişen %48'lik oranın hastanede yatış süresinde azalma (%12), kimi olgularda ameliyattan vazgeçme (%21) olduğu düşünülürse, kılavuzların salt hastaya en iyi bakımı vermede değil, sağlık ekonomisine de katkıda bulunduğu ortaya çıkmaktadır.

Ancak bir doktor salt KDT'ba göre davranıldığında, hastanın o anki sorununu, belki on binlerce vaka üzerinde önceden yapılmış çalışmalar ışığında değerlendiriyor demektir. Kılavuzların yazılmasına kullanılan ve en üst düzeyde veri olarak kabul edilen kontrollü randomize çalışmalardaki hasta, kendinden elde edilen verinin genellenerek ileride çalışmaya katılan tüm hastaların verileriyle birlikte, çalışmanın sonunda yayınlanacak olan tabloda sadece bir nokta olmaktan öte gitmeyecektir. Bu tabloda hastanın bireysel olarak yaşadıkları hiçbir zaman yer almadığı için, hastasına yaklaşımda kendisini KDT veya kılavuzlarla sınırlayan doktor, bilimsel olurken, aslında hastasının o grafikteki noktalardan biriyle aynı olduğunu varsaymaktan başka bir şey yapmıyordur.

Geniş bir açıdan bakıldığında gerek tanıda, gerekse tedavide kılavuzlar doktorun hastasına yaklaşımını belirleyen yol göstericilerdir. Tıpta karar verme süreci ise birden fazla noktaya dayanır: Bilimsel veriler, kişisel deneyim, ön yargılar, değer yargıları, ekonomik ve politik durum ve nihayet felsefi duruş (23).

Bu yazının amacı açısından, felsefi duruş üzerine odaklanacağız.

Yaptırımcı felsefede, bir eylemin değeri, onun yaptırımlarıyla ölçülür; ki KDT bunun tipik bir örneğidir. KDT çerçevesinde veya kılavuzlara göre bir hastaya yaklaşımda bulunduğumuzda umulan, kanıtlara bakıp bunların ışığında hastaya mantıksal ve dengeli bir yaklaşımda bulunulacağıdır. Ancak dengeli yaklaşım için bir eylemin tüm yaptırımlarının bilinmesi ve bunların da ölçülebilir olması gerekir. Öte yandan PSA değerinin 4.1 ng/ml olarak saptanmasından sonra söylenenlere hasta AE açısından bakarsak, onun biyopsi kararına kadar yaşadığı çalkantıları, kafasından geçenleri, kendisine söylenenlerin yaşa-

mını nasıl etkilediğini, kanser olma olasılığı karşısında depresif bir ruh haline bürünüp bürünmediğini bilmemize olanak olmadığı gibi, bunu ölçebilecek somut bir kriter de yoktur. Filozof Bernard Williams ekonomide ölçülebilen kavramların genellikle ölçülemeyen kavramlarla karşılaştırıldığını, bu nedenle de ölçülemeyen kavramların nihai denklemde yer almadığını söyler (24). Salt KDT'ba göre hareket ettiğimizde de yaşam kalitesi gibi ölçülmesi zor bir kavramla, maliyet ve mortalite gibi ölçülebilen kavramları karşılaştırmaktan öte bir şey yapmıyoruz.

Kılavuzlar, her uzmanlık alanında çıkan sayısız dergilerde çıkan yazıların taranması sonucunda, araştırmanın güvenilirliğine, kontrollü randomize çalışma olup olmamasına göre uzmanlar tarafından değişik derecelerde kanıt derecesi verilerek hazırlanan ve yoğun meslek yaşamında tüm dergileri takip etme olanağı olmayan doktorlar için yol göstericidirler (ki buradaki ironiyi de vurgulamak isterim: Kılavuzları hazırlayan, hangi çalışmanın referans olarak kabul edilebileceğini uzmanlar belirliyor, ama öte yandan

“Kılavuzlar, güvenilir çalışmalardan elde edilen ve elekten geçen çalışmalarla hazırlanmış olmaları nedeniyle günlük pratiğimizde doğal olarak baş vurduğumuz yol göstericidirler. Ama tüm kılavuzların genelleme olduğu, hiçbir hastayı bireysel olarak ele almadığı, hasta beklentilerine ise asla değinmediği unutulmamalıdır. Sadece kılavuzlara dayanarak sürdürülen bir meslek yaşamında hekimin tıbbi hata olasılığını en aza indireceği varsayılabilir ama bir dizi değişkene bağlı olan hasta memnuniyeti açısından bakıldığında kılavuzların bu alanda %100 başarıyı garantilediği savlanamaz.”

uzman görüşü KDT'da kanıt derecesi olarak en aşağıda yer alıyor). Kılavuzlara göre hastasına yaklaşımda bulunan doktor, teoride de olsa, olabilecek en güncel bilgiyle, tıbbi hata olasılığını minimize ediyor demektir. Salt kılavuzlara bağlı kalındığında, bilimsel bir yaklaşımda bulunulduğu kesindir. Ancak göz ardı edilememesi gerek, hiçbir kılavuzda hasta beklentileri ve/veya değerleri ve/veya beklentileri maddesinin olmadığıdır.

Sackett, kanıta dayalı tıbbın yararlı olması için (doktorun) her hastaya özgü öncelikleri, düşünceleri ve beklentileri dikkate almak gerektiğini söylemektedir (25). Kılavuzlara dayanarak hasta AE'ye radikal prostatektomi sonrasında on senelik sağkalım oranının %95 olduğunu söyleyebiliriz, ama buna karşılık hastanın, prostat kanseri tanısı genellikle 65 yaş civarında konuluyormuş, verdiğiniz rakam da o gruba ait, benim önümdeki beklenen yaşam sürem 25-30 yıl, %95'lik oran benim için de geçerli mi sorusuna hiç bir kılavuzda net bir yanıt yoktur.

Salt kılavuzlara dayanarak mesleğini sürdüren doktorun, kılavuzların mantığına

uygun olarak, hastaya bir bütünün parçası olarak yaklaştığı, hastanın bireyselliğini görmezden gelmesi kaçınılmazdır. Madalyonun bir de diğer yüzü var. Yılın dokuz ayı karla kaplı, ulaşımı olanaksız, biyopsi olanağı olmayan bir yerde çalışan meslektaşımızı, PSA 50ng/ml, kemik ağrıları ve rektal tuşesi ileri derecede sert olan hastasına orşiektomi yaptığı için kanıta dayalı tıbbı uymadığı (biyopsi yaparak tanıyı kesinleştirmede, sintigrafi ve BT tetkikleri yaparak evrelemeyi tam olarak yapmadığı) için eleştirecek miyiz?

Sonuç: Kılavuzlar, güvenilir çalışmalardan elde edilen ve elekten geçen çalışmalarla hazırlanmış olmaları nedeniyle günlük pratiğimizde doğal olarak başvurduğumuz yol göstericidirler. Ama tüm kılavuzların genelleme olduğu, hiçbir hastayı bireysel olarak ele almadığı, hasta beklentilerine ise asla değinmediği unutulmamalıdır. Sadece kılavuzlara dayanarak sürdürülen bir meslek yaşamında hekimin tıbbi hata olasılığını en aza indireceği varsayılabilir ama bir dizi değişikliğe bağlı olan hasta memnuniyeti açısından bakıldığında kılavuzların bu alanda %100 başarıyı garanti-

lediği savlanamaz. Bilimsel tıp toplamalar, çı-karmalar, çarpımlar, bölmeler sonucunda ortaya çıkan grafiklerle her zaman güvenmemiz gereken bir artı değerdir; ancak hiçbir hasta salt bir rakamdan ibaret değildir. Öte yandan prostat açısından ele alırsak, artık hastalar geceleri idrara kalkma, idrar yaparken zorlanma gibi şikayetlerden çok, giderek artan sayıda, "PSA'm yüksekmiş," söylemiyle (şikayetiyle değil!) başvurmaktalar. Yirmi birinci yüzyılda bir rakamı şikayete dönüştürmeyi başarmış olan mesleğimizin giderek artan bilimsel yönünü göz ardı etmeden, sanat yönü olan hastayı dinleme, onu tanıma, beklentilerini öğrenme özelliklerimizi geliştirdiğimiz sürece hastaya yaklaşımla hastalığa yaklaşım ayırımını daha iyi ve dengeli yapabileceğimize, bu sayede de hastalığın yanı sıra hastayı da daha iyi tedavi edebileceğimize inanıyorum.

Not: Hasta AE sanal bir hasta değil. Diya-betik gangren nedeniyle bacak ampütasyonu için beş hafta evvel hastaneye yatırılmış ve PSA'sına da ilk kez o zaman bakılmış...

Kaynaklar

1. Makarov DV, Trock BJ, Humphreys EB, Mangold LA, Walsh PC, Epstein JI, Partin AW. Updated nomogram to predict pathologic stage of prostate cancer given prostate-specific antigen level, clinical stage, and biopsy Gleason score (Partin tables) based on cases from 2000 to 2005. *Urology*, 2007; 69(6):1095-101
2. Eric NP, Suboug. Alan W. Partin, ve ark: the Probability Of Having Prostate Cancer Given A Serum Psa, And Dre As Determined From The Screening Project. <http://www.cancer.prostate-help.org/caproba.htm>
3. Aus G, Becker C, Franzén S, Lilja H, Lodding P, Hugosson J. Cumulative prostate cancer risk assessment with the aid of the free-to-total prostate specific antigen ratio. *Eur Urol* 2004;45(2):160-165.
4. Ito K, Kubota Y, Suzuki K ve ark: Correlation of prostate-specific antigen before prostate cancer detection and clinicopathologic features: evaluation of mass screening populations *Urology* 2000;55:705-709.
5. http://www.mskcc.org/mskcc/applications/nomograms_v2/PreTreatment.aspx.
6. Iversen, P., Madsen, P. O. and Corle, D. K.: Radical prostatectomy versus expectant treatment for early carcinoma of the prostate. Twenty-three year follow-up of a prospective randomized study. *Scand J Urol Nephrol* 1995; Suppl-172-65,
7. Bill-Axelsson, A., Holmberg, L., Ruutu, M., Haggman, M., Andersson, S. O., Bratell, S. et al: Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med*, 2005;352:1977.
8. Klotz, L.: Active surveillance with selective delayed intervention for favorable risk prostate cancer. *Urol Oncol* 2006; 24:46.
9. Johansson, J. E., Andren, O., Andersson, S. O., Dickman, P. W., Holmberg, L., Magnusson, A. et al: Natural history of early, localized prostate cancer. *JAMA*, 2004;291:2713.
10. Warlick, C., Trock, B. J., Landis, P., Epstein, J. I. and Carter, H. B.: Delayed versus immediate surgical intervention and prostate cancer outcome. *J Natl Cancer Inst*, 2006;98:355.
11. Chodak GW, Thisted RA, Gerber GS, Johansson JE, Adolfsson J, Jones GW, Chisholm GD, Moskovitz B, Livne PM, Warner J. Results of conservative management of clinically localized prostate cancer. *N Engl J Med* 1994;330(4):242-248.
12. Griebing TL, Williams RD. Staging of incidentally detected prostate cancer: role of repeat resection, prostate-specific antigen, needle biopsy, and imaging. *Semin Urol Oncol* 1996;14(3):156-164.
13. Albertsen PC, Hanley JA, Gleason DF, Barry MJ. Competing risk analysis of men aged 55 to 74 years at diagnosis managed conservatively for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1998;280(11):975-980.
14. Elgamal AA, Van Poppel HP, Van de Voorde WM, Van Dorpe JA, Oyen RH, Baert LV. Impalpable invisible stage T1c prostate cancer: characteristics and clinical relevance in 100 radical prostatectomy specimens – a different view. *J Urol* 1997;157(1):244-250.
15. Oesterling JE, Suman VJ, Zincke H, Bostwick DG. PSA-detected (clinical stage T1c or B0) prostate cancer. Pathologically significant tumours. *Urol Clin North Am* 1993;20(4):687-693.
16. Epstein JI, Walsh PC, Brendler CB. Radical prostatectomy for impalpable prostate cancer: the Johns Hopkins experience with tumours found on transurethral resection (stages T1A and T1B) and on needle biopsy (stage T1C). *J Urol* 1994;152(5 Pt 2):1721-1729.)
17. Cancer survivorship:resilience across the lifespan. Proceedings of the National Cancer Institute's and American Cancer Society's Survivorship Conference. *Cancer* 2000; (suppl)104:2543.
18. Keating NL, O'Malley AJ, Smith MR: Diabetes and cardiovascular disease during androgen deprivation for prostate cancer. *J Clin Oncol* 2006;24:4448.
19. Kras F: Wie ließe sich die ärztliche Behandlung der Kranken angesichts der jetzigen wirtschaftlichen Notlage der Bevölkerung sparsam und doch sachgemäß gestalten? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1924; 50:391-393.
20. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA ve ark.: Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *Br Med J* 1996; 312:71-72.
21. Guyatt G, Haynes RB ve Jaeschke R: *Introductions: the philosophy of evidence based medicine.* (kitap) Guyatt G ve Rennie D (ed.) Users guide to the medical literature. Chicago AMA yayınları 2001; 3-12.
22. Sackett DL, Straus SE: Finding and applying clinical evidence during clinical rounds: the "evidence cart". *JAMA* 1998; 280:1336-1338.
23. Kerridge I, Lowe M ve Henry D: Ethics and evidence based medicine *BMJ* 1998;316:1151-1153.
24. Williams B.: *Mortality.* (kitap) s.72, Cambridge University Press, 1972.
25. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS: *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM.* (kitap) s.127, Churchill Livingstone, 2000.