

19. ULUSAL ÜROLOJİ KONGRESİ 2006 PROSTAT KANSERİ EVE DÖNÜŞ MESAJLARI

Dr. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı,
Ankara

Bu yıllık eve dönüş mesajlarını iki ana başlıkta toplamaya çalıştım. Bunlardan ilki PSA ile ilgili literatür, bildiriler ve konuşmalardan çıkarılması gereken sonuçlar, diğeri ise laparoskopik radikal prostatektominin getiricileri ve erken sayılabilecek sonuçları üzerinedir.

PSA: İlk olarak Dr. Slawin ve Dr. Abrahamson'un gerçekleştirdiği karşıtlıklar oturumunda PSA kanserin mi yoksa BPH'nın mı belirteci sorusu tartışıldı. Bu tartışma kafalardaki soruları arttırsa da bilgi dağıtığımızda yer edinmesi gereken son 20 yılın gelişmelerini kısaca vurgulamak isterim. Stamey ve arkadaşları 2004 yılında yayınladıkları çalışma ile 'PSA artık bitti' fikrini ortaya koymuşlar ve bu durumu, PSA ile tümör hacmi arasındaki korelasyon katsayısının 1983 ile 1988 arasında 0.43 iken; 1999 ile 2003 arasında 0.02'ye kadar düşmesi ile açıklamışlar, bu nedenle de PSA'nın kanserden çok, BPH'yi temsil eden bir belirleyici olduğunu ileri sürmüşlerdir (1). Bunun üzerine Ian Thompson ve ark., New England Journal of Medicine'de deyim yerindeyse PSA'nın ipini çeken makaleyi yayınlamışlardır (2). Bu çalışmada öne çıkan en çarpıcı bulgulardan birisi, PSA değeri 0 ile 0.5 ng/ml arasında bile %6.6 kanser yakalanma oranı olduğudur. Böylece PSA'nın hiç bir değerinde kansersizlik garantisinin verilemeyeceği ortaya konmuştur. Bunun da ötesinde PSA 4'ten daha düşük değerlere indikçe oran azalmakla birlikte, çoğumuzun güvenli gördüğü bu değerlerin altında bile yüksek dereceli kanserlerin yakalanabileceği de vurgulanmıştır.

PSA'nın güvenilirliği ile ilgili bu olumsuz kanıtlar, izoformlara olan ilgiyi arttırmış ve bir çalışmada BPSA veya diğer adı ile BPH Antijeni (BPH-A), prostat kanseri olmayan hastalarda, yaştan bağımsız olarak BPH hacmini ortaya koyan ve hatta BPH progresyonu ve tedaviye yanıtını değerlendirmede kullanılabilecek bir belirleyici olarak tanımlanmıştır. Kanserden ise BPSA gibi serbest PSA'nın bir izoformu olan proPSA (pPSA) salgılandığı gösterilmiştir (3).

Peki PSA bu kadar eleştiriyi gerçekten hak etmekte midir? Tüm kanserlere bağlı ölüm hızları yıllarla birlikte artarken, PSA'nın yaygın kullanıma girdiği 1990'lardan sonra prostat kanserine bağlı ölüm oranlarında anlamlı bir azalma olduğu American Cancer Society tarafından yayınlanan eğrilerle net olarak ortaya konmuştur. Tüm bu değerlendirmeler neticesinde bilinmesi gereken PSA için kesin bir eşik değeri belirlemeye çalışmanın bir anlamı olmadığı, devam eden süreçte bir risk değerlendirmesi aracı olarak kullanılabileceği, prostatit gibi özel durumlar olmadığında antibiyotik kullanmaksızın, yüksek PSA değeri olan hastalarda, PSA tekrarının karar aşamasında faydalı olabileceğidir. Bu konuda Eastham ve arkadaşlarının çalışması son derece aydınlatıcıdır. Çalışmada, 972 sağlıklı bireyin 4 yıl boyunca PSA'larına bakılmış, PSA değeri 4ng/ml olanların %30'unda bu değerlerin bir yıl içinde %44'ünde ise birinci yıldan sonra 4'ün altına düştüğü gösterilmiştir (4). Mesajları özetleyen ikinci başlık ise laparoskopik radikal prostatektomidir:

Laparoskopik Radikal Prostatektomi (LRP): LRP'nin öngörülen veya olması beklenen avantajları, pnömoperitonyumun oluşturduğu venöz kompresyon neticesinde kanama ve transfüzyon gereksinimi oranlarında azalma, kısa insizyon nedeni ile ameliyat sonrası ağrı ve analjezik ihtiyacında azalma ve erken mobilizasyon, optik büyütme yardımı ile sinir ve sfinktere zarar verme olasılığında ve komplikasyon oranlarında azalma, video sayesinde eğitim şansının artması, nekahat süresinin kısalması ve

daha iyi kozmetik sonuçlar olarak özetlenebilir. LRP'nin sonuçlarından önce kısaca robotik RP'ye değinecek olursak, gerek bilimsel verilerin motive edici katkısı gerekse de endüstri baskısı ile 1 milyon dolar üzerinde maliyet ve 120 bin dolar civarında yıllık bakım masrafına rağmen, %84'ü Amerika'da %14'ü Avrupa'da olmak üzere bir çok merkez robot edinerek, radikal prostatektomide robotik yaklaşımı uygular hale gelmiştir. Bu işi en çok yapanların önerisi, yılda 75 vakadan fazla yapılan merkezlerde, ortalama ameliyat süresi 3 saat ve yatış süresi 1 gün olarak kabul edildiğinde robotik radikal prostatektominin karlı bir yatırım olabileceğidir, fakat bu karın ülkeden ülkeye farklı olacağı tartışmasızdır.

LRP'nin erektil fonksiyon ve kontinans sonuçları ile ilgili bilgilerimiz henüz yeterince olgunlaşmamıştır. Bunun sebepleri LRP çok yapılmasına rağmen bildirilen hasta oranlarının oldukça az olması veya kısa dönem sonuçların bildirilmesi ve değerlendirmede valide olmuş hastaya dayalı yöntemlerin kullanılmaması sayılabilir. Prostate Cancer Outcomes Study (PCOS) çalışmasında olduğu gibi valide olmuş yöntemlerle değerlendirildiğinde aslında sonuçların o kadar da iyi olmadığı görülebilir (5). Bu çalışmada %31 kontinans ve %60.5 ped kullanmama oranı bildirilmiştir. Eretil fonksiyonların koter kullanılmadığında daha iyi olması beklenmelidir. Bu sonuçların belirgin farklılıklar sergilemesindeki gizemi Joel Nelson, Türkçe sadeleştirecek olursak, 'aynı ameliyatı aynı şekilde binlerce kez yapmama rağmen bu kadar' diyerek özetlemiştir. RP sonrası hedef, Scardino'nun trifecta olarak adlandırdığı sıfır PSA, ereksiyonu ve kontinansı tam olan ideal durumu oluşturmak olmasına rağmen, en deneyimli serilerde bile bu optimal sonuca ulaşmak hastaların yaklaşık %50'sinde mümkün olmaktadır (6).

LRP'nin açık cerrahiye bir takım katkıları olmuştur. Bunlar, puboprostatik ligamanların ve üretra uzunluğunun korunması, DSD'nin keskin diseksiyonu, koter kullanılmaması, intraoperatif frozen yapılması ve mesane boynunun korunması olarak sıralanabilir. LRP ile ilgili son olarak eve dönüş mesajlarını Patel'in sunumuna da atıfta bulunarak özetlemek gerekirse, LRP, özellikle T1c ve düşük riskli hastalarda çekici bir alternatiftir. Daha az kanamalı fakat daha uzun süren, daha pahalı, öğrenme eğrisi nedeniyle teknik olarak kolay olmayan bir yöntemdir. Apex diseksiyonu, DSD ve üretra anastomozu en zor aşamalarıdır. Mesane boynu açık cerrahiye kıyasla daha geniş olmasına ve eversiyon yapılmamasına rağmen kontinans oranları farklı değildir. Sinir korunmak için koter kullanılmaması gereklidir. Büyütme ve detaylı görüntüye rağmen sonuçlar benzerdir. Analjezik kullanımı benzerdir. Öğrenme eğrisi 50-150 hastadır.

Kongrede ülkemizden bir çok merkezin LRP sonuçlarını bildirdiğini gördük. Son söz olarak, LRP yapan hekimlerin mutlaka prostat kanseri tedavisi ve açık RP konusunda bilgi ve deneyim sahibi olmaları gerektiği, bunun yanında işin teknisyeni olmadıklarının bilinciyile hareket etmeleri oldukça önemlidir. İyi bir alternatif olmasının ötesinde bu işi satmaya yönelik davranıştan uzak durulmalı ve LRP'nin şu anda ancak açık RP kadar etkili bir yöntem olduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Stamey TA, Coldwell M, McNeal JE, et al. The prostate specific antigen ERA in the United States is over for prostate cancer: what happened in the last 20 years? J Urol. 172:1297-1301;2004.
2. Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level < or =4.0 ng per milliliter NEJM. 350:2239-46;2004.
3. Canto EI, Singh H, Shariot SF, et al. Serum BPSA outperforms both total PSA and free PSA as a predictor of prostatic enlargement in men without prostate cancer. Urology. 63:905-11;2004.
4. Eastham JA, Riedel E, Scardino PT, et al. Variation of serum prostate-specific antigen levels: an evaluation of year-to-year fluctuations. JAMA. 289(20):2695-700;2003
5. Penson F, McLerran D, Feng Z, et al. 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. J Urol. 173:1701-1705;2005.
6. Bianco FJ, Scardino PT and Eastham JA. Radical prostatectomy: long-term cancer control and recovery of sexual and urinary function ('Trifecta'). Urology.66(Suppl 5A):83-94;2005.