

SUNUM: Dr. Haluk Özen
YANITLAYAN: Dr. Süleyman Ataus

Altmışyedi yaşında herhangi bir sağlık sorunu tanımlamayan erkek hasta PSA:14.3 ng/ml ile başvurdu. Parmakla rektal muayenede benign nitelikte muayene bulguları vardı. TRUS ve sextant biyopsilerde 3/6 (+) ve Gleason grade 7 ve hepsi sağ lobta idi.

Bu hastaya tedavi seçenekleri olarak neler önerirsiniz?

Bu hastayla tedavi seçeneklerini konuşmadan önce evrelendirme dolayısıyla da doğru tedavi seçimi için bazı tetkiklere gereksinimimiz var. Öncelikle kemik metastazlarını araştırmak için kemik sintigrafisine ve akciğer grafisine ihtiyacımız var. Burada travma, dejeneratif hastalıklar vs gibi şüpheli lezyonların ayırıcı tanısında MR dan da yararlanılabilir. Bilindiği gibi evrelendirme sırasında her hastaya kemik sintigrafisi çektirmek gerekmiyor. AUA Prostat Kanseri Guideline Panel'inin de önerdiği gibi Psa 10 ng/ml den az veya kemik ağrıları yoksa kemik tutulum olma olasılığı %1 den daha düşük. Ancak pek çok araştırmacının da önemini vurguladığı gibi ekstrakapsüler hastalık şüphesinde ve Gleason skorunun 8 veya daha yüksek olması durumunda kemik sintigrafisi çektirilebileceği fikrine ben de katılıyorum. Lokal yayılım ve lenf bezi tutulumunun değerlendirilmesine gelince pelvik MR ve BT nin lokal yayılımı değerlendirmek konusunda yeterli olmadığını biliyoruz. Endorektal koil MR ise yaygın olarak kullanılmamakla birlikte ekstrakapsüler hastalık açısından yüksek riskli hastalarda bir seçenek olabilir. Doğru nodal evrelendirme ancak laparoskopik veya açık cerrahi sonrası mümkündür ancak burada bize pelvik BT ya da MR lenf bezi tutulumu açısından yararlı olabilir. T1c , Psa 14.3 ng/ml ve Gleason skoru 7 olan bu hasta kapsül dışı yayılım açısından yüksek riskli ancak lenf bezi tutulumu olasılığı açısından düşük riskli (% 10) gibi görünmektedir.

Tedavi seçeneklerine geçmeden önce bu hastanın patolojik değerlendirmesinde sağ lobdan alınan tüm biyopsilerinde tümör geldiğini ve burada tümör yükünün fazla ve cerrahi sonrası cerrahi sınır pozitifliği olasılığının yüksek olduğunu öngörebiliriz. Bu kanımızı ayrıca tümörlü biyopsilerin uzunluğu ve Gleason skorunun 3+4 mü yoksa 4+3 olduğu ile de destekleyebiliriz.

Lokalize prostat kanserinde tedavi seçeneklerine gelince izlem için hastanın genç, PSA sınır ve Gleason skorunun yüksek, tümör yükünün fazla sonuç olarak uygun bir aday olmadığını düşünüyorum.Yine bu evrede hormonal tedavilerin ve kombine yaklaşımların yeri yoktur. Daha öce de sözünü ettiğim gibi prognostik göstergeler doğrultusunda kapsül dışı hastalık olma olasılığı olan bu hastada brakiterapi de uygun bir seçenek değil. Bu durumda radikal prostatektomi ve radyoterapinin artı ve eksilerini hasta ile tartışabiliriz.

Hastaya seçenekler anlatıldı, Partin tablolarına göre ekstra kapsüler hastalık olma olasılığını yüksek olduğundan bahsedildi. Hasta tüm verileri değerlendirildikten sonra radikal prostatektomi olmayı yeğledi ancak erektil fonksiyonunun da korunmasını istiyor.

Partin tablolarını göz önüne alarak bu hastada sinir koruyucu cerrahi yapar mısınız?

Sizin de söylediğiniz gibi Partin tablolarına bu hastanın verilerini yerleştirirsek olasılıkların organa sınırlı hastalık %35 (31-40), kapsüler penetrasyon %45 (40-50), vezikula seminalis tutulumu %12 (8-16) lenf bezi tutulum %8(5-11) şeklinde olduğu görülecektir. Sağ lobda 3 odakda da tümör bulunduğundan bu taraf geniş olarak alınmalıdır. Sol taraf korunabilir ama kişisel kanım bilateral sinir korumamaktır. Doğrusu 67 yaşındaki hastada % 30 başarı şansı için kar zarar hesabının iyi yapılması gerektiğini düşünüyorum.

Hastaya tek taraflı sinir korunarak RRP yapıldı.
PAT: pT3a N0M0 Cerahi sınır (-)
Kontinans tam.
ED (+)
3. ayda PSA 0.3 ng/ml

Bu durumda ne yapılmamalı?

Burada ne yapılmalı sorusuna kıyasla ne yapılmamalı daha kolay cevaplanacak bir soru. Eğer 3. ayda bakılan bu tek PSA değerini biyokimyasal nüks olarak kabul edeceksek radyoterapi yapılmamalı. Biliyoruz ki cerrahi sonrası erken dönemde saptanan (ilk 2 yıl içinde) PSA yükselmeleri özellikle ilk 6 ay içindeki PSA ikiye katlanma zamanı uzak metastaz ile birlikte. Bu da sistemik bir tedaviyi gerektirir. Bu açıdan bakıldığında hormonal tedavi olabilir. Ancak ben bu hastada pek çok nedenden dolayı izlem seçeneğine daha sıcak bakıyorum. Birincisi

PSA nüksü tanımında bir görüş birliği yok. İkincisi de ikincil tedavinin ne olacağı ve ne zaman başlanacağı konusu. Ayrıca unutulmaması gereken önemli bir konuda PSA nükslerini her zaman klinik nüksün izlemeyeceği. Radikal prostatektomi sonrası PSA ölçülemez düzeylerde olmalıdır. Pek çok araştırmacı 0.2ng/ml veya iki ardışık ölçümde bu değer üzerindeki PSA artışını nüks olarak kabul etmektedir. Progrediyon konusunda PSA kinetikleri de bize oldukça yararlı bilgiler vermektedir. Cerrahi sonrası ilk 3 ay içindeki biyokimyasal nüks hastalığın erken dönemde nüks edeceğini gösterebilir. PSA ikiye katlanma zamanının 6 aydan daha uzun olduğu hastalar %80 oranında hastalısız kalırken 6 aydan kısa olanlarda bu oran % 64 dür. PSA katlanma zamanının 6 aydan daha kısa olduğu hastalarda uzak metastaz; daha uzun olanlarda ise lokal nüks görülmektedir. Ayrıca PSA'nın yıllık artışına bakarak da nüksün lokalizasyonu hakkında bir fikir edinilebilir. Yılda 0,75 ng/ml den daha az atması lokal nüks lehinedir.