

## PROSTAT HASTALIKLARININ TEDAVİSİNDE SON YENİLİKLER

3 Kasım 2001 tarihinde Malatya'da Üroonkoloji Derneği ile İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nın ortaklaşa düzenlemiş oldukları 'Prostat Hastalıklarının Tedavisinde Son Yenilikler' adlı bilimsel toplantı başarıyla gerçekleştirildi. Çevre illerden 100'e yakın Ürolog ve Prof. Dr. Ruhi Türkyılmaz'ın onur konuğu olarak katıldığı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Can Baydınç'ın moderatörlüğünü yaptığı toplantıya konuşmacı olarak Üroonkoloji derneği başkanı Prof. Dr. Atıf Akdaş ile Prof. Dr. Haluk Özen, Prof. Dr. Ziya Kırkalı, Prof. Dr. Ahmet Erözenci, Prof. Dr. Zühtü Tansuğ, Prof. Dr. Tarık Esen ve Yrd. Doç. Dr. Ali Güneş katıldılar.

**Yrd. Doç. Dr. Ali GÜNEŞ,**

**Kr. Prostatitlerin tedavisindeki son yenilikler:**

Kronik prostatitler pelvik ağrı, işeme semptomları ile karakterize tanısı ve tedavisi oldukça sorunlu bir sendromdur. NIH Klasifikasyonuna göre prostatitler 4 gruba ayrılmaktadır:

I- Akut bakteriyel prostatit

II-Kronik bakteriyel prostatit

III-Kronik abakteriyel prostatit (Kronik pelvik ağrı sendromu)

a) İnflamatuar kr. pelvik ağrı sendromu

b) Noninflamatuar kr. pelvik ağrı sendromu

IV-Asemptomatik inflamatuvar prostatit

Epidemiyolojik olarak en az BPH ve prostat Ca kadar önem taşımaktadır. Hastalarda ürogenital birden çok bölgede ağrı (perineal, testis, inguinal, sırt, ejakülasyon), işeme yakınmaları

(urgency, disüri, pollaküri, noktüri, PVRH), hematospermi, üretral akıntı, cinsel sorunlar (libido azalması, empotans) rektal muayenede anal sfinkter spazmı, hayat kalitesinde mutsuzluk veya kendini çok kötü hissetmesi önemli tanı kriterleridir.

Kronik prostatit etiolojisinde assendan olarak üretrit veya enfekte idrar, rektumdan direkt ya da lenfojen yayılım ve hematojen yayılım yer almaktadır. Sıklıkla Gr (-); E. Coli, Klebsiyella, Pseudomonas, Gr(+); S. Aureus, Koagülaz(-) staf ayrıca klamidy, kandida, trikomonas ve nonpatojenlerden: difteroid, laktobasil ve karinobakterium etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Nonbakteriyel prostatitlerde bilinmeyen antijenlere ve inflamasyona bağlı otoimmün nedenler, ayrıca idrarın prostat kanalına reflüsü ve kimyasal nedenler etyolojide rol alabilir. Ayrıca nöromusküler faktörler (sempatik refleks distrofi) emosyonel, psikoseksüel, ve sosyal faktörlerde rol alabilir.

Genel tedavi yaklaşımları antibiyotik olarak TMP-SMX, kinolonlar (siprofloksasin 2X400 mg, ofloksasin 2 X 300 mg, levofloksasin 1X500 mg) ve tetrasiklin (doksisisiklin 2X100 mg) kullanılır. Nüks vakalarda süpressif amaçlı TMP-SMX ve nitrofurantoin verilmelidir. Analjezik ve antiinflamatuvarlar birçok vakada ampirik olarak kullanılırlar. Çok ağrılı vakalarda yetersizdirler. Kategori III-A ve III-B 'de indometasin ve nimesülid etkilidir. Amitriptilin gibi trisiklik

antidepresanlarda kullanılabilir. Pelvik taban kas spazmında, detrüssör-sfinkter dissinerjisinde ve kategori III-B Kr. Pelvik ağrı sendromunda (diazepam ve baklofen) miyorelaksanlar kullanılabilir. Yine kategori III-A ve III-B'de kullanılacak alfa blokerler mesane boynu ve prostattaki alfa reseptör blokajı ile idrar akım parametrelerinde ve prostat semptomlarında düzelme sağlar. Rutin kullanımı için henüz erken olan fitoterapi de 5 alfa redüktaz inhibisyonu, antiinflamatuvar etki ve plasebo etkisi nedeniyle kullanılmaktadır

2 yıl denenen konvensiyonel tedavinin başarısızlığı durumunda transüretal mikrodalga termoterapi (TUMP) kullanılabilir. Bu tedavide prostat, 42°-43 °C ye kadar ısıtılır. Bir seans 60 dakika sürer. Toplam 6 seansta subjektif semptomlarda %55 düzelme sağlar. Plaseboya göre %50 daha anlamlı cevap elde edildiği gösterilmiştir.

Tekrarlayan prostat masajları tıkalı prostat kanallarının drenajını sağlar ve antibiyotik penetrasyonunu arttırır. Tedaviye dirençli olgularda önerilebilir. Yine tedaviye dirençli olgularda yaşları uygun ise TURP (Özellikle prostat taşı varsa) ve TUİP denenebilir. Destek tedavi olarak biofeedback, relaksasyon egzersizleri, spor, psikiyatrik destek ve yaşam tarzında değişiklik yapılabilir.

Sonuç olarak; tedavisi oldukça problem olan bu hastalara hastalıkları hakkında detaylı bilgi verilmeli, tüm tedavi seçenekleri sunulmalı ve hastaların sabırla düzenli olarak önerilen tedavilere uyması sağlanmalıdır.

**Prof Dr. Zühtü Tansuğ,**

**BPH'nin medikal tedavisindeki son yenilikler:**

Dr Tansuğ konuşmasına, son yıllarda erkeklerin BPH konusunda daha bilinçli hale geldiğini ve bunun sonucunda da hekimlerin bu konudaki işlevlerinin arttığını belirterek başladı. BPH prevalansının yaş ile arttığını, klinik belirtilerinin önemini, olası sonuçlarını ve cerrahi endikasyonlarını özetledi. BPH'nin derecesini belirlemede AUA semptom skoru, idrar akım hızları, prostat hacmi ve akut üriner retansiyon sıklığının ana parametreler olduğunu ve bu parametrelerin yaş ile arttığını belirttikten sonra; tedavi alternatiflerinin bekleyerek izleme, medikal tedavi ve cerrahi tedavi olduğunu anlattı. Medikal tedavi alternatiflerinin dahiliye uzmanları ve pratisyen hekimler tarafından da önerilmeye başladığını, cerrahi uygulamaların %10-15'e kadar indiğini söyledikten sonra, medikal tedavi seçeneklerinden fitoterapi, alfa blokerler, hormonal tedavi (antiandrojen, LHRH analogları ve finasterid) hakkında kısa bilgiler verdi. Fitoterapide kullanılan ajanların etki mekanizması tam bilinmese de antiandrojenik, 5-alfa redüktaz inhibitörü ve büyüme faktörü üzerine inhibitör olabileceğini, antiinflamatuvar özelliklerini ve androjen reseptör blokajı yapabileceklerini anlattı. Bunlarla semptom skorunun %40 civarında azalacağı ve Qmax'ın bir miktar artabileceğini, ancak etkinin ortaya çıkma ve devamı konusunda bilimsel verilerin olmadığını söyledi. Daha sonra alfa blokerlerin etki mekanizması ve düz kas ile olan ilişkisinden bahsedildi. Alfa blokerlerin yeni sınıflaması ve bunların vücuttaki yerleri hakkında bilgi verildi. Terazosin, Doksazosin, Alfuzosin, Tamsulosin farmakokinetik özellikleri, dozları, semptomlar üzerine olan etkisi ve yan etkileri hakkında bilgi verildi. Bu konuda son olarak bu ilaçların yeni endikasyonlarının detrüssör-sfinkter dissinerjisi, TUR sonrası irritatif semptomlar, üriner retansiyon tedavisi olduğu; bu grup ilaçlarda farmakolojik üroselektivitenin klinik öneminin olmadığı bildirildi. Daha sonra Finasterid hakkındaki bilgiler gözden geçirildi. Etki mekanizması ve yan etkileri hakkında bilgi verildi. Terazosin ile kombinasyon

tedavisinin, cerrahiye uygun olmayan hasta gruplarında semptomları azaltabileceği anlatıldı. Kanama üzerine olan olumlu etkisi hatırlatıldı.

### **Prof. Dr. Ahmet ERÖZENCİ**

#### **PSA ve PSA Türevlerinin Kullanımı:**

Son yıllarda hekimler ve toplum bilinçlendi. PSA kullanımında zaman geçtikçe artış gözlendi. Bununla birlikte PSA maliyetinde artış görüldü. Böyle olunca PSA duyarlılığı artırıldı.

**YAŞA ÖZGÜ PSA:** Özellikle genç hastalarda tedavi edilebilir hastalar yakalanıyor.

**PSA DANSİTESİ:** Özellikle Transrektal ultrasonografi ile prostat ölçümünde zorluk meydana geliyor. PSAD 0, 15 alındığında hastaların yaklaşık üçte biri atlanıyor.

**PSA VELOSİTESİ:** Uzun dönem izleme gerektiriyor. Senelik 0, 8 ng/ml artış olması önemlidir, karsinom göstergesi olabilir. Bazen tanıdan 10 sene önce bile velositede artışlar olabiliyor.

**SERBEST PSA:** Ülkemizde en sık kullanılanıdır. Serbest/Total PSA oranını yükseltirsek biyopsi fazla yapıp gereksiz biyopsi oranı artar, kanser yakalama oranı da artar. Oran düşürülürse belli sayıda biyopsi yapıp kanser kaçırılabilir.

**KOMPLEKS PSA DANSİTESİ:** En duyarlı yöntem fakat ülkemizde kullanılmıyor.

Serbest PSA bakılması belli bir maliyet getiriyor. Serbest PSA oranını 0.15'in altına çekersek 5/10000 oranında kanser yakalıyoruz. İstanbul üniversitesinde yapılan çalışmada tüm tanı tetkikleri dahil olmak üzere maliyet 1 milyar bulundu. PSA 10'un üzerinde olan hastalarda %40, serbest PSA oranı 0.15'in altı olanlarda %25 kanser yakalanmış. Serbest PSA bakılması kişi başına 400 milyon ek maliyet getirmektedir. Gri alanda serbest PSA bakılabilir. Rektal muayene şüpheli olanlarda serbest PSA bakılmasına gerek yoktur. Öncelikle total PSA bakılmalı şüphe üzerine serbest PSA bakılmalıdır.

RT Normal ise YÖPSA normal ise TAKİP

RT Asimetri YÖPSA normal ise fPSA/tPSA normalse TAKİP

fPSA/tPSA 0, 12 altında ise BİYOPSİ

RT şüpheli ise tPSA BİYOPSİ

### **Prof. Dr. Tarık ESEN**

#### **Prostat CA'da brakiterapi:**

İnterstisyel radyoterapide rijit hasta seçim kriterleri

**Klinik Olarak Program Dışı Bırakılan Hastalar:** 5 Yılda az yaşam beklentisi olanlar, büyük ve kötü iyileşmiş TUR-P defekti, uzak metastaz varlığı

**Relatif Kontrendikasyonları:** Büyük median lob varlığı, önceden uygulanmış pelvik radyoterapi, yüksek IPSS skoru, diabet gibi yara iyileşmesi problemi olan hastalar, pozitif seminal vezikül biyopsisi, 60 gramdan büyük prostat

Monoterapi olarak brakiterapi: Stage T1-T2a, Gleason skoru 2-6, PSA 10ng/ml'nin altında olması

Brakiterapi+EBRT: T2b-T3, Gleason 8-10, PSA 20ng/ml'nin üzerinde, perinöral invazyon var, kapsül penetrasyonu var

Organa sınırlı, TUR defektinin ölçüsü(küçükse yap), prostat volümü düşükse yapılmalı, büyükse hormonla düşür sonra yapılmalıdır.

Başarıyı Etkileyen Faktörler: Uygun hasta seçimi, Uygun planlama (uygulama öncesi ve uygulamada), Uygun doz ayarlanması, seedlerin doğru ve uygun yerleştirilmesi,

Brakiterapi Teknikleri: LDR(Low Dose Rate) standart yöntem, HDR(high dose rate)

Uygulama şekline göre: Geçici implantasyon (Ir-192), Kalıcı implantasyon (I-125-Pd-103)

Brakiterapide kullanılan paladyum sadece ilk doz enerjisi olarak yüksektir, onun dışında prostat için radyoterapi dozu birbirine yakın olmaktadır.

Uygulama öncesi planlama ve uygulama aynı seansta olması hem anestezi açısından hem de uygulama kolaylığı açısından daha az invazif teknik kullanılmasını sağlar.

Brakiterapi Öncesi Değerlendirme: PSA, TRUSG ve biyopsi, rektal muayene, IPSS ve üroflowmetre, Erektile fonksiyon değerlendirilmesi (Yöntemler arasında en az zarar veren yöntem olduğu için), Pelvik BT, AC Grafisi, Kemik sintigrafisi

Hasta hazırlanırken prostat 40 gramın üzerinde ise antiandrojen başlanır (2 ay önceden), antikoagülanlar kesilir, barsak temizliği yapılır, proflaktik antibiyotik verilir, spinal veya genel anestezi uygulanır. Hastaya peroperatif sistoskopi uygulanır, lokal kan akımını artırmak için pentoksifilin uygulanır, antibiyotik ve analjezik verilir, bazen kortikosteroid önerilir. Uygulamadan 6hafta sonrasında pelvik BT ve dozimetrik çalışma yapılır. İdrar akımını görmek için IPSS ve üroflowmetre yapılır, kullandığımız maddenin yarı ömrüne bağlı olarak erektil disfonksiyon değerlendirilir, PSA takibi yapılır.

T1a, T1b, T1c, T2a, Gleason 2-6, PSA 10'un altında: Düşük riskli

T2b, T2c, Gleason 7-10, PSA 10'un üzeri: Orta riskli

T3, Herhangi bir PSA, herhangi bir Gleason: Yüksek riskli

Düşük riskli hastaların sonuçları 10 yıllık sağkalım (PSA0, 4'ün altı) %60, yüksek gruplarda EBRT ile beraber %76, tüm gruplarda %66 başarı vardır. Brakiterapi uzun dönem çalışmaları için yeni bir yöntemdir.

Akut üriner retansiyon, irritatif semptomlar, radyasyona bağlı üretrit ve prostatit, yüzeysel üretra nekrozu, üriner inkontinans, üretral striktür, proktit, rektal kanama, rektal ülserasyon gibi komplikasyonlar vardır. İnkontinans özellikle TUR yapılan hastalarda daha fazla olmaktadır. Brakiterapi sonrası yılda %1,5 oranında potens kaybı olmaktadır.

SONUÇLAR: Brakiterapinin uzun dönem (15yıl) sonuçları henüz yok, 10 yıllık takiplerde sonuçlar iyi, PSA nadiri için 48 ay geçmelidir. PSA değerleri sonuçları değerlendirmek için en değerli parametredir. PSA düştüğü ve düşük kaldığı sürece biyopsiye gerek yoktur, radyasyona bağlı komplikasyonlar tedavi edilebilir. Yüksek riskli gruplara EBRT ilave edilebilir.

## Prof. Dr. Ziya KIRKALI

### T3 Prostat Kanserinde Tedavi:

T3 Prostat Kanseri; Tüm olguların %12 - 40 'ı, %33 - 56 'ında LN +, doğru evreleme sorun, en etkin tedavi bilinmiyor. cT2 → pT3 (%43 - 75), cT3 → pT2 (%17 - 30), cT3 → pT4 (%4)

T3 P Ca Tx: Tedavi seçenekleri: RP, ERT, hormon, ERT + hormon, neo-adjuvan hormon + RP, izlem, deneysel tedaviler olabilir.

(+) cerrahi sınır (%47 - 81) ile artan riskler: Lokal rezidüel hastalık, LN metastazı, Lokal rekürrens, Uzak metastaz, klinik progresyon.

RP: Lokal invaziv + Gleason > 8 → %80 progresyon, RRP → yüksek gradeli olgularda ancak hastalık lokalize ise yapılmalı, T3 G I-II olgularda RRP sonrası progresyon oranları T2 olgulardaki gibidir. Yüksek riskli olgularda adjuvan tedaviler verilebilir. RRP komplikasyonları; Mortalite %0.4 -1.5, Anastomoz darlığı %9 - 32, İnkontinans %14 - 23, İmpotans %69

Neo-adjuvan hormonal tedavi: Avantajları downstaging, Prostat hacmi azalır, Tümör yükü azalır, PIN insidansı azalır, (+) CS oranı azalır, LN + azalır. Dezavantajları: cerrahi zor, hemoraji, cerrahinin ertelenmesine bağlı psikolojik bozukluk, maliyet, tedaviye bağlı yan etkiler, hormonal direnç gelişimidir.

Neo-adjuvan hormon + RP; Optimal tedavi süresi ve şekli bilinmiyor, izlem kısa, downstaging ve CS + T2 hastalarda daha belirgin, PSA-free sağkalım değişmiyor, toplam sağkalıma etkisi bilinmiyor.

RRP sonrası Biyokimyasal rekürrens; ERT, hormon, deneysel hormon, AAB, AA monoterapi, gözlem.

Radyoterapi: Konvansiyonel EBRT, konformal üç boyutlu RT, EBRT + Brakiterapi, proton tedavisi, Nötron Beam terapi, Intensity Modulated RT. Tek başına RT lokal kontrolde başarılı değil. Toplam sağkalım 5 yılda %44-90, 10 yılda %22-45, 15 yılda %16-31, hastaliksız sağ kalım 5 yılda %67-83, 10 yılda %30-56, 15 yılda %25, Uzak metastaz 5 yılda %19-75, 10 yılda %42-75, 15 yılda %54-75.

Hormon: Bil. Orşiektomi, LHRH analogu, MAB, AAB, AA monoterapi, diğer deneysel tedaviler

Postoperatif adjuvan tedavi: Mikrometastatik hastalık lokal tedaviyle kür edilemez, adjuvan RT sonrası lokal rekürrens oranları düşük, klinik progresyon oranları yüksek, T3 olan hastaların çoğunda progresyon LR olarak değil, uzak metastaz olarak ortaya çıkmakta. Günümüzde adjuvan tedaviyi LR oluncaya kadar ertelemek en geçerli yaklaşım gibi gözükmektedir. Toplam sağkalım 5 yılda %60-100, 10 yılda %29-92, 15 yılda %17-90, hastaliksız sağ kalım 5 yılda %96-100, 10 yılda %78-98, 15 yılda %66-90, klinik progresyon 5 yılda %0-55, 10 yılda %0-44, 15 yılda %52-60, PSA Progresyonu 5 yılda %15-40, 10 yılda %19-59, Lokal Rekürrens 5 yılda %0-14, 10 yılda %0-5.

Adjuvan tedavi: amaç: rezidüel hastalığın eradikasyonu + lokal rekürrensin önlenmesi, progresyon yönünden yüksek risk taşıyan hastalara pelvise 65 Gy RT, cerrahi sınır (+) ise hepsinde LR ve uzak metastaz gözlenmemekte, adjuvan hormon sadece erken dönem progresyon yönünden risk taşıyan hasta grubunda progresyona kadar geçen süreyi uzatarak bir avantaj sağlayabilir. Toplam sağkalım üzerine olan etki bilinmiyor.

cT3 P Ca: Prospektif randomize çalışma yok, RP RT den üstün, Hasta seçimi: RP yapılan hastaların genel sağlık durumları ve yaşam beklentileri daha iyi, EORTC 22911 (pT3 N0 hastalarda hemen vs geç RT) çalışması devam ediyor.

### Prof. Dr. Haluk Özen

#### Klinik olarak lokalize prostat kanserinde tedavi alternatifleri:

Dr Özen konuşmasına, İnönü üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji kliniği'nin bugünkü haline gelmesinde emeği olan Doç. Dr. Tayfun Gürpınar ve Doç. Dr. Semih Özkan'a teşekkür ederek başladı. Daha sonra, klinik lokalize prostat ca'nın tanımı yapıldı. Tedavi seçenekleri için ana kriterlerden birinin yaşam beklentisi, diğerinin de hastanın genel durumu (komorbidite) olduğu söylendi. Bu iki önemli kriter göz önüne alınarak tedavi için İzlem, Radyoterapi, Radikal prostatektomi ve henüz deneysel olan bazı yöntemler arasında karar verilebileceği anlatıldı. Tedavi için karar verirken; hastanın, tedavi olmanın avantajlarını görece kadar uzun bir yaşam beklentisinin olması, tümörün kür edilebilecek durumda olması ve yöntemin bu kürü başarabilecek yapıda bulunması gerektiği vurgulandı. Ardından, "bekleyerek gözleme" yöntemi hakkında bilgi verildi. Bu yöntemin uygun olacağı hasta grubu olarak (+) biopsi sayısı<3, küçük hacimli-nonpalpabl tümör, PSA<10 ng/ml, Gleason grade<3, Gleason skoru<6 olanlar belirtildi. Bu hastaların 6 ayda bir PSA, yılda bir rektal muayene ve yılda bir biopsi tekrarı ile izlenmesinin uygun olacağı anlatıldı.

İkinci tedavi alternatifi olan radikal prostatektomi (rp) ile ilgili olarak önce cerrahi teknik hakkında kısaca bilgi verildi. Özellikle yeni bir yöntem olan laparoskopik rp'ye değinildi. Bu yöntemin kontinans, potens ve uzun dönem sonuçlarının bilinmediği, öğrenme sürecinin sıkıntılı olabileceği, ancak ülkemizde henüz bakir bir cerrahi alanı olduğu vurgulandı. Rp için uygun hasta grubunun klinik T1 ve T2 tümörü olan, PSA <20 bulunan, yaşam beklentisinin uygun, komorbiditesi bulunmayan hastalar olduğu, diğer tedavi alternatiflerinden farkının ise kansere özgü sağkalım oranının diğer yöntemlerden daha iyi olduğu bildirildi. Ancak (+) cerrahi sınır varsa sonucun değişeceğinin altı çizildi. Daha sonra T1a-b ve T2a-b tümörlü hastalar için rp endikasyonları Partin tabloları yardımı ile tek tek tartışıldı. Cerrahi sınır (+) liğinin progresyon ve sağkalım üzerine olan olumsuz etkileri ayrıca anlatıldı. Bu bölümde patoloğun dokuya yaklaşımı ve kesit sayısının önemi de belirtildi. Cerrahi sınır (+) liğinin önlenmesi için öncelikle hastanın seçimi, cerrahi teknik, sınıra ve nörovasküler demete yaklaşımın iyi planlanması ve neoadjuvan hormon tedavisi verilmesi gereği anlatıldı.

Üçüncü tedavi alternatifi olarak radyoterapiden söz edildi. En ideal hasta grubunun, rp için uygun olup da ameliyata engel komorbiditesi olan hastalar olduğu belirtildi. Radyoterapinin dozu ve yan etkileri ile komplikasyonları anlatıldı. Özellikle PSA takibinde yaşanacak zorluklar vurgulandı. On yıllık sağkalım oranlarının rp'den daha iyi olduğu, ancak daha kısa süredeki sonuçların rp ile benzer bulunduğu söylendi.

**Prof. Dr. Atıf AKDAŞ**

**Hormon Refrakter Prostat Kanserinde Kemoterapi:**

Hormon Refrakter Prostat Kanseri; Yeterli andojen blokajı ile kastre seviyelerde testosteron düzeyleri elde edilmesine rağmen PSA'nın seri ölçümlerde devamlı yükselmesi olarak tanımlanır.

Prostat Kanserinde Hormonal tedaviye cevap oranı %80 - %90, ortalama cevap süresi 18 - 24 ay

%15 - 20 prostat ca başlangıçta hormona duyarlı değildir.

Hormonal tedavi "palyatif" tedavi olarak kabul edilmektedir. Hemen hemen tüm hastalarda hormona rezistans gelişmektedir.

Monoterapide kullanılan ajanlara; (Cyclophosphamide, Doxorubicin, 5-FU, Cisplatin, Mitroxontrone, Vinblastine, Etoposide, Losoxantrone, Paclitaxel, Suramin) PSA cevabı %0-65

Kombine Tedavi: Suramin + haftalık Epirubicin (n: 26) PSA cevabı %33, yumuşak doku cevabı %27'dir.

Prostat kanseri tedavisinde çeşitli kemoterapotik ilaçlarla monoterapi ve kombine tedavi seçeneklerinin sonuçları, tümör progresyon, sağkalım, yan etkiler ve komplikasyonları ayrı ayrı anlatıldı. Bu konu ile ilgili çok geniş bir literatür taramasının sonuçları sunuldu. Konunun sonunda bu tedavilerin maliyetleri ile fiyat-fayda analizlerine yer verildi ve hormona refrakter prostat kanserinin tedavisinde kombine kemoterapi seçeneklerinin yaşam süresi açısından birbirine üstünlüğünün net olarak ortaya konamadığı belirtildi.

**Prof. Dr Ahmet Erözenci**

**Doktor- hasta iletişimi ve ikilemler:**

Hekimlerin hastaları ile olan ilişkilerinde yaşanan bazı sorunlar ve çözümleri dile getirildi. Hastaya kanser tanısının ve bundan sonraki tedavi-takip sürecinin anlatılmasında hekime düşen görevler ve doğru davranış şekilleri hakkında bilgi verildi.