

سرطان پروستات

دکتر ناصر سیم‌فروش، دکتر مهدی دادپور

در حال حاضر سرطان پروستات دومین سرطان شایع مردان در سراسر جهان است. تا قبل از کشف^۱ PSA به‌عنوان فاکتوری برای غربالگری سرطان پروستات، میزان شیوع آن قابل توجه نبود، اما از زمان استفاده از این فاکتور خونی، بشر با موارد زیادتری از این بیماری مواجه شد که به‌صورت نهفته و بدون علائم در افراد بروز می‌کرد. پس از این سیر افزایش‌یابنده در شیوع سرطان پروستات تا سال ۱۹۹۵، کاهش در بروز سرطان پروستات دیده شد. این پدیده که به آن *cull effect* گفته می‌شود، به‌علت تشخیص موارد قبلی تشخیص داده نشده در ابتدای کار بود. در ادامه با تشخیص موارد کمتر سرطان در افراد غربالگری شده، مرگ و میر ناشی از سرطان پروستات از زمان معرفی PSA با توجه به تشخیص زودهنگام آن، کاهش قابل توجهی داشته است (۱). علاوه بر تفاوت‌های نژادی در اقوام مختلف، عوامل دیگری از جمله رژیم غذایی، سبک زندگی و آگاهی و نگرش افراد به وضع سلامتی، سطح بالاتر تستوسترون سرم، تفاوت در وضعیت غربالگری در میزان متفاوت بروز این سرطان در نژادهای مختلف دخیل هستند. در این بیماری، سلول‌های بدخیم از بافت پروستات منشأ می‌گیرند و بیشترین نوع تشخیص بافت‌شناسی آن آدنوکارسینوم (۸۵٪) است. کمترین میزان بروز در آسیا (۲ در ۱۰۰۰۰۰ در چین) و بیشترین میزان بروز در آمریکای شمالی و اسکانندیناویا (۲۷۲ در ۱۰۰۰۰۰) می‌باشد. میزان مرگ ناشی از سرطان پروستات در کشورهای مختلف متفاوت است، بالاترین میزان مرگ و میر مربوط به کشورهای حاشیه کاراییب و پایین‌ترین میزان آن در آسیای جنوب شرقی دیده می‌شود. میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و کیفیت این خدمات، دقت در تشخیص موارد سرطان و میزان استفاده از غربالگری با PSA در این آمار مؤثر است. مرگ و میر ناشی از سرطان پروستات در ایران بالاتر از سایر کشورها گزارش شده است. سن، افزایش فعالیت جنسی و سطح سرمی استرادیول به‌عنوان برخی از عوامل خطر بالقوه برای ابتلا سرطان پروستات در مردان ایرانی در نظر گرفته می‌شود و می‌توان گفت کاهش سطح سلنیوم سرمی همراه با افزایش خطر سرطان پروستات است. سرطان پروستات به‌ندرت در افراد کمتر از ۵۰ سال دیده می‌شود و سن متوسط این بیماری در زمان تشخیص ۶۸ سال است. در حال حاضر آمار دقیقی از شیوع سرطان پروستات در مردان ایرانی وجود ندارد. در گزارش‌های فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۳، میزان بروز سرطان پروستات در ایران، در هر یکصد هزار نفر ۱۲/۶ گزارش شده است. همچنین بر اساس این گزارش‌ها، سرطان پروستات با درصد فراوانی ۹/۲ درصد، دومین شیوع را در بین سرطان‌های مردان ایرانی دارد (۲).

¹ Prostate Specific Antigen

سبب شناسی (اتیولوژی)

علت سرطان پروستات هنوز شناخته نشده است ولی تحقیقات آماری و بالینی، روند بدخیمی بیماری سرطان پروستات را به عوامل مختلفی مربوط می‌دانند که تحت عنوان عوامل خطرزا نامیده می‌شوند و در ادامه به آنها اشاره خواهد شد.

علائم بالینی و سیر بیماری

سرطان پروستات به دلیل اینکه بیشتر در ناحیه محیطی پروستات ایجاد می‌شود مگر در مراحل پیشرفته‌تر بیماری، علائم زودرس خاصی ایجاد نمی‌کند. علائم هشداردهنده برای بررسی افراد عبارتند از ادرار کردن منقطع، عدم توانایی ادرار کردن، وجود خون در ادرار، انزال دردناک، درد ناحیه پایین کمر که البته در مراحل پیشرفته بیماری دیده می‌شوند.

عوامل خطر

ژنتیک: احتمال سرطان پروستات در فردی که بیشتر از یک نفر از اقوام وی به سرطان پروستات مبتلاست، بیشتر است. چنانچه افراد درجه اول فرد مثل پدر یا برادر دچار سرطان پروستات باشند، خطر ایجاد آن در فرد ۲-۳ برابر افزایش می‌یابد.

التهاب و عفونت: در عفونت مزمن برای جایگزینی بافت آسیب‌دیده، هیپرپلازی رخ می‌دهد و هیپرپلازی مزمن در طول زمان می‌تواند زمینه‌ساز سرطان باشد و این امر در مورد سرطان‌های مری، معده و مثانه نیز دیده شده است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد پدیده‌ای مشابه در مورد سرطان پروستات نیز می‌تواند وجود داشته باشد.

آندروژن‌ها: آندروژن اصلی در بافت پروستات، دی‌هیدرو تستوسترون است. برخی مطالعات ارتباط آندروژن‌ها را در ایجاد، تکامل و تداوم سرطان پروستات نشان داده‌اند در حالیکه برخی دیگر نتوانستند چنین ارتباطی را مشاهده نمایند.

سیکلوآکسیژناز: سیکلوآکسیژناز آنزیمی است که باعث تبدیل اسید آراشیدونیک به پروستاگلاندین G_2 شده و این پروستاگلاندین‌ها عامل پاسخ‌های بافتی به هایپوکسی است که می‌تواند زمینه‌ساز مهار آپوپفر، تحرک تکثیر سلولی و در نهایت بروز تومور شود.

ویتامین D و کلسیم: شواهد متعددی دلالت بر نقش پیشگیرانه ویتامین D در ایجاد سرطان پروستات دارد و متقابلاً میزان بالای کلسیم در رژیم غذایی در ایجاد سرطان پروستات نقش مؤثری دارد.

عوامل شیمیایی: خطر سرطان پروستات در کارگران صنایع لاستیک‌سازی و بافندگی و کارخانجات باتری‌سازی (به‌علت تماس مداوم با کادمیوم که یک عنصر آنتاگونیست روی است) افزایش می‌یابد. همچنین این بیماری در شهرهایی که در معرض آلودگی هوا هستند، بیشتر است.

ویروس‌ها: ارتباط مستقیم بین ویروس‌ها و ابتلا به سرطان پروستات ثابت نشده است ولی به علت مشاهده ویروس‌ها در بخش‌هایی از بافت مبتلا به سرطان پروستات زیر میکروسکوپ، احتمال دخالت این عامل وجود دارد. **سیگار:** در این زمینه مطالعات بسیار زیادی انجام شده که بعضی از آنها ارتباط سیگار با سرطان پروستات را نشان داده‌اند.

پیشگیری

ابزار مورد استفاده در پیشگیری اولیه از سرطان پروستات شامل تغییرات در سبک زندگی (نقش رژیم غذایی، توقف مصرف سیگار و ورزش منظم) و استفاده از ترکیبات شیمیایی پیشگیری کننده شامل فیناستراید، سلنیوم، ویتامین E و استاتین‌ها، است. پیشگیری ثانویه در این بیماری به راحتی و با انجام آزمایش PSA در خون و معاینه مقعدی امکان پذیر است. در مردان بالای ۴۰ سال سالانه معاینه مقعدی و در مردان بالای ۵۰ سال سالانه آزمایش PSA انجام می‌شود و در صورت وجود اختلال در هر کدام (چه افزایش PSA و چه معاینه غیرعادی و لمس توده یا سفتی در بافت پروستات) اقدام به نمونه برداری از پروستات تحت سونوگرافی از راه مقعد می‌شود (۳).

غربالگری و تشخیص

در اغلب موارد، کشف سرطان پروستات بامشاهده افزایش PSA و نیز معاینه مقعد با انگشت (در این حالت، در پروستات سفتی و غیر قرینگی وجود دارد) صورت می‌گیرد. البته افزایش PSA به تنهایی دلیل ابتلا به سرطان نیست چون شرایطی دیگر مثل عفونت پروستات و یا بزرگی خوش خیم پروستات نیز عوامل افزایش دهنده PSA هستند. بیماری ندرتاً به خاطر رشد سرطان و علائم انسدادی ادراری و یا علائم تحریکی و یا خون در مایع انزال و یا متاستاز استخوانی تشخیص داده می‌شود. شایع ترین محل متاستاز در سرطان پروستات استخوان است. تشخیص بر پایه PSA یا معاینه مقعد و سپس در صورت وجود مورد غیرطبیعی، نمونه برداری از پروستات با استفاده از سونوگرافی از راه مقعد انجام می‌شود (۳،۱). تشخیص به موقع بیماری حداقل ۵ تا ۱۰ سال به زندگی مبتلایان به سرطان اضافه می‌کند. لازم به ذکر است این بیماری در صورت تشخیص زودهنگام قابل درمان است و کیفیت زندگی با درمان موثر به طور قابل توجهی افزایش پیدا می‌کند. توصیه می‌شود که مردان بالای ۴۰ سال سالانه مورد معاینه غده پروستات از طریق معاینه مقعد قرار گیرند و نیز در سنین بالای ۵۰ سال سالانه آزمایش PSA انجام دهند و در صورت وجود مورد غیرطبیعی، اقدام به نمونه برداری از پروستات شود.

درمان

درمان بیماران با خطر کم و انتظار طول عمر زیاد، جراحی رادیکال پروستاتکتومی به کمک رادیوتراپی یا براکترپی است (۳). در بیماران با خطر بالا، درمان ترجیحی رادیوتراپی همراه با هورمون درمانی طولانی مدت است. رادیکال پروستاتکتومی همراه با دایسکشن لنف نودهای لگن یک گزینه جدید و مؤثر در درمان بیماران مبتلا به سرطان

پیشرفته پروستات است که هم اکنون در مرحله تحقیق به سر می‌برد و موفقیت‌های چشمگیری در این زمینه حاصل شده است. خوشبختانه تجربه بسیار خوبی در جراحی رادیکال پروستاتکتومی در درمان سرطان پروستات در ایران وجود دارد، به طوری که از حدود ۷۵۰ مورد جراحی رادیکال پروستاتکتومی که از سال ۱۳۸۱ تاکنون توسط نویسنده انجام شده است، بالای ۹۵٪ افراد تحت درمان کامل قرار گرفته‌اند، PSA نزدیک به صفر دارند و حداقل عوارض جراحی از جمله بی‌اختیاری ادراری را دارا هستند (۵). لازم به ذکر است نتایج این مطالعه در حال چاپ است. از جمله پروژه‌های تحقیقاتی دیگر در درمان سرطان‌های پیشرفته پروستات در ایران، جراحی رادیکال پروستاتکتومی همراه با دایسکشن لنف نود در بیماران با متاستاز وسیع استخوانی است نتایج بسیار خوبی در این زمینه به دست آمده است. نتایج اولیه این مطالعه توسط نویسنده در حال چاپ است و مشابه آن در دنیا انجام نشده است (۴).

منابع

۱. سیم فروش ن، نورعلیزاده ا، سلطانی م. کتاب جامع اورولوژی ایران، انتشارات تیمورزاده سال ۱۳۹۲، فصل ۶۹-۷۱.
۲. مجموعه گزارشات رصد شاخص های کلان سلامت جمهوری اسلامی ایران - فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴، فصل سیزدهم.
3. CAMPBELL-WALSH Urology 11th edition, volume 3, part XIV
4. Simforoosh N. Cyto reductive surgery in prostate cancer with skeletal metastasis. United Arabian Emirates, Abu Dhabi. 27-28 Nov. 2014. Regional conference of Urology Experts (focus)
5. Simforoosh N, Javaherforooshzadeh A, Aminsharifi A, Tabibi A. Early continence after open and laparoscopic radical prostatectomy with sutureless vesicourethral alignment: an alternative technique, 8 years' experience. Urol J 2009; 6:163-9.