

„Program prewencji raka prostaty.”

Przesłanki dla podjęcia Programu:

Badania przesiewowe w celu wczesnego wykrycia raka stercza są równie ważną metodą kontroli choroby jak profilaktyka i udoskonalenie diagnostycznych i terapeutycznych procedur klinicznych. Perspektywy pierwotnej prewencji są ograniczone a większość chorych prezentujących objawy kliniczne nie rokuje całkowitego wyleczenia. Dostępne dane pozwalają mieć nadzieję, że badania przesiewowe przyczynią się do zmniejszenia umieralności z powodu raka prostaty. Rak gruczołu krokowego stanowi 5,4% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn w Polsce i zajmuje trzecie miejsce pod względem częstości zachorowań po raku płuca i żołądka. Obserwowana jest tendencja do wzrostu liczby zachorowań na raka stercza – współczynnik zachorowalności na 100.000 mieszkańców płci męskiej w 1965 r. wynosił 5,0; w 1975 r. 8,1; w 1989 r. 10,9; w 1991 r. 12,2; w 1999 r. 17,5 mężczyzn. Podobnie jak w przypadku wzrostu częstości zachorowań obserwowany jest wzrost liczby zgonów z powodu raka stercza – standaryzowany współczynnik umieralności w 1963 r. wynosił 6,4; w 1975 r. 8,2; w 1989 r. 9,7; w 1991 r. 10,1; w 1999 r. 12, pomimo rozwoju i doskonalenia metod terapeutycznych. Częstość zachorowań wzrasta wyraźnie wraz z wiekiem, co jest powodem zwiększenia ilości rozpoznań u mężczyzn powyżej 50 roku życia. Wzrost liczby nowo rejestrowanych zachorowań w pewnej mierze może być tłumaczony wydłużeniem średniego czasu życia mężczyzn, doskonaleniem metod rejestracji przypadków zachorowań jak również postępowaniem, zwłaszcza w okresie ostatnich 20 lat, w zakresie metod diagnostycznych.

Rak gruczołu krokowego we wczesnym okresie rozwoju przebiega na ogół bezobjawowo. Możliwość wykrycia nowotworu stwarza – w stopniu ograniczonym – badanie gruczołu krokowego palcem przez odbytnicę („DRE”). Istotną wartość w wykryciu raka gruczołu krokowego ma badanie stężenia w surowicy krwi swoistego antygenu sterczowego („*prostatespecific antigen*” – „PSA”). Podwyższone stężenie tego markera – powyżej 2,5ng/ml, przy zastosowaniu wystandaryzowanych metod pomiaru stężenia PSA, i dodatni wynik badania palpacyjnego są wskazaniem do przeprowadzenia biopsji gruczołu krokowego pod kontrolą ultrasonografii przezodbytniczej.

Możliwość wyleczenia raka gruczołu krokowego dotyczy tylko chorych, u których nowotwór został rozpoznany we wczesnej fazie rozwoju, tzn., gdy rak ograniczony jest do gruczołu krokowego. Radykalne leczenie raka gruczołu krokowego chirurgiczne (prostatektomia radykalna) względnie napromienianiem (brachyterapia lub radykalna radioterapia) będzie podjęta u chorych na raka ograniczonego do gruczołu.

Niepokój budzi wzrastająca, pomimo rozwoju i doskonalenia metod terapeutycznych, liczba zgonów z powodu raka gruczołu krokowego. O ile w 1965 r. standaryzowany wskaźnik umieralności kształtował się na poziomie 6,4/100.000, to w 1991 r. wynosił on 10,1/100.000, a w 1999 roku 12/100.000. W Polsce raka gruczołu krokowego rozpoznaje się na ogół zbyt późno. Poprawa tej sytuacji, jak wskazują na to dotychczasowe doświadczenia szeregu wysoko rozwiniętych krajów, możliwa jest zasadniczo przez wprowadzenie badań przesiewowych obejmujących oznaczenia stężenia „PSA” (ewentualnie u wybranych na podstawie wyników badań stężenia całkowitego „PSA”) oraz badanie gruczołu krokowego palcem przez odbytnicę. Istnieją liczne dowody na to, że regularne badania przesiewowe przy użyciu „PSA” umożliwiają wykrycie większości guzów zanim staną się one

klinicznie jawne, co pozwala na wczesne radykalne leczenie i w efekcie zmniejszenie umieralności z powodu tej choroby. Jakikolwiek działania zmierzające do upowszechnienia skryningu o zasięgu ogólnopolskim muszą być jednak poprzedzone przeprowadzeniem w wybranych regionach kraju badań u mężczyzn w wieku 50 – 69 lat, którzy stanowią grupę wysokiego ryzyka zagrożenia nowotworem, i u których w przypadku rozpoznania nowotworu ewentualne wdrożenie leczenia radykalnego może przyczynić się do wydłużenia życia. Korzyści wynikające z badań przesiewowych w wymiarze społecznym polegają na zmniejszeniu liczby zgonów z powodu raka prostaty oraz zredukowaniu nakładów finansowych koniecznych do leczenia chorych w zaawansowanym stadium choroby.

Głównym celem Programu jest wczesne wykrycie raka prostaty.

Populację badaną będą stanowili mężczyźni, mieszkańcy Miasta Krakowa, którzy ukończyli 50 rok życia.

Opis sposobu realizacji Programu:

I Etap:

osoby, które wyraziły zgodę na udział w Programie, będą miały wykonane badania diagnostyczne („*per rectum*” oraz „PSA”). Na tym etapie zostanie także wypełniona ankieta, tzw. kwestionariusz „IPSS” oraz przeprowadzony szczegółowy wywiad epidemiologiczny o potencjalnych czynnikach ryzyka, stylu życia i sposobie odżywiania.

II Etap:

u pacjentów, u których stwierdzono poziom „PSA całkowitego” powyżej 2,5 ng/ml lub patologiczną zmianę w badaniu „*per rectum*” lub oba te parametry równocześnie, będzie wykonane ultrasonograficzne badanie przezodbytnicze („TRUS”) z „sekstatową biopsją rdzeniową” stercza. Wszystkie dane będą dokumentowane, a wyniki gromadzone w komputerowej bazie danych.

W wyniku przeprowadzonych badań, osoby przebadane zostaną podzielone na pięć grup diagnostycznych według ustalonych wcześniej kryteriów:

- 1) bez zmian chorobowych („DRE-”, „PSA-”);
- 2) łagodny rozrost stercza;
- 3) prawdopodobny rak prostaty („DRE+”, „PSA+”, „TRUS-”, „HP-”) wymagane badania i nadzór medyczny;
- 4) pewny rak prostaty – wymagane postępowanie lecznicze („HP+”);
- 5) stany zapalne gruczołu krokowego.

Realizacja stosownego, dalszego postępowania diagnostycznego i leczniczego, będzie następowała poza Programem.

Efektem Programu będzie udostępnienie leczenia specjalistycznego oraz wdrożenie postępowania leczniczego w przypadku wykrycia chorób stercza oraz określenie grupy ryzyka, która powinna podlegać wcześniejszej kontroli niż grupa osób, u których wykluczono choroby stercza.