

ROZMOWA Z DR. N. MED. ROMANEM SOSNOWSKIM\*, UROLOGIEM

# RAK PROSTATY. OD CZEGO ZALEŻY SCENARIUSZ CHOROBY

**Obserwacja nowotworu czy natychmiastowy zabieg? Operacja klasyczna czy „przez dziurkę od klucza”? Utrata erekcji jest ceną za leczenie? Nasz ekspert wyjaśnia, dlaczego odpowiedzi na te pytania bywają różne.**

ROZMAWIŁ  
WOJCIECH MOSKAL

**WOJCIECH MOSKAL: Rak gruczołu krokowego wymyka się tradycyjnemu myśleniu o chorobach nowotworowych. Rak, duży problem, a jednak czasami lekarz mówi: „Wie pan co, poczekajmy, poobserwujmy, na razie nie trzeba wdrażać aktywnego leczenia”.**

**DR N. MED. ROMAN SOSNOWSKI:** - Wy- nika to z tego, że pod hasłem „rak gruczołu krokowego” mamy wiele róż- nych postaci tego nowotworu.

Od bardzo wczesnie wykrytych tzw. raków niemych klinicznie (brak obja- wów), poprzez choroby, które podda- ją się skutecznie różnego rodzaju te- rapiom, po nowotwory uogólnione, czyli tzw. raka przerzutowego, rozsia- nego, dla którego nie mamy dziś co prawda żadnej oferty trwałego wyle- czenia, ale za to mamy ciekawe pro- pozycje terapeutyczne, które będą po- prawiać jakość życia, odsuwać w cza- sie powikłania związane z chorobą, a w niektórych przypadkach nawet przedłużać życie chorego.

**W Polsce mamy ponad 12 tys. zachorowań rocznie i prawie 4,5 tys. zgonów z powodu raka prostaty. Dużo.**

- To obecnie jeden z najważniej- szych, jeżeli w ogóle nie najważniejszy, po raku płuca, nowotworów u męż- czyzn. Ocenia się, że w 2012 r. na świecie zdiagnozowano ponad milion nowych przypadków raka gruczołu krokowego.

Polski problem polega na tym, że z roku na rok mamy coraz większą liczbę zdiagnozowanych chorych z rakiem prostaty, a nie mamy wyraźnego spadku zgonów z tego powodu. Takie spadki obserwuje się już w wielu innych krajach, np. w Skandynawii.

**Jednym słowem, odstajemy?**

- Na pewno więcej dziś wykrywa- my tych nowotworów, ale musimy być do tego lepiej przygotowani i sprostać zadaniu.

W latach 90. był ewidentny wzrost liczby zgonów, w tej chwili obserwu- jemy stabilny poziom. Chcielibyśmy jednak dążyć do tego, żeby ten trend

był wyraźnie spadkowy. O to chodzi - żeby z roku na rok było mniej zgonów. **Raka prostaty przybywa, bo społeczeństwo się starzeje?**

- Niewątpliwie tak - wiek jest jed- nym z najważniejszych czynników ry- zyka. Im starszy mężczyzna, tym ry- zyko zachorowania wzrasta. Szczyt zachorowań to siódma-ósma dekada ży- cia, a w męskiej populacji stale przy- bywa osób dożywających tego wieku.

Osobną kwestią jest powszechna dostępność do badań w kierunku wcze- snego wykrycia raka prostaty - coraz częściej rozpoznajemy chorobę na wczesnym etapie. Myślę tu o teście PSA, czyli białku produkowanym przez prostatę i badanym w surowicy krwi. W ostatnich latach test ten stał się po- wszechnie używanym, co spowodowa- ło, że nagle zwiększyła się liczba no- wo wykrywanych przypadków.

Poza tym nastąpiła też poprawa świadomości zdrowotnej społeczeń- stwa. Mężczyzna, zaczyna bardziej dbać o zdrowie, chodzić do urologa. **Geny mają tu znaczenie?**

- Jeżeli w najbliższej rodzinie - dza- dek, ojciec, brat, wuj - występował lub występuje rak gruczołu krokowego, to wzrasta u nas ryzyko choroby.

Uważa się, że jeżeli u trzech naj- bliższych krewnych wystąpił rak gruczołu krokowego, lub u dwóch, w wie- ku poniżej 55 lat, to mamy w tej rodzi- nie wyraźną predyspozycję do wy- stępowania tej choroby. I wtedy mo- żemy ją nazwać prawdziwie gene- tycznie zależną. To około 10 proc. wszystkich chorych.

Ciekawą informacją, która pojawi- ła się w ostatnim czasie, jest to, że mu- tacje genów BRCA1 i BRCA2 - bardzo istotny czynnik ryzyka raka piersi i jaj- nika - również odgrywają istotną rolę w raku gruczołu krokowego. W zwią- zku z tym coraz częściej śledzimy rów- nież występowanie takich nowotwo- rów jak rak piersi czy jajnika u matki, siostry, kuzynki.

**Czy stosuje się testy genetyczne?**

- Nie ma w tym momencie testów, które w 100 proc. dałyby odpowiedź na pytanie, czy ktoś aktualnie choruje lub w przyszłości zachoruje na raka prostaty. Są natomiast testy genetycz- ne wykorzystywane do doprecyzo- wania postępowania diagnostycznego w wybranych przypadkach pode- jrzania raka prostaty lub wyboru wła- ściwego sposobu leczenia u chorych, u których już tego raka rozpoznaliśmy.

Np. u chorego z podejrzeniem ra- ka prostaty, który ma podwyższone stężenie PSA, ale w materiale z biop- sji nie znaleziono komórek raka. Trud- no rozstrzygnąć, czy ich faktycznie nie ma, czy nie potrafimy potwierdzić cho- roby. Możemy w takiej sytuacji zasto- sować testy genetyczne. Jeśli dadzą

wskazówkę, że u tego chorego praw- dopodobieństwo raka jest bardzo du- że, powinniśmy kontynuować dia- gnozykę z wykorzystaniem najnow- szych metod, np. rezonansu magne- tycznego, celowanej biopsji itp.

**Kolejny czynnik ryzyka: otyłość, epidemia naszych czasów.**

- To bardzo ważny czynnik ryzyka. Potwierdzono, że nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko rozwoju wielu no- wotworów, w tym również agresy- wnego raka prostaty. Jakże dokładnie są te zależności, do końca nie wiemy. Prawdopodobnie główną przyczyną są zaburzenia hormonalne związane z nadmiarem tkanki tłuszczowej w or- ganizmie. Nie tej jednak, którą widzi- my na zewnątrz, tylko tkanki tłuszc- zowej wewnątrzbrzuszej.

Kolejnym czynnikiem ryzyka jest brak regularnej aktywności fizycznej. Mamy coraz więcej dowodów na to, że codzienna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko występowania no- wotworów, w tym raka prostaty. A je- żeli nowotwór już wystąpi, to jego prze- bieg jest łagodniejszy, co daje szansę na skuteczniejsze leczenie, z mniejszą liczbą powikłań.

**Papierosy?**

- Odgrywają istotną rolę i wiemy już, że zaprzestanie palenia w młodym wieku - poniżej 40. roku życia - jest sku- tecznym działaniem profilaktycznym chroniącym przed wystąpieniem wie- lu nowotworów tytoniozależnych, w tym raka gruczołu krokowego.

U chorych, którzy są długoletnimi nałogowymi palaczami, przebieg cho- roby jest o wiele cięższy, a leczenie mniej skuteczne.

Wiele badań dotyczyło też innych czynników ryzyka, związanych np. za- wartością witaminy D, witaminy E czy selenu w diecie, ale nie ma żadnych jednoznacznych wyników potwier- dzających ich protekcyjne działanie.

**A co z seksem? Chroni czy nie chroni przed rakiem prostaty?**

- Seks sam z siebie nie ma ewi- dentnego związku z występowaniem - lub nie - raka prostaty.

Co prawda jest publikacja nauko- wa, która opisuje protekcyjne działa- nie częstszych ejakulacji, ale brak na razie dalszych potwierdzeń zawartych w niej wniosków.

**A tak w ogóle to po co nam ta prostata? Każdy o niej słyszał, ale mało kto wie, do czego służy.**

- Prostate jest narządem należącym do układu płciowego mężczyzny. Leży pod pęcherzem moczowym. Przez sam jej środek przechodzi cewka moczowa, czyli rurka, przez którą mocz wypływa na zewnątrz z pęcherza moczowego.

Wielkość gruczołu krokowego u młodego mężczyzny odpowiada mniej więcej wielkości orzecha wło-



**W czasie wizyty u urologa mężczyzna jest pytany o czynniki ryzyka raka prostaty (choroby w rodzinie, palenie, otyłość) oraz o trudności związane z oddawaniem moczu**



**\* DR N. MED. ROMAN SOSNOWSKI**

pracuje w Klinice Nowotworów Układu Moczowego w Centrum Onkologii - Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie; ekspert serwisu Znanylekarz.pl

skiego. Z czasem gruczoł powiększa swoją objętość. Tu mocno musimy pod- kreślić - jest to związany z wiekiem łagodny rozrost, który najczęściej nie ma nic wspólnego z nowotworem.

Etiologia rozrostu nie jest do koń- ca jasna, wiemy jedynie, że z wiekiem ten proces się nasila.

W gruczole krokowym są produ- kowane różnego rodzaju substancje, które są elementami nasienia. Między innymi białko PSA, które upłynnia na- sienie i umożliwia swobodne dotarcie plemników do komórki jajowej. **Czy bez prostaty można żyć?**

- Tak, można, lecz każdy mężczy- zna, któremu usuniemy prostatę, sta- je się bezpłodny.

U niektórych chorych usunięcie gruczołu krokowego powoduje zabu- rzenia wzdodu nie dlatego, że w gru- czole krokowym są mechanizmy od- powiedzialne za wzdów prącia, ale dla- tego, że obok niego biegnie cały skom- plikowany system nerwów i naczyń. Usuwając gruczoł krokowy podczas operacji, często uszkadzamy te nerwy i naczynia odpowiedzialne za wzdów. **Jak objawia się łagodny rozrost prostaty?**

- Przede wszystkim: częste odda- wanie moczu w dzień, częste odda- wanie moczu w nocy, tzw. parcie na- glące, czyli natychmiastowa chęć od- dawania moczu, uczucie, że nie w pełni opróżniło się pęcherz, strumień mo-

czu przerywany, zacinający się, ko- nieczność parcia na pęcherz.

Jeżeli mamy te objawy, mamy łagodny rozrost stercza. Oczywiście może się zdarzyć, że ktoś ma łagodny roz- rost, a oprócz niego równolegle roz- winie się rak. I na odwrót.

**A jak rozpoznać raka?**

- Z tym niestety jest problem, gdyż rak prostaty nie ma charakterystycz- nych, jednoznacznych objawów.

Musimy na pewno zwracać uwagę na krwiomocz. Rak prostaty nie jest najczęstszą przyczyną krwiomoczu, ale może nią być.

Musimy zwracać też uwagę na obja- wy tzw. uogólnionej choroby nowo- tworowej. Często zdarza mi się spoty- kać chorych, którzy przychodzą i mó- wią: „Byłem leczony na rwę kulszową, na bóle stawu biodrowego, na zmiany zwyrodnieniowe w kręgosłupie, ale nikt nigdy nie sprawdził jeszcze mojej prostaty”. I okazuje się, że ten chory ma masywne przerzuty do kręgosłu- pa z powodu raka prostaty.

To jest właśnie charakterystyczny objaw rozsianej choroby - bóle zwią- zane z układem kostnym.

**Od lat trwa dyskusja na temat badań przesiewowych w kierunku raka prostaty.**

- Prowadziliśmy rozległe badania dotyczące screeningu, czyli badania przesiewowego, w kierunku wykry- wania raka prostaty. Badania na dzie- siątkach tysięcy osób i wciąż nie wie- my, czy powinniśmy je wdrażać.

Głównym problemem jest to, że brakuje nam dobrego testu, który by jednoznacznie odróżnił tych chorych, którzy mają raka prostaty i wymagają leczenia, od tych, którzy nie są chorzy.

Mamy test białka PSA, który po- trafi wykryć raka prostaty, zanim wy- stąpią objawy.

**Czyli rak prostaty jest związany z podniesieniem się poziomu tego białka?**

- Tak. Jednak nie zawsze podwyż- szony poziom PSA oznacza raka.

To duży problem, gdyż po stwier- dzeniu podwyższonego poziomu PSA powinniśmy rozpocząć dalszą dia- gnozykę, wykonać biopsję. Te działa- nia narażają pacjenta na powikłania, takie jak ból i potencjalne infekcje.

Do tego dochodzi strach przed cho- robą nowotworową. Często pacjenci



► Dokończenie ze s. 5

chorego. Jeżeli pacjent mówi: „Panie doktorze, ja się tego chcę pozbyć, ja nie chcę żadnych leków, naświetlań, ja chcę fizycznie mieć to wycięte”, to nie proponuję radioterapii. Oczywiście zawsze należy poinformować chorego o wszystkich możliwych opcjach, jednak zgodnie z jego decyzją skupiam się na leczeniu operacyjnym.

Jednak są też sytuacje, gdy chory mówi: „Panie doktorze, absolutnie żaden nóż, bo moja ciocia miała operację pęcherzyka żółciowego i to się źle skończyło”. Mając to na uwadze, znów informuję o wszystkich metodach, ich wadach i zaletach, ale ostateczną decyzję podejmuje pacjent.

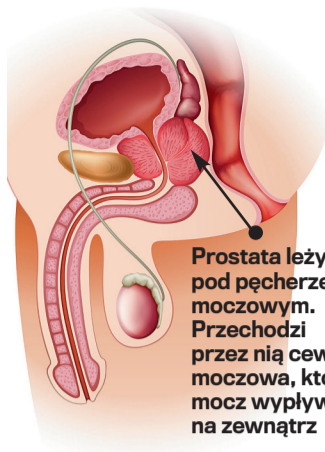
**Kolejny etap choroby – rak „wyszedł” poza prostatę.**

- Mamy wtedy tzw. chorobę uogólnioną, czyli przerzuty, które najczęściej występują w układzie kostnym.

Jeżeli przerzutów jest kilka lub więcej, chory jest w zasadzie poza możliwością wyleczenia. Oferujemy terapię, która ma wyraźnie spowolnić rozwój choroby i ograniczenie obciążeń związanych z przerzutami.

Już wiele lat temu zauważono, że rozwój raka prostaty zależy od hormonów męskich - androgenów, w tym od testosteronu. Można to porównać do kwiatka, który potrzebuje wody. I tą wodą dla raka prostaty jest testosteron. Jeżeli odetniemy tę wodę, to on będzie powoli usychał.

Wielokrotnie widziałem chorych z właśnie zdiagnozowanym rozsianym rakiem prostaty, którzy przychodzili cierpiący, z ogromnym bólem, ledwo się poruszali, czasami wręcz na wóz-



Prostata leży pod pęcherzem moczowym. Przechodzi przez nią cewka moczowa, którą mocz wypływa na zewnątrz

ku. Po wdrożeniu leczenia hormonalnego w ciągu kilku tygodni zmieniali się w normalnie funkcjonujących mężczyzn, chodzących, stosujących niewielkie ilości leków przeciwbólowych, powracających do normalnego życia. To są spektakularne poprawy.

**Fachowo nazywa się to kastracją?**

- Tak. Możemy ją wykonać chirurgicznie, czyli przez usunięcie jąder. Mamy też do dyspozycji kastrację farmakologiczną. I jedno, i drugie postępowanie ma plusy i minusy.

Kastracja chirurgiczna oznacza działanie trwale, do końca życia. Jest także relatywnie tania, bo to dość prosty zabieg. Jednak taki zabieg jest bardzo obciążający psychicznie dla wielu pacjentów ze względu na to, że dla większości mężczyzn jądra stanowią niezmiernie ważny element ciała.

Przy działaniu farmakologicznym jądra pozostają, ale efekt biologiczny jest taki sam, jakbyśmy je usunęli.

Leczenie farmakologiczne jest odwracalne, czyli po zaprzestaniu leczenia poziom testosteronu wzrasta. U niektórych chorych postępowanie pole-

gające na tzw. przerywanej hormonoterapii, ma uzasadnienie.

Niestety, u prawie wszystkich chorych po pewnym czasie choroba nawraca. Dochodzi do narastania przerzutów, dolegliwości bólowych, pogorszenia się stanu chorego.

**Co wówczas?**

- Dzięki badaniom z ostatnich lat możemy chorem zaproponować odpowiednią sekwencję leczenia. Od dawna znany jest docetaksel - jeden z najważniejszych chemioterapeutów. Z nowszych leków dysponujemy octanem abirateronu ci enzalutamidem.

**Jak działają?**

- Mimo że mamy kastracyjne stężenie testosteronu w surowicy krwi, komórka nowotworowa jest na tyle „sprytna”, że sama zaczyna produkować testosteron. Ponadto dochodzi do zaburzeń szlaków molekularnych czy nadekspresji receptorów androgenowych. Nowoczesne sposoby leczenia, poprzez różne skomplikowane mechanizmy, temu przeciwdziałają.

Zaletą nowych leków jest to, że są w formie tabletek, mają niewielkie działania niepożądane i są efektywne - mamy na to wiele dowodów naukowych.

Niestety, octan abirateronu jest u nas dostępny w ograniczonych wskazaniach, a enzalutamid nie jest w ogóle refundowany.

Mimo to chciałbym podkreślić, że naprawdę mamy dziś pacjentowi z zaawansowanym rakiem prostaty wiele do zaoferowania. Chory, który wiele lat temu był skazany tylko na usunięcie jąder, teraz ma pełną sekwencję terapii - jeden lek, drugi, kolejny.

Nigdy nie zostawiamy pacjenta, cały czas o niego walczymy z pomocą różnych opcji terapeutycznych. ●

## NAJNOWSZE SPOSOBY

**Lekarze i naukowcy bezustannie pracują nad coraz lepszymi metodami diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Niektóre z najnowocześniejszych technik są już dostępne w Polsce. Niestety, trzeba za nie płacić, bo wykraczają poza standardową opiekę w ramach NFZ.**

WOJCIECH MOSKAL

### » Badanie molekularne 4Kscore Test

- To jedna z metod, które dziś zmieniają perspektywę diagnostyki i leczenia raka prostaty - mówi dr Stefan W. Czarniecki z HIFU Clinic - Centrum Leczenia Raka Prostaty, Szpital Medicover w Warszawie.

4Kscore Test jest rekomendowany m.in. przez: Europejskie Towarzystwo Urologiczne (EAU), Amerykańskie Towarzystwo Urologiczne (AUA) oraz National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

- Do tej pory mieliśmy do dyspozycji badanie per rectum i badanie PSA. Pamiętajmy jednak, że można mieć np. raka przy niskim, „prawi-

dłowym” stężeniu PSA. Badanie PSA jest mało precyzyjne i mało specyficzne. Często byliśmy jak dzieci we mgle. 4Kscore zmienia tę sytuację - mówi dr Czarniecki.

Badanie to pozwala wiele lat wcześniej przewidzieć, czy u danej osoby istnieje ryzyko rozwoju istotnego klinicznie, czyli agresywnego raka prostaty. Pomaga podjąć decyzję o konieczności rozszerzenia diagnostyki, w tym wykonania biopsji także u pacjentów z pozornie prawidłowym stężeniem PSA.

- Jest to nieinwazyjne badanie z krwi bazujące na algorytmie z uwzględnieniem czterech białek - kalikrein - w jej osoczu. Ich wzajemne proporcje, z dodaniem wyniku badania palpacyjnego prostaty, wywiadu, wieku itd. dają wynik, który ocenia ryzyko agresywnej postaci raka prostaty, nawet z kilkunastoletnim wyprzedzeniem - wyjaśnia dr Czarniecki. - W Szwecji wykonano „biobanking” - pobrano ponad 20 tys. próbek krwi i je zamrożono. Po kilkunastu latach sprawdzono, u których z tych mężczyzn, których próbki zamrożono, rozpoznano przerzutowego raka prostaty. Następnie odmrożono próbki i ustalono wspólne mianowniki. Okazało się, że już w momencie pobrania - kilkanaście lat wcześniej - w ich krwi wynik testu 4Kscore sugerował, że ta agresywna postać raka prostaty się pojawi.