

dotyczące zmiany stylu życia i czy obecnie istnieją wskazania do konsultacji urologicznej.

- * Należy oceniać stężenie kreatyniny i PSA 1 raz do roku.

RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO

WYTYCZNE

NICE, 2005. Clinical Guideline 27. *Referral for Suspected Cancer*; www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg027niceguideline.pdf

NICE, 2008. Clinical Guideline 58. Prostate Cancer; www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG58NICEGuideline.pdf

Aktualne zalecenia dotyczące wykrywania wczesnego raka gruczołu krokowego – coraz więcej wątpliwości (zalecenia American Cancer Society z 2010 r.)

Rak gruczołu krokowego wiąże się z trudnymi zagadnieniami związanymi z badaniami przesiewowymi i pytaniami o zasadność leczenia u bezobjawowych mężczyzn, u których rak jest wykrywany przypadkowo. Pacjenci z objawami odnoszą korzyści z konsultacji urologicznej. W Wielkiej Brytanii prawie 10 000 mężczyzn umiera co roku z powodu raka gruczołu krokowego. Szczegóły diagnozowania raka gruczołu krokowego przedstawiono w podręczniku *Evidence-based Diagnosis in Primary Care* pod red. A.F. Polmeara, opublikowanym przez Butterworth-Heinemann, 2008.

DORADZTWO DOTYCZĄCE OZNACZANIA PSA I INTERPRETACJA WYNIKU

Populacyjne badania przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego nie są zalecane w Wielkiej Brytanii (Muir Gray, 2004), ale powinny być dostępne dla mężczyzn, którzy chcą je wykonać i są zdolni do wyrażenia świadomej zgody.

Czynniki ryzyka raka gruczołu krokowego

- (a) *Wiek.* Połowa mężczyzn w wieku powyżej 80 lat ma raka gruczołu krokowego, ale większość z nich jest bezobjawowa i umrze z innych powodów. Wytyczne sugerują, aby nie zalecać przesiewowego oznaczania PSA u bezobjawowych mężczyzn powyżej 75 r.ż. z oczekiwanym czasem przeżycia < 10 lat.
- (b) *Wywiad rodzinny.* Dodatni wywiad rodzinny w kierunku raka gruczołu krokowego, piersi, jajnika, pęcherza moczowego i nerek zwiększa ryzyko.
- (c) *Rasa.* U Afroamerykanów występuje podwójne ryzyko w stosunku do rasy białej. Najniższe wskaźniki ryzyka występują u Azjatów i mieszkańców Dalekiego Wschodu.

Doradztwo u pacjentów wnioskujących o badanie PSA (NHS Centre For Reviews and Dissemination, 1997; Chan i Sulmasy, 1998)

Należy wyjaśnić następujące kwestie:

- (a) Badanie *per rectum* uznawane jest za równoważne z badaniem z krwi.

- (b) Jeśli wynik badania jest pozytywny, konieczne może być wykonanie biopsji. Biopsja może być bolesna, istnieje ryzyko zakażenia, a u 1/3 chorych do 3 tyg. po zabiegu utrzymuje się krwiomocz i hematospermia. Śmiertelność wynosi 1:10 000.
- (c) Tylko u 1 na 3 mężczyzn z dodatnim wynikiem PSA dochodzi do rozwoju raka. Z drugiej strony, w biopsji zostaje przeoczone 20% nowotworów.
- (d) Nie jest jasne, czy wczesne leczenie ratuje życie lub poprawia inne wskaźniki, a oferowane leczenie może powodować potencjalnie ciężkie skutki uboczne obejmujące obszar funkcjonowania seksualnego i funkcje zwieraczy. Badania podają sprzeczne dane na temat korzyści z badań przesiewowych, a Naczelny Lekarz Anglii (*Chief Medical Officer of England*) zaleca kontynuowanie badań przesiewowych u mężczyzn, którzy wnioskuje o takie badanie i którym udzielono odpowiednich informacji. Jeśli pacjent ma objawy sugerujące raka gruczołu krokowego (zob. wytyczne NICE na temat konsultacji przy podejrzeniu raka zamieszczone wcześniej), oznaczenie stężenia PSA może być bardziej przydatne. Należy rozważyć wykonanie badania *per rectum* i oznaczenie stężenia PSA, gdy występuje niewyjaśniony krwiomocz, objawy ze strony dolnego odcinka dróg moczowych, impotencja, bóle kości, bóle dolnej części pleców lub zmniejszenie masy ciała. Należy skierować pilnie pacjentów z nieprawidłowym wynikiem badania *per rectum*, gdy wzrasta stężenie PSA lub gdy jest powyżej normy odpowiedniej do wieku (zob. niżej). Należy powtórzyć oznaczenie stężenia PSA po 1–3 mies., jeśli uzyskano wartość graniczną, i skierować w trybie pilnym, jeśli stężenie PSA rośnie.
- (e) Stres i lęk pacjenta związane ze świadomością, że choruje lub może zachorować na raka, są znaczące i mogą wpływać na wysokość składek ubezpieczenia na życie.

INTERPRETACJA WYNIKU OZNACZENIA PSA

1. Górny limit normy wzrasta z wiekiem i został zrewidowany w wytycznych dotyczących BPH przez British Association of Urological Surgeons (BAUS) (zob. wyżej).
 - Wiek < 50: 2,5 ng/ml.
 - Wiek 50–59: 3,0 ng/ml.
 - Wiek 60–69: 4,0 ng/ml.
 - Wiek 70+: 5,0 ng/ml.
2. Prawdopodobieństwo raka przy różnych stężeniach PSA:
 - PSA 4–10 ng/ml: 25%.
 - PSA > 11 ng/ml i więcej: 66%.
 - PSA > 60 ng/ml: zwykle wskazuje na raka gruczołu krokowego z przerzutami.
3. W przypadku wyniku granicznego należy powtórzyć oznaczenie po 2 tyg. Wynik może się zmienić w granicach 30%.
4. Należy pomnożyć wynik przez 2, jeśli pacjent przyjmuje finasteryd lub dutasteryd przez 6 mies. lub dłużej. Powiększony gruczoł krokowy w związku z PBH może podwoić stężenie PSA bez wskazywania na raka.