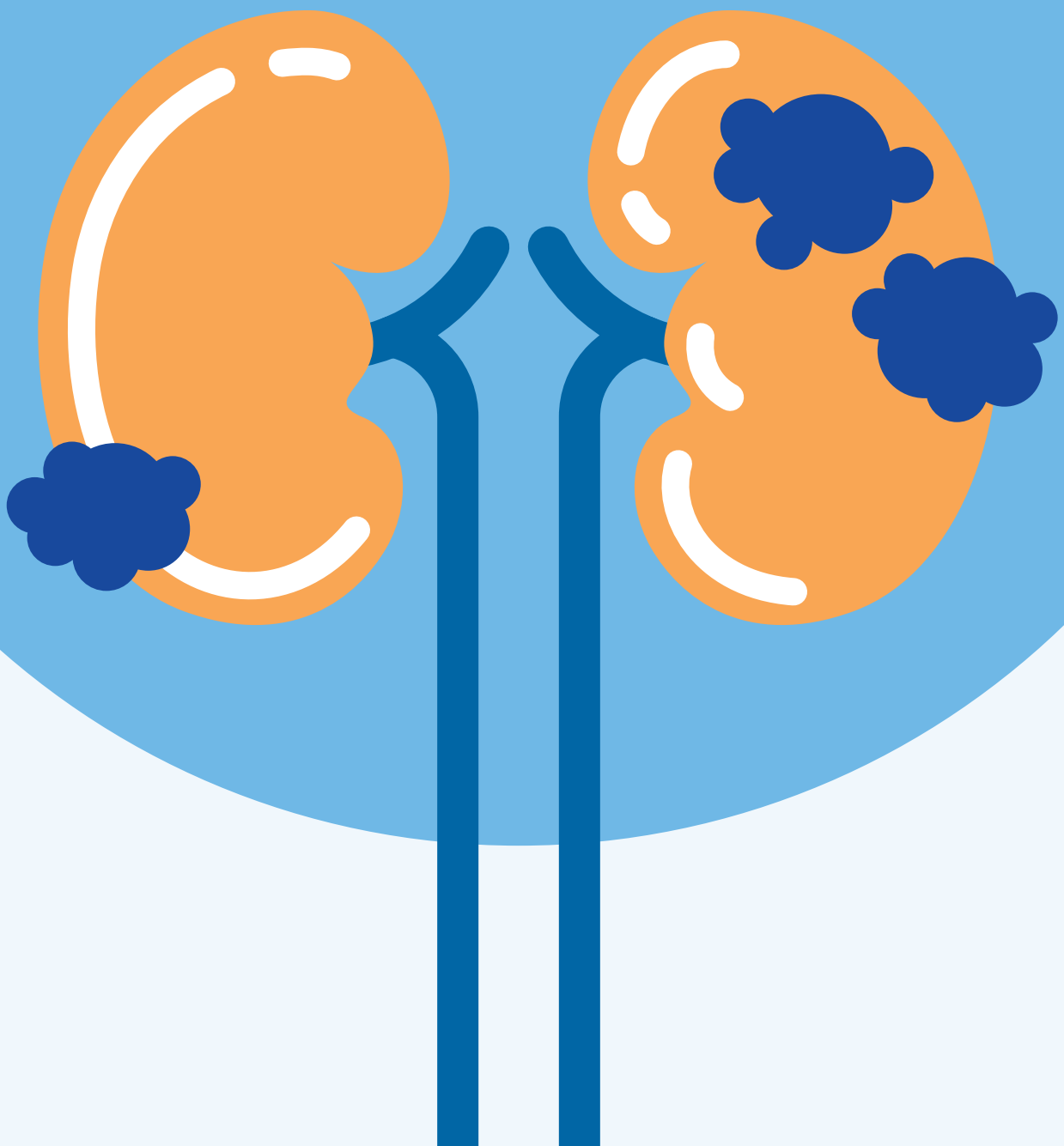




ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Καρκίνος Νεφρού	2
Καρκίνος Όρχεως	7
Καρκίνος Ουροδόχου-κύστης	11
Καρκίνος Πέους	16
Καρκίνος Προστάτη	20

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΝΕΦΡΟΥ



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΝΕΦΡΟΥ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ;

Οι νεφροί είναι δύο όργανα σε σχήμα φασολιού που βρίσκονται στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης και συμμετέχουν σε πολλές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, όπως στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και στο φιλτράρισμα του αίματος. Καρκίνος του νεφρού ονομάζεται μια ομάδα όγκων του οργάνου που χαρακτηρίζονται από αυξημένο και ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό κακοήθων κυττάρων. Οι καρκίνοι αυτοί παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια στο μέγεθος, στη μορφή (συμπαγή ή κυστικά μορφώματα) και στην ιστολογική ταξινόμηση.

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΟΣ ΕΙΝΑΙ;

Ο καρκίνος του νεφρού είναι σχετικά σπάνιος, αποτελώντας το 2% όλων των διαγνώσεων κακοήθειας παγκοσμίως. **Ωστόσο, η ευρεία χρήση των απεικονιστικών μεθόδων (υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία) έχει οδηγήσει στην ανίχνευση περισσότερων όγκων σε πιο αρχικό στάδιο, αυξάνοντας έτσι τα ποσοστά επιβίωσης της νόσου.**

Η νόσος εμφανίζεται πιο συχνά στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες, ενώ η μέση ηλικία διάγνωσης είναι μεταξύ 60 και 70 ετών.



ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ;

Δεν έχει αναγνωριστεί ισχυρή αιτιολογική σχέση με κάποιον παράγοντα κινδύνου. Η νόσος όμως φαίνεται να σχετίζεται συχνότερα με:

- Κάπνισμα.
- Παχυσαρκία.
- Συγγένεια πρώτου βαθμού με άτομο με νεφρικό καρκίνωμα ή με αυξημένη αρτηριακή πίεση.

ΤΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΧΕΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ;

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο καρκίνος του νεφρού είναι **ασυμπτωματικός** και ανακαλύπτεται τυχαία σε κάποιον απεικονιστικό έλεγχο που πραγματοποιείται για άλλη ιατρική ένδειξη.

Περίπου 1 στους 10 ασθενείς μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα όπως πόνο στην πλάτη ή στη πλάγια κοιλιακή χώρα, ψηλαφητό μώλωμα στην κοιλιά ή αίμα στα ούρα. Πιο σπάνια η απελευθέρωση από τον όγκο διαφόρων παραγόντων στο αίμα μπορεί να οδηγήσει σε συστηματικές εκδηλώσεις, όπως αναιμία, υπέρταση ή πυρετό (παρανεοπλασματικό σύνδρομο).

Σε περιπτώσεις, όπου ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί, μπορεί να υπάρχουν συμπτώματα από άλλα μέρη του σώματος, όπως πόνος στα οστά ή επίμονος βήχας.

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ;

Η εντόπιση κάποιας ύποπτης βλάβης (συνήθως σε υπέρηχο / αξονική τομογραφία) ακολουθείται από:

- **Λήψη ατομικού ιστορικού και κλινική εξέταση από τον ουρολόγο.** Θα πρέπει να εξετασθεί η ύπαρξη συμπτωμάτων, η εμφάνιση νεφρικού όγκου σε κάποιο άλλο συγγενικό μέλος, το ατομικό ιατρικό ιστορικό και φαρμακευτική αγωγή. Η εκτίμηση συμπληρώνεται από την κλινική εξέταση της κοιλιάς και από τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.
- **Διενέργεια σταδιοποίησης με αξονική τομογραφία κοιλιάς και θώρακα.** Η εξέταση αυτή θα προσδιορίσει το ακριβές μέγεθος του όγκου, τη θέση του και τη σχέση του με γειτονικές ανατομικές δομές όπως αγγεία ή άλλα όργανα. Θα αναδείξει επίσης την ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων στην περιοχή καθώς και την ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων
- **Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγνητική τομογραφία.** Αυτή ενδείκνυται μόνο σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία διήθησης από τον όγκο της κάτω κοίλης φλέβας (μεγάλο αγγείο που επιστρέφει το αίμα στην καρδιά), όταν υπάρχει αλλεργία στο σκιαγραφικό της αξονικής ή σε περίπτωση εγκυμοσύνης.
- **Εξέταση αίματος/ούρων.** Συχνά αναζητείται η ύπαρξη αναιμίας, νεφρικής ή ηπατικής δυσλειτουργίας και μικροσκοπικής αιματουρίας.

Με το σύνολο αυτό των εξετάσεων ο ουρολόγος θα έχει μια συνολική εικόνα της νόσου και θα μπορέσει να προβεί στον προσδιορισμό του σταδίου της, που είναι αυτό που θα καθορίσει και το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης σε κάθε ασθενή.

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ;

Μόνο σε συγκεκριμένους ασθενείς έχει ένδειξη η βιοψία του νεφρού. Ενδείκνυται σε:

- Μικρούς όγκους που αντιμετωπίζονται με ενεργό παρακολούθηση (active surveillance)
- Όγκους που πρόκειται να αντιμετωπιστούν με κρυοθεραπεία ή εξάχνωση με ραδιοσυχνότητες (RF)
- Μεταστατικούς όγκους που απαιτείται ιστολογική επιβεβαίωση.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ;

Μέχρι και 5% των συμπαγών όγκων του νεφρού μπορεί να αντιπροσωπεύουν καλοήθη μορφώματα, τα πιο συχνά από τα οποία είναι τα ογκοκυττώματα και τα αγγειομυολιπώματα. Ο διαχωρισμός τους από κακοήθεις όγκους δεν είναι πάντα εφικτός με τις συμβατικές απεικονιστικές μεθόδους, ενώ η βιοψία έχει υψηλά ποσοστά ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. Οι καλοήθεις αυτές μάζες προκαλούν συνήθως κοιλιακό άλγος λόγω πιεστικών φαινομένων ή επεισόδια αιμορραγίας/αιματουρίας. Αντιμετωπίζονται με μερική ή ριζική νεφρεκτομή.



ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Ο ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΣ ΣΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΡΚΙΝΟΣ;

Η χειρουργική αντιμετώπιση του όγκου με μερική ή ριζική νεφρεκτομή αποτελεί τη βασική θεραπευτική προσέγγιση για την πλειοψηφία των ασθενών. Αυτές οι επεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν είτε ανοικτά είτε με τη λαπαροσκοπική/ρομποτική μέθοδο. Η επιλογή μεταξύ ριζικής ή μερικής νεφρεκτομής εξαρτάται κυρίως από το μέγεθος και τη θέση του όγκου αλλά και τα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού του κάθε ασθενούς.

Στη μερική νεφρεκτομή αφαιρείται μόνο ο όγκος, ενώ ο υπόλοιπος υγιής νεφρός παραμένει στη θέση του. Αυτός είναι και ο λόγος που η μερική νεφρεκτομή (ανεξαρτήτως προσπέλασης) θα πρέπει να αποτελεί τη μέθοδο εκλογής, όταν βέβαια αυτή είναι τεχνικά εφικτή. Σε περίπτωση μεγάλων όγκων ή τεχνικά απαιτητικών αφαιρείται ολόκληρος ο νεφρός μαζί με τον όγκο.

Εναλλακτικές μέθοδοι:

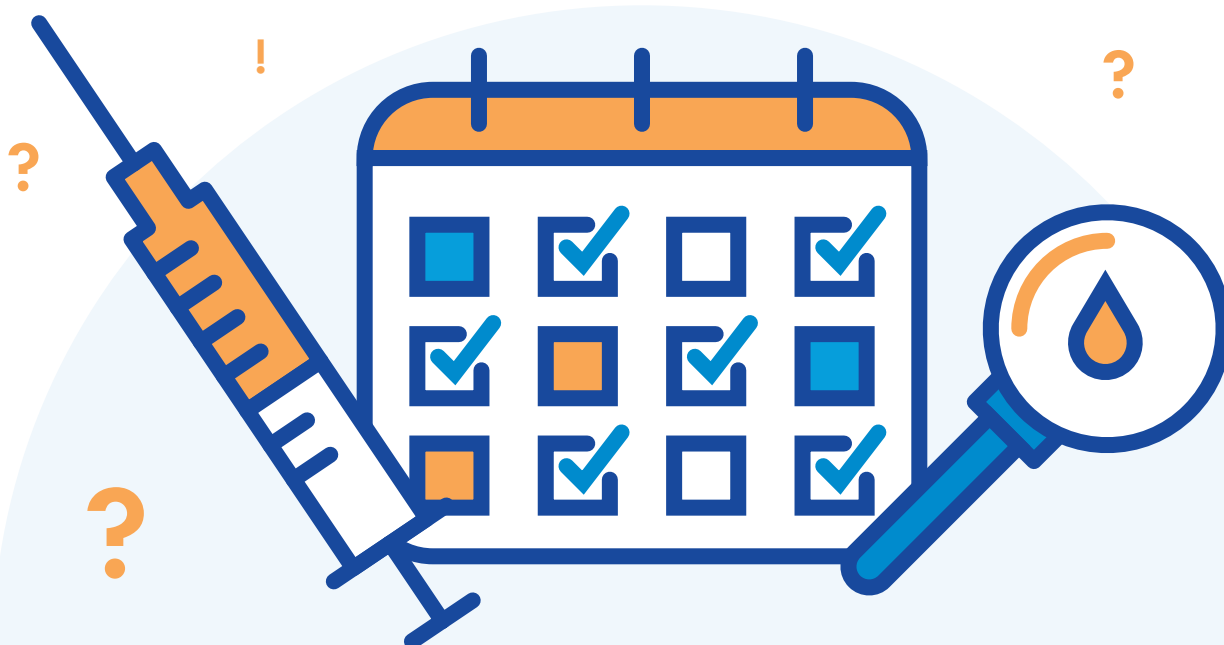
Συστήνονται μόνο σε ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας που δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Αυτές είναι :

- **Ενεργός παρακολούθηση:** πρόκειται για απλή παρακολούθηση μικρών νεφρικών μαζών με υπέρηχο/αξονική τομογραφία και παρέμβαση μόνο επί αύξησης μεγέθους ή εμφάνισης συμπτωμάτων
- **Κρυοθεραπεία/εξάχνωση με ραδιοσυχνότητες:** πρόκειται για μεθόδους που στηρίζονται στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων είτε μέσω θέρμανσης είτε μέσω ψύξης.

ΘΑ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ Α ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

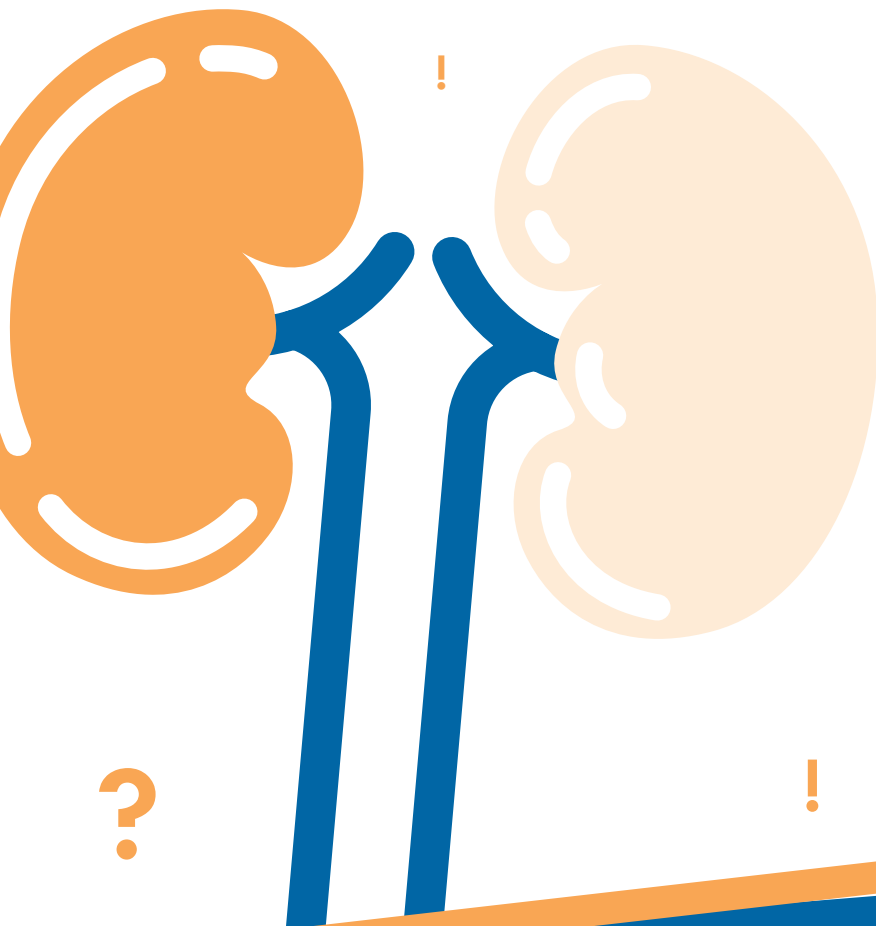
Μετά την αρχική θεραπεία για τον καρκίνο του νεφρού, θα πρέπει ο ασθενής να εντάσσεται σε **πρόγραμμα παρακολούθησης** με βάση συγκεκριμένο ιατρικό πρωτόκολλο που στηρίζεται κυρίως στα δεδομένα της ιστολογικής εξέτασης του όγκου μετά το χειρουργείο.

Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει κλινική εξέταση, εξετάσεις αίματος, και αξονική τομογραφία κοιλίας και θώρακα. Η συχνότητα της επανάληψης αυτών των εξετάσεων καθορίζεται από τον ουρολόγο και εξαρτάται από πολλούς προεγχειρητικούς και μετεγχειρητικούς δείκτες.



ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΖΩΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΝΑ ΝΕΦΡΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΙΖΙΚΗ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ;

Μετά τη ριζική αφαίρεση του νεφρού απαιτείται στενή παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας για κάποιο διάστημα. Υπό φυσιολογικές συνθήκες ο εναπομείναντας νεφρός αναλαμβάνει πλήρως τη λειτουργικότητα αυτού που αφαιρέθηκε και **ο ασθενής έχει φυσιολογική νεφρική λειτουργία**. Χρειάζεται προσοχή στη χορήγηση νέων φαρμάκων αλλά γενικά δεν επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από ριζική νεφρεκτομή.

**ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Ο ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ/ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ;**

Οι πιο συχνές θέσεις μετάστασης από καρκίνο του νεφρού είναι οι πνεύμονες, τα οστά, οι λεμφαδένες και ο εγκέφαλος. Οι εξελίξεις των τελευταίων χρόνων στην αντιμετώπιση της μεταστατικής νόσου είναι ραγδαίες. Με την εφαρμογή αρχικά της αντιαγγειογενετικής θεραπείας και εν συνεχεία της ανοσοθεραπείας έχει επιτευχθεί σημαντικό όφελος στη συνολική επιβίωση ασθενών με μεταστατική νόσο. Η θέση της νεφρεκτομής στη μεταστατική νόσο αποτελεί ακόμα θέμα συζήτησης στην ιατρική κοινότητα, και επί του παρόντος εφαρμόζεται μόνο με συγκεκριμένες ενδείξεις.

Ο καρκίνος του νεφρού δεν προκαλεί συμπτώματα και συνήθως εντοπίζεται τυχαία σε κάποιον απεικονιστικό έλεγχο.

- Στη διάγνωση συμβάλλει η απεικόνιση με αξονική ή μαγνητική τομογραφία, ενώ βιοψία συνιστάται μόνο στη μεταστατική νόσο ή πριν την εφαρμογή RFA.
- 5% περίπου των μορφωμάτων των νεφρών αντιστοιχούν σε καλοήθεις μάζες, αλλά δεν υπάρχει επί του παρόντος κανένας τρόπος για ασφαλή αποκλεισμό της πιθανότητας κακοήθειας.
- Η ενδεδειγμένη θεραπεία για τον εντοπισμένο στο νεφρό καρκίνο είναι η μερική ή η ριζική νεφρεκτομή.
- Νεότερα ανοσοθεραπευτικά σκευάσματα χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της μεταστατικής νόσου.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΡΧΕΩΣ



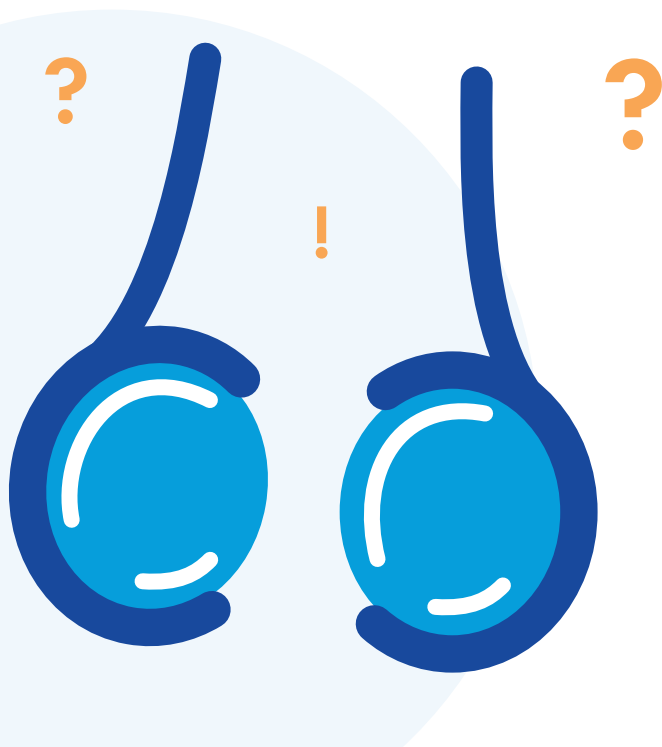
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΡΧΕΩΣ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ;

Σχεδόν όλοι οι τύποι καρκίνου του όρχεως προέρχονται από τα γεννητικά κύτταρα, δηλαδή τα κύτταρα που συμμετέχουν στην παραγωγή των σπερματοζωαρίων.

Υπάρχουν δύο βασικές κατηγορίες καρκίνου των όρχεων, ανάλογα με τον τύπο των κυττάρων:

- **Σεμινώματα:** Μπορούν να αναπτυχθούν σε οποιαδήποτε ηλικία, είναι λιγότερο επιθετικοί από τους μη σεμινωμάτωσης.
- **Μη σεμινωμάτωσης όγκοι:** Εμφανίζονται συχνότερα σε νεότερους άντρες, αναπτύσσονται και εξαπλώνονται γρήγορα.



ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΟΣ ΕΙΝΑΙ;

Ο καρκίνος των όρχεων είναι σχετικά σπάνιος, αποτελώντας το 1 – 1.5% όλων των τύπων καρκίνου στους άντρες, ωστόσο είναι ο συχνότερος καρκίνος των αντρών ηλικίας 15 – 35 ετών.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ;

- Ηλικία 18 – 35 ετών
- Ιστορικό κρυφορχίας (πάθηση κατά την οποία οι όρχεις δεν κατέρχονται από την κοιλιά για να πάρουν τη φυσιολογική τους θέση μέσα στο όσχεο, το δέρμα που περιβάλλει τους όρχεις)
- Μη φυσιολογική ανάπτυξη των όρχεων
- Υποσπαδίας
- Οικογενειακό ιστορικό
- Παρουσία καρκίνου στον άλλο όρχι

ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΡΟΠΟΣ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΕΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΟΡΧΕΙΣ;

Δεν υπάρχει τρόπος να προληφθεί ο καρκίνος των όρχεων, ωστόσο είναι δυνατή η διάγνωσή του σε αρχικό στάδιο κι αυτό είναι εφικτό με την τακτική αυτοεξέταση, που θα πρέπει να πραγματοποιείται μία φορά το μήνα, κάθε μήνα μετά την εφηβεία. Οι όρχεις είναι επιφανειακά όργανα και η εξέταση/ψηλάφηση είναι εύκολη. Ο άντρας μπορεί να εντοπίσει τυχόν αλλαγές στο σχήμα, στο μέγεθος ή τη μορφολογία των όρχεων.

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ;

- Η αυτοεξέταση είναι προτιμότερο να πραγματοποιείται μετά από ένα ζεστό ντους ή μπάνιο.
- Αρχικά, μπροστά από έναν καθρέφτη ο άντρας θα πρέπει να ελέγχει οπτικά για τυχόν διόγκωση, αλλαγή σχήματος ή χρώματος.
- Στη συνέχεια γίνεται η ψηλάφηση και με τα δύο χέρια, σε κάθε όρχι ξεχωριστά
- Διαφορές στο μέγεθος ή το ύψος που βρίσκονται οι όρχεις μέσα στο όσχεο είναι κάτι φυσιολογικό και δε θα πρέπει να προκαλούν ανησυχία αν δεν είναι κάτι που έγινε ξαφνικά.
- Η επιφάνεια του όρχεως πρέπει να είναι μαλακή σε σύσταση, χωρίς σκληρά σημεία.
- Πίσω από τον όρχι μπορεί να ψηλαφηθεί και η επιδιδυμία, σαν σωλήνας με επίσης μαλακή σύσταση.

ΤΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΧΕΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ;

Συνήθως ο καρκίνος του όρχεως ανακαλύπτεται από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος ψηλαφά τυχαία ή κατά τη διάρκεια αυτοεξέτασης κάποια σκληρία επάνω στον όρχι. Μπορεί να συνυπάρχει οίδημα και πόνος, αλλά **συνήθως ο καρκίνος του όρχεως είναι ανώδυνος και δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα.**

Σε σπάνιες περιπτώσεις, όπου ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί, μπορεί να υπάρχουν συμπτώματα από άλλα μέρη του σώματος, όπως πόνος στην πλάτη ή στην κοιλιά.

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ;

Αφού εντοπιστεί κάποια σκληρία από τον ιατρό κατά την κλινική εξέταση, συστήνεται περαιτέρω εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος:

- **Υπερηχογράφημα:** Με την απεικονιστική αυτή εξέταση μπορεί να καθοριστεί η εντόπιση και η υφή του όγκου και να αποσαφηνιστεί αν η σκληρία οφείλεται σε κάτι συμπαγές, όπως ο καρκίνος, ή σε κάποια άλλη καλοήγη μάζα, όπως μία κύστη.
- **Εξετάσεις αίματος:** Οι καρκινικοί δείκτες είναι ουσίες που εμφανίζονται φυσιολογικά στο αίμα, αλλά αυξάνονται σε ορισμένες καταστάσεις, όπως ο καρκίνος των όρχεων. Οι δείκτες αυτοί ανιχνεύονται με μία απλή εξέταση αίματος. Η αύξηση ενός ή περισσότερων δεικτών βοηθούν στην επιβεβαίωση της παρουσίας καρκίνου του όρχεως, αλλά ακόμα και ένα αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη καρκίνου.

Εάν επιβεβαιωθεί η παρουσία καρκίνου στον όρχι συστήνεται **αξονική τομογραφία κοιλίας ή/και θώρακος** για να εκτιμηθεί κατά πόσο ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε λεμφαδένες της κοιλιακής χώρας ή και σε άλλες περιοχές του σώματος, όπως οι πνεύμονες.

Η διαδικασία αυτή λέγεται σταδιοποίηση και είναι αυτή που θα καθορίσει και το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης σε κάθε ασθενή.

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ;

Ο καρκίνος του όρχεως είναι μία από τις πλέον ιάσιμες μορφές καρκίνου. Η θεραπεία που θα επιλεγεί εξαρτάται από τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου, καθώς και τη συνολική υγεία του ασθενή.

Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τη χειρουργική επέμβαση, τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, καθώς και το συνδυασμό αυτών των θεραπειών.

Χειρουργική επέμβαση

Η χειρουργική αφαίρεση του όρχεως (**ορχεκτομή**) αποτελεί τη βασική θεραπεία για όλους τους τύπους και όλα τα στάδια του καρκίνου των όρχεων. Κατά την ορχεκτομή γίνεται μία τομή στη βουβωνική χώρα, μέσω της οποίας ο χειρουργός εξάγει ολόκληρο τον όρχι. Σε κάποιες περιπτώσεις ο ιατρός σας μπορεί να συστήσει ταυτόχρονα βιοψία του άλλου όρχι. Στον ίδιο ή σε δεύτερο χρόνο μπορεί να τοποθετηθεί ένας ψεύτικος όρχις (ορχικό ένθεμα) συνήθως από σιλικόνη για λόγους αισθητικής.

Αν ο καρκίνος βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο η ορχεκτομή μπορεί από μόνη της να είναι θεραπευτική. Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί, μπορεί σε δεύτερο στάδιο να χρειαστεί, μετά από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, νέα χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση των καρκινικών μαζών που παραμένουν στην κοιλιά (**οπισθοπεριτοναϊκός λεμφαδενικός καθαρισμός**).

Χημειοθεραπεία

Κατά τη χημειοθεραπεία χορηγούνται φάρμακα που σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα ή σταματούν τον πολλαπλασιασμό τους. Ο τύπος και το στάδιο του καρκίνου κατά τη διάγνωση θα καθορίσουν τη διάρκεια και το είδος της θεραπείας.

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι ένα είδος θεραπείας που χρησιμοποιεί δέσμες ενέργειας υψηλής ισχύος για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοθεραπεία έχει θέση κάποιες φορές σε ασθενείς με σεμινωματώδεις τύπους καρκίνου των όρχεων.



ΘΑ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Μετά την αρχική θεραπεία για τον καρκίνο του όρχι, θα πρέπει ο ασθενής να εντάσσεται σε πρόγραμμα παρακολούθησης με βάση συγκεκριμένο ιατρικό πρωτόκολλο, για να διαπιστωθεί πρώιμα τυχόν επανεμφάνιση του καρκίνου. **!**

Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει κλινική εξέταση, εξετάσεις αίματος ακτινογραφία θώρακος ή αξονική τομογραφία. Τα πρώτα χρόνια ο ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται σε αυτές τις εξετάσεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ενώ στη συνέχεια λιγότερο συχνά.

ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ;

Η αφαίρεση του ενός όρχεως και εφόσον ο άλλος είναι φυσιολογικός, δεν επηρεάζει τη σεξουαλική ζωή, τη στύση και την επιθυμία (libido) του ασθενή. Ίσως το πρώτο χρονικό διάστημα μετά το χειρουργείο και κυρίως για ψυχολογικούς λόγους να επηρεαστούν αρνητικά, ωστόσο γρήγορα ο άντρας επανέρχεται στην προτέρα κατάσταση.

Η γονιμότητα, όμως, φαίνεται πως επηρεάζεται μετά τη θεραπεία του καρκίνου του όρχεως. Ακόμα και πριν το χειρουργείο, έως και 50% των αντρών με καρκίνο του όρχεως μπορεί να έχουν διαταραχές του σπέρματος.

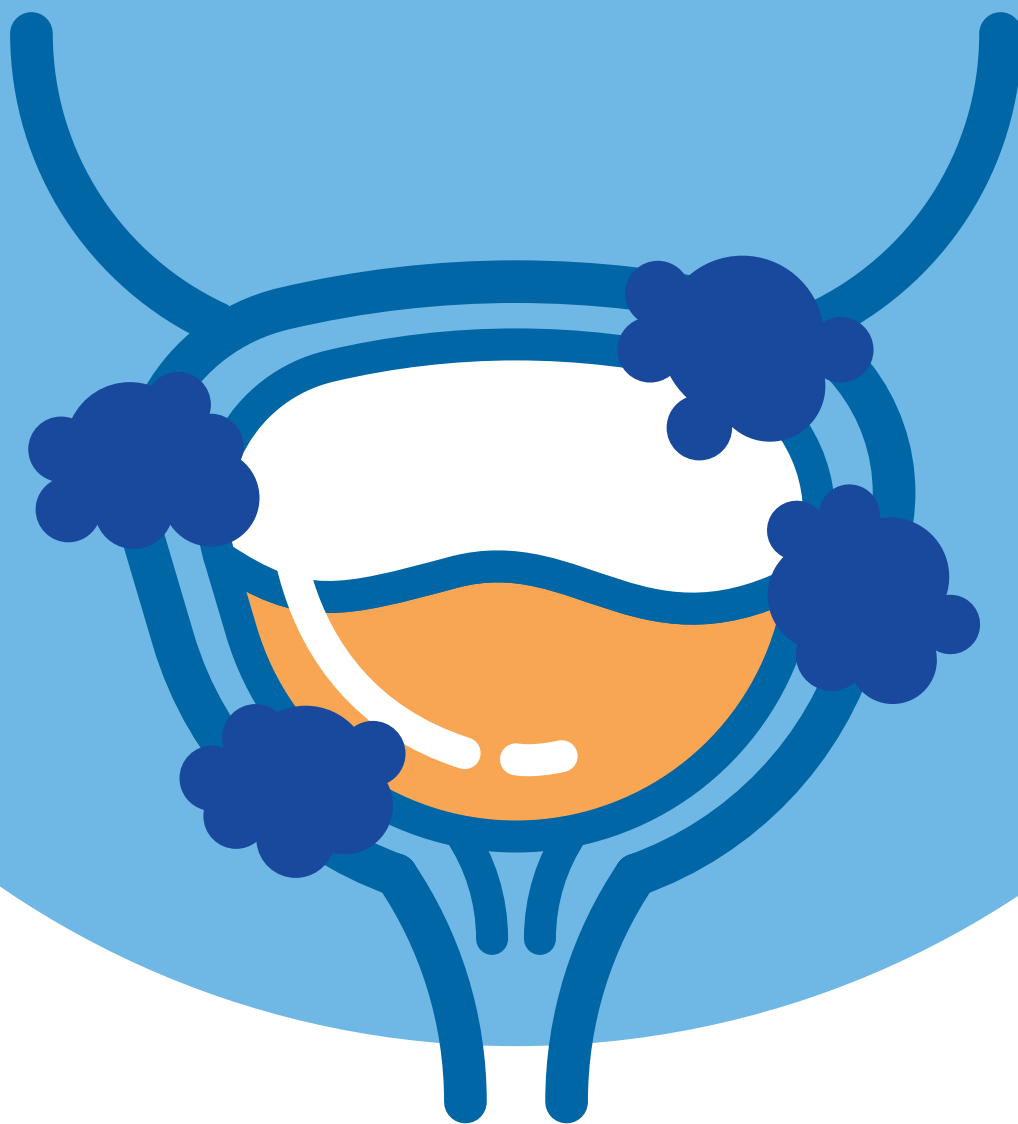
Τόσο η χημειοθεραπεία, όσο και η ακτινοθεραπεία μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη γονιμότητα, αλλά σε πολλούς ασθενείς η γονιμότητα επιστρέφει στο φυσιολογικό 1 – 4 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία/ακτινοθεραπεία.

Σε όλους τους ασθενείς θα πρέπει να συστήνεται η κρυσσυντήρηση σπέρματος πριν από τη θεραπεία για τον καρκίνο του όρχεως.



- Ο καρκίνος των όρχεων είναι σπάνιος, αλλά είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου στους νεότερους άντρες.
- Δεν υπάρχει τρόπος να προληφθεί, αλλά η τακτική αυτοεξέταση μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη διάγνωση.
- Αν ψηλαφήσετε κάποια σκληρία στους όρχεις, απευθυνθείτε άμεσα στον ιατρό σας!
- Ο καρκίνος των όρχεων μπορεί να είναι πλήρως ιάσιμος αν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ;

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, του οργάνου δηλαδή του σώματός μας το οποίο είναι υπεύθυνο για την υποδοχή, την αποθήκευση και την αποβολή των ούρων, αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για πολλούς ανθρώπους στην κοινωνία μας και για το σύστημα υγείας.



ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ;

Αυτό το είδος καρκίνου αποτελεί τον δέκατο πιο συχνά διαγνωσμένο καρκίνο παγκοσμίως. Αν εξετάσουμε 100,000 άτομα, λαμβάνοντας υπόψη ηλικιακά κριτήρια, τότε με βάση την συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου αυτού περίπου 10 άνδρες και 3 γυναίκες θα διαγνωστούν με καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Αν εξετάσουμε έναν αντίστοιχο πληθυσμό από την Ευρώπη, τότε περίπου 20 άνδρες και 5 γυναίκες θα πάσχουν από τη νόσο. Όπως φαίνεται οι γυναίκες έχουν έως και 4 φορές μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου της

ουροδόχου κύστης από ότι οι άνδρες, όμως διαγιγνώσκονται συχνότερα σε προχωρημένο στάδιο νόσου και έχουν χειρότερη πορεία. Όσον αφορά τις απώλειες λόγω του καρκίνου αυτού, σε 100.000 άτομα υπολογίζεται ότι 3 άνδρες και 1 γυναίκα θα χάσουν την ζωή τους.

ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ;

Ο πιο σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας για την εμφάνιση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι το κάπνισμα, το οποίο ευθύνεται για σχεδόν τις μισές περιπτώσεις συνανθρώπων μας που πάσχουν από την κακοήθεια αυτή. Επίσης, στα πλαίσια του επαγγέλματός τους πολλοί άνθρωποι εκτίθενται σε χημικές ουσίες όπως οι αρωματικές αμίνες, πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες και χλωριωμένοι υδρογονάνθρακες που συμβάλλουν στην εμφάνιση περίπου του 10% των περιπτώσεων καρκίνου της κύστης. Άλλοι παράγοντες που είναι πιθανό να προδιαθέσουν στην εμφάνιση της κακοήθειας αυτής είναι η ύπαρξη αρσενικού στο νερό που πίνουμε και η χλωρίωση αυτού, που οδηγεί σε υψηλά επίπεδα τριαλομεθανίου, ο τρόπος διατροφής μας, η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία και μία λοίμωξη από ένα παράσιτο που λέγεται σχιστοσωμίαση. Η ύπαρξη ενός περιστατικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης στην οικογένεια ενός ατόμου, από μόνη της, επιδρά ελάχιστα στην πιθανότητα το άτομο αυτό να νοσήσει. Όμως, ένα άτομο γενετικά προδιατεθειμένο είναι πιο ευάλωτο στους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου, που μπορεί να οδηγήσουν στην κακοήθεια, σε σχέση με τους συνανθρώπους του.

ΤΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ;

Το πιο συχνό εύρημα στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης είναι η αιματουρία, δηλαδή η παρουσία αίματος στα ούρα. Αν η αιματουρία είναι μακροσκοπική, δηλαδή ο ασθενής μπορεί να αντιληφθεί με την όρασή του ότι τα ούρα του περιέχουν αίμα, καθώς αυτά παρουσιάζουν κόκκινη χροιά, τότε αυτό πιθανόν να υποδεικνύει ότι ο ασθενής πάσχει από νόσο προχωρημένου σταδίου. Το σύμπτωμα αυτό στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης δεν συνοδεύεται από πόνο. **Επομένως, κάθε περίπτωση ανώδυνης αιματουρίας, μικροσκοπικής ή μακροσκοπικής, θεωρείται καρκίνος της ουροδόχου κύστης μέχρι απόδειξης του εναντίου.** Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχουν αρκετές καταστάσεις και παθήσεις που χρωματίζουν κόκκινα τα ούρα ή παρουσιάζουν αιματουρία, αλλά δεν σχετίζονται με τον καρκίνο. Παρ' όλα αυτά, πάντα πρέπει να γίνεται διερεύνηση για τον αποκλεισμό της παρουσίας κακοήθειας. Υπάρχουν ασθενείς που μπορεί να εμφανίσουν και συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα, όπως δηλαδή να αισθανθούν την ανάγκη να επισκεφθούν την τουαλέτα πολλές φορές την ημέρα, να νιώθουν επιτακτική ανάγκη να ουρήσουν άμεσα ή ακόμα και να παρουσιάσουν ακράτεια ούρων. Αυτά τα συμπτώματα, που εμφανίζονται και σε άλλες ουρολογικές παθήσεις, μπορεί να παρουσιαστούν και σε έναν ιδιαίτερο τύπο καρκίνου της ουροδόχου κύστης, το καρκίνωμα in situ (in situ carcinoma-CIS).

**ΣΕ ΤΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΩ ΑΝ ΠΑΣΧΩ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ;**

Αν κάποιος εμφανίσει συμπτώματα που καθιστούν ύποπτο τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης, **το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνει είναι να επισκεφθεί άμεσα τον Ουρολόγο του.** Το αρχικό βήμα στην διάγνωση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι η συζήτηση με τον Ουρολόγο, ώστε αυτός να λάβει ένα πλήρες ιστορικό του ασθενούς, που θα περιλαμβάνει την ηλικία, τα συμπτώματα που τον έκαναν να ανησυχήσει, τις συνήθειες ζωής του ασθενούς, τις συνθήκες εργασίας και άλλα απαραίτητα στοιχεία. Επίσης, σημαντικό είναι να πραγματοποιηθεί και μία στοχευμένη ουρολογική εξέταση του ασθενούς, παρόλο που από μόνη της δεν μπορεί να θέσει την διάγνωση.

Χρήσιμες απεικονιστικές εξετάσεις στην αρχική διερεύνηση ενός ασθενούς με υποψία καρκίνου στην ουροδόχο κύστη είναι η αξονική ουρογραφία (μία αξονική τομογραφία με εστίαση στο ουροποιητικό σύστημα) και ο υπέρηχος της ουροδόχου κύστης. Αυτές οι εξετάσεις μας επιτρέπουν να διαπιστώσουμε την ύπαρξη όγκων στο ουροποιητικό σύστημα, όπως έναν όγκο στο εσωτερικό της ουροδόχου κύστης.

Μια άλλη μέθοδος που μας βοηθάει να εντοπίσουμε, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, μία κακοήθεια στην κύστη είναι η κυτταρολογική ανάλυση των ούρων. Η εξέταση αυτή μελετάει πρακτικά την ύπαρξη καρκινικών κυττάρων στα ούρα που δίνει ο ασθενής, πράγμα που μπορεί να μας κατευθύνει στην διάγνωση καρκίνου στην οδό του ουροποιητικού συστήματος. Η κυτταρολογική ανάλυση των ούρων συμβάλει κυρίως στην διάγνωση όγκων που βρίσκονται σε υψηλότερο στάδιο κακοήθειας, όπως και του ιδιαίτερου τύπου καρκίνου που αναφέρθηκε πριν, του CIS.

Μία εξέταση που πρέπει να πραγματοποιηθεί σε κάθε ασθενή με συμπτώματα συνηγορητικά καρκίνου στην ουροδόχο κύστη είναι η κυστεοσκόπηση. Στην εξέταση αυτή ο Ουρολόγος, αφού εισάγει στην ουρήθρα αναισθητικό-λιπαντικό gel, προωθεί μέσω της ουρήθρας στην ουροδόχο κύστη ένα λεπτό σωλήνα με μία κάμερα στην άκρη του. Πλέον υπάρχουν εύκαμπτοι σωλήνες που καθιστούν την εξέταση πολύ πιο ανώδυνη, ειδικά για τους άνδρες. Η εξέταση αυτή είναι βασικός πυλώνας στην διάγνωση του καρκίνου της κύστης, δεδομένου ότι επιτρέπει στον ιατρό να πραγματοποιήσει υπό άμεση όραση την επισκόπηση του βλεννογόνου, του στρώματος δηλαδή που καλύπτει το εσωτερικό της κύστης και να ελέγξει για τυχόν παρουσία αλλοιώσεων σε αυτόν. Αν παρατηρηθεί κάποιος όγκος, για παράδειγμα μία θηλώδης βλάβη (δηλαδή που μοιάζει με κουνουπίδι), τότε ο ιατρός μπορεί με την κυστεοσκόπηση να καταγράψει όλα τα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά του όγκου, δηλαδή θέση, μέγεθος, αριθμός αλλοιώσεων και μορφολογία αυτών, αλλά επίσης και να λάβει δείγμα ιστού για βιοψία, δηλαδή να εξετάσει και τα μικροσκοπικά χαρακτηριστικά του όγκου.

Η λήψη βιοψιών μας φανερώνει επίσης σε τι βάθος του τοιχώματος της κύστης έχει εισχωρήσει η κακοήθεια. Η ουροδόχος κύστη αποτελείται πρακτικά από τρία στρώματα. Εσωτερικά βρίσκεται ο βλεννογόνος, ο οποίος περιβάλλεται από το μυϊκό τοίχωμα της κύστης και εν συνεχεία το μυϊκό τοίχωμα περιβάλλεται εξωτερικά από τον ορογόνο, το εξωτερικό δηλαδή περίβλημα της κύστης. Η βιοψία λοιπόν μας φανερώνει μέχρι ποιο στρώμα έχει φτάσει ο όγκος. Μία πληροφορία που είναι ιδιαίτερης σημασίας για την θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς είναι να καθοριστεί αν ο καρκίνος διηθεί ή όχι το μυϊκό τοίχωμα της κύστης. **Έτσι προκύπτουν δύο μεγάλες κατηγορίες καρκίνων της ουροδόχου κύστης, ο μη-μυοδιηθητικός, δηλαδή όταν ο όγκος δεν διηθεί το μυϊκό τοίχωμα, και ο μυοδιηθητικός, όταν ο όγκος διηθεί το μυϊκό τοίχωμα.**

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ;

Ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η νόσος, αλλά και με την γενικότερη κατάσταση του ασθενούς (π.χ. ηλικία, συνοδά προβλήματα υγείας κ.α.) γίνεται η επιλογή του καλύτερου δυνατού θεραπευτικού πλάνου. Υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι, οι οποίες συχνά, ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να συνδυάζονται.

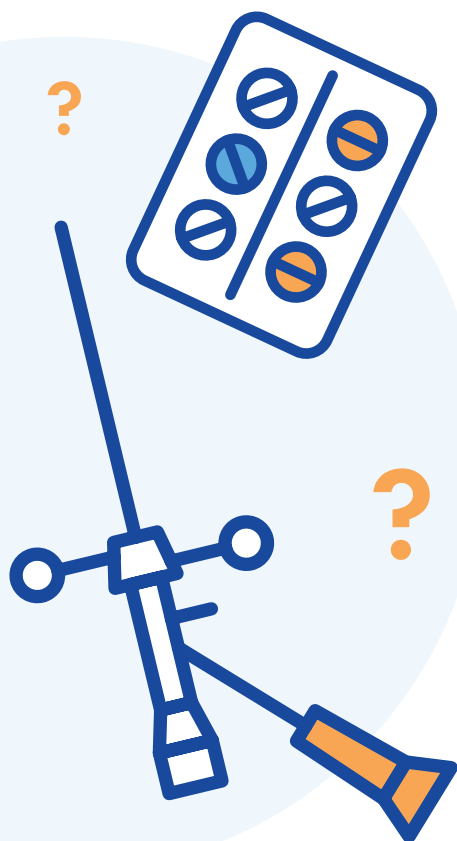
Μη-μυοδιηθητικός καρκίνος της ουροδόχου κύστης:

- 1. Διουρηθρική εκτομή όγκου κύστης - Transurethral resection of bladder tumour (TURBT):** Αποτελεί την πρώτη θεραπευτική αντιμετώπιση των όγκων αυτής της κατηγορίας. Ο Ουρολόγος, έχοντας προωθήσει μέσω της ουρήθρας το κυστεοσκόπιο στην κύστη και χρησιμοποιώντας ειδικά εργαλεία, μπορεί να αφαιρέσει τον όγκο από το τοίχωμα της ουροδόχου κύστης.
- 2. Ενδοκυστικές εγχύσεις φαρμακευτικών ουσιών:** Μετά από την διουρηθρική εκτομή του όγκου, για κάθε ασθενή υπάρχει μία πιθανότητα η νόσος να υποτρέψει, δηλαδή να ξαναεμφανιστεί ή να μεταβεί σε πιο προχωρημένο στάδιο. Για να μειωθεί η πιθανότητα αυτή, σε ορισμένους ασθενείς μετά από το χειρουργείο πρέπει να γίνουν συμπληρωματικές εγχύσεις φαρμακευτικών ουσιών με ένα καθετήρα μέσα στην κύστη, σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα. Οι ουσίες αυτές είναι χημειοθεραπευτικά φάρμακα ή μία άλλου είδους φαρμακευτική ουσία, που λέγεται BCG (Bacillus Calmette-Guerin). Υπάρχουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα που καθορίζουν ποιοι ασθενείς χρειάζονται τις εγχύσεις αυτές και κάθε πότε πρέπει να πραγματοποιούνται.
- 3. Ριζική κυστεκτομή:** Η ριζική κυστεκτομή είναι ένα χειρουργείο στο οποίο αφαιρείται η ουροδόχος κύστη και έχει συγκεκριμένες ενδείξεις στον μη-μυοδιηθητικό καρκίνο. Για παράδειγμα, σε ασθενείς που δέχτηκαν συμπληρωματική θεραπεία με εγχύσεις BCG, αλλά η νόσος τους δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με την θεραπεία αυτή, η ριζική κυστεκτομή είναι μία προτεινόμενη θεραπευτική λύση. Επίσης, σε ασθενείς με επιθετική νόσο που έχει μεγάλες πιθανότητες να μεταβεί σύντομα σε πιο προχωρημένο στάδιο, τότε η κυστεκτομή μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς αυτούς να ζήσουν περισσότερο. Βέβαια για να πραγματοποιηθεί η επέμβαση αυτή, ένας πολύ βασικός παράγοντας είναι και η γενικότερη κατάσταση του ασθενούς, κατά πόσο δηλαδή ο ασθενής είναι σε θέση να υποβληθεί στο χειρουργείο αυτό. Ο ιατρός λαμβάνοντας υπόψη όλους του παράγοντες, μπορεί να προτείνει την κυστεκτομή ως θεραπευτική λύση, συζητώντας μαζί με τον ασθενή τα οφέλη και τους κινδύνους της θεραπείας.

Μυοδιηθητικός καρκίνος της ουροδόχου κύστης:

- 1. Ριζική κυστεκτομή:** Η θεραπεία επιλογής σε ασθενείς με μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης είναι η ριζική κυστεκτομή. Όπως προαναφέρθηκε, στο χειρουργείο αυτό αφαιρείται η ουροδόχος κύστη, που περιέχει τον όγκο, μαζί με γειτονικά όργανα (π.χ. προστάτης, σπέρματοδοχες κύστεις, μήτρα, κόλπος) και λεμφαδένες. Ο Ουρολόγος, χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές και τμήματα άλλων οργάνων, όπως το λεπτό έντερο, αποκαθιστά μία δίοδο μέσω της οποίας θα αποβάλλονται τα ούρα από το σώμα του ασθενή ακόμα και μετά από την αφαίρεση της ουροδόχου κύστης. Πραγματοποιεί δηλαδή εκτροπή των ούρων. Η εκτροπή μπορεί να είναι ορθότοπη, δηλαδή τα ούρα να συνεχίσουν να αποβάλλονται μέσω της ουρήθρας, όπως και πριν το χειρουργείο, ή μπορεί να είναι ετερότοπη, δηλαδή τα ούρα να αποβάλλονται μέσω μίας διαφορετικής οδού, για παράδειγμα μέσω ενός στομίου στο δέρμα της κοιλιάς.

Εγκρατής εκτροπή των ούρων: Ο ουρολόγος δημιουργεί ένα σάκο από έντερο, ο οποίος αποθηκεύει τα ούρα και τα παροχετεύει, είτε μέσω ενός στομίου στην κοιλιά, είτε μέσω της ουρήθρας. Στην δεύτερη περίπτωση ο σάκος λειτουργεί πρακτικά σαν μία νέα ουροδόχο κύστη (νεοκύστη). Στην εγκρατή εκτροπή των ούρων, ο ασθενής καθετηριάζει τον σάκο που έχει δημιουργηθεί και παροχετεύει τα ούρα. Δεν χρειάζεται να φέρει σακουλάκι, καθώς τα ούρα αποβάλλονται ελεγχόμενα με τον καθετηριασμό και όχι ακούσια. Υπάρχει δηλαδή εγκράτεια.



Μη εγκρατής εκτροπή των ούρων: Ο ουρολόγος συνδέει τους ουρητήρες (τα δύο όργανα που λειτουργούν σαν σωλήνες και μεταφέρουν τα ούρα από τα νεφρά στην ουροδόχο κύστη) σε ένα τμήμα εντέρου και κατόπιν συνδέει το τμήμα αυτό στο δέρμα της κοιλιάς ή συνδέει τους ουρητήρες απευθείας στο δέρμα της κοιλιάς. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ακούσια ροή των ούρων μέσω του στομίου που υπάρχει στο δέρμα και για αυτό το λόγο ο ασθενής χρειάζεται να φοράει συνέχεια ένα σακουλάκι γύρω από το στόμιο αυτό. Έχει αποδειχθεί ότι όσο πιο γρήγορα πραγματοποιηθεί η ριζική κυστεκτομή, τόσο μεγαλύτερο είναι το όφελος για την επιβίωση του ασθενή. Αυτό το χειρουργείο μπορεί να πραγματοποιηθεί ανοιχτά, αλλά πλέον και λαπαροσκοπικά και ρομποτικά. Μπορεί να επηρεάσει την σεξουαλική λειτουργία του ασθενή, αλλά εάν ο ασθενής εκδηλώσει την επιθυμία να διατηρήσει τη σεξουαλική του ζωή, υπάρχουν συγκεκριμένες τεχνικές στο χειρουργείο που οδηγούν στην ελαχιστοποίηση της επίπτωσης αυτής. Ασθενείς που θα υποβληθούν στο χειρουργείο αυτό πρέπει να έχουν καλή γενική κατάσταση, χωρίς σοβαρά συνοδά προβλήματα υγείας και ένα καλό προσδόκιμο επιβίωσης. Η απόφαση για το χειρουργείο είναι αποτέλεσμα συζήτησης του Ουρολόγου με τον ασθενή, κατόπιν ενημέρωσης για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του χειρουργείου και για τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας.

2. Συστηματικές θεραπείες - χημειοθεραπεία, ανοσοθεραπεία: Θεραπευτικές επιλογές στον μυοδιπθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης είναι, επίσης, η χημειοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία. Ένας ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε σχήματα χημειοθεραπείας πριν την κυστεκτομή, ως προεγχειρητική θεραπεία, πράγμα το οποίο αυξάνει την πιθανότητα ο ασθενής να έχει καλύτερη επιβίωση μετά το χειρουργείο. Επίσης, όμως, μπορεί να δεχτεί και σχήματα χημειοθεραπείας, αλλά και ανοσοθεραπείας, μετά την κυστεκτομή, ως συμπληρωματική θεραπεία.

Θεραπεία μεταστατικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης: Πολλές περιπτώσεις καρκίνων της ουροδόχου κύστης διαγιγνώσκονται σε στάδιο όπου έχουν κάνει ήδη μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Ακόμα και σε περιπτώσεις μεταστατικών καρκίνων της ουροδόχου κύστης, θεραπευτική επιλογή είναι η εφαρμογή ενός πλάνου χημειοθεραπείας ή ανοσοθεραπείας, με σκοπό την καλύτερη δυνατή επιβίωση για τον ασθενή. Πλέον υπάρχουν και θεραπείες με αντισώματα, τα οποία στοχεύοντας συγκεκριμένα μόρια έχει φανεί ότι μπορεί να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της νόσου και έχουν εγκριθεί ως θεραπευτικές επιλογές στον μεταστατικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης.

Παρακολούθηση - Follow up: Η παρακολούθηση μετά τη θεραπεία, ενός ασθενούς με καρκίνο στην ουροδόχο κύστη, πραγματοποιείται με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση μίας υποτροπής ή προόδου της νόσου. Επομένως, η σημασία του follow up είναι εξίσου σημαντική με αυτή της αρχικής θεραπείας.

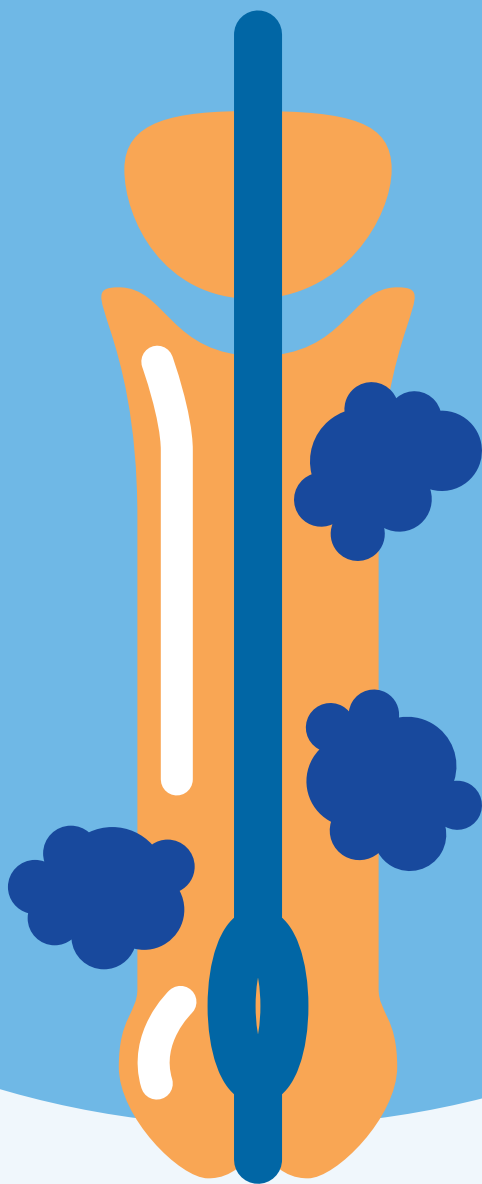
Για όλους τους ασθενείς με μη-μυοδιπθητικό καρκίνο, η πρώτη επίσκεψη στον Ουρολόγο θα γίνει 3 μήνες μετά από την διουρηθητική εκτομή του όγκου και περιλαμβάνει μία κυστεοσκόπηση. Από εκεί και πέρα, το πλάνο παρακολούθησης καθορίζεται από τον κίνδυνο υποτροπής που αντιμετωπίζει κάθε ένας ασθενής. Ένας ασθενής, λοιπόν, μπορεί να θεωρηθεί χαμηλού, μετρίου ή υψηλού κινδύνου, ανάλογα με το πόσο προχωρημένη και επιθετική νόσο είχε, και έτσι να υποβληθεί στο αντίστοιχο πλάνο παρακολούθησης, το οποίο περιλαμβάνει κυστεοσκοπήσεις, κυτταρολογικές αναλύσεις ούρων και απεικονιστικές μεθόδους ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Σε ασθενείς με μυοδιπθητικό καρκίνο, ένα προτεινόμενο πλάνο παρακολούθησης περιλαμβάνει την διενέργεια αξονικής τομογραφίας θώρακος και κοιλιάς ανά εξάμηνο για τα τρία πρώτα χρόνια και έπειτα μία φορά το χρόνο, για την ανίχνευση υποτροπής της νόσου. Επίσης, πρέπει να γίνεται έλεγχος της ουρήθρας με κυστεοσκοπήσεις και κυτταρολογικές αναλύσεις ούρων για την ανίχνευση άλλων εστιών καρκίνου.

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης αποτελεί ένα νόσημα από το οποίο πάσχει ένας σημαντικός αριθμός συνανθρώπων μας. Συνδέεται άρρηκτα με το κάπνισμα και αυτό κάνει αυτή τη μορφή κακοήθειας να απαριθμεί ένα μεγάλο αριθμό ασθενών στον κόσμο. Κάθε άνθρωπος πρέπει να απευθύνεται έγκαιρα στον Ουρολόγο του, εάν διαπιστώσει συμπτώματα ύποπτα για καρκίνο στην ουροδόχο κύστη. Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση όλων των ανθρώπων για τα συμπτώματα, τις μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου αυτού είναι καταλυτικής σημασίας για να μπορέσουμε να τον καταπολεμήσουμε αποτελεσματικά.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ - ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

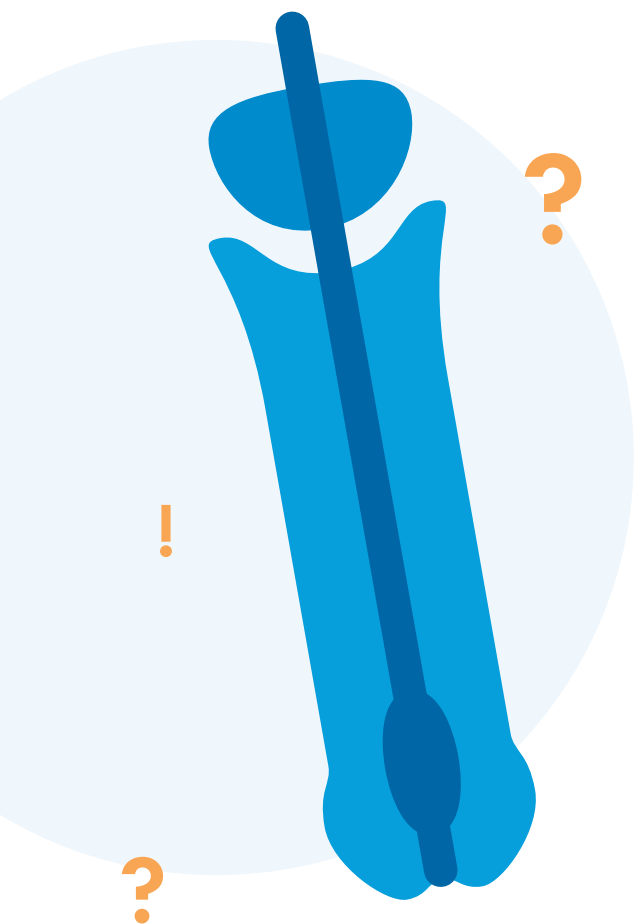
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΕΟΥΣ



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΕΟΥΣ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ;

Ο καρκίνος του πέους εμφανίζεται στο δέρμα του πέους ή μέσα στο πέος. Υπάρχουν διάφοροι τύποι καρκίνου του πέους, ανάλογα με τον τύπο των κυττάρων, από τον οποίο αναπτύχθηκε ο καρκίνος. Το **καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα** αντιπροσωπεύει πάνω από 95% των περιπτώσεων καρκίνου του πέους. Ένας ιδιαίτερος τύπος καρκίνου εκ πλακωδών κυττάρων είναι το **καρκίνωμα in situ (CIS)**, όπου επηρεάζονται μόνο τα κύτταρα του δέρματος, χωρίς εξάπλωση σε βάθος.



ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΟΣ ΕΙΝΑΙ;

Ο καρκίνος του πέους είναι σπάνιος και αφορά περίπου 1/100.000 άντρες στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Είναι συχνότερος σε άντρες άνω των 60 ετών, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε νεότερες ηλικίες.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ;

- Φίμωση (κατάσταση κατά την οποία η ακροποσθία, το τμήμα του δέρματος που καλύπτει τη βάλανο, είναι στενό ή έχει κλείσει και δεν μπορεί να τραβηχτεί προς τα πίσω, ώστε να αποκαλύπτεται πλήρως η βάλανος)
- Χρόνια φλεγμονή του πέους, βαλανοποσθίτιδες
- Σκληροατροφικός λειχήνας
- Λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)
- Κάπνισμα
- Θεραπεία δερματικών παθήσεων με PUVA φωτοθεραπεία ή χημειοθεραπεία

ΤΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΧΕΙ;

Ο καρκίνος του πέους παρουσιάζεται συνήθως ως κάποια βλάβη στο δέρμα του πέους. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του πέους, αλλά με μεγαλύτερη συχνότητα στη βάλανο και στην ακροποσθία. Η βλάβη αυτή μπορεί να είναι ένα εξάνθημα, ένα έλκος ή σαν κουνουπίδι. Επίσης, η βλάβη μπορεί να εμφανίζει αιμορραγία, φαγούρα, αίσθημα καύσου ή άσχημη οσμή. Σε κάποιες περιπτώσεις, μπορεί το άκρο του πέους, η βάλανος, να εμφανίζει οίδημα και να είναι δύσκολο να τραβηχτεί προς τα πίσω η ακροποσθία.

Συνήθως, στα αρχικά στάδια, οι βλάβες από τον καρκίνο του πέους είναι **ανώδυνες** και πολλοί ασθενείς δεν αναζητούν εγκαίρως ιατρική βοήθεια. **Γενικά, κάθε αλλαγή που δε βελτιώνεται σε διάστημα 4 εβδομάδων ή επιδεινώνεται, θα πρέπει να ελέγχεται από ιατρό.**

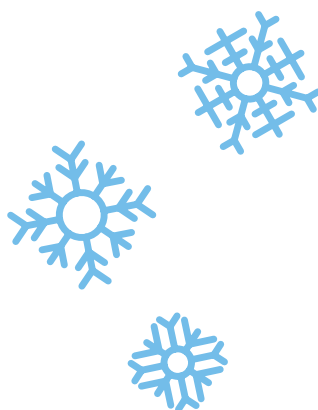
Σε πιο προχωρημένο στάδιο ο ασθενής μπορεί να παρατηρήσει διόγκωση των λεμφαδένων στη βουβωνική χώρα, να εμφανίσει κόπωση, απώλεια βάρους, κοιλιακό πόνο και πόνο στα οστά.

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ;

Το ιατρικό ιστορικό και η κλινική εξέταση είναι απαραίτητα. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί κάποια ύποπτη βλάβη στο πέος, ακολουθεί συνήθως βιοψία αυτής, δηλαδή αποστέλλεται ένα μικρό δείγμα ιστού για να εξεταστεί εργαστηριακά για την ύπαρξη καρκινικών κυττάρων.

Ο ιατρός σας μπορεί να συστήσει τη διενέργεια **υπερηχογραφήματος**, **αξονικής** ή **μαγνητικής** τομογραφίας για να ελεγχθεί η εξάπλωση του καρκίνου στο πέος, καθώς και σε λεμφαδένες ή άλλα μέρη του σώματος.

Με βάση τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων, θα καθοριστεί το στάδιο του καρκίνου. Η διαδικασία αυτή λέγεται **σταδιοποίηση** και είναι αυτή που θα καθορίσει και το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης σε κάθε ασθενή.

**ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ;**

Η έγκαιρη διάγνωση είναι πολύ σημαντική για τη θεραπεία του καρκίνου του πέους. Όσο πιο έγκαιρα γίνει η διάγνωση, τόσο μεγαλύτερες οι πιθανότητες αποτελεσματικής αντιμετώπισης.

Η θεραπεία που θα επιλεγεί εξαρτάται από το μέγεθος και τη θέση του όγκου, το στάδιο του καρκίνου, αλλά και τις ανάγκες του κάθε ασθενή.

Σε καρκίνο που βρίσκεται σε αρχικό στάδιο, η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει:

- Τοπική χρήση χημειοθεραπευτικής κρέμας
- Επέμβαση με χρήση laser
- Κρυοθεραπεία, με την οποία ψύχεται και καταστρέφεται ο ιστός
- Τοπική χειρουργική αφαίρεση

Σε προχωρημένο καρκίνο του πέους, η χειρουργική θεραπεία μπορεί να γίνει με:

- Περιτομή (αν η βλάβη βρίσκεται στην ακροποσθία)
- Επέμβαση με χρήση laser
- Εκτομή της βαλάνου
- Ολική ανακατασκευή της βαλάνου με δερματικό μόσχευμα
- Μερική πεεκτομή (αφαίρεση τμήματος του πέους)
- Ολική πεεκτομή (αφαίρεση ολόκληρου του πέους)

Παράλληλα, μπορεί να χρειαστεί η αφαίρεση λεμφαδένων από τη βουβωνική χώρα ή την πύελο (λεμφαδενικός καθαρισμός).

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να συνδυαστεί με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου.



ΘΑ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Μετά την αρχική θεραπεία για τον καρκίνο του πέους, ο ασθενής εντάσσεται σε πρόγραμμα τακτικής παρακολούθησης με βάση συγκεκριμένο ιατρικό πρωτόκολλο, για να διαπιστωθεί πρώιμα τυχόν επανεμφάνιση του καρκίνου, είτε τοπικά, είτε σε απομακρυσμένες θέσεις. Η αυτοεξέταση (πέος και λεμφαδένες) παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση υποτροπής.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ;

Όταν η διάγνωση του καρκίνου του πέους γίνει έγκαιρα, τα ποσοστά θεραπείας φτάνουν έως και το 90%. Το ποσοστό αυτό μειώνεται όσο πιο καθυστερημένα γίνεται η διάγνωση, ιδιαίτερα αν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες ή σε άλλα όργανα.

ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΡΟΠΟΣ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΕΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ;

Ο καρκίνος του πέους είναι σπάνιος και μπορεί να διαγνωσθεί εύκολα, καθώς ξεκινά με κάποια βλάβη στο πέος. Κάποιες οδηγίες για να περιοριστεί ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πέους είναι οι παρακάτω:

- Καθημερινή καθαριότητα του πέους, διατήρηση καλής υγιεινής. Σε περίπτωση φίμωσης, που προκαλεί αδυναμία αποκάλυψης της βαλάνου, θα πρέπει να συμβουλευτείτε τον Ουρολόγο σας.
- Περιορισμός ή διακοπή του καπνίσματος.
- Χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή για τον περιορισμό του κινδύνου μόλυνσης από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV).

- Ο καρκίνος του πέους είναι σπάνιος και αφορά κυρίως άντρες άνω των 60 ετών, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε μικρότερες ηλικίες.
- Κάθε βλάβη στο πέος, που δεν υποχωρεί, θα πρέπει να ελέγχεται από τον ιατρό σας!
- Όσο πιο έγκαιρα γίνει η διάγνωση, τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία.
- Η καλή τοπική υγιεινή, η διακοπή του καπνίσματος, η χρήση προφυλακτικού αποτελούν μέτρα πρόληψης για την εμφάνιση καρκίνου του πέους.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ



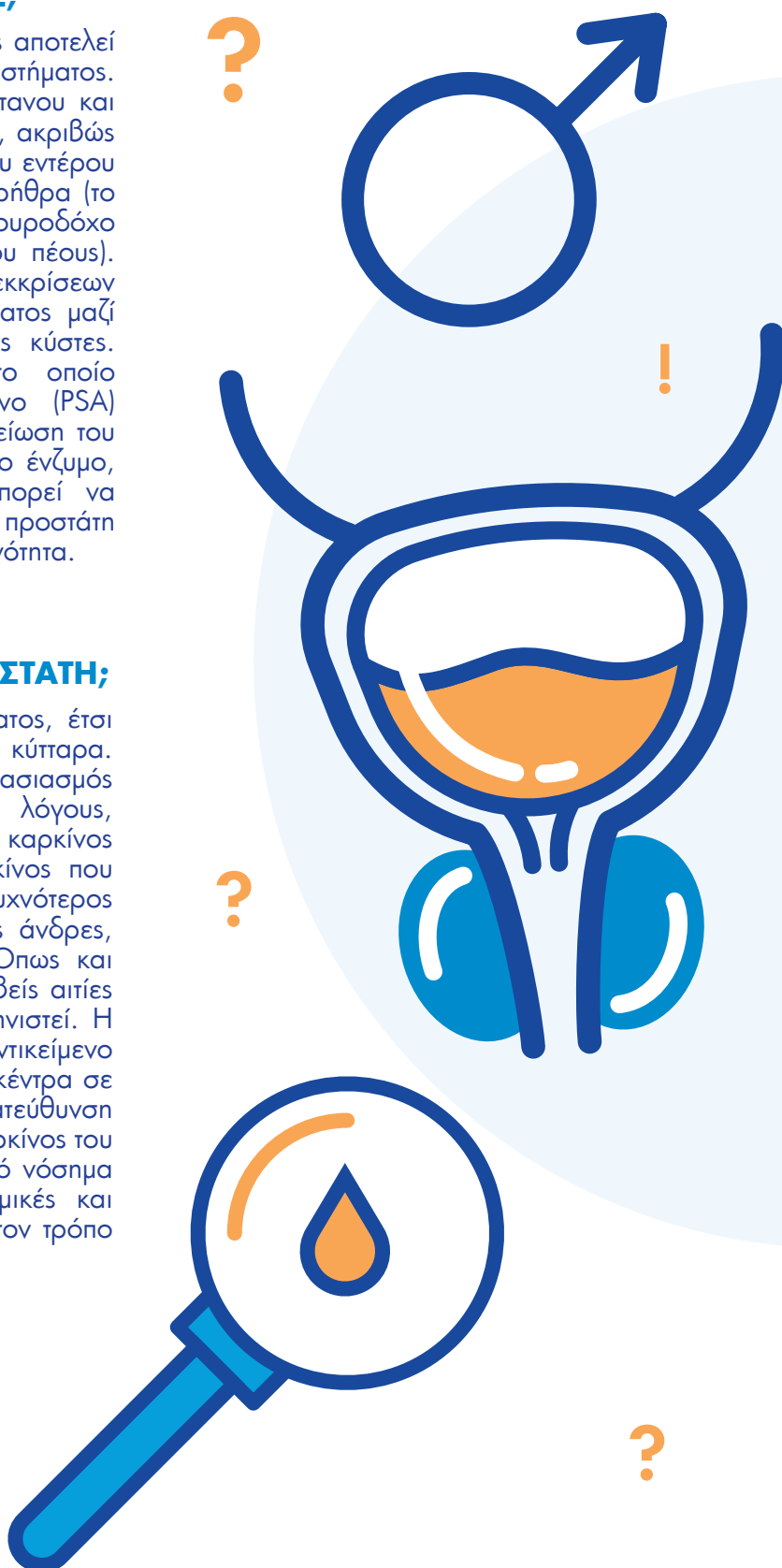
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ ΑΔΕΝΑΣ;

Ο προστάτης είναι ένας αδένας ο οποίος αποτελεί τμήμα του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος. Έχει το μέγεθος και το σχήμα ενός κάστανου και βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη, ακριβώς μπροστά από το ορθό (το τελικό τμήμα του εντέρου πριν τον πρωκτό), περιβάλλοντας την ουρήθρα (το σωλήνα που παροχετεύει τα ούρα από την ουροδόχο κύστη προς την κορυφή της βάλανου του πέους). Ο προστάτης μέσω της παραγωγής εκκρίσεων συνεισφέρει στην παραγωγή του σπέρματος μαζί με τους όρχεις και τις σπερματοδόχους κύστες. Μάλιστα, παράγοντας ένα ένζυμο το οποίο αποκαλείται ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) συμβάλλει στην ρευστοποίηση και στη μείωση του ιξώδους του σπέρματος. Αυτό ακριβώς το ένζυμο, όταν μετρηθεί ποσοτικά στο αίμα, μπορεί να κατευθύνει τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη όπως εκτενώς θα συζητηθεί σε επόμενη ενότητα.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Όπως κάθε δομή του ανθρώπινου σώματος, έτσι κι ο προστάτης αδένας, απαρτίζεται από κύτταρα. Ο ανώμαλος κι ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των κυττάρων αυτών, για άγνωστους λόγους, συνιστά τον καρκίνο του προστάτη. Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο συχνότερος καρκίνος που συναντάται στους άνδρες κι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος που προκαλεί θνητότητα στους άνδρες, μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα. Όπως και στους περισσότερους καρκίνους, οι ακριβείς αιτίες που τον προκαλούν δεν έχουν αποσαφηνιστεί. Η εξακρίβωση των αιτιών αυτών συνιστά αντικείμενο εντατικής έρευνας και πολλά ερευνητικά κέντρα σε όλο τον κόσμο δουλεύουν προς την κατεύθυνση αυτή. Στην παρούσα χρονική στιγμή, ο καρκίνος του προστάτη θεωρείται ένα πολυπαραγοντικό νόσημα το οποίο οφείλεται τόσο σε κληρονομικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους όσο και στον τρόπο ζωής των ατόμων.



ΠΟΙΑ ΑΤΟΜΑ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Κι ενώ η ακριβής αιτιολογία του καρκίνου του προστάτη δεν είναι ακόμη γνωστή, συγκεκριμένοι παράγοντες έχουν συσχετιστεί με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη. Οι παράγοντες κινδύνου αυτοί είναι:

- **Ηλικία:** Η ηλικία είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του προστάτη. Συνήθως στην Ευρώπη, ο καρκίνος του προστάτη διαγιγνώσκεται σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Παρόλα αυτά, άνδρες μικρότερης ηλικίας μπορούν επίσης να διαγνωστούν με καρκίνο του προστάτη.
- **Εθνικότητα:** Άνδρες Αφροαμερικανικής καταγωγής έχουν διπλάσια πιθανότητα να διαγνωστούν με καρκίνο του προστάτη σε σχέση με λευκούς άνδρες. Αντίθετα, η Ασιατική καταγωγή έχει συσχετιστεί με μικρότερη επίπτωση καρκίνου του προστάτη. Οι ακριβείς λόγοι αυτής της διαφοροποίησης δεν είναι γνωστοί.
- **Οικογενειακό ιστορικό:** Σε άνδρες που έχουν στην οικογένειά τους συγγενείς πρώτου βαθμού (πατέρα, αδερφό, υιό) που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του προστάτη, η επίπτωση του καρκίνου του προστάτη είναι μεγαλύτερη. Όλοι κληρονομούμε γονίδια από τους γονείς μας. Μερικά από τα γονίδια αυτά που κληρονομούνται από γενιά σε γενιά μπορούν να συσχετιστούν με την εμφάνιση καρκίνου του προστάτη. Η ύπαρξη στην οικογένεια περιστατικών καρκίνου του μαστού, των ωθηκών και του παγκρέατος μπορεί επίσης να συσχετιστεί με τον καρκίνο του προστάτη. Όσο περισσότεροι είναι οι συγγενείς που έχουν αντίστοιχο ιστορικό, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα ο καρκίνος του προστάτη να αποδοθεί στην κληρονομικότητα. Αν κι η πιθανότητα ενός άνδρα να διαγνωστεί με καρκίνο του προστάτη αυξάνεται αν έχει θετικό οικογενειακό ιστορικό, οι περισσότεροι άνδρες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του προστάτη, δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό. Σε κάθε περίπτωση, όμως, η γνώση του του οικογενειακού ιστορικού, ιδίως αν κάποιος μέλος της οικογένειας διαγνώστηκε με καρκίνο του προστάτη πριν τα 60, μπορεί να κατευθύνει τις επόμενες εξετάσεις. Σε περίπτωση οποιασδήποτε ανησυχίας, επικοινωνήστε με τον Ουρολόγο σας.
- **Διατροφή και παχυσαρκία:** Η σημασία μιας ισορροπημένης διαίτας σε συνδυασμό με την τακτική σωματική άσκηση στην εξασφάλιση της της υγείας είναι ευρέως γνωστή. Μία ισορροπημένη δίαιτα περιλαμβάνει άφθονα φρούτα, λαχανικά και φυτικές ίνες, περιορίζοντας παράλληλα την ποσότητα του κόκκινου κρέατος, τα λιπαρά τρόφιμα, ιδίως αυτά που περιλαμβάνουν trans-κορεσμένα λιπαρά, τη ζάχαρη, τα επεξεργασμένα τρόφιμα και το αλκοόλ. Οι άντρες που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι είναι πολύ πιθανό ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΚΑΙ TRANS ΑΤΟΜΑ

Οι trans γυναίκες καθώς και τα μη-δυσδικά άτομα που έχουν στην γέννα κατοχυρωθεί ως άνδρες, έχουν επίσης προστάτη αδένα. Με την πραγματοποίηση επανορθωτικών επεμβάσεων κι επεμβάσεων καθορισμού φύλου, μπορεί ορισμένα άτομα να έχουν αλλάξει την αντρική ανατομία σε γυναικεία, αφαιρώντας το πέος και τους όρχεις. Ο προστάτης αδένας, ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει και τα άτομα αυτά μπορούν επίσης να προσβληθούν από καρκίνο του προστάτη. Η λήψη ορμονών ή αντιανδρογόνων μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη, μειώνοντας τα κυκλοφορόντα επίπεδα τεστοστερόνης, ωστόσο δεν μπορεί να τον εξαλείψει. Είναι πολύ σημαντικό, όσο άβολη κι αν είναι η συζήτηση αυτή, τα άτομα αυτά να υποβάλλονται σε έλεγχο του προστάτη αδένα, εφόσον υπάρχει οποιαδήποτε ανησυχία ή ένδειξη παθολογίας.



ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Στα πρώιμα στάδια, ο καρκίνος του προστάτη συνήθως δεν δίνει απολύτως κανένα σύμπτωμα. Ας θυμηθούμε ξανά την ανατομία του προστάτη, ως ένα κάστανο που περιβάλλει την ουρήθρα. Τις περισσότερες φορές, ο καρκίνος του προστάτη ξεκινάει από τα κύτταρα που βρίσκονται πιο εξωτερικά στον προστάτη κι έτσι συμπτώματα, που θα μπορούσαν να εμφανιστούν από την πιθανή πίεση της ουρήθρας, εμφανίζονται συνήθως σε πιο προχωρημένα στάδια του καρκίνου του προστάτη. Επειδή κατά τα αρχικά στάδια ο καρκίνος του προστάτη κάνει την εμφάνισή του συνήθως ασυμπτωματικά, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη ετήσιου προληπτικού ελέγχου, ενός ελέγχου δηλαδή που θα μπορέσει να εντοπίσει έναν πιθανό καρκίνο του προστάτη, χωρίς αυτός ακόμη να προκαλεί κάποιο σύμπτωμα ακόμη. Σε πιο προχωρημένα στάδια ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να δώσει συμπτώματα όπως:

- Δυσκολία στην ούρηση.
- Μία ασθενέστερη ακτίνα ούρησης.
- Αίμα στα ούρα ή το σπέρμα.
- Πόνο στα οστά (ιδίως στη μέση).
- Απώλεια βάρους και κόπωση.
- Ακράτεια κοπράνων (μη αποτελεσματικός έλεγχος των σφιγκτήρων του εντέρου).
- Ακράτεια ούρων (απώλεια ούρων χωρίς τη θέληση του ατόμου).
- Στυτική δυσλειτουργία (προβλήματα στην επίτευξη και τη διατήρηση της στύσης).



Η παρουσία ερεθιστικών κι αποφρακτικών συμπτωμάτων, όπως είναι η έντονη επιθυμία για ούρηση, η συχνή επιθυμία για ούρηση, η αφύπνιση για ούρηση κατά τη διάρκεια της νύχτας πολλές φορές, η δυσκολία στην έναρξη της ούρησης, η ούρηση αμέσως μετά από προηγούμενη ούρηση κι η μειωμένη ακτίνα ούρησης, οφείλονται συννηθέστερα σε μία πάθηση που ονομάζεται καλοήθης υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ). Ο προστάτης με την πάροδο της ηλικίας υπερτρέφεται και μεγαλώνει, αποφράσσοντας ε αυτό τον τρόπο το τμήμα της ουρήθρας που περιβάλλει. Η απόφραξη αυτή αναγκάζει την ουροδόχο κύστη να κάνει πιο έντονες προσπάθειες προκειμένου να αποβληθούν τα ούρα κι εξ' ου η εμφάνιση των άνωθεν συμπτωμάτων. Ωστόσο, ο καρκίνος του προστάτη μπορεί επίσης να συσχετιστεί, σπανιότερα κι ιδίως σε πιο προχωρημένα στάδια, με τα παραπάνω συμπτώματα. Μάλιστα, συμπτώματα όπως η κούραση, η απώλεια βάρους, η ακράτεια, η αιματοουρία και τα οστικά άλγη μπορούν να οφείλονται σε πολλές άλλες αιτίες, όχι απαραίτητα κακοήθεις. Σε κάθε περίπτωση, όμως, η εμφάνιση ενός ή συνδυασμού αυτών των συμπτωμάτων, οφείλουν να κινητοποιήσουν άμεσα τον ασθενή στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Αν έχεις διαγνωστεί με καρκίνο του προστάτη, είναι πιθανό να έχεις ακούσει όρους όπως τοπική, τοπικά εκτεταμένη και μεταστατική νόσος. Μπορεί επίσης να έχεις ακούσει όρους όπως στάδιο της νόσου, βαθμός κακοήθειας κι ιστολογικός τύπος. Το στάδιο είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται προκειμένου να καθορίσει το μέγεθος του όγκου και το πόσο έχει εξαπλωθεί. Ένας απλός τρόπος να κατανοήσουμε τα διαφορετικά στάδια της νόσου είναι χρησιμοποιώντας αριθμούς από το 1 μέχρι το 4. Έτσι τα στάδια 1 και 2 αντιστοιχούν σε πρώιμη τοπική νόσο, ενώ τα στάδια 3 και 4 αντιστοιχούν σε τοπικά εκτεταμένη νόσο. Στην τοπική νόσο ο καρκίνος περιορίζεται εντός του προστάτη αδένου. Στην τοπικά εκτεταμένη νόσο, ο καρκίνος «σπάει» την κάψα του προστάτη, το περίβλημα δηλαδή που περιβάλλει τον προστάτη αδένου, κι επεκτείνεται έξω από αυτόν. Μάλιστα είναι δυνατόν να επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού σε παρακείμενες ανατομικά δομές όπως είναι η ουροδόχος κύστη, το ορθό, τα αγγειονευρώδη δεμάτια (τα νεύρα και τα αιμοφόρα αγγεία δηλαδή που φτάνοντας μέχρι το πέος εξασφαλίζουν τη στύση) και τους μύες του πυελικού εδάφους που βρίσκονται κάτω από τον προστάτη στη βάση της πυέλου. Στη μεταστατική νόσο, ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέσω των αιμοφόρων αγγείων ή/και των λεμφαγγείων στους επικύριους αλλά και σε πιο απομακρυσμένους λεμφαδένες, στα οστά αλλά και σε όργανα όπως είναι το ήπαρ, οι πνεύμονες κι ο εγκέφαλος. Ο βαθμός κακοήθειας δείχνει το πόσο γρήγορα ο καρκίνος «μεγαλώνει» κι εξαπλώνεται. Έτσι ένας μικρότερος βαθμός αντιστοιχεί σε μία πιο αργά εξελισσόμενη νόσο, ενώ ένας μεγαλύτερος βαθμός σε μία πιο επιθετική νόσο. Ο πιο συχνός τρόπος διαβάθμισης του βαθμού κακοήθειας είναι μέσω ενός Score που χρησιμοποιείται ευρέως, το Gleason Score. Το Gleason Score καθορίζεται από τον Παθολογοανατόμο (τον εξειδικευμένο γιατρό που εξετάζει και γνωματεύει τις βιοψίες). Όσο μεγαλύτερο το Gleason Score, τόσο πιο γρήγορη η εξέλιξη της νόσου κι αντίστροφα. Υπάρχουν διάφοροι ιστολογικοί τύποι καρκίνου του προστάτη. Η ακριβής γνώση αυτών ξεφεύγει από τους στόχους της παρούσας ενημέρωσης κι αποτελεί θέμα που θα συζητηθεί κυρίως μεταξύ του Παθολογοανατόμου και του Ουρολόγου σας.

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Επειδή όπως έχει συζητηθεί ο καρκίνος του προστάτη συχνά διαδράμει χωρίς να γίνεται κλινικά αντιληπτός, ο ετήσιος προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Αυτός γίνεται μέσω μέτρησης της ποσότητας του PSA στο αίμα και δακτυλικής εξέτασης από το ορθό, μετά την ηλικία των 50 ετών, σε άτομα που έχουν προσδόκιμο επιβίωσης μεγαλύτερο από δέκα χρόνια. Άτομα με παράγοντες κινδύνου (όπως Αφροαμερικανική καταγωγή, συγγενής πρώτου βαθμού με καρκίνο του προστάτη που διαγνώστηκε σε ηλικία μικρότερη από 65 χρονών κ.τ.λ.) προτείνεται η έναρξη του ελέγχου να ξεκινάει νωρίτερα στην ηλικία των 45 ετών. Επειδή όμως ο καρκίνος του προστάτη έχει πολύ αργή εξέλιξη και πολλοί ασθενείς θα καταλήξουν από άλλα αίτια πριν ο καρκίνος του προστάτη γίνει κλινικά προχωρημένος, προτείνεται η ενημέρωση του υποψηφίου για το screening πληθυσμού κι αναλυτική επεξήγηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων αυτού. Έτσι, ενώ με τον προσυμπτωματικό έλεγχο μπορούν να ανευρεθούν περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη που όταν θα έδιναν συμπτώματα θα ήταν πιο προχωρημένες κι ενδεχομένως μη θεραπεύσιμες, το screening ενέχει τον κίνδυνο υπερδιάγνωσης κι ανίχνευσης περιπτώσεων καρκίνου του προστάτη που ουδέποτε θα γινόντουσαν κλινικά εμφανείς ή σημαντικές. Επιπλέον, ο προσυμπτωματικός έλεγχος δεν μπορεί να διαχωρίσει τις πιο επιθετικές μορφές καρκίνου του προστάτη. Έτσι, η απόφαση για έναρξη προσυμπτωματικού ελέγχου θα πρέπει να λαμβάνεται από τον ασθενή μετά από συζήτηση με τον Ουρολόγο σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους του screening. Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να γίνεται έλεγχος του προστάτη αδένου, όταν υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα συμπτώματα που αναλύθηκαν παραπάνω ή όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη. Ο έλεγχος για τον καρκίνο του προστάτη περιλαμβάνει τις παρακάτω εξετάσεις:

— **Μέτρηση των επιπέδων του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) στο αίμα:** Το PSA είναι μία πρωτεΐνη που παράγεται από τον προστάτη αδένου, συμβάλλοντας στη ρευστοποίηση του σπέρματος, κι η ανίχνευση ποσοτήτων της στο αίμα ανευρίσκεται σε μικρές ποσότητες σε όλους τους άνδρες. Μετά την ηλικία των 50 ετών περίπου 2 στους 10 (20%) άνδρες έχουν αυξημένη τιμή PSA. Η αυξημένη αυτή τιμή μπορεί να οφείλεται στον καρκίνο του προστάτη, αλλά και σε άλλες παθήσεις, όπως την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη, μία ουρολοίμωξη ή και σε φλεγμονή του προστάτη αδένου (προστατίτιδα). Αντίθετα, σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις (1% των καρκίνων του προστάτη) η τιμή του PSA θα είναι χαμηλή. Αυτός είναι κι ο λόγος, που οι ασθενείς θα πρέπει πάντα να υποβάλλονται και σε περαιτέρω εξετάσεις. Όπως είναι η δακτυλική εξέταση από το ορθό. Δυστυχώς δεν υπάρχει κάποια τιμή PSA που να διαχωρίζει το φυσιολογικό από το παθολογικό. Έτσι, αν και συνήθως τιμές PSA μικρότερες από 4 ng/ml θεωρούνται φυσιολογικές, οι τιμές αυτές είναι ενδεικτικές και δεν αποκλείουν τον καρκίνο. Για παράδειγμα, ένας άνδρας που πέρυσι είχε τιμή PSA 1 ng/ml και φέτος έχει 2, έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να έχει καρκίνο του προστάτη από έναν άλλον η τιμή του οποίου πέρυσι ήταν 4 και φέτος είναι 5 ng/ml. Στην πρώτη περίπτωση έχουμε ετήσια αύξηση 100%, ενώ στη δεύτερη μόλις 25%. Αυτός είναι κι ο λόγος που σε πολλά διαγνωστικά εργαστήρια υπολογίζουν την ταχύτητα αύξησης του PSA (PSA velocity), ενώ αντίστοιχα το PSA μπορεί να διορθωθεί κι ανάλογα με το μέγεθος του προστάτη αδένου έτσι ώστε να μη δημιουργηθεί σύγχυση με την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ), η οποία επίσης συχνά συνδυάζεται με αύξηση του PSA (είναι λογικό περισσότερα προστατικά κύτταρα να παράγουν και μεγαλύτερη ποσότητα πρωτεΐνης, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη ποσότητα πρωτεΐνης να ανιχνεύεται τελικά στο αίμα. Η ηλικία διαδραματίζει επίσης ρόλο στην εκτίμηση του ασθενούς. Έτσι, ένας ασθενής 80 ετών με PSA 2 ή 3 ng/ml έχει πρακτικά ελάχιστες πιθανότητες να πεθάνει από καρκίνο του προστάτη, καθιστώντας τον επανέλεγχό μάλλον άσκοπο. Αντίθετα, σε έναν άνδρα 50 χρονών που παρουσιάζει αύξηση του PSA από 1 σε 3 ng/ml μέσα σε ένα χρόνο, ο τριπλασιασμός των επιπέδων εγείρει έντονες υποψίες για καρκίνο του προστάτη, που σε αυτές τις ηλικίες είναι απειλητικός για τη ζωή. Συμπερασματικά, λοιπόν, η τιμή του PSA είναι ενδεικτική κι η αξιολόγησή της πρέπει να γίνεται από τον Ουρολόγο. Χρέος του ασθενούς είναι να πραγματοποιήσει την εξέταση, εφόσον υπάρχουν οι κατάλληλες ενδείξεις.

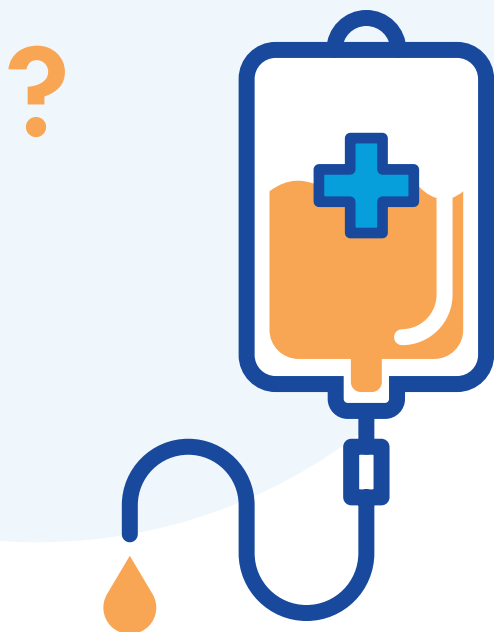
— **Δακτυλική εξέταση από το ορθό:** Η μέτρηση του PSA συμπληρώνεται απαραίτητα από την δακτυλική εξέταση και συνεπώς οποιοσδήποτε έλεγχος για καρκίνο του προστάτη κρίνεται ελλιπής, εφόσον δεν περιλαμβάνει τόσο μέτρηση της ποσότητας του PSA στο αίμα όσο και δακτυλική εξέταση από το ορθό. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, αν και σπάνια, λίγοι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη ενδέχεται να έχουν μία τιμή PSA, η οποία να μην εγείρει υποψίες για περαιτέρω έλεγχο. Στις περιπτώσεις αυτές, η ψηλάφηση σκληρίας ή και μορφώματος στον προστάτη αδένου είναι πολύ πιθανό να θέσει τη διάγνωση. Μάλιστα, η δακτυλική εξέταση μπορεί να κατευθύνει τον έλεγχο σε περιπτώσεις που η τιμή του PSA δεν είναι διαφωτιστική και θέτει ζητήματα διαφορικής διάγνωσης. Η δακτυλική εξέταση ενδέχεται να είναι μία δυσάρεστη εμπειρία κι αυτό είναι απόλυτα κατανοητό. Ωστόσο, διαρκεί μόνο λίγα δευτερόλεπτα, ενώ η γέλη ξυλοκαΐνης, με τη λιπαντική κι αναισθητική της δράση, διευκολύνει περισσότερο τη διαδικασία. Μία ενόχληση λίγων δευτερολέπτων ενδέχεται να σώσει τη ζωή ορισμένων ασθενών.

— **Πολυπαραμετρική Μαγνητική (mpMRI):** Ενώ στο παρελθόν οι περισσότεροι Ουρολόγοι όταν είχαν έντονη υποψία για την ύπαρξη καρκίνου του προστάτη από τη δακτυλική εξέταση και τη μέτρηση του PSA προχωρούσαν στη διενέργεια βιοψίας, τα τελευταία χρόνια ολοένα κι ευρύτερα η πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία, ως ένα εργαλείο απόφασης σχετικά με τη διενέργεια ή όχι βιοψίας. Η πολυπαραμετρική μαγνητική παράγει πιο λεπτομερείς απεικονίσεις του προστάτη αδένου σε σχέση με τη συμβατική μαγνητική τομογραφία. Η πολυπαραμετρική μαγνητική μπορεί να απεικονίσει βλάβες στον προστάτη αδένου, να τις εντοπίσει χωροκατακτητικά, να βοηθήσει στην απόφαση σχετικά με τη διενέργεια βιοψίας ή όχι, να κατευθύνει από ποιο σημείο θα ληφθεί η βιοψία καθώς και να εντοπίσει περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη που επεκτείνονται πέρα από την κάψα του προστάτη και σε πιο προχωρημένες περιπτώσεις διηθούν παρακείμενους ιστούς ή έχουν δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις σε λεμφαδένες και οστά της πυέλου. Ο ακτινολόγος που θα ερμηνεύσει τα αποτελέσματα της MRI θα δώσει στην απεικόνιση ένα score, που λέγεται PI-RAD system. Το score αυτό υπολογίζει την πιθανότητα μία περιοχή που απεικονίζεται στη μαγνητική να είναι καρκίνος ή όχι. Το Score είναι από 1 μέχρι 5. Score 1 σημαίνει ότι είναι εξαιρετικά απίθανο να υπάρχει καρκίνος του προστάτη, ενώ Score 2 ότι είναι απίθανο να απεικονίζεται στον προστάτη καρκίνος. Σε PI-RAD 3, είναι δύσκολη η ερμηνεία από τη μαγνητική αν υπάρχει καρκίνος ή όχι στον προστάτη. Τέλος, σε Score 4 και 5 είναι πιθανό κι εξαιρετικά πιθανό, αντίστοιχα, να υπάρχει καρκίνος στον απεικονιζόμενο προστάτη. Με PI-RAD 1 ή 2, ο Ουρολόγος πιθανότατα δε θα προχωρήσει στη διενέργεια προστατικής βιοψίας. Ωστόσο, αν ο ασθενής το επιθυμεί, αφού του εξηγηθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της βιοψίας μπορεί να προχωρήσει σε αυτή. Εκτός από τα αποτελέσματα της μαγνητικής, ο Ουρολόγος θα βασιστεί και σε άλλους παράγοντες για τη διενέργεια βιοψίας ή όχι. Οι παράγοντες αυτοί είναι η ηλικία, η τιμή του PSA, η δακτυλική εξέταση, συννοσηρότητες, η παρουσία οικογενειακού ιστορικού καθώς κι ατομικές παράμετροι του κάθε ασθενούς (μπορεί για παράδειγμα να αποφασίσει να μην προβεί σε βιοψία σε έναν ασθενή που είναι ήδη σε κακή γενική κατάσταση και δεν μπορεί να ανεχτεί κανένα είδος θεραπείας). Σε κάθε περίπτωση, ασθενής που δε θα υποβληθεί τελικά σε βιοψία, θα πρέπει να παρακολουθεί τακτικά την τιμή του PSA του και να υποβάλλεται σε δακτυλική εξέταση. Οποιαδήποτε μεταβολή ενδεχομένως θα υπαγορεύσει τη διενέργεια βιοψίας στο μέλλον. Ένα PI-RAD 3 ή μεγαλύτερο σημαίνει ότι είναι πιθανό να υπάρχει καρκίνος στον απεικονιζόμενο προστάτη, χωρίς ωστόσο αυτό να είναι σίγουρο. Οι περισσότεροι Ουρολόγοι, σπριζόμενοι και στους παράγοντες που αναλύθηκαν παραπάνω, θα προχωρήσουν στη διενέργεια βιοψίας. Μάλιστα η mpMRI μπορεί να κατευθύνει τον Ουρολόγο από που να λάβει βιοψίες. Έτσι, συνήθως θα ληφθούν βιοψίες από την ύποπτη στη μαγνητική περιοχή, αλλά και από το υπόλοιπο του προστάτη, καθώς δεν απεικονίζονται όλοι οι καρκίνοι στη μαγνητική.

— **Βιοψία προστάτη:** Σε περίπτωση που υπάρχει υποψία ύπαρξης κακοήθειας από τη δακτυλική εξέταση, τη μέτρηση του PSA ή τα ευρήματα της μαγνητικής, ο Ουρολόγος σας θα προχωρήσει στη διενέργεια βιοψίας. Αυτή μπορεί να γίνει με δύο τρόπους: είτε διορθικά είτε διαπερινεϊκά. Κατά τη διορθική βιοψία, μια ειδική κεφαλή υπερήχου (διορθική) εισάγεται από τον πρωκτό κι απεικονίζει τον προστάτη στην οθόνη, ενώ στη συνέχεια μέσω μίας λεπτής βελόνας λαμβάνονται συνήθως 6-24 ιστοτεμάχια με τη βοήθεια μιας ειδικής συσκευής στόχευσης από διαφορετικές περιοχές του προστάτη. Η εμπειρία είναι δυσάρεστη, ωστόσο με τη βοήθεια της τοπικής αναισθησίας γίνεται αποδεκτή και διαρκεί σύντομα. Πριν τη διενέργειά της, κρίνεται απαραίτητη η ενημέρωση για τον κίνδυνο πρόκλησης φλεγμονής (προστατίτιδα) που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι και σοβαρή (σήψη). Αυτό συμβαίνει γιατί μέσω της βελόνας προωθείται το βρώμικο περιεχόμενο του εντέρου μέσα στον προστάτη. Η επιπλοκή αυτή, αν και σπάνια, είναι σοβαρή και στην προσπάθεια αποφυγής της τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται όλο κι ευρύτερα, η διαπερινεϊκή βιοψία. Κατά τη διαδικασία αυτή, πάλι μία κεφαλή υπερήχου εισάγεται στο ορθό, αλλά η βελόνα αντί να εισέρχεται από το ορθό, εισάγεται από το περίνεο, την περιοχή δηλαδή μεταξύ των όρχεων και του πρωκτού. Μάλιστα, η Ευρωπαϊκή Ουρολογική Εταιρεία, συνιστά οι βιοψίες να λαμβάνονται διαπερινεϊκά ως πρώτη επιλογή, σε περίπτωση που υπάρχει η δυνατότητα. Τέλος, τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται όλο κι ευρύτερα η fusion βιοψία. Κατά τη διαδικασία αυτή, η εικόνα της πολυπαραμετρικής μαγνητικής επιπροβάλλεται πάνω στην εικόνα του υπερήχου, κατευθύνοντας έτσι τον Ουρολόγο από ποιο σημείο πρέπει οπωσδήποτε να λάβει βιοψίες. Η fusion τεχνική αφορά τόσο σε διορθικές όσο και σε διαπερινεϊκές βιοψίες του προστάτη. Μετά τη διενέργεια της βιοψίας, ασχέτως της τεχνικής με την οποία ελήφθη, τα ιστοτεμάχια πηγαίνουν σε ένα εργαστήριο, κι ο Παθολογοανατόμος μετά από ένα σύντομο χρονικό διάστημα ενημερώνει τον Ουρολόγο για το αποτέλεσμα. Στο πόρισμά του θα περιλαμβάνονται ο ιστολογικός τύπος, αλλά και το Gleason Score, έννοιες που περιεγράφηκαν προηγουμένως. 8 στους 10 άνδρες κατά μέσο όρο, μπορεί να έχουν ένα φυσιολογικό αποτέλεσμα βιοψίας (αρνητικό για καρκίνο). Μάλιστα, στην περίπτωση έντονης υποψίας, ο Ουρολόγος σας μπορεί να επαναλάβει την εξέταση, μολονότι το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό.



- **Scanning οστών:** Η εξέταση αυτή γίνεται σε διαγνωσμένους καρκίνους του προστάτη, στο πλαίσιο σταδιοποίησης, προκειμένου να διαπιστωθεί μια ενδεχόμενη επέκταση του καρκίνου στα οστά. Για την εξέταση αυτή, μια ραδιενεργή ουσία χορηγείται μέσω μίας φλέβας. Η ποσότητα, όμως, είναι μικρή και δε θα πρέπει να σας ανησυχεί.
- **Αξονική τομογραφία (CT Scan):** Αξονική τομογραφία μπορεί να ζητηθεί στο πλαίσιο σταδιοποίησης του καρκίνου του προστάτη. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης μία σκιαγραφική ουσία χορηγείται μέσω μίας φλέβας, κι έτσι μπορεί να νιώσετε για λίγο το αίσθημα μετακινούμενου «ψύχους» ή «θερμότητας» γύρω από το σημείο της έγχυσης. Σε περίπτωση γνωστής αλλεργίας στο σκιαγραφικό θα πρέπει αμέσως να ενημερώσετε το γιατρό σας ή τον Ουρολόγο σας.
- **PSMA PET-CT scan:** Είναι μία πολλά υποσχόμενη εξέταση, αλλά με περιορισμένη εφαρμογή στην παρούσα φάση. Δείχνει περιοχές του σώματος όπου τα καρκινικά κύτταρα είναι πιο ενεργά σε σχέση με τα φυσιολογικά υγιή κύτταρα. Το ειδικό για τον προστάτη μεμβρανικό αντιγόνο (PSMA) είναι μία πρωτεΐνη που ανευρίσκεται στην επιφάνεια των καρκινικών προστατικών κυττάρων κι έτσι η εξειδικευμένη αυτή εξέταση ανιχνεύει αυτήν ακριβώς την πρωτεΐνη. Δεν αποκλείεται στο μέλλον, να συνιστά την εξέταση εκλογής για τον προσδιορισμό της έκτασης της νόσου.



! ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Η θεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη θα στηριχτεί σε πολλές παραμέτρους, όπως είναι το στάδιο κι η έκταση της νόσου, η ηλικία κι η γενικότερη κατάσταση του ασθενούς, αλλά κι η προσωπική επιθυμία του ασθενούς ύστερα από αναλυτική ενημέρωση από τον Ουρολόγο του για τις διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές, τα πλεονεκτήματά τους και τα μειονεκτήματά τους. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη είναι σήμερα εφικτή, μέσα από τον ετήσιο προληπτικό έλεγχο. Έτσι, στους περισσότερους ασθενείς, ο καρκίνος του προστάτη διαγιγνώσκεται όταν είναι εντοπισμένος, πριν δηλαδή δώσει μεταστάσεις. Έτσι αν κι οι θεραπευτικές επιλογές στα πρώτα στάδια της νόσου είναι πολλές, αυτές περιορίζονται σημαντικά σε προχωρημένα στάδια της νόσου (κυρίως ορμονοθεραπεία και χημειοθεραπεία).

**ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ/
ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ (ACTIVE SURVEILLANCE):**

Η ενεργός παρακολούθηση σημαίνει τακτικό έλεγχο (για παράδειγμα κάθε 3 με 6 μήνες), μέσω δακτυλικής εξέτασης, μέτρησης του PSA, μαγνητικών (MRI) ή κι επαναλαμβανόμενων βιοψιών. Βασίζεται στην αργή εξέλιξη του καρκίνου του προστάτη. Σκοπός της είναι η αποφυγή μίας μη απαραίτητης ριζικότερης θεραπείας, με τις επιπτώσεις που αυτή συνεπάγεται. Γίνεται σε χαμηλού κινδύνου καρκίνους που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο. Περισσότεροι από τους μισούς άντρες που βρίσκονται σε ενεργό παρακολούθηση δε θα χρειαστούν ποτέ θεραπεία. Αν όμως οι εξετάσεις σε οποιοδήποτε στάδιο της παρακολούθησης δείξουν ότι ο καρκίνος επεκτείνεται ή αλλάζει, θα χρειαστεί μία ριζική θεραπεία, όπως χειρουργική επέμβαση, με άνωτερο σκοπό την ίαση. Η επιλογή αυτή αξιολογείται με βάση τα χαρακτηριστικά ευρήματα της βιοψίας. Ορισμένοι ασθενείς αγχώνονται, γνωρίζοντας ότι έχουν καρκίνο και δεν προβαίνουν σε κάποια μορφή θεραπείας. Σε αυτούς τους ασθενείς μπορεί να προσφερθεί μία ριζικότερη θεραπεία, εφόσον κι οι ίδιοι το επιθυμούν. Σε κάθε περίπτωση ασθενής και Ουρολόγος θα συζητήσουν μαζί για τα εναλλακτικά θεραπευτικά πλάνα.

**ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ (WATCHFUL WAITING):**

Σκοπός της παρακολούθησης είναι να αποφευχθούν οι παρενέργειες της θεραπείας. Εφαρμόζεται κυρίως σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας ή/και με συννοσηρότητες που έχουν είτε μικρούς όγκους οι οποίοι δεν είναι πολύ επιθετικοί είτε έχουν μικρό προσδόκιμο επιβίωσης λόγω άλλων σοβαρών προβλημάτων υγείας. Κάποιοι ασθενείς υπό παρακολούθηση ενδέχεται να χρειαστούν κάποια μορφή θεραπείας αν ο καρκίνος επεκτείνεται ή εξαπλώνεται σε άλλα όργανα. Σκοπός της θεραπείας θα είναι ο έλεγχος της εξάπλωσης αλλά κι η διαχείριση των συμπτωμάτων του ασθενούς.



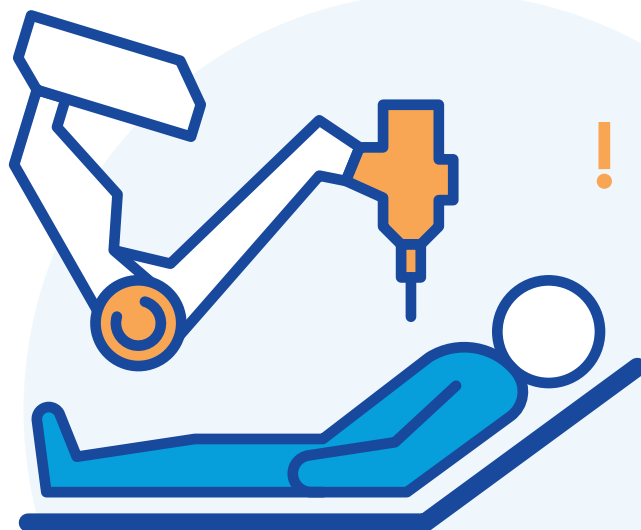
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η ριζική προστατεκτομή είναι η ενδεδειγμένη μορφή θεραπείας για τοπικό ή τοπικά εκτεταμένο καρκίνο του προστάτη σε ασθενείς με προσδόκιμο επιβίωσης μεγαλύτερο από 10 χρόνια. Συνιστάται στη χειρουργική αφαίρεση του προστάτη αδένα μαζί με τις σπερματοδόχους κύστες (δύο κύστες που συμβάλλουν στην παράγωγή του σπέρματος και στις οποίες γίνεται να επεκταθεί τοπικά ο καρκίνος του προστάτη). Σε κάποιες περιπτώσεις είναι απαραίτητο να αφαιρεθούν κι οι λεμφαδένες (λεμφαδενεκτομή). Μολονότι η αφαίρεση των λεμφαδένων στις περιπτώσεις αυτές δε φαίνεται να συνεισφέρει ιδιαίτερα στην παράταση της επιβίωσης των ασθενών, είναι πολύ χρήσιμη για λόγους σταδιοποίησης. Σκοπός του χειρουργείου είναι να διατηρηθούν οι παρακείμενες ανατομικές δομές, εφόσον φυσικά οι συνθήκες του κάθε χειρουργείου το επιτρέπουν. Η ριζική προστατεκτομή μπορεί να διενεργηθεί είτε ανοιχτά είτε ενδοσκοπικά, δηλαδή λαπαροσκοπικά ή ρομποτικά. Με τις ενδοσκοπικές τεχνικές, τα χειρουργικά εργαλεία εισάγονται στην κοιλιά μέσω μικρών οπών κι έτσι αποφεύγεται η διενέργεια μιας μεγαλύτερης τομής. Αν κι η υπεροχή της μίας μεθόδου έναντι των άλλων συνιστά διαχρονικό αντικείμενο έντονης συζήτησης αλλά κι αντιπαραθέσεων, πολλαπλές έρευνες αδυνατούν να αναδείξουν την ανωτερότητα κάποιου μεθόδου όσον αφορά στα λειτουργικά (στυτική λειτουργία κι εγκράτεια όπως θα αναλυθούν παρακάτω) κι ογκολογικά αποτελέσματα (θετικά χειρουργικά όρια στις παθολογοανατομικές εκθέσεις των εξαιρουμένων προστατών) μετά το χειρουργείο. Παρόλα αυτά, οι ενδοσκοπικές μέθοδοι, δηλαδή η λαπαροσκοπική κι η ρομποτική τεχνική, συνδέονται με βραχύτερη νοσηλεία, λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο κι μικρότερη διεγχειρητικά απώλεια αίματος, με αποτέλεσμα να μειώνεται κι η πιθανότητα μετάγγισης. Κι οι τρεις μέθοδοι όμως είναι αποδεκτές κι έτσι ο Ουρολόγος σας θα πρέπει να εφαρμόσει την τεχνική με την οποία είναι περισσότερο εξοικειωμένος, εφόσον βέβαια κι ο ασθενής συμφωνεί με την επιλογή του αυτή.

Δύο πολύ συχνές επιπλοκές που εμφανίζονται μετά τη ριζική προστατεκτομή είναι η ακράτεια ούρων κι η στυτική δυσλειτουργία. Αν και διεγχειρητικά καταβάλλεται η μέγιστη προσπάθεια για τη διατήρηση των σφιγκτήρων του ουροποιητικού συστήματος (που είναι υπεύθυνοι για την εγκράτεια) αλλά και των αγγειονευρωδών δεματίων (των νεύρων και των αγγείων δηλαδή που «ταξιδεύοντας» πίσω και γύρω από τον προστάτη φτάνουν στο πέος εξασφαλίζοντας τη στύση), θα πρέπει να είστε ενήμεροι ότι οι δύο αυτές λειτουργίες, η εγκράτεια κι η στύση, είναι πολύ πιθανό να επηρεαστούν βραχυπρόθεσμα ή και μακροπρόθεσμα μετά το χειρουργείο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών θα συναντήσει δυσκολίες στη στύση μετά το χειρουργείο (στυτική δυσλειτουργία), ενώ όλοι δε θα έχουν εκσπερμάτιση, αφού έχουν αφαιρεθεί τα βασικά όργανα που παράγουν το σπέρμα. Διατηρείται όμως η ερωτική επιθυμία και ξηρός οργασμός χωρίς εκσπερμάτιση. Η στύση μετά το χειρουργείο εξαρτάται κι από τη στυτική λειτουργία πριν το χειρουργείο. Έτσι, κάποιοι άντρες με καλές στύσεις πριν το χειρουργείο, εφόσον η έκταση της νόσου επιτρέπει τη διατήρηση των αγγειονευρωδών δεματίων διεγχειρητικά, θα ανακτήσουν σταδιακά τις στύσεις τους, ακολουθώντας ειδικό πρόγραμμα μετεγχειρητικά. Μάλιστα, ενδέχεται να χρησιμοποιούν φάρμακα προκειμένου να επιτευχθούν ικανοποιητικές στύσεις. Κάποιοι ασθενείς θα έχουν απώλεια ούρων (ακράτεια) μετά το χειρουργείο (μετά την αφαίρεση του καθετήρα), ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες. Η εγκράτεια σε αυτούς τους ασθενείς ενδέχεται να επανέλθει σε λίγο καιρό, ενώ σε άλλους ασθενείς μπορεί να παραμείνει. Ειδικές ασκήσεις που εξασκούν τους μύες του πυελικού εδάφους (ασκήσεις Kegel) μπορούν να βοηθήσουν σε αυτή την προσπάθεια. Σε κάθε περίπτωση, ο Ουρολόγος θα πρέπει να παραπέμψει τους ασθενείς αυτούς σε εξειδικευμένους φυσιοθεραπευτές, προκειμένου να ακολουθήσουν προγράμματα διάρκειας 3-6 μηνών. Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι ακόμη και για τις πιο ανθεκτικές μορφές στυτικής δυσλειτουργίας κι ακράτειας μετά τη ριζική προστατεκτομή υπάρχουν αποτελεσματικές λύσεις και θα πρέπει να συζητηθούν με τον Ουρολόγο σας.



?



ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτινοβολία (ακτίνες X) υψηλής ενέργειας προκειμένου να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Διακρίνεται στην εξωτερική και στη βραχυθεραπεία, ενώ πολλές φορές τα 2 αυτά είδη ακτινοβολιών χρησιμοποιούνται συνδυαστικά.

- **Εξωτερική ακτινοθεραπεία:** Για τη διενέργειά της, χρησιμοποιείται ένας γραμμικός επιταχυντής. Πραγματοποιείται από ακτινοθεραπευτές και στηρίζεται σε προγραμματισμένα ημερήσια ραντεβού για περίοδο 7-9 εβδομάδων. Κατά την εφαρμογή εξωτερικής ακτινοθεραπείας, τμήματα της ουροδόχου κύστης αλλά και του ορθού ενδέχεται να ακτινοβοληθούν, προκαλώντας έτσι διάρροιες ή/και συχνουρία μετά τη θεραπεία. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να αισθάνονται κουρασμένοι κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μετά τις εξωτερικές ακτινοθεραπείες, μερικοί ασθενείς θα εμφανίσουν μόνιμη απώλεια των στύσεων (ανικανότητα). Τέλος, συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες (π.χ. ορμονοθεραπεία).
- **Βραχυθεραπεία:** Η βραχυθεραπεία έχει δώσει αποτελέσματα αντίστοιχα με αυτά της ριζικής προστατεκτομής όταν έχει γίνει σε ασθενείς με ένδειξη γι' αυτή τη θεραπεία, δηλαδή στα αρχικά στάδια της νόσου. Η μέθοδος συνιστάται στην εμφύτευση ραδιενεργών σπόρων με γενική αναισθησία στον προστάτη, με τη βοήθεια του διορθικού υπερήχου. Η ακτινοβολία απελευθερώνεται αργά από τους σπόρους για μερικούς μήνες. Μετά τη βραχυθεραπεία κάποιοι ασθενείς ενδέχεται να αντιμετωπίσουν προβλήματα με την ούρηση και τη στύση.

**ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

Η τεστοστερόνη βοηθάει τον καρκίνο του προστάτη να εξαπλωθεί. Έτσι, ο πιο κοινός τρόπος να ελεγχθεί η ποσότητα της τεστοστερόνης που κυκλοφορεί στον οργανισμό είναι η ορμονοθεραπεία. Είναι επίσης γνωστή ως θεραπεία ανδρογονικού αποκλεισμού (Androgen Deprivation Therapy, ADT). Είναι διαθέσιμη σε ενέσεις, εμφυτεύματα, ταμπλέτες ή και σε ρινικό σπρέι. Μερικοί ασθενείς μπορεί να ακολουθήσουν ορμονοθεραπεία πριν, κατά τη διάρκεια, ή μετά την ακτινοθεραπεία ή τη χημειοθεραπεία. Άλλοι ασθενείς μπορεί να ακολουθήσουν μόνο ορμονοθεραπεία. Χρησιμοποιείται για όλα τα στάδια του καρκίνου του προστάτη, αλλά συνιστά την κύρια θεραπεία σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου του προστάτη. Συνηθισμένες μορφές θεραπείας είναι οι αγωνιστές LHRH, οι ανταγωνιστές LHRH, τα αντιανδρογόνα κι η αμπιρατερόνη. Η λεπτομερής περιγραφή των φαρμάκων αυτών ξεφεύγει από τους στόχους της παρούσας ενημερωτικής ενότητας. Τα φάρμακα αυτά λειτουργούν με διαφορετικούς μηχανισμούς. Έτσι κάποια εμποδίζουν την παραγωγή ουσιών στον εγκέφαλο, οι οποίες με τη σειρά τους διεγείρουν τους όρχεις προκειμένου να παραγάγουν τεστοστερόνη, ενώ άλλα εμποδίζουν την τεστοστερόνη να μπει στο καρκινικό κύτταρο. Η ορμονοθεραπεία έχει κάποιες παρενέργειες, οι οποίες είναι συνήθως καλά ανεκτές. Ενδεικτικά, οι πιο συχνές είναι η στυτική δυσλειτουργία, οι εξάψεις, η οστεοπόρωση, η μειωμένη ερωτική επιθυμία, η αύξηση του σωματικού βάρους κι η συναισθηματική αστάθεια. Όταν χορηγείται για πολλά χρόνια, αυξάνει τον κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου. Εναλλακτικά μπορεί να εφαρμοστεί κι αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή, καταργώντας έτσι την παραγωγή τεστοστερόνης. Επειδή όμως η διαδικασία αυτή είναι μη αντιστρεπτή, ο ασθενής θα πρέπει να είναι απολύτως σίγουρος για την επιλογή του αυτή.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η χημειοθεραπεία προσφέρεται συνήθως σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη και βρίσκονται σε καλή γενική κατάσταση, ώστε να μπορούν να ανεχτούν τη θεραπεία. Η χημειοθεραπεία δεν προσφέρει ίαση, αλλά μπορεί να κρατήσει τον καρκίνο «υπό έλεγχο» και να παρατείνει την επιβίωση, προσφέροντας παράλληλα ανακούφιση από τον πόνο. Κοινά χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η δοσεταξέλη κι καμπαζιταξέλη. Η χημειοθεραπεία συνιστά μία δυνατή μορφή θεραπείας που καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα μέσα στο σώμα και χορηγείται μέσω μίας φλέβας. Επειδή, όμως, αναπόφευκτα καταστρέφει και κάποια φυσιολογικά υγιή κύτταρα, μπορούν να εμφανιστούν διάφορες δυσάρεστες παρενέργειες. Κάθε οργανισμός αντιδρά διαφορετικά στη θεραπεία κι η επιλογή της υποβολής σε κύκλους χημειοθεραπείας δεν είναι σε καμία περίπτωση μία εύκολη απόφαση. Θα πρέπει να συζητήσετε τόσο με το γιατρό σας όσο και με την οικογένειά σας για τα πιθανά οφέλη αλλά και τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Πάντως, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα, έχουν μικρότερη τοξικότητα συγκριτικά με τα παλιότερα κι ασθενείς τα ανέχονται σχετικά καλά.



ΆΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Τα τελευταία χρόνια έχουν κάνει την εμφάνισή τους ορισμένες εναλλακτικές μορφές θεραπειών. Οι θεραπείες αυτές εφαρμόζονται σε λίγα κι εξειδικευμένα κέντρα κι είναι οι εξής:

- **Υψηλής έντασης εστιασμένος υπέρηχος (High intensity focused ultrasound, HIFU):** Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί ακτίνες υπέρηχων για να παραγάγει θερμότητα, καταστρέφοντας τα καρκινικά κύτταρα. Χρησιμοποιείται μόνο σε ασθενείς με αρχικού σταδίου καρκίνο του προστάτη. Γίνεται με γενική ή με επισκληρίδιο αναισθησία. Για τη διενέργειά της, μία κεφαλή υπέρηχου εισέρχεται στο ορθό, η οποία περιβάλλεται από ένα «ψυχρό» μπαλόνι, προκειμένου να προστατευτεί το έντερο από την παραγόμενη θερμότητα.
- **Κρυοθεραπεία:** Για την κρυοθεραπεία μία βελόνα εισέρχεται από το περίνεο και, με τη βοήθεια του διορθικού υπέρηχου, προωθεί παγωμένο αέρα ο οποίος καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα. Χρησιμοποιείται σε ασθενείς με αρχικού σταδίου καρκίνο του προστάτη και γίνεται με γενική ή επισκληρίδιο αναισθησία.

ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σε προχωρημένα στάδια καρκίνου του προστάτη ο γιατρός σας μπορεί να συστήσει την ανακουφιστική ή υποστηρικτική φροντίδα. Σκοπός της είναι να σας βοηθήσει να ανεχτείτε τον πόνο και τα ενοχλητικά συμπτώματα καθώς και να διαχειριστείτε τα συναισθήματά σας, παρέχοντας παράλληλα υποστήριξη στην οικογένειά σας και τον περίγυρό σας.



ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου του προστάτη είναι σίγουρα μία δυσάρεστη εμπειρία για εσάς. Να θυμάστε όμως, ότι ο καρκίνος του προστάτη είναι μία αργά εξελισσόμενη νόσος, που σε πολλές περιπτώσεις όταν διαγιγνώσκεται πολύ έγκαιρα μπορεί να ιαθεί. Ακόμη για τις πιο εκτεταμένες περιπτώσεις, υπάρχουν διαθέσιμες θεραπείες οι οποίες μπορούν να παρατείνουν την επιβίωσή σας αλλά και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής σας, ανακουφίζοντας τον πόνο κι άλλα ενοχλητικά συμπτώματα. Η Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία και το Γραφείο Ασθενών της Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας είναι δίπλα σας και θα σας υποστηρίξουν με κάθε τρόπο και μέσο που μπορούν. Για οποιαδήποτε απορία μη διστάσετε να απευθυνθείτε στον Ουρολόγο σας !