



## Βιβλιογραφική ενημέρωση

Χ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

Χειρουργός Ουρολόγος, Επιμελητής Β', Νοσοκομείο Άρτας

### Η επίδραση του όγκου του προστάτη και του ελεύθερου PSA στη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη σε άνδρες με ολικό PSA από 2,6 έως 10ng/ml.

Bruno J, Armenakas N, Fracchia A.

J Urol 2007; 177: 1741-1744.

**Μ**ε βάση πρόσφατα δεδομένα προτείνεται ότι το κατώτερο όριο του ολικού PSA για την εκτέλεση βιοψίας προστάτη πρέπει να είναι τα 2,6ng/ml. Οι ερευνητές στην παρούσα μελέτη προσπάθησαν να εκτιμήσουν την επίδραση του ελεύθερου PSA και του όγκου του προστάτη στη διάγνωση του προστατικού καρκίνου, όταν το ολικό PSA κυμαίνεται από 2,6 έως 10ng/ml. Εξετάστηκαν 5.587 περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε διορθική βιοψία προστάτη λόγω σκληρίας ή/και αύξησης του PSA. Από τους ασθενείς, οι 1.072 είχαν PSA μεταξύ 2,6 και 10ng/ml. **Συνοληκά, καρκίνος διαγνώστηκε σε 296 (27,6%).**

Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση, διαπιστώθηκε ότι οι ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου για θετική βιοψία προστάτη ήταν η εκατοστιαία αναλογία του ελεύθερου PSA, η δακτυλική εξέταση και ο όγκος του προστάτη, αλλά όχι το ολικό PSA.

Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι στους ασθενείς με PSA από 2,6 έως 10ng/ml η πιθανότητα ανίχνευσης καρκίνου είναι αντίστροφα ανάλογη με τον όγκο του προστάτη και την εκατοστιαία αναλογία του ελεύθερου προστατικού αντιγόνου.

### PSA velocity σε άνδρες με ολικό PSA μικρότερο από 4ng/ml.

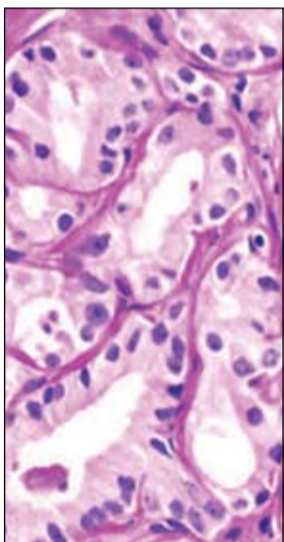
Loeb S, Roem K, Nadler R, Yu X, Catalona W.

J Urol 2007; 178: 2348-2353.

**Ε**ίναι γνωστό ότι η ταχύτητα αύξησης του PSA (velocity) έχει χρησιμοποιηθεί για τη διάκριση του καρκίνου από την καλοήγη υπερπλασία προστάτη. Εντούτοις, το όριο των 0,75ng/ml ανά έτος έχει υπολογιστεί κυρίως σε ομάδες ασθενών με PSA από 4 έως 10ng/ml.

Από τους 26.000 άνδρες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη προ-συμπτωματικού ελέγχου, οι 22.019 είχαν PSA ίσο ή μικρότερο του 4ng/ml. Στους 11.792 από αυτούς, κατέστη δυνατός ο υπολογισμός του PSA velocity. Από αυτούς, στους 501 διαγνώστηκε καρκίνος προστάτη με μέσο χρόνο παρακολούθησης τους 68 μήνες (0-148). Ακολουθώντας πολυπαραγοντική ανάλυση των δεδομένων, οι συγγραφείς βρήκαν ότι η ταχύτητα αύξησης του PSA πάνω από 0,4ng/ml ανά έτος αποτελεί πιο ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για τη διάγνωση καρκίνου από ότι η ηλικία, η φυλή και το οικογενειακό ιστορικό. Συνοληκά, στους άνδρες με PSA velocity <0,4 διαγνώστηκε καρκίνος σε ποσοστό 2%, ενώ στους άνδρες με PSA velocity >0,4 διαγνώστηκε καρκίνος σε ποσοστό 13%.

Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τιμή PSA velocity πάνω από 0,4ng/ml ανά έτος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την απόφαση εκτέλεσης βιοψίας προστάτη σε ασθενείς με ολικό PSA κάτω από 4ng/ml.



### Προβλέποντας τον κίνδυνο ύπαρξης υψηλότερου βαθμού κακοήθειας καρκίνου προστάτη σε ασθενείς με Gleason score 6 στη βιοψία προστάτη.

Gofrit O, Zorn K, Kevin C, et al.

J Urol 2007; 178: 1925-1928.

**Σ**τις βιοψίες προστάτη, το πιο συχνά ευρισκόμενο Gleason score είναι 3+3=6. Οι συγγραφείς αναλύουν τις κλινικές μεταβλητές με τις οποίες μπορεί να προβλεφθεί η πιθανότητα στους ασθενείς με Gleason score 6 να υποκρύπτεται υψηλότερη τιμή.

Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελούνταν από 448 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ριζική προστατεκτομή λόγω αδενοκαρκινώματος με Gleason score 6. Μεγαλύτερο score από 6 ανευρέθηκε στο τελικό παρασκεύασμα σε 91 από τους 448 ασθενείς (20,3%). Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι μόνο το PSA και το μέγιστο ποσοστό ανεύρεσης καρκίνου στα ιστοτεμάχια της διορθικής βιοψίας σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την ύπαρξη μεγαλύτερου score.

Συγκεκριμένα, όταν το PSA ήταν μικρότερο από 12ng/ml ο κίνδυνος ύπαρξης μεγαλύτερου score ήταν 62%, ενώ όταν το PSA ήταν μικρότερο ή ίσο του 12ng/ml ο κίνδυνος ήταν 18%. Όταν ο καρκίνος καταλάμβανε πάνω από το 5% του ιστοτεμαχίου, ο κίνδυνος ύπαρξης μεγαλύτερου score ήταν 22,6% και 10,5% όταν καταλάμβανε το 5% ή λιγότερο του ιστοτεμαχίου.

Αντίθετα, μεταβλητές όπως η ηλικία, το ποσοστό των θετικών ιστοτεμαχίων, ο όγκος του προστάτη, η πυκνότητα του PSA (density) και η εντόπιση του καρκίνου (ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη), δεν είχαν σημαντική άμεση επίδραση στον κίνδυνο να υποκρύπτεται υψηλότερο Gleason score.

### Η πρώτη επαναχορήγηση ασπιρίνης μετά από επεμβάσεις προστάτη και διουρηθρικές επεμβάσεις ουροδόχου κύστεως δε σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Προοπτική, τυχαιοποιημένη μελέτη.

Ehrlich Y, Yossepowitch O, Margel D, Lask D, Livne P, Baniel J. J Urol 2007; 178: 524-528.

**Ε**γχειρήσεις του κατώτερου ουροποιητικού, όπως η ανοικτή προστατεκτομή, η διουρηθρική προστατεκτομή και η διουρηθρική εκτομή όγκου κύστεως εκτελούνται συχνά σε ηλικιωμένους ασθενείς, στους οποίους η χορήγηση ασπιρίνης κρίνεται απαραίτητη για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου.

Σε αυτή την τυχαιοποιημένη μελέτη, σκοπός ήταν να διερευνηθεί η ασφάλεια της επαναχορήγησης ασπιρίνης σε σύντομο διάστημα μετά από τις προαναφερθείσες εγχειρήσεις. Συνοληκά 120 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες. Στην πρώτη η έναρξη της χορήγησης ασπιρίνης έγινε 24 ώρες μετά τη διακοπή των πλύσεων της ουροδόχου κύστεως και στη δεύ-

τερη 3 εβδομάδες μετά το χειρουργείο. Αιματοουρία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, που απαίτησε πλύσεις, ή αιματοουρία μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, που απαίτησε εισαγωγή, συνέβη στους 10 από τους 60 (13,6%) ασθενείς της πρώτης ομάδας και σε 6 από τους 60 (10%) ασθενείς της δεύτερης ομάδας. Ο χρόνος παραμονής του καθετήρα ήταν ίδιος και στις δυο ομάδες.

Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουν οι συγγραφείς της εργασίας είναι ότι, εφόσον η χορήγηση ασπιρίνης σύντομα μετά από επεμβάσεις του κατώτερου ουροποιητικού δεν αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας, αυτή μπορεί να χορηγείται, ειδικά σε ασθενείς υψηλού κινδύνου καρδιαγγειακής νοσηρότητας.

