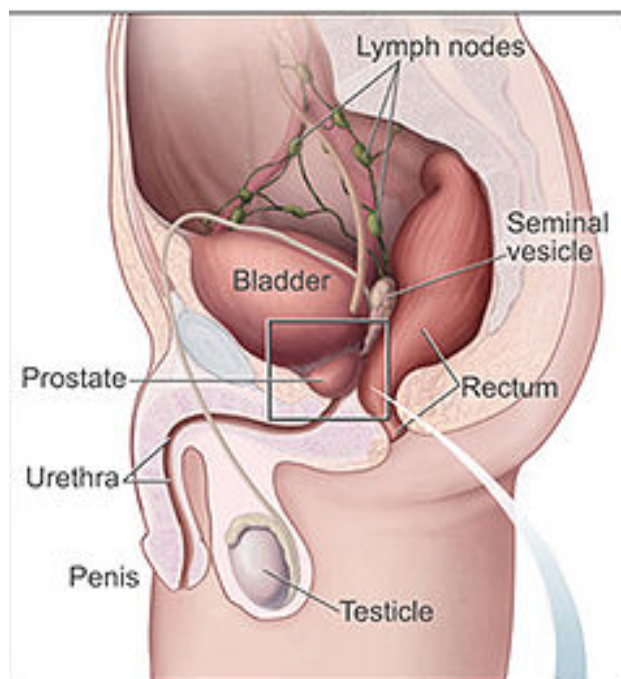
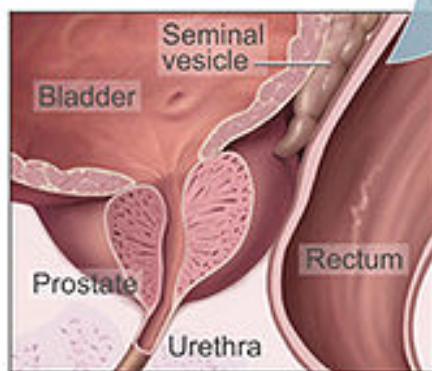


پروستات چیست:

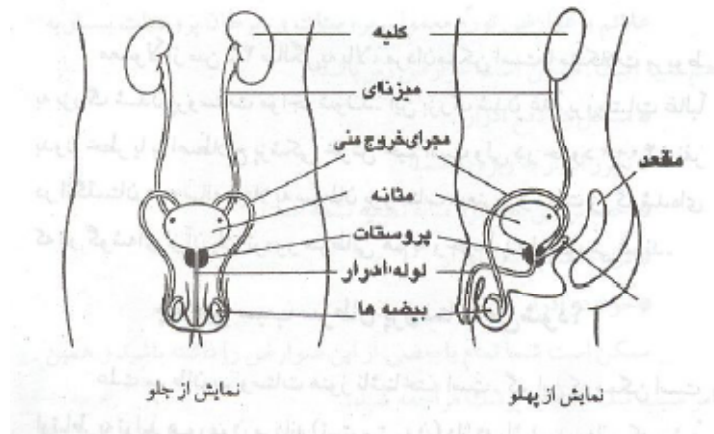
غده پروستات غده ای است که تنها در مردان یافت می شود. این غده در زیر مثانه قرار دارد و مایعی به داخل مایع منی ترشح می کند.



This shows the prostate and nearby organs.



This shows the inside of the prostate, urethra, rectum, and bladder.



سرطان پروستات چیست:

سرطان پروستات نوعی بیماری است که در آن سلولهای بدخیم از بافتهای پروستات نشات می گیرند و به طور نامنظم و فزاینده‌ای تکثیر و منجر به افزایش حجم در هر یک از اجزای سلولی غده پروستات می شود.

شیوع بیماری:

سرطان پروستات شایعترین بد خیمی احشایی در مردان و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در آنها می باشد . در سال ۲۰۰۹ حدوداً ۱۹۲۰۰۰ مرد با تشخیص سرطان پروستات در ایالات متحده دیده شدند و انتظار می رفت که ۲۷۰۰۰ مرد به علت این بیماری فوت نمایند. خطر بروز بیماری در طول زندگی حدوداً ۱۷/۶٪ در سفید پوستان بوده و خطر مرگ در طول زندگی ۲/۸٪ میباشد.

سرطان پروستات ندرتاً در مردان زیر ۵۰ سال تشخیص داده می شود (کمتر از ۱/۰٪ کل بیماران) حداکثر بروز در سن ۷۰ تا ۷۴ سالگی می باشد و ۸۵٪ موارد بعد از سن ۶۵ سالگی تشخیص داده می شود .

فاکتورهای خطر سرطان پروستات :

الف. سن: سرطان پروستات دارای یکی از قوی ترین ارتباطات با سن در مقایسه با سایر سرطانها می باشد. سرطان پروستات که از لحاظ بالینی قابل تشخیص باشد ندرتاً پیش از سن ۴۰ سالگی رخ می دهد، ولی شیوع آن پس از ۴۰ سالگی بسرعت افزایش می یابد . دراطلاعات ارائه شده توسط مؤسسه ملی سرطان، بروز سالیانه موارد جدید سرطان پروستات در مردان سفید پوست درسال ۱۹۹۵ حدود ۰/۱ ، ۰/۶ و ۱٪ به ترتیب در ۵۰ ، ۶۰ و ۷۰ سالگی بود .

ب. نژاد : سرطان پروستات در مردان سیاهپوست شایعتر از سفید پوستان است که شاید بدلیل ترکیبی از فاکتورهای غذایی و یا ژنتیکی باشد. متوسط شیوع سالیانه بیماری درمردان در ۱۰۰/۰۰۰ نفر در اوایل دهه ۷۰ در امریکایی های آفریقایی تبار و سفید پوستان و امریکایی های آسیایی تبار به ترتیب حدود ۱۵۰۰، ۱۶۰۰ و ۷۰۰ نفر بوده است. علاوه بر شیوع بیشتر سرطان پروستات در امریکایی های آفریقایی تبار، سن آغاز نیز در این گروه زودتر از سایر گروهها می باشد .

ج. فاکتورهای ژنتیکی : علیرغم آنکه شواهدی مبنی بر ارتباط قوی سرطان پروستات با فاکتورهای ژنتیکی وجود دارد ، شناسایی ژنهای اختصاصی این بیماری محل اختلاف می باشد .

د. رژیم غذایی:

۱- چربی حیوانی : رژیم حاوی چربی حیوانی بالا می تواند فاکتوری مهم در ایجاد سرطان پروستات باشد و مصرف غذاهای حاوی اسید آلفالینولئیک بالا که در گوشت قرمز و برخی محصولات لبنی وجود دارد در این امر دخالت دارد .

۲- سبزیجات: غذاهای حاوی سبزیجات پایین در بروز سرطان پروستات مؤثر است. مصرف محصولات حاوی گوجه فرنگی ریسک سرطان پروستات را کاهش می دهد. گوجه فرنگی دارای رنگدانه لیکوپن است که ویژگی های آنتی اکسیدان دارد.

۳- مصرف سویا: سویا حاوی فیتواستروژنهایی است که فعالیت شبه استروژنی در بدن دارند و می توانند خطر سرطان پروستات را کاهش دهند. علاوه بر این اثر، مهار آنزیم ۵- آلفا هیدروکورتاز نیز که غلظت دی هیدرو تستوسترون را کاهش می دهد نیز در این امر مؤثر است. مصرف بالاتر سویا در جوامع آسیایی به عنوان فرضیه ای برای کمتر بودن شیوع سرطان پروستات در این گروه مطرح شده است.

۴- الکل: ارتباطی بین مصرف الکل و بروز سرطان پروستات شناخته نشده است.

۵- ویتامین ها و مواد معدنی: مصرف معمول مولتی ویتامین ها، سرطانهای پروستات اولیه یا محدود را متأثر نمی سازد. مصرف سلنیم و ویتامین E نیز با کاهش میزان سرطان پروستات همراه بوده این درحالیست که روی میزان بیماری را افزایش می دهد.

ارتباط بین مصرف بالای کلسیم و فراورده های لبنی و افزایش ریسک بیماری در بسیاری از مطالعات و نه همه ی آنها دیده شده است. ارتباط بین بیماری و ویتامین D در مطالعات مختلف با نتایج متناقضی همراه بوده است.

ه) آنالیز هورمونی و چاقی

۱- هورمونهای جنسی: غلظت های سرمی تستوسترون، دی هیدرو تستوسترون و سایر اندروژنها با بروز سرطان پروستات ارتباطی نداشت. بعلاوه هیچ ارتباطی نیز بین سطوح سرمی استروژن و بروز سرطان پروستات وجود نداشت. همچنین مکمل های تستوسترون که بعنوان درمان هیپوگنادیسم استفاده می شود نیز ریسک پروستات را افزایش نداد

۲- چاقی: مطالعات مختلف نتایج متناقضی را در مورد ارتباط بین چاقی و سرطان پروستات نشان داده و هیچکدام نتوانسته اند این مسأله را اثبات نمایند .

۳- فعالیت فیزیکی: علیرغم فواید بسیار فعالیت فیزیکی منظم، کاهش بروز سرطان پروستات در بین این افراد چندان روشن نمی باشد و مطالعات مختلف، نتایج قطعی در این مورد ارائه نداده اند.

و) وازکتومی: ارتباط بین وازکتومی و بروز سرطان پروستات محل اختلاف است. علیرغم آنکه مطالعات پیشین از افزایش مختصر سرطان پروستات بدنبال وازکتومی خبر داده اند اطلاعات جدید این ارتباط را رد می نمایند .
ز) عفونتها: افزایش میزان سرطان پروستات در بیماران با سابقه عفونتهای مقاربتی دیده شده است.

علائم سرطان پروستات:

از زمان آغاز غربالگری سرطان پروستات بوسیله آزمایش PSA، سرطان پروستات معمولاً در زمانی که فاقد علامت است تشخیص داده می شوند.

در بیمارانی که بوسیله ی غربالگری PSA تشخیص داده نمی شوند اولین شواهد سرطان بوسیله ی معاینه پروستات از راه مقعد (که توسط پزشک انجام میگردد) یا بدنبال بروز علائم ادراری تشخیص داده می شوند.

تکرر ادرار بویژه در شب ممکن است ایجاد شود. این علائم معمولاً محدود به بیمارانی است که بیماری تا حدودی پیشرفته دارند. این علائم در بزرگی خوش خیم پروستات هم دیده می شوند و بنظر می رسد در این بیماری شایعتر از سرطان پروستات باشد. اختلال نعوظ تازه شروع شده باید همیشه شک به وجود اختلال در غده پروستات را مطرح نماید. اختلال جنسی عمدتاً در سرطانهای پیشرفته دیده می شود .

وجود خون در ادرار یا مایع منی علایم ناشایع سرطان پروستات هستند ولی بروز آنها در افراد مسن باید باعث قرار گرفتن سرطان پروستات در تشخیص های افتراقی باشد. گروه کوچکی از مردان با علایم بیماری پیشرفته (مانند درد استخوانی) تظاهر می نمایند

تشخیص:

۱. معاینه: پزشک با استفاده از معاینه انگشتی از طریق مقعد میتواند پروستات را ارزیابی نماید. یافته هایی از قبیل عدم تقارن یا لمس توده سفت، شک به سرطان را برمی انگیزد و نیاز به نمونه برداری را مشخص میسازد.

۲. آزمایش خون: PSA (prostate specific antigen) یک شاخص اختصاصی پروستات است و افزایش آن می تواند ناشی از بزرگی خوش خیم یا سرطان پروستات باشد. این آنتی ژن از پروستات به داخل خون ترشح میشود و کشف آن انقلابی در تشخیص سرطان پروستات ایجاد نمود. همپوشانی قابل توجهی در مقادیر PSA در بیماران سرطانی و بزرگی خوش خیم پروستات وجود دارد ولی هرچه PSA بالاتر باشد احتمال یافتن سرطان پروستات بیشتر است. میزان نرمال PSA کمتر از ۴ میباشد و مقادیر بالای ۴ و بویژه بالای ۱۰ بطور حتم نیازمند بررسی بیشتر و نمونه برداری هستند.

۳. نمونه برداری: اساس تشخیص سرطان پروستات بوسیله نمونه برداری میباشد. این کار میتواند در اتاق عمل و زیر بیهوشی ویا در مطب و به کمک دستگاه سونوگرافی انجام گردد. نمونه برداری بوسیله سوزن مخصوص و از راه مقعد انجام میشود. معمولا پس از انجام این عمل نیاز به مصرف آنتی بیوتیک تا چند روز وجود دارد. از عوارض این عمل بروز تب، علائم ادراری مانند سوزش و تکرر و نیز مشاهده خون در ادرار یا مدفوع میباشد.

۴. روشهای تشخیصی پیشرفته: پس از تشخیص بیماری بوسیله روشهای فوق جهت تعیین گسترش بیماری از روشهای دیگری همانند سی تی اسکن، ام آر آی و اسکن هسته ای استخوان بهره گرفته میشود.

غربالگری سرطان پروستات:

غربالگری به معنای بررسی افراد بدون علامت در جامعه جهت تشخیص برخی بیماریهای شایع میباشد. بعنوان مثال در کلیه زنان بالای ۳۵ سال توصیه به انجام ماموگرافی جهت تشخیص سرطان پستان میشود.

در خصوص سرطان پروستات نیز غربالگری بوسیله معاینه انگشتی پروستات از طریق مقعد و نیز آزمایش PSA قابل انجام است. توصیه میشود تمام مردان بالای ۵۰ سال مورد غربالگری قرار گیرند. در صورت ابتلای یکی از خویشاوندان درجه اول به این بیماری، توصیه میشود این امر در سن کمتر و بین ۴۰ تا ۴۵ سالگی انجام شود. موارد مشکوک جهت نمونه برداری ارجاع خواهند شد.

درمان:

درمان سرطان پروستات روشهای مختلفی دارد که برای هر شخص متفاوت است. این درمانها با توجه به فاکتورهای مختلفی همانند سن، میزان گسترش بیماری و میزان امید به زندگی و گاهی تمایل بیمار به یکی از روشها در مقایسه با سایر موارد تعیین میگردد. این روشها عبارتند از:

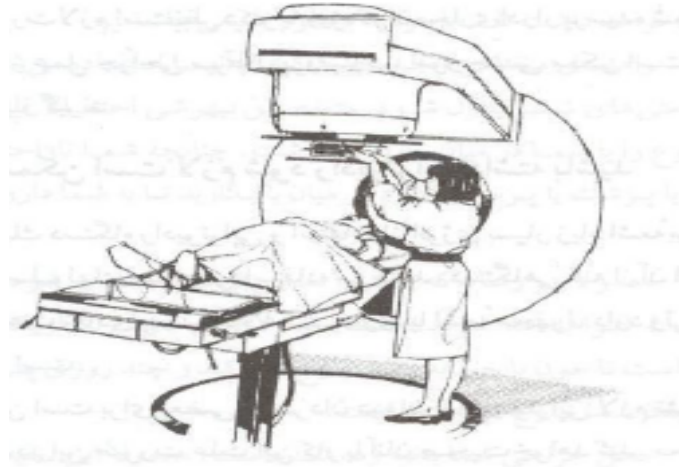
۱. تحت نظر گرفتن بیمار: در این روش بیمار به طور دقیق تحت نظر پزشک قرار می گیرد، بدون اینکه الگوی درمانی بر روی او اعمال شود. این روش برای بیماران تجویز می شود که جراحی برایشان مفید نیست و یا رشد غده سرطانی پروستات آنها بسیار کند و آهسته است و در درازمدت تأثیر سوء بر سلامتی او نخواهد گذاشت

۲. جراحی: این عمل که به آن رادیکال پروستاتکتومی میگویند عملی سنگین است که در آن پروستات، کیسه های منی و لوله های انتقال دهنده منی برداشته میشود. عوارض عمده این عمل شامل بی اختیاری ادرار ناتوانی جنسی هستند.

۳. کرایوتراپی (استفاده درمانی از سرمای شدید): در این روش سوند (probe) سونوگرافی به داخل مقعد انداخته می شود تا پزشک تصویر محل مورد نظر را بر روی صفحه ببیند. در این روش پزشک با انداختن سوند درون غده پروستات از طریق شکاف کوچکی بین مقعد و کیسه حاوی بیضه ها نیتروژن مایع را به غده پروستات هدایت می کند. نیتروژن مایع در داخل بافت منجر به انجماد بافت و انهدام سلول های سرطانی بافت غده پروستات می شود. کرایوتراپی روشی موثر برای درمان مقاطع کوچک ابتلا به سرطان است. احتمال آسیب دیدگی مثانه و التهاب دستگاه تناسلی از عوارض جانبی این روش است

۴. شیمی درمانی: استفاده از داروهای شیمیایی منجر به انهدام سلول های سرطانی می شود. عوارض جانبی شیمی درمانی عبارتند از: ریزش موی سر و ابرو، کاهش گلبول های سفید خون، ضعف سیستم ایمنی و دفاعی بدن، عفونت، احساس درد، خشکی دهان و پوکی استخوان

۵. رادیوتراپی (پرتودرمانی): از آنجا که تومور ممکن است بافت های اطراف غده پروستات را در بر گرفته باشد انجام جراحی و برداشتن غده پروستات کافی نیست و هر تظاهراتی از وجود PSA در آزمایش حاکی از گستردگی تومور است. در چنین وضعیتی الگوهای درمانی وسیع تری مانند رادیوتراپی پی گیری می شود. هدف از رادیوتراپی کنترل رشد سلول های سرطانی است. تابش اشعه به محل تومور ممکن است به صورت خارجی یا داخلی باشد. در روش خارجی بیمار در معرض تشعشع قرار می گیرد. اشعه از چند زاویه مختلف از خارج از بدن به تومور هدایت می شود. این روش کاملاً بدون درد است و به مدت ۷ تا ۸ هفته ادامه دارد. ولی بیمار از عوارض جانبی مانند تحریک پذیری مقعد، اسهال و خستگی مفرط ناشی از تابش پرتو گزارش می دهد. اثرات اشعه ممکن است واکنش های پوستی به صورت التهاب، خارش، سوزش، ترشح یا پوسته پوسته شدن پوست را به دنبال داشته باشد. تهوع، استفراغ، بی اشتها و آسیب های عروقی و تنفسی می تواند از دیگر عوارض جانبی رادیوتراپی باشد. همچنین رادیوتراپی ممکن است باعث سرکوب سیستم خونساز بدن و کاهش گلبول های سفید و ضعف سیستم ایمنی بدن و نهایتاً بروز عفونت شود. روش داخلی که به آن براکی تراپی گفته میشود برای رساندن مستقیم مقدار زیادی اشعه به ضایعه بدخیم است. در این روش، در اتاق عمل با استفاده از سرنج های نازک مواد یونیزه در بدن بیمار کاشته می شود



۶.هورمون درمانی: از آنجا که هورمون تستوسترون به رشد سرطان غده پروستات کمک می کند، هدف از هورمون درمانی کاهش هورمون جنسی در بدن است. این روش با به کارگیری داروهای ضد تستوسترون انجام می گیرد و شامل تجویز هورمون استروژن به عنوان قرص و یا آمپولهای ضد هورمون مردانه است. عوارض جانبی استفاده از قرصهای حاوی استروژن شامل درد در پستان و رشد پستان است که با قطع مصرف قرص ها از بین می رود. امروزه آمپولهای ضد هورمون مردانه طولانی اثر در دسترس میباشد که در فواصل یک یا سه ماهه تزریق میگردد. محدودیت مصرف این داروها قیمت بالای آنها میباشد. از روشهای دیگر قطع هورمونهای مردانه برداشتن بیضه ها میباشد که در بیماران انجام میشود که قادر به تهیه داروهای فوق نمیباشند.