

سرطان البروستاتا العلاج بالاستئصال الجذري



تدل الإحصاءات الطبية العالمية الحديثة على تصاعد وارتفاع خطر في نسبة الإصابة بسرطان البروستاتا مقارنة بالسنوات العشرين الماضية، ويعزى السبب الرئيس لارتفاع هذه الاصابات عند الرجال بعد الأربعين خلال السنوات السبع الأخيرة إلى ارتفاع في قابلية واستعداد جسم الإنسان للطفرات والتغيرات الجينية والتي تسبب السرطان، وذلك بسبب ارتفاع نسبة التلوث البيئي والغذائي بصورة خطيرة في العالم أجمع، حيث تم حديثا احصاء مئتي ألف إصابة سنوياً بسرطان البروستاتا في الولايات الأمريكية المتحدة، وهذا يدل على ارتفاع نسبة الإصابة ارتفاعاً كارثياً وخطراً في هذا العمر في العالم أجمع.

من أهم التشخيصات الرئيسة لوضع استراتيجية علاجية صحيحة لسرطان البروستاتا، هو تحديد مراحل سرطان البروستاتا، وكذلك تحديد درجة الخبث السرطاني لهذه الغدة بواسطة الفحص النسيجي المجهرى وخاصة التفريق بين هذه الدرجات، وكذلك التفريق بين مراحل الإصابة لهذه الغدة ان كانت في المرحلة الأولى (أي موضعية في فص واحد من البروستاتا)، أو إصابة الفصين للبروستاتا في المرحلة الثانية، أو تكون الإصابة في المرحلة الثالثة (حيث يتوغل السرطان في الغدة المنوية)، أو يكون في المرحلة الرابعة والأخيرة (حيث يتوغل خارج غدة البروستاتا في الاعضاء

(المجاورة وينتشر أيضاً في الجسم وخاصة في الغدد اللمفاوية والعظام والرئتين والكبد).

الرقابة والرصد الفاعل

إن المراقبة والرصد الفاعل للسرطان في المرحلة الأولى مع اختيار منسق لتأخير التدخل العلاجي هو أسلوب معتمد من قبل الدراسات الإكلينيكية، ويطبق الآن بشكل خاص عند المصابين بهذا السرطان ذي الخطورة القليلة، أي عندما تكون الإصابة في المرحلة الأولى، وفي نفس الوقت تكون درجة خبث (أقل من ست نقاط كليسون الورمية) مع ارتفاع في الدم إلى ما لا يتجاوز 15 نانوغراماً في الملم الواحد، وكذلك لا توجد (PSA) في نسبة المستضد النوعي البروستاتي عند هؤلاء المرضى أي أعراض مرضية من جراء هذا السرطان

وإحصاءً تكون حياة 50% من هؤلاء غير مهددة، ولكن التحدي يبقى هو التشخيص المبكر لأي تردؤ يحدث لهذا السرطان، فإذا حدث التردؤ أثناء المراقبة الفعلية عند هؤلاء المرضى وشخص سريراً حدوث تضاعف زمني والذي يجرى لهؤلاء المرضى كل ستة أشهر، فإنه (PSADT) للمستضد النوعي البروستاتي (DOUBLING TIME) يمكن من خلال هذه الطريقة التشخيصية ترشيح المرضى للاستئصال الجذري لغدة البروستاتا قبل أن يستفحل السرطان داخل البروستاتا

في مدة أقل من ثلاث سنوات فإن العلاج بالاستئصال الجذري يجب أن يعرض على (PSADT) وإذا حدثت المضاعفة هؤلاء المرضى أيضاً

أما المتبقون من هؤلاء المرضى الذين لا يشخص عندهم تضاعف للمستضد البروستاتي خلال فترة المراقبة والرصد الفاعل فإن بقاء المراقبة المكثفة تظل ضرورية وملحة مع استمرار الفحص الدوري للمستضد النوعي للبروستاتا والخزعات البروستاتية الدورية بعد سنتين وخمس وعشر سنوات (PSA)

لسرطان البروستاتا فإنها تمتاز بوساطة تشخيص (NONSIGNIFICANT CRITERIA) أما المعايير غير الدليلية نسيجي مجهري في خزعة واحدة من مجموع 21 خزعة مأخوذة من البروستاتا، ويكون حجم السرطان أقل من ثلاثة ملمترات، وبإصابة داخل فص واحد فقط لهذه الغدة، أي عندما تكون الإصابة بالسرطان في المرحلة الأولى، وفي نفس الوقت يشخص التحليل النسيجي المجهري درجة خبث لكليسون ما تحت الست درجات، ويشخص في الدم ارتفاع في ما تحت 10 نانوغرامات للملم الواحد، وهؤلاء المرضى والمصابون بسرطان المرحلة الأولى (PSA) المستضد النوعي وبدون انتشار في الغدد اللمفاوية أو في الأعضاء الأخرى للجسم يراقبون بحذر ويكونون غير صالحين للتدخل العلاجي. الموضوعي، كما أنهم لا يحتاجون مباشرة إلى علاج هرموني

أما الرجال المصابون بسرطان البروستاتا وهم في عمر ما فوق السبعين سنة والذين يشخص عندهم ارتفاع في نسبة فإنهم قد لا يستفادون من علاج مباشر كاستئصال g/ml إلى حد 50 نانوغراماً في الملم الواحد (PSA) المستضد الغدة أو علاج آخر

أما الرجال الذين تكون أعمارهم أقل من السبعين سنة فقد يستفيدون من العلاج الجراحي الجذري والاستئصال لغدة البروستاتا والغدة المنوية

وفي نفس الوقت يشخص تضاعف في g/ml ما بين 8-50 (PSA) أما المرضى الذين يشخص عندهم ارتفاع المستضد

بمدة زمنية أقل من 12 شهراً فإن هؤلاء يشخصون إلى فئة المرضى ذوي الخطورة العالية لانتشار (PSADT) المستضد أو الوفاة، ولذلك فإن هؤلاء يحتاجون إلى علاج هرموني مباشر (HIGH RISK OF PROGRESSION) (السرطان (IMMEDIATE HORMONE THERAPY) في أسرع وقت ممكن

علاج ذو مقصد شفائي

أ- العلاج الجراحي الاستئصالي الجذري

إن استئصال البروستاتا في حالة إصابتها بالسرطان لا يزال هو المعيار الذهبي لعلاج السرطان الموضعي عند المرضى الذين يتوقع بقائهم على قيد الحياة لمدة أكثر من عشر سنوات. حيث أظهرت دراسة استيعابية أوروبية كبيرة ل 10.553 مريض خضعوا لاستئصال جذري لسرطان البروستاتا الحديث وذي (RETROSPECTIVE STUDY) التقنية العالية بين 1993-2004 بأن هؤلاء قد استفادوا من هذا العلاج الجذري والشفائي

أما بالنسبة للمضاعفات الانتكاسية السرطانية ما بعد الجراحة الجذرية فإنها تحدث بنسبة عالية خلال السنة الأولى عند هؤلاء الذين يشخص عندهم نسيجياً ومجهرياً بعد القلع الجراحي للبروستاتا بصورة غير جذرية وجود خلايا سرطانية في رغم جذرية الجراحة وتقنيها العالية الحذرة، وإتقانها ((POSITIVE SURGICAL MARGINS) الحدود الجراحية يبقى للجراحين ذوي التجربة الطويلة والمهارة العالية فقط

إن التطورات الجراحية الحديثة لهذه العملية الجراحية للبروستاتا أدت إلى التمكن من المحافظة على الأعصاب الانتصابية الذكرية وتفادي العجز الجنسي عند هؤلاء المرضى والذي كان سابقاً غير ممكن في مثل هذه العمليات الجراحية الجذرية، وفي الوقت نفسه لوحظ ارتفاع في نسبة التحكم بالمثانة أثناء التبول بعد تطور هذه التقنيات الجراحية الجذرية الحديثة، وقد ارتفعت هذه النسبة ارتفاعاً ملحوظاً مقارنة بالسنوات ما قبل هذه الدراسة الاستيعابية الأوروبية

كما أظهرت هذه الدراسة ارتفاع نسبة البقاء على قيد الحياة ب(71%) بعد عشر سنوات من إجراء هذه العملية الجراحية الجذرية، وتبين كذلك عدم وجود علاقة لهذه النتائج بدرجة (الخبث) لكليسون السرطانية أو إصابة الحويصلة المنوية بالسرطان

أما السيطرة والتحكم بالمثانة فكان بنسبة 87% في خلال 12 شهراً، وكانت القدرة الجنسية بعد العملية الجراحية بنسبة و56% من المرضى احتاجوا إلى علاج مساعد (CT3 PCA) 10% في حالة استئصال سرطان ذي مرحلة متقدمة مثل مع العلم أن سرطان البروستاتا له مميزاته العلاجية الإيجابية حيث استنتجت (ADJUVANT TREATMENT) الدراسة المذكورة أعلاه بأن الاستئصال الجراحي للبروستاتا والغدة المنوية جذرياً عند هؤلاء المصابين بهذه المرحلة لها خاصيتها العلاجية الشفائية إذا أجريت من قبل جراحين ذوي كفاءة وتجربة (CT3 a PCa) المتقدمة من السرطان جراحية كبيرة لهذا السرطان

أو الاستراتيجية العلاجية المساعدة (CURATIVE) ومن الجدير بالذكر أن وضع الاستراتيجية العلاجية الشفائية يعتمد على تحديد مرحلة الإصابة للغدة وتحديد نوع ودرجة وخبث السرطان، وهذا يتم من خلال (ADJUVANT) تشخيص وإثبات نوع ومرحلة السرطان في هذه الغدة مجهرياً نسيجياً بواسطة الخزعة البروستاتية

كما تجرى للمريض الفحوصات التشخيصية الأخرى لتحديد مرحلة الإصابة بالسرطان كمخطط الومضان العام

للتأكد من عدم انتشار الخلايا السرطانية البروستاتية في العظام، كما يجرى فحص الرنين (BONE SCAN) للعظام للحوض والغدد اللمفاوية في الحوض ولغدة البروستاتا نفسها والحويلة المنوية (MRI) المغناطيسي المقطعي لتشخيص مرحلة الإصابة بالسرطان لمعرفة إن كانت الإصابة موضعية أو توغلت إلى الأعضاء المجاورة في الحوض أو انتشرت وأصاب الغدد اللمفاوية المجاورة والتابعة لغدة البروستاتا

ب- الاستئصال الجراحي لغدة البروستاتا والغدة المنوية جذرياً

تجرى هذه العمليات الجراحية لسرطان البروستاتا عادة في أمريكا وأوروبا وتعد الأكثر انتشاراً ونجاحاً لعلاج سرطان البروستاتا جذرياً عند الرجال ما بين عمر الأربعين إلى السبعين سنة، حيث إن هذه العملية الجراحية لها تقنية خاصة وتتميز عن العمليات الجذرية الأخرى لسرطان البروستاتا بأنها تحافظ على الأعصاب الانتصابية للذكر رغم القلع الجذري للورم الخبيث مع البروستاتا والغدد اللمفاوية التابعة لها في الحوض، ويستطيع المريض بعد ذلك بأسابيع ممارسة حياته الجنسية من دون أي صعوبة، وتضمن هذه العملية السرطانية الجذرية شفاء المريض من هذا المرض لمدة 15 سنة وبنسبة 95% في المرحلة الأولى والثانية من الإصابة، مع العلم أن إقامة المريض في المستشفى بعد هذه العملية لا تستغرق أكثر من 5 أيام فقط

(RADIOTHERAPY) ت- العلاج الإشعاعي الخارجي

هذا العلاج يجرى للمرضى المصابين بأمراض أخرى تجعلهم غير مؤهلين للخضوع إلى العملية الجراحية الاستئصالية والجذرية والمعقدة وذات الصعوبة القصوى بحيث إن هذا الإشعاع لا يستغرق أكثر من ستة أسابيع، أما نسبة البقاء على قيد الحياة لمدة 15 سنة فتكون ما بين 40-60% مقارنة بالاستئصال الجراحي الجذري للبروستاتا وتكون متشابهة T2-T3 عند المصابين بسرطان البروستاتا ذي المرحلة

أما الأعراض الجانبية لهذا العلاج فتكون السلس البولي وكثرة التردد البولي وأحياناً نزيف والتهاب الشرج والمستقيم وكذلك الضعف الجنسي، ولكن هذا العلاج يكون محبذاً في حالة وجود سرطان منتشر موضعياً حيث يبدأ بالعلاج لمدة 3 أشهر قبل الإشعاع (LHRH - AGONIST) الهرموني

هذا العلاج عبارة عن علاج إشعاعي (BRACHY - THERAPY) ث- العلاج الأشعاعي الداخلي لسرطان البروستاتا داخل غدة البروستاتا، حيث تزرع إبر مشعة في داخل البروستاتا بمساعدة جهاز الموجات فوق الصوتية من خلال أو مادة البلاديوم المشعة (IODINE 125) المستقيم لمراقبة وتعين مكان الزرع لهذه الإبر كمادة اليود المشعة 125 (PALLADIUM 103).

ج- العلاج الهرموني

أن نمو سرطان البروستاتا متعلق بالهرمون الذكري التستستيرون (HUGGINS AND HODGE) منذ أن أثبت ما زال (ANDROGEN DEPRIVATION THERAPY) فإن علاج الحرمان الأندروجيني (TESTOSTERON) علاجاً أساسياً لسرطان البروستاتا المتقدم والمنتشر وما زالت جراحة قلع الخصيتين هي المعيار الذهبي مقارنة بالعلاجات الأخرى وهذا يتم من خلال حقن المريض بصورة متكررة (BILATERAL ORCHIECTOMY) (LHRH - AGONIST) كل (شهر، شهرين، ثلاثة أو ستة أشهر بعلاج الهرمون الحثي اللوتيني الإفرازي غير المضاد حيث يحفز الهرمون الحثي هذا عند بدء علاج المستقبلات الهرمونية الحثية في الدماغ ما تحت السرير البصري أي في

ولذلك فإن بعد استعمال هذا (TESTOSTERON FLARE) الدماغ الأوسط ومن جراء ذلك يحدث وهيغ التستسترون العلاج الهرموني الحثي لمدة معينة تتراجع المستقبلات الهرمونية الحثية ومن جراء ذلك يكبح إفراز الهرمون اللوتيني والنتيجة العلاجية تكون قد تمت من جراء كبح إنتاج التستسترون مع العلم أن (FSH) وهرمون حث الجريبات (LH) هذا العلاج له فوائده الإضافية عند المرضى الذين يشكون من صعوبة في التبول من جراء التضيق في الإحليل البروستاتي في حالة تضخم الغدة المصابة بالسرطان هذا حيث يتحسن تدفق البول وتختفي الأعراض التضيقية والتهيجية للمثانة والإحليل.

ANTIANDROGEN ح المضادات الأندروجينية

هذا العلاج يعطي للمرضى المصابين بسرطان البروستاتا في المراحل المتقدمة، حيث إن هذه المضادات الغير قد تستعمل كعلاج لوحده عوضاً عن استئصال الخصيتين جراحياً، وقد يستفيد (NONSTEROIDAL) ستروئيدية لكي يقلل من ظاهرة الوهج (LHRH- AGONIST) المريض من هذا العلاج في حالة إعطائه العلاج الهرموني الحثي التستستروني عند المريض، وقد أظهرت بعض الدراسات الإكلينيكية الحديثة الخاصة بعلاج السرطان في المراحل الأولى ومن دون انتشار بأن هؤلاء المرضى يستفيدون أكثر وبنسبة عالية من هذا العلاج بالنسبة إلى البقاء على قيد الحياة مدة أطول مقارنة بالعلاج المعياري وحده وذلك فقط عند المصابين بسرطان البروستاتا الموضعي المتقدم في المرحلة.

SOMATOSTATIN. خ- (العلاج المركب) علاج الحرمان الأندروجيني الكامل مع مثبط لهرمون النمو سوماتوستاتين

عند بعض المرضى المصابين بسرطان البروستاتا في المرحلة المتقدمة (المرحلة الرابعة) ترتفع فاعلية خلايا الغدد والتي بدورها قد تؤدي إلى ارتفاع في عدوائية (NEUROENDOCRINE CELLS) الصماء العصبية هذا وفي الوقت نفسه قد تؤدي إلى خطورة تكاثر وانتشار هذا السرطان. ولهذا فإن (AGGRESSIVENESS) السرطان العلاج بالحرمان الهرموني له أهميته الرئيسة لكبت الفاعلية المضادة للموت المبرمج للخلايا السرطانية هذه والمتواجدة وفي نفس الوقت ينصح إضافة مثبط هرمون النمو (NE.CELLS) في نظام الخلايا الغدية الصماء العصبية ليحسن أداء وفاعلية الحرمان الهرموني على الخلايا السرطانية البروستاتية، (SOMATOSTATIN) السوماتوستاتين وقد لوحظ في عدة دراسات حديثة تحسن حالة المرضى هؤلاء من ناحية توقف انتشار الخلايا السرطانية في العظام والأعضاء الأخرى في الجسم بعد تناول هذا العلاج المركب من العلاجين المذكورين أعلاه.

(IHT) د) العلاج المتقطع الهرموني

INTERMITTENT HERMON THERAPY

(HORMON - REFRACTORY). وفائدة العلاج هذا تكمن في تأخير نشأة مقاومة الخلايا السرطانية في البروستاتا للعلاج الهرموني

(HRPCA) ذ) علاج السرطان المقاوم للهرمون

مع إضافة (DOCETAXAL) في العلاج مثل الدوسيتكسل (CYTOTOXIC THERAPY) وهنا يتدخل العلاج الكيميائي الكورتيزون إلى ذلك أو من دونه

هذه الأدوية السامة للخلايا قد استعملت لعلاج السرطان المتقدم في المرحلة (المرحلة الرابعة)، ولكن لوحظ تجاوب غير كافٍ، وبغض النظر عن الأعراض الجانبية السامة (OBJECTIV) قليل للمرضى، حيث كان التحسن المحسوس (BONE MARROW) في الجسم من جراء هذا العلاج يؤدي هذا في نفس الوقت إلى كبت فاعلية وأداء النخاع العظمي مع العلم أن تحسن نمط الحياة وأن مدة البقاء على قيد الحياة من خلال هذا العلاج السام لن تدوم (DEPRESSION). (أكثر من ستة أشهر إلى سنة).

يشكون من أوجاع في العظام المصابة بالانتشار السرطاني هذا، وقد ينتج (HRPC) جميع مرضى المراحل المتقدمة عن ذلك انضغاط في النخاع الشوكي وعظام العمود الفقري يؤدي إلى تكسرها أو تشوهها والعلاج لهذه الانتشارات في لكبت الكسور العظمية في الفقرات وفي الوقت نفسه لكبت الألم الشديدة من (ADJUVANT)العظام يكون مساعداً فقط (BIPH OSPHONATES) جراء ذلك. والعلاج يكون بوساطة البيفوسفونات.

ر- علاج السرطان الموضعي ذو المرحلة المتقدمة

حيث إن السرطان نفسه لم يخرج عن نطاق T3N0M0 هذه المرحلة من سرطان البروستاتا تمثل المرحلة الثالثة المحفوظة البروستاتية وكذلك لا توجد أعراض إكلينيكية تدل على انتشار في الغدد اللمفاوية المجاورة أو انتشار بعيد في أنحاء الجسم، وبسبب عدم كفاءة الوسائل التشخيصية لهذه المرحلة إكلينيكيًا فإن هذه المرحلة تكون دائماً مشخصة تقديراً أقل من المرحلة الحقيقية وتكون استراتيجية العلاج وكما ذكر سابقاً حسب النتائج التشخيصية الأخرى وأهمها (PSA) نتيجة التحليل النسيجي المجهرى لدرجة إحراز كليسون وفي الوقت نفسه نسبة ارتفاع المستضد البروستاتي

ز- المراقبة الفاعلة المستمرة

(WATCHFULL WAITING - STRATIGY)

هذه الاستراتيجية ذو المراقبة الفاعلة والمستمرة تطبق في بعض الاحيان على المرضى المتقدمين في العمر حيث تكون تقديرياً فترة بقائهم على قيد الحياة بالنسبة إلى أعمارهم المتقدمة قصيرة، وكذلك وفي نفس الوقت لإصابتهم بأمراض أخرى وكذلك يجب على الطبيب في هذه الحالة أن يوضح الوضع لعائلة المريض لتجرى له الفحوص السريرية خلال فترات قصيرة ودورية PSA والمختبرية للمستضد

س- علاج المرض المنتشر لسرطان البروستاتا

رغم وجود تقدم ملحوظ في اكتشاف السرطان في المراحل الأولى، فإن مرضى كثيرين في أنحاء العالم لا يزال يكتشف لهذا السرطان وحسب النسب التقديرية في (T4) عندهم المرض بعد الانتشار في الجسم أي في المراحل المتقدمة (T1- أوروبا تدل الإحصاءات على أنه لا يزال يكتشف عند 30% من السكان سرطان البروستاتا في المرحلة الموضعية و30% من السكان في المرحلة المنتشرة في الجسم (T2-T3) و40% من السكان في المرحلة الموضعية المتقدمة (T2) ومقارنة للمرحلة الموضعية المتقدمة لهذا السرطان، فإن في مرحلة الانتشار البعيد لهذا السرطان تكون نسبة الوفاة لهؤلاء المرضى 70% خلال خمس سنوات، أما في حالة الإصابة في المراحل المتقدمة والمنتشرة لسرطان البروستاتا فإن انضغاط النخاع الشوكي والكسور الباثولوجية لفقرات العمود الفقري تكون من الأعراض المؤلمة جداً، حيث تحدث أوجاعاً فجائية في أسفل الظهر مع ثقل وتعب في الساقين، مع أو من دون أعراض تضيقية بولية وفي هذه الحالة يجب أن يغير العلاج كحالة طارئة، حيث يقوم جراح الأعصاب برفع الانضغاط في المنطقة المصابة جراحياً وبعدها

يجب إشعاع المنطقة من الخارج مع العلم أن الكسور الباثولوجية عند هؤلاء المرضى في هذه المرحلة المرضية المتقدمة كذلك قد تحدث في عنق الساق أو الذراع وعلاجها يكون جراحياً أو إشعاعياً بعد ذلك

ش-العلاج الحديث الجيني والمستقبلي

وكما ذكرنا في الجزء INHIBITION OF GROWTH FACTORS مبدأ هذا العلاج يكون في كبح العوامل المنمية الأول من بحثنا عن سرطان البروستاتا فإن عدة عوامل نموية وجدت بأن لها علاقة في نمو وتدهور سرطان البروستاتا وهي:

EGF. عامل النمو البشري

IGF. عامل النمو المشابه للإنسولين

PDGF. عامل النمو المشتق من الأوعية الدموية

IGF وال EGF والذي يكبح الاتصال بين FGF عامل نمو الخلية الليفية

الدليل الإنذاري لسرطان البروستاتا

(PRGNOTIC INDICATOS OF THE PCA)

أكثر الأدلة الانذارية لهذا السرطان هي معرفة وتشخيص درجة التميز الخلوي السرطاني وكذلك تعيين مرحلة السرطان الإكلينيكية وكذلك تحديد المرحلة الباثولوجية وأخيراً تحديد حجم السرطان، الدراسات الحديثة أثبتت أن تطور كان بنسبة 1 (WATCHFULL WAITING) السرطان هذا إلى سرطان انتشاري في خلال مرحلة المراقبة الفاعلة 2% سنوياً عند المرضى المصابين بسرطان البروستاتا المرحلة الأولى وذو درجة خبت واطئة لإحراز ولكن يحدث انتشار هذا السرطان بنسبة 13.5% سنوياً للذين تكون عندهم (GLEASON SCORE 1-2) كليسون وإصابة بسرطان ثبت البروستاتا في المرحلة الأولى، (GLEASONS SCORE 2-4) درجة إحراز كليسون السرطانية وهؤلاء المرضى قد يتمتعون بالبقاء على قيد الحياة بنسبة 87% بعد عشر سنوات مقارنة بهؤلاء الذين تكون درجة إحراز كليسون عندهم من (4-7) حيث قد تكون نسبة بقائهم على قيد الحياة 26% بعد عشر سنوات وفي هذه الحالات يجب أن تتغير طريقة العلاج والذي ذكرناه سابقاً

الانتكاسات السرطانية وعلاجها

أما الانتكاسات بعد العلاجات المذكورة أعلاه فإنها قد تحدث في جميع الحالات العلاجية إن كانت من جراء العلاج الاستئصالي الجذري للبروستاتا أو من جراء الإشعاع الخارجي أو الداخلي لها، وتحدث هذه أحياناً ولأسباب قد ذكرت في الدم، حيث يجب أن تنخفض PSA مقدماً. أول أعراض الانتكاس هو تشخيص ارتفاع في كمية المستضد النوعي ال نسبته في الدم بعد كل عملية استئصال جذرية لسرطان البروستاتا إلى ما تحت 1. 0 نانوغرام في الملم الواحد وكما ذكرنا سابقاً أن أكثر عوامل الخطورة التي تؤدي إلى الانتكاسات السرطانية بعد العلاج هي

إلى مافوق ال 50 نانوغراماً في الملم الواحد في (PSA) في حالة وجود ارتفاع كبير للمستضد النوعي في الدم-1

قبل الجراحة أو قبل علاج آخر (PSA) المستضد النوعي في الدم

في حالة توغل سرطان البروستاتا إلى الحويصلة المنوية وإصاباتهما بذلك

(POSITIVE SURGICAL MARGIN) في حالة وجود بقايا من الخلايا السرطانية في حدود القلع الجراحي للبروستاتا ومجاورتها وبما أن العلاج متعلق بالتصنيف المرحلي للسرطان بعد قلع البروستاتا الجذري أو العلاج الشعاعي (MARGIN) يدل على وجود انتكاسة سرطانية، وهذا يحتم معالجة المريض (PSA) الخارجي للبروستاتا فإن كل ارتفاع في الدم بواسطة علاج الهرمان الهرموني أو العلاج المركب مع أدوية أخرى وإن هذا العلاج يعد علاجاً بديلاً، أما الانتكاسات بعد فإن قلع البروستاتا جذرياً يكون العلاج البديل أو يختار علاج (BRACHY - THERAPY) العلاج الشعاعي الداخلي الهرمان الهرموني إذا كانت هنالك موانع صحية عامة عند المريض لا تؤهله للخضوع إلى جراحة جذرية لسرطان البروستاتا.

معالجة المضاعفات الموضعية

MANAGEMENT LOCAL COMPLICATION

في المراحل المتقدمة من سرطان البروستاتا قد تحدث مضاعفات موضعية في المنطقة البولية السفلى في المثانة والأحليل عند هؤلاء المرضى كالحصرة البولية الحادة والمزمنة وهذه الحالات تعالج عادة بواسطة المنظار وشعاع وفي حالة تضيق الحالب فيجب أن تعالج هذه الحالة أيضاً بواسطة المنظار الليزري أما في حالة (TURPL) الليزر النزيف الدموي للغدة البروستاتية نفسها فإن الأفضل هو العلاج المنظاري بشعاع الليزر لكي مناطق النزف في غدة البروستاتا.

الوسائل الوقائية الكيميائية والغذائية

هناك فرضية جديدة تقول إن التهابات البروستاتا المزمنة وانتكاساتها قد تسهم في بداية تحريض نشأة سرطان البروستاتا وجميع الدراسات الوبائية تعزو نمطية التنظيم الغذائي في الغرب إلى تكونه، حيث إن تناول الدهون المشبعة الحيوانية واللحوم بإفراط وفي نفس الوقت تناول الفواكه والخضراوات بكمية قليلة جداً أثبت أنه هو السبب في ازدياد الإصابة بسرطان البروستاتا والسرطانات الأخرى، بينما تناول مضادات الأكسدة والفواكه والخضراوات أثبتت بانخفاض الإصابة بسرطان البروستاتا. مواد سرطانية وجودها في نمط الغذاء الغربي، حيث إن اللحوم المشوية في نواة خلايا البروستاتا وهذه قد تسبب (DNA) والمقلية بكثرة قد تؤدي إلى طفرات في الحامض الأوربي النووي C- سرطان الخلية هذه وكما نعلم أن سرطان الكبد ينشأ من الالتهابات الكبدية بعد الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي وكذلك التليف الكبدي قد يؤدي إلى ذلك وقد ثبت علمياً بعد إصابة البروستاتا بعدوى جرثومية قد يسبب الإصابة بالسرطان أيضاً إن كانت منتقلة جنسياً أو عن طريق آخر وسبب ذلك هي الطفرات الباثولوجية في نواة خلايا البروستاتا التي يسببها الجرثوم المعدي، حيث اثبتت دراسات مستندة إلى حالات مرضية مراقبة إكلينيكية أن الإصابة بسرطان البروستاتا كان مرتفعاً عند المرضى الذين كانوا قد أصيبوا سابقاً بعدوى جرثومية جنسية كالسيلان أو داء الزهري وترتفع نسبة الإصابة بالسرطان هذا عند تعدد الإصابة بالجرثومين المذكورين أعلاه، ولهذا فإن تناول مضادات الأكسدة قد أثبتت وقاية وحماية للخلايا البروستاتية وكذلك يخفف التلف والعطب الخلوي لها وكذلك للمجموعة الجينية هنالك والتي قد تضررت من المؤكسدات الالتهابية مثل (الأكسيد الفائق الفاعلية، وأكسيد النتريك أو فوق النتريت) وقد لوحظ

في عدة دراسات إكلينيكية ارتفاع نسبة الإصابة بسرطان البروستاتا عند الرجال الذين يشخص عندهم انخفاض في وفي الوقت نفسه ثبت انخفاض الإصابة بسرطان الجلد المتكرر عند إعطاء هؤلاء (SELENIUM) معدن السيلينيوم المرضى معدن السيلينيوم بانتظام

قد أثبت إكلينيكيّاً أيضاً حيث تنخفض نسبة الإصابة في سرطان البروستاتا إلى 32% E المفعول الوقائي لفيتامين وكذلك لوحظ انخفاض في الإصابة بهذا السرطان بعد تناول منتظم للخضراوات المحتوية على الليكوبين الموجود في حيث إن ارتفاع نسبته تؤدي إلى انخفاض في تلف الأكسدة الجينية في نواة خلايا (LYCOPENE) الطماطم البروستاتا حيث تترافق هذه مع خطورة منخفضة في الإصابة بسرطان البروستاتا

أما الوقاية الكيميائية فإنها تستند إلى الإثباتات الدراسية والإكلينيكية منذ سنة 1945 والتي أجريت من قبل على ثمانية عشر ألف من الرجال الذين كانت أعمارهم ما فوق ال 55 سنة والذين أعطي لهم يومياً 5 ملغم HUGGINS ولمدة 7 سنين قد أثبتت أنها أدت إلى انخفاض (REDUCTASE-INHIBITORS-من مبطل إنزيم الألفا ردوكتا) ل فهو وقائياً ضد الإصابة (SOYBEANS) واضح النسبة بالإصابة بهذا السرطان (24%)، أما تناول فاصوليا الصويا بالسرطان أيضاً لأنه يحتوي على الأستروجين النباتي والذي له فاعلية في كبت تكوين الإنزيم الالفاريدوكتاز ومن جراء ذلك يمنع تحويل التستسترون إلى ديهيدروتسترون الفاعل والذي يلعب دوراً مهماً في تكون سرطان البروستاتا، أما المواد المضادة للأكسدة فإن مفعولها وكما ذكر سابقاً يكمن في المنع والحماية من تلف الحامض النووي الريبسي في نواة الخلية والذي يحدث من جراء الأكسدة المفرطة في حالة التعرض إلى السموم البيئية والأيونية من جراء DNA التلوث البيئي أو الإشعاعات في الهواء والماء والغذاء حيث تبطل هذه المواد ضد الأكسدة فعل الجذور الحرة للأكسجين الحر والمواد الأخرى الناتجة عن الأكسدة المفرطة، ومن أهم هذه المضادات الأكسدية والتي يجب على الفرد (VIT E) وفيتامين أي (SELENUM) ومعدن السيلينيوم (CAROTINES)-أن يتناولها وقائياً هي: البيتاكاروتين (ك (C) وفيتامين

عوامل الخطورة المؤكدة طبياً وعلمياً المؤدية إلى تكون سرطان البروستاتا

التقدم في العمر *

السلالة *

التوارث العائلي *

الهرمون الذكري *

ارتفاع فاعلية الإنزيم الفاريدوكتاز *

ازدياد نسبة تناول المواد الدهنية في الغذاء *

قلة التعرض إلى ضوء الشمس *

عوامل بيئية *

البروفيسور الدكتور سمير السامرائي

مدينة دبي الطبية

"حقوق النشر محفوظة" لصحيفة الخليج. © 2024