

## مستوى الـ PSA والمرحلة السريرية لسرطان الموتة والجراحة الجذرية

الدكتور إسلام ياسين قصاب \*

(قبل للنشر في 2004/3/14)

### □ الملخص □

تناول البحث / 29 / مريضاً لديهم سرطان بروساتات تمت معالجتهم ومتابعتهم في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية خلال الفترة ما بين 1999-2003 .  
تبين أن نسبة الحدوث العظمى في العقد السابع من العمر بنسبة 48,27 %، وكانت الصورة السريرية الأكثر مشاهدة هي الأعراض الإنسدادية السفلية المترافقة بالآلام العظمية بنسبة 34,48 % ونسبة زيادة الـ PSA بين 100-139 نغ / مل شوهدت عند 44.82 % من المرضى، وأكثر المراحل السريرية مشاهدة عند التشخيص كانت المرحلة CT3b بنسبة 65,51 وبالتالي كان العلاج الهرموني هو الأكثر استخداماً بسبب تأخر التشخيص حيث أجري بنسبة 93,1 % وكان ذو نتائج غير مرضية وكانت نسبة معدل الحياة خمس سنوات بعد هذا العلاج 37.93 % . بينما أجري العلاج الجراحي الجذري بنسبة 6,89 % وكانت ذاو نتائج ممتازة.  
هذا ما يدعونا للتأكيد الشديد على الفحص الدوري والمتضمن (المس الشرجي - عيارة الـ PSA) سنويا بعد سن الخمسين للكشف المبكر عن السرطان وتقديم الحل الأفضل وهو الحل الجراحي.

## PSA Rate Clinical Stages and Radical Surgery

Dr. Islam Yassin- Kassab\*

(Accepted 14/3/2004)

### □ ABSTRACT □

29 patients having prostatic cancer were treated and observed at al-Assad Hospital in the period between 1999-2003.

It has shown that the highest rate of incidence during the seventh decade is 48.27%. The most observed clinical symptoms were the lower obstructive disturbances and the bone pains at the rate of 34.48%. The PSA rate between 100-139 ng/ml was observed in 44.82% of patients. The observed clinical stages at diagnosis were cT3b at the rate of 65.51%, so the hormonal treatment is mostly used due to delay of diagnosis, which was given to 93.1% of cases, and the results were unsatisfactory because the survival rate in the five-year period was 37.93%. The radical surgical treatment was applied to 6.89% of patients and gave excellent results.

As a result, we insist on periodic tests (digital rectal examination, PSA titer) yearly after the age of fifty for early detection of prostatic cancer in order to give the best solution, which is the radical surgical solution.

---

\* Lecturer , Department Of Surgery, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## مقدمة:

سرطان الموثة هو سرطان خبيث ينمو في الجزء المحيطي للغدة الموثية، النوع النسيجي الغدي adenocarcinom هو الغالب، بطئ السير نسيباً .

يحتل سرطان الموثة المرتبة الثانية (بعد سرطان الرئة) بين السرطانات الخبيثة التي تصيب الرجل (2).

يندر حدوثه قبل سن الأربعين ويزداد معدل حدوثه بتقدم السن فيصل إلى قمته في العقد السابع والثامن من العمر (7-2) كما نجد في جدول /1/

جدول /1/: يبين معدل حدوث سرطان البروستات بالنسبة للعمر

العمر	معدل الحدوث /100 ألف / سنه
44-40	1.6
49-45	6.9
54-50	30.2
59-55	95.4
64-60	235.5
69-65	462.5
74-70	725.2
79-75	978.5
84-80	1155.4
85 وما فوق	1149.0

السرطان الغدي adenocarcinom يشكل 95% من الحالات ويأتي السرطان انتقالي الخلايا في 3% من الحالات (6). يتوضع السرطان في 70% من الحالات في الجزء الخلفي المحيطي للغدة بينما في 15 - 20 % من الحالات في الجزء المركزي وفي 10-15 % من الحالات في الجزء حول الأكليل (2) الانتقالات تحدث بشكل مبدئي إلى العقد للمفاويه السادة وبشكل ثانوي إلى العقد للمفاويه الاربية وجانب الأبهـر والأجوف وكذلك انتقالات دموية باكراً إلى العظم (6)

عوامل الخطورة غير مؤكدة ولكن هناك خمس عوامل خطورة مكان مناقشة وهي :

+عوامل بيئية: حيث ترتفع الإصابة في البلاد الصناعية .

+ عوامل غذائية: الحمية عالية الدسم، قليلة الألياف، نقص الخضار والفواكه.

+ عوامل وراثية: وجود قصة عائلية لسرطان البروستات

+ عوامل تتعلق بالمهنة: التعرض لـ cadmium والتعرض للأشعة.

+عوامل هرمونية: مختلف في تقييمها

+ القصة الجنسية: عدد الشريكات، وتكرار العمل الجنسي.

+ عوامل طبية: ربط الأسهرين ، الضخامة السليمة (7)

يعتمد التشخيص المبكر على الفحص الإصبعي الشرجي، معايرة الـ PSA ، الايكو عبر الشرج ومن ثم يؤكد التشخيص بإجراء الخزعة والفحص النسيجي .

يصنف سرطان البروستات حسب الـ TNM 1997 ( 5 )

Tx : لا يمكن تقييم درجة الورم البدئي

T0 : لا يوجد ورم

T1: سرطان غير متظاهر سريريا، لا بالمس الشرجي ولا بالإيكو ويكتشف صدفة أثناء اجراء خزعة بروستات بسبب ارتفاع في الـ PSA أو أثناء تجريف البروستات ، وتقسم إلى :

T1a : عندما يكشف الورم في اقل من 5 % من المجروفات.

T1b : عندما يكشف الورم في أكثر من 5 % من المجروفات.

T2 : ورم محدد على الموثنة ويقسم الى:

T2a : في فص واحد

T2b : في فصين

T3 : ورم مرتشح خارج المحفظة ويقسم الى:

T3a : أحادي أو ثنائي الجانب

T3b : يرتشح في الحويصلات المنوية

T4 : ورم مرتشح في الأعضاء المجاورة

## الصورة السريرية لسرطان البروستات :

- أعراض إنسدادية سفلية (ضعف رشقة البول وتبول وتقاطر في نهاية التبول) في 40-65% من الحالات
- إنتقالات عظمية في 11-15% من الحالات .
- أعراض كلوية (موه) في 8% من الحالات . ( 2 )

المعالجة تقع في شقين كبيرين :

+ معالجة جراحية جذرية تجرى للسرطان الموضع T2 وهي معالجة ذات نتائج ممتازة بالنسبة لمعدل الحياة لعشر سنوات حيث تقارب معدلات الحياة عند أقرانهم بدون سرطان

( 3 )

+ معالجة ملطفة إما هرمونية أو شعاعية أو مشتركة ،في الحالات المتقدمة والانتقالات، والتي تحمل نتائج غير مشجعة على المدى البعيد (معدل الحياة لعشر سنوات في T1 و T2 تقدر بـ95% ، وفي T3 و T4 تقدر بـ

36%) ( 2 )

إن معايرة الـ PSA لها دور لا ينكر في الكشف المبكر عن سرطان البروستات وخاصة عندما يشرك بالفحص الإصبعي الشرجي. وبالتالي يكشف سرطان البروستات في مرحلته السريرية التي يمكن من خلالها وإجراء الجراحة تحقيق شفاء كامل للمريض (1)

الجدول (2): يبين العلاقة بين معطيات الفحص الإصبعي مع وبين مقادير في سرطان الموثنة ( I )

المس الشرجي	4-2 نغ/مل	10-4 نغ/مل	< 10 نغ/مل
سلبي	%18.72	%29.98	%51.10
مشتبه	%35.29	%50.41	%86.56

الجدول (3): يبين معدلات الـ PSA مع العمر ( I )

العمر	نغ/مل
49-40	2.5 - 0
59-50	3.5 - 0
69-60	4.5 - 0
79-70	6.5-0

الجدول (4): يبين النسبة المئوية لاحتمالية المعالجة الشافية لسرطان بالعلاقة مع العمر ومستوى الـ PSA ( I )

العمر بالسنوات	مستوى الـ PSA		
	50-40	60-51	73-61
Ng/ml			
2.5-4.0	89	83	78
4.1-6.0	87	81	74
6.1-8.0	84	78	71
8.1-10.0	83	75	67
10 وما فوق	73	57	49

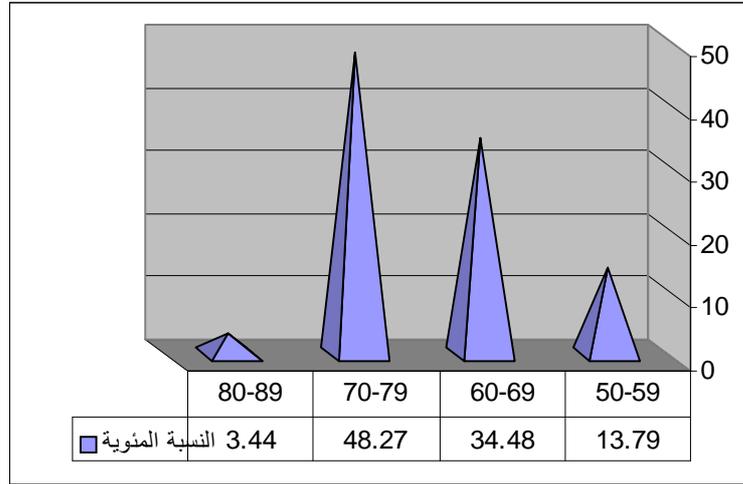
## أهمية البحث :

تكمن أهمية البحث في تبيان أهمية الكشف المبكر عن سرطان الموثة للوصول إلى علاج شاف له وذلك من خلال دراسة سلسلة من المرضى. والتي أظهرت بشكل واضح امكانية الشفاء من هذه الإصابة عند كشفها في المرحلة السريرية التي تكون فيها الإصابة ضمن المحفظة الموثية (مماثلة معدل الحياة مع نفس الفئة العمرية لغير المصابين أصلاً بالسرطان) ، وهذا ما يحتم علينا التأكيد على التوعية الصحية عند المرضى وكذلك حثهم على الفحص الدوري المتضمن للمس الشرجي ومعايرة الـ PSA اعتباراً من عمر الخمسين .

## المواد وطرائق البحث :

أجري البحث على (29) مريضاً تم قبولهم ومعالجتهم ومراقبتهم في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية وذلك في الفترة بين 1999-2003 والذين كان التشخيص لديهم سرطان موثة وقد أجري لجميع المرضى فحص سريري متضمناً مس شرجي وكذلك معايرة الـ PSA الأجمالي وخزعة الموثة مع الفحص النسيجي بالإضافة إلى الفحوص الأخرى.

بالنسبة لتواتر الحدوث حسب الفئات العمرية وجدنا ان الاصابة كانت في قمة حدوثها في العقد السابع من العمر حيث بلغت 48.27 % ثم في العقد السادس من العمر حيث بلغت 34.48 % ثم في العقد الخامس من العمر بلغت 13.79 % مخطط /1/.

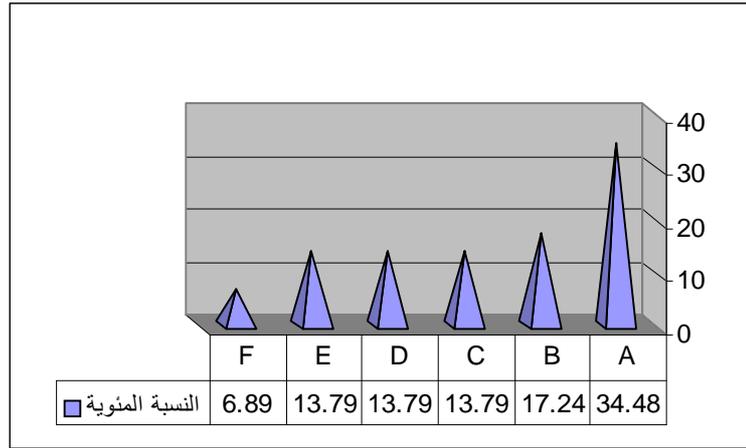


مخطط /1/: يبين توزيع الاصابات حسب الفئات العمرية :

الصورة السريرية التي راجع بها المرضى كانت بشكل واضح أعراض بولية انسدادية سفلية مع آلام عظمية حيث بلغت 34.48 % بينما لوحظت الأعراض الانسدادية السفلية مع سوء الحالة العامة بنسبة 17.24 %، فيما شوهدت الـ الأعراض الانسدادية السفلية مع استسقاء كلوي ثنائي أو أحادي الجانب وكذلك الاعراض الانسدادية السفلية الشديدة بنسبة 13.79 % أما الاعراض الانسدادية السفلية الخفيفة فشوهت عند 6.89 % من المرضى. نرى في جدول /5/ ومخطط /2/

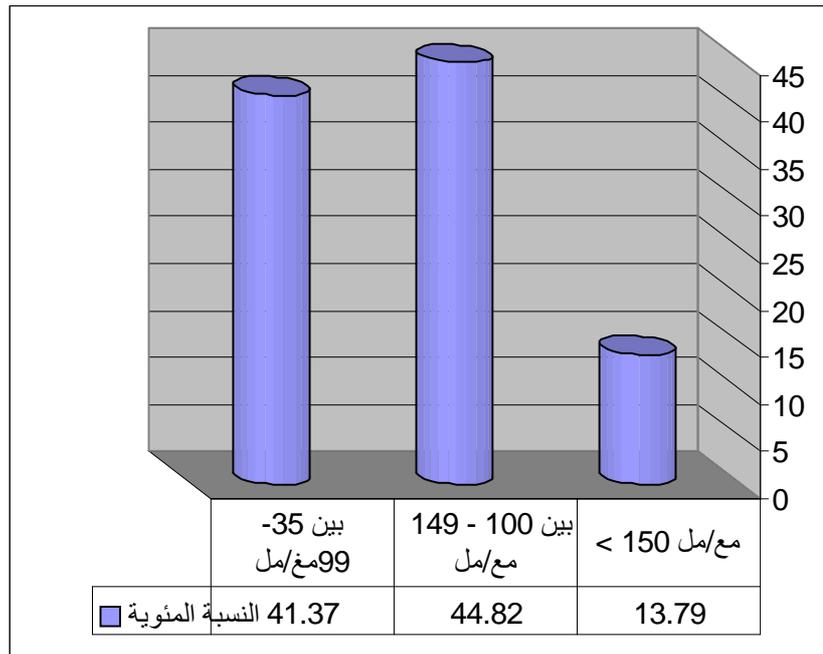
جدول /5/: يبين الأعراض السريرية عند التشخيص ونسبة تواترها

الأعراض	عدد المرضى	النسبة المئوية
A أعراض انسدادية سفلية مع آلام عظمية	10	34.48%
B أعراض انسدادية سفلية مع سوء حالة عامة	5	17.24%
C أعراض انسدادية سفلية مع استسقاء كلوي ثنائي الجانب	4	13.79%
D أعراض انسدادية سفلية مع استسقاء كلوي أحادي الجانب	4	13.79%
E أعراض انسدادية سفلية شديدة فقط	4	13.79%
F أعراض انسدادية سفلية بسيطة فقط	2	6.89%



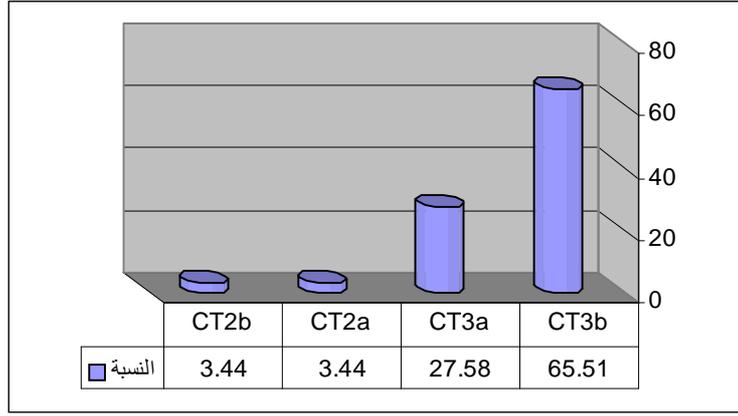
مخطط /2/: يبين الأعراض السريرية عند التشخيص ونسبة تواترها

بالنسبة لمستويات الـ PSA عند التشخيص كانت مرتفعة في معظمها حيث وجد الـ PSA أعلى من 150 نغ/مل عند 13.79% من المرضى، وبين 100 - 149 نغ/مل عند النسبة العظمى من المرضى (44.82%) بينما لم يأتي أي مريض بمستويات PSA أقل من 35 نغ/مل. مخطط /3/



مخطط /3/: يبين معدلات الـ PSA ونسبة مشاهدتها

بالنسبة للمرحلة السريرية عند القبول كانت cT3b عند 65.51% من المرضى وكانت CT3a عند 27,58 من المرضى، بينما كانت cT2a و cT2b عند 3.44% من المرضى.

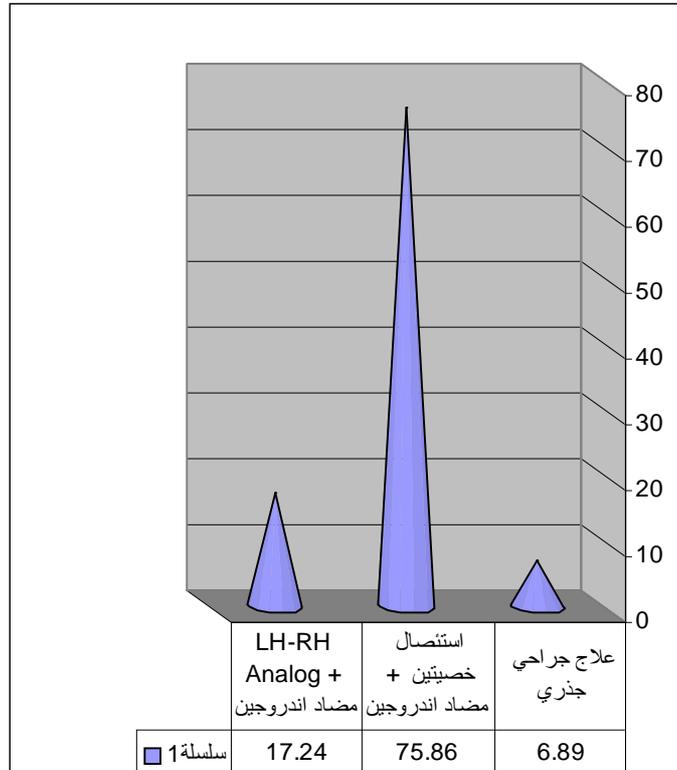


مخطط /4/: يبين نسبة تواتر المرحلة السريرية عند التشخيص

المس الشرجي كان مفتاح التشخيص بوجود ضخامة مويثة قاسية معممة أو موضعة والتي كانت تستدعي متابعة الإستقصاءات المتممة من PSA، خزعة، إيكو، طبقي محوري.

طريقة التشخيص الأساسية المعتمدة كانت الخزعة بالأبرة عبر العجان والدراسة النسيجية أثبتت أن السرطان الغدي شكل الغالبية المطلقة عند مرضانا (100 % )، بينما كان التميز النسيجي السي ~ G3 عند 65.51 % من المرضى بينما كان التميز النسيجي المتوسط G2 عند 34.48 % من المرضى

العلاج اعتمد على المرحلة السريرية فكان علاجاً هرمونياً **Komplete Androgen Deprivation** عند 93.10 % من المرضى (استئصال خصيتين + مضاد اندروجين عند 75.86 % من المرضى - LH-RH Analog + مضاد اندروجين عند 17.24 % من المرضى). أما العمل الجراحي الجذري (استئصال بروتستات جذري مع الحويصلات المنوية، مع اعادة تصنيع عنق مثانة جديد واعداد الوصل مع جذمور الإحليل) فاجري عند 6.89 % من المرضى. مخطط / 5 /



مخطط / 5 /: يبين طريقة العلاج ونسبة تواترها

المرضى اللذين خضعوا للعلاج الجذري وكانا اثنين :

**الأول:** أتى بعيار PSA 35 نغ/مل، ومرحلة سريرية cT2a دون دلائل على انتقالات لمفاوية أو عظمية (بالإستقصاءات المتممة :فوسفاتاز قلبية، صور شعاعية بسيطة، طبقي محوري) وقد اثبت التشريح المرضي للعينة الجراحية المستأصلة ذلك حيث أتى . pT2b,N0,R0,M0 .

**الثاني** أتى بعيار PSA 37 نغ / مل ومرحلة سريرية cT2b دون أي دلائل لانتقالات لمفاوية أو عظمية بالاستقصاءات المتممة وأتت نتيجة التشريح المرضي للعينة الجراحية المستأصلة pT3a,N1,R0,M0 ، مما اضطرنا لأجراء استئصال خصيتين كعلاج متمم .

هذان المريضان تمت متابعتهم ضمن تاريخ إتمام هذا البحث وما زالوا على قيد الحياة وبدون أي إختلاطات أو نكس سرطاني .

المرضى الخاضعين للعلاج الهرموني تم متابعتهم حتى تاريخ إنهاء هذا البحث توفي منهم للسبب السرطاني (11 مريض) 37.93 % خلال سنة من العلاج بينما توفي (16 مريض) 55,17 % خلال 1.5 سنة من العلاج بينما بقي على قيد الحياة (11مريض) بعد مرور مدة هذا البحث (خمس سنوات) 37.93 % من المرضى (قريبة من النسب العالمية 3) .

من خلال دراستنا بدا واضحا ترافق النسب العالية للـ PSA مع المراحل السريرية المتقدمة وبالتالي عدم إمكانية إجراء العمل الجراحي الجذري.

## المناقشة:

ما سهل ملاحظته من خلال مسيرة البحث السابق أن مرضى سرطان البروستات في بلدنا يراجعون وللأسف بمراحل متأخرة حيث لايمكن إجراء العمل الجراحي الجذري والذي يعتبر الأفضل لهذا النوع من السرطان. فكانت نسبة إجراء العمل الجراحي الجذري 6.89 % فقط، بينما تم اللجوء للعلاج الهرموني عند 93.1 %، والتي كما أظهر البحث أنه ذو تأثير علاجي غير مرضي .

هذا يدعونا للإلحاح على بث الوعي الصحي بين أبناء بلدنا على ضرورة المراجعة الدورية إعتباراً من سن الخمسين بهدف الكشف المبكر لسرطان البروستات وذلك عن طريق :

ü المس الشرجي DRE

ü معايرة الـ PSA

حيث وكما وجدنا بأن مستويات الـ PSA المتدنية تعكس في غالبية الأحيان مرحلة سريرية مبكرة وبالتالي تعطي الفرصة الذهبية للشفاء بإجراء العمل الجراحي الجذري .

## المراجع:

.....

- 1: Der Urologe, Band 42, Heft 9, September 2003, S 1172-1186 .
- 2: Klinik leitfaden Urologie, R. Eicheauer 1996 .
- 3: Klinische Urologie, J.Roth, B. Ubrig, 2001 .
- 4: Smiths Urologie, E.Tangho, 1992 .
- 5: T N M -Klassifikation der Uro-Karzinome, 1997 .
- 6: Urologie, Altwein u. Rubben, 1993 .
- 7: Uro-onkologie, Herbert Rubben, 1997 .