

RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO (PROSTATY)

W 2005 roku w Polsce zarejestrowano 7095 nowych zachorowań na raka prostaty, wskaźnik struktury — 11,1%, standaryzowany współczynnik zachorowalności — 27,3/100 tys.

Z powodu raka prostaty w 2005 roku zmarło 3592 mężczyzn, wskaźnik struktury — 7,0%, standaryzowany współczynnik umieralności — 12,9/100 tys.

Wykrywalność RGK wzrasta w ostatnich kilkunastu latach z powodu większej dostępności do badań diagnostycznych, a zwłaszcza oznaczania stężenia swoistego antygenu sterczowego (PSA, prostate-specific antigen) w surowicy. Roczne tempo wzrostu zapadalności na RGK w Polsce w ostatniej dekadzie XX wieku wynosiło 2,5%. Wzrost umieralności z powodu RGK jest wolniejszy. Raka gruczołu krokowego zwykle rozpoznaje się po 60. roku życia.

Do czynników ryzyka należą:

- ✓ wiek mężczyzn
- ✓ predyspozycja dziedziczna (kilkakrotnie większe ryzyko zachorowania u mężczyzn, którego krewni pierwszego stopnia chorowali lub chorują na RGK).

Dziedziczny RGK rozpoznaje się, jeśli nowotwór występuje u przynajmniej trzech krewnych pierwszej linii lub u przynajmniej dwóch w wieku poniżej 55 lat.

U części chorych RGK można wykryć na podstawie badania palcem przez odbytnicę (łac. per rectum).

Wartość diagnostyczna tego badania jest ograniczona i zależy w dużym stopniu od doświadczenia badającego, niemniej jego wykonanie zaleca się u wszystkich mężczyzn powyżej 50. roku życia. Obecność RGK można podejrzewać, jeśli badanie wykazuje ograniczone lub rozlane stwardnienie w obrębie gruczołu krokowego lub jego asymetrię. Dodatni wynik występuje u 15–40% chorych na RGK.

Ultrasonografia przezodbytnicza (TRUS, transrectal ultrasonography) pozwala uwidocznić granice i strukturę wewnętrzną gruczołu krokowego. Cechą charakterystyczną RGK jest obecność bipochoogenego ogniska lub ognisk w strefie obwodowej. Za pomocą TRUS wykrywa się około 20% RGK

W ostatnich latach zasadnicze znaczenie dla **rozpoznania tego raka ma określenie stężenia PSA w surowicy**. Stężenie PSA poniżej 4 ng/ml uznaje się powszechnie za „prawidłowe”, choć w ostatnich latach istnieje tendencja do obniżania górnej granicy „prawidłowego” stężenia PSA do 3 ng/ml, a nawet 2,5 ng/ml.

Rozpoznanie RGK określa się na podstawie biopsji. Zasadniczymi wskazaniami do jej wykonania są: podejrzenie raka na podstawie badania palcem, zwiększenie stężenia PSA w surowicy, stwierdzenie nieprawidłowości w badaniu TRUS.

Dotychczas nie udowodniono skuteczności przeprowadzania badań przesiewowych w celu wczesnego wykrycia RGK. Uważa się, że najistotniejsze jest oznaczanie stężenia PSA w surowicy (badanie palcem przez odbytnicę ma w skriningu znaczenie drugorzędne).

Opracowano na podstawie: „Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych”, Warszawa, styczeń 2009, www.puo.pl