NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2024

एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर

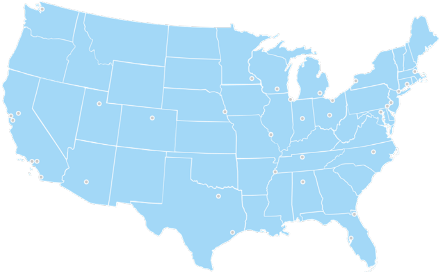
इसकी सहायता से पेश किया जा रहा है

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

NCCN.org/patientguidelines
पर ऑनलाइन उपलब्ध है

NCCN Guidelines for Patients® का परिचय

NCCN National Comprehensive Cancer Network®



क्या आप जानते हैं कि अमेरिका के सभी शीर्ष कैंसर केंद्र कैंसर की देखभाल में सुधार के लिए एक साथ काम करते हैं? इन अग्रणी कैंसर केंद्रों के गठबंधन को National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®) कहते हैं।

कैंसर का इलाजलगातार बदल रहा है। NCCN, दुनियाभर में स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं द्वारा उपयोग किए जाने वाले साक्ष्य-आधारित कैंसर के इलाज का सुझाव देता है। आम तौर पर अपडेट किए जाने वाले ये सुझाव NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) हैं। The NCCN Guidelines for Patients, में कैंसर पीड़ितों और उनकी देखभाल करने वालों को इन विशेषज्ञ सुझावों के बारे में आसान भाषा में समझाया गया है।

प्रोस्टेट कैंसर के लिए NCCN Guidelines for Patients, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) का यह संस्करण 4.2024 — 17 मई 2024 पर आधारित है।

NCCN Guidelines for Patients को मुफ़्त में ऑनलाइन देखें
NCCN.org/patientguidelines

अपने आसपास कोई NCCN केंद्र ढूंढें
NCCN.org/cancercenters

हमसे संपर्क करें

मददगार

NCCN Guidelines for Patients,
NCCN Foundation® से वित्त पोषित है

NCCN Foundation ये NCCN Guidelines for Patients उपलब्ध कराने में मदद करने के लिए इन कॉर्पोरेट मददगारों के प्रति आभार व्यक्त करता है: Astellas, and Janssen Biotech, Inc.

NCCN स्वतंत्र रूप से NCCN Guidelines for Patients को एडाप्ट, अपडेट और होस्ट करता है। हमारे कॉर्पोरेट सहयोगी NCCN Guidelines for Patients को बनाने में भागीदार नहीं हैं और इसमें शामिल सामग्री एवं सुझावों के लिए जिम्मेदार नहीं हैं।

उपहार देने के लिए या अधिक जानने के लिए इंटरनेट पर जाएँ या ईमेल करें

NCCNFoundation.org/donate

PatientGuidelines@NCCN.org

विषय-सूची

4 प्रोस्टेट कैंसर की बुनियादी बातें

12 एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के लिए परीक्षण

24 प्रोस्टेट कैंसर के उपचार

37 रीजनल प्रोस्टेट कैंसर उपचार विकल्प

45 मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के उपचार के विकल्प

56 सहायक देखभाल और अन्य सहायता

62 उपचार संबंधी निर्णय लेना

74 मुख्य शब्द

76 NCCN योगदानकर्ता

77 NCCN Cancer Centers

80 सूची

© 2024 National Comprehensive Cancer Network, Inc.सर्वाधिकार सुरक्षित। NCCN की लिखित अनुमति के बिना NCCN Guidelines for Patients और इसमें मौजूद चित्रों को किसी भी रूप में और किसी भी उद्देश्य के लिए कॉपी नहीं किया जा सकता। चिकित्सकों या मरीजों सहित कोई भी व्यक्ति, NCCN Guidelines for Patients का उपयोग किसी भी व्यावसायिक उद्देश्य के लिए नहीं कर सकता और यह दावा नहीं कर सकता, दर्शा नहीं सकता या सूचित नहीं कर सकता कि NCCN Guidelines for Patients, जिन्हें किसी भी तरह से संशोधित किया गया है, NCCN Guidelines for Patients से प्राप्त किए गए हैं, इन पर आधारित हैं, इनसे संबंधित हैं या इनसे उत्पन्न हुए हैं। NCCN Guidelines का कार्य प्रगति पर है, जिसे नए महत्वपूर्ण डेटा उपलब्ध होते ही पुनःपरिभाषित किया जा सकता है। NCCN अपनी सामग्री, उपयोग या अनुप्रयोग के संबंध में किसी भी प्रकार की कोई वारंटी नहीं देता है और इसके किसी भी तरह के अनुप्रयोग या उपयोग के लिए जिम्मेदार नहीं होगा।

NCCN Foundation, NCCN Guidelines for Patients के वित्तपोषण और वितरण द्वारा कैंसर से प्रभावित लाखों रोगियों और उनके परिवारों की इलाज के ज़रिए मदद करना चाहता है। NCCN फाउंडेशन 'सेंटर ऑफ़ इनोवेशन इन कैंसर रिसर्च' में देश के होनहार चिकित्सकों को वित्तीय सहायता प्रदान करके कैंसर के इलाज को एडवांस बनाने के लिए भी प्रतिबद्ध है। अधिक जानकारी और रोगी एवं देखभाल करने वाले संसाधनों की पूरी लाइब्रेरी के लिए, NCCN.org/patients पर जाएँ।

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) and NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462 USA

1

प्रोस्टेट कैंसर की बुनियादी बातें

5 प्रोस्टेट कैंसर क्या होता है?

6 प्रोस्टेट कैंसर के लक्षण क्या हैं?

6 प्रोस्टेट कैंसर किस कारण से होता है?

10 एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर क्या होता है?

10 क्या प्रोस्टेट कैंसर का ईलाज संभव है?

11 सबसे अच्छा उपचार क्या है?

11 मुख्य बिंदु

प्रोस्टेट पेल्विस के काफ़ी भीतर स्थित एक ग्रंथि होती है। जिस किसी के पास प्रोस्टेट है, उसे प्रोस्टेट कैंसर होने की संभावना है। इस अध्याय में प्रोस्टेट कैंसर की बुनियादी बातों के बारे में बताया गया है।

प्रोस्टेट कैंसर क्या होता है?

प्रोस्टेट कैंसर एक ऐसा रोग है, जिसमें प्रोस्टेट ग्रंथि की कोशिकाओं का विकास नियंत्रण से बाहर चला जाता है।

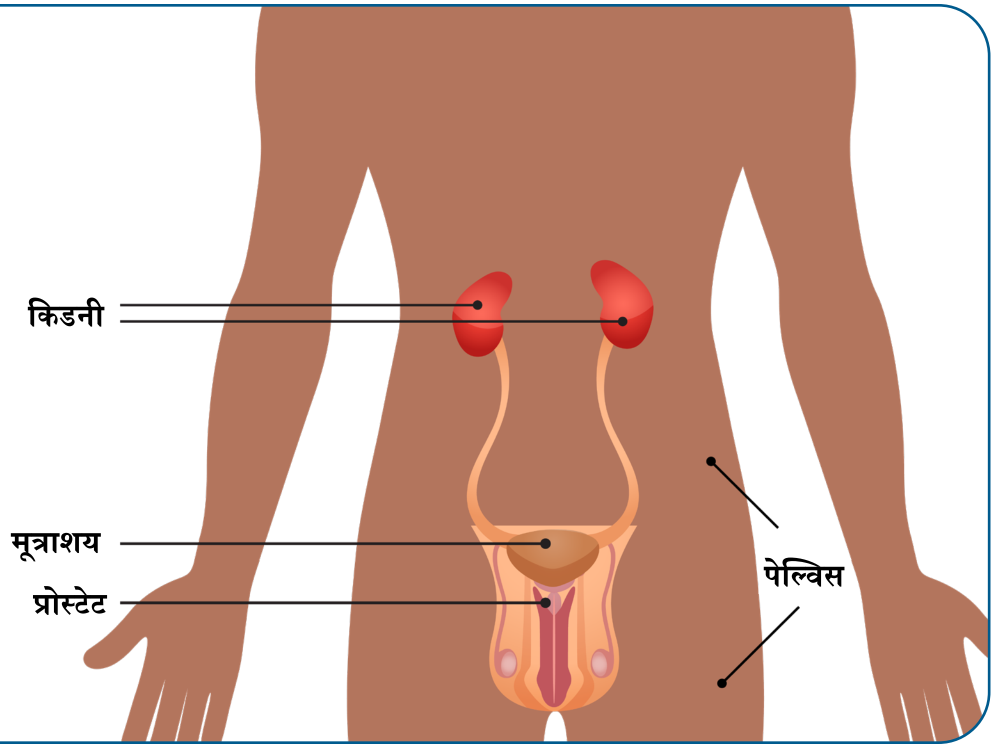
प्रोस्टेट पेल्विस में मूत्राशय के ठीक नीचे स्थित एक ग्रंथि होती है, जो आपके कूल्हे की हड्डियों के बीच के आपके शरीर के काफ़ी भीतर मौजूद होती है। प्रोस्टेट पुरुष प्रजनन प्रणाली का एक अहम हिस्सा होता है। प्रोस्टेट के अलावा, पुरुष प्रजनन प्रणाली में लिंग, शुक्राशय और अंडकोष शामिल होता है।

प्रोस्टेट कैंसर, कैंसर के सबसे आम प्रकारों में से एक है। कोशिकाओं की प्राकृतिक अवस्था में जब कोई गड़बड़ी हो जाती है, तो कैंसर का रूप लेती है, जिससे कुछ कोशिकाएं नियंत्रण से बाहर चली जाती हैं।

कैंसर कोशिकाएं सामान्य कोशिकाओं की तरह बर्ताव नहीं करती हैं। कैंसर कोशिकाएं जेनेटिक बदलाव (म्यूटेशन) विकसित कर लेती हैं, जिसके कारण वे तेज़ी से बढ़ती हैं और बहुत अधिक कैंसर कोशिकाएं बनाती हैं। कैंसर कोशिकाएं सामान्य कोशिकाओं को घेर लेती हैं और उन्हें दबाने लगती हैं। इसके कारण शरीर को नुकसान हो सकता है।

कैंसर कोशिकाएं सामान्य कोशिकाओं की तुलना में बहुत अधिक समय तक जीवित रह सकती हैं। वे कई सामान्य कोशिकाओं की जगह ले सकती हैं और इनकी वजह से अंग ठीक से काम करना बंद कर सकते हैं। कैंसर कोशिकाएं प्रोस्टेट के बाहर शरीर के अन्य हिस्सों में भी फैल सकती हैं।

प्रोस्टेट ग्रंथि पुरुष प्रजनन प्रणाली का एक महत्वपूर्ण हिस्सा होता है। यह मूत्राशय के ठीक नीचे स्थित होता है और अक्सर किसी पिंग-पॉन्ग बॉल के आकार का होता है।



प्रोस्टेट कैंसर के लक्षण क्या हैं?

लक्षण, एक ऐसा एहसास या समस्या है, जो किसी बीमारी या स्थिति का संकेत दे सकता है। प्रोस्टेट कैंसर अक्सर धीरे-धीरे बढ़ता है और लंबे समय तक इसका कोई लक्षण दिखाई नहीं पड़ता है। ऐसा ज़रूरी नहीं है कि आप में प्रोस्टेट कैंसर के लक्षण हों।

अगर आप में इस कैंसर के लक्षण हैं, तो इनमें ये बातें शामिल हो सकती हैं:

- आपके मूत्र या वीर्य में खून का आना
- मूत्र विसर्जन के समय जलन या दर्द
- बिना कारण वज़न घटना
- हड्डी, कूल्हे या पीठ का दर्द

यह जानना ज़रूरी है कि प्रोस्टेट कैंसर में बहुत से सामान्य लक्षण वही हैं, जो बढ़े हुए प्रोस्टेट के जैसे लक्षण होते हैं (जिसे बेनाइन प्रोस्टैटिक हाइपरप्लासिया या BPH भी कहते हैं)। बढ़ा हुआ प्रोस्टेट मूत्राशय पर दबाव डाल सकता है, मूत्रमार्ग को दबा सकता है, जिसके कारण मूत्र का बहाव धीमा हो सकता है और इसके कारण ऐसा महसूस होता है, जैसे आपने मूत्र विसर्जन पूरा न किया हो।

प्रोस्टेट कैंसर की तुलना में BPH की बीमारी अधिक सामान्य है। केवल लक्षणों के आधार पर इन दो स्थितियों के बीच में अंतर बताना कठिन है। अगर आपको इनमें से कोई लक्षण हैं, तो इनके बारे में अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को बताना न भूलें, क्योंकि आपको विशेष परीक्षण की आवश्यकता हो सकती है:

- अक्सर पेशाब आना, खासतौर पर रात में
- पेशाब की धार धीमी होना या रुक-रुककर आना
- पेशाब करते समय समस्या होना या पेशाब के दौरान ज़ोर लगाना
- पेशाब रोकने में समस्या होना
- ऐसा महसूस होना कि आपका मूत्राशय पूरी तरह से खाली नहीं हुआ है
- आपके पेड़ू या कूल्हे में हल्का दर्द होना
- इरेक्टाइल डिसफंक्शन (इरेक्शन में तकलीफ़ होना) या दर्दनाक स्खलन

प्रोस्टेट कैंसर किस कारण से होता है?

प्रोस्टेट कैंसर से ग्रस्त अधिकतर लोगों को यह हैरानी होती है कि यह कहां से आया और उन्हें कैसे हुआ। कैंसर अनुसंधानकर्ताओं को सटीक तौर पर यह नहीं पता कि किस कारण से प्रोस्टेट की कोशिकाएं नियंत्रण से बाहर चली जाती हैं (कैंसरस हो जाती हैं)। दरअसल, जिस किसी के पास प्रोस्टेट है, उसे प्रोस्टेट कैंसर होने का जोखिम है।

हालांकि, कई कारकों से प्रोस्टेट कैंसर होने का जोखिम बढ़ सकता है। इन्हें जोखिम कारक कहते हैं। कोई जोखिम कारक ऐसी कोई भी चीज़ हो सकती है, जिससे कैंसर होने की संभावना बढ़ जाती है। ज़रूरी नहीं है कि जोखिम कारकों के कारण प्रोस्टेट कैंसर हो, लेकिन प्रोस्टेट कैंसर अक्सर इन जोखिम कारकों में से किसी एक या अधिक के कारण होता है:

उम्र

प्रोस्टेट कैंसर के जोखिम का सबसे बड़ा कारक उम्र है। आम तौर पर 65 वर्ष से अधिक उम्र के लोगों में प्रोस्टेट कैंसर का लक्षण पाया जाता है। जैसे-जैसे आपकी उम्र बढ़ती है, वैसे-वैसे प्रोस्टेट कैंसर होने की संभावना बढ़ जाती है।

पारिवारिक इतिहास

आपका पारिवारिक स्वास्थ्य इतिहास आपके परिवार में रोगों और स्वास्थ्य स्थितियों की जानकारी होती है। पारिवारिक इतिहास परिवार के सदस्यों के बीच कुछ विशिष्ट रोगों के पैटर्न को दर्शाता है। किसी घनिष्ठ

प्रोस्टेट किधर फिट होता है?

प्रोस्टेट एक ग्रंथि होती है जो कि कूल्हे—आपके नितंबों के बीच स्थित होती है। यौन प्रजनन के लिए प्रोस्टेट महत्वपूर्ण होता है।

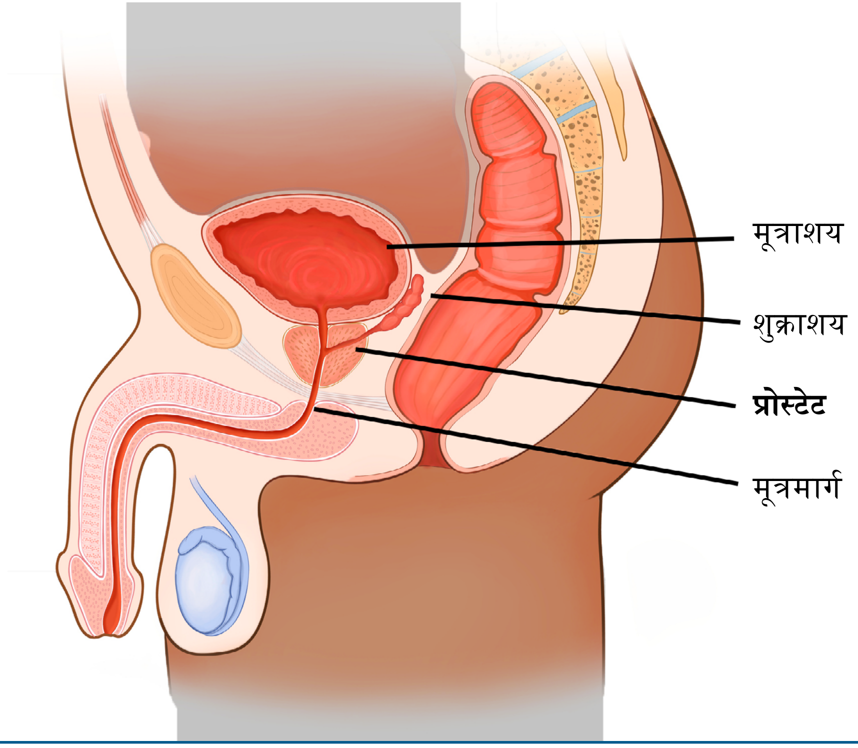
प्रोस्टेट: पुरुष प्रजनन प्रणाली में एक ग्रंथि। ग्रंथि उस अंग को कहते हैं, जो शरीर के लिए आवश्यक द्रव या रसायन बनाता है। प्रोस्टेट ग्रंथि उस द्रव को बनाती है, जो शुक्राणुओं को पोषण देती है और उन्हें आगे बढ़ने में मदद करती है। प्रोस्टेट में ऐसी मांसपेशियां भी होती हैं, जो स्खलन के दौरान वीर्य को मूत्रमार्ग के ज़रिए बाहर फेंकने में मदद करती हैं।

वीर्य: वह द्रव जो प्रोस्टेट और शुक्राशय के द्रवों और इसके साथ-साथ अंडकोष से आने वाले शुक्राणुओं से बना होता है। स्खलन के दौरान, वीर्य मूत्रमार्ग के ज़रिए और लिंग से बाहर निकलता है।

मूत्रमार्ग: वह नली जो मूत्राशय के ज़रिए मूत्र को शरीर के बाहर ले जाती है। प्रोस्टेट मूत्रमार्ग को मूत्राशय के ठीक नीचे घेरे रहता है।

शुक्राशय: दो ग्रंथियां जो वीर्य बनाने वाले द्रव के एक और हिस्से को बनाती हैं और उसे स्टोर करती हैं। शुक्राशय प्रोस्टेट के ऊपर और मूत्राशय के पीछे होता है।

मूत्राशय: वह अंग जो मूत्र को एकत्र करता है।



पारिवारिक सदस्य (भाई या पिता) के प्रोस्टेट कैंसर से ग्रस्त होने पर, आपके भी इससे ग्रस्त होने की संभावना बढ़ जाती है। कुछ अन्य विशिष्ट कैंसरों (ब्रेस्ट, ओवेरियन, कोलन, पैंक्रियाटिक और अन्य कैंसर) का पारिवारिक इतिहास होने पर भी प्रोस्टेट कैंसर से ग्रस्त होने की संभावना बढ़ सकती है।

जेनेटिक कैंसर

जब परिवार में कैंसर का इतिहास "रहा हो", तो प्रोस्टेट कैंसर और अन्य कैंसरों से संबंधित विशिष्ट जेनेटिक बदलावों (म्यूटेशन) की पहचान करने के लिए जेनेटिक परीक्षण किया जा सकता है। उदाहरण के लिए, *BRCA2* जीन में आनुवांशिक जेनेटिक बदलाव होने से प्रोस्टेट कैंसर होने का जोखिम बढ़ जाता है।

कुछ ऐसी जेनेटिक अनियमितताएं भी होती हैं, जो परिवारों में मौजूद नहीं होतीं और उन्हें आनुवांशिक तौर पर प्राप्त नहीं किया जाता।

नस्ल

संयुक्त राज्य अमेरिका में, श्वेत लोगों की तुलना में अश्वेत लोगों में प्रोस्टेट कैंसर के विकसित होने की संभावना ज़्यादा होती है। अश्वेत लोगों में प्रोस्टेट कैंसर जल्दी हो सकता है और पता चलने के बाद ज़्यादा तेज़ी से व ज़्यादा व्यापक तरीके से फैल सकता है। श्वेत पुरुषों की तुलना में, अश्वेत लोगों के प्रोस्टेट कैंसर से मरने की संभावना दोगुना तक ज़्यादा होती है।

हिस्पैनिक और एशियाई पुरुषों के श्वेत और अश्वेत पुरुषों की तुलना में प्रोस्टेट कैंसर से ग्रस्त होने की संभावना कम होती है।

इन अंतरों के कई कारण हैं, जैसे कि स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच की रुकावटें (जिसमें जल्दी पता लगाने की स्क्रीनिंग शामिल है) और इसके साथ-साथ जैविकी और अनुवांशिक कारक और अन्य कारण। अनुसंधानकर्ता इन अंतरों का कारण पता लगाने और परिणामों में सुधार लाने के लिए क्या किया जा सकता है, इस बाबत प्रयास कर रहे हैं।

आक्रामक का क्या मतलब है?

जब स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर कैंसर को आक्रामक बताते हैं, तो उनका मतलब है कि कैंसर के औसत से अधिक तेज़ी से बढ़ने या फैलने की संभावना है।

आक्रामक शब्द का प्रयोग उस थेरेपी के लिए भी किया जा सकता है, जो अन्य उपचार विकल्पों की तुलना में अधिक सशक्त या तीव्र हो सकती है।

हो सकता है कि अश्वेत पुरुष अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से जल्दी स्क्रीनिंग जाँच करवाने और अन्य पुरुषों की तुलना में अधिक ज़्यादा बार यह जाँच करवाने के लिए बात करें।

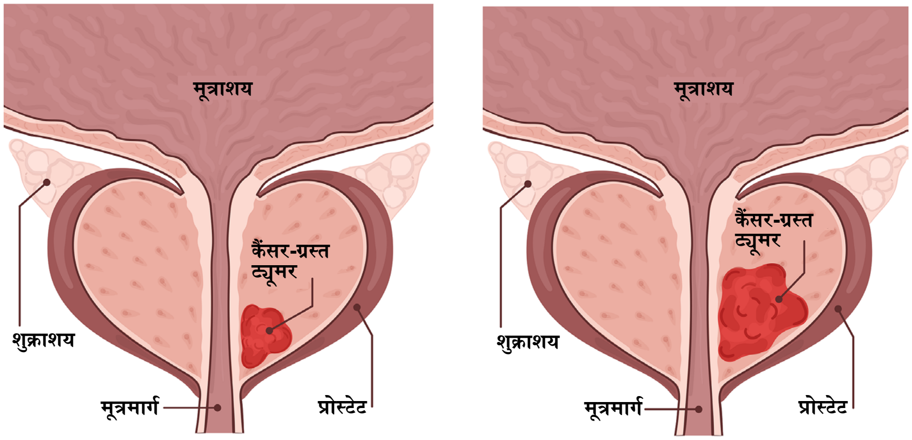
आहार और जीवनशैली

कोई भी ऐसा विशिष्ट आहार नहीं मिला है, जिसके कारण प्रोस्टेट कैंसर होता हो या इसकी रोकथाम कर सकता हो। हालांकि, उच्च वसा वाला भोजन करना, जैसे कि मीट और दुग्ध उत्पाद, प्रोस्टेट कैंसर से जुड़े जोखिम को बढ़ाने से संबंधित पाए गए हैं। धूम्रपान करना और मोटापा भी प्रोस्टेट कैंसर के विकसित होने और उसके कारण मृत्यु होने के जोखिम को बढ़ा देता है।

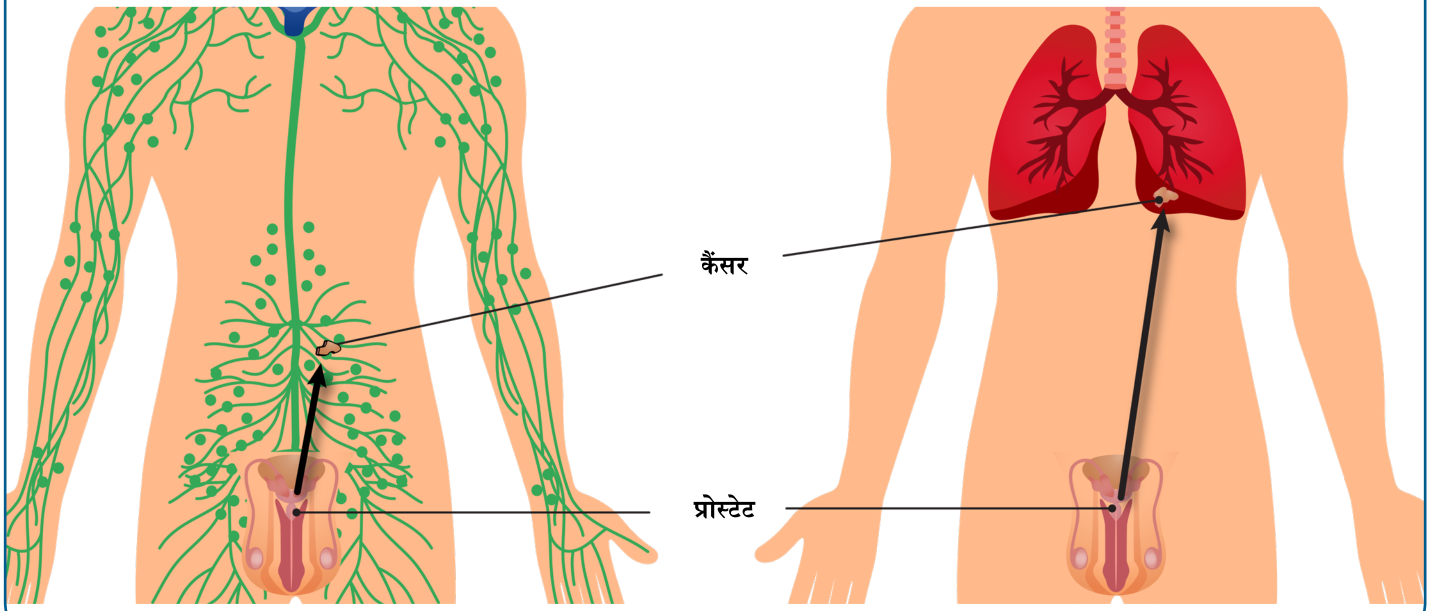
दूसरी तरफ, जो लोग अधिक फल और सब्ज़ियां खाते हैं, उन्हें एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के विकसित होने का जोखिम कम होता है। व्यायाम करने और सीमित वज़न बनाए रखने से प्रोस्टेट कैंसर की तेज़ी से विकसित होने और उसके कारण मृत्यु की संभावना कम हो सकती है।

अर्ली बनाम एडवांस प्रोस्टेट कैंसर

प्रारंभिक-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर दृश्य रूप से प्रोस्टेट के बाहर नहीं पहुंचा होता है। यह आमतौर पर धीरे विकसित होता है और प्रोस्टेट के भीतर ही रहता है। इसे स्थानीयकृत प्रोस्टेट कैंसर भी कहते हैं।



एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर प्रोस्टेट के बाहर विकसित होकर शरीर के अन्य क्षेत्रों में फैल जाता है, जैसे दूरस्थ लिम्फ़ नोड्स (नीचे बाएं), हड्डियां, या यकृत या फेफड़े जैसे अंग (नीचे दाएं)। इसे मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर भी कहते हैं।



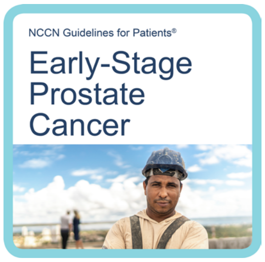
एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर क्या होता है?

प्रोस्टेट कैंसर को प्रारंभिक-स्टेज कैंस या एडवांस-स्टेज कैंसर में समूहबद्ध किया जा सकता है।

शुरुआती-स्टेज

शुरुआती-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर प्रोस्टेट के बाहर नहीं पहुंचा होता है। यह कैंसर आमतौर पर धीरे विकसित होता है और प्रोस्टेट के भीतर ही रहता है। जो कैंसर पूरी तरह से प्रोस्टेट के भीतर ही रहता है, उसे स्थानीयकृत प्रोस्टेट कैंसर कहते हैं।

एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर के बारे में अधिक जानकारी *NCCN Guideline for Patients* से प्राप्त की जा सकती है: NCCN.org/patientguidelines और NCCN Patient Guides for Cancer ऐप में *प्रारंभिक-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर*



एडवांस-स्टेज

एडवांस-स्टेज का मतलब है कि कैंसर प्रोस्टेट के अलावा, शरीर के अन्य हिस्सों में भी फैल गया है। इस फैलाव को मेटास्टेसिस या मेटास्टेटिक कैंसर कहते हैं। मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर लिम्फ़ नोड्स, हड्डियों, जिगर, फेफड़े और अन्य अंगों में भी फैल सकता है।

यह किताब एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर के बारे में पूरी जानकारी देती है।

- जो कैंसर प्रोस्टेट ग्रंथि से आसपास के क्षेत्रों में फैल जाता है, जैसे कि लिम्फ़ नोड्स, लेकिन उससे ज़्यादा दूर नहीं गया होता है, उसे **रीजनल प्रोस्टेट कैंसर** कहते हैं। (उसे स्थानीय एडवांस प्रोस्टेट कैंसर भी कहते हैं। यह किताब उसे रीजनल प्रोस्टेट कैंसर कहेगी, ताकि स्थानीयकृत और स्थानीय एडवांस के बीच भ्रम पैदा न हो।)
- जो कैंसर प्रोस्टेट के परे शरीर के अन्य हिस्सों में फैल जाता है, उसे दूरस्थ मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर या आसान शब्दों में **मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर** कहते हैं।

प्रोस्टेट कैंसर कैसे फैलता है? कैंसर कोशिकाएं रक्त के बहाव को हाइवे की तरह इस्तेमाल करके शरीर के दूरस्थ हिस्सों में पहुंच जाती हैं। कैंसर कोशिकाएं लिम्फ़ैटिक प्रणाली के ज़रिए भी फैल सकती हैं। लिम्फ़ैटिक प्रणाली अंगों और वाहिकाओं का एक जाल होता है, जो संक्रमण से लड़ता है और लिम्फ़ कहे जाने वाले एक साफ़ द्रव को सर्कुलेट करता है।

लिम्फ़ नोड्स, लिम्फ़ैटिक प्रणाली का एक सामान्य और महत्वपूर्ण हिस्सा होता है। लिम्फ़ नोड्स छोटे, रोग-निवारक क्लस्टर होते हैं, जो कीटाणुओं को हटाने के लिए लिम्फ़ द्रव को फ़िल्टर करते हैं। लिम्फ़ वाहिकाएं और नोड्स शरीर के हर हिस्से में होते हैं।

कुछ रोगी पहली बार निदान किए जाने के समय एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर से ग्रस्त होते हैं। कुछ रोगी प्रारंभिक-स्टेज कैंसर के उपचार के बाद एडवांस-स्टेज कैंसर विकसित कर लेते हैं।

क्या प्रोस्टेट कैंसर का ईलाज संभव है?

एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर अक्सर जीवन-भर रहने वाला रोग है। लेकिन उपचार से इसके विकास को धीमा किया जा सकता है, लक्षणों को कम किया जा सकता है और जीवनकाल को बढ़ाया जा सकता है। एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर के उपचारों में हॉर्मोन थेरेपी, कीमोथेरेपी, रेडिएशन थेरेपी, इम्यूनोथेरेपी, टार्गेटेड थेरेपी, रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल्स, सर्जरी और अन्य थेरेपियां शामिल हैं।

यह बात सही है कि एडवांस स्टेज में पहुंच चुका प्रोस्टेट कैंसर कुछ रोगियों के लिए जानलेवा हो सकता है। लेकिन पिछले कुछ वर्षों में, बेहतर जाँच विधियां और बेहतर उपचार से प्रत्येक जातीयता और नस्लों में प्रोस्टेट कैंसर

से होने वाली मृत्युओं की संख्या घट रही है। एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर से ग्रस्त अनेकों लोग कैंसर के साथ जीना जारी रख रहे हैं और हो सकता है कि अंत में किसी अन्य कारण की वजह से उनकी मृत्यु हो।

हालिया वर्षों में वैज्ञानिकों ने प्रोस्टेट कैंसर के बारे में बहुत कुछ जान लिया है। नतीजतन, आज की जाँच विधियां और उपचार अतीत की तुलना में बेहतर कारगर हैं। इसके साथ ही, प्रोस्टेटग्रस्त कई रोगियों के पास पहले की तुलना में अधिक उपचार विकल्प मौजूद हैं।

सबसे अच्छा उपचार क्या है?

प्रोस्टेट कैंसर के लिए सबसे अच्छा उपचार वह है, जो आपके लिए सही हो। आपकी टीम आपके साथ मिलकर काम करेगी और यह देखेगी कि कौन सी चिकित्सा आपके विशिष्ट कैंसर से लड़ने में आपके लिए बेहतरीन साबित हो सकती है।

महत्वपूर्ण बात यह है कि आपकी टीम को सर्वोत्तम प्रथाओं का पालन करना चाहिए। यह किताब एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर का उपचार करने के लिए सर्वोत्तम प्रथाओं पर आधारित है। सर्वोत्तम प्रथाएं शीर्ष कैंसर केंद्रों में नवीनतम शोध और विधियों पर आधारित हैं। आपकी उपचार टीम को आपकी देखभाल में निम्नलिखित बेहतरीन प्रथाएं शामिल होनी चाहिए।

एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के लिए अब कई नए परीक्षण और उपचार उपलब्ध हैं। अगर संभव हो तो प्रोस्टेट कैंसर के विशेषज्ञ चिकित्सा केंद्र से देखभाल या दूसरी सलाह लें।

मुख्य बिंदु

- प्रोस्टेट कैंसर तब विकसित होता है, जब प्रोस्टेट ग्रंथि की कोशिकाएं नियंत्रण से बाहर विकसित होने लगती हैं।
- प्रोस्टेट कैंसर का सबसे बड़ा जोखिम कारक उम्र है। आपकी उम्र बढ़ने के साथ, प्रोस्टेट कैंसर के विकसित होने की संभावना बढ़ जाती है।
- किसी घनिष्ठ पारिवारिक सदस्य को प्रोस्टेट कैंसर से ग्रस्त होने पर, आपके इससे ग्रस्त होने की संभावना बढ़ जाती है।
- जिस किसी के पास प्रोस्टेट है, उसे प्रोस्टेट कैंसर होने का जोखिम है। अश्वेत लोग और अनुवांशिक तौर पर जेनेटिक म्यूटेशन प्राप्त करने वाले लोगों को जोखिम ज़्यादा होता है।
- एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर प्रोस्टेट के बाहर शरीर के अन्य हिस्सों में भी फैल सकता है। इस फैलाव को मेटास्टेसिस कहते हैं।
- एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर अक्सर जीवन-भर रहने वाला रोग है। उपचार उसे धीमा कर सकता है, उसके लक्षणों को कम कर सकता है और लोगों को अधिक लंबे समय तक जीने में मदद कर सकता है।

2

एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के लिए परीक्षण

13 सामान्य प्रोस्टेट परीक्षण

14 सामान्य स्वास्थ्य इतिहास

15 नैदानिक परीक्षण

20 जेनेटिक परीक्षण

22 ट्यूमर की स्टेजिंग

23 इसके बाद?

23 मुख्य बिंदु

अगर आपको अभी तक प्रोस्टेट कैंसर का निदान नहीं हुआ है, तो यह पता लगाने के लिए आपको कई परीक्षणों और स्कैन की आवश्यकता हो सकती है कि क्या आप इससे ग्रस्त हैं और क्या यह फैल गया है। ये परीक्षण और स्कैन आपकी टीम को आपके प्रोस्टेट कैंसर के इलाज के लिए सर्वोत्तम योजना बनाने में मदद करेंगे।

स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता प्रोस्टेट कैंसर का पता लगाने तथा कैंसर की प्रगति का पता लगाने के लिए विभिन्न प्रकार के परीक्षणों का उपयोग करते हैं। परीक्षणों का उपयोग उपचार की योजना बनाने, उपचार कितना कारगर है इसकी जाँच करने और उपचार समाप्त होने के बाद आपके स्वास्थ्य की निगरानी करने के लिए किया जाता है। इस अध्याय में बताया गया है कि आपको कौन-कौन से परीक्षण करवाने पड़ सकते हैं तथा परीक्षण के दौरान क्या अपेक्षा रखनी चाहिए। ज़रूरी नहीं है कि प्रोस्टेट कैंसर से पीड़ित प्रत्येक व्यक्ति को यहाँ सूचीबद्ध सभी परीक्षण करवाने पड़ें।

जब आप परीक्षा देने जाएं तो अपने साथ किसी ऐसे को लेकर जाएं जो बात सुने, प्रश्न पूछे और उत्तर लिख ले।

सामान्य प्रोस्टेट परीक्षण

सामान्य प्रोस्टेट कैंसर परीक्षणों का उपयोग किसी अज्ञात व्यक्ति में प्रोस्टेट कैंसर की संभावना का पता लगाने के लिए किया जाता है। इनका उपयोग प्रोस्टेट कैंसर से पीड़ित रोगियों में जाँच और निगरानी के लिए भी किया जाता है।

प्रोस्टेट कैंसर की जाँच के लिए दो सामान्य परीक्षण हैं - PSA परीक्षण और डिजिटल रेक्टल परीक्षण।

PSA परीक्षण

यह एक रक्त परीक्षण है जो आपके रक्तप्रवाह में प्रोस्टेट-विशिष्ट एंटीजन (PSA) की मात्रा को नापता है। PSA एक प्रोटीन है जो प्रोस्टेट ग्रंथि के अंदर बनता है। इसका काम वीर्य को शुक्राणु के परिवहन में मदद करना है। सभी प्रोस्टेट कोशिकाएं, सामान्य कोशिकाएं और कैंसर कोशिकाएं, PSA बनाती हैं।

यदि प्रोस्टेट में कुछ गड़बड़ी हो—जैसे कि प्रोस्टेट कैंसर—तो प्रोस्टेट अधिक PSA बना सकता है। जबकि अधिकांश PSA वीर्य में चला जाता है, थोड़ा सा रक्तप्रवाह में भी चला जाता है। रक्त में PSA की असामान्य रूप से अधिक मात्रा प्रोस्टेट कैंसर का संकेत हो सकती है। इसी प्रकार, उपचार के बाद PSA में वृद्धि यह संकेत दे सकती है कि उपचार प्रभावशीलता खो रहा है।

हालाँकि, उम्र और अन्य कारक—जैसे कि बढ़ा हुआ प्रोस्टेट या मूत्र मार्ग का संक्रमण—भी PSA के उच्च स्तर का कारण बन सकते हैं। इसका मतलब यह है कि PSA परीक्षण अपने आप में प्रोस्टेट कैंसर का डायग्नोसिस प्रदान नहीं कर सकता है। इसीलिए PSA परीक्षण को अक्सर इमेजिंग या डिजिटल रेक्टल परीक्षण या दोनों के साथ जोड़ा जाता है, ताकि यह तय किया जा सके कि आपको बायोप्सी की आवश्यकता है या नहीं।

PSA स्तर (जिसे कुल PSA भी कहा जाता है) रक्त के प्रति मिलीलीटर (ng/mL) PSA के नैनोग्राम में मापा जाता है।

डिजिटल रेक्टल परीक्षण

डिजिटल रेक्टल परीक्षण (जिसे प्रोस्टेट परीक्षण भी कहा जाता है) परीक्षण का एक अजीब और अप्रिय रूप हो सकता है। लेकिन यह आपके प्रोस्टेट के आकार और बनावट की जाँच करने का सबसे सरल और सीधा तरीका है।

इस परीक्षण के लिए, आपके प्रोस्टेट को महसूस करने के लिए डॉक्टर आपके मलाशय में दस्ताना पहने हुए एक उंगली डालेंगे, ताकि कैंसर के किसी भी संकेत का पता लगाया जा सके। प्रोस्टेट का अनियमित या कठोर हिस्सा ट्यूमर का संकेत हो सकता है।

हालांकि, डिजिटल रेक्टल परीक्षण के दौरान प्रोस्टेट के सभी हिस्सों को महसूस नहीं किया जा सकता है। इसलिए इसे आम तौर पर PSA परीक्षण और अन्य कारकों—आपकी उम्र, जाति, पारिवारिक इतिहास और बहुत कुछ—के साथ जोड़ा जाता है ताकि यह निर्धारित किया जा सके कि आपको आगे परीक्षण की आवश्यकता है या नहीं।

सामान्य स्वास्थ्य इतिहास

स्वास्थ्य इतिहास और शारीरिक परीक्षण

आपकी देखभाल टीम के पास आपकी सभी स्वास्थ्य जानकारी होनी चाहिए। वे आपसे आपके जीवन में हुई किसी भी स्वास्थ्य समस्या और उपचार के बारे में पूछेंगे। अपनी किसी बीमारी या चोट के बारे में और यह कब हुआ, इसके बारे में बात करने के लिए तैयार रहें। अपनी टीम को अपने किसी भी लक्षण के बारे में भी बताएं।

अपनी नियमित दवाओं और आपके द्वारा ली जाने वाली ओवर-द-काउंटर दवाओं, जड़ी-बूटियों या पूरकों की एक सूची लाएं। इनमें से कुछ (जैसे सॉ पाल्मेटो या सेंट जॉन का पौधा) आपके PSA स्तर में बदलाव का कारण बन सकते हैं, इसलिए आपकी देखभाल टीम को यह जानना होगा कि क्या आप उन्हें ले रहे हैं।

शारीरिक परीक्षण बीमारी के किसी भी लक्षण के लिए आपके शरीर की जाँच को कहते हैं। आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता आपकी कमर, बगल और गर्दन में बढ़ी हुई ग्रंथियों (लिम्फ़ नोड्स) को महसूस कर सकता है।

पारिवारिक इतिहास

कुछ कैंसर और अन्य रोग आनुवांशिक हो सकते हैं। आपकी देखभाल टीम परिवार के उन सदस्यों के स्वास्थ्य इतिहास के बारे में पूछेगी, जो आपके रक्त संबंधी हैं। इसे पारिवारिक इतिहास कहा जाता है।

केवल प्रोस्टेट कैंसर ही नहीं, बल्कि सभी कैंसरों के बारे में परिवार के दोनों पक्षों के सदस्यों से पूछना महत्वपूर्ण है। परिवार के सदस्यों से पूछें कि क्या किसी रिश्तेदार को कैंसर था, किस उम्र में उनका निदान हुआ और क्या इससे उनकी मृत्यु हुई। परिवार के सदस्यों से हृदय रोग, स्ट्रोक और मधुमेह जैसी अन्य स्वास्थ्य समस्याओं के बारे में भी पूछें। इस जानकारी को अपनी देखभाल टीम के साथ साझा करें और अपने परिवार के इतिहास में किसी भी बदलाव के बारे में अपनी टीम को अपडेट करें।

लक्षण और जीवन की गुणवत्ता

आपका डॉक्टर या आपकी देखभाल टीम का कोई अन्य सदस्य आपसे कई प्रश्न पूछेगा कि आपको कौन से लक्षण हो सकते हैं (जैसे कि बार-बार पेशाब आना, पेशाब करने या

सप्लिमेंट्स ले रहे हैं?

जब आप परीक्षण शुरू करें तो अपनी दवाओं की एक सूची अपने डॉक्टर के कार्यालय में लाएं। अगर आप किसी पूरक दवा, विशेष रूप से सप्लिमेंट्स, विटामिन या जड़ी-बूटियों का उपयोग कर रहे हैं, तो अपनी उपचार टीम को बताना भी महत्वपूर्ण है। इनमें से कुछ आपके कैंसर परीक्षणों या उपचार में दखलअंदाज़ी कर सकते हैं। इनके कारण उपचार की प्रभावशीलता कम हो सकती है या फिर साइड इफ़ेक्ट्स हो सकते हैं।

शौच करने में कठिनाई, या यौन समस्याएं)। आपसे यह भी पूछा जाएगा कि ये लक्षण आपके जीवन की गुणवत्ता को कैसे प्रभावित करते हैं।

जीवन की गुणवत्ता के मायने, आपकी भलाई और नियमित गतिविधियों में भाग लेने की आपकी क्षमता से आपकी समग्र संतुष्टि से है। इन सभी प्रश्नों का उत्तर ईमानदारी से और पूरी तरह से देना महत्वपूर्ण है, ताकि आपकी देखभाल टीम को इस बारे में पूरी और नवीनतम जानकारी रहे कि आप कैसे काम कर रहे हैं।

नैदानिक परीक्षण

नैदानिक परीक्षण यह पुष्टि करने के लिए होते हैं कि क्या आपको कैंसर है। उनका उपयोग यह पता लगाने के लिए भी किया जाता है कि कैंसर स्थानीयकृत है या एडवांस है। नैदानिक परीक्षण आपके निदान के बाद उपचार की योजना बनाने में मदद कर सकते हैं और यह पता लगा सकते हैं कि क्या उपचार के बाद भी कैंसर बढ़ रहा है या फैल रहा है।

नैदानिक परीक्षणों में इमेजिंग स्कैन, बायोप्सी और आनुवंशिक परीक्षण शामिल हैं।

इमेजिंग परीक्षण

कोई इमेजिंग परीक्षण आपके शरीर के अंदरूनी हिस्सों के चित्र (छवियां) लेता है। चित्र कैंसर को प्रकट कर सकते हैं, जिसमें उसका आकार, स्थान और प्रोस्टेट के आकार जैसी अन्य विशेषताएं शामिल हैं। चित्र दिखा सकते हैं कि कैंसर कहां शुरू हुआ (प्राथमिक ट्यूमर) और क्या कैंसर फैल गया है (मेटास्टैसाइज़्ड)।

आपके स्कैन के बाद, आपके चित्रों का अध्ययन रेडियोलॉजिस्ट द्वारा किया जाएगा। रेडियोलॉजिस्ट वह डॉक्टर होता है, जो इमेजिंग परीक्षणों को पढ़ने में विशेषज्ञ होता है। रेडियोलॉजिस्ट आपकी देखभाल टीम को परिणाम भेज देगा। यह जानकारी आपकी देखभाल के अगले चरणों की योजना बनाने में मदद करेगी। आपकी टीम इन परिणामों की चर्चा आपसे करेगी। अगर आपके कोई सवाल हैं, तो उन्हें पूछना सुनिश्चित करें।

डायग्नोसिस बनाम पूर्वानुमान

आपके डायग्नोसिस और आपके पूर्वानुमान के बीच क्या अंतर है? ये दो शब्द एक जैसे लगते हैं, लेकिन इनमें बहुत अंतर है।

डायग्नोसिस परीक्षणों के आधार पर किसी बीमारी की पहचान करना है। आपका डायग्नोसिस बताता है कि आपको कौन सी बीमारी है।

पूर्वानुमान किसी बीमारी का संभावित कोर्स और परिणाम है। आपका पूर्वानुमान भविष्यवाणी करता है कि आपकी बीमारी कैसी होगी।

इमेजिंग बायोप्सी से पहले, दौरान या उसके बाद आ सकती है। कैंसर के उपचार के बाद इमेजिंग का उपयोग यह देखने के लिए भी किया जा सकता है कि यह कितना अच्छा काम कर रहा है और यह जाँचने के लिए भी कि कैंसर वापस तो नहीं आ रहा।

प्रोस्टेट कैंसर के लिए इमेजिंग विधियों में MRI, CT, PET, अल्ट्रासाउंड, हड्डी स्कैन या इनका संयोजन शामिल है।

MRI स्कैन

मैग्नेटिक रेज़ोनेंस इमेजिंग (MRI) स्कैन आपके शरीर के अंदर की तस्वीरें बनाने के लिए रेडियो तरंगों और शक्तिशाली चुंबकों का इस्तेमाल करता है। प्रोस्टेट के भीतर कैंसर के बारे में अधिक विस्तृत जानकारी प्राप्त करने के लिए MRI का उपयोग किया जा सकता है। इसका उपयोग यह देखने के लिए भी किया जाता है कि कैंसर आस-पास के लिम्फ़ नोड्स या आपके कूल्हे की हड्डियों तक तो नहीं फैल गया है।

MRI स्कैन भी उपचार की योजना बनाने में मदद कर सकते हैं और उपचार के बाद इसका उपयोग यह

जाँचने के लिए किया जा सकता है कि कहीं कैंसर वापस तो नहीं आ गया है (पुनरावृत्ति)।

MRI स्कैन के लिए अपॉइंटमेंट में 1 से 2 घंटे लग सकते हैं, जिसमें 30 से 60 मिनट का वास्तविक स्कैनिंग समय भी शामिल है। प्रत्येक स्कैन के दौरान जितना संभव हो सके, आपको उतना शिथिल रहना होगा। आपको स्थिर रहने में मदद के लिए तकिए या बोल्स्टर के साथ रखा जा सकता है।

क्योंकि MRI चुंबकों का उपयोग करता है, इसलिए आप किसी भी धातु की वस्तु (जैसे गहने, फोन, कलाई घड़ी या धातु बकल वाली बेल्ट) को इमेजिंग रूम में नहीं ला सकते हैं।

CT स्कैन

कंप्यूटेड टोमोग्राफ़ी (CT या CAT) स्कैन शरीर के अंदर के चित्र लेने के लिए एक्स-रे और कंप्यूटर तकनीक का उपयोग करता है। CT विभिन्न कोणों से शरीर के एक ही हिस्से के कई एक्स-रे लेता है। कंप्यूटर सभी एक्स-रे चित्रों को मिलाकर एक विस्तृत चित्र बनाता है। कोई CT स्कैन आमतौर पर 30 मिनट के भीतर पूरा हो जाता है।

PET स्कैन

पॉज़िट्रॉन एमिशन टोमोग्राफ़ी (PET) स्कैन आपके शरीर के उन कोशिकाओं को हाइलाइट कर सकता है, जो कैंसरग्रस्त हो सकते हैं। आपके कैंसर की सीमा निर्धारित करने या यह देखने के लिए कि क्या यह मेटास्टैसाइज़ हो गया है, निदान के बाद आपका PET स्कैन किया जा सकता है। PET इमेजिंग यह भी दर्शा सकती है कि उपचार कितना बेहतर काम कर रहा है।

किसी PET स्कैन के लिए आपके रक्तप्रवाह में ट्रेसर नामक रेडियोधर्मी पदार्थ को इंजेक्ट करने की आवश्यकता होती है। ट्रेसर को आपके पूरे शरीर में फैल जाने में लगभग एक घंटा लगता है। ट्रेसर आपकी कैंसर कोशिकाओं को लक्षित करता है, जो स्कैन पर चमकीले धब्बों के रूप में दिखाई देती हैं। इसके बाद, यह ट्रेसर मूत्र के ज़रिए आपके शरीर से निकल जाएगा।

PET स्कैन के लिए अपॉइंटमेंट में 1 से 2 घंटे लग सकते हैं, जिसमें लगभग 30 मिनट का वास्तविक स्कैनिंग समय भी शामिल है।

क्योंकि PET एक अलग इमेजिंग विधि का उपयोग करता है, इसे अक्सर अधिक विस्तृत चित्र प्रदान करने के लिए अन्य प्रकार की इमेजिंग, जैसे CT या MRI के साथ जोड़ा

PET इमेजिंग

पॉज़िट्रॉन एमिशन टोमोग्राफ़ी (PET) स्कैन आपके शरीर के उन कोशिकाओं को हाइलाइट कर सकता है, जो कैंसरग्रस्त हो सकते हैं। PET स्कैन आपके कैंसर की सीमा निर्धारित कर सकता है या देख सकता है कि यह मेटास्टेसिस हो गया है या नहीं। PET इमेजिंग यह भी दर्शा सकती है कि उपचार कितना बेहतर काम कर रहा है।

जाता है। इस संयुक्त विधि को PET/CT या PET/MRI स्कैन कहा जाता है।

PSMA-PET

PET स्कैन विभिन्न प्रकार के ट्रेसर्स का इस्तेमाल करता है। प्रोस्टेट कैंसर में सबसे आम ट्रेसर प्रोस्टेट कैंसर कोशिकाओं की सतह पर प्रोस्टेट-विशिष्ट मेम्ब्रेन एंटीजन (PSMA) नामक प्रोटीन का पता लगाता है। प्रोस्टेट कैंसर कोशिकाएं बहुत अधिक PSMA बना सकती हैं, इसलिए डॉक्टरों ने ऐसे ट्रेसर विकसित किए हैं, जो इस विशिष्ट प्रोटीन को लक्षित करते हैं।

प्रोस्टेट कैंसर से पीड़ित हर किसी को PSMA-PET स्कैन की आवश्यकता नहीं होगी। इसका उपयोग अधिकतर प्रोस्टेट कैंसर की पुनरावृत्ति पर नज़र रखने के लिए किया जाता है। इसका उपयोग यह निर्धारित करने के लिए भी किया जाता है कि क्या टार्गेटेड थेरेपी मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर कैंसर के कुछ मामलों का इलाज कर सकती है या नहीं।

हड्डी स्कैन

हड्डी का स्कैन यह पता लगा सकता है कि कैंसर आपकी हड्डियों तक तो नहीं फैल गया है। अगर आपको हड्डी में दर्द है, हड्डी मेटास्टेसिस का उच्च जोखिम है, या कुछ परीक्षण परिणामों में परिवर्तन है तो हड्डी के स्कैन का उपयोग किया जा सकता है। उपचार की निगरानी के लिए हड्डी के स्कैन का भी उपयोग किया जा सकता है।

हड्डी के स्कैन में हड्डियों के अंदर की तस्वीरें लेने के लिए रेडियोधर्मी ट्रेसर का उपयोग किया जाता है। तस्वीरें लेने से पहले, ट्रेसर को आपके रक्तप्रवाह में इंजेक्ट किया जाता है। ट्रेसर को आपकी हड्डियों में प्रवेश करने में कुछ घंटे लग सकते हैं।

एक विशेष कैमरा आपकी हड्डियों में ट्रेसर की तस्वीरें लेगा। स्वस्थ हड्डी की तुलना में हड्डी की क्षति वाले क्षेत्र अधिक ट्रेसर सोख लेते हैं। ये क्षेत्र स्कैन में चमकीले धब्बों के रूप में दिखाई देते हैं।

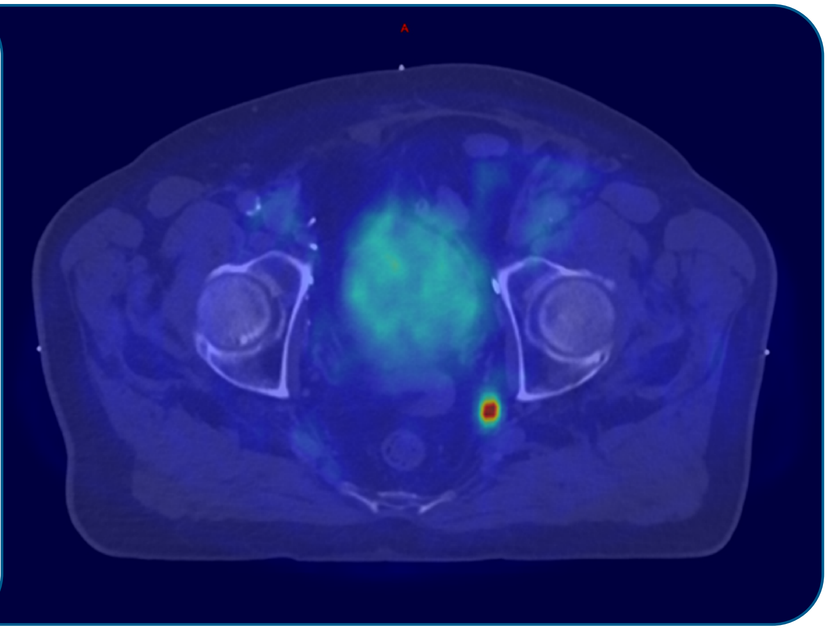
अल्ट्रासाउंड

अल्ट्रासाउंड इमेजिंग का उपयोग आमतौर पर प्रोस्टेट की बायोप्सी का मार्गदर्शन करने में मदद के लिए किया जाता है। इसे ट्रांसरेक्टल अल्ट्रासाउंड (TRUS) इमेजिंग कहा जाता है।

बायोप्सी के दौरान, एक अल्ट्रासाउंड प्रोब को मलाशय में डाला जाता है। प्रोब लगभग एक उंगली के आकार का होता है। यह उपकरण शरीर के अंदर से प्रोस्टेट का दृश्य बनाने के लिए उच्च-ऊर्जा ध्वनि तरंगों का उपयोग करता है। ये चित्र सर्जन को आपके पेट को खोले बिना प्रोस्टेट का एक छोटा सा नमूना निकालने की सुविधा देती हैं।

प्रोस्टेट कैंसर का PET/CT स्कैन

यह चित्र मरीज के कूल्हे के क्रॉस-सेक्शन को दिखाने के लिए PET और CT स्कैन को जोड़ती है। हरा घेरा प्रोस्टेट में कैंसर की पहचान करता है, जबकि तीव्र लाल बिंदु कैंसर को इंगित करता है जो कूल्हे में लिम्फ़ नोड तक फैल गया है।



कुछ केंद्रों पर, अधिक सटीक बायोप्सी के लिए अधिक विस्तृत दृश्य प्रदान करने के लिए आपकी सहेजी गई MRI छवियों को वास्तविक समय के अल्ट्रासाउंड के साथ जोड़ा जा सकता है। इसे MRI-TRUS फ्यूज़न कहते हैं।

बायोप्सी

बायोप्सी एक ऐसी प्रक्रिया है, जिसमें आपके शरीर से कोशिकाओं, तरल पदार्थ या ऊतक का एक नमूना निकाला जाता है और कैंसर का परीक्षण किया जाता है। आपको कैंसर है या नहीं, इसकी पुष्टि करने का यह एक मुख्य तरीका है।

बायोप्सी एक आक्रामक परीक्षण है, जिसका अर्थ है कि यह आपके शरीर में प्रवेश (आक्रमण) करता है। सभी आक्रामक परीक्षणों में थोड़ा जोखिम होता है। प्रोस्टेट बायोप्सी के जोखिमों में संक्रमण, रक्तस्राव और दर्द शामिल है। ज़रूरत पड़ने पर डॉक्टर आक्रामक परीक्षणों का इस्तेमाल करते हैं। आप और आपकी देखभाल टीम तय करेगी कि आपको बायोप्सी की आवश्यकता कब होगी या नहीं होगी।

बायोप्सी का नमूना प्रोस्टेट, मेटास्टेसिस (कैंसर का एक क्षेत्र जो प्रोस्टेट के बाहर फैल गया है), या कभी-कभी दोनों से लिया जा सकता है।

प्रोस्टेट की बायोप्सी

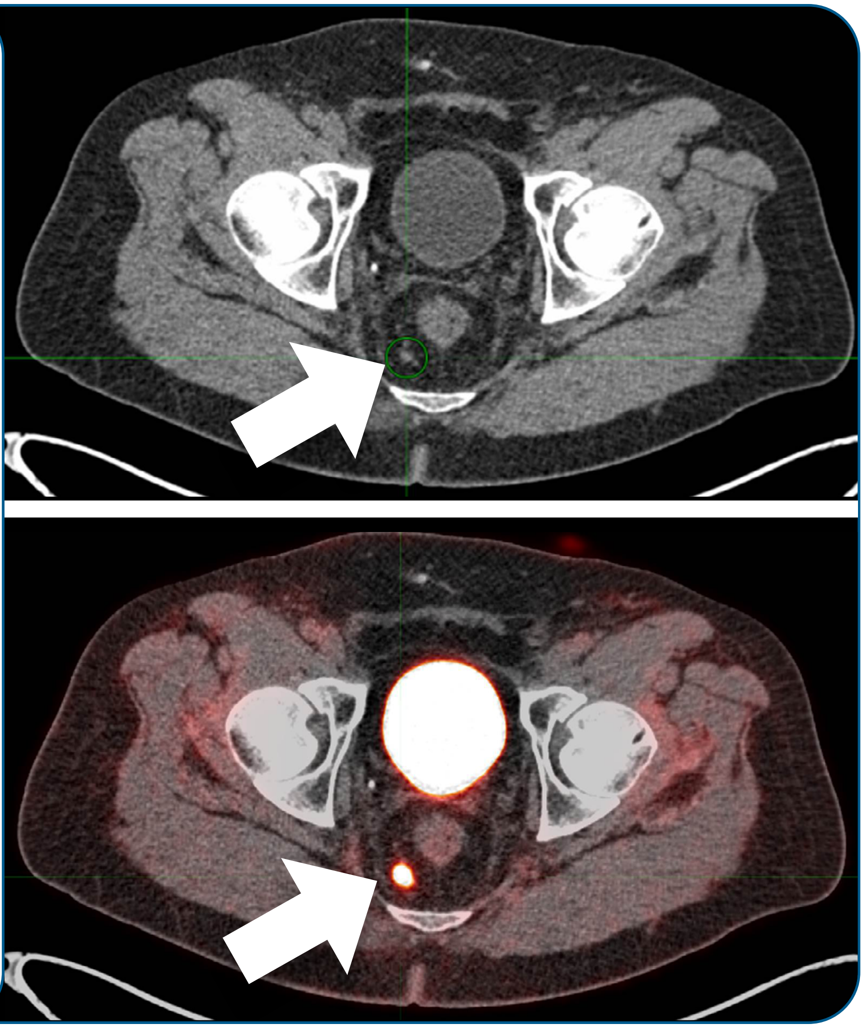
प्रोस्टेट बायोप्सी आमतौर पर एक मूत्र रोग विशेषज्ञ द्वारा की जाती है। मूत्र रोग विशेषज्ञ एक ऐसा डॉक्टर होता है,

प्रोस्टेट कैंसर का PSMA-PET स्कैन

प्रोस्टेट कैंसर का इलाज करा रहे मरीज का CT स्कैन कूल्हे पर शरीर का एक क्रॉस-सेक्शन दिखाता है। CT लिम्फ़ नोड को इंगित करता है, जो सामान्य दिखाई देता है (शीर्ष छवि)।

लेकिन उसी लिम्फ़ नोड का PMSA-PET स्कैन प्रोस्टेट कैंसर कोशिकाओं (नीचे की छवि में तीर) को उजागर करता है।

चित्र: University of Chicago Medicine



जो मूत्र प्रणाली और पुरुष प्रजनन अंगों के रोगों के इलाज में विशेषज्ञ होता है।

इस प्रक्रिया के लिए, आप अपने घुटनों को मोड़कर एक तरफ लेटेंगे या आप अपने पैरों को ऊपर उठाकर अपनी पीठ के बल लेटेंगे। दर्द को सुन्न करने या आपको सुलाने के लिए एनेस्थीसिया दिया जाएगा। मूत्र रोग विशेषज्ञ आपके मलाशय में एक लुब्रिकेटेड प्रोब डालेगा। प्रोब प्रोस्टेट का एक दृश्य चित्र देता है।

फिर मूत्र रोग विशेषज्ञ गाइड के तौर पर वीडियो डिस्प्ले का उपयोग करके प्रोस्टेट ग्रंथि में एक खोखली सुई डालेगा। सुई को या तो पेरिनियम (गुदा और अंडकोश के बीच की त्वचा) या मलाशय के माध्यम से डाला जाता है।

जब मूत्र रोग विशेषज्ञ सुई निकालता है, तो वह प्रोस्टेट ऊतक का एक छोटा सा नमूना निकालता है जिसे कोर कहा जाता है। कोई कोर नमूना केवल 1 से 2 मिलीमीटर चौड़ा और 12 से 20 मिलीमीटर लंबा होता है - लगभग टूथपिक जितना चौड़ा और किशमिश जितना लंबा। मूत्र रोग विशेषज्ञ आमतौर पर प्रोस्टेट के विभिन्न हिस्सों से 12 या अधिक कोर नमूने लेंगे। विभिन्न क्षेत्रों की जाँच से संपूर्ण ग्रंथि में कैंसर का अधिक संपूर्ण मूल्यांकन मिलता है।

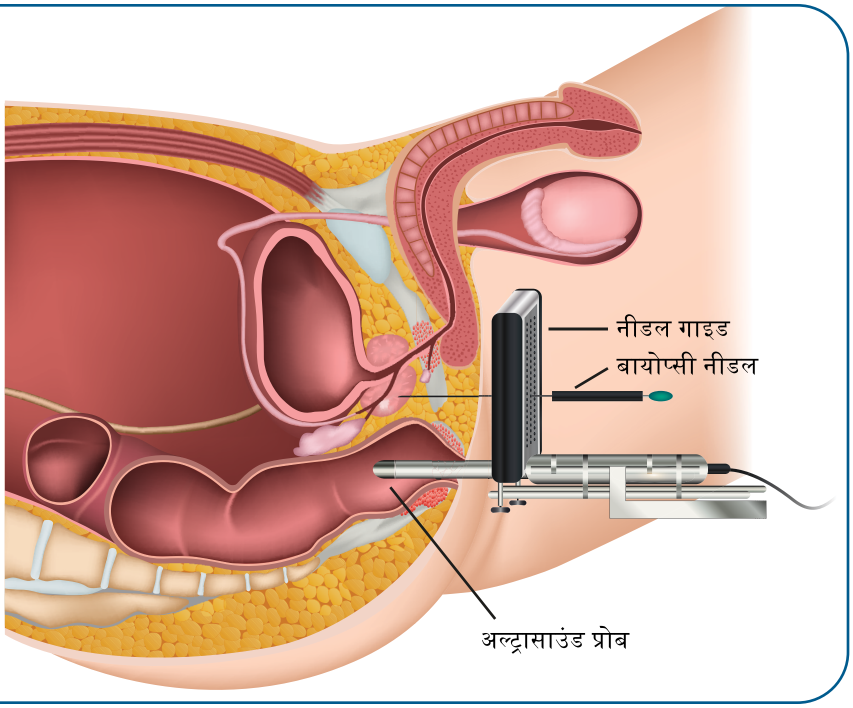
बायोप्सी नमूने निकाले जाने के बाद, पैथोलॉजिस्ट नामक एक विशेषज्ञ माइक्रोस्कोप के तहत नमूनों की जाँच करेगा और कैंसर कोशिकाओं के लिए उनका परीक्षण करेगा। पैथोलॉजिस्ट यह पता लगाएगा कि कितने कोर नमूनों में कैंसर है और प्रत्येक कोर में कैंसर का प्रतिशत भी मापेगा।

इस जानकारी से, पैथोलॉजिस्ट अनुमान लगा सकता है कि प्रोस्टेट में कैंसर की मात्रा कितनी है और यह कितना आक्रामक हो सकता है। इसके अलावा, यह जानकर कि प्रत्येक मुख्य नमूना कहां लिया गया था, पैथोलॉजिस्ट यह बता सकता है कि कैंसर प्रोस्टेट के एक निश्चित हिस्से में केंद्रित है या नहीं।

पैथोलॉजिस्ट इन परिणामों को एक रिपोर्ट में डाल देगा। अपने डॉक्टर या अपनी देखभाल टीम के किसी

प्रोस्टेट की बायोप्सी

बायोप्सी ऊतक का एक नमूना निकालती है, जिसका कैंसर के लिए परीक्षण किया जाता है। यह एक ट्रांसपेरिनियल बायोप्सी है, जिसमें पेरिनियम के माध्यम से और प्रोस्टेट में एक सुई डाली जाती है। एक अल्ट्रासाउंड प्रोब, जो मलाशय में जाती है, डॉक्टर को सुई को प्रोस्टेट में निर्देशित करने में मदद करती है। कैंसर की अत्यधिक सटीक तस्वीर प्रदान करने के लिए आपके प्रोस्टेट के MRI स्कैन को अल्ट्रासाउंड छवि के साथ जोड़ा जा सकता है।



अन्य सदस्य से अपने साथ पैथोलॉजी रिपोर्ट की समीक्षा करने के लिए कहें।

मेटास्टेसिस की बायोप्सी

मेटास्टेसिस की बायोप्सी लिम्फ़ नोड, आंतरिक अंग या हड्डी से ली जा सकती है। यह बायोप्सी प्रोस्टेट बायोप्सी के समान ही की जाती है—ऊतक के कोर को निकालने के लिए एक खोखली सुई का उपयोग किया जाता है।

कभी-कभी, रक्त में कैंसर कोशिकाओं की तलाश के लिए रक्त का नमूना लिया जाता है, जिसे "तरल बायोप्सी" भी कहा जाता है।

बायोप्सी कराने से जटिलताएं हो सकती हैं। जटिलता किसी प्रक्रिया का अवांछित और अनियोजित परिणाम है। जटिलताओं में संक्रमण, मलाशय से रक्तस्राव या मूत्र, मल या वीर्य में रक्त शामिल हो सकता है। ये आम तौर पर कुछ दिनों के बाद या कुछ हफ्तों के बाद वीर्य के साथ चले जाते हैं। यह जानना भी महत्वपूर्ण है कि कहीं बायोप्सी से प्रोस्टेट कैंसर फैलेगा या बिगड़ेगा तो नहीं।

जेनेटिक परीक्षण

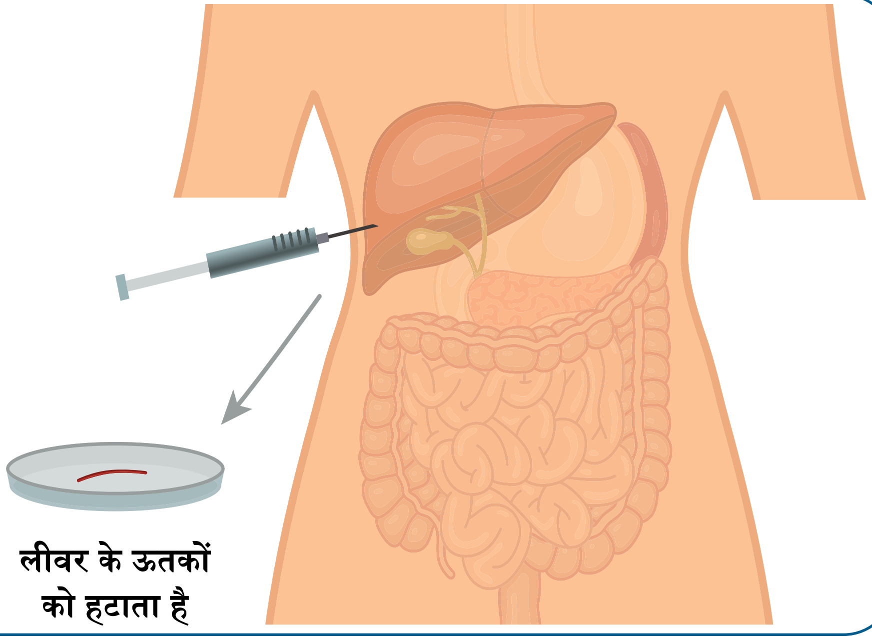
आपके जीन में हानिकारक परिवर्तनों का पता लगाने के लिए आनुवंशिक परीक्षण का उपयोग किया जाता है। जीन प्रत्येक कोशिका के अंदर DNA के छोटे खंड होते हैं। जीन कोशिका को यह बताने के निर्देश देते हैं कि प्रोटीन कैसे बनाया जाए, जो कि शरीर में कई महत्वपूर्ण कार्य करता है।

कभी-कभी, किसी जीन में कोई परिवर्तन होता है या कोई बदलाव विकसित हो जाता है, जिसे कि म्यूटेशन कहा जाता है, जो उसके कार्य को नुकसान पहुंचता है। इस म्यूटेशन के परिणामस्वरूप, जीन सामान्य प्रोटीन बनाने में सक्षम नहीं होता है, इसलिए प्रोटीन अपना आवश्यक कार्य नहीं कर पाता है। यह कोशिका की सामान्य गतिविधियों को प्रभावित कर सकता है, जिससे कैंसर जैसी बीमारी हो सकती है।

म्यूटेशन परिवारों में आनुवांशिक तौर पर जा सकते हैं, ऐसी स्थिति में वे आपके शरीर की प्रत्येक कोशिका में होते हैं। या फिर आपकी कुछ कोशिकाओं में ही म्यूटेशन अनायास हो सकता है। दूसरे शब्दों में, वे आपके जन्म से पहले आपके शरीर में हो सकते हैं (जिसे वंशानुगत या जर्मलाइन म्यूटेशन कहा जाता है) या

मेटास्टेसिस की बायोप्सी

प्रोस्टेट कैंसर लिम्फ़ नोड्स, हड्डियों या आंतरिक अंगों को मेटास्टेसिस कर सकता है। मेटास्टेसिस की बायोप्सी (जैसा कि यहाँ देखा गया है, यकृत से लिया गया है) ऊतक के एक छोटे से कोर को हटाने के लिए एक खोखली सुई का उपयोग करती है। कैंसर कोशिकाओं की तलाश के लिए ऊतक का प्रयोगशाला में परीक्षण किया जाता है।



बाद में जीवन में संयोग या पर्यावरणीय कारकों से घटित होते हैं (जिसे अधिग्रहीत या सोमैटिक म्यूटेशन कहा जाता है)।

प्रोस्टेट कैंसर की देखभाल के लिए उपयोग किए जाने वाले दो बुनियादी प्रकार के आनुवंशिक परीक्षण वंशानुगत जीन परीक्षण और ट्यूमर परीक्षण हैं:

वंशानुगत जीन परीक्षण

कभी-कभी, आपके माता-पिता से विरासत में मिले जीन में म्यूटेशन विभिन्न कैंसर के खतरे को बढ़ा सकता है। आप आनुवांशिक तौर पर इन जीनों को अपने बच्चों तक पहुंचा सकते हैं। आपके भाई-बहनों या परिवार के अन्य सदस्यों में भी ये म्यूटेशन हो सकते हैं। अगर आपके परिवार में कैंसर का इतिहास है, तो आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता यह पता लगाने के लिए आनुवंशिक परीक्षण का सुझाव दे सकते हैं कि कहीं आपको वंशानुगत कैंसर का खतरा तो नहीं है। इसे जर्मलाइन परीक्षण भी कहा जाता है।

इस प्रकार के आनुवंशिक परीक्षण का लक्ष्य आपके शरीर की प्रत्येक कोशिका में होने वाले वंशानुगत (जर्मलाइन) म्यूटेशन को देखना है। जेनेटिक जर्मलाइन परीक्षण आपके रक्त, मूत्र या लार के नमूने का उपयोग करके किया जाता है।

प्रोस्टेट कैंसर के लिए, यह परीक्षण आम तौर पर इन जीनों में विशिष्ट परिवर्तनों की तलाश करता है: *BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2,* और अन्य।

वंशानुगत म्यूटेशन होने का मतलब यह नहीं है कि आपको अपने-आप कैंसर हो जाएगा। इसका मतलब है कि आपके भीतर कुछ विशिष्ट कैंसर विकसित होने की संभावना अधिक है।

कुछ म्यूटेशन आपको एक से अधिक प्रकार के कैंसर के खतरे में डाल सकते हैं। *BRCA1 या BRCA2* जैसे जीनों में वंशानुगत म्यूटेशन स्तन कैंसर, ओवेरियन कैंसर, पैंक्रियाटिक कैंसर और त्वचा कैंसर (मेलानोमा) से भी संबंधित हैं। *MSH2, MSH6, MLH1* और *PMS2* में वंशानुगत म्यूटेशन प्रोस्टेट कैंसर के अलावा कोलोरेक्टल कैंसर, गर्भाशय कैंसर और अन्य कैंसर से संबंधित हैं।

अगर आपके परिवार या आपके स्वयं के स्वास्थ्य इतिहास के आधार पर वंशानुगत कैंसर जोखिम जीन का संदेह है, तो आपको अनुवांशिक परीक्षण के बारे में बात करनी चाहिए। आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता आपसे परीक्षण के बारे में बात कर सकते हैं या आपको आनुवंशिक परामर्शदाता के पास भेज सकते हैं। आनुवंशिक परामर्शदाता ऐसा विशेषज्ञ होता है, जिसके पास आनुवंशिक रोगों में विशेष प्रशिक्षण होता है। एक आनुवंशिक परामर्शदाता आपको यह निर्णय लेने में मदद कर सकता है कि आप जर्मलाइन परीक्षण कराना चाहेंगे या नहीं और इन परीक्षणों के परिणामों की व्याख्या करने में भी आपकी मदद कर सकता है।

अगर आपको प्रोस्टेट कैंसर और निम्न में से कोई भी अन्य रोग है, तो वंशानुगत जीन परीक्षण की सिफारिश की जाती है:

- परिवार के सदस्य या रिश्तेदार जिन्हें प्रोस्टेट कैंसर, स्तन कैंसर, ओवेरियन कैंसर, आंतों का कैंसर और कुछ अन्य कैंसर हैं या थे
- *BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2,* और अन्य सहित कुछ जीनों में म्यूटेशन का पारिवारिक इतिहास
- बहुत उच्च जोखिम, उच्च जोखिम, क्षेत्रीय (लिम्फ़ नोड में कैंसर) या मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर प्रोस्टेट कैंसर, चाहे पारिवारिक इतिहास कुछ भी हो
- अशकेनाज़ी यहूदी वंश

अपने परिवार में कैंसर के इतिहास के बारे में अपने चिकित्सा प्रदाताओं और/या आनुवंशिक परामर्शदाता से बात करें।

ट्यूमर परीक्षण

ट्यूमर परीक्षण (जिसे दैहिक परीक्षण, आणविक ट्यूमर परीक्षण या ट्यूमर प्रोफ़ाइलिंग भी कहा जाता है) के लिए ट्यूमर से या लिम्फ़ नोड, हड्डी, यकृत, फेफड़े या अन्य प्रभावित क्षेत्र में मेटास्टेसिस से ऊतक के नमूने की आवश्यकता होती है। या यह आपके रक्त का नमूना हो सकता है, जिसमें ट्यूमर का DNA होता है।

इस प्रकार के परीक्षण में, नमूने का विश्लेषण उसके मॉलिक्यूलर घटकों को देखने के लिए किया जाता है। ट्यूमर अक्सर ऐसे मॉलिक्यूल छोड़ते हैं, जिनका उपयोग कैंसर के बारे में पता लगाने और जानने के लिए सुराग के रूप में किया जा सकता है। यह जानकारी इस संभावना का पता लगाने में मदद करती है कि क्या आपका कैंसर शरीर के अन्य भागों में फैल सकता है। इससे यह अनुमान लगाने में भी मदद मिल सकती है कि क्या कैंसर अधिक आक्रामक प्रकार में परिवर्तित हो सकता है।

महत्वपूर्ण रूप से, लक्षित थेरेपी (उदाहरण के लिए PARP अवरोधक) का उपयोग उन कैंसर के विरुद्ध किया जा सकता है, जिनमें विशेष मॉलिक्यूलर ट्यूमर मार्कर होते हैं। इसलिए यह परीक्षण DNA मरम्मत में शामिल कई जीनों में विशिष्ट असामान्यताओं की तलाश करता है, जिनमें *BRCA1, BRCA2, ATM, PALB2, FANCA* और अन्य शामिल हैं।

ट्यूमर की स्टेजिंग

ट्यूमर विभिन्न आकार और आकृतियों में आते हैं। किसी एक ट्यूमर की तुलना किसी दूसरे ट्यूमर से करना आसान नहीं है। इस समस्या को हल करने के लिए, कैंसर विशेषज्ञों ने किसी भी ट्यूमर का वर्णन करने के लिए ट्यूमर, नोड, मेटास्टेसिस (TNM) प्रणाली बनाई। यह आपके इमेजिंग स्कैन, बायोप्सी और रक्त परीक्षण के परिणामों पर आधारित है।

इस प्रणाली में, T, N और M अक्षर कैंसर के विकास के विभिन्न क्षेत्रों को दर्शाते हैं:

- **T (ट्यूमर) –** मुख्य (प्राथमिक) ट्यूमर के आकार का वर्णन करता है और यह बताता है कि क्या यह प्रोस्टेट के बाहर बढ़ गया है
- **N (नोड) –** यह पहचानता है कि कहीं कैंसर लिम्फ़ नोड्स में तो नहीं फैल गया है
- **M (मेटास्टेसिस) –** यह इंगित करता है कि कहीं कैंसर कूल्हे के बाहर, शरीर के कुछ हिस्सों में तो नहीं फैल गया है (मेटास्टेसाइज़्ड)

आपके प्रदाता आपके परीक्षण परिणामों के आधार पर प्रत्येक अक्षर को एक नंबर निर्दिष्ट करेंगे। संख्या जितनी अधिक होगी, ट्यूमर (**T**) उतना ही बड़ा होगा या कैंसर उतना अधिक फैलेगा (**M**)। इन अंकों को कैंसर के लिए एक "स्टेज" निर्दिष्ट करने के लिए संयोजित किया जाता है।

स्टेजिंग यह बताने का एक तरीका है कि आपके शरीर में कैंसर कितना है और यह कितनी दूर तक फैल चुका है। आपकी बीमारी के कोर्स की भविष्यवाणी करने और उपचार योजना बनाने के लिए अपने स्टेज को जानना महत्वपूर्ण है।

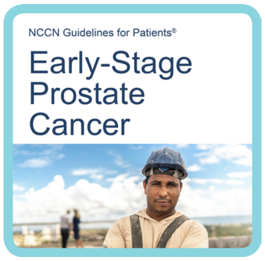
कैंसर की स्टेजिंग तब की जाती है, जब आपका पहली बार निदान किया जाता है। उपचार के बाद यह पुष्टि करने के लिए भी इसे किया जा सकता है कि कहीं स्टेज बदला तो नहीं है।

TNM स्कोर को कैसे पढ़ें

मान लीजिए कि आपके प्रोस्टेट कैंसर को **T4, N1, M1** का TNM स्कोर दिया गया है। इस स्कोर का मतलब है कि ट्यूमर प्रोस्टेट ग्रंथि (T4) के बाहर बढ़ गया है और पास के लिम्फ नोड्स (N1) और शरीर के एक या अधिक दूर के हिस्सों (M1) तक फैल गया है।

अपना TNM स्कोर क्यों जानें? एक तो, यह आपको आपके कैंसर की सीमा के बारे में बताता है। यह कैंसर फैलने के आपके जोखिम को चिह्नित करने में भी मदद करता है। आपके जोखिम का स्तर आपके लिए सबसे उपयुक्त उपचार का संकेत देने में मदद करता है।

इस पुस्तक में शामिल नहीं किए गए मापों और मूल्यांकनों में PSA घनत्व, ग्लीसन स्कोर, ग्रेड समूह और जोखिम समूह शामिल हैं। इनके बारे में जानने के लिए, *NCCN Guidelines for Patients* देखें: NCCN.org/patientguidelines और NCCN Patient Guides for Cancer ऐप में *प्रारंभिक-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर* के बारे में जाना जा सकता है।



इसके बाद?

आपके प्रोस्टेट कैंसर की पुष्टि करने के लिए ये सभी परीक्षण करने के बाद, आपकी देखभाल टीम आपके परीक्षण परिणामों पर चर्चा करेगी और उपचार के लिए एक योजना विकसित करने के लिए आपके साथ काम करेगी।

अगला अध्याय एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर के लिए विभिन्न उपचार विकल्पों का वर्णन करता है। उस अध्याय के बाद, आप पढ़ेंगे कि इनमें से कौन सा उपचार आपके और आपके विशेष प्रकार के कैंसर के लिए सही हो सकता है।

मुख्य बिंदु

- उपचार की योजना बनाने और यह जाँचने के लिए परीक्षणों का उपयोग किया जाता है कि उपचार कितना अच्छा काम कर रहा है।
- रक्तधारा में PSA की असामान्य रूप से अधिक मात्रा प्रोस्टेट कैंसर का संकेत हो सकती है।
- इमेजिंग परीक्षणों का उपयोग यह देखने के लिए किया जाता है कि कैंसर प्रोस्टेट से बाहर निकलकर कहां तक फैल गया है। इमेजिंग से कैंसर के आकार और स्थान का भी पता चलता है।
- बायोप्सी एक ऐसी प्रक्रिया है, जिसमें कोशिकाओं या ऊतक का एक नमूना निकाला जाता है और कैंसर का परीक्षण किया जाता है।
- आपके जीन में असामान्य परिवर्तनों (म्यूटेशन) का पता लगाने के लिए आनुवंशिक परीक्षण का उपयोग किया जाता है।
- आपके शरीर की प्रत्येक कोशिका में एक वंशानुगत जेनेटिक म्यूटेशन होता है। सोमैटिक म्यूटेशन अपने आप होता है और केवल ट्यूमर की कोशिकाओं में पाया जाता है।
- यह पता लगाने के लिए कि कहीं आपको कैंसर का जोखिम वंशानुगत तो नहीं है, जर्मलाइन परीक्षण के बारे में अपने डॉक्टर से बात करें या आनुवंशिक परामर्शदाता के पास जाने के लिए कहें।

3

प्रोस्टेट कैंसर के उपचार

25 हॉर्मोन थेरेपी
29 गैर-हॉर्मोन थेरेपी
32 क्लीनिकल ट्रायल
34 सहायक देखभाल
36 इसके बाद?
36 मुख्य बिंदु

एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के लिए एक से अधिक उपचार मौजूद हैं। यह अध्याय उपलब्ध उपचार विकल्पों का वर्णन करता है और आप उनसे क्या उम्मीद कर सकते हैं। अपनी देखभाल टीम से इस बारे में बात करें कि कौन सा उपचार आपके लिए सर्वोत्तम हो सकता है।

प्रोस्टेट कैंसर एक जटिल बीमारी है, जिसके उपचार के कई विकल्प हैं। एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर के उपचारों में हॉर्मोन थेरेपी, कीमोथेरेपी, इम्यूनोथेरेपी, टार्गेटेड थेरेपी और रेडिएशन थेरेपी शामिल हैं। अक्सर, हॉर्मोन थेरेपी को एक या अधिक अन्य थेरेपी के साथ जोड़ा जाता है। अकेले किसी भी थेरेपी का उपयोग करने की तुलना में संयोजन थेरेपी अधिक प्रभावी हो सकती है।

हॉर्मोन थेरेपी

हॉर्मोन थेरेपी एक प्रणालीगत (संपूर्ण शरीर) उपचार है, जो हॉर्मोन को जोड़ता है, अवरुद्ध करता है या हटाता है। हॉर्मोन शरीर में एक ग्रंथि द्वारा निर्मित एक प्राकृतिक रसायन है। इसका काम कोशिकाओं या अंगों को सक्रिय करना है।

पुरुष हॉर्मोन को एंड्रोजन कहा जाता है। मुख्य एंड्रोजन टेस्टोस्टेरोन है। शरीर में अधिकांश टेस्टोस्टेरोन अंडकोष द्वारा बनता है। टेस्टोस्टेरोन अन्य कार्यों के अलावा शुक्राणु उत्पादन में मदद करता है। लेकिन टेस्टोस्टेरोन प्रोस्टेट कैंसर को बढ़ने में भी मदद करता है। एक प्रकार की हॉर्मोन थेरेपी जिसे एंड्रोजन डेप्रिवेशन थेरेपी (ADT) कहा जाता है, आपके शरीर को टेस्टोस्टेरोन बनाने से रोक सकती है या कैंसर कोशिकाओं को टेस्टोस्टेरोन का उपयोग करने से रोक सकती है। ADT में मुख्य शब्द "अभाव" है - यह थेरेपी कैंसर को उसके मुख्य ईंधन: एंड्रोजन से "वंचित" (भूखा कर देती है) करती है। इससे ट्यूमर सिकुड़ सकता है या ट्यूमर का विकास कुछ समय के लिए धीमा हो सकता है।

आपने प्रोस्टेट कैंसर या उसके उपचार का वर्णन करते समय "कैस्ट्रेशन" शब्द का प्रयोग सुना होगा। यह शब्द टेस्टोस्टेरोन में भारी कमी का वर्णन करता है। कैस्ट्रेशन हॉर्मोन-कम करने वाली दवा के साथ या एक या दोनों अंडकोष (ऑर्किएक्टोमी) को सर्जरी द्वारा हटाकर किया जा सकता है। हालांकि ऑर्किएक्टोमी एक सर्जिकल प्रक्रिया है, फिर भी इसे हॉर्मोन थेरेपी माना जाता है, क्योंकि यह टेस्टोस्टेरोन के प्राथमिक स्रोत: अंडकोष को हटा देता है। जबकि दवा बंद करने पर ड्रग हॉर्मोन थेरेपी को उलटा किया जा सकता है, ऑर्किएक्टोमी स्थायी है और इसे उलटा नहीं किया जा सकता है।

इन दिनों अंडकोष को शल्य चिकित्सा से हटाना बहुत कम आम है क्योंकि प्रणालीगत हॉर्मोन थेरेपी अक्सर टेस्टोस्टेरोन को अवरुद्ध करने में उतनी ही प्रभावी होती है।

ADT क्या है?

एंड्रोजन डेप्रिवेशन थेरेपी (ADT) टेस्टोस्टेरोन को बहुत निम्न स्तर पर ले आती है। ADT उपचारों में ये शामिल हैं:

- **LHRH एगोनिस्ट** (गोसेरेलिन, ल्यूप्रोलाइड, या ट्रिप्टोरेलिन)
- **LHRH एगोनिस्ट + एंटी-एंड्रोजन** (निलुटामाइड, फ्लूटामाइड, या बाइलुटामाइड)
- **LHRH एंटागोनिस्ट** (डिगेरेलिक्स या रेलुगोलिक्स)
- **सर्जिकल कैस्ट्रेशन**

प्रोस्टेट कैंसर के लिए हॉर्मोन थेरेपी में ल्यूटिनाइजिंग हॉर्मोन-रिलीज़िंग हॉर्मोन (LHRH) एगोनिस्ट और LHRH एंटागोनिस्ट शामिल हैं, जो दोनों अंडकोष को टेस्टोस्टेरोन बनाना बंद कर देते हैं। आपने आमतौर पर इस्तेमाल होने वाले LHRH एगोनिस्ट ल्यूप्रोलाइड (ल्यूप्रॉन) या आमतौर पर इस्तेमाल होने वाले LHRH एंटागोनिस्ट डिगारेलिक्स (फर्मागॉन) के बारे में सुना होगा। अधिकांश LHRH एगोनिस्ट और LHRH एंटागोनिस्ट इंजेक्शन हैं। इन्हें मासिक या साल में 2, 3 या 4 बार दिया जा सकता है। इसका अपवाद रेलुगोलिक्स (ऑर्गोविक्स) है, जो एक LHRH एंटागोनिस्ट है जो दिन में एक बार ली जाने वाली गोली के रूप में आता है। एंटी-एंड्रोजन, कॉर्टिकोस्टेरॉइड्स और एंड्रोजन सिंथेसिस इनहिबिटर्स भी गोलियों के रूप में उपलब्ध हैं और दवा के आधार पर दिन में 1 से 3 बार लिए जाते हैं। **गाइड 1 देखें**।

नई हॉर्मोन थेरेपियां

हॉर्मोन थेरेपी कई दशकों से एडवांस प्रोस्टेट कैंसर का मुख्य उपचार रही है। लंबे समय से चली आ रही हॉर्मोन थेरेपी (जैसे बाइकालुटामाइड, फ्लूटामाइड और निलुटामाइड) का उपयोग कभी-कभी प्रोस्टेट कैंसर के इलाज के लिए किया जाता है।

गाइड 1
प्रोस्टेट कैंसर के लिए हॉर्मोन थेरेपी दवाएं

एंटी-एंड्रोजन प्रोस्टेट कैंसर कोशिकाओं पर रिसेप्टर्स को टेस्टोस्टेरोन प्राप्त करने से रोकते हैं।	अपालुटामाइड (एरलेडा), बाइलुटामाइड (कैसोडेक्स), डारोलुटामाइड (नुबेका), एन्ज़ालुटामाइड (एक्सटांडी), फ्लूटामाइड (यूलेक्सिन), निलुटामाइड (निलैंड्रोन)
LHRH एगोनिस्ट ल्यूटिनाइजिंग हॉर्मोन-रिलीजिंग हॉर्मोन (LHRH) की रिहाई को रोकते हैं, जिसके कारण अंडकोष टेस्टोस्टेरोन बनाना बंद कर देते हैं।	गोसेरेलिन (ज़ोलाडेक्स), ल्यूप्रोलाइड (ल्यूप्रोन डिपो, एलिगार्ड), ट्रिप्टोरेलिन (ट्रेलस्टार)
LHRH एंटागोनिस्ट पिट्यूटरी ग्रंथि (मस्तिष्क में स्थित) को LHRH बनाने से रोकते हैं या रोकते हैं। इससे अंडकोष टेस्टोस्टेरोन बनाना बंद कर देते हैं।	डिगारेलिक्स (फ़र्मगॉन), रेलुगोलिक्स (ऑर्गोविक्स)
एंड्रोजन सिंथेसिस अवरोधक एंड्रोजन उत्पादन को रोकते हैं।	एबिराटेरोन (ज़ाइटिगा, योंसा), कीटोकोनाज़ोल (निज़ोरल)
कॉर्टिकोस्टेरॉइड्स ("स्टेरॉयड") प्रयोगशाला में बने सिंथेटिक हॉर्मोन हैं जो एड्रीनल ग्रंथियों और अन्य ऊतकों को टेस्टोस्टेरोन बनाने से रोक सकते हैं।	डेक्सामेथासोन, हाइड्रोकार्टिसोन, मिथाइलप्रेडनिसोलोन, प्रेडनिसोन

हालांकि, नई हॉर्मोन थेरेपियां कैंसर के प्रसार में देरी करने और जीवन को बढ़ाने में बेहतर हैं। इन नई दवाओं में एबिराटेरोन, अपालुटामाइड, डारोलुटामाइड और एन्ज़ालुटामाइड शामिल हैं। आपने सुना होगा कि आपकी उपचार टीम इन्हें नवीन, एडवांस या अगली पीढ़ी के हॉर्मोन थेरेपी के रूप में संदर्भित करती है।

हॉर्मोन थेरेपी के दुष्प्रभाव

हॉर्मोन थेरेपी के महत्वपूर्ण दुष्प्रभाव हो सकते हैं। ये एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति में और एक प्रकार की हॉर्मोन थेरेपी से दूसरे प्रकार में भिन्न होते हैं। कई अन्य कारक दुष्प्रभाव के आपके जोखिम को प्रभावित करते हैं, जिनमें आपकी उम्र, उपचार से पहले आपका स्वास्थ्य, आपने कितने समय तक या कितनी बार उपचार लिया और अन्य चीजें शामिल हैं।

अच्छी खबर यह है कि आपकी उपचार टीम इनमें से कई प्रभावों को कम करने या उलटने के लिए सहायक देखभाल की पेशकश कर सकती है।

सामान्य तौर पर, आप जितने लंबे समय तक हॉर्मोन थेरेपी पर रहेंगे, साइड इफेक्ट्स का खतरा उतना ही अधिक होगा। इनमें थकावट (थकान), गर्मी का दौरा, मूड में बदलाव, वजन बढ़ना, लिंग की लंबाई और अंडकोष के आकार में बदलाव, आपके स्तनों की कोमलता और वृद्धि, और मांसपेशियों का नुकसान शामिल हो सकता है।

आपकी हड्डियां पतली और कमज़ोर हो सकती हैं (ऑस्टियोपोरोसिस) और हड्डी का फ्रैक्चर भी हो सकता है। जब आप ADT शुरू करते हैं, तो आपकी हड्डियों के घनत्व को मापने के लिए एक परीक्षण हो सकता है। अगर आपकी हड्डियों का घनत्व कम है, तो आपकी देखभाल टीम उन दवाओं की सिफारिश कर सकती है, जिन्हें आप अपनी हड्डियों को मजबूत बनाने के लिए ले सकते हैं।

हॉर्मोन थेरेपी से मधुमेह और हृदय रोग का खतरा भी बढ़ जाता है। अगर आपके पास पहले से ही इनमें से कोई भी स्थिति है, तो हॉर्मोन थेरेपी उन्हें बदतर बना सकती है। अश्वेत रोगियों में, हॉर्मोन थेरेपी से हृदय संबंधी समस्याओं से मृत्यु का खतरा बढ़ सकता है।

अपने रक्तचाप और कोलेस्ट्रॉल के स्तर की निगरानी के बारे में अपने डॉक्टर से पूछें। इसके अलावा, अपने प्राथमिक देखभाल चिकित्सक को बताएं कि आपका इलाज ADT से किया जा रहा है।

LHRH एगोनिस्ट अज्ञात स्तर तक गिरने से पहले कुछ हफ्तों के लिए टेस्टोस्टेरोन में वृद्धि का कारण बन सकते हैं। इस वृद्धि को टेस्टोस्टेरोन फ्लेयर (बढ़त) कहा जाता है। टेस्टोस्टेरोन फ्लेयर से हड्डियों में दर्द और मूत्र संबंधी समस्याएं हो सकती हैं। लेकिन उपचार के पहले कुछ हफ्तों के बाद ये लक्षण दूर हो जाएंगे। टेस्टोस्टेरोन फ़्लेयर रोकने के लिए आपको एंटी-एंड्रोजन दवा दी जा सकती है।

हॉर्मोन थेरेपी के यौन दुष्प्रभाव तनाव का एक महत्वपूर्ण कारण हो सकते हैं। हॉर्मोन थेरेपी आपकी सेक्स की इच्छा को कम कर सकती है और इरेक्टाइल डिसफंक्शन का कारण बन सकती है।

इरेक्टाइल डिसफंक्शन का अर्थ है लिंग के खड़े होने में कठिनाई होना या असमर्थ होना। इरेक्टाइल डिसफंक्शन की दवाएं (जैसे वियाग्रा और सियालिस) हॉर्मोन थेरेपी लेने वालों के लिए उतनी प्रभावी नहीं होती हैं। ये दवाएं एंड्रोजन के निम्न स्तर के कारण होने वाली यौन इच्छा की हानि को बहाल नहीं करती हैं।

हालांकि, कुछ उपचार जो इरेक्टाइल फंक्शन में सुधार कर सकते हैं उनमें लिंग में दवा के इंजेक्शन, वैक्यूम संकुचन उपकरण ("पेनिस पंप"), या सर्जिकल प्रत्यारोपण शामिल हैं, जो इरेक्शन उत्पन्न करते हैं।

हॉर्मोन थेरेपी बंद करने के बाद आपकी सेक्स ड्राइव और इरेक्शन करने की क्षमता धीरे-धीरे वापस आ सकती है, हालांकि इस प्रक्रिया में एक साल या उससे अधिक समय लग सकता है। कुछ मरीज़ कभी भी इरेक्शन पाने की पूरी क्षमता हासिल नहीं कर पाते हैं।

प्रोस्टेट कैंसर के रोगियों में इरेक्टाइल डिसफंक्शन डिप्रेशन का एक प्रमुख कारण है। यदि आपको इरेक्टाइल डिसफंक्शन या डिप्रेशन के लक्षणों के कारण समस्या हो रही है, तो अपनी देखभाल टीम से थेरेपी या परामर्श के बारे में पूछें। सहायता उपलब्ध है।

हॉर्मोन थेरेपी के दुष्प्रभावों को प्रबंधित करने के तरीके के बारे में अपनी देखभाल टीम से बात करें। उनके पास इनमें से अधिकांश समस्याओं को कम करने या शांत करने के तरीके होते हैं। हड्डियों को दवा के साथ-साथ शारीरिक गतिविधि से भी मज़बूत बनाया जा सकता है। व्यायाम और स्वस्थ आहार खाने से थकान, मनोदशा और वजन बढ़ने में भी मदद मिल सकती है।

हॉर्मोन थेरेपी बंद करने के बाद सेक्स ड्राइव में कमी, इरेक्टाइल डिसफंक्शन और अन्य यौन दुष्प्रभाव आमतौर पर दूर हो जाते हैं। इस बीच, अपनी किसी भी समस्या से निपटने में मदद के लिए अपने साथी और/या चिकित्सक से बात करने पर विचार करें।

☑ **TIP**

नियमित व्यायाम से हॉर्मोन थेरेपी के लक्षणों और दुष्प्रभावों को कम किया जा सकता है, जिनमें ये शामिल हैं:

- वज़न बढ़ना
- थकान
- हड्डी और मांसपेशियों का नुकसान

शारीरिक गतिविधि आपके सामान्य स्वास्थ्य में भी सुधार कर सकती है और आपको बेहतर महसूस करा सकती है। अपनी देखभाल टीम से आपके लिए एक व्यायाम कार्यक्रम बनाने के लिए कहें।

हॉर्मोन थेरेपी प्रतिरोधकता

हॉर्मोन थेरेपी आपके प्रोस्टेट कैंसर के विकास को कम करने या धीमा करने में बहुत प्रभावी हो सकती है। लेकिन मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर वाले लोगों के लिए, हॉर्मोन थेरेपी समय के साथ इस प्रभाव को खो सकती है, भले ही उनका टेस्टोस्टेरोन बहुत कम स्तर पर हो।

क्यों? क्योंकि कैंसर अंततः सीखता है कि अधिक टेस्टोस्टेरोन का उपयोग किए बिना कैसे जीवित रहना है, जिसके कारण हॉर्मोन थेरेपी अप्रभावी हो जाती है। कैंसर हॉर्मोन थेरेपी के प्रति "प्रतिरोधकता" दिखा सकता है। इसे हॉर्मोन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर कहते हैं (जिसे कैस्ट्रेशन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर भी कहा जाता है)।

यह जानना महत्वपूर्ण है कि हॉर्मोन थेरेपी के प्रति प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर अभी भी इलाज योग्य है। इसलिए हॉर्मोन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर वाले अधिकांश लोग अपने टेस्टोस्टेरोन को निम्न स्तर पर रखने के लिए ADT पर रहते हैं।

अन्य हॉर्मोन-घटाने वाली दवाएं भी अभी भी उपयोग की जाती हैं। बेहतर परिणाम प्राप्त करने में मदद के लिए इन हॉर्मोन थेरेपियों को अक्सर कीमोथेरेपी, लक्षित थेरेपी या इम्यूनोथेरेपी जैसे गैर-हॉर्मोन उपचारों के साथ जोड़ा जाता है।

गैर-हॉर्मोन थेरेपी

एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के लिए हॉर्मोन थेरेपी सुझाया गया पहला उपचार हो सकता है, लेकिन यह एकमात्र नहीं है। अन्य प्रणालीगत उपचार जो हॉर्मोन का उपयोग नहीं करते हैं, वे भी कैंसर के विकास को धीमा कर सकते हैं, कैंसर के लक्षणों को रोक सकते हैं और जीवनकाल को बढ़ा सकते हैं।

अगर आपको गैर-हॉर्मोन थेरेपी दी गई है, तो यह सुनिश्चित करने के लिए कि आपका टेस्टोस्टेरोन न्यूनतम संभव स्तर पर बना रहे, आप संभवतः ADT पर भी बने रहेंगे। **गाइड 2 देखें**।

कीमोथेरेपी

कीमोथेरेपी एक प्रणालीगत दवा का उपचार है, जो पूरे शरीर में तेजी से विभाजित होने वाली कोशिकाओं को नुकसान पहुंचाता है। कैंसर कोशिकाएं तेजी से विभाजित होती हैं और बढ़ती हैं, जिसके कारण वे कीमोथेरेपी के लिए एक अच्छा लक्ष्य बन जाती है।

लेकिन कीमोथेरेपी स्वस्थ कोशिकाओं को भी नुकसान पहुंचा सकता है। यह इस प्रकार दुष्प्रभाव दिखा सकती है। क्योंकि कीमोथेरेपी एक कठिन उपचार हो सकता है, इसलिए इसकी अनुशंसा केवल उन लोगों के लिए की जाती है, जो इसे शारीरिक रूप से सहन करने में सक्षम हों। दुष्प्रभावों के बावजूद, यह मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर से पीड़ित लोगों को लंबे समय तक जीवित रहने में मदद कर सकता है।

प्रोस्टेट कैंसर के लिए कीमोथेरेपी अंतःशिरा इंफ़्यूज़न द्वारा दी जाने वाली एक तरल दवा होती है। इसका मतलब है कि इसे एक घंटे तक के लिए धीरे-धीरे शिरा में इंजेक्ट किया जाता है। इसे दैनिक स्टेरॉयड के साथ हर 3 सप्ताह में कुल 6 से 10 बार (चक्र) दिया जाता है।

डोसेटेक्सेल

डोसेटेक्सेल (टैक्सोटेयर) एक कीमोथेरेपी दवा है, जिसका उपयोग एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के रोगियों के इलाज के लिए सबसे अधिक किया जाता है। हालांकि डोसेटेक्सेल प्रोस्टेट कैंसर का इलाज नहीं कर सकती, लेकिन यह लोगों को लंबे समय तक जीवित रहने के साथ-साथ उनके दर्द और अन्य लक्षणों को कम करने में मदद कर सकती है। डोसेटेक्सेल उन लोगों के लिए एक विकल्प है जो पहली बार ADT ले रहे हैं। ADT कैंसर के विकास को रोकने में विफल होने के बाद मेटास्टेसिस के इलाज के लिए डोसेटेक्सेल का भी उपयोग किया जाता है।

कैबेज़िटैक्सेल

यदि डोसेटेक्सेल प्रभावी नहीं है, तो कैबेज़िटेक्सेल (जेवताना) एक कीमोथेरेपी विकल्प है। कैबेज़िटैक्सेल प्रोस्टेट कैंसर का इलाज नहीं कर सकती, लेकिन यह लोगों को लंबे समय तक जीवित रहने के साथ-साथ उनके दर्द और अन्य लक्षणों को कम करने में मदद कर सकती है।

कार्बोप्लाटिन और सिस्प्लैटिन

कार्बोप्लाटिन और सिस्प्लैटिन, प्लैटिनम से बनी हुईं कीमोथेरेपी दवाएं हैं। इनका उपयोग कभी-कभी बहुत एडवांस या आक्रामक कैंसर वाले रोगियों के लिए किया जाता है। आमतौर पर, या तो कार्बोप्लाटिन या सिस्प्लैटिन को किसी अन्य कीमोथेरेपी दवा जैसे कैबेज़िटेक्सेल या डोसेटेक्सेल के साथ जोड़ा जाता है।

माइटोक्सेंट्रोन

माइटोक्सेंट्रोन (नोवैन्ट्रोन) का उपयोग दर्द से राहत देने के लिए और दर्द की दवाओं की आवश्यकता को कम करने के लिए किया जाता है। अगर आप अन्य उपचारों को सहन करने में सक्षम नहीं हैं तो यह एक विकल्प है।

इम्यूनोथेरेपी

प्रतिरक्षा प्रणाली संक्रमण और बीमारी के विरुद्ध शरीर की प्राकृतिक सुरक्षा है। इम्यूनोथेरेपी एक प्रकार की प्रणालीगत थेरेपी है, जो कैंसर कोशिकाओं को खोजने और नष्ट करने के लिए आपकी प्रतिरक्षा प्रणाली की क्षमता को बढ़ाती है। प्रोस्टेट कैंसर के इलाज के लिए आमतौर पर इम्यूनोथेरेपी अकेले ही दी जाती है। इम्यूनोथेरेपी दवाओं में सिपुलेसेल-टी और पेम्ब्रोलिज़ुमैब शामिल हैं।

सिपुलेसेल-टी

सिपुलेसेल-टी (प्रोवेंज) हॉर्मोन-प्रतिरोधी मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर-ग्रस्त उन लोगों के लिए है, जिनमें बहुत कम या कोई लक्षण नहीं होते हैं। इस दवा को "कैंसर वैक्सीन" के रूप

में जाना जाता है। सबसे पहले, आपके शरीर से प्रतिरक्षा कोशिकाएं एकत्र की जाती हैं और प्रयोगशाला में भेजी जाती हैं। फिर प्रोस्टेट कैंसर कोशिकाओं की पहचान करने और उन्हें लक्षित करने के लिए प्रतिरक्षा कोशिकाओं को सक्रिय किया जाता है। अंत में, प्रतिरक्षा कोशिकाओं को आपके शरीर में वापस इंजेक्ट किया जाता है, जहां वे कैंसर कोशिकाओं पर हमला करती हैं।

पेम्ब्रोलिज़ुमैब

पेम्ब्रोलिज़ुमैब (कीट्रूडा) एक प्रकार की इम्यूनोथेरेपी है, जिसे इम्यून चेकपॉइंट अवरोधक कहा जाता है। ऐसे कुछ प्रतिशत लोगों के लिए जिनका प्रोस्टेट कैंसर विशिष्ट आनुवंशिक म्यूटेशन के कारण होता है, पेम्ब्रोलिज़ुमैब कैंसर कोशिकाओं का पता लगाने और उन्हें नष्ट करने की प्रतिरक्षा प्रणाली की क्षमता को बहाल कर सकता है।

गाइड 2
एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के लिए गैर-हॉर्मोन प्रणालीगत उपचार

थेरेपी का प्रकार	ब्रांड का नाम	जेनेरिक नाम	दवा का रूप
कीमोथेरेपी	टैक्सोटेयर	डोसेटेक्सेल	नस में इंफ़्यूज़न
	जेवताना	कैबेज़िटैक्सेल	
	पैराप्लैटिन	कार्बोप्लाटिन	
	प्लैटिनॉल	सिस्प्लैटिन	
	नोवैन्ट्रोन	माइटोक्सेंट्रोन	
इम्यूनोथेरेपी	प्रोवेंज	सिपुलेसेल-टी	नस में इंफ़्यूज़न
	कीट्रूडा	पेम्ब्रोलिज़ुमैब	
बायोमार्कर-लक्षित थेरेपियों	रूब्राका	रुकापरिब	टैबलेट
	लिनपार्ज़ा	ओलापैरिब (प्लस एबिराटेरो)	
	अकीगा	निरापैरिब/अबीराटेरोन	
	टैलज़ेना	टैलाज़ोपैरिब (प्लस एन्ज़ालुटामाइड)	कैप्सूल
रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल्स	प्लुविक्टो	ल्यूटेटियम-177	नस में इंफ़्यूज़न
	ज़ोफिगो	रेडियम-223	
अस्थि-लक्षित थेरेपियां	प्रोलिया, ज़ेगेवा	डेनोसुमैब	इंजेक्शन
	ज़ोमेटा	ज़ोलेड्रोनिक एसिड	
	फ़ोसामैक्स	एलेंड्रोनेट	टैबलेट

बायोमार्कर-टार्गेटेड थेरेपी

यह उपचार विशिष्ट बायोमार्कर को लक्षित करता है, जो मॉलीक्यूलर ट्यूमर परीक्षण के ज़रिए पाए जाते हैं। बायोमार्कर-लक्षित थेरेपी केवल उन रोगियों में उपयोगी होती है, जिनका प्रोस्टेट कैंसर विशिष्ट आनुवंशिक म्यूटेशन के कारण होता है। इसमें *BRCA1, BRCA2,* और अन्य जीन में म्यूटेशन शामिल हैं, जो क्षतिग्रस्त DNA की मरम्मत करते हैं। मेटास्टैटिक हॉर्मोन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर वाले लगभग 4 में से 1 रोगी में इस प्रकार का आनुवंशिक म्यूटेशन होता है।

एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के लिए बायोमार्कर-लक्षित थेरेपियों (जिसे PARP अवरोधक के रूप में भी जाना जाता है) में रुकापैरिब (रूब्राका), ओलापैरिब (लिनपार्ज़ा), निरापैरिब और अबीराटेरोन (अकीगा) और टैलाज़ोपैरिब (टैलज़ेना) शामिल हैं। चूंकि आनुवांशिक म्यूटेशन लोगों के बीच अलग-अलग होते हैं, इसलिए कोई उपचार अगर एक व्यक्ति की मदद करता है, तो वह दूसरे की मदद नहीं कर सकता है।

रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल्स

रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल एक ऐसी दवा है, जिसमें रेडियोधर्मी पदार्थ होता है। यह रेडियोधर्मी पदार्थ कैंसर कोशिकाओं को मारने के लिए रेडिएशन छोड़ता है। रेडिएशन कैंसर कोशिकाओं से अधिक दूर नहीं जाता है, इसलिए आस-पास के स्वस्थ ऊतकों को अधिकांशतः हानि नहीं पहुंचती है।

रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल्स को किसी नस (अंतःशिरा इंजेक्शन) में इंजेक्ट किया जाता है। चूंकि रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल्स आंत के माध्यम से शरीर से बाहर निकलते हैं, इसलिए आम दुष्प्रभाव मतली, दस्त और उल्टी हैं।

रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल दवाओं में ल्यूटेटियम-177 और रेडियम-223 शामिल हैं:

ल्यूटेटियम-177

ल्यूटेटियम-177 (प्लुविक्टो) एक लक्षित रेडियोफ़ार्मास्युटिकल है, जो शरीर में कहीं भी प्रोस्टेट कैंसर कोशिकाओं की सतह पर एक विशेष प्रोटीन (प्रोस्टेट-विशिष्ट झिल्ली एंटीजन, PSMA) की तलाश करता है। जब दवा को PSMA मिलता है, तो यह खुद को कैंसर कोशिकाओं से जोड़ लेती है और उनमें अपने रेडियोधर्मी पदार्थ की थोड़ी मात्रा प्रत्यारोपित कर देती है। कैंसर कोशिकाएं दवा से निकलने वाले रेडिएशन को अवशोषित कर लेती हैं और मर जाती हैं।

ल्यूटेटियम-177 एक अंतःशिरा इंफ़्यूज़न है, जो हर 6 सप्ताह में एक बार 6 खुराक तक दिया जाता है। यह उपचार आपके लिए काम कर सकता है या नहीं, यह जानने के लिए आपको PSMA-PET स्कैन की आवश्यकता होगी।

रेडियम-223

रेडियम-223 (ज़ोफिगो) का उपयोग प्रोस्टेट कैंसर के इलाज के लिए किया जाता है, जो हड्डी में मेटास्टैसाइज़ हो गया है लेकिन अन्य अंगों में नहीं फैला है। रेडियम-223 हड्डियों में एकत्रित होता है और रेडिएशन छोड़ता है, जो वहां प्रोस्टेट कैंसर कोशिकाओं को मार सकता है। यह एक इंजेक्शन है जो 6 महीने तक महीने में एक बार दिया जाता है। आपको प्रत्येक खुराक से पहले रक्त परीक्षण कराना होगा। अस्थि-लक्षित चिकित्सा, या तो डेनोसुमैब या ज़ोलेड्रोनिक एसिड, अक्सर रेडियम-223 के साथ दी जाती है।

रेडियम-223 का उपयोग हड्डी के मेटास्टेसिस से होने वाले दर्द को कम करने के लिए भी किया जाता है।

रेडिएशन थेरेपी

रेडिएशन थेरेपी कैंसर कोशिकाओं को मारने और ट्यूमर को सिकोड़ने के लिए एक्स-रे या गामा किरणों जैसी उच्च-ऊर्जा किरणों का उपयोग करती है। रेडिएशन थेरेपी एक निश्चित अवधि में नियमित खुराक में दी जाती है।

एक्सटर्नल बीम रेडिएशन थेरेपी (EBRT) प्रोस्टेट कैंसर के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले रेडिएशन का

प्रकार है। EBRT एक ऐसी मशीन का उपयोग करता है, जो शरीर के अंदर कैंसर पर सटीक रूप से रेडिएशन का लक्ष्य रखती है। स्वस्थ ऊतकों से बचने की कोशिश करते हुए रेडिएशन किरण सीधे कैंसर पर केंद्रित होती है। यह तकनीक रेडिएशन की उच्च खुराक को अधिक सुरक्षित रूप से वितरित करती है।

मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के लिए, रेडिएशन थेरेपी का उपयोग मुख्य रूप से प्रोस्टेट कैंसर के इलाज के लिए किया जाता है, जो प्रारंभिक उपचार (पुनरावृत्ति) के बाद वापस आ जाता है। हड्डी के मेटास्टेसिस के दर्द से राहत के लिए रेडिएशन थेरेपी का उपयोग उपशामक उपचार के रूप में भी किया जाता है।

प्रारंभिक चरण या रीजनल प्रोस्टेट कैंसर वाले रोगियों के लिए प्रारंभिक उपचार के रूप में रेडिएशन थेरेपी (EBRT) का उपयोग आमतौर पर हॉर्मोन थेरेपी के साथ किया जाता है। EBRT प्रोस्टेट के साथ-साथ कैंसरयुक्त लिम्फ़ नोड्स का भी इलाज करता है, जबकि हॉर्मोन थेरेपी कैंसर को बदतर होने से बचाने के लिए टेस्टोस्टेरोन को न्यूनतम स्तर तक कम कर देती है।

रेडिएशन थेरेपी के कुछ संभावित दुष्प्रभाव मूत्र और आंत्र समस्याएं, इरेक्टाइल डिसफंक्शन और थकान हैं।

क्लीनिकल ट्रायल

क्लीनिकल ट्रायल के भाग के रूप में भी थेरेपी दी जा सकती है।

क्लीनिकल ट्रायल एक प्रकार का चिकित्सीय शोध अध्ययन होता है। नए उपचार दृष्टिकोणों का आकलन करने के लिए क्लीनिकल ट्रायल एक महत्वपूर्ण तरीका है।

किसी प्रयोगशाला में विकसित करने और परीक्षण किए जाने के बाद, कैंसर से लड़ने के संभावित नए तरीके का लोगों पर अध्ययन किया जाना ज़रूरी होता है। यदि क्लीनिकल ट्रायल में सुरक्षित और प्रभावी पाया जाता है, तो हो सकता है कि दवा, डिवाइस या उपचार पद्धति को FDA द्वारा अनुमोदित कर दिया जाए।

कैंसर से पीड़ित सभी लोगों को अपने कैंसर के प्रकार के लिए उपलब्ध सभी उपचार विकल्पों पर ध्यान से विचार करना चाहिए, जिसमें मानक उपचार और क्लीनिकल ट्रायल शामिल हैं। अपने चिकित्सक से इस बारे में बात करें कि क्या क्लीनिकल ट्रायल आपके लिए कारगर हो सकते हैं।

अश्वेत पुरुषों में प्रोस्टेट कैंसर विकसित होने और उसके कारण मरने का खतरा अधिक होता है। लेकिन बहुत से लोग क्लीनिकल ट्रायल के अवसरों के बारे में नहीं जानते होंगे। परिणामस्वरूप, इस बारे में ज्यादा जानकारी नहीं है कि नए उपचार प्रोस्टेट कैंसर से पीड़ित अश्वेत पुरुषों के लिए काम कर सकते हैं या नहीं।

कैंसर से पीड़ित प्रत्येक व्यक्ति क्लीनिकल ट्रायल के बारे में जानकारी मांग सकता है और उसे यह जानकारी दी जानी चाहिए। सभी विकल्पों को जानने का मतलब है कि रोगी नए उपचारों के लिए क्लीनिकल ट्रायल के अवसरों को न चूके।

नामांकन कौन कर सकता है?

प्रत्येक क्लीनिकल ट्रायल में शामिल होने के नियम होते हैं, जिन्हें पात्रता मानदंड कहते हैं। ये नियम आयु, कैंसर के प्रकार और चरण, उपचार इतिहास या सामान्य स्वास्थ्य से जुड़े हो सकते हैं। ये आवश्यकताएं यह सुनिश्चित करती हैं कि प्रतिभागी कुछ मायनों में एक जैसे हों, ताकि तुलना की जा सके कि उनकी बीमारी किसी विशिष्ट उपचार पर कैसे प्रतिक्रिया करती है।

सूचित सहमति

क्लीनिकल ट्रायल का प्रबंधन विशेषज्ञों के एक समूह द्वारा किया जाता है, जिसे शोध टीम कहते हैं। शोध टीम आपके साथ अध्ययन की विस्तार से समीक्षा करेगी, जिसमें उसका उद्देश्य और उससे जुड़ने के जोखिम और लाभ शामिल होंगे।

ये संपूर्ण जानकारी सूचित सहमति फॉर्म में भी प्रदान की जाती है। यह एक समझौता है, जो पुष्टि करता है कि आपको परीक्षण में आपकी भूमिका के बारे में पूरी तरह से बता दिया गया है। हस्ताक्षर करने से पहले फॉर्म को ध्यान से पढ़ें और प्रश्न पूछें। इस बारे में परिवार, मित्रों या जिन पर आपको भरोसा है, उनके साथ चर्चा करें।

ध्यान रखें कि क्लीनिकल ट्रायल स्वैच्छिक होते हैं और आप किसी भी समय क्लीनिकल ट्रायल के बाहर से उपचार ले सकते हैं।

बातचीत शुरू करें

क्लीनिकल ट्रायल की बात छेड़ने के लिए अपने चिकित्सक का इंतज़ार न करें। बातचीत शुरू करें और अपने सभी उपचार विकल्पों के बारे में जानें। यह पूछें कि क्या आपकी स्थिति के लिए कोई क्लीनिकल ट्रायल उपलब्ध है। अगर आपको कोई ऐसा अध्ययन मिलता है, जिसके लिए आपकी पात्रता हो सकती है, तो अपनी उपचार टीम से पूछें कि क्या आप आवश्यकताओं को पूरा करते(ती) हैं।

यदि आप पहले ही मानक उपचार शुरू कर चुके हैं, तो हो सकता है कि आप कुछ विशेष क्लीनिकल ट्रायल के लिए पात्र न हों। यदि आप शामिल नहीं हो पाते हैं तो निराश न हों। नए क्लीनिकल ट्रायल हमेशा उपलब्ध हो रहे हैं।

क्लीनिकल ट्रायल खोजना

संयुक्त राज्य अमेरिका में

NCCN Cancer Centers
NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)
cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

वर्ल्डवाइड

The U.S. National Library of Medicine (NLM)
clinicaltrials.gov

क्लीनिकल ट्रायल को खोजने में सहायता चाहिए?

NCI की Cancer Information Service (CIS)
1.800.4.CANCER (1.800.422.6237)
cancer.gov/contact

अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न

क्लीनिकल ट्रायल से संबंधित कई प्रकार के मिथक और गलतफहमियां हैं। संभावित लाभ और जोखिम कैंसर से पीड़ित कई लोगों को ठीक से समझ नहीं आते।

"

क्लीनिकल ट्रायल के बिना, हमारा उपचार बदलेगा नहीं। वह हमेशा वैसा ही बना रहेगा। कुछ लोग यह मानते हैं कि क्लीनिकल ट्रायल में उन्हें भविष्य की दवा आज की तारीख में मिल रही है।"

क्या मुझे प्लेसिबो दिया जाएगा?

कैंसर के क्लीनिकल ट्रायल में प्लेसीबो (वास्तविक दवाओं के निष्क्रिय संस्करण) का शायद ही कभी अकेले उपयोग किया जाता हो। यह आम बात है कि किसी मानक उपचार के साथ या तो आपको प्लेसिबो दिया जाएगा या फिर कोई नई दवा दी जाएगी। आपके नामांकन से पहले, आपको सूचित किया जाएगा कि आपके क्लीनिकल ट्रायल में प्लेसिबो भी शामिल होगा या नहीं।

क्या क्लीनिकल ट्रायल निःशुल्क होते हैं?

क्लीनिकल ट्रायल में शामिल होने के लिए कोई शुल्क नहीं लिया जाता। अध्ययन प्रायोजक शोध-संबंधित लागत का भुगतान करता है, जिसमें अध्ययन दवा शामिल होती है। हालांकि, आपको परीक्षण के लिए अप्रत्यक्ष रूप से कुछ खर्च उठाने पड़ सकते हैं, जैसे ट्रांसपोर्टेशन या अतिरिक्त अपॉइंटमेंट के लिए शिशु देखभाल की लागत।

परीक्षण के आधार पर, हो सकता है कि आप मानक कैंसर देखभाल प्राप्त करना जारी रखें। मानक थेरेपी की कीमत ली जाती है और अक्सर इसे बीमे के ज़रिए कवर किया जाता है। आप इस देखभाल के लिए सह-भुगतानों और ऐसी किसी भी लागत के लिए ज़िम्मेदार हैं, जिसे आपके बीमा द्वारा कवर नहीं किया जाता।

सहायक देखभाल

सहायक देखभाल (जिसे पैलेटिव देखभाल भी कहा जाता है) कैंसर के लक्षणों, कैंसर के उपचार के दुष्प्रभावों और अन्य संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं का इलाज करती है। एडवांस कैंसरग्रस्त सभी रोगियों को सहायक देखभाल दी जानी चाहिए।

केवल जीवन के अंत में ही नहीं, बल्कि कैंसर के किसी भी चरण में सहायक देखभाल महत्वपूर्ण है। वास्तव में, जो लोग उपचार शुरू करते समय सहायक देखभाल शुरू करते हैं, उनके जीवन की गुणवत्ता बेहतर होती है और संभावित रूप से बेहतर परिणाम मिलते हैं।

अस्थि-टार्गेटेड थेरेपी

हड्डी मेटास्टैसिस वाले रोगियों के लिए सहायक देखभाल विशेष रूप से उपयोगी हो सकती है। प्रोस्टेट कैंसर जो हड्डियों को मेटास्टेसिस करता है, गंभीर दर्द, हड्डियों में फ्रैक्चर (टूटना), हड्डियों का नुकसान (ऑस्टियोपोरोसिस) और रीढ़ की हड्डी में संपीड़न (संपीड़न) का कारण बन सकता है।

इसके अलावा, प्रोस्टेट कैंसर के कुछ उपचार, जैसे हॉर्मोन थेरेपी, ऑस्टियोपोरोसिस का कारण बन सकते हैं और फ्रैक्चर के खतरे को बढ़ा सकते हैं।

अगर आपको ऑस्टियोपोरोसिस का खतरा है, तो आपको अस्थि खनिज घनत्व परीक्षण करवाना पड़ सकता है। यह एक विशेष एक्स-रे स्कैन है, जो यह मापता है कि आपकी हड्डियों में कितना कैल्शियम और अन्य खनिज हैं। अस्थि खनिज घनत्व परीक्षण ऑस्टियोपोरोसिस का पता लगाते हैं और हड्डी के फ्रैक्चर के जोखिम का अनुमान लगाने में मदद करते हैं।

हॉर्मोन थेरेपी के 1 वर्ष के बाद आपको अनुवर्ती अस्थि खनिज घनत्व परीक्षण करवाना चाहिए। किडनी की कार्यप्रणाली और कैल्शियम के स्तर की निगरानी के लिए आपको रक्त परीक्षण भी कराना पड़ सकता है।

साझा निर्णय लेना

कैंसर से पीड़ित कुछ लोग चाहते हैं कि उनके डॉक्टर और उपचार टीम उन्हें बताएं कि उन्हें कौन सा उपचार करना है। डॉक्टर, नर्स और अन्य प्रदाता विशेषज्ञ हैं, है ना? हालांकि यह सच है कि आपकी उपचार टीम के पास बहुत अनुभव और ज्ञान है, लेकिन आप भी एक विशेषज्ञ हैं—आप अपने मामले में विशेषज्ञ हैं।

आपकी टीम के लिए यह एक अच्छा विचार है कि वह आपके उपचार की ज़िम्मेदारी आपके साथ साझा करे। और आपकी देखभाल के बारे में निर्णय लेने में पूरी तरह से भाग लेना आपके लिए एक अच्छा विचार है।

यहाँ उन चीज़ों के बारे में बताया गया है जिन्हें आपकी उपचार टीम को आपके साथ साझा करना चाहिए:

- प्रत्येक उपचार विकल्प के संभावित लाभों और संभावित नुकसानों का स्पष्टीकरण।
- प्रत्येक उपचार विकल्प के साथ इलाज, पुनरावृत्ति, प्रगति और संभावित मृत्यु की संभावना।
- प्रत्येक उपचार विकल्प के दुष्प्रभाव के साथ-साथ यौन, मूत्र और पाचन तंत्र सहित जीवन की गुणवत्ता पर उनका प्रभाव।

और यहाँ उन चीज़ों के बारे में बताया गया है जिन्हें आपको अपनी उपचार टीम के साथ साझा करना चाहिए:

- उपचार, दुष्प्रभाव, जोखिम और जीवन की गुणवत्ता के बारे में आपकी प्राथमिकताएं और भावनाएं। ये आपकी उपचार योजना के प्रमुख हिस्से होने चाहिए।
- अगर आपकी उपचार टीम का नेतृत्व करने वाला प्रदाता आपसे साझा निर्णय लेने के बारे में बात नहीं करता है, तो बेझिझक बोलें और इसके बारे में पूछें।

हड्डियों को लक्षित करने वाली दवाएं हड्डियों के दर्द से राहत देने और हड्डियों की समस्याओं के जोखिम को कम करने में मदद कर सकती हैं। कुछ दवाएं हड्डियों के टूटने को धीमा करने या रोकने का काम करती हैं, जबकि अन्य हड्डियों की मोटाई बढ़ाने में मदद करती हैं। दवाओं में प्रोलिया (डेनोसुमैब), ज़ेगेवा (डेनोसुमैब), ज़ोमेटा (ज़ोलेड्रोनिक एसिड) और फ़ोसामैक्स (एलेंड्रोनेट) शामिल हैं।

सहायक देखभाल के बारे में अधिक जानकारी के लिए अध्याय 6 देखें।

इसके बाद?

इस अध्याय में एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर के लिए उपलब्ध उपचार विकल्पों का वर्णन किया गया है, जिसमें रीजनल प्रोस्टेट कैंसर और मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर दोनों शामिल हैं।

अगर आपको क्षेत्रीय रीजनल कैंसर का निदान किया गया है, तो अपनी उपचार योजना में शामिल विशिष्ट उपचारों के बारे में पढ़ने के लिए अगले अध्याय पर जाएं।

अगर आपको मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर का निदान किया गया है, तो इस एडवांस स्टेज के कैंसर के लिए सामान्य (और असामान्य) उपचार विकल्पों के बारे में पढ़ने के लिए अध्याय 5 पर जाएं।

मुख्य बिंदु

- टेस्टोस्टेरोन प्रोस्टेट कैंसर को बढ़ने में मदद करता है।
- हॉर्मोन थेरेपी टेस्टोस्टेरोन को बनने से रोककर या कैंसर कोशिकाओं को टेस्टोस्टेरोन का उपयोग करने से रोककर प्रोस्टेट कैंसर का इलाज करती है।
- हॉर्मोन थेरेपी अंततः प्रोस्टेट कैंसर के खिलाफ अपनी प्रभावशीलता खो सकती है। यह हॉर्मोन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर बन जाता है।
- हॉर्मोन थेरेपी को अक्सर एक या अधिक अन्य थेरेपी के साथ जोड़ा जाता है, जो एडवांस प्रोस्टेट कैंसर को धीमा करने या कम करने में एक साथ अधिक प्रभावी हो सकती हैं।
- एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के लिए हॉर्मोन थेरेपी के साथ उपयोग किए जाने वाले अन्य उपचारों में कीमोथेरेपी, इम्यूनोथेरेपी, टारगेट थेरेपी, रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल्स और रेडिएशन थेरेपी शामिल हैं।
- हॉर्मोन थेरेपी कई संभावित दुष्प्रभाव पैदा कर सकती है। लेकिन उपचार और थेरेपी उपलब्ध हैं।
- सहायक देखभाल कैंसर के कारण होने वाले लक्षणों और इसके उपचार से होने वाले दुष्प्रभावों से राहत दिलाती है। एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर से ग्रसित प्रत्येक व्यक्ति को सहायक देखभाल की पेशकश की जानी चाहिए।

4

रीजनल प्रोस्टेट कैंसर उपचार विकल्प

38 रीजनल प्रोस्टेट कैंसर के बारे में

38 उपचार

42 उपचार के बाद फ़ॉलो-अप

42 लगातार या पुनरावृत्ति के लिए उपचार

44 इसके बाद?

44 मुख्य बिंदु

रीजनल प्रोस्टेट कैंसर प्रोस्टेट ग्रंथि के बाहर लिम्फ़ नोड्स जैसे निकटवर्ती क्षेत्रों तक बढ़ गया है, लेकिन इससे आगे नहीं। इसके लिए आमतौर पर स्थानीय और प्रणालीगत (पूरे शरीर) दोनों उपचार की आवश्यकता होती है।

रीजनल प्रोस्टेट कैंसर के बारे में

रीजनल प्रोस्टेट कैंसर वह कैंसर है जो प्रोस्टेट ग्रंथि से पड़ोसी ऊतकों, जैसे पास के लिम्फ़ नोड्स, मूत्राशय या मलाशय तक फैल गया है। लेकिन इससे दूर नहीं गया है। (दूर के लिम्फ़ नोड्स, हड्डियों या अंगों तक फैल चुके प्रोस्टेट कैंसर के बारे में पढ़ने के लिए अध्याय 5 पर जाएं।) रीजनल प्रोस्टेट कैंसर को कभी-कभी स्थानीय रूप से एडवांस प्रोस्टेट कैंसर भी कहा जाता है।

उपचार

जो प्रोस्टेट कैंसर, प्रोस्टेट के ठीक बाहर फैलता है, उसके बारे में मुख्य चिंता इस बात की है कि यह शरीर के अन्य क्षेत्रों में भी फैल सकता है(मेटास्टेसिस)। परिणामस्वरूप, रीजनल प्रोस्टेट कैंसर का उपचार प्रारंभिक चरण के प्रोस्टेट कैंसर के उपचार की तुलना में अधिक आक्रामक है।

उपचार का लक्ष्य प्रोस्टेट में कैंसर के साथ-साथ प्रोस्टेट के बाहर के कैंसर पर भी होता है। इसलिए इसमें अक्सर स्थानीय चिकित्सा (रेडिएशन थेरेपी या प्रोस्टेट सर्जरी) और प्रणालीगत चिकित्सा (हॉर्मोन थेरेपी) दोनों शामिल होते हैं।

उपचार के विकल्प भी जीवन प्रत्याशा और लक्षणों पर आधारित होते हैं। जीवन प्रत्याशा जितनी लंबी होगी और जितने अधिक लक्षण होंगे, उपचार उतना ही अधिक आक्रामक होगा। **गाइड 3 देखें।**

जीवन प्रत्याशा

जीवन प्रत्याशा एक व्यक्ति का औसत जीवनकाल है। इसे वर्षों में नापा जाता है। आपकी जीवन प्रत्याशा का अनुमान यह तय करने में महत्वपूर्ण कारक हो सकता है कि आपको किन परीक्षणों और उपचारों की आवश्यकता होगी।

यह जानना महत्वपूर्ण है कि जीवन प्रत्याशा—जब कैंसर की देखभाल के लिए उपयोग की जाती है—बड़ी संख्या में लोगों पर आधारित एक अनुमान है। इसका मतलब है कि जीवन प्रत्याशा को एक निश्चित जनसंख्या या आयु सीमा पर लागू किया जा सकता है, लेकिन किसी व्यक्तिगत व्यक्ति के जीवनकाल का सटीक अनुमान लगाना इतना आसान नहीं है।

जीवन प्रत्याशा: 5 वर्षों से अधिक या आपमें लक्षण हैं

अगर आपकी जीवन प्रत्याशा 5 वर्ष से अधिक है या आपमें लक्षण हैं, तो उपचार में आमतौर पर शामिल हैं:

रेडिएशन थेरेपी

बाहरी बीम रेडिएशन थेरेपी (EBRT के साथ दीर्घकालिक हॉर्मोन थेरेपी प्लस एबिराटेरोन (ज़ीटिगा) उन रोगियों के लिए पसंदीदा प्रारंभिक उपचार है जिनके पास रीजनल प्रोस्टेट कैंसर और लंबी जीवन प्रत्याशा या लक्षण हैं। पसंदीदा उपचार वे हैं जिनके साथ सबसे ज़्यादा इस बात के वैज्ञानिक प्रमाण हैं कि वे अच्छी तरह से काम करते हैं।

EBRT प्रोस्टेट के साथ-साथ कैंसरयुक्त लिम्फ़ नोड्स का भी इलाज करता है, जबकि हॉर्मोन थेरेपी कैंसर को बदतर होने से बचाने के लिए टेस्टोस्टेरोन को न्यूनतम स्तर तक कम कर देती है। EBRT से पहले, दौरान और बाद में 2 से 3 साल तक दीर्घकालिक हॉर्मोन थेरेपी दी जाती है।

हॉर्मोन थेरेपी

दीर्घकालिक हॉर्मोन थेरेपी में एंड्रोजन डेप्रिवेशन थेरेपी (ADT) प्लस एबिराटेरोन, एक एंड्रोजन अवरोधक शामिल होता है। अगर आप एबिराटेरोन ले रहे हैं, तो आपको एबिराटेरोन के दुष्प्रभावों को कम करने के लिए स्टेरॉयड लेने की भी आवश्यकता होगी।

प्रारंभिक उपचार के लिए एक अन्य विकल्प रेडिएशन थेरेपी और लंबी अवधि (2 से 3 वर्ष) ADT है, जिसमें एबिराटेरोन शामिल नहीं है। यह उन लोगों के लिए एक विकल्प हो सकता है, जो अन्य स्वास्थ्य स्थितियों के कारण एबिराटेरोन नहीं ले सकते।

ADT अपने आप में रीजनल प्रोस्टेट कैंसर के उन रोगियों के लिए एक विकल्प है, जिन्हें अन्य महत्वपूर्ण या जीवन-घातक स्वास्थ्य समस्याएं हैं। एबीराटेरोन को ADT में जोड़ा जा सकता है, जो रोगियों को लंबे समय तक जीवित रहने में मदद कर सकता है, हालांकि इसके अधिक दुष्प्रभाव भी हो सकते हैं।

प्रोस्टेट सर्जरी

प्रोस्टेटक्टोमी का अर्थ है सर्जरी के ज़रिए प्रोस्टेट ग्रंथि को हटाना। रेडिकल प्रोस्टेटेक्टोमी न केवल पूरे प्रोस्टेट को हटा देती है, बल्कि आसपास के ऊतक और शुक्राशयों को भी हटा देती है। पेल्विक लिम्फ़ नोड विच्छेदन (PLND) पास के लिम्फ़ नोड्स को हटाने के लिए एक ऑपरेशन है।

PLND के साथ रेडिकल प्रोस्टेटक्टोमी केवल रीजनल प्रोस्टेट कैंसर के कुछ मामलों में एक उपचार विकल्प है। इसका इस्तेमाल तब किया जाता है, जब:

- ट्यूमर केवल प्रोस्टेट में हो।
- ट्यूमर को सर्जरी के ज़रिए पूरी तरह से हटाया जा सकता हो।

गाइड 3
क्षेत्रीय जोखिम समूह: प्रारंभिक थेरेपी विकल्प

जीवन प्रत्याशा	उपचार	
5 वर्षों से अधिक या आपमें लक्षण हैं	ADT + एबिराटेरोन + स्टेरॉयड के साथ EBRT (पसंदीदा)	
	ADT के साथ EBRT	
	एबिराटेरोन के साथ या उसके बिना ADT	
	रैडिकल प्रोस्टेटक्टोमी और पेल्विक लिम्फ़ नोड्स का विच्छेदन	अतिरिक्त उपचार: • निगरानी (पसंदीदा) • ADT के साथ या उसके बिना EBRT • EBRT के साथ या उसके बिना ADT
5 वर्ष या इससे कम और आपको कोई लक्षण नहीं हैं	अवलोकन	
	ADT	

- आपकी जीवन प्रत्याशा 10 वर्ष या इससे अधिक की हो।
- आपको कोई अन्य गंभीर स्वास्थ्य समस्या न हो।

रेडिकल प्रोस्टेटक्टोमी जटिल है और इसके लिए बहुत अधिक कौशल की आवश्यकता होती है। जो सर्जन इस प्रकार की सर्जरी में अनुभवी होते हैं, उनके परिणाम अक्सर बेहतर होते हैं।

फिर भी, कभी-कभी सर्जरी के दौरान कैवर्नस तंत्रिका बंडल क्षतिग्रस्त हो जाते हैं या हटा दिए जाते हैं। कैवर्नस नसें इरेक्शन की क्षमता को नियंत्रित करती हैं। ये नसें प्रोस्टेट के इर्द-गिर्द चलती हैं। प्रोस्टेटेक्टोमी करते समय सर्जन इन नसों को बचाने की पूरी कोशिश करते हैं, लेकिन सर्जरी के दौरान नसों को होने वाली क्षति कभी-कभी अपरिहार्य होती है। इस क्षति के कारण दुष्परिणाम हो सकते हैं।

रेडिकल प्रोस्टेटेक्टोमी के संभावित दुष्प्रभावों में यूरिनरी इनकॉन्टिनेंस और इरेक्टाइल डिसफंक्शन शामिल हो सकते हैं।

यूरिनरी इनकॉन्टिनेंस (अपने मूत्र को न रोक पाना) अक्सर अस्थायी होता है। अधिकांश मरीज़ कुछ महीनों के बाद धीरे-धीरे अपने मूत्राशय पर नियंत्रण प्राप्त कर लेते हैं। पेल्विक फ़्लोर को मजबूत करने के लिए व्यायाम करने से मदद मिल सकती है। अगर इनकॉन्टिनेंस एक समस्या बनी रहती है, तो इसे सुधारने के लिए एक और सर्जिकल प्रक्रिया की जा सकती है।

सर्जरी के बाद कई महीनों से लेकर 2 साल तक इरेक्टाइल डिसफंक्शन में धीरे-धीरे सुधार हो सकता है। हालाँकि, आप कभी भी पहले जैसी इरेक्टाइल फंक्शन दोबारा हासिल नहीं कर पाएंगे। उपचार के विकल्पों में गोलियाँ (जैसे वियाग्रा और सियालिस), लिंग में दवा के इंजेक्शन, वैक्यूम संकुचन उपकरण ("पेनिस पंप") और सर्जिकल प्रत्यारोपण शामिल हैं, जो इरेक्शन उत्पन्न करते हैं।

प्रोस्टेट कैंसर के रोगियों में इरेक्टाइल डिसफंक्शन डिप्रेशन का एक प्रमुख कारण है। अगर आपको इरेक्टाइल डिसफंक्शन या डिप्रेशन के किन्हीं लक्षणों के कारण समस्या हो रही है, तो अपनी देखभाल टीम से थेरेपी या परामर्श के बारे में पूछें। सहायता उपलब्ध है।

प्रोस्टेट कैंसर से पीड़ित लगभग 8 में से 1 व्यक्ति को क्षेत्रीय प्रोस्टेट कैंसर होता है।

प्रोस्टेट सर्जरी के बाद अतिरिक्त थेरेपी

क्योंकि प्रोस्टेट सर्जरी के दौरान सर्जन आपके शरीर के अंदर देखने में सक्षम होता है, इससे अक्सर आपकी बीमारी के बारे में अधिक जानकारी का पता चलता है। यह दर्शा सकता है कि कैंसर आसपास के लिम्फ़ नोड्स में फैल गया है। या प्रोस्टेट हटा दिए जाने के बाद कैंसर के अन्य लक्षण भी हो सकते हैं। किसी भी स्थिति में, सर्जरी के बाद किसी समय आपको अतिरिक्त उपचार लेना पड़ सकता है।

अगर शेष कैंसर के लक्षण हैं लेकिन लिम्फ नोड्स में कोई मेटास्टेसिस नहीं है, तो अतिरिक्त उपचार में अतिरिक्त हॉर्मोन थेरेपी के साथ या उसके बिना EBRT शामिल है।

लेकिन अतिरिक्त उपचार, किसी भी उपचार की तरह, दुष्परिणाम के थोड़े जोखिम के साथ आता है। इसलिए ऐक्टिव थेरेपी के बजाय, आपकी देखभाल टीम आपको अतिरिक्त उपचार में देरी करने का सुझाव दे सकती है, लेकिन जब तक संकेत या लक्षण (जैसे कि PSA का बढ़ता स्तर) दिखाई न देने लगें, तब तक नियमित परीक्षण कराएं। इसे निगरानी कहते हैं।

अगर प्रोस्टेट सर्जरी से पता चलता है कि कैंसर लिम्फ़ नोड्स तक फैल गया है, तो निगरानी अभी भी एक विकल्प हो सकता है। अगर इसके बजाय सक्रिय चिकित्सा की सिफारिश की जाती है, तो उपचार में EBRT के साथ या उसके बिना ADT शामिल है।

"

मुझे रैडिकल प्रोस्टेटेक्टोमी हुई थी। क्योंकि मेरा प्रोस्टेट कैंसर एक तंत्रिका बंडल के बहुत करीब था, मैंने इसे भी हटाने का फैसला किया। मैं इससे परेशान नहीं था, क्योंकि मुझे पता चला कि इरेक्शन पाने के अन्य तरीके भी हैं। मैं अपने पोते-पोतियों को बड़ा होते देखने के लिए जीवित रहना चाहता था, और अब वे बड़े हो गए हैं!"

जीवन प्रत्याशा: 5 वर्ष या इससे कम और आपको कोई लक्षण नहीं हैं

रीजनल प्रोस्टेट कैंसर वाले लोगों के लिए उपचार कम आक्रामक है जिनकी जीवन प्रत्याशा 5 वर्ष या उससे कम है और जिनके कोई लक्षण नहीं हैं:

अवलोकन

5 वर्ष या उससे कम की जीवन प्रत्याशा वाले रोगियों के लिए अवलोकन एक विकल्प है। यह अन्य गंभीर स्वास्थ्य समस्याओं वाले उन लोगों के लिए है, जिनका प्रोस्टेट कैंसर कोई लक्षण पैदा नहीं कर रहा है। अवलोकन में कभी-कभी PSA परीक्षण और लक्षणों पर नज़र रखना शामिल होता है, जिसका इलाज दर्द निवारक (उपशामक) चिकित्सा से किया जा सकता है।

ADT

ADT अपने-आप में क्षेत्रीय बीमारी, बिना लक्षण वाले और 5 वर्ष या उससे कम की जीवन प्रत्याशा वाले रोगियों के लिए एक विकल्प है। इसका उपयोग कैंसर को धीमा करने और लक्षणों को धीमा करने या कम करने के लिए किया जाता है। ADT में एक LHRH एगोनिस्ट, एक LHRH एंटागोनिस्ट या अंडकोष का सर्जिकल निष्कासन शामिल हो सकता है।

उपचार के बाद फ़ॉलो-अप

प्रारंभिक उपचार के बाद, यह पता लगाने के लिए कि आपकी थेरेपी कितनी कारगर है, आपके फ़ॉलो-अप परीक्षण होंगे। समय-समय पर प्रोस्टेट-विशिष्ट एंटीजन (PSA) परीक्षण और कभी-कभी इमेजिंग स्कैन यह संकेत दे सकते हैं कि कैंसर नियंत्रण में है या नहीं।

PSA बहुत कम है या उसका पता नहीं चल पाता

अगर रेडिएशन थेरेपी के बाद आपका PSA बहुत कम है या प्रोस्टेट सर्जरी के बाद पता नहीं चल पाता है, तो कैंसर की पुनरावृत्ति के लिए आपकी निगरानी की जाएगी।

निगरानी में कई वर्षों तक हर 6 से 12 महीने में PSA परीक्षण शामिल होता है। पुनरावृत्ति के उच्च जोखिम वाले मरीजों को PSA परीक्षण अधिक बार करना पड़ सकता है, जैसे कि हर 3 महीने में। आपकी निरंतर आधार पर या संकेत या लक्षण दिखाई देने तक निगरानी जारी रहेगी।

PSA बढ़ा हुआ हो या बढ़ रहा हो

अगर प्रोस्टेट सर्जरी के बाद आपका PSA ऐसे स्तर तक नहीं गिरता है कि उसका पता न लगाया जा सके, तो आपको अभी भी कैंसर (लगातार) हो सकता है। या, यदि प्रारंभिक उपचार के बाद आपका PSA कम हो जाता है लेकिन बाद में फिर से बढ़ जाता है, तो संभवतः इसका मतलब है कि कैंसर वापस आ गया है (पुनरावृत्ति)। दोनों स्थिति में, आगे का उपचार उपलब्ध है।

लगातार या पुनरावृत्ति के लिए उपचार

अगर प्रारंभिक उपचार के बाद भी आपका PSA लगातार बना रहता है या पुनरावृत्ति होती है, तो आपकी जीवन प्रत्याशा यह निर्देशित करेगी कि आपको अगला उपचार क्या करना चाहिए।

5 वर्षों से अधिक

किसी भी उपचार पर निर्णय लेने से पहले, आपको यह पता लगाने के लिए कुछ और परीक्षणों की आवश्यकता होगी कि कैंसर कितना आक्रामक हो सकता है। परीक्षणों में PSA डबलिंग टाइम; CT, MRI, या पूरे शरीर के PET स्कैन के साथ इमेजिंग; और संभवतः एक बायोप्सी शामिल है। इन परीक्षणों के परिणाम आपके अगले उपचार का संकेत देंगे।

इसके अलावा, कैंसर के बने रहने या पुनरावृत्ति का उपचार इस बात पर आधारित है कि रीजनल प्रोस्टेट कैंसर के लिए आपका प्रारंभिक उपचार रेडिएशन थेरेपी था या प्रोस्टेट सर्जरी। **गाइड 4 देखें।**

5 वर्ष या इससे कम

अगर आपकी जीवन प्रत्याशा 5 वर्ष या उससे कम है, तो उपचार कराने की तुलना में अवलोकन एक बेहतर विकल्प हो सकता है। अवलोकन में आपके प्रोस्टेट कैंसर की जाँच करना और लक्षणों पर नज़र रखना शामिल है।

अगर लक्षण विकसित होते हैं, तो उपचार अक्सर कैंसर को ठीक करने की कोशिश करने के बजाय उन्हें कम करने या रोकने पर केंद्रित होता है। यह रोगियों को अनावश्यक उपचार के बोझ के बिना जीवन की अच्छी गुणवत्ता बनाए रखने की सुविधा देता है।

गाइड 4
PSA दृढ़ता या पुनरावृत्ति के लिए उपचार

प्रारंभिक थेरेपी	इमेजिंग परिणाम	उपचार के विकल्प
रैडिकल प्रोस्टेटेक्टॉमी	कैंसर के कोई अन्य संकेत नहीं	• हॉर्मोन थेरेपी के साथ या उसके बिना रेडिएशन थेरेपी (पसंदीदा) • निगरानी
	कूल्हे के लिम्फ़ नोड्स का कैंसर	• रेडिएशन थेरेपी और हॉर्मोन थेरेपी, एबिराटेरोन के साथ या उसके बिना
	कैंसर शरीर के दूसरे क्षेत्र में फैल गया है (मेटास्टैसाइज़्ड)	• एडवांस उपचार आवश्यक है
रेडिएशन थेरेपी	कैंसर के कोई अन्य संकेत नहीं या कैंसर केवल प्रोस्टेट में है	• बायोप्सी • निगरानी • हॉर्मोन थेरेपी • रैडिकल प्रोस्टेटेक्टॉमी • क्रायोथेरेपी • हाई-इंटेसिटी फोकस्ड अल्ट्रासाउंड • और अधिक रेडिएशन थेरेपी
	कूल्हे के लिम्फ़ नोड्स का कैंसर	• बायोप्सी • निगरानी • एबीराटेरोन के साथ या उसके बिना हॉर्मोन थेरेपी • हॉर्मोन थेरेपी के साथ या उसके बिना पेल्विक लिम्फ़ नोड्स की रेडिएशन थेरेपी • हॉर्मोन थेरेपी के साथ या उसके बिना पेल्विक लिम्फ़ नोड्स का विच्छेदन
	कैंसर शरीर के दूसरे क्षेत्र में फैल गया है (मेटास्टैसाइज़्ड)	• एडवांस उपचार आवश्यक है

इसके बाद?

रीजनल प्रोस्टेट कैंसर, और शायद PSA की दृढ़ता या PSA पुनरावृत्ति के लिए इलाज किए जाने के बाद, आपके मौजूदा कैंसर के इलाज के लिए या कैंसर की वापसी पर नजर रखने के लिए परीक्षण और मुलाकातें जारी रहेंगी।

निगरानी आपकी फ़ॉलो-अप योजना का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। अनुवर्ती मुलाक़ातों पर जाना जारी रखना सुनिश्चित करें, अपने PSA का नियमित परीक्षण कराएं और अपनी उपचार टीम के संपर्क में रहें।

अगर कैंसर फिर से वापस आता है, लेकिन कूल्हें से आगे नहीं फैलता है, तो आप इसके बने रहने/पुनरावृत्ति के लिए उपचार जारी रख सकते हैं।

अगर कैंसर फिर से वापस आता है, लेकिन शरीर के किसी अन्य क्षेत्र में फैल जाता है, तो आपको अधिक एडवांस उपचार की आवश्यकता होगी। मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के उपचार विकल्पों के लिए अगला अध्याय देखें।

मुख्य बिंदु

- रीजनल प्रोस्टेट कैंसर प्रोस्टेट ग्रंथि से आस-पास के ऊतक तक फैल गया है, लेकिन इससे आगे नहीं।
- रीजनल प्रोस्टेट कैंसर के बारे में मुख्य चिंता यह होती है कि यह शरीर के अन्य क्षेत्रों में फैल सकता है।
- रीजनल प्रोस्टेट कैंसर के उपचार में अक्सर स्थानीय चिकित्सा और प्रणालीगत चिकित्सा दोनों शामिल होते हैं।
- लंबी जीवन प्रत्याशा या लक्षणों वाले लोगों में रीजनल प्रोस्टेट कैंसर के लिए पसंदीदा प्रारंभिक उपचार बाहरी बीम रेडिएशन थेरेपी (EBRT), दीर्घकालिक एंड्रोजन डेप्रिवेशन थेरेपी (ADT), और एबिराटेरोन है।
- रीजनल प्रोस्टेट कैंसर वाले लोगों के लिए उपचार कम आक्रामक है जिनकी जीवन प्रत्याशा 5 वर्ष या उससे कम है और जिनके कोई लक्षण नहीं हैं.
- प्रोस्टेट-विशिष्ट एंटीजन (PSA) की दृढ़ता तब होती है जब आपका PSA ज्ञानी स्तर तक नहीं गिरता है। इससे पता चलता है कि कैंसर ख़त्म नहीं हुआ है।
- PSA पुनरावृत्ति तब होती है जब आपका PSA स्तर प्रारंभिक उपचार के बाद गिर जाता है, लेकिन फिर से बढ़ जाता है। यह इंगित करता है कि कैंसर वापस आ गया है।

5
मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के उपचार के विकल्प

46 मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के बारे में

46 प्रमुख उपचार

47 हॉर्मोन-संवेदनशील उपचार

49 हॉर्मोन-प्रतिरोधी उपचार

55 इसके बाद?

55 मुख्य बिंदु

जब प्रोस्टेट कैंसर शरीर के अन्य भागों में फैल जाता है, तो प्रणालीगत (पूरे शरीर) चिकित्सा की ज़रूरत होती है। यह अध्याय दूरस्थ मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के उपचार के विकल्पों की व्याख्या करता है।

मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के बारे में

मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर वह कैंसर है जो प्रोस्टेट के बाहर और कूल्हे से परे शरीर के अन्य क्षेत्रों में फैल गया हो (मेटास्टैसाइज़्ड)।

वे क्षेत्र जहां प्रोस्टेट कैंसर फैलता है:

- प्रोस्टेट से काफी दूर **लिम्फ़ नोड्स**
- रीढ़, कूल्हे या पसलियों में **हड्डियां**
- **अंग** जैसे कि यकृत, फेफड़े, मस्तिष्क या अन्य

जब आपको पहली बार पता चलेगा तो आपको मेटास्टैटिक कैंसर हो सकता है। या प्रारंभिक चरण या रीजनल प्रोस्टेट कैंसर का इलाज कराने के बाद आपका कैंसर मेटास्टैटिक हो सकता है।

मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर का इलाज करना मुश्किल हो सकता है। हालांकि, कैंसर को लक्षित करने, उसकी प्रगति को रोकने या धीमा करने, लक्षणों को कम करने और जीवन को लंबा करने के लिए कई प्रकार की चिकित्साएं उपलब्ध हैं।

प्रमुख उपचार

मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर का मुख्य उपचार हॉर्मोन थेरेपी है, विशेष रूप से एंड्रोजन डेप्रिवेशन थेरेपी (ADT)।

ADT का उद्देश्य एंड्रोजन (अधिकतर टेस्टोस्टेरोन) को उस स्तर तक कम करना है, जहां वह कैंसर को और न बढ़ा सके। इस निम्न बिंदु को कैस्ट्रेशन स्तर कहा जाता है, जो तब होता है जब रक्तप्रवाह में लगभग शून्य टेस्टोस्टेरोन होता है।

जिन मरीजों में मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर हाल में डाइग्नोस हुआ है, उनके टेस्टोस्टेरोन को कैस्ट्रेशन स्तर तक लाने के लिए ADT शुरू किया जाएगा। मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के मरीज, जिनका पहले से ही ADT से इलाज चल रहा है, टेस्टोस्टेरोन को न्यूनतम स्तर पर रखने के लिए इलाज जारी रखेंगे।

ADT कुछ प्रकारों में आता है। इनमें दवाएं (एंटी-एंड्रोजन के साथ या बिना LHRH एगोनिस्ट या LHRH एंटागोनिस्ट) या कभी-कभी सर्जरी (अंडकोष को हटाना) शामिल हैं।

हालांकि ADT एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के लिए मुख्य चिकित्सा है, यह आमतौर पर अब अपने-आप नहीं दिया जाता है। ADT में एक या दो अतिरिक्त उपचार जोड़ने से आपको लंबे समय तक और कम लक्षणों के साथ जीने में मदद मिल सकती है।

अतिरिक्त उपचारों में दूसरी हॉर्मोन थेरेपी, कीमोथेरेपी, इम्यूनोथेरेपी, टार्गेटेड थेरेपी और रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल्स शामिल हैं। आप इसे डबलेट थेरेपी (ADT + अन्य थेरेपी) या ट्रिपलेट थेरेपी (ADT + दो अतिरिक्त थेरेपियां) कहते हुए सुन सकते हैं।

आपको कौन सी अतिरिक्त चिकित्सा लेनी होगी, यह कई बातों पर निर्भर करता है। ध्यान देने वाली पहली बात

यह है कि क्या ADT अभी भी आपके लिए प्रभावी है। चिकित्सकीय भाषा में कहें तो, क्या आपका कैंसर **हॉर्मोन प्रतिरोधी** है या यह हॉर्मोन **संवेदनशील** है?

हॉर्मोन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर (जिसे कैस्ट्रेशन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर भी कहा जाता है) ऐसा कैंसर है जो टेस्टोस्टेरोन को ईंधन के रूप में उपयोग किए बिना बढ़ना सीखता है। परिणामस्वरूप, हॉर्मोन थेरेपी अब इसके खिलाफ उतनी प्रभावी नहीं है - अधिकांश कैंसर ADT के प्रति "प्रतिरोधी" हो जाते हैं।

यदि आप ADT ले चुके हैं लेकिन यह अब ठीक से काम नहीं कर रहा है, तो हॉर्मोन-प्रतिरोधी मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के उपचार के विकल्पों के बारे में पढ़ने के लिए पेज 49 पर जाएं।

हॉर्मोन-सेंसिटिव प्रोस्टेट कैंसर (जिसे कैस्ट्रेशन-सेंसिटिव प्रोस्टेट कैंसर भी कहा जाता है) का इलाज वर्तमान में ADT से नहीं किया जा रहा है या इसका इलाज कभी ADT से नहीं किया गया है। (इसमें अल्पकालिक अतिरिक्त चिकित्सा के रूप में दी जाने वाली ADT शामिल **नहीं** है, जैसे कि रेडिएशन थेरेपी के दौरान दी जाने वाली हॉर्मोन थेरेपी।) परिणामस्वरूप, यह कैंसर हॉर्मोन थेरेपी के प्रति "संवेदनशील" है। यानी, हॉर्मोन थेरेपी से अभी भी इसका इलाज किया जा सकता है। आप इसे इसके पूर्व नाम, कैस्ट्रेशन-नाइव प्रोस्टेट कैंसर से भी पुकारते हुए सुन सकते हैं, जिसका अर्थ है कि हॉर्मोन थेरेपी कैंसर के लिए एक नया ("हानिरहित") उपचार है।

अगर यह आपके कैंसर का वर्णन करता है, तो हॉर्मोन-सेंसिटिव प्रोस्टेट कैंसर के उपचार विकल्पों के बारे में निम्नलिखित अनुभाग पढ़ें।

हॉर्मोन-संवेदनशील उपचार

जैसा कि इसके नाम से पता चलता है, हॉर्मोन-सेंसिटिव मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर का इलाज मुख्य रूप से हॉर्मोन थेरेपी से किया जाता है। ADT को पहली हॉर्मोन थेरेपी माना जाता है। हालांकि, एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के इलाज के लिए आमतौर पर ADT में दूसरी हॉर्मोन कम करने वाली थेरेपी जोड़ी जाती है। यह आपके कैंसर को बढ़ने और आगे तक फैलने से रोक सकता है। **गाइड 5 देखें।**

“जब आप अपने उपचार के विकल्पों पर निर्णय ले रहे हैं, तो याद रखें कि भले ही कुछ निर्णय तेज़ी से लेने की आवश्यकता होती है, लेकिन जल्दबाज़ी न करें। अपने विकल्पों पर विचार करें और दूसरी या तीसरी राय भी लें। अपने विकल्पों पर बात करने के लिए ऐसे लोगों पर भरोसा करें जिन पर आप भरोसा कर सकें, ताकि आप अपने निर्णयों में सहज महसूस करें।"

पसंदीदा उपचार

पसंदीदा उपचार वे हैं जिनके साथ सबसे ज़्यादा इस बात के वैज्ञानिक प्रमाण हैं कि वे अच्छी तरह से काम करते हैं। हॉर्मोन-सेंसिटिव प्रोस्टेट कैंसर के लिए पसंदीदा उपचार विकल्पों में ADT प्लस एक दूसरी हॉर्मोन-कम करने वाली दवा शामिल है। चिकित्सा अनुसंधान से पता चला है कि ADT प्लस एक अन्य हॉर्मोन-कम करने वाली दवा लेने वाले मरीज अकेले ADT लेने वाले लोगों की तुलना में अधिक समय तक जीवित रहते हैं। पसंदीदा दूसरी हॉर्मोन-कम करने वाली दवाएं एबिराटेरोन, अपालुटामाइड और एन्ज़ालुटामाइड हैं। आपकी देखभाल टीम आपसे इस बारे में बात करेगी कि कौन सी दवा आपके लिए सबसे अच्छा काम कर सकती है।

अगर आपको एबिराटेरोन निर्धारित किया गया है, तो आपको स्टेरॉयड दवा भी दी जाएगी। स्टेरॉयड एबिराटेरोन के दुष्प्रभावों को कम करने में मदद करता है।

हॉर्मोन-सेंसिटिव मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के लिए अन्य पसंदीदा उपचार ट्रिप्लेट थेरेपी विकल्प इस प्रकार हैं: ADT प्लस एक कीमोथेरेपी दवा (डोसेटेक्सेल) प्लस एक हॉर्मोन कम करने वाली दवा (या तो एबिराटेरोन या डारोलुटामाइड)।

कुल मिलाकर ये दवाएं बहुत ज़्यादा हो जाती हैं। इसलिए ट्रिपलेट थेरेपी की सिफारिश केवल उन लोगों के लिए की जाती है जिन्हें उच्च मात्रा में प्रोस्टेट कैंसर है, जो हॉर्मोन थेरेपी के साथ-साथ अन्य उपचार के दौरान कीमोथेरेपी को भी शारीरिक रूप से सहन कर सकते हैं। उच्च मात्रा वाले प्रोस्टेट कैंसर का अर्थ है हड्डियों में एकाधिक मेटास्टेसिस और/या आंतरिक अंग में कम से कम एक मेटास्टेसिस होना। (प्रोस्टेट कैंसर जो आंतरिक अंग तक फैल गया है उसे विसेरल मेटास्टेसिस कहा जाता है।)

अन्य उपचार

कम मात्रा वाले प्रोस्टेट कैंसर का अर्थ है हड्डियों में शून्य से कुछ मेटास्टेसिस और/या दूर के लिम्फ़ नोड्स में कुछ मेटास्टेस, आंतरिक अंगों में कोई मेटास्टेसिस नहीं होना।

गाइड 5
हॉर्मोन-सेंसिटिव प्रोस्टेट कैंसर के लिए उपचार के विकल्प

पसंदीदा विकल्प	ADT	+	एबिराटेरोन (ज़ीटिगा) + स्टेरॉयड
	ADT	+	अपालुटामाइड (एरलेडा)
	ADT	+	एन्ज़ालुटामाइड (एक्सटांडी)
	ADT + कीमोथेरेपी (डोसेटेक्सेल)	+	एबिराटेरोन (ज़ीटिगा) + स्टेरॉयड
			डारोलुटामाइड (नुबेका)
अन्य विकल्प	ADT	+	रेडिएशन थेरेपी (EBRT)
	ADT	+	रेडिएशन थेरेपी (EBRT) + एबिराटेरोन

कम मात्रा वाले हॉर्मोन-सेंसिटिव प्रोस्टेट कैंसर वाले रोगियों के लिए, मेटास्टेसिस के लिए ADT प्लस बाहरी बीम रेडिएशन थेरेपी (EBRT) की सिफारिश की जाती है, ताकि कैंसर को आगे फैलने से रोका जा सके। कुछ मामलों में, मजबूत प्रभाव के लिए ADT और EBRT के अलावा एबिराटेरोन (या डोसेटेक्सेल कीमोथेरेपी) दी जाती है।

आमतौर पर हॉर्मोन-सेंसिटिव मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के लिए स्वयं द्वारा उपयोग किए जाने वाले ADT की सिफारिश नहीं की जाती है, उन रोगियों को छोड़कर जो साइड इफेक्ट्स को संभालने या अन्य दवाएं लेने में सक्षम नहीं हैं।

फ़ॉलो-अप मुलाकातें

उपचार के बाद, यह देखने के लिए कि उपचार कितनी अच्छी तरह काम कर रहा है और कहीं कैंसर वापस तो नहीं आ गया है, किसी भी संकेत या लक्षण की जाँच करने के लिए नियमित आधार पर आपके फ़ॉलो-अप परीक्षण होंगे।

अगर फ़ॉलो-अप परीक्षणों से पता चलता है कि उपचार काम नहीं कर रहा है और आपका हॉर्मोन-सेंसिटिव प्रोस्टेट कैंसर बढ़ रहा है या फैल रहा है, तो आपको हॉर्मोन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर हो सकता है। इसकी चर्चा आगे की जाएगी।

हॉर्मोन-प्रतिरोधी उपचार

हॉर्मोन-रज़िस्टेंट मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर एक ऐसा कैंसर है, जो टेस्टोस्टेरोन के बहुत कम स्तर पर होने पर भी बढ़ता रहता है। कैसे? कुछ कैंसर कोशिकाएं टेस्टोस्टेरोन की सामान्य आपूर्ति के बिना जीवित रहना सीख जाती हैं। इसके अलावा, कैंसर को एड्रीनल ग्रंथियों से कुछ एंड्रोजन मिल सकते हैं, जो थोड़ी मात्रा में टेस्टोस्टेरोन बनाते हैं। यहाँ तक कि ट्यूमर खुद एंड्रोजन बना सकता है, जो कैंसर कोशिकाओं को बढ़ने में मदद करता है। जैसे-जैसे ये कोशिकाएं बढ़ती हैं, ADT धीरे-धीरे कैंसर के खिलाफ अपनी प्रभावशीलता खो देता है।

ADT

हॉर्मोन-रज़िस्टेंट मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर का इलाज करने के लिए, आपके टेस्टोस्टेरोन को कैस्ट्रेशन स्तर पर रहना आवश्यक है। इसलिए ADT पर बने रहना अभी भी महत्वपूर्ण है। आपकी देखभाल टीम आपको उसी ADT उपचार पर रख सकती है या आपको किसी अन्य दवा पर स्विच करने के लिए कह सकती है।

ADT के अलावा, आपकी देखभाल टीम अतिरिक्त उपचार की सिफारिश करेगी। **गाइड 6** और **गाइड 7** देखें। आपको कौन सा उपचार मिलेगा यह कुछ कारकों पर निर्भर करेगा। इनमें ये शामिल हैं:

- आपका पिछला उपचार (यदि कोई हो)
- आपके शरीर में मेटास्टेसिस का स्थान
- मेटास्टैटिक रोग की मात्रा
- लक्षण
- संभावित दुष्प्रभाव
- आपकी वरीयताएं

ADT के अलावा, हॉर्मोन-रज़िस्टेंट मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के उपचार में दूसरी हॉर्मोन थेरेपी, कीमोथेरेपी, इम्यूनोथेरेपी, बायोमार्कर-लक्षित थेरेपी और रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल्स - या इन उपचारों का एक संयोजन शामिल है।

अगर आपको पहली बार प्रारंभिक प्रोस्टेट कैंसर या हॉर्मोन-सेंसिटिव प्रोस्टेट कैंसर का निदान किया गया था, तो हो सकता है कि आपको पहले से ही ADT और कीमोथेरेपी या अगली पीढ़ी की हॉर्मोन थेरेपी दी जा चुकी हो। इनमें से कोई भी उपचार लेने से यह प्रभावित होगा कि आपको अगला उपचार कौन सा लेना है।

दूसरी हॉर्मोन थेरेपी

ADT मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के इलाज के लिए इस्तेमाल की जाने वाली पहली हॉर्मोन थेरेपी है। अगर प्रोस्टेट कैंसर हॉर्मोन प्रतिरोधी हो जाता है, तो आमतौर पर दूसरी हॉर्मोन थेरेपी जोड़ी जाती है। दूसरी हॉर्मोन थेरेपी आपके कैंसर को धीमा करने या इसे आगे फैलने से रोकने में सक्षम हो सकती है। पसंदीदा दूसरे थेरेपी विकल्पों में नई (अगली पीढ़ी) हॉर्मोन थेरेपी शामिल हैं:

- एबिराटेरोन (ज़ीटिगा)
- एन्ज़ालुटामाइड (एक्सटांडी)

अन्य दूसरी हॉर्मोन थेरेपी

अगर पसंदीदा दूसरी हॉर्मोन थेरेपी आपके कैंसर को धीमा नहीं करती है, तो हॉर्मोन कम करने वाले अन्य विकल्प भी हैं:

- अगर लागत या उपलब्धता के कारण नए हॉर्मोन थेरेपी विकल्प नहीं हैं, तो प्रारंभिक पीढ़ी के एंटी-एंड्रोजन (निलुटामाइड, फ्लूटामाइड, या बाइलुटामाइड) में से एक को जोड़ना प्रभावी हो सकता है।
- एंटी-एंड्रोजन को रोकना भी प्रभावी हो सकता है। कभी-कभी दवा बंद करने से कुछ रोगियों में PSA स्तर कम होने का विपरीत प्रभाव पड़ता है।
- ADT के अतिरिक्त उपयोग किए जाने पर कॉर्टिकोस्टेरॉयड (हाइड्रोकार्टिसोन, प्रेडनिसोन, या डेक्सामेथासोन) स्वयं एक हॉर्मोन-कम करने वाली थेरेपी हो सकती है।
- केटोकोनाज़ोल (निज़ोरल) एक ऐसी गोली है, जिसे कभी-कभी तब निर्धारित किया जाता है जब दूसरे हॉर्मोन थेरेपी या कीमोथेरेपी का उपयोग नहीं किया जा सकता है या उपलब्ध नहीं है। मतली और उल्टी जैसे दुष्प्रभावों को कम करने के लिए इसे स्टेरॉयड (हाइड्रोकार्टिसोन) के साथ लिया जाता है।

कीमोथेरेपी

मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के लिए ADT प्लस कीमोथेरेपी पहला उपचार हो सकता है या अगर अन्य उपचार अच्छी तरह से काम नहीं करते हैं तो इसे बाद में भी दिया जा सकता है। अगर कैंसर अधिक आक्रामक है तो कीमोथेरेपी एक अकेली दवा (जैसे डोसेटेक्सेल) या जोड़ी (कैबेज़िटेक्सेल और कार्बोप्लाटिन) के रूप में दी जा सकती है।

डोसेटेक्सेल पसंदीदा कीमोथेरेपी है। अन्य कीमोथेरेपी ड्रग्स जिनका उपयोग कुछ मामलों में किया जा सकता है। इनमें कैबेज़िटैक्सेल, सिस्प्लैटिन, कार्बोप्लाटिन और माइटोक्सेंट्रोन शामिल हैं।

कीमोथेरेपी के दुष्प्रभावों को कम करने के लिए आप स्टेरॉयड (प्रेडनिसोन या डेक्सामेथासोन) भी ले सकते हैं।

इम्यूनोथेरेपी

इम्यूनोथेरेपी दवाएं कैंसर से लड़ने के लिए शरीर की अपनी प्रतिरक्षा प्रणाली को बढ़ावा देती हैं। हालांकि, प्रोस्टेट कैंसर के लिए इम्यूनोथेरेपी का उपयोग केवल कुछ रोगियों के लिए किया जाता है। इम्यूनोथेरेपी दवाओं में ये शामिल हैं:

- सिपुलेसेल-टी (प्रोवेंज) का उपयोग उन रोगियों के लिए किया जा सकता है जिनके हॉर्मोन-प्रतिरोधी मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर के कारण कम या कोई लक्षण नहीं हो रहा है। ऐसे रोगियों में आमतौर पर कैंसर कम होता है और प्रतिरक्षा प्रणाली मज़बूत होती है, जिससे यह इम्यूनोथेरेपी अधिक प्रभावी हो जाती है। सिपुलेसेल-टी की सिफ़ारिश उन लोगों के लिए नहीं की जाती है, जिनका प्रोस्टेट कैंसर आंतरिक अंगों तक फैल गया हो।
- पेम्ब्रोलिज़ुमैब (कीट्रूडा) की सिफ़ारिश केवल उन रोगियों के लिए की जाती है जिनके हॉर्मोन-रज़िस्टेंट मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर कीमोथेरेपी और दूसरी हॉर्मोन थेरेपी के बावजूद बढ़ गया है या फैल गया है। मरीजों के परीक्षण के परिणाम, विशिष्ट आनुवंशिक परिवर्तन (DNA में दोष जिसे बेमेल मरम्मत की कमी और उच्च माइक्रोसैटेलाइट अस्थिरता कहा जाता है) भी दिखाएंगे।

टार्गेटेड थेरेपी

बायोमार्कर-टार्गेटेड थेरेपी केवल उन रोगियों में उपयोगी होती है, जिनका हॉर्मोन-रज़िस्टेंट मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर विशिष्ट आनुवंशिक म्यूटेशन के कारण होता है। इन दवाओं को PARP अवरोधक कहा जाता है, क्योंकि वे PARP को लक्षित करती हैं, जो एक ऐसा प्रोटीन है जिसका उपयोग

गाइड 6
हॉर्मोन-संवेदनशील प्रोस्टेट कैंसर के लिए उपचार के लिए उपचार विकल्प

	थेरेपी का प्रकार	उपचार		कब इस्तेमाल करें
पसंदीदा विकल्प	दूसरी हॉर्मोन थेरेपी	ADT +	एबिराटेरोन (ज़ीटिगा) + स्टेरॉयड	प्रारंभिक थेरेपी
		ADT +	एन्ज़ालुटामाइड (एक्सटांडी)	प्रारंभिक थेरेपी
	कीमोथेरेपी	ADT +	डोसेटेक्सेल (टैक्सोटेयर) + स्टेरॉयड	प्रारंभिक थेरेपी
अन्य विकल्प	दूसरी हॉर्मोन थेरेपी	ADT +	एंटी-एंड्रोजन (कोई एक शुरू करें या एक रोकें)	केवल तभी अगर आपने प्रारंभिक थेरेपी ले रखी हो
		ADT +	कॉर्टिकोस्टेरॉयड	केवल तभी अगर आपने प्रारंभिक थेरेपी ले रखी हो
		ADT +	केटोकोनाज़ोल (निज़ोरल) + हाइड्रोकॉर्टिसोन	केवल तभी अगर आपने प्रारंभिक थेरेपी ले रखी हो

गाइड 7
हॉर्मोन-संवेदनशील प्रोस्टेट कैंसर की विशिष्ट स्थितियोंके लिए उपचार विकल्प

विशिष्ट स्थिति	उपचार
अगर आपमें कम या कोई लक्षण नहीं हैं और प्रोस्टेट कैंसर अन्य आंतरिक अंगों तक नहीं फैला है	ADT + सिपुलेसेल-टी (प्रोवेंज)
अगर आपको *BRCA* म्यूटेशन हुआ है और आपने हॉर्मोन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर का इलाज नहीं कराया है	ADT + निरापैरिब/अबीराटेरोन (अकीगा) + प्रेडनिसोन
	ADT + ओलापारिब (लिनपर्ज़ा) + एबिराटेरोन (ज़ीटिगा) + स्टेरॉयड
अगर आपको *BRCA* म्यूटेशन है और पहले से ही हॉर्मोन थेरेपी और कीमोथेरेपी से इलाज किया गया है	ADT + रुकापैरिब (रूब्राका)
अगर आपमें DNA-मरम्मत जीन म्यूटेशन (*BRCA* या अन्य) है और आपको हॉर्मोन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर का इलाज नहीं मिला है	ADT + टैलाज़ोपैरिब (टैलज़ेना) + एन्ज़ालुटामाइड (एक्सटांडी)
अगर आपमें DNA-मरम्मत जीन म्यूटेशन (*BRCA* या अन्य) है और पहले से ही हॉर्मोन थेरेपी से इलाज किया गया है	ADT + ओलापारिब (लिनपर्ज़ा)
अगर आपको घातक मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर या एक से अधिक आनुवंशिक म्यूटेशन हैं, तो डोसेटेक्सेल एक अच्छा विकल्प नहीं है	ADT + कार्बोप्लाटिन के साथ या उसके बिनाकैबेज़िटैक्सेल (जेवताना) + स्टेरॉयड
अगर आपको दर्द से राहत चाहिए, लेकिन आप अन्य चिकित्साएं नहीं ले सकते	ADT + माइटोक्सेंट्रोन (नोवैन्ट्रोन) + प्रेडनिसोन
अगर आपको हड्डी में मेटास्टेसिस है, जो लक्षण पैदा कर रहा है, लेकिन कोई अन्य मेटास्टेस नहीं है	ADT + रेडियम-223 (ज़ोफिगो)
अगर आपका प्रोस्टेट कैंसर PSMA उत्पन्न करता हो और आपको पहले ही हॉर्मोन थेरेपी और कीमोथेरेपी मिल चुकी हो	ADT + ल्यूटेटियम-177 (प्लुविक्टो)
अगर आपको कुछ आनुवंशिक म्यूटेशन (उच्च माइक्रोसैटेलाइट अस्थिरता या उच्च ट्यूमर म्यूटेशन बोझ) हों और पहले से ही हॉर्मोन थेरेपी और कीमोथेरेपी के ज़रिए इलाज किया गया हो	ADT + पेम्ब्रोलिज़ुमैब (कीट्रूडा)

कोशिकाएं क्षतिग्रस्त DNA की मरम्मत के लिए करती हैं। बायोमार्कर-लक्षित उपचारों में ये शामिल हैं:

- दूसरी हॉर्मोन थेरेपी या कीमोथेरेपी से पहले *BRCA* म्यूटेशन वाले रोगियों के लिए ओलापारिब (लिनपर्ज़ा) प्लस एबिराटेरोन और एक स्टेरॉयड का उपयोग किया जा सकता है। ओलापारिब का उपयोग उन रोगियों के लिए भी किया जा सकता है जिनका मेटास्टैटिक कैंसर दूसरी हॉर्मोन थेरेपी (एबीराटेरोन या एन्ज़ालुटामाइड) के बाद बढ़ गया है या फैल गया है और जिनके *BRCA* जीन या DNA की मरम्मत करने वाले अन्य जीन में म्यूटेशन हुआ है।
- रुकापैरिब (रूब्राका) का उपयोग *BRCA* म्यूटेशन वाले रोगियों के लिए किया जा सकता है जिनके कैंसर का इलाज पहले से ही दूसरी हॉर्मोन थेरेपी और कीमोथेरेपी (डोसेटेक्सेल या कैबेज़िटेक्सेल) दोनों के साथ किया जा चुका है।
- निरापैरिब और अबीराटेरोन (अकीगा) प्लस प्रेडनिसोन *BRCA* म्यूटेशन वाले रोगियों के लिए एक नई टार्गेटेड थेरेपी है। मरीजों को LHRH एगोनिस्ट, LHRH एंटागोनिस्ट पर होना चाहिए या ऑर्किएक्टोमी (अंडकोष को सर्जिकल रूप से निकालना) होना चाहिए।
- एन्ज़ालुटामाइड (एक्सटांडी) के साथ लिया जाने वाला टैलाज़ोपैरिब (टैलज़ेना), *BRCA* या अन्य DNA-मरम्मत जीन में उत्परिवर्तन वाले रोगियों के लिए एक और नई टार्गेटेड थेरेपी है।

रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल्स

अगर आपके प्रारंभिक या अन्य उपचारों ने अच्छा काम नहीं किया है, तो आपकी देखभाल टीम रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल दवा का सुझाव दे सकती है।

- ल्यूटेटियम-177 (प्लुविक्टो) का उपयोग तब तक नहीं किया जाता है, जब तक कि दूसरी हॉर्मोन थेरेपी और कीमोथेरेपी (डोसेटेक्सेल या कैबेज़िटेक्सेल) नहीं दी जाती है। सबसे पहले, यह पुष्टि करने के लिए कि उपचार काम कर सकता है, आपकी PSMA-PET इमेजिंग होगी।
- अगर प्रोस्टेट कैंसर मुख्य रूप से हड्डियों तक फैल गया है, लेकिन आंतरिक अंगों तक नहीं, तो रेडियम-223 (ज़ोफिगो) का उपयोग किया जा सकता है। इसका उपयोग केवल ADT के साथ संयोजन में किया जाना चाहिए, दूसरी हॉर्मोन थेरेपी या कीमोथेरेपी के साथ नहीं।

क्लीनिकल ट्रायल

क्लीनिकल ट्रायल में शामिल होना अक्सर एक विकल्प होता है। आप किसी भी समय क्लीनिकल ट्रायल में शामिल होने का प्रयास कर सकते हैं। आपको तब तक इंतजार करने की ज़रूरत नहीं है, जब तक आपको ऐसा न लगे कि आपके पास कोई अन्य विकल्प नहीं है।

सहायक देखभाल

हड्डी मेटास्टेसिस वाले रोगियों के लिए सहायक देखभाल में ये शामिल हैं:

- **अस्थि-टार्गेटेड थेरेपी** – फ्रैक्चर को रोकने में मदद के लिए डेनोसुमैब या ज़ोलेड्रोनिक एसिड
- **उपशामक रेडिएशन थेरेपी** – दर्दनाक हड्डी के ट्यूमर या शारीरिक कार्यों में बाधा डालने वाले ट्यूमर पर सीधा रेडिएशन
- **अन्य उपचार** – फ्रैक्चर को रोकने में मदद के लिए कैल्शियम या विटामिन डी की खुराक

फ़ॉलो-अप मुलाकातें

उपचार के बाद, यह देखने के लिए नियमित आधार पर आपके अनुवर्ती परीक्षण होंगे कि उपचार कितनी अच्छी तरह काम कर रहा है और क्या उपचार से कोई दुष्प्रभाव हैं। इन परीक्षणों में ये शामिल हैं:

- हर 3 से 6 महीने या उससे अधिक बार PSA परीक्षण के साथ शारीरिक परीक्षण
- कैंसर के लक्षण होने पर इमेजिंग
- कैंसर की वृद्धि या प्रसार को देखने के लिए आवश्यकतानुसार इमेजिंग

कोई वृद्धि या प्रसार नहीं

अगर कैंसर बढ़ता या फैलता नहीं है, तो आपका वर्तमान उपचार आपके कैंसर को नियंत्रण में रख सकता है। आपका प्रदाता आपका परीक्षण करना जारी रखेगा। अगर आपकी स्थिति स्थिर रहती है, तो आप अपने वर्तमान उपचार पर तब तक बने रहेंगे जब तक कि परिवर्तन या लक्षण दिखाई न देने लगें।

वृद्धि या प्रसार

अगर आपका कैंसर बढ़ता है या फैलता है, तो आपकी उपचार टीम आपको पहले ली गई थेरेपी को दोबारा आज़माने या नई और अलग थेरेपी आज़माने का सुझाव दे सकती है। एडवांस प्रोस्टेट कैंसर वाले कई रोगियों को अंततः उनके उपचार के दौरान दो, तीन या अधिक विभिन्न उपचार प्राप्त होते हैं।

अगर संभव हो तो उपचार के सभी विकल्पों पर विचार करें। अपनी टीम से इस बारे में बात करें कि आप उपचार से क्या चाहते हैं। कोई अन्य उपचार शुरू करने से पहले आप दूसरी राय ले सकते हैं। आप किसी भी उपलब्ध क्लीनिकल ट्रायल का पता लगा सकते हैं। और आपके पास हमेशा प्रणालीगत चिकित्सा को रोकने का विकल्प होता है।

आपको सहायक देखभाल की पेशकश जारी रहेगी।

एडवांस प्रोस्टेट कैंसर वाले कई रोगियों को अंततः उनके उपचार के दौरान दो, तीन या अधिक विभिन्न उपचार प्राप्त होते हैं।

इसके बाद?

निगरानी आपकी फ़ॉलो-अप योजना का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। फ़ॉलो-अप मुलाक़ातें जारी रखना और अपनी उपचार टीम के संपर्क में रहना सुनिश्चित करें।

झुंझलाहट, गुस्सा आना, पछतावा, निराशा और अनिश्चितता महसूस करना सामान्य है—सबकुछ एक ही समय पर हो तो भी। जानें कि आपको प्रोस्टेट कैंसर हो सकता है और डायग्नोसिस और उपचार के बाद भी आप खुश रह सकते हैं। जितना हो सके जीवन का आनंद लेने का प्रयास करें। अपने परिवार या दोस्तों से बात करें। यह जानने के लिए सहायता समूह में शामिल हों कि अन्य मरीज़ अपने कैंसर से कैसे निपट रहे हैं। या अपने डॉक्टर या अपनी देखभाल टीम के किसी अन्य सदस्य से बात करें। वे आपको ऐसे पेशेवरों से मिलवा सकते हैं, जो इन भावनाओं से निपटने में आपकी मदद कर सकते हैं और आपके अगले कदमों के लिए आपका मार्गदर्शन कर सकते हैं।

मुख्य बिंदु

- मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर प्रोस्टेट के बाहर और कूल्हे से अलावा शरीर के अन्य क्षेत्रों, जैसे दूर के लिम्फ़ नोड्स, हड्डियों या अंगों तक फैल गया है।
- एडवांस मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर का पहला उपचार आमतौर पर ADT होता है। ADT में एक या दो अन्य थेरेपी जोड़ने से आपको लंबे समय तक और कम लक्षणों के साथ जीने में मदद मिल सकती है।
- हॉर्मोन-**सेंसिटिव** प्रोस्टेट कैंसर का इलाज मुख्य रूप से हॉर्मोन थेरेपी से किया जाता है।
- हॉर्मोन-**प्रतिरोधी** प्रोस्टेट कैंसर ने सीख लिया है कि टेस्टोस्टेरोन को ईंधन के रूप में उपयोग किए बिना कैसे बढ़ना है। इसका इलाज ADT और अन्य प्रकार की थेरेपी से किया जाता है - अक्सर एक नई हॉर्मोन थेरेपी या कीमोथेरेपी के ज़रिए।
- एडवांस प्रोस्टेट कैंसर के लिए पसंदीदा उपचार विकल्प के रूप में दूसरी हॉर्मोन थेरेपी को आमतौर पर ADT में जोड़ा जाता है।
- प्रोस्टेट कैंसर और इसके उपचार से आपको झुंझलाहट, गुस्सा, अफसोस, निराशा और अनिश्चितता महसूस हो सकती है। जानें कि डायग्नोसिस और उपचार के बाद भी आप खुश रह सकते हैं।

6

सहायक देखभाल और अन्य सहायता

57 सहायक देखभाल

58 वित्तीय सरोकार

59 उत्तरजीविता

59 अग्रिम देखभाल योजना

61 मुख्य बिंदु

सहायक देखभाल प्रोस्टेट कैंसर के लक्षणों और दुष्प्रभावों के साथ-साथ मनोवैज्ञानिक, सामाजिक, वित्तीय और आध्यात्मिक मुद्दों का समाधान करती है। आपको बेहतर महसूस कराने और आपके सवालों के जवाब देने में मदद के लिए कई संसाधन उपलब्ध हैं।

कैंसर से पीड़ित अधिकांश रोगियों के लिए मुख्य चिंता ऐसा उपचार ढूंढना है, जो कारगर हो। हालांकि, कैंसर होना सिर्फ इलाज से कहीं अधिक है। कैंसर की देखभाल एक रोलरकोस्टर की तरह हो सकती है, जिसमें कई अतिरिक्त शारीरिक और भावनात्मक चुनौतियां शामिल हैं। यह जानना महत्वपूर्ण है कि आपको इन चुनौतियों के लिए समर्थन मिल सकता है।

"उदासी की किसी भी असामान्य भावना, गतिविधियों में रुचि की कमी, चिंता और नींद की समस्याओं के बारे में अपने डॉक्टर को बताएं। बहुत से लोग इन भावनाओं का अनुभव करते हैं और उनका इलाज नहीं किया जाना चाहिए।"

सहायक देखभाल

सहायक देखभाल कैंसर के लक्षणों, कैंसर उपचारों के दुष्प्रभावों और कैंसर से संबंधित अन्य स्वास्थ्य समस्याओं से राहत दिलाने के लिए है। सहायक देखभाल मनोवैज्ञानिक, सामाजिक और आध्यात्मिक मुद्दों में भी मदद करती है।

केवल जीवन के अंत में ही नहीं, बल्कि रोग के किसी भी चरण में सहायक देखभाल दी जा सकती है।

सहायक देखभाल पूरे व्यक्ति पर आधारित होती है, न केवल कैंसर पर। सहायक देखभाल कई अन्य ज़रूरतों को भी पूरा करती है। यह उपचार संबंधी निर्णय लेने में मदद कर सकती है। यह स्वास्थ्य प्रदाताओं के बीच देखभाल के समन्वय में भी सहायता कर सकता है। विशेष रूप से, सहायक देखभाल शारीरिक और भावनात्मक लक्षणों को रोकने या उनका इलाज करने में मदद कर सकती है। सहायक देखभाल वित्तीय सहायता, अग्रिम देखभाल योजना और जीवन के अंत की चिंताओं में भी मदद कर सकती है।

सहायक देखभाल के बारे में अपनी उपचार टीम के साथ खुलकर बात करना महत्वपूर्ण है। कुछ चिकित्सा केंद्रों में रोगी नेविगेटर या अन्य स्टाफ़ सदस्य होते हैं, जो गैर-नैदानिक सहायक देखभाल का समन्वय करते हैं। अगर आपको सहायक देखभाल के बारे में अधिक जानकारी चाहिए, तो प्रश्न पूछें और संपर्क करें।

चिंता और अवसाद

प्रोस्टेट कैंसर से पीड़ित कई लोग परेशानी के लक्षणों का अनुभव करते हैं, जैसे चिंता और अवसाद। आप परीक्षण के दौरान चिंतित महसूस कर सकते हैं या उपचार के कठिन भाग के दौरान आपको अवसाद का अनुभव हो सकता है या इसलिए भी ऐसा महसूस कर सकते हैं, क्योंकि आपका जीवन वैसा नहीं है जैसा कैंसर से पहले था। अगर आप इन लक्षणों का अनुभव कर रहे हैं, तो अपनी उपचार टीम को बताएं ताकि आपको सहायता मिल सके।

सहायता में सहायता समूह, टॉक थेरेपी या दवा शामिल हो सकती है। आपके कैंसर केंद्र में, रोगी नेविगेटर, सामाजिक कार्यकर्ता और अन्य विशेषज्ञ मदद कर सकते हैं। कुछ लोग व्यायाम करने, प्रियजनों से बात करने या आराम करने से भी बेहतर महसूस करते हैं।

सहायता समूह

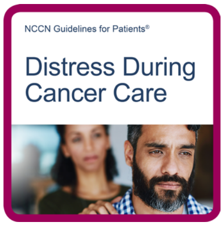
कैंसरग्रस्त अनेक लोगों को सहायता समूह काफी उपयोगी लगते हैं। एक सहायता समूह उन अन्य लोगों के साथ बात करने का अवसर प्रदान करता है, जो समान अनुभवों से गुज़र रहे हों या गुज़र चुके हों। सहायता समूहों में अक्सर अलग-अलग चरण के उपचार वाले लोग शामिल होते हैं। हो सकता है कि कुछ लोगों का निदान अभी-अभी हुआ हो, जबकि अन्य लोगों की चिकित्सा पूरी हो चुकी हो। अगर आपके अस्पताल या समुदाय में कैंसर से पीड़ित लोगों के लिए सहायता समूह नहीं हैं, तो इस पुस्तक के पृष्ठ 72 पर सूचीबद्ध ऑनलाइन संसाधनों पर एक नज़र डालें।

वित्तीय सरोकार

प्रोस्टेट कैंसर की वित्तीय लागत भारी हो सकती है। परिणामस्वरूप, प्रोस्टेट कैंसर से पीड़ित कई लोग और उनके प्रियजन उपचार की लागत के साथ-साथ इसके लिए भुगतान करने के तनाव से भी जूझते हैं।

हालात को और भी बदतर बनाने के लिए, इलाज के दौरान आपकी नौकरी छूट सकती है या आप बेरोज़गार हो सकते हैं। या आपको दवाओं का भुगतान करने या प्राप्त करने में परेशानी हो सकती है। या हो सकता है कि आपके पास बहुत कम या कोई स्वास्थ्य बीमा न हो।

अगर आपको भोजन, आवास, उपचार, अनुवर्ती देखभाल और अन्य खर्चों का भुगतान करने में कठिनाई होती है या आपनी अपॉइंटमेंट तक पहुंचने में कठिनाई होती है, तो अपनी देखभाल टीम के सामाजिक कार्यकर्ता, रोगी नेविगेटर और अस्पताल के वित्तीय सेवा कर्मचारियों से बात करें। वे आपको वित्तीय सहायता और ट्रांसपोर्टेशन विकल्प ढूंढने में मदद कर सकते हैं।



सहायता मांगना महत्वपूर्ण है

कैंसर से पीड़ित लोगों के लिए अवसाद, चिंता, भय और परेशानी बहुत आम भावनाएं हैं। ये भावनाएं कैंसर और कैंसर के उपचार से निपटना कठिन बना सकती हैं। जब आप आगे बढ़ना चाहें, तब भी वे आपको रोक सकते हैं।

जब आप चिंतित या निराश महसूस कर रहे हों, तो सहायता प्राप्त करना कैंसर देखभाल का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। अगर आप चिंतित या अभिभूत महसूस कर रहे हैं, तो मदद के लिए अपनी उपचार टीम से पूछें।

कैंसर और अवसाद के बारे में अधिक जानकारी NCCN.org/patientguidelines और NCCN Patient Guides for Cancer ऐप पर उपलब्ध है।

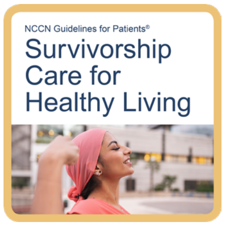
आप अपनी उपचार टीम से काम, स्वास्थ्य बीमा या धन संबंधी समस्याओं के बारे में भी बात कर सकते हैं। आपकी टीम आपके वित्त और चिकित्सा लागतों को प्रबंधित करने में मदद करने के लिए, आपकी उपचार योजना में जानकारी शामिल कर सकती है। अगर आपके डॉक्टर और देखभाल प्रदाता उपचार के लिए भुगतान करने के तरीके के बारे में बात नहीं करते हैं, तो आपके लिए पहले उनसे इसके बारे में पूछना ठीक है।

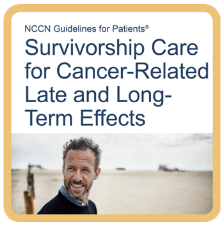
उत्तरजीविता

उत्तरजीविता कैंसर से पीड़ित व्यक्ति के डायग्नोसिस से लेकर जीवन के अंत तक उसके स्वास्थ्य और कल्याण पर केंद्रित है। इसमें कैंसर के शारीरिक, मानसिक, भावनात्मक, सामाजिक और वित्तीय प्रभाव शामिल हैं, जो डायग्नोसिस के समय शुरू होते हैं, उपचार के दौरान जारी रहते हैं और उसके बाद फिर से उबरने लगते हैं।

उत्तरजीविता में अनुवर्ती देखभाल, उपचार के देर से प्रभाव, कैंसर की पुनरावृत्ति और जीवन की गुणवत्ता के बारे में चिंताएं भी शामिल हैं। परिवार के सदस्यों, दोस्तों और देखभाल करने वालों का समर्थन भी जीवित रहने का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है।

NCCN Guidelines for Patients में उत्तरजीवितता के बारे में और पढ़ सकते हैं: NCCN.org/patientguidelines और NCCN Patient Guides for Cancer ऐप पर *Survivorship Care for Healthy Living* और *Survivorship Care for Cancer-Related Late and Long-Term Effects.*





अग्रिम देखभाल योजना

जब कैंसर का निदान एडवांस चरण में होता है या सभी उपचार प्रयासों के बावजूद बढ़ता रहता है, तो यह विचार करने का समय हो सकता है कि आगे क्या होगा। यहाँ तक कि जब कैंसर का इलाज संभव हो, तब भी उपचार शुरू करते समय भविष्य के परिदृश्यों के बारे में बात करना शुरू कर देना चाहिए। आपके लिए क्या महत्वपूर्ण है, इसकी खोज को अग्रिम देखभाल योजना कहा जाता है।

जीवन की गुणवत्ता का विचार करें

जीवन की गुणवत्ता एक ऐसा शब्द है, जिसका प्रयोग अक्सर कैंसर देखभाल में किया जाता है। यह किसी व्यक्ति के जीवन के समग्र आनंद को संदर्भित करता है, जिसमें उनकी भलाई की भावना और नियमित गतिविधियों में भाग लेने की क्षमता शामिल है। कुछ लोगों के लिए, आक्रामक कैंसर उपचार उनके जीवन को बढ़ा सकता है, लेकिन उनके जीवन की गुणवत्ता को कम कर सकता है। यही कारण है कि कैंसर के इलाज के बारे में निर्णय लेते समय जीवन की गुणवत्ता एक महत्वपूर्ण विचार होनी चाहिए।

अग्रिम देखभाल योजना बनाना सभी के लिए किया जाता है, केवल उन्हीं के लिए नहीं जो बहुत बीमार हों। अग्रिम देखभाल योजना का अर्थ यह तय करना है कि अगर आप अपने लिए चिकित्सीय निर्णय लेने में असमर्थ हो जाते हैं, तो आपको कौन सी देखभाल चाहिए। इसमें यह सुनिश्चित करना होता है कि आपकी इच्छाओं को समझा जाए और उनका सम्मान किया जाए।

इसमें इस बात पर ध्यान दिया जाता है कि आपको अपने जीवन के अंत में सर्वोत्तम संभव देखभाल प्राप्त हो। असाध्य कैंसर के मरीज़ पहले से ही एक अग्रिम देखभाल योजना बना सकते हैं, जिससे उन्हें कम तनाव महसूस करने और अपनी स्थिति से बेहतर ढंग से निपटने में मदद मिल सके।

अग्रिम देखभाल योजना प्रक्रिया आपकी देखभाल टीम के साथ आपके पूर्वानुमान के बारे में खुली और ईमानदार चर्चा के साथ शुरू होती है—आने वाले महीनों में आप

क्या अनुभव कर सकते हैं—और दवाएं या उपचार जो आपको जीवन की सर्वोत्तम गुणवत्ता प्रदान कर सकते हैं। जीवन की गुणवत्ता से तात्पर्य किसी व्यक्ति के जीवन के समग्र आनंद से है, जिसमें उनकी भलाई की भावना और उनकी सामान्य गतिविधियों में भाग लेने की क्षमता शामिल है। इस चर्चा में आपके जीवन के महत्वपूर्ण लोग, जैसे कि आपका जीवनसाथी या साथी और परिवार के सदस्य या मित्र शामिल होने चाहिए, जो अंत समय में आपके साथ रहें।

अपनी इच्छाएं स्पष्ट करें। यह महत्वपूर्ण है कि हर कोई आपकी देखभाल के लक्ष्यों और आपकी व्यक्तिगत इच्छाओं को स्पष्ट रूप से समझे कि क्या करना चाहिए और क्या नहीं करना चाहिए। आप निर्णय ले सकते हैं कि क्या कोई ऐसा बिंदु है, जहां आप कैंसर का इलाज बंद करना चाहेंगे। आप यह भी तय कर सकते हैं कि लक्षणों से राहत के लिए आपको क्या उपचार चाहिए।

एक बार जब आप ये निर्णय ले लेते हैं, तो आप एक कानूनी दस्तावेज़ भरेंगे जिसमें बताया जाएगा कि जिस समय आप अपनी देखभाल टीम को स्वयं बताने में सक्षम नहीं होंगे, तो आप क्या करना चाहते हैं। इस दस्तावेज़ को एक अग्रिम निर्देश कहा जाता है। जब आप इतने बीमार होते हैं कि अपनी देखभाल के बारे में निर्णय लेने में असमर्थ होते हैं, तो आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को अग्रिम निर्देश में दिए गए निर्देशों का पालन करना आवश्यक होता है।

अपनी देखभाल टीम और परिवार को अपने अग्रिम निर्देश और उसकी सामग्री के बारे में बताएं। अपने अग्रिम निर्देश की एक कॉपी अपने सभी डॉक्टरों को दें। सुनिश्चित करें कि आपने जिसे भी अपनी ओर से निर्णय लेने के लिए अधिकृत किया है (स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी), उसे एक प्रतिलिपि दें। अगर आपका परिवार या प्रियजन आपकी योजना से असहमत हैं, तो अपनी देखभाल टीम से बात करें। कभी-कभी वे या अन्य विशेषज्ञ आपको और आपके परिवार को इन कठिन वार्तालापों से निपटने में मदद कर सकते हैं।

आप किसी भी समय अपनी अग्रिम देखभाल योजना बदल सकते हैं। अपनी देखभाल टीम से अक्सर बातचीत करने से मदद मिल सकती है।

जीवन के अंत के लिए विचार

जीवन के अंत की देखभाल उन लोगों के लिए चिकित्सा, मनोवैज्ञानिक और आध्यात्मिक सहायता प्रदान करती है, जो जीवन के अंत के करीब हैं और साथ ही उन लोगों के लिए भी, जो उनसे प्यार करते हैं। लक्ष्य आराम है, इलाज नहीं। इसे आराम देखभाल या होस्पिस भी कहा जा सकता है। ध्यान दें कि होस्पिस जीवन के अंत की एक विशेष प्रकार

कैंसरग्रस्त अनेक लोगों को सहायता समूह काफी उपयोगी लगते हैं।

एक सहायता समूह उन अन्य लोगों के साथ बात करने का अवसर प्रदान करता है, जो समान अनुभवों से गुज़र रहे हों या गुज़र चुके हों।

की देखभाल है। होस्पिस विशेष रूप से उन लोगों के लिए बीमा लाभ को संदर्भित करता है जिनकी जीवन प्रत्याशा 6 महीने या उससे कम है। होस्पिस अतिरिक्त देखभाल प्रदाताओं और घरेलू देखभाल जैसे संसाधनों को लाकर जीवन के अंत में उन लोगों का समर्थन करती है।

जीवन के अंत की देखभाल का लक्ष्य लोगों को उनके बचे हुए समय में सर्वोत्तम संभव जीवन प्रदान करना है। देखभाल आपके घर, होस्पिस सुविधा या यहाँ तक कि अस्पताल में भी प्रदान की जा सकती है। एक प्रमुख लक्ष्य आपको दर्द-मुक्त रखना और यह सुनिश्चित करना है कि आप इस दुनिया को आराम से और सम्मान के साथ छोड़ सकें। होस्पिस के डॉक्टर, नर्स, सामाजिक कार्यकर्ता और पादरी मरीज़ों को जीवन के अंत से निपटने की आध्यात्मिक और भावनात्मक चुनौतियों से निपटने में मदद करने में विशेषज्ञ हैं।

परिवार के सदस्यों को सहायता प्रदान करना होस्पिस देखभाल का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। अधिकांश कार्यक्रम परिवार के सदस्यों के लिए परामर्श और सहायता समूह प्रदान करते हैं, जिसमें रोगी की मृत्यु के बाद सहायता भी शामिल है। इसे शोक दशा कहा जाता है। यह जानना बहुत आरामदायक हो सकता है कि आपके जाने के बाद आपके प्रियजनों को इस तरह का समर्थन मिलेगा।

मुख्य बिंदु

- सहायक देखभाल लक्षणों और दुष्प्रभावों से राहत देने और कैंसर से संबंधित अन्य स्वास्थ्य समस्याओं के लिए है।
- केवल जीवन के अंत में ही नहीं, बल्कि रोग के किसी भी चरण में सहायक देखभाल दी जा सकती है।
- सहायक देखभाल वह उपचार है जिसमें संपूर्ण व्यक्ति शामिल होता है, न कि केवल उनका कैंसर।
- प्रोस्टेट कैंसर से पीड़ित कई लोग चिंता और अवसाद का अनुभव करते हैं। सहायता उपलब्ध है।
- एक सहायता समूह उन अन्य लोगों के साथ बात करने का अवसर प्रदान करता है, जो समान अनुभवों से गुज़रे हों।
- वित्तीय सहायता और ट्रांसपोर्टेशन विकल्पों में मदद के लिए, अपनी देखभाल टीम के सामाजिक कार्यकर्ता, रोगी नेविगेटर और अस्पताल के वित्तीय सेवा कर्मचारियों से बात करें।
- अग्रिम देखभाल योजना यह सुनिश्चित करने के लिए की जाती है कि आपके जीवन के अंत की इच्छाओं को समझा जाए और उनका सम्मान किया जाए।

"

अपने वकील खुद बनें। किसी ऐसे व्यक्ति से बात करें, जो आपके जैसी ही स्थिति से गुज़रा हो। ढेर सारे प्रश्न पूछें, यहाँ तक कि वे भी जिन्हें आप पूछने से डरते हों। आपको अपनी सुरक्षा करनी होगी और यह सुनिश्चित करना होगा कि आप अपने लिए सर्वोत्तम निर्णय लें और अपनी विशेष स्थिति के लिए सर्वोत्तम देखभाल प्राप्त करें।"

7
उपचार संबंधी निर्णय लेना

63 यह आपकी पसंद है

64 पूछने के लिए प्रश्न

72 संसाधन

यह महत्वपूर्ण है कि आप जो कैंसर उपचार चुनते हैं, उससे आप सहज महसूस करें. यह विकल्प उपचार के लाभों और जोखिमों के बारे में आपकी देखभाल टीम के साथ खुली और ईमानदार बातचीत से शुरू होता है।

यह आपकी पसंद है

उपचार संबंधी निर्णय बहुत ही निजी होते हैं। हो सकता है कि आपके लिए जो जरूरी है, वह दूसरे व्यक्ति के लिए जरूरी न हो। साझा निर्णय लेने पक, आप और आपकी देखभाल टीम जानकारी साझा करती हैं, विकल्पों पर चर्चा करती हैं, और उपचार योजना पर सहमत होती है. उपचार को लेकर अपने लक्ष्यों के बारे में स्पष्ट रहें और जानें कि उपचार से क्या अपेक्षा करनी चाहिए। इसकी शुरूआत आपके और आपकी टीम के बीच खुली और ईमानदार बातचीत से होती है।

ये बातें आपके निर्णय लेने में भूमिका निभा सकती हैं:

- आपको क्या चाहिए और अन्य लोगों की जरूरतों से वह कैसे अलग हो सकता है
- आपके धार्मिक और आध्यात्मिक विश्वास
- हॉर्मोन थेरेपी या रेडिएशन जैसे कुछ उपचारों के बारे में आपकी भावनाएं
- दर्द या दुष्प्रभावों के बारे में आपकी भावनाएं
- उपचार, उपचार केंद्रों तक यात्रा करने की लागत और स्कूल या काम पर जाने में लगने वाला समय
- जीवन की गुणवत्ता और जीवनकाल
- आप कितने सक्रिय हैं और कौन सी गतिविधियाँ आपके लिए जरूरी हैं

सोचें कि उपचार से आपकी क्या अपेक्षाएं हैं। विशिष्ट उपचारों और प्रक्रियाओं के जोखिम और लाभ के बारे में खुलकर चर्चा करें। विकल्पों पर विचार करें और अपनी देखभाल टीम के साथ चिंताएं साझा करें।

दूसरी राय

उपचार जल्द से जल्द शुरू करने की चाह रखना पूरी तरह से सामान्य है। हालांकि कैंसर के उपचार को नज़रअंदाज़ नहीं करना चाहिए, फिर भी अक्सर किसी दूसरे कैंसर देखभाल प्रदाता को अपने परीक्षण परिणामों की समीक्षा करने और उपचार योजना का सुझाव लेने का समय रहता है। इसे ही दूसरी राय लेना कहते हैं और कैंसर देखभाल का यह सामान्य हिस्सा है। यहाँ तक कि चिकित्सक भी द्वितीय राय लेते हैं!

अगर आप कर सकते हैं, तो किसी प्रोस्टेट कैंसर विशेषज्ञ की तलाश करें, क्योंकि उनके पास आपके प्रकार के कैंसर वाले कई लोगों का निदान और उपचार करने का अनुभव है।

तैयारी के लिए आप यह सब कर सकते हैं:

- अपनी बीमा कंपनी से दूतीय राय के नियमों के बारे में जानें। हो सकता है कि जो प्रदाता आपके बीमा प्लान का हिस्सा न हों, उनसे परामर्श लेने पर आपको आउट-ऑफ-पॉकेट खर्च करना पड़े।
- आपकी जिस चिकित्सक से दूसरी राय लेने की इच्छा है, उन्हें अपने सभी रिकॉर्ड और इमेजिंग स्कैन की कॉपी भेजने की योजना बनाएँ।

उपचार निर्णय लेते समय विचार करने योग्य बातें

अपने सभी विकल्पों पर ध्यान देना सुनिश्चित करें। इसमें कोई "सही" जवाब नहीं हैं। सबसे अच्छा निर्णय वह है, जो आपके लिए सही हो। इसपर विचार करें:

अपनी निजी वरीयताएं	**बनाम**	आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के परामर्श
कोई एक पक्का ईलाज करवाना	**बनाम**	उपचार के अन्य विकल्प खुले रखना
जीवनकाल	**बनाम**	जीवन की गुणवत्ता
उपचार के लिए यात्रा करना	**बनाम**	घर और परिवार के नज़दीक रहना
अधिक उपचार लेना	**बनाम**	अधिक दुष्परिणाम लेना
अभी मानक उपचार लेना, जो कि आपकी स्वास्थ्य योजना में कवर हो	**बनाम**	किसी विशेषज्ञ उपचार का इंतज़ार करना, जिसके लिए आपकी स्वास्थ्य योजना के अनुमोदन की ज़रूरत हो

पूछने के लिए प्रश्न

अपनी देखभाल प्रदाताओं से पूछने योग्य संभावित प्रश्नों की सूची निम्नलिखित पृष्ठों पर दी गई है. इनका उपयोग निःसंकोच करें या अपने खुद के प्रश्न पूछें। अपने प्रश्नों के उत्तर लिखने के लिए एक नोटबुक अपने पास रखें।

कैंसर की जाँच से संबंधित प्रश्न

1. मुझे कौन जी जाँचें करवानी होंगी?
2. क्या जाँच करवाने में कोई जोखिम होता है?
3. क्या मेरी स्वास्थ्य योजना आपके द्वारा अनुशंसित सभी परीक्षणों के लिए भुगतान करेगी?
4. क्या मुझे जाँच की तैयारी के लिए कुछ करने की जरूरत होगी?
5. क्या मुझे अपॉइंटमेंट्स पर किसी को अपने साथ लाना चाहिए?
6. जाँच के लिए मुझे कहाँ जाना होगा और इनमें कितना समय लगेगा?
7. यदि किसी जाँच से मुझे कष्ट होता है, मुझे सहज रखने के लिए आप क्या करेंगे?
8. मुझे परिणाम कब मिल जाएँगे और मुझे उनके बारे में कौन समझाएगा?
9. मुझे पैथोलॉजी रिपोर्ट और अन्य जाँच परिणामों की कॉपी कैसे मिल सकती है?
10. कैंसर की स्टेज क्या होती है? जीवित रहने की दृष्टि से इस स्टेज का क्या अर्थ है?

उपचार विकल्पों से संबंधित प्रश्न

1. मेरे उपचार विकल्प क्या हैं?
2. NCCN द्वारा सुझाए गए विकल्पों के अलावा क्या आप कोई अन्य विकल्प सुझा रहे हैं? यदि हाँ, तो क्यों?
3. यदि मैं कुछ न करूँ तो क्या होगा?
4. क्या कोई विकल्प उपचार या दीर्घकालिक कैंसर नियंत्रण की पेशकश करता है?
5. मेरी आयु, पारिवारिक इतिहास, सकल स्वास्थ्य और अन्य कारक किस प्रकार मेरे विकल्पों को प्रभावित करेंगे?
6. क्या उपचार से पीड़ा होगी?
7. उपचार का निर्णय लेने के लिए मेरे पास कितना समय है? क्या कोई सामाजिक कार्यकर्ता या कोई ऐसा है, जो मुझे निर्णय लेने में मदद कर सकता है?
8. क्या क्लीनिकल ट्रायल मेरे लिए एक विकल्प है?
9. मुझे दूसरी राय कैसे मिलेगी?

क्या अपेक्षा करें, इससे संबंधित प्रश्न

1. क्या यह अस्पताल या कैंसर केंद्र मेरे लिए बेहतरीन उपचार प्रस्तुत करता है?

2. क्या मेरे पास विकल्प है कि मैं उपचार कब शुरू करूं?

3. उपचार कितने समय तक चलेगा?

4. क्या मेरा बीमा आपके द्वारा अनुशंसित इलाज को कवर करेगा?

5. क्या कोई कार्यक्रम है जो इलाज के भुगतान में मदद कर सकता है?

6. मेरे और मेरे देखभाल करने वालों के लिए कौन सी सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं?

7. यदि ऑफिस बंद हो तो मुझे प्रश्नों या चिंताओं के लिए किससे संपर्क करना चाहिए?

8. आपको कैसे पता चलेगा कि उपचार काम कर रहा है?

9. कैंसर के और बिगड़ने या लौटने की कितनी संभावना है?

10. उपचार के बाद कौन सी फ़ॉलो-अप देखभाल की जरूरत होगी?

दुष्परिणामों से संबंधित प्रश्न

1. उपचार की संभावित जटिलताएं और दुष्प्रभाव क्या हैं?
2. कौन से दुष्परिणाम सबसे आम हैं और वे आमतौर पर कब तक चलते हैं?
3. कौन से दुष्परिणाम गंभीर या जानलेवा होते हैं?
4. क्या इनमें से कोई दीर्घकालिक या स्थायी दुष्प्रभाव हैं?
5. मैं कौन से लक्षणों को तुरंत रिपोर्ट करूं और मैं किससे संपर्क करूं?
6. क्या यह मूत्र विसर्जन करने की मेरी क्षमता को प्रभावित करेगा? क्या मुझे इरेक्शन होगा?
7. उपचार के दुष्परिणामों को रोकने या उनसे राहत पाने के लिए क्या किया जा सकता है?
8. क्या कोई दवा दुष्परिणामों को और बिगाड़ सकती है?
9. क्या किसी दुष्प्रभाव की गंभीरता समय के साथ कम या अधिक हो जाती है?
10. यदि कोई गंभीर दुष्परिणाम होता है, तो क्या आप उपचार को रोक देंगे या बदलेंगे?

आपकी देखभाल टीम के अनुभव के बारे में सवाल

1. क्या आप बोर्ड द्वारा प्रमाणित हैं? अगर हां, तो किस क्षेत्र में?
2. मेरे प्रकार के कैंसर का उपचार करने में आपका और आपकी टीम का अनुभव कितना है?
3. आपने मेरे जैसे (समान उम्र, जातीयता) कितने मरीज़ों का उपचार किया है?
4. मेरी देखभाल की चर्चा करने के लिए क्या आप विशेषज्ञों से परामर्श लेंगे? आप किससे परामर्श लेंगे?
5. क्या मेरा उपचार या प्रक्रिया आपकी प्रेक्टिस का एक प्रमुख भाग है? पिछले वर्ष आपने इस उपचार या प्रक्रिया को कितनी बार किया है?
6. आपके कितने मरीज़ों को जटिलता का सामना करना पड़ा था? जटिलताएँ क्या थीं?

क्लीनिकल ट्रायल से संबंधित प्रश्न

1. क्या आप सलाह देते हैं कि मैं उपचार के लिए क्लीनिकल ट्रायल पर विचार करूँ?
2. मैं ऐसे क्लीनिकल ट्रायल कैसे ढूंढूं जिनमें मैं भाग ले सकूं?
3. क्लीनिकल ट्रायल में इस्तेमाल किए जाने वाले उपचार कौन से हैं?
4. क्या उपचार को अन्य प्रकार के कैंसर के लिए भी इस्तेमाल किया गया है?
5. इस उपचार के जोखिम और लाभ क्या हैं?
6. मुझे किन दुष्परिणामों की अपेक्षा करनी चाहिए और उनका प्रबंधन कैसे किया जाएगा?
7. मैं इस क्लीनिकल ट्रायल में कितने समय तक रहूँगा?
8. यदि यह उपचार काम नहीं करता है, तो क्या मुझे कोई दूसरा उपचार मिल सकता है?
9. आपको कैसे पता चलेगा कि उपचार काम कर रहा है?
10. क्या क्लीनिकल ट्रायल के लिए मुझे खर्च करना होगा?

संसाधनों और सहायता से संबंधित प्रश्न

1. आवास, भोजन और अन्य बुनियादी जरूरतों के संबंध में मैं किससे बात करूं?
2. ट्रांसपोर्टेशन, बच्चों की देखभाल और घरेलू देखभाल के लिए क्या सहायता उपलब्ध है?
3. मुझे कौन बता सकता है कि स्वास्थ्य बीमा के लिए मेरे पास क्या विकल्प हैं और बीमा कवरेज के लिए आवेदन करने में मेरी मदद कौन कर सकता है?
4. अपने उपचार के लिए मुझे कितना भुगतान करना होगा? दवाइयों और दूसरे उपचार के भुगतान के लिए क्या सहायता उपलब्ध है?
5. काम छूटने या स्कूल से संबंधित चिंताओं में मेरी मदद कौन कर सकता है?
6. मैं दूसरों से कैसे जुड़ सकता/सकती हूँ और एक सपोर्ट सिस्टम कैसे बना सकता/सकती हूँ?
7. यदि मैं घर, कार्यस्थल या अपने पड़ोस में सुरक्षित महसूस नहीं करता/करती हूँ तो मुझे किससे संपर्क करना चाहिए?

संसाधन

AnCan Foundation
ancan.org

Cancare
Cancare.org

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered
facingourrisk.org

Imerman Angels
imermanangels.org

Malecare
malecare.org

National Alliance of State Prostate Cancer Coalitions (NASPCC)
naspcc.org

National Coalition for Cancer Survivorship
canceradvocacy.org

PCaAware National Prostate Cancer Awareness Foundation
pcaaware.org

Prostate Conditions Education Council (PCEC)
prostateconditions.org

Prostate Health Education Network (PHEN)
prostatehealthed.org

Triage Cancer
triagecancer.org

ZERO Prostate Cancer
zerocancer.org

मुख्य शब्द

एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर
ऐसा प्रोस्टेट कैंसर, जो प्रोस्टेट के बाहर शरीर के अन्य हिस्सों में भी फैल चुका है। इसमें रीजनल और मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर शामिल है।

एंड्रोजन डेप्रिवेशन थेरेपी (ADT)
ऐसी हॉर्मोन थेरेपी, जो शरीर को टेस्टोस्टेरोन बनाने से रोकती है या कैंसर कोशिकाओं को टेस्टोस्टेरोन इस्तेमाल करने से रोकती थी। दवाओं या सर्जरी के ज़रिए ADT दिया जा सकता है।

एंटी-एंड्रोजन
ऐसी दवा, जो हॉर्मोन टेस्टोस्टेरोन के कार्य को रोकती है।

बायोप्सी
रोग का परीक्षण करने हेतु द्रव या ऊतक के नमूनों को निकालने की एक प्रक्रिया।

कैस्ट्रेशन
ऐसी सर्जरी जो अंडकोष को हटा देती है या दवाएं जो टेस्टोस्टेरोन के स्तर को कम करने के लिए अंडकोष के कार्य को दबा देती हैं।

कंप्यूटेड टोमोग्राफी (CT)
एक इमेजिंग परीक्षण जो शरीर के भीतर की तस्वीर बनाने के लिए कई कोणों से एक्स-रे का उपयोग करता है।

डिजिटल रेक्टल परीक्षण
मलाशय की दीवार के ज़रिए प्रोस्टेट को महसूस करके उसकी जाँच की जाती है।

प्रारंभिक-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर
प्रोस्टेट कैंसर जो प्रोस्टेट के भीतर रहता है और आमतौर पर धीरे-धीरे बढ़ता है।

बढ़ा हुआ प्रोस्टेट
प्रोस्टेट में ऊतक की अत्यधिक वृद्धि, जो कैंसर के कारण नहीं होती है। इसे बेनाइन प्रोस्टेटिक हाइपरप्लासिया (BPH) भी कहा जाता है।

इरेक्टाइल डिसफंक्शन
लिंग में रक्त प्रवाह की कमी, जिसके कारण लिंग खड़ा होना या खड़ा रहना सीमित हो जाता है।

बाह्य बीम रेडिएशन थेरेपी (EBRT)
एक उपचार जिसमें शरीर के बाहर रखी एक मशीन शरीर के अंदर के कैंसर पर सटीक रूप से रेडिएशन का लक्ष्य रखती है।

जेनेटिक म्यूटेशन
कोशिका के निर्देशों में एक हानिकारक परिवर्तन, जो उसके कार्य को नुकसान पहुँचाता है और बीमारी का कारण बन सकता है।

हॉर्मोन थेरेपी
ऐसा कैंसर उपचार, जो हॉर्मोन के निर्माण या उसकी क्रिया को रोक देता है। इसे एंड्रोजन डेप्रिवेशा थेरेपी भी कहते हैं।

जीवन प्रत्याशा
समान परिस्थितियों में अन्य लोगों के आँकड़ों के आधार पर किसी व्यक्ति के कितने वर्ष जीवित रहने की संभावना है।

ल्यूटिनाइजिंग हॉर्मोन-रिलीजिंग हॉर्मोन (LHRH) एगोनिस्ट
ऐसी दवा जो मस्तिष्क पर काम करके, अंडकोष को टेस्टोस्टेरोन बनाने से रोकने का काम करती है।

ल्यूटिनाइजिंग हॉर्मोन-रिलीजिंग हॉर्मोन (LHRH) एंटागोनिस्ट
ऐसी दवा जो मस्तिष्क पर काम करके, अंडकोष को टेस्टोस्टेरोन बनाने से रोकने का काम करती है।

लिम्फ़ैटिक प्रणाली
अंगों और वाहिकाओं का एक नेटवर्क जो संक्रमण से लड़ता है और लिम्फ़ नामक तरल पदार्थ का परिवहन करता है।

लिम्फ़ नोड्स
पूरे शरीर में छोटे-छोटे क्लस्टर पाए जाते हैं, जो कीटाणुओं को हटाने के लिए लिम्फ़ द्रव को फ़िल्टर करते हैं।

मैग्नेटिक रेजोनेंस इमेजिंग (MRI)
एक परीक्षण, जो आपके शरीर के अंदर की तस्वीरें बनाने के लिए रेडियो तरंगों और शक्तिशाली चुंबकों का इस्तेमाल करता है।

मेटास्टेसिस
कैंसर का शरीर में एक नई जगह तक उस स्थान से फैलना, जहां यह शुरू हुआ था।

मेटास्टेटिक प्रोस्टेट कैंसर
कैंसर जो प्रोस्टेट से परे शरीर के अन्य भागों में फैलता है।

अवलोकन
उपचार प्राप्त न करने के दौरान कैंसर की घटना या वृद्धि पर नजर रखने की अवधि।

ऑर्किएक्टोमी
एक या दोनों अंडकोष हटाकर शरीर में टेस्टोस्टेरोन को कम करने का एक ऑपरेशन।

उपशामक थेरेपी
कैंसर के लक्षणों या कैंसर के उपचार के दुष्प्रभावों के लिए स्वास्थ्य देखभाल। उपशामक थेरेपी सहायक देखभाल का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है।

पैथोलॉजिस्ट
ऐसा चिकित्सक जो रोग का पता लगाने के लिए कोशिकाओं और ऊतकों की जाँच करने में विशेषज्ञ होता है।

पेल्विक लिम्फ़ नोड विच्छेदन (PLND)
ऐसा ऑपरेशन जो कूल्हे से लिम्फ़ नोड्स को हटा देता है।

पॉजीट्रोन इमीशन टोमोग्राफी (PET)
एक ऐसा इमेजिंग परीक्षण जो शरीर के हिस्सों के आकार और कार्यात्मकता को दिखाने के लिए रेडियोधर्मी पदार्थ का इस्तेमाल करता है।

प्रोस्टेट विशिष्ट एंटीजन (PSA)
प्रोस्टेट द्वारा निर्मित एक प्रोटीन जो वीर्य को शुक्राणु के परिवहन में मदद करता है। PSA को रक्त के प्रति मिलीलीटर (ng/mL) नैनोग्राम में मापा जाता है।

प्रोस्टेट-विशिष्ट मेम्ब्रेन एंटीजन (PSMA)
प्रोस्टेट कैंसर कोशिकाओं की सतह पर पाया जाने वाला प्रोटीन। PSMA प्रोस्टेट कैंसर कोशिकाओं का एक बायोमार्कर होता है।

PSA दृढ़ता
जब प्रोस्टेट कैंसर के उपचार के बाद भी PSA के स्तर का पता लगाया जा सके।

PSA पुनरावृत्ति
जब प्रोस्टेट कैंसर के इलाज के बाद PSA का स्तर गिर जाता है, लेकिन फिर बढ़ जाता है।

रेडिएशन थेरेपी
वह उपचार जो कैंसर कोशिकाओं को मारने या नई कैंसर कोशिकाओं को बनने से रोकने के लिए उच्च-ऊर्जा किरणों (रेडिएशन) का उपयोग करता है।

रैडिकल प्रोस्टेटेक्टॉमी
ऐसा ऑपरेशन जो पूरे प्रोस्टेट के साथ-साथ आसपास के ऊतकों, शुक्राशय और कभी-कभी पास के लिम्फ़ नोड्स को भी हटा देता है।

पुनरावृत्ति
रोग-मुक्त अवधि के बाद कैंसर की वापसी।

रीजनल प्रोस्टेट कैंसर
ऐसा कैंसर जो प्रोस्टेट से आसपास के क्षेत्रों में फैल गया हो, लेकिन उसके आगे न गया हो।

जोखिम का कारक
कुछ ऐसा जिससे किसी रोग के होने की संभावना बढ़ जाती है।

शुक्राशय
वे ग्रंथियां जो वीर्य बनाने वाले द्रव के एक हिस्से को बनाती हैं और उसे स्टोर करती हैं।

सहायक देखभाल
उपचारात्मक उपचार के अलावा अन्य स्वास्थ्य देखभाल जो रोगियों, परिवारों और देखभाल करने वालों की शारीरिक, भावनात्मक, सामाजिक और आध्यात्मिक आवश्यकताओं का समर्थन करती है।

NCCN योगदानकर्ता

मरीज़ों के लिए तैयार की गई यह गाइड NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Prostate Cancer के 4.2024 संस्करण पर आधारित है। इसका रूपांतरण, समीक्षा और प्रकाशन निम्नलिखित लोगों की मदद से किया गया है:

Dorothy A. Shead, MS
Senior Director,
Patient Information Operations

John Murphy
Medical Writer

Susan Kidney
Senior Graphic Design Specialist

The NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Prostate Cancer के 4.2024 संस्करण को NCCN पैनल के निम्नलिखित सदस्यों द्वारा तैयार किया गया था:

Edward M. Schaeffer, MD, PhD
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Sandy Srinivas, MD
Stanford Cancer Institute

Nabil Adra, MD, MSc
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Yi An, MD
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

*Rhonda Bitting, MD
Duke Cancer Institute

*Brian Chapin, MD
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

*Heather H. Cheng, MD, PhD
Fred Hutchinson Cancer Center

Anthony Victor D'Amico, MD, PhD
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center

Neil Desai, MD, MHS
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Tanya Dorff, MD
City of Hope National Cancer Center

James A. Eastham, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Thomas A. Farrington
Prostate Health Education Network (PHEN)

Xin Gao, MD
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center

Shilpa Gupta, MD
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Thomas Guzzo, MD, MPH
The University of Pennsylvania का Abramson Cancer Center

Joseph E. Ippolito, MD, PhD
Barnes- Jewish Hospital and Washington University School of Medicine का Siteman Cancer Center

R. Jeffrey Karnes, MD
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Michael R. Kuettel, MD, MBA, PhD
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Joshua M. Lang, MD, MS
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Tamara Lotan, MD
Johns Hopkins का The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center

*Rana R. McKay, MD
UC San Diego Moores Cancer Center

Todd Morgan, MD
University of Michigan Rogel Cancer Center

Julio M. Pow-Sang, MD
Moffitt Cancer Center

Robert Reiter, MD, MBA
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Mack Roach, III, MD
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Tyler Robin, MD, PhD
University of Colorado Cancer Center

Stan Rosenfeld
University of California San Francisco Patient Services Committee Chair Emeritus

Ahmad Shabsigh, MD
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Daniel Spratt, MD
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Russell Szmulewitz, MD
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

*Benjamin A. Teply, MD
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Jonathan Tward, MD, PhD
University of Utah का Huntsman Cancer Institute

Richard Valicenti, MD
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Jessica Karen Wong, MD
Fox Chase Cancer Center

NCCN

Deborah Freedman-Cass, PhD
Senior Manager, Guidelines Processes

Jenna Snedeker, MS, ASCP
Associate Scientist/Medical Writer

*इन्होंने इस रोगी मार्गदर्शिका की समीक्षा की है। खुलासों के लिए, NCCN.org/disclosuresपर विज़िट करें।

NCCN Cancer Centers

The University of Pennsylvania का
Abramson Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio
UH Seidman Cancer Center
800.641.2422 • uhhospitals.org/services/cancer-services
CC Taussig Cancer Institute
866.223.8100 • my.clevelandclinic.org/departments/cancer
Case CCC
216.844.8797 • case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Duarte, California
800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center |
Mass General Cancer Center
Boston, Massachusetts
877.442.3324 • youhaveus.org
617.726.5130 • massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina
888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
888.369.2427 • foxchase.org

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington
206.667.5000 • fredhutch.org

University of Utah का Huntsman Cancer Institute
Salt Lake City, Utah
800.824.2073 • healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center
Indianapolis, Indiana
888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
480.301.8000 • Arizona
904.953.0853 • Florida
507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
New York, New York
800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
888.663.3488 • moffitt.org

UAB स्थित O'Neal Comprehensive Cancer Center
Birmingham, Alabama
800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center
of Northwestern University
Chicago, Illinois
866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Buffalo, New York
877.275.7724 • roswellpark.org

Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine का
Siteman Cancer Center
St. Louis, Missouri
800.600.3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee Health Science Center
Memphis, Tennessee
866.278.5833 • stjude.org
901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
877.668.7535 • cancer.stanford.edu

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and Solove Research Institute
Columbus, Ohio
800.293.5066 • cancer.osu.edu

Johns Hopkins का The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center
Baltimore, Maryland
410.955.8964
www.hopkinskimmelcancercenter.org

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois
773.702.1000 • uchicagomedicine.org/cancer

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
844.269.5922 • mdanderson.org

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
916.734.5959 • 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Angeles, California
310.825.5268 • uclahealth.org/cancer

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
800.865.1125 • rogelcancercenter.org

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
855.4.SMILOW • yalecancercenter.org

हम आपका
फ़ीडबैक चाहते हैं!

हमारा लक्ष्य कैंसर पर उपयोगी और आसानी से समझ में आने वाली जानकारी प्रदान करना है।

इस सर्वेक्षण में भाग लेकर हमें यह बताएं कि हमने क्या सही किया है और हम क्या बेहतर कर सकते हैं।

NCCN.org/patients/feedback

विवरण

सूची

एंड्रोजन डेप्रिवेशन थेरेपी 25, 27–29, 39, 41, 44, 46–53, 55

बायोप्सी 13, 15, 17–20, 42, 43

बोन स्कैन 15, 17

कीमोथेरेपी 10, 25, 28–30, 46, 48–53

क्लीनिकल ट्रायल 32–34, 53–54

डिजिटल रेक्टल परीक्षण 13–14

इरेक्टाइल डिसफंक्शन 27–28, 32, 40–41

जेनेटिक परीक्षण 15, 20–22

हॉर्मोन-प्रतिरोधी प्रोस्टेट कैंसर 29, 31, 47, 49–54

हॉर्मोन-सेंसिटिव प्रोस्टेट कैंसर 47–49, 50

हॉर्मोन थेरेपी 10, 25–29, 32, 34, 38–39, 41, 43, 46–53, 63

इम्यूनोथेरेपी 10, 25, 28–30, 46, 50–51

वंशानुगत जीन परीक्षण 21

जीवन प्रत्याशा 38–42, 61

मेटास्टेसिस 10, 15–18, 20–22, 31, 34, 38, 41, 43, 46, 48–49

पेल्विक लिम्फ़ नोड विच्छेदन (PLND) 39, 43

प्रोस्टेट सर्जरी (रैडिकल प्रोस्टेटेक्टॉमी) 38–43

PSA दृढ़ता 42–44

PSA पुनरावृत्ति 16–17, 32, 35, 37, 42–44, 59

रेडिएशन थेरेपी 10, 25, 31–32, 38–39, 41–43, 47–49, 53, 63

रेडियोफ़ार्मास्यूटिकल् 10, 30, 31, 46, 50, 53

रीजनल प्रोस्टेट कैंसर 10, 21, 32, 36, 38–44, 46

जोखिम कारक 6, 8

यौन दुष्प्रभाव 15, 27–28, 32, 35, 40–41

सहायक देखभाल 34, 36, 53–54, 57–58

टार्गेटेड थेरेपी 10, 17, 22, 25, 28, 30–31, 46, 50–53

ट्यूमर, नोड, मेटास्टेसिस (TNM) सिस्टम 22

ट्यूमर परिक्षण 21

अल्ट्रासाउंड इमेजिंग 15, 17–9

मूत्र संबंधित समस्याएं (इनकॉन्टिनेंस) 6, 27, 32, 35, 40

NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

एडवांस-स्टेज प्रोस्टेट कैंसर

2024

NCCN Guidelines for Patients का सहयोग करने के लिए, इस पेज पर जाएं

NCCNFoundation.org/Donate

NCCN Guidelines for Patients का भाषा अनुवाद Bayer Pharmaceuticals के सहयोग से संभव हो पाया है।

National Comprehensive Cancer Network®
3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
215.690.0300

NCCN.org/patients – मरीज़ों के लिए | NCCN.org – चिकित्सकों के लिए

PAT-TRA-1803-0824