

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ (ਗਦੂਦ) ਕੈਂਸਰ

ਇਹ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ, ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਸਰਜਰੀ, ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਬੈਨੀਫਿਟਾਂ ਲਈ ਦਾਅਵੇ ਕਰਨ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਦੇ ਅੰਤ ਬਾਰੇ ਵੀ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟਾਂ ਹਨ।

ਸਾਨੂੰ ਉਮੀਦ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦਾ ਉੱਤਰ ਦੇਵੇਗੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਖੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਨਰਸ ਤੋਂ ਪੁੱਛ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾ ਰਹੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਸਾਡੇ ਕੈਂਸਰ ਸਹਾਇਤਾ ਮਾਹਰਾਂ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਾ ਬੋਲਣ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 9 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤ 8 ਵਜੇ ਤਕ **0808 808 00 00** ਤੇ ਮੈਕਮਿਲਨ ਸਪੋਰਟ ਲਾਈਨ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਣਨ ਸਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਟੈਕਸਟਫੋਨ **0808808 0121**, ਜਾਂ ਟੈਕਸਟ ਰਿਲੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਵੈਬਸਾਈਟ macmillan.org.uk ਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇਹ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ ਇਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਹੈ:

- ਕੈਂਸਰ ਕੀ ਹੈ?
- ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ
- ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਕੀ ਹੈ?

- ਕਾਰਨ ਅਤੇ ਜੋਖਮ ਦੇ ਕਾਰਕ
- ਲੱਛਣ
- ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?
- ਪੜਾਅ ਅਤੇ ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣਾ
- ਇਲਾਜ
- ਕਲਿਨਿਕਲ ਪਰਖਾਂ
- ਫਾਲੋ-ਅੱਪ (ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ)
- ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਮੁਕਾਬਲਾ ਕਰਨਾ
- ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਭਾਵਨਾਵਾਂ
- ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕੈਂਸਰ ਕੀ ਹੈ?

ਸਰੀਰ ਦੇ ਅੰਗ ਅਤੇ ਟਿਸ਼ੂ, ਛੋਟੇ ਛੋਟੇ ਮੂਲਭੂਤ ਅੰਗਾਂ ਤੋਂ ਬਣੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸੈੱਲ (ਕੋਸ਼ਾਣੂ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੈਂਸਰ ਇਹਨਾਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ।

ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਹਰੇਕ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਸੈੱਲ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਪਰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੈੱਲ ਇੱਕੋ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰ ਲੈਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਸੈੱਲ ਤਰਤੀਬਬੱਧ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਵੰਡੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਪਰ ਜੇ ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਾਬੂ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਵੰਡਿਆ ਜਾਣਾ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਗੰਢ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਨੂੰ ਟਿਊਮਰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਾਰੇ ਟਿਊਮਰ ਕੈਂਸਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਤੋਂ ਟਿਸ਼ੂ ਜਾਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦੇ ਛੋਟੇ ਜਿਹੇ ਨਮੂਨੇ ਨੂੰ ਕੱਢ ਕੇ ਦੱਸ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਟਿਊਮਰ ਕੈਂਸਰ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਬਾਇਓਪਸੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਡਾਕਟਰ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਲਈ ਮਾਈਕ੍ਰੋਸਕੋਪ ਹੇਠਾਂ ਨਮੂਨੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਬਿਨਾਇਨ (ਜੇ ਕੈਂਸਰ ਵਾਲਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ) ਟਿਊਮਰ ਵਿੱਚ, ਸੈੱਲ ਵਧ ਸਕਦੇ ਹਨ ਪਰ ਉਹ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਹੋਰ ਨਹੀਂ ਫੈਲ ਸਕਦੇ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਉਸ ਸਮੇਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹ ਨੇੜਲੇ ਅੰਗਾਂ ਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਮਲਿਗਨੈਂਟ (ਕੈਂਸਰ ਵਾਲੇ) ਟਿਊਮਰ ਵਿੱਚ, ਸੈੱਲ ਨੇੜਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਵਧਦੇ ਹਨ। ਕਈ ਵਾਰੀ, ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਫੈਲਾਓ ਉਸ ਜਗ੍ਹਾ ਤੋਂ ਸਰੀਰ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਤਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਕੈਂਸਰ ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਇਆ ਸੀ (ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਜਗ੍ਹਾ)। ਉਹ ਖੂਨ ਜਾਂ ਲਿੰਫੈਟਿਕ (ਲਸੀਕਾ ਸਬੰਧੀ) ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲ ਸਕਦੇ ਹਨ।

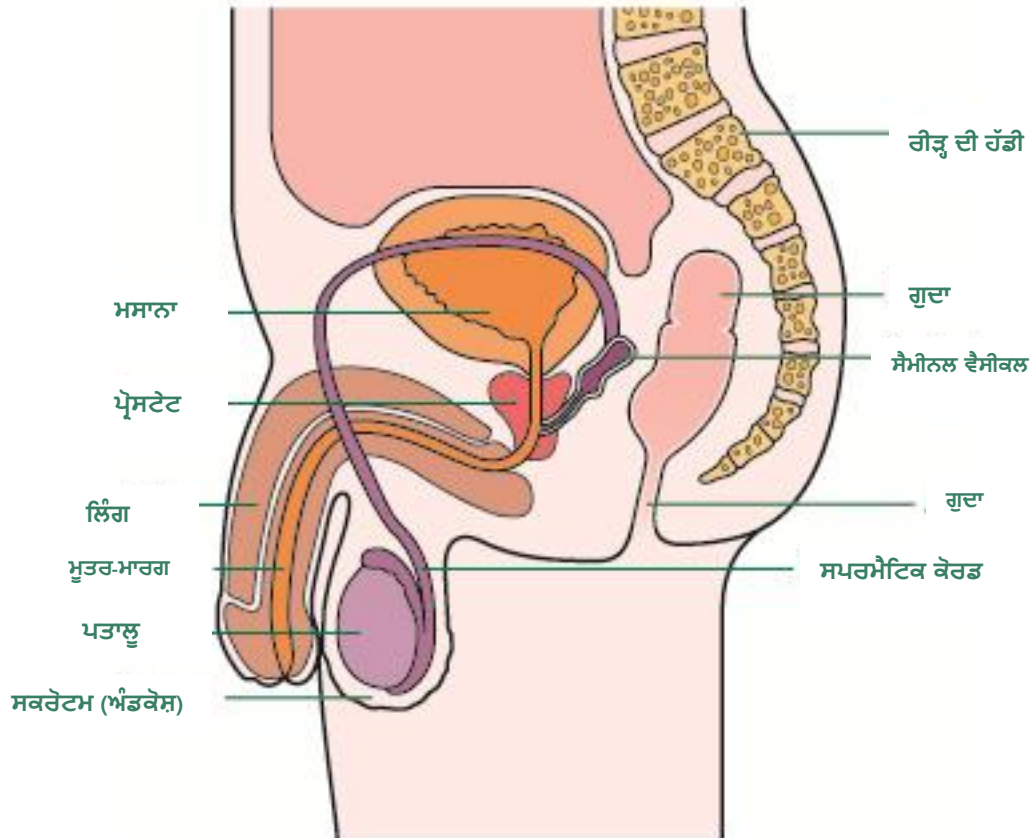
ਲਿੰਫੈਟਿਕ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ (ਲਾਗ) ਅਤੇ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਸਾਡਾ ਬਚਾਅ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਬਰੀਕ ਨਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਬਣਦੀ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਲਿੰਫੈਟਿਕ ਨਾੜੀਆਂ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਾਰੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਲੋਬੀਏ ਦੇ ਆਕਾਰ ਵਾਲੇ ਲਿੰਫ ਨੋਡਸ (ਗੁੰਠੀਆਂ) ਦੇ ਸਮੂਹ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਜਦੋਂ ਸੈੱਲ ਸਰੀਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਹਿੱਸੇ ਤਕ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ ਉਹ ਵਧਣੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇੱਕ ਹੋਰ ਟਿਊਮਰ ਬਣਾ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਨੂੰ ਸੈਕੰਡਰੀ ਕੈਂਸਰ ਜਾਂ ਮੈਟਾਸਟੈਸਿਸ (metastasis) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ

ਸਾਰੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਜਿਹੀ ਗੁੰਠੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਸ ਨਲੀ (ਮੂਤਰ ਮਾਰਗ) ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਮਸਾਨੇ ਤੋਂ ਪਿਸ਼ਾਬ ਨੂੰ ਲਿੰਗ ਦੇ ਕੋਲ ਲਿਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਦਾ ਆਕਾਰ ਅਖਰੋਟ ਜਿੰਨਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਮਰ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਪੁਰਸ਼ ਦੇ ਜਿਨਸੀ ਅੰਗ ਅਤੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਦੀਆਂ ਬਣਾਵਟਾਂ



ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗਾੜ੍ਹਾ, ਚਿੱਟਾ ਤਰਲ ਤਿਆਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਪਤਾਲੂਆਂ ਵੱਲੋਂ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਸ਼ੁਕਰਾਣੂ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਵੀਰਜ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ-ਸਪੈਸਿਫਿਕ ਐਂਟੀਜਨ (prostate-specific antigen) (PSA) ਨਾਮਕ ਪ੍ਰੋਟੀਨ ਵੀ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਵੀਰਜ ਨੂੰ ਤਰਲ ਵਿੱਚ ਬਦਲਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਦਾ ਪਿਛਲਾ ਹਿੱਸਾ ਗੁਦਾ (ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ) ਦੇ ਨਜ਼ਦੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਦੇ ਨਜ਼ਦੀਕ ਲਿੰਫ ਨੋਡਸ (ਲਸੀਕਾ ਗ੍ਰੰਥੀਆਂ) ਦਾ ਜਮਾਵੜਾ (ਸੰਗ੍ਰਿਹ) ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਛੋਟੀਆਂ-ਛੋਟੀਆਂ ਗ੍ਰੰਥੀਆਂ ਹਨ, ਹਰੇਕ ਦਾ ਅਕਾਰ ਬੇਕਡ ਬੀਨ (ਇੱਕ ਕਿਸਮ ਦੇ ਲੇਬੀਏ) ਜਿੰਨਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਕੀ ਹੈ?

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ UK ਵਿੱਚ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਿਸਮ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਹੈ - ਹਰ ਸਾਲ ਲਗਭਗ 41,000 ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਇਸ ਬਿਮਾਰੀ ਵੱਜੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਕੈਂਸਰ ਦੀਆਂ ਬਹੁਤੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਤੋਂ ਭਿੰਨ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਅੰਦਰ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਛੋਟੇ ਖੇਤਰਾਂ ਦਾ ਹੋਣਾ ਬਹੁਤ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਇਹ ਬਹੁਤ ਸਾਲਾਂ ਤਕ ਸਿਥਲ (ਕਿਰਿਆਹੀਣ) ਪਏ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕੁਝ ਗਿਣੇ-ਚੁਣੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਬਹੁਤ ਜਲਦੀ ਵੱਧ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਰੀਰ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੱਡੀਆਂ, ਤਕ ਫੈਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਤਿੰਨ ਉਪ-ਕਿਸਮਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ:

- **ਆਰੰਭਕ (ਲੋਕਲਾਇਜ਼ਡ) ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ {Early (localised) prostate cancer}** – ਇਹ ਕੈਂਸਰ ਸਿਰਫ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਵਿੱਚ ਹੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਫੈਲਾਵ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਹੈ।
- **ਲੋਕਲੀ ਐਡਵਾਂਸਡ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ (Locally advanced prostate cancer)** – ਕੈਂਸਰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਦੇ ਆਸ ਪਾਸ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਵਿੱਚ ਫੈਲ ਚੁੱਕਾ ਹੈ।
- **ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲਿਆ (ਮੈਟਾਸਟੈਟਿਕ) ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ (Advanced (metastatic) prostate cancer)** – ਕੈਂਸਰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾ ਕੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ (ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ) ਵਿੱਚ ਫੈਲ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਸ ਨੇ ਨਵਾਂ ਟਿਊਮਰ ਬਣਾ ਲਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਮੈਟਾਸਟੈਸਿਸ ਜਾਂ ਸੈਕੰਡਰੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਆਰੰਭਕ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਕਰ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਜਦੋਂ ਇਸ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲਿਆ ਹੋਵੇਗਾ। ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲਿਆ ਹੋਇਆ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਉਹਨਾਂ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਪਰ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮੁੜ ਤੋਂ ਕੈਂਸਰ ਹੋ ਗਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ (ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਮੁੜ ਤੋਂ ਹੋਣਾ ਜਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣਾ)।

ਕਾਰਨ ਅਤੇ ਜੋਖਮ ਦੇ ਕਾਰਕ

ਸਾਨੂੰ ਨਹੀਂ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦਾ ਕੀ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਜੋਖਮ ਦੇ ਕਾਰਕ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹਨ।

- ਉਮਰ - ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦਾ ਜੋਖਮ ਉਮਰ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧਦਾ ਹੈ। 50 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਵਾਲੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- ਨਸਲੀ ਮੂਲ - ਕਾਲੇ ਅਫਰੀਕਨ ਅਤੇ ਕਾਲੇ ਕੈਰੀਬੀਆਈ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਗੋਰੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਏਸ਼ੀਅਨ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਜੋਖਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
- ਪਰਿਵਾਰਕ ਇਤਿਹਾਸ - ਜਿਹਨਾਂ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਦੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ (ਪਿਤਾ, ਭਰਾ, ਦਾਦਾ, ਜਾਂ ਚਾਚਾ) ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਹੋਇਆ ਹੈ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਆਪ ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਣ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਨੁਕਸਦਾਰ ਜੀਨ ਪਾਏ ਗਏ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀਆਂ ਮਾਵਾਂ ਜਾਂ ਭੈਣਾਂ ਨੂੰ ਛਾਤੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਹੋਇਆ ਸੀ, ਅਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਵੱਧ ਜੋਖਮ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਿਰਫ 5-10% (ਜਾਂ 10 ਵਿੱਚੋਂ 1 ਤੋਂ ਘੱਟ) ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰਾਂ ਬਾਰੇ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਅਨੁਵੰਸ਼ਕ ਨੁਕਸਦਾਰ ਜੀਨ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਇਤਿਹਾਸ ਬਾਰੇ ਚਿੰਤਤ ਹੋ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।
- ਕਸਰਤ - ਸਰੀਰਕ ਤੌਰ ਤੇ ਹੋਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਰਗਰਮ ਰਹਿਣਾ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਜੋਖਮ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਭੋਜਨ - ਪੱਛਮੀ ਦੇਸ਼ਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ UK, ਯੂਰੋਪ ਅਤੇ USA, ਦੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਬੀ ਦੇਸ਼ਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਚੀਨ ਅਤੇ ਜਪਾਨ, ਦੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦੀ ਦਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਅਜਿਹਾ ਇਸ ਲਈ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਭੋਜਨ ਵਿੱਚ ਪਸ਼ੂਆਂ ਦੀ ਚਰਬੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤਾਜ਼ੇ ਫਲ ਅਤੇ ਸਬਜ਼ੀਆਂ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਏਸ਼ੀਅਨ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਦਾ ਆਪਣੇ ਭੋਜਨ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੋਇਆ ਖਾਣ ਦਾ ਝੁਕਾਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਜੋਖਮ ਨੂੰ ਘਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰ ਖੋਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਢੇਰ ਸਾਰਾ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ (ਮਿਸਾਲ ਲਈ, ਡਾਇਰੀ ਉਤਪਾਦ ਵਾਲੇ ਭੋਜਨਾਂ ਤੋਂ) ਖਾਣ ਨਾਲ ਜੋਖਮ ਵੱਧ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਟਮਾਟਰ ਅਤੇ ਟਮਾਟਰ ਉਤਪਾਦ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੈਚਅਪ) ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਲੱਛਣ

ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਕਾਰਨ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਕੈਂਸਰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਈ ਸਾਲਾਂ ਤਕ ਲੱਛਣ ਨਾ ਹੋਣ।

50 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਵਾਲੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਬਨਾਈਨ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟਿਕ ਹਾਈਪਰਪਲੇਸੀਆ ਜਾਂ ਹਾਈਪਰਟਰਾਫੀ (prostatic hyperplasia or hypertrophy) (BPH) ਨਾਮਕ ਕੈਂਸਰ-ਰਹਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਾਰਨ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਅਕਸਰ ਵੱਡੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

BPH ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਲੱਛਣ ਇੱਕੋ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ:

- ਪਿਸ਼ਾਬ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਹੋਣੀ
- ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਵਾਰ ਪਿਸ਼ਾਬ ਕਰਨਾ, ਖਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਰਾਤ ਦੇ ਸਮੇਂ
- ਪਿਸ਼ਾਬ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਦਰਦ ਹੋਣਾ (ਇਹ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ)
- ਪਿਸ਼ਾਬ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਆਉਣਾ (ਇਹ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ)।

ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਲੱਛਣ ਇਸ ਗੱਲ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਨਗੇ ਕਿ ਕੈਂਸਰ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਕਿਹੜੀ ਜਗ੍ਹਾ ਤੇ ਫੈਲ ਚੁੱਕਾ ਹੈ। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਅਕਸਰ ਹੱਡੀਆਂ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਤਕਲੀਫਦੇਹ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਹੋਰ ਆਮ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ:

- ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਥਕਾਵਟ ਹੋਣੀ
- ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ
- ਭੁੱਖ ਨਾ ਲੱਗਣੀ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਅਜਿਹੇ ਨਵੇਂ ਲੱਛਣ ਦੇਖਦੇ ਹੋ ਜੋ ਦੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤਕ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ GP ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਲੱਛਣ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਾਰਨ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਹਮੇਸ਼ਾ ਆਪਣੇ GP ਤੋਂ ਕਰਵਾਓ।

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਪੁਰਸ਼ ਆਪਣੇ GP ਨੂੰ ਦਿਖਾ ਕੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਉਹ ਤੁਹਾਡਾ ਮੁਆਇਨਾ ਕਰਨਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਧਾਰਨ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਣਗੇ। GP ਗੁਦਾ ਸਬੰਧੀ ਡਿਜੀਟਲ ਮੁਆਇਨਾ (DRE) ਅਤੇ PSA ਖੂਨ ਦਾ ਟੈਸਟ ਕਰੇਗਾ।

ਡਿਜੀਟਲ ਰੈਕਟਲ ਐਗਜ਼ਾਮੀਨੇਸ਼ਨ (Digital rectal examination)

ਗੁਦਾ (ਪਿਛਲਾ ਹਿੱਸਾ) ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਦੇ ਨਜ਼ਦੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੀ ਗੁਦਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਨਾ ਪਾਈ ਉਂਗਲੀ ਪਾ ਕੇ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਗਾੜਾਂ ਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਸੁਵਿਧਾਜਨਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਨੂੰ ਤਕਲੀਫਦੇਹ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।

PSA ਖੂਨ ਟੈਸਟ

PSA (ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ-ਸਪੈਸਿਫਿਕ ਐਂਟੀਜਨ (prostate-specific antigen)) ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ

ਖੂਨ ਦਾ ਨਮੂਨਾ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। PSA ਇੱਕ ਪ੍ਰੋਟੀਨ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਦੁਆਰਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਥੋੜੀ ਮਾਤਰਾ ਹੋਣੀ ਆਮ ਹੈ। ਜਿਹਨਾਂ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਖੂਨ ਵਿੱਚ PSA ਦੇ ਪੱਧਰ ਵਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਫਿਰ ਵੀ, PSA ਟੈਸਟ ਹਮੇਸ਼ਾ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਕੁਝ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਉਹਨਾਂ ਦਾ PSA ਆਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਦਕਿ (ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ) ਵਧੇ PSA ਵਾਲੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਨਹੀਂ ਵੀ ਹੁੰਦਾ।

PSA ਦੇ ਪੱਧਰ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਹੋਣਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ:

- ਪਿਸ਼ਾਬ ਵਿੱਚ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨਾਂ
- ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਵਿੱਚ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ (ਪ੍ਰੋਸਟਾਈਟਿਸ)
- ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਕਰਵਾਈ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਬਾਇਓਪਸੀ
- ਪਿਸ਼ਾਬ ਦੇ ਕੈਥੇਟਰ (ਪਿਸ਼ਾਬ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਕੱਢਣ ਲਈ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਇੱਕ ਨਲੀ) ਦਾ ਹੋਣਾ
- ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਜਾਂ ਮਸਾਨੇ ਦੀ ਸਰਜਰੀ
- ਪ੍ਰੋਸਟੇਟਿਕ ਮਸਾਜ (prostatic massage)।

ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਦੀ ਉਮਰ ਵਧਣ ਦੇ ਨਾਲ PSA ਪੱਧਰ ਵੀ ਵੱਧੇਗਾ।

ਆਮ ਨਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾ PSA ਪੱਧਰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਕਾਰਨ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸਧਾਰਣ PSA ਪੱਧਰਾਂ ਵਾਲੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਅਗਲੇਰੇ ਟੈਸਟਾਂ ਲਈ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਖੇ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਗਲੇਰੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਸਥਾਨਕ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਯੂਰੋਲੋਜੀ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਨਰਸ ਕੋਲ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਅੱਗੇ ਦਿੱਤੇ ਟੈਸਟ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਾਰੇ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਟ੍ਰਾਂਸ-ਰੈਕਟਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਸਕੈਨ (Trans-rectal ultrasound scan) (TRUS)

ਇਹ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਅਵਾਜ਼ (ਧੁੰਨ) ਤਰੰਗਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ

ਗ੍ਰੰਥੀ ਦਾ ਸਕੈਨ ਕਰਨ ਲਈ, ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਜਿਹੇ ਯੰਤਰ ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ (ਗੁਦਾ-ਦੁਆਰ) ਤੋਂ ਲੰਘਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਕੈਨ ਅਸੁਵਿਧਾਜਨਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਨੂੰ ਕੁਝ ਕੁ ਹੀ ਮਿੰਟ ਲੱਗਦੇ ਹਨ।

ਬਾਇਓਪਸੀ

ਮਾਈਕ੍ਰੋਸਕੋਪ ਹੇਠਾਂ ਦੇਖੇ ਜਾਣ ਲਈ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਤੋਂ ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਅਨੇਕਾਂ ਨਮੂਨੇ (ਬਾਇਓਪਸੀਆਂ) ਲਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਬਾਇਓਪਸੀਆਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਸੂਈ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ (ਗੁਦਾ) ਦੀ ਬਾਹਰੀ ਪਰਤ ਜ਼ਰੀਏ ਲੰਘਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ TRUS ਬਾਇਓਪਸੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਬਾਇਓਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਕਰਵਾਏ ਜਾਣ ਸਮੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਕਈ ਵਾਰੀ ਬਾਇਓਪਸੀ ਨੂੰ ਪਤਾਲੂਆਂ (ਪੇਰੀਨੀਅਮ) ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਮੜੀ ਜ਼ਰੀਏ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਟ੍ਰਾਂਸਪੇਰੀਨੀਅਲ ਬਾਇਓਪਸੀ (transperineal biopsy) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਬਾਇਓਪਸੀ ਕਰਵਾਉਣੀ ਅਕਸਰ ਅਸੁਵਿਧਾਜਨਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਪਰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਇਹ ਤਕਲੀਫਦੇਹ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੇਆਰਾਮੀ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਲੋਕਲ ਐਨਸਥੈਟਿਕ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ ਦੇ ਜੋਖਮ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਬਦਕਿਸਮਤੀ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ, ਕਿ ਜੇ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਵਿੱਚ ਕੈਂਸਰ ਹੈ ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਬਾਇਓਪਸੀ ਵਿੱਚ ਵੀ ਇਸ ਦਾ ਪਤਾ ਨਾ ਲੱਗੇ। ਇਹ 10-20 ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 1 ਪੁਰਸ਼ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗਾ (5-10%)। ਜੇ ਬਾਇਓਪਸੀ ਨੈਗੇਟਿਵ ਹੈ ਤਾਂ ਅਜਿਹੇ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ MRI ਸਕੈਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਬਾਇਓਪਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਹੋਵੇ। ਬਾਇਓਪਸੀ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰੀ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ PSA ਦੀ ਪੈਮਾਇਸ਼ ਦੁਬਾਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ PSA ਦੇ ਪੱਧਰਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧੇ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਹੋਣ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਾਇਓਪਸੀ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

MRI ਸਕੈਨ

ਇਹ ਟੈਸਟ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ-ਸਹਿਤ ਤਸਵੀਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਚੁੰਬਕਤਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਕੈਨਰ ਇੱਕ ਸ਼ਕਤੀਸ਼ਾਲੀ ਚੁੰਬਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਚੈਕਲਿਸਟ ਭਰਨ ਅਤੇ ਇਸ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਨਰਸ ਸਕੈਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਣਗੇ।

ਹੋਰ ਅੱਗੇ ਦੇ ਟੈਸਟ

ਜੇ ਬਾਇਓਪਸੀ ਇਹ ਦਿਖਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੈਂਸਰ ਮੌਜੂਦ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰ ਜਾਂਚਾਂ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਤੋਂ ਅਗਾਂਹ ਫੈਲ ਚੁੱਕਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ:

- ਹੱਡੀ ਦਾ ਸਕੈਨ
- ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਅਤੇ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਐਕਸ-ਰੇਜ਼
- ਇੱਕ CT ਸਕੈਨ

ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਨਰਸ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੇ ਟੈਸਟ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ।

ਟੈਸਟ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੀ ਉਡੀਕ ਦਾ ਸਮਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬੇਚੈਨੀ ਵਾਲਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਜਾਂ ਦੇਸਤ ਨਾਲ ਆਪਣੀਆਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨਾ ਮਦਦਗਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ 0808 808 00 00 ਤੇ ਸਾਡੇ ਕੈਂਸਰ ਸਹਾਇਤਾ ਮਾਹਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਨਾਲ ਵੀ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਪੜਾਆਂ ਅਤੇ ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣਾ

ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣਾ

ਤੁਹਾਡੇ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਪੜਾਅ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲੱਗਣ ਨਾਲ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਹੀ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਚਾਰ ਪੜਾਆਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ:

- **ਪੜਾਅ 1** – ਕੈਂਸਰ ਬਹੁਤ ਛੋਟਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸਿਰਫ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਵਿੱਚ ਹੈ।
- **ਪੜਾਅ 2** – ਗੁਦਾ ਦੇ ਮੁਆਇਨੇ ਦੌਰਾਨ ਕੈਂਸਰ ਇੱਕ ਸਖਤ ਗੰਢ ਵੱਜੋਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਅਜੇ ਵੀ ਇਹ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
- **ਪੜਾਅ 3** – ਕੈਂਸਰ ਨੇ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਦੀ ਬਾਹਰੀ ਝਿੱਲੀ ਨੂੰ ਤੋੜ ਕੇ ਬਾਹਰ ਆਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਨੇੜਲੀਆਂ ਨਲੀਆਂ ਵਿੱਚ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਵੀਰਜ(ਸੀਮਨ) (ਸੈਮੀਨਲ ਵੇਸੀਕਲਜ਼) ਨੂੰ ਲਿਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।
- **ਪੜਾਅ 4** – ਕੈਂਸਰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਤੋਂ ਅਗਾਂਹ ਵੱਧ ਕੇ ਨੇੜਲੇ ਢਾਂਚਿਆਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਲਿੰਫ ਨੋਡਸ, ਮਸਾਨੇ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ (ਗੁਦਾ) ਤਕ, ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦੂਰ ਸਥਿਤ ਅੰਗਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੱਡੀਆਂ ਜਾਂ ਜਿਗਰ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਚੁੱਕਾ ਹੈ।

ਦਰਜੇ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣਾ

ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਦਰਜਾ ਇਹ ਅਨੁਮਾਨ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੈਂਸਰ ਕਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਨਾਲ ਵੱਧ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਦਰਜੇਬੰਦੀ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਦੇ ਮਾਈਕ੍ਰੋਸਕੋਪ ਹੇਠਾਂ ਦੇਖੇ ਜਾਣ ਸਮੇਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਦਿੱਖ ਮੁਤਾਬਕ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਗਲੈਸਨ ਪ੍ਰਣਾਲੀ (Gleason system) ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਦਰਜਾ ਦੇਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਤਰੀਕਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਦੇ ਪੈਟਰਨ ਨੂੰ ਦੇਖਦੀ ਹੈ। ਪੰਜ ਪੈਟਰਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ 1 ਤੋਂ 5 ਤਕ ਦਾ ਦਰਜਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦਰਜਾ 1 ਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਸੈੱਲ ਠੀਕ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਦਕਿ ਦਰਜਾ 5 ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਅਸਧਾਰਣ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਬਾਇਓਪਸੀ ਨਮੂਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹਰੇਕ ਨੂੰ ਦਰਜਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗਲੈਸਨ ਅੰਕ ਦੇਣ ਲਈ ਦੋ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਪੈਟਰਨਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਿਆਂ ਜੋੜ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮਿਸਾਲ ਲਈ, ਜੇ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪੈਟਰਨ ਦਰਜਾ 4 ਹੈ ਅਤੇ ਦੂਜਾ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪੈਟਰਨ ਦਰਜਾ 3 ਹੈ, ਤਾਂ ਗਲੈਸਨ ਅੰਕ 7 ਹੋਵੇਗਾ। ਇਸ ਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰੀ 4+3 ਵੱਜੋਂ ਵੀ ਲਿਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਗਲੈਸਨ ਅੰਕ ਜਿੰਨਾ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਦਰਜਾ ਓੰਨਾ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਘੱਟ-ਦਰਜੇ ਵਾਲੇ ਕੈਂਸਰ (6) ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਫੈਲਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

7 ਦਾ ਅੰਕ ਦਰਮਿਆਨ ਦਰਜਾ ਹੈ। ਉੱਚ-ਦਰਜੇ ਵਾਲੇ ਟਿਊਮਰਾਂ (8-10) ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵਧਣ ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਫੈਲਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਉੱਚ-ਦਰਜੇ ਵਾਲੇ ਟਿਊਮਰਾਂ ਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰੀ ਤੀਬਰਤਾ ਵਾਲੇ (ਹਮਲਾਵਰ) ਟਿਊਮਰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਲਾਜ

ਸਭ ਤੋਂ ਢੁਕਵੇਂ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨਾ ਹਮੇਸ਼ਾ ਅਸਾਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪਏਗੀ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ ਗੱਲਾਂ ਹਨ:

- ਤੁਹਾਡੀ ਆਮ ਸਿਹਤ
- ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਪੜਾਅ ਅਤੇ ਦਰਜਾ
- ਤੁਹਾਡੇ PSA ਪੱਧਰ
- ਇਲਾਜ ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵ
- ਸੰਭਾਵੀ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਚਾਰ।

ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸਮਝ ਸਕੋ ਕਿ ਇਸ ਦਾ ਕੀ ਅਰਥ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਲਿਜਾਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਚੰਗਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਅਤੇ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ, ਦੋਹਾਂ ਵਿੱਚ ਬੋਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ ਉੱਥੇ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰੋ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦਿਖਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਉਦੋਂ ਤਕ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ।

ਅਸੀਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਇਲਾਜ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਇੱਥੇ ਵਿਆਖਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ:

ਆਰੰਭਕ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ	ਲੋਕਲੀ ਐਡਵਾਂਸਡ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ	ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲਿਆ ਹੋਇਆ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ
ਸਰਗਰਮ ਨਿਗਰਾਨੀ	ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ	ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ
ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ	ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ	ਸਰਜਰੀ - ਓਰਕੀਡੈਕਟਮੀ
ਸਰਜਰੀ - ਪ੍ਰੋਸਟੇਟੈਕਟਮੀ	ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ	ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ
ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ	ਸਰਜਰੀ - ਪ੍ਰੋਸਟੇਟੈਕਟਮੀ, ਜਾਂ ਓਰਕੀਡੈਕਟਮੀ	ਪੈਲੀਏਟਿਵ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ
ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ		ਲੱਛਣ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ

ਸਰਗਰਮ ਨਿਗਰਾਨੀ

ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਨਰਸ ਇਹ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਯਮਿਤ ਅਧਾਰ ਤੇ ਦੇਖਣਗੇ ਕਿ ਕੀ ਕੈਂਸਰ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵੱਧ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਘੱਟ-ਦਰਜੇ, ਆਰੰਭਕ-ਪੜਾਅ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਬਹੁਤ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਕਾਰਨ ਕਦੇ ਲੱਛਣ ਨਾ ਹੋਣ। ਕੁਝ ਪੁਰਸ਼ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਮਾਹਰਾਂ ਨਾਲ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਹ ਦੇਖਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੀ ਕੈਂਸਰ ਵੱਡਾ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਹ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਫੈਲ (ਵੱਧ) ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਆਪਣੇ GP ਨਾਲ ਨਿਯਮਿਤ ਅਪੋਇੰਟਮੈਂਟਾਂ (ਤੈਅ-ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ) ਹੋਣਗੀਆਂ। ਹਰੇਕ 3-4 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ PSA ਪੱਧਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਹੋਵੇਗੀ ਅਤੇ ਹਰੇਕ 6-12

ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਡਿਜੀਟਲ ਰੈਕਟਲ ਮੁਆਇਨਾ ਹੋਵੇਗਾ। ਇੱਕ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਬਾਇਓਪਸੀ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਨਰਸ ਇਹ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਕੈਂਸਰ ਵਧ ਜਾਂ ਬਣ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ, ਤਾਂ ਸਰਗਰਮ ਨਿਗਰਾਨੀ ਨਾਲ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹਰੇਕ ਸਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਕੁਝ ਘੱਟ ਟੈਸਟ ਅਤੇ ਮੁਆਇਨੇ ਹੋਣਗੇ।

ਜੇ ਇਹ ਟੈਸਟ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੈਂਸਰ ਬਣਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰੇਗਾ ਜਿਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਜਾਂ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ।

ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ

ਇਹ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਲਈ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਚਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਬਜ਼ੁਰਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ, ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਸਰਜਰੀ ਜਾਂ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਲਈ ਫਿਟ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਹੌਲੀ ਰਫਤਾਰ ਨਾਲ ਵਧਣ ਵਾਲਾ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਹੈ ਜਿਸਦਾ ਪ੍ਰਭਾਵ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਸੁਭਾਵਿਕ ਜੀਵਨ ਕਾਲ ਤੇ ਪੈਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੀ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਨਵੇਂ ਲੱਛਣ ਹੋਏ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਯਮਿਤ PSA ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਹੋਣਗੇ ਅਤੇ ਡਿਜੀਟਲ ਰੈਕਟਲ ਮੁਆਇਨੇ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਗਰਮ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਘੱਟ ਟੈਸਟ ਹੋਣਗੇ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ PSA ਪੱਧਰ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕਿ ਕੈਂਸਰ ਅੱਗੇ ਵੱਧ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਉਡੀਕ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ

ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕਿਸਮਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਉਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ, ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਮਾੜੇ

ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੇਗਾ। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਸਰਜਰੀ ਮਾਹਰਾਨਾ ਕੇਂਦਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਫਰ ਕਰਕੇ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟੈਕਟਮੀ(Prostatectomy)

ਰੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟੈਕਟਮੀ (Radical prostatectomy) – ਜਾਂ ਤਾਂ ਪੇਟ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ (ਢਿੱਡ) ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਫੇਰ ਸਕਰੋਟਮ (ਅੰਡਕੋਸ਼) ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚਕਾਰ ਚੀਰਾ ਲਗਾ ਕੇ ਪੂਰੀ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਨੂੰ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਸਾਰੇ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਤੋਂ ਛੁਟਕਾਰਾ ਪਾਉਣ ਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਿਰਫ ਉਸ ਸਮੇਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੈਂਸਰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਨਹੀਂ ਫੈਲਿਆ ਹੈ।

ਲੈਪਰੋਸਕੋਪਿਕ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟੈਕਟਮੀ (Laparoscopic prostatectomy) (ਕੀ-ਹੋਲ ਸਰਜਰੀ (keyhole surgery) – ਤੁਹਾਡੇ ਪੇਟ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ (ਢਿੱਡ) ਵਿੱਚ ਚਾਰ ਜਾਂ ਪੰਜ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ (ਹਰੇਕ ਲਗਭਗ 1 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ) ਲਗਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਨ ਫੇਰ ਉਹਨਾਂ ਯੰਤਰਾਂ ਨਾਲ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ ਨੂੰ ਕੱਢ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਜ਼ਰੀਏ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਰੋਬੋਟਿਕ ਆਰਮਜ਼ (ਰੋਬੋਟ ਦੀਆਂ ਬਾਹਾਂ) ਵਾਲੀ ਮਸ਼ੀਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਵੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਬੇਹਦ ਨਜ਼ਾਕਤ ਭਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ, ਨਿਰੰਤਰ, ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਨੂੰ **ਰੋਬੋਟਿਕ-ਅਸਿਸਟਡ ਲੈਪਰੋਸਕੋਪਿਕ ਰੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟੈਕਟਮੀ (robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy)** ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸੁਪਕੈਪਸੁਲਰ ਓਰਚਿਡੈਕਟਮੀ (Supcapsular orchidectomy)

ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਮਰਦਾਨਾ ਹਾਰਮੋਨ ਟੈਸਟੋਸਟੇਰਨ (testosterone) ਦੇ ਪੱਧਰਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਪਤਾਲੂਆਂ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਦਾ ਆਪਰੇਸ਼ਨ।

ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ

ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਨਸ਼ਟ ਕਰਨ ਲਈ ਉੱਚ-ਊਰਜਾ ਵਾਲੀਆਂ ਐਕਸਰੇਜ਼ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਜਿਹਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਸਿਹਤਮੰਦ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ

ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਵੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਬਾਹਰੋਂ (ਬਾਹਰੀ ਕਿਰਨਾਂ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ) ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਸਾਰੇ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਨਸ਼ਟ ਕਰਨ ਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਰੈਡੀਕਲ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ 8 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤਕ ਚਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਇਲਾਜ ਹਰੇਕ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਦਿਨ (ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹਰ ਰੋਜ਼ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਕੁਝ ਮਿੰਟ ਲੱਗਦੇ ਹਨ।

ਆਰੰਭਕ ਜਾਂ ਲੋਕਲੀ ਐਡਵਾਂਸਡ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਤੋਂ ਪੀੜ੍ਹਤ ਕੁਝ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਦੀ ਅੰਦਰੂਨੀ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ (**ਬ੍ਰੈਕੀਥੈਰੇਪੀ**) ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਉਸ ਸਮੇਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਛੋਟੇ ਰੇਡੀਓਐਕਟਿਵ ਬੀਜਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਬਾਹਰੀ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਬ੍ਰੈਕੀਥੈਰੇਪੀ ਇੱਕੋ ਜਿੰਨੀਆਂ ਅਸਰਦਾਰ ਜਾਪਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਝਾਅ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ ਕਰਵਾਓ।

ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਤੋਂ ਪੀੜ੍ਹਤ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਉਸ ਸਮੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੇ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਲੱਛਣ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਦਰਦ ਜਾਂ ਜੇ ਕੈਂਸਰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੱਡੀਆਂ, ਤਕ ਫੈਲ ਚੁੱਕਾ ਹੈ। ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਲਈ ਬਹੁਤ ਅਸਰਦਾਇਕ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ **ਪੈਲੀਏਟਿਵ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ (palliative radiotherapy)** ਵੱਜੋਂ ਜਾਣੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਰੈਡੀਕਲ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਾਰ ਜਾਂ ਉਸੀ ਵੇਲੇ ਪਿਸ਼ਾਬ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਦਸਤ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੀ ਅਕੜਾਹਟ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਕਿਵੇਂ ਬਣਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਅਤੇ ਕੁਝ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ।

ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ

ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਵਾਧਾ ਕਿਵੇਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਹਾਰਮੋਨ ਇਸ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤ੍ਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਵਾਧਾ ਹਾਰਮੋਨ ਟੈਸਟੋਸਟੇਰਨ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਪਤਾਲੂਆਂ ਦੁਆਰਾ ਪੈਦਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀਆਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਟੈਸਟੋਸਟੇਰਨ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਨੂੰ ਘਟਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਹਾਰਮੋਨ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਟੀਕਿਆਂ ਜਾਂ ਗੋਲੀਆਂ ਵੱਜੋਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਆਰੰਭਕ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਵਾਲੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਉਹਨਾਂ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਲਈ ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਪ (ਸੁਤੰਤਰ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਇਕੱਲੇ ਤੌਰ ਤੇ) ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਸਰਜਰੀ ਜਾਂ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਸਾਵਧਾਨੀ ਵਾਲੀ ਉਡੀਕ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਨਿਰੀਖਣ ਹੁੰਦਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਵਧਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ। ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਕੋਰਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵੀ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਲੋਕਲੀ ਐਂਡਵਾਂਸਡ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਵਾਲੇ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (ਜਿਸ ਨੂੰ ਨਿਓ-ਐਂਡ੍ਰੋਜਨ ਥੈਰੇਪੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਅਸਰਦਾਰ ਬਣਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣ ਦੇ ਜੋਖਮ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ (ਸਹਾਇਕ ਥੈਰੇਪੀ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਵੀ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਤੋਂ ਪੀੜ੍ਹਤ ਪੁਰਸ਼ਾਂ ਲਈ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਇਲਾਜ ਹੈ। ਇਹ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਬਣਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਦੇ ਵਾਧੇ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀਆਂ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿ:

- ਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਹਟ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਹੋਈ (ਇਰੈਕਟਾਇਲ ਡਿਸਫੰਕਸ਼ਨ)
- ਸੈਕਸ ਦੀ ਇੱਛਾ ਘਟਣੀ
- ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਬਰੀਕ ਹੋਣਾ
- ਤਾਪ ਨਾਲ ਤ੍ਰੇਲੀਆਂ ਆਉਣੀਆਂ ਅਤੇ ਪਸੀਨਾ ਆਉਣਾ
- ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਸੇਜਿਸ਼ ਅਤੇ ਤਕਲੀਫ ਹੋਈ
- ਭਾਰ ਵਧਣਾ
- ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਪਤਲਾ ਹੋਣਾ
- ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ।

ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ

ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਇਲਾਜ ਹੈ ਜੋ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਨਸ਼ਟ ਕਰਨ ਲਈ ਕੈਂਸਰ-ਨਾਸ਼ਕ (ਸਾਈਟੋਟੋਕਸਿਕ (cytotoxic)) ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਵਿੱਚ, ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਜਿਹੇ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਹੁਣ ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਨਿਯੰਤ੍ਰਿਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ।

ਚੰਗੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਾਲੀ ਲੰਬੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੇ ਟੀਚੇ ਨਾਲ, ਇਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਬਣਾਉਣਾ ਅਤੇ ਨਿਯੰਤ੍ਰਿਤ ਕਰਨਾ, ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੁਝ ਅਜਿਹੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤ੍ਰਿਤ ਕਰਨਾ

ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲਿਆ ਹੋਇਆ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਅਣਸੁਖਾਵੇਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ:

- ਦਰਦ
- ਥਕਾਵਟ
- ਕਬਜ਼।

ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਹੋਣ ਨਾਲ ਇਹਨਾਂ ਤੋਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਰਾਹਤ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰੀ ਇਲਾਜ ਜਲਦੀ ਅਸਰ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਹੀ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਬਿਹਤਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹੋਰਨਾਂ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਅਸਰ ਕਰਨ ਲਈ ਲੰਬਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕਿਸੇ ਲਾਭ ਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੁਝ ਕੁ ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਲਈ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਹੋਰ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਦੂਜੇ ਤਰੀਕੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਨਰਸ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕਲਿਨਿਕਲ ਪਰਖਾਂ

ਕੈਂਸਰ ਖੋਜ ਪਰਖਾਂ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਨਵੇਂ ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਿਹੜੀਆਂ ਪਰਖਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੇ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਲਿਨਿਕਲ ਪਰਖਾਂ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਹਸਪਤਾਲ ਹੁਣ ਇਹਨਾਂ ਪਰਖਾਂ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਖੋਜ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਫਾਲੋ-ਅੱਪ (ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ)

ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਪੂਰਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਯਮਿਤ ਮੁਆਇਨੇ ਅਤੇ PSA ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਉਣੇ ਪੈਣਗੇ। ਇਹ ਸ਼ਾਇਦ ਕਈ ਸਾਲਾਂ ਤਕ ਜਾਰੀ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕੁਝ ਵਿਅਕਤੀ ਆਪਣੇ ਕੈਂਸਰ ਮਾਹਰ ਨੂੰ ਦਿਖਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਦਕਿ ਦੂਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਆਪਣੀ GP ਸਰਜਰੀ ਵਿਖੇ PSA ਟੈਸਟ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਕੈਂਸਰ ਮਾਹਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਉਪਯੋਗੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਮੁਕਾਬਲਾ ਕਰਨਾ

ਇਲਾਜ ਦੇ ਕਾਰਨ ਅਣਸੁਖਾਵੇਂ ਅਤੇ ਤਕਲੀਫਦੇਹ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਸੈਕਸ-ਸਬੰਧੀ (ਜਿਨਸੀ) ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ - ਤੁਸੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸੈਕਸ ਨਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੇ ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਹਟ ਲਿਆਉਣ ਜਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਇਰੈਕਟਾਇਲ ਡਿਸਫੰਕਸ਼ਨ (ED) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸੈਕਸ ਜੀਵਨ ਤੇ ਪੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਨੂੰ ਨਜਿੱਠਣਾ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਿਹੜੇ ਡਾਕਟਰ ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਦੇ ਹਨ ਉਹ ਇਹਨਾਂ ਵਿਸ਼ਿਆਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦੇ ਕਾਫੀ ਆਦੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਲਾਹ ਦੇ ਸਕਣਗੇ। ED ਤੇ ਕਾਬੂ ਪਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਵਿਹਵਾਰਕ ਤਰੀਕੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਨਰਸ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਕੋਲ ਮਾਹਰ ਨਰਸਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਪਿਸ਼ਾਬ ਦੀ ਅਸੰਜਮਤਾ – ਇਹ ਕੈਂਸਰ ਜਾਂ ਕੁਝ ਹੋਰ ਇਲਾਜਾਂ ਕਾਰਨ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਸਮੱਸਿਆ ਨਾਲ ਮੁਕਾਬਲਾ ਕਰਨ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਤਰੀਕੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਚਿੰਤਤ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਨਰਸ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਕੋਲ ਡਾਕਟਰੀ ਸਟਾਫ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਅਸੰਜਮਤਾ ਬਾਰੇ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਛਾਤੀ ਦੀ ਸੋਜਿਸ਼ – ਇਹ ਕਈ ਵਾਰੀ ਹਾਰਮੋਨਲ ਥੈਰੇਪੀ bicalutamide (Casodex) (ਬਾਈਕੈਲੂਟਾਮਾਈਡ (ਕੈਸੋਡੈਕਸ)) ਨਾਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। tamoxifen (ਟੈਮੋਕਸੀਫੇਨ) ਨਾਮਕ ਇੱਕ ਹੋਰ ਹਾਰਮੋਨਲ ਦਵਾਈ ਦੀ ਘੱਟ ਖੁਰਾਕ ਲੈਣ ਨਾਲ ਛਾਤੀ ਦੀ ਸੋਜਿਸ਼ ਰੁਕ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਸੁਝਾਅ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ bicalutamide (ਬਾਈਕੈਲੂਟਾਮਾਈਡ) ਲੈਣੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੀ ਛਾਤੀਆਂ ਵਾਸਤੇ ਘੱਟ-ਡੋਜ਼ (ਖੁਰਾਕ)

ਵਾਲੀ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਕਰਵਾਓ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੇਜਿਸ਼ ਨੂੰ ਰੋਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ, ਜੋ ਕੋਈ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਭਾਵਨਾਵਾਂ

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੈਂਸਰ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹਾਰੇ ਹੋਏ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਦਰ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਭਾਵਨਾਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਗੁੱਸਾ, ਰੋਸ, ਅਪਰਾਧ-ਬੋਧ, ਚਿੰਤਾ ਅਤੇ ਡਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਾਰੀਆਂ ਸੁਭਾਵਿਕ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ ਹਨ ਅਤੇ ਉਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹਨ ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਹੁਤੇ ਲੋਕ ਆਪਣੀ ਬਿਮਾਰੀ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਵਿੱਚ ਲੰਘਦੇ ਹਨ। ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਠੀਕ ਜਾਂ ਗਲਤ ਤਰੀਕਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਮੁਕਾਬਲਾ ਆਪਣੇ ਖੁਦ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਕਰੋਗੇ।

ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ

- ਛਾਤੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ
- ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ
- ਬੈਨੀਫਿਟ ਬਾਰੇ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਦੀ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ
- ਵੱਡੀ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ
- ਫੇਫੜੇ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ
- ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ
- ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ
- ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ
- ਇਸ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ ਕਿ ਆਪਣੀ ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

ਇਹ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ ਮੈਕਮਿਲਨ ਕੈਂਸਰ ਸਪੋਰਟ ਦੀ ਕੈਂਸਰ ਇਨਫਾਰਮੇਸ਼ਨ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ (Macmillan Cancer Support's Cancer Information Development) ਟੀਮ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀ, ਸੋਧੀ ਅਤੇ ਸੰਪਾਦਿਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸੰਪਾਦਕ, ਡਾ. ਟਿਮ ਇਵੈਸਨ, ਕੰਸਲਟੈਂਟ ਕਲਿਨਿਕਲ ਆਨਕੋਲੋਜਿਸਟ (Dr Tim Iveson, Consultant Clinical Oncologist) ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਬਰੂਸ ਟਰਨਰ, ਯੂਰੋ-ਆਨਕੋਲੋਜੀ ਨਰਸ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ (Bruce Turner, Uro-Oncology Nurse Practitioner); ਪਾਉਲਾ ਐੱਲਚੋਰਨ, ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਸਰਵਾਇਵਰਸ਼ਿਪ ਕਲਿਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਜੈਕਟ ਮੈਨੇਜਰ (Paula Allchorne, Prostate Survivorship Clinical Project Manager); ਅਤੇ ਕੈਂਸਰ ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਧੰਨਵਾਦ ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਇਸ ਫ਼ੈਕਟਸ਼ੀਟ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ੈਕਟ ਸ਼ੀਟ ਨੂੰ ਲਿਖਣ ਲਈ ਅਨੇਕਾਂ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਡੀਵਿਟਾ, ਅਤੇ ਹੋਰ (DeVita, et al)। ਕੈਂਸਰ: ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲਜ਼ ਐਂਡ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਆਫ ਆਨਕੋਲੋਜੀ (*Cancer: Principles and Practice of Oncology*)। 8ਵਾਂ ਸੰਸਕਰਨ। 2008। ਲਿੱਪਿਨਕੋਟ ਵਿਲੀਅਮਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਲਕਿਨਜ਼ (Lippincott Williams and Wilkins)।
- ਹੋਗਲ, ਡਬਲਿਊ (Hogle, W) ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ। 2009। ਆਨਕੋਲੋਜੀ ਨਰਸਿੰਗ ਸੁਸਾਇਟੀ (Oncology Nursing Society)।
- ਕਿਰਬੀ ਆਰ, ਅਤੇ ਹੋਰ (Kirby R, et al)। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ: ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਐਂਡ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ (*Prostate Cancer: Principles and Practice*)। 2006 ਟੇਲਰ ਅਤੇ ਫ੍ਰੈਂਸਿਸ (Taylor and Francis)।
- ਦ ਬ੍ਰਿਟਿਸ਼ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਆਫ ਯੂਰੋਲੋਜੀਕਲ ਸਰਜਨਜ਼ (The British Association of Urological Surgeons)। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਸੇਧ। www.baus.org.uk (ਜੁਲਾਈ 2011 ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚ ਕੀਤੀ ਗਈ)।
- ਨੈਸ਼ਨਲ ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਫਾਰ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਕਲਿਨਿਕਲ ਐਕਸੀਲੈਂਸ (National Institute for Health and Clinical Excellence) (NICE)। ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ: ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਐਂਡ ਟ੍ਰੀਟਮੈਂਟ (Prostate cancer: Diagnosis and treatment)। www.nice.org.uk (ਜੁਲਾਈ 2011 ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚ ਕੀਤੀ ਗਈ)।

- ਐਨਸੀਸੀਐਨ ਕਲਿਨਿਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਗਾਇਡਲਾਈਨਜ਼ ਇਨ ਆਨਕੋਲੋਜੀ: ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ ਕੈਂਸਰ। (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer)। 2011

ਅਸੀਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਹਰੇਕ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਅਸੀਂ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੀਏ ਉਹ ਦਰੁਸਤ ਹੋਵੇ ਪਰ ਡਾਕਟਰੀ ਖੋਜ ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਇਸ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ, ਜੋ ਲਗਾਤਾਰ ਬਦਲਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਚਿੰਤਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੈਕਮਿਲਨ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਵੈਬਸਾਈਟਾਂ ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਜੁੜੇ ਹੁੰਦੇ ਹਾਂ, ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਗਲਤੀ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਹਾਨੀ ਜਾਂ ਨੁਕਸਾਨ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦਾ।

© ਮੈਕਮਿਲਨ ਕੈਂਸਰ ਸਪੋਰਟ 2014 (Macmillan Cancer Support 2014)। ਇੰਗਲੈਂਡ ਅਤੇ ਵੇਲਜ਼ (261017), ਸਕਾਟਲੈਂਡ (SC039907), ਅਤੇ ਆਇਲ ਆਫ ਮੈਨ (604) ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਚੈਰਿਟੀ ਹੈ। Registered office 89 Albert Embankment, London SE1 7UQ.

MAC15138_Punjabi



Prostate cancer

This fact sheet is about how prostate cancer is diagnosed and treated.

We also have fact sheets in your language about chemotherapy, radiotherapy, surgery, side effects of cancer treatment, what you can do to help yourself, claiming benefits and end of life.

We hope this fact sheet answers your questions. If you have any more questions, you can ask your doctor or nurse at the hospital where you are having treatment.

If you would like to talk to our cancer support specialists about this information in your language, we have interpreters for non-English speakers. You can call the Macmillan Support Line free on **0808 808 00 00**, Monday–Friday, 9am–8pm. If you have problems hearing you can use textphone **0808 808 0121**, or Text Relay. Or you can go to our website **macmillan.org.uk**

This fact sheet is about:

- What is cancer?
- The prostate
- What is prostate cancer?
- Causes and risk factors
- Symptoms
- How is prostate cancer diagnosed?
- Staging and grading
- Treatment
- Clinical trials
- Follow up
- Coping with prostate cancer
- Your feelings
- More information in your language

What is cancer?

The organs and tissues of the body are made up of tiny building blocks called cells. Cancer is a disease of these cells.

Cells in each part of the body are different but most mend and reproduce themselves in the same way. Normally, cells divide in an orderly way. But if the process gets out of control, the cells carry on dividing and develop into a lump called a tumour.

Not all tumours are cancer. Doctors can tell if a tumour is cancer by removing a small sample of tissue or cells from it. This is called a biopsy. The doctors examine the sample under a microscope to look for cancer cells.

In a benign (non-cancerous) tumour, the cells may grow but cannot spread anywhere else in the body. It usually only causes problems if it puts pressure on nearby organs.

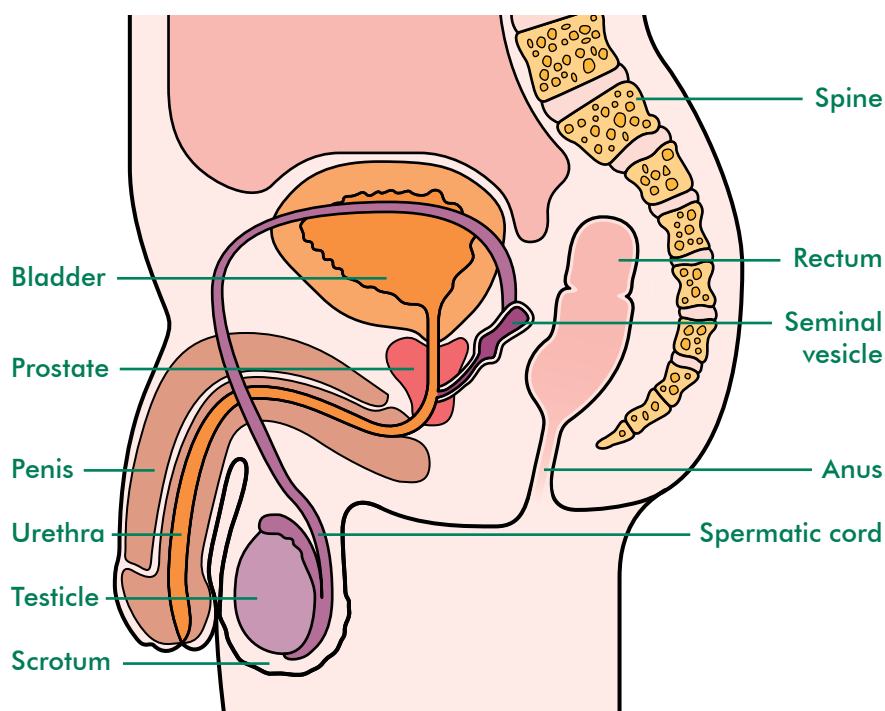
In a malignant (cancerous) tumour, the cells grow into nearby tissue. Sometimes, cancer cells spread from where the cancer first started (the primary site) to other parts of the body. They can travel through the blood or lymphatic system.

The lymphatic system helps to protect us from infection and disease. It's made up of fine tubes called lymphatic vessels. These connect to groups of bean-shaped lymph nodes (glands) all over the body.

When the cells reach another part of the body they begin to grow and form another tumour. This is called secondary cancer or a metastasis.

The prostate

All men have a small gland called the prostate. It surrounds the first part of the tube (urethra) that carries urine from the bladder along the penis. The prostate is about the size of a walnut and gets bigger with age.



The male sex organs and surrounding structures

The prostate produces a thick, white fluid. This mixes with the sperm produced by the testicles to make semen. It also produces a protein called prostate-specific antigen (PSA) that turns the semen into liquid.

The back of the prostate gland is close to the rectum (back passage). Near the prostate are collections of lymph nodes. These are small glands, each about the size of a baked bean.

What is prostate cancer?

Prostate cancer is the most common type of male cancer in the UK - around 41,000 men are diagnosed with it each year.

It is different from most types of cancer because small areas of cancer within the prostate gland are very common. These may stay dormant (inactive) for many years.

In a small number of men, prostate cancer can grow more quickly. It may spread to other parts of the body, like the bones.

Prostate cancer is divided into three sub types:

- **Early (localised) prostate cancer** – the cancer is only in the prostate gland and has not begun to spread.
- **Locally advanced prostate cancer** – the cancer has spread into the tissues around the prostate gland.
- **Advanced (metastatic) prostate cancer** – the cancer has spread beyond the prostate gland to other parts of the body (most commonly the bones) where it has formed a new tumour called a metastasis or secondary.

Prostate cancer is usually diagnosed in the early stages. In some men, it will be advanced when it is first diagnosed. Advanced prostate cancer can also occur in men who have already been treated for prostate cancer but their cancer has come back (relapsed or recurred).

Causes and risk factors

We don't know the cause of prostate cancer in most men. There are some risk factors that can increase your chances of getting it.

- **Age** – The risk of developing prostate cancer increases with age. Men under 50 have a very low risk.
- **Ethnicity** – Black African and black Caribbean men are more likely to develop prostate cancer than white men. Asian men have a lower risk.

- **Family history** – Men who have close relatives (father, brother, grandfather or uncle) who have had prostate cancer are more likely to develop it themselves. A faulty gene found in some men whose mothers or sisters have had breast cancer may also increase the risk. Only about 5–10% (or less than 1 in 10) prostate cancers are thought to be caused by an inherited faulty gene. Talk to your doctor if you are worried about your family history.
- **Exercise** – Being more physically active may help to reduce the risk of prostate cancer.
- **Diet** – Men from western countries, such as the UK, Europe and USA, have a higher rate of prostate cancer than men from eastern countries, such as China and Japan. This might be because their diet tends to be higher in animal fat and lower in fresh fruit and vegetables.

Asian men tend to eat more soy in their diet. This might reduce the risk of prostate cancer, but more research is needed to confirm this.

Eating lots of calcium (for example, from dairy foods) may increase the risk.

Tomatoes and tomato products (such as ketchup) may help to protect against prostate cancer.

Symptoms

Early prostate cancer often doesn't cause any symptoms. The cancer often grows slowly and you may not get symptoms for many years.

In men over 50, the prostate gland often gets larger due to a non-cancerous condition called benign prostatic hyperplasia or hypertrophy (BPH).

The symptoms of BPH and prostate cancer are similar and include:

- difficulty passing urine
- passing urine more often than usual, especially at night
- pain when passing urine (this is not common)
- blood in the urine (this is not common).

The symptoms of advanced prostate cancer will depend on where in the body the cancer has spread to. Prostate cancer often spreads to the bones and this can be painful.

Other general symptoms of advanced cancer include:

- being more tired than usual
- feeling generally unwell
- loss of appetite.

If you notice any new symptoms that last for a couple of weeks or more, you should discuss them with your GP.

These symptoms can be caused by other conditions, but it is important that you always have them checked by your GP.

How is prostate cancer diagnosed?

Most men begin by seeing their GP. They will examine you and ask you about your general health. The GP will do a digital rectal examination (DRE) and a PSA blood test.

Digital rectal examination

The rectum (back passage) is close to the prostate gland. Your doctor can feel for any abnormalities in the prostate by inserting a gloved finger into the rectum. This may be uncomfortable but should not be painful.

PSA blood test

A sample of blood is taken to check for PSA (prostate-specific antigen). PSA is a protein produced by the prostate and a small amount is normal. Men with cancer of the prostate tend to have raised levels of PSA in their blood. However, the PSA test is not always reliable. Some men who have prostate cancer have a normal PSA and some men with a raised PSA won't have prostate cancer.

The PSA level can also be raised by:

- urine infections
- prostate infection (prostitis)
- recent prostate biopsies
- having a urinary catheter (a tube to drain urine)
- prostate or bladder surgery
- prostatic massage.

The PSA level will also get higher as men get older.

PSA levels higher than normal could be due to a prostate cancer. Men with abnormal levels of PSA are usually referred for further tests.

At the hospital

If you need further tests you will be referred to a doctor or specialist nurse in the urology department at your local hospital.

The following tests can help to diagnose prostate cancer. You may not need to have all of them. The doctor will explain which tests you need.

Trans-rectal ultrasound scan (TRUS)

This uses sound waves to build up a picture of the prostate. To scan the prostate gland, a small probe is passed into the back passage. The scan may be uncomfortable but it only takes a few minutes.

Biopsy

Several samples of tissue (biopsies) are taken from the prostate to be looked at under a microscope. The biopsies are usually taken using a needle that is passed through the wall of the back passage (rectum). This is called a TRUS biopsy. The biopsy is normally done at the same time as the ultrasound.

Sometimes the biopsy is taken through the skin behind the testicles (the perineum). This is called a transperineal biopsy.

Having a biopsy is often uncomfortable but is not usually painful. You may be given a local anaesthetic to reduce the discomfort. Antibiotics are given to reduce the risk of infection.

Unfortunately, even if there is cancer in the prostate it may not be found by biopsy. This will happen in approximately 1 in 10-20 men (5–10%). If a biopsy is negative you may be given an MRI scan to look for cancer that the biopsy may have missed. The biopsy may then need to be repeated. Sometimes the PSA may be measured again after a few months. If the PSA level starts to rise, the biopsy may be repeated.

MRI scan

This test uses magnetism to build up a detailed picture of areas of your body. The scanner is a powerful magnet so you may be asked to complete and sign a checklist to make sure it's safe for you. Your doctor or nurse will explain the scan to you.

Further tests

If the biopsy shows that cancer is present, further tests may be needed to check whether it has spread beyond the prostate gland. These may include:

- a bone scan
- x-rays of your chest and bones
- a CT scan

Your doctor or nurse will explain which tests you need and what will happen.

Waiting for test results can be an anxious time for you. It may help to talk about your worries with a relative or friend. You could also speak to one of our cancer support specialists in your language on **0808 808 00 00**.

Staging and grading

Staging

Knowing the stage of your cancer helps doctors decide the best treatment for you. Prostate cancer is divided into four stages:

- **Stage 1** – The cancer is very small and only in the prostate.
- **Stage 2** – The cancer can be felt as a hard lump during a rectal examination, but it's still within the prostate gland.
- **Stage 3** – The cancer has started to break through the outer capsule of the prostate gland and may be in the nearby tubes that transport semen (seminal vesicles).
- **Stage 4** – The cancer has spread beyond the prostate gland to nearby structures such as the lymph nodes, bladder or back passage (rectum), or to more distant organs such as the bones or liver.

Grading

The grade of a cancer gives an idea of how quickly it might grow. Prostate cancer is graded according to the appearance of the cancer cells when looked at under a microscope.

The Gleason system is the most common way to grade the cells. It looks at the pattern of cancer cells in the prostate. There are five patterns, graded from 1–5. Grade 1 means the prostate cells look normal, whereas grade 5 is the most abnormal. The biopsy samples are each graded and the two most commonly occurring patterns are added together to give a Gleason score. For example, if the most common pattern is a grade 4 and the second most common a grade 3, the Gleason score will be 7. It's sometimes written as 4+3.

The lower the Gleason score, the lower the grade of the cancer. Low-grade cancers (6) usually grow slowly and are less likely to spread.

A score of 7 is a moderate grade. High-grade tumours (8-10) are likely to grow more quickly and are more likely to spread. High-grade tumours are sometimes called aggressive tumours.

Treatment

Deciding on the best treatment isn't always easy. Your doctor will need to think about a lot of things. The most important of these are:

- your general health
- the stage and grade of the cancer
- your PSA level
- the likely side effects of treatment
- your views about the possible side effects.

It's important to talk about any treatment with your doctor, so that you understand what it means. It's a good idea to take someone with you who can speak both your language and English. Interpreters may be available if you need one, but try to let the hospital know before if you would like one to be there.

You will be asked to sign a consent form to show that you understand and agree to the treatment. You will not have any treatment unless you have agreed to it.

We have explained the different treatment options here:

Early Prostate Cancer	Locally advanced prostate cancer	Advanced prostate cancer
Active surveillance	Radiotherapy	Hormonal therapy
Watchful waiting	Hormonal therapy	Surgery – orchidectomy
Surgery – prostatectomy	Watchful waiting	Chemotherapy
Radiotherapy	Surgery – prostatectomy, or orchidectomy	Palliative radiotherapy
Hormonal therapy		Symptom control

Active surveillance

Your doctors or specialist nurse will see you regularly to check if the cancer is growing significantly.

Most low-grade, early-stage prostate cancers grow very slowly and may never cause any symptoms. Some men decide with their specialists to wait and see whether the cancer is getting bigger or more fast growing (progressing) before starting any treatment.

You will have regular appointments at the hospital or with your GP. Your PSA level will be checked every 3–4 months and you will have a digital rectal examination every 6–12 months. After a year you may also have a prostate biopsy. Your doctor or specialist nurse will explain how often you need to have the tests.

If the cancer isn't growing or developing, it's safe to continue with active surveillance. Each year you will have fewer tests and checks.

If these tests show that the cancer is starting to grow, your doctors will recommend treatment that aims to cure the cancer, such as surgery or radiotherapy.

Watchful waiting

This is a way of avoiding treatment for as long as possible. It's usually offered to older men, or those who aren't fit enough for surgery or radiotherapy, who have a slow-growing prostate cancer that's unlikely to affect their natural life span.

You'll be monitored to see if you have developed any new symptoms. You'll also have regular PSA blood tests and may have digital rectal examinations. You will usually have fewer tests than in active surveillance.

If you develop symptoms or your PSA level rises, you may be offered hormone therapy. If there's no sign that the cancer is progressing, it's safe to continue with watchful waiting.

Surgery

There are different types of surgery. Your doctor will discuss the operation they think is best for you and its possible side effects. Prostate surgery is done in specialist centres so you may have to travel to the hospital.

Prostatectomy

Radical prostatectomy – the whole prostate gland is removed, either through a cut made in the tummy area (abdomen) or through a cut made between the scrotum and the back passage. The operation aims to get rid of all of the cancer cells. It's only done when the cancer is thought not to have spread beyond the prostate gland.

Laparoscopic prostatectomy (keyhole surgery) – four or five small cuts (about 1cm each) are made in your tummy area (abdomen). The surgeon can then remove the prostate gland using instruments that can be put through these small cuts.

This surgery can be done using a machine with robotic arms that move very delicately, steadily and precisely. This is called a **robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy**.

Supcapsular orchidectomy

An operation to remove part of the testicles to reduce the levels of the male hormone testosterone in the body.

Radiotherapy

Radiotherapy treats cancer by using high-energy x-rays to destroy the cancer cells, while doing as little harm as possible to normal cells. If you have radiotherapy you will also be given hormone therapy.

The radiotherapy is usually given from outside the body (external beam radiotherapy). The aim is to destroy all the cancer cells. This treatment is called radical radiotherapy and may last up to 8 weeks. Normally treatment is given every week day (Monday to Friday). Treatment takes a few minutes each day.

Some men with early or locally advanced prostate cancer have internal radiotherapy (**brachytherapy**). This is when small radioactive seeds are inserted into the prostate. External radiotherapy and brachytherapy appear to be equally effective in curing prostate cancer. Your doctor may suggest that you have hormonal therapy before or after your radiotherapy.

Men with advanced prostate cancer may be offered radiotherapy if the cancer is causing symptoms, such as pain, or if it has spread to other parts of the body, such as the bones. Radiotherapy can be very effective at relieving symptoms. This is known as **palliative radiotherapy**.

Radical radiotherapy for prostate cancer can cause side effects. You may need to pass urine more frequently or urgently, have diarrhoea and problems getting an erection. These side effects will be explained to you before you start treatment.

We have more information in your language about how radiotherapy is planned and given, and some side effects you may have.

Hormonal therapy

Hormones help to control how cells grow and what they do in the body. Prostate cancer depends on the hormone testosterone to grow. This is produced by the testicles. Hormonal therapies either reduce the amount of testosterone in the body or block the cancer cells from connecting with the hormone. They can be given as injections or tablets.

In men with early prostate cancer, hormonal therapy may be given on its own for men who aren't well enough for surgery or radiotherapy. It may also be given to men who have been monitored using watchful waiting and whose cancer has started to progress. Hormonal therapy may also be given before a course of radiotherapy.

In men with locally advanced prostate cancer hormonal therapy is given before radiotherapy (called neo-adjuvant therapy) as it can make radiotherapy more effective. It is sometimes given after radiotherapy (adjuvant therapy) to reduce the risk of the cancer coming back. Hormonal therapy can also be given as a treatment on its own.

Hormonal therapy is the main treatment for men with advanced prostate cancer. It can shrink the cancer, delay its growth, and reduce symptoms.

Hormonal therapies can cause side effects, such as:

- difficulty getting an erection (erectile dysfunction)
- low sex drive
- bone thinning
- hot flushes and sweating
- breast swelling and tenderness
- weight gain
- thinning of the bones
- heart problems.

Chemotherapy

Chemotherapy is a treatment that uses anti-cancer (cytotoxic) drugs to destroy cancer cells. In advanced prostate cancer, it's used to treat cancer that is no longer being controlled by hormonal therapy.

It aims to shrink and control the cancer, and relieve symptoms, with the aim of prolonging a good quality of life.

We have more information in your language about how chemotherapy is given and some of the side effects you may have.

Controlling symptoms

Advanced prostate cancer may cause unpleasant symptoms, such as:

- pain
- tiredness
- constipation.

These may be relieved by treating the cancer itself. Sometimes treatments work quickly and you may feel better within a few days. Other treatments may take longer to work, so it can be a couple of weeks before you begin to feel any benefit.

Apart from treating the cancer itself, there are many other ways to help relieve symptoms. Your doctor or specialist nurse can give you more information.

Clinical trials

Cancer research trials are carried out to try to find new and better treatments for cancer. Trials that are carried out on patients are known as clinical trials. Many hospitals now take part in these trials. Speak to your doctor about current prostate cancer research.

Follow up

After your treatment has finished you will have regular check-ups and PSA blood tests. These will probably continue for many years.

Some men may see their cancer specialist while others may have a PSA test at their GP surgery. It can be useful to speak to your cancer specialist about how you will be looked after after treatment, and who you can talk to about any problems.

Coping with prostate cancer

Treatment can cause unpleasant and distressing side effects.

Sexual problems – you may not want to have sex or find it hard to get or keep an erection. This is called erectile dysfunction (ED). If you find the effect on your sex life difficult to deal with you could talk to your doctor. Doctors who deal with prostate cancer are very used to talking about these issues and will be able to give you advice. There are practical ways to help overcome ED and your nurse or doctor can give you more information. Most hospitals also have specialist nurses who you can talk to.

Urinary incontinence – this can be caused by the cancer and some treatments. There are different ways of coping with the problem. You can talk to your doctor or nurse if you are worried about this. Some hospitals have medical staff that give advice about incontinence.

Breast swelling – this can sometimes happen with the hormonal therapy bicalutamide (Casodex). Taking a low dose of another hormonal drug called tamoxifen, may prevent breast swelling. Your doctor may suggest you have a short course of low-dose radiotherapy to your breasts before you start taking bicalutamide. This often prevents any swelling and causes very few, if any, side effects.

Your feelings

You may feel overwhelmed when you are told you have cancer and have many different emotions. These can include anger, resentment, guilt, anxiety and fear. These are all normal reactions and are part of the process many people go through in trying to come to terms with their illness. There is no right or wrong way to feel. You'll cope with things in your own way.

More information in your language

- Breast cancer fact sheet
- Chemotherapy fact sheet
- Claiming benefits fact sheet
- Large bowel cancer fact sheet
- Lung cancer fact sheet
- Radiotherapy fact sheet
- Side effects of cancer treatment fact sheet
- Surgery fact sheet
- What you can do to help yourself fact sheet

This fact sheet has been written, revised and edited by Macmillan Cancer Support's Cancer Information Development team. It has been approved by our medical editor, Dr Tim Iveson, Consultant Clinical Oncologist.

With thanks to Bruce Turner, Uro-Oncology Nurse Practitioner; Paula Allchorne, Prostate Survivorship Clinical Project Manager; and the people affected by cancer who reviewed this fact sheet.

We have used information from many reliable sources to write this fact sheet. These include:

- DeVita, et al. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 8th Edition. 2008. Lippincott Williams and Wilkins.
- Hogle, W. *Prostate Cancer*. 2009. Oncology Nursing Society.
- Kirby R, et al. *Prostate Cancer: Principles and Practice*. 2006. Taylor and Francis.
- The British Association of Urological Surgeons. Guidance for managing Prostate Cancer. www.baus.org.uk (accessed July 2011).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Prostate cancer: Diagnosis and treatment. www.nice.org.uk (accessed July 2011).
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer. 2011.

We make every effort to ensure that the information we provide is accurate but it should not be relied upon to reflect the current state of medical research, which is constantly changing. If you are concerned about your health, you should consult your doctor. Macmillan cannot accept liability for any loss or damage resulting from any inaccuracy in this information or third-party information such as information on websites to which we link.

© Macmillan Cancer Support 2014. Registered charity in England and Wales (261017), Scotland (SC039907) and the Isle of Man (604). Registered office 89 Albert Embankment, London SE1 7UQ.

