



นิพนธ์ต้นฉบับ



Knowledge and perception about prostate cancer risks and screening program in Thai male with positive family history of prostate cancer.

Piya Innachit M.D., Julin Opanuraks M.D.,
Kriangsak Prasopsanti M.D.

Abstract

Purpose: To assess the perception of prostate cancer risk and knowledge of existing prostate cancer screening program in high risk Thai male with familial history of prostate cancer.

Methods: By questionnaire and interviewing Thai male above 40 years old who have family history of prostate cancer (first degree relative of prostate cancer patients).

Results: 62 Thai males, first degree relative of prostate cancer patients with age between 40 to 75 years were enrolled for evaluation of prostate cancer knowledge. Overall 67.75% of them didn't perceived about their risk factors for prostate cancer whereas 56.45% didn't know about existing of prostate cancer screening test. Only 12.9% having been screened for prostate cancer and almost all of them were reported as having PSA test, but not a digital rectal exam. 75.95% of the un-screened patients want to participate in screening program having been informed of their risk of prostate cancer, benefit and harmful of prostate cancer screening.

Conclusion: The results highlight that Thai male with a positive family history of prostate cancer didn't perceived about their risk of prostate cancer and didn't know about existing of prostate cancer screening program. The physician should concern about providing information to this high risk population.

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก ในชายไทยที่มีประวัติโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในครอบครัว

ปิยะ อินณชิต พ.บ.*, จุลินทร์ โอภาณุรักษ์ พ.บ.*,
เกรียงศักดิ์ ประสพสันติ พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากในชายไทยที่มีประวัติโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในครอบครัว

วิธีการศึกษา โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ชายไทยอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีประวัติมะเร็งต่อมลูกหมากในครอบครัวซึ่งเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ได้แก่ บุตรชาย พี่ชาย หรือน้องชาย

ผลการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก (บุตรชาย พี่ชาย น้องชาย) ทั้งหมด 62 คน จาก 35 ครอบครัว มีอายุระหว่าง 40 ถึง 75 ปี พบว่า ร้อยละ 67.75 ของผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ทราบว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่าประชากรทั่วไป ร้อยละ 56.45 ไม่ทราบข้อมูลและไม่มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 12.9 และส่วนใหญ่ได้รับการตรวจ PSA (serum prostate specific antigen) โดยมิได้รับการตรวจต่อมลูกหมากทางทวารหนัก (digital rectal examination) ร่วมด้วย ผู้เข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 75.95 ของผู้ที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองต้องการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากหลังจากทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลดีผลเสียของการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

สรุป ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในครอบครัวส่วนมากยังไม่ทราบถึงความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากของตนเอง และไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการค้นหา และวางแผนให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากแก่ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม

บทนำ

ที่ผ่านมาการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างแพร่หลาย และมีปัจจัยที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว ได้แก่ เชื้อชาติ อายุ และการมีประวัติโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในครอบครัวซึ่งประกอบด้วยระดับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และอายุเมื่อเริ่มเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากของเครือญาติ ล้วนมีผลต่อการเพิ่มปัจจัยเสี่ยง โดยหากมีญาติสายตรง เช่น บิดา พี่ชาย หรือน้องชาย เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก พบว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า และถ้ามีญาติสายตรงที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสองคนขึ้นไป หรือมีประวัติคนในครอบครัวที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากตั้งแต่อายุน้อยกว่า 55 ปี ก็จะเป็นความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากมากขึ้นเป็น 5-11 เท่า[1-3]

ในประเทศไทย มีความตื่นตัวในเรื่องการตรวจ PSA และมีการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากในประชากรทั่วไปอย่างแพร่หลาย แต่สำหรับในประชากรกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงโดยตรงดังกล่าวมักถูกมองข้ามและอาจจะยังไม่ได้รับข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับ ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมาก การศึกษานี้จึงเริ่มขึ้นจากการค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยการสอบถามประวัติครอบครัวเพื่อติดตามญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และทำการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก การตรวจคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมาก และได้มีการให้ข้อมูล คำแนะนำ ในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2551 ได้รับการชักประวัติครอบครัวเพื่อค้นหาญาติสายตรงที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ บุตรชาย พี่ชาย หรือน้องชายของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยคัดเลือกผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปเข้าร่วมการศึกษา ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย อายุ ความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก และประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 62 คน จากครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก 35 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุระหว่าง 40 ถึง 75 ปี แบ่งตามกลุ่มอายุแสดงในตารางที่ 1 โดยระดับความสัมพันธ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ได้แก่ เป็นบุตรชาย 48 คน น้องชาย 10 คน และเป็นพี่ชาย 2 คน ในจำนวนนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ที่มีประวัติเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่าหนึ่งคนอยู่ 2 ครอบครัว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงอายุของผู้เข้าร่วมการศึกษา

อายุ	จำนวน
40 - 49	33 คน
50 - 59	21 คน
60 - 69	7 คน
70 ปีขึ้นไป	1 คน (อายุ 75 ปี)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

ความสัมพันธ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก	จำนวน
บุตรชาย	48
น้องชาย	10
พี่ชาย	2
มีสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่าหนึ่งคน	2

ผลการศึกษา

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรู้ การรับทราบถึงปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ 54.83 ไม่ทราบว่าโรคต่อมลูกหมากเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ ร้อยละ 67.75 ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่าประชากรทั่วไป ร้อยละ 56.45 ไม่ทราบว่ามีการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

ประวัติการได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

มีผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงร้อยละ 12.9 ที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก และส่วนใหญ่ ได้รับการตรวจเพียงแค่ PSA โดยไม่ได้รับการคลำต่อมลูกหมากทางทวารหนัก (ตารางที่ 3)

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ประกอบด้วยธรรมชาติการดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง วิธีการและข้อดีข้อเสียของการตรวจคัดกรอง พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ 75.95 ของผู้ที่ไม่เคยรับการตรวจคัดกรอง ต้องการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากตามข้อแนะนำที่เหลือส่วนน้อยยังไม่ตัดสินใจและต้องการข้อมูลเพิ่มเติม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงและการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

ข้อมูลที่ทำการศึกษา	ผลการศึกษา	
ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์	ทราบ 28 คน (45.16%)	ไม่ทราบ 34 คน (54.84%)
ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีปัจจัยเสี่ยงในการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่าประชากรทั่วไป	ทราบ 20 คน (32.25%)	ไม่ทราบ 42 คน (67.75%)
ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า มีการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก	ทราบ 27 คน (43.55%)	ไม่ทราบ 35 คน (56.45%)
• ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจความหมายของ การตรวจคัดกรอง	เข้าใจ 20/27 (74%)	ไม่เข้าใจ 7/27 (26%)
• ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก	ทราบ 19/27 (70.38%)	ไม่ทราบ 8/27 (29.62%)
ผู้เข้าร่วมวิจัยเคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก	เคย 8 คน (12.90%)	ไม่เคย 54 คน (87.10%)
• ได้รับการตรวจ PSA อย่างเดียว	6 คน	
• ได้รับการตรวจ PSA ร่วมกับ DRE*	2 คน	
• ได้รับการตรวจ DRE อย่างเดียว	-	

* Digital rectal examination

ตาราง 4 ความสนใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากของผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง

ความสนใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก หลังจากรับทราบข้อมูลจากผู้วิจัย		
ต้องการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก	41	75.95%
ยังไม่ตัดสินใจ ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ผลดีและผลเสีย	13	24.05%
อื่นๆ ในระยะยาว, ค่าใช้จ่ายในการตรวจ		

วิจารณ์

ผลการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการตรวจคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมากในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยทำการค้นหาผู้ที่มีประวัติมะเร็งต่อมลูกหมากในครอบครัวพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยเฉพาะเรื่องปัจจัยเสี่ยงและความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมาก มีผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนน้อยเท่านั้น ที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก และในจำนวนนี้ส่วนมากได้รับการตรวจคัดกรองเพียงแค่การเจาะเลือดหาค่า PSA โดยไม่ได้รับการตรวจทางทวารหนักซึ่งถือว่าการตรวจที่มีความจำเป็นโดยต้องใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันจึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด

ผลการศึกษาที่ได้จึงสะท้อนให้เห็นถึงการขาดการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอแก่กลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงจากผู้เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น แพทย์ผู้ให้การรักษาและบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล จะเห็นได้ว่าหลังจากทำการประเมินความรู้ความเข้าใจ ผู้วิจัยได้ทำการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติการดำเนินโรคของต่อมลูกหมาก ปัจจัยเสี่ยงและผลดีผลเสียของการตรวจคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งผู้เข้าร่วมศึกษาส่วนมาก (ร้อยละ 75.95 ของผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง) มีความตระหนักและต้องการที่จะทำการตรวจคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมาก ผู้เข้าร่วมศึกษาส่วนที่เหลือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณา เช่น ข้อดี ข้อเสีย และค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง

ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และ อายุเมื่อเริ่มเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยหากพบสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากตั้งแต่อายุต่ำกว่า 55 ปี ก็จะมีโอกาสเสี่ยงสูงขึ้น ญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากนอกจากจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่าประชากรทั่วไปแล้วยังมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากในช่วงอายุน้อยกว่าประชากรทั่วไป[1-3]

โรคมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้นมักไม่แสดงอาการ การตรวจคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมากโดยการตรวจทางทวารหนัก (digital rectal examination) ร่วมกับการตรวจเลือดหาค่า prostate-specific antigen PSA เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและช่วยให้ตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะต้นซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้มากกว่าการตรวจ

วินิจฉัยเมื่อรอให้เกิดอาการของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก[4] แม้ว่าในขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาที่ให้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากโดยการตรวจค่า PSA ในประชากรทั่วไปที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จะสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากได้[5,6] แต่ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ผู้ที่มีประวัติมะเร็งต่อมลูกหมากในครอบครัวโดยเฉพาะเมื่อมีญาติสายตรง เช่น บิดา พี่ชาย เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากที่เป็นที่ยอมรับทั่วกัน โดยมีข้อแนะนำให้เริ่มทำการตรวจคัดกรองตั้งแต่อายุ 40 หรือ 45 ปีขึ้นไป[7-9]

สำหรับแนวทางการตรวจคัดกรองและค่ามาตรฐานของการตรวจ PSA ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันอ้างอิงจากแนวทางของต่างประเทศ เช่น ทางยุโรปหรือในอเมริกา เนื่องจากข้อมูลที่ใช้อ้างอิงดังกล่าวเป็นการศึกษาจากประชากรทางประเทศตะวันตกซึ่งมีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่าชาวเอเชียมา ดังนั้นแนวทางการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม เช่น อายุที่สมควรเริ่มตรวจคัดกรอง รวมทั้งค่ามาตรฐาน PSA ที่จะใช้สำหรับประชากรในประเทศไทยจะเป็นอย่างไรคงยังไม่สามารถให้คำตอบที่แน่นอนเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาใดๆภายในประเทศที่ใช้อ้างอิงได้ว่าอุบัติการณ์โรคมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ที่มีประวัติครอบครัวในประเทศไทยเป็นอย่างไรและเริ่มเป็นที่อายุเท่าไร จึงยังคงต้องยึดตามแนวทางการตรวจคัดกรองของต่างประเทศที่มีอยู่ในปัจจุบันคือแนะนำให้ผู้ที่มีประวัติมะเร็งต่อมลูกหมากในครอบครัวเริ่มทำการตรวจคัดกรองตั้งแต่อายุ 40 ปี ซึ่งต่างจากประชากรทั่วไปที่แนะนำให้เริ่มตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากที่อายุ 50 ปี และนอกจากนี้ในบาง guideline ยังใช้ค่ามาตรฐานสำหรับ PSA ที่ใช้เป็นข้อบ่งชี้ในการตรวจชิ้นเนื้อหามะเร็งต่อมลูกหมาก ที่ต่ำกว่าค่าปกติสำหรับประชากรทั่วไป[10-12]

สิ่งที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากควรตระหนักคือ การค้นหาบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น บุตรชาย หรือบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในเครือญาติเช่น พี่ชาย น้องชายของผู้ป่วย และการให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างครบถ้วนทั้งในเรื่องธรรมชาติการดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง และควรให้คำแนะนำถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. Steinberg GD, Carter BS, Beaty TH, Childs B, Walsh PC. Family history and the risk of prostate cancer. **Prostate** 1990; 17: 337-47.
2. Carter BS, Bova GS, Beaty TH, Steinberg GD, Childs B, Isaacs WB, et al. Hereditary prostate cancer: epidemiologic and clinical features. **J Urol** 1993; 150: 797-802.
3. Whittemore AS, Wu AH, Kolonel LN, John EM, Gallagher RP, Howe GR, et al. Family history and prostate cancer risk in Black, White, and Asian Men in the United States and Canada. **Am J Epidemiol** 1995; 141: 732-40.
4. Arcangeli CG, Ornstein DK, Keetch DW. Postate-specific antigen as a screening test for prostate cancer: the United States experience. **Urol Clin North Am** 1997; 24: 299-306.
5. de Koning HJ, Liem MK, Baan CA. ERSPC. Prostate cancer mortality reduction by screening: power and time frame with complete enrollment in the European Randomised Screening for Prostat Cancer(ERSPC) trial. **Int J Cancer** 2002; 98: 268-73.
6. Gohagan JK, Prorok PC, Hayes RB, Kramer BS. The prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer screening trial of the national cancer institute: history, organization, and status. **Control Clin Trials** 2000; 21: 251S-72S.
7. Eeles RA, Dearnaley DP, Arden-Jones A, Shearer RJ, Easton DF, Ford D, et al. Familial prostate cancer: The evidence and the Cancer Research Campaign/British Prostate Group (CRC/BPG) UK Familial Prostate Cancer Study. **Br J Urol** 1997; 79 (suppl 1): 8-14.
8. Catalona WJ, Antenor JA, Roehl KA, Moul JW. Screening for prostate cancer in high risk populations. **J Urol** 2002; 168: 1983-4.
9. Bratt O. Hereditary prostate cancer: Clinical aspects. **J Urol** 2002; 168: 906-13.
10. Thompson I, Carroll P, Coley C, et al. Prostate-specific antigen (PSA) best practice policy. **American Urological Association. Oncology** 2000; 14: 267.
11. Cormier L, Kwan L, Reid K, et al. Knowledge and beliefs among brothers and sons of men with prostate cancer. **Urology** 2002; 59: 895-900.
12. Bratt O, Damber JE, Emanuelsson M, Kristoffersson U, Lundgren R, Olsson H, et al. Risk perception, screening practice and interest in genetic testing among unaffected men in families with hereditary prostate cancer. **Eur J Cancer** 2000; 36: 235-41.