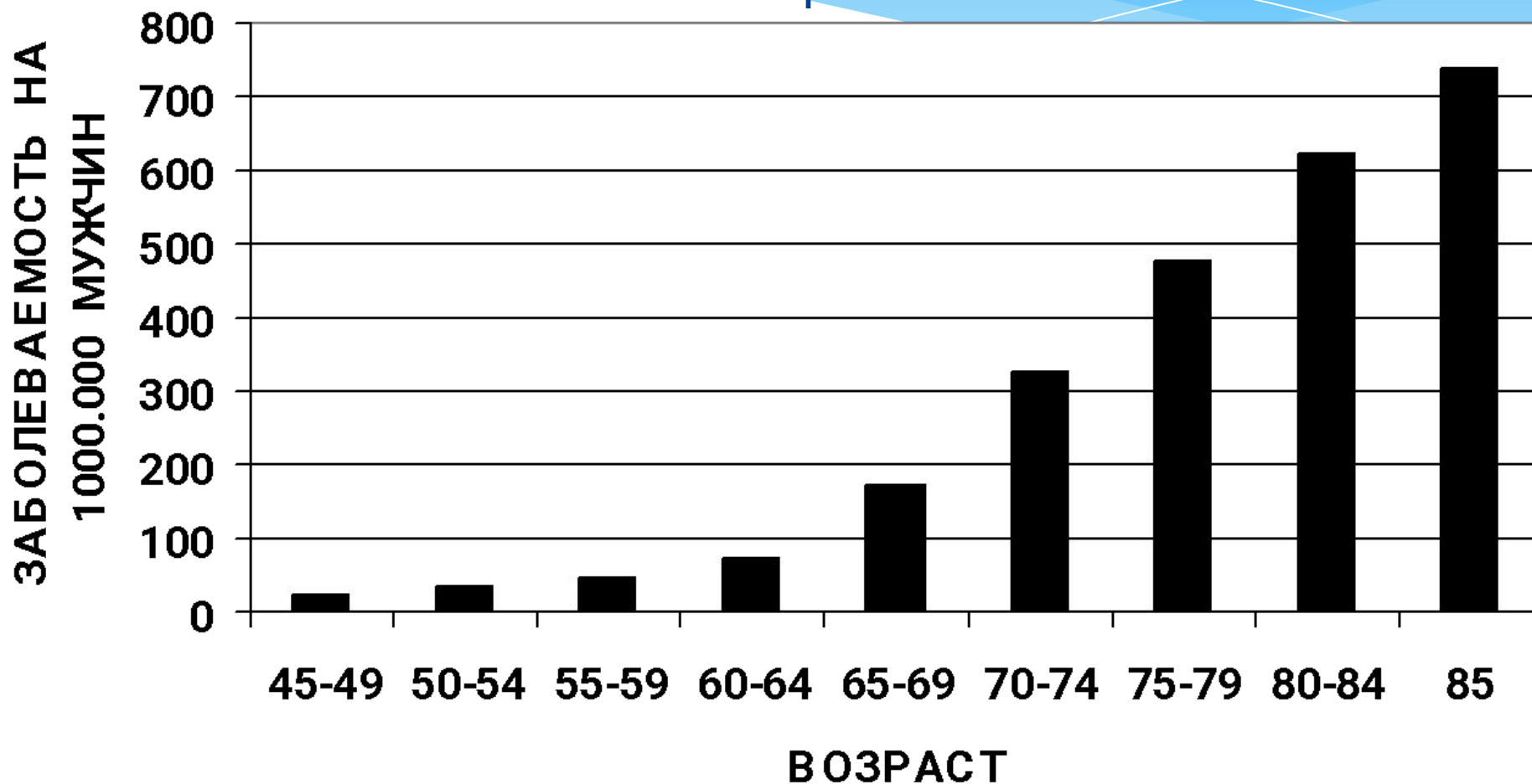


Рак предстательной железы

Скачать готовые [презентации по онкологии](#)

Факторы риска

Заболеваемость раком предстательной железы
в зависимости от возраста

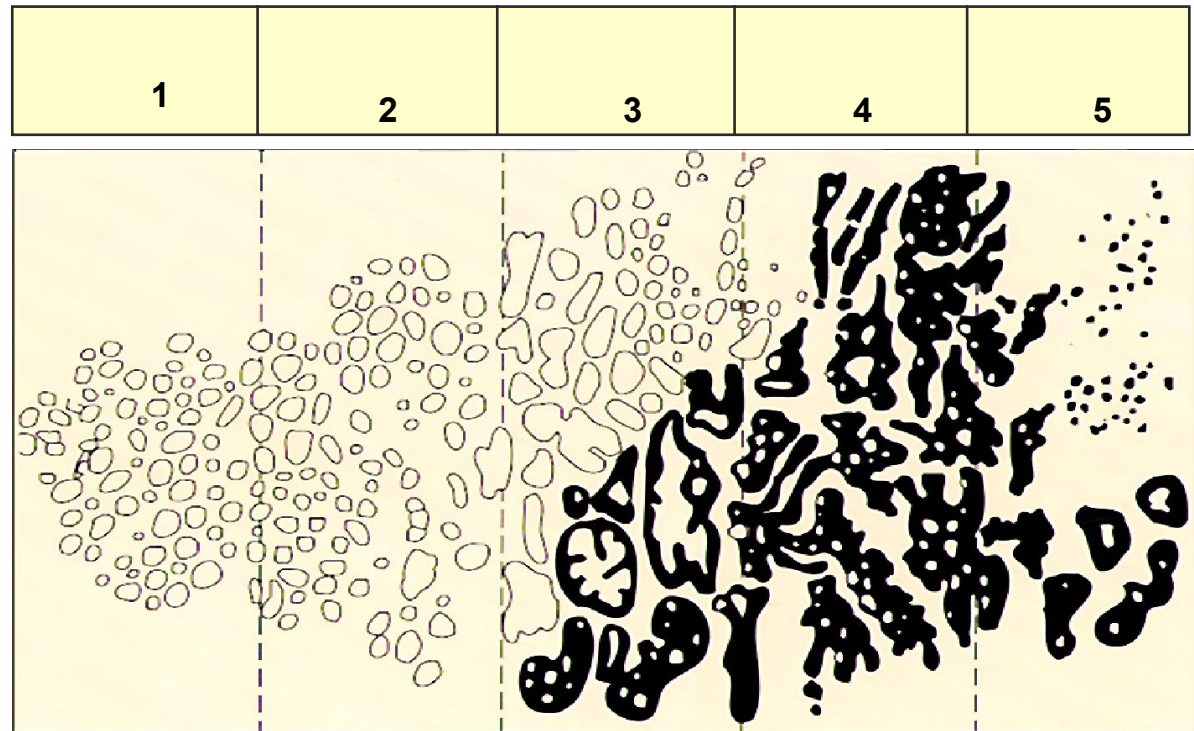


Факторы риска

- * Наследственная предрасположенность (риска в 8 раз у родственников больных)
- * Факторы питания
 - животные жиры
 - ретинол
 - β - каротин
- * Профвредности
 - кадмий
 - резиновая промышленность
- * Инфекционные факторы
 - вирусы гепатита
 - цитомегаловирус
 - вирус простого герпеса

Шкала Глисона

- показатель Глисона – сумма двух наиболее часто встречающихся градаций
- шкала Глисона сопоставима со значением G
 - G1- показатель Глисона менее 4
 - G2 – от 5 до 7
 - G3 – более 7



Классификация TNM (2009)

T – первичная опухоль

Tx	Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
To	Первичная опухоль не определяется
T1	Клинически не определяемая опухоль, непальпируемая и невидимая при визуализации (невизуализируемая)
T1a	Опухоль, случайно выявленная при патоморфологическом исследовании не более чем в 5% удаленной ткани
T1b	Опухоль, случайно выявленная при патоморфологическом исследовании в более 5% удаленной ткани
T1c	Опухоль занимает обе доли предстательной железы
T2	Опухоль локализована в предстательной железе ¹
T2a	Опухоль занимает не более половины одной доли предстательной железы
T2b	Опухоль занимает более половины одной доли предстательной железы, но не распространяется на 2-ю долю
T2c	Опухоль занимает обе доли предстательной железы
T3	Опухоль прорастает за пределы капсулы предстательной железы ²
T3a	Экстракапсулярное распространение (1-стороннее или 2-стороннее), включая микроскопическое прорастание в шейку мочевого пузыря
T3b	Опухоль прорастает в один или оба семенных пузырька
T4	Опухоль прикрепляется к окружающим тканям (распространяется на окружающие ткани), помимо семенных пузырьков (к наружному сфинктеру, прямой кишке, мышцам, поднимающим задний проход, и/или передней брюшной стенке), или прорастает в них

N – Регионарные лимфатические узлы³

Nx	Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
No	Метастазы в регионарных лимфатических узлах отсутствуют
N1	Метастазы в регионарных лимфатических узлах

M – Отдаленные метастазы⁴

Mx	Недостаточно данных для оценки отдаленных метастазов
Mo	Отдаленные метастазы отсутствуют
M1	Отдаленные метастазы
M1a	Метастазы в 1 или более нерегионарных лимфатических узлах
M1b	Метастазы в кости (-ях)
M1c	Метастазы в других тканях и органах

Клинические проявления

- * Симптомы первичной опухоли
 - симптомы инфравезикальной обструкции
 - боль в пояснице, олигурия, анурия
 - гематурия
 - недержание мочи
 - боль в промежности, над лоном
 - запор, тенезмы, прямокишечное кровотечение
 - импотенция
- * Симптомы метастазов
 - боль в костях, парезы (мтс в кости)
 - отеки нижних конечностей (мтс в лимфоузлы таза)
 - лихорадка, повышение трансаминаз (мтс в печень)

Диагностика

- * Ректальное исследование
- * ПСА
- * ТРУЗИ + биопсия
- * КТ
- * МРТ
- * УЗИ органов брюшной полости,
забрюшинного пространства, таза
- * Рентгенография легких
- * Радиоизотопное исследование
- * костей

оценка стадии
T

оценка стадии
N

оценка стадии
M

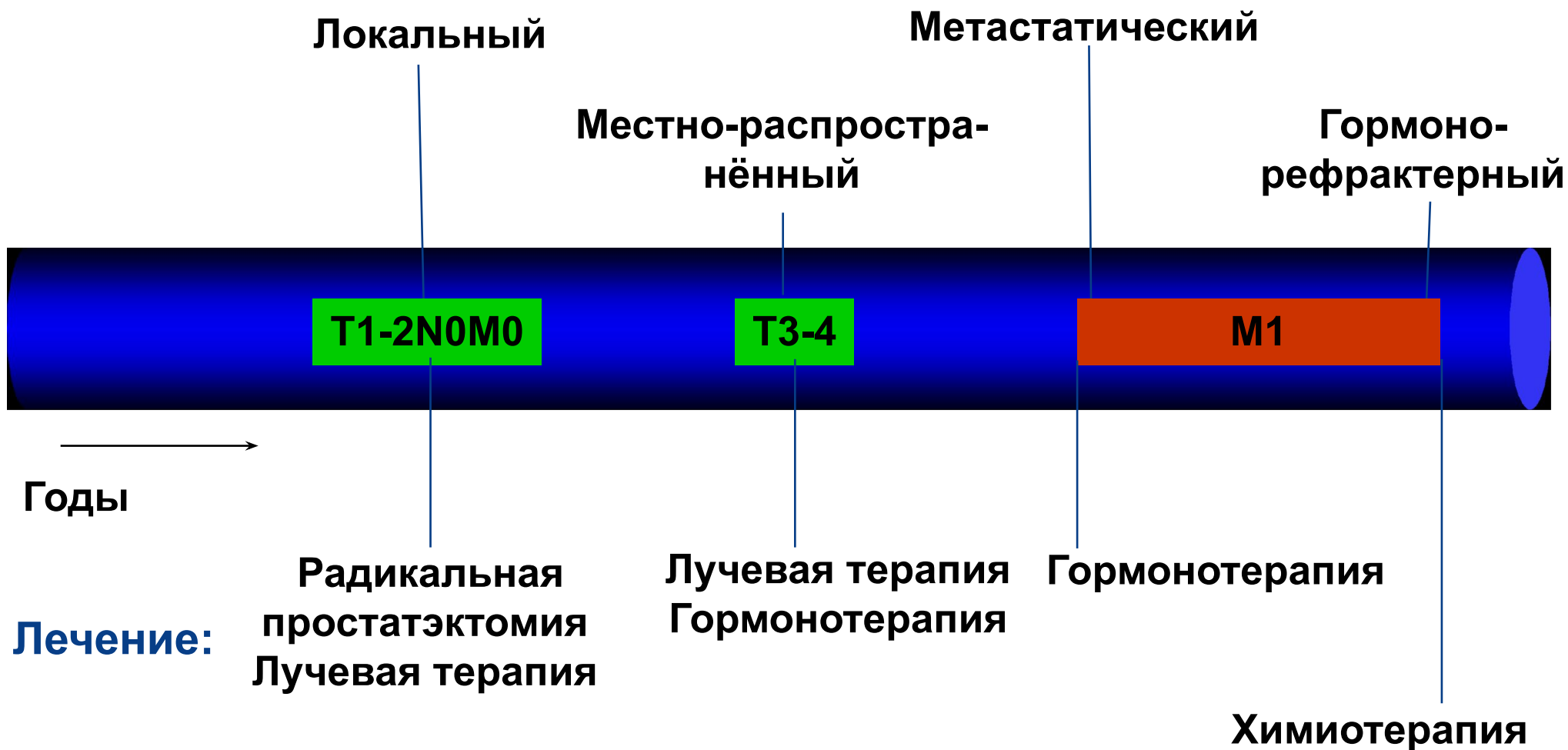
Простатический специфический антиген (нГ/мл)

- * ПСА – гликопротеин клеток простаты, разжижающий эякулят
- * $N < 4$ нГ/мл
- * Повышается при ДГПЖ, простатите, после ПРИ, ТУР
- * Зависит от возраста

Возраст	Среднее значение	Границы среднего	Рекомендуемый предел
40-49	0,7	0,5-1,1	2,5
50-59	1,0	0,6-1,4	3,5
60-69	1,4	0,9-3,0	4,5
70-79	2,0	0,9-3,2	6,5

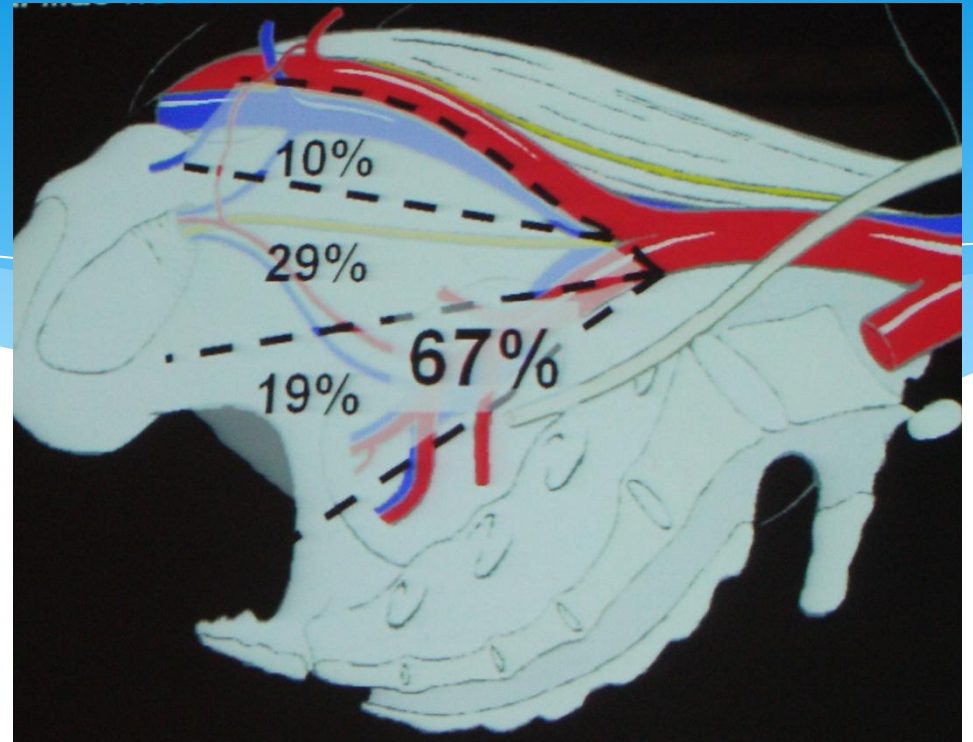
Лечение

Течение болезни:



Стадия T1-2c: радикальная простатэктомия

- * Удаление простаты, семенных пузырьков, тазовая ЛАЭ
- Ограниченная ЛАЭ – стандарт, нужна для стадирования N
- * Расширение границ ЛАЭ – при риске N+ по номограммам (pN+ 12%)
- * По данным расширенных ЛАЭ - pN+ 26%
- * Расхождение данных с номограммами Partin
 - Глисон 2-4 – 0%
 - Глисон 5-10 – 20-40%



Ограниченная ЛАЭ	Расширенная
наружные подвздошные, запираательные	общие, наружные, внутренние подвздошные, запираательные, пресакральные
0-0,3% осложнений	лимфоцеле, лимфоррея, тромбоз
риск оставления N+	больше число удаленных лимфоулов
стадирование	улучшение прогноза?
Глисон <5, ПСА < 10 нг/мл	при Глисон >4, любой ПСА

Осложнения радикальной простатэктомии

Осложнения	Частота
ранение прямой кишки	0,6-2,9%
ранение мочеточника	0-0,2%
стриктура анастомоза	0-8,7%
лимфоцеле	0-0,2%
недержание мочи	0,8-3%
ТЭЛА	0,6-1,4%
инфаркт миокарда	0,4-0,7%
летальность	0,3%

Выживаемость после радикальной простатэктомии

Выживаемость	10-лет (%)	15-лет (%)
Специфическая		
T1	95	85
T2a	90	84
T2в-с	88	79
Без клинического рецидива		
T1	90	80
T2a	75	62
T2в-с	67	58
Без биохимического рецидива (ПСА<0,2нг/мл)		
T1	70	62
T2a	56	43
T2в-с	47	37

Стадия T1-2c: лучевая терапия

- * Отказ от выполнения хирургического вмешательства
- * Противопоказана простатэктомия,
- * Ожидаемая продолжительность жизни >5-10 лет
- * Виды лучевой терапии
 1. Дистанционная (до СОД 72-86 Гр)
 2. Контактная (с использованием постоянных или временных источников)
 3. Сочетанная (сочетание дистанционной и контактной лучевой терапии)
- * Результаты выживаемости сопоставимы с хирургическим лечением

Стадия Т3-4, N+ лучевая терапия

- * Основной метод локального контроля
- * Сочетание с гормонотерапией улучшает результаты лечения
- * Виды лучевой терапии
 1. Дистанционная (до СОД 72-86 Гр)
 2. Сочетанная (сочетание дистанционной и контактной лучевой терапии)
- * 10-летняя общая выживаемость достигает 40-50%.

Лечение метастатического рака простаты

- * Рак предстательной железы – гормонально-зависимая опухоль
- * Три популяции клеток
 1. гормонально-чувствительные
 - апоптоз при андрогенной депривации
 2. гормонально-зависимые
 - фаза G₀ клеточного цикла при андрогенной депривации
 3. гормонально-нечувствительные
- * Единственный эффективный метод лечения распространенного рака простаты – андрогенная аблация

Андрогены

Андрогены синтезируются из холестерина

Надпочечники: холестерол → → андростендион → тестостерон

- регулируется АКТГ

Яички: холестерол → → тестостерон → дигидротестостерон

- регулируется ЛГ

* Циркуляция

95% тестостерона – из яичек; 5% - из надпочечников

98% тестостерона связано с протеинами (SHBG, альбумин, CBG)

2% тестостерона свободно

дигидротестостерон 10х наиболее низкая концентрация тестостерона

дигидротестостерон в 1.5 – 2 раза активнее тестостерона

* Андрогенная аблация

Снижение уровня циркулирующего тестостерона на 90 – 95%

Снижение интрапростатического дигидротестостерона на 30 – 40%

Показания к гормонотерапии при раке предстательной железы

- * Локализованный рак простаты, группа высокого риска
 - * ПСА > 10 нг/мл + Глисон ≥ 7
 - * Глисон 8-10 независимо от Т и ПСА
 - * ПСА > 20 нг/мл независимо от Т и Глисона
 - * T₂C-T₄, N₀, N₊
- * Повышение ПСА после радикальной простатэктомии и/или лучевой терапии
- * Местно-распространенный рак простаты (T₃-4N_xM₀)
- * Наличие метастазов

Виды гормонотерапии при раке простаты

- * Орхэктомия
- * ЛГРГ агонисты
- * ЛГРГ антагонисты
- * Антиандрогены
 - * Стероидные
 - * Нестероидные
- * Блокаторы синтеза андрогенов
- * Эстрогены
- * Другие
 - * Кетоконазол
 - * Спиринолактон
 - * Аминоглутетемид
 - * Кальцитриол
 - * Аналоги соматостатина
 - * Финастерид

Методы андрогенной депривации

- * Кастрация
 - * Медикаментозная: ЛГРГ агонисты и антагонисты
 - * Хирургическая
- * Максимальная андрогенная блокада
 - * Кастрация + антиандрогены (стероидные и нестероидные)
- * Монотерапия антиандрогенами (высокие дозы бикалутамида)
- * Периферическая блокада андрогенов
 - * Ингибиторы 5-альфа-редуктазы (финастерид) + антиандрогены
- * Трехмодальная терапия
 - * Кастрация + антиандрогены + финастерид

Гормоно-резистентный рак простаты

- * Селекция андроген-независимых клеток под воздействием андрогенной блокады (18-40 месяцев)
- * Гормоно-резистентный рак простаты
 - повышение ПСА в 2-3 измерениях через 2 и более недели
 - кастрационный уровень тестостерона (менее 50 нг/дл)
- * Блокаторы синтеза андрогенов (абиратерона ацетат 1000 мг в сутки)
- * Эстрогены (диэтилстильбэстрол 1 мг/сут)
- * Кетоконазол (200→400 мг/сут)
 - снижение ПСА 50-70%
- * Кортикостероиды

Химиотерапия при гормоно-резистентном раке простаты

* митоксантрон + преднизолон

- снижение интенсивности боли - 30%
- не влияет на выживаемость

* SWOG 9916, TAX 327 (2004) - преимущество доцетаксела

- снижение риска смерти с 24% до 20%
- увеличение медианы выживаемости
- увеличение времени до прогрессирования и повышения уровня ПСА
- улучшение качества жизни по сравнению с митоксантроном.

* TROPIC (2010) Кабазитаксел – новый препарат из группы таксанов

- современный стандартом лечения больных после химиотерапии доцетакселом
- на 30% уменьшает риск смерти от РПЖ по сравнению с митоксантроном

Заключение

- * Рак простаты – новообразование, которое в процессе прогрессирования проходит путь от локализованной гормонально зависимой до диссеминированной гормонально рефрактерной опухоли.
- * Адекватное стадирование – залог успеха.
- * Рациональный выбор тактического подхода позволяет добиться излечения опухолей ранних стадий, увеличить продолжительность и повысить качество жизни при диссеминированном раке простаты.
- * Тщательный мониторинг и своевременная смена режима лечения на поздних стадиях заболевания дают возможность увеличить продолжительность и улучшить качество жизни больных раком простаты.