

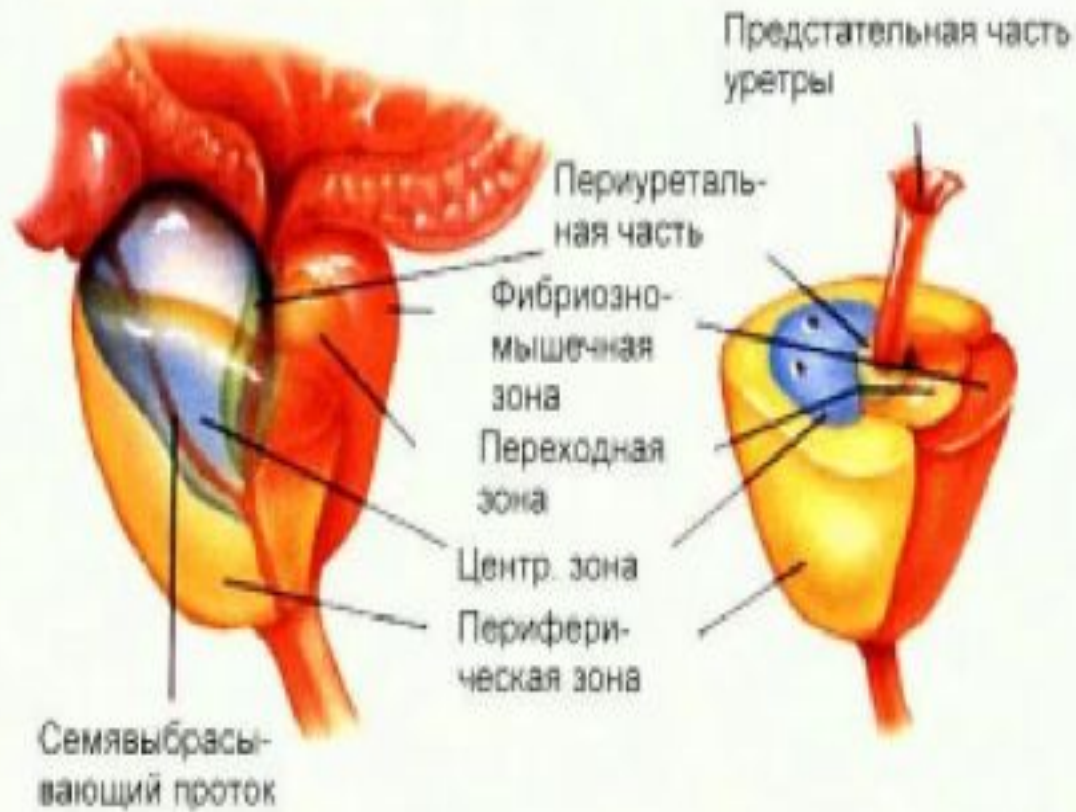
Рак предстательной железы

Выполнил студент ПИМУ 445 гр. Авакян Авет Сергеевич

Проверил доцент кафедры урологии Власов Василий Валентинович

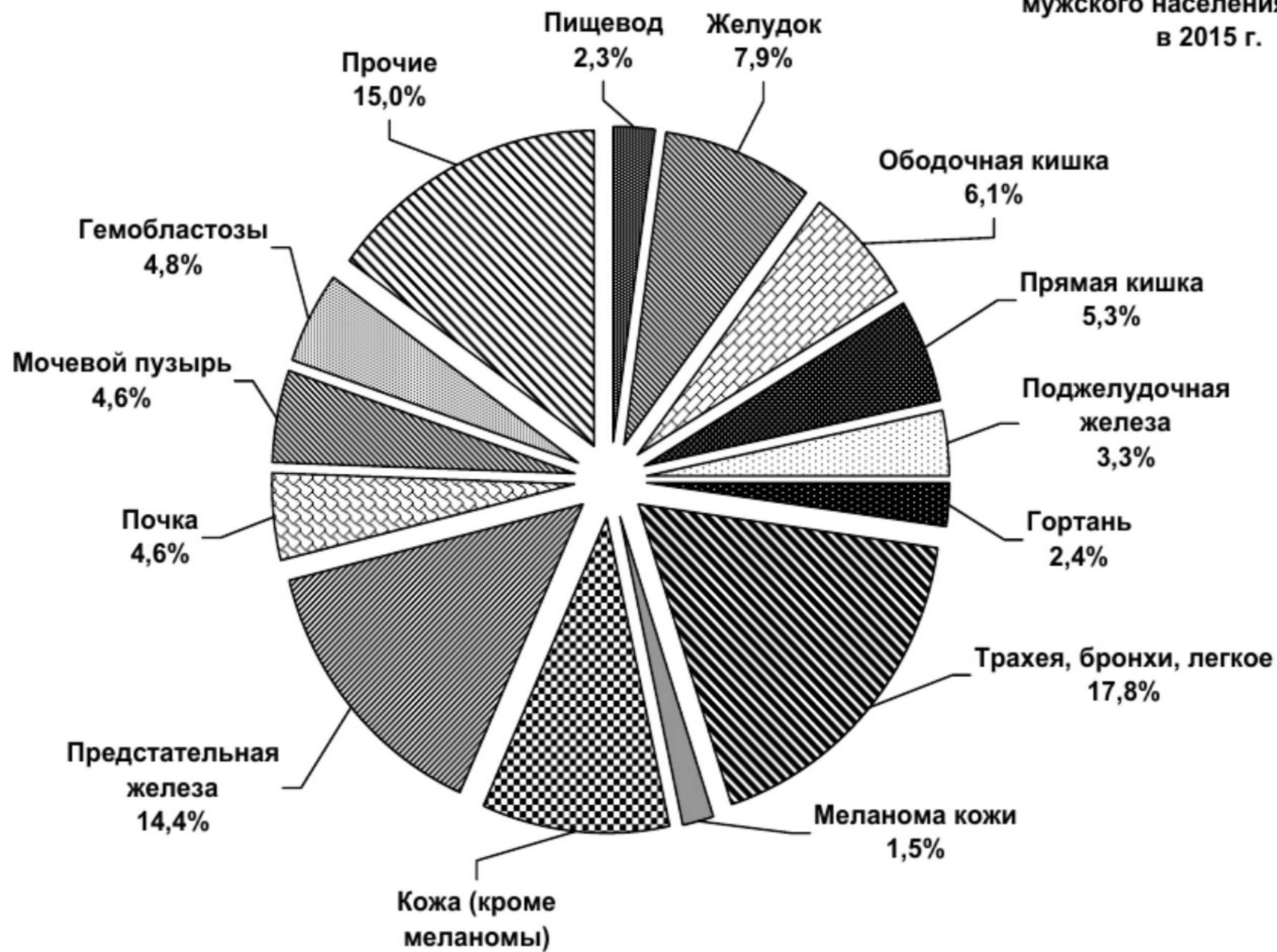
2018

Зоны предстательной железы



- Предстательная железа — самая частая локализация доброкачественных и злокачественных опухолей у мужчин.
- Дж. Мак-Нил предложил различать в предстательной железе периферическую, центральную и переходную зоны. На периферическую зону у молодых мужчин приходится 70%, на центральную — 25% и на переходную — 5% объема предстательной железы.
- Рак предстательной железы в 60-70% случаев развивается в периферической зоне, в 10—20% случаев — в переходной и в 5—10% случаев — в центральной.

Рис. 1. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России в 2015 г.



Год	Число
2005	16861
2006	18092
2007	20223
2008	22129
2009	25215

Год	Число
2010	26268
2011	28552
2012	29082
2013	31569
2014	37186
2015	38812

Абсолютное число впервые выявленных РПЖ
в России

Эпидемиология

В России 2015г.

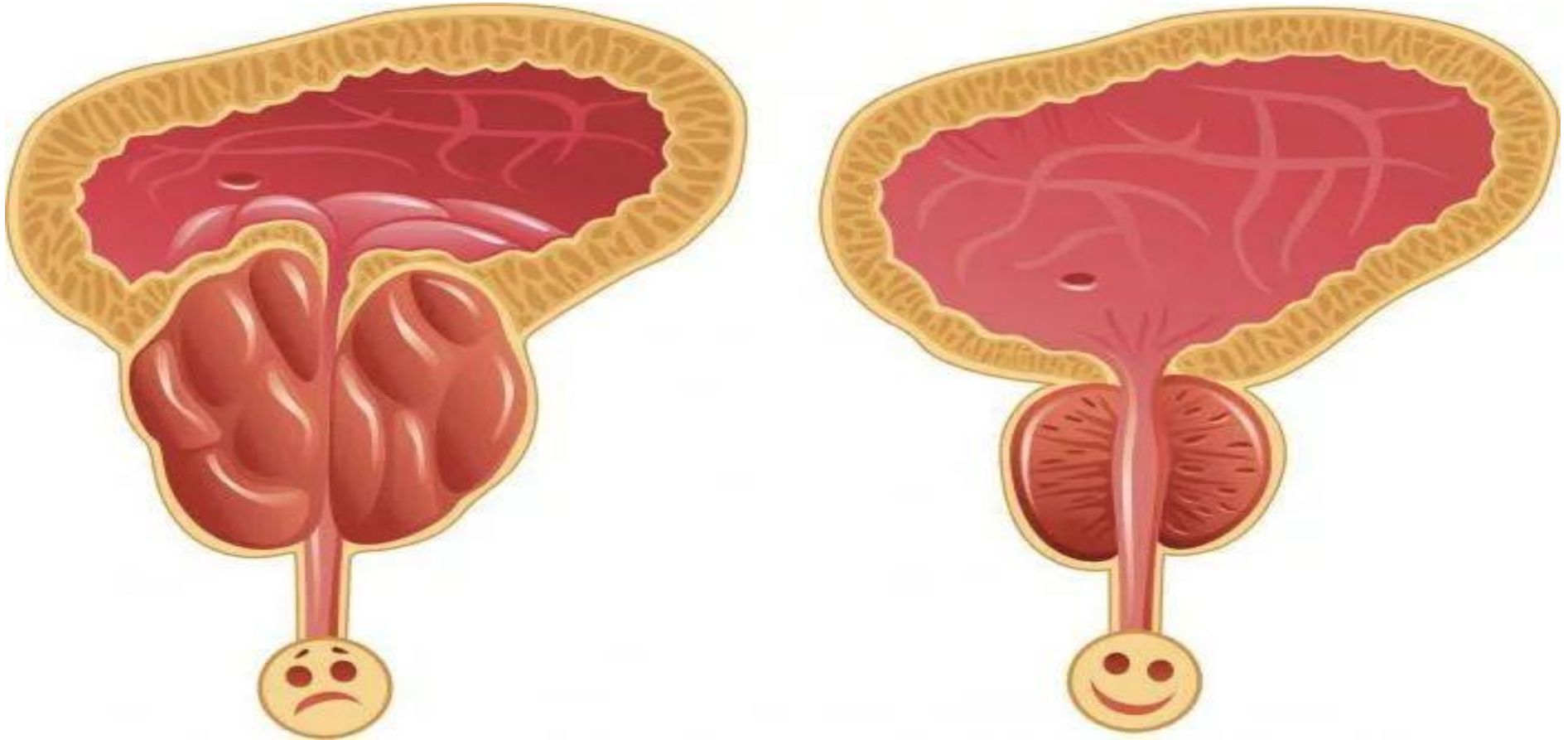
- Средний возраст пациентов с впервые выявленным РПЖ в 2015 г. 69.6 лет.
- Прирост заболеваемости за 10 лет 135.5% (с 2005 по 2015 гг.)
- Заболеваемость 40.2 на 100 тыс. населения.
- Смертность 12 на 100 тыс. населения.

Иные страны

- Самая высокая заболеваемость в Австралии/Новой Зеландии и Северной Америке и в Западной и Восточной Европе.
- Встречаемость РПЖ ниже в Восточной, Южной и Центральной Азии.
- Смертность выше в популяциях выходцев из Африки, промежуточно находится США и очень низкие показатели в Азии.

ЭТИОЛОГИЯ

- Семейный анамнез/генетические факторы
- Факторы риска.



Факторы риска

- Возраст
- Метаболический синдром
- Сахарный диабет/метформин
- Холестерин/статины
- Ожирение
- Диетические факторы
- Тестостерон
- Другие факторы

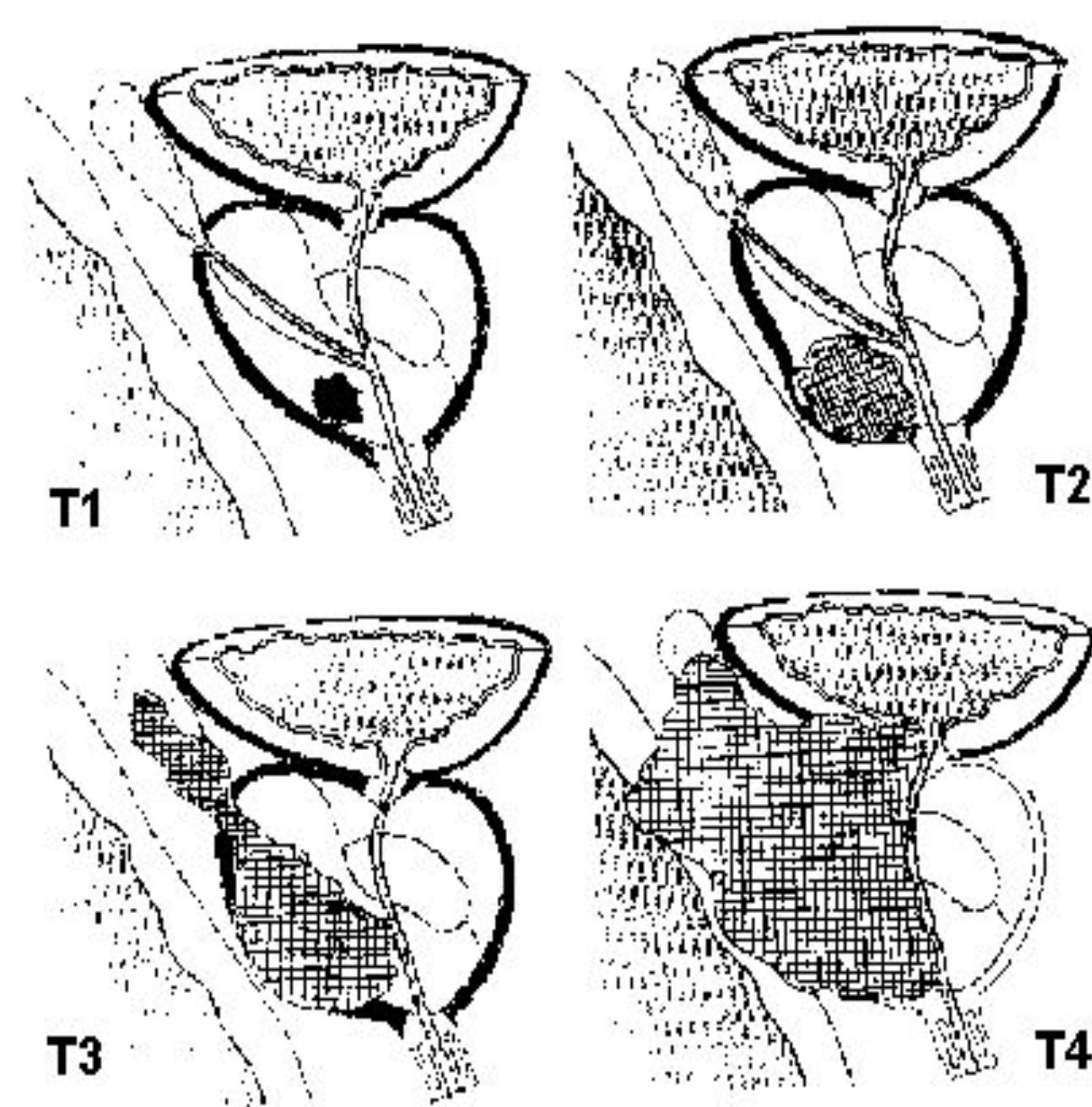
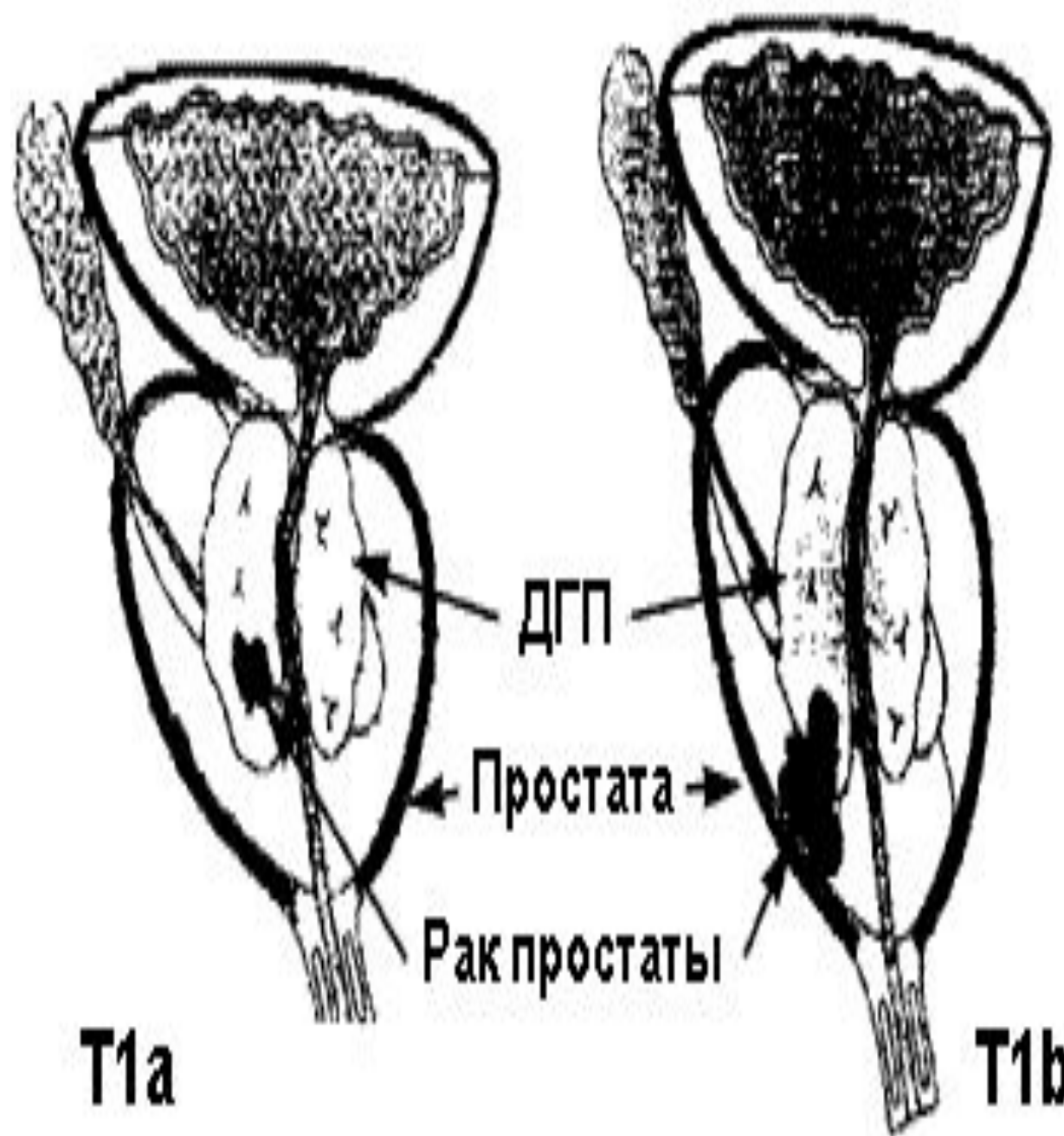
Диетические факторы

- Алкоголь
- Молочные продукты
- Жиры
- Ликопен
- Мясо
- Витамин D
- Селен/витамин E



Классификация





Классификация по системе TNM

- T — первичная опухоль
 - Tx
 - T0
 - T1: T1a, T1b, T1c
 - T2: T2a, T2b, T2c
 - T3: T3a, T3c
 - T4
- N — регионарные лимфатические узлы
 - Nx
 - N0
 - N1

- М — отдалённые метастазы

- Mx

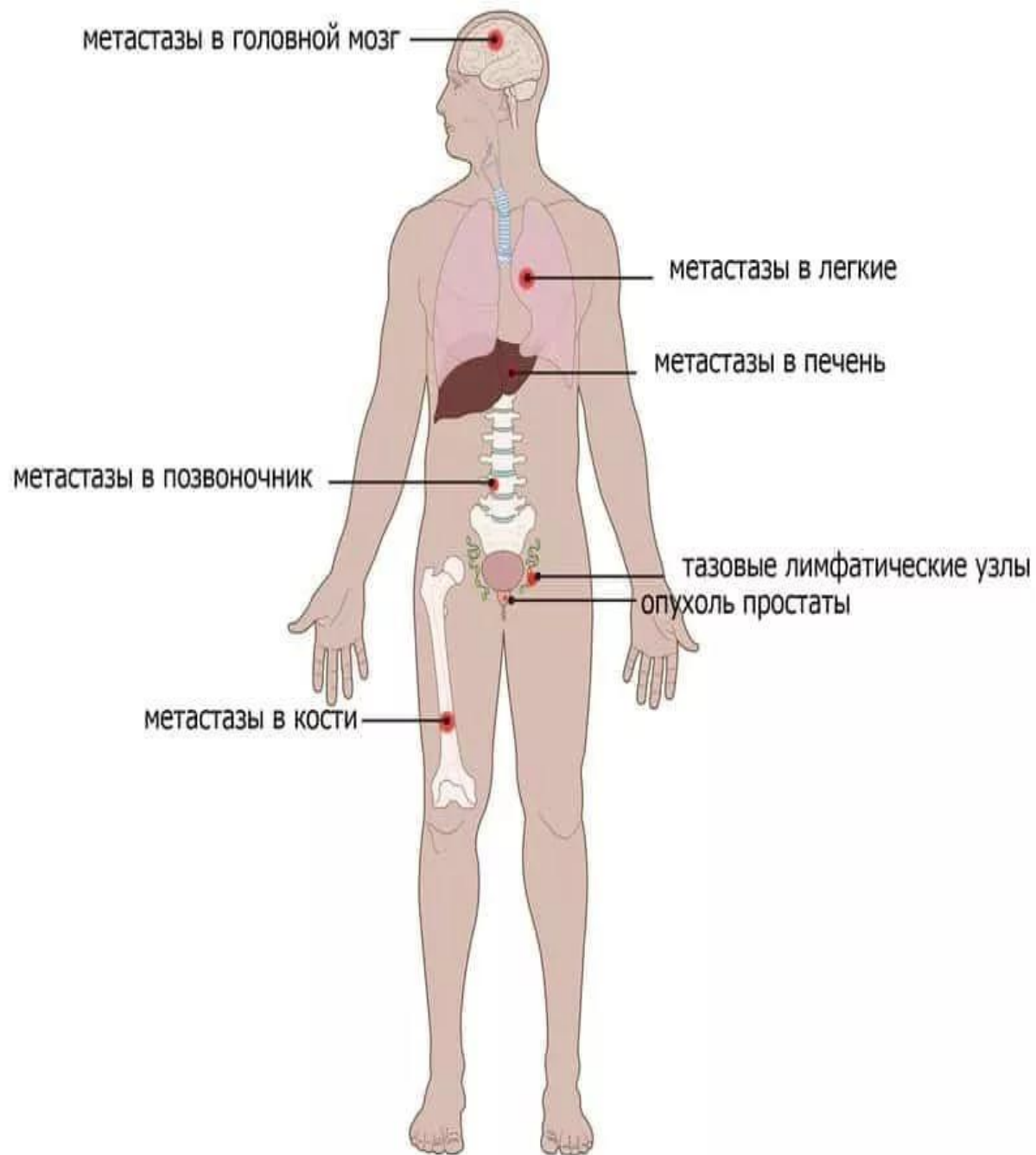
- M0

- M1

- M1a

- M1b

- M1c



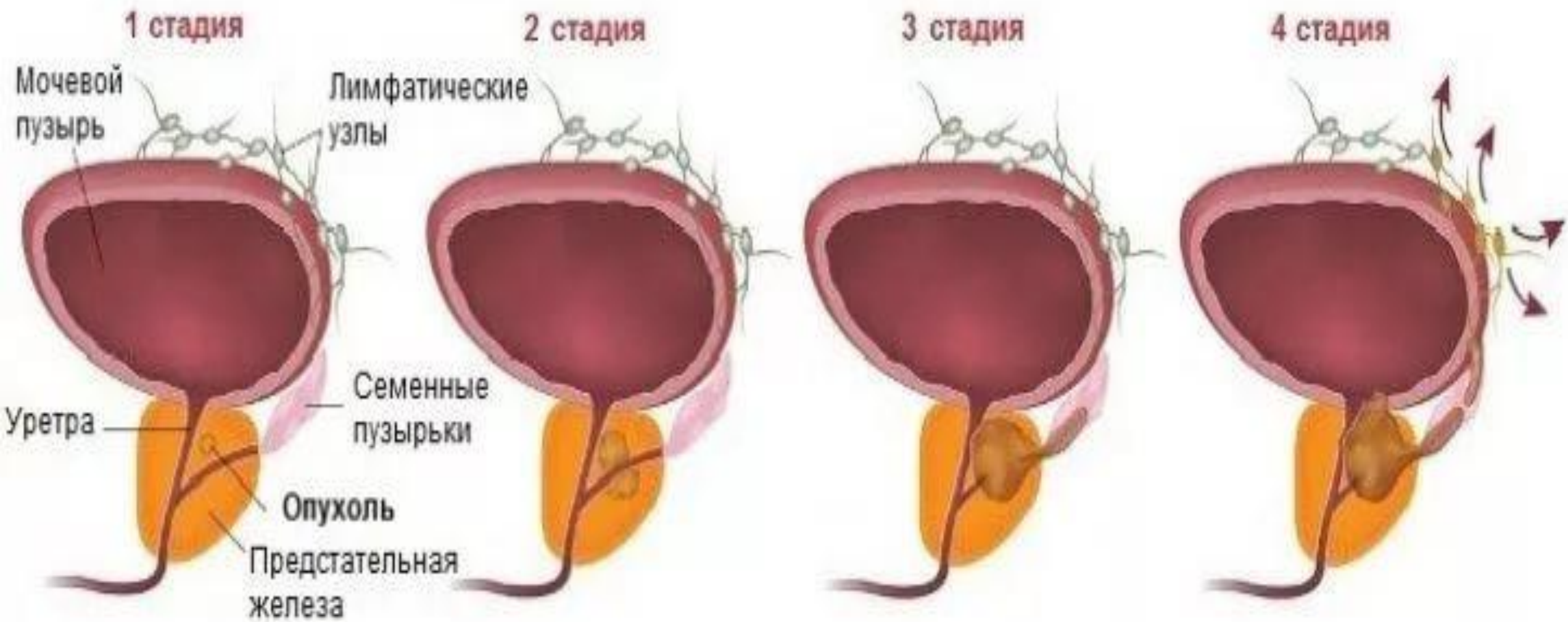
Степень дифференцировки (по классификации ВОЗ)

- GX
- G1
- G2
- G3
- G4

Морфологическая классификация РПЖ

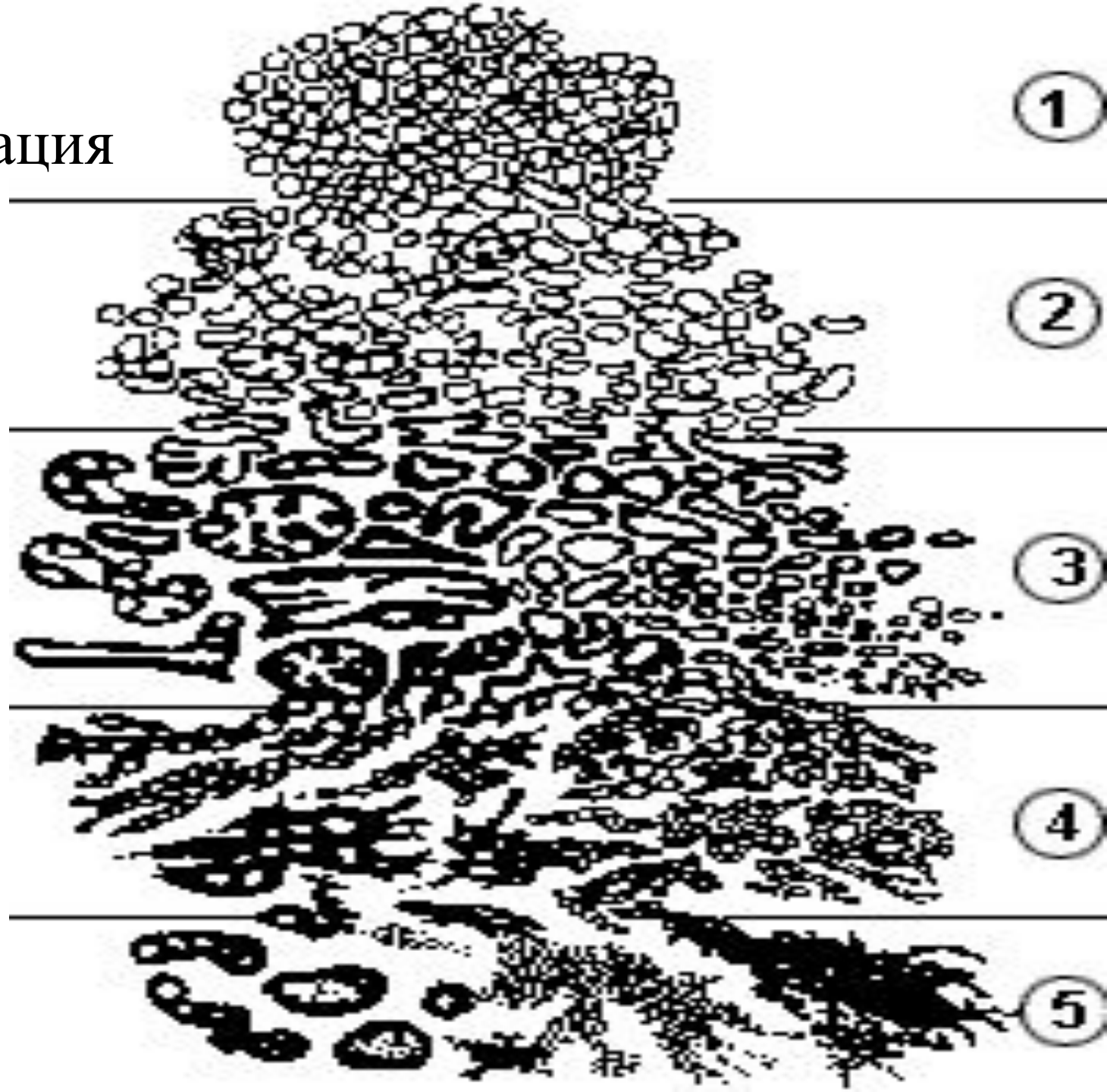
- 1 Аденокарцинома.
- 2 Переходно-клеточный рак.
- 3 Плоскоклеточный рак.

Стадия	T	N	M	G
I	T1a	N0	M0	G1
II	T1a	N0	M0	G2-G3
	T1b	N0	M0	Любая G
	T1c	N0	M0	Любая G
	T2	N0	M0	Любая G
III	T3	N0	M0	Любая G
IV	T4	N0	M0	Любая G
	Любая T	N1	M0	Любая G
	Любая T	Любая N	M1	Любая G



Морфологическая классификация по шкале Глисона

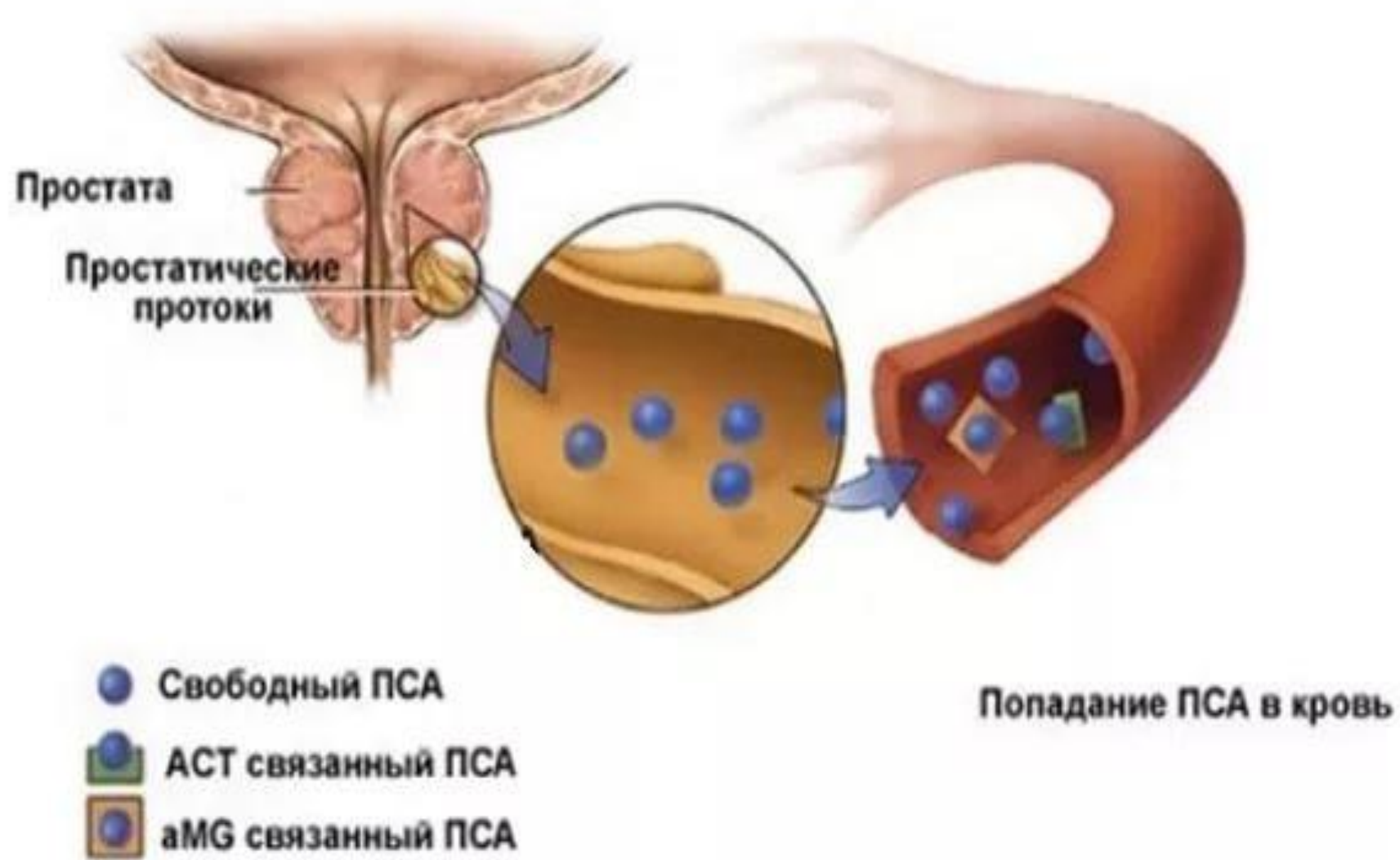
- градация 1
- градация 2
- градация 3
- градация 4
- градация 5



Индекс Глисона	Группа
2-6	1
7 (3+4)	2
7 (4+3)	3
8	4
9-10	5

Скрининг





Диагностика

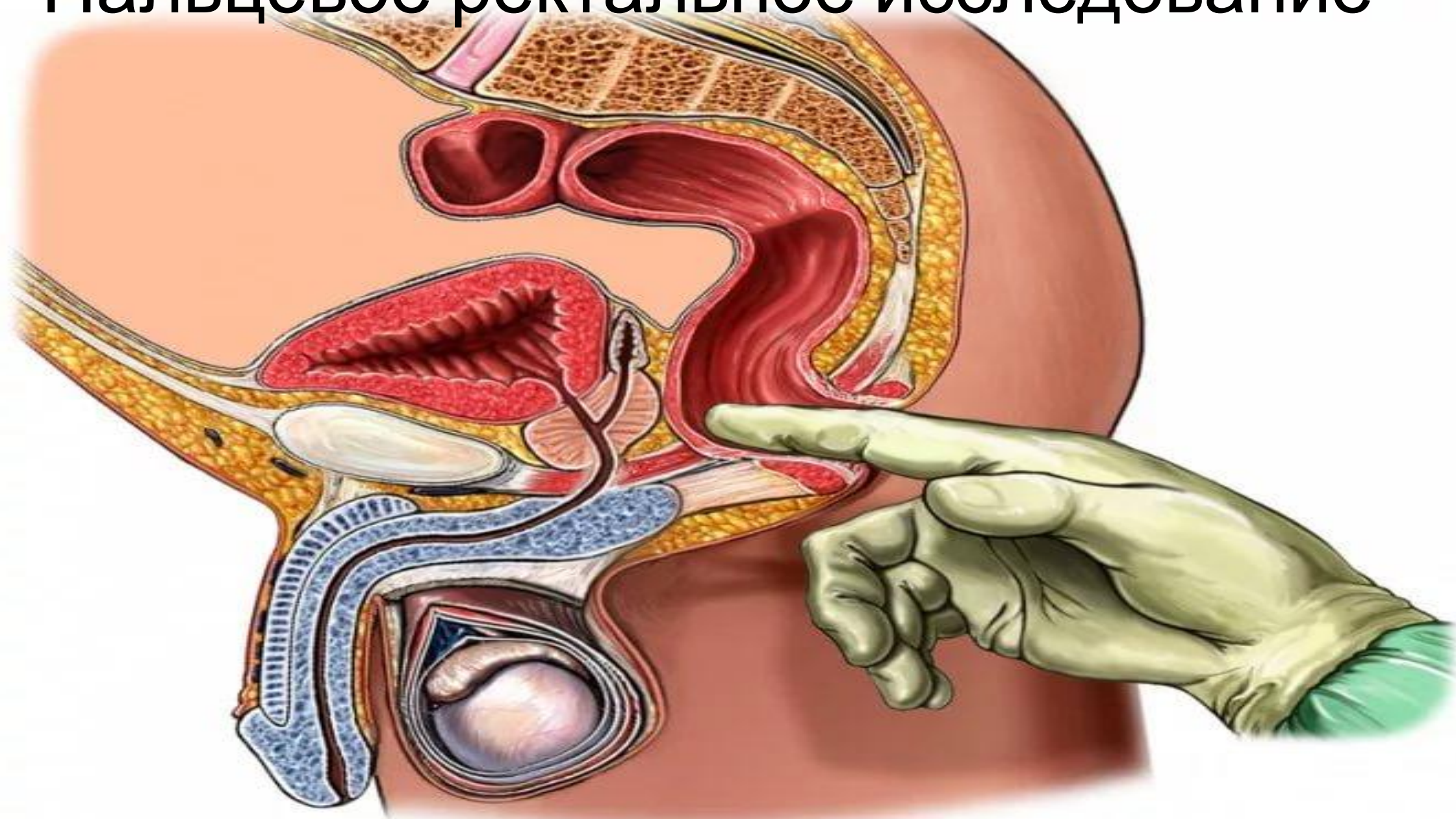
Могут появляться симптомы, которые можно разделить на три группы:

- симптомы инфравезикальной обструкции
- симптомы, связанные с местным прогрессированием опухоли
- симптомы, связанные с отдалёнными метастазами

Основные методы диагностики

- пальцевое ректальное исследование
- определение концентрации ПСА в сыворотке крови
- трансректальное УЗИ

Пальцевое ректальное исследование





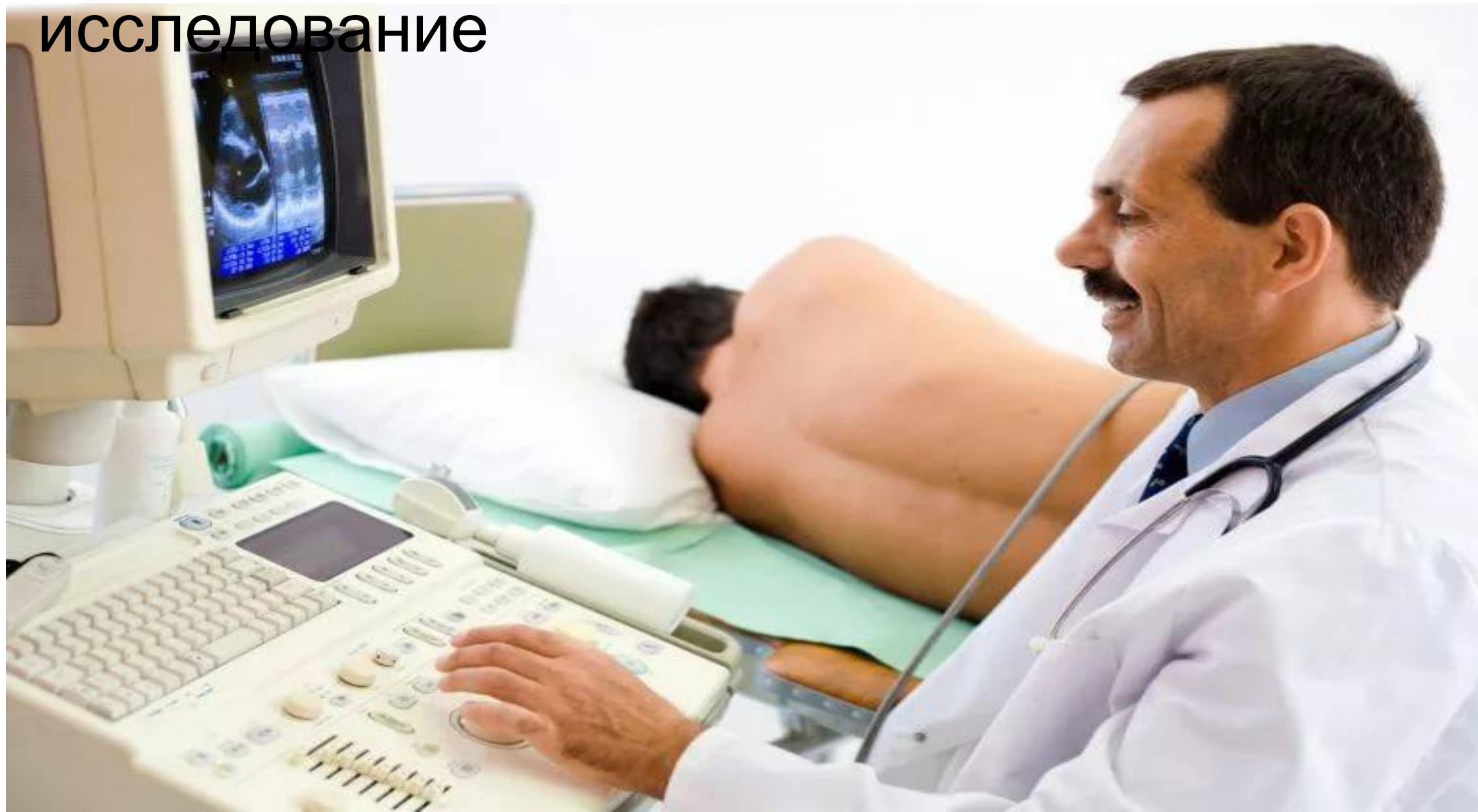
Определение простатоспецифического антигена



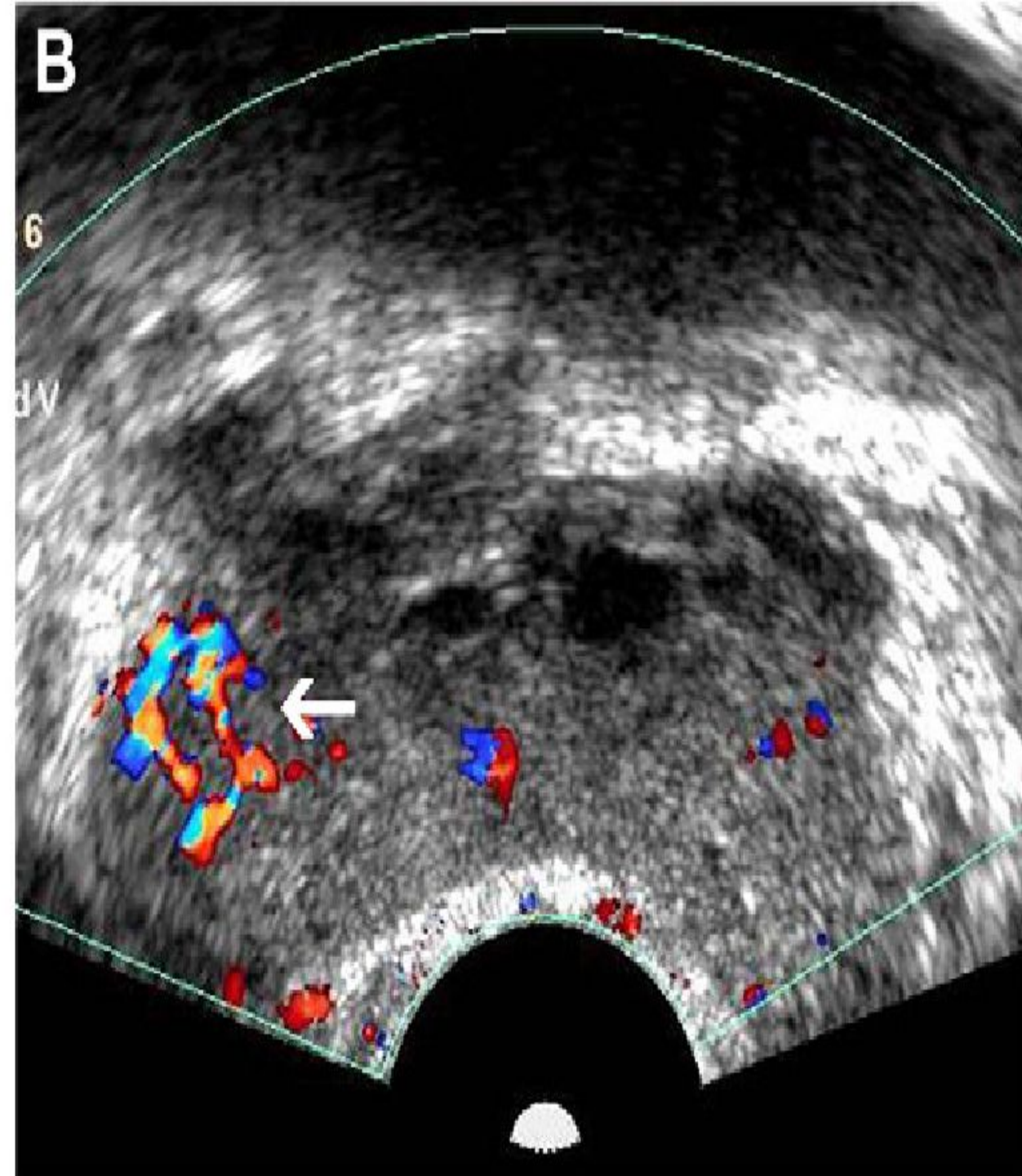
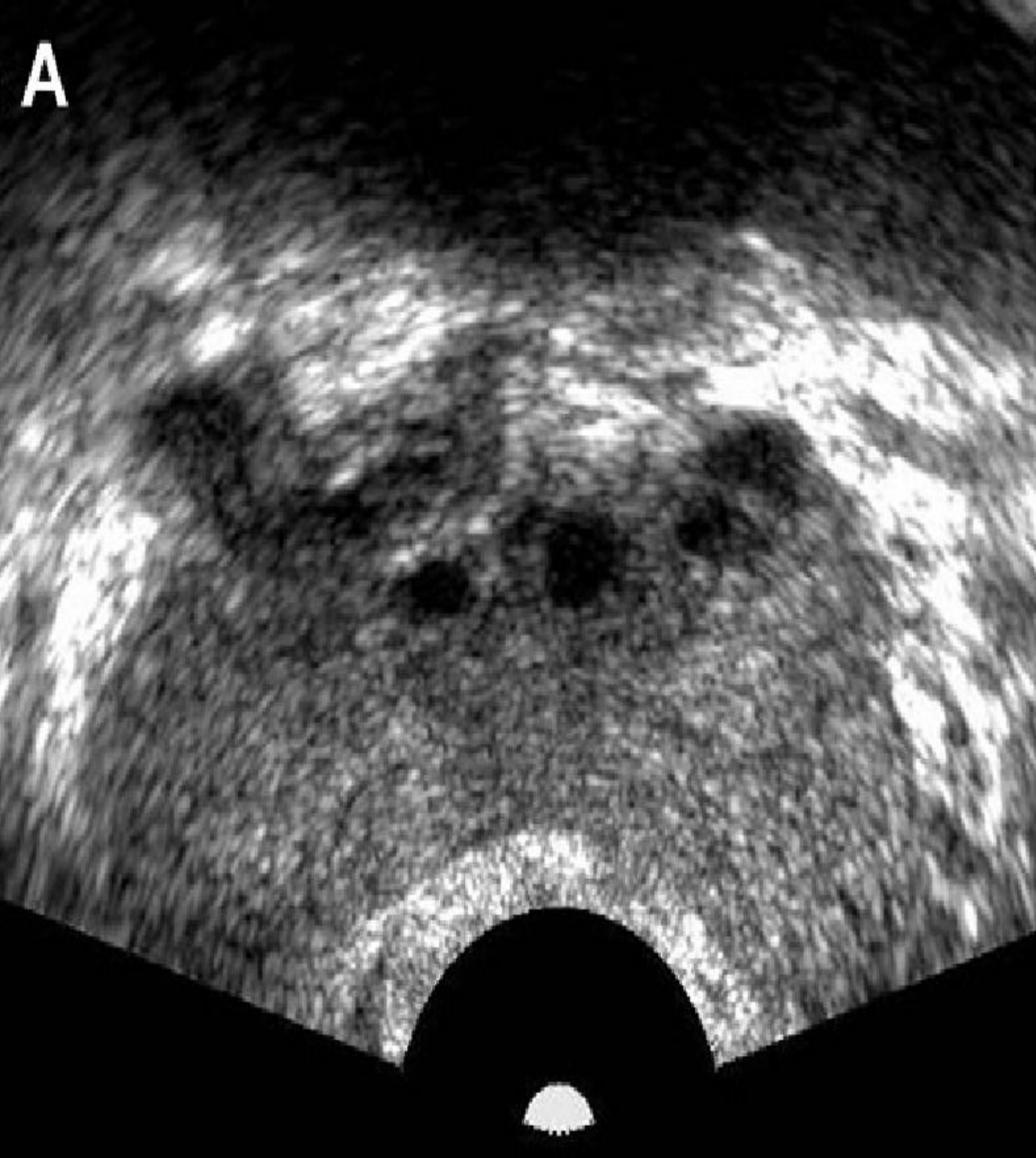
Уровень ПСА, нг/мл	Вероятность выявления РПЖ на биопсии, %
До 0.5	6.6
0.6-1.0	10.1
1.1-2.0	17.0
2.1-3.0	23.9
3.1-4.0	26.9

Возрастная группа, лет	Среднее значение ПСА, нг/мл
40-49	0.7
50-59	0.9
60-70	1.4

Трансректальное ультразвуковое исследование







Мультипараметрическое МРТ (мМРТ)



Биопсия простаты



ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА (СТАДИРОВАНИЕ)

Методы лучевой диагностики экстракапсулярной инвазии опухоли предстательной железы:

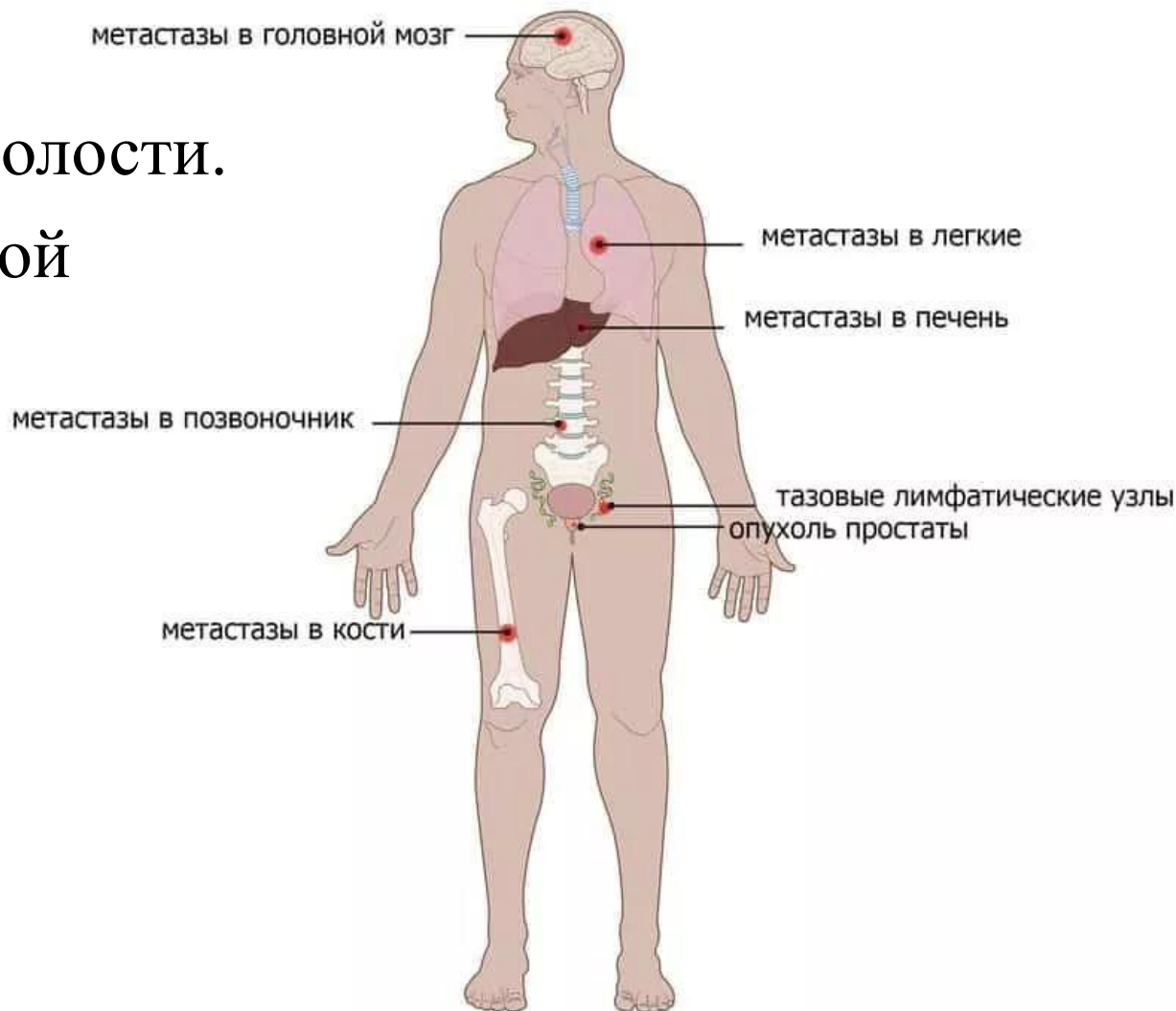
- Трансректальное УЗИ.
- МРТ
- КТ

Основные прогностические факторы, определяющие стадию опухолевого процесса:

- Уровень ПСА.
- Степень дифференцировки опухоли по шкале Глисона.
- Клиническая стадия по данным пальцевого ректального обследования и лучевых методов диагностики.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОТДАЛЁННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- Сцинтиграфия скелета.
- УЗИ, КТ, МРТ органов брюшной полости.
- Рентгенография, КТ органов грудной клетки.



Лечение



Критерии	Активное наблюдение	Выжидательная тактика
Цель лечения	Излечение	Паллиация
Наблюдение	Заранее установленная схема	Зависит от пациента
Оценка/используемые маркеры	ПРИ, уровень ПСА, повторная биопсия, мпМРТ	Заранее не определены
Ожидаемая продолжительность жизни	Более 10 лет	Менее 10 лет
Цель	Минимизировать осложнения, связанные с лечением, без ухудшения выживаемости	Минимизировать осложнения, связанные с лечением

Оперативное лечение



РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ

Показания к радикальной простатэктомии:

- опухоли T1aG1–G2 при ожидаемой продолжительности жизни более 15 лет;
- опухоли T1aG3;
- опухоли T1b–T2c;
- опухоли T3a;
- ограниченная экстракапсулярная инвазия;
- степень дифференцировки <8 баллов по шкале Глисона;
- уровень ПСА <20 нг/мл.

Противопоказания к радикальной простатэктомии:

1) Нет улучшения выживаемости по сравнению с консервативным лечением:

- ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет;
- опухоли T1a при ожидаемой продолжительности жизни менее 15 лет;
- опухоли T1a при степени дифференцировки <7 баллов по шкале Глисона.

2) Низкая вероятность излечения:

- опухоли T3a с обширной экстракапсулярной экстензией, дифференцировкой ≥ 8 баллов по Глисону или уровнем ПСА >20 нг/мл;
- опухоли T3b;
- любая T при N+.

Преимущества радикальной простатэктомии перед консервативными методами лечения:

- полное удаление интракапсулярной опухоли;
- точное стадирование опухолевого процесса;
- излечение сопутствующей доброкачественной гиперплазии предстательной железы, имеющей клинические проявления;
- лёгкий и удобный мониторинг в послеоперационном периоде

(снижение уровня ПСА до 0);

- меньшее беспокойство больного в послеоперационном периоде.

Осложнения радикальной простатэктомии:

- смертность — 0–1,2%;
- травма прямой кишки — 0,6–2,9%;
- повреждение мочеточника — 0,2%;
- тромбоз вен нижних конечностей — 1,1–1,4%;
- тромбоэмболия лёгочной артерии — 0,6–1,4%;
- острый инфаркт миокарда — 0,4–0,7%;
- полное недержание мочи — 0,8–3%;
- стрессовое недержание мочи — 5,0–19%;
- стриктура анастомоза — 8,6–8,7%;
- массивное лимфоцеле — 0,2%.

Лучевая терапия



Дистанционная ЛТ

Показания к дистанционной лучевой терапии:

- локализованный РПЖ (T1a–T2cN0M0);
- местнораспространённый РПЖ (T3–T4N0M0)
(в сочетании с гормональной терапией).

Противопоказания к дистанционной лучевой терапии:

- абсолютные:
 - предшествующее облучение малого таза;
 - острый воспалительный процесс прямой кишки;
 - постоянный уретральный катетер;
 - ожирение IV степени;
- относительные:
 - сниженная ёмкость мочевого пузыря;
 - хроническая диарея;
 - инфравезикальная обструкция, требующая надлобковой цистостомии;
 - язвенный колит в стадии ремиссии.

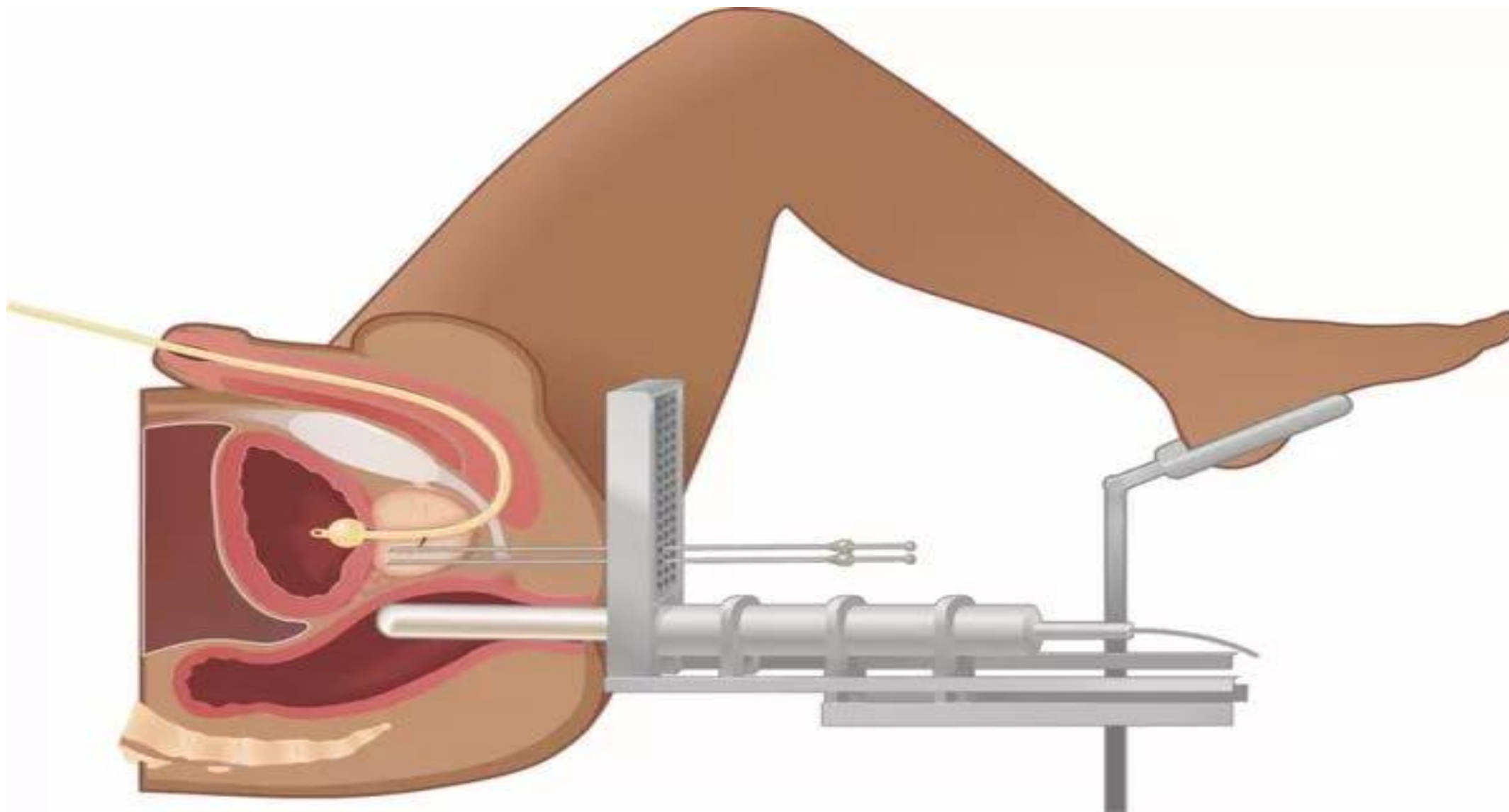
Преимущества дистанционной лучевой терапии:

- возможно полное излечение;
- нет необходимости в хирургическом лечении;
- лечение можно проводить амбулаторно.

Недостатки дистанционной лучевой терапии:

- длительное лечение (1,5–2 мес);
- трудности в оценке эффективности лечения;
- невозможность точного стадирования опухолевого процесса;
- неизлечиваемость сопутствующей доброкачественной гиперплазии;
- возможные осложнения;
- лучевая терапия может не являться необходимой у определённой категории больных.

Брахитерапия (внутриканевая лучевая терапия)



Показания к брахитерапии:

- опухоли T1c–T2b;
- уровень ПСА <10 нг/мл;
- дифференцировка <7 баллов по шкале Глисона;
- объём предстательной железы <50 см³.

Противопоказания к брахитерапии:

- опухоли с плохим прогнозом;
- объём предстательной железы >60 см³;
- предшествующая трансуретральная резекция предстательной железы (относительное противопоказание);

Преимущества брахитерапии:

- однократная амбулаторная процедура;
- онкологические результаты не уступают таковым оперативного лечения у больных с хорошим или промежуточным прогнозом;
- низкий риск развития недержания мочи (кроме больных с предшествующей трансуретральной резекцией);
- потенция сохраняется у большинства больных.

Недостатки брахитерапии:

- необходима анестезия;
- нерадикальный метод лечения при экстрапростатической инвазии (необходимо тщательное стадирование);
- необходим отбор больных

Гормональная терапия



Методы гормональной терапии

- Двусторонняя орхидэктомия.
- Терапия агонистами ЛГРГ.
- Терапия антагонистами ЛГРГ.
- Эстрогенотерапия.
- Максимальная (комбинированная) андрогенная блокада.
- Монотерапия антиандрогенами.

Двусторонняя орхидэктомия

Преимущества хирургической кастрации:

- быстрое снижение концентрации тестостерона в сыворотке (концентрация тестостерона снижается на 95% в течение 3–12 ч);
- технически несложная операция;
- относительно низкая стоимость лечения.

Двусторонняя орхидэктомия эффективна у 80–85% больных с первично выявленным гормонально чувствительным РПЖ.



Основные побочные эффекты и осложнения хирургической кастрации :

- эректильная дисфункция;
- приливы;
- остеопороз;
- мышечная атрофия;
- нарушения липидного обмена;
- гинекомастия;
- нервно-психические расстройства.



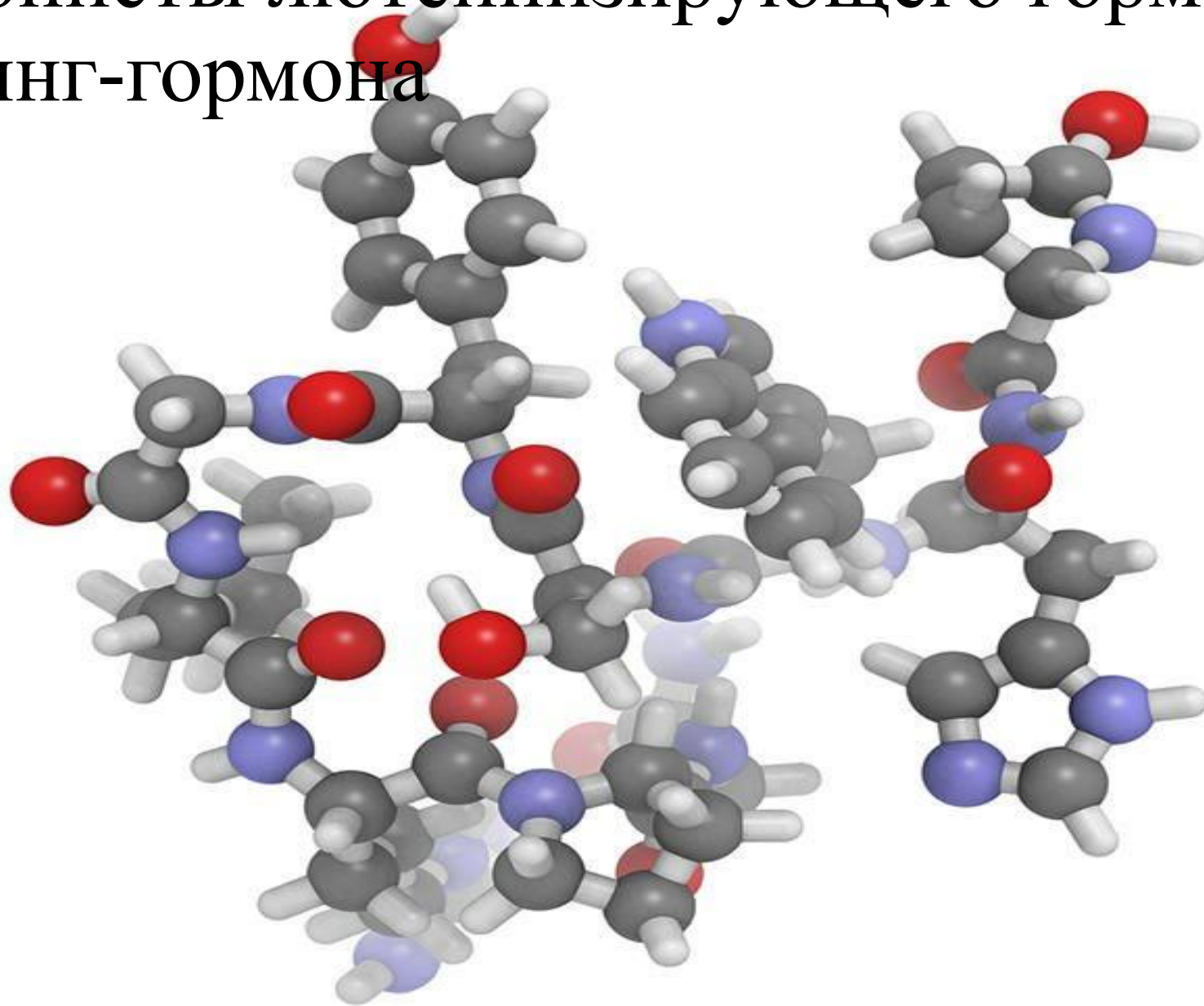
Агонисты лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона

Побочные эффекты и осложнения терапии агонистами ЛГРГ такие же, как при хирургической кастрации.

Показания к применению агонистов ЛГРГ:

- локализованный РПЖ (T1–2N0M0) при невозможности проведения радикального лечения или в качестве неoadъювантной терапии перед радикальным оперативным или лучевым лечением;
- местнораспространённый РПЖ (T3–4N0M0) — в качестве самостоятельного лечения или неoadъювантной и адъювантной терапии в сочетании с оперативным или лучевым лечением;
- метастатический РПЖ (T1–4N1M0, N1–4N0M1).

Антагонисты лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона



Эстрогены



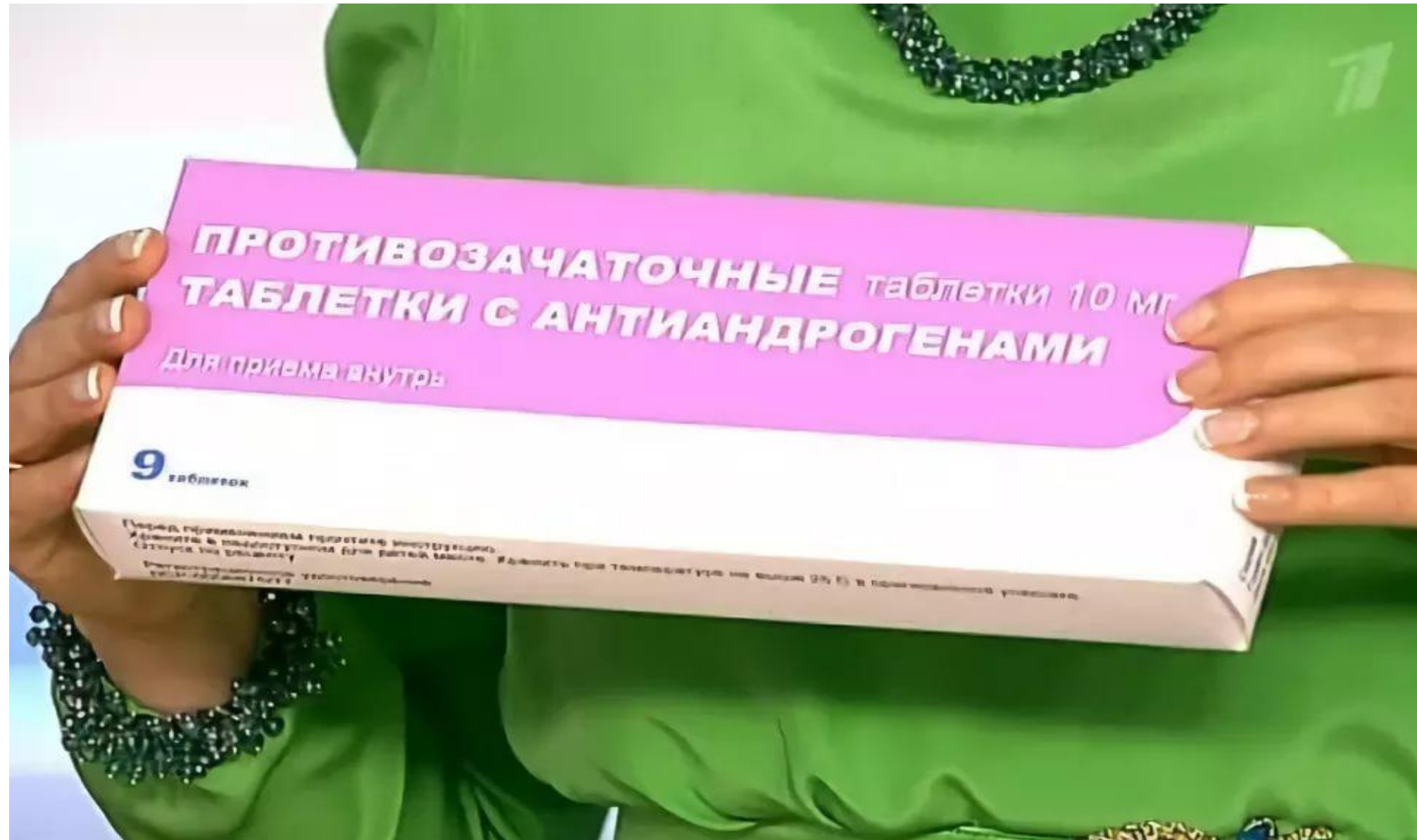
Побочные реакции и осложнения эстрогенотерапии:

- тромбэмболические осложнения;
- сердечно-сосудистые осложнения;
- отёки;
- эректильная дисфункция;
- снижение либидо;
- гинекомастия и болезненность грудных желёз;
- гастроинтестинальные расстройства (боль, тошнота, рвота);
- снижение функции печени.

Показания к применению эстрогенов:

- метастатический РПЖ;
- вторая линия гормонотерапии после прогрессирования опухолевого процесса на фоне хирургической кастрации, лечения агонистами ЛГРГ или антиандрогенами.

Антиандрогены



Побочные эффекты стероидных антиандрогенов:

- сердечно-сосудистые осложнения;
- снижение потенции и либидо;
- гинекомастия и болезненность грудных желёз;
- гастроинтестинальные расстройства.

Показания к назначению антиандрогенов:

- локализованный РПЖ (T1–2N0M0) — при невозможности проведения радикального лечения;
- местнораспространённый РПЖ (T3–4N0M0) в качестве самостоятельного лечения или адъювантной терапии после оперативного или лучевого лечения;
- метастатический РПЖ (T1–4N1M0, N1–4N0M1).

К нестероидным антиандрогенным препаратам относят бикалутамид, флутамид (флуцином), нилутамид (анандрон).

Побочные эффекты флуцинома:

- гастроинтестинальные расстройства (диарея, тошнота, рвота);
- гинекомастия;
- нарушения функции печени;
- снижение либидо.

Побочные эффекты анандрона:

- гастроинтестинальные расстройства (тошнота, рвота, нарушение аппетита);
- нарушения аккомодации;
- интерстициальный лёгочный синдром;
- анемия;
- нарушения функции печени.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

