

Рак предстательной железы

Подготовил интерн
6 курса 607X группы
Шмонин Владимир

Алматы, 2019 г.

- ▶ **Рак предстательной железы (РПЖ)**
– это злокачественная опухоль, развивающаяся, как правило, из ткани желез простаты. Как и другие злокачественные опухоли, рак простаты имеет тенденцию к метастазированию.



Факторы риска.

- ▶ Возраст.

Практически не встречается в возрасте менее 40 лет.
Увеличивается с возрастом. Максимум к 80 годам.

- ▶ Региональная зависимость.

Высокий риск – США, Канада, Швеция, Австралия, Франция.
Низкий риск – страны азиатского региона.

- ▶ Наследственность.

- ▶ Расовая принадлежность:

Афроамериканцы → белокожие → латиноамериканцы → азиаты.

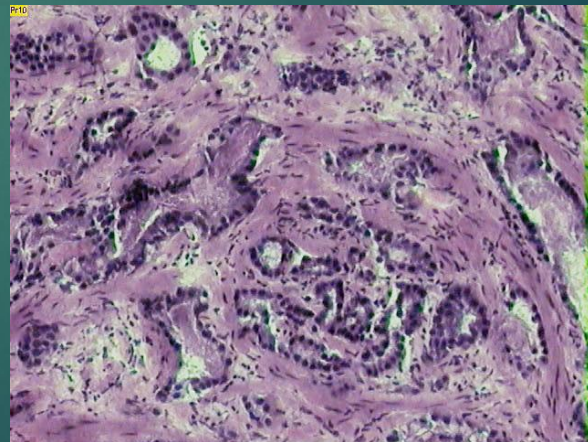
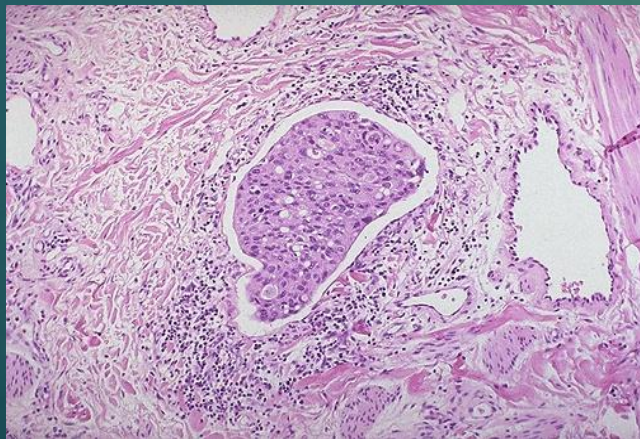
- ▶ Диета с высоким содержанием животных жиров.
- ▶ Ожирение.

Морфология.

Морфологически злокачественные опухоли предстательной железы подразделяются на эпителиальные и не эпителиальные. В свою очередь эпителиальные опухоли делятся на аденокарциному, переходно-клеточный рак и плоскоклеточный рак. Две последние формы опухоли встречаются довольно редко.

Морфология

Наиболее часто встречающейся эпителиальной опухолью является аденокарцинома. При этом следует отметить, что микроскопически аденокарцинома по своему строению неоднородна. Различают следующие типы аденокарциномы: мелкоацинарная, солидно-трабекулярный рак, крупноацинарная, эндометриоидный, криброзный рак, железисто-кистозный, папиллярная аденокарцинома, слизеобразующий рак.

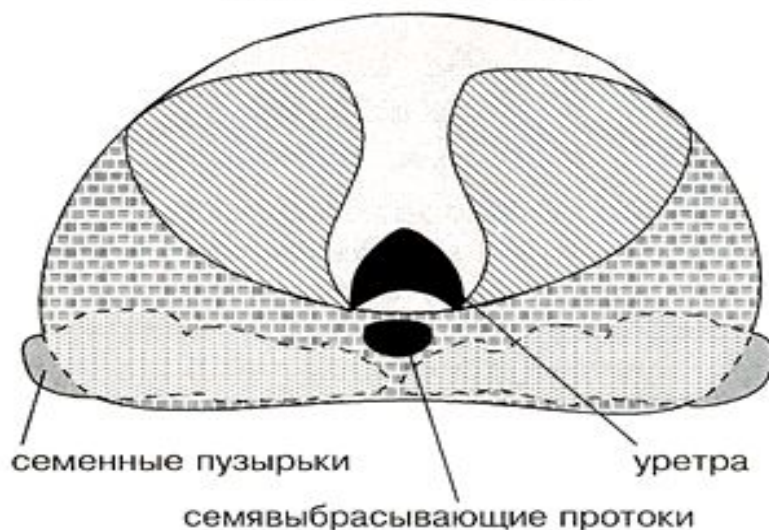


Периферическая зона 75% - рак 80%

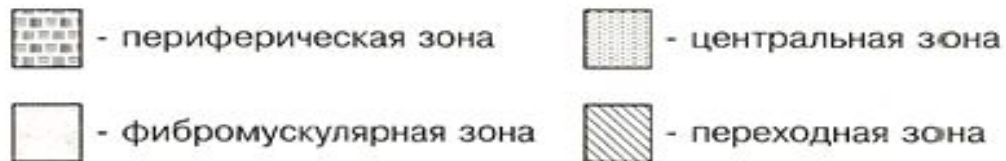
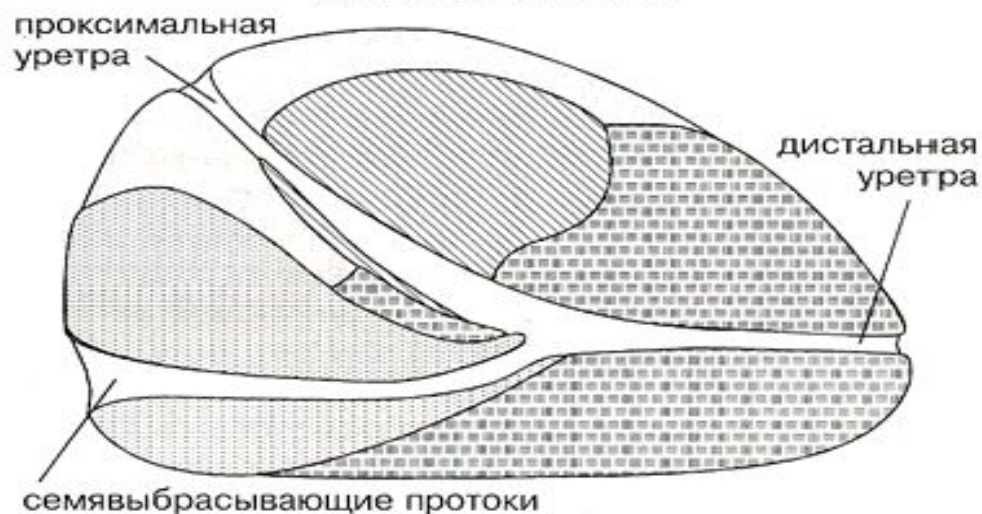
Центральная зона 20% - рак 5%

Переходная зона 5% - рак 20%

ПОПЕРЕЧНЫЙ СРЕЗ



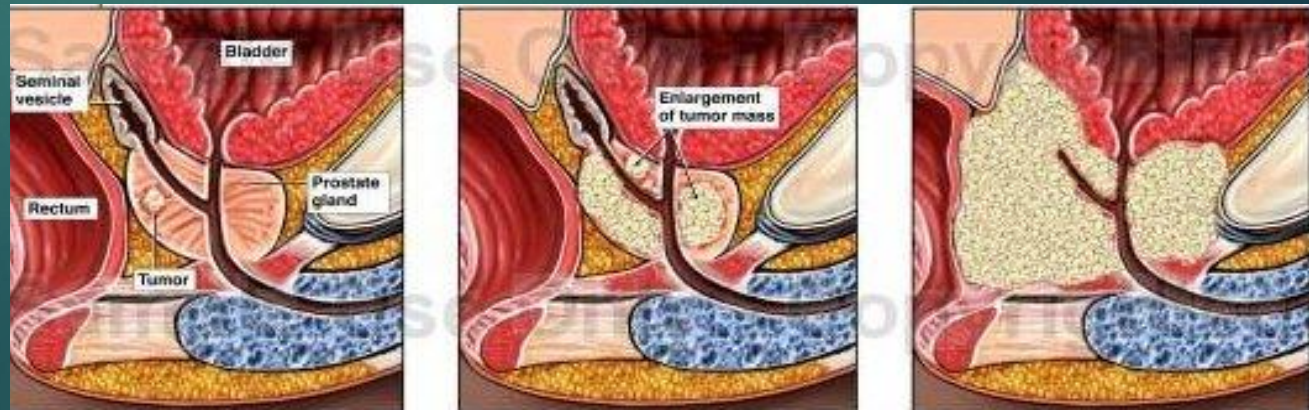
САГИТАЛЬНЫЙ СРЕЗ



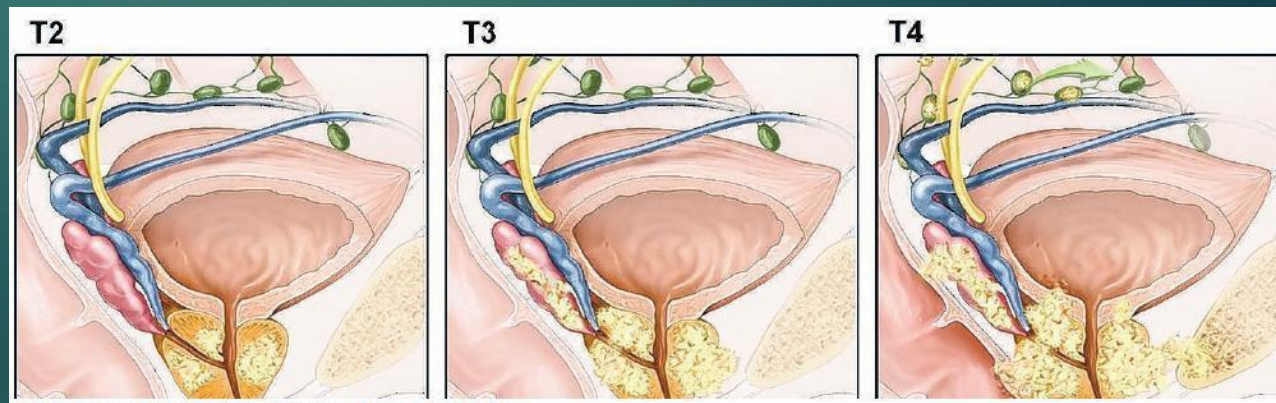
TNM классификация

- ▶ T_x –недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- ▶ T_0 - Первичная опухоль не определяется
- ▶ T_1 - Опухоль клинически не проявляется, не пальпируется и не визуализируется лучевыми способами
 - ▶ T_{1a} - Опухоль случайно обнаруживается при гистологическом исследовании и составляет менее 5% резецированной ткани
 - ▶ T_{1b} - Опухоль случайно обнаруживается при гистологическом исследовании и составляет более 5% резецированной ткани.
 - ▶ T_{1c} - Опухоль диагностируется с помощью пункционной биопсии (например, производимой в связи с высоким уровнем ПСА).

- ▶ T_2 - Опухоль ограничена предстательной железой (опухоль, диагностированная с помощью пункционной биопсии в одной или обеих долях, но непальпируемая и не визуализируемая, классифицируется как T_{1c} .
- ▶ T_{2a} - Опухоль поражает половину одной доли или менее
- ▶ T_{2b} - Опухоль поражает более половины одной доли, но не обе ДОЛИ
- ▶ T_{2c} - Опухоль поражает обе доли



- ▶ T₃- Опухоль распространяется за пределы капсулы предстательной железы
 - ▶ T_{3a} - Опухоль распространяется за пределы капсулы железы (одно- или двустороннее поражение)
 - ▶ T_{3b} - Опухоль распространяется на семенной пузырек (-и)
- ▶ T₄- Неподвижная опухоль или опухоль, распространяющаяся на соседние структуры, кроме семенных пузырьков: шейку мочевого пузыря, наружный сфинктер, прямую кишку, мышцу, поднимающую задний проход, и/или тазовую стенку.



- ▶ N_x - Недостаточно данных для оценки регионарных лимфоузлов
- ▶ N_0 - Метастазы в регионарных лимфатических узлах отсутствуют
- ▶ N_1 - Имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах

- ▶ M_x - Определить наличие отдаленных метастазов не представляется возможным
- ▶ M_0 - Признаки отдаленных метастазов отсутствуют
- ▶ M_1 - Отдаленные метастазы
 - ▶ M_{1a} - Поражение нерезионарных лимфоузлов
 - ▶ M_{1b} - Поражение костей
 - ▶ M_{1c} - Другие локализации отдаленных метастазов.

Степени злокачественности по шкале Глисона.

По классификации Глисона степень дифференцировки опухоли разделяется на пять градаций:

- ▶ градация 1: опухоль состоит из небольших однородных желез с минимальными изменениями ядер;
- ▶ градация 2: опухоль состоит из скоплений желез, все еще разделенных стромой, но расположенных ближе друг к другу;
- ▶ градация 3: опухоль состоит из желез различного размера и строения и как правило, инфильтрирует строму и окружающие ткани;
- ▶ градация 4: опухоль состоит из явно атипичных клеток и инфильтрирует окружающие ткани;
- ▶ градация 5: опухоль представляет собой слой атипичных недифференцированных клеток.

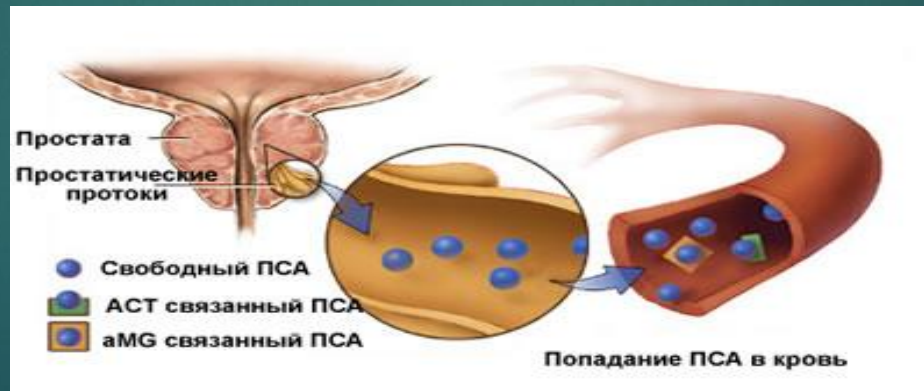


Диагностика:

- ▶ *Скрининг рака предстательной железы. Цель скрининга – выявление пациентов с ранними стадиями рака простаты и отсутствием клинических проявлений, которым показано радикальное лечение.*

ПСА

- ▶ Простат-специфический антиген — наиболее ценный опухолевый маркер, исследование которого в сыворотке крови необходимо для диагностики и наблюдения за течением гиперплазии и рака предстательной железы.
- ▶ Уровень ПСА 4 нг/мл принято считать порогом нормы.
- ▶ ПСА может повышаться при раке простаты, ДГПЖ, воспалении и инфекции в железе, ишемии и инфаркте железы, после эякуляции, ПРИ, биопсии, массаже предстательной железы и других манипуляций, ОЗМ.

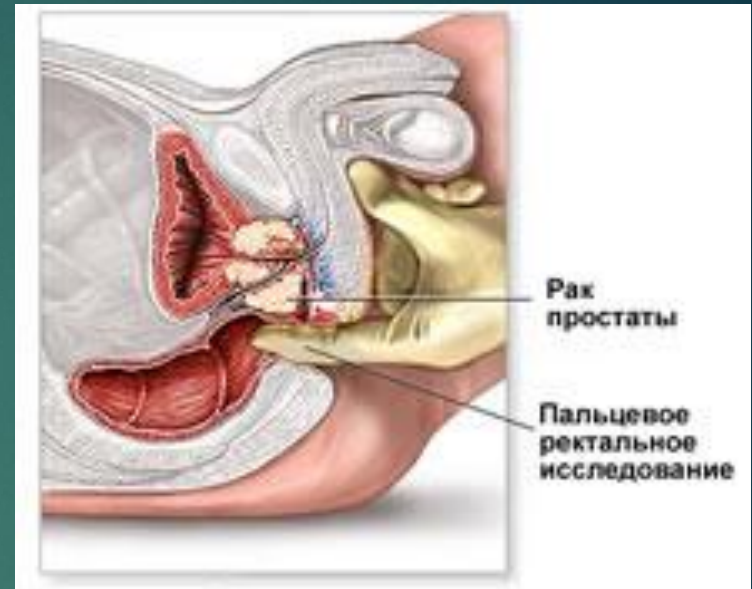


Значение нормы общего ПСА с учетом возраста.

Возраст, годы	Уровень ПСА, нг/мл
40-49	0-2,5
50-59	0-3,5
60-69	0-4,5
70-79	0-6,5

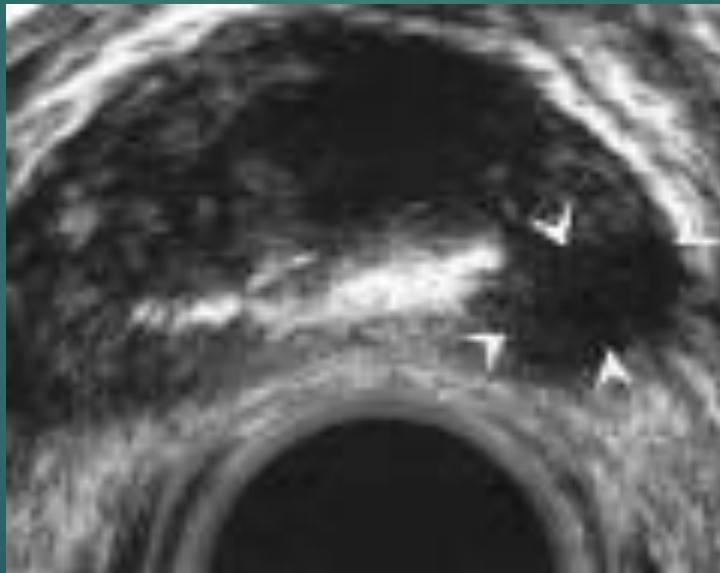
ПРИ

- ▶ Пальцевое ректальное исследование является простым, доступным и дешевым методом исследования ПЖ.
- ▶ Метод обладает низкой чувствительностью.
- ▶ Как любой субъективный метод он недостаточен для постановки диагноза и тем более для установления стадии процесса.
- ▶ Малейшее подозрение является веским основанием для дальнейшего обследования.



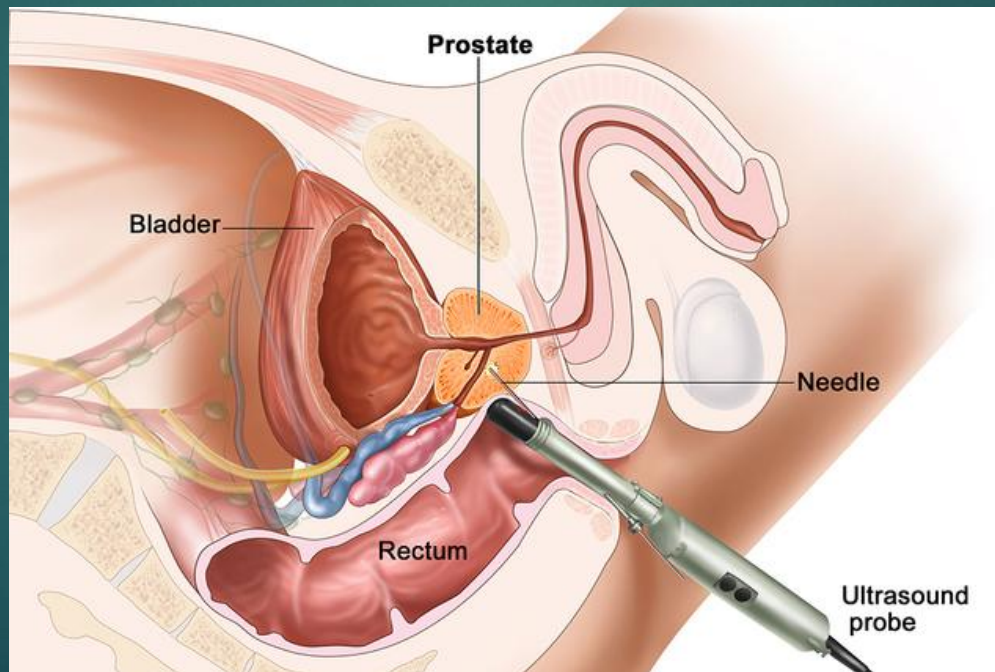
УЗИ

- ▶ Выявление гипозоногенных участков.
- ▶ Низкая специфичность и чувствительность.
- ▶ Вспомогательный диагностический метод.



Трансректальная биопсия предстательной железы.

- ▶ Рекомендуемый метод в диагностике РПЖ.
- ▶ Минимум 6-10 точек по латеральным отделам железы.



МРТ

- ▶ с использованием эндоректальной магнитно-резонансной катушки.
- ▶ Используется для стадирования процесса (T-стадирование). Лучшая визуализация по сравнению с КТ.



Клиническая картина.

- ▶ На ранних стадиях в большинстве случаев РПЖ не проявляется.
- ▶ При прорастании мочеиспускательного канала, шейки или треугольника мочевого пузыря возможны симптомы обструкции мочевых путей и раздражения мочевого пузыря.
- ▶ Боль в костях при метастазах в кости. Симптомы сдавления спинного мозга при метастазировании в позвоночник.

Лечение.

- ▶ Активное наблюдение
- ▶ Радикальная простатэктомия
- ▶ Лучевая терапия
- ▶ Гормональная терапия
- ▶ Комбинированное
- ▶ Другие методы (криотерапия, абляция простаты при помощи высокоинтенсивного ультразвука)

Активное наблюдение.

Показания:

- ▶ – Стадия T1a. Стандарт лечения для пациентов с высоко и умеренно дифференцированными опухолями и вероятной продолжительностью жизни менее 10 лет.
- ▶ - Стадия 1b-2b. Пациенты без симптомов с высоко и умеренно дифференцированными опухолями и вероятной продолжительностью жизни менее 10 лет. Пациенты не допускающие осложнений, вызываемых лечебными мерами.

Радикальная простатэктомия

- ▶ Виды: - позадилоная простатэктомия; - радикальная простатэктомия из лапароскопического доступ; - радикальная простатэктомия промежностным доступом).

Показания:

- ▶ - Стадия T1a. Для пациентов молодого возраста с вероятно долгой продолжительностью жизни, особенно при плохо дифференцированных опухолях.
- ▶ - Стадия 1b-2b. Стандартное лечение для пациентов с вероятной продолжительностью жизни более 10 лет, которые допускают осложнения связанные с операцией.
- ▶ - Стадия 3a. Для отдельных пациентов с вероятной продолжительностью жизни более 10 лет.

Противопоказания:

- ▶ распространенный рак предстательной железы, отягощенный соматический фон, не позволяющий выполнить оперативное лечение, ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет.

Осложнения:

- ▶ интраоперационные - кровотечение, травма прямой кишки; ранние послеоперационные - кровотечение, ТЭЛА, несостоятельность анастомоза, ОИМ, поздние – склероз шейки мочевого пузыря, недержание мочи, эректильная дисфункция.

Позадилонная простатэктомия

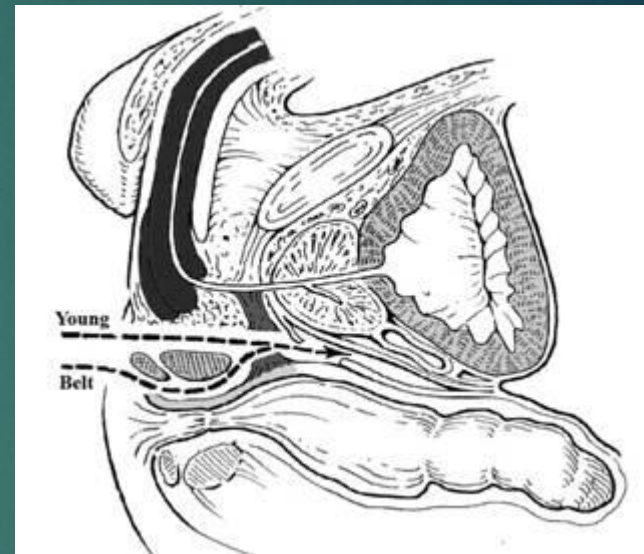
- ▶ (ретроградная и антеградная).
- ▶ Преимущества: обеспечен подход к тазовым лимфоузлам, большая вероятность сохранить половую функцию, меньше риск повреждения прямой кишки.

Лапароскопическая простатэктомия

- ▶ (чрезбрюшинная, внебрюшинная, **роботическая**).
- ▶ Преимущества: более точные манипуляции (увеличение), меньшая кровопотеря, меньшая частота осложнений, укорочение сроков выздоровления, лучшие функциональные результаты (сохранение потенции, контроль мочеиспускания), меньшая травматичность.

Промежностная простатэктомия

- ▶ Преимущества: не нужна перевязка дорзального венозного комплекса,
Недостатки: нет доступа к тазовым лимфоузлам, сложнее сохранить сосудисто-нервный пучок, чаще повреждения прямой кишки.



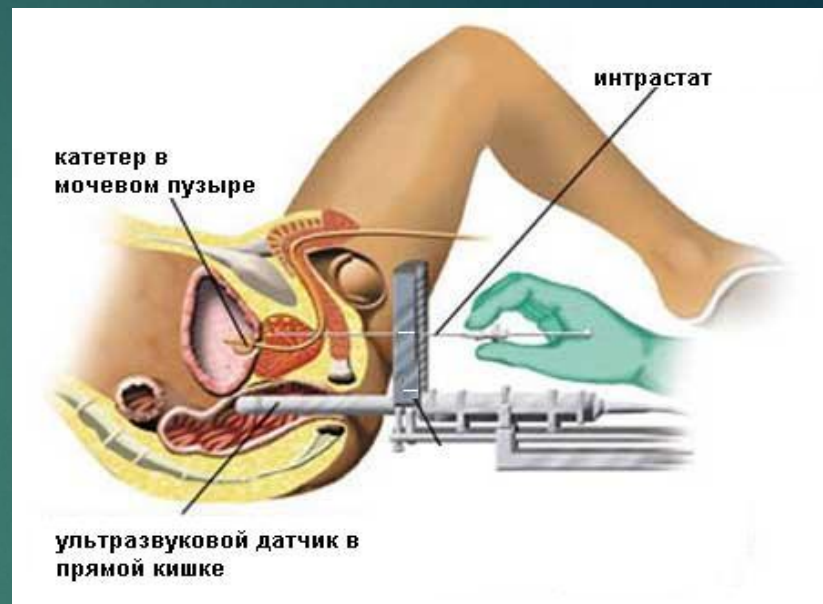
Лучевая терапия

- ▶ Виды: -дистанционная лучевая терапия; -брахитерапия, -паллиативное лучевое лечение



Брахитерапия

- ▶ метод внутритканевой лучевой терапии. Для пациентов с локализованным раком простаты, пациентов без СНМП, при объеме железы менее 50 см³.



Гормональная терапия

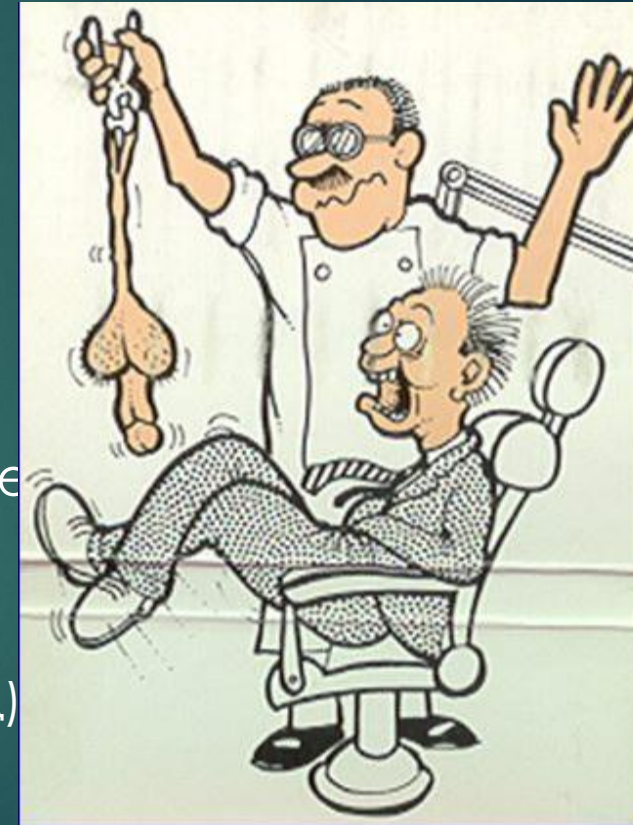
Гормональная терапия рака предстательной железы может проводиться в режимах:

- ▶ Самостоятельная терапия
- ▶ - неоадьювантная и адьювантная терапия в сочетании с радикальной простатэктомией;
- ▶ - адьювантная терапия на фоне облучения;
- ▶ - как компонент комплексного лечения при местно-распространенных и метастатических формах рака предстательной железы.

Цель лечения - создание максимальной андрогенной блокады.

Методы лечения:

- ▶ 1. Кастрация
 - ▶ медикаментозная: агонисты ЛГРГ и антиандрогены
 - ▶ хирургическая (снижение тестостерона на 95% за 3-12 часов, самый дешевый метод)
- ▶ 2. Максимальная андрогенная блокада
 - Кастрация + антиандрогены (стероидные и нестероидные)
- ▶ 3. Монотерапия антиандрогенами (высокие дозы бикалутамида)
- ▶ 4. Периферическая блокада андрогенов
 - ▶ Ингибиторы 5-альфа-редуктазы (финастерид) + антиандрогены
- ▶ 5. Трехмодальная терапия
 - ▶ Кастрация + антиандрогены + финастерид



Гормональная терапия

- ▶ Осложнения: утрата полового влечения и потенции, снижения качества жизни больных, остеопороз, атрофия мышц, гинекомастия, анемия, рост уровней липопротеидов высокой плотности и депрессия.

Криотерапия.

- ▶ Локальное воздействие очень низкой температуры. Эффективный, минимально-инвазивный метод лечения рака простаты.
- ▶ Показания: -Стадия T1-2. Показано для пациентов с локализованным раком простаты высокой степени злокачественности и/или опухолью большого объема в том случае, если пациенты не заинтересованы в сохранении эрекции.
 - ▶ - Показано для пациентов, которым по состоянию здоровья не может быть выполнена радикальная простатэктомия.
 - ▶ - Стадия T3. Для пациентов с местнораспространенным раком простаты.
 - ▶ - Для больных, которые предпочли этот метод лечения.
 - ▶ - Возможно лечение рецидива рака после (лучевой терапии).

Криотерапия

- ▶ Противопоказания: - предшествующая ТУР, - выраженная инфравезикальная обструкция, - серьезные заболевания прямой кишки (рак, стеноз и др.).
- ▶ Осложнения: свищи, недержание мочи, ОЗМ, эректильная дисфункция, стриктура уретры.

Комбинированное лечение.

- ▶ Гормональная терапия, проводимая до и/или после радикальной простатэктомии или лучевой терапии.
- ▶ **Неoadъювантная гормональная терапия** (проводится перед оперативным лечением): уменьшение размеров железы, значительное уменьшение частоты наличия опухоли по краю резекции.
- ▶ **Адъювантная гормональная терапия** (проводится после оперативного или лучевого лечения): у больных с метастазами в лимфатические узлы (N+).

Прогноз

5- и 10- летней безрецидивной
выживаемости

Спасибо за внимание