

# 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.

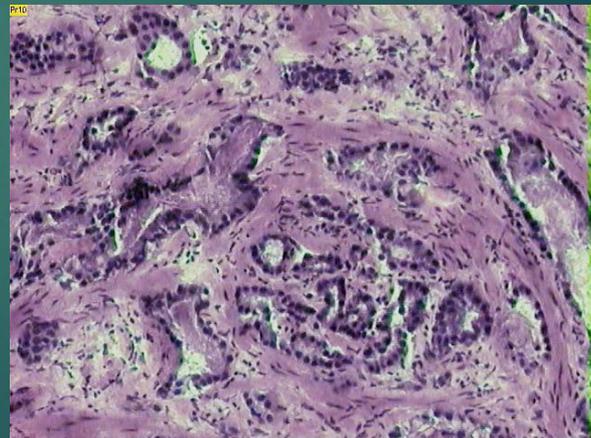
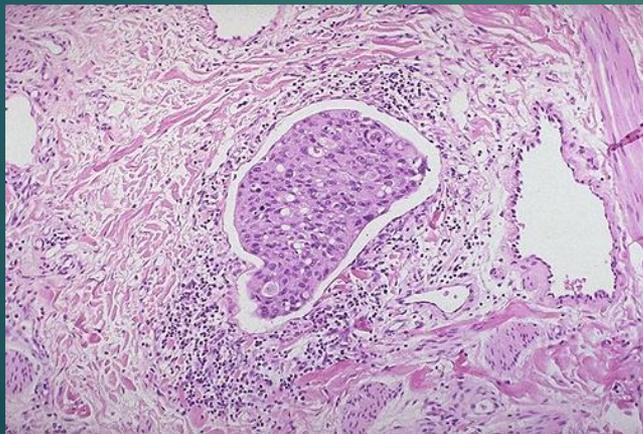
- ▶ Диета с высоким содержанием животных жиров.
- ▶ Ожирение.

# 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

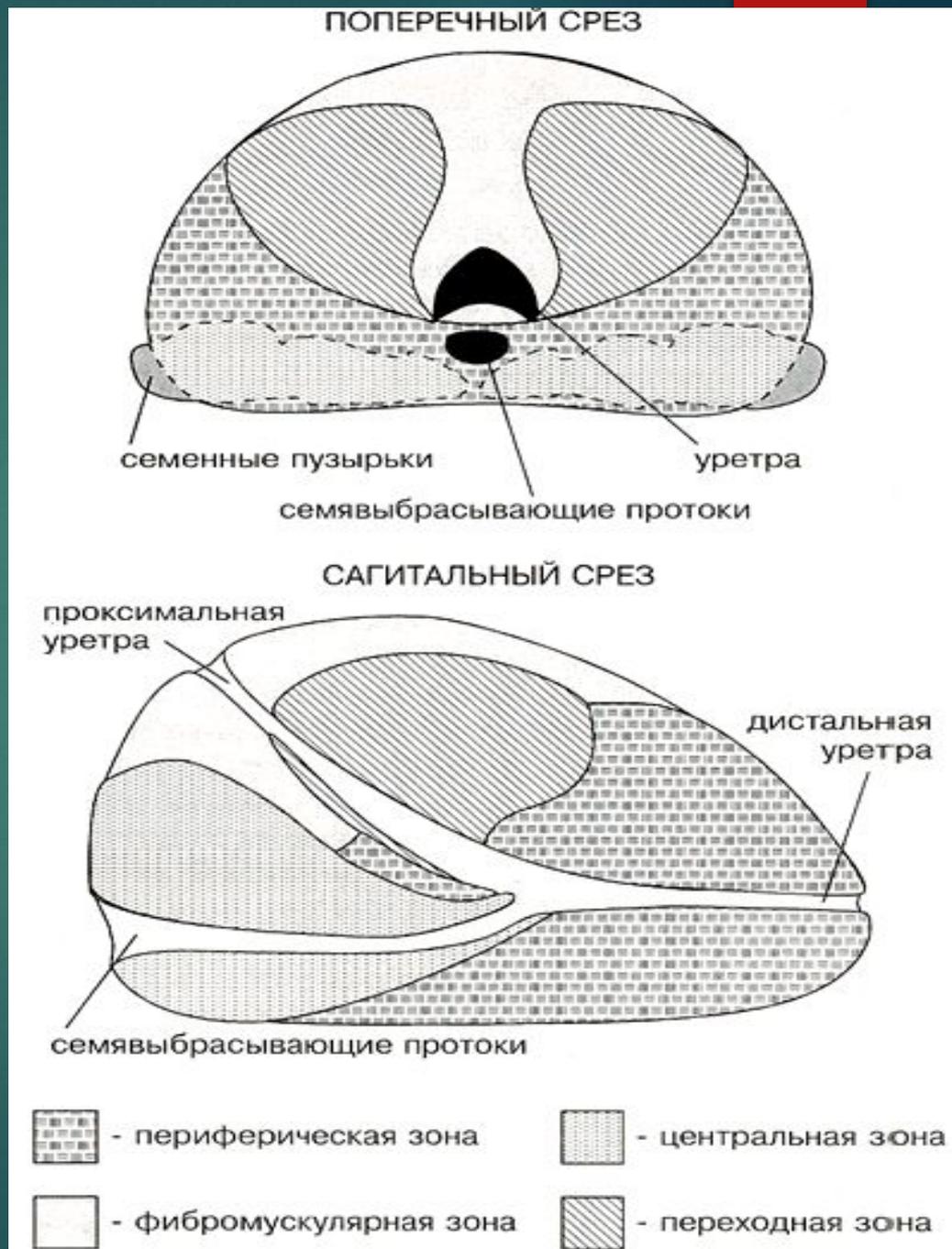
Наиболее часто встречающейся эпителиальной опухолью является аденокарцинома. При этом следует отметить, что микроскопически аденокарцинома по своему строению неоднородна. Различают следующие типы аденокарциномы: мелкоацинарная, солидно-трабекулярный рак, крупноацинарная, эндометриоидный, криброзный рак,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



Периферическая зона 75% - рак 80%

Центральная зона 20% - рак 5%

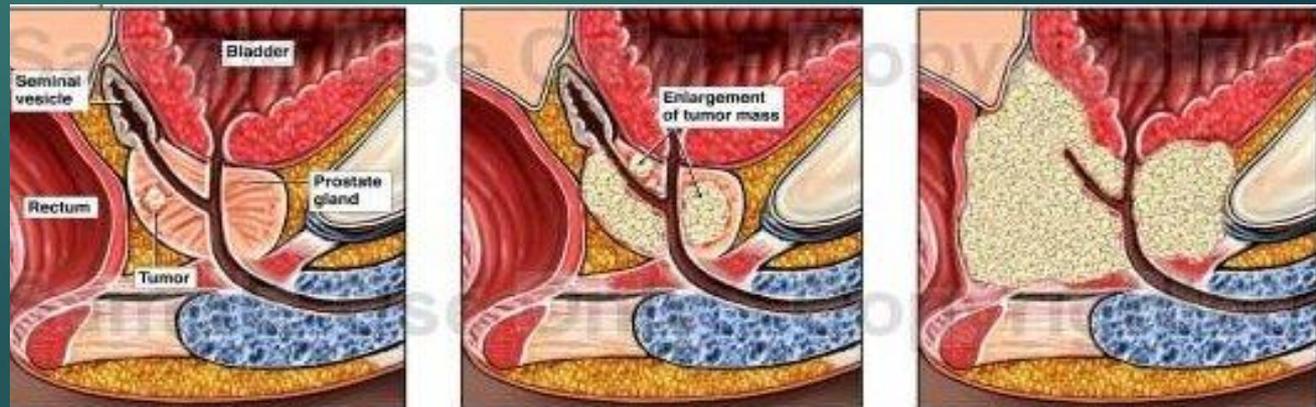
Переходная зона 5% - рак 20%



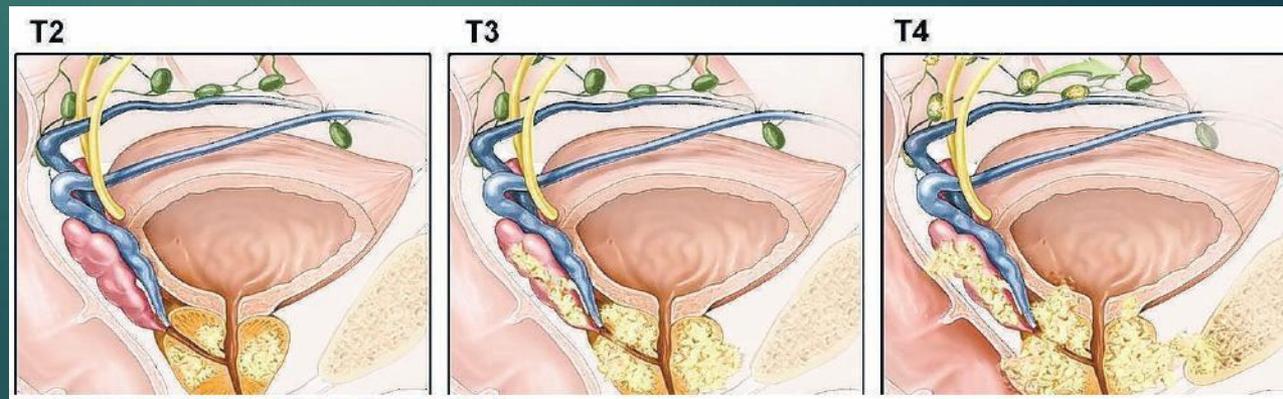
# TNM классификация

- ▶  $T_x$  –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



- ▶ T<sub>3</sub>- Опухоль распространяется за пределы капсулы предстательной железы
  - ▶ T<sub>3a</sub> - Опухоль распространяется за пределы капсулы железы (одно- или двустороннее поражение)
  - ▶ T<sub>3b</sub> - Опухоль распространяется на семенной пузырек (-и)
- ▶ T<sub>4</sub>- 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.

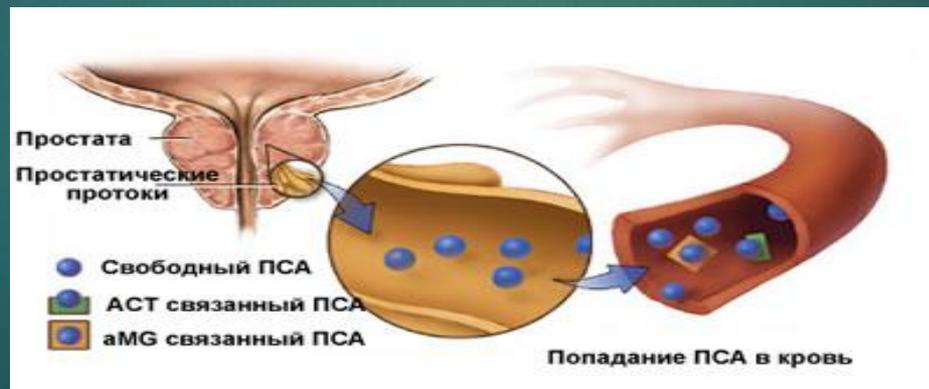


# Диагностика:

- ▶ *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.

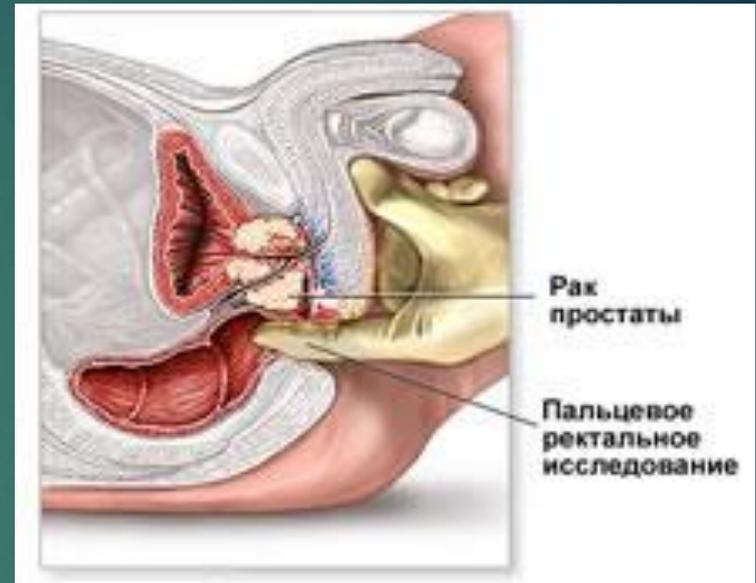


# Значение нормы общего ПСА с учетом возраста.

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

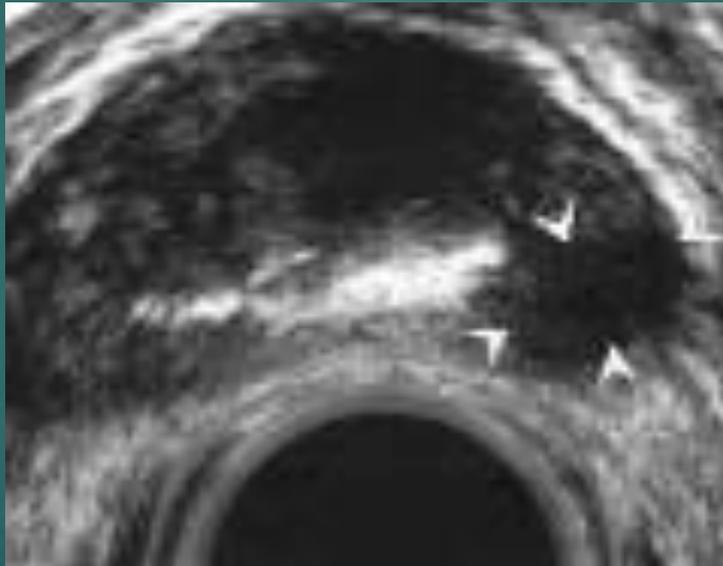
# ПРИ

- ▶ 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.



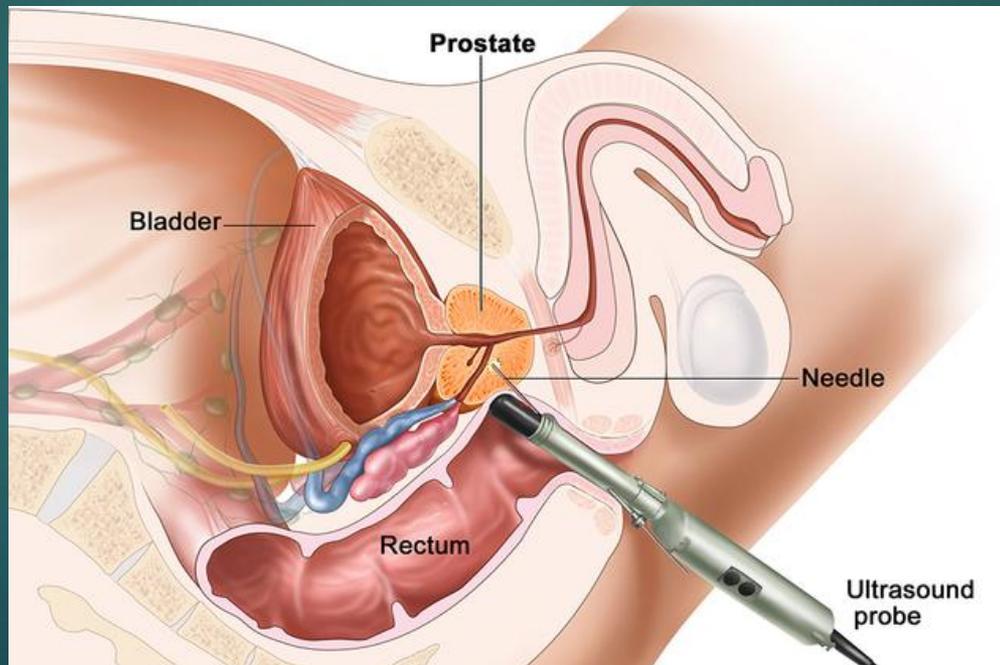
# УЗИ

- ▶ 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 (Т-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

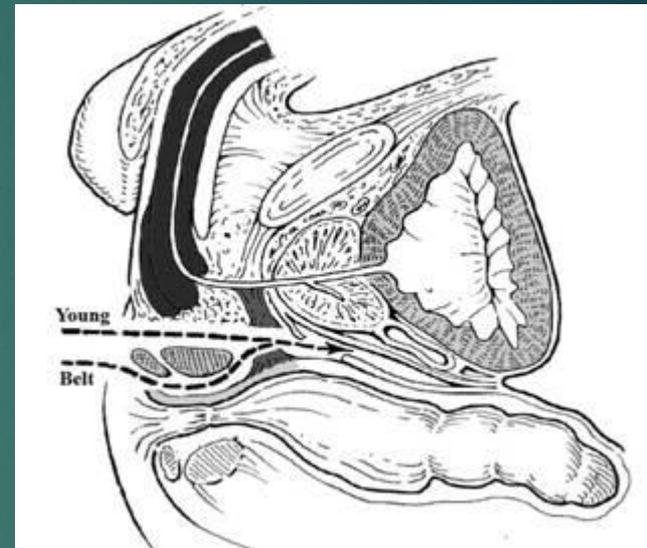
- ▶ (ретроградная и антеградная).
- ▶ Преимущества: обеспечен подход к тазовым лимфоузлам, большая вероятность сохранить половую функцию, меньше риск повреждения прямой кишки.

# 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.



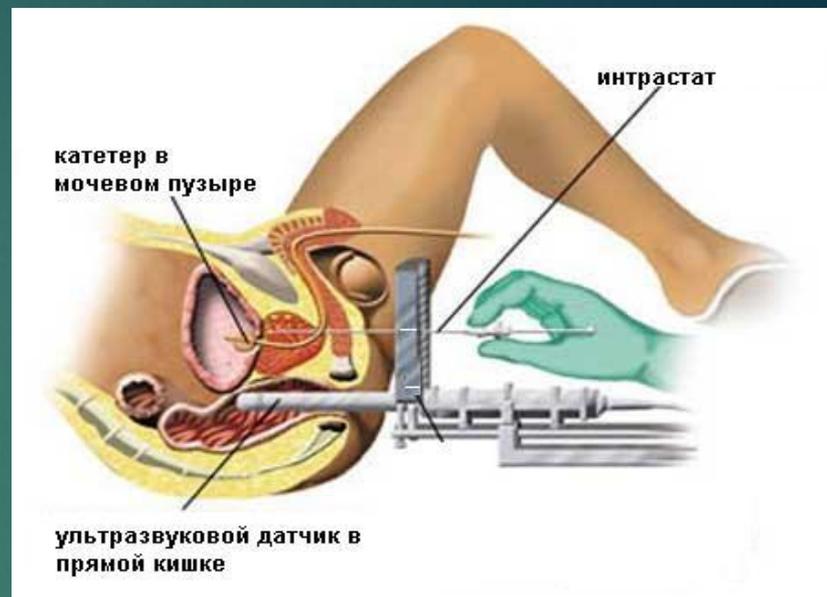
# Лучевая терапия

- ▶ 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  $50 \text{ см}^3$ .



# Гормональная терапия

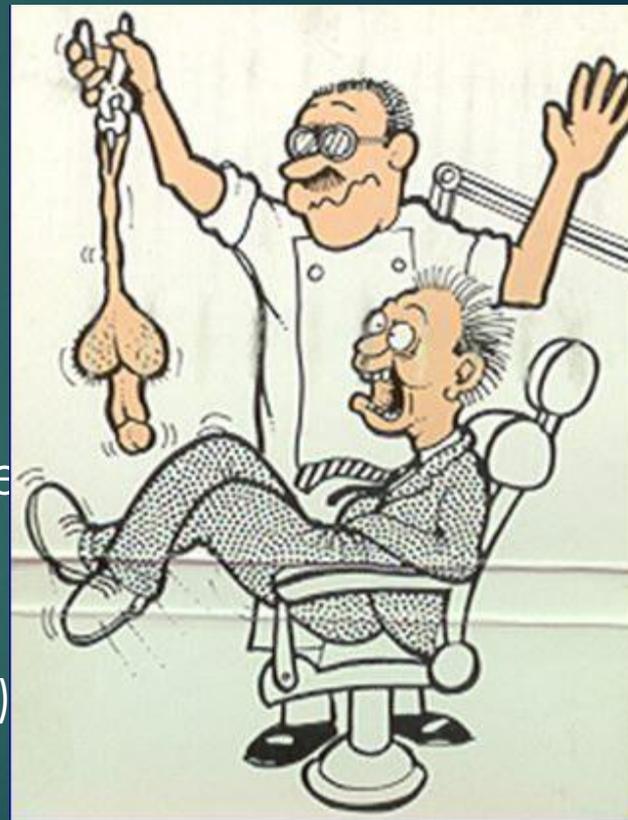
Гормональная терапия рака предстательной железы может проводиться в режимах:

- ▶ 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