

Карцином на простата – дијагноза, третман, препораки

АБСТРАКТ

Карциномот на простата е индивидуална и непредвидлива болест чиј малиген потенцијал не може секогаш да се предвиди и како спорорастечки тумор се потребни 10 до 15 години за да се манифестираат првите симптоми.

Ракот на простата во Македонија е во пораст, додека свеста за навремени прегледи е многу мала. Годишно од болеста, која е на второ место по смртност кај мажи, заболуваат околу 70 нови пациенти, а дури 90% се откриваат во доцна фаза кога потполно излекување не е можно. Карциномот на простатата доколку се открие навремено со навремена терапија доведува до излекување во 98% од случаите.

Карциномот на простата е индивидуална и непредвидлива болест чиј малиген потенцијал не може секогаш да се предвиди и како спорорастечки тумор се потребни 10 до 15 години за да се манифестираат првите симптоми. Ракот на простата е на прво место во САД , а во Европа е на второ место за смртност од карциноми кај мажи по белодробниот канцер. Во светски размери се регистрираат годишно околу 400 000 нови случаи, од кои дури 170 000 завршуваат со смртност. Ракот на простата во Македонија е во пораст , додека свеста за навремени прегледи е многу мала. Годишно од болеста , која е на второ место по смртност кај мажи, заболуваат околу 70 нови пациенти, а дури 90% се откриваат во доцна фаза кога потполно излекување не е можно. Карциномот на простатата доколку се открие навремено со навремена терапија доведува до излекување во 98% од случаите.

Фактори на ризик: Постојат одредени фактори на ризик кои ја зголемуваат можноста од појава на карцином кај простата кај некои луѓе. Важно е да се напомене дека карциномот никогаш не е последица на малигна дегенерација на бенигната простатична хиперплазија. Како фактори на ризик се предвидуваат: зголемување на возрастта (над 45 год. иако постојат и исклучоци), фамилијарна (генетска предиспозиција), начин на живот и исхрана (пр. поголем внес на масти ја зголемува продукцијата на тестостерон кој потпомага во настанувањето на канцерските клетки), расата (повеќе оболува европското население) и високо ниво на тестостерон (ракот на простата е хормонски зависен карцином).

Симптоми: Раниот карцином на простата е асимптоматски затоа во многу случаи се открива дури кога ќе се прошири надвор од простатата – локално или со далечни метастази. Најчести симптоми се: често мокрење посебно ноќе, тешко започнување и тешко сопирање на мокрењето, испрекинато и капење на урината по мокрењето, печење и болка при мокрење, потреба од итно мокрење, болки во долниот дел од карличната регија , хематурија, болна ејакулација.

Хистопатологија: Во 90% од случаите карциномот на простата е аденокарцином. Туморот најчесто започнува на периферијата на простатата, во задните делови, постепено ги инфилтрира соседните ткива, се шири на перипростатичните ткива , лимфните јазли во малата карлица, параорталните, а може и во левата супраклавикуларна јама. Метастазира хематогено најчесто во коските (остеобластичен тип) , белите дробови, хепар и цнс.

Дијагноза: Дијагнозата на простатичниот карцином вклучува неколку модалитети:

1. Вредност на ПСА (простата специфичен антиген) во крв. Нормални вредности за ПСА се сметаат: до 3 ng/ml кај мажи под 60 год., до 4 ng/ml кај мажи од 60 до 69 години и до 5 ng/ml кај мажи над 70 години.
2. Дигитален ректален преглед – се открива болеста кога е во понапреднат стадиум.
3. Трансректален ултразвучен преглед.
4. Биопсија на простата – доколку се позитивни ПСА тестот и ултразвучниот преглед. Обично се земаат 8 до 12 примероци од жлездата.

Стадиумот на болеста и воедно и тераписките можности се дефинираат со дополнителни дијагностички процедури заради утврдување на далечни метастази (скен на скелет и КТ/МР на абдомен).

Карциномот на простата е поделен во четири стадиуми според ТНМ класификацијата: Т1 – Т2 локализиран карцином во ниво на простата, Т3 – ја зафаќа капсулата на простатата и семените ќесички и Т4 – метастатска болест зафаќајќи ги околните ткива , метастази во лимфни јазли и други органи , а најчесто во коските.

Агресивноста на туморот , а воедно и неговиот степен на диференцираност, се одредуваат со т.н. Глисонова скала (1-5) при што се одредува Глисоновиот збир со сумирање на два типа на најагресивни клетки и се движи од 2 – 10.

Терапија: Одредени прогностички фактори влијаат во одлуката за дефинитивен тераписки третман. Иницијални ПСА вредности, стадиум на болеста, Глисоновиот збир, возраста на пациентот, општата состојба и коморбидитети. За полесно одредување на соодветен тераписки модалитет пациентите се поделени во четири ризични групи:

- а) низок ризик (Т1-Т2а, ПСА <10ng/ml , Глисон збир < 6)
- б) среден ризик (Т2б-Т2с, ПСА 10-20ng/ml, Глисон збир 7)

в) висок ризик (Т3а, ПСА> 20ng/ml, Глисон збир 8-10)
г) многу висок (Т3б-Т4, ПСА - било кој, Глисон збир – било кој).

Локализирана болест: **низок ризик и среден ризик** – радикална простатектомија или радиотерапија. Пациентите не погодни за овој третман се поставуваат на следење до појава на симптоми за отпочнување на соодветна хормонска терапија. **висок ризик** – радикална простатектомија или радиотерапија со (нео)адјуватна хормонотерапија.

Неoadјуватна хормонотерапија со Лутеинизиращки хормон-релизинг хормон агонист (LHRHa – amp.Zoladex s.c 3,6mg/10,8mg, amp.Decapeptyl i.m на 28 дена) 3-6 месеца пред радикална простатектомија или радиотерапија. Адјуватна хормонотерапија од 2-3 години кај пациенти со висок ризик по радикална простатектомија, биопсија или орхиектомија – само со периферен антагонист на тестостерон (Tabl.Androsig , Tabl . Bicalutamide 150 mg). Најчесто применуван модалитет е со двојна хормонска блокада – централна и периферна.

Метастатска болест: Прва линија терапија е билатерална орхиектомија со периферна хормонска блокада или само ЛХРХа. Доколку постојат коскени метастази се третираат со бисфосфонати (таблетарно или паренетрално) и тоа прва линија со золендронична к-на. како 15-ет минутна интравенска инфузија на 28 дена.

Хемотерапијата е опција кај пациенти со напреднат карцином на простатата како втора линија при хормонорезистентен карцином.

Карциномот на простатата е скриена болест на чии симптоми мажот не обраќа внимание сметајќи ги како минливи од една страна како и срамот од преглед кај уролог од друга. Карциномот е со добра прогноза ако се открие во ран стадиум. Затоа службата за примарна здравствена заштита треба да посвети поголемо внимание на овој проблем укажувајќи им на пациентите за скрининг по 50-тата година.

Референци:

1. J. L. Dominguez-Escrig, S. R. C. McCracken, and D. Greene. Beyond Diagnosis: Evolving Prostate Biopsy in the Era of Focal Therapy. *Cancer*. Volume 2011 (2011), Article ID 386207.
2. Shuo-Meng Wang, Kuo-How Huang, Shiu-Dong Chung, Shih-Chieh Jeff Chueh, and Hong-Jeng Yu Oncologic. Outcomes of Asian Men with Clinically Localized Prostate Cancer after Extraperitoneal Laparoscopic Radical Prostatectomy: A Single-Institution Experience. *Cancer*. Volume 2011 (2011), Article ID 748616.
3. Alfons JM van den Eertwegh MD ,Jurjen Versluis MD ,H Pieter van den Berg MD a, Saskia JAM Santegoets PhD a, Prof R Jeroen A van Moorselaar MD et all. Combined immunotherapy with granulocyte-macrophage colony-stimulating factor-transduced allogeneic prostate cancer cells and ipilimumab in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: a phase 1 dose-escalation trial .*The Lancet Oncology*, 10 February 2012.
4. Ravi A Madan MD, Mahsa Mohebtash MD ,Philip M Arlen MD ,Matteo Vergati MD ,Myrna Rauckhorst RN, Seth M Steinberg PhD, Kwong Y Tsang PhD. Ipilimumab and a poxviral vaccine targeting prostate-specific antigen in metastatic castration-resistant prostate cancer: a phase 1 dose-escalation trial. *The Lancet Oncology*, 10 February 2012.
5. Fred Saad. Prostate cancer therapy: finding the right balance. *The Lancet Oncology*, Volume 13, Issue 2, Pages 119 - 120, February 2012
6. Benoit RM, Naslund MJ. Detection of latent prostate cancer from routine screening: comparison with breast cancer screening. *Urology*. 1995 Oct;46(4):533-6; discussion 536-7.
7. Bratt O, Damber JE, Emanuelsson M, Grönberg H. Hereditary prostate cancer: clinical characteristics and survival. *Rev Urol. J Urol*. 2002 Jun;167(6):2423-6.
8. Kantoff P. Prevention, complementary therapies, and new scientific developments in the field of prostate cancer. *Rev Urol. J Urol*. 2006;8 Suppl 2:S9-S14
9. Taneja SS. Drug therapies for eradicating high-grade prostatic intraepithelial neoplasia in the prevention of prostate cancer. *Rev Urol*. 2005;7 Suppl 3:S19-29.

Автори: **Д-р Марија КаракOLEVСКА – ИЛОВА**, д-р Марија Димитровска - Иванова.
Medicus.broj14.godina7.