

Рак на простатата



Ракът на простатата се представя като един от основните медицински проблеми на мъжката популация. Само в Европа, всяка година се диагностицират 2,6 милиона нови случая. Той заема 11% от всички случаи на онкологични заболявания при мъжете и 9% от смъртните случаи, дължащи се на рак при тях. Смята се, че 80% от мъжете над 80 години имат рак на простатата. Тези цифри са фрапиращи, но ги цитираме, за да наблегнем на важността на проблема.

Развитие и рискови фактори

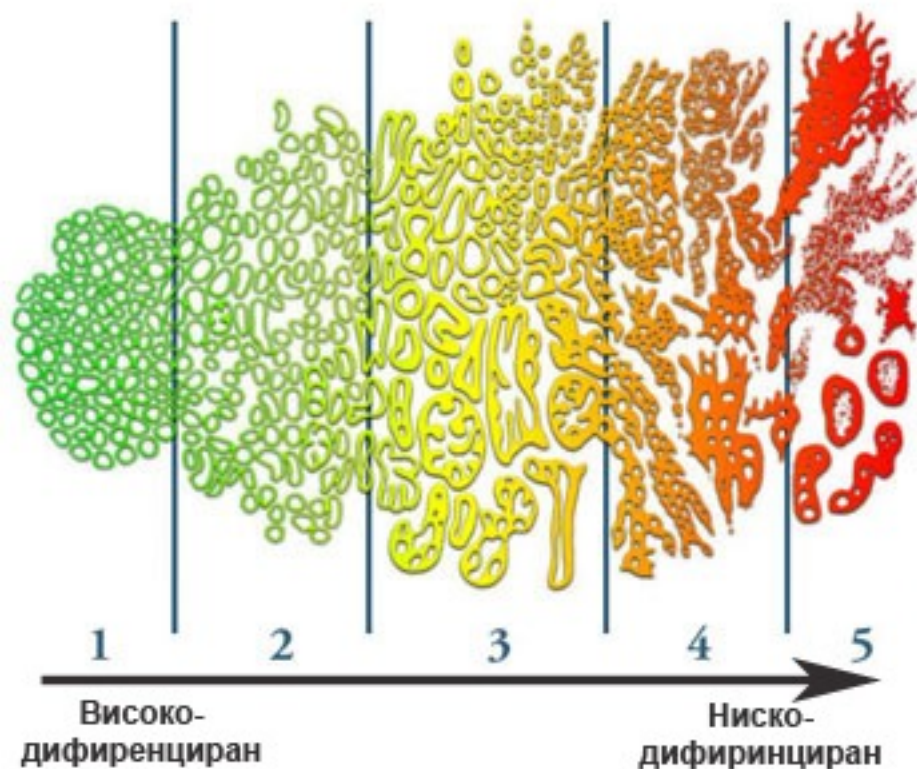
Развитието на рака на простатата е под влияние на мъжките полови хормони, но точният и отключващ механизъм не е достатъчно изяснен. Двата основни рискови фактора за рака на простатата са възрастта и наследствената предиспозиция. С напредване на възрастта, риска за развитие на рак нараства, а наличието на баща или пряк родственик с рак на простатата увеличава риска от заболяване с 2-3 пъти. Обсъжда се и влиянието и на околната среда, защото честота на заболяването е много по-висока в САЩ, Швеция и др. държави, отколкото в Китай и Япония.

Стадиране на рака на простатата

Ракът на простатата е аденокарцином, който се развива от жлезистите клетки на ацините на жлезата. Колкото повече раковите клетки приличат на нормалните, толкова по-добре е диференциран ракът и съответно прогнозата е по-добра. За съжаление, съществуват и варианти, когато раковите клетки са толкова “изродени” и недиференцирани, че изобщо не приличат на нормалните. Тогава, прогнозата е лоша.

За степенуване на тежестта на раковото израждане на клетките е въведена системата **Gleason Score**, която дава цифрова оценка на

степеня на диференциация и до голяма степен предопределя бъдещия терапевтичен подход:

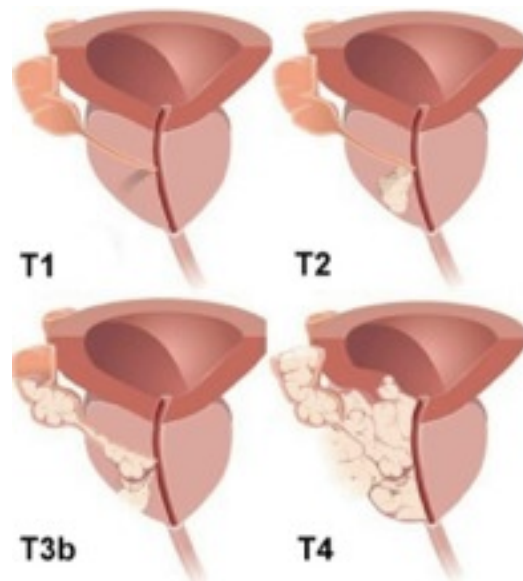


-Gleason Score от 2 до 4 – високодиференциран карцином – добра прогноза

-Gleason Score от 5 до 7 – умеренодиференциран карцином

-Gleason Score от 8 до 10 – нискодиференциран карцином – не добра прогноза

Според разпространението на рака в самата жлеза в съседните тъкани и органи и/или наличието на далечни метастази, през 2002 година е въведена т. нар. TNM (Tumor Node Metastasis) класификацията. За да не ви отегчаваме, ще представим съкратен вариант:



T1 – Клинично неоткриваем тумор, който не се вижда и не се палпира – открива се само биопсично или случайно при хистологично изследване

T2 – Туморът засяга само простатата

T3 – Туморът преминава извън простатната капсула

T4 – Туморът е фиксиран или инвазира съседните структури и органи – п. мехур, ректум, тазова стена.

N0 – липса; N1 – наличие на лимфни метастази

M0 – липса; M1 -наличие на далечни метастази

Например: Gleason 8 и T3N1M1 - означава, ниско-диференциран карцином, който излиза извън простатат, с доказани лимфни и далечни метастази.

Симптоми и клинична картина

Рака на простатата е “коварно” заболяване. Характерно е неговото бавно и подмолно развитие, без почти никаква или слаба, неспецифична симптоматика, която много често наподобява тази на ДПХ(основно смущения в уринирането), което е основната причина много често това заболяване да се диагностицира в късен и напреднал стадий, когато надеждата радикално излекуване е много малка. Характерно е ранното метастазиране в тазовите лимфни възли и много често в плоските кости – ребра, тазови кости, гръбначен стълб и др., което се свързва с болки по съответните области. Именно по тази причина е особено важно активното търсене, активния скрининг на мъжете над 50 години, дори и при най-малкото подозрение.

Диагноза

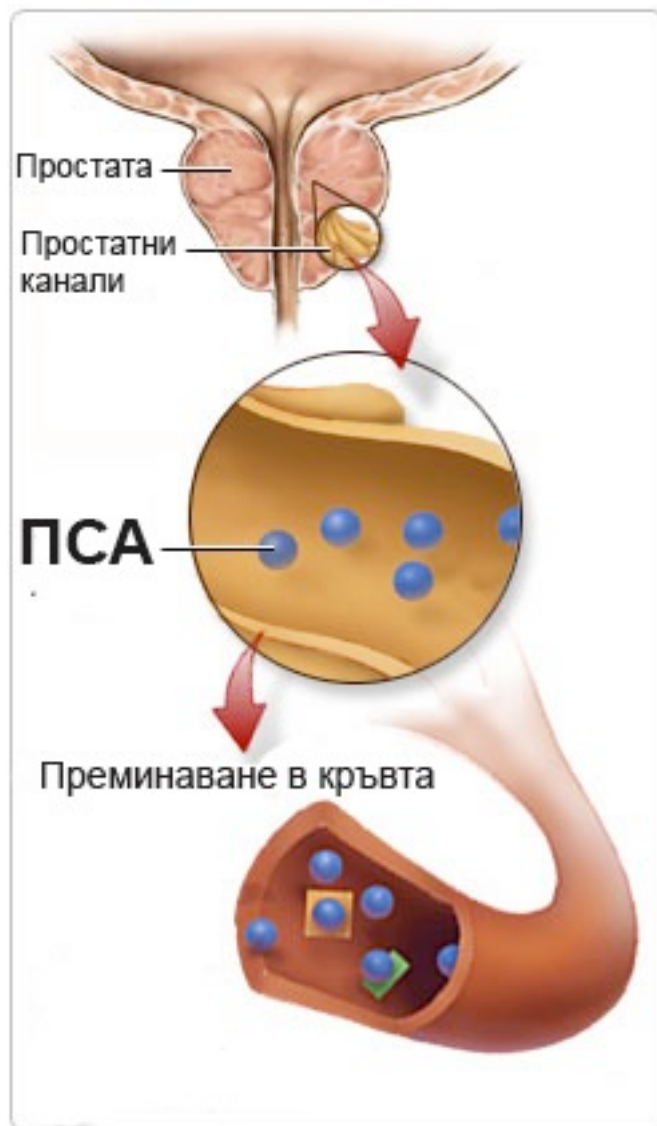
За диагностициране на рака на простатата са въведени различни, образни, кръвни и биопсични изследвания.

Ректално туширане

Ректалното туширане е най-лесният и най-бързият метод, с който опитния уролог, много бързо може да се ориентира какво е състоянието на простатата.

Недостатък на това изследване е, че то има много ниска чувствителност – т.е. с него много често се пропуска заболяването. Смята се, че с него може да се “опипа” само карцином с обем по-голям от 0.2 мл. и то разположен близо до ректума, което го прави удобен, но несигурен метод. Въпреки това, всеки съмнителен при туширане участък, според препоръките на Европейската Асоциация по Урология трябва да се счита за абсолютна индикация за простатна биопсия, тъй като 18 % от случаите на открит рак на простатата се дължат на ректалното туширане [1].

PSA



През 1979 г., след дълго търсене е изолиран антиген (протеинова молекула) от простатната тъкан, който е специфичен само за нея. PSA – **Prostatic Specific Antigen** е единствения специфичен кръвен маркер за простатната тъкан. Въвеждането на това “изследване” в рутинната практика е едно от най-значимите събития по отношение на ранната диагностика и скрининг на ракът на простатата. Казано накратко, “PSA може би е спасил живота милиони мъже”.

Важно е да отбележим, че PSA **не е** туморен маркер. Това е молекула, която се синтезира и е специфична само и единствено за простатната тъкан, и която при определени състояния (едно от които е и ракът на простатата) навлиза в кръвното русло и повишава стойността си. PSA е простатно специфичен, а **не** “раково-простатно” специфичен. Това означава, че високи стойности на PSA не означават задължително карцином на простатата и обратното – ниските му стойности не гарантират липса на карцином и поради тази причина, може би е уместно да не се използва определението “туморен маркер”, тъй като само **излишно “плаши”** пациентите. Но въпреки това, изследването му е

изключителна помощ за уролога, тъй като най-честата причина за покачване на стойността му в кръвния серум е ракът на простатата.

Напомняме, че за нормална стойност на PSA в серума е приета от 0 до 4 ng/ml. и при всяко негово повишаване задължително трябва да се подозира **и** рак на простатата. Нивото на PSA като самостоятелно излседване има най-добра предиктивна способност по отношение на рака на простатата от ректалното туширане и трансректалната ехография [2].

От 2011 година в България е въведен масовият PSA скрининг за рак на простатата, който включва безплатно изследване на PSA при всички мъже над 50 години веднъж на 2 години. Все още има множество разногласия около ползата от **масовия** ПСА скрининг, тъй като той крие риск от свръх-диагностика, както и значителен риск от прекомерно агресивно лечение. Важно е да споменем следните данни:

-Ако 1,000,000 мъже се скринират с ПСА тест, то:

-**100,000** ще бъдат **биопсирани**,

-при **20,000** ще бъде открит **простатен карцином**,

-при **10,000** ще бъде проведено **радикално лечение**,

-**10** от тях ще **умрат** поради карцинома,

-**300** ще имат **инконтиненция** поради лечението и

-**4000** ще имат **еректилна дисфункция**

В момента най-приемлив е модела на “**опортюнистичен**” скрининг – модел при който пациента, търсещ помощ за СДПП, бива скриниран, след като бъде информиран от уролога за плюсовете и минусите на този скрининг, като се вземат предвид възрастта му, придружаващите заболявания и риска от развитие на клинично значим простатен карцином

Ехография

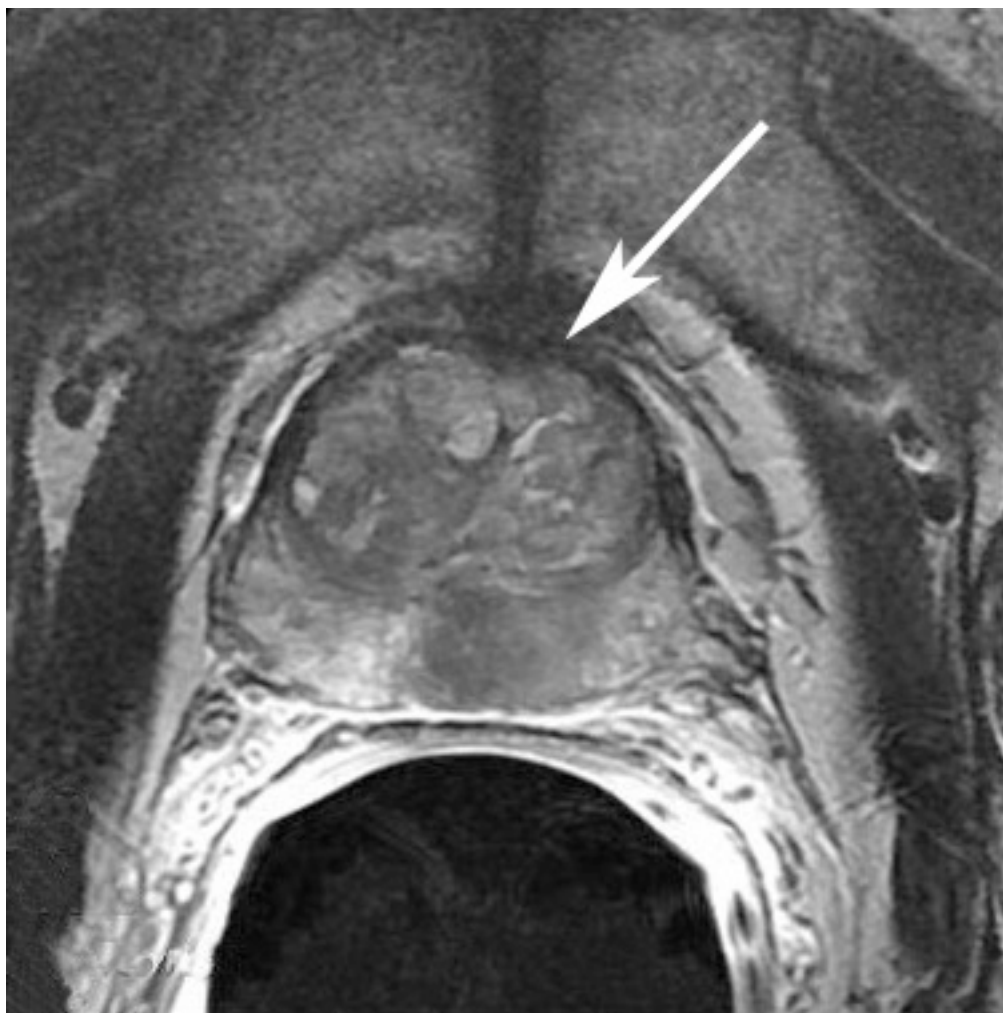
С напредването на развитието на медицинската техника, се разработиха множество трансректални ехографски сонди, с които можем директно да наблюдаваме жлезата и да получим прекрасен (дори 3D) образ, тъй като от нея ни дели единствено стената на ректума. Това е т. нар. “модерно” ректално туширане. Трансректалната ехография не е от особено значение за ранната детекция на рака на простатата [3], но метода намира своето широко приложение при „прицелната“ простатната биопсия под ехографски контрол.

Простатна биопсия

Простатната биопсия е единственият метод, с който може да се докаже със сигурност рак на простатата . Тя е основния метод, който ни идва на помощ

в случаите на стойности на PSA в т. нар. "Сива" зона от 4 до 10 ng/ml., когато раковото огнище е толкова малко, че не може да се открие нито с ректално туширане, нито чрез трансректална ехография, т.е. в ранен стадий, при който радикалното му лекуване е напълно възможно.

КАТ/Магнитен резонанс



КАТ (скенер) и Магнитния резонанс, са изследвания, които си използват по-скоро за стадиране на заболяването, при вече налична положителна простатна биопсия. Те дават възможност да се прецени, дали заболяването е локализирано само в простатта или засяга и други органи (т.е. TNM).

Костна сцинтиграфия

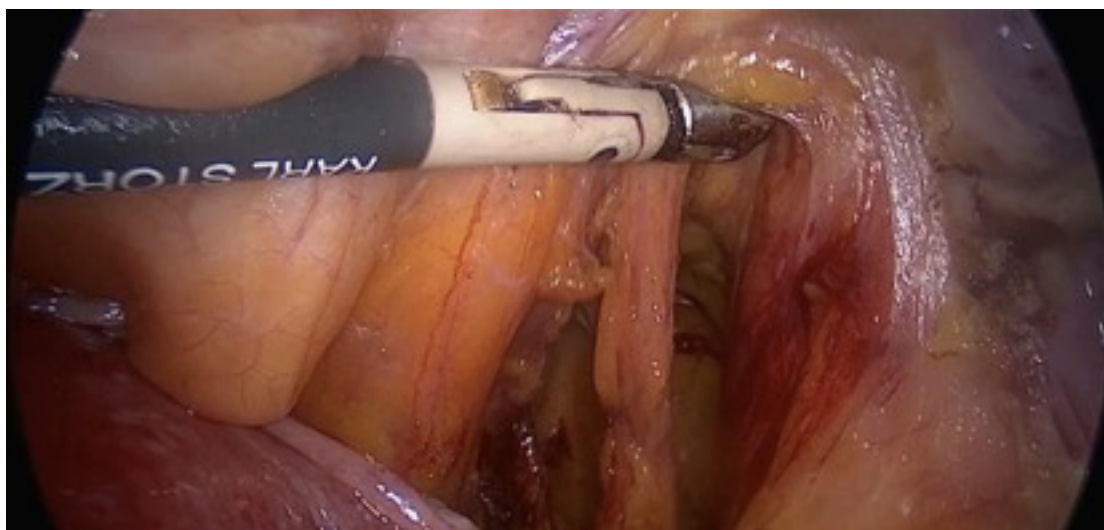
Важно е да споменем още едно изследване, което е задължително за стадиране на заболяването, а именно костната сцинтиграфия. При нея, след вкарване на радиоактивен изотоп в тялото, който преференциално се натрупва в костните метастази и с помощта на специален уред (гама-камера) се правят поредица от снимки, на които много ясно се виждат костните метастази. Наличието на костни метастази, много често коренно променя терапевтичното поведение, за това извършването на костна сцинтиграфия е задължително, преди да се започне лечението. На

снимката по-долу е представена гамакамерна-сцинитграфия на случай с множество костни метастази в костите.

Лечение

Изборът на лечение при конкретен пациент отговорна и трудна задача, която е в компетенцията на т.нар. онкокомитети, съставени от специалисти от различни области – уролог, патолог, онколога, лъчетерапевт. Решението на онкокомитета е строго индивидуално и съобразено със стадия на заболяването, грейденга и общото състояние на пациента.

Лечението на рака на простатата е сложен и комплексен процес, който изисква много внимателна и прецизна преценка на състоянието на конкретния пациент. То може да бъде радикално или палиативно. Радикалното лечение цели излекуване на пациента и може да се постигне само хирургично – премахване на простатата (т.нар. радикална простатектомия) или чрез лъчелечение – перкутанна лъчетерапия или чрез брахитерапия.



Палиативното лечение има за цел да забави процесе и да облекчи състоянието на пациента, когато болестта е напреднала и е невъзможно да се постигне радикално излекуване. Палиативното лечение включва хормонотерапия и/или лъчелечение.

Много често се налага комбинация от различните терапевтични методи – например хирургично лечение в комбинация с хормонотерапия.

Важно е да отбележим, че ракът на простатата има бавно развитие и винаги подлежи на лечение, независимо от размера, местоположението или степента на разпространение.

Д-р Васил Василев – Уролог

www.Urology.bg

Май 2012