

Ung thư tuyến tiền liệt

SINH LÝ HỌC

PHÂN LOẠI THEO LỊCH SỬ

- ADENOCARCINOMA (> 95%)
- MẠNG NEOPLASM (PIN)
- CARCINOMA UROTHELIAL
- CARCINOMA TẾ BÀO NHỎ
- UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO VÂY
- SARCOMA

ĐIỂM GLEASON — do một nhà bệnh lý học chỉ định

dựa trên tính hiệu chiến của quần thể chiếm ưu thế (1–5) cộng với quần thể phổ biến thứ hai (1–5) với tổng số giữa

2 và 10

CÁC YẾU TỐ RỦI RO

- CÁ NHÂN — tuổi (quan trọng nhất), chủng tộc (Da đen >

Da trắng > Châu Á)

- LỊCH SỬ GIA ĐÌNH / CÁC YẾU TỐ DI TRUYỀN — họ hàng bị tổn thương (2–5 ×), ung thư vú, BRCA2

- MÔI TRƯỜNG - lượng chất béo bão hòa và tổng lượng

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

LOCOREGIONAL — hầu như không có triệu chứng với chẩn đoán được thực hiện bằng cách tăng PSA hoặc ngẫu nhiên thông qua TURP cho rầy nâu. Các triệu chứng tiềm ẩn bao gồm tắc nghẽn đường tiết niệu, tần suất tiết niệu, tiểu đêm, do dự, dòng chảy chậm, tiểu không kiểm soát được

METASTATIC — đau xương, chèn ép dây.

Tăng calci huyết và gãy xương không phải là rất bình thường vì các tổn thương di căn có xu hướng là nguyên bào nuôi thay vì ly giải.

TIỀM NĂNG - giảm cân, biếng ăn, sự mệt mỏi

PARANEOPLASTIC — tiêu mỡ toàn thân, hội chứng thần kinh cơ

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiểm, urê, Cr, AST, ALT, ALP, bilirubin, INR, PTT, albumin, PSA, testosterone
- HÌNH ẢNH — Chụp X-quang, CT hoặc MRI vùng chậu / khung chậu (nếu bệnh nguy cơ cao), chụp cắt lớp xương (nếu bệnh nguy cơ cao)
- BIOPSY — sinh thiết qua trực tràng do Hoa Kỳ hướng dẫn (6–12 kim lõi)

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN VÀ TIỂU SỬ

PROSTATE-ĐẶC BIỆT ANTIGEN - một protease serine có chức năng phân giải sinh lý tinh dịch.

Tăng cao trong ung thư tuyến tiền liệt, viêm tuyến tiền liệt, BPH,

nội soi, phẫu thuật tuyến tiền liệt, sinh thiết tuyến tiền liệt

(vẫn tăng trong 6–8 tuần), và với

tăng tuổi (PSA bình thường theo tuổi: tuổi

40–50 <2,5 ng / mL, tuổi 50–60 <3,5 ng / mL, tuổi

60–70 <4,5 ng / mL, tuổi 70–80 <6,5 ng / mL). Có thể

được sử dụng để sàng lọc, chẩn đoán, tiên lượng,

lựa chọn phương thức điều trị và tuân theo

phản ứng điều trị

- PSA MIỄN PHÍ — tỷ lệ PSA không bị ràng buộc với

antichymotrypsin hoặc α_2 macroglobulin. MỘT

giảm tỷ lệ PSA tự do trên tổng số có liên quan đến nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt cao hơn

- PSA DENSITY — PSA / thể tích tuyến tiền liệt và có thể

liên quan đến tăng PPV và NPV

- THỜI GIAN NHÂN ĐÔI PSA — dự đoán tuyến tiền liệt

tỷ lệ tử vong do ung thư-specibc trong tái phát sinh hóa

- XÉT NGHIỆM - PSA > 4 ng / mL được coi là

bất thường, spc 32%. Với việc bổ sung DRE,

spc 48%. PSA cũng tăng 20% / năm

nên đảm bảo sinh thiết. Cho đến nay, sàng lọc PSA

đã không được chứng minh là làm giảm tỷ lệ tử vong từ

ung thư tuyến tiền liệt. Thảo luận về rủi ro tiềm ẩn / lợi ích với nam giới > 50 tuổi, rủi ro cao (tiền sử gia đình, dân tộc)

- GIẢI PHẪU SINH HỌC — đối với những bệnh nhân đã cắt tuyến tiền liệt trước đó, tái phát PSA được chỉ định bởi

PSA $\geq 0,2$ ng / mL được kết hợp trên PSA thứ hai $\geq 0,2$ ng / mL. Đối với những bệnh nhân đã từng xạ trị bằng chùm tia bên ngoài hoặc liệu pháp điều trị nội,

Tái phát PSA được chỉ định bằng PSA ≥ 2 ng / mL từ

nadir PSA

TIẾN HÀNH THEO GIAI ĐOẠN — Sống sót tổng thể 5 năm

tỷ lệ ung thư tại chỗ, tiến triển tại chỗ và ung thư di căn là ~ 100%, ~ 100% và 31%,

tương ứng

CÁC YẾU TỐ CẤU TẠO PHỤ THUỘC — PSA tiền xử lý, điểm Gleason, giai đoạn T

SỰ QUẢN LÝ

BỆNH KHU VỰC KHU VỰC (T1-3N0M0)

- RỦI RO THẤP — nếu tuổi thọ <10 năm, hãy cân nhắc

quan sát các triệu chứng. Nếu tuổi thọ ≥ 10 năm

tuổi thọ, các tùy chọn bao gồm giám sát tích cực (ưu tiên), bức xạ tia bên ngoài

(EBRT) hoặc liệu pháp brachytherapy, hoặc cắt bỏ tuyến tiền liệt triệt để (RP).
Giám sát tích cực liên quan đến

Xét nghiệm PSA mỗi ≥ 6 tháng, sinh thiết tuyến tiền liệt
cứ ≥ 12 tháng một lần, MRI tuyến tiền liệt cứ ≥ 12 một lần
tháng và cân nhắc điều trị bệnh

sự tiến triển (tức là đáp ứng các tiêu chí cho trung gian
hoặc rủi ro cao hơn). Gửi đi xét nghiệm mầm móng nếu tiền sử gia đình dương tính

- RỦI RO TRUNG GIAN — nếu tuổi thọ < 10 năm,
các tùy chọn bao gồm quan sát các triệu chứng và
EBRT hoặc liệu pháp brachytherapy. Nếu tuổi thọ ≥ 10 năm, các tùy chọn bao gồm
giám sát tích cực,

EBRT hoặc liệu pháp brachytherapy $\pm$ androgen
liệu pháp tước đoạt (ADT), hoặc triệt để
cắt bỏ tuyến tiền liệt. ADT liên quan đến chất chủ vận LHRH
(ví dụ: leuprolide). Gửi để kiểm tra dòng điện tử nếu
lịch sử gia đình tích cực

- RỦI RO CAO — nếu tuổi thọ ≤ 5 năm và
không có triệu chứng, các tùy chọn bao gồm quan sát
triệu chứng, ADT hoặc EBRT. Nếu tuổi thọ > 5 năm hoặc có triệu chứng, các tùy
chọn bao gồm EBRT $\pm$
brachytherapy + ADT, hoặc cắt bỏ tuyến tiền liệt triệt để. Gửi để kiểm tra dòng
mầm

BỆNH TIỀN TRIỂN (T4, N1–3, M1)

- CASTRATION-SENSITIVE (CSPC) —các lựa chọn bao gồm

ADT ± hóa trị liệu (docetaxel) hoặc androgen

liệu pháp nhắm mục tiêu vào thụ thể (abiraterone, enzalutamide, apalutamide). Bệnh nhân yêu cầu

thiến suốt đời bằng phẫu thuật hoặc y tế

với chất chủ vận LHRH (ví dụ: leuprolide, goserelin)

cộng với antiandrogen (ví dụ: bicalutamide, ^ utamide) trong ≥ 7 ngày khi bắt đầu sử dụng chất chủ vận LHRH để ngăn chặn testosterone ban đầu ^ là

phản ứng. Bắt đầu ADT sớm được khuyến cáo trong bệnh có triệu chứng. ADT sớm

có thể cải thiện khả năng sống sót của bệnh theo chỉ định so với ADT trì hoãn, tức là bắt đầu điều trị

khi bệnh nhân trở nên có triệu chứng

- CASTRATION-RESISTANT (CRPC)

- FIRST-LINE — các tùy chọn bao gồm hóa trị

(docetaxel nếu trước đó chưa được sử dụng) hoặc liệu pháp ARtargeted (abiraterone hoặc enzalutamide tùy thuộc vào agent được sử dụng cho CSPC)

- DÒNG THỨ HAI — các tùy chọn bao gồm hóa trị liệu (docetaxel nếu chưa được sử dụng trước đó,

cabazitaxel), liệu pháp nhắm mục tiêu AR (abiraterone, enzalutamide), chất ức chế PARP

(olaparib, nếu đột biến ở dạng tương đồng

gen sửa chữa tái tổ hợp), hoặc miễn dịch

chất ức chế trạm kiểm soát (pembrolizumab, nếu

tính không ổn định của tế bào vi mô-cao hoặc không phù hợp

sửa chữa-phản bác)

- PHƯƠNG PHÁP XƯƠNG — bisphosphonates (axit zoledronic), radium-223, bức xạ giảm nhẹ
- PALLIATIVE CARE — giới thiệu cho những bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc hỗ trợ

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

NGƯỜI ĐỒNG HÀNH LHRH

- CHỈ ĐỊNH - bệnh khu trú ở mức độ trung bình hoặc nguy cơ cao (kết hợp với EBRT), cứu cánh

cài đặt, hoặc cài đặt bệnh nâng cao. Yêu cầu

sử dụng thuốc kháng androgen (^ utamide) cho đầu tiên ≥ 7

ngày để chống lại testosterone ^ là phản hồi

- TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN — mệt mỏi, nóng nảy ^ say, tâm trạng thay đổi, tăng cân, giảm ham muốn tình dục, bất lực, nữ hóa tuyến vú, và trong thời gian dài

giảm khối lượng cơ, thiếu máu và loãng xương. Tất cả bệnh nhân bắt đầu sử dụng thuốc chủ vận LHRH

nên chụp mật độ xương cơ bản và được

bắt đầu bổ sung canxi và vitamin D. Bisphosphonates nên được đưa ra nếu

loãng xương do DEXA phỏng đoán