

<PRIVATE>**Incidencia:**

? 2. Mo. 1200 ÷/ év. ? ÷/ 3 perc. Max. 65-75 év.

Etiológia:

Oka ?. Eunuchban Ø (androgén-kapcsolat?). Faktorok: genetika (familiáris halmozódás; rasszok: afro > europid > mongoloid), égöv (Skandinávia > mediterrán), életmód (kivándorolt ázsiai), étel (zsír fokoz, E-vitamin, Se, Zn véd).

Patológia:

Ált. Adenocarcinoma, ritkán sarcoma. Precancerosiai: PIN (prostata intraepithelialis neoplasia), AAT (atípusos adenomatosus hyperplasia). Grading (differenciáltság): Gleason score (0-5), Gleason sum (2-10, a legdifferenciáltabb és a legkevésbé differenciáltabb minta összeg).

Tünetek:

Nincs ® irritatio ® obstuctio (dysuria, pollakisuria, gáttáji diszkomfort, potenciazavar, haemospermia) ® csontmetasztázis (reumás fájdalmak).

Diagnózis:

RDV Megnagyobbodott, porckemény, göbös, összekapcskodó, nem érzékeny prostata.

PSA Prostata mirigyeipithel termelte glycoprotein (ondó elfolyósítás).

Normál: 0-4 ng/ml. Bizonytalan: 4-10 ng/ml (BPH, prosztatagyulladás, betegség nélkül, megelőző RDV, TURP). Fokozott gyanú: >10 ng/ml. Biztos: >25 ng/ml.

Bizonytalan PSA értékelését segíti: *a) PSA denzitás.* (PSA / UH-os prostatavolumen) *b) Korspecifikus PSA.* (kor szerinti normálértéke) *c) PSA velocitás.* (PSA növekedési üteme, ng/ml/év), *d) össz/szabad PSA arány.*

Transrectális ultrahang Echoszegény (sötét) terület. Alacsony specificitás. Segít a lokalizálásban és a célzott-biopsziában)

Prostata biopszia

Savi foszfátáz, alkalikus foszfátáz, iv. urographia, lymphadenectomia, csontizotóp Áttét keresés

Kiterjedés (staging):

Európai '97-es TNM beosztás. T (tapintás, UH, PSA, grading). N (UH, CT). M (mRtg, scintigraphia). T12szerven belüli, T34extracapsularis terjedésű. Klinikai és pathologiai klasszifikáció eltérhet, ezért az utóbbi jelölése: p TNM.

Diagnosztikai algoritmus:

RDV ® PSA ® transrectalis UH ® biopszia ® csontscintigráfia (PSA >10 ng/ml) ® mRtg ® praeoperativ CT/ MRI (negatív biopszia esetén, ha gyanús a tapintás és/vagy a PSA magas, a biopsziát ismételni kell)

Kezelés:

Staging, grading, életkor (70), PSA, társbetegség, általános állapot, potencia igénye határozza meg.

Jó + időse ® wait and see

Jó + fiatal + potencia fontos ® LHRHa

Jó + fiatal + potencia nem fontos ® RP vagy LHRHa + orchidectomy.

Rossz (potencia nem őrizhető meg) vagy inoperabilis ® LHRHa + orchidectomy + TAB.

Lokálisan invazív, áttétmentes + időse vagy radikális műtét előtt ® sugárterápia.

A. Surveillance (wait and see)

Szoros kontroll. A beteg bizonytalan maradhat.

B. Kuratív kezelés*1. Radikális prostatectomia*

Prostata + ondóhólyag eltávolítás. A húgycsővet a sphinctertől proximálisan a prostata apex alatt átvágjuk, majd egyesítjük a hólyaggal. 10 éves túlélés 90-95%. Impotencia, inkontinencia, intraoperatív vérzés, anastomozis szűkület, végbélsérülés, ↑.

2. Sugárterápia

10 éves túlélés 70-90%-os. Potenciavesztés, húgycsőszűkület, sugárcystitis, proctitis, sipolyok. Az intersticiális sugárterápia (brachy terápia) a közeljövő terápiás lehetősége.

C. Palliatív kezelés*1. Hormonkezelés androgén depriváció.*

a.) Sebészí castratio Here eredetű androgén források irreverzibilis eltávolítása.

b.) Kémiai castratio LHRH analógok. Herék reverzibilisen sorvadnak. 1, 2, 3 hónapos depot készítmények.

c.) Antiandrogének Androgének sejtszintű gátlása: dihidrotestosztéron ? X® testoszteron. Progresszió esetén gyakran az antiandrogén elvonással (withdrawal phenomén) kerül a beteg remisszióba.

d.) Total androgen blokád (TAB) Antiandrogén + sebészí / kémiai castratio.

2. Kiegészítő kezelések

a.) Hormonkezelés alatti progresszió (hormonrezisztencia) esetén *Estramustin, taxán, vinblastin, cisplatin.*

b.) Vizeleti nehézség, totális vizeletrekedés esetén *TURP.*

c.) Gerincmetasztázisok esetén fellépő gyöki fájdalmakra *Gyöki besugárzás.*

d.) Csontmetasztázis esetén *bisphosphonát.*

3. Terápiás komplikációk kezelése:

a.) Castratio okozta hóhullámokra *cloridin*

b.) Megestrol okozta gynecomastiára, potenciazavarra *acetat*

c.) LHRH analógok okozta potenciazavar, hóhullámok esetén antiandrogének

d.) Antiandrogének okozta hepatotoxicitás, potenciazavar, gasztrointesztinális zavarok esetén LHRH

e.) Estramustin okozta gynecomastiára *emlőbesugárzás*

Betegkövetés, prognosztikai faktorok:

PSA. Vizeletáramlás, reziduum, vese UH (obstrukció). Alkalikus phosphatase (csontáttét). Nagy a bizonytalanság, de ált. a staging + grading + kezdeti PSA jól korrelál a túléléssel. Ha a kezelés kezdete utáni PSA érték, a 3. hónapban eléri a normálértéket, a betegség jó prognózisú.