



Βιβλιογραφική ενημέρωση

ΜΑΡΙΑ ΜΟΣΧΟΥ
Χειρουργός ουρολόγος

Η εποχή του PSA για τον καρκίνο του προστάτη δεν έχει περάσει

Catalona W, Loeb S.
European Urology 2005; 48:541-545.

Στο άρθρο αυτό, το οποίο αποτελεί και κατευθυντήρια οδηγία της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας, οι συγγραφείς, με αφορμή την κριτική που έχει εκφραστεί για την χρησιμότητα του PSA στην ανίχνευση του προστατικού καρκίνου, ανασκοπούν τη διεθνή βιβλιογραφία και σε συνδυασμό με τη δική τους εμπειρία καταλήγουν στα παρακάτω συμπεράσματα: α) το PSA αποτελεί τον καλύτερο διαθέσιμο βιοχημικό δείκτη για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη, β) προβλέπει την έκβαση της νόσου μετά από οριστική θεραπεία, γ) ο έλεγχος (screening) του PSA πρέπει να ξεκινά στην ηλικία των 40, οπότε και πρέπει να είναι κάτω από 1 ng/ml και να γίνεται κάθε χρόνο, δ) το PSA πρέπει να χρησιμοποιείται έξι φορές εξετάζοντας εκτός από το ολικό και τα παράγωγά του, όπως το free PSA και το complex PSA, το PSA velocity, το PSA density και ίσως στο μέλλον το B-PSA και το pro-PSA, ε) όταν το PSA βρίσκεται στη γκριζα ζώνη (2,5-10 ng/ml) βιοψία πρέπει να εκτελείται αν το PSA density είναι μεγαλύτερο ή ίσο του 0,1 ng/ml ή το ποσοστό του free PSA είναι μικρότερο από 10%, στ) όταν το PSA είναι μεγαλύτερο από 4 ng/ml ένδειξη για βιοψία αποτελεί το PSA velocity πάνω από 0,75 ng/ml/έτος, ενώ όταν το PSA είναι μικρότερο από 4 ένδειξη για βιοψία αποτελούν μικρότερες τιμές PSA velocity της τάξης του 0,2-0,5 ng/ml/έτος.

Η χημειοθεραπεία στον προχωρημένο καρκίνο της ουροδόχου κύστης

Rosenberg J, Carroll P, Small E.
Journal of Urology 2005; 174:14-20.

Στο άρθρο αυτό ανασκοπήθηκαν οι μελέτες που αφορούν στη χημειοθεραπεία του προχωρημένου καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Ως πρώτο συμπέρασμα αναφέρεται ότι ο συνδυασμός γεμισαταμίνης, σισπλατίνης είναι το ίδιο αποτελεσματικός και λιγότερο τοξικός από το συνδυασμό μεθοτρεξάτης, βινπλαστίνης, δοξορουβικίνης και σισπλατίνης (MVAC) και ως εκ τούτου δικαιολογείται η εκτεταμένη χρήση του στη χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής. Το δεύτερο συμπέρασμα που προκύπτει από το άρθρο είναι ότι δεν έχει βρεθεί ακόμη το καταλληλότερο σχήμα για τη χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης.

Κίνδυνος καρκίνου ουροδόχου κύστης μετά από ακτινοθεραπεία για καρκίνο του προστάτη

Chrouser K, Leibovich B, Bergstralh E, et al.
Journal of Urology 2005; 174:107-111.

Σκοπός της μελέτης είναι να εκτιμηθεί κατά πόσο η εξωτερική ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου της ουροδόχου κύστης, καθώς αυξημένος κίνδυνος έχει αναφερθεί μετά από εξωτερική ακτινοβολία για κακοήθειες των έσω γεννητικών οργάνων στις γυναίκες. Αναλύθηκαν αναδρομικά 1743 περιπτώσεις ασθενών που έλαβαν

εξωτερική ακτινοθεραπεία για καρκίνο προστάτη με χρόνο παρακολούθησης έως 12 χρόνια και τελικά δε βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος καρκίνου στην κατηγορία αυτή των ασθενών.

Αυξημένος κίνδυνος καρκίνου ορθού μετά από ακτινοβολία του προστάτη

Baxter NN, Tepper JE, Durham SB, et al.
Gastroenterology 2005; 128:819-824.

Στη μελέτη αυτή αναλύθηκαν αναδρομικά 30.552 ασθενείς που έλαβαν εξωτερική ακτινοθεραπεία και 52.263 που υποβλήθηκαν σε ριζική προστατεκτομή για εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη, την περίοδο 1973-1994. Μελετήθηκαν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας όσον αφορά στην πρόκληση καρκίνου σε τρεις διαφορετικές περιοχές του παχέος εντέρου: ορθό (σίγουρα ακτινοβλημένη περιοχή), ορθοσιγμοειδές, σιγμοειδές, τυφλό (ενδεχομένως ακτινοβλημένες περιοχές) και υπόλοιπο παχύ έντερο (μη ακτινοβλημένη περιοχή). Η ακτινοβολία σχετίστηκε με ανάπτυξη καρκίνου μόνο στο ορθό και όχι στις υπόλοιπες περιοχές του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος πρόκλησης καρκίνου σε αυτή την περιοχή ήταν κατά 1,7 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τον κίνδυνο των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ριζική προστατεκτομή.

Λεμφαδενικές μεταστάσεις σε ασθενείς με καρκίνο ουροδόχου κύστης που υποβλήθηκαν σε ριζική κυστεκτομή. Επίπτωση και πρόγνωση

Abdel-Latif M, Abol-Enein H, et al.
Journal of Urology 2004; 172:85-89.

Στη μελέτη αυτή αναλύθηκαν αναδρομικά 418 περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε ριζική κυστεκτομή και αμφοτερόπλευρη πυελική λεμφαδενεκτομή. Σε 110 από τους 418 ασθενείς βρέθηκαν διηθημένοι λεμφαδένες. Ο μέσος αριθμός των αφαιρεθέντων λεμφαδένων ήταν 17,9, ενώ ο μέσος αριθμός των θετικών 4,1.

Στα συμπεράσματα αναφέρονται ότι το στάδιο, ο βαθμός κακοήθειας και η λεμφαγγειακή διήθηση επιδρούν ανεξάρτητα στην επίπτωση των λεμφαδενικών μεταστάσεων. Επίσης υπήρξε σχέση, αν και ασθενής, μεταξύ του αριθμού των αφαιρεθέντων λεμφαδένων και του αριθμού των θετικών. Τέλος, η επιβίωση στο μεταστατικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης εξαρτάται από το παθολογοανατομικό στάδιο και τον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων.

Κατευθυντήριες οδηγίες της EAU για τη διάγνωση και θεραπεία του ουροθηλιακού καρκινώματος in situ

Andrian van der Meijden, Richard S, Willem O, Eduardo S, et al.
European Urology 2005; 48:363-371.

Στο άρθρο αυτό παρέχονται κατευθυντήριες οδηγίες για το καρκίνωμα in situ, με την επισήμανση όμως ότι υπάρχουν λίγα δεδομένα, τα οποία βασίζονται σε μεγάλες τυχαίοποιημένες μελέτες για τον καρκίνο αυτό. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η κυτταρολογία αποτελεί τον καλύτερο δείκτη για τη διάγνωση αλλά και για την εκτίμηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία

του καρκινώματος in situ. Η ριζική κυστεκτομή αμέσως μετά τη διάγνωση του καρκινώματος in situ και χωρίς να προηγηθεί ενδοκυστική θεραπεία παρέχει άριστα αποτελέσματα επιβίωσης, αλλά αποτελεί υπερβολική θεραπεία για το 50% των ασθενών.

Η ενδοκυστική θεραπεία με BCG παρέχει τα μεγαλύτερα ποσοστά πλήρους ανταπόκρισης και την πιο μακροχρόνια περίοδο ελεύθερης νόσου σε σχέση με τις άλλες ενδοκυστικές θεραπείες και ως εκ τούτου αποτελεί την ενδοκυστική θεραπεία εκλογής. Οι έξι εβδομαδιαίες ενδοκυστικές εγχύσεις BCG δεν είναι αρκετές για τη θεραπεία του καρκινώματος in situ. Απαιτείται θεραπεία συντήρησης, αλλά το πλέον κατάλληλο σχήμα δεν είναι μέχρι σήμερα γνωστό, συνιστάται πάντως τουλάχιστον ένας χρόνος θεραπείας συντήρησης.

Η ανταπόκριση στη θεραπεία με BCG πρέπει να εκτιμάται 3 μήνες μετά την έναρξή της. Αν δεν υπάρχει ανταπόκριση, μπορεί να προταθεί στον ασθενή είτε κυστεκτομή, είτε άλλες 6 εβδομαδιαίες εγχύσεις. Το 50% των ασθενών θα ανταποκριθούν στη δεύτερη αυτή σειρά θεραπείας. Ενώ η αποτυχία της θεραπείας στους 3 μήνες είναι κακός προγνωστικός παράγοντας, ο κατάλληλος χρόνος εγκατάλειψης των ενδοκυστικών εγχύσεων και διενέργειας ριζικής κυστεκτομής δεν είναι γνωστός. Αν δεν έχει επιτευχθεί πλήρης ανταπόκριση μετά θεραπεία 6 μηνών η θεραπεία εκλογής είναι η ριζική κυστεκτομή. Οι ασθενείς με καρκίνωμα in situ, ακόμη και μετά από πλήρη ανταπόκριση στη θεραπεία πρέπει να παρακολουθούνται εφ' όρου ζωής, λόγω του υψηλού κινδύνου υποτροπής και εξέλιξης της νόσου. Τέλος, η ανταπόκριση στη θεραπεία του καρκινώματος in situ εντός της ουροδόχου κύστης δεν έχει επίδραση στην πορεία της νόσου εκτός της κύστης (προστατική ουρήθρα, ανώτερο ουροποιητικό).

Βελτιωμένη ανίχνευση και θεραπεία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης με τη χρήση του εξαμινολεβουλιλικού: προοπτική, φάσης III, πολυκεντρική μελέτη

Jocham D, Witjes F, Wagner S, Zeilemaker B, et al.
Journal of Urology 2005; 174:Q862-866.

Η μελέτη αυτή αποσκοπεί να διερευνήσει κατά πόσο βελτιώνεται η διάγνωση και κατά συνέπεια η θεραπεία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης με τη χρήση του εξαμινολεβουλιλικού (hexaminolevullinate).

Συνολικά 146 ασθενείς πάσχοντες ή ύποπτοι για καρκίνο ουροδόχου κύστης έλαβαν ενδοκυστικά για μια ώρα εξαμινολεβουλιλικό και εξετάστηκαν τόσο κυστεοσκοπικά με κοινό φως όσο και με φθορίζουσα κυστεοσκόπηση (μπλε φως). Η χρήση του εξαμινολεβουλιλικού συνολικά βελτίωσε την ανίχνευση του καρκίνου. Από το σύνολο των όγκων, το 96% διαγνώστηκε με τη φθορίζουσα κυστεοσκόπηση, ενώ με την κλασική κυστεοσκόπηση το 77%. Η διαφορά μεταξύ των δυο τεχνικών ήταν αξιοσημείωτη, ειδικά για τη δυσπλασία (93% έναντι 48%) και το καρκίνωμα in situ (95% έναντι 68%), ενώ για τον επιφανειακό καρκίνο ήταν 96% έναντι 85%.

Ως αποτέλεσμα της βελτιωμένης διάγνωσης, 15 ασθενείς υποβλήθηκαν σε επιπρόσθετη επέμβαση και σε 10 ακόμη εκτελέστηκε πιο εκτεταμένη διουρηθρική αφαίρεση. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η φθορίζουσα κυστεοσκόπηση με τη χρήση εξαμινολεβουλιλικού είναι πιο αποτελεσματική στη διάγνωση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης από ότι η κλασική κυστεοσκόπηση, με αποτέλεσμα την επίτευξη καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος.

IU