

УДК 616.65-006.6-089.87-06:616.62-089.87

ЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ МЕСТНОМ РЕЦИДИВЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

В.А. Атдуев^{1,2}, Ю.О. Любарская^{1,2}, Д.С. Ледяев^{1,2}, В.Э. Гасраталиев¹,¹ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,²ФБВЗ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России», г. Н. Новгород*Любарская Юлия Олеговна – e-mail: lyubarskaya52@mail.ru*

Авторами описан клинический случай успешного комбинированного лечения больного с локальным рецидивом рака предстательной железы после радикальной простатэктомии. Была выполнена цистэктомия с деривацией мочи в сигмоидопрямый резервуар и назначена длительная гормональная терапия в интермиттирующем режиме, что позволило достичь длительной (более 5 лет) выживаемости и хорошего качества жизни пациента с отсутствием локальной симптоматики.

Ключевые слова: рак предстательной железы, радикальная простатэктомия, местный рецидив, цистэктомия, гормональная терапия.

The authors described clinical case of successful combined treatment of the patient having local recurrence of prostate carcinoma after radical prostatectomy. Cystectomy was carried out with urine derivation into sigmoidorectal reservoir and long-term hormone therapy in intermittent mode was prescribed which allowed to reach longer (more than 5 лет) survivability and good life quality of the patient having no local symptoms.

Key words: prostate carcinoma, radical prostatectomy, local recurrence, cystectomy, hormone therapy.

Актуальность

Рак предстательной железы (РПЖ) в настоящее время занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди мужского населения. В Российской Федерации заболеваемость РПЖ неуклонно возрастает, в 2012 году в РФ зарегистрировано 27 046 новых случаев РПЖ. По темпам прироста заболеваемости РПЖ занимает первое место, среднегодовой прирост в 2012 г. составил 9,83%. Локализованный РПЖ диагностировали у 44,8% больных, местно-распространенный – у 34,9% пациентов, а лимфогенно-диссеминированный и метастатический РПЖ, при котором уже невозможно проведение радикального лечения, верифицировали у 18,5% больных [1].

После лечения локализованного рака нередко возникает местный рецидив заболевания или отдаленные метастазы. Сложная ситуация складывается при локальном рецидиве РПЖ после радикальной простатэктомии, осложненном обструкцией устьев мочеточников. Эффективность дистанционной лучевой терапии в данном случае сомнительна. Значение хирургического лечения в подобных ситуациях в литературе освещено крайне скудно [2–4] и в основном посвящено спасительной цистпростатэктомии после неэффективной лучевой терапии.

Цель исследования: анализ результата комбинированного лечения больного с местным рецидивом рака предстательной железы после радикальной простатэктомии.

Клиническое наблюдение

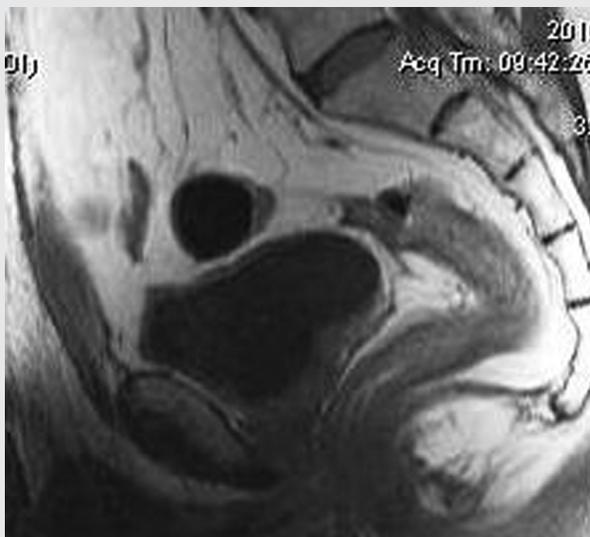
Пациент Ш., 1949 г.р. Анамнез заболевания с 2005 г., когда впервые появились жалобы на учащенное мочеиспускание. Был установлен диагноз хронического простатита, получал противовоспалительное лечение. В феврале 2007 г. появились жалобы на затрудненное мочеиспускание, выявлено повышение уровня ПСА до 32 нг/мл, при ректальном исследовании заподозрен рак простаты. 19.02.2007 г. возникла острая задержка мочеиспускания, была выполнена эпицистостомия, трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы. Гистологическое заключение № 16478/50 от 05.03.2007 г.: темноклеточная ацинарная карцинома простаты на фоне стромально-железистой гиперплазии, занимает 40–50% материала. Глисон 3+4=7. По результатам обследования данных по отдаленным метастазам не получено, увеличенных лимфоузлов малого таза не выявлено. 07.03.2007 г. в одном из лечебных учреждений Нижнего Новгорода выполнена радикальная простатэктомия. Результат гистологического исследования № 18444/50 от 20.03.2007 г.: карцинома простаты Глисон 4+3=7, положительный край



A



B

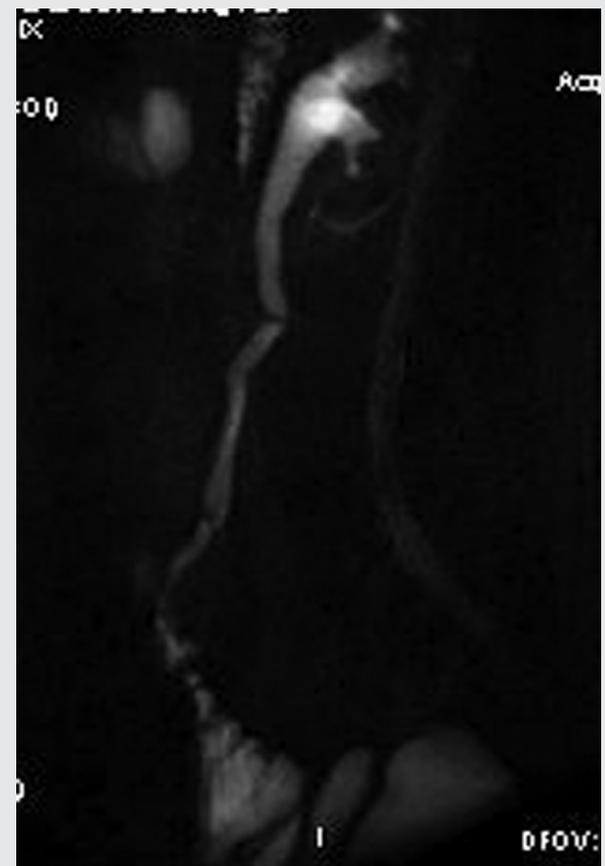


C

РИС. 1 А, В, С.
Магнитно-резонансная томография. Отмечается инфильтрация и утолщение шейки мочевого пузыря.



A



B

РИС. 2 А, В.
Магнитно-резонансная урография. Уродинамика верхних мочевыводящих путей не нарушена.

резекции, в лимфатических узлах – реактивные изменения, метастазов нет. Заключительный диагноз: рак простаты рТ3аНОМО. В мае и июне 2007 г. ПСА – 1,2 нг/мл, в июле – 1,5 нг/мл, назначен гозерелин 3,6 мг 1 раз в 28 дней. После 5 инъекций ПСА – 0,1 нг/мл. В декабре 2007 г. появились жалобы на учащенное затрудненное мочеиспускание, эпизоды недержания мочи. ПСА – 0,7 нг/мл, при обследовании диагностирована стриктура уретры, склероз шейки мочевого пузыря, хронический цистит. 10.12.2007 г. выполнена внутренняя оптическая уретротомия, ТУР шейки мочевого пузыря. Дизурические явления стихли, частичное недержание мочи сохранялось. Выполнена инъекция гозерелина 3,6 мг. В течение 6 последующих месяцев – наблюдение, ПСА – 0,1–0,2 нг/мл. В июне 2008 г. по поводу прогрессирующей инфравезикальной обструкции – повторная госпитализация, диагностирована стриктура в области пузырно-уретрального соустья, склероз шейки мочевого пузыря. ПСА – 0,3 нг/мл. 05.06.2008 г. выполнена инцизия шейки мочевого пузыря. Недержание мочи прогрессировало, развилось тотальное недержание мочи в вертикальном положении. Назначены 3 инъекции гозерелина 3,6 мг. ПСА от 17.10.2008 г. – 0,01 нг/мл, по результатам обследования данных местного рецидива и отдаленных метастазов опухоли не получено. По поводу тотального недержания мочи тяжелой формы 23.10.2008 г. выполнена имплантация искусственного мочевого сфинктера AMS 800. Послеоперационный период без осложнений. В течение 6 месяцев без лечения ПСА – в пределах 0,1 нг/мл. В апреле 2009 г. отмечен рост ПСА до 0,2 нг/мл, назначены 3 инъекции гозерелина 3,6 мг. С июня 2009 г. по март 2010 г. без лечения ПСА – в пределах 0,1 нг/мл. В апреле 2010 г. ПСА – 0,2 нг/мл, назначен гозерелин 3,6 мг. В мае 2010 г. диагностирован двухсторонний уретерогидронефроз, больше справа, по данным МРТ малого таза – расширение дистального отдела правого мочеточника, в устье правого мочеточника определяется солидное объемное образование, широким основанием прилежащее к стенке мочевого пузыря, с неровными четкими контурами, размерами 1,8x2,0x1,7 см, стенки мочевого пузыря неравномерно утолщены (рисунок 1), увеличения регионарных лимфоузлов не выявлено. 17.05.2010 г. выполнена ТУ-биопсия мочевого пузыря, стентирование правого мочеточника, гистологический диагноз № 32768/72 – фрагменты фиброзной ткани без эпителиальной выстилки, в толще которой инфильтративно растет низкодифференцированный рак. Отдаленных метастазов опухоли не выявлено. ПСА – 0,05 нг/мл на фоне терапии гозерелином. Пациент поступил в нашу клинику. Учитывая хороший соматический статус больного, отсутствие отдаленных метастазов и наличие блока обоих мочеточников, обусловленного местным рецидивом рака предстательной железы, было предложено оперативное лечение в объеме цистэктомии. Метод деривации мочи был согласован с пациентом. 05.07.2010 г. выполнена радикальная цистэктомия с расширенной лимфаденэктомией и созданием сигмо-ректального резервуара по Mainz-rouch II. Гистологическое заключение № 32978/3026 от 15.07.2010 г. – в стенке мочевого пузыря со стороны жировой клетчатки до уротелия – диффузный рост опухоли строения ацинарной аденокарциномы предстательной железы, Глисон 4+4=8,

уротелий обычного строения, без признаков атипии. В интактных от опухоли участках мочевого пузыря – отек и полнокровие сосудов. В одном из 17-ти тазовых лимфоузлов справа – метастаз описанной выше опухоли. В 13-ти тазовых лимфоузлах слева и пяти парааортальных лимфоузлах метастазов нет. Дистальный край резекции (уретра) представлен фиброзно-мышечной тканью без признаков прорастания опухоли. Послеоперационный период – без осложнений, рекомендован прием энтеросорбентов, щелочных растворов. В ноябре 2010 г. были удалены элементы искусственного мочевого сфинктера из промежности и мошонки. С июля 2010 по август 2011 г. без гормонотерапии ПСА – в пределах 0,1 нг/мл. В сентябре 2011 г. отмечено повышение ПСА до 12 нг/мл, при остеосцинтиграфии выявлено метастатическое поражение костей – в рукоятке грудины и в костях таза. К лечению добавлена золедроновая кислота 4 мг ежемесячно и 3 инъекции гозерелина 3,6 мг. С декабря 2011 по май 2012 г. ПСА без лечения – в пределах 0,07 нг/мл. 29.05.2012 г. выполнена повторно сцинтиграфия костей скелета – положительная динамика со стороны имеющихся метастатических очагов в виде сокращения размеров и снижения интенсивности захвата РФП, новых очагов нет. В июне 2012 г. – повторная 3-месячная инъекция гозерелина 10,8 мг. С августа 2012 г. по настоящее время гормонотерапия не проводится. Контрольное обследование в марте 2015 г. – самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Полностью контролирует акт дефекации и мочеиспускания. УЗИ и МРТ органов брюшной полости и почек – органической патологии не выявлено, паренхима почек не изменена, чашечно-лоханочные системы не расширены (рисунок 2 а, б). ПСА – 0,04 нг/мл, общий анализ крови – без воспалительных изменений, Нв – 144 г/л, мочевины крови – 8,5 ммоль/л, креатинин – 128 мкмоль/л, Кальций общий – 2,49 ммоль/л, КЩС – признаки умеренного метаболического ацидоза. Пациент остается под наблюдением.

Обсуждение

По мнению некоторых авторов [2–9], в случае хорошего соматического статуса пациента с местным рецидивом рака простаты, при отсутствии отдаленных метастазов и наличии вторичного поражения опухолью мочевого пузыря, вызывающего обструкцию мочеточников, гематурию и другие осложнения, негативно сказывающиеся на качестве жизни больных, целесообразно выполнение радикальной цистэктомии с последующим выбором того или иного вида деривации мочи. Отмечается свободная от локальных симптомов хорошая выживаемость больных. Наиболее часто после цист(простат)эктомии для деривации мочи формируется илеальный конduit по Bricker. Имеются сообщения о возможности ортотопической деривации мочи [8, 9]. Данные наших исследований [10, 11] показывают оптимальные функциональные результаты деривации мочи в сигморектальный резервуар по Mainz-rouch II, и отмечается хорошее качество жизни этих пациентов, что продемонстрировано и данным клиническим примером.

Заключение

Цистэктомия с деривацией мочи в сигморектальный резервуар, длительная гормональная терапия в

интермиттирующем режиме в сочетании с золедроновой кислотой у пациента с местным рецидивом рака предстательной железы после радикальной простатэктомии позволила достичь длительной (более 5 лет) выживаемости и хорошего качества жизни с отсутствием локальной симптоматики.

ЛИТЕРАТУРА

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году. М. 2013. 128 с.
Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Sostoyanie onkologicheskoy pomoschi naseleniyu Rossii v 2012 godu. M. 2013. 128 s.
- Leibovici D., Pagliaro L., Rosser C.J., Pisters L.L. Salvage surgery for bulky local recurrence of prostate cancer following radical prostatectomy. *The Journal of urology*. 2005. № 173 (3). Mar. P. 781-783.
- Pfister D., Porres D., Epplen R. et al. Palliative radical (cysto)prostatectomy in locally advanced castration-resistant prostate cancer. *Urologe A*. 2011. Sep. № 50 (9). P. 1101-1105.
- Kamat A.M., Huang S.F., Bermejo C.E. et al. Total pelvic exenteration: effective palliation of perineal pain in patients with locally recurrent prostate cancer. *The Journal of urology*. 2003. № 170 (5). P. 1868-1871.
- Kumazawa T., Tsuchiya N., Saito M. et al. Cystoprostatectomy as a treatment of prostate cancer involving the bladder neck. *Urologia internationalis*. 2009. № 83 (2). P. 141-145.
- Leibovici D., Kamat A.M., Pettaway C.A. Cystoprostatectomy for effective palliation of symptomatic bladder invasion by prostate cancer. *The Journal of urology*. 2005. № 174 (6). Dec. P. 2186-2190.
- Sato K., Tsuchiya N., Habuchi T. et al. Total cystoprostatectomy in the treatment of locally advanced prostate carcinoma. *Aktuelle Urologie*. 2003. № 34 (4). Jul. P. 259-2561.
- Zantl N., Gschwend J.E. Value of cystoprostatectomy in locally advanced prostate carcinoma. *Der Urologe. Ausg. A*. 2008. № 47 (11). P. 1447-1452.
- Gheiler E.L., Wood D.P., Montie J.E., Pontes J.E. Orthotopic urinary diversion is a viable option in patients undergoing salvage cystoprostatectomy for recurrent prostate cancer after definitive radiation therapy. *Urology*. 1997. № 50 (4). Oct. P. 580-584.
- Атдурев В.А., Шутов В.В., Березкина Г.А., Строганов А.Б. Отдаленные результаты радикальной цистэктомии с деривацией мочи в сигмоидальный резервуар // Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Н. Новгород, 2009. С. 295-297.
Atduev V.A., Shutov V.V., Berezkina G.A., Stroganov A.B. Otdalennyye rezul'taty radikal'noy cistektomii s derivatsiey mochi v sigmorektal'nyy rezervuar // Materialy Plenuma pravleniya Rossiyskogo obshchestva urologov. N. Novgorod, 2009. S. 295-297.
- Атдурев В.А., Строганов А.Б., Шутов В.В., Ледяев Д.С. Качество жизни пациентов с ортотопическим мочевым пузырем и сигмоидальным резервуаром после радикальной цистэктомии. *Онкоурология: материалы II Конгресса Российского общества онкоурологов*. 2007. С. 67.
Atduev V.A., Stroganov A.B., Shutov V.V., Ledyayev D.S. Kachestvo zhizni pacientov s ortotopicheskim mochevym puzyryom i sigmorektal'nyy rezervuarom posle radikal'noy cistektomii. Onkourologiya: materialy II Kongressa Rossiyskogo obshchestva onkourologov. 2007. S. 67.