

Отчет о 6-м Конгрессе Европейского общества онкоурологов

А.В. Говоров

Кафедра урологии МГМСУ

Контакты: Александр Викторович Говоров alexgovorov@newmail.ru

Информация о конгрессе

С 16 по 18 января 2009 г. в Стамбуле (Турция) прошел 6-й Конгресс Европейского общества онкоурологов — ESOU (президент — V. Ravery, Париж, Франция), в котором приняли участие более 600 делегатов из 44 стран. Тематика конгресса включала в себя различные аспекты диагностики и лечения рака предстательной железы (РПЖ), мочевого пузыря (РМП), почки (РП) и яичка (РЯ). Помимо обзорных докладов, посвященных актуальным вопросам онкоурологии, за время Конгресса были проведены ряд дебатов в формате «за и против», а также интерактивное голосование по спорным диагностическим и лечебным подходам в онкологической урологии, что позволило участникам из разных стран сравнить собственную клиническую практику с действиями зарубежных коллег.

РПЖ

В первый день Конгресса обсуждались многие вопросы, связанные с лечением РПЖ — от активного наблюдения и фокальной терапии до медикаментозного лечения метастатического заболевания.

F. Hamdy (Оксфорд, Великобритания) в докладе, посвященном активному наблюдению, отметил, что, по его мнению, у значительного числа больных локализованным РПЖ, диагностированным при скрининге, целесообразно откладывать начало лечения на длительный срок. Такой подход может использоваться наряду с традиционными видами терапии при условии, что пациент адекватно информирован обо всех преимуществах и недостатках выжидательной тактики. Необходимо также проведение тщательно продуманных рандомизированных клинических исследований по данному вопросу, оценивающих не только онкологические параметры, но и качество жизни (морально-психологическое состояние) мужчин, у которых установлен диагноз «рак предстательной железы» и не проводится никакого лечения. Наконец, большое значение имеет изучение маркеров агрессивности течения РПЖ в сочетании с различными номограммами и калькуляторами риска прогрессии, основанными на современных генетических исследованиях.

В докладе E. Klein (Кливленд, США) была отражена противоположная точка зрения, согласно которой как ни одна существующая номограмма, так и ни какой-либо из новых биомаркеров не имеют достаточного прогностического значения при решении, кому из пациентов показано активное наблюдение. В то же время результаты ряда исследований свидетельствуют о значительном риске выявления неизлечимого РПЖ при радикальной простатэктомии (РПЭ) у больных, которым ранее проводилось наблюдение. По мнению докладчика, в настоящее время не существует объективной возможности прогнозировать медленный рост или быстрое развитие опухоли предстательной железы, поэтому активное наблюдение не может пока являться стандартным подходом к терапии РПЖ.

В дискуссии, посвященной фокальному лечению РПЖ, J. De La Rosette (Амстердам, Нидерланды) осветил преимущества и ограничения использования таргетной абляции ткани предстательной железы. Было отмечено, что основными препятствиями для широкого применения фокальной терапии являются склонность опухоли к мультифокальному росту

и недостаточное развитие методов визуализации опухолевой ткани, и что для эволюции концепции фокального лечения необходимо углубленное изучение клинических и иных факторов, указывающих на то, является ли опухоль монофокальной и/или односторонней. По данным ряда публикаций, с наибольшей вероятностью о наличии рака только в одной доле предстательной железы можно судить на основании биопсии, однако недостаточная корреляция ($r=0,39-0,76$) между результатами биопсии и РПЭ значительно затрудняет селекцию пациентов, которым показана фокальная терапия. До настоящего времени нет достоверных данных, подтверждающих возможность использования любого значения простатспецифического антигена (ПСА), суммы Глисона или клинической стадии заболевания для оптимизации отбора больных для фокального лечения. Многообещающими являются новые методики, такие как трансректальное ультразвуковое исследование с контрастированием (CEUS), контрастное пульсовое исследование (CPS) и микроваскулярная визуализация (MVI), однако их использование в рутинной клинической практике остается экспериментальным.

A. Zlotta (Торонто, Канада) в выступлении «против» фокальной терапии подчеркнул, что основным недостатком данного вида лечения остается невозможность достоверно оценивать биологический потенциал опухоли и ее способность угрожать жизни пациента.

Президент Европейской ассоциации урологов (EAU) P.-A. Abrahamsson (Мальме, Швеция) в обзорном докладе, посвященном лечению локализованного РПЖ, отметил, что использование скрининга при помощи ПСА приводит к выявлению большого числа медленно прогрессирующих и небольшого количества быстро растущих опухолей предстательной железы, и что в связи с этим излишне агрессивное лечение является серьезной проблемой. Для минимизации «гиперлечения» урологи могут использовать длительное время для принятия решения о выборе вида терапии, ориентируясь на такие факторы, как желание самого пациента, кинетика ПСА и прогрессия степени дифференцировки опухоли при биопсии. По мнению P.-A. Abrahamsson, активное наблюдение может быть оправдано у пациентов с высоко- или умеренно дифференцированной опухолью небольшого объема и ожидаемой продолжительностью жизни <10 лет. Вместе с тем использование подобной тактики лечения у больных молодого возраста с низкодифференцированной опухолью может быть связано с повышенным риском смерти от РПЖ.

РМП

В начале второго дня Конгресса T. de Reijke (Амстердам, Нидерланды) представил последние данные о клинических исследованиях, проводимых Европейской организацией по исследованию и лечению рака органов мочеполовой системы (EORTC-GU). Относительно мышечно-неинвазивного РМП докладчик отметил, что таблицы EORTC существенно помогают в оценке риска рецидива и прогрессии заболевания и позволяют урологу обоснованно рекомендовать пациенту адъювантную химио- (ХТ) и иммунотерапию или немедленное агрессивное хирургическое лечение. Продолжительность и режим дозирования внутривезикулярной ХТ продолжают определять эмпирически. Установлено, что однократная инстилляция

ция химиопрепарата в течение менее чем 24 ч после неосложненной трансуретральной резекции мочевого пузыря оказывает благоприятное действие во всех случаях. У пациентов из группы низкого риска достаточно одной инстилляции, у больных промежуточного риска для снижения риска рецидива рекомендуется проведение курса добавочных инстилляций. При опухолях промежуточного и высокого риска в стадиях Та и Т1 исследование EORTC 30911 подтвердило превосходство внутрипузырной БЦЖ-терапии в сочетании с изониазидом или без него по сравнению с инстилляциями эпидурбицина не только во времени до первого рецидива, но и в отношении отдаленного метастазирования, общей и раково-специфической выживаемости. Указанный протокол продемонстрировал, что БЦЖ-терапия эффективна не только у пациентов высокого риска, данный вид терапии оказывает положительное действие и у больных из группы промежуточного риска.

У больных мышечно-инвазивным РМП, которым в связи с плохим общим состоянием здоровья невозможно проведение ХТ препаратами цисплатина, рандомизированные исследования фазы II/III, оценивающие лечение гемцитабином/карбоплатином и метотрексатом/карбоплатином/винбластином, продемонстрировали эффективность обеих комбинаций препаратов.

Относительно планируемых в ближайшее время новых протоколов, T. de Reijke упомянул рандомизированное исследование II фазы у пациентов с поздними стадиями уротелиального рака (T3b, T4/N+/M+), сравнивающее лечение гемцитабином и цисплатином в сочетании с сорафенибом или плацебо.

В докладе G. Ludecke (Гисен, Германия) обсуждался вопрос необходимости скрининга РМП у асимптоматических пациентов группы повышенного риска развития заболевания. По данным современных эпидемиологических исследований, известны факторы риска возникновения уротелиального рака, на основании чего был составлен опросник RisikoCheck©, оценивающий вероятность наличия опухоли мочевого пузыря (<http://www.riskcheck-bladder-cancer.info>). По мнению докладчика, если по результатам опросника риск наличия рака у больного повышен, для раннего выявления опухоли, никак не проявляющей себя клинически, целесообразно проведение полного комплекса инвазивных диагностических манипуляций.

В дискуссии, посвященной диагностике рецидива уротелиальной карциномы в верхних мочевых путях (ВМП) после цистэктомии, R. Hautmann (Ульм, Германия) отметил, что регулярное обследование после операции не дает никаких преимуществ, за исключением следующих групп пациентов: 1) больных с карциномой *in situ*; 2) с рецидивной опухолью в анамнезе; 3) с опухолевым поражением дистального отдела мочеточника; 4) пациентов, у которых цистэктомия выполнена по поводу мышечно-неинвазивного заболевания. У больных без какого-либо фактора риска вероятность рецидива рака в ВМП оказалась минимальна (0,8% в течение 15 лет), что позволило сделать неоднозначное заключение об отсутствии необходимости регулярного послеоперационного обследования данной категории пациентов. R. Hautmann также подчеркнул, что если обследование начинается только при появлении симптомов рецидива, то выживаемость больных не снижается, а стоимость исследований оказывается ниже.

G. Thalmann (Берн, Швейцария), придерживаясь противоположной точки зрения, сделал заключение о том, что ограниченные возможности существующих методов исследования (в частности, экскреторной урографии) не оправдывают отказ от диагностических манипуляций. Весьма вероятно, что в ближайшем будущем новые методики — цитологиче-

ское исследование мочи, определение опухолевых маркеров и пр. — позволят оптимизировать наблюдение за пациентами, перенесшими радикальную цистэктомию по поводу переклюбно-клеточного РМП.

РЯ

При обсуждении оптимального лечения семиномы I стадии в третий день Конгресса G. Janetschek (Линц, Австрия) отметил, что в настоящее время европейские стандарты предусматривают проведение адьювантной лучевой терапии в дозе 20 Гр, разделенной на 10 фракций и направленной на парааортальные лимфоузлы. У таких пациентов частота рецидива через 5 лет наблюдения составляет 3,6%; при этом в забрюшинном пространстве рецидивировать 0,3% опухолей. Недавно были опубликованы результаты адьювантной монотерапии карбоплатином. Частота развития вторичных опухолей при использовании карбоплатина оказалась ниже по сравнению с лучевой терапией на парааортальную область (0,54 и 1,96%) при безрецидивной выживаемости 95 и 96% соответственно.

Относительно оптимальной хирургической техники проведения нервосберегающей ретроперитонеальной лимфаденэктомии (РПЛАЭ) при I стадии семиномы, докладчик подчеркнул, что новые схемы диссекции лимфоузлов позволяют сохранить эякуляцию почти в 100% случаев, а добавочная диссекция ипсилатеральных постганглионарных волокон не приводит к дальнейшему улучшению результатов. Иссечение постганглионарных волокон требуется только при двусторонней РПЛАЭ, и многими авторами продемонстрировано, что возможно лапароскопическое выполнение операции.

РП

В дебатах, посвященных роли активного наблюдения при небольших опухолях почки, H. Van Poppel (Лёвен, Бельгия) сделал заключение о том, что наблюдение возможно только в тех случаях, когда пациент и лечащий врач адекватно оценивают степень риска подобной тактики. Принимая во внимание эффективность и безопасность современных методов хирургического лечения почечно-клеточного рака (ПКР), выжидательная тактика оправдана в исключительных ситуациях, в то время как резекция почки остается методом выбора.

M. Remzi (Вена, Австрия) добавил, что возможными критериями для проведения активного наблюдения в ряде случаев могут являться доброкачественный характер опухоли при биопсии, пожилой возраст и отягощенный соматический статус пациента, размер опухоли <3–4 см, хромофобный или смешанный тип строения опухоли при биопсии, а также готовность пациента к регулярному полноценному обследованию.

Наконец, S. Baltaci (Анкара, Турция) в выступлении о прогностических факторах при метастатическом ПКР сделал вывод, что факторы прогноза, описанные в эпоху лечения цитокинами, могут отличаться от таковых в настоящее время, когда преобладает лечение таргетными препаратами. По его мнению, для достоверного прогнозирования исхода современных видов таргетной терапии необходима переоценка клинических и биологических характеристик метастатического ПКР. Определение профиля эффективности новых препаратов у больных различного риска может оптимизировать современную лечебную тактику.

Заключение

За время проведения 6-го Конгресса ESOU были представлены и обсуждены многие ключевые вопросы современной онкоурологии. Один из составителей научной программы, член Президиума ESOU L. Turkeri (Стамбул, Турция) в заключительном слове подчеркнул, что успех конгресса обеспечивается тем, что практикующие урологи и онкологи имеют возможность в сжатые сроки узнать о последних новостях и достижениях в своей специальности, что приносит несомненную пользу как врачам, так и пациентам.