



Care-i treaba cu **prostata** ?

O campanie

janssen 

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

Cu susținerea



Cancer de prostată

Despre boală:

Cancerul de prostată este unul dintre cele mai frecvente tipuri de cancer la bărbați. Aproape toate tipurile de cancer de prostată sunt adenocarcinoame (și anume tipuri de cancer care apar la nivelul celulelor care produc și eliberează mucus și alte lichide). Adesea, cancerul de prostată în faza timpurie nu prezintă deloc simptome. Cancerul de prostată avansat îi poate face pe bărbați să urineze mai frecvent sau să aibă un jet mai slab al urinei, însă aceste simptome pot fi provocate și de afecțiuni benigne ale prostatei.

Cancerul de prostată se dezvoltă în general foarte lent. Majoritatea bărbaților cu cancer de prostată au vârsta peste 65 de ani, iar cauza decesului acestora nu o reprezintă această boală. Este posibil ca depistarea și tratarea cancerului de prostată înainte de apariția simptomelor să nu amelioreze starea de sănătate sau să prelungească viața bolnavului. Discutați cu medicul dumneavoastră despre riscul de cancer de prostată și dacă este necesar să efectuați un test de screening.

Ce este cancerul de prostată?

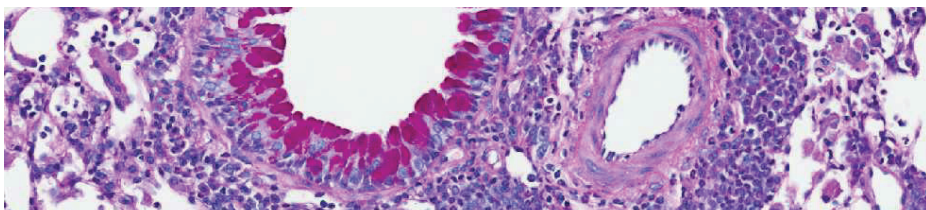
Cancerul de prostată este cea mai frecventă formă de cancer în rândul populației masculine cu vârsta de peste 50 de ani și este un cancer dependent de hormonii androgeni.

Cancerul de prostată este cea mai frecventă formă de cancer în rândul populației masculine cu vârsta de peste 50 de ani și este un cancer dependent de hormonii androgeni. Cancerul de prostată afectează bărbații cu vârsta de peste 50 de ani, iar frecvența acestuia crește odată cu înaintarea în vârstă. În prezent este cel mai frecvent tip de cancer la bărbați din Europa, atât pe baza înaintării în vârstă a populației, cât și a răspândirii mai crescute a diagnosticului, ca urmare a numărului mai mare de teste, de vizite la urologie și de biopsii efectuate.

Cum se formează o tumoare?

În practică, o tumoare se formează deoarece mecanismul normal și regulat al diviziunii celulare, care apare la toate țesuturile organismului, poate să scape de sub control: celulele încep să se multiplice și să se diferențieze într-un mod necontrolat și formează o masă (o umflătură) care va continua să crească. Tumorile se pot dezvolta în forme benigne sau maligne: este necesară o biopsie pentru a stabili în mod exact tipul de cancer. Tumorile benigne se dezvoltă de obicei lent și nu se răspândesc în țesuturile din jur; acestea creează probleme atunci când se măresc în volum și apasă pe organele din apropiere. În schimb, tumorile maligne pot invada țesuturile adiacente; mai mult, se pot desprinde celule din tumoarea inițială, care apoi se răspândesc prin fluxul sanguin sau sistemul limfatic la organe și țesuturi îndepărtate: în acest caz, este vorba despre metastaze.

Cu toate acestea, în afara acestui mecanism, care este comun pentru toate tipurile de cancer, este important de reținut faptul că fiecare tumoare are propria poveste: există peste 200 de tipuri de cancer și opțiuni de tratament diferite.



Cancer de prostată

Există diferite tipuri de cancer de prostată: unele se dezvoltă foarte lent, iar în unele cazuri nu produc probleme în timpul vieții persoanei afectate: aceste forme sunt definite de oncologi „indolente”. Cu toate acestea, în alte cazuri, celulele se multiplică rapid și pot invada țesuturile din jur, putând acționa la distanță prin metastază.

Hiperplazia benignă de prostată

Hiperplazia benignă de prostată (HBP) este o boală caracterizată prin creșterea în volum a glandei prostatice ca răspuns la o creștere benignă a țesutului. Este una dintre cele mai frecvente boli care afectează bărbații adulți (peste 50 % dintre bărbații cu vârsta de peste 40 de ani) și cu toate că nu este malignă, poate provoca probleme și dificultăți. HBP nu poate degenera în cancer de prostată: acestea sunt două boli separate care afectează părți diferite ale prostatei, însă adesea coexistă.

Cum se diagnostichează cancerul de prostată?

Testul PSA

Testul PSA nu este un indicator de încredere cu privire la prezența cancerului și, din aceste motive, utilizarea sa în diagnosticarea cancerului de prostată este controversată.

În schimb, pare să aibă o importanță fundamentală în ceea ce privește controlul în timp al evoluției bolii. PSA (antigenul specific prostatei) este o proteină care este produsă de glanda prostatică și este prezent în lichidul seminal și, în condiții fiziologice normale, se găsește în cantități mici în sânge. Pentru a efectua acest test, se va recolta o simplă probă de sânge, care va fi analizată pentru a măsura concentrația de PSA din sânge. Valorile PSA-ului total care sunt considerate normale sunt de 4 ng/ml (nanograme pe mililitru); cu toate acestea, având în vedere că valorile PSA-ului pot crește odată cu înaintarea în vârstă sau în prezența altor afecțiuni, care nu sunt neapărat asociate cu prezența cancerului, rezultatele acestui test nu ar trebui interpretate în termeni absoluți.

În general, o bună practică este ca rezultatele testului să fie citite și interpretate și de un medic: astfel, aceste date se pot evalua prin asociere cu vârsta pacientului și cu alte afecțiuni fără legătură cu o stare de boală. Cu toate acestea, în general, un pacient cu valori ale PSA-ului cuprinse între 2 și 4 ng/ml prezintă o probabilitate redusă de a avea o tumoare.



Care sunt factorii care pot afecta rezultatele testului?

- ejacularea recentă
- examinarea rectală digitală
- examinarea transrectală cu ultrasunete
- procedurile de diagnosticare (de exemplu, citoscopia)

Traumatisme cauzate de mersul pe bicicletă sau pe motocicletă

Acest lucru se întâmplă din cauză că psa-ul nu este un marker pentru prezența sau absența malignității?

- Aproximativ 20 % din tipurile de cancer de prostată diagnosticate prin biopsie au fost detectate la pacienți cu valori „normale” ale PSA-ului;
- Valorile PSA-ului pot fi crescute chiar și în prezența prostatitei sau a hipertrofiei benigne de prostată;
- Pot exista mici modificări ale PSA-ului din motive care nu sunt clare, însă în mod sigur nu sunt patologice.

În schimb, la bărbații care au fost deja tratați pentru cancer de prostată, un test PSA efectuat pentru a monitoriza evoluția bolii este un instrument foarte util pentru evaluarea eficacității terapiei; de fapt, după tratament, nivelul PSA-ului revine în intervalul normal într-o perioadă care variază în funcție de tratamentul administrat.

Severitate

Severitatea tumorii este definită pe baza a doi parametri: gradul și stadiul bolii.

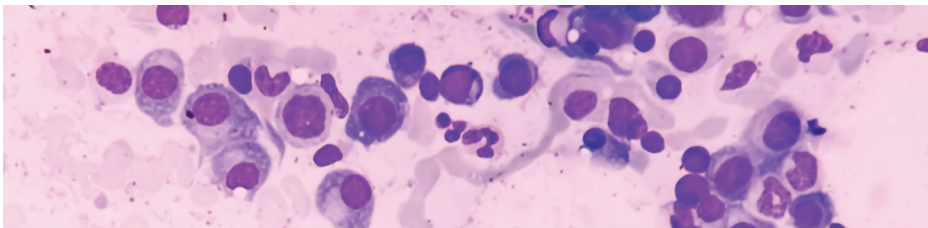
Gradul

Medicul patolog care primește țesutul recoltat prin biopsie și care îl analizează la microscop poate determina și gradul, nu numai prezența celulelor canceroase. Gradul, reprezentat de nivelul de diferențiere al celulelor tumorale, este corelat cu agresivitatea tumorii și indică viteza cu care masa tinde să crească și să se răspândească la alte organe.

- Un scor cuprins între 2 și 4 indică o creștere tumorală bine diferențiată și cu o tendință redusă de răspândire către alte organe;
- Un scor cuprins între 5 și 6 indică o tumoră moderat diferențiată, cu un grad intermediar de agresivitate;
- Un scor cuprins între 7 și 10 indică un cancer agresiv slab diferențiat și cu o probabilitate mai crescută de a se răspândi la alte organe.

Stadializarea

Celălalt factor utilizat pentru evaluarea cancerului de prostată este stadiul bolii. Stadializarea este utilizată pentru a defini localizarea și dimensiunile tumorii: indică, de asemenea, dacă boala s-a răspândit la alte organe. Metoda utilizată pentru a descrie stadiul bolii tumorale, pentru toate tipurile de tumori, este așa-numitul sistem TNM, în care litera T indică extinderea tumorii primare, litera N identifică implicarea ganglionilor limfatici, iar litera M înregistrează prezența metastazelor distante. Literele TNM sunt completate cu un număr. Tumorile T1 și T2 sunt numite „localizate”, în timp ce tumorile T3 sunt „local avansate”. Atunci când cancerul s-a răspândit la ganglionii limfatici sau la alte organe, este numit „avansat” sau „metastatic”.



T-Tumoarea primară	
TX	Tumoarea primară
T0	Nicio dovadă a tumorii primare Nemanifestă clinic, tumoarea nu este palpabilă
T1	T1a Depistare histologică incidentală a tumorii în 5 % sau mai puțin din țesutul rezecat T1b Depistare histologică incidentală a tumorii în mai mult de 5 % din țesutul rezecat T1c Tumoare identificată prin biopsie cu ac [din cauza unei valori crescute a antigenului specific prostatei (PSA)] Tumoarea este palpabilă și limitată la nivelul prostatei
T2	T2a Tumoarea implică o jumătate de lob sau mai puțin T2b Tumoarea implică mai mult de jumătate de lob, dar nu ambii lobi T2c Tumoarea implică ambii lobi Tumoarea este extinsă prin capsula prostatică
T3	T3a Extindere extracapsulară (unilaterală sau bilaterală) incluzând implicarea microscopică a colului vezicii urinare T3b Tumoarea implică o veziculă (vezicule) seminală (seminale)
T4	Tumoarea este fixă sau invadează alte structuri adiacente decât veziculele seminale: sfincterul extern, rectul, mușchii levatori și/sau peretele pelvian
N - Ganglioni limfatici regionali	
NX	Nu pot fi evaluați ganglionii limfatici regionali
N0	Fără metastaze la nivelul ganglionilor limfatici regionali
N1	Prezența metastazelor la nivelul ganglionilor limfatici
M - Metastază la distanță	
M0	Fără metastază la distanță
M1	Metastază la distanță M1a Ganglion(i) limfatic(i) neregional(i) M1b os (oase) M1c Altă (alte) localizare (localizări)

Clasele de risc

În ceea ce privește caracteristicile histologice ale tumorii și valorile PSA-ului, se definesc clase de risc în vederea orientării opțiunii terapeutice. În afară de definirea gradului, indicarea nivelului de diferențiere a celulelor canceroase și a stadiului bolii, care definește extinderea unei tumori, în timp a devenit din ce în ce mai important să se acorde atenție conceptului de risc de progresie a bolii. Definirea clasei de risc face posibilă asocierea „extinderii

tumorii”, pe baza stadializării bolii, cu valorile PSA-ului și ale gradului Gleason. Această definiție ghidează medicul oncolog în selectarea celei mai adecvate terapii.

Au fost identificate diferite clase de risc:

- — risc scăzut
- — risc intermediar
- — risc crescut

Definiția claselor de risc se bazează pe stadializare (definită cu ajutorul sistemului TNM), grad (definit prin scorul Gleason) și valorile PSA-ului.

	Risc scăzut	Risc intermediar	Risc crescut	
Definiție	PSA < 10 ng/ml și GS < 7 și cT1-2a	PSA 10-20 ng/ml sau GS 7 sau cT2b	PSA > 20 ng/ml sau GS > 7 sau cT2c	orice valoare a PSA-ului orice GS cT3-4 sau cN+
	Localizată			Local avansată

Boală localizată înseamnă că tumoarea este limitată la nivelul prostatei.
Boala local avansată înseamnă că tumoarea s-a extins în afara prostatei.

Evoluția bolii

În majoritatea cazurilor, cancerul de prostată este asimptomatic, ceea ce înseamnă că nu există simptome clare care să indice prezența acestuia.

Majoritatea cancerelor de prostată sunt detectate după un test de verificare a concentrației de antigen specific prostatei (PSA) din sânge. În cazul în care concentrația de PSA din sânge este crescută, medicul va recomanda mai multe teste pentru a afla ce anume provoacă creșterea. Testul PSA exclusiv nu poate fi utilizat pentru diagnosticarea cancerului de prostată. Cel mai frecvent instrument pentru verificarea stării prostatei este compus dintr-un test PSA și o examinare rectală digitală (DRE). Medicul dumneavoastră poate recomanda aceste teste dacă aveți simptome urinare. Acestea pot include nevoia de a urina mai frecvent decât de obicei, nevoia urgentă de a urina, care este dificil de amânat sau pierderile involuntare de urină pe lenjeria intimă. Adesea aceste simptome pot indica alte afecțiuni, cel mai frecvent mărirea benignă a prostatei (MBP). Pot fi, de asemenea, semne ale cancerului de prostată avansat.

De aceea, este necesară efectuarea mai multor teste înainte ca medicul să poată pune un diagnostic.

Pe baza rezultatelor acestor teste, medicul dumneavoastră poate recomanda o biopsie de prostată. Rețineți faptul că biopsia de prostată este singurul test care poate confirma un diagnostic de cancer de prostată. Din cauza faptului că de obicei cancerul de prostată este asimptomatic, medicul dumneavoastră poate recomanda teste PSA regulate. Medicul dumneavoastră va sugera sau nu acest lucru în funcție de mulți factori, care sunt incluși în ghidul terapeutic. Cei mai importanți factori sunt întotdeauna vârsta și istoricul familial.

Dacă sunteți diagnosticat cu cancer de prostată, urologul trebuie să definească stadiul tumorii. Analizând țesutul tumoral, obținut fie în timpul intervenției chirurgicale, fie în timpul biopsiei, medicul patolog stabilește caracteristicile tumorii, precum și dacă este o formă agresivă sau nu. Împreună, stadiul și agresivitatea tumorii indică clasificarea. Clasificarea tumorii de la nivelul prostatei este utilizată pentru a estima prognosticul dumneavoastră individual. Pe baza acestui prognostic individual, medicul dumneavoastră va discuta cea mai bună cale de tratament pentru dumneavoastră. Această secțiune oferă informații generale care nu sunt specifice nevoilor dumneavoastră individuale.



Intrebări frecvente

1. Am 60 ani și am observat sânge în urină pe parcursul unei singure zile. Apoi, urina a devenit clară. Nu am alte probleme legate de acest aspect. Am nevoie de un consult la medicul urolog?

Sângele în urină este un important simptom. Poate apărea în afecțiuni ale prostatei, însă poate fi prezent și în cancerul renal sau în cel de vezică urinară. Examinarea urologică este esențială în astfel de cazuri. Lipsa unui consult medical întârzie diagnosticarea unei boli importante.

2. În trecut am suferit de prostatită. Am un risc crescut în apariția cancerului de prostată?

În acest moment, nu există o evidență clară între inflamația prostatei și riscul crescut în dezvoltarea unui cancer de prostată.

3. Am fost operat pentru hiperplazie benignă de prostată. Ar trebui să fiu îngrijorat privitor la cancerul de prostată?

Intervenția chirurgicală pentru hiperplazia benignă de prostată, rezecția transuretrală ori prostatectomia deschisă, se bazează pe eliminarea porțiunii mărite a prostatei din regiunea centrală a acesteia. Cancerul de prostată apare în 70% din cazuri în partea periferică a prostatei, care rămâne intactă după intervenția chirurgicală pentru hiperplazia benignă de prostată. Astfel, chirurgia pentru hiperplazia benignă de prostată nu ne protejează împotriva apariției cancerului de prostată.

4. Este posibilă diagnosticarea cancerului de prostată prin examinarea ecografică?

Examinarea cu ultrasunete (ecografie) nu are rol în diagnosticarea cancerului de prostată. Această metodă ajută medicul urolog în identificarea zonelor din prostată care urmează a fi biopsiate (extragere de țesut). În stadiile incipiente ale bolii, examinarea cu ultrasunete nu este capabilă să identifice zonele maligne.

Similar, alte tehnici imagistice de tipul rezonanță magnetică sau tomografia computerizată nu sunt utilizate în punerea diagnosticului de certitudine a cancerului de prostată. Biopsia prostatei este întotdeauna esențială pentru confirmarea diagnosticului bolii.

5. Am 67 de ani și am observat ușoare probleme de golire a vezicii urinare, însă am dureri de spate, la nivelul pelvisului și a oaselor toracelui. Am nevoie de un consult la medicul urolog?

Da, programarea la medicul urolog este importantă în cazul dumneavoastră, chiar dacă nu există probleme majore cu urinatul. Cancerul de prostată se dezvoltă în timp, fără semne și simptome; se poate manifesta prin dureri osoase în lipsa problemelor cu urinatul. Diagnosticarea la timp a bolii permite inițierea imediată a tratamentului.

6. Am fost diagnosticat cu cancer de prostată. Cât de gravă este boala și care este prognosticul în cazul meu?

Această întrebare este foarte importantă pentru fiecare pacient. Severitatea bolii este strâns legată de prognosticul acesteia și depinde de mai mulți factori, care au rol în predicția dezvoltării în viitor a bolii. Acești factori sunt: gradul de diferențiere celulară, stadiul bolii, starea de sănătate asociată gradului de apărare a corpului uman împotriva celulelor canceroase, vârsta, eficacitatea tratamentului.

În general, putem afirma că pacienții cu boala prezentă doar la nivelul prostatei (stadiul T1-T2) și celule tumorale bine diferențiate (Grad 1-2 sau Gleason 2-7) au un prognostic bun și majoritatea nu vor deceda din cauza cancerului de prostată. Pacienții cu boala răspândită (local) în afara prostatei (stadiul T3-T4) și celule tumorale slab diferențiate (Grad 3 sau Gleason 8-10) au un prognostic nefavorabil și există riscul de progresie a cancerului de prostată în ciuda tratamentului. Pacienții cu boala răspândită la distanță (metastatică) au un prognostic rezervat. Totuși, există diferențe – spre exemplu pacienții cu număr redus de metastaze au un prognostic mai bun decât cei cu numeroase metastaze.

Trebuie subliniat că prezicerea exactă a evoluției bolii nu este posibilă. Mulți factori care pot influența malignitatea bolii sunt încă necunoscuți. În plus, răspunsul organismului fiecărui pacient este diferită.

Trebuie subliniat că prezicerea exactă a evoluției bolii nu este posibilă. Mulți factori care pot influența malignitatea bolii sunt încă necunoscuți. În plus, răspunsul organismului fiecărui pacient este diferită.



7. Am 51 de ani și am citit în ziar despre cancerul de prostată. Nu am probleme cu urinarea, însă sunt îngrijorat că aș putea fi diagnosticat cu această boală. Mă pot programa pentru examinare preventivă?

Examenul urologic preventiv pentru detectarea cancerului de prostată este recomandată la bărbații cu vârsta cuprinsă între 50-75 de ani. Prognosticul favorabil al bolii necesită diagnosticul cancerului de prostată în stadiul localizat, când tratamentele au intenție curativă. Lipsa semnelor și simptomelor bolii în stadiile incipiente, fac extrem de importantă această examinare preventivă. Diagnosticarea la timp a cancerului de prostate este singura șansă a tratamentelor cu intenție curativă. Detectarea bolii în stadii incipiente a crescut și mortalitatea prin cancer de prostată a scăzut, în țările cu programe de prevenție a cancerului de prostată.

8. Am fost diagnosticat cu cancer de prostată de către medicul urolog. Presupun că decizia terapeutică trebuie luată de către un medic specialist. Ar trebui să mă adresez unui specialist experimentat privind tratamentul în cancerul de prostată?

Cancerul de prostată este o afecțiune importantă și decizia terapeutică este o etapă decisivă. De obicei doctorul care nu are experiența necesară în acest domeniu poate solicita opinia unui centru sau a unei clinici cu suficientă experiență în tratarea cancerului de prostată. Dacă aveți orice îndoială asupra tratamentului propus, puteți cere opinia acestor centre specializate. Această abordare este des întâlnită.

9. Am fost supus unei intervenții de rezecție transuretrală a prostatei în urma diagnosticului de cancer de prostată. Este posibil ca această procedură să accelereze evoluția cancerului de prostată?

Rezecția transuretrală a prostatei la pacienții cu cancer de prostată are ca scop îmbunătățirea simptomatologiei urinare și ajută la golirea completă a vezicii urinare. Aceasta este realizată sub anestezie spinală sau epidurală și poate fi repetată. Nu există până acum dovezi asupra posibilității creșterii riscului diseminării celulelor maligne în timpul procedurii, cu dezvoltarea ulterioară a metastazelor la distanță. Rezecția transuretrală a prostatei nu influențează evoluția cancerului de prostată.

10. Am cancer de prostată în stadiu avansat. Mi s-a propus ca și tratament hormonal orhiectomia* sau administrarea injecțiilor cu analog LHRH**. Care variantă este mai bună

Ambele opțiuni sunt la fel de eficiente. Cele două variante scad concentrația sanguină a hormonului androgen (testosteron) la nivelul dorit. Orhiectomia este o procedură chirurgicală simplă, este o procedură efectuată o singură dată și e ireversibilă. Administrarea injecțiilor cu analog LHRH trebuie făcută regulat. Alegerea unui anume tratament depinde de preferința pacientului luând în calcul recomandarea medicului urolog.

* Orhiectomie – intervenție chirurgicală prin care sunt îndepărtate testiculele, este o formă chirurgicală de castrare;

**LHRH – Luteinising Hormone-Releasing Hormone (Hormon Eliberator de Gonadotropine) reprezintă o formă de terapie hormonală pentru cancerul de prostată.

11. În urma comunicării diagnosticului de cancer de prostată sunt speriat și mă aștept la ce e mai rău. Există vreun ajutor pentru mine?

Diagnosticul cancerului de prostată poate fi pentru oricine un șoc în primul moment și lasă urme din punct de vedere psihic. Frica, îngrijorarea pentru viitor, depresia sunt stări des întâlnite, așa cum este și tendința de a evalua starea de sănătate în cel mai pesimist mod posibil. Cel mai important este să încercați să renunțați la gândurile de obicei iraționale din această perioadă și să optați mai degrabă pentru obținerea a mai multor informații despre boală.

Cancerul de prostată, în ciuda diferențelor individuale, este un cancer cu progresie tumorală de obicei lentă. Dacă diagnosticul este pus din timp, este posibilă inițierea unui tratament curativ și continuarea stilului de viață obișnuit. Este necesară discutarea tuturor aspectelor legate de boală și adresarea întrebărilor și problemelor medicului urolog. În momentul în care vă veți înțelege boala, tensiunea psihică se va reduce și vă veți recâștiga echilibrul mental.

12. Sunt tratat de cancer de prostată de ceva timp urmând un tratament hormonal. Un efect foarte neplăcut al acestui tratament sunt bufeurile. Cum este posibilă eliminarea sau cel puțin reducerea acestora?

Bufeurile reprezintă o reacție adversă a tratamentului hormonal întâlnită la mulți pacienți. Acestea pot fi cu un impact minor cauzând doar un ușor disconfort, dar pot fi și foarte puternice cu transpirații care necesită uneori schimbarea hainelor. Sunt câteva medicamente care pot reduce intensitatea și frecvența bufeurilor. Se recomandă de asemenea ajustarea dietei, reducerea condimentelor, excluderea tutunului, reducerea consumului de cafea și de băuturi ce conțin cofeină. Este recomandată evitarea situațiilor ce induc producerea de bufeuri.



13. Am făcut brahiterapie ca urmare a diagnosticului de cancer de prostată. Afectează iradierea în acest caz calitatea spermei?

Producerea spermei continuă după implantarea semințelor radioactive în prostată și există posibilitatea afectării spermatogenezei. Prin urmare recomandăm evitarea procreării în următoarele 18 luni după brahiterapie. Cantitatea de spermă scade după brahiterapie și este puțin probabil ca pacientul să își păstreze capacitatea de reproducere. În cazul pacienților mai tineri care își doresc copii există posibilitatea conservării spermei într-o bancă de spermă înainte de a urma brahiterapia.

14. Urmez de mult timp un tratament pentru cancerul de prostată. Mi s-a propus participarea într-un studiu clinic. Să accept?

Studiile clinice compară terapiile folosite în mod obișnuit cu o nouă opțiune terapeutică. În cazul unor rezultate pozitive studiul dovedește superioritatea eficienței noului tratament, iar acest tratament nou devine, de obicei, opțiunea standard cu înlocuirea tratamentului precedent. Aveți posibilitatea de a fi tratat cu terapie posibil mai eficientă. Parcursul bolii dumneavoastră va fi monitorizat atent pe durata studiului clinic.

Răspunsurile la cele mai frecvente întrebări despre cancerul de prostată au fost elaborate de Profesorul Jan Kliment, Departmentul de Urologie, Facultatea de Medicină Jessenius, Universitatea Comenius, Spitalul Universitar Martin – referință: Ochorenia prostaty; Karcinóm prostaty; Benígna hyperplázia prostaty; Zápaly prostaty. 3. vyd. Turany: Európa UOMO Slovensko, 2018. 96 s. ISBN 978-80-973086-4-3.

Tratamentul cancerului de prostată

Cum se tratează

Cea mai adecvată strategie de tratament depinde de o analiză atentă efectuată de medicul specialist, precum și de starea de sănătate a pacientului și caracteristicile bolii.

CUM SE CLASIFICĂ STRATEGIILE TERAPEUTICE?

- — strategie curativă este utilizată pentru vindecarea bolii.
- — strategie de cronicitate este utilizată pentru monitorizarea evoluției bolii în timp.
- — strategie paliativă este utilizată pentru a reduce sau a elimina simptomele provocate de progresia bolii.

Mai întâi este necesar să faceți distincția între atitudinile de ținere sub observație și terapiile active. În prima fază, se alege să nu se administreze niciun fel de tratament și să se efectueze examinări frecvente care au ca scop ținerea sub control a evoluției bolii și o eventuală schimbare a abordării

terapeutice. Aceste două opțiuni sunt reprezentate de supravegherea activă și așteptarea însoțită de monitorizare. În timpul supravegherii active, medicul monitorizează tumoarea și creșterea acesteia, pe baza unui grafic strict de programări. În timpul fiecărei vizite se efectuează mai multe teste.

Scopul este acela de a trece la alte opțiuni de tratament dacă apar semne de progresie a bolii. Supravegherea activă este o modalitate de tratament pentru vindecarea cancerului de prostată localizat, cu un scor Gleason scăzut. În cazul cancerului de prostată local avansat, se vor recomanda alte modalități de tratament. În cadrul „așteptării însoțite de monitorizare”, medicul programează vizite regulate pentru monitorizarea stării de sănătate și recomandă tratament atunci când apar simptomele. Acest tratament este indicat în general atunci când nu sunteți eligibil pentru prostatectomie, radioterapie sau terapie hormonală. Acest lucru poate fi corelat cu vârsta dumneavoastră sau cu alte afecțiuni medicale care fac ca respectivele tratamente să fie periculoase pentru dumneavoastră.

Această opțiune nu trebuie considerată drept un pas înapoi: dimpotrivă, este adesea luată în considerare, în special pentru pacienții cu boală cu agresivitate redusă, potențial indolentă și cu risc scăzut. Această opțiune poate fi adecvată, de asemenea, pentru pacienții, în special vârstnici, care prezintă boli mai grave și un prognostic mai slab. Altfel, opțiunile valabile în diferitele tratamente active sunt variate și includ intervenția chirurgicală tehnică, radioterapia, terapia hormonală, chimioterapia și în cele din urmă, datorită faptului că cercetarea în domeniu nu se oprește niciodată, disponibilitatea constantă a unor noi terapii.

Intervenția chirurgicală

Decizia medicului chirurg privind tipul de strategie și intervenția chirurgicală care va fi utilizată depind de evaluarea caracteristicilor, a dimensiunii și a gradului de extindere a tumorii.

Decizia de a efectua intervenția chirurgicală are un scop curativ: scopul este într-adevăr acela de a îndepărta întreaga tumoare. Intervenția chirurgicală este numită prostatectomie radicală și implică îndepărtarea prostatei, a veziculelor seminale și a ganglionilor limfatici din regiunea din jurul prostatei și a pelvisului. Ganglionii limfatici sunt glande de mici dimensiuni a căror funcție este aceea de filtrare (a eventualelor lichide și proteine din celulele tumorale) a elementelor prezente la nivelul vaselor limfatice. Îndepărtarea ganglionilor limfatici se efectuează pentru a asigura îndepărtarea completă a tumorii și o stadializare mai precisă a bolii. Intervenția se efectuează în

general sub anestezie „loco-regională”, adică printr-o mică injecție cu anestezic la nivelul coloanei vertebrale (în general în asociere cu sedarea) sau sub anestezie generală.

Tehnici chirurgicale

Intervenția chirurgicală deschisă. Este o operație destul de complexă, care implică îndepărtarea prostatei prin intermediul unei incizii la nivelul abdomenului în zona ombilicului-zona pubiană - sau la nivelul zonei dintre scrot și anus (această metodă este rar aplicată).

Laparoscopia. Este o intervenție care durează în mod cert mai mult decât cea descrisă anterior, însă presupune un timp de recuperare mult mai scurt: se efectuează prin intermediul unor mici incizii de aproximativ 1 cm în partea inferioară a abdomenului, ceea ce permite introducerea unei camere video și sunt necesare instrumente adecvate pentru a se efectua îndepărtarea prostatei.

Intervenția chirurgicală robotică. Constă într-o intervenție cu aceleași caracteristici ca laparoscopia, însă presupune și utilizarea unui robot. Această tehnică permite medicilor chirurghi să opereze pe baza unei mărimi vizuale de aproximativ 20 de ori și cu vizualizare 3D, ceea ce permite efectuarea intervenției chirurgicale cu un nivel crescut de precizie în comparație cu intervenția chirurgicală deschisă sau intervenția chirurgicală laparoscopică standard. Și în acest caz timpul de recuperare este scurt, însă este necesară utilizarea unui echipament specializat.

Analiza țesutului

Țesuturile îndepărtate în timpul intervenției chirurgicale sunt analizate pentru a se obține informații SUPLEMENTARE cu privire la boală și a stabili unii parametri importanți, cum sunt extinderea tumorii, iar apoi stadializarea, caracteristicile biologice ale bolii, care caracterizează agresivitatea. Aceasta presupune, de asemenea, analiza regiunilor adiacente ale ganglionilor limfatici pentru a se verifica prezența posibilă a celulelor canceroase. Aceasta evaluează necesitatea de a se administra un tratament adjuvant, care se utilizează în completarea intervenției chirurgicale, cum ar fi radioterapia sau terapia hormonală.

Starea postoperatorie și reacțiile adverse posibile

În general, după intervenția chirurgicală, în absența complicațiilor, pacientul este externat din spital după aproximativ o săptămână. Sonda urinară care este introdusă în timpul intervenției chirurgicale este lăsată pe poziție pentru o perioadă cuprinsă în mod obișnuit între 5 și 10 zile, în funcție de tehnica chirurgicală aplicată.

În timpul acestei perioade, se administrează unele medicamente care ajută în timpul procedurii operatorii și contribuie la vindecarea plăgii chirurgicale. Cu toate acestea, având în vedere domeniul intervenției, pot exista unele consecințe negative pentru pacientul cărui a s-a efectuat o prostatectomie radicală. Cele mai importante reacții adverse pot fi disfuncția erectilă, și anume reducerea sau absența erecției, precum și incontinența urinară. După îndepărtarea sondei urinare, este normal să se observe pierderea involuntară de urină. Recuperarea continenței urinare necesită o perioadă de mai multe luni, în funcție de tipul intervenției efectuate și alegerea tehnicii chirurgicale.

Recuperarea deține un rol esențial în reducerea incontinenței și, atunci când este posibil, trebuie începută înaintea intervenției chirurgicale. La 30-45 de zile după intervenția chirurgicală, medicul specialist va solicita o verificare a valorilor PSA-ului, pentru a se asigura că nivelul acestora se încadrează în intervalul normal. În cazul în care aceste valori cresc, medicul specialist va analiza noile rezultate și va evalua posibilitatea revenirii tumorii.

Radioterapia

Utilizarea de radiații cu energie crescută pentru distrugerea celulelor canceroase, conservând în același timp țesutul sănătos. Există 2 tipuri de radioterapie în tratamentul cancerului de prostată:

- Radioterapia cu raze externe
- Brahiterapia

Radioterapia cu raze externe

Radioterapia cu raze externe se efectuează cu ajutorul unui aparat numit accelerador liniar, care emite raze X ce vizează prostata și provoacă distrugerea celulelor canceroase; aceasta poate fi o opțiune de tratament în cazul pacienților cu cancer de prostată cu orice clasă de risc. Cum se identifică ținta razelor? Medicul oncolog radiolog efectuează subiectului o TC (tomografie computerizată) la nivelul abdomenului, numită centrare, care permite ca zona iradiată să fie localizată în mod corect, identificând celulele canceroase și protejând organele sănătoase.

Apoi urmează o fază foarte importantă, planificarea tratamentului: un plan personalizat și ușor de aplicat pentru pacient pentru protejarea organelor cu risc, cum sunt rectul, vezica urinară, capul femural și intestinalele, care trebuie protejate de radiații. Cele mai frecvente tratamente sunt radioterapia conformală tridimensională (3D-CRT) și radioterapia cu raze de intensitate

modulată sau IMRT, definite drept tratamente conformaționale, de la momentul la care radiația este modelată în jurul organelor-țintă (prostata), permițând salvarea la un nivel maxim a organelor din jur.

Mai există și radioterapia ghidată imagistic (IGRT), care permite localizarea emisiei de radiații, pe baza captării de imagini care permit identificarea prostatei la fiecare tratament, cu o precizie mai mare.

Brahiterapia

Această formă de radioterapie implică plasarea unor mici surse de radioactivitate (semințe) direct în prostată, prin intervenție chirurgicală. Este o strategie preferată pentru pacienții cu risc redus, în timp ce radioterapia cu raze externe sau terapia hormonală pot fi asociate adesea cu pacienții cu risc intermediar.

Sursele implantului (sau radiațiilor) pot fi:

- — Permanente: mici semințe de iod sau paladiu sunt poziționate în prostată și nu sunt îndepărtate;
- — Temporare: surse de iridiu sunt poziționate în prostată într-o cantitate care variază în funcție de planul de tratament; acestea sunt ulterior îndepărtate.

Radioterapia și reacțiile adverse

La sfârșitul radioterapiei, pacientului i se efectuează controale periodice pentru a se evalua reacțiile adverse și a se monitoriza valorile PSA-ului.

Chimioterapia

Chimioterapia distruge celulele canceroase oprindu-le creșterea cu ajutorul unor medicamente numite antineoplazice. Celulele canceroase se multiplică mai rapid decât este normal; substanțele utilizate în chimioterapie afectează mecanismele asociate replicării celulelor, distrugându-le în acest proces (efect citotoxic).

De ce aveți nevoie de chimioterapie?

- — Pentru a reduce dimensiunile tumorii
- — Pentru a ține boala sub control și a încetini evoluția acesteia
- — Pentru a ameliora simptomele și durerea provocată de metastaze și a păstra o calitate a vieții decentă.

În trecut, această strategie nu era utilizată frecvent în gestionarea cancerului de prostată; medicamentele din trecut nu aveau o eficiență deosebită. În ultimii ani au existat multe progrese, iar chimioterapia se utilizează în principal atunci când cancerul este în stadiu metastatic, adică atunci când s-a răspândit în afara prostatei, iar terapia hormonală nu este suficientă.

Terapiile hormonale

Terapia hormonală este un tratament pentru cancer care încetinește sau oprește evoluția cancerului care utilizează hormoni pentru a crește. Terapia hormonală mai este denumită și tratament hormonal sau terapie endocrină.

Terapia hormonală este utilizată pentru:

Tratarea cancerului. Terapia hormonală poate reduce probabilitatea de revenire a cancerului sau poate opri sau încetini evoluția acestuia.

Ameliorarea simptomelor cancerului. Terapia hormonală poate fi utilizată pentru a reduce sau a preveni simptomele la bărbații cu cancer de prostată cărora nu li se poate efectua o intervenție chirurgicală sau radioterapie.

Tipuri de terapie hormonală

Terapia hormonală se încadrează în două categorii ample, cea care blochează capacitatea organismului de a produce hormoni și cea care influențează modul în care hormonii se comportă în organism.

Cui i se administrează terapia hormonală?

Terapia hormonală este utilizată pentru a trata cancerul de prostată și mamar care se dezvoltă pe bază de hormoni. Terapia hormonală se utilizează cel mai adesea împreună cu alte tratamente pentru cancer. Tipurile de tratament de care aveți nevoie depind de tipul de cancer, de gradul de răspândire și de amploarea acestuia, dacă evoluția acestuia se bazează pe hormoni, precum și de alte eventuale probleme de sănătate pe care le aveți.

Cum se utilizează terapia hormonală împreună cu alte tratamente pentru cancer

Atunci când se utilizează împreună cu alte tratamente, terapia hormonală poate:

○— Reduce dimensiunile tumorii înainte de intervenția chirurgicală sau radioterapie. Aceasta este numită terapie neoadjuvantă.

○— Reduce riscul recidivării cancerului după tratamentul principal. Aceasta este numită terapie adjuvantă.

Distruge celulele canceroase care au reapărut sau s-au răspândit la alte părți ale organismului dumneavoastră.

Terapia hormonală poate provoca reacții adverse

Din cauza faptului că terapia hormonală blochează capacitatea organismului dumneavoastră de a produce hormoni sau influențează modul în care se comportă hormonii, acest lucru poate provoca reacții adverse. Reacțiile adverse pe care le aveți vor depinde de tipul de tratament hormonal care vi se administrează și de modul în care organismul răspunde la aceasta. Oamenii răspund diferit la același tratament, prin urmare nu toți au aceleași reacții adverse. Unele reacții adverse diferă, de asemenea, în funcție de sex.

Unele reacții adverse pentru bărbații cărora li se administrează tratamentul hormonal pentru cancerul de prostată includ:

- Bufeuri
- Pierderea dorinței sau a capacității de a avea contacte sexuale
- Slăbirea oaselor
- Diaree
- Greață
- Mărirea și sensibilitatea sânilor
- Oboseală

La ce să vă așteptați atunci când vi se administrează tratament hormonal

Cum se administrează tratamentul hormonal

Tratamentul hormonal poate fi administrat în multe moduri. Unele moduri frecvente includ:

Administrarea orală. Tratamentul hormonal se administrează sub formă de pilule care trebuie înghițite.

Administrarea injectabilă. Tratamentul hormonal este administrat printr-o injecție la nivelul unui mușchi al brațului, coapsei sau șoldului sau imediat sub pielea de la nivelul părții grasoase a brațului, piciorului sau abdomenului.

Intervenția chirurgicală. Este posibil să vi se efectueze o intervenție chirurgicală pentru îndepărtarea organelor care produc hormoni. La femei se îndepărtează ovarele. La bărbați se îndepărtează testiculele.

Localizarea tratamentului hormonal

Locul în care vi se administrează tratamentul depinde de tipul de tratament hormonal administrat și de modul de administrare al acestuia. Tratamentul hormonal poate fi administrat ambulatoriu. Sau vi se poate administra tratamentul hormonal la cabinetul medicului, la clinică sau în spital.

Cum vă poate afecta tratamentul hormonal

Tratamentul hormonal afectează persoanele în diferite moduri. Modul în care vă simțiți depinde de tipul de cancer de care suferiți, de cât de avansat este, de tipul de tratament hormonal care vi se administrează și de doză. Medicii și asistentele medicale nu pot ști cu certitudine cum vă veți simți în timpul tratamentului

Cum vă puteți da seama că tratamentul hormonal are efect?

Dacă urmați un tratament hormonal pentru cancerul de prostată, vi se vor efectua teste PSA regulate. Dacă tratamentul hormonal are efect, nivelurile dumneavoastră de PSA vor rămâne aceleași sau chiar se pot reduce. Însă dacă valorile PSA-ului cresc, acesta poate fi un semn că tratamentul nu mai are efect.

Nevoi alimentare speciale

Tratamentul hormonal pentru cancerul de prostată poate provoca creșterea în greutate. Adresați-vă medicului dumneavoastră, asistentei medicale sau medicului nutriționist în cazul în care creșterea în greutate devine o problemă pentru dumneavoastră.

Lucrul în timpul tratamentului hormonal

Ar trebui ca tratamentul hormonal să nu vă afecteze capacitatea de muncă.

Terapii noi

În peisajul terapeutic al cancerului de prostată într-un stadiu avansat apar medicamente noi. Acestea constituie tratamente care acționează asupra tumorii prin diferite mecanisme de acțiune, incluzând chimioterapii noi, tratamente radiofarmaceutice noi și tratamente hormonale noi.

În cazul oricărui efect advers, adresați-vă medicului.

A avea de a face cu cancerul reprezintă un eveniment care le schimbă viața majorității oamenilor. Pentru mulți, acesta poate reprezenta un moment pentru a da la o parte regretele și de a stabili noi priorități. Indiferent ce decizii luați cu privire la tratarea cancerului, veți beneficia întotdeauna de asistență care să vă ajute în gestionarea acestuia. Această secțiune include informații despre viața de zi cu zi și despre modul de gestionare a bolii.

