

Analiza niektórych czynników rokowniczych w raku pęca.

Streszczenie

Cel:

Celem pracy jest analiza przeżyć całkowitych oraz czynników ryzyka nawrotu miejscowego i węzłowego a także ocena rokowania u pacjentów u których doszło do wystąpienia wznowy.

Materiał i metoda:

Analizie retrospektywnej poddano grupę 117 pacjentów leczonych z powodu raka pęca w latach 1980-2005.

Spośród 117 pacjentów 79,5% było pierwotnie leczonych operacyjnie, 3,4% po weryfikacji ze względu na zaawansowanie choroby zostało zdyskwalifikowanych od leczenia operacyjnego, 17,1% zostało po weryfikacji lub nieradykalnej operacji zakwalifikowanych do leczenia napromienianiem z powodu małego stopnia zaawansowania choroby lub braku zgody na leczenie operacyjne. U 41% przeprowadzono operację w zakresie regionalnych węzłów chłonnych.

Wyniki:

Przeżycie 5 letnie w całej badanej grupie wyniosło 58,1% .

Przeżycia 5 letnie w zależności od cechy T wyniosły: w grupie pacjentów z zaawansowaniem T1 65,24%, T2 67,51%, T3 20,31%, T4 0%, stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy krzywymi przeżycia ($p = 0,00139$). Stwierdzono również statystycznie istotną różnicę pomiędzy przeżyciem w zależności od cechy N ($p=0,00043$). Dla poszczególnych grup przeżycia wyniosły: N0 63,32%, N1 58,33%, N2 60,69%, N3 0%. Podobnie dla cechy pT i pN – odpowiednio pT1 69,91%, pT2 67,58%, pT3 18,06%, pT4 0% ($p = 0,00298$) i pN0 92,86%, pN1 69,23%, pN2 26,67%, pN3 0% ($p = 0,00422$). Nie stwierdzono istotnego wpływu sposobu leczenia miejscowego na czasy przeżycia.

Stwierdzono istotny statystycznie wpływ sposobu leczenia węzłowego na czasy przeżycia wynikający z istotnej różnicy pomiędzy obustronną limfadenektomią pachwinową a wycięciem obustronnie węzłów pachwinowych i jednostronnie biodrowych ($p = 0,028207$).

Przeanalizowano wpływ czasu jaki upłynął od wystąpienia objawów do rozpoznania na przeżycia w badanej grupie, oraz wpływ na przeżycia czasu od wystąpienia objawów do podjęcia leczenia przyczynowego. W obu przypadkach nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu.

Nie stwierdzono istotnego wpływu zastosowania uzupełniającego napromieniania na czas przeżycia ($p = 0,635013$) oraz na czas do wystąpienia pierwszej wznowy ($p=0,50666$).

Stwierdzono że głębokość naciekania nowotworu opisana cechą pT oraz zaawansowanie węzłowe choroby opisane cechą pN różnicuje istotnie czas do pojawienia się pierwszej wznowy.

Nie stwierdzono wpływu rodzaju wykonanej pierwotnej operacji miejscowej ani rodzaju operacji węzłowej na czas do wystąpienia pierwszej wznowy. W wielowymiarowym modelu Coxa nie stwierdzono wpływu na czas przeżycia pacjentów u których doszło do nawrotu choroby następujących cech:

- zaawansowanie choroby w skali TNM
- zaawansowanie guza pierwotnego opisane cechą T i pT
- zaawansowanie węzłowe opisane cechą N i pN
- dynamikę choroby opisaną czasem do wystąpienia pierwszej wznowy
- nieradykalność mikroskopowa i makroskopowa
- zastosowanie radioterapii pooperacyjnej

Wnioski:

1. Nawrót choroby w raku prącia najczęściej ma charakter wznowy lokoregionalnej.
2. Do nawrotu dochodzi najczęściej w trakcie pierwszych dwóch lat po leczeniu pierwotnym.
3. Ocena kliniczna zaawansowania lokoregionalnego w raku prącia jest mało wiarygodna i należy opierać się na analizie histopatologicznej.
4. Wykonanie obustronnej limfadenektomii pachwinowej wiązało się z największym prawdopodobieństwem przeżycia 5-letniego w porównaniu do innych sposobów leczenia węzłowego i obserwacji co przemawia z koniecznością zastosowania inwazyjnych metod oceny zaawansowania węzłowego.
5. Napromienianie pooperacyjne może być skuteczną metodą leczenia uzupełniającego przy nieradykalności operacji pierwotnej.
6. Sposób leczenia miejscowego raka prącia nie wpływał na czas przeżycia.

Słowa kluczowe: rak prącia, wznowa