

Słowa kluczowe: rak stercza, radykalna radioterapia, wznowa miejscowa, biopsja pod kontrolą TRUS, brachyterapia wysokodawkowa.

Wstęp

Biopsja stercza pod kontrolą badania ultrasonografii transrektalnej (TRUS) oraz ocena mikroskopowa preparatów histopatologicznych jest obecnie standardową metodą diagnostyczną.

U ok. 22% pacjentów poddanych radykalnej radioterapii (RTH) w ciągu 3 lat po zakończeniu występują objawy miejscowej i systemowej wznowy. Po potwierdzeniu obecności komórek raka w biopsji jedną z opcji terapeutycznych jest ratunkowa wysokodawkowa brachyterapia (RHDR). Do chwili obecnej liczba doniesień na temat skuteczności i bezpieczeństwa takiego leczenia jest ograniczona, nie przeprowadzono badań klinicznych 3-ciej fazy.

Cel pracy

Ocena skuteczności diagnostyki obrazowej TRUS w wykrywaniu wznowy miejscowej raka stercza po radykalnej radioterapii. Ocena wpływu wyników leczenia RHDR: na czas wolny do progresji biochemicznej (PDPSA, *PSA progressive disease*), czas progresji klinicznej (PD, ang. *progressive disease*), czas do zgonu z powodu raka stercza (PCSS, ang. *prostate cancer specific survival*), oraz na przeżycie całkowite (OS, ang. *overall survival*).

Material i metody

Badanie miało charakter obserwacyjny, nieinterwencyjny. W okresie od stycznia 2002 r. do sierpnia 2006 r. do badania włączono 62 mężczyzn radykalnie napromienionych (RTH) na obszar stercza dawką od 52 do 65 Gy (techniką konformalną) z potwierdzoną PDPSA ASTRO 1997, po wykluczeniu choroby przerzutowej. Chorych poddawano biopsji gruboigłowej pod kontrolą TRUS w celu weryfikacji histopatologicznej, w przypadku obecności komórek raka w biopsji (OKRB) kwalifikowano do ratunkowego napromieniania śródtkanowego (RHDR), chorzy z brakiem komórek raka w biopsji (BKRB) byli obserwowani i poddawani leczeniu antyandrogenowemu – bez miejscowego napromieniania śródtkanowego (RHDR(-)).

Wyniki

Wyniki TRUS w 27 przypadkach były dodatnie, z czego 17 zostało potwierdzonych przez obecność komórek raka w badaniu histopatologicznym (63%). Czułość TRUS względem wyniku biopsji określono na 58,6%, swoistość 69,7%, wartość predykcyjna dodatnia 63%, wartość predykcyjna ujemna 65,7%, dokładność względem biopsji na 64%.

Różnice w PCSS w grupach chorych z OKRB i BKRB nie były znamienne statystycznie i wyniosły odpowiednio 12,8 lat i 12,7 lat ($p=0,155$). Różnice w PCSS w grupach chorych RHDR i RHDR (–) były znamienne statystycznie i wyniosły odpowiednio 13 lat i 12,6 lat ($p=0,022$). Różnice w OS w grupach chorych RHDR i RHDR (–) nie były znamienne statystycznie i wyniosły odpowiednio 13,4 lat i 12,1 ($p=0,064$). Różnice w PDPSA z RHDR i RHDR (–) były znamienne statystycznie i wyniosły odpowiednio 11,81 lat i 11,7 lat, ($p=0,023$). Różnice w PD z RHDR i RHDR (–) były znamienne statystycznie i wyniosły odpowiednio 10,9 lat oraz 12,2 lat ($p=0,040$).

Kryterium progresji biochemicznej ASTRO 2006 zostało spełnione u 36 chorych (58,0%), w tym u 12 (42,9%) w grupie ŻO oraz u 24 (70,6%) w grupie ZM. Opisywane różnice wykazały wartość predykcyjną kryterium dla przeżycia całkowitego (OS) - ($p = 0,028$). Tempo wzrostu PSA przed biopsją – okres podwojenia wartości PSA (PSADT): obserwowane różnice PSADT pomiędzy grupą PCSD i grupą pozostałych chorych osiągnęły znamienność statystyczną, $p = 0,029$.

W analizie wielowymiarowej wykazano, że brak RHDR 63-krotnie zwiększa ryzyko zgonu z powodu raka stercza (przedział ufności CI 95%; 4,515-881,87). Spełnienie definicji PDPSA według ASTRO 2006 zwiększa ryzyko zgonu z powodu raka stercza 6,45 razy (95% przedział ufności 1,00-41,67). Okres podwojenia wartości PSA – PSADT – ma istotny wpływ na ryzyko zgonu z powodu raka stercza: skrócenie czasu PSADT w badanej grupie o 3 miesiące powoduje 1,48-krotny wzrost ryzyka zgonu (CI 95% przedział ufności 1,04-2,10), skrócenie czasu PSADT o 6 miesięcy 2,18-krotny wzrost ryzyka zgonu (95% przedział ufności 1,08-4,41), natomiast skrócenie czasu PSADT o 12 miesięcy prowadzi do 4,76-krotnego wzrostu ryzyka zgonu (95% przedział ufności 1,17-19,23).

Wnioski

Badanie TRUS jest pomocne w wykrywaniu miejscowego nawrotu po radykalnej radioterapii.

Zastosowanie ratującej brachyterapii zależnej od dodatniego wyniku biopsji u chorych z OKRB znamienne wydłuża czas PCSS, a także wydłuża czas do progresji biochemicznej (PDPSA) oraz klinicznej (PD).