



Москва / 22-23 ноября 2023

Конференция по онкоэндокринологическим аспектам
лечения и диагностики нейроэндокринных опухолей

Авторы:

Глушанкова Наталья Дмитриевна: врач-онколог ГАУЗ ЧОКЦОиЯМ

Воробьева Елена Николаевна, врач-онколог ГАУЗ ЧОКЦОиЯМ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ВВЕДЕНИЕ.

Нейроэндокринная неоплазия (НЕС) предстательной железы (ПЖ) является достаточно редкой внелегочной нейроэндокринной карциномой и составляет всего от 0,5 до 1% от всех злокачественных новообразований простаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализ литературы, амбулаторной карт пациента с редкой патологией – нейроэндокринной карциномой простаты

Нейроэндокринная опухоль (G3, Ki67 75%) предстательной железы cT4N1M1 IVст. После МХТ (6 циклов доцетаксел до 03.2022) + АДТ + БФТ. Прогрессирование в 08.2022: продолженный рост. После цистостомии 05.09.2022, эмболизации сосудов мочевого пузыря 30.09.2022. В процессе МХТ (капецитабин + октреотид 20мг 1 раз в 28 дней). Прогрессирование в 11.2022: новые метастазы в легкие, печень, кости. Хроническая кишечная непроходимость.

Пациент К., 1968 г. Обследовался планово, по поводы выраженных болей в крестцовых отделах позвоночника. При осмотре уролога заподозрено ЗНО простаты, на основании ректального осмотра.

03.09.2021 оПСА: 2,36 нг/мл. 17.10.2021 МРТ-малого таза: ЗНО простаты с ростом в мочевой пузырь, прямую кишку, поражение регионарных лимфоузлов, костей скелета. 27.10.2021 биопсия предстательной железы.

Гистологическое заключение № 26685- 690: аденокарцинома предстательной железы ИГ 9 (4+5).

22.10.2021 Сцинтиграфия костей: очаги накопления в ребрах (145%), L4 (138%).

С 10.2021 по 03.2022 проведена МХТ (6 циклов доцетаксел до 03.2022) + АДТ + БФТ.

С 03.2022 продолжена АДТ + БФТ. Параллельно было проведено исследование гистологического материала для исключения нейроэндокринного компонента, исследования мутаций на панели HRR (BRCA1, BRCA2, ATM, BARD, BRIP1, CDK12, CHEK2, CHEK1, PALB2, RAD51B, RAD51C, RAD51D, RAD54L в условиях ОО "Лечебно-Диагностический центр Международного института биологических систем имени Сергея Березина). Во время исследования на панели HRR весь гистоматериал был израсходован, потребовалась повторная биопсия.

10.04.2022 трепанобиопсия предстательной железы (повторная).

Гистологическое заключение № 80684-80685; 80686-80687/22: низкодифференцированная аденокарцинома предстательной железы, индекс Глисона - 10 (5+5).

ИГХ блока № 80684/22: нейроэндокринная опухоль низкой степени дифференцировки (G3), Ki67 75%.

23.04.2022 МРТ-малого таза: в сравнении с 28.05.2022 увеличение размеров и распространенности процесса.

30.04.2022 Сцинтиграфия костей: признаки метастатического поражения костей таза с обеих сторон.

05.05.2022 операция: цистостомия, выраженная гематурия

15.05.2022 операция: эндоваскулярная эмболизация сосудов мочевого пузыря микроэмболами.

С 05.2022 проводится МХТ (капецитабин + октреотид 20мг 1 раз в 28 дней). Отмечал частичное улучшение состояния.

29.11.2022 МРТ-малого таза: отрицательная динамика за счет появления новых очагов в костях (крестец, левая подвздошная кость); предстательная железа увеличена, занимает всю полость малого таза; прямая кишка отклонена вправо, инвазия ее стенки до 5,2см; рядом образование 2,7х2,1см.

30.11.2022 МСКТ-грудной клетки, брюшной полости: в легких множественные очаги до 14х13мм; в печени множественные очаги до 16х15мм; в малом тазу образование 144х130мм, прорастает прямую кишку, мочевой пузырь, оба мочеточника, распространяется вдоль левого мочеточника до ворот левой почки, врастает в поясничную мышцу слева, интимно прилежит к подвздошной кости слева, крестцу.

22.11.2022 Сцинтиграфия костей: метастазы в кости, без отрицательной динамики. Зафиксировано прогрессирование заболевания. Запланировано паллиативной химиотерапии 3-й линии по схеме ЕС:

карбоплатин АUC-5 в/в в 1-й день 21-дневного цикла + этопозид 100мг/м² в/в в 1-го по 3-й день 21-дневного цикла; до 6 циклов с оценкой эффекта после 3-го и 6-го циклов; продолжить проведение терапии аналогами соматостатина: октреотид 20мг в/м 1 раз в 28 дней; терапия аналогами ЛГРГ прекращена, терапия бисфосфонатами прекращена из-за остеонекроза нижней челюсти

На момент 09.2023 пациент жив, получает терапию.



Сцинтиграфия костей: признаки метастатического поражения костей таза с обеих сторон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным литературы случаи характеризовались быстрым прогрессированием и метастазированием, медиана выживаемости составила 7 мес. Ввиду редкости НЕС ПЖ специфический алгоритм диагностики и лечения не разработан, как правило, он аналогичен методам при «классическом» РПЖ и других НЕС.

КОНТАКТЫ.

Глушанкова Наталья
Дмитриевна: врач-онколог
ГАУЗ ЧОКЦОиЯМ