



СЛОЖНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАКА ПРОСТАТЫ С НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКОЙ

ВВЕДЕНИЕ.

Нейроэндокринная РПЖ — термин, который подразумевает наличие злокачественного новообразования предстательной железы с НЭ проявлениями.

ЭТО НЕ СИНОНИМ НЕЙРОЭНДОКРИННОГО РАКА ПРОСТАТЫ. НЭ РПЖ, то есть карцинома РПЖ состоящая только из НЭК, выявляется примерно в 1% случаев РПЖ. Нейроэндокринная дифференцировка встречается гораздо чаще. Локальная нейроэндокринная дифференцировка наблюдается практически во всех карциномах предстательной железы. Полагается, что появление нейроэндокринных клеток в урогенитальном эпителии является иницилирующим сигналом для развития предстательной железы, успех которого окончательно определяется андрогена

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

Пациент О, 1940 г.р.

В анамнезе: Рак сигмовидной кишки pT3N1aM0 G1 R0, IIIB ст., после формирования 2хствольной сигмостомы 30.10.2020 . Хирургическое лечение 09.03.2021.

12.04.23 ПСА 18,1 нг/мл

УЗИ мочевого пузыря от 06.06.2023 - Очаговое поражение предстательной железы. Признаки инвазии в стенку мочевого пузыря образования предстательной железы.;

14.06.2023г биопсия предстательной железы под контролем ультразвукового исследования, 12 точек.

гистология № Исследование биопсийного (операционного) материала Низкодифференцированная (G3) мелкоацинарная светлоклеточная карцинома правой доли предстательной железы, индекс по Глиссону 7 баллов (3+4).;

MPT малого таза от 07.06.2023 ЗНО простаты с подозрением на инвазию в семенные пузырьки (T3b). В процессе обследования – острая задержка мочи, наложена эпицистостома, интраоперационно мочевой пузырь инфильтрирован опухолью. Взята биопсия: Рост карциномы с солидно-крибриформным паттерном в стенке мочевого пузыря (с инвазией в мышечную оболочку стенки). Следует дифференцировать низкодифференцированную аденокарциному G-3 и инфильтративную уротелиальную карциному G-3 с железистой дифференцировкой (метаплазией). Подозрение на контактное врастание новообразования соседних локализаций. Для уточнения гистотипа и возможного выявления признаков органопринадлежности опухолевых клеток целесообразно проведение иммуногистохимического исследования (ИГХ). Гистопрепараты были направлены на ИГХ в НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина: После пересмотра гистологических и ИГХ препаратов окончательный морфологический диагноз следующий: морфологическая картина с учетом иммунофенотипа в большей степени соответствует прорастанию ацинарной аденокарциномы предстательной железы с нейроэндокринной дифференцировкой. ХгА в норме.

На консилиуме было назначено лечение (+ТМК с в НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина): Лекарственное лечение должно проводиться в соответствии с рекомендациями лечения местнораспространенной ацинарной аденокарциномы предстательной железы. Учитывая наличие нейроэндокринной дифференцировки в опухоли к лечению может быть добавлен октреотид пролонгированный (Депо, Лонг) в дозе 30 мг в/м 1 раз в 28 дней; начать это лечение следует с октреотида короткого действия по 100 мкг х 3 раза в день п/к в течение 14 дней.

Пациент получал назначенное лечение.

При контроле:

16.04.2024 Компьютерная томография костей таза - КТ – признаки ЗНО простаты с вовлечением в процесс стенки мочевого пузыря Признаки бластического метастатического поражения костей таза

12.04.2024 ОФЭКТ костей - ОФЭКТ – картина множественного метастатического поражения костной системы.

04.04.2024 ПСА 38,21 нг/мл ;

Тестостерон общий: <0,025 нг/мл. На консилиуме была изменена тактика лечения: - проведение андрогендепривационной терапии агонистами ЛГРГ или хирургическая кастрация; проведение терапии бисфосфонатами: - энзалутамид 160 мг длительно. С учетом прогрессирования терапия аналогами соматостатина не показана

Терапию получает по настраиваемое время, ПСА 10 нг/мл, рентгенологически стабилен.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рак предстательной железы является гетерогенным заболеванием, при котором эффективность применения только одного вида лекарственного препарата очень низкая. Поэтому исследуются новые подходы к подбору комбинированного лечения. Следует отметить, что некоторые из них еще проходят клинические испытания, такие как кабазитаксел + карбоплатин + преднизолон + олапариб. Препараты, которые в настоящее время исследуются, включают моноклональное антитело к DLL3 рокальпитузумаб, ингибитор AURKA алисертиб и ингибитор EZH2 таземетостат.

КОНТАКТЫ.

Глушанкова Наталья
Дмитриевна: врач-онколог
ГАУЗ ЧОКЦОиЯМ