

**Eesnäärmevähi  
kaasaegse ravi  
võimalused**

**Ülo Zirel  
PERH**

**Vähinädal, 2011  
Eesti Vähiliit**



**Heinrich Kullmaurer, 16. saj.**

## Eesnäärmevähi ravi viisid

### Tervistav ravi

- Prostatektoomia (RP)
- Väliskiiritus (VKR)
- Brahhüteraapia (BT)
- Krüoablatsioon (CSAP)
- **Kombineeritud ravi**
  - RP + adj VKR + HR
  - VKR + HR
  - BT + VKR

### Haigust pidurdav ravi

- Hormoonravi (HR)
- Keemiaravi (KT)

### Aktiivne jälgimine

## Radikaalne prostatektoomia

Kuldne standard lokaalse CaP korral,

On näidatud elulemuse paremust (10 a. HSE 80%) ka lok. levinud  
ja N+ vähi puhul

J. Engel et al. Eur Urol. 2010; 57 (5): 754-761

### Tüsistused:

- EH 14-72%, >70 a.v. - 100%
- Tot. Inkontinents 4 – 8%
- Stress-inkontinents 5 – 33%
- KATE 1 – 2%
- Postop. letaalsus 0,2%

# Väliskiiritusravi

3D – CRT                    standard

IMRT, IGRT                võimaldavad doosi eskaleerimist >80 Gy

## Tüsistused:

- Radiotsüstiit, -proktiit                    3 – 5%
- EH    >50%

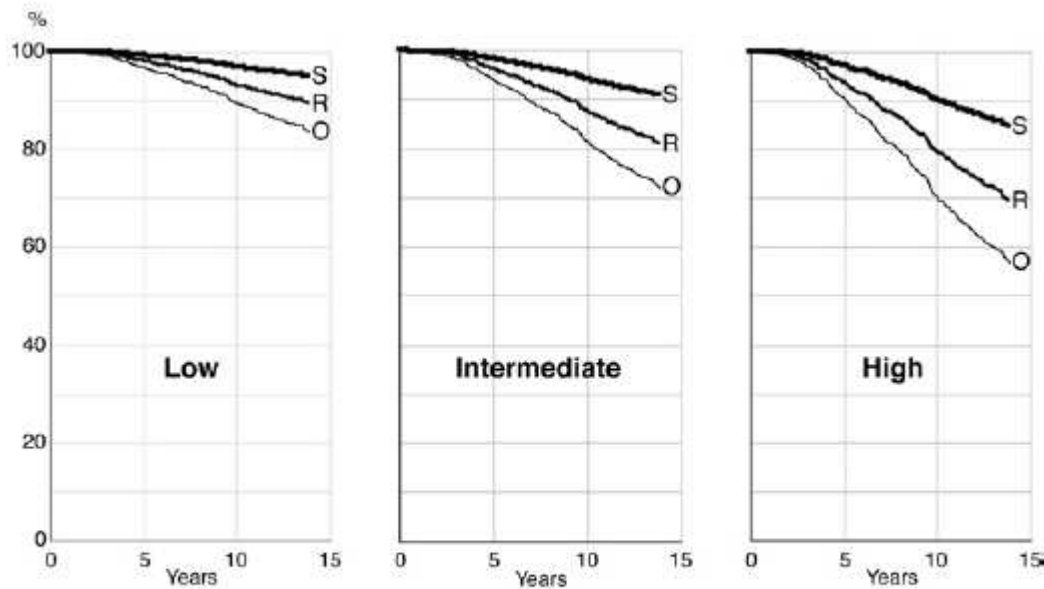


FIG. 2. Cause specific survival in 3 treatment groups with standardization via proportional hazards model to average covariate profile in each D'Amico risk category. *S*, surgery. *R*, radiation therapy. *O*, observation.

# BRAHHÜTERAAPIA

Väheinvasiivne,  
kaugtulemused **madala riski grupis** võrreldavad radikaalse  
prostatektoomiaga

## Näidustused:

- Madala riskiga eesnäärmevähk
  - T1c – T2a
  - Gleason < 7 (3+4)
  - PSA < 10 ng/ml
- Eesnäärme maht < 50 cc
- Eelnevalt ei tohi olla tehtud TURP –i
- IPSS skoor peab olema väike
- EH tekib tavaliselt 2 a möödudes

# KRÜOABLATSIOON

Väheinvasiivne

Seni veel eksperimentaalne! (EAU Guidelines, 2011)

Näidustused:

- **Madala riskiga** eesnäärmevähk
- Eesnäärme maht < 50 cc
- IPSS peab olema madal

Kaugtulemusi veel pole, kuid 5 a PSA-retsidiivi sagedus on suurem kui sama grupi RP korral.

- Patsient peab ülalöeldust olema informeeritud (EAU Guidelines, 2011)

## Aktiivne jälgimine (WW)

- Oodatav eluiga <10 aasta
- Gleason <7 (3+4) p
- Väike kasvaja  $\leq T2a$

### Eelised:

- Üleravi vähenemine
- Puuduvad raviga kaasnevad tüsistused
- Ei sega töötamist ja sotsiaalselt aktiivsust

### Puudused:

- Võimalik haiguse kiire progressioon (staadium alahinnatud)
- Patsiendi mure ravimata vähi pärast

## G. Lu-Yao et al., ASCO 2009, Orlando

- SEER andmebaas 1992 – 2002
- 14 516 meest CaP, ainult aktiivne jälgimine

cT1 – cT2, Gleason 5 – 7	10 a. HSE	94%
cT1 – cT2, <b>Gleason 8 – 10</b>	10 a. HSE	58%



## Hormoonravi

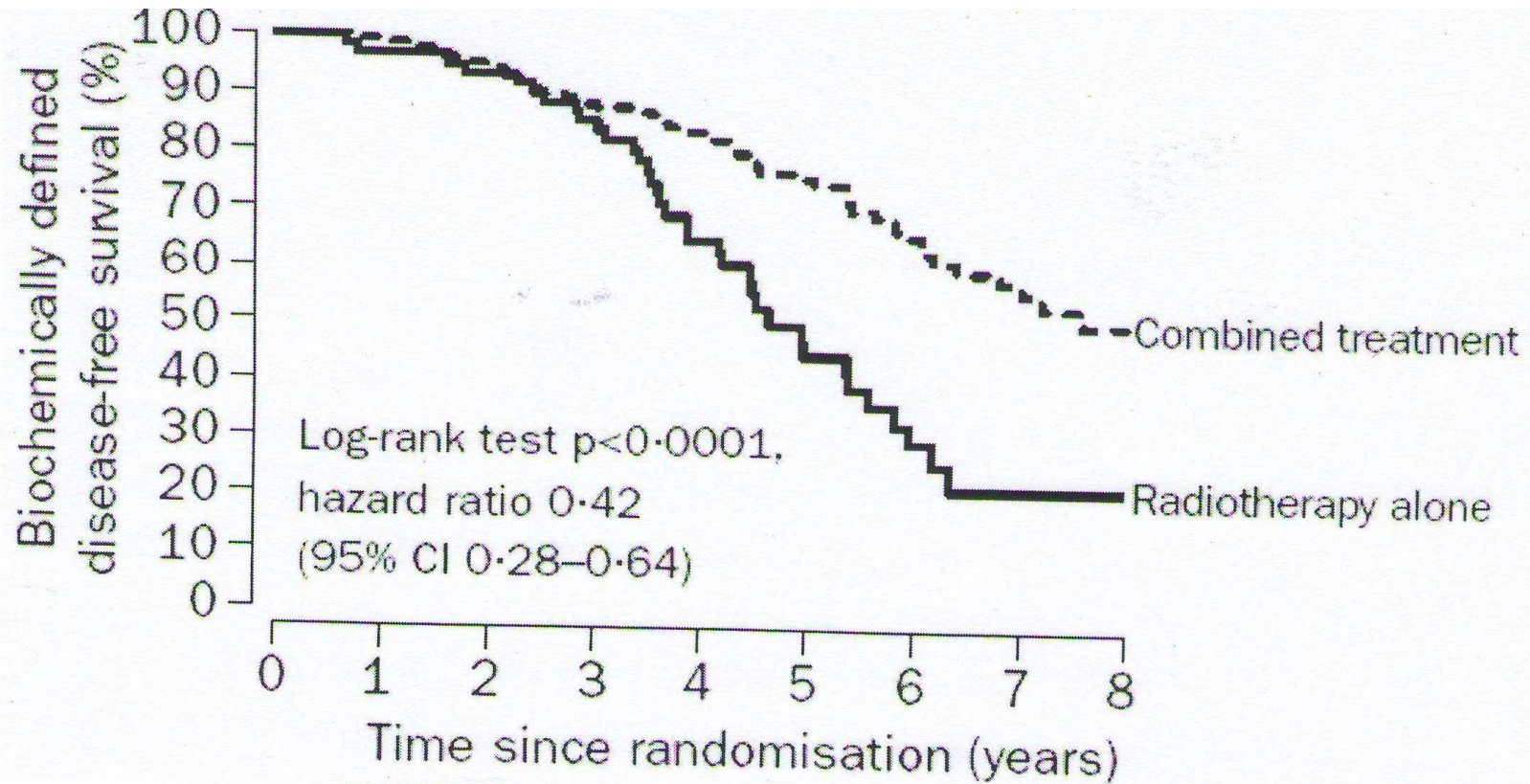
**Kastratsioon (kirurgiline, keemiline)**

**Antiandrogeenid**

**Östrogeenid (2. rida)**

- **Kasutusel kaugelearenenud CaP ravis haiguse pidurdamiseks**
- **On näidanud elulemuse olulist paranemist kombinatsioonis kiiritusraviga lokaalse haiguse ravis (M. Bolla, A. V. D'Amico)**

## VKR vs VKR + HR



M. Bolla et al., Lancet 2002; 360: 103-108

## Keda ravida? Kuidas ravida?

- **Üleravi**  
**17% -l meestest diagnoositakse eesnäärmevähk,**  
**kuid vaid 3% -l on risk surra eesnäärmevähki**

L. Klotz et al. J Clin Oncol. 2010, 28 (1): 126-131

- **2/3 meestel, kes surevad eesnäärmevähki on Gleason 8 – 10**  
**haigus ja nad pole juba diagnoosimise hetkel radikaalselt**  
**ravitavad**

O. Brawley, UroToday, 2009

- **Kõik CaP kuratiivse ravi meetodid tekitavad tüsistusi**

## Ravimeetodi valik

- **Diferentseerumisaste**
- **PSA tase**
- **Kasvaja suurus**
- **Metastaaside olemasolu**
- **Oodatav eluiga**
- **Pt eelistus**

A.V. D'Amico et al. JAMA,1998; 280 (11): 969-974  
EAU Guidelines, Prostate Cancer, 2011

## Lokaalne

- **Madal risk**                      **cT1 – T2a ja Gleason  $\leq$  6 ja PSA < 10**
- **Keskmine risk**                **cT2b – 2c või Gleason = 7 või PSA 10 – 20**
- **Kõrge risk**                       **$\geq$  cT3a või Gleason 8 – 10 või PSA > 20 või  
iga T, N1**

## Kaugelearenenud

- **M+**

**Madala riskiga lokaalne eesnäärmevähk  
(cT1 – T2a, Gleason  $\leq$  6, PSA < 10)**

- **Oodatav eluiga < 10 a**      - **aktiivne jälgimine**
  
- **Oodatav eluiga > 10 a**      - **aktiivne jälgimine**
  - **VKR**
  - **BT**
  - **RP ilma lümfadenektoomiata**

**Keskmise riskiga lokaalne eesnäärmevähk  
(cT2b – 2c või Gleason = 7 või PSA 10 – 20)**

- **Oodatav eluiga < 10 a**
  - **aktiivne jälgimine**
  - **VKR + lühiajaline (6 kuud) HR**
  - **BT**
  
- **Oodatav eluiga >10 a**
  - **RP koos lümfadenektoomiaga**
  - **VKR + lühiajaline HR**
  - **BT + VKR + lühiajaline HR**

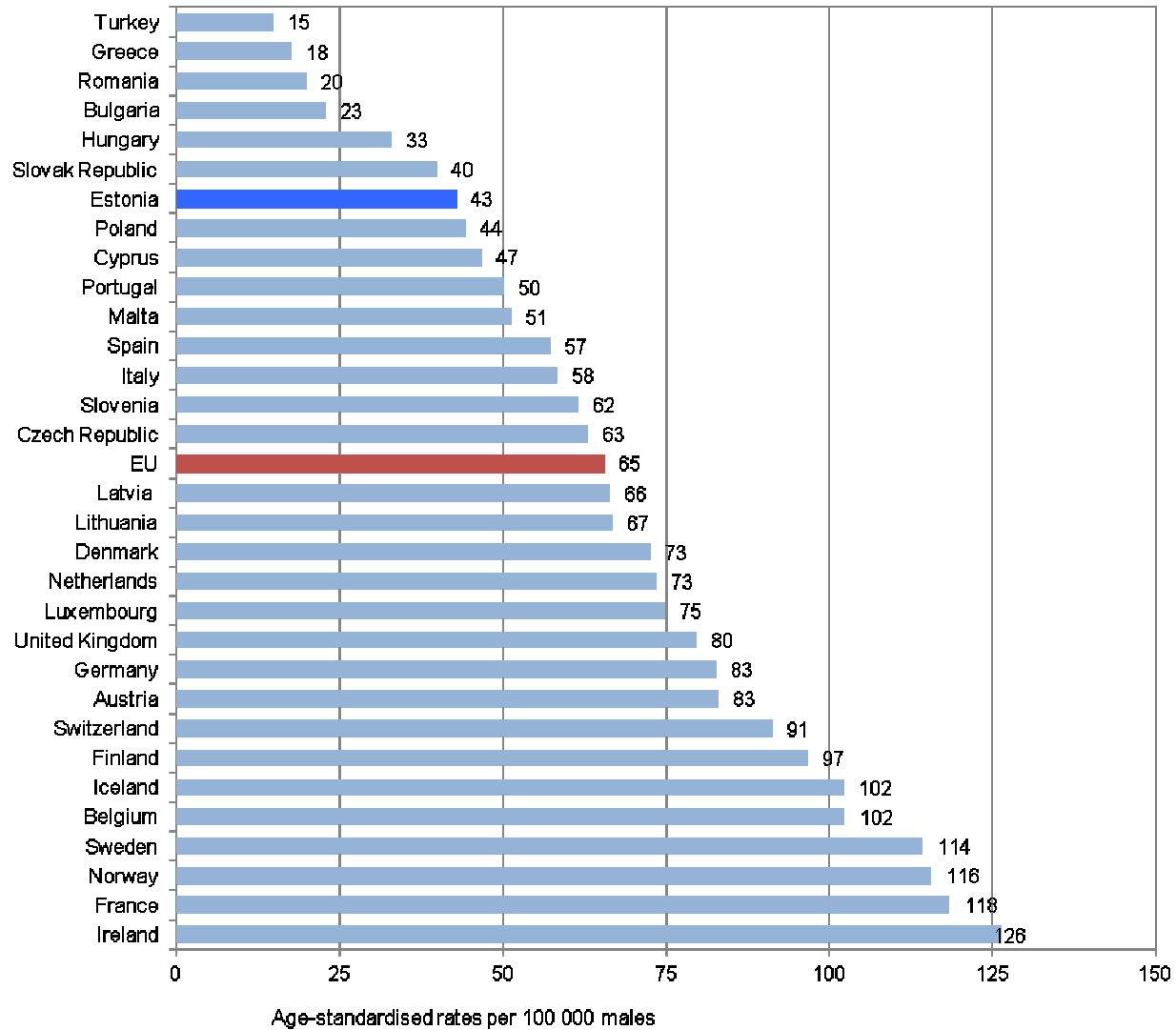
**Kõrge riskiga lokaalselt levinud või N+ eesnäärmevähk  
( $\geq$  cT3a või Gleason 8 – 10 või PSA > 20 või iga T, N1)**

- **RP koos lümfadenektoomiaga + adj. VKR + pikaajaline (2 – 3 a) HR**
- **VKR + pikaajaline HR**
- **BT + VKR + pikaajaline HR**

**Kaugelearenenud (M+) - HR**



## Prostate cancer incidence rates, males, 2008



Source: OECD Health Data 2010; Ferlay et al. (2010).

a) Prostate

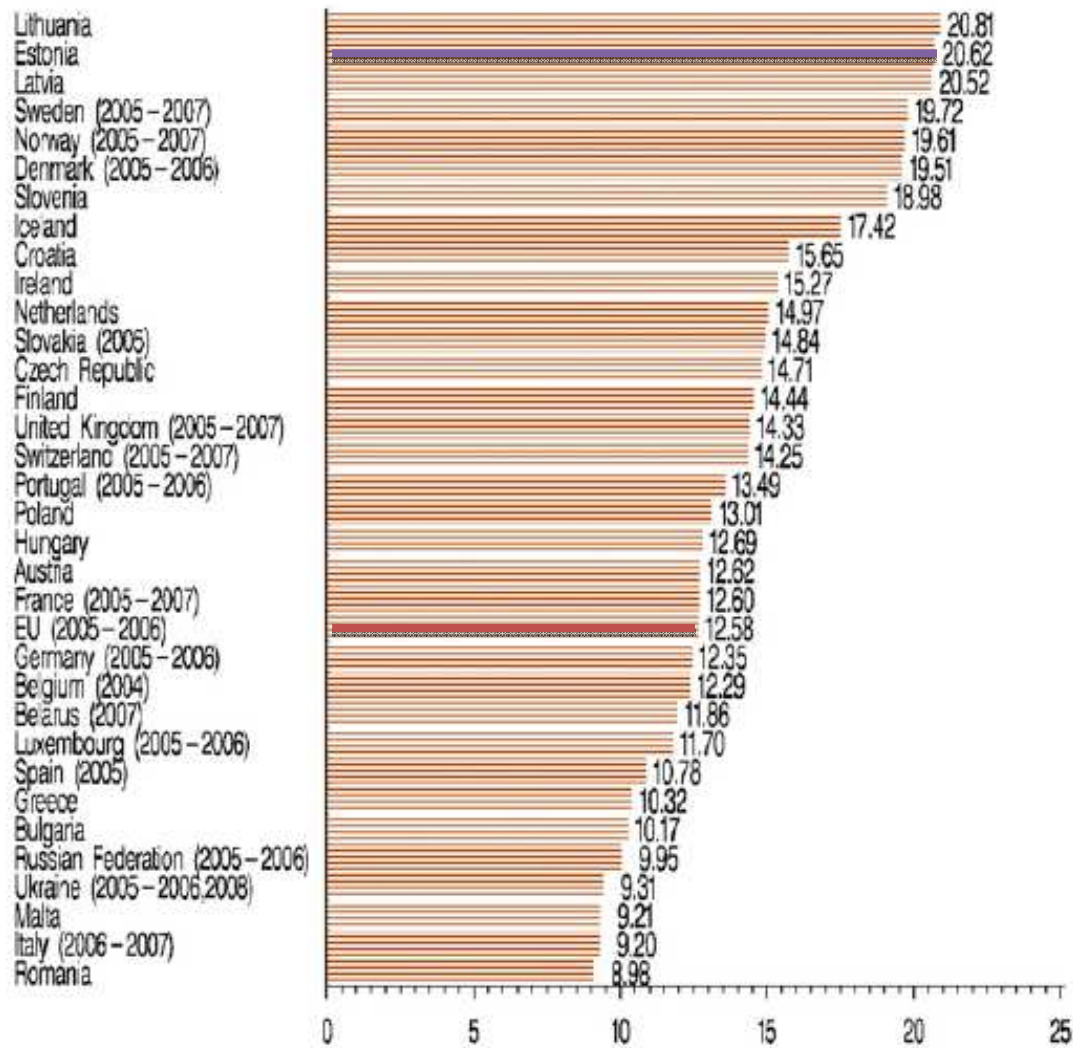
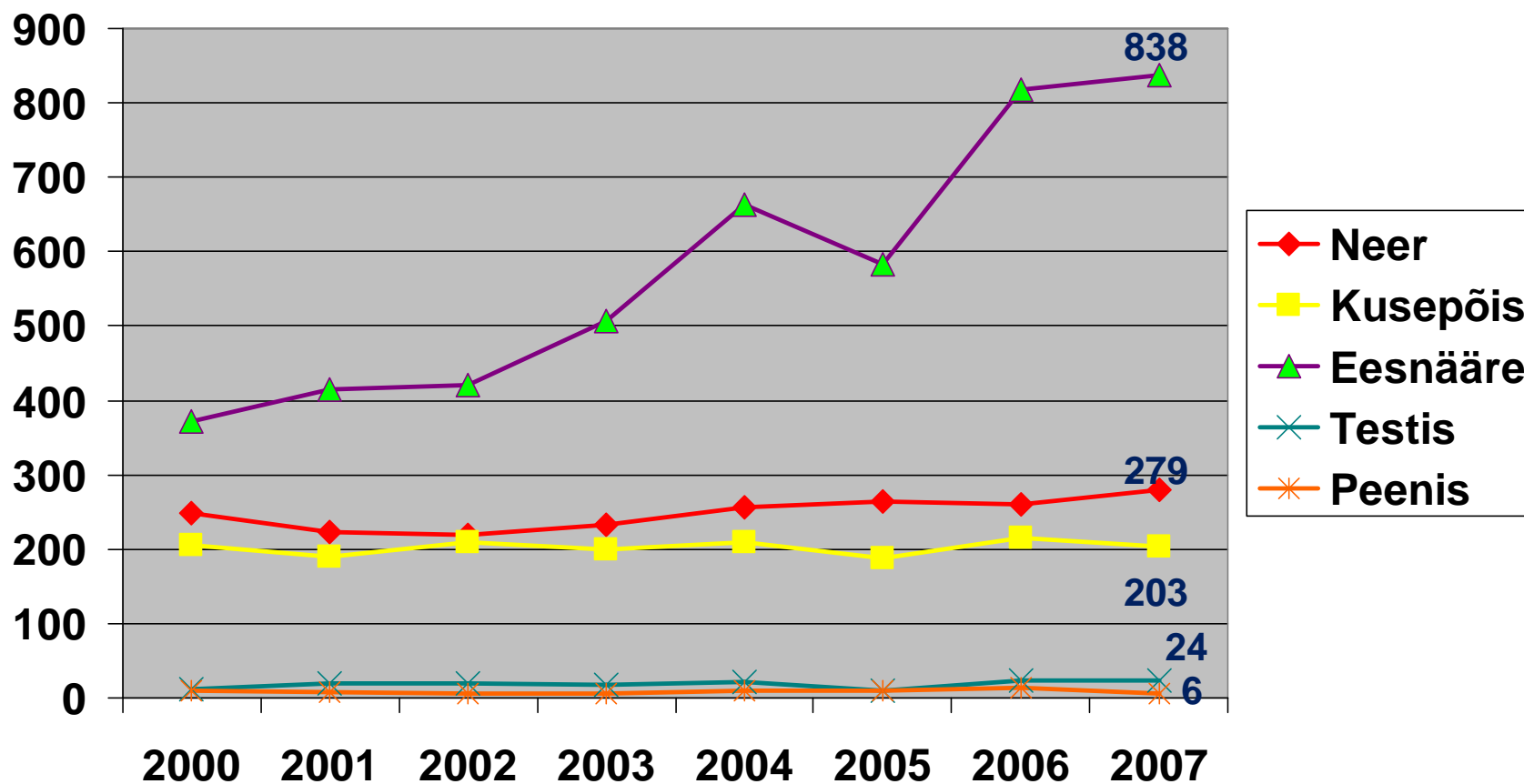


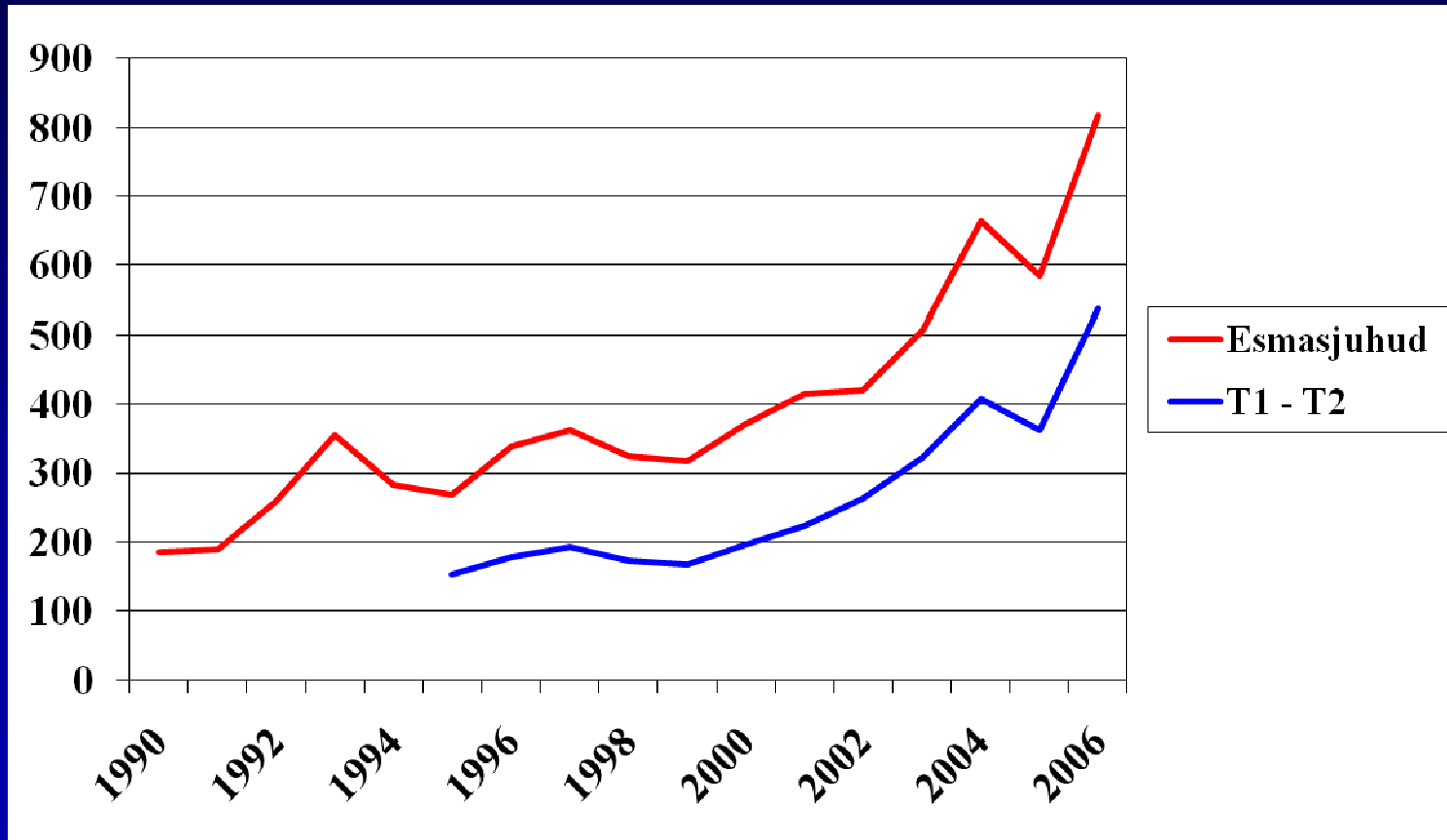
Fig. 2 - Age-standardized (world population) death certification rates per 100 000 for cancers of the (a) prostate, (b) testis, (c) bladder, and (d) kidney and other urinary sites in 33 European countries and in the European Union (EU) as a whole, 2005-2008.

## Esmasjuhud onko-uroloogias 2000-2007



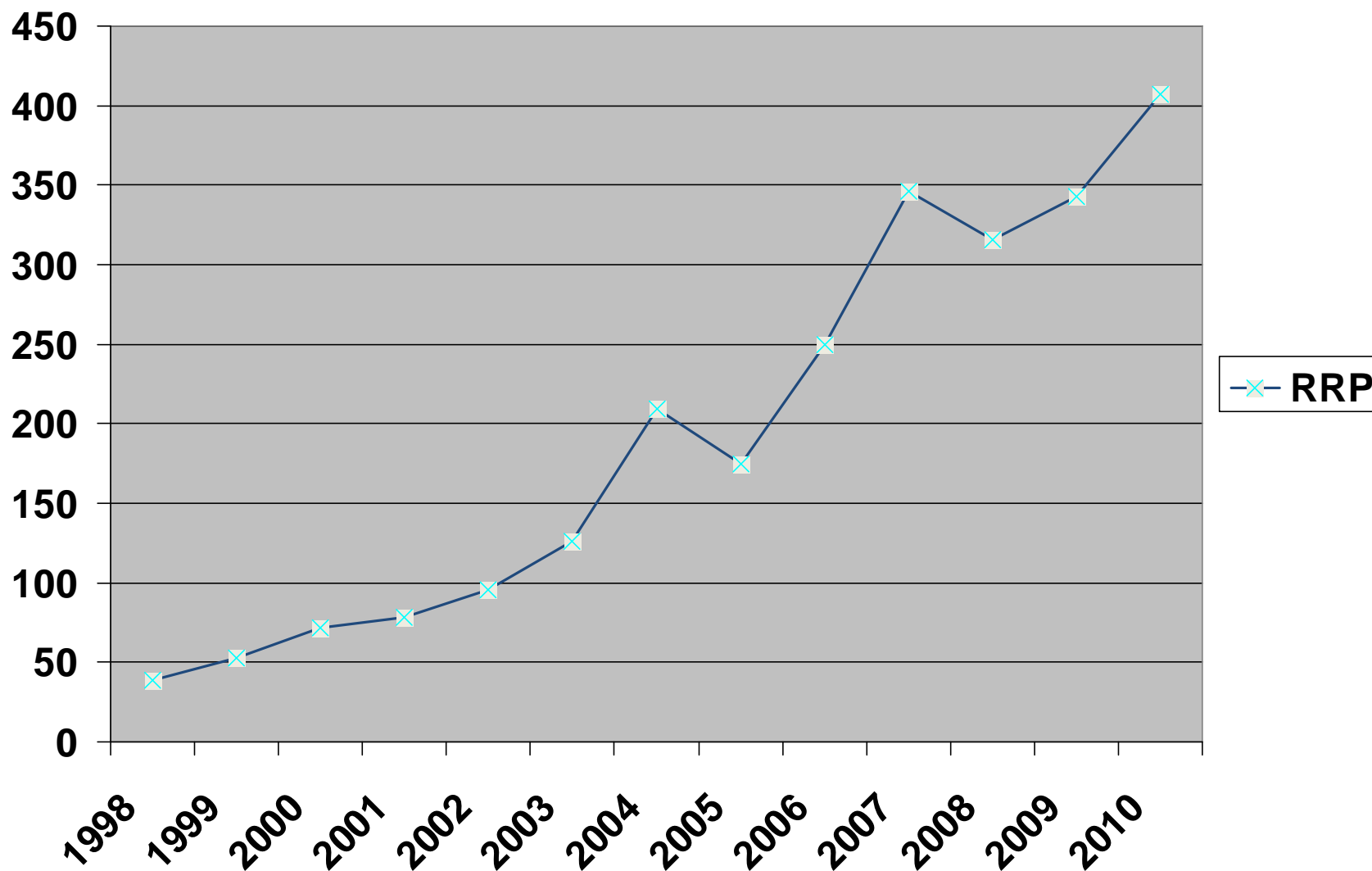
Eesti Vähiregister, 2011

# EESNÄÄRMEVÄHK EESTIS



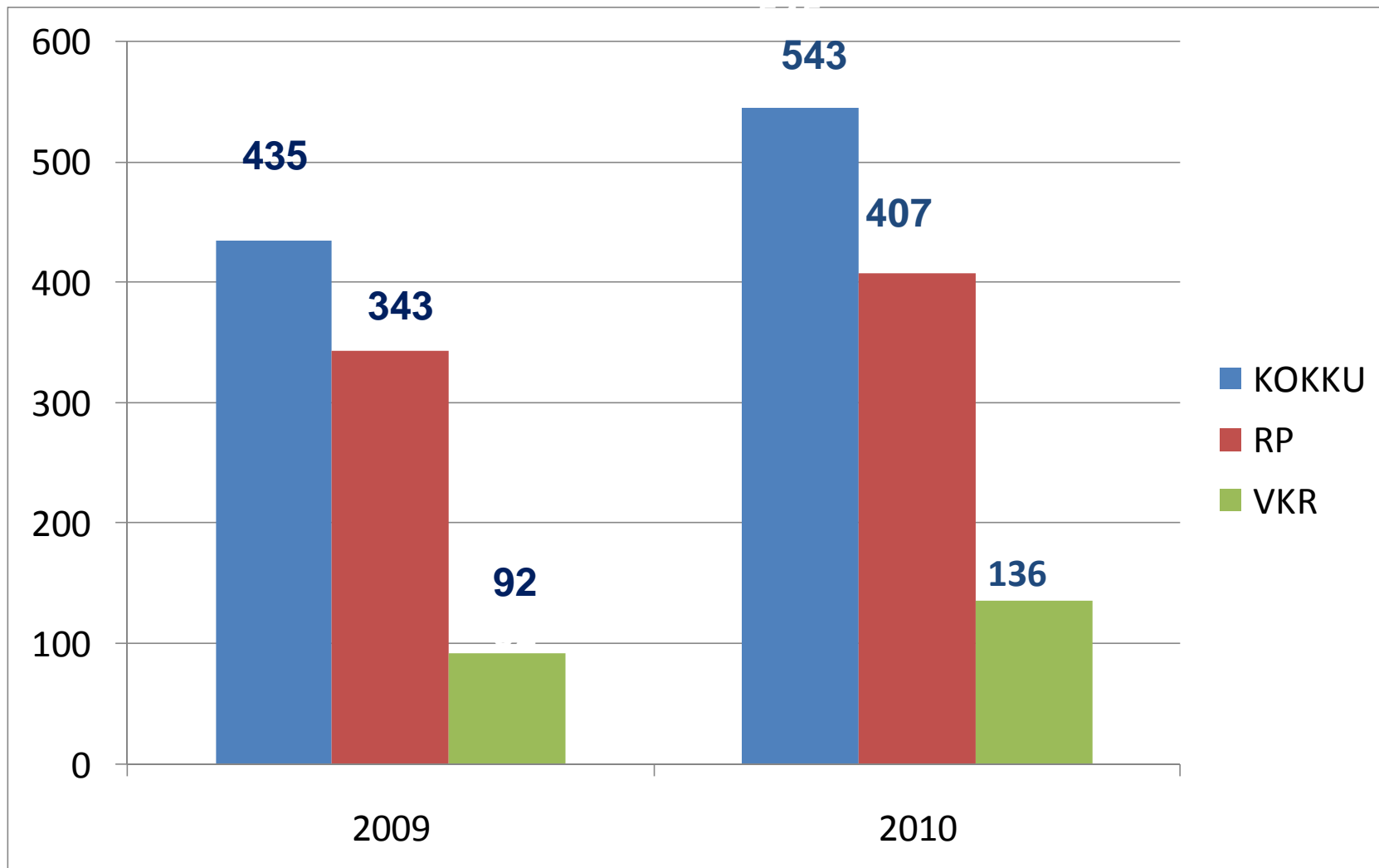
Eesti Vähiregister, 2010

## Radikaalne prostatektoomia Eestis 1998-2010



Sotsiaalministeerium, EUS

## Eesnäärmevähi radikaalravi Eestis 2009 - 2010



## Eesnäärmevähi esmase ravi hetkeseis

- Radikaalne prostatektoomia on kindel ja efektiivne ravimeetod nii lokaalse kui ka lokaalselt levinud ja N+ CaP puhul, kindlustades parimad onkoloogilised ja elulemustulemused
- Lokaalselt levinud CaP puhul annab kombineeritud ravi (RP + PLND + adj. VKR + HR) parimaid tulemusi
- Väliskiiritusravi on viimasel dekaadil teinud suure tehnoloogilise arenguhüppe, mis võimaldab tõsta summaarset doosi >80 Gy ja samas vähendada hilistoksilisust 3 korda. Esialgset tulemused on oluliselt paremad varasematest uuringutest.  
Keskmise ja kõrge riski grupis on oluline VKR kombineerida lühi- või pikaajalise hormoonraviga
- Madala riskiga patsientidele, eriti kaasuvate haiguste ja lühikese oodatava elueaga tuleks rohkem soovitada aktiivset jälgimist, et vältida üleravimist