

О. М. Зачеславський¹, канд. мед. наук,
Д. О. Попов¹, канд. мед. наук,
Маріо Таха²,
Ю. М. Дехтяр¹, канд. мед. наук, доц.,
А. О. Савельєв¹

НЕСТАНДАРТНИЙ ВИПАДОК РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

¹ Одеський національний медичний університет,

² Медичний центр «Медкор Юг», Одеса

Сьогодні актуальність проблеми раку передміхурової залози (РПЗ) не викликає ніякого сумніву. Відомо, що РПЗ посідає друге місце за частотою у чоловіків, його чисельність у 2012 р. сягає 1,1 млн випадків по всьому світі, що становить 15 % усіх діагностованих злоякісних пухлин. Проте відповідно до даних систематичного огляду автопсійних досліджень, розповсюдженість РПЗ значно більша [1–3].

Однак частота РПЗ широко варіюється в залежності від географічної зони. Це робить проблему ще більш актуальною для нашого регіону внаслідок того, що показники скринінгу простатоспецифічного антигену (ПСА) у Східній і Південній Європі, які історично були низькими, поступово збільшуються [1; 2].

Не стоїть на місці й науково-технічний прогрес, розвиток якого дозволяє верифікувати РПЗ на максимально ранніх стадіях. Удосконалення діагностичної медичної апаратури тільки розширює можливості сучасної урології. Сьогодні вивчаються нові методи ультразвукового дослідження (УЗД), включаючи соноеластографію і УЗД з контрастним підсиленням, проте в літературі відсутні дані, які свідчать про користь рутинного їх використання [4]. Досконалість методу магнітно-резонансної томографії (МРТ) дозволяє достатньо швидко включити і його в алгоритм діагностики доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Порівняно з результатами морфологічного дослідження після радикальної простатектомії виявлено, що МРТ у режимі Т2-підсилення, включаючи дифузне зависле зображення, динамічне контрастування і/або Р1-спектроскопію, має добру чутливість щодо визначення локалізації РПЗ з індексом Глісона 7 балів і вище [5–8].

Проте незважаючи на вищеперераховані факти, нині скринінг РПЗ є однією з найбільш суперечливих тем в урологічній літературі. Особливий інтерес, на нашу думку, становитиме клінічна картина випадків, які виходять за межі норми.

Нижче наводимо опис клінічної картини та даних клініко-лабораторних і рентгенологічних досліджень пацієнта з нетиповою клінічною картиною РПЗ.

Пацієнт Д., 1937 р. народження, був госпіталізований до урологічного відділення 10-ї міської клінічної лікарні зі скаргами на кровотечу з уретри, яка виникає поза актом сечовипускання, дискомфорт унизу живота, загальну слабкість. При зборі анамнезу пацієнт повідомив, що вищеперераховані скарги він відмічає протягом більше ніж півроку. Відмічалось збільшення частоти епізодів уретрорагії та підсилення больового синдрому, тому пацієнт звернувся до уролога поліклініки, який направив його до урологічного відділення для дообстеження та лікування.

На догоспітальному етапі пацієнт був частково обстежений в обсязі клініко-лабораторних досліджень сечі та крові, ультразвукового дослідження нирок, сечового міхура, передміхурової залози. За даними клініко-лабораторних досліджень крові основні біохімічні показники знаходяться в межах норми, ПСА крові 5,9 нг/мл.

За висновком поліклінічного УЗД передміхурової залози, тканина простати візуалізується у вигляді вузької смужки по периферії органа, майже повністю заміщена утворенням неправильної форми з неоднорідною структурою (кальцифі-

кати, конкременти і рідинні включення) загальним розміром 73 × 78 × 97 мм. Об'єм приблизно 300 см³. Сім'яні міхурці не візуалізуються. Конкрементів і об'ємних утворень у просвіті сечового міхура немає. Визначається виражене потовщення стінок сечового міхура. Об'єм залишкової сечі 10 мл (рис. 1).

В умовах урологічного відділення проведено повне комплексне обстеження пацієнта. За даними клініко-лабораторних досліджень, змін у біохімічному й загальному аналізі крові немає. У загальному аналізі сечі визначається гематурія (еритроцити збережені 50–60, змінені 10–15), протеїнурія (0,165 г/л).

Ультразвукове дослідження нирок (від 09.04.2016 р.)

Права нирка: розмір 116 × 46 мм. Форма правильна, контури рівні. Паренхіма збережена. Чашково-мискова система не розширена. Передньозадній розмір миски 9 мм. Максимальний розмір чашечки 5 мм. Співвідношення паренхіма/чашково-мискова система не порушене. Кіст не виявлено. Об'ємних утворень немає. Розміщення правої нирки звичайне. Правий сечовід у верхній третині 5 мм.

Ліва нирка: розмір 114 × 46 мм. Форма правильна, контури рівні. Паренхіма збережена. Чашково-мискова система не розширена. Передньозадній розмір миски 8 мм. Максимальний діаметр чашечки 4 мм. Співвідношення паренхіма/чашково-мискова система не порушене. Конкрементів не виявлено. Кіст немає. Об'ємних утворень не виявлено. Розміщення лівої нирки звичайне. Лівий сечовід у верхній третині 4 мм. Інше: стінки чашково-мискової системи нирок ущільнені, в її проекції є гіперехогенні включення.

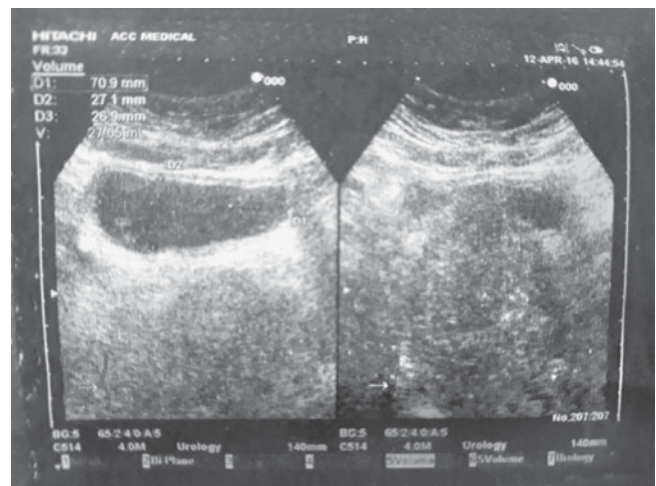
Електрокардіографія (від 11.04.2016 р.)

Ритм синусовий, ритмічний, 73 уд./хв. Електрична вісь серця відхилена вліво. Неповна блокада правої гілки лівої ніжки пучка Гіса. Гіпертрофія лівого шлуночка.

Ультразвукове дослідження передміхурової залози (від 12.04.2016 р.)

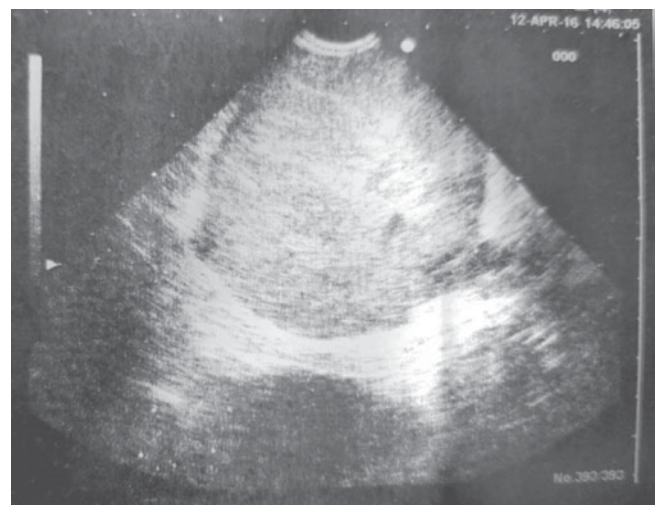
Контур виражено нерівний/нечіткий. Форма неправильна, овоїдна, асиметрична; капсула залози не ущільнена, візуалізується фрагментарно.

Лінійні розміри значно збільшені. Фронтальний 87 мм, передньозадній 75 мм, вертикальний 78 мм, об'єм 280 мм³. Залоza виступає в просвіт



a

б



в

Рис. 1. Хворий Д., УЗ-картина об'ємного утворення (а–в)

сечового міхура на 1/3 величини. Ехоструктура виражена неоднорідно, з нечіткими оконтурованими вогнищами зниженої та підвищеної ехогенності, а також з аехогенними порожнинами в структурі 20 мм. Утворення ізоехогенні (вузли гіперплазії), достовірно не диференціюються. Розширені ацинуси множинні до 2 мм. Гіперехогенні включення: типу «А» (дрібні, 0,5–2,0 мм, не дають ехотіні) в значній кількості, дифузно і в скупченнях; петрифікати типу «В» (великі вогнища, дають ехотіні) в значній кількості, дифузно і в скупченнях до 8 мм. Сім'яні міхурці достовірно не візуалізуються. Сім'явидні протоки не розширені білатерально. Уретра в простатичній частині звужена. Вени простатичного сплетення не розширені, максимальний діаметр 4 мм. Залишкова сеча: на момент огляду в сечовому міхурі 30 мл сечі, останнє сечовипускання близько години тому.

УЗ-ознаки на момент огляду: *susp cr* простати.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (від 13.04.2016 р.)

Печінка: ліва частка збільшена до 70 мм (Н до 6 см). Права частка збільшена до 155 мм (Н до 14 см). Контур нерівний. Структура помірно неоднорідна. Ехогенність підвищена. Печінкові вузли звужені. Жовчний міхур: розміри не збільшені. Стінка ущільнена, потовщена до 3–4 мм, у товщі латеральної та медіальної стінок сітчаста форма холестерозу. Деформація в шийці, вигин і перетяжка. Вміст негомогенний, підвищеної щільності. Конкрементів не виявлено. Duc. Hol. 5–6 мм, V. porta 11–12 мм/V. cav. Inf. 17–18 мм.

Підшлункова залоза: головка не збільшена, 30 мм. Тіло не збільшене, 15 мм. Хвіст збільшений, 27 мм. Контур нерівний. Структура дифузно-неоднорідна. Ехогенність підвищена.

Селезінка: розміри не збільшені. Площа 41 см². Структура однорідна. Контур рівний. Ехогенність не підвищена. Селезінкова вена 7 мм.

Пацієнт був проконсультований суміжними спеціалістами.

Консультація терапевта: в анамнезі гіпертонічна хвороба, вживає Еналаприл 10 мг на добу. Частота дихання 18 за хвилину. Над легеньми перкуторно легеневий звук. Аускультативно жорстке дихання, ЧСС 76 за хвилину, АТ 110/70 мм рт. ст. Серцеві тони притуплені. Периферичних набряків немає. Діагноз: ІХС, кардіосклероз атеросклеротичний, СН ІА, ГХ ІІІ. 2 ст. ІV ст. ризику.

Консультація проктолога: скарг з боку прямої кишки немає. Випорожнення без крові, кал у нормі. Об'єктивно при зовнішньому огляді та пальцевому дослідженні визначається збільшена передміхурова залоза, яка стискає кишку. RRS (на 15 см вище ректоскоп провести немає можливості). На 3–7–11 годин візуалізуються гемороїдальні вузли. Рекомендована іригоскопія.

Консультація невролога: об'єктивно рефлексів живі, рухових порушень немає. Рекомендований контроль АТ, динамічні спостереження і КТ головного мозку.

За даними МРТ органів малого таза від 12.04.2016 р.: у порожнині таза визначається солідне утворення гетерогенної структури з ділянками некрозу, яке щільно прилягає до стінки прямої та сигмоподібної кишки позаду і передміхурової залози спереду. У проксимальній частині утво-

рення неможливо диференціювати від стінки прилеглої кишки, спереду визначається збережена стиснена капсула передміхурової залози. Дистально по лівому краю утворення щільно прилягає до шийки сечового міхура і проксимальної уретри. Розміри утворення 82 × 57 × 72 мм, краї чіткі, часточкоподібні. Прилегла жирова клітковина без ознак інфільтрації, визначаються поодинокі лімфатичні вузли, розмірами до 10 мм. Передміхурова залоза збільшена, відтиснена спереду, розмірами 70 × 54 × 35 мм. Середня частка залози збільшена, з множинними вузлами гіперплазії та ділянками кістозної перебудови. Середня частка пролабує в просвіт сечового міхура, визначається гетерогенність періуретральної зони. Сім'яні міхурці не визначаються. Сечовий міхур не туго заповнений, стінки його не потовщені, у просвіті визначається кров. Шийка сечового міхура деформована. Кістково-деструктивних змін не визначається. Ознаки набряку кісткового мозку не візуалізуються.

Висновок: солідне новоутворення таза, щільно прилягає до передміхурової залози та товстої кишки. Діагноз: ГІСУ? Утворення сім'яних міхурців? Позаорганна пухлина? (рис. 2, 3).

З метою верифікації діагнозу пацієнту було виконано трансректальну біопсію і дренажування новоутворення малого таза. При виконанні трансректальної пункції пункційною голкою 18 СН отримано приблизно 200 мл геморагічних виділень зі старими згустками крові та фібрину. Враховуючи відсутність чіткої візуалізації тканини простати, взято три достовірних фрагменти тканини передміхурової залози для гістологічного дослідження.

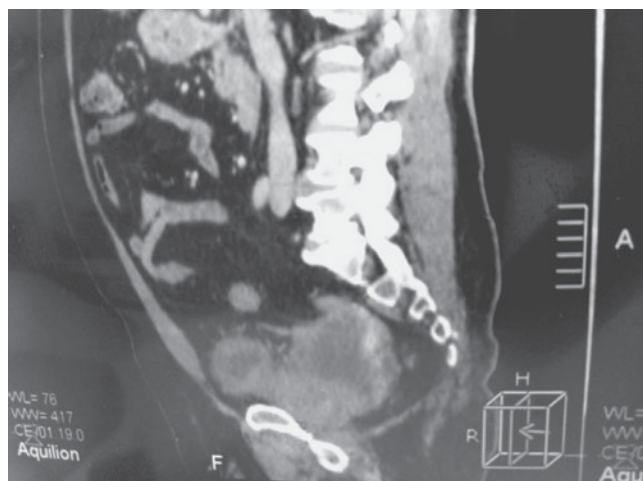


Рис. 2. Хворий Д. МРТ-картина новоутворення малого таза

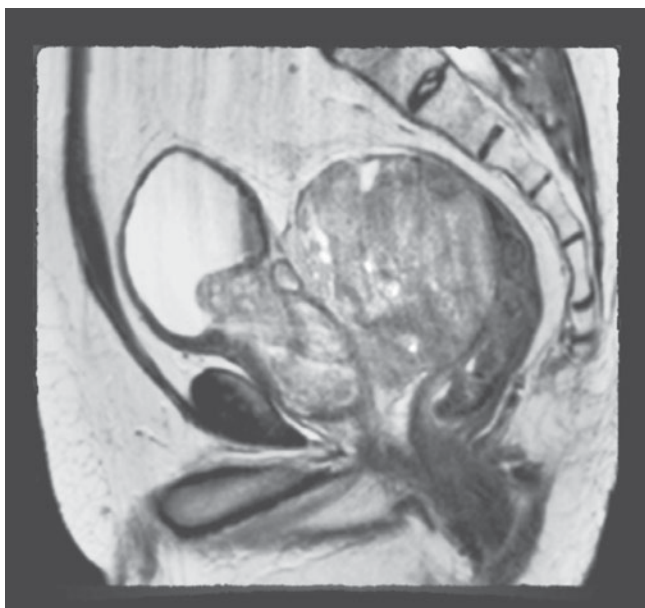


Рис. 3. Хворий Д. Збільшена гетерогенна структура з центральним фіброзом

Гістологічний висновок: дрібний фрагмент низькодиференційованої (G3) злоякісної епітеліальної пухлини, солідної будови (перехідно-клітинний рак з плоскоклітинною метаплазією, або плоскоклітинний незроговілий рак). Рекомендуються клінічне дообстеження і диференційна діагностика між уротеліальним і плоскоклітинним раком.

Післяопераційний період перебігав добре, по дренажу геморагічна рідина відходила протягом двох діб (сумарно виділилося більше 550,0 мл). Дренаж був видалений після припинення по ньому виділень.

Протягом наступних днів загальний стан пацієнта значно покращився, він був переведений на самостійне сечовипускання. Проте в подальшому хворий виявив бажання продовжити лікування в умовах ООД, у зв'язку з чим і був виписаний з урологічного відділення 20.04.2016 р. з діагнозом «Позаорганна пухлина малого таза. Хронічна мікційна недостатність, ІХС, кардіосклероз атеросклеротичний, СН ІА, ГХ ІІІ. 2 ст. ІV ст. ризику».

26.04.2016 р. пацієнт був госпіталізований до урологічного відділення ООД, де у зв'язку з появою, за даними УЗД, залишкової сечі (більше 300 мл) йому знову було встановлено уретральний дренаж.

Проведено повторне дослідження: А(ІІІ) Rh(+)_{поз}.

RW — негативна від 26.04.2016 р.; ПСА загальний 8,98 нг/мл від 13.05.2016 р. Тестостерон 0,2 ммоль/л від 13.05.2016 р.

КТ ОГК від 05.05.2016 р. — вогнищевих та інфільтративних змін у легенях не виявлено.

Дослідження органів малого таза 05.05.2016 р.: КТ-картина об'ємного утворення передміхурової залози з проростанням у сечовий міхур, відтиснення і деформація прямої кишки. Лімфоаденопатія.

В онкоурологічному відділенні проведена повторна біопсія пухлини з подальшим імуногістологічним дослідженням. Патоморфологічний висновок: аденокарцинома передміхурової залози, індекс Глісона 4+4=8 балів, пухлина займає 80 % біоптату.

За результатами імуногістохімічного дослідження — позитивна реакція androgenreceptor.

1. № 1787/16 від 17.05.2016 р. androgenreceptor — позитивна реакція. Висновок: аденокарцинома простати. Індекс Глісона 4+4=8 балів, пухлина займає 80 % біоптату.

2. № 7330–45 від 27.04.2016 р.: аденокарцинома залозисто-солідної будови (G2–3) з вираженою клітинною аплазією та інфільтративним характером росту. Індекс Глісона 8 балів (4+4).

Хворому можна було провести оперативне лікування в обсязі як радикальної простатектомії, так і паліативної ТУР (з метою усунення інфравезикулярної обструкції), від проведення яких пацієнт категорично відмовився.

Пацієнт був проконсультований радіологом і хіміотерапевтом, їхній висновок: ТГТ та ІХТ на даний момент не показані через інвазію пухлини в стінку сечового міхура і постійну уретрорагію.

Проведено мультидисциплінарний консиліум, на якому прийнято рішення про проведення пацієнту єдиного можливого варіанта лікування: гормональної терапії.

Остаточний діагноз: «Рак передміхурової залози pT4N1M0 G3 Cr IV, Кл. гр. ІІ. Макрогематурія. Уретрорагія. Хронічна мікційна недостатність. ІХС. Дифузний кардіосклероз. Пароксизмальна форма фібриляції передсердь. Гіпертонічна хвороба ІІ ст., СН-І, ФК-І. Анемія І ст. ХНН І ст.».

Хворий почав гормонотерапію агоністами ЛГРГ і симптоматичну гемостатичну терапію.

Гормональна депривація антагоністами гонадотропін-релізинг гормону: Дегарлікс 80 мг. 27.05.2016 р. (29.04.2016 р. проведена стартова доза в 240 мг) АКК по 1 порошку 4 рази на добу — 10 днів.

У подальшому на фоні проведення гормональної терапії стан хворого значно покращився. Пацієнт був переведений на самостій-

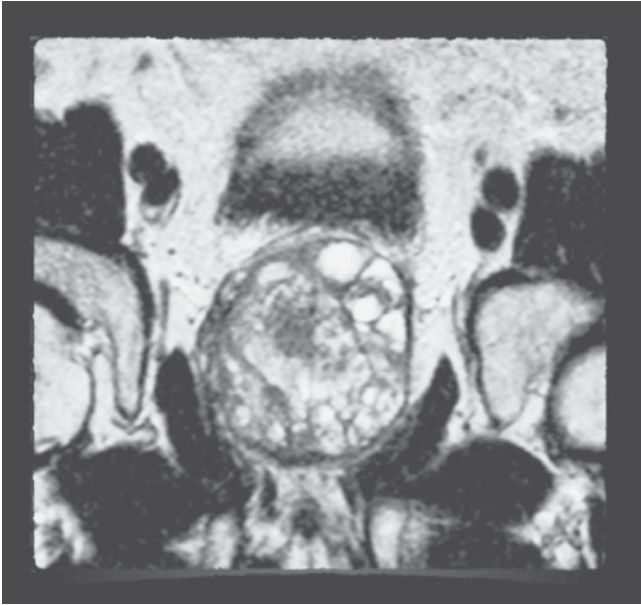


Рис. 4. Хворий Д., МРТ. Гетерогенна транзиторна зона з типовими вузлами регенерації

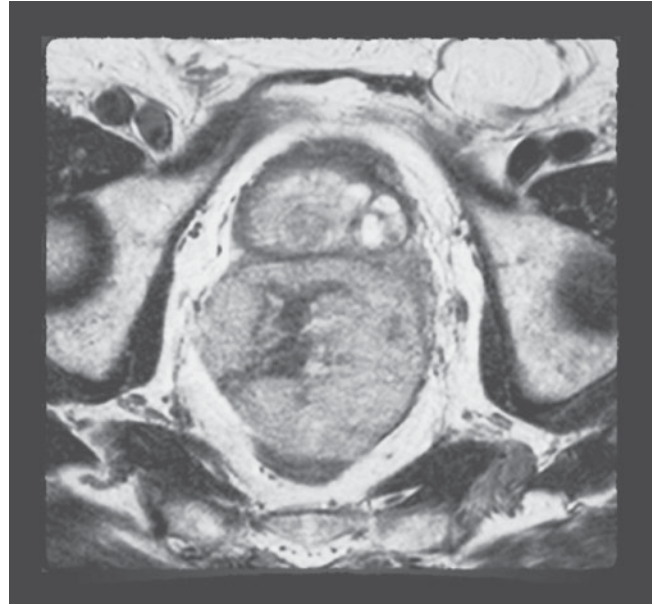


Рис. 5. Хворий Д., МРТ. Гіперінтенсивне утворення периферичної ділянки з центральною зоною фіброзу

не сечовипускання, припинились епізоди уретрорагії.

Спостерігалися деякі розходження у висновку МРТ від 12.04.2016 р. і остаточним діагнозом, тому нами був проведений ретроспективний аналіз даних, отриманих при МРТ 12.04.2016 р. Визначена типова презентація раку передміхурової залози, при МР-візуалізації ці ділянки зниженого сигналу периферичної або транзиторної зони — ознака мазка вуглем — з обмеженням дифузії в режимі DWI & ADC й наявністю прямої кореляції між вираженістю зниження сигналу при дифузії та ступенем злоякісності пухлини (рис. 4, 5).

Також на користь РПЗ свідчать виявлені при МР-візуалізації ознаки прямої інвазії капсули, судинно-нервового пучка, сім'яних міхурців, сечоводів, виражена регіональна аденопатія.

Висновки

1. Наведений у статті клінічний випадок РПЗ дозволяє розширити уявлення про клінічну і рентгенологічну картину перебігу раку цієї локалізації.

2. Наявність досвіду ведення пацієнтів з нетиповою картиною захворювання дозволяє спеціалісту покращити ефективність діагностики і лікування даного захворювання в майбутньому.

Ключові слова: рак передміхурової залози, діагностика, лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBACAN 012 / J. Ferlay

et al. *Int. J. Cancer*. 2015 Mar 1. Vol. 136 (5). P. 359–386.

2. The worldwide epidemiology of prostate cancer : A systematic review of autopsy studies / G. P. Haas et al. *Can. J. Urol.* 2008 Feb. Vol. 15 (1). P. 3866–3871.

3. Prevalence of incidental prostate cancer. A systematic review of autopsy studies / K. J. Bell et al. *Int. J. Cancer*. 2015 Oct 1. Vol. 137. P. 1749–1757.

4. EAU Guidelines on prostate cancer. 2017. P. 1224.

5. Multiparametric 3T prostate magnetic resonance imaging to detect cancer: histopathological correlation using prostatectomy specimens processed in customized magnetic resonance imaging based molds / B. Turkbey et al. *J Urol.* 2011 Nov. Vol. 1869 (5). P. 1818–1824.

6. Peripheral zone prostate cancer localization by multiparametric magnetic resonance at 3 T : unbiased cancer identification by matching to histopathology / K. M. Selnaes et al. *Invest. radiol.* 2012 Nov. Vol. 47 (11). P. 624–633.

7. Influence of imaging and histological factors on prostate cancer detection and localization on multiparametric MRI: a prospective study / F. Bratan et al. *Eur Radiol.* 2013 Jul. Vol. 23 (7). P. 2019–2029.

8. Multifocality and prostate cancer detection by multiparametric magnetic resonance imaging: correlation with whole-mount histopathology / J. D. Le et al. *Eur. Urol.* 2015 Mar. Vol. 67 (3). P. 569–576.

Надійшла до редакції 12.12.2018

Рецензент д-р мед. наук, проф. Л. С. Годлевський,
дата рецензії 14.12.2018

УДК 616.65-006.6-022.348

О. М. Зачеславський, Д. О. Попов, Mario Takha, Ю. М. Дехтяр, А. О. Савельєв

НЕСТАНДАРТНИЙ ВИПАДОК РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

У статті представлено клінічний випадок раку передміхурової залози, який дозволяє розширити уявлення про клінічну та рентгенологічну картину року цієї локалізації. Досвід, набутий у процесі ведення пацієнтів з нетиповою картиною захворювання, сприятиме підвищенню ефективності діагностики та лікування даної недуги.

Ключові слова: рак передміхурової залози, діагностика, лікування.

UDC 616.65-006.6-022.348

O. M. Zacheslavskyu, D. O. Popov, Mario Takha, Yu. M. Dekhtyar, A. O. Savelyev

NON-STANDARD CASE OF CANCER OF PROSTATE GLAND (CLINICAL CASE)

The clinical case of cancer of prostate gland, which allows to extend the picture of clinical and roentgenologic picture of year of this localization, is represented in the article. The experience acquired in the process of conduct with the untypical picture of disease will be instrumental in the increase of efficiency of diagnostics and treatment of this illness.

Key words: cancer of prostate gland, diagnostics, treatment.

*Передплачуйте
і читайте
журнал*



ДОСЯГНЕННЯ БІОЛОГІЇ та МЕДИЦИНИ

У випусках журналу:

**Передплата приймається
у будь-якому передплатному
пункті**

Передплатний індекс 08205

- ◆ Фундаментальні проблеми медицини та біології
- ◆ Нові медико-біологічні технології
- ◆ Оригінальні дослідження
- ◆ Огляди
- ◆ Інформація, хроніка, ювілеї