

Cancerul de prostata

Ce este cancerul
de prostata?

Lasa-ne sa
iti explicam.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

CANCERUL DE PROSTATA: GHID PENTRU PACIENTI

INFORMATII PENTRU PACIENTI BAZATE PE GHIDURILE DE PRACTICA CLINICA ESMO

Acest ghid pentru pacienti a fost pregatit de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) pentru a ajuta pacientii si rudele lor sa inteleaga mai bine natura cancerului de prostata si sa aprecieze cele mai potrivite optiuni de tratament disponibile, in functie de subtipul de cancer de prostata. Recomandam ca pacientii sa isi intrebe medicul despre testele si tipurile de tratament de care au nevoie pentru tipul si stadiul bolii lor. Informatiile medicale oferite in acest document se bazeaza pe ghidurile de practica clinica ale Societatii Europene pentru Oncologie Medicala (ESMO - European Society for Medical Oncology) pentru managementul cancerului de prostata. Ghidul a fost produs in colaborare cu ESMO si este distribuit cu permisiunea acestei societati. El a fost scris de un medic si revizuit de doi oncologi de la ESMO, printre care si autorul principal al ghidurilor de practica clinica pentru specialisti. In plus, a fost revizuit de reprezentantul pacientilor din Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO.

Mai multe informatii despre Anticancer Fund (Fondul Anticancer): www.anticancerfund.org

Mai multe informatii despre Societatea Europeana pentru Oncologie Medicala: www.esmo.org

Pentru cuvintele marcate cu un asterisc, la finalul ghidului veti gasi definitii medicale.

Cuprins

Informatii despre cancerul de prostata	3
Definitia cancerului de prostata.....	5
Este cancerul de prostata frecvent?	6
Ce cauzeaza cancerul de prostata?.....	7
Cum este diagnosticat cancerul de prostata?.....	8
Ce este important pentru a primi tratamentul optim?.....	10
Care sunt optiunile de treatment?	13
Care sunt efectele adverse posibile ale tratamentului?	19
Ce se intampla dupa tratament?	21
Definitia cuvintelor dificile	25

Acest document a fost scris de dr. Ana Ugarte (Anticancer Fund-Fondul Anticancer) si revizuit de dr. Svetlana Jezdic (ESMO), prof. Louis Denis (Coalitia Europeana pentru Cancer de Prostata si Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO) si prof. Raphael Catane (Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO).

Actualizarea curenta reflecta modificarile din ultima versiune a Ghidurilor de practica clinica ESMO. Actualizarea a fost realizata de dr. Ana Ugarte (Anticancer Fund-Fondul Anticancer) si revizuita de dr. Svetlana Jezdic (ESMO), prof. Alan Horwich (ESMO), prof. Raphael Catane (Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO), prof. Louis Denis (Coalitia Europeana pentru Cancer de Prostata si Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO), Anita Waldman (Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO) si Zorana Stokic (Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO).

Ghidul a fost tradus in limba romana in cadrul unui proiect al Asociatiei Daruieste Viata (www.daruiesteviata.ro) pentru informarea bolnavilor de cancer, realizat cu sprijinul Fundatiei Vodafone Romania. Traducerea este avizata de Raluca Chifu, traducator, si validata de dr. Alexandru Eniu, medic primar oncologie medicala la Institutul Oncologic "Ion Chiricuta" din Cluj-Napoca.

INFORMATII DESPRE CANCERUL DE PROSTATA

Definitia cancerului de prostata

- Cancerul de prostata se formeaza in tesuturile prostatei, o glanda a sistemului reproducator masculin situata sub vezica si in fata rectului*. Glanda prostatica este formata din doi lobi simetrici.
- Cancerul de prostata nu trebuie confundat cu hiperplazia* benigna de prostata, care reprezinta o marire necanceroasa a prostatei.

Diagnostic

- Simptome precum urinare frecventa, dificultati la inceputul urinarii, trezitul in timpul noptii pentru a urina de mai multe ori, senzatia ca trebuie sa urinezi imediat pot fi semne ale cancerului de prostata.
- O examinare fizica si masurarea unei proteine* produse de prostata (PSA*) din sange va ghida diagnosticul.
- Diagnosticul poate fi confirmat numai de analiza la microscop a unei parti din tesutul prostatic (biopsie*).

Tratamentul difera in functie de cat de extinsa este boala (care poate fi clasificata in diferite stadii)

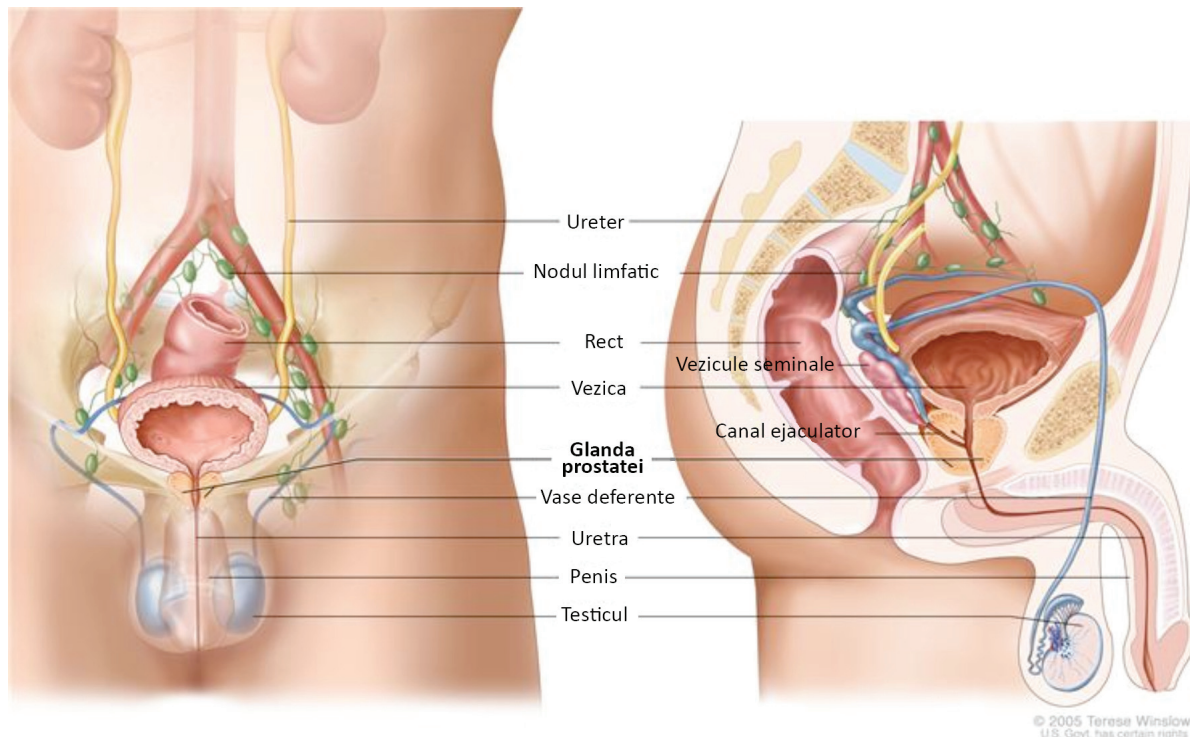
- Cancerurile in stadiul I sau II se numesc cancer localizate sau in stadii incipiente, deoarece tumoarea se mentine la nivelul prostatei:
 - Cand cancerul este diagnosticat intr-un stadiu incipient si se considera ca riscurile tratamentului pot depasi beneficiile, poate fi luata in considerare o abordare de tipul „priveste si asteapta”. Aceasta consta in consultatii regulate, intervenindu-se numai daca tumoarea este in crestere.
 - In restul cazurilor, operatia si radioterapia* sunt la fel de eficiente. Totusi, acestea provoaca diferite efecte secundare, asa ca riscurile si beneficiile lor trebuie discutate cu pacientii. In plus, va fi folosita si terapia hormonală*.
 - Terapia hormonală ca si terapie unica poate fi propusa pacientilor mai in varsta sau pacientilor care nu doresc sau nu pot fi tratati prin radioterapie* sau operatie.
- Cancerurile de prostata in stadiul III se numesc cancer avansate local, tumoarea raspandindu-se in afara stratului exterior al prostatei, numit capsula:
 - Radioterapia* si terapia hormonală suplimentară* sunt optiunea standard de tratament.
 - In anumite cazuri, si operatia poate fi o optiune.
- Cancerurile de prostata in stadiul IV se numesc cancer avansate sau metastatice, pentru ca tumoarea s-a raspandit:
 - Terapia hormonală* este tratamentul standard.
 - Operatia si radioterapia* pot ajuta, de asemenea, la remedierea simptomelor legate de cancer.

Follow-up-Urmarirea bolii

- Pentru a se stabili daca boala a revenit, trebuie masurat regulat nivelul PSA*. Un nivel ridicat al PSA* nu este suficient pentru a confirma ca a revenit cancerul, de aceea, rezultatele trebuie coroborate cu o biopsie* pozitiva si cu rezultatele anormale ale unei examinari Computer Tomograf*.
- Scopul evaluarilor ulterioare este sa stabileasca efectele adverse ale tratamentului si sa furnizeze suport psihologic si informatii care sa permita pacientului revenirea la o viata normala.

DEFINITIA CANCERULUI DE PROSTATA

Cancerul de prostata se formeaza in tesuturile prostatei (o glanda a sistemului reproducator masculin situata sub vezica si in fata rectului*). Cancerul de prostata apare de regula la barbati mai in varsta. Nu trebuie confundat cu hiperplazia de prostata benigna*, care inseamna marirea prostatei din cauza cresterii numarului de celule, insa nu se raspandeste la alte parti ale corpului si pentru care simptomele sunt asociate cu compresia unor structuri adiacente, precum uretra*.



Anatomia aparatului reproducător și urinar masculin, care arată prostata, testicule, vezica și alte organe

ESTE CANCERUL DE PROSTATA FRECVENT?

Este cea mai frecventa forma de cancer printre barbati. In Europa, aproximativ un barbat din zece va face cancer de prostata la un moment dat in viata. Aceasta probabilitate este mai scazuta in unele tari nordice si in zona Europei mediteraneene.

In Europa, in 2008 se estima ca 382.000 de barbati in total sau 65 de barbati din 100.000 au fost diagnosticati cu cancer de prostata (de la 18 din 100.000 in Grecia la 126 in Irlanda). Acesta diferenta depinde de frecventa utilizarii screeningului pentru cancerul de prostata in fiecare tara.

In fazele initiale, cancerul de prostata nu are simptome, iar la barbatii intre 55 si 69 de ani cu o stare buna de sanatate este detectat in mod obisnuit printr-un test de sange numit PSA* (antigen prostatic specific*). Cercetarile au sugerat ca screeningul cu testul PSA* reduce rata de deces cauzata de cancerul de prostata cu 20%, dar aceasta idee este controversata.

Cu toate acestea, acest tip de cancer se dezvoltă relativ lent, iar prezenta simptomelor in momentul diagnosticului indica un stadiu avansat al bolii. Utilitatea acestei metode de screening a fost larg studiata si opinia generala este ca, desi scade usor rata deceselor, multi pacienti pot fi tratati in exces, ceea ce le va reduce inutil calitatea vietii.

CE CAUZEAZA CANCERUL DE PROSTATA?

Nu este foarte clar de ce apare cancerul de prostata. Unii factori de risc* au fost identificati. Un factor de risc* creste probabilitatea de aparitie a cancerului, insa nu este necesar si nici suficient pentru a determina aparitia cancerului. Un factor de risc* nu este o cauza in sine.

Unii barbati cu acesti factori de risc* nu vor face niciodata cancer de prostata, iar unii fara factori de risc* vor face boala.

Principalii factori de risc* pentru cancerul de prostata sunt:

- **Varsta.** Riscul aparitiei cancerului de prostata este influentat de varsta. Dupa varsta de 50 de ani, riscurile cresc exponential in fiecare an. Mecanismul exact nu este cunoscut, dar imbatranirea celulelor si schimbarile in ADN-ul lor au fost indicate ca avand o anumita importanta.
- **Etnia.** In tarile dezvoltate, barbatii de culoare au un risc mai mare de dezvoltare a cancerului de prostata decat barbatii albi sau asiatici. Motivele sunt neclare.
- **Genele.** Cercetarile recente au aratat ca exista mai multe gene mostenite asociate unui risc mai mare de cancer de prostata, insa, aparent, ele apar in putine cazuri. In acest moment, se efectueaza studii pentru a se stabili daca testele pentru depistarea acestor gene sunt utile pentru a stabili riscul de cancer de prostata.
- **Cazuri de cancer de prostata in familie.** S-a stabilit ca exista o predispozitie familiala pentru cancer de prostata, mai ales la barbati ai caror frati si tati au avut boala.
- **Dieta.** Este neclar daca dieta sau stilul de viata joaca vreun rol in dezvoltarea cancerului de prostata. Unele studii au aratat ca o dieta bogata in carne rosie si produse lactate creste usor riscul dezvoltarii cancerului de prostata. Pe de alta parte, unele studii sugereaza ca o dieta bogata in lycopin din rosii si seleniu (un mineral* care se gaseste in principal in carne rosie, peste si fructe de mare, oua si cereale) scade usor riscul de cancer de prostata. Pentru a se dovedi efectele amintite, este nevoie de mai multe studii. Si obezitatea creste riscul de cancer de prostata.
- **Stilul de viata.** Fumatul poate creste usor riscul de cancer de prostata, in timp ce barbatii activi fizic sunt expusi unui risc mai mic.
- **Hormonii.** Nivelul ridicat de testosteron* implica un risc marit de cancer de prostata. De asemenea, unii hormoni legati de crestere au fost asociati cu cancerul, insa este nevoie de mai multe cercetari.

Sunt suspectati si alti factori care pot creste riscul de cancer de prostata, insa dovezile nu sunt clare. Din nefericire, factorii care au cea mai mare influenta asupra cancerului de prostata cum ar fi varsta, etnia, genele si istoricul familial nu pot fi schimbati.

CUM ESTE DIAGNOSTICAT CANCERUL DE PROSTATA?

Cancerul de prostata se dezvolta incet, iar simptomele apar numai cand boala este avansata. Unele simptome comune pot fi cele urinare, precum urinarile frecvente, dificultatile la inceputul urinarii, trezirea in timpul noptii pentru a urina de mai multe ori, senzatia imperioasa sau urgenta de mictiune.

Alte simptome mai putin frecvente sunt sange in urina sau sperma, dureri osoase sau pierderea controlului la nivelul vezicii. In realitate, aceste simptome sunt mai putin specifice decat cele anterioare.

In consecinta, barbatii cu simptomele amintite sau factori de risc* precum varsta sau istoricul familial de cancer de prostata ar trebuie sa parcurga procesul de screening.



Pacientii cu simptome trebuie evaluati prin analiza nivelului de PSA* din sange si o examinare rectala digitala (tuseu rectal). Rezultatele acestor investigatii trebuie confirmate prin biopsie* si examinare histopatologica.

1. Examinarea rectala digitala (DRE – Digital Rectal Examination)

Acesta este un test clinic efectuat pentru verificarea marimii, consistentei, sensibilitatii si limitelor prostatei. Pentru ca prostata este situata in fata rectului*, medicul o poate simti daca introduce un deget (pe manusa, lubrificata in prealabil) in rect*. Aceasta procedura, daca nu este asociata altor examinari, poate rata aproape jumatate din cazurile de cancer de prostata. De aceea, ar trebui facuta in combinatie cu testul PSA* la pacientii la care exista suspiciunea clinica de cancer de prostata sau la cei care doresc sa faca screening pentru cancerul de prostata.

2. Testul PSA* test

PSA* se refera la *antigenul specific prostatic**, o proteina produsa exclusiv de prostata. Acest test masoara nivelul PSA* din sange. In mod normal, proteina este prezenta in sange, insa un nivel crescut poate sugera cancerul de prostata. La pacientii fara simptome, nivelul PSA* este monitorizat de-a lungul timpului pentru evaluarea eventualelor schimbari. La pacientii cu suspiciune de cancer se recomanda o biopsie*. Trebuie luat in considerare si urmatorul fapt: cancerul de prostata nu este singurul motiv pentru care poate creste nivelul PSA*. Bolile non-maligne, cum ar fi cele inflamatorii (prostatita), infectiile tractului urinar si hiperplazia prostatica benigna* pot provoca cresterea nivelului PSA*. Administrarea anumitor medicamente, o biopsie* de prostata sau o examinare rectala digitala realizata de curand, mersul pe bicicleta sau sexul sunt alte motive frecvente pentru care poate creste nivelul PSA*. Astfel de situatii ar trebui evitate inainte de efectuarea analizei.

3. Biopsia

Diagnosticul de cancer de prostata poate fi confirmat cu o examinare facuta in laborator a unei mostre din celulele tumorale (biopsie*). In cadrul acestei proceduri, mostre de tesut prostatic sunt luate din prostata pentru a fi analizate. Mostrele pot fi obtinute prin inserarea unui ac prin rect*, perineu* sau uretra*.



- Abordarea rectala: atunci cand biopsia* se efectueaza prin rect*, trebuie efectuata inainte o clisma* pentru a curata rectul*. Antibioticele* pot minimaliza riscul de infectie. Procedura se poate realiza cu anestezie* locala sau generala. In general, se utilizeaza ecografia transrectala* (TRUS) pentru a ghida acul spre locatia corecta a biopsiei; desi uneori este atasat un ghidaj pentru ac la degetul medicului, acesta trebuie sa introduca un deget in rect*. Acul este ghidat de-a lungul peretelui rectului* si in prostata, apoi este rotit pentru a colecta tesutul necesar si extras. O biopsie* transrectala dureaza aproximativ 30 de minute si este cea mai frecventa abordare pentru efectuarea unei biopsii* de prostata.
- Abordarea perineala: atunci cand biopsia* se efectueaza prin perineu, se poate utiliza anestezia* locala sau generala; doctorul va insera degetul in rectul* pacientului pentru a fixa prostata in timp ce se preleva mostrele. Se realizeaza o mica incizie in perineul* pacientului, apoi acul este rotit prin incizie in prostata. Pentru a colecta o mostra de tesut, acul este rotit si extras. Se aplica presiune pentru a opri sangerarea si se aplica un mic pansament pe taietura. Acest tip de biopsie* dureaza de obicei intre 15 si 30 de minute.
- Abordarea uretrala: atunci cand biopsia* se efectueaza prin uretra*, se poate utiliza anestezia* generala, spinala sau locala. Un cistoscop este inserat in uretra*. Acesta ii permite medicului sa priveasca direct glanda prostatica. O ansa chirurgicala este trecuta prin cistoscop pentru a preleva bucati mici de tesut. O astfel de biopsie* dureaza de obicei intre 30 si 35 de minute.

In general, se vor preleva mostre pentru biopsie* din diferite parti ale prostatei in acelasi timp. Acest lucru ii permite medicului sa stabileasca unde sunt localizate celulele canceroase, precum si modul in care cancerul creste.

Pentru prevenirea infectiilor se recomanda administrarea de antibiotice* inaintea procedurii.

O a doua examinare histopatologica a tumorii si a ganglionilor limfatici* inlaturati in cadrul operatiei va fi efectuata mai tarziu.

Decizia daca biopsia* este sau nu necesara ar trebui luata in functie de rezultatul examinarii rectale digitale, de dimensiunea prostatei, de varsta, de etnie, de alte boli, de istoricul familial de cancer, de convingerile pacientului, de istoricul unei biopsii* anterioare si de nivelul PSA*. In cazul in care nivelul PSA* este ridicat, iar biopsiile initiale sunt negative, se poate face un nou test numit PCA3, din urina, pentru a se stabili daca este sau nu nevoie de alte biopsii.

CE ESTE IMPORTANT PENTRU A PRIMI TRATAMENTUL OPTIM?

Medicii trebuie sa ia in considerare multe aspecte, atat in ceea ce priveste pacientul, cat si cancerul pentru a decide cel mai bun tratament.



Informatii relevante despre pacient

- Istoricul medical personal
- Istoricul de cancer in familie, in special de cancer de prostata
- Rezultatul examinarii clinice* facute de medic
- Starea generala a pacientului
- Rezultatul testelor de sange efectuate pentru a evalua celulele albe*, celulele rosii* si trombocitele*, precum si pentru a identifica eventualele probleme cu functiile hepatice si renale sau problemele osoase.
- Varsta pacientului si speranta de viata
- Alte boli ale pacientului (probleme cardiace, pulmonare sau diabet)
- Preferintele personale ale pacientului cu privire la optiunile de tratament, la posibilele riscuri si efecte secundare si la sansele de succes ale tratamentului (riscuri si beneficii).

Informatii relevante despre cancer

- **Rezultatele biopsiei***

Diagnosticul de cancer de prostata poate fi confirmat numai dupa o biopsie*. In cadrul acestei proceduri, se preleaza mostre de tesut din prostata pentru a fi analizate.

Dupa cum s-a explicat mai devreme, aceste mostre sunt obtinute prin inserarea unui ac prin rect*, perineu* sau uretra*.

Dupa aceasta analiza, anatomopatologul stabileste gradul* celulelor canceroase, conform sistemului Gleason. Acesta foloseste o scala de la 1 la 5, in functie de asemanarea dintre celulele canceroase si cele normale.

1 inseamna ca celulele canceroase seamana mult cu cele normale.

5 inseamna ca celulele canceroase par sa se raspandeasca intr-un mod dezorganizat, iar celulele nu seamana cu cele normale.

2, 3 si 4 sunt intre cele doua extreme.

Gradele 1 si 2 nu se mai folosesc.

Scorul Gleason este determinat prin adaugarea gradului atribuit majoritatii celulelor canceroase la cel mai inalt grad observat.

Un scor Gleason =< 6 este bine diferentiat* sau de grad inferior. In medie, prognosticul* este mai bun.

Un scor Gleason 7 indica o diferentiere moderata sau un grad intermediar. In medie, prognosticul* este intermediar.

Un scor Gleason 8-10 este slab diferentiat* sau de grad ridicat. In medie, prognosticul* este rezervat. Uneori, rezultatele biopsiei sunt neconcludente, iar procedura trebuie repetata.

Cancerul de prostata: ghid pentru paciente – Informatii bazate pe Ghidurile de Practica Clinica ESMO v. 2014.1 Pagina 10

Acest document este furnizat de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) cu permisiunea ESMO.

Informatiile din acest document nu inlocuiesc o consultatie medicala. Ele sunt exclusiv pentru uz personal si nu pot fi modificate, reproduse sau diseminate in niciun mod fara permisiune scrisa din partea ESMO si a Anticancer Fund (Fondului Anticancer).

- **Stadializarea**

Medicii utilizeaza stadiile pentru a evalua extinderea cancerului si prognosticul* pacientului. In mod obisnuit, se foloseste un sistem numit TNM. Combinatia dintre dimensiunea tumorii si invazia tesuturilor din jur (T), implicarea nodulilor/ganglionilor limfatici (N) si metastaza* sau raspandirea cancerului la alte organe ale corpului (M), va duce la clasificarea cancerului in unul dintre urmatoarele stadii.

Stadiul bolii este esential pentru a lua o decizie corecta in privinta tratamentului. Cu cat stadiul este mai avansat, cu atat mai rau va fi prognosticul*. Stadializarea poate fi efectuata de doua ori: dupa examinarea clinica* si radiologica si din nou dupa operatie. Dupa operatie, stadiul poate fi schimbat prin examinarea in laborator a tumorii inlaturate.

Tabelul de mai jos prezinta diferitele stadii ale cancerului de prostata.

Stadiul	Definitia
Stadiul I	Tumoarea implica doar unul dintre cei doi lobi ai prostatei. Ea poate fi gasita accidental printr-o biopsie* realizata dupa observarea unui nivel ridicat al PSA*. Cancerul nu s-a raspandit la ganglionii limfatici* sau in alta parte din corp.
Stadiul II	Tumoarea s-a raspandit la celalalt lob si poate implica toata prostata, fara a sparge capsula care o inconjoara. Cancerul nu s-a raspandit la ganglionii limfatici* sau la alta parte a corpului.
Stadiul III	Tumoarea s-a raspandit in afara prostatei la veziculele seminale*, o pereche de glande de deasupra prostatei care secreta o proportie importanta din fluidul care contine sperma. Cancerul nu s-a raspandit la ganglionii limfatici* sau la alta parte a corpului in afara veziculelor seminale*.
Stadiul IV	Tumoarea a invadat structurile adiacente, altele decat veziculele seminale*, cum ar fi rectul*, muschii sau peretele pelvian sau, indiferent de invazia structurilor adiacente, s-a raspandit la alte parti ale corpului, inclusiv ganglionii limfatici* si oasele.

- **Categoriile de risc**

Pentru a estima agresivitatea bolii, cancerule de prostata localizate sunt impartite in cancerule cu risc scazut, intermediar sau ridicat, in functie de dimensiunea tumorii, de scorul Gleason si de nivelul PSA*.

Cancerul cu risc scazut presupune o tumoare limitata la un lob al prostatei (care are doi lobi), un scor Gleason <7 si un nivel al PSA* <10 ng/ml (nanograme per mililitru). Cancerul de prostata intermediar presupune o tumoare care a invadat partial sau complet celalalt lob al prostatei, are un scor Gleason = 7 sau un nivel PSA* intre 11 si 19 ng/ml. Cancerul de prostata cu risc ridicat presupune o tumoare care a invadat structurile adiacente prostatei, cu un scor Gleason > 7 sau un nivel al PSA* > 20 ng/ml.

Atunci cand riscul este scazut, nu se recomanda scintigrafia osoasa. Scopul acestei investigatii este sa caute o posibila diseminare a cancerului la oase. Cand riscul este intermediar, exista doua optiuni: daca se planifica tratarea pacientului cu radioterapie*, acesta ar trebui sa faca un RMN* pelvian; daca, din contra, se planifica o operatie, riscul/beneficiul inlaturarii ganglionilor limfatici* ar trebui discutat, luand in considerare prognosticul. Cand riscul este ridicat, trebuie realizata scintigrafia* osoasa si trebuie luata in considerare o examinare RMN* pelviana. Daca exista suspiciunea de metastaza* osoasa, scintigrafia* trebuie facuta daca scorul Gleason este cel putin 7 si nivelul PSA* depaseste 10 ng/ml.

CARE SUNT OPTIUNILE DE TREATMENT?

Planificarea tratamentului implica o echipa interdisciplinara de medici, ceea ce presupune o intalnire a diferitelor specialisti numita abordare multidisciplinara* sau consiliu pentru tumori. In aceasta intalnire, planificarea tratamentului va fi discutata in functie de informatiile relevante mentionate mai sus.

Tipul tratamentului va depinde de stadiul cancerului, de caracteristicile tumorii si de riscurile implicate.

Exista o multitudine de optiuni de tratament, insa nu exista inca un consens in ceea ce priveste managementul optim. Tratamentele diferite prezentate mai jos au, fiecare, beneficii, riscuri si contraindicatii. Se recomanda pacientilor sa intrebe oncologii despre beneficiile asteptate si riscurile fiecarui tratament, pentru a fi informati asupra consecintelor tratamentului. Pentru anumite tipuri de tratament, sunt disponibile mai multe posibilitati. Dupa evaluarea riscurilor si a beneficiilor unui anumit tip de tratament, poate fi luata alegerea corecta.



Planul de tratament in functie de stadiul cancerului de prostata

Plan de tratament pentru cancerul de prostata localizat (stadiile I si II)

In stadiile I si II ale cancerului de prostata, tumoarea implica un singur lob din cei doi sau ambii lobi, fara a invada alte tesuturi din afara prostatei. Cancerul nu s-a raspandit la ganglionii limfatici sau in alta parte a corpului. La pacientii cu risc redus, supravegherea pacientului* este o optiune care va fi discutata, la pacientii cu risc moderat operatia sau radioterapia*, plus terapia hormonală* fac parte din tratament. Terapia hormonală* ca si unica terapie poate fi propusa pacientilor mai in varsta si celor care nu sunt capabili sau nu doresc sa faca alte tratamente.*

Pacientii cu risc redus si intermediar apartin acestui grup. La cei cu risc redus, supravegherea atenta* este o optiune care ar trebui discutata cu medicii, din moment ce pana acum nu au fost sesizate avantaje in ceea ce priveste prelungirea vietii daca tratamentul este initiat devreme la acest grup de pacienti. La pacientii cu risc moderat, optiunile de tratament includ inlaturarea totala a prostatei prin operatie sau radioterapia* externa, plus terapia hormonală* (pentru scaderea nivelului de testosteron* din sange) sau brahiterapia*.

La pacientii prea varstnici care nu au simptome, la cei care au alte probleme de sanatate grave sau cei care nu doresc sa urmeze tratament, se recomanda supravegherea atenta* a bolii si, in eventualitatea evolutiei simptomelor, poate fi incercata terapia hormonală*.

Scopul terapiei hormonale* este scaderea nivelului de testosteron*, care este legat de cresterea celulelor canceroase de la nivelul prostatei. Se recomanda administrarea terapiei inca de la aparitia semnelor de progresie a bolii, cand pacientul este sub supraveghere atenta*.



Optiunile de tratament pentru inlaturarea sau micșorarea tumorilor sunt:

- Prostatectomia – înseamnă înlaturarea prostatei prin intervenție chirurgicală. Prostatectomia laparoscopică* are aparent rezultate similare chirurgiei deschise, cu toate că recuperarea controlului vezicii urinare poate fi ușor întârziat. Abordarea laparoscopică* crește șansele recuperării activității sexuale, deoarece păstrează nervii intacti. Prostatectomia radicală laparoscopică* asistată de roboți chirurgici pare să aibă avantaje față de cea clasică în ceea ce privește durerea, pierderea de sânge și timpul de recuperare. Cu toate acestea, timpul necesar pentru ca medicii chirurghi să se deprindă complet cu tehnicile robotice este un factor important și, deoarece tehnica este una nouă, rezultatele pe termen lung nu au fost încă evaluate.
- Radioterapia* înseamnă folosirea radiatiilor* pentru uciderea celulelor canceroase și este o altă opțiune de tratament. Celulele canceroase sunt mai puțin capabile să se recupereze după radioterapie decât celulele normale, ceea ce permite radioterapiei* să fie folosită în tratament. Radioterapia* externă și brahiterapia* sunt cele două modalități de radioterapie* în uz. În radioterapia* externă, radiatiile* sunt produse de o sursă externă și apoi direcționate către tumorile. Trebuie utilizate tehnici conformationale care permit fluxului de radiație* să fie cât mai precis, pentru a preveni efectele adverse. Câteva tehnici conformationale sunt radioterapia* cu intensitate modulată (IMRT – intensity-modulated radiotherapy) și radioterapia* stereotactică. În brahiterapie*, sursa radiatiilor* este plasată în interiorul prostatei, sub forma unor mici pelete radioactive. Înainte de a se începe radioterapia*, trebuie luat în considerare un tratament inițial (neoadjuvant) timp de 4-6 luni, cu terapie hormonală*, pentru bărbații cu risc intermediar de cancer de prostată. Radioterapia* înseamnă folosirea radiatiilor* pentru uciderea celulelor canceroase și este o altă opțiune de tratament. Celulele canceroase sunt mai puțin capabile să se recupereze după radioterapie decât celulele normale, ceea ce permite radioterapiei* să fie folosită în tratament. Radioterapia* externă și brahiterapia* sunt cele două modalități de radioterapie* în uz. În radioterapia* externă, radiatiile* sunt produse de o sursă externă și apoi direcționate către tumorile. Trebuie utilizate tehnici conformationale care permit fluxului de radiație* să fie cât mai precis, pentru a preveni efectele adverse. Câteva tehnici conformationale sunt radioterapia* cu intensitate modulată (IMRT – intensity-modulated radiotherapy) și radioterapia* stereotactică. În brahiterapie*, sursa radiatiilor* este plasată în interiorul prostatei, sub forma unor mici pelete radioactive. Înainte de a se începe radioterapia*, trebuie luat în considerare un tratament inițial (neoadjuvant) timp de 4-6 luni, cu terapie hormonală*, pentru bărbații cu risc intermediar de cancer de prostată.
- Eficacitatea radioterapiei* și a prostatectomiei sunt echivalente. Pentru a se decide între cele două opțiuni, trebuie luate în considerare și evaluate efectele lor adverse. Acest lucru trebuie făcut cu sprijinul chirurgului oncolog și al oncologului radioterapeut.



Plan de tratament pentru cancerul de prostata avansat local (stadiul III)

In stadiul III al cancerului de prostata, tumoarea s-a raspandit in afara prostatei, la veziculele seminale. Cancerul nu s-a raspandit la ganglionii limfatici* sau la alta parte a corpului. Tratamentul standard consta in radioterapie* si terapie hormonala suplimentara*. In anumite cazuri, operatia poate fi o optiune.*

Pacientii cu risc ridicat fac parte din acest grup. Tratamentul standard este radioterapia*. Este recomandata radioterapia* cu terapie hormonala suplimentara* pentru doi-trei ani, pentru ca s-a dovedit ca aceasta combinatie poate avea un beneficiu in ceea ce priveste prelungirea vietii, in comparatie cu radioterapia* ca si terapie unica. Nu se recomanda doar terapia hormonala*. In anumite cazuri, operatia care include inlaturarea extensiva a ganglionilor limfatici* este o alta optiune.

Pentru barbatii fara simptome care nu doresc sau nu pot sa urmeze tratamentele mentionate, se poate opta pentru supraveghere atenta*. Daca ulterior exista dovezi ca tumoarea a inceput sa creasca, se poate incepe terapia hormonala*.

Pentru a asigura eficacitatea tratamentului, diferite terapii pot fi combinate ca parte a aceluiasi protocol. Terapia neoadjuvanta este o terapie administrata pacientului inaintea celei principale. Terapia adjuvanta inseamna administrarea unei terapii in paralel cu si/sau dupa terapia principala.

Pentru barbatii cu cancer de prostata care se afla in clasa cu risc ridicat care sunt tratati prin radioterapie*, se recomanda terapia hormonala neoadjuvanta cu un agonist LHRH*, pentru patru-sase luni inainte de inceperea radioterapiei*. In plus, terapia hormonala adjuvanta se recomanda pentru doi-trei ani.

Terapia adjuvanta hormonala* se poate baza pe bicalutamida* 150 mg zilnic, mai degraba decat pe un agonist LHRH, la barbatii care pun mare pret pe mentinerea functiei sexuale in timpul tratamentului, insa acestia trebuie sa inteleaga ca datele privind rezultatele tratamentului cu bicalutamida sunt inca limitate.

Dupa inlaturarea prostatei in totalitate, poate fi luata in considerare radioterapia* postoperatorie imediata, cu toate ca nu este o recomandare de rutina. Pacientii care au o probabilitate mare de a avea boala reziduala dupa operatie, cu margini pozitive ale tumorii sau la care boala s-a extins in afara prostatei, la tesuturile inconjuratoare, trebuie informati cu privire la beneficiile si dezavantajele administrarii radioterapiei* adjuvante. Terapia hormonala* adjuvanta dupa inlaturarea completa a prostatei nu este recomandata.

Plan de tratament pentru cancerul de prostata avansat (stadiul IV)

Tumoarea a invadat structurile adiacente, pe langa veziculele seminale, spre exemplu rectul*, muschii sau peretele pelvin sau, indiferent de invazia structurilor adiacente, s-a raspandit la alte parti ale corpului, inclusiv la ganglionii limfatici* si la oase. Intr-o astfel de situatie, terapia hormonala* este tratamentul standard. Operatia si radioterapia* pot, de asemenea, imbunatati simptomele provocate de tumoare.*

Cancerul de prostata: ghid pentru paciente – Informatii bazate pe Ghidurile de Practica Clinica ESMO v. 2014.1 Pagina 15

Acest document este furnizat de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) cu permisiunea ESMO.

Informatiile din acest document nu inlocuiesc o consultatie medicala. Ele sunt exclusiv pentru uz personal si nu pot fi modificate, reproduse sau diseminate in niciun mod fara permisiune scrisa din partea ESMO si a Anticancer Fund (Fondului Anticancer).

Tratamentul de prima intentie este terapia hormonală. Alte opțiuni de tratament sunt radioterapia* externă plus terapia hormonală* și operația, pentru a ameliora simptomele precum sângerarea și obstrucția urinară.

Terapia hormonală

Scopul terapiei hormonale* este să scadă nivelul de androgeni* din sânge, în acest caz, nivelul de testosteron*. Testosteronul* stimulează creșterea celulelor. Terapia hormonală* poate fi făcută chirurgical (înlăturarea ambelor testicule) sau nechirurgical (administrarea unor medicamente numite agonisti LHRH). Când se recurge la varianta chirurgicală, organele care produc testosteron*, testiculele, sunt înlăturate (operație numită și castrare chirurgicală). Administrarea medicamentelor (agonisti LHRH) previne eliberarea hormonului LH (hormon luteinizant) în creier, care este responsabil pentru producția de testosteron* în testicule (se numește castrare chimică). În consecință, terapia hormonală* scade nivelul de testosteron* din sânge.

Luând în considerare beneficiile și costurile asociate, prima opțiune pentru managementul hormonal al cancerului de prostată metastatic ar trebui bazată pe castrarea chimică sau chirurgicală, care va rezulta în scăderea nivelului de androgeni* din sânge.

Terapia hormonală* intermitentă constă într-o perioadă de terapie hormonală* activă pentru 6-9 luni, urmată de o perioadă de lungime corespunzătoare în care nu se urmează nicio terapie* activă. Pacienții sunt monitorizați, iar în momentul în care criteriile pentru reactivarea bolii sunt indeplinite este reinitiată terapia hormonală*. Se așteaptă rezultate mai concrete ale acestei abordări intermitente, cu toate că rezultatele preliminare arată că situația este echivalentă cu terapia hormonală* continuă.

Un efect special al terapiei hormonale necesită o explicație detaliată:

- Un efect al tratamentului cu agonisti LHRH* este fenomenul inițial „flare” în care nivelul de testosteron* din sânge crește în urma stimulării inițiale a receptorilor androgenici*. Acest lucru poate provoca o creștere pe termen scurt a tumorii canceroase, iar dacă pacientul are metastaze* osoase apar dureri. În cazul metastazelor* spinale, chiar și o creștere mică în volum poate produce compresie spinală și paralizie. Pentru a se preveni acest fenomen, antiandrogenii* pot fi administrați pentru câteva săptămâni. Antagonistii LHRH au apărut recent și par să ofere o reducere echivalentă a testosteronului*, fără a fi nevoie de un antiandrogen* care să controleze creșterea temporară a testosteronului*.

Boala rezistentă la castrare

În timpul terapiei hormonale*, poate apărea boala numită rezistentă la castrare, care înseamnă că forma de cancer tratată cu hormoni începe să devină rezistentă la acest tip de tratament. Pacienții care devin rezistenți la tratamentele de castrare trebuie să continue suprimarea androgenică* în cadrul terapiei hormonale* și pot beneficia de terapii hormonale suplimentare, inclusiv antiandrogeni*, corticosteroizi*, estrogeni* și inhibitori de CYP17* (care blochează o enzimă esențială pentru sinteza androgenilor), cum ar fi abiraterona.

Chimioterapia* poate fi preferabila la pacientii cu un raspuns initial scazut la terapia hormonala sau la cei care experimenteaza simptome severe. Combinatia de docetaxel* cu prednison* in cicluri administrate la 3 saptamani se recomanda pentru pacientii simptomatici cu boala rezistenta la castrare. La pacientii a caror boala continua sa progreseze dupa folosirea de docetaxel*, terapia hormonala* cu abiraterona* sau enzalutamida* cu prednison* ar trebui luata in calcul, daca nu a fost folosita in prealabil.

Cabazitaxel* si mitoxantrona* cu prednison* sunt alte medicamente care pot fi incercate la pacientii al caror tratament cu docetaxel* nu a reusit. Combinatia de cabazitaxel* cu prednison* a dovedit o imbunatatire a ratei de supravieture, in comparatie cu terapia cu mitoxantrona* si prednison*, insa trebuie luate in considerare si efectele adverse.

Metastazele* osoase

Pe masura ce inainteaza in varsta, barbatii sunt predispusi la osteoporoza si, in consecinta, la fracturi. Riscul creste pe masura ce nivelul de androgeni* scade. Densitatea minerala* a oaselor este un indicator al riscului de fracturi. Cand aceasta densitate este scazuta, riscul de fracturi creste. Densitatea minerala osoasa* trebuie monitorizata anual. Daca ea scade, o optiune de tratament este acidul zoledronic*. Si metastazele* in sine pot provoca fracturi. Compresia spinala datorata unei fracturi vertebrale este o complicatie severa, care poate fi diagnosticata din timp prin testari imagistice si poate fi tratata cu succes.

O singura administrare a radioterapiei* externe ar trebui oferita pacientilor cu un numar moderat de metastaze* osoase dureroase care au boala rezistenta la castrare (rezistenta la privarea de androgeni*).

Terapia cu radioizotopi/terapia care tinteste osul cu strontiu 89*, radiu 223* si samariu 153* trebuie luate in considerare pentru pacientii cu metastaze* osoase dureroase care au boala rezistenta la castrare. Aceasta tehnica se bazeaza pe injectarea intravenoasa* a unor molecule radioactive, care au o afinitate pentru oase. Dupa injectare, aceste molecule ajung la os si emit radiatii* la nivel local. Pentru pacientii cu dureri osoase rezistente la radioterapia* paleativa si la analgezicele conventionale, ar trebui luate in considerare acidul zoledronic* si denosumab*.

Denosumab* s-a dovedit a intarzia evenimentele asociate cu afectarea osului din cauza metastazelor* mai bine decat acidul zoledronic*, insa efectele adverse ale primului pot fi mai frecvente. Niciunul nu a dovedit imbunatatiri ale duratei de viata a pacientilor.

Compresia la nivelul coloanei vertebrale este o complicatie devastatoare a cancerului de prostata cu metastaze* vertebrale, iar detectia sa rapida este esentiala pentru a putea fi gestionata cu succes. O examinare RMN* a coloanei vertebrale trebuie luata in considerare la barbatii cu metastaze* vertebrale si dureri de spate, pentru a detecta compresiunea vertebrala.

Alte modalitati de tratament

Vaccinarea

Sipuleucel-T* este un vaccin terapeutic cu scopul de a trata cancerul, nu de a-l preveni.

Cancerul de prostata: ghid pentru paciente – Informatii bazate pe Ghidurile de Practica Clinica ESMO v. 2014.1 Pagina 17

Acest document este furnizat de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) cu permisiunea ESMO.

Informatiile din acest document nu inlocuiesc o consultatie medicala. Ele sunt exclusiv pentru uz personal si nu pot fi modificate, reproduse sau diseminate in niciun mod fara permisiune scrisa din partea ESMO si a Anticancer Fund (Fondului Anticancer).

Vaccinul este realizat din celule sanguine albe* luate din propriul sange al pacientului si expuse unei proteine* din celulele canceroase ale prostatei, numita fosfataza acida prostatica (PAP – prostatic acid phosphatase)*. Dupa acest proces, celulele sunt injectate aceluiasi pacient. In organism, celulele fac sistemul imunitar sa atace cancerul.

Metoda se foloseste in cancerul prostatic metastatic, mai ales cand chirurgia sau castrarea chimica nu au functionat sau nu mai functioneaza si in cazul in care pacientul nu este considerat pentru chimioterapie*.

Terapii locale de recuperare

Criochirurgia* si ultrasunetele focalizate de inalta intensitate (HIFU – high-intensity focused ultrasound)* nu fac inca parte din tratamentul standard, avand inca nevoie de mai multe studii.

Criochirurgia*

Acest tip de tratament este folosit pentru tratarea cancerului localizat de prostata prin inghetarea lui. Nu este o solutie potrivita pentru pacientii cu prostata marita.

Interventia se face sub anestezie*, cu ghidare ecografica*. Cum rezultatele pe termen lung nu au fost masurate inca, se recomanda uneori atunci cand cancerul revine dupa ce alte tipuri de tratamente au fost administrate pacientului.

Nu se recomanda ca terapie initiala si este considerata mai degraba o terapie in curs de dezvoltare.

HIFU*

Acest tip de tratament foloseste o raza de ultrasunete* focalizata, de inalta energie, care este directionata la nivelul prostatei cu ajutorul unui cateter inserat prin rect*, pentru a incalzi si a distruge un volum foarte precis de tesut. Tratamentul tintește tumoarea si nu intreaga glanda. Se recomanda pentru cancerul de prostata localizat intr-un singur lob. Nu se recomanda ca tratament initial si este considerat ca fiind mai degraba o terapie* in curs de dezvoltare.

CARE SUNT EFECTELE ADVERSE POSIBILE ALE TRATAMENTULUI?

Operatia

Inlaturarea prostatei prin interventie chirurgicala poate cauza efecte adverse precum incontinenta urinara, impotenta si sterilitate, din cauza distrugerii structurilor si nervilor care controleaza abilitatea de a avea erectie.

Radioterapia

Poate provoca efecte adverse precum incontinenta urinara, impotenta, probleme la nivelul vezicii si a intestinelor, oboseala, ingustarea uretrei*, obstructia limfatica* si retentie de fluide* cu umflarea tesuturilor.

Pentru ca implica o sursa radioactiva, brahiterapia* face ca pacientul sa devina radioactiv. Cum o parte din radiatii* atinge suprafata corpului, pentru o perioada de timp trebuie ca pacientul sa evite contactul cu femei gravide si copii.

Terapia cu radioizotopi/Terapia tintita pe os

Sangele si urina vor fi radioactive pentru o perioada de timp. Medicii si asistentele trebuie sa ofere sfaturi in privinta masurilor de siguranta care trebuie luate.

Terapia hormonala

O parte dintre efectele adverse ale terapiei hormonale* sunt pierderea libidoului, impotenta, bufeurile, schimbarile de dispozitie, osteoporoza, slabirea muschilor, dezvoltarea anormala a sanilor (ginecomastie), rezistenta la insulina* si ingrasarea. Pacientii trebuie monitorizati daca apar astfel de efecte secundare.

- Abiraterona*: cateva efecte secundare specifice acestui medicament sunt hipertensiunea arteriala, retentia de fluide* si umflarea tesuturilor (edem*), oboseala, infectiile urinare, aritmiile cardiace* si afectarea ficatului.
- Enzalutamida*: este asociata, printre altele, cu durerile de cap, bufeurile, hipertensiunea arteriala, durerile de spate, infectiile respiratorii, anxietatea, diareea, oboseala, convulsiile, prezenta sangelui in urina si umflarea tesuturilor (edem*).

Chimioterapia*

- Docetaxel: unele efecte secundare legate de utilizarea de docetaxel sunt neutropenia*, oboseala, pierderea parului, diareea, neuropatia*, edemele periferice* si distrofia unghiilor*.
- Mitoxantrona*: este asociata cu oboseala, pierderea parului, greata, voma, diareea, limfopenia* si trombocitopenia*.
- Cabazitaxel*: cateva efecte secundare legate de utilizarea acestui medicament sunt oboseala, diareea, hematuria (prezenta sangelui in urina), anemia, neutropenia*, pierderea parului si edemele periferice* (umflarea tesuturilor datorita retentiei de fluide*).

Acid zoledronic

Efectele secundare determinate de utilizarea acestui medicament includ anemia, febra, edemele* (retentia de fluide*), oboseala, mialgia (durerile musculare) si necroza maxilara. Pentru a reduce riscul de necroza maxilara (dar, din pacate, nu si pentru a-l elimina), este recomandata o igiena orala buna si ingrijiri stomatologice regulate. In cazul pacientilor care primesc acid zoledronic* intravenos*, poate fi indicata utilizarea unui antibiotic*, cum ar fi clindamicina, combinata cu utilizarea unei ape de gura antimicrobiene cu clorhexidina de 4 ori pe zi.

Denosumab*

Cele mai comune efecte secundare asociate cu denosumab* sunt durerile de spate, iritatiile pielii, asociate uneori cu basici, prezenta sangelui in urina si urinarea dificila, durerile musculare si osoase.

Sipuleucel-T*

Acest vaccin terapeutic este asociat cu febra, semnele de inflamare si, uneori, cu infectia in zona de unde au fost prelevate celulele pentru elaborarea vaccinului si in zona unde a fost administrat vaccinul. Efectele sale secundare mai includ greata, durerile de cap, durerile de spate si in diferite parti ale corpului.

Criochirurgia*

Cateva efecte secundare ale inghetarii nervilor si structurilor adiacente pot fi incontinenta urinara, impotenta si fistula (sau o trecere anormala intre rect* si vezica).

HIFU*

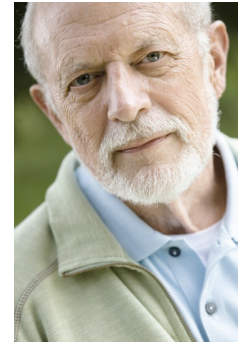
Efectele secundare pot include incontinenta urinara si impotenta.

CE SE INTAMPLA DUPA TRATAMENT?

Nu exista tratament care sa nu aiba efecte adverse, cu toate ca noile tehnici au menirea de a le reduce.

Efectele adverse ale tratamentului, precum impotenta, incontinenta si infertilitatea, trebuie discutate deschis cu pacientul.

Tipurile principale de tratament au anumite consecinte. Spre exemplu, activitatea sexuala este mai ales afectata de operatie, iar functiile urinare si intestinale sunt afectate de radioterapia externa si de brahiterapie.



Urmarirea* bolii cu medicul

Dupa ce tratamentul a fost terminat, medicii vor propune un program de urmarire*, al carui scop este:

- Sa detecteze posibila revenire* a bolii cat mai curand posibil.
- Sa evalueze efectele adverse ale tratamentului si sa le trateze.
- Sa furnizeze informatii si suport psihologic pentru ca pacientul sa revina la o viata normala.

Vizitele de control la medicul oncolog ar trebui sa includa:

- Evaluarea istoricului medical al pacientului, enumerarea simptomelor si examinarea fizica.
- Masurarea regulata a nivelului PSA* dupa eradicarea completa a tumorii.

Dupa operatie, din cauza inlaturarii celulelor canceroase de la nivelul prostatei, nivelul PSA* din sange ar trebui sa fie nedetectabil, insa, uneori, poate fi detectata in sange o anumita cantitate de PSA*. In acest caz, medicii pot recomanda sa se astepte cateva saptamani pentru repetarea testului.

Dupa radioterapie*, nivelul PSA* nu scade dramatic. Acest lucru se intampla gradual, cel mai scazut nivel al PSA* fiind atins dupa doi ani. In multe cazuri, daca nu in majoritatea lor, un pacient care face radioterapie* urmeaza si terapie hormonala*, care este initiata inaintea radioterapiei*. Intr-un astfel de caz, nivelul PSA* e foarte probabil sa fie nedetectabil sau foarte scazut inainte de inceperea iradierii*. Deoarece, in acest caz, nivelul PSA* ramane scazut dupa radioterapie*, o alta proteina* produsa numai de prostata, numita fosfataza acida prostatica (PAP)*, poate fi masurata pentru urmarirea* pacientului dupa finalizarea tratamentului.

Nivelul PSA* fluctueaza usor de-a lungul timpului. O crestere mica nu inseamna revenirea* cancerului (sau faptul ca boala nu s-a vindecat). Poate insa fi o indicatie in acest sens, asa ca trebuie monitorizata.

Cancerul de prostata: ghid pentru paciente – Informatii bazate pe Ghidurile de Practica Clinica ESMO v. 2014.1 Pagina 21

Acest document este furnizat de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) cu permisiunea ESMO.

Informatiile din acest document nu inlocuiesc o consultatie medicala. Ele sunt exclusiv pentru uz personal si nu pot fi modificate, reproduse sau diseminate in niciun mod fara permisiune scrisa din partea ESMO si a Anticancer Fund (Fondului Anticancer).

Nu se recomanda examinarea rectala digitala de rutina dupa un tratament local, atat timp cat nivelul PSA* ramane la valorile de referinta.

Biopsia* tesutului prostatic nu trebuie efectuata la barbatii cu cancer prostatic si care au trecut printr-o prostatectomie radicala. Biopsia* prostatei dupa radioterapie* trebuie efectuata doar la pacientii care sunt luati in considerare pentru o forma de terapie de salvare (de exemplu HIFU*, crioterapie*, operatie de salvare).

Un tratament suplimentar poate fi recomandat daca nivelul PSA* creste pe parcursul unei perioade de timp (recadere biochimica), dupa cum urmeaza:

- Pentru barbatii aflati sub supraveghere activa, daca nivelul PSA* se dubleaza intr-un interval mai mic de trei ani, daca modificarea nivelului PSA* este mai mare de 0,75 ng/ml pe an sau daca fac o biopsie* de prostata ce dovedeste o inrautatare a cancerului.
- Pentru barbatii care au suferit o prostatectomie radicala (inlaturarea prostatei), daca nivelul PSA* nu scade sub nivelul detectabil dupa operatie sau daca au un nivel detectabil (> 0,3 ng/ml), care creste la una sau doua masuratori subsecvente dupa ce au avut un nivel nedetectabil.
- Pentru barbatii care au beneficiat de alta terapie* initiala, cum ar fi radioterapie* cu sau fara terapie hormonala*, daca nivelul PSA* a crescut la 2 ng/ml sau mai mult dupa ce a fost nedetectabil sau foarte scazut.

Aceste analize trebuie coroborate cu altele, cum ar fi o biopsie* pozitiva a prostatei sau o examinare CT* anormala.

Pacientii care dupa radioterapie prezinta simptome precum anorexie*, diaree, greata, voma sau pierdere in greutate ar trebui evaluati pentru a se exclude sindromul de colon iritabil, cancerul colorectal sau enteropatia provocata de radiatii*.

Intoarcerea la o viata normala

Poate fi dificil pentru pacienti sa traiasca cu ideea ca, oricand, cancerul poate reveni. Bazandu-ne pe ceea ce stim astazi, nu exista nicio modalitate specifica de a scadea riscul revenirii* cancerului dupa terminarea tratamentului, in afara de evitarea cresterii in greutate si activitatea fizica regulata. Drept consecinta a cancerului insusi si a tratamentului, intoarcerea la o viata normala poate sa nu fie usoara pentru unele persoane.

Barbatii in varsta sunt cei mai des afectati de cancerul de prostata, iar acestia pot suferi de impotenta, probleme urinare sau intestinale inainte de tratament. In general, recuperarea mentala si fizica este completa, dar uneori poate fi nevoie chiar de doi ani pentru a reveni la o viata normala. Notiunea de viata normala este asociata vietii dinainte de tratament. Din nefericire, ea va include impotenta, problemele urinare si intestinale pe care le aveau inainte.

Si daca boala revine?

Revenirea cancerului poarta numele de recurenta*, iar tratamentul depinde de extinderea bolii.

La nivel local, cancerul poate sa reapara in tesuturile din apropierea prostatei (muschii care ajuta la controlul urinarii, rect*, peretii pelvisului) sau in veziculele seminale*. Ganglionii limfatici* care inconjoara regiunea prostatei sau cei din exteriorul zonei pot fi, de asemenea, afectati de cancer.

Cancerul de prostata poate sa reapara si in alte parti ale corpului, fenomen numit metastazare*.

Pentru a determina recurenta* tumorii si a incepe un nou tip de tratament, trebuie luate in considerare dimensiunea tumorii, implicarea ganglionilor limfatici*, scorul Gleason si stadiul bolii.

O crestere anormala a nivelului PSA*, numita si esec de PSA* sau esec biochimic, sugereaza ca a revenit cancerul. In acest caz, trebuie efectuate alte teste, cum sunt cele imagistice.

Uneori, boala progreseaza fara o crestere semnificativa a nivelului PSA*. In acest caz, modificarile neuroendocrine* ar trebui investigate prin folosirea biopsiei* sau a unor analize specifice care analizeaza enolaza neuron-specifica si/sau cromogranina A, deoarece acestea indica sanse scazute de raspuns la terapiile hormonale. Pacientii care prezinta modificari neuroendocrine ale cancerului de prostata trebuie selectati pentru chimioterapie*, nu pentru terapie hormonală*.

Optiunile de tratament pentru revenirea* cancerului depind de tratamentul administrat anterior.

In urma extirparii complete a prostatei, nivelurile PSA* din sange trebuie monitorizate. Radioterapia timpurie de salvare a zonei unde a fost localizata prostata este recomandata in cazul esecului de PSA*.

Terapia hormonală* imediata nu este recomandata, de obicei, pentru barbatii cu esec de PSA*, cu exceptia celor cu o progresie simptomatice a afectiunii locale, metastaze* dovedite sau niveluri de PSA* care s-au dublat in mai putin de 3 luni.

Terapia hormonală* intermitenta consta intr-o perioada initiala de suprimare a androgenului* activ, de obicei intre 6 si 9 luni, urmata de o perioada de lungime corespunzatoare in care nu se administreaza nicio terapie* activa. Pacientii sunt monitorizati, iar cand criteriile de reactivare a bolii sunt indeplinite, se reiniziaza terapia hormonală* activa. Desi aceasta abordare intermitenta este inca in studiu, rezultatele initiale au demonstrat ca ea nu este inferioara regimului continuu si ca are efecte pozitive asupra calitatii vietii.

Daca pacientul devine rezistent la terapia hormonală* initiala, o a doua optiune de terapie hormonală* consta in antiandrogeni*, corticosteroizi*, estrogeni* si inhibitori de CYP17*.

La pacientii care nu raspund corespunzator la terapia hormonală* sau care experimenteaza simptome severe, trebuie luate in considerare urmatoarele medicamente chimioterapeutice:

Docetaxel (utilizat impreuna cu prednison* sau prednisolon*) - a demonstrat prelungirea vietii, fiind utilizat ca tratament pentru boala refractara la castrare.

Cancerul de prostata: ghid pentru paciente – Informatii bazate pe Ghidurile de Practica Clinica ESMO v. 2014.1 Pagina 23

Acest document este furnizat de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) cu permisiunea ESMO.

Informatiile din acest document nu inlocuiesc o consultatie medicala. Ele sunt exclusiv pentru uz personal si nu pot fi modificate, reproduse sau diseminate in niciun mod fara permisiune scrisa din partea ESMO si a Anticancer Fund (Fondului Anticancer).

Cabazitaxel* este un medicament anticancer utilizat impreuna cu prednison* pentru a trata cancerul de prostata rezistent la hormoni care s-a extins si a fost tratat cu docetaxel.

Mitoxantrona* (impreuna cu prednison* sau prednisolon*) poate fi utilizata daca docetaxelul este contraindicat sau daca efectele secundare date de utilizarea de cabazitaxel* sunt potential intolerabile . Este un medicament activ impotriva cancerului de prostata, dar nu prelungeste viata.

DEFINITIA CUVINTELOR DIFICILE

Abiraterona

Medicament utilizat impreuna cu prednison* pentru tratarea cancerului de prostata care s-a extins in alte parti ale corpului si nu s-a ameliorat cu utilizarea altui tip de terapie hormonală*. Este studiata si in tratamentul altor tipuri de cancer. Acetatul de abiraterona scade cantitatea de androgeni* (hormoni masculini), cum ar fi testosteronul* produs de organism. Acest lucru poate opri cresterea celulelor canceroase care au nevoie de androgeni* pentru a creste. Acetatul de abiraterona este un tip de antiandrogen*.

Abordare multidisciplinara

Planificarea tratamentului pentru un bolnav in care un numar de medici specialisti in diferite discipline (specialitati medicale) revizuieste si discuta boala si optiunile de tratament ale unui pacient. In tratarea cancerului, o abordare multidisciplinara poate include un oncolog medical (care ofera medicamentele cele mai potrivite pacientului), un chirurg oncolog (care opereaza cancerul) si un oncolog radioterapeut (care trateaza bolnavul cu radiatii). Se mai numeste si consiliu pentru tumori.

Acid zoledronic

Medicament folosit pentru tratarea pacientilor cu hipercalcemie (nivel ridicat de calciu in sange) cauzata de cancer. Este folosit si cu alte medicamente, pentru tratarea mielomului multiplu si pentru prevenirea fracturilor osoase sau reducerea durerilor osoase la persoanele al caror cancer s-a extins la oase. Acidul zoledronic apartine unui grup de medicamente numite bifosfonati.

ADN

Prescurtarea de la acid dezoxiribonucleic. ADN-ul poarta informatia genetica.

Agonist de hormon care elibereaza hormoni luteinizanti sau agonist LHRH

Orice substanta care stimuleaza hormonul care elibereaza hormoni luteinizanti (LHRH - Luteinizing hormone-releasing hormone), un hormon care controleaza hormonii sexuali la barbati si la femei.

Androgen

Un tip de hormon care promoveaza dezvoltarea si mentinerea caracteristicilor sexuale masculine.

Anemie

Boala caracterizata prin diminuarea globulelor rosii din sange sau a hemoglobinei (fierul care contine hemoglobina duce oxigenul de la plamani in tot corpul, iar acest proces este diminuat de afectiunea in cauza).

Anestezie

Stare reversibila de pierdere a constientei, in care pacientul nu simte durere, nu are reflexe normale si raspunde mai putin la stres. Starea este indusa artificial prin folosirea anumitor substante cunoscute drept anestezice. Poate fi completa sau partiala si permite pacientilor sa treaca prin operatie.

Antagonist de hormon care elibereaza hormoni luteinizanti sau antagonist LHRH

Orice substanta care inhiba hormonul care elibereaza hormoni luteinizanti (LHRH - Luteinizing hormone-releasing hormone), un hormon care controleaza hormonii sexuali la barbati si la femei.

Antiandrogen

Substanta care impiedica androgenii* (hormonii masculini) sa ajunga la receptorii lor, care pot fi gasiti in celulele prostatei si in celule din alte tesuturi. Tratamentul cu antiandrogeni poate impiedica cresterea celulelor prostatei. Exemple de antiandrogeni folositi pentru tratarea cancerului de prostata sunt flutamida, bicalutamida*, enzalutamida* si nilutamida.

Antibiotic

Medicament folosit pentru a trata infectiile provocate de bacterii si alte micro-organisme.

Antigen specific prostatic (PSA)

O proteina* produsa de prostata. Se poate gasi in cantitati ridicate la barbatii care au cancer sau alte afectiuni ale prostatei. O analiza sanguina care masoara nivelul de PSA poate detecta cancerul de prostata.

Anorexie

Boala in care pacientul isi pierde pofta de mancare, indiferent de cauza.

Aritmie cardiaca

Problema cu ritmul cardiac. Inima poate sa bata prea repede, prea incet sau neregulat.

Benign

Care nu este periculos pentru sanatate. Pentru o tumoare, benign inseamna necanceros. Tumorile benigne pot creste in dimensiuni, inasa nu se raspandesc in alte parti ale corpului. Se numesc si non-maligne.

Bicalutamida

Medicament folosit in combinatie cu un alt produs pentru a trata cancerul de prostata care s-a raspandit in alte parti ale corpului. Medicamentul se leaga de proteinele* numite receptori de androgeni*, care se gasesc in unele celule din cancerul de prostata. Aceste proteine* se ataseaza la androgeni* (hormonii masculini) si pot provoca cresterea celulelor canceroase. Bicalutamida blocheaza aceste proteine* si poate impiedica cresterea celulelor canceroase. Este un tip de antiandrogen*.

Biopsie

Inlaturarea unor celule sau a unui tesut pentru examinarea lui de catre un anatomopatolog. Medicul poate studia tesutul la microscop sau poate face alte teste. Exista mai multe tipuri de proceduri pentru biopsie. Cele mai comune includ: (1) biopsia incizionala, in care numai o mostra de tesut este inlaturata; (2) biopsia excizionala, in care intreaga zona cu probleme este inlaturata si (3) biopsia cu acul, in care o mostra de tesut sau lichid este inlaturata cu un ac. Cand se foloseste un ac gros, procedura se numeste punctie tisulara. Cand se foloseste un ac subtire, procedura se numeste aspiratie cu ac fin.

Brahiterapie

Un tip de terapie prin radiatii* care presupune plasarea de material radioactiv sigilat in ace, capsule, fire sau catetere in interiorul sau in apropierea unei tumori. Se mai numeste terapie cu radiatii* bazata pe implanturi, terapie cu radiatii* interne sau brahiterapie cu radiatii*.

Cabazitaxel

Medicament folosit impreuna cu prednison* pentru a trata cancerul de prostata rezistent la hormoni care s-a raspandit si care a fost tratat cu docetaxel. Este studiat si pentru tratarea altor tipuri de cancer. Blocheaza cresterea celulelor, oprind divizarea lor, si poate ucide celulele canceroase.

Celule sanguine albe

Celule ale sistemului imunitar care sunt implicate in apararea organismului contra infectiilor.

Celule sanguine rosii

Cele mai frecvente tipuri de celule sanguine. Reprezinta substanta care face sangele sa para rosu. Functia lor principala este sa transporte oxigen.

Chimioterapie

Tip de tratament pentru cancer care foloseste medicamente pentru a distruge celulele canceroase si/sau pentru a limita cresterea lor.

Aceste medicamente sunt de obicei administrate pacientilor prin perfuzie lenta in vena, dar pot fi administrate si oral, prin perfuzie directa in membru sau in ficat, in functie de localizarea cancerului.

Clisma

Injectarea unui lichid prin anus in intestinul gros.

Corticosteroid

Orice tip de steroid produs in partea externa aglandei suprarenala. Pot fi realizati si in laborator. Corticosteroidii au multe efecte asupra corpului si sunt folositi pentru tratarea multor boli. Ei pot fi folositi si pentru substitutie hormonala, pentru a opri actiunea sistemului imunitar si pentru a trata unele efecte secundare ale cancerului si ale tratamentelor administrate in aceasta boala. Corticosteroidii sunt, de asemenea, folositi pentru a trata anumite limfoame si leucemii limfoide.

Criochirurgie

Tratament minim invaziv care foloseste frigul extrem pentru a ingheta si a distruge tesuturi, inclusiv celule canceroase.

Denosumab

Medicament folosit pentru a preveni si a trata anumite probleme osoase. Este folosit pentru a preveni fracturile osoase si alte probleme osoase cauzate de tumorile solide care s-au raspandit la os. Este, de asemenea, administrat anumitor pacienti pentru a trata tumori gigant ale osului, care nu pot fi inlaturate prin operatie. Mai este folosit pentru tratarea osteoporozei (o scadere a masei si a densitatii* osoase) la femeile trecute de menopauza, care au un risc mare de fracturi osoase. Este studiat si pentru tratarea altor boli si tipuri de cancer. Medicamentul se leaga de o proteina* numita RANKL si o impiedica sa se ataseze la alta proteina* cu numele de RANK, de pe suprafata anumitor celule osoase, inclusiv a celulelor canceroase osoase. Acest lucru poate proteja oasele de fracturi si poate opri cresterea celulelor canceroase.

Cancerul de prostata: ghid pentru paciente – Informatii bazate pe Ghidurile de Practica Clinica ESMO v. 2014.1 Pagina 27

Acest document este furnizat de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) cu permisiunea ESMO.

Informatiile din acest document nu inlocuiesc o consultatie medicala. Ele sunt exclusiv pentru uz personal si nu pot fi modificate, reproduse sau diseminate in niciun mod fara permisiune scrisa din partea ESMO si a Anticancer Fund (Fondului Anticancer).

Densitate minerala osoasa

Masurarea cantitatii de minerale* (mai ales calciu si fosfor) continute intr-un anumit volum de os. Aceasta analiza este folosita pentru diagnosticarea osteoporozei (boala care se manifesta prin scaderea masei osoase), pentru a vedea cat de bine functioneaza tratamentul pentru osteoporoza si pentru a stabili care este riscul de fracturi osoase. O densitate minerala osoasa scazuta poate aparea la pacientii tratati pentru cancer. Se mai numeste BMD (bone mineral density), densitate osoasa si masa osoasa.

Distrofie a unghiilor

Boala in care unghiile sunt serios afectate, ajungand sa fie partial distruse.

Docetaxel

Apartine unui grup de medicamente anticancer cunoscute drept taxani*. Docetaxel blocheaza abilitatea celulelor de a distruge "scheletul" interior care le permite sa se divida si sa se multiplieze. Datorita prezentei scheletului, celulele nu se pot divide si mor.

Medicamentul afecteaza si celulele necanceroase cum ar fi celulele sanguine, fapt care poate avea efecte secundare.

Ecografie

Procedura in care unde sonore de inalta intensitate sunt reflectate de tesuturile sau organele interne si creeaza ecouri. Tiparele ecourilor sunt afisate pe ecranul ecografului, formand o imagine a tesuturilor care se numeste sonograma. Procedura se mai numeste si ultrasonografie.

Edem

Colectare anormala de fluid sub piele sau intr-o cavitate a corpului.

Enzalutamida

Medicament folosit pentru tratarea cancerului de prostata care s-a raspandit la alte parti ale corpului si care nu a raspuns la alte tratamente, inclusiv docetaxel. Enzalutamida se leaga de proteine numite receptori de androgeni*, gasite in unele celule canceroase de la nivelul prostatei. Aceste proteine* se leaga de androgeni* (hormoni masculini) si pot cauza cresterea celulelor canceroase. Blocarea lor poate impiedica cresterea celulelor canceroase. Enzalutamida este un tip de antiandrogen*.

Estrogen

Un tip de hormon produs de organism, care ajuta la dezvoltarea si mentinerea caracteristicilor sexuale feminine si la cresterea oaselor lungi. Estrogenii pot fi produsi si in laborator. Pot fi folositi ca anticonceptionale si pentru tratarea simptomelor menopauzei, a disfunctiilor menstruale, a osteoporozei si a altor boli.

Examinare clinica

Examinarea corpului de catre medic pentru a cauta semne de boala.

Factor de risc

Ceva care creste riscul de a face o boala. Exemple de factori de risc in cazul cancerului sunt varsta, alti membri in familie cu anumite tipuri de cancer, fumatul, expunerea la radiatii* sau la anumite substante chimice, infectiile cu anumite virusuri sau bacterii, anumite schimbari genetice.

Follow-up (Urmarire)

Monitorizarea sanatatii unei persoane de-a lungul timpului, dupa tratament. Implica monitorizarea pentru o anumita perioada de timp a starii persoanelor care au participat la un studiu clinic*, atat in timpul studiului, cat si dupa finalizarea lui.

Fosfataza acida prostatica (PAP - Prostatic acid phosphatase)

Enzima produsa de prostata, care poate fi gasita in cantitati ridicate la barbatii cu cancer de prostata. Se mai numeste si PAP.

Ganglion/nodul limfatic

Masa rotunda de tesut limfatic inconjurata de o capsula de tesut conjunctiv. Nodulii limfatici filtreaza limfa si stocheaza limfocitele. Sunt localizati de-a lungul vaselor limfatice si se mai numesc glande limfatice.

Grad

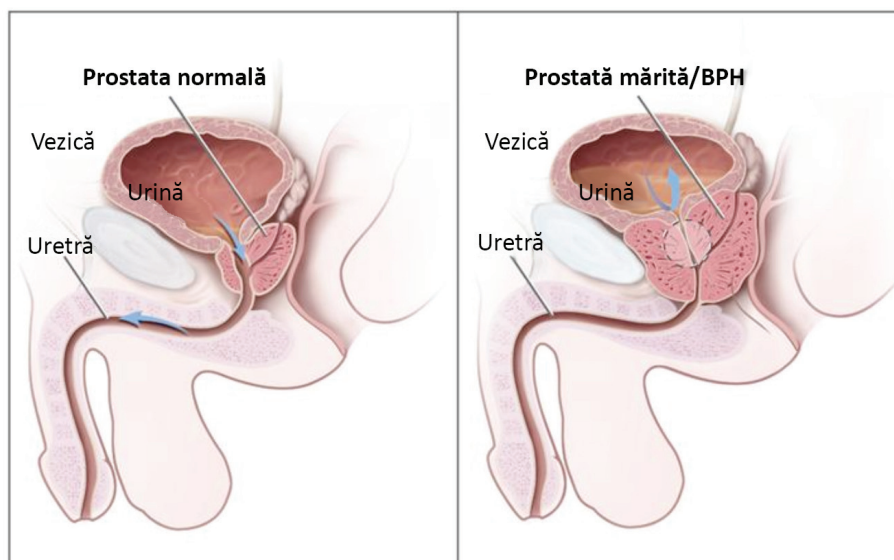
Descriere a tumorii bazata pe cat de anormal arata celulele canceroase la microscop si cat de repede va creste si se va raspandi tumoarea. Gradele tumorii sunt diferite in functie de fiecare tip de cancer.

HIFU (High Intensity Focused Ultrasound - Ultrasunete focalizate de inalta intensitate)

Procedura in care ultrasunetele tintesc direct zona celulelor sau tesuturilor anormale din corp. Undele creeaza caldura, care ucide celulele. HIFU se studiaza in tratarea cancerului de prostata, in alte tipuri de cancer si alte boli.

Hiperplazie benigna de prostata

O boala benigna (necanceroasa) in care cresterea tesutului prostatei apasa pe uretra si pe vezica, blocand fluxul de urina. Se mai numeste si hipertrofie benigna de prostata sau BPH.



Prostata normala si hiperplazie prostatica benigna (BPH). O prostata normala nu blocheaza fluxul de urina din vezica. O prostata marita apasa pe vezica si uretra si blocheaza fluxul de urina.

Inhibitori CYP17

Tip de medicamente care inhiba o enzima numita CYP17, care este esentiala pentru sinteza androgenilor, prin urmare inhiba sinteza acestora. Abiraterona este un tip de inhibitor CYP17.

Intravenos

In interiorul unei vene. Se refera de obicei la introducerea unui medicament sau a unei substante printr-un ac sau tub in vena. Se mai numeste si IV.

Laparoscopie/Laparoscopic

Operatie in care instrumentele chirurgicale sunt introduse in abdomen sau in pelvis prin mici incizii si cu ajutorul unei camere de luat vederi.

Limfopenie

Afectiune in care numarul de limfocite (un tip de celule sanguine albe*) este mai scazut decat ar fi normal.

Margine

Bordura sau limita tesutului inlaturat prin operatie. Marginea este descrisa ca fiind negativa sau curata atunci cand patologul nu descopera celule canceroase la limita tesutului, fapt care sugereaza ca a fost eliminat tot cancerul. Alternativ, ea este descrisa ca fiind pozitiva sau implicata atunci cand patologul gaseste celule canceroase la limita tesutului, ceea ce sugereaza ca nu a fost inlaturat tot cancerul.

Metastaza

Raspandirea cancerului dintr-o zona a corpului in alta. O tumoare formata din celule canceroase care s-au raspandit se numeste tumoare metastatica sau metastaza. Tumoare metastatica este alcatuita din celule identice cu cele din tumoarea originala.

Mineral

Un mineral este o substanta chimica naturala care se gaseste in mod natural in scoarta pamantului. Elementele de acest tip joaca un rol crucial in corpul uman, deoarece ajuta la crearea enzimelor, regleaza ritmul cardiac, sustin formarea oaselor si alte procese. Mineralele ajung in corp din alimentele consumate sau sunt produse de organism.

Mitoxantrona

Medicament folosit pentru tratarea cancerului de prostata avansat care nu mai raspunde la hormoni, dar si a leucemiei non-limfocitice acute la adulti sau a sclerozei multiple cronice sau avansate. Se studiaza si in tratarea altor tipuri de cancer. Face parte din categoria medicamentelor numite antibiotice* antitumorale.

Modificare neuroendocrina/diferentiere neuroendocrina

Prostatele normale au celule numite celule neuroendocrine; acestea secreta anumiti hormoni si produci implicati in cresterea normala, diferentierea si in unele functii ale glandei prostatice. In cancerul de prostata, celulele respective pot creste si, deoarece nu au receptori de hormoni, sunt rezistente la terapia hormonala.

Neuropatie

Se refera la orice boala a sistemului nervos. Acesta include creierul, coloana vertebrala si nervii.

Neutropenie

Boala in care numarul de neutrofile (un tip de celule sanguine albe*) este mai scazut decat ar fi normal. Poate sa apara in infectiile virale sau dupa radioterapie* sau chimioterapie*. Scade bariera imunologica in fata infectiilor cu bacterii si fungi.

Obstructie limfatica

Blocarea vaselor limfatice care in mod normal dreneaza fluidele din tesuturi si permit celulelor sistemului imunitar sa ajunga acolo unde este nevoie de ele.

Orhiectomie

Interventie chirurgicala de indepartare a unui testicul sau a ambelor.

Pat prostatic

Zona usor coborata de sub vezica unde se gaseste prostata. Este un loc comun de formare a cancerului de prostata.

Perineu

Zona din corp aflata intre anus si vulva la femei si intre anus si scrot la barbati.

Prednisolon

Medicament care apartine unei clase numite steroizi. Previne eliberarea de substante care cauzeaza inflamatie in corp, si este folosit pentru reducerea nivelului de testosteron*.

Prednison

Medicament care reduce inflamatiile si suprima raspunsul imun. Este utilizat in combinatie cu alte medicamente pentru a trata leucemia, limfoamele si alte tipuri de cancer. Este folosit si pentru tratarea altor boli, cum ar fi artrita, anumite afectiuni dermatologice, alergiile, nivelul scazut al anumitor hormoni adrenalini, pierderea apetitului sau anemia. Este un glucocorticoid terapeutic.

Prognostic

Modalitatea in care este probabil sa evolueze o boala, probabilitatea de recuperare sau de revenire* a acesteia.

Proteina

Un nutrient esential alcatuit din amino-acizi. Proteinele* sunt esentiale pentru functionarea multor organisme, inclusiv a corpului uman. Ele sunt responsabile pentru transportul si comunicarea dintre celule, pentru schimbarile chimice si mentinerea structurii celulelor.

Pulmonar

Care are legatura cu plamanii.

Radiatie

Radiatia poate fi definita ca o energie care calatoreste prin spatiu. Exemple de radiatii includ ultravioletele si razele X, care sunt in mod obisnuit folosite in medicina.

Cancerul de prostata: ghid pentru paciente – Informatii bazate pe Ghidurile de Practica Clinica ESMO v. 2014.1 Pagina 31

Acest document este furnizat de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) cu permisiunea ESMO.

Informatiile din acest document nu inlocuiesc o consultatie medicala. Ele sunt exclusiv pentru uz personal si nu pot fi modificate, reproduse sau diseminate in niciun mod fara permisiune scrisa din partea ESMO si a Anticancer Fund (Fondului Anticancer).

Radioterapie

Terapie in care se trateaza cancerul cu ajutorul radiatiilor, intotdeauna orientate spre locatia exacta a bolii.

Radioterapie cu intensitate modulata (IMRT - Intensity-Modulated Radiotherapy)

Tip de terapie cu radiatii* tridimensionale care foloseste imagini generate pe computer pentru a arata dimensiunea si forma unei tumori. Raze inguste de diferite intensitati tintesc tumoarea din mai multe unghiuri. Acest tip de terapie prin radiatii* reduce afectarea tesuturilor sanatoase din apropierea tumorii.

Radioterapie stereotactica

Un tip de terapie cu radiatii* externe care foloseste echipament special pentru a pozitiona pacientul si a-l trata cu o singura doza mare de radiatie* la nivelul tumorii. Este folosit pentru tratarea tumorilor pe creier si a altor probleme de la acest nivel care nu pot fi tratate prin chirurgie obisnuita. Se studiaza si in tratarea altor tipuri de cancer. Se mai numeste chirurgie prin radiatii*, radiochirurgie si radiochirurgie stereotaxica.

Radiu 223

Medicament folosit pentru tratarea cancerului de prostata care s-a raspandit la oase si nu a raspuns la alte tratamente. Se studiaza folosirea lui si in alte tipuri de cancer. Diclorura de radiu 223 contine o substanta radioactiva numita radiu 223, care se acumuleaza in os si elibereaza radiatii care pot ucide celulele canceroase. Diclorura de radiu 223 este un tip de medicament radiofarmaceutic.

Rect

Ultimii centimetri din intestinul gros, spre anus.

Recurenta

Cancer sau boala (de obicei auto-imuna) care a revenit, de regula dupa o perioada in care nu a mai fost prezenta sau nu a mai putut fi detectata. Acest lucru se poate intampla in acelasi loc unde boala a aparut initial (primar) sau in alta parte a corpului. Se mai numeste boala recurenta.

Retentie de fluide

Afectiune in care corpul nu mai este capabil sa elimine fluidele si cantitati anormale din acestea se acumuleaza in corp sau intr-o anumita zona. Se mai numeste si edem*.

RMN

Tehnica imagistica folosita in medicina, care utilizeaza rezonanta magnetica. Uneori, se injecteaza un lichid care maresc contrastul dintre diferite tesuturi, pentru a face anumite structuri mai vizibile.

Samariu 153

Substanta radioactiva folosita in tratamentul cancerului osos si al metastazelor* osoase (cancere care s-au raspandit de la tumoarea initiala la os). Este forma radioactiva a elementului numit samariu. Substanta ajunge in os, unde elibereaza radiatii* care pot ucide celulele canceroase. Este un tip de radioizotop.

Scanare Computer Tomograf (CT)

Forma de radiografie in care organele corpului sunt scanate cu raze X, iar rezultatele sunt sintetizate de un computer pentru a genera imagini cu diferite parti ale corpului.

Scintigrafie

Procedura care furnizeaza imagini (scanate) ale structurilor din interiorul corpului, inclusiv ale zonelor unde exista celule canceroase. Se foloseste pentru diagnosticarea cancerului, stabilirea stadiului acestuia si monitorizarea lui. O cantitate mica dintr-o substanta chimica radioactiva este injectata intr-o vena sau inghitita. Radionuclizii calatoresc prin sange spre diferite organe. Un aparat cu o camera speciala se deplaseaza pe deasupra pacientului intins pe o masa si detecteaza tipul de radiatii* emise de radionuclizi, dupa care un computer creeaza o imagine a zonelor unde s-au acumulat acestia. Aceste zone pot contine celule canceroase. Se mai numeste si scanare cu radionuclizi.

Sindromul colonului iritabil

Termen general care se refera la inflamarea colonului si a rectului*. Include colita ulcerativa si boala Crohn.

Sipuleucel-T

Medicament folosit pentru tratarea cancerului care s-a raspandit. Este facut din celule ale sistemului imunitar luate de la un pacient cu cancer de prostata. Aceste celule sunt tratate cu o proteina* produsa prin combinarea unei proteine* care se gaseste in celulele cancerului de prostata cu un factor de crestere. Cand sunt injectate inapoi pacientului, ele pot stimula celulele T sa ucida celulele canceroase. Sipuleucel-T este un tip de vaccin si un tip de imunoterapie adoptiva celulara.

Strontiu 89

O forma radioactiva a metalului strontiu, care este captata de o portiune de os aflat in crestere. Este studiata in tratarea durerilor osoase care apar in diferite tipuri de cancer.

Studiu clinic

Un tip de cercetare care testeaza cat de bine functioneaza noile tratamente medicale asupra oamenilor. Aceste studii testeaza noi metode de screening, prevenire, diagnostic sau tratament al unei boli.

Supraveghere atenta

Urmarirea atenta a bolii unui pacient, fara a se da tratamente daca nu apar simptome sau nu se modifica simptomele existente. Se foloseste in bolile care evolueaza incet, dar si cand riscurile tratamentului sunt mai mari decat beneficiile posibile. In aceasta perioada, pacientilor li se pot face anumite teste si examinari. Metoda este folosita uneori si in cancerul de prostata. Este un tip de gestionare prin expectativa.

Terapie hormonala

Folosirea hormonilor ca tratament medical.

Testosteron

Hormon produs in principal in testicule, parte a sistemului reproducator masculin. Este necesar pentru dezvoltarea si mentinerea caracteristicilor sexuale masculine, cum ar fi parul facial, vocea joasa si cresterea muschilor. Poate fi produs si in laborator si este folosit pentru tratarea anumitor afectiuni medicale.

Trombocite (plachete)

Mici fragmente de celule care joaca un rol fundamental in formarea cheagurilor de sange. Pacientii cu un numar mic de trombocite risca sa sufere sangerari severe. Pacientii cu un numar mare de trombocite risca tromboza (formarea de cheaguri de sange care pot bloca vasele de sange si pot provoca accidente vasculare cerebrale sau alte boli severe) si pot risca sangerari severe, din cauza disfunctiei trombocitare.

Trombocitopenie

Prezenta unui numar anormal de mic de trombocite (plachete sanguine).

Uretra

Tubul care leaga vezica de restul corpului. La barbati, uretra transporta urina, precum si sperma.

Veziule seminale

O pereche de glande tubulare de circa 5 cm lungime, care sunt curbate in interiorul unei structuri ampulare si localizate deasupra prostatei. Fiecare dintre ele se conecteaza cu prostata printr-un duct. Produc o mare parte din fluidul continut in sperma.

Ghidurile ESMO și ale Anticancer Fund (Fondului Anticancer) sunt destinate să ajute pacienții, rudele și apropiații lor să înțeleagă natura diferitelor tipuri de cancer și să evalueze cele mai bune variante de tratament. Informația medicală din aceste ghiduri pentru pacienți se bazează pe Ghidurile de Practică Clinică ale ESMO, care sunt menite să ghideze medicii în diagnosticarea, urmărirea și tratamentul diferitelor tipuri de cancer. Aceste ghiduri sunt produse de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) în colaborare cu Grupul de Lucru pentru Ghiduri al ESMO și Grupul de Lucru pentru Pacienți al ESMO.

Pentru mai multe informații, accesați www.esmo.org,
www.anticancerfund.org

