

A 10-Year Clinical Experience with Intermittent Hormonal Therapy for Prostate Cancer

Prapotnich, D. (Paris, France); Fizzari, K.; Escudier, B. (Villejuif, France) [Editorial Comment by M. Gleave, Vancouver, Canada] P. 233-240.

10-летний клинический опыт перемежающей гормональной терапии рака предстательной железы.

Резюме.

Цели: изучить выполнимость, эффективность, продолжительность воздействия и неблагоприятные эффекты интермиттирующей гормональной терапии (ИГТ) у пациентов с продолженным раком простаты или биохимическим рецидивом после радикального лечения за 10-летний период.

Материалы и Методы: 233 пациента с раком простаты были включены в ИГТ протокол, начиная с 1992.

Пятидесяти пяти пациентам была выполнена радикальная простатэктомия (группа А), 35 пациентов получили лучевую терапию или лечение высоко-интенсивным фокусированным ультразвуком (HIFU) (группа В), и 143 пациента не получили предварительного лечения (группа С).

Трехмесячное введение аналога гонадотропин-рилизинг-гормона в комбинации с нестероидным антиандрогеном проводилось в течение фазы лечения (фаза "включения").

Лечение останавливалось (фаза "выключения"), когда уровень PSA опускался ниже 4 нг/мл, независимо от продолжительности первой фазы. Критерии для возобновления гормональной терапии были повышение PSA > 20 нг/мл, прогрессия уровня PSA за предыдущие три месяца > 5 нг/мл в месяц или возобновление боли или расстройств мочеиспускания.

Результаты: время проведения составило 34.9 месяца (13-151) и средний начальный уровень PSA был 28 нг/мл (1-433). Пять циклов были проведены пациентам, требующим самого длительного периода лечения. Средняя продолжительность циклов была постепенно уменьшена с 19.6 месяцев до 11.8 месяцев.

Соотношение "Включение/выключение" было близко к 30 % независимо от группы пациентов. Десять пациентов (4 %) умерли от рака в течение исследования, средняя выживаемость составила 42.2 месяца. У шести пациентов (2.5 %) появились болезненные признаки во время ИГТ.

Выводы: если возобновлять лечение при уровне PSA > 20 нг/мл, ИГТ гарантирует в среднем три года контроль над болезнью, при этом не наблюдаются серьезные осложнения.

The Value of a Second Transurethral Resection in Evaluating Patients with Bladder Tumours.

Miladi, M.; Peyronaure, M.; Zerbib, M.; Saighi, D.; Derbe, B. (Paris, France). P.241 - 246.

Значение повторной трансуретральной резекции в лечении пациентов с опухолями мочевого пузыря.

Резюме.

Цели: изучить полноценность второй трансуретральной резекции при поверхностных и инвазивных опухолях мочевого пузыря.

Методы: выполнен обзор литературы, используя Medline по вопросу уместности повторения трансуретральной резекции при опухолях мочевого пузыря.

Результаты: Трансуретральная резекция мочевого пузыря имеет два недостатка: переоценивание клинической стадии, и недооценка повреждений. Вторая трансуретральная резекция, проводимая через 2-6 недель после начальной резекции, исправляет клинические ошибки в 9-49 % случаях, обнаруживает остаточную опухоль в 26-83 % случаях. Вторая трансуретральная резекция особенно показана для опухолей в стадии T1, поскольку в 2-28% случаев после операции опухоль оказывается с инвазией в мышечный слой, требуя, таким образом, изменения в лечении. Для мышечно-инвазивных опухолей, вторая резекция может быть выполнена только, если речь идет о сохранении мочевого пузыря, поскольку это помогает исключить наличие опухолевых узлов, служащих противопоказанием консервативного лечения.

Заключение: вторая трансуретральная резекция мочевого пузыря может быть показана и для опухолей T1 и для инвазивных опухолей, когда планируется сохранение мочевого пузыря.

Comparison of Clinical and Urodynamic Outcome in Ortotopic Ileocaecal and Ileal Neobladder.

Baduk, Y.; Turcolmez, K.; Baltari, S.; Gogus, V. (Ankara, Turkey) P.258 - 263.

Сравнение клинических и уродинамических результатов при ортотопических илеоцекальных и илеальных кишечных пластиках мочевого пузыря.

Резюме.

Цель: сравнить клинические и уродинамические результаты у пациентов, которые подверглись ортотопической пластике мочевого пузыря илеоцекальным (Mainz-pouch) или тонкокишечным сегментом (Abol-Enein и Ghoneim) при сроке наблюдения минимум 12 месяцев.

Методы: Илеоцекальный резервуар по методу Mainz-pouch (MP) был выполнен 19 пациентам (средний возраст 62.4 года, в среднем 36 месяцев), тонкокишечный резервуар по методу Abol-Enein и Ghoneim (AG) выполнен у 36 пациентов (средний возраст 64.3 года, 31 месяц). Осложнения и уродинамические результаты были сравнены в обеих группах.

Результаты: наблюдались следующие осложнения (группы МР и АГ, соответственно): стеноз мочеточниково-кишечного анастомоза (10.5 % против 5.7 %), стеноз кишечно-уретрального анастомоза (5.3 % против 5.5 %), кишечно-мочеточниковый рефлюкс (7.9 % против 4.2 %), пиелонефрит (15.8 % против 13.8 %).

В течение 12 месяцев после операции, дневное недержание было у 5.3 % пациентов против 5.5 %, ночное недержание (дважды в неделю или чаще) наблюдалось у 21 % больных против 8.4 % в группе МР и группе АГ. 39 пациентам проведены уродинамические исследования в течение 12 месяцев после операции. В обеих группах отмечена одинаковая вместимость мочевого пузыря, средние величины которой были 426 +_ 34 мл в группе МР и 442 +_ 27 мл в группе АГ ($p > 0.05$). Средняя величина максимальной скорости потока была 19,6 +_ 3,7 мл/сек в группе МР и 16 +_ 6,1 мл/сек в группе АГ ($p > 0,05$). Средний остаточный мочевой объем был 37 +_ 8,2 мл в группе МР и 45 +_ 7,1 мл в группе АГ ($p > 0,05$).

Заключение: сравнение уродинамических результатов после различных методов кишечной пластики мочевого пузыря, а именно с созданием илеоцекального (Mainz pouch) и подвздошного резервуаров (Abol-Enein и Ghoneim), не показало существенной разницы между двумя группами.