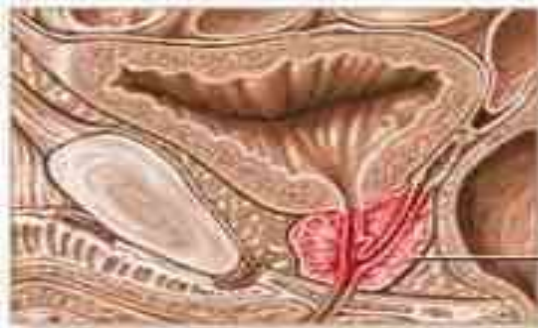
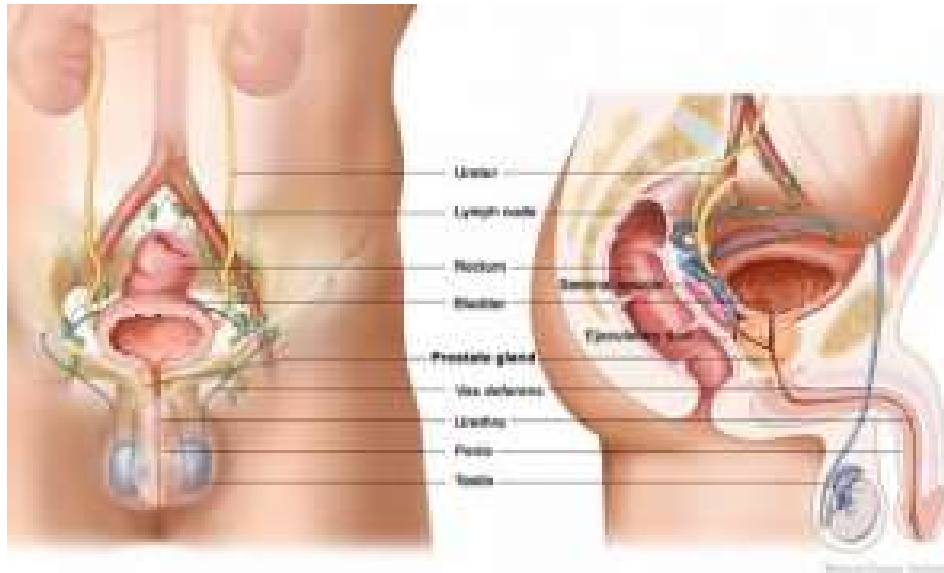


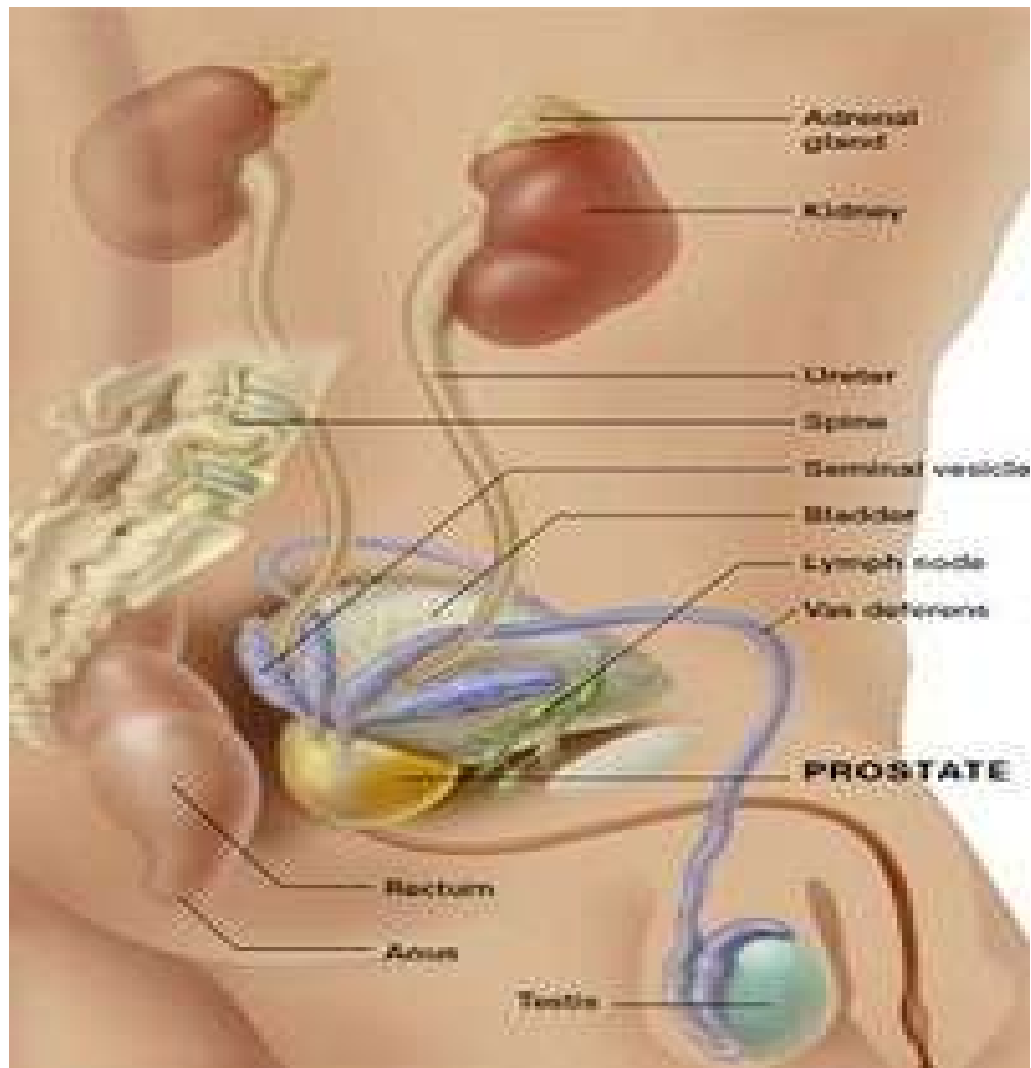
Adenocarcinomul de prostată



Normal prostate



Prostate cancer



Cancerul de prostată este cel mai frecvent dintre cancerele aparatului urinar și genital masculin.

Adenocarcinomul de prostată reprezintă o tumoră malignă epitelială la nivelul epileliului afinilor prostatici, cu dezvoltare în general în glanda periferică (prostată caudală) și mai rar în cea centrală (cranială).

Etiologie

Etiologia cancerului de prostată este necunoscută în prezent, dar studiile epidemiologice arată că o mulțime de factori intervin în geneza și dezvoltarea sa.

Factorii incriminați în apariția cancerului de prostată sunt reprezentați de;

1. Factorii genetici: sunt incriminați deoarece studiile au arătat incidența crescută a cancerului prostatic în unele familii. Este posibilă o predispoziție genetică. Cancerul prostatic este mai frecvent la rasa neagră și mai rar la cea galbenă.
2. Factorii fizici (căldura, frigul, radiațiile): ar putea avea un rol în dezvoltarea neoplasmului, dar deocamdată acest lucru este dificil de afirmat.
3. Factorii chimici pot avea acțiune carcinogena pentru dezvoltarea tumorii. Expunerea la cadmiu poate determina creșterea incidenței cancerului prostatic
4. Incidența scăzută din țările Asiei este explicată prin regimul alimentar bogat în vegetale crude care conțin vitamine, în special A și C cu efect protector.
5. Factorii hormonal

Manifestări clinice ale adenocarcinomului prostatic

1. Manifestări generale:

- astenie, adinamie, scădere ponderală, inapetență
- insomnie, iritabilitate
- durere vertebrală, confuzii cu crize de lombosciatică (metastaze osoase)
- icter obstructiv (metastaze hepatice)
- ccfalee, tulburări neurologice și de echilibru, migrene (metastaze cerebrale)
- semne clinice de insuficiență renală cronică (în obstrucția căii urinare superioare)

2. Manifestări locale, obstructive, de cauză mecanică:

- apar cel mai frecvent tardiv (datorită localizării periferice tumorale)
- tulburările de micțiune se produc prin obstrucție mecanică. Se pot descrie astfel:
 - durere miețională și perineală
 - polakiurie
 - disurie
 - hematune (mai violentă ca în adenomul de prostată) Evoluția progresivă și

continuă determină succesiv:

- retenție incompletă de urină fără distensie vezicală (reziduu sub 300 ml.)

- retenție incompletă de urină cu distensie vezicală (reziduu peste 300 ml.)
- retenție completă de urină (instalarea globului vezical)
- falsă incontinență de urină (urinare fără prea plin) Infecția urinară este frecvent asociată.

Diagnostic paraclinic:

- Echografia abdominală
- Radiografia renovezicală simplă poate arăta metastaze osoase
- Urografia intravenoasă evidențiază eventuala stază în aparatul urinar superior
- Radiografia pulmonară evidențiază prezența metastazelor pulmonare sau osoase costale.

Scintigrafia osoasă evidențiază prezența metastazelor eu cel puțin 6 luni înainte ca acestea să determine modificări radiografice și permite diagnosticul precoce al acestora.

Diagnosticul de certitudine al metastazelor osoase rămâne totuși cel radiologic.

Tomografia computerizată și rezonanța magnetică nucleară sunt utilizate pentru evaluarea extensiei locale, în stadializarea invaziei ganglionare și depistarea eventualelor metastaze viscerale la distanță

g) Determinarea markerilor tumorali este importantă în diagnosticul de probabilitate, precum și urmărirea tratamentului hormonal în cazul adenocarcinomului de prostată.

Principalii markeri serici tumorali suni:

1. Antigenul specific prostatic (PSA), Valorile antigenului prostatic specific (PSA) suni:

0-4 ng/ml (normale)

4-10 ng/ml (suspiciune de cancer prostatic)

peste 10 ng/ml (cancer prostatic cu mare probabilitate)

2. Fosfataza acidă proslalică

3. Fosfataza alcalină are valori crescute în cazul creșterii activității osoase ce înconjoară leziunile melastatice din cancerul de prostată.

Biopsia prostatică

Evoluție și pronostic:

Cancerul prostatic evoluează mai lent comparativ cu alte neoplasme și diseminează după o evoluție lungă locală. Prognosticul este dictat în majoritatea cazurilor nu de neoplasm, ci de complicațiile, mai ales urinare ale acestuia.

Tratamentul:

1. Endocrinologic
2. Chirurgical

Bibliografie:

1. Nicolae Angelescu – Tratat de patologie chirurgicală, Editura Medicală, București, 2000.