

باغچه خندان

طبابت همراه است،
همراه همگی قلب و اندیشه



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	مجیدیان، امید، ۱۳۷۱- سرطان پروستات ۴: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵ Campbell-Walsh-Wein_Urology_13ed 2025
مشخصات نشر	ترجمه و تلخیص: دکتر امید مجیدیان پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر محمدمبین حسام عارفی تهران: کاردیا، ۱۴۰۴
مشخصات ظاهری	۱۲۴ ص: ج: مصور(بخشی رنگی)، جدول (بخشی رنگی)، ج. ۹
شابک	۵,۲۰۰,۰۰۰ ریال ۳-۳۳۱-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ شابک دوره: ۷-۲۸۹-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
مدیر برنامه ریزی و تولید	الهه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر بر گرفته از کتاب Campbell-Walsh-Wein_Urology_13ed 2025 " اثر آلن ج. واین... [او دیگران] است.
موضوع	پروستات - سرطان / Prostate-- Cancer ادرار -- اندام‌ها -- بیماری‌ها / Urinary organs -- Diseases اورولوژی / Urology پروستات -- سرطان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Prostate -- Cancer -- Examinations, questions, etc ادرار -- اندام‌ها -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Urinary organs -- Diseases -- Examinations, questions, etc واین، آلن ج. / Wein, Alan J.
شناسه افزوده	کمبل، ویلیس کوهون، ۱۸۸۰ - ۱۹۴۱ م. / Campbell, Willis C. (Willis Cohoon), 1880-1941
شناسه افزوده	RC۲۸۰
رده بندی کنگره	۶۵/۶۱۶
رده بندی دیویی	۹۱۶۳۲۶۳
شماره کتابشناسی ملی	فیبا
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

سرطان پروستات (۴) - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵ Campbell-Walsh-Wein_Urology_13ed 2025	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۳-۳۳۱-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ شابک دوره: ۷-۲۸۹-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ بهاء: ۵۲۰,۰۰۰ تومان
ترجمه و تلخیص: دکتر امید مجیدیان پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر محمدمبین حسام عارفی ناشر: انتشارات کاردیا صفحه آرا: رزیدنت یار - مبینا شرفلی طراح و گرافیک: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

سرطان پروستات ۴

Campbell-Walsh-Wein_Urology_13ed 2025

ترجمه و تلخیص

دکتر امید مجیدیان

رتبه ۵ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۴
استادیار دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر محمد امین حسام عارفی

رتبه ۴ مورد تخصصی ۱۴۰۳
استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مبمٹ اورولوژی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مبامٹ و روان‌سازی توسط مؤلف ممترب از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت (رزیدنت‌یار) با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مبامٹ پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



مقدمه مولف

امیدوارم که رزیدنت ها و آینده سازان هم طب با استفاده این کتاب بتوانند آینده سازان را به بهترین وجه درمان کنند.
تقدیم به مادر و همسر عزیزم

دکتر امید مجیدیان

فهرست مطالب



فصل ۱۶۴: درمان کنسر پروستات.....	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۶۴.....	۲۵
فصل ۱۶۵:درمان عود و کنسر پروستات متاستاتیک.....	۲۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۶۵.....	۶۹
فصل ۱۶۶:مدیریت سرطان پروستات مقاوم به اخته سازی.....	۷۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۶۶.....	۱۱۹

درمان کنسر پروستات

مقدمه

ابتلا به سرطان پروستات پایان راه نیست بلکه آغاز یک سفر تصمیم‌گیری است. سفر پیچیده‌ای که در تقاطع علم، تجربه شخصی و انتخاب‌های درمانی قرار دارد. بزرگترین چالش این مسیر اغلب نه خود بیماری بلکه سردرگمی انتخاب درمان، انبوهی اطلاعات متناقض است.

این کتاب ترجمه‌ای از کتاب کمپل اورولوژی و بررسی آخرین روش‌های درمانی و انتخاب بهترین روش‌ها است. امیدوارم که این کتاب چراغ راهی برای درمان این بیماری باشد.

تقدیم به همسر و مادر عزیزم و تمامی مادران این سرزمین.

عود بیوشیمیایی (BCR) یک فرم گسترش بیماری است که مختص کنسر پروستات است. بعد از درمان کنسر پروستات بعضی از بیماران افزایش PSA را تجربه می‌کنند که به عنوان عود تعریف می‌گردد که در تصویربرداری قابل شناسایی است.

locally advanced:

گسترش انجام تشخیص زودهنگام در ایالات متحده منجر به افزایش تعداد کنسر پروستات شناخته شده و تشخیص زودرس این تومورها شده است. حداقل ۱۰٪ موارد کنسرهای تازه شناخته شده پروستات locally advanced (T3Nx/0M0) هستند.

معمولاً هیچ‌گونه وفاق و همگرایی برای درمان کنسر پروستات locally advanced وجود ندارد.

تعریف:

* قدیماً تشخیص بیماران با کنسر locally advanced بر اساس DRE و شواهد گسترش واضح به خارج کپسول پروستات (کلینیکال T3a stage) درگیری seminal و بیکل (T3b) یا درگیری ارگان‌های اطراف (T4).

* استفاده اخیر از PSA منجر به تشخیص کنسر پروستات در مراحل غیر قابل لمس می‌گردد (T1c).

* تعریف جدید کنسر locally advanced بیماران با درگیری رژیونال یا درگیری لنف نود بدون متاستاز دوردست (T3-4N±M0).



ارزیابی ریسک:

- ✓ چندین روش برای ارزیابی ریسک کنسر پروستات وجود دارد.
- ✓ جدول Partin که در ابتدا در تاریخ ۱۹۹۰ ساخته و در سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۱۳ و ۲۰۱۷ update گردید.
- ✓ جدول پارتین به تأیید نهایی کنسر locally advanced بعد از رادیکال پروستاتکتومی قبل از جراحی جهت پاتولوژی نهایی به کار می‌رود.
- ✓ مهم‌ترین کرایتریای پاتولوژیک که پروگنوز بعد از رادیکال پروستات را پیش‌بینی می‌کند GEM.
- G ← گلیسون score, E ← Extracapsular extension, M ← Margin status
- ✓ در مجموع برای کمک به پیش‌بینی stage پاتولوژیک، اطلاعات بیوپسی به صورت یکپارچه برای نتیجه کنسر در ابتدا با PSA-free یا Biochemical disease-free survival (BDFS).
- ✓ شایع‌ترین ابزار مورد استفاده برای پیش‌بینی عود بعد از درمان لوکال نوموگرام Kattan است که شامل: GPS
- G ← Gleason score
- P ← PSA قبل درمان
- S ← Stage کلینیکال
- * تصویربرداری نقش محدودی در شناسایی اغلب بیماران با ویژگی‌های high risk برای مواردی که لوکال تراپی شکست خورده اما روش‌های جدید این مبنا را تغییر داده است.
- * D'Amico بیماران را به دسته high, intermediate و low ریسک برای عود بیوکمی‌کال تقسیم می‌کند که بر اساس ویژگی‌های قبل درمان شامل GS و clinical stage و PSA است.

D'Amico	Low risk	T1-T12a, PSA < 10, GS ≤ 6
	Intermediate risk	T2b, PSA=10-20, GS=7
	High risk	(high) T2c, PSA > 20, GS ≥ 8

CaPra score:

- ۱- امتیازدهی از ۰-۱۰
- ۲- هر دو واحد افزایش ریسک عود کنسر بعد رادیکال پروستات دو برابر می‌گردد.



۳- شامل PSA, stage, age, volume, grade

مدالینته‌های تصویربرداری:

* اگرچه مشاهده سونوگرافی gray-scale می‌تواند گسترش خارج پروستات را تشخیص دهد اما تعیین stage محدود است.

* بیوپسی مستقیم از SV و کپسول پروستات می‌تواند CT3 را تأیید کند.

* سونوگرافی ترانس رکتال توانایی staging کسر پروستات را بهبود نمی‌بخشد.

* در مجموع سونوگرافی ترانس رکتال باعث under stage کردن کسر پروستات می‌گردد.

* روش‌های نوین سونوگرافی از جمله color و power داپلر و micro ultrasound برای مشاهده عروق خونی غیرطبیعی و بهبود رزولوشن تا ۲۹ هرتز در دست تحقیق هستند تا توانایی شناسایی stage کسر را بهبود بخشند.

* MRI با coil اندورکتال برای بهبود تصاویر آناتومی zone های پروستات و افتراق بین تومور T2 و T3 می‌گردد.

* اگرچه استفاده از mpMRI به تنهایی یا در ترکیب با MRS (magnetic resonance spectroscopy) برای staging تومور کنتراورسی است و همچنین لزوم استفاده از coil اندورکتال.

* ارزیابی EPE با mpMRI حساسیت ۹۱-۱۳ درصد و اختصاصیت ۹۷-۴۹ درصد داشت که مرتبط با تفاوت‌ها در گزارش mpMRI، کمبود کرایتریای تشخیص واحد و سیستم گزارش‌دهی PIRADs می‌باشد.

* PIRADs V2 در نواحی نزدیک neurovascular bundle اختصاصیت پایین ۳۹ درصد دارد و کمکی برای حفظ NVB نمی‌کند.

* استفاده از MRI در بیماران با درگیری بیش از ۳ core, $\text{PSA} > 10$ و DRE مختل که تحت RP قرار می‌گیرند. اختصاصیت MRI در پیش‌بینی CT3 ۹۵ درصد است. بنابراین MRI بهتر است محدود به مواردی که ویژگی‌های high risk دارند، گردد.

* روش‌های تصویربرداری جدید در افتراق موارد لوکالی advanced از کسرهای regional یا متاستاتیک نقش ویژه‌ای داشته باشد.

* رادیوتراسرهای مورد تأیید FDA که اغلب برای ارزیابی عود بیوشیمیایی بعد درمان قطعی (^{18}F -Fluciclovine)، برای شناسایی درگیری استخوان (^{18}F -NaF)

* PSMA برای شناسایی الیگومتاستاز در بیماران high risk با بهبود شناسایی لنف نود مورد استفاده قرار گیرند.

* Ga-PSMA برای شناسایی لنف نود ۶۶ درصد حساسیت و ۹۹ درصد اختصاصیت در موارد intermediate to high risk که تحت RP قرار می‌گیرند.

شکل‌ها



مارک‌های جدید:

- * واضح است که کلینیکال و پاتولوژیکال پارامتر برای ارزیابی و پیش‌بینی دقیق میزان گسترش لوکال تومور کافی نیستند و اهمیت ارزیابی مارک‌های جدید را نشان می‌دهد.
- * Genomic hybridization برای شناسایی نواحی کروموزومی در نمونه اولیه پروستات که کنسر محدود به ارگان را از locally advance افتراق می‌دهد (جدول مهم‌ترین P-8)
- * تغییرات کروموزومی که مرتبط با ژن تنظیم کننده آندروژن TMPRSS2 در ETS هستند با stage پاتولوژیک بالاتر همراه است.
- * در بیماران با کنسر پروستات متاستاتیک میزان glycine metabolite sarcosine بالاتر است.
- * مارک‌ها ژنومیک موجود در بازار Oncotype dx و Decipher و Prolaris هستند.

رویه‌ها در بروز و درمان:

- CaPSURE (Cancer of the prostate strategic urological research endeavor) بر اساس کرایتریای D'Amico کاهش قابل توجهی در میزان ظهور ویژگی‌های high risk از سال ۱۹۹۰-۱۹۸۹ که حدود ۴۰/۹ درصد به ۱۴/۸ در سال ۲۰۰۱-۲۰۰۲ را نشان می‌دهد.
- اگرچه استفاده از PSA برای غربالگری در این کاهش نقش داشته و موارد با PSA بالاتر از ۲۰ ng/m² از ۳۲/۸ درصد به ۷/۲ درصد رسید. میزان (T3, T4) clinically advanced از ۱۱/۸ درصد به ۳/۵ درصد رسیده است.
- * و به طور کلی میزان locally advance کاهش یافته است.
- * موارد محدود به پروستات بعد از RP افزایش یافته است.
- * موارد high risk برای عود شامل مردان با CT3a-3b, T4
- * Bone scan و (MRI و CT) cross-sectional imaging و اندیکاسیون PSA > 20 و GG (grade group) چهار یا پنج و T3, T4 و گلیسون 5 pattern
- PSMA-PET ممکن است بتواند جایگزین این موارد به علت حساسیت بالاتر گردد.
- * به طور کلی رادیکال پروستات با pelvic extended لنفادنکتومی برای تومورهای high risk که به طور کامل قابل برداشت هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- * استراتژی دیگر برای موارد high risk با احتمال بالای عود بیوشیمیایی ADT با رادیوتراپی است.

تاریخچه:

- * AS با درمان تأخیری یکی از پایه‌های درمانی کنسر پروستات است. چندین مطالعه پیشنهاد داده که مورتالیتی کنسر پایین است و اساساً مرتبط با بیماری‌های high grade و high risk است.



* اگرچه حتی در موارد low risk نیز ما شاهد گسترش ناخواسته بیماری و مورتالیتی مرتبط با آن در دوره‌ی زمانی طولانی خواهیم بود.

* به طور کلی مردان با پروستات کسر high risk که شامل موارد locally advanced می‌باشد ریسک گسترش بیماری و مرگ در اثر کسر در صورتی که درمان نگردند بالا است.

TABLE 164.3 Conservative Management of Patients With Prostate Cancer

CLINICAL STAGE	NO. OF PATIENTS	PROGRESSION-FREE SURVIVAL		DISEASE-SPECIFIC SURVIVAL	
		%	95% CI (%)	%	95% CI (%)
T1-T2	300	48	37-59	81	74-88
T3-T4	183	47	33-61	57	45-68
M+	159	6	0.8-11	6	-0.1-12

CI, Confidence interval.

From Johansson JE, Holmberg L, Johansson S, et al.: Fifteen-year survival in prostate cancer. A prospective, population-based study in Sweden. JAMA 277(6):467-471, 1997.

رادیكال پروستاتکتومی:

استفاده از جراحی رادیكال پروستات در کسر locally advanced در طی ۱۰ سال گذشته کاهش یافته است و علت این تغییر مهم این موضوع است که تنها جراحی برای کسر کافی نیست. پیشرفت‌ها در رادیوتراپی و درمان ترکیبی باعث بهبود outcome نسبت به مونوتراپی می‌گردد.

جراحی برای کلینیکال stage T3 کسر پروستات:

مطالعات مختلفی در مورد outcome جراحی برای stage T3 وجود دارد که سورویوال کلی ۵ ساله ۶۴-۹۶ درصد و ۱۰ سال ۱۲/۵-۷۲ درصد و ۱۵ ساله ۲۰-۵۱ درصد است. * داده‌های اولیه نشان می‌دهد که ارزیابی غیردقیق ریسک و متاستاز به لنف نود باعث گسترش بیشتر و مرگ بالاتر می‌گردد.

* در مطالعات Cohort اخیر 85-92% DSS در ۱۰-۵ سال است.

* نکته مهم تعداد زیادی از مردان با clinical CT3 با گسترش رژیونال از پروستاتکتومی سودی نبردند. بیماران انتخابی با حجم کم بیماری ممکن است از کنترل لوکال سود ببرند و رزکشن کامل تومور ممکن باشد. ارزیابی عود بیوشیمیایی بعد RP سخت است. استفاده از ادجوانت تراپی الزامی می‌باشد. بدون استفاده از درمان ثانویه عود بیوشیمیایی ۵ ساله بالاتر از ۶۰ درصد است.

در موارد استفاده از درمان ادجوانت عود ۵ ساله ۴۲-۴۹ درصد و عود ۱۰ ساله ۵۹-۶۲ درصد است.



نتایج پروستاتکتومی برای بیماران با پاتولوژی advanced:

- * بخش مهمی از بیماران که تحت RP برای بیماری محدود به ارگان قرار می‌گیرند در نهایت از لحاظ پاتولوژیک شواهد گسترش خارج پروستات را دارند.
- * حضور فوکال یا گسترش خارج کپسولار اثبات شده rate گسترش را از ۷ درصد برای موارد محدود به ارگان به ۱۸ تا ۳۵ درصد می‌رساند.
- * بیماران با درگیری SV یا متاستاز به لنف نود تمایل زیادی به گسترش کلینیکال دارند (۸۶-۹۵ درصد).
- * عود بیوشیمیایی بعد از پروستاتکتومی بستگی به تعریف به کار برده دارد.
- در صورت عود PSA / 2 در نظر گرفته شد عود ۵ ساله ۷۲-۶۵ درصد، PSA / 4 عود ۵ ساله ۲۶ درصد و ۱۰ ساله ۱۰ درصد.
- * درگیری SV نه تنها عود بیوشیمیایی را افزایش می‌دهد بلکه احتمال عود لوکال را نیز افزایش می‌دهد و عود لوکال در $\frac{1}{4}$ بیماران را نشان می‌دهد.
- * به طور کلی سوروایوال آماری PSA-free بعد جراحی رادیکال پروستات ۵۰ درصد در طی ۷-۵ سال تعیین شده است.

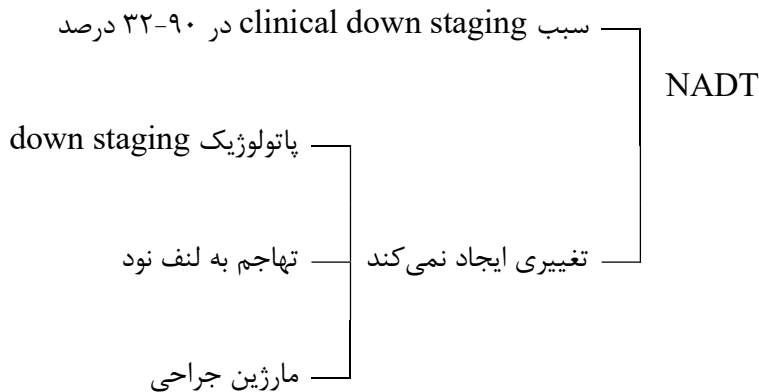
نتایج جراحی برای موارد لنف نود مثبت:

- * علی‌رغم نتایج ضعیف در موارد لنف نود مثبت متد جدید برای درمان تهاجمی لوکال از جمله RP همزمان با اپروچ مولتی مدال (multimodal).
- * انتخاب بیماران مناسب برای جراحی با تصویربرداری جدید قبل عمل مثل Ga PSMA 11 PET در شناسایی بیماران با متاستاز محدود یا زمانی که برداشتن کامل لنف نود مقدور باشد استفاده گردد.
- * بعضی مطالعات امکان سایتورداکتیو در موارد M1 را با توجه به میزان complication و بی‌اختیاری مطرح می‌کنند.
- * ریسک عود کنسر بعد جراحی بر اساس stage پاتولوژی، گرید کنسر و مارژین تعیین می‌گردد.
- * سناریوی جراحی بعد از نئوادجوانت پذیرفته شده‌تر است و به نظر می‌رسد عوارض حین عمل را افزایش نمی‌دهد.
- * عود بیوشیمیایی در مواردی که $GG > 8$ و تعداد لنف نود بیش از ۳ عدد باشد، outcome جراحی بدتر خواهد بود.
- * (الیگومتاستاز یعنی تعداد متاستاز کمتر مساوی ۵ عدد است ≤ 5)



نئوادجوانت آندروژن Deprivation (NADT):

** NAD قبل جراحی سبب بهبود disease-specific یا overall سوروایوال نمی‌گردد. **
بیشترین اثربخشی در طی ۲ ماه آغازین که سبب کاهش ۳۰-۵۰ درصد حجم پروستات و کاهش ۹۰ درصد PSA می‌گردد.



* NAD قبل از جراحی توصیه نمی‌گردد.

کموترابی نئوادجوانت و کموترابی - هورمون درمانی:

* نقش کموترابی در موارد خیلی پیشرفته استفاده می‌گردد که تاکسان‌ها به تنهایی یا در ترکیب با سایر عامل‌ها در موارد مقاوم به هورمون استفاده می‌گردد.
* نئوادجوانت کمو هورمونال سبب بهبود عود کلی بیوشیمیایی و متاستاز - free سوروایوال و سوروایوال کلی می‌گردد.
دوستاکسل (Docetaxel) به تنهایی قبل جراحی RP با حداقل toxicity تحمل می‌گردد.
* Mitoxantrone در ترکیب با دوز پایین استروئید در بهبود درد مریض در موارد مقاوم به هورمون مؤثر است. موارد قابل استفاده در Mitoxantrone یا Estramustine، GCSF (granulocyte colony stimulating factor)، با تالیدوماید، اپیدرمال growth فاکتور (gefitinib) EGFI و ...

رادیوترابی ادجوانت:

* ادجوانت رادیوترابی باعث بهبود کنترل عود بیوشیمیایی می‌گردد. استفاده از رادیوترابی با ۵ BDFS ساله ۵۰-۸۸ درصد همراه است.
* تصمیم برای ادجوانت رادیوترابی بر اساس SWOG شامل درگیری EPE و تهاجم به SV و مارژین مثبت است. فواید RT ادجوانت در موارد مارژین مثبت بیشتر است.



- * به طور کلی درگیری SV با ریسک بالای متاستاز دوردست و عدم موفقیت رادیوتراپی رژیونال و لوکال همراه است.
- * بر اساس مطالعه ARO درگیری EPE بدون تهاجم به SV با جواب بهتر به رادیوتراپی همراه است.
- * به طور کلی بیماران با مارژین مثبت یا درگیری SV که میزان PSA پس از RP زیر ۰/۳ باشد از رادیوتراپی ادجوانت سود می‌برند و برعکس آن مردان که هرگز PSA کاهش نمی‌یابد با درگیری لنف نود و متاستاز دوردست همراه هستند.

نکات کلیدی:

- * نظارت با رادیوتراپی salvage بعد از RP ارجح است.
- * سود ادجوانت رادیوتراپی محدود به موارد خیلی very high risk است.
- * بهبود نتایج با افزایش تدریجی دوز رادیوتراپی (64 Gy).

:Adjuvant androgen deprivation

- * در بیماران PT3N0 تأثیری در گسترش و سوراویوال ندارد.
- * شواهدی مبنی بر سود early ADT برای بیماران high risk با گسترش locoregional وجود دارد.
- * در برخی مطالعات در early ADT stage T3b باعث بهبود زمان گسترش و سوراویوال مخصوص بیماری می‌گردد.
- * در معاینه بیماران LN+ که تحت نظارت قرار گرفته یا ADT گرفته یا RT + ADT گرفته، سوراویوال + ADT RT از بقیه بهتر بوده است.
- * تاکنون هیچ سودی برای کموتراپی ادجوانت دیده نشده چه با ADT و چه بدون ADT (میتوکسانترون، دوستاکسل).

:Radiation therapy

- * در حال حاضر تمایل گروه high risk یا لوکالی advance به روش‌های غیرجراحی است.
- * در بیماران high risk کنترل عود بیوکمی‌کال با دوز 81 Gy یا بیشتر در EBRT رؤیت گردید.
- * افزایش تدریجی دوز آغازین در دوز 78 Gy در مقایسه با 70 Gy نتایج بهتری دارد به خصوص در بیماران high risk با PSA > 10
- * در کل سوراویوال بعد RT در موارد stage C کنسر حدود ۷۰-۶۰ درصد ۵ ساله و زیر ۵۰ درصد ۱۰ ساله است.

نئوادجوانت آندروژن تراپی با رادیوتراپی:

- تئوری استفاده از آندروژن قبل رادیوتراپی در کنسر locally advanced یک کاهش حجم تومور RT + ADT باعث سیتوتوکسیسیتی بیشتر می‌گردد.
- * کمبود بیان p16 در ایمونوهیستوشیمی با کاهش سوراویوال کلی همراه است.



* مارکر پرولیفراتیو Ki-67 با متاستاز دوردست و سوروایوال مخصوص بیمار ارتباط دارد اما روی سوروایوال کلی تأثیری ندارد.

* بر اساس مطالعات TROG ۶ ماه Neo ADT قبل از RT (۶۶ گری) با کاهش PSA و کاهش عود لوکال و سوروایوال (event-free) در کسر T2-T4N0M0 همراه است.

* درمان سه ماهه NAT اثری بر گسترش دیستال یا سوروایوال مخصوص و همه‌ی علل مرگ ندارد. ۶ ماه از درمان با ADT در مقایسه با رادیوتراپی به تنهایی باعث کاهش هر سه فاکتور می‌گردد. دوره طولانی‌تر NAT مفید نمی‌باشد.

* NADT و ADT همزمان با RT بهترین درمان بیماران high risk است.

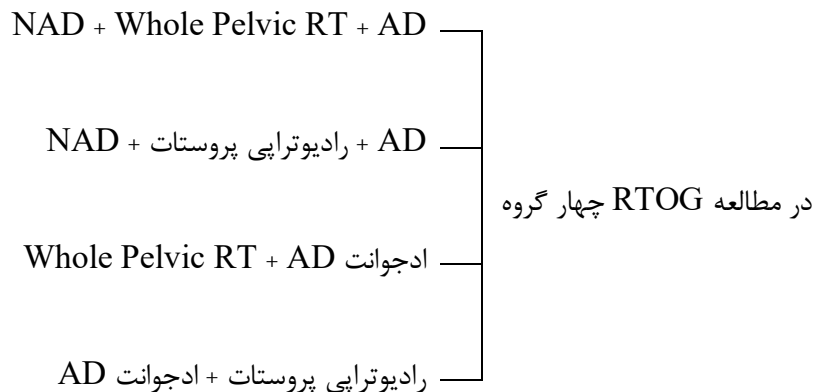
Adjuvant ADT بعد رادیوتراپی در بیماران very high risk مفید است.

رادیوتراپی و ادجوانت ADT:

* یک دوره‌ی محدود ۲-۴ ماهه AD برای آقایان intermediate-risk مناسب است. دوره‌ی طولانی‌تر برای بیماران high risk مناسب‌تر است که شامل بیماران high stage یا PSA قبل درمان بالاست.

* گایدلاین NCCN درمان ۱۸-۳۶ ماهه AD همراه با EBRT برای بیماران high risk و ۱۲-۳۶ ماهه در بیماران که براکی تراپی دریافت می‌کنند.

انتخاب بیماران که از AD سود می‌برند با روش‌های نوین genomic test, کلینیکال cell cycle ریسک، cell cycle CaPRA + progression



سوروایوال کلی در گروه ۳ از بقیه پایین‌تر بود. بقیه‌ی موارد فرقی نداشت.



نقش رادیوتراپی و شیمی درمانی:

- * نقش کموتراپی در همراهی با RT کمتر از جراحی با کموتراپی بررسی شده است.
- * در مطالعه‌ی زلفسکی ترکیب estramustine و وین بلاستین همراه با رادیوتراپی (۶۵-۷۰ گری) در کنسر لوکالی advanced کنترل ۵ ساله ۸۱ درصد و فقط ۴۸ درصد بیماران $PSA < 4$ داشتند.
- * در مطالعه STAMPEDE نتایج رادیوتراپی در ترکیب با درمان سیستمیک بهبود پیدا می‌کند.
- حدود ۵۰ درصد مردان high risk یا N+M0 پروستات کنسر که اغلب رادیوتراپی لوکال دریافت می‌کنند. اضافه کردن دوستاکسل یا abiraterone در زمان شروع AD باعث بهبود سورویوال کلی و کاهش شکست درمان می‌گردد.
- * بر اساس گایدلاین NCCN، RT + AD با دو سال abiraterone برای مردان با کنسر پروستات high risk توصیه می‌گردد.

:Focal ablative therapy

- * شایع‌ترین روش‌های کاربرد کرایوتراپی و HIFU (high intense frequency ultrasonography) است که داده‌ها در موارد high risk کمتر است.
- سایر روش‌ها فوتودینامیک، تخریب با لیزر، irreversible electroporation
- Cryoablation (۱)
- در clinical stage T2-T3 ماه ۶ AD با RT (66 Gy) یا کرایوتراپی در ۳۷ F/U ماهه تفاوتی در (۹۵-۹۷ درصد) disease-specific و (۸۷ درصد) overall نداشتند. اما cryoablation با دوره کوتاه‌تر PSA-free سورویوال ۲۸ در مقابل ۴۱ ماهه و عود بیوشیمیایی بالاتر همراه است.

:HIFU

- * در مطالعه Ficarra پیگیری یک ساله ۳۰ مرد با کنسر لوکالی advanced یا high risk که AD با HIFU دریافت کردند کنترل موضعی خوب بود. با $PSA < 0.3$ و بیوپسی شش‌گانه منفی در ۹۰ درصد موارد هیچ بیماری گسترش کلینیکال را نشان نداد.
- * در مطالعات HIFU اگر همراه با NAD باشد باعث کاهش گسترش و بیوپسی مثبت می‌گردد.

:ADT and Timing

- * مطالعه‌ی VACURG فواید early AD را در درمان کنسر لوکالی advanced نشان می‌دهد.
- * در مطالعه UACURG بیماران stage III, IV بیماری به چهار گروه پلاسبو، 5 mg DES، ارکیکتومی با پلاسبو و ارکیکتومی با 5 mg DES هر ۳ گروه AD گسترش کنسر کمتر از پلاسبو بود اما سورویوال کلی بهتر نبود.