

前列腺癌患者预后影响因素分析

杨立军* 哈华晶 李炳义
渭南市第二医院 陕西 渭南 714000

摘要:目的: 前列腺癌 (prostate cancer, PC) 的发病率在全球范围内呈显著上升趋势, 前列腺癌患者的预后情况越来越受到人们的重视。目前对于评估患者预后情况主要依据为前列腺特异抗原 (PSA)、Gleason评分 (GS) 及 TNM分期, 但是对同一分层的患者采取同样的治疗方案, 患者的预后状况却存在显著的差异, 需要发现新的预后标记物对患者进行进一步分层并建立预后预测诺莫图, 从而达到方便准确的预后预测目的, 指导患者个体化治疗, 改善患者预后状态。故从肿瘤及分子生物学两方面对前列腺癌患者预后影响的研究现状作此综述, 旨在为前列腺癌患者危险分层及预后诺莫图的建立提供理论支持。

关键词: 前列腺癌; 预后因素; 危险分层; 诺莫图; 研究现状

DOI: <https://doi.org/10.37155/2717-5669-0203-5>

在欧美发达国家中, 前列腺癌是导致男性死亡的主要恶性肿瘤之一, 其发病率仅次于肺癌。近年来随着我国经济的快速发展, 居民工作和生活方式的转变, 前列腺癌的发病率呈快速增长趋势。手术、放疗、生物免疫疗法等治疗手段的不断改善, 使得前列腺癌患者的临床预后明显提升, 生存时间的延长促使学者开始重视前列腺癌患者的预后生存质量^[1]。基于此, 本研究调查其前列腺癌患者生存现状, 探讨相关影响因素, 旨在为防治提供参考。

1 肿瘤方面

1.1 Gleason 评分 (GS) 与 ISUP 分组 (GG) GS

直接反映前列腺癌患者肿瘤的分化情况, 随着GS的升高, 肿瘤的组织分化程度越低, 恶性度越高, 患者的预后越差。PERROT 等对术后患者的生化复发 (BCR) 时间进行研究, 发现GG ≥ 3患者发生BCR的风险明显高于GG ≤ 2患者 (HR = 2.26, P = 0.000 1)。部分患者术前GS与术后GS会发生升高或降低的情况, JANG等对术前与术后GS = 7的患者发生BCR的时间做了进一步研究, 相比一直处于3+4的患者, 由4+3降至3+4、3+4升至4+3、一直处于4+3的患者BCR时间明显变差 (HR = 1.675、1.908、2.699)。术前3+4的患者发生BCR的风险有时比4+3的风险还高, 而术后同样为4+3的患者发生BCR的风险也显著不同。SRIGLEY等指出许多临床医生认为前列腺癌的GS由最高级别评分决定, 然而这种做法却与Gleason系统的基本原理完全相反, 即前列腺癌的行为是基于各种组织学模式的相对比例, 而不仅仅是评分最高的模式, 并且在众多的研究之中缺乏ISUP4与5之间对患者预后影响的研究。首先, 在对患者预后的判断中, 临床医生应更规范的使用GS系统从而对患者的预后做出准确的评估, 其次, 术后的GS与前列腺癌患者的BCR发生时间关系更加密切, 探寻新的预后标记物可能会有助于对术前术后GS发生改变的患者做出区分, 对于预后较差的患者采取积极的新辅助治疗 (内分泌治疗或局部放疗) 将是一个不错的选择。

1.2 进一步分析前列腺癌患者生存质量的影响因素

婚姻状况、受教育程度、家庭人均月收入、病程、尿道压迫症状、抑郁症状是前列腺癌患者生存质量的独立影响因素。有配偶的患者在日常生活中能够获得更多的身心支持, 有利于提高生存质量。受教育程度高的患者经济收入和社会地位普遍较高, 能够获得更好的物质保障, 生存质量也随之升高。随着患者病程的延长, 脏器功能逐渐减退, 导致生存质量明显下降;尿道压迫症状对患者日常生活、睡眠、性功能等多个方面均造成不良影响, 造成心理状况、生理状况、环境状况、社会关系得分下降。抑郁是恶性肿瘤患者最常见的并发症, 对生存质量造成不良影响。综上, 应针对危险因素进行针对性干预, 提高患者预后水平^[2]。

1.3 年龄50~65岁为共享决策的危险因素

*通讯作者: 杨立军, 男, 汉族, 1984.11.20, 陕西渭南, 本科, 主治医师。研究方向: 前列腺恶性肿瘤的手术于内分泌治疗的对比。

相关研究显示,年龄较低的患者对自身病情更具有主观性,临床治疗过程中和医生沟通次数更多、沟通时间更长,因此患者更愿意和医生探讨病情后,共同决策手术治疗方案,共性决策型比例更高。相反,高龄患者在接受入院治疗后,由于自身机体功能较差,理解力及行动力等方面控制能力较差,加之前列腺癌治疗周期长或伴有自身基础疾病,部分老年患者易出现意识障碍,无法准确地判断自身病情发展状况及手术治疗方案。因此,手术治疗方案一般由主治医生了解患者病情后做出决定,属于被动决策型。对于此类患者,医护人员需加强向患者家属了解患者的基本状况,制定合理有效地治疗方案。初中以上为共享决策的危险因素。文化程度较高的患者获取、理解疾病相关知识的能力更强,对于医生提出的手术治疗方案更易理解,患者在了解自身疾病进展状况的前提下,一般和医生共同决策手术方案的概率较高。文化程度较低的患者对疾病及手术方法等相关知识的理解能力较弱,加之确诊疾病后,患者焦虑、恐惧感等负面情绪明显上升,导致手术决策权完全由医生把控,共享决策型比例偏低^[3]。

非首次入院为共享决策的危险因素。原因分析:非首次入院患者对前列腺癌相关知识及手术治疗方法的了解较多,且多数患者均已接受过医护人员对相关知识的普及,加之自身对疾病的关注度较高,更容易通过网络、书籍等途径获取疾病相关知识,更偏向于和医生探讨治疗方案,共享决策型患者较多。

1.4 医疗或保险为共享决策的保护因素

缴纳医疗或保险的前列腺癌患者所属共享决策型的比例较低。分析原因:缴纳医疗或保险的前列腺癌患者由于存在医保补助或保险报销等途径,手术治疗的经济压力会明显改善,患者治疗时一般会以治疗周期及效果为主,加之多数患者认为自身对疾病相关知识的理解能力较差,为避免错过疾病治疗的最佳施加,因此,更偏向于接受医护人员的建议。

1.5 DNA PTEN是已知的抑癌基因

PTEN的缺失与许多癌症的发生发展密切相关,上述IDC-P阳性患者就通常存在PTEN基因的缺失。HAMID等对PTEN表达减少与根治手术后前列腺癌患者的预后关系进行研究,结果发现低表达的PTEN与前列腺癌患者发生转移风险及不良OS独立相关。将PTEN表达状态加入临床因素(年龄、GS及TNM分期)的预测模型中,显著改善了预测10年后患者发生转移及死亡的准确性。说明了预测模型的完善对临床患者预后的判断及治疗方案的确有着极为重要的作用。

识别并应用新的预后标记物对于改进前列腺癌患者预后预测的准确性有着重要意义,并且可以减少不同临床医生对预后判断的差异,给予患者个体化治疗,改善不同前列腺癌患者的预后状况。VAN DEN EEDEN等对以17个基因为基础建立的基因组前列腺评分(GPS:0~100)与根治术后前列腺癌患者预后的关系进行研究,发现GPS与根治术后患者发生BCR、远处转移及CSS时间密切相关^[4]。

通过对前列腺癌患者分子机制的研究,这些因素不仅针对其机制进行靶向治疗,为前列腺癌患者提供新的治疗手段,也对前列腺癌患者的预后有着重要预测作用,为今后的研究提供了方向。

2 结束语

综上所述,随着患者病程的延长,脏器功能逐渐减退,导致生存质量明显下降;尿道压迫症状对患者日常生活、睡眠、性功能等多个方面均造成不良影响,造成心理状况、生理状况、环境状况、社会关系得分下降。抑郁是恶性肿瘤患者最常见的并发症,对生存质量造成不良影响。综上,应针对危险因素进行针对性干预,提高患者预后水平。

参考文献:

- [1]李志标,唐福才,卢泽潮,等.基于大数据的前列腺癌生物信息学分析[J].中山大学学报(医学科学版),2019,40(6):857-865.
- [2]李小升,赵玉兰,陈习田,等.前列腺癌患者生存随访数据分析[J].中国病案,2019,20(11):109-112.
- [3]沈洪君.前列腺癌特异性膜抗原用于前列腺癌的诊疗研究进展[J].临床医学进展,2019,9(5):697-702.
- [4]罗敏,朱玲,刘玲,等.影响前列腺癌患者生存质量的危险因素分析[J].西部医学,2018,30(8):1200-1202.