

# Rakovina prostaty: v prevenci se Češi zlepšují. Diagnostikovaných přibývá, zemřelých ne

Stoupající počet nově diagnostikovaných, prodlužující se délka života lidí v posledních stadiích choroby a stagnující počet úmrtí. Tak vypadají v ČR výsledky péče o pacienty s rakovinou prostaty. Ačkoliv mají čeští muži oproti Západu ještě lehké mezery v prevenci, povědomí o nemoci roste a lidí, kteří se nechají preventivně zkontrolovat a pomohou tak odhalit chorobu včas, přibývá. Povědomí právě během listopadu pomáhá zvyšovat akce Movember zaměřující se na mužské zdraví.

„Rakovina prostaty je dnes nejčastější mužské nádorové onemocnění, nepočítáme-li některé méně závažné nádory, jako jsou bazaliomy. V poslední době předstihla i obávané střevní a plicní nádory. V roce 2011 bylo nově zachyceno 7000 mužů a předpokládáme, že letos by jich mělo být kolem 9000. Vzrůstající trend je tedy zcela evidentní,“ popisuje profesor Marek Babjuk, přednosta Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

Důvodem rostoucího počtu diagnostikovaných je jednak dřívější a lepší záchyt nemoci, jednak reálně stoupající počet mužů, u nichž se onemocnění objeví. To dokazují počty pokročilejších případů rakoviny prostaty – pacientů s metastázami bylo tu v roce 2011 diagnostikováno téměř 900, zatímco o deset let dříve jich bylo méně než 700. Jde přitom o pacienty, kteří už mají potíže, takže se u lékaře objeví v každém případě.

U rakoviny prostaty bohužel nemáme primární prevenci – zatím totiž není známa příčina onemocnění. Jedním z možných faktorů, který může hrát při vzniku roli, je strava – v Japonsku byl

totiž dříve i dnes mnohem nižší výskyt rakoviny prostaty než na Západě. Pokud se ale Japonec přestěhuje do USA, kde dlouhodobě žije, má stejné riziko vzniku nemoci jako Američané. Vliv hrají také vrozené faktory – například černoši v USA mají vyšší výskyt než běloši. Asi deset procent případů rakoviny prostaty jsou geneticky vázané. Existují rodiny, v nichž onemocní ve vyšším věku většina mužů.

### **Preventivní vyšetření nejlépe po padesátce**

Pokud tedy chce muž zabránit tomu, aby jednou zemřel na rakovinu prostaty, zbývají mu preventivní kontroly. Díky hladině PSA (prostatického specifického antigenu) je totiž z krve možné zjistit, zda u pacienta není riziko rozvíjející se rakoviny – a to měsíce předtím, než by se objevily první příznaky nebo by bylo možno nádor zjistit prohmatem.

„Strategie může být dvojitá – buď plošný screening, což je státní strategie, kdy se řekne, že by všichni muži v určitém věku měli jít na vyšetření. Pak existuje aktivní přístup pacienta, který se rozhodne pečovat o své zdraví. Vyhledá tedy příslušného lékaře, který se bude snažit onemocnění zachytit. V současné době je doporučována druhá možnost. Panuje totiž obava, že bychom zachytili příliš mnoho nádorů, které bychom léčit nemuseli. Rakovina prostaty je většinou pomalu probíhající nádorové onemocnění, takže občas zachytíme muže, jehož bychom diagnostikovat nemuseli, protože zemře na něco jiného. Proto screening není doporučován ani v jiných zemích EU. Doporučuje se ale – a to jak evropskou, tak českou urologickou společností – právě aktivní přístup lidí, kteří si jsou vědomi pozitiv i negativ testování,“ vysvětluje profesor Babjuk.

Nevýhodou testování je, že hodnota PSA může být zvýšená, i když pacient nemá rakovinou. Obecně sice platí, že čím vyšší hladina, tím vyšší riziko nádoru – jenže za zvýšením může stát i jiné onemocnění prostaty. Lékař pak musí dělat biopsii, tedy odběr vzorku z prostaty, která stanoví diagnózu. Pokud pacient

rakovinu nemá, zbytečně si zkomplikuje život a dostane se do stresu.

„Podle urologické společnosti pozitiva převažují, ale mělo by to být soukromé rozhodnutí každého pacienta. Muži by nejlépe kolem 50 až 55 roku (vyšetření nemá smysl nad 75 let) měli navštívit urologa, který provede testování. Existují studie, které dokazují, že když se aktivně onemocnění vyhledává, vede to ke snížení rizika, že na něj pacient umře. Americká populace je v tomto velmi disciplinovaná a ve statistikách už se prokázalo, že dochází ke snížení úmrtnosti na rakovinu prostaty,“ podotýká Marek Babjuk s tím, že na Západě chodí na vyšetření více lidí. I u nás už se ale zlepšující se prevence podepisuje tím, že navzdory rostoucímu počtu diagnóz nepřibývá úmrtí.

Pokud pacient zjistí, že rakovinu skutečně má, ale zasáhla zatím pouze prostatu, čeká na něj buď operační zákrok, tzv. radikální prostatektomie, anebo ozařování. Podle hladiny PSA pak lékaři sledují, nakolik léčba zabrala – pokud je úspěšná, měla by hladina antigenu klesnout k nule.

Ačkoliv je podle Marka Babjuka síť urologů v ČR velmi dobrá – dokonce lepší než v některých západních zemích – není příliš dobře nastaven systém úhrad, a to jak u preventivních vyšetření, tak u operačních zákroků. „Vyšetření samozřejmě nějakým způsobem hrazeno je, ale urologové mají nastaveny limity a tak dále. Nemůžou tedy mít najednou dvojnásobek pacientů, protože by jim to pojišťovna nezaplatila. Počet lidí, kteří na vyšetření chodí, se zvyšuje, ale zatím to naštěstí systém zvládá a nezdá se, že by to zvládat neměl. Úhrady jsou špatně nastavené i u operačních výkonů – sazebník tam nebyl inovován už skoro desítky let. Pořád se o tom hovoří, ale stále se to odkládá,“ upozorňuje profesor Babjuk.

### **Léčba prodlouží život s metastázami i o více než dva roky**

Někteří pacienti se bohužel při diagnóze dozvědí, že už

onemocnění metastazovalo. V takových případech se již lokální léčba neprovádí – onemocnění je rozeseté po těle, takže nemá smysl. V současné době je v ČR kolem dvou tisíc mužů v tomto stadiu, kteří podstupují léčbu nebo je terapie čeká. Jako první přitom lékaři nasazují hormonální léčbu.

„Růst rakoviny prostaty je závislý na mužských pohlavních hormonech. Lze tedy léčit tak, že se hladina hormonů sníží. Nádor, který hormony potřebuje k růstu, tak růst přestane. Obecně se tomu říká kastrace, ale málokdy jde o odstranění varlat – toho samého efektu dosáhneme injekcemi, kterými umíme hladinu hormonu snížit. Na léčbu velmi dobře reaguje 80 až 90 procent pacientů, takže nemoc přestane postupovat nebo i může lehce ustoupit. Efekt je ale přechodný, trvá 18 až 24 měsíců. Pak nádor pokračuje v růstu i bez mužských pohlavních hormonů, kdy nastává fáze kastračně rezistentního nádoru,“ popisuje Marek Babjuk.

V této fázi už nádor není léčitelný a při terapii je nezbytná spolupráce urologa s onkologem. V ČR je nyní 13 komplexních onkologických center, která o pacienty pečují. „V posledním stadiu přichází na řadu péče klinického onkologa, který indikuje chemoterapii a nová léčiva. Základní léčbou je chemoterapie, která nás provází už desetiletí. Její účinek byl ale ještě před deseti lety velmi chabý. Snížil sice bolesti, jenže nedošlo k závažnému prodloužení života. Odpověď na léčbu se pohybovala kolem sedmi procent a medián přežití byl šest až deset měsíců,“ uvádí onkoložka Jana Katolická, primářka Onkologicko-chirurgického oddělení FN u sv. Anny v Brně.

Cytostatikum, které jako první prokazatelně prodloužilo přežití, se objevilo v roce 2004 a je léčbou první linie dodnes. Další novinky přišly zhruba před pěti lety – v roce 2010 tak bylo na trhu sedm přípravků, od roku 2012 jich je devět. Objevila se už i hormonální léčba ve formě tablet, díky níž nemusí pacient pobývat v nemocnici.

„Pokud se je naučíme dobře kombinovat, jsme schopni prodloužit

pacientovi život o déle než dva roky. Zatím se to učíme – rakovina prostaty je totiž velmi heterogenní onemocnění a není u každého pacienta stejné, záleží i na tom, zda jsou metastázy jen v kostech, nebo i v játrech a plicích. Ti, kteří mají postižení i v játrech a plicích, přežívají o polovinu méně než ti, kdo mají napadené spádové uzliny a kosti,“ dodává Jana Katolická s tím, že společně s prodlužováním života se díky léčbě zlepšuje i jeho kvalita.

V poslední fázi onemocnění se navíc lékaři musí vypořádat s komplikacemi. Protože jsou metastázy obvykle v kostech, dochází až téměř u poloviny pacientů k jejich lámání. Kost je totiž v místě metastázy slabší a snadno praskne. Velký problém to pak znamená u páteře, kde může dojít ke zhroucení obratlů a znehybnění pacienta.

„Pacient má při metastázách řadu dalších problémů a na léčbě se proto musí podílet onkolog i urolog. Lidé mají často problémy ryze urologického rázu dané růstem nádoru v prostatě – tedy potíže při močení, krvácení či problémy s odtokem moči z ledvin. Je proto třeba vytvořit dobře fungující systém, aby se pacienti dostali do onkologických center, kde dostanou potřebnou léčbu. Na druhou stranu by měli zůstat zakotveni ve svém prostředí a pokračovat v péči u urologa. Potřebovali bychom to zorganizovat tak, aby pacient měl co nejméně dojíždění,“ uzavírá Marek Babjuk.

*Článek je převzatý z portálu [zdravotnickydenik.cz](http://zdravotnickydenik.cz), kde byl publikovaný 12. 11. 2014*