Často kladené dotazy na téma Karcinom prostaty

Dotaz: Dobrý den, je mi 71 let a byl mi diagnostikován karcinom prostaty. Jako léčbu mi ošetřující lékař doporučil robotické odstranění prostaty. Na internetu jsem hledal možnosti léčby onoho onemocnění a našel jsem jako nejvhodnější léčbu (dle uvedeného textu) ozařování protonem. Současně jsem vyhledal na stránce ČUS vesměs negativní stanoviska k protonové léčbě prostaty. Obracím se na Vás s dotazem, zda došlo v této diskuzi k nějakému posunu. Děkuji.

Odpověď: Dobrý den, v současné době pro nemocné s tzv. lokalizovaným onemocněním (karcinomem) jsou možné tři cesty, jak postupovat. Podle stupně rozsahu nádorového postižení a rizikových faktorů daných nádorem a přidruženými chorobami jsou možné následující základní postupy

1. Aktivní sledování
2. Radikální prostatektomie (chirurgické odstranění prostaty)
3. Radikální radioterapie (ozáření prostaty)

U každého nemocného zvažujeme individuální charakteristiky onemocnění a konkrétní stav nemocného, jeho potřeby a očekávání. Po zvážení individuálního stavu po dohodě s pacientem zvažujeme a navrhujeme léčebný postup. Role nemocného je v této situaci zcela jedinečná a nezaměnitelná.

Rozhodnutí o možném postupu léčby v dané konkrétní situaci je i rozhodnutím informovaného pacienta. Mnoho informací je dostupných na www.rakovinaprostata.org, informačním webu, na kterém se podílejí odborníci, specializující se na uroonkologická onemocnění, v tomto případě tedy karcinom prostaty.

Radioterapie je jednou z možností léčby karcinomu prostaty, od

lokalizovaného až po metastatické formy onemocnění. Rozsah a použití je závislý na pokročilosti onemocnění. Protonová léčba je jednou z možností zevní radioterapie. V současné době nejsou dostupná spolehlivá data, která by zdůvodnila její využití právě u karcinomu prostaty. A to jak z hlediska účinnosti, tak i z hlediska bezpečnosti léčby. Výstupy předkládané z pracoviště v České republice, kde je tato metoda používána, nejsou zasazeny do náležitého kontextu a mohou vést u nemocných k mylnému dojmu o vynikající účinnosti a bezpečnosti léčby.

Dotaz: Dobrý den, mám dotaz, zda je nutné v případě biopsie prostaty čerpat pracovní volno a jestli probíhá vyšetření v celkové anestezii.

Odpověď: Dobrý den, biopsie prostaty probíhá v naprosté většině případů v ambulantním režimu bez celkové anestezie, pacient nemusí být ani tzv. nalačno. Krátce před a po biopsii jsou podávána antibiotika, aby se zabránilo infekčním komplikacím. Pacient standardně po biopsii odchází domů, pokud nenastanou jakékoliv komplikace. Doporučujeme obvykle cca dva až tři dny klidový režim, tedy nezvedat těžká břemena a nesportovat, vyhnout se horkým koupelím či sauně. Ve většině případů tedy není třeba čerpat pracovní volno a pacient může jít další den do práce, v závislosti na povaze jeho činnosti. Při odběru cca 10-12 vzorků není celková anestezie nezbytná. Na většině pracovišť se provádí injekční lokální znecitlivění okolí prostaty nebo se zavádí před výkonem čípek s analgetickým účinkem. Celková anestézie se podává výjimečně a to pokud se plánuje odběr většího množství vzorků (například >20, tzv. saturační biopsie) nebo pokud jsou u pacienta komplikující nemoci, zejména zúžení konečníku. V tomto případě probíhá biopsie za 1-2 denní hospitalizace.

Dotaz: Mám potvrzený karcinom prostaty a chtěl jsem se zeptat na rozdíly mezi navrhovanou léčbou – ozařováním nebo radikální operací.

Odpověď: Dobrý den, jedná se o složitou volbu. Obecně jsou oba přístupy z onkologického hlediska srovnatelné, byť žádné srovnávací studie operace vs. ozařování nebyly provedeny. Rozdíl je převážně ve spektru nežádoucích účinků, u operace se jedná ve velké míře o poruchu erekce a v malém procentu o únik moči. Nezanedbatelné jsou také rizika anestezie a samotného operačního výkonu. U radioterapie zase může nastat akutní krvácení ze sliznic měchýře nebo konečníku, které může pokračovat tzv. poradiačním chronickým zánětem. Radioterapie je také časově velmi náročná, probíhá ambulantně často v několika desítkách sezeních. O výhodách i nevýhodách obou přístupů byste měl být podrobně informován od Vašeho ošetřujícího lékaře. Obecně platí, že operace se volí u pacientů mladších s relativně dobrým zdravotním stavem bez přidružených onemocnění a radioterapie zase u pacientů rizikovějších (např. u pacientů užívající warfarin, se závažným onemocněním srdce, cév apod.)

Dotaz: Vzhledem k dlouhé době od potvrzení diagnózy do operace (cca 4 měsíce) mám obavu, že dojde k prodlení a eskalaci onemocnění.

Odpověď: Dobrý den, na tuto otázku již existuje relativně jednoznačná odpověď. Ve velkých studiích bylo prokázáno, že doba od diagnózy do výkonu nemá vliv na onkologický výsledek. Rozhodující je agresivita nádoru podle parametrů PSA a výsledků biopsie. Nejméně agresivní nádory je možné dokonce i pouze sledovat a operaci provést i s odstupem několika let. Odstup několika měsíců od biopsie je tedy ve většině případů onkologicky bezpečný.

Dotaz: Dobrý den, chtěl bych se zeptat na možnosti laparoskopického řešení operace. Dále jsem se dočetl o možnosti tzv. robotické operace. Jaký je v těchto přístupech rozdíl a kterou operaci bych si měl vybrat?

Odpověď: Dobrý den, laparoskopie je operační přístup, při kterém se využívá kamera a výkon se provádí pomocí nástrojů

zavedených malými otvory přes kůži do břišní dutiny. Tato metoda přináší řadu výhod. Obecně je u tohoto typu operace rychlejší rekonvalescence (zotavení po operaci), kratší doba hospitalizace, menší jizva (spíše několik kratších), menší potřeba léků proti bolesti a menší krevní ztráty během výkonu. Vedle laparoskopie můžeme využít i tzv. robotem asistovanou operaci. Neznamená to, že by operaci prováděl sám robot, ale nástroje jsou připevněné k robotickému systému a operatér ovládá pohyb nástrojů pomocí konzole. Operatér může tedy operaci provádět vsedě a pomocí speciální optiky vidí vysoce kvalitní 3D obraz. To mu dovoluje precizní postup a přesné provedení operace. Díky tomu se operatér dostane velmi dobře i do špatně přístupné oblasti jako je malá pánev, ve které je umístěna prostata. Zpravidla tak může v maximální možné míře ušetřit nervy a cévy, které slouží k erekci a funkci svěrače a zároveň pohodlně vytvořit tzv. anastomózu, tedy našít močovou trubici zpět na močový měchýř. Jestli zvolit operaci laparoskopickou nebo robotickou je nejlepší ponechat v rukou Vašeho operatéra. Každý operatér má zkušenosti s jiným přístupem a nejdůležitější je, aby si byl on jistý svým postupem.

Dotaz: Jaké jsou negativní důsledky radikálního operačního řešení a zda jsou trvalé – např. používání vložek a nemožnost dosáhnout erekce. Je možná následná terapie vedoucí ke zlepšení daného stavu?

Odpověď: Dobrý den, nejčastější komplikací po radikální prostatektomii je porucha erekce, tzv. erektilní dysfunkce. Ta postihuje podle různých studií 30-100 % pacientů, spontánní erekci nemá po výkonu většina pacientů. Druhým problémem je únik moči, který nastává přibližně u 5-10 % pacientů. U pacientů také může vzniknout striktura (zúžení) močové trubice v místě operace, která se projeví obtížným močením. Na každém pracovišti by měl existovat komplexní program, který tyto negativní důsledky efektivně řeší. V případě poruchy erekce je nutná andrologická konzultace, zpočátku se zkouší léčba pomocí

tablet (např. sildenafil či jiné preparáty), v případě neúspěchu je často velmi účinná aplikace speciálních léčiv tenkou jehlou přímo do topořivých těles. V některých vybraných případech bývá stále častěji zvažována i implantace penilní protézy. Únik moči se po operaci rychle zlepšuje. Zásadní je rehabilitace svalů pánevního dna, se kterou je možné začít již před plánovaným výkonem. Malý efekt mohou mít léky na zvýšení kapacity měchýře, v těžkých případech je možné do oblasti svěrače vložit podpůrnou pásku nebo umělý svěrač. V případě striktury močové trubice je nutné zúžení operačně protnout a krátkodobě ponechat močovou cévku.

Dotaz: Jak lze léčit poruchu erekce, způsobenou chirurgickým zákrokem? Lze napomoci k obnově přerušených nervových spojení působením elektrostimulačních impulsů, případně akupunkturou nebo speciálními cvičeními?

Odpověď: Dobrý den, porucha erekce (erektilní dysfunkce), postihuje po radikální prostatektomii velké procento pacientů a každý pacient by o tomto riziku měl být předem informován. V indikovaných případech je možné provést tzv. nervy šetřící výkon, u kterého se prokázala nižší míra pooperační erektilní dysfunkce. Nejdůležitější je však respektování onkologické bezpečnosti, tedy kompletní odstranění nádoru má vždy přednost před funkčními výsledky. Pokud u Vás nedojde ke spontánnímu obnovení erekce, již na první kontrole po výkonu by tento problém měl být konzultován s Vaším lékařem. Ten Vám většinou nejprve navrhne tabletovou léčbu známými prostředky na podporu erekce (v ČR dostupné látky např. sildenafil, tadalafil, vardenafil). Pokud nebude patrný efekt, je možné aplikovat tenkou jehlou účinnou látku přímo do topořivých těles. Aplikaci Vás naučí Váš ošetřující lékař nebo specialista v andrologické ambulanci. Látka se vpichuje vždy těsně před pohlavním stykem, účinek nastupuje cca za 15 minut a může trvat až dvě hodiny. Z našich zkušeností vyplývá, že tento způsob léčby je úspěšný u více než 90 % pacientů. Implantace penilní protézy bývá poslední zvažovanou volbou. V odborné

praxi se léčba poruchy erekce pomocí elektrostimulačních impulsů nebo akupunktury neprovádí, jedná se totiž především o anatomické poškození nervového a cévního zásobení topořivých těles, kde by tyto metody pravděpodobně nebyly úspěšné. Speciální cvičení slouží spíše ke zlepšení úniku moči (tzv. Kegelovy cviky a jiné).

Dotaz: Co může úspěšně odoperovaný pacient dělat pro to, aby v budoucnu nedošlo k nějakému zhoršení jeho stavu v této nebo v související oblasti?

Odpověď: Dobrý den, nejdůležitější je dodržovat stanovené kontroly po operaci, které by měly proběhnout každé tři měsíce v prvním roce, po šesti měsících ve druhém a třetím roce a poté celoživotně jednou za rok. Na každé kontrole je odebrána krev na PSA a obvykle i provedeno vyšetření přes konečník. Na kontrolách je také možné řešit všechny pooperační komplikace.

Dotaz: Od jakého věku se doporučuje u potomků začít kontrolovat hladinu PSA? Je známa účinná prevence, nebo životospráva nebo doporučení v oblasti sexu pro mužské potomky?

Odpověď: Dobrý den, podle evropských doporučení je možné testovat hladinu PSA u pacientů již ve věku 40 let. Každý pacient by měl být poučen o relativně nízké citlivosti testu a nutném opakování odběru krve nebo nutnosti podstoupit biopsii prostaty (i opakovaně). Přítomnost karcinomu prostaty u rodinných příslušníků (otec, bratr apod.) je jedním z rizikových faktorů pozitivního nálezu v biopsii a dotaz na onkologické onemocnění v rodině by měl být součástí každého vstupního vyšetření nejen v urologické ambulanci. Neexistuje jasný formát prevence karcinomu prostaty, nicméně redukce tělesné váhy, nekuřáctví, omezení živočišných tuků a zvýšený příjem vitaminu C, E a zinku nebo selenu může omezit riziko vzniku karcinomu prostaty.

Dotaz: Dobrý den, zajímalo by mě, jaká výše PSA po operaci

rakoviny prostaty je důvodem pro případnou chemoterapii či ozařování?

Odpověď: Dobrý den, PSA po radikální prostatektomii je standardně kontrolováno každé tři měsíce po dobu 1 roku, poté po půl roce ve druhém a třetím roce a poté každoročně celoživotně. Přibližně u třetiny pacientů dojde v průběhu sledování k opětovnému vzestupu PSA z nulových hodnot (tzv. PSA nebo biochemická recidiva). Kontroly jsou velmi důležité, protože dokáží zachytit vzestup brzo a je možné zvolit další postup. U pacientů s pomalým vzestupem se volí doplňkové ozařování oblasti po operaci, ideálně je zahájit ozařování do hodnoty PSA 0,2 ng/ml. Váš ošetřující lékař tedy bude PSA pravidelně kontrolovat a při opakovaném vzestupu Vám ozařování nabídne. Je prokázáno, že časné ozáření v případě PSA relapsu prodlužuje pacientům život. V některých případech je indikována hormonální léčba. Jestli je pacient doporučen k radioterapii nebo hormonální léčbě závisí na mnoha faktorech, především na rychlosti elevace PSA. Rozhodnutí musí být provedeno zkušeným lékařem. Chemoterapie je indikována v případě pokročilého onemocnění, především metastatického a kastračně rezistentního onemocnění, i když v poslední době je zvažováno její použití i v časnějších stádiích onemocnění. Vzhledem k tomu jsou celoživotní kontroly nezbytné.

Dotaz: Jaká je průměrná délka přežití po operaci rakoviny prostaty?

Odpověď: Dobrý den, odpověď na tuto otázkou není jednoduchá. Vyléčení z rakoviny se obecně hodnotí počtem přežívajících pacientů v pěti letech od diagnózy. U rakoviny prostaty je v případě nádoru bez metastáz pětileté přežití téměř 100 %, karcinom prostaty je tak velmi dobře léčitelný a vyléčitelný. V případě primárně metastatického onemocnění je přežití v pěti letech bohužel pouze přibližně 30 %, ale zde již o radikální prostatektomii nelze uvažovat. Problémem je fakt, že operaci často podstupují pacienti ve věku padesát nebo šedesát let, tedy jejich očekávaná délka života je více než dvacet let.

Případná recidiva onemocnění se tak může objevit až za mnoho let a vyžadovat další léčebné zásahy, například ozařování nebo hormonální léčbu. Obecně ale platí, že operace rakoviny prostaty prodlužuje pacientům život, zvláště, pokud ji podstoupí v relativně mladém věku. Je ale také nutné vzít na vědomí možné komplikace radikální léčby.

Dotaz: Zajímá mě, je-li přímá úměra mezi výší PSA a věkem pacienta při rozhodnutí o biopsii (četl jsem, že u pacientů např. okolo 70 let bývá i PSA okolo 6 -7 tzv. v normálu). Samozřejmě vím, že rozhodující je nárůst PSA a ne samo číslo.

Odpověď: Dobrý den, máte pravdu. PSA je věkově závislá veličina. U starších pacientů může být i hodnota kolem 6 ng/ml považována za normální, musíme ale také brát ohled na velikost prostaty (čím větší prostata, tím větší produkce PSA i nezhoubnými žlázkami). U těchto pacientů hodnotíme ale i tzv. biologický věk. Můžeme se setkat s pacientem ve věku 70 let se závažnými onemocněními (např. srdečními, plicními, atd.), která je na životě ohrožují více než zvýšená hodnota PSA a případná diagnóza karcinomu prostaty. Na druhou stranu jsou i pacienti starší 80 let, kteří jsou ve výborném fyzickém stavu a při vyšší hodnotě PSA biopsii provedeme, abychom mohli event. agresivní nádor léčit co nejdříve.

Autoři:

MUDr. Vojtěch Novák (Urologická klinika FN Motol, Praha)

MUDr. Ondřej Příman (Urologická klinika FN Motol, Praha)

Supervize: doc. MUDr. Štěpán Veselý, Ph.D. (Urologická klinika FN Motol, Praha)