

VYŠETŘOVACÍ ALGORITMUS U KARCINOMU PROSTATY

MUDr. Miloš Brodák¹, MUDr. Miloslav Louda, Ph.D.¹, doc. MUDr. Karel Odrážka, Ph.D.², MUDr. Martin Doležel²

¹Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

²Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN Hradec Králové

Na základě současných poznatků předkládáme algoritmus vyšetření u karcinomu prostaty. V návaznosti na výsledky probíhajících randomizovaných studií může doznat další změny.

Urolog. pro Praxi, 2006; 6: 298–300

Základní vyšetření při podezření na karcinom prostaty

Anamnéza

Fyzikální vyšetření včetně palpce per rektum

Prostatický specifický antigen (PSA) *

*PSA – arbitrážně stanovené fyziologické rozmezí je 0–4 ng/ml

U hodnot 4–10 ng/ml je vhodné doplnění i o poměr volné části (FPSA) k celkovému PSA, který je u BHP větší než 20 %.

Stanovujeme i věkové specifické PSA, PSA-denzitu, PSA-velocitu a další.

Pozor, pokud nemocný užívá blokátory 5-alfa-reduktázy, je hodnota PSA o cca 50 % nižší, poměr však zůstává nezměněn!

Základní vyšetření při diagnóze karcinomu prostaty

Fyzikální vyšetření

Histologie*

PSA

Transrektální ultrasonografie (TRUS)

CT pánve**

Pánevní lymfadenektomie (PLA)***

Scintigrafie skeletu

rtg plic

UZ břicha

Celkový stav a očekávaná délka života

*Histologie by měla obsahovat nejen potvrzení nádoru, ale i gleasonské skóre, případně grade, a také procento zastoupení tumoru v odebraném materiálu

**CT pánve pokud plánujeme radioterapii

***V rámci radikální prostatektomie nebo jako samostatný výkon před radioterapií

Indikace k PLA*

Vždy před radikální prostatektomií (RRP) nebo radioterapií (RT)

• pokud je riziko postižení uzliny větší než 15 % podle Roach formule: % riziko N+ = $2/3 \text{PSA} \times [(\text{GS}-6) \times 10]$

• pokud je riziko postižení uzlin větší než 10 % dle Partinova nomogramu (PSA > 10, GS > 6)

*Otázka zda indikovat minimální (obturatorní skupina), standardní (zevní ilická + obturatorní skupina) nebo rozšířená (zevní ilická + obturatorní + vnitřní ilická skupina). Odpověď není dosud jasná – probíhají randomizované srovnávací studie.

Určení rizika

Nízké riziko

T1-T2a a PSA ≤ 10 a GS 2-6

Střední riziko

T2b-c nebo PSA 10–20 nebo GS 7

Vysoké riziko

T3 nebo PSA > 20 nebo GS 8–10

Tato stratifikace je důležitá nejen pro nastavení optimální léčby, ale i pro další sledování pacientů, plánování kontrol a stanovení prognózy.

Léčba karcinomů s nízkým rizikem

T1-T2a, PSA ≤10, GS 2–6

RRP

Radioterapie s modulovanou intenzitou (IMRT) – 78 Gy

Pozorné sledování – watchfull waiting (WW)*

* WW u pacientů s krátkou očekávanou délkou života nebo jinak kontraindikovaných k radikální léčbě

Léčba karcinomů se středním rizikem

T2b-c, PSA 10-20, GS 7

RRP

IMRT 78–82 Gy (dle topografie pánve)

U této skupiny pacientů je vyšší riziko recidivy, proto je nutné častější sledování pacientů než u nemocných s nízkým rizikem.

Léčba karcinomů s vysokým rizikem

T3, PSA >20, GS 8-10

T3a, PSA ≤20, GS ≤7

RRP

neoadjuvantní antiandrogenní léčba (AA) + IMRT 78–82 Gy (dle topografie pánve)

T3a, PSA > 20 nebo GS 8–10

T3b

PSA ≤50 neoadjuvantní AA + IMRT 78–82 Gy (dle topografie pánve)

PSA >50 neoadjuvantní AA + 3D-CRT 74 Gy

GS 8–10 trvalá adjuvantní AA (OE nebo trvale LHRH)

Léčba pokročilého karcinomu prostaty

T4 N0 M0

trvalá AA – orchiektomie (OE) ± RT 70 Gy (pánev 50 Gy + prostata 20 Gy)

T1-4 N1 M0

trvalá AA (OE) ± RT 70 Gy (pánev 50 Gy + prostata 20 Gy)

T1-4 N0-1 M1

trvalá AA (OE)

Stále probíhá diskuze, jaká je u této skupiny pacientů optimální antiandrogenní léčba. Bilaterální orchiektomie však zůstává základní metodou.

LHRH analogy jsou možnou alternativou, hlavním problémem ale zůstává jejich cena.

Antiandrogeny v monoterapii nedosahují podobných výsledků.

Totální androgenní blokáda (kombinace OE nebo LHRH + antiandrogen) nepřináší pozitivní efekt pro pacienta, snad s výjimkou nemocných v celkově dobrém stavu a dlouhou očekávanou délkou života.

Doporučené postupy u této komplikované skupiny pacientů se budou dále modifikovat podle výsledků dalších randomizovaných klinických studií.

Léčba relapsu po radikální prostatektomii

Adjuvantní RT

pT3, pozitivní okraj* - 3D-CRT 70 Gy

pN1 - trvalá AA (OE) + RT 70 Gy (pánev 50 Gy + lůžko prostaty 20 Gy)

Záchranná RT

PSA ≤2,0 3D-CRT 70 Gy

*Pozitivní okraj – histologický nález karcinomu dosahujícího k okraji preparátu

Pozvolná kolísající elevace PSA po RRP – nutno sledováním a sonograficky, eventuálně i bioticky, odlišit, zda je jedná o recidivu karcinomu nebo produkci PSA částí ponechané tkáně prostaty po RRP.

Vysvětlivky:

3D-CRT – trojrozměrná konformní radioterapie

GS – Gleasonovo skóre

MUDr. Miloš Brodák

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové 5

e-mail: MBrodak@seznam.cz

Literatura u autora