

Hormonální léčba u nízké rizikového karcinomu prostaty?

MUDr. David Hradil, MUDr. Milan Král, Ph.D., MUDr. Igor Hartmann, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Autor prezentuje případ pacienta, u kterého byl prokázán nízké rizikový lokalizovaný karcinom prostaty a byla zcela atypicky zahájena kombinovaná terapie (hormonální léčba s plánovanou kurativní radioterapií). Uvádíme zde možnosti léčby takového pacienta s přihlédnutím k současnému znění doporučení Evropské urologické společnosti.

Klíčová slova: nízké rizikový karcinom prostaty, hormonální léčba.

Hormonal therapy and low risk prostate cancer?

The author presents a case of patient with low risk prostate cancer, who underwent atypically combination therapy (hormonal therapy and planned curative radiotherapy). We mention possibilities of treatment according to the last version of EAU Guidelines 2010.

Key words: low risk localised prostate cancer, hormonal treatment.

Urol. praxi, 2011; 12(5): 313–314

Úvod

Karcinom prostaty je v zemích severní polokoule nejčastější malignitou u mužů. Zvýšená incidence je dána především intenzivnějším screeningem. Léčebný přístup diferencovaný podle charakteru, rozsahu a fáze onemocnění a podle věku pacienta zahrnuje více možností – pacienta s nízké rizikovým karcinomem prostaty (tj. klinické stadium T1c–T2a, PSA ≤ 10 ng/ml a Gleasonovo skóre ≤ 3+3) se nabízejí: aktivní sledování, radikální prostatektomie, watchful waiting a radikální radioterapie.

Případ

V 71 letech bylo aktivnímu pacientovi ve velmi dobrém biologickém stavu při preventivní prohlídce u praktického lékaře zjištěno PSA 7,5 ng/ml. Byla doporučena biopsie prostaty, kterou podstoupil na nespádovém pracovišti, a byl zjištěn karcinom prostaty ve stadiu T1c NX MX, Gleasonovo skóre (GS) 3+3. Bylo doplněno scinti skeletu a CT malé pánve, obojí negativní. Pro life expectancy mezi 5–10 lety, BMI 31 a interní komorbidit (CHOPN III. st.), nebyla s pacientem probírána důsledně strategie léčby a bez jakéhokoli vysvětlení povahy onemocnění a možnostech léčby byla nasazena maximální androgenní blokáda v podobě Zoladex depot 10,8 mg + Casodex 150 mg s plánem následného provedení radioterapie ve spádu. I přes velmi silné nežádoucí účinky (hot flushes a celkovou slabost s únavou) užíval pacient trpělivě celé 3 měsíce nastavenou léčbu. Především pro tyto nežádoucí účinky byla pacientem tato léčba vysazena a před plánovanou radioterapií bylo kontaktováno naše pracoviště. Možnosti léčby byly opakovaně s paci-

entem probírány a z nabízených možností si pacient nakonec vybírá roboticky asistovanou radikální prostatektomii. Výkon byl proveden s ohledem na nízké riziko karcinomu prostaty bez lymfadenektomie, nervy šetřící technikou. Pooperační staging prokázal onemocnění lokalizované na prostatu – pT2a N0 M0 GS 3+3 a negativní chirurgické okraje. Za 30 dní od výkonu je pacient plně kontinentní, došlo i ke zmírnění symptomů CHOPN a pacient je opět ve svém životě aktivní (1, 2).

Diskuze

Mezi možnostmi léčby nízké rizikového lokalizovaného karcinomu prostaty patří dle doporučení EAU z roku 2011, radikální prostatektomie, radioterapie, aktivní monitoring a watchful waiting. Aktivní sledování je alternativou léčby u pacientů s PSA pod 10 ng/ml, s GS ≤ 6, klinického stadia T1c–2a. Radikální prostatektomie je považována za zlatý standard u pacientů stadia T1c–2 s life expectancy nad 10 let. Radioterapie je alternativou operační léčby nebo je doporučována u pacientů, u nichž je chirurgická léčba kontraindikována. Hormonální terapie, resp. léčba antiandrogeny je spojena s horším výsledkem ve srovnání s watchful waiting a u nízké rizikového karcinomu prostaty není indikována (3, 4, 5, 6).

Podle Partinových tabulek je v případě našeho pacienta 81 % pravděpodobnost, že bude karcinom lokalizován na žlázu (2, 3). Dle Hanových nomogramů je riziko biochemické recidivy po chirurgickém výkonu při stadiu T1c N0 M0, s life expectancy pohybující se mezi 5–10 lety při průměrné délce života v ČR 76,5 roků, pouhých 5 % (9, 8). Při patologickém stadiu onemocnění T2aN0 M0

vzrostlo u našeho pacienta riziko biochemické recidivy o 1 %, tj. na 6 % (8, 9). Existují randomizované studie (RTOG 86–10, RTOG 96–02), které prokázaly, že přidání hormonální léčby k radioterapii jako definitivní léčbě zlepšuje léčebné výsledky ve smyslu celkového přežití u pacientů středního a vysokého rizika, nikoli však u nízké rizikového onemocnění (5, 6)! Podle doporučení Americké onkologické společnosti (NCCN Practise Guidelines in Oncology v.1.2011) nejsou pacienti s nízkým rizikem recidivy (tj. T1–T2a, GS 2–6, PSA pod 10 ng/ml) indikováni ke kombinované RT+HT (10).

Závěr

V léčbě je vždy třeba seriózně informovat pacienta o možnostech, očekávaném výsledku, nežádoucích účincích a benefitu daného terapeutického postupu s ohledem na pacientovy interní komorbidit a celkový biologický stav.

Literatura

1. Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, Mason MD, Matveev V, Mottet N, Schmid H-P, van der Kwast TH, Wiegel T, Zattoni F. EAU Guidelines, April 2010, Prostate cancer: 37–38, 47–48, 63–64, 111.
2. Král M, Študent V, Hrabec M. Predikční nomogramy u karcinomu prostaty. Urol. praxi, 2008; 9(1): 33–36.
3. <http://urology.jhu.edu/prostate/partintables.php>.
4. <http://urology.jhu.edu/prostate/hanTables.php>.
5. Jansa J, Petera J. Hormonální léčba karcinomu prostaty. Urol. praxi, 2009; 10(6): 336–338.
6. Stálahová V. Primární hormonální léčba lokalizovaného karcinomu prostaty. Urol. praxi, 2009; 10(4): 215–217.
7. Vik V, Zachoval R, Klement V, Záleský M. Nová doporučení hormonální léčby karcinomu prostaty v kombinaci s radioterapií. Urol. praxi, 2007; 8(5): 218–221.
8. Král M, Študent V, Kurfürstová D, Vidlář A, Kučerová L. Gleasonovo skóre v biopsii a po radikální prostatektomii – změny po konferenci ISUP 2005 a význam pro urologa. Urol. praxi, 2007; 8(4): 173–178.

9. Doležal J, Tvarůžek J, Staník M, Zachoval R, Šimoník I, Korša M, Vagunda V. Časné zkušenosti s roboticky asistovanou laparoskopickou radikální prostatektomií – prvních 153 pacientů. Ces Urol 2009; 13(2): 168–177.

10. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology TM, Prostate Cancer, V.1. 2008, www.nccn.org.

Článek přijat redakcí: 26. 5. 2011

Článek přijat k publikaci: 27. 6. 2011

MUDr. David Hradil

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc

hradild@centrum.cz
