

Zpráva z konference STOP-4, Mezinárodního Symposia o hormonální léčbě karcinomu prostaty

Urol. praxi, 2013; 14(1): 40

Ve dnech 12.–14. října 2012 jsme se v Praze mohli zúčastnit symposia zabývajících se posledními daty shrnujícími problematiku karcinomu prostaty (CaP), se zaměřením na hormonální deprivaci terapii. Účastnili se ho významní urologové, kliničtí onkologové, radioterapeuti a uropatologové v oblasti CaP.

Na mítinku se sešli také přední odborníci na problematiku karcinomu prostaty, mimo jiné Axel Heidenreich předseda EAU panelu pro Guidelines karcinomu prostaty, E. David Crawford z University of Colorado Cancer Center USA, předseda National Prostate Cancer Education Council a Riccardo Valdagni z Milána, prezident italské společnosti pro urologickou onkologii. Konferenci uvedl a řídil prof. Bertrand Tombal přednosta Urologické kliniky Katolické univerzity v Bruselu, předseda Genito-Urinary Group of European Organisation of Research and Treatment of Cancer (EORT).

Nosnými tématy prvního dne byly různé možnosti léčby lokalizovaného karcinomu se zřetelem na léčbu způsobené nežádoucí účinky. Eva Johansson z Uppsaly prezentovala výsledky skandinávské studie SPCG-4 (Lancet Oncol, 2011). Jedná se o randomizovanou kontrolní studii 695 mužů, kteří byli rozděleni do 2 skupin: radikální prostatektomie (RP) vs. watchful waiting (WW), věkový medián 77, respektive 78 let. Během 15letého sledování byla prokázána statisticky významně vyšší úmrtnost způsobená rakovinou prostaty u skupiny WW ve srovnání se skupinou RP (20,7% ku 14,6%, 95% CI, 0,44 to 0,87; $P = 0,01$). U mužů mladších 65 let byl tento rozdíl v úmrtnosti ještě významnější. Studie prokazuje, že provedení RP vede ke snížení rizika úmrtí na CaP. Rovněž

byla hodnocena kvalita života (QoL) za 4 a 12 let sledování, dle dotazníků byla hodnocena celková QoL, erektilní dysfunkce (ED), inkontinence a síla močového proudu. Tyto parametry QoL jsou dle výsledků studie u obou skupin ve výsledku srovnatelné, jen jejich nástup je časově různý. Například procento ED je u skupiny po RP po 4 letech výrazně vyšší, ale po 12 letech již jsou výsledky srovnatelné. Obě skupiny však měly výrazně zhoršenou kvalitu života oproti kontrolní zdravé populaci. Rovněž stojí za připomenutí, že kvalitu života ve skupině WW výrazně negativně ovlivňuje zahájení androgení deprivace terapie. E. Johansson závěrem zdůraznila důležitost informování pacienta nejen v době diagnózy, ale i v průběhu léčby s možností předcházení a ovlivnění nežádoucích účinků.

Následující den začal tématem včasné diagnostiky, gradingu a stagingu CaP. Alexandre de la Taille z Francie se věnoval využití nových biomarkerů. PCA3, nově schválený FDA, prokázal užitečnost zejména v kombinaci s dalšími biomarkery. Pokud je hodnota PCA3 ≤ 20 , svědčí spíše pro indolentní karcinom, pro který by byla vhodná active surveillance a hodnota ≥ 50 svědčí spíše pro vysoké riziko signifikantního CaP.

Dalším tématem byla léčba lokálně pokročilého a high risk CaP. Prof. Heidenreich prezentoval obsáhlé sdělení na téma radikální prostatektomie (RP) u high risk a lokálně pokročilého CaP. Uvedl, že samotná RP má u high risk CaP stejné onkologické výsledky jako radioterapie (EBRT) + androgen deprivace terapie (ADT). Prof. Heidenreich k tomu připomenul nežádoucí účinky ADT. Pacienti po provedené RP mají po 10 letech sledování 90% šanci, že nezemřou na CaP (cancer specific survival). RP je tedy smysluplnou

léčbou u selektované skupiny pacientů s CaP ve stadiu cT3a, Gleason score 8–10, PSA > 20 . U těchto pacientů je nutno provést rozšířenou pánevní lymfadenektomii. Nemocný by měl být informován o pravděpodobnosti multimodálního přístupu, tzn. adjuvantní RT a hormonální terapie. Navrhl také rozdělení high risk pacientů do 3 skupin dle prognózy. Nízké riziko progresu s jedním rizikovým faktorem, střední riziko s PSA > 20 ng/mL a cT3–4, vysoké riziko (Gleason skóre 8–10 a PSA > 20 ng/mL a/nebo cT3–4).

Prof. Tombal vedl druhý den odpoledne jeden ze 4 workshopů, kterého jsem se mohl zúčastnit. Jednalo se o velmi zajímavý interaktivní seminář na téma monitorace a léčba nežádoucích účinků hormonální léčby. Zdůraznil dlouhodobá rizika androgen deprivace terapie (ADT). Kromě ztráty kostní hmoty, zejména obezitu, dyslipidémie, diabetes a další rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Uvedl množství studií a meta-analýz, které jasně prokazují negativní vliv hormonální terapie na kardiovaskulární onemocnění. Vztah k úmrtí na toto onemocnění je ale již diskutabilní. Závěrem zdůraznil, že ke zmírnění nežádoucích účinků a vůbec k posílení kvality života je důležité pacienty motivovat a aktivně vést ke zdravému životnímu stylu. Zejména hovořil o dostatečné fyzické aktivitě a zdravé výživě.

MUDr. Vladimír Študent

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 00 Olomouc
vladimir.student2@fnol.cz
