

Nádor prostaty (karcinom prostaty)

O co se jedná?

Nádor prostaty, také známý jako karcinom prostaty, je zhoubné onemocnění prostaty.

Příznaky nádoru prostaty

Nejčastěji je nádor prostaty diagnostikován ještě před prvními projevy onemocnění. A to na podkladě abnormálního výsledku krevních testů – hladiny PSA (prostatický specifický antigen) v krvi a vyšetření prostaty přes konečník – per rectum.

V menším procentu případů můžeme pozorovat:

- Obtížný start mikce nebo zadržování (retenci) moči
- Slabý nebo přerušovaný proud moči
- Problémy s erekcí
- Bolestivou erekci
- Krev v moči
- Časté bolesti nebo ztuhlost v bedrech, bocích nebo v horní polovině stehen

Výše zmíněné obtíže se mohou vyskytovat i u dalších onemocnění, jako je zvětšená prostata (BHP, tzv. benigní hyperplazie prostaty) nebo zánět prostaty (prostatitida).

Příčiny nádoru

Jasná příčina nádoru prostaty zůstává nejasná. Dobře známé rizikové faktory jsou věk, rasa a dědičnost.

Screening

Screening umožňuje dřívější odhalení nádoru. Pacientům pak můžeme nabídnout z více možností léčby, čímž můžeme snížit výskyt a závažnost vedlejších účinků. Na druhou stranu roste většina nádorů prostaty pomalu a vedlejší účinky léčby mohou převážit nad jejím přínosem.

Protože nádor prostaty nezpůsobuje obtíže až do pokročilých stádií, využíváme v současné době 2 základní testy k odhalení rakoviny prostaty v dřívějších stádiích:

- PSA (prostatický specifický antigen) test: PSA je bílkovina produkovaná prostatou. Tímto testem měříme hladinu PSA v krvi. Zvýšená hladina PSA je spojená s vyšší pravděpodobností nádoru prostaty.
- Fyzikální vyšetření přes konečník (per rectum) používáme ke zhodnocení prostaty pohmatově.

Nejlépe je při vyšetření provést oba testy.

Kdy ideálně začít se screeningem nádoru prostaty?

podle doporučení:

- Ve věku 50 let u mužů se středním rizikem rakoviny prostaty a předpokládanou dobou přežití 10 a více let
- Ve věku 45 let u mužů s vysokým rizikem rakoviny. Jedná se o Afroameričany a mužů, u kterých byla v první rodinné linii (otec, bratr, syn) diagnostikována rakovina prostaty v časném věku (mladší 65 let)
- Ve věku 40 let u ještě rizikovějších mužů, kdy se nádor objevil u více než jednoho rodinného příslušníka v první linii

Diagnostika

*Nádorové onemocnění prostaty je diagnostikováno pomocí **biopsie prostaty**.*

Standardně je biopsie prováděna pod ultrazvukovou navigací přes konečník (TRUS, tzv. transrektální ultrasonografie). Nejčastějšími komplikacemi výkonu jsou:

- Krev v moči
- Krev ve spermatu
- Infekce prostaty nebo močových cest
- Krvácení z konečníku

Antibiotické krytí k výkonu používáme ke snížení rizika infekčních komplikací. Nejčastěji se jedná o fluorochinolony (ciprofloxacin, levofloxacin, ofloxacin aj.) nebo kombinace trimethoprimu se sulfamethoxazolem. Před výkonem je také potřeba zajistit vyprázdnění konečníku.

Všechny nádory se nechovají stejně, některé rostou pomalu, jiné velmi rychle. Důležité je zjistit závažnost nálezu – zda se jedná o rakovinu, kterou lze sledovat, nebo o agresivní typ, který je potřeba ihned léčit.

Dalšími pomůckami, které užíváme v diagnostice nádoru, jsou magnetická rezonance, u PSA můžeme sledovat i hladinu volného a vázaného PSA.

Během biopsie nedochází k rozsevu rakoviny do okolí. Většinou odebíráme k histologickému vyšetření 6 až 7 vzorků jak z pravého, tak levého laloku prostaty. V dalším kroku patolog zhodnotí mikroskopický nález a posoudí rozsah a stupeň agresivity.

Před plánovanou opakovanou biopsií prostaty doplňujeme magnetickou rezonanci, která nám může pomoci zpřesnit místo plánovaného odběru tkáně k histologickému vyšetření.

Co je Gleason skóre?

Vzhled normálních prostatických buněk se v nádorové tkáni mění, jejich vzhled pak patolog posuzuje pod mikroskopem. Nález popíše pomocí skórovacího systému, který užívá ke skórování číslo 3, 4 a 5. Nejdříve během popisu zhodnotí nejvíce zastoupený typ nádoru, který vidí pod mikroskopem, poté popíše druhý nejčastější typ. Následně obě skóre sečte (např. 4+3, výsledné skóre je tedy 7). Rozsah Gleason skóre je od 6 (3+3) po 10 (5+5). Gleason 6 je nejméně agresivní typ rakoviny prostaty, Gleason 7 je středně rizikový, Gleason 8-10 je nejagresivnější typ nádoru.

Stážování

Klinické stážování

Klinické stádium je založeno na fyzikálním vyšetření prostaty přes konečník a je kombinováno s dalšími výsledky testů před definitivní terapií (např. operace, radioterapie). Vyšetření přes konečník zahrnuje velikost prostaty a hmatné abnormality. Na podkladě těchto vyšetření může urolog rozhodnout o biopsii prostaty. Ve specifických případech doplňujeme rentgen hrudníku, CT vyšetření nebo rentgen kosti při podezření na postižení dalších struktur. Doplňujeme je při vysokých hladinách PSA, při vysokém Gleason skóre a/nebo dle velikosti prostaty.

Posuzujeme šíření v prostatické tkáni a prorůstání do okolních tkání, šíření nádoru do lymfatických uzlin nebo vzdálené metastázy. Stážování nám pomáhá při rozhodování o další léčbě.

Prognóza

Obecně platí, že čím dříve je nádor prostaty diagnostikován, tím je větší pravděpodobnost úspěšného trvalého vyléčení.

Přibližně 80-85% nádorů prostaty diagnostikujeme v nižším stádiu, kdy je úspěšnost vyléčení vysoká. Skoro 100% pacientů s lokalizovaným nebo regionálním šířením je po 5 letech od léčby osvobozeno od rakoviny prostaty. Léčba zahrnuje základní přístupy jako operace nebo radioterapie a vede k odstranění nebo zneškodnění všech nádorových buněk.

Návrat onemocnění

I když bylo Vaše onemocnění prvotně léčeno operativně nebo radioterapií, je vždy možnost návratu onemocnění. Okolo 20-30% nemocných bude mít relaps (rakovina zjištěna v krevních testech) po 5 letech od počáteční terapie. Pravděpodobnost návratu onemocnění záleží na rozsahu a agresivitě rakoviny.

Role PSA

Při návratu onemocnění dochází ke zvýšení PSA. Po operaci by měly být hladiny PSA v krvi nulové. Po léčbě radioterapií hladina PSA nikdy nedosáhne nulových hodnot. Nicméně by hladina měla být nízká.

Změny PSA v čase využíváme jako marker ke zhodnocení agresivity návratu onemocnění. Návrat onemocnění můžeme sledovat i s pomocí zobrazovacích metod. Rakovina se může objevit lokálně v malé pánvi nebo kdekoli jinde v těle.

Možnosti léčby

Velmi nízké rizikové pacienti

- PSA < 10
- Gleason skóre 3+3=6 a méně v než 2 vzorcích odebrané tkáně prostaty při biopsii
- Klinické vyšetření: normální

Možnosti léčby (podrobnější popis viz. níže):

- Aktivní sledování
- Otevřená radikální prostatektomie
- Laparoskopická radikální prostatektomie
- Robotická radikální prostatektomie

- Radioterapie
- Aktivní vyčkávání

Nízce rizikovní pacienti

- PSA 0-10
- Gleason skóre 3+3=6 a méně v než 2 vzorcích
- Klinické vyšetření: normální nebo 1 abnormální nález, pouze na jedné straně prostaty

Možnosti léčby (podrobnější popis viz níže):

Tito muži mají pouze velmi nízké riziko úmrtí na rakovinu prostaty. Jedná se o nejčastější formu karcinomu prostaty.

- Aktivní sledování
- Otevřená radikální prostatektomie
- Laparoskopická radikální prostatektomie
- Robotická radikální prostatektomie
- Radioterapie
- Aktivní vyčkávání

Středně rizikovní pacienti

- PSA 10-20
- nebo Gleason skóre 3+4 nebo 4+3
- Klinické vyšetření: abnormální, kdy se však onemocnění nešíří mimo hranice prostaty

Možnosti léčby (podrobnější popis viz níže):

- Otevřená radikální prostatektomie
- Laparoskopická radikální prostatektomie
- Robotická radikální prostatektomie
- Radioterapie
- Aktivní vyčkávání

Vysoce rizikovní pacienti

- PSA >20
- nebo Gleason skóre 4+4 nebo 4+5, více než 5 pozitivních vzorků odebrané tkáně prostaty při biopsii
- Klinické vyšetření: abnormální, onemocnění se šíří mimo hranice prostaty bez fixace k okolí

Možnosti léčby (podrobnější popis viz. níže):

Tito muži mají vyšší riziko návratu onemocnění a často profitují z radikálnější léčby

- Otevřená radikální prostatektomie
- Laparoskopická radikální prostatektomie
- Robotická radikální prostatektomie

a 2-3 roky hormonální terapie

- Radioterapie
- Aktivní vyčkávání

Velmi vysoce riziková pacientí

- Gleason skóre 5+4 nebo 4+5
- Gleason skóre 4+4 nebo 4+5 a pozitivní nález ve více než 4 vzorcích odebrané tkáně při biopsii
- Klinické vyšetření

Možnosti léčby (podrobnější popis viz. níže):

Tito muži mají vyšší riziko návratu onemocnění a často profitují z radikálnější léčby

- Otevřená radikální prostatektomie
- Laparoskopická radikální prostatektomie
- Robotická radikální prostatektomie
- Radioterapie
- Aktivní vyčkávání

Pacienti s metastázami

- PSA
- Gleason skóre
- Klinické vyšetření

Možnosti léčby (podrobnější popis viz níže):

- Hormonální terapie
- Chemoterapie
- Radium 223
- Imunoterapie

Aktivní vyčkávání

Velmi nízce riziková až nízce riziková pacientí a ti, kteří si nevolí jinou okamžitou léčbu, mohou jako alternativu zvolit aktivní vyčkávání. Jsou pravidelně kontrolováni a v případě potřeby a dle možností se přistupuje k aktivnímu řešení. Během kontrol sledujeme PSA, provádíme vyšetření přes konečník a biopsie prostaty. V případě progresu rakoviny je doporučena jedna z dalších možností léčby.

Radikální prostatektomie

Operační léčba dosáhla v několika posledních desetiletích významného rozvoje s poklesem pooperačních komplikací a nežádoucích důsledků. V dnešní době lze radikálním odstraněním prostaty vyléčit velké množství nádorů prostaty lokalizovaných pouze v prostatě. Při nervy šetřícím výkonu se nám daří zachovat erekci. Závažné krvácení bývá velmi vzácné a pouze menší procento pacientů trpí závažnou inkontinencí.

Na našem pracovišti nabízíme otevřenou a laparoskopickou radikální prostatektomii. Výhodou laparoskopické operace oproti klasické otevřené je menší invazivita, minimalizování možných rizik nitrobršních komplikací (poranění střeva, krvácení, neprůchodnost střev, únik moči do dutiny břišní, zánět pobřišnice s následným rozvojem růstů aj.). Nevýhodou může být menší prostor pro případné rozšířené odstranění pánevních uzlin a větší rozvoj lymfokély.

Radioterapie

Terapie ozářením umožňuje zabíjet nádorové buňky i okolní tkáň. Můžeme ji použít jako první volbu léčby, ale i u pacientů s pokročilejším onemocněním nebo u pacientů s návratem rakoviny po dřívější léčbě.

Hormonální terapie

Testosteron slouží jako hlavní výživa nádorových buněk prostaty, díky kterým je rakovina schopna růst a přežít. Proto se na něj v rámci terapie zaměřujeme.

Hormonální terapie, známá i jako androgen-deprivační terapie (ADT), se zaměřuje na zastavení tvorby testosteronu nebo k omezení působení testosteronu na buňky prostaty. Přestože je ADT důležitá u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním, užívá se také před, během, anebo po lokální terapii. Některé rakovinné buňky prostaty však rostou nezávisle na přísunu testosteronu, na což je potřeba během léčby myslet.

Nejčastější typy hormonální terapie

Orchiektomie

Jedná se o operační odstranění varlat – efektivně blokuje uvolňování testosteronu. Vycházíme z poznatku, že 90% testosteronu je produkováno právě ve varlatech. Jedná se o jednorázový, nezvratný a trvalý způsob omezení produkce testosteronu.

LHRH agonisté

LHRH (hormon uvolňující luteinizační hormon) je jedním z klíčových hormonů produkce testosteronu. Zablokováním produkce LHRH je jednou z nejužívanější léčebných možností. Léčba je podávána pravidelně jednou měsíčně, za 3, 4, 6 měsíců nebo jednou ročně. Přechodně může dojít ke zvýšení hladiny testosteronu v krvi v průběhu prvních 3 týdnů od počátku terapie. Toto zvýšení se může projevit celou škálou příznaků, od bolestí břicha po časté až obtížné močení. Těmto projevům lze zabránit přidáním anti-androgenů do terapie, což vede k blokádě tvorby testosteronu v prostatických buňkách.

LHRH antagonisté

Tyto léky vedou k zablokování tvorby LHRH, při jejich užívání nedochází k přechodnému zvýšení hladiny testosteronu jako u LHRH agonistů. Jedním z léků je degarelix, který je podáván měsíčně jako alternativa orchiektomie či LHRH agonistů.

Chemoterapie

Cílem chemoterapie je zastavit dělení nádorových buněk, zabránit růstu nádoru a jeho dalšímu šíření.

Dříve byla užívána jen k úlevě od příznaků spojených s velmi pokročilým nebo metastatickým onemocněním. Nynější studie však ukazují, že u mužů s karcinomem prostaty, který nereaguje na hormonální terapii, může například docetaxel prodloužit život. Existuje spousta klinických studií, které se zabývají vývojem lépe tolerované a efektivnější chemoterapie k léčbě různých stádií onemocnění.