

Často kladené dotazy na téma Karcinom prostaty

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 pouze antibiotika, aby se zabránilo infekčním komplikacím. Pacient po biopsii odchází domů, pokud není krvácení z konečníku nebo jiné komplikace. Doporučujeme obvykle cca dva až tři dny klidový režim, tedy nezvedat těžká břemena a nesportovat. Ve většině případů tedy není třeba čerpat pracovní volno a pacient může již další den jít do práce, v závislosti na povaze jeho činnosti. Při odběru cca 10-12 vzorků není celková anestezie nezbytná. Na většině pracovišť se provádí lokální anestézie opíchnutím 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, tak zvaná saturační biopsie) nebo pokud jsou 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 komplikujících onemocnění a radioterapie zase u pacientů rizikovějších (např. warfarinizovaných, 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: 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.

Odpověď: Laparoskopie je operování orgánů v břišní dutině pomocí kamery a speciálních nástrojů. Výhodou oproti otevřenému výkonu je obecně rychlejší rekonvalescence, kratší doba hospitalizace, menší jizva (spíše několik kratších) a u pacientů po radikální prostatektomii i kratší doba ponechání cévky po výkonu. Velkou výhodou laparoskopické operace je menší riziko krevních ztrát a nutností krevních transfúzí během a po výkonu. Operace je možné provést klasickou metodou, kdy nástroje v ruce drží přímo operatér s asistentem, nebo roboticky, kdy jsou nástroje ovládány operatérem „na dálku“

pomocí speciální konzoly. Zatím nebyly prokázány funkční ani onkologické rozdíly mezi jednotlivými typy operací, jako nejdůležitější se vždy prokázala správná volba operátora s dostatečnými zkušenostmi a velkým počtem provedených výkonů.

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

Odpověď: Každý pacient by měl být správně informován o výsledcích radikální léčby toho kterého operátora. Každý operátor by také své výsledky měl pečlivě a dlouhodobě sledovat. 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 by tyto negativní důsledky efektivně řešil. V případě poruchy erekce je nutná andrologická konzultace, zpočátku se zkouší léčba pomocí tablet (sildenafil nebo tadalafil), v případě neúspěchu je často velmi účinná aplikace speciálních léčiv tenkou jehlou přímo do topořivých těles. Únik moči se po operaci rychle zlepšuje, malý efekt mohou mít léky na zvýšení kapacity měchýře, v těžkých případech je možné do oblasti svěrače vložit podpůrnou pásku nebo umělý svěrač. Nedílnou součástí rehabilitace po výkonu je i posilování svalů pánevního svalstva speciálními cviky. 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 přerušovaných nervových spojení působením elektrostimulačních impulsů, případně akupunkturou nebo speciálními cvičeními?

Odpověď: 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. Nutné je ale především respektovat onkologickou bezpečnost, 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 nejprve navrhne tabletovou léčbu známými prostředky na podporu erekce (v ČR dostupné látky sildenafil nebo tadalafil) v maximální dávce. 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. V odborné praxi se léčba poruchy erekce pomocí elektrostimulačních impulsů nebo akupunktury neprovádí, jedná se totiž o anatomické poškození nervového a cévního zásobení topořivých těles. Speciální cvičení slouží spíše ke zlepšení úniku moči.

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: 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?

Odověď: Podle evropských doporučení je možné testovat hladinu PSA u pacientů již ve věku 40 let. Každý pacient by měl být poučen o 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 vitamínu 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?

Odověď: Děkujeme za dotaz. PSA po radikální prostatektomii je kontrolováno každé tři měsíce po dobu dvou let, poté po půl roce ve třetím roce a poté každoročně celoživotně. Přibližně u třetiny pacientů dojde v průběhu sledování k opětovnému vzestupu PSA z nulových hodnot (tzv. PSA nebo biochemický relaps). 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 0,5 ng/ml. Váš ošetřující lékař tedy bude PSA pravidelně kontrolovat a při opakovaném vzestupu Vám ozařování nabídne. Je prokázáno, že časně ozáření v případě PSA relapsu prodlužuje pacientům život. Chemoterapie je indikována jen v případě metastáz po operaci, které nereagují na ozáření a hormonální léčbu, na rozdíl od PSA relapsu je tato situace výjimečná a pokud vůbec, pak k ní dochází až d odstupem mnoha let od výkonu. Nicméně i proto jsou celoživotní kontroly nezbytné.

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

Odpověď: Tato otázka je složitá. Vyléčení z rakoviny se obecně hodnotí počtu 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 metastáz 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 tak může ještě dlouho pracovat 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: Máte pravdu, PSA je věkově závislá veličina. U starších pacientů je 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 pacientů starších hodnotíme ale i tzv. biologický věk, jsou sedmdesátníci se závažnými (např. srdečními) onemocněními, které je limitují více než zvýšená hodnota PSA a případná diagnóza karcinomu. Na druhou stranu jsou pacienti starší 80-ti let, kteří jsou ve výborném fyzickém stavu a při vyšší hodnotě PSA biopsii provedeme, abychom mohli event. agresivní nádor léčit co nejdříve.